

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 8

WARSZAWA, 31 SIERPNIĄ 1925 R.

Rok II

PRACE ORYGINALNE.

Rozprawy.

Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby.

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

Dla większej przejrzystości rozpatrzę poszczególne układy i narządy w pewnym porządku kolejnym, stawiając na pierwszym planie i miejscu choroby z zewnątrz-pochodne, zakaźne, nie oszczędzające właściwie ani jednego układu i narządu w ustroju ludzkim, a biorąc za wycieczkę początek w tkance, opływającej i żyjącej wszystkie bez wyjątku komórki narządowe, t. j. we krwi i limfie.

A) Choroby zakaźne: ostre i b) przewlekłe gruźlica, kiła.

Co do spraw zakaźnych krwi stwierdzono, że posocznica (sepsis) ze stanowiska immunobiologii oznacza chorobę, w której żywe drobnoustroje z zewnątrz lub z ukrytego ogniska ustroju przedostały się do krwi, bezsilnej w walce z pasorzytem i nie wykazującej swoich normalnych sił obronnych w unieruchomieniu tegoż. *Bacteriemia*, *pyaemia*, *septicaemia* są odmiany zakażenia krwi. Dawny pogląd szkoły francuskiej, że obok miejscowego, ograniczonego zakażenia nierzadkie są ogólne (*streptococcosis*, *meningococcosis*, *prosewka gruźlicza* i t. d.), zyskuje coraz więcej w klinice zwolenników.

O ile przewlekłe choroby zakaźne, jak gruźlica i kiła, stale atakują najróżnorodniejsze tkanki, o tyle zdarza się to w ostrych zakażeniach o wiele rzadziej. To też *bacteriemia* *Ebertowska* i próba *Widala* stwierdzają tyfus brzuszny i wtedy gdy przypadkowo laseczka swoista pierwotnie usadowiła się—wtórnie czyni ona to często—nie w narządzie chłonnym przewodu pokarmowego, lecz w innym narządzie tegoż przewodu, np. w narządzie wątrobowo-pęcherzykowym. Dur brzuszny pozostaje mimo to brzuszny. Prawie zawsze klinika potrafi w tych nietypowych przebiegach na zasadzie objawów, a zwłaszcza na zasadzie wtórnych zmian we krwi wyodrębnić takie postaci (*Landau-Heldt*).

Tak się też tłomaczą przypadki nierzadkie, w których nie migdały stanowią wrota przedostania się zarazka płonicy do ustroju, w których *angina scarlatinosa* jest nie praprzyczyną szkarlatyny, lecz jedynie pierwszym, najbardziej rzucającym się w oczy objawem klinicznym zakażenia ogólnego. Tak też należy pojmować *meningokokkoz*, przebiegające tygodniami jako zakażenie ogólne stawowe, sercowe, opryszczkowe, a w którego przebiegu następczo po tygodniach dopiero, występuje klasyczna drętwnica nagminna karku.

Czy do tejże kategorii należy *dziecięca choroba Stilla*, o przebiegu septycznym (*Polyarthriti chronica*) z zajęciem małych stawów u dzieci, z wysiękami leukocyto-wymi do stawów, gorączkowym obrzmieniem śledziony i gruczołów chłonnych, trudno odpowiedzieć stanowczo.

Pamiętać należy, na co *Schottmüller* zwraca

uwagę, że z każdego uszkodzenia skóry lub błony śluzowej przedostają się drobnoustroje do krwi, że „sporadyczne zakażenia“ przebiegają bezobjawowo mimo, iż czasem dają przewrzuły, wprawdzie naogół niewinne. Jedynie gdy ilość zarazków jest duża, dochodzi do gorączki i objawów klinicznych, aczkolwiek już w kwadrans po przedostaniu się zarazka stwierdzenie go we krwi się nie udaje. Nieprzerwana inwazja sprowadza stałą gorączkę (*febris continua*). Ognisko umiejscowione, nawet najbardziej jadowite (*phlebitis*, *endocarditis*, *lymphangitis*, *abscessus*), nie daje gorączki ogólnej, póki się drobnoustroj nie rozsiewa i nie zgeneralizuje we krwi lub limfie. Istoty „sepsis“ nie stanowi więc infekcja krwi, jako taka, lecz stale powtarzająca się, nieprzerwana, żywa bakterjemja. W tej ostatniej właśnie stwierdzono nierzadko *streptococcus pyogenes* (gorączka połogowa, płonica, róża), który się przedostaje często do krwi przez błonę śluzową macicy, migdałków, zębodołów ale te ogniska stanowią jeno wrota wejściowe choroby zakaźnej, a usunięcie ich bynajmniej nie jest równoznaczne z usunięciem choroby. W tem zakażeniu ogólnem zawiodły zarówno dawniej zachwalana *terapia sterilisans interna magna*, jak nowsza *proteinoterapia*.

W związku ze zmianą pojęcia zakażenia krwi ogólne-go uległy też rewizji poglądy, z jednej strony na jadowitość i zakaźność, pierwotność i wtórność, wczesność i późność, utajoność i mieszałość, drogi i wrota z zewnątrz-pochodnej i autoinfekcji, a z drugiej strony na patologję ogólną owrzodzeń i pyemji miejscowej, bakterjemji i toksynemji, gangreny i demarkacji zapalnej. Niema potrzeby dowodzić, jak wielce pomocną w tym kierunku była mikrobiologia i poznanie bliższe patologji osocza i surowicy oraz jej ciał składowych (antygeny, proteolizyny, cytolizyny, czacyny obronne i przeciwnicze, aglutyniny, precipityny, agresyny i t. p.). Objawy septyczne stanowią wyraz immunobiologicznego procesu, zależnego od jadowitości zarazka i od stopnia oraz jakości odczynu, do którego organizm jest zdolny.

Bacteriemia, *pyemia*, *septicaemia* są to więc tylko stopnie tego samego immunobiologicznego procesu (*Oeller*, *Gluziński*).

Sprawy paciorkowcowe zdają się być o wiele częstsze, niż dawniej przypuszczano. Prawie w 90% płonicy stwierdzono w gardzieli paciorkowce hemolityczne, rzadziej dwoinki, a w 3/4 przypadków surowica ochronna chorych płonicych aglutynuje je, a odczyn *Dicka*, o którym wyżej była mowa, bywa w późniejszych okresach choroby, stale ujemny (*Saski*).

W ogromnej grupie chorób zakaźnych (np. dur, paratyfusy, gościec) należy prawdopodobnie widzieć wypadkową działania dwóch czynników, t. j. zakażenia i oddziaływania ustroju w znaczeniu nadwrażliwości anafilaktycznej wskutek: alergji, zakażeniem wywołanej.

Streptococcus viridans, który w piśmiennictwie chorób wsierdzia i gościec tak wielką rolę odegrał, staje się prawie patogenicznym dla jedynej postaci zapalenia wsierdzia (*Endocarditis lenta*), znajduje się też—jak to było do prze-widzenia—w licznych innych postaciach (*Endocarditis acuta*,

verrucosa, septica, recidivans) zarówno u dorosłych, jak u dzieci, a większość danych różniczkowo rozpoznawczych okazała się zwodniczą. Najbardziej krańcowo zapatrują się na rolę pańciorkowca zieleniakowego amerykańscy autorzy (Rosenow), którzy go nie tylko w różnych zapaleniach błon surowiczych stwierdzili, ale znajdowali jako ustrój neurotropowy w Polyneuritis infectiosa, Herpes zoster febrilis, Encephalitis epidemica, Chorea infectiosa, otrzymali wszędzie swoiste odczyny serologiczne i na zwierzęta przeszczepiali.

Kwestja i stanowisko chorób opryszczkowych, herpetycznych wysunęły się w ostatnich czasach na pierwszy plan. Zawartość pęcherzyków w herpes simplex, febrilis, herpes zoster i herpes meningococcicus (Görgy, Steiner) okazała się jednakową, wywołując u szczepionych królików typową encephalitis herpetica, spotykaną wprawdzie u nich i samoistnie (Pette).

Lipschütz identyfikuje jad ospicy z jadem herpes zoster. Levaditi utożsamia czynnik zakaźny w opryszczce i w zapaleniu nagminnym letargicznym, czynnik nie wspólny według niego nie mający z meningokokowym. Drobnoustrój, to dermatropowy, to neurotropowy, często uczulający, czasem uodporniający w herpes febrilis i w encephalitis epidemica zdaje się być identyczny mimo obrazu klinicznego zupełnie odmiennego. I odwrotnie drobnoustrój u chorych z herpes febrilis i herpes zoster zdaje się być nie jednakowy mimo obrazu klinicznego bardzo zbliżonego.

Co do fizjopatologii tego jadu teza szkoły francuskiej brzmi w tym duchu, że jad opryszczkowy, encefalityczny i ślinny stanowią odmiany jednego gatunku przesączalnego bodźca (Ultravirus encéphalitique) z różną chorobotwórczością i różnym neurotropizmem. Z doświadczeń zaś szkoły berlińskiej (F. H. Lewy) wynika, że zarówno jad Klingera, otrzymany z królików z przeszczepioną śpiączką ludzką, jak jad psów, dotkniętych t. zw. Hundesstaube czyli nosacznią, dają przy szczepieniu podopiecznym u psa klasyczną zaraźliwą nosacznię.

* * *

Na powstanie, obraz, przebieg i zejście większości chorób zakaźnych składają się czynniki endogenne, zależne od ustroju, i egzogenne, zależne przedewszystkiem od zarazka.

Do pierwszych należy konstytucja, a cechą jej stanowi dziedzicząca się z pokolenia w pokolenie odporność lub brak odporności, zdolność lub niezdolność wytwarzania antytoksyny narządowo-komórkowej, neutralizującej jad drobnoustrojowo-komórkowy. Obecność lub brak przeciwciała, jako podstawowa cecha odpornościowa, mierzy się za pomocą specjalnych odczynów.

Do drugich, czyli egzogennych czynników należą wpływy usposabiające: wiek, rasy, klimatu, pory roku, przebytego uczulenia zakaźnego, ilości i zjadliwości zarazka. To współistnienie czynników wewnątrz- i zewnątrzpochoźnych stwierdza się prawie w każdej infekcji, zwłaszcza wieku dziecięcego (Brokman).

Wielkie epidemie, śląska i szwedzka, choroby Heine-Medina (Poliomyelitis infantilis), z których ostatnia dostarczyła sama około dziesięciu tysięcy ofiar ze śmiertelnością 20% dowiodły ostatecznie, że choroba to jest zakaźna, że nie przenosi się przez obcowanie mimo, iż występuje w ogniskach miejskich i wiejskich, a oszczędza w powrotnych epidemiach dawniej dotknięte miejscowości. Co do cech biologicznych jadu chorobotwórczego (corpuseules globoides (Flexner — Noguchi) i podłoża anatomopatologicznego ona wielce przypomina wyżej omawiane nagminne zapalenie śpiączkowe mózgu oraz wściekliwość czyli wodowstręt.

W tej ostatniej chorobie, w wielu krajach nader rozpowszechnionej (Węgry, Rumunja, Polska, Turcja), poznano bliżej cechy virus fixe, będącego punktem wyjścia dla wielu nowoczesnych szczepionek, i ustalono stosunek porażenia poszczególnych do jadu samego i do wprowadzonej szczepionki. Okazało się, że postać porażenna może być: a) poronną wściekliwość (rzadko), b) sprawą spacyficzną, od szczepienia zależną (często) i c) wreszcie zachorzeniem (Myelitis cytolytica), wywołanem przez zbytnią ilość sztucznie według metody Pasteura wprowadzonej zawiesiny mlecznej i powstałych stąd cytolizyn (najczęściej).

Choroby egzotyczne, dawniej niestusnie podzwrotnikowemi zwane (choroba Chagals Leish-

mana, Kalaazarit. d.), klasyfikuje się obecnie mniej mistycznie, w zależności od wywołujących je czynników (pierwotniaki, spirochety, bakterje, czerwie, stawonogi, grzybki; zwierzęta jadownicze, działanie słońca, ciepła, pokarmów). Ostatnio spotykano złośliwą zimnicę egzotyczną w Europie środkowej i u nas wyjątkowo pod ukrytą postacią zapalenia krwotocznego mózgu (Higier).

W Beriberi czyli Kakke japońskiej, związanej etjologicznie ze spożywaniem ryżu, chorobie, która się przypominała Europie podczas obrzęków głodowych, osteomalacji nagminnej i awitaminozy okresu wojennego, coraz mniej się dopatrują choroby zakaźnej, widząc patogenezę jej objawów (Hess) w zaburzeniu koordynacyjnym poszczególnych faz utleniającego procesu dyssymilacyjnego.

Sprawa uodpornienia masowego w chorobach zakaźnych szła równoległe do kwestji seroterapii. Immunizacji czynnej dokonywano w ostatnich latach kilkunastu w bardzo wielu chorobach: w durze (Degkwitz), szkarlatynie (Dick), tężcu (Niemcy), cholery (Rosja), czerwonce (Francja, błonicy zakaźnej, porażeniu dziecięcym (Ameryka) na większą skalę, nie zawsze troszcząc się o charakter toksemiczny czy bakterjemiczny cierpienia.

Szczepienie polega na tem, że się np. w błonicy (Degkwitz) wstrzykuje dzieciom podskórnie 1 cm³ mieszanek jadu i przeciwciała w nadmiarze.

Surowice ozdrowieńcze (Reconvalescensum) stosowano systematycznie w: pneumonji, płonicy, koklusu, odrze, durze plamistym, chorobie Weila, Heine-Medina i śpiączce nagminnej.

Dzięki zastosowaniu odczynu Schicka możemy sprawdzić stan odporności biernej, wywołanej wstrzyknięciem surowicy przeciwbłonicy, a dzięki standardowemu testom Dicka, stosowanym obficie u płonicy w Ameryce, udaje się w ciągu kilku godzin otrzymać odczyn dodatni (miejscowe zaczerwienienie), znikający przed upływem doby. To też poddaje się tam wszystkie osoby z najbliższego otoczenia dyfterytyka badaniu bakterjologicznemu, a równocześnie wykonywa się próbę Schicka, przyczem osoby z dodatnim wynikiem, jako bardziej na zakażenie narażone, uodparnia się czynnie na podobieństwo tego, co się czyni, szczepiąc ospę.

Wielkie efekty zapobiegawcze, osiągnięte przez niektórych w odrze, nie sprawdziły się niestety w krztuścu.

Próby uodpornienia syfilisu i gruźlicy znajdują się w toku, zwłaszcza pomyślnie szczepienia ochronne przeciw gruźlicy u dzieci (Czerny).

Ostatnimi czasy usystematyzowano dział t. zw. chorób alergicznych (gorączkę sienną, pokrzywkę, dychawicę oskrzelową, hydrorhoea nasalis, obrzęk Quinckego) i stwierdzono ich wspólne cechy:

- 1) Nadwrażliwość skóry wobec ciał proteinowych.
- 2) Obecność we krwi substancji toksycznej, drażniącej mięśnie gładkie układu autonomicznego.
- 3) Zaburzenie w przemianie materji, zwłaszcza kwasu moczowego.
- 4) Wstrząs hemoklastyczny po zażyciu pewnych określonych substancji.
- 5) Nadmierną wrażliwość na pewne substancje proteinowe, w pierwszym rzędzie na tuberkulinę.
- 6) Działanie lecznicze zabiegów odczulających (np. wyciągu łusek skóry ludzkiej) niekoniecznie przy pomocy ciał ściśle swoistych.

Jedną z odmian tej grupy, bliżej zbadaną, stanowi t. zw. choroba posurowicza, wytwór ostatniego 20-lecia, zawdzięczający swoje pochodzenie celowemu wprowadzeniu obcogatunkowego białka w postaci surowic. Objawy jej (albumotoksykoza), często groźne, występują rzadko natychmiastowo lub w parę godzin po zastrzyknięciu, częściej w kilkanaście dni po tem, i to u pewnej tylko grupy osobników (około 15%), konstytucjonalnie usposobionych, przeczulicą pewnych komórek lub układu sympatycznego dotkniętych. Objawienie zjawisk anafilaktycznych za pomocą komórkowego odczynu przeciwciał—antygenowego za pomocą wstrząsu koloidów krwi i komórek tkankowych podaliśmy wyżej, zwracając uwagę na wybitną prawdopodobnie rolę w tym procesie i układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Że liczne powstały surowice swoiste — niemal dla każdej choroby —, nie trzeba dowodzić. W tym kierunku współpracowali na każdym kroku lekarz, biochemik i farmakolog. Że większość jedno- i wielwartościowych surowic okazała się przedewszystkiem małowartościową nauczyło nas do-

świadczanie i było zresztą do przewidzenia wobec ingerencji nieodpowiedzialnego fabrykanta — kupca.

Terapia tutaj, jak wszędzie w medycynie, jest konieczna, pożądana, częstokroć empirycznie wyrozumowana. To też, gdzie nie orientujemy się dokładnie co do charakteru jadu, posługujemy się dajnościami szczepieniem próbnie (np. w podejrzeniu *Echinococcus* — przez wstrzykiwanie podskórne płynu torbielowego) lub stosujemy terapeutycznie, jak w opoterapii, mieszanki, czyli wielowartościową mieszaninę hormonów, względnie surowic.

Bardzo popularnymi się stały ostatnio szczepionki Delbeta i odmiany tychże (propidon), zawierające hodowle buljonowe przegrzanych gronkowców, paciorkowców, i prątków ropy błękitnej, a działające w myśl proteino-kolloido- i osmoterapii, które, w istocie rzeczy, reprezentują całkowicie nie tyle terapię przeciwpasorzytniczą, ile raczej parazytotropową.

* * *

Kończąc z działem ostrych chorób zakaźnych, godzi się zapytać, czy się odbił na nich kierunek kliniczny, który wyżej mianem neurovegetatywnem ochrzciłem. Odpowiedź na to zasadnicze pytanie wypaść musi twierdząco, o ile się bliżej analizuje ze stanowiska fizjologicznego poszczególne objawy chorób ostrych. Gorączka z jej wzmogoną przemianą materii węglowodanów, białkanów i tłuszczów, zależną od sympatykotonicznego pobudzenia ośrodków vegetatywnych śródmózdu, dreszcze za skurczem nerwowym gładkich mięśni skóry i zwężeniem naczyń obwodowych, wysypki od miejscowego porażenia wazomotorów zależne, przełom choroby z jego parasympatycznym zwolnieniem tętna, z wodnistą śliną strunobębenkową (*Chordaspeichel*), z porażeniem włókien potowydzielniczych, napady kaszlu, wymiotów i rozwolnienia z podrażnienia ośrodków autonomicznych wypływające, hyper- i hyposekrecja różnych błon śluzowych i surowiczych, zapasę śmiertelną z jej porażeniem ośrodków ciepłotwórczych, naczynioruchowych i oddechowych, — wszystko to razem stanowi efekt neurovegetatywny, skutki toksyczno-infekcyjnego zaburzenia nerwów układu roślinnego.

* * *

Tak się przedstawia w głównych zarysach postępowanie w chorób zakaźnych ostrych.

Nieco innemi drogami szła nauka o chorobach zakaźnych przewlekłych, przez dawnych anatomopatologów do zakaźnych nowotworów granulacyjnych zaliczanych, do zapaleń swoistych, a przedstawicielami których według najnowszej anatomopatologii są: *Botryomyces, Actinomyces, Granuloma s. Mycosis fungoides, Rhinoscleroma, Molluscum s. Malleus, Elephantiasis Graecorum s. Lepa, Tuberculosis, Lues*.

W tym ogromnym dziale medycyny najbardziej uwydatnia się postępowanie ze stanowiska klinicznego w 2-u ostatnich chorobach o przebiegu par'excellence przewlekłym, chorobach, ze względu na swoją wagę praktyczną wymagających oddzielnego omówienia. Mam na myśli: gruźlicę i przymiot, internście dobrze znane, pierwsza jako atakująca głównie układ oddechowy, drugi jako wróg układu nerwowego i z tego też punktu widzenia topograficzno-klinicznego znajdują one swe omówienie.

W chorobach narządu oddechowego od stułeci zwracano główną uwagę na najczęstszą i najcięższą, na gruźlicę. Szukano w miarę postępu różnych zasad (auskultacyjnych, perkusyjnych, endoskopowych, rentgenograficznych, anatomopatologicznych, terapeutyk i t. p.) dla klasyfikowania i rokowania oddzielnych przypadków suchot. (szemat *Turbana, Gerhardta, Rankego, Sterlinga*). Poddano też eksperymentalnie badaniu respiracyjną przemianę materii w płucach i krwi w stanie normalnym, po przecięciu nerwów roślinnych i podrażnieniu gruczołów dokrewnych. Co zdaje się być pewnym, to zmiany humoralne stałe, a gruźlicy właściwe: 1) obecność we krwi ergin, t. j. ciał swoistych, wytworów komórek, dzięki przebytemu zakażeniu uczulonych na pochodne prątka i na pochodne rozpadu tkanek gruźliczych (stan alergii) i 2) obecność antytoksyn, mających zobojętniać toksyny Kocha. O stanie alergii gruźliczej wnosimy najpóźniej na podstawie stosowania tuberkuliny Pirquetta lub Mantoux'a. W gruźlicy płuc ustalono szczegóły histologiczne obrony tkanek po wniknięciu drobnoustroju — obrony naturalnej i obrony sztucznej — przy wprowadzaniu surowic swoistych.

Stwierdzono odczyn obronny, dążący do uineru-

chomienia, zamurowania pasorzyta (odczyn wytwórczy — *Sterling*), do odgraniczenia jego wpływu (odczyn zapalny), do wyeliminowania go wraz z rozpadłą tkanką (odczyn sekwestracyjny). Że niezależnie od tego zmienione chorobowo tkanki działają jako białka obce, pozatrzewnowo wprowadzone, z wszystkimi jego konsekwencjami (odczyn biologiczny), jest jasnym.

Niepewnym jest, czy dodatnie wiązanie dopełniacza w nowym odczynie *Wassermana* pozwoli na rozpoznanie „czynnej“ gruźlicy, jak to ma miejsce w przymocie. W celach rozpoznawczych stosowano metody wiązania i odchylenia dopełniacza, aglutynacyjne i precypitacyjne (*Fornet, Besredka, Wasserman, Sachs — Klopstock*), z użyciem jako antygenu tuberkuliny, zawiesiny i wyciągu prątków, chociaż w antygenie główną rolę odgrywają ciała lipoidalne i nieswoiste. Według licznych badaczy (*Bessau*) zarówno specyficzny stan obronny wobec tuberkulozy, jak objawy jego wrażliwości tuberkulinowej nie polegają na przeciwciałach, a mechanizm tej wrażliwości nie jest bynajmniej identyczny z mechanizmem anafilaksji.

Gruźlica jako takiej nie dziedziczy. „Ścisłe biorąc, pisałem przed laty, chorób dziedzicznych niema wogóle, dziedziczy się tylko usposobienie do choroby. Choroba może się z matki przenosić na dziecko, ale nie przez dziecko z matki dziedziczyć“. Przenoszenie choroby przez plemniki ojca lub łożysko matki jest prawidłem w przymocie, wyjątkiem w gruźlicy, w której dziedziczona jest od przodków zdolność obronna w stosunku do zarazka. Samouczalność gruźlicy, stwierdzona wielokrotnie w gruczołach, skórze, kościach, stawach, rzadziej w krtani, wyjątkowo w prosówce i oponach mózgowych, zależy prawdopodobnie od mniejszej ilości oraz mniejszej złośliwości zarazka, od względnej odporności wrodzonej i odporności nabytej po wkroczeniu prątka do organizmu.

O ile względna odporność, jako prawo biologiczne żywotności komórek narządowych, jest zrozumiała, o tyle co do drugiej panują jeno hipotezy. Pod wpływem zakażenia następuje transformacja komórek, ustrój staje się alergicznym, względnie odpornym, wykazuje obok zjawiska *Koch'a*, obok dodatniego odczynu tuberkulicznego pewne uczulenie w stosunku do następnych infekcji. O ile więc przebyta ostra choroba zakaźna daje często zupełną odporność, o tyle przebyta gruźlica przewlekła daje częściową tylko odporność (*Gantz*). Stwierdzono też, że wyżej omawiany odczyn *Schicka* nie jest bynajmniej równoznaczny i równoważny z odczynem *Koch'a*, jak nie jest współmierną biologicznie czysta toksyna błonicza z biologicznie niejednotłą toksyną gruźliczą.

Przedwczesna jest w obecnym okresie prób krytyka porównawcza odczynów: dwuazowego, opadania krwinek, kląztkowania surowicy, leukocytozy, wahań w składzie chemicznym krwi, urochromogenego i wielu innych dla rozpoznania i rokowania.

W celach dajnościcznych klinika stwierdziła w otwartej gruźlicy dermografizm, żywszy na klatce piersiowej, niż na kończynach, żywszy po stronie płuca bardziej schorzałego (*Sturtz*), a odczyn naczynioruchowy *Pirquet'a* wyraźniejszy po stronie chorej.

Gruźlica dziecięca, częściej nietypowo zlokalizowana, na radiogramie łatwiej uchwytna, daje klinicznie stopień nad rękocięcią mostka i w okolicy międzyopatkowej. O gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych wnęki rozstrzygają objawy *de la Campa, d'Espine'a i Smith'a*, w kolejnym porządku ich wartości klinicznej przytoczone.

Z metod chemoterapeutycznych stosowana cały legion, zaczynając od starej tuberkuliny, której dawkę pełnowartościową daje się raz tygodniowo nie wewnątrzskórnie (*Intracutan*), lecz podskórnie (*Sahli*), od serowakcyny *Shigi*, angiolimfy *Roussa*, wstrzykiwań soli żółciowych i mydlanych w celu zmniejszenia wzmogzonego napięcia powierzchniowego surowicy, a kończąc na licznych wcieraniach naskórnych (*Pondorfa, Moro, Loewensteina, Petruschkyego*), wychodząc z założenia, że najgłośniejsze warstwy podnaskórkowe stanowią źródło przeciwciał.

Najnowszą zdobyczą jest metoda chemoterapeutyczna *duńska Moellgarda tiosiarczanu złota* czyli *sankryzyny*, przypominająca dawne eksperymenty *Koch'a* i *Behring'a* ze stosowaniem złota w gruźlicy zwierzęcej. Metoda ta, jeszcze niezupełnie wypracowana, wywołuje nieraz

groźne wstrząsy (przez zabicie dużej liczby prątków), którym się zapobiega przez stosowanie jednoczesne surowicy chorych zwierząt.

Z metod dawnych, które mają szanse stałego utrzymania się w skarbnicy terapeutycznej, wymienić należy: 1) klimatoterapię sanatoryjną w kraju ojczystym oraz helioterapię wysokogórską i energję promienną wogóle, 2) leczenie konserwatywne tuberkulozy: gruczołów, kości i stawów, 3) nader cenną odmę piersiową oraz terapię chirurgiczną gruźlicy płuc i narządu moczopłciowego.

W rokowaniu zmieniło się tyle, że, zamiast posępnego aforyzmu Traubego, według którego większość tuberkulików jest stracona, zaczyna sobie wobec częstości poronnej gruźlicy wywalczać prawo obywatelstwa pogląd optymistyczny Aschoffa, że wyleczenie tuberkulozy jest regułą, niewyleczenie stanowi wyjątek.

Kończąc z przegłędem chorób gorączkowych ostrych i przewlekłych, słówko wypada powiedzieć o postępach w stosowaniu środków termoregulacyjnych. Jako środki sztucznie potęgujące ciepłotę, stosuje się sole nukleinowe, białkany pozatrzewnowo i szcepienie zimnicy. W dziedzinie środków przeciwo-gorączkowych farmakologia korzystała przeważnie ze stwierdzonego wpływu antypiretycznego dawnej grupy anilinowej — paraminofenolu, — zmieniając po uwiezieniu czynnego jądra tej zasadniczej substancji wolne powinowactwo łańcuchów bocznych.

To też mnożyły się warjanty pierwotnej syntezy w postaci: fenacetyny, trifeniny, fenokolu, laktofeniny, citrofeny, malakiny, kryofiny i licznych innych pochodnych. Niestety, nie każda nowa odmiana podstawowej substancji z grupy paraminofenolu musi być, jak fabrykant przypuszcza lepsza od starej, nie każdy nowy środek oznacza postęp i udoskonalenie terapii (Trzeciński), tak że lekarz praktyk często wraca do dawnego salicylu, chininy, antypiryny i ich derywatów, kierując się zdrową empirją, zaś farmaceuta segreguje środki lecznicze, wymagające standaryzowania farmakologicznego.

* * *

Przechodząc od gruźlicy do przymiotu, zaznaczyć na wstępie wypada, że epokowe odkrycie z r. 1905 (Schau-din-Hann) drobnooustroju kiły zostało potwierdzone (*Spirochaeta pallida*), że badania ultramikroskopowe ustaliły przynależność jego do pierwotniaków, co dało początek próbie hemolitycznej Wassermann'a oraz swoistej chemoterapii, której węgiel kamienny w tej dziedzinie położył Ehrlich, twórca tecrji łańcuchów bocznych.

Lecznictwo spirochetoz i spirylloz, dawniej rtęciowe, posuwało się naprzód w myśl chemoterapii steriliśaus magna. Przetworami wysoko-arszenikowemi (atoksyl, salwarsan, arsamid, Bayer 205, Albert 102 i t. p.) leczy się obecnie te choroby (Lues, Framboesia, Recurrens, spirilozę kurzą, mało znaną śpiączkę amerykańską i nader popularną śpiączkę afrykańską, Trypanosomiasis zwaną), a terapia ta wielkie budzi nadzieje nie tylko w egzotycznych chorobach zakaźnych.

Wiekopomy eksperyment Mietschnikowa i Roux, który umożliwił po raz pierwszy przeszczenie syfilisu ludzkiego na małpy, stworzył zalążek badań doświadczalnych nad królikami i innymi zwierzętami laboratoryjnymi, nad serodjagnostyką kiły, nad nauką o spirochetozach ludzkich (choroba Weila, dur powrotny, febra żółta), nad rolą biologiczną lipidów w odczynach hemolitycznych Wassermann'a i nad stosunkiem serologii do chemji kolloidów wogóle.

Ze patologia komórkowa Virchow'a ucierpi wiele na swej powadze, skoro oddzielono wytwory komórek i je w celach doświadczalnych i leczniczych stosowano wszędzie z wybitnym skutkiem, było do przewidzenia, aczkolwiek zupełnie postponowanie komórki było i jest nieuzasadnione chociaż z tego względu, że wprowadzane do krwi ciała lecznicze wytwarzają swoiste antygeny zwłaszcza przez drażnienie samych komórek. W każdym razie próba zastąpienia patologji komórkowej Virchow'a przez patologję cząsteczkową, humoralną, relacyjną okazała się wszędzie jak dotąd przedwczesną i mało celową.

Reakcja Wassermann'a we krwi i płynach wytrzymała w szeregu lat próbę ogniową niezależnie od tego, czy hemolizyny istotnie stanowią fermenty (Klopstock),

których punktem zadziałania jest szkielet proteinowy krwinek.

Dotychczas atoli nie rozstrzygnięto pytania, dlaczego hemoliza krwi i hemoliza płynu rdzeniowego nieza wsze ze sobą idą w parze, dlaczego czasem ciężkie zachorzenia układu nerwowego dają małe, a lekkie choroby wykazują duże zmiany morfologiczno-chemiczne płynu. To też, gdy Dreyfus, pracujący w dużym ośrodku lekarskim (Frankfurt) neurolog, nader wysoko ceni prognoścyczną wartość tych zmian, Nonne, również w wielkim ognisku syfilisu pracujący (Hamburg), postponuje je, twierdząc, że lekarz, leczący syfilityka obowiązkowo do zupełnego oczyszczenia płynu mózgoworodzeniowego, jest polipragmatykiem, tworzy sztucznie hypochondryków, neurasteników, wędrujących od lekarza do lekarza, syfilofobów, cierpiących na *consultitis chronica*.

Ostatnie lata zaznają ogół lekarzy nie tylko z „późnem“, ale i z „wczesnem“ zachorzeniem opon i samej istoty nerwowej, występującem w całej okazałości już nieraz w drugim półroczu po zakażeniu. Pojęcia „metalles i paralues“ powoli też uległy poważnym zmianom. Najbardziej przemawia do przekonania rozumowanie odnośnie Nonnego. Pod syfilisem nerwów, mózgu i rdzenia należy rozumieć wyłącznie kiłę substancji nerwowej ekto-dermalnej, i z tego stanowiska istotnym przymiotem nerwowym byłoby np. *tabes, paralysis spastica*, które dają czasem samoistne poprawy i pogorszenia. Wszelka inna kiła układu nerwowego — dodajmy, ta najczęstsza, — biorąc początek z tkanek mezodermalnych (*endarteriitis, meningitis, gumma*), niszczy substancję nerwową czyli układ centralny jeno wtórnie, nie będąc właściwie kiłą nerwową. Tutaj leczenie musi być systematyczne, ciągłe, a daje wyniki znakomite. Jak widzimy, jedynie dawna Strümpelowska metalues toxica, acz nie w pierwotnej koncepcji jako toksyczna, lecz jako infekcyjna spirochetowa stanowi syfilis nerwowy.

O drodze, którą jad się przedostaje z krwi do substancji nerwowej, pouczają nowsze doświadczenia Hauptmanna, potwierdzające dawne przypuszczenie Chodźki o przepuszczalność naczyń oponowych, bezpośrednio dającej popoch do intoksykacji i infekcji substancji mózgowej. Tą drogą, przypuszczać należy, powstają i nieswoiste zachorzenia systemowe i pseudosystemowe mózgu i rdzenia.

Nie do odrzucenia jest również hipoteza Spatza, dowodząca, że w przymocie mózgu rozsianie jadu idzie drogą płynu, w porażeniu postępującem drogą naczyń mózgowych, po przełamaniu wału obronnego, umiejscowionego w śródbłonku, mniej w *Membrana gliae limitans*. W pierwszym przypadku istnieje przeto sprawa ograniczona, w drugim rozsiana.

Zastanawiać musi pytanie czy leczenie swoiste nie tłumi sił obronnych komórki, gdyż luetyk-europejczyk, unikający dzięki wczesnemu leczeniu zmian w skórze i kościach, częściej zapada na metalues, a przeciwnie luetyk-azjata obficie ma zaburzenia ze strony skóry i kości, a wyjątkowo metaluetyczne zmiany mózgu lub rdzenia (Willmanns).

Pojęcie *virus nervosum s. neurotropum* nie da się wykreślić z mianownictwa. Naogół im mniej energicznie się kto leczy (Dinkler, Pette, Eulenburg) i w im młodszym wieku się zaraża kto kiłą, ten mniejsze i późniejsze posiada szanse zostania tabetykiem lub paralitykiem i odwrotnie. Stosunek cywilizacji do syfilizacji mas jeszcze dotąd czeka opracowania bliższego.

Z nowszych środków leczniczych obok rozpuszczalnych podskórnych i śródmięśniowych przetworów rtęciowych (enesol, embarina novasurol) salwarsan w licznych odmianach swoich (neosalwarsan, silbersalwarsan, neosalwarsan) zawojował całą medycynę, czy słusznie, dotychczas nie posiadamy przekonującej odpowiedzi. Na młodzieńcze sprawy taboparalityczne salwarsan mało działa, ciężkie galopujące postaci pogarsza, a w lżejszych i stacjonarnych formach unika go większość klinicystów, stosując obok nowszych przetworów bizmutowych dawną rtęć z jodem.

Neurorecedywy — przeważnie ze strony nerwu słuchowego — jako obostwienie sprawy chorobowej w toku leczenia salwarsanowego, znane pod nazwą odczynu Herxheimera, występują i znikają bezpośrednio po leczeniu, naogół niedostatecznem, aczkolwiek bywają i takie, które wybuchają tygodnie i miesiące po zakończonej terapii.

Jeszcze dotychczas dermatolodzy uważają, że w razie neurorecydywy nietylko nie należy przerywać salwarsanu, ale stosować go energiczniej, aż do zniknięcia pleocytozy i hemolizy w płynie i krwi.

Ciekawa jest obserwacja, że neurorecydywiści wyjątkowo zapadają na *metalles*, obserwacja, dla zrozumienia patogenyzy władu i porażenia postępującego nader zmienna.

Gennericha metoda wewnątrzżłędźwiowego stosowania salwarsanu mimo wielkiej wrzawy i licznych pochwał, jakie wywołała w dziale chorób nerwowych i umysłowych, nie wielu zdobyła adherentów. Proteinoterapia natomiast, jak niżej przy omawianiu metaluetycznej *paralysis progressiva*, zobaczymy, oraz leczenie sztuczną gorączką zimniczą znalazły i tutaj ogromne zastosowanie.

* * *

B) Chorozy narządów krwionośnego i oddechowego.

Rozpatrzenie narządów wewnętrznych zaczynam od układu cyrkulacyjno-respiracyjnego, gdyż on zaopatruje wszystkie bez wyjątku aparaty ustroju w niezbędne do nieprzerwanej czynności i ciągłej sprawności substancje odżywcze.

W chorobach aparatu krwionośnego wypadła stwierdzić ulepszoną metodykę badania: rozgałęzienia naczyń obwodowych (*Hirsch-Berberich*) i ruchów serca (*rentgeno-i elektrokardiografia*), rozdzieleniu krwi w narządach (*pletysmografia*), tętna mniejszych tętnic, żył i naczyń włosowatych (*flebografia* i *kapillaroskopja*), ciśnienia krwi w wielkich i drobnych naczyniach. Obok nowej anatomji naczyń włosowatych poznano bliżej ich innerwację, zwłaszcza na obwodzie, w mózgu i jego oponach.

Względnie precyzyjna w rzędzie organów wewnętrznych jest metoda badania sprawności naczyń obwodowych, stanowiących poniekąd wraz z aparatem naczynioruchowym serce peryferyczne. Za punkt wyjścia do określenia czynności serca służy dotąd dawna metoda *Katzensteina*, która dowiodła, że jedynie u ludzi ze zdrowym sercem po ucisku obu tętnic udowych osłabione parcie krwi w krótkim czasie wraca do normy. Metodyka badania uległa ostatnio licznym uzupełnieniom. Bada się obecnie zachowanie serca, płuc i naczyń po przepracowaniu cielesnem, mobilizuje się siły rezerwowe i możliwości kompensacyjne przy obciążeniu serca.

Z nowych metod zasługują na wzmiankę: mierzenie ciśnienia żylnego (*Moritz, Schott*), kapillaromikroskopja (*Mueller, Weiss*), zachowanie się uderzeń serca przy wdechu i wydechu (*Albrecht*), doświadczenie z uciskiem n. błędnego. (*Wenckenbach*), objętość pulsacji w sfigmografie zwierciadłowym (*Frank*), elektrokardiografia, tachografia, wolumobolometria (*Sahli*) i energometria (*Christens*).

Z chorób poszczególnych serca wypada wspomnieć o tej, która jest poniekąd wytworem ostatnich lat kilkunastu, o *Endocarditis lenta*, zawiązującą pono swoje pochodzenie łańcuszkowcowi zieleniejącemu (*Streptococcus viridans*). W tej rzadkiej postaci, która się okazała względnie częstą wśród cięższych form przewlekłych, niektórzy autorzy usiłują rozróżniać kilka okresów: *stadium incubatorium*, *febrile*, *anaemicum*, *embolicum*, *dyscompensatorium*, *uraemicum*. Ze względu na kliniczny ta nowa postać, bakterjologicznie niekoniecznie swoista, bardzo mało się różni od dawnej *Virchowowskiej Endocarditis ulcerosa subacuta*, musi przyznać każdy bezstronny obserwator.

Przy usiłowaniu rozróżniania klinicznego zaburzeń funkcjonalnych serca od organicznych zgłębiono: 1) podłoże zachorzeń zwojów i przerw w przewodnictwie nerwowem pęczka *Hisa*, wszelkich dys- i alloritmij przedsionków i komór (*Herzblock*, *Extrasystole*, *Pulsus paradoxus*, *alternans*, *Arythmia perpetua*, zespół *Adam-Stokesa*, *trzepotanie*, *migotanie*, częstokurcze napadowe i t. d.), 2) miażdżycę sklerotyczną tętnic i tętniczek (*Arteriosclerosis*) i 3) skurcze napadowe w obrębie tychże w sercu i na obwodzie (*Angina vasomotoria*, *Angina psychica*, *Asphyxia localis*).

Odróżnienie wszystkich wspomnianych cierpień organicznych i funkcjonalnych od klasycznej dusznicy bolesnej jest rzeczą nieraz bardzo trudną i odpowiedzialną. Nie ustalono bowiem zostało ostatecznie:

1) Czy guzikowate zakończenia włókien nerwowych serca stanowią ciała natury ruchowej (*Glaser*), czy czuciowej (*Dogiel, Smirnow*);

2) Czy istotnie nerw lub mięsień rządzi subtelną grą kardynalnych właściwości serca: rytmicznego wytwarzania podniety ruchowej, pobudliwości, przewodnictwa, napięcia i kurczliwości muskulatury;

3) Czy *Nervus depressor*, otrzymujący swój tonus od zmiennego napięcia ścianki tętnicy głównej i działający w sensie zniżania parcia krwi przez rozszerzanie odruchowe naczyń brzusznych, nie posiada obok tego roli nerwu czuciowo-bólowego dla serca. Przecięcie bowiem tego nerwu (*Eppinger-Hofer, Danielopolu*) usuwa natychmiast ból stenokardyczny;

4) Czy *Nervus splanchnicus*—ów „*cerveau du ventre*“ francuskich fizjologów—, mający pod swoją władzą naczynia brzuszne czyli największą ilość krwi, ów generalny regulator naczynioruchowy, znajduje się wszędzie i zawsze w ścisłym związku z innerwacją wazomotoryjną muskulatury naczyń serca i mózgu, która na podobieństwo mięśnia sercowego podlega unerwieniu antagonistycznemu;

5) Czy się „*lęk*“, ów główny objaw *anginae pectoris*, z bólem lub bez bólu, różni w czemkolwiek zasadniczo od lęku *anginae nervosae* i *phrenocardiae*, którym również towarzyszą nerwobóle i myalgje międzybrowne, sensacje i parastezje bólowe. Pomocniczymi objawami rozpoznawczymi są: zmęczenie mięśnia lub niewydolność jego, mocno dodatnia próba ucisku na n. błędny, większa ruchliwość serca na skutek rozszerzenia aorty, zmiany auskultacyjne, „uczucia“ wewnątrzsercowe, nader swoiste, przy próbie obciążania.

Błędy rozpoznawcze w praktyce są i będą mimo to częste i przykre. To też oddawna i słusznie nerwice serca— a jest spora ilość odmian— w rzędzie nerwic zajmują stanowisko odrębne, co upoważniło poniekąd *Kretschmera* przy dyskutowaniu nerwic do śmiałego aforyzmu: *Psychologia nerwic* jest to przede wszystkim psychologia serca ludzkiego.

Terapia w tem niezmiernie ważnem pograniczu jest nader bogata i różnorodna. Jest ona ściśle określona, a wskazania ściśle ustalone jedynie w ściśle rozpoznanych chorobach organicznych i zachorzeniach funkcjonalnych serca i naczyń. Naogół działa tu w równej mierze lek i lekarz. Optymistycznie usposobieni lekarze i bardziej w lecznictwo wierzący osiagają w tej dziedzinie lepsze wyniki od sceptyków. Jeśli racjonalnie myślący lekarz zawsze był zdania, że żołądkowo-kiszkowym i wątrobowym chorym lecz właśnie pacjentem z nerwicami układu pokarmowego, to nie mniej okrzyczany „*sercowy*“ *Nauheim* najlepsze rezultaty zawsze dawał u chorych, którzy sercowo byli zdrowi czyli wad organicznych w zastawkach, mięśniach i naczyniach nie posiadali.

Chory—twierdzi słusznie *Grassman*—cierpi głównie od tego, co on czuje, nie zaś od tego, na co jego narządy chorują. Nie mniej przeto od wszechświatowych zagranicznych miejscowości kąpielowych daje nam leczenie serca i płuc w kraju, leczenie dyetyczne, farmaceutyczne i psychiczne u pacjenta, w odpowiednich warunkach zewnętrznych umieszczonego.

W dziale terapii wprowadzono ostatnio liczne środki dożyłne, dokiszkowe, a nawet dokomorowo-sercowe. Naparstnicę stosują skutecznie w czopkach, a łamforę w wodnym rozwoztrze. Z doustnych zyskała sobie może przesadną nieco sławę chinidyna zamiast dawnej chininy *Traubego* i *Frerichsa* w stanach arytmji, trzepotania i migotania przedsionków, parasyistolji, tachysistolji i ekstrasistolji, *tachycardiae paroxysmalis* i rozkojarzenia komorowo-przedsionkowego. Chinidyna, zwłaszcza z naparstnicą razem, ma przedłużać okres przewodnictwa i t. zw. *refractäre Phase*, czyli okres podniety—odpoczynkowy muskulatury.

Odruchy roślinne (wegetatywne) w obrębie serca i naczyń, z sąsiednich narządów (jelit i wątroby) wychodzące, znaleziono liczne. Chirurgja naczyń i serca, która kwitła z musu podczas wojny, rozszerzyła znacznie w czasie pokoju, dzięki sympatektomji swe pole działania (*angina pectoris*, *asthma cardiale*, *morbus Raynaud*, *endarteritis obliterans*).

Ostatnie pięć odcie zaznaczyło się zawojowaniem nowo-

go terytorjum badań fizjopatologicznych nad najdrobniejsze naczynkami, głównie dzięki pracom Krogha i Ebbeckiego na zwierzętach, a Muellera na ludziach. Stworzono możliwość oglądania i fotografowania w każdym obrębie skóry drobnych naczynek (kapillaroskopia) i krążenia w nich. Ostrzegać atoli należy przed stawianiem dżgnoz wyłączenie z wyglądu naczyń włosowatych. Metoda ta według zdania krytycznych obserwatorów narazie może być jedynie pomocniczą w dziale wazoneuroz, cukrzycy i nefroz.

Jeden z problemów, który setki klinicystów zaprzęgał w ostatnich latach do pracy, stanowi samoistne wzmocnienie ciśnienia krwi (*Hypertonia essentialis*), według niektórych główna przyczyna rozwijającej się arteriosklerozy. Nierozstrzygnięta dotąd została patogeneza mimo licznych teorii i hipotez, starych i nowych: czynnika mechanicznego (Traube — Cohnheima), lepkości krwi (Hirsch-Beck), adrenalinemji (Schur — Wiesel), cholesterynemji, glikemji, zatrzymania azotu (Strauss), retencji kwasu moczowego (Clyen), chlorków, soli wapniowych, odruchu sympatycznego (Kyrle), nadwrażliwości nerwów naczynioruchowych (Schlegel) i t. d.

W związku z tem nierozstrzygnięty pozostaje dotąd problemat ograniczonej, miejscowej arteriosklerozy (obwodu, serca, nerek) i sposób zapobiegania przewlekłej chorobie nerek, gdyż mimo ogromnego piśmiennictwa nie znamy bliżej stosunku presklerozy i wzmocnienia ciśnienia tętniczego do przerostu serca, a tego ostatniego do zwyrodnienia nerek. Prawdopodobnym tylko jest że wzmocnienie ciśnienia znajduje się w zależności od spraw naczyniowych, poprzedzających przerost serca, i wywołujących zmiany chorobowe w nerkach i ich niesprawność.

Niektórzy autorzy (Braun) traktują przeto wszelką hipertonię nie wyłączając głośniejszą „essencjalną”, jako pierwszy objaw arteriosklerozy, zawsze prawie nerkowopochodnej (zwyrodnienie w *vasaferens* kłębuszków, rozszerzenie przeszerzeni w *capsula Bowmani*). Organizm usiłuje za pomocą wszelkich do dyspozycji mu zostających mechanizmów natury odruchowej, wazomotoryjnej, kompensacyjnej i dokrewnej podtrzymywać wzmocnienie parcia, umożliwiające mu prawidłowy bieg czynności życiowych. Podział przeto na arteriosklerozę sercową, mózgową i brzusznią jest sztuczny, gdyż to określa jedynie siedlisko miejscowej dyspozycji, konstytucji, a pierwotną jest jedynie i wyłącznie arteriosklerozę nerkową, której się nie rozpoznaje, jak dawniej to błędnie czyniono, jedynie na zasadzie ciśnienia krwi (wyżej 150 mm), ilości moczu lub obecności białka. Kryterjów posiadamy o wiele więcej, nerka bowiem nie wyłącznie wydzieleniem tych dwóch składników krwi rządzić zwykła.

Klinika i patologia nerki bierze pod uwagę: niedostateczną zdolność koncentracijną nerek, wrażliwość ich na sól kuchenną, wydzielanie cukru i wzmoczenie zawartości substancji cukropochodnych w moczu, zmniejszenie wydzielenia substancji azotowych, obfitość kwasu moczowego we krwi, wzmoczenie azotu retencyjnego i cholesteryny we krwi i cały szereg innych objawów mniej znanych (*angina spuria pectoris*, równoważniki stenokardji, *dyspragia cardio-abdominalis*, *aortalgia*, *crises hypertouiques*, *nycturia*), które nieraz po często dokonywanych krwiopustach, denerwacji lub dekapsulacji nerki, umożliwiającym lepsze krążenie w nerkach, znikają.

Jak pouczają studja na namiętnych palaczach i alkoholikach czynnik funkcjonalny odgrywa wielką rolę, a usposobienie naczyniowe, ogólne lub miejscowe, rodzinne i dziedziczne, może o wiele większą rolę od momentów toksycznych i infekcyjnych.

Obok zwykłej, codziennej arteriosklerozy z pierwotnymi zmianami degeneracyjnymi *elasticae* w większych naczyniach, a *mediae* w mniejszych obwodowych istnieje niewątpliwie zupełnie swoista, rzadsza postać *Endarteriitis obliterans* w dwóch formach klinicznych, miejscowej i ogólnej, o odrębnym przebiegu i symptomatologii, zejściu i terapii, a przedewszystkiem anatomji patologicznej (*fibrosis degenerativa intima*).

O stosunku serca i naczyń do układu sympatyczno-autonomicznego (*Hypertonia vasomotorica*) będzie mowa niżej w dziale chorób nerwowych.

Wspomnieć tylko wypada, że rzeczywiste nerwice serca są nader rzadkie u starców, zazwyczaj na emocje i

nastroje mało wrażliwych, i że pewna część tych nerwic (*extrasystolia*, *hypertonia*, *phrenocardia*, *arythmia paraodoxa*, *sinustachycardia*, *tachycardia paroxysmalis*) jednak z biegiem lat wykazuje tło organiczne, co zresztą nie winno zastanawiać tych, którzy nie zwykli utożsamiać chorób psychogennych z funkcjonalnymi. Te ostatnie bowiem mogą mieć tło wewnątrzsekrecyjne lub autotoksyczne, t. j. nawpół organiczne. z czego wynika, że każda kardio- i angiopatja psychogenna jest funkcjonalną, nigdy zaś odwrotnie że każda funkcjonalna jest psychogenną.

* * *

W obrębie aparatu oddechowego bliżej dyskutowana ze stanowiska etjologicznego i patogenetycznego w dziale chorób zakaźnych gruźlica rolę dominującą, praktycznie najważniejszą zawsze w klinice odgrywać i odgrywać będzie. Do najnowszych w tym kierunku zdobyczy i postępów należy interwencja chirurgiczna w postaci: odmy sztucznej, plombowania płuca, frenikotomji, frenikoegzairazy, torakoplastyki Brauer-Friedricha, plastyki Sauerbrucha. Z tych tylko tej ostatniej obok sztucznej odmy płucnej dłuższy żywot rokować można.

Obserwacje parkinsoników poencefalitycznych wielce wzbogaciły klinię i fizjologję zaburzeń respiracyjnych, napadowych i stałych, przymusowych i natrętnych, niezwykle oryginalnych i dziwacznych. Nie wspominać bliżej o *tachypnoe*, *mikropnoe*, *apnoe*, *hyperpnoe*, *brachypnoe*, *spanopnoe*, o czkawce i ziewaniu, odbijaniu i wzdychaniu, mimowolnym płaczu i śmiechu, przy których na drodze afektu powstająca swoista innerwencja gardzieli, przepony i pomocniczych mięśni oddechowych daje poniekąd psychiczne ruchy wyrazowe, będące paralełą mimiki i jej fizjologicznym równoważnikiem.

U nader wrażliwych osobników, zwłaszcza kobiet i dzieci, powstaje czasem na drodze wzruszeń przez pośrednictwo nerwu błędnego klasyczny napad dychawicy oskrzelowej lub skurcz drobnych oskrzelików wraz z nawykowo-odruchowym (Krasnogórski) czyli warunkowym spazmem krtani, prowadzącym nieraz u drobnej dziatwy do utraty przytomności i drgawek (*laryngismus stridulus s. apnoicus*, *bronchospasmus affectivus*).

O stosunku ośrodków oddechowych kory do jąder podkorowych poucza doświadczenie na psach, które, jak w adomo, na widok obcego kota natychmiastowo pod wpływem afektu zmieniają typ oddychania. Po wycięciu zaś ośrodków inspiracyjnych kory (Bechterew) znikają ów wzruszeniowy, mimiczno-somatyczny odruch warunkowy, ów psychorefleks respiracyjny, a pozostałe mimo wybitnego afektu typ zwykłego oddychania. Z ośrodków pozakorowych, regulujących oddech, zasługują na uwagę umiejscowione: w *hypothalamus*, *tuber cinereum*, *infundibulum* międzymózgowia oraz w *locus coeruleus* mostu Warola.

Najnowsze badania nad oddechową czyli *hyperwentylacijną* padaczką (Foerster) i tężycą (Adlersberg), wielce ciekawe ze stanowiska teorii respiracyjnej, nie są jeszcze dojrzałe i do głębszej dyskusji się nie nadają. (D. c. n.).

Klasyfikacja gruźlicy *).

Podał

Seweryn STERLING (Łódź).

O potrzebę stosowania klasyfikacji w nozologii toczył się — przed laty prawie dwudziestu — spór naukowy między Edmundem Biernackim a Władysławem Biegańskim, dyskusja w stylu niepowszednim, bo Biernacki przeciw klasyfikowaniu wypowiedział się w książce, zatytułowanej „Zasady poznania lekarskiego”, a Biegański opowiedział się za pożytkiem klasyfikacji również w książce, w wydaniu drugim swej „Logiki medycyny”.

Biernacki obawia się, że klasyfikacja sprowadzi na błędne tory myśl lekarską, która, wynalazłszy odpowiednią nazwę dla spostrzeganego przypadku chorobowego, będzie uważała zadanie rozpoznania za wyczerpane. Obawia się, że wyznaczenie spostrzeganemu przypadkowi odpowiedniej klasy będzie zarazem podstawą leczenia; że schemat rozpoznaw-

*) Referat, wygłoszony na I. ogólnopolskim Zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie w d. 16 maja 1925 r.

czy będzie miał w skutku schemat lecznictwa. B i e r n a c k i obawia się, że będziemy leczyli nie chorego, lecz rozpoznanie choroby — z pominięciem cech osobniczych, danemu przypadkowi właściwych.

Stał w tem na stanowisku C h a ł u b i ń s k i e g o, który przy wyszukiwaniu wskazań lekarskich nakazywał pamiętać nie o gatunkach chorobowych, tylko o „momencie chorobnym“ najbardziej szkodliwym, ponieważ za cel lecznictwa uważał dążenie do wyrównania zaburzeń funkcji, przez ten moment wywołanych.

B i e g a ń s k i bronił tezy wartości klas w patologii. Klasyfikacja stanowi wyraz naukowego, pojęciowego opanowania nauki o danej chorobie; klasyfikacja zawiera streszczenie poznania, które w każdym danym przypadku zastosować możemy.

Jeśli, mówi B i e g a ń s k i, mniej uważny lekarz zapomina o tem, że wynalezienie nazwy nie stanowi istoty poznania spostrzeganego przypadku — nie może to być argumentem przeciw wartości klasyfikacji; nauka nie może odpowiadać za błędne z niej korzystanie.

Nauka ustanawia klasy nie jako schematy obrazów klinicznych, które nakładamy na obraz spostrzegany, próbując, czy do niego pasują, lecz jako wynik poprzedzającego poznania, które możemy zastosować w danym przypadku. W jakim stopniu i w jakim rozmiarze je zastosujemy, to zależy od rozmaitych osobniczych warunków danego przypadku i to będzie stanowiło istotę jego rozpoznania.

Podporządkowanie przypadków pewnym klasom jest dla celów praktycznych lekarza rzeczą pożyteczną. To stanowisko B i e g a ń s k i e g o dzielają obecnie, zdaje się, wszyscy.

* * *

Pomimo jednolitości głównego czynnika etjologicznego, którym jest lasecznik K o c h a, przebieg oddzielnych przypadków gruźlicy bywa w stopniu wysokim różnorodnościowy, a zejście—różne. Wpływa na to szereg warunków zarówno konstytucyjnych, jak i kondycyjnych; wpływa oporność (*resistentia*), zależna od więzi i kondycji, wpływa odporność (*immunitas*), zależna od skutków zarażenia, od wtargnięcia lasieczników gruźlicy do ustroju w różnym wieku osobnika i w różnym natężeniu.

Pomijam wyliczanie tego splotu warunków, który sprawia, że termin gruźlica nie jest nazwą jakiegś wyrażnie określonej postaci chorobowej klinicznej; a przecież od terminu nozologicznego żądać musimy treści, dającej więcej, niż ogólną wskazówką etjologiczną i histologiczną.

Termin gruźlica płuc obejmuje bogaty kalejdoskop obrazów klinicznych. Nie jest jednak ta różnorodność przebiegu i zejścia gruźlicy płuc tak bezkresowo wielka by nie można było znaleźć zespołu zmian, które się powtarzają i pozwalają na ułożenie pewnych grup klinicznych.

Klasyfikować gruźlicę płuc można z różnego punktu widzenia, klinicznego i teleologicznego.

Więc np. z punktu widzenia zapobiegawczego dzielimy gruźlicę na zamkniętą i otwartą.

Z punktu widzenia socjalnego na wymagającą opieki społecznej i tej niepotrzebującą.

Z punktu widzenia leczniczego — na wymagającą leczenia systematycznego i niewymagającą; na uleczalną i nieuleczalną.

Moim tematem jest punkt widzenia li tylko kliniczny. Z tego wychodząc, biorę pod uwagę trzy czynniki: odporność, zmiany anatomiczne — o ile one dają się określić metodami klinicznymi — i same objawy kliniczne.

Sprawę odporności w jej stosunku do postaci i przebiegu gruźlicy, począwszy od chwili zarażenia aż do chwili zgonu osobnika, należy ujmować za R a n k e m, dzieląc cały ten przebieg na trzy okresy stanu odporności; trzy okresy tej klasyfikacji biologicznej za punkt wyjścia mają: z m i e n n o ś ć s t o s u n k u p o m i e d z y l a s e c z n i e m K o c h a a z a r a ż o n y m u s t r o j e m.

Z trzech okresów biologicznych gruźlicy przedmiotem referatu jest okres trzeci, okres t. zw. *tuberculosis isolata pulmonum*, czyli okres suchot płuc przewlekłych.

O postaciach gruźlicy płuc ostrych będzie mowa w tym jedynie zakresie, w jakim wnikają one suchoty płuc przewlekłe.

Najprostszym podziałem klinicznym jest odróżnianie postaci przewlekłych od ostrych; rzecz prosta, że nie zadawała on potrzeb praktyki.

Podobnie mało jest wyczerpujący podział, który odróżnia dwie klasy: suchot drażliwych, *phthisis erethica* i suchot drętowych, *phthisis torpida*, czyli, wyrażając się mianownictwem współczesnem: odróżnia postaci toksyczne i postaci atoksyczne.

W klasyfikacjach dawnych największą rolę grał podział na suchoty dziedziczne, *phthisis hereditaria*, i suchoty nabyte, *phthisis acquisita*. Postacią ciężką, źle rokującą miały być suchoty dziedziczne, przechodzące z rodziców na dzieci niezależnie od warunków kondycyjnych. Suchoty nabyte zależeć znów miały jedynie od czynników kondycyjnych, więc np. od moczołki cukrowej, od przymiotu, alkoholizmu. Ale i inne czynniki miały być przyczyną powstawania suchot nabytych; mówiono o *phthisis ab haemoptoe, a pleuritide, a bronchitide, ab anaemia, dyspepsia, a puerperio*.

Wyróżniano też wśród suchot nabytych pewne postaci łagodne, jak np. *phthisis ab artritide*, czy też suchoty na tle pylec, t. zw. miynarskie.

Obok teorii dziedziczenia suchot istniała też teoria, upatrująca punkt ciężkości w dziedziczeniu więzi, właściwości konstytucyjnych. Tak np. B r e h m e r uzależniał powstawanie suchot od leniwego odżywiania się tkanki płucnej, ustroju wogóle — a to wskutek zbyt małego serca; takie serce może być jednak też nabyte, więc znów podział na suchoty dziedziczne i nabyte.

Alfred S o k o ł o w s k i (w r. 1877) dzielił suchoty płuc na konstytucyjne i zapalne. Konstytucyjne miały zależeć od dziedziczności, ale i od wpływów wyniszczających, jak niedostatek, przemęczenie, nadużycia. Suchoty zapalne miały być skutkiem ząębienia, katarów oskrzeli zaniedbanych, zapalen płuc przewlekłych, odry, urazu, wdychania gazów drażniących, od krwotoków. Postać pierwsza, konstytucyjna, spotyka się głównie u osób młodych; jest ona groźniejsza od postaci zapalnej, która przebiega powolniej i ma skłonność do gojenia się.

Rolę dziedziczenia konstytucji za dogmat uważali wówczas też francuzi, ściślej—szkoła paryska; a niedawno jeszcze (w r. 1919) L a n d o u z y usiłował połączyć ten pogląd ze zwyczajnym pochodem bakterjologii, mówiąc o roli dziedziczenia bądź zarazka (*hérédité du graine*), bądź podłoża (*hérédité de terrain, hérédité dystrophiante*).

Były to klasyfikacje, oparte na różnicy poglądów etjologicznych.

Nas tu obchodzą klasyfikacje kliniczne.

Niemcy zawsze, a szczególnie po odkryciu lasecznika gruźlicy—czynnik etjologiczny mieli za tak decydujący, że przez długie lata za rzecz mniej ważną uważali klasyfikowanie gruźlicy płuc na jakieś poddziały kliniczne.

Inaczej francuzi.

Konstrukcyjny umysł francuski, poszukujący zawsze przejrzystej architektoniki myślowej, jest twórcą klasyfikacji klinicznej suchot płuc najdawniejszej, która istniała i rozwijała się obok klasyfikacji etjologicznych.

Najdawniejszą klasyfikacją z tych, których dalszy rozwój prowadzi aż do czasów obecnych, jest klasyfikacja suchot płucnych B a y l e a, ogłoszona przed stu pięćdziesięciu laty. Opierając się li tylko na zmianach, spostrzeczanych przy rozbiórce zwłok, rozróżniał B a y l e trzy zespoły zmian w płucach ludzi, zmarłych na suchoty; nazwał je zmianami suchot początkowych, zmianami suchot wyraźnych i zmianami suchot posuniętych; więcej nawet — na podstawie rozumowania dodał jeszcze odmianę czwartą, okres *phthisis occulta*, kiedy zmiany w płucach są tak małe, że objawów choroby klinicznej nie mogły być wywołać; dodam nawiasem, że w tych właśnie przypadkach widywane krwopłucia uważał B a y l e za objaw istniejącej już gruźlicy płuc, zaprzeczając możliwość powstawania suchot z powodu krwotoku.

Cała ta klasyfikacja opierała się, jak mówiłem, na obrazach zmian anatomicznych, pisał bowiem B a y l e w czasie, poprzedzającym stosowanie opukiwania, a przed wykryciem metody osłuchiwanía. L a e n n e c nie zajmował się sprawą klasyfikacji, i dopiero G r a n c h e r, stosując już subtelności diagnostyki fizykałnej nazwał okres pierwszy, najwcześniejszy, *periode de la germination*, okresem kiełkowania, okresem nielicznych gruzełków rozrzuconych, po którym następuje

periode de la conglomeration, okres skupiania się gruzełków, które dają już kliniczne objawy miejscowe wyraźne.

Dalszy etap francuskiej klasyfikacji suchot stanowi szczegółowy podział Barda (1901).

Bard odróżnia: 1) postaci mięszone, kiedy gruźlica zajmuje gronka płucne — postaci kliniczne najczęstsze; 2) postaci śródmiąższowe, umiejscowienie się gruźlicy w tkance łącznej, otaczającej gronka i pęcherzyki; 3) postaci odoskrzelowe, kiedy gruźlica wychodzi z układu oskrzelowego; i 4) postaci odopłucnowe, kiedy gruźlica wychodzi z opłucny.

Każda z tych postaci ma swe pododziały i w ten sposób powstaje bogaty w odmiany schemat, który niewątpliwie najdoskonalej odzwierciedla rozmaite obrazy przebiegu gruźlicy płuc. Godny poznania i studjowania — jest jednak zbyt wielki dla celów praktycznych.

Nieco uproszczony przez Pieryego (w r. 1913) i przez Neumanna (w r. 1924) pozostanie, jak się zdaje, schematem klasyfikacyjnym raczej dydaktycznym, aniżeli klasyfikacją podręczną do użytku lekarza-praktyka.

Nową klasyfikację ogłosił niedawno znany klinicysta francuski L. Bernard.

Odróżnia on:

I. Tuberculosis acuta:

1. Tuberculosis pulmonum caseosa,
2. — — granulosa,
3. — — septica.

II. Tuberculosis chronica:

1. Tuberculosis pulmonum ulceroso—caseosa diffusa,
2. — — — — localisata,
3. — — — — fibrosa diffusa,
4. — — — — — localisata,
5. — — — — larvata (bronchitis tuberc. chron. Emphysema. Bronchiectasiae.).

Ruch sanatoryjny przez długie lata używał klasyfikacji Turbana-Gerharta. Jej braki są znane; nie będę więc o nich mówił. Na dwie ubocznie szkodliwe jej właściwości chcę jednak wskazać. Odróżnia ta klasyfikacja kliniczna suchot płucnych przewlekłych rozmiary zmian w każdym płucu z osobna; więc rozpoznanie choroby brzmi np. tak: gruźlica płuc ze strony prawej okrusu (stadium) drugiego, ze strony lewej — trzeciego.

Stosunek lasecznika do tkanki płucnej nie wyczerpuje jednak jeszcze wcale istoty choroby, nie może więc streszczać poznania o danej klasie chorobowej. Nie tylko zmiany tkankowe, płucne zachodzą w ustroju, dotkniętym suchotami, ale cały szereg zmian pozapłucnych; prócz dawno znanych poznajemy coraz nowe, jak np. obecność zmian w krążeniu, w składzie morfologicznym krwi, w składzie i własnościach fizykalnych surowicy krwi, w gospodarstwie wodnym ustroju, w stanie nerwów roślinnych i t. d.

Po wtóre, błędne w klasyfikacji Turbanowskiej jest miano: trzy okresy (stadia). O stadiach wolno mówić tam, gdzie mamy jakąś stałą kolejność rozwoju. Wolno np. mówić o kolejnych okresach rozwoju gruzełka. Ranke słusznie mówi o trzech okresach kolejnych w stosunkach między lasecznikiem Kocha a zarażonym ustrojem. Niema natomiast stałej kolejności w rozwoju objawów suchot; te same objawy powtarzają się w każdym z tak zwanych okresów; a niepodobna za jedyny miernik uważać rozmiaru zmian anatomicznych, ich postępu. W klasyfikacji suchot grają rolę zespoły zmian, które się powtarzają, one tworzą grupy kliniczne: postaci kliniczne.

W roku ubiegłym wystąpił Turban z nową klasyfikacją; o ile w pierwszej (z r. 1899) był zwarty i jednostronny, o tyle w tej usiłuje uwzględnić zbyt wiele. Jest więc np. w tym nowym schemacie klasyfikacyjnym suchot płucnych też punkt, nakazujący odpowiedź na pytanie, z jakim okresem Ranke o mamy w danym przypadku do czynienia, i jakkolwiek punkt główny klasyfikacji, dawne trzy stadia tyczą się wyłącznie okresu trzeciego, tuberculos isolata.

Ostatnio używany jest w Niemczech — mniej w praktyce, więcej w klinikach i sanatoriach podział oparty wyłącznie na jakości zmian anatomicznych; rozpoznanie charakteru zmian ma wystarczyć do określenia postaci klinicznej.

Odróżniała następujące typy zmian: ogniska gronkowo-wysiękowe i po zlanii się tych — ogniska zrazikowo-wysiękowe

(serowate); powtórne, ogniska gronkowo-wytwórcze i — po zlanii się tych — gronkowo-guzkowe; po trzeciej, ogniska śródmiąższowe gruzełkowe; po czwartej, ogniska stwardnienia i marskie.

Ten podział jest logicznym rozwinięciem nauki o histogenezie zmian gruźliczych w jej okresie obecnym. Jego zastosowanie w klinice jest ograniczone wydolnością naszych metod klinicznych, nie wyłączając metody rentgenologicznej. Klasyfikacja niemiecka nakazuje korzystanie wyłącznie z bezpośredniego określenia charakteru zmian anatomicznych w płucach. Jeśli więc to zawieszę, jeśli i przyrząd Roentgena odpowiedzi nie da — wtedy wypada wrzec się wogóle bliższego rozpoznania postaci klinicznej.

Ulrici mówi o czterech typach: I. Tuberculosis pulmonum productiva acinosa-nodosa. II. Phthisis cirrhotica. III. Tuberculosis pulmonum lobularis exsudativo-caseosa. IV. Pneumonia lobaris caseosa. Jak wiemy, zawsze przy obecności zmian mieszanych — denominatio fit a potiori. Są to właśnie przypadki suchot przewlekłych najczęstsze. Nawet Roentgen jednak nie zawsze odpowie na pytanie, czy przeważają zmiany wytwórcze, czy też — wysiękowe. Bezpośredniej na to pytanie odpowiedzi oczekiwać możemy wogóle nie często. Te zaś objawy kliniczne, które podają, jako mające odróżniać zmiany wytwórcze gruzełkowo-guzkowe od zmian wytwórczych łączno-tkankowych, często muszą zawieść. Różnica główna ma polegać na obecności rozedmy, która powstaje zawsze przy zmianach włóknistych.

Uznając wartość postępu nauki o histogenezie zmian gruźliczych, spostrzeganych w suchotach, wartość praktyczną przyznać im wolno na razie głównie w zakresie rentgenologii; do odegrania roli bezpośredniego przebiega klasyfikacyjnego w klinice suchot płucnych są te zdobycze anatomiczne jeszcze nie powołane.

Autorzy polscy nie przykładali większej wagi do zagadnienia klasyfikowania postaci klinicznych suchot płucnych.

Wielki podręcznik A. Sokołowskiego (z r. 1906) mówi o trzech okresach suchot płucnych przewlekłych: I. Okres poczynających się suchot, przebiegających: a) wśród objawów ze strony dróg oddechowych; i b) jako jeden z ośmiu rodzajów suchot skrytych.

II. Suchoty wyraźnie rozwinięte: a) z objawami zęszczeń; b) z objawami zniszczeń.

III. Suchoty płuc włókniste.

K. Rzętkowski przygodnie tylko, zdając sprawę w r. 1902, z wyników leczenia suchotników w szpitalu św. Ducha, mówi o podziale suchot na dwa okresy; pierwszy nazywa „oskrzelowym“, drugi — „miąższowym“, odróżniając w tym ostatnim postaci z przeważającym nacieczeniem i postaci z przeważającym rozpadem.

Biegański mówi jedynie o suchotach ostrych i przewlekłych, z podziałem — włóknistych.

L. Korczyński mówi o trzech typach gruźlicy płuc: 1) gruźlica szczytów; 2) gruźlica rozwijająca się w ogniskach pozapalnych; 3) zapalenie gruźlicze płuc.

Żadna z tych klasyfikacji nie odpowiada w całości wymaganiom obecnym.

* * *

Występując, jeden z pierwszych, w r. 1903, z krytyką powszechnie wówczas uznawanej klasyfikacji Turbana, wskazałem na możliwość pewnego jej udoskonalenia. W r. 1913 podałem własny schemat klasyfikacyjny suchot płucnych przewlekłych, który pozwałam sobie podać ocenie Sz. Pannów.

Punktem wyjścia tego schematu jest zasada, że o chorobie zakaźnej, w danym przypadku o suchotach, nie daje jeszcze pojęcia właściwego wyraz stosunku pasorzyta swiostego do tkanki, przezeń zajętej. A taki właśnie był punkt widzenia podziału na okresy Turbanowskie. Opanowanie pojęciowe nauki o suchotach płucnych uwzględniła wszystkie objawy; przedwzrostkiem — zależne od wpływu lasecznika na tkankę płucną, ale też i od stosunku jego i stosunku tkanek gruźliczo zmienionych — do ustroju, jako całości.

Klasyfikacja, uwzględniająca te czynniki, należy do typu klasyfikacji anatomiczno-klinicznych.

Wnioski o zmianach ilościowych są bezpośrednie; wnioski o jakości zmian opierają się zarówno na badaniu płuc, więc są bezpośrednie, jak i na charakterze zbroceń czynnościowych.

W klasyfikacji posiłkuję się mianami znanymi, pomny zasady, że mianownictwa należy używać, jak języka, jak mowy potocznej, a nie, jak słownika.

Samo klasyfikowanie uważam za czynność rozpoznawania różniczkowego między różnymi postaciami suchot płucnych.

W pełną swą ma ta klasyfikacja taki wzór (dla względów praktycznych, ułożona w tabliczce, nie powtarza przy każdym kolejno mianie wyrazu: *tuberculosis*).

POSTACI KLINICZNE SUCHOT PŁUCNYCH.

I. Postaci kliniczne suchot płucnych przewlekłych.

UWAGA. *Phth. p. chr.* znaczy: *Phthisis pulmonum chronica*.

Tub. znaczy: *Tuberculosis*.

Tuberculosis abortiva.

Phth. p. ch. incipiens. Tub. occulta.

"	"	"	"	"	manifesta stationaris.
"	"	"	"	"	progređiens acute.
"	"	"	"	"	chronice.
"	"	"	"	"	regrediens.
"	"	"	"	"	fibrosa.
"	"	"	"	"	fibroso-caseosa stationaris.
"	"	"	"	"	progređiens acute.
"	"	"	"	"	chronica.
"	"	"	"	"	regrediens.
"	"	"	"	"	caseosa progređiens acute.
"	"	"	"	"	chronice.
"	"	"	"	"	regrediens.
"	"	"	"	"	consumptiva fibrosa.
"	"	"	"	"	fibroso-caseosa.
"	"	"	"	"	caseosa.

II. Postaci kliniczne suchot płucnych ostrych.

Pneumonia tuberculosa.

Bronchopneumonia tuberculosa.

Tuberculosis miliaris catarrhalls.

" " suffocans.

Tuberculosis obsoleta.

Jako objaw t. zw. znamieny (*Biegański*), przyjmują rozmiary zmian; dają one oparcie do podziału najogólniejszego.

Zmiany tkanki płucnej, nie przekraczające — licząc od góry ku dołowi, żebra drugiego jednej strony (a przy zajęciu obustronnem—obojęczyków)—z przodu, a grzebienia łopatki—z tyłu; oto co zaliczamy do postaci *phthisis pulmonum incipiens*, ale też czasem i do *tuberculosis abortiva*, czasem i do *tuberculosis obsoleta*.

Granice zmian, dochodzące rozmiarów całego płata — lub w dwu okolicach płuc po pół płata—będą zaliczane do *phthisis pulmonum declarata*.

Wszystko, co zajmuje przestrzeń większą—do *phthisis pulmonum consumptiva*.

Chcę tu zwrócić uwagę na różnicę, jaką zawiera treść tego podziału, jeśli ją porównać z nową klasyfikacją *Turbana*, z r. 1924.

Turbana do swych określeń topograficznych (*extensitas*) dodaje określenia, dotyczące jakości (*intensitas*) spostrzeganej w płucach sprawy. Więc mówi, że stopień pierwszy stanowią „schorzenia lekkie aż do rozmiaru jednego płata”. To określenie „lekkie” nie wiele mówi, jest mało ścisłe; to też schemat *Turbana* nowski najnowszy żąda współcześnie takich danych, jak: 1) okres rozwoju podług *Rankego*; 2) okres odporności (*allergia, anergia*); 3) postać anatomopatologiczna (*fibrosa; nodosa; exsudativa?*); 4) kierunek choroby (*stationaris; regrediens; progređiens?*); 5) gr. zamknięta, czy otwarta?; 6) gorączka; 7) zakażenie mieszane?; 8) powikłania.

Nie jest określenie „schorzenie lekkie” wnioskiem, wprowadzonym na zasadzie objawów pozapłucowych, bo w tej samej tablicy klasyfikacyjnej przewidziany podział podług *Turbana*—*Gerhardta* nakazuje określanie stanu lekkiego lub ciężkiego, po każdej stronie klatki piersowej oddzielnie; to wyłącza możliwość korzystania z objawów ogólnych.

Określanie bezpośrednie przy badaniu płuc zmian jako lekkich lub ciężkich jest nieraz zawodne; może więc stanąć

w sprzeczności z wielu odpowiedziami, żądaniami przez inne punkty klasyfikacji.

Dopóki podział *Turbana* mówił jedynie o rozmiarach, dopóty określenie schorzenia jako lekkiego lub ciężkiego dawało jakieś choćby bardzo ogólne zabarwienie jego klasyfikacji mechanicznej. Jeżeli obecnie wprowadza szczególnie zarówno kliniczne, jak immuno-biologiczne, to wspomniane terminy płaczą się tu bez wielkiej treści i bez pożytku.

W mojej klasyfikacji starałem się pozostać w każdej z rubryk klasyfikacyjnych przy jednym jakimś probierzu: rozmiar zmian jest tym probierzem w rubryce pierwszej; obecność lub brak klinicznie stwierdzonych zmian gruźliczych miejscowych, — rubryka druga, potrzebna jedynie dla suchot początkowych; domniemalny charakter zmian anatomicznych—rubryka trzecia; dynamika sprawy swoistej w chwili badania — rubryka ostatnia.

Ustaliwszy objaw znamieny, dalsze cechy klasyfikacyjne ustalamy, posiłkując się metodą t. zw. indukcyjną. Polega ona (*Biegański*) na pierwotnym, hypotetycznym uogólnieniu i następnym sprawdzaniu wniosku uogólnionego na podstawie faktów.

Więc np. po zbadaniu chorego (przypominam, że jest to chwila, kiedy rozpoznanie choroby jest już dokonane; mamy przed sobą jedynie zadanie rozpoznania różniczkowego między różnymi postaciami suchot) stawiamy wniosek uogólny, że jest to np. przypadek zmian mieszanych; uprzytomniwszy sobie cechy rozpoznawcze takich zmian, stwierdzamy ich obecność lub brak; tą drogą dochodzimy do przekonania bądź o słuszność pierwotnego przypuszczenia, bądź też o jego niesłuszność, kiedy np. ilość zmian jednego typu (wysięk, zserowacenie; czy też stwardnienie, marskość) — przeważa; nie nazywamy wtedy spostrzeganych objawów *tuberculosis fibroso-caseosa*, jeno bądź—*caseosa*, bądź *fibrosa*. Podobnie rozumiemy, określając dynamikę przebiegu spostrzeganego, poszukując określenia: *stationaris* czy *progređiens*; podobnie—wybierając między mianami: *acute*, czy *chronice*.

To postępowanie właściwe lekarzom przy stawianiu rozpoznania w praktyce — stosujemy i tutaj.

Otrzymujemy rozpoznanie, sumujące nasze wiadomości o rozmiarach zmian, o ich domniemanym charakterze, o charakterze zmian czynnościowych, o ich tendencji rozwojowej.

Wiele klasyfikacyj, więc np. i ostatnia *Turbana* nowska, każe odpowiedzieć na pytanie: czy są jamy płucne.

Niewątpliwie, obecność jam świadczy o zniszczeniu, o rozpadzie i eliminacji tkanki płucnej; ich obecność nadaje piętno złośliwszej chorobie.

Jeśli jednak tego objawu nie uwzględniłem, to z powodów następujących.

Zarówno badania pośmiertne, jak rentgenologiczne przekonały o istnieniu t. zw. jam niemych (*cavernes muettes*), nie dających żadnych objawów klinicznych.

Po wtóre, spostrzegamy jamy, szczególnie zamknięte, przez lata długie dające wyraźne objawy miejscowe, a nierobiące szkody ich właścicielowi. Bywają takie jamy i otwarte, wydzielające stale płwociny z lasecznikami.

Otóż, czy o szkodliwości jamy, t. j. o jej wpływie na rokowanie, decydują objawy bezpośrednie, na podstawie badania samej jamy otrzymane, czy też objawy ogólne?

Bard w swojej klasyfikacji tak szczegółowej mówi o jamach w przebiegu trzech postaci suchot przewlekłych: *phthisis ulcero-fibrosa cachectisans*; *phthisis cavitatis ulcero-rosa*; *phthisis cavitatis stationaris* (że pominię jamy, powstające w przebiegu gruźlicy podostrawej i ostrej). Otóż, o charakterze łagodnym względnie, czy złośliwym jamy mówią, podług *Barda*, przedewszystkiem objawy ogólne. Ponieważ zaś te objawy są już objęte rubrykami mojej klasyfikacji, więc samo stwierdzenie obecności jamy nie wieleby do schematu dodało.

Nie wyliczam objawów klinicznych, które są właściwe każdej postaci, ani objawów, które przemawiają za postępem sprawy gruźliczej, czy znów za jej gojeniem się, cofaniem. Byłoby tego za wiele, a nie mówiło Sz. Panom nic nowego¹⁾.

1) Sprawę tę omówiłem szczegółowo w pracy p. t.: „Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych”. drukowanej w r. 1925 w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Wyszła też jako odbitka nakładem Spółki wydawniczej lekarskiej. Lwów. 1925. Stronic 36.

O dwu tylko sprawach pow.em, by je niejako podkreślić.

Węc: *tuberculosis abortiva*. Miano mało używane. Postać wyodrębniona przez Bar da, której charakter trafnie określa też Bern ar d, zaliczając ją do *tuberculosis fibrosa localisata*. Jest to postać gruźlicy o zmianach klinicznych w szczytce bardzo wyraźnych, której objawem głównym są krwotoki płucne, a węc objaw, taką panikę szerzący. A jednak postać to łagodna, nie mająca tendencji rozwojowej.

Po wtóre: *tuberculosis obsoleta*, gruźlica zagojona. Znow zmiany wyraźne, zmiany, łatwo wykrywane; zmiany gruźlicze — bez choroby; blizny.

Właściwe mianownictwo, porządnie wyodrębniające *tuberculosis abortiva* i *tuberculosis obsoleta*, usuwa niemały chaos i nieporozumienie w dziedzinie gruźlicy t. zw. początkowej.

Rzecz zrozumiała, że tylko dłuższe spostrzeżenie daje możność pewnego zróżnicowania trzech najłagodniejszych postaci gruźlicy w płucach, jak: *phthisis pulmonum incipiens manifesta stationaris* — *tuberculosis abortiva* — *tuberculosis obsoleta*.

Parę jeszcze słów w sprawie gruźlicy płuc ostrej, która może stanowić zejście suchot płucnych przewlekłych. Stać się to może w przebiegu każdej z postaci suchot. Najczęściej się zdarza w przebiegu *phthisis declarata* lub *consumptiva*. W każdym przypadku *phthisis chronica caseosa declarata*, czy *consumptiva* można już mówić o *phthisis acuta*. W naturze przejścia są stopniowe, żadną klasyfikacją nie krępowane.

Celem ostatecznym klasyfikacji jest danie oparcia dla rokowania, oparcia, popartego danymi ścisłymi.

Kto jednak pamięta o tem, jak bardzo sztuka lekarska daleka jest od ścisłości naukowej, ten zostawić musi jakieś miejsce i dla intuicji lekarskiej.

Zdarza się z nas każdemu, że szk'ełko mędrca nam wykazuje jedno, a jakieś t. zw. przekonanie wewnętrzne, oparte na podświadomym spostrzeganiu i kojarzeniu, jakaś suma spostrzeżeń i doświadczeń, niedających się włożyć w żadne,

granicami wiedzy lekarskiej przewidziane ramy, nasuwa wąpliwości podmiotowe o słuszności wniosku rokowniczego, opartego na zespoleniu stwierdzonych zaburzeń.

Dlatego pozwalam sobie podać króciutkie i łatwe do zapamiętania znaki rokownicze. Niech nam będzie wolno cbok rozpoznania, sformułowanego podług schematu klasyfikacyjnego — dodać czysto osobniczy nasz pogląd na losy danego przypadku; będzie to resumé rozpoznania, czasem zabarwione podmiotowo.

Proponuję w tym celu korzystanie z takich symboli.

Rokowanie I	—	znaczy	dobre
"	I/II	"	względnie dobre
"	II	"	wątpliwe
"	II/III	"	bardzo wątpliwe
"	III	"	złe.

Może te symbole dadzą nam niekiedy możność wyrażenia poglądu optymistycznego — wbrew twardym wnioskom rozpoznania objektivnie ścisłego i powiedzenia: *contra spem spero*.

Nie bardzo przekonywającym obrońcą schematów klasyfikacyjnych nazwać mię może Sz. Zgromadzenie już dlatego, że ot pod sam koniec przemówienia wprowadził czynnik intuicji przy stawianiu rokowania.

W tem uczone i krytyczne gronie nie boję się, obrońca wartości klasyfikacji w nozologii — być źle zrozumianym nawet wtedy, kiedy rzecz swą zakończę słowami jednego z klin cy stów współczesnych, słowami tak bliskiem nauki Ch a ł u b i ń s k i e g o:

Ponad systematyką postaci chorobowych, ponad systematyką pojęć chorobowych — stoi ocena stosunku chorego do zmian chorobowych¹⁾.

1) Uchwała I-go Polskiego Zjazdu Przewodniczącego: „Zjazd uchwała przyjąć podział kliniczny gruźlicy płuc D-ra Seweryna Sterlinga, jako obowiązujący dla lekarzy polskich”.

Wykłady kliniczne.

Teoria i praktyka współczesnego leczenia wapniem.

Podał

Dr. med. Gustaw RACIĄŻEK (Warszawa).

Wapń, jako środek leczniczy, oddawna już cieszył się wśród lekarzy wzięciem zmiennem, co w dużej mierze przypisać należy przecenianiu zalet tego środka z jednej, nieodpowiednim sposobem stosowania z drugiej strony. Wraz z rozbudową nowoczesnej nauki o fizyczno-chemicznych właściwościach krwi i soków ustroju poczyniło również znaczne postępy leczenie preparatami wapnia.

Pokazało się wkrótce, że bez uwzględnienia roli, jaką odgrywa wapń (*calcium*) w fizjologii i biologii, — nie może być mowy o racjonalnym wyzyskaniu cennych własności farmakologicznych soli wapniowych.

Przeciętna ilość wapnia, jaką powinien otrzymywać organizm dorosłego człowieka, wynosi 1 gram; ilość ta jest mu zazwyczaj dostarczana z pożywieniem; odpowiada ona naogół ilości wapnia, wydalanego z ustroju za pośrednictwem moczu i kału (w przeważnej części).

Dokładne określanie bilansu wapniowego napotyka jednak poważne trudności.

Według Nelsona i Burnusa ilość wydzielanego wapnia u zdrowych dorosłych osób wynosi:

Ilość dobową całkowitą: 0,41 — 1,015 gr. Ca, z czego przypada na mocz: 0,125 — 0,441 (ca 30 — 40%), na kał: 0,29 — 0,572 (ca 40 — 60%).

1) Heteny i Nogrady z kliniki Koranyiego w Budapeszcie przeprowadzili badania na większym materiale chorych celem przekonania się, w jakich warunkach zachodzić może zaburzenie w wydzielaniu wyłącznie tylko wapnia. Po uprzednim opróżnieniu pęcherza i podaniu dożylnym 10 cm³

W badaniach Starckensteina najczęściej otrzymywano pierwsze liczby (a więc niższe) 1).

W okresie dojrzenia bilans wapniowy jest zawsze dodatni, przyczem u zdrowego niemowlęcia np., otrzymującego z mlekiem matczym 0,3 — 0,4 CaO na dobę, codzienny przyrost wapnia wynosi 0,1 — 0,2 CaO.

W ustroju ludzkim znajdujemy wapń w postaci stałej i rozpuszczonej. nierozpuszczalne sole wapnia (węglan i fosforan) stanowią najistotniejszy składnik tkanki kostnej, natomiast rozpuszczalne krążą we krwi i sokach ustroju. Pod względem swych właściwości: fizyczno-chemicznych przedstawiają krążące w ustroju rozpuszczalne sole wapniowe pewne odmiany; dotyczy to przede wszystkim wapnia, znajdującego się we krwi. Mianowicie, tylko część jego stanowi ciało drobnowo rozpuszczone w ścisłym znaczeniu tego słowa ($Ca [HCO_3]_2$), część znajduje się w koloidalnym połączeniu z łałami białkowymi i lipinami, wreszcie, jak zobaczymy dalej, najmniejsza część występuje w postaci zjonizowanej.

Znajomość warunków, w jakich powstają wymienione koloidalne związki wapnia z albuminami krwi, jest, jak zobaczymy dalej, nieodzowna do zrozumienia szeregu spraw chorobowych, tudzież odpowiedniego stosowania soli wapniowych w przebiegu tych ostatnich. Francuscy autorowie do

10% Ca Cl². — za pomocą kateteru zbierano mocz do przygotowanych naczyń, które zmieniano po 5, 10, 15, 20, 30, 45 i 60 minutach po dokonanej iniekcji chlorku wapnia. Po odstawieniu kateteru badany jeszcze w ciągu całej godziny nie otrzymywał pożywienia, ani płynów, dopiero po zebraniu ostatniej porcji moczu przystępowano do określenia zawartego w nich wapnia metodą de War da. Okazało się, że tak zwana *hypostenuria partialis*, dotycząca jedynie wapnia, nie występowała w żadnym przypadku, natomiast towarzyszyły jej stale i równolegle zmiany w wydzielaniu chlorków i mocznika. Autorowie metodę swoją uważają jednocześnie za praktyczną i dokładny sprawdzian stanu czynnościowego nerek.

badania w tym kierunku posługują się od niedawna metodą t. zw. ultraprzesączania (ultrafiltration). Do badań krwi (osocza) używają oni porowatych filtrów o bardzo miernym utkaniu, skonstruowanych w ten sposób, że przepuszczają one z łatwością krystaloidy osocza, natomiast koloidy ulegają zatrzymaniu. Przy pomocy tych filtrów udaje się oddzielić wszelkie t. zw. ultraprzesączalne ciała (ultrafiltrables) — krystaloidy od nieprzesączalnych — koloidów. W stosunku do Ca krwi ustalono tym sposobem, że, gdy u ludzi zdrowych zachodzą w stosunkach ilościowych tych dwóch grup tylko minimalne wahania, to natomiast w warunkach patologicznych dają się zauważyć różnice wyraźniejsze.

Wapń ultraprzesączalny (krystaloid) stanowi w warunkach prawidłowych 55 do 60% wapnia całkowitego, podczas gdy np. w stanach kwasicy krwi (acidosis) ilość jego gwałtownie się zwiększa, nb. kosztem wapnia koloidalnego, i może w pewnych przypadkach osiągnąć nawet 100%. Należy przytem zauważyć, że charakter i pochodzenie kwasicy bynajmniej nie wpływają na powyższe zjawisko. Stanie się to zrozumiałe, jeśli uwzględnimy, że wszelkiego rodzaju stany kwasicy sprowadzają się do mniej lub bardziej przejściowo panującego nadmiaru kwasu węglowego we krwi. Że, między innymi, CO₂ jest niejako czynnikiem, regulującym ilość wapnia koloidalnego — zdołali się przekonać Blum, Delaville i Caulert z kliniki lekarskiej B. w Strasburgu za pomocą następującego doświadczenia (in vitro): przepuszczając strumień CO₂ przez krew, wzgl. osocze, określali ilość wytwarzającego się wapnia koloidalnego w zależności od różnego stężenia CO₂. Pokazało się, że, im większe było stężenie CO₂, tem mniej się wytwarzało koloidalnego wapnia i odwrotnie.

Z klasycznych badań Loeba nad fizyczno-chemicznymi właściwościami koloidów białkowych wiemy, że albuminy budową swą przedstawiają t. zw. „amfolyty“, to znaczy ciała, mogące być jednocześnie zarówno kwasami, jak zasadami, w zależności od środowiska, w jakim się znajdują. W każdym środowisku, którego PH przewyższa bądź jest punkt izoelektryczny tych ciał, będą one (amfolyty) kwasami, w warunkach przeciwnych — zasadami.

W oddziaływającej słabo alkalicznej krwi prawidłowej niektóre proteiny odgrywają z powyższych powodów rolę kwasów i, wiążąc Ca, tworzą koloidalne związki (proteiny wapnia). Wystarczy jednak, ażeby nastąpił pewien stopień kwasicy, a wnet wspomniane proteiny przyjmują charakter zasad i jako takie tracą zdolność do wiązania wapnia. Związki te ulegają rozluźnieniu; ilość koloidalnego wapnia się zmniejsza. W pewnych warunkach reakcja zachodzi niezwykle gwałtownie, co ma, być może, miejsce również w t. zw. kolloidoklastycznym wstrząsie.

Ze względu na związek, jaki panuje w stosunkach ilościowych pomiędzy wapniem koloidalnym a tak zwaną rezerwą alkaliczną krwi — pragniemy tej ostatniej poświęcić kilka słów.

Rezerwa alkaliczna jest jednym z najważniejszych czynników, czuwających nad równowagą kwasozasadową krwi, nad jej PH. Stężenie jonów wodorowych we krwi, jej PH, waha się b. nieznacznie w granicach 7.33—7.40. (w warunkach prawidłowych). Mówimy, że panuje w niej odczyn słabo alkaliczny. Badania najrozmaitszych środowisk (soków) biologicznych wykazały, że identyczne PH posiadają soki śródkomórkowe, płyny w jamach surowiczych i płyn mózgowodeniowy.

Tymczasem PH moczu dobowego człowieka zdrowego, będącego na diecie mięsnej, wynosi 6.0 (Henderson i Palmer), lubo stwierdzić możemy, że liczba ta ulegać może w ciągu doby wahaniom w granicach np. 7.2 i 5.0. W soku żółtkowym znajdujemy PH — 1.8, przyczem liczba ta u różnych osobników może wykazywać znaczne wahania.

Wobec powyższych liczb — sposób, w jaki organizm nasz potrafi utrzymać PH krwi na pewnym stałym poziomie, po dzień dzisiejszy stanowi dla nas fizjologiczne *curiosum*. Liczne doświadczenia, w szczególności szkoły amerykańskiej, przemawiają niedwuznacznie za istnieniem jakiegoś układu, regulującego PH krwi. Henderson, dodając do krwi kwas solny w ilości, odpowiadającej połowie dwuwęglanu w krwi, zauważył obniżenie PH jedynie z 7.5 do 7.2. Haldane w doświadczeniach in vivo — wprowadzał psu do krwiobiegu duże ilości NH₄Cl, Mac Nider wprowadzał 25 cm. 3% roztworu NaHCO₃. Jak w jednym, tak i w drugim przypadku wyniki zaburzenia szybko przemijały (według

Mac Nidera w kilka godzin), i w chemizmie krwi następował *status quo*.

Krew zawiera pewną, względnie stałą ilość zasad, których część zrównoważona jest przez odpowiednie kwasy stałe, reszta zaś znajduje się w związku z kwasem węglowym pod postacią dwuwęglanów. Te ostatnie stanowią właśnie tę niezmiernie ważną wspomnianą już wyżej rezerwę alkaliczną krwi. Jej wartość obronna wobec grożących z tej czy innej strony zamachów na PH krwi, ściślej mówiąc, jej rola regulatora PH polega na zdolności stanowiących jej treść dwuwęglanów do szybkiego przeciwstawienia się wprowadzonym, bądź we krwi powstałym kwasom.

W razie spadku rezerwy alkalicznej (ilości dwuwęglanów) poniżej normy mówimy o kwasicy (acidosis). Stan taki może być spowodowany przez nadprodukcję kwasów stałych bez jakichkolwiek zaburzeń ze strony aparatu wydalającego, jak np. w cukrzycy, jak również wypływać może z niedostatecznego wydalania prawidłowo wyprodukowanych, lecz nagromadzonych w nadmiarze kwasów, jak to się np. zdarza w przebiegu niektórych zapaleń nerek.

Ze stanem odwrotnym, t. j. zwiększeniem się ilości dwuwęglanów, spotykamy się względnie rzadziej, jakkolwiek stany te (alcalosis) zajmują ważne miejsce w patogenezie np. tężyczki, o czem zresztą będzie jeszcze mowa.

Określanie rezerwy alkalicznej posiada niemałe znaczenie dla leczenia szeregu schorzeń, albowiem pozwala w wielu przypadkach zapobiec w porę niebezpiecznym powikłaniom w przebiegu cukrzycy, ciąży oraz zapaleń nerek. Tak np. w azotemji nerkowej stopień kwasicy decyduje o ciężkości choroby niemej, niż ilość mocznika we krwi. — Zasada najbardziej przyjętej metody określenia rezerwy alkalicznej (Van Slyke) jest następująca: za pomocą mocnego kwasu ekstrahuje się w próżni całkowity kwas węglowy z jednego cm³. osocza; po wprowadzeniu go pod ciśnienie atmosferyczne i określeniu objętości, otrzymuje się wielkość rezerwy alkalicznej. Wynosi ona przeciętnie 65 z wahaniami maksymalnymi od 53 do 77*). Poza te granice panują już warunki patologiczne.

Ograniczając się narazie do niniejszej krótkiej wzmianki o rezerwie alkalicznej tudzież o związanej z nią ewolucji wapnia koloidalnego, wypadnie bowiem jeszcze o tem wspomnieć w dziale o patogenezie tężyczki, krzywicy etc. przejdziemy obecnie do omówienia dalszej, tak zwanej zjonizowanej postaci występującego we krwi wapnia. Odmiana ta jest fizjologicznie najbardziej czynna i reprezentuje około 3 mg. % (Rona, Takahashi, Brickman).

Wybitny wpływ na stężenie jonów wapniowych wywierają jony H i HCO₃, jak również znajdujące się we krwi anjony fosforanowe (György). Według wielu autorów ta ostatnia okoliczność odgrywać ma rolę decydującą w patogenezie skazy drgawkowej, o czem zresztą będzie mowa niżej.

Przy słabszej zasadowości środowiska (krwi) stężenie jonów wapniowych wzrośnie, przy silniejszej zasadowości — spadnie. Podczas gdy jony H, HCO₃ i HPO₄ stanowią niejako czynniki, regulujące stężenie jonów Ca, — inne, a przedewszystkiem Na, K i Mg, okazują wybitny wpływ na fizjologiczną dynamikę Ca. Pierwszym, który rzucił snop światła na panującą dotychczas mrok w poglądach na powyższe zagadnienia, — był Jacques Loeb. Zanurzał on zapłodnione jajo *Fundulus heteroclitus* w czystej wodzie: jajo rozwijało się bez przeszkód; za dodaniem soli z jednowartościowym katjonem np. Na, K lub Rubidium, jajo szybko obumierało; zjawisko to występowało również, jeśli, miast soli z jednowartościowym, użyto soli z dwu- lub wielowartościowym katjonem. Natomiast woda, zawierająca powyższe sole, rozpuszczone wspólnie (a więc z zarówno jedno- jak dwu- lub wielowartościowym katjonem), przestawała być dla jaja zgubna: rozwój jaja raźnie postępował. Tak więc jedno- i dwuwartościowe katjony, trujące dla jaja każdy z osobna, — tracą swe zabójcze własności przy działaniu wspólnem jednoczesnym; na skutek wzajemnego antagonizmu, polegającego na różnem naładowaniu elektrycznym, następuje czynnościowe zubożenie. W doświadczeniu powyższem zachodzi w głównej mierze działanie jonów, a nie soli, albowiem podstawione np. K(Cl) przez K(NO₃) nie wpływało na przebieg doświadczenia. Tak samo

*) należy zaznaczyć, że liczby te dotyczą badanych naczyni w spoczynku.

nie decydują tutaj czynniki osmotyczne, gdyż np. czysta woda i woda, zawierająca odpowiednie jony, zachowywała się biologicznie jednako. Z pośród zawartych w sokach i tkankach zwierzęcych jonów Na i K, obarczone pojedynczym ładunkiem elektrycznym (jony jednowartościowe), — Mg i Ca, podwójnie naładowane elektrycznie (jony dwuwartościowe), wykazują ciekawe powinowactwa wzajemne. Serce żaby (izolowane), pogrążone w płynie odżywczym, zawierającym wyłącznie jeden jednowartościowy katjon, — Na, a więc np. w roztworze soli kuchennej, wkrótce zatrzymuje się w rozkurczu. Dodanie jeszcze innego jakiegokolwiek jednowartościowego katjonu, np. K, potęguje jądowitość roztworu, — serce zatrzymuje się szybciej. Wystarczy jednak dodać do roztworu odpowiednią ilość dwuwartościowych katjonów Ca, ażeby stworzyć dla serca warunki zupełnie pomyślne: środowisko, zawierające z jednej strony jednowartościowe jony Na, wzgl. K, z drugiej dwuwartościowe Ca, przestaje być dla serca trującym. Niebezpieczeństwo dla mięśnia sercowego zostaje tedy zażegnane przez antagonizm tych dwóch biegunowo przeciwnie czynnych grup jonowych.

W tem niejako zmaganiu się elektrolitów godnym przeciwnikiem jonów wapniowych są jony potasowe, podczas, gdy jony sodowe (Na) jonom wapniowym nie dorównują. Na doświadczeniach Loeba oparł swe badania Zondek, który umieszczał wycięte serce kolejno w wodzie czystej oraz w wodzie, zawierającej katjony, przyczem przekonał się, że serce kurczyło się lepiej w wodzie czystej, niż w zawierającym tylko jeden katjon roztworze soli kuchennej, natomiast *optimum* w znaczeniu fizjologicznym stanowił dla serca taki płyn, który zawierał katjony w stężeniu następującem: 0,8% NaCl (dla serc zwierząt ciepłokrwistych), 0,02%, CaCl₂, 0,01% KCl i 0,01% NaHCO₃. Jest to właśnie powszechnie znany płyn Ringera; polega on na stałym stosunku procentowym zawartych w nim jonów, różni się tedy zasadniczo od tak zwanego (niesłusznie) fizjologicznego roztworu soli kuchennej, naśladującego jedynie osmotyczne właściwości krwi, podczas gdy pierwszy stanowi kopję jonów w jego środowiska krwi. Nawasem mówiąc, również i płyn Ringera nie odpowiada wszystkim warunkom płynu, mającego zastąpić krew. Bayliss, jak wiemy, dodaje doń gumy arabskiej; wprowadzając tem samem nowy czynnik ciśnienia kolloidalnego, osiągał doskonale wyniki, nawet przy upuście 70% krwi. Drugim ważnym warunkiem jest odpowiednia ilość jonów wodorowych, czyli odpowiednia reakcja płynu.

Z dalszych badań wielu fizjologów okazało się rychło, że od prawidłowego stanu równowagi jonowej krwi względnie płynu odżywczego zależy czynność nie tylko mięśnia sercowego, lecz i wielu innych narządów, a nawet poszczególnych komórek. Minimalne przesunięcia na korzyść jednej (Na, K) czy drugiej grupy (Ca) jonów pociągają za sobą swoje zmiany czynnościowe, które przy przewadze np. jonów sodowych pójdą w jednym, przy przewadze natomiast wapniowych — w drugim, wprost przeciwnym kierunku.

Przekonamy się niebawem, że panujący pomiędzy grupami jonów, których najwybitniejszymi przedstawicielami są K. z jednej, a Ca z drugiej strony — antagonizm przeziarać będzie niby „leitmotiv“ w nieskończonym szeregu zjawisk i procesów fizjologicznych tudzież w przejawach życiowych poszczególnych narządów.

Z powodów, o których będzie niżej mowa, szczególnie dokładnym obserwacjom poddawano zachowanie się mięśnia sercowego w następstwie zmian w stężeniu zawartych we krwi (resp. płynie odżywczym) katjonów (K i Ca). Pokazało się, że, jeśli nadmiar, ściślej mówiąc, względna przewaga K w płynie odżywczym powodowała pogłębienie rozkurczu mięśnia sercowego, to, odwrotnie, przy względnej przewadze wapnia następowało wzmocnienie skurczu aż do zupełnego zatrzymania się serca (w fazie skurczowej). Wszelako, jeśli nadmiar dotyczył zarówno jonów K, jak Ca — akcja serca dostrzegalnych zmian nie doznawała.

Łatwo zrozumieć, że i deficyt, względnie zupełny brak Ca jonów pośrednio pogłębiał rozkurcz serca, albowiem występowała tu na jaw przewaga antagonistycznych jonów K. Nie wdając się na tem miejscu w szczegółowy rozbiór działania wapnia na czynność mięśnia sercowego, albowiem będzie on przedmiotem szerszego omówienia w rozdziale, dotyczącym nasercowego działania soli wapniowych, pragniemy jedynie wspomnieć o interesującej analogji, jaką upatruje Loevi w działaniu wapnia i naparstnicy. Porównując

to działanie, doszedł on do wniosku, że jest ono identyczne. Naparstnica ma uczulać mięsień sercowy względem wapnia, przyczem zubożenie w wapń powoduje wzmogoną nań wrażliwość. To też zrozumiałym wobec tego wyda się fakt, że np. chorzy na przebiegającą z deficytem wapnia skazę drgawkową (tetania) są na podanie naparstnicy niezwykle wrażliwi, podczas, gdy chorzy na encephalitis (hypercalcemia) 12—14 mg. % Ca) doskonale znoszą nawet bardzo wysokie dawki naparstnicy.

Wypada w końcu wspomnieć o nieco paradoksalnem działaniu wapnia na ciśnienie krwi. Wielokrotnie doświadczenia na ludziach i zwierzętach pozwoliły ustalić, że działanie to jest niejednolite; że pod wpływem wapnia ciśnienie krwi niekiedy spada, niekiedy znów się wzmagą. Z uwagi na długi lańcuch warunkujących ciśnienie czynników (serce, naczynia obwodowe, ośrodki naczynioruchowe, tkanki) zrodziło się przypuszczenie, że wapń w niejednakowym kierunku oddziałuje na wymienione czynniki, t. zn. że np. na serce działa pobudzająco, drogą mocniejszych skurczów podnosząc ciśnienie, a na naczynia obwodowe hamująco, obniżając ciśnienie i t. d., i że wskutek tego o ostatecznym wyniku decyduje przewaga jednego czy drugiego bodźca.

Niejednokrotnie podkreślaliśmy wyżej wybitną rolę, jaką odgrywają jony wapniowe i inne (K i Na) w całości kształcie życia fizjologicznego każdej żywej komórki, wobec tego nie wyda się dziwnym wpływ Ca na tak ważne z punktu widzenia fizjologii narządy, jak przewód pokarmowy, macica, pęcherz moczowy oraz układ gruczołowo-wydzielniczy. Na pierwsze, raczej na ich muskulaturę działa Ca hamująco, względnie porażająco, podczas gdy K jony wywierają wpływ drażniący, okoliczność, w wysokim stopniu brana pod uwagę, jak zobaczymy niżej, w lecznictwie.

Bardzo zagadkowy był wpływ wapnia na narządy o utkaniu gruczołowym. Nie brak było głosów, ostrzegających przed stosowaniem Ca np. w schorzeniach nerek. To też nie małą zdobyczą fizjologii i patologii stały się odkrycia Brinkmanna i Hamburgera, wyświetlające rolę wapnia w życiu nerek i wątroby. W doświadczeniach pokazało się, że nerka, przepłukiwana płynem, w którym prawidłowa równowaga jonów (Ca, Na, K) uległa zakłóceniu, przestawała być dla cukru gronowego np. przepuszczalna, bądź też przepuszczalność stawała się nadmierną, przyczem względna przewaga Ca lub K powodowała zmianę przepuszczalności dla cukru tak w jednym, jak i drugim kierunku. Nie ulega wątpliwości, że prawidłowy stosunek jonów jest nieodzownym warunkiem dla dostosowanej do potrzeb fizjologicznych przepuszczalności nerki również i względem innych ciał, jak np. chlorków, białka, mocznika. Co do ostatniego, interesujące są wyniki badań Susana, który ustalił wzmogone wydzielanie mocznika pod wpływem Ca.

Podobnego oddziaływania należałoby oczekiwać ze strony innego narządu gruczołowego, jakim jest wątroba, badania dotychczasowe jednak nie zdołały jeszcze rozstrzygnąć wielu kwestji. Stwierdzono wprawdzie, że np. mobilizacją glikogenu, a co zatem dzie hyperglikemja następuje tak samo, acz w słabszym stopniu, na skutek wprowadzonych do krwiobiegu jonów wapniowych, jak np. pod wpływem adrenaliny — podrażnienia nerwu współczulnego. W niewielkiej liczbie badań własnych nie zdołaliśmy jednakże zauważyć wpływu wapnia na poziom cukru we krwi, zarówno w stanach hyperglikemicznych, jak i w warunkach prawidłowych. Warto zaznaczyć, że również i w tej dziedzinie, jak to wynika z doświadczeń Semlera z kliniki Krausa, zachowują jony potasowe niezmiennie swe antagonistyczne własności w stosunku do jonów Ca: śródżylnie wprowadzenie 10—15 cm³. 5% roztworu KCl powoduje dość znaczny spadek poziomu cukru we krwi, zwłaszcza w stanach hyperglikemicznych.

Z badań ostatniej doby wyłania się ponad wszelką wątpliwość fakt wzmacniania działania insuliny przez jony potasowe — osłabiania tegoż działania przez jony wapniowe. (Kyllin).

Najnowsze badania Geigera i Lewiego przemawiają niedwuznacznie za zależnością przemiany węglowodanowej od poziomu wapnia we krwi.

Wyjątkową wagę pod względem praktycznym posiadają doświadczenia Hamburgera i Trendelenburga nad wymianą płynów w ustroju w związku z większym lub mniejszym przesunięciem poszczególnych katjonów. Okazało się, że transport płynu w znacznym stopniu regulowany

jest przez jony. Te ostatnie, wytracone z równowagi, szybko sprowadzają zaburzenia w wędrowce płynów, co uwidacznia się przede wszystkim w powstawaniu obrzęku. Mechanizm obrzęku wciąż jest jeszcze przedmiotem wielu sporów, zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że zachodzi w tym wypadku nietylko upośledzenie naczyń krwionośnych (nieszczelność), prowadzące do przepuszczania płynu, lecz że niepoślednią rolę odgrywa patologicznie wzmoczone chłonięcie otaczających tkanek, przyczem winę ponoszą znów mniej lub więcej korzystnie rozlokowane jony. Jaskrawym przykładem takiego mechanizmu będzie doświadczenie Trendelenburga, który, przepłukując kończynę zabiłą zwykłym roztworem soli kuchennej, wnet otrzymywał obrzęk kończyny, wystarczyło jednak dodać do płynu soli potasowych i wapniowych w odpowiednim stosunku, ażeby obrzęk ustąpił.

Próby wytlomaczenia powyższego zjawiska w myśl poglądów Herbst'a, uszczelniającemi ściany naczyń właściwościami wapnia, zgodnie z mechaniczną teorią powstawania obrzęku, nie wytrzymują krytyki, albowiem z jednej strony w pewnych warunkach również i nadmiar wapnia sprzyjał powstawaniu obrzęku, z drugiej — działanie Ca nie zawsze szło w parze ze zmniejszeniem naczyń (obręb. n. trzewnego), lecz powodowało często wręcz odwrotną reakcję, rozszerzając naczynia (powłoki zewnętrzne?). Będąca w ścisłym związku z, że się tak wyrazimy, nastawieniem elektrolitów t. zw. gótrowość obrzękowa w tkanek jest, być może, czynnikiem najistotniejszym w przebiegu wielu chorób nerkowych.

Ażeby zaznaczyć, jak poczesne miejsce zdoł sobie wapń w biologii i patologii organizmu ludzkiego, dotknijmy pokrótce interesującego wpływu jego na czynność t. zw. komórek żernych, na fagocytozę, a, co za tem idzie, na stopień i przebieg odczynów zapalnych; danych w tym względzie dostarczyły nam m. i. a. doświadczenia R. Hamburgera, który w płynie, zawierającym leukocyty, umieszczał cząsteczki węgla, poczem obserwował fagocytozę, zmniejszając, ewentualnie zwiększając jednocześnie stężenie poszczególnych zawartych w płynie katjonów (Ca i K). I cóż się okazało? Ustalony wyżej antagonizm czynnościowy jonów wapniowych i potasowych i tutaj znów jaskrawo się zarysował. Podczas gdy pierwsze (Ca) działały na fagocytozę, niby b. c. z, przyspieszając i potęgując pochłanianie cząsteczek węgla, drugie (K) były niejako hamulcem, powstrzymującym fagocytozę.

Jeśli uwzględnimy teraz omówioną już wyżej uszczelniającą naczynia własność jonów wapniowych, to zrozumiałemi się wydadzą wybitne ich własności przeciwzapalne.

Orientując się w całości przytoczonego przez nas materiału, dotyczącego roli jonów Ca, K, Na i innych w biologii ustroju, nie potrafimy oprzeć się w przekonaniu, że stanowią one niejako ostatnią instancję wykonawczą układu roślinnego, że są jego najsubtelniejszymi narządami końcowymi.

Bo czy istotnie zachodzące np. pod wpływem nadmiaru Ca wzmoczenie skurczu serca tudzież, odwrotnie, spowodowane przez K zwiotczenie serca (w fazie rozkurczu), jak również naprzemian występujące napięcie i, że się tak wyrazimy, c. d. p. przewodu pokarmowego (pod wpływem przewagi Ca względnie K), czyż nie są to rytmicznie i naprzemiennie odbywające się akty fizjologiczne naszego życia? Rozmieszczone w komórkach organizmu, względnie na ich obwodzie (otoczce?) jony są, że tak powiemy, klawiaturą, na której układ nerwowy roślinny wygrywa najistotniejsze tudzież najsubtelniejsze przejawy swej woli.

Jako przykład służyć może zachowanie się niektórych środków farmakologicznych. Niektóre ciała oddziałują na nerw porażająco, bądź pobudzająco, niezależnie od stężenia tych czy innych jonów, jak np. kofeina (Handowsky), wszelako inne dla pewnego określonego działania wymagają, jako „conditio sine qua non“ obecności odpowiednich jonów. Ażeby mogło dojść do skutku np. pobudzenie nerwu zapomocą uretanu — nieodzowna jest obecność jonów K, dla efektu drażniącego tegoż uretanu niezbędne są jony zarówno K, jak Ca (Handowsky).

Podrażnienie nerwu błędnego jest identyczne w swym

wynku ze stężeniem jonów potasowych (w komórkach?), natomiast nadmiar jonów wapniowych imponuje w swym działaniu tak, jak pobudzenie nerwu współczulnego. koncepcja ta stanie się z pewnemi zastrzeżeniami kamieniem węgielnym dalszych naszych rozważań, dotyczących leczniczego stosowania soli wapniowych.

Tak zwane zespoły wagotoniczne będą niejako wyrazem nieprawidłowego rozmieszczenia elektrolitów (w komórkach?) ze względu na przewagę jonów potasowych; do wyrównania tej przewagi dążyć będziemy za pomocą sztucznego podniesienia poziomu wapnia, wprowadzając go z zewnątrz. Opanowanym niejako przez jony potasowe komórkom dostarczamy odpowiedniej ilości antagonistycznych jonów wapniowych, znosząc tym sposobem, względnie zobojętniając niepożądane działanie wagotoniczne K. Zasadniczo w stosowaniu praktycznym soli wapniowych opierać się będziemy na ich własnościach analogicznych z drażnieniem, a raczej z uczuleniem nerwu współczulnego lub z działaniem adrenaliny.

Pragnąc jednakże w miarę możności dostatecznie uświadomić sobie zastrzeżenia i niejasności, jakie jeszcze panują w tej dziedzinie, nie możemy pominąć milczeniem doświadczeń ostatniej doby, z których zupełnie niedwuznacznie wyłania się wręcz przeciwnie (?), albowiem wagotropowe działanie wapnia, że powołamy się na badania Wollheima, który, drażniąc np. n. błędny po wyeliminowaniu n. współczulnego, wykrywał większe ilości wapnia we krwi żyły wrotnej i, odwrotnie, mniejsze ilości K; słowem współczynnik K/Ca ulegał zmniejszeniu. Pokrewne niejako spostrzeżenia poczynił Dresel z kliniki Krausa; utrzymuje on wręcz, że w t. zw. zespołach wagotonicznych współczynnik powyższy K/Ca jest stale mniejszy, niż w warunkach prawidłowych, czyli że panuje hyperkalcemia. Sprzeczności powyższe potrafimy w znacznym stopniu złagodzić, jeśli ściśle odgraniczać będziemy pojęcie stężenia danych jonów we krwi od stężenia w komórkach resp. na ich obwodzie (otoczce), które to stężenia zupełnie nie idą ze sobą w parze. W tem ujęciu łatwiej uzgodnimy nowsze badania z dawniej wypowiedzianą przez Herzfelda, Lubowskiego i innych koncepcją: „drogą podrażnienia n. współczulnego zachodzi pomniejszenie ilości jonów wapniowych we krwi, co ze swej strony powoduje wzmoczoną pobudliwość (uczulenie) n. błędnego“.

W wywodach dalszych, zwłaszcza dotyczących działania nasercowego, spotkamy się niejednokrotnie z podobniami punktami widzenia, mianowicie z par excellence w agotropowym działaniem wapnia. Wszakże te pozornie niewyjaśnione sprzeczności tracą wybitnie na wadze, jeśli uwzględnimy, że układy n. współczulnego i n. błędnego, sympatyczny i parasympatyczny w swych fizjologicznych czynnościach nie stoją bynajmniej na tak bardzo odległych i, że tak powiemy, wrogich sobie biegunach, jak to im dawniej przypisywano, że natomiast czynność ich jest zawsze zwrócona w jednym zasadniczym kierunku, mianowicie w kierunku utrzymania, względnie podtrzymania funkcji danego narządu, że w wykonywaniu tego zadania zachodzi synergizm, a nie antagonizm obydwu układów. Każde wstrząśnienie fizjologiczne jednego układu udziela się bezzwłocznie drugiemu; tworzą one nierozzerwalną całość; z łatwością tedy wyłania się krytyka w stosunku do wspomnianych przez nas badań Wollheima, który przecież przeciw eliminował n. współczulny, a więc, że się tak wyrazimy, eksperymentował na kikucie, jakim jest izolowany od nerwu współczulnego nerw błędny. Należy przyjąć za zasadę, że każde podrażnienie np. n. błędnego (układ parasympatyczny) pociągnąć może wzmoczoną pobudliwość nerwu współczulnego (układ sympatyczny) i odwrotnie, przyczem te zjawiska wtórne mogą imponować nie współmiernie z podrażnieniem pierwotnym.

Słowem kardynalną cechą farmakologiczną wapnia w stosunku do układów sympatycznego i parasympatycznego będzie jego amfotropizm, t. j. jednoczesne pobudzenie obydwu układów (Danielopolu).

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału psychiatrycznego Szpitala na Czystem
(Ordynator: Dr. WIZEL).

Momenty psychoanalityczne w psychozach*).

Podał

Gustaw BYCHOWSKI (Warszawa).

Znaczenie psychoanalizy dla psychiatrii jest uzasadnionym faktem, uznanym przez wielu przodujących ruchowi naukowemu klinicystów. Niezrozumiałe przed Freudem przeżycia, omamy i urojenia naszych chorych stają się jasne w swym genetycznym rozwoju i w swojej dynamice; pozornie przypadkowe i dziwaczne ich czyny i pomysły okazują się zrozumiałym wyrazem ich chorej psychiki.

W odczycie niniejszym nie mam zamiaru wykazania wszystkich zastosowań psychoanalizy do kliniki psychoz, pragnę tylko na szeregu przypadków zilustrować niektóre z jaskrawszych momentów psychoanalitycznych w psychozach. Znaczenie takiej ilustracji wydaje mi się doniosłym, a to z dwóch względów: przedewszystkiem dlatego, iż ułatwia ona zrozumienie psychozy i chorego, prócz tego jednak ze względu na to, że psychoza wskazuje odrazu bez żadnych częstokroć interpretacji na związki w psychice, których psychoanaliza chorych na nerwice doszukuje się przeważnie ze znacznym trudem i móżolem. Stąd spostrzeżenia nad chorymi psychicznie są niezastąpionym materiałem dowodowym na rzecz teorii i wniosków psychoanalizy. Ten ostatni wzgląd wydaje mi się decydującym dla podania niniejszego odczytu do Czasopisma, jako pisma ogólnolekarskiego.

Wiadomo, jak wielką rolę przypisuje psychoanaliza stosunkowi uczuciowemu do rodziców, wiadomo również, że w stosunku tym widzi ona wybitne podłoże erotyczne — pogląd, który niewątpliwie był jednym z ważniejszych powodów opozycji przeciwko nauce Freuda. W przypadkach naszych związki te — t. zw. zespoły, dotyczące ojca i matki, występowały z całą jaskrawością.

22-letnia F. F. rozpoznanie kliniczne: **Schizophrenia paranoides**. Wybitne obarczenie dziedziczne (matka głuchoniema, ojciec upośledzony umysłowo). Osobowość przedchorobowa o cechach wyraźnie schizoidnych: skryta, małomówna, uparta. Choroba rozpoczęła się od podniecenia, w którym F. zachowywała się wrogo i agresywnie względem rodziców.

Badana na oddziale, chora oświadczyła, że nazywa się N-n. — Jako, a jak się nazywa ojciec? (chora jest niezamężna). — Także N-n. Dalsze badanie wykazuje, że chora uważa się za narzeczoną kuzyna swego N-n, którego raz widziała. Jest ona zdania, iż wystarczy, aby dziewczyna kochała prawdziwie, a już przejmuje nazwisko mężczyzny. W ten, typowy dla schizofrenji sposób pragnienie chorej wydało się jej odrazu spełnionem. Przy tem, dzięki swemu, jak sama je nazywa, niejasnemu myśleniu, utożsamiała przelotnie ojca z narzeczoną.

Dalej dowiadujemy się, że chora wyrzekła się nazwiska rodziców, że ich nie lubi, a to dla rozmaitych powodów, przedewszystkiem zaś dlatego, że byli niesprawiedliwi i przeszkadzali jej kochać kuzyna, zwłaszcza ojciec, który był dla niej szczególnie niedobry. a to, jak powiada — dlatego, że ją bardzo kochał i to nie tak, jak ojciec powinien kochać dziecko, ale jak kochankę.

Oczywiście, że wobec tego, iż cała sprawa miłosna chorej była przeżyciem czystopatologicznym, i do dyskusji z ojcem prawdopodobnie wcale nie doszło, musimy przytoczone powyżej jej zdanie uważać za wyraz jej własnych uczuć i popędów. Przytem, jak to często bywa, uczucia te nie bywają uświadomione, jako własne, lecz są przypisywane innej osobie, najbliższej uczuciem dotkniętej, bo stanowiącej jego istotny, acz nieświadomy obiekt. Zresztą, gdyby nawet ojciec był się sprzeciwił zamierzeniom erotycznym córki, to pogląd jej na jego opór byłby nietylko przedstawieniem własnych popędów pacjentki, ale i doskonałym wyrazem nieświadomej istoty ojcowskiego oporu. Wiemy, jak częstokroć jedno

nieświadome subtelnie odczuwa drugiego. Do chorej tej powrócimy jeszcze w związku z czem innym.

17-letni A. R. hafciarz. Na oddziale od lipca 1923 r. Ojciec chorego podobno „niebardzo mądry“, siostra z innej matki przechodziła psychozę. Co do swej osobowości przedchorobowej, to chory wykazywał cechy schizoidne — unikał towarzystwa, nie miał kolegów i przyjaciół. Na początku zimy przy pracy spadła mu na głowę ogromna belka. Chory przytomności nie stracił, skarżył się tylko na bóle głowy, które trwały przez dni. Potem bóle głowy przeszły, chłopiec pracował jak zazwyczaj. Po paru tygodniach matka zauważyła, że, kładąc się na spoczynek, chłopiec zakrywał sobie głowę kołdrą; nie chciał wytłomaczyć matce dlaczego. Przy obiedzie zatykał sobie uszy palcami, mówi, że nie może słuchać rozmowy, uciekał z pokoju i zatrząskiwał za sobą drzwi. Miał urazę do czeladników, zaniedbywał robotę; zrana, zamiast iść do pracy, modlił się po parę godzin, nie bacząc na spóźnioną porę. Wreszcie oświadczył, że do roboty więcej nie pójdzie, wszyscy bowiem źle o nim mówią. Rozdzielił 3000 marek pomiędzy biednych, a to na intencję swego wyzdrowienia. Przystał jeść, przewracał oczyma, zaciskał zęby, modlił się do Boga o wyleczenie, mówił że to matka chciała go otruć, zebrała pieniądze, by rzucić nań czary.

Już ostatnie słowa wywiadów wskazują na stosunek chorego do matki, jako na wybitny czynnik psychozy. Badanie potwierdza przypuszczenie to w zupełności.

Chory oświadcza, że jest w szpitalu czyli w raju, gdzie nareszcie znalazł schronienie od prześladowań łobuzów z całego świata. Ci chcieli go zabić — na wszystkich ulicach słycać było krzyk: zabić go, zabić — za to, że jest on czystym i porządnym chłopcem, podczas kiedy wszyscy łobuzi mają do czynienia z kobietami z ulicy. Wodzem łobuzów i prowodyrem prześladowań był Izaak, syn matki chorego od jej pierwszego męża. Prześladował on chorego od paru lat, choć ten nic o tem nie wiedział, podobnie jak nie wiedział, że jego bóle głowy pochodzą ze złego spojrzenia tamtego.

Łotrzy chcieli go zabić, bo chcieli, ażeby on także poszedł do kobiet. Ojciec chorego jest także łobuzem, chodził do kobiet, on także modlił się, ażeby choremu przytrafiło się coś złego. Izaak syział z matką przez parę lat, to samo robili wszyscy inni i chcieli nakłonić do tego chorego. Sama matka namawiała go do tego, przychodziła doń i mówiła: czy chcesz wiśnie, truskawki... To miało znaczyć: czy chcesz spać ze mną. Chcieli mu wyrwać z ręki łyżkę, rosół i kartofle — miało to znaczyć, że chcieli zabrać mu jego czystość i skłonić do spania z matką. Tak samo i siostry chciały, by spał z niemi.

Przytoczone urojenia chorego mówią same za siebie. Własne popędy kazirodcze zostają drogą projekcji przypisane matce (i siostróm), przyczem gwałtowność prześladowań, zdaje się odpowiadać intensywności nieświadomych popędów. Nie wchodzi tu w rozważanie genezy urojeń prześladowczych ze strony mężczyzny, gdyż dany przypadek nie dał w tym kierunku dostatecznego materiału, a przecież chodzi nam tutaj tylko o takie bezpośrednie dane. Dla uzupełnienia dodam, że chory, który szpital uważał za ucieczkę od prześladowań, to jest od swoich, dotąd nieświadomych i nagłe obnażonych popędów, wpadł wkrótce w stan osłupienia, przyczem w pierwszych tego stanu okresach różne jego ruchy i manery można było tłumaczyć jako próby ucieczki od prześladowców.

Widzieliśmy, że A. R. stawia matkę w jednym rzędzie z kobietami z ulicy. Ta fantazja o matce, jako o prostytutce, fantazja, której w dalszym ciągu naszych rozważań poświęcimy słów parę, występuje szczególnie jaskrawo w następującym przypadku.

K. K. lat 21, ojciec chorego był „b. nerwowy“. mpuł-sywny. Chory do 16 lat był wzorowym dzieckiem, spokojny, dobry. Do nauki był niezdolny. Po śmierci ojca zmiana w usposobieniu: b. drażliwy, wybuchowy, uparty, zawzięty, unikał towarzystwa. Po powrocie z wojska, gdzie płakał i rozpaczał w obawie, że będzie wysłany na front, zmienił się jego dotychczasowy dobry stosunek do matki. Bił ją, robił we wszystkim naprzekór, groził, że ją zabije, że się na niej pomści. Jak dawniej osobą, z którą łączyły go najłepsze stosunki, była matka, tak teraz znęcał się nad nią najbardziej z pomiędzy całego otoczenia. Chory onanizował się intensywnie-

* Odczyt, wygłoszony na posiedz. Tow. Psychiatrycznego dn. 2.XII.1923 r.

nie, stosunków płciowych unikał, podobnie znajdował „tele-ry“ w każdej pannie, którą mu swatano. Raz doszło już do zaręczyn, ale wkrótce przed weselem nagle oświadczył matce, że się z tą panną nie ożeni, bo jest mu wstrętna. Stan chorego przeszedł w silne podniecenie w 4 tygodnie po powtórnej zamążpójściu matki.

Chory podniecony, agresywny i wypowiadający w sposób niekiedy dość rozkojarzony różne przelotne urojenia, utrzymuje przez czas dłuższy, że matka jego (50 letnia, spokojna żona kupca) jest prostytutką. Miewa ona stosunek, ze 139-ma mężczyznami. Podczas wizyty matki dopuszcza się exhibicjonizmu członka w erekcji, uderzając nim o stół. Tłumaczy to nazajutrz: stara kobieta powiedziała „w sobie“, że chce zobaczyć jego członek.

(Czy chce, żeby żona była podobna do matki.) Tak. (Czy mógłby mieć stosunek z matką?) Czemu nie? Niech pan ją da tutaj! (Gdyby matka i obca kobieta zaproponowały stosunek, kogoby pan wolał?). Matkę. (Czy napewno matkę!) Matkę. W tem miejscu twarz chorego opromienia się uśmiechem, poczem następuje chwila zamieszania wewnętrznego. (Gdyby druga kobieta była młodsza i ładniejsza od matki, kogoby pan wolał?) Matkę.

Po 4 miesięcznym pobyciu w szpitalu chory, uspokoiwszy się, przez czas jakiś twierdzi, że matka jest porządna kobieta, a jednocześnie ob staje przy swem dawnym urojeniu, orzekając, że jest prostytutką, wreszcie uspakaja się zupełnie, koryguje i to urojenie i opuszcza szpital ze znaczną poprawą.

W przypadku tym widzimy, jak zmiana w stosunku do matki jest najbardziej może znamionem zwiastunem psychozy. Wszystko dzieje się tak, jakgdyby poprzednie silne uczucie do matki pozostało w swem dawnym nasileniu, zmieniając jedynie swój znak z dodatniego na ujemny. Bliższe rozważanie wykazuje jednakże, że poza tą pozorną nienawiścią kryje się swoista miłość, o charakterze wybitnie seksualnym. Należy przypuścić, że pod wpływem psychozy uczucie do matki obniżyło swój poziom, swoje stanowisko w hierarchji psychicznej, ccfając się (regresja) od swej postaci t. zw. uwzniośloonej do form pierwotnych, bliższych elementarnym popędom. Przytem odżyła dawna dziecięca, stłumiona rywalizacja o matkę z ojcem, która w specyficzny dla psychozy, wyolbrzymiony sposób przybrała charakter zazdrości o wielu mężczyzn, do których jakoby matka należała (przypominamy zresztą jej dwukrotne zamążpójście). Urojenie to, prowadząc do obniżenia godności matki do poziomu prostytutki, tkwi niewątpliwie gęboko w fantazjach dziecięcych chorego. Z psychoanalizy neurotyków wiemy, że tego rodzaju fanatyzje są nierazką wcale reakcją na pierwsze rozczarowanie miłosne, jakim zazwyczaj bywa stwierdzenie, że matka należy do ojca, i że łączy ją z nim stosunek seksualny.

W następnym przypadku stosunek do obojga rodziców ukazuje się w szczególnie jasnym świetle i w swych następstwach psychologicznych staje się rozstrzygającym, w każdym razie, dla skrytalizowanej bezpowrotnie treści urojenia, a może i dla ukształtowania samej psychozy.

D. lat 55, rzezak. Siostra chorego wypowiada często różne skargi o charakterze hipochondrycznym, zresztą rodzina, podobno, żadnych osobliwości psychicznych nie przedstawia. Charakter chorego zasługuje na szczerotowsze uwzględnienie. Pewny siebie, energiczny, w dyskusji talmudycznej zawsze stawał na swoim. Lubił rozmawiać z ludźmi, wszystkim się interesował, pamięć miał świetną, poznawał ludzi po 30 latach niewidzenia. Nieufności nie wykazywał. Zana d t o z a j ę t y w ł a s n ą o s o b ą, nie dbał bardzo ani o żonę, ani o dzieci. Uważał się zawsze za nerwowego, obawiał się o swoje zdrowie, dawał się łatwo nastraszyć. Skarżył się często to na ból głowy to serca, to na różne inne dolegliwości. Ubiegłej zimy (na oddziale od sierpnia 1923) przewrócił się na ulicy, uległ złamaniu ręki w napiętku, przeraził się, że nie będzie mógł uprawiać swego zawodu i zostanie bez utrzymania. Skarżył się na ból w sercu, nie chciał zrazu pójść do doktora, mówiąc, że, kiedy wyjdzie na ulicę, to umrze. Wreszcie zdecydował się pójść do lekarza, ale nie chciał wziąć zapisanego przezeń lekarstwa, mówiąc, że to trucizna. Powiedział do syna, że to on chce go otruć, ale że obawia się policji, więc czyni to pod płaszczykiem recepty lekarskiej. Twierdził, że mu się to słusnie należy za wykroczenie przeciwko religji: w przeciągu 22 lat nasłachtował gęsi, które były trefne, a nie koszerne. Każdy myślał, że on jest dobrym żydem, a tymczasem od 52-let lat już nim nie

jest. Wszyscy są dobrzy, tylko on najgorszy, djabeł. Nazywa się Szyja, co znaczy „Szed“ (djabeł). Jak tylko się urodził, już był „tamnym człowiekiem“ (Jezusem).

Tyle wywady. Widzimy już tutaj zaznaczone momenty, które dłuższa obserwacja i analiza ukazały we właściwym świetle.

Chory oświadcza, że jest djabiem, bo powstał przeciwko Bogu i miał bluźniercze myśli. Zawsze wiedział, że jest Pan Bóg, dzisiaj nie wie. Nigdy dawniej nie lubił, że jest Jezusem, dopiero przed paru miesiącami przyszło mu to na myśl, kiedy sobie przypominał zdarzenie z 5-go roku życia. Było to w nocy, leżał w sypialni rodziców, zdaje mu się, że oni „byli razem“, wtedy nagle przyszło mu na myśl bluźnierstwo przeciw Bogu. W związku z tym epizodem wypowiada chory następujące skojarzenia. Kiedy małżeństwo „jest razem“, Bóg jest z niem. Dziecko nie powinno być przytem.

Co do stosunku do ojca: ojca nie lubił, gdyż ten gniewał się nań, bo on nie chciał się uczyć, ojciec był dlań zbyt surowy. Chory twierdzi, że wkrótce zginie, ma w sobie złego ducha, który go gna z miejsca na miejsce, kara Boża zawisa nad nim. Zgrzeszył także i przez to, że miał zbyt częste stosunki z żoną.

Pewnej nocy chory był niespokojny, jak nazajutrz tłumaczył, dlatego, że żona przez cały tydzień go nie odwiedziła. W parę dni później wysmarował się kałem. Na pytanie, dotyczące motywów tego czynu, w przeciągu pół godziny nie odpowiadał wcale. Wreszcie, walcząc wciąż z ogromnem ze strony chorego oporami, udało się wydobyc zeń, co następuje. Wymazał się za karę, jako pokuta. Przepadał już... z n.eba go prześladowają. Już jako chłopiec 11 letni, podglądał kobiety w ustępie, to samo, jako dorosły. Jako chłopiec, podglądał żonę majstra — rzezaka, która była ładną kobietą. Miał przytem erekcję i onanizował się. Toż samo dzisiaj: miał ochotę na stosunek, mając się kałem, odczuwał rozkosz, miał erekcję i onanizował się. Po oświadczeniu, że odczuwał dziś pragnienie stosunku, chory długo milczy, milczenie to przerywa nagle przekleństwem „...twoju mat“.

Na dalsze pytania chory oświadcza, że zgrzeszył z matką. Spał z nią, mając lat 18 — gwałtem zmusił ją do stosunku. Jako chłopiec, a nawet już jako człowiek żonaty, miał stosunki pederastyczne, przy których był aktywny. Raz zgwałcił w ten sposób własnego 18 letniego syna.

Chory twierdzi, że to ten zły człowiek w nim każe smarować się kałem, mówi mu, że on jest djabiem, że jest ojciec, Hama, Mardehaj, Faraon chrzczony, Chrystus. Wreszcie ten sam człowiek wewnętrzny każe mu obciąć sobie członek, bo nim grzeszył.

Do omamów chory wyraźnie się nie przyznaje, ale dla różnych powodów wydają się one prawdopodobne.

Przytoczone w skróceniu fragmenty z historii choroby, wyjątkowo bogate w zasadniczą treść psychoanalityczną, wymagają kilku wyjaśnień. Ze względu na brak miejsca uwzględnienie tylko niektóre z występujących tu momentów. Stosunek chorego do ojca był nieprzyjający. Epizod z sypialni rodziców, o którym wspomina, wskazuje wyraźnie na źródło tej niechęci, którem była zawiść o posiadanie matki. Zawiść ta pod wpływem sprostowanej przez chorego sceny seksualnej przybrała charakter wrogich impulsów, które jednak w związku ze sferą seksualną ulegają stłumieniu i przesunięciu na Boga. Zrozumiałą jest przecie rzeczą, że Bóg może w psychice zastąpić ojca, z którym jest zresztą genetyczne (jak pokazuje psychoanaliza) najściślejsze związany. Wrogie impulsy przeciwko ojcu—Bogu prowadzą do poczucia winy, występku, do obawy kary — uczuć, wyobrażeń, które, powstałe, jak widzimy, we wczesnym dzieciństwie, uległy stłumieniu i pozostały w nieświadomości aż do czasu, kiedy wyzwolił je czy to wewnątrz-pochodny proces psychotyczny, czy też, jak nam się wydaje, wypadek, jakiemu chory uległ (złamanie ręki) i jaki — w myśl owego nieświadomego poczucia winy — został przezeń uznany za spodziewaną karę. Rozumiemy teraz, dlaczego chory uważał się za djabła, przeciwnika Boga i Chrystusa. W świadomości ortodoksyjnego żyda Chrystus może właśnie być następcą i wrogiem Boga-Ojca.

Dowiedzieliśmy się, że matka, jako obiekt libido, odgrywała dla chorego wybitną rolę i poza okresem dzieciństwa. Nie mamy możliwości sprawdzenia, czy twierdzenie chorego o stosunku z matką odpowiada rzeczywistości, czy też jest ono poprostu urojonym, rzutowanym wstecz wyrazem jego najbardziej ukrytych a najpotężniejszych popędów. To samo tyczy się stosunków homoseksualnych, zwłaszcza rzekomego sto-

sunku z synem. Zwrócimy jeszcze uwagę na tak wybitny tutaj moment erotyki t. zw. analnej, na odnośne wspomnienia z dzieciństwa i na symboliczne znaczenie mazania się.

Podobnie w przypadku chorej F. F. udało nam się ściśle określić zdeterminowanie psychologiczne mazania się, które i dla tej chorej miało głębokie symboliczne znaczenie.

Przypadek następnym przytaczamy głównie ze względu na jego bogatą erotykę a n a l n ą i u r e t r a l n ą.

J. W. 34 letni kupiec. Choroba rozpoczęła się od podniecenia, którego bezpośrednim powodem miało być odebranie mu podczas okupacji, przez austrjaków sporej ilości tytoniu. Na oddziale chory oświadcza, że już oddawna umarł. W zachowaniu się chorego uderza najbardziej to, że W. chętnie zajada swój kał i pije mocz. Przez dłuższy czas usiłuje przewiązać sobie członek, co mu się zresztą niekiedy udaje. W pewnej chwili oświadcza, że gdyby miał nóż, toby sobie członek poprostu odciął, przewiązał go zaś sobie, sądząc, że, gdy odpadnie, to nie będzie potrzebował oddawać moczu „Jeżeli urna nie wychodzi, to człowiek jest silny i zdrowy, jeśli odchodzi, to człowiek pada“. Picie moczu sprawia mu przyjemność, tak samo koprofagia. Z licznych rozmów z chorym widać z całą oczywistością, że utożsamia on urynę z nasieniem, podobnie, jak akt płciowy łączy się dlań ściśle z oddaniem moczu. Kał je także i dlatego, że niema dość do jedzenia, musi więc jeść swój „własny chleb“. Matka jego; jak twierdzi, także jadła swój własny i jego kał.

W tych tak dziwacznych postępkach i wyjaśnieniach chorego widzimy cofnięcie się (r e g r e s j ę) do bardzo prymitywnych dziecięcych form libido, do tak zwanej fazy analnej i uretralnej. Utożsamienie nasienia z moczem i aktu płciowego z oddawaniem moczu podobnie, jak przywiązanie do kału, jako do swego pierwszego „produktu“, są to sprawy znane dobrze psychoanalizie zarówno z analizy neurotyków, jak i z obserwacji dziecka.

Chory nasz rozwija inne jeszcze poglądy, które są wier-
nem odbiciem teorii seksualnych dziecięcych i fantazyj, z nich wypływających. Widzieliśmy jego pragnienie kastracji. Na ten temat usłyszeliśmy oden, między innymi, co następuje. Żona jego służy u żołnierzy, nic go przeto nie obchodzi, ma ona to samo, co on, to jest członek, on jest „mann“ a ona „mannerka“. Kobieta, która z nim w nocy miała stosunek, ukradła mu członek i zabrała go sobie. Chory jest kastratem. Tyłem wyszła zeń macica i 2 jajka (pokazuje na jądra). Te jajka to właśnie dziecko, które on począł, podczas stosunku kobieta zabrała mu członek i leżała na nim. Jak się przewiązuje członek, to można składać jajka. On sam składa co 3 dni jajeczko tyłem, niestety, zabierają mu je. Pewnego dnia chory oświadcza, że chciał właśnie zjeść dziewczynę, ale ta zaczęła się bronić, wtedy on postanowił rzucić się z muru ogrodowego; nie mogąc zjeść jej, postanowił zniszczyć siebie. Jego ojciec zjadł matkę chorego wraz z nim wtedy, kiedy on znajdował się jeszcze w łonie matki. Potem on urodził się, jako kał ojca. Musi jeść dziewczynę, bo mu innego jedzenia nie dają.

Do tych dziwacznych urojeń chorego parę słów wyjaśnienia. Teoria o t. zw. analnym rodzeniu jest jedną z typowych teorii seksualnych dziecka; spotykamy się z nią często w analizie neurotyków. Podobnie głęboko w poglądach dziecięcych tkwią fantazje o członku kobiety i własnej kobiecości małego chłopca.

Niejasne wyobrażenie o różnicy pomiędzy płciami którą dziecko nierazko poprostu neguje, jest ważnym podłożem dla całego szeregu fantazyj i przeobrażeń libido. Widzimy tutaj wyraźne utożsamienie siebie z kobietą. Neurotycy w swych nieśw adomych fantazjach wyrażają dość często obawę przed skastrowaniem przez kobietę podczas stosunku. Są to przejawy t. zw. zespołu kastracyjnego, który, jak dzisiaj wiemy, odgrywa wielką rolę w tworzeniu się charakteru, w mechanizmach psychologicznych nerwicy i psychozy. Wreszcie widzimy u naszego chorego wyraźną brutalną regresję do t. zw. fazy kanibalistycznej libido, która stanowi najwcześniejszy ze znanych nam okresów jej rozwoju i tłumaczy się biologicznie tem, że pierwszych rozkoszy osobnik doznaje łącznie z przyjmowaniem pokarmów.

Zespół kastracyjny, o którym wspominaliśmy powyżej, występuje nie tylko, jak możnaby się zrazu spodziewać, u mężczyzn. Negacja różnicy pomiędzy płciami może prowadzić do tego, że i dziewczynka przypisuje sobie w fantazji członek. W związku z tą zasadniczą fantazją może rozwinąć się ze-

spół kastracyjny z jego różnorodnymi przejawami. Oto przykład kliniczny.

25 letnia B. P. zachorowała po hiszpance. Wystąpiło wówczas przygnębienie, które wzmogło się znacznie po upływie trzech miesięcy, kiedy ją okradziono. Stan przygnębienia spotęgował się jeszcze bardziej po śmierci brata. Chora zaczęła wypowiadać urojenia, dotyczące osoby matki, którą oskarża o okradzenie jej i otrucie. Całą wspomnianą kradzież zwała na matkę. Na oddziale chora przez czas pewien odmawia przyjmowania pokarmów, motywując to tem, że znajduje się pośród mężczyzn, którzy chcą ją skrzywdzić. Coraz to w innej chorej P. widzi mężczyznę i kieruje przeciw niej swoje agresje.

W pewnej chwili, kiedy mowa o matce i o kradzieży, chora mówi o sobie, że jest półmężczyzną. Czy jest mężczyzną czy kobietą? — O, to bardzo trudne pytanie. Ma „f e l e r n a m a c i c y“. Co to za feler na macicy? — To jest to, co m a t k a u k r a d ł a.

To wyznanie, które z trudem udało się wydobyć z niedostępnej zazwyczaj i zamkniętej chorej, rzuca jakrawe światło na jej urojenia. Przypisując członek męski kobiecie, widzi ona w swych towarzyszkach oddziałowych mężczyzn, siebie zaś uważa za ofiarę kastracji przez matkę, która zrobiła z niej kobietę, kradnąc jej członek.

Poprzestaniemy na przytoczonych przykładach klinicznych, jakkolwiek na materiale naszym mogliśmy z łatwością rozwinąć znacznie obszerniej wszystkie zasadnicze tezy psychoanalizy.

Jakież znaczenie mają wskazane motywy dla kliniki psychoz? Przedewszystkiem jasnym jest, jak bardzo przyczyniają się one do zrozumienia treści przeżyć psychotycznych oraz do wyjaśnienia genezy i dynamiki urojeń i omamów. Najdziwniejsze produkcje naszych chorych stają się zrozumiałym wytworem ich psychiki. Możemy więc dzięki psychoanalizie zrozumieć, dlaczego tak, a nie inaczej kształtuje się dana psychoza, innymi słowy, stwierdzamy znaczenie patoplastyczne (B i r n b a u m) momentów psychoanalizacyjnych.

Od patoplastyki musimy ściśle odróżniać genezę. Niewątpliwie momenty psychiczne odgrywają i pod tym względem wielką rolę, ale tutaj musimy być znacznie ostrożniejsi w wyciąganiu jakichkolwiek wniosków, a to dlatego, że obok dającego się niewątpliwie ustalić w wielu wypadkach podłoża konstytucjonalnego, mamy jeszcze proces chorobowy, którego czysto somatycznej genezy wykluczyć nie możemy. Z drugiej strony musimy uwzględnić, że wykryte przez psychoanalizę popędy z ich szczególnymi przeobrażeniami i konstelacjami mają szerokie podłoże biologiczne.

Są one przeto niewątpliwie w równej mierze wyrazem strony psychicznej, co i somatycznej całej psychofizycznej osobowości. To też rozumiemy, że właśnie pogłębienie psychoanalizy ułatwia ową syntezę czynników psychicznych i ściśle biologicznych, które przy współdziałaniu konstytucji, przeżyć i wpływów zewnętrznych wytwarzają całokształt psychozy.

Z Oddziału chorób nerwowych i wewnętrznych Szpitala na Czystem.

(Ordynator: Dr. L. E. BREGMAN).

Rzadka postać twardziny skóry.

Podali

G. KRUKOWSKI (Warszawa) i K. PONCZ (Warszawa).

Od czasu Thiriala, który po raz pierwszy w r. 1845-ym opisał twardzinę skóry, sprawa ta nie przestała być przedmiotem dociekań naukowych. W licznych monografiach i pracach pojedynczych (H u i s m a n s, H o r n o w s k i, S t r ü m p e l l, H e r x h e i m e r, C u r s c h m a n n i inni) obraz kliniczny choroby został we wszystkich szczegółach opracowany i bliżej określony stosunek tego cierpienia do innych spraw pokrewnych, w szczególności do zaburzeń naczynio-ruchowych i troficznych¹⁾.

1) Por. L. B r e g m a n. Operacja L e r i c h e a w sklerodermji powikłanej chorobą R a y n a u d a. W. C. Lek. Nr. 7, 1924.

Jednakowoż ścisła patogeniza tego cierpienia, a zwłaszcza zależność powstawania jego od układu roślinnego i gruczołów wewnątrzwydzielniczych nie jest jeszcze ustalona. Ale i pod względem symptomatycznym spostrzegamy nieraz przypadki, które odbiegają od zwykłego typu, chociaż niewątpliwie należą do tego samego zespołu klinicznego. Taką postacią przedstawia przypadek, którego opis następuje, i który również pod względem etiologii i patogenyzy zawiera pewne szczegóły, zasługujące na uwagę. (Chora przedstawiona na posiedzeniu W. Tow. Neurologicznego).

Panna S. R., lat 25, zapisała się na oddział d-ra B r e g m a n a 6. XII 1923 r.

Choroba trwa od 3-ich lat i rozpoczęła się od przykurczu palców rąk.

Przed rokiem na palcach tych zaczęła „twardnieć“ skóra, a jednocześnie prawie wystąpiły plamy szarawo-brunatne na powierzchni zginaczy obu k. k. g., na szyi, klatce piersiowej, a po miesiącu w dolnej części brzucha i w okolicy zewnętrznych narządów płciowych.

Plamy te początkowo nieduże, okrągłe, stopniowo powiększały się i przybierały coraz to wyraźniejszy odcień brunatny.

W obrębie tych plam skóra stawała się coraz twardszą i łuszczyła się.

W tym czasie chora zaczęła się obficie pocić (dawniej nie pociła się), tak, iż pod pachami i w pachwinach zgrubiała skóra ulegała maceracji.

Prócz tych objawów skórnych w ciągu tych 3-ich lat wystąpiło ogólne osłabienie.

Przed 5 — 6 laty pracowała przy pompowaniu nafty i przy pracy miała stale zgęte palce obu rąk. Chora upatruje nawet związek przyczynowy pomiędzy obecnym przykurczeniem palców a tego rodzaju pracą; jednakowoż twierdzi, że przykurczenie palców zauważyła przed 3-ma laty i od tego czasu datuje swoje osłabienie i pocenie się. Z wywiadów okazuje się, że przed obecną chorobą, a nawet na początku choroby pacjentka odczuwała bóle w stawach palców rąk i nóg i wówczas nawet była traktowana przez niektórych lekarzy jako cierpiąca na gościec stawowy. Przed kilku laty chora przechodziła dur brzuszny. Miesiączka od 13 r. życia. Przed 7-ma laty brak miesiączki w ciągu 7 miesięcy. Matka rodziła 8 razy; nigdy nie ronila. W rodzinie podobnych chorób nie było.

Badanie przedmiotowe:

Budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Gruczoły chłonne nie powiększone. Symetria ciała zupełna. Skóra na twarzy blada, ścięczała, sucha, przykurczona, szczególnie na nosie. Wskutek tego nos jest zmniejszony, o b. cienkich nozdrzach. Mimika twarzy jest upośledzona.

Na tułowi i szyi szereg wykwitów o zabarwieniu różowo-brunatnym, ściśle odgraniczonych od otoczenia. W obrębie tych wykwitów skóra łuszczy się b. obficie. Wykwity leżą przeważnie na poziomie otaczającej skóry albo b. nieznacznie wznoszą się nad nią. Temperatura w miejscu wykwitów nie różni się od otaczającej je skóry. Czuć w tych miejscach zachowane. Podobne wykwity widzimy w okolicy pach; zajmują one całe boki tułowia i zlewają się pod piersiami. Stąd też przechodzą na brzuch i pokrywają go do pępka. Pojedyncze wykwity widzimy w okolicy zewnętrznych narządów płciowych, w pachwinach oraz na wewnętrznej powierzchni obydwu ud.

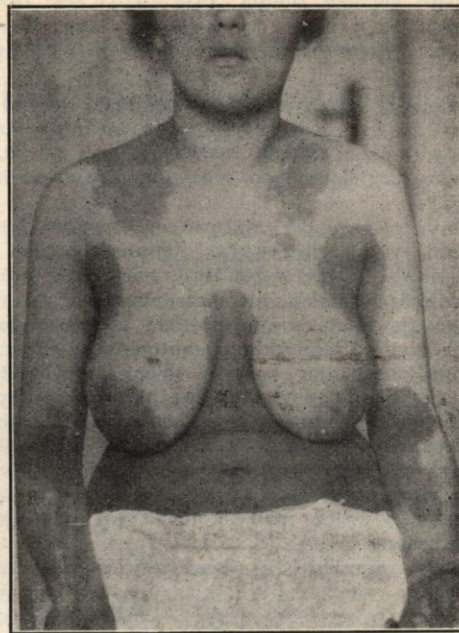
Poza tem w pachach i pachwinach skóra w okolicy wykwitów zaczerwieniona, zmacerowana, a to w związku z poceniem się.

Na k. k. g. wykwity zajmują powierzchnię zginaczy. Palce obu k. k. g., z wyjątkiem dużego, stale zgęte pod kątem prostym w stawie paliczkowym I-szym. Ruchy tych palców b. ograniczone; wyprostować czynnie może tylko palec wskazujący, a to pod kątem 170°. Ruchy bierne tych palców również upośledzone. Zginacze palców dobre.

Skóra na grzbietowej powierzchni palców błyszcząca, ścięczała, twarda, nie daje się ująć w fałdę. Czuć na tej powierzchni palców nieco upośledzone.

Narządy wewnętrzne.

Nieznaczne przytłumienie nad lewym szczytem płucnym. Osłuchowo stwierdza się w tym szczyście zaostre wdech oraz nieco wydłużony, szorski wydech. Poza tem w innych narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się. Stan stale podgorączkowy. Układ nerwowy przedmiotowo zmian chorobowych nie wykazuje.



Badanie krwi: Hemoglobiny 70%, erytrocytów 3.940.000, leukocytów 6.300, neutrofil. 50%, limfocytów 46%; przejściowych 3%, eozynofiliów 1%.

Badanie moczu: C. gat. 1022, odczyn — sł. zasadowy, B. — C.— Urobilinogen — nieco zwiększony. Diazo-odczyn Ehrlicha —. Odczyn Weissa —. Pod drobno-widzem: liczne kryształki fosforanów wapnia.

Analiza kału: jaj pasorzytów nie znaleziono. Odczyn Wassermann'a we krwi — ujemny. Odczyn Pirqueta — słabo dodatni.

Preparat histopatologiczny skrawka skóry twardziwo-zmienionej (dr. Jastrzębski) wykazuje, co następuje: 1) nadmierne rogowacenie (*hyperkeratosis*), 2) bujanie soplí brodawkowych (*papillomatosis*), 3) przerost warstw naskórka (*acanthosis*), 4) bujanie błony wewnętrznej w drobnych naczynkach skóry właściwej i nacieki drobnokomórkowe dookoła tychże naczyń, 5) przerost i zmiany szkliste włókien klejodajnych skóry właściwej.

Badanie zeszkrobiny skóry na obecność grzybka (dr. Milejowski) daje wynik ujemny. Rentgenogramy: a) czaszki — siodło tureckie nie powiększone, zachowuje się prawidłowo; b) ręki — *ankyloses* w paliczkach drugich pochodzenia skórniego; c) klatki piersiowej — brak cienią grasicy, wyraźne zaciemnienie obydwu szczytów. Próby farmakodynamiczne: 1) zupełny brak normalnego odczynu po zastrzyknięciu podskórnym adrenaliny (2 gtt. 1:1000 *supraren. hydrochlor.*). Przeciwnie, można było stwierdzić w słabym stopniu t. zw. odczyn paradoksalny. Po 10 min. bowiem ciśnienie nie tylko się nie wzmogło, lecz, przeciwnie, spadło ze 100 na 95 wedl. Riva-Rocci. Brak cukromoczu i hyperglikemji po adrenalinie; 2) po zastrzyknięciu 0,005 *pilocarp. hydrochlor.* wystąpił nieznaczny ślinotok i minimalne pocenie pod pachami, 3) po zastrzyknięciu 0,001 g. *atrop. sulfur.* występuje nieznaczne zwolnienie tętna i suchość w ustach.

Objaw Aschnera (reflexe oculo-cardiaque) — słabo dodatni. Objaw Czermaka — ujemny.

Podczas pobytu na oddziale chora była leczona wy-cągami z gruczołów dokrewnych (ovarogen, thyreosan, hypophysin) lecz bez większego skutku.

Na zmiany skórne najkorzystniej pod względem terapeutycznym wpływały promienie Roentgena. Rozpoznanie sprawy skórnej było trudne. Sprawa pasorzytnicza wobec ujemnego wyniku badania skóry w tym kierunku mogła być wyłączona.

Z drugiej strony obraz palców i dłoni był tak typowy, że nie przedstawiał żadnych wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia ze sklerodaktylją a wobec tego narzuciło się przypuszczenie, że zmiany skórne były tej samej natury, czyli, że była to twardziwna.

Za tem rozpoznaniem przemawiały również zmiany na skórze twarzy (*sclerofacies*).

Do tego samego zdania przychylił się również dr. Wacł. Sterling, który był łaskaw chorą zbadać. Taka postać zmian skórnych czyni przypadek nasz niezmiernie interesującym.

Z pomiędzy licznych autorów, traktujących o twardzinie skóry, jedynie Herxheimer opisał podobny przypadek. Cassirer zalicza łuszczenie, jak to miało miejsce w naszym przypadku, do objawów niezwykłych w twardzinie.

Zgodnie z obrazem klinicznym również histologiczne badanie dało wynik niezwykły, zmiany bowiem dotyczyły również a nawet w pierwszej linii naskórka, który zazwyczaj w twardzinie zmian nie przedstawia.

Ważne znaczenie przypisuje się powszechnie w twardzinie zachowaniu się układu autonomicznego; pod tym względem w przypadku naszym próby farmakodynamiczne wykazały: osłabienie napięcia w układzie sympatycznym, czego dowodem brak normalnego odczynu na adrenalinę, a nawet odczyn paradoksalny. Z drugiej strony próba z pilokarpiną dała również wynik b. słaby i próba Aschnera była słabo zaznaczona, co dowodzi, że i w układzie parasympatycznym również stan napięcia nie był w wysokim stopniu wzmożony.

Niemale znaczenie w powstawaniu omawianego cierpienia odgrywa zachowanie się gruczołów dokrewnych, w szczególności tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej i gruczołów płciowych. Brak cukromoczu po zastrzyknięciu adrenaliny mógłby być uważany jako dowód zmniejszonej czynności gruczołu tarczycowego. Zaznaczyć jednak musimy, że gruczoł tarczycowy był wyczuwalny, i brak było jakichkolwiek objawów śluzobrzęku.

Co się tyczy nadnerczy, to możnaby było podejrzewać schorzenie ich ze względu na zmiany barwikowe w skórze. Innych jednakże objawów niedomogi nadnerczy nie było, a w szczególności ciśnienie krwi odpowiadało mniej więcej normie. Nie było również żadnych objawów, przypisywanych przysadce mózgowej (siódło tureckie nie było zmienione).

Co się tyczy funkcji jajników, to aczkolwiek wystąpiła siedmimiesięczna przerwa w miesiączkowaniu (poprzednio miesięczka była prawidłowa), to jednak narządy płciowe i drugorzędowe cechy płciowe były rozwinięte prawidłowo.

W końcu musimy zwrócić uwagę na ważny czynnik etiologiczny u naszej chorej, mianowicie na gruźlicę. Zciemnienie szczytów na rentgenogramie, objawy wypukowe i wysłuchowe, dodatni odczyn Pirqueta i limfocytoza we krwi nie pozostawiały wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z osobnikiem gruźliczym.

Na bliski stosunek pomiędzy twardziną skóry a gruźlicą zwrócił już uwagę Darier, który zalicza sklerodermię do tuberkulidów. Wiadomo również, jak często gruźlica oddziaływała na stan pobudliwości układu sympatycznego, który w patogenezie twardziny skóry zdaje się odgrywać rolę pierwszorzędą (Huisman, Hornowski i inni).

W przypadku Hornowskiego, badanym drobnowidzowo, stwierdzono: zmiany w całym układzie sympatycznym i w istocie rdzeniowej nadnerczy.

W jakim stopniu układ powyższy w naszym przypadku jest dotknięty, nie możemy z pewnością orzec, w każdym bądź razie przytoczone powyżej dane, dotyczące pobudliwości tegoż układu, zasługują na uwagę.

Piśmiennictwo:

R. Cassirer. Die vasomotorisch — trophischen Neurosen. 1923; J. Hornowski. Przyczynę do patogeny i etiologii twardziny skóry. Gazeta lekarska. 1909; Sterling. Przypadek twardziny skóry. Medycyna 1909; Herxheimer. Zur Kasuistik der Sklerodermie. Inaug-Diss. Greifswald 1896; Darier. Précis de dermatologie. 1914; Huisman. Über die Beziehungen von Gefäß — und Blutdrüsenerkrankungen zur Sklerodermie. Münchener m. Wochen. 1905; Strümpell. Ein Beitrag z. Pathologie und path. Anatomie d. Acromegalie. D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde XI. S. 87; Curschmann. Sklerodermie. Münch. M. Wochen. Nr. 28. 1900.

Z oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie

(Ordynator: Władysław JANOWSKI)

i z pracowni neurobiologicznej T. N. W.

(Kierownik: Edward FLATAU).

Przyczynę doświadczalny do sposobu powstawania padaczki*).

Podał

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

Przypadkowe spostrzeżenie pozwoliło mi ustalić, że u osoby, nie dotkniętej padaczką, można wywołać typowy napad padaczkowy. Owym jadem kurczowym okazał się chlorek amonu, wprowadzony do ustroju drogą dożylną. Do zastrzyknięcia dożylnego tego środka upoważniało mnie to, że do ustnej podaje się go w dużych ilościach w leczeniu tężyczki, i ustroj znosi to zupełnie dobrze. Zastrzyku dokonano u chorej, która cierpiała na wrzód okrągły żołądka i z tego powodu przechodziła na oddziale zmodyfikowane leczenie Sippy. W omawianym czasie chora była już w okresie wyleczenia, przy dobrym stanie ogólnym. Pod względem układu nerwowego nie wykazywała żadnych zaburzeń; na padaczkę nie cierpiała. Otóż u tej chorej już pod koniec zastrzyku 10 ccm. 10% roztworu chlorku amonu raptownie wystąpiły kurcze toniczne wszystkich kończyn. Tuż potem chora straciła przytomność. Drgawkę toniczną trwały kilkadziesiąt sekund, poczem zjawiły się kurcze kloniczne. Zachowania się żrenic, niestety, nie prześledziłem. Zupełna nieprzytomność i drgawkę trwały przeszło minutę. Obudziła się bardzo przestraszona. Z tego, co zaszło, zupełnie nie zdawała sobie sprawy. Skarżyła się na ból i ociężałość głowy oraz na wyczerpanie. Po 20 min. zasnęła. Nazajutrz wróciła do zwykłego stanu. Obecnie miewa dolegliwości, związane tylko z zawodniczą sprawą chorobową.

Powyższe spostrzeżenie przypadkowe zasługuje na szczególną uwagę nie tylko ze względów toksykologicznych. Daje się ono nawiązać do zagadnień, dotyczących sposobu powstawania padaczki samoistnej i pod tym względem może okazać się ważnym przyczynkiem. Już pozornie przemawia za tem to, że 1) spostrzegany napad rażąco podobny był do typowego napadu padaczkowego, że 2) jon amonowy, który wywołał go, występuje w cyklu przemiany materji ustroju (powstawanie NH₃ przy dezamidacji aminokwasów), że 3) niektórzy autorowie (Rohde, Bisgaard i Norvig), badając przemianę białkową u epileptyków, wykrywali zaburzenia w przemianie amoniakalnej. Niezależnie od podanego przezemnie spostrzeżenia E. Flatau, zastrzykując królikom, przy opracowywaniu swej chromoneuroskopji, 1% roztwór rodu amonu, obserwował występowanie u zwierząt ogólnych drgawek i pisał, że „próba ta nadaje się m. inn. do badania na zwierzętach problemu padaczkowego“.

W pracowni Neurobiologicznej przy Tow. Nauk. Warsz. pod kierunkiem dr. E. Flatau a wykonałem 21 doświadczeń na królikach. Podam tu tylko wyniki ich: Otóż doświadczenia te potwierdziły pierwsze nasze spostrzeżenie, wykazując, że amoniak, wprowadzony do ustroju drogą dożylną pod postacią soli amonowych, wywołuje swoisty zespół drgawkowy zupełnie podobny do klasycznych napadów padaczkowych. Napad przedstawiał się w ten sposób, że już w czasie zastrzykiwania do żyły usznej 10% roztworu chlorku amonu, po wprowadzeniu 2 — 3 ccm., naraz występował tężec z opistotonus, z gwałtownym prężeniem się całego ciała i wszystkich kończyn. Trwało to kilka sekund, poczem zjawiły się drgawki początkowo toniczne, później bardziej o charakterze klonicznym. Między drgawkami były mniejsze lub większe okresy spokoju. Żrenice przeważnie rozszerzone ad maximum, na światło nie oddziaływały. Nieraz drgawkom towarzyszyło silne rzucanie się całego zwierzęcia. Jeden z takich napadów padaczkowych trwał 8 godzin. Po napadach występowało silne wyczerpanie zwierzęcia. Zwykle nazajutrz wracało ono do swego normalnego stanu.

* Wygłoszone na posiedzeniu sekcji med. wewn. XII Zjazdu Lek. i Przyrodn. Polskich. Szczegółowa praca ukaże się w Medyc. Doświad. i Społecz.

To działanie soli amonowych, zastrzykniętych do żyły, stoi w pozornej sprzeczności z brakiem jakichkolwiek objawów przy podawaniu ich doustnym. Różnicę tę w działaniu można objaśnić tylko tem, że przy podawaniu doustnym chlorek amonu przedostaje się do ustroju drogą wchłaniania przez śluzówkę jelit, a więc nie raptownie i do ogólnego krwioobrotu przechodzi dopiero po uprzednim przejściu przez wątrobę, która przetwarza jon amonowy w mocznik, sprawiając w ten sposób swą czynność odtruwającą. Przy wprowadzaniu doustnym związek dostaje się do ogólnego krążenia raptownie i, co najważniejsze, przechodzi do ośrodkowego układu nerwowego z pominięciem wątroby. To pominięcie wątroby należy wyobrazić sobie w ten sposób, że część soli amonowej już z pierwszym krwioobiegiem dochodzi bezpośrednio z żyły obwodowej do tętni mózgowia. Tam część soli wnika do mózgu (przekracza jego barierę ochronną: spłot naczyński i opony Zylberla-Standa) i zostaje odsunięta od drogi do wątroby i nerek. Z chwilą, kiedy ilość soli amonowej, która wnika do mózgu, odpowiada dawce drażniącej, naraz zjawiają się drgawki. Za takim tłumaczeniem przemawia sam sposób występowania drgawek amonowych. Zjawiały się one natychmiast i, co należy podkreślić, już w czasie samego zastrzykiwania. Jedne jeszcze rzecz należy podnieść. Drgawki amonowe, raz wywołane, trwają względnie długo. W jednym doświadczeniu, jak zaznaczyłem, trwały one 8 godzin. Jest to, niewątpliwie, okres czasu znacznie dłuższy od tego, w ciągu którego krew zostaje uwolniona od wprowadzonej soli amonowej. Zrozumienie tego faktu może opierać się tylko na przypuszczeniach. Możliwe jest, że z chwilą, kiedy substancja trująca raz już zadziałała na aparat drgawkowy mózgowia, aparat ten jeszcze przez pewien czas pozostaje w stanie podrażnienia. Można też przypuścić, że układ nerwowy chwytą i zatrzymuje amoniak, lub że pozostaje on przez dłuższy czas w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Z innych doświadczeń przytoczyć następujące: płyn mózgowo-rdzeniowy (0,85 ccm.), otrzymany od królika z drgawkami amonowym i zastrzyknięty podoponowo innemu królikowi, drgawek nie wywołał. Może to zależeć od zbyt małej ilości amonu w zastrzykniętym płynie lub od szybkiego połączenia jego z tkanką nerwową, a więc od braku amoniaku wolnego.

Doświadczenia nasze wykazały też, że działanie drgawkowe soli amonowych objawia się nawet przy zastrzykiwaniu doustnym bromku amonu. Widocznie działanie jonu amonowego przeważa nad działaniem jonu bromowego, który w tych warunkach podawania nie jest w stanie obniżyć pobudliwości mózgu a na działanie jednocześnie wprowadzonej substancji drażniącej. Należy wziąć to pod uwagę przy leczeniu stosowaniu bromu i unikać wogóle podawania soli amonowej, nawet pomimo to, że podaje się ją tylko doustnie.

Toxikologia amonu była już przedmiotem szeregu prac. Ostatnio Trendelenburg zebrał odnośny materiał i podał opisy doświadczeń na zwierzętach. Widać z nich, że drgawkowe działanie amoniaku jest już rzeczą znaną. Jednak autor nie wspomina o charakterze padaczkowym owych drgawek, a to w naszej pracy staraliśmy się szczególnie podkreślić. W związku z przytoczonymi doświadczeniami wspomnę o pracy duńskich autorów Bisgaard i Norwig, którzy znajdowali przed napadami padaczki zwiększenie się zawartości amoniaku we krwi, dochodzące do trzykrotnej zawartości normalnej.

Zaznaczyć muszę, że istotna treść naszej pracy tkwi już w klasycznych doświadczeniach Marcelego Nenckiego, Pawłowa, Hahna i Massena nad wywoływaniem tak zw. zatrucia mięsnego u psów z przetoką Ecka. Ostatnim etapem tego zatrucia jest okres drgawek toniczno-klonicznych, przypominających typowe napady padaczkowe. Główny obraz zatrucia autorowie przypisywali działaniu kwasu karbamidowego, drgawki zaś — działaniu amoniaku. Jasnym jest, że poszukiwanie substancji, wywołującej napady padaczki, nawet uwięzione powodzeniem, wyczerpuje tylko część zawilego zagadnienia padaczki. Poza mczłwym jadem padaczkowym zaburzenia w zakresie samego układu nerwowego, które czynią go specjalnie wrażliwym na ów jad (gotowość padaczkowa), stanowią drugą ważną stronę zagadnienia epilepsji.

Z I-go oddziału chor. kob. w Szpitalu Starozakonnym na Czystem.

(Ordynator: Henryk ALTKAUFER).

Opatrunki „przezroczyste“ po zabiegach chirurgicznych.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

Henryk ALTKAUFER (Warszawa).

Opatrunki, nakładane po zabiegach chirurgicznych nie przepuszczają zupełnie światła. W obecnym rozwoju heljoterapij, w czasach, kiedy, dzięki rozwojowi bakterjologii, rozumiano, że higiena, zdrowie, rozwój bakterij znajdują się w ścisłej zależności od światła, w dziedzinie opatrywania ran panuje wszechwładnie „strach“ przed promieniami słońca.

Nie znamy dzisiaj sposobu, któryby gwarantował nam, po najdokładniejszym nawet wyczyszczeniu pola operacyjnego, jałowość skóry. Wiemy, że nawet, jeśli skóra przy rozpoczęciu zabiegu chirurgicznego jest stosunkowo wyjąłowana, przy końcu operacji pokryta jest jednakże masą drobnoustrojów. Otóż, wtedy nakładamy przez szereg dni niezmienną, nieprzepuszczającą światła opatrunek. W warunkach, które wytwarzają się na skutek nałożenia tego rodzaju opatrunku, drobnoustroje mają możliwość rozmnażania się z ogromną łatwością.

Ciepłota 37,0C., niemożność przenikania promieni słonecznych, pewna ilość wilgoci wydzielanej przez organizm, resztki krwi pozostałej na skórze, stwarzają pod takim opatrunkiem warunki, jakie mamy w termostatach, specjalnie skonstruowanych dla sztucznych hodowli drobnoustrojów.

Druga ważna niedogodność dotychczasowego sposobu opatrywania ran polega na tem, że przez cały szereg dni nie wiemy, co się dzieje pod opatrunkiem.

Dla usunięcia tych dwóch kardynalnych wad stosowanych obecnie opatrunków dawno już zastanawiałem się nad wprowadzeniem opatrunków przezroczystych.

Z punktu widzenia teoretycznego nie mogłem znaleźć ani jednego argumentu przeciw zmianie opatrunków, nie przepuszczających promieni słonecznych, na — przezroczyste. Wyszukanie odpowiedniego materiału i sposób nałożenia opatrunku przezroczystego nasuwał d. znaczne trudności. Po d. długich próbach wybrałem na razie dla urzeczywistnienia swego celu kawałki cienkiej miki¹⁾.

Mika jest zupełnie przezroczysta, jak szkło, nie może kałeczyć ciała, daje się z łatwością gotować, nie podlega żadnym zmianom przy wyjąłowaniu w autoklawie, kraje się z ogromną łatwością zwykłymi nożycami, jest mało łamliwa, i jednocześnie niezupełnie sztywna; kwasy, jodyna, eter, benzyna nie działają na mikę zupełnie.

Po wyborze materiału zająłem się kwestją techniczną, związaną z nałożeniem opatrunku przezroczystego.

Opatrunek po operacji brzusznej nakładam w sposób następujący: na okolicę cięcia nakładam kawałek miki w ten sposób, aby brzegi kawałka były oddalone od rany i obu jej końców na jakieś 4 palce poprzeczne. Brzegi miki obcinam zupełnie równo. Pod brzegi miki podkładam ze wszystkich stron wąskie, d. grubo złożone paski gazy. Czynie tak, po pierwsze, dlatego, aby przestrzeń pomiędzy miką a skórą była stale wentylowana i, po drugie, aby mika, opierając się brzegami na odpowiedniej warstwie gazy, nie przylegała ściśle do linii cięcia, aby znajdowała się na kilka milimetrów nad nią. Mikę wraz z gazą przytwierdzam kilkoma (4-ma) paskami mocnego plastra (Leukoplast Beiersdorffa). Paski plastra przyklejam w kształcie rombu.

Nałożony w ten sposób opatrunek trzyma się bardzo dobrze, nie przesuwa się nawet podczas ruchów wymiotnych chorej. Wentylacja przestrzeni pomiędzy miką i raną odbywa się prawidłowo, gdyż mika się nie „poci“ i rosy ani na skórze, ani na micy niema.

¹⁾ Mika jest solą podwójną krzemianu glinu i krzemu potasu; posiada nadzwyczaj rozwiniętą łupliwość w jednym kierunku i daje się rozłupywać na niezmiernie cienkie blaszki elastyczne. Ciężar gatunkowy 2,8 — 3,0. Twardość 2,0 — 2,54

Po nałożeniu opatrunku przezroczystego linja cięcia jest doskonale widoczna i w każdej chwili może być skontrolowana: można widzieć, czy szwy lub klamerki się nie wrzynają, czy nie występuje gdzieś zaczerwienienie i t. p. Przy opatrunkach przezroczystych, w razie wprowadzenia sączków, nie można o nich zapomnieć (co się nieraz zdarza), i usuwa się je wówczas, kiedy należy.

Sądzę, że działanie promieni słonecznych na linję cięcia i skórę, znajdującą się w pobliżu, wpływa na szybszy i prawidłowy rozwój blizny i w bardzo znacznym stopniu hamuje rozwój znajdujących się tam drobnoustrojów; wskutek tego, przy stosowaniu opatrunków przezroczystych, gojenie się rany pooperacyjnej per secundam powinno być prawie wyłączone.

W koldrze, przykrywającej chorą, kazałem w odpowiednim miejscu zrobić wycięcie, przez które przenika światło do opatrunku. Wycięcie w koldrze na noc zawiązuje się specjalnymi tasiemkami.

Kilka uwag z powodu artykułu d-ra P. Goldsteina

p. t. „Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy“.*).

Podał

Henryk ALTKAUFER (Warszawa).

Ordynator oddz. chor. kob. w Szpitalu Starozak. na Czystem.

W myśl zdania „amicus Plato sed magis amica veritas“ uważam sobie za obowiązek sprostować pewne nieścisłości (mające dla omawianej sprawy duże znaczenie) które się wkrały do artykułu d-ra Goldsteina.

Szkoda, że Sz. Autor, jak widać z przytoczonych w Jego artykule danych, nie zechciał zwrócić uwagi na moją skromną pracę p. t. „Przypadek wytworzenia pochwy z odbytnicy metodą Schuberta“, ogłoszoną w „Ginekologii Polskiej“ (T. II, Zesz.: IX—XII, 1923 r.). Artykuł ten tem trudniej, moim zdaniem, było przeoczyć, że był on przed ogłoszeniem pracy d-ra Goldsteina jedynym w piśmiennictwie naszym, gdzie po raz pierwszy u nas była poruszona sprawa zabiegu Schuberta.

Gdyby Sz. Autor przerzucił kilka stron mojego artykułu, w którym zebrałem jaknajdokładniej piśmiennictwo, dotyczące operacji Schuberta (aż do kwietnia 1923 r.), byłby, między innymi, zauważył, że już wówczas ogłoszonych było 47 (!) przypadków, operowanych tą metodą. Dzisiaj posiadamy już w piśmiennictwie wszechświatowym wiadomości o około 100 (stu) przypadkach, a nie — 30 (?), jak zaznacza Sz. Autor.

Drugą nieścisłość w artykule d-ra Goldsteina zawiera zdanie:

„... w Polsce, o ile mi wiadomo, jest to drugi przypadek operowany: pierwszy z wynikiem dobrym dr. Altkaufera (dwa z zejściem śmiertelnym d-ra Burdzińskiego i Leśniowskiego“ — i prof. Leśniowskiego) — drugi mój również z wynikiem dobrym...“.

Sądząc z tytułu artykułu, d-wi Goldsteinowi chodziło o omówienie wytworzenia pochwy metodą Schuberta, a tymczasem we wspomnianym zdaniu przytoczył Autor przypadki niepomyślne Burdzińskiego i Leśniowskiego, w których pochwa była wytworzona nie z odbytnicy metodą Schuberta lecz — z jelita cienkiego (podług Baldwin-Mori). Wskutek nieprawidłowego zestawienia przypadków, operowanych zasadniczo różniąciami się od siebie sposobami, i wyprowadzony stąd wniosek musi być błędny. Podług danych, przytoczonych przez Autora z piśmiennictwa naszego, śmiertelność na

skutek zabiegu wynosi aż 50%, gdy faktycznie odsetek śmiertelności równa się 0 (zeru) (przypadek Autora i mój).

Co do wyniku w przypadku d-ra Goldsteina, mam również pewne wątpliwości.

Mianowicie, jak zaznacza Sz. Autor, „... dolny odcinek dawnego odbytu, przeniesiony na miejsce wejścia do wytworzonej pochwy, uległ na przestrzeni 1/4 — 1 cm. powierzchni zgorzeli“. Wskutek zgorzeli wejście do pochwy musi z czasem ulec nawet dość znacznemu zwężeniu, i należy przewidywać, że w niedalekiej przyszłości wprowadzenie prąca będzie utrudnione, a stosunek piciowy — bolesny dla pacjentki.

Nie umiem sobie wytłomaczyć, dlaczego d-r Goldstein po dokonaniu zabiegu nie wprowadził do pęcherza cewnika stałego, a zalecił cewnikowanie chorej. Ja w swoim przypadku zastosowałem cewnik Petzera, gdyż sądzę że kilkakrotne (przynajmniej dwukrotne) codzienne przez szereg dni wprowadzanie cewnika do pęcherza wywołać może zakażenie dróg moczowych.

D-r Goldstein w swoim artykule ani słówkiem nie wspomina o wskazaniach, jakie Go skłoniły do wykonania operacji Schuberta u swojej pacjentki. Wskazania zaś do operacji wytworzenia pochwy, zabiegu, który przy wyniku niepomyślnym może spowodować bardzo ciężkie i przykre kalectwo, muszą być nader poważne. „Niema tu równowagi między ciężarem wskazania a niebezpieczeństwem leczenia“, jak zupełnie słusznie twierdzą Rosner i Solowij.

Wskazania mogą być czysto-lekarskie (zrosty, zwężenia pochwy po ospie naturalnej, dyfteryście, kleszczach i t. p.), lub — moralno-społeczne. Jakiego rodzaju wskazania były w przypadku d-ra Goldsteina? Czy pacjentka d-ra Goldsteina była należycie uświadomiona o korzyści, jaką osiągnie po poddaniu się operacji, i — o następstwach, jakie spowodować mógł nieudany zabieg? Po rozmowie z pacjentką kilku kolegów i ja mieliśmy wrażenie, że należy ona do osobników, pod względem inteligencji bardzo mało rozwiniętych.

Od czasu dokonanej przeze mnie w swoim czasie operacji Schuberta do chwili obecnej zgłosiły się do mnie trzy pacjentki z prośbą o wytworzenie sztucznej pochwy. Z tych trzech kandydatek dwie, mężatki, gdy wyjaśniłem im, na czym właściwie polega pomyślny wynik operacji, zrezygnowały z zabiegu i, idąc za moją radą, uzyskały rozwód, trzecia zaś, niezamężna, również nie poddała się operacji, postanowiwszy nie wstępować w związki małżeńskie.

Wreszcie — ostatnia uwaga... Przy wykonywaniu zabiegu Schuberta mamy do czynienia z trzema ranami. Kierując się zasadą, obowiązującą każdego operującego, iż należy mieć jaknajłatwiejszy w każdej chwili dostęp do każdej z ran, opisałem w pracy swojej specjalne ułożenie chorej podczas wykonywania operacji Schuberta. Przypuszczam, że Dr. Goldstein, jako chirurg par excellence, powinien był zastosować mój pomysł w swoim przypadku. Sam twórca metody — Schubert — pisze mi w liście z dnia 25.XII 1924 r., że „po zaznajomieniu się z moim artykułem, układa chore podczas zabiegu zgodnie z moimi wskazówkami i zaznacza (przekład dosłowny): „... znajduję, że ułożenie, zastosowane przez pana, jest bardzo dobre — **ganz ausgezeichnet**. — Za główne zalety tego ułożenia uważam łatwość orientacji w okolicy wszystkich ran podczas różnych okresów operacji i — możliwość wykonania całego zabiegu przy zastosowaniu jaknajściślej aseptyki“.

W lipcu 1925 r.

Odpowiedź na kilka uwag i t. d. Dr. Henryka Altkaufera.

Podał

Paweł GOLDSTEIN (Warszawa).

Pomijając uwagi polemiczne dr. A., przystąpię do treści zarzutów.

1. Artykuł mój, opisujący pojedynczy przypadek, nie pretendował bynajmniej do źródłowości pracy naukowej. Opierając się na dostępnym mi piśmiennictwie, wspominałem, że operacji tych wykonano przeszło 30. P. Dr. A.,

* W. Czasop. Lek. Nr. 6. 1925.

1) Poprawione przeze mnie.

2) Przypadki Burdzińskiego i Leśniowskiego nie były ogłoszone. Wiem o nich ze źródeł prywatnych. Obydwa przypadki były operowane jeszcze przed dokonaniem przeze mnie zabiegów sposobem Schuberta.

znając dokładniej piśmiennictwo ginekologiczne, znalazł 47 przypadków i przypuszcza, że jest ich obecnie znacznie więcej. Sądząc z dalszych jego uwag, należy wnioskować, że wlicza przypadki wytworzenia sztucznej pochwy i z powodu innych zachorzeń. Jakże to może zresztą mieć znaczenie dla opisu mojego przypadku — nie wiem.

2. Zazaczyłem wyraźnie, że mój przypadek jest drugim, operowanym tym sposobem w Polsce, a o przypadkach prof. Leśniowskiego i Burdzińskiego jest w dalszej części mojej notatki jasno powiedziane, że były operowane sposobem innym, mianowicie przez wytworzenie pochwy z pętlą jelita cienkiego. Wspomniałem o nich na początku jedynie dlatego, że były to przypadki chirurgów polskich. O śmiertelności po operacji Schuberta nie mówiłem ani słowa, skąd Dr. A. wziął 50% — tego zupełnie wyrozumieć nie mogę. Przeciwnie, w końcu notatki zaznaczam, że „wyniki operacyjne są doskonałe“.

3. Każdy chirurg wie, że powierzchowna zgorzel naskórka czy nabłonka nie powoduje blizn ściągających, o ile głębsze warstwy skóry względnie tkanka podskórna nie ulegną zniszczeniu. Wspomniałem przelotnie o tym szczególe w przebiegu pooperacyjnym, który żadnych śladów zwężenia u chorej nie pozostawił. Pacjentka przed 2 tygodniami (6 miesięcy po operacji) była w Warszawie, prócz mnie oglądał ją szereg kolegów oddziałowych i kilku kolegów z oddziału D-ra Natanson'a. Wszyscy jednogłośnie stwierdzili, że wynik pooperacyjny jest doskonały. Żadnego zwężenia. Długość pochwy przeszła 10 ctm. Pacjentka zaznacza, że spótkowanie jest zupełnie bezbolesne.

4. Czy wprowadzenie cewnika stałego bardziej zabezpiecza chorą od zakażenia dróg moczowych, niż kilkudniowe

regularne cewnikowanie na oddziale chirurgicznym (a więc wykonywane aseptycznie) — jest to pytanie, na które p. dr. A. i od urologów z pewnością otrzymałby odpowiedź niejednakową.

5. Nie będę mówił o wskazaniach do tej operacji, wyliczonych przez d-ra A., jako to: zwężenie pochwy po oście naturalnej, dyfterycie, kleszczach i t. p., bo nie mają one nic do rzeczy. Ja opisałem przypadek wytworzenia sztucznej pochwy z powodu wrodzonego braku pochwy i macicy. Wskazanie operacyjne było proste. Młoda kobieta jest dwa lata po ślubie, nie mogąc spótkować z mężem. W obawie przed rozwodem jedzie do Warszawy szukać pomocy u lekarzy. Odwiedza kilku ginekologów i chirurgów, którzy ją dokładnie informują, na czym operacja polega. (Pacjentka bynajmniej nie jest pozbawiona wrodzonej inteligencji). Chora twierdzi, że woli umrzeć, niż prowadzić taki żywot. Nie uważałem za stosowne w drobnym artykuliku wyszczególniać okoliczności rodzinnych, które skłoniły chorą do poddania się operacji.

Przebieg pooperacyjny w moim przypadku (niezależnie od takiego czy innego układania chorej na łożku — są to szczegóły bez większego znaczenia, z którymi każdy chirurg sobie poradzi) był tak lekki i gładki, że nie wahałbym się namówić każdej młodej zamężnej kobiety, obciążonej podobnym kalectwem, do tej operacji, wytłumaczywszy jej uprzednio cel zabiegu.

Dziwi mnie, że dr. A., który miał w swoim przypadku wynik dobry, odradził późniejszym pacjentkom poddanie się temu zabiegowi.

Ze wszystkich realnych zarzutów ostał się jeden, do którego się przyznaję, że artykułu d-ra A. nie czytałem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

O stosowaniu preparatów z lasecznika Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego.

Podał

K. DŁUSKI (Warszawa)

b. dyrektor Sanatorium w Zakopanem.

Trzy tuberkuliny — Leczenie swoiste gruźlicy zaczyna się od wynalezienia w 1890 r. tuberkuliny AT. przez Kocha*) i jej klinicznego stosowania (51a). Na wstępnie pytanie, skąd pochodzi nazwa. Straus w swem klasycznym dziele „La Tuberculose et son bacille“ powiada: „B u j w i d, zgęszczając w próżni hodowle lasecznika na buljonie glicerynowym, otrzymał substancję, którą nazwał tuberkuliną (nazwa przyjęta przez Kocha), a która wywołała u zwierząt skutki podobne do otrzymanych przez limfę Kocha“. Koch powiada o AT, że zawiera ona pewną ilość substancji nekrotyzującej, wskutek czego przyspiesza obumieranie tkanek dookoła ognisk gruźliczych,

a tem samym z jednej strony unemożliwia rozwój laseczników na takim niedostępnym podłożu, a z drugiej ułatwia wydalanie tkanki obumarłej. Jest ona (dosłownie) „substancją, której działanie na ustrój, dotknięty gruźlicą, znacznie przewyższa działanie wszystkich nam dotąd znanych i najsilniej działających środków leczniczych“. A dalej, na podstawie zmian w toczniu skóry Kocha, stosując AT w różnych postaciach gruźlicy (płuca, gruczoły, kości, stawy etc.), podkreśla, że nie chodzi o zabicie Tbc, lecz o zaatakowanie żywej jeszcze tkanki przez zawartą w AT substancję nekrotyzującą, która przyspiesza obumieranie tkanek dookoła ognisk gruźliczych i wydalanie ich z ustroju, a tem samym prowadzi do jego odrucia.

W 7 lat później w pracy swej: „Über neue Tuberkulinpräparate“ (1897) wyraźniej to jeszcze zaznacza. Rozważając lecznicze działanie AT, dochodzi do wniosku, że uodpornienie przeciw dużym dawkom tuberkuliny nie wywiera żadnego wpływu na Tbc.

„Mamy tu więc do czynienia — powiada on — z czystą toksyimmunizacją („reine Toxinimmunität“), lecz nie z immunizacją bakterjalną“. Myśl więc Kocha zwraca się w kierunku uodpornienia przeciw samym Tbc i dąży do niego drogą wchłaniania przez ustrój substancji, zawartych w ciele lasecznika. Stąd jawia się nowa tuberkulina TR czyli osad, powstały po rozrztarciu świeżych, bardzo jadowitych Tbc w moździerzu agatowym na najdrobniejsze cząsteczki, osad nierozpuszczalny w glicerynie, część rozpuszczalna nosi miano TO. „Obejmuje ona t. j. TR — powiada Koch — wszystko to, co jako czynniki immunizacyjne, zawarte jest w hodowlach lasecznika. Niczego lepszego w tym rodzaju stworzyć niepodobna, i, co tylko z hodowlami la-

*) **Skrócenia nast.:**

1) 1-sza stara tuberkulina ludzka 1890 — AT (bydłęca PT.).

2) 2-ga czyli nowa 1897 TR („Tuberkulinrest“).

3) 3-cia „zawiesina laseczników“ 1901 BE („Bazillenemulsion“).

4) Tuberkulina Beranecka TBk (nomenklatura Sahliego).

5) Lasecznik gruźlicy ludzkiej tbc hum.

6) Lasecznik gruźlicy bydłowej tbc bov.

7) Odczyn tuberkulinowy R.

TR.

szcznika osiągnąć można, w tych preparatach osiągnąć się powinno".

BE.

Tymczasem w cztery lata potem (1901) Koch, wychodząc z mylnego założenia, że aglutynacja jest objawem tworzenia się ciał ochronnych w ustroju, wynajduje nowy preparat BE (Bacillenemulsion), polegający na zawiesinie rozproszonych Tbc w stu częściach wody i tyłu gliceryny. Celem stosowania BE jest sztuczne osiągnięcie pewnego stopnia aglutynacji u każdego suchotnika (słowa te podkreślamy) i wytworzenie odpowiednio do tego większej lub mniejszej ilości ciał ochronnych.

„W BE — powiada wierny uczeń Kocha (Bandelier⁴) — zawarte są in toto rozarte laseczniki, a więc znajdują się tam te wszystkie substancje, jakie się znajdują w hodowlach lasecznika. Musi więc BE być o wiele czynniejsza niż TR, która zawiera tylko pewną składową część laseczników“.

Wkrótce po wynalezieniu BE cały szereg badaczy, jak Jürgens, Krause, Lüdkke i inni, wykazali, że aglutynacja może wzrastać bez swoistego leczenia i naodwrot, że istnienie jej wcale nie dowodzi uodpornienia.

Już z tego krótkiego zarysu widać, że genialny umysł Kocha przerzucał się od jednej koncepcji do drugiej w poszukiwaniu preparatów i sposobów uodpornienia człowieka przeciwko Tbc. Już a priori można wnioskować, że sprawa ta jest wielce powikłana, co w dalszym ciągu wykazemy. Tymczasem przechodzimy do badań, podjętych na zwierzętach w tym samym celu. Wspomnijmy tylko o licznych próbach szczepienia, dokonanych w ciągu szeregu lat przez Kocha, Neufelda, Schütza i innych wkrótce po wynalezieniu AT. (osły, kozy, bydło rogate etc.) — bez dodatnich wyników.

Zatrzymajmy się chwilę nad metodą Behringa^{10b}), która przed 22 laty narobiła wiele hałasu i doprowadziła licznych badaczy do wniosków mocno sceptycznych lub wręcz niezgodnych z wnioskami Behringa.

Jak wiadomo, Behring robił cielętom pożyłne wstrzykiwania żywych Tbc hum. (w 1905 roku liczba ich wynosiła 60000), dążąc do podwójnego celu: trwałego uodpornienia bydła oraz wytworzenia w mleku krów antytoksyn, które miały uodparniać noworodków i oseszków przeciwko gruźlicy. Ten drugi cel został gruntownie chybiony, o ile nam bowiem z dostępnej literatury wiadomo, nikt takiego antytoksycznego mleka krowiego u dzieci nie stosował. Natomiast, wedle Klimmerra, szczepienie takie jest niebezpieczne nawet dla bydła wskutek przechodzenia Tbc do mleka — cóż mówić o losie dzieci, takiem mlekiem karmionych. Tu pozwolimy sobie zwrócić uwagę na wręcz odmienne stanowisko, jakie zajmuje w tej sprawie Calmette¹⁹). Opierając się na doświadczeniach na zwierzętach i noworodkach w Japonji, które były karmione przez matki, dotknięte lekką gruźlicą, ich własnym mlekiem, zawierającym od 2 — 7 laseczników w 5 cm.³, i których stan ogólny był dobry — Calmette uważa, że należy czynić dalsze próby w ciągu pierwszych kilku tygodni po urodzeniu, aby nadać oseskom „pewien stopień uodpornienia przeciw następczym silnym zakażeniom“ („contre infections graves ultérieures“).

i jej wyniki

Wracamy do pierwszego celu: trwałego uodpornienia bydła. Został on także chybiony. Weterynarze w całym szereg krajów (Niemcy, Francja [Moussou (69)], Szwajcaria, Belgja, Włochy, Polska (Nowak) etc. wykazali, że krowy, uodparniane jako cielęta, zarażały się od chorych krów już po 1 roku przebywania we wspólnych oborach i padały na gruźlicę, sekcyjnie stwierdzoną — przeciwko zakażeniu więc natural-

nemu uodpornione nie były. Uzyskiwały natomiast, zdaniem Nowaka, pewien stopień uodpornienia przeciwko zakażeniu sztuczному.

Pomimo chybionego celu Behring otworzył drogę do dalszych badań nad powstawaniem gruźlicy u człowieka. I tu podkreślić należy liczne badania Calmetta, Vallée i Rossignola, które wykazały, że „pierwsze zakażenie gruźlicze, lekkie i wyleczone, nadaje ustrojowi odporną wybitną, choć niezupełną, przeciwko nowemu zakażeniu ciężkiemu“^(19c). Następnie liczne i zmuadne badania Römera i Hamburgera, którzy szczepili świnki morskim żywe, ale mało jadowite tbc i otrzymywali u nich tak znaczny stopień uodpornienia przeciwko następczym masowym zakażeniom jadowitemi Tbc., że żyły one kilkakrotnie dłużej, niż kontrolne, i że tworzyły się u nich miejscowe i mające skłonność do gojenia się ogniska, gdy tymczasem kontrolne padały na ostrą rozsianą gruźlicę. Römer przytem zauważył zjawisko nader doniosłe, mianowicie, że świnki, dotknięte naturalną przewlekłą gruźlicą, reagują na masowe zakażenia tak samo, jak i sztucznie uodpornione. Badania te rzuciły snop światła na genezę gruźlicy u człowieka, na rolę pierwotnego ogniska w wieku dziecięcym i na rolę następczego zakażenia przez „dodatkowe zakażenia“ wedle terminologii Behringa („exogen“) lub też przez reinfekcję z dawnych ognisk drogą przerzutów, metastazy („endogen“). Niemal jednocześnie prowadzone badania przez szkołę francuską (Küss) i wiedeńską (Ghon, Bartol), oparte na anatomji, patologicznej, doprowadziły do wniosków analogicznych z wnioskami Römera. Hipoteza powstawania gruźlicy w wieku dziecięcym — przewidziana już przez Behringa — uzyskała tym sposobem podstawy naukowe (doświadczenia).

Badania Calmetta**i Römera****Pierwotne zakażenie w dzieciństwie**

Dotknęliśmy w ogólnych zarysach badań Kocha i jego następców z dziedziny uodpornienia człowieka i zwierząt względem gruźlicy i widzieliśmy, że wyniki są nikłe w porównaniu z ogromem włożonej w to wielkie dzieło pracy!.

Szkoła Genuńska stosowała na większą skalę surowiec Maragliano. Wpłynęła ona po wielu latach zapomnienia na XVII Zjeździe Internistów franc. (Paryż, 1923 r.), gdzie twórca jej Maragliano⁽²⁵⁾ dowodził, że można zaszczerpić człowieka jednorażowo, na wzór krowianki Jennera, lasecznikami martwymi, które są „absolutnie nieszkodliwe“, i że „po kilku latach można stwierdzić obecność odtrutek i antytoksyn“. Metoda Maragliano dała (jego słowa) „u tysięcy ludzi dodatnie pewne wyniki, nie wywołując nigdy ujemnych skutków“. — Nie wdając się w krytykę, pozwolimy sobie zauważyć, że twierdzenie o nieszkodliwości martwych Tbc jest wręcz sprzeczne z licznymi z przed 30 lat badaniami Maffuciego, Pruddhena, Gamaleji, Strausa i innych.

Do różnych szczegółów powróćmy później. Tu zaś pragnęlibyśmy zaznaczyć, że ta wiecznie aktualna sprawa musi stać na mocnych podstawach, inaczej będą zawsze wahania i sprzeczności, wytwarzające kazuistykę, która dotąd panuje nad całym swoistem leczeniem, o czem obszerniej w dalszym ciągu. Zdaje się nam, że główna przyczyna leży w niezmiernie powikłanej budowie lasecznika Tbc, w którym odkrywają coraz

1) Mówiąc o uodpornieniu człowieka mamy na względzie tylko uodpornienie czynne, o uodpornieniu biernym za pomocą surowiec Marorka i Maragliano pisaliśmy w poprzedniej naszej parcy, że nie znaleźli szerszego stosowania z powodu bardzo sprzecznych i wątpliwych wyników.

to nowe ciała, i w tej niewiadomej, jaką jest zmienna odporność ustroju. Łącznie z tem wiadomo właściwie na czem polega odczyn przez wprowadzenie do ustroju jądów Tbc, i niewiadomo wreszcie, jakie są niweczniki, paraliżujące ich działanie.

Dotykając budowy lasecznika, pozwolimy sobie przypomnieć tylko pracę z przed 5 lat Gorisa (Paryż) (Rev. Tub. Nr. 5. 1920), który wykrył 2 nowe ciała w grupie tłuszczowej: „hyalinol“ tak przez niego nazwany ze względu na zewnętrzny wygląd (cienka przezroczysta powłoka) oraz inną nieznaną substancję, topliwą przy 300°.

Teorie o R.

Przechodząc do sprawy, stanowiącej jądro rzeczy, a mianowicie do istoty odczynu tuberkulinowego, musimy zaznaczyć, że badania Kocha przy wstrzykiwaniu AT ograniczały się właściwie do stwierdzenia zmian anatomicznych, zwłaszcza w schorzeniach dostępnych in vivo wzrokowi (skóra, kości, stawy, chłoniaki), zmian, świadczących o początku i końcu odczynu, ale nie mówiących jeszcze o delikatnym mechanizmie biologicznego działania tuberkuliny na tkankę ustroju. To też szereg badań, rozpoczętych wkrótce po wynalezieniu AT, prowadzonych w nieprzerwanym tempie aż do najnowszych czasów, prowadził do wniosków krańcowo sprzecznych i dotąd tego — powiedzmy tajemniczego — problemu nie rozstrzygnął. Wspomni

Hertwig pkrótce o najważniejszych. Znany fizjolog Hertwig (43) już w 1891 r. stara się wytłomaczyć odczyn na podstawie chemotaksis, a mianowicie: wstrzyknięta w stanie silnego rozcieńczenia tuberkulina czyni leukocyty wrażliwymi na tuberkulinę zgęszczoną, znajdującą się w chorych tkankach. wskutek czego emigrują one z naczyń do tych tkanek: i ognisk gruźliczych, wywołując zapalenie w ich sąsiedztwie. Hertwig przytem wyraźnie zaznacza (dosłownie): „nie można przyjąć, aby miejsca chore w ustroju posiadały wyraźną specjalną własność przyciągania do siebie tuberkuliny z krążących soków w ustroju“. Na krańcowo odmiennym stanowisku stanęli w 1906 r. Wassermann i Bruck

Wassermann i Bruck

(117), na podstawie swych badań, mających wyświecić „najdelikatniejsze sprawy biologiczne w ustroju“ pod wpływem swoistego działania tuberkuliny, wywołującej odczyn dodatni w świeżych, ujemny w dawnych sprawach gruźliczych. Wyniki swych doświadczeń streszczają w następujących zasadniczych тезach. Tkanka gruźlicza świeża, nie zserowaciła zawiera antytuberkulinę, której brak w surowicy krwi lekko chorych, nie leczonych tuberkuliną. Ta więc tkankowa, w ogniskach gruźliczych znajdująca się antytuberkulina, przyciąga do siebie tuberkulinę, wstrzykniętą z zewnątrz, wywołując uwięzienie dopełniacza i przypiływ białych ciałek, stąd zaś następuje rozpad tkanek gruźliczych, a jako skutek ich wchłaniania przez ustrój — gorączka z towarzyszącymi jej objawami czyli odczyn tuberkulinowy. Komórki zaś, znajdujące się w tkance, już zserowaciłej, nie mają dostatecznej siły żywotnej dla wytworzenia antytuberkuliny z tuberkuliny tkankowej, nie mogą więc przyciągać wstrzykniętej tuberkuliny, a wskutek tego nie następuje odczyn. Z drugiej znow strony odczyn tuberkulinowy w ciągu leczenia znika i to dlatego, że powoli ukazuje się antytuberkulina w ogólnym krążeniu, i ona to wyławia wstrzykniętą tuberkulinę, zanim ta dostanie się do ogniska gruźliczego. Mimowoli nasuwa się pytanie, czy niema w tem całym rozumowaniu trochę metafizyki?

Krytyka Weilla i Besredki

Teorji Wassermann'a zrobili odrzucające zarzuty Weill i Besredka. Nie rozumieją oni, i słusznie, w jaki sposób antytuberkulina może istnieć w ognisku bez oddzia-

ływania na tuberkulinę, tuż obok niej sąsiadującą, skoro wstrzykniętą z zewnątrz przyciąga w całości z taką siłą z najbardziej oddalonych zakątków ustroju? Koniec końców, teoria Wassermann'a w jej praktycznym stosowaniu prowadzi do jednego wyniku: ostre zapalenie w ognisku, jego rozpad i wydalenie martwej tkanki, z ustroju. Ale zapomina, że jednocześnie może nastąpić rozszanie sprawy po całym ustroju, na co składa dowody anatomja patologiczna i klinika.

Teorja Wassermann'a została przyjęta z zapalem na III Zjeździe ftisioterapeutów niemieckich (1906 r.) jako ostateczne rozstrzygnięcie biologicznego działania tuberkuliny na ustrój. Entuzjazm jednak był krótkotrwały. W kilka lat później badania Pirqueta (73), Wolff-Eisnera i Calmettea niezbitnie dowiodły, że odczyn tuberkulinowy odbywa się u ludzi chorych i pozornie zdrowych nie tylko w chorych ogniskach, lecz i w zdrowych tkankach: skóra i oko — teoria więc Wassermann'a została w swej ekskluzywności mocno podcięta. Jeśli zakropienie tuberkuliną spojówki okazało się w swych wynikach, ze względu na uciążliwe skutki, niepraktycznym, to metoda Pirqueta, rozpowszechniona po całym świecie — z pewnemi skądinąd zmianami technicznymi — stała się punktem wyjścia niezmiernie doniosłych w dziedzinie gruźlicy badań. Zawilego jednak pytania, dotyczącego biologicznej strony odczynu, teoria allergji nie wyjaśniła. Już w samym jej założeniu tkwi pytanie: dlaczego kilkakrotne wstrzykiwanie obcego białka — w danym razie mocno trującego — nie wywołuje odczynu u ludzi zdrowych, gdy tymczasem oddziaływują na pierwsze zetknięcie się z jadem duru brzuszego, paratyfusu, cholery etc.? Zwolennicy Pirqueta odpowiadają, że jady Tbc nie są pierwotnie „adowite („primär giftig) — ale wyjaśnienie takie ma mocno hipotetyczny charakter, skoro zważymy porównawcze badania Schicka, wykazujące, że toksyna błonicza w odpowiednim zgęszczeniu wywołuje wyraźny odczyn miejscowy u ludzi zdrowych i wrażliwych, nie wywołuje zaś wcale lub odczyn bardzo słaby u dzieci chorych na błonicę i leczonych surowicą antybłoniczą. — Sahli stoi mocno na stanowisku, że tuberkulina jest pierwotnie toksyczna, i, oprócz faktów z kliniki ludzkiej, przytacza wyniki doświadczeń na śwince morskiej z drowej, która może być zabita przez AT nawet po wyeliminowaniu z niej gliceryny. Jego zaś własne doświadczenia prowadzą do wniosku, że, choć zdrowa świnka morska „nie jest bezpośrednio zabita dużemi dawkami tuberkuliny Bernecka, jednak po częstokrotnych jej wstrzykiwaniach wpada w stan charactwa, prowadzący do śmierci“. Jak jednak z tem pogodzić fakt (o czem niżej), że zdrowe oseski, bez szkody dla zdrowia, znoszą w ciągu kilku wstrzyknień kolosalne dawki, dochodzące do 30 gr. i 50 gr. AT (o czem niżej).

Wolff-Eisner

Wolff-Eisner, odrzucając teorię „allergji“ Pirqueta, stawia swą własną, a mianowicie endotoksyczną, której treść jest następująca: odczyn tuberkulinowy nie polega ani na zawartych w AT albuminach, ani substancjach tłuszczowych i woskowych, lecz jedynie na działaniu pochodzących z ciała lasecznika odłamków „Splitter“, wykazanych przez W. Eisnera na preparatach po przesączeniu lasecznika przez świeczkę Berkefelda. Działanie to jednak rozpoczyna się z chwilą, gdy wskutek rozpuszczenia tych odłamków („lysis“) wydobywają się z nich endotoksyny. Pomijając niektóre sprzeczności u W. — Eisnera z powodu „lysis“, które znajdują się u chorych, leczonych AT, to znow u zdrowych, przechodzimy do teorii najświeższej już doby — a mianowicie do Selte-

v. Pirquet

Sahli

Selter

ra, który twierdzi, wbrew Wassermannowi, Piquetowi i innym wyżej cytowanym badaczom, że odczyn wcale nie polega na wytwarzaniu odrutek, że nie jest on „Antikörperproduktion“, lecz zwykłym zjawiskiem zapalnym, wywołanym podrażnieniem chorych tkanek przez tuberkulinę, ale w ten sposób, że nie łączy się ona z komórkami tkanek, drażni je raczej mechanicznie. Selter wyraża się obrazowo „tuberkulina służy jako oliwa do smarowania mechanizmu samoobrony ustroju“ („Schmieröl für Abwehrmechanismus“) (103d).

Zieler⁽¹²²¹⁾ zaś i Szasz⁽¹¹¹⁾ dowodzą, że R. jest objawem wytwarzania odrutek (przeciwjadów) przez komórki ustroju, przyczem S. silnie podkreśla, że niema tu łączenia się odrutek z antygenem.

Moro Moro⁽⁶⁸⁾, zgodnie z Selterem, dowodzi również, że odczyn nie polega na wytwarzaniu odrutek, co dotąd dowiedzione nie jest, lecz, że jest on objawem naczynio-ruchowym. Zakażenie gruźlicze — zdaniem jego — działa silnie na układ nerwowy roślinny, wskutek czego „przy każdym zetknięciu się z tuberkuliną w ustroju występują prawidłowo objawy zapalenia“. Odczyn jest to „allergja nerwowa“ podobna do „idiosynkrazji“, jako odczynu po spożyciu pewnych środków spożywczych lub lekarstw. Taka jednak powaga, jak Sahli, stoi niezłomnie na stanowisku dawnej teorii i uważa jako ustalony dosłownie „fakt“, że odczyn tuberkulinowy polega na urzeczywistnieniu połączenia antygeny z odrutką pod wpływem dopełniacza i za rzecz nie podlegającą wątpliwości, że „wszelkie odczyny wewn. — skórne, jak też ogólne i miejscowe polegają na wzajemnym połączeniu antygenów z odrutkami“. Posiadamy więc cały zapas teorii działania biologicznego tuberkuliny na ustrój, które, zamiast uzupełniać się, wzajemnie się wyłączają.

Odrutki lub antytoksyn (przeciw-jady)

Przechodzimy do odrutek, — sprawy teoretycznie nierozstrzygniętej, a mającej pierwszorzędne znaczenie w uodpornieniu ludzi, a następnie i zwierząt na gruźlicę. Genjalny Koch po żmudnych badaniach doszedł do wniosku, że można uodpornić człowieka na ogromne dawki AT, lecz nie na lasecznik. To samo mówią Wassermann. Chorzy po dłuższym leczeniu nie reagują na AT „wyleczeni zaś z gruźlicy nie są“. Behring zaś stwierdza, że bydło, utraciwszy, po długim leczeniu wrażliwość na tuberkulinę, wykazuje na sekcji „gruźki w płucach z serowatą treścią, zawierającą laseczniki“. Jeżeli zaś z drugiej strony zważymy liczne przypadki zupełnego samowyleczenia z gruźlicy, narzuca się poprostu pytanie o odrutkach. Sprawa ta przedstawia się dość jasno w dwóch klasycznych chorobach egzo-toksycznych — błonicy i tężcu, gdzie mamy do czynienia z uodpornieniem biernym. W gruźlicy, chorobie — zdaje się, przeważnie endotoksycznej — okazuje się ona bardzo powikłaną. Pierwsi, którzy wykazali istnienie takich odrutek czy też niweczników („Tuberkulinantikörper“) w surowicy krwi chorych, leczonych tuberkuliną lub u chorych zwykłą metodą kłmatyczną, lecz posiadających dużą odporność, byli Pickert i Löwenstein (1908/9 r.).

Pickert i Löwenstein

Dalsze prace Engla i Bauera potwierdziły za pomocą wiązania dopełniacza badania Pickerta i Löwensteina, przyczem autorowie przypuszczają, że te niweczники (czyli odczynniki) wiążą jadowite części lasecznika i tem samym usuwają je z ognisk gruźliczych. Dowodów jednak, potwierdzających podobne przypuszczenia, niema. Przeciwnie, po wykryciu przez Wassermann'a antytuberkulinę, Cohn, Lüdkke, Wolf-Eisner i inni wykazali jej istnienie u ludzi chorych, leczonych swoiście, lub u zwierząt chorych, którym wstrzykiwano różne preparaty z lasecznika, lecz wy-

Krytyka: Cohn, Lüdkkego i innych

rażnie podkreślają, że natura jej bliżej jest nam nie znana, że wywołuje połączenie dopełniacza, lecz nie posiada właściwości prawdziwej odrutki (czyli przeciwjady), i że sama nazwa „antytuberkulina“ dla uniknięcia pomieszania pojęć, powinna być zarzucona.

Calmette

Cohn⁽²¹⁾ zaznacza, że pomimo dużej wartości owej „antytuberkulinnej“ choroba u ludzi może szybko postępować. Calmette podobnie zupełnie odrzuca rolę ochronną niweczników, a widzi w nich tylko „świadków zmian komórkowych i tkanekowych, wywołanych produktami toksycznymi Tbc lub tuberkuliną, wstrzykniętą z zewnątrz“. Wrażliwość na tuberkulinę — to jedno i to samo. Kramer⁽⁵³⁾ powiada: „być bardzo może, iż uodpornienie i wrażliwość na tuberkulinę, to jedno i to samo“.

Beraneck

Beraneck znów pod wpływem wstrzykiwania swej Tbc zwierzętom znajdował w ich krwi swoiste niweczniki („anticorps specifiqués“. Wyciągał również rozczynem fizjologicznym owe niweczniki z fagocytów, emigrujących masowo do ognisk gruźliczych chirurgicznej, do której wprost wstrzykiwał Tbc. Uważa je za szczepionkę przeciw lasecznikom i wydzielanym przez nie in vivo toksynom. Osobne stanowisko zajmuje Sahli, dowodząc, że stosowanie tuberkulin (TBK) przez czas dłuższy, poczynając od minimalnych dawek, a kończąc na milion razy większych¹⁾, „czyni ustrój niewrażliwym“ na chemiczne jady gruźlicy i to dzięki temu, że wytwarza się coraz większa ilość „wiązących niweczników“ („Bindende Antikörper“), wskutek czego ustrój nabiera zdolności unieszkodliwiania coraz większej ilości jądów.

Sahli

Mechanizm zaś takiego uodpornienia ustroju przedstawia Sahli w następujący sposób. Jady naturalne tworzą się w ogniskach powoli, wskutek czego stanowią słabą podniechę dla wytwarzania niweczników, działają zaś specjalnie szkodliwie na ustrój. Naodwrot zaś rzecz ma się z tuberkuliną. Z całej ilości wstrzykniętej tylko mała cząstka dostaje się do ogniska i naturalnie wzmacnia działanie jądów naturalnych, znaczna natomiast ilość dostaje się „naraz do obiegu krwi“ i pobudza silniej ustrój do wytwarzania niweczników^(94a).

Rękopis był już zredagowany, gdy doszły mnie prace Sahliego z ostatnich 4—5 lat, poświęcone tej ważnej sprawie; ze względu na wszechświatowy autorytet autora chwilkę się nad niemi zatrzymamy.

Zwalczając teorię bocznych łańcuchów Ehrlich'a, Sahli stawia tezę, że niweczniki, jako koloidy, których jest nieskończona ilość i jakoś w przyrodzie, istnieją również w nieskończonej różnorodności we krwi i żywotnych sokach ustroju; są więc pochodzenia humoralnego. Niweczniki owe w miarę zużywania się w ustroju, gdy następuje ich deficyt, odradzają się i wedle lapidarnego określenia Sahliego „wytwarzanie się niweczników nie jest niczem innym jak odrodzeniem krwi „Blutregeneration“, a nawet „Überregeneration“. Równolegle zaś do nich istnieją też wszelkie możliwe do pomyślenia an-

¹⁾ W jak krótkim czasie można dojść do kolosalnych dawek przy leczniczym stosowaniu AT u dzieci, świadczą dwa przykłady z kliniki w Düsseldorfie, podane przez Engla. Jeden dotyczy 8-letniego dziecka z gruźlicą kości i gruczołów zew. oraz zajęciem szczytu lewego płuca, u którego po 70 dniach leczenia jednorazowa dawka wynosiła 10 gr. AT — przebieg leczenia był znakomity.

Drug, jeszcze bardziej ciekawy przypadek: 3-miesięczne dziecko: lymphomata coli i gruźlica kości skalistej (płuca klinicznie zdrowe) — w ciągu 4 tygodni Engel dochodzi do jednorazowej dawki 10 gr. AT. Stan ogólny dziecka bardzo dobry i przybytek wagi przez ten czas wynosi 0,7 kg. (7)

tygeny. Niweczni zaś, powstałe drogą sztucznego uodpornienie, w istocie swej są identyczne z przyrodzonymi i w działaniu swem wzmacniają tylko działanie tych ostatnich. Nadto wobec tej różnobarwności jednych i drugich, antygeny od wypadku do wypadku znajdują w ustroju odpowiednie dla nich odtrutki. Jako przykłady: Ludzie zdrowi, którzy nigdy nie mieli błonicy, mogą mieć duże ilości surowicy przeciwbłoniczej w surowicy krwi. Również 20—30% zdrowych koni posiada w swej krwi ową surowicę. Jak też i przeciwteżcową. Nawet przy parenteralnym wstrzykiwaniu antygeny w postaci danego białka zachodzić może taka kombinacja. Mleko np. może wypadkowo zawierać odtrutkę na jady duru brzusznego lub grypy (94bis).

Zapewne, teoria ta posiada wiele atrakcji, można jej jednakże zrobić ten zarzut, iż w tak wielce powikłanej dziedzinie uodpornienia usiłuje wyjaśnić wszystko, ale nader ogólnikowo, a tem samem nie wyjaśnia niczego w sposób dokładny. Trudno na tem miejscu powstrzymać się od uwagi, że teoria Sahliego wręcz przeczy teorii Wassermanna.

Reasumując powyższe, widzimy, jakie sprzeczności zachodzą w zapatrywaniach pierwszorzędnych badaczy na wytwarzanie odtrutek pod wpływem działania tuberkuliny, odtrutek mających zobojeźniać truciznę laseczników. Pewne jest to tylko, że antytuberkulina wiąże tuberkulinę. W tych więc przypadkach, gdzie tuberkulina ma działać dodatnio należy zapytać, na czem polega owo dodatnie działanie, wzmacniające naturalne ochronne siły ustroju przeciw zakażeniu gruźliczemu, na czem polega powikłany mechanizm biologicznego działania tuberkuliny?

Na Zjeździe w Elster (maj 1921 r.), gdzie sprawa swoistego leczenia była obszerniej roztrąszana, także powagi, jak Wassermann i Neufeld, dawniej gorący jego zwolennicy, wypowiadali się w tej kwestji nader ostrożnie, a w działaniu tuberkuliny widzieli przeważnie wzmocnienie ochronnych sił ustroju. Ale w jakim mianowicie sposób swoiste preparaty te naturalne siły ustroju wzmacniają, tego nam nie wytłumaczyli. Widzimy więc, że ani istota odczynu tuberkulinowego, ani sprawa walki ustroju z lasecznikami za pomocą odtrutek wyjaśniona nie jest. Co się tyczy pierwszego t. j. odczynu, zachodzą wątpliwości z tego mianowicie względu, że sama swoistość odczynu tuberkulinowego została mocno zakwestjonowana, różne bowiem ciała białkowe i niebiałkowe podobny odczyn wywołują. Odnosnie do ciał białkowych, Matthews i Krehl wykazali w kilka lat po wynalezieniu AT przez Kocha, że deuteralbumozy wywołują odczyn zupełnie podobny do tuberkulinowego. Strauss (Paryż) przed 30 laty, wstrzykując z drowej świnie morskiej pod skórę lub do otrzewny glicerynę 4 gr., wywołał te same objawy, co wstrzyknięcie odpowiedniej dawki tuberkuliny 0,4 — 0,5 cm.³, a mianowicie: drgawki i śmierć w takimże samym przeciągu czasu, to jest w ciągu 1 — 2 godzin. Ale te doświadczenia z przed 20 do 30 lat nie znalazły szerszego posłuchu u entuzjastów swoistego leczenia. Dopiero badania R. Schmidta [Praga⁽¹⁰¹⁾] z przed 10 — 11 lat, który wykazał, że wstrzyknięcie takiej małej dawki, jak ½ cm.³ mleka wywołuje u ludzi gruźliczych odczyn ogólny i ogniskowy, zupełnie identyczny z tuberkulinowym, wstrzyknięcie zaś 5 cm.³ mleka ma silniejsze działanie gorączkowe, niż 1 milligr. AT, zwróciły na siebie powszechną uwagę świata lekarskiego. Dały one bodziec do całej masy doświadczeń, które mocno zachwiały podstawowe pojęcia o swoistości odczynu tuberkulinowego. Nie wdając się w analizę teorii R. Schmidta o „Aktivierung des Protoplasma“ przez wstrzy-

Solami mineralnymi

kiwanie „parenteralne“ ciał proteinowych przechodzimy pokrótce do różnych w tej sprawie badań. Schoenborn⁽⁹⁶⁾ znajduje wśród ludzi chorych na gruźlicę odczyn podobny do tuberkulinowego w 45% po wstrzykiwaniu soli kuchennej. Sonnikulicz Raddecki⁽¹⁰⁰⁾ oraz Hagemann⁽⁴⁰⁾ otrzymują u gruźliczych po wstrzykiwaniach preparatów z białka mlecznego (Kazeozanu i Aolanu) odczyn, podobny do tuberkulinowego. Są jednak tego zdania, że jest on silniejszy przy użyciu AT, a więc AT ma mieć „elektywne“ działanie na ogniska gruźlicze. Zastrzegają się jednak, że nie jest pewnym na podstawie tymczasowych klinicznych badań, czy owo pojęcie o „elektywne“ działaniu pokrywa się w zupełności z pojęciem o „swoistem“, w sensie nauki o uodpornieniu.

Hagemann zaś utrzymuje, że tuberkulina nawet niezależnie od 4-krotnie większej zawartości Az, ma stanowczo wyższość nad Kazeozanem z racji właśnie „silniejszego powinowactwa do swoistego ogniska“. Mamy znów badania Meyer-Bischa⁽⁶⁷⁾, które niemal w całości potwierdzają teorię R. Schmidta. Badania te, dotyczące zachowania się wody w ustroju chorego gruźliczego, wykazują, że wstrzykiwanie rozczyń soli kuchennej, cukru i dwuwęglanu sodu (2 cm³ rozczyń 10% cukru lub soli kuchennej lub dwuwęglanu sodu) dają te same wyniki u lekko i średnio chorych na gruźlicę, co wstrzykiwanie AT, mianowicie: rozcieńczenie krwi, nagromadzenie wody w tkankach i zwiększenie wagi, co Meyer-Bischa nazywa „odczynom wody dodatnim“ w przeciwstawieniu do „ujemnego“, wręcz odwrotnego (zgęszczenie krwi i spadek wagi) u ciężko chorych z dużymi rozpadami zmianami w płucach. A co ważne, to ta okoliczność, że odczynowi „wodnemu dodatniemu“ towarzyszy u tych chorych poprawa stanu ogólnego. Stąd próby autora po jednorazowym wstrzyknięciu AT prowadzenia dalszego leczenia przez wstrzykiwania NaCl lub Natr. bicarb., próby, uwiecznione pomyślnymi wynikami. Autor powiada, że tuberkulinę można zastąpić środkami nieswoistymi, a to tem bardziej, że owe sole (cukier, NaCl i Natr. bicarb) w takich małych dawkach są zupełnie nieszkodliwe a „więc mogą być stosowane często i przez czas dłuższy z odpowiednimi przerwami“. Badania Pockelsa⁽⁸⁰⁾ (klinika dziecięca w Getyndze), przeprowadzone na dzieciach, potwierdzają — jak sam zaznacza — wyniki badań Meyer-Bischa na dorosłych. Znany badacz Bessau⁽¹⁴⁾ (Lipsk) idzie jeszcze dalej. Wychojąc z zasady, że tkanki, zakażone gruźlicą, reagują na zakażenie drogą samoobrony naturalnej, stawia na równi jako czynniki, wzmacniające w tym kierunku samoobronę: wszelkie środki dietetyczne, fizyczne, tuberkulinę, promienie Röntgena, biernie przekrwienie Biera. Tam zaś, gdzie zagraża rozpad pod wpływem tuberkuliny lub przekrwienia Biera, kombinuje leczenie, dodając per os kalijodatum w myśli, że jod powstrzymuje rozpad przy odczynie ogniskowym.

Wobec tego, że ciała białkowe, jak i niebiałkowe, dają odczyn zupełnie podobny do tuberkulinowego, podkopując pojęcie o jego swoistości, zjawia się z drugiej strony pytanie, czy odczyn tuberkulinowy występuje li tylko u gruźliczych, czy też i w innych chorobach, a następnie, jak się zachowuje, jak też wypada w ustroju w razie obecności ognisk czynnych lub nieczynnych, wygastłych? Odpowiedź na te pytania ma pierwszorzędne znaczenie. Próba tuberkulinowa bowiem stanowi punkt wyjścia i właściwą podstawę swoistego leczenia. Słusznie powiada Sahli: „wyjaśnienie odczynu skórno-pociągającego za sobą w następstwie praktycznym stosowa-

R. wywołana
proteinami

Gliceryna

nie lecznicze tuberkuliny“, a dalej: „objawy skórne nie są niczem innym, jak częścią główną“ („essentielle“) ogólnego procesu uodpornienia“. To drugie twierdzenie podlega zakwestjonowaniu w myśl teorii innych badaczy, a jeszcze bardziej trzeci: „objawy skórne, spostrzegane w sposób tak wyraźny i widoczny, stanowią istotny obraz tego, co się dzieje wewnątrz ustroju“.

R+ u niegruźliczych

Co się tyczy swoistości, przypominamy liczne spostrzeżenia przytoczone w poprzedniej naszej pracy⁽²³⁾, które wskazują, że AT wywołuje odczyn dodatni w całym szeregu innych chorób: rak (Schmidt), na 10 próbnych wstrzykiwań z wynikiem dodatnim znajduje 2 przypadki raka (żołądek i przełyk) stwierdzone na sekcji, bez żadnych śladów gruźlicy w ustroju. Dalej ozdrowieńcy po durze brzuszonym mają czysty odczyn dodatni (Mazzotti) — trąd — odczyn ogólny i miejscowy (Goldschmidt), nado w innych chorobach, jak przymiot, promienica, blednica. Z nowszych badań przytoczymy Holzera i Schillinga⁽⁴⁵⁾, którzy znaleźli R+ w 5-ciu przypadkach małopowrotności złośliwej, w 1 białaczki i w 44 przypadkach, obejmujących: **angina follicularis, pneumonia crouposa, polyarthritis, kataru żołądka.**

Z drugiej strony, wbrew twierdzeniom takiej powagi, jak Wassermann, że odczyn z reguły wypada ujemnie u bardzo ciężko lub beznadziejnie chorych, Kleinschmidt⁽⁴⁸⁾ znajduje go dodatnim w **meningitis Tbc** i na jeden dzień przed śmiercią w prosówce.

Co się tyczy gruźlicy, chodzi naturalnie o to, aby odczyn dodatni nie wykrywał dawnych ognisk ukrytych — nieczynnych, pozbawionego życiowego znaczenia, i pozwolił na różnicowanie ich ze sprawami świeżymi, względnie nawet dawnymi, lecz czynnymi.

R+ bez znaczenia Calmette

Wynik dodatni w świetle nowych badań pozbawiony jest niemal wszelkiego znaczenia.

I tak Calmette w pomnikowych badaniach nad uodpornieniem cieląt i noworodków swym preparatem BCG dochodzi do wniosku, że R+, jako taka, nie może służyć za kryterjum zakażenia, gdyż uodpornienie ustroju przeciw reinfekcji przedstawia taką samą wrażliwość na tuberkulinę, jak i zakażenie, wskutek czego R. utracą całe swe znaczenie rozpoznawcze. Tę samą myśl, lecz w formie hipotezy, wypowiedział Kraemer⁽⁵³⁾, mówiąc, że uodpornienie i wrażliwość na tuberkulinę jest, być może, jedno i to samo.

Istotnie, skoro 90 — 95% dzieci miejskich w wieku 10 — 15 lat wykazuje odczyn dodat-

ni, to rola takiego środka rozpoznawczego sprowadza się do bardzo wątych rozmiarów.

L. Bernard

Znany badacz paryski, Leon Bernard powiada: „Wszyscy dorośli w krajach cywilizowanych (97% ludności miejskiej we Francji) reagują na tuberkulinę; wartość więc jej rozpoznawcza u dorosłych sprowadza się niemal do zera“. (Rev. Tub. Nr. 4 — 1920).

Takie same głosy słyszymy u znanych niemieckich badaczy. Bessa u (Lipsk) powiada: że odczyn dodatni u dorosłych — wśród których wielu, — wśród proletariatu zaś niemal wszyscy są zakażeni gruźlicą — ma bardzo niską wartość. U dorosłych, jak powiada Hamburger, tylko wynik ujemny ma duże znaczenie rozpoznawcze. Inaczej się rzecz ma u małych dzieci, a zwłaszcza u osesków, którzy nie zetknęli się jeszcze z lasecznikiem.

Co ciekawe, to ta okoliczność, że dzieci niezakażone mogą znieść bez żadnej szkody kolosalne poprostu daki AT. Bauer⁽⁷⁾ (klinika dziecięca w Düsseldorfie) doszedł u jednego ½ rocznego dziecka przy 5 wstrzyknięciach w ciągu 2-tych tygodni do 30 gr. AT, u drugiego ½ rocznego w tymże przeciągu czasu do 50 gr. bez żadnego odczynu u jednego i drugiego.

Bauer

Rola R. u noworodków

Prowadzone skrzętnie w ostatnich kilku latach badania przedewszystkiem w klinikach paryskich, a zwłaszcza przez L. Bernarda przy wstrzykiwaniach tuberkuliny w pewnych odstępach czasu, tygodniowych lub miesięcznych, nie tylko pozwalają na ustalenie faktu zakażenia dziecka przez matkę lub najbliższe otoczenie, lecz nawet na określenie w przybliżeniu jego daty. I tu próba tuberkulinowa odgrywa nader ważną rolę ze stanowiska zapobiegania gruźlicy u dzieci i natychmiastowej izolacji przy wyniku dodatnim.

Wracamy do odczynu. Przypuśćmy, że R+ oznacza zawsze gruźlicę wyłącznie czynną. Chodzi jeszcze o szereg innych zastrzeżeń, a mianowicie, aby w imię zasady *primum non nocere* i próba tuberkulinowa nie narażała na niebezpieczeństwo rozszania zarazka.

To jedno ze stanowiska ludzkiego. Ze stanowiska zaś i teoretycznego i klinicznego, aby był określony wyraźnie rodzaj tuberkuliny (AT, TR, BE lub inna), następnie ścisły sposób dawkowania, metoda stosowania na — wśród — lub podskórna, zgodność odczynu miejscowego z odczynem ogólnym i ogniskowym.

Rozpatrując historię tuberkuliny w ciągu tych 35 lat, widzimy, że w tych wszystkich sprawach występują 2 skrajne obozy, zajmujące wręcz odrębne stanowiska i wzajemnie się zwalczające.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

Ed. MÜLLER, W. HEUBNER, H. H. MEYER, H. RIETSCHEL *Zur Kritik der Homöopathie*. (Nakł. Georg Thieme. Lipsk. 1925).

Artykuł Biera w Münch. Med. Wochenschr. o konieczności rewizji stosunku naszego do homeopatji (p. „Warsz. C. L.“. Nr. 7 str. 302) dał asumpt zarządowi Berlińskiego Tow. Med. Wewn. i Pedjatrii do zwołania specjalnego posiedzenia, poświęconego tej sprawie. Po słowie wstępnym przewodniczącego, prof. Hisa, zabrał głos prof. Müller z Marburga, dając obraz historyczny nauki o homeopatji. Prof. Heubner z Getynji uwypuklił różnice pomiędzy doktryną homeopatji a przyrodznawstwem doświadczalnym i nie szczędził słów surowej krytyki dla poglądów Biera. Po tych dwu odczytach wywiązała się interesująca dyskusja, w której prócz Biera przemawiali: Klemperer, Magnus-Levy, Joachimoglu, Goldscheider, Kretschmer, Hamburger i Richter. Wszyscy prawie stanęli w opozycji względem Biera. Broszurka zawiera prócz tego

interesującą rozprawę prof. Meyera z Wiednia o „podstawach farmakologicznych leczenia bodźcowego“ (Reizkörpertherapie) i polemiczny artykuł prof. Rietschla z Würzburga p. t. Czy powinniśmy zająć względem homeopatji takie samo stanowisko, jak Bier? Artykuł ten drukowany był w Nr. 27 „Deutsch. med. Woch.“ z r. bieżącego i daje na powyższe pytanie odpowiedź ujemną.

Wogóle cała sprawa rewizji doktryny homeopatycznej jest niezmiernie ciekawa i daje lekarzowi myślącemu dużo materiału do rozważań. Broszurka, wydana nakładem znanej firmy lipskiej, zasługuje na rozpowszechnienie.

Z. Sr.

Serologia i Bakteriologia.

G. F. DICK i G. H. DICK. *Sposób odróżniania paciorkowców płoniecznych na zasadzie ich własności produkowania jądów*. (Journ. Am. Med. As. 1925. V. 84. Str. 802).

Dickowie sądzą, że paciorkowce hemolityczne płonieczne stanowią oddzielną grupę, którą można odróżnić od in-

nych paciorkowców na zasadzie własności produkowania ja-dów swoistych dla płonicy. Inne paciorkowce własności tej nie posiadają.

F. P r z e s m y c k i.

ZOELLER C. Przenoszenie odporności przeciwbłoniczej z matek na potomstwo u świnek morskich. (C. R. S. B. 1925 T. 82, str. 432).

Z o e l l e r znalazł, że uodpornione samiczki świnek morskich, karmiące młode, które pochodzą od matek nieuodpornionych, nie są zdolne wywołać biernej odporności przez pokarm. Jeśli matka była uodporniana podczas ciąży, młode rodzą się odpornymi, ale odporność ich trwa około 2 miesięcy, znikając następnie. Dowodzi to, że odporność była bierna.

F. P r z e s m y c k i.

KOHN A. i GRÄFENBERG E. Znaczenie odchylenia dopełniacza w rozpoznaniu rzeżączki. (Zeit. f. Hyg. u. Infekt.. 1925. 104 str. 128).

Autorzy przygotowali antygen z 12 szczepów gonokoków i znaleźli, że wiązanie dopełniacza jest w większości przypadków swoiste. Z 53 przypadków niewątpliwej rzeżączki odchylenie dopełniacza dało wynik dodatni w 50-ciu. 12 surowic ludzi zdrowych dały wynik ujemny. Zmiana odczynu dodatniego na ujemny wykazuje wyleczenie.

F. P r z e s m y c k i.

FRIEDLI H. i HOMMA H. Doświadczenia nad uczuleniem względem czerwonych ciałek krwi. (Zeit. f. Hyg. u. Infektionsk. 1925. 104, str. 67).

Autorzy znajdują, że świnki morskie, którym zastrzyknięto 3-krotnie czerwone ciała krwi ludzkiej, przemyte bardzo starannie, uczulają się na te ciała. Wstrząs anafilaktyczny jest poprzedzany przez rozpuszczenie czerwonych ciałek. Autorzy przypuszczają, że w przypadku tym hemoglobina działa jako anafilakto-gen.

F. P r z e s m y c k i.

F. S. JONES. Wątroba jako źródło bakteryjnych aglutynin. (Journ. Ex. Med. 1925. T. 41, str. 767).

Największa koncentracja aglutynin jest znajdowana w wątrobie zwierząt, którym zastrzyknięto małą ilość antygeny i które wkrótce potem zabito. Zwierzęta, wysoko uodpornione, zawierają w wątrobie również wyższą koncentrację aglutynin. Pojedynczy zastrzyk antygeny do żył mezenterjalnych wywołuje znaczne podniesienie się koncentracji aglutynin w wątrobie. Dane te doświadczenia wykazują według autora, że wątroba jest źródłem powstawania aglutynin.

F. P r z e s m y c k i.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. E. GYE. Etiologia nowotworów złośliwych. (The Lancet. 18. VII. 1925).

J. E. BARNARD. Badanie mikroskopowe jadów przesączalnych (Tamże).

Obie te prace stanowią wielką zdobycz w aktualnej dziś sprawie nowotworów złośliwych, a wyniki ich mogą być sformułowane w sposób następujący. Wszystkie nowotwory złośliwe zawierają jad, widoczny pod ultramikroskopem i dający się wyhodować. Jad ten mieści się przypuszczalnie w komórkach nowotworu. Oczyszczony od wszelkiego materiału postronnego i zastrzyknięty zwierzęciu, jad sam przez się ni wywołuje powstania nowotworu, ani nawet jakiegokolwiek bądź widocznego obrażenia. Jeżeli jednak zastrzyknąć jad wraz z wyciągiem z nowotworu wolnym od jadu, to otrzymuje się nowotwór. Wyciąg z nowotworu zawiera zatem w sobie istotę, nazwaną przez Gye a „czynnikiem swoistym“, pod którego wpływem jad zamienia komórki szczepionego zwierzęcia na komórki nowotworowe. Swoistość jadu dla danego gatunku zwierzęcia nie istnieje, to znaczy, że jad, otrzymany z guza zwierzęcia jednego gatunku może wywołać powstanie guza u zwierzęcia innego gatunku. „Czynnik swoisty“ natomiast wykazuje bardzo ściśłą swoistość gatunku, t. zn. że do wytworzenia nowotworu złośliwego np. u myszy konieczne jest użycie „czynnika swoistego“ z nowotworu mysiego, zaś czynnik swoisty z nowotworu np. kurzego u myszy nowotworu nie wywoła. Przypuszczalnie istnieje także swoistość tkanki nowotworowej dla czynnika swoistego, t. zn., że do otrzymania mięsaka konieczna jest mieszanka jadu i „czynnika swoistego“, otrzymanego z mięsaka, a nie z raka.

Stosunek jadu do czynnika swoistego przedstawia się w sposób następujący:

1) Sam jad lub sam „czynnik swoisty“ z jakiegokolwiek bądź nowotworu, zaszczipiony jakimkolwiek bądź zwierzęciu, nie wywołuje powstania nowotworu.

2) Jad raka mysiego wraz z „czynnikiem swoistym“ mięsaka drobiu, zaszczipiony myszy, pozostaje bez działania, zaszczipiony kurczęciu, daje mięsaka.

3) Jad raka ludzkiego wraz z „czynnikiem swoistym“ mięsaka drobiu, zaszczipiony myszy, pozostaje bez skutku, zaszczipiony kurczęciu, daje mięsaka. Z tego wynika, że rodzaj wytworzonego nowotworu złośliwego zależy nie od jadu, lecz od „czynnika swoistego“. W etiologii nowotworów złośliwych mamy przeto do czynienia z dwoma czynnikami: a) z jadem żywym, który jest czynnikiem z zewnątrz pochodnym (extrinsic) i b) z substancją chemiczną, produkowaną przez komórki, która jest czynnikiem z wewnątrz pochodnym (intrinsic). Ten ostatni czynnik jest prawdopodobnie następstwem przewlekłego drażnienia.

Dotychczas udało się otrzymać u szczepionych zwierząt tylko mięsaki.

Z. Sr.

E. ALLENBACH. Dziedziczny i wrodzony brak palców wszystkich kończyn, spostrzegany w czterech pokoleniach. (Ann. d'anat. pathol. méd. chir. T. II, Nr. 2, 1925 r).

Autor opisuje rodzinę, w której wiele osób było dotkniętych wrodzonym brakiem palców na rękach i nogach; zatrzymuje się najszczegółowiej na najmłodszym członku rodziny — 11-letnim chłopcu. Obie ręce posiadały tylko po jednym ruchomym palcu (pomimo to dziecko ubierało się samo, pisało, spełniało rozmaite czynności domowe). Stopy przedstawiały się w postaci kleszczy homara, brakło 3-ch środkowych palców, a pozostałe dwa zewnętrzne były łukowo zagięte ku środkowi.

Prababka dziecka miała ręce i nogi zdeformowane w analogiczny sposób, sądząc z wywiadów.

Babka posiada ręce i nogi zniekształcone, jak i wnuk. Nogi matki są takie, jak i u dziecka ręce podobnie lecz mniej zmienione.

Brat matki posiada takie kończyny, jak dziecko. W danym przypadku zasługuje na uwagę:

1) charakter dziedziczny cierpienia; można je prześledzić w 4-ch pokoleniach.

2) Schorzenie to jest przenoszone wyłącznie przez kobiety.

3) Charakter zniekształceń stale pozostaje taki sam.

A. S i e d l e c k a.

Djagnostyka.

Dr. Otto SEIFERT, prof. w Würzburgu i dr. Fryderyk MÜLLER, prof. w Monachjum. **Djagnostyka lekarsko-kliniczna** z 126 częściowo kolorowymi rysunkami i 2 tablicami barwnymi. Dwudzieste trzecie (najnowsze) wydanie, opracowane przez Fryderyka Müllera; tłumaczył Dr. Bronisław Handelsman, b. lekarz naczelny szpitala św. Aleksandra w Łodzi. 1925. Wydawnictwo naukowe „Wiedza“. Warszawa.

Jedna z najpopularniejszych książek lekarskich w Niemczech: w ciągu 37 lat doczekała się 23 wydań; a od roku 1917 wychodzi co rok w nowym uzupełnionym wydaniu! Wobec szybkiego postępu nauk lekarskich tylko w ten sposób książka zdołała utrzymać się na widowni, że przestarzałe pojęcia jaknajszybciej zastępowano nowymi. Skromna książeczka kieszonkowa o 100 stronach, wydana w r. 1886 przez dwóch docentów kliniki Gerharta w Würzburgu, rozrosła się do dzieła 500-stronicowego i pomimo, że w żadnej kieszeni dziśby się nie zmieściła, a docenicy wyrosli na profesorów o sławie europejskiej, podręcznik ich w 23-em wydaniu nosi ten sam skromny tytuł: **Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik.**

Uznanie dla tej książki polega nietylko na tem, że podaża ona stale za postępem wiedzy lekarskiej, lecz niemniej na zwięzłym i niezwykle jasnym przedstawieniu spraw nieraz bardzo zawiłych, jak elektrokardjografia, sfimografia, badania krwi chemiczne, podstawowa przemiana materji, odczyn Wassermann'a i t. d., które zajmują w podręczniku nie więcej, niż 2 — 3 kartki każda. Ażeby tak zwięzłe sprawę przedstawić, trzeba ją nietylko znać, ale do-

skonałe przetrwać; jednym słowem, należy mieć doświadczenie i talent profesorski. Że talent ten autorzy posiadają, dowiedli już w pierwszych wydaniach.

Ostatnie, najnowsze wydanie, przyswojone naszemu piśmiennictwu przez D-ra H a n d e l s m a n a, zawiera wszystkie rozdziały, które u innych autorów, np. u S a h l i e g o, złożyły się na dwa wielkie tomy: mamy w niem wszystko, z czym się lekarz w klinice i praktyce styka, a więc: badania promieniami R o e n t g e n a, spirometrię, rynoskopję i laryngoskopję, elektrokardjografię i sfigmomanometrię oraz sfigmografię, chemiczne badania krwi, funkcjonalne badanie nerek, nakłucie łądżwiowe, odczyn W a s s e r m a n n a, bakterjologję, djagnostykę chorób nerwowych i anatomję układu nerwowego ośrodkowego, badanie ucha itd. Rozdziały o przemianie materji i wewnętrznem wydzieleniu zostały gruntownie przerobione na nowo z uwzględnieniem aktualnego obecnie określenia cukru we krwi. Przy końcu książki znajduje się spis najpoważniejszych źródeł leczniczych, oczywiście, głównie niemieckich, do którego tłumacz zupełnie słuszenie dodał od siebie spis źródeł leczniczych w Polsce; należałoby w przyszłości uwzględnić jeszcze źródła francuskie, wobec coraz częstszych wyjazdów od nas do Francji. Dużą wartość ma szczegółowy skorowidz, ułatwiający znacznie odnajdywanie szczegółów w podręczniku.

Z tego pobieżnego zestawienia widać, że w literaturze naszej nie posiadamy podobnej pracy oryginalnej i, niestety, może długo jeszcze jej mieć nie będziemy; dobrze więc uczyni Dr. H a n d e l s m a n, że zapełnił tę lukę przez przyswojenie podręcznika, tak w Europie rozpowszechnionego i lubianego. Wydanie takiego podstawowego dzieła przyczynić się może do pogłębienia sprawy i do ujednostajnienia mianownictwa, obiegającego od siebie nietylko w różnych dzielnicach kraju, ale nawet w oddzielnych towarzystwach lekarskich, których powstaje ostatniemi czasy coraz więcej.

Dr. H a n d e l s m a n znany jest w naszej literaturze, jako autor prac oryginalnych i tłumacz dzieł lekarskich, że wymienię chociażby „Higienę Szkolną“ J a n k e g o, przetłomaczoną wespół z D-rem St. K o p c z y Ń s k i m. Posiada duży zapas słów oraz styl gładki i jasny. Temi zaletami wyróżnia się również i ostatnia jego praca z zakresu tłumaczeń.

Djagnostykę czyta się z przyjemnością; nigdzie nie dostrzega się niejasności; mianownictwo lekarskie jest ogólnie przyjęte, bez prowincjonalizmów, zbytecznych neologizmów i barbaryzmów. Spotyka się jednakże wyrazy obce, które oddawna już są zastąpione przez czysto polskie, a mianowicie: temperatura (ciepłota), funkcje (czynności), organy (narządy), indywidualum (osobnik), substancja (istota).

Wyrazy te w następnem wydaniu z łatwością dadzą się zastąpić czysto polskimi. Gorzej już jest z nieściślością terminów; spotyka się np. następujące spolszczenia: **folliculus** — grudka (zamiast: mieszek), **status lymphaticus** — zołzowatość (zamiast — stan limfatyczny), **Ganglienzellen** — komórki nerwowe (zamiast: zwojowe), **Zwischensubstanz** — substancja łącznotkankowa (zamiast — śródtkankowa), **Schwarzbrot** — chleb żytni (zamiast — razowy), **Lagerbier** — leżak (zamiast — piwo bawarskie; dawniej i u nas kursowało określenie piwo „lagrowe“ w znaczeniu bawarskiego); **Fettstühle** — stolce kałowe (zamiast — tłuszczowe).

Niektóre ustępy, chociaż są przetłomaczone dosłownie, nie oddają jednak ściśle myśli autora. Jest to winą raczej pośpiechu, braku ostatecznej redakcji, czy też kontroli, niż nieznamomości rzeczy. Weźmy dla przykładu sam tytuł książki „Djagnostyka lekarsko-kliniczna“.

Co znaczy określenie „lekarsko-kliniczna“? Która djagnostyka kliniczna nie jest lekarska? W oryginale tytuł brzmi: „**Taschenbuch der medicin, — klin. Diagnostik**“. **Medizinisch** znaczy właściwie — lekarski, ale **medizinische Klinik** znaczy — Klinika chorób wewnętrznych, nie zaś — Klinika lekarska. Pomijając wyraz **Taschenbuch** ze względu na rozmiary książki, tytuł powinien brzmieć, zdaniem mojem, — „Djagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych“. Idźmy dalej. W rozdziale o wydzieleniu wewnętrznem znajdujemy zdanie: „Wzmózone wyrabianie wydzieliny tarczycy u kobiet często łączy się z mięśniakami macicy“ — co możnaby rozumieć w ten sposób, że mięśniaki mają wpływ na wydzielenie tarczycy; gdy właściwie autor chce powiedzieć, że wzmózone wydzielenie tarczycy sprzyja powstawaniu mięśniaków macicy.

O nadnerczu powiedziane jest w tłumaczeniu, że substancja (zamiast istota) rdzeniowa zawiera komórki, które

„przez sole kwasu chromowego są zabarwione żółto-brunatno“, gdy tymczasem powinno być: „komórki, które kwasem chromowym barwią się na kolor brunatno-żółty“.

W rozdziale o przemianie materji spotykamy zdanie: „Głównie idzie o dostarczanie takich substancji, które przeskadzają temu, żeby organizm tracił składowe części narządów“ — gdy tymczasem zdanie to powinno być oddane w ten sposób: „które chroniłyby ustrój od straty części składników organicznych“. Takich usterek jest w tłumaczeniu więcej. Uchronić się od nich można tylko przez zapewnienie sobie kontroli i ściślej korekty, co, nie wątpię, w następnem wydaniu tłumacz będzie miał na uwadze.

Nie tłumacza, lecz samych autorów winą jest, że mówiąc o trzustce, twierdzą, iż o niej wiadomo tylko to, że po jej wycięciu, albo po chorobowem zniszczeniu i zwyrodnieniu następuje ciężka cukrzyca. Dziś już znacznie więcej wiemy o trzustce, a w szczególności o stosunku jej do cukrzycy. Wszystko to jednak nie zmniejsza wartości samego dzieła i zasług D-ra H a n d e l s m a n a, jako jego tłumacza.

Djagnostyka chorób wewnętrznych Seiferta i Müllera w tłumaczeniu H a n d e l s m a n a znajduje się niewątpliwie w krótkim czasie w ręku każdego klinicysty i lekarza praktyka, który na każdą interesującą go kwestję znajdzie w niej natychmiast odpowiedź w kilku wierszach. Jest ona niezbędna do szybkiego zorientowania się w danem zagadnieniu; po wyczerpujące zaś wiadomości może każdy zwrócić się do poszczególnych obszernych monografij.

W. K n a p p e.

W. REDISCH. Nowe spostrzeżenia z kapillaroskopem. (Klinische Wochenschrift Nr. 49, 1924).

Autor wykazuje, w jaki sposób można wykorzystać kapillaroskop, jako środek pomocniczy djagnostyki klinicznej. Znaczenie tej metody polega nietylko na rozpoznawaniu różniczkowem z poszczególnych obrazów kapillarów, ile na ocenie stanów chorobowych układu naczyniowego na podstawie dłuższego spostrzegania.

Następnie autor wskazuje na znaczenie kapillaroskopji w tych przypadkach wzmózonego ciśnienia, w których rozstrzygnięcie sprawy zajęcia lub niezajęcia nerek było dotychczasowemi sposobami trudne, kapillaroskopja zaś daje w tych przypadkach obrazy zupełnie odmienne.

Zapomocą kapillaroskopu otrzymujemy nowe dane dla rozstrzygnięcia pytania, czy w danym przypadku choroby układu naczyniowego zajęte jest przeważnie serce, czy też naczynia, i na które z nich należy wpłynąć leczniczo.

Wykazanie cech charakterystycznych w hypo- i hipertycozach jest ważne djagnostycznie w tych niejasnych klinicznie przypadkach, które wykazują jednocześnie mieszany obraz obu tych zachorzeń.

Zastrzyki dożylnie insuliny: 1) powodują odczyn kapillarów, polegający głównie na lepszem ukrwieniu tkanek; 2) zmieniają odczyn kapillarów, wywołany przez adrenalinę, albo znoszą go zupełnie; 3) stale zmniejszają ciśnienie krwi; 4) są w stanie znieść wzmózenie ciśnienia, wywołane przez adrenalinę.

Stosunki powyższe przedstawiają nowe dowody antagonizmu pomiędzy hormonem nadnerczy a hormonem wysepek L a n g e r h a n s a.

Spostrzeżenie kliniczne w przypadku jamistości rdzenia oraz badanie doświadczalne nad znieczulonemi palcami wykazały, że zachowanie czucia jest warunkiem niezbędnym dla zdolności odczynu kapillarów skórnych na bodźce ciepłe.

Obserwacja kapillarów u umierających wykazała odpywanie krwi do głęboko położonych żył. Stwierdzono prztem, że w jakiś czas po wystąpieniu już zupełnego zastoju krwinki z ramienia tętniczego zostają wyciskane do ramienia żylnego, co przemawia za kurczliwością czynną, przynajmniej ramienia doprowadzającego kapillarów.

J. T y p o g r a f.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

P. MULZER. Diagnose und Therapie der gonorrhoeischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. (Wyd. drugie. Nakład J. F. Bergmanna. Monachjum. 1924).

„La chaude — pisse commence... seul Dieu sait, quand elle finira“. Te słowa starego mistrza francuskiego i dziś jeszcze nic nie straciły na swej słusznosci, nie bacząc na istotne postępy i w rozpoznawaniu i w leczeniu spraw rzeżączkowych. Na Zachodzie oddawna rzeżączka wraz z gru-

żlić i przymiotem zaliczana jest do grupy chorób społecznych, u nas natomiast jest lekceważona i przez publiczność i przez lekarzy i nie znajduje odpowiedniej powagi. Dlatego też należy powitać z uznaniem pracę, która pozwoli lekarzom-niespecjalistom choć w pewnym stopniu leczyć racjonalnie to tak częste cierpienie. Książka napisana jest doskonale pod względem dydaktycznym, jasno i treściwie omawia klinikę i terapeutykę rzeżączki i niewątpliwie przyniesie lekarzom prowincjonalnemu dużo wiadomości, a przede wszystkim nauczy „non nocere”. Wadę organiczną podręcznika, wynikającą z samego założenia, stanowi pouczenie niespecjalisty o leczeniu, wymagającym wykształconego specjalisty—dlatego też w wielu miejscach autor zmuszony jest przerwać tok swego wykładu, kierując czytelnika po pomoc do fachowca. Mimo to, powtarzamy, dla lekarza prowincjonalnego, zwłaszcza w naszych warunkach (trudności komunikacyjne i t. p.), książka M. będzie bardzo cenną pomocą.

Na jeden drobny szczegół chciałbym zwrócić uwagę. Autor (str. 44) zaleca stosowanie cholewalu w roztworze 1—3%. Otóż moje doświadczenie wykazuje, że trudno przepisywać stężenie ponad roztwór pół %, gdyż chorzy odczuwają zbyt dotkliwie palenie, uniemożliwiające stosowanie leku.

Wacł. Sterling.

Max JOSEPH. **Technika terapeutyczna w dermatologii.** (Deutsche Medizinische Wochenschrift N.Nr. 8, 9, 10. 1924).

Wyniki lecznicze w dermatologii zależą w znacznej mierze od techniki terapeutycznej.

Rozpatrzmy tu cały szereg środków leczniczych i metody ich stosowania. Puder—ma działanie chłodzące i suszące, a wywołując anemię, jest środkiem przeciwzapalnym. Z pomocą pudru o kolorze normalnej skóry udaje się zamaskować zmiany chorobowe na odkrytych częściach ciała. Joseph poleca puder cynkowy: **Zincii oxyd. alb., Amyli trit. aa, trochę Pulv. Irid. florent. i kilka kropel ol. Bergamotti.**

Puder ma zastosowanie nie tylko w kosmetykach, ale i w ciężkich schorzeniach skóry, jak **Pemphigus vulgaris**; gdy duże powierzchnie skóry (po pęknięciu pęcherzy) pozbawione są naskórka, trzeba czasem dwa razy dziennie obsypywać całego chorego talkiem, żeby zmniejszyć dolegliwości.

Większe znaczenie w dermatologii mają maści i pasty. Pierwsze działają mocniej i głębiej, niż drugie. Za podstawę do maści używa się wazeliny; lanolina nadaje się prędzej do maści chłodzącej, wciąga bowiem więcej wody. W skład past wchodzi puder i tłuszcz w różnych ilościach, działanie ich jest łagodne, wysuszające i mniej głębokie, niż maści. Najczęstsze zastosowanie ma pasta cynkowa, do której Lassar dodał 2% kw. salicylowego. Pasta ta nie dopuszcza powietrza, wchłania wydzielinę i działa w ten sposób chłodząco i przeciwzapalnie. Maścią polecamy smarować 2 razy dziennie, usuwamy ją watą zmoczoną w oliwie lub benzynie. Mycie wodą w sprawach zapalnych skóry jest często przeciwwskazane. Na uwłóśionych częściach ciała nie należy stosować past.

Maści i pasty zmieniają swoją konsystencję zależnie od temperatury, unikamy tego, używając plasterków, w których mogą też być stosowane leki w bardzo wysokiej koncentracji. W chronicznej **Eczema artificiale** radzi Joseph stosować plastry, umożliwiające leczenie bez przerwy w pracy zawodowej. W pryszczycach na dłoniach i podeszwach z nadmiernym stwardnieniem stosuje się 10—20, a nieraz nawet 50% plastry salicylowe. Na uporczywe blaszki łuszcycowe poleca plaster chryzarobinowy, który kładzie na przeciąg 3—5 dni.

Jako ulepszenie techniczne uważane są tak zwane „suche pen-dzłowa nia”. Nie należy ich stosować na miejscach wilgotnych, ale w pryszczycach suchych, zwłaszcza udzieci, mają zastosowanie. Joseph poleca następującą mieszaninę: **Liqu. carbon. deterg. 1—10,0, Zincii oxyd., Amyl. trit. aa 20,0, Glycerini 15,0; Spirit. diluti 5,0, Aq. destil. ad 100,0.** Przed użyciem wstrząsnąć. Pendzelkiem kilkakrotnie smarujemy schorzałe miejsca i suszymy 5—10 minut. Mniejsze zastosowanie ma **Kolloidium i Traumatycyna — 10%** salicyl z kolloidium na odciski; chryzarobina na traumatycynie w zastarzałej łuszczyce.

We wrzodach gołeni rekomenduje Joseph bandażowanie z gąbką gumową. Przez ucisk usuwamy zastój żylny, a gąbka wchłania wydzielinę owrzodzenia. Technika opatrunku nader prosta: po dokładnym oczyszczeniu skóry dookoła owrzodzenia daje się borną wazelinę, na owrzo-

dzenie kładziemy kilka warstw gazy sterylizowanej i waty, a na to gąbkę, która wielkością przekracza o 2 cm. wielkość owrzodzenia. Nakładamy bandaż, wywierając mierny ucisk. Opatrunek zdejmujemy się na noc i w przypadkach moknących owrzodzeń daje się wilgotne okłady, przy mniejszej wydzielinie—maść borną. W **pruritus** dobre wyniki daje **kla j s t e r c y n k o w y (Gelatin. alb. Zincii oxyd. aa 20,0, Glycerini, Aq. dest. aa 80,0; przed użyciem wstawić do ciepłej wody),** można dodać 5—10% ichtiolu. Opatrunek leży kilka dni, a usuwa się gorącą wodą.

W uporczywych schorzeniach skóry uciekamy się nie raz do polepszenia składu krwi; udaje się osiągnąć takie polepszenie przez wlewanie dożylnie 10—20 ccm. normalnej surowicy ludzkiej. Iniekcje powtarza się w ciągu 3—5 dni. Linser otrzymał polepszenie po 60 wlewaniach w uporczywym schorzeniu skóry u ciężarnej. Przy czym u ciężarnych stosował surowicę ciężarnych, nigdy nie dawał surowicy ciężarnych nieciężarnym i przeciwnie. Znajduje on nawet różnicę między surowicą osobników płci męskiej i żeńskiej — dlatego też stosował zawsze u mężczyzn surowicę męską, u kobiet kobiecą. Im świeższa jest surowica, tem lepiej działa.

Spithoff używa, maść surowicy obcej, surowicy tego samego osobnika, unikając w ten sposób niebezpieczeństwa infekcji. Surowicę inaktywuje urzędnie, t. j. nagrzewa ją w ciągu pół godziny do 55—60°.

Brucek rekomenduje upust 250 ccm. krwi przez wenepunkcję i infuzję 1000 — 1500 ccm. 0,85% sterylizowanego roztworu soli kuchennej temp. 40° C.

Rissman pierwszy zwrócił uwagę na to, że przy iniekcjach surowicy (w przypadkach męczącego swędzenia skóry u ciężarnych) działają głównie zawarte w niej sole, i otrzymał dobre wyniki od zastrzykiwań śródmięśniowych roztworu **Ringera (Natr. bicarbon. 0,06; Calc. chlor. 0,048; Kal. chlor. 0,0085; natr. chlor. 0,8; aq. dest. ad 200,0).** Daje on 200 ccm. steryl. roztworu do obu pośladków. Rissman przyszedł do wniosku, że przyczyną cierpień skóry u ciężarnych są zaburzenia w przemianie mineralnej, głównie brak soli sodu i wapnia.

80% swędzących wysypek u ciężarnych udawało mu się usunąć przez podawanie doustne: **Natr. bicarb., Natr. chlor., Natr. phosphor., Ferri oxyd. saech. solub. aa 3,0; Calcii phosph. 12,0—3** razy dziennie po 1 gramie. Reszta przypadków została wyleczona przez iniekcję roztworów **Ringera.**

W uporczywej **Urticaria** i rozległej moknącej pryszczycy (**Eczema**) udaje się usunąć swędzenie przez zwiększenie zawartości wapnia we krwi. W tym celu daje **Strassberg Afenyl** dożylnie, iniekcje po 10 ccm w dwudniowych odstępach. Dobre też są iniekcje 2 ccm 50% roztworu cukru gronowego, który można dawać codziennie. W przypadkach ciężkich stanów septycznych, gdy organizm nie jest w stanie wytworzyć niezbędnych przeciwciał, gdzie autowakcyn, surowica przeciw paciorkowcowa i normalna, Aolan, Terpichina, pozostają bez skutku, Linser próbował dawać przeciwciała, wytworzone z drugiego osobnika, traktowanego autowakcyną chorego. Otrzymał dobre wyniki, lecząc w ten sposób ciężką posocznicę rzeżączkową.

W **Furunculosis, Eczema, Lichen ruber, Pemphigus** dobre wyniki daje proteinoterapia.

Klingmüller daje domięśniowo 10% terpentyny (**ol. Therebint. 1,0 ol. Olivarium ad 10,0**). Zastrzyk powtarza co 3 — 4 dni. Mniejsze zastosowanie ma mleko (gotować 5—10 min.). Iniekcja śródmięśniowa 5 — 6 ccm mleka może być powtarzana co 3—4 dni, a więc po spadku temperatury. Dobre wyniki w **arthritis, periurethritis i prostatitis gonorrhoea.**

Według niektórych autorów Aolan (roztwór białka mlekowego wolny od zarodników i toksyn) lepszy jest od mleka, nie powoduje on jakoby objawów anafilaktycznych; pobudza szpik kostny do wzmożonej pracy immunizacyjnej, sprzyjając procesowi wyleczenia w takich sprawach, jak **thc., sycois parasitaria** i komplikacjach rzeżączkowych. Daje się domięśniowo 10 ccm. Aolanu. Następną iniekcją może mieć miejsce dopiero po ustąpieniu do czynu miejscowego, a więc po 3—5 dniach.

W piodermji, chronicznej pryszczycy, szczególnie zaś w rzeżączkowym zapaleniu stawów, poleca się leczenie kombinowane: 10 ccm Aolanu domięśniowo, a po 3 — 4 dniach 0,3 ccm Aolanu śródskórnie; ostatnia dawka może być powtarzana

co 3—4 dni. Aolan podany śródskórnie służy także do prowokacji w rzeżączce u kobiet.

Naevi pigmentosi, sanguinei, angioma można usunąć przez zamrażanie kw. węglowym. Po 10 sekundach zamrażaniu występuje zaczerwienienie, które po kilku dniach znika. Po 25—30 sekundach działania kw. węglowego występuje po 4—8 godz. pęcherz, który przeistacza się w krostę i po 14 dniach goi się, pozostawiając cienką, elastyczną bliznę.

Zamrażanie w **lupus erythematosus, granulosis rubra nasi** daje rezultaty wątpliwe.

W **Vitiligo** krótkie stosowanie zamrażania może spowodować zjawienie się barwika.

Brodawki usuwane być mogą zapomocą elektrolizy. Elektrode dodatnią (dość dużą) daje się pacjentowi do ręki, elektroda ujemna połączona jest z imadłem, w którym umocowana jest zwyczajna igła do szycia. Igłą przekłuwa się guz w największym wymiarze, i wówczas dopiero przepuszczamy prąd. Zależnie od wrażliwości osobnika stosujemy prąd o sile 2—5 Milliampereów. Jeżeli guz jest większy, przeprowadzamy igłę w kilku kierunkach, żeby wywołać możliwie większe zniszczenie tkanek. Zabieg jest prawie niebolesny. Po 8—14 dniach rozpad tkanki jest zakończony, i następuje wyleczenie bez pozostawienia blizny.

A. G ł u s k i n ó w n a.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z d. 2. V. 1925.

Poncz K. Przyczynę do leczenia niedokrwistości złośliwej.

P. omawia metodę Neissera leczenia niedokrwistości złośliwej samoistnej za pomocą wielkich dawek arszeniku, dochodzących do 150 mg. pro die. Metodyka ta daje, jak wykazują spostrzeżenia wielu autorów, wcale dobre wyniki. P. demonstruje przypadek samoistnej niedokrwistości złośliwej z oddz. Dra Bregmana. W ciągu 3 miesięcy chory otrzymywał do 120 mg. arszeniku dziennie, i liczba krwinek wzrosła do 3.000.000 (pierwotnie 800.000), a hemoglobina z 20 do 70%. Po 4 miesiącach, kiedy wystąpił nawrót cierpienia i chory zgłosił się do szpitala z 1.000.000 krwinek w 1 mm. sz., leczenie arsenikiem według Neissera dało również wynik zadawalający.

W dyskusji zabiera głos Bogacki: ostatnie badania wskazują na zakaźne pochodzenie cierpienia Biermera. Landsberg wspomina o wyodrębnionej przez Edelmanna postaci niedokrw. złośliwej przebiegającej z leukopenją, eozynofilią i stanem podgorączkowym i wywołanej przez piroplazmy.

Neudingowa. **Przypadek cierpienia wielostawowego o rzadkiej etiologii** (referat nie dostarczony).

Sterling Wl. Pokaz przypadków **padaczki i tężyczki hyperwentylacyjnej** St. demonstruje sztucznie wywołane napady tężyczki i padaczki u pacjentów, cierpiących na samoistne występowanie tych chorób. Przez metodyczne, równomierne i powolne głębokie wdychanie występują mniej więcej po 10 minutach napady tężyczki lub padaczki.

Jelenkiewicz. **Napad padaczki po dożylnym podaniu chlorku amonu.**

Chcąc przekonać się o losie zastrzykniętego do krwi chlorku amonu, J. podawał 10% roztwór tego związku (10 cm. sz.) do żyły. W parę chwil po zastosowaniu tego zabiegu wystąpiły typowe dla padaczki drgawki oraz utrata przytomności. Po kilkunastu minutach stan ten przeszedł, i chora powróciła do zdrowia. J. przypuszcza, że takie gwałtowne podanie dużej ilości związku amonowego spowodowało silną alkalozę, która, jak wiadomo, może wywołać stan spazmofilii. J. omawia teoretyczne podłoże stosowania leków zakwaszających w stanach drgawkowych oraz omawia mechanizm powstawania drgawek w stanach alkalozy.

Herman wskazuje na nowe badania Flatau w kierunku przepuszczalności spłotu naczyniowego i wyraża przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z bezpośrednim wpływem soli amonowych na ośrodki nerwowe. Flatau nadmienia, że sole amonowe działają bezpośrednio na ośrodki nerwowe, gdyż z łatwością przechodzą przez barierę naczyniową z krwi do płynu mózgoworodzeniowego. Flatau wskazuje na doniosłość badań w kierunku określania przepuszczalności owej bariery (chromoneuroskonia).

Brockman mówi o znaczeniu badań stosunku jonów H i OH w sprawach drgawkowych.

Szenkier. **O leczeniu chirurgicznym zapalenia nerek.**

Próby chirurgicznego leczenia nerek datują się od 30 lat. Trudność uzyskania prawa chymotektora dla tej metody

w lecznictwie uzasadnia S. pewną rozbieżnością pomiędzy niewątpliwie dodatnimi wynikami chirurgicznego leczenia nerek w klinice a niedostatecznym ugruntowaniem teoretycznym zabiegu chir. w zapaleniach nerek.

Usunięcie otoczki dodatnio wpływające na przebieg zapalenia nerek, powoduje, według Harrisona, lepsze ich ukrwienie, albowiem pozbawia je ucisku zewnętrznego. Edebols twierdzi, że zabieg ten wywołuje krążenie oboczne, K. u. emiel porównywa zabieg ten do operacji Leriche'a.

Najlepsze wyniki daje usunięcie otoczki (dekapsulacja) w **nephritis haemorrhagica dolorosa, apostematosa, nephritis circumscripta** (ogniskowe zap. nerek). W przypadkach cięższego schorzenia miąższu nerkowego oprócz dekapsulacji należy wykonać cięcie miąższu (nephrotomia) lub nawet usunąć nerkę.

Leczenie chirurgiczne choroby Brighta daje gorsze wyniki, tak samo i ostre zatrucia (sublimat) nie są wdzięcznym polem dla chirurga. Jednakże w przypadkach bezmocz, nawet w tych postaciach chorobowych, zabieg chirurgiczny, o ile nie jest wykonany za późno, może uratować chorego.

Na zasadzie własnego doświadczenia oraz rozległego piśmiennictwa S. zachęca chirurgów i internistów do szerszego stosowania zabiegów chirurgicznych w wyżej przytoczonych postaciach zapalenia nerek.

W dyskusji zabierają głos Simon, Landau, Kapłan, Landsberg.

Simon nie popiera wniosków prelegenta, nie widział bowiem dodatnich wyników w kilku przypadkach ogniskowego zap. nerek.

Kapłan, mimo dużego materiału nerkowego, nigdy nie widział wskazania do dekapsulacji.

Landau wskazuje na dodatni wynik leczenia dużymi dawkami bizmutu nerki sublimatowej. Nie jest on zwolennikiem operacyjnego leczenia zapalenia nerek.

Landsberg zaznacza, że jedynym terenem dla zastosowania dekapsulacji w zapaleniu nerek jest bezmocz (w ostrych stanach, nie ustępujący po zabiegach niekrwawych) oraz t. zw. **nephritis dolorosa**.

Posiedzenie z dn. 22. V. 1925 r.

Paszkievicz. **O samowyleczalności gruźlicy z punktu widzenia anatomji patol.**

Ref. omawia epidemiologję gruźlicy, zaznaczając, że z 4 typów istniejących laseczników gruźlicy patogenny dla człowieka jest tylko typ ludzki i może typ bydłocy. Laseczniki te mogą się przedostać do ustroju drogą rozmałą, najczęściej przez drogi oddechowe, rzadziej przez przewód pokarmowy, najrzadziej przez skórę. Przedostawszy się do płuc, osiadają prątki w nabłonku przewodów pęcherzykowych, pozbawionych rzepek, a bogatych w fałdy. Tutaj następuje rozwój gruzelki, który rozprzestrzenia się dalej. Odczyn ustroju na laseczniki bywa wytwórczy lub wysiękowy, albo wytwórczo-wysiękowy. Komórki nabłonkowe, otaczające prątki, są pochodzenia łącznotkankowego (histiocyty, kom. siateczkowo-śródbłonkowe). Wskutek braku unaczynienia gruzełek ulega łatwo rozpadowi. Gruzełek może się zagoić, i drogi gojenia są zależne od tego, czy nastąpiło zsorowacenie, czy też nie. W 1 przyp. zsorowaciale masy otaczają się szklistą tkanką, która później wapnieje. Jednakże wewnątrz takiego quasi zagojonego gruzełka spotykamy żywe prątki. W

2 prz. następuje zupełne zbliznowacenie. W postaci wysiękowej: wysięk (ser) może ulec wessaniu, lub być z płwociną wydany na zewnątrz. W przebiegu gruźlicy spotykamy jednocześnie sprawy rozprzestrzeniania się choroby i gojenia się starych ognisk. W zależności od tego, czy mamy do czynienia z wytwórczym, czy z wysiękowym odczynem, z mniejszą lub większą zjadliwością prątków, z większą lub mniejszą odpornością ustroju, procesy gojenia mogą opanować sprawę rozszerzania się choroby.

Gantz. O samowyleczalności gruźlicy z klinicznego punktu widzenia. (Wydrukowane w Nr. 7 „Warsz. Czasop. Lek.“).

Dyskusja.

Dłuski wspomina o uodparnianiu przeciwko gruźlicy za pomocą prątków zw. zimnokrwistych. Zwraca uwagę na bardzo powikłaną sprawę odporności osobistej, co często-kroć uniemożliwia rokowanie.

Srebrny wspomina o przypadkach gruźlicy krtań, które uległy samowyleczeniu.

Fryszman zaznacza, że gruźlica nerek nigdy nie może ulec samowyleczeniu. Przez zamknięcie miedniczki ustaje źródło infekcji dla ustroju, ale nerka nie jest zdrowa.

Janowski: statystyka **Rocq**a wskazuje, że i nawet opony mózgowie mogą być uleczone z gruźlicy.

Flatau nigdy nie widział wyleczonych przypadków gruźliczego zapalenia opon.

Brokman kładzie nacisk na znaczenie konstytucjonalizmu w sprawach odporności przeciw gruźlicy.

Rudzki St. zastanawia się nad terminem samowyleczalności gruźlicy i wskazuje na dobre wyniki klimatycznego i chirurgicznego leczenia gr. płuc.

Michalski wskazuje na znaczenie układu krwionośnego w przebiegu gruźlicy.

Gantz. Przewodnią nicią obu referentów było stwierdzenie faktu, iż gruźlica odznacza się wielką tendencją do samowyleczenia. G., nie negując bynajmniej wartości leczenia gruźlicy, zaznacza, że umyślnie nie poruszał sprawy metod leczniczych, chcąc tym razem zwrócić uwagę na stronę teoretyczną sprawy.

Co się tyczy specjalnie konstytucji, to po zastanowieniu się nad przypadkami, opisanymi przez **Philibeta** (3 członkowie pewnej rodziny zapadają na *pneumonia caseosa* w tem samem płucu), lub **Aubertina** (3 członkowie jednej rodziny chorują na gruźlicę nerki), — trudno odrzucić jej znaczenie.

G. sądzi, że uda się zbudować podwaliny nauki o konstytucji; jak się wydaje, dziedziczenie zmian konstytucyjnych odbywa się według prawa **Mendla**.

O znaczeniu układu krwionośnego w gruźlicy pisał **Brehmer**, a u nas **E. Zieliński**. Są to sprawy sporne, tak samo, jak i kwestia układu wegetatywnego.

Co się tyczy nerki, to wchodzi tu w grę i inne czynniki, jak np. wspomniana przez **Dra Janowskiego** ciągłość pracy nerki i jej wydadne uacznienie.

Aubertin stworzył nawet teorię usposobienia poszczególnych narządów zależnie od budowy i uacznienia. Tak, czy inaczej, samowyleczalność gruźlicy jest niezaprzeczenie wielka, i dobrze byłoby, gdyby udało się naśladować ją skutecznie.

Landsberg.

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dnia 11. V. 1925 r.

Przewodniczący **M. Konopacki**, sekretarz **Z. Zakolska**.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego (16.III. 1925 r.).

2. Na zastępcę chorego sekretarza wybrano **Z. Zakolską**.

3. Sprawozdanie **prof. Lotha**, ze zjazdu Francusko-Polskiego.

Prof. E. LOTH, jako delegat Tow. Anatomicznego na zjazd Francusko-Polski w Paryżu, komunikuje, że brał udział w pracach zjazdu oraz w wycieczce do Londynu i na Riwierę francuską. W Paryżu konferował z sekretarzem Association des Anatomistes, **dr. Augier**, w sprawie ewentualnego gremjalnego przystąpienia Tow. Anatomicznego do Association des Anatomistes, w której to sprawie napotkał całkowite zrozumienie. Z prac anatomicznych zjazdu Francusko-Pol-

skiego należy podkreślić referaty z histologii, wygłoszone przez **prof. W. Szymanowicza** ze Lwowa, i referat z morfologii **prof. E. Lotha** z Warszawy. Poza tem **prof. LOTH** miał wykład dla studentów: „La signification des variations morphologiques et leurs importance dans la médecine“, który się cieszył powodzeniem. W czasie wycieczki zwiedził poza tem Zakłady Anatomji i Histologii w Lyonie.

4. Sprawozdanie **J. Zwejba** o zjeździe w Turynie.

W referacie swoim sprawozdawca omawia doskonałą organizację XX Zjazdu Association des Anatomistes, który odbył się w Turynie w dn. 6—8 kwietnia, i na który stawił się wszystkie narodowości Europy oraz Ameryka i Japonja. Sprawozdawca w referacie swoim kładzie nacisk na wybitnie doświadczalny charakter obecnych badań anatomicznych i referuje ciekawe odczyty, wygłoszone na zjeździe. Sprawozdawca, jako delegat Tow. Anatomicznego, miał polecenie nawiązania bliższego kontaktu z Association des Anatomistes. W tym celu prowadził rozmowy z przewodniczącym tego Towarzystwa, **prof. Nicolase**m, oraz sekretarzem, **dr. Augier**. Propozycje te były przyjęte bardzo życzliwie przez prezydium Zjazdu, poruszona też była sprawa urządzenia zjazdu Association des Anatomistes w Warszawie. Sprawozdawca omawia dalej sprawę urządzenia tego Zjazdu w Warszawie, jako rzecz wysoce pożądaną.

W dyskusji, oprócz sprawozdawców, brał udział przewodniczący.

Uchwalono: 1) Aby większa liczba członków P. Tow. Anatomicznego Warsz. zapisała się na członków Association des Anatomistes. 2) Na zjeździe przyrodników i lekarzy lokalne Tow. Anatomiczne Warsz. rozszerzyć w ogólnopolskie. 3) Przyspieszyć opracowanie Statutu. 4) Poczynić kroki, aby zjazd „Association des Anatomistes“ w r. 1928 odbył się w Warszawie, zamiast w Pradze.

Komunikaty:

S. Trojanowski wygłosił komunikat na temat: **Zmienność korzonków nerwu przeponowego u człowieka.**

Autor w celu ustalenia typowego pochodzenia nerwu przeponowego i jego odmian zbadał szczegółowo 100 nerwów przeponowych i ustalił 6 odmian, za najczęstszy i normalny uznał typ C⁴ i C⁵, czyli pochodzenie łącznie od splotów szyjnego i barkowego, które u Polaków występuje w 59%. Poza tem otrzymał 2 typy, I — nerwy o wyłącznym pochodzeniu ze splotu szyjnego, II — z udziałem C⁵, t. j. łącznie ze splotem barkowym. Przewaga występuje po stronie typów dwusplotowych. Dla wyjaśnienia znaczenia poszczególnych odmian pochodzenia nerwu przeponowego porównał, zachowanie się tego nerwu u małp i człowieka. Na zasadzie danych **Bolcka** i swoich obserwacji przyszedł do wniosków następujących: Wejście korzonka od C⁶ w skład nerwu przeponowego jest cechą prymitywną, natomiast posuwanie się początku nerwu wwyż i pozyskanie korzonków od C³ i C² jest cechą progresywną, spotykaną tylko u człowieka. Przyczem C² jest nie tylko cechą progresywną, ale i antropomorfną. Dyskusja. **E. LOTH**.

J. Ejsmond. Przypadek spontanicznego zrastania się larw rozgwiazdy *Asterias glacialis* w związku z procesem scałkowania się zrostka.

Autor zakomunikował wyniki swych spostrzeżeń nad zrastaniem się zarodków i następującym potem scałowywaniem się zrostków — procesem, który można rozpatrywać, jako odwrócenie wegetatywnego rozrodu przez podział lub pączkowanie. Spostrzeżenie to, dokonane w 1912 r. na stacji biologicznej w Roskoff nad zarodkami rozgwiazdy *Asterias glacialis*, dają się streścić w następujący sposób:

Zapłodnione jaja tych szkarłupni, o ile trzymać je w naczyniu z wodą morską w zbrzylnych skupieniach, rozwijają się na ogół nienormalnie — wyjątek stanowią jedynie jaja w powierzchniowych warstwach skupień. Między innymi występuje anomalja dezagregacji blastometrów podczas bródkowania, przez co młode morule rozpadają się na mniejsze lub większe grupy blastometrów, a niekiedy oddzielają się od całości nawet pojedyncze blastomery. Jeżeli zabezpieczyć takie rozpadające się morule od ostatecznej zguby przez rozproszenie ich w wodzie, wówczas odłączone i odłączające się od organicznego zespołu grupy blastometrów rozwijają się samodzielnie i dają początek różnokalibrowym małym blastosferom, a na nich w stosownym momencie występuje proces gastrulacji. Tym sposobem z jaja, zamiast pojedynczej postaci zarodka, powstaje cały zespół mniej lub więcej licznych i samodzielnych zarodków. Wnet potem zaczynają się one zrastać

ze sobą. Wskutek tego wytwarza się niekiedy dość skomplikowany zrostek z wieloma kieszeniami gastralnymi, które do czasu służy za wskaźniki odrębności odpowiednich części zrostka. Dalszy los będących w formie wielozaczątkowych zrostków jest ten, że przybierają one kształt sferyczny. Jednocześnie zaś z ogólnej liczby kieszeni gastralnych rozwija się tylko jedna, a inne zanikają. Później wykształca się sfałdowana typowa postać larwy. Prócz powyższego zdarzyło się, iż dwa egzemplarze wielozaczątkowych lobarnych zrostków, które znajdowały się w stanie postępującego scałkowania, umieszczone przypadkowo w jednym naczyniu, zrosły się samorzutnie po upływie kilkunastu godzin. Przyczem początkowo były one połączone końcami zwróconych ku sobie brodaweczek. Co zaś się tyczy kieszeni gastralnych, to u jednego z osobników pozostała z liczby trzech kieszeni tylko jedna, u drugiego zaś dwie. W następstwie proces zrastania się wraz z redukcją kieszeni gastralnych posunął się tak dalece, że otrzymał się obraz pojedynczego lekko przewężonego osobnika z pokaznie rozwiniętym pojedynczym zawiązkami kanału pokarmowego. Ostateczny rezultat po upływie 48 godz. od chwili, gdy po raz pierwszy dostrzeżono zrośnięcie się, wyraził się w zupełnym scałkowaniu się zrostka w typową, o kształcie gruszkowatym, larwę z pojedynczym zawiązkami kanału pokarmowego, który zdradzał tylko pewne nieprawidłowości w ukształtowaniu. Pozatem w ciele larwy można było zauważyć komórki mezenchymy.

Osobliwość otrzymanej w ten sposób postaci było: 1. że przeżyła ona dwa następujące po sobie okresy zrastania się i scałkowania, 2. ogół związanych z tem zjawiskiem procesów miał charakter spontaniczny, 3. otrzymana w rezultacie postać larwy w porównaniu z larwą tegoż stadium rozwijającą się normalnie, okazała się spóźnioną w czasie przynajmniej o półtorej doby.

Co dotyczy strony przyczynowej, to, zdaniem autora, zrastanie indywiduów, w związku z następującą potem integracją zrostka, można rozpatrywać jako rodzaj aneksji jednego osobnika przez drugi, wywołanej potrzebą zwiększenia materialnego stanu posiadania.

W dyskusji zabierali głos: M. K o n o p a c k i, Z. Z a k o l s k a i P. S ł o n i m s k i.

Sekretarz: Z a k o l s k a.

Posiedzenie z dnia 22. VI. 1925 r.

Przewodniczący M. K o n o p a c k i. Sekretarz Z. Z a k o l s k a.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.

2. Prof. L o t h zaproponował, aby zarząd opracował sprawozdanie z dwuletniej działalności Tow. Anatomicznego, w celu zjednania wśród uczestników zjazdu nowych członków Tow. Anatomicznego.

3. Rozpatrywanie Statutu.

a) Prezes przedstawił opracowany przez komisję regulaminową projekt Statutu Tow. Anatomicznego.

Po dokonaniu niektórych poprawek Statut został przyjęty.

b) Postanowiono wydrukować Statut i rozdać między członków sekcji anatomicznej dla przejrzenia przed dyskusją ogólną.

Sekretarz: Z a k o l s k a.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa fizyczno-lekarskiego w Würzburgu Clausen omawiał w lutym r. b. sprawę krótkowzroczności w oświetleniu obecnej nauki o dziedziczności i dochodzi do wniosku, że dotąd istniejący pogląd, jakoby krótkowzroczność była skutkiem pracy na bliskiej odległości, nie daje się więcej utrzymać. Pojęcie krótkowzroczności szkolnej i zawodowej musi być zarzucone. Zdaniem Clausena, odziedziczone usposobienie do krótkowzroczności powoduje ją nawet i bez pracy na bliższej odległości, gdy tymczasem ten, kto tego usposobienia nie odziedziczył, może czytać pisać i robić, co zechce, na bliskiej odległości w najnieodpowiedniejszych warunkach higienicznych a krótkowzrocznym się nie stanie.

Coulaud (tow. lek. szpit. w Paryżu, maj) zastosował u chorej, u której od 8 miesięcy szybko rozwijał się proces gruźliczy w obu płucach, z początku odnę no jednej stronie, a wkrótce potem i no drugiej; gorączka opadła, stan ogólny się poprawił; chora przybrała w ciągu kilku tygodni: 3 kilo. Mimo dwustronną odnę pacjentka nie doznała braku powietrza, oddychając na minutę 16 razy.

Chauffard i Clément (paryskie tow. lek. szpit., maj r. b.) widzieli wygojenie się ronnia wątroby pochodzenia amebowego pod wpływem emetyku. Ronień powstał w 12 lat po czerwonce. W ciągu 5 tygodni średnica pionowa wątroby w ortodiagramie z 21 i pół cm. zmniejszyła się do 14 cm. Wszelkie objawy znikły, chorzy zaś przybrał na wadze 8 kilo. W celu leczniczym stosowano emetyki: stowarsol.

Zjazdy.

XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Warszawie

(12—16 lipca 1925 r.).

Poraz pierwszy odbyty w Warszawie Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich zgromadził około 2000 uczestników, którzy już w wieczór, poprzedzający dzień otwarcia Zjazdu, zebrał się licznie w Kasynie urzędników państwowych celem wzajemnego poznania się. Nazajutrz w godzinach rannych odbyło się otwarcie Zjazdu w olbrzymim hallu Politechniki, której audytorja i sale zostały łaskawie oddane do rozporządzenia Komitetu Organizacyjnego Zjazdu przez senat Politechniki. Po zagajeniu Zjazdu przez prezesa Kom. Org., profesora K r y Ń s k i e g o, na przewodniczącego Zjazdu powołano prof. C i e c h a n o w s k i e g o z Krakowa, który w otoczeniu prezesów honorowych, wiceprezesów, sekretarzy i przewodniczących sekcji utworzył Zjazd. Na wniosek prof. C i e c h a n o w s k i e g o wysłano telegram powitalny do p. prezydenta Rzeczypospolitej. Po mowach licznych delegatów i złożeniu sprawozdania przez przedstawicieli delegacji stałej Zjazdu wygłosił prof. S i e d l e c k i z Krakowa piękny odczyt p. t. „Morze, jako przedmiot badań“. Zaraz po odczycie odbyło się otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiej, w której brało udział, oprócz krajowych, wiele znanych firm zagranicznych.

Od 13 do 16 lipca odbywały się prace w sekcjach. Orga-

nizacja Zjazdu była pod każdym względem doskonała: wyczerpujące i dokładne informacje utatwiały orjentowanie się w labiryncie gmachu Politechniki.

Dnia 16 lipca nastąpiło zamknięcie Zjazdu, poprzedzone odczytem prof. G a n t k o w s k i e g o z Poznania z dziedziny przyrodolecznictwa, mianowicie, o aero-, helio-, i hydroterapii. Na posiedzeniu tem uchwalono szereg wniosków, z których wymieniamy kilka najważniejszych:

1) Następny Zjazd ma odbyć się za 4 lata w Wilnie; organizacją Zjazdu zajmie się delegacja, złożona z profesorów: C i e c h a n o w s k i e g o, F a n i s z e w s k i e g o i S i e d l e c k i e g o (Kraków), F r a n k e g o i R o m e r a (Lwów), G a n t k o w s k i e g o i K a r w o w s k i e g o (Poznań), K r y Ń s k i e g o, L o t h a i B r o n i s ł a w a S a w i c k i e g o (Warszawa), D z i e w u l s k i e g o i J a n u s z k i e w i c z a (Wilno).

2) Zjazd uznaje konieczność rezerwatów i ochrony przyrody (Tatry, Białowieża, wyżyna Ś-to Krzyska, Jezioro Święte), w pewnym zakresie kopalnie węgla).

3) Zjazd uchwała konieczność zwalczania klęski gruźlicy (u ludzi i u zwierząt), alkoholizmu i chorób wenerycznych; przeprowadzenia statystyki ruchu ludności i przyczyn śmierci oraz przyspieszenia spisu ludności; ustawy o powszechnym wychowaniu fizycznym i przysposobieniu wojskowemu, jako konieczności państwowej; zaprowadzenia lotnictwa sanitarnego nie tylko dla celów armji, ale i dla ludności cywil-

nej; zespolenia spraw zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie.

Dalej uchwalono wnioski o znaczeniu naukowym i następujący wniosek ogólnospołeczny: Zjazd zwraca się do całej prasy codziennej z uwagą, że podawanie wiadomości sensacyjno-niemoralnych tworzy ze stanowiska lekarskiego podkład dla zarazy moralno-psychicznej w kierunku naśladownictwa.

Wreszcie przyjęto wnioski organizacyjne, złożone przez rozmaite sekcje.

Po odczytaniu przez Sekretarza Generalnego, prof. L o t h a sprawozdania z posiedzenia jury wystawy przyrodniczo-lekarskiej, prof. C i e c h a n o w s k i w krótkim przemówieniu pożegnał uczestników Zjazdu i podziękował Komitetowi organizacyjnemu z prof. K r y Ń s k i m i L o t h e m na czele za trudy, położone przy organizacji Zjazdu. A było, istotnie, za co dziękować. Zjazd pod względem organizacyjnym przeszedł wszelkie oczekiwania i najsurowszy krytyk mógł znaleźć dla jego organizatorów tylko słowa uznania. Wszyscyśmy byli przygotowani na liczne błędy i braki i każdy zapewne już w myśli je usprawiedliwiał nowością, jaką dla nas stanowiło urządzenie Zjazdu dla tak okazałej liczby uczestników. Tymczasem okazało się że cały aparat funkcjonował wzorowo, nie było na co narzekać i co przebaczać.

I o stronie towarzyskiej Zjazdu—o przyjęciu w salonach Rady Miejskiej, o bankiecie pożegnalnym, o organizacji wycieczek i t. d. — wyrazić się można również tylko z najwyższym uznaniem. Jeżeli już mam wytknąć jakąś wadę, to wspomnę o braku dziennika Zjazdu, który ułatwiałby jeszcze bardziej orientację w zajęciach codziennych. Brak ten powstał zapewne z powodu szczupłości funduszy, jakimi komitet organizacyjny rozporządzał.

Oddzielna wzmianka należy się wystawie przyrodniczo-lekarskiej, urządzonej staraniem prof. Bronisława K o s k o w s k i e g o, na której nie brakło niczego, co w zakresie takiej wystawy wejść może. Po za przyrządami do elektro- radjo-, i mechanoterapii, narzędziami chirurgicznymi, aparatami do światłolecznictwa i t. d., widzieliśmy tu piękne mulaże z dziedziny dermatologii! eksponaty farmaceutyczne, materiały opatrunkowe, produkty laboratoryjne i bakterjologiczne. Bardzo okazałe przedstawiała się wystawa Kas Chorych oraz uzdrowisk krajowych, a powszechną uwagę zwracał dział z nowotworami złośliwymi, urządzony z ramienia Polskiego Komitetu do zwalczania raka przez docenta S t e r l i n g a - O k u n i e w s k i e g o, d-ra W e j n e r t a i d-ra P a l l i e r a. Na niewielkim względnie terenie zebrano tu bardzo znaczną liczbę niezmiernie cennych i ciekawych eksponatów. Zwracała przedewszystkiem uwagę kolekcja nowotworów doświadczalnych, sprowadzona z Danji od prof. F i b i g i e r a. Nie mniejsze zainteresowanie budziły analogiczne okazy, dostarczone przez Instytut Anat.-Patologiczny w Wilnie i pracownię Warsz. Tow. Naukowego (Dr. F l a t a u). Wielką liczbę bardzo interesujących preparatów anatomo-patol. nadesłały warszawskie kliniki: chirurgiczna (prof. L e ś n i o w s k i) i ginekologiczna (prof. Czyżewicz), Warsz. Zakład Anatom.-Patol. (prof. P a s z k i e w i c z) oraz oddział II szpitala Przem. Pańskiego (Dr. A l. Z a w a d z k i). Dalej widzieliśmy tu szereg fotografii, ilustrujących wydobywanie rud, próbki rud, zawierających ten cenny pierwiastek kolekcję instrumentów, aplikatorów, filtrów i t. p. (własność Instytutu Krakowskiego). Niemniej obficie przedstawiał się dział rentgenowski, jakkolwiek obsługany tylko przez zakłady warszawskie. Na szczególną uwagę zasługiwały tu diapozytywy z zakładu Dr. B. K r y Ń s k i e g o, poncejąca seria fotografii raków żołądka z zakł. d-rów D r o z d o w i c z a i G r u d z i Ń s k i e g o oraz szereg doskonałych zdjęć z zakł. D-ra J u d t a. Dalej oglądaliśmy na wystawie liczne tablice i wykresy, wydawnictwa, dotyczące nowotworów, materiały z ośrodków przeciwrakowych w Paryżu, Bordeaux i Lyonie, druki i wydawnictwa propagandowe polskie i Ligii Franko-Anglo-Amerykańskiej i t. p. Wystawa ta, urządzona z wielkim nakładem pracy i znajomością rzeczy, budząc duże zainteresowanie wśród członków Zjazdu i wśród publiczności, zyskała sobie również uznanie „jury“, która przyznała Polskiemu Komitetowi do zwalczania raka medal złoty.¹⁾

Całe piętro zajmowały eksponaty weterynaryjne, denty-styczne i przyrodnicze.

Oto ogólny rzut oka na odbyty Zjazd.

O pracach w sekcjach pomówimy później.

Z. S r e b r n y (Warszawa).

Po Zjeździe Lekarzy i Przyrodników.

WRAŻENIE ZE ZJAZDU.

Świeżo zakończył swe obrady XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Mimo znacznego przesilenia gospodarczego, panującego w kraju, mimo ciężkiego położenia ekonomicznego, które nie w mniejszym stopniu dotknęło i lekarzy, świat lekarski stawił się licznie na Zjazd. A może właśnie dlatego, że, gdy nasze dobra materialne się zmniejszają, ogólnym wysiłkiem staramy się nie utracić dóbr duchowych, przeciwnie, jeszcze je powiększyć. Takim zbiorowym wysiłkiem naszej myśli lekarskiej był właśnie Zjazd, tylko co zakończony. A przymem był on świętem, bo odbywał się na gruncie własnym i niezależnym. Organizatorowie tego Zjazdu uczynili wszystko, co było w ich mocy, i z wielkim nakładem pracy, a przyznać trzeba, i z dużym talentem pomyśleli o tem, by uczestnicy Zjazdu czas spędzili pożytecznie i przyjemnie. Najwybitniejsi przedstawiciele świata lekarskiego nagromadzili bogaty materiał naukowy i z pomocą ożywczego słowa przyswajali uczestnikom zdobycze medycyny współczesnej. Przyrodnicy, czerpiąc z bogatego skarbcza przyrody zaznajamiali słuchaczy z postępującą nauką przyrodniczych. Nikt tak, jak my, lekarze, nie ceni nauk przyrodniczych. Nikt z większym entuzjazmem nie wita postępów w tej dziedzinie wiedzy, bo my wiemy, że te postępy — to podwaliny, to często podstawa nowej gałęzi nauki lub sztuki lekarskiej. Ale my, zwłaszcza lekarze starsi, więcej doświadczeni, nie lubimy panowania przyrody w medycynie, tego zagłębiania się medycyny w chemji, farmakologii, fizyce, bo to panowanie często nie idzie w parze z pożytkiem dla sztuki lekarskiej¹⁾.

Mówiąc o tem, mam na myśli dużą liczbę wygłoszonych na Zjeździe odczytów, które odznaczały się tak wysokim poziomem chemicznym lub fizycznym, że tylko mała garstka słuchaczy mogła śledzić za głosem mówcy, większość zaś nie podążała za prelegentem i może go nie rozumiała. A od pracy laboratoryjnej do łóżka chorego to daleka droga, to przepaść prawdziwa. Widzimy to choćby na przykładzie insuliny, nowego środka przeciw cukrzycy. Całe jedno posiedzenie popołudniowe poświęcono tej sprawie, przyczem przedstawiono całkowity stan nauki o insulinie.

Trudno tu na tem miejscu wdawać się w szczegóły tej nowej, wielce interesującej dziedziny, którą na Zjeździe referowano w najdrobniejszych szczegółach. Naogół można twierdzić, że entuzjazm co do insuliny minął, stwierdzono, że używanie insuliny nie jest rzeczą obojętną, że zachodzą pewne trudności w stosowaniu insuliny w praktyce prywatnej, że stosowanie insuliny w lekkich przypadkach cukrzycy jest błędem, że insulina winna być stosowana tylko w przypadkach bardzo ciężkich zatem, że sprawa leczenia cukrzycy insuliną nie pomniejsza wartości leczenia djetetycznego, że przeciwnie djetetyka pozostaje nadal w swej mocy, i dokładna znajomość djetetyki obowiązuje lekarza, i że w przypadkach lekkich należy drogą racjonalnej djetetyki chorego na cukrzycę odcukrzyć i odkwaszić. Tylko wtedy, kiedy się to nie udaje drogą djetetyki, t. j. w razie zupełnego zaniku trzustki — należy stosować insulinę, ale rozpoczynać leczenie cukrzycy od insuliny — jest wielkim błędem. Jednym słowem, pomimo to, że odkrycie insuliny jest zdobyczą naukową, dopiero dalsze doświadczenie kliniczne pczwala nam sądzić o wartości tego nowego środka leczniczego. Bo podstawą naszych dociekań naukowych lekarskich pozostaną na zawsze spostrzeżenia na chorym człowieku. To musi decydować i w pierwszej i ostatniej instancji w interesujących nas kwestjach lekarskich.

W ten sposób poruszone były na Zjeździe wszelakie dziedziny medycyny, zawsze wielce interesujące.

Z rozważań najrozmaitszych problemów, najdonioślejszych zagadnień lekarskich doby obecnej, jakie na Zjeździe poruszano (mówię o sekcji medycyny wewnętrznej, w której zgłoszono referatów sto dwadzieścia trzy), wynika jedno, że musimy jeszcze dużo pracować, aby nie jeden dział

¹⁾ Szczegóły, dotyczące działu nowotworów złośliwych, zawdzięczamy kol. W e j n e r t o w .

¹⁾ Tej opinii Szan. Autora nie możemy bez zastrzeżeń podzielić (Red.).

medycyny oświecić, by dla naszego postępowania leczniczego posiadać fundament naukowy.

Z tego bogactwa odczytów, które czytelnicy znajdą w szczegółowym sprawozdaniu ze Zjazdu, wybrałem jeden fragment, dotyczący cukrzycy, by dać pojęcie, na czym polegała praca w sekcjach, i jakie praca ta ma znaczenie praktyczne. Wykłady wypełniały codziennie całe przedpołudnie i popołudnie od 3—6, a nawet i do 7-ej, tak, że co najmniej 6 godzin dziennie spędzano w salach posiedzeń, a pomimo to nie wszędzie zdołano wyczerpać materiału odczytowy. Referaty zestawiono grupami, wedle treści pokrewnej, bardzo słusznie, bo w ten sposób i w odczytach i w dyskusjach jednego posiedzenia przewijają się zawsze myśl pokrewna.

Błąd, który na kongresach stale się powtarza, polegał na tem, że liczba odczytów, przeznaczonych na Zjazd, była zbyt wielka. Rzeczy, już wygłoszone lub ogłoszone, nie powinny być dopuszczane, bo muszą być wysłuchiwane po raz wtóry, z krzywdą dla mówców, którzy do głosu nie dochodzą. A niejedyn temat znowu wcale się na Zjazd nie nadaje. Przewodniczący sekcji z energją, połączoną z możliwą w tych razach uprzejmością, musieli znaleźć wyjście z tych trudności, dać referentom możliwość do głosu i możliwie wyczerpać program. A naprawdę jest to kwestja, która winna być zasadniczo rozstrzygnięta dla wszelkich Zjazdów naukowych, czy należą tak za wszelką cenę, drogą ograniczenia przemówień i dyskusji, dążąc do wyczerpania całego dużego programu, czy też nie lepiej zgóry ograniczyć liczbę odczytów.

Na te usterki pozwalam sobie zwrócić uwagę dla dobra sprawy.

Zjazd, tylko co zakończony, uważać możemy, jako dzieło wspaniałe i udane pod każdym względem, i z pewnym prawem możemy twierdzić, że przyniósł plon obfity. Zjazdy takie są bezcenne dla rozwoju nauki lekarskiej polskiej, bo budzą zaufanie do sił własnych.

Podczas gdy otaczające nas społeczeństwa szły w rozwoju szybko naprzód, my rozwijaliśmy się w ślimaczem tempie. Więc z natury rzeczy, chcemy odrobić to zacofanie, na dążyć za innymi narodami, co pracowały w szczęśliwszych od nas warunkach. Dr. Antoni Tuchenler (Warszawa).

Zjazd Neurologów w Paryżu ku uczczeniu 100-ej rocznicy urodzin Charcota.

Od 25 do 28 maja r. b. odbywały się w Paryżu uroczystości, poświęcone pamięci Charcota w połączeniu z ob-

chodem 25-lecia Towarzystwa Neurologicznego Paryskiego. Na Zjazd przybyli przedstawiciele wszystkich prawie narodowości z wyjątkiem niemieckich neurologów. Hold, złożony pamięci Charcota, łączył się z hasłem dla francuskiej nauki wogóle.

Pierwszy dzień Zjazdu poświęcony był chorobie, opisanej przez Charcota, t. j. stwardnieniu słupów bocznych (sclerosis lateralis amyotrophica). Opracowanie tematu powierzono prof. Neri (z Włoch) oraz Bertrandowi i van Bogaertowi (Francja). Ożywiona dyskusja wykazała, że od czasu Charcota nauka nie o wiele posunęła się naprzód na drodze poznania tej choroby, a już żadnego nie zrobiła postępu w kierunku leczenia cierpienia.

Drugim tematem programowym był referat o „migrenie“. Referentami byli Christiansen (z Kopenhagi) oraz Pasteur Vallery-Radot (z Paryża). Ten ostatni rozpatrywał migrenę pod kątem zjawisk zależnych od działania układu roślinnego, drażnionego wstrząsem koloidalno-klastycznym. Liczne badania doświadczalne i kliniczne popierały wywody referenta.

W drugim dniu Zjazdu, poświęconym uroczystościom z powodu 25-lecia Towarzystwa Neurologicznego Paryskiego, wygłaszano krótkie odczyty na tematy dowolne. Względnie dużo odczytów było z Polski, gdyż przemawiało 4 referentów: Pieńkowski („O zespołach ruchowych w hysterji“), Herman („O krwotokach podpajęczynówkowych“), Zandowa („O anatomicznym podłożu sztywności z odmóżdzenia“), prof. Władyczko („O wpływie Charcota na neurologję polską“). Niestety, brak czasu nie pozwolił na żadną dyskusję. Prace, wygłoszone na Zjeździe, w przeważnej większości miały charakter poważnych studjów, zmierzających do wniesienia czegoś nowego do nauki lub do oświelenia starych wiadomości od strony nowej, nieznannej, a przede wszystkim zarówno prace laboratoryjne jak i kliniczne, stanowiły rezultat długich i sumiennych badań, dzięki czemu Zjazd pozostawił wrażenie poważnego zgromadzenia naukowego. Wśród uczestników Zjazdu widniały osoby o takich nazwiskach, jak Wilson, Mingazzini, Wimmer, Riddoch, Winkler, Rademaker, Catoła, Veraguth, Minor i inni, nie mówiąc o wszystkich gwiazdach neurologji francuskiej.

Zebrań towarzyskie i wytworne przyjęcia, urządzone z właściwą Francuzom elegancją i kurtuazją, uprzyjemniały chwile, spędzane po za posiedzeniami naukowymi.

N. Zandowa (Warszawa).

MEDYCINA SPOŁECZNA

Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb.

Podat

D. NISENSEN (Warszawa), zarządzający przychodnią.

Wszczęta wojna ze wszystkimi jej konsekwencjami przyczyniła się w wielkim stopniu do szerzenia się u nas chorób zakaźnych, względnie gruźlicy. Z chorobami zakaźnymi w ogólności miarodajne czynniki jakoś się mogły i mogą uporać, wydając szereg zarządzeń, zmierzających do zniszczenia w zarodku, a w każdym razie do osłabienia zarazków, względnie szerzenia się tej lub innej choroby zakaźnej. Z gruźlicą walka odbywała się mniej intensywnie. Kończyło się często na pięknych planach, różnych projektach, dorywczych zarządzeniach. Gruźlica zaś dzieci, zataczając wciąż szersze kręgi, zaczęła wreszcie zagrażać teraźniejszemu i przyszłemu naszemu pokoleniu, wdzierając się nietylko do suteryn, chat, lecz i do salonów. — Przekonano się, iż półstrudkami tutaj nic zdziałać nie można, należy bowiem planowo prowadzić walkę z tym najstraszniejszym wrogiem ludzkości. Zdaje się, że stoimy w przededniu wielkich poczynań Państwa w tym kierunku. Dlatego postaram się podzielić się z czytelnikami danymi, zebranymi przezemnie w przeciągu ośmiu prawie lat w powołanem do życia i zarządzanem przezemnie ambulatorjum dla gruźliczych dzieci, by następnie móc wyprowadzić z nich odpowiednie wnioski.

Z góry zaznaczyć muszę, że nie obowiązujące u nas do tej pory w całej pełni zgłaszanie każdego przypadku gruźlicy, a co zatem idzie brak statystyki zasłabnięć na gruźlicę, utrudniają znacznie walkę z tą społeczną chorobą proletarjacji.

— Wszelkie więc liczby, oparte bądź co bądź, na wiarygodnych źródłach i potwierdzone nowoczesnymi badaniami naukowymi, mają niepoślednią wartość przy wyborze dróg w akcji przeciwgruźliczej. Postaram się więc w krótkich zarysach podać do wiadomości czytelników zebrany przezemnie materiał, który będzie drogowskazem dla uzdrowotnienia dzisiejszego i przyszłego naszego pokolenia. Przyznać trzeba, iż niektóre problemy: mieszkaniowy, ekonomiczny, oświatowy i inne (nadużycia alkoholu, sfera seksualna) nie dają się prędko rozstrzygnąć; w każdym jednak razie, przy dobrych chęciach, pracy, pewnych kosztach sprawę walki z gruźlicą można posunąć znacznie naprzód.

Zebrane przezemnie w przychodni w przeciągu lat ośmiu od 12 czerwca 1917 r. do 10 maja 1925 dane przedstawiają się w sposób następujący:

Dzieci w wieku od 0 do 15 włącznie było przyjętych 1325; wśród nich było dotkniętych gruźlicą płuc 340, co stanowi 25.6% ogólnej liczby przyjętych dzieci; wśród gruźliczych dzieci było chłopców 135, czyli 39.4%, dziewcząt zaś było 205, czyli 60.6% ogólnej liczby gruźliczych dzieci. W pierwszym okresie gruźlicy (podług klasyfikacji Turbana) było 7, czyli 70%. Tylko co wspomniane dane dowodzą, że okresie było 61 dzieci, czyli 17.9%, wreszcie w trzecim okresie było 10, czyli 2.9% ogólnej liczby dzieci gruźliczych. — Co do płci, to dane tak się przedstawiają: wśród 269 chorych gruźliczych w 1-ym okresie było chłopców 127, czyli 47.2%, a dziewcząt było 142, czyli 52.7%; wśród 61 w drugim okresie było chłopców 21, czyli 34.4%, dziewcząt 40, czyli 65.6%. Co się zaś tyczy trzeciego okresu to na 10-ro chorych dzieci w tym okresie chłopców było trzech, czyli 30%, a dziewcząt było 7, czyli 70%. Tylko co wspomniane dane dowodzą, że

dziewczęta więcej zapadały na gruźlicę płuc, niż chłopcy, i że płęć żeńska chorowała ciężiej. Podobne spostrzeżenia robił u nas szereg badaczy: Sokołowski, Sterling, Kopeć i inni. Pośród 340 chorych było dotknięte prawe płuco 158 razy, czyli 46,4, lewe zaś płuco 146 razy, czyli 42,9%, obydwa zaś płuca były jednocześnie zajęte 36 razy, co stanowi 10,7% ogólnej liczby gruźliczych dzieci. Bliższe dane, tyczące się różnych okresów gruźlicy płucnej, przedstawiają poniższe tablice:

TABLICA № 1.

Gruźlica płuc u dzieci podług wieku.			
Wiek dzieci	Liczba dzieci w I-ym okresie	Liczba dzieci w II-gim okresie	Liczba dzieci w III-cim okresie
W 1 roku życia	—	—	—
2	—	—	—
3	1	1	—
4	1	1	—
5	4	—	—
6	3	—	—
7	6	1	—
8	22	7	—
9	17	2	—
10	18	2	—
11	17	3	—
12	39	23	—
13	40	8	1
14	56	13	3
15	39	6	6
Razem:	263	67	10
	340 (25,6%)		

TABLICA № 2.

Rok (od 12 czerwca 1917 r.)	Wiek dzieci	Ogólna liczba przyjętych dzieci	Płęć		Ogólna liczba gruźliczo chorych dzieci		Gruźlica płuc u dzieci podług okresów																
			Chłop.	Dziew.	Chłop.	Dziew.	I	II	III	Dziew.	Chłop.	Dziew.											
1917/18	Od 0—15 w.	95	37	58	3	7	2	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1818/19	"	106	53	53	4	7	2	5	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1919/20	"	229	125	104	7	8	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1920/21	"	78	26	52	5	11	5	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1921/22	"	98	36	62	11	23	9	20	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1922/23	"	202	87	115	28	45	30	33	4	6	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1923/24	"	270	128	142	36	64	39	48	5	12	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1924/25	"	247	123	124	41	40	33	17	7	11	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Razem		1.325	615	710	135	205	127	142	21	40	40	3	7	10	61	269	79,2%	17,9%	2,9%	—	—	—	—
						340																	

TABLICA № 3.

Rok	Wiek dzieci	Zoi-zy	Różne postaci gruźlicy u dzieci.				
			Zapal. otrzewny	Zapal. opłucny	Gruźlica chirurgiczna	Gruźlica okołokołowa i wnek	Gruźlica oskrz. i skóry
1917/18	od 0—15 r.	8	7	4	2	2	—
1918/19	"	20	4	3	5	4	—
1919/20	"	31	5	4	20	4	—
1920/21	"	6	2	3	9	2	—
1921/22	"	15	1	2	11	4	—
1922/23	"	14	13	4	12	10	—
1923/24	"	46	2	3	14	28	2
1924/25	"	40	2	2	10	58	—
Razem		180	26	25	83	112	2
					428		
					(32,3%)		

Jak widać z tablicy Nr. 1, gruźlicy płuc w 1-ych dwóch latach życia nie udało mi się stwierdzić; zaczyna ona zjawiać się w trzecim roku życia, a wzrasta najwięcej w wieku szkolnym. Dwunasty, trzynasty, czternasty, piętnasty rok życia dają nam najwięcej przypadków zasłabnięcia na tę straszną chorobę. Dziedziczność, względnie usposobienie do gruźlicy udało się nam stwierdzić ze strony ojca—57 razy, czyli 16,7% na ogólną liczbę przypadków gruźlicy, ze strony zaś matki 48 razy na też liczbę przypadków, czyli 14,1%, a ze strony obojga rodziców 8 razy, czyli 2,3%.

Co się zaś tyczy innych postaci gruźlicy u dzieci, to zoiży stanowiły największy odsetek ambulatoryjnych dzieci gruźliczych. Dzieci, dotkniętych zoiżami było 180, czyli 13,5% ogólnej liczby przyjętych w przychodni dzieci. Gruźlica chirurgiczna, skóry i gruczołów (otwarte owrzodzenia), kości i stawów stanowiła wcale pokaźny odsetek wśród ambulatoryjnych chorych. Przypadków chirurgicznych było 83, czyli 6,2% ogólnej liczby przyjętych dzieci; gruźlicę opłucny stwierdziłem 25 razy, czyli 1,1% ogólnej liczby przyjętych dzieci, zapalenie zaś otrzewny było 26 razy, co stanowi 1,2% tejeż liczby dzieci. Gruźlicę gruczołów okołoskrzelowych oraz wnekowych spostrzegłem 122 razy, czyli, 9,2% ogólnej liczby chorych. Razem więc było 428 przypadków różnych postaci gruźlicy, co stanowi 32,3% ogólnej liczby przyjętych chorych.

Tablicę Nr. 2 i 3 najlepiej uwidoczniają różne postaci gruźlicy dziecięcej.

Z innych powikłań stwierdziłem 2 przypadki wilka u dwóch dziewcząt w 12 i 13 roku życia, zapalenie błony brzusznej oraz gruźlicę płuc jednocześnie 6 razy, gruźlicę płuc oraz opłucny—5 razy, ropne zapalenie uszu bardzo często towarzyszyło zoiżom.

Tak mniej więcej przedstawia się w ogólnych zarysach bilans mých spostrzeżeń w przychodni za okres prawie 8-letni. W każdym razie 25,6% gruźlicy płucnej i 32,3% różnych postaci gruźlicy stanowią smutne horoskopy na przyszłość i grożą zwyrodnieniem przyszłego pokolenia. Obfite więc materiały, którym rozporządzałem w przychodni, oraz moje długoletnie doświadczenie pozwalają mi wysnuć następujące wnioski:

1) Karmienie dziecka przez matkę-suchotnicę powinno być wzbronione i zastąpione przez mamkę, uprzednio zbadaną; w braku zaś funduszu dziecko winno być wydane z domu rodzicielskiego lub polecone opiece społecznej.

2) Należy powiększyć u nas liczbę kolonij i pół-kolonij dla dzieci słabowitych oraz gruźlicą zagrożonych.

3) Hartowanie młodego pokolenia za pomocą ćwiczeń cielesnych i zabiegów wodoleczniczych należy do ważnych czynników, zapobiegających rozwojowi gruźlicy.

4) Należy roztoczyć szczególną uwagę nad szkołami. Tu bowiem mieści się duże ognisko zarazy. Badanie personelu nauczycielskiego, służby, wychowawców, wychowanków uczelni winno się powtarzać kilka razy do roku, zaś osoby, dotknięte gruźlicą, skierowywać należy do odpowiednich uzdrowisk. Przydałyby się specjalne uzdrowiska dla dzieci wieku szkolnego, gdzieby się mogły jednocześnie leczyć i uczyć.

5) Problem mieszkaniowy winien być jaknajrychlej załatwiony; idea Howarda — budowa miast-ogrodów — zasługuje na jaknajszersze zastosowanie.

6) Należy urządzić w większych miastach po kilka

przychodni, gdzie oprócz udzielania porad, wydawania środków lekarskich i artykułów żywnościowych (mleko, kefir, tran i oliwa, preparaty mączne) najbardziej zasługującym na to chorým dzieciom byłby na miejscu przyrząd Roentgena, lampa kwarcowa lub Soliux, pracownia chemiczno-bakterjologiczna, tuberkulina oraz doświadczona pielęgniarka, względnie wywiadowczyni. Taka wzorowa przychodnia oddałaby ogromne usługi, zwłaszcza w niektórych postaciach gruźlicy, gruźli, otrzewny, opłucny i cierpienia skóry, zastępując w wielu razach pięknie leczenie sanatoryjne (Hewelke, Petruschky, Grossmann, Nisenson). Nawiasem dodam, iż dla chorych, dotkniętych wilkiem v. toczniem, winny być stworzone osobne przychodnie, zaopatrzone w odpowiednie aparaty i urządzenia. Tego rodzaju przychodnie, rozsiane po mieście, byłby przeznaczone nie tylko dla ludności danej miejscowości, ale i dla mieszkańców pozamiejscowych, pozbawionych najnowszych zdobyczy nauki. Nie wyłącza to wcale urządzenia skromnych przychodni dla gruźliczych chorych po miastach mniejszych na prowincji, gdzie mieszkańcy korzystaliby z odpowiednich wskazówek, zapobiegających rozwojowi gruźlicy.

7) Należy urządzić tanie sanatoria ludowe dla niezamożnych chorych w lesistej miejscowości, blisko wielkich miast, z warunkiem urządzenia osobnych oddziałów dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych. Praktyka bowiem wykazała, iż dzieci, dotknięte gruźlicą płuc lub innych narządów wewnętrznych, niechętnie przebywają na oddziałach razem z chorymi chirurgicznymi. Oprócz tego pożądanem byłoby, aby chłopcy i dziewczęta mieli oddziały osobne. Wiosną lub jesienią można powiększyć liczbę miejsc w uzdrowiskach przez urządzenie baraków Doeckerońskich lub namiotów

Bessemera. — Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc winno znaleźć szerokie zastosowanie w odpowiednio przygotowanych oddziałach szpitalnych lub sanatoryjnych.

8) Należy przy szpitalach ogólnych dla dzieci lub nawet dla dorosłych urządzić specjalne oddziały dla dzieci gruźliczych. I tu werandowanie, Roentgen, lampa kwarcowa, kąpiele słoneczne, tuberkulina oraz dobre odżywianie może często uratować niejedno dziecko. Należy zauważyć, iż niekiedy nawet rozpaczliwe przypadki gruźlicy w wieku dziecięcym kończą się pomyślnie przy ogólnem polepszeniu warunków życia chorego dziecka. Ustrój bowiem dziecka lepiej sobie radzi z zarazką gruźlicy, niż ustrój osób starszych. Chorzy nieuleczalni winni mieć osobne oddziały w szpitalach lub w sanatorjach.

9) Wykonanie sztucznej odmy, uznanej ostatnio przez świat lekarski, jako zabieg, przedłużający życie gruźlikom, winno być stosowane w odpowiednio urządzonych przychodniach przez wykwalifikowany personel lekarski.

10) Potrzebne jest uzdrowisko nad brzegiem morza (Puck, Gdynia), dla pewnych postaci żołdów, które niezawsze leczą się pomyślnie solankami w Ciechocinku, Busku lub Rabce. Kąpiele morskie niekiedy dają bardzo dobre wyniki w gruźlicy chirurgicznej.

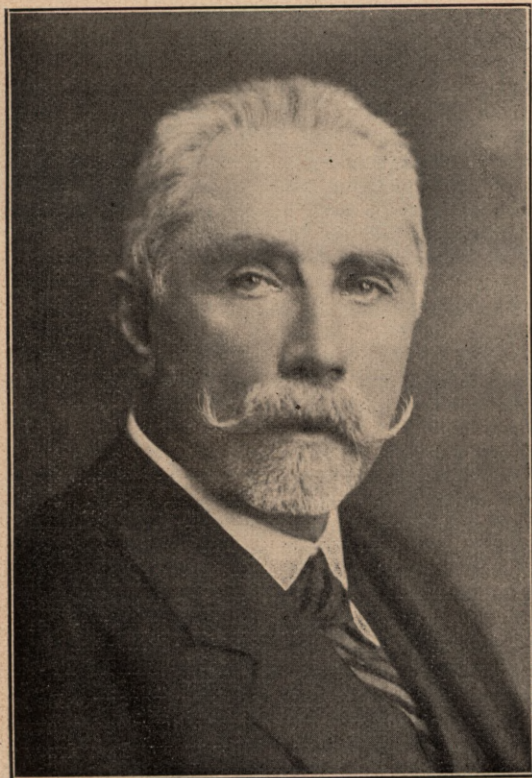
11) Zawiadamianie o każdym przypadku gruźlicy otwartej powinno być obowiązkowe i przestrzegane narówni z przepisami, obowiązującymi w stosunku do innych chorób zakaźnych (płonicy, błonicy, durów i t. d.).

12) Rząd, samorzady, instytucje społeczne oraz Związek Przeciwgruźliczy winny iść ręką w rękę w walce z tym groźnym wrogiem ludzkości — z gruźlicą.

Ś. p. dr. Józef Pawiński.

(Charakterystyka Jego działalności).

Skreślił Maksymilian BIRO (Warszawa).



16.V.1925 zmarł w Paryżu po krótkiej chorobie ś. p. dr. Józef Pawiński.

Urodzony 21.I.1851 w Zgierzu Pawiński pobierał nauki początkowe w Łęczycy, a gimnazjum i uniwersytet ukończył w Warszawie. Do roku 1876 był asystentem kli-

nik prof. Baranowskiego. Po krótkiej pracy w zakładzie hydropatycznym w Nowem Mieście doskonalił się w medycynie w Wiedniu, Berlinie i Paryżu. Zaczął pracę szpitalną od stanowiska lekarza miejscowego, w r. 1884 został ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus, później św. Ducha. Opuścił go w r. 1923, mianowany konsultantem honorowym szpitala. Sali, którą opuścił, nadano Jego nazwisko.

Na placówkach powyższych nie zadawał się bezpośrednio dla chorych, ich badaniem i leczeniem. Nauka lekarska ma mieć na celu dobro chorych, chorzy powinni być materiałem dla nauki — tak pojmował Pawiński pracę lekarską. Uwidacznia się to w Jego działalności:

Był On jednym z założycieli „Gazety Lekarskiej“ i pracowitym swym żywotem i uznaniem zdobył stanowisko w wielu towarzystwach naukowych w kraju (członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Krakowskiego, Lubelskiego, Tow. Higijenicznego w Warszawie, Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu, członek Tow. Lekarskiego francusko-polskiego w Warszawie) i za granicą (członek korespondent Akademii Medycznej w Paryżu), piastował urząd prezesa Warszawskiego Tow. Lekarskiego i członka komitetu Kasy im. dra Józefa Mianowskiego.

Już przy pierwszych krokach, jakie stawiał na polu medycyny, zaprzął się do pracy naukowej. Umiłowaną mu dziedziną były choroby serca. Studja w klinikach zagranicznych, poświęconych rozmaitym działom medycyny (Bamberger, Duchek, Benedikt, Störk, Hebra, Sticker, Frerichs, Leyden, Westphal, Waldenburg, Jaccoud, Potain, Charcot) oraz szkoła Baranowskiego, jej dokładne badanie i uwzględnianie istoty całego człowieka chorego, zmuszały Pawińskiego do zajęcia się rozmaitemi dziedzinami chorób wewnętrznych. Zajmował Go choroby zakaźne²²⁾ i przemiany materji¹⁷⁾, choroby płuc¹⁶⁾ i cierpienia mózgu²⁷⁾. Znajomość całokształtu chorób wewnętrznych pozwoliła mu na zrozumienie działu, najbliższego go obchodzącego, działu chorób serca. Widząc narodzin klinicznego badania serca, pojął, że mniej zależy na określeniu umiejscowienia danej choroby w sercu, niż na wejściu w stan całego układu mięśniowo-nerwowego serca i naczyń krwionośnych. Stąd wczesne zainteresowanie się

skurczem połowicznym serca (Hemisystolia⁶), stąd praca nad przyczyną wyczerpania mięśnia serca⁸) i szczegółowe badania arytmii serca¹⁰). Tą drogą wniknął w sprawę naczyń wieńcowych w czasach, gdy jeszcze mieszano śmierć nagłą w dusznicy sercowej z zejściem z powodu wylewu mózgowego⁹). I śledził za rytmem serca bezustannie, badał pochodzenie rytmu wahadłowego oraz galopowego i szukał ich znaczenia^{16,57}). Badanie działalności serca popchnęło go do spojrzenia na sprawę oddychania⁴⁰). Pojmując, że cierpienie mięśnia sercowego może być spowodowane przez zaburzenia oddzielnych części serca, zajął się i temi sprawami, o ile spostrzeżenia kliniczne i dane anatomopatologiczne dały mu okazję zajrzenia w szczególnie mechanizm, jaki te dolegliwości wywołały^{21,33}). I w pracy z tego działu wypowiedział się, że zapalenie osierdzia może przebiegać niepostrzeżenie i dać pochoch do powstawania wady serca⁴¹).

Obeznanym z licznymi działaniami medycyny, mógł Pawiński się zająć różniczkowaniem obrazów, wspólnych cierpieniom serca i innych narządów⁴³), stosunkiem chorób ogólnych do schorzeń serca, czy to z dziedziny chorób zakaźnych^{23,43}), czy cierpienia układów specjalnych organizmu⁶³). Ta wiedza dała mu możność opracowania etjologii różnych stanów chorobowych serca i naczyń krwionośnych. W tym celu posiłkował się statystyką⁷⁰), badał zależność cierpienia od jądów, do organizmu zewnątrz wprowadzonych — wyskok⁷²), tytoń⁷¹), od sekrecji wewnętrznej^{53,54}) i czynników psychicznych⁷⁵). Rozumiał, że niektóre zjawiska chorobowe są wrazem walki organizmu z czynnikiem szkodliwym⁴⁴). Z tego punktu widzenia mógł się zajmować analizą działania środków lekarskich w dziedzinie, przez siebie umiłowanej^{20,29,31,47,51,56,57}).

Ale Pawiński umiał się zająć nie tylko pojedynczym zagadnieniem w rozmaitych działach medycyny klinicznej, zwłaszcza dotyczących się układu krwionośnego, lecz starał się zagłębiać w pojmowanie zjawisk życiowych w perspektywie dziejowej^{65,31}), dać zarys historyczny wielkiego działu medycyny⁸²). Odczyt z tej dziedziny⁸⁴) wypowiedział w Akademii Paryskiej na kilka dni przed chorobą, która Jego pracowity żywot przetrwała.

Prace swe ogłaszał w pismach polskich, niemieckich, francuskich, jedną w czasopiśmie czeskim⁵³), spieszył z niemi na liczne zjazdy krajowe i zagraniczne, przyczyniając się do ugruntowania na arenie wiedzy wszechświatowej polskiego dobytku naukowego w tych czasach, gdy Polsece na zjazdach międzynarodowych działu pracy narodowej odmawiano.

Pawiński cenił pracę każdego narodu i każdego człowieka. Zabierał głos w ocenie prac lekarskich niemieckich⁴¹) i francuskich⁸⁹) z podnoszeniem wartości pracowników, właściwej tej lub innej narodowości. Ten sam duch podkreślenia dobrych stron w pracownikach na polu lekarskim lub pokrewnem widać w licznych życiorysach, jakie pisywał. Był on poniekąd biografem wielu lekarzy, a z tego, co w nich podnosił, można zrozumieć jego ideały. W postępowaniu lekarskim, powiada, trzeba zachować „ostrożność w stosowaniu nowych metod leczniczych“; „nie wolno lekarzowi zapomnieć, że pomiędzy nowozdobytym poglądem naukowym a zastosowaniem praktycznym leży cały przestwór“. „Spostrzeżenia jedynie na mocy danych, dotyczących skuteczności, rozstrzygać winny, czy droga wiedzy do celu“; „Chwała! gdy lekarz „unika złożonych recept“³⁷). „Obdarzonemu być trzeba“, mówi, „logicznym sposobem myślenia, być skupionym w sobie“⁹⁴), wytwornym w obejściu, a przytem skromnym⁹⁵), należy mieć „obejście“ i „wszechstronne wykształcenie“⁹²). „Trzeba mieć serce“, twierdził, „bo dobrym lekarzem może być tylko zacny człowiek, współczujący cierpieniom i niedoli“⁹⁵). W obcowaniu z chorymi był niezmiernie przyjemny, wzbudzał zaufanie taktem i wlewaniem otuchy³⁸) w przekonaniu, że zachowanie się lekarza wobec pacjenta „może ulżyć choremu z cierpieniem organicznym i unieszczęśliwić, mającego nieznaczne cierpienie“⁶⁸).

Do chorych w rodzinach lekarskich spieszył z niezwykłą szybkością pomimo podeszłego wieku. „Stosunek do młodych lekarzy i w ogóle do kolegów był w nim zawsze wysoce etyczny i serdeczny“. Pawiński „nie okazywał nigdy swej wyższości, starał się zawsze wobec chorych wzmocnić stanowisko kolegi, wzbudzić wiarę w niego“⁹⁶), mówił o potrzebie „tolerancji, wyrozumienia, potrzebie poznawania dróg: po których do jednego, wspólnego celu zmierzamy“⁸⁷). „Dokładne spełnianie przyjętych obowiązków, zwłaszcza

społecznych“ było według niego „nieodzowną cechą dobrego obywatela kraju“⁹¹). Całe jego postępowanie z chorymi i z kolegami, cała praca naukowa wynikały u niego z poczucia społecznego.

Udział w Warszawskim Towarzystwie Naukowym zaznaczył przez ufundowanie pracowni fizjologicznej i zoologicznej. Dużo pracował, bo „rozumiał potrzebę podtrzymywania u nas ruchu naukowego po zamknięciu wszelkich placówek polskiej wiedzy“⁹²).

A gdy danem mu było ujrzeć odrodzenie Ojczyzny, nie ustawał w pracy pomimo wieku podeszłego i spieszył na zmanifestowanie łącznika wiedzy między Polską a Francją, temi krajami, które swój byt polityczny ze sobą związały. I tam padł na posterunku.

Spis prac ś. p. D-ra med. Józefa Pawińskiego.

I. Prace naukowe.

1) Przekład Chirurgji Ogólnej prof. Bilrotha, Warszawa 1876; 2) Krytyczny rozbiór dzieła F. Raymonda „Des dyspepsies“. Gaz. Lek. 1879; 3) Dżuma (Pestis). Zdrowie 1879. Nr. 5 i 6; 4) Sprawozdanie z dzieła Conheim'a: Die Tuberculose vom Standpunkte der Infektionslehre. Gaz. Lek. 1880. Nr. 13 i 14; 5) Wspomnienie z wycieczki do Berlina. Gaz. Lek. 11, 14, 16; 17; 6) O t. zw. połowicznym skurczu serca. Hemisystolia cordis (Leyden). Gaz. Lek. 1882. Nr. 13 — 22. Alls. med. Centralztg. Nr. 41; 7) Solanka jodoformowa. Jastrząb. Gaz. Lek. 1882. Nr. 39, 40; 8) Przyczynę do nauki o powst. zmęczenia i wyczerpania mięśnia serca przy wadach zastawek serca. G. Lek. 1882. Nr. 43—46; 9) Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem fizjologicznym, anat. patol. i kliniczn. Gaz. Lek. 1883. Nr. 35—38; 10) Badania kliniczne nad arytmją serca w ogóle, a w szczególności przy wadach zastawek serca. Pam. Tow. Lek. Warsz., t. 79, r. 1883. str. 247—295; 400—587; 684—755, 5 tablic.—W osobn. odbitce; 1884 i po rosyjsku (rozpr. doktoryz.); 11) O szmerach słyszalnych w pewnej odległości od chorego. Księga pamiątkowa ku uczczeniu prof. Hoyer'a 1884; 12) Przyczynę do rozpozn. tętniaków aorty brzusznej, Gaz. Lek. 1885; 13) Wzruszenie moralne, jako powód nagłej śmierci przy wadzie zastawki. Gaz. Lek. 1887; 14) Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnym zapaleniem wsierdzia. Gaz. Lek. 1887; 15) Przypadek choroby Addison'a. Gaz. Lek. 1888; 16) Ostra prosowata gruźlica płuc z niezwykłą nadrzeczliwością serca. Gaz. Lek. 1888; 17) Dusznica acetonowa. Gaz. Lek. 1888. — Berl. klin. Woch. 1888; 18) Szkarlatyna, przebiegająca bez gorączki ze znacznym zwolnieniem tętna. Gaz. Lek. 1888; 19) O działaniu siarczanu sparteiny (spart. sulfur.). Pam. Tow. Lek. 1889. Gaz. Hebdom de Medec. et de Chirurgie, Par's 1889; 20) Stofant, jego wpływ na serce. Gaz. Lek. 1889; 21) Niedomykalność zastawek półksiężycowych aoty, wskutek pęknięcia błony wewnętrznej. Gaz. Lek. 1890. Berl. klin. Woch. 1890; 22) Influenza czy dengu? Gaz. lek. 1890; 23) O wpływie influenzy na serce. Gazeta Lekarska 1890. Berl. klin. Woch. 1891; 24) Ostra prosowata gruźlica bez gorączki. Gazeta Lekarska 1890. 25) Potrójna wada serca (Stenosis ostii ven. sin. dextri et arteriosi sin.). Gaz. Lek. 1890; 26) O rytmie wahadłowym serca i jego stosunku do rytmu galopu, Gazeta Lekarska 1890; Deutsche med. Woch. 1891; 27) Przyczynę do rozpoznawania nowotworów wzgórków czworacznych (corpora quadrigemina). Gaz. Lek. 1891; 28) O t. zw. ostrym i ostrawem zapaleniu aorty. Gaz. Lek. 1892; 29) O zastosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek. Gaz. Lek. 1892, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIII. H. 5—6; 30) Badania kardiograficzne przez prof. A. Hołowińskiego i D-ra J. Pawińskiego. Pam. Tow. Lek. 1892. Recherches cardiograph.. Arch. biol. nauk. A. I. w. 5. St. Petersburg; 31) O moczo-pędnym działaniu diuretyny. Gaz. Lek. 1893. Ztschr. f. klin. Med. B. XXIV. H. 3—4; 32) Rak żołądka, przebiegający pod postacią marskości wątroby. Gaz. Lek. 1893; 33) O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego. Gaz. Lek. 1893. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1894. Bibl. der gesamt. Med. Wissensch. Wien; 34) Endocarditis. Interne Med. Bd. I, 1894; 35) Myocarditis acuta et chronica. Int. Med. 1896. B. II; 36) Ruptur des Herzens. Int. Med. 1898. Bd. III; 37) Coffein. Pharmak. u. Toxikologie. Wien 1894. str. 263—267; 38) Diuretin, tamże, str. 335—339; 39) Spartein. tamże, str. 783—787; 40) Napady częstego oddechania ze stanowiska klinicznego (Polypnoe paroxysmale). Gaz.

Lek. 1896. Nr. 1—12. Ztschr. f. klin. Med. Bd. XXXIV. H. 1—2; 41) O wpływie suchego zapalenia osierdza na powst. stenokardji i dychawicy sercowej. Gaz. Lek. 1897. Deutsch. Arch. f. klin. Med.; 42) Die allgemeinen und speziellen Indicationen der Herzmittel. Die Heilkunde. Wien 1897; 43) Asthma vesicale. Przycz. do powst. dychawicy u starców przy niedost. opróżn. się pęcherza moczowego. Gaz. Lek. 1898. Revue de Med. 1899. Nr. 3; 44) O samopomocy organizmu w dusznicy bolesn. Gaz. Lek. 1899. Arch. gen. de Med. 1900. Die Heilkunde. Wien 1902; 45) Ccena dzieła Hucharda: „Traité clinique des maladies du Coeur et de l'Aorte“. Paris 1899; 46) Ocena dzieła d-ra W. Pischa: „Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Gaz. Lek. 1899; 47) O zastowaniu heroiny w zaburzeniach krwioobiegu Dr. J. Pawińskiego i Dr. Z. Adelt. Gaz. Lek. 1900. Die Heilkunde. Wien 1901; 48) Zaburzenia innerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych. Gaz. Lek. 1901. Revue gen. de Clinique et de Therap. Journ. des praticiens. Paris 1901; 49) Tętniak aorty skrycie przebiegający z przedziurawieniem do przelyku. Dr. J. Pawiński i Dr. Karoli. Gaz. Lek. 1902; 50) Ocena pracy D-ra H. Forsztetera: „Tablice poglądowe do dyagnostyki wad zastawek serca“. Gaz. Lek. 1902; 51) Apocynum cannabinum comme cardiaque et diurétique. Bull. gen. de Therapeutique. Paris 1904; 52) Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznym. Gaz. Lek. 1903. Comptes rendus du XVI Congr. internat. de Med. à Madrit. 1903. Commun. à l'Acad. de Med. à Paris. Séance 19V. 1903; 53) Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet. Climacterium a ducznicza bolesna i stwardnienie naczyń. Gaz. Lek. 1904. Congrès français de Medecine (7 seance). Paris 1904; 54) Hypostenia cardio-vasculosa climacterica. Gaz. Lek. 1905. Commun. Acad. de Med. de Paris. Revue de Med. 1905; 55) Anevrysme de l'artère Sylvienne. Journ. des Praticiens. Paris 1905; 56) O działaniu teocynu w chorobach serca i nerek. Dr. J. Pawiński i Dr. Jadwiga Korzon. Gaz. Lek. 1905. Die Heilkunde. Wien 1905; 57) O działaniu kąpieli kwasowęglowych. Odczyty kliniczne; 58) Ocena dzieła H. Hucharda: Traité clinique des maladies du Coeur et de l'Aorte. Paris 1905. t. III; 59) Powstawanie i znaczenie kliniczne rytmu cwałowego (galopu). Gaz. Lek. 1906. Nr. 22—25. Ztschr. f. klin. Med. 1907; 60) Dusznica bolesna, jako objaw samozatrucia ustroju. Gaz. Lek. 1906; 61) Dusznica bolesna, przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka. Gaz. Lek. 1907. Bull. gen. de Therap. 1908; 62) O leczeniu dusznicy bolesnej. Gaz. Lek. 1907. Wien klin. Woch. 1907; 63) Luchacowic. Czasopis lekano Ceskyh. Praha 1908; 64) Angina pectoris. William Heberden. Nowiny Lekarskie. 1908. Ztschr. f. klin. Med. 1910; 65) Czy cierpienie Seneki należy uważać za astmę, czy anginę piersiową. Gaz. Lek. 1908. Ztschr. f. klin. Med. 1909; 66) Angina pectoris w świetle przeszłości. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1908; 67) O przyczynach błędnego rozpoznawania zwężenia otworu żylnego lewego. Gaz. Lek. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 68; 68) Zaburzenia innerwacji, a cierpienia organiczne serca i naczyń. Odczyt na I. Zjeździe intern. ziem Polskich w Krakowie 1909. Gaz. Lek.—Ztschr. f. klin. Med. 1910; 69) O wpływie wzruszeń moralnych i przemęczenia umysłowego na powstawanie arterjosclerozy. Gaz. Lek. 1912; 70) Etjologia arterjosclerozy w świetle statystyki. Odczyt w Tow. Naukowym Warsz. 1913; 71) O wpływie nadużyć w paleniu tytoniu na naczynia i serce. Pam. Tow. Lek. t. 109. Gaz. Lek. 1913; 72) O wpływie wysiłku na serce i naczynia. Odcz. na II. Zjeździe intern. polsk. we Lwowie 1914. Pam. Tow. Lek. 1914; 73) Sprawozd. z II Zjazdu intern. polskich we Lwowie i z kongresu międzynarodow. dla talasso- i helioterapij w Cannes. Pam. Tow. Lek. 1914; 74) Wojna a serce. Przyczynę do patogenezy zaburzeń cyrkulacyjnych. Pam. Tow. Lek. 1915. Gaz. Lek. 1915; 75) O wpływie wzruszeń, wywołanych wypadkami wojennymi na serce. Gaz. Lek. 1915; 76) Nerwice serca w świetle statystyki. Pam. Tow. Lek. 1916. 77) Wąskość aorty i zrost osierdza. Przyczynę do powst. wzgl. niedomykaln. zast. dwudzieln. Gaz. Lek. 1916; 78) Ocena dzieła prof. Ludwika Brauna: Diagnose u. Therapie der Herzkrankh. Wien. 1913. Gaz. Lek. 1913; 79) Przemęczenie serca. Hygiena sportu. Arc. Warszawa, 1918; 80) Les troubles fonctionnels du coeur et les lesions organiques du coeur et des vaisseaux leurs rapports reciproques. Congr. Med. Franco-Polonais de Vars., 1921; 81) Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej. Odczyt na urocz. stulecia Warsz. Tow. Lek. 1921; 82) Zarys historycz-

no-krytyczny postępu medycyny w zakresie terapij chorób serca i naczyń w ubiegłym XIX stuleciu, w początku obecnego. Wypow. na V Zjeździe intern. polskich w Wilnie 1923; 83) Chinidyna, jako lek przeciwarowosc; ruchów serca (Arythmia perpetua s. completa). Gaz. Lek. 1925; 84) Aperçu historique et critique de progrès de la médecine dans le domaine de la physiologie et de la pathologie du coeur et des vaisseaux depuis de a decouverte de Harvey jusqu'à nos jours. Bull. de l'Acad. de Med. 1925; II. Przemówienia okolicznościowe. Gaz. Lek. 1913, 1914, 1915, 1916; Livre d'or de l'Acad. de Med. Paris 1920; III. Życiorysy i wspomnienia pośmiertne; 85) O D-rze Tymowskim. Gaz. Lek. 1903; 86) Ś. p. fil. And. Howiński. Wspomn. pozg. i ocena prac. Gaz. Lek. 1907; 87) Ign. Baranowski. Ocena jego naukowej i społecznej działalności. Pam. Tow. Lek. 1909. Gaz. Lek. 1909; 88) Ludwik Forsleter. Wspomnienie pośmiertne i rzut oka na działalność. Gaz. Lek. 1910; 89) Henri Huchard Charakterystyka jego działalności. Gaz. Lek. 1911; 90) Prof. Julian Kosiński. Pam. Tow. Lek. 1914; 91) R-r. Konrad Dobrski. Gaz. Lek. 1915; 92) Ś. p. Józef Peszka. Pam. Tow. Lek. 1916. Gaz. Lek. 1916; 93) Ś. p. Julian Janowski. Pam. T. L. 1916. Gaz. Lek. 1916; 94) Roman Nowa-Gaz. Lek. 1917; 96) Ign. Baranowski, jako lekarz profesor, obywatel. Gaz. Lek. 1919. 97) Dr. Leon Rzeznowski, Gaz. Lek. 1919; 98) Dr. med. Alfred Sokółowski. Warsz. Czasopismo Lekarskie 1924.

Do powyżej skreślonej działalności ś. p. D-ra Józefa Pawińskiego niech mi wolno będzie dorzucić kilka słów, charakteryzujących Go, jako człowieka.

Poznałem bliżej ś. p. Pawińskiego w prawie dwumiesięcznej podróży, którą razem przed 22 laty odbywaaliśmy. Stąd już płynęły i dalsze, dosyć zażyłe pomiędzy nami stosunki, i stąd zbliżenie się moje do tej pięknej postaci lekarza starej daty w najlepszym tych wyrazach znaczeniu.

Jako zawodowiec i obywatel, przypominał ś. p. Pawiński i innego lekarza starej daty, zacnego człowieka i wielkiego obywatela — Ignacego Baranowskiego. Obydwaj czynami swojemi stwierdzali, jak rzadko kto, trafność pięknego aforyzmu Biegańskiego o rodowodzie medycyny: „Pamiętajmy o tem, że medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszem, a może wstrętnym nawet rzemiosłem“. Jakże często o tem zapominamy!

„Należę do tego pokolenia lekarzy“ pisał do mnie Baranowski na krótko przed śmiercią, „które umiało biedaków darmo leczyć. To mnie osmiela, choć słyszę, że dzisiejsze pokolenie zmieniło obyczaje“. Umiało biedaków darmo leczyć i Pawiński, umiał też, jak Baranowski, najtroskliwszą opieką otaczać chorych lekarzy i ich rodziny. Gdy jeden z lekarzy młodszych odmówił rychłego przybycia do śmiertelnego chorego kolegi, pospieszył natychmiast z pomocą Pawiński, choć z pewnością był nie mniej, niż ów młodszy lekarz, zajęty. Gdy szło o pomoc materialną dla ubogiego lub złożonego niemocą kolegi, Pawiński był zawsze jednym z pierwszych i najhojniejszych ofiarodawców. Miłosierdzie, obowiązek obywatelski i koleżeński były naczelnymi hasłami w Jego życiu.

I jeszcze pod jednym względem przypomina, Pawiński Baranowskiego: kochał Polskę całym sercem, i nie było ofiary, którejby dla niej nie poniósł, ale obce Mu były tendencje zoologiczno-nacjonalistyczne. We wrażliwej bowiem duszy Pawińskiego znajdowały odzew motywy szlachetne i piękne, nie miały zaś do niej dostępu hasła wulgarne, jakie się, niestety, obecnie u nas i w sferach lekarskich rozlegają.

Pismo nasze miało w Pawińskim szczerzego przyjaciela i zwolennika, czego dał dowód, przyjąwszy zaproszenie redakcji do napisania życiorysu ś. p. Alfreda Sokółowskiego, którego był długoletnim współtowarzyszem pracy na stanowisku ordynatora oddziału w szpitalu ś-go Ducha.

Za zasługi, dla nauki polskiej położone, za wielkie zalety umysłu i charakteru i za życzliwość dla pisma naszego zachowany we wdzięcznej pamięci świetlana postać Józefa Pawińskiego.

Zygmunt Srebrny.

Wiadomości bieżące.

— Wkrótce ukaże się w druku podręcznik chorób wewnętrznych prof. Meringa w przekładzie polskim kol. Bronisława Handelsmana, znanego tłumacza dzieł lekarskich.

— Redakcję „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej“ objął kol. Władysław Janowski i uprzejmie uprasza o nadsyłanie pod jego adresem — Warszawa, Jerozolimska 15 — odpowiednich prac oryginalnych oraz napisanych poglądowo streszczeń zbiorowych, dotyczących spraw aktualnych w medycynie wewnętrznej.

— Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej prosi nas o wydrukowanie następującego komunikatu:

Koło Lekarzy Szkolnych przy Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P. w ciągu lata 1924 r. przeprowadziło ankietę pośród lekarzy, z której między innymi wynikało, że płaca lekarzy szkolnych w średnich żydowskich zakładach naukowych wynosi 2 i pół zł. za godzinę. Biorąc pod uwagę ten zły stan zarobkowy, Koło Lek. Szkoln. wszczęło akcję, dążącą do polepszenia warunków płacy, przyjmując za normę płacę w Warszawskiej Kasie Chorych, to jest 7 zł. za godzinę. Akcja, rozpoczęta w listopadzie 1924 r. w formie wielokrotnych listów, komunikatów i propozycji odbycia konferencji dla ustalenia możliwych norm, nie dała wyników w skutkach obojętności i leceważenia sprawy przez Zarządy Szkół. Wobec tego Koło Lekarzy Szkolnych zmuszone było przerwać pracę w niektórych szkołach średnich.

Wobec powyższego szkoły:

1. Perły-Lubieńskiej — Ceglana 7
2. Zaksowej — Miodowa 21
3. Brajdo — Dzielna 20
4. Pryluckiej -- Nowolipki 6
5. Kryńskiego — Miodowa 1

objęte są strejkami lekarzy szkolnych, zaś w stosunku do szkół:

1. Mirlasowej — Długa 50
2. Kaleckiej — Nowolipki 25
3. Poznerowej — Twarda 27
4. Strauch-Szlezingerowej — Ś-to Jerska 18.

które w związku z akcją powyższą wymówiły posady kolegom, ogłoszono bojkot.

Uprasza się kolegów o nieobejmowanie posad w wszystkich wyżej wymienionych zakładach naukowych.

— Na Wystawie Przyrodniczo-Lekarskiej w Warszawie, urządzonej z okazji XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, wystawiła światowa fabryka lamp elektrycznych Philips serię metalowych lamp rentgenowskich, o zupełnie odmiennej konstrukcji od dotychczas używanych. Lampy te, raczej rury metalowe, nazwane przez Firmę „Metalix“, stanowią zupełny przewrót w technice produkcji i używania lamp rentgenowskich. Rury „Metalix“ różnią się od wszystkich innych lamp tem, że promienie rentgenowskie wytwarzają się w osłonie ołowianej, przyczem występują na zewnątrz jedynie przez specjalne szklane okienko.

Wielki postęp, jaki uczyniono w kierunku rzeczywistego zabezpieczenia od promieni, dzięki tego rodzaju konstrukcji lamp, poruszył wszystkie biorące udział w XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników koła rentgenologów. Szczególnie rzuca się w oczy mały rozmiar tych lamp (6 cm. średnicy i 50 cm. długości) i zupełny brak zewnętrznych szklanych części.

Używanie specjalnej pokrywy ochronnej przy terapii oraz urządzenie do centrowania jest zupełnie zbyteczne, co umożliwia nadzwyczaj proste ustawianie rur zapomocą zwykłego statywu. Poszczególne typy rur „Metalix“ produkowane przez firmę „Philips“ znajdują zastosowanie do wszystkich dziedzin rentgenologii, a więc do najcięższych zdjęć migawkowych, jak też do najwyższych napięć dla terapii głębokiej. Rury ostatnio wymienione go typu są zaopatrzone w osłonę ołowianą o 6 m/m grubości, której waga wynosi za ledwie 3 kg. — a więc przez zastosowanie jej lekarz może zaoszczędzić sobie wiele setek kg. ołowiu, jak też dużo niedogodności i kłopotów.

Należy nadmienić, że rury „Metalix“ Philipsa, jako naj-

bardziej udoskonalony typ lamp rentgenowskich, zostały odznaczone na wystawie XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich najwyższą nagrodą — dyplom uznania.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Berlińskiego na posiedzeniu swoim z dn. 20.VII r. b. powziął następującą uchwałę w sprawie udziału członków ciała profesorskiego w instytucjach kas chorych: „Wydział lekarski Uniwersytetu Berlińskiego stoi, jak dawniej tak i obecnie, na tem stanowisku, że utrzymanie wolnego i niezależnego zawodu lekarskiego leży zarówno w interesie ogółu lekarskiego, jak i całego narodu niemieckiego, i że utworzenie przez kasy chorych i ich związki przychodni i instytucyj dla chorych wolności tej w wysokim stopniu zagraża. Wydział wyraża przeżo żal, że członkowie ciała profesorskiego przez zgłaszanie się do służby w instytucjach kas chorych wyrządzają ciężką krzywdę stanowi lekarskiemu“.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego organizuje w r. b. (od 14 do 27 września) XVIII międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy. Od 28 września do 2 października odbywać się będą ćwiczenia seminaryjne. Prócz tego co miesiąc odbywają się kursy specjalne ze wszystkich dziedzin medycyny. Uczestnicy kursów, po wpłaceniu honorarjum (Polacy płacą 340.000 kor.) do biura wiedeńskich kursów (Schlösselgasse 22), otrzymują kartę uczestnictwa i legitymację, które dają prawo do 50% niższej opłaty za wize i do redukcji cen w lepszych hotelach, pensjonatach i restauracjach.

Od 9 do 21 listopada r. b. odbywać się będzie kurs dokształcający z medycyny wewnętrznej z wykładami w języku francuskim, razem godzin 55. Opłata wynosi 115 szylingów austriackich lub ekwiwalent w walutach zagranicznych, które należy wysłać pod wyżej wskazanym adresem. Oprócz wymienionych już prerogatyw karta uczestnictwa daje prawo do słuchania wszystkich kursów w języku francuskim lub niemieckim, organizowanych w roku szkolnym 1925/26 przez wiedeński wydział lekarski.

— Od 30 września do 3 października r. b. obradować będzie w Wiedniu Zjazd, poświęcony chorobom narządów trawienia i przemiany materji.

— Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wysłała do wszystkich P. P. Wojewodów, do Pana Komisarza Rządu na m. Warszawę, do Pana Delegata Rządu w Wilnie (dla Pana Delegata Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń następujący okólnik w sprawie wysyłania chorych z otwartą gruźlicą na wieś.

Instrukcja dla lekarzy Kas Chorych, określająca postępowanie przy wysyłaniu na wieś osób z gruźlicą otwartą.

Chorego z gruźlicą otwartą należy w zasadzie umieszczać w szpitalu lub zakładzie specjalnym.

O ile takie odosobnienie chorego byłoby niewykonalne, będzie obowiązkiem danego lekarza nie propagować wysłania chorego z otwartą gruźlicą na wieś, lecz rozważyć, czy warunki jego mieszkaniowe, w szczególności stykanie się z dziećmi, niemożność odosobnienia chorego i t. d. czynią bezwzględnie konieczne usunięcie go ze środowiska, w którym przebywa i w którym raczej powinienby pozostać. Lekarz powinien mieć przwtem na oku widoki stałej poprawy stanu chorego, oraz, że przemieszczenie chorego do innego domu zagraża powstaniem nowego ogniska gruźliczego.

Jezeli w wyniku rozważań pytanie wysłania chorego na wieś do jego rodziny lub przyjaciół okazałoby się jedynym sposobem wyjścia z sytuacji groźnej, należy daną rodzinę przynajmniej na dwa tygodnie przedtem uświadomić co do rodzaju choroby i co do niezbędnej potrzeby przestrzegania pewnych wskazań ostrożnościowych, zwłaszcza w stosunku do dzieci, a to przez wzgląd na ich większą skłonność do zapadania na gruźlicę.

O każdym wysłaniu chorego na wieś powinien być równocześnie zawiadomiony właściwy lekarz powiatowy, zaś na

dotyczącej propozycji należy zaznaczyć, że uczyniona ona została przy uwzględnieniu postanowień instrukcyjnych.

Choremu oraz właścicielowi mieszkania należy udzielić wskazówek, jak powinni postępować, celem zapobieżenia zakazaniu.

W s k a z ó w k i dla osób, dotkniętych chorobą płucną, udających się na wieś, oraz dla danych właścicieli mieszkań.

Chorego należy umieścić w osobnym pokoju, który możliwie winien odpowiadać następującym warunkom: winien on być obszerny, jasny, suchy, zwrócony na południe i łatwo przewietrzyć się dający.

O ile jest do rozporządzenia pokój, niepozostający w bezpośredniej łączności z resztą mieszkania, byłoby wskazane umieścić chorego w tym pokoju.

W pokoju dla chorego nie powinno być dywanów, mebli wyściełanych, portjer, firanek, zbioru książek.

Pokój chorego należy jaknajczęściej przewietrzać.

Chory winien słuwać do spluwaczki w zasadzie kieszonkowej, względnie napełnionej do połowy wodą. Spluwaczki papierowe wraz z płwociną należy spalać codziennie, zaś spluwaczki z wodą należy codziennie wylewać do ustępu i dokładnie wymyć.

Bielizna chorego osobista i pościelowa, a przedewszystkiem chusteczki, serwetki i poszewki poduszkowe po użyciu winny być bezpośrednio włożone do naczynia, napełnionego do połowy wodą, i w tem naczyniu zagotowane przez 30 minut, poczem bielizna może być prana bez niebezpieczeństwa dla praczki.

Poścień i odzież chorego należy jaknajczęściej wystawić na działanie słońca, a niezależnie od tego wietrzyć, zwłaszcza pościel po wstaniu chorego.

W towarzystwie osób innych chory, kaszląc, winien zastawiać usta ręką, a rozmawiając, nie powinien zbliżać się do nich zbyt blisko.

Chory winien unikać całowania innych.

Przybory do jedzenia i picia, używane przez chorego, nie powinny być w używaniu zdrowych osób bez uprzedniego wygotowania.

Zamiatanie pokoju winno odbywać się na mokro i przy otwartych oknach.

Po opuszczeniu mieszkania przez chorego należy je dokładnie odkazić wraz ze sprzętami, słomę z łóżka spalić, bieliznę wygotować, materace, o ile niema aparatu dezynfekcyjnego, należy wystawić na działanie słońca, ściany wapnem wybielić, podłogę wyszorować ługiem.

Osoby obsługujące chorego, winny po każdym zetknięciu z nim myć ręce, w szczególności zaś przed każdym spożyciem pokarmów.

za Ministra: (—) A d a m s k i.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej podaje do wiadomości swych członków, że w myśl art. 14 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich zostały ogłoszone zarówno termin wyborów w dniu 29 listopada r. b. jak i lista członków uprawnionych do głosowania przy wyborach do Rady Izby Lekarskiej (Dziennik Komisarjatu Rządu

na m. st. Warszawę Nr. 62, z dnia 27 b. m., Dziennik Województwa Warszawskiego Nr. 9 z dnia 27 b. m. i Białostockiego Nr. 8 z dnia 25 b. m.) i że prawo zgłaszania reklamacji do Zarządu Izby przysługuje w ciągu dni 10 od ogłoszenia listy wyborców.

Listy wyborców są do przejrzenia w siedzibie Izby (Warszawa, Niecała Nr. 7).

— Polskie Tow. Med. Społ. wystosowało do władz memoriał w sprawie utrudnień pasportowych, czynionych patentom, chcącym udać się zagranicę w celach leczniczych. W memoriale przytoczono liczne argumenty, przemawiające za cofnięciem tych utrudnień.

Ostrzeżenie. — Zarząd Związku Lekarzy obwodu płockiego zawiadamia, że Płocka Kasa Chorych zerwała umowę z dn. 1 września r. b.

Przestrzega się Szan. Kolegów przed przyjmowaniem posad w tej Kasie bez poprzedniego porozumienia ze Związkiem Lekarzy obwodu płockiego.

— Nr. 18 Brit. med. Journ. przynosi sprawozdanie tymczasowe angielskiej komisji do badania sanokryzyny Mellergarda w leczeniu gruźlicy. Wobec małej liczby spostrzeganych przypadków (30) i krótkiego terminu badania (3 miesiące) komisja nie wypowiada ostatecznej opinii; dotychczasowe obserwacje zachęcają do dalszych badań klinicznych, które powinny być przedsięwzięte na większą skalę, zanim metoda Mellergarda będzie mogła być ewentualnie polecona do powszechnego użytku.

Zmarli: Teodor Heryng, prof. honorowy Uniwersytetu Warszawskiego, nestor laryngologów polskich.

— Znany klinicysta niemiecki prof. Nauyn zmarł w podeszłym wieku w Baden-Baden.

— W Berlinie zmarł prof. Lazarus, uczeń i współpracownik Ehrlicha.

— Prof. Cassirer, znany neurolog berliński.

— Prof. de la Camp, dyrektor kliniki wewnętrznej w Fryburgu.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

XX i XXI Sprawozdanie Lekarskie Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ (pod Łodzią) za rok 1922 i 1923.

— Jerzy Rutkowski. Ogólne zasady leczenia ran. Odbitka z „Lekarza Wojskowego“. Nr. 5. 1925.

Tenże. Zasady chirurgicznego odkażania (aseptyka i antyseptyka). Odbitka z „Przeglądu Dentystycznego“. Nr. 2. 1925.

H. Strauss. Warschauer Eindrücke über das med. hyg. Hilfswark des Amer. Joint Distrib. Committee in Polen. Odb. z D. m. W. Nr. 24. 1925.

Tenże. Zur Frage der chirurg. Behandl. interner Nierenkrankh. Odb. z Ztschr. f. Urologie 1925. Bd. XIX.

T R E Ś Ć: H. HIGIER. Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. — S. STERLING. Klasyfikacja gruźlicy. — G. RACIAŻEK. Teoria i praktyka współczesnego leczenia wapniem. — G. BYCHOWSKI. Momenty psychoanalityczne w psychozach. — G. KRUKOWSKI i K. PONCZ. Rzadka postać twardziny skóry. — H. ALTKAUFER. Opatrunki „przezroczyście“ po zabiegach chirurgicznych. — H. ALTKAUFER. Kilka uwag z powodu artykułu Dr. P. Goldsteina p. t. Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy. — P. GOLDSTEIN. Odpowiedź na kilka uwag i t. d. Dra. H. Altkaufera. — K. DŁUSKI. O stosowaniu preparatów z lasecznika Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego. — D. NISENSEN. Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb. — M. BIRO. — Ś. p. Dr. Józef Pawiński. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. La marche et l'évolution des idées dans la médecine interne contemporaine. — S. STERLING. La classification de la tuberculose. — G. RACIAŻEK. La théorie et la pratique de la therapie moderne par le calcium. — G. BYCHOWSKI. Les moments psychoanalytiques dans les psychoses. — G. KRUKOWSKI et K. PONCZ. Un cas rare de la pochydermie. — H. ALTKAUFER. Les pansements transparents post operatoires. — H. ALTKAUFER. Quelques remarques à propos la publication du dr. Goldstein. — P. GOLDSTEIN. Réponse aux quelques remarques du dr. Altkauer. — K. DŁUSKI. Le point de vue clinique sur l'application de la tuberculine de Koch dans les buts diagnostiques et therapeutiques. — D. NISENSEN. La tuberculose dans l'âge infantile (statistique). — M. BIRO. Dr. J. Pawiński.