

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: księdza Skorupki 6 m. 4.

Nr. 2

WARSZAWA, 29 LUTEGO 1924 R.

Rok I

PRACE ORYGINALNE.

Rozprawy.

Wstęp do nauki o konstytucji.

podał

Dr. med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

Medycyna współczesna wkroczyła na nową drogę, będącą pod znakiem nauki o t. zw. konstytucji.

Począwszy od zjawienia się epokowej pracy Morgagniego: *De sedibus et causis morborum* (1681 — 1771), a skończywszy na wielkich odkryciach współczesnej nam bakterjologii, do niedawna jeszcze tracono z oczu człowieka, jako całość, mając pochłoniętą uwagę przez jakiś jeden narząd lub drobnoustrój, poczytywany za wyłączny czynnik chorobotwórczy. Niebawem jasno uświadomiono sobie ten fakt, że rozmaite osobniki dają różny odczyn na ten sam czynnik chorobotwórczy. Ta odmienność odczynu zależna jest od różnicy w budowie wewnętrznej, czyli od sumy własności osobniczych. Nauka o konstytucji, badając te własności osobnicze i miejsce ich w patologji ustroju ludzkiego, znakomicie pogłębiła pogląd nasz na powstanie i istotę wielu chorób.

Samo słowo: „konstytucja“, „konstytucjonalizm“ i t. p. istnieje w medycynie oddawna. Jednakże słowo temu w różnych czasach nadawano najrozmaitsze znaczenia. Hippokrates (466—377) określał je (łac. *constitutio*, grec. *καταστάσις*) jako zbiór (konstelację) meteorologicznych lub kosmologicznych wpływów zewnętrznych w chorobie. We francuskim piśmiennictwie używano wyrażenia „constitutions medicales“ (Bernutz, 1872), jako kosmicznej genezy chorób. Często pokrywano pojęcie konstytucji pojęciami o skazach i temperamentach.

Nawet czasy najnowsze nie przyniosły zgody w określeniu pojęcia konstytucji, jakkolwiek, dzięki rozwojowi nauki o dziedziczności, na której opiera się wiedza nasza o konstytucji, wkroczone na wyznaczoną już ściśle drogę. Fr. v. Müller (1922) konstytucją nazywa wszystko to, co zostało odziedziczone. E. Payr (1921) konstytucję danego osobnika określa, jako wszystkie odziedziczone przez niego zalety i ułomności, które przez wpływ dodatni lub ujemny mogą być zmodyfikowane, a więc konstytucję można celowo zmienić. H. Günther (1922) uważa konstytucję za układ sumy pewnych wewnętrznych czynników, charakterystycznych dla danego ustroju.

Ze wszystkich podanych dotąd określeń pojęcia o konstytucji i powstałego w związku z nią pojęcia o t. zw. kondycji najbardziej przemawiają nam do przekonania określenia J. Bauera (1921), wynikające z następujących rozważań. Każdy osobnik obdarzony jest sumą pewnych właściwości i oznak, które tworzą razem całość mu właściwą. Będzie to, według terminologii, przyjętej w nauce o dziedziczności, t. zw. *phaenotypus* (*Körperverfassung*—J. Bauera). Z pośród wszystkich tych cech, charakterystycznych dla danego u-

stroju, należy wyróżnić te, które były już potencjalnie zawarte w plazmie zarodkowej w chwili zapłodnienia, od tych, które zostały nabyte bądź jeszcze w czasie życia płodowego w łonie matki, bądź w ciągu dalszego życia danego osobnika poza ustrojem matki, jako skutek przystosowań, zadziałania wpływów zewnętrznych i t. p. Suma cech, zawartych w plazmie zarodkowej w momencie zapłodnienia, jest konstytucją (*genotypus*) danego osobnika, zbiór zaś właściwości nabytych tworzy jego kondycję (*paratypus*). Pierwsza oparta jest na zmienności zarodki, druga zaś na zmienności cielesnej danego osobnika. Wiemy z doświadczenia, że konstytucja częściowo się dziedziczy (podobieństwa rodzinne). Jednakże i to wiemy, że niema dwóch osobników zupełnie do siebie podobnych, z wyjątkiem bliźniąt, powstałych z jednego jaja. Fakt ten ma za przyczynę ciągłą zmienność plazmy zarodkowej.

W niniejszym „Wstępie do nauki o konstytucji“ zajmujemy się przedewszystkiem poznananiem niektórych praw, rządzących zmiennością zarodki i osobnika.

Jak wiadomo, każdy nowy osobnik powstaje ze złączenia się dwóch różnych komórek płciowych—ojcowskiej i macierzystej. Już ten fakt wprowadza zmienność w stosunku rodziców do potomstwa. Wiadomo, że głównymi nośnikami cech dziedzicznych są chromozomy, przy czem musimy przyjąć, że chromozomy są różnej jakości, t. j. noszą różne zawiązki dziedziczne. Dalej wiemy, że dojrzałe komórki płciowe mają o połowę mniejszą liczbę chromozomów od komórek cielesnych (somaicznych) wskutek podziału redukcyjnego.

Przy podziale typowym (mitotycznym) każdy chromozom rozszczepia się na dwa o jednakiej jakości chromozomy, zdwajając ich sumę. Przy podziale redukcyjnym chromozomy nie rozszczepiają się, liczba pozostaje ta sama, lecz dają dwa różnej jakości komplety ze zredukowaną do połowy liczbą chromozomów (haploidy). Ten ostatni podział (redukcyjny) i następnie dobór różnójakościowych dojrzałych komórek płciowych przy zapłodnieniu jest przyczyną zmienności zarodki i osobniczej. Jajo zapłodnione, które powstaje przez kopulację dwóch dojrzałych komórek płciowych o zredukowanej do połowy liczbie chromozomów, ma podwójną liczbę chromozomów (diploidy), t. j. tę liczbę, która jest stała i różna dla komórek cielesnych każdego gatunku zwierząt (Boveri). A więc jajo zapłodnione posiada połowę chromozomów ojcowskich i połowę matczynych. Z zapłodnionego jaja powstaje nowy osobnik, który z czasem wytwarza dojrzałe komórki płciowe, zawierające albo wyłącznie chromozomy ojcowskie jaja, z którego powstał osobnik, albo wyłącznie chromozomy matczyne, albo mieszane w różnym stosunku. Liczba i częstość tych kombinacji zależać będzie od liczby chromozomów, wstępujących w połączenie. Jako przykład weźmy jakiś bardziej prosty przypadek o niewielkiej liczbie chromozomów, naprz. rozpatrzmy możliwości doborów u osobnika, którego liczba gatunkowa chromozomów

Drugie prawo Galtona (law of ancestral inheritance) dotyczy udziału przodków przy dziedziczeniu u potomnych. Prawo to głosi, że na całość odziedziczenia właściwości danego osobnika składają się cechy nietylko obojga rodziców, ale i dziadków, pradiadków i t. d., wogóle każdego z przodków linii męskiej i żeńskiej, przy czem znaczenie ich (udział) w dziedziczeniu będzie mała proporcjonalnie do stopnia odległości. Wiadomo, że każdy z nas miał dwoje rodziców, czworo dziadków, ośmioro pradiadków, szesnaścioro prapradziadków i t. d., czyli, że możliwość odziedziczenia jakichś cech od każdego z dalszych przodków maleje proporcjonalnie do liczb 2, 4, 8, 16, 32, 64 i t. d. A zatem cała masa odziedziczona danego osobnika (1) przedstawi się nam w postaci sumy nieskończonego szeregu liczb ułamkowych, w których połowa masy będzie odziedziczona po rodzicach, 1/4 po dziadkach, 1/8 po pradiadkach i t. d.:

$$1/2 + (1/2)^2 + (1/2)^3 + (1/2)^4 + (1/2)^5 + \dots = 1$$

Zapoznajmy się teraz z prawami doświadczalnymi dziedziczenia Grzegorza Mendla. Pierwsze z nich głosi

Wykłady kliniczne.

Patologia układu wegetacyjnego.

(Dokończenie).

(Odczyt wygłoszony w dniu 7 grudnia 1923 roku w Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej).

podał

WŁADYSŁAW STERLING (Warszawa).

Koncepcja Eppingera i Hessa zyskała sobie olbrzymi rozgłos i początkowo wielkie uznanie w całym świecie naukowym. Ukazała się olbrzymia liczba prac, częściowo potwierdzających badania szkoły wiedeńskiej, tak w kierunku farmakodynamicznym, jak i klinicznym. Po tym jednakże okresie powodzenia nastąpił okres rewizji postulatów Eppingera i Hessa i poniekąd walki z całą koncepcją, która najwytrwalej i najuporczywiej prowadzona była w Niemczech (Falta, Neuburgh i Nobel, Petren i Thorling, Bauer, Sardemann, Barker i Sladen, Bergmann, Curschmann, Cassirer, Lewandowski, Chvostek, Hemmeter, Wolfssohn, Wentges, Faber i Schon, Politzer, Weekers, Cords i inni). Zarzucano między innymi, że ugrupowanie objawów klinicznych i farmakodynamiczny sposób reagowania nie zawsze idą ze sobą w parze, że u niektórych osobników istnieje zmienna wrażliwość na niektóre środki farmakodynamiczne, np. na pilokarpinę, że zróżniczkowanie farmakologiczne układu roślinnego niepełnie pokrywa się z układem anatomiczno-rozwojowym, że badania szkoły wiedeńskiej nie liczyły się w dostatecznej mierze ze stanem samych narządów wykonawczych, np. — serca, że badania te uwzględniały tylko pobudliwość aparatów obwodowych, nie zaś ośrodków wegetacyjnych, że wreszcie nie dawały one pojęcia o czuciowych i o odżywczych funkcjach układu wegetacyjnego. Najważniejszym jednak wynikiem tego procesu rewizji było obalenie zasadniczej tezy Eppingera i Hessa, że wysokie napięcie w jednym odcinku układu wegetacyjnego wyłącza wzmożone napięcie w drugim odcinku, albowiem liczne badania wykazały równoległe istnienie intensywnej reakcji na pilokarpinę i na adrenalinę (t. zw. amfotonja Daniéłopolu) w całym szeregu stanów chorobowych — między innymi w tężyczce (Falta i Kahan) oraz w t. zw. spazmofilii osobników dorosłych (Peritz).

Wszystkie argumenty powyższe nie upoważniają nas jednak bynajmniej do zarzucenia teorii Eppingera i Hessa o wagotonji i sympatykotonji, gdyż czynią one tylko problemat bardziej skomplikowanym, ale bynajmniej nie jałowym i chybionym. To też obecnie w nauce sprawa ta staje się ponownie aktualna i wchodzi poniekąd w okres rehabilitacji dzięki badaniom autorów amerykańskich (Goetsch), rumuńskich (Daniéłopolu, Radovici i inni), a głównie dzięki pracom szkoły berlińskiej kliniki Charité (Kraus, Brugsch, Meulengracht, F. Munk, specjalnie zaś Dresel). Starając się wytuskać zdrowe jądro z koncepcji Eppingera i Hessa, która

(prawidło jednostajności), że potomkowie pierwszej generacji rodziców z jakimiś dwiema cechami różnymi wszyscy są do siebie podobni, czyli względem tych cech tylko jeden typ (wszyscy są jednakowi), przy czem może to być typ z cechą ojca lub matki (cecha dominująca), albo jakiś mieszaniec, pośredni. Drugie prawidło (prawidło rozdziału cech) powiada, że potomkowie drugiej generacji będą różni co do cech odziedziczonych, przy czem, jeżeli w pierwszej generacji powstał typ np. ojca (z dominującą cechą ojca), to 3/4 potomstwa drugiej generacji wykaże typ ojca, 1/4 zaś matki; jeżeli zaś w pierwszej generacji powstał typ mieszany, to w drugiej 1/4 potomstwa da typ ojca, 1/4 matki, a 2/4, czyli połowa da typ mieszany. Wreszcie doświadczeń nad krzyżowaniem gatunków (kwiatów), różniących się więcej, niż jedną cechą, zostało wyprowadzone trzecie prawidło t. zw. niezależności, które głosi, że pojedyncze cechy przy rozdziale na potomstwo zachowują się zupełnie niezależnie od siebie. W myśl tego prawidła z liczbą różniących cech wzrasta liczba możliwych kombinacji przy dziedziczeniu.

(D. n.).

stała się dla rozmaitych dziedzin medycyny fermentem niezmiernie zapładniającym, skorygowały one ją w ten sposób, że pomiędzy układem sympatycznym i autonomicznym istnieje nie tylko antagonizm, ale i synergizm, i że oba te zjawiska pozostają najprawdopodobniej pod kontrolą jakiegoś hipotetycznego ośrodka bądź w mózgu, bądź w śródmózdzku, który reguluje normalną równowagę w układzie wegetacyjnym.

Z faktu istnienia równoległe wzmożonej reakcji na adrenalinę i pilokarpinę wynika istnienie kilku możliwości klinicznych, które ujęte zostały w pewien schemat przez Dresla w Berlinie i przez Daniéłopolu w Bukareszcie. Kombinując treść obu tych schematów, przewidywać możemy następujące ewentualności kliniczne: 1) przy normalnej pobudliwości układu sympatycznego i parasympatycznego otrzymamy normalne zachowanie się układu roślinnego), 2) przy normalnej pobudliwości układu sympatycznego i wzmożonej pobudliwości autonomicznego — otrzymamy obraz kliniczny wagotonji, 3) przy normalnej pobudliwości układu autonomicznego i wzmożonej sympatycznego uwidoczni się zespół sympatykotonji i wreszcie 4) wzmożona pobudliwość w obu odcinkach układu roślinnego da obraz t. zw. amfotonji Daniéłopolu. Rzecz prosta, że analogiczne zespoły kliniczne wystąpią również i w tym wypadku, jeżeli pobudliwość w jednym z układów będzie zmniejszona, w drugim zaś normalna.

W celu stwierdzenia stanów chorobowych w jednym lub w obu odcinkach układu wegetacyjnego i umożliwienia rozpoznania specjalnych zespołów patologicznych w obrębie tego układu, posługujemy się całym szeregiem prób czyli testów, z których jedne należą do grupy metod badania fizykalnego, drugie zaś są natury ściśle farmakodynamicznej. Z metod badania fizykalnego przytoczę tylko najważniejsze.

1) Objaw t. zw. niemiarowości oddechowej (arhythmia respiratoria), polegający na tem, że już w warunkach normalnych przy głębokim i powolnym oddychaniu występuje na wysokości wdechu zwolnienie tętna, które ku końcowi wydechu ustępuje miejsca przyspieszeniu tętna. O ile zjawisko to uwidacznia się już przy spokojnym oddychaniu albo występuje przy umyślnym wstrzymaniu oddechu, wtedy oznacza ono wzmożone napięcie w aparacie, hamującym działalność serca czyli w układzie parasympatycznym.

2) Objaw uciskowy Czermak'a, polegający na tem, że przy ucisku na nerw błędny wzdłuż tętnicy szyjnej na szyi, występuje zwolnienie tętna. Oznaczać to ma również wzmożenie napięcia w układzie autonomicznym.

3) Objaw Erbena, polegający na tem, że przy przykucaniu i pochylaniu tułowia ku przodowi następuje zwolnienie tętna, co oznacza nieznaczne wzmożenie pobudliwości w układzie parasympatycznym.

4) Ważniejszy jednakże od poprzedzających jest objaw Aschnera czyli t. zw. przez badaczy francuskich odruch oczno-sercowy (reflexe oculo-cardiaque). Już w warunkach normalnych przy ucisku na obie gałki oczne występuje zwol-

nienie tętna, jako odruch, którego łuk odruchowy przebiega drogą nerwu trójdzielnego i błędnego. Doświadczenie wykazało, że odruch ten występuje najczęściej w przypadkach wzmożonej pobudliwości układu autonomicznego oraz w amfotonji i w niektórych przypadkach dosięga takiego natężenia, że następuje wstrzymanie uderzeń serca na kilkanaście sekund, mdłości, a nawet wymioty, przyczem zdjęcie elektrokardiograficzne wykazuje wtedy obok zwolnienia tętna zaburzenia ekstrasystoliczne, skurcze wsteczne i zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym (Daniéłopolu). W ostatnich czasach opisany został cały szereg odruchów analogicznych do objawu Aschnera, jak: odruch oczno-naczyniowy (réflexe oculo-vasculaire) — stwierdzone pletysmograficznie zwężenie, a następnie rozszerzenie naczyń obwodowych, odruch oczno-przełykowy (réflexe oculo-oesophagien) — pierwotne zahamowanie z następczym wzmożeniem kurczliwości przełyku, odruch oczno-żołądkowy i oczno-jelitowy (réflexe oculo-gastrique i oculo-colique) — analogiczne objawy w obrębie żołądka i jelit oraz odruch oczno-pęcherzowy (réflexe oculo-vesical) — wzmożona kurczliwość ścian pęcherza moczowego, jako wyraz hypersympatykotonji — praktyczne znaczenie jednakże tych równoważników objawu Aschnera nie zostało dotąd wyjaśnione.

Oprócz objawów powyższych, wprowadzonych do kliniki od czasu, kiedy wystąpiła na widownię sprawa wago-tonji i sympatykotonji, istnieje cały szereg metod fizykalnych, stosowanych w klinice w innych celach, które, jak wadzę, mogłyby znaleźć zastosowanie przy badaniu układu wegetacyjnego. Mam tu na myśli metodę pletysmograficzną, badającą specjalnie dziedzinę zjawisk naczynioruchowych, metodę psychogalwaniczną Veragutha oraz metodę badania t. zw. odruchów warunkowych Pawłowa — stwierdzające wpływ czynników psychicznych na układ wegetacyjny, przedewszystkiem zaś opisany niedawno przez André-Thomasa odruch włosowo-ruchowy (réflexe pilo-moteur), który dotąd posiada wyłącznie znaczenie lokalizacyjne dla zachorzeń układu nerwowego zwierzęcego, a który w badaniu układu roślinnego powinien znaleźć szerokie zastosowanie. Trudno jest natomiast podzielić zdanie Eppingera i Hessa, którzy odróżniają czerwoną postać dermatografizmu charakterystyczną jakoby dla wago-tonji i postać białą charakterystyczną jakoby dla sympatykotonji, podczas gdy w istocie dermatografizm, niezależnie od postaci, w której się przejawia, jest tylko wyrazem wzmożonej pobudliwości w całym układzie roślinnym.

Co się tyczy badań farmakodynamicznych, to prowadzą się one dotąd prawie wyłącznie do testów, przeprowadzanych za pomocą trzech środków: adrenaliny, pilokarpiny i atropiny. Dotychczas testy te z wyjątkiem jedynie odczynu Loewiego, który dokonywany bywa dołącznicowo, przeprowadzone były wszystkie za pomocą zastrzyków podskórnych. W ostatnich czasach przeciwko drodze podskórnej wystąpił Daniéłopolu, proponując metodykę iniekcji dożylnych, które jakoby w daleko bardziej czuły sposób pozwalają wykryć najobniejsze różnice w napięciu obu układów antagonistycznych. Metodyka ta jednak dotychczas nie zyskała sobie prawa obywatelstwa.

Badaniom za pomocą adrenaliny zawdzięczamy wykrycie całego szeregu zjawisk klinicznych w dziedzinie układu wegetacyjnego. Jednym z najważniejszych z nich jest t. zw. objaw Loewiego, polegający na tem, że po wkropleniu do worka łącznicowego 1—3 kropel roztworu adrenaliny 1:1000 występuje rozszerzenie jednoimiennej źrenicy, sygnalizujące hypowagotonję, względnie wysokie napięcie w układzie sympatycznym. Po zastrzyknięciu podskórnym 1 cm.³ roztworu adrenaliny 1:1000 już w warunkach normalnych mogą wystąpić pewne objawy intoksykacyjne w postaci bicia serca, uczucia lęku i drżenia kończyn. Objawy te u osobników z wzmożonym napięciem w układzie sympatycznym potęgują się w sposób wybitny: występuje wtedy silny niepokój, drżenie całego ciała, poty, a nawet zapasę. Natomiast wago-tonicy reagują na zastrzyki adrenaliny bardzo nieznacznie. Już u osobników normalnych po analogicznej iniekcji adrenaliny występuje niekiedy cukromocz, który rozpoczyna się mniej więcej po 1 godzinie, a znika po 6 godzinach. Po uprzednim podaniu 100 gr. dekstrozy i następczej iniekcji adrenaliny otrzymujemy dodatni odczyn na cukier prawie w każdego osobnika normalnego. Ciekawe jest, że u osobników, którzy na iniekcję adrenaliny nie reagują za pomocą cukromoczu, udaje się wywołać cukromocz przez porażenie nerwów błędnych za

pomocą uprzedniego zastrzyku atropiny, jak to wykazali Falt a, Ne uburgh i Nobel. Odwrotnie, udaje się w niektórych przypadkach zapobiedz wystąpieniu cukromoczu adrenalino-wego przez uprzednie podrażnienie nerwów błędnych za pomocą pilokarpiny. Wynika stąd, że wybitny cukromocz po iniekcji adrenaliny wskazuje na wzmożone napięcie w układzie sympatycznym, zaś brak cukromoczu na stan wago-toniczny. Wpływ iniekcji adrenaliny na obraz hematologiczny nie został dotąd dostatecznie ustalony wskutek sprzeczności wyników rozmaitych badaczy. Natomiast niezawodny jest wpływ adrenaliny na podniesienie ciśnienia krwi, stwierdzony eksperymentalnie przez Olivera i Schäfera już w 1894 r. Fakt ten, potwierdzony następnie przez liczny szereg badaczy, wydawał się przez pewien czas zachwiany przez eksperymenty Gleya i Quinquada, na zasadzie których badacze ci doszli do wniosków, że: a) adrenalina fizjologiczna nie istnieje, że b) wydzielanie adrenaliny przez nadnercza nie jest niezbędne do utrzymania ciśnienia tętniczego i c) że adrenalina, normalnie wydzielana do krwi, nie ma wpływu na układ sympatyczny. Dzięki jednakże następczym badaniom eksperymentalnym Tournadéa i Chabrola, Halliona oraz Abelousa i Soulay skorygowane zostały błędy powyższych doświadczeń szkoły Gleya, i ostatecznie stwierdzony został fakt istnienia adrenaliny fizjologicznej oraz jej wpływu na pobudliwość układu sympatycznego. Dodać należy, że badania Dresla wykryły typowe krzywe ciśnienia krwi charakterystyczne dla stanów rozmaitego napięcia w układzie wegetacyjnym. Otóż, podczas kiedy ciśnienie krwi w warunkach normalnych po iniekcji podskórnej 1 cm.³ suprareniny Höchst podnosi się stopniowo w kształcie krzywej parabolicznej, osiągając najwyższy punkt po mniej więcej 10 minutach, w łagodnych postaciach wago-tonji wzniesienie się krzywej ciśnienia przybiera kształt esowaty, w przypadkach średniej ciężkości podniesienie się ciśnienia zaczyna się dopiero po kilku minutach, zaś w przypadkach najcięższych ciśnienie krwi po iniekcji adrenaliny początkowo nawet nieznacznie opada i dopiero potem podnosi się w kształcie krzywej esowatej. Natomiast szybko ustępujące i nadmierne wysokie krzywe ciśnienia krwi po adrenalinie charakterystyczne są dla sympatykotonji.

Przy badaniu układu wegetacyjnego za pomocą pilokarpiny posługujemy się iniekcją podskórną 1 cm.³ 1%-go roztworu, przyczem już ludzie zupełnie normalni wykazują objawy pobudzenia układu błędnego w postaci uczucia gorąca, zaczerwienienia twarzy, pocenia się i ślinotoku. Wszystkie objawy te wzmagają się w przypadkach wago-tonji i amfotonji, wikłając się jeszcze objawami dodatkowymi, jak bicie serca, zawrót głowy, wzmożona perystaltyka jelit oraz kucz akomodacji. Zachowanie się tętna i obrazu hematologicznego nie jest jednolite — i rozmaici badacze otrzymywali pod tym względem wyniki niezgodne. W ostatnich czasach ustalili się w nauce poglądy, że ściśle wago-tropicznie oddziałują tylko małe dawki pilokarpiny, podczas gdy działanie dużych dawek jest amfotropiczne (Daniéłopolu Claude, Tinel i Santenoise).

Punkt wyjścia wiadomości naszych o farmakodynamicznym działaniu atropiny na układ roślinny stanowi słynne doświadczenie Dehio, który w 1894 r. stwierdził, że w wielu przypadkach udaje się za pomocą iniekcji podskórnej 0,001 g. siarczanu atropiny usunąć niemiarowość tętna, wynikającą z porażenia nerwu błędnego. Późniejsze spostrzeżenia istotnie potwierdziły fakt znikania pod wpływem atropiny objawów, polegających na wzmożonej pobudliwości układu autonomicznego, jak wago-toniczne zwolnienie tętna lub niemiarowość ekstrasystoliczna. Okazało się również, że objawy toksyczne po atropinie, jak suchość w ustach, zaburzenia przewodu pokarmowego, występują w daleko silniejszym stopniu u wago-toników, niż u osobników normalnych.

Badania Daniéłopolu, dokonane za pomocą iniekcji atropiny drogą dożylną, pogłębiły wiadomości nasze o działaniu farmakodynamicznym tego środka. Wykazały one, że małe dawki atropiny pobudzają, a duże dawki porażają obie grupy antagonistyczne. Jednakże i podrażnienie i porażenie przeważają w stosunku do układu parasympatycznego. Pomimo przeto amfotropizmu atropiny oddziaływanie jej, podniecające i porażające układ sympatyczny, jest tak znikome w stosunku do analogicznego wpływu na układ parasympatyczny, że pod względem praktycznym może nie być brane pod uwagę.

Naszkirowane tutaj pokrótce dane natury fizjologicznej i farmakodynamicznej pozwoliły Eppingerowi i Hessowi nakreślić dwa przeciwstawne sobie obrazy kliniczne wago-tonji i sympatykotonji, od których streszczenia rozpoczynam część kliniczną niniejszego odczytu.

Postaram się naszkicować przedewszystkiem pokrótce obraz kliniczny wago-tonji, który wydaje mi się bezwzględnie realny, na zasadzie pierwotnego opisu Eppingera i Hessa, danych z piśmiennictwa oraz własnego doświadczenia. Nie będę prztem opisywał oddzielnie objawów t. zw. konstytucji wago-tonicznej, która przy zadziałaniu odpowiedniego bodźca prowadzi do nerwicy wago-tonicznej, ale rozpatrywać będę oba te stany łącznie. Do lekarza zgłaszają się zazwyczaj ludzie młodzi płci obojga ze skargami na ogólne zdenerwowanie, podniecenie i zapalczliwość. Już powierzchowny rzut oka na takiego chorego pozwala uchwycić szereg objawów, które figurują zwykle pod etykietą „naczynioruchowych“. Uderza przedewszystkiem marmurkowy wygląd skóry, pokrytej licznymi czerwonymi plamami, znikającymi łatwo przy ucisku. Dłonie i palce są szerokie, sine, wilgotne, pokryte potem, zwłaszcza na powierzchni dłoniowej. Wogóle skłonność do pocenia się jest znaczna i dotyczy przeważnie grzbietu, twarzy, dłoni i stóp. Przy wysiłkach, wrażeń lub podczas badania pot formalnie strumieniami spływa po twarzy lub w okolicach pod pachami. Wargi zazwyczaj są wydatne, nos grubo lub spłaszczony, gruczoły szyjne powiększone. Niekiedy daje się stwierdzić przetrwanie grasicy, objaw Graefego oraz wybitna krótkowzroczność w połączeniu z nieznacznym zezem. Charakterystyczne dla wago-toników jest rozszerzenie szpary ocznej oraz zwężenie źrenicy, które stwierdza się np. stale podczas napadu dychawicy oskrzelowej, będącej typową nerwicą wago-toniczną, oraz skłonność do kurczu akomodacji, wskutek stanu podrażnieniowego włókien autonomicznych, unerwiających mięsień rzęskowy. Język jest grubo i szeroko, często w postaci t. zw. „geograficznej“, sklepienie podniebienne szerokie i rozległe, migdały zazwyczaj powiększone z nadmiernie rozszerzonymi kryptami—szczególnie skłonne do zakażeń, błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona i ziarnista. U dzieci szczególnie często stwierdza się polipy w nosie, wyrosło adenoidalne, oddychanie przez usta i zatkanie jednego lub obu przewodów nosowych. W niektórych przypadkach obok obfitego pocenia się stwierdza się również patologicznie wzmożone wydzielanie i innych ruczołów o wydzielaniu zewnętrznym, na co pierwszy zwrócił uwagę Souques, opisując przypadki takie pod nazwą „névrose sécrétoire“: poliuria i polakiuria, nadmiernie obfite wydzielanie się soku żołądkowego, kolosalne wydzielanie się śliny, zmuszające chorych do ciągłego polykania, a niekiedy i do aerofagji występuje w obserwacjach tych na plan pierwszy. Badanie laboratoryjne stwierdza u chorych takich szczególnie obfitą ilość fosforanów w moczu oraz wybitną nadkwaśność soku żołądkowego.

U wielu chorych stwierdza się oddech nieprawidłowy. niedostateczny, powierzchowny, często w postaci głębokich westchnień, po których następuje długa pauza, czasem w połączeniu z nieznacznym bólem w okolicy pozamostkowej. Badanie rentgenologiczne stwierdza w przypadkach takich ruchomość przepony, niestałość i zmienność jej granic. Do kategorii wago-tonicznych zaburzeń oddechowych należy również i dychawica oskrzelowa typu Trouseau Romberga, Biermer-Williamsa oraz pewne postaci t. zw. „surowiczego nieżyty oskrzelowego“, połączonego z dusznością (asthma humidum) oraz opisywany w swoim czasie przez Eichhorsta: naczynioruchowy stan obrzękowy płuc.

Szczególnie częsta i charakterystyczna jest pobudliwość serca, którego tony są zazwyczaj czyste, dźwięczne i donośne. Stosownie do danych eksperymentalnych, wykazujących hamujący wpływ nerwu błędnego na kolejność i siłę uderzeń oraz na przewodnictwo mięśnia sercowego występuje zwolnienie tętna, zmiany w rytmie i upóźlenie przewodnictwa serca. Do najbardziej częstych objawów należy zwolnienie tętna, którego cechą charakterystyczną stanowi fakt, że przechodzi ono po atropinie w wybitne przyspieszenie. Ciekawe jest, że w wielu przypadkach zdarzają się okresy przyspieszenia tętna podczas których chory czuje się subiektywnie znacznie lepiej, aniżeli podczas habitualnej bradykardji. Zmieniennym również objawem jest zmienność rytmu sercowego i oddechowego w zależności od

najmniejszych wysiłków, zmiany pozycji, nieznacznych za-truć nikotyną lub alkoholem albo nawet po przyjęciu większych ilości płynów. Do tej samej kategorii objawów należy zespół, opisany przez M. Herza pod nazwą „bradykardische Hypotonie“, polegający na tem, że niektórzy ludzie reagują na wzruszenia nie przyspieszeniem, lecz zwolnieniem tętna, któremu towarzyszy spadek ciśnienia krwi. Innym częstym objawem wzmożonej pobudliwości w układzie parasympatycznym jest występowanie niemiarywości ekstrasystolicznej, która zjawia się przy najmniejszych podnieciach i znika natychmiast po zastrzyku atropiny. W silniejszych postaciach wzmożonej pobudliwości nerwu błędnego sprawa dojść może do nerwowego bloku sercowego (Hering, Riehl) wskutek uszkodzenia przewodnictwa pęczka Paladino-Hisa i skłonności mięśnia sercowego do przedłużania rozkurczu. Zaburzenie to, o ile jest ono pochodzenia tylko wago-tonicznego, może być również skutecznie usunięte za pomocą atropiny. Eppinger i Hess przypuszczają, że niektóre przypadki stenokardji naczynioruchowej polegają na stanach wzmożonej pobudliwości w układzie autonomicznym. Badanie rentgenologiczne wykazuje w przypadkach takich, jak to stwierdziły badania F. Krausa i F. Munka, t. zw. „spiczastą“ postać serca („spitzes Herz“). Jeżeli do wszystkich objawów powyższych dodamy omówione już uprzednio objawy Aschnera, Czermaka i Erbena, otrzymamy zespół objawów nerwowych ze strony serca, który wyodrębniony został pod nazwą wago-tonicznej nerwicy serca.

Niemal zawsze widoczny jest w obrazie klinicznym współdziałanie przewodu pokarmowego w postaci wahań w łaknieniu, zaburzeń w wydzielaniu soku żołądkowego, aerofagji, nudności i wymiotów, wynikających z burzliwej perystaltyki i antyperystaltyki żołądka. Zaburzenia w wydzielaniu soku żołądkowego występują albo w postaci nadkwaśności stałej albo w postaci nadpadowego wydzielania znacznych ilości soku żołądkowego (gastrosucrorrhoea Reichman a). Do najbardziej dotkliwych objawów należą bolesne skurcze w obrębie przełyku oraz wpustu i odźwiernika żołądka. Badania rentgenologiczne Holzknechta stwierdziły specjalną postać żołądka w kształcie rogu byczego („Stierhornform“), wynikające z nadmiernego napięcia ścian żołądka, które ma być charakterystyczne dla wago-tonji, podczas gdy żołądek w kształcie podkowy („Hakenform“) przemawia raczej za sympatykotonją. Jeżeli stany kurczowe warstwy mięśniowej żołądka nie ograniczają się do wpustu i do odźwiernika, ale przechodzą również i na pozostałą muskulaturę ścian żołądka, wtedy badanie rentgenologiczne wykrywa t. zw. spastyczną postać żołądka klepsydrowatego, w której krzywizna duża przylega niemal bezpośrednio do małej. Objawy ze strony jelit są jeszcze bardziej różnorodnym wskutek niezmiernie skomplikowanego unerwienia muskulatury jelit: obok unerwienia sympatycznego i parasympatycznego wchodzą tutaj w grę również sploty Auerbacha i Meissnera, które wpływać mogą na ruchy jelit niezależnie od pozostałego układu nerwowego. Nadmierna ruchliwość jelit, niepokój robaczkowy, skłonność do skurczów spastycznych, które w obrębie okrężnicy, zwłaszcza zstępującej, doprowadzają do spastycznego zaparcia stolca (t. zw. typ zstępujący Stierlina), napady kolki śluzowej (colica mucoso-membranacea Nothnagla), lub niebolesnego śluzotoku myxoneurosis intestini crassi Ewald a, wzgl. myxorrhoea nervosa Albu, bóle przy defekacji i t. p. składają się na bogaty zespół objawów nerwowo-jelitowych w wago-toników. Wskutek złożonej innerwacji muskulatury jelit jednowartościowe substancje farmakodynamiczne prowadzić mogą czasem do efektów wręcz odmiennych: tak np. atropina raz sprowadza zaparcie stolca, innym znów razem gwałtowną biegunkę. Stany spastyczne muskulatury jelit występują w postaci jeszcze gwałtowniejszej, niż w obrębie żołądka, i prowadzą, jak sam to spostrzegaliśmy niejednokrotnie, do niezmiernie bolesnego wzdęcia ścian jamy brzusznej, które stają się twarde jak deska. Najbardziej jednak uporczywe i bolesne są napadowe stany spastyczne muskulatury pęcherzyka żółciowego, które prowadzić mogą niejednokrotnie do pomyłek rozpoznawczych: mam od szeregu lat w obserwacji pacjentkę, u której z powodu szalonych bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego tej miary znawca patologji dróg żółciowych, co prof. Kehr z Halberstadtu, dokonał rezekcji pęcherzyka żółciowego i nie stwierdził w nim żadnych zmian chorobowych.

Wzmożona pobudliwość aparatu płciowego, częste zma-

zy nocne, przedwczesny wytrysk nasienia, opisany przez Neugebauera wagotoniczny zespół utrudnionego miesiączkowania (dysmenorrhoea vagotonica), nieznaczne utrudnienie w oddawaniu moczu, który wypływa strumieniem przerywanym, obfitość osadu w moczu (szczawiany, fosforany i węglany), związany zazwyczaj z nadkwaśnością — dopełniają obrazu klinicznego wagotonji w obrębie układu moczopłciowego.

Obraz hematologiczny nie wykazuje nic dla wagotonji swoistego: piśmiennictwo wspomina najczęściej o niedokrwistości hypoplastycznej oraz eozynofilji. Limfocytoza, którą Dziembowski uważa za charakterystyczną cechę wagotonji, zależna jest najprawdopodobniej od wikłającej często wagotonję konstytucji limfatycznej.

Daleko mniej plastycznie, niż wagotonja, uwydatnia się obraz kliniczny sympatykotoni, który nakreślony został przez Eppingera i Hessa na zasadzie badań klinicznych, głównie jednakże na zasadzie doświadczeń farmakodynamicznych i rozważań teoretycznych. Wynika to przede wszystkim z tego, że objawy natury sympatykotonicznej sprawiają chorym daleko mniej dolegliwości subiektywnych, aniżeli objawy wagotoniczne, wskutek czego chorzy daleko rzadziej zwracają się z niemi do lekarza, następnie zaś z faktu, że nie występują one w sposób tak izolowany, jak objawy wagotoniczne, ale często kojarzą się z niemi. Że jednakże wpływ rozmaitych momentów przyczynowych na oba układy nie jest jednolity ale uwydatnia się raczej w sposób antagonistyczny, tego dowodzi ciekawe spostrzeżenie Dresla, które mogą potwierdzić z własnego doświadczenia: otóż w warunkach normalnych w rozwoju swoim od stanu dzieciństwa do starości człowiek przechodzi rozmaite fazy od wzmózonej pobudliwości w układzie autonomicznym poprzez względną równowagę obu układów ku wzmózonej pobudliwości w układzie sympatycznym, tak, że wybitne sympatykotoniczne dziecko i wybitnie wagotoniczny starzec należą do objawów rzadkich. Naogół biorac, objawy kliniczne sympatykotoni są negatywnym objawem wagotonicznych, będą tu więc: szerokie źrenice i wąskie szpary oczne, skąpe wydzielanie potu, łez i śliny, sucha skóra z ubóstwem barwika i białym zabarwieniem, dobra napięć tętna, nieznacznie wzmózone ciśnienie krwi, przyspieszenie tętna przy spokojnej działalności serca, brak wpływu atropiny na niemiarowość ekstrakcyjną, zaokrąglony kształt serca przy badaniu rentgenologicznym, normalny rytm oddechow, atonia ścian żołądka, kształt żołądka podkowisty, brak objawów kurczowych ze strony żołądka, przełyku i jelit, meteoryczne wzdęcie brzucha, słabe wydzielanie kwasu solnego, słaba tolerancja na węglowodany i znaczny cukromocz po iniekcji podskórnej adrenaliny. Wszystkie zaburzenia powyższe jednakże rzadko tylko występują w postaci autonomicznej. Najczęściej kojarzą się bądź z objawami wagotonicznymi, bądź ze wzmózoną pobudliwością w całkowitym zwierzęcym i roślinnym układzie nerwowym.

Sprawa nerwicy wagotonicznej i sympatykotonicznej nie wyczerpuje jednak bynajmniej patologji układu wegetacyjnego. Pod względem praktycznym daleko ważniejsze jest rozpatrzenie różnorodnych zjawisk natury wagotonicznej lub sympatykotonicznej, które, jako poszczególne komponenty albo ugrupowania tych komponentów, wchodzi w skład rozmaitych zachorzeń organizmu ludzkiego. Zdając sobie sprawę z niemożliwości dokładnej analizy całkowitej patologji ludzkiej pod tym kątem widzenia w krótkim odczycie, ograniczę się do zilustrowania na możliwie plastycznych przykładach, jaką rolę odgrywa wzmózone napięcie w obu odcinkach układu roślinnego w patogenezie i w ukształtowaniu klinicznym rozmaitych układów organizmu. Już a priori przypuścić można, że rola ta najbardziej wydatna będzie w zachorzeniach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, których związek z układem wegetacyjnym jest wieloraki i bardzo ścisły. Przede wszystkim odcinek sympatyczny układu roślinnego wykazuje ścisłe pokrewieństwo genetyczne z układem chromochłonnym, które w późniejszym okresie dokumentuje się w postaci farmakodynamicznej. Następnie całkowity układ roślinny pozostaje nieustannie w stanie t. zw. unerwienia tonicznego pod wpływem produktów układu inkrecyjnego: czy to opisanych przez Starlinga hormonów, które wywołują swoiste oddziaływanie pobudzające na odległość, czy to opisanych przez Gleya harmonozonów które drogą humoralną kierują harmonijną regulacją rozwoju i odżywiania, czy to wreszcie opisanych przez Schaefera

chalonów, które hamują lub zmniejszają aktywność niektórych grup komórkowych układu inkrecyjnego. Wreszcie jest to faktem, nie podlegającym dyskusji, że całkowity układ hormonotwórczy jest tylko grupą narządów wykonawczych układu wegetacyjnego, pod którego kontrolą się znajduje i którego zarządzeniom podlega.

Odkładając do wywodów końcowych analizę kliniczną tego związku, rozpocznę od omówienia roli układu roślinnego w cierpieniach narządów wewnętrznych. I tutaj powołując się na omówione już uprzednio objawy ze strony serca i oskrzeli (wagotoniczna nerwica serca i dychawica oskrzelowa), ograniczę się wyłącznie do owrzdzenia żołądka i dwunastnicy, których związek z patologją układu roślinnego zacytna się w nauce w ostatnich czasach coraz bardziej ustalać. Badania Bergmanna oraz jego uczniów Westphala i Katscha, a następnie Kleea stwierdziły wzmózone napięcie w układzie autonomicznym, a przynajmniej znaczną przewagę wagotonji nad sympatykotonią (Petrea i Thorling): stany spastyczne muskulatury żołądka prowadzą do odsznurowania naczyń doprowadzających i do niedokrwiłości miejscowej; wyeliminowane w ten sposób z odżywiania odcinki błony śluzowej zostają strawione, co prowadzi do erozji i owrzdzeń. Z drugiej zaś strony każde obrażenie błony śluzowej prowadzi ponownie do skurczów i zaburzeń czynności wydzielniczej i do stałych zmian w perystaltyce: w ten sposób ze stanów czysto czynnościowych, jakimi są skurcze muskulatury, wytwarzać się mogą zmiany anatomiczne w postaci owrzdzeń żołądka i dwunastcy.

Z cierpien wieku dziecięcego, które pozostają w ścisłym związku z wagotonją, na pierwszym miejscu postawić należy t. zw. stan grasiczo-chłunny (status thymico-lymphaticus). Za związkiem tym przemawia przede wszystkim fakt, że odpowiadające cierpieniu temu zmiany anatomiczne znajdujemy stale w chorobie Addisona, będącej zachorzeniem par excellence wagotonicznym, następnie liczne objawy wzmózonej pobudliwości układu autonomicznego w tem cierpieniu i wreszcie fakt, że zarówno stan grasiczo-chłunny, jak i wagotonja są cechami przeważnie wieku młodzieńczego i ustępują stopniowo z biegiem lat. Z badań Hammar'a wynika, że grasicca pozostaje pod nieustannym wpływem czynników podniecających i hamujących jej czynność: do czynników podniecających należą gruczoł tarczowy, kora nadnerczy, przysadka mózgowa i gruczoł przytarczyczny, zaś do czynników hamujących gruczoły płciowe i układ chromochłonny. Z danych klinicznych i eksperymentalnych wynika ze znacznym prawdopodobieństwem antagonizm pomiędzy wydzieliną grasicy a adrenaliną. Istnienia grasicy w wieku wczesnym konieczne jest do wyrównania wysokiej zawartości adrenaliny w tym okresie. W wypadkach zaś konstytucji hypoplastycznej, w których hamujący wpływ układu chromochłonnego na grasicę jest zbyt mały, następuje przetrwanie grasicy lub też wstrzymanie jej normalnej inwolucji. Fakt, stwierdzony drogą anatomiczną, kliniczną i eksperymentalną, że nabłonek grasicy produkuje wydzielinę tonizującą układ sympatyczny, względnie unerwiane przez ten układ narządy wykonawcze, tłumaczy nie tylko brak fizjologicznej inwolucji grasicy przy niedorozwoju układu chromochłonnego, ale również i przypadki nagłej śmierci dzieci i osobników dorosłych w stanie grasiczo-chłonnym. Wynikają one z nagle powstającej przewagi napięcia w układzie autonomicznym nad napięciem w układzie sympatycznym z powodu przypadkowych zakażeń i zatruc nadnerczy, która dla konstytucjonalnie słabego organizmu może mieć skutki fatalne. Zbliżone do anatomo-patologicznego pojęcia stanu grasiczo-chłonnego i wprowadzone przez Czernyego pojęcie kliniczne skazy wysiękowej (diathesis exsudativa) wykazuje również liczne cechy predyspozycji wagotonicznej i poddaje się nawet niejednokrotnie leczeniu atropiną z pomyślnym skutkiem (Krasnogorski, Eckert, Viereck i Schiff). Opisane przez Ibrahima kurcze oddechowe u dzieci (respiratorische Atemkrämpfe), które są czemś pośrednim pomiędzy ciężką oskrzelową a dychawicą oskrzelową, rozgrywają się ściśle w obrębie układu wegetacyjnego i przebiegają według prawa t. zw. „odruchów warunkowych“ Pawłowa. Interesujące przyczynki do patologji układu wegetacyjnego znajdujemy w badaniach szkoły Feera w Zurychu. Hirszfelda w badała w tym kierunku dzieci, dotknięte opisanem przez Finkelsteina t. zw. „zatruciem pokarmowym“, i doszła do wniosku, że w cierpieniu tem mamy do czynienia z pierwotnym rozpadem białka, i że produkty tego rozpadu, krążąc we krwi, oddziaływają draż-

niąc na układ sympatyczny, co udaje się stwierdzić za pomocą obiektywnych metod badania. Sam Feer opisał przed kilku tygodniami p. t. „Szczególna nerwica układu wegetacyjnego u małych dzieci“ („Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde“) obraz chorobowy, w którym na pierwszy plan wysuwa się: zaburzenia snu, przynębienie psychiczne, zmiany skóry zależne od pocenia się skóry całego ciała i dochodzące do maceracji naskórka na dłoniach i stopach, sinica obwodowych odcinków kończyn, obrzmienie dłoni, stóp i palców, wysypka, przypominająca pokrzywkę, znaczna wyczerpywalność i hypotonja mięśniowa, wybitne przyspieszenie tętna bez gorączki oraz stałe podniesienie ciśnienia krwi. We wszystkich przypadkach następowało po 2—4 miesięcznym trwaniu choroby wyleczenie po intensywnej terapii solami wapnia.

Doniosłe znaczenie układu wegetacyjnego w przebiegu chorób zakaźnych jest faktem, powszechnie znanym. Obfite pocenie się w okresie przełomu w wielu cierpieniach zakaźnych z nadzwyczajnym zwolnieniem tętna należy najprawdopodobniej złożyć na karb wzmoczenia się napięcia w układzie autonomicznym. Ale istnieją dwa cierpienia zakaźne, w których ukształtowaniu klinicznym układ wegetacyjny odgrywa rolę szczególnie doniosłą — jest to gruźlica i grypa. Co się tyczy przedewszystkiem gruźlicy, to już Chełmoński opisywał w początkowych okresach tego cierpienia stany, zbliżone do neurastenicznych, których związek jednakże z sympatykotonią w świetle współczesnych badań jest niezaprzeczony. Według Eppingera i Hessa jad gruźlicy posiada zdolność uszkodzenia w sposób wybiórczy układu chromochłonnego, co uwidacznia się w stopniu najłatwiejszym w chorobie Addisona. Deutsch i Hoffmann stwierdzili, że początkowe okresy gruźlicy oraz przypadki gruźlicy okresu drugiego reagują w sposób sympatykotoniczny, w dalszym przebiegu zaś sympatykotonia zmniejsza się, zaś w okresie trzecim wszystkie przypadki reagują w sposób wagotoniczny; wyprowadzają oni stąd wniosek, że jad gruźlicy pobudza wydzielanie hormonów, wzmagających napięcie w układzie sympatycznym, że w następstwie siły obronnej sympatycznej ulegają porażeniu, natomiast wzmagają się napięcie w układzie autonomicznym. Natomiast Dresel wypowiada przypuszczenie, że na gruźlicę zapadają przedewszystkiem sympatykotonicy, którzy wskutek zgubnego działania jadu gruźliczego na układ chromochłonny przekształcają się następnie w wagotoników.

Na wybitny udział układu wegetacyjnego w grypie zwróciłem uwagę podczas wielkiej epidemii tego cierpienia, która panowała w Warszawie w 1920 r., w referacie, wygłoszonym w Sekcji Neurologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dn. 6 marca 1920 r. Spostrzegałem wtedy liczne przypadki z objawami, wskazującymi na przemijającą nieodmowę nadnerczy: uporczywe stany astenji fizycznej i psychicznej po przebytej grypie, a zwłaszcza po kilku nawrotach, które w epidemii tej nie należały do rzadkości. W innej kategorii przypadków, jako powikłanie grypy, występowały następnie zmiany w czynności gruczołu tarczowego — niemal wyłącznie w postaci jego hyperergji (niepokój, stany lękowe, drżenie dłoni i palców, biegunka, nadmierne pocenie się). Wreszcie w pewnej grupie przypadków niewątpliwymi był wpływ grypy na gruczoły płciowe u kobiet, przyspieszając wystąpienie objawów klimakterycznych (typowe uderzenia do głowy, t. zw. „étouffements“, bicie serca, stany lękowe i przynębienie i t. p.). W ostatnich tygodniach neurolog brazylijski Austregésillo z Rio Janeiro, potwierdzając częstotliwość istnienia stanów tych w przebiegu grypy, stwierdził, że pomocą szeregu testów farmakodynamicznych ich wagotoniczny charakter.

Jako przykład uzależnienia układu wagotonicznego od zaburzeń przemiany materji mineralnej przytoczę tylko tężyczkę, powołując się na odczyt kol. Landsberga, który poświęcony był specjalnie cukrzycy. Otóż według badań czasów ostatnich polega tężyczka między innymi na zubożeniu organizmu w wapień (constitutio calcipriva), co odbija się w pierwszym rzędzie na układzie wegetacyjnym. Falta i Kahn opisują liczne objawy wzmoczonej pobudliwości w obu układach roślinnych: sympatycznym i autonomicznym, jak wzmoczone czynność serca, kurcze naczyń, obrzęki naczyń, kurcze mięśni rzeskowych, wzmoczone wydzielanie potu, śliny, łez oraz z soku żołądkowego i jelitowego, stany spastyczne masykulatory żołądka i jelit — jednym słowem, miaszanina objawów wzmoczonego napięcia w układzie sympatycznym i parasympatycznym. To też wyniki badań klinicznych i farmakodynamicz-

nych, osiągnięte przez Falta i Kahna w tężyczce, zaś przez Peritzę w t. zw. spazmofilji osobników dorosłych, są przekonywającym dowodem możliwości istnienia wzmoczonego napięcia w obu odcinkach układu roślinnego.

Charakterystyczny obraz stanu wagotonicznego spotykamy również w tych zaburzeniach klinicznych, które noszą nazwę wstrząsu anafilaktycznego. Garrelow, Santennoise i Tinel stwierdził, że wahania w równowadze pomiędzy układem sympatycznym i parasympatycznym są pierwszorzędnej wagi czynnikiem, uczulającym organizm na wstrząsy anafilaktyczne i na wszelkie czynniki toksyczne z oddziaływaniem wybiórczym na układ nerwowy. Hyperwagotonja jest czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu wszystkich reakcji gwałtownych, brutalnych i szybko przebiegających, podczas kiedy hypowagotonja i sympatykotonia są, odwrotnie, podłożami dla odczynów powolnych, przedłużonych o natężeniu łagodnym, a nawet ukrytych. Analogiczne wyniki stwierdzili Widal, Abram i Pasteur Valéry-Radot w obrazie klinicznym t. zw. „crise hémoclasique“. Schittenhelm stwierdził, że obraz analogiczny daje również zatrucie peptonem oraz iniekcja β -imidazolytetylaminy, ciała, które prawdopodobnie wytwarzane zostaje w organizmie zwierzęcym.

Patogeneza licznych zaburzeń naczyńoruchowych i odżywczych, które ujęte zostały syntetycznie przez Cassirera w jedną wielką grupę nerwic naczyńoruchowo-odżywczych, wyjaśnia się stopniowo dzięki postępowi badań endokrynologicznych, a zwłaszcza badań nad patologią układu wegetacyjnego. Patogeneza ta przytem kształtuje się nieco odmiennie w tej grupie przypadków, w której występują na jaw tylko objawy naczyńoruchowe, odmiennie zaś w tych przypadkach, w których objawy naczyńoruchowe kojarzą się z odżywczymi, lub w których występują na jaw wyłącznie objawy odżywcze. W grupie pierwszej, na czele której stoi choroba Quinckego w postaci napadowej oraz perjodycznie zaostrzającej się, następuje t. zw. akroparastezje (Nothnagel-Schulze), erytromelalgja (Weir-Mitchel) oraz lokalna asfiksja (syncope localis)—choroba zależna jest albo od nadmiernej skurczu drobnych tętnic i żył, albo od zastoju w terytorjum naczyń włosowatych i wzmoczonego napięcia żylnego albo wreszcie od porażenia nerwów zwięzających lub podrażnienia nerwów rozszerzających naczyń. W grupie zachorzeń odżywczych, której głównymi reprezentantami jest choroba Raynauda z jej różnymi odmianami klinicznymi (acrocyanosis chronica hypertrophica Cassirera, acrocyanosis chronica anaesthetica Souza i Leita) oraz sklerodermja, której omówienie odkładam do działu zachorzeń układu hormonotwórczego, ukształtowanie się obrazu klinicznego wypływa z rozmaitych motywów patogenetycznych. Zasadniczą rolę odgrywają tu podniety, które zadziały na szlaki czuciowe, przebiegają po nich w kierunku dośrodkowym, przenoszą się następnie na układ wegetacyjny i przechodzą wreszcie drogą odśrodkową ku obwodowi. Możliwe jest jednakże przypuszczenie bezpośrednich przewodnictw odśrodkowych w odcinkach czuciowych, które przebiegałyby wtedy w kierunku antyodśrodkowym. Układ wegetacyjny odgrywa tu rolę również i dla zjawisk czuciowych, ponieważ mamy tu do czynienia z objawami, wywołanymi przez zaburzenia czucia naczyniowego Zaburzenia ruchowe, które odgrywają tu rolę podrzędną, wywołane są również przez zaburzenia aparatu od-ruchowego naczyniowo-czuciowego i naczyniowo-ruchowego.

W świetle nowoczesnych badań nad układem wegetacyjnym rozpatrywać należy również niektóre zaburzenia skóry oraz jej derywatów pochodzenia ektodermalnego. Mam tu na myśli przedewszystkiem bielactwo nabyte (Vitiligo), jako charakterystyczny przykład cierpienia, w którym na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia w wytwarzaniu się barwika skóry. Otóż Lévy-Frankel i Juster stwierdzili w obrębie plam bielactwa wyraźne zaburzenia układu sympatycznego, unerwiającego odpowiednie terytorjum skóry (zaburzenia odruchu włosowo-ruchowego, odruchu sutkowo-otoczkowego, układu naczyniowo-ruchowego oraz pocenia się). Doświadczenia Schiffa, Legrosa, Ciccánovitcha, wykazały, do jakiego stopnia doniosły jest udział układu sympatycznego w repartycji barwnika. Ciekawym eksperymentem natury jest pod tym względem zespół Claude-Bernard-Hornera, w którym często udaje się stwierdzić po stronie jednoimiennej heterochromię siatkówki. André Thomas opisał pigmentację skórki w niektórych urazowych i nieurazowych cierpieniach rdzenia równoległe z zaburzeniami naczyńoruchowymi, potowemi i włosowo-ruchowemi pochodzenia sympatycznego. O zabu-

rzeniach pigmentacji w chorobie Addisona będzie mowa na innym miejscu. Do objawów o patogenie analogicznej należą również nadmierne zrogowacenia skóry czyli t. zw. keratodermje. Spostrzegano je między innymi w zapaleniach nerwów obwodowych pochodzenia arsenikowego, w których szczególny udział brały włókna sympatyczne. Do tej samej kategorii objawów należą keratodermje dłoniowe i piętowe w przebiegu niektórych chorób zakaźnych układu nerwowego, jak choroba Heine-Medina (Canestrini) lub nagminne zapalenie mózgu (Mackiewicz, moje własne spostrzeżenia). Zachodzi tu ścisła analogja pomiędzy keratodermją dłoniową, którą André Thomas stwierdzał w zachorzeniu sympatycznego zwoju szyjnego dolnego. Najbardziej wybitnie i najbardziej jaskrawo jednak występuje udział układu wegetacyjnego w tych cierpieniach skóry, które przebiegają z anomaljami owłosienia. Smith i Saalfeld spostrzegali u królika wzmoczony porost włosów na uchu po przecięciu szyjnego nerwu sympatycznego. W wielu przypadkach wstrząsu i ran postrzałowych podczas ostatniej wielkiej wojny europejskiej, w których uwidoczniły się wyraźnie zaburzenia w układzie wegetacyjnym, stwierdzano objawy albo wzmoczonego porostu albo wręcz odwrotnie utraty włosów. Objawy t. zw. łysiny plackowatej (alopecia areata) występowały nie tylko w słynnych eksperymentach Maxa Josepha, powtórzonych przez Mibellego, po przecięciu u kota tylnego korzenia drugiego nerwu szyjnego, ale i w licznych przypadkach obrażenia nerwów, opisanych podczas ostatniej wojny. Przed kilku laty opisałem zespół kliniczny, polegający na zupełnej utracie włosów na całym ciele w połączeniu z żółtem zabarwieniem skóry, licznymi zaburzeniami układu wegetacyjnego oraz szeregiem zaburzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym — i starałem się dowieść, że łysina plackowata (alopecia areata) jest tylko jednym z przejawów tego zespołu.

Co się tyczy chorób organicznych układu nerwowego, to, rzecz prosta, najważniejszy jest tutaj udział samego układu sympatycznego i autonomicznego, którego symptomatologii, jako powszechnie znanej, poruszać nie będę. Przypomnę tylko, że symptomatologia zaburzeń odcinka szyjnego sympatycznego wzbogaciła się w ostatnich czasach na zasadzie doświadczeń urazowych okresu wojennego głównie dzięki badaniom Minora, który odróżnia w tej dziedzinie obok typu a) sympatycznego czystego jeszcze: b) typum glossosympaticum i c) typum vago-sympaticum. W dziedzinie odcinka sympatycznego piersiowego podkreślić należy doświadczenia Jonnescu, który za pomocą rezekcji nerwów sympatycznych otrzymywał pomyślne wyniki lecznicze w duszności bolesnej (angina pectoris). Wyniki badań eksperymentalnych w dziedzinie odcinka sympatycznego brzuszno, którego rola w patologii zaburzeń trzewiowych jest olbrzymia, nie są dotychczas jednoznaczne: podczas kiedy np. Popielski przy rezekcji n-i splanchnici nie otrzymywał żadnych objawów ze strony nerek, w eksperymentach Onufia i Collinsa oraz Laignela-Lavastinea po usunięciu plexus solaris występowało przekrwienie naczyń brzusznych, biegunka, wymioty, oligurja i ogólna adynamja. Do objawów par excellence wagotonicznych należą t. zw. „crises gastriques“, „crises rectales“ i t. p. w wjadzie rdzenia, przebiegające z „nadkwaśnością, zaburzeniami w rytmie tętna i oddechu, zmianami naczynioruchowymi i t. p. Szczególniej ważne jednak jest zachowanie się układu wegetacyjnego w padaczce. Orzechowski i Meisels stwierdzili, że niektóre przypadki padaczki, w szczególności będącej następstwem spraw patologicznych, przebytych w dzieciństwie, okazują wybitne zachowanie się wagotoniczne, które wytworza się dopiero z czasem w miarę trwania choroby. W przypadkach, gdzie występuje odczyn sympatykotoniczny, mamy dopiero początkowy okres choroby. Gowers w swojej klasycznej pracy „O pogranicznych padaczki“ opisuje kategorię napadów t. zw. „naczyniowo-błędnych“ (accessus vaso-vagales), w których obok sensacji ze strony żołądka, serca i przewodu oddechowego, przypominających „aure“, oraz wybitnych objawów naczynioruchowych na pierwszy plan wysuwa się uczucie nierealności otoczenia, będące czemś zupełnie odmiennym od uczucia obcości otoczenia: w jednym ze spostrzeżeń moich pacjent podczas napadu takiego miał wrażenie, jakgdyby wszystko dokoła niego było nierealne, ale „jakgdyby było na obrazie“.

Znaczenie badań nad patologją układu wegetacyjnego dla t. zw. nerwic czynnościowych jest raczej natury ne-

gatywnej — to znaczy, że przyczyniły się one w znacznym stopniu do wybitnego ograniczenia zakresu tych cierpień. Wiadomo powszechnie, że w przebiegu dwu ostatnich dziesięcioleci, dzięki badaniom francuskiej szkoły neurologicznej, — a głównie zaś dzięki pracom Babińskiego, obraz kliniczny hysterji uległ temu procesowi, który badacze francuscy określili jako „démembrement de l'hystérie“, a zakres jej przejawów klinicznych uległ tak znacznemu zwężeniu, że współczesny neurolog względnie rzadko czuje się upoważniony do stawiania rozpoznania hysterji. Jest więc hysterja w świetle badań współczesnych cierpieniem względnie rzadkiem, ale wbrew temu, co było dawniej, o „ustalonych granicach“ klinicznych. Cenna bardzo pod tym względem były również i badania Noordena, który w r. 1891 z szeregu zjawisk nerwicowych wydzielił postać odmienną i określił ją nazwą „Hysterische Vagus-Neurose“ — z tem tylko zastrzeżeniem, że postać ta nie ma nic wspólnego z hysterją, ale jest objawem późniejszej koncepcji Eppingera i Hessa o wagotonji. Analogiczny proces rozkładu („démembrement“) przechodzi obecnie również i obraz kliniczny neurastenji — z tą tylko różnicą, że trudno jest przewidzieć, czy po zakończeniu tego procesu cokolwiek wogół z tego obrazu klinicznego pozostanie. Współczesna psychjatria śmiała ręką amputowała od zespołu t. zw. objawów neurastenicznych cały szereg zjawisk, które z zespołem tym nie miały nic wspólnego — a więc: t. zw. neurastenję okresową (którą, między innymi, u nas opisywali Dunin i Puławski), stany psychasteniczne, nerwice lękowe, psychopatję konstytucjonalną i t. d. Okazało się dalej, że cały szereg t. zw. objawów neurastenicznych należy uznać za objawy samozatrucia przy zachorzeniach układu inkrecyjnego, a przede wszystkim za zaburzenia układu wegetacyjnego (wagotonja i sympatykotonja), dzięki czemu cały szereg objawów klinicznych, traktowanych dotąd jako czynnościowe, zyskuje w ten sposób podłoże organiczne.

Z zachorzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, w których układ wegetacyjny odgrywa rolę dominującą, przyciągają dla przykładu tylko niektóre — pod tym względem najważniejsze, że w pierwszym rzędzie chorobę Basedowa. W świetle współczesnych poglądów na patogenię tego cierpienia — objawy wzmoczonej lub opacznej funkcji gruczołu tarczowego (hyperthyreoidismus i dysthyreoidismus) nie są bynajmniej bezpośrednią przyczyną choroby, ale tylko jednym ogniwem w łańcuchu momentów etjologicznych, w którym niepoślednią rolę odgrywa również czynnik konstytucjonalny, a przede wszystkim zaburzenia układu wegetacyjnego. Na zasadzie badań farmakodynamicznych odróżnia Eppinger: wagotoniczną i sympatykotoniczną postać choroby Basedowa, z których w pierwszej przeważa grupa objawów wagotonicznych, w drugiej zaś sympatykotonicznych. Do grupy objawów wagotonicznych należą: zwolnienie tętna przy braku subiektywnych zaburzeń sercowych, objaw Moebiusa, łzawienie, ślinotok, nadkwaśność żołądka, biegunka i nieznaczne tylko uwypuklenie gałek ocznych. Do grupy objawów sympatykotonicznych należą: przyspieszenie tętna, wskutek podrażnienia nerwi accelerantis, wole, jako wynik rozszerzenia naczyń tarczycy wskutek podrażnienia nerwi depressoris, wytrzeszcz i szerokie szpary oczne wskutek wzmoczonego napięcia unerwianego sympatycznie musculi palpebralis tertii (Landström) i mięśnia Müllera, objaw Graeffego wskutek wzmoczonego napięcia m-i levatoris palpebrae superioris, wzmoczone pocenie się, wskutek pobudzenia unerwienia sympatycznego gruczołów potowych, wreszcie ewentualny cukromocz, jako wyraz przewagi układu sympatycznego wskutek przemieszczenia fizjologicznej korelacji tarczycy do trzustki i do układu chromochłonnego. Według Eppingera pacjenci, którzy przed wybuchem choroby byli wagotoniczami, wykazują objawy choroby Basedowa przeważnie w układzie autonomicznym i odwrotnie. W każdym razie noksa tyreotoksyczna oddziaływała naogół w sposób bardziej pobudzający układ sympatyczny — to też choroba Basedowa ma raczej tendencję do przekształcenia konstytucji wegetacyjnej w kierunku sympatykotonicznym, jak to zresztą widoczne jest z obrazu klinicznego, w którym objawy sympatykotoniczne dominują znacznie nad wagotonicznymi. Choroba Addisona ma jest klasycznym przykładem rozwijającej się stopniowo wagotonji (obniżenie ciśnienia krwi, hypoglikemja, znaczna tolerancja wobec węglowodanów, adynamja, pocenie się, zaburzenia trawienne i pigmentacja). Ponieważ objawy ubytkowe dotyczą tutaj układu sympatycznego wskutek zmniejszenia się produkcji i zaniku adrenaliny,

przeło obniża się napięcie w układzie sympatycznym i górę biorą objawy podrażnienia w układzie autonomicznym czyli wago-tonji. I tutaj jednak sprawa nie jest dotąd rozstrzygnięta, co pierwotnie ulega zachorzeniu: układ sympatyczny, czy nadnercze? Istnieją przypadki choroby Addisona z nietkniętymi nadnerczami, jak tego dowiódł Spiegel, z których wynika, że powstać może pierwotnie zachorzenie plexus coeliaci, prowadzące wtórnie do zaburzenia czynności nadnerczy i w ten sposób do zespołu Addisona. Co się tyczy okresu pokwitania u kobiet i u mężczyzn (climacterium femininum et virile), to większość badaczy uważa go również za nabyty stan wago-toniczny. Doświadczenia Cristofolietiego i Adlera, które po wypadnięciu czynności jajników stwierdziły wzmożone napięcie w układzie sympatycznym, nie znalazły dotąd potwierdzenia. Jednakże cierpieniem układu hormonotwórczego, w którym objawy wago-toniczne występują w postaci najbardziej wybitnej, jest zespół kliniczny eunuchoidalny, który nakreśliłem w pracy swej, ogłoszonej w 1913 r.: w pracy tej opisane są przypadki, w których bogactwo objawów wago-tonicznych jest tak znaczne, jakgdyby pacjenci wprost wzorowali się na pierwotnym opisie Eppingera i Hessa. Pozostaje mi jeszcze do omówienia zespół wielogruzołowy, o którym krótką wzmiankę znalazłem w ogłoszonej w 1910 r. pracy Noordena „O blednicy“, a którego obraz kliniczny naszkicowałem w 1916 r. p. t. „Degeneratio genito-sclerodermica“. Są to przypadki, dotyczące młodych dziewcząt o bardzo drobnym wzroście i niezmiernie wątej budowie ciała, w których miesiaczkowanie rozpoczyna się bardzo późno, przebiega niezmiernie nieprawidłowo i wreszcie przed 18—19 rokiem ustaje zupełnie. Równocześnie rozwijają się rozległe zmiany skóry o typie sklerodermji, powikłane często sklerodaktylią. Obraz kliniczny kojarzy się często bądź z objawami choroby Basedowa, bądź z objawami choroby Addisona, bądź z objawami ciężczki, bądź z objawami nieomogi innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Wspominam o cierpieniu tem między innymi i dlatego, ażeby wykazać, jak daleko zawiły może być związek pomiędzy zaburzeniem organów hormonotwórczych a patologią układu wago-tonicznego, jak dalece różnorodna może być interpretacja patogenetyczna tych stanów. Podczas kiedy ja uzależniałem cały obraz kliniczny od pierwotnego stwardnienia wielogruzołowego Falty (multiple Blutdrüsensklerose), które wciąga w proces chorobowy układ wago-toniczny i w ten sposób powoduje sklerodermję, Curschmann, potwierdzając moje obserwacje kliniczne, uważa sklerodermję i zaburzenia gruczołowe za zjawiska skoordynowane, zależne od pierwotnego zachorzenia układu wago-tonicznego, zaś Cassirer ucieka się do śmiałej, ale mało ugruntowanej hipotezy pierwotnego zajęcia układu roślinnego, powodującego sklerodermję, i przejścia procesu sklerodermatycznego na gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym.

Co się tyczy etiologii zaburzeń w dziedzinie układu roślinnego, to Laignel-Lavastine odróżnia tu: przyczyny zewnętrzne, przyczyny pochodzenia humoralnego i przy-

czyny psychiczne. Do przyczyn zewnętrznych należą warunki kosmiczne, jak ciśnienie atmosferyczne, elektryczność powietrza, fale Hertza, promienie X, magnetyzm ziemski i t. p. Do przyczyn pochodzenia humoralnego należą: a) zakażenia i zatrucia chemiczne, w których dominującą rolę odgrywa koncentracja jonów b) samozatrucia w zaburzeniach układu inkrecyjnego oraz c) wstrząsy koloidalne: t. zw. choc anaphylactique i colloidoclasie, które nie są zatruciem czyli perturbacją równowagi chemicznej, lecz nagłym zakłóceniem równowagi kolloidów plazmy. Z przyczyn psychicznych najbardziej doniosłe znaczenie należy przypisać wzruszeniom, których wpływ na układ wago-toniczny udaje się z łatwością wykryć za pomocą odczynu psychogalwanicznego Veragutha. Oprócz emocji natury psychogenetycznej istnieją jeszcze czysto fizjologiczne przejawy wzruszeń — stan, który badacze francuscy określają nazwą hyperémotivité splanchogénétique. Tak np. Cannon stwierdził, że silne wzruszenia wywierają zawsze wpływ na nadnercza, który powoduje wyładowanie się adrenaliny do krwi i cukromocz.

Leczenie stanów patologicznych w dziedzinie układu wago-tonicznego opiera się dotąd w głównej mierze na wynikach działania 3 głównych odczynników farmakodynamicznych: adrenaliny, pilokarpiny i atropiny. Znane jest przemijające działanie adrenaliny przedewszystkiem w dychawicy oskrzelowej — najczęściej w postaci t. zw. „astmolicyzmu“, t. j. w połączeniu z pituitryną. Eppinger i Hessa zalecają w biegunkach nerwowych pochodzenia wago-tonicznego lawatwy z adrenaliny z rozczynu 10/100 na 150—300 kropel wody. Zastosowanie pilokarpiny jako środka przeciwdziałającego sympatykotonicznym stanom podrażnieniowym jest dotychczas bardzo ograniczone. Daleko szersze jest zastosowanie atropiny w napadach dychawicy oskrzelowej, w systematycznym leczeniu owróżdzenia żołądka, w ekstrasystolicznej bradykardji wago-tonicznej (doświadczenia Dehio) oraz w stanach kurczowych żołądka i jelit — ewentualnie w połączeniu z papaweryną. Jako środek, zmniejszający pobudliwość w obu odcinkach układu wago-tonicznego, wymienić należy sole wapnia, które znajdują na szersze zastosowanie w ciężczce i spazmofilji. Doniosłą wreszcie zdobyczą lat ostatnich jest t. zw. operacja Leriche’a („Sympatécotomie periarterielle“) — usunięcie rozgałęzień sympatycznych dookołatętnicznych, które daje nieraz doskonałe wyniki nie tylko w stanach owróżdzeń i zgorzeli, ale, jak to wykazał Brüning, nawet i w sklerodermji (Bregman).

Oto w skondensowanym zarysie zakres zjawisk patologicznych w dziedzinie układu wago-tonicznego w świetle badań lat ostatnich, przeprowadzonych pod inspiracją koncepcji farmakodynamicznej i klinicznej Eppingera i Hessa. Myśl ludzka w poszukiwaniu prawdy podąża rozmaitemi drogami i często popełnia pomyłki, ale są w nauce błędy, które są bez porównania więcej warte, aniżeli setki banalnych niewzruszonych słuszości. Do takich twórczych i zapładniających wiedzę „błędów“ należy koncepcja Eppingera i Hessa, której znaczenie dla patologji układu wago-tonicznego starałem się tutaj możliwie jaknajwięcej przedstawić.

Z kliniki, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala małż. Poznańskich w Łodzi.

Dwa przypadki thrombopeniae essentialis.

Podał Dr. L. SZYFMAN (Łódź).

Z grupy chorób, objętych wspólnym mianem skaz krwotocznych, wyodrębnił Frank postać kliniczną samodzielną, thrombopenia essentialis, której cechy hematologiczne zestawione są w załączonej tabliczce:

| | Objaw opaskowy | Czas krwawienia | Czas krzepnięcia | Kurczenie się skrzepu (retractilité du caillot) | Liczba płytek |
|-------|----------------|-----------------|------------------|---|----------------------|
| Norma | ujemny | 2—4' | 6—9' | początek po 8—10' od utworzenia się skrzepu | 200 tys. do 300 tys. |

| | Objaw opaskowy | Czas krwawienia | Czas krzepnięcia | Kurczenie się skrzepu (retractilité du caillot) | Liczba płytek |
|--|----------------|-----------------|------------------|---|---------------|
| Angiopathiae (Scorbutus, Purpura Henoch-Schönlein) Peliosis rheumatica | dodatni | norma | norma | norma | norma |
| Thrombopenia essent. | dodatni | przedłużony | norma | nie występuje lub bardzo opóźnione | zmniejszona |
| Haemophilia | ujemny | norma | przedłużony | norma | norma |

Nie jest to postać zbyt rzadka, jeżeli w ciągu jednego roku 1923 spostrzegaliśmy jej trzy przypadki na oddziale wewnętrznym dra S. Sterlinga w szpitalu im. małż. Poznańskich. Jeden z nich opisała kol. Rabinowiczówna (Polska Gazeta Lek. Nr. 28, rok 1923); opis dwóch dalszych podaje na tem miejscu.

I. J. R., lat 16: od lat czterech co kilka dni krwotoki z nosa, trwające po kilka godzin. Pochodzi z rodziny zdrowej. Stan przedmiotowy w dn. 23.IV 1923 r.:

Chory budowy prawidłowej, odżywiania miernego, skóra i błony śluzowe blade. Na skórze kończyn rozrzucone tu i ówdzie drobne wybroczyny. W płucach i sercu zmian nie wykryto. Tętno miarowe, o napięciu średnim, 80 na 1'. Ciśnienie krwi Max. 100 Hg., Min. 60 Hg. Brzuch miękki. Wątroba niemacalna, śledziona nieco wyczuwalna, wystaje z pod łuku żeberowego. Stan podgorączkowy.

Badanie krwi i układu krwiotwórczego. (Dr. Kocen) w dniu 1.V.1923 r. wykazało: ciałek czerwonych 2.000.000; hemoglobiny (Sahli) 32%; wskaźnik barwikowy = 0,8. Ciałek białych 9.5000, mianowicie: obojętnochłonnych 74%, małych i dużych limfocytów 17%, kwasochłonnych 1%, monocytów 8%. Płytek Bizozzero, obliczonych sposobem Fonio, w 1 mm³—38.000. Czas krwawienia (metoda Dukea) przedłużony—8'. Czas krzepnięcia nieco przedłużony—12'. Kurczenie się skrzepu (retractilité du caillot) opóźnione. Czas opadania krwinek w cytrynianie sodu (próba Biernackiego) całkowity=80'. Odporność czerwonych krwinek na hypotoniczne roztwory soli kuchennej — nieznacznie wzmożona. Objaw opaskowy — wybitnie dodatni; próba nakłucia (Kocha) wypadła dodatnio.

Chory pozostawał w szpitalu przeszło miesiąc; w ciągu tego czasu co kilka dni powtarzały się obfite krwotoki z nosa. Wszystkie stosowane środki zawodziły: wstrzykiwano dożylnie CaCl₂, roztwory hipertoniczne soli kuchennej, eufilinę, podawano wewnątrz żelatynę, chlorek wapnia; tamponowano nos.

Dnia 18.V chory został, na żądanie rodziny, wypisany ze szpitala — bez poprawy, pozostawał jednak nadal pod naszą obserwacją, jako pacjent ambulatoryjny. Krwotoki nadal się powtarzały, stan ogólny chorego stale się pogarszał. W dniu 18.IX. chory został ponownie przyjęty do szpitala już w stanie takiego ogólnego osłabienia, że zaledwie mógł ustać na nogach. Objaw opaskowy wybitnie dodatni. Badanie krwi w dniu 28.IX. dało wyniki następujące: krwinek czerwonych 1.400.000. Hemoglobiny (Sahli) 16%; wskaźnik barwikowy — 0,6. Wybitna poikilocytoza, pojedyncze normoblasty, dość znaczna polichromazja. Białych ciałek — 5.400: wzór morfologiczny—normalny. Liczba trombocytów (według Fonio) 26.000. Czas krwawienia (metoda Dukea) — przedłużony — 10'. Czas krzepnięcia: normalny — 9'.

Ponieważ ogólny stan chorego z każdym dniem się pogarszał, wykonano (Dr. A. Goldman) w dniu 2.X. wycięcie śledziony w uspieniu eterem. Podczas operacji z chwilą usunięcia śledziony krwawienie stało się nieznaczne. Wymiary usuniętej śledziony 14—10—4 cm. Waga — 242 gr. (norma 90—120 gr.). Obraz drobnowidzowy (Dr. Czarnocki w zakładzie Anat. Patolog. Uniw. Warsz.) przemawia za zanikiem ciałek Malpighiego.

Badanie chorego dn. 4.X wykazało: objaw opaskowy ujemny; liczba trombocytów—500.000. Czas krwawienia—2'. Czas krzepnięcia — normalny.

Chory pozostawał w szpitalu po operacji z górą miesiąc; w ciągu tego czasu nie było ani jednego krwotoku; stan ogólny z każdym dniem lepszy. Badanie krwi dn. 2.XI. dało wyniki następujące: czerwonych krwinek 3.100.000. Hemoglobiny (Sahli) 32%. Wskaźnik barwikowy — 0,5. Polichromazja, pojedyncze normoblasty. Białych ciałek — 10.000; wzór morfologiczny — normalny. Liczba trombocytów (sposób Fonio)—315.000. Czas krwawienia — 2'. Czas krzepnięcia — 9'. Objaw opaskowy — ujemny.

Dnia 6.XI chory został wypisany w stanie zadawalającym.

II. W drugim przypadku nastąpiła śmierć w dniu operacji, naszym zdaniem, wskutek zbyt późnego wykonania zabiegu operacyjnego, omal że nie in extremis.

G. J. panna lat 17. Pochodzi z rodziny zdrowej. W 13 roku życia przebyła szkarlatynę. Poza tem żadnych chorób nie przechodziła. Choroba obecna rozpoczęła się w czerwcu r. b., kiedy wystąpiły krwawe wybroczyny na kończynach, a w kilka dni później — krwawienie z dziąseł i nosa. Mie-

siączka, która już od dwu lat jest b. obfita i trwa do dwóch tygodni, ostatnio trwała całe trzy tygodnie. Od 19 czerwca do 19 sierpnia leżała w szpitalu przy ul. Drewnowskiej (Dr. J. Rosiewicz) z rozpoznaniem morbus Werlhofii. W tydzień po wypisaniu ze szpitala, gdzie stwierdzono pewną poprawę, krwotoki się ponowiły, wystąpił obrzęk na przedniej powierzchni szyi (w okolicy tarczycy), stan ogólny się pogorszył. Chorą przyjęto do szpitala Poznańskich. Badanie w dniu 26.VII wykazało: Stan podgorączkowy. Na kończynach liczne wybroczyny krwawe, na ramionach wielkie sińce na miejscu zastrzykiwań podskórnych. Powiększenie gruczołu tarczowego; zwłaszcza prawa połowa gruczołu — znacznie powiększona, twarda, bolesna na dotyk. Skóra i błony śluzowe wybitnie blade. Na dziąsłach, błonie śluzowej jamy ustnej, nosa — nieliczne wybroczyny. Płuca, serce bez zmian. Tętno 120 na 1', miarowe, o słabym napięciu. Ciśnienie Max. 110, Min. 50 Hg. Wątroba, śledziona niewyczuwalne. W moczu — krwinki czerwone; elementów nerkowych nie wykryto. Objawy opaskowy i ukłucia (Kocha) — dodatnie. Czas krwawienia (metoda Dukea) — 14'. Czas krzepnięcia (sposób Sahliego) — 16'. Kurczenie się skrzepu nie następuje. Ciałek czerwonych — 2.400.000. Hemoglobiny (Sahli) — 32%. Wskaźnik barwikowy — 0,7. Znaczna polichromazja, poikilo- i anizocytosza, pojedyncze normoblasty. Odporność czerwonych krwinek na hypotoniczne roztwory soli nieco wzmożona. Ciałek białych — 4.800, mianowicie: obojętnochłonnych — 59%, kwasochłonnych — 0, zasadochłonnych — 0, limfocytów małych i dużych — 35%, monocytów — 6%. Trombocytów (metoda Fonio) — 34.000.

Od dnia 28.VIII do 9.IX nawrót krwotoków z macicy i z nosa. Stan podgorączkowy. Dnia 9.IX — stan b. ciężki, sinica; tętno — 140 na 1', ledwie wyczuwalne. Dokonano wycięcia śledziony (Dr. A. Goldman); tegoż dnia chora zmarła. Sekcja zwłok wykazała: wybitne zwyrodnienie mięśnia sercowego; wylewy krwawe wielkości wiśni do bocznej ściany lewej komory i do thalamus opticus; wylew krwawy do gruczoła tarczowego. Obraz drobnowidzowy wyciętej śledziony (Dr. Czarnocki w zakładzie Anatomii Patologicznej Uniw. Warsz.) przemawia za rozrostem miazgi śledzionowej. Prócz tego stwierdzono, że tętniczki ośrodkowe posiadają światło wąskie, a ścianę grubą, na co zwrócili uwagę i inni badacze (Schittenhelm).

Parę uwag epikrytycznych:

1) Jak podano w tablicy, czas krzepnięcia w thrombopenia essentialis bywa normalny. Opisane są jednak przez Tancrego, Grama, Fulla i Montanusa typowe przypadki thrombopeniae essentialis o przedłużonym czasie krzepnięcia. Do takich należy i nasz przypadek drugi. W przy padku zaś pierwszym czas krzepnięcia był początkowo nieco przedłużony (12'), a już po paru tygodniach wykazywał ten objaw cechy właściwe typowej thrombopeniae essentialis.

2) Stan podgorączkowy nie jest właściwy thrombopeniae essentialis; jeżeli jednak występuje, to jako powikłanie przez zakażenie osłabionego ustroju, albo przez wsysanie się wylewów. W naszym przypadku drugim gorączka mogła być wywołana zarówno przez wylew krwawy do thalamus opticus, jak i do gruczołu tarczowego.

3) Zabieg operacyjny w przypadkach ciężkich (liczba trombocytów — poniżej 30.000 przy ciężkich objawach ogólnych) jest bezwzględnie wskazany. Przemawiają za tem przypadki, opisane przez Sterlinga i Schittenhelma. Dwa przypadki Sterlinga (opisane w r. 1921 w Przeglądzie Lekarskim) skończyły się śmiercią; na operację się nie zgodzono. Z trzech ciężkich przypadków thrombopeniae essentialis, poddanych w naszym szpitalu operacji, dwa natychmiast po operacji uległy poprawie; w trzecim nastąpiła śmierć zaraz po zabiegu, co się aż nadto łatwo tłumaczy stwierdzeniami na sekcji zmianami w narządach wewnętrznych, które wystąpiły przed operacją.

Teoretycznie za usunięciem śledziony przemawia zarówno teoria Franka, przypisująca śledzionie wpływ hamujący na czynności krwiotwórcze szpiku kostnego (pierwotna megakariotoksykoza), jak i teoria Kacnelsona, w myśl której trombocyty ulegają w śledzionie nadmiernemu niszczeniu (purpura thrombolytica). W każdym bądź razie udział śledziony w patogeniezie thrombopeniae essentialis jest pewny: dysfunkcja śledziony powoduje z jednej strony zmniejszenie liczby trombocytów, z drugiej — uszkodzenie ścian naczyń krwionośnych. Po usunięciu zaś śledziony występuje przełom trombocytowy (wprawdzie zazwyczaj tylko

czasowy), znikają objawy przepuszczalności naczyń (objawy opaskowy, K o c h a), a, co za tem idzie, — ustają krwawienia. Ponieważ śledziona jest częścią składową t. zw. układu śródłonkowo-siateczkowego, to oczywista, że i po usunięciu śledziony może nastąpić nawrót choroby, jeżeli pozostałe komórki układu tego wezmą na siebie nie tylko czynności normalne, ale i spazone — usuniętej śledziony. Mimo to wycięcie śledziony w przypadkach pewnego rozpoznania ciężkich postaci *thrombopeniae essentialis* uważane być musi za zabieg, ratujący życie pacjenta.

Piśmiennictwo.

- 1) Frank. — Zft. f. aerztliche Fortbildung, 1919.8;
- 2) Frank. — Ergebnisse d. gesamtten Medizin. B. III, 1922;
- 3) Minkowski. — Mediz. Klin. 1919. 50 i 51;
- 4) Morawitz. — Med. Klin. 1920. 50;
- 5) Morawitz. — Med. Klin. 1923. 3;
- 6) Rabinowiczówna. — Pol. Gaz. Lekarska. 1923. 28;
- 7) Sterling. — Przegląd Lekarski 1920. 8)
- 8) Sternberg. — Wiener Archiv. III B. 1922.
- 9) Schittenhelm. — Klin. Wochenschr. 1923. Nr. 50, str. 2298;
- 10) Drouet. — Journal de Médecine de Paris. 1923, Nr. 39.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych u osobników gruźliczych.

podała

N. ZYLBERLAST-ZANDOWA (Warszawa).

Prace N ä g e l i e g o, dowodzące, iż w 90 przypadkach na 100 badań pośmiertnych wykryć można gruźlicę, wprowadziły pewną poprawkę do pojęć naszych i nie pozwalają obecnie tak swobodnie, jak dawniej, posługiwać się określeniem „osobnik gruźliczy“ w odróżnieniu od „zupełnie zdrowy“.

Mimo to jednak nie możemy zapoznać stopniowania, jakie istnieje w tem obciążeniu zarazkami gruźliczymi: jeden osobnik przechodzi przez życie, zgoła nie wiedząc o chorobie, tkwiącej w nim jedynie w stanie potencjonalnym, inny znowu odpowiada w sposób swoisty już na najłżejsze zakłócenie równowagi sił życiowych. Codzienne doświadczenie kliniczne poucza nas, iż ludzie, obciążeni gruźlicą, a zwłaszcza dzieci z powiększonymi gruczołami oskrzelowymi już po zwykłym przeziębieniu, któremu towarzyszy niezbyt jamy nosowogardzielowej, mogą wykazywać ciepłotę ciała podgorączkową w ciągu długich tygodni.

Do rzędu cierpień, które zmieniają swój przebieg w zależności od gruźlicy, tkwiącej w organizmie, należy również zapalenie nagminne opon.

Przypadek, który nasunął mi to przypuszczenie, dotyczył rocznego chłopca, ciężko obciążonego gruźlicą. Ojciec pacjenta miewał częste krwioplucia, rodzeństwo umierało na gruźlicę. Dziecko było wątłe, delikatne, blade, Ze słów matki wynikało, iż przed 10 tygodniami dziecko spało z krzesła, poczem dosyć często bywało smutne. 26 marca 1921 r. dostało drgawek, przedtem wymiotowało kilkakrotnie. Kiedy zobaczyłam dziecko po raz pierwszy w 4 dni po wystąpieniu objawów chorobowych, to stwierdzić mogłam jedynie niezbyt znaczną sztywność karku oraz objaw karkowo-mydrjacyjny Fl a t a u a (słabo zaznaczony), poza tem dziecko było smutne, apatyczne.

Nakłucie łądźwiowe wykazało płyn przezroczysty bezbarwny, zawierający 96 limfocytów w 1 ccm. Zarówno przebieg cierpienia, jak i wygląd płynu nasuwały rozpoznanie gruźlicy opon. Jednakże po nakłuciu łądźwiowym stan zmienił się zasadniczo na lepsze, drgawki i wymioty ustąpiły całkowicie, humor się poprawił, dziecko zaczęło się bawić zabawkami. Po 3 dniach dokonano nakłucia łądźwiowego, płyn zbadano pod względem bakterjologicznym i stwierdzono w nim meningokoki typu A. Niezwłocznie przystąpiono do leczenia surowicą swoistą. W krótkim czasie uzyskano znakomitą poprawę: ciepłota ciała, sięgająca w czasie choroby 38,5° — spadła do normy, płyn mózgowordzeniowy stawał się prawidłowy; ostatnie badanie wykryło zaledwie 15 komórek (wyłącznie limfocytów), odczyn Nonne-A p e l t a był zaledwie dostrzegalny. Dziecko zaczęło się znakomicie popra-

wiać. Ta poprawa trwała jednak zaledwie dwa dni, poczem wraz ze zjawieniem się wysypki surowiczej (na 10-ty dzień po pierwszej surowicy) nastąpiło gwałtowne pogorszenie: dziecko zaczęło wymiotować, było bardzo niespokojne, wreszcie dostało drgawek z utratą przytomności i porażeniem połowiczem (lewostronem). Nie odzyskawszy przytomności zmarło. Badanie pośmiertne nie mogło być dokonane. Nakłucie łądźwiowe, dokonane tuż przed śmiercią, wykazało, iż płyn mózgowordzeniowy nie uległ zmianie. Dodać należy, iż odczyn P i r q u e t a był dodatni.

II przypadek dotyczył 3-letniej dziewczynki, przybyłej do szpitala 4 maja 1915 r. z rozpoznaniem choroby P o t t a. W rodzinie istnieje obciążenie gruźlicze (starsze rodzeństwo umierało na to cierpienie). Pacjentka zawsze była wątła. Dwukrotnie spadała ze stołu, ostatnio na dwa dni przed początkiem choroby. Pierwsze objawy cierpienia polegały na bólach głowy, wymiotach, wzniesieniu ciepłoty ciała. Po 3 dniach wystąpiło wadliwe ustawienie głowy. Po 10 dniach choroby przybyła do szpitala. Tu stwierdzono, iż dziecko jest zupełnie przytomne, lecz apatyczne, główkę trzyma pochyloną w prawą stronę i nie pozwala poruszać nią biernie. Próba P i r q u e t a wypadła słabo dodatnio. Ciepłota ciała była podgorączkowa — 37,4. Nakłucie łądźwiowe dało płyn przezroczysty o wzorze wyłącznie limfocytowym, jałowy pod względem bakterjologicznym.

Całość obrazu klinicznego skłaniała do rozpoznania gruźlicy opon.

Podczas pobytu w szpitalu stan chorej stale się pogarszał: przytomność się zamrazała, płyn stawał się mętnym, wreszcie po 24 dniach od chwili zachorowania stwierdzono w płynie dwoinki wewnątrzkomórkowe W e i c h s e l b a u m a.

Leczenie surowicą swoistą dało zupełne wyzdrowienie pacjentki.

Oba przypadki były podobne do siebie pod niektórymi względami: w obu — cierpienie rozwinęło się u osobników gruźliczych, w obu płyn mózgowordzeniowy był przezroczysty i wykazywał wzór limfocytowy (przez cały czas choroby w pierwszym przypadku, przez pierwsze trzy tygodnie — w drugim).

Te właśnie cechy płynu uważamy za swoiste dla zapalenia opon nagminnego u osobników gruźliczych.

Pamiętać należy, iż w klinice zapalenia nagminnego opon znamy inne jeszcze postacie tego cierpienia z podobnym płynem, mianowicie postać poronną oraz postać piorunującą. Pierwszą charakteryzują obok przezroczystości płynu słabo wyrażone cechy chorób oraz przebieg łagodny z zejściem pomyślnem; drugą — przebieg gwałtowny, prawie zawsze kończący się śmiercią. W postaci, omawianej tu przez nas, obraz kliniczny cierpienia jest bardzo wyraźnie zarysowany, przypomina jednak raczej gruźlicę opon, niż drętvicę karku, kończyć się może zarówno pomyślnie, jak i śmiertelnie.

Trudno znaleźć wytłomaczenie dla tego ostatniego faktu w pierwszym naszym przypadku, w którym poprawa w ciągu dwu dni łądziła pozorami zdrowia. Przypomnieć może należy, iż zejście śmiertelne zbiegło się z chorobą posurowiczą. Otóż M a r t i n m o w i o nietolerancji osobników gruźliczych względem surowicy; B e s r e d k a rozpatruje ich wrażliwość, jako objaw, należący do tej samej kategorii, co uczulenie organizmu przez poprzednie podawanie surowicy. Wolno zatem przypuszczać, że owa nadwrażliwość, analogiczna do anafilaktycznej, przyczyliła się do śmierci pacjenta.

Podobny zbieg obu zjawisk widzimy i w trzecim przypadku.

Dotyczy on 6-letniej dziewczynki, u której choroba rozpoczęła się 1 lutego 1923 r. od silnych bólów głowy i gorączki. Po tygodniu chorą przywieziono do szpitala. Tu stwierdzono ciepłotę 38,02, tętno 108, sztywność karku, objaw karkowo-mydrjacyjny Fl a t a u a. Płyn mózgowordzeniowy zleżka opalizujący, zawierał 384 komórki w 1 ccm., z tego 86% — limfocytów i 14% — wielojądrzastych. Drobnoustrojów nie wykryto. Przypadek ten mimo braku dwoinek oponowych (meningococci) w płynie wzięto za drętvicę karku i leczono surowicą swoistą typu AB. Po 3 dniach leczenia surowicą dokręgowo płyn mózgowordzeniowy stał się żółtym i wyraźnie mętnym. Stan ogólny chorej poprawiał się.

W dwie godziny po trzecim zastrzyknięciu surowicy chora nagle zbladła, oddech stał się chrapliwy, nie mogła łykać, tętno było przyspieszone. Stan taki trwał kilkanaście minut, poczem wszystko powróciło do stanu prawidłowego, i, gdy chorą badał lekarz dnia następnego — żadnych już śladów poprzedniej zapaści nie mógł stwierdzić. Na piąty dzień

po pierwszym zastrzyknięciu surowicy wystąpiła wysypka surowicza oraz obrzęk powiek, chora była bardzo niespokojna, ciepłota ciała podniosła się na poziom wyższy, niż przez cały czas choroby (38,6). Następnego dnia ustąpiły objawy choroby surowicznej, ciepłota ciała spadła do 36,6, zaś tętno było bardzo przyspieszone (114 uderzeń). Płyn mózgowordzeniowy okazał się przezroczysty, zawierał już tylko 48 komórek, głównie limfocytów. Pomimo tej poprawy płynu stan ogólny ciągle się pogarszał, aż wreszcie na 13 dzień choroby nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach sinicy, upadku działalności serca i temperaturze — 38°.

Ogłędziny pośmiertne wykryły zmętnienie opon na podstawie mózgu i żółtawo-szare ich nacieczenie. Na sklepieniu mózgu zmian nie wykryto. Komory boczne były rozszerzone. IV komora wykazywała zmętnienie ścian oraz niewielkie wygórowanie wielkości dużego ziarnka prosa, mieszczące się niedaleko linii środkowej po stronie lewej i powyżej „pióra pisarskiego“ (calamus scriptorius).

Badanie drobnowidzowe ustaliło, iż wygórowanie w IV komorze jest dużym gruzelkiem o wnętrzu częściowo zserowaciałym. Na obwodzie widać było komórki nabłonkowe oraz komórki olbrzymie.

Powierzchnia gruzelka, zwrócona do komory, najmocniej uległa zserowaceniowi, znajdujemy tu mnóstwo prątków Kocha: całymi gniazdami leżą one w najbardziej wystającym cyplu gruzelka. Oddzielne prątki widać jeszcze na pewnej przestrzeni w wąskim pasku obrzeżnym, otaczającym środkową masę zserowaciałą, wkrótce jednak znikają one, i już nigdzie więcej nie udało się ich wykryć. Nie wykryto ich również w oponach. W tych ostatnich stwierdzono nacieczenie komórkami wielojądrzastymi. Również i ściany naczyń krwionośnych (w oponach i w tkance nerwowej) wykazują nacieczenie komórkowe. Wewnątrz komórek wielojądrzastych, a miejscami i nazewnątrz ich stwierdzono nieliczne dwoinki (meningococci).

W przypadku tym nie udało się stwierdzić za życia dwoinek, i tylko okres panującej nagminnie drętwicy karku skłonił lekarzy do rozpoznania tego cierpienia i do stosowania leczenia swoistego.

Badanie anatomiczne rozpoznanie to potwierdziło. Gdybyśmy tej pewności nie uzyskali, to wobec stwierdzenia gruzelka z prątkami Kocha, możnaby mylnie sądzić, iż cały obraz kliniczny zależał od gruzlicy opon.

Istotnie z rozpoznaniem takim zgadzały się zarówno wygląd płynu mózgowordzeniowego (lekka opalizacja z przewagą limfocytów), jak i przebieg choroby (stała skłonność do pogorszeń, aż do zejścia śmiertelnego). Jeden tylko szczegół nie odpowiadałby temu rozpoznaniu, mianowicie poprawa płynu mózgowordzeniowego pod wpływem leczenia surowicą swoistą. Stwierdzenie dwoinek wewnątrzkomórkowych rozproszyło wszelkie wątpliwości i utwierdziło nas w przekonaniu, iż był to przypadek drętwicy karku.

Fakt śmierci pacjentki w okresie choroby surowicznej (mimo poprawy płynu mózgowordzeniowego), nasunął mi podejrzenie, że była ona dotknięta gruzlicą. Podobny wniosek narzucał się przez analogję do pierwszego naszego przypadku. Ogłędziny pośmiertne dały potwierdzenie tego przypuszczenia, wykazały jednakże jego niedostateczność, nie sądziłszy bowiem, że gruzlica umiejscowiła się w samym układzie nerwowym. W wywiadach nie znaleźliśmy żadnych wskazówek co do objawów nerwowych, poprzedzających obecną chorobę, gruzelek zaś, wykryty na sekcji, był niewątpliwie tworem dawnym, na co wskazują rozmiary jego i zserowaciałość. Umiejscowienie w tak ważnym punkcie, jak „pióro pisarskie“, musiało chyba wywołać pewne objawy kliniczne. Być może, iż otoczenie chorej, zbyt mało kulturalne, nie umiało ich dostrzec i ustalić. Już w przebiegu choroby zauważono objawy, które a posteriori dadzą się powiązać z umiejscowieniem gruzelka, mianowicie przemijające zaburzenia w oddychaniu, łykaniu i krwioobiegu po trzecim zastrzyknięciu surowicy.

Mieliśmy tu zatem do czynienia z gruzelkiem odosobnionym układu nerwowego, który w przebiegu drętwicy karku ożywił się i stał się czynnikiem, sprzyjającym śmierci zarówno przez swą naturę gruzliczą, jak i przez niebezpieczne umiejscowienie. I w tym przypadku stwierdzono na początku choroby płyn mózgowordzeniowy prawie zupełnie przezroczysty o przewodzie limfocytów. Śmierć nastąpiła w okresie choroby surowicznej.

Na te same cechy płynu (przezroczystość i wzór limfocytowy) zwracano już uwagę w zakażeniu opon mieszanem

gruzliczo-meningokokowym (Dubourg, Duperié, Sabrasés, Dopter).

Przypadki podwójnego zakażenia opon — dwoinką oponową oraz pałeczką gruzliczą — oddawna gromadziły się w piśmiennictwie. Pierwszy opisał podobne skojarzenie zarazków Lenhartz, następnie Netter ogłosił 3 przypadki analogiczne. Lewkowicz¹⁾ opisał 16 miesięczne dziecko, które nagle zapadło przy objawach oponowych z wysoką ciepłotą ciała. W płynie mózgowordzeniowym o wzorze wielojądrzastym (mętnym czy przezroczystym? brak wskazówki o tem), mieściły się dwoinki. Laseczników gruzliczych nie wykryto. Na sekcji stwierdzono gruzelki na oponach.

Bruneau i Hawthorn (1902)²⁾ opisali przypadek, dotyczący 23 letniego mężczyzny, który w trakcie jednego z licznych epizodów zapalenia otrzewny natury gruzliczej zaczął wykazywać zespół oponowy. Płyn mózgowordzeniowy był przezroczysty, bezbarwny, zawierał duże komórki wielojądrzaste i duże monocyty. Bakterjologicznie wykryto dwoinki Gramujemne (część ich była Gramodatnia). Płyn zastrzyknięty śwince morskiej — wywołał gruzlicę rozsianą.

Paisseau i Tixier³⁾ opisali 8 letniego pacjenta, obciążonego gruzlicą, u którego zespół oponowy wykazywał wszystkie cechy sprawy gruzliczej. Mimo to w płynie mózgowordzeniowym limfocytowym wykryto dwoinki Gramujemne. Próba na zlepianie zarazków i rozszczepianie cukrów wykazała, iż była to dwoinka rzekoma. Płyn ten, zastrzyknięty morskiej śwince, wywołał gruzlicę rozsianą. Na sekcji wykryto gruzelki w jamie Sylwuszsa.

Dupérié⁴⁾ opisał 13 mies. dziecko, dotknięte od 6 miesięcy gruzlicą skóry, które nagle zaczęło wykazywać zespół oponowy. Nakłucie łądźwiowe dało płyn przezroczysty o przewodzie limfocytów, zawierający dwoinki Gramujemne. Przy drugim nakłuciu obok dwoinek stwierdzono laseczniki gruzlicy.

Loubet, Aubani i Riser⁵⁾ opisali przypadek 9 letniego chłopczyka z gruzliczem owróżdzeniem odbytnicy, który nagle zapadł przy objawach oponowych. Płyn mózgowordzeniowy był zlekka opalizujący, o wzorze wielojądrzastym. Z domieszką limfocytów, zawierał dwoinki Gramujemne. Leczenie surowicą swoistą nie spowodowało poprawy. Płyn mózgowordzeniowy, zastrzyknięty śwince morskiej, wywołał gruzlicę gruczołów chłonnych. Autorzy wypowiadają przyszczenie, iż dwoinka zakażyła opony pierwotnie, zaś pałeczki Kocha wtórnie napłynęły do miejsca najmniejszego oporu. Zresztą, w przypadku tym posiewy, poczynione po śmierci, wykryły w płynie mózgowordzeniowym obecność trzeciego towarzysza — pneumokoka.

Dubourg⁶⁾ podaje przypadek o początku powolnym z płynem przezroczystym, o wzorze limfocytowym, zawierającym dwoinki Weichselbama obok pałeczek Kocha. Dubourg sądzi, że meningokoki zjawily się wtórnie w zakażeniu gruzliczem.

Dopter⁷⁾ opisał zespół oponowy u osobnika, dotkniętego gruzlicą. W płynie mętnym wykryto dwoinki. Wobec istnienia zakażenia gruzliczego D. poszukiwał laseczników w płynie mózgowordzeniowym, lecz nie zdołał ich wykryć. Po kilku dniach leczenia surowicą nastąpiła znaczna poprawa, utrzymująca się w ciągu 10, dni poczem wystąpiło gwałtowne pogorszenie z zejściem śmiertelnym.

Powtórne badanie płynu wykazało obecność w nim laseczników gruzlicy.

Samet-Mandelsowa⁸⁾ spostrzegła przypadek 7 letniego chłopca, obciążonego gruzlicą, wykazującego zespół oponowy. W płynie mózgowordzeniowym przezroczystym stwierdzono obecność dwoinek. Przy badaniu pośmiertnym wykryto gruzelki rozsiane na podstawie mózgu.

Opierając się na piśmiennictwie, jak również na mate-

1) Über d. Aetiol. d. Gehirnhautentzünd. Jahrb. f. Kinderheilk., 1902.

2) Note sur. assoc. d'une menig. Marseille medic. 1902

3) Méning. tubercul. et surinfec. Gezette des Hôp. 1909.

4) Gommès tuberculeuses. Arch. de medec. des enfants, 1912.

5) Méningite á meningoc. avec. assoc. de bacil. de Koch, Arch. de M. des Enf, 1914,

6) Gazette des sciences medic. de Bordeaux, 1914.

7) Infection méningo-tuberculeuse w monografji „Infection méningococcique“. Paris, 1921.

8) Contribution à la clinique et au traitement de la méningite cérébrospin. Arch. de Med. des Enf. 1923.

rzale własnym, D o p t e r stara się ustalić dwa typy zachorzeń: w pierwszym z nich — zakażenie gruczlicze ma być pierwotne, zaś po krótszym lub dłuższym czasie przyłącza się zakażenie dwoinkowe. Obraz kliniczny przypominać ma całkowicie gruczlicę opon, zaś w chwili wtargnięcia dwoinki — następuje zaostrenie objawów klinicznych, i płyn mętnieje; czasom jednak moment ten nie wywołuje już żadnych zmian w obrazie chorobnym wskutek nazbyt upośledzonego stanu organizmu, niezdolnego do żadnego odczynu.

Drugi typ stanowią mają przypadki, w których drętewica karku jest pierwotna, zaś gruczlica przyłącza się wtórnie, jak to miało miejsce w przypadku D o p t e r a.

Wreszcie oba zakażenia mogą być jednoczesne (B r u n e a u i H a w t h o r n, L u t i e r i i n.).

Powracając do spostrzeżeń własnych, musimy się zastanowić, czy i one nie podpadają pod tę samą kategorię zakażenia mieszanego opon mózgowordzeniowych? Rozważanie rozpoczniemy od przypadku drugiego, jako najłatwiejszego do zakwalifikowania. Zejście pomyślnie pozwala odrzucić przypuszczenie zakażenia mieszanego, wszystkie bowiem przypadki, podane w piśmiennictwie, kończyły się śmiercią.

Trudniej jest wypowiedzieć stanowcze zdanie o przypadku pierwszym, gdyż zejście śmiertelne w okresie zdrowienia po drętewicę karku nakazuje doszukiwać się innej jakiejś przyczyny katastrofy, oprócz zakażenia meningokokowego. Poprawa stanu ogólnego, dająca pozory zdrowia w ciągu 2 dni, oraz poprawa płynu mózgowordzeniowego, trwająca aż do śmierci, przechyla rozpoznanie na stronę drętewicy karku u osobnika gruczliczego, zaś przyczynę śmierci każe upatrywać w zjawisku anafilaksji.

W trzecim wreszcie przypadku, jakkolwiek stwierdziliśmy oba zarazki w obrębie układu nerwowego, mimo to jednak nie mamy pewności, czy opony były obydwojma zakażone, albowiem nie udało się nam wykryć laseczników gruczliczych w samych oponach.

Niezależnie zresztą od tego, czy przypuszczenie nasze jest słuszne, i czy opony były zakażone li tylko dwoinkami, czy też i lasecznikami — wszystkie nasze spostrzeżenia tem się odznaczały, że płyn mózgowordzeniowy był przezroczysty i wykazywał wzór limfocytowy, bądź tylko w pierwszych dniach choroby, bądź też w ciągu całego jej trwania.

Z wywodów tych staje się widocznym, że cechy podobne płynu, stwierdzone na początku zachorzenia opon mózgowordzeniowych, nie mogą przemawiać, ceteris paribus, bezwzględnie za rozpoznaniem gruczlicy opon. Ten sam stan płynu może się zdarzyć w drętewicy karku u osobników, dotkniętych gruczlicą bądź innych narządów ciała, bądź też samych opon. Sprawę tę najłatwiej jest objaśnić słabym oddziaływaniem opon na dwoinki u osobników gruczliczych.

Fakt ten nabiera szczególniejszego znaczenia podczas epidemii lub nasileń endemicznych drętewicy karku. W tych okresach czujność klinicystów winna być w tym kierunku zdwojona. W tę samą stronę winna być skierowana uwaga lekarzy w przypadkach, w których choroba posurowicza u osobnika z drętewicą karku przybiera charakter złośliwy. Wyzyskanie wtedy wszystkich dostępnych metod badania w celu wykrycia obok drętewicy karku współistniejącej gruczlicy opon pozwoli ostatecznie ustalić fakty, które tutaj mogłam jedynie naszkicować.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor: Prof. dr. GRZYWO-DĄBROWSKI).

Pęknięcie namiotu mózdkowego lub wyrostka sierpowatego, występujące u dzieci podczas porodu.

podał

Prof. Dr. W. GRZYWO-DĄBROWSKI (Warszawa).

Niejednokrotnie zwracano uwagę na to, że czasami u noworodków występują rozmaite uszkodzenia ciała, mające swe źródło w samym mechanizmie procesu porodowego. W danej chwili interesują nas przede wszystkim uszkodzenia, powstające w obrębie czaszki, i tym rodzajem zmian tutaj się zajmujemy.

Z uszkodzeń, spotykanych w obrębie czaszki, najczęściej zdarza się obserwować, po za przedgłowiem, wylewy krwi

do jamy czaszkowej, mianowicie — pod oponą twardą, na półkulach mózgowych, względnie do jamy czaszki. Wylewy te występują przeważnie z tego powodu, że przy adaptacji główki kości czaszki brzegami swymi silnie zachodzą jedna na drugą. W związku z tem pękają drobne żyły, wpadające do zatok mózgowych, i krew wylewa się do jamy czaszkowej. Do wytworzenia się pęknięć naczyń i wylewów nie jest nawet niezbędny nacisk na główkę przy porodzie. S c h w a r t z zwraca uwagę, że podczas porodu wytwarza się znaczna różnica ciśnienia w obrębie macicy w porównaniu z ciśnieniem atmosferycznym; wskutek wzmożonego ciśnienia w czaszce rodzącego się dziecka w okresie wydalania — mogą naczynia uleźć pęknięciu, i tworzą się wylewy krwawe nie tylko w obrębie skóry i mięśni, lecz nawet i w czaszce i w istocie mózgowej. Najwięcej interesują nas uszkodzenia namiotu mózdkowego i wyrostka sierpowatego, spotykane nieraz na sekcjach zwłok noworodków; na zmiany te po raz pierwszy zwrócił uwagę B e n e k e w r. 1910. Jak dalej zobaczymy, wspomniane pęknięcia namiotu i sierpu zdarzają się dość często i są bardzo wyraźne, a jednakże o zmianach tych wcale nie spotykamy wzmianki w żadnym ze znanych podręczników medycyny sądowej*), chociaż mają one doniosłe znaczenie sędowo-lekarskie. D ö r n e r w pracy, poświęconej specjalnie omawianiu uszkodzeń, występujących podczas porodu u dziecka, nie nie wspomina o pęknięciach namiotu lub sierpu. Autor ten stosunkowo rzadko spotykał wylewy krwawe do jamy czaszkowej, a wylewy do mózgu uważa nawet za zjawisko wyjątkowe.

B e n e k e, który pierwszy zwrócił uwagę na interesujące nas pęknięcia namiotu i sierpu, stwierdza, że spotykają się one dość często. Mechanizm pęknięć, doświadczalnie sprawdzony przez tego autora, jest następujący: przy ucisku główki w kierunku poprzecznym występuje wypuklenie namiotu mózdkowego ku dołowi, napinają się przytem i włókna, łączące namiot z podstawą wyrostka sierpowatego, co może prowadzić do pęknięć brzegu namiotu lub sierpu i powodować wylewy krwi do jamy czaszkowej. W tych przypadkach dziecisko rodzi się martwe lub w stanie zamartwiczym; jeśli wylew krwawy jest bardzo obfity, występuje ucisk na rdzeń przedłużony i śmierć. W wielu jednak przypadkach niezbyt głębokie pęknięcia goją się dość szybko, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów. Przy wspomnianym bocznym ucisku na czaszkę, poza pęknięciem namiotu i sierpu, występuje czasami rozciągnięcie i zwięźlenie dużej żyły G a l e n a, co powoduje zastoinę w okolicy komór mózgowych, a gdy ucisk taki trwa dłużej, wytwarza się wodogłowie wewnętrzne.

M e y e r na 1200 porodów widział 64 martwo urodzonych dzieci, u 28 stwierdził pęknięcia namiotu mózdkowego, jednak w 12 przypadkach tylko uważa on to pęknięcie za przyczynę śmierci; rozdarcia te występują, zdaniem M e y e r a, przy porodach przez niezupełnie otwarte ujście maciczne.

P o t t na 116 sekcji noworodków stwierdził rozdarcie namiotu w 20 przypadkach; rozdarcia te dzieli on na trzy gatunki: ciężkie — gdy pękają mniej lub więcej głęboko obie blaszki namiotu, średnio ciężkie — gdy pęknięciu ulega tylko blaszka górna, i lekkie — gdy wylewy krwi gromadzą się pomiędzy blaszkami namiotu wskutek pęknięcia znajdujących się tam drobniejszych naczyń. Przyczynę pęknięć upatruje autor w 60% przypadków w ciężkich porodach, czasami jednak tkanka namiotu bywa tak delikatna, że pęknięcia mogą się zdarzyć i przy porodzie normalnym, zdarza się to u niedonoszonych noworodków i u płodów.

B e n t h i n na 73 sekcje zwłok noworodków w 8 razach (10%) stwierdził rozdarcia namiotu mózdkowego; przeważnie pęknięcia to występuje przy poprzecznie przebiegającym ucisku na główkę, czasami jednak i ucisk przednio-tylny może spowodować rozdarcie sierpu lub namiotu. W niektórych przypadkach, gdy opór, który ma przezwyciężyć główka podczas przerywania się, będzie wzmożony sztucznie (nieprawidłowo przeprowadzona ochrona kroczka), może tu również wystąpić pęknięcie namiotu.

Z i m m e r m a n n podaje ze swej kazuistyki 8 przypadków pęknięcia namiotu mózdkowego i trzy przypadki pęknięć wyrostka sierpowatego; z powyższych 8 przypadków pęknięcie namiotu było jedyną przyczyną śmierci. Poza tem autor obserwował u noworodków wylewy krwawe pod oponami miękkimi; nieraz w takich przypadkach klinicznie nie stwierdza-

*) Krótko mówi o tem H a b e r d a w podręczniku medycyny sądowej H o f m a n n a, wydania 1923 r.

no żadnych objawów chorobowych, śmierć zaś następowała po kilku godzinach lub kilku dniach.

Seitz (cytuje według Zim m e r m a n n a) dzieli wylewy krwawe, występujące przy uszkodzeniach namiotu mózdkowego, na umiejscowione ponad namiotem, poniżej namiotu i na postacie mieszane. Przy wylewach, umiejscowionych pod namiotem, występują następujące objawy kliniczne: napięcie i wysklepienie dużego ciemiączka, wysklepienie szwu lambdowatego po odpowiedniej stronie, niepokój, krzyk, błądność skóry, objawy podrażnienia, a potem porażenia nerwów twarzowego i błędnego, kończyn i t. d.

Przy krwotokach, umiejscowionych poniżej namiotu, na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia ze strony ośrodków oddechowych: sinica, poza tem — sztywność karku i kończyn, opistotonus, wysklepienie ciemiączka i t. d.

E. Halland na 167 sekcjach zwłok noworodków w 81 przypadkach (48%) znalazł pęknięcie namiotu mózdkowego, przytem w 5-ciu przypadkach było stwierdzone również pęknięcie wyrostka sierpowatego, a w 75 przypadkach miały miejsce wylewy krwawe pod oponami.

Schwartz zaś zajmował się uszkodzeniami mózgu, występującymi podczas porodu u noworodków. Autor przychodzi do wniosku, że obfite, rozległe wylewy podoponowe i do istoty mózgowej są charakterystyczne dla porodów przedwczesnych, bo tu tkanki i naczynia są delikatne i mniej odporne, niż u noworodków donoszonych; krwotoki te powstają wskutek znacznej różnicy ciśnienia wewnątrz macicy w porównaniu z ciśnieniem atmosferycznym; w miejscach, gdzie ciśnienie zewnętrzne jest mniejsze (część przodująca dziecka) — występują rozległe krwotoki. Jeśli dziecko jest donoszone, krwotoki występują w związku z ciężkim, długotrwałym porodem na tle zastoiny, chociaż i w tych razach różnica ciśnienia odgrywa dużą rolę. Tego rodzaju krwotoki niezawście powodują natychmiastową śmierć dziecka; autor u dzieci, zmarłych w kilka dni po porodzie, widział pod oponami skrzepy krwi, rdzawe zabarwienie opony twardej, a w istocie mózgowej — ogniska rozmiękczenia, jako ślady po przebytych wylewach krwawych; u dzieci, które przeżyły kilka tygodni, ogniska w mózgu przedstawiają się w postaci plamek białych, względnie — występują wyraźne blizny w istocie mózgowej. Badanie drobnowidzowe w tych przypadkach potwierdza powstanie tych zmian na tle wylewów i wybroczyn krwawych do mózgu.

Siegmund często spotykał wylewy krwawe do namiotu mózdkowego i do sierpu, i to niezawście wskutek zastoiny krwi (per diapedesin), lecz nieraz w związku z pęknięciem żył, wpadających do zatok mózgowych, lub nawet w związku z pęknięciem samych zatok; krew się nagromadza pomiędzy blaszkami opony twardej lub wylewa się do jamy czaszkowej, powodując wystąpienie stanu zamartwiczonego podczas samego porodu lub śmierć dziecka wkrótce po porodzie. Takie wylewy do istoty mózgowej bywają rozmaitego stopnia, nasilenia i umiejscowienia; w związku z wchłanianiem się wylanej krwi wytwarzają się w istocie mózgowej rozmaite ogniska, jamy, blizny; noworodki takie mogą jednak nieraz żyć przez czas pewien po urodzeniu.

Pozwoliłem sobie przytoczyć w streszczeniu najważniejsze prace, omawiające daną sprawę, z tego powodu, że w piśmiennictwie polskim nie była ona dotąd poruszana, a znaczenie jej jest ważne zarówno dla klinicysty — pediatry, jak i dla lekarza sądowego.

W Zakładzie naszym zaczęto zwracać specjalną uwagę na uszkodzenia namiotu i sierpu u noworodków od r. 1922, stosując metodykę otwierania czaszki, podaną przez Benek ego, mianowicie: otwieramy czaszkę w ten sposób, że wycinamy kość pokrywającą czaszkę po obu stronach szwu strzałkowego, nie naruszając go, a u dołu wycinamy te kości, robiąc cięcia poziome, tak, że wyjmujemy razem część tylną kości czołowej, część kości ciemieniowej i górną część kości potylicznej. Po wyjęciu tych płatów kostnych — odsłaniaamy półkule i wyjmujemy je osobno, widzimy wtedy zupełnie dobrze wyrostek sierpowaty i górną powierzchnię namiotu mózdkowego.

Pod zbadaniem odsłoniętej w ten sposób jamy czaszkowej, przecinamy namiot mózdkowy i wyjmujemy mózdek i rzeń przedłużony. Przy stosowanym zwykle sposobie otwierania czaszki, piłując lub przecinając czaszkę w linii poziomej, okrężnie, można również obejrzeć dość dobrze sierp i namiot mózdkowy, jednak trzeba przytem unieść i odsunąć ręką każdą półkulę z osobna i obejrzeć dokładnie brzegi namiotu i sier-

pu; sposób poprzedni jest jednak wygodniejszy.

Nasz materiał sekcyjny w ciągu r. 1922 i 1923 obejmuje 430 oględzin i sekcji zwłok noworodków i płodów.

Po odrzuceniu tych przypadków, w których stwierdziliśmy poronienie poniżej 5 mies. ciąży lub uszkodzenia kości czaszki, pozostało 390 zwłok noworodków i płodów były przez nas badane co do uszkodzeń namiotu lub sierpu, względnie co do zmian w jamie czaszkowej.

Z tej ogólnej liczby stwierdzono w 47 przypadkach wylewy krwawe do namiotu lub sierpu, w 50 wylewy do jamy czaszkowej i pod oponami, w 4 pęknięcie namiotu, a w 2-ch pęknięcie wyrostka sierpowatego.

Noworodki te w większości przypadków rodziły się w stanie zamartwiczym: na ogólną liczbę 103 noworodków, u których stwierdziliśmy powyżej opisane zmiany, 75 urodziło się żywych, lecz przeważnie w stanie zamartwiczym, 28 — urodziło się martwych.

Na 5 przypadków pęknięć namiotu mózdkowego w jednym stwierdzono, że dziecko zmarło podczas porodu, w 3-ch zaś — śmierć nastąpiła wkrótce po porodzie; w przypadkach pęknięcia sierpu dziecko urodziło się żywe, lecz zmarło wkrótce po porodzie.

Dla zobrazowania rodzaju i umiejscowienia pęknięć namiotu i sierpu poniżej przytaczam krótki wyciąg z protokółów sekcji zwłok naszych przypadków.

Przypadek I. 30.III.1922 r. Noworodek, urodzony około 9 mies. księżycowego ciąży; w okolicy prawej kości ciemieniowej — przedgłowie dość znaczne; w obrębie przedgłowie, tu i owdzie wylewy krwawe. Prawa kość ciemieniowa zachodzi swym brzegiem na lewą. Pod okostną kości pokrywającej czaszkę rozsiane punkcikowate wybroczyny krwawe. W jamie czaszkowej nieliczne skrzepy krwawe i trochę krwi płynnej. W obrębie namiotu mózdkowego w linii środkowej, szczylnowate pęknięcie około 3 mm. długości, o brzegach nierównych. Na powierzchni mózgu — pod namiotem dość obfite ciemno-czerwone skrzepy krwi. Mózg sam uszkodzenia nie przedstawia.

Płuca u wyglądzie płuc embrjonalnych. Próba płucna i żołądkowo-jelitowa wypadła ujemnie. W jamie brzusznej znaleziono skrzep krwi wielkości orzecha włoskiego i trochę krwi płynnej, pod torbką wątroby tu i owdzie drobne wybroczyny krwawe.

Przypadek II. 28.III.1922. Noworodek płci żeńskiej, około 9 mies. księżycowego ciąży; próba płucna ujemna, żołądkowo-jelitowa zaś wypadła dodatnio (przy braku cecznicy). Pod skórą czaszki, w okolicy kości potylicznej i w okolicy tylnej części kości ciemieniowych — dość obfite wylewy krwawe. Wylewy takie znajdujemy również i pod okostną kością potyliczną i ciemieniową. Kości ciemieniowa i czołowa lewa swymi brzegami zachodzą na kości ciemieniową i czołową prawą. Na oponie twardej w okolicy zbiegu kości ciemieniowych i potylicznej nieobfite wylewy krwawe.

W prawej części namiotu mózdkowego znajduje się pęknięcie długości 2 cm., szerok. 1 i pół cm., o brzegach nierównych; w sąsiedztwie tego pęknięcia znajdują się dość obfite skrzepy krwi. Mózg uszkodzeń nie przedstawia. Pod nasierdziem obfite wybroczyny krwawe.

Przypadek III. 7.VIII.1922. Noworodek płci żeńskiej, donoszony (waga 3600 grm., dług. ciała 54 cm., obwód głowy 34 cm.). W linii środkowej czaszki, a szczególnie na szczycie, w tkance podskórnej wybitny obrzęk i obfite wylewy krwawe, szew strzałkowy około 0,4 cm. szerok., pod okostną kością pokrywającą czaszkę — liczne punkcikowate wybroczyny krwawe. W obrębie lewego skrzydła namiotu mózdkowego stwierdzono pęknięcie długości 1 cm., szerok. około 0,3 cm., przechodzące tylko przez powierzchowne warstwy tkanki namiotu, o brzegach nierównych. Mózg nieuszkodzony. Próba płucna i żołądkowo-jelitowa wypadły dodatnio.

Przypadek IV. 25.XI.1922. Noworodek płci żeńskiej, wagi 2650 gr., dług. ciała 49 cm., obwód głowy 34 cm. W tkance podskórnej głowy w okolicy szczytu dość obfite wylewy krwawe i galaretowaty obrzęk tkanek. Pod oponą twarą na powierzchni półkul obfite wylewy krwawe. Mózg — bez uszkodzeń. W prawem skrzydle namiotu mózdkowego, w miejscu przejścia jego w podstawę wyrostka sierpowatego znajduje się pęknięcie dług. około 1 i pół cm., szerok. około 4 mm., o brzegach nierównych; w okolicy tego pęknięcia dość obfite wylewy krwawe. W lewym skrzydle namiotu mózdkowego w miejscu symetrycznym znajdują się podobne pęknięcia długości około 1 cm., szerokości około 3 mm., o brzegach nierównych, w okolicy tego pęknięcia znajdują się wylewy

krwawe. Próba płucna — częściowo dodatnia: prawe płuco pływa, lewe zaś tonie. Próba żołądkowa — dodatnia, jelitowa ujemna.

Przypadek V. Noworodek płci męskiej, wagi 1510 grm., długość ciała 43 cm. W obrębie tkanki podskórnej, szczególnie po stronie lewej, wybitnie przedgiętość w postaci znacznego obrzęku tkanek. Szwy czaszkowe — wąskie. Poł oponą twardą na powierzchni mózgu trochę płynnej ciemnej krwi. Mózg — bez uszkodzeń. W obrębie wyrostka sierpowatego opony twardej, w części tylnej znajduje się rozdarcie około 3 cm. głębokości, o brzegach nierównych. Pod opłucniami płuc tu i owdzie znajdują się drobne punkcikowate wybroczynki krwawe, także wybroczynki znajdujemy rozrzucone i pod nasierdziem.

Próba płucna i żołądkowo-jelitowa wypadła ujemnie.

Przypadek VI. 6.III.1923 r. Noworodek płci męskiej, dłuż. ciała 40 cm., waga ciała 1220 grm., obwód głowy 28 cm. W obrębie tkanki podskórnej czaszki w okolicy obu kości ciemieniowych — stwierdzono obfite podbiegnięcia krwawe i znaczny obrzęk tkanek. Pod oponą twardą na powierzchni mózgu dość dużo płynnej krwi i trochę ciemnych skrzepów krwawych. Mózg — nieuszkodzony, błady. W wyrostku sierpowatym opony twardej, w części środkowej, znajduje się pęknięcie długości około 2 i pół cm., o brzegach nierównych; w okolicy tego pęknięcia pomiędzy blaszkami opony twardej są widoczne obfite wylewy krwawe. W obrębie namiotu mózdzkowego w części jego tylnej, w okolicy podstawy wyrostka sierpowatego, po obu jego stronach, znajdują się pomiędzy blaszkami opony twardej namiotu dość obfite wylewy krwawe. Próba płucna i żołądkowo-jelitowa dodatnia (gnicia brak).

Chociaż na materiale własnym stwierdziliśmy tylko 6 razy pęknięcia w obrębie sierpu i namiotu, sięgające wgłąb i przechodzące przez ich brzegi, jednak i te 46 przypadków, gdzie znaleźliśmy wylewy do namiotu lub sierpu, musimy zaliczyć do kategorii pęknięć, umiejscowionych wewnątrz tych blaszek i pomiędzy nimi, gdyż i tu wylewy powstały wskutek pęknięć naczyń i naczyń pod wpływem tego samego procesu, co i głębsze pęknięcia namiotu i sierpu. Rozpatrując bliżej umiejscowienia pęknięć, widzimy, że przeważnie znajdowali się je w jednym skrzydle namiotu, rzadziej w obu, pęknięcia te sięgały nieraz dość głęboko i przechodziły przez całą grubość namiotu; to samo da się powiedzieć i o pęknięciach w obrębie sierpu. Tylko raz jeden dziecko się urodziło w 7 mies. ciąży, we wszystkich innych przytoczonych przypadkach noworodki były donoszone lub urodziły się w 9 miesiącu ciąży; nieraz spostrzegaliśmy cechy ciężkiego porodu: przedgiętość wraz z wylewami krwawymi do tkanek podskórnych głowy, zsuniecie kości czaszkowych i t. d.

Z pośród wspomnianych 6 przypadków pęknięć namiotu i sierpu w dwóch przypadkach dzieci przyszyły na świat martwe, w 4 zaś urodziły się w stanie zamartwiczym lub nawet oddychały zupełnie dobrze, lecz umierały szybko po urodzeniu. Co do pozostałych 95 przypadków wylewów krwi do jamy czaszkowej lub do namiotu, sierpu, względnie pod oponami mózgowymi, można je podzielić pod względem wieku noworodka w sposób następujący: Wylewy do namiotu mózdzkowego, względnie do wyrostka sierpowatego występowały u noworodków donoszonych w 21 przypadkach,

urodzonych w 9 mies. ciąży — w 12 przypadkach, w 8 mies. ciąży — w 7 przypadkach, w 7 mies. ciąży — w 12 przypadkach, w 5—6 mies. — w 7 przypadkach.

Wylewy do jamy czaszkowej i pod oponami występowały u noworodków donoszonych w 12 przypadkach, urodzonych w 9 miesiącu ciąży w 4, w 8 miesiącu ciąży — w 6, w 7 miesiącu — w 7, w 5—6 mies. również w 7 przypadkach, razem stwierdziliśmy w 95 przypadkach wylewy krwi do jamy czaszkowej lub do opon mózgowych. W przypadkach wylewów krwawych do jamy czaszkowej lub do opon mózgowych u płodów, urodzonych przed 7 miesiącem ciąży, nie stwierdziliśmy cech tak zwanego ciężkiego porodu, wobec tego należy przypuszczać, że wylewy krwawe występowały wskutek różnicy ciśnienia w obrębie macicy (oczywiście i w obrębie ciała płodu) a ciśnieniem atmosferycznym, jak o tem mówi Schwartz.

Z poprzednich uwag możemy wyciągnąć wniosek, że wylewy krwi do jamy czaszkowej noworodków, a szczególnie pęknięcia namiotu lub sierpu w tej lub innej postaci mają duże znaczenie z punktu widzenia medycyny sądowej. Obecność powyższych wspomnianych zmian umożliwi nam nieraz stwierdzenie przyczyny śmierci noworodka, co do czego, jak wiemy, często zachodzą poważne trudności. Poza tem rozkład i rodzaj zmian pozwoli nam wyjaśnić przebieg porodu i ustalić zależność zmian znalezionych od mechanizmu porodowego.

Jak wiemy z piśmiennictwa, noworodki w przypadkach uszkodzeń namiotu i sierpu umierają nieraz nie przy porodzie, lecz w ciągu dni kilku lub kilkunastu po przyjściu na świat. W tych razach znalezienie w obrębie czaszki wspomnianych zmian pozwoli nam z zupełną nieraz pewnością stwierdzić przyczynę śmierci dziecka.

W końcu pozwolę sobie zwrócić uwagę kolegów, mających do czynienia z oględzinami zwłok noworodków, na konieczność dokładnego badania namiotu i sierpu przy otwieraniu czaszki bądź to metodą Benekęgo, bądź metodą zwykłą. Jestem przekonany, że duża liczba przypadków, gdzie przyczyna śmierci noworodka zostaje niewyjaśniona, ma swe źródło w opisanych zmianach w obrębie czaszki.

Piśmiennictwo.

1. Dörner. Vierteljahrsschrift für die gericht. Medizin. 1902, Bd. 24.
2. Benekę. Münchener med. Wochenschrift, 1910, Nr. 41.
3. Meyer. Verhandl. der D. Gesellschaft für Gynäkologie, 1911. XIV.
4. Pott. Zeitschrift für Geburtshilfe, 1911, Nr. 69.
5. Benthin. Monatsschr. für Geburtshilfe, 1912, Nr. 36.
6. Schwartz. München. med. Woch. 1922, Nr. 30.
7. Helland — według referatu w D. Zeitschrift für die ges. gerichtl. Medizin 1923.
8. Zimmermann. Münch. med. Woch. 1922, Nr. 3.
9. Siegmund. Münch. med. Woch. 1923, Nr. 5.
10. Hofmann-Haberda. Lehrbuch der gericht. Medizin 1923 r.

Z praktyki prywatnej.

O nowotworach nerek u dzieci *).

podał

Dr. A. FRYSZMAN (Warszawa).

Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa Chirurgów Polskich miałem zaszczyt przedstawić nerkę nowotworową, usuniętą w pomyślnym wyniku u 1½ rocznego dziecka.

Zapowiedziałem wówczas, że całokształt sprawy opracuję na najbliższy Zjazd Chirurgów Polskich, wychodząc z założenia, że obraz anatomo-patologiczny jakoteż kliniczny nowotworów nerkowych u dzieci tak dalece różni się od takiegoż obrazu u dorosłych, że można go rozpatrywać, jako osobną jednostkę chorobową.

*) Praca przeznaczona na Zjazd chirurgów polskich w Poznaniu.

Przypadek mój dotyczy półtorarocznego chłopczyka. Od otoczenia dowiedziałem się, że dziecko raz jeden tylko oddało krwawy mocz. Poza tym jedynym objawem otoczenie nie zauważyło nic osobliwego u dziecka.

Odżywiało się ono względnie dobrze i nie zdradzało jakiegokolwiek cierpienia. Dziecko na swój wiek względnie dobrze rozwinięte. Ciepłota ciała oraz tętno prawidłowe. W płucach, ani w sercu zmian dostrzegalnych nie wykryto. Rodzice dziecka zdrowi, gruźlicy, ani też nowotworów w najbliższym otoczeniu dziecka nie spostrzegano.

Przy badaniu jamy brzusznej wyczuć można było pewne stwardnienie w prawej połowie poniżej łuku żebrowego.

Dla ułatwienia badania dziecko uspięto, i wówczas z łatwością dał się wyczuć spory guz wielkości pięści, umiejscowiony w prawej połowie jamy brzusznej, sięgający pod łuk żebrowy. Guz ten, kształtu owalnego, twardy, dawał się nieco przesunąć ku dołowi, mniej zaś w bocznym kierunku.

Przy badaniu przez odbytnicę z łatwością mogłem osiągnąć do dolnego bieguna guza, który robił wrażenie ciała, wypełnionego płynem.

Przy dwuręcznym badaniu przez odbytnicę i powłoki brzuszne mogłem określić wielkość guza, która odpowiadała wielkości pięci, i jednocześnie mogłem ustalić pewną przesuwalność guza w kierunku pionowym.

Mocz o odczynie kwaśnym zawierał ślady białka, w osadzie 5—8 czerwonych i 2—3 białych ciałek krwi w polu widzenia.

Rozpoznałem guz złośliwy nerki i zdecydowałem się go usunąć.

29.III. w uśpieniu eterowym wykonałem operację na drodze pozaotrzewnowej, z tą różnicą, że cięcie wykonane zostało podług Bazyego. Cięcie to znacznie ułatwiło dostęp do nerki.

Po udostępnieniu łożyska prawej nerki okazało się, że guz był związany z nerką.

Wyłuszczenie tej ostatniej, z powodu braku większych zrostów, nie przedstawiało wielkich trudności.

Po nałożeniu podwiązek na szypułę i moczowód, ranę zaszyłem, pozostawiając w dolnym kącie mały sączek.

Zabieg trwał 32 minuty.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

9-tego dnia usunięte zostały szwy, rana zagoiła się przez rychłozrost. Usunięta nerka wielkości pięści ważyła 337 grm.

Dolny biegun kulisty, znacznie większy od górnego, robi wrażenie torby, wypełnionej płynem.

Na przekroju okazało się zupełnie zniekształcenie nerki przez masę nowotworową, która wyrugowała zupełnie miąższ nerkowy, pozostawiając zaledwie wąską rąbek kory nerkowej.

Cała nerka składała się z masy nowotworowej szarej, miejscami ciemno-brunatnej (zależnie od wylewów krwawych). Tu i owdzie widoczne były jamy, wypełnione gęstym płynem śluzowym.

Otoczka nerki zdziera się z łatwością.

Miedniczka znacznie rozszerzona, moczowód niezmierny.

Protokół badania drobnowidzowego zakładu anatomicznego Uniwersytetu Warszawskiego (Prof. Hornowski) głosi:

„Nowotwór składa się z tkanki zarodkowej, przypominającej tkankę śluzakową z tworów cewkowatych, otwierających utkanie gruczolaka i komórek łącznotkankowych okrągłych, złośliwych, jakie spotykamy w mięsaku. Według dzisiejszej klasyfikacji nazwałby należało ten nowotwór, jak to niektórzy autorzy nazywają, adeno-myxosarcoma.

Ponieważ nerka jest tworem mezodermalnym, i ponieważ znana jest zdolność jej komórek przyjmowania wyglądu bądź komórek nabłonkowych, bądź łącznotkankowych, rozpoznajemy mesodermoma malignum“.

Jako pendant do powyższego przypadku, przedstawiłem na temże posiedzeniu dziecko trzyletnie z oddziału kolegi A. Zawadzkiego z ogromnym guzem, wielkości główki dziecięcej, twardym, nierównym, umiejscowionym w lewej połowie jamy brzusznej, sięgającym pod łuk żebrowy. Guz ten nie dawał żadnych objawów i został wykryty przypadkowo.

Ani razu nie spostrzegano krwi w moczu, tylko w ostatnich tygodniach zdarzały się jedno—, a niekiedy dwudniowe zatrzymania moczu.

Rozpoznano nowotwór złośliwy lewej nerki.

Ze względu z jednej strony na ogólny stan dziecka (ogólne osłabienie, utrata apetytu), a z drugiej na olbrzymie rozmiary guza i przypuszczalne zrosty, które uniemożliwiłyby usunięcie guza, wypowiedziałem się przeciwko interwencji; pogląd ten podzielony został przez obecnych na posiedzeniu chirurgów.

Zastosowano naświetlanie promieniami X, czego wynikiem było znaczne zmniejszenie się guza i znaczna poprawa ogólnego stanu dziecka.

Jak widzimy z powyżej przytoczonych przypadków a także z opisu całego szeregu innych autorów, dominującym objawem nowotworów nerek u dzieci jest obecność guza.

Wielkość ich bywa różna, zależnie od okresu rozwoju nowotworu.

Ponieważ guzy te mają skłonność do szybkiego roz-

rastania się, przybierają one w prędkim czasie duże rozmiary, niekiedy tak duże, że wypełniają większą część jamy brzusznej,

Guzy te w większości przypadków są mało ruchome, gdyż przeważnie bywają zrosnięte z otaczającymi narządami.

Powierzchnia bywa już to gładka, już to garbkowata. Guz niekiedy odpowiada formie nerki, czasami znów nadaje nerce formę kolbowatą (bywa to wtedy, gdy guz wyrasta z jednego z biegunów), lub wreszcie przybiera formę rozlaną o niewyraźnych konturach.

Spoistość guzów bywa rozmaita, zależnie od zmian wtępczych, jakim one ulegają.

W niektórych razach będzie ona twarda, w innych elastyczna lub chlebocząca, co się zdarza w przypadkach wewnątrzmiąższowego krwotoku, lub kiedy się tworzą torbiele, wypełnione płynem śluzowym, lub w przypadkach wtórnego wodonercza.

Na przekroju znajdujemy bądź jednolitą masę nowotworową, która w mniejszym lub większym stopniu wyrugowała miąższ nerkowy, lub też obok niezmiennych ognisk nowotworowych znajdujemy jamy, wypełnione krwią płynną lub masą włóknikową po dawnym krwawieniu, lub wreszcie torbiele, wypełnione masą galaretowatą.

Co się tyczy odmian nowotworów nerek u dzieci, to rzadko kiedy spotykamy guzy nabłonkowe (epithelioma), a najczęściej mięsaki.

Według zestawienia Albarrana na 51 operowanych u dzieci guzów przypadają 43 mięsaki, a tylko 8 nabłoniaków.

Rzadko jednak spotykamy czystą formę mięsaków, a najczęściej tak, jak w naszym przypadku, formy mieszane. a więc, obok dużego rozrostu komórek okrągłych lub wrzecionowatych tkanki łącznej, znaczne bujanie elementów nabłonkowych (adenosarcoma lub mixosarcoma). Zdarzają się również mięsaki z domieszką elementów mięśniowych (myosarcoma).

Ta okoliczność, że przeważnie w nowotworach u dzieci znajdujemy formy mieszane, nasuwa myśl, że nowotwory te powstają z ognisk komórek zarodkowych tkanki przynerkowej, które, dostawszy się do miąższu nerkowego pod wpływem nieznanych nam bliżej bodźców zaczynają się rozrastać i prowadzą do nowotworów o utkaniu gruczolaka i łącznotkankowym.

Poza obecnością guza często bardzo nie znajdujemy innych objawów, któreby przemawiały za nowotworem nerki. Tak charakterystyczny dla nowotworów nerek u dorosłych krwiomocz u dzieci występuje niezmiernie rzadko i to dopiero w późnym okresie, trwa on zazwyczaj bardzo krótko.

Według Guilleta w 38 przypadkach nowotworów nerkowych u dzieci krwiomocz był spostrzegany zaledwie 10 razy.

Z zestawienia Albarrana wynika, że na 56 przypadków operowanych nowotworów nerek u dzieci krwiomocz był notowany zaledwie w 9 przypadkach, w swoich zaś własnych 4-ch — krwiomocz u nie spostrzegł on ani razu.

W moim pierwszym przypadku krwiomocz okazał się zaledwie w ciągu jednego dnia, w drugim zupełnie go nie było.

Ostatnio ogłosił W. Israel w czerwcu dwa operowane przez siebie przypadki nowotworów u dzieci, z tych tylko w jednym spostrzegany był krwiomocz.

Inaczej rzecz się przedstawia z krwiomoczem przy innej odmianie guza, mianowicie przy nadnerczaku.

Prawie jednocześnie z pierwszym moim przypadkiem operowałem z powodu guza nerki jedenastoletniego chłopca, u którego krwiomocz był dominującym objawem; w ciągu dwóch lat miewał on bardzo częste i obfite krwotoki nerkowe. Badanie usuniętego guza wykazało, że był to nadnerczak.

Prócz waley wymienionych objawów, jak obecność guza i krwiomocz, należy zwrócić uwagę na możliwość bólu.

Naogół bóle występują rzadko i zdarzać się mogą w przypadkach zatkania moczowodu przez skrzepy krwi, lub w przypadkach uciśnięcia moczowodu przez guz.

Nie chciałbym pominąć objawu, którego ośobiście nie spostrzegalem, ale na który zwracają uwagę inni autorzy jak Israel, Küster, mianowicie na gorączkę; niekiedy może być ona jedynym wyrazem obecności guza nerkowego u dzieci.

Israel sądzi, że gorączka u dzieci występuje częściej, niż u dorosłych z tego względu, że nowotwory u dzieci mają większą, aniżeli u dorosłych, skłonność do rozrasta-

nia się. Upatruje też w niektórych przypadkach związek między gorączką a krwawieniem z guza i nadaje nazwę tej gorączce — febris haematurica.

Podobnie jak w nowotworach innych narządów spotykamy często gorączkę, tak samo możemy ją spotkać w nowotworach nerkowych u dzieci, a przyczyna jej nie zawsze może być wyjaśniona. Możliwe jest, że zależy ona od zmian nekrobiotycznych guza.

Wreszcie przy wymienianiu objawów omawianego cierpienia muszę wspomnieć jeszcze o charakterze, które u dzieci daje się spostrzegać w bardzo wczesnym okresie choroby w przeciwieństwie do tego, co widzimy u dorosłych.

Rozpoznanie nowotworów nerek u dzieci nie następuje trudności, jeśli zważymy, że już bardzo wczesnie w okolicy schorzałej nerki wyczuć można większy lub mniejszy guz.

Jeśli dodamy, że z pomiędzy nowotworów, jakie w ogóle spotykamy u dzieci, połowa przypada na nowotwory nerek, to obecność guza w jamie brzusznej nasunąć nam powinna przypuszczenie możliwości guza nerki. Jeśli obok obecności guza stwierdzimy krwimocz, to rozpoznanie staje się pewnym. W przypadkach wątpliwych musimy uciekać się do badań pomocniczych, jak prześwietlenie promieniami Roentgena w celu otrzymania konturów podejrzanej nerki, sztucznego rozdęcia kiszek, ewentualnie do chromocystoskopji, która przez różnicę wydzielania barwika z jednej i drugiej nerki pozwoli ustalić rozpoznanie.

Z łatwością możemy odróżnić nowotwór nerkowy od gruczycy, zazwyczaj bardzo rzadko spotykanej u małych dzieci, choćby na zasadzie badania moczu, który w przypadkach gruczycy zawiera domieszkę ropy, pomijając już możliwość wykrycia laseczników gruczycy.

Rokowanie jaknajgorsze. Czas trwania choroby według Albarrana wynosi średnio rok jeden.

Rozpoznanwszy nowotwór nerki, stajemy w obliczu zagadnienia, czy ważyć się na operację, czy też jej zaniechać.

Na tę trudność decyzji wpływa z jednej strony powaga zabiegu i względnie duża śmiertelność pooperacyjna, a z drugiej częstota nawrotów po operacji.

Śmiertelność po operacji od roku 1876, kiedy to poraz pierwszy Hueter wykonał wycięcie nerki u dziecka, do roku 1890 wynosi według Albarrana 40%. Inni autorzy, jak na przykład Fischer, Chevalier, Guillet, notują jeszcze wyższą odsetkę śmiertelności. W późniejszych latach śmiertelność zmniejsza się średnio do 20%.

Nie lepiej przedstawia się sprawa nawrotów, których liczba wynosi 43%. Tak wysoka śmiertelność z jednej strony i skłonność do nawrotów z drugiej powstrzymują wielu chirurgów od interwencji, szczególnie chirurgowie francuscy do ostatnich czasów jej się opierali.

Ostatnio jednak daje się zauważyć pewien zwrot w kierunku operowania (Albarran, Marion, Legueu).

Co się tyczy polskich chirurgów, to o ile mogłem wywnioskować z dyskusji nad referowanym przeze mnie przypadkiem, zdania były podzielone, aczkolwiek wielu z obecnych wypowiedziało się za interwencją. Osobiście w przypadkach nowotworów nerek jestem zdania, że wskazanie do

interwencji w każdym poszczególnym przypadku zależy będzie od okoliczności. W tych razach, kiedy nie stwierdzimy charakteru, kiedy nie wykryjemy zajęcia gruczolów i nie będziemy przewidywali obecności większych zrostów nerki z otaczającymi narządami, operacja będzie wskazana.

Wielkość guza nie powinna stanowić przeciwwskazania do interwencji, jak również i wiek dziecka, opisane są bowiem przypadki pomyślnego usunięcia dużych guzów i dobre wyniki u bardzo młodych dzieci.

Najmłodsze z operowanych dzieci miało 6 miesięcy.

Oczywiście, o wyniku operacji stanowić będzie wczesne rozpoznanie.

Daleko gorzej przedstawia się sprawa nawrotów.

Lepsze wyniki pod tym względem dają nabłoniaki, gorsze — mięsaki.

Muszę zaznaczyć, że u operowanego przeze mnie dziecka po 6 miesiącach nawrotu nie stwierdziłem.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to nie mogę podzielić poglądu Albarrana, który w każdym przypadku guza nerki u dzieci radzi operować poprzez otrzewnę.

Z mego przypadku, jak również ostatnio przez W. Israela pomyślnie operowanych 2-ch przypadków widzimy, że nawet duże guzy dają się usuwać na drodze pozaozowej, co, oczywiście, mniej komplikuje zabieg i daje lepsze rokowanie.

Źródła.

Albarran: *Traité de Chirurgie. Le Dentu et Delbet.* Tom VIII.

W. Israel: *Zeitschrift für Urologie.* 1923 r. Zesz. VI.

Marion: *Traité d'Urologie.* Tom I.

F. Legueu: *Traité Chirurgical d'Urologie.*

Frisch i Zuckerkandl: *Handbuch der Urologie.* Tom II.

Albarran: *Médecine opératoire des voies urinaires.*

Hornowski: *Anatomja Patologiczna.* Wydawnictwo Koła Medyków Un. Warsz. 1921.

Ribbert: *Handbuch der allgemeinen Pathologie u. pathologischen Anatomie.*

Przypisek autora.

Czuję się w obowiązku nadmienić, że wynik pomyślny u operowanego przeze mnie dziecka nie był długotrwały.

Aczkolwiek w pół roku po operacji, jak to wyżej zaznaczyłem, kwitnący wygląd dziecka przemawiał za kompletnym wyzdrowieniem i rokował jaknajlepsze nadzieje, to, niestety, w 3 miesiące później, czyli w 9 miesięcy po operacji, mogłem stwierdzić nagłą zmianę w stanie dziecka.

Skonstatowałem nawrót w postaci sporego guza w jamie brzusznej i objawy mózgowo, przemawiające za przerzutem do mózgu. Okazuje się, że nawet w tak pomyślnych warunkach wykonana operacja i doszczętne usunięcie guza nerki nie uchroniło dziecka od nawrotu, co należy tłumaczyć wyjątkowo złośliwym charakterem pierwotnego guza.

Dalsze losy dziecka do tej pory nie są mi znane.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

O istocie odczynów tuberkulinowych.

napisała

MARJA PROKOPOWICZ (Warszawa).

Istota swoistych odczynów tuberkulinowych, któremi posługuje się klinika w dagnostyce gruźlicy, stanowi jedno z zagadnień naukowych, które pomimo niezliczonych badań i doświadczeń, dotychczas nie znalazło ostatecznego rozwiązania. Sprawa ta posunęła się znacznie naprzód w ostatnich czasach dzięki szeregowi poważnych prac, brak jednak jeszcze dotychczas ostatecznego wyjaśnienia tych zjawisk biologicznych, na których opiera się działanie tuberkuliny.

W swoistej dagnostyce gruźlicy posługuje się klinika odczynami: naskórnym Moro, skórny Pirqueta, wśród-

skórnym Mantoux, podskórnym i spojówkowym (Wolf-Eisner, Calmette). Podczas gdy w odczynach skórnych i spojówkowych odczyn występuje jedynie w miejscu wprowadzenia tuberkuliny, t. j. w tkance skórnej, wzgl. śluzówce, wprowadzenie podskórne umożliwia tuberkulinie dostęp do krwiobiegu i wywołuje odczyn w ogniskach gruźliczych, odległych od miejsca iniekcji, wzgl. odczyn ogólny.

Podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny daje, jak wiadomo, następujące objawy kliniczne: 1) odczyn gorączkowy, t. j. podniesienie ciepłoty od 0,5 — 2°; 2) odczyn ogólny, objawiający się zaburzeniem w samopoczuciu, bólem głowy, młodościami, osłabieniem i t. d.; 3) odczyn w miejscu wkłucia w postaci zaczerwienienia i obrzęku, występującego stale nawet wówczas, gdy brak odczynu gorączkowego; 4) odczyn ogniskowy, występujący w ognisku gruźliczym ustroju, dający

różne obrazy zależnie od narządu, w którym występuje. W gruźlicy płuc odczyn dodatni objawia się poza objawami podmiotowemi, które wskazują na umiejscowienie ogniska, a więc bólami w piersiach, zwiększonym kaszlem i plwociną, jeszcze objawami przedmiotowemi, t. j. wzmożeniem się objawów fizykalnych. Przedmiotowo w płucach odczyn ten przedstawia się jako zaostrenie stanu zapalnego z nagromadzeniem ciałek białych, produkcją fermentów proteo- i lipolitycznych oraz następczym rozpadem tkanek, co wywołuje zwiększenie się wydzieliny drobnych oskrzeli i wspomniane objawy kliniczne.

Odczynne skórne przedstawiają się jako miejscowe zapalenie, które daje różny obraz anatomopatologiczny, zależnie od okresu trwania odczynu. Grudka Pirqueta przedstawia się początkowo jako wysięk, przechodzący w okresie późniejszym w naciek, który w pewnych wypadkach, t. j. w t. zw. odczynie trwałym przedstawia charakterystyczny swoisty obraz. W nacieku takim stwierdzono obecność dużej liczby limfocytów dookoła naczyń skóry i gruczołów potowych oraz komórek olbrzymich, wzgl. komórek typu Langhansa, a więc składników typowych dla swoistego gruźelka. Dane te anatomopatologiczne są ważne, albowiem stwierdzają swoistość odczynu skórno.

Spostrzeżenia kliniczne stwierdzają jedynie fakt, iż pod wpływem zakażenia gruźliczego zachodzą zmiany w ustroju, które uczulają go na tuberkulinę. Istnieje szereg teorii, które starają się zjawisko to wytłumaczyć, teorii mniej lub więcej zadawalających i wyczerpujących zagadnienie. Z teorii tych przytaczamy jedynie najważniejsze, t. j. te, które wskazują, jak rozwijała się myśl badacza, idąc ku rozwiązaniu tego zagadnienia. Teorie te przeważnie biorą pod uwagę odczyn ogniskowy, jako wyraz zmian, zachodzących w ustroju.

Już Koch w swych studjach nad gruźlicą zwrócił uwagę na swoisty sposób oddziaływania świnki, zakażenia gruźlicą, na wtórne zakażenie i na wstrzyknięcie tuberkuliny i uważał odczyn ten za wyraz swoistych zmian, którym ulegają komórki pod wpływem zakażenia gruźliczego.

Według Wassermann'a i Brucka produkty przemiany materji bakterji gruźliczych wywołują w komórkach tkanki gruźliczej wytwarzanie się przeciwciał.

Wstrzyknięta tuberkulina, jako antygen, łączy się z temi przeciwciałami, związanymi z komórkami, a mającemi wybitne do niej powinowactwo, wiążąc równocześnie dopełniacz. Następstwem wymionego odczynu jest przyciąganie do ogniska leukocytów i fermentów, które powodują rozpad tkanki gruźliczej w ognisku, co daje obraz odczynu ogniskowego; wchłanianie zaś produktów rozpadu powoduje gorączkę i objawy toksyczne. Miejscem powstawania przeciwciał jest ognisko gruźlicze; mogą one również zjawiać się w krwiobiegu, co się zdarza po leczeniu tuberkuliną. Brak odczynu tuberkulinowego w niektórych postaciach gruźlicy tłumaczy Wassermann krążeniem przeciwciał w surowicy; wiążą one antygen, wprowadzony do krwiobiegu, nie dopuszczając go do ogniska; stąd przy braku przeciwciał w surowicy odczyn dodatni, w razie zaś ich obecności brak reakcji tuberkulinowych.

Teorię Wassermann'a zmienił nieco Citron, przyjmując wytwarzanie przez komórki ogniska gruźliczego receptorów (sessile Receptoren), które, wychwytyjąc wprowadzoną tuberkulinę, wywołują reakcję.

Teorii Wassermann'a i Brucka, przypisującej czynną rolę w procesie nadwrażliwości tkance gruźliczej, przeciwstawia się teoria toksyczna, jako teoria humoralna. Według zwolenników tej teorii w ustroju gruźliczym istnieją ciała, które przemieniają niejadowitą tuberkulinę na tuberkulinę silnie toksyczną. Reakcja tuberkulinowa powstaje przez rozłożenie tuberkuliny, a powstały z niej związek jadowity wywołuje przekrwienie, jako odczyn ogniskowy i zatrucie, którego objawem jest odczyn ogólny.

Teoria toksyczna pokrywa się właściwie z teorią dwuchwytników (amboceptorów) w swej istocie, różnice jedynie są w nazwach, wprowadzonych przez autorów. Wolf-Eisner wprowadza pojęcie bakterjolitycznych, wzgl. albumolitycznych dwuchwytników, istniejących w ustrojach gruźliczych, które zwalniają z tuberkuliny jej składniki trujące, działające na ustrój. Sahli, przyjmując tę teorię, uważa lizynę jako dwuchwytnik tuberkuliny, a podkreślając jej chemiczny charakter, nazywa ją chemolizyną. Odczyn tuberkulinowy przedstawia on w następujący sposób: ustrój

gruźliczy różni się tem od normalnego, iż zawiera dwuchwytnik tuberkulinowy gotowy, wzgl. może go pod wpływem tuberkuliny szybko wytworzyć — jest więc uczulony. Dwuchwytnik tuberkuliny, czyli chemolizyna łączy się z tuberkuliną, wiążąc równocześnie dopełniacz, i rozkłada tuberkulinę, z której powstaje jadowita tuberkulopiryna. Jest ona tylko produktem pośrednim, gdyż dalsze działanie dwuchwytnika i dopełniacza zamienia ją na niejadowity związek. Sahli jest zdania, że cała ta przemiana odbywa się w surowicy a nadwrażliwość zależy od ilości lizyn w krwi, jest więc zwolennikiem teorii humoralnej, tembardziej, że przypuszcza możliwość doświadczalnego przeniesienia nadwrażliwości za pomocą surowicy. Wyniki ujemne dotychczasowe tłumaczy ten autor jedynie niedostateczną ilością lizyn w surowicy stosowanej.

Do tych teorii zbliża się też pogląd Friedberger'a, który utrzymuje, że w organizmie gruźliczym uczulonym, po wprowadzeniu antygeny — tuberkuliny, następuje połączenie jej z przeciwciałem, czego produktem jest anafilatoksyna, wywołująca objawy odczynu.

Według najnowszych teorii wrażliwość na tuberkulinę jest zjawiskiem anafilaktycznym, jednakże nie w myśl pojęć Friedberger'a. Wiadomo, że w ustroju uczulonym zachodzą w komórkach złożone zmiany biochemiczne, które powodują, iż po wprowadzeniu powtórnem antygeny organizm reaguje, dając zespół objawów, które nazywamy wstrząsem anafilaktycznym. Teoria, podciągająca zjawiska nadwrażliwości tuberkulinowej pod pojęcie anafilaksji, jest teorią czysto komórkową. Głosi ona, że nadwrażliwość tuberkulinowa nie polega ani na wiązaniu dopełniacza, ani też na wytwarzaniu toksyn, lecz jest następstwem połączenia się antygeny — tuberkuliny z przeciwciałem w samej komórce, przyczem następuje jej uszkodzenie, czego wyrazem jest odczyn, stwierdzany klinicznie.

Jednakże ujęcie wrażliwości na tuberkulinę, jako zjawiska anafilaktycznego, napotyka na pewne trudności.

Różnice między temi dwoma zjawiskami zaznacza się przedewszystkiem w tem, iż w zakresie wrażliwości tuberkulinowej nie można przeprowadzić jednego z najważniejszych doświadczeń anafilaktycznych, t. j. przeniesienia stanu anafilaksji biernie za pomocą surowicy. Dotychczasowe próby uczulenia biernego zwierząt zdrowych za pomocą surowicy zwierząt chorych na gruźlicę nie dały pewnych wyników pozytywnych. Spotykamy wprawdzie tu i owdzie w literaturze doświadczenia z wynikami dodatnimi, jednak przeciwstawiają się im wyniki ujemne doświadczeń innych badaczy.

Powtórnie, ważnym momentem jest fakt, iż tuberkulina, którą wprowadzamy, nie jest antygenem we właściwym słowa znaczeniu, to znaczy, że tuberkulina nie jest w możności uczulić zdrowego organizmu na tuberkulinę. Tuberkulina stanowi prawdopodobnie jeden z elementów składowych antygeny. Można przypuszczać, że substancją uczulającą jest albo tuberkulina, która uległa jakimś zmianom w myśl teorii toksycznej, albo tuberkulina, połączona z drobiną białka tkankowego, względnie pewien całokształt, w którego skład wchodzi produkty przemiany materji prątków oraz tkanki gruźliczej, t. j. komórek, które uległy zmianom biologicznym i chemicznym pod wpływem prątków. Tak więc tuberkulina stanowiłaby jeden z elementów składowych antygeny, na którego wprowadzenie organizm oddziaływa w sposób swoisty, jednak nie jest w stanie organizmu zdrowego sama przez się uczulić: posiada więc własności t. zw. haptenu.

Niezbędnym warunkiem dla wytworzenia wrażliwości na tuberkulinę jest wytworzenie się ogniska gruźliczego. Z chwilą, gdy w ustroju zjawi się gruźleć, jako wyraz spółżycia prątka z komórką, tuberkulina staje się dla tego ustroju antygenem, i wprowadzona do ustroju, wywołuje powstawanie dwuchwytników, dających zjawiska odchylenia dopełniacza, precypityn i t. d.

Tkanka gruźlicza stanowi więc najważniejszy czynnik w powstawaniu wrażliwości tuberkulinowej: „bez gruźelka nie istnieje nadwrażliwość tuberkulinowa“ (Krause).

Dowodem, że w tkance gruźliczej znajdują się ciała zdolne do uczulenia organizmu zdrowego, jest wynik doświadczeń Baila, któremu udało się przenieść wrażliwość na tuberkulinę, objawiającą się w postaci wstrząsu, na zdrową świnkę za pomocą roztartej tkanki gruźliczej. Zachodzi jednak pytanie, czy i jaką rolę w wytwarzaniu wrażliwości odgrywały inne tkanki zdrowe organizmu gruźliczego, czy wszystkie zachowują się jednakowo, czy też są między niemi różnice.

Z odczynów lokalnych skóry i spojówki na tuberkulinę widzimy, że niektóre tkanki biorą czynny udział w procesie nadwrażliwości. Po wprowadzeniu tuberkuliny do skóry osobnika alergicznego zjawia się odczyn lokalny w postaci wysięku, następnie nacieku, który w długotrwałej postaci wykazuje nawet charakterystyczne cechy swoistego gruzelka. Mamy więc tu do czynienia z objawem podobnym, jak w ognisku gruźliczym. Tuberkulina — antigen, łącząc się w komórkach z przeciwciałem, wywołuje odczyn, przyczem istnieją dwie możliwości, t. j. albo że uruchomione pod wpływem tuberkuliny przeciwciała zostają doprowadzone do skóry, albo znajdują się one już gotowe w skórze. Wprowadzając tuberkulinę do skóry, utrudniamy jej wchłanianie się i dostanie się do ogniska, przez co wyłączamy możliwość uruchomienia i dopływu przeciwciała z ogniska do skóry. Należy więc przypuścić, że skóra sama oddziaływała na wprowadzony antigen. Jest jeszcze kwestją nierozstrzygniętą, czy w tkankach zdrowych ustroja alergicznego, między niemi i skóry, gromadzą się jedynie wyprodukowane przez ognisko gruźlicze substancje uczulające a tkanki są niemi przesycone, czy też tkanki ustroju alergicznego zmienione biologicznie, same produkują te substancje. Ważna jest również kwestja, czy skórze w tym zakresie należy przypisać jakieś specjalne stanowisko wśród wszystkich tkanek, czy też i inne tkanki ustroju mają te same właściwości.

Ciekawe światło na to zagadnienie rzucają prace Fellnera oraz Martensteina i Schapiro.

Fellner w pracy swej porusza zagadnienie istoty odczynu Pirqueta i bada, jakie własności posiada tkanka, wzgl. wysięk z grudki Pirqueta. Fellner przeszczepiał substancję z grudki Pirqueta samą oraz w połączeniu z tuberkuliną na skórę osobników alergicznych oraz anergicznym ujemnie (t. j. w 2 i 3 okresie gruźlicy) i, porównując odczyny z kontrolną próbą tuberkulinową, stwierdził następujące zjawisko: u osobników alergicznych substancja grudki z dodatkiem tuberkuliny dawała odczyn silniejszy, niż tuberkulina sama w temże rozcieńczeniu; substancja sama nie dawała jednolitego obrazu. U osób anergicznym ujemnie w miejscu szczepienia wytwarzała się alergja miejscowa, uwidaczniająca się w dodatnim odczynie. Alergja ta utrzymywała się w tem miejscu i przyległych częściach skóry przez dłuższy czas. Substancję, która wywołuje powyższe zjawisko, zawartą w skórze, swoiście zmienionej, nazwał Fellner prokutiną. Grudki Pirqueta zawierają więc, jak z doświadczeń powyższych wynika, substancję, którą można nazwać przeciwciałem, i która w połączeniu z antigenem — tuberkuliną może nie tylko wywołać odczyn silniejszy, niż tuberkulina sama u osobnika alergicznego — ale może wytworzyć alergję miejscową u jednostek anergicznym ujemnie.

Martenstein i Schapiro, idąc dalej w kierunku zapoczątkowanych przez Fellnera badań, stwierdzili obecność prokutin również w skórze zdrowej, niezmięnionej swoiście osobnika alergicznego. Udało im się również za pomocą przeszczepień wyciągów tejże skóry z dodatkiem tuberkuliny uczulić miejscowo skórę świnki morskiej zdrowej.

Poszukiwanie substancji podobnych do stwierdzonej w skórze w tkance innych narządów nie dało dotychczas pewnych wyników: rezultaty bowiem czynionych doświadczeń są rozbieżne. Z dotychczasowych więc badań wynika, iż skóra zajmuje specjalne miejsce w procesie wytwarzania ciał odpornościowych w gruźlicy, co zgadza się z rolą, jaką jej w ostatnich czasach przypisują w procesach odpornościowych wogóle.

Wspomnieć tu należy również o badaniach Jadasohna nad wpływem surowicy na wzmoczenie odczynów tuberkulinowych. W doświadczeniach swych stwierdził on, iż dodanie surowicy świnki alergicznej do tuberkuliny przyczynia się do nasilenia odczynu; podobnie też działa i surowica normalna zwierzęcia zdrowego. Jadasohn przyjmuje istnienie w surowicy lizyn, które zamieniają tuberkulinę na jawdowitą tuberkulopirynę. Podobne substancje, lecz w znacznie mniejszej ilości, znajdują się w surowicy normalnej. Silniejsze odczyny, otrzymywane z połączenia tuberkuliny z surowicą, tłumaczą się przygotowaniem tuberkuliny do zmiany na tuberkulopirynę przez wytworzenie protuberkulopiryny. Teorja ta w wielu szczegółach swych nie da się pogodzić z dzisiejszemi poglądami na istotę nadwrażliwości i zwraca się znów ku teorjom humoralnym, a głównie ku teorji toksycznej w ujęciu Sahliego.

Znaczenie dodatniego odczynu tuberkulinowego dla kli-

niki polega na stwierdzeniu istnienia zakażenia gruźliczego w ustroju, przyczem jednak nie mówi on nam nic o stanie czynnym i nieczynnym gruźlicy w organizmie.

Ujemny odczyn stwierdza nieobecność zakażenia w organizmie, przyczem jednak należy uwzględnić pewno warunki, które mogą wpłynąć na zahamowanie odczynu, o czem wspomniemy niżej.

Odczyny lokalne i ogniskowe wykazują pewną rozbieżność tak co do okresu, w którym występują, jak i co do nasilenia. Według Rankego okres drugi gruźlicy, t. j. okres, w którym istnieje ognisko wtórne, charakteryzuje się silnym odczynem tkankowym skórnym, słabym zaś odczynem ogólnym i ogniskowym, natomiast w okresie trzecim, t. zw. suchot płucnych, znika odczyn tkankowy, a na plan pierwszy występuje odczyn ogólny. Również znika alergja tkankowa niekiedy w okresie rozsiania gruźlicy oraz końcowym okresie zapalenia opon mózgowych. Wytlumaczenie tego zjawiska na podstawie istniejących teorj jest trudne; nasuwa się przypuszczenie, że wrażliwość tkankowa jest w wysokim stopniu niezależna od wrażliwości ogniskowej, że istnieje pewna autonomia odczynów tkankowych. Wrażliwość tkankowa znika, jak wiadomo, w przebiegu niektórych chorób zakaźnych, jak w odrze, krztuścu, błonicy, płonicy, durze i zapaleniu płuc włóknikowem; podobnie stwierdzono brak wrażliwości, wzgl. osłabienie jej w ciąży oraz w stanach charłacznych.

Zwolennicy teorji nieswoistego działania tuberkuliny przytaczają cały szereg doświadczeń, które, zdaniem ich, świadczą, iż odczyn tuberkulinowe miejscowe w dużej mierze oparte są na nieswoistem działaniu substancji tuberkulinowych, iż ustroje gruźlicze oddziałują podobnie na tuberkulinę, jak i na inne substancje białkowe, wreszcie, że istnieje szereg środków chemicznych i mechanicznych, które wpływają na wzmoczenie, wzgl. osłabienie odczynów skórnym tuberkulinowych. Z pośród środków mechanicznych: krótkie nasłanianie słońcem, gorąca kąpiel, zastój w krążeniu, podrażnienie skóry przez wcieranie maści siarkowej działają wzmagająco na odczyn skórnym; przeciwnie, długotrwałe działanie słońca z następczą pigmentacją skóry osłabia odczyn; pilokarpina wywołuje nasilenie, adrenalina — osłabienie odczynu. Widzimy, iż istnieje pewien związek pomiędzy nasileniem odczynu a układem naczynioruchowym. Podobnie tuberkulina działa w miejscu zetknięcia się z tkanką rozszerzając na naczynia, a nasilenie odczynu zależy w dużym stopniu od pobudliwości rozszerzaczy naczyń. Guth uzależnia reakcję ustroju na tuberkulinę, podobnie jak i na zakażenie gruźlicze, od typu konstytucyjnego, z którym mamy do czynienia. Rozróżnia wielką wrażliwość układu sympatycznego oraz jego osłabienie, przyczem osłabieniu układu sympatycznego towarzyszy wzmoczenie pobudliwości układu parasympatycznego i odwrotnie. Ustroje o słabym układzie sympatycznym oddziałują słabo n. p. na adrenalinę, nie dając wybitnego zwężenia naczyń i wzrostu ciśnienia, a równocześnie u nich w odczynie na tuberkulinę bierze przewagę układ parasympatyczny. W tych ustrojach występują wybitne odczyny skórne, a przy wprowadzeniu podskórnem tuberkuliny wybitne odczyny ogniskowe — skutkiem rozszerzenia naczyń, a zwężenia oskrzeli. Nastęstwem tego jest zwiększenie się wydzieliny, która, zatrzymana w ognisku, powoduje gorączkę. Przeciwnie, przy silnym układzie sympatycznym ustrój reaguje obronnie, zwężając naczynia, a rozszerzając oskrzela, co umożliwia wydzielinie odpływ na zewnątrz, i gorączka nie występuje. Również wpływ środków, osłabiających odczyn, n. p. adrenaliny, zaznacza się tylko tam, gdzie istnieje znaczna wrażliwość układu sympatycznego.

Guth wyciąga nawet daleko idące wnioski co do odporności na przebieg gruźlicy, która jest większa u sympatykotonicznych, niż u wagotonicznych, wychodząc jednak poza ramy niniejszego referatu. Teorje Gutha godne są podkreślenia, gdyż przypisują pewną rolę konstytucji w nadwrażliwości na tuberkulinę oraz tłumaczą nam to zjawisko, iż pewne substancje, wzmagające, czy też zmniejszające wrażliwość układu sympatycznego i parasympatycznego, mogą wpływać na przebieg odczynu tuberkulinowego. Nie należy jednak zapominać, iż wszystkie te nieswoiste środki mogą wpływać jedynie ilościowo na odczyn, t. zn. w sensie nasilenia lub osłabiania, nie mają jednak znaczenia jakościowego, t. j. nie mogą zmienić swoistej wartości odczynu, nie są bowiem w stanie wytworzyć wrażliwości tam, gdzie niema zakażenia gruźliczego. Mimolicznych zarzutów, skierowanych przeciw swoistości odczynów tuberkulinowych, nie udało się dotychczas pozbawić ich tej

zasadniczej cechy, na której opiera się wartość dajagnostyczna odczynu.

Badania ostatnie posunęły znacznie naprzód zawiła kwestję nadwrażliwości tuberkulinowej, nie rozwiły jednak jeszcze zagadnienia istoty nadwrażliwości skórnej. Podczas gdy doświadczenia Baila wyjaśniły w dużej mierze nadwrażliwość ogólną i możliwość przeniesienia wrażliwości biernej, procesy biologiczne, warunkujące powstawanie nadwrażliwości skórnej, są dotychczas niejasne. Rozwiązanie tego zagadnienia, a zarazem dokonanie przeniesienia biernego wrażliwości skórnej miałyby duże znaczenie tak dla nauki o odporności, jakoteż dla swoistego leczenia gruźlicy.

Piśmiennictwo.

Bandelier-Roepke. Lehrbuch der spezifischen

Diagnostik u. Therapie der Tuberkulose, 1920. — Wolf-Eissner. Frühdiagnose u. Tuberkulose-Immunität. Würzburg 1909. — Doerr. Die Anaphylaxieforschung. Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsf. u. exper. Therap. B. I, 1922. Bail. Zeitschrift. f. Immunit. B. IV, H. 4. — Kraus, Wien, klin. Wochenschr. 1910, 8. — Bauer. M. med. Woch. 1909, 24. — Winkler. Beiträge z. Klin. der Tuberk. B. 53, H. 1. Röckemann. dtto B. 53, H. 1. — Somogyi. dtto. B. 52, H. 2. — Rosenfeld. dtto B. 54, H. 4. — Fellner. Wien, Klin. Wochenschr. 1919, Nr. 38. — Thomas u. Arnold. Münch. med. Woch. 1922, Nr. 6. — Martenstein und Schapiro. D. Med. Woch. 1923, Nr. 29. — Ranke, Münch, med. Woch. 1922, Nr. 3. — Jadasohn. Klin. Woch. 1923, Nr. 20. — Guth. Beitr. zur Klin. d. Tuberkulose, B. 54, H. 3, 4, B. 55, H. 1,

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Bakterjologia.

L.SURANY i KRAMAR. Bakterjofagi d'Herelle a w stolcach niemowlęcych. (Monatsschr. für Kinderhik. XXXVI Z, 4, 1923, VII),

Z 23 stolców, które na 50 badanych wykazały wybitne zjawisko d'Herellea, 19 było normalnych, a tylko 4 były dyspeptyczne. 14,2% pochodziło od dzieci ze skaza wysiękową a 56,7% od dzieci konstytucyjnie zdrowych. Zdolność bakterjologiczną przesączów kałowych badano na 52 szczepach 8 rodzajów bakterij, przychem stwierdzono następującą kolejność ich wrażliwości: jadowite i niejadowite prątki czerwone, prątki okrężnicy, a w końcu duru. Rodzaj odżywiania dzieci nie wpływał na występowanie bakterjofagów.

Cieszyński.

BUZELLO. O bakterjobjęczych własnościach eteru. (Grenzgeb. d. inn. Med. u. Chirurg. Bd. 36, H. 5),

Podane przez Santingoux w r. 1915 wlewanie eteru do jamy brzusznej znalazło szerokie zastosowanie w leczeniu zapalenia otrzewny. Chcąc zbadać wpływ eteru na przebieg zakażenia ran, autor wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach, którym do świeżo zadanych ran wprowadzał kultury łańcuszkowca i tęcza z następnym przemycaniem ran eterem; u kontrolnych zwierząt przemyczał ranę solą fizjologiczną. Wyniki były zawsze jednakie tak dla łańcuszkowca, jak dla tęcza: zwierzęta, u których rany w 1/2 godziny po zakażeniu zostały polane 2—3 ccm. eteru, pozostawały przy życiu, kontrolne zaś w tych samych warunkach ginęły; w godzinę po zakażeniu eter już nie dawał wyniku. Działanie eteru autor tłumaczy: 1) oziębianiem bakterij, 2) rozpuszczeniem ich lipoidalnych otoczek, wreszcie 3) przyplywem krwi do rany. Eter łączy w sobie nieszkodliwość dla ustroju z własnościami bakterjobjęczy. Opisane doświadczenia uprawniają do wprowadzenia eteru do oczyszczania świeżych ran zakażonych.

Ko h a n.

Fizjologia.

S. SEELIGER. O wytwarzaniu płytek i fagocytozie, jako funkcji komórek olbrzymich szpiku kostnego. (Folia haematolog., t. XXIX, zes. 1).

Autor badał szpik kostny zwierząt, u których przez zastrzyknięcie peptonu wywołana została trombopenja, w następstwie czego megakarjocyty zostawały pobudzone do swej działalności swoistej. Zaródź megakarjocytów, będących w trakcie odsznurowania płytek, okazuje się tu całkowicie zapełniona ziarnkami azurofilnymi, które są większe, niż u megakarjocytów nieczynnych. Wogóle sprawa ta dobiega końca przed opuszczeniem płytek zatok i naczyn włosowatych. Ziarenka nieczynnych megakarjocytów są ułożone koncentrycznie naokoło jądra, zaś u wytwarzających płytki — ziarenka są rozrzucone po całej zarodki i są większe. Wielkość wytworzonych płytek jest rozmaita. Oznaka młodych płytek jest ich początkowo gruba ziarnistość, która wypełnia całą płytkę. — Równocześnie widział autor u królików, zatrutych peptonem, fagocytarną działalność megakarjocytów względem wszystkich spotykanych we krwi komórek. Najważniejszą oznaką tej fagocytozy jest zachowanie azurofilnych ziarenek Schriddego, których warstwy koncentryczne zostają poprzerywa-

ne. Po zupełnym wchłonięciu fagocytowanej komórki następuje koncentryczne ułożenie ziarenek naokoło tej ostatniej.

Sattler.

P. CHEVALLIER. Czynność śledziony. (Presse médicale Nr. 63, 1923).

Śród rozmaitych czynności śledziony, które jeszcze nie są wyjaśnione, ważne miejsce zajmuje jej czynność, umożliwiająca przyswajanie pierwiastków odżywczych, krążących we krwi. Jeszcze w 1899 roku Tedeschi wykazał, że po splenektomji ilość żelaza, odkładająca się w narządach, jest znacznie większa od normy: ta siderosis jest skutkiem niezdolności przyswajania żelaza przez tkanki. W 1909 roku Ascher stwierdził, że ilość żelaza, wydzielanego przez zwierzę po splenektomji, jeszcze znacznie przewyższa ilość, wydzielaną przez zwierzę normalne. Obie te okoliczności potwierdził również autor w swoich badaniach i stąd wyciąga wniosek, że śledziona przeszkadza bezcelowej akumulacji żelaza w narządach z następczym wydzieleniem jego, jako inertej masy nieprzyswojonej, śledziona w ten sposób przyczynia się do asymilacji żelaza przez zaródź komórkową.

Zresztą, siderosis organorum nie zawsze wskazuje na niedomogę śledziony, wprowadzenie bowiem znacznych ilości żelaza do ustroju, względnie duża hemoliza stawia czasami tak wielkie wymagania zdolnościom asymilacyjnym, że śledziona nie jest w stanie odradu im podołać, czego wynikiem jest siderosis. Przy niedomodze śledziony siderosis ta jest jeszcze większa. Może ona być dwóch rodzajów: 1) mięszszowa, gdy żelazo odkłada się w komórkach gruczołowych (wątroby i t. d.); 2) śródmięszszowa, gdy ono odkłada się w tkance łącznej, ściśle — w jej dużych komórkach ruchomych, które Miecznikow nazywa makrofagami. Obie formy mogą być współrzędne; często jedna dominuje nad drugą. Pierwsza z nich jest to siderosis wydzielnicza, przy jej pośrednictwie bowiem ustrój pozbawia się nadmiaru żelaza; najczęściej, stwierdza się ją w wątrobie. Druga jest asymilacyjna, makrofagi bowiem pożerają i przyswajają żelazo. Wprowadzenie znacznych ilości żelaza do ustroju powoduje obie postaci siderosis, szczególnie w wątrobie, jelitach, nerkach; w gruczołach potowych stwierdza się tylko siderosis wydzielniczą, w bogatej w makrofagi śledzionie — asymilacyjną. Po splenektomji przedewszystkiem wymaga się siderosis wydzielniczej: później stwierdza się wyrównawcze rozmnażanie się makrofagów przyswajających, tak, iż funkcję zamienną śledziony pełnią grudki limfatyczne, nerki (komórki kłębków), jelita (kom. kosmków), wątroba (komórki mięszszowe i Kupferowskie). Prawdopodobnie żelazo, przyswojone przez komórkę jelitową, zostaje potem przeniesione do wątroby i przez nią zasymilowane; wreszcie nadmiar żelaza zostaje przez wątrobę wydzielony, czego dowodem może być fakt eksperymentalny wydzielenia żelaza przez przetokę przewodu żołądowego nazwaną Zresztą, widoczna mięszszowa siderosis wydzielnicza jest patologiczna i ma miejsce w chorym ustroju; śródmięszszową asymilacyjną przedstawia tylko wzmaganie się procesu fizjologicznego. Ta okoliczność może mieć inny służyć jako sprawdzian wartości terapeutycznej preparatów żelaza: fakt, że żelazo hemoglobińowe odkłada się przeważnie w komórkach mięszszowych, zaś mineralne — w makrofagach, potwierdza znane fakty kliniczne o większej pożyteczności drugiego rodzaju preparatów żelaza.

I. Lichtenberg.

W. ROBITSCHKEK i A. SELINGER. O limfocytozji adrenalinoj i jej wartości dla określenia stanu czynnościowego śledziony. (Med. Klin. 1923, Nr. 45).

Autorzy podjęli doświadczenia w celu sprawdzenia tezy Freya, że zastrzyknięcie 0,6 — 1,0 mgr. adrenaliny pod skórę zdrowego człowieka wywołuje po 20 minutach powiększenie liczby limfocytów o przeszło 2,500 komórek (wynik dodatni, mający świadczyć o całkowitej sprawności śledziony), zaś zwiększenie liczby limfocytów o mniej, niż 1,500 komórek (ujemny wynik), miałyby dowodzić schorzenia śledziony.

Wykonano 12 doświadczeń, z tych 8 na osobnikach ze śledzioną, a 4 na ludziach, pozbawionych śledziony na drodze operacyjnej. W wyniku tych doświadczeń przyszli autorzy do następujących wniosków:

1) Dawka 1,0 mgr. adrenaliny niezawsze starczy do wywołania wzrostu liczby limfocytów o przeszło 2,500, nawet u ludzi ze śledzioną zupełnie sprawną.

2) Oprócz śledziony również inne części układu krwiotwórczego przyczyniają się do limfocytozy poadrenalinoj, gdyż wynik dodatni obserwowano również u ludzi, pozbawionych śledziony.

3) Najprawdopodobniej czynność tych dodatkowych narządów nie występuje dopiero w zastępstwie śledziony z chwilą jej wycięcia, lecz z reguły biorą one udział w odczynie adrenalinoj obok śledziony.

4) Wobec tego wyniki próby adrenalinoj nie są miarodajne dla wnioskowania o stanie czynnościowym śledziony, lecz o tym lub innym stanie całego układu krwiotwórczego.

E. Bokser.

Berta ASCHNER. O reakcji adrenalinoj u człowieka. (Klinische Wochenschrift 1923 r. Nr. 23).

Jak wiadomo, stworzona w swoim czasie przez Eppingera i Hessa teoria wagotonji została później obalona przez takich badaczy, jak Petren i Thorling. Otóż ostatnio czynione są próby ponownego wprowadzenia do nauki pojęcia wagotonji w nieco zmodyfikowanej postaci. Tak więc, opierając się na doświadczeniu z osobnikami o słabej i opóźnionej reakcji na adrenalinę, wykazującymi po atropinizacji odczyn wydatniejszy i szybszy, Dresel wypowiada pogląd, iż przebieg krzywej ciśnienia krwi po wstrzykiwaniu adrenaliny jest zależny od wzajemnego ustosunkowania się napięcia układów sympatycznego i parasympatycznego. Oba antagonistyczne układy rzekomo posiadają, według Dresla, wspólny ośrodek w śródmózdku. Podrażnienie jednego układu ma pobudzać również układ drugi; ostateczny zaś wynik odczynu zależy od tego, który z układów ma bardziej wzmoczone napięcie.

Inna grupa badaczy nie chce uznać wyników badań nad czynnościami wegetacyjnego układu nerwowego z tego powodu, iż w większości przypadków zostały one dokonane za pomocą wstrzykiwań podskórnych. Szybko rozkładająca się adrenalina rzekomo nie nadaje się do podskórnych wstrzykiwań, albowiem jej wydatne i szybkie działanie zależy wtedy od zmiennej zdolności chłonniczej tkanki podskórnej.

W związku z powyższymi poglądami autorka przeprowadziła szereg doświadczeń, za pomocą których ustaliła fakt, że i przy wstrzykiwaniu śródżylnem adrenaliny w odpowiednio małej dawce (0,005—0,01 mgr.) odczyn u poszczególnych osobników przebiega niejednakowo, i że osobnik, reagujący słabo na adrenalinę, wprowadzoną podskórnie, tak samo reagują przy wstrzykiwaniu tejże dożylnie. Podskórne wprowadzenie adrenaliny do ustroju ma natomiast tę zaletę, iż odczyn trwa wtedy dłużej.

Autorka dalej stwierdza, iż uprzednia atropinizacja ustroju nie zawsze powoduje wydatniejsze ciśnienie pod wpływem adrenaliny. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły również, iż atropina jest w stanie zmienić pobudliwość obwodowych nerwów naczyniowych na adrenalinę. Przypuszczenie więc Dresla o współzależności sympatycznego i parasympatycznego układów za pośrednictwem wspólnego ośrodka jest nieprawdopodobne; tem samem ostatecznie tracą rację bytu pojęcia wago- i sympatykotonji w tem znaczeniu, jakie nadaje im szkoła Krausa.

J. Rubinsstein.

Choroby gardła, nosa i uszów.

Gunnar HOLMGREN. Próby leczenia chirurgicznego otosklerozy. (Acta oto-laryngologica vol. 5 fasc. 4).

Autor podjął nanowo dawne dociekania innych lekarzy w sprawie poprawy słuchu na drodze chirurgicznej. Operował cztery przypadki.

Po dokonaniu zabiegu doszczętnego w znieczuleniu miejscowym lub po oddzieleniu miękkich części przewodu słuchowego, który rozszerzał drogą usuwania części kostnego przewodu, autor, posługując się t. zw. mikroskopem ocznym, usuwał bębenek, młoteczek, kowadełko, pozostawiając strzemiączko i słuzówkę wzgórką. Pod szkłem powiększającym można zauważyć w okolicy okrągłego okienka oddzielne wzniesienia kostne, pokryte słuzówką, które autor uważa za ogniska sklerotyczne. Strzemiączko bywa zwykle nieruchome. Cięciem krzywem od okienka owalnego do tyłu i na dół w kierunku okienka okrągłego tworzy się dwa płaty słuzówki: większy — ku przodowi, mniejszy — ku tyłowi. Cieniutkim świdrem autor robi okienko u podnoża strzemiączka w kierunku błędnika, unikając przedziurawienia „endosteum“ ściany błędnika. Płat słuzówki zostaje nałożony, trąbka Eustachjusza wyskrobana i zatkana okostną, rana operacyjna, z wyjątkiem wzgórką, zostaje pokryta nabłonkiem według Thierscha. W innych razach autor usuwa tylko część bębena w okolicy okienka okrągłego. Zabieg wymaga nadzwyczajnej wprawy, co przyznaje sam autor. W trzech przypadkach nastąpiła znakomita poprawa słuchu. Poprawa ta trwa już od 5 do 11 miesięcy.

Przeciwwskazaniem do operacji jest nieżyt ucha środkowego, zapalenie ucha zewnętrznego i ostry nieżyt gardzieli. Operować należy w tych przypadkach, gdzie chory z powodu stopienia słuchu nie może pracować zawodowo, i w tych przypadkach, gdzie leczenie cewnikowaniem nie dało wyniku. (W czystych postaciach otosklerozy cewnikowanie trąbki Eustachjusza bywa zazwyczaj bezcelowe. Przyp. ref.).

Koenigstein.

H. F. HELMHOLZ i F. MILLIKIN. Stosunek zakażeń górnych dróg oddechowych do zapalenia miedniczek nerkowych. (Monatsschr. f. Kinderh. XXVI, z. 3, 1923, VI).

W 4 przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych, które u 2 niemowląt wystąpiło po zapaleniu ucha środkowego, a u 2 starszych dzieci po zapaleniu migdałków, zastrzyknięto 12 królikom dożylnie prątki okrężnicy, wyhodowane z moczu, i gronkowce oraz paciorkowce z uszu, zębów i nerek danych dzieci. Okazało się wtedy, że pod wpływem gronkowców i paciorkowców mocz króliczy częściej zawierał białko, ciała ropne i bakterje, niż pod wpływem prątków okrężnicy. Mieszane hodowle z uszu, migdałków i jamy nosowogardzielowej, zastrzyknięte 24 królikom, u 14 wywołało cierpienia nerek.

Cieszyński.

Choroby płuc.

DEBRÉ i LAPLANE. Studium kliniczne nad początkami gruźlicy ludzkiej. (La Presse méd. 1921, Nr. 10).

Mowa o początkach gruźlicy u niemowląt. Po okresie wylęgania (od 1 do 4 miesięcy) następuje okres, w którym daje się zauważyć przy pilnej obserwacji — gorączka, utrata wagi, zaburzenia w trawieniu, wreszcie kaszel i objawy, stwierdzane przy pomocy promieni Roentgena. Na pewien czas te objawy początkowych zmian płucno-gruczołowych ustępują miejsca okresowi utajonemu bez szczególnych objawów. Po kilku dniach, tygodniach lub, rzadko, miesiącach wraca gorączka, występują objawy rozmaite rozwijającej się gruźlicy. W przypadku lżejszego zakażenia rozwój dziecka może wcale nie uleść zmianie, lub też niemowlę, nie wykazując objawów gruźlicy czynnej, rozwija się gorzej, niż niemowlęta zdrowe. Autor akcentuje, że okres tworzenia się początkowych zmian gruźliczych w ustroju niemowlęcym bynajmniej nie przebiega zupełnie skrycie: badanie ścisłe i obserwacja dokładna, pozwalają zazwyczaj na przypuszczenie istnienia okresu przedallergicznego gruźlicy, który wreszcie znajduje potwierdzenie w wyniku dodatnim odczynu tuberkulinowego i w zmianach, stwierdzanych na kliszy rentgenowskiej.

M. G.

K. AOYAMA. Studja doświadczalne nad sposobem powstawania przewlekłej gruźlicy płuc. I donies. (Z. f. Tub. t. 38 z. 3, 1923).

Niedawno J. Koch i M. Öller's ogłosili wyniki swych doświadczeń, w których udało im się przez karmienie królików lasecznikami perlicy otrzymywać gruźlicę przewlekłą płuc, tak samo, jak u ludzi, głównie umiejscowioną w górnych

platach i w wolnych brzegach płuc. Wobec powstającej przy tym gruźlicy gruczołów szyi autorowie ci tłumaczą powyższe w ten sposób, że laseczniki gruźlicy ulegają wchłanianiu z tkanki adenoidalnych ust i z gruczołów chłonnych. Autor wstrzykiwał królikom do migdałków małe dawki ludzkich laseczników gruźliczych i w 2 przypadkach podśluzowo w miękkie podniebienie, ażeby przekonać się, co może dać istotne zakażenie gruźlicze migdałków. Wszystkie króliki dostały przewlekłej gruźlicy płuc. W 31% przypadków wytworzyły się w płucach jamy, w 37% — stwierdzono złoży wapienne (cząści u zwierząt dorosłych). W dopisku autor zaznacza, że w dalszych doświadczeniach stwierdzono naturalne przedostawanie się laseczników gruźliczych do migdałków, skąd u królików po upływie 24 godzin zniknęły, przechodząc do sąsiedniego gruczołu chłonnego.

M. G.

SPITZ i ALTSCHUL. Zespół pierwotny, jego stwierdzenie i znaczenie. (Beitr. z Klin. d. Tub. t. 57 z. 1),

Badania Ghona i szeregu innych badaczy wykazały, że w związku z zakażeniem pierwotnym zachorowują nie tylko bezpośrednio do miejsca ogniska pierwotnego przylegające gruczoły chłonne, lecz i dalsze aż do kąta żylnego. Początkowo stwierdzano t. zw. zespół pierwotny gruźliczy w płucach na stole sekcyjnym, dokładne jednak badania, przeprowadzone przy pomocy promieni Roentgena, dały możliwość wykrywania go i na żywych. Autorzy znajdowali odpowiednie zmiany wewnątrzplucne u dzieci i u dorosłych najczęściej po stronie prawej na wysokości 7 lub 8 międzyżebra, aczkolwiek widywali ogniska pierwotne i po stronie lewej i na innych wysokościach w płucu prawem. Zdaniem ich, przesuwalność tych ognisk podczas oddechu odróżnia je zazwyczaj od ognisk zgęszczenia we wnętrzu. Samo ognisko pierwotne daje się nadzwyczaj rzadko stwierdzić klinicznie. Dopiero następcze zaatakowanie gruczołów chłonnych daje cały szereg objawów podmiotowych i przedmiotowych, jak: stan podgorączkowy, poty, wyczerpanie, wychudzenie, stłumienia przykregowe, znane objawy, dotyczące przewodnictwa głosu, różnicę źrenic i t. p. Dokładne badanie przy pomocy promieni Roentgena pozwala często stwierdzić obecność tak ważnego dla ustroju zespołu pierwotnego.

M. G.

F. NEUFELD. O niektórych wynikach nowszych badań nad gruźlicą (Beitr. Z. Klin. d. Tub. t. 56, z. 4).

Autor zgadza się z hipotezą Flüggego co do wielkiego znaczenia zakażenia kropelkowego, lecz sądzi, że błędne byłoby przypuszczenie, iż przedostawanie się niewielkich ilości laseczników gruźliczych przez usta, nos i spojówkę oka ma być dla ustroju ludzkiego, zwłaszcza zaś dziecięcego, praktycznie bez znaczenia. Nie ulega również kwestji, że jednokrotne zakażenie gruźlicze prowadzi do pewnego przekształcenia ustroju, co może spowodować dość nieraz znaczną odporność względem zakażenia wtórnego. Odporność ta jednak podlega wahaniom i w pewnych okresach czasu może zniknąć. Nie można więc dziś z pewnością stwierdzić, że osoby, raz zakażone, nie mogą uleść zakażeniu wtórnemu z zewnątrz, nawet, gdy jest ono pod względem liczby laseczników bardzo nieobfite.

M. G.

BEITZKE. O zakażeniu wtórnym (reinfectio) w gruźlicy. (Beitr. z. Klin. d. Tub. t. 56, z. 4).

Pomijając rzadkie przypadki umiejscowienia zakażenia pierwotnego na powierzchni ciała, należy uwzględnić głównie dwa siedliska t. zw. zespołu pierwotnego — płuca i drogi trawienne. Najwyższe liczby dla umiejscowienia zmian pierwotnych w kiszkiach otrzymali Couston i Malory i Pearce (37,1%), najmniejsze (2,48%) Ghon. Nie należy zapominać, że laseczniki gruźlicy często przedostają się przez niezmienną śluzówkę, powodując pierwsze zmiany w gruczołach chłonnych. Okazało się przy tem, że mniej więcej połowa przypadków pierwotnej gruźlicy kiszki powstaje na skutek zakażenia lasecznikami perlicy z mleka lub masła. Najczęstsze usadowienie zmian pierwotnych widuje się w płucach na skutek wdychania laseczników gruźlicy. Stąd gruźlica może szerzyć się drogą oskrzeli, prowadząc do gruźlicy płuc serowatej (zwłaszcza u niemowląt); może również zakażać gruczoły śródpiersia i przedostać się do krwi tą drogą, powodując

niezależnie w ten sposób zakażenie wtórne płuc lub innych narządów, wreszcie może wywołać prosówkę. W większości przypadków następuje zupełne zagojenie „zdspołu pierwotnego“ ze zwapieniem lub nawet skostnieniem ognisk w płucu i gruczołach oskrzelowych czy kiszkiowych. Według autora, ma to miejsce w 3/4 przypadków. Należy jednak wiedzieć, że, zanim do tego dojdzie, w ustroju mogą się już wytworzyć zmiany przerzutowe, które w dalszym ciągu albo ulegną wygojeniu, albo mogą spowodować właściwą gruźlicę płuc. Byłyby to przypadki, szkodzące swe powstanie t. zwanemu zakażeniu od wewnątrz (endogene Reinfection). Daleko jednak częściej, zdaniem autora, zwykła gruźlica płuc powstaje na drodze wtórnego zakażenia z zewnątrz (exogen). Ma to pod względem praktycznym to duże znaczenie, że ustroj ludzki należy chronić przed zakażeniem gruźliczem nie tylko w dzieciństwie, lecz przez całe życie.

M. G.

E.RIST. Kliniczne różniczkowe rozpoznanie gruźlicy płuc. (Revue de la Tuberculose Nr. 2, kwiecień 1923).

Doświadczenie ubiegłej wojny wykazało, że nasze metody dajagnostyczne w kwestji gruźlicy płuc wymagały rewizji.

Przed wojną względem gruźlicy stosowano metodę oczekiwania; wojna zaś wymagała decyzji rychłych, motywowanych i niedwuznacznych. Wkrótce stało się widocznem, że błędy rozpoznawcze w stosunku do gruźlicy były nadzwyczaj częste. Wiele przypadków tej choroby nierozpoznawano i, przeciwnie, wiele razy rozpoznawano gruźlicę tam, gdzie jej nie było.

Stosunkowo niedawno patologia i klinika gruźlicy wzbogaciły się całym szeregiem zdobyczy, a stare klasyczne metody rozpoznawcze niedostatecznie przystawały się do tych nowych wiadomości. Da się to ująć w następujące 4 punkty:

I. Stosowanie odczynu skórno-go na tuberkulinę na wielką skalę wykazało, że zakażenie gruźlicze w społeczeństwach cywilizowanych jest rzeczą powszechną. Odczyn skórny dodatni nie może więc być uważany jako objaw dajagnostyczny gruźlicy—stanu chorobowego. Należy odróżniać infekcję gruźliczą, tak niezmiernie częstą w naszych społeczeństwach, i gruźlicę—stan chorobowy, którym dotknięte są stosunkowo nieliczne jednostki.

Wczesne rozpoznanie gruźlicy ma więc dla nas zupełnie inne znaczenie, niż dla naszych poprzedników, którzy starali się wykryć stąd początkowe „zakażenia“. Dla nas osobniki z odczynem Pirqueta dodatnim są stosunkowo odporniejsze na „gruźlicę—stan chorobowy“.

II. Badanie roentgenologiczne klatki piersiowej. Klinicysta musi przyswoić sobie technikę „ekranu floryzującego“ i winien sprawdzać otrzymane tą drogą informacje klasycznymi metodami badania fizykalnego oraz przez sekcję zwłok. Używanie systematyczne „ekranu“ dało wiele nowych wiadomości. Wykryto zmiany chorobowe głębokie, których ucho znaleźć nie mogło; rozpad tkanki, gruźliczo zmienionej, okazał się wcześniejszy i dalej posunięty; zagęszczenia obejmują większą przestrzeń, niż to się wydawało przy zwykłym badaniu fizykalnem.

Z drugiej strony wysłuchuje się nieraz liczne rżenia i inne szmery dodatkowe, pozwalające przypuszczać znaczne zmiany tkankowe, a „ekran“ daje obraz stosunków normalnych. W tych razach należy myśleć o zwykłym niezycie oskrzeli bez uszkodzenia tkanki płucnej.

III. Poszukiwanie prątków gruźliczych w płwocinie było dawniej często zaniedbywane. Zmiany fizykalne w płucach i kilka objawów funkcjonalnych, powszechnie uznanych za objawy suchot, wystarczały do rozpoznania. Dziś brak prątków Kocha w płwocinie, stwierdzony kilkakrotnie, zmusza nas do roztrząsania możliwości innej choroby, niż suchoty płucne.

IV. Rozwój oto-ryno-laryngologii wykazał czystość i znaczenie schorzeń górnych dróg oddechowych. Jama nosowa należy również dobrze, jak i płuco, do narządu oddechowego. Zakażenia, niedrożność jamy nosowej mogą wpływać również dobrze na oskrzela i na tkankę płucną, jak schorzenia cewki moczowej odbijają się na pęcherzu i na nerkach.

Jak dalece powyższa koncepcja współczesna rozpoznania suchot płucnych różni się od rozpoznania „tradycyjnego“, wykazują odpowiednie statystyki, niedawno ogłoszone przez władze wojskowe różnych krajów.

Według źródeł oficjalnych francuskich, błędy rozpoznawcze co do suchot płucnych podczas wojny dochodziły

do 82,7%. Według oficjalnych źródeł angielskich też same omyłki sięgały 78,4%. W praktyce cywilnej autor stwierdził w przychodni przeciwgruźliczej w Paryżu 62% omyłek djaagnostycznych.

Trzy kategorie stanów chorobowych dają najczęściej błędy rozpoznawcze.

1) Zespoły, które mają kilka objawów wspólnych ze schorzeniami narządu oddechowego lub które wtórnie dają zmiany patologiczne w płucach lub w opłucnie. Do tej kategorii należą schorzenia narządu krążenia np. endocarditis lenta, zwięźlenie zastawki dwudzielnej i t. p.

2) Schorzenia niegruźlicze narządu oddechowego, których większość objawów jest identyczna z suchotami płucnymi. Np. kiła płuc, bąblowiec płuc, rak pierwotny płuc, rozstrzeń oskrzeli i t. p.

3) Schorzenia górnych dróg oddechowych są przyczyną najczęstszą omyłek rozpoznawczych.

Do czasów ostatnich pamiętano niekiedy o wpływach mechanicznych zmian w górnych drogach oddechowych na oskrzela i płuca, ale o czynniku zakaźnym nigdy nie myślano. A przecież kaszel nawykowy jest często objawem przewlekłego niezłytu oskrzeli, pochodzącego od przewlekłego niezłytu nosa. 50% błędów rozpoznawczych w praktyce wojskowej autora dotyczyło tej właśnie kategorii „kaszlących“.

Dlaczego tyle omyłek w rozpoznawaniu suchot płucnych?

Przyczyn jest wiele, autor podkreśla dwie z nich:

1) Rozumowanie kliniczne lekarzy nie jest dostatecznie obiektywne, jest ono do pewnego stopnia upośledzone przez nacisk, jaki wywierają nauczanie, dyrektywy rządowe, opinia publiczna, wymagając rozpoznania gruźlicy możliwie wczesnego. Przychodnie są często tak zorganizowane, jak gdyby chory zgłaszający się nie mógł cierpieć na inną chorobę, niż gruźlica.

2) W rozpoznawaniu suchot płucnych zbyt wiele wagi przywiązuje się do objawów ogólnych i funkcjonalnych z uszczerbkiem dla objawów fizykalnych. Tymczasem niema w przebiegu suchot płucnych ani jednego objawu lub zespołu, którego nie spotykano w przebiegu innych cierpień.

Po rozpatrzeniu objawów funkcjonalnych, należy za pomocą metod fizykalnych (opukiwanie, wysłuchiwanie, badanie roentgenologiczne i t. p.) sprawdzić, czy w płucach lub w innych narządach są zmiany, które mogłyby tłumaczyć objawy zauważone. Jeżeli w płucach stwierdzi się objawy fizykalne zmian ogniskowych, to wtedy należy określić ich charakter etjologiczny.

W sprawie gruźlicy tylko wykrycie w wydzielinach, w danym razie w płwocinie, prątków Kocha jest jedynym elementem rozpoznawczym pewnym.

Autor sądzi, że jedno badanie ujemne niema znaczenia. 10 badań ujemnych ma już wielką wartość, pod warunkiem, że badania były wykonane bez zarzutu (homogenizacja, szczepienie świnkom morskim). Byłoby nonsensem wymagać do rozpoznania gruźlicy bezwzględnie obecności prątków Kocha, ale praktyka odpowiednia niezmiernie często wykazuje obecność prątków w płwocinie, nawet w okrasach bardzo wczesnych suchot. Jeżeli obecność prątków stwierdzić się nie daje, to naszym obowiązkiem jest szukać poważnie i uczciwie, czy nie mamy do czynienia z innym schorzeniem, niż z gruźlicą.

Wynik ujemny tych wysiłków, systematycznie przeprowadzonych, upoważnia nas jedynie do przyjęcia „przez wyłączenie“ rozpoznania „gruźlicy“ i to tylko w charakterze hipotezy tymczasowej. St. Paradietal.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

W. SCHULTZ. Znaczenie układu naczyniowego w chorobach krwi. (Medizinische Klinik, 1923, Nr. 42).

Uszkodzenie naczyń krwionośnych odgrywa rolę w powstawaniu krwawień, towarzyszących wszelkim skazom krwotocznym. Pomiędzy stopniem krzepliwości krwi a szybkością ustania krwawienia zachodzi luźny tylko związek. Trombocytów nie uważa autor za jedyny czynnik, od którego zależy czas krwawienia, ponieważ trombopenja nie zawsze idzie parze ze skazą krwotoczną. W pojęciu krwawienia odróżnić można 3 ściśle odrębne czynniki: 1) czas krwawienia, to znaczy okres czasu od chwili rozpoczęcia aż do ustania krwawienia, 2) siłę krwawienia, dającą się zmierzyć wielkością kropeł, wypływających w każdej chwili.

3) czas krzepnięcia krwi, wylanej poza obręb naczyń krwionośnych. Otóż przy tamowaniu krwawienia odgrywa rolę całej szereg mechanizmów, tak ze strony naczyń krwionośnych wraz z ich otoczeniem, jak i ich zawartości: zawijanie się błony wewnętrznej do światła naczyń, kurczenie się elementów sprężystych ściany naczyniowej, szybkie powstawanie zakrzepów, szczególnie pod wpływem obfitującego w trombokinazę soku tkanki mięśniowej, a nadewszystko skurcz błony mięśniowej naczyń. Rola tego ostatniego czynnika bywa tak decydująca, że w niektórych przypadkach, jak np. przy postrzale w okolicę dużego naczyń, następowało obumarcie kończyny z powodu przerwania dowozu krwi, a przy operacji stwierdzano, że naczynie nigdzie nie zostało przerwane w swej ciągłości, lecz że na wysokości zadziałania urazu wystąpił odruchowo skurcz toniczny mięśniówki naczyniowej. Także segmentarny skurcz ściany naczyniowej stwierdzano również przy wycięciu włókien współczulnych wraz z błoną zewnętrzną ściany naczyniowej. Współdziałają ściany naczyniowej w tamowaniu krwotoku daje się wykazać również przy krwawieniu z naczyń włosowatych.

Wchłaniając bibułę szączkową krople krwi, spływające z płatka usznego po nakłuciu, można wielkością plamek krwawych mierzyć siłę krwawienia; otóż zbierając krople co 20 min., wykazano stopniowe powiększanie się kropeł aż do 80 min. od chwili ukłucia, a następnie stopniowe zmniejszanie się kropeł, aż do chwili zupełnego ustania krwawienia. Według König'a byłoby to dowodem, że ukłucie wywołuje zrazu skurcz naczyń (na drodze odruchowej), który stopniowo ustępuje, a gdy światło naczyń osiągnie swe maximum, zaczyna ono stopniowo się zwać aż do całkowitego zamknięcia. Autor spostrzegł zależność siły krwawienia od wpływów psychicznych, co ujawniało się w ten sposób, że krople na bibule stawały się większe, gdy uwaga osoby badanej skierowywała się na nową osobę, wchodzącą do pokoju. To spostrzeżenie przy czynia się do wyjaśnienia znaczenia środków nasennych przy tamowaniu krwotoków. Na całość spraw naczyniowych, odgrywających rolę przy tamowaniu krwawień, można wpłynąć rozmaitemi sposobami. Według Freunda, zachodzi we krwi równowaga między ciałami, wywierającymi na naczynia wpływ rozszerzający lub zwężający. Otóż równowagę tę można przesunąć na korzyść substancji zwężającej przez wzmocnienie procesów dyssymilacyjnych, przez upust krwi, naświetlanie roentgenowskie, transfuzję krwi, zastrzyknięcie kazeozanu.

Badania E. Weila wykazały, że adrenalina zmniejsza siłę krwawienia, azotyn amylový — zwiększa, a obydwie te leki nie wpływają na czas krwawienia. Pituitryna zmniejsza zarówno siłę, jak i czas krwawienia. Emetyna w dawce 0,04 podskórnie skraca czas krwawienia. Surowica krwi po upływie 12—24 godz. od chwili zastrzyknięcia skraca czas krwawienia o 1/4—1/2, a polepszenie to otrzymuje się przez szereg dni. Pełna krew ludzka (z cytrynianem lub bez) wpływa jeszcze lepiej w tym samym sensie. Pepton przedłuża czas krwawienia. Sole wapniowe pozostają bez wpływu. Naświetlanie roentgenowskie śledziony przy trombopenji nie wywierało żadnego wpływu na skłonność do krwotoków, na czas krwawienia, liczbę płytek, niekurczliwość skrzepu i próbę zastoinową Rumpl-Leedego. E. Bokser.

MORAWITZ. O rozpoznaniu różniczkowym skazy krwotoczonej. (Medizinische Klinik, 1923, Nr. 3).

Gnilec, jako awitaminoza, daje zawsze w wywiadach dłuższy brak świeżych pokarmów roślinnych, klinicznie zaś: liczne wybroczyny w skórze dokoła mieszków włosowych dolnej połowy ciała, które wyjątkowo tylko zdarzają się na skórze twarzy i głowy owłosionej, wybroczyny w mięśniach w postaci bolesnych guzów i guzików, stomatitis scorbutica; obfitych z trudem dających się zatamować krwotoków w tej chorobie nie stwierdza się, krzepliwość jest tu prawie normalna, liczba trombocytów waha się około normy; stwierdzić się daje uszkodzenie naczyń krwionośnych.

Choroba Möllera-Barlowa jest odmianą gnilec, występującą w wieku dziecięcym.

Krwawiaczka—Haemophilia. Od krwawiaczki, o której autor nic nowego nie podaje, odróżnić należy stany chorobowe, określane nazwą fibrynopenji (Morawitz), która to jednostka chorobowa w objawach jest podobna do krwawiaczki, lecz cechuje ją brak fibrynogenu we krwi, odmienną od krwawiaczki chorobą jest również Thrombasthenia hereditaria (Glanzmann), przebiegająca pod postacią dziedzicznej skazy krwotoczonej, a cechująca się zmniejszeniem liczby trombocytów, krzepliwość natomiast pozostaje pra-

widłowa lub nieznacznie zwolniona; tej chorobie podlegają również kobiety.

Plamice (Purpurae). Jest to nazwa zbiorowa, obejmująca całą grupę chorób, wymagających dalszego etjologicznego i patogenetycznego wyjaśnienia i rozczłonkowania na poszczególne jednostki. Zgodnie z większością badaczy, jest autor zwolennikiem dualistycznego podziału plamicy na: połączone ze zmniejszeniem liczby trombocytów (*purpura thrombopenica*) i niezwiązane z pomniejszeniem liczby płytek (*purpura athrombopenica*).

Purpura thrombopenica s. Morbus Werlhofii:

1) obraz kliniczny bywa niejednorodny, gdyż przebieg może być piorunujący lub przewlekły, przerywany lub ciągły; ani wielkość, ani umiejscowienie wylewów w poszczególnych tkankach lub okolicach ciała nie posiadają nic charakterystycznego. Niekiedy występują krwawienia jelitowe, których cechą zmienną jest bezbolesność; zdarza się czasem krwawy mocz (*haematuria*), lecz bez objawów krwotocznego zapalenia nerek;

2) badanie krwi wykazuje zmniejszenie liczby płytek często poniżej 30,000 i zjawienie się płytek olbrzymich; czas krwawienia znacznie przedłużony;

3) krzepliwość prawidłowa, niekiedy jednak zwolniona;

4) skrzep krwi nie wykazuje dążności do skurczenia się (*irretractibilitas cruoris*).

5) badanie stanu naczyni krwionośnych wykazuje ich współudział w schorzeniu.

Purpura athrombopenica czyli plamica Schönleina-Henoch'a:

1) Zaczyna się i przebiega, jak ostre schorzenie zakaźne z ogólnym niedomaganiem i gorączką przeważnie nieznaczna.

2) Wykwity zjawiają się nawałami, zdradzają wielopostaciowość (*polimorfizm*), gdyż są tu nie tylko wybroczyny, lecz również rumienie, bąble i ograniczone obrzęki skóry.

3) Niekiedy zajęte bywają stawy (*peliosis rheumatica*).

4) Krwawienia z przewodu pokarmowego, o ile się zdarzają, połączone są z bólami i krwawymi stolcami (*purpura abdominalis*).

5) Niekiedy spostrzega się objawy krwotocznego zapalenia nerek.

6) Dążność do nawrotów, szczególnie po podniesieniu się chorego z łóżka (*purpura orthostatica*).

7) We krwi stwierdza się liczbę trombocytów prawidłową lub zwiększoną, czas krwawienia i krzepnięcia normalny. Z reguły występuje zwiększenie liczby białych krwinek.

8) Wielopostaciowość wykwitów pozwala wnioskować, że zachodzące w tym przypadku zmiany naczyniowe muszą mieć swoisty charakter, odmienny, niż w gnilec i thrombopenji. Objaw zastoinowy *Rumpel-Leedegego* niezawsze bywa +.

E. Bokser.

J. ROSKAM. Patogeneza długotrwałości krwawienia w hemogenii i krwawiaczce. (*Presse médicale*, 1923, Nr. 13).

Okoliczność, że czas krwawienia *Duca* u hemofilików jest normalny, w chorobie zaś *Werlhofa* przedłużony, dała autorowi bodziec do sprawdzenia panujących dotychczas poglądów na przyczyny krwawienia w wyżej wymienionych chorobach, które u hemofilików mają polegać na zmniejszonej krzepliwości krwi, a w „syndromie hemogenicznym“ (*Werlhof* i jemu pokrewne choroby) na zmniejszonej liczbie płytek (*thrombopenia*).

Doświadczenia, przeprowadzone przez autora na psach za pomocą dożylnych zastrzyków żelatyny w roztworze koloidalnym, dowiodły, że ani zmniejszenie krzepliwości, ani zmniejszenie liczby płytek we krwi nie wywołują przedłużenia normalnego czasu krwawienia; natomiast zespół tych dwóch czynników wpływa na czas trwania krwawienia.

Obserwacje kliniczne potwierdziły wyniki doświadczeń autora. Autor przekonał się, że czas trwania krwawienia nie stoi zawsze w ścisłej łączności ze zmniejszeniem liczby płytek. Autor obserwował przypadki, w których przy znacznej thrombopenji czas krwawienia był prawie normalny i odwrotnie. Dotychczasowe przypuszczenia, że płytki w syndromie hemogenicznym straciły na swej wartości aglutynacyjnej i wskutek tego również mogłyby wpływać na czas krwawienia, nie sprawdziły się.

Autor przekonał się, że czas krwawienia w syndromie hemogenicznym zależy od miejsca nakłucia: mianowicie, u tego samego osobnika przy nakłuciu w różnych punktach jednego ucha lub obydwu uszu wahania czasu krwawienia były b. znaczne, od 48 minut do 3—4 minut. U hemofilików zaś wahania te były znacznie mniejsze. Dla wytłumaczenia tych oto sprzeczności w syndromie hemogenicznym wysuwa autor moment zachorzenia właściwego śródbłonna naczyniowego (*endothelitis haemorrhagica partialis*).

W hemofilji krwawienie uzależnia autor od właściwości skrzepu, który się wytwarza, ale jest nietrwały (*labilny*) wskutek braku włókniaka, tego rusztowania każdego skrzepu normalnego.

Wigdorowicz.

Choroby narządów trawienia.

M. REJCHMAN. Dajagnostyka ogólna chorób przewodu pokarmowego. Warszawa, 1923.

Praca pod tym tytułem, stanowiąca Nr. 3-ci Wydawnictw polskiego komitetu dla zwalczania raka, pozostała w posmiertnej tece autora w stanie niedokończonym. Wydawca jej usprawiedliwia się wprawdzie z tego, że wydaje ją w tym stanie, niemniej jednak szkopał to ważny, gdyż korzyść praktyczna z tej książki niezmiernie maleje. Gdy we współczesnym opracowaniu takiej dajagnostyki brak rentgenografji i w zupełności pominięte są metody badania chemicznego i mikroskopowego zawartości żołądkowej i kału, gdy na to, by nabrac należytego pojęcia o całokształcie dajagnostyki chorób przewodu pokarmowego, trzeba uciec się do pomocy dwu jeszcze innych podręczników — pozostaje tylko fragment jako pamiętka po autorze sumiennym i pracowitym, fragment, którego treści nie istotnego wprawdzie zarzucić nie można, który obfituje nawet w wiele doskonałych wskazówek praktycznych, lecz który rościć nie może pretensji do wysokiej wartości naukowej, a zwłaszcza pedagogicznej. Należałoby może uzupełnić tę książkę i wydać ją jako całość kompletną. Toż niejednokrotnie na jeden podręcznik dwu, a nawet więcej autorów się składa.

M. F.

W. KNAPPE. 1) Czerwonka bakteryjna. 2) Czerwonka pelzakowa. Odbitki z „Podręcznika chorób zakaźnych“. Warszawa, 1924.

Dwie wymienione monografie, z których pierwsza obejmuje 56 stronic, druga zaś 8 stronic druku, stanowią nowy dowód doskonałego opanowania przedmiotu przez autora, który już w roku 1915-ym przysporzył literaturze cenną pracę p. t. „Dyzenterja“. *Knappe* wszechstronnie omawia czerwonkę i, zwłaszcza w pierwszej z prac powyższych, opiera się nie tylko na literaturze, lecz nadto na własnym obfitym materiale klinicznym. Tu też znać zmysł krytyczny autora, który z olbrzymiego materiału, dotyczącego tych dwu chorób, wybiera jedynie to, co istotnie na uwzględnienie zasługuje. Lekarz-epidemiolog, zarówno jak praktyk, znajduje w pracach powyższych wszystko, czego spodziewać się można w monografiach treściwych. Skrzętnie zebrana literatura da im możność zorientowania się w szczegółach, które autor w swych pracach pominął. Obiedwie monografie zalecić należy najgoręcej nie tylko ze względu na treść, ale również ze względu na to, że opracowane są bardzo strannie i napisane językiem jasnym, czystym, wytrzymującym wszelką krytykę literacką.

M. F.

A. JURASZ. Choleldocho-duodenostomia, jako sposób operacyjny w sprawach głębokich dróg żółciowych. (*Zentralbl. f. Chirurg.* Nr. 25, 1923).

Przyczyny, z powodu których operacje na drogach żółciowych nie zawsze dają trwałe wyniki, znajduje autor albo w zbyt późnym wykonywaniu zabiegu albo w tem, że zabieg operacyjny, wykonywany obecnie, t. j. drenowanie przewodu wątrobnego w sprawach zapalnych dróg żółciowych, jest niedostateczny. Powyższe twierdzenia robią z autora wyznawcę operacji wczesnych, co potwierdziły również badania *Aschoffa*. Zwykle w takich przypadkach w czasie zabiegu, po dokładnym zbadaniu oburęcznem, usuwano kamienie, rozciągano blizny oraz mięsień-zwieracz *Odiego* i zakładano *T-dren*, według *Kochera*. Praktyka jednak wykazała, że w wielu przypadkach poprawa była czasowa, i po usunięciu sączka gumowego sprawa po pewnym czasie znów powracała. By uniknąć tego autor stosuje inny sposób operacyjny, mianowicie zespolenie między dwunastnicą i przewodem:

zółciowym. Zabieg ten wykonał po raz pierwszy w 1888 r. Riedel, nie cieszył się on jednak wzięciem ogólnem. Autor od 1919 r. zaczął stosować ten zabieg operacyjny i ostatecznie doszedł do przekonania, że jest to najlepszy sposób operacyjny w sprawach głębokich dróg zółciowych ze względu na trwałe wyniki. Z 35 przypadków, operowanych tym sposobem, tylko w jednym było zejście śmiertelne.

Edward Goldberg.

J. ROUILLARD. Nowy sposób badania żółci za pomocą zastrzykiwania do dwunastnicy przez zgłębnik dwunastniczy siarczanu magnezowego. (La Presse Medicale, 5.I. 1924 r.).

Prócz zwykłego sposobu badania żółci mieszanej, wydobycy z dwunastnicy zgłębnikiem dwunastniczym, istnieje jeszcze inna metoda, dzięki której można otrzymać żółć oddzielnie z przewodu żółciowego wspólnego, z pęcherzyka żółciowego i z dróg żółciowych wątroby.

M. Doyon 30 lat temu wykazał, że w czynności ruchowej trzew daje się zauważyć pewien antagonizm, dążący do zaoszczędzenia siły: czynności kurczliwej jednej części towarzyszy rozluźnienie drugiej. (Loi d'innervation contraire). Wprowadzenie do żołądka lub dwunastnicy jakiegoś płynu drażniącego wywoływało długotrwałe podniesienie się ciśnienia w pęcherzyku żółciowym i jednocześnie rozluźnienie zwieracza przewodu żółciowego wspólnego. Działanie to zachodzi za pośrednictwem nerwu błędnego, gdyż podrażnienie jego końca dośrodkowego daje wyniki analogiczne.

W 1917 r. amerykańnin Meltzer ponownie badał sprawę korelacji mięśniówki pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego, stosując 25% roztwór siarczanu magnezowego, jako płynu drażniącego śluzówkę dwunastnicy, i otrzymał te same wyniki, co i Doyon.

W ślad za Meltzerem Lyon wprowadzał zdrowemu człowiekowi przez zgłębnik dwunastniczy 25% roztwór SO^4Mg i wydobywał z dwunastnicy trzy próbki żółci. Pierwsza próbka, którą nazywa żółcią A, wydziela się już po paru minutach od chwili wprowadzenia do dwunastnicy SO^4Mg , w ilości od 10 do 15 ccm., żółć ta jest koloru żółtawego i mało lepka, następnie dość prędko wydalona zostaje w dużej ilości (60—150 ccm.) żółć znacznie gęstsza i ciemniejsza, tę drugą próbkę nazywa Lyon żółcią B. Wreszcie wydziela się żółć jaśniejsza, przypominająca pod względem gęstości i barwy żółć A, tę trzecią próbkę nazywa żółcią C. Zdaniem Lyon, żółć A pochodzi z przewodu żółciowego wspólnego, żółć B z pęcherzyka żółciowego i żółć C z dróg żółciowych wątroby.

Co się tyczy pochodzenia żółci typu B, to zdania badaczy różnią się.

Einhorn twierdzi, że żółć B wydziela jest przez wątrobę, a zmiana koloru zależna jest od tego, że sole magnezowe, wchłonięte przez żyłę wrotną, wydzielane są z powrotem przez wątrobę.

Crohn, Reiss i Radin, badając żółć aspirowaną podczas operacji pipetą z pęcherzyka żółciowego, nie stwierdzili podobieństwa jej do żółci typu B.

Dunn i Connelli inni autorzy obserwowali wydzielanie się wszystkich typów żółci u chorych, którym usunięto pęcherzyk żółciowy. — Na ten ostatni zarzut można odpowiedzieć, że po wycięciu pęcherzyka żółciowego żółć zbierała się w rozszerzonych przewodach żółciowych, a stąd mogła być wydalona, jakby z pewnego rodzaju pęcherzyka.

Jednaków większość badaczy utrzymuje, że żółć typu B pochodzi z pęcherzyka żółciowego. Opierają się oni na tem, że żółć B wydalana zostaje w dużej ilości prawie w jednej chwili, że raptem następuje zmiana jej barwy, dalej podkreślają obecność w niej nabłonków wałeczkowatych, większej zawartości cholesteryny (4 — 5 razy więcej, niż w żółci A albo C), soli i barwików żółciowych, co powoduje zwiększenie się c. gatunkowego (1040 do 1050 zamiast 1010).

Żółć typu B nie ma wyglądu jednolitego, jakby to było, gdyby wydzielała była wprost z wątroby.

Jeżeli pęcherzyk żółciowy kurczy się powoli, żółć B wydalana jest stopniowo.

Przy zatkaniu przewodu pęcherzykowego żółć B nie wydziela się, przy zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego żółć zupełnie nie wypływa.

Zdaniem Rouillarda możliwym jest, że żółć B jest mieszaniną żółci z pęcherzyka żółciowego i żółci z samej wątroby, wydzielonej gwałtownie pod wpływem SO^4Mg .

Co się tyczy wykonania doświadczenia Meltzera i Lyon, to należy postępować w sposób następujący.

Gdy zgłębnik dwunastniczy znajduje się w dwunastnicy, aspirujemy nieco zawartości dwunastniczej lepkiej, alkalicznej, koloru żółtego, następnie przez lejek, umocowany na wolnym końcu zgłębnika, wlewamy 25 do 75 ccm. 25% roztworu SO^4Mg .

Mniej więcej po 3, najdalej po 10 min. zaczyna się wydalenie żółci. Wtedy poszczególne typy żółci zbieramy oddzielnie.

Manipulację tę chorzy naogół dobrze znoszą. Czasem, a najczęściej w przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego i u wagotoników dopiero po dwu, a nawet po trzykrotnym wprowadzeniu SO^4Mg otrzymujemy wynik pożądanym. W ostatnim wypadku należy stosować belladonnę.

Wskutak podrażnienia śluzówki roztworem SO^4Mg zbierana żółć może zawierać komórki nabłonkowe i leukocyty, pochodzące z dwunastnicy, co może doprowadzić do błędnego rozpoznania właściwego siedliska choroby. Wobec tego Hollandner proponuje najpierw badać żółć pod wpływem niedrażniającego śluzówki 5% roztworem peptonu w ilości 60 ccm., (roztwór peptonu również powoduje wydzielanie żółci), a dopiero potem wprowadzać do dwunastnicy roztwór SO^4Mg .

Jeżeli chodzi o zebranie jałowych prób żółci, to należy chorego pozostawić naczczo, przed doświadczeniem wymyć dokładnie jego jamę ustną i zęby, zgłębnik wygotować, doświadczenie wykonywać w rękawiczkach sterylizowanych. Gdy zgłębnik znajduje się w żołądku, należy go przepłukać wodą destylowaną, potem szabym płynem antyseptycznym, z płynów zrobić posiew. Następnie po przejściu zgłębnika do dwunastnicy wydobyć i posiać żółć, wreszcie wprowadza się $MgSO^4$ sterylizowany i zbiera się żółć A, B i C celem wyhodowania kultury.

Wyniki badań makroskopowych, mikroskopowych, chemicznych i bakterjologicznych wszystkich typów żółci mogą przyczynić się do rozpoznawania siedliska choroby.

Żółć A, o ile jest b. lepka i mętna, zawiera liczne wałeczkowate komórki, zabarwione żółcią, leukocyty i bakterje, wskazuje to na zakażenie przewodu wspólnego żółciowego. Żółć B b. gęsta, koloru ciemno brunatnego albo czarnego, z dużą ilością detrytu i śluzu, z licznymi zwyrodniałymi komórkami nabłonkowatymi, z kolonjami bakterji, z licznymi leukocytami i kryształkami cholesteryny — przemawia za schorzeniem pęcherzyka żółciowego. Jednakowo niski procent cholesteryny w rozmaitych próbkach żółci pozwala podejrzewać zatkanie przewodu pęcherzykowego. Żółć C w stanach zapalnych dróg żółciowych wewnątrz- i zewnątrzwątroby zawiera zwyrodniałe komórki nabłonkowe.

St. Dobryszyccki.

DENK. Studja nad etiologią i zapobieganiem pooperacyjnym wrzodowi jelita czczego. (Arch. f. Chir. 116).

HABERER. W sprawie wrzodu trawiennego na zasadzie dawniejszego i nowszego doświadczenia klinicznego. (Ibidem).

Coraz częściej w pośmiennictwie lekarskim mnożą się wzmianki o wrzodach trawiennych jelita czczego po operacjach na żołądku. Kieffer w 1903 roku zebrał wszystkiego 12 przypadków, Denk zaś w 1920 r. — 309 przypadków. Co do powstawania tych wrzodów brak zgodności w poglądach różnych badaczy. Denk wspomina o następujących teoriach:

1) mechaniczna, która uważa, że wrzód trawienny powstaje z powodu zgorzeli śluzówki, wywołanej różnymi przyczynami (zmiażdżenie jej przez zaciskacze podczas zabiegu, drażnienie przez pozostawione nitki jedwabne (Mago), urażenie przez przechodzące pokarmy etc.);

2) chemiczna, która główną przyczynę widzi w nadkwaśności treści żołądkowej. Doświadczenia Katzenstein i Kawamury na zwierzętach dowiodły, że sok żołądkowy może mieć wpływ trawienny na śluzówkę jelita czczego tylko wtedy, gdy ta ostatnia uległa mechanicznemu uszkodzeniu. Wrzody trawienne stwierdza się niejednokrotnie nawet w przypadkach podkwaśności;

3) zaburzenia w krążeniu mogą, zdaniem Scherrena i Steinthala, być przyczyną powstawania wrzodów trawiennych. Mianowicie stwierdzali oni ulcera peptica na miescu krwiaków, powstałych podczas poprzedniego zabiegu;

4) teoria nerwowa, której zwolennicy (Richter, Mandl, Magnus i in.) uważają, że nadmierna pobudli-

wość nerwów żołądka i splećów kręzkowego i Auerbacha jest przyczyną skurczu naczyń w jelicie czczem. Ten skurcz wywołuje ograniczoną zgorzel śluzówki i w następstwie wrzód trawienny. Miejscem powstawania bodźców nerwowych może być pozostawiony wrzód żołądka lub dwunastnicy, blizna po zagojonym wrzodzie lub odźwiernik. Ten ostatni, zwłaszcza, gdy jest zwięziony z powodu blizny lub zamknięty operacyjnie, jest uważany za główną przyczynę powstawania wrzodów trawiennych. Jego szkodliwy wpływ szczególnie podkreśla Haberer. Podaje on następującą statystykę:

na 865 rezekcji — 0 wrzodów trawiennych,
na 275 zespołach żołądkowo-jelitowych 3 wrzody trawienne
na 71 zespołach z wyłączeniem odźwiernika — 12 wrzodów trawiennych.

Ze jednak odźwiernik nie jest jedyną przyczyną wrzodów trawiennych, świadczy przypadek powstania takiego wrzodu po rezekcji żołądka sposobem Billroth II. W każdym razie na odźwiernik powinno się zwrócić baczną uwagę. Haberer miał 2 przypadki nawrotów wrzodów trawiennych z tego powodu, że przy pierwszym zabiegu nie usunął odźwiernika. Dlatego stanął on na stanowisku wykonywania radykalnych zabiegów w przypadkach wrzodów trawiennych z każdorazowym usuwaniem odźwiernika.

Wnioski:

- 1) Przy zabiegach z powodu wrzodów przy odźwierniku lub dwunastnicy nie należy nigdy wyłączać odźwiernika.
- 2) Należy zawsze starać się wykonywać rezekcję. Gdzie to jest niemożliwe, należy ograniczyć się do zespolenia żołądkowo-jelitowego bez wyłączenia odźwiernika.
- 3) Ze sposobów rezekcji należy oddać pierwszeństwo sposobowi Rydygiera (Billroth I).
- 4) Przy operacyjnym leczeniu wrzodów trawiennych należy wykonywać duże i radykalne zabiegi i w każdym przypadku usuwać odźwiernik.

B. Endelman.

H. KÜMMEL. O zapaleniach rzekomych wyrostka robaczkowego i t. zw. „samoistnych surowicznych zapaleniach otrzewny”. (Die Therapie der Gegenwart IV, 1923 r.).

Zapalenia rzekome wyrostka robaczkowego zwracają od wielu lat uwagę lekarzy. Pierwszy opisał tę postać choroby w 1904 roku F. Frank e w przebiegu grypy. W r. 1910 Kü t n e r stwierdził ją w goścu stawowym; w 1912 r. — Carcatera w zapaleniu dolnego płata prawego płuca, głównie u dzieci, a Lieblein w gruźliczym zapaleniu gruczołów kręzkowych. W 1915 roku do wyżej wymienionych przyczyn, dających obraz „rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego”, dodano jeszcze takie choroby, jak enterocolitis membranacea, coecum mobile, paratyphus i dur brzuszny. Nareszcie w ostatnich czasach (de Martel, Catalorda i in.) spostrzegano to cierpienie w zaburzeniach ośrodków autonomicznych nerwów jamy brzusznej, w których atropina uwalniała chorych od wszelkich dolegliwości.

Tak zwane „samoistne” surowicze zapalenia otrzewny, t. j. takie, w których nie stwierdza się makroskopowych zmian w narządach jamy brzusznej, ani innych przyczyn (chorób zakaźnych, serca i t. p.), zdaniem autora, zależą zawsze od zmian w wyrostku robaczkowym.

W każdym przypadku autorowi udawało się stwierdzać pod drobnowidzem wyraźne zmiany zapalne w tym narządzie. Po usunięciu wyrostka robaczkowego znika też zapalenie otrzewny wraz z wysiękiem. Autor dlatego nie zgadza się z Nowackem, który twierdził, że ten surowiczy wysięk jest reakcją otrzewny na podrażnienie, wywołane przez świeżo narodzony foliuk, tembardziej, że niejednokrotnie stwierdza się go i u mężczyzn. W każdym przypadku surowiczego samoistnego zapalenia otrzewny należy usunąć wyrostek robaczkowy, gdyż dłuższe trwanie tej choroby może wywołać wtórne zapalenie narządów małej miednicy — oophoritis, salpingitis. (A. Müller).

Wnioski:

- 1) Rzekomym zapaleniem wyrostka robaczkowego nazywamy takie stany chorobowe, w których mamy wszystkie objawy zapalenia tego narządu, bez zmian w samym narządzie.
- 2) Tak zw. „samoistne” surowicze zapalenie otrzewny jest wywoływane zmianami w wyrostku robaczkowym, gdyż po usunięciu tegoż ustępuje zupełnie i zapalenie surowicze otrzewny.

B. Endelman.

Choroby dróg moczowych.

LEGUEU, MARSAN, FLAUDRIN. Przyczynę do leczenia nowotworów złośliwych pęcherza moczowego za pomocą mezotoru. (Journal d'Urologie T. 16 Nr. 2).

Autorzy zastosowali w 9 przypadkach guzów złośliwych pęcherza moczowego roztwór izotoniczny soli bromowej mezotoru i to w następujący sposób: 1) roztwór B (1 mikrogram na cm. sz.) zastrzykiwali dożylnie lub podskórnie w ilości 1 cm. sz. w odstępach 3 dniowych; 2) roztwór C (2 mg. na 1 cm. sz.) wstrzykiwali do guza albo pęcherza w ilości 5 cm. sz. w odstępach tygodniowych, przy jednoczesnym stosowaniu elektrokoagulacji. Już wkrótce po pierwszych zastrzyknięciach krwawienia ustępowały, bóle znikały, moczsoczystała się. W trzech przypadkach zauważyli całkowite zbliźnowacenie w miejscu guza. Autorzy gorąco zalecają wypróbowanie powyższego środka na większym materiale.

M. Berkman.

V. SCHMIEDEN. Dwa przypadki całkowitego usunięcia pęcherza moczowego. (Zt. f. Ur. Bd. 17. H. 1).

Autor zaleca stwierdzenie za pomocą promieni Roentgen'a, czy pętla esicy jest dostatecznie ruchoma i długa. Operację wykonywa w 3 aktach: 1) cięcie brzuszne, przecięcie esicy, z jej części dogłowej tworzy maleńki sztuczny odbył, część zaś ogonową zasywa, a dla zabezpieczenia szwu przykrywa przydatkami sieciowymi (appendices epiploicae). Po paru dniach przystępuje do płukania dolnej części jelita. Po 14 dniach drugi akt: poprzezotrzewnowe (transperitonealne) odszukanie moczowodów, wycięcie ich do dolnego (zaszytego) odcinka esicy w kierunku skośnym i to bez najmniejszego napięcia, bądź przegięcia. Akt trzeci następuje u ludzi względnie jeszcze silnych bezpośrednio, u wyniszczonych dopiero po zagojeniu się rany brzusznej. Polega on na wyłuszczeniu pęcherza: cięcie łukowate ponad spojeniem łonowym, otwarcie otrzewny nad trzonem pęcherza, poczem ją zasywa, następnie pozaotrzewnowo wyłuszcza pęcherz na tępo; brzeżki rany zasywa po bokach, zostawiając tampon Mikulicza pośrodku. Po wszczęciu moczowodów zakłada kateter „na komorne” do odbytu na kilka dni, po których już jelito przystosowuje się do swej nowej roli. Jeden z przypadków, operowany w powyższy sposób obserwował autor w ciągu 1 i pół roku bez jakichkolwiek przerzutów, ani zapalenia miedniczek.

N. Mayzner.

F. LOTSCH. Postępowanie operacyjne w przypadkach wycisowania pęcherza moczowego. (Zt. f. Ur. Bd. 17. H. 7).

Wycisowanie pęcherza charakteryzuje się rozstąpieniem się spojenia łonowego oraz brakiem przedniej ściany pęcherza aż do okolicy pępka; często towarzyszą i inne zaburzenia rozwojowe, jak brak, ew. niedorozwój narządów płciowych oraz rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida). Operacja ma 3 zadania: 1) stworzyć pęcherz, 2) usunąć wierzchniactwo (epispadia), 3) usunąć nietrzymanie moczu. Ad. 1) możemy brzeżki pęcherza, bądź zastosować plastykę skórną, lub plastykę za pomocą części jelita. Ad. 2) radzi autor przeciąć podłużnie członek aż do śluzówki cewki. Ad. 3) zaleca autor wyłącznie sposób Maydla. Pomimo zarzutów, stawianych tej metodzie, oraz pomimo rozmaitych jej modyfikacji autor na zasadzie 5 operowanych przez siebie przypadków dochodzi do wniosku, iż jedynym racjonalnym postępowaniem usunięcia nietrzymania moczu jest sposób Maydla z ewentualnym przedoperacyjnym usunięciem stanów zapalnych (o ile one istniały) w górnych częściach aparatu moczowego.

N. Mayzner.

R. HOTTINGER. O izolowanej gruźlicy pęcherza moczowego. (Zeitschr. f. Ur. Bd. 7 Nr. 3).

Autor przytacza statystykę Saxtorpha (1900), gdzie na 342 przypadki gruźlicy prosówkowej tylko w 4 przypadkach gruźlica wyłącznie ograniczoną była do pęcherza, oraz przynajmniej niezmierną rzadkość owej postaci chorobowej, jednak wierzy w możliwość istnienia tej postaci gruźlicy, ograniczonej wyłącznie do pęcherza, moczowego i na dowód przytacza 2 wymowne przypadki: 1) dotyczy panny l. 35, u której stwierdzono owrzodzenie w pęcherzu (cytostokopia) na przedniej ścianie oraz gruzełki, przy niezmiennie-

nych ujściach moczowodowych, przy idealnej funkcji nerek, mocz z pęcherza zawierał laseczniki K o c h a. Przypadek ten leżono konserwatywnie (Hg. oxyc. płukanie oraz instylacje z jodoformu), i już po 1 miesiącu laseczniki znikły, po 3 miesiącach pojemność pęcherza wróciła do normy, a w miejscu pierwotnego owrzodzenia widać w obrazie cystoskopowym zabląznienie przy zupełnie dobrym samopoczuciu chorej. Drugi przypadek dotyczy panny lat 25: laseczniki w mocz; rozległe owrzodzenia w obrębie moczowodu prawego. Cewnikowanie obydwóch moczowodów daje zupełnie prawidłowy mocz. Leczenie, jak powyżej. Po 4 tygodniach objawy znikły, po 10 miesiącach mocz zupełnie czysty, zawiera pojedyncze tylko b. c. krwi; laseczników K o c h a nie znaleziono. Obraz pęcherza: owrzodzeń niema, śluzówka nieco zaczerwieniona; funkcja nerek przez cały czas prawidłowa. Po 7 i pół latach miał autor wiadomość o chorej: ze strony układu moczowego żadnych dolegliwości nie stwierdza się; natomiast zjawily się od szeregu lat bóle w podbrzuszu prawym, budzące podejrzenie gruźlicy gruczołów kręzkowych.

N. M a y z n e r.

Choroby psychiczne.

E. FLATAU. O zespołach pozapiramidowych. (Wydawnictwa Tow. Nauk. Warsz. Monografia z Pracowni Neurobiologicznej. Warszawa 1923 r.).

Sprawa zespołów pozapiramidowych stała się w ostatnich latach nader aktualną i wysunęła się na plan pierwszy wśród zagadnień neurologii nowocześniejszej. Wiadomości, dotyczące anatomii, fizjologii i patologii ośrodków i szlaków pozapiramidowych są zawarte w niezmiernie licznych pracach, ogłoszonych w najrozmaitszych wydawnictwach neurologicznych. Wobec tego, że zapoznanie się dokładne z zagadnieniami ośrodków i szlaków pozapiramidowych napotyka na wielkie trudności, zjawila się potrzeba zestawienia i oświetlenia krytycznego tych licznych prac. Tej potrzebie aktualnej znakomicie czyni zadość monografia Flatau'a. Znajdujemy w niej we wstępie historycznym krótkie i jasne streszczenie poglądów różnych badaczy na sprawę zespołów pozapiramidowych. Następnie wyłożona jest anatomia węzłów środkowych mózgu i szlaków, łączących te węzły z innymi okolicami układu nerwowego ośrodkowego, przyczem wykład ten ilustruje odpowiednia tablica schematyczna. W rozdziale 3-im są streszczone wyniki badań fizjologicznych nad czynnościami węzłów środkowych mózgu. Wreszcie rozdział ostatni jest poświęcony patologii zespołów pozapiramidowych. W tym rozdziale autor wylicza jednostki chorobowe, które można zaliczyć do cierpień pozapiramidowych, podaje kolejno charakterystykę kliniczną i anatomiczną tych jednostek i poddaje krytyce poglądy różnych badaczy na ich patogenę i klasyfikację. Autor nie ogranicza się jednak do zestawienia danych, zawartych w piśmiennictwie, i w końcu swej monografii podaje własny pogląd na klasyfikację i patogenę zespołów pozapiramidowych. Dzieli on te zespoły na dwie wielkie grupy: zespół hipertoniczny (choroba Wilsona, stwardnienie rzekome Westphala-Strümpella, drżączka porażna, parkinsonizm objawowy, stężenie mięśni miążdżycowe Foerstera, niektóre postaci choroby Little'a, hemitonja udarowa Bechterewa) i zespół hyperkinetyczny (atetoz obustronna, kurcz torsyjny, płasawica zwykła i przewlekła, niektóre postaci drgań i ruchów myoklonicznych, zespoły śpiączkowe, w których występują ruchy mimowolne). Powstanie zespołów hipertonicznych autor tłumaczy zniszczeniem ośrodków i szlaków wpływających hamująco na t. zw. tonocentry, t. j. ośrodki i jądra, otrzymujące podniety od receptorów czuciowych i wpływające bezpośrednio na napięcie mięśniowe, za takie ośrodki hamujące autor uważa ciało blade i wzgórze wzrokowe.

Mechanizm powstawania zespołów hyperkinetycznych jest, według autora, trudniejszy do wyjaśnienia, być może, rolę główną odgrywa w nim przerwanie podniety regulujących, które stale dopływają do dziedziny ruchowej kory mózgowej od ośrodków podkorowych: węzłów środkowych i mózdzku. W ten sposób źródło ostateczne hyperkinez autor widzi w korze mózgowej, pozbawionej podniety regulujących, które ze wszech stron napływają do niej z głębszych dziedzin mózgowia. Wykład zwięzły i jasny oraz oryginalne ujęcie tematu czyni z książki Flatau'a nader cenny nabytek w naszym piśmiennictwie lekarskim.

J. K o e l i c h e n.

A. KRONFELD. O współrzędnościach psychofizycznych w kształtowaniu się obrazów chorobowych. (Klin. Wocn. Nr. 42. 1923).

Autor podkreśla konieczność biologicznego ujmowania zjawisk psychicznych, aczkolwiek zdaje sobie sprawę, że takie ich rozważanie nie może być jedyne i wystarczające. Kategorie całości, organizmu, osoby staje się nieodzowną normą, do której odnosimy nie tylko przejawy psychiczne, ale i somatyczne, albowiem i te otrzymują w ten sposób swoje właściwe znaczenie. Pojęcie współrzędności psychofizycznej w kształtowaniu się obrazu chorobowego wynika właśnie z ujmowania spraw somatycznych jakoteż i psychicznych pod kątem całości biologicznej, do jakiej należą. Współczesna medycyna kładzie nacisk na t. zw. analizę strukturalną obrazów chorobowych z najszerszym uwzględnieniem podłoża konstytucjonalnego. Objawy somatyczne mogą być w pierwszym rzędzie wyrazem spraw psychicznych (mimika, fizjognomika, mechanizmy „atawistyczne“ K r a e p e l i n a). Powtóre, zjawiska somatyczne mogą towarzyszyć sprawom wzruszeniowym (zmiany w krążeniu krwi, czynności serca, oddychania, przewodu pokarmowego). Odwrotnie znowu powodują zaburzenia czynnościowe tych układów pewne objawy psychiczne (np. stany lękowe przy pewnych zaburzeniach oddychania i krążenia krwi). Inaczej przejawiają się objawy somatyczne procesów psychicznych przy podłożu wago-tonicznym, inaczej przy usposobieniu sympatykotonicznym. Pewne zmiany ze strony gruczołów o wydzieleniu wewnętrznym są, jak wiadomo, współrzędne z określonymi objawami psychicznymi. Bardzo ważną formą współrzędności jest symbolizacja. Świadome i nieświadome wspomnienia oraz pierwotne, niekiedy autogenetyczne wczesne popędy znajdują swój wyraz w objawach somatycznych. Jak wiadomo, jest to dziedzina, w której epokowa odkrycia poczynił F r e u d, a z nim psychoanaliza.

Pewne współrzędności psychofizyczne należą do typowych (konstytucja hypertyreoidalna z właściwym jej usposobieniem żywym, ruchliwym, niespokojnym, — konstytucja paratyreoidalna i t. zw. typ eidetyczny J a e n s c h a, odznaczający się skłonnością do subiektywnych wyobrażeń plastycznych o charakterze postrzeżeniowym). Sfera t. zw. infantylizmów dostarcza bogatego materiału w tym kierunku, a i tutaj znamionom somatycznym pewnego typu odpowiadają nie tylko pewne ogólne cechy psychiczne, ale częstokroć niekóre osobliwości właściwe tylko określonym typom gruczołowym. Sfera osobliwości seksualnych dostarcza przykładów odmian psychofizycznych, uwarunkowanych biologicznie.

W dziedzinie psychiatrii należy podnieść zasługi K r e t s c h m e r a, który wykazał współrzędności między pewnymi grupami psychoz i charakterów a pewnymi typami konstytucji somatycznej.

Pewnym stanom chorobowym cielesnym są właściwe odrębne cechy psychiczne (np. stany charłactwa i niektóre gruźlice z ich euforją), inne znów wyzwalają ukryte cechy usposobienia (indywidualne ukształtowanie t. zw. psychoz objawowych). Wreszcie na zakończenie największa grupa współrzędności psychofizycznych to zaburzenia somatyczne, czy to psychorodne powstałe, czy też psychicznie zużytkowane (nerwice organów, histerja i neurastenja). Z jednej strony mamy tutaj zaburzenia fizjopatyczne z nadbudową psychiczną (np. bóle, trwające dłużej, niżli zapalenie nerwu: pierwiastki czynnościowe przy stwardnieniu wielogniskowym). Z drugiej strony mamy obszerną grupę zaburzeń somatycznych pochodzenia czysto psychorodnego.

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

KRETSCHMER, Konstytucja a rasa. (Zeitschrift f. die gesamte Neur. u. Psych. T. 82).

Cele i drogi badania antropologicznego a konstytucjonalnego są różne. Badacz ras operuje pierwiastkami historycznymi, badacz typów konstytucjonalnych wyszukuje podstawy fizjologiczne typów ludzkich, zależnie od przeważającego działania pewnych gruczołów o wydzieleniu wewnętrznym i ich hormonów, lub też od przewagi pewnego typu przemiany materji. Obie dyscypliny wyodrębniają typy, które jednak nie pokrywają się nawzajem, lecz, przeciwnie, krzyżują się. Dzieje się to dlatego, ponieważ dobór naturalny, walka o byt i t. d. wcale nie troszczą się o czystość pierwiastków fizjologicznych, którymi operuje nauka o konstytucji, lecz wyszukują z zewsząd i potęgują takie cechy, które najlepiej przystosowane są do życia; tak wytwarzają się typy rasowe przeciętne, zdrowe, stanowiące syntezę czystych ty-

pów konstytucjonalnych. Badacz zaś tych ostatnich wyszukuje takie okazy, u których przeważa jednostronnie wpływ pewnych układów gruczołowych, a które są skutkiem tego właśnie najgorzej do życia przystosowane. Te typy nazywają on konstytucjonalnie czystymi; są to właśnie najkrańcowsze, najgorzej się dające rozznaczać odmiany ludzkie o wybitnej skłonności do choroby, habitus phthisicus, arthriticus (typy o skłonności do psychozy rozszerzeniowej lub okresowej).

W typach rasowych można czasem, a nawet często odnaleźć jednak przewagę pewnych cech konstytucjonalnych, ale osłabionych lub zmieszanych z innymi, obojętnymi lub wprost sprzecznymi; tak tylko w rozwoju rasy mogły się one utrzymać. Czasem znowu mechanika rozwoju rasy nie może rozszcześcić pewnego zespołu cech konstytucjonalnych, które ściśle współzależą od wspólnych przyczyn fizjologicznych, a z których to cech niektóre tylko są dla rozwoju danej rasy korzystne, inne obojętne lub nawet szkodliwe; wskutek wspomnianej wyżej fizjologicznej współzależności razem się jednak utrwalają. Tak np., wąski i ostry nos rasy północnej jest dla niej szkodliwszy może, niżby był szeroki i płaski, wspólnie zależny on jednak od tych czynników, które powodują szczupłość i zwinność budowy ciała, chłodny temperament o zabarwieniu schizotypicznym — cechy pomocne dla rasy północnej w jej ciężkiej walce o byt z przyrodą.

J. Kempner.

G. SPECHT. Układ roślinny a zaburzenia psychiczne. (Zeitschrift f. d. g. Neur. u. Psych. B. 84 p. 438—443, 1923).

Śmierć chorych na porażenie postępujące nie następuje z powodu zachorzenia kory mózgowej, gdyż ta ostatnia nie odgrywa dla czynności „życiowych” roli dominującej. „Życie” tkwi w okolicach filogenetycznie starszych — w międzymózgowiu. Uwiąd (marasmus) porażeniów polega na ogólnym upadku czynności układu roślinnego, którego ośrodek główny położony jest właśnie w międzymózgowiu, gdzie krętki kiłowe często powodują to samo zniszczenie, co i w korze. Z innej znowu strony, objawy roślinne w katatonicznych postaciach schizofrenji pozwalają Reichardtowi wypowiedzieć zdanie, że proces schizofreniczny ma swoje siedlisko przede wszystkim w szczególnie ważnych życiowo okolicach pnia mózgowego (między — i zamózgowie). Ponieważ życie roślinne i pierwotne uczucia oraz popędy są w ściślejszej ze sobą łączności, musimy również w tej okolicy mózgowia przypuszczać ośrodek pierwotnego życia psychicznego. Prace rozmaitych badaczy upoważniają autora do następującej śmiałej tezy: „dusza” leży w osi mózgowordzeniowej z jej głównym ośrodkiem w międzymózgowiu, kora zaś jest jedynie pomocniczym narządem „duszy”.

E. Herman.

F. MÖLLENDORF. O znaczeniu dżagnostycznym doskórno szczepienia płynu mózgowordzeniowego w nagminnym zapaleniu mózgu. (Zeitschrift für d. gesamte Neurol. u. Psych., tom 86, zes. 1 i 2, 1923).

Autor prześledził na 21 przypadkach nagminnego zapalenia mózgu w okresach wczesnych i późniejszych stosowane już poprzednio przez Quęsta doskórno szczepienie płynu mózgowordzeniowego. Natychmiast po dokonaniu nakłucia łądźwiowego zastrzykiwał choremu doskórnie 0,1 cm. jego własnego płynu mózgowordzeniowego. Niektórych chorych szczepił dwukrotnie w odstępach kilkudniowych. W 20 przypadkach (13 starszych, 7 świeżych) wynik był ujemny.

W jednym przypadku (8 tydzień choroby) wynik dodatni. Biały bąbel zmienił się w czerwoną grudkę, która następnego dnia zbladła, a potem znikła.

Powtórne szczepienie tej samej chorej (w 10 dni po pierwszym) dało wynik ujemny.

Autor przeszczepiał też płyn mózgowordzeniowy jednego chorego na drugiego, będącego w tym samym lub też innym okresie choroby, lecz zawsze z wynikiem ujemnym. Również u chorych, dotkniętych innym cierpieniem układu nerwowego, szczepionych ich własnym płynem, wynik był ujemny (meningit. tuberculosa, paral. progressiva, lues cerebri i t. d.). Autor nie może zatem potwierdzić wyników badania Quęsta, który na zasadzie 3 dodatnich wyników (w świeżych przypadkach) oraz jednego ujemnego (w rok po przebyciu choroby) sądził, iż w ten sposób można wykryć antigen, znikający w okresie poprawy.

Bau-Prussakowa.

H. LERMAN. O psychopatji, jako następstwie nagminnego zapalenia mózgu u dzieci. (Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psych., tom 86, zes. I i II, 1923).

Opis kliniczny 2 chorych, u których w następstwie nagminnego zapalenia mózgu rozwinął się stan psychopatyczny, zbliżony do psychopatji konstytucjonalnej.

Przypadek I. 13-letni chłopak, dziedzicznie nieobarczony. Przed chorobą krnąbrny, popełniał drobne kradzieże. W 1920 r. grypa. W rok później wystąpiły zaburzenia somatyczne i psychiczne. Sztwność tułowia i kończyn, amimia, ubóstwo i powolność ruchów, ślinotok oraz inne objawy zespołu Parkinsona. Chory chwilami zahamowany, chwilami nadmiernie ruchliwy, nieposłuszny, uparty. Orientacja zachowana, inteligencja nietknięta. Napady w rodzaju katatonicznego stuporu. Wśród rozmowy nagle pada na podłogę, podniesiony pada z powrotem. Niekiedy napady duszności, dające się przerwać przez odwrócenie uwagi chorego. Na oddziale bije innych chorych, dokucza im, kradnie, drapie i kaleczy sam siebie, zanieczyszcza się z rozmysłu, by się uchylić od nauki w szkole, niewrażliwy na napomnienia i kary. Gdy chce — jest pojętny i uważny. Z biegiem czasu stan się pogarsza; napady częstsze, zamiary samobójcze.

Przypadek II. 9-letni chłopak, dziedzicznie nieobarczony. Enuresis nocturna. W 1920 r. grypa z zaburzeniami snu, które pozostały. Przyjęty do szpitala w czerwcu 1921 r. wykazywał: amimie, ślinotok, zwiócenie mięśni kończyn i tułowia, powolność ruchów, retropulsję. Mowa niewyraźna, szybka.

Inteligencja nietknięta. Usposobienie zmienne. Czasami ożywny bawi się z innymi dziećmi, czasami pada nagle na podłogę i leży nieruchomo w najdziwaczniejszych pozycjach. Zanieczyszcza się. W nocy niespokojny, bije inne dzieci, kradnie. W przystępie szału bije sam siebie, uderza głową o podłogę.

Autor zaznacza, iż tego rodzaju zaburzeń psychicznych, będących oznaką zupełnego rozpadu osobowości, nie spotykał u osobników dorosłych, dotkniętych nagminnym zapaleniem mózgu.

Bau-Prussakowa.

M. GUREWITSCH. O zmianach charakteru u dzieci na skutek organicznych cierpień mózgu. (Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psych., tom 86, zes. 4—5, 1923).

Nagminne zapalenie mózgu wywołuje niekiedy u dzieci poważne zmiany w sferze etycznej, zmieniając całkowicie charakter dziecka i wytwarzając stan, który przypominają „Moral insanity”. Ten t. zw. anetyczny zespół objawów (Albrecht) obserwował autor nie tylko u dzieci, które przeżyły nagminne zapalenie mózgu, ale również w następstwie duru plamistego oraz w 1 przypadku kiły mózgu (nabytej).

W 2 przypadkach, dotyczących dzieci w wieku 7—9 lat, zmiany charakteru zaczęły się ujawniać wkrótce po przebyciu ostrego okresu nagminnego zapalenia mózgu. Dzieci te stały się złe, biły inne dzieci, kradły, wyrażały się cynicznie, jedno z nich uciekało z domu, drugie wychodziło nago na ulicę. W obu przypadkach stwierdzono ponadto pewne opóźnienie rozwoju umysłowego (1—1½ roku podług Bineta), niemożność skupienia uwagi, niepokój ruchowy.

W przypadku, dotyczącym 11-letniego chłopca, chorobliwa zmiana charakteru wystąpiła w parę lat po zakażeniu kiłowem. Stwierdzono u niego również osłabienie pamięci, zdolności zapamiętywania, niezdolność skupienia uwagi, opóźnienie procesu myślenia, zmienny nastrój oraz niektóre zmiany somatyczne: dysartrję, nierówność źrenic, ataksję, wzmożenie odruchów ścięgnowych. Krew: Meinicke + Wassermann + — Po leczeniu swoistem objawy psychiczne i somatyczne ustąpiły zupełnie.

W 2 przypadkach, dotyczących chłopców w wieku 10—15 i pół lat, anetyczny zespół objawów wystąpił wkrótce po przebyciu duru plamistego. U jednego z nich stwierdzono ponadto niedowład prawostronny.

Następstwem nagminnego zapalenia mózgu u dzieci mogą być zaburzenia psychiczne, bez cech anetycznych, powodujące również zmianę charakteru. Z przytoczonych przez autora opisów klinicznych 2 chorych okazuje się, iż dzieci, poprzednio łagodne, po przebyciu nagminnego zapalenia mózgu stały się kapryśne, drażliwe, skłonne do płaczu, zmienne w nastroju. Objawy te objął autor nazwą zespołu dystymicznego. Wszystkie te zaburzenia psychiczne przypisuje au-

tor (z pewnym prawdopodobieństwem) zmianom w węzłach podstawowych mózgu i wyraża przypuszczenie, iż, dzięki podobieństwu zespołu anetycznego do wrodzonych stanów psychopatycznych, uda się może rozwiązać problemat lokalizacji i genezy psychopatii konstytucjonalnej.

B a u - P r u s s a k o w a.

K. BERLINGER. Wzmózone pragnienie a nagminne zapalenie mózgu. (Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psych., tom 86, zes. 4 i 5, 1923).

Wzmózone pragnienie, jako następstwo nagminnego zapalenia mózgu, jest objawem bardzo rzadkim, Autorowi udało się zebrać w całym dostępnym mu piśmiennictwie tylko 11 przypadków encephal. epidem., w których objaw ten był opisany. Podaje opis kliniczny swego własnego, dokładnie opisanego przypadku, w którym w 3 lata po przebyciu nagminnego zapalenia mózgu wystąpiła polydipsia. (Chory wypijał około 15 l. wody dziennie). Po wypiciu znacznej ilości wody dostawał niekiedy szeregu napadów drgawek klonicznych z utratą przytomności.

Na zasadzie dokładnych badań, przeprowadzonych przez G y ö r g y e g o (a dotyczących wprowadzenia i wydzielenia wody, wydzielenia Na Cl, N i NH₄ odczynu i ciężaru gatunkowego moczu, zawartości Na Cl i białka surowiczego w surowicy krwi— oraz w kierunku zachowania się ustroju pod wpływem wprowadzenia nadmiaru Na Cl, zastrzykiwania teocyny i wyciągu z przysadki mózgowej), doszedł do wniosku, iż wzmózone pragnienie w danym przypadku nie jest objawem moczówki prostej. Uważa je za objaw, wywołany zmianami organicznymi na dnie IV komory.

Za tem przemawia: 1) zmniejszona ilość Na Cl w krwi chorego; 2) szybkie oddziaływanie chorego na teocynę, brak oddziaływania na wyciąg z przysadki mózgowej (pituglandol). Autor powołuje się na badania V e i l a, który, drażniąc dno IV komory u zwierząt, otrzymywał zmniejszenie zawartości Na Cl w krwi (hypochloremję) i zwiększenie jej wydzielenia z moczem (hyperchlorurję). Wzmózone pragnienie, wywoływano doświadczalnie z dna IV komory oraz z podwzgórza.

Co do okresu choroby, w którym wystąpić może wzmózone pragnienie, oraz co do czasu trwania tego zaburzenia, nie może autor na zasadzie tych 12 przypadków nic pewnego powiedzieć. Leczenie wyciągiem z przysadki dało w 2 przypadkach przejściowe polepszenie, w 4 pozostało bez wpływu.

B a u - P r u s s a k o w a.

Radjologia.

PELS LEUSDEN. O owrzdzeniach wywołanych promieniami Roentgena i o ich leczeniu chirurgicznym. (Med. Klin. Nr. 35. 1923).

W miarę wzrostu lecznictwa rentgenicznego wzrosła też liczba owrzdzeń, które wymagają specjalnego leczenia, oraz liczba spraw sądowych o odszkodowanie. Owrdzenia te mogą być przyczyną zniekształceń i nawet stałej utraty zdolności do pracy. Autor twierdzi, iż częściej powstają te owrdzenia i modzele skutkiem nieumiejętnego leczenia, i żąda, by rentgenoterapię bezwzględnie zajmowali się specjaliści, dokładnie obznajmieni ze sprawą lecznictwa i najnowszymi zdobyczami w tej dziedzinie, nie zaprzecza jednak, iż konstytucja chorego ma również duże znaczenie, na dówód czego przytacza przykłady, gdzie jednakowe dawki w temże cierpieniu wywoływały różne następstwa. Co do samych owrzdzeń i modzelei, to głównym objawem ich są silne bóle oraz bardzo długie i trudne gojenie się zwykłymi sposobami. Bóle, według autora, zależą od podrażnienia zakończeń nerwów, leżących w ranie wśród tkanki zmartwiałej. Autor jest zwolennikiem najradykałniejszego postępowania w przypadkach owrzdzenia. Zaleca, o ile jest to możliwe, leczyć takie owrzdzenia i modzele, jak gdyby złośliwe guzy, a więc wyciąć aż do zdrowych tkanek, w zależności od umiejscowienia i rozległości. Po usunięciu części chorych należy wykonać plastykę, wzięwszy płaty odpowiednie z części sąsiednich. Rany po plastyce leczy za pomocą metody Thierscha lub też częściej zastrzykiwaniem zawiesiny z nabłonka. Jeśli owrzdzenia są zbyt rozległe, to częściowo pokrywa je zdrową skórą, po uprzednim doprowadzeniu do ziarninowania. resztę zaś za pomocą powyższych zastrzykiwań zawiesiny.

E. Goldberg.

H. NEVERMANN. Przyczynę do leczenia zaburzeń ogólnych, wywołanych naświetlaniami rentgenowskimi. (Klin. Woch. 37—38. 1923).

Jak wiadomo z badań V o l t z a, w surowicy osób, mocno naświetlonych promieniami Roentgena, znajdujemy spadek poziomu NaCl w surowicy krwi. Wobec tego zaczęto stosować w przypadkach „porażenia“ rentgenowego doustne lub dożylnie dawki hipertonicznych roczynów soli kuchennej. Stosowanie tych dawek sprawia, iż ilość soli w surowicy wzrasta, i jednocześnie ustępuje ogólne niedomaganie. Badania autora wykazują, że oba te zjawiska, t. j. wzrost chlorków oraz powrót do zdrowia, występują również i po podaniu koniakowi oraz po zastrzyknięciu preparatu kazeiny, aolanu. Wskazuje to, że zaburzenia w przemianie chlorków nie są przyczyną ogólnego osłabienia potentogennego, lecz że wchodzi tutaj w rachubę czynniki ze strony układu wegetacyjnego, które wtórnie wpływają na gospodarke solną ustroju.

E. Goldberg.

Medycyna Sądowa.

E. ZIEMKE. Samouszkodzenia. (Archiv. für kriminalistik 75. 4).

Brak podnieć zewnętrznych i zwykłego zatrudnienia powoduje u wielu więźniów stany lękowe, które narównie z bezsennością i brakiem apetytu czasami wywołują skłonności do samouszkodzenia i zamachów samobójczych. W aresztach śledczych samobójstwa dokonywane są bardzo często, stosunkowo częściej, niż na wolności; tak w aresztach Berlina i Kilonii było samobójstw 1 na 2000 (0,5 na tysiąc), gdy na wolności ten stosunek wynosi 0,2 na 1000. Zamachy samobójcze są jeszcze częstsze, dość dużo jednak bywa zamachów udanych. Samobójstwa w aresztach najczęściej są popełniane przez powieszenie się, gdyż jest to sposób najwięcej dla więźnia dostępny. Częste są w więzieniach samouszkodzenia lub choroby, wywoływane sztucznie; tego rodzaju cierpienia aresztanci sobie wywołują, żeby uzyskać przeniesienie do lazaretu, do klinik, otrzymanie lepszy wikt skrócić swój pobyt w więzieniu i t. d. Nieraz obserwowano połykanie najrozmaitszych przedmiotów, jak klucze, łyżki, kawałki drutu, gwoździe, igły i t. d.; u jednej 16 letniej panienki znaleziono w żołądku 210 najrozmaitszych powyżej podanych przedmiotów. Niektórzy z tych aresztantów byli zdrowi pod względem psychicznym, inni znów przedstawiali rozmaite stopnie zbroczenia psychicznego; u niektórych zaś stwierdzono wybitne znieczulenie błon śluzowych. Obcięcie członka lub jąder, jak wogóle wszelkie uszkodzenia narządów płciowych, zwykle bywają dokonywane przez psychopatów i chorych umysłowo.

W. Grzywo-Dąbrowski.

H. FISCHER. Samouszkodzenia u więźniów. (Deutsche Zeitschr. f. die gesamte gerichtliche Medizin. III Band. 1923 r.).

Z samouszkodzeniami spotykamy się w przypadkach, gdy chodzi o uchylenie się od obowiązków służby wojskowej, gdy przy wypadku przy pracy, wypadku kolejowym i t. d. ktoś wywołuje sobie uszkodzenie w celu upozorowania, że uszkodzenie to powstało przy danym wypadku. Trzecia grupa samouszkodzeń należy już ściślej do zakresu medycyny sądowej; odróżniamy tu następujące tego rodzaju przypadki:

1) samouszkodzenia w celu wprowadzenia w błąd władz, na przykład w przypadkach oskarżenia o zgwałcenie, szczególnie w historyczek, przy samowykastrowaniu się i t. d.;

2) samouszkodzenia w celu uchylenia się od odsiadania kary więzienia;

3) więźniowie często wprowadzają ciała obce do otworów naturalnych lub łykają je, żeby wywołać rozmaite dolegliwości i być zwolnionymi lub przeniesionymi do lazaretu.

Autor opisuje 15 przypadków połknięcia przez więźniów rozmaitych przedmiotów; między innymi, u pewnego więźnia wydobyto przy operacji 209 przedmiotów, jak kawałki szkła, łyżki, kawałki drzewa i t. d., inny więzień połknął 4 tuziny igieł do szycia, część tych igieł wyszła wraz z kałem, a reszta, wedrując w ciele, nieraz powodowała występowanie silnych nagłych bólów, inny znów łykał kawałki drutu, haki ścierne, kawałki blachy i t. d. W innych przypadkach—pewien więzień rozciął sobie praeputium i częściowo członek.

drugi wywołał zapalenie cewki i pęcherza, wprowadzając do cewki kawałki drzewa i metalową końcówkę od cygarniczki, masując zaś członek, przepychał te przedmioty do pęcherza, inny znów, wprowadzając do odbytnicy mydło i rozdrapując błonę śluzową odbytnicy, imitował stolce czerwone; jednym z obserwowanych przez autora więźniów wywołał sobie aseptyczne ropnie na ramionach przez zastrzykiwanie terpozidu (namiastka terpentyny). Przyczyny tego rodzaju samouszkodzeń są rozmaite, często bardzo osoby te są chore umysłowo, i tego rodzaju uszkodzenia stoją w związku z ich urojeniami i omamami, często ma się do czynienia z osobami o usposobieniu histerycznym, nieraz cierpiąciami na wybitne znieczulenia. W innych razach są to osobniki zdrowe, w ten sposób próbujące spowodować odmianę w swym losie, przeniesienie do kliniki, zwolnienie.

W. Grzywo-Dąbrowski.

GELMA. Studja nad psychjatrją więzienną w Strasburgu. (Annales de Medecine Legale 1923. IX).

Autor zaznacza, że opieka psychjatryczna nad więźniami we Francji jest niewystarczająca, że lekarze więzienni nie mają wykształcenia psychjatrycznego. Pod tym względem ogromnie ją wyprzedziła Belgja, gdzie więzienie obecne jest nie tylko środkiem obrony społeczeństwa, lecz i miejscem reedukacji moralnej. W 1907 r. zapoczątkowano tam poważne studja nad przestępcami pod kierunkiem dr. Verwacka naprzód w Brukselli, w więzieniu Minimes, następnie w Forest, gdzie zorganizowano poważne ognisko badań antropologicznych i psychjatrycznych. Prócz tego przy więzieniu w Saint Gilles założono oddział psychjatryczny na 20 łóżek. Dla pozostałych 8 okręgów karnych jest projekt założenia podobnych ośrodków psychjatrycznych, prócz tego lekarzem więziennym może być tylko lekarz, obeznany z psychjatrją.

We Francji naukę nad więźniami zapoczątkował Strasburg, gdzie od 1922 r. odbywają się w więzieniach specjalne wykłady dla studentów medycyny oraz prawa. Jest to rodzaj kliniki psychjatrycznej specjalnej, przeznaczonej do zaznajomienia słuchaczy z psychologją przestępcy oraz przestępstwem. Projektuje się w miarę możliwości zorganizowanie przy tej klinice odpowiedniej biblioteki.

M. Grzywo-Dąbrowska.

A. DIETRICH. Znaczenie społeczne nagminnego zapalenia mózgu. (Zeitschrift f. die gesamte gericht. Med 1923 r. III. Bd.).

Na podstawie 17 własnych przypadków i literatury przedmiotu autor przychodzi do wniosków następujących:

1) Ogromne rozpowszechnienie nagminnego zapalenia mózgu, ciężkie objawy choroby, a szczególnie objawy psychiczne, często towarzyszące temu cierpieniu, sprawiają, że choroba ta nabiera znaczenia nie tylko naukowego, lecz ważna jest też z punktu widzenia społecznego.

2) Przy chronicznym przebiegu cierpienia, szczególnie, gdy występują silne bóle, mają miejsce stany przygnębienia, połączone z niepokojem wewnętrznym i lękiem, co nieraz doprowadza chorych do samobójstw; w takich przypadkach należałoby umieszczać chorych w zakładach zamkniętych.

3) W niektórych przypadkach nie da się wykluczyć, że silny uraz w głowę mógł wywołać chorobę; może to mieć znaczenie, o ile będzie chodziło o uzyskanie odszkodowania, względnie o otrzymanie renty od towarzystw ubezpieczeń.

Ciężkie postaci przewlekłego i postępującego nagminnego zapalenia mózgu mogą się rozwinąć i trwać miesiące i lata po przebiegu pozornie bardzo lekkiego zachorzenia pod postacią grypy, co bardzo utrudnia stwierdzenie zależności pomiędzy istotną przyczyną a długotrwałymi ciężkimi skutkami choroby.

4) Chorzy w stanie wyraźnego podniecenia i w stanie zamętu psychicznego powinni być przyjmowani do odpowiednich zakładów leczniczych.

5) Przy chronicznym przebiegu cierpienia w okresie przed ukończeniem okresu dojrzałości płciowej spostrzegano wybitną zmianę charakteru dzieci: w niektórych przypadkach występowała zmiana na lepsze, w innych znów—dzieci stawały się złośliwe i nabywały skłonności do czynów aspołecznych, tak, że trzeba było umieszczać je w zakładach zamkniętych.

6) Cięża na przebieg cierpienia wpływa niekorzystnie.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Zapiski lecznicze.

opracował doc. dr. St. KLEJN, ordynator szpitala na Czystem

Anthelmintica.

1. Glisty (*ascaris lumbricoides*). Niehigieniczne warunki życia ostatnich lat 10 stały się przyczyną ogromnego rozpowszechnienia choroby czerwiowej, a szczególnie glist u ludzi. Objawy tego cierpienia są niekiedy bardzo słabo wyrażone, niekiedy dają ciężki obraz chorobowy, jak n. p. uporczywe wymioty, rozwolnienie, bóle brzucha, zajęcie dróg żółciowych, meningismus i t. d. Leczenie dotychczasowe santoniną nie jest radykalne, gdyż usuwa z kiszki tylko pewną część glist, jak tego dowodzi następcze badanie kału. W sprawie tego badania zaznaczyć należy, iż niezalezienie jaj glist nie dowodzi jeszcze wcale nieobecności tych ostatnich w przewodzie pokarmowym, szczególnie, gdy przypadkiem usadowią się tam wyłącznie osobniki męskie, nie wydzielające, rozumie się, jaj. W takim wypadku, celem upewnienia się co do słuszności naszych podejrzeń, należy rodzajem próby dać środek czerwiogubny.

Najpewniejszym środkiem okazał się według naszych doświadczeń oleum chenopodii anthelmintici — olejek eteryczny o bardzo przykrym smaku i zapachu. Własności te zniewalają do stosowania go w kapsułkach żelatynowych, które każda apteka przyrządzić potrafi z zawartością leku żądaną. Najpraktyczniej jest posługiwać się kapsułkami, zawierającymi po 8 kropelek olejku, przyczem bardzo ważne jest ściśle

dawkowanie. Chorym powyżej 15 lat daje się rano naczczo 3 razy co godzinę po 2 kapsułki (3 razy po 16 kropelek), każdą dawkę należy popić gorącą kawą czarną. W godzinę po ostatniej dawce dajemy choremu 40—50.0 oleju rącznikowego. Wysoka ta dawka rycyny jest niezbędną z tego powodu, że ol. chenopodii wywołuje zaparcie, glist zaś nie zabija, lecz je odurza, to też pewne i szybkie opróżnienie jelit z glist i olejku jest konieczne, tembardziej, że wessanie tego leku może wywołać przykre objawy otrucia, pomiędzy któremi na wyróżnienie zasługuje głuchota, mogąca pozostać czas dłuższy. W wypróżnieniach oddanych znajdujemy zawsze, niekiedy w ciągu całego szeregu dni, glisty nieraz w liczbie ogromnej, dotychczas przy stosowaniu santoniny nie widywanej.

U chorych w wieku od 10—15 lat dajemy olejek tylko 2 razy po 2 kapsułki co godzina, a więc 32 krople, u dzieci zaś od 6—10 lat raz jeden 2 kapsułki (16 kropelek). Dzieci do 5 roku życia otrzymują jednorazowo dwa razy tyle kropelek, co dziecko ma lat; dawkę rycyny odpowiednio tu zmniejszamy. Jeżeli po 4 godzinach niema wypróżnienia, podajemy środek czyszczący po raz drugi i przemywamy kiszki dużą ilością wody.

Środek powyższy, jak się niejednokrotnie przekonałem, nigdy nie zawodzi i usuwa często glisty nawet tam, gdzie już poprzednio stosowano santoninę. Przy zachowaniu powyższych ostrożności objawy zatrucia nigdy nie występują.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich*).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 5.II.1924 r.

Rutkowski wygłosił rzecz p. t. Wstęp do nauki o konstytucji (druk rozpoczęty w numerze niniejszym).

W dyskusji Loth zwraca uwagę na niewłaściwość na zwy „konstytucja“ i wolały użyć wyrazu „konstytucjonalizm“. a następnie wykazuje pewne słabe strony „mendelizmu“.

W dalszym ciągu zabierali głos w dyskusji Hirschfeld, Sabat i prelegent.

Sekcja gastrologiczna.

Posiedzenie z dnia 20.II 1924 r.

1. Rubinrot wygłosił w imieniu swoim i Grudzińskiego, który nie mógł przybyć na posiedzenie, wspomnienie pośmiertne o Judcie.

2. Wejnert i Grundzach wygłosili wspomnienie pośmiertne o Konstantym Sierpińskim (będzie ogłoszone drukiem na innym miejscu).

3. Witkowski pokazuje z oddziału chirurgicznego d-ra Aleksandra Zawadzkiego trzech chorych po operacji wycięcia żołądka. U dwóch dokonano wycięcia z powodu wrzodu żołądka, u trzeciego z powodu raka. We wszystkich trzech przypadkach rozległe wycięcie z zespoleniem pozostałej części z jelitem czczym sposobem Reichel-Polya. Dwanastęce zamknięto na głucho. Znieczulenie miejscowe sposobem Kappis-Labordea. Przebieg pooperacyjny we wszystkich trzech przypadkach gładki. Powrót do zdrowia zupełny.

Następnie pokazuje W. preparat części żołądka, otrzymany po wycięciu wrzodu małej krzywizny, i preparat żołądka z guzem rozległym o charakterze złośliwym również po wycięciu. Guz był przyrośnięty w zupełności do wątroby, tak, że został usunięty z częścią otoczki Glissona.

4. Cytronberg przedstawił z ambulatorjum d-ra Tuchendlera przypadek złośliwego zwyrodnienia wrzodu żołądka z wczesnym przerzutem do płuc o przebiegu wybitnie powolnym (pokaz chorej). 62 letnia kobieta cierpi od 3 i pół roku na dolegliwości, przemawiające za przewlekłym wrzodem żołądka. Przed 1 i pół rokiem badanie rentgenologiczne (dr. Elektrowicz) potwierdziło rozpoznanie wrzodu żołądka; stwierdzono także w środkowym płacie pr. płuc: intensywne zaciemnienie wielkości jaja kurzego, ostro odcinające się od otoczenia; wypukowo i wysłuchowo w temże miejscu stłumienie i osłabiony oddech bez rzeżeń. Wobec: 1) braku jakichkolwiek badań danych, wskazujących na przebytą gruźlicę lub kiłę; 2) stale wykrywanych, utajonych krwawień w stole; 4) ujemnego odczynu Wassermann'a; 5) ujemnych wyników badania krwi i płwociny; 6) bezskuteczności znacznych dawek jodu rozpoznano przed 1½ rokiem złośliwy wrzód żołądka z przerzutem do płuc. Przebieg choroby bardzo zmienny. Ostatnio przerwa w dolegliwościach sześciomiesięczna. Dopiero w dniu demonstracji chora zjawiała się ponownie, skarżąc się na ustawiczny ból w lewym podżebrzu, ogólne osłabienie, częsty kaszel i krwioplucie. Płwocina ma typowy wygląd galaretki malinowej, nie zawiera prątków gruźliczych, krętków, komórek nawotworowych.

W dyskusji oświadcza Zawadzki, że przeszedł w zupełności od zespolenia do wycięcia.

Technika dzisiejsza wycięcia postąpiła tak daleko, że zespolenie samo straciło cechy zabiegu łagodniejszego i bezpieczniejszego. Śmiertelność przy dzisiejszej technice i sposobie wykonania wycięcia spadła do minimum, a w każdym razie nie jest większa, a nawet może jest mniejsza, niż zespoleniu. Powikłania pooperacyjne, występujące po zespoleniu, zdarzają się bardzo rzadko po wycięciu.

Co do przypadku, przedstawionego przez Cytronberga, przypomina Z. operowany przez siebie przypadek usunięcia guza łopatkki z przerzutem do płuc. I ten chory cięży się względem zdrowiem przez 1 i pół roku, od czasu do czasu miewał krwioplucie. Zmarł z powodu przerzutu mięsaka do płuc.

Sabat powątpiewa o związku guza w płucach, stwier-

*) Redakcja chętnie umieszczać będzie krótkie i wcześniej nadsyłane sprawozdania z posiedzeń wszystkich Towarzystw Lekarskich Polskich.

dzonemu rentgenologicznie, z guzem czy wrzodem żołądka. Dalsze odpowiednie badania mogą tę sprawę wyjaśnić.

Tuchendler zaznacza duże trudności rozpoznawcze, jakie nastęrczał przypadek, demonstrowany przez Cytronberga. Rozpoznanie wahało się między wrzodem a rakiem żołądka, a wobec zmienności objawów zastanawiano się i nad charakterem przymiotowym danej sprawy.

Dalej łącznie z danym przypadkiem T. rozpatruje aktualną dziś sprawę, ostatnio poruszoną przez Plauta, wrzodu rakowatego żołądka, czyli sprawę powstawania raka z wrzodu, t. j. przeistaczania się wrzodu w raka.

Wejnert zwraca uwagę na przypadek raka żołądka, demonstrowanego przez Witkowskiego, i zaznacza, że nawet w przypadkach t. zw. casus inoperabilis należy przystępować do cięcia brzuszego, bo przy dzisiejszej technice nie raz guz, jak w tym przypadku, pozornie nie nadający się do zabiegu, udaje się usunąć.

Bogacki omawia leczenie białkowe parenteralne czy wśródzylne wrzodów drążących żołądka sposobem Bier-Pribrama.

Orzech twierdzi, że w kwestji leczenia wrzodu żołądka nie padło ostatnie słowo. Po rezekcjach grozi niebezpieczeństwo powstania wrzodu trawiennego jelita czczego, po proteinoaterapii — nawroty.

Zawadzki zaznacza, że przyczyną tych powikłań pooperacyjnych często nie jest operacja, lecz najczęściej niezachowanie diety i zaniedbywanie dalszego leczenia wewnętrzznego, niezbędnego po zabiegu.

W dalszym ciągu w dyskusji zabierali jeszcze głos: Grundzach, Rubinrot, Cytronberg.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 29.I 1924 r.

Sekretarz Knappe odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w r. 1923, które w streszczeniu przedstawia się w posób następujący: Utworzono sekcję kliniczną i zorganizowano zebrania klubowe. Przy wydatnej pomocy członków Towarzystwa powstało pismo „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“. W osobach swych członków Towarzystwo brało udział w rozmaitych uroczystościach, zjazdach, komitetach i delegacjach. Na uroczystość Marji Curie-Skłodowskiej wysłało Towarzystwo do Paryża telegram gratulacyjny. Z powodu zamiaru zwinienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego Towarzystwo zwracało się kilkakrotnie do odpowiednich władz z memorjami, wykazującymi zgubne następstwa tego kroku.

Wygłoszono w Towarzystwie 11 odczytów na tyłuż posiedzeniach plenarnych. W sekcji klinicznej odbyło się posiedzeń 8 z licznymi pokazami i odczytami. Zebrań klubowych było 5 z takąż liczbą odczytów z rozmaitych dziedzin wiedzy.

Członków liczyło Towarzystwo 211.

Do Zarządu na rok 1924 w miejsce dwóch członków, którzy z niego ustąpili, weszli koledzy: Szwarc i Trenkner. Z roku poprzedniego pozostali: Dłuski (prezes), Adamski i Pawłowicz (wiceprezesi), Knappe (sekretarz), Heflich (skarbnik), Kowalczewski i Srebrny.

Na temże posiedzeniu Budzińska-Tylicka wygłosiła odczyt p. t. „Ustawa o opiece społecznej“. Ustawa ta została zatwierdzona przez sejm i ma wejść w życie w marcu r. b.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia 6.XII 1923 r.

Sekretarz Lezerowicz odczytał sprawozdanie z rocznej działalności Zrzeszenia, z którego okazuje się, że: 1) na 14 posiedzeniach pokazowo-odczytowych przedstawiono 39 chorych i wygłoszono 11 odczytów; 2) utworzono stałą czytelną, zaopatrzoną w najpożytniejsze pisma lekarskie; 3) zaprojektowano założenie biblioteki i urządzenie kursów dokształcających dla lekarzy; 4) liczba członków wynosi 288; 5) zorganizowano filje na prowincji; 6) urządono kilka posiedzeń odczytowych, poświęconych sprawom zawodowym, i poczyniono kroki w celu uregulowania niernormalnych stosunków, panujących w różnych instytucjach społeczno-lekarskich, a dotyczących głównie warunków pracy, wynagrodzenia i przy-

owania lekarzy; 7) opracowano statut kasy wzajemnej pomocy; 8) powołano do życia klub i urządzono szereg wieczorów towarzyskich; 9) wystosowano memorjał, protestujący przeciwko odezwie wydziału lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego, oraz memorjał w sprawie „numerus clausus“.

Na rok 1924 wybrano: na prezesa: W. Róbiną, na wiceprezesów: L. Endelmana i H. Sztabholca, na sekretarzy: L. Lezerowicza i Grabera, na skarbnika: J. Mutermilcha, na bibliotekarza: T. Simchowicza.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 20.XII 1923 r.

Pokazy chorych:

1) Karbowski: Przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych usznego pochodzenia z wyzdrowieniem po dokonanej labiryntotomii.

Przypadek dotyczy 22-letniej chorej, która od lat dzieciennych cierpi na sprawę ropną lewego ucha środkowego. Przed 5-ma laty wystąpiło porażenie lew. n. twarzewego. W marcu 1923 r. chora przywieziona została w stanie ciężkim do szpitala na oddział Dr. Flatau'a z objawami zapalenia opon mózgowych. Płyn był mętny jałowy. Stwierdzony u chorej wyprysk przemawiał za nagminnym zapaleniem opon; przeprowadzone leczenie za pomocą surowicy meningokokowej dało szybką poprawę, i chora wypisała się w stanie zadowolającym. Sześć miesięcy po przebytem zapaleniu nagminnym opon chora po raz drugi przybyła do szpitala z objawami ciężkiego zapalenia opon. Płyn był mętny jałowy. Drobnowidzowo stwierdzono komórki wielojądrowe. Słuch lew. ucha 0. Pobudliwość narządów przedsionkowych zniesiona. Dokonana doszczętna operacja z szerokim otwarciem ucha wewnętrznego dała już po kilku dniach poprawę, i po trzech tygodniach chora wypisała się ze szpitala z niezupełnie zagojoną raną.

Dyskusja:

Sinołęcki zwraca uwagę na to, że wyprysk nie może być uważany za objaw decydujący w różniczkowaniu między zapaleniem opon nagminnym a zapaleniem opon następczym; influenza, zapalenie płuc również przebiegają z wypryskiem.

Guranowski nie uważa za dowiedzione, że pierwsze zapalenie opon było zapaleniem nagminnym. Wyprysk niakiedy bywa w zapaleniu opon pochodzenia usznego. Guranowski skłonny jest przypuszczać, że i pierwsze zapalenie opon było pochodzenia usznego.

Karbowski. Dotychczasowe doświadczenie kliniczne otologów i neurologów przemawia za tem, że wyprysk jest patognomiczny dla nagminnego zapalenia opon. Karbowski przytacza przypadek, w którym w przebiegu ropnego zapalenia ucha środk., pomimo dokonanej obustronnej paracentezy, rozwinęło się zapalenie opon z wypryskiem. Badanie płynu wykazało infekcję mieszaną: paciorkowczą i meningokokową. Przypadek ten potwierdza dotychczasowe doświadczenie, że wyprysk bywa wyłącznie w sprawach meningokokowych.

2) Karbowski: Przypadek przetoki błędniaka, przebiegającej bezobjawowo.

Chora 23 lat. Obustronne ropienie ucha środkowego od lat dzieciennych. Wobec pogorszenia stanu chora skierowana została do leczenia chir. Badanie lewego ucha wykazało zniszczenie znaczne górnej i tylnej ściany przewodu kostnego. Ziarnina skąpa, źle unaczyniona. Badanie zgłębnikiem wykazało chropowatość części wzgórką jamy bębnekowej i obnażonego kanału półkolistego. Przy dotyku częściowo zniszczonego kanału półkolistego chora doznaje silnego zawrotu głowy. Badanie za pomocą zgęszczenia i rozrzedzenia powietrza wykazało, że jest objaw przetokowy o charakterze typowym. Przypadek ciekawy jest ze względu na niebywale duże zniszczenie kostnego przewodu i ze względu na bezobjawowy przebieg przetoki błędniakowej. Karbowski rozpoznaje gruźlicę ucha środkowego.

3) Pieniążek: Z kazuistyki powikłań spraw ropnych ucha środkowego.

Prelegent omawia szczegółowo dwa przypadki zapalenia ucha środkowego z powikłaniem ze strony zatok żylnych mózgu i żyły jarzmowej. W jednym przypadku pomimo szerokiej interwencji chir. i podwiązania żyły jarzmowej nastąpił zgon na drugi dzień po operacji. W drugim przypadku dokonana doszczętna operacja, obnażenie opuszki żyły spo-

sobem Grunerta, podwiązanie żyły jarzmowej dały wynik pomyślny. W piątym tygodniu chora wypisana została z niezupełnie zagojona raną.

Dwa podane przypadki, jak również dawniejsze obserwacje nasuwają następujące uwagi:

1. Liczba powikłań usznych z przebiegiem ciężkim jest znaczna, co świadczy o niedocenianiu spraw ropnych uszu przez lekarzy i otoczenie.

2. Przypadki ropnico-posocznicy pochodzenia usznego wymagają bezwzględnie interwencji chir., której wyniki pomimo ciężkiego stanu mogą być pomyślne.

3. Przewiązanie żyły jarzmowej przy uzasadnionem podejrzeniu istnienia w niej zakrzepu jest bezwarunkowo wskazane, nie zawsze jednak jest w stanie przeciąć drogę rozprzestrzeniania się czynnika zakaźnego.

Dyskusja:

Königstein zwraca uwagę na trudności przy rozpoznawaniu spraw zakrzepowych w żyłach jarzmowej. Brak bolesności w żyłach jarzmowej nie wyłącza zakrzepu, jak również stwierdzona bolesność nie zawsze dowodzi istnienia zakrzepu, albowiem bolesność może być wywołana przez sprawę zapalną w gruczołach lub w tkance otaczającej. Königstein przytacza przypadek, w którym błona nie przedstawiała zmian, nie było bolesności wzdłuż żyły jarzmowej, a podczas operacji wykryto znaczne zmiany w wyrostku sutkowym; w zatoce osowej i w żyłach jarzmowej był zakrzep. Königstein wyowiada się za wczesne wykonanie zabiegu operacyjnego, albowiem tylko w ten sposób można zapobiedz powikłaniom.

Karbowski nie podziela stanowiska tych otiatrów, którzy są za wczesnym operowaniem wyrostka w sprawach ostrych bez dostatecznych wskazań w obawie powikłań. Powikłania występują przeważnie niezależnie od tego, czy wcześniej, czy później wykonany został zabieg. Powikłania zalczne są od stopnia żywotności infekcji i od warunków anatomicznych kości skroniowej. Karbowski obserwował przypadek, w którym na 6-ty dzień od wystąpienia pierwszych objawów ze strony ucha środkowego były objawy powikłania ze strony mózgowia.

Polański przypuszcza, że tak wczesne wystąpienie powikłań jest pozorne. Należy dokładnie zebrać wywiady, a okaże się, że cierpienie ucha trwa dłużej.

4) Wł. Hertz. Poprawa słuchu po zastosowaniu olejku parafinowego.

Hertz zwraca uwagę na stosowanie olejku parafinowego zamiast bębena sztucznego w przypadkach znacznego zniszczenia błony bębenkowej. Zastosowanie olejku parafinowego daje lepsze wyniki, niż stosowanie bębenków sztucznych.

W dyskusji brali udział Chorążycy i Pieniążek.

Sekretarz: KARBOWSKI.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Kilka ciekawych szczegółów, dotyczących leczenia gruźlicy chirurgicznej w Leysin, zakomunikował na posiedzeniu lekarzy praskich dr. Kuh. Według Rolliera, gruźlica nie jest cierpieniem miejscowym, które można usunąć leczeniem miejscowym; jest ona cierpieniem ogólnym, wymagającym leczenia ogólnego. Rolę pośredniczącą gra tu skóra, która spełnia nie tylko funkcję eliminacji, lecz i absorpcji. Skóra absorbuje z powietrza i słońca nie tylko tlen, lecz i nieznanne nam jeszcze siły; ciąglemu kontaktowi powierzchni skóry z powietrzem i słońcem przypisuje Rollier główną zasługę w odzyskiwaniu sił przez ustrój. Z tego powodu zarzuca Rollier opatrunki gipsowe, jako pozbawiające chore miejsca dobroczynnego wpływu słońca. I rany pozostają otwarte, pokrywają je jedynie koszyk druciany o wielkich oczkach, pozwalający na przenikanie powietrza. Leczenie słoneczne rozpoczyna się od naświetlania stóp, i stopniowo w ciągu 7—8 posiedzeń całe ciało zostaje poddane działaniu promieni słonecznych, aż w końcu naświetlaniu ulega cała skóra przez 4—8 godzin dziennie. Rozstrzygającym czynnikiem w leczeniu gruźlicy jest pigmentacja skóry; od jej intensywności i szybkości powstawania zależy rokowanie. Obok leczenia słońcem i powietrzem dużo uwagi zwraca się na dietę, która jest bardziej wetarjańska, i na leczenie leżeniem, które chory musi prowadzić całymi miesiącami, a nawet latami. Wyniki, które Kuh sprawdził własnymi oczami, są wprost oszałamiające: ustają bóle w stawach; wchłaniają się ropnie; obfita, rzadka wydzielina przechodzi w gęstą i zasycha; powierzchnie wrzo-

dziejące pokrywają się nabłonkiem; przetoki zamykają się; odbudowa kości graniczy wprost z czemś bliskiem cudu.

(Mediz. Klinik. Nr. 4, 1924), Z. S.

W akademii lekarskiej w Paryżu (15 st. 1924) Sergeant i Cottenot na szeregu zdjęć wyazywali korzyść z zastrzykiwań lipiodolu do oskrzeli w celu rozpoznawczym. Zastrzykiwanie między chrząstką tarczową i pierścieniową lipiodolu z następczem zdjęciem rentgenowskim pozwala na rozpoznawanie rozszerzenia oskrzela i jego kształtów.

(Presse méd. 1924, Nr. 6). M. G.

W towarzystwie lekarskim szpitali paryskich dn. 8 lutego r. b. Halphen zwracał uwagę na często spostrzegany w czasie bieżącej epidemii grypy nerwoból n. krtaniowego górnego. Bóle, promieniujące do ucha, swędzenie w gardle, powodujące napady silnego kaszlu, brak zmian szczególnych w gardle i krtani, prócz pewnego przekrwienia śluzówki, wreszcie dotkliwy ból przy obmacywaniu przestrzeni między rogami kości gnykowej i górnym rogami chrząstki tarczowej, oto objawy, charakterystyczne dla tego cierpienia. Aspiryna, ortoform, wreszcie wstrzykiwania alkoholu do nerwu pomagają w zwalczaniu tego powikłania grypy.

(Presse méd. Nr. 13, 1924). M. G.

W towarzystwie lekarskim szpitali paryskich (7 lutego r. b.) Lion cytuje przypadek kamicy żółciowej, dotyczący chorej, która od szeregu lat dotknięta była tem cierpieniem, a od 2 lat miewała okresy gorączkowe o typie

przerwanym, a później stałym. Silne napady bólu wraz z gorączką czyniły zabieg nieuniknionym. Spróbowano jeszcze zastrzykiwań szczepionki pałeczki okrężnicy. Po 3-ch zastrzykaniach ciepłota spadła do normy, i chora, po przebyciu jeszcze zapalenia prawej opłucny, wyzdrowiała.

(Presse méd. 1924, Nr. 13). M. G.

Chorego z czkawką, trwającą 15 miesięcy, przedstawili 25 stycznia r. b. Guillaing, Alajonanine i Mathieu w towarzystwie lekarskim szpitali paryskich. Czkawka wystąpiła nagle i znika jedynie w czasie snu. Ani ucisk na gałki oczne, ani na splot trzewiowy, ani na nerw przeponowy nie wpływają na czkawkę. Badanie promieniami Roentgena wykazało istnienie skurczu prawej połowy przepony. U pacjenta nie stwierdzono poza tem żadnych zmian chorobowych. Autorowie porównują przypadek powyższy do pewnych skurczów miarowych, spostrzeganych jako pozostałość po nagminnym zapaleniu mózgu.

(Presse méd. 1924, Nr. 9). M. G.

O badaniu radiograficznym dróg łzowych przy pomocy zastrzykiwania lipiodolu mówił Bollac w towarzystwie oftalmologów w Paryżu (d. 15 grudnia 1923), zachęcając do uciekania się do tego sposobu badania. Lipiodol, wstrzyknięty do kanału łzowego przed dokonaniem zdjęcia, umożliwia zorjentowanie się w kształcie kanału i woreczka i uwidocznia w przypadkach niedrożności miejsce i rozmiary przeszkody.

(Presse méd. 1924, Nr. 6). M. G.

Skrzynka zapytań.

Jak się przedstawia w chwili obecnej sprawa leczenia duszniczy oskrzelowej szczepionkami? Dr. W. R. w S.

Odpowiedź. Wobec tego, że pewna liczba przypadków duszniczy zależy od wrażliwości nabytej na proteiny rozmaitych bakterij chorobotwórczych, wobec tego, że w przypadkach zależnych od wrażliwości na inne proteiny (pokarmowe, zwierzęce) z czasem chorzy stają się również wrażliwi na proteiny bakteryjne, przyczem wrażliwość ta wyraźnie dominuje, jest wskazaniem w każdym przypadku astmy, w którym inna nieproteinowa etiologia cierpienia daje się wyłączyć, poddać chorego, po uprzednim dokładnym zbadaniu, leczeniu szczepionką. Niekiedy wykrycie ogniska bakteryjnego w ustroju i usunięcie tegoż (cierpienie nosa, zatok nosowych, sprawy zapalne wątroby, kiszki, wyrostka robaczkowego, przepukliny i t. d.) leczy odrazu i radykalnie astmę, w przeciwnym razie należy przygotować szczepionkę z wydzieliny oskrzeli, nosa i gardzieli i tą szczepionką leczyć chorego. Należy rozpoczynać

od dawek minimalnych (przy paciorkowcach od 20 milionów bakterij, a nawet mniej) i stopniowo co 3—4 dni powiększać dawkę. Niekiedy już po 5—6 zastrzyknięciach występuje zupełna poprawa, niekiedy do usunięcia objawów potrzeba 20-30 zastrzyknięć. W moich przypadkach (dotychczas przeszło 80) miałem 60% przeszło wyraźnej poprawy lub wyzdrowienia. Na wiosnę i jesień należy niekiedy leczenie powtórzyć, szczególnie, jeśli cierpienie w tych okresach ulega n. sileniu. Należy używać szczepionki niezbyt starej (flora astmatyków jest bardzo zmienna) i zawsze w postaci autowakcywn. Hetrowakcywny rzadko bardzo są skuteczne (por. zrasztą pracę moją w „Polsk. Gaz. Lek.“, 1922, Nr. 44 i 45). Przy tej sposobności podnieść należy znakomite działanie wspomnianych autowakcywn w przypadkach przewlekłych nieżytów dróg oddechowych, szczególnie połączonych z nocnymi napadami duszności (bronchitis asthmatica).

St. Klejn.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dwie polityki sanitarne w oświetleniu budżetowym.

(Dokończenie).
napisał

Dr. WACŁAW JEŻEWSKI (Warszawa).

W celu utrzymania ścisłego kontaktu z różnemi sferami społecznymi i ludźmi nauki zorganizowano przy Ministerstwie Zdrowia czeskiem osiem rad, a mianowicie: Państwową Radę Zdrowia, dla spraw uzdrowisk, wychowania fizycznego, szpitalną, przeciwgruźliczą, przeciwweneryczną, przeciwalkoholową i Radę do spraw zbioru roślin leczniczych. Na koszt, związane z posiedzeniami tych Rad, prelimitowano 196.000 k. c. (32.667 zł. pol.).

Zorganizowane przez polskie Ministerstwo Zdrowia: Państwowa Rada Zdrowia i Komisja Farmakopei Polskiej nie będą mogły w roku 1924 pracować wskutek skreślenia kredytów na ten cel. Pozostałe — a mianowicie: Państwowa Komisja pochodnych arsenobenzolu, Rada Główna do spraw mieszkaniowych, Rada do spraw wychowania fizycznego i kultury cielesnej oraz Rada tymczasowa do spraw kolonji letnich, których zwoływanie nie pociąga za sobą specjalnych wydatków — będą i w roku 1924 powoływane do pełnienia swych zadań. Kredyt w wysokości 600 zł. pol. przewiduje

dwa zebrania Rady Aptekarskiej i jedno zebranie Rady do spraw uzdrowisk.

Bardzo poważną pozycję stanowi w budżecie czeskim szpitalnictwo państwowe, rozrastające się z roku na rok. Wbrew pogłodom, u nas zyskującym obecnie prawo obywatelstwa, że szpitalnictwo winno leżeć w zakresie działania wyłącznie tylko samorządów lokalnych, Czesi idą za kierunkiem, zwyciężającym w Europie Zachodniej, — jaknajwiększego uniezależnienia szpitalnictwa od samorządów lokalnych, uważając te ostatnie za mało przygotowane i ukwalifikowane do prowadzenia tak precyzyjnego aparatu, jak szpitale. Stanowisko w tej tak ważnej dla zdrowia publicznego sprawie Rządu Czeskiego znalazło mocne odbicie w budżecie. Szpitale państwowych i zakładów mają Czesi jedenaście. Kosztują one 40.576.909 k. c. (6.762.818 zł. pol.), więc prawie że 1/4 ogólnego budżetu. W dochodach państwowych szpitalnictwo uwidocznione w pozycji 17.955.671 k. c. (2.992.612 zł. pol.). Polityka Rządu Czeskiego w dziale szpitalnictwa uwidoczniła się jeszcze jaskrawiej w innej pozycji (dział I par. 6). Znajduje się tam bowiem 8.141.500 k. c. (1.356.917 zł. pol.) na upaństwowianie szpitali komunalnych i to w miejscowościach o znacznej przewadze ludności czeskiej. Jeżeli porównamy tę pozycję z inną — pomoc samorządom w budowie szpitali — 3.000.000 k. c. (500.000 zł. pol.), więc pożyją pra-

wie trzykrotnie wyższą, to jasnym staje się wtedy kierunek, w jakim idzie Rząd Czeski stanowczo i konsekwentnie. W budżecie polskim na rok 1924 pozycje szpitalne zostały zupełnie skreślone. Dyktatorskie Ministerstwo Skarbu, bardzo pohopne do rozwiązywania innych — poza skarbowością — zagadnień społeczno-państwowych, w których zupełnie nie orjentuje się, nie czekając uchwał sejmowych w tym kierunku, z góry przesądziło przyszłą organizację szpitalną w Polsce i szpitalnictwo z dn. 1 stycznia 1924 r. oddało w niepodzielne władanie samorządom. I to nie tylko t. zw. szpitale powszechne, nietylko szpitale, w których mieściły się kliniki państwowe, ale nawet — rzecz już wprost niewiarogodna — szpitale dla umysłowo chorych. Wszelkie pozycje w budżecie, dotyczące się szpitali, na rok przyszły zostały skreślone, pomimo protestu Ministerstwa Zdrowia. Krok ten Ministerstwa Skarbu, nie dający się usprawiedliwić nawet względami oszczędnościowymi, będzie miał w następstwie bardzo poważne konsekwencje. Dla ścisłości zaznaczyć muszę, że w dziale I par. 9 poz. 1 znajduje się 786.000 zł. pol. na pokrycie kosztów leczenia ubogich chorych w Małopolsce, do którego obowiązuje fundusz publiczny na zasadzie dotychczas obowiązujących ustaw. Jednak pozycja ta znalazła się w budżecie Ministerstwa Zdrowia Publicznego przez proste przeoczenie nie zorientowanych widać jeszcze w budżecie Ministerstwa Zdrowia urzędników Ministerstwa Skarbu, a jednocześnie twórców tegoż budżetu. Pozycja ta w rzeczywistości służyć chyba będzie na pokrycie niedoborów innych pozycji budżetowych, obciążonych w sposób nierealny.

Kontrolę środków spożywczych, tak ważną dla racjonalnego odżywiania ludności, Państwo Czeskie ujęło wyłącznie w swoje ręce. Wychodzi ono ze słusznego zresztą założenia, że na samorzady zbyt silnie oddziałują producenci i sprzedawcy tych środków, i że pozostawienie kontroli żywności w rękach samorządów, więc ludzi w znacznym stopniu bezpośrednio interesowanych, albo spowodowałoby samą kontrolę do absurdu, albo dopomagałoby do fałszowania żywności przez t. zw. „tuszowania“ wypadków ujawnionych fałszerstw. Dla trzynastomilionowej ludności prowadzi Państwo cztery zakłady kosztem 1.104.839 k. c. (184.148 zł. pol.), starając się jednocześnie przystąpić korzystanie jaknajszersze z tych zakładów przez wprowadzenie bardzo niskich opłat. Uwidoczniła się ta słuszną polityką w pozycji dochodowej. Dochód bowiem z czterech zakładów preliminowano tylko na 107.000 k. c. (17.833 zł. pol.).

Polityka Rządu Polskiego zdaje się w innym zmierzaniu kierunku. Budżet przewiduje, co prawda, utrzymanie trzech zakładów dla badania środków żywności w dwudziestoseściomilionowym Państwie w wysokości 150.000 zł. pol., ale jednocześnie dochód z nich podnosi bardzo wysoko, bo aż do 38.880 zł. pol. Ze strony Ministerstwa Skarbu, a i różnych nieurzędowych „zbawców“ Polski podnoszono niejednokrotnie projekty oddania tych zakładów samorządom. Zachodzi poważne niebezpieczeństwo, że w chwili, gdy z najrozmaitszych powodów Państwo zwrężyłoby pojęcie swych obowiązków wobec obywateli i jaknajwięcej stara się przekazać z istotnych swych zadań na rzecz samorządów, groźne te dla ludności projekty mogą się urzeczywistnić. Ostatnio znowu Uniwersytet Warszawski sięgnął po zorganizowany zakład i wszczął starania o przekazanie mu go głównie dla celów nauczania.

Prócz zakładów do badania środków spożywczych prowadzi Rząd Czeski Zakład Pasteurowski kosztem 189.904 k. c. (31.651 zł. pol.). Szczepienia dokonywane są bezpłatnie, dochody więc nie są z tego powodu wykazane.

Zakład dla wyrobu krowianki kosztuje 168.379 k. c. (28.063 zł. pol.), dochodu zaś daje 370.000 k. c. (61.667 zł. pol.). Stacje bakteriologiczne kosztują 197.600 k. c. (32.933 zł. pol.). Łącznie więc na zakłady powyższe daje Skarb czeski 555.883 k. c. (92.647 zł. pol.) przy dochodzie 370.000 k. c. (61.666 zł. pol.). Niedobór wynosi 30.981 zł. pol. Zakłady te nie są prowadzone należycie. Są to raczej prowizoria, gdyż właściwe zakłady czynne będą już jako na odpowiednią skalę zorganizowane jednostki dopiero po ukończeniu budowy ogólnego zakładu higieny, wznoszonego przez Rząd Czeski razem z fundacją Rockefellera. Koszty budowy obciążają państwo i fundację mniej więcej po połowia.

Budżet polski tych samych zakładów jest skonstruowany w ten sposób, że wydzielić z niego dochody i wydatki na poszczególne zakłady jest niemożliwym. Nie można więc ocenić, w jakim stopniu zakład np. wyrobu czy surowic, czy krowianki opłaca się, jako przedsiębiorstwo. O dochodowo-

ści zakładów tych możemy sądzić z łącznych zestawień, gdyż w polskiej organizacji stanowią one jednostkę organizacyjną.

Na wydatki preliminowano 700.000 zł. pol., ale w pozycji tej znajduje się 130.000 zł. pol. na organizację szkoły higieny w kończącym się budować z fundacji Rockefellera gmachu, więc na cele, bezpośrednio z prowadzeniem samych zakładów nie związane. Pozostaje więc 570.000 zł. pol. Dochodu zakłady te mają dać 874.705 zł. pol., w tem 50.000 zł. pol. dochodu ze Szkoły Higieny, pozostaje więc 824.705 zł. pol. Nadwyżka więc w dochodzie z tych Zakładów wynosić ma 254.705 zł. pol., więc około 70 miliardów marek.

Czeski Państwowy Zakład Farmaceutyczny ma przewidziane 316.760 k. c. (52.793 zł. pol.) w wydatkach, a 40.000 k. c. (6.667 zł. pol.) w dochodach. Niedobór więc wynosi 46.126 zł. pol. Uderza tu znowu niskie preliminowanie dochodu, warunkowane wysokością opłat za badania kontrolne.

Polski Zakład Farmaceutyczny ma kosztować 57.091 zł. pol. przy wysokim dochodzie 48.660 zł. pol., niedobór więc wynosić ma tylko 8.431 zł. pol.

Prócz dotychczas podanych pozycji znajdujemy w budżecie czeskim jeszcze inne, nie mające odpowiedników w polskim budżecie, a to na prace przygotowawcze do budowy Muzeum higieny, zakładu wychowania fizycznego, na prowadzenie zakładu wyrobu emanacji z soli radowych (deficytowy), na Państwowy Zakład dla lekarzy dentystów (podobny w Polsce ma być zamknięty).

Ważna i ciekawa w budżecie czeskim jest pozycja, zatytułowana „asanače“ w wysokości 6.970.000 k. c. (1.161.667 zł. pol.). Wyjaśnienia do tej pozycji przytaczam dosłownie: „Rozmach działalności asenizacyjnej, hamowany wojną światową, od roku 1920 stale wzrastający, co ze stanowiska zdrowotnego i społecznego należy z radością powitać, bez wątpienia wrośnie jeszcze bardziej i w roku 1924. Na zasadzie sprawozdania krajowej Rady w Czechach jeszcze w tym roku, względnie na początku roku 1924, rozpoczęte będą budowy 41 nowych wodociągów i rozszerzone będą dwa wielkie wodociągi, już istniejące, o łącznym wydatku 54.400.000 k. c. Na zasadzie sprawozdania krajowego urzędu budowlanego w Brnie będzie wybudowanych w r. 1924 na Morawach 12 nowych wodociągów kosztem około 9.400.000 k. c. i 5 kanalizacyj kosztem około 580.000 k. c. Na zasadzie sprawozdania krajowego urzędu budowlanego w Opawie można spodziewać się, że na Śląsku zbudowanych będzie w r. 1924 8 wodociągów o kosztorysie 4.900.000 k. c. i 2 kanalizacje, obliczone na 360.000 k. c. Na Słowaczczyźnie można przyjąć wydatki na cele asenizacyjne na 10.000.000 k. c.“

Z zestawień wynika, że Rząd pokrywa tytułem subwencji około 10% wydatków samorządowych na wodociągi i kanalizacje.

Aczkolwiek cały budżet czeskiego Ministerstwa Zdrowia skonstruowany jest naogół przejrzyście i daje dość pełny obraz państwowej polityki sanitarnej, to części jego, poświęcona zdrowiskom, ułożona jest bardzo tajemniczo, może zrozumiałe dla urzędników czeskiego Ministerstwa, ale zupełnie nie daje pełnego obrazu państwowej gospodarki w miejscowościach kąpielowych obcemu czytelnikowi. Szczególnie dział dochodów poszczególnych miejscowości jest zupełnie ukryty w ogólnym zestawieniu dochodowym wszystkich uzdrowisk, razem wziętych. Nie ulega wątpliwości, że czeskie Ministerstwo Zdrowia posiada szczegółowy wykaz dochodów poszczególnych uzdrowisk, który przedkładał Sejmowi, obcym jest on jednak niedostępny. Pewnej celowości tej metodzie odmówić nie można.

Z budżetu dowiadujemy się, że czeskie uzdrowiska nie są traktowane na wzór polskich, jako przedsiębiorstwa państwowe, i z tego powodu nie są wyodrębnione z ogólnego budżetu. Uzdrowiska swoje traktują cześci pod kątem widzenia ich zadań leczniczo-społecznych, a nie fiskalnych. Stąd też wynika ich polityka uzdrowiskowa, idąca w kierunku nie przysporzenia Skarbowi Państwa jaknajwiększych bezpośrednich dochodów, lecz, przeciwnie, przez obniżenie dochodów uprzystępnienia korzystania z miejscowości leczniczych jaknajszerszym masom społeczeństwa swego i obcych. Czeski Skarb Państwa, nie reflektujący na dochody w tym samym dziale, czy paragrafie, w którym uwidacznia wydatki, nie traci, zdaje się, na tej polityce. Dochodu z państwowych uzdrowisk szukaćby należało w budżetach innych Ministerstw, a przedewszystkiem w budżecie Ministerstwa Skarbu w dziale podatków pośrednich i podatku dochodowego, przemysłowego i innych, które ściągają z przedsiębiorstw prywatnych w tych miejscowościach, doskonale wskutek uprzystępniania

uzdrowisk prosperujących. Państwo czeskie posiada 7 miejscowości kąpielowych i uzdrowiskowych. Prowadzenie ich kosztuje Skarb 5.297.912 k. c. (882.985 zł. pol.). Dochód z nich preliminowano na 5.256.908 k. c. (876.151 zł. pol.). Niedobór więc wynosi 41.004 k. c. (6.834 zł. pol.). Czy wszystkie uzdrowiska państwowe są deficytowe, czy tylko niektóre z nich, powiedzieć nie można, ponieważ w budżecie, jak wspomniałem, tylko wydatki są wykazane na każde uzdrowisko oddzielnie, dochody zaś podane są łącznie na wszystkie razem.

Wydatki personalne tych zakładów wynoszą 1.662.727 k. c. (277.121 zł. pol.), przyczem najwyższe w Jachymowie 450.041 k. c. (75.007 zł. pol.), w Tatrzańskiej Łomnicy 318.620 k. c. (53.103 zł. pol.) i w Sliacu 320.550 k. c. (53.425 zł. pol.). W wydatkach rzeczowych, prócz zwykłych pozycji, związanych z utrzymaniem Zakładu w ruchu, uderzają dość poważnie pozycje na propagandę, którą Czeši nietylko w dziale uzdrowisk, ale i w dziale ścisłej akcji sanitarnej bardzo wydatnie finansują. Na koszt propagandy uzdrowiskowej preliminowano łącznie 129.000 k. c. (21.500 zł. pol.) czyli przeszło 6 miliardów marek pol., z tego w samym tylko Jachymowie 60.000 k. c. (10.000 zł. pol.). Na sporty preliminowano 15.500 k. c. (2.583 zł. pol.), na biblioteki i czytelnie 13.500 k. c. (2.250 zł. pol.). Na uzupełnienie bielizny i umeblowania preliminowano 78.430 k. c. (13.072 zł. pol.). Na inwestycje w tych miejscowościach preliminowano 1.915.000 k. c. (319.166 zł. pol.), więc przeszło 95 miliardów marek polskich). Podział tych inwestycji jest następujący: Państwowy Zakład leczenia radium w Jachymowie 520.000 k. c. (86.667 zł. pol.), Sliac 750.000 k. c. (125.000 zł. pol.), Strbske Pleso 200.000 k. c. (33.334 zł. pol.), Tatrzańska Łomnica 125.000 k. c. (20.834 zł. pol.), Herlany 120.000 k. c. (20.000 zł. pol.), Lubochna i Smrdzónka po 100.000 k. c. (16.667 zł. pol.). Zainteresowanie się Rządu Czeskiego uzdrowiskami prywatnymi znalazło swój wyraz w specjalnej pozycji w wysokości 200.000 k. c. (33.334 zł. pol.) na pomoc w urządzeniu instalacji leczniczych. Na cele ochrony źródeł preliminowano 40.000 k. c. (6.667 zł. pol.).

Jak przedstawiają się budżetowo trzy państwowe polskie uzdrowiska? Są one przedewszystkiem wyłączone z budżetu ogólnego Ministerstwa i traktowane jako przedsiębiorstwa państwowe, obliczone na zysk.

Wydatki na trzy polskie państwowe uzdrowiska wynoszą 947.000 zł. pol., dochodu zaś dają 2.321.265 zł. pol. Czysty więc dochód wynosi 1.374.265 zł. pol., więc przeszło 412 miliardów marek. Wydatki i dochody dzielą się między pojedyncze uzdrowiska w sposób następujący: Ciechocinek 1.427.000 zł. pol. dochodu, 438.000 zł. pol. wydatków, czysty więc dochód wynosi 989.000 zł. pol. Prócz tego prowadzi Zakład Ciechociński warzelnię soli, której prowadzenie kosztuje 390.000 zł. pol., dochód zaś z niej wynosi 501.000 zł. pol. (nadwyżka dochodu 111.000 zł. pol.); Krynica kosztuje 289.000 zł. pol., dochód z niej przewidywany 509.265 zł. pol., czysty zysk zatem 220.265 zł. pol.; Busk przewiduje wydatków 220.000 zł. pol. przy dochodzie 386.000 zł. pol., czysty zysk 166.000 zł. pol. Budżet tych uzdrowisk nietylko nie przewiduje nowych inwestycji w 1924 roku, ale i już rozpoczęte mają być wstrzymane.

Jak wygląda stosunek procentowy wydatków administracyjnych do ogólnej sumy wydatków? Popularne w pewnych sferach polskie niedoświadczone administracyjne, polski etatyzm i t. p. powinny znaleźć swoje odbicie w budżecie. I oto okazuje się, że administracja Krynicy wynosi tylko 9,6% ogółu wydatków, Ciechocinka 6,2%, Buska 9,8%. A w Czechach?

Jachymów kosztuje 27,9%, Tatrzańska Łomnica 44,4%, Strbske Pleso 23,7%, Lubochna 40,8%, Sliac 23%, Herlany 35,6% pomimo znacznych sum na inwestycje, których brak w polskich uzdrowiskach.

Zestawienie powyższe chyba zupełnie dostatecznie oświecila „polski etatyzm“.

Pomocy finansowej dla uzdrowisk prywatnych, zupełnie nie wyszukiwanych i eksploatowanych, oraz ochrony źródeł budżet polski nie przewiduje.

Budżety Polskiego i Czeskiego Ministerstwa Zdrowia mają wspólną cechę — oba są konstruowane pod kątem oszczędności skarbowych. Zasada oszczędzenia przebiega z każdej pozycji budżetowej, przyczem w budżecie czeskim podwyższenie niektórych pozycji jest zawsze szczegółowo motywowane. Rzecz prosta, że podobnych motywacji w bu-

dziecie polskim brak, ponieważ wszystkie pozycje w porównaniu z rokiem 1923 są znacznie obcięte.

Zestawienie nie tyle cyfr, ile systemów polityki sanitarnej Polski i Czech, nasuwa szereg pytań natury zasadniczej, wymagających odrębnego omówienia. Narazie stwierdzić można, że droga, na którą wchodzi obecnie Rzeczpospolita w swej polityce sanitarnej, droga, wytknięta przede wszystkim zmianą kierunku państwowej polityki zdrowotnej, że cofnięcie się wstecz w organizacji służby zdrowia publicznego doprowadzi Polskę rychło do silnych wstrząśnięć, których skutków obecnie przewidzieć się nie da.

Po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

napisał

Dr. Jerzy BUJAŁSKI (Warszawa).

Projekt ustawy o zniesieniu M. Zdr. P., poprzedzony odpowiednią kampanią części prasy, wniesiony został przez Ministra Skarbu Kucharskiego w gabinecie Witosa przy współudziale komisarza oszczędnościowego, p. Moskalewskiego, i d. 7 października 1923 uzyskał uchwałę Rady Ministrów. Projektu tego bronił w Sejmie poseł Kozłowski, w Senacie prof. dr. Godlewski, członek wydziału lekarskiego krakowskiego, i oba te ciała ustawodawcze nieznaną większością głosów przedłożenie rządowe przyjęły. Ustawa o zniesieniu M. Zdr. P. ogłoszona została dn. 28 listopada 1923 r. (Dz. U. Nr. 171), zaś rozporządzenie P. Prezydenta Rzeczypospolitej o podziale kompetencji b. Ministra Zdrowia d. 18 stycznia 1924 r. (Dz. U. Nr. 9). Zestawienie i dat i nazwisk głównych reżyserów i aktorów jest konieczne nietylko dla użytku historii, ale i dla zrozumienia celów i metod akcji.

W kraju, znajdującym się w fatalnych stosunkach sanitarnych, graniczącym na przestrzeni setek kilometrów z tak niezwykłym rezerwuarem chorobowym, jak Rosja, w kraju, posiadającym stałe i stare własne ogniska endemiczne, pozbawionym zupełnie organizacji lecznictwa, nie mówiąc już o organizacji zapobiegania, w kraju, o bardzo do dziś dnia jeszcze sączących ranach, wojną zadanych, pozwolono sobie na tak ryzykowny i bezprzykładny eksperyment, jak nietylko zniszczenie odrębnej magistratury sanitarnej, ale i zawieszenie jej działalności przez szereg miesięcy.

Pomiędzy milczeniem już nie miesiace, ale lata, w których Min. Zdr. było pod znakiem zapytania; niepewność losów i organizacji samej i ludzi, w niej pracujących, musiało oddziaływać mocno w kierunku zahamowania pracy. Ale od dnia ogłoszenia ustawy, znoszącej M. Zdr., przeszło już trzy miesiące, i jeszcze niema ustalonych form organizacyjnych. Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że praca centrali sanitarnej w warunkach, gdy prawie każdy dzień przynosił nowe projekty przyszłej organizacji, była niemożliwa. Zupełnie zrozumiała bezczynność centrali musiała odbić się na pracy organów jej podległych na terenie.

Jaka będzie organizacja centrali służby sanitarnej, mówi dziś jeszcze przedwcześnie. Faktem realnym jest dotychczas podział kompetencji Ministra Zdrowia między Ministra Spr. Wewn. i Min. Pr. i Op. Społ. Przy podziale tych kompetencji kierowano się zasadą (później, niestety, pogwałconą), że Ministrowi Spraw Wewnętrznych należy oddać możliwie wszystko w celu uniknięcia tak szkodliwej akcji sanitarnej „parcelacji“, jednak na żądanie Min. Pracy oddano mu pracę drobnych spraw inwalidzkich i opiekuńczych, bardzo ważny dział higieny pracy zawodowej i opieki nad dzieckiem i matką.

Rozporządzenie Prezydenta Rzecz. nie gwarantuje ani odrębności organizacji, ani autonomii pracy fachowej, pozostawiając tę sprawę swobodnemu rozstrzygnięciu każdorazowego Ministra Spraw Wewn. Z powodu projektów samej organizacji ostały się dwa, różniące się między sobą jedynie nazwą, mającą jednak w tym wypadku znaczenie zasadnicze.

Pierwszy projekt przewiduje Generalną Dyrekcję, Służbę Zdrowia z Dyrektorem — podsekretarzem stanu na czele, drugi — departament sanitarny z dyrektorem w III stopniu służbowym.

Oba projekty przewidywały sześć wydziałów: ogólny, higieny społecznej, chorób zakaźnych, statystyczny, uzdrowisk i zakładów leczniczych i farmaceutycznych. Dyrektor miał mieć wpływ decydujący na sprawy personalne ściśle tylko urzędników-lekarzy, na sprawy zaś wszystkich innych urzędników, nie wyłączając urzędników prawników sanitarnych, miał

oddziaływać tylko pośrednio. Etaty służby sanitarnej miały być włączone do ogólnych etatów Min. Spraw Wewn.

Charakterystyczna i ciekawa była walka o zachowanie wydziału uzdrowisk czy farmaceutycznego, bowiem z góry postanowiono, że więcej nad sześć wydziałów być nie może. Na jednej z konferencji ministrów interesowanych (dn. 23 grudnia 1923 r.) postanowiono zachować wydział uzdrowisk, zaś — z oddziału farmaceutycznego stworzyć oddział autonomiczny w ramach W. Ogólnego. Przy powzięciu tej uchwały kierowano się rodzajem pracy obu wydziałów. Działalność wydziału farmaceutycznego ograniczyła się do wydawania periodycznie taksy aptekarskiej, co przy unormowaniu stosunków walutowych będzie zbędne, wydawanie pozwoleń na specyfikę, opracowane przez Zakład farmaceutyczny i specjalną komisję, więc czynność wyłącznie kancelaryjna, załatwianie odwołań od orzeczeń władz II instancji przy nadawaniu koncesji aptekarskich, więc czynność czysto prawnicza, oraz nadzór nad działalnością inspektorów farmaceutycznych w województwach.

Wydział uzdrowisk zaś miał bardzo szeroki zakres działania nie tylko nadzorczy nad uzdrowiskami, ale miał on również opracować i zorganizować to, co w Polsce, posiadającej wyjątkowe warunki sprzyjające, w Polsce, tak bogato uposażonej przez naturę, powinno być i musi być źródłem nie tylko zdrowia fizycznego, ale i bogactwa narodowego, a co do tej pory ani opracowane, ani zorganizowane nie jest. Jednak farmaceuci gwałtownie zaprotestowali przeciwko czasowemu zniesieniu wydziału farmaceutycznego. Jako powód główny podali sami, że zniesienie odrębnego wydziału odda ich sprawy w ręce lekarzy, do których zupełnie nie mają zaufania, że będzie to wroga im supremacja lekarzy nad aptekarzami; zażądali nawet uniezależnienia naczelnika wydziału od dyrektora służby zdrowia. I wydział farmaceutyczny, niewielki w zakresie działania, czysto prawny i manipulacyjny, pozostaje zachowany kosztem wydziału uzdrowisk dla dogodzenia niezadowolonej, bo nie liczącej się z warunkami okresu przejściowego ambicji drobnej stosunkowo grupy społecznej.

Zwlekkanie przez tyle miesięcy z rozstrzygnięciem sprawy formy organizacyjnej dla służby zdrowia zaczęło grozić wreszcie konsekwencjami politycznymi! Pan Minister Spraw Wewnętrznych, po całym szeregu porad, konferencji, na których najmniej pytano i słuchano fachowców, zdecydował się wreszcie przedstawić Radzie Ministrów projekt nowego Statutu Min. Spraw Wewn., obejmującego już i służbę zdrowia. Projekt ten uzyskał uchwałą R. dy. d. 3 marca b. r. Sprawę organizacji rozwiązano w nim kompromisowo, używając dobrze już wypróbowanych, ale mało skutecznych listków figowych. Statut bowiem przewiduje departament sanitarny Min. Spraw Wewn. pod nazwą „Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia“. Na czele tego departamentu ma stać podsekretarz Stanu. Ale kompetencje tego podsekretarza stanu, a przede wszystkim t. zw. „kompetencje podpisu“, decydującą o samodzielności pracy, określić ma Minister Spraw Wewn. w drodze wewnętrznego zarządzenia. To znaczy, że granice samodzielności sanitarjatu i jego szefa nakreślać będzie każdorazowy polityczny Minister spraw Wewn. według swego uznania. Każdy, kto choć trochę zetknął się z naszą administracją polityczną, zrozumie, jakie w tem tkwi niebezpieczeństwo dla sprężystości i celowości prac służby sanitarnej.

Stworzenie departamentu pod nazwą „Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia“ wyłącza tak ważną dla służby zdrowia sprawę wyodrębnienia etatów.

Etaty, przeznaczone dla urzędników sanitarnych w III instancji, będą włączone do etatów ogólnych Min. Spraw Wewn.; będą więc mogły podlegać zmianom zależnie już nie tylko od zarządzeń redukcyjnych czy to komisarza oszczędnościowego, czy Ministerstwa Skarbu, ale i od zarządzeń wewnętrznych Min. Spraw Wewn., które, jak tego uczy doświadczenie z władzami I i II instancji, łątać będzie swoje braki kosztem sanitarjatu. Pozostawienie bez zabezpieczenia etatów sanitarnych w obecnych stosunkach polskich jest dla sanitarjatu zabójcza. Bowiem trzeba się liczyć z tem, że nasza administracja polityczna nie orientuje się w zadaniach, celach i metodach nowoczesnej, europejskiej służby zdrowia, oraz brać należy pod uwagę dziwnie bezmyślną zawziętość niektórych

czynników skarbowych w stosunku do służby zdrowia. Dowodów na to w nadmiernej liczbie dostarczyły ostatnie lata.

Również otwarta, bo pozostawiona wewnętrznemu zarządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych pozostała kwestja wpływu dyrektora służby zdrowia na sprawy personalne sanitarjatu i wydatkowanie sum, przewidzianych budżetem sanitarnym, również nie wyodrębnionym. Poleganie w tych sprawach na dobrej woli Ministra politycznego, na jego znajomości zadań służby zdrowia i na zaufaniu jego do szefa sanitarnego nie wydaje się możliwym. W rezultacie Minister Spraw Wewn. będzie albo ograniczał kompetencje szefa sanitarnego w tych sprawach do minimum, albo też będzie dobierał sobie swego zaufanego człowieka, co pociągać za sobą będzie zmiany szefa sanitarnego równocześnie ze zmianą Ministra.

I pierwsza i druga ewentualność jest dla działalności sanitarjatu zabójcza. A wpływ decydujący Ministra, t. k. ściśle politycznego i tak zależnego od przejściowych ugrupowań partyjnych, na dobór personelu sanitarnego nie wyjdzie służbie zdrowia na użytek. Lecz tu nie kończą się jeszcze niebezpieczeństwa dla służby zdrowia. Bo oto poszczególne Ministerstwa wysunęły swoje dodatkowe żądania. Ministerstwo Kolei zażądało oddania mu policji sanitarnej na kolejach, czyli zastosowania eksterytorjalności sanitarnej kolei (przy pozbawieniu zupełnym lekarza powiatowego prawa wglądu w stosunki sanitarne n. p. w bufetach lub domach kolejowych) oraz higienę komunikacji (powrót do stanu przed 1. II 1923 r.). Ministerstwo oświaty zażądało oddania mu wszystkich spraw wychowania fizycznego i higieny szkolnej, co do której nie będzie obowiązane porozumiewać się z Dyrekcją służby zdrowia. Prócz tego zażądało oddania mu Państw. Zak. Higieny wraz ze szkołą higieny.

Ministerstwo Sprawiedliwości zabrać ma higienę więzień. Wynika jasno, że idziemy przekreślając dotychczasową pracę Min. Zdrowia P., wyraźnie w kierunku rozproszkowania służby zdrowia między różne ministerstwa, które u siebie rozbudowywać będą odrębne wydziały sanitarne, ze sobą nie powiązane. W tych warunkach o prowadzeniu jednolitej polityki zdrowotnej mówić trudno. Z centrali sanitarnej stworzy się zapewne zwykły urząd, choć z szumną nazwą, pozbawiony zupełnie i możności i środków, potrzebnych do sprężystego i celowego działania.

Skutki zniesienia Ministerstwa Zdrowia, prócz zupełnego zastojów w pracy oraz intensywnej działalności niektórych czynników w kierunku uszczuplenia zakresu działania centrali sanitarnej i rozproszkowania między różne ministerstwa, są już bardzo charakterystyczne. Prawie wszyscy wojewodowie wystąpili z projektami zniesienia odrębnych wydziałów zdrowia i poddania lekarzy wojewódzkich naczelnikom wydziałów innych, a rząd wystąpił z nowelą do ustawy antyalkoholowej, znoszącą całą ustawę.

Na polu organizacji służby zdrowia wracamy, zdaje się, do tych dobrych czasów, gdy najlepszym środkiem komunikacyjnym była para koników, a środkiem do porozumiewania się — list, wysłany za pośrednictwem pieszego posłańca. Cofamy się o dziesiątki lat wstecz, lekceważąc już nie tylko dorobek na tem polu oświeconej zagranicy, ale i nasze własne zdobycze z okresu przedrozbiorowego i odrodzonej Polski. Czy to, co zrobiono z polskiej służby zdrowia, podniesie poziom zdrowotny Państwa, czy nastroi przyjaźnie zagranicę, od której murem chińskim odgradzić się w żaden sposób nie zdołamy, i z którą współżyć trzeba będzie, czy nie poderwie zaufania, z jakim świat cywilizowany odnosił się do nas, jako do obrońców jego przed kłękami wschodu, — odpowiedź na te pytania jest chyba już jasna.

Ci lekarze i grona lekarskie, a przede wszystkim lekarze posłowie i senatorowie, którzy czy to wskutek niewyrobiaenia społecznego, czy ze względów politycznych lub osobistych przyczynili się do zniesienia odrębnej magistratury sanitarnej, mogą już teraz powinszować sobie rezultatów swej pracy. Oni — z obowiązku zawodowego stróża zdrowia Narodu — znakomicie przyczynili się do obniżenia poziomu polskiej kultury sanitarnej i cofnięcia naszej organizacji służby zdrowia o dziesiątki lat.

Sprawy zawodowe.

Służba przygotowawcza i egzamin sanitarny dla kandydatów do służby w administracji.

Rada Ministrów na posiedzeniu w dniu 18 lutego b. r. przyjęła projekt rozporządzenia o służbie przygotowawczej i o egzaminie sanitarnym dla kandydatów na stanowiska administracyjnych urzędników lekarskich i farmaceutycznych I kategorii w państwowej służbie zdrowia.

Kandydat do służby winien odpowiadać zwykłym warunkom, określonym w ustawie o państwowej służbie cywilnej więc mieć obywatelstwo polskie, wiek odpowiedni, studia i t. d. i odbyć jednoroczną służbę przygotowawczą, z czego 6 miesięcy na służbie w jednej z władz administracyjno-sanitarnych, zaś drugie 6 miesięcy na kursie wyszkolenia w Państwowej Szkole Higieny i na specjalnym kursie praktycznym Medycyny Sądowej (farmaceuci na kursie wyszkolenia w Państwowym Instytucie Farmaceutycznym).

Po odbyciu roku służby przygotowawczej kandydat może wnieść podanie o dopuszczenie go do egzaminu sanitarnego, przyczem dołączyć musi: 1) świadectwo Państwowej Szkoły Higieny o ukończeniu z pomyślnym wynikiem kursu wyszkolenia; 2) dowód przesłuchania dwóch trimestrów w klinice psychiatrycznej albo dowód odbycia co najmniej trzymiesięcznej praktyki w jednym z krajowych zakładów psychiatrycznych w czasie trwania studiów uniwersyteckich lub też po ich ukończeniu; 3) dowód z odbycia specjalnego kursu Medycyny Sądowej (dla farmaceutów — świadectwo Państwowego Instytutu Farmaceutycznego o ukończeniu z pomyślnym wynikiem kursu wyszkolenia).

Egzamin jest ustny i pisemny.

Egzamin pisemny ma polegać na opracowaniu różnych tematów z tej gałęzi państwowej służby zdrowia, w której kandydat odbywał praktykę, i ma trwać nie dłużej nad ośm godzin.

Przedmiotem egzaminu ustnego ma być: a) znajomość ustawy konstytucyjnej i przepisów o państwowej służbie cywilnej; b) ogólne zasady nauki administracji, prawa administracyjnego oraz postępowania administracyjnego. Ponadto dla lekarzy: a) prawodawstwo sanitarne; b) medycyna społeczna, epidemiologia i zasady statystyki sanitarnej; c) medycyna sądowa; d) psychiatria sądowa. Dla farmaceutów: a) znajomość prawodawstwa sanitarnego, a w szczególności ustawodawstwo, dotyczące wyrobu i obrotu środków leczniczych, opatrunkowych i kosmetycznych oraz trucizn; b) rozpoznawanie tożsamości i dobroci artykułów leczniczych i opatrunkowych metodami chemicznymi, biologicznymi, makro- i mikroskopowymi. Prócz tego wszyscy kandydaci przy egzaminie ustnym uzasadnić winni załatwienie tematów egzaminu pisemnego. Egzamin nie może trwać ponad dwie godziny.

Przyjęte przez Radę Ministrów, a opracowane przez centralę państwowej służby zdrowia powyższe rozporządzenie nasuwa wiele wątpliwości. Kandydat, lekarz czy farmaceuta, do służby w administracji, który chce poddać się egzaminowi, a temu poddać się musi, jeżeli chce być urzędnikiem sanitarnym, winien przedłożyć już nie świadectwo o odbyciu kursu przeszkolenia w Państwowej Szkole Higieny czy Instytucie Farmaceutycznym, lecz świadectwo o ukończeniu tego kursu z pomyślnym wynikiem, czyli że będzie musiał poddać się egzaminowi w Państwowej Szkole Higieny lub Instytucie Farmaceutycznym. Niepomyślny wynik egzaminu, i tylko raz jeden złożonego, zamyka mu drogę raz na zawsze do służby administracyjnej, bo rozporządzenie kategorycznie żąda „pomyślnego wyniku kursu wyszkolenia”. Inaczej sprawa ta postawiona została przy egzaminie przed komisją egzaminacyjną. Tam, w razie wyniku niepomyślnego, komisja wyznacza drugi egzamin po pół roku. Na kursie wyszkolenia to nie jest przewidziane, bo kurs wyszkolenia przechodzi kandydat tylko raz jeden. Par. 6 rozporządzenia mówi, że władza, powołana do mianowania, na podstawie opinii właściwej komisji kwalifikacyjnej (przy władzy administracyjnej macierzystej) orzeka o wyniku służby przygotowawczej i w razie wyniku ujemnego może przedłużyć okres służby przygotowawczej. Ale orzeczenie to zawierać ma tylko ocenę uzdolnienia i pilności kandydata oraz jego zachowania się w służbie i poza służbą na terenie. Nie ma brać natomiast pod uwagę zupełnie wyników kursu wyszkolenia. Czyli, że przedłużenie służby przygotowawczej odnosić się może tylko do służby w urzędzie administracyjnym i tylko w tym wypadku, o ile kandydat w służbie

na terenie wykazał braki, a nie na kursie wyszkolenia, bo ten, choć wcielony w okres służby przygotowawczej, ma zastrzeżoną odrębną swą ocenę. Ze tak należy rozumieć to rozporządzenie, stwierdza par. 6, który komisji kwalifikacyjnej urzędu macierzystego zupełnie nie połęca oparcia się, między innymi, na opinii Szkoły Higieny, a § 7 jako warunek podstawowy dopuszczenia kandydata do egzaminu stawia — prócz przychylniej opinii tej komisji kwalifikacyjnej — jeszcze zupełnie odrębne przedłożenie dowodu ukończenia kursu przeszkolenia z wynikiem pomyślnym.

Z powyższego wynika, że egzamin na zakończenie kursu wyszkolenia w Państw. Szkole Higieny czy Instytucie Farmaceutycznym jest decydujący dla kandydatów do służby administracyjnej, i że w celu dopuszczenia do egzaminu przed komisją egzaminacyjną lekarz będzie musiał przedłożyć dwie oceny pomyślne — swej władzy przełożonej i Państwowej Szkoły Higieny (względnie P. Inst. Farmac.), zupełnie o siebie niezależne.

Tu przekroczono znacznie kompetencje Państwowej Szkoły Higieny i Instytutu Farmaceutycznego w stosunku do kandydatów do służby administracyjnej i nadano zakładom tym przywileje, jakich nie posiada nawet właściwa komisja egzaminacyjna. Stwierdzić należy, że do orzekania, czy kandydat kwalifikuje się do służby administracyjnej, powołana jest: a) właściwa władza, powołana do mianowania (§ 6); b) komisja egzaminacyjna przy Ministrze Spraw Wewnętrznych (§ 9). Te dwa czynniki są powołane i zupełnie wystarczające do oceny kandydatów. Wprowadzenie trzeciego czynnika i to o charakterze decydującym jest zbędne, nieuzupełnie zgodne z duchem ustawy o państwowej służbie cywilnej. Zadaniem i Państwowej Szkoły Higieny i Państwowego Instytutu Farmaceutycznego jest w tym wypadku przygotowanie kandydatów do służby do egzaminu, który ich czeka, przed komisją ministerjalną, złożoną ze specjalistów profesorów i wybitnych urzędników administracyjnych, danie im możliwości przerobienia i przyswojenia odpowiedniego materiału, stworzenia seminarjów dla nich, ale nigdy nie ocena ich wiadomości. To należy zostawić komisji egzaminacyjnej, która egzaminować będzie właśnie z tego, czego nauczyć winna Pań. Szk. Higieny.

Państwowa Szkoła Higieny winna mieć obowiązek przekładania jedynie opinii o zachowaniu się i postępach kandydata do służby na kursie przeszkolenia dla użytku czy komisji kwalifikacyjnej, czy egzaminacyjnej i być organem wyłącznie tylko szkolnym i opiniodawczym. Wprowadzenie podwójnego egzaminu przez dwie grupy egzaminatorów z tych samych przedmiotów niczem usprawiedliwić się nie da.

Dziwnem się wydaje, dlaczego przy żądaniu od kandydatów do służby dowodu z odbycia co najmniej trzymiesięcznej praktyki w jednym z zakładów psychiatrycznych postawiono warunek, by był to zakład krajowy. Czyż nie może być i zagraniczny? Przecież w tym wypadku żadne względy polityczne nie mogą wchodzić w grę.

Sam egzamin ujęty jest bardzo obszernie. Kandydat do służby administracyjnej musi po raz drugi zdawać z całej medycyny sądowej. Czy egzamin z teorii medycyny sądowej, złożony przed profesorem uniwersytetu przy kończeniu studiów lekarskich, nie byłby wystarczający? Czy nie należałoby ograniczyć się do tego specjalnego kursu praktycznego z medycyny sądowej (sekcje sądowe), w okresie przeszkolenia, o którym mówi § 5 Rozporządzenia, i egzaminu tylko z działu sekcji sądowo-lekarskich? A do zdawania kandydat do służby administracyjnej będzie miał przecież jeszcze dosyć. Dość wspomnieć o medycynie społecznej, epidemiologii, statystyce sanitarnej, psychiatrii sądowej.

Obawiać się należy, że tak ujęte przygotowanie lekarzy do służby administracyjnej i egzamin sanitarny, a właściwie dwa egzaminy odstrasza swemi trudnościami młodzież lekarską przed wstępowaniem do administracji i zamkną ten i tak już bardzo słaby dopływ nowych sił zupełnie, tembardziej, że rozpoczynają będą służbę od bardzo niskiego stopnia służbowego. Polska nie tylko nie jest nasycona lekarzami, ale ma ich za mało do zadośćuczynienia potrzebom bardzo skromnym ludności w dziale leczniczym, znacznie przecież lepiej wynagradzanym. Stwarzanie w dniu dzisiejszym niepotrzebnych trudności, nieusprawiedliwionych wymaganiami służby administracyjnej, może dać inne rezultaty, niż te, które osiągnąć chciało rozporządzenie.

Dr. Jerzy Bujański (Warszawa).

W sprawie Akademii Wojskowo-Lekarskiej.

W kołach wojskowych kursuje już od dłuższego czasu pogłoska, że w Warszawie ma powstać Akademia Wojskowo-Lekarska o charakterze samodzielnej uczelni, przygotowującej lekarzy wojskowych, o typie fakultetu lekarskiego. Podobno zostały już poczynione kroki wstępne, natury organizacyjnej, podobno już uzyskano na to zgodę Ministra Spraw Wojskowych. Sprawie tej pragniemy poświęcić kilka uwag, gdyż niepodobna jej traktować wyłącznie jako wewnętrzną sprawę armii. Przygotowywanie fachowe lekarzy, którzy z natury rzeczy nie będą lekarzami wyłącznie żołnierzy, ale i szerokiego ogółu, sprawa poziomu ich wykształcenia oraz metod, prowadzących do tego celu, sprawa wreszcie ich uprawnień do praktyki — to wszystko interesować musi zarówno ogół świata lekarskiego, jak i najszerze koła obywateli.

Plan organizacyjny studjów wyższych w Państwie polskim składa kierownictwo w tym dziale w ręce Ministra oświecenia publicznego. W ten sposób zyskuje się jednolitość planu, harmonijną współpracę wszystkich kół fachowych i możliwość jaknajbardziej ekonomicznego wyszkania sił naukowych. Stworzenie odrębnej akademii wojskowo-lekarskiej stoi w rażącej sprzeczności z planem powyższym, i doprawdy potrzebą poważnych argumentów, ażeby uzasadnić celowość takiego odstąpienia od zasady ogólnej. Plan studjów musi być z natury rzeczy ten sam, co w uniwersytetach, pomijając drobne zmiany ewentualne, i dlatego nad tą stroną niema potrzeby bliżej się zastanawiać. Natomiast sprawa doboru sił wykładających nastrocza poważne obawy. Uniwersytety mają w tej materji ustalone i wypróbowane normy, oparte na swobodzie nauczania akademickiego. Istnienie wydziałów, powierzanie sprawy wyboru profesorów komisjom specjalnym, obowiązek zasięgania opinii u profesorów odnosnych innych uniwersytetów — wszystko to razem stwarza gwarancję wyboru najbardziej celowego i stawia tamy nieracjonalnemu pozostawianiu na uboczu sił wykwalifikowanych. System nominacji wojskowych jest drastycznym przeciwieństwem metod powyższych, zarazem tkwi on tak głęboko w istocie organizacji hierarchji wojskowej, że wszelkie próby uzgodnienia go ze swobodnym wyborem profesorów przez gremium są zgóry skazane na niepowodzenie. System nominacji jest zawsze zależny od osobistego poglądu tego, który nominację podpisuje, grono profesorskie może mieć co najwyżej głos doradczy. Jeżeli Minister zechce, to podpisze, a nie zechce, to nie podpisze. W uniwersytecie może na tem tle wyniknąć konflikt, ale opinia specjalistów, fundowana na autorytecie nauki, musi zwyciężyć, albo doprowadzić do uzgodnienia. W wojsku nie podobnego: autorytet władzy stoi ponad wszystkim. To, co powiedzieliśmy o uzupełnianiu kadrów profesorskich, dotyczy w stokrotnej mierze tworzenia ich zawiązków. Tu już całkowicie decyduje wola czynnika mianującego, i z góry przewidzieć można, że w drodze rozkazu ta sprawa nie da się z pożytkiem i bezstronnie rozwiązać.

Druga kwestja, nastroczająca poważne refleksje, to uprawnienie absolwentów akademii do praktyki lekarskiej. Jednolitość planu wykształcenia uniwersyteckiego związana jest nietylko z jednolitością wymagań egzaminacyjnych, ale i z jednolitością autorytetu władzy, nadającej uprawnienie do praktyki. Istnienie obok siebie dwóch uprawnień w tej mierze czynników, dwóch kategorii dyplomów, stwarza niesłychane pole do nadużyć w zakresie współzawodnictwa, oparte nie na przymiotach osobistych oraz na wartości zdobytego wykształcenia, ale na prejudycatach formalnych, tem bardziej, że lekarz, więcej, niż ktokolwiekby, związany jest z ogółem, wśród którego praktykuje.

W dalszym ciągu jeszcze jeden wzgląd zasługuje na uwagę i to bynajmniej nie druzgórzedny, mianowicie motyw natury nietyłej oszczędnościowej, co gospodarczej.

Polska ma znaczny niedobór sił lekarskich, a zwłaszcza szczerzy bardzo zapas specjalistów, uzdolnionych do pracy dydaktycznej. Stworzenie trzech nowych uniwersytetów związane było z wielkim wysiłkiem, i sprawy tej bynajmniej za ukończoną uważać nie można. Mamy w tej mierze jeszcze nie jedną lukę, domagającą się gwałtownie wypełnienia. Polska dziś nie ma na zbyciu dostatecznej liczby uczonych, ażeby można było powoływać do życia szósty fakultet lekarski. Te siły, które są jeszcze wolne, muszą stanąć do pracy przy istniejących już warsztatach. Nie chcemy poruszać spraw osobistych, ale w każdej chwili gotowi jesteśmy do odpowiedzi,

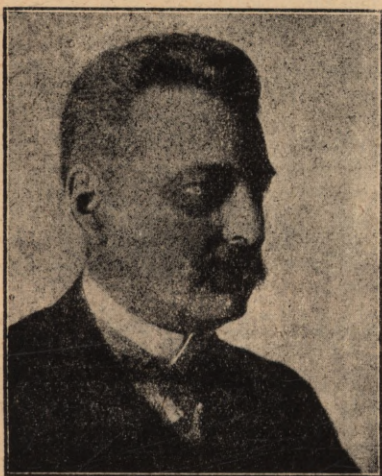
gdyby kto na te tory chciał wkroczyć. To samo i w bodaj większej jeszcze mierze dotyczy materialnych środków nauczania. Na każdym kroku widzimy redukcję sum, preliminarzanych na zakłady naukowe, pracownie i biblioteki, wszędzie zmniejszamy liczbę asystentów, godzin wykładowych, nie objętych planem koniecznym i t. p. Przyjmujemy to wszystko z rezygnacją, jako przemożny nakaz chwili. Ograniczamy najkonieczniejsze nieraz potrzeby dla uzdrowienia całości. W takim momencie stwarzanie nowego wydziału lekarskiego niczem umotywować się nie da. Jeżeli budżet wojskowy mniej jest narażony na redukcję od budżetu oświatowego, to dzieje się to wyłącznie i li tylko dla celów obrony Państwa, i korzystanie ze środków budżetu wojskowego na cele inne, a tylko za to można uważać założenie wojskowego fakultetu lekarskiego, byłoby lekkomyślnością, jeżeli nie czemś gorszem. Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli powyżej, zdaje się wynikać jasno, że utworzenie w Warszawie akademii wojskowo-lekarskiej w postaci oddzielnego fakultetu jest z punktu widzenia naukowego i zawodowego co najmniej zbędne, a pod względem ekonomicznym szkodliwe. Ale sprawa ta ma jeszcze jedno oblicze, zasługujące na oświetlenie. Żyjemy w okresie jaknajciślejszego zespalania wojska z narodem, w okresie, kiedy stało się chlebem powszednim twierdzenie, że kraj obronić może nie armja zawodowa, lecz naród sam. Armja w świetle tego poglądu jest tylko szkołą, jest sitem, przez które każdy obywatel przejść musi, i w dziedzinie medycyny wojskowej dążyć należy do tego, ażeby każdy lekarz mógł w razie potrzeby stanąć na posterunku i pełnić służbę w zakresie swojego zawodu. Czy akademia wojskowo-lekarska zbliża nas do tego celu? Jestem przeciwnikiem wogóle niższego szkolnictwa wojskowego, korpusów kadeckich, szkół dla dzieci podoficerskich i t. p. Stwarza to koszary w szkole, czyni dzieci zgóry przeznaczonemi do służby wojskowej, stwarza kastę wojowników. Coś podobnego stworzyć musi akademia wojskowo-lekarska. Młodzieniec, który już w pierwszym roku studjów będzie się decydował na zostanie zawodowym lekarzem wojskowym, który bez względu na swoje upodobania, rozwijające się w nim z biegiem studjów, będzie wiedział, że o wyborze jego pracy zdecydował przedewszystkiem rozkaz, nie będzie takim lekarzem wojskowym, jakiego Polscy dziś potrzebują. Będzie to zawodowiec aż nadto dobrze znany tym, którzy w wielkiej wojnie służyli, obciążony rutyną, uważający się za coś nieskończenie wyższego i lepszego od cywilnego. Polska demokratyczna ma inne wymagania i inne cele przed oczami. Potrzeba nam żołnierzy i oficerów, kształconych w szkole powszechnej i średniej na jednej ławie z dziećmi innych obywateli. Potrzeba nam lekarzy, którzy wiedzę swą zdobywają w uniwersytetach w szlachetnym współzawodnictwie z kolegami, mającymi objąć w przyszłości stanowiska cywilne. Dopiero po ukończeniu studjów należy ogółowi lekarskiemu umożliwić przygotowanie się do pełnienia obowiązków wojskowych. Może to wreszcie odbywać się w czasie studjów, ale musi dotyczyć wszystkich lekarzy. Niewielka stosunkowo grupa wykwalifikowanych oficerów-lekarzy, kadry sanitarjatu wojskowego muszą odebrać wykształcenie fachowe, ale na to potrzeba czegoś zupełnie innego, niż akademij, pojmowanej, jako fakultet, muszą oni kształcić się w naukach wojskowych, muszą znać lepiej od zwykłego lekarza rezerwy niektóre przedmioty specjalne: higienę, chirurgję wojskową i t. p. słowem, muszą być specjalistami. Ale tak samo, jak słuchacz pierwszego roku nie kształci się na chirurga lub bakterjologa i odkłada swą specjalizację aż do ukończenia studjów, tak samo kadrowy lekarz armji musi przedewszystkiem skończyć uniwersytet, gdyż tylko w takim razie będzie prawdziwym specjalistą, a nie ciasnym kastowcem.

Poruszyliśmy tutaj sprawę niewątpliwie doniosłą zarówno dla naszego zawodu i dla wojska, jak dla ogółu obywateli. Sądymy, że kwestja ta nie powinna być załatwiana z pośpiechem, wymaga ona dojrzałego zastanowienia i wszechstronnego omówienia, zwłaszcza na łamach pism lekarskich. Opinia lekarska nie może się dać zaskoczyć faktem dokonany, chociażby one były planowane i przygotowywane z jaknajwiększą sztuką strategiczną. Zamiana szkoły sanitarnej, którą wojsko posiada obecnie w Warszawie, na fakultet lekarski — to sprawa, w której musi głos zabrać i świat lekarski i uniwersytet i Ministerjum Oświecenia Publicznego i Ministerjum Skarbu i Sejm

Z. Szymański (Warszawa).

Ś. p. Profesor Zdzisław Dmochowski.

W dniu 8 stycznia r. b. zmarł w Warszawie po długich cierpieniach znany przez wszystkich bez wyjątku lekarzy polaków b. profesor anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, doktor medycyny Zdzisław Dmochowski. Urodzony na Podlasiu, Dmochowski ukończył z odznaczeniem gimnazjum siedleckie, słynne z teroru rosyjskiego. Nauki lekarskie studjował w Uniwersytecie Warszawskim, gdzie od trzeciego roku wyraźnie zdradzał zamiłowanie do badań ścisłych. W tym czasie zaczął pracować pod kierunkiem prof. Brodowskiego nad anatomją patologiczną. Dla swego nauczyciela Dmochowski zachował cześć i wdzięczność na zawsze. Jego podobizną ozdobił i Jego pamięci poświęcił część drugą swej „Djagnostyki anatomopatologicznej“. W pracowni prof. Brodowskiego Dmochowski przeszedł wszystkie szczeble aż do prosektora i jako taki, po ustąpieniu następcy prof. Brodowskiego, prof. Przewoskiego, prowadził ją przez pewien czas samodzielnie. Stamtąd wyszły pierwsze spostrzeżenia i prace Dmochowskiego. Dwie z nich zostały nagrodzone przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na konkursie im. Koczorowskiego.



Praca w instytucji naukowej nie mogła zapewnić Dmochowskiemu nawet najskromniejszego utrzymania, musiał się więc zająć medycyną praktyczną i wybrał laryngologję. Nie przerywając pracy u prof. Brodowskiego, Dmochowski zaczął uczęszczać do szpitala Ś-go Ducha na oddział d-ra A. Sokołowskiego, obecnie profesora wskrzeszonej Wszechnicy Warszawskiej.

Studja praktyczne nad laryngologją Dmochowski pogłębiał przez badania patologiczno-anatomiczne i ogłosił z tej dziedziny kilka prac dużej wartości. Gruntowne poznanie tego działu medycyny wyróżniło wkrótce Dmochowskiego wśród licznych ówczesnych a rozgłośnych specjalistów warszawskich i zapewniło Mu duże powodzenie w praktyce. Po odbyciu dodatkowych studjów w klinikach w Berlinie, Monachjum i w Paryżu, Dmochowski założył w Warszawie pierwszą lecznicę prywatną.

Działalność Dmochowskiego, jako lekarza praktyka, nie pochłonęła Go całkowicie. Pół dnia poświęcał On na pracę w zakładzie anatomji patologicznej, gdzie, oprócz badań naukowych i rozpoznawczych, wykonywał liczne sekcje i ćwiczył studentów, co uprawiał z zamiłowaniem. Oddając cały swój czas nauce lekarskiej, Dmochowski znajdował jednak chwile wolne, aby opanować muzykę i gruntownie i krytycznie poznać historję ojczystą.

Przez długie obcowanie z młodzieżą Dmochowski poznał jej potrzeby i powziął myśl opracowania praktycznego podręcznika anatomji patologicznej. Od zamiaru do wykonania droga była daleka i ciężka. W owym czasie nietylko w piśmiennictwie polskim, ale i w obcym nie było odpowiedniego dzieła. Dzięki niewyczerpanej energii i pracowitości Dmochowski zamiar swój urzeczywistnił.

Oprócz umożliwienia młodzieży uczenia się anatomji patologicznej w języku ojczystym, przy opracowywaniu pod-

ręcznika kierowała Dmochowskim też nadzieja utworzenia sobie drogi do profesury w Uniwersytecie Warszawskim. Marzenia te nie ziściły się. Katerda anatomji patologicznej, która przez długi czas była w rękach polaków, po ustąpieniu prof. Przewoskiego przeszła w ręce rosyjskie. Po długoletniej a owocnej pracy w zakładzie anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego Dmochowski podał się do dymisji. Zawód, jaki Go spotkał, nie zdołał Go jednak zniechęcić. Ustąpienie Dmochowskiego z prosektury było dla niego tragedją, ale dla Warszawy i całego zaboru rosyjskiego stało się aktem wielce płodnym. Aby ukończyć rozpoczęte prace, Dmochowski musiał stworzyć sobie odwiecni warsztat.

Dzięki niezmiernie energij i darowi organizacji udało Mu się wyszukać i złączyć ludzi nauki i stworzyć Towarzystwo Naukowe w Warszawie, gdzie ludzie ci mogliby znaleźć miejsce do pracy i środki pomocnicze. Wkrótce, z wdzięczając swym rozłożym stosunkom w sferach arystokratycznych, Dmochowski zdobył od Józefa hr. Potockiego większą sumę pieniędzy na cele Towarzystwa i kupił za to piękną posesję przy ulicy Śniadeckich, gdzie stworzył ognisko pracy naukowej. Przez pewien czas aż do wyjazdu do Lwowa Dmochowski piastował w Towarzystwie Naukowym stanowisko naczelne.

W roku 1912, po śmierci prof. Obrzuta, Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie powołał Dmochowskiego na opróżnioną katedrę anatomji patologicznej. Bez chwili wahania Dmochowski rzucił świetną praktykę w Warszawie, zrzekł się praktyki we Lwowie i oddał się całkowicie umiłowanej pracy. Za czasów kierownictwa Dmochowskiego lwowski zakład anatomji patologicznej doszedł do rozkwitu. Warunki pracy stały się tu o wiele łatwiejsze, gdyż Dmochowski miał przy boku ludzi już wtedy o znanych w świecie naukowym nazwiskach, Hornowskiego i Nowickiego. Za czasów kierownictwa prof. Dmochowskiego z lwowskiego zakładu anatomji patologicznej wyszło 30 prac, wykonanych przez jego asystentów i uczniów.

Wojna światowa zaskoczyła Dmochowskiego na wywczasach w majątku Jego na Podlasiu. Tu przeżył bardzo ciężkie chwile, stracił dach nad głową, musiał szukać schronienia u sąsiadów włościan. Podczas przymusowego pobytu na wsi, pomimo braku biblioteki, Dmochowski opracowywał wykłady i napisał wstęp do anatomji patologicznej. Wszystko to pozostało w rękopisach i na wyraźne życzenie Zmarłego wydrukowane nie będzie.

Po powrocie do Warszawy z nadwątlenem zdrowiem, ale z niepożyłą energją Dmochowski, nie mogąc wrócić do Lwowa, wstąpił do Wojska Polskiego i wkrótce stanął na czele Wojskowej Rady Sanitarnej, najwyższej instytucji naukowej wojskowej. Tutaj, jak wszędzie, wykazał swe wybitne zdolności organizatorskie. Bardzo prędko zapoznał się ze stanem wiedzy i potrzebami wojskowo-sanitarnymi w kraju i zagranicą i po upływie niespełna trzech miesięcy zdołał prawie zupełnie zorganizować instytucję, którą kierował. W Szpitalu Ujazdowskim wkrótce zaczęły budzić się do życia liczne pracownie naukowe i oddziały kliniczne, na których czele, dzięki zabiegom Dmochowskiego, stanęli uczeni lekarze polscy. Stanowisko prezesa Wojskowej Rady Sanitarnej Dmochowski zajmował dwa i pół roku, do czasu jej reorganizacji, poczem został kierownikiem pracowni patologiczno-anatomicznej. Placówkę tę zajmował do końca choroby dzierznika zesłego roku. W tym czasie z powodu choroby przeszedł w stan spoczynku w stopniu generała brygady.

Z chwilą wskrzeszenia Uniwersytetu w Warszawie Dmochowski marzył o otrzymaniu w nim katedry anatomji patologicznej. Łoś jednak zrzucił inaczej. To podkopało w Nim energję i chęć do dalszej pracy.

Od zarania pracy lekarskiej Dmochowski był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, które w 1920 roku wybrało Go na swego prezesa. Tutaj działalność Jego zaznaczyła się tem, że umiał nadać rozprawom wysoki poziom naukowy. Na obchodzie setnej rocznicy istnienia Towarzystwa Dmochowski i wygłosił piękny odczyt o pracy i zadaniach tej placówki społecznej, która przez sto lat musiała popołu z całym społeczeństwem polskim walczyć z najeżdżcą.

Dorobek naukowy prof. Dmochowskiego obejmuje 22 prace, w tem dwa duże tomy znanej powszechnie wśród lekarzy „Djagnostyki anatomopatologicznej klatki pier-

siowej i jamy brzusznej". Jedną z pierwszych prac prof. Dmochowskiego były badania „O wtórnem cierpieniu migdałków gardzielowych i gruczołów woreczkowatych na podstawie języka u suchotników“.

Z czasów asystentury Dmochowskiego w szpitalu Św. Ducha na oddziale d-ra Sokołowskiego mamy do zanotowania przede wszystkim dwie prace laboratoryjne: „O nowym sposobie ilościowego określania acetonu w moczu“ i „Metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquista“.

Pozostałe prace są już z dziedziny anatomii patologicznej. Jedną z nich „Przyczynki do patologii i terapii spraw zapalnych migdałków“, ogłoszona wspólnie z d-r'em Sokołowskim, była wykonana pod kierunkiem prof. Przewońskiego.

Z prac Dmochowskiego o charakterze kazuistycznym należy wymienić: „Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych, wywołanego przez bacterium coli commune“, ogłoszone wspólnie z dr. Janowskim „Hydrops antri Highmori pochodzenia zapalnego“. „Przyczynki do kwestji krup górných dróg oddechowych jako samodzielnej postaci chorobowej“, „Przypadek nagłej śmierci z zatoru powietrznego skutkiem uszkodzenia żył kostnych“, „Przyczynki do własności chorobotwórczych pneumokokka Friedlaendera“ i „Przypadek zupełnego torbielowatego zwyrodnienia wątroby“. Ten ostatni był ogłoszony wspólnie z d-r'em Janowskim.

Z prac doświadczalnych o charakterze monografji należy tu podnieść prace Dmochowskiego, wykonane wspólnie z Janowskim: „O ropotwórczych własnościach las. duru brzusznej i las. okrężnicy“ i „O działaniu ropotwórczem oleju krotonowego“.

Pracą na stopień doktora medycyny Dmochowskiego była nagrodzona na konkursie im Koczorowskiego w Tow. Lek. Warsz. obszerna monografja o etiologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora, oparta na badaniu 304 własnych przypadków.

Z innych prac o charakterze monografji należy wspomnieć o „Wyroślach adenoidalnych w jamie nosogardzielowej“ nagrodzonej na konkursie im. Koczorowskiego o „Róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych“.

Z ostatnich prac należy tu wymienić artykuł filozoficzno-lekarski: „Kilka myśli o istocie powstawania nowotworów“.

Nazwisko prof. Dmochowskiego na ziemiach polskich stało się popularne głównie dzięki wydaniu przez niego pomnikowej pracy w dwóch dużych tomach: „Djagnostyki anatomopatologicznej narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej“. Oryginalność układu i piękne ryciny zwróciły odrazu uwagę wszystkich, których sercu jest droga i praca polska i nauka lekarska. Niema w tem dziele nic, coby przypomniało prace innych narodów, żadnego naśladownictwa. Obok licznych rycin z preparatów makroskopowych autor umieścił liczne ryciny z preparatów histologicznych, których ceną cechą jest to, że niema w nich schematyzowania, lecz przedstawione są w nich obrazy, które rzeczywiście spotykamy pod mikroskopem. Daje to możność początkującemu w przypadkach wątpliwych korzystania z tych książek, jako z atlasu histopatologicznego, tembardziej, że, jak to już zaznaczyliśmy, ryciny są liczne i ilustrują wszystkie najpoważniejsze, a często i dość rzadkie zmiany patologiczne wszystkich narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby Djagnostyka Dmochowskiego ukazała się w nowym wydaniu, uzgodnionem z obecnym stanem wiedzy anatomopatologicznej i uzupełnionem w sensie opracowania djagnostyki czaszki i kończyn.

W wykładzie wstępnym przy objęciu katedry we Lwowie pod tytułem: „Patologia cellularna w okresie obecnym swego rozwoju“ Dmochowski, po omówieniu historii rozwoju patologji komórkowej, wskazał na zadania, które czekają anatomopatologa przy badaniu komórki takiej, jaką ona jest w rozumieniu dzisiejszem, t. j. jako złożonego organizmu, składającego się z licznych elementów.

Pracowity żywot prof. Dmochowskiego, umiłowanie nauki i Ojczyzny powinny być wzorem dla nas wszystkich.

Cześć i hołd Jego pamięci, pracy i energii!!

L. Paszkiewicz.

Spis prac ś. p. Zdzisława DMOCHOWSKIEGO:

Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu. (Gaz. Lek. 1890, X, 726, 751).

Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości ołądka według Sjöquista. (Gaz. Lek. s. 663).

Sokołowski i D. Przyczynki do patologji i kliniki spraw zapalnych migdałków. (Gaz. Lek. s. 560, 588, 607, 630).

O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników. (Ks. jubileuszowa prof. W. Brodowskiego, s. 17), (Gaz. Lek. 1894, Nr. 2, 3, 4, s. 27, 61, 85).

Wyrośle adenoidalne w jamie nosogardzielowej. (P. T. L. W., t. 88, s. 629, t. 89, s. 48).

W. Janowski i Z. D. Przyczynki do nauki o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego. (P. T. L. W. 1893, t. 89, s. 940).

Z. D. i W. Janowski. Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych wywołanego przez bacterium coli commune. (Ks. jubileuszowa prof. W. Brodowskiego, s. 183).

Przyczynki do etiologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora. (P. T. L. W. t. 40, s. 582 i 927).

Hydrops antri Highmori pochodzenia zapalnego. (Gaz. Lek. Nr. 20, s. 519).

D. Z. i Janowski Wł. Rzadki przypadek całkowitego torbielowatego zwyrodnienia wątroby. (Gaz. Lek. Nr. 6, s. 141).

D. Z. i Janowski Wł. O działaniu ropotwórczem oleju krotonowego; przyczynek do teorii powstawania ropienia. (P. T. L. W. s. 275).

D. Z. i Janowski Wł. O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności. (P. T. L. W., s. 78, 622, 867).

Przyczynki do kwestji krup górných dróg oddechowych, jako samodzielnej postaci chorobowej. (Now. Lek. Nr. 2, s. 123).

Hydrops antri Highmori. (P. T. L. W. s. 236).

Djagnostyka anatomo-patologiczna, cz. I, klatka piersiowa. (Wyd. Gaz. Lek.).

Przypadek nagłej śmierci z zatoru powietrznego skutkiem uszkodzenia żył kostnych. (Gaz. Lek. Nr. 6 i 7, s. 121 i 147).

Przyczynki do anatomii patologicznej t. zw. róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. (P. T. L. W. s. 261 i 546).

Demonstracja preparatów z dwóch przypadków nabłoniaka kosmkowego. (P. T. L. W. s. 368).

Nowa teoria powstawania nowotworów. (Gaz. Lek.).

Kilka myśli o istocie powstawania nowotworów. (Gaz. Lek. 1, 2, 3, s. 2, 42, 83).

Patologia cellularna w okresie obecnym swego rozwoju. (Gaz. Lek. XLV, 1260).

Dr. Ignacy Maurycy Judt.

(Wspomnienie pośmiertne).

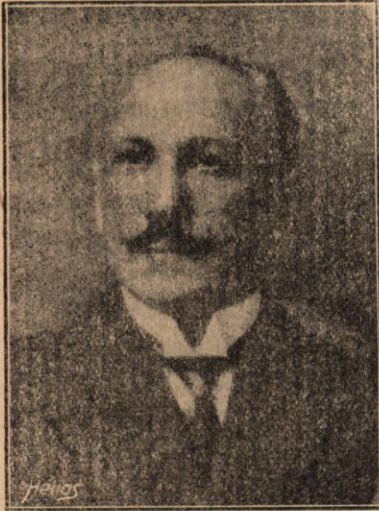
W końcu roku ubiegłego nauka lekarska polska poniosła dotkliwą stratę. Z szeregow jej ubył doktor Ignacy Maurycy Judt, znany zarówno w stolicy, jak w całym kraju rentgenolog. Zmarły nietylko zaznaczył się poważną działalnością naukową na polu rentgenologii, ale należał do pierwszych pionierów tej nauki w Polsce.

Judt urodził się w roku 1875. Po ukończeniu II-go gimnazjum w Warszawie wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1899 r. Po odby-

ciu uzupełniających studjów zagranicą zaczął pracować jako chirurg w szpitalach warszawskich. Będąc na stanowisku ordynatora kliniki chirurgicznej uniwersyteckiej, zorganizował przy tejże klinice pracownię rentgenologiczną, którą przewodził przez lat kilka. Pracownia Judta była jedną z pierwszych, jakie zostały utworzone w Warszawie, przed nią bowiem jedynie szpital Świętego Ducha posiadał gabinet rentgenologiczny, założony przez niezwykłych już dzisiaj d-rów Mikołaja Brunera i Czesława Barszczyńskiego.

Po powrocie z wojny japońskiej, na którą powołały go władze rosyjskie, Judt otworzył własną pracownię prywatną, którą prowadził aż do chwili zgonu.

Uciążliwe zajęcia zawodowe i rozległa praktyka rentgenologiczna nie przeszkadzały Judtowi pracować naukowo. W ciągu swej 20-letniej przeszłości działalności lekarskiej wydał on kilkanaście prac naukowych z dziedziny rentgenologii, opartych nie tylko na osobistym doświadczeniu, ugruntowanym przez porównywanie danych rentgenologicznych z danymi, uzyskanymi na stole operacyjnym, bądź sekcyjnym, ale także na samodzielnych badaniach rentgenologicznych, prowadzonych systematycznie na trupach. Działalność nau-



kowa Judta obejmowała wszystkie dziedziny rentgenologii, zarówno chirurgicznej, jak wewnętrznej, zarówno dagnostyki, jak terapii rentgenologicznej. Wszystkie prace jego cechuje ścisłość naukowa, sumiennosc i dobry język polski. Odegrały one poważną rolę u nas, jako popularyzujące tę niedostatecznie znaną u nas gałąź medycyny i pouczające lekarzy klinicyistów o jej zakresie i znaczeniu.

Oto spis prac oryginalnych I. M. Judta:

1. Złamanie zęba samoistne. *Przegl. dent.* 1901 r.
2. Rzadka wrodzona anomalja rozwoju prawego przedramienia, 1903 r.
3. Z I-ej konferencji międzynarodowej o doświadczalnym badaniu raka. *Medycyna*, 1907 r. str. 548.

4. Rentgenografia guzów złośliwych kości. *Przegl. Chirurg. i Ginek.*, 1909, T. I z. 3.
5. O rentgenoterapii raka. *Gaz. lekarska*, 1909 rok str. 655.
6. Z nowych dróg w rentgenografji narządów moczowych. *Przegl. Chirurg. T. VII*, 1912 r.
7. Rentgenografia żołądka i jelit. 1912 r. *Odczyty kliniczne*, T. XIX, 221—222.
8. Rentgenografia wątroby. *Medyc.* 1913 r. Nr. 44.
9. Zwężenie okrężnicy. *Przegl. Chirurg. i Gin.* 1914 r. T. X.
10. Odma piersiowa wojenna na tle badań rentgenologicznych. *Polski Przegl. Chirurg. T. I*, z. 1 i 2, 1922 r.
11. Ostitis fibrosa (choroba Berlinghausena). *Polski Prz. Chir. T. II*, Z. 1. 1923 r.
12. Gruźlica płuc u dzieci w świetle roentgenologii. *Pedjatrja Polska*, 1923 Nr. 2.
13. Gruźlicze stwardnienia pierwotne w płucach u dzieci. *Pedjatrja Polska*, 1923 r. Nr. 2.
14. Rentgenologia wieku dziecięcego (w druku).

Zygmunt Grudziński.

* * *

Do słów powyższych, omawiających działalność kolegi Judta, jako rentgenologa, pozwolę sobie parę słów dodać o Jego działalności społecznej. Grono lekarzy, do którego i On należał, zdawna zdawało sobie sprawę z tego zła, jakim są tak obfite schorzenia grzybkowe wśród ludności żydowskiej. Prowadzenie walki z temi chorobami stało się możliwym z chwilą otrzymania podstawy finansowej od Amerykańskiego Połączonego Komitetu Rozdzielczego. Wtedy przy istniejącym już Tow. Ochrony Zdrowia powstał osobny dział, tym sprawom poświęcony, którego kierownictwo powierzono Zmarłemu. Kierownictwo to, prócz wiadomości technicznych, wymagało jeszcze wielkiej inicjatywy, osobistego poświęcenia się, a przedewszystkiem czasu, tak drogiego dla ludzi ciężkiej, zawodowej pracy, jeżeli zważymy, że w Warszawie powstała Centrala, która wykształciła cały zastęp lekarzy — specjalistów i sił pomocniczych pod postacią siostr, obeznanych z odpowiednimi działami rentgenologii i dermatologii, i że ten personel obsługuje poza Warszawą siedem posterunków (z internatami), rozsianych po całym obszarze Rzeczypospolitej. Dla zapewnienia powodzenia temu olbrzymiemu dziełu nie żałował Zmarły pracy i zabiegów, a najlepszym dowodem owocnej Jego działalności jest poważna liczba wyleczonych dzieci, przekraczająca 7000.

Cześć Jego pamięci!

Wacław Sterling.

Prace oryginalne zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924.

POLSKA GAZETA LEKARSKA.

Nr. 4. Ł. JELENKIEWICZ: Nasilony rozpad czerwonych ciałek krwi w przypadku daleko posuniętej marskości zanikowej wątroby.

H. E. KALWARYJSKI: Badania nad budową splotu naczyńiówki mózgowej. Cz. I.

A. LANDAU, B. ŁOPIEŃSKI i M. FEJGIN: Wyniki leczenia insulinią w przypadku ciężkiej cukrzycy wraz z kilkoma uwagami o tym nowym środku leczniczym.

H. ALLERHAND: Zakażenie ustne jako pogranicze stomatologii i medycyny wewnętrznej.

KWARTALNIK KLINICZNY SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Zeszyt I. P. GOLDSTEIN i M. ABRAMOWICZ: Sympathectomia periarterialis.

L. ENDELMAN: Dno oka jako źródło rozpoznawania i błędów rozpoznawczych w chorobach ośrodkowego układu nerwowego.

E. HERMAN: Z symptomatologii płasawicy Sydenhama: 1) płasawica z obustronną tarczą zastoinową; 2) prawostronna płasawica połowicza z występującymi napadowo porażeniami i niemotą.

J. I. ROSENBERG: Odczyn Wassermanna w świetle badań współczesnych.

D. SZENKIER: O odruchu nerkowo-jelitowym.



Wiadomości bieżące.

— Kol. Ostromecki informuje nas, że praca p. t. „Zasady organizacji szpitali publicznych“, drukowana w Nr. 1 naszego pisma, była, jako referat, wygłoszona przez niego na ostatnim Zjeździe Miast w Katowicach we wrześniu r. z., oraz, że zawarte w pracy tej wnioski zostały przyjęte w całości przez ogólne zebranie Zjazdu.

— Z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W dniach od 15 do 25 czerwca 1924 roku odbędzie się w II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego 2-gi cykl wykładów uzupełniających dla lekarzy. Cykl ten obejmować będzie przedmioty następujące:

Prof. K. Rzętkowski: Stany anemiczne. Niedokrwistość złośliwa.

Docent dr. M. Semerau-Siemianowski: Zółtaczka hemolityczna. Stany krwotoczne.

Asystent Kliniki dr. A. Stefanowski: Stany białaczkowe.

Asystent Kliniki dr. T. Milewski: Podstawowe dane z zakresu chemii fizycznej krwi.

Asystent Kliniki dr. M. Landsberg: Ciała białkowe krwi i ich znaczenie dla kliniki.

Asystent Kliniki dr. J. Misiewiczówna: Krzepliwość krwi, nowoczesne metody badania krzepliwości i t. p. (z zajęciami praktycznymi).

Wykłady — w miarę możliwości — uzupełniane będą pokazami chorych, preparatów etc.

Szczegółowy plan wykładów (w godzinach przed i po południowych) zostanie podany do wiadomości zapisanych uczestników w przeddzień wykładów.

Zapisy przyjmuje Adjunkt II Kliniki Wewnętrznej Docent dr. Semerau-Siemianowski (II Klinika Chorób Wewnętrznych, Elektoralna 12 Szpital Św. Ducha).

— Wiedeń zaczyna znowu wysuwać się na czoło medycyny niemieckiej, szczególnie w dziale pedagogicznym. O ile do lat osmdziesiątych ubiegłego wieku stolica Austrii, dzięki głośnym nazwiskom Rokitanskyego, Opolzera, Skody, a następnie Billrotha, Nothnagla, Cohnheima, Weichsbauma, Kaposiego, Hebry, Türcka, Schröttera i wielu innych, była miejscem pielgrzymek lekarskich z całego niemal świata, o tyle w ostatnich trzydziestu kilku latach Berlin zaczął zwycięsko z Wiedniem rywalizować. Wojna i tu dokonała przewrotu, i ruch naukowy w Berlinie, a wraz z nim i frekwencja szukających w nim wiedzy lekarzy upada, Wiedeń zaś powoli odzyskuje dawne swe stanowisko. Ruchliwy wiedeński wydział lekarski organizuje stale co miesiąc specjalne kursy dokształcające ze wszystkich działów medycyny. Niektóre z tych kursów urządzane są na bardzo wysoką skalę. Tak np., 11 lutego r. b. otwarty został przez dziekana Fischla dwunasty między-

narodowy kurs dokształcający dla lekarzy, w którym brało udział 21 narodowości z najróżnorodniejszych zakątków ziemi.

Poza tym bardzo intensywnym ruchem pedagogicznym Wiedeń imponuje swoim wybitnym udziałem w postępach medycyny: powstają nowe Towarzystwa Lekarskie (ostatnio Towarzystwo rentgenologiczne), słyszy się o nowych metodach leczniczych, pomysłach i teoriach, rzucających nowe światło na pewne, ciemne jeszcze zagadnienia. Na dzień 5 i 6 marca zapowiedziane zostało nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa internistów i pedjatrów, poświęcone sprawie istoty duszniczej bolesnej i możliwości jej chirurgicznego leczenia. Przeważają mają Wenckebach z Wiednia — o klinice duszniczej bolesnej i zagadnieniach leczniczych, Tschermack-Seysenegg z Pragi — z anatomji i fizjologii unerwienia układu naczyniowego, Daniéłopolu z Bukaresztu — o patogenie duszniczej bolesnej oraz o podstawach fizjologicznych jej chirurgicznego leczenia, Eppinger i Hofer z Wiednia — o technice i wynikach przecięcia nerwu hamującego (Depressor).

Mamy nadzieję, że wkrótce będziemy mogli zapoznać czytelników z treścią wymienionych przemówień i dyskusją nad nimi.

— Zmarli: Konstanty Sierpiński, były ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, niegdyś współwydawca „Kroniki Lekarskiej“.

Stanisław Stanisławski w Łowiczu.

Sprostowanie. W Nr. 1 na str. 7-ej, w wierszu 2-im od góry powinno być:

CCP= pp2
TAP.TDP

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Dr. med. A. WIRSZUBSKI. Letargiczne zapalenie mózgu. Odbitka z Nowin Lekarskich. Zesz. 4 r. 1923.

Dr. med. J. RUTKOWSKI. Badanie dróg żółciowych za pomocą zgłębnika dwunastniczego. Odbitka z Polsk. Prz. Chirur.

Tenże. Rzadkie powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego. Polska Gaz. Lek. 18, r. 1923.

Tenże. Bliznowate stwardnienie krążki jelita cienkiego. Odb. z Polsk. Przegl. Chir. T. II. Z. 2, 1923 r.

Tenże. W sprawie leczenia złamań kostek podudzia typu Dupuytren'a. Odbitka z Nr. 12 Lek. Wojsk. 15.XII. 1923 r.

Tenże. Nerwoból n. trójdzielnego i jego leczenie wstrzykiwaniami alkoholu w świetle własnych spostrzeżeń. Odb. z Przegl. Dentyst. Nr. 4, 1923 r.

Tenże. Mésenterite cicatricielle. Odbitka z La Presse Médic. Nr. 103, 26.XII.1923 r.

O D A D M I N I S T R A C J I.

Cenę numeru 2-go „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“ oznaczamy na złp. 3. Cena numeru 3-go oznaczona zostanie po wyjściu tegoż z druku.

Na kwartał drugi r. b., t. j. na czas od 30 kwietnia do 31 Lipca, ogłaszamy następujące warunki prenumeraty (z zastrzeżeniem odpowiednich zmian w razie wzrostu lub spadku drożyzny):

w Warszawie złp. 9
na prowincji „ 10
za granicą „ 12.

W celu ustalenia nakładu prosimy o wczesne zamawianie pisma.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓLCZESNA“ w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.