

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. 7

WARSZAWA, 31 MAJA 1927 R.

Rok IV.

IV - mu

MIĘDZYNARODOWEMU Z JAZDOWI MEDYCYNY I FARMACJI WOJSKOWEJ

WRAZ Z ŻYCZENIAMI OBFITYCH PŁONÓW NAUKOWYCH

numer niniejszy poświęca

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Chirurgja przewodu pokarmowego.

(Wrzody żołądka, dwunastnicy i jelita czczego).

Podał

Wiktor PAUCHET (Paryż)

B. prof. Szkoły Medycznej w Amiens. Chirurg szpit. Ś-go Michała
w Paryżu.

Chory, dotknięty cierpieniem żołądka, powinien być powierzony dobremu radjologowi. Ten (niezależnie od badania treści żołądka i dwunastnicy), winien określić, po jakim czasie pokarm przechodzi poprzez cały przewód pokarmowy, by poznać trwanie przechodzenia tegoż pokarmu przez kiszkę (choroba L a n e a).

Treść żołądka należy badać nie jednorazowo w godzinę po spożyciu próbnego śniadania, lecz kilkakrotnie co 10 minut, a to w celu poznania narastania kwasoty żołądka, jeśli ona wogóle istnieje.

Chirurg powinien poznać dokładnie stopień kwasoty, i kierując się nim wyciąć części żołądka lub nie, aby zapobiedz powstaniu wrzodu wtórnego wskutek nadkwaśności.

Niezbędne jest badanie krwi, by wiedzieć, czy nie zawiera ona nadmiaru azotu, oraz czy nie istnieje niedokrewność, jaki jest jej wzór leukocytowy i czy niema dodatniego odczynu W a s s e r m a n a.

Obok prób pracownianych nie należy zaniedbywać badań klinicznych. Trzeba pamiętać, że wrzód, czy to dwunastnicy, czy żołądka, ma następujące cechy: sok żołądkowy jest nadkwaśny, istnieją zaburzenia trawienia, przeciwko którym chorzy używają proskók obojętnych, aby zwalczyć nadkwasotę.

W przypadkach wrzodu dolegliwości istnieją od dawna, w przypadkach raka — są świeżej daty, cierpienie postępuje szybko, nie wykazuje zwolnień. Objawy. zrazu gluche, zaostrzają się stopniowo, lekarz stwierdza upadek sił, wyczerpanie ogólne, przygnębienie fizyczne i duchowe. Odwrotnie, wrzód występuje w postaci napadów bólowych, trwający kilka tygodni, kilka dni lub miesięcy. W międzyczasie chory cieszy się pozornym zdrowiem.

Objawem najstalszym jest ból w związku z przyjmowaniem pożywienia. Występuje on w godzinę, dwie, trzy lub cztery po jedzeniu regularnie, stale, rytmicznie, często ból łagodnie pod wpływem pożywienia i znów nasila się po opróżnieniu się żołądka; okresowość bólu jest stale ta sama u danego chorego, zwłaszcza w przypadku wrzodu dwunastnicy.

W przypadkach wrzodu leczenie wewnętrzne za-

trzymuje napady bólowe; dlatego też chorzy ci niezmiernie przedłużają okres przedoperacyjny; leczenie wewnętrzne zawsze daje okres poprawy, trwający miesiące, a nawet i lata.

Jednakże zaburzenia, mimo okresów zwolnień, coraz bardziej potęgują się. Przerwy w chorobie są coraz krótsze, ścisłość chwili napadu zaciera się, zwolnienia bólu są mniej wyraźne.

Badanie przy pomocy palpacji daje niekiedy wyraźne wskazówki, wywołując bolesność umiejscowioną w dołku lub dwunastnicy. Ból jest wyraźnie ostry w przypadkach wrzodu, grożącego przedziurawieniem lub w przypadkach przerzutów nowotworowych. W obu tych kategoriach obmacywanie wywołuje skurcz obronny mięśni brzucha. Jeśli chirurg stwierdza u osobnika, silnie wycieńczonego, taki skurcz obronny mięśni w okolicy nadbrzusza, to może twierdzić, iż przypadek nie nadaje się do operacji, jako powikłany przerzutami otrzewnowymi.

Czy należy stosować leczenie wewnętrzne? Z początku tak, po drugim lub trzecim nawrocie — nie.

Umiejscowienie wrzodu: a) Wrzód dwunastnicy mieści się w pierwszej części dwunastnicy już to na jej ścianie przedniej (lub górnym brzegu) i wtedy przedstawia się w postaci zwykłej nadżerki, już to na ścianie tylnej, i wtedy draży do trzustki i daje się rozpoznać radjograficznie. Przeciwnie zaś wrzód przedni rzadko jest widoczny.

b) Wrzód żołądka mieści się na małej krzywiznie; wrzody tak zwane przyodźwiernikowe są w istocie rzeczy albo dwunastnicze albo żołądkowe. Nie należy ich mieszać ze sobą, gdyż rokowanie w oku jest zgoła odmienne. Zdajemy sobie dokładnie sprawę z różnic, gdyż od lat blisko 16 operujemy większość wrzodów żołądka lub dwunastnicy, co pozwoliło ustalić ich ścisłe umiejscowienie.

Wrzód żołądka mieści się zawsze na małej krzywiznie (może przytem zbliżyć się znacznie do odźwiernika lub ogarnąć obie jego strony), zaś wrzód dwunastnicy mieści się w pierwszym jej odcinku na ścianie tylnej lub górnej. Wrzód tylny często draży do trzustki, co utrudnia zamknięcie się odcinka dwunastnicy po operacji. Zamknięcie to jednak jest zawsze możliwe (Patrz „Pratique Chirurgicale Illustrée, Fasc. IX. Doin. — Paryż):

Leczenie operacyjne wrzodu dwunastnicy. Wrzód ten jest trzy razy częstszy od wrzodu żołądka. Niezbędne jest przed operacją poznanie stopnia kwasoty soku żołądkowego. W razie kwasoty normalnej lub niedokwaśności — wystarczy zespolenie żołądkowo-jelitowe. W razie nadkwaśności —

należy uciec się do zabiegu Finneya lub jeszcze lepiej do gastrektomji, mniej lub bardziej rozległej zależnie od stopnia kwasoty, jeśli pragnie się osiągnąć zupełne wyleczenie i uniknąć wrzodu jelita czczego.

Rozległa gastrektomja w przypadkach wrzodu nie jest zabiegiem poważniejszym w rękach doświadczonego chirurga i u osobnika szczupłego od gastro-enterostomji. U osób tęgich należy działać ostrożnie, gdyż zabieg jest poważniejszy. W tych razach trzeba przeprowadzić długotrwałe odchudzenie lub dokonać gastro - enterostomji i czuwać nad chorym (djeta, prozki, ewentualny ponowny zabieg) przez czas dłuższy.

Jeśli osobnik jest dotknięty nadkwaśnością i zdecydowano wycięcie wrzodu, mieszczącego się nisko i przenikającego do trzustki, to chirurg niedosyć wyćwiczony może ograniczyć się do operacji żołądka i nie tknąć dwunastnicy; należy w takim razie przeciąć żołądek 2—3 cm. przed odźwiernikiem, by wyłączyć odcinek „odźwiernikowo - dwunastnicy“, następnie trzeba wyciąć mniejszy lub większy odcinek żołądka, aby usunąć nadkwaśność. Wydaje się paradoksalnem, iż zabieg polegać ma na pozostawieniu chorej dwunastnicy i usunięciu zdrowego żołądka, jednak wskazanie takie jest słuszne. Chorzy po wycięciu części żołądka naskutek wrzodu dwunastnicy z nadkwaśnością cieszą się lepszym zdrowiem, niż po zwyczajnej gastro-enterostomji.

O ile gastro-enterostomja u chorego z wrzodem dwunastnicy nie daje wyzdrowienia, należy dokonać gastrektomji.

Leczenie wrzodu żołądka. Jest to cierpienie rzadsze, niż wrzód dwunastnicy. Po większej części daje się rozpoznać przy pomocy promieni X, albowiem wrzód wyźlabia ścianę żołądka (uchyłek, nisza). Jeśli wrzód draży do trzustki lub wątroby, albo powoduje żołądek klepsydrowaty (zwężenie żołądka pośrodkowe), należy dokonać gastrektomji, zrobić cięcie pierwotne dwunastnicy i usunąć możliwie dużą część ściany żołądka. Na 10 przypadków wrzodu małej krzywizny w 9-ciu wykonać należy rozległą pyloro-gastrektomję, 10-ty—przypada na metodę Balfoura; nie podlega on gastro-enterostomji, jak chcą niektórzy chirurgowie, chyba że wrzód mieści się tuż przy odźwierniku, wtedy jednak należy dokonać naprzód gastro-enterostomji, a później wycięcia; bowiem wrzód żołądka często ulega przemianie rakowej.

Na 100 przypadków usuniętego wrzodu żołądka 15 znajduje się na drodze do przemiany nowotworowej: czasem już przy zwykłych oględzinach można powziąć podejrzenie przemiany nowotworowej, jednak w 10 przypadkach na 100 niepodobna jest określić na oko, czy taka przemiana już się rozpoczęła, czy nie.

O ile wrzód mieści się na małej krzywiznie bardzo wysoko, należy dokonać gastrektomji rynienkowej (*en goultiere*) (patrz: Pratique Chirurgicale Illustrée, Fasc. VII chez Doin. edit. — Paris).

W przypadkach wrzodu drażącego pyloro-gastrektomja jest łatwa, według techniki, opisanej przez nas

(patrz: Pratique Chirurgicale Illustrée, Fasc. I, 2 edit.). Rokowanie pooperacyjne po rezekcji żołądka nie jest gorsze, aniżeli w przypadkach wrzodu zwykłego, niedrażącego, z wyjątkiem oczywiście przypadków wrzodu o lbrzymiego, który może sięgać górnej części małej krzywizny i bywa czasami zakażony. Śmiertelność w tych razach dosięga 10%. Te nieprzyjazne warunki zależą od zbyt długiego wyczekiwania i niedbalstwa lekarza i chorego.

Naogół przyjęte jest mniemanie, że odległe wyniki operacyjne wrzodu żołądka nie są ani podobne, ani tak dobre, jak po operacji wrzodu dwunastnicy.

Zależy to całkowicie od leczenia, jakiemu podlegał chory. Jeśli dokonano jedynie gastro-enterostomji w przypadku wrzodu żołądka, może wystąpić po kilku latach rak żołądka; jeśli jednak dokonano rezekcji żołądka, wyniki odległe mogą być równie pomyślne, jak po gastro-enterostomji w przypadku wrzodu dwunastnicy bez nadkwaśności. Twierdzę, że osobnik po gastrektomji naskutek wrzodu żołądka znajduje się w stanie normalnym, tak samo, jak osobnik po operacji wrzodu dwunastnicy i może żyć również długo, jak ten ostatni.

Powiedziałem już, że na 10 przypadków wrzodu żołądka w 9-ciu należy dokonać rozległej pyloro-gastrektomji, niezależnie od siedliska wrzodu na małej krzywiznie. 1 raz na 10 należy dać pierwszeństwo metodzie Balfoura. Lecz kiedy mianowicie? W przypadku azotemji, w razie złego stanu ogólnego. Należy, wtedy zastosować przypalenie (Balfour), które stanowi zabieg doskonały. Nie sądźmy, że przypalenie jest zawsze łatwe. Jeśli wrzód mieści się tuż przy odźwierniku, przypalenie nie ma tej wartości, co rezekcja; o ile tkwi on w części środkowej małej krzywizny, warunki operacyjne są pomyślne, zwłaszcza, jeśli niema się do czynienia z brzuchem o silnie rozwiniętych mięśniach. Jeśli jednak wrzód mieści się bardzo wysoko, trudności operacyjne są tak duże, jak i przy gastrektomji. W zasadzie przypalenie Balfoura jest zabiegiem dobrym i skutecznym, o ile stosować go bardzo rozlegle.

Jakie należy robić cięcie brzucha?

Przy operacjach wrzodów zwykłych żołądka lub dwunastnicy wykonywamy cięcie środkowe nadbrzuszne. O ile mamy do czynienia z osobnikiem muskularnym i jeśli wrzód dwunastnicy draży do trzustki, należy dodać cięcie poprzeczne „w kształcie ekierki“, w kształcie odwróconej litery L. O ile zaś wrzód żołądka mieści się wysoko na małej krzywiznie (w części górnej), należy zrobić cięcie pośrodkowe z dodatkowym cięciem poprzecznym, skierowanym w stronę lewego boku (w kształcie litery L).

Czy należy po zoperowaniu wrzodu usunąć wyrostek robaczkowy? W zasadzie tak; wrzód, czy to żołądka, czy dwunastnicy, przebiega zawsze prawie wespół z zapaleniem przewłokiem wyrostka robaczkowego. To samo dotyczy i zapalenia woreczka żółciowego; należy w przebiegu każdej operacji wrzodu zrewidować woreczek i usunąć go, jeżeli zawiera kamienie. Przewłokle zapalenie wyrostka, woreczka żółciowego i wrzód często przebiegają jednocześnie.



Czy może współistnieć wrzód żołądka i dwunastnicy? Tak: przeciętnie 1 raz na 10. Metody leczenia pozostają te same, bowiem w obu razach należy wykonać duodeno-gastrektomję. Chirurg przecina dwunastnicę i usuwa pierwszy jej odcinek wraz z żołądkiem.

Gastrektomję wykonywa prawie zawsze jeden, ten sam chirurg nie zależnie od tego, czy to będzie wrzód drążący, czy wrzód środkowo-żołądkowy, czy wrzód dwunastnicy, czy też żołądek klepsydrowaty. Zawsze będzie to pyloro-gastrektomja po przecięciu dwunastnicy.

Wrzody rzekome. Nie należy dokonywać gastro-enterostomji u osobnika, nie wykazującego zupełnie pewnego wrzodu dwunastnicy. Jeśli zabieg taki został u niego wykonany, należy go cofnąć.

Operacja bez uzdrowienia. Co należy uczynić z chorym operowanym naskutek wrzodu żołądka lub dwunastnicy, który w dalszym ciągu doznaje dolegliwości, mimo gastro-enterostomji? Trzeba dokonać wtórnie gastrektomję. Nie należy pozostawiać poprzedniej gastro-entestomji, trzeba ją usunąć i zrobić rozległą rezekcję.

O ile chirurg nosi się z zamiarem wtórnego wykonania gastrektomji, czy dobrze jest, by gastro-enterostomję umieścił bardziej na lewo? Teoretycznie tak, praktycznie — nie. Otwór umieszczony na lewo lub wysoko, nie działa tak sprawnie, jak w miejscu pochyłym. Lepiej zatem dokonać gastro-enterostomji w miejscu najdogodniejszym i usunąć ją w chwili wtórnej gastrektomji.

Leczenie operacyjne wrzodu jelita czczego. Wrzód w tej części pozostaje po gastro-enterostomjach dokonanych w przypadkach wrzodu dwunastnicy u osobników z nadkwaśnością. W tych razach należy dokonać laparotomji powtórnej i to możliwie wcześniej; nie próbować najlżejszego choćby leczenia wewnętrznego, bowiem można narazić chorego na ciężkie powikłanie: przedziurawienie wrzodu jelita czczego do okrężnicy lub przetokę żołądkowo-czczo-okrężniczą.

Zabieg operacyjny w razie takiej przetoki jest bardzo poważny; śmiertelność po nim jest duża. A zatem podejrzenie choćby wrzodu jelita czczego wymaga ponownego zabiegu i to możliwie wcześniej. Zresztą, każdy chory po gastro-enterostomji, u którego występują dolegliwości, musi być poddany powtórnej operacji bez jakichkolwiek prób leczenia wewnętrznego.

Na czym polega operacja wrzodu jelita czczego? Można wybierać pomiędzy dwoma zabiegami:

a) albo usunąć gastro-enterostomję i wykonać zabieg Finneya, o ile to jest łatwe,

b) albo zrobić gastrektomję: bardzo rozległe wycięcie żołądka, przywrócenie ciągłości jelita czczemu, następnie zaś gastro-enterostomję drogą wszczepienia (Polya).

Jeżeli chory był już poddany raz lub dwa razy gastro-enterostomji naskutek wrzodu jelita czczego, czy można go operować ponownie? Tak, zabieg jest jed-

nak trudniejszy, ale możliwy i niezbędny. Trzeba koniecznie operować i dokonać rozległego wycięcia żołądka (patrz technika: Pratique Chirurgicale Illustrée, fasc. I, wyd. Doin. — Paryż).

Co począć z osobnikiem, dotkniętym przetoką żołądkowo-czczo-okrężniczą, powstałą naskutek wrzodu jelita czczego? Należy dokonać za jednym razem kolektomji i gastrektomji. Już to usunąć wypadnie prawą połowę okrężnicy lub odcinek okrężnicy poprzecznej, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z osobnikiem o kiszkaach opadających (*ptosis*), czy też nie.

Czy może być nawrót wrzodu jelita czczego po rezekcji wtórnej żołądka? Tak, o ile dokonano tego zabiegu w rozmiarach niedostatecznych; nie, o ile gastrektomja była rozległa.

Wrzód trawiący jest następstwem nadkwaśności, a ile rezekcja była rozległa, to nie ma już wydzieliny kwaśnej, a zatem powstanie wrzodu jelita czczego jest już niemożliwe.

Wnioski.

Czy gastro-enterostomja i wypalenie metodą Balfoura są zabiegami bardziej dobroczynnym, niż rezekcja żołądka? Nie, przy uwzględnieniu wskazań. Rokowanie zależy od chorego i od chirurga. Gastrektomja wymaga wprawy i prawidłowej techniki. Należy liczyć się ze stanem ogólnym chorego. Azotemja i nadmierna tusza dają więcej szans niepowodzenia, aniżeli budowa szczupła i zdrowe nerki.

Rozległy wrzód pomiędzy wpustem i odźwiernikiem wymaga zabiegu poważniejszego, niż wrzód wielkości jednego lub dwu franków. Wrzód dwunastnicy jest trudniejszy do wycięcia, aniżeli wrzód żołądka. Pacjent tęgi nastęrcza więcej trudności, aniżeli pacjent szczupły. Zabieg Finneya jest wskazany tylko u osób, dotkniętych gastroptozą. Zabieg Balfoura jest łatwy jedynie w przypadkach wrzodu niezbyt wysoko usadowionego: dobre wyniki daje tylko wtedy, gdy jest stosowany szeroko.

Na 10 przypadków wrzodu dwunastnicy w 7 wykonywujemy gastrektomję, zaś w 3—operacje paliatywne (gastro-enterostomja lub zabieg Finneya). Na 10 przypadków wrzodu żołądka w 1-y stosujemy zabieg Balfoura, zaś w 9 — gastrektomję.

Gastrektomja naskutek wrzodu olbrzymiego lub mieszczącego się wysoko daje 10% śmiertelności, jednak niema innego sposobu leczenia.

Gastrektomja naskutek wrzodu środkowej części malej krzywizny, lub wrzodu przy odźwiernikowego lub też wrzodu dwunastnicy dają 2% śmiertelności.

Co robić należy wobec dziurawiącego wrzodu ostrego?

Należy dążyć do operowania chorych, u których istnieje od dni kilku obostrzenie objawów, lub u których dolegliwości nie ustępują, lub wreszcie, gdy zjawia się skurcz obronny mięśni brzucha. Zabieg jest mały i polega na zaszyciu otworu.

W razie wrzodu dwunastnicy należy zaszyć tę część jelita, o ile zabieg spowoduje zamknięcie światła dwunastnicy, należy niezwłocznie dokonać gastroenterostomji, lepiej jednak uniknąć tego.

W razie wrzodu żołądka dziurawiącego należy wykonać zabieg Balfoura. przypalić brzegi wrzodu i zaszyć, nie uciekając się do gastroenterostomji.

Czy wrzody dziurawiące o przebiegu ostrym po zaszyciu dają całkowite wyzdrowienie?

a) wrzody dwunastnicy: o ile nie towarzyszy im nadkwaśność i zrobiona została gastroenterostomja — otrzymujemy wyzdrowienie trwałe, nie należy jednak wykonywać systematycznie gastroenterostomji, by u-

zyskać całkowite wyleczenie, o ile niedokonano g.e., należy czuwać nad chorym, gdyż zabieg powtórny może być niezbędny;

b) wrzody żołądka. Należy czuwać nad chorym operowanym naskutek wrzodu dziurawiącego; po zabiegu Balfoura dobrze wykonanym, wyzdrowienie może być trwałe; jeśli poddano chorego jedynie zaszyciu wrzodu, dolegliwości żołądkowe powtarzają się i bywa wskazana gastrektomja wtórna.

Z rękopisu francuskiego przełożyła

N. Zylberlast-Zandowa.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie.

Epidemia grypy.

1926 — 1927 r.

Podala

S. ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Dane statystyczne, dotyczące wszelkiej epidemii grypy, z natury rzeczy są bardzo niedokładne¹⁾. Wpływa na to przede wszystkim charakter epidemii grypy, a mianowicie ich wielka rozlewność, znaczna liczba przypadków łagodnych, które nie dochodzą do wiadomości władz sanitarnych, oraz trudności rozpoznania, spowodowane wielką bardzo różnorodnością objawów klinicznych, wywoływanych przez grypę w poszczególnych epidemjach. W niewielu też krajach zgłaszanie grypy jest obowiązkowe. Z systematycznym wysiłkiem, zmierzającym do osiągnięcia daleko idącej dokładności w zgłaszaniu grypy, spotykamy się zaledwie w krajach skandynawskich (szczególnie celuje w tem Danja), w niektórych Stanach Ameryki Północnej i wreszcie w Związku Socjalistycznych Republik Rad.

To też, chcąc z pewną dozą słuszności ustalić rzeczywiste rozmiary epidemii, opieramy się zwykle na statystyce zgonów. I tych liczb jednak należy używać bardzo ostrożnie, ponieważ:

1) śmiertelność, to jest stosunek pomiędzy liczbą zachorowań a liczbą zgonów waha się w szerokich granicach nie tylko w różnych epidemjach, ale i w poszczególnych okresach jednej i tej samej epidemii,

2) klasyfikacja zgonów z powikłań po grypie nie jest uregulowana żadną umową międzynarodową.

W istniejących warunkach stosunkowo najdokładniejsze odbicie przebiegu epidemii mamy prawdopodobnie w krzywej umieralności ogólnej i krzy-

wej zgonów na zapalenie płuc, niezbyt oskrzeli, gruźlicę płuc oraz w niektórych epidemjach w zgonach na choroby serca.

W okresie ubiegłych 9 lat, po wielkiej pandemii 1918 — 1919 r., epidemia grypy występowała co pewien okres czasu w poszczególnych krajach lub w szeregu sąsiadujących z sobą państw. Fale epidemii były naogół słabe, nieprzybierające groźniejszych rozmiarów. W roku 1920 ogniska grypy występowały na obu półkulach w odległych nieraz bardzo od siebie miejscowościach, posiadając wszędzie niezmiernie charakterystyczną linię rozwojową. Krzywa przebiegu epidemii wznosiła się do góry prawie pionowo, tak iż kształt zachowując przy opadaniu. Epidemia nie dawała nawrotów, wyjątek pod tym względem stanowiła Anglja i tak bardzo od niej odległa Nowa Zelandja. Przebieg choroby był znacznie łagodniejszy, niż w 1918/19 r., powikłania ze strony płuc występowały nie tak często, przybierały jednak różnorodne formy. Była to fala drugorzędna, bijąca jednak jeszcze z siłą o brzegi. W r. 1922 grypa występowała epidemicznie w 11 państwach (Danja, Finlandja, Łotwa, Litwa, Norwegja, Rosja, Serbja, Szwecja, Szwajcarja, Niemcy, w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanji, t. j. w Anglji, Walji, Szkocji). Przeważały postaci łagodne choroby, które jednak zawsze powodowały nasilenie umieralności ogólnej. Na wyspach Brytyjskich i w Holandji to nasilenie umieralności wyrażało się przeważnie we wzroście liczby zgonów na choroby serca.

Rok 1923 minął względnie spokojnie. Nowa fala grypy zjawiała się w roku następnym 1924. Epidemia wystąpiła najpierw w Paryżu w grudniu 1923 r. i doszła do szczytu nasilenia w połowie stycznia 1924 r. Stąd rozszerzyła się ku północy, dając najwięcej zgonów w Irlandji w końcu stycznia, w Londynie i północnej Anglji w połowie lutego, w Szkocji w końcu marca. Znaczną liczbę zgonów zgłoszono również w krajach skandynawskich.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej grypa występowała wówczas bardzo łagodnie, w krajach półkuli południowej żadnej większej epidemii nie obserwowano. Krzywa influenzy nie miała w epi-

¹⁾ Dane liczbowe wzięte są z Raportów Epidemjologicznych Sekcji Higjeny Ligi Narodów.

demji r. 1924, jak i 1920, określonego kierunku geograficznego; największe nasilenie występowało jednocześnie w miastach, nieraz daleko od siebie położonych, podczas gdy w pobliskich sąsiadujących okolicach przebieg epidemji był niekiedy bardzo różnorodny.

Ostatnią epidemję grypy, której właściwie nie można jeszcze uważać za skończoną, można podzielić na dwa okresy. Pierwszy okres, który rozpoczął się w jesieni roku ubiegłego, był bardzo krótkotrwały, drugi, którego początek niektórzy upatrują w groźnym wybuchu grypy w Paryżu, trwa dotąd.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że jeszcze w lecie 1926 r. grypa panowała nagminnie w Chinach, obejmując połacie kraju od Mongolji, aż po Ya-nan. Jednocześnie prawie, w lipcu 1926 r., epidemja grypy grasowała w Nowej Zelandji.

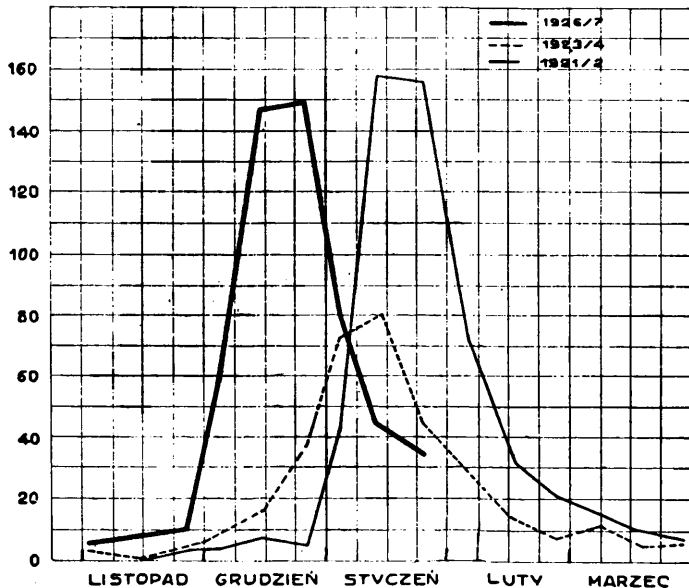
Europejski okres epidemji, który, jak to dopiero co zostało wspomniane, rozpoczął się w jesieni, być może, wcale nie był związany z grypą na Dalekim Wschodzie. Początki pierwszej fali obecnej epidemji powstały w krajach północno-zachodniej Europy, a mianowicie: w Anglii, Holandji, Norwegji i Estonji; — większych rozmiarów jednak epidemja nie przybrała i wkrótce wygasła, zdawało się, zupełnie. W tym samym czasie notowano wzmożenie się zachorowań na Cyprze, ale i tam było to zjawisko bardzo krótkotrwałe.

Znacznie poważniejszy wybuch nastąpił dopiero w grudniu we Francji, a właściwie mówiąc, w Paryżu, gdzie w okresie najsilniejszego rozwoju epidemji liczba zgonów wzrosła z 1077 (w ostatniej dekadzie listopada) do 1834 (w drugiej dekadzie grudnia). Z Francji epidemja przedostała się do Hiszpanji, obejmując kolejno Barcelonę, Walencję, St. Sebastian, Santander i wreszcie Madryt. W Madrycie umieralność ogólna wzrosła z 24,0 w grudniu do 38,4 w styczniu na 1000 ludności.

Wykres Nr. 1

ZGONY NA GRYPĘ

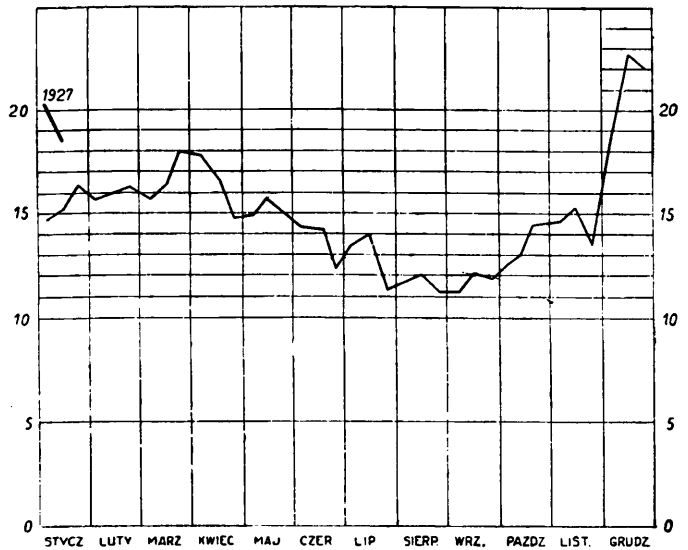
W PARYŻU PODCZAS EPIDEMJI W LATACH 1922, 1923/4 I 1926/7



Z RAPORTU EPIDEMJOLOGICZNEGO SEKCJI HIGIENY LIGI NAR. R.E. 99

Wykres Nr. 2.

PARYŻ: ZGONY NA 1000 LUDNOŚCI W 1926-1927.



Z RAPORTU EPIDEMJOLOGICZNEGO SEKCJI HIGIENY LIGI NAR. R.E. 99

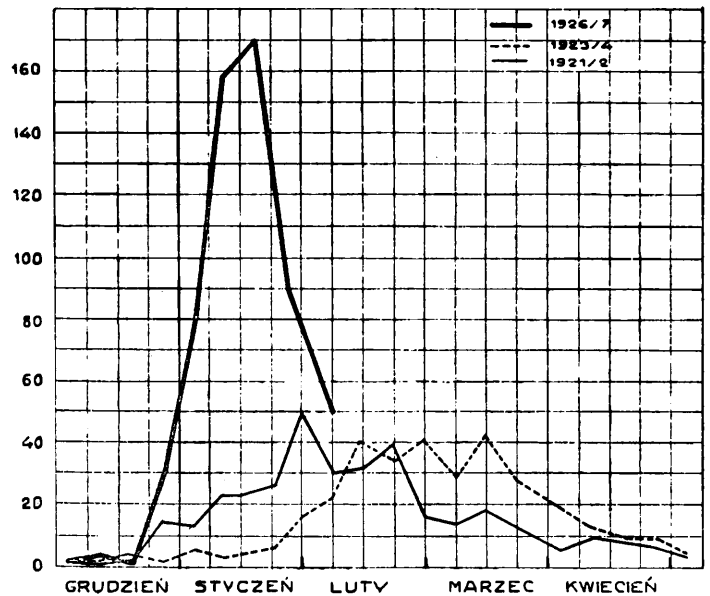
Południe Francji zostało objęte epidemją nieco później, z początkiem stycznia, jednocześnie z niektórymi miastami szwajcarskimi. W Lyonie liczba zgonów wzrosła z 13,0 do 34,8 na 1000.

Z miast szwajcarskich grypa najwcześniej wystąpiła w Bernie, przybrała zaś najgroźniejsze rozmiary w Genewie. Miasta, położone na wschodzie Szwajcarii, ucierpiały znacznie mniej, niż miasta zachodnie. Cechą charakterystyczną obecnej epidemji jest, że występuje ona groźnie na zachodzie i traci siły w miarę posuwania się na wschód.

Wykres Nr. 3.

ZGONY NA GRYPĘ

W MIASTACH SZWAJCARSKICH PODCZAS EPIDEMJI 1922 1924 I 1927



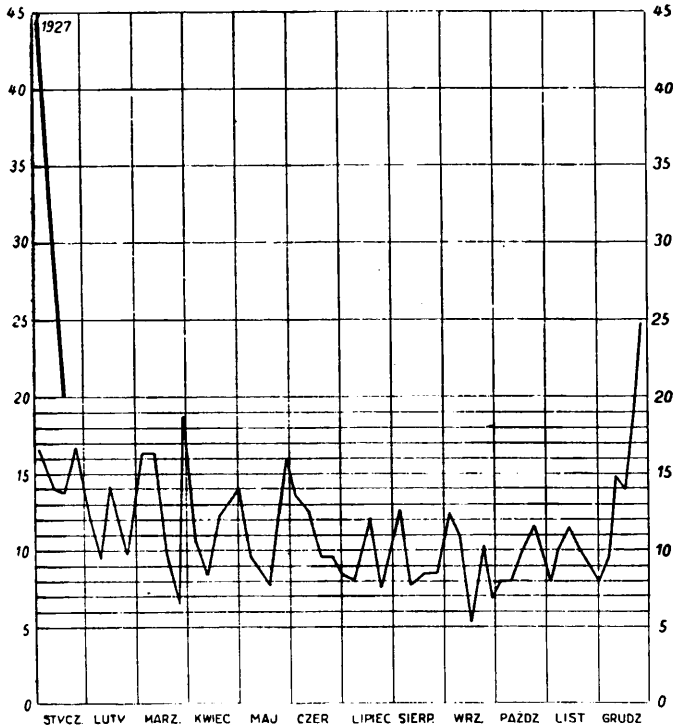
Z RAPORTU EPIDEMJOLOGICZNEGO SEKCJI HIGIENY LIGI NAR. R.E. 99

W Genewie umieralność ogólna w pierwszym tygodniu stycznia wynosiła w stosunku rocznym 44,7 na 1000, gdy zwykle waha się około 13. Liczba zgo-

nów na grypę pomiędzy 5 grudnia a 12 lutego doszła do 126 na 100.000 ludności. Równa się to daninie rocznej, składanej gruźlicy przez ludność genewską. Dane te dotyczą zgonów wśród stałej ludności genewskiej z wyłączeniem cudzoziemców. Umieralność na grypę w rzeczywistości była więc w Genewie znacznie wyższa. Epidemja we Francji, Szwajcarji i Hiszpanji opadła już w końcu stycznia 1927 r.

Wykres Nr. 4.

GENEWA: ZGONY NA 1000 LUDNOŚCI W R 1926-1927



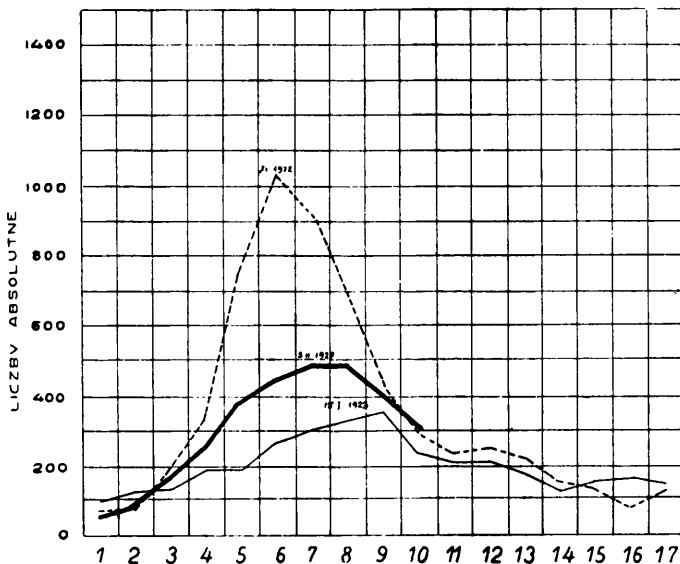
Z RAPORTU EPIDEMJOLOGICZNEGO SEKCJI HIGIENY LIGI NAR. R.E. 88

Co do innych krajów, najbardziej grypa dała się we znaki Holandji, gdzie spowodowała 2.015 zgonów.

Wykres Nr. 5.

UMIERALNOŚĆ OGÓLNA

W 46 NAJWIĘKSZYCH MIASTACH NIEMIECKICH PODCZAS EPIDEMJI GRYPY 1922, 1923 i 1924 R. WG TYGODNI



Z RAPORTU EPIDEMJOLOGICZNEGO SEKCJI HIGIENY LIGI NAR. R.E. 100

W Niemczech epidemja szerzyła się wolno i miała przebieg łagodny — fala doszła do punktu kulminacyjnego w pierwszej połowie lutego, kiedy w 46 największych miastach niemieckich z ludnością 17.024.000 w ciągu 2 tygodni zmarło na grypę 968 osób.

Znaczna bardzo liczba przypadków zachorowań na grypę w łagodnej postaci zgłoszona została w krajach Skandynawskich w okresie 2 miesięcy—grudnia 1926 r. i stycznia 1927 r.: w Danji 224.655, w miastach norweskich 31.685, w miastach szwedzkich 85.908, w Finlandji 39.523. Wzmożenie się liczby zachorowań dało się zauważyć najpierw w Danji i Norwegji, potem w Szwecji i Finlandji.

W Czechosłowacji tegoroczna epidemja grypy wybuchła niejednocześnie w różnych miejscowościach kraju. W rdzennych Czechach i na Śląsku dobiegła szczytu o kilka tygodni wcześniej, niż na Morawach. Odsetek powikłań płucnych wynosił w Czechosłowacji około 2%. Wyraźne wzmożenie się liczby zgonów na grypę mniej więcej w tym samym czasie obserwowano na Węgrzech — najwyższą liczbę zejść śmiertelnych (146) zgłoszono w ostatnim tygodniu lutego.

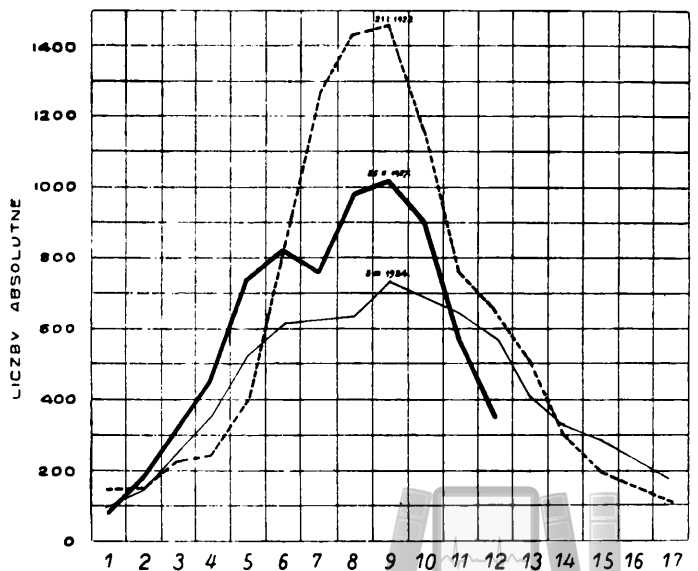
Na półwyspie Bałkańskim epidemja przybrała najgroźniejsze rozmiary w Bułgarji, gdzie zarejestrowano w okresie 6 tygodni (od 5 lutego do 12 marca) 3001 zgonów, czyli 55 na 100.000.

W Anglii sytuacja przedstawia się, jak następuje: pomiędzy 2 stycznia a 19 marca 1927 r. zgłoszono 7.093 zgony na influżę w 105 największych miastach angielskich. Maksymum epidemiczne zostało osiągnięte w Londynie i w południowej Anglii w styczniu, w Lancashire i w Yorkshire, w drugiej połowie lutego, powodując w tych dwu hrabstwach wysoką umieralność. Szkocja, która ucierpiała bardzo w 1922 roku, obecnie miała epidemję o niezmiernie łagodnym przebiegu. To samo da się powiedzieć o północnej Irlandji, zaś jej stolica — m. Dublin — była znacznie porażona. Umieralność ogólna w miastach angielskich wzniosła się w okresie epidemicznym do 22,6

Wykres Nr. 6.

UMIERALNOŚĆ OGÓLNA

W 105 NAJWIĘKSZYCH MIASTACH ANGIELSKICH PODCZAS EPIDEMJI GRYPY 1922, 1924 i 1927 WG TYGODNI.



Z RAPORTU EPIDEMJOLOGICZNEGO SEKCJI HIGIENY LIGI NAR. R.E. 100

w tygodniu kończącym się 19 lutego 1927 r., w niektórych zaś miastach przekroczyła 30 na 1000, a w nieliczonych przypadkach dochodziła do 40.

Wiadomości z Polski są, niestety, bardzo skąpe. Według obowiązujących rozporządzeń, zgłaszaniu podlegają tylko przypadki influenzowego zapalenia płuc, i te jednak są bardzo niedokładnie rejestrowane, w rzeczywistości obowiązek meldowania grypy nie jest prawie wcale wypełniany. W roku 1926 zgłoszono w Warszawie 158 zachorowań na grypę i 123 zgony. W okresie czasu od 1 grudnia 1926 do 16 kwietnia 1927 roku chorych na grypę zgłoszono 101. W Wilnie w tym samym czasie zameldowano 715 przypadków, w Krakowie 13 zachorowań i 14 zgonów, w Łodzi, Lwowie i Poznaniu nie zgłoszono ani jednego zachorowania. Co do umieralności ogólnej, to w czasie panowania grypy w Warszawie najwyższą umieralność zanotowano w pierwszym tygodniu stycznia: 19,9, podczas gdy w pierwszym tygodniu grudnia liczba odpowiednia wynosiła 11,9. W Krakowie nasilenie umieralności ogólnej wynosiło 13,8 w ostatnim tygodniu listopada i 19,1 w ostatnim tygodniu grudnia.

W związku Socjalistycznych Republik Rad ogniska influenzy spotykane były prawie we wszystkich dzielnicach, poważniejszych następstw nie spowodowało to jednak nigdzie.

Epidemia grypy poza Europą była bardzo słaba. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej zostały prawie niedotknięte przez epidemię. Umieralność ogólna w większych miastach amerykańskich była w zimie roku bieżącego niższa, niż w 1926 r. W Japonii epidemia znajduje się jeszcze w stadium rozwoju.

Ogólnie można powiedzieć, że dane, dotyczące tegorocznej epidemii grypy, są jeszcze bardzo niedokładne. Sekcja Higjeny Ligi Narodów zwróciła się do administracji sanitarnych różnych państw z prośbą o sporządzenie szczegółowego sprawozdania o przebiegu epidemii; dopiero po otrzymaniu i krytycznym rozpatrzeniu tego materiału można będzie wyprowadzić odpowiednie wnioski. Jednak już i obecnie pewne cechy epidemii zdają się występować wyraźnie. Za takie cechy charakterystyczne uznać należy:

1) Brak wyraźnej linii rozwojowej: W Anglii wybuch epidemii na południu nastąpił o miesiąc wcześniej, niż na północy. W Danii, Holandji i Szwajcarii fala posuwała się z zachodu na wschód. We Francji grypa zjawiała się znacznie wcześniej na północnym wschodzie, niż na północnym zachodzie. W Niemczech epidemia doszła do szczytu nasilenia, prawie jednocześnie w Brandenburgji i nad Renem. Wreszcie w Szwecji grypa wybuchła jednocześnie na skrajnej północy i w okręgach południowych kraju, podczas gdy prowincje środkowe pozostawały nietknięte przez zarazę.

2) Epidemia w Europie posiadała znacznie groźniejszy charakter na zachodzie, niż na wschodzie.

3) Umieralność była najwyższa w starszych grupach wieku, powyżej lat 60. W Londynie 43% wszystkich zgonów na grypę miało miejsce u osób w wieku lat 65 i wyżej. W Holandji na ogólną liczbę 2015 zgonów przypada na grupę wieku powyżej lat 60-ciu — 1254. W Szwajcarii zaś w 25,7%, wiek zmarłych wynosił powyżej siedemdziesięciu lat (70 — 79). Odsetek ten wśród kobiet dochodził do 30,5%. Wśród dzieci do lat 15-tu więcej chorowało chłopców, niż dziewcząt. Dodać jeszcze należy, iż w Czechosłowacji chorowało wyjątkowo dużo dzieci.

Z Kliniki Oto-ryno-laryngologicznej w Bordeaux.

(Kierownik: Prof. G. PORTMANN).

Leczenie chirurgiczne zawrotów głowy za pomocą otwarcia worka wchłonkowego*) (saccus endolymphaticus).

Podał

Prof. Georges PORTMANN (Bordeaux).

Leczenie zawrotów głowy, stanowiące przedmiot pracy niniejszej, opiera się na serji badań z zakresu anatomji porównawczej, anatomji człowieka i fizjologii worka wchłonkowego, które prowadziłem nieustannie w ciągu ostatnich lat ośmiu.

Badania anatomiczne wykazały mi stałą obecność worka wchłonkowego i jego znaczne rozmiary u kręgowców i w szczególności u człowieka. Będąc istotnym wewnątrzczaszkowym przedłużeniem błędniaka, worek wchłonkowy jest umieszczony na powierzchni tylnogórnej kości skalistej w zagłębieniu, które nazwałem dolkiem wchłonkowym (*fossa endolymphatica*); jest on wgłębiony w oponę twardą, której rozdwojenie stanowi z jednej strony jego ścianę przednio-dolną przy skalistą (*juxtapetrosa*), przylegającą do kości, z drugiej zaś ścianę tylnogórną mózdzkową, pozostającą w związku z narządami pajęczynkowymi i mózdzkiem.

Zatoka boczna, to wielkie naczynie żyłne, graniczy z workiem wchłonkowym swą powierzchnią zewnętrzną, od której oddziela je luźna tkanka łączna.

Poza tem, pozostając w związku bezpośrednim, za pośrednictwem przewodu wchłonkowego, z przestrzeniami błoniastymi przedsionka — komóreczką (*utricle*) i woreczkiem (*sacculus*), — zawiera płyn jasny — płyn wchłonkowy.

W październiku 1922 roku demonstrowałem na Międzynarodowym Zjeździe Otologów niektóre z moich doświadczeń nad rybami, dowodzące znaczenia narządu wchłonkowego w fizjologii ucha. Od tego czasu nowe badania potwierdziły dawniejsze wyniki, i uważam, że w chwili obecnej znaczenie czynności worka wchłonkowego nie jest już przez nikogo podawane w wątpliwość.

U człowieka warunki anatomiczne są zupełnie odrębne, i jedynie fizjologia i anatomja patologiczna mogą nas odpowiednio pouczyć. Mamy prawo sądzić, że worek wchłonkowy człowieka przez swe położenie w mięszu opony twardej znajduje się w stałej zależności od ciśnienia w przestrzeni podpajęczynkowej. Zmiany w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego są przeto w stanie wywołać zaburzenia w czynności błędniaka.

Jest to zagadnienie, które zaczyna zajmować umysły niektórych badaczy, i nap. w styczniu 1925 roku Giorgio Ferreri ogłosił w *Revista oto-neuro-oftalmologica* wynik swych prac o wpływie zwiększonego doświadczalnie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego na część tylną błędniaka. Przed niedawnym czasem (czerwiec 1926 r.) W. J. M'Nally w związku z wynikami prac moich nad rybami przedsięwziął w pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Rijki w Utrech-

*) Mianownictwo polskie według „Słownika Anatomijnego” Stanisława Krysińskiego. www.dlibra.wum.edu.pl

cie*) serję doświadczeń na królikach nad wpływem na błędnik powiększenia lub zmniejszenia ciśnienia na poziomie worka wchłonkowego. I jeżeli nie udało mu się stwierdzić zaburzeń błędnikowych przy powiększaniu ciśnienia na worek wchłonkowy (w tej sprawie dalsze badania są niezbędne), to przeciwnie, przy otwarciu worka wchłonkowego, powodującym wypływanie płynu wchłonkowego, powstawało stale zmniejszenie napięcia mięśniowego kończyn po tej samej stronie ciała, zjawisko analogiczne do tego, jakie Magnus i de Kleyn wykazali po otwarciu błędnika błoniastego, lub, jak to wynika z doświadczeń d'Arndtsa, po przecięciu 8-ej pary.

Dane te pozwalają nam ocenić ważność zmian ciśnienia pochodzenia wewnątrzczaszkowego, już to zewnątrz — już wewnątrzbłędnikowego, na worek wchłonkowy i wynikających stąd następstw.

W pierwszym przypadku worek może być uciśnięty wskutek zmian patologicznych, dotyczących narządu sąsiedniego: zatoki bocznej, a właściwie opon lub mózdzku. Wzmożenie ciśnienia, przeniesione za pośrednictwem worka wchłonkowego na błędnik, spowodować może powstanie syndromu Ménière'a: zawrotów głowy, głuchoty, szumów.

W ten sposób wydaje się jednakowo logicznem poszukiwanie przyczyny powstawania podobnych objawów tak ze strony nerwu przedsionkowego, jak i ze strony worka wchłonkowego, gdy je stwierdzamy jednocześnie ze wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowem jakiegokolwiek pochodzenia.

W drugim przypadku zwiększenie się ciśnienia wchłonkowego może być pochodzenia wewnątrzbłędnikowego, i już oddawna otolodzy zwrócili uwagę w tym kierunku na zapalenie błędnika surowiczego: zwiększenie się ilości płynu wchłonkowego wywołuje w nerwie ślimakowym, kamyczkowym i przedsionkowym zaburzenia czynnościowe, dające powód do powstania triady Ménière'a — powstaje w ten sposób istna „jaskra uszna“.

Jest, zresztą, i więcej analogji między nadmiernem ciśnieniem wewnątrzgałkowym i nadmiernem ciśnieniem wewnątrzbłędnikowem na tle zapalenia surowiczego. W jednym, jak i w drugim przypadku mamy do czynienia najczęściej z raptownem i zlokalizowanem nadciśnieniem (*crises*), powstającym u ludzi, dotkniętych hipertensją lub odznaczających się nadwrażliwością układu współczulnego.

Tak samo, jak okulisci dokonywają w jaskrze nakłucia rogówki w celu zmniejszenia nadmiernego ciśnienia wewnątrzgałkowego, które może doprowadzić do ślepoty, tak samo — trzymając się w dalszym ciągu naszego porównania — wydaje się logicznem w pewnych przypadkach surowiczego zapalenia błędnika, w których leczenie farmakologiczne zawiodło, zastosowanie dekompresji ucha wewnętrznego przez usunięcie nadmiaru płynu wchłonkowego.

Ale błędnik błoniasty, otoczony twardym panaczem, jakim jest otoczka kostna błędnika, i nawet oddzielony od tejże otoczki przestrzeniami okołochłonkowymi (*perilymphatiques*), jest właściwie, bez poważnych uszkodzeń, niedostępny. W jednym tylko miejscu można go osiągnąć, mianowicie na poziomie wor-

ka wchłonkowego, leżącego w dołku, noszącym tę samą nazwę, na tylnej powierzchni kości skalistej. To właśnie miejsce jest najdogodniejsze do interwencji dekompresyjnej na błędniku.

Takie nowe perspektywy leczenia chirurgicznego zarysowują się przed otologami tam, gdzie istnieje podejrzenie surowiczego zapalenia błędnika, lub gdzie nadmierne ciśnienie wewnątrzczaszkowe jakiegokolwiek pochodzenia wywołało silny odczyn ze strony błędnika.

* * *

Operacja moja polega na dotarciu do dołka wchłonkowego i obnażeniu worka, którego ścianę mamy otworzyć.

Niezbędna jest przeto dokładna znajomość stosunków anatomicznych dołka wchłonkowego.

Przypominamy więc, że położony na poziomie tylnej powierzchni kości skalistej trójkątny ten dołek, w którego górno-wewnętrznym kącie otwiera się wodociąg {przedsionka, graniczy na zewnątrz z zatoką boczną, która okala jego część zewnętrzną i dolną przed waniem się do opuszki żyły jarzmowej na poziomie części zewnętrznej dziury poszarpanej tylnej (*foramen lacer. post.*).

Dołek wchłonkowy znajduje się w związku z całokształtem jam ucha środkowego i wewnętrznego, a mianowicie:

1) w swej trzeciej części wewnętrznej: u góry z wylotem wodociągu przedsionka, który zawiera przewód wchłonkowy, a w części niższej z tylną ścianą przedsionka; na dole z dołem jarzmowym, komórkami jarzmowemi i podbłędnikowemi;

2) w swej trzeciej części środkowej: u góry z blaszką kostną błędnika i z kanałem półkulistym tylnym; na dole z dołem jarzmowym, od którego jest oddzielony bardzo cienką blaszką kostną;

3) w swej trzeciej części zewnętrznej: z częścią tylną-wewnętrzną jamy sutkowej w przypadkach, kiedy jest ona bardzo rozwinięta, i częścią pionową kanału Fallopiusza, zawierającego n. twarzowy; kanał i jama sutkowa są oddzielone od dołka wchłonkowego w kościach skroniowych pneumatycznych za pomocą komórek, przylegających do zatoki i kanału nerwu twarzewego (*cellules perisinusales internes et perifaciales*). Duo worka wchłonkowego znajduje się w swej części najbardziej wydrążonej w rozmaitej odległości od jamy sutkowej, stosownie do budowy anatomicznej kości: 10 — 15 mm. w kościach skroniowych sklerotycznych, 3 — 2 — 1 mm. w kościach pneumatycznych. Położenie kanału jest bardziej stałe: 4 — 5 mm. od dołka.

Omówione stosunki anatomiczne wskazują nam, że dołek wchłonkowy jest najdostępniejszy w swej trzeciej części zewnętrznej. Zatoka boczna jest punktem orientacyjnym najbardziej stałym, gdyż zawsze okala dołek w jego trzeciej części zewnętrznej i dolnej. Z drugiej zaś strony dołek znajduje się ku przodowi w odległości 5 mm. od części pionowej kanału Fallopiusza — więc, posuwając się od wewnętrznego brzegu zatoki bocznej i trzymając się poziomu strefy międzyzatkowej otwarcia (*zone intersinusofaciales*), dotrzemy do dołka wchłonkowego.

A zatem szukać należy worka w przestrzeni trójkątnej, utworzonej od góry przez linię, odpowiadającą

*) W. J. Mallory. Experiments on the saccus endolymphaticus in the rabbit. (Journal of laryngology and otology, June 1926).

dolnej ścianie jamy sutkowej, od przodu przez kanał n. twarzowego, od tyłu przez zatokę boczną.

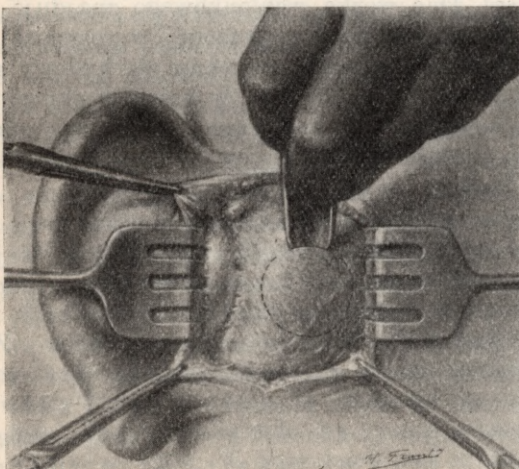
* * *

Technika operacyjna:

1) Cięcie aż do kości wzdłuż brzozy zausznej. Odseparowanie okostny wyrostka sutkowego; uwydatniamy wtedy kołec (*spina*) Henlego i szew skalisto-luskowy zewnętrzny.



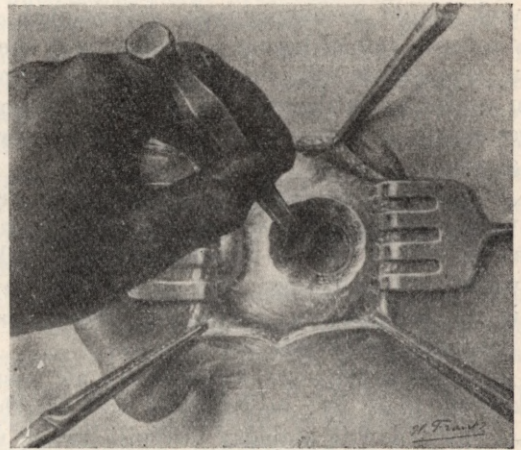
2) Dłutowanie wyrostka rozpoczynamy nieco niżej miejsca zwykłej trepanacji. Pierwsze uderzenie dłuta przypada na linię poziomą, przechodzącą pod kołcem Henlego. Drugie uderzenie ku przodowi po linii pionowej, położonej o 3 mm. ku tyłowi od tylnego brzegu przewodu usznego. Trzecie uderzenie kierujemy poziomo o 1 c. poniżej pierwszego. Te trzy uderzenia idą pod kątem prostym do powierzchni wy-



rostka, przy czwartym natomiast dłuto trzymamy ukośnie do powierzchni kostnej w odległości jednego centymetra ku tyłowi od drugiego uderzenia. Posuwa-

jąc się wglęb, natrafiamy na zatokę boczną — właściwy punkt wyjścia operacji. W ten sposób otrzymujemy dostęp do zatoki bocznej bez otwierania jamy sutkowej, a więc bez szerokiej komunikacji z uchem środkowym, co zabezpiecza aseptyczność pola operacyjnego.

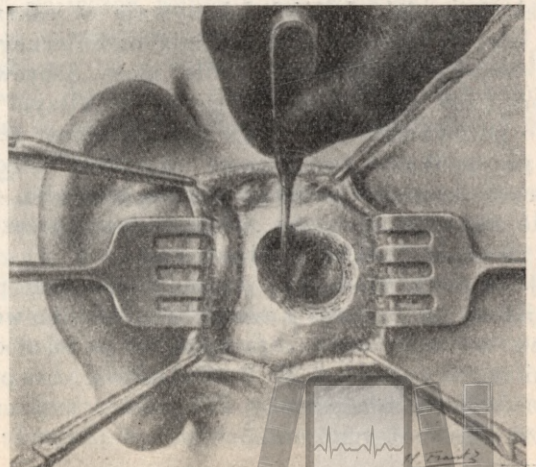
3) Po usunięciu części wewnętrznej blaszki zatoki, oddziela się przy pomocy raspatora tępego jak najdelikatniej oponę twardą, pokrywającą tylną powierzchnię kości skalistej, kierując się ku wewnątrz i nieco ku górze na przestrzeni 3 — 4 mm. Następnie, ochraniając odpowiednim przyrządem oponę twardą, odcinamy delikatnymi nożycami kostnymi kant kostny, stanowiący najbardziej zewnętrzną część dolka wchłonkowego. Należy pamiętać w tej chwili o bliskości kanału Fallopiusza i o możliwości skałeczenia nerwu twarzowego przez nieostrożne manipulowa-



nie nożycami kostnymi. Po usunięciu kantu kostnego znowu odseparowujemy oponę twardą, kierując się stale ku wewnątrz i zlekka ku górze aż do napotkania miejsca, gdzie opona twarda mocniej przylega do kości, i gdzie natrafiamy na mały występ kostny.

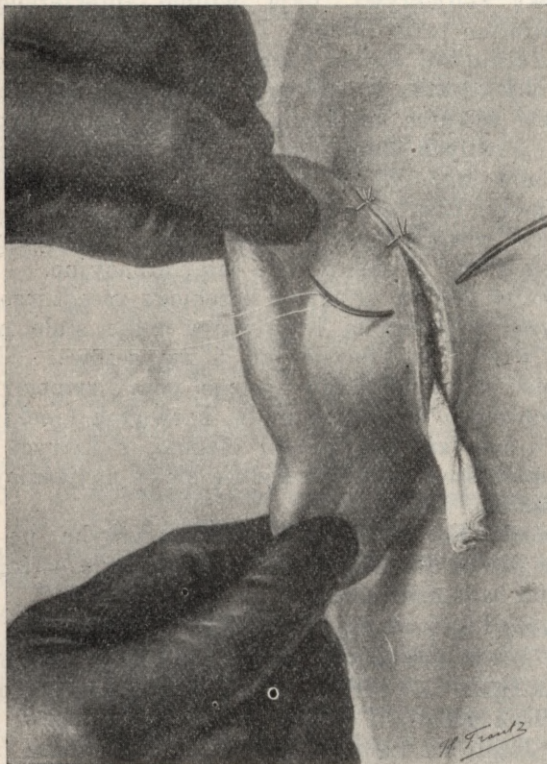
Wtedy jesteśmy pewni, że znajdujemy się na poziomie górno-wewnętrznej ściany dolka, w miejscu, gdzie otwiera się wodociąg przedsionka.

4) Odsłoniwszy ścianę kostną worka wchłonkowego przez usunięcie większej części dolka wchłonkowego, robimy za pomocą cieniutkiej igły, nasadzonej



na strzykawkę Luera, nakłucie próbne worka w miejscu, stykającym się ze strefą mocniejszego przylegania opony twardej do kości. Po przeniknięciu igły do worka, które wyczuwamy bardzo dokładnie, rozcinamy jego ścianę (nożykiem do paracentezy błony bębenkowej) na przestrzeni 2 — 3 mm.: z pomiędzy brzegów rany wycieka 1—2 kropel płynu.

Po zakończeniu operacji zaszywamy ranę za uchem, pozostawiając w niej mały sącdek z gazy w przypadkach, w których podczas dławowania kości miało miejsce większe krwawienie.



Kładę szczególny nacisk na to, aby nakłucie próbne i rozcięcie worka były dokonane jaknajbardziej na wewnątrz, na pograniczu ze strefą mocnego przylegania opony do kości. Zwracam również uwagę, że u starców czasami worek znajduje się w stanie zaniku, i dlatego, robiąc cięcie w pewnej odległości od strefy mocnego przylegania opony do kości, można dotrzeć do opony, a nie trafić na worek. Trzymając się zaś wspomnianego występu kostnego, który stanowi część górnowewnętrznej dolki, trafia się z całą pewnością na worek, chociażby najbardziej nawet atroficzny.

Operacja ta, wymagająca wielkiej precyzji w wykonaniu, jest w gruncie rzeczy stosunkowo prosta. Stanowi ona najlepszą drogę do worka wchłonkowego i otwiera nowe perspektywy w leczeniu chirurgicznym wielu schorzeń błędnikowych, których jeden z objawów — z a w r ó t g ł o w y — jest dla chorego szczególnie dokuczliwy.

Operację tę wykonałem na człowieku żywym z pełnym powodzeniem i ostatnio na zebraniu międzynarodowym oto-ryno-laryngologów w Groningen (10 października 1926 r.), jako też na zjeździe oto-neurooftalmologów włoskich w Rzymie (23 października 1926 roku) podałem do wiadomości kolegów 2 typowe przypadki wyleczenia przez otwarcie worka wchłonkowego

zawrotów głowy, które czyniły zupełnie niezdolnymi do pracy dotkniętych niemi chorych.

PISMIENICTWO.

- G. Portmann. L'organe endolymphatique des Sélaciens (C. R. de la Soc. de Biologie, séance du 2 mars 1920, t. LXXXIII, p. 487).
- Organe endolymphatique de quelques Téléostéens (C. R. de la Soc. de Biologie, séance du 10 mars 1921, t. LXXX, p. 510).
- Organe endolymphatique des Batraciens (C. R. de la Soc. de Biologie, séance du 11 janvier 1921, t. LXXXIV, p. 133).
- L'oreille interne membraneuse des Batraciens Anoures (Congrès de l'Association des Anatomistes Gand, 10 avril 1922).
- Sac et canal endolymphatique du Pigeon (C. R. de la Soc. de Biologie, séance du 4 novembre 1920, t. LXXXIII, p. 1488).
- Recherches sur le sac et le canal endolymphatiques du Cobaye (C. R. de la Soc. de Biologie, séance du 2 décembre 1919, t. LXXXII, p. 1384).
- Recherches sur le sac et le canal endolymphatiques du chien (C. R. de la Soc. de Biol. séance du 6 janvier 1920, t. LXXXIII, p. 45).
- La fossette endolymphatique (Revue de Laryngologie, 31 décembre 1919).
- L'aqueduc du vestibule (Revue de Laryngologie 30 avril 1920).
- Sac et canal endolymphatiques chez l'Homme (Congrès de l'Association des Anatomistes, Paris 21 Mars 1921).
- Recherches sur le sac et le canal endolymphatiques chez le foetus humain et l'enfant (C. R. de la Soc. de Biol. séance du 7 juin 1921, t. LXXXV, p. 72).
- Contribution à l'étude du sac et du canal endolymphatiques chez l'Homme (morphologie, évolution) (Congrès de la Soc. Belge d'oto-rhino-laryngologie, Bruxelles 11 juillet 1921, 43 pages 11 figures).
- Considérations sur la morphologie de l'oreille interne membraneuse de l'Homme (Journal de Médecine de Bordeaux, 25 juillet 1921).
- Recherches sur la physiologie du sac et du canal endolymphatiques. Valeur fonctionnelle de l'organe endolymphatique des Sélaciens (C. R. de la Soc. de Biologie, séance du 6 décembre 1921, t. LXXXV, P. 1070).
- La valeur fonctionnelle du sac et du canal endolymphatiques (Congrès International d'Otologie Paris, juillet 1922).
- Importance du sac endolymphatique (en italien) (Congrès italien de Laryngologie, Pérouse, octobre 1922).
- Noël-Moreau. Voie d'accès et ouverture du sac endolymphatique par l'opération de Portmann (Revue de Laryngologie 15 mars 1925, p. 149).

Z rękopisu francuskiego przełożył

E. Weinkiper.

Z Zakładu Fizjologii

(Kierownik: Prof. Dr. M. EIGER)

i z Kliniki Położniczej U. S. B. w Wilnie

(Kierownik: Prof. Dr. JAKOWICKI).

Badania interferometryczne krwi w ciąży i w raku.

Podali

Prof. Dr. M. EIGER (Wilno), inż. chem. F. GROSSMAN (Wilno) —

Asystent Zakładu Fizjologii, i Dr. E. KLEMCZYŃSKI (Wilno) —

Asystent Kliniki Położniczej.

Doniesienie tymczasowe.

Interferometr Zeiss'a, przez nas stosowany, zbudowany został przez Loewego, celem dokładnego oznaczania różnicy stężeń różnych roztworów. Do badań biologicznych, a specjalnie do określania t. zw.

zaczynów ochronnych *Abderhaldena* zastosowany został po raz pierwszy przez *P. Hirscha*.

Interferometr jest oddawna znany i używany w laboratorjach technicznych, np. mających do czynienia z gazami, na stacjach ratunkowych kopalń, w fabrykach lampek żarowych i t. d. oraz w najrozmaitszych fizycznych i fizyczno-chemicznych zakładach i używany jest jako ścisły i czuły aparat fizyczny do określania stężenia cząsteczek gazowych lub płynnych. Obecnie znalazł zastosowanie w fizjologii i medycynie.

Samo przez się rozumie się, że skoro przyrząd ten wskazuje nam wybitnie różnice stężeń, np. roczynów soli kuchennej, to może i powinien być szeroko zastosowany do wszystkich tych przypadków i badań niezmiernie licznych, w których zależy nam na wykazaniu różnic tych w zależności od bodźców fizjologicznych lub patologicznych, i to stanowić będzie temat odrębnych specjalnych prac naszych.

Dlatego też Zakład Fizjologii U. S. B. pierwszy w Polsce uważał za niezbędne możliwie jaknajśpieszniej sprowadzić przyrząd ten i zastosować go w jaknajszerszym zakresie. Ponieważ materiał do badań czerpać można było tylko z klinik, przeto Zakład Fiz. wszedł w kontakt z odpowiednimi klinikami: Ginekologiczną, Psychjatryczną i Nerwową, Chirurgiczną, Wewnętrzzną Prof. *Januszkiewicza* oraz z oddziałami szpitalnymi kol. *Kucharskiego*, *Michniewicza*, *Waszkiewicza*, *Zarcyna*, którzy chętnie ofiarowali krew do badań, oczywiście, jeszcze nieukończonych, i wszystkim tym kierownikom klinik i oddziałów składamy dziś już podziękowanie, zaznaczając z góry, że od ich dobrej woli i materiału zależy jest los pracy całej.

Badania, które rozpoczęliśmy, obejmują następujące sprawy:

- 1) Rozpoznanie ciąży.
- 2) Cięża a gruczoly dokrewne.
- 3) Rozpoznanie nowotworów złośliwych.
- 4) Rozpoznanie choroby *Basedowa* oraz innych schorzeń tarczycy.
- 5) Rozpoznawanie schorzeń poszczególnych gruczolów wydzielania wewnętrznego.
- 6) Rozpoznawanie związku niektórych chorób psychicznych ze stanem narządów i gruczolów. Specjalnie *dementia praecox*, stany depresyjne i manjakkalne.
- 7) Padaczka i stany padaczkowe.
- 8) Kiła.
- 9) Choroby infekcyjne (Rozszczepienie białka bakteryjnego).
- 10) Choroby i określenie pochodzenia białka w moczu, czy to z nerek, czy to ze schorzałych narządów:
 - a) Rzucałka, b) mocznica.
- 11) Choroby przemiany materji.
- 12) Sprawy, związane z wewnętrzną wydzieliną skóry, oraz zjawiska odpornościowe w skórze.
- 13) Sprawy odpornościowe wogóle (nadwrażliwość, działanie anafilatoksyny i t. d.).
- 14) Anomalje konstytucyjne.

Sam spis ten niechaj wystarczy do uwydatnienia olbrzymiego i szerokiego zastosowania interferometru.

Dziś ograniczyliśmy się do przedstawienia wyników badań interferometrycznych, które otrzymaliśmy

dotychczas, pracując wspólnie z kol. *Jakowickim*, kierownikiem Kliniki Położniczej i Ginekologicznej, oraz jego asystentem *Klemczyńskim*.

Zasada działania interferometru jest następująca: światło, pochodzące z lampki, po przejściu przez system soczewek, wysyła promienie z wąskiej szpary przez cały aparat, które padają na lusterko, umieszczone na końcu aparatu. Promienie, prostopadle padające na lusterko, zostają przez nie odbite. Na powrotnej drodze promienie przechodzą przede wszystkim przez dwie szczeliny, zrobione w zasłonie, umieszczonej tuż przy lusterku, następnie, przechodząc przez aparat i soczewkę (objektyw), dają widmo interferencyjne, obserwowane przez okular. Te dwie zasłony powodują wytworzenie się widma barwnego tęczowego, a wspólnie z obiektywem wytwarzają prążki interferencyjne, powstałe wskutek spotkania się fal o fazach przeciwnych i równych amplitudach. Nie wszystkie jednak promienie napotyka na swej drodze jednakowe przeszkody. Rozróżniamy dlatego górną i dolną połowę promieni równoległych i odpowiednio do tego otrzymujemy górne i dolne widmo interferencyjne.

Dolna połowa promieni przebiega zasadniczo drogę, wyżej wymienioną, i wytwarza dolne, stałe, nieruchome widmo interferencyjne, t. zw. zerowe. Składa się ono ze środkowego białego pola i symetrycznie z dwóch stron ułożonych widm barwnych (spektrow). Całe widmo zawiera prążki ciemne, z których dwa najciemniejsze (czarne) znajdują się w najjaśniejszym polu białym.

Górna zaś połowa promieni napotyka na swej drodze jeszcze kamerę, podzieloną na dwie części, napełnione badanymi cieczami.

Jeżeli w podwójnej kamerze znajdują się dwie cieczy o jednakowych współczynnikach załamania światła, nprz. roztwory o jednakowym stężeniu, to górna połowa promieni tworzy widmo takie same, jak i dolna. Jeżeli zaś kamery napełnimy roztworami o różnych stężeniach, ew. różnymi cieczami, to górne widmo zostanie przesunięte względem poprzedniego, a więc i dolnego. Za pomocą specjalnego przyrządu w postaci śruby mikrometrycznej odczytujemy w podziałkach, na ile przesunęło się górne widmo względem dolnego.

Przechodząc do reakcji *Abderhaldena*, to w myśl jego teorii, surowica, działając na odpowiedni substrat (podłoże z narządu), rozszczepia go wytwarzając produkty hydrolizy, jak np. peptony i wolne aminokwasy. A jeżeli tak jest, to surowica, która działała na substrat, rozpuszcza go dzięki hydrolizie, posiada ciała te w większej ilości i koncentracji w stosunku do surowicy tegoż samego osobnika, na którą nie działaliśmy danym substratem. Aby wykryć tę różnicę koncentracji *Hirsch* zastosował interferometr, skonstruowany przez *Loewego*.

Właściwie badanie krwi za pomocą interferometru przeprowadzamy w następujący sposób:

Krew w ilości około 10 cm³ pobieramy naczeczka za pomocą strzykawki, wyjałowionej najlepiej w fizjologicznym roztworze soli kuchennej. Wlewamy krew do próbówki suchej i wyjałowionej i pozostawiamy w spokoju na jakieś 3 — 4 godziny. Następnie wyciągamy pipetą surowicę, oddzieloną od skrzepu, wlewamy do próbówki, zamykamy korkiem gumowym i wirujemy w ciągu 10 — 15 minut (przy 2500—3000 obr. na min.). Surowicę odciągamy od osadu i wlewamy do

świeżej próbówki. Dodajemy na każdy cm^3 surowicy $0,5 \text{ cm}^3$ roztworu (1:500) wucyny, aby utrzymać jałowość surowicy, i zawartość próbówki dobrze mieszamy. Następnie do szeregu próbówek, dostosowanych do danej wirówki, wsypujemy po $0,005 \text{ gr.}$ odpowiednich substratów, na które krew chcemy badać, przyczem jedną lub dwie próbówki pozostawiamy bez substratu; potem wlewamy do każdej po $0,5 \text{ cm}^3$ surowicy, zmieszanej z wucyną, i zamykamy szczelnie gumowemi korkami, by wskutek wyparowania nie nastąpiła zmiana koncentracji surowicy. Wszystkie próbówki wstawiamy do ciepłarki na 24 godziny przy temperaturze 37°C. Po wyjściu z ciepłarki próbówki wstrząsamy, by surowica zmieszała się z wodą, osiadła na ściankach próbówek i korkach. Następnie wszystkie wirujemy w ciągu 5 minut i przystępujemy do samego pomiaru interferometrycznego. W tym celu do jednej kamery (mikrokamery) nalewamy surowicę, na którą nie działaliśmy substratem, do drugiej zaś surowicę, na którą nim działaliśmy. O ile surowica podziałała na dany substrat, to wskutek zmiany koncentracji jej obraz interferencyjny górny przesunie się względem dolnego. O ile mamy od razu widmo górne zgodne z dolnym, to znaczy, że reakcja nie zaszła. O ile badamy daną surowicę na kilka narządów, to do jednej kamery wlewamy kolejno surowice po podziałaniu danemi substratami, w drugiej zaś kamerze pozostawiamy jedną surowicę, której nie poddawaliśmy reakcji.

Podkreślić należy, że w badaniach interferometrycznych przede wszystkim trzeba zwracać uwagę na to, by wszystkie naczynia były idealnie czyste, suche i wysterylizowane. Probówki należy szczelnie zamknąć korkami gumowemi.

Co się tyczy substratów, to są to zasadniczo odpowiednie narządy, drobno posiekane, pozbawione krwi, przegotowane krótko w wodzie, wylugowane wodą, alkoholem i eterem i w końcu wysuszone i sproszkowane. Wymagane jest, by substraty nie zawierały rozpuszczalnych w wodzie substancji organicznych (co łatwo sprawdzić można w interferometrze) i były trwale (wyjałowione) i nie dawały reakcji z ninhydriną.

Substraty takie gotowe wyrabia firma „Pharmagans“ (Oberursel) w ampulkach, zawierających po $0,5 \text{ gr.}$ substratu. W ciągu naszych badań korzystaliśmy już z substratów, przez nas przygotowanych i kontrolowanych, tak, że w przyszłości będziemy korzystali wyłącznie z własnych preparatów.

Metoda badania krwi, znana pod nazwą odczynu *Abderhaldena*, który jednakże sam nie uważa jej za swoją, oddając pierwszeństwo innym, znajduje obecnie coraz większe zastosowanie jako środek rozpoznawczy w zakresie położnictwa i chorób kobiecych. Za pomocą metody tej *Abderhalden* wykrywa w ustroju zmiany fizjologiczne (ciąża) lub chorobowe (rak).

Zasada metody jest następująca: do ustroju kobiety ciężarnej przybywa nieistniejąca dawniej tkanka łożyska. Łożysko wchodzi w żywy związek z ustrojem matki, wskutek czego poszczególne jego składniki i produkty życia jego komórek dostają się do krwiobiegu matki i, jak wszelkie ciało, wprowadzone drogą pozajelitową, zmieniają skład tej krwi.

Otóż, gdy weźmiemy surowicę ciężarnej i dodamy specjalnie przygotowaną tkankę łożyska czyli t.

zw. substrat, to surowica — zdaniem *Abderhaldena* — w taki sposób zadziała na substrat ten, że rozpuszcza go częściowo, i w ten sposób możemy odpowiedzieć na pytanie, czy dana kobieta jest ciężarna.

Tak samo bada się na obecność w ustroju sprawy złośliwej, czyli za pomocą t. zw. „odczynu *Abderhaldena*“ można wykryć działanie zczynów ochronnych, działających na odpowiedni substrat.

T. zw. odczyn *Abderhaldena* można wykryć za pomocą kilku metod, podzielonych na dwie grupy: chemiczną i optyczną.

Do pierwszej należą:

- I. Metoda djalizacji, pierwotnie ogłoszona przez autora.
 - II. Metoda t. zw. prosta *Abderhaldena* (*directa*).
 - III. Metoda mieszana alkoholowa *Sellheima*.
- Do grupy drugiej należą:
- A. Metoda za pomocą polarymetru.
 - B. Metoda „ „ refraktometru (*Pregl*).
 - C. Metoda „ „ interferometru (*Hirsch*).

Zasada metody djalizacyjnej polega na tem, że białka, jako koloidy, nie przechodzą przez błony zwierzęce, następnie zaś postacie jego strawione — peptony — przechodzą przez błony, czyli djalizują. Gdy wlejemy białko do woreczka djalizacyjnego i opuścimy go do wody, to nawet po długim czasie śladów białka w wodzie nie stwierdzamy. Jeżeli zaś do białka dodamy np. trypsyny, to już wkrótce w zewnętrznej wodzie stwierdzimy ciała, powstałe przez hydrolizę białka, czyli peptony. Badając jakikolwiek płyn na obecność w nim fermentów proteolitycznych (trawiących białko), wlewamy badany płyn do woreczka djalizacyjnego z białkiem i kontrolujemy, czy w wodzie wystąpią peptony. Gdy peptonów niema, twierdzimy, że płyn badany nie zawiera czynnych fermentów.

Metoda ta nie zyskała szerszego zastosowania w życiu ze względu na wielkie trudności techniczne; opauowanie jej wymaga szeregu lat pracy wstępnej. Wielu badaczy pracowało metodą djalizy, lecz tylko niektórzy mieli wyniki zgodne z *Abderhaldenem* (*Sachs*, *Oppler*, *Rosenthal*, *Ewald* i inni).

Inne metody chemiczne różnią się sposobami techniki wykonania, wprawdzie są łatwiejsze od metody djalizacyjnej, jednak szerszego zastosowania w życiu nie znalazły.

Nie podając opisu metod chemicznych (patrz piśmiennictwo¹⁾, przechodzimy do grupy optycznej.

Za pomocą djalizy stwierdzamy przemianę koloidu w krystaloid, zdolny do dyfuzji przez błony zwierzęce. W metodach optycznych białko przeszkadza obserwacji, zamieniamy je dlatego naprzód w peptony itp. i niemi operujemy. Zmiany w strukturze peptonów (np. pod wpływem badanej surowicy) wpływają na stopień skręcenia płaszczczyzny polaryzacji i mogą być stwierdzone za pomocą polarymetru. Metody refraktometryczna i interferometryczna polegają na określeniu różnicy zmian załamania się promieni światła w badanych surowicach.

Metoda *Abderhaldena* nie zyskała szerokiego zastosowania, dopiero dzięki interferometri (J-F)

¹⁾ W. Lüttge i W. v. Mertz: Alkohol-Estraktreaktion. Lipsk 1927.

(Hirsch), jako metodzie ilościowej, odżyła ta cała kwestja nanowo.

Od szeregu lat toczy się jednak spór nad swoistością odczynu, którą przyznaje sam A b d e r h a l d e n, niektórzy jednak badacze twierdzą, że odczyn swoisty nie jest. Na czele oponentów stoi S a c h s. Twierdzi on, że surowica może posiadać białka takiej struktury, że przez ich rozkład wykazuje redukcję peptonów mylnie. Jedni i drudzy zgadzają się na jednym punkcie, mianowicie: o ile metoda jest swoista, to można za jej pomocą określać nieznany poszczególnych narządów.

Metoda interferometryczna jest obecnie stosowana zwłaszcza w Niemczech do wykazania odczynu A b d e r h a l d e n a.

Zagranicą metoda J—F jest uznana jako bardzo ważny i dość pewny środek pomocniczo-rozpoznawczy, zwłaszcza w położnictwie i chorobach kobiecych.

Jako metoda zerowa jest niezwykle czuła, jest nie tylko jakościowa, lecz i ilościowa. Ze względu na trudności opanowania samej techniki pomiarów, duży nakład czasu i pracy, wysoką cenę aparatu, metoda J—F nie może mieć szerokiego zastosowania w życiu. Wymaga stałej kontroli klinicznej, musi być zatem prowadzona łącznie przez laboratorium i klinikę, co utrudnia pracę. Na czele badań J—F stoi dzisiaj klinika Würzberska, gdzie pod kierownictwem H i r s c h a idzie praca na szeroką skalę. Gdy inne kliniki ogłaszają po 20 — 50 badań, klinika Würzberska w swem sprawozdaniu podaje ich 500.

O błędach i trudności metody kliniki Würzberska wypowiada następującą opinię: „Pomimo zastosowania najściślejszego przepisu próby początkującej otrzymuje fantastyczne wyniki.

Każdy, kto zaczyna, chce odrazu stawiać rozpoznania, zapominając, że winien najprzód poświęcić się metodyce i zapomnieć na długi czas o połączeniu J—F z kliniką, w przeciwnym razie niesłusznie oskarża się metodę“.

H i r s c h i inni dowiedli, że wobec techniki prawidłowej rozpoznanie jest pewne, ponieważ I—F sam kontroluje badającego, natychmiast wykazując omyłkę w czasie próby. Wszelka metoda badań ma swoje błędy subiektywne i obiektywne. Subiektywne zależą od wykonawcy, od jego uzdolnień do prac laboratoryjnych, od jego sumiennosci, a przede wszystkim od znajomości metody.

Obiektywne zależą od używanych odczynników: surowicy, naczyni, substratu i sprawdzonego każdorazowo interferometru.

Pierwotne zastosowanie I—F w weterynarji przez H i r s c h a do rozpoznania ciąży u koni i otrzymanie dodatnich wyników przyczyniło się znacznie do pogłębienia i opracowania metody, przeniesionej później do badań w zakresie medycyny.

Rzeczą trudną jest stwierdzenie ciąży u konia w ciągu pierwszych 6-ciu miesięcy; rozstrzygnięcie tego pytania ma doniosłe znaczenie dla hodowców, gdyż klacz w ciąży ma większą cenę, klaczy w ciąży nie powinno się sprzedawać na eksport. Gdy się stwierdzy wyraźnie, że zapłodnienie klaczy nie nastąpiło, to prowadzi się ją do ogiera raz i drugi, aby nie pozostała jałowa do wiosny. Powyższe względy ekonomiczne dopomogły rozwojowi I—F w weterynarji. Obecnie w

Instytucie Weterynarji w Berlinie jest specjalna pracownia I—F, z której korzystają hodowcy koni. H i r s c h stwierdził I—F ciążę u koni od 14-go dnia po zapłodnieniu i na kilkaset wykonanych badań podaje 99,56% trafnych rozpoznań.

Związek rzeźników w Niemczech podaje, że w roku 1912 na 297160 zarznitych krów stwierdzono 29855 krów ciężarnych, sprzedanych za jałowe. Podobno obecnie odsetka ta zmniejszyła się dzięki częściowemu zastosowaniu I—F.

W weterynarji metoda daje pewniejsze wyniki u koni, u krów zaś przeszkadza długotrwałe działanie fermentów trawienia.

Klinika Würzberska stwierdziła organospecyficzną, a nie gatunkowo-specyficzną odczynu, z tym samym wynikiem działania surowicą kobiety ciężarnej na substrat łożyska konia, jak i odwrotnie.

Ostatnio ogłoszone rezultaty badań autorów obcych metodą I—F dotyczą rozpoznawania ciąży prawidłowej, pozamacicznej, guzów złośliwych i niezłośliwych.

H i r s c h, M u s a, R i t t e r s h a u s podają od 70% — 99% trafnych rozpoznań ciąży. M y — 91,42%.

Zachęcone wynikami badań zagranicą i coraz częstszym zastosowaniem I—F w klinikach zagranicznych, Zakład Fizjologii U. S. B. i Klinika Położniczo-Ginekologiczna podjęły wspólne badania metodą I—F, i obecnie po calorocznej z górą pracy podajemy otrzymane wyniki.

Przestrzegaliśmy wszystkich prawideł techniki pracy, podanych przez H i r s c h a, który w swej statystyce posiada 99% wyników dodatnich w dziedzinie rozpoznawania ciąży.

Doniosłe znaczenie wczesnego rozpoznania ciąży prawidłowej, a już tembardziej rozpoznania ciąży pozamacicznej lub też rozpoznania różniczkowe pomiędzy guzem a ciążą były przyczyną, dla której przedewszystkiem w badaniach naszych uwzględniliśmy rozpoznawanie ciąży.

W sprawach tych starano się wyjaśnić: 1) od jakiego n a j w c z e ś n i e j dnia po zapłodnieniu można stwierdzić we krwi ciężarnej kobiety zmiany, związane z ciążą, 2) stopień nasilenia odczynu I—F w różnych okresach ciąży, a wreszcie 3) jak długo po porodzie wykryć je jeszcze można w ustroju.

Sądzymy, że nagromadzenie jaknajwiększej liczby badań pozwoli dopiero na ocenę wartości klinicznej metody, i że jedynie dokładne podawanie w pracach zestawień uzyskanych wyników do tego przyczynić się może.

W tej myśli materiał zbadany podzielony został na grupy, wyszczególnione ściśle w postaci szeregu tablic.¹⁾

¹⁾ Tablice te wydrukowane będą w całości w pracy naszej szczegółowej, przeznaczonej dla „Ginekologii polskiej“. Na tem miejscu ograniczamy się do jednej ogólnej tablicy, wykazującej nasze wyniki.

Razem:

w kierunku rozpoznania ciąży przypadków	77
stan po porodzie	38
nowotworów	27
	142
badan kontrolnych	40

Ogółem wykonano rozpoznai . 182

Zestawienie ogólne.

Liczba tablicy.	Treść tablicy	Wartość kliniczna metody						UWAGI
		Dodatnia		ujemna		wątpliwa		
		Liczba przypadk. liczb. wo	w proc.	Liczba-wo	w proc.	Liczba-wo	w proc.	
I.	Ciąża stwierdzona klinicznie	35	32	91,42	3	8,57		
II.	Ciąża wczesna wątpliwa	21	16	76,19	2	9,52	3	14,30
III.	Ciąża pozamaciczna	9	7	77,77	2	22,22		
								W tych 2 przypadkach okazało się adnexitis ; ilościowego różniczkowania jednakże z substratem adnex. nie dokonano z powodu braku substratu; we wszystkich przeto przypadkach ciąży pozamacicznej I-F wykazał ją.
IV.	Położnice do IV tygodnia	25						
V.	Stan po porodzie od IV tyg. do 41 m.	13						
VI.	Ciąża gruźl.	12	11	91,66	1	8,33		
VII.	Rak macicy	12	12	100,00				
VIII.	Mięśniaki i torbiele	15						
								6 mięśniaków dało wynik dodatni 4 torbiele dały wynik dodatni, 5 przypadków (adnexitis, abortus septicus, adenoma) wykazało rozszczepienie substratu mięśniaka; różniczkowania ilościowego nie dokonano z powodu braku odpowiednich substratów.
	Razem na ciąży ogółem badan kontroli	77	63	85,72	8	10,39	3	3,90
	Wszystkich badan	142	40					
		182						

Zestawienie I obejmuje przypadki ciąży, stwierdzonej klinicznie. Zbadano 35 przypadków w okresie od II. do X. miesiąca.

Z punktu widzenia klinicznego otrzymano:

dodatnich rozpoznai	32
ujemnych	3

Zestawienie II obejmuje przypadki ciąży wczesnej, prawdopodobnej i wątpliwej, których klinicznie rozpoznać nie można. Ostateczne rozpoznanie ustalono na podstawie długiej obserwacji.

Jedno zjawisko jest wyraźne, a mianowicie: zestawienie II ciąży bardzo wczesnej dało wyniki, któreby można nazwać zadawalającymi, zestawienie I ciąży późniejszej dało wyniki dobre.

Przyjęto oznaczanie nasilenia odczynu według Hirscha i Strecka znakiem *plus* (+), uważając za reakcję ujemną liczbę podziałek I—F od 1 do 5 włącznie. Np.: badając na substrat łożyska, przyjmowano odczyn dodatni, jeżeli I—F wykazywał powyżej 5-ciu kresek mikrośruby, czyli 6 kresek do 10 — jeden + (nasilenie słabe); od 11 do 15 kresek — ++ (silniej zaznaczone); od 16 do 20 i t. d. — +++ (b. silnie zaznaczone).

Zbadano 21 przypadków:

Ze strony nasilenia odczynu otrzymano:

nasilenie ujemne	w 8 przypadkach.
„ słabe	w 7 „
„ silniejsze	w 6 „

Z punktu widzenia klinicznego otrzymano:

dodatnich rozpoznai	16
wątpliwych	3
ujemnych	2

Ciekawy jest przypadek L. p. 10, w którym chodziło o rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ciążą a torbielą. I—F wykazał na substrat łożyska 9 podziałek (+) i na substrat torbieli jajnika 27 podziałek (silne nasilenie) — czyli wskazał na obecność ciąży i torbieli jednocześnie. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono ciążę i torbiel lewego jajnika, którą usunięto.

W przypadku L. p. 18 było podejrzenie istnienia ciąży pozamacicznej; I—F wykazał na substrat łożyska 20 (+-+-) podziałek, na substrat ciąży pozamacicznej 2 (—) podziałki. Po kilku tygodniach ustalono klinicznie ciążę prawidłową.

Zestawienie III — są to przypadki, badane w kierunku ciąży pozamacicznej. O ile wczesne rozpoznanie ciąży prawidłowej niekiedy ma doniosłe znaczenie, to rozpoznanie ciąży pozamacicznej jest zawsze w każdym przypadku niezwykle ważne, i dlatego w tej dziedzinie przyszłość metody I — F byłaby wielka, gdyby można pewnie rozpoznanie tą drogą ustalić.

Do badan tych używaliśmy za innymi autorami substratu łożyska ciąży trąbkowej (razem z trąbką). W badaniach w kierunku ciąży pozamacicznej stosowano nadto kontrolne badania na substrat innych narządów.

Wobec tego, że w wytworzeniu łożyska bierze udział oprócz jaja i podłoża narządu płciowego matki — teoretycznie można przyjąć odmienne nieco składniki łożyska w przypadku ciąży pozamacicznej. Zrozumiałą jest rzeczą, że odczyn na łożysko normalne wypaść winien w ciąży pozamacicznej dodatnio; może więc być jedynie mowa o stopniu nasilenia odczynu w stosunku do łożyska prawidłowego i łożyska, umiejscowionego w trąbce. Jeśliby te różnice mógł wykazać I—F, dowodziłoby to nadzwyczajnej subtelności metody.

Zbadaliśmy 9 przypadków, z tych:

7 o wybitnym nasileniu odczynu.

Klinicznie dodatnich rozpoznai 7

Klinicznie nieodpowiednich rozpoznai 2 (*adnexitis*).

Zestawienie następane IV i V obejmują stany po porodzie od 4-go dnia do 41 miesiący. Zbadano razem 38 przypadków.

W 3 przypadkach (na 4.9 i 29 dzień po porodzie) I—F nie wykazał żadnej reakcji — liczba podziałek — 0. W 8 przypadkach wykazał nasilenie ujemne — liczba podziałek poniżej 5-ciu. W 27 przypadkach wykazał reakcje dodatnie w czasie od 4 dni do 41 miesięcy.

Naogół da się stwierdzić, że nasilenie odczynu od 6 tygodnia połogu jest nieco słabsze.

Byłoby ważne wielokrotne badanie poszczególnych położnic w stałych okresach czasu, tą drogą możnaby ustalić stopień szybkości zaniku zmian ciążowych u położnic. Jeden tylko przypadek, badany dwukrotnie (L. p. 13 i 14), wykazał zmniejszenie się stopnia nasilenia odczynu: w 3 miesiące po porodzie 20, a w półmiesiąca 5 podziałek I—F. Badania u położnic są trudne ze względów czysto technicznych, braku materiału, niechęci poddawania się badaniu. Leżą one jednak w planie naszej pracy, obecnie podajemy zebrane przypadki, aby zwrócić uwagę badających na ten bardzo ważny dział, dotychczas przez nikogo prócz nas dostatecznie nie badany.

Zestawienie VI obejmuje przypadki ciąży u osób z bardzo daleko posuniętą gruźlicą płuc. Wyodrębniliśmy ją z grupy ciąży prawidłowej ze względu na niezwykle ciekawe wyniki badań.

Badając na substrat łożyska (L. p.) krew ciężarnej w V miesiącu, chorej na gruźlicę płuc i rozpoczynając się gruźlicę krtani, otrzymano wynik ujemny, nasilenie odczynu — 0, pomimo najstaranniejszego przestrzegania techniki pracy. Błędu nie doszukało się. Wkrótce ciężarna była rozwiązana drogą operacyjną, z jej łożyska przygotowano substrat, zrobiono badanie krwi powtórnie na substrat tegoż łożyska i otrzymano odczyn dodatni + 9 podziałek I — F; badanie na substrat łożyska osoby zdrowej dało, jak przedtem, nasilenie — 0. Przeprowadzono badania kontrolne. Działając substratem tej chorej na krew zdrowej ciężarnej, stwierdzono, że nasilenie odczynu jest znacznie słabsze, niż przy działaniu substratem zwykłym. Powstała myśl, że zmiany ciążowe chorej na gruźlicę płuc silniej wykaże substrat łożyska gruźliczki, aniżeli substrat zdrowej.

Na 12 zbadanych przypadków ciąży u osób z daleko posuniętą gruźlicą płuc, stwierdzoną klinicznie przez specjalistów, otrzymano 11 dodatnich wyników, potwierdzających nasze przypuszczenie.

Każdy przypadek tej grupy badano na substrat łożyska, pochodzącego od chorej na gruźlicę, i dla kontroli na substrat łożyska — osoby zdrowej.

W 2 przypadkach (L. p. 4 i 7) nasilenie odczynu na substrat łożyska zdrowej równało się zeru, w 9 było słabe, gdy jednocześnie nasilenie na substrat łożyska gruźliczki było silniejsze, a w kilku przypadkach nawet wybitnie zaznaczone (Lp. 11 i 12) do 29 podziałek I—F.

Zdobywanie materiału tej grupy napotyka duże trudności; podajemy 12 przypadków, wstrzymując się od wniosków.

Zestawiając badania w kierunku określenia ciąży, otrzymujemy następujące wyniki:

Zbadano przypadków 77.

Z wynikiem dodatnim	66	85,72%
„ „ ujemnym	8	10,39%
„ „ wątpliwym	3	3,90%

Poza sprawami związanymi z ciążą i położeniem, prowadzono badania w kierunku rozpoznawania nowotworów złośliwych i niezłośliwych.

Zestawienie VII obejmuje raki macicy.

Zbadano 12 przypadków, wszystkie z wynikiem dodatnim.

Badano na substrat raka części pochwowej macicy i trzonu macicy — kontrolnie.

Grupa ta, jak i grupa ciąży pozamacicznej czy gruźliczej, potwierdza czułość metody I—F. Stwierdzono wielkie znaczenie stopnia nasilenia odczynu nie tylko czysto rozpoznawcze, lecz prognostyczne — w sprawach raków macicy. Przypadki operacyjne dają nasilenie słabsze, jeden *plus* lub dwa *plusy* (++)), przypadki, posunięte daleko — nieoperacyjne, dają nasilenie silne lub wybitnie silne, np. 69 podziałek I—F (Lp. 12).

Zestawienie VIII stanowi badania w kierunku rozpoznawania mięśniaków i torbieli.

Zbadano 15 przypadków; z tych:

6 przypadków mięśniaków dało wynik dodatni zgodny z kliniką.

4 przypadki torbieli; 3 dały zgodny wynik, a 1 słaby, wątpliwy.

W 4 pozostałych przypadkach I—F wykazał rozszczepienie substratu mięśniaków, klinicznie zaś wykazał 2 *adnexitis*, *abortus septicus*, różniczkowania ilościowego, jednakże nie dokonano z powodu braku odpowiednich substratów.

Należy zaznaczyć, że badania powyższe były wykonane ze ścisłym przestrzeganiem wszystkich prawideł Hirscha. Kliniki Würzburgskiej i innych, ze szczególnym uwzględnieniem czystości pracy, czystości substratu i samej surowicy, która była pobierana poza okresem:

- 1) niezakończonego trawienia (naczczzo),
- 2) podniesionej ciepłoty (wyjątek gruźlica),
- 3) miesiączki,
- 4) niedawno przebytej kuracji proteinowej,
- 5) „ „ „ promieniami

Röntgena.

Używano substratów firmy „Pharmagans“, a od kilku miesięcy własnego przygotowania (cięża prawidłowa, pozamaciczna, gruźlicza, torbiele it. d.).

Na zasadzie przeprowadzonych badań wypływają następujące wnioski:

1. Metoda I—F jest bardzo trudna technicznie.
2. Wymaga dużego nakładu czasu i pracy.
3. Jest droga.
4. Winna być stosowana łącznie przez laboratorium i klinikę.
5. Ma przed sobą wielką przyszłość.
6. Jest cennym sposobem pomocniczo-rozpoznawczym, zwłaszcza w sprawach położnictwa i ginekologii.

Jakie wnioski i horoskopy uczynić już dziś możemy? Ażeby to pokrótce wyjaśnić, musimy dodać, że, gdyby bakterjologia i serologia nie opuściły były przez czas pewien, goniąc za czysto utylitarnymi celami, macierzystego swojego źródła, mianowicie fizjologii ustroju i specjalnie hematologii oraz nauki o wewnętrznym wydzielaniu, to ta olbrzymia liczba faktów, zdobyta przez te gałęzie nauki, mogłaby być znacznie prędzej powiązana w jedną całość, i uniknelibyśmy całej masy twórczych wprawdzie, ale bardziej poetyckich, obrazowych hipotez, niż ścisłych konkretnych faktów i teorii, hipotez, chodzących luzem po za fizjologią, chemią i chemią fizyczną.

Nie jest to przypadek, że twórca całej nauki o plazmolizie komórek roślinnych i hemolizie ciałek czerwonych jest fizjolog i biolog De Vries oraz fi-

zjolog *Hamburger*. Nie jest to przypadek, że fizjopatolog *Miecznikow* odkrył własności surowicy, rozpuszczające białe ciała krwi, jako leukolizyny lub leukocytyny, względnie leukotoksyny. Nie jest to przypadek, że hematolog *Bordet* (i *Genou*) stworzyli podstawy reakcji *Wassermann*a, a fizjolog *Richet* odkrył zjawisko anafilaksji czyli nadwrażliwości. Od tego czasu na ćwierć wieku przed badaniami *Abderhaldena* fizjologja dowiodła, że zjawisko plazmolizy i hemolizy *De Vries*a i *Hamburger*a jest zjawiskiem poszczególnem ogólnej sprawy, objętej nazwą cytolizy, to znaczy, że możemy za pomocą odpowiedniego zabiegu otrzymać ciała we krwi, rozpuszczające czy to komórki wątrobowe, czy to nerkowe, czy trzustki, czy plemniki, komórki mózgowe i t. d.

Hemolizujące i cytolizujące własności krwi wprowadzają nas odrazu w rozległą dziedzinę odporności. Cała ta dziedzina związana jest ściśle z działalnością całego ustroju, a z czynnością gruczołów wydzielania wewnętrznego w szczególności.

Hemoliza nie jest objawem patologicznym: w wątrobie stale przy współdziale śledziony rozpuszczają się czerwone ciała krwi, jest to hemoliza fizjologiczna. Tak samo możemy mówić o cytolizie fizjologicznej przy zaniku chociażby np. komórek łożyska, karjoliście, autolizie i t. p.

Zasługą *Abderhaldena* jest to, że zjawiska te ujął jako zjawiska zaczynowe, jako działanie fermentów, i skutkiem tego związał je ze ścisłymi dziedzinami chemji fizycznej o zaczynach oraz z dziedziną ścisłą chemji trawienia i w ten sposób z dziedziny fantastycznych hipotez skierował badania na tory ścisłe. Jak wiadomo, *Pasteur*, twórca nauki o zaczynach, rzekł w zachwycie: *La vie et une fermentation* — metoda interferometryczna pozwala nam określić ilościowo działanie zaczynów ustrojowych w najrozmaitszych przypadkach, zarówno w zjawiskach fizjologicznych, jako też t. zw. utylitarnie patologicznych.

A jeżeli podkreślimy, że w tych interesujących nas dziś sprawach mamy do czynienia właściwie z trawieniem czyli rozszczepieniem ciał i komórek wszystkich przy współdziale zaczynów, to zrozumiałą rzeczą jest, że wchodzimy tu w dziedzinę, dobrze zbadaną przez nauki ścisłe, głównie przez fizjologję i chemję fizyczną, mianowicie w dziedzinę trawienia. „A całe trawienie“ jak to rzekł słynny mistrz fizjologji trawienia *Pflüger* — „jest to hydroliza“, to znaczy, że przy trawieniu, które się odbywa w ustroju za pomocą zaczynów, rozszczepiają się złożone ciała: białka, tłuszcze i węglowodany na ciała mniej złożone przez przyłączenie cząsteczki wody, przyczem białka rozpadają się na dializujące się aminokwasy, tłuszcze — na kwasy tłuszczowe i glicerynę, glikogen zwierzęcy — na cukry i t. d. — wszystko — ciała dializujące. A wiadomo już dawno, że zaczyn, np. trypsynogen, działa na białko tylko przy współdziale drugiego tak zwanego współzaczynu — enterokinazy, trombogen zamienia białko fibrynogenu na włóknik przy udziale współzaczynu trombokinazy, z trombocytów pochodzącej, tak samo, jak pepsynogen nieczynny aktywowany być musi przez kwas solny, ażeby trawił białka i t. d.

Jak wiadomo, zaczyny proteolityczne nie mogą działać na białka, jeżeli te ostatnie nie są zdenaturowa-

ne, t. j. skrzeplę wskutek działania np. ciepłoty lub kwasów. Kwas solny, zawarty w soku żołądkowym, wywołuje krzepnięcie białka naturalnego i w ten sposób przygotowuje je do dalszych zmian. Te same zjawiska zaobserwowała szkoła *Cybulskiego* przy działaniu zaczynów wogóle, przy hemolizie, aglutynacji specjalnie (*Dunin-Borkowski*) oraz *Eisenberg*.

To samo dzieje się w większości tych spraw, które objęte są nazwą ogólną przeciwciał czyli ciał odpornościowych, względnie, używając terminologii *Abderhaldena*, zaczynów ochronnych. Wszędzie mamy tam do czynienia ze zjawiskami trawienia i przemiany w jaknajszerszym znaczeniu tego słowa oraz ze zjawiskami fizyczno-chemicznymi, które w nauce przy działaniu zaczynów na płyny koloidalne zostały zbadane, opisane, a nawet przez takich specjalistów chemji fizycznej, jak *Arrhenius*, *Michaëlis*, oraz innych ujęte w formuły matematyczne działania fermentów.

Nie możemy, rzecz oczywista, w krótkim zarysie wyczerpać całego szeregu spraw. Uczynimy to w pracy, która się ukaże w druku po ukończeniu badań. Obecnie oświetlimy rzecz przykładem. Jad żmii, np. kobry, wywołuje hemolizę. Okazało się, że jad ten zawiera zaczyn lecytynazę, która rozszczepia czyli trawi lecytynę i tworzy jednoluszczone połączenie lecytyny, działające szkodliwie na ciała czerwone. Mamy tu więc i w tym przypadku działalnie specjalnego zaczynu trawiącego.

Słynny fizjolog francuski *Richet*, twórca nauki o nadwrażliwości, już w r. 1910 na zjeździe fizjologów w Wiedniu słusznie powiedział, że w zjawiskach odpornościowych mamy do czynienia, podobnie jak w zjawiskach zaczynowych, z dwoma czynnikami, wzajemnie się uzupełniającymi, mianowicie, z zaczynem właściwym i zaczynem dodatkowym, współfermentem, i że w zjawiskach odpornościowych, np. w hemolizie dwuchwytnik i dopełniacz stanowią analogję do zaczynu i współzaczynu, tylko razem stanowią one mogący czynnik działający. Tak samo rzecz się ma ze zjawiskiem katafilaksji, zarówno w dziedzinie bakterjologii, jak i czynników, wywołujących nowotwory. Wszędzie powtarza się to, że, prócz czynnika, jako bodźca, potrzebny jest czynnik drugi, dodatkowy, aktywujący czynnik pierwszy i przypominający znany z nauki o działaniu barwników fakt działania zaprawy, która jest niezbędna, aby barwnik połączył się z cellulozą przedmiotu, np. deski lub stołu. Zaprawa chemiczna wiąże, na podobieństwo dwuchwytnika, barwnik z błonnikami komórki roślinnej.

Jedną jeszcze ważną niezmiernie sprawę poruszyć należy. Mówimy tu ciągle o trawieniu i o działaniu „zaczynów ochronnych“. Nie wolno ani na chwilę zapominać o kardynalnej stronie zjawisk tych, związanych ściśle z żywą materją, mianowicie, że mamy do czynienia tutaj ze zjawiskami ciał koloidalnych. W odczycie naszym (*Eiger*)¹⁾ z roku ub. o wpływie chemji fizycznej na fizjologję i medycynę powiedzieliśmy, że fizjologja i fiz. patologiczna stają się właściwie fizjologją i fiz. patologiczną koloidalną. Trawie-

1) *M. Eiger*: Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę. (Wstęp do fizjologii koloidalnej i patologji koloidalnej). Patrz Pamiętnik Tow. Lek. Wileńskiego 1926.

nie i działanie zaczynów wszelkich, a przeto i ochronnych jest to zmiana stanu koloidalnego niedjalizującego na djalizujący. Już wówczas powiedzieliśmy, że komórka żywa lub jej część zamiera albo przez rozpuszczenie czyli lizę (cytoliza) lub przez skłaczkowanie (strąty, precipitacja, koagulacja).

Normalny stan koloidalny, zmieniający się w granicach fizjologicznych funkcji jest niezbędny do jej normalnego istnienia, wszelka zmiana, czy to w stronę klaczkowania, czy to w stronę rozpuszczania się po za granice normy i z dolności powrotu do normy stanu koloidalnego prowadzi do stanu nienormalnego, chorobowego.

Słynny serolog, twórca nauki o typach serologicznych, Landsteiner, a za nim inni powiązali wszystkie sprawy odpornościowe z odpowiednimi zmianami, dającymi się wytłumaczyć za pomocą nauki o koloidach czyli chemji fizycznej. Abderhalden uzupełnił to, wprowadzając wiele spraw do działania zaczynów, a przeto również związał je ściśle z chemją fizyczną.

W r. 1918 jednemu z nas jako pierwszemu (Eiger²⁾) udało się obiektywnie stwierdzić rolę narządów w powstawaniu własności odpornościowych krwi. Przeciwciała są wydzieliną wewnętrzną narządów. Tezy podobnej broni obecnie w Europie Dale. Przez fakt ten zjawiska odpornościowe ściśle związane zostały z działalnością całego ustroju, i zrozumiałą jest rzeczą współudział najrozmaitszych narządów i zaczynów ustrojowych, zarówno przy trawieniu fizjologicznym, hemolizie fizjologicznej i cytolizie fizjologicznej, jak i przy ochronnych czynnikach, zwalczających czy to chorobę zakaźną, czy ten lub ów rozrůst tkanek ustrojów, nazwanych nowotworem.

W każdym nienormalnym stanie żywej komórki widzimy (Eiger) bowiem dysplazję³⁾, która wywołuje odpowiedni odczyn narządów ustroju i może być w ten czy inny sposób, a w danych przypadkach za pomocą interferometru wykryta, jako zjawisko trawienia przez organizm w najszerszym znaczeniu tego słowa. A trawienie jako hydroliza jest z punktu widzenia chemji fizycznej zamianą stanu żel. w sol.

Pozostaje jeszcze jedna kwestja zasadnicza, wymagająca odpowiedzi. Jest to kwestja, czy hipoteza Abderhaldena, usiłująca objaśnić cytolizujące własności krwi, względnie ustroju za pomocą t. zw. zaczynów ochronnych jest wystarczająca, ażeby objaśnić wszystkie te i pokrewne zjawiska? Śmiemy twierdzić, że nie.

Trudno bowiem przypuścić, ażeby ustrój, który urabia zdolności swoje przez wieki i generacje, w krótkim kilkudniowym niemal okresie, po podskórnym zabiegu lub zjawieniu się w ustroju obcej albo nienormalnej komórki lub białka — uzyskał zdolności tworzenia w sobie zaczynu i to jeszcze swoistego, o ile ten zaczyn nie istniał już poprzednio w tymże ustroju. Odczyn cytolizynowy jest przeto niczem innym, jak spotęgowaniem fizjologicznych zdolności ustroju. Swoi-

2) M. Eiger: Rola narządów w wytwarzaniu własności odpornościowych krwi; Lekarz Wojskowy Nr. 34, 1921.

3) Nazwa ta nie przesądza z góry niczego i jest tylko określeniem, względnie stwierdzeniem faktu; anaplazja, jeśli istnieje, w istocie jest tylko jedną z postaci dysplazji.

stość „ochronnego zaczynu“ wynika z definicji ogólnej zaczynów wogóle, to samo tyczy się sprawy zahamowania działalności tego czy innego zaczynu, a przeto i ochronnego, zgodnie z nauką o zaczynach wogóle przy zmianie stosunków ilościowych podłoża (substratu), zaczynu oraz ciał powstających. Hipoteza Abderhaldena nie może rościć sobie również pretensji do objęcia wszystkich pokrewnych zjawisk z dziedziny t. zw. przeciwciał i uodparniania. Ustrój bowiem może uodpornić się i unieszkodliwić (zneutralizować) jady najrozmaitsze w sposób odmienny bez uciekania się do zaczynów. Najlepszym przykładem są zjawiska, zachodzące stale w wątrobie w stanie fizjologicznym; przez kojarzenie (Paarung) trujących wytworów trawienia i przemiany materji z innymi tworami fizjologicznej przemiany materji ustroju czyni je nieszkodliwymi dla siebie, o hemolizie zaś fizjologicznej w wątrobie mówiliśmy już poprzednio. To, co zachodzi w wątrobie, zachodzi niezawodnie w innych gruczołach i narządach, nie wyłączając skóry, i może zachodzić we krwi samej lub płynach surowicznych i międzytkankowych. Środki „ochronne“ ustroju są niezmiernie liczne — zaczyny ochronne, a ściślej mówiąc wzmoczenie działalności zaczynów, istniejących w ustroju — jest jednym tylko środkiem ochrony.

Swoistość reakcji cytolizyn względnie „zaczynów ochronnych“ możemy najlepiej porównać ze swoistością reakcji aglutynacji np. Vidala w durach brzusznych i rzekomych (*typhus abdominalis, paratyphus A, B, i t. d.*).

Z prawdziwym zadowoleniem stwierdzić możemy, że potwierdzenie tych zapatrywań (Eiger) znaleźliśmy w książce specjalisty serologa prof. Hansa Muccha, który całą dziedzinę o odporności (Immunitätswissenschaft) ogłosił pod tyt. *Die Pathologische Biologie*⁴⁾ i który powiada, co następuje:

— „Było to wielkim błędem, że przy badaniu biologicznych sił obronnych zwrócono uwagę na takie siły lub systemy sił, których istnienia można dowieść tylko w przebiegu choroby. Przy spółdziałaniu czyli grze pomiędzy bodźcem szkodliwym a odpowiedzią wyrównywającą ustroju, pomiędzy czynnikiem wywołującym i ustrojem, zachodzi częściej obrona bez choroby, aniżeli w chorobie. Choroba bowiem jest tylko stopniem (stadium) w tej wielkiej zmiennej grze pomiędzy bodźcem a ustrojem. Popelniamy straszliwy błąd, jeżeli te ochrony mierzyć chcemy tylko za pomocą tych sił, których istnienia dowodzimy tylko w chorobie!“

STRESZCZENIE WYNIKÓW PRACY:

1. Badanie interferometryczne J. — F. pozwala stwierdzać ciężę w 91%, a wczesne okresy ciąży w 75%.
2. Ciężę pozamaciczną J. — F. pozwolił nam stwierdzić klinicznie w 75%.
3. Zmiany we krwi, wywołane ciężą, wykrywa J. — F. — w czasie od 4 dni do 41 miesięcy; to znaczy, że zmiany owe we krwi, względnie t. zw. zaczyny ochronne pozostają w ustroju i są we krwi przez czas dłuższy.

4) Hans Mucch: *Die Pathologische Biologie*, Lipsk 1922, str. 31.

4. W typowej ciąży gruźliczej J. — F. daje odsetek dodatni w 91%, a z substratem łożyska gruźliczego prawie w 100%.
5. W przypadkach raka narządów rozrodczych J. — F. pozwolił stwierdzić obecność raka w 100%.
6. W przypadkach mięśniaków i torbieli dał wyniki z punktu widzenia klinicznego niezłe.
7. Surowica ciężarnej posiada własność rozszczepiania gruczołu mlecznego.
8. Odczyn cytolizynowy, jakościowo nieswoisty, jednakże dość charakterystyczny, wydaje się być ilościowo swoisty.
- 9) Stany septyczne (adnexitis, abortus septicus) i t. p. wywołują same przez się wzmoczenie cytolizynowej reakcji z substratem łożyskowym, co musi być uwzględnione przez klinicystów.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Kierownik: Prof. W. GRZYWO-DĄBROWSKI).

Znaczenie próby benzydynowej w badaniach sądowo-lekarskich.

Podał

H. KULIKOWSKA (Wilno).

(Dokończenie).

Porównyując ze sobą benzydynę alkoholową, przyrządzoną sposobem Merckla, i benzydynę octową według Ziembkego, oddaliśmy pierwszeństwo tej ostatniej, a to ze względów następujących: 1^o Wymaga ona daleko mniej benzydyny i przyrządza się znacznie łatwiej i szybciej. 2^o Ponieważ ciężar gatunkowy benzydyny octowej jest wysoki — przy badaniu płynów sposobem nawarstwienia — wlewamy do próbowki najpierw odczynnik, co pozwala jednocześnie skontrolować czystość naczynia; używając benzydyny alkoholowej gatunkowo lżejszej, musimy postępować odwrotnie. 3) Niektóre substancje, jak np. chlorek żelaza lub siarczan miedzi, dające dodatni odczyn z benzydyną alkoholową, oddziałują ujemnie przy użyciu benzydyny octowej.

Ceteris paribus czułość próby benzydynowej zależy jest od preparatu benzydyny i od zasobności w hemoglobinę krwi, wziętej do badania. Posługując się benzydyną Merckla i odwłóknioną krwią barana, dostawaliśmy dodatni wynik rozcieńczenia krwi 1:200.000. Adlerowie wykazali krew w rozcieńczeniu 1:100.000. Schumner, Westphal⁽¹⁹⁾ i Smystow a—1:200.000, Walter i Ascarielli 1:250.000, Mae-Wamy rzekomo wykrywał krew nawet w rozcieńczeniu 1:500.000 (cyt. w-g Krattera). Kratter zalicza próbę benzydynową, jak i gwajakową, do najczulszych, Hofmann, Ziembke, Lees, Adlerowie, Schlesinger i wielu innych zaznaczają, że jest ona o wiele czulsza, niż próba v. Deena. Zapomocą próby benzydynowej udawało się nam wykazać krew w takich przypadkach kiedy próba v. Deena, wykonywana ze wszystkimi ostrożnościami, przepisanimi przez jej zwolennika Krattera, dawała wynik zupełnie ujemny. Braliśmy mianowicie: szmatki madapolamowe i barchanowe i robiliśmy na nich plamy krwią, wziętą ze zwłok. Jedną serję tych szmatek praliśmy niezwłocznie, t. j. póki krew jeszcze nie zaschła — letnią wodą z mydłem, przyczem zwykle miejsce zaplamione zachowywało barwę lekko żółtawą, szczególnie na szmatach barchanowych, poczem płukaliśmy te szmatki tak długo, aż popłuczyny

nie wykazywały przy próbie benzydynowej śladów krwi. Po wysuszeniu tych szmatek mogliśmy się przekonać, że kawałeczki, wycięte, zarówno z miejsca, które było zaplamione, jak i z miejsc otaczających, po wrzuceniu ich do szkiełka zegarkowego z odczynnikiem benzydynowym, sporządzonym według przepisu Ziembkego, dawały zupełnie wyraźne niebieszczenie przed wpływem 1-szej minuty. Druga serja szmatek po zupełnym wyschnięciu płam mokła 12 godzin w wodzie zwykłej, nazajutrz starannie była prana w letniej wodzie z mydłem i na koniec gotowana przez godzinę w roztworze mydła, poczem starannie była wypłukana w wodzie. Szmatki wyglądem nie zdradzały najmniejszych śladów krwi nawet w miejscach, które były zaplamione, pomimo to przy badaniu w powyższy sposób dawały dodatni odczyn na krew. Przy tej sposobności zrobiliśmy spostrzeżenie, o którym wspominaliśmy, mówiąc o próbie Richtera, a mianowicie: szmatki, które w kilka dni po opisanych zabiegach dawały dodatni odczyn benzydynowy, po dłuższym leżeniu przy wolnym dostępie powietrza — nie dawały odczynu Adlerów.

Opisane spostrzeżenia wykazują niesłychaną czułość odczynu benzydynowego przy wykrywaniu krwi zmytej. Tak samo odczyn ten, wykonany w wyżej opisany sposób, przewyższa wielokrotnie wszystkie inne próby orjentacyjne, gdy chodzi o wykrycie krwi nierozpuszczalnej np. wskutek zaprasowania. Dowód tego mieliśmy w następującym przypadku: plama krwi na białej szmatce była po wyschnięciu w zwykłym sposobie zaprasowana. Powstała w tem miejscu szarawo-brunatnawa plama, która nie dała się usunąć przy trzykrotnym starannym praniu zawodowej praczki. Nitka, wyciągnięta z poplamionego miejsca, po wrzuceniu jej do odczynnika benzydynowego natychmiast barwiła się na szafirowo. Natomiast próba v. Deena i próba Adlerów w oryginalnym wykonaniu, które przypuszczają pewną rozpuszczalność śladu krwi — zawiodły zupełnie, jeszcze raz nas przekonywując o wyższości próby benzydynowej w przyjętej przez nas modyfikacji.

Jak widzimy, ani pranie, ani prasowanie nie przeszkadza wykryciu krwi zapomocą próby benzydynowej. Merckel zbadał cały szereg substancji organicznych i nieorganicznych, starając się ustalić, które z nich swoją obecnością przeszkadzają wykryciu krwi zapomocą benzydyny. Wypróbował on w tym kierunku ślinę, wyciąg skóry, mocznik, rdzę, ług potasowy i sodowy, amoniak, chlorek amonu, chlorek potasu, roztwór mydła, taninę, kwas siarczan, solny, azotowy, szczawiony, octowy, winowy i karbolowy, sublimat, nadmanganian potasu, siarczan miedzi, formalinę, roztwór jodu w jodku potasu, jodek potasu, żelazo i żelazocjanek potasu. Wnioski jego były następujące: 1) krew w obecności taniny nie daje odczynu z benzydyną, 2) zasady nie wpływają na przebieg reakcji, tak samo jak i kwasy w słabych stężeniach; mocniejsze zaś kwasy powodują ścięcie krwi, poczem przesącz nie daje odczynu z benzydyną, daje go natomiast strąć na sączku; 3) niektóre substancje swoją obecnością wpływają na przebieg odczynu benzydynowego z krwią o tyle, o ile zmieniają szafirowe zabarwienie na zielonkawo-szafirowe, czarno szafirowe i t. d. Do takich zalicza on rdzę, chlorek amonu, kwas azotowy, sublimat, siarczek miedzi i formalinę. W swoich ba-

daniach posługiwał się on benzydynam alkoholorową, substancją zaś powyższych używał w wodnych roztworach. Powtarzając powyższe doświadczenia Merkla z benzydynam octową, otrzymaliśmy naogół te same wyniki z małym zastrzeżeniem co do taniny, która, zdaniem Merkla, swoją obecnością uniemożliwia wykrycie krwi. Sprawa ta nas szczególnie zajęła ze względu na obecność taniny w herbacie, która, jak wiadomo, jest szeroko w życiu codziennym stosowana w celu usuwania na ubraniu plam wszelkiego rodzaju. Najpierw chcieliśmy sobie wyjaśnić, jak wpływa tanina na krew w roztworze: w tym celu mieszaliśmy w równych częściach 1% i 1^o/₁₀₀ roztwór taniny z roztworem krwi 1% i 1^o/₁₀₀. We wszystkich przypadkach otrzymywaliśmy strąć, który po odsączeniu dawał wyraźny odczyn benzydynamowy, przesącz zaś — nie dawał go. Tanina więc nie niszczy zdolności katalitycznej krwi. Następnie wzięliśmy szmatkę poplamioną krwią i położyliśmy ją na dobę do bardzo mocnego wyciągu herbaty. Nazajutrz szmatka była przepłukana w wodzie, wysuszona i poddana badaniu, przyczem okazało się, że wodny wyciąg z tych plam nie dawał odczynu benzydynamowego, dawały go natomiast zupełnie wyraźnie nitki, wyciągnięte z miejsca poplamionego po wrzuceniu ich do odczynnika benzydynamowego. Powtórzyliśmy następnie tę próbę z plamą krwi, o tyle dobrze zmytą, że makroskopowo nie zdradzała śladów krwi, ale dawała pomimo to jeszcze wyraźne niebieszczenie przy zetknięciu się z odczynnikiem benzydynamowym i po 24-godzinnym działaniu mocnej herbaty — plamy te już dawały odczyn ujemny z benzydynamem. Widzimy więc, że herbata niszczy tylko takie słabe ślady krwi, które nie występują już nawet jako plamy — wobec czego prawdopodobnie nikt nie będzie dbał o ich usunięcie zapomocą herbaty.

Reasumując powyższe, przychodzimy do wniosku, że próba benzydynamowa jest o tyle czuła, że ujemny jej wynik wyłącza obecność krwi z prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością. Zachodzi pytanie, czy można wyciągnąć odwrotny wniosek, jak go początkowo zrobił Ascarelli: czy dodatnia próba benzydynamowa dowodzi obecności krwi, czy jest dla krwi swoista. Twierdzenie to Ascarelliego wkrótce zostało obalone przez prace licznych autorów [Strassmann⁽²⁰⁾, Schumm i Westphal (l. c.), Merkel (l. c.)], którzy wykazali, że, jakkolwiek liczba substancji, dających odczyn z benzydynamem podobny do tego, jaki daje krew, jest znacznie mniejsza, niż w próbie Richtera lub v. Deena, niemniej przeto odczyn Adlerów bynajmniej nie jest swoisty dla krwi i może być uważany tylko za bardzo czułą próbę wstępną. Ważnym jest, że nie dają go te substancje, które częściej spotykają się jako zanieczyszczenia na ubraniu i przedmiotach codziennego użytku, jest więc ona ujemna z mocem, płwociną, śliną, potem, spermą, ropą; nie daje go też wyciąg ze skóry w odróżnieniu od próby v. Deena. Może to mieć większe znaczenie przy odszukiwaniu plam krwi na rzeczach skórzanych, jak obuwie, pasy i t. d. Według Ascarelliego, Merkla i Smysłowej mleko daje odczyn ujemny, podług Schumma i Westphala, Wilkinsona i Petersa mleko surowe daje niebieszczenie odczynnika benzydynamowego;

nie wykazuje zaś go ono po zagotowaniu. My ze swej strony zbadaliśmy 8 prób mleka kobiecego i 7 prób mleka krowiego — zawsze z wynikiem ujemnym. Od czasu pracy Ascarelliego poznaliśmy szereg substancji organicznych i nieorganicznych, które dają ten sam odczyn, co krew: są to między innymi produkty roślinne, jako to: surowe kartofle, świeże orzechy włoskie, rozmaite gatunki grochu, sproszkowana guma arabska, wyciąg wodny z mąki pszennej, liści i t. d. (Schumm i Westphal l. c.).

Wszystkie wymienione przed chwilą substancje dają po zagotowaniu ujemny odczyn Adlerów. My sprawdziliśmy reakcję benzydynamową na surowych kartoflach — wypadła ona wybitnie dodatnio; kartofle gotowane lub suche nie dawały tego odczynu. — Niebieszczenie odczynnika benzydynamowego dają następujące związki chemiczne: nadmanganian potasu, siarczan miedzi, formalina, żelazo i żelazocjanek potasu, roztwór jodu w jodku potasu, jodek potasu, kwas chromowy, dwuchromian potasu, chlorek żelaza. Praktyczne znaczenie wszystkich tych substancji jest minimalne, gdyż tylko w wyjątkowych przypadkach mogą one wchodzić w grę. Znaczenie ważniejsze jest zachowanie się rdzy w stosunku, do odczynnika benzydynamowego, która, jak wyżej wspominaliśmy, daje dodatni odczyn Richtera i v. Deena. Ascarelli, Merkel, Smysłowa i inni wykazali, że rdza nie daje niebieszczenia odczynnika benzydynamowego. Spodziewano, że obecność rdzy przeszkadza wykryciu krwi za pomocą benzydynamu. Smysłowa robiła wyciągi ze starej zmieszanej z rdzą krwi za pomocą wody, fizjologicznego roztworu soli i odczynnika Grigorjewa (20% alkohol zaprawiony sodą). Pomimo bardzo długiej maceracji dwa pierwsze wyciągi dały odczyn ujemny, trzeci zaś — wybitnie dodatni. Z tego można wnosić, że, o ile rdza utrudnia wykrycie krwi, to tylko dlatego, że zmniejsza jej rozpuszczalność w płynach chemicznie obojętnych; w danym przypadku można myśleć jeszcze o tem, że rozpuszczalność ta była zmniejszona już przez sam wiek (8 lat) krwi. My ze swej strony, badając plamy rdzawe na nożach, toporkach i t. d., ani razu nie obserwowaliśmy niebieszczenia benzydynamu; przytem prawidłowość tego wyniku była niejednokrotnie stwierdzona przez badanie spektroskopowe zeszkrobiny. Natomiast zeszkrobiny krwi, zmieszanej z rdzą, dawały w benzydynamie octowej bardzo intensywne zabarwienie szafirowe. Tutaj raz jeszcze potwierdza się większa praktyczność przyjętej przez nas techniki ze względu na to, że się nie jest zależnym od rozpuszczalności śladu krwi, jak to ma miejsce przy robieniu wyciągu.

Jak wyżej wspominaliśmy, Merkel zwrócił uwagę na siedem substancji, dających z benzydynamem odczyn, podobny do odczynu krwi. Są to: nadmanganian potasu, siarczan miedzi, formalina, roztwór jodu w jodku potasu, jodek potasu, żelazo i żelazocjanek potasu. Obecnie wiemy, że prócz wymienionych substancji taki sam odczyn dają kwas chromowy, dwuchromian potasu i chlorek żelaza. Do doświadczeń swych używał Merkel benzydynamu alkoholowego; sporządzonej w sposób następujący: w 3 ctm³ absolutnego alkoholu rozpuszczał on benzydynam „na końcu noża“, dawał do tego roztworu równą ilość 3% wody utlenionej, poczem zaprawiał 1 — 2 kroplami kwasu octowego lodowatego. Posługiwał się Merkel za przykładem

Ascariellogo szklanemi włosowatemi rurkami, wciągając najpierw odczynnik, a następnie tyleż badanego płynu. Sposób ten Merkel bardzo poleca w przypadkach małej ilości materiału. Merkel badał siedem przed chwilą wymienionych substancyj pod względem zachowania się ich w stosunku do poszczególnych składników odczynnika benzydynowego. W tym celu sporządzał on alkoholowy roztwór benzydyny, który nalewał do 4 próbek; do pierwszej nie dodawał, drugą zaprawiał paru kroplami kwasu octowego, trzecią równą ilością 3% H_2O_2 , do czwartej dodawał równą ilość H_2O_2 i parę kropel kwasu octowego. Okazało się, że krew reaguje tylko z odczynnikiem 4-tym, czasem w słabym stopniu z 3-cim; analogicznie zachowuje się formalina, z tą różnicą, że odczyn jest już zupełnie wyraźny z odczynnikiem 3-im; pozostałe sześć substancyj zachowują się już zupełnie odmiennie; bo albo nie dają odczynu z odczynnikiem 4-tym, dając go z 3-cim (siarczan, jodek potasu), albo dają dodatni odczyn już z pierwszym lub drugim. Wobec tego Merkel radzi w przypadkach, gdy badany materiał daje dodatni wynik z 4-ym odczynnikiem, poddać go badaniu jeszcze z innymi odczynnikami, co pozwoli nieraz bez dalszego badania wyłączyć obecność krwi. Merkel idzie nawet dalej w swoich wnioskach i twierdzi, że, jeżeli mamy dodatni wynik z odczynnikiem 4-tym i najwyżej trzecim, dwa zaś pierwsze są ujemne, — to możemy stwierdzić obecność krwi (o ile przytem możemy wyłączyć podobnie reagującą formalinę). Spostrzeżenia Merkla w stosunku do siedmiu omawianych substancyj sprawdziliśmy, używając do tego odczynników 1, 2 i 4 (trzeci pominęliśmy, ponieważ daje on z krwią nieraz odczyn dodatni, wobec czego nie ma on znaczenia różniczkowego).

Badanie nasze rozszerzyliśmy jeszcze na kwas chromowy, dwuchromian potasu i chlorek żelaza. Trzy ostatnie substancje dają wybitnie szafirowe zabarwienie ze wszystkimi trzema odczynnikami. Pozatem wyniki naszych obserwacyj całkowicie zgadzają się z wynikami Merkla, z tą różnicą, że roztwór siarczanu miedzi dawał mu wynik ujemny z roztworem 4-ym, my zaś mieliśmy go wybitnie dodatnim. Zależy to prawdopodobnie od mniejszej ilości kwasu octowego w naszym odczynniku. Jednocześnie badaliśmy te same substancje w 1%-wym roztworze — za pomocą benzydyny octowej, sporządzonej metodą Zumkego (szczegółowy przepis podaliśmy wyżej). Używaliśmy go bez domieszki H_2O_2 , jako odczynnika A, i zmieszany w odpowiednim stosunku z wodą utlenioną, jako odczynnika B. Wyniki były następujące: octowa benzydyna daje ujemny odczyn z siarczanem miedzi, jodkiem potasu i chlorkiem żelaza. Dodatni odczyn z odczynnikami A i B otrzymaliśmy z nadmanganianem potasu, roztworem jodu w jodku potasu, z żelazocjankiem potasu, dwuchromianem potasu i kwasem chromowym. Podobnie do krwi, t. j. tylko z odczynnikiem B oddziaływała formalina i żelazocjanek potasu z tą różnicą, że przy zetknięciu się tych roztworów z octową benzydynam powstaje najpierw biały strąk, który dopiero potem zaczyna niebieszczeć. Widzimy więc, że, używając czy to benzydyny alkoholowej w jej 4 lub 3 modyfikacjach, czy to benzydyny octowej w jej dwóch odmianach — możemy zawsze wyeliminować szereg substancyj, dających odczyn z

benzydynam podobny do tego, który daje krew. Nie mniej przeto zabieg ten wydaje się nam mało praktycznym: komplikuje on znacznie pracę, wymaga więcej materiału i czasu, a nie daje jednak niezbitej pewności co do otrzymanych wyników. Zdaje się nam, że musimy się pogodzić z faktem, iż odczyn benzydynowy nie jest swoisty dla krwi. Czy mamy go dlatego zupełnie odrzucać, jak to uważa np. Podliński, odmawiając mu, również jak próbie aloinowej i gwajakowej, wszelkiego sądowo-lekarskiego znaczenia, pomimo ich wielkiej czułości? Czy, rozumując w ten sposób, nie wyrzucamy dziecka wraz z wodą?

Nawiasem mówiąc, żadne z ciał, które według Podlińskiego¹⁾ dawały odczyn podobny do tego, jaki się otrzymuje w obecności krwi — przy stosowaniu przez nas benzydyny octowej nie dało nic podobnego. Wypróbowaliśmy 1% roztwór chlorku żelaza i siarczanu miedzi, 5% roztwór soli kuchennej i trzy próby mydła zwykłego.

W szczególności w przypadku badania ziemi, którym się interesował Podliński, więcej nadawałaby się naszym zdaniem metoda, zalecana przez Leersa dla koncentrowania barwnika krwi: z badanego materiału robi się wyciąg za pomocą skoncentrowanego roztworu KOH, zaprawionego kilku kroplami alkoholu (można ogrzać dla przyspieszenia); po ostudzeniu i zaprawieniu wyciągu paru kroplami 50% wodnika hydrazyny — dokładnie się go strząsa z 1—2 cm^3 pirydyny. W obecności krwi pirydyna zabarwia się na różowo i daje widmo pochłonne homochromogenu. Metoda ta nie jest bardziej złożona, niż stosowana przez Podlińskiego próba Webera, ma zaś tę dobrą stronę, że daje możność przez skoncentrowanie barwnika krwi w małej ilości pirydyny ustalić jego obecność w sposób tak niezawodny, jak sposób spektroskopowy.

Skoro nie dają odczynu benzydynowego wydzieliny i wydaliny ludzkie, zanieczyszczające często ubranie człowieka i przedmioty z jego otoczenia, skoro nie daje go rdza, znajdująca często na narzędziach przestępstwa — dają go zaś substancje, względnie rzadko wchodzące w grę — musimy uznać, że odczyn Adleró w ogromnie ułatwia odszukanie plam, podejrzanych na krew. Ostatnie zaś słowo — krew, czy nie krew — będzie zawsze zależało od wyników, czy to próby spektroskopowej, czy Teichmana, czy też wreszcie będziemy się starali wykazać krew przez znalezienie krwinek. Posługiwanie się tą lub inną z tych trzech metod będzie zależało w znacznym stopniu od materiału, wprawy i upodobania badacza.

Do powyższych uwag o czułości i swoistości próby benzydynowej musimy dodać jeszcze parę słów o jej technice. Jak wspominaliśmy wyżej, zasadniczo nie robiliśmy wyciągu z plam, tylko badaliśmy bezpośrednio zeszkrobiny, wzgl. nitki, wyciągnięte z miejsc poplamionych. Postępowaliśmy tak ze względu na oszczędność czasu i materiału: nieraz — jak np. przy badaniu ubrania — mieliśmy zastrzeżone nieuszkodzenie obiektu. Mamy wrażenie, że próba tylko zyskiwała przez użycie materiału w skoncentrowanej postaci.

¹⁾ Podliński używał alkoholowego roztworu benzydyny, aloiny lub gwajaku i wyciągów eterycznych ziemi ogrodowej, zwilżonej roztworem soli kuchennej, chlorku żelaza, siarczanu żelaza lub miedzi i mydlinami.

Gdy mieliśmy do badania płyn, nalewaliśmy do próbki odczynnik (benzydyna octowa + H_2O_2 podług Ziemkego) i dopiero przekonawszy się, że nie występuje samoistne niebieszczenie — nawarstwialiśmy badany płyn. Przy badaniu zeszkobin, nici poplamionych materiałów i t. d. używaliśmy szkiełek zegarkowych, które łatwiej, niż próbki, dają się czysto wymyć. Jak ważnem jest mieć czyste naczynie do próby benzydynowej, łatwo zrozumieć. To też Smysłowa radzi za każdym razem używać zupełnie nowych próbek, Gattner i Schlesinger radzą w tym celu poddawać naczynia, które posłużą do badań, dłuższemu działaniu odczynnika benzydynowego (chodzi tu, prawdopodobnie, o działanie H_2O_2). Jak jedna, tak i druga rada są ze względów zrozumiałych mało praktyczne. Tak samo nie można zalecać mycia naczyń w mieszaninie chromowej, często używanej w tych celach, ponieważ kwas chromowy i jego sole, jak widzieliśmy, dają samoistne niebieszczenie benzydyny. Dlatego najchętniej używamy szkiełek zegarkowych, które łatwo można dokładnie umyć, i wlewamy do nich gotowy benzydynowy odczynnik, kontrolując w ten sposób czystość naczyń. Powszechnie przyjęto czekać na wynik próby benzydynowej przez jedną minutę; niebieszczenia, które występuje po upływie 1-szej minuty, nie bierze się pod uwagę. Wobec tego, że czas obserwacji wynosi zaledwie minutę — technika badania, jak widać z powyższego, jest nadzwyczajnie prosta; można w ciągu godziny wykonać orjentacyjną próbę na 30 — 40 plamach łącznie z przygotowaniem odczynnika i myciem szkieł.

Musimy jeszcze parę słów powiedzieć o wynikach, które otrzymaliśmy za pomocą tej próby przy badaniu plam. W związku z jedną głośną sprawą w r. 1925, przez nasze ręce przeszedł bardzo obfity i różnorodny materiał, poczynając od garniturów męskich, wszelkiego rodzaju bielizny, skórzanych przedmiotów i t. d. i kończąc na toporkach, nożach, siennikach, słomie, deskach, wiórah i ziemi. Przystępując do badania tych przedmiotów, wzięliśmy sobie za zasadę badanie w *wszystkich* dostrzegalnych plam, przyczem te z nich, które dawały dodatni odczyn na benzydynę, były dalej badane za pomocą próby spektroskopowej. Pomimo ewent. ujemnego odczynu benzydynowego poddawaliśmy dalszemu badaniu za pomocą spektroskopu wszystkie te plamy, które makroskopowo chociaż cokolwiek przypominały plamy krwawe. Z *pośród* ogromnej liczby zbadanych w ten sposób plam tylko w jednym przypadku dostaliśmy nieswoisty odczyn benzydynowy. Chodziło tu o deski podłogi, powleczone grubą warstwą brudu na kantach desek, zwróconych do siebie. Zeszkobiny tego materiału po wrzuceniu do odczynnika benzydynowego dawały w wielu przypadkach w kilkanaście sekund zielonkawoszafirowe zabarwienie. Z miejsc takich braliśmy po kilka próbek materiału i badaliśmy po odpowiedniem przygotowaniu za pomocą mikrospektroskopu — zawsze z wynikiem ujemnym. Również i wyciąg z takiego materiału, robiony metodą Leersa, dawał wynik ujemny. Należy więc myśleć, że niebieszczenie benzydyny było spowodowane nie przez krew. We wszystkich innych przypadkach dodatniego odczynu benzydynowego próba mikrospektroskopowa stwierdzała obecność krwi. Odwrotnie, ani razu spektroskopowo nie

wykryliśmy barwnika krwi tam, gdzie próba benzydynowa była ujemna.

Reasumując powyższe, przychodzimy do wniosku, że próba benzydynowa w przyjętej przez nas modyfikacji jaknajbardziej odpowiada tym wymaganiom próby orjentacyjnej, o których mówiliśmy w początku: jest ona technicznie bardzo łatwa, wymaga minimalnej ilości materiału i czasu, jest ogromnie czuła i, jakkolwiek nie jest dla krwi swoista, niemniej przeto bardzo ułatwia odszukanie plam, podejrzanych na krew.

PISMIENICTWO.

L. Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej. W. Grzywo-Dąbrowski: Zarys medycyny sądowej. 1) Richter: Monatschrift f. Ohrenheilkunde, rocznik 38, Nr. 7. 2) Palleske: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. Tom XXIX r. 1905. 3) Siegel: Münch. med. Woch. Nr. 33, r. 1905. 4) Kratter: Lehrbuch der gerichtl. Med., r. 1921. 5) Lurs: Die forensische Blutuntersuchung. r. 1910. 6) Ziemke w podręczniku Lochtego: Gerichtsärztliche und polizeiarztliche Technik, r. 1914. 7) Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, r. 1923. 8) Marx: Praktikum der gerichtlichen Medizin, r. 1919. 9) Beumer: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin, r. 1910, Tom 39. 10) R. und O. Adler: Zeitschrift f. phys. Chemie, tom. 41. 11) Schlesinger und Gattner: Deut. Archiv f. Klin. Medizin, Tom 131, Zeszyt 3 i 4, r. 1920. 12) Ascarelli: Deut. Med. Woch. Nr. 53, r. 1908. 13) Merkel: Münch. Med. Woch., r. 1909, Nr. 48. 14) Walter: Deut. Med. Woch. Nr. 1910. 15) Podliński: Przegląd lekarski, r. 1906. 16) Smysłowa: Wiestnik Gigjeny i Sudebnoj Medycyny, r. 1910. 17) Einhorn: Deut. Med. Woch. Nr. 27, r. 1907. 18) Knorr: Arch. f. Hygiene, Tom 94, Zeszyt 3. 19) Schumm und Westphal: Zeitschrift f. physiolog. Chemie, r. 1905. 20) Strassmann: Deut. med. Woch. Nr. 3, r. 1909.

Z oddziału psychiatrycznego szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. Adam WIZEL).

Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą.

Podali

A. WIZEL (Warszawa) i R. MARKUSZEWICZ (Warszawa).

Każdy psychiatra, mający większe doświadczenie kliniczne, spostrzegał niejednokrotnie w swojej praktyce wpływ pomyślny chorób zakaźnych na psychozy. Jest to prawda powszechnie znana, i wzmianki o niej spotykamy u najdawniejszych autorów (Bouillaud, Esquirol, Boerhave, Sydenham i in.), nie wyłączając nawet lekarzy starożytnych (Hippokrates, Galen).

Spostrzeżenia tego rodzaju stały się już dawno pobudką do sztucznego wywoływania stanów gorączkowych, bądź przez produkowanie miejscowego ropienia, bądź przez szczepienie chorób zakaźnych. Ale próby szczepienia chorób zakaźnych były bardzo nieśmiałe, dotyczyły pojedynczych przypadków, i tylko jeden z dawnych psychiatrów, Rosenblum z Odessy, odważył się przeprowadzić odnośne badania na względnie dużym materiale klinicznym. Lekarz ten w 1879 roku zaszczepił 22-m psychicznie chorym gorączkę powrotną, przyczem, jak utrzymuje, w 11-u przypadkach widział wyzdrowienie, w 3-ch polepszenie, i tylko w 8-iu nie było żadnej poprawy.

Od tego czasu w nauce znowu zapanowała cisza, i żaden psychiatra nie miał odwagi przeprowadzić na większą skalę badań nad wpływem chorób zakaźnych na przebieg chorób umysłowych. Dopiero w 1917 r. do tej sprawy przystąpił śmiało prof. Wagner von Jauregg, obrawszy za pierwszy obiekt badania i pierwszy cel usiłowań leczniczych porażenie postępujące. Jakie rezultaty dały próby terapeutyczne szczepienia zimnicy u paralityków, wiadomem jest powszechnie. Zgodne wyniki doświadczeń, robionych od tego czasu we wszystkich krajach i przez wszystkich niemal psychiatrów, ustaliły tezę, iż porażenie nie jest chorobą nieuleczalną, i że w porażeniu za pomocą szczepienia osiąga się bardzo często doskonałą, równającą się niemal zupełnemu wyzdrowieniu remisję. Ale czy należy na tem odkryciu zatrzymać się? Przecież doświadczenie poucza nas, że nietylko w porażeniu postępującem otrzymuje się poprawę dzięki przebieżnej chorobie infekcyjnej, ale że to samo spostrzegać się daje i w innych psychozach. Czyż nie jest to wskazówką, że i inne psychozy należy usiłować leczyć za pomocą chorób zakaźnych? Czy natura, czyniąc podobne eksperymenty, nie wskazuje nam sama drogi, po jakiej kroczyć należy? I czy nie jest wielkiem z naszej strony przewinięciem, iż tak wymownego głosu natury nie słuchamy?

A do jakiego stopnia głos ten bywa nieraz wymowny, pozwolimy sobie przekonać czytelnika, przytaczając tu dla przykładu dwa z pośród wielu obserwowanych przez nas przypadków.

Dnia 18-go maja 1926 r. przybył na nasz oddział chory E. R. robotnik, lat 21, w stanie bardzo silnego podniecenia. Z wywiadów dowiedziano się, że choroba wybuchła nagle przed tygodniem; dotąd pacjent nigdy psychicznie nie chorował. Na tydzień przed przybyciem do szpitala począł nagle zdradzać podniecenie, groził siostrze, że ją pobije, — co się potem z nim stało, rodzina nie wie, gdyż nie mieszka z nim razem, — wie tylko tyle, że po tygodniu przyszedł do związku robotniczego, gdzie bił otaczających, chciał wyskoczyć oknem etc. Policja aresztowała go i sprowadziła do szpitala. Przy badaniu okazało się: podniecony, rozkojarzony, negatywistyczny, na pytania nie odpowiada, odmawia przyjmowania pokarmów i tylko pod groźbą nakarmienia z pomocą zgłębnika wypił trochę mleka. Po kilku dniach zaczął lepiej się odzywać, ale w dalszym ciągu podniecony, rozkojarzony, niedostępny, negatywistyczny. Często agresywny, tak, iż przeważnie bywa izolowany. Badanie neurologiczne żadnych anomalij nie wykazało. W assermann we krwi ujemny.

Powyższy zespół objawów trwał niezmiennie od chwili przybycia chorego do oddziału aż do 20 października, t. j. przez przeciąg 5-ciu miesięcy.

Dnia 20.X u chorego stwierdzono zapalenie gardła (*angina follicularis*) z podniesieniem temp. do 37,8 (być może, że choroba trwała już 1—2 dni, tylko była nieuzawazona), i tegoż dnia stwierdzono wybitną zmianę w stanie psychicznym. Chory, który był dotąd absolutnie niedostępny, na pytania nie odpowiadał i rzucał się na otoczenie, stał się naraz spokojny, uprzejmy, począł rozmawiać, dał sobie zbadać przez lekarza gardło. Odtąd stan psychiczny chorego coraz bardziej się poprawiał.

Gorączka znikła prędko, już następnego dnia ciepłota była normalna, — po kilku dniach zapalenie gardła ustąpiło zupełnie. W 10 dni po stwierdzeniu anginy — stan psychiczny chorego był bardzo dobry. Pacjent podaje swoje personalja, mówi o swoich przeżyciach; opowiada, że majster, u którego pracował, oskarżył go o kradzież i wydalil go. Był niezmiernie zgębiony tem fałszywym oskarżeniem, — on nigdy nie kradł. Mówił dalej o swojej rodzinie, c matce, która nie żyje, o ojcu, który się po raz 3-ci ożenił i zupełnie się nim nie opiekuje, etc. Pamięta, że był chory, że był silnie zdenerwowany, co tłumaczy sobie niedostatkiem z powodu braku zajęcia. Ponieważ chory w dalszym ciągu miał się bardzo dobrze, więc dnia 17.XII został wypisany.

Jak widzimy, w tym przypadku, mieliśmy do czynienia z ostrym napadem ciężkiego podniecenia ka-

tatonicznego, który nagle ustąpił, pod wpływem przebieżnej choroby infekcyjnej. Pacjent do obecnej chwili jest zupełnie zdrow.

A teraz drugi przypadek, jeszcze bardziej zastanawiający. Dnia 22 stycznia 1903 r. przybył na nasz oddział psychiatryczny chory A. S. lat 35 mający, z zawodu farmaceuta. Z wywiadów dowiedziano się:

Chory pochodzi z rodziny, dziedzicznie obciążonej: matka w młodości chorowała psychicznie, jeden brat popełnił samobójstwo, drugi — lekarz — chorował na depresję melancholijną i także odebrał sobie życie. Pacjent od dzieciństwa zdradzał charakter schizoidny: był milczący, ponury, zamknięty w sobie. Uczęszczał przez kilka lat do szkoły średniej, ale nie skończył jej z powodu jakiegoś zatargu w szkole. Wystąpiwszy ze szkoły, wziął się do praktycznych zajęć — miał kilka posad, ale na żadnej długo nie mógł się utrzymać z powodu konfliktów z pryncypałami. Wreszcie wstąpił, jako uczeń, do apteki i jednocześnie chodził na wydział farmaceutyczny do Uniwersytetu Warszawskiego.

Ciężko mu było uczyć się, jednak wydział skończył, a potem naraz zachciało mu się studjować chemję i bakterjologję i w tym celu pojechał do Berlina, skąd wrócił jednak po 8-miu miesiącach, niewiele nauczysz się. Następnie pojechał do Petersburga w interesie ojca, gdzie źle wywiązał się ze swego zadania. Po powrocie do Warszawy nie chciał, czy też nie mógł znaleźć żadnego zajęcia. Wreszcie przyjął posadę w jakiejś aptece łódzkiej, i tam wystąpił u niego po raz pierwszy wyraźne zaburzenia psychiczne.

Pacjent napisał do ojca, że go zewsząd prześladowają i że go chcą otruć. Przywieziony przez ojca do domu, przestał wkrótce wypowiadać urojenia, ale był wysoce przygnębiony i unikał ludzi. Po jakimś czasie zaczął znowu wypowiadać urojenia; wówczas ojciec zawiózł go na kurację do otwartego sanatorium dla chorych nerwowych, gdzie pacjent wkrótce począł oskarżać siostrzenicę jakiegoś księdza (chory był żydem), że ta chce go zmusić do ożenienia się z nią. Wzięto go do domu. Ale w domu stan chorego już się nie poprawił; i to miewał on te napady rozdrażnienia i podniecenia, w czasie których głośno wypowiadał urojenia prześladowcze, przyczem okazywał niechęć i brak zaufania nawet do rodziców, wymyślając im i zamierzając się na nich, to miewał stany depresji, w czasie których nic nie mówił, leżał całymi godzinami na kanapie lub bez przerwy chodził po pokoju. Niekiedy, będąc sam w pokoju, mówił do siebie i jakby się z kimś sprzeczał; ponieważ stan psychiczny stawał się coraz cięższy i napady pobudzenia z urojeniami prześladowczemi coraz częstsze, więc pacjenta po 4-ch latach trwania choroby oddano do szpitala.

Przy badaniu w szpitalu okazało się: chory spokojny, zorjentowany, inteligencja zachowana. Mówi mało i niechętnie; nastrój nieco przygnębiony. Urojen nie wypowiada. — Zaburzeń nerwowych nie wykazuje.

W pierwszych czasach pobytu swego w szpitalu pacjent zachowywał się poprawnie, jednakże od samego początku izolował się od reszty chorych, nie wychodził ze swego pokoju, nie chciał spacerować w ogrodzie i tylko czytał. Lekarzy unikał, rozmawiać z nimi nie chciał, zbywając pytania ich byle jaką odpowiedzią. Z biegiem czasu zaczęły występować rozmaite dziwactwa. Zamknawszy się w osobnym pokoju, chory stawał przy oknie, rozpinął się, gęczał lub wydawał jakieś niesamowite dźwięki. Innym razem głośno mówił do siebie lub komuś wymyślał. Zazwyczaj w takich razach był twarzą zwrócony do okna, a otwór, znajdujący się w dźwiękach, zasłaniał paltem. Gdy w takiej chwili ktoś z personelu wchodził do jego pokoju, wpadał w największą wściekłość. Od lekarzy w dalszym ciągu stronił i w żadne rozmowy z nimi nie wdawał się, traktując ich, jako swych wrogów. Jednakże do posługaczy z biegiem lat jakby nabrał pewnego zaufania i nawet jednego z nich uczył przedmiotów szkolnych. Izolując się w swoim pokoju, wychodził z niego tylko wtedy, kiedy wiedział napewno, że niema lekarzy. Ale i do posługacza, do którego się zbliżył, którego uczył, z czasem stracił zaufanie i przestał go do siebie dopuszczać, zawierzywszy jednemu z chorych tajemnicę, iż przez tego posługacza wybuchła wojna. Temuż choremu oświadczył, iż może źle czyni, unikając tak lekarzy, ale nie może się żadną miarą przezwyciężyć.

Stan, opisany powyżej, trwał niezmiennie przez cały czas pobytu chorego w szpitalu, t. j. od 23 stycznia 1903 r. aż do 6 października 1917 r., a zatem około lat 15.

6-go października 1917 roku chory dostał tyfusu plamistego, (wówczas panowała w mieście duża epidemja tyfusu pl.) i zotął zaraz przetranslokowany do oddziału infekcyjnego. Przebywszy ciężki tyfus, chory po kilku tygodniach powrócił na oddział psychiatryczny,

i wówczas zauważono, że stał się o wiele przystępniejszy, rozmówniejszy i bardziej towarzyski.

Dnia 3-go listopada 1917 r. pacjent został wypisany ze szpitala. W domu stan jego coraz bardziej się poprawiał: pacjent zamieszkał u zamężnej siostry, zaczął wszystkim interesować się, afekt dla rodziny miał bardzo dobry. Żadnego podejrzenia co do urojeń nie było. Wkrótce zapragnął wziąć się do pracy zarobkowej. Znalazł posadę w jakimś biurze handlowym i od tego czasu, t. j. od lat 10, pracując na posadzie dobrze. Nietylko zrabia na swoje utrzymanie, ale jeszcze siostrze pomaga. Sprawia na wszystkich wrażenie człowieka zupełnie zdrowego — pozostał mu tylko charakter schizoidny: jest zamknięty w sobie i mało towarzyski.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z parafrenją, trwającą lat 19, która przez ten cały długi okres czasu była stacjonarna i nie dawała absolutnie żadnych zwolnień. I oto taka ciężka i przewlekła sprawa psychiczna ustąpiła pod wpływem przebieżnej choroby zakaźnej.

Dwie powyższe obserwacje ilustrują jaknajbardziej przekonująco wpływ pomyślny chorób zakaźnych na przebieg psychozy schizofrenicznej.

To też, mając w pamięci te i inne obserwacje, już dawno jeden z nas nosił się z zamiarem przeprowadzenia odnośnych badań na dużym materiale klinicznym. Już w 1920 r. została przezeń zaszczepiona na oddziale psychiatrycznym gorączka powrotna kilku schizofrenikom i jednemu paralitykowi; ponieważ jednak w przypadkach schizofrenji nie było żadnej poprawy, a paralytyk, niestety, na gorączkę powrotną zmarł, więc próby lecznicze ze szczepieniem choroby zakaźnej zostały na razie przerwane. Szczepienie chorób infekcyjnych zostało na oddziale znowu podjęte w 1922 r. pod wpływem wiadomości o pomyślnych rezultatach szczepienia zimnicy paralitykom w klinice prof. Wagnera.

Odtąd zaczęto na oddziale stosować systematycznie szczepienie zimnicy wszystkim prawie paralitykom, przyczem wyniki terapeutyczne tych szczepień okazały się nad wyraz szczęśliwymi. (Zostały one ogłoszone w pracy A. Wizła i L. Prussaka — pod tytułem: „O leczeniu bezwładu postępującego szczepieniem zimnicy na mocy własnych doświadczeń“ Warszawa Czasopismo lek. 1924 r. Nr. 3).

W związku z tem niezwykłym odkryciem odżyła stara myśl o leczeniu infekcją schizofrenji.

Przypadek zrzucił, iż na początku 1926 r. zwrócił się do jednego z nas o poradę mąż pewnej 50-letniej pacjentki, która od 1898 roku cierpi na perjodycznie powtarzające się napady depresji o charakterze schizofrenicznym. Napadów takich było w przeciągu tego długiego okresu czasu, około 100. Z początku napady bywały krótkotrwałe, kilkotygodniowe, z biegiem czasu stawały się coraz dłuższe, tak np. jeden z ostatnich napadów trwał miesiący 13. O ile napad był bardziej długotrwały, to zazwyczaj pod koniec zjawiały się krótkotrwałe częściowe remisje, aż wreszcie nagle następowała dobra remisja, i napad kończył się. Takie częściowe remisje bywały zwiastunem zbliżania się końca napadu.

Mąż pacjentki komunikuje, że pod koniec przedostatniego napadu, który trwał 10 miesięcy, chora dostała grypy, i wtedy napad momentalnie się skończył bez żadnych częściowych remisji. Fakt ten nasunął mu myśl, czy nie warto by zaszczepić pacjentce choroby zakaźnej w razie ponownego napadu. I gdy następnie zjawił się znów napad i trwał już bez przerwy 7½ miesiąca, mąż pacjentki zwrócił się do jednego z nas z zapytaniem, czy nie byłoby celowem zaszczepić chorej malarję. Propozycja jego została przez nas przyjęta, i pacjentce zimnicę zaszczepiliśmy. Już po kilku napadach gorączki stan psychiczny zaczął się poprawiać, a po 8-ym stał się zupełnie normalny. Wówczas zimnicę zapomocą chininy przerwaliliśmy. Zarówno mąż pacjentki, jak psychiatra, który ją do tej pory leczył, odmieśli wrażenie, iż zimnica bezwarunkowo napad psychotyczny przerwała.

Przypadek powyższy, zdający się tak wyraźnie przemawiać na korzyść pomyślnego wpływu zimnicy

na przebieg napadu schizofrenicznego, pobudził nas do tem energiczniejszego kontynuowania rozpoczętych jeszcze w drugiej połowie 1925 roku, prób doświadczalnych ze szczepieniem zimnicy na naszym materiale szpitalnym. Próby te prowadzimy już przeszło rok aż do chwili obecnej.

W przeciągu tego czasu zaszczepiliśmy zimnicę 46 chorym, dotkniętym rozmaitemi postaciami schizofrenji. Jednakże w sprawozdaniu niniejszem podajemy wyniki szczepienia jedynie 27 chorym, albowiem obserwacje, dotyczące pozostałych 19-tu chorych, nie są jeszcze zakończone: niektórzy z tych chorych przechodzą jeszcze zimnicę, u innych zaś zbyt krótki jest okres pomalaryczny, aby móc już wnioski wyciągnąć.

Na ogólną liczbę 27-iu chorych przypada 4-ch z ostrą, świeżą schizofrenją, oraz 23 ze schizofrenją przewlekłą.

Podajemy poniżej w skróceniu historję chorób owych 4-ch przypadków ostrej schizofrenji:

Przypadek Nr. I. L. I. lat 18; przypadek ostrej katatonji. Choroba zaczęła się na 1 miesiąc przed wstąpieniem do szpitala (4.VII — 1926 r.): Chory był podniecony i rozkojarzony, to znowu spokojny, na pytania nie odpowiadał. Na oddziale chory zachowuje się spokojnie, leży w łóżku, oddaje mocz pod siebie, nie mówi, na otoczenie nie reaguje; również w obecności matki milczący, negatywistyczny, wyraz twarzy sztywny. Czasami udaje się z wielkim trudem wydestać od chorego parę urwanych zdań, które wypowiada szeptem, ze wzrokiem utkwionym przed siebie i nieruchomą mimiką. Mówi: znajduje się tutaj w strasznym miejscu, nie wolno jest mówić, gdyż przelał dużo krwi, tarzał się po dołach; chcą zachwiać jego wiarę.... i t. d.

Podczas pobytu chorego na oddziale (od 4.VII 26 r.) stan chorego nie uległ zmianie.

Internistycznie, neurologicznie i serologicznie zmian żadnych nie wykryto.

W celach leczniczych zaszczepiono choremu zimnicę: od 15.VII do 5.VIII chory przeszedł 16 ataków gorączki, która dochodziła do 40,20 o typie codziennym — czasami co drugi dzień.

Od 3.VIII — 26 r., t. j. po 15-tu atakach zimnicy występuje nagle poprawa w stanie psychicznym chorego: chory staje się przystępny, zaczyna rozmawiać, nawiązuje kontakt afektywny z otoczeniem; pamięta, że był chory, obecnie uważa się za zdrowego, cieszy się, że pójdzie do domu, gdyż chciałby wrócić do swego zwykłego zajęcia. Rozmawia składnie, mówi, że obecnie nie ma pomieszanych myśli, tak, jak to było dotychczas.

5.VIII — 26 r. chory w zupełnej remisji wypisuje się do domu. Po wypisaniu się ze szpitala był obserwowany przez nas w domu: stwierdziliśmy, że chory nie zdradza żadnych zaburzeń psychicznych. Według wiadomości, udzielonych nam z domu, remisja trwa dotychczas — tak, że otoczenie L. I. uważa go za zupełnie zdrowego.

Epicrisis: W przypadku ostro rozpoczynającej się katatonji osiągnęliśmy zupełną remisję, która wystąpiła nagle po 15-tu atakach zimnicy. Remisja ta trwa dotychczas, t. j. 7 miesięcy.

Przypadek Nr. 2. G. E. lat 21. Przypadek ostro rozpoczynającej się katatonji, z częściowemi okresowemi zwolnieniami, z których najdłuższe trwało 17 dni.

Choroba wybuchła przed paru tygodniami, (dokładnej anamnezy brak). Pacjent przybył na oddział 28.IV 1925 r. w stanie silnego podniecenia. Smaruje się kałem, jest rozkojarzony; musi być trzymany w separacie, otrzymuje 2 razy dziennie hyoscynę. Śpiewa, krzyczy, na pytania nie odpowiada, — zamiast odpowiedzi mówi, śpiewając, o różnych przedmiotach, jak np. o kałamarnu, fotografii, które widzi przed sobą. Po okresach podniecenia występują okresy krótkotrwałych zwolnień, podczas których chory jest przystępniejszy i spokojny. Obserwowaliśmy 8 takich częściowych remisji, które trwały od 3 do 17 dni. Lecz po zwolnieniach tych występuje stale podniecenie katatoniczne. Internistycznie, neurologicznie i serologicznie zmian żadnych nie zauważono. 19.XI — 1925 r. (a więc po 7-mio miesięcznej obserwacji) zaszczepiliśmy choremu zimnicę. 13.XII 1925 r. wystąpił pierwszy napad zimnicy, i chory przeżył 11 ataków gorączki, która sięgała 39,60 i która występowała co drugi dzień. 31.XII — 1925 r. zimnicę przerwano. Od 2.I — 1926 r. a zatem w 2 dni po zakończeniu zimnicy, występuje remisja, tym razem znacznie lepsza, niż remisje samoistne: cho-

ry jest zupełnie spokojny i przystępny, na pytania rozsądnie odpowiada, ma wgląd w przebytą chorobę, wstydi się jej, afekt chorego jest zupełnie dostosowany do omawianego przezeń tematu. Chce wrócić do domu, aby pracować; mówiąc o powrocie do domu, ma lzy w oczach. Jest wdzięczny lekarzom za pomoc podczas choroby. Dn. 15.II — 1926 r. wstanie zupełnie remisji wypisuje się ze szpitala.

Według wiadomości, otrzymywanych co pewien czas z domu, G. E. jest zdrow dotychczas: pracuje i uważany jest przez otoczenie za człowieka zupełnie normalnego.

Remisja trwa do dnia dzisiejszego, t. j. cały rok.

Epicrisis:

W przypadku ostrej katatonji z okresowymi częściowymi remisjami, z których najdłuższa trwała 17 dni, — osiągnęliśmy z zupełną remisją bezpośrednio po 11 atakach zimnicy. Remisja ta, osiągnięta dzięki zimnicy, trwa dotychczas 1 rok i tem różni się od remisji samoistnych, że jest zupełna i długotrwała.

Przypadek Nr. 3. S. S. Przypadek ostrej katatonji.

Po raz pierwszy zachorował przed 6-ciu laty. jak długo był chory, dokładnie niewiadomo; następnie zupełnie wyzdrowiał, tak dalece, że 3 lata służył w wojsku. Obecnie zachorował po raz wtóry na dwa tygodnie przed wstąpieniem do szpitala (19.XI — 1925 r.), przeważnie był w stanie osłupienia, niekiedy bywał podniecony. Również na oddziale po okresach osłupienia występują okresy podniecenia: chory jest wówczas agresywny, biega po oddziale. Naogół jest nieprzystępny, milczący, gdy zaś czasami mówi, jest wówczas rozkojarzony.

24.IV — 1926 r. (a więc po 5-miesięcznej obserwacji) zaszczepiliśmy choremu zimnicę. Od 8.V do 7.VI — 1926 r. chory przebył 19 napadów gorączki, sięgającej 40,30, — napady co dzień lub co drugi dzień. Już po pięciu atakach gorączki daje się zauważyć poprawa w stanie psychicznym chorego; zachowuje się zupełnie poprawnie, nie okazuje agresywności, ani brutalności, prosi o wypisanie ze szpitala. Poprawa postępuje w miarę trwania zimnicy; pod koniec kuracji zimnicę zupełną remisja: chory jest zupełnie przystępny, czuje się zdrowym, chciałby pójść do domu, aby pracować, — wie że był chory, nie-spokojny, stara się usprawiedliwić swe poprzednie nienormalne zachowanie chorobą psychiczną i wie, że przechodził zimnicę, której przypisuje swe obecne dobre samopoczucie; afekt chorego jest w zupełności dostosowany do danej sytuacji. 12.VI — 1926 r. chory w zupełnej remisji zostaje wypisany do domu.

Epicrisis. W przypadku ostrej katatonji już po 5 napadach zimnicy zaczyna się poprawa, która przy następnych napadach potęguje się coraz bardziej. Po 19-tu napadach z dró w zupełnie. Stan dobry utrzymuje się do tej pory.

Przypadek Nr. 4. G. D. lat 20. Przypadek ostrej schizofrenji paranoidalnej z silnie wyrażonymi urojeniami wielkościami.

Choroba rozpoczęła się na krótko przed wstąpieniem do szpitala, gdzie chory przebył od 12.VII — 1926 r. do 29.IX — 26 r. Chociaż choroba obecna rozpoczęła się ostro, ojciec jednakowoż komunikuje, że chory już, jako dziecko, zdradzał pewne anomalje charakteru: był cichy, pokorny, nadmiernie kłliwy, nad wiek poważny, już jako młody chłopiec pielegnował chorą matkę i opiekował się młodszymi dziećmi.

Na oddziale chory wypowiada urojenia wielkościowe: jest naj-mędrszym człowiekiem, mędrszym od rabinów, może nawet arcybiskupa nawrócić na mojżeszowe wyznanie, założy szereg dobroczynnych instytucyj. Chory jest autystyczny, mało przystępny, zaczepny wobec innych chorych.

4.VIII — 1926 r. zaszczepiono choremu zimnicę. Od 18.VIII do 24.IX r. chory przebył 19 ataków gorączki dochodzącej do 40,20. Poprawa stanu psychicznego rozpoczyna się 11.IX już po 13-tym napadzie zimnicy: chory staje się spokojniejszy, przystępniejszy, zaczyna korygować swe dotychczasowe urojenia wielkościowe, nie ma już do nikogo pretensji, myśli o pracy, której poświęci się, gdy wyjdzie ze szpitala; nastawienie do otoczenia — pozytywne. Korektura urojeń postępuje w miarę trwania zimnicy; zimnicę przerwano 24.IX, zaś 29.IX — 1926 r. chory z poprawą wypisany został ze szpitala. Po wypisaniu się ze szpitala chory pracuje, jako nauczyciel. Z otrzymanych wywiadów wynika, że remisja trwa dotychczas (t. j. 6 miesięcy): chory pracuje, lecz niechętnie przebywa w domu, kłóci się z rodziną, ma pewne dziwaczne fantazje, jak np. marzy o tem, jako biedny nauczyciel, aby stworzyć instytucję dobroczynną dla ubogich dzieci.

Epicrisis. W ostrym przypadku schizofrenji paranoidalnej poprawa rozpoczęła się już w czasie ostatnich napadów gorączki, korektura urojeń postępuje w miarę trwania zimnicy. W wyniku ostatecznym

osiągnęliśmy remisję niezupełną, lecz należy zwrócić uwagę na to, że, jak z wywiadów wynika, chory, już jako dziecko, zdradzał pewne anomalje charakteru.

Reasumując powyższe spostrzeżenia, stwierdzić musimy, iż u wszystkich czterech szczeniowych zimnicą schizofreników otrzymaliśmy remisję. Czy mamy prawo przypisywać tę poprawę działaniu przebytej zimnicy? Można by uczynić zarzut, że ostra schizofrenja niejednokrotnie kończy się spontanicznie remisją, czyli że wszyscy ci chorzy mogliby i bez zimnicy wyzdrowieć. Jednakże nie bez wielkiego znaczenia jest fakt, że u dwóch z powyższych chorych poprawa stanu psychicznego rozpoczęła się już w czasie gorączkowania (w 3-cim przypadku po 5-ciu napadach gorączki, a w 4-tym po 13-tu), zaś w czasie następnych napadów poprawa ta coraz bardziej się potęgowała, a u dwóch drugich (w 1-ym i 2-gim przypadku) remisja nagle wystąpiła zaraz po zakończeniu zimnicy: u pierwszego natychmiast po przerwaniu zimnicy, u drugiego — w 2 dni po ostatnim napadzie gorączki. Tego rodzaju fakty zdają się upoważniać nas do wniosku, iż remisja u naszych chorych nie była przypadkowa, lecz że znajdowała się w związku przyczynowym z zaszczepioną zimnicą.

Wszystkie powyższe spostrzeżenia były to przypadki ostrej schizofrenji; prócz tego, jakeśmy rzekli, zaszczepiliśmy zimnicę 23 chorym z przewlekłą schizofrenją; w przypadkach tych sprawa chorobowa trwała od roku do 10 lat: 2 przypadki 1 rok, 3 przypadki—2 lata, 4 przypadki—3 lata, 3 przypadki—4 lata, 2 przypadki—5 lat, 6 przypadków—6 lat, 1 przypadek—8 lat, 1 przypadek—9 lat i 1 przypadek—10 lat.

Pod względem postaci klinicznych były między nimi: 14 przypadków hebefrenji, 6 przypadków katatonji i 3 przypadki schizofrenji paranoidalnej.

Wśród tych przypadków 19 miało przebieg typowo przewlekły (u 7-iu chorych było już otępienie schizofreniczne), a 4 przebieg okresowy.

W owych 19-tu przypadkach schizofrenji przewlekłej bądź nie widzieliśmy żadnego efektu leczniczego, bądź efekt był nie znaczący (nie-wielka i krótkotrwała poprawa).

Co zaś do 4-ch przypadków o przebiegu okresowym, to we wszystkich wystąpiła po zimnicy bardzo dobra i kilka miesięcy trwająca remisja.

Jak się zapatrywać na tego rodzaju przypadki? Czy można tu przypisywać jakikolwiek wpływ działaniu zimnicy? Wiemy przecież, że u chorych okresowych samoistnie występują remisje, jednakże musimy podkreślić fakt, że i u tych naszych okresowych schizofreników remisja wystąpiła niebawem po zakończeniu zimnicy (u jednego w 3 dni, u drugiego w 5 dni, u trzeciego w 14 dni i tylko u jednego w 3 tygodnie po przerwaniu gorączki). (Chorzy ci i bez zimnicy prędzej lub później poprawiliby się, jednakże wolno nam przypuszczać, że, być może, w tych przypadkach zimnica przyczyniła się do skrócenia napadów, jak to miało miejsce u owej chorej z praktyki prywatnej, o której mówiliśmy powyżej.

Z porównania wyników leczniczych, otrzymanych przez nas w przypadkach ostrych, przewlekłych i okre-

sowych, zdaje się jasno wynikać, że w ostrych przypadkach schizofrenji zimnica wpływa dodatnio na przebieg choroby: we wszystkich naszych ostrych przypadkach wystąpiła b. dobra i dotychczas trwająca remisja. Co prawda, liczba tych przypadków jest nieznaczna (wszystkiego cztery), albowiem początkowo do doświadczeń naszych braliśmy głównie przypadki ciężkie, przewlekłe i tym szczepiliśmy zimnicę. Przekonaawszy się, jednak, że zimnica u chorych przewlekłych nie daje pozytywnych wyników, przeszliśmy do stosowania szczepień w przypadkach ostrych.

Rozporządzając niewielką liczbą przypadków ostrych, które leczylśmy zimnicą, nie możemy dziś jeszcze określić procentowości dodatnich wyników; otrzymane jednak dotychczas rezultaty są, zdaniem naszym, tak zastanawiające, że komunikujemy je głównie w tym celu, aby zachęcić inne zakłady psychiatryczne do stosowania szczepień leczniczych zimnicy w przypadkach ostrej i ewentualnie okresowej schizofrenji.

Poświęćmy obecnie parę słów metodologii szczepienia zimnicy. Przy przeszczepianiu krwi malarycznej ze schizofrenika na schizofrenika, należy przede wszystkim pamiętać o tem, aby szczepić zimnicę, nie przeszczepić innej choroby, a mianowicie kiły lub gruźlicy. W tym celu należy przyjąć, jako obowiązującą zasadę, aby u wszystkich chorych, przeznaczonych do leczenia zimnicą, badać krew na odczyn Wassermann'a jeszcze przed zaszczeniem zimnicy, — albowiem krew chorego może być użyta do przeszczepienia innemu choremu. Myśmy np. na 27 chorych w jednym przypadku chronicznej schizofrenji otrzymali we krwi W a s. ++ ++, a badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało: W a —, 3 limfocyty, N o n n e A p e l t — L a n g e —

Rzecz prosta, od chorego tego nie braliśmy krwi do dalszych przeszczepień. Stwierdzenie jednakowoż kiły nawet w jednym tylko przypadku wykazuje, jak ważne jest badanie krwi przed szczepieniem zimnicy.

Technika szczepienia jest taka sama, jak w porażeniu postępującem. Co do liczby napadów zimniczych, to, mając na względzie, że chorzy nasi są w młodym wieku, internistycznie zdrowi i nie mają kiły, — uważaliśmy za możliwe poddać ich działaniu zimnicy przez dłuższy okres czasu, niż dzieje się to przy leczeniu paraliżu: chorzy nasi przechodzili zazwyczaj od 20 do 25 napadów zimnicy; u tych zaś, którzy źle zimnicę znosili, (żółtaczką, silne wycieńczenie fizyczne), — przerywaliśmy ją wcześniej, czasami po 8—10 napadach.

Należy zaznaczyć, że we wszystkich naszych przypadkach nie mieliśmy ani razu zejścia śmiertelnego, i że ci nawet chorzy, którzy źle znosili zimnicę, po przerwaniu zimnicy przez podanie chininy wkrótce potem szybko się poprawiali somatycznie. Zauważyliśmy przy sposobności, że w tych przypadkach, w których chorzy nie chcą zażywać chininy doustnie, — należy stosować ją w postaci wlewań dożylnych. (*Chinini bimuriatici* 0,5, raz dziennie, w przeciągu 4-ch dni).

Ciekawe jest uczynione przez nas spostrzeżenie, że w przypadkach przewlekłej schizofrenji zimnica niekiedy wcale się nie przyjmuje, niekiedy przyjmuje się dopiero po dwu — lub trzykrotnem szczepieniu, a niekiedy samoistnie się przerywa po kilku napadach.

Faktu tego nie obserwowaliśmy nigdy w ostrych przypadkach schizofrenji. Narazie zadawałamy się tylko stwierdzeniem tego faktu, mniemając, że może kiedyś znajdzie on swoje wyjaśnienie biologiczne.

Zachodzi teraz pytanie, w którym okresie choroby szczepić zimnicę. Wychodząc z założenia, że zimnica pomaga tylko w ostrych przypadkach i że, im dłużej trwa schorzenie, tem mniejsza jest szansa uzyskania remisji, trzymamy się ostatnio zasady, aby zimnicę szczepić jaknajwcześniej. Toteż jak tylko przybywa na nasz oddział schizofrenik ze świeżą sprawą, zaraz po 1—2 tygodniach szczepimy mu zimnicę.

Jeżeli przyjmiemy, jako fakt, wpływ dodatni szczepienia malarji na przebieg schizofrenji, to zachodzi pytanie, jaki mechanizm biologiczny powoduje ten wpływ? Stajemy tu wobec tego samego zagadnienia, jakie nastęczało nam się przy roztrząsaniu kwestji, w jaki sposób malarja działa leczniczo na paraliż. Musimy jednak odrazu powiedzieć, że zagadnienie to w zastosowaniu do schizofrenji jest o wiele trudniejsze do rozstrzygnięcia, aniżeli w zastosowaniu do paraliżu. Tam mieliśmy do czynienia ze ściśle określonym czynnikiem etjologicznym i ze ściśle wyrażonym i dobrze nam znanym obrazem anatomo-patologicznym. Tutaj nic pewnego nie wiemy. Obca nam jest znajomość istotnej etjologii schizofrenji, nie wiemy również nic pewnego o podłożu anatomicznem choroby.

Jeżeli chodzi o zmiany anatomiczne w mózgu, to nie są one w schizofrenji charakterystyczne, a i lokalizacja ich nie jest pewna, a, jeżeli chodzi o zaburzenia gruczołów dokrewnych, mających stanowić również podłoże somatyczne schizofrenji, to nie wiemy zgoła, które z nich są zaatakowane (niektórzy autorowie przypuszczają, że mamy tu do czynienia nie z poszczególnymi gruczołami, lecz z wielogruczołową niedomogą).

Następnie nie wiemy, jaki jest wzajemny stosunek do siebie zmian mózgowych i zaburzeń wewnątrzwydzielniczych; jedni przypuszczają, że pierwotnie cierpi mózg, a wtórnie gruczoły, inni — wręcz przeciwnie.

Wobec tego trudno orzec, w jaki sposób malarja działa na organizm: czy powoduje regresję zmian anatomicznych w mózgu, jak to ma miejsce w paraliżu, czy też wywiera wpływ dodatni na funkcje gruczołów dokrewnych. Przed 3 miesiącami, już w czasie pisania pracy niniejszej wpadła nam przypadkiem w ręce publikacja d-ra A. M a r i e, ogłoszona w r. z. w piśmie argentyńskiem „La Semana medica“, wychodzącą w Buenos Aires, pod tyt.: „Rapport sur la malariatherapie en psychiatrie“. Autor tej pracy komunikuje, że rozpoczął próby leczenia zimnicą schizofrenji, lecz że jest jeszcze zbyt wcześnie, aby mógł podać jakieś wnioski (Il est toutefois encore trop tôt pour apporter ici nos conclusions), powołuje się natomiast na dwóch autorów włoskich (A g u g l i a i d' A b u n d o), którzy jakoby w niektórych przypadkach schizofrenji widzieli poprawę dzięki malarji.

A. M a r i e, zastanawiając się nad zagadnieniem, dzięki jakiemu mechanizmowi terapia zimnicza działa pomyślnie w schizofrenji, wypowiada przypuszczenie, iż zimnica wywiera wpływ leczniczy na schizofrenję tylko w tych razach, w których psychoza rozwija się na tle nabytego lub wrodzonego syfilisu. Twier-

dzi on, że „kombinacja kiły nabytej lub wrodzonej ze zwyklemi neuro-psychozami nie należy bynajmniej do rzadkości“ i że, prowadząc w 1920 r. wspólnie z Levaditim badania hemobiologiczne u wszystkich chorych umysłowych szpitala Ste-Anne w Paryżu, stwierdził, że około 25% chorych (po wyłączeniu paralityków) miało dodatniego Wassermana.

Ta częstość kiły w najrozmaitszych psychozach nie jest, według A. Marięgo, bez znaczenia. Dowodzi ona, zdaniem jego, związku przyczynowego pomiędzy psychozą a kiłą, i dlatego Marięgo uważa za właściwe stosować malarję nie tylko w schizofrenji, ale i w innych psychozach; powołuje się on pod tym względem na próby szczepienia zimnicy chorym na padaczkę i na parkinsonizm pośpiączkowy przez włoskich autorów Aguglia i d'Abundo.

Mechanizm działania malarji w rozmaitych psychozach byłby według Marięgo następujący: kiła, jak każda choroba toksyczno-zakaźna, może zakłócić równowagę w czynnościach gruczołów wewnątrz-wydzielniczych i tym sposobem zakłóca wtórnie równowagę psychiczną.

Cała ta hipoteza wydaje nam się mało uzasadnioną. Przedewszystkiem trudno zrozumieć, dlaczego kiła miałaby w jednych przypadkach wywoływać schizofrenję, w drugich maniakalnodepresyjną psychozę, w innych znów padaczkę lub psychopatję konstytucyjną, a następnie trudno pomyśleć, aby we wszystkich tych przypadkach mechanizm działania kiły miał zawsze odbywać się jednakowo, a mianowicie: przez zakłócenie funkcji gruczołów o wewn. sekrecji.

Co się zaś tyczy domniemanej częstości kiły w najrozmaitszych psychozach, to nasze doświadczenie

różni się od doświadczenia Marięgo. U wszystkich schizofreników, którym szczepiliśmy malarję, badaliśmy krew na Wassermana. Otóż ze wszystkich schizofreników tylko u jednego znaleźliśmy Wassermana dodatniego, i to właśnie u chorego, któremu terapia malaryczna nie pomogła, ci zaś nieliczni chorzy, którzy poprawili się, kiły nie mieli. A zatem hipoteza Marięgo, iż w tych przypadkach schizofrenji, w których zimnica pomaga, dzieje się to na skutek współistnienia kiły, na naszych spostrzeżeniach nie potwierdza się.

Należy wobec tego zastanowić się nad dwiema wspomnianymi wyżej możliwościami leczniczego działania zimnicy w schizofrenji, — a więc, czy malarja powoduje regresję zmian anatomicznych w mózgu, jak ma to miejsce w paraliżu, czy też wywiera ona wpływ dodatni na zaburzenia gruczołów wewnątrz-wydzielniczych. Obserwacje nasze, wykazujące pomyślne wyniki leczenia malarją głównie w ostrych i świeżych przypadkach schizofrenji, zdają się przemawiać raczej za tem, że malarja w pierwszej linii wpływa dodatnio na dysfunkcję gruczołów dokrewnych. W przypadkach bowiem przewlekłych, w których prawdopodobnie wtórnie rozwinęły się już trwałe zmiany anatomiczne w mózgu, zimnica efektu leczniczego nie daje.

Tłumacząc sobie w ten sposób działanie zimnicy, wypowiadamy jednocześnie przypuszczenie, że u podłoża schizofrenji znajdują się pierwotnie zaburzenia gruczołów dokrewnych, — i że zmiany anatomiczne w mózgu są prawdopodobnie wtórne.

Z praktyki prywatnej.

W sprawie tegorocznej epidemji grypy.*)

Podał

Ryszard HERTZ (Warszawa).

Szanowni Państwo!

Jeżeli w czasie epidemji grypy zwróci się do Was chory ze skargami, że go ziębi, że ma biegunkę, a nawet krew w stolcach, to lekarz przedewszystkiem pomyśli o grypie... Jeżeli w czasie epidemji inny chory skarży się będzie na stan podgorączkowy, uczucie osłabienia, brak apetytu, niesmak, ból głowy, to lekarz również się zastanowi, czy to nie grypa... Jeżeli w tym samym czasie chory dostanie krwotoku z nerek, jak to miało miejsce u chłopca 14-letniego, po przebytej lekkiej anginie, to i tu lekarz podejrzewać będzie grype...

Przytoczyłem te trzy przypadki, umyślnie niezupełnie typowe, żeby podkreślić różnorodność zespołu objawów, które nazywamy grypą. Objawy grypy są tak urozmaicone, jak żadnej innej ostrej choroby zakaźnej, i bezwzględnie, obrazy chorobowe, spostrzegane przez lekarzy różnych specjalności, różnią się wybitnie pomiędzy sobą...

W tym krótkim referacie nie mam zamiaru wyzerpać całokształtu zagadnienia, poruszę tylko niektóre kwestje, które wywołać mogą szerszą wymianę myśli. Zaznaczę wręcz, że z punktu widzenia klinicznego nasuwają się często nieprzezwyciężone trudności, — nie rozporządzamy bowiem żadnymi metodami laboratorynego badania, na których — w przypadkach wątpliwych — moglibyśmy oprzeć rozpoznanie. Aczkolwiek większość klinicystów i bakterjologów przyjmuje, że prątek Pfeiffera, w tej czy innej odmianie, odgrywa rolę w patogenezie omawianego cierpienia, czy to bezpośrednio, czy też wtórnie, torując drogę innym pasorzytom, w pierwszym rzędzie łańcuszkowcom i pneumokokkom, którym prawdopodobnie ułatwia rozwój, a przedewszystkiem wzmaga zjadliwość, to jednak obecność prątka tego lub brak jego nie ma większego znaczenia praktycznego, a to dlatego, że prątek Pfeiffera stwierdza się dość często w wydzielinach nosa, gardła i płwocinie płucnej u ludzi zdrowych lub dotkniętych innymi cierpieniami, a z drugiej strony w przypadkach klinicznie niewątpliwej grypy niezawsze go stwierdzano.

Punktem wyjścia naszych spostrzeżeń klinicznych jest postać grypy zwykłej, przez niektórych zwana toksyczną, którą cechuje nagły początek, wysoka T^o, obo-

*) Wygłoszone na posiedz. P. Tow. Med. Społ. d. 30.IV. 1927 r:

łałość ogólna, w pierwszym rzędzie okolicy krzyża i kończyn, oraz upadek sił. Poza tą postacią różni klinika jeszcze postaci: kataralną, żołądkowo-kiszkową, reumatyczną, płucną i nerwową. I tu nasuwa się zaraz pytanie, mianowicie, czy objawy, spostrzegane w przebiegu którejkolwiek z nich ujmować należy jako pierwotne siedlisko choroby, czy też jako powikłanie. Ponieważ bakterjologiczne badanie krwi oraz wydzielin za życia, jak również narządów w czasie sekcji zawodzi, pozostaje jedynie kryterjum czasu. Wychoząc z tego założenia, należałoby ujmować zapalenie płuc, o ile występuje na trzeci — czwarty dzień choroby lub później, jako powikłanie, a do rzędu grypy płucnej zaliczyć tylko te przypadki, w których objawy płucne występują od pierwszej chwili cierpienia. Jeżeli zapalenie płuc występuje jeszcze później, — w okresie bezgorączkowym, możnaby myśleć o powtórnym zakażeniu. Zupełnie inaczej w przypadkach grypy płucnej. Tu objawy płucne spostrzegają się pierwszego dnia choroby; są one z początku często zupełnie nikłe i łatwo je przeoczyć; na stwierdzenie ich należy kłaść szczególny nacisk z dwóch względów: przedewszystkiem dlatego, że umożliwiają właściwe rozpoznanie, a powtóre, że ustalenie zmian takich zasadniczo obciąża rokowanie i, co za tem idzie, zmienia postępowanie nasze w stosunku do chorego. To samo dotyczy zresztą każdego innego umiejscowienia grypy. Np. jeżeli sprawa zapalna umiejscawia się z samego początku choroby w uchu środkowym lub w zatokach bocznych nosa, to winiśmy — przez analogję do grypy płucnej lub innej — mówić o grypie usznej, wzgl. zatokowej, i ujmować sprawę te jako powikłania tylko wtedy, jeżeli występują później.

Najbardziej rozciągliwe jest pojęcie grypy nerwowej: poczynając od bardzo silnych bólów głowy i stanów zamroczenia po przez neuralgje oraz zaburzenia czucia aż do zespołu charakterystycznego dla zapalenia mózgu lub podrażnienia opon mózgowych z objawami porażennymi, mogą przypadki te przebiegać zupełnie różnie.

Podczas tegorocznej epidemii grypy uderzyły mnie specjalnie dwie postaci grypy nerwowej, przedewszystkiem postać *neuralgiczna* i druga, którą nazwałbym *asteniczną*. Złożyło się tak, że w przypadkach grypy neuralgicznej, które spostrzegałem, bóle umiejscawiały się specjalnie w nerwie kulszowym, były zupełnie dla rwy kulszowej charakterystyczne i od pierwszej chwili dominowały w całym obrazie chorobowym do tego stopnia, że można było tło ich właściwe, t. j. grypę, przeoczyć zupełnie. Tak się też stało w jednym przypadku, i lekarz, doświadczony internista, który widział pacjentkę na dobę wcześniej, rozpoznał u niej rwę kulszową. W innym przypadku pacjentka wezwała mnie z samego rana i powitała temi słowy: „doktorze, ratuj, odjęło mi nogę, nie mogę się ruszyć, całą noc nie spałam“. I rzeczywiście, ucisk nerwu kulszowego, specjalnie unoszenie ku górze wyprostowanej nogi, sprawiały jej ból dotkliwy. W obu przypadkach, o których mowa, bóle nie trwały długo, po 1—2 dniach znacznie się zmniejszyły, natomiast dalszy przebieg, przedewszystkiem stan podgorączkowy, katar, brak łaknienia, obłożony język i trwające dłuższy czas osłabienie nie pozwalały już wątpić co do istoty cierpienia. Dodam jeszcze, że obie pacjentki są artrytyczki, osoby bardzo tęgie, jedna z nich dotknięta

lekką postacią cukrzycy, — żadna z nich jednak na rwę kulszową nie zapadała.

Bóle neuralgiczne w przebiegu grypy—to objaw pospolity, ale przypadki grypy rozpoczynające się neuralgją, jak w danym przypadku rwą kulszową, godne są zanotowania.

Bardziej jeszcze zainteresowały mnie przypadki, które pozwoliłem sobie nazwać „grypą asteniczną“. Pierwsze spostrzeżenie grypy astenicznej dotyczyło 30-letniej pacjentki, która zawsze była zdrowa i w czasie choroby skarżyła się na osłabienie i zawroty głowy tak silne, że nie mogła się utrzymać na nogach. Zawrotu głowy dostała prawie nagle dzień przedtem podczas zajęć służbowych, które musiała przerwać; pacjentka była blada i chwiała się na nogach; nie miała bólów głowy, ani krzyża, bolały ją cokolwiek uda; żadnych objawów kataralnych, raz jeden w czasie choroby ciepłota przekroczyła 37°. W innym przypadku młoda panna, skądinąd zdrowa, skarżyła się, że nagle na ulicy doznała zawrotu głowy, uczucia bezwładu i zamierania, z obawy, że upadnie, zwróciła się do przechodnia, żeby ją odprowadził do mieszkania. Miało to miejsce przed bramą jej własnego mieszkanka, z którego dopiero co wyszła zupełnie zdrowa; kiedy się znów znalazła u siebie, dostała bicia serca, drżenia na całym ciele, dwojenia w oczach, później uczucia gorąca; noc przespała dobrze. Na drugi dzień powtórzyły się te same objawy w lżejszej formie, i wtedy pacjentka zwróciła się do mnie. Badanie wypadło zupełnie ujemnie.

Rozpoznanie w poszczególnym przypadku wzbudza duże wątpliwości, ale fakt, że podobnych przypadków obserwowałem w czasie epidemii wiele, i że pod względem objawów podmiotowych i przebiegu były wszystkie do siebie podobne, upoważnia mię do ujmowania ich, jako przypadki grypy.

Niemniejsze trudności rozpoznawcze nasuwały mi się wtedy, jeżeli zeszkargami takimi, a więc przede wszystkim naskutek, często zupełnie nagłego, osłabienia, zwracali się do mnie moi dawni pacjenci, dokięci gruźlicą płuc, lub wadą czy też sklerozą serca. Samo przez się, się rozumie, że w przypadkach, o których mowa, miałem w pierwszej chwili zwróconą uwagę na ich cierpienie zasadnicze, ale nie znajdowałem tu wytłomaczenia dla tych skarg, z którymi chorzy zwracali się do mnie. W jednym przypadku miałem rozpoznanie ułatwione o tyle, że dotyczyło pacjentki, której dwoje dzieci chorowało w tym czasie na grypę.

Z rozpoznaniem byłem z początku bardzo ostrożny. Ostatnio stawiałem je śmieiej, — jestem zresztą przekonany, że koledzy również widywali podobne przypadki. Uczucie gorąca, którego doznają chorzy, jest powodem, dla czego pacjenci skłonni są podejrzewać u siebie gorączkę, ale naogół przypadki te przebiegają bez gorączki lub z nieznaczными wahaniami temperatury i bez objawów, towarzyszących grypie zwykłej lub kataralnej. O ile początek jest burzliwy, — zdarzają się stany bliskie omdlenia, — o tyle dalszy przebieg przeważnie jest lekki. To też niektóre przypadki sprawiają wrażenie grypy poronnej.

Co się tyczy braku gorączki, to wydawać się to może nieprawdopodobnem, jednakże dla mnie nie ulega wątpliwości, że grypa przebiegać może bez gorączki. Na poparcie tego twierdzenia przytoczyć mogę zdania różnych klinicystów, p. in. Möllersa, a u nas K. Ciąglickiego, którzy w pracach swych pobieżnie o tem wspominają. Grypa bezgorączkowa może być źródłem wielu pomyłek dajagnostycznych, tak samo zresztą, jak grypa z małymi wahaniami temperatury, którą wtedy trudno odróżnić od sprawy gryźliczej, szczytowej lub gruźlicowej. Jeżeli się chore skarży na złe samopoczucie, bóle w piersiach, kaszel i stan podgorączkowy, to często, przy nieściślych

wywiadach i stwierdzeniu drobnych zmian w szczytach płucnych, trudno postawić właściwe rozpoznanie.

Wątpliwości dajnostyczne nasuwają się również wtedy, jeżeli sprawa, a więc stan podgorączkowy, bóle głowy i t. p. utrzymują się kilka tygodni lub dłużej. W tych razach powstaje pytanie, czy grypa bez powikłań może trwać tak długo?

Mam wrażenie, że tak, aczkolwiek kwestji tej nie uważam za rozwiązana. W przypadkach grypy przewlekłej sprawa według wszelkiego prawdopodobieństwa umiejscawia się w gruczołach okołoskrzelowych, zaczem przemawiają badania rentgenologiczne Wachtla, który, jak zresztą przed nim Honij, spostrzegł w grypie bardzo silne powiększenie i zagęszczenie cienia wnęk.

Przypadki tego rodzaju dają niekiedy powód do mylnego rozpoznania procesu gruźliczego, który, jak wiadomo, obustrza się nieraz pod wpływem grypy. Dotyczy to w niemniejszym stopniu grypy, powikłanej zapaleniem odoskrzelowem płuc, które, jeżeli trwa długo, może wzbudzać podejrzenie ogniska gruźliczego. W tem miejscu pragnąłbym zupełnie ogólnikowo podkreślić dwa objawy charakterystyczne dla grypy: po pierwsze silne zaczerwienienie gardzieli, łuków, miękkiego i części twardego podniebienia — nawet wobec braku wszelkich objawów podmiotowych — oraz suchy, męczący, napadowy kaszel, trudno ustępujący pod wpływem środków narkotycznych.

Naogół grypa niepowikłana trwa 3—5 dni, wyjątkowo dłużej. Zastrzegam się, iż mam na myśli przebieg grypy u tych chorych, którzy leżą i zachowują wszelką ostrożność, — w przeciwnym bowiem razie grypa trwać może daleko dłużej. Jeżeli temperatura trwa 5—6 dni i jest wysoka, a zwłaszcza stała, to nasuwa się podejrzenie duru, przedewszystkiem brzuszego. Rozpoznanie różniczkowe jest niełatwe, ponieważ w grypie również się spostrzega zwolnienie tętna, niekiedy powiększenie śledziony i przeważnie leukopenję z limfocytozą. Liczne prace nad morfologią krwi w grypie nie doprowadziły do wniosków jednolitych; większość jednak autorów utrzymuje, i osobiście podzielam ich zdanie, że grypie niepowikłanej towarzyszy zwykle leukopenja z limfocytozą; liczba wieloj. kom. neutrof. spaść może do 20%. Inaczej w przypadkach powikłanych, np. zapaleniem płuc: tu zwykle spostrzega się leukocytozę, i obecność jej ma znaczenie dajnostyczne; natomiast charakter leukocytozy, liczba i wzajemny stosunek b. ciałek krwi nie dają podstaw do wniosków prognostycznych.

Szanowni Państwo! Powyżej starałem się zebrać wrażenia osobiste z tegorocznej epidemji grypy w Warszawie*). Pomijając niektóre szczegóły, o których była mowa, charakter grypy był naogół lekki i zwykły, to jest taki, jaki w warunkach naszych widzimy rok rocznie w porze zimowej. Nie umiem powiedzieć, czy wynieśliśmy to ze studjów uniwersyteckich, czy też nauczyło nas doświadczenie i życie, że grypa u nas jest chorobą pospolitą i przebiegać może w różnej postaci, — w każdym razie, nawet w sporadycznych przypadkach, rozpoznajemy to cierpienie często i naogół, mam wrażenie, trafnie. To też ogarnia mię zdziwienie, kiedy czytam, że niektórzy kli-

nicyści starają się odróżnić grypę od influenzy i wprowadzają jeszcze takie pojęcia, jak gorączka kataralna lub grypa wrzekoma. Nie kto inny, tylko Schittenhelm i Schlecht, spostrzegali w R. 1917 wybuch epidemji w pewnym oddziale wojskowym i ujmowali obserwowane przypadki, jako grypę wrzekomą dlatego, że nie towarzyszyły im objawy Kataralne i nie było w płwocinie prątków Pfeiffera.

Jeszcze kilka słów o zapaleniu płuc grypowem. Odoskrzelowe zapalenie płuc w przebiegu grypy na początku nie objawia się ani bólem, ani dusznością, ani kaszlem; również często początkowe objawy fizykalne bywają bardzo nikłe i jeszcze na trzeci—czwarty dzień choroby stwierdzamy zaćwie oddech osłabiony (objaw bardzo ważny!) oraz trochę drobnutkich rzeń i trzeszczeń na bardzo ograniczonej przestrzeni, występujących przy bardzo głębokim oddechu lub przy kaszlu. Objawy te, świadczące o zajęciu drobnutkich oskrzelików i pęcherzyków płucnych, stanowią pierwszy zwiastun rozpoczynającego się zapalenia płuc; lokalizują się one najczęściej w dolnych płatach, z obu stron, przeważnie z prawej. Rzadziej znajdujemy w pierwszych dniach choroby objawy silnego rozlanego nieżyty oskrzeli, które utrudniają nam możliwość stwierdzenia ognisk nieżytyowego zapalenia płuc. Zdarza się często, że zmiany takie nie rozwijają się dalej, i po 2—3 dniach częściowo ulegają wessaniu, nierównie częściej natomiast zaczynają się potęgować, ogniska zapalne rozszerzają się lub powstają nowe, obejmując często wszystkie płaty płuc. Chorzy skarżą się na bardzo silne bóle w piersiach, które zależne są od zajęcia opłucny. Tegoroczne przypadki odoskrzelowego zapalenia płuc miały przebieg łagodny. Natomiast w roku 1918/19 — 20 na pierwszy plan występowały objawy zatrucia, i chorzy umierali przy objawach porażenia ośrodków naczynio-ruchowych. Ówczesne przypadki odoskrzelowego zapalenia płuc cechowały pozatem: gwałtowny początek z wysoką gorączką, krwotoki oraz powikłania ropne. Podejrzenie ropnego zapalenia płuc lub opłucny nasuwa się w przypadkach takich w razie trwania wysokiej gorączki. Podkreślić tu jednak muszę z naciskiem, że ropnemu zapaleniu opłucny nie zawsze towarzyszy wysoka gorączka i że w powikłaniu tem spostrzegałem niekiedy stan podgorączkowy lub zupełnie normalną ciepłotę. Przyczem stan taki w podobnych przypadkach nie tłumaczył się bynajmniej upadkiem działalności serca. Rozpoznanie płynu para — i metapneumonicznego natrafia bardzo często na trudności, i na zasadzie objawów fizykalnych niezawsze jesteśmy w stanie z całą pewnością powiedzieć, czy jest płyn, czy też go niema, i czy go jest dużo.

Nawet badanie rentgeniczne, którem posiłkowałem się specjalnie w tym celu, często zawodzi. Mając na względzie te trudności rozpoznawcze, uważam, że obowiązkiem naszym jest w każdym — z tych czy innych względów podejrzanym na obecność płynu — przypadku dokonywać próbnego nakłucia, które w razie ujemnego wyniku należy jaknajczęściej powtarzać.

Ale i tu często spotyka nas rozczarowanie. Pamiętam chorego, u którego przy dwukrotnem nakłuciu grubym bagnetem nie znaleziono płynu, aczkolwiek na sekcji okazało się koło 3 litrów ropnego płynu. U drugiego chorego próbna punkcja wykazała ropę, na-

*) Patrz tegoż autora: O grypie. r. 1920, Lekarz Wojskowy Nr. 9.

tomiast przy zastosowaniu aparatu Potaine'a (kłutem chorego w trzech miejscach) kropli płynu nie otrzymałem; na drugi dzień powtórzyłem zabieg z wynikiem dodatnim. W innych przypadkach, zwłaszcza, jeżeli przez nakłucie otrzymujemy małą ilość krwawopropnego płynu, nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć, czy ropa pochodzi z opłucny, czy też z płuc, względnie z ropnia płuc, jak to miało miejsce w jednym moim przypadku. Dodam jeszcze, że w przypadku tym wszystkie objawy fizyczne, jako to stłumienie, podmuch oskrzelowy, osłabienie drżenia klatki piersiowej, przemawiały za istnieniem wysiękowego zapalenia opłucny. Nakłucie płuca samego — przy nieobecności płynu w opłucnie — nie jest zabiegiem niebezpiecznym, przeciwnie, zaleca się przez niektórych autorów (G r a n c h e r), jako środek leczniczy.

Co się tyczy postępowania w przypadkach ropotoku opłucny, to jestem zdania, że w przypadkach ciężkiej ogólnej infekcji czy też intoksykacji, zwłaszcza w okresach początkowych, którym towarzyszy świeża względnie sprawa zapalna w mięszu płucnym po tej samej stronie, czy też po przeciwnej, trzeba się możliwie ograniczyć do torakocentezy, którą można i należy kilkakrotnie powtarzać i dokonywać rezekcji żeber po kilku dniach, dopiero wtewdy, kiedy ciężkie objawy ogólnego zakażenia zaczynają ustępować, i odporność ustroju się wzmacnia. Szok operacyjny jest tak silny, że chorzy giną często w kilka godzin po operacji, niekiedy na stole operacyjnym. Stąd wniosek, który, o ile mi wiadomo, podzielają inni koledzy, że, im dłużej daje się zwlec z rękoczynem, tem lepsze szanse dla chorego.

Niektórzy radzą w tych przypadkach stosować wlewanie do opłucny środków bakterjobjęczych, jak kollargol (1% w ilości 10—30 ctm. sz.), eukupinę w rozcieńczeniu 1:200—150 ctm. sz. na raz, kolobiazę złota (10—20 ctm. sz.), płyn Dakina, roztwór lapisu. surowicę przeciwpaciorkowcową (10—20 ctm. sz.). Wogóle czego nie zalecano w czasie epidemii grypy! Wymienie chociażby neosalwarsan (0,45), salwarsan srebrowy (0,15), *optochin. basic.* (5razy dziennie po 0,2 w ciągu 3—4 dni; *cave:* wymioty, migotanie przed oczami, szum w uszach), *eucupin. basic.* (5 razy dziennie po 0,3 w ciągu 4—8 dni), surowicę przeciwpaciorkowcową lub przeciwpneumokokkową lub mieszaną — grypową, dożylnie zastrzykiwanie surowicy ozdrowieńców w ilości 100 ctm. sz., powtarzane trzykrotnie, błękit metylowy $5 \times 0,2$ lub 1—2 ctm. sz. 5% roztworu dożylnie (Blum), kollargol, trypaflawinę (neutral—kilkakrotne dożylnie zastrzyknięcie 10—40 ctm. sz. 0,5% roztworu), szczepionki z diplo-strepto-stafilokoków i t. d. Wszystkie te środki dawały w rękach jednych „nadszpodziewanie pomyślnie“ wyniki, w rękach innych wyraźnego wpływu na przebieg choroby nie miały. Natomiast zapobiegawcze stosowanie szczepionek, aczkolwiek nie zabezpiecza bezwzględnie od ciężkich powikłań, to jednak powstrzymuje rozwój, łagodzi przebieg i zmniejsza śmiertelność i dlatego znajduje coraz szersze zastosowanie.

W sprawie przebiegu grypy.

Napisał

Maksymiljan BIRO (Warszawa).

Niedawno poruszono kwestję, czy u nas panuje epidemja grypy¹⁾. Dr. S r e b r n y doskonale ujął istotę epidemji i uzasadnił, że nas nawiedziła. Jedyną jej cechą charakterystyczną ma być jej pandemiczność.

Pomimo stałych sporadycznych przypadków grypy i kilku jej epidemij ani jej przyczyna, ani obraz kliniczny nie są jeszcze należycie ustalone.

Trudno powiedzieć, czy tylko te przypadki są grypą²⁾, w których napotykamy laseczniki Pfeiffra³⁾, skoro nie wszystkie osoby, u których je znajdujemy, mają grypę. Czynniki chorobotwórcze tego cierpienia znajdują się stale w naszych organizmach lub w ich otoczeniu i trzeba powodów specjalnych, by grypa wybuchła. Te czynniki specjalne mogą być natury pasorzytniczej i niepasorzytniczej.

Według niektórych badaczy grypę wywołuje zarazek przesączalny (Nicolle, Le Bailly, Solter i Kruze, Gipson, Bowman, Connor, Jamanouchi).

Możliwe jest, że składają się na nią laseczniki Pfeiffra wraz z zarazkami przesączalnymi, a może jest ona wytworem jadu pojedynczego lub zbiorowego wespół z czynnikiem niepasorzytniczym.

Obraz kliniczny, jak wspomniano, ma również luki. Może z tego względu warto omówić dane, jakie u osób, nią dotkniętych, obecnie spotykamy, dane, jakich w sporadycznych przypadkach influenzy nie widzimy. O rozmiarach szerzącej się u nas grypy dokładnych wiadomości mieć nie możemy. Większość chorych miewa dolegliwości nieznaczne. Z niemi do szpitali ludzie rzadko się zwracają i lekarze są mało do takich przypadków wzywani. Jaki jest stosunek ilościowy przypadków cięższych do lżejszych, już na zasadzie powyższego trudno określić. Z danych moich wygląda, jakoby ciężko chorzy stanowili piątą część ogółu przypadków grypowych. Względ, że z lekko chorych tylko część widzimy, każe przypuszczać, że ten ułamek ciężko chorych jest wygórowany.

Obie kategorie chorych stanowią zapadający u nas w ostatnich miesiącach w dużej liczbie na ostre zakażenia przeważnie dróg oddechowych, rzadziej narządów trawienia. W mieszkaniach leży często po kilka osób; w okresie 1 do 11 dni kładzie się tam inna osoba.

Z dotkniętych cierpieniem dróg oddechowych większość ma zakażenia w górnych odcinkach, mniejszość w dolnych. Lecz u jednych i drugich pierwsze dolegliwości zaczynają się w gardzieli. Choroba się rozpoczyna od słabych dreszczy, ciepłota przekracza 37°, i chory narzeka na ból w całym ciełe, przeważnie na ból w plecach i krzyżu. Badanie wykazuje tylko duże przekrwienie łuków, podniebienia miękkiego, języka i dużej części dolnego odcinka podniebienia twardego, w postaci plam czerwonych, czasem z zarysem

1) Z. Srebrny. Czy panuje obecnie w Warszawie epidemja grypy? Warsz. Czasop. Lek. 1927, Nr. 1.

2) Perceff. K woprosu ob etjologii influenco — podobnych zabołowanij Dysert. dokt. Petersburg, 1902.

3) Ortner. Influenza seit der letzten Pandemie. Deutsche Klinik. 1903.

rozszerzonych naczyń⁴⁾). W dalszym przebiegu zjawia się niekiedy ból gardła, czasem głos nieczysty, niekiedy kaszel, ciepłota zaczyna spadać, i zjawia się katar nosa, czasem z powikłaniami ze strony zatok, rzadziej uszu. — Choroba trwa 1 — 5 dni lub przewleka się podostrowo na 2 — 3 tygodnie, wykazując czasem wieczorami ciepłotę ponad 37° i duże osłabienie ogólne. Bóle w plecach i krzyżu ustępują dopiero w kilka dni po spadku ciepłoty.

U innej, mniej licznej, kategorii osób zaburzenia w gardzieli szerzą się przeważnie ku dolnym odcinkom dróg oddechowych i zajmują czasem płuca. Widywałem zapalenie płuc, często zapalenie jednego, a później drugiego płuca. Chorzy ci mają kaszel i wydzielają płwocinę z domieszką krwi, nie rdzawą. Lecz nie wszyscy chorzy z zajęciem płuc mają kaszel i wydzielinę. Wiadomo, że najsilniejszy kaszel bywa przy zajęciu górnego odcinka dróg oddechowych; zaburzenia w drobnych ostrzelikach, w niemalych nawet częściach płuc mogą przebiegać bez kaszlu. Obecna epidemia dostarczyła potwierdzenia tego zjawiska.

Pacjenci nie skarżyli się na zaburzenia oddechowe, a mieli znaczne zmiany w płucach. U kobiety 68-letniej znalazłem w szczycie lewym zprzodu i ztyłu oraz poniżej obojczyka lewego stłumienie, wydech zaostrozony, a później oskrzelowy i rżenia wilgotne, u 20-letniego mężczyzny zajęcie górnej 1/3 płuca prawego; oboje byli mi uprzednio znani i na płucach dawniej nie chorowali.

Do innych wzywany byłem ze względu na bóle brzucha; badanie wykryło u nich zmiany w płucach⁵⁾. Czasem mocne bóle nasuwały myśl o kamicy wątrobianej, zwłaszcza u osób, dotkniętych kamica; bóle te pomorfinie nie ustępowały, tylko się zmniejszały i trwały kilka dni bezustannie; po 2 — 3 dniach występowały zaburzenia w dolnym płacie płuca. Niekiedy u chorych z bólami brzucha występowały zaburzenia w dolnej części jednego płuca, a po kilku dniach także zmiany w górnej części płuca drugiego. Chorzy ci nie mieli kaszlu żadnego lub bardzo nieznaczny; czasem się dziwili, gdy ich o kaszel pytano.

Na stosunek bólów brzucha do innych dolegliwości w ostatnio przebiegającej grypie należy zwrócić tembardziej uwagę, że chorzy miewają bóle czasem z powodu cierpienia grypowego narządów brzucha. Sporo z nich miewa bóle i biegunkę, czasem również wymioty. Niekiedy jedna i ta sama osoba miewa zaburzenia dróg oddechowych oraz trawienia, innym razem jedna osoba w mieszkaniu ma dolegliwości oddechowe, druga — narządów trawienia. Jedni i drudzy skarżyli się niekiedy na bóle w plecach, bądź krzyżu. Można było przypuszczać, że zależały one od zmian w głębokich mięśniach lub nerwach. Punktu oparcia dla tłumaczenia tych zjawisk na drodze nerwowej niema. Żadnych zaburzeń w dziedzinie uczucia, odruchów, naczynioruchowej lub odżywczej nie widywałem, jakkolwiek jad grypowy ma działać na

mózg i resztę układu nerwowego⁶⁾, przeważnie na ośrodki naczynioruchowe. U nerwobólach można było myśleć, ale tylko w obrębie czaszki, lecz i wówczas jedynie po wyłączeniu cierpienia zatok nosowych.

Bóle głowy mogą dać powód do myślenia o cierpieniu mózgu (Hornowski), po wyłączeniu innych przyczyn włącznie z zaburzeniami dróg moczowych, bo widywano w grypie białkomocz nawet z różnemi walczkami, jak to miało miejsce w jednym z moich spostrzeżeń.

Objawy ze strony rozmaitych narządów są w grypie zrozumiałe wobec napastowania przez nią większości narządów (Hornowski).

Z rokowaniem w tej chorobie, jak w większości cierpien, należy być ostrożnym, zwłaszcza grypa może zacząć się lekko, a skończyć ciężko albo też przebiegać odwrotnie⁷⁾. Przebieg jest zależny od odporności organizmu, zjadliwości zarazka i warunków, w jakich się chory znajduje.

Znamiennym rysem przeważnej części przypadków powyższego cierpienia jest wielotygodniowe ogólne wyczerpanie organizmu. Nawet po względnie lekkim przebiegu rekonwalescencji z trudnością się ruszają. I ledwie wracamy do zdrowia, już po kilku tygodniach czasem ponownie zapadamy na tę samą chorobę. Nawroty nie należą do rzadkości i niekoniecznie musimy na nie czekać, jak chcą niektórzy (Chauffard), długie miesiące.

Wszystkie dane powyższe, po za ogólnie znanymi, nasuwają myśl, co do charakteru ostatnio grasującej grypy.

W skład jej obrazu wchodzi dolegliwości, jakie bywają podczas influenzy. Lecz obraz zależy nie tylko od części składowych, ale i od ich napięcia oraz wzajemnego ugrupowania. Jakkolwiek pewna choroba napastuje u oddzielnych osób te lub inne narządy w zależności od wieku osobnika, odporności organizmu, niekiedy warunków życia, to jednak nie w każdej epidemii tej samej choroby dotknięte są te same narządy. W okresie jednej epidemii szkarlatyny dominują objawy uszne, podczas innej — nerkowe; w przebiegu pewnej epidemii tyfusu brzuszego przeważają krwawienia kiszkowe, podczas innej zaburzenia nerwowe. Przyczyna różnorodności epidemii pewnej choroby nie jest wyjaśniona: może do działania zarazka przyłącza się w tej lub innej epidemii inny jeszcze czynnik. Utrzymywano, że w grypie objawy kliniczne mają nie różnić się podczas epidemii rozmaitych⁸⁾. Należy jednak przypomnieć, że w r. 1918 podczas epidemii grypy przeważało zapalenie uszu i opłucnej, obecna wykazuje dużo zapaleń płuc i cierpien zatok nosowych.

Pozwolę sobie zakończyć wnioskami:

1) Panująca u nas ostatnio grypa ma przebieg specjalny.

6) Giraud. Fréquence des nevralgies au cours de l'épidémie actuelle d'infections à allures grippales. Com. med. de Bouchis du Rhône. 27.II.1925. Marseille Medic., p. 388 — 391. Ref: Révue Neurologique. 1927, T. I, Nr. 1.

7) Zieliński Kazimierz. Grypa, influenza. Podręcznik chorób zakaźnych, wydany pod redakcją D-ra Sterling-Okunińskiego. 1924, Zesz. III.

8) Bronowski Szczęsny. Epidemja grypy w latach 1918 — 1920. Warszawa 1922.

4) Biro. O szczególnych postaciach choroby gorączkowej. Medycyna i Kronika Lekarska 1918, Nr. 31 i 32.

5) Biro. Półpasiec a choroby zakaźne. Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1924, Nr. 7.

- 2) Przeważają w niej dwie formy samoistne lub wspólnie przebiegające, często z przewagą jednej nad drugą:
- a) z zaburzeniami dróg oddechowych,
 - b) z zaburzeniami narządów trawienia.
- 3) Zaburzenia dróg oddechowych zaczynają się w gardzieli i stąd posuwają się ku górze lub ku dołowi.

- 4) Zaburzenia dróg oddechowych występują niekiedy z bólami w jamie brzusznej i przebiegać mogą względnie skrycie, bez uzewnętrznienia się przez kaszel.

Streszczenia zbiorowe.

O Kardiazolu.

Podał

K. BLÜTH (Warszawa).

Próby zastąpienia kamfory, jako leku cucącego (analeptycznego) i nasercowego przez inne środki, prostsze chemicznie, wygodniejsze w technice stosowania, lub o silniejszym efekcie terapeutycznym, stanowią oddawna cel wielu wysiłków farmakologicznych. Jednakże dopiero w ostatnich czasach wysiłki te nabrały charakteru pracy systematycznej, której wyniki wykroczyły poza pracownię farmakologa, aby znaleźć zastosowanie w klinice.

Najbardziej interesujące są chyba wyniki nauki niemieckiej w tym kierunku, w szeregu zaś wytworzonych ciał i specyfików wysunął się na czoło Kardiazol.

Wystarczy stwierdzić, iż w ciągu ostatniego roku zjawilo się w prasie lekarskiej przynajmniej kilkadziesiąt mniejszych, lub większych artykułów, poświęconych Kardiazolowi.

Czem jest Kardiazol pod względem chemicznym i fizycznym?

Kardiazol jest pięciometylenotetrazolem, a więc ciałem o wzorze $C^6H_{10}N_4$, który to skład chemiczny, zlekka tylko przypominający formułę kamfory, tak samo jak i ona, nie tłumaczy teoretycznie działania swoistego. Jest to ciało białe, krystaliczne, bez smaku i zapachu, co liczni „idjosiokratycy“ swoistego zapachu kamfory poczytują mu za pierwszorzędną zaletę. Praktycznie bardziej istotną jeszcze jego zaletą jest rozpuszczalność w wodzie, skąd wynika łatwość stosowania go *per os* oraz podskórnie bez obawy nacieków, a dożylnie bez możliwości wytworzenia tak niebezpiecznych przy stosowaniu oleju kamforowego zatorów tłuszczowych.

Rozczyny Kardiazolu są obojętne, przyczem nie rozkładają się podczas sterylizacji, a nawet gotowaniu do 170° (Schmid t).

Działanie farmakodynamiczne tyczy się głównie muskulatury gładkiej oraz mięśnia sercowego. Wszystkie prace, poświęcone Kardiazolowi zgodnie podkreślają jego efekt farmakodynamiczny na mięsień sercowy normalny, polegający na bezwzględnej wzmocnieniu akcji serca, zarówno pod względem wysokości fali skurczowej, jak i częstości skurczów (Hildebrand t). W stosunku do mięśnia sercowego niewydolnego spotykamy się częściej ze zwolnieniem rytmu, terapeutycznie zwykle pożądanym, dotychczas fizjologicznie niewyjaśnionym; w każdym razie stwierdzono, że efekt ten nie jest spowodowany działaniem

inotropowo-porażnym (w ostatnich czasach przypisywanem również kamforze), ani też chronotropowem ujemnem.

Na układ krążenia obwodowy Kardiazol działa w sensie rozszerzenia kapilarów, trwającego zresztą krócej, aniżeli działanie nasercowe (Lang e).

Pichler i Hildebrand t przypuszczają wręcz działanie Kardiazolu na ośrodki naczynioruchowe i szczególnie parasympatyczne; sprawa powyższa nie jest rozstrzygnięta definitywnie. Natomiast z pewnością wyłączyć się daje jakiegokolwiek działanie porażne obwodowe (na zakończenia nn. naczyniozwięzaczy), wzgl. na samą muskulaturę gładką, który to efekt farmakodynamiczny, ostatnio stwierdzony został przy aplikowaniu średnich dawek kamfory, co w wielu przypadkach stanowić może niepożądany moment dodatkowy.

Wreszcie, co się tyczy działania drgawkowego, charakterystycznego dla kamfory i substancji pokrewnych, jest ono również udziałem Kardiazolu, jednakże w stopniu o wiele słabszym, jedynie tylko przy podawaniu dożylnem i w sposób szybko przemijający (Ccnrad t).

Natomiast, ponieważ nigdy nie udawało się w doświadczeniach klinicznych, otrzymać efektu drgawkowego przy podawaniu doustnem i podskórnem, uważa należy że praktycznie nie istnieje kumulacja tego środka w sensie toksycznym. To również podkreślane jest w szeregu prac, jako zaleta w porównaniu z większością leków nasercowych.

Wskazania do stosowania Kardiazolu są identyczne w zasadzie do wskazań dla kamfory; zależnie więc od poglądów autora, używany on jest głównie bądź jako środek cucący — *analepticum*, bądź jako nasercowy — *cardiacum*. Zastanawiające jest jednak wprowadzenie go *larga manu* do pedjatrji (Kollmann, Eichler, Sindler, Mertz i inni). Stosowany tutaj był głównie w osłabieniu pracy serca, podczas i po chorobach zakaźnych, w atrepsji i t. p.

Jako pobudzający serce i ośrodki roślinne, Kardiazol stosowany był przy usypianiu przedoperacyjnem przez Feriza, Schoena, Guttmanna z dobrym rezultatem. Schoen mówi wprost o antagonicznym działaniu Kardiazolu względem narkotyków; w każdym razie w doświadczeniach pracowniowych udawało mu się przerywać głęboką narkozę jednym zastrzyknięciem średniej dawki leku.

W klinice wewnętrznej Kardiazol stosowany był przedewszystkiem w ostrej niedomodze serca, jak również w przypadkach wyraźnego osłabienia „serca obwodowego“. Dość duży i przemawiający do przekonania

nia materiał kazuistyczny, dotyczący się stosowania Kardiazolu w płatowym zapaleniu płuc znajdziemy w artykułach Krehla, tego najpoważniejszego pioniera nowoczesnego lecznictwa, Navratila, Langego, Lebińskiego i inn.

Mniej przejrzyste co do wyników, chociaż względnie zachęcająco, przedstawia się sprawa przepisywania Kardiazolu w przewlekłych zdekompensowanych wadach serca. Należy wziąć tu pod uwagę pojedyncze przypadki znacznej poprawy, aż do subiektywnego „wyzdrowienia“ włącznie (Lebediński).

Natomiast działanie objawowe, szczególnie w stosunku do dychawicy sercowej i bólów okołosercowych podkreślane jest zgodnie przez wszystkich klinicystów, którzy robili próby z Kardiazolem. Szczególnie zalecają oni Kardiazol w przypadkach względnej lub zasadniczej idjosynkrazji do leków z grupy naparstnicy.

Ze przypadki zapaści, niezależnie od przebiegu i genezy, są domeną właściwą Kardiazolu, wynika z wyżej powiedzianego samo przez się, i istotnie ma on tu dawać wyniki znacznie lepsze, niż kamfora i inne ciała farmakologicznie jej pokrewne.

Poza tem używany był Kardiazol przez różnych autorów sporadycznie: w durze brzuszonym z objawami ogólnego wycieńczenia i hypotonji (Stancel), w grypie (Biederman), błonicy (Hegler), w leczeniu gorączkowym metasyfilisu (Kirschbaum), chorobie Bassetowa (Ruff), zakażeniach połogowych i poronieniowych, w przypadłościach okresu pokwitania (Cimbal) i w astenji konstytucjonalnej, jako *nervotonicum*.

Wreszcie Conrad opisuje przypadek wykrwawienia pooperacyjnego, którego nagle objawy w postaci zniknięcia tętna promieniowego, omdlenia i t. p. opanowane zostały w ciągu trzech minut przez zastrzyknięcie podskórne Kardiazolu.

Z powyższego zestawienia widzimy, że dziedzina wskazań do stosowania Kardiazolu, analogicznie zresztą do sprawy stosowania klinicznego kamfory, jest bardzo szeroka i teoretycznie nie posiada właściwie granic ustalonych.

Sposób podawania Kardiazolu stanowi temat całego szeregu artykułów, z których wynika, że, z wyjątkiem podawania docysternowego, próbowanego przez Janossyego ze skutkiem wątpliwym (jakkolwiek autor uważa sposób ten za godny polecenia), wszystkie inne drogi internistycznego wprowadzania

leków do organizmu miały i mogą mieć zastosowanie z Kardiazolem. Najszybciej naturalnie działa Kardiazol wprowadzony dożylnie, gdyż, jak okazało się, efekty cucące dają się wtedy stwierdzić w ciągu 2-ch minut. Nie wiele więcej czasu upływa przy wprowadzaniu leku podskórnie (3 — 5 minut; Hippe, Pichler), tak, że prawdopodobnie ten sposób stosowania Kardiazolu uzyska największą popularność. Dawką przeciętną w takim przypadku jest 0,1 rozpuszczonej substancji, jednakże dawka ta może być powiększona i dość często powtarzana, bez obawy wywołania skutków ubocznych toksycznych, co, jak twierdzi Ruff, ma być wyjątkową zaletą w porównaniu z innymi rozpuszczalnymi namiastkami kamfory.

Doustnie podawany bywa Kardiazol również w dawkach 0,1, powtarzanych w razie potrzeby nawet kilkanaście razy na dobę; w przypadkach przewlekłych używa się 4—5 tak dawkowanych tabletek dziennie.

Wreszcie Holm i Eggers zastrzykiwali Kardiazol dożylnie w stanach agonalnych z efektami wprost błyskawicznymi, niestety, dość krótkotrwałymi.

Jeżeli do powyższych wniosków praktycznych dodamy przedsięwzięte jeszcze badania, raczej teoretyczne, nad działaniem Kardiazolu na obrazy kapilaromikroskopowe, na odruchy szyjne i błędnikowe (Schoen) i t. p., będziemy mieli sumaryczny przegląd prac, poświęconych Kardiazolowi. Jak widziemy dorobek ten przedstawia się dość poważnie zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Czy istotnie Kardiazol zdoła wyprzeć z lecznictwa klinicznego kamforę i środki farmakodynamicznie pokrewne, jak twierdzą entuzjaści tego preparatu, pozostaje naturalnie kwestją otwartą.

PISMIENNICTWO.

Conrad. G. Klinische Erfahrungen mit Cardiazol. — Fortschr. d. Med. 1926/6. — Feriz. H. B. Erfahrungen mit neuen Analeptis in der Chirurgie. — Janossy. J. Ueber die Wirkung intrazisternös verbr. Medicamente. D. Ztschr. f. Nerv. 92. — Kollmann. A. Cardiazol in der Kinderpraxis. Fortschr. d. Med. 1926. 13. — Lange F. Erfahrung mit Cardiazol und Hexeton. D. M. W. 1926/7. — Moewes. Med. Klin. 1926/I. Schmidt, Hildebrandt, Krehl. Über „Cardiazol“. Klin. Woch.—Sherwin. C. P. Pentamethylentetrazol. — etc.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Choroby zakaźne.

R. FISHL. Wrażenia z tegorocznej epidemii grypy. (Med. Klin. Nr. 16 1927).

Obserwacje dotyczyły 50-ciu przypadków grypy u dzieci w pierwszym roku życia. Grypą autor nazywa zakaźne zapalenie gardzieli, zjawiające się o każdej porze roku, zwłaszcza w miesiącach zimowych, szerzące się epidemicznie. W przebiegu tegorocznej grypy autor zauważył, że zapalenie gardzieli miało charakter krwotoczny, zaczynało się od języczka i szerzyło się na podniebienie twarde. Sprawa często nie ograniczała się do gardzieli, jak w zwykłym zapaleniu, lecz przechodziła na dolne drogi oddechowe, powodując zapalenie oskrzeli, bardzo często oskrzelików, oraz ogniska w samym miąższu płucnym. Te sprawy zapalne oskrzeli były bardzo przewlekłe, zarówno jak i ogniska w płucach, które wykazywały cechy lic-

nych ropni, i którym towarzyszyło podniesienie ciepłoty (typ zakaźny), niedokrewność znacznego stopnia oraz powiększenie śledziony. Stan ogólny chorych był o wiele cięższy, niż w zwykłym zapaleniu gardzieli, a także ciepłota wykazywała większe podniesienie i dłużej trwała. Czasem do całokształtu obrazu dołączały się zaburzenia żołądkowo-jelitowe, ropomocz (zwłaszcza u płci żeńskiej) oraz znaczny spadek wagi. Pomimo tak ciężkiego przebiegu epidemii zejście przeważnie było pomyślne. O ile sprawa umiejscawiała się w górnych płatach płuc, towarzyszyły jej objawy mózgowo (*meningismus*). Tak zwaną grypę jelitową autor obserwował raz jeden tylko.

Leczenie polegało, zwłaszcza powikłań płucnych, na podawaniu koraminy, heksetonu oraz kardiazolu. Co się zaś tyczy środków swoistych — „grypkalen“, „omnadin“, — to nie dały one pomyślnych wyników, to samo można powiedzieć o surowicy wielowartościowej przeciwgrypowej i nieswoistej.

Leczenie miejscowe zmian w gardzieli chlorkiem żelaza, rozczynem sublimatu oraz riwanolem nie dało także rezultatów.

G o l i b o r s k a.

FRIEDEMANN. O leczeniu grypy. (Dentsch. med. Woch. Nr. 9. 1927.

Do drobnoustrojów, wywołujących grype, oprócz zarazka Pfeiffera zaliczyć należy wyhodowany przez badaczy amerykańskich mały, podobny do ziarenkowców — B — Pneumosinthes. Zarazek Pfeiffera podczas zeszłorocznej epidemii znajdowano tylko w pewnej części przypadków; jednakże znajdowano go również i u zdrowych. Autor jest zdania, że grypa jest pojęciem nie etjologicznym, lecz epidemiologicznym. Irawdopodobnie zarazek grypy wymaga znacznie swą obecnością zjadliwość strepto-jak i pneumokokków, które następnie już bez jego współdziałania wywołują ciężkie cierpienia epidemiczne.

W pojedynczych przypadkach rozpoznanie z całą pewnością ustalić się nie da, gdyż istnieją choroby nieżytowe innego pochodzenia. Jednakże pandemiczne występowanie cierpień nieżytowych, jelitowych, nerwowych, jak to ubiegłej zimy spostrzegano, zdarza się jedynie w grypie. Charakter tych cierpień miał cechy łagodnej. Najczęściej występowała postać nieżytowa z następczym powikłaniem w formie zapalenia płuc. W przeciwieństwie do r. 1918 — 1921 ciężkie krwotoczne bronchopneumonje należały do rzadkości; przeważało zapalenie płuc włóknikowe, zajmujące często kilka płatów. Nierzadko dołączały się ropotoki, przed których nakłuciem aut. ostrzega i radzi robić tylko w przypadkach, bezwzględnie tego wymagających, gdyż łatwo przytem ulec mogą przebieciu drobne ropnie podopłucnowe, zakazające opłucną. Stosunkowo często spostrzegano jednoczesne występowanie płonicy; być jednak może, część tych przypadków stanowiła grype z wysypką płonieczą.

Tertapeutycznie zaleca autor szczególnie preparat Neura-m a g. Działanie omniadny nie jest pewne. W stosunku do optochiny, eukupiny zachowuje się F. z rezerwą. Jako środki sercowe, zaleca Kardiazol, Hekseton, Koraminę, szczególnie jednak *ol. camphoratum* (10 cm. domięśniowo) z powodu jego dłuższego działania. Surowica grypowa (Sächsisches Serumwerk) działa tylko w zakażeniu pneumokokkowem. Postawienie wskazania do zabiegu w ropotoku jest w dalszym ciągu trudne. Autor radzi często opróżniać jamę opłucny przyrządem Potaina, operować — w przypadkach świeżych, tylko w ostateczności. Przeplukiwanie opłucny Eukupiną, Riwanolem nie dało szczególnych wyników.

M. G o l d m a n junior.

Choroby narządów trawienia.

○ J. SCHWALBE. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. Ahtes Heft. Peritoneum (O. Klein schmidt). Appendicitis (E. Payr). Auessere Hernien J. Hohlbaum). Nakładem G. Thieme. Lipsk 1926 r. Cena 16.50, w oprawie 18 marek niemieckich, 261 str., 36 rys.

J. SCHWALBE. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. Ahtes Heft. Peritorem (O. Klein schmidt). Appendicitis (E. Payr). Auessere Herrien (J. H o h l b a u m). Nakładem G. Thieme. Lipsk 1926 r. Cena 16.50, w oprawie 18 marek niemieckich. 261 str., 36 rys.

Zeszyt bardzo pożytecznego wydawnictwa, poświęcony błędem rozpoznawczym i leczniczym w chorobach otrzewny, zapaleniu wyrostka robaczkowego i przepuklinach zewnętrznych, został opracowany doskonale przez tak wybitnych i doświadczonych fachowców, jak profesor E. P a y r, dyrektor uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej w Lipsku, i jego dwaj asystenci, profesorowie O. K l e i n s c h m i d t i J. H o h l b a u m. Każdy z działów jest opracowany zwięzłe, a mimo to w sposób wyczerpujący, tak, że niewieleby można do niego dodać, zawiera mnóstwo wiadomości użytecznych dla praktyka chirurga, któremu życie może nastąpić dużo wątpliwości i takich sytuacji, z których napróżno szukał sposobów wyjścia w podręcznikach, a które znajdzie w omawianej książce. Omyłki i wahania rozpoznawcze znajdują też ilustrację na niektórych dobrze wybranych przykładach.

Dział pierwszy książki, poświęcony otrzewnie, został opracowany przez prof. dr. O. K l e i n s c h m i d t a. Zawiera on rozdział o zapaleniu otrzewny ostrem miejscowym i rozlanem z wyczerpującem uwzględnieniem punktów wyjścia zapalenia, o przewlekłem zapaleniu otrzewny, ranach otrzewny, wreszcie torbielach i nowotworach otrzewny. Prof. dr. E. P a y r opracował dział, poświęcony sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego, cierpienia, zwałoby się, tak już oklepanego, a jednak podstępno i o niedającym

się przewidzieć rokowaniu, które, pomimo już bardzo bogatego naszego doświadczenia w tej sprawie, często daje powód do mylnych rozpoznań i zaniedbań we wskazaniach leczniczych, pociągających za sobą fatalne następstwa dla chorego. Ostatni dział książki, napisany przez prof. dr. J. H o h l b a u m a, zawiera na początku niezumerne ważny rozdział, poświęcony błędowi, zdarzającym się przy niekrwawem i krwawem odprowadzaniu przepuklin. Następnie autor kolejno rozpatruje przepukliny pachwinowe, udowe, smugi białej. pępkowe, pępowiny, przepukliny w bliźnie pooperacyjnej, przepuklinę zatykową, kroczoową i kulszową, opisuje zarówno postaci typowe wszystkich tych przepuklin, jak i odmiany, rzadziej spotykane.

Książka jest ilustrowana 36-ma dobrze dobrane i wykonane rycinami, wydana na ładnym kredowym papierze, ma dobry druk, czyta się ją z wielkiem zadowoleniem i zainteresowaniem.

J. R.

Leonard RADICE. W sprawie postępowania leczniczego w zwięzieniach zapalnych odbytnicy. (Jornal de chirurgie. Tom XXVII, Nr. 3).

Przewlekłe stany zapalne śluzówki odbytnicy z biegiem czasu wywołują taki rozrost tkanki ziarninowej w obrębie ściany kiszki stolcowej oraz warstw ją otaczających, iż powstają znaczne go stopnia guzy zapalne, powodujące zwięzienia tej kiszki. Na pierwszy rzut oka wydaje się, iż leczenie tych zwięzień polegać winno wyłącznie na wycianiu tej części odbytnicy, w której mieści się guz zapalny. Tą właśnie drogą idzie przeważająca większość chirurgów. Pierwszym etapem stosowanej w tym celu operacji jest najczęściej wytworzenie sztucznego odbytu przez przyszycie do powłok brzusznych esicy i otwarcie jej światła. Odbytnica, odciążona w ten sposób, zaczyna się goić, stan zapalny śluzówki ustępuje, i owróżdzenia znikają. Dalszy etap zabiegu polega na usunięciu zwięzonej części odbytnicy.

Szczegółowa jednak i dłuższa obserwacja chorych, operowanych w ten sposób, wykazuje, iż wyniki takiego zabiegu są przeważnie niezadowolniające. Z 16 przypadków, obserwowanych przez autora, w 7 zastosowano wycięcie odbytnicy, w 2 skończono operację na wytworzeniu przetoki kalowej z powodu niepokonalnych trudności przy próbach wycięcia kiszki stolcowej, a w 7 ograniczono się tylko do wytworzenia sztucznego odbytu.

Chorzy, którym wycięto odbytnicę, wykazali szereg najrozmaitszych powikłań, jako to: obfite wydzielanie się z odbytu śluzu i ropy, powstanie nowych guzów, zwięzających ściągniętą ku dołowi zdrową część odbytnicy, połączone z jej nieżytem, wreszcie silne zapalenie odbytnicy oraz wytworzenie się przetoki kiszkow-pochwowej. Jeśli natomiast chodzi o chorych, u których ograniczono się do wytworzenia sztucznego odbytu, to ci skarżyli się, co prawda, na nieznaczny śluzotok z kiszki stolcowej, lecz ich stan ogólny znacznie się poprawiał; bóle lokalizujące się poprzednio w odbycie, jak również częste parcie na stolec znikły zupełnie.

Jeśli uwzględnić teraz wyniki amputacji odbytnicy, podawane w piśmiennictwie, to okaże się, że tylko w 15,5% przypadków występują stałe wyleczenia. Najczęstszym powikłaniem był stan kataralny nowej odbytnicy oraz przerosty zapalne, powodujące jej zwięzienie.

Główną przyczyną tego rodzaju nawrotów jest, zdaniem autora, stan zapalny tkanek, otaczających odbytnicę (*periproctitis*), dla którego punktem wyjścia było pierwotne schorzenie śluzówki, usuniętej obecnie kiszki stolcowej. W tych przypadkach, gdzie istnieje stan zapalny tkanek dookoła odbytnicy, chirurg z olbrzymimi trudnościami wydziela ją ze zbliznowaciałego otoczenia, ściągając na jej miejsce sąsiedni odcinek kiszki zdrowej, który, będąc otoczony przez schorzałe tkanki, zostaje przez nie zaciśnięty i jednocześnie sam ulega schorzeniu.

Stosunkowo lepszych wyników operacyjnych można by było spodziewać, ograniczając wskazania do amputacji odbytnicy i stosując ją tylko w przypadkach nieznacznych zmian chorobowych w obrębie kiszki stolcowej i jej otoczenia. Wobec wspomnianych wyników operacji autor w leczeniu danego schorzenia zajmuje stanowisko raczej konserwatywne. Wszystkich tego rodzaju chorych dzieli on na 2 grupy: do I zalicza tych chorych, u których istnieje tylko ropno-wytwórcze zapalenie odbytnicy lub odbytnicy i esicy; do II zaś takie przypadki, w których zwięzienie odbytnicy jest już bardzo znaczne.

Leczenie w obu grupach winno sprowadzać się do wytworzenia przetoki kalowej czasowej lub stałej w tym celu, aby odciążać schorzałe części kiszki; przetokę należy wytworzyć na wysokości esicy. W obydwu grupach dolegliwości, a w znacznym

stopniu i zmiany obiektywne zazwyczaj ustępują, a ogólny stan chorych znacznie się poprawia. Zamknięcie przetoki uskutecznia się po wygojeniu się odbytnicy, co zazwyczaj trwa do 1—2 lat. O ile do wygojenia się odbytnicy nie dochodzi, należy przetokę pozostawić na stałe.

D. W y s z o g r ó d.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

∞ Hans ZIEMANN. *Hämatologisches Praktikum*. Karger. Berlin — 1927.

Ten krótki — na 160 stronicach — podręcznik obejmuje całą dziedzinę hematologii. Układ i sposób wykładu, przejrzysty i przystępny, zapewnia książce tej trwałe powodzenie. Część pierwsza, ogólna, poświęcona jest technice badania, morfologii i biologii krwi; część druga, szczegółowa, omawia po kolei wszystkie choroby krwi i narządów krwiotwórczych, a więc różne postaci niedokrewności, białaczki, sprawy zapalne i nowotworowe gruczolów chłonnych, cierpienia śledziony, skazy krwotoczne, zimnicę i in.

Samo nazwisko chlubnie znanego w nauce autora jest dostateczną gwarancją dużej wartości książki; jeżeli więc pozwalamy sobie zwrócić uwagę na niektóre usterki, to tylko w celu uczynienia następujących jej wydań jeszcze bardziej wartościowymi.

Główne uchybienia, które należy podkreślić, są następujące. W części ogólnej autor nie wyjaśnia sprawy szpikowego przeistoczenia narządów krwiotwórczych, zbyt krótko omawia sprawę nakropień zasado-chłonnych, polichromatofilii i t. zw. przyżyciowej ziarnistości czerw. ciałek krwi; omawiając embrjonalny rozwój krwi, nie daje ścisłej charakterystyki myeloblastu, myelocytu oraz limfoblastu; nie dość przejrzysto charakteryzuje zmiany krwi w niedokrewności złośliwej i zwykłej, nie pogłębia należyte nauki o krzepliwości. Wątpimy też, czy, wobec trudności rozpoznawczych między limfocytym a dużą mono-komórką, należy radzić początkującym zaliczanie postaci wątpliwych do „dużych“ limfocytów. W części szczegółowej pożądanoby było bardziej dokładne opracowanie żółtaczek hemolitycznych, choroby Banti'ego i choroby Vaqueza. Za to po mistrzowski opracowane są białaczki, ziarnica, zimnica.

Te drobne usterki nie pomniejszają wartości książki, którą z pożytkiem przeczyta i z której wiele się nauczy nie tylko początkujący, ale i wytrawny lekarz.

R. H e r t z.

George N. MULLER i RUSSEL S. BOLLES. *Postać brzuszna choroby Hodgkina*. (The Journ. of the American Med. Association. Nr. 5, 1927).

W ziarnicy złośliwej najczęściej mamy do czynienia z wtórnym zajęciem narządów jamy brzusznej. Cierpienie może mieć przebieg ostry lub przewlekły, umiejscowiony lub rozsiany. Najczęściej są zajęte gruczolę chłonne okołotrzustkowe, żółądkowo-wątrobowe, wątroba i śledziona; przeważnie zajęte są wszystkie razem, chociaż opisują postać śledzionową choroby Hodgkina, w której cierpienie dotyczy samej śledziony. Bardzo rzadko cierpienie to obejmuje nerki i przewod pokarmowy. Objawy przedmiotowe postaci brzusznej choroby Hodgkina są następujące: powiększenie gruczolów, duża śledziona, duża wątroba, żółtaczka oraz obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Zmiany anatomo-patologiczne w gruczolach są typowe, takie same zmiany stwierdzono w śledzionie we wczesnych okresach, dotyczyły one tylko ciałek Malpighiego, w późniejszych także i miążgi. Wątroba jest zawsze zajęta wtórnie; znajdujemy w niej zmiany tłuszczowe i typowe zmiany ziarniniakowe w tkance limfatycznej okolonaczyniowej, w jednym przypadku opisano takie zmiany w ścianach żyły wrotnej.

Żółtaczka może pochodzić z ucisku gruczolów na przewody żółciowe, bądź z powodu zmian w miąższu wątrobowym. Obecność płynu w jamie brzusznej tłumaczy zajęciem otrzewny przez zasadniczą, bądź przez ucisk gruczolów na pnie żyłne, bądź przewody chłonne. W wyjątkowych przypadkach płyn pochodził z gruzliczego zapalenia otrzewny.

Objawy podmiotowe choroby Hodgkina są następujące: ból brzucha, gorączka, biegunki oraz świąd pochodzenia toksycznego. Ból bywa umiejscowiony dookoła pępka, czasami jest bardzo silny, o charakterze napadowym i nasuwa rozpoznanie zap. wyrostka robaczkowego lub wrzodu żółądku (takie przypadki opisują). Gorączka typu powrotnego jest pochodzenia toksycznego, przypomina typ gorączki w durze brzusznej. Rosenthal opisał postać durową ziarniniaka złośliwego z dużą śledzioną, bólami brzucha, nudnościami, biegunką, utratą sił. We krwi stwierdził leukopenię, w moczu odczyn dwuazowy dodatni. Biegunki zjawiają się

we wczesnych okresach choroby H. i są spowodowane przez wtórna gruzlicę jelit lub ziarniniakowe zmiany w przew. pokarmowym.

Obraz krwi zmienia się na korzyść wielojądrazystych leukocytów oraz monocytów i eozynofiliów, czasem bywa zwiększona liczba płytek. Duża niedokrewność bywa często spowodowana zajęciem szpiku kostnego; jednakże obraz krwi bywa zmienny.

G o l i b o r s k a.

Choroby oczu.

WAGNER—JAUREGG. *Zanik wiądowy nerwu wzrokowego i jego leczenie ze stanowiska neurologa*. (Klin. Mon. f. Aug. Styczeń 1927).

Znalezienie krętków białych w mózgu paralityków nie wyczerpuje kwestii o istocie powstawania zaniku nerwu wzrokowego; prelegent przychyliła się do opinii badaczy (Hauptmann, Spielmeier), którzy przypuszczają, że wchodzi tu w grę 2 czynniki: uszkodzenie przez krętki białe obok zwyrodnienia toksycznego.

Obecność licznych krętków w mózgu paralityków powoduje tam rzadko zanik n. wzrokowego.

Badania anatomiczne dotyczą przeważnie paralityków; wiądrzenia rzadko udaje się badać.

Materiał Stargardta i Igersheimera — zdaje się wykazywać dwojaki charakter zaniku: postępujący i bardziej łagodny.

Behr w swoich przypadkach ustala, że zanik rozpoczyna się na obwodzie i powstaje wskutek uszkodzenia przegród i włókien gębowych. W tych ostatnich jednak obecności krętków nie dowiedziono.

Zanik obserwuje się we wiądzie przeważnie w okresie przedbezlądowym.

Przechodząc do leczenia, należy wątpić czy leczenie swoiste: salwarsan, bismut, rtęć, wyrządzają szkodę. Dobre wyniki tej kuracji są często przypadkowe i zależne od zmiennego przebiegu choroby.

Szczepionki i proteino-terapia zawodzą również.

Wiądowy zanik nerwu wzrokowego leczono zimnicą w Praskiej klinice w 18 przypadkach. U części chorych sprawa się zatrzymała; kilka razy nastąpiło pogorszenie.

Behr notuje 2 przypadki odzyskania poczucia światła. Z własnych przypadków, leczonych malarją widział autor poprawę w świeżych schorzeniach, w innych — zatrzymanie się sprawy chorobowej przez 2 — 3 lata; w szybko postępujących przebieg był łagodniejszy. Zdarzało się również pogorszenie. Z innej stron notowano poprawę pod wpływem leczenia zimnicą w przypadkach, przebiegających bez gorączki, przy stwierdzeniu plazmody w krwi.

S. K a t z ó w n a.

A. BIELSCHOWSKY. *Amblyopia ex anopsia*. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Nr. 9, 1926).

Od wielu już lat toczy się dyskusja co do tego, czy niedowidzenie oka zezującego występuje jako skutek wady czynnościowej, czy też organicznej.

Rielschowsky przychyliła się do zdania, że amblyopia u zezujących jest pochodzenia czynnościowego, a nie organicznego. Przez przymusowe ćwiczenie oka zezującego można przywrócić we względnie krótkim czasie jego czynność normalną.

Amblyopia ex anopsia często występuje u takich osobników, którzy w dzieciństwie dłuższy czas zezowali (szczególniej przy zezie zbieżnym); natomiast w późniejszym wieku przy zezie rozbieżnym zazwyczaj do amblyopii nie dochodzi. Jednostronna amblyopia może też powstać i bez zezu, co absolutnie nie włącza możliwości powstania amblyopii także przy zezie jednostronnym. W niektórych przypadkach z wywiadów dowiadujemy się, że w dzieciństwie był zez, a później ustąpił. Dalej amblyopia może powstać przy wysokim stopniu ametropii. Duża rola w etiologii zezu odgrywa dziedziczność: prócz tego cały szereg przyczyn składać się może na powstanie zezu, a mianowicie: nieprawidłowości w refrakcji, niemożność prawidłowego zlewania obrazów, jednostronne osłabienie wzroku i t. n. Te poszczególne przyczyny mogą być odziedziczone; jeżeli jednak zdolność zlewania obrazów jest normalna — to zez nie występuje. Tem się tłumaczy, że jednostronna amblyopia u rodziców i poszczególnych dzieci raz z zezem, drugi raz bez niego wstępuje.

Stopień upośledzenia wzroku w oku zezujących zależy przede wszystkim od wieku, w którym zez powstał: im dziecko jest młodsze i im mniej aparat czuciowy jest rozwinięty, tem prędzej i w wyższym stopniu zanika czynność oka; natomiast przy póź-

niejszym wystąpieniu zeza — zaburzenia czynnościowe są znacznie łagodniejsze.

Dalsze prace nad powstawaniem oraz rozwojem zeza wykażą wycieczne, których trzymać się należy; są to kwestje bardzo ważne nie tylko z biologicznego punktu widzenia, ale również dla przyszłej terapii w tym kierunku. Kto zaprzecza możliwości powstania ambliopji na skutek zeza, nie ma potrzeby zastosować odpowiedniej kuracji zaraz po powstaniu zeza, zwłaszcza w przypadkach, przebiegających bez wysokiej ametropji. Nie ulega jednak wątpliwości, że dobre wyniki terapii zeza w pierwszych latach życia — są bardzo częste.

M. M a n t i n b a n d.

P. A. JAENSCH. Zachowanie się paracentralnych skotomatów oraz ich znaczenie prognostyczne w jaskrze przewlekłej. (Klin. Mon. f. Augenh. Wrzesień 1926).

W rokowaniu jaskry duże znaczenie winno się nadawać badaniu pola widzenia. Metoda tego badania została udoskonalona przez B j e r r u m a. S e i d e l w swej pracy wykazał, że obecność skotomatu, wychodzącego z okolicy plamki ślepej w formie skrzydła, jest jednym z najwcześniejszych objawów jaskry.

Rozróżniamy 2 typy skotomatów paracentralnych:

a) w kształcie ogona komety, przebiegającego nad lub pod punktem fiksacyjnym oraz kończącego się przy południku poziomym;

b) powstające z tych ostatnich *scotoma annulare*.

Wyżej wymienione skotomaty mogą powstawać przy granicach normalnych na obwodzie lub też zwężonych. Najwcześniejszą wypada funkcja części nosowej. Co się tyczy leczenia, to o konieczności lub zbędności operacji decyduje wielkość zagłębienia tarczowego, stopień ostrości wzroku, napięcie gałki ocznej oraz wynik badania pola widzenia. Póki ostrość wzroku oraz pole widzenia są normalne — można jaskrę zapalną przewlekłą leczyć konserwatywnie, natomiast przy widocznym pogarszaniu się sprawy chorobowej — należy jaknajszybciej przystąpić do operacji. Do wyboru mamy tu irydektomię, cyklodializę i trepanację według E l l i o t a. Co się zaś tyczy przypadków jaskry prostej — to tutaj po irydektomji występuje pewne pogorszenie się ostrości wzroku. Po trepanacji, jak twierdzi J a e n s c h, stan taki nie zachodzi. Nieliczni chorzy, u których na jednym oku wykonano irydektomię, na drugim zaś trepanację, wykazywały lepsze pole widzenia na oku trepanowanym. Z tego też wynika, że w tych postaciach jaskry — trepanacja ma pierwszeństwo przed irydektomją.

1) Gdy przy leczeniu konserwatywnem jaskry prostej widzimy pogorszenie się stanu — powinniśmy i tu wykonać trepanację, która jest w stanie utrzymać wzrok choremu w ciągu całych lat;

2) im bliżej punktu fiksacyjnego mieści się skotomat, tem gorsze będzie rokowanie — nie jest to jednak przeciwwskazanie do wykonania operacji.

M. M a n t i n b a n d.

R. SEEFELDER. O niepożądanem działaniu ubocznem maści w oku i sąsiedztwie. (Wien. Klin. Woch. Nr. 1, 1927).

Stosowanie lekarstw w postaci maści jest bardzo rozpowszechnione w okulistyce, wobec czego bardzo ważnem byłoby wiedzieć, dlaczego w niektórych przypadkach maść może wywołać nadzwyczaj silne podrażnienie, jak samego oka, tak i części otaczających, przebiegające w postaci pryszczycy z obrzękiem i krostami.

Ze sam lek, zawarty w maści, nie odgrywa tu roli, świadczy o tem spostrzeżenie, że podrażnienie może wywołać np. słaba maść nowiformowa, a wiadomo przecież, że sam nowiform ani oka, ani skóry nie drażni, nawet w silnych dawkach. np. 20%.

Z pewnością odgrywają tu główną rolę części składowe maści jako takiej, chociaż badania chemiczno-farmakologiczne zazwyczaj nie wykazywały żadnych pierwiastków drażniących. Zresztą, ta sama maść, która wywołała podrażnienie u jednego osobnika, bywa doskonale znoszona przez setki innych. U osobników zaś wrażliwych niekiedy ta sama maść nowiformowa, przygotowana gdzieindziej, podrażnienia nie wywołuje.

Ponieważ badanie chemiczne maści nie wykazuje często przyczyny podrażnienia, a objawy występują niekiedy nawet w miejscach, które z maścią się nawet nie stykały, autor przypuszcza, że maść może zawierać nieznanne chemicznie czynniki, na które niektóre osobniki są specjalnie wrażliwe, a wrażliwość ta ma cechy konstytucjonalne. Pogląd ten zgadza się z poglądem większości dermatologów na powstawanie pryszczycy.

A. Z a m e n h o f.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ Henri CLAUDE. *Démence précoce et schizophrénie. Congrès des medecins alienistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* Genève — Lausanne 27 aout 1926.—Paris. 1926).

W referacie programowym na temat schizofrenji, wygłoszonym na zjeździe psychiatrów i neurologów w Genewie w roku 1926, usiłuje prof. Claude rozbić wielką grupę schizofrenji, stworzoną przez Bleulera, na dwie mniejsze jednostki nozologiczne: *dementia praecox* oraz schizofrenję.

Przez *dementia praecox* Claude rozumie cierpienie psychiczne, rozwijające się jak gdyby wskutek wyczerpania, infekcji, autointoksykacji na podłożu predysponowanego mniej wartościowego układu nerwowego u ludzi młodych, pozbawionych znamion wyraźnej konstytucji schizofrenicznej i nieobarczonych dziedzicznymi. Psychoza ta przejawia się w demencji globalnej (masowej), w upośledzeniu rozmaitych funkcji psychicznych, tworząc obraz nabytego idjotyzy, któremu towarzyszy szereg innych objawów, jak stany pobudzenia, depresji, urojeń, zamroczeń, omamów i t. p. w związku z procesem, odbywającym się w mózgowiu. Względna przewaga uszkodzeń, zlokalizowanych bądź w korze mózgowej, bądź też w jądrach podstawowych mózgu tłumaczy wielorakość objawów klinicznych, opisanych przez Kraepelina. Podkreślić przytem należy, że Claude, podobnie do innych autorów, między innymi i do Bleulera, uważa węzły podstawowe za siedlisko życia uczuciowego, popędów, woli, owych „ergij“, przeciwstawianych przez zurychskiego psychiatrę pierwotnym czynnościom psychicznym, jak np. pamięć, a lokalizowanych w korze mózgowej. Sprawy chorobowe w istocie mózgowej mogą bądź postępować, bądź cofać się, a nawet kończą się powrotem do zdrowia. Nasilenie sprawy chorobowej może wynikać z przypadkowych zaburzeń cyrkulacyjnych, lub toksycznych. Zawsze, według Claude'a *Dementia praecox*, odpowiadająca grupie hebefreno-katatycznej Kraepelina, jest schorzeniem organicznem mózgu.

Dementia praecox ma być postacią rzadszą, niż schizofrenja w sensie Claude'a. Termin schizofrenja pozostawia Claude dla tych przypadków, których etiologję upatruje autor nie w zmianach organicznych mózgowia, lecz w mechanizmach psychologicznych.

Na gruncie anormalnej dyspozycji konstytucji schizotypicznej wskutek urazów psychicznych rozwija się schizofrenja, przyczem odgrywają wybitną rolę przeżycia erotyczne i psychodynamika Freudowska. Urazy psychiczne powodują zahamowanie, wyłączenie ośrodków podkorowych, które są ogniskami „ergij“, stanowiących źródło impulsu dla aktywności psychicznej korowej. Przy dłuższem trwaniu cierpienia, wskutek działania czynników chorobotwórczych, jak toksyny egzo- i endogenne, wadliwe warunki higieniczne, zaburzenia psychiczne, nasilając się coraz bardziej, powodują głęboką prawdziwą demencję. W ten sposób schizofrenja, psychoza a *limine* bez podłoża organicznego, lub zrodzona li tylko przez czynniki psychobiologiczne, prowadzi niekiedy do demencji, autopsja zaś wykazuje pewne zmiany anatomopatologiczne.

Dementia praecox i schizofrenja są dla Claude'a jedno dwiema postaciami tego samego cierpienia; o symptomatologii i przebiegu w każdym przypadku decyduje czynnik bądź organiczny, bądź psychologiczny. Autor prócz częstych przypadków *dementia praecox* i schizofrenji odróżnia przypadki, w których dają się stwierdzić kombinacje powyższych momentów.

Do wniosków swoich autor dochodzi, korzystając z danych, dostarczonych przez różne metody badania: uwzględnia więc metodę anatomo-patologiczną, konstytucyjną, trzymając się koncepcji K r e t s c h m e r a, genealogiczną oraz psychologiczną w szerszym znaczeniu tego wyrazu, łącznie z metodą psychoanalityczną. Praca Claude'a stanowi wyraz dążeń do odgródnienia w etiologii i patogeniezie schizofrenji czynników organicznych od psychologicznych, odgraniczenie pojęć demencji w znaczeniu ośpienia w psychozach organicznych od t. zw. demencji schizofrenicznej w pojęciu Bleulera. Pod względem tych tendencji Claude idzie ręką w rękę przedewszystkiem z B e r z e m, aczkolwiek niemiecki psychiatra w pojęciu schizoidu i schizofrenji wkłada treść zupełnie inną.

Władysław M a t e c k i.

LEVADITI, NICOLAU i BAYARRI. *Etiologia cierpienia mózgu po szczepieniu ospy.* (Pr. Hev. Nr. 11, 1927).

Autorzy zadają sobie pytanie, czy istotnie zapalenie mózgu, notowane ostatnimi czasy w rozmaitych krajach, a występujące na

8—10 dzień po szczepieniu ospy ochronnem, zależy od zarazka ospowego? Twierdzenie takie pochodzi od Lukscha, Nettera, Turnbulla i Mc Yntoscha. Francuscy badacze starają się je obalić na drodze zarówno doświadczalnej, jak i teoretycznej. Doświadczenia ich polegały na szczepieniu neurowaskyny małpom pod skórę. Na 6 małp padło 3 pomiędzy 8—10 dniem jednak nie nastąpiło zakażenia ospowego, lecz jakoby wtórne — zarazkami pobocznymi. W mózgu tych małp nie wykryto zmian histologicznych. Szczepienie ich emulsji mózgowej pod skórę królikom dało wynik wyraźnie dodatni w jednym przypadku (zjawienie się wielu pęcherzyków na skórze), zaś w dwu innych — bardzo słabo dodatni. Z doświadczeń tych autorzy wysnuwają wniosek (zdaniem naszym zgola nieoczekiwany — ref.), że w układzie nerwowym padłych małp zarazek ospowy znajdował się w ilościach minimalnych niechorobotwórczych. Zresztą, w fakcie tym nie widzą nic osobliwego, gdyż oddawna wykryto drogą doświadczeń, iż w okresie występowania pęcherzyków ospowych wtórnych po szczepieniu ochronnem zarazek ospowy rozprzestrzenia się po całym organizmie, jest zatem i w układzie nerwowym.

Sądzić należy, że, jeśli zarazek ospowy, wprowadzony do skóry, przenika do układu nerwowego, to już wszelkie dalsze możliwości są do pomyślenia, niepodobna twierdzić a priori, że nie może się zdarzyć, iż w pewnych warunkach przeniknie on w ilościach większych, chorobotwórczych.

Również nie przekonywują argumenty autorów, dowodzące, że zmiany ospowe w mózgu zwierzęcia, wywołane szczepieniem zarazka ospowego wprost do mózgu, różnią się pod względem histopatologicznym od zmian, znajdujących u ludzi, zmarłych po szczepieniu ospy. Odmienny sposób zakażenia może decydować o różnicy obrazów histopatologicznych.

W konkluzji autorowie wypowiadają przypuszczenie, że przypadki kliniczne wybuchu zapalenia mózgu po szczepieniu ospy ochronnem zależą nie od zarazka ospowego, lecz od zarazka v. Economo, tkwiącego w stanie biernym w organizmie pacjenta i przeobrażającego się nagle w zarazek chorobotwórczy pod wpływem wprowadzenia nowego zarazka ospowego.

Twierdzenie takie Levaditi i Nicolau wypowiedzieli już w 1925 r. i poparli je następującymi doświadczeniami: na błonie śluzowej nosa królików składali zarazek v. Economo, nie wywoływał on choroby; dopiero po zaszczeniu dośkórnem ospy występowało zapalenie mózgu, wywołane przez zarazek v. Economo.

Doświadczenia te przemawiały na korzyść tezy autorów, która zresztą i teoretycznie wydaje się najprawdopodobniejsza.

Z chwilą jednak, kiedy w obecnej pracy autorzy stwierdzają, że zarazek ospowy przenika w istocie rzeczy do mózgu, zagadnienie, czy może on przeniknąć w ilości chorobotwórczej lub nawet śmiertelnej, nie jest, zdaniem naszym, ostatecznie rozstrzygnięte.

N. Z. Z.

WINTHER. Rozmiękczenie mózgu wieloogniskowe w cierpieniu Vaqueza. (Enceph. N. 8, 1924).

W cierpieniu Vaqueza (*polycythaemia megalosplenica*) obok objawów ogólnych istnieją i nerwowe, które często występują na plan pierwszy. Do rzędu ich należą: bóle i zawroty głowy, widzenie podwójne, niedowidzenie połowicze, zapalenie nerwu wzrokowego, paratomia itp. Zazwyczaj objawy nerwowe występują w widownię w sposób nagły i niezadko utrzymują się dłużej. Ciśnienie płynu mózgowordzeniowego bywa wzmożone. Przypadek opisywany dotyczy 49 let. chorego, który po 20 latach trwania choroby Vaqueza zaczął wykazywać braki psychiczne oraz apraksję lewostronną z afazją. W mózgu stwierdzono liczne ogniska rozmiękczenia.

N. Z. Z.

H. HOFF. i O. KAUDERS. O przewlekłym doświadczalnym zatruciu medinalem. (Z. f. d. Neur. u. Psy. 1926).

Zatrucie veronalem lub medinalem wywołuje ból i zawrót głowy, stan upojenia z zaburzeniem równowagi, mowę zamazaną, zamroczenie poczem senność, bezład ruchowy typu mózdkowego, drżenie, podwójne widzenie i oczopląs.

Zatrucie, wywołane doświadczalnie u psów, pozwoliło autorom ustalić zmiany histopatologiczne układu nerwowego. Stwierdzili, iż trucizny te działają wybiórczo na pewne skupienia komórek nerwowych: mianowicie oliwki dolne oraz szara istota wokół wodociągu Sylwjusza były głęboko zwyrodniałe. Natomiast nie uległy zmianie włóknna nerwowe oliwkowe, jak również i komórki Purkinjego.

Zc zmian tych w zestawieniu z objawami klinicznymi autorzy wyciągają wnioski co do roli odpowiednich ośrodków. Oliwki, zdaniem ich, mogą wywołać cały zespół bezładu, zaś szara istota wokół wodociągu Sylwjusza zarządza czynnością snu.

N. Z. Z.

LORENTZ. LOEWENHART i RESSE. Leczenie kily układu nerwowego tryparsamidem. (Z. f. d. g. N. u. P. 1925).

Autozy dzielą się z czytelnikiem czteroletniem w tej dziedzinie doświadczeniem. Wysli oni z założenia, że leczenie kily układu nerwowego winno zależeć od leków, nie tyle skierowanych przeciwko samemu krętkom, ile wywołujących silny odczyn ze strony narządów ustroju. Posługiwali się oni tryparsamidem (w ilości 3 gr), każdorazowo rozpuszczanym w świeżo dystylowanej wodzie. Leczenie prowadzono dożylnie. Zastrzyknięcia powtarzano co tydzień w ciągu 8 tygodni, poczem—szereg zastrzyknięć rtęci i przerwa 4-tygodn. Takich seryj stosowano kilka z rzędu. Skrupulatnie przestrzegano kontrolę moczu, wagi oraz krwi i płynu mózg.-rdz.

Metodą tą najlepiej leczono bezwład postępujący oraz wjad rdzenia.

Leczenie kily w okresie ostrym, kily trzeciorzędowej, zwłaszcza kily aorty nie dało tak dobrych wyników, jak to bywa przy stosowaniu salwarsanu.

Objawy przykre przy tem leczeniu mogą pochodzić ze strony nerwów wzrokowych (mroczi, osłabienie siły wzroku i t. d.), jednak dokładne badanie oczu wraz z ostrożnym stosowaniem leku pozwala ominąć te trudności; należy dawki zmniejszyć (dawki do 1 — 2 gr.) oraz podawać dożylnie tiosulfat sodu (Reese).

N. Z. Z.

Medycyna sądowa.

FOŁOMIN. Podział grup krwi u przestępców. (Arch. Kriminolog. i Sudieb. Mied. T. I. Z. 2 i 3 1927).

Na podstawie badania właściwości izoaglutynin krwi u 560 przestępców w porównaniu z krwią 500 żołnierzy, autor przychodzi do wniosku, że osobniki, popełniające przestępstwa, należą przeważnie do I i IV grupy krwi, przytem złodzieje przeważnie posiadają krew grupy I, mordercy zaś IV. Autor sądzi, że w większości przypadków u przestępców występuje pewne wrodzone usposobienie do przekroczenia prawa łącznie, co prawda, z niesprzyjającymi warunkami życiowymi. Poza tem zaznacza autor, że bardzo duża liczba przestępców przedstawia cechy konstytucji psychopatycznej, połączone z brakiem równowagi psychicznej i z niemożliwością przystosowania się do warunków życia codziennego.

W. Grzywo-Dąbrowski.

W. DELTET. Znaczenie badania grupy krwi dla medycyny sądowej. (Sudiebno-Miedzinska Ekspertoza 1926, Nr. 4).

Autor dochodzi do wniosku, że wskutek dziedziczenia grup krwi nie można stwierdzić ojcostwa za pomocą tej metody, natomiast w niektórych przypadkach można z zupełną pewnością wyłaczyć danego osobnika, jako ewentualnego ojca.

W. Grzywo-Dąbrowski.

ARAINSKAJA-IGNATOWA. Stwierdzenie, czy plama krwi jest krwią mężczyzny czy kobiety. (Arch. Kriminol. i Sudieb. Mied. T. I i 2 1926).

Autorka omawia znaczenie dla powyższego zagadnienia odczynów barwnych, zaproponowanych przez Monujłowa, Bierackiego i Dewitza. Jak się zdaje, podstawą tych odczynów jest proces utleniania, rozmaicie przebiegający we krwi kobiet i mężczyzn. Autorka przychodzi do wniosku, że odczyny te już obecnie mogą mieć znaczenie w medycynie sądowej, konieczne jest jednak dokładniejsze poznanie ich istoty i spreeczowanie techniki.

W. Grzywo-Dąbrowski.

USTINOW. Technika otrzymywania kryształów Teichmana. (Sud. Mied. Eksp. 1926, Nr. 4).

Wnioski autora są następujące: Przy koncentracji kwasu octowego poniżej 37 — 400 kryształy te nie występują; czasami występują one i bez ogrzewania preparatu, a czasami po dodaniu tylko samego kwasu octowego, bez soli kuchennej. Przy małej ilości barwnika krwi zmniejsza się liczba i wielkość kryształów, przy rozcieńczeniu krwi do 1:500 i więcej (koncentracja hemoglobiny poniżej 0,028%) zwykle już nie udawalo się otrzymać kryształów heminy. Z krwi zagotowanej można jeszcze otrzymać kryształy Teichmana, co już nie da się skutecznie z krwią, dotkniętą gniciem.

W. Grzywo-Dąbrowski.

N. POLAKOW. Stwierdzenie tożsamości osoby na podstawie badania włosów. (Sud. Mied. Eksp. 1926, Nr. 4).

Autor podkreśla szczególne znaczenie badania budowy włosów, a przede wszystkim: — istoty korowej, i radzi badanie to przeprowadzać na przekrojach podłużnych i poprzecznych.

W. Grzywo-Dąbrowski.

MARKOWIN. O uszkodzeniach worka osierdziowego i serca z punktu widzenia medycyny sądowej. (Sud. Mied. Eksp. 1926, Nr. 4).

Na podstawie 95 własnych przypadków sekcyjnych M. dochodzi do wniosków następujących: uszkodzenia serca w sensie sądowo-lekarskim należy zaliczać do kategorii uszkodzeń bezwzględnie śmiertelnych, przytem śmierć najczęściej następuje wskutek wykrwawienia, rzadziej z powodu temponady serca; w przypadkach samobójstw znajdowano czasami i kilka ran kłutych serca. W zranieniach z karabinów wojskowych serce zwykle ulegało rozszarpaniu; w przypadkach ran zadanych z rewolwerów (nagan) z bardzo bliskiej odległości, zdarzały się również rozerwania serca, lecz mniej znaczne, niż wskutek strzałów z karabinów.

W. Grzywo-Dąbrowski.

SIERIEBRIANNIKOW. O samopomocy rodzacych. (Arch. Kriminolog. i Sudiebn. Mied. Z. 1 z. 1 i 2, 1927).

Samopomoc u rodzących zdarza się bardzo rzadko, w każdym razie bardzo rzadko występują w związku z tem uszkodzenia na ciele noworodka. (Na podstawie naszego doświadczenia niezupełnie możemy z tem zgodzić się: w muzeum Z. M. S. posiadamy kilka bardzo ładnych preparatów zwłok noworodków, na których są wyraźne uszkodzenia, powstałe przy samopomocy rodzącej — przyp. sprawozd.). Autor przypisuje, że uszkodzenia, powstające przy samopomocy, są dość swoiste, i że czasami występują rozległe uszkodzenia kości twarzy. W opisywanym przypadku własnym, dotyczącym noworodka wagi 2950 gr., długości 49 cm. autor znalazł rozległe rozerwanie kości dolnej szczęki, poszarpanie miękkich tkanek policzka, otarcie naskórka i sińce na szyi, wylew krwawy do prawego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego (objaw Skrzeczki).

W. Grzywo-Dąbrowski.

KARDASZEW. Przypadek oderwania główki płodu przy nieuszkodzonym pęcherzu płodowym. (Sud. Mied. Eksp. 1926, Nr. 4).

U kobiety, która poroniła w 3-im miesiącu ciąży, znaleziono w pochwie całe jajo płodowe o nieuszkodzonych błonach. W jaju tem znajdował się płód 2½ miesięczny bez głowy, która, zupełnie oddzielona od tułowia, leżała obok płodu w pęcherzu płodowym. Po przeprowadzeniu badań porównawczych co do wytrzymałości błon płodowych i tkanek szyi płodu, autor doszedł do wniosku, że w przypadku tym oderwanie główki nastąpiło przy wywoływaniu poronienia za pomocą jakiegoś tępego narzędzia, wskutek czego miała miejsce dekapitacja, jajo płodowe zostało oderwane od swego podłoża. Błony płodowe, jako bardziej odporne, nie uległy natomiast uszkodzeniu.

W. Grzywo-Dąbrowski.

WROBLEWSKI. Poronienie z punktu widzenia sądowo-lekarskiego. (Arch. Kriminolog. i Sudiebn. Mied. T. 1 z. 2 i 3 1927).

Posługując się statystycznym materiałem Charkowa, autor stwierdza, że w ciągu 1925 r. przeprowadzono na drodze legalnej 5287 poronień, nielegalnych zaś poronień było znacznie więcej. W 91,2% roniące były mężatkami, zwykle sztucznie była przerywana trzecia ciąża. Niezamężne roniły tylko w 8,8% przypadków. Przyczyną poronień w ogromnej większości przypadków były warunki ekonomiczne i społeczne.

Autor stoi na stanowisku, że ze względu na ochronę życia płodu i niebezpieczeństwo depopulacji, należałoby karać kobiety, o ile ona bez wskazań, nielegalnie, wywoła u siebie poronienie. (Jak wiadomo, w Rosji Sowieckiej odpowiedzialność za poronienie grozi tylko w tych przypadkach, gdy dokona go nielekarz, wzgl. i lekarz będzie podlegał karze, jeśli wykona poronienie bez zgody ciężarnej, lub gdy poronienie pociągnie za sobą chorobę kobiety, wzgl. — gdy zostało ono dokonane w warunkach nieodpowiednich; z tego wynika, że sama kobieta za poronienie, u niej wywołane, nie jest karana. Przyp. sprawozd.).

W. Grzywo-Dąbrowski.

Wskazówki praktyczne.

— Beckmann zaleca *znieczulanie miejscowe do operacji pochwoowych*. Stosowana była ½% nowokaina lub 1/4—1/5% tutekaina, przedtem zastrzyknięcie morfiny. (Wien. Kl. Woch. 1927. Nr. 10.).

— Siegert przypisuje *wymioty ciężarnych* stanowi wagniętonicznemu skutkiem zmniejszenia ilości wapnia we krwi ciężarnych. Należy zatem powiększyć *dowóz wapnia* drogą jelitową lub pozajelitową oraz osłabić pobudliwość układu nerwowego matemi dawkami *bronu*. Odok tego leżenie w łóżku i głodówka w ciągu 3 dni.

(Ther. der Gegenw. 1927. Z. 3.).

— W *krztuścu* zaleca *Jenny Allonal*. Trzy dawki dziennie po ½ — 1 pastylki u osesków zmniejszają liczbę i natężenie napadów oraz sprowadzają spokojny sen. (Schweiz. med. Woch. 1927. N. 4).

— W *obręku śluzowym* u dzieci stosuje *Ochsenuis* następujące dawki *tyreoidyny*: w pierwszym roku życia do 0,1, w późniejszych latach do 0,3 dziennie. Dzieci odznaczają się jednak taką tolerancją względem tyreoidyny, że można im dawać i znacznie większe ilości. (Münch. med. Woch. 1927. N. 11).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z d. 27.I.27.

1. Hellin pokazał chłopca 10-letniego, u którego w przebiegu ostrego obustronnego zapalenia ucha środk. na tle influenzy, wystąpił, przy kilka dni trwającej cieplocie 39,50—400, *obręzek prawej okolicy skroniowej wraz z obrękiem powieki górnej i kąta oczoncosowego oraz wysadzeniem gałki ocznej*. Wyrostek sutkowy na dotyk nie bolesny, w obręku na skroni brak chębotania. Ruchomość gałki ocznej nieznacznie ograniczona. Język nie obłożony, stan ogólny, pomimo chwilowo występującego bredzenia, dobry. Chłopiec był skierowany do szpitala dla dokonania operacji na wyrostku, my-

ślano nawet o zakrzepie zatoki jamistej. H. stwierdził obecność ropy w jamie nosowej w typowym miejscu i przyszedł do wniosku, że powyższe objawy są zależne od zapalenia kości sitowej, a nie ucha środkowego, tem więcej, że wygląd błony bębenkowej i wydzielana z ucha ropa również nie przemawiały za powikłaniem w wyrostku. H. ograniczył się do otwarcia ropnia za pomocą małego cięcia ze strony zewnętrznej, i chłopiec wyzdrowiał.

Pokaz miał na celu z jednej strony wykazanie, jak niekiedy dość trudne może być rozpoznanie i wskazanie do zabiegu przy pewnych powikłaniach w przebiegu zapalenia ucha środkowego, z drugiej zaś strony, w związku z poprzednimi dwoma pokazami kol. Hellina, świadczy, że wbrew rozpowszechnionym poglądom często drobny zabieg wystarcza tu, by nastąpiło wyzdrowienie.

Dyskusja.

Dobrowolski obserwował chorego, przedstawionego przez kol. Heilina, w szpitalu w ciągu paru dni trzy tygodnie temu; spostrzegł u chłopca ostre ropne zapalenie l. ucha środk. z podniesioną ciepłotą, bólami w uchu i obrzękiem okolicy kości licowej i oka lewego. Obrzęki oka Dobrowolski stawiał w zależności od zatrzymania się ropy w jamie bębnekowej i przejścia sławy na kości licowej, tembardziej, że po wykonaniu paracentezy i obfitem wydzieleniu się ropy z ucha, obrzęki okolicy oka i kości licowej znacznie opadły.

B. Chorążycycki zapytuje, czy można było za pomocą zgłębnika ustalić związek między ropniem zewnętrznym a kością sitową. Ch. obserwował w przebiegu inwazyjnym wytrzeszcz oka i obrzęk powieki wskutk ropnia podokostnowego górnej ściany oczodołu.

Hollin uważa, że obecność ropy w jamie nosowej przemawia niewątpliwie za zajęciem kości sitowej.

2. Karbowski. 1) Pokaz chorego, który od kilku lat cierpiał na szum w uszach, przytępienie słuchu i bóle głowy. Od roku 1924 chory miał okresy obniżenia słuchu do tego stopnia, że słyszał tylko głośnie rozmowę na bliską odległość. Badanie wykazało: *pars tensa* błony zachowana, wciągnięta, zmętniała; *pars flaccida* obustronnie przedziurawiona; z małych otworów wydobywają się *masy perlaka*. Słuch: szept $\frac{1}{2}$ metra.

W roku 1926 K. operował chorego przez przewód, w znieczuleniu miejscowym. Uchyłki zostały szeroko otwarte — perliste masy usunięte. Demonstrowany chory jest już 8 miesięcy po operacji. Samopoczucie chorego dobre. Badanie otoskopowe wykazało: uchyłki jam bębnekowych szeroko otwarte, główki młoteczków są zniszczone częściowo, kowadełka zachowane. Słuch 5—6 metrów szeptu obustronnie, górna granica normalna, dolna granica G2.

II) Pokaz chorego, demonstrowanego już na jednym z poprzednich posiedzeń z niezupełnie jeszcze zabliznącą jamą pooperacyjną. Obecnie 6 tygodni po operacji; ucho jest zupełnie wygojone.

Dyskusja.

Koenigstein w dyskusji nad przypadkami Karbowskiego, mówi z uznaniem o technice i wyniku po operacji perlaków przez przewód słuchowy, podnosi dobry słuch u chorego z obustronną operacją. K. nie uważa jednak, by metoda ta zyskała sobie prawa obywatelstwa, gdyż przeczy ona zasadom chirurgji, która żąda operowania „a ciel ouvert“. K. bardzo wątpi, czy uda się przez przewód słuchowy usunąć ogniska chorobowe i perlaki, zalegające w komórkach około jamy sutkowej, i dlatego nie rokuje przyszłości metodzie, którą stosuje między innymi Karbowski.

O całkowitem wyleczeniu sprawy ropnej będzie można mówić wtedy, gdy po upływie dłuższego czasu nie będzie nawrotu.

B. Chorążycycki uważa, że zabieg, wykonany przez kol. K., jest tylko uzupełnieniem leczenia konserwatywnego spraw ropnych uchyłką nadbębnekową, które dobrze się dają leczyć i bez zastosowania dłotka przez przewód. Zresztą K. usuwa za pomocą dłotka minimalne kawałki substancji kostnej.

Karbowski w odpowiedzi na uwagi w dyskusji K. zwraca uwagę na te cierpienia uszne, które mają swoje umiejscowienie w bocznej części uchyłki, w tej części, która nie łączy się z jamą bębnekową. Są to perlaki typu Erdheimera i próchnica kosteczek słuchowych. Tego rodzaju przewlekłe cierpienia uszne należy operować przez przewód słuchowy uszny zewnętrzny. Co się tyczy zarzutu Dr. Chorążycyckiego, że operacja przez przewód jest dłubaniem, to tego rodzaju zarzut nie zmienia istoty poruszonego tematu. Chirurgja polega nie na odbijaniu dużych kawałków kości, lecz na efekcie zastosowanego zabiegu.

3. Mackiewicz. Chora, lat 50, *połknęła ość* (szczękę sandacza) o godz. 3 popoł. 7.I.1927 r. Uczuwszy dotkliwy ból w okolicy mostka, udała się wieczorem do Szpitala na Czystem na oddz. Dr. Lublinera. Roentgen wykazał obecność obcego ciała na wysokości środkowej części przelyku. Po znieczuleniu, za pomocą ezofagoscopu zauważono na odległości 23 cm. od siekaczy ciało obce perłowo-szarawego koloru, które, wskutek utkwienia ostrymi końcami z obydwu stron w błonie śluzowej przelyku, nie udało się odrazu usunąć. Dopiero bocznymi ruchami zepchnięto górny koniec ości wdół, poczem wydobyto ość w całości. Kształt ości—równoległobok z ostrym wystającym końcem ku dołowi. Wymiary: 5 cm. \times 2,5 cm. Poprzedni wymiar leżał w płaszczyźnie czołowej, wystający koniec tkwił w błonie śluzowej przelyku po stronie prawej ku dołowi.

4. Lubliner zademonstrował część rurki tracheotomijnej, która wpadła po odlamaniu się od tarczy do oskrzela głównego prawego. Usunięto rurkę za pomocą bronchoskopu dopiero po dwukrotnych nieudanych próbach.

Rurka przeleżała w oskrzelu przez dwa tygodnie.

Dyskusja.

Koenigstein akcentuje dużą tolerancję przelyku i znacząca, iż ciało obce pozostawać może przez czas dłuższy w przelyku bez przeszkody dla pacjenta, jak tego dowodzi rzadki przypadek w literaturze, opisany przez K. w swoim czasie, kiedy proteza zębowa przez kilka lat pozostawała w przelyku u chorej, i gay dopiero wystąpiły objawy porażenia nerwu zwrotnego, K. wykrył za pomocą ezofagoscopu ciało obce oraz przetokę przelykowo-tchawicową. Co się tyczy tolerancji dróg oddechowych, to K. przypomina przypadek aspirowania kości do oskrzela, opisany w swoim czasie przez Grossmanna z Wiednia. W przypadku tym kość po kilku miesiącach została podczas napadu kaszlu wykrztuszona. W tym przypadku obce ciało niewyrządziło choremu żadnej szkody.

Kmita, wspomina o aspiracji kości podczas jedzenia, która leżała 5—6 miesięcy w drogach oddechowych.

Pieniążek: bez kontroli oka nie wolno usuwać ciał obcych.

Lubliner odpowiada o usunięciu 2 groszy po 2 miesiącach za pomocą chwytacza monet i o otwarciu ropnia w oskrzelu 3 rzędu przy pomocy bronchoskopu przez Brueningsa.

Sekretarz: B. Chorążycycki.

Posiedzenie z d. 24.II.27.

1. Pęski. Chory Rt., lat 33, przed $\frac{1}{2}$ rokiem zwrócił się o poradę do lekarza z powodu tego, że na języku po stronie lewej w miejscu stykania się z 2-m zębem trzonowym zrobiła się niewielka ranka, która mu nieco dokuczala. Lekarz ordynujący zdjął kawaleczek tkanki z tego miejsca: mikroskop wykazał — *papilloma*. Wobec podejrzania złośliwości nowotworu było zastosowane leczenie radem w postaci igieł (?), głęboko włożonych w miąższ języka. P. widział chorego po raz pierwszy w trzy tygodnie po zastosowaniu radu. Na lewej połowie języka widać było rozległe owrządzenie, pokryte zamarwiałą tkanką ropiejącą. Owrządzenie sięgało nasady języka i przechodziło na przedni łuk podniebienny. Chory strasznie cierpiał, nie spał, nie mógł jeść; obfity ślinotok, silne bóle całej połowy głowy P. traktował stan obecny, jako następstwo działania radu. Leczenie symptomatyczne. Obecnie owrządzenie znacznie mniejsze, chory cierpi mniej, lecz u przedniego końca owrządzenia—twarde nacieczenie. Gruczoły chłonne nie są i nigdy nie były macalne. Jakie rozpoznanie? Co zrobić?

Dyskusja.

Dobrowolski uważa przypadek Pęskiego za b. ciekawy ze względu na to, że pod wpływem radu nowotwory złośliwe ulegają zwyrodnieniu przynajmniej na pewien okres czasu. Zaś w danym przypadku nowotwór, uważany za łagodny, nie tylko nie uległ zwyrodnieniu, lecz nabrał cech złośliwych. Już w ostatnich czasach kategorię stwierdzono, że nowotwory złośliwe w pewnych okolicznościach mogą powstawać wskutek długotrwałego drażnienia tkanek, tu więc rad okazałby się tym elementem drażniącym. Co się tyczy powstawania bolesnego owrządzenia na języku, to ono istotnie mogło być wywołane zbyt dużą dawką radu.

Karbowski: Ważna jest ilość zastosowanego radu.

Oppenheim: Język jest skłonny do nacieczeń, stwardnień.

Heilin widział kilka razy tego chorego i miał wrażenie (przed zastosowaniem radu), że ma do czynienia z nowotworem. Mały rozpad już wtedy był. Po radzie zniszczenie było znacznie większe. Rad bez Roentgena jest lepszy.

Pieniążek: Kol. Pęski zapytuje, co zrobić? z czym mamy do czynienia? Gruczoły nie są zajęte. Złośliwości nowotworowej nie widać tutaj. W przypadkach raka widzi się czasami naokoło coś w rodzaju brodawczaków. Może warto tutaj zastosować wypalenie rozżarzonem żelazem. W owrządzeniach rentgen., radowych i nowotworowych, proponują neutralizację przy pomocy soli i dwuwęglanu fosforu.

M. Hertz ma wrażenie, że stan terażniejszy jest efektem terapii po zastosowaniu za wielkich dawek radu. Rak dałby jednak obciążenie gruczołów. W Warszawie nie mamy jeszcze doświadczenia z dawkowaniem radu. Na nieudanych przypadkach uczymy się.

Lublinier. Przypadek jest wyjątkowy. Wiek i brak gruźli w początku przedstawiają się jak brodawczaki albo gruźlakobrodawczaki, w następstwie zaś okazują się rakami. Rad jest *sumnum therapiae*. Należało rozpocząć od Roentgena.

Hellin. Chory dawniej bardzo dużo palił.

Pieniążek. Przeżycie od łagodnych brodawczaków do złośliwych raków trwa długo.

2) Gumiński demonstruje chłopca lat 10, który w końcu listopada r. ub. zachorował nagle wśród objawów wysokiej temperatury, dreszczy, bólu gardła i głowy. W organach wewnętrznych zmian nie stwierdzono; wysypki nie było; w gardle — objawy poczynającej się anginy. W najbliższych dniach stan ogólny, ani gardła nie uległ poprawie. Badanie nalołów na obecność laseczników Loefflera dało wynik ujemny. Wystąpił natomiast bardzo silny obrzęk gruźli szyjnych, naloły rozprzeszczeniły się na łuki podniebienne, dalej stwierdzono wypływ ropy z nosa oraz obrzęk powiek prawego oka.

Przy badaniu w 10 dniu choroby okazało się, co następuje: dziecko anemiczne, bardzo wątłej budowy. Przytomność zachowana, dominowała jednak zupełna apatia. Ciepłota 39,9, tętno 112, miarowe, słabego napełnienia. Skarg żadnych. Śluzówka jamy ustnej blada; w gardle — od stropu jamy nosogardłowej aż do nagłośni (która jednak pozostała wolna) — wszędzie brudne szaro—żółte naloły, mocno przylegające, mało krwawiące. Wybitny obrzęk śluzówki muszli nosa, na których widać identyczne naloły. Obfity wyciek ropy z pod muszli środkowej prawej. Obrzęk powiek tejże strony; ruchy gałki nieutrudnione; widzenie zachowane (w normie). W 3 dni później objawy przemieszczenia gałki ku zewnątrz, wytrzeszcz, obrzmienie spojówki gałkowej, zniesienie ruchów gałki (ku wewnątrz). Dokonana punkcja (Doc. Melanowski) wykazała obecność ropy *pozagalkowego*. Nazajutrz operacja. W uspieniu eterem cięcie półkoliste u wewnątrzno-górnego brzegu oczodołu. Po odseparowaniu stwierdzono *ubytek kostny w obrębie ściany kości sitowej*. Otwór ten nieco rozszerzono hakiem — celem zabezpieczenia lepszego odpływu. Stan jednak nosa, gardła, zarówno, jak i stan ogólny nie uległ poprawie. W 20 dniu choroby rozwinęło się obustronne ropne zapalenie ucha środkowego. Naloły w gardle stopniowo zaczęły odpadać i ustąpiły po 3½ tygodniach. W 27 dniu choroby wywiązało się zapalenie nerek. Stan ogólny pogorszył się. Zapaść. Ilość moczu bardzo ograniczona; w ciągu następnych 2 dni bezmocz. Stopniowo ilość moczu się podnosi; moczk krwawy. W 37 dniu choroby występuje bolesność wyrostków sutkowych, ustępująca jednak w ciągu tygodnia. W 45 dniu choroby zjawia się obrzęk powłok w okolicy wypustu Santoriniego lewej kości skroniowej. Operacja. Znalezione ropień okołozatokowy, zakrzep w emisarjum oraz zmiany na ścianie zatoki. Ostatnia całkowicie pokryta ziarniną, nakłucie wykazało jednak krew płynną. Powrót do zdrowia. W danym przypadku z jednej strony mieliśmy do czynienia z niezwykle złośliwą postacią posocznico-ropniczą, która rozwinęła się w przebiegu *plonicy* o typie bezwysypkowym. Z drugiej strony podziwu godna jest niezwykle żywotność młodego organizmu.

Dyskusja.

Karłowski: jakie było dno oczu? W szkarlatynie jesteśmy w kłopotach, o ile mamy do czynienia z temp. septyczną, gdyż temp. może być zależna od gruźli.

3) Pieniążek przedstawił preparat, otrzymany na sekcji dziecka 11-o miesięcznego, przedstawiający nowotwór, który wychodził z tylnej części prawej zatoki Morgagniego.

Referat i dyskusja odłożone do następnego posiedzenia.

Sekretarz: B. Chorążycy.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

VI-ty Zjazd Francuski poświęcony gruźlicy.

P. Courmont. *Odczynny alergiczny w zakażeniu gruźliczym*. Znaczenie tych odczynów polega nie tylko na ich wartości rozpoznawczej, lecz i na doniosłości stosunku między zjawiskami alergii a zjawiskami anafilaksji, szczepienia i odporności. Odczynny alergiczny zaczyna występować dopiero po upływie pewnego okresu przedallergicznego od chwili zaszczepienia prątków Kocha. Okres ten jest niezbędny dla powstania w ustroju swoistych przeciwciał; wówczas wprowadzona tuberkulina wywołuje połączenie antygeny z przeciwciałem, warunkujące odczynny miejscowe, ogólne i ogniskowe. Do wystąpienia alergii zmiany gruźlicze nie są konieczne, wystarczy jeżeli ustrój asymilował antygen gruźliczy nawet nieczynny (bakterie martwe, wyciągi bakteryjne).

Powtarzanie szczepień tuberkulinowych ma różne działanie zależnie od momentu i szczepionej dawki. Najczęściej następuje przyspieszenie i nasilenie odczynu. Jeżeli dawka tuberkuliny jest duża i stale wzrasta, to prowadzi to do pewnego rodzaju przyzwyczajania, które nie jest odpornością.

Ze zjawisk zakażenia dodatkowego znany jest fenomen Arloinga (śmierć nagła zwierzęcia).

Szkodliwość zakażenia ponownego ujawnia się też przy wprowadzaniu prątków niejadowitych (Calmette) i prątków rzekomo-gruźliczych (Bocquet i Nègre). Szczepienie tuberkuliny nie wytwarza odporności ani względem gruźlicy, ani względem tuberkulinizacji. Wywoływane przez nie odczynny alergiczny zbliżają się poniekąd do odczynów anafilaktycznych.

Za pomocą zakażenia ponownego prątkami otrzymuje się albo typową anafilaksję (zjawisko Arloinga), albo odczynny, świadczący o powstaniu pewnego stanu odporności (zjawisko Kocha i t. p.).

(Presse Méd. 1927, Nr. 33).

H. Langer. *Podstawy i widoki szczepień ochronnych przeciwgruźliczych*. (Posiedzenie lutowe Berlińskiego Tow. Lek.).

Zarówno doświadczenia na zwierzętach, jak i sprostowania epidemiologiczne dowodzą, że zakażenie gruźlicą wywołuje pewnego rodzaju odporność. Wszystkie próby szczepienia ludzi za pomocą zwykłych prątków muszą odpaść, gdyż mogą okazać się szkodliwymi. Szczepienie Calmettea opiera się na ogólnej przyjętej zasadzie, że tylko żywe prątki mogą wywołać odporność. Posiłkuje się on sztucznie otrzymanymi szczepami niejadliwymi. Z dotychczasowych doniesień o rozlegle stosowanych u niemowląt szczepieniach wynika, że znacznie zmniejszyły one śmiertelność z gruźlicy. W stosunku do tych szczepień L. wysuwa zastrzeżenie co do niewyłączonej jeszcze możliwości ponownego wystąpienia jadowitości prątków (Löwenstein). Referent zaczął stosować swoją szczepionkę, otrzymaną drogą specjalnych hodowli z młodych prątków gruźliczych. Za pomocą szczepionki tej udało mu się wywołać u świńek morskich niewątpliwe objawy odporności. U ludzi szczepienie powodowało nadwrażliwość skórą, posiadającą wszystkie cechy prawdziwej alergii tuberkulinowej. Dotychczas szczepionkę Langerera zastosowano u 50 niemowląt, pochodzących z rodzin, cierpiących na otwartą gruźlicę. Zwykle 20 — 30% tych niemowląt ginie w ciągu pierwszego roku życia. W ciągu 3 lat żadne ze szczepionych dzieci nie zmarło i żadne nie wykazało zmian gruźliczych. Sprostowanie wykazało nieszkodliwość szczepionki. Szczepienie może być powtórzone, gdyż szczepionka zawiera prątki zabite.

L. J.

MEDYCyna Społeczna

Organizacja sanitarna powiatu Warszawskiego.

Podał

Konrad ORZECZOWSKI (Warszawa), lekarz powiatowy.

Powiat Warszawski zajmuje przestrzeń o powierzchni 1800 kl.² i jest położony na obydwu brzegach Wisły. Posiada on glebę przeważnie piaszczystą, miejscami bagnistą, w obecnym stanie mało nadającą

się do dobrej gospodarki rolnej. Jedynie południowo-zachodnia część powiatu posiada glebę gliniastą i więcej urodzajną.

Z ogólnej przestrzeni około 30% stanowią lasy lub też skarłowaciałe drzewa iglaste.

Ludność powiatu, wynosząca według spisu z 1921 roku 181.625 mieszkańców, jest niejednorodna. Przeważają rolnicy, którzy stanowią 60% ogólnej liczby mieszkańców, pozatem 15% przypada na rzemieślników, 15% na kupców, 10% na wyrobników i ludzi nieokreślonego zajęcia.

TABLICA Nr. 1
Ludność powiatu Warszawskiego.

	Razem	Płeć		Wyznanie					Narodowość			
		mężcz.	kobiety	Chrześcijaństwo			Niechrześcijaństwo		Polacy	Niemcy	Żydzi	Inni
				Katolicy	Protest.	Inni	Mojżesz.	Inni				
Miasta	42,021	19,451	22,570	26,166	1,009	370	14,416	60	29,848	147	11,838	188
Gminy	139,604	67,258	72,346	124,158	6,152	1,881	7,364	37	132,094	1844	4,868	786
Razem	181,625	86,709	94,916	150,324	7,161	2,251	21,780	97	161,942	1991	16,706	974

Pod względem administracyjnym powiat dzieli się na 23 gminy wiejskie i 5 miasteczek.

Najdalej od Warszawy położona część powiatu (m. Zakroczym), znajduje się w odległości 40 klm. i nie posiada kolei. Prócz tego 8 innych gmin wiejskich nie ma połączenia kolejowego ze stolicą. Urząd starościński znajduje się w Warszawie.

Stan sanitarny powiatu przedstawia się niekorzystnie. Brak jest kanalizacji i wodociągów (z wyjątkiem Konstancina), oczyszczanie osiedli odbywa się w sposób prymitywny; tylko w miasteczkach istnieją specjalne tabory miejskie do usuwania nieczystości, wsie zaś nie posiadają odpowiedniego typu i dostatecznej liczby ustępów.

Zaopatrzenie ludności w wodę pozostawia również wiele do życzenia.

Na całym terytorjum powiatu istnieje zaledwie 17 studzien artezyjskich i 1285 wierconych, niezbyt głębokich. Pozostałe 6592 są to płytkie studnie kopane, w dużym odsetku zupełnie nieodpowiednie. Jeśli zaś wziąć pod uwagę zły stan mieszkań, ciasnotę i bardzo niekulturalne ich utrzymanie, to należy przyznać, iż teren do pracy lekarza—higienisty jest olbrzymi.

Organizacja społeczno-sanitarna powiatu w powyższych warunkach nie jest rzeczą łatwą. Działalność nie może być skoncentrowana, jak to zwykle bywa, w mieście powiatowym, lecz musi być zorganizowana na obwodzie. Odczuwa się zupełny brak na miejscu sił inteligentnych i społecznie wyrobionych, któreby można wciągnąć do pracy społecznej, gdyż jednostki, przygotowane do tej pracy znajdują ujście dla swych aspiracji w pobliskiej Warszawie.

Z racji specyficznej konfiguracji powiatu organizacja szpitalna posiada również specjalne cechy i zamiast jednego większego szpitala w centrum, muszą być utrzymywane 3 szpitale na obwodzie (w Nowym Dworze, Pruszkowie, Otwocku). Prócz tego, zupełnie zrozumiałe dążenie ludności do szpitali warszawskich następczo poważne trudności i odbija się niekorzystnie na rozwoju szpitalnictwa miejscowego. Należy nadmienić, iż szpitale w Nowym Dworze i Pruszkowie posiadają po 4 oddziały: akuszeryjny, chirurgiczny, wewnętrzny i zakaźny, a szpital w Otwocku tylko dwa: zakaźny i gruźliczy. Ogólna liczba łóżek we wszystkich 3 szpitalach wynosi około 100.

Podział łóżek:

Zakaźnych: Wewn.: Chirurg.: Akuszer.

Nowy Dwór	10	15	10	5
Pruszków	10	15	5	5
Otwock	5	20	—	—
Razem	25	50	15	10

Cała praca sanitarna rozpada się na dwa działy, stykające się ze sobą, w rzeczywistości jednak niezależne od siebie. Pierwszy dział tworzy nadzór policyjno-sanitarny, wykonywany przez nadzorców sanitarnych, drugi zawiera różne działy medycyny zapobiegawczej, a ośrodkiem jego jest przychodnia.

Dla ułatwienia pracy sanitarno-administracyjnej powiat został podzielony na 4 okręgi, na czele każdego z nich został postawiony nadzorca sanitarny. Do zakresu działalności nadzorczy należy:

I. Walka z chorobami zakaźnymi.

a) Zbieranie wiadomości o chorych zakaźnych. Nadzorca winien pracować w ścisłym kontakcie z urzędnikami gminnymi, lekarzami wolnopraktykującymi, felczerami i wogóle z osobami, mającymi styczność z chorymi; tak zorganizowana praca ułatwi jaknajszysze otrzymanie wiadomości o wypadkach chorób zakaźnych. W razie zawiadomienia o chorobie zakaźnej, nadzorca winien niezwłocznie udać się na miejsce wypadku i działać w myśl instrukcji. Niezależnie od tego nadzorca winien sam wyszukiwać choroby podczas obchodu sanitarnego.

b) Czuwanie nad ogólną czystością, jako podstawą wszelkiej akcji przeciwepidemicznej. W tym celu nadzorca winien stale czuwać nad czystością studzien, jakością wody, usuwaniem nieczystości, ogólnym stanem podwórz i t. p. (patrz p. III).

c) Dezynfekcja zakażonych mieszkań. We wszystkich wypadkach, gdzie tego zachodzi potrzeba, powinien nadzorca wykonać bezwzględnie dezynfekcję, działając w razie oporu taktownie, lecz stanowczo.

Sposób wykonywania dezynfekcji przewidziany jest w osobnej instrukcji technicznej, z którą każdy dezynfektor winien być dokładnie obeznany. Zgodnie ze współczesnymi wymaganiami odkażenie odbywa się najczęściej drogą mechanicznego czyszczenia i stosowania rozczywnów (odkażanie formaliną jest stosowane rzadko). W wypadkach wątpliwych nadzorca winien

jaknajśpieszniej (telefonicznie) porozumieć się z lekarzem powiatowym.

Dezynfekcja końcowa lokalu, ubrań i sprzętów winna być wykonana w przypadku choroby zakaźnej przewidzianej regulaminem:

- 1) po przewiezieniu chorego do szpitala;
- 2) po zupełnym wyzdrowieniu chorego, pozostawionego w okresie choroby w domu. W tym przypadku należy się uprzednio porozumieć z lekarzem ordynującym i lekarzem powiatowym;
- 3) w razie zamknięcia szkoły lub innej instytucji publicznej na skutek choroby zakaźnej;
- 4) każdorazowo na zlecenie lekarza powiatowego.

Dezynfekcja bieżąca, na którą ostatnio kładzie się coraz większy nacisk, jest wykonywana przy łóżku chorego. Do obowiązków nadzorcę należy nauczyć kogoś z otoczenia chorego, jak tę dezynfekcję należy wykonywać.

d) Wyszukiwanie nosicieli zarazków (dotyczy to przede wszystkim tyfusu brzusznego, czerwonki, błonicy, malarji). W tym celu nadzorca zaznajamia się dokładnie z techniką pobierania próbek kału i krwi. Pobiera je każdorazowo u mieszkańców danego mieszkania lub domu, gdzie miały miejsce powtórne wypadki tyfusu, a także i ozdrowieńców, którzy powrócili ze szpitala, jeśli w domu zdarzyły się nowe wypadki. Próby te przesyłane są w tym samym dniu do biura lekarza powiatowego.

II. Nadzór nad jakością środków żywności.

Nadzór nad jakością produktów spożywczych, sprzedawanych w sklepach, jatkach, na bazarach, straganach i t. p. według specjalnej instrukcji. Nadzór jest dokonywany przy współudziale policji i przedstawicieli samorządu, a cała praca jest prowadzona w ścisłej łączności z Państwowym Zakładem badania środków żywności.

Produkty do zbadania pobierane są w 2 próbkach: jedną, należycie opieczętowaną, wraz z protokołem pobrania, nadzorca możliwie jaknajszybciej przesyła do lekarza powiatowego, a drugą, również opieczętowaną, pozostawia do dyspozycji sprzedawcy.

W razie stwierdzenia zepsucia lub wyraźnej szkodliwości dany produkt zostaje wyłączony ze sprzedaży i poddany konfiskacie. Tutaj należy również wspomnieć o badaniach chemicznych i bakterjologicznych wody do picia.

W roku 1926 poddano analizie 148 próbek podejrzanych produktów spożywczych i przesłano do szczełowego badania 756 próbek wody z różnych studzien i zbiorników.

Doprowadziło to do wyeliminowania pewnej liczby studzien, zupełnie niezdatnych do użytku, oraz do remontu tych, w których woda wykazała mniejsze lub większe zanieczyszczenie. Nadzór zaś nad obrotem i sprzedażą produktów spożywczych przyczynił się bezwątpienia do polepszenia jakości sprzedawanych artykułów.

III. Sprawy ogólno-sanitarne.

a) Obchody sanitarne podwórz, placów publicznych, połączone z oględzinami studzien, ustępów, śmietników i t. p.

b) Oględziny sanitarne sklepów spożywczych,

bazarów, jatek, straganów i sprawdzanie ogólnej czystości.

c) Zwiedzanie zakładów przemysłowych, miejsc kąpielowych, mykw, zakładów fryzjerskich i t. p.

Nadzorcę sanitarni obowiązani są dokonywać tych obchodów sanitarnych przynajmniej raz na tydzień w miasteczkach, raz na miesiąc w osadach i conajmniej raz na rok na wsi.

Obchód sanitarny jest dokonywany wspólnie z policją lub sołtysem i wójtem, ewentualnie z innym przedstawicielem samorządu. W tych miejscowościach, gdzie komisje działają sprawnie, nadzorca bierze udział w ich czynnościach i w tych przypadkach protokoly są redagowane wspólnie.

Obchodów w roku 1926 dokonano 368. Z obejrzanych posesyj 804 okazało się w takim stanie, że za nieporządki i nieczystości sporządzono protokoly. Z ogółu spraw — 588 zakwalifikowano, jako karne i skierowano do Sądu Pokoju, lub też przekazano z odpowiednim wnioskiem referentowi karno-administracyjnemu w starostwie. Nadzorca winien nie ustawać w zabiegach, aby ludność zrozumiała celowość wydanych zarządzeń i współdziałała w pracy nad ochroną zdrowia. W tym celu uprzejmem i taktownym postępowaniem winien dążyć do zjednania sobie zaufania miejscowej ludności, a przez odpowiednie wyjaśnienie przy każdej sposobności znaczenia czystości, odpowiednich warunków higienicznych i zapobiegania chorobom, wpływać nie tylko na polepszenie warunków zdrowotnych, lecz i na podniesienie ogólnego poziomu kultury ludności. Jakkolwiek opisana działalność nadzorców sanitarnych ma bardzo duże znaczenie, nie obejmuje ona najważniejszych zagadnień sanitarnych, nie uwzględnia opieki nad zdrowiem wtedy, kiedy przeciętny obywatel właśnie o niem nie myśli, bo choroba jeszcze nie dała mu się we znaki. Zadaniem służby zdrowia jest właśnie dbać o zdrowie obywatela od pierwszych chwil jego życia.

Rolę tę spełniają przychodnie. W chwili obecnej na terenie powiatu rozwija działalność 8 przychodni, każda z nich obejmuje 2 — 3 gminy. W najbliższej przeszłości liczba przychodni będzie podniesiona do 10, tak, że cały powiat będzie pokryty gęstą siecią instytucyj, które mają roztoczyć należytą opiekę nad zdrowiem całej ludności. Personel przychodni jest bardzo nieliczny, gdyż zwykle składa się z lekarza i pielęgniarki. Lekarz, poświęcający dziennie parę godzin przychodni, stoi na czele i jest odpowiedzialny za całokształt pracy, duszą jednak przychodni jest pielęgniarka — higienistka, zamieszkująca tam stale i będąca tym niezbędnym łącznikiem pomiędzy instytucją i ludnością. Ona to wynajduje chorych, skierowuje ich do przychodni, uświadamia w sprawach zdrowotnych, uczy, radzi, opiekuje się w razie choroby.

Pielęgniarka—higienistka ma być tym misjonarzem, idącym pomiędzy lud, by głosić zasady higieny i pouczać, jak należy chronić i pielęgnować zdrowie.

W przychodniach badanie chorych odbywa się 3 razy w tygodniu o pewnych określonych godzinach (dla różnego rodzaju chorych, inne godziny są przeznaczone dla chorych na gruźlicę inne dla jaglicy, jeszcze inne dla matek i niemowląt. Pozostałe 3 dni w tygodniu są przeznaczone na wywiady w domu chorego, na pogadanki, odczyty, dokonywanie szczepień ochron-

nych i badanie dzieci w szkołach. Czynione są usiłowania; by wszystkie przychodnie zaopatrzyć w przezoceza, lampy projekcyjne, aparaty kinowe i odpowiednią literaturę, wychodząc z założenia, że uświadamianie i propaganda są głównym zadaniem przychodni.

Wybitni działacze sanitarni zaznaczają, że ludność nie tyle jest niechętna, ile nie umie lub nie może korzystać z pomocy lekarskiej. Nie można więc patrzeć obojętnie na szerzenie się chorób zakaźnych ostrych i chronicznych, na przesady, ciemnotę i analfabetyzm w sprawach zdrowotnych, lecz trzeba iść pomiędzy masy, zorganizować walkę, dać im pomoc, spełniając w ten sposób obowiązek, jaki leży na lekarzu—społeczniku. Trzeba żywym słowem i czynem pouczać ludność, trzeba szkolić młode pokolenie i uświadamiać wszystkich, jak należy urządzić życie, by ono było zgodne z nowoczesnymi zasadami higieny.

To też święta Bożego Narodzenia, Nowy Rok, wakacje są wykorzystywane głównie na rozwinięcie energicznej propagandy wśród dzieci szkolnych, a za ich pośrednictwem wśród rodziców, przyjaciół i znajomych. We wszystkich przychodniach są organizowane uroczystości „choinek“, połączone z przezroczami, śpiewami, deklamacjami i propagandą na tematy z działu higieny.

Jest rzeczą bezsporną, iż w chwili obecnej najważniejszym naszym zadaniem jest rozpowszechnianie wśród szerokich mas zasad higieny, co się przyczyni do prawdziwego postępu naszego społeczeństwa w różnych dziedzinach życia.

Młodzież i młodzież szkolna zdradzają duże zainteresowanie urządzaniami przez przychodnie zabawami i biorą liczny udział w zebraniach.

Przeciętna liczba uczestników waha się od 100 do 300 osób.

W propagandzie podkreśla się znaczenie higieny osobistej, potrzebę czystości ciała i kąpielii. Jednocześnie dąży się do tego, by przy każdej przychodni założyć kąpieliska, tak, aby ludność miejscowa przynajmniej raz na miesiąc mogła się wykapać i dokładnie wymyć. Działwa szkolna w tych miejscowościach, gdzie są kąpieliska, jest masowo skierowywana do kąpielii za pośrednictwem władz szkolnych. W ten sposób można będzie propagandę poprzeć czynem, dając możliwość zastosowania w praktyce głoszonych zasad.

W chwili obecnej na całym terenie powiatu są załadowane 4 łazienki do użytku publicznego i 8 łazienek rytualnych dla ludności żydowskiej.

Każda z przychodni ma w swoim programie walkę z chorobami społecznymi, z których na pierwszy plan wysuwają się: gruźlica, jaglica i choroby weneryczne. Każdy pacjent, zgłaszający się do przychodni, otrzymuje odpowiednią pomoc i potrzebne wskazówki. Prócz tego pielęgniarka przychodni bada warunki mieszkaniowe chorego, udziela instrukcji i w razie potrzeby skierowuje pozostałych członków rodziny do przychodni dla dokonania oględzin lekarskich. Po pewnym czasie pielęgniarka odwiedza chorego powtórnie i sprawdza, czy zastosował się do otrzymanych wskazówek. Chorzy na gruźlicę, wymagający leczenia klimatycznego, są umieszczani w szpitalu sejmikowym w Otwocku. Dzieci szkolne, zagrożone gruźlicą, cierpiące na skazę limfatyczną i niedokrewność, są wysyłane przez przychodnie na kolonję letnią w Otwocku. Wyboru dzieci do-

konywują lekarze, w czasie oględzin przedwakacyjnych. Kolonja jest czynna w ciągu roku przez 2 miesiące. Dzieci są wysyłane w 2 partjach, każda na przeciąg jednego miesiąca. Liczba dzieci w każdym sezonie sięga 130. Prócz intensywnego odżywiania stosowane są na kolonji środki przyrdo-lecznicze: lampa kwarcowa, kąpiele słoneczne, werandowanie i t. p. Rezultaty pobytu i leczenia na kolonji są bardzo zadawalniające. Z pośród 235 dzieci, które były na kolonji w roku 1926, 160 opuściło ją ze znaczną poprawą.

Badanie lekarskie dzieci szkolnych i nadzór nad stanem sanitarnym pomieszczeń szkolnych odbywa się przy współudziale personelu nauczycielskiego. Nauczycielstwo, kształcąc umysły przyszłego pokolenia, ma jednocześnie obowiązek czuwania nad harmonijnym i wszechstronnym rozwojem organizmu dziecięcego. Będąc w ścisłym kontakcie z młodzieżą szkolną, nauczyciel łatwo może zauważyć pewne braki i nieprawidłowości w budowie każdej jednostki, jakoteż i pewne objawy chorobowe, wymagające leczenia. Zadaniem nauczycieli i nauczycielek jest nie ustalenie rozpoznania klinicznego, które wymaga zawodowego wykształcenia, lecz odnotowanie zauważonych defektów, zwrócenie uwagi na pewne braki dzieci szkolnych i skierowanie ich do lekarza. Dlatego też do wiadomości nauczycielstwa podawane są krótkie uwagi, dotyczące ważniejszych odchyśleń od normy, spotykanych u dzieci w wieku szkolnym. Personel nauczycielski wypełnia również niektóre rubryki w schematach, przeznaczonych dla inspekcji szkolnej (wiek dziecka, waga, wzrost, siła mięśniowa i t. p.).

W ten sposób lekarz, sprawujący opiekę lekarską nad młodzieżą szkolną, ma możliwość korzystania z cennych spostrzeżeń, robionych przez personel nauczycielski. Praktyka potwierdza ten pogląd. Dążeniem naszym jest zbadać każde dziecko przynajmniej trzy razy, t. j. przed przyjęciem do szkoły, podczas pobytu w szkole i przed jej ukończeniem.

Prócz systematycznego badania i leczenia wszystkich dzieci szkół powszechnych przez lekarza przychodni, przypadki chorób wśród dzieci, spotykane przez nauczycieli lub pielęgniarkę w ciągu całego roku, są skierowane do przychodni, do leczenia.

Działalność lecznicza i zapobiegawcza w szkołach może być podzielona na trzy kategorie:

- 1) wykrywanie u dzieci chorób i wad rozwojowych i walka z temi chorobami w zarodku,
- 2) stosowanie szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym,
- 3) walka z chorobami zakaźnymi i społecznymi,
- 4) propaganda higieny.

Badanie lekarskie i leczenie chorób skórnych, oka, ucha, nosa, gardła, płuc, serca, kości, stawów i gruczołów limfatycznych odbywa się w przychodni w asystencji pielęgniarki.

Przychodnie stosują szczepienia ochronne przeciw ospie, błonicy, płonicy i inne. W myśl naszych ustaw tylko szczepienie ospy jest obowiązkowe, inne natomiast mogą być dokonywane tylko za zgodą osób zainteresowanych. Jednak ludność bardzo chętnie poddaje się szczepieniom ochronnym, co bezsprzecznie należy przypisać dostatecznemu już spopularyzowaniu znaczenia szczepień. Ogółem w roku 1926 zaszczepiono 18.103 os.

W razie podejrzenia o chorobę zakaźną nauczyciel jest obowiązany odesłać dziecko do domu i powiadomić o tem pielęgniarkę przychodni, która udaje się do mieszkania c. rego, by zrobić odpowiedni wywiad.

Rozróżnienie chorób należy do lekarza leczącego, względnie powiatowego.

W razie ustalenia choroby zakaźnej dalsze postępowanie odbywa się w myśl obowiązujących przepisów. Otyczających walki z chorobami zakaźnymi.

W związku z inspekcją lekarską szkół niektóre przychodnie (w Łomiankach, Okuniewie) zorganizowały z pośród miejscowych najbardziej uspołecznionych obywateli komitet, mający za cel dożywianie dzieci słabych, wyraźnie niedokrewnych i wających poniżej normy. Odżywianie to bardzo skromne, bo polegające na wydawaniu szklanki mleka i kromki chleba na drugie śniadanie, okazało się w zastosowaniu bardzo pożyteczne. Koszty dożywiania pokrywane są z funduszków, zbieranych przez Komitet drogą dobrowolnych składek i od czasu do czasu urządzanych zbiórek.

Wreszcie, odpowiadając wielkim zapotrzebowaniom w sprawie higieny jamy ustnej, zorganizowano ruchomą klinikę dentystyczną, która co kilka miesięcy jest przerzucana z jednej przychodni do drugiej.

W 1926 r. 1039 dzieci szkolnych otrzymało pomoc dentystyczną w postaci plomb i różnych zabiegów. Lekarz—dentysta leczy i jednocześnie przy każdej sposobności uczy i udziela wskazówek, jak należy utrzymywać jamę ustną, by ochronić zęby przed zepsuciem.

Rozwijając nakreśloną działalność, przychodnia ma, jako cel wytknięty, wszechstronny rozwój młodzieży, młode pokolenie powinno wyrosnąć na silnych i zdrowych ludzi, wolnych od różnych wad organicznych i zdolnych do pracy na użytek społeczeństwa i kraju.

(Tablica 3 patrz str. 294)

Sprawozdanie liczbowe za rok 1926.

Troska o normalny przyrost ludności i o zdrowie przyszłych pokoleń, nakazywała roztoczyć racjonalną opiekę nad matką i niemowlęciem. To też przed kilku laty zorganizowano w 2 przychodniach: w Nieporęcie i Łomiankach punkty akuszeryjne i obsadzono je przez wyszkolone okuszerki. Pomoc przy porodach i opieka nad niemowlętami, znajdująca się dotychczas w rękach przesądnych i brudnych babek wiejskich i różnych partaczek, została skierowana na normalne tory. Prócz tego przy przychodniach w Konstancinie i Łomiankach poczyniono przygotowania do otwarcia stacji opieki nad dzieckiem i matką wraz z „Kroplą mleka“.

Najwyższą działalność rozwinęła stacja w Henrykowie, wchodząca w skład okręgu Nieporęckiego, istniejąca od r. 1924. Na czele jej stoi lekarz i pielęgniarka. Stacja roztacza opiekę nad niemowlętami i dziećmi w wieku od 0 do 3 lat i nad matkami w okresie ciąży.

Działalność stacji rozkłada się na 4 działy:

- a) dział porad,
- b) dział wywiadów domowych,
- c) dział dostarczania niemowlętom zdrowego pożywienia,
- d) dział udzielania pomocy materialnej kobietom ciężarnym.

Do działu porad należy rejestracja, perjodyczne badanie lekarskie tak matek oczekujących, jak i dzieci. Przyjęcia odbywają się 3 razy tygodniowo w godzinach popołudniowych. Dążeniem przychodni jest, by wszystkie niemowlęta i kobiety ciężarne z danego okręgu zostały zarejestrowane i znajdowały się pod stałym nadzorem lekarskim.

Rewizja lekarska dzieci polega na ważeniu, mierzeniu i wszechstronnem zbadaniu stanu zdrowia, przyczem są udzielane wskazówki z dziedziny odżywiania, wychowania i higieny; w razie potrzeby jest wyznaczane leczenie. Leczeniu podlegają przedewszystkiem choroby konstytucjonalne (krzywica, skaza wyśiękowa, zołży, niedokrewność i t. p.) i żołądkowo-jelitowe.

W zasadzie każde niemowlę winno być badane przynajmniej raz na miesiąc.

Nad dzieckiem należy roztoczyć opiekę, zanim ono jeszcze przyszło na świat — oto zasada, mająca znaczenie dla rozwoju przyszłych pokoleń, dla zachowania rasy.

Po zebraniu szczegółowych wywiadów o przebiegu ciąży matek ciężarnych, po zbadaniu płuc, serca, nerek i t. p. lekarz stacji dokonywa wymiarów miednicy, badania ułożenia płodu i w zależności od stanu badanej udziela wskazówek co do dalszego zachowania się podczas ciąży, ew. porodu lub też kieruje do specjalisty. Wywiady domowe prowadzone są przez pielęgniarkę—higienistkę, która odwiedza wszystkie zarejestrowane dzieci i matki jeden — dwa razy na miesiąc. Odwiedziny polegają na zaznajomieniu się z warunkami mieszkaniowymi, ekonomicznymi i stanem zdrowia dziecka. Równocześnie pielęgniarka kontroluje ścisłość wykonywania przez matkę przepisów lekarskich, w razie potrzeby udziela ponownych wskazówek, słowem, ma dozór nad rozwojem dziecka, jego zdrowiem i pielęgowaniem.

Odpowiednie pożywienie (mleko i mieszanki) mogą otrzymywać w przychodni wszystkie zarejestrowane dzieci, przedewszystkiem jednak uwzględnione są potrzeby dzieci, nie posiadających dobrego mleka w domu. Dzieci, sztucznie karmione i chore na zaburzenia żołądkowo-jelitowe, otaczane są pod tym względem podwójną opieką.

Mleko po sterylizacji wydawane jest podług przepisów lekarza przez ściśle określony czas, potem dziecko ponownie badane jest na stacji.

W r. 1926 korzystało z pożywienia przeciętnie od 10 do 25% dzieci zarejestrowanych. Za mleko pobierana jest opłata w wysokości zwrotu kosztu. Poza tem około 20% otrzymało mleko za pół ceny lub darmo.

Gotowanie i wydawanie mleka odbywa się codziennie w godzinach rannych pod kierunkiem higienistki.

Udzielanie pomocy materialnej ogranicza się do wydawania niewielkich wyprawek z materiałów białych, smoczków, mydła i lekarstw. Przedmioty te stacja wydaje matkom bezpłatnie lub za pewną opłatą w zależności od stanu materialnego zgłaszających się.

Sprawozdanie liczbowe z działalności stacji opieki nad matką i dzieckiem przedstawia się w sposób następujący.

TABLICA Nr. 2
a) Sprawozdanie liczbowe z działalności Przychodni Powiatowych za 1926 r.

Udzielono porad:

M I E J S C O W O Ś Ć	Gruźlica	Skaza limfaticzna	Malaria	Chor. wewn.	Chor. chirurg	Chor. skórne	Chor. kobiece	Chor. nerwowe	Chor. zakaźne	Chor. weneryczne		Chor. oczu	Razem	Szczepienia przeciw		Wywiady	Pogańdanki	Badania dzieci szkolnych
										lues	gonor.			szkarl.	ospie			
Konstancin	15	494	5	397	225	67	—	14	23	1	—	766	2007	4186	1012	43	43	1628
Łomianki	51	440	5	738	192	32	10	19	53	14	1	275	1980	579	1871	63	67	1474
Nieporęt	6	—	27	414	66	36	26	25	19	10	2	17	648	180	670	92	87	2300
Nowy Dwór	41	12	—	573	147	35	38	39	2	159	36	404	1486	2174	662	49	79	620
Okuniew	63	516	1	517	131	35	41	32	1	1	—	59	1397	820	1487	84	50	976
Zielonka (od 15/VIII)	49	381	47	117	76	21	2	3	—	—	1	124	821	4334	—	8	31	610
Raszyn (od 15/X)	1	2	2	88	20	9	11	18	1	—	—	2	154	128	—	9	10	380
Piaseczno	16	29	2	361	41	18	27	16	4	—	—	17	531	457	—	—	—	—
Ogółem	242	1874	89	3205	898	253	155	166	103	185	40	1764	8974	12858	5702	348	367	7988

b) Sprawozdanie liczbowe z działalności Kliniki Dentystycznej za 1926 rok.

M I E J S C O W O Ś Ć	Leczenie	Ekstrakcja	Plomby	Zdjęcia kamienia	Leczenia przyżytych dzieci	Ogólnalicyzba zabiegów	Caries	Pulpitis	Gangrana pulpa	Periodontitis et perostitis
Konstancin (od 1/IX)	594	120	154	45	929	994	76	120	226	13
Łomianki (od 1/XI)	45	38	43	2	110	128	51	15	9	35
Ogółem	639	158	197	47	1039	1122	127	135	235	48

TABLICA Nr. 3

Sprawozdanie z działalności stacji opieki nad matką i dzieckiem w Henrykowie za rok 1926

a) Ruch niemowląt i kobiet w ciąży.

NIEMOWLĘTA I KOBIETY W CIĄŻY										
W I E K	Pozostało na 1/1-26 r.	Zapisano w ciągu roku	Ogółem dzieci	Wypisano	Umarło	Pozostałe na 1/1-1927 r.	W tem dzieci chrześcijan	Żydowskich	Nieślubnych	Kobiet w ciąży
0 — 6 m.	36	67	103	2	4	21	21	—	1	—
6 — 12 m.	34	6	40	23	2	30	27	3	—	3
1 — 2 — 3 l.	30	3	33	44	4	50	35	15	4	3
Razem	100	76	176	69	6	101	83	18	5	6

b) Wykaz chorób zarejestrowanych u dzieci.

W I E K	Krzywica	Skaza wysiękowa	Gruźlica	Zaburzenia żołą. - jelitowe	Choroby dróg oddechowych	Choroby zakaźne	Inne choroby	Jakie	Wyprawki	Komplety gwiżdżkowe	Mydło
0 — 6 m.	9	13	—	44	25	3	44	Płatne	8	—	69
6 — 12 m.	15	10	1	25	30	3	41	Bezpłatne	23	37	9
1 — 2 — 3 l.	6	5	—	26	28	10	52	Razem	31	37	78
Razem	30	28	1	105	83	16	137				

c) Świadczenia

W I E K	M l e k o k r o w i e				Liczba porcyj wyjd. od 1/1 1926 do 1/1-1927 r.	Dzieci korzyst. od 1/1 1926 do 1/1 1927 r.	Przejęta liczba dzieci zapisanych w miesiącu
	Płatne	Polpłatne	1/4 płatne	Bezpłatne			
0 — 6 m.	185,450	200,250	39,300	227,350	9,270	107	—
6 — 12 m.	254,500	328,350	48,950	276,400	11,308	92	—
1 — 2 — 3 l.	118,800	180,650	49,750	297,850	8,365	91	—
Razem	558,750	709,250	138,000	801,600	28,943	290	24,2

d) Kuchnia mleczna (odżywianie).

- a) Ruch niemowląt i ciężarnych.
- b) Wykaz chorób.
- c) Odżywianie niemowląt.
- d) Świadczenia i wywiady.

Włączając działalność stacji opieki nad niemowlęciami i matką do ogólnego programu przychodni, wytwarzamy ciągłość i jednolitość pracy sanitarno-społecznej.

Rozpoczynając opiekę z zakresu higieny i profilaktyki od najważniejszego okresu życia ludzkiego i prowadząc ją poprzez okres niemowlęcy, dziecięcy, szkolny, opiekujemy się i pouczamy słowem i przykładem do możliwie najpóźniejszego wieku.

Wreszcie niema powodów, dla których przychodnia, w rozumieniu naszym, nie mogłaby przejąć całego programu służby zdrowia publicznego.

Sprawując czynności propagandowe i zapobiegawcze, przychodnia musi zwrócić uwagę na ogólne udrownienie warunków bytu ludności.

Budując łaźnie, przeprowadzając wszelkimi sposobami budowę wzorowych studzien, zmuszając do przestrzegania porządków sanitarnych, usuwania nieczystości, mając nadzór nad handlem produktami spożywczymi, dopilnowując izolacji chorych zakaźnych i dezynfekcji, przychodnia przejmie tem samem cały dział, należący obecnie do nadzorców sanitarnych i stanie się niejako filją powiatowego oddziału zdrowia. W myśl tego programu w powiecie warszawskim przekazuje się stopniowo przychodniom różne funkcje policyjno-sanitarne, przy jednoczesnej redukcji personelu nadzorców sanitarnych. Z chwilą, gdy sieć przychodni pokryje równomiernie powiat, dział inspekcji sanitarnej, dotychczas odrębny, ulegnie likwidacji. Wówczas organizacja sanitarna będzie jednolita i tania w stosunku do korzyści, jakie przynosi.

Aby zaś nadać całej organizacji sanitarnej cechy stałej egzystencji i położyć pod jej rozwój trwale podwaliny, zaprojektowana jest budowa własnych Domów Ludowych (w roku bieżącym pięć), w których będą umieszczone przychodnie, a poza tem dział kulturalno-oświatowy i wychowania fizycznego, wyposażony w nowoczesne urządzenia, jak radio, kinematograf, lampy projekcyjne, przezroczna, place do gier, urządzenia sportowe oraz bibliotekę.

Taki Dom Ludowy będzie nietylko ośrodkiem higieny, lecz i ośrodkiem kultury, promieniującym na daną okolicę.

Ludowemu Domowi Zdrowia będzie przyświecało hasło: „Niema kultury bez higieny i niema higieny bez kultury“.

Dotąd praca w powiecie prowadzona była wyłącznie za środki miejscowe, co zostało osiągnięte dzięki poparciu ze strony sejmiku warszawskiego, a przede wszystkim wydziału powiatowego z przewodniczącym na czele i szeregu obywateli, biorących czynny udział w życiu społecznym, a w tej akcji widzących wyraźną korzyść. Zrozumiałą jest rzeczą, że wprowadzenie w życie nakreślonego planu nie zostałoby urzeczywistnione, gdyby nie bardzo przychylny stosunek władz sanitarnych (II i III inst.) i gdyby nie poszczególni pracownicy wspomnianych instytucyj, oddający się pracy z wielkiem zaparciem się siebie i umiłowaniem sprawy.

W październiku r. ub. uzyskano subwencję w wysokości 25.000 zł. z fundacji Rockefellera w Nowym Yorku z jednoczesnym przyrzeczeniem subsydjowania organizacji sanitarnej nadal przez lat kilka. Pozwoliło to na zwiększenie całej akcji, na zaopatrzenie Wydziału Zdrowia w środki lokomocji (samochód), urządzenie biura (sekretarz, urzędnik do prowadzenia statystyki), co jest koniecznością dla normalnego rozwoju pracy, prowadzonej według pewnych zasad z kredką w rękę, a nie „z pamięci“ i według „intuicji“.

Szczegółowe zebranie danych statystycznych i należyte opracowanie da możliwość zorientowania się w całości kształcie pracy i rzuci światło na osiągnięte rezultaty.

Obecnie każda z przychodni zbiera dane, dotyczące urodzeń i zgonów z urzędów parafjalnych, jak również od urzędników stanu cywilnego w gminach i magistratach i przesyła je do starostwa. Materiał ten będzie szczegółowo opracowany wspólnie z wydziałem statystyczno-epidemiologicznym Państwowej Szkoły Higieny, tak z punktu widzenia naukowego, jak i dla celów praktycznych. Tylko prowadząc dokładną buchalterję pracy bieżące, można nią odpowiednio kierować.

Niech mi też wolno będzie na tem miejscu podziękować kierownikowi wydziału statystyczno-epidemiologicznego p. d-rowsi K a c p r z a k o w i za jego wydatną i zawsze życzliwą pomoc koleżeńską.

Wiadomości bieżące.

— Na IV Międzynarodowy Zjazd Medycyny i Farmacji Wojskowej, rozpoczynający się d. 30 b. m., nadesłano z 36 państw 45 referatów. Tematów głównych jest cztery, mianowicie: 1) Ewakuacja w wojnie ruchowej — referenci: Mjr. Dr. Guimaraes (Brazylja) oraz Płk. Dr. Grabowski i Mjr. Dr. Zawadowski (Polska). 2) Etiologia i profilaktyka grypy — referenci: Mjr. Dr. Jürgens (Danja) i Płk. Dr. Karwacki (Polska). 3) Następstwa uszkodzeń urazowych czaszki — referenci: Mjr. Dr. St. Aissopos i Mjr. Dr. Papastratigakis (Grecja) oraz Pułk. Dr. Węglowski (Polska). 4) Arsenobenzole — metody analizy i oceny chemicznej — referenci: Płk. Apt. Blumentals (Ło-

stwa) oraz Płk. Apt. Popławski i Dr. Weil (Polska). Biuro Zjazdu mieścić się będzie w gmachu b. Szkoły Podchorążych.

— W d. 4, 5 i 6 czerwca r. b. odbędzie się doroczny VII-my z kolei Zjazd psychiatrów polskich. Zjazd tegoroczny odbędzie się w Kołobrzegu pod pod Starogardem (Pomorze).

Tematy główne: I. Psychoza manjako-depresyjna (referenci: Prof. Borowiecki, Dr. Bornsztajn, Doc. Morawski, Dr. Piotrowski, Dr. Chłopiński, Dr. Luniewski); II. Dzieci anormalne (referenci: Dr. Th. Heller, Dr. Grzegorzewska, Dr. Wawrzynowski, Dr. Rozenblumówna, Dr. Sterling Wł.

— Ogólny Zjazd Higienistów Polskich w Poznaniu. Rozpoczynający się w dniu 28 czerwca w Poznaniu V Ogólny Zjazd Higienistów Polskich w Poznaniu wzbudził dzięki dwóm głównym, a tak aktualnym tematom obrad, poświęconym kwestji organizacji zdrowia publicznego i walce z kłęską mieszkaniową, zrozumiałe zainteresowanie w całym kraju.

Referaty na temat pierwszy zgłosili pp.: dr. Polak, prezes, Tow. Higienicznego („Zbiorowe wnioski Delegacji Stow. Samorządowych i Tow. Higienicznego”), inż. Rudolf, delegat Dep. Zdrowia Min. Spr. Wewn., i dr. Benni z Poznania („O poparcie stosunków zdrowotnych w samorządach”), prof. Karaffa-Korbutt z Wilna, dr. Wierusz z Poznania, dr. Szerzeniewski z Aleksandrowa Kuj. i dr. Janina Bortkiewiczówna z Wilna. Osobny referat obejmie przedstawienie wyników ankiety, dotyczącej postępów samorządów powiatowych w dziedzinie zdrowia.

Referat ten, jak i inne, zostanie zilustrowany licznymi fotografiami i rysunkami, które złożą się na specjalną wystawę, przygotowywaną przez Komitet dla uczestników Zjazdu.

Kłęska mieszkaniowa znajdzie wszechstronne i wyczerpujące omówienie w referatach pp. dr. Pawłowicza, delegata Min. Skarbu i Banku Gospodarstwa Krajowego, Strzeleckiego, delegata Min. Spraw Wewn. („O zagadnieniu samorządów w sprawie mieszkaniowej”), dr. Dobrzyńskiego („O rozbudowie miast”), w opinji referenta Ministerstwa Pracy i Opieki Społ., dr. Dobrzyńskiego („O rozbudowie Wiednia w świetle krytyki Kongresu planowania miast, odbytego w Wiedniu 1926 r.”), T. Toeplitza („O sprawie mieszkaniowej w Rzeczypospolitej”), dr. Janikowskiego, delegata Związku Stow. Właścicieli Nieruchomości, Raciążka z Poznania, inż. Rapczewskiego, dr. Boguckiego i inż. Słomińskiego („O budowie mieszkań w Warszawie”) oraz delegata Stow. „Lokator” w Łodzi.

Aczkolwiek spis ten referatów nie jest jeszcze kompletny, daje on pogląd na ogrom pracy i znaczenie Zjazdu, którego czterodniowe obrady odbędą się w stolicy Wielkopolski. Referaty zostaną uczestnikom Zjazdu, których liczba dojdzie niewątpliwie do pół tysiąca, rozesłane w drugiej połowie czerwca, a na samym Zjeździe od-

będzie się nad niemi tylko dyskusja. Wobec tego konieczne jest jak najwcześniejsze zgłaszanie uczestnictwa, gdyż listę zgłoszeń trzeba zamknąć około 10 czerwca.

Sekretarz generalny, p. radca Cybulski — Poznań, Aleje Marcinkowskiego 29 (Starostwo Krajowe) przyjmuje zgłoszenia i udziela wszelkich bliższych informacji, dotyczących Zjazdu.

Skarbnik, p. dyr. dr. Damm — Poznań, Aleje Marcinkowskiego 26 (Bank Związku Spółek Zarobkowych) przyjmuje na konto P. K. O. Poznań 204.715 składkę zjazdową, której wysokość ustalono na 15 zł. (w czym opłata za pamiętnik Zjazdu z referatami).

— IX Kongres Zoologiczny międzynarodowy, który się odbył w 1913 roku w Monaco, ustalili termin X Kongresu na rok 1916 w Budapeszcie. Ówczesne jednak wypadki wojenne przeszkodziły odbyciu się tego Kongresu w terminie oznaczonym i dopiero teraz po 14 latach zbiera się pierwszy powojenny międzynarodowy Kongres Zoologiczny w Budapeszcie w dniach 4—9 Września pod protektoratem Międzynarodowej Unji Nauk Biologicznych.

W szeregu sekcji ustalonych tymczasem prowizorycznie, a dotyczących się najróżnorodniejszych zagadnień biologicznych zasługuje na specjalną uwagę świata lekarskiego sekcja hodowli tkanek in vitro. Pierwszy to raz bowiem od chwili zapoczątkowania tej doniosłej dla nauk biologicznych metody zbiorą się uczeni z całego świata dla omówienia dotychczasowych wyników otrzymanych przez zastosowanie tej metody do różnych kwestyj biologicznych. Metoda hodowli tkanek stosowana była w dużej mierze do patologji, a w szczególności do badań nad nowotworami i osiągnęła już doniosłe niezwykle rezultaty. Kwestje te będą też bardzo obszernie omawiane na powyższym Zjeździe. Zjazd więc ten, a szczególnie sekcja hodowli tkanek, również i ze względu na osoby prelegentów jak Carrel, Harrison, R. Erdmann, Fischer i inni zainteresuje bezpośrednio sfery lekarskie.

Tymczasowy program sekcji hodowli tkanek podamy w następnym numerze.

TREŚĆ: W. PAUCHET. Chirurgja przewodu pokarmowego. Wrzody żołądka, dwunastnicy i jelita czczego. — S. ADAMOWICZ-
WA. Epidemja grypy 1926—1927 r. — G. PORTMANN. Leczenie chirurgiczne zawrotów głowy za pomocą otwarcia worka wchłonkowego (saccus endolymphaticus). — M. EIGER, F. GROSSMAN. i E. KLEMCZYNSKI. Badania interferometryczne krwi w ciąży i w raku. — H. KULIKOWSKA. Znaczenie próby benzydynamy w badaniach sądowo-lekarskich. (Dokończ.). — A. WIZEL i B. MARKUSZEWICZ. Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą. — R. HERTZ. W sprawie tegorocznej epidemji giypy. — M. BIRO. W sprawie przebiegu grypy. — K. BLÜTH. O Kardiazolu (Sfresz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — K. ORZECZOWSKI. Organizacja sanitarna powiatu warszawskiego. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: V. PAUCHET. Chirurgie digestive. Les ulcères gastriques, duodénaux et jejunaux. — S. ADAMOWICZ. L'épidémie de la grippe en 1926—1927. — G. PORTMAN. Le traitement chirurgical des vertiges par l'ouverture du sac endolymphatique. — M. EIGER, F. GROSSMAN et R. KLEMCZYNSKI. L'examen interférométrique du sang au cours de la grossesse et dans les cancers. — G. KULIKOWSKA. L'importance de l'examen à la benzidine dans la pratique médico-légale. (fin). — A. WIZEL. et R. MARKUSZEWICZ. Les premiers essais du traitement de la schizophrénie par la fièvre paludienne. — R. HERTZ. A propos de l'épidémie de la grippe en 1927. — M. BIRO. A propos de la clinique de la grippe. — K. BLÜTH. Sur le Cardiazole. (Rév. gén.). — K. ORZECZOWSKI. L'organisation sanitaire de l'arrondissement de Varsovie.

OD ADMINISTRACJI

„Warszawskie-Czasopismo Lekarskie” wychodzić będzie w r 1927 co dwa tygodnie.

Warunki prenumeraty:

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

Nowoprzybywający prenumeratorzy otrzymują rocznik z r 1926 za cenę 10 zł.

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

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

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

