

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 7

WARSZAWA, 5 KWIETNIA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O pograniczu chirurgiczno-internistycznym w gastrologji *).

(Temat do dyskusji).

Podał

Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

Niema dziedziny medycyny wewnętrznej, w którejby pogranicze wewnętrzno-chirurgiczne było tak rozległe, jak w dziedzinie cierpień przewodu pokarmowego. Niemal wszystkie cierpienia stanowią tu teren sporny, a to, co pozostaje poza jego obwodem, należy niemal bezspornie do chirurgji. Zachodzi więc pytanie, czy istnienie gastrologji, jako specjalności internistycznej, jest w tych warunkach wogóle uzasadnione, czy nie powinniśmy złożyć broni przed chirurgami i wykreślić gastrologję z ogólnej interny. Zagadnienie to staje się szczególnie aktualne w ostatnich czasach, kiedy chirurgja święci w tej dziedzinie okazałe i bardzo obiecujące tryumfy, podczas gdy medycyna wewnętrzna stoi na miejscu, nie tworząc niemal nic nowego poza masą oderwanych przyczynków, przeważnie opartych na bardzo wyszukanych metodach laboratoryjnych, zupełnie nieprzystosowanych do wymogów praktycznych. Jeżeli mówimy o tryumfach chirurgji, to tutaj musimy wnieść pewną poprawkę, mającą dla nas znaczenie zasadnicze, a mianowicie, że imponującym bezsprzecznie wynikiem bezpośrednim, niestety, bardzo często nie odpowiadają wyniki ostateczne, i żaden, najlepiej wykonany i najbardziej uzasadniony zabieg operacyjny nie chroni chorego od nawrotu cierpienia, względnie od wystąpienia właściwych danemu cierpieniu powikłań. A więc jest już trochę miejsca dla nas, internistów, choć miejsce to skromne i mało poczesne. Chirurgowie nie negując swych niepowodzeń, kuja z nich broń przeciw nam, twierdzą bowiem, że my przetrzymujemy chorych i skierowujemy ich do zabiegu zbyt późno — kiedy daleko posunięte zmiany uniemożliwiają już całkowite wyleczenie.

*) Odczyt wygłoszony w Tow. Gastrologicznem w Warszawie w marcu r. 1928.

Rozpatrzmy nieco dokładniej ten zarzut — gdyż o ile go nie potrafimy obalić, będziemy musieli dojść do wniosku, że działalność gastrologów-internistów jest nie tylko bezowocna, ale wręcz szkodliwa. Otóż przedewszystkiem musimy ustalić pojęcie, co należy rozumieć pod owem „za późno”. Każdy z nas wie niewątpliwie, że najcharakterystyczniejszą cechą cierpień przewodu pokarmowego jest zupełna rozbieżność pomiędzy objawami podmiotowymi i przedmiotowymi cierpienia a stopniem jego rozwoju i natężenia. Wadzie serca, posuniętej gruźlicy, czy zapaleniu nerek zawsze odpowiada zespół objawów przedmiotowych, dających się łatwo stwierdzić, towarzyszą im zawsze właściwe skargi podmiotowe. Zupełnie inaczej rzecz się ma z cierpieniami narządów trawienia. Wiemy, że tylko 5% osób, obarczonych kamcią żółciową cierpi na dolegliwości kamicze; badania Hardta i Grubera wykazują nam, jak nikły odsetek chorych, u których na stole sekcyjnym stwierdzono obecność blizn, a nawet wrzodów trawiennych miał dolegliwości z tego powodu; wiemy, że krwotok zależny od wrzodu zjawia się niekiedy, jak grom z jasnego nieba, u ludzi zupełnie zdrowych. Z drugiej zaś strony, jak często mamy do czynienia z chorymi, u których najskrupulatniejsze badanie nie wykazuje żadnych anatomicznych odchyżeń od normy, a mimo to chorzy ci cierpią bardzo. A zapytajmy chirurgów powie-
dzą nam oni, że często „autopsia in vivo” na stole operacyjnym najzupełniej przekreśla ich plany i poglądy, oparte na dokładnym i wszechstronnem badaniu przedoperacyjnym. Wobec tego, że w przebiegu cierpienia czas określa się podług pewnej kolejności występowania objawów, trudno mówić o tem, co jest zbyt wczesnie lub zbyt późno, skoro brak nam kardynalnej podstawy, jaką jest współrzędność między rozwojem cierpienia a występowaniem takich lub innych objawów.

Ale — powiedzą nam chirurgowie — istnieją jednak objawy, co do których niema już wątpliwości, że stanowią one wyraźne wskazanie do interwencji chirurgicznej. Do stwierdzenia tych objawów szczególnie powołana jest rentgenologia, która właściwie jest jedyną metodą, pozwalającą nam na dokładne i niewątpliwie stwierdzenie istnie-

nia zmian anatomicznych. Doniedawna zdawało się nam, że jednym z takich objawów decydujących jest „nisza”, niewątpliwy objaw wrzodu drażącego. A jednak i tu sprawa nie jest bezsporna, skoro Einhornowi udało się drogą leczenia konserwatywnego, za pomocą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy, uzdrowić 34 chorych, z tych kilku cieszyło się dobrem samopoczuciem przez 5 lat. U większości chorych „nisza” zniknęła całkowicie. A każdy z nas zna przypadki ciężkiego wrzodu trawiennego, czy kamicy żółciowej, w których kategorię sprzeciw chorego lub inne cierpienia uniemożliwiają nam skierowanie chorego do zabiegu — iluż z pośród tych chorych przez długie lata cieszy się zupełnym zdrowiem! Jeżeli świadomie zupełnie nie mówię tu o wyleczeniu tych chorych, to dlatego, że uważam, iż ani interniści, ani chirurdzy nie mają prawa mówić o wyleczeniu, skoro faktem jest, że żadna metoda lecznicza nie zabezpiecza od nawrotów cierpienia, i że warunki, prowadzące do powstawania nawrotów, są nam jeszcze absolutnie nieznane.

Jedynę, co w zarzutach stawianych przez chirurgów, jest, niestety, zupełnie uzasadnione, to nasza niemoc — nie jesteśmy bowiem w stanie panować nad przebiegiem cierpienia, wpływać zasadniczo na jego przebieg, a przede wszystkim bardzo mało wiemy o rokowaniu. Dlatego też tak trudna jest decyzja co do dalszych metod postępowania. Nie wiemy nic, co naszemu choremu da leczenie konserwatywne, a czego oczekiwać możemy po zabiegu. Skierowanie chorego do zabiegu to przeważnie pełne rezygnacji przyznanie się do własnej niemocy, a nie świadomość, czy tą drogą osiągniemy lepsze wyniki. Gdyby rzeczywiście imponującym bezpośrednim wynikiem chirurgicznym odpowiadały również pomyślnie wyniki trwałe, sprawa byłaby przesądzona. Ale tak, niestety, nie jest. Dowodzi tego doświadczenie internistów: iluż to chorych, zanotowanych u chirurgów, jako wyleczonych, szuka u nas pomocy z powodu tych samych, a nawet większych dolegliwości. Większość tych chorych nie chce więcej słyszeć o leczeniu u chirurga — nic więc dziwnego, że chirurgowie o nich nic nie wiedzą. Nie znaczy to jednak, aby chirurgia nie zdawała sobie sprawy z własnej niedoskonałości. Wystarczy uprzytomnić sobie historję postępowania chirurgicznego we wrzodzie żołądka. Po krótkim okresie tryumfu zespoleń następuje reakcja, spowodowana znaczną liczbą nawrotów wrzodu, względnie przypadków wrzodu jelita czczego. Powstaje nawet nowe cierpienie — choroba zspoleń, opisana przez chirurgów (Pribram). Zjawiają się efemerydy: zspoleń to z dłuższą, to z krótszą pętlą, zspoleń z wyłączeniem oddzielnika (Eiselsberg), aby ostatnio coraz zdecydowanie ustąpić miejsca metodom resekcyjnym. Niezliczona liczba tych metod, coraz większa ich radykalizacja, a wreszcie spostrzegane i w tych razach przypadki wrzodu jelita czczego świadczą o tem, że właściwej metody jeszcze nie znaleziono. Świeżo przybyła enerwacja — ustępstwo duchowi czasu — metoda teoretycznie najzupełniej uzasadniona. Ze jednak nigdzie niema większej rozbieżności między teorią a praktyką, niż w dziedzinie cierpienia przewodu pokarmowego, należy przeczekać lata całe, aby móc mówić o praktycznej wartości tego lub innego zabiegu.

Cechą zasadniczą zabiegu chirurgicznego jest,

że pociąga on za sobą pewne zmiany anatomiczne, morfologiczne. Odpowiednio do tego i całe rozumowanie chirurgów jest ściśle morfologiczne — widzą oni w zmianach anatomicznych, jeżeli nie istotę cierpienia, to przynajmniej zasadniczą przyczynę istnienia dolegliwości i zaburzeń. A że niema lepszej metody usunięcia zmian anatomicznych, niż drogą wycięcia lub przynajmniej wyeliminowania danej zmiany, zrozumiałem jest, że chirurg ufa głównie, jeżeli nie wyłącznie, potędze własnego noża i konsekwentnie dąży do metod najbardziej radykalnych. Tak długo, póki my, interniści, będziemy stali na tym samym, chirurgicznym punkcie widzenia, że zmiany anatomiczne są jedynie istotne, tak długo, póki naszym jedynym celem rozpoznawczym będzie ustalenie tych zmian, jak długo nie będziemy przy rozpoznawaniu wrzodu trawiennego czy kamicy żółciowej myśleli bodaj o niczem więcej, niż o określonym obrazie anatomo-patologicznym i dążyli jedynie do ścisłego jego umiejscowienia i określenia rozmiarów, tak długo słuszność całkowita będzie po stronie chirurgów, bo rozporządzają oni znacznie potężniejszymi środkami do zwalczania zmian anatomicznych, niżli my, interniści. A do jakiego stopnia owo myślenie anatomo-patologiczne wżarło się w nasze rozumowanie, niech świadczy fakt, że cierpienie tak częste, tak często stanowiące podłoże dla rozwoju wrzodu trawiennego, jak nieżyt żołądka i dwunastnicy, było prawie że negowane jedynie dlatego, że nie rozporządzaliśmy odpowiednim obrazem anatomo-patologicznym, dającym się stwierdzić na stole sekcyjnym. Właściwie dopiero chirurgom (Konjetzny) zawdzięczamy to, co wiemy o tem cierpieniu.

W ostatnich latach zarysowuje się coraz wyraźniej zwrot, dzięki któremu możemy się spodziewać, że i my, interniści, znajdziemy własny punkt oparcia, odmienny od właściwego chirurgom punktu wyjścia anatomicznego. Stajemy się coraz bardziej fizjologami, coraz więcej zaczynamy myśleć czynnościowo, dążyć do poznania mechanizmu cierpienia, prowadzącego do powstawania zmian czynnościowych i anatomicznych. Zmiany anatomiczne przestają być sednem, koło którego wszystko się skupia — abstrahując od zmian wtórnych, zajmują one stanowisko znacznie bardziej skromniejsze — bo zaburzenia czynnościowe stają obok nich jako kategoria zupełnie współrzedne, a niekiedy nawet i dominujące. Poprzednio, robiąc prawie całkowite wycięcie żołądka, wierzyliśmy, że leczymy przyczynowo, bo nie może być wrzodu żołądka tam, gdzie niema żołądka; dziś wiemy, że wycięcie żołądka uniemożliwia, co prawda, powstawanie zmian anatomicznych właściwych skazie wrzodowej — ale w jakim stopniu i w jakim kierunku wpływa to na cierpienie całego ustroju — skazę wrzodową, o tem jeszcze nic nie jesteśmy w stanie powiedzieć.

Różnemi drogami i różnemi metodami przenika do nas powoli myśl fizjologiczna. Zrazu nie porzuca ona jeszcze utartej drogi doszukiwania się zmian anatomicznych, tylko że znajdować się one mają poza żołądkiem, a oddziaływać nań drogą chorobliwie zmienionych odruchów. Singer widzi przyczynę wrzodu w gruźlicy płuc lub zmianach opon mózgowych i wywołanem przez nie schorzeniu nerwu błędnego. Holler mówi o zespole śródpierściowym, spowodowanym schorzeniem gruczołów wnekowych, jako przyczynę wrzodu. Dalej nieco

posuwa się R o e s l e. Twierdzi on, że pierwotne cierpienie (Quellaffektion) w jamie brzusznej lub poza nią może być źródłem patologicznych odruchów, jednak bez schorzenia odpowiednich nerwów układu roślinnego. Odruchy te wywołują cierpienia wtórne w innych narządach. Również B e r g m a n n widzi w zaburzeniach układu roślinnego przyczynę wrzodu. Wyzwała się on już całkowicie z wpływów myślenia anatomicznego, a przyczyny owych zaburzeń dopatruje się w pierwotnej właściwości ustrojowej układu roślinnego, objawiającej się w jego niesharmonizowanej działalności. M u e l l e r rozszerza to pojęcie, tworząc skazę naczyniowo-nerwicową w której obok wadliwych podniet nerwowych istnieje wadliwa budowa i praca drobnych naczyń. Wreszcie posuwamy się jeszcze dalej, ustalając wpływ niewątpliwej psychiki na zaburzenia czynnościowe w przewodzie pokarmowym. Doświadczenia z odruchami warunkowymi P a w ł o w a i jego szkoły, zmiany postaci żołądka, osiągnęte przez H e y e r a drogą hipnozy, otrzymywanie przez L a n g h e i n r i c h a drogą zadziałania psychicznego żółci, ściśle odpowiadającej rodzajowi zasugerowanych pokarmów (blada, rzadka pod wpływem sugestji pokarmów beztłuszczowych, ciemna w razie sugestji tłuszczów), otrzymana przez B a t h a i G l a s e r a leukocytoza pokarmowa po odpowiedniej sugestji, opisany przez K a u f m a n n a przypadek kilkakrotnych krwawych wymiotów pochodzenia psychicznego — oto kilka wybranych przykładów, upewniających nas o doniosłości wpływów psychicznych. Jest rzeczą oczywistą, że wpływy psychiczne szczególnie łatwo objawiają się w patologicznie zmienionych narządach — ale nie należy zmian tych utożsamiać ze zmianami anatomicznymi, a raczej traktować te ostatnie zmiany, jako skutek najprawdopodobniej ustrojowych zmian pierwotnych, stwarzających w danym narządzie *locus minoris resistentiae*.

Prowadzi to nas do rozpatrzenia drugiej grupy dociekań czynnościowych obok wyżej omówionych badań nad zaburzeniami nerwowymi w najszerszym zakresie tego pojęcia. B a u e r i A s c h n e r oraz S t r a u s s przeprowadzają badania nad konstytucją i dziedzicznością wrzodów trawiennych, T s c h e r n i n g ustala nawet związek z typem astenicznym pod względem somatycznym i właściwym dla tych chorych układem psychicznym. Zjawiają się badania nad znaczeniem gruczołów dokrewnych B a u e r wiąże skłonność do wrzodów z konstytucją hipoparatyreotyczną na tej zasadzie zalecają P a l l i e r i A l k a n stosowanie preparatów przytarczycy we wrzodzie. Całokształt zagadnienia wpływu gruczołów dokrewnych na przewod pokarmowy ujmuje B o e n h e i m, który stwierdza związek między zaburzeniami tarczycy a wrzodem trawiennym i biegunką, względnie zaparciem. O tem, że działalność żeńskich hormonów płciowych jest w ścisłym związku ze schorzeniami dróg żółciowych, poucza nas doświadczenie codziennie. Wiemy, jak często połów jest okresem, od którego datują się dolegliwości kamicze, wiemy, że w okresie menstruacyjnym często obserwowujemy nawroty spraw zapalnych w drogach żółciowych. Badania K a l k a i S c h o e n d u b e wykazują nam znowu doniosły wpływ przysadki mózgowej na wydzielanie żółci, kwasotę i ruchy żołądka.

Dalsza grupa badań, to badania chemiczne. Stwierdzono tą drogą, że w kamicy żółciowej mamy

we krwi hipercholesterynemję, S c h e r k stwierdza w wielu przypadkach wrzodu trawiennego wyraźną bilirubinemję; dużo prac poświęcono gospodarce chlorowej (H o l l e r) i wzajemnemu stosunkowi jonów wapnia i potasu w osoczu, wreszcie zmianom kolloidowym. Wkraczamy w ten sposób w najświeższą dziedzinę badań fizyczno-chemicznych. B a l i n t, C y t r o n b e r g stwierdzają zakwaszenie tkanek u chorych wrzodowych i tem tłumaczą niegojenie się wrzodu, gdyż, jak wiadomo, zakwaszenie tkanek utrudnia gojenie się ran, podczas gdy przesunięcie odczynu w kierunku zasadowym sprzyja gojeniu. Zakwaszenie to odpowiada przewodzie jonów wapnia, co, zdaniem B a l i n t a, równa się przewodzie układu parasympatycznego. Powstaje tu sprzeczność z poglądami K r a u s s a i Z o n d e k a. Podług tych autorów przewodzie układu parasympatycznego odpowiada nadmiar jonów potasu, który jest równoznaczny z przesunięciem odczynu tkanek w kierunku zasadowym; odwrotnie, przekwaszenie tkanek, a więc nadmiar jonów wapnia odpowiada przewodzie sympatycznej.

Nie jest to jedyna sprzeczność, z jaką się spotykamy w tej nowej jeszcze dla nas dziedzinie. Naodwrot, musimy powiedzieć, że niema tutaj prawie ani jednego doświadczenia, ani jednej teorii, którychby późniejsze badania nie podważały albo wręcz negowały. Mamy tu do czynienia jeszcze z zupełnym chaosem, całkowicie zrozumieliśmy, jeżeli zważymy, że stawiamy pierwsze kroki na nowym, nieznanym jeszcze terenie. Nie zdobyliśmy tu jeszcze mocnych podwalin, na których mogliśmy się śmiało oprzeć, nie mamy jeszcze kamieni probierczych, aby odróżnić spostrzeżenie przypadkowe od nowej prawdy. Nie w faktach i spostrzeżeniach, których nieznaczna część tu przytoczyłem, tkwi wartość nowych dociekań; być może, żadne z nich nie ostoi się przed krytyką czasu — ale w świadomości, że weszliśmy na nową drogę, że szukamy mechanizmu powstawania cierpienia, praw, jakim podlega jego rozwój. A kiedy poznamy te prawa, to nietylko twór anatomopatologiczny przestanie dla nas być czemś absolutnym, jedynie miarodajnym, ale będziemy znacznie śmieiej mogli sądzić o rokowaniu, a tem samem teren pograniczny znacznie się zwięzi. Wtedy pytanie, co czeka chorego w razie postępowania konserwatywnego lub operacyjnego nie będzie pozostawione wyłącznie naszej intuicji; nie będziemy zmuszeni mówić o niepowodzeniu leczenia wewnętrznego, jako wskazaniu operacyjnem, gdyż będziemy mogli zgóry ustalić, jakie postępowanie lecznicze ma większe szanse powodzenia.

Jesteśmy jeszcze bardzo oddaleni od tego ideału, myślenie fizjologiczne nie dojrzało jeszcze o tyle, abyśmy mogli wyciągać z niego niewątpliwe wnioski praktyczne. Obecnie jedyną niewątpliwą podstawą dla naszego postępowania pozostaje dążenie do możliwie dokładnego stwierdzenia sprawy anatomicznej, jako punktu wyjścia dla naszych rozważań i decyzji. Nic więc dziwnego, że obecnie coraz bardziej ustępujemy pola chirurgom, skoro jesteśmy zmuszeni myśleć chirurgicznie. Zmiana nastąpi wtedy, kiedy przestaniemy być anatomo-patologami, a staniemy się biologami, dla których jedynie poznanie praw rozwoju, kinetyka, a nie statyka cierpienia są miarodajne. Nie znaczy to bynajmniej, aby wtedy obraz anatomiczny str-

cił na wartości. Słusznie przestrzega przed tem Bergmann, który stwierdza, że podział cierpień na czynnościowe i organiczne jest fikcją szkodliwą. Zaburzenia czynnościowe i zmiany organiczne ściśle się uwarunkowują wzajemnie zadaniem nas, internistów, jest dokładne poznanie ich wzajemnej od siebie zależności. Goethe w Fauście powiada: „macie części w waszem ręku, a brak wam więzi duchowej“. Zadaniem badania czynnościowego jest odkrycie owej więzi i na tem polega pomyślny rozwój gastrologji internistycznej.

W wywodach powyższych mówiłem przeważnie o wrzodzie trawiennym, a to dlatego, że dagnostyka czynnościowa tego cierpienia jest znacznie bardziej posunięta, niż w innych cierpieniach. Zaznaczam jednak wyraźnie, że rozważania powyższe dotyczą wszystkich cierpień przewodu pokarmowego.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób nerwowych i wewnętrznych szpitala na Czystem w Warszawie.

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

O powikłaniach mózgowych po odrze.

Podali

L. E. BREGMAN (Warszawa) i K. PONCZ (Warszawa).

Schorzenia układu nerwowego ośrodkowego w związku z odrą występują względnie rzadko i dlatego też mało znane są ogółowi lekarzy, a wszak zasługują na uwagę zarówno pod względem patogenetycznym, jak i klinicznym.

Występują one bądź już w przebiegu odrzy (Nagels, Horvitt, Redlich, Todesco, Wohwill i inn.) bądź bezpośrednio lub w bardzo krótkim czasie po ustąpieniu wysypki (Bafe, Skoog, Hackel i inn.), lecz również i znacznie później — po paru tygodniach lub nawet paru miesiącach (Rollet, Graefe i inn.).

Bardzo rzadkie jest wystąpienie objawów mózgowych na samym początku choroby, jak nprz. w 3-cim przypadku Lusta: 1-go dnia gorączka, drgawki i niedowład połowiczny, najpierw wiotki potem spastyczny, a dopiero 4-go dnia wysypka odrowa. Najczęściej bywa tak, że po spadku ciepłoty następuje krótkotrwała, niekiedy tylko jednodniowa przerwa bezgorączkowa, a potem ponowne ciężkie zachorzenie z objawami mózgowymi.

Na uwagę zasługuje fakt, podkreślony również przez Lusta, że powikłania ze strony ośrodków mózgowych nie cechują bynajmniej ciężkich przypadków odrzy z objawami zatrucia ustroju lub z innymi powikłaniami, w chorobie tej spostrzeganiemi nprz. ze strony płuc lub uszu, wręcz przeciwnie, przebieg odrzy w przypadkach tych bywa zupełnie prawidłowy albo nawet raczej łagodny. Pod względem symptomatologicznym obrazy kliniczne mogą tu być różnorodne. Bardzo często na plan pierwszy wysuwają się objawy oponowe (Laroche, Renaud, Baster): sztywność karku, zamroczenie świadomości, wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, dodatnie objawy Kerniga i Brudzińskiego — brak jest w tych przypadkach objawów ogniskowych lub wyjątkowo występuje niedowład nerwu odwodzącego (Frozzi). W przypadkach tych autorzy skłonni są rozpoznawać surowicze zapalenie opon mózgowych (*meningitis serosa*). Jednakowoż w przeważającej liczbie przypadków zachorzenia układu ośrodkowego w związku

z odrą spotykamy cały szereg objawów ogniskowych, i obraz chorobowy skłania nas do rozpoznania zapalenia mózgu wzgl. mózgu i opon (*Encephalitis, resp. Meningoencephalitis*). W przypadkach, opisanych w dostępnym dla nas piśmiennictwie, znajdujemy zespoły różnorodne. Bafe podaje przypadki niedowładu połowicznego z zajęciem VII nerwu lub z afazją, poprzedzane częstokroć drgawkami kloniczno-tonicznymi, Bateman opisał porażenie połowiczne skrzyżowane (*Hemipl. cruciata* VII n. pr., kkl.), Espine i Petren porażenie obustronne (*diplegia resp. tetraplegia spastica*), Freund i Ric drgawki w kk jednej strony. Niektóre z tych przypadków z objawami porażenia połowicznego o cechach piramidowych zaliczyć można do postaci klinicznej, wyodrębnionej ongi przez Strümpfla p. n. „*Encephalitis spastica infantum*“.

Stosunkowo dość często w związku z odrą występują objawy ze strony dróg pozapiramidowych: twarz maskowata, zeszywnienie układu mięśniowego, mioklonja, ruchy płasawicze lub atetoidalne i t. p. Przypadki takie, w których pozatem występowała senność, spostrzegane w ostatnich czasach, rażąco przypominały obraz kliniczny nagminnego zapalenia mózgowia (*Encephalitis lethargica*).

Horwitt obserwował u dziecka z odrą pod koniec okresu wysypkowego senność, wzmożone napięcie wszystkich mięśni, mioklonję i ruchy płasawicze. Po miesiącu stan ogólny uległ poprawie; stwierdzono wówczas jednak objawy spastyczno-atakcyjne w kk.

F. Redlich opisuje 4-letnie dziecko, u którego w czasie odrzy pod koniec okresu wysypkowego stwierdził senność, twarz maskowatą, drgawki miokloniczne, ślepotę pochodzenia ośrodkowego. Po 2 tygodniach senność ustąpiła — wystąpiły natomiast drgania płasawicze i ogólny niepokój ruchowy. Przypadek ten po 3 tyg. zakończył się całkowitem wyzdrowieniem.

Ravenna opisuje 2 przypadki *polioencephalitis acutae* po odrze, w których obok niedowładu połowicznego obserwował senność, ruchy atetoidalne, ogólną sztywność mięśni.

Bardzo ciekawy przypadek opisał Lusta: u 6-letniego chłopca rozwija się bezpośrednio po odrze przy trwającej jeszcze gorączce 8-go dnia choroby stan letargiczny, przypominający całkowicie obrazy, spostrzegane w nagminnym zapaleniu mózgu; dziecko leżało spokojnie, z półotwartymi oczami, oddychało spokojnie, niczem się nie interesowało. Od czasu do czasu kolor twarzy się zmieniał, i występowały poty. Na wołanie oglądało się wokoło, ale odpowiedzi nie dawało. Stan taki trwał w przeciągu 2½ tyg., poczym dziecko wróciło do zdrowia. Po upływie 3 miesięcy wystąpiły napady snu, kładło się do łóżka i wnet zasypiało; gdy było poza domem częstokroć nie mogło już dojść do domu i zasypiało na ziemi; zdarzało się również, że dziecko odrazu bez zwiastunów padało i zasypiało.

Wreszcie w niektórych przypadkach przeważają objawy mózdkowe wzgl. ze strony pnia mózgowego. Kramer nprz. w 9 przypadkach po odrze spostrzegł bezład mózdkowy.

W wielu razach obok spraw mózgowych występują objawy, wskazujące na zajęcie rdzenia, a niekiedy cała sprawa chorobowa przebiega pod postacią czysto rdzeniową. W przypadku Wohllwilla obok ciężkich objawów mózgowych zanotowano objawy rdzeniowe — brak odruchów ścięgowych w kkd, objawy niedowładu kkd, zaburzenia pęcherzowe.

Bergensfeldt opisał trzy przypadki schorzenia rdzenia z porażeniem kkd i zaburzeniami w oddawaniu moczu. W jednym z nich rozwinęły się ciężkie objawy mózgowo—zamroczenie świadomości, sztywność karku, objaw Kerniga, spastyczne porażenie kk. i stopowstrząs; po paru dniach porażenie kkd. stało się wiotkie, tegoż samego dnia porażenie oddechu i śmierć. Również i Lust w jednym ze swoich przypadków spostrzegł najpierw obok wysokiej gorączki ciężkie objawy mózgowo: zamroczenie świadomości, wymioty, zwolnione oddziaływanie źrenic, oczośląs, zapalenie tarcz nn. wzrokowych, zaburzenia łykania, porażenie nerwu twarzowego, zaś po paru dniach przyłączyło się wiotkie porażenie kończyn, wskazujące na zajęcie rogów przednich (*polioencephalomyelitis*).

Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

Hegler znów w jednym przypadku odry już w 2-gim tygodniu choroby spostrzegł wyłącznie objawy rdzeniowe, składające się na obraz kliniczny poprzecznego zapalenia rdzenia (*myelitis transversa*): porażenie obu kkd, zaburzenia pęcherzowe, zniesienie odruchów ścięgowych i t. d. Podobny przypadek odry opisał Wohlwill: u 4-letniego dziecka w 5 dniu choroby obok wysokiej gorączki i senności zanotowano wiotkie porażenie obu kkd ze znacznym osłabieniem odruchów kolanowych oraz zniesieniem odruchów ze ścięgien Achillesa i z dodatnim objawem Babinskigo, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, brak było jakichkolwiek objawów oponowych i ogniskowych mózgowia. W płynie mózgowo-rdzeniowym, który wyciekał pod zwiększonym ciśnieniem, stwierdzono wybitną pleocytozę oraz zwiększoną ilość albumin i globulin (Nonne i Pandey). Na skutek porażenia ośrodków naczynio-ruchowego i oddechowego nastąpiła śmierć.

Na specjalne wyróżnienie zasługują przypadki, w których zajęte są nerwy wzrokowe. W wielu razach zostają one dotknięte wraz z wystąpieniem objawów mózgowych (Nagels, Redlich), w innych znowu zaburzenia wzrokowe występują jako objaw odosobniony (Graefe, Rollet, Nagels, Uthoff).

Rzadko spotykane są przypadki, rozpoczynające się od objawów zachorzenia opon i mózgu, później dopiero po ustąpieniu tych objawów występują zaburzenia wzrokowe (Nagels).

Stosunek odwrotny, jaki spostrzegaliśmy w przypadku, poniżej opisanym, t. j. najpierw zapalenie nn. wzrokowych, a dopiero później objawy mózgowo w piśmiennictwie dotąd nie był przez żadnego z autorów podany.

Obraz kliniczny schorzeń ośrodkowego układu nerwowego w związku z odrą bywa zwykle b. ciężki (Wohlwill, Hors, Ravenna, Bergensfeldt); objawy mózgowo, wzgl. rdzeniowe rozwijają się b. szybko, i niekiedy w ciągu kilku dni następuje zejście śmiertelne. Jednakże zejście niepomysłne zdarza się względnie rzadko, naogół zaś sprawy nas interesujące cechuje przebieg pomyślny, kończą

się one zupełnym wyzdrowieniem (Redlich, Ravenna, Kramer i inn.). To samo dotyczy ślepoty podrowej, która prawie zawsze ustępuje (Nagels, Graefe, F. Redlich).

Na naszym oddziale spostrzegaliśmy w ostatnim czasie 2 przypadki, których opis poniżej podajemy.

Przypadek I.

G. F., lat 11, zapisała się na oddział 6. IX. 1926 r. z powodu całkowitej ślepoty, która rozwinęła się w ciągu 2-ch dni. Przed miesiącem przechodziła odrę.

Stan obecny: Nie odróżnia światła od ciemności. Na dnie oczu zatarcie granic obu tarcz nn. wzrokowych i przekrwienie. Pozatem w zakresie narządów wewnętrznych i układu nerwowego zmian nie stwierdza się. Pł. m—rdz. i mocz b.z. Wassermann we krwi i pł. m—rdz. ujemny Rentgenogram czaszki zmian nie wykazuje.

Już po paru dniach wzrok wykazuje poprawę: chora odróżnia światło od ciemności, palce liczy z małej odległości, słabo orientuje się w barwach. Zaczyna chodzić (dotąd stale leżała) bez obcej pomocy, omija przeszkody. Stan taki trwa mniej więcej dwa tygodnie, poczym znów następuje pogorszenie wzroku, i znowu zaledwie odróżnia światło od ciemności. Po 5 dniach ponowne polepszenie—chodzi sama i liczy palce z odległości 1-go metra.

Badanie wziernikowe w tym czasie wykazuje obustronne zapalenie nn. wzrok. (*neuritis optica ambilat*), a nieco później stwierdziliśmy już lekki zanik z nieznacznym zatarciem tarcz, szczególnie w oku prawym, i minimalny odczyn źrenic na światło (*atrophia nn. optic. post neuritidem*). Połączając od 30. IX. poprawa wzroku stale postępuje. Chora chodzi, omijając swobodnie przeszkody, palce liczy i poznaje przedmioty z odległości metra dobrze, orientuje się w barwach. Badanie pola widzenia nie wykazało niedowidzenia połowiczego.

W tym czasie pokazaliśmy chorą w Warsz. Tow. Neurol. i na posiedzeniu naukowym lekarzy szpitalnych (p. Kw. klin. Szp. Star. Rok 1927, tom IV, lipiec, zeszyt III, str. 248).

W dwa tygodnie później chora doznaje napadów bólów głowy i wymiotów, które trwają w ciągu paru dni; po upływie tego czasu stwierdza się objawy patologiczne w kk: niedowład lkg oraz zupełny bezwład lkd z wzmocnionym napięciem mięśni, wzmocnieniem odruchów ścięgowych i brakiem odruchu podszewowego.

Po stronie prawej objawy atakcyjne oraz lekkie zaburzenia czucia głębokiego i dotykowego.

Objawy te stale narastają. Po upływie paru dni niedowład lkg przeszedł w całkowity bezwład z przykurczem w stawach łokciowym i napiętkowym. Objawy Jakobsona i Marinescoradovici+; przyłączył się dość znaczny niedowład p. k. d.: nieznacznie unosi tę kończynę en masse i minimalne ruchy wykonywa palcami. Brak odruchów brzusznych. Ruchy gałek ocznych ku górze ograniczone, prawej jeszcze w większym stopniu, niż lewej; pozatem opadnięcie lewej powieki górnej. W zakresie nn. wzrokowych stan pozostał bez zmiany. Bóle głowy z towarzyszącymi wymiotami powtarzają się napadowo od czasu do czasu.

15. XII. zanotowano rozpoczynającą się poprawę. Chora podnosi lkg do linii poziomej i porusza l. palcami. W kończynie tej zauważa się lekkie drżenie statyczne, które wzmaga się przy ruchach zamierzonych.

Minimalne ruchy w pkd.

18. XII. W lkg. — ruchy we wszystkich odcinkach przywrócone. Drżenie wahadłowe o dużej amplitudzie w spoczynku i podczas wykonywania ruchów. Ruchy w lkd jeszcze minimalne. lkd. podnosi pod kątem 45° w stosunku do poziomu. Ruchy w stawach kolanowym, skokowym i paliczkowych w ograniczonym zakresie.

19. II. 1927 r. Ruchy przywrócone we wszystkich kk, może nieco upośledzone jeszcze w palcach lkd. W lkg siła nieco zwiększona. Napięcie mięśniowe umiarkowane. Nieznaczne drżenie wahadłowe spoczynkowe i podczas wykonywania ruchów. W pkg brak objawów ataktycznych. Stopowstrząs obu stronny niewyczerpujący się. PIR — *areflexia*. B a b i Ń s k i obustr. — 0. Brak zaburzeń czucia. Odruchy brzuszne po str. prawej — dość żywe, po str. lewej osłabione. Siada na łóżku i sama się odżywia. Chodzi jeszcze z obcą pomocą. Dno oczu — *atr. nn. optic. post. neuritidem*. Odczyn źrenic na światło minimalny. *Visus* obustr. — $\frac{5}{15}$, a po paru dniach $\frac{5}{10}$. Pole widzenia (za pomocą perymetru) wykazuje koncentryczne zwężenie, brak hemianopsji. Podaje, że widzi tak dobrze, jak przed chorobą.

16. V. 1927 r. Chodzi sama, na nieco szerokiej podstawie. Ruchy w kk +. Zmniejszenie nieznaczne siły w kkd, szczeg. w lkd. W lkk nieznaczne drżenie. Odruchy podeszwowe: pr — zginanie palców, lew. brak. Odruchy brzuszne obustr. umiarkowane. Rzepkowstrząs i stopowstrząs lewostr. — szybko wyczerpujące się. W tym czasie chora została wypisana.

Reasumując, widzimy, że u 11 letniej dziewczynki rozwinęła się w miesiąc po przebytej odrze w przeciągu 2-ch dni całkowita ślepota, która po paru dniach zaczęła ustępować, potem ponownie na krótko się nasiliła i wreszcie się stopniowo poprawiła aż do odzyskania siły wzroku $\frac{5}{10}$. Pole widzenia było koncentrycznie zwężone. Wziernik wykazał zapalenie nn. wzrokowych, przechodzące w stan częściowego zaniku. Sprawa ta rozwinęła się i przebiegała bez żadnych objawów towarzyszących, ciepłota nie była podniesiona, chora nie miała ani bólów, ani zawrotów głowy, ani sztywności karku, słowem, nie było żadnych objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, ani też zajęcia opon. Wobec tego nie mieliśmy wówczas żadnych podstaw do rozpoznania sprawy ogólnomózgowej, w szczególności surowiczego zapalenia opon i przedstawiliśmy przypadek nasz jako odosobnione schorzenie nn. wzrokowych, powstałe niewątpliwie w związku z przebytą odrą. Dalszy przebieg jednak pokazał ku naszemu wielkiemu zdumieniu, że był to tylko prolog do ciężkiej sprawy mózgowej, która rozwinęła się również szybko i w przeciągu paru dni doprowadziła do rozległych porażen: ciężki stan ogólny, silne bóle głowy i wymioty wyprzedziły i towarzyszyły powstaniu tych objawów. Ciepłota była nieznacznie podniesiona, zaburzenia wzrokowe nie uległy nasileniu.

Zespół objawów, jaki u chorej spostrzegaliśmy, przedstawiał się jak następuje: z lewej strony: niedowład obu kk o charakterze spastycznym, który szybko przeszedł w bezwład całkowity; w następstwie drżenie wahadłowe w lkg, wzmagające się podczas wykonywania ruchów zamierzonych; czucie po tej stronie zachowane. Z prawej strony: wybitny bezwład obu kk oraz zaburzenia czucia dotykowego i czucia ruchów i położenia (cz. głębokiego), później nieco — porażenie ruchowe k. dolnej. Oprócz tego w obrębie n. okoruchowych: z prawej strony ograniczenie ruchu gałki ocznej ku górze, z lewej to samo i opadnięcie powieki górnej.

W zakresie innych nerwów czaszkowych brak było zaburzeń.

Tak ciężki zespół rozległych objawów, który u naszej chorej rozwinął się w czasie b. krótkim do punktu kulminacyjnego, przez szereg tygodni

trwał bez zmiany na tym samym poziomie, a potem stopniowo cofał się narazie, zdawało się, wskazywał na nie mniej rozległy proces anatomiczny; jednakże przy bliższej analizie możliwe jest wytłumaczenie spostrzeganych objawów sprawą bardziej ograniczoną, mianowicie, zajęciem nierównomiernym i niesymetrycznym obu szypuł mózgowych: częściowe zajęcie jąder obu nn. okoruchowych; w prawej szypule tor piramidowy (lewostronne porażenie połowicze) oraz prawdopodobnie tory, idące ku jądru czerwonemu (drżenie wahadłowe); w lewej szypule okolica czepekowa (zaburzenia czucia zwł. głębokiego i bezwład) oraz częściowo tor piramidowy (porażenie pkd). Ognisko to, dające tak ciężkie objawy było wyrazem stanu zapalnego, który w tym przypadku najpierw dotknął nn. wzrokowych, a w następstwie ogarnął istotę mózgową w najbardziej proksymalnym odcinku pnia mózgowego.

Przypadek II.

Czesław G. 8 $\frac{1}{2}$ m. przybył 17. II. 1928 r. Według słów matki zachorował przed 7 tygodniami na odrę; wysypka trwała około 4 dni. Po zniknięciu wysypki w ciągu 1 — 2 dni miał się dobrze, poczem znów w nocy ciężko zachorował, cały zesztyniał, wymiotował, nie ssał wcale piersi, ciepłota dochodziła do 40°. W ciągu pierwszych nocy nie spał wcale. Podobno poza zesztynieniem riewał jeszcze napady drgawkowe. Po kilkunastu dniach stan poprawił się o tyle, że dziecko zaczęło ssać, jednakowoż pozostawało nadal sztywne i matki nie poznawało.

Podczas badania stwierdziliśmy co następuje: temp, 37,5 — 38, tętno około 120 na l'. Dziecko nie zwraca uwagi na otoczenie. Gdy go się nie rusza pozostaje spokojne; przy każdej natomii próbie badania płacze i wypręża tułów i kkd. Podczas oglądania dziecka w spokoju spostrzega się skurcz kk, mianowicie: kgp zgięta w łokciu i uniesiona ku górze, dłoń zaś złożona w pięść; lkg wyprostowana w łokciu i palce lekko i nierównomiernie zgięte w pojedynczych członkach. Stwierdza się umiarkowaną sztywność karku, przy unoszeniu zaś główka skręca się bardziej ku tyłowi. Samoistne ruchy są minimalne i ograniczają się do ruchów palców. Przy ukłuciu w podeszwę — następuje ruch ucieczkowy kkd. Ciemiączko umiarkowanie napięte, główka nie powiększona. Źrenice oddziałują prawidłowo na światło, równych wymiarów. Gałkami ocznymi porusza w różnych kierunkach. Na dnie oczu brak zmian. Płacze energicznie. Paluch pkd stale wyprostowany. Badanie odruchów ścięgowych utrudnione z powodu wzmożonego napięcia mięśni, niekiedy udaje się słaby odruch otrzywać. Objaw B r u d z i ń s k i e g o ujemny, a niekiedy lekko zaznaczony.

Nakłucie łądzwiowe wykazało znacznie powiększone ciśnienie pł. m rdz. (55 — 60 wedł. C l a u d a); płyn przezroczysty, nie zawiera wcale komerek, odczyn N A ujemny, białka 0,16 $\frac{0}{100}$, zawartość cukru w pł. m rdz. 0,35 $\frac{0}{100}$, odczyn kolloidalny złota (L a n g e g o) ujemny; odczyn będzwinowy G u i l l e n a również ujemny. Zawartość mocznika w płynie 0,16 gr. w litrze. Badanie bakterjologiczne wykazało jałowość płynu. Odczyn W a s s e r m a n n a w płynie i we krwi ujemny. Mocz bez zmian patologicznych.

Po tygodniowym pobycie na oddziale i kilkakrotnych nakłuciach łądzwiowych, stan dziecka poprawił się nieco przytomność lepsza, interesuje się nieco więcej otoczeniem, jak utrzymuje matka, nawet niekiedy się uśmiecha, ale nie chwytą przedmiotów, nadal prawie żadnych ruchów nie wykonywa, skurcz spastyczny kk trwa, również jak i wyprężanie się ciała podczas płaczu.

Widzimy więc, że u 8½ miesięcznego dziecka w bezpośrednim związku z odrą po przerwie bezgorączkowej, po zniknięciu wysypki, trwającej od 1-go do 2-ch dni nastąpiło nagle ciężkie schorzenie mózgowe z ponowną b. wysoką gorączką, utratą przytomności, drgawkami, wymiotami i bezsennością oraz sztywnością mięśni, karku i tułowia i kurczem spastycznym kończyn. Po kilkunastu dniach stan ogólny nieco się poprawił, ale dotychczas jeszcze trwa przykurczenie kończyn, wyprężanie się całego ciała przy najłagodniejszym bodźcu, apatja i prawie zupełny bezruch ciała. Czy i w jakim stopniu

obok przykurczenia istnieje także i porażenie kończyn u tak małego dziecka i przy tak silnym skurczu trudno rozstrzygnąć. Nakłucie łądżwiowe wykazało znacznie zwiększone ciśnienie pł. m rdz. obok braku zmian chemicznych i cytologicznych, ujemnego wyniku badania bakterjologicznego.

Na zasadzie powyższych objawów rozpoznac musimy u dziecka ciężką postać zapalenia surowiczego opon z prawdopodobnym także udziałem i istoty mózgowej (*Meningoencephalitis*).

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologii seksualnej.

Podał

Dr. Władysław STERLING (Warszawa).

(Ciąg dalszy — p. Nr. 5).

Co się tyczy gruczołów płciowych kobiecych, to stosunki pod tym względem przedstawiają się mniej więcej analogicznie, jakkolwiek są daleko bardziej skomplikowane. W jajniku odróżniamy, jak wiadomo, następujące twory: 1) aparat pęcherzykowy: t. zw. ściany pęcherzyków, płyn dojrzewającego pęcherzyka oraz, być może, samą komórkę jaja, 2) t. zw. ciało żółte (*corpus luteum menstruationis et graviditatis*) oraz 3) t. zw. „gruczoł śródmiąższowy“ („glande interstitielle de l'ovaire“ Bouina). Nie wdając się w szczegóły budowy i pochodzenia embrjonalnego każdego z tych tworów, przypomnę tylko dwa terminy histologiczne niezbędne dla zrozumienia dalszych wywodów. Otóż według wprowadzonej przez Seitz'a nomenklatury śródmiąższowe komórki luteinowe, wytworzone z otoczki wewnętrznej *theca folliculi*, noszą nazwę komórek teka-luteinowych, podczas gdy komórki, składające się na ciało żółte, noszą nazwę komórek luteinowych granulozy. Badania nad wydzielaniem wewnętrznym jajników zapoczątkowane zostały przez Knauera, któremu za pomocą transplantacji jajników udawało się u świnek morskich zapobiec skutkom trzebień. Następnie wykazał Halban w serii szczególnie interesujących doświadczeń, że po autoplastycznej transplantacji jajnika na kastrowane samice małp antropoidalnych miesiaczkowanie trwa dotąd, dopóki nie nastąpi wessanie transplantatu. Bucura po raz pierwszy dokonał heteroplastycznej transplantacji jajnika, szczepiąc trzebionym zajęczycom jajniki świnek morskich i zwalczając w ten sposób skutecznie skutki trzebień. Ciekawe te eksperymenty wykazały również po raz pierwszy, że działanie hormonu jajnikowego nie jest gatunkowo swoiste. Jednakowoż

najważniejsze dla stwierdzenia wewnątrzwydzielniczej funkcji jajnika, specjalnie zaś ciała żółtego, były badania Fränkla i jego szkoły, dokonywane na królikach, u których okres wystąpienia owulacji, impregnacji i zagnieżdżenia się jaja jest dokładnie znany. Na zasadzie badań tych przypisuje Fränkel ciału żółtemu następujące czynności inkrecyjne: przygotowanie błony śluzowej macicy do zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja i zapewnienie dalszego rozwoju jaja, cykliczny proces menstruacji oraz oddziaływanie troficzne na macicę, począwszy od okresu dojrzewania płciowego aż do okresu przekwitania. Na zasadzie bardzo rozległego materiału wyświetlił również Fränkel stosunki pomiędzy owulacją i menstruacją, przy czem okazało się, że owulacja występuje u kobiety albo w pośrodku okresu międzymiesiączkowego albo w dwa trzy dni później. Równocześnie z owulacją wszakże zachodzi wytwarzanie się ciała żółtego z komórek luteinowych granulozy, które wymaga kilku dni czasu. Na wysokości rozwoju ciała żółtego rozwijają się przedmiesiączkowe zmiany błony macicy, stwarzające warunki optymalne dla zagnieżdżenia się jaja. Po zapłodnieniu i zagnieżdżeniu się jaja wzmagają się w dalszym ciągu czynność ciała żółtego, które przekształca się na *corpus luteum graviditatis*. Niepośledniego sprzymierzeńca zyskały sobie poglądy Fränkla w badaniach eksperymentalnych Loeba, któremu udawało się otrzymać zarówno wytwarzanie błony decydualnej, jak i proces zagnieżdżenia, przy wprowadzaniu do macicy kulek szklanych zamiast jaj - z zasadniczym warunkiem zachowania funkcjonujących ciał żółtych, przy usunięciu bowiem ciał żółtych nie następowało wytwarzanie się błony decydualnej.

Nie wszyscy badacze wszakże podzielają poglądy Fränkla, które przypisują ciału żółtemu całkowicie i niepodzielnie wszystkie funkcje inkrecyjne jajnika. Już Bouin wiązał tę czynność z przekształconymi komórkami teka-luteinowymi zanikłych pęcherzyków - pogląd uzasadniony następnie również przez cały szereg innych badaczy (Limon, Kohn i inni). Steinach, ujmując przez analogję do jądra całkowitą masę tkanki

śródmiażdżowej jajnika pod nazwą „kobiecego gruczołu dojrzewania“, doszukuje się w nim właściwego organu hormonowydzielniczego. Również i Biedl przypisuje tkance śródmiażdżowej ważną rolę przy rozwijaniu się przewodu płciowego, przy powstawaniu popędu płciowego i wytwarzaniu się wtórnych cech płciowych, podnosi wszakże, że całkowite wyodrębnienie gruczołu diastematycznego od ciała żółtego ani pod względem funkcjonalnym, ani pod względem morfologicznym jest niemożliwe. Badania eksperymentalne (Stieve, Aschoff, Biedl, Peters i Hofstätter), które próbowały zadziałać na jajniki w ten sposób, ażeby uszkodzić bardziej wrażliwe elementy nabłonkowe, pozostawiając nietkniętą tkankę diastematyczną (injekcje świeżego płynu pęcherzykowego i wyciągów narządowych, wycięcie macicy, zamrażanie, rentgenizacja jajników), nie doprowadziły do rozstrzygnięcia kwestji, pozostawiając w zawieszeniu sprawę gruczołu diastematycznego, jako narządu hormonotwórczego. Natomiast w piśmiennictwie lat ostatnich coraz wyraźniej zaczyna kształtować się pogląd, że ten komponent wewnętrzny wydzielenia jajnika, który wywiera wpływ na cały organizm, specjalnie zaś na ukształtowanie się wtórnych cech płciowych — przypada samemu aparatowi pęcherzykowemu. Na inkrecyjną rolę pęcherzyka wskazał po raz pierwszy Bucura, rozwinęli zaś pogląd ten następczo: Bauer, Sand, Allan i Doisy, Stockard i Papanikolau, zwłaszcza zaś Zondek i Aschheim. Ci ostatni badacze wykazali, że również i płyn pęcherzykowy posiada działania inkrecyjne, które analogiczne jest do działania hormonu pęcherzykowego. Posługując się niezmiernie pomysłową i dokładną techniką eksperymentacyjną, izolowali oni w miarę możliwości poszczególne części składowe tkanki jajników, wszczepiali je następnie trzebionym zwierzętom i badali ich skuteczność za pomocą testu t. zw. „cyklów pochwowych“. W ten sposób doszli oni do przekonania, że miejsca wytwarzania się hormonów należy doszukiwać się w komórkach teka-luteinowych pęcherzyków, uważając w każdym razie za hormonalnie czynny tylko płyn pęcherzykowy i ściany pęcherzyków. Na równi z całym szeregiem autorów, którzy pracowali w tej dziedzinie (Steinach, Heinlein i Wisner, Faust, Hartmann, Laqueur i inni) wyodrębnił Zondek wspólnie z Braunem inkrecyjnie czynną substancję jajnika i poddał ją standardyzacji biologicznej. Substancja ta, puszczona w handel pod nazwą „follikuliny“, jest wolna od białka, rozpuszczalna w wodzie i, jak wynika z dotychczasowych doświadczeń, posiada pewną wartość leczniczą. Za jednostkę biologiczną, t. zw. „jednostkę mysią“, uważana jest przytem ta ilość zawsze do stwierdzenia empirycznie doza, która wystarcza, ażeby kastrowaną mysz wprowadzić ponownie w cykl rui. Podkreślić należy, że Zondek i Aschheim dla otrzymania swojskiego działającego hormonu płciowego kobiecego posługiwali się nie tylko jajnikiem, lecz i łożyskiem, któremu zgodnie z badaniami Halbana przypada również czynność wewnątrzwydzielnicza. Na zasadzie powyższych danych eksperymentalnych propaguje Kauders pogląd o ubikwitalnym pochodzeniu kobiecego hormonu płciowego: nie jest on pra-

wdopodobnie związany zupełnie albo wyłącznie z określonymi tkankami gruczołu płciowego, ale znajduje się w najrozmaitszych pod względem histologicznym i embrjonalnym zupełnie odrębnych odcinkach, jak nabłonek i płyn pęcherzykowy, ciało żółte, t. zw. „*corpora atretica*“, nabłonek *chorion* i wreszcie łożysko. Niektórzy badacze wreszcie jak Lipschütz, Sand, Bauer, zajmują stanowisko bardziej medjatorskie, oddając sprawiedliwość zarówno ciału żółtemu, jak i aparatowi pęcherzykowemu. Naogół stanowisko współczesnej endokrynologii eksperymentalnej i klinicznej dałoby się streścić w ten sposób, że tkanka luteinowa jest producentem hormonalnym dla biologicznych okresów generacyjnych organizmu kobiecego, natomiast zakres działania inkrecyjnego, ogarniający organizm jako całość, inkrety dojrzewania płciowego, wytwarzanie się i zachowanie wtórnych cech płciowych, udział gruczołu płciowego w modelacji elementu kobiecego zarówno pod względem psychicznym jak psychoseksualnym przypada hormonowi pęcherzykowemu, pozostającemu w zawiłym i niewyjaśnionym dotąd związku z produkcją hormonalną tkanki luteinowej.

Wiadomości nasze o wpływie gruczołów płciowych na organizm ludzki czerpiemy z danych natury klinicznej i eksperymentalnej. Ocena danych tych nastęrcza poważne trudności, ponieważ, jak to widzimy również w przejawach czynności innych gruczołów dokrewnych, brak tu cech funkcjonalnych, które Wexberg nazywa „objawami lokalnymi“. Dysfunkcja gruczołów nie powoduje zmian ograniczonych, które związane są terytorjalnie z zachorzeniami innych narządów (np. serce, wątroba, płuca i t. d.), ale przejawia się w postaci zmian w całkowitych procesach życiowych organizmu, lub powoduje odchylenia w rozwoju całych układów organizmu. W doświadczeniu klinicznym takim kardynalnym odchyleniem od normalnego przebiegu procesu witalnego są zmiany w rozwoju i ukształtowaniu popędu i czynności płciowych, zaś układami, które mogą być uważane za testy dla dysglandulizmu płciowego, są układy kostne i włosowe. Problematem najtrudniejszym i, jak dotąd, ostatecznie nierozwiązanym, jest ustalenie istoty związku pomiędzy gruczołami płciowymi a popędem płciowym. W nauce ścierają się w tej dziedzinie różnorodne poglądy, z których jeden uznaje związek przyczynowy pomiędzy hormonami gruczołów płciowych a czynnością płciową natury czysto ilościowej, przyczem wzmnożeniu czynności hormonotwórczej odpowiada wzmnożenie popędu płciowego, drugi przypisuje rolę zasadniczą jakościowym odchyleniom hormonalnym, uwidaczniającym się w zmianach chemizmu w organizmie ludzkim, trzeci uznaje li tylko korelację nerwo-hormonalną, traktując centralny układ nerwowy, związany nierozdzielnie z reprezentacją psychiczną przejawów płciowości wyłącznie jako organ wykonawczy impulsów hormonalnych, czwarto wreszcie, najgłębiej ujmujący sprawę, dopatruje się pomiędzy inkretami a układem nerwowym bardzo złożonego oddziaływania wzajemnego z decydującym wpływem podniet ośrodkowych na związki hormonalne i oddziaływaniem regulującym przebieg dynamiczny odczynów płciowych. Droga do zorientowania się w tym zawiłym związku prowa-

dzi przez poznanie i analizę tych stanów patologicznych, które przebiegają notorycznie ze zmienioną czynnością gruczołów płciowych lub też z całkowitą jej utratą. Do stanów tych zaliczam również przejawy kastracji, raz dlatego, że dokonywana bywa ona często zarówno u mężczyzn, jak u kobiet w celach leczniczych, powtórę zaś, że stanowi ona niejako eksperyment na człowieku, eliminujący całkowicie wpływy hormonalne gruczołów płciowych. Wpływ jej przejawia się nieco odmiennie u mężczyzn i u kobiet i zależny jest w znacznym stopniu od okresu życia, w którym zabieg został dokonany. U mężczyzn rozróżniamy trzebieenie prepuberalne, uniemożliwiające ujawnienie się normalnie rozwiniętego popędu płciowego w kierunku fizycznym i psychoseksualnym oraz trzebieenie postpuberalne, powodujące po pewnym czasie całkowitą lub częściową utratę *libido* oraz zanik wzrodów. Od tego jednakże ogólnego prawidła dają się spostrzegać różnorodne odchylenia. Obfitego materiału pod tym względem dostarczyły badania Pelikana, Tandlera i Grossa oraz Waltera Kocha nad rosyjską sektą t. zw. „skopców“ w Bukareszcie, której rytuał polega albo na t. zw. „wielkiej pieczęci“ czyli usunięciu prącia i jąder, albo na t. zw. „małej pieczęci“, czyli usunięciu tylko jąder. Tandler i Gross nawet u skopców, trzebieionych prepuberalnie, stwierdzali jeszcze zaczątki *libido*. Ani w jednym przypadku bądź pre- bądź postpuberalnej kastracji nie stwierdzono zaniku *libido*, niekiedy zaś rozwinięty był popęd płciowy bardzo intensywnie. Również i po kastracji dokonywanej w celach leczniczych (np. po urazie jąder lub z powodu nowotworu albo gruźlicy) występuje zazwyczaj utrata erekcji i ejakulacji, natomiast popęd płciowy może być przez krótszy lub dłuższy czas zachowany. Chorzy odczuwają tę dysproporcję pomiędzy brakiem podniecia cielesnej a seksualizacją psychiczną jako coś niezmiernie dręczącego, stanowiąc pod tym względem prototyp tych interesujących stanów przedstarczych, które K. Mendel opisał pod nazwą *climacterium virile*. Niekiedy po kastracji leczniczej występują zaburzenia natury wyraźnie patologicznej, jak drgawki epileptyczne, myśli samobójcze, transformacja temperamentu syntonicznego na schizoidalny i t. p. W rzadkich przypadkach nawet w długie lata po kastracji zachowane nawet mogą być erekcje i ejakulacje, jak tego dowodzą obserwacje Quaranty, Hirschfelda, Maiera i Franka. W jednej z obserwacji Molla stwierdzony został wytrysk wydzieliny stercza. Z badań Fischera i Kaudersa wynika wreszcie, że rozwinięta płciowość późniejszego wieku męskiego, pozbawiona przez kastrację swych inkrecyjnych źródeł podniecia, ulega procesowi przekształcenia i sublimacji w wyższe i bardziej zróżniczkowane wartości psychiczne, trwając nadal w postaci zmienionej przez przesunięcie swych cech afektywnych.

Co się tyczy kastracji u kobiet, to przejawy jej naogół zbiegają się niemal całkowicie z symptomatologią okresu przekwitania. I tutaj, jak to ma miejsce również w kastracji osobników męskich, niepoślednie znaczenie przypada indywidualności osobniczej kastrowanego osobnika: to też naogół kobiety zdrowe i zrównoważone pod względem nerwowym znoszą daleko lepiej skutki

trzebieienia, aniżeli osoby nerwowe i psychopatyczne. Ścisłe porównanie zespołów kastracyjnych męskich i kobiecych jest niemożliwe już choćby z tego względu, że u kobiet usunięcie gruczołów płciowych nie uniemożliwia stosunków płciowych. Naogół wszakże i po kobiecej kastracji daje się stwierdzić znaczny upadek lub zupełny brak popędu płciowego. Glaewecke stwierdził osłabienie lub zanik popędu płciowego u kobiet trzebieionych w 78%, Pfister w 73%. Ciekawe jest, że równoległe ze zmianami *libido* dają się stwierdzić u trzebieionych kobiet również i zmiany t. zw. „orgazmu“ podczas stosunków płciowych. Glaewecke stwierdził osłabienie lub zanik orgazmu w 69%, Pfister w 78%. Nie ulega wszakże żadnej wątpliwości, że, jak to bywa niekiedy w okresie przekwitania, zdarza się również i po kastracji nawet wzmożenie popędu płciowego i niepohamowany głód wrażeń erotycznych. Zdarzają się również przypadki z pokastracyjnym osłabieniem popędu płciowego, które wszakże podczas stosunków płciowych zachowują znaczne stopnie orgazmu. Kehlerer zwrócił wreszcie uwagę na przypadki z zachowaniem poczuciem *libido* i orgazmu, lecz z dyspareunicznym zniekształceniem popędu płciowego. Znamienne jest, że pomimo olbrzymio przeważającej częstości kastracji kobiecych nad męskimi, już choćby ze względu na najrozmaitsze wskazania ginekologiczne, skutki natury seksualno-neurologicznej występują u kobiet daleko rzadziej, niż u mężczyzn. Dokuczliwe poczucie kontrastu pomiędzy reprezentacją psychiczną płciowości a niedostateczną podniecią somatyczno-płciową, które stanowi najbardziej charakterystyczny objaw pokastracyjny u mężczyzn, przebiega u kobiet w postaci bardziej łagodnej, cały zaś wstrząs kastracyjny, powodujący następnie szereg zmian w życiu płciowym i jego przeróbce psychicznej, zostaje przezwyciężony łatwiej i szybciej niż u mężczyzny.

Z faktów powyższych wynika, że wpływ równoznacznych niemal zmian w czynności gruczołów płciowych na popęd płciowy jest odmienny u mężczyzny i u kobiety. Efekty kastracyjne wykazują, że popęd płciowy męski pozostaje w daleko większej zależności od inkrecyjnej funkcji jąder, aniżeli popęd płciowy kobiecy od czynności inkrecyjnej jajników. Popęd płciowy męski jest silniej związany z gruczołami płciowymi, aniżeli popęd płciowy kobiecy, i reaguje na jednoznaczne zaburzenia hormonalne w sposób bardziej czuły i w postaci zaburzeń natury cielesnej i psychoseksualnej daleko dotkliwszych, niż popęd płciowy kobiecy w analogicznych warunkach.

Następnym źródłem poznania związku pomiędzy gruczołami płciowymi a płciowością są bardzo interesujące stany wrodzonej niedomogi lub aplazji gruczołów płciowych, które figurują w piśmiennictwie pod różnymi etykietami: hipogenitalizmu, kastratoidyzmu, juwenilizmu, infantylizmu. Najbardziej wszakże przyjęła się w nauce nazwa eunuchoidyzmu, którą w swych badaniach anatomicznych posługiwali się Tandler i Gross. Nie mam zamiaru tutaj wyczerpywać tej niezmiernie bogatej symptomatologii cielesnej i psychicznej eunuchoidyzmu, którą w szeregu prac z lat ostatnich nakreśliłem na zasadzie własnego materiału, zaznaczę tylko, że

problem eunuchoidyzmu traktowany początkowo z punktu widzenia osobliwości anatomicznych i rozwojowych, wysunął się w szeregu lat ostatnich na czołowe miejsce biologii, jako jedno z najwyższych źródeł zasilające naukę o konstytucjonalizmie i o korelacji psychofizycznej. Nie ulega żadnej wątpliwości, że stany te, które pod względem fenotypicznym nacechowane są przez cały szereg charakterystycznych warjantów morfologicznych, pod względem etjologicznym bynajmniej nie są jednolite i że niedomoga gruczołów płciowych odgrywa niekiedy wprawdzie integralną, lecz bynajmniej nie jedyną rolę. Mają tu znaczny wpływ nie tylko momenty natury konstytucjonalnej, wskazujące na to, że korelacja pomiędzy zachowaniem się gruczołów płciowych a budową ciała wpływać może z predyspozycji wspólnej, przekazanej w sposób genotypiczny, jak na to wskazują badania Goldsteina i moje własne, ale że odgrywa tu rolę niepoślednią również interferencja wpływu i innych gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza, jak starałem się to wykazać, przysadki mózgowej i tarczycy. Świadczy o tem bliskość fenomenologiczna zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego i eunuchoidyzmu, których odgraniczenie kliniczne napotyka nieraz znaczne trudności, jak również rudymenarne ukształtowania eunuchoidalne w przebiegu zespołów, związanych z dysfunkcją przysadki lub tarczycy (gigantozomja, infantyizm typu Lorraine'a i t. p.) Zapoczątkowane przezemnie i kontynuowane następnie przez cały szereg badaczy (Anton i di Gaspero, Fraenkel, Fischer i inni) badania charakterologiczne nad eunuchoidami wskazują na to, że brakowi hormonów płciowych odpowiadają z jednej strony cielesne defekty funkcji płciowej, z drugiej zaś strony zaledwie zaznaczone, słabo rozwinięte lub niedostatecznie różniczkowane cechy psychoseksualne. Naogół wszakże stosunki są tu bez porównania bardziej skomplikowane, aniżeli to zdarza się po kastracji. Uwidacznia to wyraźnie wprowadzona przezemnie i przyjęta obecnie powszechnie koncepcja t. zw. dysocjacji płciowej, która

ogarnia następujące możliwości: A) Przypadki, w których istnieje zupełna kongruencja pomiędzy aplazją morfologiczną i defektami funkcjonalnymi: *hyposexualismus universalis*. B) Przypadki, w których przy braku wyraźnej aplazji gruczołów i narządów płciowych istnieją defekty w dziedzinie funkcjonalnej: rozszczepienie czynnościowe. C) Przypadki, w których przy wybitnej hipoplazji gruczołów i narządów płciowych istnieje rozszczepienie poszczególnych elementów czynnościowych: a) zachowanie popędu płciowego obok bezpłodności, b) zachowana *facultas concipiendi* przy braku *libido*, c) *impotentia* + *sterilitas* + wzmożenie *libido*. Prócz tego dają się spostrzegać cechy czysto morfologicznej dysocjacji: np. drobne prącie przy wielkich jądrach, drobne jądra obok dobrze rozwiniętego prącia, aplazja prącia i jąder obok żywych odruchów mosznowych i dobrego napięcia moszny. Zjawiska owej dysocjacji płciowej stały się dokładnie zrozumiałe dopiero w świetle późniejszych prac eksperymentalnych, między innymi badań Pézarda, które wykazały, że wytwarzanie się wtórnych cech płciowych zagwarantowane jest choćby przez minimum czynnej substancji jądrowej („la loi du tout ou rien“), oraz przez badania szkoły Lipschütza (Wagner i Loeper), które wykazały, że eunuchoidyzm nie zawsze bywa wyrazem niedorozwoju ogólnego, i że może on istnieć pomimo normalnej spermatogenezy. Szczególnie interesujące przypadki eunuchoidyzmu, obserwowane przezemnie i przez Bauera, przebiegające ze wzmożonym popędem płciowym, tłumaczy sobie Bauer w ten sposób, że mamy tu do czynienia nie tylko z wyobrażeniami pożądania, lecz z głęboko drażącym wgląd osobowości kompleksem, który znajduje tam silny rezonans afektywny. Również z punktu widzenia psychologii indywidualnej Adlera zrozumiałe jest, że energia witalna osobowości wyładowuje się właśnie w organie mało wartościowym i, hiperkompensując defekt wrodzony, prowadzi do wzmożonej czynności w obrębie tego narządu.

(D. c. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ EDMUND LEYBERG, chemik Kasy Chorych w Łodzi
Technika badań klinicznych (mocz, treść żołądka, kał, płwocina i bakterjologia).

Biblioteka Okręgowego Związku Kas Chorych w Łodzi.
Tom I.

Książeczka kieszonkowa, obejmująca 38 stron tekstu, zawiera opis metod laboratoryjnych analitycznych nieskomplikowanych, szybko prowadzących do celu i niezawodnych, ułożona przez autora, posiadającego poza sobą kilkunastoletnią praktykę w dziedzinie analiz fizjologicznych, najzupełniej przeto przygotowanego do napisania takiego skrótu.

Że praca ta jest krótka, a mimo to kompletna, tłumaczy się tem, że w metodach bardziej skomplikowanych autor podaje tylko nazwę przyrządu bez opisu. W ten sposób niewątpliwie zaoszczędził sobie dużo miejsca (np. ureometr Bauriera

urikometr Ruhemanna, fosfatometr Friedmanna i t. d. Nado przy opisie próby podaje autor jedynie nazwę odczynnika, np. Jallesa, Spieglera, Fehlinga i t. d., a skład odczynników umieszcza w oddzielnym rozdziale na końcu broszury.

Autor naprzód podaje metody chemiczne badania wszystkich wydaliny, a potem metody drobnowidzowe. Wskutek tego połowa analizy np. moczu znajduje się w jednym rozdziale, a druga połowa w innym. Dlaczego autor taki układ uznał za praktyczniejszy, niewiadomo. Prawdopodobnie wynika to stąd, że w Kasie Chorych jedna osoba wykonywa część chemiczną, a inna — drobnowidzową.

W bakterjoskopowym badaniu uwzględnione są laseczniki gruźlicy, dwoinki Neissera, prątki okrężnicy, bakterje błonicy, krętki blade, meningokoki i plazmodje.

Dużą wartość broszury stanowią pięknie i bardzo udanie wykonane barwne tablice obrazów drobnowidzowych osadów moczowych, płwociny, kału i wzmiankowanych wyżej drobnowidzowych.

ustrojów. W tekście co druga kartka jest niezadrukowana, pozostawiona dla notatek i uzupełnień.

Książeczka jest dokładna, kompletna, starannie odbita, robi wrażenie nader dodatnie i estetyczne. Zakres prac laboratoryjnych analitycznych jest dziś znacznie szerszy, niż ten, jaki obejmuje dana broszura, że wymienię badania mikrochemiczne surowicy i płynu mózgowordzeniowego, badania refraktometryczne i t. d. Autor zbogaciłby naszą literaturę podręcznikową, gdyby sam lub do spółki z kimś opracował podręcznik zwięzły, a kompletny, obejmujący wszystkie badania laboratoryjno-kliniczne. Obecna broszura ma powodzenie zapewnione.

W. K n a p p e.

∞ **Der Sport in Wissenschaft und Praxis.** Georg Thieme Verlag, Leipzig 1927.

Zbiorowe dziełko, stanowiące wszechstronne rozpatrzenie istoty i znaczenia sportów zimowych w szeregu referatów, wygłoszonych podczas „tygodnia sportowego” w styczniu 1927 r. w Davos.

Całość obejmuje najbardziej aktualne zagadnienia sportu, pojmowanego jako jeden z najdonioślejszych czynników życia narodowego. W krótkich a zwięzłych artykułach omówiono, między innymi, sport ze stanowiska fizjologii, poruszono kwestję treningu, krążenia krwi podczas ćwiczeń cielesnych, znaczenia sportu dla rozwoju fizycznego oraz rolę ćwiczeń w leczeniu.

Poddając krytyce dodatnie i ujemne strony sportu, zatrzymano się również nad znaczeniem jego ze stanowiska wychowawczego.

Nazwiska współautorów, jak A. Mallwitz, W. Knoll, E. Matthias, E. Moritz i inn., przemawiają same za siebie, zapewniając powagę stanowiska ich wobec poruszonych zagadnień.

Wł. Missiuo.

∞ **Prof. Herman Altröck. — Kleine Sportkunde.** (Georg Thieme, Verlag, Leipzig 1928, str. 371).

Coraz bardziej odczuwana potrzeba zapewnienia racjonalności ćwiczeń cielesnych drogą indywidualizacji oraz gruntownej znajomości właściwości psycho-fizycznych poszczególnego osobnika pociąga za sobą konieczność zaangażowania w tej pracy świata lekarskiego.

Zywiłowy rozwój sportów oraz zwrócenie należytej uwagi na jego znaczenie w odrodzeniu fizycznym szerokich warstw ludności wyłania pewnego rodzaju nową odmianę specjalizacji lekarskiej, wytwarzając jeszcze nielicznych narazie „lekarzy sportowych”. Lecz poza tymi ostatnimi, tak lekarz szkolny, jak i lekarz-klinicysta odczuwają zarówno potrzebę bliższego zaznajomienia się z istotą ćwiczeń cielesnych, odgrywających coraz donioślejszą rolę społeczno-higieniczną.

Książka „Kleine Sportkunde” stanowi w odnośnym piśmiennictwie niemieckim pierwszą próbę dostarczenia lekarzom i studentom — medykom niezbędnych wskazówek, obejmujących wszystkie gałęzie ćwiczeń sportowych. Całość, składająca się z szeregu rozdziałów, zawierających, ujęte przez nauczycieli wychowania fizycznego oraz teoretyków sportu, odrębności i techniki poszczególnych rodzajów ćwiczeń, oraz opracowaną dla każdej grupy sportów przez wybitniejszych badaczy część lekarską, przedstawia wyczerpujący materiał informacyjny, niezbędny do ogólnego zaznajomienia lekarzy z omawianą dziedziną.

Dzieło, opracowane pod redakcją prof. Altröcka, uwzględnia więc w krótkich zarysach dotychczasowy dorobek naukowy (głównie niemiecki) z zakresu fizjologii i patologii sportów. Po każdej grupie tych ostatnich podana jest odnośna bibliografia. Książka, wydana przez ruchliwą firmę G. Thieme, pod względem zewnętrznym przedstawia się dobrze, można chyba tylko zarzucić niedostateczną liczbę rysunków, które mogłyby podnieść jej wartość.

Wł. Missiuo.

Bakterjologia i Serologia.

∞ L. HIRSZFELD. **Konstitutionsserologie und Blutgruppenforschung.** (Berlin, J. Springer 1928. VI i 236).

Książka niniejsza stanowi rozwinięcie monografii, ogłoszonej przed rokiem w „Ergebnisse...” W e i c h a r d a, odpowiednio rozszerzonej i uzupełnionej. O rozwoju omawianej dziedziny świadczy między innymi wykaz literatury, zajmujący z górą półtora arkusza drobnego druku, Autor skrzętnie notuje, a przede wszystkim ocenia krytycznie każdą nową publikację, a także przyczynia się do rozwoju i pogłębienia nowej dziedziny wiedzy szeregiem prac własnych i współpracowników. Monografia poprzednia była tak szczegółowo omówiona w Czasopiśmie, że możemy oszczędzić sobie trudu podkreślania raz jeszcze jej wysokiej wartości naukowej. Zwrócimy tylko uwagę na rzeczy nowe. Przedewszystkiem autor zebrał znacznie większy zapas materiału statystycznego, co pozwala na wysnucie szeregu dalej sięgających wniosków. Dotyczy to zwłaszcza przewagi wpływu matki na potomstwo w porównaniu z wpływem ojca. Co się tyczy matek grupy AB, to wpływ ich na potomstwo nie da się ująć w żadne normy matematyczne, co świadczy o tem, że wchodzą tu w grę jakieś nowe, dotąd nieuważnione czynniki. Z punktu widzenia antropologii rzuca się w oczy znaczne rozszerzenie terenu badań, ogarniających dziś prawie całą kulę ziemską. Znacznie bogatszy w porównaniu z poprzednim jest dział patologii. Związek pomiędzy ustępowaniem odczynu Wassermanna pod wpływem leczenia a grupami serologicznymi, spostrzeżony po raz pierwszy w pracowni autora, został potwierdzony przez innych badaczy i udokumentowany znacznie większą liczbą spostrzeżeń. Następnie zarysowała się możliwość zróżniczkowania wartości biologicznej osobników różnych grup. Dalej do szeregu cech, przekazywanych dziedzicznie, musimy dziś zaliczyć nie tylko grupę krwi, jak przypuszczano dawniej, ale także zdolność wytwarzania przeciwciał, względnie mniejsze lub większe usposobienie do ich wytwarzania. Autor wykazuje związek pomiędzy grupą krwi a szeregiem innych cech biologicznych; sprzężenie z odczynami skórnymi, zaobserwowane przez autora, dotyczy i innych objawów patologicznych. Książka zasługuje na staranne przestudjowanie nie tylko przez fachowców, ale i przez biologów wogóle, gdyż wprowadza czytelnika w cały świat nowych zjawisk i daje mu w tej wyprawie utalentowane i wytrawne kierownictwo.

Z. Sz.

Lecznictwo.

MATTHES. **Doświadczalne i biologiczne podstawy leczenia białkowego** (D. m. Woch. 1927 Nr. 41).

Jednorazowe pozajelitowe podanie białka zdrowemu człowiekowi lub zwierzęciu wywołuje różnorodne następstwa, będące wynikiem działania rozkładu białka w wątrobie lub też przesunięcia w obrębie soli mineralnych (transmineralizacja) z następczą zmianą stanu fizykalnego kolloidów ustrojowych.

Działania dwu po sobie następujących dawek białka nie zostały dotąd na zdrowym człowieku dokładnie zbadane. Potwierdza to dawka, podana zdrowemu zwierzęciu, może silnie działać, niż pierwsza. U chorych przewlekłe ludzi i zwierząt, zwłaszcza gruźliczych, najbardziej znamiennej cechą działania, poza szeregiem objawów ogólnych, jest odczyn miejscowy. Pozajelitowe wstrzyknięcie białka wywołuje odczyn w miejscowym ognisku zapalnym, przejawiający się silnym przekrwieniem i pewnego rodzaju wzmożeniem się przewlekłego procesu zapalnego. Odczyn ogólny, jak i miejscowy, cechuje dwufazowość, dająca po chwilowym wzmożeniu się zapalenia ogólną poprawę. Silne przekrwienie, jakie powstaje np. w ognisku gruźliczym w następstwie pozajelitowego podania białka, posiada, oczywiście, wybitne działanie na przebieg procesów biologicznych w ognisku jak i w całym organizmie. Z drugiej strony odczyn miejscowy przed-

stawia niebezpieczeństwo leczenia białkowego. Nieodpowiednie dawkowanie spowodzić może nadmierny i szkodliwy odczyn, przyczem grają tu rolę nie tylko warunki osobnicze, lecz i rodzaj zastosowanego preparatu.

Działanie pozajelitowe wprowadzonego białka nie jest bezpośrednie, jak odpowiednich środków farmakologicznych, lecz pośrednie. Przyczyną powstałych zjawisk jest nie zabieg, jako taki, lecz zmiany wywołane w organizmie, dające się objąć nazwą — przestrojenia.

M. Goldman junior.

F. HAFFNER. O istocie leczenia nieswoistego. (D. m. Woch. 1927 Nr. 41).

Leczenie nieswoiste przedstawia zespół objawów o charakterystycznym zabarwieniu, wywołany szeregiem najróżniejszych czynników, między in. i odczynów swoistych. Jego cechą znamieną jest dwufazowość poszczególnych objawów: zmniejszenie, potem przyspieszenie opadania krwinek, leukopenja z następczą leukocytozą, zakwaszenie z późniejszym przesunięciem w stronę alkalozji i t. d., obejmując z resztą nie tylko wyniki lecznicze, lecz i stany patologiczne. Ponieważ pewne stany fizjologiczne jak odradzanie, wzrost, pod pewnymi względami przedstawiają zjawisko analogiczne, nazwane stąd zapaleniem fizjologicznym, możemy przeto w tych warunkach mówić o fizjologicznym stanie czynnościowym organizmu. Jego zbadanie posiadać będzie wartość niepoślednią dla naszych wiadomości o chorobie i zdrowieniu. Żadne nowe środki lub statystyki nie posuną nas naprzód, dopóki nie potrafimy zrozumieć wewnętrznych zależności całego zespołu zjawisk.

M. Goldman junior.

F. KLEWITZ. Klinika proteinoterapii. (D. m. Woch. 1927 Nr. 41).

Autor omawia zdobycze leczenia białkowego w medycynie wewnętrznej, wciągając tu jednak i szereg preparatów niebiałkowych, których działanie utożsamiamy z preparatami białkowymi. W przewlekłym zapaleniu stawów leczenie było pomyślne w $\frac{2}{3}$ przypadków, jednakże oprócz leczenia białkowego stosowano leczenie fizyczne i farmakologiczne. Autor jest zdania, iż wyłączone leczenie białkowe tylko w rzadkich przypadkach dać może trwałą poprawę. Nawet przy pomyślnym leczeniu białkowym przewlekłych zapaleń stawów tylko wyjątkowo uda się powstrzymać dalszy postęp cierpienia; przynajmniej utrzyma się skłonność do ponawiania, tak że w ciągu lat nasunie się zwykle konieczność powtórzenia leczenia.

Po wstrzyknięciu preparatu, dającego silny odczyn (np. Kollargol), zjawia się często po ustąpieniu objawów odczynowych stan pomyślnego samopoczucia; jest on jednak przemijający, i już po 24 godzinach wrócić mogą w niezmińszonym natężeniu wszystkie uprzednie dolegliwości. Odczyn i wynik ostateczny nie idą bynajmniej w parze.

W dychawicy oskrzelowej leczenie białkowe szeregu przypadków zmniejszało częstość napadów. Wybór przypadków nastęcza duże trudności.

W cukrzycy leczenie białkowe nie daje żadnych rezultatów.

W leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy podnosi autor działanie przeciwbólne, jednak szybkich wyników oczekiwać nie należy.

W ostrych cierpieniach zakaźnych leczenia białkowego autor nie stosuje.

M. Goldman junior.

G. SCHWARZ. Proteinoterapia w chorobach kobiecych i położnictwie. (D. m. W. 1927 Nr. 41).

Według autora nie może proteinoterapia zastąpić zabiegów chirurgicznych lub fizyczno-chemicznych, w całym jednak szeregu przypadków grać może rolę czynników, wspomagających leczenie zasadnicze.

M. Goldman junior.

BIRCH - HIRSCHFELD. Proteinoterapia w chorobach oczu. (D. m. W. Nr. 41).

Pomimo entuzjazmu w nielicznych przypadkach autor widzi więcej niezadowolenia. Zbyt duża liczba preparatów utrudnia spostrzeganie. Poza to nasze wiadomości o sposobie działania środków oparte są na hipotezach. W ciężkich stanach zapalnych, gdy wszystkie środki zawodzą, należy uciekać się do środków białkowych.

M. Goldman junior.

W. SCHOLTZ. Proteinoterapia w chorobach skóry i wener. (D. m. W. 1927 Nr. 41).

W chorobach skórnych leczenie białkiem nie wywiera silnego wpływu na ogniska zapalne w skórze i pozostaje daleko w tyle poza leczeniem działaniem wilgotnych okładów i ciepłych owijań. Znaczne odczyny ogniskowe zdają się być następstwem pobudzenia zarazków chorobotwórczych. Tuberkulina posiada przynajmniej pod względem ilościowym działanie swoiste u gruźlików, podczas gdy szczepionki gonokokkowe i gronkowcowe posiadają działanie lecznicze nieswoiste.

M. Goldman junior.

STOELZNER. Proteinoterapia w chorobach dzieci. (D. m. W. 1927 Nr. 41).

Stoelzner w badaniach swoich starał się zmodyfikować leczenie białkowe w rozmaitych stanach chorobowych u dzieci, dla uniknięcia nazbyt silnych odczynów, jednakże wyników po myślnych nie osiągnął.

M. Goldman junior.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

STEINMANN — O leczeniu biologicznym raka krtani. (Ann. des mal. de l'or, du lar, 1927 Nr. 11).

Nerwy odżywcze mają wpływ na powstawanie zarówno nowotworów, jak i wrzodów. Pobudzenie nerwu odżywczego prowadzi do zwolnienia procesów chemicznych w tkankach, do rozmażania się komórek i do powstania nowotworu. Usunięcie zaś nerwu odżywczego powoduje zwiększenie przemiarj materji w tkance, rozpad komórek i powstanie wrzodu. Liczne badania doświadczalne (Pawłow) i spostrzeżenia kliniczne potwierdzają te poglądy. Brak natomiast pewnych danych co do przebiegu nerwów odżywczych. Niewiadomo, czy włókna ich łączą się z nerwami współczulnymi, czy też stanowią część składową nerwów czuciowych.

Dane powyższe wyzyskano w lecznictwie. Za pomocą przecięcia czy to nerwów, czy też korzeni nerwowych osiągnięto zadawalające wyniki w przypadkach wrzodów. Leczenie tą samą drogą nowotworów napotyka trudności.

Autor stosował przecięcie n. krtaniowego górnego w 3 przypadkach raka krtani nieoperacyjnego. Wyniku pozytywnego nie osiągnął.

J. Tencer.

E. ESCAT — O wylewach krwawych pod śluzówką strun głosowych, powstających wskutek wysiłku głosowego. (Ann. des mal. de l'or., du lar. 1927 Nr. 11).

Wskutek nadmiernego wysiłku strun głosowych występuje niekiedy nagle chrypka, a nawet zupełny bezgłos. Przypuszczano, że podczas „udar krtaniowego“ pękają włókna mięśnia tarczowo-alewkowego, przyczem krew wylewa się do mięśnia. Wiele danych przeczy temu pogładowi. Należy raczej przyjąć, że występuje jedynie krwotok śródmiąższowy i pod śluzówkę strun głosowych.

„Udar krtaniowy“ powodowany bywa przez różnego rodzaju wysiłki głosowe, jak: śpiew, kaszel, śmiech, kichanie. Rolę czynnika sprzyjającego odgrywa nieżyt krtani, osłabiający odporność naczyń krwionośnych strun głosowych. U kobiet przypada często to cierpienie na okres miesiączkowania. Rokowanie jest naogół pomyślne.

J. Tencer.

REBATTU i MOUNIER-KUHN — Odmiany błony bębenkowej w otosklerozie. (Rev. de lor., d'otol. et de rhinol. 1927 Nr. 24).

Autorzy dokładnie obserwowali wygląd błony bębenkowej w typowych przypadkach otosklerozy. Zebrany przez siebie materiał dzieli na 2 grupy. W pierwszej poprzez błonę bębenkową prześwieca wzgórek jako czerwona plamka. W drugiej zaś błona bębenkowa jest szarawa, matowa, czasami zaróżowiona w górnej części, w dolnej natomiast szaro-żółtawa; błona bębenkowa przypomina wtedy „arlekina”, co ma być dość charakterystyczne.

Cechą, rzucającą błonę bębenkową w otosklerozie, jest jej duża ruchomość, która jednakże dotyczyć może tylko części błony.

W większości przez siebie spostrzeganych przypadków otosklerozy autorzy stwierdzili znaczną suchość zewnętrznego przewodu słuchowego.

J. Tencer.

L. BALDENWECK i D. de PRADES — Stosowanie radiografii kości skalistej w badaniu zespołu Gradenigo (Acta otolaryngologica, Vol. XI, Fasc. 2, 1927).

Do zespołu Gradenigo należą jak wiadomo, następujące objawy: 1) ostre lub też przewlekłe obostrzone zapalenie ucha środkowego, powikłane lub też niepowikłane schorzeniem wyrostka sutkowego, 2) bóle czółowo-ciemieniowo-skroniowe, 3) porażenie n. odwodzącego oka po stronie chorej, występujące mniej więcej w miesiąc po zjawieniu się zapalenia ucha.

Dla wytłumaczenia tych objawów stworzono teorię odruchową. Jak wykazały jednak późniejsze badania, zespół Gradenigo powstaje wskutek schorzenia wierzchołka kości skalistej. O ile wierzchołek ten posiada komórki powietrzne, stojące w związku z jamą bębenkową i jamą sutkową, to w pewnych wypadkach proces ropny, szerząc się na wierzchołek kości skalistej, powoduje objawy, które tworzą zespół Gradenigo.

Autorom udało się dokonać zdjęć rentgenowskich kości skalistej chorego z powyższym zespołem. Rentgenogram wykazał wyraźne zmiany wierzchołka kości skalistej po stronie chorej.

J. Tencer.

Choroby narządów trawienia.

J. CARRÈRE. (Montevideo) Metoda badania schorzeń dróg żółciowych. (Paris méd. Nr. 52/1527).

Autor bada zachowanie się dróg żółciowych po wprowadzeniu do dwunastnicy rozmaitych pokarmów. Kontrola odbywa się rentgenologicznie po uprzednim wprowadzeniu do ustroju substancji kontrastowych. Zśród rozmaitych pokarmów autor wybiera stężony rozczynek cukru gronowego, jako najbardziej fizjologiczny (jego zdaniem) z substancji żółciopędnych. Rozczyn taki, po dostaniu się do dwunastnicy, wywołuje pewien odruch ze strony pęcherzyka żółciowego, wyrażający się w rytmicznym skurczu i rozkurczu pęcherzyka. W pierwszym okresie, który trwa około godziny po wprowadzeniu cukru do dwunastnicy, następuje skurcz pęcherzyka, zmniejszającego się powoli. W drugim okresie, t. j. pod koniec drugiej godziny po wprowadzeniu cukru, następuje rozkurcz, i pęcherzyk się powiększa. Rytm ten u osobników zdrowych jest stały, zmienia się jednak przy wprowadzaniu innych substancji. Zmiany chorobowe w obrębie dróg żółciowych zakłócają prawidłowość powyższego rytmu tem wyraźniej, im dalej są posunięte. Zaburzenia polegają głównie na zniesieniu odruchu żółciowego z powodu zesztynienia dróg żółciowych, co uniemożliwia należyte kurczenie się ich, lub też na ciągłym odpływie żółci z powodu niedomykalności zwieracza Oddi. Z całości rytmu może pozostać nienaruszona tylko pierwsza lub druga jego część. Rozczyn cukru, stosowany przez autora jest stosunkowo słabym bodźcem żółciopędnym tak, że przy stosowaniu tego rozczyntu dają się zauważyć nawet lekkie zmiany dróg żółciowych. Badania swe

autor mógł sprawdzić także częściowo i na chorych z przetokami żółciowymi nazewnątrż.

B. Goldstein.

BOEKELMAN. Określanie zawartości azotu w żółci jako pomocnicza metoda rozpoznawcza w chorobach pęcherzyka żółciowego. (Kl. Woch. 1928, Nr. 2).

Badania autora dały następujące wyniki: 1) w żółci pęcherzykowej, otrzymanej z pomocą sondy dwunastniczej wynosi zawartość azotu u osobników zdrowych mniej, niż 200 mg. ‰; 2) w zapaleniu pęcherzyka żółciowego zawartość azotu przewyższa stale liczbę 200 mg. ‰; 3) z kamicy żółciowej zaś wartości dla N wykazują znaczne wahania.

Z. Świder.

MAX EINHORN. Brak żółci przejściowy. (Arch. f. Verd. Krankh t. 402, 5/6).

Autor przytacza przypadek biegunki bez objawów nieżytu przewodu pokarmowego, z zupełnym brakiem barwników żółciowych w stolcach przy zmniejszonej ilości moczu i braku gązów jelitowych.

Jako przyczynę biegunki uważa picie dużej ilości mrożonej wody. Opierając się na badaniach Crile'a autor twierdzi, iż niska temperatura wprowadzonych pokarmów wpływa ujemnie na czynność wątroby.

Biegunka jest niejako samoobroną ustroju, albowiem nie pozwala na wchłanianie treści jelita, chcąc w ten sposób zapewnić wątrobie należyne jej odpoczynek.

B. Goldstein.

BERGMANN. O mechanizmie opróżniania się pozawątrobowych dróg żółciowych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 40, 1927).

Pogląd Blanda, jakoby żółć z pęcherzyka żółciowego nie wydobywała się do dwunastnicy, jest niesłuszny, gdyż po wstrzyknięciu pituitryny lub podaniu do dwunastnicy oliwy z żółtkiem otrzymuje się wyraźne zmniejszenie cienia pęcherzyka wypełnionego masą kontrastową. Schöndube pod wpływem oliwy z żółtkiem spostrzegł przechodzenie płynu kontrastowego z pęcherzyka nie tylko do przewodu pęcherzykowego i wspólnego, lecz nawet do przewodu wątrobowego powyżej jego rozgałęzienia.

Dwufazowość mechanizmu opróżniania się pęcherzyka stwierdzona odczynem pituitrynowym na człowieku, jak i doświadczalnie na zwierzętach, unaocznia współdziałanie nerwów w czynnym skurczu pęcherzyka, przemawiając przeciw teorii biernego wyciskania żółci.

Za czynnym skurczem pęcherzyka przemawiają zdjęcia serjowe pęcherzyka z przypadków kamicy, w których pod wpływem środków farmakologicznych zmienia się wyraźnie kształt pęcherzyka.

Teoria autora i jego szkoły posiada duże znaczenie dla leczenia wewnętrznego wczesnych stanów zapalnych błony śluzowej pęcherzyka i kamicy, które według teorii przeciwnej skazane byłyby wyłącznie na leczenie chirurgiczne.

M. Goldmann junior.

N. ANSCHEL. Przyczynki do wewnętrznego leczenia schorzeń dróg żółciowych. (A. f. Verd. t. 40 t. 5/6).

Autor, na zasadzie doświadczeń własnych, zaleca stosowanie preparatu „Choleval”, (dożylnie), jako łączącego w sobie działanie antyseptyczne srebra z działaniem żółciopędnym kwasów żółciowych.

B. Goldstein.

A. J. BENGOLEA. O leczeniu kamicy żółciowej z punktu widzenia chirurgicznego. (Arch. des mal. de l'app. dig. Grudzień 1927 r.).

Autor, omawiając zagadnienie operowania w kamicy żółciowej z punktu widzenia chirurgicznego, wypowiada się przeciwko operowaniu przypadków kamicy z żółtaczką; lecz bez objawów zakażenia.

Przypadki takie, po uprzednim upewnieniu się co do rozpoznania, należy leczyć z pomocą zgłębnikowania dwunastnicy.

Nawet w przypadkach, w których operacja jest konieczna,

nie należy się łudzić, że wyleczy ona chorego zupełnie. Kamica żółciowa jest cierpieniem raczej ogólnym, ustrojowym — operacja niewiele może pod tym względem zdziałać, dlatego też po operacji chory musi zachowywać odpowiedni tryb życia, o ile nie chce się narażać na nawroty choroby.

B. Goldstein.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

∞ Prof. H. STRAUSS u. F. BOENHEIM. *Innere Sekretion u. praktische Medizin.* (Str. 904. Wyd. Carl. Marhold Halle a. d. S. 1927).

Zbiorowy ten podręcznik, jak twierdzą w przedmowie wydawcy, nie ma stanowić książki elementarnej ma być pomocnym doradcą dla bliżej już obeznanych z rozległą a modną obecnie dziedziną endokrynologii i endokrynopatologii. Tem się też tłumaczy, że zarucony został mimo a może wobec przytłaczającego ogromem materiału faktycznego dawny podział na zachorzenia poszczególnych gruczołów dokrewnych, lecz brane zostały pod uwagę stosunki między inkretami a poszczególnymi układami narządowymi ustroju ludzkiego. Odpowiednie tematy opracowane zostały przez autorów, jednocześnie klinicystów i lekarzy praktyków, którzy w danej dziedzinie już wykazali chlubną działalność literacką.

Wobec tego, że podręcznik głównie ma na widoku lekarzy niespecjalistów, wysuwane zostały w nim mniej strona teoretyczna i problematyka fizjologiczno-chemiczna, niż czysto praktyczna, na pierwszym miejscu lecznicza. Załączony został słusznie bardzo dokładny spis zasadniczych i podstawowych prac z piśmiennictwa ogólnie lekarskiego, oraz rejestr bardziej znanych środków i specyfików opoterapeutycznych.

Że w zbiorowym podręczniku, gdzie „niektóre pogranicza międzygruczołowe dostały się w ręce różnych współpracowników, spotyka się pozorne dywersje i przeciwieństwa w poglądach, jest nieuniknione i samo przez się zrozumiałe, ale nie zmniejsza to bynajmniej wartości podręcznika, nie odlanego wprawdzie z jednolitej bryły, ale stojącego prawie wszędzie z małymi wyjątkami na wysokości zadania, i prowadzącego pewną ręką, jak dobry cicerone, mało wtajemniczonego czytelnika po zaułkach labiryntu dokrewnego.

Szczególnie wyczerpująco i oryginalnie opracowane zostały działy: o anatomji, fizjologii i konstytucji (Burchardt), o zaburzeniach rozrastania się poszczególnych tkanek (Maas), cierpieniach skórnych (Pfleger) i chorobach przewlekłych stawowych (Strauss).

Bardzo przejrzyste wypadło omówienie w zależności od endokrynopatologii: chorób nerwowych (Pineles i Spitzer), umysłowych (Klieneberger), przemiany materji i nowotworów (Strauss) oraz materji organoterapeutycznej (Boenheim). Dobre, acz do dyskusji i opozycji prowokujące, są rozdziały, traktujące o chorobach żołądkowo-kiszczkowych (Hernando), oddechowo-sercowych (Grafe), a zwłaszcza chorób kobiecych, raczej narządów rozrodczych (Aschner). Nieco po macoszemu i niezupełnie nowoczesnie potraktowany został stosunek endokrynologii do chorób zakaźnych, hematologii i chirurgji. Że niema jeszcze nic zaokrąglonego i zakończzonego, że wszystko znajduje się jeszcze *in statu nascendi* w tej dziedzinie, wyczuwa uważny czytelnik nietylko w dziale terapeutycznym.

Podręcznik 900-o stronicowy, o tekście wszędzie zwięzłym, krótkim ale treściwym, nie zawiera rysunków i ilustracji — coby znacznie podniosło koszt wydawnictwa — ale zato zaopatrzone jest w bardzo szczegółowy spis alfabetyczny prac i autorów, z którego widać, iż nie pominięto niektórych autorów polskich nawet w ich mniej wartościowych produkcjach.

H. Higier (Warszawa).

H. MARX. *Zaburzenia przemiany wodnej ustroju w schorzeniach przysadki mózgowej.* (D. Arch. f. kl. Med. t. 158 z. 3/4).

Autor studjuje na szeregu przypadków zmiany, występującej w przemianie wodnej ustroju w schorzeniach przysadki mózgowej.

Zpśród licznych metod badania wyróżnia on metodę określania wahań zawartości hemoglobiny we krwi podczas przeprowadzania próby wodnej, którą uważa za najbardziej dogodną.

B. G.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

H. SCHLESINGER. *O znaczeniu odczynu Wassermanna dla rozpoznawania i leczenia chorób wewnętrznych.* (Ther. der. Geg. 1928 Nr. 1).

Autor przestrzega przed skutkami przeceniania wartości klinicznej odczynu Wassermanna. Jak każda metoda laboratoryjna jest on tylko pomocniczym środkiem rozpoznawczym; rozpoznania i leczenia nie należy opierać wyłącznie na 1 metodzie. Nie jest to zresztą metoda bezwzględnie ścisła. Np. dodatni odcz. W. nietylko występuje w szeregu schorzeń niekifowych jak zimnica, Kala-Azar i t. p. lecz nawet w przypadkach, w których obecność kiły nie ulega wątpliwości, wcale nie należy wnioskować, że dane cierpienie jest spowodowane kiłą, a nie innymi czynnikami. Z drugiej strony ujemny odczyn W., jak wiadomo, bynajmniej kiły nie wyłącza. Toteż leczenie swoiste, mimo ujemnego odczynu Wassermanna, daje często wyniki udane. Z drugiej strony nie należy wnioskować, że z chwilą gdy odczyn W. z dodatniego stał się ujemny — choroba jest już wyleczona. Fakt ten wskazuje tylko na poprawę stanu serologicznego, a bynajmniej nie na wyleczenie cierpienia miejscowego.

W konsekwencji więc, o ile nerki i wątroba na to pozwalają, należy prowadzić dalej leczenie swoiste, mimo ujemnego odczynu W. W innych przypadkach należy swoiste leczenie przerwać ze względu na stan ogólny, mimo dodatniego odcz. W., gdyż z jednej strony niekiedy musimy poprzestać na zadowolającym wyniku miejscowym, z drugiej strony wiadomą jest rzeczą, że w niektórych przypadkach leczenie swoiste nie doprowadzi do poprawy tych właśnie miejscowych zmian chorobowych, jak na przykład to ma miejsce z rozlanem rozszerzeniem tętnicy głównej. Nietylko niedostateczne leczenie, lecz również nadmierne leczenie może zaszkodzić w kile narządów wewnętrznych.

B. Goldstein.

BRUCK. *Przyczynę do zagadnienia leczenia kiły surowicą.* (Klin. W. 1928, Nr. 2).

Ujemne wyniki wszelkich dotychczasowych prób uodparniania czynnego w kile czyniły już zgóry nieprawdopodobnym przypuszczenie, że uda się zapomocą uoćparniania biernego, t. j. za pomocą odpowiedniej surowicy, osiągnąć jakieś wyniki lecznicze u zwierząt doświadczalnych. Jednak autor wypróbował przygotowaną przez Klopstocka w Berlinie surowicę o bardzo wysokim mianie. Surowicę przygotowano w ten sposób, że wstrzykiwano koniom przez szereg miesięcy coraz to większe dawki czystej hodowli krętków białych. Miano aglutynacyjnej tej surowicy wynosiło aż 1 : 10000. Upewniwszy się co do nieszkodliwości tej surowicy, zastosował ją B. w 2 przypadki wczesnej (stwardnienie pierwotne, łepieże, wysypka) z licznymi krętkami. Objawów ubocznych wprawdzie nie miał, ale też nie widział absolutnie żadnego wpływu leczniczego: ani na obraz kliniczny, ani na dodatni odczyn Wassermanna, ani na żywotność krętków — natomiast otrzymał szybką poprawę po zastosowaniu zwykłej metody leczniczej (salwarsan plus bizmut). Stąd wniosek, że leczenie kiły surowicą swoistą daje u ludzi również ujemne wyniki, jak dotychczas w badaniach na zwierzętach.

Z. Świder.

LINSER i KÄHLER — *Gospodarka cholesterynowa ustroju a porost włosów.* (Kl. W. 1928, Nr. 3).

Na podstawie badań doświadczalnych, przeprowadzonych na myszach i królikach, doszedł Jaffe do wniosku, że cholesteryna pobudza porost włosów przy zewnętrznym, naskórnym

jej stosowaniu. J. stosował mianowicie 50% maść cholesterynowo-wazelinową. Autorowie skontrolowali te badania i doszli do wniosku, że odgrywa tu rolę nie obecność cholesteryny, lecz sam zabieg energicznego masowania. Okazało się bowiem, że energiczne wcieranie tylko zwykłej wazeliny w ogolony odcinek skóry królika wywołuje tu porost włosów. Natomiast zastosowanie zarówno wazeliny zwykłej, jak i maści Jaffe go bez masażu, t. j. poprostu zmasowanie delikatne danego odcinka skóry, nie dało regeneracji włosów. Dlatego też nie wolno nam mówić o jakimś swoistem działaniu cholesteryny na porost włosów. Wartości przeto żadnej nie posiada lek „Trilysin”, sprzedawany jako „Haartonicum”, a zawierający cholesterynę.

Z. Świder.

BLOCH — O leczeniu brodawek zapomocą suggestji. (Klin. Woch. 1927 Nr. Nr. 48 — 49).

Na zasadzie poczynionych przez siebie obserwacji oraz podanych opisów choroby ciekawszych przypadków — dochodzi autor do wniosku, iż poglądy ludowe na uleczalność brodawek zapomocą suggestji są najzupełniej słuszne i odpowiadające rzeczywistości. Ponieważ cierpienie to jest wybitnie chroniczne i często odporne na wszelkie zabiegi lecznicze, zaś autorowi udało się w dość znacznym odsetku przypadków (88%) osiągnąć zupełne wyleczenie w krótkim czasie, bo wynoszącym od 2 do 8, rzadziej więcej tygodni, przeto należy niewątpliwie przyjąć istnienie związku przyczynowego między zastosowaną metodą leczniczą, a jej wynikami: zniknięciem zupełnym brodawek. Bloch stosował zabieg suggestyjny, polegający na pokryciu farbą brodawek (na palcach i twarzy), zalecając choremu jednocześnie niezmywanie jej przy myciu rąk i t. p. oraz zapewniając chorego o skuteczności tego zabiegu. Zakłopotanie chorego z powodu tych krępujących wysoce kolorowych brodawek zmuszało go do myślenia wciąż o nich, do skupienia na nich uwagi — i to miało właśnie być tym psychicznym czynnikiem leczniczym. Dużą rolę odgrywa również osoba lekarza, i od jej wpływu na chorego zależy większy lub mniejszy odsetek wyników dodatnich. Autor tłumaczy sobie wpływ suggestji bynajmniej nie w sposób mistyczny, sądzi zatem, iż suggestja wpływa tu przypuszczalnie na nerwowe ośrodki roślinne, które wysyłają wtedy obwodowe bodźce roślinne, powodujące zanik brodawek.

Z. Świder.

Medycyna Sądowa.

Al. SCHACKWITZ — Usiłowanie morderstwa przez pocałunek. (D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1927 t. X).

Przestępstwo tego rodzaju należy do rzadkości. Trucizna musi być bardzo silna i łatwa do wprowadzenia do ust. Takim środkiem może być w praktyce sądowo-lekarskiej cjanek potasu. W danym przypadku istotnie miało miejsce zastosowanie tej trucizny i tylko dzięki szybkiemu wypluciu jej, ofiara została przy życiu.

Pewna ekspedjentka sklepowa prowadziła rozwiązyły tryb życia, była chora wenerycznie, miała narzeczonego, z którym

łączyły ją bliższe stosunki. Narzeczony postanowił z nią zerwać i zawiadomił ją o tem. Zawiedziona w swych nadziejach kochanka powzięła plan morderstwa i samobójstwa. W tym celu zaprosiła narzeczonego do siebie i przygotowała kawę oraz bułki z szynką mocno zaprawioną pieprzem, prawdopodobnie aby wywołać silniejsze pragnienie i łatwiej skłonić do wypicia płynu, zawierającego truciznę. Niezwykłe zachowanie się dziewczyny wzbudziło nieufność w narzeczonym i mimo pragnienia nie chciał pić kawy, gdyż, jak twierdzi, widział, że ona coś dosypywała do filiżanki. Sprawczyni wydawała się bardzo podniecona seksualnie: obejmowała i całowała narzeczonego. Tegoż dnia obcowali ze sobą cielesnie. Nagle dziewczyna napiła się kawy i przybiegłszy do ofiary pocałowała ją pełnymi ustami, wlewając płyn do jego ust. Poczwszy płyn pałacy i gorzki, wyrzucił go natychmiast i uciekł, przyczem wydawało mu się, że narzeczona połknęła płyn. Dziewczyna umarła. Na jego ubraniu były białe plamy, które po zbadaniu okazały się resztkami cjanu potasu. Analiza chemiczna narządów zmarłej i zawartości filiżanek wykazała obecność cjanu potasu. Z pozostawionych listów denatki okazało się, że zamierzała ona popełnić zabójstwo i samobójstwo.

W. Felc.

Al. SCHACKWITZ. Przypadkowe wyciągnięcie własnego jelita grubego przez czternastoletniego chłopca. (D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1927 t. X).

Pewien 14-letni chłopiec, syn ubożego wieśniaka, normalnie pod względem cielesnym i duchowym rozwinięty, uczeń 1-klasowej szkoły wiejskiej, o przeciętnych zdolnościach i specjalnej pilności w rachunkach, szczery wobec przyjaciół, a zamknięty i nieprzystępny wobec nieprzychylnych sobie, spełniający odpowiednie dla swego wieku i rozwoju cielesnego prace przy gospodarstwie wiejskim, siedząc pewnego wieczora na murze cmentarnym kościoła i widząc gryzące się psy, zeskoczył i chciał je rozpędzić. Przy upadku poczuł ból, a powróciwszy do domu nic nikomu nie mówiąc, udał się do ustępu, znajdującego się w stajni. Tam zauważył, że coś mu z otworu stolcowego wystaje (były to wypadnięte jelita). Sądząc, że jest to jakieś ciało obce, zaczął je usuwać i wyciągnął dwa kawałki jelita grubego: jeden 3 1/2 m długości, drugi 1/2 m. Potem wrócił do domu i położył się do łóżka; dopiero po kilku godzinach zaczął się skarżyć na bóle w krzyżu. Siostra chłopca znalazła wyrwane jelita w stajni i przyniosła je do domu. Następnego dnia w stanie dość dobrym (T^o 37,3, tętno 100 na 1 m) został dostarczony do szpitala, gdzie natychmiast przystąpiono do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że zawiera ona krew i kał. Jelito grube aż do zastawki Baugina było przerwane i tworzyło rękaw, składający się częściowo z mięśniówki i warstwy zewnętrznej; jelito ślepe i wyrostek robaczkowy zachowane, jelita cienkie nieuszkodzone. Pacjent zmarł podczas zabiegu operacyjnego. Śmierć nastąpiła w 12 godzin po wypadku. Autor sądzi, że bóle przy wyciąganiu jelita nie były duże, a chłopiec z obawy i wstydu nic nie powiedział rodzicom.

W. Felc.

Wskazówki praktyczne.

Z Zakładu Rentgenologicznego Kasy Chorych m. Warszawy

W sprawie metodyki rentgenologicznego badania klatki piersiowej.¹⁾

Podał

S. RUBINROT, Kierownik Zakładu (Warszawa).

W dziedzinie rozpoznawania chorób płucnych badanie rentgenologiczne zajmuje dziś stanowisko

¹⁾ Odczyt wygłoszony na posiedzeniu W Koła Radjologów dn. 12/XII 1927 r.

pierwszorzędne, żeby nie powiedzieć dominujące. Praktyka codzienna dowodzi, że objawy kliniczne dają często obraz niedokładny lub błędny, zarówno co do istoty sprawy chorobowej, jak i jej rozległości. Ponieważ badanie rentgenologiczne zyskało dziś wielkie zaufanie, dążeniem rentgenologa musi być unikanie błędów rozpoznawczych, które są tem poważniejsze, że mogą wyrzucić wielki wpływ na postępowanie klinicysty i na losy chorego. Wobec powyższego metodyka badania rentgenologicznego chorób płuc jest sprawą dużego znaczenia, której warto nieco uwagi poświęcić.

Co jest ważniejsze dla rozpoznania choroby — prześwietlenie czy zdjęcie? Sprawa ta jest jeszcze niekiedy sporna i doprowadza do nieporozumień nawet natury urzędowej. Dla zobrazowania tego pozwolę sobie przytoczyć incydent, podany w „Journal de Radiologie“ (T. XI. 1927 Nr. 7).

„Prefekt jednego z południowych departamentów Francji rozesał okólnik, podkreślający, że minister (ministre de Pensions) zwrócił uwagę na znaczne koszty badania rentgenologicznego klatki piersiowej ubezpieczonych wskutek zbyt wielkiej liczby dokonywanych zdjęć w stosunku do prześwietlań... Wobec powyższego poleca się chorych tylko prześwietlać, a w razie konieczności dokonania zdjęcia przesałać w ciągu 24 godz. umotywowany wniosek do odpowiedniej komisji...“

„Na skutek rozporządzenia powyższego wszystkie stowarzyszenia rentgenologiczne francuskie, jak „Syndicat des medecins electro-radiologistes“, „La Societe de Radiologie Medicale de France“, „La Societe française d'Electrotherapie et de Radiologie“, — przesałały odpowiednie wyjaśnienia do władz, co spowodowało odwołanie wymienionego okólnika między innymi w słowach następujących: „Zadne rozporządzenie nie wskazuje metodyki badania... Lekarz rentgenolog ma zupełną swobodę zastosowania w każdym przypadku takiego badania, jakie uzna za odpowiednie — czy to prześwietlanie czy zdjęcie...“

Zatrzymałem się nieco dłużej nad tą sprawą, ponieważ może ona mieć znaczenie szczególnie dla kolegów, pracujących w Kasach Chorych. Należy znać, że tylko rentgenolog może decydować o metodyce dokonywanego przez niego badania.

Wiemy wszyscy bardzo dobrze, że prześwietlanie klatki piersiowej daje nam dużo cennego materiału dagnostycznego, pozwalając badać chorego w różnych warunkach fizjologicznych. Określamy więc wyjaśnianie się szczytów podczas kaszlu, wyjaśnianie się płatów podczas głębokiego wdechu, przyczem wydają się miejsca nacieczone; rozróżniamy zrosty, poziom wysięku w rozmaitych pozycjach chorego, zachowanie przepony

i t. d. Podczas prześwietlania szczytów od tyłu okazuje się celowym ustawienie pacjenta w pozycji lekko zgarbionej do przodu z głową podniesioną: w ten sposób otrzymuje się znacznie większe pola szczytowe, co ułatwia rozpoznanie.

Jednakże pomimo wielu cennych spostrzeżeń, osiągniętych drogą prześwietlania — dobry rentgenogram ujawnia mnóstwo szczegółów, niewidocznych podczas prześwietlania. A więc przedewszystkiem u dzieci nie jesteśmy w stanie rozpoznać na ekranie zmian delikatniejszych. Jeżeli np. podczas prześwietlania dziecka nie dostrzeżemy nawet względnie powiększonego cienia wnek, to zdjęcie pokaże nam nieraz całe kępy powiększonych, a nawet zwapniałych gruczołów. Sprawy mięszone subtelniejsze, jak np. prosówka i t. d., nie dają się zupełnie rozpoznać na ekranie. U dorosłych nieraz dopiero na zdjęciu dostrzegamy drobniejsze ogniska zgęszczenia w szczytach czy płatach, małe jamy, nacieczenia okołooskrzelowe, drobnoguzkową rozsiałą gruźlicę i t. d.

Ważne znaczenie ma zdjęcie jeszcze z tego powodu, że pozwala na dokładniejsze przestudjowanie obrazu niezależnie od chorego i czynników subiektywnych prześwietlającego lekarza: w ten sposób może być skorygowane np. pierwotne rozpoznanie błędne.

Aby jednak zdjęcie było miarodajne, musi ono odpowiadać różnym warunkom technicznym co do wyświetlania (ekspozycji); na zdjęciu zbyt miękkim wystąpią zbyt silnie różne cienie normalne i patologiczne, na zdjęciu twardem dużo szczegółów delikatniejszych zatrafi się.

W celu otrzymania zdjęć, odpowiadających najbardziej warunkom normalnym (nie powiększonych), dokonywa się coraz częściej zdjęć na odległość (teleradiogram) z odległości 2 metrów, przy czem chory jest jeszcze odsunięty od błony na 30 ctm. W tych warunkach dokonywa się często jeszcze t. zw. zdjęć stereoskopowych. Dopiero więc stereoteleradiogram daje obraz naturalny narządów klatki piersiowej i pozwala na wykrycie zmian chorobowych niewielkich i wczesnych, których badanie kliniczne wykryć nie jest w stanie.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

KOŁO WARSZAWSKIE.

XVII posiedzenie naukowe z dn. 23 stycznia 1928 r

Przewodniczący — Drozdowicz Sekretarz — Adelfang

I. PRZEDBORSKI i GŁOWACKI: *W sprawie postaci chorobowej pleuritis mediastinalis u dzieci.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji Grudziński zaznacza, że postaci wysiękowe pleuritis med. są bardzo rzadkie, natomiast zrostowe są względnie częste. Najczęściej spotyka się postać dolną, zwłaszcza prawa. Ważnym objawem różniczkowym rentgenologicznym jest brak tętnienia na cieniu.

Paradistal. Rentgenologiczne stwierdzenie cienia w postaci trójkąta, przylegającego do kręgosłupa, nietylko pozwala postawić rozpoznanie pleur. med. post. lub costo-med. post. ale także, jak to przedstawił Rist w roku ubiegłym, pozwala podejrzewać obecność rozstrzeni oskrzelowych. Rozstrzenie oskrzeli

tylno-dolnych, wobec istniejących tam stosunków anatomicznych, mogą z łatwością wywołać odczyn opłucny w postaci zapalenia ropnego, częściej jednak zrostowego. Dla wyjaśnienia, czy mamy do czynienia z wysiękiem suchym, czy też ropnym, kierujemy się następującymi objawami: wraz z wysiękiem ropnego obraz rentgenologiczny przedstawia się w postaci trójkąta, u podstawy silnie zacienionego, powyżej stwierdza się poziom płynu, a nad nim bańkę powietrzną. Znaczne objawy uciskowe ze strony śródpierśia. We wszystkich tych przypadkach Rist radzi wykonać bronchografję.

Przedborski w odpowiedzi zaznacza, że pochodzenie trójkąta cieniowego, przy minimalnych objawach zrostowych na sekcji, tłumaczy się wciągnięciem w sprawę również i sinus costo-diaphragmaticus, który w projekcji, nawet w razie małych zrostów może dawać duże cienie. W przypadku, demonstrowanym przez Paradistalę, trójkąt cieniowy, pomimo kontrastowego nastrzyknięcia oskrzeli, jest wyraźnie widoczny jako tło, czyli że cień ten nie zróżniczkował się w pasmach rozstrzeni, a pozostał jako taki, niezależnie od uwidocznionych oskrzeli.

2. RUBINROT: *W sprawie niezgodności rozpoznania klinicznych i rentgenologicznych w gruźlicy płuc.*

Niezgodność rozpoznania w przypadkach, nie przedstawiających wątpliwości pod względem rentgenologicznym, tłumaczą dwie koncepcje: winne jest albo pobieżne badanie klinicysty albo metoda badania klinicznego, nie pozwalająca na dokładne rozpoznanie. W większości przypadków winne jest badanie niedokładne. Jednakże dość często zawodzą dane kliniczne. Spodziewamy to w przypadkach niezbyt dużych zmian szczytowych, w sprawach drobnoogniskowych, nawet rozsianych na większej przestrzeni, w tak zw. jamach niemych, wreszcie dość często w wieku dziecięcym.

Badanie rentgenologiczne wykrywa zmiany, niestwierdzone przez klinicystę, i dlatego powinno być stosowane możliwie często, szczególnie, gdy lekarz zmuszony jest do szybkiego badania znacznej liczby chorych, jak np. w praktyce kas chorych. (Auto-refer.).

W dyskusji Grudziński zaznacza, że sprzeczność między kliniką, a obrazem rentgenologicznym jest wynikiem braku porozumienia między klinicystą a rentgenologiem. Jedynie zestawienie objawów klinicznych i rentgenologicznych pozwala ustalić rozpoznanie możliwie prawidłowe, zwłaszcza w stosunku do spraw płucnych. Niektóre zmiany płucne są dostępne jedynie dla klinicysty, inne znowu jedynie dla rentgenologa (wnęki).

Janowski uważa, że całe nieporozumienie oparte jest na tem, iż sprawy płucne świeże, które klinika dokładnie stwierdza i lokalizuje, nieuchwytnie są dla rentgenologa. Sprawy tego rodzaju spotyka się często przy stwierdzaniu zdolności rekruta do służby wojskowej, opierającej się obecnie wyłącznie prawie na badaniu rentgenologicznym, właściwie tylko na prześwietlaniu, które w tych przypadkach jest zupełnie niemiarodajne.

Rudzki. Nie można przeciwstawiać badania rentgenologicznego metodom klinicznym lub innym. Porównywać można tylko z rozpoznaniem sekcyjnym. Na 200 przypadków z praktyki prywatnej, badanych klinicznie i rentgenologicznie — wyniki badania były zgodne w 80%, w 15% badanie rentgenologiczne wykazało większe zmiany, a w 5% mniejsze, niż badanie kliniczne. Odsetek ten zgadza się mniej więcej z rozpoznaniem sekcyjnym. Co się tyczy badania rekrutów, to ref. występował na ostatnim zjeździe w Paryżu przeciw rentgenoskopji. Masowe jednak przeprowadzenie rentgenografji jest, wobec ogromnych kosztów, niemożliwe.

Dąbrowski K, tłumaczy rozbieżność w wynikach badania rentgenologicznego i klinicznego niedostatecznym wyszkoleniem lekarzy, często nieodpowiednimi warunkami, w jakich zmuszeni są pracować, oraz trudnościami, które są spowodowane właściwościami klatki piersiowej. Nieraz należy podkreślić zbyt często rozpoznawane przez rentgenologów t. zw. „apicity“, które niekoniecznie muszą zależeć od zmian w miąższu płucnym wierzchołków, lecz od zgrubiałej opłucny, niedodmy wierzchołka i t.p. Wyniki badania rentgenologicznego winny uzupełniać wyniki badania ogólnego, czynnościowego, fizykalnego i laboratoryjnego, na których podstawie rozpoznaje się obecnie gruźlicę płuc.

Augarten. Zamglenie szczytu, stwierdzone tylko na zasadzie prześwietlenia, nie jest miarodajne, zależne bowiem jest od zniekształcenia klatki piersiowej, większej ilości tkanki tłuszczowej, powiększonego gruczołu tarczowego i t.p. Badanie rentg. ma przewagę nad klinicznym w sprawach przywnekowych, wczesnych nacieczeń podobojczykowych i przy stwierdzaniu małej ilości płynu, np. w odmie sztucznej. Rentgenolog nie powinien jednak stawiać rozpoznania, tylko opisywać obraz rentgenologiczny. Badanie rentgenologiczne jest tylko dopełnieniem badania klinicznego.

Lipszyc. Nie można mówić o niezgodności rozpoznania klinicznych, wychodzących z ambulatorjów kas chorych, gdyż o ścisłym rozpoznaniu w tamtejszych warunkach pracy powinno być nie może. Badanie rentgenologiczne na zachodzie należy do nieodzownych, nawet w ambulatorjach. Jeżeli badania rentgeno-

logiczne płuc nie ulegają wątpliwości i są dla praktyka miarodajne, to trudno jest zrozumieć błędy rentgenologów w przypadkach, nie dotyczących się płuc, jak np. w przypadku, w którym klinicysta stwierdził guz nerki, rentgenolog zaś guz śledziony i nawet go naświetlał. Operacja wykazała guz nerki.

Dłuski proponuje, aby dyskusja była przeprowadzona po wygłoszeniu wszystkich odczytów. Wniosek przyjęto.

3. ADELFIANG: *W sprawie trudności rozpoznawczych gruźlicy wieku dziecięcego.*

Ref. demonstruje szereg zdjęć różnych postaci gruźlicy wieku dziecięcego, poczynawszy od gruźlicy gruczołów chłonnych okołoskrzelowych i skończywszy na rozsianej gruźlicy obu płuc. Gruźlica gruczołów rozpoznawana jest zbyt często, a należy ona do trudniejszych zadań rentgenologii. Rozpoznanie to nie może się opierać na stwierdzeniu powiększonych cieni i smug wnękowych, lecz na stwierdzeniu pierwotnego ogniska, z którym gruczoła gruczołowa zawsze jest połączona. W braku pierwotnego ogniska w obrazie rentg. decyduje mniejsza lub większa zawartość wapnia w gruczołach i ścisła obserwacja kliniczna. Tak zw. nacieczenia przywnekowe bywają 3 rodzajów: nacieczenie swoiste, które nie ginie, lecz przeistacza się w większe zwapniałe ogniska przywnekowe. Nacieczenia, które giną zupełnie i należą do nieswoistych, ew. toksycznych lub tak zw. epituberkulicznych, wreszcie wysięki międzypłatowe przywnekowe plus zapalenie zwykłe. Te ostatnie po wyleczeniu pozostawiają ślady w postaci wzrostów międzypłatowych przywnekowych. Tego rodzaju rozpoznania stawiane są przeważnie za pomocą badania rentgenologicznego. Ale rodzaj nacieczenia może być ustalony tylko w razie dłuższej obserwacji klinicznej i rentgenologicznej.

Najłatwiejsze do rozpoznania są sprawy rozsiane. Ale i w tych przypadkach zachodzi niewspółmierność między badaniem klinicznym i rentgenologicznym w tym sensie, że rentgenolog stwierdza daleko idące zmiany w sensie gojenia się sprawy chorobowej, klinicysta znajduje jednak jeszcze znaczne zmiany opukowe i wysłuchowe.

4. ZAWADOWSKI: *Rola radjodjagnostyki w rozpoznawaniu wczesnych okresów zakażenia gruźliczego u dorosłych.*

Znaczenie radjodjagnostyki nowoczesnej, pozwalające na dokonanie zdjęcia w 1/10 — 1/20 sekundy, obfitującego w szczególności i bardzo kontrastowego, wykracza poza problem wczesnego rozpoznania gruźlicy. Wykazując mało dotychczas dostępne zmiany w tkance podścieliskowej płuca, t. zw. sklerozy interstycjalnej, radjodjagnostyka rzuca nowe światło na niejasny przebieg zakażenia gruźliczego w okresie pomiędzy ogniskiem pierwotnym a suchotami płucnymi dorosłego.

Radjodjagnostyka przyczyniła się do obalenia dogmatu o regularnym rozpoczynaniu się gruźlicy dorosłego w szczytach, wykazując bądź pierwsze uniejscowienie ognisk chorobowych w okolicach podobojczykowych, bądź też rozległe zmiany płucne w środkowych i dolnych płatach przy zupełnie wolnych szczytach.

H. Adelfang.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu grudniowym Tow. Nauk Lek. i Biolog. w Montpellier poruszyli Rimbaud, Boulet i Chaptal sprawę wartości klinicznej azotemji u chorych z mocznicą. Na podstawie badań porównawczych, przeprowadzonych na 4 chorych, doszli oni do wniosku, że niezawsze daje się stwierdzić pewną równoległość między stopniem azocjicy a nasileniem objawów klinicznych; ten sam poziom mocznika we krwi może u chorych z mocznicą odpowiadać różnym stopniom tego zatrucia. Wartość pomocniczą dla oceny ciężkości danego przypadku posiada określanie zasobu zasad we krwi.

Giraud, Puech i Fayot przedstawili na tem samem posiedzeniu spostrzeżenia swe, dotyczące przypadku zapa-

lenia wsięrdzia enterokokowego. Chodziło o dziewczynę lat 21, u której po ostrej chorobie ogólnej o charakterze grypy, a trwającej dni 10, wystąpiła duszność, rozstrzeń serca, częstoskurcz z niemiarnością; dalej — znaczne wychudnięcie i bladłość. We krwi — hiper-leukocytoza. Śmierć nastąpiła po 6 dniach z powodu zatoru płucnego. Posiew z krwi wykrył enterokoki.

W Paryskim Tow. Lekarzy Szpitalnych omówili A u b e r t i n i F o u l o n na posiedzeniu z dnia 20/1 1928 r. przypadek *kółki ołowiowej, z zejściem śmiertelnym wskutek podostrego ołowiowego zapalenia nerek z azocicą*. Stwierdzenie w moczu chorego białka oraz ogólna bladłość pacjenta skłoniły autorów, pomimo braku obrzęków oraz wzmózonego ciśnienia, do systematycznego badania azotu resztkowego we krwi. Znaleźli 7,5 gr. mocznika. Sekcyjnie stwierdzono objawy podostrego zapalenia nerek, a nie zwykłego zapalenia ołowiowego (przewlekłego), któremu za życia towarzyszy wzmózone parcie krwi.

Na tem samym posiedzeniu zakomunikowali D e s c h a m p s i F r o y e r dobre wyniki, otrzymane w leczeniu niedokrewności

złóśliwej u ciężarnej metodą Whipplea (250 gr. wątroby cielęcej dziennie). Przypadek ten zasługuje na specjalną uwagę z tego względu, że udało się tu uzyskać wyleczenie przy utrzymaniu ciąży, która zakończyła się urodzeniem żywego dziecka, zwykle zaś jest rzeczą niemożliwą, bez względu na rodzaj stosowanych zabiegów, otrzymać ponowny wzrost liczby czerwonych ciałek krwi przed usunięciem płodu.

W Paryskim Tow. Psychiatrycznym zreferowali T i n e l, L a m a n c h e i D u b a r wyniki badań swych nad *odczynem żrenicy na adrenalinę*. U ludzi zdrowych otrzymywali zwężenie żrenicy po zakropleniu adrenaliny dopiero po uprzednim zastrzyknięciu jej podskórnie. Po iniekcji ezeryny lub insuliny następowało zwężenie żrenicy. Fakt istnienia odczynów paradoksalnych obok powyższych normalnych, świadczy, że liczyć się trzeba nietylko z ogólnym napięciem układu roślinnego, ale również i ze stanem pobudliwości obwodowego (lokalnego) mechanizmu nerwowego.

Z. Ś w.

Przegląd terapeutyczny.

Z Kasy Chorych m. stoł. Warszawy.

Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju.

Podał

Dr. Jan RACZKOWSKI (Warszawa).

Wartość fosforu dla ustroju znana jest od dawna. Już przed stu laty prof. Moleschott wygłosił owo słynne zdanie:

„Ohne Phosphor kein Gedanke”.

W r. 1866 Pettenkoffer i Voit wspominają o roli kwasu fosforowego w pracy mięśniowej. Z polskich lekarzy Jentys w r. 1877 leczył cierpiących na cukrzycę fosforanem amonowym i na zjeździe lekarzy lubelskich z dn. 5 maja 1877 r. wyraził żywe zadowolenie z wyniku, jaki otrzymał po zastosowaniu powyższego leku.

Zawdzięczając badaniom ostatnich czasów nad wprowadzanym do ustroju fosforem, (badania Embdena, Grefego, Posternaka, a z polskich Węgielki), zdajemy sobie dokładnie sprawę z roli, jaką odgrywają fosforany nieorganiczne, nukleoproteidy i fosfatydy w ustroju ludzkim i zwierzęcym.

Prace Embdena i jego uczniów nad zawartością fosforu oraz rozpuszczalnych kwaśnych soli tegoż w mięśniach wykazały, iż sole fosforowe w połączeniu z glikogenem, zawartym w mięśniach, są czynnikiem, który przemienia energię potencjalną, zawartą w mięśniach, w energię kinetyczną. Embden nazwał to połączenie Lactacidogenem. Jest on niejako pośrednikiem, ułatwiającym spalanie węglowodanów, zawartych w mięśniach.

Inne połączenia fosforowe w układzie mięśniowym mało są znane, zarówno jak ich znaczenie w pracy układu mięśniowego.

Cuthbertson wykazał, iż zawartość Lactacidogenu, jak i P nieorganicznego w mięśniach nie pracujących (nie drażnionych) podlega minimalnym wahaniom: dla P nieorganicznego od 2 — 4%, dla Lactacidogenu od 0,38 — 0,43%.

Podrażnienie mięśnia wpływało na znaczne zmniejszenie się Lactacidogenu, dochodzące do 60% ogólnej ilości.

Kleitman w swoich poszukiwaniach nad wydalaniem się fosforu z moczem podczas pracy, w spokoju i podczas snu przychodzi do wniosku, iż wydalanie się fosforu z ustroju jest ściśle uzależnione od stanu, w jakim się ustrój znajduje.

Różnica pomiędzy ilością P, wydalanego przez ustrój w stanie spoczynku i wydalanego podczas pracy, dochodzi do 30%.

Długi czas panowało przekonanie, iż stany psychicznego podniecenia prowadzą do wzmózenia wydalania się z ustroju fosforu. Sprawa ta jednakże nie jest jeszcze definitywnie rozstrzygnięta, gdyż prowadzone badania nie dają zgodnych wyników. W każdym bądź razie zaznaczyć musimy, że nadmierne wydalanie fosforu (fosfaturja rzekoma) konstatuje się głównie u osobników neuropatycznych.

Piéron, według cytowanych przez niego 11 autorów, przedstawia następujące wyniki badań: 4 autorów znalazło zwiększenie się ilości fosfatów w moczu podczas nocy, 4 innych znajdowało zwiększenie wydalania się fosforu odwrotnie w ciągu dnia, wreszcie 3-ch nie dostrzegło żadnej różnicy między ilością wydalanego z moczem fosforu w ciągu dnia i nocy.

Kleitman uważa, iż podział dnia na 2 dwunastogodzinne okresy jest niedostateczny, ponieważ nie uwzględnia różnicy między snem a czuwaniem. Podczas snu następuje zmniejszenie wybitne czynności mózgu, a jednocześnie zmniejszenie napięcia układu mięśniowego. Oba te czynniki winny być brane pod uwagę.

Wyżej wspomniany autor przeprowadził swoje badania w ciągu dnia w normalnych warunkach i po uprzednim podaniu badanym umiarkowanych dawek bromku potasu; następnie badania były prowadzone podczas ciężkiej fizycznej pracy, przed nią i po niej.

Za nocny mocz był uważany mocz, oddany przez badanych, poczynając od zmroku, aż do przebudzenia się ze snu. Czas spoczynku nie był specjalnie wyznaczony i trwał od 8-jej do 9-jej rano.

Wyniki badań wykazały, iż podczas snu zostało w ciągu godziny 14 — 29% P więcej wydalane, niż podczas czuwania. Liczby ogólnej kwasoty moczu

odpowiadały dokładnie ilościom wydalonego fosforu. Zwiększenie ilości P i ogólnej kwasowości podczas snu pozostało to samo. Wydalanie P w dniu wypoczynku znacznie było mniejsze, niż w dniu pracy. Następnie pod wieczór P wydalało się więcej, niż w dzień.

Kleitman wyraża wreszcie przypuszczenie, iż wydajność pracy mięśniowej uzależniona jest od ilości kwasu fosforowego.

Daleko większy wpływ na wydalanie fosforu i jego sposób wywiera dieta. U mięsożernych fosfor wydziela się przeważnie z moczem w postaci zasadowych fosforanów, u trawożernych zaś przeważnie z kałem. Następuje to ze względu na obfitość soli Ca w pożywieniu u trawożernych, gdyż, jak wiadomo, Ca jest jakby moderatorem zawartości P w ustroju. Ogólna ilość fosforu, wydalanego przez normalny ustrój ludzki, wynosi 4 gr. kwasu fosforowego w ciągu doby.

Spostrzeżenia wielu autorów (Embden, Grefe, Schmitz, Noorden), poczynione nad działaniem związków fosforowych na układ mięśniowy, stwierdzają zgodnie potężny wpływ fosforu na wydajność pracy tegoż.

Według tychże autorów osoby, którym podawano fosforan sodowy wykonywają bez zmęczenia pracę o wiele większą, niż te, którym tego środka nie podawano. Spostrzeżenia, poczynione na dużym materiale wojskowym (Embden, Schmitz), udowadniają również, jak wielki wpływ ma fosfor na wydajność pracy układu mięśniowego.

Mianowicie, żołnierzom jednej kompanji podano substancje fosforowe w rozczywie, żołnierzom zaś innej o podobnym smaku napój, nie zawierający fosforu; następnie obydwa oddziały musiały wykonać jednakowo uciążliwy marsz. W wyniku żołnierze, którzy otrzymali napój, zawierający związki fosforowe, byli niezmużeni, nie pocili się podczas marszu, gdy ich koledzy byli mocno wyczerpani.

Noorden zaleca fosforan sodowy, jako środek, dodatnio działający na chorych osłabionych.

Węgierko po wstrzyknięciu dożylnym dwufosforanu sodu człowiekowi zdrowemu, dokonaniem w celach kontroli podczas badań nad wpływem anionu fosforowego na poziom cukru we krwi i w moczu u dotkniętych moczówką cukrową, znalazł u badanego osobnika znakomitą poprawę samopoczucia, tak, iż tenże prosił o powtórzenie zabiegu.

Podobnie chorzy na cukrzycę, którym te wstrzykiwania były robione, domagali się, ażeby im zabieg ten powtarzać częściej, gdyż: „czują się

po nich przez kilka dni silniejszymi, lżejszymi, mieli o wiele mniejsze pragnienie a także lepszy humor” (cytow. Węgierko).

O współzależności P w mięśniach i we krwi mówią prace wielu autorów (Piazza, Schneider i Havens, Cuthbertson).

Schneider i Havens stwierdzili podczas pracy mięśniowej pewne ściśle określone zmiany w osoczu krwi, a mianowicie, początkowo krew w naczyniach obwodowych ulega zagęszczeniu, które stopniowo przemija i w końcu przechodzi w rozcieńczenie.

Heffter, przytaczając badania Welscha, Pisarskiego oraz Gowersa, Taussiga i wielu innych, podaje, iż przez działanie fosforu na ustrój, tak ludzki, jak i zwierzęcy, występuje znaczne powiększenie liczby czerwonych ciałek krwi i ilości hemoglobiny.

Normalnie zawartość fosforu we krwi zdrowego człowieka waha się od 1,9 do 3,8 mg. na 100 ccm.

Badania Harvarda, Emlyna i Reaya wykazały iż wahania te są uzależnione w wysokim stopniu również od tego, czy dany osobnik znajduje się w ruchu, czy też jest w stanie spokoju. Badania krwi przeprowadzano w przerwach 20 min. Wyniki otrzymane wykazały, że poziom fosforu we krwi jest wielkością zmienną i ulega wahaniom w czasie pracy do 14%. Przeciwnie, po 1½ godz. zachowaniu spokoju zawartość fosforu staje się bardziej stała, i wahania jej nie przekraczają 2%. Podczas długotrwałego marszu krzywa zawartości fosforu we krwi spada do *minimum*, natomiast w spokoju wznosi się ponownie. Sen wpływa hamująco na spadek krzywej, przeciwnie, następuje podniesienie się jej.

Badania Piazza, zdaje się, potwierdzają spostrzeżenia Harvarda, Emlyna i Reaya, gdyż, robiąc doświadczenia nad zawartością cukru i P we krwi, Piazza znalazł, iż ostatni podczas pracy mięśni nie zwiększa się.

Co się zaś tyczy ilości fosforu w poszczególnych elementach krwi, to Posternak znalazł, iż w osoczu krwi niema nierozpuszczalnych związków fosforowych, natomiast w czerwonych ciałkach krwi ilość nierozpuszczalnego fosforu dochodzi do 11%. Rozpuszczalne związki fosforowe (organiczne) osiągną w osoczu duży poziom, bo 61,09% ogólnej ilości fosforu.

Böckeman i Stoffel, podając *per os* Na₂HPO₄ i Na H₂PO₄, widzieli wzmoczenie się zawartości nieorganicznego fosforu we krwi, dochodzące do 100% ilości normalnej.

(Dok. nast.)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

(Giąg dalszy).

Dur brzuszny i dury rzekome są chorobami, stale u nas grasującymi z większym lub mniejszym nasileniem. Sprawozdanie o stanie zdro-

wotnym Rzeczypospolitej Polskiej w r. 1925 Dr. Adama Ciaglińskiego wykazuje 14025 zachorowań i 1099 zejść śmiertelnych, z tego w samej Warszawie 1140 zachorowań i 148 zejść śmiertelnych; najwięcej przypada na województwo Łódzkie: 2119 zach. i 158 zgonów, następnie woj. Kieleckie: 1452 zach. i 102 zgony; woj. Warszawskie: 1400 zach. i 107 zgonów, woj. Lwowskie 1104 zach. 100 zgonów, najmniej w woj. Śląskiem 205 zach. i 23 zgony. Obecnie kraj znajduje się pod znakiem nasilenia: w samej

Warszawie trzy szpitale (Sw. Stanisława, na Złotej i Sw. Łazarza) przeznaczyły oddziały dla chorych durowych, którzy zresztą w braku miejsca umieszczani są we wszystkich szpitalach na oddziałach wewnętrznych. Śmiertelność, jak sądzić można z dotychczasowych obserwacji, jest znacznie wyższa, niż cyfry, podane powyżej.

Dur zwalcza się przez dokładne unieszkodliwienie kału i moczu chorego, ponieważ zarazki mieszczą się w tych wydalinach. Dewizą walki z durrem jest skrupulatna czystość osobnicza, t. j. ciała, odzieży i posłania, czystość w całym domu, czystość w całym mieście. Warunkiem niezbędnym zachowywania czystości jest łatwość otrzymywania wody niezakażonej w dowolnej ilości oraz urządzenie ścieków do odprowadzania nieczystości w nieszkodliwy sposób. Zlewy kanalizacyjne powinny być tak rozmieszczone w domach, żeby lokatorom było poręczniej wylewać nieczystości tam, niż gdzieindziej. Doświadczenie dowiodło, że z przeprowadzeniem dobrych wodociągów i kanalizacji liczba zachorowań na dur znacznie spadła.

Poprzednio utrzymywano, że grunt jest pośrednikiem w szerzeniu się duru. Studja w tym kierunku dowiodły, że jedynie bardzo powierzchniowe warstwy gruntu posiadają warunki, niezbędne dla życia prątka durowego, że ciężkie epidemie duru szerzą się za pośrednictwem wody. Mniemanie, że dur nie przenosi się od osoby do osoby bezpośrednio, tylko za pośrednictwem gruntu lub wody, zostało obalone, gdyż przekonano się, jak często zachorowują pielęgniarze.

W 1901 r. w wojsku niemieckiem na 825 przypadków duru przypadło 35 na pielęgniarzy, a dziś na osoby, które znajdowały się w lazarecie z innej przyczyny i tam się durrem zaraziły, t. j. 7% przypadków stanowili ludzie, zarażeni w szpitalu. Zresztą, każdemu lekarzowi dobrze jest wiadome z własnego doświadczenia, jak często zapada na dur personel pielęgniarski, zwłaszcza, jeżeli pielęgnowanie odbywa się w domu prywatnym. Osoby, stykające się z chorym durowym, przedewszystkiem pielęgniarze i lekarze, powinni stale pamiętać o tem, że przy niedostatecznej ostrożności mogą sami paść ofiarą duru albo przenieść dur na innych. Po każdym przeto dotknięciu chorego powinni odkażać ręce, a przystępować do chorego tylko w długim fartuchu. Przeniesieniu choroby na otoczenie lekarz wogóle może tylko w ten sposób zapobiedz, że pielęgnowanie powierzy ludziom, obznajmionym z odpowiednimi przepisami. Niedopuszczalną jest rzeczą, żeby zabiegi pielęgniarskie wykonywali na zmianę różni członkowie rodziny.

Wypróżnienia stanowią główne niebezpieczeństwo dla zdrowych. Epidemję zahamować można tylko przez systematyczne odkażanie stolców, nie tylko chorych, ale i tych wszystkich osób, u których bakterjologiczne badanie wykryło prątki duru. Odkażać stolce należy tuż przy łóżku chorego, mieszając je z taką samą ilością mleka wapiennego, przyrządzonego zaświeża lub najpóźniej przed 4 dniami (1 cz. wapna gaszonego, 2 4 cz. wody); mieszaninę pozostawia się przez 2 godziny, zanim zawartość naczynia zlewa się do ścieku. Baseny należy przepłukiwać mlekiem wapiennym i obmywać zzewnątrz. Do moczu należy dolewać taką ilość 5% roztworu fenolu lub lizolu. Ustęp, do którego wlewa się wypróżnienia, trzeba dokładnie

oczyszczać, a miskę klozetową zmywać kwasem solnym. Bieliznę, używaną przez chorego, najlepiej niezwłocznie wrzucać do stojącego przy łóżku chorego cebra z 3% roztworem karbolu w wodzie mydlanej i gotować po dodaniu sody; w ten sposób ochrania się praczkę od zarażenia. Zresztą, jak powiedziano wyżej, wszyscy dokoła chorego powinni być uprzednio uodpornieni przeciwko durrem zapomocą szczepionki (pigułki B e s r e d k i). Lekarz, który nie czuwa nad zniszczeniem laseczniczków, zawartych w wypróżnieniach, popełnia ciężki grzech względem społeczeństwa, wynikający z nie dbalstwa.

Zwrócono uwagę, że dur nieraz zagnieżdża się w ciasnych lokalach lub domach; mówi się o domach, nawiedzonych przez dur, w których coraz, pomimo usuwania z niego chorych, zapada ktoś nanowo na dur. Sądzono, że w domach tych przetrwały bakterje po kątach lub sprzętach, jako saprofity; w stosownym momencie bakterje przechodzą na człowieka i powodują chorobę. Takie tłumaczenie może niekiedy jest nawet słuszne, przeważnie jednak chodzi o rozsiewaczy zarazków, nie zaś o bakterje, bujające poza człowiekiem.

R. Koch dowiódł, że rozsiewacze zarazków durowych przytrafiają się bardzo często, a Förster stwierdził, że w większości przypadków nie przewód pokarmowy, lecz pęcherzyk żółciowy jest miejscem wylegania prątków durowych. Osoby, które po chorobie wydzielają prątki aż do 10 tygodni od początku choroby, zwą się rozsiewaczami; ci, co wydzielają je dłużej przewlekłymi rozsiewaczami; osoby, które wydzielają laseczniczki stale, a nigdy przed tem na dur nie chorowały, lub przynajmniej o chorobie same nic nie wiedzą, zwą się nosicielami zarazków. Osoby lekko chore, chore na dur niewyraźny, zamaskowany, nosiciele, rozsiewacze są głównymi rozsiednikami duru, sprawcami epidemji i przypadków sporadycznych, one są źródłem tych stałych ognisk durowych. Ustawodawstwa, dotyczącego nosicieli zarazków, niema i pewnie nigdy nie będzie. Komisje, które radziły nad tą sprawą, w konkluzji swoich obrad ograniczyły się do zalecania skrupulatnej czystości, używania papieru klozetowego i jako *ultima ratio*, do wydania serdecznego pouczenia.

Nosiciele zarazków melduje się jednak władzy sanitarnej, żeby ta od czasu do czasu przypominała im, jak się mają zachowywać. Krause zdołał niektórych nosicieli uwolnić od zarazków przez przekarmianie ich tłuszczami i zwiększanie w ten sposób wydzielania zakażonej żółci.

Specjalne ostrożności powinny być zachowywane w wojsku i w domach dla obłąkanych. Wrazie powtórzenia się duru w oddziale wojskowym należy wszystkich żołnierzy tego oddziału poddać badaniu na nosicielstwo, a w domach obłąkanych każdego świeżo przybywającego pensjonarza poddać takiemu badaniu.

Lekarz powinien się wystrzegać, żeby zbyt długo nie traktował chorego durowego jako chorego na grypę lub bronchopneumonję, gdyż przez to opóźnia się z wydaniem zarządzeń ostrożności i naraża się otoczenie.

Władze sanitarne mają z przypadkami durowymi dużo kłopotu. Muszą odosabniać chorych, wykrywać źródło pochodzenia przypadku, notować domy nawiedzone, czuwać nad ludźmi, zajętymi

w przemyśle i handlu spożywczym, ograniczać swobodę ruchów pielęgniarzy zawodowych, krepować odbywanie licznych zgromadzeń, czuwać nad restauracjami, szynkami, sklepami z napojami chłodzącymi (wspólne szklanki), oczyszczać budynki, usuwać dziatwę szkolną z domów zakażonych, czuwać nad przewożeniem zwłok i pogrzebami. Pod tym względem lekarz praktyk, bliżej stykający się z ludźmi, może i powinien przyjść z wydatną pomocą władzy. Szczęśliwie, że u nas w Warszawie pomiędzy władzą sanitarną a lekarzami niema rozdzwieku, przeciwnie, jest duże wzajemne zbliżenie i zrozumienie.

Walka z durem jest rzeczą trudną. Duru całkowicie wytepić się nie da, a wymienione zarządzenia narazie mają ten skutek, że pozornie liczba przypadków durowych wzrasta. Paradoksalne to zjawisko tłumaczy się w ten sposób, że wskutek alarmu, wznowionej czujności i propagandy dużo przypadków się ujawnia, które byłyby zatajone lub

nierozpoznane. Dopiero po kilku latach przestrzeżania przepisów liczba przypadków zaczyna maleć.

Dużą przeszkodą w zwalczaniu duru jest u nas wciąż jeszcze dotkliwie dający się odczuwać brak specjalnego zakładu dla leczenia inteligencji i sfer zamożnych w chorobach zakaźnych. Sfer zamożnych, przyzwyczajonych u siebie w domu do wygod i komfortu, nie można narażać na prymitywne warunki naszych szpitali ogólnych. Chory taki powinien mieć w chorobie jeszcze lepiej, niż miał w domu w czasie zdrowia; powinien móc korzystać z lekarzy, którzy jego lub w jego sferze leczą i posiadają autorytet, powinien widywać się ze swoją rodziną. Tego w szpitalu ogólnym, prócz tysięcy innych karencji, mieć nie może. Jeżeli gmina takiego szpitala stworzyć nie jest w możności, powinno zawiązać się tow. prywatne bodaj akcyjne, któreby zakład taki zbudowało i w celach zysku eksploatowało.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	4 III — 10 III
Dzuma	0
Ospa	0
Cholera	0
Dur brzuszny	191 (zg. 23)
Dur rzekomy	0
Dur osutkowy	89 (zg. 6)
Dur powrotny	1 (zg. 0)
Czerwonka	7 (zg. 0)
Płonica	621 (zg. 57)
Błonica	231 (zg. 26)
Zapal. op. mózgu	13 (zg. 2)
Odra	960 (zg. 13)
Róża	78 (zg. 2)
Krzusiec	253 (zg. 11)
Malaria	5 (zg. 0)
Posoczn. połóg	23 (zg. 11)
Trąd	0
Jaglica	388 (zg. 0)
Wąglik	1 (zg. 0)
Nosaczna	0
Włośnica	0
Wścieklizna	0
Zatrucie jad. kiełb.	0
Choroba Heine-Medina	0
Inne choroby zakaźne	334 (zg. 45)

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesłało następujący okólnik.

Do PP. Wojewodów (wszystkich) i P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Nadchodzący okres wiosenny umożliwia ponowne podjęcie akcji podniesienia sanitarnego i estetycznego poziomu kraju. W związku z tem przypominam PP. Wojewodom jeszcze raz podstawowe moje wymagania, zawarte w dotychczasowych zarządzeniach. Żądam, aby wynikiem powyższej akcji było;

1. w osiedlach miejskich --- czystość na placach, ulicach i podwórzach domów, czysty ustęp i zamykany śmietnik w obrębie każdej posesji; bezwzględny porządek w hotelach i restauracjach;

2. w osiedlach wiejskich --- polecam zwrócić specjalną uwagę w okresie wiosennym i letnim na wzorowe urządzenie

studzien oraz używalność istniejących wychodków; co do wychodków dotychczas z jakichbych względów po wsiach niewystawionych -- wyznaczam ostateczny termin 1 listopada r. b., a to ze względu na obarczenie ludności wiejskiej w okresie letnim pracami w polu oraz częstokroć istniejącą niemożność materialną z powodu przednówka. Stosowne ogłoszenia o tym terminie mają być niezwłocznie umieszczone na widocznym miejscu we wszystkich urzędach gminnych;

3. zadrzewienie placów i ulic w miastach i wsiach;

4. wzorowy porządek w posesjach miejskich i wiejskich mieszczańskich urzędy publiczne; przed domami urzędów możliwie dużo zieleni — ogródki z kwiatami.

Przy tej sposobności jeszcze raz ostrzegam przed nadżyciami i niezyciowem wykonywaniem moich zarządzeń, jak np. wymaganie śmietników po wsiach, cementowych dołów kloacznych, żądanie natychmiastowego wywożenia nawozu na pole i t. p. Tego rodzaju nonsensy, jako prowadzące jedynie do chaosu i niezadowolenia ludności, uważać będę jako dowody niezdadności odnośnych urzędników do służby państwowej, wskutek czego zostaną oni niezwłocznie zwolnieni.

Ostrzegam również przed bezdusznym i szablönowym stosowaniem kar administracyjnych. W ręku administracji i policji znajduje się bowiem szereg innych środków, które winny być użyte w celu nakłonienia ludności do zastosowania się do wymagań sanitarnych i estetycznych. Za najgorliwszych i najsprawniejszych będę uważał nie tych starostów, lekarzy powiatowych, powiatowych komendantów pol. państw., wójtów i komendantów posterunków, którzy nałożyli względnie spowodowali nałożenie największej ilości kar, ale tych, którzy doprowadzili do uporządkowania osiedli bez stosowania kar względnie przy najmniejszej ich ilości.

Polecam P. P. Wojewodom ponownie przypomnieć podwładnym Sobie urzędnikom wszystkie dotychczasowe moje zarządzenia w kierunku asenizacji osiedli ludzkich i wpoić w nich stale podkreślaną przeze mnie zasadę, że podniesienie zdrowotnego i estetycznego stanu kraju jest sprawą pierwszorzędną wagi dla społeczeństwa i przyczyni się w dużym stopniu do wzmocnienia autorytetu administracji państwowej.

Wymagam zatem dalszej intensywnej akcji, do której winien przystąpić każdy urzędnik, a która będzie przeze mnie nadal kontrolowana z całą bezwzględnością.

Minister

Sławoj Składkowski.

— Ministerstwo W. R. i O. P. rozesłało do Kuratorów Okręgów Szkolnych, do Wydziału Oświecenia Publicznego w Województwie Śląskiem, do Inspektorów Szkolnych, do dyrekcji i kierownictw szkół i do ogółu nauczycielstwa, następujący okólnik: *W sprawie natrysków szkolnych.*

Wdrażanie dziatwy i młodzieży szkolnej do utrzymywania, ciał w czystości uważać należy za zasadniczą podstawę wychowania wogóle, a wychowania fizycznego w szczególności

Mając to na względzie, Ministerstwo niejednokrotnie przypomniało nauczycielstwu o konieczności czuwania nad tą stroną wychowawczą.

Za najskuteczniejszy jednak środek powszechnie uznano wdrożenie dziatwy do tych zabiegów w samej szkole, włączenie kąpeli szkolnych do programu szkolnego.

W tym celu już w ministerjalnych projektach budynków szkolnych dla szkół powszechnych w szkołach o wyższym typie organizacyjnym uwzględnione zostały pomieszczenia na urządzenie natrysków szkolnych jako najtańszej i najdogodniejszej formy kąpeli. Niestety, względy oszczędnościowe spowodowały, że, gdy chodzi o szkoły powszechne, samorzady wybierały projekty raczej o programie minimalnym, i tak ważne pomieszczenia w wielu razach pomijano.

Pragnąc położyć jak najmocniejszy nacisk na tę tak doniosłą sprawę wychowawczą, zarządzam, co następuje:

1) W sprawie pomieszczeń natryskowych:

a) przy opinjowaniu projektów świeżo wnoszonych budynków szkolnych tak państwowych, jak samorządowych i prywatnych, zwłaszcza dla większej liczby dziatwy i młodzieży szkolnej, władze szkolne powinny kierować się rozporządzeniem Ministerstwa z dnia 29 lutego 1925 r. (Dz. Urzęd. Ministerstwa z r. 1925 Nr. 9, poz. 87) i czuwać nad tem, by w przedkładanych do zatwierdzenia planów budynków szkolnych o wyższym typie organizacyjnym, w razie niemożności doraźnej budowy natrysków szkolnych była przewidziana możliwość dobudowy ich lub budowy w przyszłości w oddzielnym budynku. W planach sytuacyjnych należy przeto przewidywać miejsce na cel powyższy;

b) w dawniej wzniesionych budynkach szkolnych, przeznaczonych dla większej liczby dzieci i pozbawionych urządzeń natryskowych, gdzie tylko to jest możliwe, dążyć należy do wykorzystania, czy to wysokich izb w podziemiu lub w przyziemiu, czy też pomieszczeń sąsiadujących np. z salą gimnastyczną lub stojących oddzielnie, na urządzenie w nich natrysków. Przestrzegać przytem należy, ażeby rozbieralnia, ze względu na łatwość nasycania się parą odzieży uczniów i możliwości ich przeiębienia, była starannie odosobniona od pomieszczenia kąpielowego. Za wzór takich kąpielisk szkolnych w oddzielnych specjalnie na ten cel przerobionych budynkach służyć mogą urządzenia natryskowe szkolne przy gimnazjach państwowych w Płocku i w Chełmie;

c) po wsiach, gdzie większość szkół jest niżej zorganizowanych i urządzeń natryskowych w swych pomieszczeniach nie posiada, pp. inspektorowie szkolni i kierownicy szkół winni za-

chęcać zarządy gmin do budowy łaźni wiejskich i wdrażać dzieci do wykorzystywania tych urządzeń;

d) w szkołach państwowych koszty urządzeń natrysków, przeróbek pomieszczeń i instalacji do powyższego celu, dalej koszt eksploatacji kąpielisk pokrywać można częściowo z dobrowolnych opłat rodziców i opiekunów. Mniej zamożnym szkołom Ministerstwo w poszczególnych przypadkach będzie starało się, w miarę możliwości, przyjść z pomocą finansową.

2) W sprawie sposobu wykorzystywania natrysków szkolnych:

a) korzystanie z natrysków szkolnych tam, gdzie one istnieją, wcielić należy do obowiązkowych zajęć szkolnych, wyznaczając na to dla każdej klasy specjalne godziny przynajmniej raz na miesiąc, a jeśli się uda, i częściej, przytem, o ile można, nie w ostatnich godzinach szkolnych, lecz tak, by uczniowie mogli przez jakiś czas po kąpeli przebywać w szkole;

b) jeśli szkoła nie posiada własnych urządzeń natryskowych, winna wykorzystać urządzenia te w szkole sąsiedniej, gdzie takie urządzenia istnieją, oczywiście po porozumieniu się z dyrektcją szkoły, albo też w publicznym budynku kąpielowym, przyczem baczyć należy, by dziatwa, zwłaszcza młodsza, dostatecznie po kąpeli wypoczywała i nie wychodziła na powietrze zbyt rozgrzana;

c) podczas kąpeli klasowych nad uczniami czuwają wychowawcy odpowiednich klas, a w szkołach powszechnych nad młodszą dziatwą-higienistki szkolne tam, gdzie są one czynne;

d) zwalniać z natrysków szkolnych może tylko władza szkolna (kierownik szkoły, wychowawcy) w porozumieniu z opieką higieniczno-lekarską.

Kuratorja będą w sprawozdaniach rocznych, składanych Ministerstwu o stanie higieny szkolnej i wychowania fizycznego, zgodnie z okólnikiem z dnia 2 września 1925 N. O. Prez. 10389/25, zaznaczać, w ilu szkołach w roku sprawozdawczym zostały świeżo zaprowadzone urządzenia natryskowe.

Minister (—) Dr. Dobrucki.

— Otrzymałmy list następujący:

Upzejmie proszę o wydrukowanie w kronice cennego Czasopisma Wielec Szanownych Panów następującej notatki:

Na walnem zebraniu Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego, w dniu 26 lutego br. zapadła jednogłośnie uchwała odprzedania drukarni dr-wi R. Wierzbickiemu. Drukarnia nosi obecnie nazwę Drukarnia tyg. nauk. „Medycyna”.

Proszę przyjąć wyrazy mego poważania

Dr. R. Wierzbicki.

ZMARLI. Zasłużony dla nauki prof. anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Tadeusz Browicz — w Krakowie.

OD ADMINISTRACJI.

Z początkiem II kwartału r. b. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie raz na tydzień—we czwartek—w objętości 1¹/₄ arkusza (20 kolumn).

Warunki prenumeraty:

w Warszawie kwartalnie	Zł. 12.—
na prowincji	„ „ 14.—
zagranicą	„ „ 16.—

Administracja przeniesiona została na ulicę Zielną Nr 47 do Drukarni Kooperatywy Pracowników Drukarskich.

TRĘŚĆ: L. JUSTMAN. O pograniczu chirurgiczno-internistycznym w gastrologji. — L. E. BREGMAN i K. PONCZ. O powikłaniach mózgowych po odrze. — Wł. STERLING. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (c. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — S. RUBINROT. W sprawie metodyki rentgenologicznego badania klatki piersiowej — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. RACZKOWSKI. Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju. — W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JUSTMAN. Sur les confins entre la chirurgie et la médecine interne dans la gastrologie. — L. E. BREGMAN et K. PONCZ. Les complications cérébrales après la rougeole. — L. STERLING. Bases expérimentales et cliniques de la biologie sexuelle (Rév. gen. suite). — S. RUBINROT. A propos de l'exploration roentgenologique de la cage thoracique. — J. RACZKOWSKI. Quelques remarques sur l'importance du phosphore pour l'organisme. — W. KNAPPE. Le rôle du médecin praticien dans la lutte contre les maladies infectieuses (suite).