

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 11 CZERWCA 1931 R.

Nr. 24

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z kliniki chorób dziecięcych U. W.

(Dyrektor Prof. M. Michałowicz)

i z Działu Bakterjologii Państwowego Zakładu Higieny.

(Dyrektor: Prof. L. Hirszfeld).

Odporność ustrojów młodych.

Podali

Hanna i Ludwik HIRSZFELDOWIE (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 23).

Odporność czynna.

Co się tyczy tej postaci odporności, istnieje szereg prac, które jednak w sposób niedość ścisły sprawę tę wyświełają.

Moll dowiódł, że nowonarodzone króle wytwarzają ciała odpornościowe bardzo leniwie. Są one niewrażliwe zarówno na pierwotne toksyczne, jak i anafilaktyczne działanie surowicy. Wytwarzanie precipytyn i substancyj bakterjobjęczych u nowonarodzonych jest zjawiskiem nader rzadkiem. Friedberger i Simmel potwierdzili brak wrażliwości nowonarodzonych zwierząt na surowicę w doświadczeniu anafilaktycznym na morskich świnkach. Przypisują to zjawisko mniejszej zdolności wytwarzania przeciwciał. Do tych samych wyników doszli Ossinin, Schkarin i inni. Przeciwnie Kreidl i Mandl wykazali zdolność wytwarzania hemolizyn u koźląt już w życiu płodowym, Reyman znalazł, iż nowonarodzone koźlęta wytwarzają zaraz po urodzeniu aglutyniny przeciwko prątkowi okrężnicy i dwóchwytniki przeciwko krwinkom końskim i króliczym.

Franconi, Corica i Pastore znaleźli, iż noworodki ludzkie niezdolne są do wytwarzania przeciwciała, Bocchini zaś twierdzi, przeciwnie, że zdolność tę posiadają w jednakowym stopniu, jak i dorośli. Podług Ribadeau, uodparnianie przeciwbłonicze nie udaje się w pierwszych 3 latach życia. Podług Freunda młode morskie świnki nie dają odczynu tuberkulinowego. Calmette twierdzi, że

jest to tylko odporność miejscowa, gdyż po zastrzyknięciu do otrzewny reagują.

Wobec tych wielce rozbieżnych danych, wspólnie z Halberówną i Mayznerem, zastanowiliśmy się nad tem zagadnieniem. Z jednej strony uważaliśmy, że sprawa ta powinna być rozstrzygnięta nie na zwierzętach, lecz na ludziach. Z drugiej strony wiemy, że wszelkie uprzednie uodpornienia uczulają. Dlatego należy badać w środowisku zamkniętem, w jednakowych warunkach epidemiologicznych. Użyliśmy do tego dzieci w sierocińcu. Okazało się, iż niemowlęta są zdolne wytwarzać przeciwciała po zadziałaniu bodźców swoistych (szczepionka przeciwdurowa, krowianka ospowa), choć miano ich jest słabsze, niż u dzieci starszych. Znaleźliśmy również, że na skutek działania bodźców nieswoistych potęgują się izoaglutyniny, ale tylko w tych przypadkach, w których istniały one już fizjologicznie, tam, gdzie droga do wytwarzania była już utorowana.

A zatem widzimy, że ustrój młody jest zdolny do wytwarzania przeciwciał, choć w stopniu znacznie mniejszym, niż ustrój dorosłego.

Powstawanie przeciwciał normalnych upodobniłoby można do wzrastającej krzywej. Zdolność wytwarzania przeciwciał odpornościowych zależy od tego, na jaki punkt wzrastającej krzywej działa bodziec. Tłumaczyłoby to, dlaczego wyniki doświadczenia zdobyte z różnymi antygenami, były odmienne. Moglibyśmy sobie wyobrazić, że przeciwciała fizjologiczne dla różnych antygenów dojrzewają nierównomiernie, i dlatego zdolność wytwarzania przeciwciał odpornościowych nie jest jednakowa, czemu mogliśmy, zresztą, dać wyraz doświadczalnie, wykazując np., że pod wpływem bodźców nieswoistych *anti A* zjawiają się wcześniej, niż *anti B*, że hemolizyny powstają łatwiej, niż aglutyniny durowe i td.

Odporność śródzakażna.

Dochodzimy wreszcie do odporności śródzakażnej (symbiotycznej według Hirszfelda). Polega ona na tem, iż tak długo, jak trwa zakażenie, ustrój jest mniej wrażliwy na ponowne zakażenie tym samym zaraz-

kiem (gruźlica, kłta, zimnica). Nie mówimy nic o tej postaci odporności, albowiem brak badań porównawczych, co do różnic wieku. Jednakże tę postać odporności wykorzystał Calmette dla zapobiegania gruźlicy u noworodków. Nie mamy bliższych danych, czy ustrój dorosły w sposób mocniejszy wytwarza tę postać odporności, z badań Calmette'a wnioskować należałoby, że w noworodku ta postać odporności może się rozwinąć.

Fagocytoza.

Najpotężniejszym czynnikiem odporności jest fagocytoza, i to nie tylko ze strony białych ciałek krwi, ale całego układu siateczkowo-śródbłonkowego. O ile nam wiadomo, istnieje jedna tylko praca, która stara się sprawę tę wyświetlić u młodych. Becker zajął się badaniem układu siateczkowo-śródbłonkowego po dożylnym wprowadzeniu antygeny — krwi gołębiej. Jest to antygen niejadowity i daje się łatwo odnaleźć w ustroju ze względu na duże owalne krwinki, zawierające jądro. Badał on, w jakim czasie i gdzie znajduje się antygen, jak zostaje odbudowywany, i z jakimi zjawiskami komórkowymi jest to związane. Przeprowadził on badania porównawcze na nowonarodzonych oraz starszych psach bez uprzedniego uczulenia i po uczuleniu krwią gołębią. Okazało się, iż u normalnego zwierzęcia starszego krew gołębia natychmiast po zastrzyknięciu przenika do całego ustroju, ale już po 10—15 minutach znajduje się ją przeważnie w wątrobie i śledzionie. W tym czasie skóra, mięśnie, nerki i płuca nie zawierają jej już prawie. Od tej chwili część obcej krwi zostaje zlepiona w najdrobniejszych naczyniach wątroby, potem dostaje się do komórek Browicz-Kupfera; taksamo zostaje fagocytowana w komórkach siateczkowych śledziony. Fagocyty pozostają na miejscu i trawią pożarte krwinki. Jednocześnie występuje śródnaczyńniowa hemoliza obcej krwi; hemoglobina gromadzi się w śledzionie i makrofagach. Jednocześnie z temi zjawiskami humoralnymi następuje rozmnażanie się komórek adwentycyjnych naczyń średnich i małych, szczególnie w śledzionie i wątrobie.

U dorosłego zwierzęcia uodpornionego zaraz po zastrzyknięciu występuje mocna hemoliza, i w krótkim czasie zjawiają się dookoła naczyń znaczne warstwy rozmnożonych komórek.

U zwierząt młodych szybko występuje odbudowa obcej krwi, ale brak jest odczynów komórkowych; zastępy obładowanych hemoglobina monocytów zostają wyrzucane do krwi i wędrują do tkanek, szczególnie do płuc.

U zwierząt młodych uodpornionych odbywa się identyczny proces, jedynie w szybszym tempie.

A zatem w ustroju starszym widzimy miejscową proliferację komórek, której brak jest prawie zupełnie u zwierzęcia młodego; za to komórki układu zostają wyrzucane do krwi. A więc ustrój młody posiada układ magazynujący, reagujący szybko, może nawet zbyt szybko, ale nie potrafi uruchomić miejscowego komórkowego odczynu. Jest to prymitywne oddziaływanie małodroźniczkowanego układu. Ale przede wszystkim widzimy jasno, jak przez wyrzucanie komórek bez odczynu miejscowego występuje zawleczenie antygeny do krwiobiegu. Objasnia to skłonność młodocianego ustroju do procesów septycznych. Badania te pozwalają na głębsze wniknięcie w zagad-

nienie mechanizmu odporności ustroju młodego: zamiast lokalizacji antygeny w komórkach umiejscowionych i zniszczenia go na miejscu — zawleczenie przez funkcjonalnie uszkodzone komórki do rozmaitych narządów i tkanek, a zatem zamiast obrony miejscowej — generalizacja;

Widzimy zatem niezdolność młodego ustroju do umiejscowiania i unieszkodliwiania antygeny. Łatwe wyczerpywanie się komórek, w których najpewniej tworzą się przeciwciała, czyni ustrój niezdolnym do obrony i wydaje go na pastwę zakażeniu.

A reaktywność i Reaktywność.

Ten mechanizm odporności był spostrzegany już dawno, jednakże jego znaczenie było niedoceniane, i dopiero w ostatnich czasach zaczyna się on wyłaniać jako dość częsty mechanizm obronny ustroju młodego. Znany jest fakt, że noworodki często nie reagują na zastrzyknięcie jadu. W większości przypadków mamy tu do czynienia z zobojętnieniem wprowadzonego jadu przez antytoksynę. Groer i Kassowitz stwierdzali jednak, że często, nie posiadając antytoksyny we krwi, noworodki dają odczyn Schicka ujemny. Rzeczywiście zrozumiałem jest, że chwytники, jakgdyby narządy biochemiczne, tak samo, jak i anatomiczne, muszą się dopiero rozwinąć. Cały szereg danych wskazuje na brak chwytników u młodych. Tak np. krwinki kurcząt są odporne na arachnolizynę (Sachs), królicze — na surowicę węgorską, choć już w parę godzin po urodzeniu stają się wrażliwsze. Ostatnio sprawa ta została podjęta przez Friedbergera i Heima. Badali oni, jak się zachowuje skóra nowonarodzonych zwierząt i ludzi w stosunku do antygenów, które im matka nie mogła się uczulić. U nowonarodzonych króli stwierdzali zupełny brak wrażliwości na surowicę węgorską, w przeciwieństwie do zwierząt starszych. Znanem było, że skóra ludzka oddziaływała intensywnym odczynem zapalnym na surowicę węgorską. Z siedmiorga niemowląt w wieku od 9 dni do 4 miesięcy tylko dwoje dało słaby odczyn, z trojga starszych wszystkie reagowały.

Tachau i Adelsberger wykazali, że skóra noworodka jest niewrażliwa na środki, wywołujące wyprysk (jodoform, chinina, terpentyna i t. d.). Z 754 przypadków tylko w 2 udało się wywołać wyprysk. Friedberger uważa, że wszelkie ujemne odczyny na jady u dzieci polegają na areaktywności. Jest to pogląd zbyt daleko idący, wiemy bowiem z badań Groera i Kassowitza, że tylko część noworodków z odczynem Schicka ujemnym nie posiada antytoksyny we krwi.

Paunz i Csoma wykazali, iż z 35 niemowląt z odczynem Dicka ujemnym 16 nie posiadało antytoksyny. Pirquet, Bondy, Biberstein zwrócili uwagę na bardzo nieznaczną wrażliwość skóry młodych niemowląt na zastrzykiwanie tuberkuliny.

Jak widzimy, ustosunkowywanie się do jadów wytwarza się dopiero z wiekiem. Badacze nie opisywali tego jako specjalnej postaci odporności lub wrażliwości, ale, jak widzimy, określenie podobne jest niezbędne, można je charakteryzować jako powstające powinowactwo (Brokman — p. później). Widzimy, że to powinowactwo nie musi istnieć u młodych, lecz rozwija się dopiero w czasie ontogenezy. Wspominaliśmy, że rozwija się ono w czasie pierwszych tygodni życia, jednakże w stosunku do niektórych anty-

genów jest zdaje się inaczej, wymaga bowiem dłuższego czasu.

Dochodzimy do wniosku, że jednym z potężnych mechanizmów obronnych dziecka jest właśnie brak ustosunkowania do bodźców niekorzystnych. Jest to odporność, polegająca na obojętności biochemicznej.

Zoeller stwierdził, że rasy żółte (anamici) mają często odczyn Dicka ujemny przy braku antytoksyny we krwi. Spotykamy również często odczyn Dicka ujemny przy nieobecnej antytoksynie, co Brokman uważa słusznie, jako ten sam typ odporności areaktywnej. Widzieliśmy, że przeciwciała odpornościowe są jedynie spotęgowanym wyrazem przeciwciał fizjologicznych. Otóż Brokman wypowiedział koncepcję, która opiera się na dawnych badaniach Ehrlicha i Behringa i na teorii łańcuchów bocznych, że powinowactwo do jądów, polegające na obecności chwytników, może być stworzone nie tylko drogą rozwoju fizjologicznego, ale i drogą uodpornienia. Mo-

żemy mówić z Brokmanem o powinowactwie do jądów fizjologicznym i nabytym. W ten sposób pod wpływem uodpornienia ustrój zmieniałby nie tylko, jak sądzono przedtem, swoje własności w surowicy, ale i w tkankach, i uodpornianie mogłoby stworzyć powinowactwo do jądów tam, gdzie go przedtem nie było.

W ten sposób powinowactwo do jądów podpadłoby pod ogólne pojęcie innoczynności, alergii, i możliwem byłoby, że zwykłe odczyny alergiczne są prototypem *powinowactwa nabytego* do jadu (jady wtórne Groera).

Musimy się zastanowić, w jakim stopniu powinowactwo do jądów pierwotnych możemy łatwiej wywołać u dzieci, niż u dorosłych. Zagadnienie to nie było o ile wiemy, przedmiotem badań. Natomiast istnieje szereg prac, czy można ustrój młody uczynić alergicznym. Sprawa ta posiada praktyczne znaczenie, albowiem wiąże się z zagadnieniem, czy idiosynkrazja dziecka może polegać na pobieraniu pewnych ciał przez matkę.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Ze Szpitala Żydowskiego w Białymstoku.

(Lek. nac. i kierown. oddz. wewn.: Dr. M. Fejgin),

Dalsze spostrzeżenia nad stosowaniem dożylnych wlewań alkoholu.

Podał

Mieczysław FEJGIN (Warszawa).

Niedawno ogłosiliśmy wspólnie z dr. dr. A. Landau i J. Bauerem wyniki stosowania dożylnych wlewań 33% alkoholu w przypadkach ropni i zgorzeli płuc (P. Gaz. Lek. Nr. 11 1931 r. oraz Presse Médicale, Nr. 29, 1931 r.). Staraliśmy się wówczas uzasadnić i określić wskazania dla tej metody leczniczej. Obecnie jestem w możności przytoczyć szereg dalszych spostrzeżeń, równie pomyslnych i zachęcających, jak i pierwsze próby, a skłaniających mnie do coraz szerszego stosowania tego tak dostępnego i prostego, a przytem niezmiernie skutecznego środka.

Pomysł stosowania dożylnych wlewań alkoholu powstał, jak to już w wyż. wspomnianej pracy było zaznaczone, dzięki spostrzeżeniu, że proponowane przez Tursza dożylnie podawanie alkoholu 33% w stanach zakaźnych ogólnych (*endocarditis lenta, sepsis puerperalis*), jeżeli nawet nie wpływa w sposób wyrazny na przebieg zakażenia, to ma wybitnie dodatnie działanie na wszelkie powikłania ropne ze strony płuc, spotykane w tych stanach. Tłumaczyliśmy to sobie tem, że układ śródłonkowo-siateczkowy płuc, posiadający, jak wiadomo, wybitne własności żerne, zatrzymuje wprowadzany do układu żylnego alkohol, zanim tenże przejdzie przez wątrobę, umożliwiając w ten sposób bezpośrednie działanie tego leku, na zajęty przez sprawę chorobową narząd. Odstąpiliśmy również od stosowania wielkich, proponowanych przez Tursza, jednorazowych dawek (po 150,

200 ccm.), lecz podajemy serję codziennych, wzgl. co drugi dzień wstrzykiwań po 15, 20 ccm. tak długo, jak tego wymaga stan chorego, wzgl. pozwalają warunki lokalne, to j. żyły, które niestety, psują się dość łatwo, wymagając nieraz przerwania kuracji, wzgl. kilkudniowego odpoczynku. Same wstrzykiwania, poza nieznaczną bolesnością żyły, nie większą, aniżeli ból przy wprowadzaniu dożylnem 20% salicylanu sodu, znoszone są naogół doskonale, czasami tylko spostrzegałem nieznaczne i krótkotrwałe dreszcze, które zniknęły jednak przy zmniejszeniu przejściowem dawki do 15 — 10 ccm.

Zachęcony poprzednio otrzymaniami na oddziale d-ra Landaua wynikami, zacząłem na szerszą skalę stosować u siebie alkohol w przypadkach ostrych i podostrych schorzeń układu oddechowego, przebiegających z obfitą ropną wydzieliną (*bronchopyorrhoea*). Co uderza bowiem przedewszystkiem w działaniu tego środka, to właśnie wybitnie szybki i efektowny wpływ na zmniejszenie ilości i wyglądu płwociny, idący w parze z obniżeniem gorączki i poprawą samopoczucia tych chorych nieraz w tak szybkim tempie, że robi to czasem wrażenie, w najszczęśliwszych przypadkach, poronnego wyleczenia (p. niżej przyp. 1-y i 3-i).

Przejdziemy teraz do krótkiego opisu kilku przykładów stosowania tej metody leczniczej.

Przyp. 1-y: Chory C. G. lat 54, przybył do szpitala 3.IV z powodu męczącego kaszlu, gorączki i silnej duszności. Przed rokiem przebył grypę, po której pozostał nieznaczny kaszel, na kilka dni przed przybyciem zjawiła się gorączka, duszność, kaszel znacznie się wzmógł, towarzyszy mu obfita ropna płwocina. Przy badaniu stwierdza się T — 38,8 tętno 140/min., oddechów 28/min. Ciśnienie tętnicze 135/70, granice płuc od tyłu na 12 żebrze, słabo ruchome, oddech na całej przestrzeni obydwu płuc zaostrozony, od kąta obydwu łopatek do dołu obfite drobne i średnie rżenia wilgotne, granic serca niepodobna wypukać z powodu znacznej rozedmy, tony jego ciche na ko-

niuszku i u podstawy, wątroba wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego, nieznacznie bolesna, śledziona nie powiększona, układ nerwowy bez zmian. Płwociny 150 ccm. na dobę, składa się w trzech czwartych z zielonkawych, ropnych, równoległe ścianek kufła układających się pasm, wzgl. warkoczy, w 1/4 zaś — z surowiczego płynu, nie cuchnie.

Przy badaniu jej nie znaleziono prątków Kocha, ani włókien sprężystych. W moczu, poza śladem białka, nic szczególnego. We krwi 13000 białych krwinek w 1 mm., w tem 77% postaci ziarnistych (4% pałeczkowatych), 0,5% kwasochłonnych. reszta — limfocytów, odczyn Wassermanna w surowicy ujemny, opadanie krwinek (odczyn Biernackiego) wynosi 50 min. na 18 mml. w rurce Linzenmayera.

Zastosowano zastrzykiwania kamfory ze strychniną i kofeiną podskórnie, po 1 ampulce Pneumoniny (Toanspulminy) domięśniowo, doustnie zaś proszki aspiryny z chininą, kamforą i małą dawką naparstnicy oraz olejek eukaliptusowy w kroplach. W ciągu następnych kilku dni stan chorego nie poprawiał się wcale, ciepłota wahała się od 37,8 do 38,8, z przemijającym skokiem w dniu 5.IV nawet do 39,5, tętno i oddech utrzymywały się na poprzednim poziomie, ilość płwociny w dniach 4.IV, 5.IV i 6.IV kolejno wynosiła 200 ccm, 200 ccm. i 320 ccm., samopoczucie chorego było bardzo kiepskie. Wobec braku wszelkiego skutku dotychczasowego leczenia i wobec ciężkiego stanu chorego zaleciłem rozpoczęcie dożylnych wlewań 33% alkoholu, 6.IV pacjent otrzymał pierwsze zastrzyknięcie z 10 ccm. a następnych dni — po 20 c m.

I oto, jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej, stan chorego uległ kompletnej zmianie: 9.IV (po 3-ech wlewaniach alkoholu) tętno spadło do 88/min., liczba oddechów do 24/min., ciepłota — 36,8—37,5, ilość płwociny 125 ccm. na dobę, samopoczucie znacznie lepsze.

10.IV ciepłota podgorączkowa, tętno i oddech, jak dnia poprzedniego, płwociny 100 ccm., ale wygląd jej zmienił się kardynalnie: kolor stał się z zielonkawo-ropnego bardziej szarawy, konsystencja płynniejsza, ilość ropnej treści zmniejszyła się znacznie na korzyść śluzowej, wogóle zaczęła ona przypominać raczej jakąś wydzielinę galaretkową. Jednocześnie można było stwierdzić wybitne zmniejszenie ilości rzężeń w płucach, które wysłuchiwały się jeszcze wyłącznie prawie po stronie lewej.

Dalszy przebieg sprawy był już zupełnie gładki. Pacjent otrzymał jeszcze 12 wlewań alkoholu po 20 ccm., ciepłota, tętno i oddech wróciły ostatecznie do normy od 19.IV, ilość płwociny zmalowała do 20 — 30 ccm. na dobę, wygląd jej stał się niemal wyłącznie śluzowy, z minimalną zaledwie domieszką ropnej treści, w moczu zginęły nawet poprzednio stwierdzone ślady białka, rzężenia w płucach wysłuchiwały się tylko na lewej linii pachowej w niewielkiej ilości, i 27.IV pacjent został wypisany ze szpitala w stanie zupełnie dobrym, przybrałszy 2 kilo na wadze.

Mieliśmy więc tu do czynienia z b. złośliwym obostrzeniem przewlekłego nieżytu oskrzeli — niewątpliwie datującego od czasu przebytej przed rokiem grypy, jeżeli nie dawniej z cylindrycznymi rozstrzeniami drobnych oskrzeli, sądząc z wyglądu i charakteru płwociny na początku, u osobnika ze znaczną rozedmą i z niewątpliwymi zmianami mięśnia sercowego. Wyrażna leukocytoza, wielkie przyspieszenie opadania krwinek i ciężki stan chorego na początku pozwalały przypuszczać obecność ognisk bronchopneumonicznych. I oto po kilkunastu wstrzyknięciach dożylnych alkoholu sprawa została całkowicie opanowana w ciągu tygodnia, a po trzytygodniowym zaledwie pobyciu w szpitalu byliśmy w możności wypisać naszego pacjenta w stanie zupełnie dobrym.

Wiemy jednak skądinąd, jak niewdzięczne w leczeniu są podobne schorzenia u starszych osobników i jak wielką mają one skłonność do przewleknięcia się.

Przy p. 2-gi, dość podobny do pierwszego naogół:

Chory I. Z. lat 56, przybył do szpitala dnia 14.IV z powodu kaszlu, duszności i gorączki. Od 8-u lat miał kaszel z obfitą płwociną, od 4-ch lat przyłączyła się znaczna duszność, szczególnie przy wysiłku fizycznym, tak, że pacjent ostatnio zupełnie nie może pracować i przeważnie leży w łóżku. Trzykrotnie już odbywał kurację w szpitalu, ostatnio przed półtora rokiem, przed 25-u laty przebył jakoby zapalenie płuc, pozatem zaś wywiady bez znaczenia.

Przy badaniu stwierdza się wybitna śnica twarzy, obręzków brak, tętno 80/min, oddechów 36/min, ciepłota 38,5, ciśnienie tętnicze 125/70, klatka piersiowa beczkowata, w płucach na całej przestrzeni wypuk jawny z odcieniem bębnowym, dolne granice płuc obniżone (12-e żebro od tyłu) i nieruchome, dołki nadobojczykowe zapadnięte, wdech przedłużony, wydech krótki, jakby urywany, prawie niesłyszalny, gdzieś gdzieś trochę świstów i furczeń, w dole lewego płuca obfite rzęzenia drobne i średnie, tony serca prawie niesłyszalne, jama brzuszna i układ nerwowy bez zmian uchwytnych. W moczu ślad białka, odczyn Biernackiego — 85 minut na 18 mm. (p-g Linzenmayera), odczyn Wassermanna w surowicy ujemny, płwociny 35 ccm. na dobę, śluzowo-ropnej, nie zawierającej włókien sprężystych, ani prątków Kocha, nie cuchnącej, stan ogólny ciężki, samopoczucie fatalne.

Wobec pomyślnego wyniku w 1-ym opisanym przypadku zaleciłem od razu dożylne wlewania po 20 ccm. 33% alkoholu co drugi dzień, a ze względu na objawy osłabienia mięśnia sercowego dodałem ouabainę z glukozą dożylnie 2 — 3 razy na tydzień; doustnie otrzymał chory proszki z diuretyką, kamforą i małą dawką luminalu oraz clejek eukaliptusowy.

17.IV, po dwóch wstrzyknięciach alkoholu i dwóch ouabainy w karcie szpitalnej notowano, co następuje: tętno 78/min., oddechów 28/min., T 36,7, samopoczucie znacznie lepsze, duszność mniejsza, płwociny 10 ccm na dobę, śluzowej z minimalną tylko domieszką ropnej treści.

23.IV po 5 wstrzyknięciach alkoholu i 3-ech ouabainy tętno wynosiło 70/min., odd. 24/min. T. 36,8, samopoczucie pacjenta zupełnie dobre, duszności prawie nie odczuwa, kaszle b. mało, płwociny odpluwa 5 ccm. na dobę, prawie czysto śluzowej; w płucach od tyłu wypuk jawny na całej przestrzeni z odcieniem bębnowym, wysłuchowo oddech zlekka zaostrzony z nielicznymi świstami, w dole pojedyncze rzęzenia z lewej strony.

29.IV po dalszych 2-ch wstrzyknięciach alkoholu chory został wypisany ze znaczną poprawą podmiotową i przedmiotową.

I tutaj więc, jak i w poprzednim przypadku, mieliśmy obostrzenie dawnej sprawy zapalnej w oskrzelikach, która łącznie ze znaczną rozedmą płuc, doprowadziła do wyraźnie rozpoczynającej się niedomogi prawego serca (śnica, wybitna duszność spoczynkowa). Skombinowane leczenie alkoholem i ouabainą doprowadziło tu w rekordowo krótkim czasie do wybitnej poprawy objawów ze strony narządu oddechowego i narządu krążenia.

Przypadek 3-ci. Pacjentka E. Ch. lat 38 od 10 lat leczyła się z powodu kaszlu i odpluwania ropnej płwociny, uważała się za dotkniętą ciężką gruźlicą płuc, przed dwoma laty przebyła lewostronną frenikoekserezę, od trzech miesięcy przebywała w tutejszym szpitalu. Badanie przedmiotowe wykazało w lewym płucu od tyłu słumienie, od połowy łopatki do dołu z oddechem oskrzelowym od węski do kąta łopatki

nizej—osłabionym, z licznymi rżeniami drobno- i średnio-bańkowymi, gdzieniedzie z odcieniem amforycznym po kaszlu. W obydwu szczytach oddech chuchający bez rżeń, w dole prawego płuca oddech oskrzelowy z rżeniami o podobnym charakterze akustycznym, co i po stronie lewej. Uderza jednak doskonały wygląd i stan odżywiania chorej z pletycznym zabarwieniem twarzy i widzialnych błon śluzowych, zupełny brak podniesienia ciepłoty w ciągu całego pobytu w szpitalu oraz brak prątków Kocha w płwocinie, pomimo wielokrotnego i starannego jej badania. Próba Biernackiego nie wykazała najmniejszego przyspieszenia opadania krwinek, raczej przeciwnie — pewne zwolnienie (705 min. na 18 mm.), pr. Pirqueta wypadła dodatnio, ale wstrzyknięcie podskórne 0,2, a potem 0,5 mlgr. tuberkuliny spowodowało wyraźny odczyn w miejscu zastrzyknięcia, a najwyższe wznie-sienie ciepłoty potem wynosiło 0,3 stopnia. Zdjęcie rentgenologiczne (dr. Sztajer) wykazało nierównomierne przycienie-nie szczytów, niedostateczne ich wyjaśnianie się przy wdechu, silnie wzmożony rysunek płuc, przeważnie smugowato, cienie wnęk silnie wzmożone, zawierają pojedyncze, powiększone, nasycone wybitnie gruczolki, na poziomie 2-ego żebra po stro-nie prawej, bliżej obwodu — jakby odgraniczające się drobne wyjaśnienia, przepona wolna.

Jasnym więc było, że mieliśmy tu do czynienia z prze-wlekłą sprawą w płucach, która doprowadziła do znacznego stwardnienia wskutek rozrostu tkanki łącznej, czyli t. zw. „*pneumonia interstitialis chronica*” przeważnie w płucu lewym. Ten proces marskościowy szerzy się w kierunku od wnęk wzdłuż oskrzeli. Przytoczone powyżej wyniki badań wyłączały tu udział czynnej sprawy gruźliczej, ujemny odczyn Wassermana w surowicy i brak jakichkolwiek innych objawów kiły kazały odrzucić przypuszczenie najczęstszej w tych przy-padkach etiologii kiłowej, nie było również żadnych danych, przemawiających np. za pylicą płuc. Trzeba było więc przypu-szczać, iż chodzi tu o zejście jakiejś banalnej sprawy infekcyjnej w drzewie oskrzelowym. Obecność grubych rżeń oraz odcień amforyczny oddechu w dole lewego płuca pozwalał przypuszczać wytworzenie się znaczniejszych rozstrzeni oskrze-łowych, które zwykły powstawać w przypadkach marskości płuc wskutek bliznowacenia i kurczenia się następczego roz-rastającej się tkanki łącznej. I w rzeczy samej, bronchografia, wykonana przy udziale dr. dr. Szackiego i Kryńskiego, po wprowadzeniu do oskrzeli 40% jodipiny dała b. efektowne zdjęcie, na którym uwidoczniła się olbrzymia workowata roz-strzeń oskrzela w dolnym płacie lewego płuca, do której pro-wadziły rozszerzone cylindrycznie oskrzela mniejsze, a także cały układ groniastych i cylindrycznych rozstrzeni, idących od obydwu wnęk.

Ponieważ pacjentka stale kasłała i odpluwała sporo ropnej płwociny, której ilość po bronchografii dochodziła do 80 ccm. na dobę, i ponieważ żadne środki, zwykle stosowane w tych razach, nie mogły przerwać b. męczących dla chorej objawów, zastosowałem wlewanie dożylny alkoholu. Efekt przeszedł wszelkie oczekiwania, bo oto już po drugim wlewaniu ilość płwociny zmalała do 5 ccm. na dobę, kaszel ustąpił pra-wie zupełnie, i chora, z którą męczyliśmy się czas dłuższy, nie mogąc przynieść jej ulgi, poczuła się tak dobrze, że sama zażądała wypisania.

Przypadek 4-y. Chory M. E. lct 65, przybył na od-dział dnia 22.IV z powodu kaszlu, duszności, stosunkowo obfi-tej ropnej płwociny i ogólnego osłabienia. Od 10 lat kaszle i splota, od kilku miesięcy odczuwa ciągły brak tchu, zwiek-szały się po ruchu lub zjedzeniu czegokolwiek, ostatnio b. schudł i opadł z sił.

Badanie wykazało, co następuje: niski, drobnej budowy staruszek, o wyglądzie wyniszczonym i twarzy cierpiącej, zlekka sinawej, w płucach—oddech zaostrzony w szczytach, od

kąta obydwu łopatek do dołu—z tyłu, i od 3-go żebra—z przodu liczne rżenia wilgotne po obydwu stronach. Serce nieznacznie rozszerzone w obydwu wymiarach (lewy—9 cm., prawy—4 cm.), ciśnienie tętnicze 95/60, na koniuszku l-y dość mocny, nieczysty, II w tętnicy płucnej akcentowany, II w tętnicy głównej i szyjnej niezbyt głośny; jama brzuszna i układ nerwowy bez zmian wyraźnych. W moczu ślad białka, zresztą, nic szczególnego; we krwi leukocytów 6400 w 1 mm. objętn. 48% (w tem 2% pałeczek), limfocytów 48%, odczyn Biernackiego 120 min. na 18 mm. (p—g Linzenmayera), odczyn Wassermana w surowicy ujemny; w żołądku w pół go-dziny po śniadaniu alkoholowym wolnego HCL = 25,0, og. kw. = 39,0. Płwocina zielonkawa, czysto ropna, nie cuchnąca, w ilości 20—do 30 ccm. na dobę, nie zawiera prątków Kocha, ani włókien sprężystych. Ciepłota 36,6—37,2, tętno 80/min. oddechów 44/min.

Pacjent otrzymał dluretynę z kamforą i luminalem do-ustnie, kamforę ze strychniną podskórnie oraz ouabainę w glu-kozie na zmianę z alkoholem (po 20 ccm.) dożylnie.

2.V po 4-ch wstrzyknięciach alkoholu i 2-ch ouabainy z glukozą w karcie szpitalnej notowano, co następuje: tętno miarowe, 75/min., oddechów 28/min., T. 36,4 płwociny 10 ccm. na dobę, śluzowo-ropnej, z przewagą śluzu, kaszel znacznie mniejszy, samopoczucie lepsze.

6.V T. 36,6, tętno 84, płwociny 20 ccm. na dobę z prze-wagą śluzu, chory prawie nie kaszle, duszność ustąpiła pra-wie całkowicie, w płucach nieliczne rżenia z prawej strony w dole od tyłu, na całej przestrzeni pozostałej płuc oddech zlekka szorstkawy bez rżeń, na wadze przybrał 3 kilo (obrzęków nie było i niema). Następnego dnia chory wypis-zał się na własne żądanie ze znaczną poprawą.

Do wyżej przytoczonych przykładów, których przebieg mówi, zdaje się, sam za siebie i nie wymaga bardziej szczegó-łowych komentarzy, dodać jeszcze mogę dwa przypadki z praktyki prywatnej. W obydwu chodziło o ciężkie grypowe dwu-stronne zapalenie płuc u starszych kobiet z b. obfitą ropną płwociną—w jednym, ze skąpą i objawami bronchospastycznymi — w drugim. W obydwu ciężki stan i brak wyraźnego skutku leczniczego stosowanych poprzednio środków zmusił mnie do wypróbowania zastrzykiwań alkoholu, jako aktu roz-paczki, wobec świadomości, że nic już niema do stracenia. Było to w okresie, kiedy doświadczenie moje co do skuteczności tego środka było jeszcze b. skąpe. A jednak efekt był doskonały. W pierwszym przypadku pacjentka doskonale zna-siła wlewania, których otrzymała około 10-u, po każdym wstrzyknięciu samopoczucie się poprawiało, stan wielkiej adynamji mijał, ilość płwociny malała z dnia na dzień, równo-legle do spadku ciepłoty, i, pomimo nader ciężkiego stanu na początku, nastąpił zupełnie gładki okres zdrowienia. Druga pacjentka, u której niezwykle ciężkiemu zapaleniu płuc towa-rzyszyły objawy bronchospastyczne, niezmiernie wyczerpujące chorą, otrzymała zaledwie dwa zastrzyknięcia alkoholu, gdyż miała po każdym z nich jakieś nieznaczne sensacje sercowe, których, nie mając jeszcze wielkiego doświadczenia, zląkłem się i przerwałem dalsze podawanie tego środka. A jednak i tu-taj od chwili zastosowania alkoholu zaznaczył się wyraźny zwrot ku lepszemu, zwrot, który i sama pacjentka odczuła dobitnie, jak temu wielokrotnie dawała wyraz następnie.

Nie będę mnożył dalej przykładów. Chodzi mi o zaznaczenie, iż w alkoholu, stosowanym do-żylnie, zyskujemy, zdaniem moim, niezwykle cenne uzupełnienie leczenia ostrych i przewlekłych schorzeń płucnych, szczególnie, przebiegających z obfitą i ropną płwociną. Oczywiście, że mecha-nizm działania tego środka nie może jeszcze być zanalizowany, podobnie, jak i przytoczone w ni-

niejszej i poprzedniej pracy przypadki zapewne nie wyczerpują jeszcze zakresu wskazań do jego stosowania. Wypowiedziany wyżej pogląd, iż skuteczność alkoholu, podawanego dożylnie, w stosunku do schorzeń układu oddechowego polega na zdolności komórek s. s. płuc do wychwytywania go z krwiobiegu i umożliwienia oddziaływania jego *in situ*, niejako „*in statu nascendi*”, zanim dokonają się w nim zmiany, zależne od zetknięcia z wątroba, pogląd ten napewno nie wyczerpuje jeszcze istoty sprawy.

Można sobie powiedzieć, że alkohol działa bezpośrednio na ognisko zakażenia, zmniejsza zjadliwość zarazków, że pobudza, być może, aktywność układu s. s. w walce z zakażeniem, w produkcji ciał ochronnych. Ale teoria ta nie tłumaczy w sposób zadawalający tego tak szybkiego działania osuszającego na wydzielinę oskrzelową, jaką w tych przypadkach tak często spostrzegamy. Np. w przytoczonym wyżej przyp. 3-im olbrzymich rozstrzeni oskrzelowych z obfitą płwociną już po 2-ch wstrzyknięciach ilość jej zmalała do 5-u ccm. na dobę. Nie wiemy, oczywiście, czy wynik, tak szybko osiągnięty, utrzyma się tutaj, gdyż chora wypisała się natychmiast, i nie mamy z nią kontaktu, ale nawet i doraźne otrzymanie w tak krótkim czasie takiego efektu wydaje się nieprawdopodobne na 1-y rzut oka. W przypadku 1-ym po 12-u zaledwie wstrzyknięciach zamiast 300-u ccm. czysto niemal ropnej płwociny pacjent odpluwał zaledwie 20 ccm. prawie tylko śluzowej. Wiemy z doświadczenia, jak trudna do zwalczania jest w podobnych przypadkach uporczywa *bronchorr-*

hoea pomimo stosowania najrozmaitszych środków chemicznych, djety bezwodnej i t. d.

Niezależnie od tego czysto lokalnego działania na objawy zapalne ze strony dróg oddechowych, uderza niezwykle dodatni wpływ alkoholu na stan ogólny i na układ krążenia chorych. Tętno się zwalnia, samopoczucie poprawia się wybitnie, sił przybywa z dnia na dzień. Widzieliśmy nieraz (przyp. 2-i i 4-y np.), jak stan ciężko chorych z wyraźną niedomogą prawego serca, z zardawnioną i obostrzoną sprawą płucną na skombinowanym leczeniu alkoholem i ouabainą w ciągu kilku, wzgl. kilkunastu dni, ulegał całkowitej metamorfizie niemożliwej do osiągnięcia i wytłumaczenia li tylko dzięki 2—3 zastrzyknięciom ouabainy. Widujemy przecież stany podobne często w szpitalu i wiemy doskonale, jak odporne są one zwykle w leczeniu.

Działanie alkoholu jest tu niewątpliwe; czy odbywa się ono drogą wpływu bezpośredniego na mięsień sercowy, czy przez stonizowanie ośrodków wegetatywnych, szczególnie ośrodka naczynioruchowego—pozostaje do wyjaśnienia.

Na zakończenie dodać muszę, że dotychczas nie widziałem ujemnych skutków wstrzykiwania alkoholu, aczkolwiek są, naturalnie, przypadki, w których wpływ leczniczy tego środka nie przynosi oczekiwanego efektu; ale nie znamy wogóle w medycynie 100% wyników. Jednakże i w tych opornych przypadkach spostrzegać się daje dodatnie działanie na samopoczucie, tak, że chorzy nieraz sami domagali się zastrzykiwań.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Prosekturjum Szpitala Ś-to Ducha w Warszawie.

(Kierownik: Dr. med. A. Siedlecka).

Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań.

Podał

Dr. med. Józef STEIN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz № 23).

Gruźlica płuc.

Żanim przejdziemy do opisu zmian gruźliczych w płucach — podajemy kilka danych anatomicznych i histologicznych, dotyczących tego narządu. Chodzi nam o pojęcie szczytu płucnego, o t. zw. gronka płucne, oraz komórki, wyściełające pęcherzyki płucne.

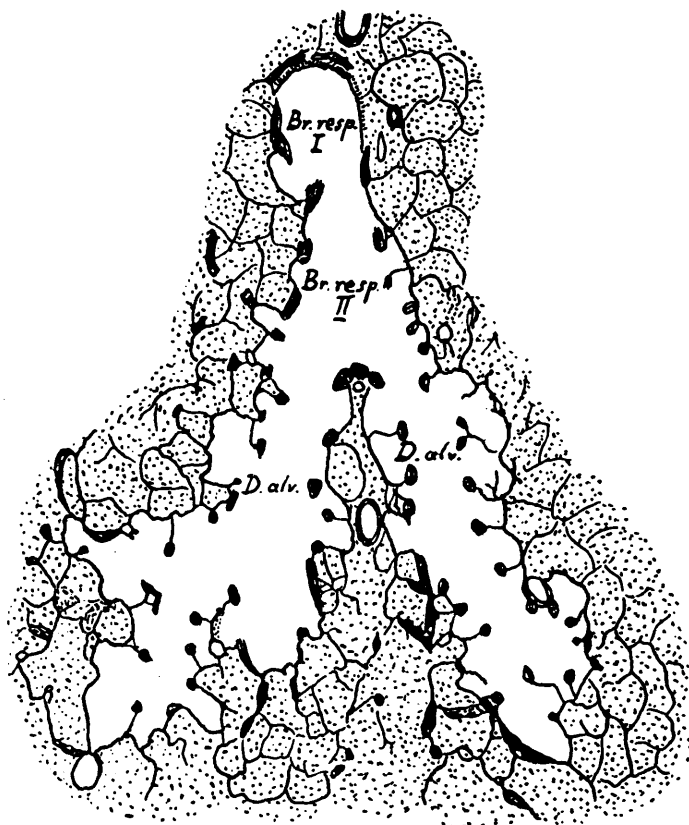
Szczyt płucny stanowi płaskie uwypuklenie ponad pierwszym żebrzem, wysokości zaledwie 1—2 cm. Według Aschoffa, granicę szczytu płucnego stanowi brzoźda I-go żebra. Jeszcze mniejszy jest szczyt płucny klinicystów — czyli nadobojczykowa część szczytu anatomicznego. Najwyższa geometrycznie część szczytu płucnego (*culmen*) leży, we-

dług Orsosa i Andersa, wewnątrz klatki piersiowej, nieco poniżej główki pierwszego żebra; posiada ona duże znaczenie w rozwoju gruźlicy, gdyż tutaj zjawiają się pierwsze ogniska po pierwotne (Reinfekte).

Płaty płucne składają się z całego szeregu zrazików płucnych (*lobuli*); poszczególne zraziki, związane z drobnymi oskrzelami, posiadają kształt sześcienny lub wielokątny, wymiary: 1 — 1,5 cm. Zraziki są od siebie oddzielone delikatnymi przegródkami łącznotkankowymi. Zrazik płucny składa się z najmniejszych jednostek miąższu płucnego, t. zw. gronek (*acini*) (patrz rysunek).

Gronko płucne jest to przestrzeń, jaką zajmują rozgałęzienia oskrzelika końcowego (*brochiolus terminalis*), będącego końcową gałązką oskrzela. Oskrzelik końcowy jest najwęższym miejscem układu oskrzelowego, węższym nawet od własnych swych rozgałęzień. Poszczególne gronka są, podobnie jak zraziki, oddzielone od siebie delikatnymi przegródkami łącznotkankowymi. Gronka posiadają kształt sześcienny lub lekko okrągławy, wielkość—małych ziaren grochu.

Oskrzelik końcowy (Husten) dzieli się pod prostym kątem na 2 oskrzeliki oddechowe I-go rzędu; każdy z nich dzieli się znowu podobnie na 2 oskrzeliki oddechowe II-go rzędu, te zaś na oskrzeliki od-



Schemat gronka płucnego (wg. Baltisbergera).
Br. resp. = oskrzelik oddechowy.
D. alv. = przewód pęcherzykowy.

dechowe III-go rzędu. Oskrzeliki oddechowe przebiegają zawsze wspólnie z tętnicą. Posiadają one kształt stożkowaty, rozszerzając się ku obwodowi. Oskrzeliki oddechowe III-go rzędu dzielą się na kilka (2 — 5) szerokich przewodów pęcherzykowych (*ductus alveolares*).

W skład jednego gronka wchodzi co najmniej 12 przewodów pęcherzykowych. Ostatniem, ślepem zakończeniem przewodu pęcherzykowego jest woreczek pęcherzykowy, czyli lejek (*sacculus alveolaris*), pozbawiony już włókien mięsnych. Oskrzeliki oddechowe i przewody pęcherzykowe są ze wszystkich stron otoczone pęcherzykami płucnymi (*alveoli*).

Nabłonek walcowaty rzęskowy, wyściełający oskrzeliki oddechowe I-go rzędu, w oskrzelikach II-go rzędu przechodzi w nabłonek walcowaty, pozbawiony rzęsek, a dalej w nabłonek sześcienny; przewody pęcherzykowe są już wysłane nabłonkiem oddechowym.

Należy zaznaczyć, że samo pojęcie gronka płucnego nie jest zupełnie ściśle określone przez wszystkich autorów. Np. oskrzelik końcowy Loeschkego odpowiada oskrzelikowi oddechowemu I-go rzędu Hustena; dlatego też gronko Hustena jest dwukrotnie mniejsze od gronka Loeschkego i Huebschmanna.

Nabłonek oddechowy. Istota t. zw. nabłonka oddechowego dotychczas nie jest wyjaśniona. Doniedawna rozróżniano 2 typy komórek, wyściełających pęcherzyki płucne (Kölliker, Schulze i in.); komórki sześciennie i duże płytki bezjądrowe. Ostatnio Seemann wykazał, że płytki bezjądrowe nie są komórkami, lecz tworamami sztucznymi. Co się tyczy

komórek sześciennych — jedni uważają je za komórki nabłonkowe (Seemann, Henke, Pagel), inni — za komórki mezenchymalne (Policard, szkoła Maximowa, Fried, Food, Roose). Należy jeszcze zaznaczyć, że Maximow i jego uczniowie, uznając płytki bezjądrowe za twory komórkowe, uważają je za wypustki nabłonka oskrzelowego.

Po tym krótkim wstępie, przechodzimy do opisu zmian gruźliczych w płucach.

Przy omawianiu gruźlicy płuc opiszemy kolejno, podobnie, jak w części ogólnej: 1) zmiany, związane z ogniskiem pierwotnym, 2) postaci uogólnione (uogólnienie wczesne i uogólnienie późne — rozsiana gruźlica prosówkowa) oraz 3) przewlekłą gruźlicę płuc z jej powikłaniami.

I. Zmiany związane z ogniskiem pierwotnym w płucu.

Parrot pierwszy wykazał związek między pewnymi ogniskami w płucu i zmianami w gruczołach limfatycznych wnęki płucnej, odpowiadających zajętemu odcinkowi płuca. Ostatnio cały szereg autorów zajmował się ogniskiem pierwotnym w płucu („ogniskiem Ghona“) i zespołem pierwotnym Rankego.

Ognisko pierwotne spotykamy zazwyczaj w dolnych częściach płatów górnych lub też w górnych częściach płatów dolnych, a więc w najlepiej przewietrzanych częściach płuc. Bardzo rzadko umiejscawia się ono w szczycie płucnym (przypadki Ghona, Rankego, Puhla, Beitzkego, Naeslunda, Schulzego, Kutsukake); jedynie Blumenberg znajdował je jakoby u dzieci w szczycie aż w 24,3% przypadków.

Płuco prawe jest zajmowane przez ognisko pierwotne nieco częściej, niż lewe — w 51,45 — 56,56% przypadków (według Ghona i Langego spotyka się ognisko pierwotne w górnym szczycie prawym — w 54,25% przypadków, w lewym — w 45,75%).

Ognisko pierwotne leży zwykle bądź bezpośrednio pod opłucną, bądź też w jej pobliżu, powodując często ograniczone włóknikowe zapalenie opłucny, niekiedy tylko przechodzące w zapalenie rozlane. W bardzo rzadkich przypadkach ognisko pierwotne umiejscawia się w oskrzeli, lub tchawicy.

Ogniska pierwotne powstają najczęściej we wczesnym dzieciństwie — w wieku od 1 do 10 lat; potem ilość ich się zmniejsza (60% przyp.); rzadko spotyka się je u osesków. Anatomiczno-patolodzy widzą zwykle zespół pierwotny w późnych okresach jego rozwoju. Znane są jedynie 3 przypadki wczesnych okresów ogniska pierwotnego (przypadek Ghona i Romana, Ghona i Pototschniga, oraz Zarfla); najwcześniejszy z nich (Zarfl) przedstawiał się w postaci małego ogniska zapalenia włóknikowego (zwątrobień) z mnóstwem prątków; niestety, w przypadku tym nie zbadano, czy były już zmiany w odpowiednich gruczołach limfatycznych.

Najczęściej ognisko pierwotne jest pojedyncze, znacznie rzadziej spotykamy ogniska liczne; według Ghona, ogniska podwójne znajduje się w 8% przypadków, potrójne — w 3%, poczwórne — w 2%; Schulze widział w jednym przypadku 9

ognisk pierwotnych, a Ghoni i Kudlich — aż 171 W przypadkach takich może chodzić bądź o jednoczesne powstanie kilku ognisk pierwotnych, co jest bardziej prawdopodobne, bądź też o powstanie ich w różnym czasie.

Wielkość ogniska pierwotnego w płucu bywa bardzo różna: od łebka szpilki do orzecha włoskiego; zależy ona w dużym stopniu od ciężkości zakażenia z jednej strony, i od okresu rozwoju ogniska — z drugiej; zrozumiałą jest rzeczą bowiem, że ogniska starsze, zwłókniałe lub zwapniałe, będą zawsze mniejsze, niż ogniska, znajdujące się w początkowych okresach rozwoju.

Kształt ogniska Ghona bywa również różny; ogniska młodsze są zwykle wielokątne, starsze — bardziej okrągławe; w znacznej większości przypadków spotyka się już ognisko zwapniałe lub skostniałe (według Schürmanna — w 73,21% przyp.), znacznie rzadziej — serowate lub skredowaciałe (w 6,31% przyp.)

Na podstawie badań nad ogniskiem pierwotnym u ludzi, jak również nad ogniskiem pierwotnym, wywołanym sztucznie u zwierząt (u świń morskich — Pagel i Lange), możemy przedstawić sobie jego rozwój. Okresem wczesnym zakażenia pierwotnego płuca jest ograniczone zapalenie wysiękowe (wysięk składa się z włókniaka i leukocytów); okres ten trwa bardzo krótko, poczem szybko przechodzi w okres II-gi — zapalenia płuc serowatego. Oskrzeli i naczynia ulegają zniszczeniu, pozostają z nich jedynie włókna sprężyste. Rozmiękanie ogniska serowatego może prowadzić do powstania jamy. Na granicy mas serowatych i tkanki płucnej zjawia się ziarnina gruczołowa, złożona głównie z komórek nabłonkowych i olbrzymich; często spostrzegamy tu także typowe gruźelki.

Wkrótce potem rozpoczyna się otarbanie ogniska pierwotnego. Włókna klejodajne częściowo są wytwarzane przez komórki nabłonkowe, częściowo zaś pochodzą z zachowanych przegród międzypłuczkowych. Otorbione ognisko ulega wapnieniu, a często również kostnieniu (w 30 — 40% przyp.).

Niekiedy, jak już wspomniano, w większych ogniskach pierwotnych powstaje jama (*caverna*) (według Ghona — w przeszło $\frac{1}{3}$ przypadków ogniska pierwotnego u osesków). Takie jamy pierwotne posiadają cienkie ściany i leżą wśród mało zmienionej tkanki płucnej, co je odróżnia od jam wtórnych, powstających w przebiegu późniejszych zmian gruczołowych.

Ognisko pierwotne zwapniałe i otorbione łączy się z otoczeniem za pomocą szypuły łącznotkankowo-naczyniowej (Siegen). Dokoła świeżego ogniska pierwotnego powstaje zwykle ograniczone nieswoiste zapalenie płuc (zapalenie okołogniskowe). Na obwodzie ogniska pierwotnego zarówno świeżego, jak i zwapniałego, tworzą się zwykle typowe gruźelki; gruźelki te, towarzyszące często odprowadzającym oskrzelom i naczyniom, leżą śródmiąższowo i są nazywane ze względu na ich tworzenie nadrodze limfatycznej gruźelkami resorbcyjnymi (*Resorptionstuberkel*); niekiedy również nazywają je gruźelkami przywarstwiającymi się (*Appositionstuberkel*).

Niekiedy zwapniałe ognisko płucne może ulec sekwestracji; w przypadkach takich może się zdarzyć (bardzo rzadko) wyrzucanie z płuc „kamieni płucnych” (Galen, Pawel z Egin, Aleksander z Tral-

les, Schenk von Graffenberg, Boerhaave i in.). Według Scherera wydalanie kamieni płucnych spotyka się w 0,13% przypadków.

Jak już wiemy, zakażenie pierwotne nigdy prawie nie ogranicza się do ogniska Ghona, lecz powstaje typowy zespół pierwotny Rankego, t. j. obok ogniska pierwotnego zostają zajęte odpowiednie gruczoły limfatyczne wnęki płucnej, oraz naczynia limfatyczne pomiędzy ogniskiem pierwotnym a temi gruczołami.

Jak wykazują wczesne przypadki ognisk pierwotnych, gruczoły limfatyczne ulegają zmianom niekiedy nawet przed zserowacieniem ogniska pierwotnego. Zmiany w gruczołach polegają na serowaceniu, często z późniejszym tworzeniem komórek nabłonkowych. Serowacenie gruczołów limfatycznych jest zwykle rozleglejsze i silniej wyrażone, niż w samym ognisku pierwotnym; również zwapniałe lub skostniałe ognisko gruczołowe jest zawsze prawie większe, niż ognisko płucne. Torebka zajętego gruczołu ulega zapaleniu, następnie zaś — bliznowaceniu (zapalenie okołogniskowe). Prowadzi to do zrośnięcia zserowaciałego gruczołu z sąsiednimi narządami wnęki: oskrzelami, naczyniami, nerwami; o ile sprawa zapalna przejdzie na szluzówkę oskrzela — powstają w niem nieżytowe czopy szluzowe — będące prawdopodobnie podkładem anatomicznym t. zw. nieżytywnego (Ranke). Czopy szluzowe mogą prowadzić do niedodmy mniejszych lub większych odcińków tkanki płucnej.

Beltzke, badając dalsze zmiany ognisk zwapniałych w gruczołach limfatycznych zespołu pierwotnego, spostrzegł zasadniczą różnicę między ogniskiem płucnym i zmianami gruczołowymi; w pierwszym — wrastanie tkanki łącznej do mas serowatych wywołuje powstawanie tkanki kostnej; natomiast w gruczołach limfatycznych masy serowate rzadko ulegają kostnieniu, a wzrastająca tkanka łączna ulega przekształceniu w tkankę limfatyczną. O ile proces ten nie zatrzyma się w swym rozwoju — masy serowate zostają całkowicie zastąpione przez tkankę limfatyczną — następuje niejako odbudowa gruczołu, a ze zmian gruczołowych nie pozostaje ani śladu. Początkowo nowowytworzona tkanka limfatyczna różni się od uprzednio zachowanej brakiem węzła, w krótkim jednak czasie różnice te zacierają się.

Zapalenie naczyń limfatycznych międzyogniskowe (pomiędzy ogniskiem płucnym i gruczołowem) występuje już w bardzo wczesnych okresach rozwoju ogniska Ghona; pozostaje po nim zwykle pasmo szklistej tkanki łącznej, biegnące od ogniska pierwotnego do wnęki płucnej.

Ważną praktycznie jest sprawa możliwości wewnętrznego zakażenia wtórnego (reinfekcji endogennej) z wygojonego ogniska pierwotnego. Jest rzeczą stwierdzoną, że zarówno przez szypułę naczyniową, jak i, być może, przez samą torebkę — mogą przedostawać się prątki i ich jady do ogólnego krwotoku. Według Huebschmanna, sprawa taka ma miejsce bardzo często.

W większości przypadków zespół pierwotny jest tak typowy, że łatwo go rozpoznać nawet przy późniejszych zmianach gruczołowych; spotyka go się u 60 — 97% ludzi dorosłych.

II. Postaci uogólnione gruźlicy.

1. Uogólnienie wczesne.

Przy uogólnieniu wczesnym stwierdzamy obecność mniej lub więcej świeżego ogniska pierwotnego; dlatego ten typ uogólnienia spotykamy przeważnie u małych dzieci.

W płucach, w przypadkach wczesnego uogólnienia, spotykamy rozsiane ogniska nieco większe od guzków prosówkowych, często o wyglądzie ognisk groniastych, a nawet zrazikowych. Ogniska są zwykle nieściśle odgraniczone od nacieczonego zapalnie otoczenia. Zazwyczaj są one liczniejsze w górnych częściach płuc.

Mikroskopowo ogniska posiadają charakter serowatego zapalenia płuc. W przeciwieństwie jednak do ogniska pierwotnego nie widzimy ani otarbiania, ani odczynu wytwórczego; natomiast zapalenie okołogniskowe jest rozległe. Łatwo to wytłumaczyć hiperergią, pod której wpływem choroba powstała. Oskrzeliki w obrębie ognisk również serowacieją, a zewnątrzogniskowe ich odcinki ulegają zapaleniu nieżyłowemu lub włóknkowemu. Niekiedy ogniska posiadają charakter guzków prosówkowych.

Wczesne uogólnienie szybko prowadzi do śmierci.

2). Uogólnienie późne. Gruźlica prosówkowa płuc.

Gruźlica prosówkowa płuc powstaje, jak już wiemy, po wygojeniu ogniska pierwotnego, bądź w związku z tem ostatnim, bądź też — znacznie częściej — w związku z późniejszymi ogniskami w płucach, zwykle gojącymi się lub wygojonymi.

Płuca dotknięte gruźlicą prosówkową, są zwykle przekrwione i obrzękłe. Na przekroju widzimy bardzo liczne drobnutkie guzki żółtawe lub szarżółtawe, niewyraźnie odgraniczone od otoczenia. Rzadko są one okrągłe, zwykle posiadają kształt nieprawidłowy lub listkowaty; wielkość ich waha się od ziarna prosa do soczewicy, niekiedy spotyka się guzki groniaste. Najliczniejsze i największe guzki znajdujemy w częściach szczytowych i przednich płuc. Czasami płuca są dotknięte rozedmą (gruźlica prosówkowa „rozedmowa” Huebschmanna).

Mikroskopowo guzki przedstawiają się bądź w postaci drobnych ognisk zapalenia płuc serowatego (*pneumonia caseosa miliaris* — franc. granules a tubercules miliaires), bądź też posiadają wygląd typowych gruzełek (granules à granulations). Dlatego dawniej odróżniano gruźlicę prosówkową wysiękową (wewnątrzpecherzykową, miąższową) i wytwórczą (śródmiaższową). Zwykle istnieją przejścia od guzków wysiękowych do wytwórczych. Według Huebschmanna nie chodzi tu o 2 różne postaci gruźlicy prosówkowej, lecz o różne jej okresy. Rozwój gruźlicy prosówkowej w płucu jest następujący: początkowo wskutek dostania się prątków z naczyń włosowatych do pecherzyków płucnych powstają prosówkowe ogniska zapalenia płuc, ulegające szybko serowaceni. Następnie zjawiają się komórki nabłonkowe i olbrzymie, pochodzące z komórek śródbłonkowych naczyń i fibroblastów ścian pecherzyków

płucnych, i otaczają ogniska serowate; całe takie ognisko zostaje następnie otoczone wiankiem z limfocytów. Dlatego też zserowaciały w środku gruzełek nie jest, jak to przypuszczano dawniej, starszy od gruzełka typowego, lecz przeciwnie młodszy; komórki nabłonkowe nie zdołały jeszcze zorganizować całego ogniska serowatego.

Klinicznie, w zależności od przebiegu, odróżniają 3 postaci gruźlicy prosówkowej: a) postać wysiękową, szybko prowadzącą do śmierci (w 2 — 4 tygodnie); b) postać wytwórczą, bardziej przewlekłą (trwającą 8 — 10 tygodni); obydwie te postaci są zawsze śmiertelne; c) postaci gojące się — bądź przez rozpuszczanie i wydzielanie wysięku (w okresie wysiękowym), bądź też przez bliznowacenie gruzełków; postaci te są rzadkie.

Dawniej uważano gruźlicę prosówkową wysiękową za znacznie radszą od wytwórczej; nie jest wyłączone, że tak było rzeczywiście. Dzisiaj wiemy, że obie postaci gruźlicy prosówkowej — wysiękowa i wytwórcza — spotyka się mniej więcej jednakowo często; np. Huebschmann i Arnold na 56 przypadków gruźlicy prosówkowej znaleźli 13 — wysiękowej i 13 — wytwórczej, pozostałe zaś 9 przypadków stanowiły postaci mieszane lub pośrednie.

Co do przyczyn, powodujących występowanie jednej lub drugiej postaci — przypuszczano początkowo zależność zmian od różnych ras prątków gruźliczych; doświadczenia na zwierzętach zaprzeczyły jednak temu. Fakt, że postać wysiękowa prędzej prowadzi do śmierci, niż wytwórcza, może nasunąć 2 przypuszczenia: albo chory umiera już w pierwszym okresie — wysiękowym, zanim zdąży się wytworzyć gruzełki (Huebschmann), albo też ustrój nie jest zdolny do odczynu przez wytwarzanie swoistych gruzełków (Meysenbourg). Wg. Huebschmanna, postać gruźlicy prosówkowej leży od warunków alergicznych ustroju.

Obok guzków wewnątrzpecherzykowych mogą również powstawać (według Huebschmanna — rzadko, według wielu innych autorów — często) gruzełki śródmiaższowe. Według jednych (Gretzmanna i in.) rozwijają się one pod wpływem prątków, przyniesionych przez naczynia krwionośne, według innych (Huebschmann) tworzą się one na drodze limfatycznej — a wywołują je prątki, wydzielane z ognisk wewnątrzpecherzykowych do dróg limfatycznych.

W bardzo rzadkich przypadkach może też powstawać w płucu gruźlica prosówkowa, w której występują głównie gruzełki śródmiaższowe, czysto wytwórcze.

W przebiegu gruźlicy prosówkowej w płucach spotykamy często zmiany naczyniowe, w postaci bądź zapalenia i serowacenia błony wewnętrznej, przechodzącego niekiedy na inne warstwy ściany naczynia, bądź też serowacenia naczynia od zewnątrz, przez przejście sprawy z otoczenia. W przypadku drugim mechanizm powstawania zmian jest zrozumiały; w przypadku pierwszym — chodzi prawdopodobnie o bezpośrednie działanie na błonę wewnętrzną naczynia znajdujących się we krwi prątków.

(C. d. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Biologia.

E. WELCOURT-BERNARD. Adsorbacja mocznika w przebiegu odbiałczania krwi i płynów białkowych. (*Le sang*. Nr. 2|1931).

Rozmieszczenie mocznika w czasie sączenia po odbiałczeniu krwi podlega znacznym wahaniom (czasem 30% różnicy między pierwszemi a ostatniemi porcjami), które wymagają wobec tego całkowitego sączenia i starannego zmieszania przesączu przed dalszym badaniem, czego nie wolno zaniedbywać w żadnym przypadku.

Ten objaw, zresztą wspólny dla wszystkich przesączów, znajdował autor we wszystkich stężeniach (20 mgr. % — 320 mgr. %), z którymi zwykle spotyka się w klinice.

To nierównomierne rozmieszczenie mocznika istnieje w równym stopniu dla wszystkich badanych środków odbiałczających: kwasu trójchlorooctowego, odczynnika Taureta, wolframanu sodowego, choć stwierdzone przy użyciu ostatnich dwóch odczynników odchylenia rzadziej osiągały większe rozmiary.

Autor doradza po odbiałczeniu krwi kwasem trójchlorooctowym wirowanie przez 5 minut z dużą szybkością, a potem szybkie sączenie centryfugatu, podobnie jak to zaleca F o s s e przy odbiałczeniu odczynnikiem Taureta. Wirowanie nie jest wskazane przy odbiałczeniu wolframianem sodowym.

W około 50 — 60% przypadków w przebiegu wszystkich sączeń, a nawet (choć rzadziej) w centryfugatach trójchlorooctowych może istnieć zatrzymanie mocznika na poziomie osadu koloidalnego lub też, odwrotnie, zatrzymanie wody na tym poziomie. Tem się tłumaczy różnice między mianem tetrycznym a liczbami znalezionymi.

Ten objaw jest prawie jednakowo częsty w warunkach w których się znajdujemy, stosując którąkolwiek z badanych metod odbiałczających (około 55% przypadków). W najsilniejszym stopniu dotyczy to metody z kwasem trójchlorooctowym. Najwyższe odchylenia, uwzględniając czułość metody, dosięgają około 10% w stężeniach mocznika od 30 mgr. % do 60 mgr. %.

Te różnice nie mają znaczenia dla wartości klinicznej określań mocznika, jeśli używać metody F o s s e a i F o l i n a, gdyż różnice odnoszą się zaledwie do drugiego znaku dziesiętnego.

Jeśli używać do określań mocznika metody podbrominowej, co się często zdarza w przypadkach nagłych, różnice wpływają na otrzymane wyniki w jeszcze bardziej ograniczonych rozmiarach i są bez wielkiego znaczenia praktycznego, tembardziej, że można ich z wlekiem prawdopodobieństwem unikać, zastępując sączenie wirowaniem.

Henryk J. L a n d a u.

L. S. P. DAWIDSON. Substancja zasadochłonna czerwonych ciałek krwi. (*Le Sang* Nr. 2|1931).

Substancja zasadochłonna niedojrzałych czerwonych ciałek krwi jest pozostałością protoplazmy z okresu jądrowego. Podobnie jak hemoglobina, jest ona rozmieszczona w sposób rozlany z zawartości koloidalnej komórki. Jest ona niewidoczna w świeżych czerwonych ciałkach, jeśli jej nie barwić. Substancja zasadochłonna staje się widoczna po barwieniu; daje ona obrazy polichromazji, nakrapiania zasadochłonego lub retikulacji, zależnie od następujących czynników: 1) zawartości substancji zasadochłonnej, obecnej w komórce, 2) rodzaju i stężenia barwnika, 3) czynników utrwalających zawartość komórkową, 4) grubości błony komórkowej.

Henryk J. L a n d a u.

SCHEUNERT i RESCHKE. W sprawie zawartości witamin w grzybach jadalnych. (*D. m. W. N.* 9 1931).

W zakresie badań nad zawartością witamin w niemieckich potrawach jadalnych zostały także sprawdzone w tym kierunku i grzyby.

Doświadczenia na zwierzętach (młode szczury) wykazały, że najwięcej witaminy A, zawierają rydze, przyczem sposób ich przyrządzania nie wpływa na zawartość tego składnika odżywczego. Witaminę B2 znaleziono w bardzo nikłej ilości w badanych rydych, maślakach i zielonce. Witaminy C nie znaleziono. Natomiast wszystkie wymienione grzyby, a zwłaszcza smardz, okazały się obfitem źródłem witaminy D, której nie zawiera znów pieczonka.

Fakt obecności witaminy D w grzybach, powszechnie będących w użyciu, jest niezmiernie ważny, zwłaszcza, jeśli się weźmie pod uwagę, że jarzyny i owoce nie zawierają tej witaminy, oraz, że sposób przyrządzania nie wpływa na jej zawartość w rydych, których konserwy mogą być w każdej porze roku wyzyskane jako obfite źródło witaminy D.

St. L u x e n b u r g.

Choroby zakaźne

S. MÜHLENS. Przypadki śmiertelne zimnicy u żeglarzy. specjalnie zaś w sprawie 2 przypadków zapalenia mózgu (*D. m. W. N.* II. 1931).

W ostatnich latach zjawiają się znów coraz częściej śmiertelne przypadki zimnicy na pokładzie okrętów, bądź też później w oddziałach szpitalnych. Specjalnie duże jest to niebezpieczeństwo od września do listopada.

W niektórych przypadkach spotykamy się z uprzednim podawaniem chininy w celach zapobiegawczych od 0,2-0,4 gr. dziennie, jednak w sposób nieregularny, a co najważniejsze, leczenie nie było przeprowadzone aż do chwili powrotu do Niemiec, lecz przerwane po opuszczeniu wybrzeży Afryki lub dalej około wysp Kanaryjskich.

Wiadomo, że podawanie chininy lub innych środków z tej grupy nie zapobiega istotnemu zakażeniu zimnicą, gdyż komary nie czynią żadnej różnicy w wyborze ludzi. Systematyczne stosowanie specyfików przeciw zimnicy w celach zapobiegawczych powoduje, w wypadku zakażenia, stopniowe znikanie pasorzytów zimnicy, zanim staną się one tak liczne że mogą spowodować wystąpienie napadu choroby. Każde więc zapobieganie jest leczeniem zimnicy i musi być przeprowadzone z dostateczną mocą i dostatecznie długo, w przeciwnym bowiem razie dochodzi do wystąpienia pełnego obrazu chorobowego. Po powrocie na ląd często bardzo przypadki zimnicy są rozpoznawane jako grypa, dur, zapalenie mózgu, we krwi tych chorych znajdowano zaś b. liczne pasorzyty zimnicy. Pomimo energicznego leczenia przy dożylnym i domięśniowym stosowaniu chininy czasem jednak dochodzi do zejścia śmiertelnego.

Te błędy w rozpoznaniu potwierdzają starą zasadę, że każdy przypadek gorączki, pochodzący z krajów tropikalnych, musi być w pierwszej linii posądzony o zakażenie zimnicą energicznie leczony chininą (w śpiączce - dożylnie), a jeżeli ciepłota ciała nie opadnie po 3-4 dniach, to wtedy znacznie zmniejsza się prawdopodobieństwo zimnicy.

Autor miał też możność spostrzegania 2 przypadków zapalenia mózgu w przebiegu zimnicy, potwierdzonym badaniem sekcyjnym. Jako najlepsze przeprowadzenie zapobiegania należy polecić podawanie chininy z chwilą przybycia do okolic

malarycznych w ilości od 0,3-0,4 gr. dziennie lub 1 tabletki chininoplazminy z do powrotu do kraju lub nawet 8-14 dni dłużej.

St. Luxemburg.

F. HAMBURGER. O zakażeniu pierwotnym i reinfekcji (Wien. Klin. Woch. № 17 1931).

W zakażeniu odróżnia się rozmaite okresy: 1) zarażenie t. j. wtargnięcie zarazka chorobotwórczego, 2) przyjęcie się, proces czysto mechaniczny, 3) odczyn, to jest odpowiedź ustroju, wyrażoną miejscowo przez powstanie ogniska pierwotnego, ogólnie przez wytwarzanie przeciwciał. Do tego procesu może się przyłączyć schorzenie lub też nie. Reinfekcja różni się od pierwszego zarażenia tylko przyspieszonym występowaniem odczynu (Pirquet). W reinfekcji szybko występujący odczyn zapobiega skutkom zarażenia np. po szczepieniu, ospie, odrze, kile, w innych reinfekcja może łatwo doprowadzić do nowego schorzenia. Ponieważ zawartość przeciwciał we krwi podlega wahaniom, fakt ten zdaje się zresztą, zależy od tego, w jakim okresie odporności ulega ustroj reinfekcji.

A. Neumann (Vöslan).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

K. PASCHKIS i M. DIAMANT. Przyczynki do patologii czerwienicy. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 169, z. 3—4).

W 3 przypadkach czerwienicy stwierdzono patologicznie zwiększone wydalanie sterkobiliny (348 mgr., 298 mgr., 930 mgr. dziennie). Dwa przypadki objawowej czerwienicy wykazywały normalne liczby (150 mgr., 233 mgr. dziennie).

Bez względu na zmniejszenia się erytrofencji (rozpadu czerwonych ciałek krwi) jako przyczyny czerwienicy przyjąć więc nie można. Jednak rozpad czerwonych ciałek krwi nie dotrzymuje kroku ogromnie wzmożonej czynności wytwarzania czerwonych krążków (erytropoezie).

Różnice w zachowaniu się wydalania sterkobiliny w prawdziwej (*erythraemia*) i objawowej (*erythrocytosis*) czerwienicy zależą, być może, od różnic w objawach przystosowania się, spowodowanych przez różną patogenezę.

W dwóch przypadkach czerwienicy badanie histologiczne wykazało brak hemosyderozy w śledzionie i wątrobie.

Brak dającego się wykazać histochemicznie żelaza tłumaczy się nie jako wyraz zmniejszonej hemolizy, lecz zwiększonym zapotrzebowaniem żelaza.

Podawanie śledziony wywarło w jednym przypadku przemijającą poprawę, w wielu innych przypadkach pozostało bez wpływu; nie udało się też stwierdzić wpływu na ilość wydalanej sterkobiliny.

Henryk J. Landau.

R. JÜRGENS i H. TRANTWEIW. O fibrynopenji (fibrynogenopenji) u dorosłego oraz uwagi o pochodzeniu fibrynogenu (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 169, z. 1—2).

Autorzy opisują pierwszy w piśmiennictwie przypadek nabytej fibrynopenji (fibrynogenopenji) u dorosłego. Badanie chemizmu krwi wykazało brak fibrynogenu bardzo silnego stopnia, podczas gdy wszystkie inne składniki, biorące udział w krzepnięciu krwi, były obecne w normalnych ilościach. Badanie sekcyjne wykazało prawie zupełnie odosobnioną rozległą rakowatość układu kostnego, mającą za punkt wyjścia raka gruczołu krokowego, z włóknistą przemianą szpiku kostnego, podczas gdy inne narządy zostały oszczędzone przez raka.

Przypadek ten dowodzi, że szpik kostny musi brać udział w wytwarzaniu fibrynogenu. Badania na zwierzętach

wykazywały, że samo tylko zniesienie krzepliwości krwi przez heparynę lub hirudynę nie wywołuje nawet po długotrwałym istnieniu tego stanu objawów skazy krwotocznej.

Henryk J. Landau.

CHALIER i LEVRAT. Eozynofilia. (Le Sang Nr. 1—1931).

Liczne komórki kwasochłonne zjawiają się we krwi na tle pasorzytów jelitowych i in., w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (szkarlatyna, trąd, rzerzączka), mniej już, gruźlica, kile, chorobie Dühringa, stanach anafilaktycznych (napad dychawicy oskrzelowej, gorączka sienna) w przebiegu chorób układu krwiotwórczego, jak białaczka szpikowa, w której wystąpić mogą nawet myelocyty z ziarnistością kwasochłonną, ziarnica złośliwa. Autorzy przytaczają szereg spostrzeżeń własnych i obcych w których eozynofilia sięgała nawet 90% białych krwinek. Odrzucają oni pochodzenie tych zmian we krwi na tle anoksemji lub białaczki, gdyż liczba leukocytów w przytoczonych obserwacjach rzadko przekracza normę i to nieznacznie, a tam gdzie liczba ich przekracza 100 tys. i więcej, można było stwierdzić eozynofilię na długo przed wystąpieniem leukocytozy.

Odpowiedniejsze natomiast wydaje się istnienie eozynofilji na tle konstytucjonalnym lub e. rodzinnej, zwłaszcza w przypadkach niewyjaśnionych. Hipoteza ta nie wyjaśnia jeszcze wszystkich spostrzeżeń. E. towarzysząca wstrząsom anafilaktycznym, jak napad dychawicy oskrzelowej, wstrząs hemoklasyczny, uważana jest przez szereg badaczy nie, jako skutek, lecz jako cecha konstytucjonalna osobników skłonnych do powyższych wstrząsów, więc byłaby to e. ustrojowa, wskazująca na wrażliwość wobec pewnych jadów.

W większości obserwowanych przypadków nie stwierdzono żadnych cech anafilaktycznych, a znane są zespoły alergiczne bez eozynofilji, jak pokrzywka, obrzęk Quinckego, migrena. C. i L. zwracają natomiast uwagę na powiększenie śledziony, stale towarzyszące eozynofilji, na e. po usunięciu śledziony. Wstrzykiwanie śledziony wywołuje spadek liczby krążących komórek kwasochłonnych. Z dwu tych faktów wynika łączność między e. i stanem śledziony. Zmniejszona czynność śledziony powoduje e., a jej nadczynność — cofnięcie się e. Zależność ta nie jest bynajmniej bezpośrednia, we współistnieniu tych zjawisk pośredniczy bądź hormon śledziony, bądź n. błędny. Śledziona bierze udział w powstawaniu stanów anafilaktycznych, gdyż jej usunięcie zmniejsza niektóre objawy anafilaksji, np. świąd. Przyjmuje się również, że skaza kwasochłonna jest wyrazem nabytej lub wrodzonej zmniejszonej czynności śledziony czy jej części. Klinicznie za zależnością eozynofilji od stanu śledziony przemawia powiększenie tego narządu w przebiegu duru, ziarnicy złośliwej; wybitna e. po splenektomji, twarda spistość śledziony. Wynika z tego jeszcze raz, że podstawą e. jest uszkodzenie śledziony, prawdopodobnie pierwotne. Przepuszczenie takie tłumaczyłoby niezłośliwe zmiany we krwi osób z konstytucjonalnie upośledzoną śledzioną, gdy zmiany nabyte przebiegają bardziej złośliwie. W ten sposób znalazłoby wytłumaczenie niepomysłne zejście przypadków po splenektomji.

W przypadku autorów, który przebiegał z wysoką ciepłotą, znacznie powiększoną śledzioną, 31% komórek kwasochłonnych i objawami krwotocznymi, leczenie nowarsenobenzolem wpłynęło b. dodatnio na krwawienia i stan ogólny. Podobnie w 5-ciu na 17 przytoczonych obserwacji e. ze splenektomji można doszukać się zakażenia kiłowego.

C. i L. proponują wyodrębnienie zespołu klinicznego, który określają mianem „grande eosinophilie sanguine”, o cechach następujących: liczba leukocytów kwasochłonnych jest

znaczna, może dojść do 90%, charakterystyczna jest liczba wyższa, niż 20%. Komórki te są dojrzałe, wyjątkowo spotyka się myelocyty kwasochłonne, nieprzekraczające 5%. Leukocytoza umiarkowana, od 10 do 50 tys., rzadko 50—100 tys. Liczba erytrocytów nie opada poniżej 3,5 milj., znaczniejszej niedokrwistości nie spotyka się, taksamo młodych postaci krwinek czerwonych. B. charakterystyczne jest powiększenie śledziony i zbita jej konsystencja. Wątroba jest często nieznacznie powiększona. Gruczoły limfatyczne naogół nie przerastają. Podniesienie ciepłoty rzadko towarzyszy omawianemu zespołowi; powstaje na tle wtórnej banalnej infekcji. Krwawienie może stać w związku z przerostem śledziony; z eozynofilią nie ma nic wspólnego. Stan ogólny chorych jest zadawalający przez czas dłuższy. Przebieg choroby jest łagodny. E. po okresie ostrym maleje lub znika zupełnie, albo utrzymuje się na tym samym poziomie, jak to bywa na tle ogólnoustrojowym. Na 17 przypadków tylko w jednym zejście śmiertelne daje się powiązać ze stanem krwi.

Klasyfikacja, według objawów dopuszcza podział zespołu na 2 grupy: konstytucjonalną, w której liczba komórek kwasochłonnych nie przekracza 50%, śledziona jest powiększona nieznacznie, dolegliwości niewielkie, przebieg łagodny i powolny. Przypadki tej grupy zależą od wrodzonego uszkodzenia śledziony. Do grupy drugiej należą zmiany na tle nabytego uszkodzenia śledziony. E. jest znaczna, śledziona b. duża, twarda, leukocytoza wybitna. Choroba może się cofnąć, lecz najczęściej postępuje naprzód i daje zejście śmiertelne.

Rozpoznanie jest łatwe, wynika z badania krwi i stwierdzenia powiększonej śledziony. Należy wykluczyć obecność pasożytów, dychawicy oskrzelowej, chorób skóry i zakaźnych, przebiegających z eozynofilią. Tak samo nie wolno zapominać o możliwości białaczki szpikowej, ziarnicy złośliwej.

Racjonalne leczenie nie znajduje żadnego punktu oparcia. O ile zachodzi możliwość zakażenia kilowego — odpowiednia kuracja. Splenektomia wywołuje wybitne pogorszenie. Logiczne wydaje się wstrzykiwanie wyciągów ze śledziony, naświetlanie śledziony promieniami R. w dawkach pobudzających.

F. Turyn.

F. KESSLER. O wpływie choroby na regenerację ciałek krwi. (Wien. Kl. Woch. № 25/1930).

Toksyczność choliny bywa zwykle przeceniana: można zastrzykiwać dożylnie 0,6 *Cholini hydrochlorici* bez żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych. Do badań autor używał *Cholin, hydrochlor.* „Merck” i „Nordmark” w dawkach 0,2 3—4 razy dziennie oraz katesin „Heisler.”, która nie jest identyczna z choliną, w dawkach 0,04—0,03 3—4 razy dziennie. W odpowiednio dużych dawkach pobudzają one wytwarzanie czerwonych ciałek krwi, o ile szpik kostny jest zdolny do reakcji. Aby być skutecznymi, dawki *Cholini mur.* muszą być większe, niż katesiny.

Henryk Landau.

EMILE-WEIL i CAHEN. Polycytemja przedbiałczkowa. (Le Sang Nr. 6 — 1930).

Autorzy opisują przypadek polycytemji, w którym obraz kliniczny stopniowo, w ciągu kilku miesięcy, pod wpływem leczenia promieniami, ulegał poprawie. Poprawa utrzymywała się przez rok, poczem, bez żadnych objawów klinicznych, przy utrzymującej się normalnej ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, stwierdzono przeszło 200.000 białych ciałek krwi, w tem 41% myelocytów. Dopiero miesiąc później powiększyły się wymiary wątroby i śledziony. Podobne nieco przypadki opisywane były przez Aubertina jako erythremie subleucémique, Askana zego — *panmyelopathia hyperplastica*. Te i na-

stępnie opisywane przypadki dowodzą istnienia uszkodzenia szpiku kostnego. Odczyn szpikowy jest stały i pospolicie obserwuje się w każdej poliglobulji. Podrażnienie szpikowe wyraża się niejednakową wielkością, kształtem, barwnością krwinek czerwonych; obecnością ziarnistości zasadochłonnych — cechami, obserwowanymi w niedokrwistości złośliwej. Wyrazem zmienionej czynności szpiku są białe ciała kwasochłonne i myelocyty, wreszcie znaczne powiększenie się liczby płytek krwi. Zmiany te dowodzą, zawsze postępu lub cofania się policytemji, a właściwie podrażnienia szpiku kostnego. Na podstawie opisów z literatury i przytoczonego obrazu klinicznego autorzy zaliczają do stanów erytroleukemicznych: 1) Stany mieszane, w których obok policytemji rozwija się równolegle leukemja, 2) zjawiające się w końcowym okresie niektórych białaczek bardzo rzadkie erytroleukemie, wynikające z wyrzucenia do krążenia krwinek czerwonych.

Zespoły te według niektórych stanowią przejście od poliglobulji do leukemji i dowodzą początkowego i całkowitego podrażnienia szpiku kostnego. Młodociane postaci krwinek białych są zjawiskiem, towarzyszącym erytremji.

Przytoczony przez E.-W. i C. obraz kliniczny wykazuje nie równoległość, lecz kolejność poszczególnych zmian, a mianowicie, okres poliglobulji z towarzyszącymi bólami kostnymi, bez powiększenia śledziony i wątroby i bez rozszerzenia naczyń dna oka; po tym okresie nastąpiła remisja, trwająca przez rok, w czasie której pacjent był uważany za zdrowego. Potem zjawia się ciężka leukemja szpikowa. Szybki przebieg ostatniego okresu tej choroby autorzy przypisują działaniu promieni, stosowanych w początku choroby.

F. Turyn.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M. GOERKE (Wrocław). Nowsze prace w sprawie terapii nowotworów przysadki: Operacja czy naświetlanie? (Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde und Rhinology Laryngologie T 32.1930).

Rozpatruje autor materiał odnośny i piśmiennictwo za ostatnie kilka lat, odsyłając do O. Katlera monografię, uwydatniającą doświadczenie lat ubiegłych. Wybrał G. świadomie guzy przysadki, jako najczęstsze i jako najbardziej poddające się działaniu promieni katodowych.

Wniosek autora brzmi: „jesteśmy obowiązani kroczyć do celu drogą, wprawdzie cięższą, ale pewniejszą, drogą operacji, a dopiero w drugім rzędzie drogą nasświetlania”. Zależnie od natury guza stosować należy promienie Röntgena, rad, mesotor lub tor X. Przy operacji, nawet gdy się nie usuwa wszystkiego, wystarcza odciążenie przez szerokie rozwarcie siodelka i usunięcie częściowe tkanki nowotworowej, by otrzymać i w złośliwych sprawach poważną i dłuższą poprawę, a w torbielach i guzach łagodnych stałe cofanie się objawów patologicznych. Referent uważa za stosowne dodać, że pogląd ten nie jest bynajmniej powszechny wśród neurologów i neurochirurgów, aczkolwiek osobiście hołduje mu. co przed kilku laty w specjalnej pracy motywował i uzasadnił usiłował.

H. Higier.

W. FALTA i F. HÖGLER. O hormonie przednioprzysadkowym. (Klinische Wochenschrift. 39.1930.)

Hormon przednioprzysadkowy czyli *prae-hormon* według autorów wiedeńskich, wywołuje obniżenie ciepłoty zarówno w przypadkach z prawidłową przemianą podstawową (Grundumsatz), jak i wzmożoną (choroba Buadura) lub zniżoną (śluzobrzęk). Na przemianę węglowodanową działa

bardzo niewiele i tylko wtedy, gdy insulina jest obecna. Na rozrost ciała wpływa często (w karlictwie, infantylizmie), ale niezawsze (w eunuchoidyzmie). Na pytanie, czy praeormon stanowi istotę jednolitą czy też mieszaninę wielohormonową, autorzy odpowiadają w ten sposób, że, jeśli istotnie praeormon, wydobywany, jak wiadomo, z moczu ciężarnych, posiada wszystkie wymienione działania biologiczne, to w moczu tym reprezentowane są eo ipso wszystkie hormony przedniej przysadki. Nie pozostawiają autorzy bez odpowiedzi tego aktualnego pytania: co się zawdzięcza samej przysadce gruczołowej i co sąsiednim ośrodkom wegetatywnym podwzgórze (*hypothalamus*), tembardziej, iż znamy eunuchoidów z zupełnie prawidłową przysadką. Przypuszczać należy, zdaniem F. i H., że istnieją przypadki *dystrophiae adiposogenitalis* z niedomogą ośrodków wegetatywnych a normalnym interesem przysadkowym i odwrotnie. Pierwsze prawdopodobnie nie reagują na praeormon, podczas gdy ostatnie się poprawiają pod jego wpływem.

H. Higier.

P. WERMER. O zastosowaniu pewnych nowych doświadczeń dla rozpoznania i oceny nadczynności tarczycy. (Wier. Kl. Woch. 20.1931).

Autorowi chodzi o określanie szybkości opadania czerwonych ciałek krwi, o liczenie przyżyciowo barwiących się erytrocytów, o określanie ciśnienia tętna (t. j. różnicy między maksymalnym a minimalnym ciśnieniem) oraz o oznaczanie różnicy tętna w pozycji leżącej i stojącej. Oznaczanie szybkości opadania krwinek i ciśnienia tętna nie ma żadnego znaczenia. Normalna liczba przyżyciowo barwiących się czerwonych ciałek przemawia przeciw, zwiększona liczba raczej — za nadczynnością tarczycy, tak samo stałość liczby tętna w pozycji stojącej i leżącej.

A. Neumann (Vöslau)

B. BREITNER. Jakie stanowisko zajmujemy w stosunku do czynnościowo - obojętnego wola? (Wier. Kl. Woch. Nr. 19.1931).

Wole młodzieży pod koniec okresu pokwitania samostnie ustępują, tak samo wole w gruźlicy, gdy ulega ona wyleczeniu. Każde wole jednak, które powoduje zmiany w kształcie lub położeniu tchawicy, musi być usunięte, powstające po zabiegu objawy wypadnięcia czynności tarczycy należy leczyć preparatami tarczycy. Jak najwcześniejsze operacyjne usuwanie gruczolaków jest uzasadnione.

A. Neumann (Vöslau).

O. KAUFMANN-COSLA i R. ZÓRKENDÖRFER. Moczówka cukrowa i wpływ, wywierany na nią przez insulinę, syntalinę i wody gorzkie. (Dtsch. Arch. Klin. Méd. t. 170, z. 3).

W moczówce cukrowej po odliczeniu węgla, glukozy i ciał ketonowych nieutleniony węgiel w moczu jest bardzo znacznie zwiększony. Po rozpoczęciu kuracji insulinowej wydalanie glukozy z moczem szybciej się zmniejsza, niż pozostały węgiel nieutleniony, ostatecznie jednak i te patologicznie zwiększone liczby węgla nieutlenionego spadają do normy, tak, że zatem insulina wywiera katalityczne działanie na patologiczne utlenianie komórki.

Pod wpływem syntaliny B. zmniejsza się wprawdzie wydalanie cukru z moczem, lecz całkowity, a zwłaszcza nieutleniony węgiel w moczu zwiększa się, a współczynnik C-N moczu wzrasta. Należy więc przyjąć, że pod wpływem podawania syntaliny B cukier w moczu tylko pozornie znika, w rzeczywistości jednak pod inną postacią w nim pozostaje. Tem się tylko daje wytłomaczyć, że węgiel całkowity moczu utrzymuj

się na stałym prawie poziomie. Stan ogólny chorych też się nie poprawia, co zgadza się ze spostrzeżeniami Stauba i innych.

Pod wpływem podawania wody karlsbadzkiej (2 razy dziennie po 500 cm.³ Karlsbader Mühlbrunn) spostrzega się podobny wpływ, jak przy podawaniu insuliny, choć w znacznie słabszym stopniu. Obok zmniejszenia się wydalania cukru z moczem obniża się stale zawartość nieutlenionego węgla w moczu aż do *minimum*. Obecne w moczu ciała ketonowe znikają również już po pierwszych dniach kuracji. Głównie jednak spostrzega się, że węgiel całkowity w moczu spada tak daleko, iż stopień spadku odpowiada zawartości węgla w związkach, które znikły w moczu (glukoza, ciała ketonowe, nieutleniony węgiel). Współczynnik C-N moczu obniża się do normy, a tolerancja węglowodanów wzrasta. Zatem woda karlsbadzka podobnie jak insulina, wzrasta patologicznie obniżone zdolności utleniające ustroju, podczas gdy syntalina pozostaje na nie bez wpływu.

Samo tylko określanie cukru w moczu i współczynnika oddechowego w chorobach przemiany materji, zwłaszcza w moczówce cukrowej, jest, zdaniem autora, niewystarczające do określenia stanu przemiany materji. O wiele lepsze i jaśniejsze pojęcie o nim daje systematyczne określanie węgla i współczynnika C-N w moczu.

Henryk J. Landau.

O. PUESKO. Zatrzymywanie cukru inwertowanego i trzcinowego w moczówce cukrowej i ich wpływ na poziom ciał ketonowych. (Dtsch. Arch. Klin. Méd. t. 170, z. 1 — 2).

Autor badał wpływ zastrzykiwań cukru inwertowanego samego, względnie z insuliną w rozmaitych kombinacjach i odstępach czasu na ketonemję i ketonurję w moczówce cukrowej.

Założenie, że cukier gronowy (glukoza) i owocowy (lewuloza) w swem działaniu przeciwketogennem nawzajem się uzupełniają w cukrze inwertowanym, zostało w dużym stopniu potwierdzone przez wynik rozmaitych doświadczeń.

Zastrzykiwania cukru inwertowanego same, lecz jeszcze bardziej w pewnych kombinacjach z insuliną (szczególnie wtedy, gdy bezpośrednio po wstrzyknięciu dożylnym cukru inwertowanego zastrzykiwano podskórnie insulinę, słabiej — gdy insulinę zastrzykiwano po upływie 1½ godzin, a jeszcze słabiej, gdy insulinę podawano po 4 godzinach) wpływają pomyślnie na poziom ciał ketonowych, a także cukru chorego na cukrzycę i mogą znaleźć zastosowanie, jako metoda lecznicza.

Dla porównania wykonywał autor analogiczne doświadczenia także cukrem trzcinowym (sacharozą) oraz sacharozą i insuliną. Zastrzykiwania samego tylko cukru trzcinowego działają niekorzystnie na ciała ketonowe, a w kombinacji z insuliną początki osłabiają, początki opóźniają samo działanie insuliny.

Henryk J. Landau.

E. BLADEN. Skład morfologiczny krwi i szybkość opadania krwinek w chorobie Basedowa. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 169, z. 5—6).

Chorobie Basedowa towarzyszy w obrazie krwi umiarkowana niedokrewność i umiarkowana limfocytoza, które nie są bynajmniej charakterystyczne. Niedokrewność poprawia się podczas skutecznego leczenia; niema jednak możliwości oceny wyników leczenia na zasadzie obrazu krwi.

Liczba limfocytów w pomyślnym przebiegu choroby często nieco się zmniejsza procentowo jednak zachowanie się limfocytów bezwzględnie nie jest jednoznaczne, podlegają one

licznym wahaniem, tak że wskazań, ani rokowania nie można na nich budować.

Szybkość opadania czerwonych krążków krwi wykazuje normalne liczby, w niektórych przypadkach jest przyspieszona, w innych zwolniona; i w tem więc niema nic charakterystycznego.

Ze względów powyższych uważa autorka, że ani obraz krwi, ani szybkość opadania nie mogą być pomocne ani w rozpoznawaniu różniczkowej choroby Basedowa, ani w stawianiu rokowania w niej; wydaje się jej zbędnem obarczanie się niepewnymi metodami badania wtedy, gdy się posiada inne, mogące dać wystarczającą podstawę dla oceny ciężkości schorzenia i wyników zastosowanego leczenia.

Henryk J. Landau.

W. RAAB. W sprawie szkodliwego stosowania jodu w Wiedniu. (Wien. kl. Woch. 1931 Nr. 14).

Dyskusja na temat szkodliwego stosowania soli jodowej, której ogólnie używa się w Górnej Austrii zamiast zwykłej soli w celu zwalczania endemicznie panującego wola, nie została jeszcze wyczerpana.

Wielu autorów tłumaczy tem zwiększenie się liczby chorych na nadczynność tarczycy.

R. tłumaczy możliwość tego tem, iż, o ile minimalne dawki jodu dobrze działają na wole, to jednakże osoby na jod wrażliwe, stan swój tem pogarszają.

A. Neumann (Vöslau).

O. HIRSCH. Dalsze doniesienia w sprawie choroby Basedowa. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 170, z. 1—2).

Badania przemiany podstawowej w chorobie Basedowa wykazały wyraźną tendencję do jej wzmagania się w miesiącach letnich, zwłaszcza w lipcu i sierpniu. W miesiącach tych zwiększa się również liczba przypadków choroby Basedowa na klinice w Hali. W związku ze zwiększaniem się ilości jodu w żyjącej naturze (świat roślinny) fakty tej wskazują na związek między występowaniem jodu w danej okolicy a nadczynnością tarczycy — liczba i ciężkość schorzeń zwiększają się latem. Być może, że grają tutaj rolę i inne czynniki klimatyczne.

Henryk J. Landau.

Choroba kości i stawów.

W. G. SZYPACZOW. Choroba Kaszyn-Becka. (Osteoarthritis eudemica). (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 170, 2, 3).

Choroba Kaszyn-Becka (*Osteoarthritis eudemica*) jest chorobą, panującą w obwodzie Zabajkalskim, zwłaszcza w Dolinie Uroon. Nosi ona jednocześnie cechy krzywicy, skorbutu i zapalenia wielonerwowego. Choroba Kaszyn-Becka przebiega z głęboko sięgającymi zmianami w narządach wewnętrznych (kościach, stawach, mięśniach, nerwach, mózgu, jelitach, wątrobie,) a zwłaszcza w gruczołach wewnątrzwydzielniczych (tarczycy, grasicy, trzustce, nadnerczach, przy sadce mózgowej, gruczołach płciowych, śledzionie), które rozpoczynają się już w życiu płodowym, a później stają się wybitniejsze, przyczem przybierają pewne cechy swoiste nie tracając jednak rysów krzywicy i skorbutu.

Autor jednak jest daleki od tego, by wyprowadzać cały obraz chorobowy z zaburzeń w gruczołach dokrewnych, skłania się raczej ku temu, by całą sprawę ująć jako awitaminozę. W powstawaniu *Osteoarthritis eudemicæ* odgrywają dominującą rolę dwa czynniki: woda i odżywianie. Doświadczalne badania autora, wykonane w r. 1924, wykazują, że zanieczyszczona woda, pochodząca z okolic endemji, wywiera bezsprzecznie szkodliwy wpływ na młode, rosnące organizmy. Zgadza się to również ze spostrzeżeniami klinicznymi, z których jednak

wynika, że spożywanie czystej wody nie zapobiega wystąpieniu choroby. Dalszą przyczynę upatruje autor w tem, że zboże, pochodzące z ogniska endemji, zawiera niedostateczne ilości witaminy A i soli mineralnych, zwłaszcza wapnia. Być może, odgrywają przytem rolę surowy klimat i wysokie położenie okolicy endemji, które przeszkadzają dostatecznemu dojrzewaniu zboża. Wskutek tego może albo nie dochodzić do wytwarzania się witamin, albo też mogą w niedojrzałym ziarnie powstawać związki trujące, szkodliwe dla ustroju. Odgrywa przytem z pewnością rolę jednostronne odżywianie się mieszkańców, którzy przez 5 — 6 miesięcy w roku są pozbawieni jęczmienia.

Rokowanie jest niepomyślne, jeśli chorzy pozostają w okolicy endemji i w 40 roku życia stają się inwalidami. Jednak autor uważa, że i w okolicy endemji choroba jest możliwa do uleczenia. Jeśli ma się tutaj do czynienia z awitaminozą, to istnieje droga do zwalczania choroby. Należy zwracać uwagę na odżywianie, dbać o dowóz nie psujących się ziem jęczmienia (kapusty, marchwi). Celem uzupełnienia niedostatecznej zawartości witamin w pożywieniu należy podawać tran. Ponieważ czynnik wodny odgrywa niawątpliwie pewną rolę w szerzeniu się endemji, konieczna jest sanacja wody do picia.

Henryk J. Landau

O. FRISCH. Jakie leczenie należy zalecać w typowym złamaniu kości promieniowej? (Wien. kl. Woch. Nr. 20 1931).

Zaleca się możliwie wczesne nastawienie, zanim powstały krwaki przeszkodzi zejściu się powierzchni złamania. Asystująca osoba wykonywa na łokciu, zgiętym pod kątem prostym, przeciwekstensję, operujący ujmuje tą samą ręką rękę chorego, jak do przywitania i wykonywa silne pociągnięcie w podłużnym kierunku ramienia dla podniesienia odłamka, aby go dużym palcem drugiej ręki przycisnąć ku dołowi i możliwie dokładnie nasadzić. Po repozycji nakłada się szynę.

A. Neumann (Vöslau).

Medycyna Sądowa.

SCHWARTZ. Zmiany w mózgu noworodków. (Zsch. gerichtl. Med. Bd. 15.)

Przy badaniu makroskopowym mózgow noworodków martwo urodzonych i zmarłych przed upływem miesiąca autor prawie we wszystkich przypadkach znajdował pasmowate lub punkcikowate wylewy krwawe, umiejscowione w części czołowo-ciemieniowej półkul, nieraz ułożone promienisto, rozpoczynając od ścian komór; czasami te wylewy tworzyły dość duże ogniska. Prawie stale spotyka się również i ogniska krwotoczne pomiędzy ciałkiem ogoniastem a wzgórkami wzrokowymi. Te wylewy są zawsze umiejscowione w okolicy zaopatrywanej przez *v. terminalis*. W miejscu, gdzie przebiegają rozgałęzienia *v. lateralis* (istota biała płatów potylicznych) również często spotyka się podobne wylewy. Na równi z opisanymi wylewami krwawymi spotyka się nieraz ogniska martwicze i rozmiękczeniowe; czasami tworzą się w mózgu duże jamy. spotykane następnie po wielu miesiącach i latach jako następstwo zmian przy porodzie (jamistość mózgu).

Wspomniane wylewy krwawe tworzą się podczas porodu wskutek tego, że przy skurczach macicy w jej wnętrzu wytwarza się duże ciśnienie (do 250 mm Hg), natomiast po pęknięciu pęcherza płodowego ciśnienie atmosferyczne jest znacznie mniejsze, niż wewnątrzmaciczne, co powoduje, że działa ono jakby pompa ssąca, wywołując rozszerzenie naczyń i ich pęknięcie. Te same warunki zachodzą, gdy częścią przodującą płodu jest jakaś inna część jego ciała, np. pośladek, i tu tworzy się nieraz znaczny wylew krwawy do tkanek miękkich sięgający czasami aż do kości.

Mając na względzie powyżej opisane zmiany w mózgu autor słusznie się domaga, aby rozpoznanie przyczyny śmierci noworodków było oparte na podstawie dokładnego badania makroskopowego i mikroskopowego ich mózgu.

W. Grzyw o-Dą b r o w s k i.

ARCHANGIEŁOW. Określenie płci na podstawie badania chemicznego włosów i paznokci. (Sud.-Mied. Eksp. Z. 14).

Wnioski autora: 1. Przy gotowaniu pewnej ilości włosów lub paznokci w roztworze ługu i następnie dodanie kw. solnego tworzy się siarkowodór dzięki zawartości w ich kieratynie siarki. Rozczyn błękitu metylowego pod działaniem powstałego w tych warunkach siarkowodoru ulega odbarwieniu i to tem szybszemu, im więcej znajdowało się siarki w badanych włosach lub paznokciach.

2. Włosy i paznokcie męskie w ogromnej większości przypadków zawierają więcej siarki, niż żeńskie, stąd szybsze odbarwienie roztworu błękitu metylowego wskazywałoby na to że badany obiekt pochodzi od osobnika płci męskiej.

Do dokonania badania wystarczy 10 mgr. włosów, wzg. 20 mgr. paznokci.

W. Grzyw o-Dą b r o w s k i.

TATIEW. Zejście śmiertelne wskutek wdmuchiwania tlenu. (Sud. Mied. Eksp. Z. 13.)

Leczenie za pomocą wdmuchiwania tlenu jest stosowane

od r. 1913 w przypadkach niektórych chorób psychicznych, jak np. poraż. postępujące, psychoza szałowo-zadumowa i t. p. W r. 1927 S e p p zaczął stosować tę metodę w parkinsonizmie. W omawianym przypadku pewien chory parkinsonik otrzymał już 18 wdmuchiwań tlenu, przy 19 wdmuchiwaniu zostało mu wprowadzone pod skórę pr. uda 200 cm³. tlenu. Nagle chory upadł na kanapę (zabieg był wykonywany w pozycji siedzącej) i natychmiast zmarł. Przy oględzinach zwłok stwierdzono, że śmierć nastąpiła wskutek zatoru gazowego serca; w prawej komorze znaleziono dużą ilość gazu. Nieszczęśliwy ten, i jak do- tąd jedyny przypadek autor tłumaczy tem, że przy wkłuciu igła wypadkowo trafiła do małej żyły, i na tej drodze tlen dostał się do krwiobiegu.

W. Grzyw o-Dą b r o w s k i.

LAURENT. Poronienie dokonane za pomocą hipnozy. (Archiv f. Kriminologie. Bd. 87.)

Autor podaje następujący interesujący przypadek: Pewna panienska zaszła w ciążę od stosunku ze studentem medycyny. Ten, nie mogąc ożenić się z kochanką, zaproponował jej przerwanie ciąży za pomocą sugestji. Dziewczyna się zgodziła. Student ją uspił i poddał, że w określonym czasie wystąpią u niej silne bóle krzyża, zjawi się regularność i wystąpi poronienie. Rzeczywiście, w określonym dniu wystąpiły poddane objawy, i kobieta poroniła.

W. Grzyw o-Dą b r o w s k i.

Wskazówki praktyczne

W leczeniu zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego poleca Rutin obok radykalnego postępowania operacyjnego wstrzykiwanie dooponowe Solganalu co 2 dzień: po wypuszczeniu 20 ctm³ płynu mózgowordzeniowego wstrzykuje się 10 ctm³ płynu fizjologicznego z dodatkiem 0,01 solganalu. W dniach wolnych od wstrzykiwań wewnątrzoponowych robi R. zastrzykiwania dożylnie 5 ctm³ cytotropiny. (Mtsch. f. Okrhk. T. 65 Z. 3).

—o—

A u e r podaje następujące wskazania do stosowania Novalginy: w ostrych schorzeniach gośćcowych i nerwobólach w postaci zastrzykiwań dożylnych lub domięśniowych, w ostrej rwie kulszowej, w złamaniach i schorzeniach stawowych, podczas porodu w okresie otwarcia, zamiast morfiny, w kamicy żółciowej i nerkowej, wreszcie w anginach w ropniach okółmigdałkowych i w gruźlicy krtani. (Ther.d. Gegenw. 1931 Z. 4).

Butzengeiger upatruje związek przyczynowy między zakrzepem a grypką. W leczeniu zakrzepów otrzymywał dobre wyniki, stosując pijawki (1 do 2 odpowiednio do wielkości zakrzepu) z ewentualnem powtórzeniem tego zabiegu dnia następnego. (D. m. W. 1931 N. 17).

»

—o—

W leczeniu posocznicy połogowej stosował Ziegeler z dobrymi wynikami Euthagen, przetwór srebrno-siarkowy (fabr. chem. Grünau), w zastrzykiwaniach dożylnych (8 — 10 zastrzyknięć 5 ctm³ co drugi dzień). (D. m. W. 1931 N. 17).

—o—

G u n d e l na zasadzie badań doświadczalnych wypowiada się za stosowaniem surowicy ozdrowieńców w leczeniu płatowego zapalenia płac. (Kl. W. 1931 N. 16).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 3 marca 1931 roku.

Początek o godzinie 8-mej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 31, wprowadzonych gości 40.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 lutego 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3. Kol. H. Higier przedstawia 2 przypadki chorobowe (streszczenie własne).

Choroba Gilles de la Tourette czyli Maladie des tics convulsifs et impulsifs.

20-letni młodzieniec z rodziny neuropsychotycznej.

Od 8-go roku życia stopniowo rozwijające się objawy tików, na początku w obrębie twarzy, obecnie rozsianych w dziedzinie nerwów czaszkowych, przeważnie natury mimicznej i fonacyjno-artykulacyjno-respiracyjnej, jak wysadzenie języka, krzywienie twarzy, wyszczerzanie zębów, mruganie, rozwieranie powiek, gwizdanie, czkanie, dmuchanie, produkowanie dźwięków swoistych i niesamowitych (lizanie, ssanie, chrzkanie, odbijanie, beczenie, cmokanie, mlaskanie, kwakanie).

Ostatnio tiki obejmują i mięśnie szyi (skręcenie głowy), rąk (skubanie, głaskanie włosów, paluszkowanie nosa, uderzanie się w policzki), nóg, (podrzucanie stopy, unoszenie stopy i brzucha, danse de ventre).

Obok tej maladie des tics convulsifs z ruchami mimowolnymi i stereotypowymi objawy maladie des tics impulsifs w postaci przymusów, natrętnych i niepoham-

wanych myśli, wyobrażeń i czynności, jak powtarzanie wielokrotne pewnych wyrazów (echolalja, autolalja) produkowanie głośnie pewnych niezrozumiałych słów (przy, kwaczk, pszczasz) rzadziej koprolatyw, nigdy echokinesid. Stany lękowe (*taedium vitae*), przemijające idee samobójcze.

Inteligencja zupełnie zachowana, samokrytycyzm niektnięty, objawu hysterji i konstytucji autosuggestywej zawsze brakło, idee natrętne wprawdzie, ale nigdy natury urojeniowej, paranoidowej.

Wszelkie leczenie było dotąd bezskuteczne, farmaceutyczne i psychiczne, w domu i klinice. Za pomocą autotresury psychomotoryjnej w dziedzinie hamowania odruchów zwykłych afektywnych i obronnych (t. zw. Hemnungsgymnastik) Higier widział raz wybitną poprawę u chorej, przedstawionej przed wielu laty w Warsz. Tow. Lek.

Leczenie psychoanalizą, wprawdzie dość niedostateczne, było u chorego próbowane bez skutku. Hipoteza o infantylnych, przeżyciach seksualnych u wszystkich chorych z tikami jest dotąd niedowiedziona.

Naogół choroba ta, opisana klasycznie przez szkołę Saipetrière, należy do nader ciężkich i przewlekłych.

Weterynarze obserwowali podobną chorobę tików u niektórych zwierząt (niedźwiedź, kozioł).

Neurologzy krajów egzotycznych opisywali u pewnych ludów pierwotnych pozornie epidemiczną, psychicznie zaraźliwą postać tej nerwicy psychomotoryjnej w postaci: Jumpingu południowo-amerykańskiego, Latha małajskiej, Imbacco japońskiej i Meriacrenia wschodnio-syberyjskiego.

Torticollis spastique mental.

Młoda robotnica, z rodziny zdrowej pochodząca i sama dotąd zdrowa, dotknięta jest od roku bezbolesnym skręćcem szyi. Zwraca uwagę kilka rzadkich uchybień od pospolitej *Torticollis spastica*:

1) Głowa przy nieznacznym napięciu napadowym mięśni karkowych i przy pewnej nadwrażliwości prawego mięśnia kapturowego przechylona jest wyłącznie ku tyłowi bez przeginanania w bok.

2) Brak drgań i wogóle komponentu klonicznego w muskulaturze szyjnej.

3) W spokoju, we śnie, podczas siedzenia i stania nie ma śladu skręćcu, natomiast występuje on stale przy chodzeniu po gładkiej podłodze oraz w mięśniach wyłącznie głębokich karku, nigdy zaś w muskulaturze tułowia.

4) Wzruszenia i ruchy zamiarowe nieznacznie potęgują skręćcu. Chodzenie z głową w tył i w górę przegiętą wywołało w ciągu roku wybitne przynębienie duchowe.

5) Lekkie uciskanie lub dotykanie prawą ręką własną nie zaś obcą-prawego policzka lub szyi tejsze strony natychmiast usuwają skręćcu tak, iż chora na ulicy zmuszona jest co jej wielką sprawia przykrość, podierać stale głowę.

6) Brak w anamnezie przebytych zakażeń i zatruc, śpiączki nagminnej, urazu psychicznego lub somatycznego, brak danych na miejscową sprawę zapalną lub gośćcową w mięśniach, nerwach, ścięgnach i kościach, niemożność doszukiwania się ogniska odruchotwórczego (labirynt uszny, przewód pokarmowy). Wszystko to utrudnia poważnie rozwikłanie patogeny tej rzadkiej, przez francuskich autorów (B r i s s a u d, M a i g e, B a b i Ń s k i) opisanej postaci *torticollis spastique mental*, czyli cierpienia psychopochodnego.

Trudna nawet jest decyzja zasadnicza, czy w danym, przypadku tło i podłoże jest organiczne lub czynnościowe-psychogenne lub mieszane, tembardziej że w ostatnich latach stwierdzono (między innymi Higler opisał taki przypadek *torticollis spastique organique*) możliwość powstawania tej przewlekłej postaci po przebytej śpiączce nagminnej z prawdopodobnym ogniskiem zapalno-degeneracyjnym w obrębie *striatum* lub *putamen*, zwojów podstawy mózgu, a czasem z zmianami organicznymi w chronakcji mięśni.

U chorej wszystkie obficie stosowane środki lecznicze, farmaceutyczne i psychoterapeutyczne (skopolamina, harmi-na, arsenik, *sedativa*, elektryzacja, diatermia, kwarcówka, hipnoza) zawiodły zupełnie. Zrozpaczona pacjentka zgadza się ewentualnie na zabieg chirurgiczny, który w uporczywych przypadkach polega na przecięciu mięśni głębokich karku (obustronny *splenius capitis et colli* i górny odcinek *cucullaris*), a nawet na rezekcji wewnątrzoponowych korzonków ruchowych (F o e r s t e r) lub czuciowych (L é r i c h e) 3-eh górnych nerwów szyjnych oraz n. przydatkowego.

Higier krytykuje głównie, dotąd podane próby tłumaczenia zahamowania lub mitygowania skurczu przez uciskanie ręką względnie palcem, odsyłając do dawnej swej pracy, ogłoszonej w 1927 r. w *Neurologji Polskiej* i *Zeitschrift für Neurologie*.

Klasyfikacja podręcznikowa skręćcu szyjnego jest wielce wadliwa, nazwa *Torticollis mentalis* jest mniej odpowiednia od *Torticollis cerebralis*. Racjonalnie ćwiczenia i ortopedia psychiczna winny w tikach i skręćcach obowiązkowo poprzedzać inierwencję chirurgiczną, zwłaszcza tak ciężką, jak podana wyżej, która w najlepszym razie zmienia spastyyczny stan muskulatury w paralityczny.

4. Kol. M. R o s n o w s k i wygłosił odczyt p. t. „*Patogeneza i przebieg cwału rozkurczowego w przypadku niedokrewności krwotocznej*” (streszczenie własne).

Omówiono przypadek niedokrewności z wybitnymi objawami skazy krwotocznej.

W przebiegu choroby stwierdzono cwał rozkurczowy. Zgodnie z wynikami badań elektro—i fonokardjograficznych wyjaśniono, iż ton dodatkowy w okresie rozkurczu powstał wskutek zahamowanego przewodnictwa przedsionkowo—komorowego. Ponieważ przewodnictwo to w dalszym przebiegu choroby okazało się prawidłowe i biorąc pod uwagę objawy skazy krwotocznej, powstaje przypuszczenie, że stwierdzone zaburzenia czynnościowe serca powstały z powodu wybroczyn na przebiegu pęczka H i s a,

Ogłędziny pośmiertne potwierdziły powyższe przypuszczenie.

5. Dyskusja.

Kol. Wł. F i l i Ń s k i zapytuje o przyczynę braku tonu przedsionkowego na mechanogramie. Mówca zapytuje również, dlaczego Prelegent wiąże przyczynę powstania choroby ze wstrzyknięciem szereplonki Tetra.

Kol. St. H i g l e r (junior)—(streszczenie własne) wskazuje na okoliczność powrotu do normy negatywnego „T”, które prognostycznie uważanie jest za *signum mali ominis*; pod względem patogeny ma pewne wątpliwości czy wynacynienie, nawet nieznaczne, do samego pęczka H i s a mogłoby dać drobne i przemijające zaburzenia czynnościowe; pęczek H i s a w podobnych przypadkach dałby powinien blok częściowy lub, przynajmniej, okresy Wenckebachowskie; czy nie jest więc możliwe, że w przedstawionym przypadku wynacynienia dotknęły głównie włókien nerwowych, depressoryjnych, idących do pęczka H i s a, a więc zawiadujących wyłącznie dromotropją, a nie chronotropją?

Kol. R o s n o w s k i w odpowiedzi zaznacza, iż ton przedsionkowy można stwierdzić normalnie na fonokardjogramie, lecz szybkość wstęgl rejestracyjnej należy znacznie przyspieszyć. Sprawa załamka T jest znacznie bardziej złożona, niż to się powszechnie mniema. Krzywa T składa się z 2 faz; przy odwróceniu załamka T chodzi raczej o uwidocznienie jego pierwszej fazy. Twierdzenie swoje, o zaburzeniu w przebiegu pęczka H i s a, prelegent w znacznej mierze opiera się na stwierdzonym anatomo—patologicznym wylewie krwawym. Twierdzenie to zgodne jest ze spostrzeżeniami innych autorów.

6. Kol. L. Z e m b r z u s k i zdał „*Sprawozdanie z 8-go Międzynarodowego Zjazdu historyków medycyny w Rzymie*” (streszczenie własne).

Zjazd zgromadził uczestników w pokaźnej liczbie około 200. Powodzenie zjazdu zostało zapewnione przez nader przychylny, życzliwy stanowisko rządu włoskiego, przez udział najwybitniejszych sił naukowych i przez bogactwo nieprzebrane pamiętek nauki i sztuki w pięknej stolicy Italji. Polacy przybyli stosunkowo licznie (9 osób) i wygłosili 9 referatów. Trzy tematy główne przypadły Francji, Italji i Polsce.

Duże zainteresowanie wzbudził referat prof. Szumowskiego z Krakowa na temat konieczności obowiązkowego nauczania historii medycyny na wszystkich uniwersytetach. Zjazd powziął 2 uchwały: 1) rozesłanie do ministerstwa oświaty wszystkich państw referatu prof. Szumowskiego z dezyderatem, by na wszystkich uniwersytetach zostały utworzone katedry historii medycyny 2) odbyć następny Zjazd Międzynarodowy historyków medycyny w Bukareszcie w r. 1932 i wziąć udział w Sekcji historii nauk i medycyny na Międzynarodowym Zjeździe wiedzy historycznej w Warszawie w r. 1933.

7. Kol. M. W i e r z u c h o w s k i wygłosił odczyt p. t. „*Wpływ hormonów, głodu i czynników pokarmowych na przetwarzanie niektórych węglowodanów*” (streszczenie własne).

Opierając się na podstawie swoich ostatnich badań, prelegent ustala następujące wnioski. Przy stałym, dożylnym wlewaniu galaktozy zostaje z moczem wydalone około 75% tego cukru, o ile go wstrzykiwać, jak to się działo przez cały ciąg niniejszych badań, z prędkością 2 g na kg. wagi zwierzęcia na godz., a 25% zostaje przyswojone. Głód, rozmaite djety, adrenalina i tyroksyna pozostają bez wpływu na przetwarzanie tego cukru, który jest wydalany z zadziwiająco stałością, zawsze w tej samej ilości. Jedyne insulina wzmagają w tych warunkach wyraźnie przyswajanie galaktozy. Inaczej

jest z glikozą. Przetwarzanie tego cukru, wprowadzonego dokładnie w ten sam sposób, co galaktoza, jest zależnie od mnóstwa czynników, z których znana jest zaledwie część, i waha się w szerokich granicach od blisko 100% do zera. Wahanie to koncentruje się zwłaszcza na t. zw. fazie pierwszej, która jest okresem niedomogi przyswajania glikozy i składa się z trzech części: narastającej, płaskowyzowej i opadającej. Rozmaity skład pokarmu i głód wywołują cukromocz od 10—50% ilości wstrzykniętej i dają też różnej wielkości fazy pierwszą (por. Pol. Gaz. Lek. 1930,9, N. 23). Gdy wlewać glikozę na szczycie trawienia węglowodanów, faza pierwsza maleje do rozmiarów minimalnych, ale nie znika. Adrenalina, wstrzyknięta w stałe jednakowej dawce, na jakimkolwiek poziomie asymilacyjnym glikozy, wywołuje zwiększenie cukromoczu zawsze o tę samą ilość. Przy podawaniu djety, na której cukromocz jest najniższy, a m. djety węglowodanowej, wtedy przy pomocy odpowiedniego wstrzykiwania adrenaliny można wywołać wszystkie postaci fazy pierwszej. Ponieważ insulina działa wybitnie tylko na część narastającą fazy pierwszej, nie działa zaś na jej płaskowyz w wybitniejszym stopniu, przeto powstawanie fazy pierwszej nie może być wynikiem braku insuliny. Szereg danych przemawia za tem, że faza pierwsza zostaje wywołana przez zwiększony wywóz adrenaliny z nadnerczy, który jest tem znaczniejszy, im dłużej brakowało glikozy lub jej cukrotwórczych równoważników w zewnątrz—pochodnym strumieniu pokarmowym. Cukier nieczuły w tych warunkach na wprowadzenie adrenaliny jest także niewrażliwy na djety i głód. Cukrem takim jest galaktoza.

Posiedzenie zakończono o godz. 10 min. 45.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Mathleu, Huet i Gérard-Marchant omawiał na posiedz. perysk. tow. chirurg. w maju (Pr. méd Nr. 42) sprawę leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Są oni tego zdania, że po rozpoznaniu ostrego [zapalenia wyrostka należy nawet w przypadkach lekkich przystąpić do zabiegu w ciągu pierwszych 48 godzin, nieraz uciekając się do drenowania. Po upływie tego terminu wszystkie zapalenia otrzewny rozlane wymagają natychmiastowego zabiegu z ewentualnem wyszukaniem i usunięciem wyrostka i szerokiem drenowaniem. Wszelki przypadek ostry, nie ustępujący pod wpływem lodu i diety lub też będący po zastosowaniu środka czyszczącego, winien być operowany bez względu na termin. W przypadkach pozostałych, w których można odnotować uspakajanie się sprawy, należy pozostawić chirurgowi decyzję, czy należy operować, kiedy i czy z pozostawieniem drenu.

Na posiedzeniu berlińskiego Tow. Lekarskiego w kwietniu r. b. (D. m. W Nr. 22) Claus wygłosił referat o *stupro przypadkach ropnicy po anginii*. Szczególnie często stwierdzano w tych przypadkach zakrzep w żyłę twarzową, częściej niż w żyłę jarzmową. Niekiedy znajdowano jedynie nacieczenie otoczkii naczyńowej bez zakrzepu, lecz z przerzutami. Pod względem rozpoznawczym zaznacza referent, że zawsze istniała wyraźna bolesność przy ucisku w kącie żuchwowym. Dreszcze są ważnym objawem, o ile nie odpowiadają pierwszym trzem dniom istnienia anginy. Pod względem rozpoznawczym w grę wchodzi angina limfocytowa, agranulocytoza, białaczka i błonica. O ile niema żadnych zmian na migdałkach, należy wykluczyć inne choroby, jak zimnica, zapalenie miedniczek nerkowych i różę. Spore znaczenie posiada obraz krwi. Z objawów innych odnotować należy ciężkie objawy ogólne, zażółcenie z sinicą na twarzy, suchy język, drobne tętno. Kokowanie w przypadkach ciężkich jest niepomysłne, jeśli natychmiast nie wykonać zabiegu. Polega on na obniżeniu naczyń od obojczyka do łożyska migdałka, na podwiązaniu żyły jarzmowej, o ile znajdzie się w niej, czy w żyłę twarzową zakrzep, lub też na podwiązaniu żyły twarzowej. Wyluszczenia migdałków można dokonać zaraz, o ile niema ropówki dochodzącej do migdałka. Dzięki energicznemu traktowaniu spraw w sposób powyższy otrzymuje się 70 — 80% wyleczeń.

O d c i n e k

Rys rozwoju chirurgji.

Podał

Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. (Warszawa)

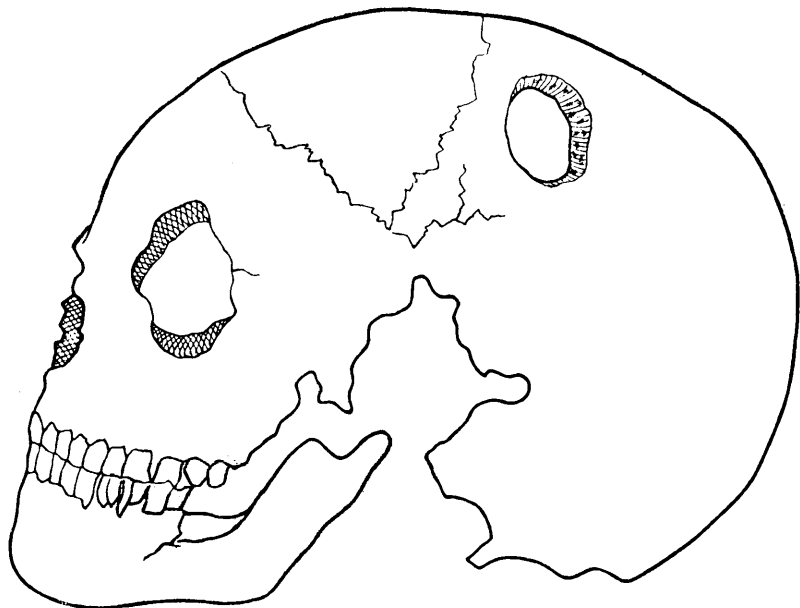
Co to jest chirurgja? Nawet laik zdaje sobie z tego sprawę, jakkolwiek niezbyt dokładnie. Skorzystajmy z określenia najprostszego, mającego za podstawę najbardziej istotną cechę chirurgji, a mianowicie, okreśmy chirurgję jako naukę o cierpieniach, leczonych za pomocą wykonywania pewnych rękoczynów (cheir po grecku—ręka, ergon — działanie) krwawych (operacje) lub niekrwawych (nap. nastawianie zwichnięć). Głębsze wnikięcie w istotę chirurgji współczesnej odkładamy na kiedy indziej.

Przypatrzmy się teraz jak przed tysiącami lat z pomroków dziejów wyłaniają się pierwsze akty działalności człowieka pierwotnego, mogące nosić miano chirurgicznych, by następnie poprzez stulecia, to wznosząc się, to chyłąc znów ku upadkowi, rozwinąć się, w odrębną i wspaniałą gałąź medycyny—chirurgję współczesną.

I.

Początków chirurgji — nie nauki, lecz sztuki stosowanej, poszukujemy w czasach przedhistorycznych, kiedy to człowiek pierwotny—jaskiniowiec (troglodyta) ciężko i krwawo walczył, ażeby zaspokoić swój głód i nie zginąć.

Bezwątpienia od początku istnienia ludzkości na ziemi starano się usuwać cierpienia, leczyć rany, następstwa rozmaitych obrażeń ciała i t. p. Jak postępował wobec tych cierpień człowiek przedhistoryczny, na to dowodów ani bezpośrednich, ani też pośrednich, utrwalonych w obrazach lub pisanych, nie posiadamy, możemy się tylko domyślać przez porównanie ze zwierzętami bar-



Ryc. 1.

Trepanowana czaszka przedhistoryczna, wydobyta w r. 1882 z kurhanu w Polsce (Turowo pod Płockiem) przez Fr. Tarczyńskiego. Wedł. L. Zembrzuskiego.

dziej rozumniemi, z ludami dzikimi nam współczesniemi, stojącymi na niskim szczeblu rozwoju, a zamieszkującymi dotychczas niektóre zakątki świata (Kabyle w Afryce Północnej, Inhasi w Ameryce Południowej, Atjonosi na Kamczatce), wreszcie, badając niektóre dotychczas zachowane zwyczaje ludowe, noszące cechy medycyny pierwotnej. Domyślamy się, że człowiek pierwotny starał się usuwać rękami pociski tkwiące w jego ciele, wysysał krew z ran, obmywał je zimną wodą, pokrywał liściem, zerwanym z drzewa, przymocowywał liść ten łykiem do rany i t. p.

W tych czasach przedhistorycznych pierwszym niezbitym świadectwem działalności chirurgicznej człowieka będą znalezione w wykopaliskach czaszki ludzkie z epoki neolitycznej (kamienia gładzonego), i późniejszych (pierwsza czaszka trepanowana, znaleziona w Polsce w r. 1882 przez F. Tarczyńskiego pochodzi z okresu żelaza, druga, znaleziona w r. 1911 przez Lenartowicza, z okresu neolitycznego), noszące wyraźne ślady trepanacji, t. j. otwory w kości, zrobione celowo zapomocą specjalnych narzędzi.

Dookoła niektórych z tych otworów wykryto oznaki odbudowy kości (blizny kostne), ślady gojenia się, co jest dowodem, że trepanacje były wykonywane za życia pacjentów, i że ludzie żyli po tym zabiegu. Zachodzi teraz pytanie, w jakim celu dokonywano tych operacji. Należy się domyślać, że nie mieliśmy tu do czynienia, jak chcą niektórzy, wyłącznie z jakimś aktem mistyczno-religijnym, lecz cel był raczej praktyczny—ulżenie bliźniemu w cierpieniach przez usunięcie odłamków przy złamaniach czaszki, zrobienie wentylu przy bardzo silnych i uporczywych bólach głowy, że była to próba leczenia padaczki, chorób umysłowych i t. p. Człowiek pierwotny dokonywał tej operacji, zapewne, robiąc szereg otworów, ograniczających płytkę kości ($2 \times 2,5$ do 6×8 cm), przeznaczoną do wyjęcia, za pomocą specjalnego świda zrobionego z kamienia.

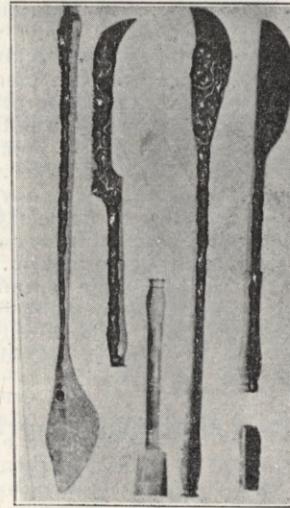
Pierwsze czaszki trepanowane odkrył w jednym z grobów przedhistorycznych (okres neolityczny) w dolmenach Lozery na południu Francji dr. Prunières w r. 1873. Później odkryto podobne czaszki i w innych miejscowościach Francji, w różnych krajach Europy i obu Ameryk. Polska posiada dwie takie czaszki. Jedną z nich znalazł w grobie przedhistorycznym w r. 1882 w miejscowości Turowo (pomiędzy Płońskiem i Płockiem) archeolog prof. Fr. Tarczyński, druga została wydobyta w r. 1911 z kurhanu w Słupczy (powiat Sandomierski) przez artystę malarza Lenartowicza.

Czaszki trepanowane z epoki kamiennej (i późniejszych) są jedynym posiadaniem przez nas dokumentem bezpośrednim działalności chirurgicznej człowieka w czasach przedhistorycznych.

II.

Pierwszy dokument pośredni dotyczący działalności chirurgicznej człowieka w postaci malowideł, przedstawiających niektóre zabiegi operacyjne (obrzezanie, cięcia na szyi i kończynach), zostawili nam Egipcjanie. Sceny malowane i tekst odpowiedni (hieroglify) pochodzą zapewne z XXV-go wieku przed Chrystusem. Egipcjanie, mistrze niedoścignieni w balsamowaniu ciał zmarłych, niewiele się zasłużyli dla chirurgji.

Kodeks Praw króla Hammurabiego, pochodzący z XXII wieku przed Chrystusem i pisany na kamieniu skalnym (dioryt) pismem klinowem, stanowi nadzwyczaj ważny dokument historyczny, jaki nam zostawili Chaldejczycy. Znajdujemy w nim opisy niektórych zabiegów chirurgicznych, jak nap. leczenie złamań, operacje zaćmy (?), przypalanie chorej spojówki oka, a przedewszystkiem nadzwyczaj ściśle ujęcie odpowiedzialności lekarza za jego czyny i za następstwa tych czynów i kary, jakie mu groziły w razie niepowodzenia leczenia.



Rys. 2.

Starobabilońskie narzędzia chirurgiczne z brązu
znalezione w Niniwie.
Noże, piła i trepan. (Meyer-Steineg).

Mojesz zakazywał dotykania ran palcami pozatem ustanowił prawo, na zasadzie którego człowiek pobił lub zranił równego sobie, płacił mu odszkodowanie za czas niezdolności do pracy i zwracał koszty leczenia. W Talmudzie znajdujemy opis szwu na rany i zalecenie oświeżenia brzegów rany przed zeszcyciem, opisy niektórych operacji, jak odjęcie kończyn, trepanacja i t. d. Są to wszystko ciekawe i godne uwagi rzeczy, ale, zdaje się, nie oryginalne, lecz zapożyczone od współczesnych Żydom Greków.

Chirurgja induska może być uważana za najdoskonalszą w czasach starożytnych. Starożytni Indowie wykonywali cały szereg zabiegów chirurgicznych zręcznie i z wielkim powodzeniem, gdyż nie znajdujemy u nich opisu powikłań w gojeniu się ran zakażeniem. Przyczyną tego musiała być nadzwyczajna czystość ich ciała i ubrania. Operacje wytwórcze (plastyka twarzy, uszów, nosa) Indów przeszły do historii. Szyli oni rany stalowymi igłami i nićmi lina-nemi, konopnemi, ze ścięgien i jedwabnemi. Nadzwyczaj ciekawy sposób łączenia brzegów ran znajdujemy w Ayur-Wedzie, księdze sanskryckiej, opracowanej przez lekarza Induskiego Susrutę. Sposób ten polegał na przystawieniu do brzegów rany pewnego gatunku wielkich mrówek, które, chwytając je swymi szczękami, zbliżały do siebie. Tułowia owadów skręcano i odrywano, pozostawiając na parę dni przy ranie głowy, które spełniały rolę współczesnych nam klamerek.

Sztuka leczenia u Greków wzięła swój początek w świątyniach, a przedewszystkiem w świątyni

boga-lekarza Asklepiosa. W poematach Homera Iliadzie i Odyssei znajdujemy opisy, jak wodzowie i królowie (już nie kapłani) opatrują i leczą rannych (bitwa pod Troją — X wiek przed Chrystusem). Usu-



Rys. 3.

Malowidło starogreckie na wazie, przedstawiające nakładanie opstrunku. (Meyer-Steineg i Sudhoff).

wano wówczas tkwiąc w ciele pociski, krwawienie tamowano wysysaniem krwi i uciskiem, na rany przykładano maści, balsamy i zioła, nakładano bardzo zręcznie opaski z płótna.

Nową erę w dziejach medycyny wogóle, a chirurgji w szczególności, rozpoczynają pisma Hippokratesa, zwanego słusznie ojcem medycyny (ur. na wyspie Kos ok. 460 r., zm. ok. 370 r. przed Chrystusem). Zawarte w nich wiadomości opierają się na rozumowaniu i płyną z doświadczenia. W działalności praktycznej przyświeca im zasada; „*primum non nocere*” i wiele innych zasad o wysokiej wartości moralnej (patrz *Jus jurandum* — „przysięga Hippokratesa”). Dzieło Hippokratesa jest kompilacją i przedstawia stan wiedzy lekarskiej w owych czasach u Greków, wiedzy, na którą złożyły się źródła najrozmaitsze, nie tylko greckie, ale między innymi płynące z Egiptu, Chaldei, Indji. Były to czasy wspaniałego rozwoju chirurgji. Wówczas chirurgami byli wykształceni leka-



Rys. 4.

Niektóre narzędzia chirurgiczne z czasów Hippokratesa. Po stronie prawej cewnik. (Meyer-Steineg).

rze (a nie jak w Średniowieczu i jeszcze później — nieucy cyrulicy). Jedyne usuwanie kamieni moczowych uważane było za ujmę dla chirurga. Zajmowali się tem wyłącznie ludzie, specjalnie w tej sztuce wyćwiczeni, a wiadomości odpowiednie (sekrety zawodowe rodzinne, przechodziły z ojca na syna. W pismach Hippokratesa znajdujemy ustępy, zajmujące się wyczerpująco warunkami, w jakich chirurg powinien działać, czystością jego rąk (paznokci), ustawieniem asystentów przy operacji, pozycją operowanego, oświetleniem sali operacyjnej, pozycją chorego, sposobami nakładania opasek. W 2-iej księdze znajdujemy opisy szczegółowe złamań, 3-a jest poświęcona stawom (zwichnięcia ramienia, łokcia, palców, szczęki dolnej), w innych mamy opisy ran wogóle, ran czaszki w szczególności, przetok, żyłaków odbytniczych, skrzywień kręgosłupa, wyciągów.

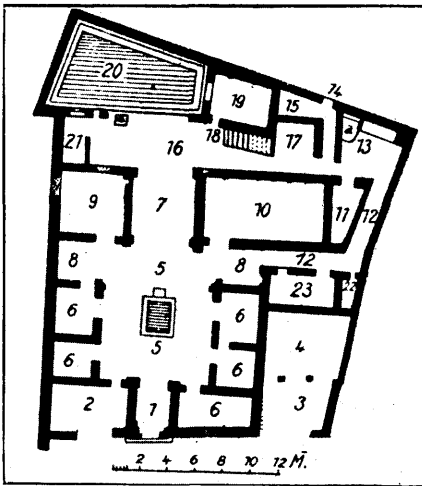


Rys. 5.

Odprowadzenie zwichnięcia w stawie barkowym. Ilustracja z komentarza Apolloniosa z Kition ze szkoły w Aleksandrii do utworu Hippokratesa „O zwichnięciach”.

Szkoła grecka, wierne odbicie której zostawił nam Hippokrates, przeszła m. w. w IV w. przed Chrystusem, po upadku politycznym Grecji z Azji Mniejszej, gdzie głównie kwitła, do Egiptu, aby tam stać się słynną szkołą Aleksandryjską. Chirurgja w Aleksandrii (północny Egipt) pogłębiła się i rozwijała dalej, dzięki bardziej ścisłym wiadomościom z anatomji. Ówczesni chirurdzy mieli możność robienia badań pośmiertnych, a niektórzy z nich byli nawet uczniami głośnych na owe czasy anatomów Herofilosa (ok. 300 r. przed Chr.) i Erasistratesa (ok. 310—300 r. przed Chrystusem). Dotąd chirurdzy nie ważyli się gdziekolwiek operować poza głowę i kończynami. Chirurdzy ze szkoły w Aleksandrii docierali do ropni głębokich, ropniaków opłucny, operowali przepukliny, leczyli rany brzucha, dokonywali operacji wytwórczych, wreszcie nie uważali za poniżające, jak ich poprzednicy, usuwanie kamieni z pęcherza moczowego. Zasłynęli wówczas chirurdzy: Ammonius, Lysimach, Serapion.

Chirurgja, jak również cała medycyna, z upadkiem Państwa Greckiego, wyemigrowała z Azji Mniejszej, jak już o tem wiemy, najpierw do Egiptu (Aleksandrii), a następnie do Rzymu. Przedstawicielami medycyny rzymskiej nie przestawali



Rys. 6.

T. zw. „dom chirurga” w Pompei (lecznica chirurgiczna). 9-ta sala operacyjna. (J. Overbeck).

być Grecy. Z pomiędzy ówczesnych chirurgów Rzymu na specjalne wyróżnienie zasługuje Asklepiades (ur. ok. 120 r. przed Chrystusem), który pierwszy wykonał tracheotomię, z powodu duszenia się przy anginie.

Cały ten okres medycyny rzymskiej, który trwa aż do I-go wieku Ery Chrześcijańskiej, poznajemy z dzieła Korneliusza Celsa (1-a połowa I w.

po Chrystusie — panowanie Tyberjusza i Nerona): „*De medicina libri octo*”, przetłumaczonego na język polski przez prof. Henryka Łuczkiwicza (Warszawa, 1889 r.). Cels (Cornelius Celsus) nie był lekarzem, tylko kompilatorem i popularyzatorem wiedzy medycznej. W swoim dziele podaje on rozmaite sposoby odjęcia kończyn, a nawet pisze o podwiązkach tętnic, jako sposobie opanowywania krwotoków.

W II wieku po Narodzeniu Chrystusa wchodzi na scenę Klaudjusz Galen (ur. 130 r. po Nar. Chr., zm. w r. 201), Grek z pochodzenia, lekarz i filozof, erudyta, pisarz wielce płodny i bardzo rozumiały. Galen przysłonił swoją silną indywidualnością postać Hippokratesa i na długo fatalnie zaciężył na dalszym rozwoju medycyny i chirurgji. Pisząc dużo i o wszystkim, językiem, jak na owe czasy, ścisłym i przekonywającym, Galen stał się na szereg wieków wyrocznią. Przez cały okres Średniowiecza Galena komentowano ze czcią, nie poddając żadnej krytyce, przez co zahamowano postęp wiedzy na długie wieki.

Galen żywił pogardę dla chirurgji, którą w Rzymie starożytnym uprawiali nie lekarze, lecz ludzie bez wykształcenia — balwierze i cyrulicy. Ten stosunek ujemny do chirurgji, dzięki autorytetowi Galena, szeroko czytanego, z powodu umiejętności jego ujęcia w naukowy syntetyczny sposób wszelkich zagadnień, udzielił się jego współczesnym i następcom. Odtąd zaczął się upadek chirurgji, który trwał przez całe wieki średnie.

(Dok. nast.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Organizacja poradni przedślubnych i małżeńskich*).

Podał

L. WERNIC (Warszawa).

(Dokończenie patz Nr. 23)

Aby skryształizować ściślej plan budowy poradni, musimy punkt po punkcie rozpatrzyć zagadnienia następujące:

1. Jaki typ poradni jest najwłaściwszy dla Polski?
2. Na czym polega rozwój poradnictwa i jakie są jego etapy rozwoju?
3. Jakie winien mieć przygotowanie fachowe i naukowe kierownik poradni?
4. Sprawa porad, a interes ludności (porady płatne, bezpłatne, lecznicze i doradcze)
5. Rola specjalistów i współpraca z kierownikiem poradni.
6. Technika przyjęć zgłaszających się osób.
7. Zaświadczenie lekarskie — ich schematy.
8. Pouczenie ustne — ich charakter poufny — ulotki.
9. Prowadzenie wywiadów i rola wywiadowców

10. Przygotowanie personelu lekarskiego i wywiadowczego.

11. Prowadzenie kartoteki, typy kart i organizacja zaczątków kartoteki biologicznej.

12. Kazuistyka poradnictwa, współpraca z lekarskim światem, klerem, nauczycielstwem oraz instytucjami,

I. Co do typu poradni wspominaliśmy już, że zarówno praktyka naszych sąsiadów, jak i warunki życiowe wymagają, aby uwzględniano u nas trzy działy 1) porad przedślubnych, 2) porad z dziedziny higieny małżeńskiej oraz 3) porad, dotyczących zagadnień seksualnych. Frekwencja niezbyt wielka, poradni drezdeńskiej, obejmująca rocznie 572 (w tem przedślubnych 252, małżeńskich 117, płciowych 203), lub wiedeńskiej, która udzieliła 1022 porad w r. 1924 (w tem 25,5% w sprawach płciowych, a 28,8% wenerycznych), była następstwem nadmiernego zwężenia zakresu porad. Jesteśmy przeciwnikami poglądu, jakoby poradnie małżeńskie głównie skierowane były w kierunku antykoncepcji. W przypadkach poszczególnych ze względów lekarsko zdrowotnych, eugenicznych i społecznych może zająć potrzeba udzielenia porady antykoncepcyjnej (choroby ciężkie, b. częste porody słabej matki i t. d.); przeciw temu i wiedza i kościół nigdy nie protestowały (jak to bywa w połogu, gdy poświęca się płód dla ratowania matek). Poradnie polskie muszą być typu mieszanego.

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Rady Głównej P. T. Eug. d. 22. II 1931 r. oraz na posiedz. plenarn. P. T. Med. Społ. d. 21.V. 1931 r.

2. Rozwój poradnictwa musi być oparty na umiejętnej propagandzie oraz zdobyciu zaufania u osób, zgłaszających się po porady. Musimy przede wszystkim oddziaływać na oświecanie zgłaszających się; wszelki przymus musi być odrzucony. Nawet wydanie świadectwa lekarskiego odmownego nie zmusza narzeczonych do posłuchu. Zostawia się ich sumieniu wyciąganie stąd konsekwencji; w ten sposób uczy się ich poczucia odpowiedzialności względem drugiego małżonka, potomstwa i społeczeństwa. Małżeństwo przestaje być sprawą osobistą 2 osób — staje się sprawą wychowania społecznego.

3. Co się tyczy kierownictwa poradni musimy powtórzyć, że winno ono znajdować się w rękach lekarskich. Lekarz kierownik powinien być doświadczonym praktykiem, znać się na eugenicie, prawach dziedziczności, chorobach płciowych i wenerycznych. Nadewszystko jednak powinien posiadać umiejętność życiową i znajomość ludzi. Rola kierownika polegać będzie na umiejętnym wyprowadzaniu wniosków, przygotowaniu personelu wywiadowczego i umiejętnym zorganizowaniu kartoteki biologicznej, która ma być podstawą rejestracji biologicznej ludności. Do niego też należy zaopatrzenie Poradni w kwestjonariusze oraz druki propagandowe.

4. Jak się przedstawia sprawa porad przedślubnych i małżeńskich z punktu widzenia interesów ludności? Instytucje prywatne, powołując do życia poradnie, nie posiadające środków, muszą pobierać opłaty, atoli szerokie warstwy ubezpieczonych bądź to w Kasach Chorych, bądź to w innych instytucjach państwowych i komunalnych, będą musiały korzystać z porad bezpłatnych. Oczywiście subwencje państwowe nawet i w instytucjach prywatnych umożliwią udzielanie porad bezpłatnych dla pewnej kategorii osób. W ten sposób będzie usunięty zarzut zwiększenia wydatków przedślubnych i utrudniania związków legalnych przez poradnię. Poradnie bezpłatne muszą wyłączyć udzielanie porad leczniczych. Ich zadanie polega na pouczeniu interesowanych osób i propagandzie. Zachowanie tajemnicy obowiązuje cały personel lekarski i pomocniczy.

5. Brak porad leczniczych bynajmniej nie wyłącza pomocy specjalistów, którzy muszą stanąć do pomocy kierownikowi poradni. Ich opinie oraz wyniki badań są przesyłane temu ostatniemu, podobnie jak i wyniki analiz, dokonanych w pracowni. Porozumienie się osobiste specjalistów z kierownikiem poradni staje się potrzebne jedynie w przypadkach wyjątkowo trudnych.

6. Technika porad, dokładnie opracowana przez poradnie zagraniczne, daje się najlepiej ująć w cykl 3-ch wizyt. Na I-iej wizycie osoba zainteresowana otrzymuje kartę z pytaniami dla osobistego wypełnienia lub też wypełnienia przy pomocy odpowiednio wyszkolonego wywiadowcy lub wywiadowczyny. Jednocześnie bierze się od zgłaszającego się krew do zbadania morfologicznego, chemicznego i serologicznego (Bordet-Wassermann). Poleca się również przynieść do zbadania mocz i płwocinę. Kierownik zapoznaje się z ogólnym stanem chorego i skierowuje do odpowiednich specjalistów.

Porada 2-a polega na dostarczeniu przez chorego moczu i płwociny do analizy, na uzupełnieniu wywiadów i wręczeniu poszczególnym lekarzom karty pytań dla wypełnienia. Najczęściej porady muszą udzielać specjaliści chorób płciowych, wenerycznych,

ginekologicznych jakoteż specjaliści chorób wewnętrznych, psychicznych i nerwowych.

Porada 3 a polega na dostarczeniu kierownikowi wyniku analiz badań lekarzy specjalistów oraz na wysłuchaniu przez interesowanego wniosków, wyprowadzonych przez kierownika na podstawie otrzymanych danych.

7. Świadectwa lekarskie, na które ongi kładziono tak wielki nacisk, są dziś uważane za rzecz zbędną, nieraz szkodliwą dla sprawy rozwoju poradnictwa przedślubnego. Piśmienne zaświadczenie lekarskie wydaje się jedynie na wyraźne żądanie osoby zgłaszającej się. Brzmienie zaświadczenia, które nie powinno zawierać żadnych szczegółów rozpoznawczych, powinno być następujące: „Pan lub Pani X zgłosił(a) się do Poradni dnia tego i tego i po zbadaniu uznany(a) został(a) w danym momencie za zdolnego(a), niezdolnego(a) czasowo lub niezdolnego(a) całkowicie do związku małżeńskiego.

Uwaga: szczegóły mogą być na życzenie stron podane ustnie w Poradni w obecności obu stron.”

8. W ten sposób poradnia staje się szkołą życia szczególnie dla ludzi mało oświeconych. Jej charakter pouczający góruje ponad wszystkim. Dzięki poufności porady mogą obejmować dziedzinę higieny życia płciowego również i w przyszłym małżeństwie.

Rozdawanie ulotek, już dawniej zaprowadzone w niektórych Urzędach stanu Cywilnego, musi oczywiście znaleźć zastosowanie w poradniach. Ulotki te powinny wskazywać na skutki zawierania małżeństw lekkomyślnych z ludźmi chorymi.

9. Poznanie cech dziedzicznych interesowanych stron, może nastąpić jedynie przy pomocy dobrych wywiadowców; nawet w dziedzinie chorób wenerycznych można napotkać przypadki świadomego lub bezwiednego ukrywania prawdziwej daty zarażenia. Objawy kliniczne jednak ułatwiają wykrycie fałszywych informacji; atoli w sprawach wykrycia u stron obciążenia chorobami umysłowymi, zboczeniami płciowymi jakoteż nałogowymi zatruciami się alkoholem, morfiną, kokainą bez dobrego wywiadu nieraz nic się nie da uczynić. Nie należy jednak nadmiernie obciążać kwestjonariusza pytaniami. Należy ograniczyć do minimum liczbę pytań. Włócej dokonać może umiejętne wypytywanie oraz zdobycie zaufania osoby zainteresowanej.

10. Dlatego też przygotowanie personelu lekarskiego i pomocniczego, wywiadowczego nie jest rzeczą błahą. Niezbędne są krótkie kursy, obejmujące opis poradnictwa oraz kazuistykę przypadków, notowanych u nas i zagranicą. Program ten obejmuje 10 punktów zasadniczych.

Program kursu
dla lekarzy i wywiadowców Poradni Przedślubnych.

1. Poradnie przedślubne, ich rodzaje, rozwój zagranicą i w Polsce.

2. Prawodawstwo małżeńskie, oraz zapobieganie w sensie zwalczania chorób zwyrodniających.

3. Świadectwa przedślubne, ich rola w poradnictwie pierwotna i obecna.

4. Kazuistyka przypadków poradni zagranicznych i opinia kierowników.

5. Technika badań przedślubnych.

6. Znaczenie wywiadów. Tablice pokrewieństwa i rola rejestracji biologicznej w państwie.

7. Poradnie przedślubne i kierunek neomaltuzjanistyczny, oraz eugeniczny.

8. Potrzeby Państwa a eugenika.

9. Eugenika, jej program paryski. Eugenika praktyczna i naukowa. (Antropol. genetyka).

10. Dobór małżeństwa, pokrewieństwo, choroby dziedziczne. Rola eugeniki w polityce ludnościowej.

11. Powinna również być uwzględniona sztuka prowadzenia kartoteki, będącej podstawą i zaczątkiem biologicznej inwentaryzacji ludności. Wzorem takiej kartoteki jest zaprowadzona przy Sasiem Ministerstwie Sprawiedliwości instytucja biologiczno-dziedzicznej kartoteki, założona przez radcę Schwalbego.

12. Niewątpliwie współpracą z instytucjami lekarskimi i opieki społecznej oraz z instytucjami ubezpieczeń może tylko przyspieszyć rozwój poradnictwa przedślubnego. Udział duchowieństwa, zainteresowanie się nauczycielstwa oraz Inteligencji zawodowej przyspieszy wykształcenie szerokiego ogółu i obudzi w nim poczucie odpowiedzialności wobec społeczeństwa i potomstwa.

Na zakończenie przytoczyć musimy szereg obserwacji kazuistycznych, zebranych przez poradnie przedślubne. Spostrzeżenia te mogą być nauką i wskazówką dla nowo powstających poradni.

Wpływ poradni, jak twierdzi po 10 latach obserwacji lekarz szwedzki, kierownik poradni Dr. Lundborg jest bardzo dodatni.

Zaufanie, jakim dawniej obdarzano pleć żeńską, co do stanu zdrowia znikło nawet w takim państwie jak Szwecja. Szerzenie się chorób wenerycznych, zdaniem Henlera i Saidemana, wśród niezamężnych kobiet jest coraz większe. Dlatego wymagania badań przedślubnych od obu stron stało się koniecznością.

Liczba porad z początku zawsze jest niska; trzeba dłuższego czasu, nieraz lat, aby zdobyć sobie zaufanie ludności i zwiększyć frekwencję. Niejednokrotnie niezbędny jest kompromis motywów lekarskich z względami natury gospodarczej i psychologicznej. Wnioski lekarzy muszą liczyć się z sytuacją obu stron, ich wzajemnym ustosunkowaniem się do siebie; należy mieć na względzie, czy już nie żyli ze sobą płciowo, czy kobieta nie zaszła w ciążę lub czy niema dziecka nieślubnego. Nawet w przypadkach, kiedy stosunki płciowe są uprawiane pomiędzy krewnymi, obciążonymi jednakowemi ujemnymi cechami dziedzicznymi, należy udzielić pozwolenia na ślub, z tem jednakże zastrzeżeniem, aby w przyszłości unikali po urodzeniu pierwszego dziecka liczne go potomstwa o ile temu grozi poważne obciążenie.

Sprawa oszustw i szantaży była przyczyną zarzutów czynionych poradniom, a wyrażających się w tem, że tylko ludzie sumienni będą wyprowadzali wnioski ze wskazań lekarskich, a lekkoduchy nie

będą wyciągali z tego żadnych konsekwencji i będą szerzyli zarazę.

Oszukiwanie lekarzy poradniowych odbywa się w sposób wieloraki. A więc w czasie widocznych objawów zaraźliwych choroby chory leczy się u lekarzy prywatnych, a po ich zniknięciu udaje się do poradni dla otrzymania pozwolenia od kierownika i ukrywa przed nim swoją chorobę.

Kiedyindziej wręcz przeciwnie — chcąc uniknąć związku małżeńskiego, kandydat symuluje chorobę lub też, nic nie mówiąc o uprawianych dawniej stosunkach z narzeczoną i ewentualnem zarażeniu jej lub zajściu w ciążę, prosi o świadectwo, aby doprowadzić do zerwania.

W wielu przypadkach ostrożność wymaga od lekarza, aby przeprowadził wywiad obu stron.

Dużą przeszkodą dla rzetelnej oceny stanu kandydata bądź kandydatki są t. zw. grzecznościowe zaświadczenia lekarzy znajomych lub domowych, będące zwyczajnem wprowadzaniem w błąd.

Jednakże w wielu razach należy zamknąć oczy na mniejsze zło, aby uniknąć większego.

Nieraz syfilityk, który już zdążył zarazić narzeczoną, odbiera sobie życie, po odmowie zgody na zawarcie małżeństwa, wyrażonej przez lekarza. Tymczasem mógłby żyć i leczyć się wspólnie z wybraną. Kiedyindziej kochająca się wzajemnie zarażona para (kiłą bądź tryprem) rozchodzi się, aby zarazę szerzyć u nowych narzeczonych i przyszłych małżonków, jednocześnie zmuszona jest ukrywać chorobę i z trudem tylko poddaje się leczeniu. Należy również pamiętać o chorych neurastenikach i hipochondrykach, jawnych lub jeszcze utajonych. Zbyt drobniagowe wypytywanie się ich o cierpienia, według wzoru niektórych kwestjonariuszy, może dać impuls do wyładowania się u nich lęku przychicznego o stan zdrowia. Tego rodzaju osobniki stają się łatwo udręką dla siebie, otoczenia lekarza i poradni. Należy przeto być bardzo ostrożnym z tego typu ludźmi.

Oczywiście, i rodzice kandydatów szukają nieraz pretekstów higienicznych dla zerwania małżeństwa syna, żeniącego się z ubogą panną.

Zbieranie wywiadów napotyka na przeszkody, gdyż wielu ludzi niezna własnego dzieciństwa, a tem mniej przeszłości rodziców. Prawidłowo prowadzona kartoteka w przyszłości usunie tego rodzaju luki.

Oto główne obserwacje o charakterze ujemnym, z którymi doświadczeni kierownicy powinni dokładnie się zapoznać. Jeżeli wszakże zestawimy strony dodatnie poradnictwa z jego stronami ujemnymi, szala, bezwzględnie przechyli się na korzyść tych pierwszych.

Budzenie sumienia społecznego odpowiedzialności wobec potomstwa ułatwi nam stworzenie i rozbudowę biologiczno-eugenicznej rejestracji, tak doniosłej dla celów odrodzenia narodu i dla rozwoju eugeniki w Polsce.

Wiadomości bieżące

Ruch służbowy

w Państwowej Służbie Zdrowia za m. kwiecień 1931 r.
W Państwowych Zakładach Służby
Zdrowia:

zwolnieni:

Dr. Legażyński Michał, prow. asystent VIII st. sł. w Filji Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie, na własną prośbę z niem 30.IV.31 dekretem z dnia 24.IV.1931 r.

We Władzach II instancji:
mianowani:

Dr. Dobrowolski Jan, pom. Inspektora lekarskiego w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Łódzkim w Łodzi, inspektorem lekarskim w dotychczasowym st. sł. w tymże urzędzie dekretem z dnia 10.IV.1931 r.

zwolnieni:

Wójcik Józef, prow. referendarz w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, na własną prośbę z dniem 30.IV. 1931 r, dekretem z dn. 29.IV. 1931 r.

przeniesieni na emeryturę:

Dr. Wierzbowski Władysław, Inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Warszawskim na własną prośbę z dniem 30.IV. 1931 r. dekretem z dnia 10.IV. 1931 r.

We Władzach I instancji:

zwolnieni:

Dr. Orzechowski Konrad, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowym warszawskim, na własną prośbę z dniem 31.III. 1931 r.

przeniesieni:

Dr. Wójcikiewicz Józef, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowym zbaraskim, na własną prośbę na także stanowisko i w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Starostwa powiatowego sokalskiego dekretem z dnia 21.IV. 1931 r.

przeniesieni na emeryturę:

Dr. Lniski Franciszek, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Czarnkowie, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej z dniem 31.V. 1931 r. dekretem z dnia 30.IV. 1931 roku.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W dniu 21 i 22 czerwca r. b. odbędzie się w Gdyni Zjazd Higjenistów Polskich Miast i Wsi, poświęcony zagadnieniom higieny samorządowej oraz portu i miasta portowego. Ze względu na doniosłość poruszanych tematów Panowie Wojewodowie zechcą zainteresować tym zjazdem podległe organa samorządowej i rządowej administracji oraz wydać zarządzenia, umożliwiające wzięcie udziału w tym zjeździe lekarzom państwowej i samorządowej służby zdrowia oraz innym funkcjonariuszom, zajmującym się zagadnieniami higieny i zdrowotności publicznej.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. E. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów Białostockiego, Kieleckiego, Lubelskiego, Łódzkiego, Nowogródzkiego, Poleskiego, Warszawskiego, Wileńskiego i Wołyńskiego, oraz Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że niektórzy technicy dentyści wykonywają zębów sztucznych ze złota zachodzącego śnieżką lub niskopróbego.

W myśl obowiązujących przepisów rosyjskiej ustawy probierczej z dnia 11.III.1896 r. (Zb. praw. T. XI cz. II ust. przemysłowej Ks. 3 w brzmieniu, ustalonym w 1906 r.) znajdujące się w handlu oprawy zębów sztucznych zwolnione są od obowiązku cechowania w urzędach probierczych, lecz winny one czynić zadość próbie przepisanej, jak również art. 512 wymienionej wyżej ustawy oraz rozporządzeniu Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 22.VIII.1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 73 poz. 730), które przewiduje, jakie domieszki do metali szlachetnych są dopuszczalne.

Na wypadek wykrycia nadużyć w sprawie wyżej omówionej zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) po poro-

mieniu się z właściwymi Urzędami probierczymi kierować takie sprawy do sądów.

— Z Komitetu Organizacyjnego IX Zjazdu Internistów Polskich.

Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu Internistów Polskich podaje do wiadomości Szanownych Panów Kolegów, że IX Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach od 24 do 27, września 1931 r. Jako tematy programowe wyznaczył ostatni Zjazd 1) Reumatyzm, 2) Hyperthyreozy. Prosimy uprzejmie o zgłaszanie pokrewnych powyższym tematom referatów, jako i referaty z wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Referaty powinny być przesłane wraz z dokładnym tytułem i ich streszczeniem (art. 14 Regulamin) do dnia 23 lipca 1931 r. do Komitetu miejscowego na ręce Prof. Dra Józefa Łatkowskiego, Kraków, ul. Pańska L. 5 celem umieszczenia referatu na porządku obrad,

Przedewszystkiem uwzględnią się prace członków zwyczajnych i honorowych Towarzystwa Internistów Polskich. Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, który został przyjęty przez Zarząd Koła lub przez Zarząd Główny w Warszawie po piśmiennem zgłoszeniu się.

Bliższych informacji udziela Komitet Zjazdu, Kraków ul. Pańska 5.

—Komitet Organizacyjny IV Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich zawiadamia, że Zjazd odbędzie się w Warszawie dn 1 i 2 listopada r. b. Tematy programowe:

I. Dur brzuszny: a) bakterjologia i serologia — ref. Prof. Dr. L. Padlewski (Poznań), b) epidemjologia i profilaktyka — Dr. M. Kacprzak, (Warszawa).

II. Bakterjologia i patogeniza zakażeń dróg oddechowych: a) bakterjologia i patogeniza grypy — ref. Prof. Dr. Gieszczykiewicz (Kraków) b) bakterjologia zapaleń płuc — ref. doc. Dr. F. Przesmycki (Warszawa), c) przewidziany jest referat o patogenizacji zakażeń dróg oddechowych.

Tematy referatów, stojących w związku z tematami programowymi również tematy referatów pozaprogramowych, uprasza się kierować do dnia 1-go października pod adresem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu — Warszawa ul. Nowogrodzka 82, Miejski Instytut Higjeny, Sekretarz Zjazdu Dr. A. Ławrynowicz.

Na wypadek większej liczby referatów zgłoszonych Komitet ze względu na ograniczony czas trwania Zjazdu, rezerwuje sobie prawo wyboru referatów, które będą mogły być ogłoszone na posiedzeniach. Reszta referatów będzie ogłoszona w pamiętniku Zjazdu.

Jedna osoba nie może zgłaszać więcej niż 2 referaty. Komitet czyni starania zorganizowania sekcji mikrobiologii ogólnej.

Za komitet Organizacyjny Zjazdu

R. Nitsch
Przewodniczący

A. Ławrynowicz
Sekretarz

— Polski Komitet Organizacyjny VI-go Lekarskiego Kongresu Międzynarodowego w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych występuje do Ministerstwa Skarbu o udzielenie paszportów ulgowych, względnie bezpłatnych dla uczestników kongresu genewskiego. Do wniosku musimy załączyć imienny spis uczestników kongresu.

Wobec tego Komitet prosi o nadesłanie możliwie szybko zawiadomienia z podaniem imienia i nazwiska oraz adresu osób, pragnących brać udział w Kongresie.

— W Szpitalu Żydowskim w Lublinie, jak i w pracowni rentgenowskiej Tozu tamże wakują posady lekarza rentgenologa. Szczegółowych informacji, dotyczących objęcia wspomnianych posad, udziela oddział Tozu w Lublinie, ul. Królewska Nr. 15.

— Ukazały się dwa pierwsze numery miesięcznika, poświęconego ochronie zdrowia oraz sprawom opieki i ubezpieczeń społecznych p. t. „Droga do Zdrowia”.

Obydwa numery odznaczają się trafnym doborem artykułów i ładną szatą zewnętrzną, a że obok tych zalet pismo jest zupełnie bezpłatnie rozdawane pomiędzy ubezpieczonych, zasługuje więc na jaknajszersze rozpowszechnienie. Niewątpliwie też, że „droga do zdrowia” przyczyni się istotnie do podniesienia stanu zdrowotnego kraju.

Wydawcą nowego czasopisma jest Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie, a redaktorem Dr. Edward Mazur. Adres redakcji: Kraków, ul. Szlak 6.

— Zniżkowa wycieczka do Gdyni i na Hel. Koło Akademickie Polskiego Towarzystwa Emigracyjnego, pragnąc umożliwić jaknajszerszym warstwom społecznym zwiedzenie polskiego morza pierwszego polskiego portowego miasta, urządza zniżkową wycieczkę do Gdyni i na Hel w dniach 28 i 29 b.m. Wycieczka wyruszy z Warszawy w sobotę dnia 27 czerwca wieczorem i przybędzie do Gdyni nazajutrz, w niedzielę, rano. Powrót do Warszawy dnia 30-go czerwca w godzinach rannych. Koszt wycieczki wynosi zł. 47. — i obejmuje przejazd III klasą w obie strony oraz nocleg w Gdyni. — Zgłoszenia przyjmuje i bliższych informacji udziela sekretarjat Koła Akademickiego

Polskiego Towarzystwa Emigracyjnego, Warszawa, Aleje Jerozolimskie Nr. 33, w godzinach od 18-ej do 20-ej do dnia 20 b.m.

ZMARLI.

Tadeusz Trzeciński, długoletni ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Janina Salberg — w Warszawie.

Otylja Grauberg-Rozentalowa — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

9.VI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. A. Mańkowski. Zdrojowiska i uzdrowiska Bułgarii.
2. Wł. Filiński. Sprawozdanie z podróży do zdrojowisk i uzdrowisk zagranicznych Część III. Austria i Słowacja (dokończenie).
3. B. Sabat. Sprawozdanie z V Zjazdu Międzynarodowego fizjoterapii w Leodjum.

9.VI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

- A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.
- B. Pokazy:
 1. Jerzy Kozłowski: Przypadek grzybicy guzowatej.
 1. F. Turyn: Przypadek obrzęku śluzowego wrodzonego.
- C. Odczyt:
 - R. Becker (Otwock). Rozpowszechnienie chorób umysłowych wśród Żydów w Polsce.

TRĘŚĆ: H. i L. HIRSZFELDOWIE. Odporność ustrojów młodych (C. d.). — M. FEJGIN. Dalsze spostrzeżenia nad stosowaniem dożylnych wlewań alkoholu. — J. STEIN. Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. RUTKOWSKI. Zarys rozwoju chirurgji. — L. WIERNIC. Organizacja poradni przedślubnych i małżeńskich (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. et L. HIRSZFELD. L'immunité d'organismes jeunes (suite). — M. FEJGIN. Nouvelles observations sur l'application des injections intraveineuses d'alcool. — J. STEIN. Anatomie pathologique de la tuberculose d'après les nouvelles recherches (Rev. gén. suite). — G. RUTKOWSKI. Esquisse du développement de la chirurgie. — L. WIERNIC. L'organisation des dispensaires anténuptiaux et matrimoniaux (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

CENY OGŁOSZENI:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300, — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90. —

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200.— do 400.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA”,
Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.