

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 3

WARSZAWA, 31 MARCA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Mechanizm pracy zdrowego i chorego serca*).

Podał

“

S. MINC (Białystok).

(Dokończenie).

Powyżej podałem przykład, zaczerpnięty z prac Geigela, który ilustruje pracę serca, wyrażoną w kalorjach, w przypadkach znacznego zwężenia tętnicy głównej. Nie bacząc na liczbę tętna 60 i czas trwania skurczu 0,4 sekundy, w stosunku do normy 0,32 sek., dobową utratę energii serca jednakże dochodzi do olbrzymiej liczby 2500 Cal.

Teraz przystąpię do wyjaśnienia tych przystosowań, które nie były uwzględniane przez B. Lewego w jego obliczeniach, a które widocznie dają sercu możliwość zaoszczędzania swego zapasu energii w większym stopniu, niż na to zezwala mechanizm wyrównania wedle tegoż autora.

Przy dalszych rozważaniach o działalności chorego serca oparłem się na nauce Starlinga o pracy mięśnia sercowego oraz na własnych spostrzeżeniach, dotyczących sercowo chorych; część tych spostrzeżeń ogłosiłem drukiem przed 10 laty.⁽¹²⁾

Pracując w czasie wojny światowej w jednym ze szpitali wojennych na oddziale wewnętrznym, gdzie znajdowali się pod obserwacją powołani do szeregów żołnierze, miałem możliwość obserwowania materiału sercowo chorych, który zazwyczaj w czasach pokojowych dość trudno znaleźć. Materiał mój, dotyczący organicznych wad serca, był swoisty. Do szpitala naszego przybywało na badanie bardzo dużo sercowo chorych z niejasnemi, następczającemi wiele trudności w rozpoznaniu objawami. Przypadki z daleko posuniętym zaburzeniem wyrównania spotykało się nader rzadko, i większość przybywają-

cych na badanie do szpitala nigdy nie cierpiało na zaburzenie wyrównania; widocznem było, że wielu z nich nawet nie podejrzewało, że cierpią na wadę serca. Wytworzył się w ten sposób sztuczny dobór zupełnie wyrównanych wad aparatu zastawkowego. Zaznaczyć muszę, że w wywiadach tych chorych zazwyczaj nie było najmniejszej wzmianki, by kiedykolwiek cierpieli chociaż czasowo na zaburzenie wyrównania. U chorych tych wielce ciekawa była częstość tętna. Przytoczę na tem miejscu ustęp z mojej pracy, który brzmi następująco: „Zazwyczaj wskutek nerwowego podniecenia tętno u poborowych, nie cierpiących na organiczne schorzenie serca, co widoczne jest z tablicy Nr. 1, bywa w znacznym stopniu przyspieszone“.

TABLICA Nr. 1.

Poborowi obserwowani 20.X.1916.

Nr. obserwacji.	Wiek	Tętno w 1 min.	Nr. obserwacji.	Wiek	Tętno w 1 min.
1	44	108	19	30	110
2	28	116	20	43	112
3	37	92	21	27	108
4	28	116	22	22	104
5	20	136	23	42	140
6	28	112	24	38	96
7	39	112	25	37	96
8	31	96	26	42	144
9	25	84	27	38	120
10	37	76	28	36	136
11	46	84	29	28	120
12	20	104	30	35	74
13	36	84	31	36	128
14	30	98	32	37	104
15	22	72	33	40	112
16	33	120	34	26	116
17	35	132	35	36	130
18	37	126			

„Przytoczę dane, dotyczące tętna u 16 chorych z wadą zastawkową serca w okresie zupełnego wyrównania.

*). Wygłoszone na posiedz. klinicz. Polskiego Zrzeszenia Lek. w Wojew. Białostockiem d. 20.X.1926 r.

TABLICA Nr. 2.

Tętno w wadach zastawek w okresie zupełnego wyrównania.

Nr. obserwacji.	Wiek	W A D A	Tętno w 1 min.
1	24	Niedomykalność zast. 2 dzielnej	
2	31		72
3	37	Zwężenie jej	80
4	20	Niedomykalność i zwężenie 2 dzielnej	148
5	37	Zwężenie jej	84
6	40	Niedomykalność zastawek tętnicy głównej	72
7	26		90
8	38	Niedomykalność zastawki 2 dzielnej	96
9	41		80
10	29	Niedomykalność i zwężenie jej	76
11	38	Zwężenie zastawek tętnicy głównej	84
			90
12	21		86
13	23	Zwężenie 2 dzielnej zastawki	80
14	32		72
15	41	Niedomykalność 2 dzielnej zastawki	72
16	40		84

„A więc poborowi, cierpiący na wyrównaną wadę serca, zgoła inaczej reagują na podniecenie nerwowe, niż ci, którzy nie cierpią na organiczne schorzenie serca. Wyjątek stanowią cierpiący na zwężenie zastawki dwudzielnej, którzy często również odpowiadają na podniecenia przyspieszeniem tętna.

„Zjawisko to jest natyle stałe, że przy liczbie normalnej tętna u poborowego zwracałem baczność uwagę na serce. Ciekawe jest również zachowanie się ciśnienia krwi u moich sercowo chorych. W czasie, gdy u większości poborowych jest ono zwiększone, u chorych sercowo jest ono normalne, a często i obniżone. Chore, lecz dobrze wyrównane serce, unika jakby skrócenia swego rozkurczu, który jest jedynym okresem jego wypoczynku i pracy przeciwko dużemu oporowi. Zawiera ono w sobie jak gdyby swoją naparstnicę. Następnie spostrzegłem, że wielu, którzy przebyli stosunkowo niedawno ostre schorzenie zaradne (dur brzuszny, powrotny, płamisty, zapalenie płuc) i ostre zapalenie nerek, również nie reagują na podniecenie przyspieszeniem tętna. Należy podkreślić, że w wywiadach u większości moich chorych na serce ostry gościec stawowy był rzeczą nader rzadką; czy nie tem należy tłumaczyć, że większość wad serca, obserwowanych przezemnie, należała do rzędu lekkich? Nie ulega wątpliwości, że u wielu wada serca istniała dawno, jednakże powiększenie serca często było nieznaczne i nie bacząc na to, że wielu z nich pracowało fizycznie, nie występowało jednakże u nich zaburzenie wyrównania“. Oczywiście niema podstawy do sądzenia, by poborowi o chorem sercu niepokoił się mniej od innych, albowiem większość z nich nawet nie podejrzewała istnienia u siebie wady serca. I oni na równi z innymi poborowymi drżeli w czasie badania, oblewając się zimnym potem na myśl, że rozstrzyga się ich los, że od decyzji, która zapadnie, zależeć będzie, czy pójdą na front, czy też nie; zginą na polu walki, czy też powrócą do domu? Jednakże ich tętno przyspieszało się nie tak wybitnie, jak u innych, a w wie-

lu przypadkach tętno było nie częstsze, niż 72, a częstokroć nawet wolniejsze. Niestety, na dużym materiale, którym wtenczas rozporządzałem, więcej niż 1500 sercowo chorych, nie przeprowadziłem badań o wpływie wysiłku fizycznego na częstość tętna. Na to zwróciłem uwagę nieco później, gdy zauważyłem u jednego z kolegów po dużym wysiłku fizycznym (wiosłowaniu) zwolnienie tętna z 70 do 60. Po 1½ roku kolega ten, który nigdy nie uskarżał się na zaburzenia sercowe, zmarł w ataku duszniczy bolesnej (angina pectoris).

Przypuszczając, że u kolegi tego, który nie był zawodowym wiosłarzem, zwolnienie tętna po wysiłku fizycznym zależało w znacznym stopniu od porażenia mięśnia sercowego, wiążąc ten przypadek z spostrzeżeniami nad poborowymi, w następstwie w każdym przypadku wyrównanej wady serca kazałem choremu wykonać wysiłek fizyczny (10 — 15 przysiadów), chcąc się przekonać, jak ta praca wpływa na częstość tętna. Mój materiał wojenny składał się przeważnie z ludzi, ciężko pracujących fizycznie — przeważali włościanie. Obecnie prawie wyłącznie mam możliwość obserwowania mieszczan, prowadzących siedzący tryb życia. Jeśli obserwujemy ludzi o chorem sercu, u których, nie bacząc na ciężką pracę fizyczną, nie występują zaburzenia wyrównania, to w ten sposób otrzymujemy sprawdzian sprawności tego chorego serca. Inaczej rzecz się przedstawia u ludzi, wiodących siedzący tryb życia. Serce ich może się okazać zgoła sprawne w warunkach normalnego życia, lecz jeśli zmusimy ich do wykonania pracy fizycznej, wtenczas nie są oni zdolni temu sprostać, czego wynikiem jest przyspieszenie tętna, podobnie jak w sercu w okresie zaburzeń wyrównania. U tego rodzaju ludzi, jeśli by zmuszeni byli ciężko pracować fizycznie, możliwa jest następująca alternatywa: gdyby ich mięsień sercowy okazał się znacznie zwyrodniałym, albo ich wada zastawkowa byłaby silnie rozwinięta, to już wcześniej wystąpiłyby u nich objawy zaburzenia równowagi, albo jeśli by mięsień serca był w zupełności zdolny do pracy, a wada zastawek byłaby mierna, to pod wpływem pracy fizycznej wystąpiłoby wyrównawcze rozszerzenie i przerost serca, i byłiby oni zdolni do wykonania owej pracy fizycznej. Na tej podstawie opiera się widocznie gimnastyka serca Oertla, od której oczywiście można oczekiwać dodatnich wyników w przypadkach, gdy mięsień serca nie uległ znacznemu zwyrodnieniu. W ten sposób ludność miejska okazała się mało odpowiednią dla rozwiązania nakreślonego przezemnie zagadnienia. Moje spostrzeżenia zbierałem u wieśniaków i w okresie ostatnich 7 — 8 lat nagromadziłem materiał, który daje mi dostateczną możliwość wyciągnięcia wniosku, że ludzie z chorem lecz sprawnie działającym sercem również mało reagują przyspieszeniem tętna na pracę fizyczną, jak moi poborowi z wadą zastawkową na wzburzenia psychiczne. Przyspieszenie tętna dochodzi do 8 — 10 uderzeń lub też tętno całkiem nie przyspiesza się, czasem zaś staje się wolniejsze. I tutaj wyjątek stanowi zwężenie zastawki dwudzielnej, które dość często dawało przyspieszenie tętna. Ciekawe, że i Eppinger w niedawno wydanej pracy (l.c.) zauważył, że ze wszystkich wad

serca najczęściej zwężenie zastawki dwudzielnej odpowiada na wysiłek fizyczny przyspieszeniem tętna.

Po wypowiedzeniu mych spostrzeżeń, dotyczących częstości tętna u ludzi z chorem, lecz sprawnie działającym sercem, a zgodnych z danymi teoretycznymi B. Lewego, przejdę do prac Starlinga, o których wspominałem wyżej. Doświadczenia swoje przeprowadzał Starling na tak zwanym „sercowo-płucnym preparacie“, którego główna właściwość polega na tem, że dopuszcza do możliwości dowolnego podnoszenia i obniżania ciśnienia krwi w obiegu tętniczym a także dopuszcza do dowolnego zwiększania objętości krwi żyłnej, dopływającej do prawego przedsionka. Podniemy ciśnienie w obiegu tętniczym. Niezbędne jest, aby komora przy każdym skurczu opróżniała się, by ciśnienie w niej przewyższało ciśnienie w tętnicy głównej, gdyż w przeciwnym razie zastawki półksiężycowe nie odemkną się. W początku skurczu komora potrafi jeszcze pokonać opór w tętnicy głównej, w której do tej chwili ciśnienie było minimalne (rozkurczowe): zastawki półksiężycowe odemkną się, i krew zacznie przyływać do tętnicy głównej. Skoro jednak przeniknie tam nieznaczna ilość krwi, ciśnienie w tętnicy i komórce wyrówna się, zastawki półksiężycowe zamkną się i komora zdąży wydać zaledwie nieznaczny część zawartości; pozostanie w niej t. zw. krew rezydualna. W następnej chwili, w czasie rozkurczu, krew żylna będzie przepływała do komory i w końcu rozkurczu komora będzie zawierała nadmiar krwi: krwi przybyłej z żył i krwi rezydualnej. Objętość jej wskutek tego zwiększy się. Z rozszerzeniem komory wzrasta zdolność jej kurczenia się, i po 2-ach, 3-ach skurczach amplituda serca dojdzie do takich rozmiarów, że będzie ono zdolne wydalić do obiegu tętniczego taką ilość krwi, jak przed podniesieniem się ciśnienia krwi.

Mniej więcej taki sam jest mechanizm pracy serca, kiedy przy niezmiennym ciśnieniu krwi zwiększa się przyływ krwi żyłnej do komory.

Na mocy swych doświadczeń Starling doszedł do wniosku, że im większa jest objętość serca w początkowym okresie skurczu, w granicach fizjologicznych, tem większa jest amplituda jego skurczu. W ten sposób prawo Ficka, które dotychczas było słuszne jedynie dla mięśni dowolnych, znajduje zastosowanie ogólne i otrzymuje brzmienie następujące: w każdym mięśniu energia skrótu jest funkcją długości włókien tego mięśnia.

Lecz jak należy wyobrazić sobie stosunek, zachodzący między długością włókien mięśnia a energią, wyładowaną przezeń w okresie kurczenia się? Nie będę szczegółowo zastanawiał się nad tem pytaniem, nadmienię tylko, że Hill na mocy swych doświadczeń przyszedł do wniosku, że: gdy mięsień rozkurcza się, to zwiększają się jego t. zw. powierzchnie czynne, w których odbywa się wymiana cząsteczkowa energii chemicznej w energję natężenia (pracę), przy czem współczynnik mechaniczny wydajności pracy w początkowych okresach skurczu mięśni może dojść do 100%. Dalej nadmienię, że zgodnie z Pleschem⁽¹⁴⁾, spożycie tlenu przez serce podczas pracy wzrasta nie proporcjonalnie do spożycia przez organizm, lecz udział procentowy w ogólnym spożyciu energii ze strony serca spada.

Obecnie doszliśmy do rozstrzygnięcia pytania, które wyżej postawiliśmy sobie, a mianowicie: jakie są czynniki, które pozwalają choremu, lecz w zupełności sprawnie działającemu sercu pracować z wielką oszczędnością swojej chemicznej energii natężenia? Wypełnienie krwi komór zależne jest od 2 czynników: długości przerwy rozkurczowej i szybkości, z jaką przepływa krew z żył do serca. Przy niezminionej przerwie rozkurczowej wypełnienie krwią komór będzie tem większe, im większa będzie szybkość, z którą krew z żył przepływa do serca. A więc od trwania rozkurczu i szybkości przepływu krwi będzie zależało wypełnienie komór krwią, wielkość wydłużenia włókien mięśniowych i ich skurczowa energia.

Serce, dotknięte wadą zastawkową, będąc już w spoczynku, zmuszone jest do wykonywania zwiększonej pracy. Wobec tego, że przytem niema przyspieszenia obiegu krwi, to stopień wypełnienia komory będzie zależny wyłącznie od długości przerwy. Widzieliśmy już przedtem, że we wszystkich najrozmaitszych wadach serca, jeśli mięsień sercowy całkowicie sprawnie działa, tętno nie przyspiesza się. Aczkolwiek teoretycznie, zgodnie z Lewym, w niedomykalności zastawek tętnicy głównej serce miało by najdogodniejsze warunki pracy przy przyspieszonym tętnie, to w rzeczywistości jednakże przyspieszenie tętna, obserwowane w tej wadzie, jest nieznaczne. Zresztą, to nieznaczne przyspieszenie tętna nie wpływa na długość rozkurczu. Chodzi o to, że w rozkurczowej przerwie należy odróżniać dwie fazy: protodiastoliczną, kiedy krew napływa do komór, i telediastoliczną (phase de repos), kiedy do rozciągniętej krwią komory nie przybywa więcej krwi. Następujący potem skurcz przedsionków wypycha do przepelnionych krwią komór zaledwie nieznaczny ilość krwi. Przy nieznacznym przyspieszeniu tętna ma miejsce zaledwie zmniejszenie okresu telediastolicznego, protodiastoliczny natomiast nie podlega skróceniu.

Przy pracy fizycznej nie wystarczyłoby jedynie skrócenie przerwy rozkurczowej dla bardziej zupełnego rozciągnięcia komór. Po pracy fizycznej, a wskutek niej wzmoczonego oddychania i skrócenia mięśni, tłoczących krew z żył, krew oddala się ze zwiększoną szybkością do serca, i komory przepelniają się krwią. Ze względu na to, że przerwa rozkurczowa przytem nie skraca się, rozciągnięcie mięśnia sercowego może osiągnąć znacznych rozmiarów, i wskutek tego, że energia skrótu mięśnia jest funkcją jego długości, serce ma możność przepchnięcia do naczyń krwionośnych zwiększonej objętości skurczowej (Schlagvolumen). Ma miejsce przytem nietylko zwiększenie energii skurczu serca, lecz i to, co ma istotne znaczenie: przemiana energii chemicznej jest zupełniejsza, wykładnik mechaniczny pracy jest większy, o czem już wspominałem powyżej. Łatwo sobie wyobrazić wagę tego czynnika w ekonomji przemiany, szczególnie w przypadkach, kiedy serce, cierpiące na wadę zastawek, zmuszone jest do wykonywania bardzo dużej pracy. W ten sposób osiąga się dużą oszczędność kaloryj, które są potrzebne organizmowi do pracy zewnętrznej.

Mechanizm pracy chorego serca, co wyżej przedstawiłem, nie jest właściwy jedynie wadzie zastawkowej serca. Wspominałem poprzednio, że choroby,

k którzy niedawno przebyli ostro-zakaźne sprawy chorobowe, jak również ostre zapalenie kłębuszków nerwowych, nie oddziaływają na podrażnienia nerwowe przyspieszeniem tętna. U chorych tych stwierdziłem przy badaniu w pozycji leżącej zaakcentowanie 2-go tonu nad tętnicą płucną. Mamy wszelkie dane, by myśleć, że pod wpływem podniecenia psychicznego przyspiesza się krwioobieg, a w związku z tem zwiększa się praca serca [Eppinger, Papp, Schwarz⁽¹⁵⁾].

W dalszym rzędzie obserwowałem następujące zjawisko: u chorych, cierpiących na dusznicę bolesną, zwłaszcza na formę tak zwaną angine de poitrine d'effort (dusznicę bolesną z wysiłku), pod wpływem wysiłku fizycznego tętno albo wcale nie przyspieszało się, albo przyspieszało się bardzo nieznacznie. Jeśli u tych chorych równocześnie z dusznicą bolesną występują i niektóre objawy niedomogi mięśnia sercowego np. niewielkie obrzęki na nogach, duszność przy chodzeniu, to tacy chorzy odpowiadają na wysiłek fizyczny przyspieszeniem tętna. Aczkolwiek zagadnienie o patogenie dusznicę bolesnej nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte, jednakże obecnie przeważa mniemanie, że w schorzeniu tem mięsień sercowy jest chorobliwie zmieniony (coronaritis, l'épuisement — myocardique Mackenzie, La fatigue myocardique Danielopolu).

Uprzednio zaznaczyłem, że i zdrowe serce oddziaływa nieraz na wzmożony wysiłek rzadkiem tętnem, a więc zwiększeniem objętości skurczowej. Zgodnie z Kroghem i Lindhardtem ludzie nietrenowani odpowiadają na wysiłek fizyczny przyspieszeniem tętna, natomiast trenowani — tętnem rzadkiem. Weizsäcker zauważył, że w przypadkach w których serce odpowiada na wysiłek fizyczny nie przyspieszeniem tętna, lecz zwiększeniem objętości skurczowej, wymiary serca zwiększają się. To powiększenie rozmiarów serca wedle Herxheimera⁽¹⁶⁾, występuje nie we wszystkich rodzajach sportu. Rzecz polega na tem, że niema ścisłej zależności między wzrostem mięśni szkieletowych a mięśniem serca. Mięśnie powiększają się wtenczas, gdy stawia się im nadmierne wymagania, którym nie są w stanie sprostać, wskutek tego też mięśnie szkieletowe rosną w tych rodzajach sportu, które wymagają szczególnie wielkich wyczynów — dużo pracy w jednostkę czasu (biegacze na średnie dystanse, uczestnicy wieloboju, pływacy, ciężcy atleci).

W przeciwieństwie do tego nie spotykamy przy długotrwałych wysiłkach, (bieg na duże odległości, bieg maratoński, łyżwiarstwo, narciarstwo, cyklistyka), nawet najmniejszego wzrostu mięśni szkieletowych. Tu praca na jednostkę czasu jest niewielka. I oto biegacze maratońscy są wysmukli, o muskulaturze małej objętości. Natomiast w tych przypadkach zwiększają się wymiary serca.

W ten sposób zdrowe serce oddziaływa na określone rodzaje pracy fizycznej albo przyspieszeniem tętna, przyczem wymiary serca nie ulegają zmianie, albo też tętnem prawie zwykłym, co wskutek przy-

spieszenia obiegu krwi w związku ze wzmożoną pracą fizyczną równowazy się zwiększoną objętością skurczową (Schlagvolumen); w ostatnim przypadku ma miejsce zwiększenie wymiarów serca.

Dla chorego serca każdy niemal większy wysiłek fizyczny będzie nadmierny i o tyle, o ile ono zdolne jest do pracy, będzie ono oddziaływało na wysiłek fizyczny zwiększeniem objętości skurczowej, będzie unikało przyspieszenia swoich skurczów. W ten sposób swoiste oddziaływanie chorego serca na wysiłek fizyczny jest tylko częścią ogólnego prawidła.

Dlaczego w niektórych przypadkach serce oddziaływa na wysiłek fizyczny przyspieszeniem tętna, w innych natomiast tętno nie przyspiesza się? Pytanie to pozostaje nierozstrzygnięte. Doświadczenia z atropiną, przeprowadzone przez Herxheimera⁽⁹⁾ na sportowcach z tętnem rzadkiem, przemawiają przeciwko podniesionemu u nich napięciu n. błędnego. Należy przeczytać u Tigerstedta⁽¹⁷⁾ rozdział poświęcony zagadnieniu o przyczynie przyspieszenia tętna, jako wyniku pracy fizycznej, by przekonać się, jak mało wiemy o tem zagadnieniu, jak przeczą sobie badania, prowadzone w tym kierunku.

Na zakończenie chciałbym zwrócić uwagę na następującą okoliczność: bardzo często daje się zaobserwować, że niedomaganie mięśnia sercowego przebiega bez powiększenia wymiarów serca; w tych zaś przypadkach, gdy wymiary serca powiększają się, nie następuje przytem przerost mięśnia sercowego.

W tych przypadkach mamy nie wyrównawcze rozszerzenie (*dilatatio compensatoria*), lecz rozciągnięcie (*distensio*) mięśnia sercowego wskutek zmniejszenia jego napięcia.

Czy nie wypadałoby doszukiwać się przyczyny braku w tych przypadkach wyrównawczego rozszerzenia i przerostu mięśnia sercowego w tem, że w pewnych warunkach serce nie jest zdolne oddziaływać na wysiłek fizyczny tętnem rzadkiem, lecz oddziaływa tętnem przyspieszonym, a więc nie dużą objętością skurczową?

PIŚMIENNICTWO.

- 1) R. Geigel. Herzkrankh, str. 209, 1920 r. 2) Douglas i Haldane. Patrz Mobitz, Klin. Woch., Nr. 45, 1925. 3) Barcroft. The respiratory Function of the Blood. 4) Eppinger. Klin. Woch. Nr. 23, 1925. 5) Krogh. Anatomie und Physiologie der Capillaren. 1924 r. 6) Marey. La circulation du sang, str. 343, 1881 r. 7) Benzur. Deutsch. med. Woch., str. 22, 1910 r. 8) Bosviel. La circulation veineuse périphérique, str. 77 i 81. 9) Herxheimer. Münch. med. Woch., Nr. 47, 1921 r. 10) Deutsch u. Kauf. Herz u. Sport, 1924 r. 11) Benno Levy. Die Compensierung der Klappenfehler des Herzens, 1890 r. 12) Minc. Ruski wracz, Nr. Nr. 16 — 17, 1917 r. 13) Starling. Das Gesetz der Herzarbeit, 1920 r.; Presse med. Nr. 60, 1922; Human physiologie, str. 958, 1920 r. 14) Plesch, Kraus — Brugsch, Bd. IV, str. 1193. 15) Eppinger, Papp, Schwarz. Asthma cardiale, 1924 r. 16) Herxheimer. Klin. Woch., Nr. 49, 1924 r. 17) Tigerstedt. Die Physiologie des Kreislaufes. Zweite Auflage, Bd. II, str. 451.



Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki pedjatrycznej Uniwers. Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. MICHAŁOWICZ).

Ze Szpitala dla dzieci przy ul. Kopernika w Warszawie

(Ordynator Dr. PIOTROWSKI).

i Z Miejskiego Domu Opieki dla opuszczonych dzieci w Warszawie.

(Lek. Nacz. Dr. J. JUDT).

Analiza biologiczna patogenezы i kliniki płonicy.

Podał

Henryk BROKMAN (Warszawa).

Sprawę etiologii płonicy można uważać za ostatecznie przesądzoną. Dawniejsze koncepcje Gabryczewskiego i Palmirskiego zostały całkowicie potwierdzone przez badania doświadczalne Dicków oraz przez spostrzeżenia epidemiologiczne, dokonane przez badaczy amerykańskich i niemieckich¹⁾. Stąd też i zagadnienie patogenezы płonicy, opierające się dotychczas na hipotezach, zyskało mocne podstawy i stało się dostępne analizie doświadczalnej.

Postaramy się podkreślić naprzód zasadnicze zjawiska, występujące w przebiegu płonicy, a wymagające wytlomaczenia z punktu widzenia ich patogenezы. Są to: 1) wybuch choroby oraz warunki jej powstania, 2) zjawienie się wysypki, 3) znikanie wysypki, 4) występowanie t. zw. powikłań, 5) ustępowanie powikłań. Omówienie punktu pierwszego pozostawimy na koniec, a w pierwszym rzędzie omówimy sprawę patogenezы wysypki.

Przyczyna zjawiania się wysypki została wyjaśniona przez Gabryczewskiego i Dicków. Już pierwszy z nich, uodparniając przed zoolaty dzieci swą szczepionką, składającą się z paciorkowców szkarlatynowych, spostrzegł częstokroć występowanie wysypki podobnej do płoniczej. Dickowie za pomocą dużych dawek toksyny, wydzielanej przez te paciorkowce, wywoływali wysypkę, identyczną z płoniczą. Tak więc zjawianie się wysypki w przebiegu płonicy bezwątpienia należy tłumaczyć działaniem na skórę jadu, wydzielanego przez znajdujące się w gardzieli paciorkowce, które tutaj wywołują miejscowe schorzenie w postaci anginy.

Znikanie wysypki jest już nieco trudniejsze do wytłomaczenia. Dickowie, opierając się na spostrzeżeniach, że odczyn Dicka jest dodatni u wszystkich ludzi przed zachorowaniem i przeważnie w pierwszych dniach choroby; w końcu pierwszego tygodnia staje się on zawsze ujemny. Na zasadzie tego Dickowie przypuszczają, że występowanie odczynu ujemnego wskazuje na produkcję przez ustrój antytoksyny; antytoksyna ta, zobojętniając toksynę, usuwa tem samem wysypkę.

1) Zarazkiem swoistym jest niewątpliwie paciorkowiec hemolityczny płonicy. Pozostaje jedynie możliwością, iż prócz postaci, morfologicznie nam znanej, drobnoustrój ten posiada jeszcze postać niewidzialną; potwierdzenie tego przypuszczenia bynajmniej nie osłabi słuszności etiologii paciorkowcowej płonicy, gdyż, jak wiadomo, te postacie niewidzialne posiada cały szereg innych drobnoustrójów chorobotwórczych.

Wiemy jednak, że w pewnym odsetku przypadków odczyn Dicka pozostaje dodatni, a wysypka pomimo to ustępuje. Zresztą w tym okresie choroby najczęściej nie udaje się jeszcze stwierdzić za pomocą innych metod badania obecności we krwi antytoksyny płoniczej.

W doświadczeniach naszych, wykonanych z kol. M a y z n e r e m, wstrzykiwaliśmy dzieciom, mającym dodatni odczyn Dicka duże dawki (3 — 6½ tysięcy jednostek) toksyny, względnie ½ — 1¼ miljarde paciorkowców szkarlatynowych zabitych. Po wystąpieniu wysypki, względnie bez jej wystąpienia, już po 24 — 48 godzinach dodatni odczyn Dicka prawie zawsze zmieniał się na ujemny i powracał przeważnie do poprzedniego stanu po kilku dniach. W przypadkach tych oczywiście nie może być mowy o zjawieniu się antytoksyny, to też nagłą zmianę odczynu dodatniego na ujemny tłomaczyć można jedynie anergją (areaktywnością) skóry, powstałą pod wpływem działania zarazka płonicy i jego toksyny. Tem więc w stosunku do niektórych przypadków tłomaczyć należy występowanie ujemnego odczynu bezpośrednio po okresie wysypkowym. Niejednokrotnie odczyn staje się ponownie dodatni w trzecim, względnie czwartym tygodniu choroby. Również i znikanie wysypki można w niektórych przypadkach tłomaczyć w sposób analogiczny: pod wpływem zatrucia jadami ustrój traci zdolność oddziaływania na nie, i wtedy nastaje moment znikania wysypki. To ujęcie nie przeczy oczywiście możliwości innego mechanizmu znikania wysypki w innych przypadkach, a to naskutek wyczerpania się sprawy chorobowej w gardzieli i ustania wydzielania jadów. Tego rodzaju tłomaczenia mechanizmu ujemnego odczynu Dicka po okresie wysypkowym godzi, zdawałoby się, w klasyczne ujęcie odczynu Dicka, iako odczynu czysto toksycznego. Tak jest też w rzeczywistości. Później umotywuujemy nasz pogląd na odczyn Dicka. Pogląd ten sprowadza się do tego, że do powstania dodatniego odczynu niezbędnym warunkiem jest nietylko brak antytoksyny w badanym ustroju, lecz i pewna zdolność oddziaływania na antygen, w tym przypadku na jad. Przebycie płonicy, wtrzyknięcie dużej dawki toksyny lub paciorkowców niszczy chwilowo tę zdolność, zamieniając ją w anergję w tym momencie, gdy antytoksyna jeszcze nie zdążyła powstać.

W tym samym czasie, kiedy ustrój zmienia swe ustosunkowanie do toksyny, zachodzą inne zjawiska, znajdujące swój wyraz w odmiennym oddziaływaniu skóry na ciała bakteryjne paciorkowców. Zauważył to F a n c o n i, posiłkując się szczepionką paciorkowców, wyhodowanych w przypadku odry, i wstrzykując ją podskórną. Spostrzegł on brak wszelkiego odczynu w pierwszym i drugim tygodniu choroby, wówczas, gdy u zdrowych odczyn ten był jakoby stale dodatni. Wychodząc z założenia swoistości paciorkowca płoniczego, jako zarazka, używaliśmy jako odczynnika zawieszony zbadanego, pod względem zdolności wydzielania toksyny paciorkowca płoniczego, wstrzykując ją podskórną. Ażeby uniknąć działania

toksyny i otrzymać czysty odczyn z ciałami bakteryjnymi poza dokładnym przemyciem szczepionki, przechowywaliśmy ją w ciągu 10 dni z dodatkiem formaliny w cieplarni. Szczepionka ta została przygotowana łaskawie przez kol. Przesmyckiego. Stosowaliśmy odczyny doskórne, wstrzykując 0,1 zawiesiny. Odczyn, wykonany zaraz po okresie wysypkowym, wypadł stale ujemnie. Dzieci zdrowe, badane na ten odczyn, dały w 60% odczyn dodatni, zaś w 40% ujemny. (Za odczyn dodatni uważaliśmy zaczerwienienie i nacieczenie występujące po 24 godzinach, a mające średnicę conajmniej 1 cm.). Odczyn paciorkowcowy co do swej istoty nie należy do rzędu odczynów toksycznych, t. zw. pierwotnych, lecz do odczynów wtórnych, których prototypem jest odczyn tuberkulinowy. Odczyn dodatni wskazuje na uczulenie, na alergję w stosunku do danego antygeny, którym jest paciorkowiec. Znikanie odczynu po okresie wysypkowym płonicy wskazuje na zjawianie się okresu anergicznego w stosunku do paciorkowca. po zadziałaniu antygeny swoistego w trakcie choroby. Zjawisko to udało się nam odtworzyć również w doświadczeniu, gdyż u dzieci z dodatnim odczynem paciorkowcowym w szeregu przypadków po wstrzyknięciu toksyny, względnie zabitych paciorkowców, zauważyliśmy natychmiastową, acz czasową zmianę z odczynu dodatniego na ujemny.

Tak więc, reasumując powyższe, należy stwierdzić że pierwszy wysypkowy okres płonicy w skutku wytwarza stan anergiczny, zarówno w stosunku do toksyny, jakoteż ciał bakteryjnych paciorkowców płoniczych.

W dalszym przebiegu płonicy przybliżamy się do okresu powikłań. Powstaje pytanie, jakie rządzą tutaj prawa biologiczne, co warunkuje tak różny obraz chorobowy w poszczególnych przypadkach. Jest to zagadnienie dawne, co do którego również były wypowiedzane różne hipotezy. Obecnie nastał czas dla analizy doświadczalnej. Pierwsze pytanie, które postawiliśmy sobie, polegało na wyjaśnieniu, czy wczesne lub późne powstanie odporności antytoksycznej, znajdujące swój wyraz w odczynie Dicka, ma wpływ na występowanie powikłań. Badania te, dokonane z kol. Piotrowskim w szpitalu przy ul. Kopernika, stwierdziły brak zależności pomiędzy dodatnim lub ujemnym odczynem w drugim tygodniu choroby, a zjawieniem się powikłań. Należy się jednak zastrzedz, że, zgodnie z naszym ujęciem, ujemny odczyn nie zawsze wskazuje na obecność odporności antytoksycznej, że więc konieczne tu jeszcze będą uzupełniające badania, polegające na określaniu obecności antytoksyn w surowicy.

W drugim rzędzie badaliśmy zależność powikłań od odczynu paciorkowcowego. Tutaj zależność uwydatniła się bardzo wyraźnie. W przypadkach niepowikłanych w końcu drugiego, względnie w początku trzeciego tygodnia odczyn ten staje się dodatni, w powikłaniach pozostaje ujemny. I tak u 74 dzieci, mających w trzecim tygodniu odczyn dodatni, spostrzegaliśmy 4 razy powikłania, u 16-u, mających w trzecim tygodniu odczyn ujemny, 13 powikłań. Po ustąpieniu powikłania odczyn przeważnie stawał się do-

datni. Spostrzeżenia te posiadają duże znaczenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne. Pierwsze polega na tem, iż pozwala nam zrozumieć, od czego zależy ponowne rozmnażanie się paciorkowców, zwycięstwo nad chorym w postaci powikłań: od zbyt długo trwającej anergji ustroju w stosunku do paciorkowców. Natomiast wcześniej powstająca alergja jest wyrazem zdolności ustroju do walki z zakażeniem bakteryjnym. Znaczenie praktyczne polega na możliwości przewidywania dalszego przebiegu choroby, pozwala na rokowanie co do wystąpienia powikłań.

Z rozważań ostatnich dochodzimy do wniosku, że w płonicy mamy do czynienia ze złożonym zjawiskiem biologicznym. Przy obecnym stanie wiedzy udaje się wydzielić dwie odrębne właściwości zarazka płonicy: 1. zdolność wytwarzania jadów i 2. wpływ jego, jako bakterji, powodujący stany zapalne przeważnie o charakterze ropnym. Równolegle do tego odróżniamy dwie zasadnicze cechy ustroju, będące bronią, a częściowo odpowiedzią na działanie zarazka: 1. odporność antytoksyczna i 2. odporność antibakteryjna.

Powrócimy obecnie do pierwszego zjawiska, występującego w przebiegu płonicy, a mianowicie do początku choroby i postaramy się określić, co warunkuje jej wybuch. Tutaj, jak wiadomo, różnicowanie ludzi wrażliwych i niewrażliwych na płonicę zostało dokonane przez Dicków, którzy odporność antytoksyczną, mierzoną zapomocą odczynu Dicka, uważają za warunkującą niewrażliwość na chorobę. Dickowie mają tu słuszość przy pewnych zastrzeżeniach, które konieczne są w stosunku do znaczenia odczynu Dicka, a które znajdą omówienie nieco dalej. Jednakże zdaje się, że samo uwzględnienie odporności antytoksycznej nie wyczerpuje sprawy wrażliwości na płonicę. Bowiem w obecności zarazka płonicy w gardzieli, będącej w stanie zapalnym (przy jednoczesnej błonicy), a nawet w anginie płoniczej u ludzi z dodatnim odczynem Dicka niejednokrotnie brak całkowitego zespołu objawów choroby płoniczej¹⁾. Niewątpliwie więc muszą istnieć jeszcze inne właściwości ustroju, decydujące o zachorowaniu. Należało ich szukać. Wnioskiem logicznym było doszukiwanie się ich w płaszczyźnie tego samego zjawiska biologicznego, które posiada tak duże znaczenie, jak to wykazano wyżej, dla całego przebiegu płonicy. Ustosunkowanie się ustroju do zarazka płoniczego, jako do bakterji, niezależnie od wydzielanej przez nią toksyny, mogłoby odgrywać tutaj rolę czynnika, decydującego o zachorowaniu. Przystąpiliśmy do badań epidemiologicznych, wykonywując jednocześnie odczyn Dicka (oznaczony w skróceniu jako D.) oraz paciorkowcowy (P). Na materiale, obejmującym 137 dzieci, stwierdzono u 18-u dzieci D+P+, u 11-tu D+P-, u 61 dzieci D-P+, u 47 dzieci D-P-.

¹⁾ Określenie „choroba płonicy“ zostało zaproponowane przez Michałowieza (Pedj. Pol. Rocznik biol.)

Należało wyjaśnić, które z dzieci z odczynem Dicka dodatnim posiadają większą wrażliwość na płonicę: będące w stanie alergii (P+), czy też anergji (P—) w stosunku do paciorkowca. Tu zaznaczyć należy, jak to udało nam się stwierdzić, iż odczyn paciorkowcowy stanowi cechę ustroju dość stałą, nie tak stałą może, jak odczyn Dicka, lecz ulegającą wahaniom w niewielkim zakresie. Dotychczasowe spostrzeżenia nie pozwalają na wysnucie wniosków, to też sprawę tę należy ujmować jeszcze jako zagadnienie, które staramy się obecnie rozwiązać. Wśród dzieci zbadanych zaszedł jeden tylko przypadek płonicy u dziecka, mającego D+P+. Jeżeliby w dalszym ciągu badań okazało się, że dzieci, mające odczyn paciorkowcowy dodatni, są szczególnie wrażliwe na płonicę, stanowiłoby to potwierdzenie dawnych poglądów Schlossmanna i Selmy Meyer, a częściowo i Shontaga, którzy uważali, że osobniki, znajdujące się w stanie anafilaksji, względnie alergji, stanowią kontyngens osobników wrażliwych.

Do tej pory uważaliśmy zgodnie z opinją odkrywców oraz innych badaczy ujemny odczyn Dicka za wskaźnik odporności antytoksycznej. Jednakże głębsza analiza tego odczynu każe nam poczynić pewne zastrzeżenia. Bowiern pogląd ten będzie jedynie wtedy tylko bezwzględnie słuszny, jeśli odczyn Dicka będziemy uważali za odczyn czysto toksyczny, którego prototypem jest odczyn Schicka z toksyną błoniczą. Odczyn Schicka cechuje duża stałość, niezależność od przypadkowych chorób oraz różnych zabiegów. Inaczej rzecz ma się z odczynem Dicka. W doświadczeniach naszych, dokonanych wspólnie z kolegami Hirszfelową, Mayznerem i Przesmyckim, po wstrzyknięciu zawiesiny narządów zwierzęcych oraz mleka podskórnie, spostrzegaliśmy nagłą zmianę odczynu dodatniego na ujemny.

W dalszych doświadczeniach dla analizy odczynu posługiwałem się metodą, podaną przez Gröbera, która to metoda pozwala na odróżnianie tak zwanych jądów pierwotnych (prototyp jad błoniczy) od jądów wtórnych (prototyp tuberkulina). Metoda ta polega na zjawisku, iż po dodaniu małych ilości adrenaliny jady pierwotne działają silniej, jady wtórne słabiej. W doświadczeniach naszych stwierdziliśmy, że odczyn Dicka, dokonany równolegle z odczynem Schicka, pod wpływem adrenaliny nie nasila się, lecz nawet trochę słabnie. Nie przesądzając wniosków dalszych, sądzymy wobec tego, że mechanizmy działania toksyny błoniczej i płoniczej nie są identyczne.

Podane w dalszym ciągu spostrzeżenia pozwoliły nam na postawienie przypuszczenia co do mechanizmu odczynu. Mianowicie 8-u dzieciom z odczynem Dicka ujemnym wstrzyknęliśmy duże dawki toksyny oraz paciorkowców. U 3-a z nich odczyn nie zmienił się, natomiast u następnych 4-a stał się po 48 godzinach wybitnie dodatni. U 2-a z tych ostatnich po 5-u dniach powrócił do stanu poprzedniego (D—), lecz u 2-a po 18-u dniach był nadal dodatni. Poza tem u 8-ego dziecka po okresie przejściowego wystąpienia odczynu rzekomo ujemnego nabrał on cech odczynu dodatniego. Wystąpienie u dzieci z odczynem Dicka ujemnym odczynu do-

datniego na przeciąg kilku dni (dwa wyżej podane przypadki) tłumaczyć możnaby absorbcją antytoksyny; natomiast utrzymywanie się odczynu dodatniego jeszcze po 18-u dniach (u dzieci, które poprzednio miały odczyn ujemny) można tłumaczyć jedynie zmienionem oddziaływaniem ustroju na toksynę; posiadł on zdolność do dawania reakcji, na którą poprzednio nie mógł się zdobyć.

W konsekwencji tych doświadczeń skłonni jesteśmy uważać dodatni odczyn Dicka za zjawisko złożone. Do powstania odczynu niezbędne są dwa warunki: 1) skóra powinna posiadać pewne swoiste dla toksyny receptory, stanowiące o powinowactwie do niej; 2) we krwi powinien być jednocześnie brak antytoksyny, a żeby jad mógł przejawić swoje działanie.

Jeżeli jednego z tych warunków brak, odczyn wypadnie ujemnie, a więc nietylko wtedy, gdy obecna jest antytoksyna, lecz i wtedy, gdy skóra nie ma powinowactwa do toksyny. Stąd ujemny odczyn Dicka niezawsze jest wskaźnikiem odporności antytoksycznej, co już kazały zresztą przewidywać badania innych autorów nad zawartością antytoksyny u ludzi z ujemnym odczynem Dicka, choć wyniki te znajdowały dotąd inne, aniżeli podane przez nas, wytłumaczenie. Tak więc u ludzi, pozbawionych antytoksyny, odczyn może być ujemny i zmienić się na dodatni, wtedy gdy anergją ustąpi miejsca zdolności oddziaływania na toksynę. Osobnik taki może zachorować na płonicę, co tłumaczy, rzadkie co prawda, spostrzeżenia epidemiologiczne o zapadaniu na płonicę osobników z odczynem Dicka ujemnym.

Z oddziału chorób nerwowych w szpitalu na Czystem.

(Ordynator: E. FLATAU).

O przepuszczalności ośrodkowej barjery nerwowej w chorobach umysłowych i nerwowych.

Podali

S. BAU-PRUSSAKOWA i Leon PRUSSAK (Warszawa).

Prowadzone od szeregu lat przez różnych autorów badania nad przepuszczalnością tak nazwaną przez Sternową i Gautier „barjerę krwiomózgową“ (barrière hémato-encéphalique), a przez Flataua — „ośrodkowej barjery nerwowej“ zyskują coraz większy zakres i zdobywają z wolna prawo obywatelstwa między klinicznymi metodami badania. Dwaj wyżej wymienieni autorzy sądzą, że z pośród ciał, mających powinowactwo do tkanki nerwowej, tylko te oddziałują na tę tkankę, które przejdą do płynu mżgrdz.

Jeżeli uwzględnimy, że w płynie znajdują się te tylko ciała, które przeszły przez barjerę krwiomózgową, to zrozumiemy doniosłe znaczenie tego wału ochronnego, który w sposób wybiórczy jedne substancje przepuszcza (substancje odżywcze, wydzieliny gruczołów dokrewnych oraz nieliczne ciała che-

niczne, wprowadzone do ustroju), drugie zaś zatrzymuje (większość ciał zewnątrzpochoďnych).

Każde uszkodzenie barjery, powodujące wzmożoną przepuszczalność dla substancyj szkodliwych, musi wywołać zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Czy zmniejszonej przepuszczalności barjery przypisywać należy znaczenie i w patologii, jak utrzymuje Hauptmann, — nie zostało jeszcze dowiedzione z całą pewnością, wydaje się jednak prawdopodobnem, boć przecieź zmniejszony dopływ substancyj odżywczych, lub też wydzieliny gruczołów dokrewnych musi wpłynąć ujemnie na prawidłową czynność ośrodków nerwowych. Poznanie zatem przepuszczalności barjery ochronnej w stanach patologicznych może rzucić pewne światło na genezę różnych cierpień i dać pewne wskazówki co do ich zwalczania.

Przy badaniach nad przepuszczalnością barjery posługiwać się można bądź takimi związkami, które w stanie normalnym u człowieka nigdy do płynu mżgrdz. nie przechodzą, a których obecność w płynie jest zatem wyrazem uszkodzenia barjery (próba hemolizynowa Weilla-Kafki, fuksynowa próba chromoneuroskopowa Flataua), bądź też takimi substancjami, które i w warunkach normalnych przechodzą, zaś w stanach patologicznych przenikają w ilości zwiększonej, a, być może, również i zmniejszonej (próba uraninowa, próba bromowa Waltera).

Walter, posługując się bromkiem sodu, opracował stosunkowo łatwą metodę ilościową wykrywania go w płynie m. rdz. i w surowicy krwi przy pomocy chlorku złota (*aurum chloratum fuscum*). Jest to metoda kolorymetryczna, pozwalająca na określanie minimalnych ilości bromu. Chorym podaje się w tym celu w ciągu kilku dni (3 — 5) bromek sodu po 0,06 na kilo wagi ciała dziennie; nazajutrz po ostatniem podaniu bromu pobiera się równocześnie krew i płyn m. rdz. Surowicę krwi oraz płyn m. rdz. odbiałcza się przy pomocy 5% kwasu fosforomolibdenowego, lub 10% fosforowolframowego. Technika polega na tem, że do 2,5 ccm. p. m. rdz. dodaje się 0,15 cm³ czystego stężonego kwasu azotowego, a następnie 0,1 ccm. jednego z powyżej wymienionych kwasów i mieszaninę wstrząsa się, a po 5 minutach przesącza się ją. Do 2 ccm. surowicy dodaje się 4 ccm. 33% kwasu azotowego, a po silnem wstrząśnieniu 0,6 ccm. 5% kwasu fosforomolibdenowego lub 10% fosforowolframowego. Do 1 ccm. przesączu (surowica krwi i pł. mżgrdz.) dodaje się 0,2 ccm. ½% roztworu chlorku złota, który łączy się z bromem, tworząc bromek złota (koloru złoto-żółtego aż do ciemno-brązowego). Płyn ten porównywa się w kolorymetrze (Autenrietha, Bürkera lub Dubosquea) z płynem standartowym, który przyrządza się w ten sposób: do 1 ccm. roztworu bromku sodu 1/4000 dodaje się 9 ccm. wody destylowanej, 1 ccm. 10% kwasu metafosforowego i 2 ccm. ½% roztworu chlorku złota.

Określiwszy w zwykły sposób kolorymetryczny natężenie bromu w płynie mżgrdz. i w surowicy krwi (ostatnią z tych liczb należy pomnożyć przez 3, gdyż surowica została trzykrotnie rozcieńczona), dzieli się liczbę, odpowiadającą natężeniu bromu w surowicy krwi, przez liczbę, wyrażającą natężenie

tegoż związku w pł. mżgrdz., i w ten sposób otrzymuje się współczynnik przepuszczalności (W.P.)¹⁾.

Według Waltera, współczynnik ten w stanie normalnym waha się w granicach od 2.90 do 3.30.²⁾ Hauptmann, który się posługiwał w badaniach swych metodą Waltera, zmodyfikował ją o tyle, iż do odbiałczania używał 20% roztworu kwasu trójchlorooctowego. Kwas ten ma tę zaletę, że odbiałcza całkowicie, a jest zupełnie bezbarwny, podczas gdy kwas fosforomolibdenowy ma zielonkavo-żółte zabarwienie, które przeszkadza niekiedy w badaniu kolorymetrycznem. Z tego też względu stosowaliśmy tę zmodyfikowaną metodę w większości naszych badań.

Walter przeprowadzał swe badania w przypadkach chorób umysłowych (schizofrenja, stany depresyjne, psychozy symptomatyczne, psychozy starcze i miażdżycowe, psychozy przedstarcze, bezwład postępujący), oraz w nielicznych stosunkowo przypadkach chorób nerwowych, jak wiał rdzenia, kiła mózgu, nagminne zapalenie mózgu, płasawica, histerja i inne, a nawet w paru przypadkach cierpień innych narządów z objawami mózgowymi (uremja), lub też bez objawów nerwowych.

Materiał nasz, obejmujący 104 przypadki, możemy podzielić na 3 grupy. Do grupy pierwszej zaliczamy choroby umysłowe, jakoto bezwład postępujący (9), schizofrenja (11), psychoza starcza (1), psychoza miażdżycowa (1), psychoza histeryczna (1), psychoza padaczkowa (otępienie) (1), razem 24 przypadki. Grupa druga obejmuje cierpienia układu nerwowego, a mianowicie A: cierpienia mózgowia, jak gruźlicze zapalenie opon mózgowych (3), drętwica karku (1), surowicze zapalenie opon (1), krwotok podpajęczynówkowy (2), krwotok do mózgu (4), zatok mózgu (1), *thrombosis art. cerebelli inf. poster.* (1), nagminne zapalenie mózgu (4), zapalenie mózgu przebyte w dzieciństwie (*Residua*) (5), płasawica (7), kiła mózgu (6), wągrowiec mózgu (1), *myasthenia* (1).

B. cierpienia rdzenia: wiał rdzenia (3), zwyrodnienie powrózkowe rdzenia (1),³⁾ stwardnienie zanikowe boczne (3), postępujący zanik mięśni (*Duchenne-Aran*) (2), kiła rdzenia? (1), stwardnienie wielogniskowe (8), krwotok do rdzenia (1), jamistość rdzenia? (1), guz rdzenia (1), guz przerzutowy kręgow. (2), gruźlica kręgow. (1), promienica ośrodkowego układu nerwowego (1), uraz kręgosłupa (1).

C. schorzenia nerwów obwodowych: choroba *Recklinghausena* (1), rwa nerwu trójdzielnego (1), zapalenie wielonerwowe (1), zapalenie nerwu kulszowego (1).

D. Choroby t. zw. funkcjonalne: histerja (2), padaczka (5), nerwica urazowa (1), migrena oczoporaźna (1), ból głowy (2).

Do trzeciej grupy należą schorzenia innych narządów, bez objawów nerwowych, a mianowicie:

1) W.P. — współczynnik przepuszczalności.

2) Według ostatnich badań Waltera (*D. Z. f. N. Bd. 93. II. 1/3 1926*) liczby 3.40—3.50 mogą jeszcze odpowiadać przepuszczalności normalnej.

3) W ostatnich czasach stwierdziliśmy wzmożoną przepuszczalność w przypadku wiału rdzenia, przebiegającym z silnemi bólami (2.53), oraz w przyp. powrózkowego zwyrodnienia rdzenia na tle niedokrwistości złośliwej (2.66).

kiła utajona (1), *ulcus mixtum* (1), rak sutka (operowany) (1).

Zanim przejdziemy do omawiania naszych przypadków, przyjrzyjmy się wynikom badań autorów niemieckich (Walter, Hauptmann, Jacobi i Kolle), dotyczących chorób umysłowych.

Prawie wszystkie przypadki bezwładu postępującego, nieleczone zimnicą, wykazywały w badaniach Waltera przepuszczalność wzmożoną. Po leczeniu zimnicą przepuszczalność się zmniejszała, dochodząc niekiedy do normy. Walter zaznacza, że na zasadzie wyników swych badań nie może ustalić równoległości między poprawą pod względem psychicznym lub serologicznym a przepuszczalnością. W niektórych przypadkach stwierdzał, obok zmniejszenia się przepuszczalności, poprawę kliniczną, podczas gdy reakcje serologiczne nie ulegały zmianie, i odwrotnie, reakcje serologiczne stawały się słabsze, a stan kliniczny nie wykazywał poprawy. Naogół, jednak w przypadkach świeżych i postępujących współczynnik był zmniejszony, natomiast w przypadkach t. zw. „stacjonarnych“ — normalny.

Jacobi i Kolle również stwierdzili prawie we wszystkich przypadkach P.p. przepuszczalność wzmożoną.

Z innych chorób umysłowych przepuszczalność wzmożoną wykazywały, według Waltera, psychozy symptomatyczne o różnej etiologii, psychozy miażdżycowe i starcze (w 100% przypadków), podczas gdy psychozy manjako-depresyjne oraz psychozy przedstarcze przebiegały zawsze z przepuszczalnością normalną. Powstawanie zaburzeń psychicznych w psychozach, przebiegających ze wzmożoną przepuszczalnością, przypisuje Walter działaniu jądów zwewnątrz — lub zewnątrz-pochodnych, które przenikają do płynu męzgrdz. na skutek uszkodzenia barjery. Jako argument, przytacza on dwa przypadki zapalenia nerek, z których jeden, wykazujący wzmożoną przepuszczalność, przebiegał z uremją, drugi zaś z przepuszczalnością normalną nie przedstawiał zmian pod względem psychicznym.

Uszkodzenie barjery może być stałe, lub tylko czasowe, jak tego dowodzą z przypadki psychozy symptomatycznej, w których, po wyleczeniu, przepuszczalność stała się normalną.

Badania nad przepuszczalnością w schizofrenji nie doprowadziły — w przeciwieństwie do wyżej wymienionych psychoz, do wyników jednolitych. Walter stwierdził w 39% przypadków przepuszczalność zmniejszoną, w 55,6% przypadków — normalną, zaś w 5,4% przypadków zwiększoną; tę ostatnią przypisuje autor czynnikom ubocznym (okres przekwitania). Walter przypuszcza, iż dzięki odmiennemu zachowaniu się barjery krwio-mózgowej w schizofrenji i w psychozach symptomatycznych, można się z korzyścią posługiwać metodą bromową w celach różniczkowo-rozpoznawczych w tych przypadkach, w których ustalenie dżagnozy napotyka trudności.

Jeszcze dalej pod tym względem posuwa się Hauptmann, który, stwierdziwszy w 70% przyp. schizofrenji zmniejszoną przepuszczalność, wyraża nadzieję, że jeżeli dalsze badania potwierdzą te wyniki, to przy pomocy metody bromowej można

będzie odróżniać schizofrenję nie tylko od psychoz symptomatycznych, lecz także od psychozy manjako-depresyjnej, przebiegającej zawsze z normalną przepuszczalnością barjery krwio-mózgowej. Z zachowania się tej barjery usiłuje Hauptmann wyciągnąć wnioski co do patogenezy tego cierpienia, sądząc, że na skutek zmniejszonej przepuszczalności, będącej; wynikiem zmian w spłotach naczyńniastych (Monakow), substancje odżywcze dostają się do mózgu w zmniejszonej ilości, wywołując przez to zmiany chorobowe.

Jacobi i Kolle nie podzielają zdania Hauptmanna co do wartości próby bromowej, jako metody różniczkowo-rozpoznawczej w schizofrenji i w psychozie manjako-depresyjnej, wyniki bowiem ich badań, dotyczących tej ostatniej, różnią się zasadniczo od wyników Hauptmanna i Waltera.

GRUPA PIERWSZA.

Choroby umysłowe.

Materiał nasz, dotyczący chorób umysłowych, ograniczał się, jak już wyżej zaznaczyliśmy, do bezwładu postępującego, schizofrenji i pojedynczych przypadków psychoz: starczej, miażdżycowej, histerycznej i padaczkowej. Co się tyczy P.p., to, jak widać z tablicy Nr 1, z pośród 9 przypadków w 4 stwierdziliśmy przepuszczalność wzmożoną, w 5 zaś — normalną. Chorzy, u których przepuszczalność była wzmożona, wykazywali daleko posunięte zaburzenia psychiczne (otępienie, osłabienie pamięci, euforja). Dwum z nich szczepiono poprzednio zimnicę, po której nastąpiła krótkotrwała, nieznaczna poprawa, a następnie pogorszenie. Reakcje serologiczne we wszystkich 4 przyp. były wybitnie dodatnie. Z pośród 5 chorych, u których przepuszczalność była normalna, trzech wykazywali nieznaczne zaburzenia psychiczne i ujemne lub częściowo dodatnie odczyny serologiczne. Wszyscy trzech przechodzili zimnicę, (jeden bezpośrednio przed badaniem). O ile w wyżej wymienionych przypadkach przepuszczalność szła w parze z stanem klinicznym i z reakcjami serologicznymi, o tyle w dwóch pozostałych przypadkach tej równoległości nie stwierdziliśmy. Jeden z nich (tabl. Nr. 1 prz. 7) wykazywał wybitne zaburzenia psychiczne i dodatni odczyn Wassermann'a w pł. męzgrdz. (przy braku innych reakcyj serologicznych), drugi natomiast (tabl. Nr. 1, przyp. 5) nieznaczne zaburzenia psychiczne i wszystkie odczyny serologiczne wybitnie dodatnie. W obu tych przypadkach przepuszczalność była normalna.

Z powyższego zestawienia widać, że, z wyjątkiem przyp. Nr. 7, normalną przepuszczalność wykazywali chorzy z nieznacznymi zaburzeniami psychicznymi, będący w okresie początkowym, lub też w remisji po przebyciu zimnicy (8, 9), natomiast u chorych, u których zaburzenia psychiczne były daleko posunięte, przepuszczalność była zwiększona. Zaznaczyć musimy, że u chorych, którzy przebyli zimnicę, to zwiększenie przepuszczalności było nieznaczne, pomimo narastania objawów klinicznych, natomiast w przypadkach nieleczonych przepuszczalność była

Tablica 1. Choroby umysłowe.

Wiek	Rozpoznanie	Data zachorzenia	Data badania	Faza I	Liczba białych ciałek	Reakcja Langleja	Odcz. Wasserm.		Próba Bromowa WALTERA	Pr. Fuks, Fataua	U W A G I
							w pł. mzg. rdz.	krwi			
54	Par. progr.	XII.24	8/XII.25	+	48 limf.	+	++++	+++	2.79	—	W czerwcu 25 r. zaszczep. zimnicę. Poprawa trwała 4 mies., poczem stan się pogorszył. Euforja, otępienie.
28	"	1.24	3/III.26	+	16 "	+	++++	---	2.71	—	W listop. 24 r. zaszczep. zimnicę. Poprawa nieznaczna. Wybitne otępienie.
49	"	VI.25	8/XII.25	+	50 "	+	++++	+	2.20	—	Nieleczony. Euforja, otępienie daleko posunięte.
30	"	1.26	30/VI.26	+	64 "	+	++++	+++	2.53	—	Nieleczony. Wyb. otępienie, spokój. apatycz. Nieleczony. nieznaczne osłabienie pamięci.
43	"	VIII.25	16/X.25	+	16 polyn. 16 limf.	+	++++	+++	3.00	—	
33	"	V.24	3/XI.25	+	5 "	—	---	---	2.94	—	OJ 11/X do 24/X 25 r. zimnica, osłabienie pamięci, upadek inteligencji.
40	"	VIII.23	26/X.25	+	3 "	—	++++	---	3.03	—	Leczenie swoiste. Wyb. otep. Objawy katept., ślepoty central. pochodzenia.
50	Tabopar.	Zima 1924	26/X.25	+	16 "	—	---	+++	3.11	—	W czerwcu 24 r. zaszczep. zimnicę. Znaczna poprawa pod wzgl. psych., trwająca dotychczas.
52	"	?	19/VIII.25	+	0	—	++++	+++	3.00	—	W grudniu 1924 zimnica. Średnia poprawa, trwająca dotychczas.
49	Schizophr.	5 XII.25	3/I.26	—	0	—	---	---	2.88	—	Katatonja.
21	"	1.25	4/I.26	—	0	—	---	---	3.18	—	"
19	"	V.25	"	—	0	—	---	---	3.09	—	"
21	"	1.21	"	—	0	—	---	---	3.29	—	Badanie podczas menstr.
18	"	VI.21	20/XII.25	—	16	—	---	---	3.39	—	"
18	"	XII.20	"	—	0	—	---	---	3.15	—	Hebephrenia
24	"	VI.21	"	—	0	—	---	---	3.43	—	"
25	"	XII.16	"	—	0	—	---	---	3.32	—	Daleko posunięte otępienie.
17	"	XII.25	15/I.26	—	0	—	---	---	2.93	—	Katatonja.
29	"	1920	20/III.25	pl. idzw. — pl. podpotyl. —	0	—	---	---	3.30	—	"
40	"	V.17	20/III.26	—	0	—	---	---	3.60	—	Okres podniecenia od 9 dni. W ciągu 5 dni przed badaniem zastrzyki Natr. nitrosi.
93	Dementia senilis	III.25	31/III.26	+	0	—	---	---	2.40	—	"
52	Psychosis arterioscl.	V.23	20/III.26	+	0	—	---	---	2.72	—	Niedowład lewostr. Apraksja, otępienie, stany podniecenia.
55	Psychosis hysterica	1905	16/XI.25	—	5	—	---	---	2.30	—	"
20	Psychosis epileptica	1917	17/XI.25	—	0	—	---	---	2.93	—	Otępienie.
20	Psychosis epileptica	1917	20/III.25	—	0	—	---	---	2.93	—	Otępienie.

znacznie zwiększona. Zgadza się to ze spostrzeżeniami W a l t e r a, który w przypadkach, leczonych zimnicą stwierdził przepuszczalność normalną, lub nieznacznie zwiększoną.

Wyniki naszych badań nad przepuszczalnością w schizofrenji nie różniły się zasadniczo od wyników W a l t e r a, H a u p t m a n n a, J a c o b i e g o i K o l l e g o, wykazywały tylko mniejszy odsetek przypadków z przepuszczalnością zmniejszoną, niż to wykazują statystyki wyżej wymienionych autorów. I tak, z pośród 11 przypadków schizofrenji (katatonja, hebefrenja, schizofrenja paranoidalna), będących w różnych okresach choroby (od 3 tygodni do 9 lat), tylko w 3 przypadkach stwierdziliśmy przepuszczalność wyraźnie zmniejszoną, w jednym zwiększoną, w 7 zaś normalną. Musimy tu jednak zaznaczyć, że współczynnik przepuszczalności w niektórych z ostatnich przypadków (Tabl. I, przyp. 13, 19), stoją niemal na granicy między przepuszczalnością normalną a zmniejszoną. U jednego z chorych, który wykazywał współczynnik normalny w okresie zupełnego spokoju, stwierdziliśmy przy powtórnym badaniu (w 11 dni po pierwszym badaniu), w okresie podniecenia, trwającego od 9 dni, przepuszczalność zmniejszoną (3.33) (tabl. Nr. 1, przyp. 20): (chory ten pobierał w ciągu 5 dni, poprzedzających drugie nakłucie łądzwiowe, w celach leczniczych duże dawki **Natr. nitrosi**).

Jeżelibyśmy te 3 ostatnie przypadki zaliczyli do grupy chorych z przepuszczalnością wyraźnie zmniejszoną, to wyniki nasze nie różniłyby się nawet procentowo od wyników autorów niemieckich.

Co się tyczy stosunku współczynnika przepuszczalności do okresu choroby w naszych przypadkach, musimy zaznaczyć, że we wszystkich przypadkach świeżych (od 3 tyg. do roku) przepuszczalność była normalna, w jednym tylko cokolwiek zwiększona, natomiast w większości przypadków starszych była zmniejszona, lub też u górnej granicy przepuszczalności normalnej.

Z badań dotychczasowych zarówno autorów niemieckich, jak i własnych, możemy wyciągnąć ten wniosek, że wzmózona przepuszczalność w schizofrenji jest niezmiernie rzadką i, być może, zależna od czynników ubocznych (miesiączka, okres przekwitania).

Co się tyczy pojedynczych przypadków innych chorób umysłowych, to, jak widać z tabl. Nr. 1, psychozy: starcza, miażdżycowa i histeryczna wykazywały przepuszczalność wzmózoną, zaś psychoza padaczkowa (otępienie) przepuszczalność normalną. Ze względu na to, że są to przypadki pojedyncze, nie będziemy się chwilowo dłużej na nich zatrzymywali. (Dok. nast.).

Z pracowni bakteriologicznej Uniwersytetu Warszawskiego

(Kierownik: Prof. R. NITSCH)

i z oddziału IV szpitala na Czystem w Warszawie

(Ordynator: Wacł. STERLING).

Grzyb strzygący i jego odmiany w Polsce.

Podał

Aleksander WILENCZYK (Warszawa).

Przystępując do pracy o grzybkowych schorzeniach skóry ciała ludzkiego, postawiłem sobie za cel

określić, jakie gatunki grzybków spotykają się na ziemiach Rzeczypospolitej Polskiej i jakie one mają cechy biologiczne.

Jako wzór posłużyły mi piękne prace S a b o u r a u d a i P l a u t a o grzybkowych schorzeniach skóry i włosów, a z piśmiennictwa polskiego doświadczenia K r z y s z t a ł o w i c z a i B e r n h a r d t a. Wiadomem jest, że w różnych krajach świata spotykają się różne odmiany grzybów. W Anglii, Francji, naprzykład, najczęściej (w 60% przypadków grzybkowych schorzeń u dzieci) spotykają się przypadki liszaja wyłysiającego, natomiast w Niemczech przed wojną ta postać chorobowa występowała bardzo rzadko i dopiero w latach ostatnich z piśmiennictwa dowiedzieliśmy się, że w niektórych dużych miastach, jak w Berlinie, Hanowerze, zjawiała się nowa postać chorobowa, która wyglądem swoim bardzo przypomina mikrosporje. Na pożywkach sztucznych udało się wyhodować grzybek A u d o u i n a. Samo przez się nasuwa się przypuszczenie, że i w Polsce, która w ciągu kilku lat była terenem walki między wschodem i zachodem, mogła także nastąpić zmiana, co do rozpoznania się różnych odmian grzybków, mogły się zjawić nowe gatunki, których przed wojną nie było. W piśmiennictwie polskim znajdujemy stosunkowo mało materiału, dotyczącego się tej sprawy. Pierwszy był K r z y s z t a ł o w i c z, który w 1906 roku wydał pracę o grzybkach z opisem ich właściwości biologicznych i wskazaniem tych gatunków, które spotykają się w Małopolsce. B e r n h a r d t, pracując nad wyodrębnieniem grzybów w Polsce, wyhodował w 1912 roku nową postać grzybkową, którą nazwał **trich. pomeranceum**. Muszę zaznaczyć, że nigdy warunki dla takiej pracy nie były tak sprzyjające, jak w chwili obecnej, kiedy, dzięki ofiarności i dobrej chęci Amerykan, udało się zorganizować w Polsce cały aparat do walki ze strupiem i innymi schorzeniami grzybkowymi. Bezpłatna pomoc lekarska, organizacja stacyj rentgenologicznych w różnych punktach Rzeczypospolitej odkryły przed nami te niechlujne zakątki, dokąd przedtem nie mogło przeniknąć oko lekarskie, i gdzie strupień znajdował najodpowiedniejszy grunt do rozwoju. Cała ta akcja znajduje się w rękach T-wa Ochrony Zdrowia („Tozu“), z którego ramienia przystąpiłem do tej pracy.

Materiał, którym rozporządzałem był duży. W ciągu kilkumiesięcznej pracy przeprowadziłem doświadczenia nad 200 przypadkami, z których 77% przypada na grzyb woszczynowy, reszta na grzybek strzygący. Co zaś tyczy się liszaja wyłysiającego, to pośród mego materiału nie było ani jednego takiego przypadku. Przeważna część chorych pochodzi z Warszawy i jej okolic, znaczny odsetek również i z innych miast kraju, jak Radom, Łomża, Baranowicze.

Grzyb strzygący.

Pierwsze pytanie, które się nasuwa podczas badania chorego, dotkniętego posorzytniczem schorzeniem uwłosionej skóry, jest: czy mamy do czynienia z grzybem woszczynowym, czy ze strzygącym. Obraz mikroskopowy włosa, dotkniętego grzybem strzygącym, jest następujący:

Grzyb zajmuje całą grubość włosa, nici mają

kierunek równoległy do osi włosa i składają się z komórek formy owalnej, okrągłej lub prostokątnej. Jeżeli komórki są okrągłe lub owalne, nitki prędko rozpadają się na oddzielne człony, i wtedy nitkę prawie że nie widzimy, a włos przepelniony jest zarodnikami, które są prawie jednakowej wielkości i kształtu. Grzyb strzygący najczęściej zajmuje też opuszkę włosa (*Bulbus pili*) — objaw, którego nigdy nie spotykamy we włosach, zakażonych grzybem woszczynowym. We włosach, zakażonych strupniem, grzyb występuje w stopniu o wiele mniejszym; nie cała grubość włosa jest zajęta grzybem, który ma kierunek równoległy do osi długiej, lub też falisty. Zarodniki grzyba woszczynowego są różnej formy, długości i grubości. Jedne długie i grube, inne zaś owalne i cienkie. Jest bardzo znamienne dla strupnia, że nitki niekiedy są podzielone na 3 — 4 gałązki (tri- i tetratomicznie). — Niezawsze jednakże możemy na zasadzie obrazu drobnowidzowego odróżnić grzyb strzygący od woszczynowego. Pod wpływem różnych warunków bytowania, jak wieku hodowli, wieku dotkniętego osobnika, terenu, na którym grzyb się rozwija, obraz może się zmienić nie do poznania. Jeżeli jeszcze dodamy, że w grupie grzyba strzygącego są odmiany, spokrewnione z grzybem woszczynowym i mogące wywołać jednakowe z tym ostatnim zmiany we włosach, to będzie jasnym, że rozpoznawanie rodzaju grzybka wyłącznie tylko na zasadzie obrazu mikroskopowego niezawsze może być pewne. Jedyną drogą, która prowadzi do celu, to droga hodowania grzybów na pożywkach sztucznych. Hodowanie grzybów daje prócz tego możliwość wyjaśnienia, jaką odmiana grzyba strzygącego wywołała chorobę, i jakie grzybek posiada cechy biologiczne. Układ różnych odmian grzyba strzygącego według *Sabouraud* opiera się na umiejscowieniu grzyba we włosie. *Sabouraud* odróżnia dwie grupy grzyba strzygącego. Do pierwszej należą odmiany, które umiejscawiają się wewnątrz włosa, grzyba niema ani w pochewce włosa, ani nazewną jej, i stąd ten rodzaj grzyba nazywa się wewnątrz — włosowym (*Tr. endothrix*). Grzybki, należące do tej grupy, są pochodzenia ludzkiego i według zdania *Sabouraud*, *Krzyształowicza*, *Plauta*, *Bernhardta* znajdujemy je we włosach tylko u dzieci (do czasu dojrzewania) i nader rzadko we włosach ludzi dorosłych (*Tr. tonsurans*, *Tr. Sabouraud*, *Violaceum*). Do tej samej grupy należą grzybki, układające się przeważnie w przybrzeżnych częściach włosa, natomiast w środkowych — jest nitkę bardzo mało (*Tr. flavum plicatile*).

Do drugiej grupy należą grzybki, umiejscawiające się przeważnie poza włosem i w jego torebce, włos sam nie zawiera grzybka, albo też skąpą liczbę nitek (*Tr. mentagrophyte*, *equinum*, *album* i inne). Są to grzybki pochodzenia zwierzęcego. Badania ostatnich lat jednakże zdają się wykazywać niezupełną słuszność podstawy tej klasyfikacji. Ustosunkowanie się grzybka do włosa nie jest przejawem stałym, jeden i ten sam grzybek w zależności od warunków bytowania może się różnie układać we włosie, zarówno wewnątrz, jak i zewnątrz. Niezależnie od odmiany grzybek początkowo styka się z naskórkiem, a następnie, jeżeli warunki temu odpowiadają, przenika do wnętrza włosa. — Od stopnia przystosowania się grzybka

do terenu zależy dalszy jego rozwój w skórze. Jeżeli teren dla grzybka jest obcy, wywołuje on wtedy w skórze silny odczyn zapalny, podczas którego ginie i nie zdąży się dostać do włosów; tem też tłomaczyć należy, dlaczego w świeżych, lecz głębokich wykwitach grzybkowych często jest trudno mikroskopowo stwierdzić obecność zarodników, które znajdujemy w bardzo dużej liczbie w grzybicy powierzchniowej. Grzyb fiołkowy spotyka się w Polsce najczęściej, przeważnie na głowie u dzieci. — Uwłosiona skóra u dzieci nie jest terenem obcym dla tego grzybka, wobec tego wywołuje on u nich powierzchowne zmiany i umiejscawia się w zależności od siły zapalenia to na zewnątrz — wewnątrz włosa, to wewnątrz niego.

Przypominam sobie chorą dziewczynkę z oddziału *D-ra Bernhardta*. Głowa jej była usiana wykwitami grzybicy strzygącej. Jeden z tych wykwitów, duży, zdradzał oznaki silnego zapalenia i siedział głęboko w skórze. Obok niego było kilka miejsc małych, ale licznych. Na tych miejscach włosów prawie że nie było widać, natomiast występowały drobne łuski. Włosy z wykwitów zapalnego poddałem badaniu, grzybek był umiejscowiony przeważnie poza włosem. Na pożywkę sztucznej otrzymałem *Tr. violaceum*. Częściej jednakże grzyb fiołkowy na głowie u dzieci umiejscawia się zewnątrz — wewnątrz włosa. Odmienne przedstawia się sprawa w chwili przedostania się grzybka na uwłosioną twarz dorosłego człowieka, lub na skórę niewłosioną dzieci. Z przypadku na twarzy u mężczyzny wyhodowałem grzyb fiołkowy, który był umiejscowiony poza włosem. W innym przypadku u dziewczynki 12-letniej udało mi się ten sam grzybek wyhodować z głębokich wykwitów, które były umiejscowione na grzbiecie prawej ręki między dużym i wskazującym palcem. Przypadek pierwszy nie nasuwa żadnych wątpliwości ze względu na to, że skóra u ludzi dorosłych bardzo rzadko jest siedliskiem tego grzybka; przypadek zaś drugi wymaga wyjaśnienia, gdyż skóra dziecięca nie jest terenem obcym dla grzyba fiołkowego. Głębokie zmiany na ręku, które obserwowałem u dziewczynki, dają się wytłomaczyć rzadkością umiejscowienia grzyba fiołkowego na niewłosionej skórze. Grzyb fiołkowy najlepiej rozwija się na podłożu cukrowym. Ostatnie badania *Schiela*, *Brunnera*, *Gierste*, *Mastao* wykazały, że normalny naskórek tak u dzieci, jak u dorosłych nie zawsze zawiera węglowodany (glikogen), natomiast znajdują się one w pewnej ilości w zewnętrznej otoczce opuszki włosa. Tem właśnie tłomaczyć należy, dlaczego skóra uwłosiona więcej jest podatna na zakażenie, aniżeli skóra niewłosiona, uwłosiona skóra jest siedliskiem odpowiedniejszym dla grzyba fiołkowego, grzybek prędko się przystosowuje i dlatego wywołuje na niej zmiany powierzchowne. Przedostając się zaś na skórę gładką, grzybek ten z początku wywołuje silne zapalenie, a następnie, przystosowując się, staje się mniej zjadliwym. *Willy Engelhardt*, badając włosy bydła rogatego, dotkniętego grzybicą strzygącą, stwierdził, że grzybek u bydła umiejscawia się zawsze wewnątrz włosa, natomiast u ludzi, któ-

rzy się zakazili od tego bydła, grzybek wywołuje silny stan zapalny i leży poza włosem.

U dwojga dzieci, brata i siostry, udało mi się z włosów wyhodować *Tr. granulorum*, grzybek, znajdujący zwykle u bydła rogatego. U chłopczyka, który według opowiadania matki zachorował wcześniej, stwierdziłem w głębokich zmianach na głowie grzybek zewnętrzno-włosowy, natomiast u siostry, która zachorowała znacznie później, w zmianach powierzchownych na karku grzybek był umiejscowiony wewnątrz włosa. *Trichophyton equinum* jest grzybkami, znajdującymi w zmianach u koni; na skórze ludzkiej wywołuje on kerion. W jednym przypadku u mężczyzny 37 lat wyodrębniłem tę odmianę z wykwitów powierzchownych na udzie prawej nogi. Willy Engelhardt twierdzi, że w wielu przypadkach grzyba wewnętrzno-włosowego na głowie otrzymywał hodowlę *Tr. gypseum*, który dotychczas był zaliczany do grupy grzybków zewnętrzno-włosowych. Pod obserwacją tego badacza znajdowała się cała rodzina, zakażona grzybicą strzygącą. Wieśniak zakaził się grzybicą od krowy, u której wewnątrz włosów był stwierdzony *Tr. gypseum radiatum*. Na twarzy u chorego zjawiał się kerion. Grzybek był umiejscowiony poza włosem. Od niego zakaziła się córka i wnuk, u których choroba przybrała postać powierzchowną. Hodowla na pożywkach sztucznych wykazała, że chorobę wywołał ten sam grzybek, który był stwierdzony u krowy (*Tr. gypseum*). W innym przypadku żona zaraziła się od męża chorego na ciężką figówkę (kerion). U żony zaś były stwierdzone zmiany powierzchowne. Hodowla u obojga wykazała obecność *Tr. asteroides*. Spostrzeżenia te dowodzą, że umiejscowienie grzybka we włosie lub poza włosem nie może służyć za podstawę do klasyfikacji grzybka strzygącego. Jeżeli, przy obecnym stanie wiedzy o grzybkowych schorzeniach skóry, można wogóle mówić o klasyfikacji tak blisko między sobą spokrewnionych różnych odmian grzybka strzygącego, to jedynie na zasadzie większej lub mniejszej zjadliwości grzybków dla skóry ludzkiej. Przypuścić można, że grzybki chorobotwórcze włosów tak samo, jak inne pleśnie, istnieją w przyrodzie w siedlisku bliżej nam nieznanym i stamtąd zostają przeniesione na skórę ludzką lub zwierzęcą. Zjadliwość różnego rodzaju grzybków jest niejednolita nie tylko dla skóry ludzkiej i zwierzęcej, ale i dla różnych okolic skóry jednego i tego samego organizmu. Niektóre z nich, jak *Tr. accuminatum*, *violaceum*, *crateriforme* dotyczą przeważnie uwłosionej skóry dzieci, i dlatego spotykamy je najczęściej na głowie u małych dzieci, na której wywołują powierzchowne, lecz przewlekłe zapalenia. Do drugiej grupy grzybków należą takie, które z początku posiadają zjadliwość dla skóry zwierzęcej, a następnie nabywają zdolność do zakażenia człowieka. Na skórze ludzkiej ten rodzaj grzybków wywołuje z początku silny stan zapalny, następnie zaś grzybek przystosowuje się do terenu i przeniesiony na drugiego człowieka może spowodować już zmiany podobne do zmian, wywołanych przez typ ludzki. Grütz jest zdania, że grzybki chorobotwórcze posiadają zdolność tworzenia fermentu proteolitycznego i keratolitycznego, i że ta zdolność zwiększa

się w skórze zwierzęcej, bogatej w tkankę łączną. Po przeniesieniu grzybka ze skóry zwierzęcej na skórę ludzką grzybek zachowuje właściwość tworzenia fermentu i zdobywa większą zjadliwość.

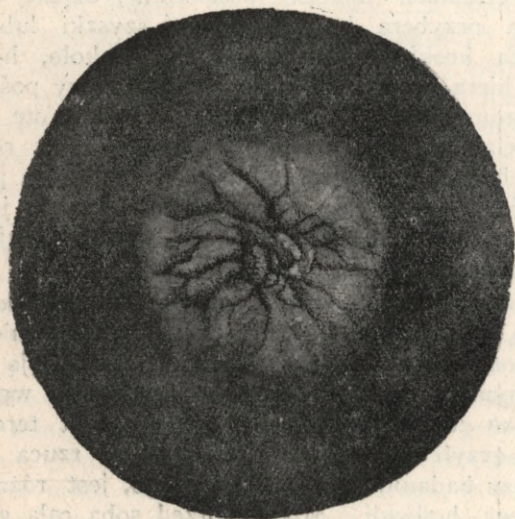
Pośród różnych odmian grzyba strzygącego pochodzenia ludzkiego udało mi się wyhodować kilka postaci. Najczęściej spotyka się w Polsce grzyb fiołkowy w 70,45% wszystkich przypadków grzyba strzygącego. Na pożywkach sztucznych z cukrem słodowym grzybek rozwija się powoli, i po 5—7 dniach na powierzchni podłoża zjawia się wzniesienie formy owalnej, koloru żółtego; wypuszcza ono w różnych kierunkach niteczki powietrzne, dzięki czemu hodowla przybera kształt iglastej szyszki lub jeża. Krok za krokiem rozszerzając się naokoło, hodowla przybera formy płaskiego stożka, który pośrodku zaopatrzony jest w guziczek. Promieniste wcięcia dzielą hodowlę na kilka mniej więcej równomiernych części. Z czasem wcięcia tracą prawidłowość, i wtedy cała powierzchnia hodowli jest usiana brózdami różnej głębokości, przypominającymi zwoje mózgowe.

Rozporządzając obfitym materiałem grzybka fiołkowego, mogłem dokładnie przestudjować niektóre osobliwości, które jeszcze więcej przekonują mnie, że jednym z najgłówniejszych czynników, wpływającym na ukształtowanie się grzybka, jest teren, na którym grzyb się rozwija. Pierwsze, co rzuca się w oczy przy badaniu grzyba fiołkowego, jest różnorodna barwa hodowli. Miałem przed sobą całą galerię najrozmaitszych barw, poczynając od żółtej, która następnie stopniowo przechodziła w barwę różową, wiśniową, fiołkową, a następnie w czarną. Zauważyć należy, że niektóre z tych hodowli zachowywały swoją początkową barwę, pozostając żółtymi, lub różowawymi, inne natomiast ciemniały, przybierając barwę fiołkową lub czarną. Bardzo ciekawe do odnotowania jest to, że niektóre hodowle, będąc koloru fiołkowego, przy przeszczepieniu na świeże podłoże stawały się żółtymi, nie przybierając koloru pierwotnego, inne zaś były na pół zabarwione na kolor fiołkowy i na pół na kolor żółty. Powierzchnia hodowli miała najrozmaitsze kształty, niektóre z nich były wilgotne, usiane wcięciami różnej głębokości i w różnych kierunkach, w innych zaś powierzchnia była sucha, usiana drobnymi ziarenkami i podzielona promienistymi wcięciami na kilka równomiernych części. Takie hodowle rozwijały się szybciej i czasami osiągały okazałych rozmiarów, większych dwukrotnie od hodowli normalnej. Inne natomiast rozwijały się bardzo powoli, szczególnie pochodzące z wykwitów głębokich, tak, że dopiero po 2—3 tygodniach rozpoznać można było odmianę. U nich — i budowa bywa inna. W początkach rozwoju nie widzi się nitki powietrznych; młoda hodowla jest gładka, składająca się z 2-ch części: środkowej wzniesionej i obwodowej płaskiej. Typowy wygląd grzyb przybera dopiero po 3—4 tygodniach.

Z grzybem fiołkowym wydaje się być spokrewniona odmiana, której opisu w piśmiennictwie nie znalazłem. W jednym przypadku z włosów głowy dziecka, zamieszkałego w Warszawie, wyrosła na pożywce peptonowej z cukrem słodowym

hodowla, która wyglądem bardzo przypominała grzyb fiołkowy. Różniła się od niego tem, że grzybek zachował kolor żółty w ciągu prawie całego życia i dopiero po 2 — 3 miesiącach hodowla zciemniała, przybierając kolor kawy mlecznej. Jeżeli będziemy hodowali grzybek w próbkach, to po 2—3 tygodniach zjawia się naokoło hodowli zabarwienie koloru zielono-fiołkowego. W kolbach, natomiast, powierzchnia hodowli jest więcej płaska, nie zawiera charakterystycznych dla grzyba fiołkowego brózd.

Rys. 1.



Według mego zdania wyodrębnienie nowych odmian przy obecnym stanie wiedzy o grzybkach skóry nie jest celowe i tylko utrudnia studjowanie grzybków. Warto przejrzeć piśmiennictwo lat ostatnich o grzybkach z opisem nowych gatunków, by przekonać się, że niektóre z nich mogłyby być podporządkowane pod tę albo inną znaną już odmianę. Wychodząc z tego założenia, jestem skłonny zaliczyć wyhodowany grzybek do typu zbliżonego do *Tr. violaceum*, tembardziej, że w 2-ch przypadkach, w jednym u brata dziewczynki, z której włosów otrzymałem wyżej opisaną odmianę na pożywce z cukrem słodowym, wyrosła hodowla, bardzo przypominająca *tr. violaceum*. Od ostatniego różni się tylko barwą żółtą i otoczką płaską naokoło hodowli, natomiast podobnie, jak grzyb fiołkowy, posiada na swojej powierzchni brózdę, których niema w hodowli poprzedniej. Jeżeli porównamy grzyb fiołkowy z temi dwiema odmianami, to staje się oczywiście, że różnice między nimi zacierają się stopniowo. Żeby wytłumaczyć tę różnorodność grzyba fiołkowego, musimy zwrócić uwagę na te czynniki, które wpływają na rozwój grzybka. Korzystałem stale z jednej i tej samej rozpoznawczej pożywki Sabouraud, hodowałem grzybki w jednej i tej samej ciepłocie, w jednym i tym samym pokoju, słowem, warunki były jednakowe. Nie przeczę, że najmniejsze zmiany w ciepłocie, w chemicznym składzie pożywki, jej wilgotności mogą wpłynąć na rozwój grzybka; jednakże więcej wagi przypisuję wpływowi terenu, na którym grzyb się rozwijał, i z którego otrzymywałem materiał do szczepienia. Wiek osobnika, jego płeć, rasa, siła zapalenia skóry, współżycie grzybka z sap-

rofitami we włosach, wreszcie wiek samej hodowli grają wybitną rolę w ukształtowaniu się grzybka fiołkowego. W kropli wiszącej zawsze otrzymałem jeden i ten sam obraz. Jest on o tyle typowy, że daje nam możliwość rozpoznania odmiany w ciągu pierwszych dni: niteczki są krótkie, przebiegają wężykowato i dopiero po 10—12 dniach rozrastają się o tyle, że wychodzą poza granicę kropli; dopiero wtedy dają się zauważyć na obwodzie nie liczne zarodniki zewnętrzne. Grona w tym grzybku nie spostrzegalem. Grzybek tworzy peritecje, które powstają na miejscu krzyżujących się nitek.

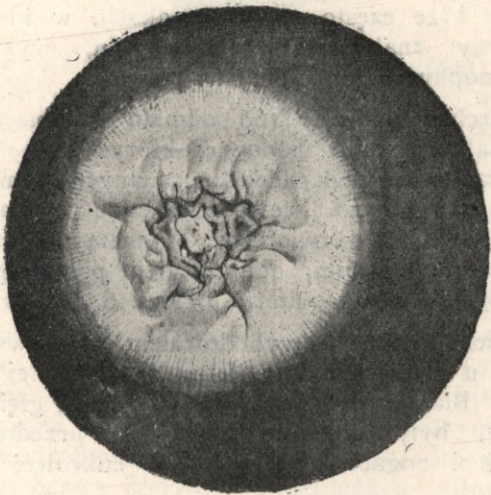
W jednym przypadku z włosów głowy dziecka wyhodowałem typową hodowlę kraterowatą. Ciekawa jest ona pod tym względem, że jest to jedyny przypadek pośród mego materiału grzybka czysto wewnątrz-włosowego. Hodowla na pożywce rozpoznawczej z początku przypominała ziarno ryżu koloru białego, jakby posypane proszkiem naokoło. W miarę rozwoju grzyb rozrasta się, wznosi się ponad poziom otoczenia, szczególnie w środku, na powierzchni zaś zjawiają się promieniste wcięcia formy nieprawidłowej. Po 2—3 tygodniach hodowla w środkowej części zapada się, tworząc krater, sama zaś hodowla staje się suchą, pośrodku żółtą, a na obwodzie posypaną białym proszkiem. Krzyżowanie w pracy swojej zaznacza, że w kraju hodowli kraterowatej nie spotykał wcale, a grzyby wewnątrz-włosowe dawały hodowlę poduszkowatą, zagłębiającą się w środku i nie tworzącą nigdy wyraźnego krateru. Można mniemać, że charakter krateru w dużym stopniu zależy od wydzielającego się gazu CO_2 , który tworzy się w pożywce wskutek rozkładu cukru słodowego. Skupienie tego gazu wywołuje wybuch; od ilości zaś gazu, siły i kierunku wybuchu zależy kształt krateru. Tem też tłumaczyć należy, dlaczego ten sam szczep na pożywce peptonowej prawie że nie tworzy krateru, tworzy zaś tylko pęknięcie, na podłożu zaś cukrowym może dać różnorodnej formy i kształtu krateru. W kropli wiszącej obraz jest typowy dla grzybka strzygącego, i zarodniki zewnętrzne różnej wielkości tworzą na nitkach grona, a w niektórych preparatach występują zarodniki duże, kilkokomórkowe (*Fuseaux pluriseptaux*) prawie że w każdym—znajdujemy węzły z krzyżujących się nitek, na których miejscu tworzą się peritecje.

Drugie miejsce co do liczby wyhodowanych przypadków zajmuje *Trichophyton plicatile* (9.09%), co jest ciekawe z tego względu, że przed wojną powstać ta w kraju nie była spotykana i przeniesiona została, prawdopodobnie, przez przybyszów z Rosji. Odmiana ta dotyczy, przeważnie, uwłosionej części twarzy u dorosłych, tylko w jednym przypadku u dziecka wyodrębniłem *Trich. plicatile* z włosów głowy. Rozwój grzybka z początku przypomina *Trich. crateriforme*, następnie zaś przybiera różnorodne kształty. Po większej części hodowla na peptonie z cukrem słodowym przedstawia się pod postacią okrągłego wzniesienia, z początku barwy kanarkowej, potem brudno-białej, z powierzchnią, podzieloną promienistymi wcięciami na kilka części. Na obwodzie powstaje wyraźna otoczką pł-

ska z równymi brzegami. W kropli wiszącej otrzymuje się obraz typowy dla grzybka strzygącego.

By zakończyć z grzybkami pochodzenia ludzkiego, chciałbym kilka słów powiedzieć o grzybku, który w kraju przed wojną spotykał się stosunkowo rzadko, natomiast w ostatnich latach rozpowszechnił się na zachodzie — **Tr. cerebriforme**. Grzybek ten udało mi się wyhodować raz z włosów twarzy mężczyzny, zamieszkałego w Częstochowie. Eduard Neuber w jednym z ostatnich zeszytów „Dermatol. Woch“ przytacza swoją statystykę grzybkowych schorzeń włosów skóry u dorosłych i dzieci na Węgrzech i twierdzi, że od roku 1918—1925 na 1139 przypadków grzybicy 699 wykryto u dorosłych, i że w znacznej części przypadków hodowla wykazała obecność **Trich. cerebriforme**. Na milieu d'épreuve grzyb rozwija się powoli; po 4—5 tygodniach hodowla znacznie wystaje nad podłożem i na powierzchni jest usiana brózdami różnej formy i wielkości, przypominając wyglądem swoim zwoje mózgowe. Naokoło hodowla jest posypana białym proszkiem i jest objęta otoczką z cienkich promienistych nitek. Barwa z początku biała staje się potem żółta. Na pożywce peptonowej hodowla bardzo mało wystaje nad powierzchnią i jest usiana wcięciami w różnych kierunkach. W kropli wiszącej otrzymuje się typowy obraz grzyba strzygącego.

Rys. 2.



Pozostaje do opisu druga grupa grzybków pochodzenia zwierzęcego. Ten typ grzybków pośród mego materiału spotykał się stosunkowo rzadko, co tłumaczy się tem, że materiał, którym operowałem, pochodził głównie z miast. W jednym przypadku z włosów głowy chłopca otrzymałem **Tr. granulosum**. Odmiana ta była dokładnie opisana przez Sabouraud i Krzysztalowicza. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na niektóre osobliwości, które rzucają nieco nowego światła na sposób jego rozmnażania się. Hodowla puszysta, okrągła, wystaje nieznacznie na podłożu cukrowym, szczególnie w środkowej części, na obwodzie jest więcej płaska. Barwa jest na obwodzie kremowa, a pośrodku biała. Powierzchnia hodowli jest usiana drobnymi ziarnkami. W kropli wiszącej grzybek rozwija się szybko,

szczególnie w obecności wilgoci, tworzy grappe simple et composé, zarodniki są więcej okrągłe i prawie jednakowej wielkości. W hodowli na 4—5 dzień zjawiają się duże zarodniki (fuseaux plurisep-teux). Bardzo charakterystyczne dla hodowli jest to, że zarodniki prędko odpadają od swoich gałązek i unoszą się w powietrze. Na płycie Petriego umieściłem kilka szkiełek z kroplami buljonu, z których jedna była zapłodniona zarodnikiem, wziętym z chorego włosa. Po 4—5 dniach hodowla rozwinęła się, a po 8 dniach wszystkie szkiełka zostały zapłodnione, prawdopodobnie drogą osiadania odpadniętych i unoszących się w powietrze zarodników. Nie chciałbym wychodzić poza ramy tematu, jednakże warto zanotować, że udało mi się taki sam grzybek wyhodować u młodej panny 15-letniej z wykwitów, umiejscowionych na grzbiecie ręki między palcami a także pod piersiami i na karku. Obraz kliniczny wykwitów na rękach więcej przemawiał za osutką pęcherzykową rąk (**Dyshydrosis**). Rys. 3.

Rys. 3.



W jednym przypadku z włosów twarzy mężczyzny, zamieszkałego w Radomiu, wyhodowałem odmianę, która według mego zdania winna być zaliczona do typu **Tr. niveum**. Grzybek był umiejscowiony poza włosem. Na podłożu z cukrem słodowym tworzy on wzniesienie, pokryte białym proszkiem i opatrzone pośrodku guziczkiem. W miarę rozwoju naokoło guziczka tworzy się rowek, dzieląc hodowlę na 2 części: środkową i obwodową. Po 2—3 tygodniach biały puch znika, hodowla staje się suchą, w środku zagłębiającą się i posypaną na obwodzie delikatnym pyłkiem. Otoczka naokoło składa się z promienistych, nie jednakowej długości nitek. Rys. 4. W drugim znowu przypadku z włosów głowy dziecka, zamieszkałego w Warszawie, wyodrębniłem **Tr. rosaceum**. Grzybek ten w Polsce spotyka się nader rzadko. Bernhardt jest zdania, że przeniesiony on został do nas przez żołnierzy austriackich z frontu północno-włoskiego. Hodowla dojrzała jest o tyle typowa, że żadnych wątpliwości co do jej wyodrębnienia być nie może. Na pożywce cukrowej hodowla młoda jest biała, puszysta, okrągła. Po kilku tygodniach kolor biały hodowli przybiera barwę różowa-

Rys. 4.



wą, i powierzchnia jej dzieli się promienistymi wcięciami na kilka części.

Rys. 5.



Wszystkie opisane odmiany spotykają się przeważnie na uwłosionej skórze ludzkiej. Niektóre z nich udało mi się wyhodować z wykwitów na tułowiu. *Trichophyton violaceum* wyodrębniłem raz u dziewczynki ze zmian, umiejscowionych na rękach. *Tr. granulorum* — u panny z wykwitów na kończynach i piersiach. Częściej jednakże na niewłosionej skórze Krzysztalowicz i Bernhardt wykrywali grzybek, znajdujący w zmianach chorobowych u konia—*Tr. equinum*. Mnie się udało grzybek ten wyhodować raz u mężczyzny 37-letniego ze zmian, umiejscowionych na wewnętrznej powierzchni uda około pachwin. *Tr. equinum* wywołuje zazwyczaj na tułowiu zmiany głębokie, a na głowie i uwłosionej twarzy kerion. W obserwowanym przypadku zmiany były powierzchowne w postaci obrączki po środku gładkiej, a na obwodzie zaczerwienionej i pokrytej drobnymi łuskami. Na pożywce rozpoznaw-

czej hodowla rozwija się dosyć prędko z początku w formie białego wzniesienia, które prędko rozszerza się naokoło i pokrywa się gęstym białym puchem. Znakiem rozpoznawczym dla danej hodowli jest ciemno-czerwony kolor podłoża, który wyraźnie występuje na tylnej powierzchni pożywki. Na kartoflu odmiana ta daje hodowlę koloru żółtego (jaune d'ocre). W innym przypadku z wykwitów na tułowiu wyodrębniłem odmianę, która, moim zdaniem, winna być zaliczona do typu *Tr. violaceum*. Zmiany na skórze były traktowane w ciągu długiego czasu jako zmiany osutki pęcherzykowej i dopiero w klinice uniwers. były rozpoznane jako *eczema marginatum Hebrae*, spowodowane przez *epidermophyton*. Na podłożu z cukrem słodowym po 2-tygodniach wyrosła hodowla okrągła, opatrzona pośrodku guziczkiem i podzielona promienistymi wcięciami na kilka części. Powierzchnia hodowli jest wilgotna i pozostaje taką w ciągu długiego czasu. Wyglądem przypomina ona *Tr. violaceum*. Różni się od niego żółtą barwą z zielonkawym odcieniem, wyglądem powierzchniowym, otoczką naokoło i delikatną budową. W kropli wiszącej natomiast jest bardzo podobny do *Tr. violaceum*. Najwybitniejsi badacze grzybów skórnych na zachodzie Sabouraud, Plaut, a u nas Krzysztalowicz i Bernhardt uznają, że istnieje związek między odmianą grzyba a klinicznym obrazem chorobowym. Jednakże przypadek ostatni i wiele innych, przeze mnie obserwowanych, wskazują, że niezawsze związek znaleźć możemy i że często w przypadkach, w których oczekujemy znalezienia *Trichophyton*, wykrywamy *Epidermophyton* lub *oidium albicans*.

Odrębne miejsce wśród odmian grzyba strzygącego zajmują dwie hodowle, których nie mogłem podporządkować pod żaden ze znanych nam typów grzyba strzygącego. Nie przesądzając przynależności tych hodowli i nie twierdząc, że mamy do czynienia z postaciami nowymi, odnotowałem pierwszą odmianę literą A, a drugą, literą β Rys. 6. Rys. 7.

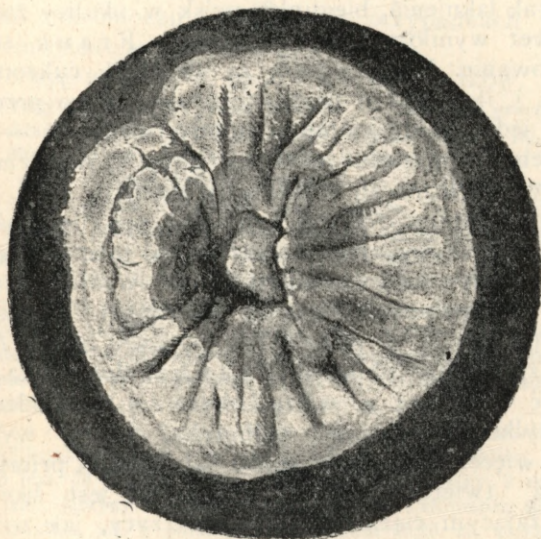
Trichophyton A wyhodowałem z wykwitów na tułowiu u dziewczynki 12-letniej, zamieszkałej w Warszawie. Blaszki czerwone, łuszczące się, głęboko nacieczone, były umiejscowione na przedramieniu, piersiach i nogach. Na pożywce cukrowej wyrosła

Rys. 6.



hodowla biała, okrągła, szybko rozszerzająca się i przybierająca po 10—12 dniach postać poligonalną. Powierzchnia hodowli podzielona jest promienistymi wcięciami na kilka części z zagłębieniem w środku. W kropli wiszącej bardzo prędko powstają chlamydospory, a po kilku dniach zarodniki zewnętrzne, małe, okrągłe. Szczepienie świnkom dało wynik ujemny. Na ziemniaku hodowla rozwija się prędko, jest biała, z nieco żółtawym zabarwieniem. Z czym mamy tu do czynienia?

Rys. 7.



Krzyształowicz na niewłosionej skórze przeważnie wykrywał grzybek, znajduwany w zmianach u konia, i rzeczywiście wyżej opisany grzybek przypomina swoim powierzchniowym wyglądem *Trich. equinum*. Dokładne badanie grzybka wskazuje jednakże na niektóre osobliwości, nie odpowiadające cechom tego ostatniego. Wiadomem jest, że grzybek konia na ziemniaku daje hodowlę barwy żółtej (jaune d'ocre), na pożywce cukrowej hodowlę białą z żółtawym odcieniem, zabarwioną pod spodem na kolor czerwony. Szczepienie na świnkach daje po większej części wynik dodatni. Odmiana ta nie może być zaliczona do typu *Tr. plicatile*, z którym także ma dużo podobieństwa z powodu braku otoczki czysto białej barwy hodowli. Przeglądając piśmiennictwo o grzybkach z ostatnich 10—15 lat, znalazłem opisy kilku odmian, które wydają się być bardzo zbliżone do wyżej opisanej odmiany *Trich. A.*

W roku 1913 Fischer z wykwitów na tułowiu wyhodował odmianę, którą nazwał *Tr. radioplicatum*. Rok później Kaufmann-Wolf w jednym z zeszytów „Dermatol Zeitschrift“ opisała odmianę, wyhodowaną u kilkunastu chorych z wykwitów pęcherzykowych na grzbiecie rąk między palcami, która to odmiana, zdaniem jej, jest bardzo zbliżona do *Tr. equinum*.

Artur Alexander w kilka lat później (1922 roku), pracując nad etiologią osutki pęcherzykowej rąk, przychodzi do wniosku, że w znacznej części przypadków chorobę wywołuje grzybek, który wydaje mu się odmianą nową, należącą do grupy *Tr. gypseum*. Wszystkie te odmiany swoim wyglą-

dem zewnętrznym i osobliwościami morfologicznymi bardzo podobne są do mego *Trich. A.* Każda z nich oprócz cech ogólnych posiada jeszcze cechy swoiste, co zależy prawdopodobnie od warunków bytowania. Dlatego nie chciałbym twierdzić, że mamy tu do czynienia z odmianą nową, jeszcze przez autorów nie opisaną.

Trichophyton β otrzymałem z włosów głowy u panny lat 15, zamieszkałej w Warszawie. Ciężkie cierpienie trwało 5 lat, głębokie zmiany w skórze pozostały w niektórych miejscach blizny, grzybek lokalizuje się we włosie i poza nim. Na peptonie z cukrem słodowym grzybek tworzy wzniesienie kształtu okrągłego, pokryte białym puchem. Jeżeli igiełką zeszkrobimy puch, okaże się, że pokrywa on hodowlę płaską barwy wiśniowej, szybko rozrastającą się odśrodkowo. Po 2—3 tygodniach puch znika i hodowla zaczyna tworzyć wzniesienie podzielone fałdami na kilkadziesiąt części, barwy żółtej. Młoda hodowla bardzo przypomina *Achorion Schönleini*, tembardziej, że i w kropli wiszącej otrzymujemy obraz podobny do grzybka woszczynowego. Gdy hodowla starzeje się, po 10—12 tygodniach kolor żółty ciemnieje i przybiera barwę zielonkawą, następnie szarą, która miejscami ustępuje barwie ciemnej od rozsianych tu i owdzie czarnych ziarenek. Na peptonie tworzy wzniesienie, pokryte brudno-białym puchem. Doświadczenia moje na zwierzętach wykazały, że mamy tu do czynienia nie ze zwyczajną pleśnią, ale z grzybkiem chorobotwórczym. Według rady Bernharta szczepiłem świnkom na pysku. Po 3—4 dniach na miejscu szczepienia zjawiał się rumień, który prędko ustąpił miejsca nacjeczeniu, pokrytemu łuskami. Łuski te po przeniesieniu na świeże podłoże dały w kilku kolbkach hodowle identyczne z wyżej opisanym *trichophyton β*.

Reasumując swoje doświadczenia, przychodzę do następujących wniosków: Grzybica skóry jest chorobą bardzo rozpowszechnioną w Polsce. Najczęściej spotykamy grzybicę woszczynową, w 77%. O właściwościach morfologicznych grzyba woszczynowego i jego odmianach będę mówił oddzielnie. Teraz chciałbym zwrócić uwagę na to, że grzybica strzygąca po wojnie światowej częściej występuje w Polsce, aniżeli przed wojną. Jeżeli kilkanaście lat temu choroba ta występowała przeważnie u dzieci, to teraz spotykamy ją często u ludzi dorosłych. Oprócz tego daje się zauważyć zmiana co do rozpowszechnienia różnych odmian tego grzybka, zjawiały się nowe gatunki, których przed wojną nie było (*Tr. plicatile*, *cerebriforme*, *rosaceum*), inne natomiast zdarzają się znacznie rzadziej (*Tr. gypseum*). Najczęściej spotykamy w Polsce grzyb fiołkowy.

Statystyka różnych odmian grzybic w Polsce przedstawia się w sposób następujący: grzybica woszczynowa 77%, strzygąca 23%, w tem: *tr. violaceum* 70,45% — 16,5; *tr. plicatile* 9,09% — 2; *tr. granulatum* 4,54% — 1; *tr. crateriforme* 2,27 — 0,5; *tr. cerebriforme* 2,27 — 0,5; *tr. niveum* 2,27 — 0,5; *tr. rosaceum* 2,27 — 0,5; *tr. equinum* 2,27 — 0,5; *tr. A* 2,27 — 0,5; *tr. beta* 2,27 — 0,5.

Z praktyki prywatnej.

O nowym środku przeciwcukrzyczym, syntalinie.

Podał,

Marceli LANDSBERG. (Warszawa).

Na zeszlorocznym zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Duesseldorfie wygłosił Frank z Wrocławia odczyt, w którym złożył sprawozdanie z badań swych nad działaniem leczniczym wykrytego przez siebie nowego przeciwcukrzyczego środka, syntaliny. Syntalina jest pochodną alkilową guanidyny, związku, spotykanego w ustroju częściowo w wolnym stanie, częściowo metylowanej, częściowo zaś w połączeniu z kwasami aminowymi. Opiera się na badaniach Underhilla i Blatherwicka oraz Watanabe, którzy to autorzy stwierdzali w zatruciu guanidynowym poważny spadek cukru we krwi, Frank oraz jego współpracownicy poczynili poszukiwania nad otrzymaniem takiego związku guanidynowego, któryby, obniżając poziom cukru we krwi, pozbawiony był własności trujących, charakterystycznych dla guanidyny. Jak wiadomo, guanidyna jest wybitnym jadem mięśniowym i nerwowym, powodując drgawki i śmierć zwierzęcia. Otóż okazało się, iż guanidyna, jako taka, zupełnie się nie nadaje do celów leczniczych, jako ciało silnie toksyczne. Mniej trującym okazał się związek guanidynowy agmatyna, wykryty przez Kossela w jądrach śledzia. Związek ten był nieco mniej toksyczny, ale i tutaj dawka „lecznicza“ wywoływała ciężkie zaburzenia w ustroju zwierzęcia. Wobec tego Frank, opierając się na danych farmakochemii, że siła narkotyzująca alkoholów oraz alkilowych uretanów wzrasta wraz z wydłużeniem łańcucha alkilowego, i tutaj postanowił zastosować syntetyczne preparaty guanidyny z wydłużonym łańcuchem alkilowym. Oprócz owego wydłużenia łańcucha alkilowego dokonane zostały w budowie nowego związku guanidynowego pewne zmiany, dotychczas nieogłoszone.

Nowy ten preparat, syntalina, powoduje w ilości 0,003 gr. na kilo wagi królika poważny spadek cukru, z 0,131 do 0,057, wywołuje wstrząs hypoglikemiczny, ustępujący, jak i wstrząs insulinowy, po podaniu cukru. Hypoglikemja syntalinowa tem się różni od hypoglikemji insulinowej, że występuje dopiero w kilka godzin po podaniu syntaliny, ale i trwa do 10 godzin, większe dawki syntaliny powodują znaczniejszą hypoglikemję, ustępującą również po zastrzyknięciu cukru; lecz cukier ten, usuwając hypoglikemję, nie ratuje zwierzęcia, które po kilku godzinach pada. Podczas gdy zwierzę insulinowane pada zazwyczaj wskutek hypoglikemji, zwierzę syntalinowane ginie nie tylko z powodu zbytńiego obniżenia cukru we krwi, ale także wskutek swoistej toksyczności zbyt wielkich dawek owego związku.

Badania na psach beztrzustkowych oraz na królikach skłaniają Franka do przypuszczenia, że i mechanizm działania syntaliny jest analogiczny do insulinowego. Zdaniem naszym, wobec niewyświetlone-

go mechanizmu działania insuliny, takie identyfikowanie jest nieco przedwczesne.

Badanie kliniczne Franka, przeprowadzone na 18 pacjentach cukrzyczych, wykazują, że syntalina jest dla ludzi mniej toksyczna, aniżeli dla królików, że przy zachowaniu pewnych pauz chorzy na cukrzycę znoszą bez poważniejszych objawów ubocznych do 50 mg. tego związku pro die. Jednakowoż przy dłuższym pobieraniu takich ilości występowały przykre objawy, jak brak łaknienia, biegunka, ucisk w okolicy żołądka, a nawet wymioty; wskutek czego Frank zmienił dawkowanie. Wobec tego, że wskaźnik cukromoczowy, t. j. ilość cukru moczowego, usuwanego przez podanie jednego miligramu syntaliny, wynosi 1 — 2 g., to, ażeby usunąć cukromocz 120 g. np. (powiedzmy 4% przy 3 litrach moczu dobowego), trzeba by było podać takiemu choremu 100 mg. syntaliny pro die. Doświadczenie jednak wykazało, że zazwyczaj tolerowaną dawką, t. j. taką ilość syntaliny, która zwykle nie powoduje wspomnianych objawów ubocznych, wynosi 120 mg., podanych, z przerwami, w ciągu 4 dni. A, ponieważ, według obliczeń Franka, ilość taka może usunąć tylko 144 g. cukru, okaże się ona odcukrzającą tylko dla takiego djabetyka, który wydziela mniej więcej około 40 g. cukru na dobę. A priori więc można twierdzić, iż syntalina nie jest środkiem, zwalczającym ciężkie postaci cukrzycy, jak to czyni par excellence insulina. Jak i insulina, usuwa środek Franka acetonurję, i Frank w publikacji swej podaje kilka przypadków acetonurji, usuniętej przez stosowanie syntaliny. Pacjenci, leczeni syntaliną, wraz z obniżeniem hyperglikemji, pozbawiają się przykrych jej komplikacyj, jak swędzenia, wyprysków skórnych oraz złego gojenia się ran. Nie wykazują oni jednak charakterystycznego dla insuliny szybkiego przyrostu na wadze. Najważniejszą jednak zaletą syntaliny jest jej działanie doustne, pozwalające na zażywanie jej w postaci tabletek.

Dzięki uprzejmości prof. Franka otrzymałem kilka tygodni temu z fabryki Kahlbaua w Berlinie 100 tabletek syntaliny po 25 mg. oraz 100 po 10 mg.

Według przepisów Franka, sposób podawania syntaliny w przypadkach, doprowadzonych w ten czy inny sposób do cukromoczu, wahającego się około 50 g. cukru na dobę, przedstawia się następująco:

	zrana	wieczorem
1-szy dzień	25	10
2-gi dzień	25	—
3-ci dzień	25	10
4-ty dzień	—	—

O ile okaże się, że chory podczas lub po skończonej kuracji nie będzie reagował w sposób niepożądany, t. j. nie będzie uczuwał mdłości, osłabienia, nudności, biegunki, wymiotów, ściskania w dołku, lub braku apetytu, to, o ile dawka ta była niewystarczająca, należy ją zmienić w kierunku podwyższenia dawki wieczornej z 10 g. do 25. O ile zaś dawka, podana na tabliczce, okazałaby się zbyt wielką, t. j. cukromocz znikł, a cukier we krwi opadł poniżej nor-

my, to albo zmniejszamy dawkę syntaliny, albo zwiększamy ilość podawanych węglowodanów. O ile zaś występują wspomniane objawy nietolerancji, dawkę syntaliny zmniejszamy w ten sposób, że podajemy po 25 mg. co drugi dzień lub dwa, albo też 3 dni z rzędu. Możliwość kombinacji jest bardzo bogata, i, jak się przekonałem, udatny sposób podawania może stanowić o powodzeniu lub niepowodzeniu tej samej dawki syntaliny. Syntalinę stosowałem dotychczas w 30 przypadkach lekkiej, średnio-ciężkiej i ciężkiej cukrzycy, z tych tylko w jednym przypadku udało mi się klinicznie przeprowadzić kilkakrotne badanie krwi, w pozostałych przypadkach musiałem się zadowolić określeniem cukromoczu i tylko w 3 przypadkach jednocześnie badaniem stopnia glikemji.

Podaję w zarysie opisy tych przypadków.

Przypadek 1. Chana Rub. 54 lat. *diabetes gravis*: przy diecie, składającej się ze 100 gr. chleba, 100 g. mięsa, 4 jaj, 300 g. mleka, 200 g. jabłek, dobowo wydajność cukru — 140 g. acetonu 0,23 g. po 3 dniowej kuracji syntalinowej, a mianowicie, 10/25, 25/10 i 25/25; dobowo wydajność cukru spadła do 85 g. *pro die*, aceton do 0,12. Jednocześnie chora skarżyła się na bóle głowy oraz brak apetytu. Cukier we krwi przed kuracją naczecz: 246% mg., na 4 dzień: 178% mg. W danym przypadku uzyskaliśmy dzięki działaniu syntaliny spadek cukromoczu o 55 g., co odpowiada danym Franka. Ponieważ jednakże w przypadku tym chodziło o całkowite od cukrzenia, a, wobec wyraźnych objawów nietolerancji względem syntaliny nie można było zwiększyć dawki tego środka, postanowiliśmy chorą naszą leczyć w dalszym ciągu insuliną.

Przypadek 2. Leon Mord. l. 42. *Diabetes c. Morbo Baserdowi*. Glikemja naczecz 210 mg.%. Djeta: 100 g. chleba, 200 g. mięsa, 4 jaja, 50 g. sera, 1 szkl. mleka, 100 g. śmietany, 2 sardynki, 200 g. jabł., jarzyny dozwolone, 100 g. masła. Cukromocz 10/XII — 74 g. Syntalina, jak w poprzednim przypadku: 10/25, 25, 10/25, razem w ciągu 3 dob 95 mg., 5-go dnia, t. j. 15/XII, cukromocz — 7g. Chory uskarżał się na osłabienie ogólne i pewną sztywność mięśni. Pragnienie i wielomocz ustały. Waga bez zmiany. Wobec skarg subiektywnych na ogólne osłabienie powróciliśmy do insuliny.

Przypadek 3. Lil., lat 54, waga 62 k. *Diabetes mel. neuritis ischiadica (pseudotabes diabetica)*. Djeta, jak w przypadku 2. Glikemja 226 mg.%. Cukromocz 144 g. Syntalina, jak w przypadku 2. Po 4 dniach odcukrzenie zupełne. Chory ten dobrze znosi syntalinę, pobiera ją w ilości 25 mg. 1 raz dziennie i wydziela czasami od 4—10 g. cukru.

Przypadek 4. Mar. Ritt. 391. *Diabetes*. Przypadek stosunkowo oporny wzgl. insuliny. Chora ta, nerwowo niezrównoważona, zaznacza, że w żaden sposób nie może zmniejszyć ilości chleba poniżej 200 g., początem spożywa 200 g. mięsa, 5 jaj, 100 g. sera, 3 jabłka, i jarzyny. Przy tej diecie wydziela około 100 g. cukru. Jest to *diabetes levis*, nie nadający się do dietetycznego leczenia ze wzgl. subiektywnych pacjentki. Zastrzykiwania insuliny (2 razy dziennie po 20 j.) nie zmniejszyły cukromoczu, być może, dlatego, że wywoływały jeszcze większe łaknienie i, prawdopodobnie, spożywanie w większej ilości węglowodanów. Po 4-dniowej kuracji syntalinowej cukromocz zmniejszył się do 40 g. na dobę, aceton znikił, chora, początkowo uskarżająca się na ściskanie w dolku, prosi o dalsze stosowanie insuliny. Po 14 dniach stosowania syntaliny (pauza co 3 dni) chora wykazuje 24 g. cukru w moczu, brak acetonu. Waga bez zmiany, 65 K. Chora ta w dalszym ciągu pobiera synt., nie uskarża się na żadne objawy uboczne i czuje się doskonale.

Przypadek 5. Sam. Gold. 53 l. *Diabetes mel.* Chory ten, znany mi od dwóch lat, wydziela od 20 do 40 g. cukru dziennie, przy diecie: ok. 100 g. białka, 100 g. węgl. oraz 150 g. tłuszczu. Wskutek upadku na ulicy zanieczyszczone uszkodzenie skóry na podudziu. Zjawia się obrzęk, ból, ropa. Analiza wykazuje 3,6% cukru przy dobowej ilości 1800, t. j. około 65 g. dobowego cukru, oraz 0,12 acetonu. Chory ten otrzymuje djeta: 120 g. węglow. 100 g. tłuszczu, 20 g. białka, i codziennie 1 pastylkę syntaliny (25 mg.). Po kilku dniach cukru niema, aceton w śladach. Chory czuje się dobrze, rana goi się zadowalająco. Chory, ze względu na „odcukrzenie“, własnowolnie zmniejsza dawkę syntaliny, biorąc 25 mg. co drugi dzień. Po 3 dniach badanie wykazuje 14 g. dob. cukru. Acetonu niema. Zmieniamy dawkowanie w ten sposób, że podajemy syntalinę 2 dni z rzędu, z pauzą 3-go dnia: po 5 dniach takiego dawkowania cukru w moczu niema. Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że, właściwie powie-

dziawszy, ze względu na komplikację chirurgiczną, powinien być leczony insuliną. Jednakże ze względu na mocno podejrzaną szczytę prawego płuca oraz na skargi ze strony serca (anginoidne objawy) postanowiliśmy uciec się do syntaliny. Ze nie sama tylko djeta bezbiałkowa, lecz syntalina wywołała ów spadek cukromoczu, świadczy o tem wzrost cukromoczu przy zmniejszeniu syntaliny, oraz ponowny spadek po zwiększeniu dawki.

Przypadek 6. Mał. Wierz. l. 65. Cukromocz 2,5%, dobowy cukier 53 g. Djeta i syntalina, jak w przyp. 2, po 4 dniach cukromocz spada do 0,1%, swędzenie oraz pryszczycza sromu znikają. Chora w dalszym ciągu otrzymuje syntalinę 3 dni z rzędu, z pauzą czwartego dnia, czuje się dobrze.

W pozostałych przypadkach nie otrzymaliśmy żadnych ubocznych objawów, natomiast uzyskaliśmy wydatny spadek cukru. W jednym przypadku podawaliśmy syntalinę w ciężkiej *acne vulg.* twarzy u osobnika o bardzo lekkiej cukrzycy. Osobnik ten spożywał do 250 g. węglowodanów, nie wydzielając przytem cukru z moczem, glikemja jego naczecz wynosiła jednak 132 mg. Zaczął on pobierać syntalinę w ilości 10 mg. dziennie, pauzując co 3 dni. Po zużyciu 12 pastylek syntaliny cera jego twarzy uległa bardzo znacznej poprawie, a glikemja wynosiła 94.

Zazwyczaj rozpoczynamy kurację w ten sposób, że polecamy choremu zażywać przez 3 dni z rzędu po jednej pastylce 25 mg. na noc, poczem przeprowadzamy badanie moczu. O ile chory nie uskarża się na żadne wyżej wspomniane objawy, stosujemy syntalinę dalej, wzmacniając lub zmniejszając dawki w miarę potrzeby. O ile zaś pacjent okaże się zbyt czułym na toksyczny (nie hypoglikemizujący) wpływ syntaliny, t. j. zdradza nudności, czy brak łaknienia, przerywamy kurację, aby po paru dniach wykonać nową próbę ze zmniejszoną oczywiście dawką.

Opierając się na własnym doświadczeniu, mogę w zupełności potwierdzić dane Franka, co do wartości syntaliny, jako środka, odcukrzającego lekkie i średnio ciężkie postaci cukrzycy. Co się tyczy ciężkich postaci tego cierpienia, to i tutaj może syntalina oddać cenne usługi.

Tak np. w jednym przypadku cięższej cukrzycy pacjent zastrzykuje sobie 2 razy dziennie po 25 j. insuliny. Poleciłem mu pobierać raz dziennie 30 jednostek i jedną pastylkę 25 mg-ową syntaliny. Pacjent ten z radością po 4 dniach pokazał mi rozbiór moczu bez cukru. W drugim przypadku, gdzie dla zupełnego odcukrzenia stan pacjenta wymagał przeszło 70 j. insuliny, a ilość ta często powodowała objawy wstrząsu, chory począł pobierać tylko 60 j. insuliny i 2 dni z rzędu, pauzując trzeciego dnia, po 25 mg. syntaliny. Chory ten nie wydziela cukru, zaznacza jednak, że musi posiłkować się środkami czyszczącymi ze względu na zatwardzenie. Jest to tem dziwniejsze, że jednym ze wspomnianych ubocznych objawów jest właśnie biegunka.

Uzyskaliśmy więc w syntalinie poważny środek dla zwalczania hyperglikemji i cukromoczu. Nie jest to środek, tak samo zresztą, jak i insulina, leczący cukrzycę. Sposób działania tego środka jest również mało znany. Nie wiemy również, czy stałe pobieranie tego guanidynowego związku nie okaże się dla ustroju szkodliwe. To, co widzimy obecnie zarówno z piśmiennictwa obcego, jak i z własnego doświadczenia, powinno nas zachęcić do rozleglejszego stosowania syntaliny: a) jako środka, zwalczającego lekkie i średnio-ciężkie postaci cukrzycy i, b) jako środka pomocniczego u insulinizowanych pacjentów. Możliwość zarzucić syntalinie, że jej działanie odcukrzające, a nietylko obniżające cukromocz, zjawia się w tych cięższych postaciach cukrzycy, które dążą się odcukrzyć djeta. Ale przecież djeta ta jest mniej lub więcej głodowa, a ideałem leczenia cukrzycy jest właśnie dostateczne odżywianie chorego, co umożliwia nam syntalina.

Wadę syntaliny stanowi jej toksyczność absolutna oraz stosunkowa. Mam tu na myśli niemożność

stosowania większych dawek tego środka, gdyż, jak wyżej wspomniano, doświadczenie wykazało, iż dawka, przewyższająca 50 mg. na dobę, wywołuje prawie, że u wszystkich objawy zatrucia guanidyną. Dlatego też do kuracji syntalimowej nie nadają się przypadki ciężkiego djabetu oraz *coma imminens*. Co do stosunkowej toksyczności tego środka, to, jak wynika z piśmiennictwa i z naszego doświadczenia, około 30% chorych wogóle nie znosi syntaliny. Owa nadwrażliwość osobnicza względem syntaliny nie jest wyświełłona: przypuszczają tutaj wpływy układu nerwowego roślinnego lub też wątroby. A b r a h a m wskazuje na szczególną nadwrażliwość osobników gruźliczych. Wskutek tych ubocznych objawów, występujących przy podawaniu syntaliny, do leczenia tym środkiem nadaje się tylko około 70% lekkiego lub średnio ciężkiego djabetu; nie wchodzi tu w rachubę praktycznie ważne przypadki, w których możemy stosować jednocześnie syntalinę i insulinę.

Do zalet syntaliny należy zaliczyć przede wszystkim możliwość stosowania doustnego: zaoszczędzenie ciągłego zastrzykiwania, znacznie mniejszy koszt (NB. Syntalina, niewiadomo dlaczego, jest u nas dotychczas jeszcze lekiem oficjalnie niedozwolonym i przez to znacznie droższym, aniżeli w Niemczech) sprawia, iż chorzy uważają za wielkie dobrodziejstwo ów nowy środek. Pozatem zaznaczyć należy, że i insulina posiada pewne objawy uboczne, jak np. nadwrażliwość skóry, stany anginoidne, obrzęki, które czynią stosowanie insuliny niemożliwym. W tych przypadkach syntalina jest tolerowana zupełnie dobrze. Wreszcie wiemy o całym szeregu przypadków opornych względem insuliny; co się tyczy syntaliny, to *absolutnej* oporności dotychczas nie stwierdzono. Wreszcie działanie hypoglikemizujące syntaliny jest znacznie

bardziej długotrwałe, aniżeli analogicznie działanie insuliny. Podczas bowiem kiedy działanie insuliny wyczerpuje się już po 4—6 godzinach, wpływ syntaliny uwidocznia się jeszcze po 10 — 12 godzinach po zażyciu tego środka. Zezwala to nam na stosowanie przerw w podawaniu i, *ceteris paribus*, zmniejsza to możliwość wystąpienia objawów ubocznych.

Jednakowoż pomimo tych zalet, pomijając nawet toksyczność syntaliny, nie może ona być utożsamiona z insuliną. Insulina jest lekiem przyczynowym cukrzycy, aczkolwiek działanie jej jest przlotne, syntalina zaś tylko lekiem objawowym, działającym prawdopodobnie nie na istotę „dyskrazji“ cukrzyczej, lecz jedynie na ośrodki, regulujące poziom glikemji.

Dlatego też u chorych, leczonych syntaliną, nie widzimy owego doskonałego samopoczucia, owego wzrostu energii życiowej: chorzy, leczeni syntaliną, pozbawiają się jedynie tylko przykrych konsekwencji hyperglikemji i z zadowoleniem notują dobry wynik analizy moczu.

W każdym razie w nowym tym leku uzyskaliśmy bardzo poważną pomoc w leczeniu cukrzycy i dlatego powitać należy z zadowoleniem ten pierwszy krok w poszukiwaniu *syntheticznego* środka przeciw cukrzyczego.

PISMIENNICTWO.

E Frank, Nothmann u. Wagner: Klin. Woch. 1926. Nr. 45; Deut. Med. Woch. 1926, Nr. 49 i 50. H. Strauss: Mediz. Klinik 1927, Nr. 4. Minkowski: Klin. Woch. 1926, Nr. 45.

Przyp. podczas korekty.

Ostatnio Adler z Lipska stosuje z powodzeniem w przypadkach nietolerancji syntaliny tabletki Decholin. Środek ten zapobiega podobno występowaniu mdłości i niesmaku.

Streszczenia zbiorowe.

Patogeneza nowotworów w świetle nowszych badań.

Podał

M. PŁONSKI (Warszawa),

Kierownik Pracowni Anatomopatologicznej Szpitala na Czystem w Warszawie.

Sprawa powstawania nowotworów po dzień dzisiejszy pozostaje zagadkową. Badania w tym kierunku nie zdołały jeszcze ustalić punktów wytycznych dla rozważania teoretycznego, a teorie i hipotezy, z różnych stron podawane, nie ostały się w świetle krytyki biologicznej. Część ich zupełnie została odrzucona, reszta zaś pozostała w postaci prawdopodobnych, lecz niedowodzonych przypuszczeń. Walka jednak trwa dalej. Eksperyment biologiczny tutaj, jak i w innych dziedzinach medycyny, poczyną rzucać nowe światło na całe zagadnienie nowotworów. Stare myśli powracają w nowej szacie uzupełnione, wyraźniejsze i już tem samem pewniejsze. W ten sposób powstaje pewna ciągłość badań i rozważań, uwiadcniają się pewne linje, po których kroczy rozwój poglądów na sprawę powstawania nowotworów, po-

czaszy od końca ubiegłego stulecia aż do dni ostatnich.

Stara teoria przewlekłego podrażnienia „Reiztheorie“ opierała się na spostrzeżeniach przypadków, kiedy nowotwory powstały w związku z przewlekłą sprawą zapalną, względnie pod wpływem zewnętrznych czynników drażniących. Faktami, potwierdzającymi jej słuszność, miały być nowotwory, powstałe na tle blizn i przewlekłych owrzodzeń, nowotwory przewodu pokarmowego, najczęściej występujące w miejscach zwężeń fizjologicznych, nowotwory pracujących przy anilinie, smołe, parafinie i inne. Dalej rak „Kangri“, powstający na skórze brzucha u mieszkańców Kaszmiru, noszących pod ubraniem koszyk rozgrzewający, raki przelyku u chińczyków, występujące częściej u mężczyzn, aniżeli kobiet, które jedzą ryż gotowany po ukończeniu posiłku przez mężczyzn, a więc mniej gorący.

Zobaczmy, jak się przedstawiają spostrzeżenia powyższe w świetle badań współczesnych. Dane statystyczne, opierające się na dużych cyfrach, mogą w pierwszym rzędzie wyjaśnić tę kwestję.

Zacniemy od wrzodu żołądka. W daleko posuniętych okresach jest to pod względem histologicznym

przewlekła sprawa zapalna, która jak niedawno jeszcze przypuszczano, bardzo często stanowi podłoże dla rozwoju raka żołądka.

70% tych raków miało jakoby powstawać na tle wrzodu. Ostatnio jednak pojęcie „Ulcuscarcinom“ zostało ściślej ograniczone, dzięki bardziej skrupulatnemu badaniu mikroskopowemu brzegów i dna owrzodzenia, i te badania doprowadziły do znacznego obniżenia cyfry powyższej. Hausser, Borman i inni określają ją, jako wahającą się od 2 do 16% przypadków, w których rak żołądka rozwinął się z całą pewnością na tle owrzodzenia. Tu więc związek pomiędzy sprawą zapalną a rakiem nie posiada wcale charakteru stałego, a może być on raczej przypadkowy.

Inaczej natomiast sprawa się przedstawia, jeżeli przejrzyć statystykę raków pęcherzyka żółciowego. Okazuje się tu bowiem, że w 80 — 90% raków pęcherzyka żółciowego znajdowano kamienie żółciowe (Courvoisier, Tiedemann i inni). Te cyfry stają się prawie przekonywające, tembardziej, że w rakach przerzutowych pęcherzyka żółciowego zaledwie w 15% przypadków znajdowano kamienie żółciowe.

Jeżeli jednak odwrócić całą sprawę, to okazuje się ona w innym świetle. Kamienie żółciowe są schorzeniem nader częstym i, przeciętnie, co czwarta kobieta i co dwunasty mężczyzna mu podlegają. W stosunku do tych milionowych cyfr chorych liczba raków pęcherzyka jest nader nikła.

Na jeden milion ludzi przypada 5,000 chorych na kamienie żółciowe, a z tych zaledwie cztery dostaje raka pęcherzyka. I tu więc związek pomiędzy przewlekłą sprawą zapalną wywołaną przez kamienie, a nowotworem nie daje się wykazać, jako stały.

Przejdźmy obecnie do często ostatnio omawianej sprawy raków płuc. Okazuje się, że liczba ich stale się zwiększa. W okresie, na przykład, 1910—1914 r. stanowiły one 2,2% wszystkich raków, podczas kiedy w okresie 1920—1924 r. — 8,3%.

Berblinger starał się wykazać, iż liczba raków płuc wzrasta w związku z epidemjami grypy. Zresztą dość często w wywiadzie u tych chorych znajdowano schorzenia przewodu oddechowego.

Z drugiej strony zastanawiający jest tak zwany „Schneeberger Lungenkrebs“. Okazuje się, że w kopalniach arsenu i kobaltu w Schneeberg rak płuc jest nader częstym schorzeniem, które jakoby ma być wywołwane przez pył tych metali, stale drażniący przewód oddechowy. Ten związek przypuszczalny przeniesiono i na inne przypadki i starano się tłómaczyć częstsze występowanie raka płuc coraz to gorszymi warunkami higienicznymi w dużych ośrodkach. Dym, pył węglowy i asfaltowy (Stahelin) byłyby czynnikami, wywołującymi raka. Ten związek, oczywiście, jest zupełnie hipotetyczny.

Klasycznym przykładem działania substancji chemicznych mają być raki pęcherza moczowego, powstającej u robotników, pracujących przy przetworach anilinowych. Nader dokładna statystyka Nassauera (z Frankfurtu n.M.) za czas od roku 1895 do 1918 rzeczywiście wykazuje, że 30% guzów pęcherza należy zaliczyć do raków anilinowych, i że ludność, zamieszkująca jedynie okolice fabryk anilinowych, również częściej zapada na raki

pęcherza. Te dane jednak znów nie upoważniają do daleko posuniętych wniosków.

Sprawą raka przełyku u chińczyków zajmował się ostatnio Fischer. Wykazuje on, że we wszystkich prawie krajach rak przełyku częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet. Następnie stwierdza, że w Chinach w bardzo wielu okolicach mężczyźni i kobiety jedzą gładzą ryż jednocześnie. W ten znów sposób podważony zostaje przypuszczalny związek, jaki miał istnieć pomiędzy przewlekłym drażnieniem a rakiem.

Wszystkie przykłady, przytoczone powyżej, wykazują niedwuznacznie, iż dane statystyczne, uwzględniające jedynie czynnik drażniący jakiegokolwiek rodzaju, nie rozwiązują postawionego zagadnienia etjologicznego, a raczej rozwiązują je w sensie negatywnym. Pozwalają one jedynie na stwierdzenie, iż czynnikom drażniącym można przypisać tylko rolę momentu współczynnego przy powstawaniu raka. Ten moment jednakże nie jest decydujący.

Powyższe wnioski o roli czynników drażniących w sprawie powstawania nowotworów zostały potwierdzone na drodze eksperymentalnej.

Spostrzeżenia, dotyczące samoistnego występowania nowotworów u zwierząt, podniosły tę grupę zjawisk do godności faktu biologicznego w szerokim słowa tego znaczeniu. Jednocześnie wysunęły zagadnienie eksperymentalne, zagadnienie sztucznego wywoływania nowotworów.

Już Hanau w 1899 roku stosował u szczurów smarowanie smołą, jednak bez rezultatu, na skutek krótkotrwałości doświadczeń. Cały szereg badaczy (Fischer, Boyon, Wacker i inni) pracował w tym kierunku. Do 1912 roku próby te nie dały wyników dodatnich.

Dopiero Yamagiwa oraz Itchikawa w 1915 r. otrzymali rezultaty zadawalające. Pierwsze ich jednak wyniki nie przekraczały 6% przypadków raków i 2% przypadków przerzutów. Później dopiero ci sami autorzy, troszcząc się o zdrowie swych zwierząt, mieli otrzymać 77% raków i 72% przerzutów. Doświadczenia swe robili oni na królikach, smarując im uszy smołą. W innej serii doświadczeń zastrzykiwali smołę do gruczołu piersiowego i w 12% przypadków otrzymywali wyniki dodatnie.

W 1921 roku metodyka ich została przeniesiona do Europy i tu znacznie rozszerzona. W Europie doświadczenia robiono przeważnie na myszach, mniej natomiast na królikach, przyczem bardzo odpornymi na działanie smoły okazały się szczury i świnki morskie. Metodyka tego eksperymentu przedstawia się dość prosto, a różnice między autorami sprowadzają się tylko do sposobu wprowadzania smoły (smarowanie lub zastrzyki), do częstości jej stosowania, oraz do sposobu oczyszczania skóry. Królikom smaruje się bądź wewnętrzną, bądź też zewnętrzną powierzchnię ucha, myszom różne okolice grzbietu lub ścianę brzuszna. Częstość smolewania waha się od 1 do 7 razy na tydzień. Do oczyszczania powierzchni skóry przed każdym smolewaniem używa się wazeliny, ksylołu lub eteru naftowego. Itchikawa i Baum zalecają ostatnio zdej-

owanie szczypczykami zeschniętej smoły wraz z naskórkiem.

Stwierdzić jednakże należy, że przy zupełnie podobnej technice wyniki różnych autorów są bardzo niejednolite. Dość stwierdzić, że Mertens na 257 zwierząt (myszy i królików) wywołał raka u jednej myszy, podczas gdy Bloch naprzykład miał osiągnąć 100% wyników dodatnich.

Z drugiej strony badzo często guzki, powstające pod wpływem smołowania, znikają bez śladu po przerwaniu smarowania (Roussy, Leroux). Przebieg powstania raka na uchu królika przedstawia się następująco (Itchikawa i Baum):

Okres I: średnio po 20 dniach zjawia się rozlana sprawa rozrostowa, polegająca na zgrubieniu nabłonka i tworzeniu się wypustek międzybrodawkowych nabłonka.

Okres II: około 30-go dnia wyodrębniają się białawe tarczki lub guzki, które przedstawiają się, jako zbiorowisko mieszków włosowych, rozszerzonych i wypełnionych masami rogowymi.

Okres III: po 35—40 dniach zaczyna się rakowacenie komórek pod postacią odszczepiania ognisk nabłonkowych oraz występowania nieprawidłowych podziałów.

Okres IV: owrzodzenie rakowe, występujące po 70—80 dniach.

U myszy rakowacenie rozpoczyna się po 4 miesiącach. Tu występują kolejno: 1) wypadanie włosów i powierzchowne ubytki naskórka, 2) odradzanie się nabłonka, 3) nadmierne rogowacenie, 4) rogi skórne lub brodawczaki, 5) owrzodzenia rakowe.

Wszystkie te doświadczenia podsunęły myśl poszukiwania i wyosobnienia ze smoły swoistego czynnika rakotwórczego.

Jordan i Teutschländer robili próby za pomocą frakcji antracenowej (destylat w 300°) oraz za pomocą tak zwanego paku (pozostałość reortowa w 400°). Podkreślają oni wybitnie toksyczne działanie składników smoły o niskim punkcie wrzenia i wybitne działanie rakotwórcze związków wysokowrzących.

Próbowano wywoływać raki za pomocą kwasu karbolowego, parafiny lub arsenu (Leitsch, Derom i inni). Wyników przekonujących nie otrzymano.

Jeżeli więc poddać ocenie krytycznej badania nad rakami smołowcowymi, to należy stwierdzić:

- 1) że liczby wyników ostatnich u różnych autorów wahają się w bardzo rozległych granicach,
- 2) że liczby przypadków, kiedy występowały przerzuty, wahają się jeszcze bardziej i są dość niskie,
- 3) że po zaprzestaniu smołowcowania duża część raków ulega regresji.

Częsty brak przerzutów oraz cofanie się sprawy nowotworowej nakazują pewną ostrożność w zestawianiu raków smołowcowych z rakami ludzkimi. Mała stosunkowo liczba doświadczeń, w którychby wyniki dodatnie dochodziły do 100%, podważa kwestję swoistości smoły, jako czynnika rakotwórczego. Należy też ją traktować, jako zespół substancji, drażniący komórkę i współdziałający przy powstaniu raka. Tę samą zresztą rolę może odegrać i cały szereg innych substancji drażniących, a różnica między

niemi będzie tylko różnicą co do czasu potrzebnego dla efektu ostatecznego.

W ten sposób teoria podrażnienia, stawiająca bodźce drażniące oraz sprawy zapalne w roli czynników rakotwórczych, okazała się nie do utrzymania. Myśl ludzka poszła w innym zupełnie kierunku w poszukiwaniu przyczyny raka, pozostawiając tym czynnikom tylko znaczenie momentów współdziałających.

Z drugiej strony jednak raki smołowcowe wyjaśniły wiele ciemnych dotąd punktów w sprawie powstawania nowotworów. Udostępniły one badanie poszczególnych faz mikroskopowych, prowadzących od tkanki normalnej do rakowej. Pokazały, jak nabłonek, często niszczony i zmuszany do ciągłego odradzania się, przeistacza się stopniowo w nabłonek o wyhodowanych niejako własnościach rozrodczych, aż wreszcie dochodzi do rozradzania się patologicznego—nowotworowego. Rozjaśniły one znaczenie sprawę histogenezy raka.

Inną stronę tegoż rakowacenia komórki normalnej wykryły ostatnio prace Warburga, który badał przebieg procesów biochemicznych w nowotworach.

Dawno już zwrócono uwagę na to, że nowotwory złośliwe zawierają dużo glikogenu. Własność tę przypisywano jedynie nowotworom bardzo szybko rosnącym.

Ostatnio ten niejasy dotąd związek pomiędzy węglowodanami i nowotworami został szczegółowo opracowany przez Warburga i jego uczniów.

Wiadomem jest, że komórka tkanki normalnej żyje, przedewszystkiem, dzięki swej czynności oddechowej. Okazało się jednak, że ta czynność oddechowa komórek rakowych jest o wiele słabsza od czynności oddechowej tkanki normalnej. Mogło to być następstwem braku materiałów palnych w nowotworze. Dla próby dodawano więc do środowiska, w którym się znajdowała tkanka rakowa, różne substancje, a między innymi kwasy tłuszczowe i glukozę. Kwasy tłuszczowe nie zmieniały zupełnie stanu rzeczy, a glukoza całkowicie zatrzymywała czynność oddechową komórek. Kwas mlekowy, powstały w nadmiernych ilościach wskutek glikolizy, hamował oddychanie. Ponieważ w środowiskach z innymi tkankami, w tychże warunkach, powstawała znikoma ilość kwasu mlekowego, to należało przypuścić, że nadmierna glikoliza jest momentem, różniącym tkankę rakową od tkanki normalnej.

Dla wyrażenia zdolności glikolitycznej danej tkanki, posługiwano się ilością kwasu mlekowego, wyprodukowanego w ciągu jednej godziny przez 100 części suchej tkanki. Zaznaczyć tutaj należy, że glikoliza w warunkach beztlenowych jest o wiele żywsza, że brak tlenu zmusza niejako tkankę do wzmocnienia jej procesów fermentacyjnych.

Okazało się, że tkanka rakowa w warunkach beztlenowych produkuje 12:100 kwasu mlekowego, i że ilość ta jest 100 razy większa od ilości kwasu mlekowego, wyprodukowanego przez krew, 200 razy większa od mięśnia w spoczynku i 8 razy większa od mięśnia pracującego.

Ta sama tkanka rakowa w obecności tlenu

produkowała 10 : 100 kwasu mlekowego, a więc glikoliza jej zmniejszyła się bardzo nieznacznie.

Stąd można było wywnioskować, że metabolizm raka niezależnie od otoczenia oparty jest w pierwszym rzędzie na glikolizie, a więc na procesach rozszczepiania, a nie utleniania. Okazało się jednak, że glikoliza beztlenowa guzów nabłonkowych łagodnych i złośliwych jest prawie jednakowa. I tu różnica wystąpiła dopiero w obecności tlenu. Stosunek glikolizy tlenowej do oddychania dla guzów łagodnych okazał się równym 1, podczas gdy ten sam stosunek dla guzów złośliwych wynosił około 4.

Ta sama różnica w obecności tlenu wystąpiła jeszcze dobitniej przy porównywaniu tkanki rakowej z tkanką zarodkową.

Różnica więc pomiędzy wzrostem zorganizowanym i wzrostem zdezorganizowanym wyraża się w ten sposób, że pierwszy odbywa się kosztem glikolizy tylko wtedy, kiedy do tego jest zmuszony przez brak tlenu, drugi zaś odbywa się stale i wyłącznie prawie przy pomocy glikolizy.

Ciekawe było doświadczenie następujące. Tkankę zarodkową trzymano przez kilka godzin w atmosferze azotu w obecności glukozy, a potem przeniesiono do tlenu. Okazało się jednak, że normalne warunki tu już nie wróciły. Czynność oddechowa nie mogła już nadążyć za czynnością glikolityczną i ją wyrównać. A więc tkanka rakowa zachowuje się tak, jak pozbawiona tlenu, zaduszona niejako tkanka rosnąca.

Powyższe dane są szkicem pobieżnym prac Warburga. Pozwalają one przypuszczać, iż punktem wyjścia dla nowotworu mogą być komórki, które przy braku tlenu zdolne są do dalszego bytowania glikolitycznego. Przyczyn zaś, wywołujących brak tlenu, można się doszukiwać w czynnikach zewnętrznych i w stanach zapalnych, prowadzących zaburzenia w krążeniu, a więc w oddychaniu.

Tu powraca stara teoria podrażnienia pod postacią znacznie jaśniejszej i ściślej koncepcji „braku tlenu“. I tak jak raki eksperymentalne ujawniły nam historję mikroskopową powstania raka, tak prace Warburga pokazały historję chemiczną tegoż procesu. W świetle tych badań właśnie teoria podrażnienia, przypisująca tak ważną rolę czynnikom zewnętrznym, przestaje być teorią rakową. Zdolność do pozbawiania tkanki tlenu może być własnością pewnej, jeszcze dalej nieokreślonej substancji biologicznej, swoistej dla raka. Substancja ta może powstawać wewnątrz organizmu lub zakażać go z zewnątrz. Zewnętrzne czynniki drażniące oraz przewlekłe procesy zapalne mogą, ale nie muszą być współczynnem przy powstawaniu raka i to tylko współczynnem.

Moment rozstrzygający leży gdzieindziej!

Przejdziemy obecnie do innej teorii nowotworowej, która przechodziła i przechodzi cały szereg interesujących faz rozwojowych. Idzie tu o tak zwaną teorię infekcyjną raka.

Nader ponętne poszukiwania swoistego zarazka raka pod postacią jakiegokolwiek bakterji stanęły na martwym punkcie. Najróżniejsze drobnoustroje, grzybki, pierwotniaki lub inne twory przypadkowe (Einschlüsse), odnajdywane w nowotworach podno-

szone do godności zarazka raka. *Micrococcus neoformans* — Doyen, *Protozoon Schmidta*, ciała Schüllera, *Blastomycetes*, *Protozoa*, *Spirilla* — wszystko było brane pod uwagę i odrzucane. Z tej grupy prac należy wyłączyć tych autorów, którzy na podstawie doświadczeń wiązali sprawę powstawania nowotworów z pasorzytami, takimi jak *Taenia crassicolis*, *Demodex folliculorum*, *Nematodes*, *Spiroptera neoplastica* i inne. Te przypadki, nad którymi specjalnie pracował Fibiger, a ostatnio i Kopsch, należy uważać raczej za nowotwory, powstałe pod wpływem przewlekłego podrażnienia, jakie stanowiły usadowione przez dłuższy czas w tkankach pasorzyty. Ci autorzy bynajmniej nie szukali tu swoistego zarazka.

Ta sprawa swoistego zarazka raka ucichła na czas dłuższy. Dopiero badania lat ostatnich znów do niej powróciły, rzucając na nią zupełnie nowe światło.

Dwa zjawiska z dziedziny nowotworów zajmowały i zajmują poniekąd zupełnie odrębne stanowisko. Są to nowotwory roślin i mięsak kurzy (*Rous-Sarcom*).

Wiadomem jest, iż nowotwory zwierzęce dają się przeszczepiać z jednego osobnika na drugiego w obrębie tego samego gatunku. Przeszczepianie to może się odbywać tylko za pomocą żywego materiału komórkowego przez przeniesienie kawałka nowotworu, względnie zawiesiny z żywych komórek nowotworowych.

Wyjątkiem z tego ogólnego prawa są właśnie nowotwory roślin i mięsak kurzy. Okazało się bowiem, że z nowotworów roślin można wyhodować pałeczkę (*Bacillus tumefaciens*) i za pomocą niej wywoływać guzy na innych zdrowych roślinach.

Co się zaś tyczy mięsaka kurzego, to Peyton Rous i jego współpracownicy przeszczepiali go na inne kury za pomocą przesączu, otrzymanego przez filtr Berkefelda, względnie kawałków nowotworu, wysuszonych nad kwasem siarkowym i sproszkowanych.

Guzy roślin były punktem wyjścia dla badań Blumenthala i jego szkoły. W guzach tych pałeczki znajdowano prawie tylko na ich obwodzie i to w niewielkiej liczbie. Przypuszczano więc, iż trudność wykrycia jakichkolwiek zarazków w nowotworach zwierzęcych i ludzkich jest uwarunkowana podobnym umiejscowieniem i niewielką w stosunku do guza ilością tych bakterji. Paula Meyer rzeczywiście wyhodowała z raka sutka ludzkiego pałeczkę, która, jak się okazało, była bardzo podobna do *Bacillus tumefaciens*. Te pałeczki, zaszczerpione roślinom, wywoływały u nich typowe guzy, zupełnie podobne do tych, jakie postawały pod wpływem B. T. Te wykryte pałeczki uważano za zbliżone do szczepu B. T. i nazwano je szczepem P. M.

Z 30 następnie badanych nowotworów ludzkich wyhodowano podobne pałeczki w 12 przypadkach. Przystąpiono do próby na szczurach i myszach.

Tutaj okazało się, że już w kilka dni po zaszczerpieniu powstawały w miejscu zastrzyknięcia guzki, które po 2 — 3 tygodniach ginęły. Kiedy jednak do zawiesiny P. M. dodano ziemię okrzemkową, to po 2 tygodniach powstawały guzki, nie znikające i dające przerzuty. Udało się je nawet przeszczepić na inne zwierzęta. Pod względem histologicznym guzki te w

pierwszem pokoleniu nie miały wyraźnego charakteru nowotworowego. Przeszczepione jednak, w drugim lub trzecim pokoleniu różniczkowały się bądź to w kierunku raków, bądź też mięsaków. Sprawą tą zajęli się inni badacze i z wielu stron potwierdzono badania powyższe. Jednakże drobnoustroje, wyhodowane przez innych, różniły się znów znacznie od szczepu P. M. (Binz, R ä t h, Reichert).

Kwestja więc swoistości zarazka raka znów musiała upaść. Ponieważ jednak wyhodowane drobnoustroje wywoływały u zwierząt nowotwory, to trzeba było przypuścić, że mają one jakiś wspólny czynnik wywołujący, a że same one pośredniczą tylko niejako przy przenoszeniu tego czynnika, że są nosicielami jakiegoś jadu (Virus) rakowego.

Ta koncepcja jadu niespodziewanie została podtrzymana przez badania, opierające się na zupełnie innym materiale.

Dwaj angielscy badacze Gye i Barnard zajęli się bliżej sprawą mięsaka kurzego (Rous Sarcóm), o którym poprzednio była mowa.

Mięsaka kurzego roztarto z piaskiem, zmieszano z roztworem Ringera, poczem sączono przez piasek i papier i po raz drugi przez świecę. Ten przesącz, zastrzyknięty kurom, wywoływał typowe mięsaki, zmieszany jednak z chloroformem, tracił tę własność (wykazał to już w swych badaniach Rous). Z tegoż mięsaka przygotowano tak zwaną hodowlę pierwotną w ten sposób, że do buljonu dodawano kawałek mięsaka, chloran potasu, surowicę królika i trzymało ją w warunkach beztlenowych. Przesącz tej hodowli również wywoływał nowotwory, lecz po 5—7 dniach tracił tę własność. Hodowla pierwotna stawała się nieczynną.

Zmieszano równe części nieczynnego przesączu z chloroformem i przesączu nieczynnej już hodowli pierwotnej, i ta mieszanina, zastrzykiwana kurom, wywoływała typowe mięsaki.

Trzeba było więc przypuścić, że do powstania nowotworu niezbędne są dwa czynniki. Jeden z nich jest zawarty w nieczynnej już samej przez się hodowli pierwotnej, drugi zaś znajduje się w nieczynnym samym przez się przesączu z chloroformem.

W hodowli pierwotnej po kilku dniach pozostaje ten sam czynnik, który w przesączu został związany chloroformem (nazwano go „Virus“). W przesączu zaś po dodaniu chloroformu „Virus“ zostaje związany, a pozostaje drugi czynnik (nazwano go „czynnikiem chemicznym“).

Na innej jeszcze drodze szukano potwierdzenia powyższych wniosków.

Hodowlę pierwotną wirowano w ciągu 2 godzin na wirówce, dającej 9.000 obrotów na minutę. W ten sposób płyn został rozdzielony na 2 części. Górne warstwy, lżejsze, zawierały ów „czynnik chemiczny“, a dolne, cięższe, zawierały „Virus“. Przez przemywanie udało się obie części zupełnie rozdzielić, i znów każda, oddzielnie wzięta, była nieczynna, a razem zmieszane wywoływały nowotwór.

W dalszym ciągu przystąpiono do prób nad szczurami i myszami. Z nowotworów tych zwierząt przygotowano hodowlę pierwotną, była ona jednak zupełnie nieczynna. Kiedy dodano do niej nieco „czynnika chemicznego“ w postaci przesączu mięsaka kurze-

go z chloroformem, to stawała się ona czynną i wywoływała nowotwory. Ale, co najważniejsze, powstawały nowotwory typu mięsaka kurzego, zupełnie niepodobne do tych, z których przygotowano hodowlę pierwotną.

Wnioski, do jakich doszli angielscy autorzy, są następujące:

Powstawanie nowotworów jest uwarunkowane dwoma czynnikami. Jeden z nich „Virus“ jest czynnikiem stałym i wspólnym dla wszystkich typów nowotworów. Drugi natomiast „czynnik chemiczny“ jest czynnikiem zmiennym, przygotowującym niejako komórki do zakażenia przez „Virus“. Ten „czynnik chemiczny“ określa jednak typ nowotworu, jest więc w tym sensie swoisty.

Widzimy więc, jak zupełnie różnymi drogami myśl ludzka doszła do koncepcji „Virus“, jadu rakowego. Angielscy badacze wyobrażają go sobie w postaci zarazka przesączalnego, i w tym sensie ich pogląd stoi w związku ze starymi poszukiwaniami. Blumenthal jednak nie określa narazie bliżej istoty tego jadu. Tu otwierają się dopiero nowe szerokie możliwości dla dalszych badań. I jeżeli taki jad istnieje, to nie jest wyłączone, że zaburzenie w oddychaniu tkanek, ów „brak tlenu“ jest właśnie jednym z wyników działania owego jadu. W każdym razie według poglądów wyłuszczonej ten jad jest zewnątrzpochozny, zakażający organizm.

Jednocześnie badania powyższe operują drugim czynnikiem (zmiennym). U Blumenthala są to bakterje i ziemia okrzemkowa, u angielskich autorów ów „czynnik chemiczny“, i ta konieczność współdziałania dwóch czynników wyjaśnia, dlaczego koncepcje, oparte na działaniu tylko substancji drażniących (Reiztheorie), nie były wystarczające.

Teorje, dotychczas rozpatrywane, doszukiwały się czynników rakotwórczych na zewnątrz organizmu. Zajmiemy się teraz pokrótce temi teorjami, które punkt ciężkości całego zagadnienia przenoszą do wnętrza organizmu. Są to przeważnie poglądy, operujące pojęciem dyspozycji rakowej wrodzonej lub nabytej, starające się jednocześnie to pojęcie dyspozycji określić bliżej.

Stara teorja Cohnheima twierdziła, że nowotwory powstają z tkanek zarodkowych, wyodrębnionych podczas normalnego rozwoju zarodka. Jako obdarzone wszelkimi możliwościami rozwojowymi, mogą te tkanki być punktem wyjścia dla nowotworów. Jest to teorja, rozpatrująca zagadnienie nowotworów z punktu widzenia genezy formalnej. Należy ona przystem do tych teorj, których słuszności jest tak samo trudno dowieść, jak i niesłuszności. Jednakże ograniczono mocno jej zakres.

Askenaazy wszczepiał dorosłym zwierzętom tkanki zarodkowe (u nas zajmował się temi sprawami Skubiszewski), jednakże rezultaty tych doświadczeń nie wypadły wcale przekonująco.

Ostatecznie obecnie przypuszcza się, iż teorja Cohnheima jest słuszna w stosunku do guzów o charakterze potworniaków oraz w stosunku do nowotworów wrodzonych.

Modyfikacją tej teorji wśród nowszych autorów jest pogląd Rottera. Wychodzi on z założenia, że jajo dzieli się na 2 części. Z jednej powstaje materiał

do dalszej budowy organizmu, z drugiej komórki rozrodcze. Z podobnego zachowania się komórek nowotworowych i rozrodczych w stosunku do promieni Roentgena wnioskuje on, że istnieje pomiędzy nimi pewne pokrewieństwo. Jego też własne poszukiwania histologiczno-embryologiczne miały wykazać, że w pewnych okolicach ciała istnieją komórki odosobnione, morfologicznie zupełnie podobne do rozrodczych. Miałyby to być elementy egoistyczne, wyposażone w możliwości rozrostowe, jakich nie posiadają żadne komórki ciała ludzkiego. Z tych też komórek miałyby powstawać nowotwory.

Nie będziemy się tu zatrzymywać na innych nowoczesnych przeróbkach teorii Cohnheima. Jako takie, nie mogą one dostatecznie wyjaśnić sprawy powstawania nowotworów. Jeżeli są do pomyślenia, to jedynie przy warunku współdziałania jeszcze jednego czynnika, który w pewnej chwili powołuje do życia owe wrodzone możliwości rozrostowe.

To samo tyczy się zresztą teorii, zbudowanych na pojęciu dyspozycji rakowej nabytej. Te znów wprowadzają moment wewnętrzny w postaci nabytych podczas życia osobnika zmian w tkankach lub narządach. Te zmiany w połączeniu z działaniem czynników zewnętrznych mają warunkować powstanie nowotworu. Dla większej części tych teorii punktem wyjścia są zmiany starcze w organizmie, dowodem zaś fakt bezsprzecznego związku pomiędzy nowotworami i starzeniem się organizmu.

Już w połowie ubiegłego stulecia Thiersch twierdził, że rak powstaje następstwem zaburzenia równowagi pomiędzy nabłonkiem i tkanką łączną. Wyobrażał on sobie, iż tkanka łączna, która w starości miejscami ulega zanikowi, przestaje tem samem hamować dążności rozrostowe nabłonka.

Ten pogląd, przenoszący cały punkt ciężkości zagadnienia na tkankę podścieliskową, regulującą niejako życie nabłonków, powraca znów w nowej szacie.

Teilhaver np. ostatnio podkreśla dawno już znane fakty powstawania nowotworów w miejscach blizn. Blizna, jako tkanka mało wartościowa, wywołuje w pierwszej linii zaburzenia w krążeniu i w przemianie materji w danem miejscu. W starości również tkanka łączna staje się mniej wartościową, i tu powstają zaburzenia w krążeniu dzięki zmianom starczym w naczyniach. A nie jest wyłączone, że w tkance łącznej normalnej powstają substancje, hamujące dążności rozrostowe nabłonka.

Opitz znów zwraca uwagę na to, iż starzenie się idzie równolegle ze zmianą wago-tonji na sympatykotonię. Ponieważ większa część nowotworów występuje w starości, to jest możliwem, że wago-tonja chroni od raka. Dodatnie działanie naswietlania tlomaczyłoby się wtedy przez wzmocnienie tą drogą wago-tonji. Trzeba nadmienić, że Auler, działając na chorych rakowych pilokarpiną i histaminą, podobno miał w kilku przypadkach uzyskać poprawę. Uważa on, że środki te przez rozszerzenie naczyń poprawiły niejako zakłóconą przemianę materji w nowotworach.

Wychodząc znów ze związku, jaki zachodzi pomiędzy starzeniem się i zmianami w gruczołach do-

krewnych, starano się do tych ostatnich nawiązać sprawę powstawania nowotworów.

Seel podawał myszom smołowanim wyciągi z przysadki. Elsner próbował przeszczepiać nowotwory myszom, którym jednocześnie podawał wyciągi z gruczołów dokrewnych.

Okazało się, że grasica, przysadka i jądra hamują wzrost nowotworów, tarczycę natomiast przyspiesza. Wyniki tych badań jednakże nie były stałe.

Te i inne badania, mające na celu bliższe wyjaśnienie pojęcia dyspozycji rakowej, nie doprowadziły do żadnych decydujących wyników. Dopiero prace Freunda i Gisy Kaminer wskazały nową drogę dla tych poszukiwań. Należy też nad temi badaniami zatrzymać się nieco dłużej.

Pierwszem spostrzeżeniem, które zwróciło uwagę tych autorów, była różnica pomiędzy surowicą ludzi zdrowych i ludzi chorych na raka. Okazało się bowiem, że surowica normalna „in vitro“ niszczy komórki rakowe, podczas gdy surowica rakowa tej własności nie posiada. Kiedy surowicę normalną zmieszano z roztworem soli fizjologicznej, to nie traciła ona swej własności rozpuszczania komórek rakowych. Jeżeli natomiast w takim samym stosunku dodano do niej surowicy rakowej, to traciła ona swe własności i komórek rakowych nie rozpuszczała. Prócz tego zauważono, że surowica rakowa z komórkami rakowymi daje reakcję precypitacji.

Przypuszczano więc, że:

- 1) surowica normalna zawiera pewną substancję, rozpuszczającą komórki rakowe,
- 2) surowica rakowa tej substancji nie zawiera,
- 3) surowica rakowa zawiera pewną substancję, która broni komórki rakowe przed rozpuszczaniem działaniem surowicy normalnej,
- 4) proces obrony jest taki, że substancja, zawarta w surowicy rakowej, tworzy związki nierozpuszczalne z komórkami rakowymi.

Przystąpiono do dalszych poszukiwań.

Okazało się, że w jelitach ludzi zdrowych w dużych ilościach zawarta jest substancja, rozpuszczająca komórki rakowe.

W jelitach, natomiast, ludzi, zmarłych na raka, stwierdzono obecność dużej ilości substancji, która broni komórki rakowe przed rozpuszczaniem. Ta substancja posiada własność tworzenia pewnego związku patologicznego z frakcją euglobuliny i z węglowodanami.

Badania chemiczne wykazały, że w rzędzie nasyconych kwasów dwukarbonowych znajdują się takie, które rozpuszczają komórki rakowe, a więc zachowują się, jak owa substancja, zawarta w jelitach i surowicy ludzi zdrowych. W rzędzie znów dwukarbonowych nienasyconych znaleziono takie kwasy, które zachowują się, jak owa substancja, zawarta w jelitach i surowicy ludzi chorych na raka, a więc bronią komórki rakowe przed rozpuszczaniem działaniem surowicy normalnej. (W związku z tem nazwano substancję, rozpuszczającą komórki rakowe „Normal-säure“, substancję patologiczną zaś nazwano „Krebs-säure“).

Badania nad tkankami zmienionymi wykazały dalsze ciekawe fakty. Wyciąg z tkanki, wziętej z okolicy przewlekłego wrzodu podudzia, nie rozpuszczał komórek rakowych. Wyciągi natomiast z tkanek zdrowych, wziętych od tegoż osobnika, rozpuszczały komórki rakowe.

Dalej okazało się, że tkanki, przez dłuższy czas poddawane działaniu smoły, traciły zdolność rozpuszczania komórek rakowych.

Wreszcie wystąpiły wyraźne różnice w zachowaniu się surowicy dzieci i ludzi starszych. Surowica, bowiem, dzieci od 1 do 14 roku życia wykazywała prawie 16 razy większą zdolność rozpuszczania komórek rakowych, niż surowica ludzi dorosłych. U ludzi starych zdolność ta opadała poniżej normy.

Opierając się na powyższych spostrzeżeniach, autorzy stworzyli następującą koncepcję.

Powstanie raka jest uwarunkowane przez dwa momenty, dyspozycji lokalnej i dyspozycji ogólnej. Pierwszy moment — dyspozycji lokalnej — wyraża się w zaniku kwasu normalnego (Normalsäure), który jest obecny w każdym zdrowym organizmie. Zanik ten zjawia się w jakimkolwiek miejscu i może być wywołany przez czynniki zewnętrzne, przy czem łatwiej dochodzi do tego w wieku starszym, kiedy ilość „kwasu normalnego“ jest już fizjologicznie zmniejszona. Ten moment oznacza, że w danym miejscu brak jest normalnej zdolności do niszczenia komórek rakowych.

Drugi moment — dyspozycji ogólnej — wyraża się w patologicznym procesie trawienia, podczas którego w jelitach powstaje „kwas rakowy“ (Krebsäure), tworzący związki z nukleoglobuliną i węglowodanami.

Materiały odżywcze, przeznaczone do budowy tkanek normalnych, zostają w jelitach wadliwie przetworzone i stają się materiałem, budującym komórki rakowe. Powstaje rak i to w miejscu, uprzednio już pozbawionem „kwasu normalnego“.

Ten drugi moment tłumaczy jednocześnie kliniczny obraz charłactwa nowotworowego.

Tak się przedstawia pobieżny szkic prac Freund'a i Gysy Kaminer. Badania ich były kontrolowane przez innych i jakoby niezupełnie potwierdzone.

Jednakże stanowią one nader ważny punkt historii poszukiwań etjologicznych w dziedzinie nowotworów.

Tu po raz pierwszy pojęcie dyspozycji zostało niejako rozłożone na szereg faktów biologicznych.

I w tem też leży zasługa autorów, niezależnie od tego, czy słuszność jest po ich stronie.

Zresztą, mamy tu analogję do badań poprzednich i tu czynniki zewnętrzne odgrywają tylko rolę podrzędną. Pozbawiając tkankę „kwasu normalnego“, przygotowują ją do powstania raka.

I tu o powstaniu raka decyduje jad — „kwas

rakowy“. Tylko że tu powstaje on wewnątrz organizmu.

Tak się przedstawia pobieżny szkic nowszych badań doświadczalnych i poglądów na powstawanie nowotworów. Można by też ustalić linje główne, na których się one rozwijały. Taką wielką linją rozwoju myśli ludzkiej jest ta, po której poszła „Reiztheorie“ poprzez raki eksperymentalne aż do współczesnych prac Warburga.

Drugą wielką linję stanowią teorie infekcyjne, aż do Blumenthala i Gyea z ich „Virus“, jadem rakowym.

Po trzeciej wreszcie szedł rozwój pojęcia dyspozycji rakowej aż do Freund'a i Kaminer.

Wszystkie one przecinają się w jednym punkcie. Wszystkie uznają rolę, jaką odgrywają czynniki zewnętrznie, przygotowujące niejako tkanki do wzrostu złośliwego.

Co do tego punktu istnieje zgodność zupełna. To nie jest moment decydujący.

Rozchodzić się zaczynają tam, gdzie idzie właśnie o ten czynnik istotny.

Czy to będzie moment dyspozycji wrodzonej, zaburzenie mechaniki rozwojowej;

czy to będzie dyspozycja nabyta; jad, „kwas rakowy“ Freund'a, powstający w organizmie;

czy wreszcie będzie to jad — „Virus“ Gyea i Blumenthala zewnątrzpochozny, zakażający ten organizm.

Na te pytania walczący umysł ludzki musi odpowiedzieć, i może żyjemy w przededniu tej odpowiedzi.

PISMIENICTWO.

1. Askenazy. Z. f. Krebsforschung 9., Vh. D. path. Ges. 1907.
2. Baum i Itchikawa. Bulletin 1923, t. XII, Nr. 9, 1924, t. XIII Nr. 1, 2, 4, (cyt. W. Laskowskiego).
3. Berblinger. W. Klin. Woch. 1925, Nr. 19.
4. Breckwoldt. Zur Fr. d. Zunahme d. Lungenkrebses Z. f. Kr. 23.
5. Blumenthal. Klin. W. 1924, Nr. 25, D. m. W. 1925 Nr. 32, 1926 Nr. 10, 11, 31.
6. Borrmann. Handbuch d. path. Anat. Henke - Lubarsch. T. IV.
7. Derom. Bulletin 1924 t. XIII Nr. 5 (cyt. W. Laskowskiego).
8. Elsner. Z. f. Kr. 23.
9. Fibiger. D. m. W. 1921 Nr. 48, 49.
10. Fischer (W.). Klin. Woch. 1924 Nr. 50.
11. Fischer cyt. w. Laskowskiego.
12. Freund u. Kaminer. Biochemische Grundlagen d. Disposition für Karzinom. 1925.
13. Gye. Referat Brandenburga Med. Klin. 1925 Nr. 33.
14. Hauser. Handbuch Henke - Lubarsch T. IV.
15. Jordan. Z. f. Kr. 19.
16. Kopsch. cyt. w. O. Straussa. Med. Kl. 1926 Nr. 28, 29, 30.
17. Laskowski. Med. Dośw. i Społ. 1925. Zeszyt 1—2.
18. Leroux. cyt. w. Laskowskiego.
19. Mertens. Z. f. Kr. 20.
20. Nassauer. Frankf. Zeitschr. 1919—1920. T. 22.
21. Opitz. Z. f. Kr. 22; Strahlentherapie 15, 21; Münch. m. W. 1926 Nr. 38, 39.
22. Paszkiewicz. Med. Dośw. i Społ. 1925, Z. 3—6.
23. Reichert. D. m. Woch. 1925, Nr. 32.
24. Rotter. Z. f. Kr. 18.
25. Seel. Z. f. Kr. 22.
26. Schüller. Die Parasiten im Kr. u. Sarc. d. Menschen 1901.
27. Teutschländer. Z. f. Kr. 20.
28. Teilhaber. Z. f. Kr. 9.
29. Thiersch. Der Epitheliakrebs nam. der. Haut. 1865.
30. Warburg. Über den Stoffwechsel der Tumoren 1926.



Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

☉ J. MERING. **Podręcznik chorób wewnętrznych**, wydany przez L. Krehla. Tom pierwszy. Zeszyt drugi. **Choroby narządów oddechowych i narządu krążenia krwi**. Przetłumaczył Dr.Br. Handelsman i dr. Józ. Luxenburg. Warszawa 1927.

Profesorowie kliniczni niemieccy są jakby stworzeni do pisania podręczników. Rzadko który z nich podręcznika nie napisze i — z malemi bardzo wyjątkami — podręczniki te są bardzo dobre. Nasi tłumacze, wybierając podręcznik Meringa do przekładu, uczynili dobrze, gdyż w tych właśnie rozmiarach książka podręczna bardzo nam jest potrzebna. Po pierwszym zeszytce w krótkim czasie wydano zeszyt; zawierający wykład o chorobach narządów oddechowych oraz serca i naczyń krwionośnych. I tu pochwalić należy przedewszystkiem zasadniczy układ książki, jej plan, zawartość poszczególnych rozdziałów, u niejżne rozmieszczenie tekstu. Właściwy stosunek objętościowy oddzielnych rozdziałów.

Müller, autor pierwszej części niniejszego zeszytu, potrafił np. o chorobach krtani powiedzieć właśnie tyle, ile potrzeba internście dla zorientowania się w tym niezmiernie ważnym dziale chorób narządów oddechowych. W rozdziale znów, tak pociągającym klinicystę, jak gruźlica płuc, nie pominął niczego istotnie ważnego, a z drugiej strony nie przeladował go szczegółami, które dla współczesnego lekarza — praktyka mogą mieć tylko znaczenie drugorzędne. Choroby płuc wogóle opracowane są pod każdym względem wzorowo, a kol. H a n d e l s m a n, który tę część podręcznika przetłumaczył, wywiązał się ze swego zadania doskonale.

Krehl, który opracował choroby narządu krążenia, a który nie należy do autorów, piszących łatwo, w tym podręczniku okazuje się pedagogiem pierwszorzędnym.

Jego uwagi ogólne o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu chorób serca — są prawdziwym wzorem znakomitego wykładu klinicznego. Tak ujęte zadanie w podręcznikach współczesnych należy jeszcze do rzadkości, a z takiego przedstawienia, jakie tu spotykamy, i uczący się student i lekarz nabierają należytego pojęcia o fizjologii i patologii serca. zanim przejdą do rozważania schorzeń narządu cyrkulacyjnego w poszczególnych przypadkach. Zalety pedagoga łączą się tu doskonale z doświadczeniem wyrobionego obserwatora klinicznego i stwarzają dzieło pouczające, od którego lektury odebrać się trudno.

Byłoby zbyt cennym rozpraszać uwagę czytelnika na rozbiór poszczególnych rozdziałów książki. Sumarycznie tylko powiedzieć należy, że i ta część podręcznika, bez zarzutu przełożona przez kol. Luxenburga, nie nasuwa żadnych uwag krytycznych.

Całe dzieło zapowiada się doskonale. Byłoby było mniej omyłek w druku! I jak to będzie z paginacją? Czyż każdy zeszyt zachowa paginację oddzielną?

M. F.

Lecnictwo.

☉ P. SAXL. **Fortschritte und Probleme in der Therapie innerer Krankheiten**. Nakł. J. Springera. Wiedeń 1926. Str. 132 cena 6.60 mar. niem.

Zbiór odczytów, wygłoszonych lekarzom przez docenta kliniki uniwersyteckiej wiedeńskiej i omawiający obecne stanowisko terapii racjonalnej chorób wewnętrznych. Z góry sprzedaje autor, że, jako internista, obejmuje broszurką swoją wszystko, co interny dotyczy, zdając sobie dobrze sprawę z tego, że specjalista poszczególnej dyscypliny swój specjalny rozdział opracowałby obszerniej lub lepiej. Autor z rozmysłem cytuje wyłącznie najnowsze prace, atoli poznać w nim nie tylko teoretykę, ale i praktykę, który we własnym materiale klinicznym sprawdzał prawie wszystko sam.

Główne sprawy, dyskutowane na zasadzie własnego doświadczenia przez Saxla, są następujące: Terapia nieswoista. Odczyny ogólne ustroju po zastrzykiwaniach i upustach krwi. Chemoterapia chorób zakaźnych. Terapia hormonalna i cierpienia wewnątrzwydzielnicze. Obrzęki i ich terapia. Terapia układu sercowo-naczyniowego. Terapia chorób przewodu pokarmowego, wątroby, nerek i przemiany materji. Choroby płuc i ich leczenie. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Książka, z talentem popularyzatorskim napisana i w szczególności spis rzeczy zaopatrzone, zasługuje na uważne i bez pośpiechu przeczytanie.

H. Higier.

W. ROCHL. **Zagadnienia chemoterapii**. (Deutsch. med. Woch. Nr. 48, 1926).

Łącząc bezpośrednio leki z wyodrębnionymi zarazkami *in vitro*, możemy spostrzegać zachowanie się poszczególnych czynności pasorzyta, ma to znaczenie i przy kombinowaniu różnych środków ze sobą. Ehrlich i jego uczniowie wykazali, że wpływy toksyczne na pasorzyty stoją na pierwszym miejscu, wtórnie dopiero odbywa się wytwarzanie przeciwciał, które obok działania leków stanowi czynnik niezbędny dla pokonania infekcji; pasorzyty rzadko ulegają zabiciu, przeważnie uszkodzenie ich wystarcza, by uległy przewadze sił obronnych ustroju.

Preparaty arsenowe (salwarsan i in.) nawet *in vitro* nie działają bezpośrednio zabójczo, lecz po utlenieniu przechodzą w substancje łatwo zatruwające pasorzyty; przy dożylnym podaniu odbywa się to w ciągu 15 — 20 min., a więc w czasie niewystarczającym do rozwoju swoistych przeciwciał. Działanie toksyczne preparatów arsenowych przejawia się prawdopodobnie w zaburzeniu procesów oksydacyjnych komórki.

Analogiczne działanie posiada antymon, oraz bizmut, stawiący przejście do metali; z tych ostatnich obok rtęci działanie chemoterapeutyczne posiada złoto (sanokryzyna), srebro, platyna i in.

Działanie germaninu (Bayer 205) tłumaczy autor powstawaniem soli sulfogrupy z zasadowymi częściami komórki pasorzyta; analogiczny mechanizm posiadają kwaśne barwniki, jak trypanrot, trypanblau.

Barwki zasadowe działają toksycznie na pasorzyty; trypaflawina, pyronina wywołują w trypanozomach znikanie ziarenka chromatynowego u podnóża biczyka; działają więc na pewne tylko części, dają osłabienie jadowitości przez umożliwienie podziału komórki.

Działanie chemoterapeutyczne posiada cały szereg alkaloidów, jak np. chinina, której jednak ostatnio przypisują wpływ na odporność ustroju gospodarza. Aut. wykazuje, że chinina również zatruwa pasorzyty malarji, wtórnie dopiero wyzwalając procesy odpornościowe. Tak samo działa plazmochina oraz emetyna.

M. Goldman junior.

W. WICK. **O znaczeniu przerw w proteinoterapii na zasadzie badań klinicznych u chorych ocznych**. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk., paźd. 1926).

Autor utrzymuje, że przy stosowaniu proteinoterapii musimy brać pod uwagę, wczesne jej zastosowanie, dawkowanie i przerwy między poszczególnymi dawkami, jeśli chcemy osiągnąć dobry wynik. W celu sprawdzenia działania środka farmakologicznego autor w 40 przypadkach z 300 badanych klinicznie badał obraz krwi i doszedł do wniosku, że przy leczeniu tem spotykamy się z 2-ma okresami. mianowicie okresem walki organizmu z jednoczesnym wzrostem liczby obojętnochnonnych białych ciałek i z okresem leczniczym z jednoczesnym wzrostem liczby, limfocytów i zmniejszeniem się liczby obojętnochnonnych, analogicznie do poglądów Schillinga co do chorób zakaźnych. Różnica ma polegać na krótszej przerwie między temi okresami przy stosowaniu proteinoterapii.

W dalszym ciągu autor dochodzi do przekonania, że główną wartość dla przebiegu sprawy chorobowej ma nie dawka środka farmakologicznego, którą należy indywidualizować, lecz przerwa między dawkami. Proponuje więc między dwiema dawkami zrobić najmniej trzydniową, albo i dłuższą przerwę, w każdym przypadku badać obraz krwi, który nam wskazuje, kiedy się kończy okres walki, czyli kiedy należy powtórna dawkę zastosować.

J. Lewin

Serologia i Bakterjologia.

H. SELTFR. **Drobnoustroje w stanach posocznicy**. (Deutsch. med. Woch., Nr. 29, 1926).

Autor ujmuje pojęcie posocznicy, jako stan nieograniczonego rozmnażania się we krwi drobnoustrojów, w przeciwieństwie do Schottmüllera, nie uznającego ciągłego rozmnażania się

drobnoustrojów, które, według niego, przedostawać się mają do krążeńia ze stalego ogniska posocznicy.

W tem ujęciu odpada szereg drobnoustrojów, prowadzących do bakterjemji, lecz nie dających stanów septycznych, jak np. drobnoustroje błonicy, gruźlicy i t. p.

Według S i m m o n d s a stany posocznice w 63% wywołują paciorkowce, w 18% — pneumokokki, w 17% — *bact. coli* i w 6% gronkowce. Wszystkie te drobnoustroje znajdujemy na skórze i błonach śluzowych zdrowego człowieka; dopiero dzięki uszkodzeniu skóry lub błony śluzowej stają się one czynnikiem zakażenia.

Bact. coli odgrywa mniejszą rolę, jako źródło stanów septycznych.

Wśród gronkowców rozróżniamy gronkowca złocistego i białego, z których pierwszy jest bardziej niebezpieczny. Obie postacie dają posocznice; mają szczególną skłonność do dawania przerzutów na drodze krwionośnej.

Paciorkowce dzieli S c h o t t m ü l l e r na beztlenowce bezwzględnie — *streptococcus putrificus*, a z pośród zwykłych rozróżnia *streptococcus pyogenes haemolyticus* i *viridans ahaemolyticus*. Hemolizę uważano za decydującą oznakę zjadliwości. Ostatnie badania M o r g e n r o t h a i jego szkoły zmieniły nasz pogląd na klasyfikację paciorkowców. Jeśli myszy wstrzyknięto wysoce zjadliwe paciorkowce hemolizujące i po kilku godzinach wyhodowano je ze krwi, spostrzegano znaczne zmniejszenie się zjadliwości ze skłonnością do zielenienia się; po pewnym czasie paciorkowce odzyskiwały swą zjadliwość. Badania M o r g e n r o t h a nad jednolitością paciorkowców poszły dalej. Wykazywały one przejście pneumokoków w zieleniejącą postać streptokoków, a nawet w postać hemolizującą i przemawiają za tem, że pneumo- jak i streptokokki są różnemi postaciami tego samego drobnoustroju.

Badania M o r g e n r o t h a oraz A s c h o f f a i jego szkoły nad rolą śród błonków po wnikięciu drobnoustrojów do krwi zmieniły nasz sposób zapatrywania się na zjawisko odpornościowego ustroju. M o r g e n r o t h zakażał myszy paciorkowcami o małej zjadliwości, a po pewnym czasie wprowadzał formy hemolizujące wybitnie zjadliwe. Okazało się, że myszy z przewlekłym zakażeniem posiadają dużą odporność na zakażenie ostre. Drobnoustroje złośliwe nie ginęły we krwi, lecz ulegały przeobrażeniu, tracąc swój charakter hemolizujący. Następowo pewne obniżenie zjadliwości, jako wynik działania sił odpornościowych (Depressionsimmunität). Odporność ta wytwarzała się już po 6 godz., całkowicie się rozwijała po 24 godz. Jednakże po pewnym czasie drobnoustroje mogły odzyskiwać zjadliwość.

B a s s znajdował drobnoustroje w śród błonkach układu siateczkowego i w śród błonkach naczyń. Przypuszcza, że różnica między zwierzęciem normalnym i uodpornionem polega na tem, iż u zwierząt uodpornionych zarazki są niszczone przez komórki śród błonkowosiateczkowe, u zwierząt zwykłych wewnątrz komórki odbywa się rozmnażanie drobnoustrojów, które po zniszczeniu komórki przedostają się do krążeńia.

Według badań M o r g e n r o t h a i A b r a h a m a surowica przeciw paciorkowcowa nie zapobiega zakażeniu, nawet wstrzyknięta dożylnie tuż przed zakażeniem; prawdopodobnie jednak hamuje rozwój zarazków, dając organizmowi czas na dostateczne rozwinięcie odpowiednich sił ochronnych.

M. G o l d m a n. junior.

R. PIERRET i V. BILOUET. Bakterjofagi u noworodków. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 27 — 1925).

W celu stwierdzenia, czy bakterjofagi odgrywają pewną rolę w rozwoju zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt i, chcąc się przekonać, czy można je stosować u nich jako środek leczniczy, autorzy badali, kiedy zjawiają się bakterjofagi w jelitach noworodka.

Pierwsze ich poszukiwania dotyczyły smołki, którą pobierali w sposób jałowy u zdrowych dzieci. Okazało się, że jelita noworodków w ciągu pierwszych czterech dni życia nie zawierają bakterjofagów, bez względu na to, czy są jeszcze jałowe, czy też obfitują już w drobnoustroje. Nieobecność czynnika litycznego w próbach smołki, pobranej w ciągu pierwszych 10 godzin, a więc jeszcze jałowej, jest zrozumiała, gdyż bakterjofagi d' H e r e l l e a są pasorzytami żywych drobnoustrojów i nie mogą się rozwijać w środowisku jałowem. Lecz wszystkie próbki późniejsze do 4 dni, pobrane jałowem, obfitowały już w drobnoustroje, a pomimo to bakterjofagów nie znaleziono. Ta nieobecność czynnika litycznego nie zależy ani od składu, ani od odczynu środowiska jelitowego w tym okresie życia. Prawdopodobnie zależy ona od tego, że zasianie przewodu pokarmo-

wego nie zdążyło się jeszcze dokonać. U niemowlęcia 12-o dniowego stwierdzono bakterjofagi w znacznej ilości.

J. T y p o g r a f.

Choroby zakaźne.

Olga BENCIU. O częstości i cechach swoistości paciorkowców hemolitycznych wyodrębnionych u chorych na płonicę. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 27 — 1925).

Badania dotyczą 20 przypadków płonicy. W 16 (80%) wyodrębniono z jamy gardzieliowej chorych paciorkowce hemolityczne. Surowica ozdrowieńców po płonicy zawsze wykazywała w stosunku do tych paciorkowców wyjątkowo wysoką, dochodzącą do 1:2000 zdolność aglutynacyjną.

Ta sama surowica w stosunku do paciorkowców niehemolitycznych, otrzymanych od chorych płonicy, i w stosunku do paciorkowców różnego pochodzenia wykazywała zdolność aglutynacyjną bardzo słabą.

J. T y p o g r a f.

PAPILIAN. Wpływ jądów, sympatykotonicznych na rozwój zakażeń gronkowcowych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 23 — 1925).

Autor badał na psach, jaki wpływ na rozwój zakażeń gronkowcowych wywiera uprzednie podrażnienie układu sympatycznego za pomocą adrenaliny, lub porażenie układu parasympatycznego za pomocą atropiny. W pierwszej grupie doświadczeń zastrzykiwano psom adrenalinę, a po upływie krótkiego czasu pewną liczbę gronkowców; psom kontrolnym zastrzykiwano wyłącznie gronkowce bez adrenaliny. U psów, którym stosowano adrenalinę na drugi dzień powstawał obrzęk, a na trzeci — ropień; zwierzęta kontrolne nie wykazywały żadnego obrzęku.

Dla rozstrzygnięcia pytania, czy zakażeniu nie sprzyjała może glikemja adrenaliniowa, autor w drugiej serii doświadczeń porażał układ parasympatyczny za pomocą atropiny. U połowy spostrzeganych zwierząt otrzymano ropnie, podczas gdy zwierzęta kontrolne, z wyjątkiem jednego, nie wykazywały żadnych zaburzeń.

Z doświadczeń powyższych wynika, że pobudzenie układu współczulnego sprzyja zakażeniu.

J. T y p o g r a f.

N. KOSSOVITSCH. Krew w durze płamistym. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 29 — 1925).

Autor badał krew 138 chorych na dur płamisty. W ciągu całego czasu trwania choroby codziennie obliczał ilość hemoglobiny, liczbę krwinek czerwonych i białych oraz wzór ciałek białych. Z badań jego wynika, że z hematologicznego punktu widzenia dur płamisty wyróżnia się następującemi cechami:

- 1) liczba krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny zmniejszają się; po chorobie zaś regeneracja ich następuje bardzo szybko;
- 2) szczyt krzywej leukocytozy stwierdza się w 8-y m dniu choroby; krzywa leukocytozy okazuje się równoległą do krzywej temperatury;
- 3) liczba neutrofilowych polinuklearów powiększa się do 8-go dnia choroby;
- 4) eozynofile w ciężkich przypadkach znikają i zjawiają się z powrotem przed spadkiem temperatury;
- 5) zjawiają się myelocyty, komórki T ü r c k a (4%), obraz A r n e t h a przesuwają się na lewo.

J. T y p o g r a f.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

J. ORGOGOZO. O celowości całkowitego wyluszczenia migdałków. (Revue de la laryngologie, d'otologie et de rhinologie, Nr. 5 — 1926).

O. przedsięwziął badanie szeregu skrawków migdałków podniebiennych, usuniętych drogą wyluszczenia całkowitego. W preparatach tych stwierdzamy w pierwszym rzędzie objawy stanu zapalnego. W naczyńiach, licznie rozgałęzionych i rozszerzonych, nie stwierdził O. ani razu zakrzepów, jak to podał C r o w e, który na tej podstawie rozwinął teorię o przerzutach infekcyjnych — jak zapalenie wyrostka robaczkowego, stawów etc. W samym migdałku O. zwykle stwierdzał szereg rozsianych ognisk ropnych, często b. głęboko od powierzchni położonych, tak iż od otoczki dzieliło je zaledwie parę warstw ko-

mórkowych. Streszczając się, O. stwierdza w obserwowanych skrawkach migdałków:

1) stan zapalny i liczne rozszerzone naczynia. Fakt ten objaśnia nam częste obfite krwawienia, występujące po przecięciu mięszu migdałka;

2) ogniska ropne bywają często tak głęboko położone, że tworzą wprost ropnie podotoczkowe.

Z tego wynika, że przy niecałkowitem usunięciu migdałka możliwe jest pozostawienie takiego ogniska wraz z otoczką.

Wskazania do tonsillektomji stanowią w pierwszym rzędzie: ropnie migdałków, ropnie okołomigdałkowe, przewlekłe stany zapalne migdałków, zapalenie migdałków serowate, zapalenie nerek, wsierdzia i stawów, płasawica i t. d.

Następnie O. podaje opis techniki operacyjnej, opracowanej przez szkołę laryngologiczną w Bordeaux.

E. Weinkiper.

W. ANTHON. Tonsillektomja z powodu ropnia okołomigdałkowego. (Klinische Wochenschr. Nr. 4, 1927).

A. występuje w obronie wyluszczenia migdałków podniebnych w okresie ostrego zapalenia przynajmniej w przypadkach, kiedy szerokie przecięcie i próbne nakłucie ropy nie wykrywają, a przy dalszym wyczekiwaniu należy się obawiać powikłań (*Trombophlebitis*, krwotoków wskutek nadżarcia naczyń krwionośnych, *Meningitis*, *Mediastinitis* etc.). Zgadza się z Winklerem, że wyluszczenie w okresie ostrego zapalenia jest łatwiejsze i nie daje krwotoków ani podczas, ani po operacji, ale nie jest za uspieniem ogólnem, nawet w postaci odurzenia eterowego. Nie jest też za energiczną infiltracją miejscową i proponuje swój prosty sposób: zastrzyknięcie pantoponu ze skopolaminą lub bez niej dla osiągnięcia ogólnej hypalgezji, następnie energiczne smarowanie kokainą lub tutokainą i bardzo powierzchowną infiltrację novokainą wyłącznie w miejscu przeznaczonym do nacięcia błony śluzowej.

Operował 3 tuziny przypadków i tylko w 2 przypadkach miał znaczny obrzęk całego miękkiego podniebienia (w pierwszym) i całej bocznej ściany gardzieli, aż do wejścia do krtani (w drugim przypadku), nie sądzi jednak, żeby infiltracja mogła zaszkodzić. Zresztą, obydwa przypadki dobrze się skończyły.

B. Chorążycy.

H. KRAMM. Rezekcja okienkowa otoczki migdałkowej jako zabieg, chroniący przed nawrotami ropni okołomigdałkowych. (Zeitschrift f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk T. 8, 1924).

Z krwotokami podczas i po tonsillektomji jakoś możemy sobie dać radę, natomiast częstokroć trudno uniknąć zakażeń pooperacyjnych-ropnicy i posocznicy, które są zależne głównie od znieczulenia infiltracyjnego, będącego roznosicielem zarazków w przypadkach często powtarzających się ropni okołomigdałkowych. Okazuje się, że właśnie w tych ostatnich przypadkach, w których wyluszczenie zewnątrzotrebkowe, t. j. razem z otoczką, najwięcej jest wskazane, wykonanie zabiegu w znieczuleniu infiltracyjnem jest połączone z niebezpieczeństwem. Winkler uważa moment dojrzewania ropnia okołomigdałkowego za najodpowiedniejszy do tonsillektomji, gdyż wtedy migdałki wraz z otoczką są wyliminowane z tkanki okolicznej przez ropę. Ale jak można mieć odwagę proponować wtedy tonsillektomję choremu, wymęczonemu przez ropień, tem bardziej, że znieczulenie infiltracyjne w takich warunkach jest najniebezpieczniejsze?

Kramm proponuje sposób następujący: ropień okołomigdałkowy, jeżeli leży, jak po większej części, ku przodowi i ku górze (typ I), otworzyć za pomocą cięcia równoległego do brzegu łuku przedniego, jeżeli zaś leży więcej ku tyłowi (typ II), za pomocą cięcia wzdłuż przedniego brzegu łuku tylnego, kierując ostrze noża na zewnątrz. W obydwu razach musimy się przedostać do tkanki okołomigdałkowej, opróżnić ropień i w ciągu 1 — 3 tygodni otwór ciągle rozszerzać kleszczykami, dopóki nie nadejdzie dzień, kiedy migdałek ma być usunięty. Wprowadza się wtedy do jamy ropnia na ½ godziny tampon, namoczony w 10% roztworze kokainy z suprareniną, a po usunięciu tamponu zaczyna się właściwa operacja: pendzłujemy migdałek 20% roztworem kokainy z adrenaliną, do jamy wprowadzamy wziernik nosowy lub krzywe nożyczki nosowe Beckmana i wypychamy ku linii środkowej cały migdałek, który ścinamy jednym cięciem konchotomou Hartmanna. Następnie nacięcinamy nożem wypchniętą zgłębnikiem otoczkę i rozszerzamy otwór ten konchotomem Gruenwalda i nożem we wszystkich kierunkach, tak, żeby w otocze powstało duże okienko. Można też przez wypchniętą otoczkę nie przeprowadzić lub igłą podniebienną i wtedy

łatwo okienko wyciąć nożem. W ropniach typu II używamy zgłębnika, należycie wykrzywionego i wykonywamy ten sam zabieg z tyłu.

Jeżeli ropień sam się opróżnia, to można czekać do następnego ropnia lub operować na zimno w znieczuleniu infiltracyjnem albo też zapendzlować kokainą migdałek i powierzchownie infiltrować tylko typowe miejsce nacięcia błony śluzowej, następnie nożem się przedostać do luźnej tkanki okołomigdałkowej. Można też wstrzyknąć 2% nowokainę z suprareniną do tej tkanki, ale niezwłocznie też wejść nożem, ażeby nastąpiło szybkie opróżnienie. Dalszy ciąg operacji, jak powyżej.

Opisany zabieg Kr. nazywa „rezekcją okienkową otoczki migdałkowej“ i uważa go za bardzo prosty; dziwi się nawet, że nikt go dotychczas nie stosował. Zabieg ma być też łatwy, radykalny i nieszkodliwy i może być wykonany ambulatoryjnie. Nie pozostawia blizn zniekształcających, bo łożysko migdałkowe zostaje zachowane, dlatego też może być stosowany u śpiewaków. Jako zabieg profilaktyczny, Kr. porównywa rezekcję okienkową z appendektomją.

Na zakończenie Kr. oświadcza się przeciwko metodzie (J. Killiana), otwierania ropni okołomigdałkowych przez jamkę nadmigdałkową, jako metodzie niepewnej i nawet niebezpiecznej gdyż łatwo można tęym zgłębnikiem wprowadzić zarazki do luźnej tkanki okołomigdałkowej.

B. Chorążycy.

OSKAR HIRSCH. Przyczynę do kliniki guzów przysadkowych, oparty na 100 przypadkach operowanych przez autora jego własną metodą wewnątrznosową. (Presse Médicale, 8 maja 1926, Nr. 3).

Autor zaznacza, że często nawet w pracach specjalnych nie są ściśle notowane objawy kliniczne guzów przysadkowych. Przyczyną jest akromegalia i *status adiposo-genitalis* a rzadko wspomina się o objawach ocznych, na które już przed laty wskazał autor.

Syndrom oczny charakteryzuje się zaburzeniami wzrokowemi — zmniejszeniem ostrości wzroku, zwięzieniem pola widzenia — często w postaci hemianopsji bitemporalnej, która winna być, zdaniem autora, uważana za patognomiczną dla guzów przysadkowych. Według statystyki autora hemianopsja temporalna lub bitemporalna spotyka się w 84% przypadków guzów przysadkowych. Tylko w 11% H. stwierdził obrzęk tarczy i zapalenie nerwu wzrokowego, dlatego też radzi zachować ostrożność przy rozpoznawaniu guza przysadki na zasadzie tarczy zastoinowej. Hirsch odróżnia: 1) akromegalię łagodną; 2) akromegalię złośliwą. Pierwszej postaci nie towarzyszą zaburzenia wzrokowe, spotykamy natomiast zaburzenia swoiste w narządach, pochodzących z ektodermy. Charakterystyczne są również dla tej postaci bóle głowy i zaburzenia mowy. Pod względem anatomo-patologicznym charakteryzuje się jako gruczolak płata przedniego. Dla akromegalii złośliwej (jest to złośliwość w sensie klinicznym, a nie anatomo-patologicznym), charakterystyczną cechą są zaburzenia wzrokowe. Wywołuje ją guz, rosnący nie tylko ku dołowi, lecz i ku górze. Zaburzenia płciowe stwierdzamy dość często w tej postaci guza, bóle głowy zaś nie są tak częste, jak w akromegalii łagodnej.

Hirsch przytacza poniższy szereg objawów przysadkowych w ich porządku historycznym:

- 1) Akromegalia Pierre Marie (1886).
- 2) *Degeneratio adiposo-genitalis*. (1901),
- 3) Postać oczna (Hirsch 1911).
- 4) *Cachexia hypophysaria* (Simonds 1914).
- 5) *Nanismus hypophysys* (Erdeheim 1916).
- 6) *Disostosis pituitaria* (Schüller 1924).

E. Weinkiper.

G. PORTMANN. Rezekcja żyły jarzmowej wewnętrznej w przypadkach zakrzepu tego naczynia. (Presse Médicale, Nr. 83, 1926).

Na wstępie autor przypomina, że w przypadku zaczopowania żyły jarzmowej, należy albo wylżeczować zakrzep, albo dokonać rezekcji naczynia. W pierwszym przypadku naczynie podwiązując się powyżej miejsca zaczopowania, rozcina się je, zakrzep się wylżeczkuje i naczynie przemywa. Rana pozostaje otwarta. Zwykle jednak następuje zakażenie ścian naczynia i nawet jego otoczenia, tak, iż wylżeczowanie zakrzepu nie jest zabiegiem wystarczającym. Postępujemy wtedy bardziej radykalnie — przystępujemy do wycięcia części żyły. Autor wypowiada się za takim postępowaniem, gdyż, pomimo iż nie daje ono całkowitej gwarancji usunięcia całego ogniska zakażenia, to w każdym razie daje ją w większym stopniu, niż zwykłe wylżeczowanie.

Autor przytacza dwa swe własne przypadki ropnego zapalenia żyły jarzmowej w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego. W jednym przypadku zachowawcze postępowanie nie dało pomyślnych wyników, i chory zmarł. W drugim przypadku była dokonana rezekcja żyły — chory wyzdrowiał. Autor opisuje wszystkie etapy operacji i podaje, że chory wypisał się bez żadnych komplikacji, jak np. obrzęk twarzy po stronie operowanej, nadmierne ciśnienie mózgowe i t. p. Nawet przecięcie *n. spinalis*, którego nie udało się uniknąć przy operacji, nie wywołało większych zmian w odpowiednich mięśniach.

E. Weinkiper.

M. BOUCHET i L. LEROUX. O zawrotach głowy zależnych od pozycji ciała. (Annales des maladies de l'oreille etc. Nr. 12, 1925).

Autorzy opisują przypadek zawrotów głowy, które powstawały w pewnej pozycji ciała u osobnika, który uległ wypadkowi podczas pracy. Zawroty te trwały 3 miesiące i występowały tylko wtedy, kiedy osobnik ów kładł się w pozycji poziomej na prawym boku. Zdjęcie rentgenowskie nie wykazuje zmian kostnych w czaszce. Chory pracuje normalnie. Badanie słuchu nie wykazuje odchyżeń od normy.

Próby błędnikowe: brak pobudliwości błędnika po stronie prawej jedynie na próbę kaloryczną przy dodatnim wyniku wszystkich pozostałych prób po tej stronie. Autorzy podkreślają ten objaw paradoksalny i wyrażają przypuszczenie, że stać się on może z czasem jednym z kardynalnych objawów zajęcia aparatu kamyczkowego.

E. Weinkiper.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

PORCHERON et DAUFRESNE. Kuracja morska niedokrwistości. (Paris Médical, Nr. 43, 1926).

Autorzy opisują przypadek chroniczny i uporczywy anemii, w którym polepszenie otrzymali po kuracji morskiej. Przypadek dotyczył dziewczynki, lat 16½; ani opoterapia, ani glicerofosfaty, ani powietrze nie odniosły skutku, dopiero po pobycie na morzu, stan chorej bardzo się poprawił. Zjawił się apetyt, wróciło normalne zabarwienie powłok skórnych i śluzówek, badanie morfologiczne krwi stwierdziło zmniejszenie się liczby leukocytów, zwiększenie się liczby czerwonych ciałek, znaczne zwiększenie się ilości hemoglobiny (wskaźnik, który początkowo wynosił 0,78, doszedł po kuracji do 0,95, a więc prawie do normy).

Józef Nusbaum.

ISTOMANOWA. Uwagi kliniczne nad barwieniem przyżyciowym krwinek w przypadkach ciężkiej niedokrwistości. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. B. 152, H. 1/2).

Istnieje pogląd, że zjawianie się czerwonych ciałek jądrzastych (normoblastów) we krwi obwodowej, bądź też ich wielobarwność (polichromatofilja) przemawiają za wzmocnionym odradzaniem się krwi. Według autorki jest to przekonanie poniekąd błędne, albowiem krwinki jądrzaste są bardzo często pierwszym wiastunem wyczerpania szpiku bez jego nadezynności, a krwinki wielobarwne są trudne do obliczenia, oraz czasem do odróżnienia od ciałek normalnych. Wobec tego autorka radzi używać sposobu barwienia przyżyciowego. Badania, wykonane przez aut. na zwierzętach, wykazały, że zacerwienie szpiku — nadezynności szpiku kostnego towarzyszy wzrost liczbowy krwinek, barwiących się przyżyciowo, i naodwrot zblednięciu — zmniejszenie. W normalnych warunkach liczba krwinek, barwiących się przyżyciowo, wynosi 0,1 — 0,5%.

W tych samych doświadczeniach autorka zauważyła, że neosalwarsan jest dobrym lekiem w niedokrwistości złośliwej. Należy go stosować w dawkach od 0,075 do 0,45 *pro die*. Dawkę neosalwarsanu trzeba zwiększać wówczas, gdy nie wzrasta liczba krwinek, barwiących się przyżyciowo.

Goliborska.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnętrznych.

FRANK, NOTHMANN i WAGNER. O środkach syntetycznie otrzymanych, działających podobnie do insuliny. (Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 45).

Opierając się na spostrzeżeniu, że w tężycze obniża się poziom cukru we krwi, autorzy zwrócili uwagę na działanie guanidyny, wy-

stępującej w tężycze w większej ilości, niż w warunkach prawidłowych. Rzeczywiście okazało się, że związek ten, wstrzyknięty pod skórę, powoduje spadek cukru, do czego po upływie 4-ch godzin dołączały się drgawki toniczne, powodujące wkrótce zejście śmiertelne. Podanie cukru drgawek nie usuwało. Naskutek takiej jadowitości guanidyny, autorzy rozpoczęli badania nad jej pochodnymi, które rzeczywiście okazały się mniej trującymi. Pierwszym z tych związków była agmatyna — aminobutyloguanidyna, zawarta w spermie śledzi, później otrzymana na drodze syntetycznej. Nietrujące dawki agmatyny, powodowały nieznaczny spadek cukru we krwi, większe jej ilości obniżały poziom cukru bardzo wybitnie, jednak dopiero po uprzednim znacznym przecukrzeniu krwi. Następnym z kolei związek — aminopentylenguanidyna, bogatszy od poprzedniego o jedną grupę aminową, nie wywołuje przecukrzenia i działa już w mniejszych ilościach. Ostatecznie otrzymano związek najbardziej odpowiedni i nazwano go syntaliną. Związek ten bardzo przypomina działanie insuliny, albowiem usuwa objawy, towarzyszące cukrzycy. W przeciwieństwie do poprzednich związków drgawki, spowodowane przez syntalinę, znikają natychmiast po podaniu cukru, nad insuliną zaś posiada syntalina tę przewagę, że działa przy podaniu doustnym. Gdyby nie zbyt powolne działanie tego środka i naskutek tego zbyt ograniczony zakres jego działania (nie możemy go stosować w śpiączce cukrzyczej), mielibyśmy skuteczną broń w walce z cukrzycą. Mechanizm działania syntaliny jest taki sam, jak insuliny: zwiększa ona spalanie cukru w tkankach i wpływa na gromadzenie się glikogenu w wątrobie; to ostatnie co prawda nie zostało jeszcze ostatecznie stwierdzone.

Dawkowanie syntaliny, wyrabianej przez Kahlbaua: 1 mg. substancji spala około 1,2 g. cukru, co odpowiada mniej więcej jednostce insuliny; wobec tego jednak, że jednostka insuliny zawiera 0,01 mg. czystej substancji, środek ten okazuje się 100 krotnie słabszym od insuliny. Autorzy nadmienają, że dłuższe stosowanie syntaliny może spowodować brak łaknienia, skłonność do wymiotów, ogólne osłabienie, które to objawy nie zależą od poziomu cukru we krwi, albowiem występowały i przy jednoczesnym podawaniu cukru.

Goliborska.

FRANK, NOTHMANN i WAGNER. O leczeniu cukrzycy syntaliną. (Deutsch. med. Woch. Nr. 49, 50. 1926).

Autorzy podają wskazówki kliniczne stosowania syntaliny w cukrzycy. Dawka jednorazowa wynosi 20 — 25 mg. (w sprządaży po 10 i 25 mg. C. A. F. Kahlbaua); największa ilość, jaką podano w ciągu 4 dni — 125 do 150 mg. Chorzy znoszą lepiej preparat na początku jedzenia, niż przy pustym żołądku (podaje się z herbatą). W technice leczenia posługują się aut. 3-ma metodami podawania; w 1-iej rozpoczyna się od 20 mg. 2 razy dz., następnego dnia rano — 20 mg., trzeciego — rano i wieczór po 20 mg., czwartego — przerwa; następnego dnia zamienia się stopniowo dawki 20 na 25 mg.-owe. T. zw. II-gi schemat różni się od I-go tem, że przerwy robi się co trzeci dzień i szybciej zamienia niższe na wyższe dawki. W sch. III-cim — przerwy wynoszą tylko 24 godz., stosujemy je wtedy, gdy 36-godzinna pauza zwiększa cukier w moczu. Jeśli skrócenie przerwy powoduje wystąpienie objawów ze strony żołądka, możemy jednorazowo wstrzyknąć małą dawkę insuliny.

W lepszych przypadkach możemy podawać co drugi dzień po 20 mg. 2 razy dziennie, wzgl. codziennie po 20 — 25 mg.

W przypadkach, leczonych insuliną, podają aut. jednocześnie syntalinę, a zmniejszając stopniowo dawkę insuliny, przechodzą do wyłącznego podawania syntaliny.

Przy przekroczeniu wyższych dawek może wystąpić brak apetytu, uczucie ściskania w dołku, nudności, wymioty.

U osób niewrażliwych można dojść do 30 mg. na dawkę, jak i przeciwnie — u nadwrażliwych dawka 20-mg.-owa może wywołać objawy dyspeptyczne, które jednak mogą mieć charakter przemijający i ustąpić przy dalszym leczeniu.

Dłuższe podawanie syntaliny nie wywoływało żadnych złych następstw (Sporstrzeń. do 7-iu miesięcy).

Syntalina działa wolniej od insuliny, lecz dłużej. Według aut. 100 mg. w ciągu 4 dni może wydaląc 25 do 30 gr. cukru dziennie. Równoważnikiem 1 mg. syntaliny jest ca 1,2 gr. cukru.

Syntalina usuwa również kwasice. Wydalanie acetonu odbywa się równomiernie, lecz dość wolno. Równie wolno wpływa syntalina na poziom cukru we krwi.

Dobre wyniki daje stosowanie syntaliny w powikłaniach chirurgicznych. Przed operacją podawano insulinę dla szybkiego od-cukrzenia, po operacji zastępując stopniowo insulinę syntaliną. Przypadki odporne na działanie nawet dużych dawek insuliny reagowały dobrze na zwykłe dawki syntaliny.

Do leczenia syntaliny nadają się przedewszystkiem przypadki lekkie i średnio ciężkie. W ciężkich postaciach wchodzi w grę leczenie kombinowane syntaliną i insuliny.

U osobników młodych, cierpiących od niedawna na cukrzycę, syntalina daje rezultaty bardzo dobre. W przypadkach dłużej trwających z przewlekłą kwasicią udaje się syntaliną zastąpić 40 do 60 jednostek insuliny.

Stany przedśpiączkowe jak i śpiączkowe są terenem wyłącznym insuliny. Syntalina w tych stanach jest przeciwwskazana.

M. Goldman junior.

HOLZER i KLEIN. Wpływ dużych dawek insuliny na przemianę materji w ciężkich przypadkach cukrzycy. (Deut. Arch. f. kl. Med. B. 153 H. 3—4).

Leczenie cukrzycy małymi dawkami insuliny przez dłuższy przeciąg czasu niezawsze daje się skuteczniej; warunki bowiem materialne nie pozwalają często chorym na dłuższy pobyt w szpitalu, a przestrzeganie diety w domu oraz korzystanie ze wstrzykiwań podskórnych często dla tych samych powodów jest niemożliwe. Wszystko to skłoniło autorów do leczenia insuliny w sposób odmienny. Podawali oni duże dawki insuliny 80 — 100 jednostek obok 100 — 120 gr. węglowodanów, białko w ilości 0,5 gr. na 1 kg. wagi, tłuszczu 120 — 140 gr. na dzień. Leczenie takie trwało 8 — 10 dni, potem puszczano chorych do domu, ograniczając im na przyszłość ilość węglowodanów — przy dużych ilościach białka i tłuszczu. Obserwacja wykazała, że tolerancja kaloryczna na białko i węglowodany po takiej kuracji wyraźnie się zwiększała. Autorzy twierdzą, że insulina, podawana w taki sposób, wykazuje własności lecznicze. Podczas stosowania insuliny wraz z węglowodanami odkłada się w wątrobie zapas glikogenu, którego obecność znakomicie odciąża pracę trzustki w okresie pokuracyjnym, gdyż wtedy czynność wysepek Langerhansa ogranicza się do przerabiania tylko nieznaej ilości substancji pokarmowych (białka i in.) w celu utrzymania zapasu glikogenu.

Goliborska.

A. FLAUM. Spostrzeżenia nad przebiegiem dobowej krzywej cukru we krwi u chorych cukrowych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 24 — 1925).

Spostrzegając dobową krzywą cukru we krwi u 21 chorych na cukrzycę, autor w 10 przypadkach stwierdził paradoksalne zachowanie się tej krzywej, mianowicie, że nie bacząc na spożywanie pokarmów, krzywa cukru w ciągu dnia, zamiast wzrastać, okazywała wyraźną skłonność do obniżenia się, tak, że po południu stwierdzano niższy poziom, niż zrana naczezo.

Z pośród tych 10 chorych 5 wykazywało wysoki początkowy poziom cukru (powyżej 0,24%); kilku z nich było ciężko chorych. Wydaje się przeto, że głównie przypadki ciężkie wykazują ten szczególny przebieg krzywej w ciągu dnia. Wiek, płeć, czas trwania choroby, sposób odżywiania nie mogą być uważane, jak to wynika ze statystyki autora, za czynniki przyczynowe opisanego zachowania się krzywej cukru.

J. Typograf.

SAVINI, ACKERMAN O leczeniu djatermią zespołu Basedowa i częstoskurczu napadowego. (Paris Médical Nr. 38 1926).

Najświeższym, najszybszym i najlepsze rezultaty dającym środkiem w tych sprawach jest diatermia. Autorzy stosowali aparat Kocha i Sterzela; elektrody z cyny: elektroda czynna, mniejsza (9×4 cm.) dobrze przylega do okolicy tarczycy; druga większa (16×12 cm.) do karku. Chorzy badani znosili napięcia do 100 miliampereów. Seans trwał od 5—15 minut i jest tem dłuższy, im częściej puls jest większy. Stosuje się maksymalne napięcie, jakie chory może znieść, stopniowo je zwiększając. Podczas seansu należy zwracać uwagę na serce.

Każda serja składa się, według Bodierra, z 10 seansów, a po przerwie 15 dniowej następuje druga serja.

W przypadkach, w ten sposób leczonych, najpierw znikła tachikardja i to już nawet po pierwszym seansie, następnie zjawiała się poprawa stanu ogólnego i nerwowego, nieco później ustępowało drżenie. Obwód szyi zmniejszał się powoli. Najdłużej utrzymywały się wytrzeszcz i poty. Chorym przybywało na wadze, wracał sen.

Pozatem autorzy opisują 2 przypadki tachikardji paroksyzmalnej, w których zastosowana diatermia (od 3 — 5 seansów po 3 — 5 minut, napięcie prądu 500 — 650 mlamp.) dała doskonałe wyniki.

Józef Nusbaum.

Choroby oczu.

A. PETERS. W sprawie leczenia przewlekłych nieżyty spojówki. (Münch. Med. Woch. Nr. 2, 1927).

Już od roku 1893 spostrzegł autor, że zeszkrobwanie spojówki wywiera bardzo dodatni wpływ nie tylko na jaglicę, ale i na zwykłe nieżyty i na nieżyt wiosenny.

Sposób Keininga, podany w r. 1890, a polegający na nacieraniu spojówki za pomocą wacika, umoczonego w sublimacie, działa zdaniem P. nie tylko farmakologicznie, ile mechanicznie. Autor zgadza się zatem ze zdaniem Elschninga, że w prostych nieżytych przewlekłych leki są zbyt słabe, wystarcza leczenie mechaniczne. Natomiast nie podziela autor obaw Elschninga, co do możliwych złych następstw zbyt energicznego nacierania, któreby się wyrażały w powstawaniu blizn, gdyż wiadomem jest, że właśnie usuwanie tkanek chorej zapobiega tworzeniu się blizn po jaglicy. Przy zwykłym nacieraniu zdzieramy powierzchowne warstwy nabłonka, ale to co pozostaje wystarcza, by nabłonek się odrodził, natomiast usuwamy w ten sposób części śluzowe zwyrodniałe, zawierające wielką liczbę komórek kubkowatych.

Przekrwienie, wywołane przez masaż można porównać z działaniem niektórych leków (jak np. cynk), ale jest ono trwalsze i skuteczniejsze.

Przeciwwskazaniem do masażu są stany zapalne, połączone z obrzękiem, zaczerwienieniem i wydzieliną.

W katarze wiosennym należy masaż stosować na jesieni, gdy objawy zapalne przemijają. I tu również autor uważa stosowanie leków za zbędne.

A. Zamenhof.

B. ADAMANTIADIS. Jaglica i mięszowe zapalenie rogówki. (Annales d'oculistique, XI, 1926).

Autor opisuje 2 przypadki mięszowego zapalenia rogówki u chorych jagliczych, dotkniętych kiłą. Analizując przebieg zmian, wywołanych przez kiłę oraz jaglicę na rogówkach oczu tych chorych, A. dochodzi do wniosku, że *keratitis trachomatosa* u chorych kiłowych może być, podobnie jak uraz rogówki, czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu mięszowego zapalenia rogówki pochodzenia kiłowego.

Na podstawie swego materiału (od r. 1922), autor wyprowadza następujące zestawienie: na 4364 chorych ocznych miał 795 jagliczych (17,5%). Na 3569, nie dotkniętych jaglicą, było 16 przypadków mięszowego zapalenia rogówki (4,4%), natomiast na 795 jagliczych — tylko 2 (2,5%).

Mięszowe zapalenie rogówki u chorych jagliczych jest cierpieniem wogóle rzadkiem. Niektórzy autorzy opisują mięszowe zapalenie rogówki pochodzenia czysto jagliczego, między innymi Löwenstein podał 2 przypadki *keratitis interstitialis trachomatosa* pod nazwą *keratitis anaphylactica*. Autor jednak skłonny jest zgodzić się z zdaniem tych, którzy twierdzą, że „virus” jagliczy stwarza do pewnego stopnia odporność mięszu rogówki, chętniej atakując jej warstwy powierzchowne.

N. Essigman.

Hans KOOPMAN. O znaczeniu conjunctivitis granularis lateralis Saathoff. (Münch. Med. Woch. Nr. 2, 1927).

W roku 1922 Saathoff opisał grudki limfatyczne na spojówce powiekowej dolnej w okolicy kąta zewnętrznego — jako wczesny objaw gruźlicy płuc.

Autor zestawiał materiał kliniczny oddziału płucnego i zakładu anatomicznego szpitala portowego w Hamburgu i przekonał się, że objaw Saathoffa nie zawsze idzie w parze ze sprawą płucną, i że stwierdzić się daje u osobników, u których badanie pośmiertne nie wykazuje żadnych śladów gruźlicy.

Ten rodzaj folidulozy spojówki znajdujemy przeważnie u osobników młodych, zwłaszcza w pierwszych dwóch dziesięcioleciach, a następnie częstość jego coraz bardziej zmniejsza się z wiekiem, czego nie możemy powiedzieć o infekcji gruźliczej.

Natomiast badania secyjne wykazały, że *conjunctivitis granularis lateralis* idzie równolegle ze *status lymphaticus*, który nie jest wywołany infekcją, ale którego znaczny rozwój świadczy o dobrym stanie obronnym ustroju.

To też słuszne jest twierdzenie, że objaw Saathoffa oznacza dobre rokowanie dla sprawy gruźliczej, gdyż świadczy o wzmożonej sile obronnej, ale jest niezależny od infekcji, już przebytej.

A. Zamenhof.

P. JAENSCH. Objawy późne i pozostałości w oczach po nagminnym zapaleniu mózgu. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk Nr. 12, 1926).

Autor opracował 68 przypadków śpiączki, obserwowanych we Wrocławiu w okresie przeszło 6-cio miesięcznego trwania choroby.

Sprawa chorobowa usadawia się w ścianach 3-ej i 4-ej komory w bezpośrednim sąsiedztwie jąder mięśni ocznych, wzgórek wzrokowego i jądra soczewkowego.

80 — 90% przypadków daje na początku schorzenia objawy oczne, a z nich dominują porażenia mięśni, odsuwające zmiany na dnie oka na plan dalszy. Zajęcie jąder nerwu odwodzącego i okoruchowego powoduje całkowite lub częściowe porażenie mięśni ocznych. Dwojenie, stąd powstałe, sprowadza chorego do lekarza w zaraniu choroby.

Autor obserwował porażenia te często jednostronnie i nie zgadza się z E c o n o m o, jakoby występowały zawsze obustronnie.

Ogniska nadjądrowe dają porażenie skojarzonych ruchów w bok i ku górze.

Od nich odróżnia autor myostatyczną sztywność, występującą w postaci ospałości ruchów gałek, rzadkiego mrugania i lekkiego opadnięcia powieki.

Oczopląs obserwował przeważnie we wczesnym okresie. Często jest ograniczenie zdolności zbieżnego ruchu gałek. Kilkakrotnie natomiast widział autor kurezowe ustawienie gałek w pozycji zbieżnej; przypuszcza tu podrażnienie okolicy ciała czworaczych.

Porażenie nastawności — objaw wczesny, może jednak długo się trzymać.

Zaburzenia w oddziaływaniu źrenic widział autor różnego stopnia: od ospałości do zupełnego zniesienia odruchu.

Z rzadkich objawów odnotowano toniczne oddziaływanie źrenicy na zbieżność i skurez toniczny nastawności

Zajęcie brodawki nerwu wzrokowego (*papillitis*) spostrzegane było w nielicznych przypadkach; 2 razy spostrzegano widzenie połowicze.

Rokowanie naogół dobre. Większość objawów po dłuższym często trwaniu ustępuje, z wyjątkiem myostatycznej sztywności, którą autor uważa za nieuleczalną.

S. K a t z ó w n a.

F. TERRIEN i P. VEIL. Zaburzenia zbieżności i ruchów źrenic, jako pozostałości po zapaleniu nagminnym mózgu. (Archives d'ophtalmologie — grudzień 1926).

Autorzy opisują 2 przypadki, w których chorzy mieli źrenice nieruchome i zez rozbieżny w związku z zaburzeniem zbieżności. W pierwszym z tych przypadków zaburzenia oczne wystąpiły w 2 lata po przebytem zapaleniu nagminnym mózgu i były następujące: porażenie nastawności, *anisocorja*, zupełna nieruchomość źrenic, zez rozbieżny stowarzyszony oka prawego, dwojenie skrzyżowane przy patrzeniu zbliżona w związku z zaburzeniem zbieżności, polegającym na tem, że przy zbliżaniu jakiegoś przedmiotu oko prawe pozostawało odchyłone, a ustawiało się na dany przedmiot tylko oko lewe; przy zasłonięciu jednak oka lewego, oko prawe konwergowało, natomiast oko lewe odchyła się nazwewnątrz. Przy spojrzeniu zaś bocznym w lewo mięsień prosty wewnętrzny oka prawego działał sprawnie. U pacjenta tego prócz zaburzeń ocznych dawały się stwierdzić zmniejszona pobudliwość błędnika prawego, wolne rytmiczne drgania mięśni warg i podbródka, niemoc płciowa i pewne zaburzenia psychiczne bez objawów parkinsonizmu.

W 2-gim przypadku, podanym przez autorów, zaburzenia oczne były identyczne, z tą tylko różnicą, że wystąpiły częściowo (porażenie nastawności i dwojenie) już w ostrym okresie choroby; następnie zaś towarzyszyły im objawy parkinsonizmu.

T e r r i e n i V e i l zastanawiają się nad tem, czy późne zaburzenia oczne (jak w przypadku I) należy uważać za pozostałości po przebytej chorobie, czy też są one wyrazem procesu czynnego, gdyż badania anatomiczne wykazują, że po upływie dłuższego czasu po okresie ostrym istnieją obok ognisk zbliżnowaciałych ogniska w pełni rozwoju. Co się zaś dotyczy istoty zaburzenia zbieżności, to T. i V., nie zgadzają się z rozpowszechnionem obecnie mniemaniem o hipertonię mięśni prostych zewnętrznych, gdyż nie daje się w ten sposób wytłumaczyć, dlaczego, jeśli istnieje hipertonia, mięsień z osłabioną czynnością przy zbieżności wykazuje zupełną sprawność przy ruchach bocznych.

W a n d a F r e n k i e l - Z a m e n h o f o w a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ J. JARKOWSKI. *Kinesie paradoxale*. Paryż, 1925. Masson. str. 78.

Autor omawia niezmiernie trudne do wytłumaczenia zjawisko „Kinezji paradoksalnej“, polegającej na tem, że chorzy, unieruchomieni maskutek stężenia parkinsonowskiego, nagle pod wpływem rozmaitych bodźców odzyskują ruchy całkowicie sprawne. Autor podkreśla, że najczęstszym bodźcem w tem zjawisku są wzruszenia i pobudki emocjonalne.

Aby znaleźć rozwikłanie zagadnienia, autor szuka nowej koncepcji psychofizjologicznej dla ruchu wogóle. Dawna F r i t s c h a i H i t z i g a, według której ruch dowolny jest poprzedzony przez ideę ruchu i przez impuls woli — nie wystarcza. Również należy poddać krytyce coraz bardziej utrwalające się mniemanie, że kora mózgowa zarządza ruchami dowolnymi, zaś jądra podkorowe — ruchami automatycznymi. Hipoteza autora w tej dziedzinie jest następująca: wszelki ruch jest sprzężony z pierwiastkiem uczuciowym, odczynny uczuciowo-ruchowe (*réactions affectives-motrices*), są pierwszą przyczyną ruchów dowolnych i stanowią tak zw. „protoenergję“. Głównym siedliskiem jej są prawdopodobnie wszelkie jądra podkorowe. Zbyt gwałtowne i niedostosowane do celu odczynny uczuciowo-ruchowe muszą być hamowane i regulowane przez inny układ również ruchowy. Układem takim są szlaki piramidowe, związane z korą mózgową. Ruch dowolny według tej koncepcji byłby wynikiem czynności dwu układów: protoenergetycznego (przeważnie z szarych jąder) z jednej strony oraz hamującego (z kory mózgowej) — z drugiej. W cierpieniu P a r k i n s o n a istnieje deficyt protoenergji i przewaga układu hamującego-regulującego. Stąd — akineza. Bodźce uczuciowe dają wzmoczony impuls dla odczynów uczuciowo-ruchowych, przez co występuje poprawa ruchów, która znika wraz z ustąpieniem pobudki afektywnej.

Uwaga krytyczna, jaka się tu nasuwa, polega na następującem: jeśli hipoteza autora jest słuszna, to należy oczekiwać, że wszelki ubytek w obrębie układu piramidowego da wybuch protoenergji i nadmiar ruchów. Istotnie często tak bywa w porażeniach piramid u dzieci; u dorosłych jednak przeważnie schorzenie kory i piramid wywołuje ubóstwo ruchów.

Mimo tej uwagi koncepcja autora jest niezmiernie ciekawa, gdyż wysuwa układ pozapiramidowy na pierwsze miejsce i przypisuje mu rolę decydującą w ruchach dowolnych.

(N. Z. Z.).

∞ A. HOMBURGER. *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kinderalters*. (Berlin, Springer 1926).

Autor, znany psychiatra i neurolog heidelberski, dał nam tutaj dzieło, którego potrzeba dawała się ostatnio żywo odczuć. Na 800 str. druku zgromadził ogromny materiał, zaczerpnięty w znacznej mierze z osobistego doświadczenia i przedstawiony nie tylko syntetycznie, lecz i pod postacią licznych historii chorób. Dla przykładu nadmieniam, że np. wywody, dotyczące lęków nocnych dziecka (*pavor nocturnus*), poparte są przedstawieniem 12 przypadków, a zagadnienia padaczki, której poświęcono trzy obszernie rozdziały, zilustrowane są trzydziestoma historjami chorób. Rozgałęziona działalność autora w poliklinice psychiatrycznej, w poradni leczniczo-pedagogicznej, w instytucjach dla dzieci trudnych do wychowania i w instytucjach miejskich, zajmujących się opieką nad młodzieżą, pozwoliła mu na zdobycie wyjątkowo bogatego doświadczenia. Opracowanie tak różnorodnego materiału wymagało równomiernego uwzględnienia rozmaitych punktów widzenia, co autor uczynił w sposób nader szczęśliwy. A więc obok dominującego stanowiska klinicznego, autor szeroko uwzględnił wszelkie nowoczesne kierunki psychologiczne, hołdując eklektyzmowi, który w tego rodzaju dziele zdaje się być jedynie właściwym, nie zapominając ani o psychologii rozwojowej, ani też o psychologii postaci, fenomenologii, psychologii myślenia i — *last not least* — o psychoanalizie. Na specjalne uznanie zasługuje szczegółowe rozważanie zagadnień charakterologii dziecięcej, wpływów środowiska oraz rodzajów konfliktów psychiki dziecięcej. Sprawy psychopatji, nerwic i psychoz potraktowane są nie tylko szeroko, ale i z należytym pogłębieniem psychologicznym i biologicznym.

Cenne są uwagi, dotyczące patologji wieku dojrzewania, któremu autor poświęcił, jak się zdaje, dużo własnej pracy badawczej. Wszędzie uwzględniony jest punkt widzenia praktyczny, sprawa postępowania leczniczego i wychowawczego znajduje żywe i dokładne przedstawienie. Dotyczy to zwłaszcza rozdziałów, poświęconych niedorozwojowi umysłowemu (pedagogika lecznicza) oraz różnym typom psychopatycznym społecznym.

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

∞ R. GAUPP. *Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger.* (Trzebień osobników psychicznie i moralnie upośledzonych oraz umysłowo chorych). (Berlin, 1926. Nakład J. Springera).

Rozszerzony referat, wypowiedziany w tej materji na Zjeździe Psychjatrów Niemieckich w Kassel.

Schoppenhauer powiedział kiedyś: „istotne i zasadnicze uszlachetnienie rodzaju ludzkiego da się osiągnąć nietylko z zewnątrz, ile z wewnątrz, nie tyle przez nauczanie i kształcenie, ile na drodze płodzenia i produkowania szlachetniejszego materiału“. Tę samą myśl spotykamy u Herberta Spencera, który mniema, iż „posiadanie dobrego odziedziczonego usposobienia stanowi pierwszy warunek dla człowieka, dla ostania się w społeczeństwie z korzyścią i powodzeniem, zaś posiadanie dziedzicznie dobrze usposobionych osobników stanowi pierwszy warunek dla całego rozwoju narodów“.

Te myśli przewodnie rozwija autor, który, przytaczając i rozpatrując krytycznie całe odnośne piśmiennictwo — zwłaszcza szwajcarskie i amerykańskie — dowodzi, że wskazane są dokładne studia nad nauką o dziedziczeniu, ledwie tkniętą przez klinikę, aby rozstrzygnąć problemat wyjaślenia upośledzonych duchowo i walki ze zwyrodnieniem wogóle, problemat nader aktualny we wszystkich państwach cywilizowanych. Gdybyśmy, idąc za radą amerykańskiego Laughlina wytrzebili nawet dziesiątą część wszystkich żyjących, tobyśmy się jeszcze nie pozbyli źródła degeneracji, nie zapobiegli patologicznemu nowopowstawaniu i nowotworzeniu. Ale gdybyśmy potrafili w 100-tu lub 1000-u, a następnie w 10,000-ach miejsc zapobiedz dziedziczeniu się degeneracji, gdybyśmy zaoszczędzili *in statu nascendi* będącym, a jeszcze nie urodzonym degeneratom *in spe* przyjdzie na świat z piętnem i przekleństwem złych załączków psychicznych, tobyśmy, jako lekarze, już dokonali wielkiego dzieła, już zrobili wiele dobrego, dla narodu cennego i wartościowego. Praktycznie, jak widać z pracy Gauppa, sprawa ta posunęła się naprzód bardzo niewiele (Referent przed laty 20-tu, gdy sprawa ta wypłynęła w Ameryce Północnej, a następnie w Szwajcarii, na fale dyskusyjne, przedyskutował ją obszernie w Tow. Higjen, następnie na lamach „Zdrowia“, a ostatnio na Zjeździe eugenicznym w Warszawie, jednak kwestja ta zainteresowała ogół lekarzy i higienistów u nas względnie mało).

H. Higier.

∞ FRANK. *Vom Liebes- und Sexualleben.* Doświadczenia z praktyki dla lekarzy, prawników i wychowawców. 2 tomy 812 stron. Nakładem G. Thiemege. (Lipsk 1926). Cena 14.40 marek niem.

Bardzo interesująca, stylistycznie wzorowa, kunsztownie pod względem struktury ułożona, acz zbyt rozwlekła, z górą 800 stronice obejmująca książka neurologa szwajcarskiego, lekarza—praktyka, autora dobrego przewodnika „O życiu duchowym i wychowaniu“, który wyszedł niedawno pod auspicjami zurychskiej firmy wydawniczej. Książka, względnie niedroga, może niewątpliwie przydać się jako doradca lekarza domowego przy wszelakich konfliktach duchowych jego młodszej klienteli, która wymaga nieraz wskazówek w postępowaniu bądź bezpośrednio, bądź pośrednio od doświadczeńszych członków rodziny. Pobudzenie seksualne wybucha nieraz nagle, niespodzianie, z niezwykle siłą i kroczy eksplozywnie niezawsze torami zwykłymi, szlakami utartymi.

Autor czerpie obficie z bezdennego źródła praktyki prywatnej i przytacza nader przekonujące historie choroby, w których się uwydatniają i uwypuklają najczęstsze walki, najpowszedniejsze konflikty z własnym ja, z rodziną, z osobą trzecią, na terenie miłości i życia płciowego. Materiał, wyłącznie z życia zaczerpnięty, poświęca Frank nie tylko lekarzom, ale prawnikom i wychowawcom, którzy znajdują tam to i owo z techniki schematyczno-terapeutycznej, z sugestji, perswazji, couéizmu, psychoanalizy. Wybrana została słusznie forma listów, w których się lepiej uwydatniają psychologia indywidualna, cechy otoczenia, światłocienie życia uczuciowego młodzieży, dysharmonje życia rodzinnego, nieszczęśliwych małżeństw. Ze sprawy wczesnego i późniejszego dojrzwania, uświadomienia płciowego, samogwałtu, wyparcia seksualnego, dużo miejsca zajmują, jest jasnym. Nie zaniechał autor udzielania rad przy wyborze narzeczonych, w razie chłodu miłosnego jednej ze stron, impotencji, wiarołomstwa, zazdrości, perwersji seksualnej, w stanach przekwitania, inwolucji starczej i t. p., omawiając ściśle a przystępnie ogromne pogranicze między normą a nowrozem, między fizjologią a psychopatologią.

H. Higier.

L. MARCHAND. *O padaczkę sercowej.* (Paris Médical Nr. 42, 1926).

Pod padaczką pochodzenia sercowego należy rozumieć tylko formę objawową w związku ze zmianami mózgowia, wywołanemi przez cierpienie organiczne. Niema tu istotnych napadów padaczki, lecz tylko napady padaczkowate, wywołane przez zaburzenia sercowe.

Z takimi napadami padaczkowatemi spotykamy się w pierwszym rzędzie, w zespole Stokes-A dams a, następnie w niedomodze komór i ciężkiej niedomodze całego serca.

1. Napady padaczkowate w zespole Stokes-A dams a. Patogeneza tych napadów nie jest jeszcze ustalona. Nawet niektórzy autorzy, jak Tred, Weaver i Dum as twierdzą, że mamy tu tylko napady zapaści (crises syncopales), lub napady przypominające udar mózgowy (crises apoplectiformes), a nie napady padaczkowate. W rzeczywistości jednak, spotyka się wszystkie trzy rodzaje napadów. Według klasycznego tłumaczenia (Vaquez, Esmein i Gallavardin), napady padaczkowate zdarzają się tylko w pierwszym okresie choroby, gdy rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe jest niepełne. Tworzy się okres niezwykłych zwolnień w kurczliwości komór. Odstępy w kurczach komory lewej wywołują zaburzenia w krążeniu ośrodków nerwowych; pod wpływem anemji powstają napady padaczkowate. W drugim okresie choroby, gdy pęczek Hisa jest przerwany, napady znikają. Jednakże Thomas, Lewis i Jomé spozstrzegali wyjątki od tego prawidła, a mianowicie napady padaczkowate u osobników z zupełnym rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowym.

Symptomatologia tych napadów posiada pewne cechy szczególne, które pozwalają na odróżnienie ich od padaczki klasycznej. Niekiedy, napad jest poprzedzany przez „aurę“ o typie zmiennym, może to być ściskanie w nadbrzuszu (epigastr.), ból w okolicy serca, brak tchu lub duszność, uczucie próżni w głowie, dźwięku grzmotów lub tłuczonego szkła, szum w uszach. Może go również poprzedzać stan zapaści, kurcze zjawiają się dopiero następnie, i napad rozwija się jako napad padaczki. Sam napad może przebiegać bądź pod postacią zawrotów głowy lub napadów padaczkowatych. Napady zawrotów głowy szczególnie często zdarzają się rano po przebudzeniu. Nie towarzyszy im zwykle zamroczenie lub utrata świadomości. Chory zmuszony jest do szukania punktu oparcia i często odczuwa ciemności przed oczyma. Czas trwania napadu wynosi kilka sekund. Napady mogą też powtarzać się często i polegać na krótkiej utracie przytomności, której towarzyszą lub nie, ruchy kurczowe twarzy.

W napadach padaczkowatych kurcze mogą ograniczać się tylko do twarzy, ale najczęściej są uogólnione. Poczem osobnik wpada w stan śpiączki i znużenia. W przeciwieństwie do tego, co się spozstrzega w padaczkę zwykłej, śmierć bardzo często następuje podczas napadu kurczów. Duże napady mogą stać się ciągłe, jak w stanie padaczkowym.

U tych chorych odruch oczno-sercowy zachowuje się odpowiednio do rozległości zmian w pęczku Hisa, t. j. zachowany lub wzmożony, gdy pęczek zawiera jeszcze włókna nerwowe, przenoszące do komory działania hamujące n. błędnego, i brak go przy zupełnym rozkojarzeniu przedsionkowo-komorowym.

Te napady padaczkowate należy odróżnić od napadów, spozstrzeganych w bradykardji w związku z wagotonją, które przeważnie są zwykłą skłonnością do zapaści.

2. Napady padaczkowate w niedomodze komór i ciężkiej niedomodze całego serca. Istnieje szereg hipotez, tłumaczących powstawanie napadów padaczkowatych w tych przypadkach; być może, w każdej z nich jest częścią słuszności. Według Gowersa odgrywa tu rolę powolne upośledzenie odżywiania mózgu w następstwie złego krążenia. Lemoiné i Lepel widzą przyczynę w nagłej zmianie ciśnienia w naczyniach mózgowych. Według Rueffa na tle niedomogi serca i zaburzeń w krążeniu powstaje samozatrucie. Według Gelineau i Paulyego padaczka chorych sercowych — jest to padaczka, która była utajona do chwili, gdy została wywołana bądź przez zatrucie mózgu, bądź przez zaburzenia w krążeniu. Przyczem, chorzy ci już poprzednio wykazywali skłonności neuropatycznej, a według Stintzinga wielką rolę odgrywa tu jeszcze uprzednie nadużywanie alkoholu. Mattoni uważa, że podrażnienie n. błędnego może odruchowo wywoływać napady. Inni autorzy widzą przyczynę w hipertencji. Wreszcie sam autor przypisuje ważną rolę obręzkowi mózgu. Obok tych autorów istnieje szereg innych autorów, którzy negują istnienie tej postaci, lub jak Mendel i Binswanger widzą tylko przypadkowe współistnienie schorzenia serca i kurczów.

Rodzaj zmian sercowych, jak się zdaje, nie odgrywa tu wiel-

kiej roli, albowiem opisywano napady padaczkowate w schorzeniach zastawki dwudzielnej, tętnicy głównej, mięśnia sercowego.

Napady kurczów zjawiających się w przebiegu chorób sercowych, niezem nie różnią się od napadów padaczki zwykłej. Rzadko jednak występują przed 40 r. ż. Według Lewillain'a mogą się one również wyrażać tylko przez napady małe („absences“) lub zawroty.

Henryk Rabinowicz.

HEILE. Nowy sposób operacyjnego zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego we wrodzonym wodogłowie (Zntrbl. f. Chir. Nr. 40, 1925).

Leczenie wodogłowie przez mechaniczne odprowadzanie nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego Heile uważa za uzasadnione. Usunięcie spłotu naczyniastego (*Plexus chorioideus*), daje wyniki niedostateczne ze względu na trudność usunięcia całego spłotu. W przypadkach niezarośnięcia otworu *M a g e n d i e g o* jest wskazane drenowanie kanału rdzeniowego do jamy brzusznej, względnie opłucny. Niestety połączenie takie szybko się zamyka. Autor wpadł na pomysł użycia do tego moczowodu.

U dziecka, operowanego w dwa dni po urodzeniu z powodu rozszczepienia kręgosłupa, pozostała przetoka, z której obficie wydzieliał się płyn mózgowo-rdzeniowy. Po kilku tygodniach przetoka się zamknęła, natomiast powoli rozwinął się typowy obraz ciężkiego

wodogłowie. Nakłucia komorowe i łądźwiowe pozostały bez wyniku. Wówczas autor przystąpił do zrealizowania swego pomysłu operacyjnego. I-szy akt — Laminektomia, usunięcie 2-go i 3-go łuku łądźwiowego i obnażenie opony twardej rdzenia. II-gi akt — cięcie ponad lewą nerką i oddzielenie moczowodu wraz z miedniczką od nerki (usunięcie nerki). III-ci akt — moczowód wraz z miedniczką zostaje przeciągnięty pod mięśniami grzbietowymi długimi poprzez sztucznie wytworzony kanał i wszyty kilkoma szwami do opony twardej rdzenia. Technika tego szwu musi być dokładnie wykonana, gdyż po przecięciu opony płyn tryska mocnym strumieniem. IV-ty akt — zeszytanie ran. Niemowlę zniosło zabieg zupełnie dobrze. Po kilku miesiącach stan obiektywny się poprawił. Obwód główki powiększał się już tylko bardzo nieznacznie, kurcze kończyn znikły i dziecko rozwijało się normalnie. Żadnych powikłań ze strony układu moczowego nie spostrzeżono.

Pomimo konieczności usunięcia przy tym sposobie tak ważnego organu, jakim jest nerka, autor sądzi, że w przypadkach rozwijającego się wodogłowie, nie poddającego się żadnemu innemu leczeniu, a powodującego bezwzględnie ciężkie kalectwo fizyczne i umysłowe — lekarz jest uprawniony do wykonania tej operacji.

Jak dotychczas, jest to, zdaniem autora, jedyny sposób, zapewniający stały odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego.

P. G.

Wskazówki praktyczne.

— *K o s m i ń s k i* poleca gorąco *Granugenol* w leczeniu *upławów pochwowych*. *Granugenol* jest to olejek mineralny, pobudzający rozrost tkanki łącznej. Technika leczenia jest następująca: przepłukanie sublimatem 1:1000, gruntowne wytarcie pochwy do zupełnej suchości, wytarcie tamponem, zwilżonym *Granugenolem* i założenie kapsułki *granugenolowej*, przed którą umieszcza się tampon, na 24 godziny. Procedurę tę powtarza się 2 razy tygodniowo; przeciętnie wystarcza 8 seansów do zupełnego wyleczenia. Przed miesiączką i po niej czasami zjawia się znowu umiarkowany wypływ z pochwy, który daje się usunąć przez dwukrotne założenie kapsulek, co pacjentki same zrobić sobie mogą. Obok tego leczenia miejscowego stosuje *K.* przetwory wapnia, a w przypadkach hypogenitalizmu i organoterapię. (Klin. Woch. 1927, Nr. 8).

— *Bóle miesięczkowe* usmierza *S c h w e i g l* za pomocą *Veramonu*. W lżejszych przypadkach wystarcza 1 — 2 pastylek na cały okres miesięczkowania, w cięższych 1 — 3 pastylek dziennie. Działanie kojące *Veramonu* występuje już po 15 — 20 minutach i trwa 6 — 12 godzin. Działania ubocznego, nawet przy stosowaniu dawek większych (2,0 *pro die*), autor nie zauważył. (Wien. Med. Woch. 1926, Nr. 50).

— *Yatren-Kazeinę*, jako nieswoiste leczenie bodźcowe, stosował *S i c h l* w celu *zapobiegania cierpieniom położniczo-ginekologicznym i ich leczenia*. Zapobiegawczo przy rękoczynach położniczych i w poronieniach zastrzykiwano 5 ctm. środka; cierpienia położkowe leczono zastrzykiwaniem 5 ctm.³ z następczem obniżaniem dawek. Tak samo leczono ostre cierpienia zapalne pochodzenia nierzęzączkowego, w cierpieniach zaś natury rzezączkowej osiągnano poprawę za pomocą dawek małych, stopniowo powiększanych. Na daleko posuniętą posocznicę po porodzie i po poronieniu *Yatren-Kazeina* wpływu dodatniego nie wywierała. (Berl. Klin. 1926, zes. 363).

— *Eufillinę* (połączenie teofilliny z etylendiamią) z dobrym skutkiem stosował *R i s c h a w y* w *dychawicy oskrzelowej*. Dawka 0,48 w 2 ctm.³ wody, zastrzyknięta dożylnie w czasie napadu natychmiast go przerywa; zaś w ten sam sposób lub pod postacią czopków (3 razy dziennie po 0,36) stosowana w przerwach pomiędzy napadami, eufillina przerywy te znacznie przedłuża; po zaprzestaniu leczenia napady astmy czasami przez długi czas nie powracają. Nawet dłużej stosowane zastrzykiwania dożylnie nie sprowadzały żadnych skutków szkodliwych. (Med. Klin. 1927, Nr. 8).

— We Fryburskiej klinice chirurgicznej, jak donosi *S e e l i g e r*, od 2 lat każdy chory przed operacją w uśpieniu otrzymuje

dożylnie strzykawkę *Heksetonu* z *afeulem* albo domięśniowo 10% *Hekseton* z *Neostroncjuranem*. Po operacji daje S. co 2 — 4 godz. *Hekseton* domięśniowo w ciągu 12 — 24 godz., po operacjach brzusznych prócz tego kofeinę i adrenalinę. Gdy po dawniejszym stosowaniu olejku kamforowego spostrzegano bardzo często ropnie i zgorzel, od 2 lat przy stosowaniu *heksetonu* nie zdarzyło się to ani razu. Gdy działanie kamfory, było niepewne i krótkotrwałe, stwierdza się pod wpływem *heksetonu* podniesienie ciśnienia krwi o 5 — 10 mm. Hg., tętno staje się regularne i dobrze napełnione, oddech pogłębia się, i diureza się wzmacnia.

(Ther. d. Gegenw. 1926, Nr. 5).

— *Koranię* jako *środek nasercowy* stosuje przed operacjami w znieczuleniu ogólnem lub miejscowem (zwłaszcza łądźwiowem) *F r i t z*. Zastrzykuje się dożylnie, domięśniowo lub podskórnie 2 ampulki. Ani razu nie zauważono nacieków, bolesności lub jakiegokolwiek przykrego działania ubocznego po zastrzykiwaniach. (Med. Klin. 1927, Nr. 8).

— *C u r s c h m a n n* zwraca uwagę na możliwość wybuchu *ostrej lub przewlekłej białaczki* po kuracjach odtłuszczających. Obok głodówki chorzy stosowali tyreoidynę, wzgl. lipoidynę. C. przypuszcza, że osłabiona skutkiem zmniejszonego dowozu pokarmów i napojów odporność ustroju mogła przyczynić się do szybszego wybuchu choroby u osobników, do niej usposobionych. Możliwe jest także, że tyreoidyna wywołała uszkodzenie hormonalnego układu, wytwarzającego białe ciała krwi. (Klin. Woch. 1927, Nr. 6).

— Leczenie *insuliną* u chorych *nie dotkniętych cukrzycą* zaleca *R i c h t e r* w stanach następujących: 1) w zapaleniu wątroby miąższowem (żółtaczka nieżyłowa) 10 — 20 jednostek insuliny z równoczesnym stosowaniem doustnem lub śródżylnem 50 — 100 gr. cukru gronowego dziennie usuwają żółtaczkę oraz związane z nią swędzenie szybciej, niż inne środki lecznicze. Insulina działa też pomyślnie na żółtaczkę zależną od kily, marskości i raka wątroby; 2) w wymiotach ciężarnych: 10 dniowe stosowanie insuliny (2 razy dziennie po 5 jednostek) wraz z 20 ctm.³ cukru gronowego z początku dożylnie, potem doustnie usunęły uporczywe wymioty u 2 kobiet, u których poprzednie cięższe musiały być przerywane; 3) kwasica po zabiegach chirurgicznych; 4) jako kuracja tuczająca: w pierwszym tygodniu 2 razy po 10 jednostek, 2-im — po 20 jednostek dziennie, w 3-im i 4 tygodniu 30 jednostek dziennie. Obok tego leczenie w łóżku; 5) w lekkich postaciach choroby *B a s e d o w a* dłuższa kuracja insulinowa usuwa drżączkę, przyspieszenie bicia serca i poty. (Ther. der Gegenw. 1927, Z. 1).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.
Posiedzenie z dn. 8.I. 1927 r.

Pokazy:

1. Bregman i Goldstein. *Dwa przypadki operacji nowotworu kąta mostowo-mózdkowego.* Po przedstawieniu przez Bregmana strony neurologicznej przypadków, Goldstein omawiał technikę operacyjną. Operacja była dokonana według metody de Martela: jednocześnie, w znieczuleniu miejscowym, w pozycji siedzącej chorego. W przypadku pierwszym po usiesieniu lewej półkuli mózdkowej znaleziono w głębi na kości skalistej guzowatość wielkości śliwki. Całkowite usunięcie guza wraz z otoczką jest zabiegami niebezpiecznym i prawie zawsze prowadzi do zejścia śmiertelnego ze względu na głębokie krwawienie, którego w tem miejscu opanować niepodobna. Cushing i de Martel doszli do przekonania, że lepiej guz usuwać kawałkami przy pomocy łyżeczki wewnątrz otoczki, chociażbyśmy nie mieli pewności, czy uda nam się w ten sposób guz w całości usunąć. Wobec naogół łagodnego charakteru tych nowotworów, obawa nawrotu nie jest wielka. W omawianym też przypadku G. usunął łyżeczką, ile się dało z guza, umieszczonego po stronie lewej kąta. Przebieg pooperacyjny był naogół gładki. Przy zamykaniu rany baczną uwagę zwrócił na dokładne zeszytanie opony twardej, tkanki podskórnej (wzgl. mięśni) i skóry. Jednakże mimo szczelnego zeszytania rany po kilku dniach wytworzyła się po prawej stronie rany (przeciwległej nowotworowi) przetoka, z której wydobywał się płyn mózgowo-rdzeniowy. G. próbował opanować ją nakłuciami codziennymi i wydobywaniem płynu z pod płata skórno-mięśniowego, wreszcie, gdy to zawiodło, zamknął przetokę plastycznie. W kilka dni potem wytworzyła się jeszcze przetoka po stronie lewej, która zresztą w krótkim czasie sama się zamknęła. Poza tem rana zablizniała się przez rychłozrost, chory przez cały czas nie gorączkował.

W przypadku drugim operacja była dokonana w sposób podobny, przebieg pooperacyjny nie wykazał żadnych zaburzeń. Po 10-ciu dniach rana zagoiła się, i chory wrócił na oddział chorób nerwowych. Obydwa przypadki są z punktu widzenia chirurgicznego dodatnie, chociaż klinicznie nie osiągnięto wyleczenia. Na wynik zupełnie korzystny liczyć można tylko wówczas, kiedy ucisk nowotworu nie wywołał jeszcze nieodwracalnych zniszczeń tkanki mózgowej.

Dyskusja:

Higier uważa to za wielki postęp szkoły chirurgów amerykańskich, która doprowadziła śmiertelność z powodu guzów kąta mózdkowo-mostowego do kilkunastu procent. H. już przed 6 laty radził operować guzy tylnej jamy czaszkowej w pozycji siedzącej i w znieczuleniu miejscowym. Metoda Cushinga usuwania części guza jest niechirurgiczna, a mimo to bardzo racjonalna, gdyż nie narusza na niebezpieczne krwotoki i jest dopuszczalna w łagodnych neurofibromatach tej okolicy. Do ostatnich lat większość operacji w tem miejscu kończyła się śmiertelnie.

2. Karbowski. *Pokaz chorych po operacji przez przewód słuchowy zewnętrzny (attico-antrotomia).* Pierwszy przypadek dotyczy pac. 21 l., który od lat dziecińczych cierpiał na przewlekłe ropienie prawego ucha środkowego.

Badanie wykazało: błona bębenkowa zniszczona, *margo tympanicus* obnażony: ropa cuchnąca: słuch — 1 metr dla szeptu. Operacja wykonana została przez zewnętrzny przewód słuchowy w znieczuleniu miejscowym. Górna i tylna ściana przewodu kostnego obnażona została przez usunięcie skóry i okostny: boczna ściana uchyłka jamy bębenkowej została usunięta, część kostnego przewodu wydłutowana, przez co wytworzony został dostęp dostateczny do zatoki sutkowej. Po sześciu tygodniach nastąpiło zupełne wyleczenie. Słuch po wyleczeniu 3 metr.

Drugi przypadek dotyczy 19-letniego chorego, który od kilku lat cierpiał na bóle głowy, umiejscowione w prawem ciemieniu. Okresowy wyciek cuchnący z ucha: słuch znacznie przytępiony. Badanie wykazało: *pars tensa* błony zachowana, *pars flaccida*, przedziurawiona. Z małego otworu wydobywały się masy perliste; słuch ½ metra. Badanie rentgenologiczne (Dr. Kryński) wykazało: zaciemnienie okolicy komórek sutkowych, w samem centrum wyrostka ciemniejsza plama o zarysach wyraźnych. Wobec wyników badania rentgenologicznego, wskazującego na perlak dużych rozmiarów, operacja wy-

konana została od strony przewodu po odfuszczeniu przewodu błoniastego zapomocą cięcia u nasady małżowiny. Uchyłek jamy bęben. został szeroko otwarty; cała tylnogórna ściana wyrostka sutkowego wydłutowana, perlak dużych rozmiarów usunięty. Plastyka. Po czterech tygodniach zupełne wyleczenie. Słuch bez zmiany, ½ metra dla szeptu.

3. Karbowski. *Przypadek postępującej głuchoty na tle ostitis fibrosa deformans czaszki.* Chory 62 l. Od 10 lat stopniowy zanik słuchu. Lewe ucho głuche, prawe ucho ½ metra dla szeptu. Formuła akumetryczna wykazała skombinowane cierpienie ucha środkowego i wewnętrznego. Cierpienie narządu dowodzącego i odbiorczego tłumaczy K. przewlekłymi zmianami zapalnymi o charakterze zniekształcającym kości skalistej.

4. Landsberg: 8 przypadków cukrzycy leczonych syntalą. (p. Nr. bieżący „Warsz. (zas. Lek.“).

Odczyt:

A. Landau, Cygelstreich, Grochowski. *Sprawozdanie kliniczne z półtorarocznego stosowania sanokryzyny (tiosiocrazanu złota) w gruźlicy płuc.* (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Gantz. Dzieło Möllgārda nie posiada już tego znaczenia, jakie początkowo skłonni byli mu przypisywać. Dużo można już mówić o ujemnych stronach sanokryzyny. Z całą stanowczością należy odrzucić znaczenie surowicy, którą otrzymywano z ciał przy dużym nakładzie pracy, a która dzięki swym swoistym właściwościom przeciwdrobnom miała być stosowana jednocześnie z sanokryzyną w celu zubożenia wyzwalających się jądów. Ostatnio ujemnie wypowiedziała się o doświadczeniach Möllgārda specjalnie zwołana komisja japońska. G., mówiąc o działaniu trującym sanokryzyny, wspomina o jednym przypadku, w którym autopsja wykazała obraz zatrucia, przypominający obrazy, spotykane po zatruciu metalami ciężkimi, G. zaleca ostrożność w wyciąganiu wniosków co do poprawy, widywanej po stosowaniu sanokryzyny u chorych szpitalnych. Często chorzy ci dostają się do szpitala w warunkach życia znacznie gorszych i z tego już powodu poprawiają się. Przy kierowaniu się zmianami wysłuchowemi, słyszalnemi w płucach, pod uwagę brać należy to, że nie wszystkie te zmiany zależą od samego ogniska swoistego, lecz część ich może zależeć od t. zw. „zapalenia obocznego“. Liczba laseczników w płwocinie i tiarenka Murcha nie są dostatecznie ścisłym kryterjum w ocenie zmian, zachodzących w procesie gruźliczym. W odpowiedzi Landau zaznacza, że według niego prace Möllgārda zasługują na entuzjastyczne przyjęcie. Po zastosowaniu sanokryzyny widuje się w niektórych przypadkach gruźlicy poprawę, jakiej nie daje żaden z dotychczas stosowanych środków. Należy też uwzględnić, że działania tak silnego środka leczniczego, jakim jest salwarsan, również nie można zakwalifikować jako *sterilisatio magna*.

Posiedzenie z dn. 15.I. 1927 r.

Pokazy:

1. Floksztumpf. *Pokaz przypadków, leczonych radem.* Przedstawia 7 przypadków, które znajdują się w różnym okresie czasu po przeprowadzonym leczeniu radem (od 3 do 11 miesięcy). Wszystkie chore nie mają obecnie żadnych objawów nowotworu złośliwego, z powodu którego w swoim czasie były leczone. Wobec stosunkowo krótkiego jeszcze terminu powrotu ich do zdrowia można narazie mówić tylko o wyleczeniu czasowym.

Przyp. I. *Rak części pochwovej, nie nadający się do leczenia chirurgicznego.* A. Z. lat 66. Chora od lipca 1926 r. Cuchnące upławy z donieszką krwi, bóle w dole brzucha. Badanie oburęczne: macica mała, ruchomość ograniczona, naciek obustronny w przymaciczu. Na miejscu części pochwovej krater. Badanie wyciętego skrawka wykazało *Carcinoma basocellulare*.

Curieterapia. Od 1.X 1926 r. do 19.X założono jeden aplikator zawierający 10 mgr. Ra. E. Chora otrzymała w ciągu 18 dni 4520 mgr. godzin, czyli 32,4 m. c. d. Obecny stan chorej: samopoczucie dobre; bóle znikły, upławów niema, apetyt odzyskała. Macica ruchoma, nacieków nie wyczuwa się, na miejscu krateru delikatna blizna.

Przyp. II. *Rak części pochwovej, nie nadający się do rękoczynu chirurg.* P. T. lat 31, pacjentka przeszła 6-ty poród i od tego czasu czuje się chorą. Stale krwawi, straciła na wadze, brak łaknienia. Badanie oburęczne: macica w przodocięciu, nieruchoma; naciek w lewym przymaciczu i w więzadle krzyżowo-macicznym. Na miejscu

części pochwowej szeroki krater, przepuszczający dwa palce, o brzegach bardzo twardych, wypełnionych rozpadającą się masą. Badanie histologiczne: *ca basocellulare*. *Curietherapie* 2.VII 1926 r. — 21.VIII dwa aplikatory po 10 mlgr. Ra. E. do kanału szyjowego. Chora otrzymała w ciągu 10 dni 9120 mlgr. godz., czyli 68,40 m. c. d. Obecny stan chorej: przybrała na wadze, uplawów niema. Macica mała, ruchoma. Na miejscu krateru delikatna blizna.

Przyp. III. *Rak części pochwowej, nie nadający się do zabiegu chirurgicznego*. K. B., lat 49. Chora od V. 25 r. Cuchnące upławy z domieszką krwi, brak łaknienia, wychudzenie. Badanie oburączne: macica mała, ruchomość ograniczona, prawe przymaciecie nacieczone. Część pochwowa obrzęknięta, gruba, twarda. Na przedniej wardze owrzodzenie o średnicy 3 cm., przechodzące na prawą ścianę pochwy, o brzegach twardych i podminowanych. Badanie histologiczne: *ca basocellulare*.

Curietherapie. 12.III 1926 r. kanał szyjowy rozszerzono do Nr. 8, rozszerzaczka H e g a r a, poczem założono sondę gumową z 10 mlgr. Ra. E. 16.III dodano jeszcze 10 mlgr. Ra. E. 26.III rad usunięto. Chora otrzymała w ciągu 14 dni 5700 mlgr. godzin czyli 43,2 m. c. d. Stan obecny chorej wysmienity. Chora przybrała na wadze, niema żadnych dolegliwości. Naciek w przymacieczu znikł, w miejscu owrzodzenia bardzo delikatna blizna.

Przyp. IV. *Rak odbytnicy, nie nadający się do leczenia chirurgicznego*. A. T., dentystka, lat 32. Choruje od maja 26 r. Narzeka na bardzo silne bóle w okolicy odbytu, krwawy stolec. Tę od pierwszych dni czerwca dochodzi wieczorami do 390. 15.VI dr. Z a w a d z k i dokonał operacji wytworzenia sztucznego odbytu (*anus iliacus definitivus*). Padanie *per rectum* przed curieterią: Na wysokości 4 cm. od rzęcy w odbytnicy na ścianie tylnej owrzodzenie kraterowate o brzegach bardzo twardych. W miejscu tem odbytnica jest zrosnięta z kością krzyżową. Badanie histologiczne: *adeno-carcinoma*. *Curietherapie*: 24.VI 1926 r. założono w sondzie gumowej dwa aplikatory po 10 mlgr. Ra. E. 8.VIII usunięto rad. Już w czwartym dniu zastosowania radu ciepłota obniżyła się do 37,4 — 37,8 i na tym poziomie trzymała się przez cały okres kuracji. Chora otrzymała w ciągu 14 dni 6720 mlgr. godzin, czyli 50,4 m. c. d. Stan obecny chorej: dolegliwości ustąpiły. Na miejscu owrzodzenia twarda blizna. Przed 2-ma tyg. wycięto skrawek blizny.

Badanie drobnowidzowe elementów nowotworowych nie wykazało.

Przyp. V. *Rak odbytnicy, nie nadający się do zabiegu chirurgicznego*. I. S. lat 45, żona kupca. Początek cierpienia w czerwcu 1925 r. Zaparcie na przemian z rozvolnieniem, bóle przy oddawaniu stolca: stolce krwawe. Chora cierpi od 1920 r. na gruźlicę czynną; w płwocinie parokrotnie znajdowano prątki K o c h a. Wieczorne wahania ciepłoty 37,0 — 37,60. Badanie chorej *per rectum*: w odległości 7 cm. od odbytu wyczuwa się guz o powierzchni nierównej, kalafiorowaty, spójności zbitej, składający się z 2-ch warg, pomiędzy którymi znajduje się zagłębienie o zarysie kraterowatym. Guz jest nieruchomy. Wiedzała krzyżowo-macieczne nacieczone. 26.I. 26 r. Dr. S t a b h o l e na drodze operacyjnej wykonał sztuczny odbyt. Badanie histologiczne nowotworu wykazało *adeno-carcinoma*. Wskaźnik de N a b i a s a 1/150 (dr. P ł o Ń s k i e r).

Curietherapie: 9.II — 27.II 1926 r. dwa aplikatory po 10 mlgr. Ra. E. Chora w ciągu 18 dni otrzymała 8160 mlgr. godzin czyli 61,2 m. c. d. Stan obecny chorej: w miejscu nowotworu bliznowate wężenie (według R o u s s y stale cechujące nowotwory odbytnicy, wyleczone radem). Samopoczucie dobre, chora przybrała na wadze. Dwukrotnie przeprowadzone kontrolne badanie histologiczne nie wykazało obecności elementów nowotworowych.

Przyp. VI. *Mięsak okolicy lewostronnej żuchwy*. P. S., lat 20. Zauważyła mały guzik w czerwcu 1923 r. Guz ten ostatnio bardzo powiększył się. W lipcu 1926 r. dr. C y b u l s k i częściowo usunął guz ze strony jamy ustnej. Badanie histologiczne: mięsak okrągłokomorowy (prof. P a s z k i e w i c z).

Curietherapie: 4.VIII — 17.VIII — 26 rok aparat plastyczny na okolicę lewostronną dolnej żuchwy oraz okolicę podżuchwową, zawierający 10 aplikatorów po 2 mlgr. Ra. E. Pacjentka w ciągu 13 dni otrzymała 6240 mlgr. godzin czyli 46,8 m. c. d. Stan obecny: na miejscu nowotworu twarda blizna, pozostająca bez zmian od 5-ciu miesięcy.

Przyp. VII. Chora lat 37 z nowotworem małej krzyżownicy żołądka w okolicy wpustu, u której przeprowadzono nigdzie jeszcze dotychczas niestosowaną kombinację jednoczesnego naświetlania prom. R o e n t g e n a i radu z bardzo dobrym wynikiem. Prześwietlenie wykazało ubytki cieniowe w części wpustowej przelyku. Żołądek bez zmian. Zgłębnik do żołądka nie przechodził. 6.X.26 r. zrobiono przetokę żołądkową. Podczas zabiegu znaleziono na krzyżownicy małej guz

duży twardy, którego górny biegun sięgał aż poza przeponę. *Curietherapie*: przeprowadzono nitkę sposobem d-r a L u b e l s k i e g o (Sondowanie bez końca). 29.X.26 r. założono na nitce w okolicy wpustowej przelyku i do żołądka 2 aplikatory po 10 mlgr. Ra. E. 1.XI usunięto rad. Stan chorej po tym zabiegu nie polepszył się. 16.XI zaaplikowano rad powtórnie sposobem, jak wyżej.

Jednocześnie rozpoczęto naświetlanie chorej promieniami R o e n t g e n a. Oba naświetlania zakończono dn. 20.XI. Obecnie od 2 miesięcy chora czuje się zupełnie dobrze. Przybrała na wadze, przyjmuje stale pokarmy. Zgłębnik przechodzi bez przeszkód do żołądka.

2. B. E n d e l m a n. *Przypadek brodawczaka rozsianego dróg moczowych*.

W czerwcu 1925 r. zgłosił się chory ze skargami na krwimocz i bóle w prawej połowie brzucha. Stwierdzono u niego w podżebrzu prawem guz twardy o powierzchni gładkiej, balotujący w okolicę lędźwiową. Badanie wzornikiem pęcherzowym wykazało obecność w pęcherzu w wylotu prawego moczowodu brodawczaka, wielkości sliwki, zasłaniającego całkowicie ten wylot. Indygokarmin, wstrzyknięty dożylnie, wydzielił się z nerki lewej po 3 min., z prawej zaś nie otrzymano żadnego zabarwienia.

Łącząc fakt obecności guza nerki z obecnością brodawczaka w pęcherzu, postawiono rozpoznanie przypuszczalne: brodawczak miedniczki nerkowej z zasiewem do pęcherza.

Operacja (W e r t h e i m, E n d e l m a n). Usunięcie prawej nerki. Cała miedniczka wypełniona guzem o typie brodawczaka. Badanie drobnowidzowe cech złośliwości nie wykazało. Stan chorego po zabiegu nadal bardzo ciężki. Brodawczak w pęcherzu wykazuje szybką wzrost. Z powodu obfitego krwimocz i silnych bólów podczas urywania otworzono (18.IX—25 r.) cięciem nadłonowym pęcherz moczowy i wycięto znajdujący się w nim brodawczak. Badanie drobnowidzowe cech złośliwości nie stwierdziło. Chory po zabiegu w ciągu kilku tygodni czuł się dobrze. Po tym czasie nastąpiło rozległe odnowienie guza w pęcherzu. W lipcu 1926 r. chory zmarł. Badanie sekcyjne wykazało brodawczak rozsiany dróg moczowych, obejmujący prawą miedniczkę, moczowód i pęcherz. Żadnych przerzutów do innych narządów.

3. D. S z e n k i e r. *Kilka przypadków operacji zachowawczych na nerkach*. Nowoczesne metody badania w urologii, szczególnie zaś pyclografja dają możność ograniczenia się w niektórych przypadkach do operacji zachowawczej zamiast operacji doszczętnej — usunięcia nerki.

Przyp. I. dotyczy chorej, która od 2 mies. gorączkowała wysoko. Była leczona na zapalenie miedniczek nerkowych (szczepionka, leczenie dożylnie) bez wyniku dodatniego. Dokładne badanie urologiczne wykazało istnienie prawostronnego roponercza jednokomorowego (pochodzenie — zakażone wodonercze). Ze względu na ciężki stan ogólny chorej ograniczono się do nałożenia przetoki nerkowej (*nephrostomia*), pozostawiając nerkę na miejscu. Chora szybko poprawiła się. Po 4-ch miesiącach przetoka zagoiła się. Chora dotychczas (4 lata) czuje się zupełnie dobrze.

Przyp. II. Chora z napadami kolki nerkowej. Kilkakrotne zdjęcie rentgenowskie kamieni nie wykazuje. Badanie urologiczne (wziernikowanie pęcherza, U. K., pyelografja) wykazuje, że mamy do czynienia z wtórnie zakażeniem wodonerczem lewostronnem, powstała w nerce, nisko ułożonej od urodzenia. Jednocześnie stwierdza się, że i druga nerka jest nisko ułożona i upośledzona w swej czynności. Mocznik we krwi — 0,45 gr. w 1 l. Operacja zachowawcza: *nephropexis* i plastyka rozszerzonej miedniczki. Wszystkie objawy chorobowe znikły. Po 6-ciu mies. mocznik we krwi 0,32. Chora obecnie (1 rok po operacji) ma się zupełnie dobrze.

Przyp. III. Wodonercze na tle dodatkowej tętnicy, idącej do dolnego bieguna nerki i krzyżującej moczowód.

W przypadku tym dzięki pyelografji stwierdzono nietylko wodonercze, lecz i miejsce ucisku na moczowód. Operacja zachowawcza: podwiązanie i przecięcie dodatkowego naczynia.

Dyskusja: E n d e l m a n.

O d e z y t.

M e l a n o w s k i. *Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczeniu*. (Ukaże się w „Warsz. Czas. Lek.“).

Posiedzenie z dnia 29.I.1927 r.

O d e z y t y p r o g r a m o w e:

1. Z w e i b a u m. *O hodowli tkanek*.

2. L a n d s b e r g. *Z nowszych badań nad biocenją nowotworów*. (Ukaże się w druku).

Dyskusja: P ł o Ń s k i e r, S ł o n i m s k i.

J e l e n k i e w i c z.

www.dlibra.wum.edu.pl

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dn. 25.XI. 1926 r.

1) K m i t a przedstawił chorego z raną postrzałową małżowiny usznej w okolicy *antihelix*, która początkowo przez obecnego przy pojedynczym lekarzu została uznana za zdrażnienie kulą pistoletową. Dopiero po dziesięciu dniach, gdy wystąpiły na szyi objawy miejscowe, i ciepota się podniosła, chory został przez kol. K. operowany. Okazało się, że rana na małżowinie była miejscem wejścia kuli, która się przesunęła wzdłuż małżowiny między jej warstwami i znalazła się pod podstawą czaszki tuż przed dużymi naczyniami jak stwierdzono przy operacji, a uprzednio na rentgenogramie.

K m i t a demonstrował kulę i rentgenogram.

D y s k u s j a.

C h o r ą ż y c k i opowiada o przypadku, w którym kula karabinowa przeszła przewód słuchowy zewnętrzny i utkwiała w jamie sutkowej, co zostało stwierdzone dopiero przy operacji, gdyż na rentgenogramie kula nie uwidatniła się.

P ę s k i opowiada o przypadku, w którym obrzęk za prawym uchem w postaci kaszaka zawierał kulę, która leżała tam dwa lata. Otwór wejściowy postrzału był podobno po stronie lewej.

K o e n i g s t e i n nie wyłącza, że w przypadku P ę s k i e g o kula mogła przejść przez mózg.

2) K o e n i g s t e i n przedstawił 3-letnie dziecko po operacji na wyrostku sutkowym, która została wykonana przez niego z powodu wyraźnego ohebotania za uchem, zwężenie światła przewodu zewnętrznego, niewielkiej ziarniny na zewnętrznej ścianie przewodu i śladów śluzo-ropnej wydzieliny. K. podejrzewał sprawę kilową ucha środkowego, mniej pewny był co do zmian na podniebieniu twardym, na którym z obu stron wzdłuż wyrostka zębodołowego widać było nacieki z owrzodzeniami oraz obfite krwawienie z dziąseł, również nacieczonych, i chwijające się zęby trzonowe. W a s s e r m a n n ujemny. Z wywiadów nie pewnego dowiedzieć się nie można było. Od sześciu miesięcy, według słów matki, dziecko narzekało na ból za uchem. Jednocześnie matka zauważyła, że dziecko bardzo się ślini. Przy operacji K. po przecięciu wygórowania za uchem, natrafił na żółtą miękką masę podobną do tłuszczu, na całkowity brak łuski kości skroniowej, kostnego przewodu słuchowego oraz wyrostka sutkowego. Zostały usunięte cztery zęby trzonowe, przy czym stwierdzono znaczny ubytek kostnej tkanki wyrostka zębodołowego. Gdy rana pooperacyjna nie goiła się, zastosowano wcierania szaruchy i preparat Eparseno domięśniowo i po dwóch tygodniach rana już dobrze granulowała, i w głębi rozszerzonego przewodu tu i owdzie stwierdzić można było trochę ziarniny. Po 22 dniach rana za uchem zagoiła się, podniebienie wróciło do stanu normalnego, i dziecko, które w ciągu kilku tygodni było tak wycieńczone i nędzne, że o własnych siłach chodzić nie mogło, nie miało żadnego łaknienia, rozkwitło i poprawiło się nie do poznania. W przypadku tym, kończy K., rozpoznanie zostało postawione „*ex juvenibus*“, przypadek zaś należy do rzadkości i dlatego demonstracja jest usprawiedliwiona.

D y s k u s j a.

C h o r ą ż y c k i obserwował demonstrowane przez K. dziecko parę tygodni przed operacją i był pewny, że ma do czynienia ze sprawą kilową, o czym zresztą uprzedzał kol. K. i to na zasadzie własnego doświadczenia, gdyż również kiedyś doznał zawodu, operując wyrostek sutkowy w podobnych okolicznościach. Podczas operacji spostrzegł dopiero drugi kilak na owłosionej części głowy. W przypadku K o e n i g s t e i n a C h o r ą ż y c k i nie widział wygórowania za uchem i żadnej wydzieliny w przewodzie, który był zupełnie zamknięty przez uciskający z tyłu kilak. Palcem dobrze można było wyczuć ubytek kości w postaci krateru, ale powłoki zewnętrzne były nietknięte, i nie miało się wrażenia ohebotania, tylko jakby ubytek kości był wypełniony miękką masą. Opiekun dziecka, (matki nie było) wyraźnie mówił, że dziecko nigdy na ucho nie chorowało. Na żądanie Ch. było zrobione zdjęcie rentg. i wykonano próbę W a s s e r m a n n a. W. był ujemny, ale zdjęcie rentg. było pouczające, gdyż widać było ubytek kości o ściśle określonych granicach. Wierzchołek wyrostka był nietknięty. Później wewnym, że wyrostek jest wyżarty przez kilak. Ch. kategorycznie odmówił operacji i skierował dziecko na oddział dr. Lublina celem przeprowadzenia leczenia specyficznego.

K o e n i g s t e i n (w ostatnim słowie) stwierdza, że zupełnie pewny rozpoznania na samym początku nie był, aczkolwiek podejrzewał sprawę przymiotową; upewnił się jednak dopiero wtedy, gdy „*ex juvenibus*“ leczenie przeciwprzymiotowe dało wynik pozytywny.

3) Z a m e n h o f przedstawia: a) chorego Gr., u którego przed

7 miesiącami stwierdził za pomocą palpacji niewielkie *stwardnienie dolnego biguna lew. migdalka i przylegającej części nasady języka*, jednocześnie też powiększony gruczoł podżuchwowy wielkości fasoli po tejże stronie. Próbną ekscyzja z migdalka potwierdziła przypuszczenie Z., że się ma do czynienia z rakiem. Leczenie R o e n t g e n e m nie dało wyników dodatnich, aplikacja zewnętrzna radu również nie wiele pomogła: gruczoł na szyi wprawdzie znikł, natomiast na języku stwierdza się głębokie owrzodzenie.

b) Chorego lat 19, który zauważył, że od kilku miesięcy coraz więcej *występuje mu na zewnątrz chrząstka tarczowa*. Z. widzi chorego po raz pierwszy. Chrząstka tarczowa budowy mniej więcej normalnej nachylona jest znacznie ku przodowi swym górnym biegiem, biegom dolny trochę cofnięty w tył. Głos chorego nie zmieniony, struny głosowe zgrubiałe i przy fonacji zachodzą na siebie, prawdopodobnie na skutek niedowładu mięśnia pierścieniowo - tarczowego. Z wywiadów nie można stwierdzić, co by mogło wyjaśnić etiologię.

D y s k u s j a.

a) K o e n i g s t e i n proponuje leczenie przeciwprzymiotowe na wszelki wypadek, gdyż nawet drobnowidzowo stwierdzone raki nieraz znikają po zastosowaniu rtęci i jodku potasu.

P ę s k i. Leczenie przeciwprzymiotowe w przypadkach nowotworów złośliwych w początku daje pewną ulgę, gdyż zmniejsza się obrzęk i stan zapalny.

K m i t a: Nie należy w podobnych przypadkach wyrzekać się operacji. Dopiero po doszczętnym usunięciu nowotworu i gruczołów chłonnych warto zastosować leczenie radem.

P ę s k i. Operacja w podobnych przypadkach nigdy nie daje dobrego wyniku.

b) L u b l i n e r zastanawia się nad tem, czy niema w tym przypadku luksacji chrząstek. R o e n t g e n mógłby sprawę wyjaśnić.

4) C h o r ą ż y c k i przedstawia 24-letnią dziewczynę po doszczętniej operacji lewej jamy szczękowej z powodu przewlekłego ropienia. Przegroda nosowa jest skrzywiona, wskutek czego lewa połowa jamy nosowej jest znacznie zwężona. Przed doszczętną operacją Ch. usunął kleszczykami J a n s e n a kawałek małżowiny środkowej, i chora tuż wysiąknęła nos. Nagle wystąpił obrzęk powiek po tejże stronie, i nazajutrz można było stwierdzić znaczny wytrzeszcz lewego oka z ograniczeniem ruchów gałki ocznej (odma tkanki pozagałkowej). Ciepłota się podniosła do 37,50. Pod opatrunkiem uciskającym odma w ciągu tygodnia przeszła, i Ch. postanowił nie zwlekać z doszczętną operacją jamy szczękowej w obawie powtórzenia się odmy i ew. zainfekowania dotkniętych nią tkanek. Obecnie lewa połowa jamy nosowej się rozszerzyła, i można by nawet przez otwór naturalny w środkowym przewodzie nosowym przedostać się do jamy szczękowej. Ch. tylko przez ten otwór przepłukuje jamę szczękową i od lat kilkunastu zupełnie zarzucił punkcję przez przewód dolny (met. K r a u s e - M i k u l i c z a), hołdując zasadom G e r b e r a, podług którego terapia powinna korzystać przede wszystkim z dróg przyrodzonych. Ch. nie sądzi, żeby można było wyleczyć przewlekłe ropienie przy pomocy przepłukiwań i stosuje je prawie wyłącznie do celów rozpoznawczych.

D y s k u s j a.

K o e n i g s t e i n nie podziela optymizmu kol. Ch. co do łatwości przemywania zatoki szczękowej przez otwór naturalny. Uda się to w bardzo nikłym odsetku przypadków i niezawsze ma się pewność, że się weszło do zatoki. Dlatego też K. przeważnie robi nakłucie próbne przez dolny przewód nosowy lub rzadziej przez środkowy. Przypadek odmy podskórnej należy do rzadkości, aczkolwiek zdarzyć się może przy pewnych warunkach anatomicznych. Chorą badał również i K., który stwierdził zapalenie ropne wszystkich zatok obocznych (*Pansinusitis*).

L u b l i n e r opowiada o przypadku, w którym bezpośrednio po sondowaniu kanału łzowego wystąpiła odma podskórna.

C h o r ą ż y c k i: Kilkanaście lat interweniowałem przez przewód dolny. Sądziłem, że stoję na wysokości. Z chwilą, kiedy zaczął stosować przemywania przez otwór przyrodzony, cały mój arsenał trójgraniców K r a u s e g o, M i k u l i c z a etc. stoi nietknięty. Metoda G e r b e r a nigdy nie zawiodła. Przeciwnie, nieraz po doszczętnych operacjach C a l d w e l l - L u c a przedostawałem się przez otwór przyrodzony do jamy szczękowej i wypłukiwałem ropę. Pewnego razu miałem nawet wrażenie, że operator przy doszczętniej operacji albo wcale się do jamy nie przedostał, albo jama się składała z przedniej i tylnej części. Do tej ostatniej właśnie systematycznie przez otwór przyrodzony wprowadzałem zagięty pod ostrym kątem kateter i wypłukiwałem ropę.

Kmita zwykle lamie ścianę nosową jamy szczękowej pod małżowiną dolną, aby stworzyć otwór na czas dłuższy, i często po kilku lub kilkunastu przemywaniach sprawa zapalna, nawet przewlekła, ustępuje. Taka łatwość wyleczenia zależy od nieznacznych zmian anatomicznych w błonie śluzowej, co do stanu której przed operacją nigdy należytego pojęcia nie mamy.

Chorążycycki: Łatwość wyleczenia zależy niewątpliwie od stanu błony śluzowej jamy szczękowej. Ale często miewam wrażenie, że w przypadkach, w których jedno przepłukiwanie nie likwiduje sprawy, cały szereg przepłukiwań również do celu nie prowadzi. Co do otworów sztucznych w przewodzie dolnym, to w każdym razie po interwencjach wewnątrznosowych zarastają one prędzej, niż po operacji doszczętej.

5) **Gottfryd** przedstawił 5-cio miesięczne dziecko, które przed 10-ciu dniami połknęło monetę dwugroszową. Moneta nie sprawiała dziecku żadnej dolegliwości. Zdjęcie rentg. wykazało obecność monety w przelyku na wysokości obojczyka. W uśpieniu wprowadzono wąską rurkę ezofagoskopu aż do żołądka, nazajutrz po sprawdzeniu Roentgenem moneta okazała się na tem samym miejscu. Dopiero powtórna ezofagoscopia rurką szerszą posunęła ją do żołądka, skąd *per vias naturales* po dwóch dniach wyszła ze stołcem.

Przypadek zasługuje na uwagę: 1) jako ciało obce u tak młodego dziecka, 2) że nawet u tak młodych dzieci trzeba brać szersze rurki ezofagoskopowe.

Dyskusja.

Pieniżek: Coś podobnego zdarza się tam, gdzie ciało obce siedzi wysoko. Należy ostrożnie wyciągać już wprowadzony ezofagoskop, wtedy można natrafić na ciało obce, którego się wprawdzie nie spostrzeżęło. Należy uśpić dziecko tak, żeby nie było skurczu wejścia do przelyku (ust przelykowych).

Hellin opowiada o następującym przypadku: 5-cio letnie dziecko połknęło monetę, która 8 dni leżała w żołądku stale na jednym miejscu. Wtedy zdecydowano się usunąć ją przy pomocy gastrotomii, co się też łatwo udało. Operacji dokonał prof. Radliński.

6) **Pęski** referuje *przypadek nowotworu w okolicy przysadki mózgowej operowany i leczony przez niego radem*.

Przypadek zasługuje na uwagę:

I) ze względu na swą rzadkość,

II) ze względu na dokonaną operację otwarcia zatoki klinowej. Operacja została podzielona na dwie części. Podobny podział zabiegu ma tę zaletę, że

- a) unika się większego krwawienia,
- b) robi się pod kontrolą oka, szczególnie drugi etap,
- c) chora lekko zniosła zabieg,
- d) zabieg technicznie nie skomplikowany,

III) stosowanie radu w danym przypadku, bez względu na charakter nowotworu, dało dobry wynik (szereg przypadków w literaturze: *Klaus* etc.),

IV) operacje na przysadce, które prawie zawsze się kończą zejściem śmiertelnym, mogą być w zupełności zastąpione szerokim otwarciem zatoki klinowej i stosowaniem radu.

Referat będzie wydrukowany w Polskim Przeglądzie Oto-laryngologicznym.

Dyskusja.

Karbowski zwraca uwagę na trudności w rozpoznawaniu nowotworów przysadki wówczas, gdy jedynym przedmiotowym objawem są bądź to zmiany na dnie oczu, bądź też zaburzenia wzroku. Rozpoznanie różniczkowe między nowotworem a surowiczym zapaleniem opon napotyka na duże trudności. Rentgenologicznie stwierdzone pogłębienie siódła tureckiego nie decyduje jeszcze o rozpoznaniu, albowiem wzmocnienie ciśnienia wewnątrzczaszkowe, trwające kilka miesięcy, może nam dać zmiany w kości czaszki. K. zakładał rad do zatoki klinowej w 2 przypadkach nowotworów przysadki na oddziale *Dra Flataua*. W obydwu przypadkach rozpoznanie nie ulegało wątpliwości. Zabieg operacyjny K. wykonał na jednym posiedzeniu. Igła radiowa rentgenologicznie skontrolowana znajdowała się tuż pod siódłem tureckim. W obydwu przypadkach była chwilowa poprawa. W jednym przypadku nastąpiła martwica okolicy siódła, której jedynym objawem była *liquorrhoea* z nosa. Pomimo tej klapy bezpieczeństwa przyleczyły się inne objawy nowotworu mózgu — parapareza. Chory wyjechał na prowincję i zdaje się zmarł.

Koenigstein przypomina metodę, stosowaną przez *Hallego* przy otwieraniu komórek sitowych i zatoki czołowej od strony nosa. *Halle* robi podśluzową rezekcję przegrody aż do góry, odpycha całą przegrodę na bok, by mieć szersze nole operacyjne.

Pieniżek zaznacza, że rezekcja muszli środkowej może spowodować w następstwie uciążliwy dla pacjenta katar zanikowy

nawet z tworzeniem się cuchnących strupów, co widział P. przed 10 laty u pacjentki, operowanej z powodu guza przysadki przez *Eiselsberga* zmodyfikowaną przezeń metodą *Schloffera*.

Dalej P. wspomina, że operacja guzów przysadki metodą *Hirscha* przeważnie nie sprowadza powyższych następstw, wymaga jednak opanowania dosyć trudnej techniki i wśród laryngologów polskich została demonstrowana przez ś. p. kol. *Litwinowicza*, jednak bez pomyślnych wyników, na przedostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Krakowie.

Chorążycycki zapatruje się na rękoczyn, wykonany przez kol. *Pęskiego*, jako na wstęp do operacji guza przysadki mózgowej. Przy wszelkich t. zw. metodach transsfenoidalnych musimy wprawdzie dostać do zatoki klinowej. Celem wprowadzenia rurki z radem do tej zatoki usunięcie przegrody nigdy nie jest wskazane.

Ch. obserwował chorą z akromegalią, która była operowana przez *Eiselsberga*. Objawów zanikowych nie miała.

Kmita uważa operację, dokonaną przez kol. *Pęskiego*, za odbicie przedniej ściany kości klinowej, t. j. za operację, stosowaną w sprawach ropnych kości klinowej, która technicznie jest prosta w przeciwieństwie do operacji przysadki.

7) **Lubliner** komunikuje o 2 bardzo rzadkich przypadkach *zakrzepu zatoki jamistej pochodzenia usznego*. Przypadek pierwszy dotyczył mężczyzny lat 38, drugi — kobiety lat 26 w 4-m miesiącu ciąży. W obydwu przypadkach była sprawa przewlekła obostrzona, z ciepłotą wyżej 39,0, złym samopoczuciem, bólami głowy w okolicy skroniowej (w przyp. I), w okolicy czołowej i ciemieniowej (II przyp.), wymiotami i oczopląsem w kierunku strony zdrowej i mało bolesnym wyrostkiem sutkowym. Już przed operacją w I przyp. był lekki wytrzeszcz zdrowego oka, w II przyp. lekko zaznaczona sztywność karku i znaczna bolesność w okolicy żyły jarzmowej.

Nakłucie łądźwiowe w drugim przyp. dało 16 neutrofilów w kwadracie. We krwi ustalono 5400 leukoc. Mocz bez białka, urobilogen zwiększony.

Przy operacji w obydwu przypadkach znaleziono perlak i kość eburneowaną. W II przyp. nakłucie zatoki dało krew płynną przy zwiększonym ciśnieniu.

Po operacji w obydwu przypadkach nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego przy objawach wytrzeszczu i obrzęku zdrowego oka, wzmoczenia się ciepłoty i bólów głowy. W II przyp. już nazajutrz po operacji samoistne poronienie.

Zejście śmiertelne w I przyp. nastąpiło w 9 dni po operacji; w II przyp. chora w stanie beznadziejnym została wypisana ze szpitala na żądanie męża.

B. Chorążycycki.

Posiedzenie z dn. 30.XII. 1926.

1) **Chorążycycki** pokazał *obce ciało, usunięte z lewej polowej jamy nosowej*, u dziewczyny 26-cio letniej, która cierpiała na ropienie cuchnące z tejże połowy nosa i bóle w lewym oku od kilku miesięcy. Na zdjęciu rentg. widać pod małżowiną dolną ciało obce koleczaste i słabe zacielenie jamy szczękowej. Sam zabieg usunięcia był dość trudny. Ciało obce Ch. uważa za rynolit, który się utworzył prawdopodobnie naokoło jądra. Charakter tego jądra dość trudno ustalić, gdyż rynolit jest wyzarty i zniekształcony. Najbardziej jądro podobne jest do guzika od bucika dziecięcego. Po usunięciu ciała obcego bóle oka przeszły, ropienie ustało. Co do nawarstwienia wapnia naokoło ciała obcego, to Ch. tłómaczy je uciskiem na błonę śluzową, która przechodzi pewne zmiany chorobowe, powodujące wydzielanie soli wapniowych ze krwi i osiadanie ich na przylegających ścianach ciała obcego.

2) **Karbowski:** a) *Atticoantrotomia*: K. przedstawia 3 chorych, operowanych przez przewód zewnętrzny. U dwóch ropotok od dzieciństwa i zniszczenie błony. W uchyłku cuchnąca ropa i ziarnina. Obydwa przypadki zakwalifikowane były do operacji doszczętej. K. operował je przez przewód, i w pierwszym przypadku nastąpiło wyleczenie po 6 tygodniach, w drugim po czterech tygodniach, rzyrzem uchyłek okazuje się pokrytym normalną niezbliźnowaciałą błoną śluzową. Trzeci chory cierpi na szum w uchu prawym, bóle głowy i ropotok skąpy od 2 lat. Błona bębnowa zachowana, w błonie *Shera* przedziurawienie, z którego wydobywa się cuchnąca ropa. Badanie rentg. wykazało dużych rozmiarów perlak, obejmujący większą część wyrostka sutkowego. *Atticoantrotomia* przez przewód: odłuszczenie przewodu błoniastego, szerokie otwarcie wyrostka, plastyka. Rana niezupełnie jeszcze zagojona, gdyż od operacji dopiero 3 tygodnie upłynęło. www.dlibra.wum.edu.pl

Chorażycki uważa, że K. usuwa minimalne kawałki kości, zaledwie parę milimetrów długości i grubości. W trzecim przypadku, w którym został odluszczone z tyłu przewód błoniasty, otwór nie jest większy, niż w pierwszych 2 przypadkach. Stacke odluszcza przewód błoniasty naokoło, wrywa z łoża, przecina poprzecznie i w ten sposób ma dostęp do pola operacyjnego. Przypadki do operacji przez przewód są dość rzadkie, a że niektóre z nich były przedtem zakwalifikowane do operacji doszczętniej, nie należy to do dodatnich stron operacji Stackego. Zresztą, prawidłowo wykonana operacja przez przewód również wymaga 2-miesięcznego leczenia i zawsze jest mniej radykalna i dość niebezpieczna. Leczenie konserwatywne przez przewód, bez dłutka w rękę, również daje świetne wyniki bez narażenia chorego na przykre i nawet niebezpieczne powikłania.

Pieniążek: sama natura tak leczy podobne przypadki. Operacja przez przewód zewnętrzny jest niewątpliwie racjonalna.

b) Karbowski omawia przypadek *postępującej głuchoty na tle choroby Pageta*.

Chory liczy lat 63. Od lat 10 trwa postępujące przytępienie słuchu lewego ucha, od 4 lat przytępienie postępujące pr. ucha. Na lewe ucho chory nie słyszy głośnej mowy, na prawe ucho słyszy szept na 1/2 mtr. od małżowiny. Badanie stroikami:

a, Schwabach = 10	p.	a ₁ = -40
		C ₅ = 0
	Rinne	= -10
		lew.
	C ₅ = 1/0	
	Rinne	= -15

K. wyłącza w danym przypadku otosklerozę ze względu na wiek chorego, gdyż pierwsze objawy wystąpiły dopiero w 53 r. życia. Przeciw kile przemawia Wassermann ujemny, formułka akumetryczna i brak danych w wywiadach.

Przy badaniu ogólnem chorego zwraca uwagę kształt czaszki, bardziej zbliżony do trójkąta; rozmiar obwodu 68. Przy obmacywaniu wyczuwamy nierówności, gdzieśgdzie zagłębienia o odmiennej spoiwości tkanki. Przed 10 laty obwód wynosił tylko 54. Roentgen wykazuje zgrubienie wszystkich kości sklepienia i częściowo podstawy czaszki z wybitnem odwapnieniem przerostowej tkanki kostnej. Podobne zmiany należy przypuszczać też w kości skroniowej, szczególnie w kości skalistej, co tłumaczy też w sposób zadawalający obraz kliniczny i upoważnia do rozpoznania cierpienia Pageta (*ostitis fibrosa chronica*).

Hellin przypomina, że procesy osteoporozy, osteomalacji i *ostitis fibrosa* już dawno były opisane przez Recklinghauzena i inn., że w ostatnich czasach zwrócono uwagę na zależność tych spraw od narządów wydzielania wewnętrznego.

Karbowski: Paget i otoscl. są to dwie różne choroby.

B. Chorażycki.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu styczniowym Wiedeńskiego Tow. Lekarskiego A. V. ogl doniósł o działaniu eufilliny na stany porażenne mózgu i ośrodka oddechowego.

V. zauważył że w czasie wstrzykiwania eufilliny następuje pogłębienie oddechu z jednoczesnym pobudzeniem ogólnem. Na podstawie tego zastosował eufillinę w przypadkach oddechu Cheyne-Stokesa. Skutek był dobry: wstrzyknięcie dożylne 0,5 cm³ roztworu eufilliny przywracało prawidłowy oddech co najmniej na dobę.

truciu morfiną. Utrzymywanie się działania zależało od rodzaju zacięcia. V. uważa, że substancją działającą we wspomnianych przypadkach jest zawarta w eufillinie etylendiamina.

(Wien. Med. Woch. Nr. 4, 1927).

Guggenheimer. *Nowe dane doświadczalne o wpływie jodu na serce i układ naczyniowy*. (Posiedzenie styczniowe Berlińskiego Tow. Lek.).

Dobre również wyniki otrzymywał w śpiączce, spowodowanej bądź zatruciem zewnętrznym (morfina, luminal, veronal), bądź też wewnętrznym (cholemlja, mocznica). Po wstrzyknięciu 1 cm³ eufilliny V. widywał w tych stanach szybkie ustąpienie śpiączki, zwłaszcza po za-

Badania były przeprowadzone wspólnie z J. Fischerem na wysobnionych sercach ssaków; posilkowano się metodą Atzlera i Franka. Okazało się, że jodek sodu i potasu, stosowane w stężeniu większem, nie działały na naczynia wieńcowe. Rozszerzenie ich następowało dopiero przy zastosowaniu rozcieńczenia 1:100000 do 1:500000. To samo działanie spostrzegł G. również na naczyniach obwodowych u kotów. Dalsze doświadczenia na zwierzętach żywych wykazały, że wstrzyknięcie dożylne 0,15 — 0,5 mg. JNa powoduje szybki spadek ciśnienia (według obliczeń stężenie we krwi wynosiło wówczas 1:1000000 do 1:5000000) G. przeszedł teraz do badań klinicznych, chcąc ustalić dawki jodu, któreby dawały optymalne zwiększenie zawartości jodu we krwi. Już z dotychczasowych spostrzeżeń sądzi, że dawki te są mniejsze od dotąd stosowanych.

(Klin. Woch. Nr. 10, 1927).

I. Boas. *O 10-letnim doświadczeniu w stosowaniu mojej metody leczenia hemoroidów*. (Posiedzenie styczniowe Tow. medycyny wcn. i pedjatrii w Berlinie).

Z metod niekrywanych leczenia hemoroidów na pierwszy plan wysunęło się wstrzykiwanie substancji, wywołujących zakrzepy. Stało się to możliwem dzięki zastosowaniu bańki Biera, pozwalającej uwidocznic wewnętrzne guzy hemoroidalne. Boas posiada już 195 przypadków, leczonych za pomocą wstrzykiwania alkoholu, który z pośród innych używanych substancji jest najmniej trujący i łatwo prowadzi do zakrzepów. Aczkolwiek niema zatorów, jednak zabiegu nie powinno się uskuteczniać ambulatoryjnie. W dniu przedoperacyjnym należy przeczyszczyć przewód pokarmowy, 1/2 godz. przed zabiegiem wstrzykuje się morfinę z atropiną i wprowadza się do odbytnicy roztwór nowokainy. Pacjent powinien znajdować się w położeniu kolanowo—piersiowem. Alkohol wstrzykuje się zależnie od wielkości guza do 2 cm³, używając osobnej igły do każdego guza. W ciągu 3 — 4 dni po zabiegu trzyma się pacjenta na diecie płynnej, po 3 — 4 dniach ponowne przeczyszczenie jelit. B. spostrzegł po 10 latach zupełne wyleczenie po zastosowaniu tej metody.

(Klin. Woch. Nr. 9, 1927).

H. Heusser. *Dializa otrzewnowa*. (Posiedzenie Tow. Lekarskiego w Bazylei).

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że do roztworu fizjologicznego, wstrzykniętego do jamy otrzewnej, przedostaje się ze krwi mocznik i azot resztkowy. Przy przepłukiwaniu jamy otrzewnej pod ciśnieniem wodnym 20 cm. 50 — 60% mocznika i azotu resztkowego krwi przechodzi do przepłukującego płynu. Ten sposób odtruwania H. zastosował u ludzi w 3 przypadkach: w przypadku oparzenia silnym prądem, w przypadku mocznicy i ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek. 2 pierwsze przypad. zmarły, 3-ci został wyleczony. Wskazanie do dializy otrzewnowej stnowią tylko przypadki ostre: odruchowy bezmocz po operacjach nerkowych, oparzenia, zatory tłuszczowe w nerkach po złamaniach, cierpienie gruczołu krokowego z mocznicą, które następnie może być operacyjnie wyleczone

(Klin. Woch. Nr. 9, 1927)..

L. J.

Krytyka Lekarska.

Jeszcze o nowych lekach.

Rozwijając p. t. „Nauka a reklama“ w poprzednim numerze „Czasopisma“ sprawę nowych leków, nie sądziłem bynajmniej, że dotykam tematu oryginalnego, ani nawet, że wypowiadam coś nowego. Pod pióro nasuwały mi się rozważania, czerpane z życia

codziennego, pytania, wobec których staje lekarz — praktyk na każdym kroku swojej powszedniej działalności. Nie szukałem w czasopismach naszych, ani obcych przyczynków, dotyczących tegoż przedmiotu, nie zbierałem literatury, nawet w pamięci nie starałem się odnajdywać wspomnień czegoś przeczytanego lub przedyskutowanego. Zdawało mi się, że sprawa

ki), jamy ustnej (*palatum fissum*) i przewodów usznych (*otitis media*).

Przechodzimy do badania szyi—(blizny po zropiałych gruczołach zolzowych, przetoki, wole), klatki piersiowej i płuc (budowa tejże, *thorax paralyticus*, *gibbus*, blizna po ropotoku opłucnej, przetoki gruczołowe), serca (*vitium cordis*, *palpitatio cordis*, *arterio sclerosis*) i brzucha (*hernia varicocele*, *hydrocoele* — blizny pooperacyjne), kończyn dolnych (blizny, przetoki, żyłaki, zniekształcenia). W końcu odwraca się badany: ogarnia się okiem cały grzbiet (*Gibbus*). U wychudzonych, bladych osobników, podejrzanych o jakąś chorobę płucną, osłuchuje się płuca — niepewne przypadki jeszcze raz się kontroluje. Dzieci do lat dwunastu bada się zupełnie rozebrane. Kobiety z zachowaniem wszelkich możliwych wymagań przyzwoitości.

Nim przejdę do właściwego tematu, chcę wspomnieć, że tylko badanie emigrantów do Kanady oparte jest na ścisłych przepisach i na nich przeważnie wzorowane są wskazówki. Dla emigrantów do innych krajów zamorskich stosują się mniej więcej te same przepisy z małymi zmianami, o których wspomnę.

Co do stanu umysłowego instrukcja powiada:

Idjoci (*idiots*), głuptasy (*imbeciles*), umysłowo niedorozwinięci (*feeble minded Persons*), cierpiący na padaczkę (*epileptics*), obłąkani (*insane Persons*), jakoteż osoby, które przedtem kilkakrotnie na obłąkanie chorowały, nie mogą być dopuszczone do wylądowania.

Przechodząc do szczegółowego badania somatycznego i poczynając od czaszki, spotykamy się z cierpieniem bardzo częstem — ze strupieniem woszczynowatym czaszki (*favus* — *parchy*). Wedle instrukcji są *parchy* czaszki i paznokci, które to rozpoznanie musi być stwierdzone badaniem drobnowidowem (*Achorion Schönleini*), przeszkodą do lądowania i muszą przedtem być wyleczone. Okólnik żąda dołączenia do akt zaświadczenia lekarskiego, że badanie drobnowidowe w przypadkach wyleczonych było co do *Achorion Schönleini* ujemne, czyli, że przypadek jest absolutnie wyleczony.

Rozpoznanie różniczkowe między blizną skóry czaszki po *parchu*, a bliznami innego pochodzenia jest łatwe. Każdy przypadek wygojonych *parchów* powinien być poddany badaniu drobnowidowemu.

Obecność bowiem blizny na jednym miejscu nie wyłącza czynnej sprawy chorobowej w innym miejscu, bo nawet w sąsiedztwie blizny inne korzenie włosów mogą być *parchami* dotknięte.

Przypadki, w których badanie drobnowidowe dało wynik dodatni, lub w których i bez tego badania postawiono rozpoznanie *favus*, skierowuje się do leczenia promieniami *R o e n t g e n a*. Jest to metoda najkrótsza, najlepsza, najpewniejsza, a więc najprędzej prowadząca do celu. Po naświetleniu na cztery pola podzielonej skóry czaszki, wypadają włosy w przeciągu tygodnia zupełnie — powstaje pełna łysina. Wraz z włosami i korzeniami znika także j grzybek *Achorion Schönleini*. Po 2 — 3 miesiącach odrastają najpierw delikatne włoski (*l a n u g o*), które również wypadają — następne uwłosienie jest już zupełnie prawidłowe. *Favus* jest temsamem doszczętnie wyleczony. Do jazdy staje się osobnik wtedy zdatnym, kie-

dy ma prawidłowe uwłosienie na czaszce. Chciałbym zauważyć, że w czasie mej tyloletniej obserwacji spotykałem *favus* tylko u żydów — nigdy u Polaków lub Rusinów, choć warunki życiowe są mniej więcej te same. Sądziłem, że przyczyną tego jest jakaś dziwna właściwość skóry (tłuszcz?) południowej rasy semickiej i większa podatność do rozrastania się grzybków na ludziach tejże rasy. Kiedy atoli miałem sposobność badania emigrantów, pochodzących z krajów, które przedtem do Rosji należały, a przytem pochodzenia czysto słowiańskiego, spostrzegłem też i u nich *favus*, choć nie tak często, jak u żydów.

Drugim miejscem ulubionem dla tego grzybka są paznokcie. Paznokcie stają się mętne, chropowate, tracą blask i elastyczność, łamią się łatwo. I tu rozpoznanie drobnowidowe jest konieczne. *R o e n t g e n* pomocny jest czasowo, wycięcie zupełne paznokcia prowadzi najszybciej do celu — choć wynik kosmetyczny tej małej operacji jest niezadawalający. Widziałem jeden przypadek (żydówka), w którym wszystkie paznokcie u rąk i nóg były jakby zjedzone przez ten grzybek.

O wiele rzadszem cierpieniem jest liszaj wyłysiający (*Herpes tonsurans*). I w tych przypadkach żąda instrukcja, celem uzasadnienia rozpoznania, dodatniego wyniku badania drobnowidowego (*Trichophyton tonsurans* — *Ringworm*), względnie ujemnego po wyleczeniu.

Wyłysienie całkowite albo też plackowate (*Alopecia totalis*, *alopecia areata*), jeżeli to ostatnie jest znaczne, stanowi również przeszkodę do wylądowania, a to nie z punktu widzenia choroby przenośnej, lecz z powołaniem na następujące zdanie instrukcji: Choroby skórne, które, choć nie są przenośne, jednak nadają wejrzenie wstrętne, zajmując miejsca widoczne, na obnażonych częściach ciała — tak, że osoby, temi chorobami dotknięte, działają odrażająco.

Jako następstwo wojny długotrwałej, zjawiają się często osoby z następstwami po ranach postrzałowych czaszki do zbadania, co do możliwości wyjazdu. Zupełnie nadają się osoby z całkowicie wygojonymi bliznami kostnymi, pokrytymi prawidłową skórą, — skoro atoli blizna kostna jest niezupełna lub nawet tętnienie mózgu wyczuwać się daje, wtedy należy osobę uznać, jako niezupełnie zdatną do pracy, a tem samem nie nadającą się do wylądowania. Do tej kategorii należą blizny okolicy wyrostka sutkowego po doszczętniej operacji z powodu zapalenia ucha środkowego (*Otitis media suppurativa*). Są one tylko wtedy przeszkodą, jeżeli istnieją jakieś przetoki (*fistul.* (*tbc?*))

Dla południowej Ameryki są w użyciu także przepisy z dodatkiem, że łysina całkowita lub plackowata, o ile badanie drobnowidowe na *Achorion Schönleini* i *Trichophyton tonsurans* wypadło ujemnie, nie stanowią przeszkody w wylądowaniu.

Po zbadaniu czaszki następuje badanie twarzy, i tu przede wszystkim narządów zmysłowych.

Oczy należy zbadać, co do siły widzenia.

O tem dokładnie pisze instrukcja. Czy oba oczy, czy też tylko jedno niedomaga. Krótkowidz czy dalekowidz; korekcja szklami. Konieczne jest zbadanie dna oka. Przypadki, w których jedno oko jest stracone, w drugim atoli żadnych zmian chorobowych, ani upodźleń wzrokowych zauważyć nie można, mogą być

dopuszczone do dalszej podróży, jeżeli niema obawy, że drugie oko zachoruje na zapalenie współczulną oczu¹⁾ (*Ophthalmia sympathica*).

Jeżeli drugie oko jest w jakikolwiek sposób zatakowane lub niedowidzi, należy stopień tej zmiany dokładnie oznaczyć. Przy niedomaganiach wzrokowych, które szklami na $\frac{6}{20}$ do $\frac{6}{30}$ (miara ang. $\frac{20}{20}$ — $\frac{20}{30}$), dają się skoregować, można na dalszą jazdę pozwolić. Niedomagania wzrokowe ze szklami lub bez nich niżej $\frac{6}{30}$ (miara ang. $\frac{20}{30}$) oraz przypadki, w których niedowidzenie postępuje ku gorszemu, należy zatrzymać i dokładnie zbadać. Okólnik stany te krótko opisuje: Widzenie na odległość na jednym oku musi być doskonałe. Zwykle niedomagania w widzeniu muszą być przez szkła skoregowane.

Zamglenie, zaćmienie, albo blizny rogówki, korekturę wzroku uniemożliwiające, muszą być uważane za przeszkodę do wyjazdu.

Wyraźne te przepisy usuwają wszelkie wątpliwości.

Wśród zmian chorobowych oczu wybija się na pierwszy plan jaglica (*trachoma*), choroba zakaźna — najczęściej się zdarzająca i naszą uwagę najbardziej zajmująca. Blższe określenie tego cierpienia pozostawia instrukcja klasycznym dziełom naukowym i do nich też lekarzy odsyła. Ogólnikowo wspomina instrukcja o dwóch znanych postaciach jaglicy: 1) postać ziarnista (ziarenka, które po umieszczeniu osoby w warunkach higienicznych nie okazują dążności do zniknięcia, albo które pomimo zwykłego leczenia szybko nie ustępują — jeżeli nawet w chwili badania lub też w czasie prawdopodobnego wyładowania niema objawów czynnego zapalenia lub objawów zwyrodnienia, albo zniszczenia tkanek. Instrukcja); 2) postać przerostowa (*hypertrophica*) (czynna sprawa zapalna spojówek z wydzieliną, lub ze zgrubieniem i naciekiem powiek. Instr.).

Przypadków, w których ziarenka, łatwo leczeniem dają się usunąć, jakoteż z wydzieliną, ustępującą łatwo, nie należy uważać za jaglicę. Do tego ostatniego zdania stosują się nieżyty grudkowe (*Catarrh. follicul.*) i ostre nieżyty spojówkowe (*Catarr. conjunct. acut.*), rozpoznanie może być dokonane atoli w ciągu i w końcu leczenia — muszą więc przed wsiadaniem na okręt być zupełnie wyleczone.

Jasno i dobitnie stawia kwestję okólnik: Każde ostre zapalenie spojówki musi być uważane za podejrzane, i aż do wyleczenia zatrzymane. I to zapatrywanie, które wyraźnie stanowisko lekarzy okrętowych określa, znajduje swe uzasadnienie w codziennej, praktyce lekarskiej. „Chorzy skarżą się na wrażliwość na światło, łzawienie, i sklejenie powiek” — tak opisuje Fuchs w swej okulistyce objawy po-

czątkowe ostrej jaglicy, a więc zupełnie identyczne z objawami ostrego zapalenia spojówek, „gdyż; jeżeli ziarenek jagliczych w pierwszych dniach brak, albo w obrzmiałej spojówce nie występują, to dopiero dalszy przebieg wyjaśnia naturę choroby“.

Stosowanie się ściśle do tych wskazówek wyłącza możliwość wszelkiego nieporozumienia i wszelkiej rozbieżności w zapatrywaniach; wysyłanie wychodźców z ostrym nieżytem spojówek, w nadziei, że aż do czasu wejścia na okręt będą wyleczeni, okazuje się bardzo często zwoźniczem i złudnem; młotem i niedogodności długiej podróży pogarszają raczej stan i powodują — w najlepszym razie — zatrzymanie chorego aż do wyjaśnienia sprawy chorobowej, względnie zupełnego wyleczenia.

Sporne były dotychczas przypadki wygojonej, bliznowatej jaglicy.

Do końca 1925 r. lekarze angielscy i amerykańscy przypadki takie odsyłali z powrotem i na wyładowanie nie pozwalali. Okólnik z końca 1926 r. donosi, że stare blizny po jaglicy, o ile błona śluzowa jest błada, gładka i lśniąca, nie stanowią przeszkody.

„Natomiast należy bezwarunkowo tym wychodźcom zabronić lądowania, jeżeli spojówka oka okazuje objawy podrażnienia, jako to przekrwienie naczyń, czerwone wybujałości, albo też miejsca chropowate, nie pokryte jeszcze prawidłową, świeżą błoną śluzową. Już ze względu na to, że znajdują się jeszcze nierówne, zaczerwienione miejsca lub też części nie pokryte prawidłową śluzówką, należy uważać, że sprawa chorobowa nie jest ukończona i należy się obawiać nawrotu cierpienia podczas jazdy“. — (Okólnik).

To zapatrywanie jest zupełnie zrozumiałe i uzasadnione. Blizna, o ile, naturalnie, posiada żądane i tak dobitnie opisane właściwości (błada, gładka i lśniąca), nie może być źródłem zakażenia, gdyż proces chorobowy już zupełnie ukończony, a niebezpieczeństwo nawrotu cierpienia jest wyłączone.

Tem samem jest wyjaśniona i druga wątpliwość: zmiany bliznowate po zapaleniu rzeźączkowym oczu (*Blennorrhoea*). Zdaje się, że choroba ta na zachodzie do rzadkości należy, gdyż instrukcja o zmianach, spowodowanych przez to cierpienie, nie wspomina, owszem nawet pisze: po wszystkich innych (*scill. exclus. Trachoma*) zapaleniach wraca spojówka, bez pozostawienia śladów, do swego pierwotnego, prawidłowego stanu. Natomiast Fuchs pisze: „U noworodków rozwija się o wiele rzadziej, aniżeli u dorosłych, po upływie ostrego zapalenia przewlekły przerost spojówki (*Blennorrh. chron.*). Natomiast pozostawia cierpienie to, o ile przebieg był gwałtowniejszy, często u noworodków delikatne bliznki spojówki, szczególnie w załawkach, które na całe życie pozostają“. Wychodźcy tacy dotychczas nie mieli możności wyjazdu, gdyż z wejrzenia blizn nigdy z pewnością nie można było wnioskować o przebytem cierpieniu. Sądziłem, że delikatne, krótkie, kreskowate, drobne bliznki, o ile możności na jednym oku, w załawkach, przy zupełnie prawidłowej śluzówce drugiego oka mogłyby być uważane, jako następstwo przebytego śluzoropotoku, choć wiedziałem, że takie zapatrywanie krytyki nie wytrzyma. Wszystkie te wątpliwości zostały usunięte, a wychodźcy z temi zmianami mogą obecnie pewnie wybrać się w podróż.

1) Według Fuchsa następujące choroby jednego oka mogą powodować w drugim oku zapalenie współczulne: a) *Iridocyclitis traumatica* po uszkodzeniu gałki ocznej, z jej przedziurawieniem. Szczególnie niebezpieczne są uszkodzenia, umiejscowione w okolicy ciała rzęskowego z wgojeniem w bliznę tężówki lub ciała rzęskowego; b) przypadki, w których obce ciało zostało w gałce ocznej; c) podrażnienie atroficznej gałki, spowodowane noszeniem sztucznego oka, może być przyczyną zapalenia współczulnego. Natomiast nie należy obawiać się zapalenia współczulnego w następujących razach: 1) *Phthisis corneae* z powodu zropienia rogówki po *ulcus serpens*, *Blennorrhoea acuta* i t. p.). 2) *Staphylocoma corneae*. 3) *Glaucoma absolute*. 4) *Phthisis bulbi* po *Panophthalmitis*.

poruszona jest zawsze aktualna i że zajmuje w jednakowym stopniu wszystkich lekarzy, co więcej, że interesują się nią chorzy, a — co najważniejsza — że wejrzeć w nią powinny władze, stojące na straży zdrowia publicznego. W literaturze polskiej — sądziłem — nie poruszono dotychczas mojego tematu.

Co do punktu ostatniego — okazuje się — byłem w błędzie. Oto w roku 1909ym na pierwszym zjeździe internistów polskich w Krakowie prof. W. Jaworski i docent E. Mięsołowicz przedstawili byli referat p. t. „O deprawacji wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach“. Lat temu ośmnaście autorowie powyżsi przedstawili zjazdowi do uchwalenia rezolucję w liczbie trzynastu, z których jedna brzmi dosłownie: „Należy się starać o założenie instytucyj państwowych, któreby z urzędu były obowiązane do badania składu chemicznego i wartości ogłaszanych środków leczniczych. Bez wydania rozbioru i opinii takich zakładów ogłaszanie i sporządzanie leków specyficznych jest wzbronione“. Nie przytaczam tekstu pozostałych dwunastu postulatów, zredagowanych przez referentów. Czy to fatalna trzynastka, czy też nasze ówczesne położenie polityczne, czy wreszcie właściwa nam indolencja były tu winne, dość, że żadna z owych rezolucyj dotychczas nie weszła w życie.

Natomiast nie myliłem się, sądząc, że dotknąłem sprawy żywej. Doszły mnie głosy wielu kolegów, stwierdzające przede wszystkim, że sprawa jest zawiła, że należy ją rozpatrywać z wielu stron, i że wiąże się z nią najrozliczniejsze rozmaitej doniosłości kwestje.

W wywodach moich jedynym na razie zamiarem było stwierdzenie ważnej bolączki naszego życia codziennego. Przytoczyć musiałem stronę naukową zagadnienia, oświetlić ją tyle przynajmniej, ile się to dało w krótkim referacie krytycznym, aby wreszcie wysnuć jeden naczelnny wniosek treści praktycznej, wniosek, iż należy podjąć walkę z obecnym stanem rzeczy.

Położyłem silny nacisk na to, że badania chemiczno-farmakologiczne doprowadziły do bardzo cennych wyników naukowych i praktycznych. Nie podkreśliłem, aby droga naukowa, po której kroczyliśmy dotychczas, była niewłaściwa. Wśród przykładów przytoczonych wskazałem środki lecznicze dobre, i obójne, i zgola złe lub bezużyteczne. Starałem się tylko uwydatnić, że nie można bezkrytycznie zawsze stąpać po jednym, wydeptanym gościńcu, gdyż to właśnie często na bezdroża i manowce prowadzić może.

Przemysł chemiczny i jego kolosalny rozwój, zwłaszcza w Niemczech, w ostatnich kilku dziesiątkach lat jest potęgą tak znakomitą, że tylko krótkowzroczni mogą sobie wyobrazić, iż walka z nim może być łatwa na polu produkowania coraz to nowych środków farmaceutycznych o rozmaitej wartości leczniczej. Nie o walkę też przede wszystkim tu chodzi, lecz o krytykę, o sumienną krytykę ze stanowiska wyłącznie lekarskiego, o krytykę bez żadnych ubocznych wpływów natury handlowej. Zawsze potrafimy odróżnić produkt, należycie wyprobowany i rzucony na rynek przez firmę poważną, operującą przy współudziale sił naukowych, od towaru, byle jak spreparowanego dla osiągnięcia doraźnych zysków. Dość przy-

toczyć tu, że w niektórych pismach lekarskich stale prowadzona jest rubryka nowych leków i specyfików, i że w rubryce tej podawany jest skład chemiczny środka leczniczego według analizy producenta, a obok skład chemiczny istotny, i że te dwie analizy bardzo często zarówno ilościowo, jak jakościowo, zupełnie są z sobą niezgodne.

A może dla niejednego czytelnika nowiną to będzie, że według najnowszych spisów farmaceutycznych (Codex Gehe) w Niemczech i w Austrii jest obecnie zarejestrowanych około 20 tysięcy specyfików. Jeżeli w pozostałych krajach Europy i Ameryki, razem wziętych, jest tylko drugie tyle, to czy naprawdę nie pora zastanowić się nad tem, do czego to wszystko nas doprowadzi.

Ze sprawa nowych leków i niebezpieczeństwo, z nią związane, silnie są odczuwane wszędzie, najlepszym dowodem, że w Niemczech, w Austrii, w Holandji, może i w innych krajach, o których brak mi wiadomości, rozpoczęto już walkę. W Wiedniu na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego sprawę tę rozpatrywano z rozmaitych punktów widzenia (na posiedzeniu z dn. 7 stycznia 1927 r.). W Niemczech już w roku ubiegłym utworzono pod przewodnictwem G. Klemperera komisję, która energicznie do sprawy się zabrała, mając na oku stronę naukową, praktyczną i filantropijną. W Holandji powstał urząd państwowy, specjalnie przeznaczony do badania leków pod względem ich wartości terapeutycznej. Wszystkie te poczynania sanacyjne wyrastają niezależnie jedno od drugiego, bo też każdy kraj stwarza specyficzne warunki, w jakich cała sprawa się przedstawia.

Nie może też być inaczej i u nas. Gdy przeto zastanowić się wypadnie nad pytaniem, jak zadanie to ujęte ma być w Polsce, wnet wypłyną na wierzch swoiste warunki, w których przemysł farmaceutyczny rozwija się u nas, jakimi drogami kroczy propaganda środków leczniczych, co wytwarzać możemy u siebie, co zaś sprowadzać musimy z zagranicy. Niewątpliwie setki pytań wiążą się z temi sprawami. Potrzeba będzie współpracy wielu ludzi rozmaitych specjalności, więc lekarzy, farmaceutów, przemysłowców, kupców dla ustalenia pewnych wytycznych, które wskażą drogę postępowania.

Obecnie, kiedy skazani jesteśmy na sprowadzanie wielu leków i specyfików z zagranicy, zdarza się, że środek prawdziwie potrzebny nie zyskuje aprobaty urzędów sanitarnych i celnych, gdy tymczasem mnóstwo środków zgola bezużytecznych masami dostaniemy w drogerjach i aptekach naszych.

Wśród zawiłych dróg labiryntu urzędowego w młodem państwie naszym niewiadomo mi, — wyznaję ze wstydem, — gdzie należy zapukać, aby tę mocno zaplątaną sprawę należycie ujęto w ręce. Znajdą się wszakże z pewnością tacy, którzy tę drogę wskażą. Kiedykolwiek wszakże i w jakikolwiek sposób zabierzemy się do pracy, zawsze pierwszym i najglówniejszym domaganiem się naszym będzie, aby stworzono instytut naukowy, który wartość leczniczą dawnych leków sprawdzi, a nowych, w miarę ich ukazywania się i zgłaszania, stale prowadzić będzie.

Może głos pp. Jaworskiego i Mięśowicza z przed lat osiemnastu, gdy dziś ozwie się na nowo, wysłuchany będzie z należytem zrozumieniem.

Bynajmniej nie sądzę, aby to, com powiedział w poprzednim numerze „Czasopisma“, wraz z uwagami obecnemi wyczerpywało kwestję. Wiąże się ona tak licznemi węzłami z całą medycyną praktyczną, że nie jeden jeszcze z kolegów będzie miał coś do dorzuce-

nia. Łamy naszego pisma stoją otworem dla wszystkich w tej mierze uwag¹⁾.

M. Flaum.
(Warszawa).

1) Drukując powyższe bardzo cenne uwagi Szan. Kol. Flauma, pozwalamy sobie zaznaczyć, że przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia istnieje Państwowy Instytut Farmaceutyczny, który jest wcale niem w życie jednego z postulatów Jaworskiego i Mięśowicza, a zrazem tą instytucją, której powstania kol. Flaum się domaga (Red.).

MEDYCyna Społeczna

Wskazówki, dotyczące badania lekarskiego wychodźców.

Podał

Dr. W. GABEL (Lwów).

Doświadczenia, poczynione przezemnie podczas prawie dwudziestoletniej działalności, jako lekarza, badającego emigrantów prawie wszystkich tu we Lwowie osiadłych agencji okrętowych, skłaniają mnie do skreślenia tych krótkich wskazówek. Przystępując do tego zadania, przypominam sobie chwilę, kiedy przedstawiciel linii „Red Star Line“, pierwszej tu osiadłej, zwrócił się do mnie z propozycją objęcia funkcji badania lekarskiego emigrantów, natomiast prawie wyłącznie do Stanów Zjednoczonych się udających. Podane mi wskazówki były równie niejasne, jak i ogólnikowe; powiedziane było, że nie wolno wysyłać osób z chorobami zakaźnymi — szczególnie chorych na jaglicę. Jak niewyraźna i powierzchowna była ta instrukcja, tak i powierzchowne było i badanie. Zwracano uwagę tylko na jaglicę i parchy, nie bacząc na nic innego — i nie biorąc pod uwagę żadnych innych zmian chorobowych.

Z czasem liczba emigrantów powiększyła się, inne biura okrętowe otworzyły swe filje. Wkrótce powstały liczne agencje, trudniące się przewozem wychodźców — a między nimi górowały liczbą podróży niemieckie linje okrętowe „Hapag“ — i „Norddeutscher Lloyd“. Wskutek niejasnych i niedostatecznych instrukcji lekarskich, wynikały między lekarzami nieporozumienia i zatargi. Stosunek nieżyty grudkowego spojówek (Catarrh. follicularis) do jaglicy był przedmiotem licznych rozważań, niepewnym było, czy wychodźcy z bliznami po jaglicy mogą się w podróż wybrać; czy parchy zupełnie wyleczone lub niewyleczone, stanowiły bezwzględna przeszkodę. A z drugiej strony nie badano na możliwość do pracy i zarobkowania, jak również nie uznawano przepukliny i żyłaków i t. p., jako przeszkód do lądowania.

Wojna pracę tę przerwała. Po zawarciu pokoju i uregulowaniu się stosunków została ona nanowo podjęta, choć wśród zupełnie innych warunków, spowodowanych innemi zupełnie okolicznościami. Stany Zjednoczone zamknęły prawie zupełnie swe wrota — więc też ruch wychodźczy skierował się do Ameryki południowej, Brazylja, Argentyna, Kuba, ostatnio Chile, Peru, Uruguay, Meksyk — stanowią cel wielu wychodźców.

Kanada zmieniła zupełnie charakter imigracji; podczas gdy z początku celem wszystkich zarządzeń wychodźczych było niedopuszczenie osób chorych do kraju, by zapobiec szerzeniu się chorób zakaźnych w kraju, obecnie Kanada wystąpiła z zamiarem kolonizowania bezmiernych obszarów i chce ściągnąć do kraju zdrowych i do pracy zdolnych osadników a tem samem, podtrzymując w pełni zarządzenia sanitarne co do zakazu wylądowania osób chorych, stworzyć u siebie osady zdrowych, zdolnych do pracy, nie będących nikomu ciężarem kolonistów. Po linii tej myśli idąc, główny departament lekarski w Ottawie (Immigration Medical Adviser Department at Ottawa), przesłał Towarzystwom okrętowym przepisy lekarskie, dotyczące badania wychodźców (Instruction to Medical Officers), licząc tem samem na współpracę lekarzy, zatrudnionych przy badaniu w biurach okrętowych. Przez podanie nam tych linii wytycznych — o ile dotyczą one zagadnień sanitarnych, wzięli na siebie lekarze zaufani biur okrętowych zadanie w myśl tych przepisów postępować, wedle swego sumienia i swej wiedzy, pełni świadomości ciężkiej na nich odpowiedzialności moralnej. Te instrukcje są też podstawą podanych tu wskazówek. Oprócz tego zostały wprowadzone i zastosowane liczne Okólniki informacyjne, które lekarze, badający wychodźców w portach tuż przed wsiadaniem na okręt, w miarę potrzeby nadsyłają.

Przedewszystkiem kilka uwag o sposobie badania wychodźców.

Badany staje w białym z twarzą, zwróconą do okna — przed nim badający lekarz. Kilka pytań, urywkowo zadanych, informuje badającego o inteligencji i wymowie badanego. Następuje wezwanie, by oba ramiona prosto przed siebie wyciągnął — palce szeroko rozstawił (favus paznokci — eczema — scabies) i zwolna ręce z rozstawionemi palcami odwrócił (blizny na grzbiecie ręki i dłoni — brak palców). Przez zgięcie palców w pięść bada się ruchy w stawach palców (ankylosis) jakoteż i siłę chwytu. Wzywa się badanego, by zgiął ramiona w łokciach i następnie w stawie barkowym je wyprostował ku górze (układ mięśni ramion — zanik mięśni, ruchy w stawach, zniekształcenia).

Następuje obmacywanie i badanie czaszki (blizny po uszkodzeniach, favus, trichophyton tonsurans, alopecia) — badanie oczu (nieżyt, jaglica, wywracanie błony śluzowej załamka spojówki zawsze na rozwórce Desmarrésa), nosa (nos zapadnięty — lues), języka (blizny po ukąszeniach podczas napadu padacz-

Blizny po urazach są łatwe do rozpoznania.

Prawdziwem utrapieniem są cierpienia i nieżytyczne starszych osób. Znajdujemy tu wszystkie te zmiany, które mogą być uważane za pozostałości przewlekłej jaglicy (*Trachoma chron.*), a więc: zapalenie powiek (*Blepharitis chron.*), wywinicie powiek (*Ektropium*), zaczerwienienie spojówki, przerost ze zgrubieniem i aksamitnem wejrzeniem spojówki, wreszcie czasami nawet podwinięcie powiek (*Entropjum*) i rzęs (*Trichiasis*), a więc wiele objawów wspólnych obu tym cierpieniom. Rozpoznanie różniczkowe jest zupełnie niemożliwe. Mam w pamięci przypadek, który tu we Lwowie, jako *trachoma chron.* rozpoznany, przez trzech innych specjalistów innego miasta, uznany był za przewlekłe zapalenie spojówki, (*Conjunct. chron.*), a pomimo to przez lekarza okrętowego został odrzucony. Przed takimi następstwami można się tylko w ten sposób uchronić, że się ściśle wedle przepisów postępuje, t. j., że każde podrażnienie oczu należy uważać za podejrzane.

Jeżeli więc opisane zmiany wogóle nie nasuwają żadnych wątpliwości, to jednak zdarzają się przypadki, które przy najdokładniejszym przestrzeganiu przepisów — przecież zupełnie jasne nie są. Badając mianowicie brzeg spojówki powieki górnej przy przejściu ze spojówki powieki do spojówki załamka (*fornix*) — a więc tam, gdzie chrząstka powiekowa się kończy — przy pomocy szkła powiększającego (*lupy*) — zauważyć można w mniej więcej 10% przypadków, że brzeg ten jest nierówny, chropowaty. Zresztą, żadnych zmian na spojówce stwierdzić nie można: jest ona gładka, lśniąca, biała, z wyraźnie przebiegającymi naczyniami krwionośnymi. Rozstrzygnięcie jest w tych razach trudne. Z doświadczenia skłaniam się do następującego stanowiska: Jeżeli owa nierówność, owa chropowatość jest tak delikatna, jakgdyby miejsca te były przysypane delikatnym piaskiem, wtedy uważam wyjazd za możliwy. Jeżeli jednak owe wyniosłości są większe, wyraźniej odgraniczone (wydaje się jakgdyby była w tych ziarnkach jakaś treść), wtedy uważam przypadek za podejrzany. (Trzytygodniowe leczenie sinym kamieniem wystarcza do usunięcia tych zmian).

Dla Ameryki południowej ważne są, co do jaglicy te same przepisy, co do nieżytycznych spojówki grudkowych (*Cat. follicular.*) i zwykłych, należy je również leczeniem usunąć, jeżeli się chce uniknąć nieprzyjemnych doświadczeń.

Nos: Na skórze skrzydeł nosowych znajdują się często zmiany w następstwie tocznia (*lupus*). (Gruźlica w jakiegokolwiek postaci, gdziekolwiek umiejscowiona, jest przeszkodą w wylądowaniu. *Instr.*). Nos zapadnięty (*siodełkowaty*) wskazuje na możliwość kiły. (Jeżeli jest wskazane zbadanie krwi na odczyn *Wassermann*a, to pamiętać należy, że wynik jego jest tylko częścią dowodu, na którym rozpo-

*) Używam od szeregu lat do tych celów zwykłej lupy o prawce, jakiej używają zegarmistrze. Przez umocowanie oprawki na kształt monokla, mam obie ręce wolne i mogę jedną ręką błonę słuzową powiek dolnych odsłonić, albo też rozwieraczem załamki uwi-docznić, a przytem drugą ręką, obejmując kark badanego, — położenie głowy dowolnie ustalić.

nanie polegać powinno. Powinno się wykonać dwa badania w odstępach dwu dni. *Instr.*).

Usta: (Jama ustna): Jąkających się w takim stopniu, że mowa staje się niewyraźną i niezrozumiałą, osoby, dotknięte paszczą wilczą (*palatum fissum*) lub innym ubytkiem w twardej lub miękkim podniebieniu, należy odrzucić. (Okólnik).

Uszy: Znaczne przytępienie słuchu, przewlekłe zapalenie ucha środkowego z obfitą (cuchnącą) wydzieliną (na tle gruźliczym?) (*Otitis media supp. chron.*) są przeszkodą — brak obu małżowin usznych należałoby odnieść do „odrażającego wyglądu“, za co braku jednej małżowiny usznej przy pokryciu tegoż braku włosami — uważać nie można.

Twarz: Liszajec zaraźliwy (*impetigo contagiosa*), figówka (*sycosis*), łuszczyca (*psoriasis*), o ile ta ostatnia jest rozległa lub widoczna t. zn. na czaszce, twarzy, szyi albo przedramionach — muszą aż do wyleczenia być zatrzymane (okólnik). Dwa pierwsze cierpienia z powodu możliwości przeniesienia, ostatnie z przyczyn podanych pod nagłówkiem (*Alopecia*).

Do wylądowania w Ameryce południowej są przeszkodą tylko choroby przenośne, a więc toczeń (*lupus*) figówka, liszajec zaraźliwy.

Szyja: Tu w pierwszym rzędzie zwraca naszą uwagę stan gruczołów chłonnych. Nie nadają się do jazdy przypadki z powiększonymi gruczołami chłonnymi (gruźliczemi lub żółzowemi), bez względu na to, czy są przetoki, czy ich niema. Co się tyczy tak częstych blizn po zropiałych gruczołach chłonnych, okólnik powiada: „U osób z wyjonem bliznami żółzowemi po zropiałych gruczołach, należy najdokładniej zbadać płuca, ciepłotę ciała i liczbę tętna“.

Takie blizny napotykamy bardzo często u zupełnie zdrowo wyglądających osób, u których nikłoby nie podejrzewał ani utajonej gruźlicy, ani skłonności do tejże. W każdym takim atoli przypadku zalecam ustalenie stanu płuc za pomocą promieni *Roentgena* — wynik ujemny wyjaśnia zupełnie sprawę.

Struma simplex. Wole. Jak długo nie przeszkadza przez ucisk na tchawicę w oddychaniu, lub też jak długo nie jest przeszkodą w zarobkowaniu przez swoją wielkość — nie stanowi przeszkody. Inaczej się rzecz ma, skoro jest jednym z objawów choroby *Basedowa*.

Ameryka południowa: Przetoki po zropiałych gruczołach żółzowych z wydzieliną, jakoteż choroba *Basedowa* stanowią przeszkodę do wylądowania.

Klatka piersiowa:

Płuca: „Gruźlica w jakiegokolwiek postaci, gdziekolwiek, o ile rozpoznanie jest uzasadnione ogólnie przyjętymi objawami klinicznymi i opisami“ jest przeszkodą. (*Instruk.*)²⁰

Okólnik objaśnia: „Gruźlica w każdej postaci, jako to gruźlica płuc, gruczołów chłonnych szyi, przewlekłe zapalenie otrzewny (*peritonitis chron.*), gruźlica kości (*Tubercul. oss.*). Przetoki, toczeń (*lupus*), gruźlica najądrza (*Tbc. epididym.*), przetoki kałowe gruźlicze (*fistul. anal. tbc.*) powodują odrzucenie. Emigranci, którzy kiedykolwiek na gruźlicę cierpie-

li, a obecnie zapewniają, że są zdrowi, muszą przedstawić świadectwo specjalisty o zupełnym powrocie do zdrowia". Poświadczenie doświadczonego rentgenologa powinno być zupełnie wystarczające. Deformacja klatki piersiowej i płuc wskutek przebytego ropotoku opłucnej jest przeszkodą w wylądowaniu.

A m e r y k a p o ł u d n i o w a :

Gruźlica jest przeszkodą w wylądowaniu.

S e r c e : Instrukcja: Szmery, przerost (**Hyper-trophia**), przyśpieszona czynność serca (**Tachycardia**) lub też inne objawy, które u badającego wywołują przekonanie, że badany może się stać ciężarem dla ogółu — są przeszkodą. Wystarcza atoli dla niektórych przypadków t. j. takich, których mięsień sercowy okazuje się sprawnym a wada serca jest zupełnie wyrównana (z wyjątkiem, jeżeli emigrant ma w przyszłości ciężko pracować), złożyć sprawozdanie.

Do tych — niebardzo jasnych warunków—dodaje okólnik: Przeszkodę do lądowania stanowią: wady serca — szczególnie tętnicy głównej (aorty) i zwężenie ujścia lewego żylnego (**Stenosis mitralis**), szybkie, nieregularne bicie serca, tetniaki (**aneurysma**), znaczne stwardnienie tętnic (**arteriosclerosis**).

Jeżeli się zważy, że emigranci, z bardzo małymi wyjątkami, są zmuszeni ciężko pracować, można każdą wadę zastawiającą, czy wyrównaną, czy niewyrównaną, uważać za przeszkodę.

A m e r y k a P o ł u d n i o w a :

Niewyrównane wady serca (**Vitia non. compens.**) bywają odrzucane.

B r z u c h : Bardzo częstym, cierpieniem, co do którego należy wydać orzeczenie, jest przepuklina (**Hernia**). Z reguły rozumiemy, mówiąc o przepuklinie, przepuklinę pachwinową, gdyż inne postacie przepuklin z powodu swej rzadkości nie wchodzi w rachubę. O tem mówi instrukcja: „Ponieważ cierpienie to pod wpływem pracy może się pogorszyć; należy przy ocenie brać pod uwagę: położenie przepukliny, umiejscowienie i stopień, wreszcie, czy osobnik ten nosi opaskę, czy nie“. Okólnik mówi: „Osoby, cierpiące na przepuklinę, mogą być uznane za zdadne tylko wtedy, jeśli noszą dobrze przylegającą, pracę się dającą opaskę“. Praktycznie rzecz biorąc są możliwe trzy różne stany: 1) rozszerzenie kanałów pachwinowych, 2) rozszerzenie i uderzenie wewnętrzności o palec, wprowadzony do kanału przy kaszlu lub parciu; czasem widoczne jest jedno lub obustronne wypuklenie wielkości jaja gołębiego po jednej lub obu stronach; 3) wyraźna i widoczna przepuklina.

Trzymając się tych poglądów, należałoby zaopiniować:

Pierwsza forma jest zdadna do wylądowania, gdyż stan ten nie musi mieć w następstwie przepukliny i może istnieć całe życie; druga forma może tylko z dobrze przylegającą i dobrze wewnętrzności trzymającą opaską, być uznaną za zdadną. Emigrant natomiast z wyraźną przepukliną musi się poddać radykalnej operacji.

Niezupełna jasność, co do sposobu kwalifikowania tych cierpień w instrukcji, a z drugiej strony i nieznaczność operacji, przy możliwości osiągnięcia znacznie polepszonych warunków pooperacyjnych do pracy, uzasadnia ten sposób pojmowania.

Przepukliny udowe i brzuszne, bez względu na

wielkość — są przeszkodą i muszą być poddane operacji; jedyny wyjątek stanowią małe, szczególnie u kobiet zdarzające się przepukliny pęplowe. — Instrukcja nie rozróżnia sposobu oceny przepuklin u mężczyzn i u kobiet.

A m e r y k a p o ł u d n i o w a : Przepukliny, nieprzekraczające wielkością swą wielkości pięści badającego, nie stanowią przeszkody.

Okólnik wylicza następujące cierpienia, które przez operację muszą być usunięte: Znaczne żylaki powrózka nasiennego (**Varicocoele**), guzy krwawnicze (**Haemorrhoides**) oraz wodniak (**Hydrocoele**). (W ostatnim przypadku wystarczy najzupełniej tuż przed wyjazdem nakłucie z wypuszczeniem płynu).

A m e r y k a P o ł u d n i o w a : Nie zwraca uwagi na podobne cierpienia.

K o ń c z y n y d o l n e :

Bardzo często spotykanym cierpieniem są żylaki (**Varices**).

Według instrukcji należy je oceniać „wedle stopnia i rozciągłości, o ileby mogły być przeszkodą w zatrudnieniu, zamierzonym przez emigranta“. Okólnik powiada: Znaczne żylaki należy poddać operacji, małe mogą być tolerowane, o ile emigrant nie będzie zmuszony ciężko pracować i, o ile zaopatrzy się w elastyczne pończochy lub opaskę.

Przedewszystkiem podnieść należy, że 99% emigrantów jedzie do robót rolnych, a więc do ciężkiej pracy, dlatego też należałoby wszystkim emigrantom doradzać operację. Taki wreszcie podział pojęcia stanu chorobowego na ciężki i lekki, na znaczny i mały, jest bardzo elastyczny. Jeżeli dobrze pojmuję myśl przewodnią całej instrukcji, rozchodzi się rządowi Kanadyjskiemu, by te osoby zatrzymać, które są albo niezdolne do pracy, albo też noszą w sobie niejako możliwość utracenia zdolności do pracy. Że znaczne, z guzami (**Noduli varic.**) połączone żylaki stwarzają tę ostatnio wymienioną możliwość, jest rzeczą jasną. Póki krążenie krwi — choć przez rozszerzone i wijące się naczynia — jest możliwe, nie ma obawy, by osoba, dotknięta żylakami, dostała wrzodów żylakowych. Gdy jednak utworzyły się już guzy żylakowe, gdy skóra nie może być należycie odżywiana, wtedy tworzą się na tych miejscach małe otarcia (**excoriations**), wtedy zwolna poczynają się tworzyć wrzody, i wtedy zaczyna osoba ta wędrować ze szpitala do szpitala, będąc tamże niechętnie, lecz, niestety, często widzianym gościem. Więc tłumaczę sobie instrukcję w ten sposób: Żylaki z guzami muszą być poddane operacji — (Zastrzyki wg **L i n s e r a** dają w krótszym czasie o wiele lepszy wynik kosmetyczny niż doszczętna operacja), zwykle rozszerzenia żył mogą z bandażem elastycznym lub pończochą elastyczną udać się w podróż. Z bardzo licznych, z tego punktu widzenia traktowanych emigrantów, żaden nie został skierowany z powrotem, z czego wnioskuję, że stanowisko moje jest racjonalne.

Inaczej się rzecz przedstawia, gdy żylaki występują u kobiet, które kilkakrotnie rodziły. Przeważnie jadą one z mężami lub do mężów, albo jako starsze osoby do dzieci i z reguły kobiety nie muszą podejmować się tak ciężkich robót, jak mężczyźni. Na te możliwości instrukcja zwraca uwagę, gdyż pisze: „O ile osoba ta nie należy do rodziny, z nią jadącej — lub do rodziny, mieszkającej w Kanadzie, która (scilicet)

familia) urzędnikowi daje zadawalającą rękojmię i pewność, że tacy emigranci nie staną się ciężarem społeczeństwa". Tego osądzić lekarze nie są w stanie, i te zdania nie mogą naszych wątpliwości usunąć, gdyż biura okrętowe żądają od lekarza odpowiedzi, czy dana osoba może jechać, czy też nie, a bliższe wyjaśnienie, jak w takim wypadku postąpić należy, bardzo byłoby wskazane.

A m e r y k a P o ł u d n i o w a: Tylko rozległe wrzody żylakowe (*Ulcera cruris*), nie zagojone, z wydzieliną są przeszkodą.

C i ą ż a: Stan ten osądza się z tego punktu widzenia, czy jest możliwość poronienia lub porodu przedwczesnego, z powodu czynników szkodliwych, związanych z podróżą (choroba morska). Ogólnikowo odradza się pierworódkom jazdy do trzeciego miesiąca, wszystkim, począwszy od siódmego miesiąca, a wątłym i anemicznym osobom od szóstego miesiąca ciąży.

Okólnik wymienia następnie następujące cierpienia, które stanowią przeszkodę w lądowaniu: Przewlekłe zapalenie nerek (*Nephritis chron.*), *Oedema*, *Neurasthenia*, wstrząs (*Shok*) nerwowy, *Chorea*, powrotna forma malarji, *paralysis*, *hemiplegia*, *paralysis infantilis*, *epilepsia* — *anaemia perniciosa* lub zwykła w znacznym stopniu, *Diabetes* — nowotwory złośliwe — *Ataxia locomotrica*, przewlekły gościec, choroby kości, ostry lub przewlekły gościec stawowy, zniekształcenie kręgosłupa, osoby o wejrzeniu starczem lub o wątej budowie ciała.

Wreszcie: *świerzb (Scabies)*, *Gonorrhoea*, *Bubones*, *Ulcus molle*, *Lues* aż do wyleczenia.

A m e r y k a P o ł u d n i o w a: mniej więcej te same przepisy.

W końcu jeszcze kilka słów co do oceny możliwości i zdolności zarobkowania.

Rozstrzygnięcie tej sprawy spoczywa tylko częściowo w rękach lekarzy i w obrębie zakresu wiedzy lekarskiej, gdyż instrukcja wyraźnie powiada: emigranci, którzy okazują fizyczny błąd, o ile nie posiadają, wedle zapatrywania władzy kontrolnej lub ją zastępującego urzędnika, dostatecznej sumy pieniędzy, albo nie mają określonego zatrudnienia, rzemiosła, kupiectwa, lub trudnią się zawodem jakimś, albo też mają jakiś inny prawidłowy dochód, dający im dostateczne środki utrzymania, aby nie byli ciężarem dla społeczeństwa". Zarówno lekarze, jak i urzędnicy mają tu szerokie pole działania, naturalnie, kąć widzenia musi być w miejscowościach zdala od miejsc wsiadania na okręty, nieco ostrzejszy, ażeby uniknąć wszelkiego ryzyka. Możliwość zarobkowania bywa atoli mimo tych przepisów osądzona nie z tego punktu widzenia, czy osoba ta jest zdolna do wykonywania swego zawodu, lecz ze stanowiska, czy jest ona zdolna do pracy wogóle, a szczególnie do pracy ciężkiej.

Komisja kalkuluje, że jest możliwym, aby n. p. zegarmistrz był zmuszony sobie ciężką pracą na chleb zarabiać, albo zwykły robotnik, zatrudniony w jakiejś fabryce, musiał delikatne czynności wykonywać. Stąd też pochodzą liczne nieporozumienia, gdyż wychodźcy skarżą się, że są za niezdolnych do jazdy z powodu niezdolności do pracy uznani, a jednak pracę swą wykonywać umięją i wykonywają.

Choć więc zakres osądzania tych przypadków jest bardzo szeroki, to jednak zwyczajowo utarły się pewne wytyczne, które, choć nie zawarte ani w instrukcji, ani w okólnikach, przecież są podstawą do osądzania tych przypadków. A więc wszelki zanik mięśni (*Atrophia musc.*), czy jest połączony ze zniekształceniem, czy nie, byłby przeszkodą, gdyż trudno osądzić, czy ten zanik kiedyś w przyszłości nie będzie przyczyną zupełnej niemożności używania kończyny.

Złamania kości, choć nie w osi zrosnięte, zwichnienia w stawach, choć ze zniekształceniem stawu wygojone (szczególnie łokcia), o ile nie ma zaniku mięśni, a siła i ruchy dobrze są utrzymane, nie są przeszkodą. Brak jednego członka na jednym palcu nie jest przeszkodą, za przeszkodę uważa się brak dwóch członków jednego palca lub jednego członka dwóch paiców.

Kciuk musi być w zupełności utrzymany, gdyż kciukiem chwyt nabywa siły i mocy. Sztywność jednego palca więcej przeszkadza w pracy, aniżeli brak tegoż, a przecież ten drugi przypadek jest do jazdy niezdatny. Ogólnikowo należy zdolność do pracy w odsetkach oznaczyć (mniej więcej ubytek 10% bywa odrzucany), przyczem, jako pomocniczego przepisu używa się jednej z licznych tabelki, wydanych przez władze, właśnie w celu obliczania procentów niezdolności do pracy (n. p. tak zwane „Wiener Schema“, lub z orzeczeń niemieckiego urzędu państwowego ubezpieczeń, lub wreszcie odpowiednie dzieła naukowe). W takich razach należy stan dokładnie opisać i stosownie do okólnika, należy każdy taki przypadek z przedstawicielem odnośnej linii okrętowej omówić, by odpowiednie przypadki przedłożyć władzy i rządowi odpowiedniemu, celem ostatecznego rozstrzygnięcia.

A m e r y k a P o ł u d n i o w a — również z tych punktów widzenia ocenia wychodźców.

W końcu jeszcze odpowiedź na pytanie: Czy cel, jaki przyświecał rządowi Kanadyjskiemu przy rozdzielaniu instrukcji, został osiągnięty. Na to pytanie chcę krótko kilku datami statystycznymi odpowiedzieć.

W roku 1925 była Kanada dla imigracji bez pozwolenia przez jeden miesiąc otwarta — dziesięciu wychodźców zostało z liczby tutaj badanych w porcie z powodu niedomagań cielesnych zatrzymanych. W roku 1926 była Kanada bez specjalnych zezwoleń przez pół roku otwarta, liczba wychodźców znacznie się wzmożła — emigracja do Argentyny i innych zamorskich krajów kilkakrotnie się zwiększyła. Ze wszystkich tu badanych emigrantów jeden tylko został zawrócony z powodu ostrej jaglicy, której się w czasie podróży nabawił.

Dzięki instrukcji można więc obecnie z wielką pewnością sąd swój wydać: cel więc został w znakomitej sposób osiągnięty: Państwo otrzymało liczne zastępy zdrowych obywateli; lekarze wiedzą, jak mają przy badaniu postępować: towarzystwa okrętowe nie są narażone na bezużyteczne wydatki powrotnej jazdy, a co najważniejsze: wychodźca prawie pewny jest, że osiągnie swój cel, któremu niekiedy cały dobytek i całe swe mienie poświęcił.

Sprawy zawodowe

Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1926.

Rok sprawozdawczy jest pierwszym punktem drugiej kadencji N. I. L. Po posiedzeniu organizacyjnym nowo obrany Zarząd odbył 26 posiedzeń w ciągu roku. Poza tem w dniu 2-im i 3-im maja odbył się Zjazd Międzyizbowy. Uchwały Zjazdu Międzyizbowego jako ogłoszone w pismach i rozesłane do Izb nie wejść w niniejsze sprawozdanie. Nowa Izba składała się z 28 członków, w ciągu roku zmarł członek N. I. L. Dr. Ignacy Sochacki. Na posiedzeniu organizacyjnym N. I. L. w dniu 28 lutego 1926 r. oprócz wyborów podniesiono cały szereg spraw. W związku z wnioskiem D-ra Sterling-Okuniewskiego, co do wydania streszczeń prac lekarskich w obcych językach była wzięta pod uwagę również następująca nadesłana uchwała XII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie w lipcu 1926 r.: „Zjazd uznaje konieczność założenia biura propagandy polskiej medycyny za granicę, na ten cel powinny być nałożone drobne opłaty na wszystkich lekarzy. Sprawę tę powierza Zjazd Naczelnej Izbie Lekarskiej“. Zarząd N. I. L. zgodnie z uchwałą N. I. L. odpowiedział, że wobec ciężkiego stanu ekonomicznego ogólnego, a w szczególności stanu lekarskiego N. I. L. nie uważa za możliwe obciążać lekarzy nowym podatkiem i że sprawę należałoby przekazać Kasie Mianowskiej.

W sprawie ubezpieczeń wzajemnych zgodnie z uchwałami Izby i Zjazdu Międzyizbowego, pracowała komisja pod przewodnictwem D-ra Krzyżkowskiego. Statut wzajemnych ubezpieczeń poruczone opracować Dr. Tadeuszowi Poznanińskiemu, za umówioną z góry sumę 800 złotych.

W sprawie ustalenia warunków na prawo do tytułu specjalisty, Izba Lwowska zwróciła się bezpośrednio do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z gotowością do złożenia Jej swych wniosków po uprzednim otrzymaniu od Generalnej Dyrekcji materiałów dotyczących tej sprawy. Na pismo to Generalna Dyrekcja nadesłała odpowiedź do N. I. L., że projekt ustawy o używaniu tytułu specjalisty jest w chwili obecnej w fazie opracowywania, wobec czego Ministerstwo nie jest w możności udzielić go na razie do wiadomości Izby Lekarskiej we Lwowie, skłonne jest jednak zapoznać się z projektem Izby Lwowskiej.

Stosownie do postanowienia N. I. L. Zarząd N. I. L. zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z zapytaniem, co należy rozumieć pod „organem urzędowym Izby“, nie otrzymał jednak dotychczas odpowiedzi.

W sprawie leczenia w szpitalach wojskowych prywatnych chorzy i wykonywania przez laboratorja rządowe prywatnych analiz ze względu na pauperyzację stanu lekarskiego, zwrócono się do wszystkich Izb o zebranie i przysłanie odnośnych danych. Ponieważ Instytut Higieny Państwowej zwlekał z odpowiedzią, zwrócono się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o interwencję, na skutek czego otrzymano od Państwowego Zakładu Higieny zawiadomienie, że na mocy nowego regulaminu analizy w przypadkach nie ostrych chorób zakaźnych mają być wykonywane jedynie dla instytucji społecznych, komunalnych i Kas Chorych za zwrotem kosztów, dla pacjentów zaś prywatnych analizy w przypadkach tych chorób nie mają być wykonywane wcale.

W wykonaniu dotyczącej uchwały N. I. L. rozesłano okólnik do wszystkich Izb, aby lekarz, opuszczający teren Izby i zgłaszający się w drugiej, posiadał bezwarunkowo kartę wymeldowania się z tej Izby, którą opuszcza.

Zgodnie z artykułem 4-tym ustawy, Naczelna I. L. zatwierdziła: 1) Statut Kasy ubezpieczeniowej na wypadek śmierci przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej; 2) dodatkowe 4 punkty regulaminu Sądu Izby Lubelskiej; 3) zmiany w statucie Kasy pomocy koleżeńkiej przy Izbie Lubelskiej.

Do Rady Dyscyplinarnej na miejsce ś. p. D-ra Sochackiego przedstawiono D-ra E. Orłowskiego i jako zastępcę D-ra Skłodowskiego.

W myśl rozporządzenia Rady Ministrów o Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia uchwalono na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przedstawić jako kandydata na członka D-ra Bączkiewicza i jako kandydata na zastępcę D-ra Śmiechowskiego.

W zakresie prac dotyczących prawodawstwa sanitarnego N.I.L. opracowała nowelę do ustawy o wykonywaniu praktyki felczerskiej, ogólne uwagi i poprawki do projektu ustawy o zakładach leczniczych, uwagi do projektu ustawy o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, uwagi ogólne do projektu zapobiegania chorobom zawodowym i ich zwalczania, uwagi do projektu ustawy o ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu i chorobach zawodowych i to ostatnie na podstawie opinii wszystkich Izb. Nadto wydała opinię w sprawie specyfików farmaceutycznych dozwolonych do sprzedaży poza aptekami w sprawie zapisywania przez lekarzy specyfików niedozwolonych do obrotu (na skutek zwrócenia się w tej sprawie Polskiego Powszechnego Tow. Farmaceutycznego do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) poparła memoriał R-ra Radziwiłłowicza w sprawie organizacji szpitalnictwa dla umysłowo chorych. Memoriał D-ra Poznanińskiego w sprawie szkodliwej łączności aptek homeopatycznych z lecznicami, podanie stowarzyszenia optyków we Lwowie, o zaliczenie zawodu optyków do zawodów koncesjonowanych zgodnie z życzeniem Izby Lwowskiej.

Przedstawiono P. Generalnemu Dyrektorowi konieczną potrzebę zbudowania „Domu Zdrojowego“ w Ciechocinku, wydano opinię w sprawie przywozu wód mineralnych niemieckich w łączności z projektowanym traktatem handlowym.

W zakresie prawodawstwa, mającego łączność z bytem stanu lekarskiego na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przedstawione uwagi, co do nowelizacji niektórych artykułów ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Ułożono projekt noweli ustawy o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby, złożono Prezesowi Rady Ministrów i Ministrowi Spraw Wewnętrznych memoriał w sprawie projektowanego przyłączenia Generalnej Dyrekcji S. Z. do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, odmówiono wzięcia udziału w pracach projektowanej przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej Rady ubezpieczeń społecznych, wychodząc z założenia, że sprawy zdrowotne winny być rozpatrywane przez Państwową Radę Zdrowia. Zdyskwalifikowano, przysłany do oceny przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, regulamin służbowy dla lekarzy Kas Chorych w Łucku, a to między innymi i z tego powodu, że stosunek lekarzy do Zarządu Kas Chorych ustala się na zasadzie obustronnej dobrowolnej umowy, a nie na podstawie regulaminów służbowych.

W sprawie przyłączenia Śląska do Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej ingerowano w Generalnej Dyrekcji na podstawie memoriału Związku Gospodarczego Polaków na Śląsku. Izba Poznańsko-Pomorska wyraziła na przyłączenie zgodę. W tej samej sprawie konferował przewodniczący w Katowicach z przedstawicielami lekarzy Śląskich.

Izbie Wileńskiej zgodnie z jej życzeniem przesłano dane i wskazówki potrzebne do organizacji Izby.

Pragnąc ustalenia właściwego biegu spraw i unormowania stosunku między Izbami a Naczelną Izłą Lekarską z jednej strony, a z drugiej stosunku do Władz Zarząd Naczelnej Izby Lek. domagał się, aby wszelkie odwołania szły przez Zarządy odpowiednich Izb w toku instancji, to znów poczynił przedstawienie Generalnej Dyrekcji S. Z., aby wymagała tego samego porządku załatwiania spraw od petentów. W roku sprawozdawczym N. I. L. musiała rozstrzygać zasadnicze kwestje.

1) Sprawę obowiązku należenia do Kas Wzajemnych ubezpieczeń, kwestjonowanych przez niektórych lekarzy.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, wychodząc z założenia, że obowiązek należenia do instytucji, zabezpieczających lekarzy na wypadek śmierci jest zgodny z ustawą i wynika z prawomocnych uchwał Rad Izb, zażalenia uchylał.

2) Natomiast w drugiej sprawie zasadniczej: przynależności lekarzy do Izby czyli interpretacji pojęcia praktyki Lekarskiej, zarówno poszczególne Izby, jak i N. I. L. znalazły się w trudnym położeniu i dlatego sprawa ta została wniesiona na porządek dzienny obecnego posiedzenia dla ponownego jej rozpatrzenia. Przytem należy dodać, że ta sprawa przynależności lekarzy do Izby była podnoszona nie tylko w stosunku do lekarzy wojskowych, ale i do lekarzy pracujących w laboratorjach.

Do Zarządu N. I. L. zwracały się poszczególne Izby i inne urzędy w sprawach interpretowania ustaw wątpliwości prawnych i sprawach fachowych.

Tak na zapytanie Sądu Izby Lekarskiej w Łodzi z dnia 15.X. 1926 r., czy wyrok Sądu Izby Lekarskiej wydany w dniu 6.VI b. r.

uważać należy za uprawomocniony pomimo iż zasądzony wnioś do Sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej odwołanie, a odwołanie z powodu nieuiszczenia wpisowego nie zostało skierowane do Sądu N. I. L. odpowiedziano, że nieuiszczenie wpisowego do Sądu N. I. L. nie wpływa na uprawomocnienie wyroku w razie złożenia odwołania w terminie przewidzianym przez art. 38 ust. poz. 763/21.

Na prcsbę Generalnej Dyrekcji S. Z. przesłano następującą opinię w sprawie rekursu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przeciw orzeczeniu Komisarijatu Rządu na m. st. Warszawę, dotyczącej odmowy ściągania w trybie administracyjnym składek na Kasę pogrzebową. N. I. L. w całości podtrzymała rekurs Izby W. B. na zasadzie następujących motywów. 1) Motyw Wydziału Prezydjalnego Komisarijatu Rządu, że niema na terytorjum b. Królestwa Polskiego przepisów ogólnych o egzekucji przez władze administracyjne i powołaniu się na przepisy z roku 1811 upadają wobec istniejącej i obowiązującej od 1-go stycznia 1922 r. ustawy z dnia 2.XII 21 r. 2) Brak przepisów ogólnych nie może być powodem do niewykonywania przepisów poszczególnych ustaw zupełnie wyraźnie określających prawo poszczególnych instytucji. 3) Opłaty przymusowe (nie dobrowolne) na rzecz instytucji Izby Warszawsko-Białostockiej, ulegalizowane zgodnie z ustawą wyżej cytowaną są niewątpliwie opłatami Izbowemi, o których mówi art. 44 wyżej wzmiankowanej ustawy.

Wileński Urząd Wojewódzki zwrócił się do Zarządu N. I. L. z prośbą o opinię, czy lekarz może wykonywać dorywczo praktykę lekarską poza miejscem stałego swego pobytu w miejscowości (w Budslawiu), gdzie jest lekarz stale tam mieszkający, który się na to nie zgadza. Zarząd odpowiedział, że, nie mając dokładnych danych co do liczby ludności miasta Budslawia oraz w jakim promieniu od miasta rozciąga się działalność zamieszkałego w nim lekarza, nie może decydować, czy dla tej ludności jest niezbędną pomoc choćby dorywczo drugiego lekarza. Z drugiej zaś strony, biorąc pod uwagę wyłącznie zabezpieczenie ludności stałą pomocą lekarską, N. I. L. nie uważała za pożądane, ażeby drugi lekarz zamieszcowy swoją dorywczą działalnością o tyle podrywał egzystencję lekarza stałego, że spowodowałby jego usunięcie się i tym samym pozbawił ludność pomocy stałej tak niezbędnej szczególnie w wypadkach nagłych.

Z powodu trudności powstałych przy interpretowaniu artykułu 3-go regulaminu Sądu N. I. L. zwrócono się do Rady Prawnego i przesłano do wiadomości wszystkich Izb odpis jego opinii, mianowicie, że Sąd N. I. L. postępowałby nie prawidłowo powierzając Wydziałowi Sądu ubiegłej kadencji sądenie spraw nadeszłych w roku 1923, lecz w których nie odbyła się w roku 1925 rozprawa główna, gdyż sprawy te powinni załatwiać sędziowie nowej kadencji.

Na podniesione przez Izbę Łódzką pytanie, czy lekarz jest obowiązany wydawać pokwitowania za otrzymane honorarja, odpowiedziano na podstawie opinii Rady prawnej, że wydawanie pokwitowań z odbioru wszelkiej zapłaty zależy od woli stron. Żadna władza w stosunkach prywatnych nie może inkryminować niepokwitowanie odbioru pieniędzy. Nakaz wystawiania przez lekarzy pokwitowań na każde honorarjum nie był by przestrzegany, jako nie oparty na wymaganiach ustawy a sprzeczny z ustatkami zwyczajami.

Na zapytanie Urzędu patentowego skierowane do Izby Łódzkiej w sprawie rozmaitych nazw jednych i tych samych preparatów farmaceutycznych odpowiedział Zarząd N. I. L. na podstawie opinii prof. K o s k o w s k i e g o.

Na pismo „Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych m. Warszawy”, w którym wyrażone zostało przekonanie, że Nowiny Lekarskie nie powinny nosić nazwy pisma urzędowego N. I. L., a to z tego powodu, że umieścili na łamach swych artykuł bezimiennego autora, który czyni zarzut lekarzom Kas Chorych, odpowiedziano, że Nowiny Lekarskie są organem, w którym N. I. L. tylko umieszcza swe komunikaty urzędowe. N. I. L., nie bierze i nie życzy sobie brać udziału w redagowaniu samego pisma; każda zaś osoba, uważająca się za pokrzywdzoną może szukać satysfakcji na drodze sądowej.

Od Generalnej dyrekcji otrzymano projekt rozporządzenia w sprawie ogłoszeń treści lekarskiej i kontroli nad nim z prośbą o uwagę. N. I. L. rozesłała ten projekt do opinii wszystkich Izb. Ponieważ Izba Warszawsko-Białostocka najwięcej poświęciła uwag tej sprawie i opracowała odpowiedni projekt, N. I. L., powiadomiona o tem przyłączyła się do opinii Izby Warszawsko-Białostockiej.

Zgodnie z życzeniem Izby Poznańsko-Pomorskiej zwrócono uwagę wszystkim Izb, że nadruki reklamowe na receptach są niedopuszczalne, natomiast dopuszczalną jest rzeczą by firmy na życzenie lekarzy rozsyłały bloczki reklamowe, do których są przyłączone perforowane recepty, które po oderwaniu nie zawierają nic innego jak nazwisko i adres lekarza.

Z kazuistyki spraw zawodowych mamy do podkreślenia następujące sprawy: Izba Poznańsko-Pomorska przysłała w odpisie protest, skierowany przez nią do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przeciw udzieleniu zezwolenia tymczasowego D-rowi Hejderowi na wykonywanie praktyki lekarskiej pomimo informacji, jakie Izba podała o D-rze Hejderze G. D. St. Z., w początkach 1924 r. Pomimo dawnej i nowej interwencji N. I. L. sprawa została zdecydowana przez władze wyższe wbrew opinii Izby Poznańsko-Pomorskiej.

W organizacji pomocy lekarskiej dla ludności szczególnie wiejskiej jeden z sejmików wkroczył na drogę szczególną niesienia tej pomocy przez udzielanie porad lekarskich w przychodniach wszystkim bez względu na stan zamożności za opłatą 25 groszy za poradę w ambulatorjum i wkładając na lekarzy wprost niwekonalne obowiązki ogólno-sanitarne. Słusznie przeciwko takim normom pracy i płacy wystąpiła Izba Krakowska. N. I. L. poparła to stanowisko. Generalny Dyrektor obiecał wysłać na miejsce specjalnego inspektora dla zbadania dokładnego sprawy na miejscu. Na zapytanie G. D. S. Z. dała odpowiedź, że polecono, aby sejmik organizował tylko pomoc w granicach higieny zapobiegawczej.

Władze wojskowe przez G. D. S. Z. zwróciły się do Izb o wydanie opinii o lekarzach rezerwy. Ponieważ niektóre Izby zadość uczyniły temu żądaniu, inne zaś odmówiły, G. D. S. Z. zwróciła się do N. I. L. z żądaniem spowodowania, ażeby Izby dały odpowiedź władzom wojskowym. Zarząd N. I. L., uważając, że to nie jest właściwym zadaniem Izb pozostawił tę sprawę w zawieszeniu.

Grupa lekarzy łódzkich wniosła zażalenie na Zarząd Izby Łódzkiej za niepociągnięcie do odpowiedzialności sądowej członków komisji weryfikacyjnej, powołanej przez Zarząd Kas Chorych wspólnie ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego. Na podstawie opinii tej komisji wielu lekarzy zostało usuniętych z Kasy Chorych. Pokrzywdzeni zwrócili się z zażaleniem do Zarządu Izby Łódzkiej i następnie do Zarządu Izby Naczelnej. Ponieważ sprawa ta jest w biegu, należy się jej tu tylko wzmianka.

Z zażalenia członków Izb na Zarządy Izb wymienić należy zażalenie grupy lekarzy wojskowych w obrębie Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie honorowej, wynikłej pomiędzy niemi a lekarzem cywilnym. Ponieważ lekarze wojskowi pragnęli tę sprawę rozstrzygnąć na gruncie sądów oficerskich, w których zasiadają wyłącznie oficerowie, a lekarze cywilni udziału nie mają, N. I. L. stanęła po stronie decyzji Zarządu Izby P. P. motywując to tem, że w zwykłych sądach honorowych obie strony poważnione wybierają sędziów a ci superarbitra.

Naczelną Izba Lekarska pośredniczyła w korespondencji Generalnej D. S. Z. z Izba P. P. dotyczącej kwestji, komu należy wydawać odpisy wyroków sądowych, a mianowicie, czy osobie skarżącej należy wydać wyrok. G. D. S. Z. utrzymywała, że osoba oskarżająca powinna była na własne żądanie otrzymać odpis wyroku i nalegała. Sąd Izby P. P. wydał ten odpis. G. D. S. Z., wychodziła z tego założenia, że w sądach dyscyplinarnych, które są rodzajem sądów administracyjnych, w odróżnieniu od sądów karnych, stroną jest każda osoba w tem postępowaniu zainteresowana i w niem występująca. Takie wydanie wyroku nie jest opublikowaniem wyroku przez które rozumieć należy ogłoszenie wyroku w organie urzędowym. Inne stanowisko zajęła Izba P. P., która odmówiła doręczenia wyroku osobie skarżącej z tego powodu, że według artykułu 38 ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich i § 56 Regulaminu Izby Lekarskiej P. P. odpisy orzeczenia doręcza się tylko obwinionemu i rzecznikowi dyscyplinarnemu. Doręczenie wyroku innym osobom, choćby interesowanym nie jest przewidziane i sprzeczne z wyrażoną w art. 38 wzmiankowanej ustawy zasadą tajności postępowania dyscyplinarnego. N. I. L. podzieliła stanowisko Izby P. P. Z rozporządzeń uzupełniających prawa sądów Izb, trzeba wymienić orzeczenie G. D. S. Z. wydane z okazji jednego wyroku do Izby Łódzkiej, że sądy Izby nie mogą wydawać wyroków z odraczeniem wykonania, lecz tylko definitywnie. W odpowiedzi N. I. L. nie podzieliła tego zapatrywania, jako dowolnie interpretującego artykuł ustawy.

Na terenie paru Izb Lekarskich wynikły sprawy sądowe z powodu obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy przyjezdnych w okresie bezkontraktowym. Izby wystąpiły w obronie słusznych praw lekarzy miejscowych. Ponieważ ci lekarze na te zarządzenia Izb wystąpili do władz nadzorczych, pociągnęło to za sobą w wielu razach ingerencję władz, która doprowadziła do nakazów wstrzymania wyroków sądowych, a nawet do wyroków w tych sprawach Sądu Najwyższego i Trybunału Administracyjnego. Sprawy te są wniesione na porządek obecnego posiedzenia.

Jako szczegółowy incydent ze stosunków kasowych podkreślić należy następujący fakt: Lekarz zwrócił się do Izby z zapytaniem, czy może objąć posadę w Kasie Chorych podczas stanu bezkontraktowego.

Zarząd Izby polecił dobrowolne porozumienie się, ze Zrzeszeniem lekarzy w Lucku. Z powodu takiego zalecenia G. D. S. Z. interpelowała N. I. L. W odpowiedzi na pismo po zasięgnięciu informacji Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej przesłał następującą opinię: Zarząd Izby Lubelskiej nie wydał żadnego rozporządzenia, lecz polecił lekarzom dobrowolne porozumienie się ze Zrzeszeniem Lekarzy w Lucku, celem zachowania solidarności w sprawie bytu stanu lekarskiego. W powyższym zaleceniu Izby Lekarskiej Lubelskiej, N. I. L. nie widzi przekroczenia prawa, ponieważ prawo do zgodnego porozumienia się z przedstawicielami zawodu mają zagwarantowane wszystkie zawody, a więc i lekarze. N. I. L. nie są znane występowania jakichkolwiek grup lekarzy przeciwko zasadzie ubezpieczeń społecznych. Jeżeli powstawały w różnych miejscowościach Państwa nawet dość duże zatargi między Zarządami i Komisarzami Kas Chorych, a Związkami lekarzy, to były one wywołane: 1) przez niedotrzymywanie warunków umowy przez Zarządy Kas, 2) przez postępowanie komisarza kasy, 3) przez zachowywanie się Zarządów kas, które, składając się nie ze specjalistów, lecz najczęściej z działaczy politycznych, wydawały rozporządzenia nie mające przedewszystkiem na widoku dobra chorych, co jest kardynalną zasadą wszelkich poczynań lekarskich. N. I. L. nie jest znany żaden wypadek celowego działania jakiegokolwiek zrzeszenia lekarskiego przeciwko instytucji, natomiast znana jest duża liczba wypadków nie wypełniania przez Kasy Ch. ustawowo-kontraktowych włożonych na nie obowiązków. N. I. L. uważa za płoną obawę, by działalność Zrzeszeń lekarskich mogła wpłynąć porażająco na funkcjonowanie Kas chorych.

Sprawa organu urzędowego Izby zgodnie z uchwałą Zjazdu międzyzbiżbowego była rozpatrywana w komisji i Zarządzie i została wniesiona na porządek dzienny obecnego posiedzenia.

Na zewnątrz Izba Naczelna była reprezentowana przez Prze-

wodniczącego na uroczystości otwarcia Państwowej szkoły higieny i poświęcenia ośrodka zdrowia w Amelinie, na uroczystości 25-letniego jubileuszu Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie, na Zjeździe lekarzy w Katowicach, w Komitecie do przyjęcia lekarzy czeskich i w Komitecie organizacyjnym I Zjazdu lekarzy słowiańskich w Warszawie. Członek Zarządu Dr. Krzycki w imieniu N.I.L. brał udział w uroczystości poświęcenia „Domu Zdrojowego“ w Krynicy, w I-ym Zjeździe Lekarzy Kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej, w Komitecie organizacyjnym „Stowarzyszenia wdów i sierot po lekarzach“ i na akademii jubileuszowej ku uczczeniu 75-iej rocznicy urodzin Alojzego Jiraska. Prócz tego złożył adres z powodu 150-letnia niepodległości Stanów Zjednoczonych; wysłał depeszę z życzeniami owocnej pracy z powodu Zjazdu IV Higienistów i V lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Wilnie i z powodu uroczystości ku czci D-ra Laenneca do Paryża. Nadto przewodniczący złożył życzenia D-rowskiemu z powodu 50-letnia jego praktyki lekarskiej. Wreszcie przewodniczący otrzymał zaproszenie do przyjęcia godności członka komitetu honorowego IV Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji wojskowej i zaproszenie przyjął. Zgodnie z postanowieniem Zjazdu międzyzbiżbowego, przewodniczący wraz z D-rowskim byli delegowani do Paryża dla wzięcia udziału w organizowaniu Związku Międzynarodowego lekarzy. Po powrocie przewodniczący złożył drukowane sprawozdanie z posiedzenia, na którym zawiązano Stowarzyszenie Zawodowe międzynarodowe lekarskie (Association professionnelle internationale des Medecines). A. P. I. M. do którego przystąpili przedstawiciele stanu lekarskiego 23 narodów.

Sekretarz Czł. Zarządu:

(—) Dr. Metelski.

Przewodniczący:

(—) Dr. Bączkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Gromadzący się coraz obficiej w tece redakcyjnej materiał, zarówno jak względu na szybkie informowanie czytelników o ważniejszych zdobyczkach naukowych w medycynie, skłaniają nas do przekształcenia „Warsz. Czasop. Lek.“ tymczasem na dwutygodnik. Będzie to pierwszy etap zapowiedzianego w naszej odezwie (od administracji) z dn. 31 stycznia r. 1924 „stopniowego przekształcenia pisma na tygodnik“. Od kwietnia r. b. zatem pismo wychodzić będzie 2 razy na miesiąc, każdego 15 i 30 (wzgl. 31). Każdy zeszyt zawierać będzie stron 32; czyli dwa zeszyty dwutygodniowe — stron 64, a więc o stron 16 więcej, niż jeden dotychczasowy zeszyt miesięczny. Przytem cena prenumeracyjna zostaje ta sama.

— W Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich odbyła się w marcu rb. serja odczytów z dziedziny balneoterapii polskiej, a mianowicie:

- P. Inżynier Włodzimierz Kryński. — Położenie i potrzeby gospodarezy uzdrowisk polskich.
- Dyrektor J. St. Szezerbiński. — Rozwój gospodarezy i organizacyjny uzdrowisk polskich w latach ostatnich i widoki rozwojowe na przyszłość.
- Docent Dr. med. Sabatowski ze Lwowa. — Osobliwości klimatyczne Pokucia i Jaru Dniestrowego i ich wartości dla klimatoterapii polskiej.

W kwietniu odbędzie się II serja odczytów, mianowicie:

- Piątek, dn. 1 kwietnia, o g. 8 m. 15 wieczorem: Poseł Medard Kozłowski. Sprawa zmiany ustawy uzdrowiskowej w Polsce.
- Piątek, dn. 22 kwietnia, o g. 8 m. 15 wieczorem: Dr. Ksawery Górski. Krynica i jej środki lecznicze.

Nadto w Piątek, 8 kwietnia, o g. 8 m. 15 wieczorem, celem uczczenia działalności ś. p. Prof. D-ra Józefa Bielińskiego, odbędzie się w siedzibie Stowarzyszenia uroczysta Akademia, na której wygłoszą odczyty:

a) Prof. Henryk Nusbaum. (Ogólny pogląd na działalność piśmienniczą prof. Bielińskiego.

b) Prof. Stanisław Trzebiński z Wilna. Bieliński o medycynie wileńskiej.

— Otrzymałmy odezwę następującą:

„W myśl uchwały zapadłej na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie w r. 1925 oraz na podstawie uchwał wszystkich Oddziałów P. T. D. w r. 1926-ym odbędzie się w Wilnie w dniach 5 i 6 czerwca r. b. V Zebranie doroczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, na które niniejszem zapraszamy Wielce Szanownego Kolegę, prosząc równocześnie o łaskawe zgłoszenie uczestnictwa i tematów odczytowych najpóźniej do 10 maja r. b. pod adresem: Dr. M. Mienicki, Wilno, ulica Wileńska 34 nr. 3.

„W zgłoszeniu upraszamy podać liczbę towarzyszących osób, jako też czy Szanowny Pan Kolega reflektuje na bezpłatne pomieszczenie, czy życzy sobie zamówienia pokoju w hotelu oraz kiedy ma zamiar przyjechać. Dnia 7-go czerwca projektowane jest zwiedzanie miasta i okolic.

„Program posiedzeń naukowych i przydział pomieszczeń podamy po otrzymaniu zgłoszeń.

W oczekiwaniu niezawodnego przybycia Wielce Szanownego Pana Kolegi łączymy serdeczne pozdrowienia koleżeńskie.

Wilno, w lutym 1927 r.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Prof. Z. Sowiński.

Sekretarz

Dr. M. Mienicki.

— Kol. Z. Grudziński prosi Sz. Kolegów, autorów prac naukowych z dziedziny rentgenologii i radologii, ukazujących się w czasopiśmie lekarskich polskich, o nadsyłanie odbitek z prac tych do Redakcji Polskiego Przeglądu Radiologicznego (Wspólna 3a) dla ułatwienia Redakcji umieszczenia sprawozdań z tych prac w „Przeglądzie“.

— Pod sprężystem kierownictwem kol. Władysława Janowskiego wyszedł zeszyt 1. Tomu V. „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej“, zawierający 9 obszernych prac oryginalnych i jedno zestawienie poglądowe. Ozdobą zeszytu są prześlizne tablice graficzne i kolorowane.

Wysoki poziom naukowy oraz piękna forma zewnętrzna stawiają „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej“ narówni z najlepszymi tego rodzaju wydawnictwami europejskimi. Na wzmiankę chwalebna zasługuje też punktualne ukazywanie się zeszytów „Archiwum“.

— (M. F.). Wytwórcy rozmaitych preparatów leczniczych zagranicznych w latach ostatnich prospekty swoje przysyłają nam nareszcie w języku polskim. Lecz często jakiz to język — aż wstyd! Należałoby prospekty te, jako niezrozumiałe, odsyłać. Tłumacze nie zadają sobie żadnego trudu — może nawet sami nie rozumieją tekstu. W prospekcie bardzo znanej miejscowości leczniczej w Czechosłowacji czytamy np., że woda źródła X zawiera węglo woda n y i c h l o r y n y. Co to są narządy obiegowe? Kto się domyśli, że przez e w a s n o s é jest nowo ukutym terminem dla nadkwasności żołądkowej? Owo źródło, zawierające węglo woda n y, zawiera też dla odmiany węglo woda r o y. Przykładami leżniej szemi służymy w każdym czasie.

— Śród dentystów warszawskich kursuje odezwa pewnego doktora medycyny, byłego profesora dentystryki, polecającego się Ko-

legom po fachu, którzyby potrzebowali rady doświadczonego kolegi. „W zwykłych warunkach praktyki prywatnej“, opiewa w dalszym ciągu odezwę, „uciekać się do takiej rady jest rzeczą trudną i kosztowną, a nieraz i ryzykowną, ze względu na możliwość utracenia pacjenta, gdy się go skierowuje dla zasięgnięcia porady do innego praktykującego kolegi“. Z tych względów autor odezwę „nie uprawia wcale praktyki prywatnej i nie posiada własnego gabinetu dentystrycznego“ i przeto „nie przedstawia niebezpieczeństwa konkurencji dla praktykujących kolegów“. Dalej wymienione są warunki, na jakich były profesor usługi ofiaruje.

Nie chcemy wdawać się w obszerniejsze komentowanie tej odezwę, pozwalamy sobie jednak zauważyć, że posadzanie innych konsultantów o „lapanie“ kierowanych do nich pacjentów nie jest rzeczą szlachetną.

— *Egzaminy lekarskie w Ameryce.* W numerze „Journ. of Amer. Medic. Assoc.“ (*), poświęconym sprawie studjów lekarskich, znajdujemy ciekawe przykłady egzaminowania za pomocą metody testów, używanej do oceny inteligencji. O celowości tego sposobu sprawdzania zasobu wiedzy i umiejętności jej stosowania najlepiej mówią przykłady same. Egzamin jest piśmienny.

F a r m a k o l o g j a. 1) Przeczytać dokładnie poniższy tekst i podkreślić odpowiedni wyraz z tych, które są wzięte w nawias.

1—2% roztwór *cocain. hydrochl.*, zakropiony do oka zdrowego królika, wywołuje rozszerzenie — zwężenie źrenicy. Działanie (rozszerzające — zwężające) zależy od funkcji (zakoończeń nerwowych — połączeń nerwowo-mięśniowych) części (parasympatycznej — sympatycznej) autonomicznego układu nerwowego, unerwiających (zwieracz — rozszerzacz) źrenicy.

2) Na załączonej tabelce należy oznaczyć znakami działanie wymienionych środków na odpowiednie twory, narządy i tkanki. + oznacza wzmoczenie, — osłabienie funkcji, O brak działania.

	Supranenina	Pilokarp.	Atropina
Tętnice jelit			
Żyły jelit			
Naczynia włosow.			

3) W załączonej tabelce środków wypełnić kolejne rubryki znakami+ i — w następujący sposób (licząc się z działaniem dawek leczniczych na ustrój przeciętny).

	1	2	3	4	5
Acacia					
Acetanilid.					
Ac. acetic					

W rubryce 1 chodzi o działanie moczopędne (+), wzgl. o wstrzymanie diurezy (—).

W rubryce 2 o działanie szkodliwe w czasie ciąży (+) lub o obojętność w tym względzie (—).

W rubryce 3 o zahamowanie pracy serca (+), lub o jej przyspieszenie (—), względnie o brak wpływu (0).

*) 1926 — 87, Nr. 8.

W rubryce 4 o analogiczny wpływ na światło oskrzelików działanie rozszerzające +, zwężające —, brak działania 0.

W rubryce 5 o drażnienie skóry i błon śluzowych.

A n a t o m j a. I część. Ocena trafności podanego sformułowania. Napisać z lewej strony +, jeżeli sformułowanie jest trafne, — jeżeli nie jest takie.

1) Gruczoł piersiowy znajduje się na powięzi głębokiej.

2) Żyła pachowa leży nazewnątrz od tętnicy pachowej.

3) Mięśnie rombówate otrzymują unerwienie od pierwszej tylnej gałązki piątego nerwu szyjnego.

II. część. Podane sformułowanie należy uzupełnić brakującymi wyrazami:

1) Naczynia następujące zaginają się o brzeg zewnętrzny mięśnia piersiowego większego.

2) Następujące naczynia, nerwy i t. p. przebijają się przez membrana cricothyreoidea.

3) Obojczyk przedstawia na swej powierzchni wewnętrznej następujące wzniesienia i wyrostki.

III. część. Oznaczyć literami O (origo) i J (insertio). początek i przyczep mięśni na tabeli następującej.

	Sacrum	Cocceyx	Os coxae	Femur	Tibia	Fibula	Patella	Calcaneus	i t. d.
Glutaeus maximus			O	I.					
Semimembranosus									
Adductor longus									
Vastus lateralis									

IV. część. Unerwienie i czynność mięśni. Dla każdego mięśnia wymienić nerw; czynność oznaczyć liczbą: zgięcie — 1, wyprostowanie — 2, rotacja do wnętrza — 3, rotacja na zewnątrz — 4, przywodzenie — 5, odwodzenie — 6, pronacja — 7, supinacja — 8.

Nazwa mięśnia	Unerwienie	Czynność
Latitissimus dorsi	N. thoracodorsalis	2—5—3
Pronator teres
Supinator longus

Egzamin taki trwa dwa do trzech razy krócej, jest bez porównania ściślejszy i bardziej obiektywny.

— *Zmarli:* Roman Zagórski, dyrektor Państwowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie.

— Fryderyk Göppert, znany pedjatra, dyrektor kliniki uniwersyteckiej w Getyndze.

TREŚĆ. S. MINC. Mechanizm pracy zdrowego i chorego serca (Dokończenie). — H. BROKMAN. Analiza biologiczna patogenezy i kliniki pónicy. — S. BAU-PRUSSAKOWA. i L. PRUSSAK. O przepuszczalności oórodkowej barjery nerwowej w chorobach umysłowych i nerwowych. — A. WILENCZYK. Grzyb strzygący i jego odmiany w Polsce. — M. LANDSBERG. O nowym środku przeciwcukrzyczym, syntalinie. — M. PŁONSKIER. Patogeneza nowotworów w świetle nowych badań. (Str. zbior.).—Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne—Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.—M. FLAUM. Jeszcze o nowych lekach.—W. GABEL. Wskazówki, dotyczące badania lekarskiego wychodźców. — Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za r. 1926. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. MINC. Le mécanisme de fonctionnement d'un coeur normal et d'un coeur pathologique (fin). — H. BROKMAN. Analyse biologique de la pathogenèse et de la clinique de la scarlatine. — S. BAU-PRUSSAK et L. PRUSSAK. Sur la perméabilité de la barrière centrale nerveuse dans les maladies mentales et nerveuses. — A. WILENCZYK. Le champignon tonsurant et ses modalités en Pologne. — M. LANDSBERG. Sur un nouveau remède contre le diabète — la syntaline. — M. PŁONSKIER. La pathogenèse des néoplasmes au point de vue des nouvelles théories. (rév. gén.) — M. FLAUM. Encore sur les nouveaux remèdes. — W. GABEL. Les indications pour l'examen médical des émigrants.