

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XIII

WARSZAWA, 23 STYCZNIA 1936 R.

Nr. 4

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

Z oddziałów neurologicznych i chirurgicznych szpitala na  
Czystem w Warszawie.

#### Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym.

Podał  
Maksymiljan BIRO (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 3).

Es entsteht die Frage, ob man wirklich die Schädelknochen aus Wirbelknochen ableiten sollte.

Klein das grosse, gross das kleine,  
Alles nach der eignen Art.

Immer wechselnd, fest sich haltend  
Nah und fern und fern und nah.  
Goethe (Osteologie).

Do objawów pourazowych wczesnych należą te, które dotyczą zwieraczy pęcherza, wzgl. odbytnicy. Sposzeregaliśmy je w 80% przypadków. Uderza mnie, czemu te zaburzenia zjawiały się zaraz po urazie i znikwały po upływie godzin, wzgl. dni. Gdyby one były wyłącznie pochodzenia rdzeniowego, czemu nie trwały, jak inne, w jednych przypadkach krótko, a w innych długo, nawet miesiące. Niepodobna wiązać tych zaburzeń ze stanem przytomności. Mieliśmy bez tych objawów (3 przypadki) osoby z utratą przytomności nawet pięciodniową (1 spozstrzeżenie), nieprzytomności półgodzinną z objawami pęcherzowymi i odbytniczymi w ciągu dwu dni (1 przyp.) i dłużej (1 spozstr.); wreszcie jeden nasz chory, cały czas przytomny, miał pęcherz kilka dni przepełniony z sączącymi się z niego bezustannie kroplami. Przerwa przewodnictwa ponad ośrodkami zwieraczy pęcherza i kiszki prostej (w miejscu wyjścia z rdzenia 4 nerwu krzyżowego) sprowadza ich zaburzenia. Dlatego to zdarzają się te dolegliwości w cierpieniach pourazowych rdzenia często i to niezależnie od wysokości, na jakiej rdzeń został uszkodzony. Względnie rzadko występują, gdy uszkodzenie dotyczy części szyjnej. Z tego względu zasługują na uwagę dwa nasze przypadki uszkodzenia części szyjnej rdzenia, przebiegające z zaburzeniami zwie-

raczy, przypadki, zresztą, nieodosobnione (11, 30). W zespole ogona końskiego zatrzymanie moczu, wzgl. kału jest prawidłem, nietrzymanie wyjątkiem (35); obserwowalem jeden taki przypadek z kilkodniowym zatrzymaniem i drugi takiż przypadek bez zaburzeń zwieraczy. Ukazywanie się zaburzeń zwieraczy uzależnione jest od wielkości przekroju (35), jaki w rdzeniu zostaje dotknięty, ale czasem wystarcza do tego i przekrój nie-duży (28).

Istnieje określona wysokość rdzenia, na której jego uszkodzenie sprowadza większe lub mniejsze zaburzenia zwieraczy, i niektóre przypadki wykazują te zaburzenia, o ile uszkodzony jest rdzeń na dużym jego przekroju. Ponieważ na innych wysokościach dolegliwości te zdarzają się i wówczas, gdy zmiany dotyczą nawet małego przekroju rdzenia, to znaczy, że temu zakłóceniu czynności sprzyja zajęcie w rdzeniu określonych szlaków. Do wystąpienia tych zaburzeń musi zostać zahamowana droga do ośrodków zwieraczy oraz do wypieracza (*detrusor*) pęcherza, wzgl. do zwieraczy odbytnicy. Od tych ośrodków idzie szlak ruchowy przez korzenie przednie, nerwy krzyżowe 3 i 4 do n. sromnego wspólnego, wzgl. do n. odbytniczego (*haemorrhoidalis*) środkowego i n. współczulnego, a stąd do mięśni pęcherza. By została wprowadzona w ruch ta droga odśrodkowa, musi wyjść z pęcherza podrażnienie czuciowe. Zostają wtedy podrażnione w pęcherzu nerwy czuciowe z korzeniami 3 i 4 nerwów krzyżowych; podrażnienie przechodzi do rdzenia, do jego odpowiednich ośrodków, a stamtąd do mózgu. Gdy pęcherz jest napełniony, zostają pobudzone nerwy czuciowe; podrażnienie kieruje się stąd ku mózgowiu, i zjawia się odczuwanie parcia na mocz; podrażnienie idzie do rdzenia, do jego ośrodków i wywołuje skurcz wypieracza. Impulsy z mózgu przechodzą do rdzenia w tych razach prawdopodobnie (28) przez przednie pasma boczne. I powstaje pytanie, czy wspomniane zaburzenia mają tło wyłącznie w układzie nerwowym ośrodkowym? Otóż zachodzą wówczas również zmiany naczyniowe i wydzielnicze (7). Wydaje mi się, że na zaburzenia pęcherza i odbytnicy ma wpływ i układ roślinny. Zaburzenia w wydzielaniu moczu polegają w pierwszych godzinach, nawet dniach po urazie na skąpem oddawaniu moczu (*oliguria*) pomimo przekrwienia narządów mocz-

wych, a więc warunków do moczenia nadmiernego (*polyuria*). Ilość mocznika bywa w tych razach zwiększona, czyli występuje podrażnienie n. współczulnego (35). Dochodzi do tworzenia się kamieni dróg moczowych, i pod tym względem trudno nieraz rozstrzygnąć w przypadkach kamicy tych dróg, objawiającej się poraż pierwszej w czasie względnie odległym od chwili urazu, czy kamica nie zjawiała się drogą nagromadzenia soli w następstwie pourazowego podrażnienia n. współczulnego. Pod tym względem zasługuje na uwagę wspomniany wyżej chory, który miał zaburzenia pęcherza po urazie kręgosłupa i w rok po pobycie na oddziale neurologicznym znalazł się na chirurgicznym z powodu kamicy pęcherza.

W sprawach urazowych rdzenia widzimy i zmiany naczyniowe, i zaburzenia dróg oddechowych (27), i przekrwienie kiszek, zjawiska, analogiczne do wskazanego przez nas w drogach moczowych i stanowiącego wyraz podrażnienia układu roślinnego. Jako na objaw zaburzeń w układzie wegetatywnym wskażę ponadto na nadmierne u jednego pacjenta zrogowacenie skóry (*hyperkeratosis*) na podszewkach, zwłaszcza na kończynie porażonej, po urazie w szyję. Z zaburzeń tego układu jedne wylaniają się wcześniej (zaburzenia narządów trawienia), inne później (moczowych, czasem oddechowych), niektóre (27) jeszcze później (naczyniowe). Zapewne, że o ich tle nerwowem mówimy po wyłączeniu urazu bezpośredniego poszczególnych narządów, gdyż chory mógł doznać urazu nietylko kręgosłupa, ale i innych części ciała.

36-letni mężczyzna po upadku ze wzgórza nie mógł chodzić, narzekał na bóle kręgosłupa i klatki piersiowej. Wykryto u niego zniekształcenie 12 kręgu piersiowego oraz bolesność żeber i tarcie odłamków kostnych na linii sutkowej.

Gdy zachodzi zaburzenie pęcherza, wzgl. odbytnicy, łatwo występują odleżyny (nasi pacjenci). O *p p e n h e i m* twierdzi, że „może wchodzi w grę zaburzenia odżywcze”. Wchodzi one w grę bezwzględnie, ale zaburzenia odżywcze na tle jedynie zmian rdzenia, zdaje mi się, nie wystarczają do wywołania odleżyn. Odgrywa tu rolę i ucisk, gdyż w przeciwnym razie zjawiałyby się nietylko w miejscach, nań wystawionych (w naszych przypadkach na pośladkach, w obrębie krzyża, na pięcie i około kostek).

Nim sprawa sięgnie do rdzenia i wywoła tą drogą zaburzenia odżywcze, może ona zająć korzenie nerwowe, wzgl. opony.

\*38-letni mężczyzna, poraniony nożem przykręgowo, nie mógł oddawać moczu, nie był w stanie ruszać kończyną dolną lewą i doznawał uczucia dretwienia w tej kończynie. uczucia prądu elektrycznego wzdłuż kręgosłupa oraz bólów opasujących na wysokości podbrzusza. Inny, raniony w okolicę szyi, miał kilka dni uczucie prądu w porażonej połowie ciała, oraz bóle opasujące na wysokości podbrzusza, o ile się przeginał na pośladku. Obaj pacjenci mieli poza korzonkowymi objawy rdzeniowe.

W innych razach sprawa dotyczy najbardziej opon. Sprawy oponowe mogą powstać na tle urazu czaszki (2), wzgl. kręgosłupa. Poza chorobami zakaźnymi (kiła, gruźlica) i otruciem (26) uraz zajmuje poważne miejsce wśród czynników etiologicznych sprawy oponowej.

Mężczyzna 34-letni po zeskoczeniu z 1 piętra nie mógł ruszać kończynami dolnymi i 5 pierwszych dni był nieprzytomny. Miał on bolesność kręgów lędźwiowych, sztywność karku, objaw *K o e r n i g a*, żywe odruchy kolanowe; jego rentgenogram wykazał złamanie kręgów lędźwiowych górnych, a płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał 10 limfocytów.

Działając na opony, może uraz jednocześnie lub w następstwie dotknąć rdzenia. Przeniesieniu się sprawy chorobowej niekiedy współdziała zastój płynu mózgowo-rdzeniowego, i to drogą mechaniczną (ucisk na korzenie i rdzeń lub ich pociągnięcie), lub drogą czynnika zakaźnego, bądź obu łącznie (26). W niektórych naszych przypadkach (2) uraz sprowadził krwiaki podpajęczynówkowe, a te wywołały zapalenie podpajęczynówkowe (16). O tego rodzaju zapaleniu należy myśleć zwłaszcza u osób młodych; u starszych zdarzają się one rzadziej.

19-letni młodzieniec po spadnięciu z drzewa stracił przytomność. Badanie wykazało kręgi, wystające na wysokości *D<sub>4</sub>D<sub>5</sub>*, sztywność karku, objaw *K e r n i g a*, mroczki środkowe, oczopląs, bezwład kończyn dolnych z napięciem mięśni zmniejszonym, obniżonym czuciem od palców stóp do sutków i grzebieni łopatek, zniesione odruchy kolanowe i Achillesa, płyn m. rdz. ksantochromiczny oraz, według danych rentgenograficznych, trzony kręgów *D<sub>4</sub>D<sub>5</sub>* zniekształcone.

W naszym przypadku były objawy oponowe, mózgowe i rdzeniowe. W rdzeniu sprawa może zająć te lub inne części przekroju poprzecznego, większe lub mniejsze obszary tego przekroju i to na określonym poziomie rdzenia. Od tego zależy obraz chorobowy.

O ile rdzeń został uszkodzony w jego połowie prawej i lewej, ukazują się zaburzenia ruchu i czucia w prawej i lewej połowie ciała. Inaczej się ma rzecz, gdy uraz uszkodził jedną połowę. Ponieważ drogi czuciowe krzyżują się w rdzeniu na każdej jego wysokości, a drogi ruchowe jedynie w przedłużonym (w jego części dolnej), takie uszkodzenie rdzenia sprowadza zaburzenie ruchu po stronie uszkodzonej, a zmiany czucia po stronie przeciwległej (zespół *B r o w n - S é q u a r d a*).

To też 24-letni mężczyzna, ugodzony nożem w kręgosłup, miał niedowład prawostronny i czucie obniżone po lewej; 38-letni z raną w okolicy 7 kręgu szyjnego wykazywał władzę upośledzoną w kończynach lewych, zwłaszcza w dolnej, a czucie zniesione w prawej połowie ciała poniżej brodawki sutkowej (*D<sub>4</sub>*) inny zaś 32-letni, po cięciu, otrzymanem w szyję, był dotknięty niedowładem kończyny dolnej lewej z czuciem obniżonym w kończynie dolnej prawej.

W niektórych tego rodzaju przypadkach istnieje po stronie porażonej zaburzenie czucia w sensie wzmożenia. Niekiedy wysledzić je można ponad częścią, osłabioną pod względem ruchowym, w kształcie pasa, obejmującego ciało nad stroną porażoną i nieporażoną. Może to zależeć od podrażnienia części, leżących powyżej okolicy o zaburzeniach ubytkowych. Jeden z naszych pacjentów, ranny nożem w kręgosłup, miał taki pas między *D<sub>4</sub>* a *D<sub>7</sub>*. W rzadkich razach bywa nadwrażliwa cała część porażona. Sądzą (*O p p e n h e i m*, *H e n n e b e r g*, *M u n z e r i W i e n e r*), że wrażenia za pośrednictwem długich dróg wstępujących przenoszą się ku górze, przechodzą do ośrodków podkorowych (mózdkowych, opuszkowych i mostowych) i nie dochodzą do świadomości, a wrażenia, których jesteśmy świadomi, idą przez rozgałęzienia boczne przeważnie lub wyłącznie na stronę skrzyżowaną.

O ile napotykamy zaburzenia czucia, ograniczające się do czucia bólowego i ciepłikowego, istnieje uszkodzenie dróg czuciowych wyłącznie w istocie szarej rdzenia

Mężczyzna 41 letni po urazie kręgosłupa miał, poza innymi objawami, upośledzone czucie ciepłikowe i bólowe na całym ciele poniżej *D<sub>2</sub>*; sprawa polegała na wybroczynie rdzeniowej (*haematomyelia*).

Odróżniają (25) dwa rodzaje tych wybroczyn:

liczne — włosowate (kapilläre) oraz nieliczne — wielkie — ośrodkowe. W przypadku świeżym tętnice bywają skurczone, żyły rozszerzone, a więc istnieje zespół powodów do przejścia płynu i elementów komórkowych przez ściany żył, szereg warunków do obrzęku tkanki nerwowej. Podane wyżej zaburzenia czuciowe mogą istnieć obok ruchowych i stanowić z nimi zespół B r o w n S e q u a r d a (34).

Zaburzenia czucia, powstałe na tle uszkodzenia rdzenia, swem umiejscowieniem pod względem poziomu w stosunku do pionu rdzenia nie odpowiadają dotkniętemu kręgowi, gdyż od segmentów, zmienionych przez sprawę chorobową, wychodzą korzenie, niżej leżące. Z tego powodu po złamaniu kręgosłupa u jednego z naszych chorych na wysokości  $D_4D_5$  ruchy były upośledzone w całym kończynie dolnych, brak było nie tylko odruchów kolanowych i Achillesa, ale i brzusznych, nosidłowych i podeszwy, a czucie było obniżone ledwie poniżej górnej połowy ud; u innego pacjenta po uszkodzeniu kręgow na wysokości  $D_7D_8$  odruchy były upośledzone (l. brzuszny dolny < pr., o. kol. l. > pr., podeszwy l. był zniesiony), ruchów dowolnych kończyny dolne były pozbawione, a czucie było obniżone w częściach, niżej położonych, w stosunku do części porażonych. W przypadku uszkodzenia kręgu w okolicy  $D_7$  rdzenia zaburzenia miały poziom górny na  $D_9$ . Brak zaburzeń czuciowych w częściach, wyżej położonych, tłumaczy też istnieniem anastomoz między nerwami. Nie wiem, czy to objaśnienie wystarcza, czemuż bowiem w innych miejscach istnieją zaburzenia czucia, wszak i tam są anastomozy.

We wszystkich razach uszkodzenia istoty szarej rdzenia włącznie z białą bywają dotknięte po stronie przeciwległej do porażenia wszystkie rodzaje czucia z wyjątkiem głębokiego, a to dlatego, że odnośne drogi przebiegają po tej samej stronie, co drogi ruchowe, idąc przez szlaki tylne, i częściowo wkraczając do nich za pośrednictwem słupów C l a r k e a. Wspomnę tu o 26-letnim człowieku z zaburzeniami czucia głębokiego w połowie ciała porażonej.

Zaburzenia w rogach przednich, jak i w innych częściach przekroju rdzenia, bywają nieraz wyrazem ich podrażnienia. Mogą się one wówczas objawiać w postaci drgawek (24), wzgl. paramyoklonji (17, 28). O ile uszkodzenie jest poważniejsze, zachodzą w tej części rdzenia sprawy ubytkowe. W 1 takim przypadku występował zanik mięśni (w lewej kończynie dolnej), mięśnie były wiotkie i wykazywały jakościowe zmiany oddziaływania elektrycznego.

Łącznie z zanikiem mięśni, jak i ten przypadek pokazuje, mięśnie są wiotkie, ich napięcie obniżone. Zapewne, że także obniżone napięcie spotykamy w przypadkach z uszkodzeniem całkowitego przekroju rdzenia (3 nasze spostrzeżenia), gdyż w tych razach są dotknięte jego przednie rogi, jako część całego przekroju. Uszkodzenie pozostałej części przekroju poza przednimi rogami może spowodować napięcie mięśni wzmożone. W układzie nerwowym istnieją dwa siedliska, w których się mieszczą źródła napięcia wzmożonego. Jedno źródło posyła swe wpływy przez piramidy, drugie ma szlaki poza piramidami, a siedlisko jego znajduje się w okolicy jądra czerwonego (G r a h a m - B r o w n), jądra ogoniastego (P a c h o n i D e l m a s) i istoty czarnej (B e c h t e r e w, R e t h i, E c o n o m o). Hipertonja tego lub drugiego pochodzenia jest wyrazem rozluźnienia hamulca, wywierającego działanie na stację rdzeniową (W a l s c h) w drogach pira-

midowych, wzgl. na stację (12) w węzłach podstawnych (l'inhibition pallido — nigrate). W cierpieniach rdzeniowych sprawom piramidowym, o ile niema uszkodzenia w rogach przednich, zawsze towarzyszy napięcie mięśni wzmożone. Ośrodki ruchowe w rdzeniu i opuszce, jakoteż ośrodki pozapiramidowe oraz mózdzek są w związku z jądrami przedsionkowymi (noyaux vestibulaires); w ten sposób stacja rdzeniowa i stacja węzłów podstawnych są w zależności od instancji wyższej, znajdującej się w labiryncie. Hipertonja piramidowa różni się i klinicznie od pozapiramidowej. Sztywność piramidowa może być większego lub mniejszego natężenia, trwać cały okres czasu, jaki zajmuje całkowity określony ruch (np. całkowite zginanie lub rozginanie) pewnego mięśnia lub część tego okresu (według naszych danych, końcową fazę ruchu), i ruch ten nie ulega przerwom, sztywność zaś pozapiramidowa zajmuje cały czasokres takiego ruchu, i ruch ten wykazuje przerwy, jest sakadowany, wykazuje w mięśni charakter plastyczny, woskowy.

Pewne światło na zajęcie określonych dróg rzucają odruchy patologiczne. Objaw B a b i Ń s k i e g o bywał w przypadkach (4 nasze spostrzeżenia) z uszkodzeniem dróg piramidowych, objaw R o s s o l i m o zjawiał się w razie zajęcia szlaków bocznych (3 nasze przypadki). W niektórych występowały oba te objawy. Droga wstępująca dla o. R o s s o l i m o przebiega w rdzeniu w jego szlakach tylnych, a zstępująca kieruje się przez szlaki boczne, w sąsiedztwie dróg piramidowych (18). R o s s o l i m o górny (1 nasz przypadek) ma wskazywać na zajęcie dróg (szlaków bocznych) w części szyjnej. W naszych przypadkach występował w razie zajęcia rdzenia od części szyjnych aż do dolnych lędźwiowych ( $L_4$ ), i jest to zrozumiałe wobec tego, że jego ośrodek rdzeniowy znajduje się na wysokości  $S_1S_2$ , może i  $L_5$  (16). R o s s o l i m o odwrócony (i n v e r s i o) ukazywał się w naszym przypadku, dotyczącym sprawy oponowej, powstałej na tle złamania kręgosłupa w jego dolnej części grzbietowej i górnej lędźwiowej. Objaw ten (38), polegający na rozginaniu palców zamiast ich zginania, spostrzegłem w rozmaitych sprawach mózgowych, wzgl. rdzeniowych. Nie wiem, czy on jest przeciwieństwem pod względem klinicznym do zwykłego R o s s o l i m o, gdyż nie widywałem, by R o s s o l i m o zwykły zmieniał się czasem na odwrócony, bądź przeciwnie. W sprawie obu postaci R o s s o l i m o, zdaje mi się, niema analogji do zachowania się o. B a b i Ń s k i e g o w stosunku do o. podeszwy. W przypadku urazu w okolicy szyi znajdowałem o. M a r i n e s c o - R a d o v i c i, w innym z urazem kręgow w średniej części grzbietowej ( $D_6D_7$ ), o. nosowo-podbródkowy i wargowo-podbródkowy (22 i 23), te dwie odmiany zespołu podbródkowego (14). Przemawiałoby to za zajęciem układu pozapiramidowego. Czy objaw nosowo-podbródkowy, wzgl. wargowo-podbródkowy zależał w jednym z tych przypadków od wyłącznego zajęcia rdzenia, trudno powiedzieć, gdyż urażony wtedy został nie tylko kręgosłup, ale i czaszka, jakkolwiek obraz chorobowy nie wyrażał się żadnymi innymi objawami czaszkowymi.

O ile omówione objawy mogą występować w sprawach urazowych kręgosłupa bez względu na poziom, na jakim rdzeń został uszkodzony, zaburzenia odruchów ścięgnowych na kończynie górnych, wzgl. dolnych, jakoteż odruchów skórnych wskazują w większym lub mniejszym stopniu na zajęcie rdzenia na określonym jego poziomie. Zapewne, może stan odruchów być zależny

i od stanu mięśni. Toteż były zniesione w przypadku z zanikiem mięśni w spostrzeżeniach (2 przypadki) o zmniejszonym napięciu mięśni, a w innych były one spotęgowane obok wzmożonego napięcia mięśni (3 spostrzeżenia). Ale zaznaczę, że bywały one zwiększone i w przypadkach z prawidłowym napięciem mięśni (1 przypadek), a normalne, nie bacząc na napięcie mięśni wzmożone (1 spostrzeżenie). Jest to zrozumiałe, gdyż stan odruchów zależy nietylko od mięśni, lecz od każdej z poszczególnych części łuku odruchowego, a więc poza mięśniami od nerwów czuciowych, rdzenia i nerwów ruchowych.

Pewne odchylenie obrazu klinicznego od napotykanych na większości poziomów rdzenia stanowią te, które występują wskutek uszkodzenia w okolicy szyjnej, wzgl. lędźwiowej. W razie zmian w częściach szyjnych dotknięte bywają szlaki ruchowe dla kończyny górnej i dolnej, zachodzi tedy porażenie połowicze (*hemiplegia spinalis*). Jak w uszkodzeniach rdzenia, zachodzących na wszelkim innym poziomie, upośledzenie ruchu dotyczy tu strony urażonej, gdyż drogi ruchowe ulegają skrzyżowaniu dopiero w rdzeniu przedłużonym. Wobec krzyżowania się dróg czuciowych na każdym poziomie rdzenia, poczynając od okolicy lędźwiowej, uszkodzenie części szyjnej musi pociągnąć za sobą obniżenie czucia po stronie przeciwległej w stosunku do części, upośledzonej ruchowo. Lecz okolica o czuciu obniżonym nie dochodzi na skórę do tej wysokości, w jakiej są korzenie, wstępujące do rdzenia na poziomie uszkodzenia, gdyż ich część już niżej się zdołała skrzyżować. Nasz pacjent, urażony w okolicę 6—7 kręgow szyjnych, miał zaburzenia czucia poniżej C<sub>4</sub>. Ze względu na umiejscowienie ośrodka n. współczulnego na wysokości 7 kręgu szyjnego i 1 kręgu grzbietowego może w tych razach występować zwężenie źrenicy i szpary ocznej (objaw *Hornera*). Toteż u 2 naszych chorych źrenica lewa i odpowiednia szpara oczna były węższe, niż prawe. Objaw ten widzimy również w razie uszkodzenia w okolicy szyjnej powyżej 7 kręgu szyjnego. Gdy cierpienie połowicze zajmuje dolną część rdzenia lędźwiowego, wzgl. część krzyżową, zaburzenia ruchu i czucia dotyczą tej samej połowy ciała, gdyż na tej wysokości tylko niektóre korzenie czuciowe przechodzą na stronę przeciwległą.

Mężczyzna 51-letni po urazie w okolicy lędźwiowej doznał bólu w kończynie dolnej lewej i miał niedowład tejże kończyny (rentgenogram wykazał złamanie 2 kręgu lędźwiowego).

Przypomina on przypadek *Garcia-Diaz* (15), dotyczący mężczyzny 36-letniego, urażonego w tę okolicę i wskutek tego dotkniętego nieznacznym niedowładem kończyny dolnej oraz bólami, promieniującymi w n. kulszowy. Otóż bóle, promieniujące w stronę n. kulszowego, wzgl. sromnego, wskazują na zajęcie ogona końskiego.

Nasz 26-letni mężczyzna miał w takim przypadku drętwienie i klucie w piętach, jako wyraz podrażnienia ogona końskiego. Inny, 25-letni, po spadnięciu z wysokości 8 metrów, był dotknięty bezwładem nóg i ich bólami, z czuciem na górnej części ud i na mosznie zniesionem.

Bóle w okolicy n. kulszowego i zaburzenia w obrębie n. sromnego stanowiły o zajęciu ogona końskiego, porażenie wybitne obu kończyn dolnych wskazywało na cierpienie stożka rdzeniowego, a łączne te objawy na uszkodzenie stożka i ogona końskiego.

Skreśliłem główne wytyczne, jakie według naszych danych mogą się przydać do rozpoznawania i zrozumie-

nia przypadków urazu kręgosłupa. Liczba takich przypadków ostatnio wzrasta. Mamy często okazję ich zgłębiania i naukowego wykorzystania, jako materiału o wartości danych doświadczalnych. Wskazałem na dane chirurgiczne i neurologiczne, niekiedy nieco różne od ogólnie znanych; starałem się rozejrzeć w stosunku, jaki zachodzi między zaburzeniami nerwowymi a uszkodzeniem o naturze chirurgicznej, oraz wejrzeć w tło spraw chorobowych, powstałych w układzie nerwowym, poniekąd łącznie z układem roślinnym. Niejedno zagadnienie w dziedzinie spraw urazowych czeka jeszcze na wyjaśnienie, i warto niemi się tembardziej zająć, że ich poznanie może w następstwie przyczynić się do niesienia ofiarom coraz lepszej pomocy.

## STRESZCZENIE.

Autor rozpatruje sprawę urazu kręgosłupa pod względem neurologicznym i chirurgicznym. Mówi o częstotliwości poszczególnych rodzajów urazu w określonych odcinkach kręgosłupa i podaje przypadki, odbiegające w sensie chirurgicznym od ogólnie spostrzeganych. Głównym zadaniem pracy tej jest określenie stosunku zaburzeń układu nerwowego do urazu kręgosłupa, przedstawienie kliniki tych zaburzeń i ich tła anatomicznego. Oto wnioski z tej pracy. 1) Złamanie trzonów, bądź wyrostków kolczastych sprowadza najczęściej zaburzenia poważne układu nerwowego (porażenie połowicze, wzgl. poprzeczne, czasem z wybroczyną śródrzeniową); w razie uszkodzenia wyrostków poprzecznych zaburzenia nerwowe występują rzadko i tylko w wyjątkowych przypadkach są poważne. 2) Objawy nerwowe niezawsze są proporcjonalne do natężenia, wzgl. rozmiarów złamania. 3) Zwichnięcie kręgosłupa sprowadza najczęściej uszkodzenie o mniejszym natężeniu i mniej rozległe, niż złamanie. 4) Zwichnięcie w okolicy lędźwiowej kręgosłupa bywa w większości przypadków mniej poważne, niż w okolicy grzbietowej. 5) Czasami i wstrząśnienie kręgosłupa wywołuje poważne zaburzenia w układzie nerwowym. 6) Niektóre objawy występują bezpośrednio po urazie (utrata przytomności, bóle głowy, wymioty); są to objawy z punktu widzenia klinicznego ogólne, pod względem anatomicznym ogniskowe. 7) Inne objawy ukazują się przeważnie bezpośrednio po urazie, rzadziej po miesiącach, a nawet po latach. 8) Zaburzenia zwieraczy występują najczęściej po uszkodzeniach w części lędźwiowej rdzenia, najrzadziej w szyjnej. Czynność zwieraczy zależy od układu nerwowego łącznie z układem roślinnym. 9) Kamica nerkowa, jakoteż spotęgowane zrogowacenie skóry pourazowe mogą być następstwem uszkodzenia układu roślinnego. 10) Uraz kręgosłupa sprowadza zaburzenia w korzonkach nerwowych, w oponach i rdzeniu, występujące w każdej z tych części poszczególnie lub w kilku z nich łącznie. 11) Obraz chorobowy sprawy pourazowej rdzenia różni się w zależności od rozmiarów i miejsca, jakie ona zajmuje w rdzeniu w pewnym jego przekroju poprzecznym na określonym poziomie.

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) Baudet G. Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir. 1933, p. 539. — 2) Biro M. Kwartal. klin., 1934, T. XIII, Z. 3 i 4, str. 92. — 3) Biro M. Warsz. Czasop. Lek. 1935, Nr. 2. — 4) Biro M. Warsz. Czasop. Lek. 1935, Nr. 15. — 5) Borremans et van Bogaert. Rev. Neur. 1933, T. II, Nr. 2, p. 315. — 6) Cornil L. Rev. méd. de France et des colonies 1931, Rev. Neur. 1933, T. I, Nr. 2. — 7) Cornil et Mosinger. Arch. de Méd.

général et coloniale 1933. Rev. Neur. 1934, T. I, Nr. 3, p. 471. — 8) Ctisaku Kobajashi. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1931, p. 12. — 9) Dancz. D. Ztschr. f. Nrvhkde 1934, H. 5 u. 6, S. 217. — 10) Dervieux, Lyon-Caen et Gignoux. Rev. Neur. 1934, T. I, Nr. 6, p. 766. — 11) Desclaux et Gauducheau. Rev. Neur. 1934, T. I, Nr. 5, p. 766. — 12) Dosuzkow. Th. Rev. Neur. 1932, T. I, Nr. 4, p. 612. — 13) Duvoir. Rev. Neur. 1934, T. I, Nr. 5, p. 766. — 14) Flatau E. Warsz. Czasop. Lek. 1931, str. 1182. — 15) Garcia Diaz Francisco. Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir. 1933, Nr. 35, p. 1536. — 16) v. Gehuchten P. Rev. Neur. 1933, T. I, Nr. 6, p. 1014. — 17) Gleichgewichtowa i Bregman. Neurol. Polska 1928, T. XI, Z. III i IV, str. 325. — 18) Goldflam S. Die diagnostische Bedeut. d. Rossolimo'schen Reflexes, Berlin 1930. — 19) Koelichen J. i Sawicki Br. Neurol. Polska 1922, str. 129. — 20) Koenig F. Handb. d. spec. Chir. 1886. — 21) Lhermitte J. Comptes rendus du I Congrès Neurol. Internat. Berne 1931, Rev. Neur. 1932, T. I, Nr. 2, p. 210. — 22) Lipszowicz L. Neurol. Polska 1932, T. XV, Z. I—IV. — 23) Lipszowicz L. Kwart. klin. 1934, T. XIII, Z. 1—2. — 24)

Lugare i Sury, cyt. przez Oppenheima. — 25) Marburg O. Comptes rendus du I Congrès Neurol. Internat. Berne 1931, p. 299. — 26) Metzger. L'arachnoïdite spinale, 1 vol. Paris Doin 1932. — 27) Michel, Mutel et Rousseau. Les traumatismes fermés du rachis. Masson et C. — 28) Oppenheim. Lehrbuch der Neurol. 1923. — 29) Orliński i Wolff. Neurol. Polska 1933/1934, XVI i XVII, str. 341—347. — 30) Pomme et Marot. Rev. Neurol. 1934, T. II, Nr. 2, p. 268. — 31) Puusepp. Rev. Neur. 1932, T. I, Nr. 6, p. 1383. — 32) Ritchie Russel. Comptes rendus du I Congrès Neurol. Internat. Berne 1931, p. 298. — Rev. Neur. 1932, T. I, Nr. 2. — 33) Rossi. Comptes rendus du I Congrès Neurol. Internat. Berne 1931, str. 100. — 34) Rotsztat. Neurol. Polska 1922, T. VI, str. XLIX.—35) Roussy, Cornil et Mosinger. Rev. Neur. 1934, T. I, Nr. 4, p. 416—425.— 36) Sarbó. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie 1932, B. XXIX, H. 1. — 37) Spatz H. Comptes rendus du I Congrès Neurol. Internat. Berne 1931, p. 304. — 38) Sterling Wl. Warsz. Czasop. Lek. 1934, Nr. 6. — 39) Wolf. Neurol. Polska 1931, Z. II, T. XIV, str. 132.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Miejskiego Zakładu Położniczo-Ginekologicznego  
im. ks. Anny Mazowieckiej.

(Dyrektor: Dr. W. J a n c z e w s k i).

### O wartości leczniczej przetworów ciała żółtego.

Podał

Jerzy PERL (Warszawa).

Szybko postępujący rozwój endokrynologii, nowe metody badań oraz ciągle zmieniająca się technika tych badań sprowadziły w następstwie zaciemnienie poglądów w hormonologii, zwłaszcza gruczołów płciowych kobiecych.

Jednocześnie na rynku znalazły się preparaty, przeważnie wytwarzane z moczu kobiet ciężarnych lub klaczy, coraz wyżej mianowane w jednostkach biologicznych lub międzynarodowych. Ponieważ jednak wyniki lecznicze niezawsze idą w parze ze zwiększeniem liczby jednostek tych, t. zw. preparatów hormonalnych (S c h o e l l e r, D o h r n), zjawili się zwolennicy powrotu do wyciągów z narządów i gruczołów (S c h m i d t, A n s t e m i n o).

Wyciągi te, t. zw. organopreparaty (preparaty, otrzymywane z moczu kobiet lub klaczy noszą nazwę hormonalnych), stanowią zawartość całkowitego narządu.

Są, np. autorzy, którzy wogóle mówią tylko o hormonie jajnikowym tak, że według nich raczej nawet wskazane będą preparaty wysuszonego narządu lub wyciągi całkowite z jajnika, a nie wysoko mianowane biologicznie i standardyzowane przetwory. Trzeba dalej zwracać pod uwagę wpływ takich czynników, jak rodzaj zwierzętek, ich wagę, wiek, różne metody otrzymywania i różnice w technice, aby stwierdzić duże nieraz wahania przy mianowaniu nawet teje samej substancji.

L a r o c h e i M e u r s - B l a t t e r stwierdzili, że, im wyżej mianowany jest preparat, im więcej jednostek zawiera, tem trzeba większej ilości, większej dawki, aby efekt otrzymać (np. K a u f m a n n i C l a u b e r g otrzymywali dobre wyniki leczenia follikulina, stosując ją w ogromnych ilościach 200 — 300.000 jednostek). L a r o c h e jest zdania, że w leczeniu raczej powinniśmy używać zróżnicowanych wyciągów jajnikowych, dając im pierwszeństwo w stosunku do przetworów t. zw. hormonalnych.

Również i L a q u e r jest zwolennikiem terapii narządowej i daje pierwszeństwo organopreparatom, jako zawierającym wszystkie części wysuszonego gruczołu. Dlatego też ostatnio M e n d e l s t a m m i B e c k e r proponują znowu powrót do leczenia moczem kobiet ciężarnych zamiast wysoko mianowanych biologicznie preparatów hormonalnych, gdyż w moczu są nienaruszone składniki dodatkowe, których brak jest preparatom hormonalnym.

Nie mamy obecnie jeszcze prawdziwych preparatów jajnikowych wysokomianowanych, co nie pozwala nam sądzić, czy działanie ich byłoby intensywniejsze niż istniejących w tej chwili preparatów wyciągowych.

B a g i Ń s k i podkreśla, że w jajniku działają 3 składniki, t. j. pęcherzyk G r a a f a, ciało żółte i komórki śródmiąższowe. Z o n d e k uważa, że hormon płciowy kobiecy występuje w płynie pęcherzykowym w ścianach pęcherzyków i w ciałku żółtem w okresie *praemenstruum*.

A więc, jeśli tak jest, to czysty, wyosobniony, nawet wysokomianowany preparat hormonalny może dawać działanie słabsze od organopreparatu, w którym znajdziemy wszystkie składniki jajnika.

H e r m a n n, Z o n d e k uważają, że hormon jest zawarty w pęcherzyku G r a a f a, w wodach płodowych, w ciałku żółtem, w łożysku i we krwi kobiet. Hormon ten ma być więc jednolity. Przeciwstawiają się tym zapatrywaniom dualiści (K e l l e r, L a q u e u r, C o u r r i e r), którzy są zwolennikami istnienia w jajniku 2 hormonów (follikulina, oweina i progestina — C o r n e r).

Według C o u r r i e r a jajnik okresowo ma wydzielać naprzemian obydwie hormony, przyczem działanie ich ma być w stosunku do siebie antagonistyczne. H i s a w uważa, że podczas każdego okresu międzymiesiącznego działają oba hormony. Substancja oestrogena, istniejąca w jajniku w I-jej połowie okresu międzymiesiącznego, w II-jej jego połowie daje się wykryć według Z o n d e k a w ciałku żółtem.

Istnieją różne hipotezy, tyżące się powstawania i działania ciała żółtego (M e y e r, H a l b a n, Z o n d e k, A s c h n e r).

G a r d l u n d uważa, że ciało żółte powstaje jako proces bujania ziarniny. W i c z y Ń s k i, A n-

cel, Fränkel, Seitz, Schröder są zdania, że ciało żółte jest pochodzenia nabłonkowego i ma jakoby powstawać przez rozrost komórek warstwy ziarnistej. Z tych zmienionych komórek mają tworzyć się komórki luteinowe.

W 1914 roku Seitz, Wintz i Fingerhut wydzielili w jajniku 2 substancje: luteolipoid i lipaminę. Luteolipoid jest to wyciąg lipidowy jajnika, nie rozpuszcza się w wysokoku, rozpuszcza się zaś w oliwie, eterze, acetonie (Andersen). Luteolipoid — Sistomensina „Ciba“ jest więc preparatem wyciągowym, zawierającym przedewszystkiem wyciąg z ciała żółtego, a pozatem i z pęcherzyka Grafa, a więc nie jest czystym hormonem jajnikowym, jest wyciągiem z wszystkich składników jajnika zwierzęcego, jednoczy działanie ciała żółtego z działaniem całego jajnika.

Luteolipoid daje odczyn rujowy Allen-Doisy i Papanicolaou dodatni tylko częściowo lub jakościowo. Luteolipoid wytwarza się w jajniku głównie w okresie rozkwitu ciała żółtego, w okresie *praemenstruum*.

Butenandt i Westphal otrzymali sztucznie hormon ciała żółtego z stigmasteryny z soi. Próby, wykonane na królikach i kobiecie kastrowanej, której podawano 300.000 jedn. mysich dihydrofollikuliny i 30 mgr. sztucznego ciała żółtego, i u której po 2 tygodniach wystąpiło krwawienie, wykazały, według Kaufmana, identyczne działanie sztucznie otrzymanego hormonu z naturalnym.

Faust i Hermann otrzymywali z ciałek żółtych i łożyska hormon identyczny z luteolipoidem-sistomensiną.

Ciało żółte powoduje w okresie przedmiesiączkowym wydzielanie w gruczołach błony śluzowej, trwające tak długo, dopóki w ciałku żółtem nie wystąpią zmiany, powodujące zjawienie się miesiączki. Hisaw, Meyer, Corner przy pomocy ciała żółtego wywołali okres wydzielniczy błony śluzowej macicy. Bergamini zaobserwował na królicach, że ciało żółte wywołuje zmiany, służące do przygotowania do zagnieżdżenia jaja.

W moczu luteinę znajdujemy w okresie ciąży i to tylko do 5-go miesiąca, poczem znika ona z moczu. Po 4-ech miesiącach ciąży ciało żółte ulega zmianom wstecznym; w dużych ilościach jest więc w pierwszych 4-ech miesiącach ciąży (Seitz).

Niewiadomo jednak, czy luteina, progestina jest identyczną z hormonami, otrzymanymi nie z moczu ciężarnych (Liebhart).

Według Schrödera w I-iej połowie ciąży powoduje ciało żółte rozwój doczesnej i mięśniówki macicy, wzrost i odżywianie jaja, wstrzymuje dojrzewanie nowego jaja. Fränkel podaje, że po usunięciu ciała żółtego w II-iej połowie ciąży zjawia się miesiączkowanie.

Ciało żółte przeciwdziała dojrzewaniu nowych pęcherzyków, działa antagonistycznie w stosunku do follikuliny (Schröder).

Loeb, Fränkel uważają, że ciało żółte powoduje przedmiesiączkowe zmiany błony śluzowej, przygotowuje ją do zagnieżdżenia jaja, powoduje wzrost macicy, gruczołów sutkowych (Uhlmann, Schübel — grubienie rogów macicy i samej macicy u dziewczęcych królic).

W braku zupełnie pewnych czystych i wysoko mianowanych przetworów ciała żółtego posługiwałem

się sistomensiną „Ciba“, uważając ją za preparat, który może dawać wyniki lepsze od innych preparatów ciała żółtego, jako wyciąg, otrzymany z jajnika.

Sistomensina, jak doświadczenie uczy, daje dobre wyniki w krwawieniach obfitych miesięczkowych, w krwawieniach okresu pokwitania i przekwitania, w dysfunkcjach pochodzenia jajnikowego i wielogruczołowego, w niedorozwoju macicy i jego następstwach (poronienia nawykowe i zagrażające).

Krwawienia pochodzenia czynnościowego naskutek hiperhormonozy (*menorrhoea i polymenorrhoea, metropathia, folliculus persistens, degeneratio polycystica*) skutecznie udaje się zwalczyć stosowaniem sistomensiny.

Kraul jest zdania, że sistomensina działa w tych przypadkach nie wprost na jajnik, ale przez pobudzenie przedniego płata przysadki mózgowej powoduje wydzielanie proianu B, w następstwie czego występuje luteinizacja. Również Miller i Uhlmann uważają, że przyczyną nieregularnych i obfitych miesiączek jest niedostateczna ilość lub nawet brak wydzieliny ciała żółtego; podając więc sistomensinę, dążymy do wyrównania ilości hormonu. Schröder przypuszcza, że krwawienie przy stosowaniu preparatów ciała żółtego wstrzymuje się naskutek przeciwdziałania dojrzewaniu nowych pęcherzyków, a więc i przeciwdziałania follikulinie. Cały szereg autorów podkreśla dobre działanie sistomensiny:

Lieb w krwawieniach okresu pokwitania i przekwitania; Denton, Tissot, Cavagnis, Hermann podkreślają również dobre wyniki stosowania sistomensiny w okresie pokwitania; Hermann obserwował w 95% korzystne działanie przy jednoczesnym podawaniu koagulenu. Burckhardt radzi stosować sistomensinę w zaburzeniach przekwitania, przypisując dobre wyniki działaniu wyciągów z całego jajnika. Rossch w krwawieniach okresu przejściowego miał 100% wyleczeń. Banaszkiwicz zebrał 9 przypadków krwawień w okresie przekwitania, gdzie stosowanie sistomensiny powstrzymało krwawienia i usunęło objawy przekwitania. W 9 przypadkach krwawień okresu pokwitania po 8 — 12 tygodniach nastąpiło uregulowanie cyklu miesięczkowego.

Ogólnie podnoszą autorzy dobre, nieraz nawet doskonałe wyniki w obfitych i nieregularnych, przeciągających się miesiączkach po stosowaniu sistomensiny. Liebhart w 23 przypadkach krwawień miesięczkowych bez uzasadnionych przyczyn anatomicznych w 12 miał wyniki bardzo dobre, w 8 niezłe. Wintz najlepsze wyniki obserwował w długo trwających, obfitych krwawieniach miesięczkowych z istniejącymi zmianami jajnikowymi, choć podkreśla on jednocześnie, że sistomensina nie jest środkiem, wstrzymującym krwawienie, działanie jej rozciąga się jedynie do wpływu na jajnik. Liczby Wintza są bezwzględnie przekonywające (760 przypadków). Również dobre wyniki po sistomensinie w *menorrhoea* obserwował i Banaszkiwicz; podkreśla on jednak, że najlepszych wyników możemy oczekiwać w dysfunkcjach uszkodzonego jajnika. Liebhardt, Ertl uważają, że krwawienia maciczne z brakiem zmian z narządach rodnych, a więc te, w których możemy podejrzewać niewłaściwą czynność hormonalną, najlepsze dają wyniki pod wpływem leczenia sistomensiną. Hegedüs w 57% przypadków z nieregularnymi perjodami miał dobre wyniki, w 17% obserwował poprawę; tegoż zdania są również Walter i Seitz, Kościński; Zubrzyca

k i w 37 przypadkach krwawień obfitych miesięczkowych miał wyniki dobre.

W krwawieniach naskutek *endometritis hyperplast. glandul.* leczenie sistomensiną zmniejsza krwawienie i skraca czas jego trwania (Z u b r z y c k i).

Niektórzy autorzy obserwowali również dobre wyniki i w bolesnym miesięczkowaniu (W i n t z — 125 przypadków z wynikami dobrymi, P o u l i o t, O l i v e r, M a r s a n); zwłaszcza dobre wyniki są w zaburzeniach na tle psychicznym i wewnętrznego wydzielania jajników (W i n t z); nawet w tych przypadkach, gdzie inne metody leczenia zawiodły.

Sistomensina znajduje zastosowanie pozatem z dobrymi wynikami w leczeniu poronień nawykowych i zagrażających naskutek niedorozwoju macicy (ze względu na dwuhormonalne działanie ciała żółtego i follikuliny — G r o m a d z k i); również F l e s c h i S c h w a r z podkreślają dobre rezultaty podawania sistomensiny dla wzmożenia laktacji. Uzasadnienie teoretyczne i praktyczne bihormonalnego działania sistomensiny na laktację możnaby znaleźć w doświadczeniach A n s e l m i n o, H e r o l d a i H o f m a n n a.

W krwawieniach macicznych na tle mięśniaków Z u b r z y c k i dobrych rezultatów nie widział; również i W i n t z jest tego samego zdania. W i n t z i S e i t z dla zwalczania krwawień pochodzenia mięśniakowego zaczęli stosować duże dawki po 5 cm.<sup>3</sup> sistomensiny; wtedy otrzymali wyniki dobre, choć nie na stałe, gdyż działanie sistomensiny trwa tylko pewien czas. B r a u n miał również dobre wyniki po sistensinie w przypadkach mięśniaków. Działanie pomyślne w krwawieniach macicznych pochodzenia mięśniakowego możnaby przypisać działaniu sistomensiny na zwykle istniejące jednocześnie ze zmianami mięśniakowemi macicy — zmiany drobnotorbielowe jajników.

Sistomensina daje również poprawę w krwawieniach w istniejących stanach zapalnych przydatków (W i n t z, G r a n e, F a b e r); D ü c k e l m a n i L i e b mieli nawet wyniki dobre w tych przypadkach.

Odmienne od innych autorów otrzymał wyniki K ö h l e r; zaobserwował on, że sistomensina niekiedy może dawać takie wyniki lecznicze, jak wyciągi z całego jajnika.

Ogólnie biorąc, w leczeniu sistomensiną K o ś m i ń s k i miał 64,7%, L i e b h a r t nawet 85,7%, V o s c h — 100% dobrych wyników.

Skąd więc pochodzą tak dodatnie wyniki? Można by przypisać je działaniu sistomensiny jako preparatu wyciągowego jajnika, a więc może lepiej przyswajalnemu. Jeśli weźmiemy, np., wysoko mianowane preparaty follikuliny, to nawet bardzo duże dawki zostają w ciągu krótkiego czasu po zażyciu lub zastrzyknięciu wydalone z moczem, działa zaś prawdopodobnie tylko niewielka liczba jednostek biologicznych. Niewiadomo, czy zbyt wielkie dawki hormonu nie działają nawet niekorzystnie na jajnik. Ponieważ jeszcze danych, jaka dawka mogłaby być korzystniejsza dla ustroju, nie posiadamy, więc stosowanie preparatów wysuszonych lub wyciągowych wydaje się bardziej fizjologiczne, a może dla organizmu i pożyteczniejsze.

Stosowałem sistomensinę w 45 przypadkach: w 12 przypadkach obfitych, nieregularnych perjdów — wynik dobry, niekiedy już po 2 zastrzyknięciach; w 18 przypadkach krwawień międzymiesiączkowych (*endometritis hyperplastica glandul., folliculus persistens, cdnexitis*), z tego w 14 przypadkach wynik dobry i względnie szybko występujący. W jednym przypadku wynik dobry;

podczas następczej operacji (wykonanej jednak nie z powodu krwawienia) stwierdzono zmiany drobnotorbielowe jajników; w tym przypadku krwawienie było dość uporczywe, jednak po 6-ciu zastrzykiwaniach ustąpiło.

Najmniej widoczny efekt stosowania sistomensiny był w krwawieniach, towarzyszących zapaleniu przydatków.

Z 3-ech przypadków krwawień okresu przejściowego — w 2-uch wynik dobry.

Bardzo obfite i częste krwawienia w okresie powikłania w przypadku dość ciężkim ze względu na stan wtórny niedokrwienia, udało się zastrzykiwaniami sistomensiny (2 cm.<sup>3</sup> dziennie) zatrzymać. Po 2-u miesięcznym leczeniu — okresy perjdowe mniej więcej regularne.

3 przypadki grożącego i 2 przypadki nawykowego poronienia przy dłuższym stosowaniu sistomensiny dały wyniki dość dobre. Cięża w 4 przypadkach utrzymała się.

6 przypadków połogu z mierną laktacją, względnie ze zmniejszaniem się stałym ilości wydzielanego mleka przy stosowaniu doustnym lub podskórnym sistomensiny, dało w 4 przypadkach wynik dobry z widocznym zwiększeniem ilości mleka (ważenie noworodka przed i po karmieniu). Jakość i ilość pokarmów stałych i płynnych w czasie leczenia — niezmieniona.

Przed upływem 5 — 6 dni od porodu ze względu na fizjologiczne zwiększanie się stopniowe laktacji sistomensiny nie stosowałem.

Naogół wyniki są dobre i bezwzględnie zachęcające do stosowania sistomensiny w przypadkach powyższej przytoczonych, zwłaszcza, że mamy do czynienia z preparatem nieszkodliwym, stanowiącym wyciąg z całego jajnika zwierzęcego, a więc może lepiej przyswajalnym, niż preparaty hormonalne.

Sistomensina może być stosowana nawet i w dużych dawkach i przez czas dłuższy bez szkody dla organizmu, a dostarczenie jej w ilości dostatecznej powoduje wyrównanie stanu hormonalnego, spowodowanego niedostateczną ilością lub brakiem wydzieliny ciała żółtego (M i l l e r, U h l m a n n).

#### PISMIENICTWO.

- Anselmino, Hofmann, Herold. Zbl. für Gyn. 1935. — Bagiński. Pol. Gaz. Lek. 1932, N. 46. — Bagiński. Schweiz. med. Wsch. 1934, N. 43. — Banaszkiwicz. Med. prakt. 1929, N. 6. — Bergamini. Zbl. für Gyn. 1935, Nr. 18. — Bonafonte. Ther. nova 1930, N. 1. Ref. — Braun, Walter. D. med. Wsch. 1926, N. 40. — Dawidson. Pol. Gaz. Lek. 1932, N. 13. — Des-sauer. Zbl. für Gyn. 1929, N. 49. — Flesch. D. med. Welt, 1927, N. 48. Gromadzki. Pam. IV Zj. Lek. w Krynicy 1932. — Hegedüs. Pol. Gaz. Lek. 1929, N. 11. — Hermann. Zbl. für Gyn. 1920, N. 51. — Kaufmann. Zbl. für Gyn. 1933, N. 1, i 1935, N. 20. — Kościński. Klin. Wsch. 1927, N. 4. — Kościński. D. med. Wsch. 1928, N. 4. — Koehler. Zbl. für Gyn. 1931. — Lieb. Wien. med. Wsch. 1930, N. 6. — Liebhart. Now. Lek. 1931, N. 1. — Liebhart. Klin. żeńsk. horm. płc. 1934. — Liebhart. Pol. Gaz. Lek. 1927, N. 6. — Laqueur, Wagner. v. den Velden. Bewertung der Ovarialther. 1933. — Laqueur. D. med. Wsch. 1932, N. 1. — Martin. D. med. Wsch. 1930, N. 14. — Mendelstamm, Becker. Zbl. für Gyn. 1934, N. 41. Monsiorski. Gin. Pol. 1931, T. X, z. IV — VI. — Schröder. Zbl. für Gyn. 1933, N. 57. — Schroeder. D. med. Wsch. 1929, N. 1. — Stöckl. Wien. med. Wsch. 1928, N. 6. — Seitz. Klin. Wsch. 1925, N. 40. — Seitz, Wintz, Fingerhut. Münch. med. Wsch. 1914, NN. 30, 31. Sienicki. Ther. nova 1936, N. 2. — Sepulveda. Pol. Gaz. Lek. 1929, N. 8. Ref. —

Wintz. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1932, N. 3 i 4. Wintz. Münch. med. Wschr. 1931, N. 14. — Zawodziński. Gin. Pol. 1932, z. X — XII. — Zubrzycki. Pol. Gaz. Lek. 1927, N. 6. — Zubrzycki. Pam. IV Zj. Lek. w Krynicy 1932 r.

Z 1-go oddz. wewn. Szpitala na Czystem.  
(Ord.: Dr. A. K o b r y n e r).

## O modyfikacji stosowania hemoterapii w zapaleniu płuc.

Podali

Dr. A. KOBRYNER i Dr. J. FELHENDLER (Warszawa).

Autohemoterapia jest metodą leczniczą, stosowaną już od 20 lat w różnych schorzeniach. Mechanizm jej działania nie jest zupełnie jasny. Według całego szeregu autorów wchodzi tu w grę rozmaite czynniki: zwykła proteinoterapia, swoiste działanie przeciwciał, zawartych w osoczu, oraz miejscowe działanie wału krwi o dużej zawartości leukocytów (obstrzykiwanie krwią ognisk ropnych w przypadkach chirurgicznych). 1) T e n c h o f, 2) K o e n i g s f e l d, 3) K a p p i s, 4) D. S i m i e, P o p e s c u M. e t L a z a r e s c u A. 5) M o d i n o s].

W roku 1927 duński fizjolog K r o g h (6) ogłosił artykuł w „Klinische Wochenschrift“ pod tytułem: „Die Capillarnerven und ihre reflektorische Taetigkeit“, w którym cytuje niezwykle ciekawe doświadczenia swego ucznia W e r n o e g o. Doświadczenia te były dokonane celem udowodnienia, że istnieje łuk odruchowy pomiędzy skórą a narządami wewnętrznymi, omijający rdzeń. Doświadczenia przedstawiały się następująco: drażniono żołądek u ryby i w następstwie tego podrażnienia w odpowiednim odcinku skóry wystąpiło odbarwienie komórek barwnikonośnych i kurcz naczyń włosowatych.

Zjawisko to można było wywołać u ryby nawet po zniszczeniu rdzenia i mózgu, a więc był to odruch pozardzeniowy.

Drugie doświadczenie polegało na tem, że węgorzowi niszczone mózg całkowicie, a kręgosłup razem z rdzeniem przecinano w 3 miejscach na 4 części kilkocentymetrowe, przyczem w 2-im i 4-ym odcinku zniszczono rdzeń. Po otwarciu jamy brzusznej drażniono skórę olejkim gorczycznym. Naskutek tego podrażnienia skurczyły się naczynia w odcinkach jelit, odpowiadających zniszczonemu częściom rdzenia, co przejawiało się w zblednięciu jelit. Natomiast w odcinkach jelit, odpowiadających rdzeniowi niezniszczonemu, wystąpiło przekrwienie. Doświadczenie to W e r n o e tłumaczył w ten sposób, że istnieje łuk odruchowy pozardzeniowy, który w tym przypadku dał zwężenie naczyń w odcinkach, pozbawionych łączności z rdzeniem. Rozszerzenie zaś naczyń w pozostałych odcinkach zostało wywołane drogą łuku odruchowego przez rdzeń naskutek podrażnienia skóry; przyczem odruchowe rozszerzenie naczyń było znacznie mocniejsze, niż zwężenie, wywołane odruchem pozardzeniowym; dlatego też w tych odcinkach jelit stwierdzono przekrwienie. Pozardzeniowy odruch W e r n o e g o daje się wywołać tylko w tym przypadku, jeżeli były zachowane współczulne komórki zwojowe. Po zniszczeniu tych komórek odruch nie występował.

Z tych doświadczeń wynika, że z komórki zwojowej wychodzi włókno z jednej strony do narządu wewnętrznego, z drugiej strony do skóry. Podrażnienie na-

rzędu wewnętrznego wywołuje odruch w skórze i odwrotnie. Temi doświadczeniami K r o g h objaśniał działanie lecznicze okładów gorących i zimnych.

Wyżej wymienione doświadczenie W e r n o e g o nasunęło nam pewne myśli co do sposobu działania baniek, tak szeroko stosowanych w zapaleniu płuc. Należy przypuszczać, że wynacznienia, wywołane przez bańki, podtrzymują do pewnego stopnia przekrwienie skóry, a tem samem odruchowe przekrwienie czynne głęboko leżącego narządu drogą nerwów współczulnych, łączących skórę z narządami wewnętrznymi poprzez komórkę zwojową. Jak już wspomnieliśmy, chirurgowie często stosują obstrzykiwania krwią ognisk ropnych celem wywołania wału ochronnego dokoła ogniska zapalnego. Tę samą metodę zastosowaliśmy w zapaleniu płuc. Mianowicie, pole skóry, odpowiadające rzutowi ogniska zapalnego, obstrzykiwano krwią na obwodzie i w środku. Postępowanie takie podyktowane było przypuszczeniem, opierającym się na wyżej opisanych doświadczeniach W e r n o e g o, że podniety ze skóry przeniesione zostają na głęboko leżące narządy. W danym przypadku, dzięki obstrzykiwaniu krwią, wywołaliśmy w odpowiednich miejscach skóry czynne przekrwienie. Przypuszczaliśmy więc, że takie same zjawiska powstaną w płucu, to zn., że wywołamy czynne przekrwienie na obwodzie i wewnątrz ogniska zapalnego w płucu. Wierzyliśmy, że tą drogą osiągniemy lepsze wyniki lecznicze, gdyż do wspomnianych już wyżej właściwości hemoterapii o znaczeniu ogólnoustrojowym dodalibyśmy jeszcze jeden bardzo ważny czynnik—lokalny. Metodę tę stosowaliśmy u 18 kolejnych chorych. U następnych 18 chorych stosowaliśmy zwykłe leczenie (okłady, wstrzykiwania camphochiny, zwykła hemoterapia itd.). Zupełnie świadomie nie wybieraliśmy ciężko chorych do tego lub innego postępowania leczniczego. Określenie „ciężko“ lub „lecko“ chory uważaliśmy za wybitnie podmiotowe, mogące doprowadzić do nieprawidłowej oceny zabiegu leczniczego i do nieuzasadnionego entuzjazmu. Zdajemy sobie sprawę z tego, że jest bardzo trudno ocenić wartość leczniczą tego lub innego zabiegu. Zwłaszcza w chorobach, które często likwidują się jedynie dzięki obronnym siłom ustroju, do których należy również i zapalenie płuc. Aczkolwiek wyraźnej różnicy w przebiegu choroby, która dałaby się ująć w liczby, przy jednym i drugim sposobie leczenia nie jesteśmy w stanie podać, ponieważ materiał spostrzegany jest niewielki, to jednak odnieśliśmy wyraźne wrażenie, że przy tym sposobie leczenia przebieg choroby naogół był łagodniejszy; chorzy lepiej się czuli, a w niektórych przypadkach występowała wprost piorunująco szybko poprawa.

Artykuł niniejszy traktujemy jako doniesienie tymczasowe; podajemy go do wiadomości ogólnej w nadziei, że sposób ten zostanie wypróbowany na większej liczbie chorych, co pozwoli dokładnie ocenić jego wartość leczniczą.

Technika zabiegu: wydobywano z żyły 20 cm.<sup>3</sup> krwi strzykawką, lekko naoliwioną ol. camphor., ażeby zapobiec krzepnięciu. Obstrzykiwano podskórnie granice stłumienia i pole samego stłumienia. Zabieg powtarzano codziennie w ciągu 4 — 5 — 6 dni zależnie od dalszego przebiegu choroby.

### PIŚMIENICTWO.

1. Deutsche Med. Wochenschrift 1924, N. 50. — 2. Therapie der Gegenwart 1927, N. 3. — 3. Therapie der Gegenwart 1928, N. 1. — 4. Spitalul, 1930, T. 50. — 5. Presse Médicale 1929, N. 15. — 6. Klinische Wochenschrift 1927, N. 16.



# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

## Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Pracowni Anatomiczno-Patologicznej Szpitala Ś-go Ducha  
w Warszawie.

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

### Rozwój poglądów na wytwarzanie barwnika żółci oraz na powstawanie żółtaczek.

Podał

Dr. med. i fil. Józef STEIN (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 3).

Część III\*).

Omówimy teraz pokrótce najcharakterystyczniej-  
sze cechy obu zasadniczych typów żółtaczek: żółtaczki  
z wysysania i żółtaczki z zatrzymania.

#### Żółtaczka z wysysania (resorbcyjna).

Do żółtaczek z wysysania należą przede wszystkim  
żółtaczki mechaniczne, których powstawanie jest zwią-  
zane z przeszkodami mechanicznymi, ew. zmianami za-  
palnymi w drogach żółciowych, odprowadzających żółć,  
niezależnie od tego, czy przewód zostaje zamknięty od-  
wewnątrz, czy też ściśnięty odzewnątrz. Nie gra rów-  
nież większej roli, czy niedrożności ulega znaczna licz-  
ba włosowatych kanalików żółciowych, czy też większe  
przewody wewnątrzwątrobowe i pozawątrobowe — róż-  
nice w występowaniu i charakterze żółtaczki są w ta-  
kich przypadkach raczej ilościowe. Niedrożność przewo-  
du żółciowego powoduje najczęściej rozszerzenie kana-  
lików żółciowych powyżej miejsca zamknięcia; rozdęte  
zaś kanaliki ulegają łatwo pękaniu, a wydostająca się  
z nich żółć zostaje wysysana do szczelin limfatycznych  
i naczyń krwionośnych; możliwe jest również przenika-  
nie żółci *per diapedesin* przez uszkodzoną ścianę kana-  
lika.

Eppinger, następnie zaś Hiyaeda wykazali,  
że najznaczniejszemu rozszerzeniu ulega t. zw. wstawka  
(*ampulla*, nazywana nawet przez Aschoffa „pięta  
Achillesową wątroby”), znajdująca się w miejscu przejś-  
cia przewodu międzyzrakikowego w wewnątrzzrakikowy;  
ta część kanalika jest też najbardziej narażona na uszko-  
dzenie. Oprócz wstawek, rozszerzeniu i pękaniu ulegają  
łatwo również ślepe wypustki kanalików międzykomór-  
kowych.

Eppinger odróżnia 3 odmiany żółtaczki me-  
chanicznej, w zależności od stopnia zastoju żółci: 1. żół-  
taczka całkowita — w razie niedrożności dużych prze-  
wodów wyprowadzających; 2. ż. częściową — w razie  
niedrożności mniejszych przewodów żółciowych, tak że  
pewna część miąższu wydziela w dalszym ciągu żółć do  
jelita (NB. wystarcza stosunkowo niewielka część praw-  
idłowo wydzielającego miąższu wątrobowego — u mał-  
py —  $\frac{1}{4}$ , u psa — nawet  $\frac{1}{20}$ , aby nie powstawał więk-  
szy zastój żółci); 3. ż. przepuszczającą — występującą  
co pewien czas i zmieniającą swe nasilenie, spostrzeganą  
przede wszystkim w kamicy żółciowej, a według Landa  
i Fejgina, również w obrzmieniach zapal-  
nych śluzówki przewodu wspólnego.

Z najważniejszych przyczyn żółtaczki mechani-  
cznej wymienić należy: a) zamknięcie światła dróg żół-

ciowych — przez kamienie żółciowe, nowotwory, blizny,  
ciała obce pochodzenia jelitowego (np. pasorzyty jelito-  
we), obrzmienie zapalne śluzówki dróg żółciowych, gro-  
madzący się w przewodach śluz; b) ucisk dróg żółcio-  
wych odzewnątrz — przez nowotwory narządów otę-  
czających, przez zrosty okołowątrobowe lub okołodwu-  
nastnicze, wreszcie przez rozrost tkanki łącznej w samej  
wątrobie, jak to ma miejsce w przypadkach marskości  
(gdzie, zresztą, odgrywają również rolę zwykle i inne  
czynniki — uszkodzenie komórek wątrobowych).

Przy omawianiu żółtaczki mechanicznej należy  
jeszcze wspomnieć o ciekawych badaniach doświadczal-  
nych, przeprowadzonych w pierwszym rzędzie przez  
Hiyaeda. Autor ten podwijał przewód żółciowy  
wspólny u psów i królików, przyczem stwierdził, że żół-  
taczka u królików występuje znacznie wcześniej i jest  
o wiele silniejsza, niż u psów.

Badając histologicznie skrawki z wątroby tych  
zwierząt, Hiyaeda stwierdził u królików zmiany  
ogniskowe, przypominające martwicę („Netznekrose”,  
ogniska te opisał jeszcze Charcot, nazywając je  
„taches blanches”), a zależne od bezpośredniego dzia-  
łania żółci, wypływającej z rozszerzonych naskutek za-  
stoju i częściowo porożrywanych kanalików żółciowych  
międzyzrakikowych w miejscach ich przejść w kanaliki  
wewnątrzzrakikowe. U psów brak było ognisk tego ro-  
dzaju, natomiast komórki wątrobowe obwodowych części  
zrakików ulegały „wyjaśnieniu” (*clarificatio*), spowo-  
dowanemu działaniem żółci, rozcięzionej limfą tkankową.  
Innymi słowy, u królika żółtaczka występuje wcześniej  
i zależy od rozerwania kanalików żółciowych, u psów na-  
tomiasz jest ona związana z przesączaniem niewielkich  
ilości żółci *per diapedesin* przez uszkodzone ściany wsta-  
wek żółciowych. Dowodzi to różnej wrażliwości kana-  
lików żółciowych u rozmaitych zwierząt.

Należy zaznaczyć, że żółtaczka, wywołana doś-  
wiadczalnie u królika przez podwiązanie przewodu  
wspólnego, po pewnym czasie stopniowo się zmniejsza,  
niekiedy zaś nawet całkowicie znika. Odgrywa tu nie-  
wątpliwie rolę wzmagające się osłabienie czynności wy-  
dzielniczej komórek wątrobowych aż do jej zupełnego  
ustania; być może, posiada tu również pewne znaczenie  
blokada komórek gwiaździstych wątroby przez groma-  
dzący się w nich niewydzielany barwnik żółci — bloka-  
da mogłaby bowiem pociągać za sobą osłabienie lub  
nawet całkowite zahamowanie zdolności bilirubinotwór-  
czej tych komórek. Zjawiska tego nie spostrzega się w  
przebiegu żółtaczki mechanicznej ludzkiej, powstającej  
w razie całkowitego i trwałego zamknięcia przewodu  
wspólnego; żółtaczka w przypadkach takich nietylko się  
nie zmniejsza, lecz, przeciwnie, raczej nasila się coraz  
bardziej, aż do śmierci chorego.

Badania doświadczalne wykazują jeszcze wpływ  
obecności woreczka żółciowego na powstawanie żółtacz-  
ki mechanicznej. U psa, po podwiązaniu przewodu żół-  
ciowego wspólnego i wycięciu woreczka żółciowego,  
żółtaczka zjawia się szybciej, niż u psa z zachowanym  
woreczkiem żółciowym (m. in. Schellert). Wed-  
ług McMastera i Elmana, przy zachowa-  
niu czynności woreczka żółciowego ciśnienie w dro-  
gach żółciowych utrzymuje się długo na niższym pozio-  
mie. Prawdopodobnie zresztą odgrywa tu również rolę

\* Część I. p. „W. Cz. L.”, 1935 N.N. 37, 38, 39 i 40.  
Część II. tamże N. N. 46 i 47.

stan śluzówki woreczka (M a n n, B o l l m a n n, D e P a g e).

Jako charakterystyczną cechę żółtaczek mechanicznych, wymienia się brak barwników żółci w zawartości jelitowej; jednakże niewielkie ilości tych barwników przedostają się do jelit — wydalone (według R o g e r a) przez gruczoły L i e b e r k ü h n a. Następnym długotrwałego zastój żółci z przyczyn mechanicznych jest marskość żółciowa wątroby (wg. dawnych autorów — *cirrhosis biliaris*, wg. R ö s s l e g o — *cirrhosis hypertrophica cholestatica*), zależna od chemicznego działania wydostającej się poza kanaliki żółci na miąższ wątroby (ostatnio stwierdził to także K i k u c h i).

Obok żółtaczek mechanicznych do grupy żółtaczek z wysysania należą również częściowo przypadki, w których zasadniczą sprawą jest wprawdzie uszkodzenie komórek wątrobowych, przyczyną żółtaczki jest jednak wydostawanie się i następne wysysanie żółci z uszkodzonych kanalików żółciowych (bądź w związku z obumieraniem komórek wątrobowych, bądź naskutek zacopowania kanalika przez wałki żółciowe). Przypadki takie należą najczęściej do grupy III wymienionych w naszym podziale żółtaczek, t. j. do żółtaczek mieszanych. Z drugiej strony zresztą, długotrwały zastój żółci pociąga zawsze za sobą i niedomogę komórek wątrobowych (odgrywa tu rolę zarówno ucisk ze strony rozszerzonych kanalików, jak i działanie żółci na komórki wątrobowe), wobec czego żółtaczka początkowo wyłącznie kanalikowo-pochodna zostaje powikłana żółtazką wątrobowokomórkową, stając się w ten sposób znowu żółtazką mieszaną.

W przypadkach żółtaczek z wysysania odczyn H . v . d. B e r g h a w surowicy krwi wypada bezpośrednio i natychmiastowo. Ilość bilirubiny we krwi waha się w dość szerokich granicach, wynosząc od paru do kilkudziesięciu jednostek v. d. B e r g h a; szczególnie znaczna hiperbilirubinemia występuje w całkowitej żółtaczce mechanicznej, w której poziom bilirubiny we krwi dochodzi niekiedy do 50 jednostek.

#### Żółtaczka z zatrzymania (retencyjna).

Ten typ żółtaczki tłumaczono dawniej nieprawidłowym wydzielaniem barwnika żółciowego przez chorą komórkę wątrobową, która zamiast do kanalika żółciowego — miała wydelać barwnik do naczynia krwionośnego. Obecnie uważamy ten rodzaj żółtaczki za stan analogiczny do mocznicy: tutaj uszkodzona komórka wątrobowa nie jest w stanie wydzielić gromadzącego się we krwi barwnika żółci; tam zmienione naskutek zmian zapalnych lub wstecznych elementy nerkowe nie mogą wydelać gromadzących się we krwi składników moczu. Podobieństwo jest tem większe, że w odniesieniu do komórek wątrobowych można również obserwować bądź całkowitą ich niedomogę czynnościową, wyrażającą się w ustaniu wydzielania przez nie wszystkich wogóle składników żółci i zatrzymaniu we krwi — oprócz bilirubiny — również kwasów żółciowych i cholesteryny, bądź częściową jedynie niedomogę wydzielania, w stosunku do niektórych tylko składników żółci, w dawnym przypadku — do bilirubiny.

O ile sprawy chorobowe, w których powstaje żółtaczka mechaniczna, sprowadzają się zawsze do częściowego lub całkowitego zamknięcia dróg żółciowych, o tyle warunki powstawania żółtaczki z zatrzymania są znacznie bardziej złożone. Należą tu przede wszystkim marskości wątroby oraz wszelkie schorzenia tkanki wą-

trobowej na tle zakaźnym i toksycznym. Wymienimy tu więc żółtaczki, występujące w przebiegu chorób zakaźnych (zapalenie płuc, dur powrotny, choroba W e i l a, zimnica, płonica i t. p.), stanów septycznych, zaburzeń w krążeniu, ostrego żółtego zaniku wątroby i t. p. Żółtaczka z zatrzymania powstaje również w najrozmaitszych zatruciach jadami chemicznymi, jak fosfor, arsen, chloroform, fenylhydrayna. Ponieważ żółtaczka retencyjna przebiega zazwyczaj bądź ze znacznym niszczeniem komórek wątrobowych, bądź z wytwarzaniem zaciopowujących kanaliki wałków żółciowych, najczęściej zostaje ona powikłana żółtazką z wysysania. Dlatego dużo przypadków również i z tej grupy musimy zaliczyć do żółtaczek mieszanych.

Doniedawna uważano, że w powstawaniu wielu należących tutaj typów żółtaczek odgrywa także niepoślednią rolę czynnik hemolityczny, prowadzący do zwiększonej podaży barwnika żółci komórkom wątrobowym; pogląd ten dotyczył zwłaszcza żółtaczek, występujących w przebiegu chorób zakaźnych i całego szeregu zatruc. Ostatnio jednak przeważa naogół zdanie, że czynnik hemolityczny, jeśli wogóle istnieje, nie odgrywa większej roli, a żółtaczki w chorobach zakaźnych i zatruciach są to żółtaczki mieszane, resorbcyjno - retencyjne.

Do żółtaczek z zatrzymania należy także omówiona już przez nas t. zw. żółtaczka nieżyłtowa oraz żółtaczki, powstające w zaburzeniach krążenia wątroby. Niektórzy zaliczają do tej grupy żółtaczkę nerwową (*icterus ex emotione*), którą uzależniają od uszkodzenia czynnościowego — często krótkotrwałego — komórek wątrobowych na tle zaburzeń nerwowych; należy, zresztą, zaznaczyć, że szereg autorów wogóle zaprzecza możliwości występowania żółtaczki nerwowej.

Za żółtaczkę z zatrzymania uważa się obecnie żółtaczkę noworodków, którą doniedawna jeszcze uzależniano jedynie od wzmoczonego wytwarzania bilirubiny w związku z nadmierną hemolizą krwinek czerwonych bądź dziecka, bądź matki. Ostatnio tłumaczy się powstawanie żółtaczki noworodków pewną niedomogą czynnościową komórek wątrobowych, które nie osiągają od razu po urodzeniu się dziecka swej pełnej sprawności wydzielniczej i dlatego nie są w stanie wydzielić gromadzącego się we krwi, a pochodzącego głównie z rozpadu własnych krwinek noworodka barwnika żółci. Zachodzi tu znowu daleko idąca analogia z komórkami nerkowymi, które również nie posiadają od razu po urodzeniu się dziecka swych pełnych własności wydzielniczych i nie są w stanie wydelać ciał azotowych. Wrazem takiej czasowej niewydolności wątroby jest żółtaczka, niedomoga nerek prowadzi zaś do zjawiania się zawałów kwasu moczowego w nerkach.

Że istotnie powstawanie żółtaczki noworodków stoi w związku z niedomogą komórek wątrobowych, dowodzą tego badania L i n z e n m e i e r a i L i l i e n t h a l a, którzy, badając sprawność wątroby noworodków zapomocą próby W i d a l a, stwierdził u wszystkich badanych przez siebie noworodków żółtaczkowych niedomogę wątroby (natomiast dzieci ze sprawnością wątroby prawidłową — z wyjątkiem jednego przypadku — na żółtaczkę nie zapadły). Pewnej niewydolności czynnościowej wątroby noworodków dowodzą również badania H e y n e m a n n a (obciążanie wątroby lewulozą). Należy zaznaczyć, że u noworodków z reguły występuje wzmoczenie ilości barwnika żółci we krwi, żółtaczka jednak zjawia się niezawsze (u około 80% noworodków).

Żółtaczka noworodków jest najczystsza chyba ze wszystkich postaci żółtaczek z zatrzymania. Mniej lub bardziej czyste typy żółtaczki z zatrzymania stanowią również żółtaczki, określane dawniej jako hemolityczne. Także i tutaj uszkodzone komórki wątrobowe nie są w stanie wydzielać całkowicie barwnika żółci, wytwarzanego w większej ilości w związku ze wzmoczoną hemolizą.

W czystych postaciach żółtaczki retencyjnej we krwi znajduje się jedynie bilirubina, dająca odczyn dwuazowy opóźniony i pośredni. W przypadkach powikłanych uszkodzeniem kanalików żółciowych, w związku z wsysaniem żółci w wątrobie do krwiobiegu, zjawia się we krwi bilirubina, reagująca bezpośrednio; nierzadko spotyka się również w żółtaczkach z zatrzymania odczyn dwufazowy.

Ilość barwnika żółci we krwi w przypadkach żółtaczek z zatrzymania bywa bardzo różna, co zależy od wielkiej różnorodności należących tu spraw chorobowych. Niekiedy bywa go bardzo niewiele (2—3 jednostki), niekiedy ilość jego dochodzi do kilkudziesięciu jednostek.

#### Ostateczne wnioski co do mechanizmu powstawania i typów żółtaczek.

W obecnym stanie wiedzy powstawanie wszystkich znanych typów żółtaczek można sprowadzić do dwóch zasadniczych mechanizmów; jedne zależą od przedostawania się żółci przez mniej lub więcej uszkodzoną ścianę kanalika żółciowego do dróg limfatycznych i krwionośnych — są to żółtaczki z wsysania, kanalikowe i pochodne; inne powstają przez zatrzymanie we krwi barwnika żółci (wytworzonego w komórkach USS lub w samej krwi) wskutek upośledzenia czynności wydzielniczej komórek wątrobowych — są to żółtaczki z zatrzymaniem, wątrobowokomórkowe. W powstawaniu znakomitej większości żółtaczek odgrywają, zresztą, rolę oba te mechanizmy równocześnie — mamy wówczas do czynienia z żółtaczką mieszaną.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa, t. zw. żółtaczki hemolityczne stoją w związku z zatrzymaniem we krwi bilirubiny przedewszystkiem z powodu uszkodzenia lub wrodzonej niewydolności komórek wątrobowych; czynnik hemolityczny odgrywa w ich powstawaniu rolę conajwyżej nieznaczną i podrzędną. Dlatego niema celu wyodrębnianie osobnej grupy żółtaczek hemolitycznych, a zaliczane tu żółtaczki umieścić należy w grupie żółtaczek z zatrzymania.

A więc, o ile wytwarzanie barwnika żółci może się odbywać całkowicie poza wątrobą i niezależnie od niej, o tyle zupełnie inaczej przedstawia się sprawa z powstawaniem żółtaczek, które stoi zawsze w związku z wątrobą — jej kanalikami lub komórkami. Możemy więc powtórzyć tutaj zdanie Ohno: „Kein Ikterus ohne Leberstörung“.

#### PIŚMIENNICTWO.

(Pomijamy tu piśmiennictwo z przed r. 1921 i część późniejszego — podane przez Filińskiego, Herxheimera, Lepehnego i Ylppö).

1. Abderhalden E. Lehrbuch der physiolog. Chemie, 1923, T. I. — 2. Abeloff A. J. M. D. i Hummel R. Ziegl. Beitr., T. 83, 1930. — 3. Alcobé S. Ziegl. Beitr. T. 83, 1930. — 4.

Aschoff L. Klin. Woch., 1932, II, Nr. 39. — 5. Balogh E. Zbl. f. Alg. Path. u. Path. Anat., T. 52, 1931, Ref. w Ber. über die Wis. Biol. T. 24, 1933, str. 609. — 6. Balogh E. Verh. d. Deutsch. Path. Ges., T. 26, 1931. — 7. Czarnocki W. Warsz. Czas. Lek., 1926, Nr. 3. — 8. Doljanski L. i Koch O. Virch. Arch., T. 291, 1933, str. 379, 390, 397. — 9. Eitel H. Ziegl. Beitr., T. 79, 1928. — 10. Eppinger H. Spez. Path. u. Therapie inn. Krank. (Kraus-Brugsch), T. VI, cz. 2, 1923. — 11. Eppinger H. Wien. Kl. Woch., 1935. — 12. Eppinger H. i Walzel. Choroby wątroby i układu wątrobo - śledzionowego. 1933. — 13. Fiessinger, Noël, Bénard H., Gajdos A. i Dermer L. C. r. Soc. Biol., Paris, T. 114, 1933, str. 481, Ref. w Kongresszentralbl. f. die ges. Inn. Med., T. 75, 1934, str. 590. — 14. Filiński W. Niedomoga wątroby ze stanowiska klinicznego. 1925. — 15. Fischer H. i Treibs A. Handb. d. Biochemie d. Menschen u. d. Tiere (Oppenheimer), 1930. — 16. Greene M. D. H. H. i Schaal W. Ziegl. Beitr., T. 89, 1932. — 17. Grott J. W. Medycyna, 1934, Nr. 20. — 18. Haldeman K. Arch. of Path., T. 7, 1929, Ref. w Ber. über die Wis. Biol. T. 12, 1929, str. 278. — 19. Hammarsten O. Lehrbuch der Physiologischen Chemie. 1922. — 20. Herxheimer G. Wissenschaftliche Forschungsberichte, T. XVII, 1927. — 21. Hanser R. Handb. d. Spez. Path. Anat. u. Hist. (Henke — Lubarsch), T. V. cz. I, 1930. — 22. Heilmann P. Ziegl. Beitr., T. 73, 1925. — 23. Hyeda K. Ziegl. Beitr., T. 73, 1925. — 24. Hiyeda K. Ziegl. Beitr., T. 78, 1927. — 25. Ishibashi M. Trans. jap. path. Soc., T. 18, Ref. w Ber. über die Wis. Biol. T. 13, 1930, str. 712. — 26. Itoh T. Ziegl. Beitr., T. 86, 1931. — 27. Itoh T. Ziegl. Beitr. T. 89, 1932. — 28. Kaufmann E. Spezielle Pathologische Anatomie, T. I. 1931. — 29. Kikuchi S. Ziegl. Beitr. T. 94, 1934-35. — 30. Landau A. i Fejgin M. Stany żółtaczkowe, ich patogenesa i mechanizm. Pol. Przegl. Chir., 1927. — 31. Lepehne G. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 20, 1921. — 32. Lepehne G. D. Arch. f. Klin. Med., T. 136, 1921. — 33. Lepehne G. Klin. Woch., 1922, Nr. 41. — 34. Leschke E. Berl. Kl. Woch., 1921. — 35. London E. S. i Kryzanowskaja L. J. Hoppe-Seylers Zeitschr., T. 227, 1934, Ref. w Kongresszentralbl. f. die ges. Inn. Med., T. 78, 1935, str. 109. — 36. Matsuo I. Biologische Untersuchungen über Farbstoffe. T. I. Kyoto, 1934. — 37. Maugeri S. Ziegl. Beitr. T. 86, 1931. — 38. Nunno R. Fol. med. (Napoli), T. 19, 1933, Ref. w Kongresszentralbl. f. die ges. Inn. Med., T. 74, 1934, str. 434. — 39. Nunno R. Fol. med. (Napoli), T. 19, 1933, Ref. w Kongresszentralbl. f. die ges. Inn. Med., T. 73, 1934, str. 430. — 40. Ohno Y. Med. Klin., 1927, Nr. 43 i Nr. 44. — Ohno Y. Klin. Woch. 1929, Nr. 47. — 42. Parturier G., Goiffon R., Raulot - Lapointe G. Contribution du laboratoire au diagnostic des maladies du foie. Paris, 1932. — 43. Pfuhl W. Handb. d. Mikroskop. Anat. d. Menschen (Möhlendorff), T. V, cz. 2, 1932. — 44. Rabl R. Ziegl. Beitr., T. 86, 1931. — 46. Retzlaff K. D. Med. Woch., 1923, Nr. 26. — 46. Roger G. H. Traité de physiologie norm. et path. (Roger-Binet), T. III. 1928. — 47. Rosenthal F. Klin. Woch., 1932, I. — 48. Rubbaum W. i Matheja W. Klin. Woch., 1935, Nr. 44. — 49. Scheunert G. Ziegl. Beitr., T. 86, 1931. — 50. Schmincke A. Handb. d. Allg. Path. u. Path. Anat. d. Kindesalters (Brüning-Schwalbe), T. II, cz. III, 1924. — 51. Snapper I. Ergebn. d. ges. Med., T. V, 1923. — 52. Stein J. Trwały odczyn histochemiczny na bilirubinę. Medycyna, 1935, Nr. 14. — 53. Sümegi S. i Csaba M. Arch. f. experiment. Zellforschung, T. XI, 1931. — 54. Takizawa N. Zbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat., T. 61, 1934, Ref. w Kongresszentralbl. f. die ges. Inn. Med., T. 78; 1935, str. 110. — 55. Thannhauser J. Stoffwechselprobleme. Berlin. 1934. — 56. Widal F. i Abrami P. Nouveau Traité de Méd. (Roger - Widal - Teissier), T. XVI. Pathologie du foie et des voies biliaires, 1928. — 57. Yuasa D. Ziegl. Beitr., T. 79, 1928. — 58. Ylppö A. Ergebn. d. ges. Med., T. V. 1924.

## Oceny książek

Aleksander ŻEBROWSKI. **Nosa, gardła i krtani choroby.** (Biblioteka Zdrowia T. 12).

Jest to popularny wykład chorób nosa, gardła i krtani, obejmujący nietylko opis tych chorób, ale i wskazówki profilaktyczne i lecznicze. 10 dobrze wykonanych ilustracji ułatwia czytelnikowi zrozumienie tekstu, który odznacza się poza tem jasnością wykładu. Całość sprawia wrażenie korzystne i znajdzie zapewne chętnych czytelników. Strona zewnętrzna tej 60 stronicowej broszurki jest bez zarzutu.

J. S.

CURTIUS Friedrich. **Die organischen und funktionellen Erbkrankheiten des Nervensystems.** (Mit 20 Abbildungen, Verl. F. Ene. Stuttgart. 1935. RM. 13).

Kto w ciągu ostatniego dziesięciolecia śledził artykuły Curtiusa, obecnego kierownika oddziału dziedziczno-patologicznego kliniki Charité w Berlinie, artykuły, rozsiane po różnych czasopismach (szczególnie w Klin. Wochenschrift, Medizinische Welt, Deut. med. Wochen., Medizin. Klinik, Zeitschr. f. Neurologie), ten znajdzie je w tym podręczniku zebrane, rozszerzone, zglębione, usystematyzowane, wciągnięte do rejestru ogólnego, uwzględniającego częściowo i prace dawne, klasyczne głośnych neurologów ubiegłego stulecia, którzy przed laty 40—50 tworzyli neuropatologię chorób rodzinnych, dziedzicznych, heredo degeneracyjnych. W podręczniku tym autor, w przedmowie odrzucając tę nazwę dla swojej książki, część ogólną jej poświęca anatomii i patogenezie organopatji wrodzonych, wyzwalającym je czynnikiem, metodyce badania i zbierania wywiadów w tym dziale oraz samej patologji dziedziczenia. W części szczegółowej rozpatruje: 1) choroby układu piramidowego, 2) choroby układu rdzeniowo-mięśniowego, 3) choroby pozapiramidowe, 4) myopatje i dystrofje, 5) organopatje rozsiane, 6) choroby rozwojowe, 7) cierpienia funkcjonalne, 8) choroby egzogenne i usposobienie dziedziczne do nich. Do działu piramidowego wciągnięte zostały mniej słusznie choroby pierwotne mięśni, amyotrofja neuralna, dystrofja myotoniczna, do rzędu stwardnienia mózgu (*sclerosis cerebri*) wliczone stwardnienie wielogniskowe, idjotyzm amaroptyczny Tay-Sachsa, choroba Picka. W dziale chorób rozwojowych umieścił autor neurofibromatozę Recklinghausena i chorobę Littlego (choroba Littlego nie jest rodzinno-dziedziczna, lecz jest nią wyłącznie podobna do niej *diplegia cerebri progressiva familiaris*, opisana po raz pierwszy jako choroba endogenna przez Higiera i Freuda. Ref.). Rozdział „Varia” obejmuje oczopląs rodzinny i ślepotę dziedziczną, jako pogranicze neurologji. Ostatni rozdział pod tytułem „zaburzenia czynnościowe” zawiera *mixtum compositum* chorób organicznych i funkcjonalnych, stałych i okresowych: myotonję, myastenję, napadowe porażenie mięśni, padaczkę, migrenę, psychopatję i nerwice. Poważną rolę odgrywa w profilaktyce rozdział o walce ze stanowiska higieny rasy: die rassenhgienische Bekämpfung. Książka zawiera ogrom pracy, wymaga znajomości przedmiotu i piśmiennictwa, początkujący neurolog zgubi się w szczegółach i nie zorjentuje się szybko w ciągłych odsyłaczach. Mimo uwzględnienia całej literatury przedmiotu, krzywdą się stała wielu zapomnianym twórcom tego działu neurologji (Erb, Hoffmann, Toth), a nawet niesłusznie spostonowane zostały prace niektórych znanych genealogów, genetyków i klinicystów lat ostatnich (E. Bauer, J. Bauer, K. H. Bauer).

H. Higier.

M. KLOPSTOCK und A. KOWARSKI. **Praktikum der klinischen chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.** (Wydanie jedenaste, przerobione i powiększone z 60 rysunkami w tekście i 56 barwnymi tablicami. Urban - Schwarzenberg, Berlin-Wiedeń 1935, stron 568).

Powszechnie uznany i bardzo rozpowszechniony podręcznik laboratoryjny „Klopstock i Kowarski” doczekał się już jedenastego wydania, co wymownie świadczy o jego zaletach. Niema chyba laboratorium klinicznego, gdzieby „Klopstock i Kowarski” nie leżał na stole i nie przechodził z rąk do rąk. W wyrażnej i najwzięjszej formie znajduje się w nim opis wszystkich badań, dokonywanych w laboratorium klinicznym, od najprostszych do najzawilszych. Ponieważ zaś badania laboratoryjne od czasu wojny nabrały znacznego rozmachu i przerzuciły się na nowe zagadnienia i dziedziny, przedewszystkiem chemiczne badania krwi, przed wojną prawie wcale nie uprawiane, przeto i podręcznik zmienił swoją treść w każdym nowym wydaniu. Dość powiedzieć, że w pierwszym wydaniu napróżno szukano tam metody określania cukru we krwi. Obecne jedenaste wydanie ma już objętość dwa razy większą, niż pierwsze, pomimo iż skreślono w niem wiele przestarzałych prób, a nowe podano w możliwym skróceniu. Nowe wydanie wzbogaciło się przez dodanie badania dwunastniczego, określania rezerwy alkalicznej, odczynu T a k a t a - A r a we krwi i płynie, określenie lepkości i refrakcji krwi oraz reakcji wiązania dopelnacza w gruźlicy. Nowemu opracowaniu i uzupełnieniu uległy rozdziały, dotyczące grupy laseczników paradurowych i nieżyłotowych, aglutynacji, odczynu Meinickego i bakteriologicznych badań chorób skórnych. Odczyn W a s s e r m a n n a wyłożony jest zgodnie z zarządzeniem władz sanitarnych. — Podręcznik ma doskonałe rysunki, piękne tablice barwne oraz liczne tabele cyfrowe, jak np. do określania tłuszczu w mleku laktobutyrometrem M a r c h a n d a, do określania mocznika metodą K o w a r s k i e g o, do określania cukru we krwi i t. d. Bakteriologiczne badania chorób skórnych zajmują w podręczniku 30 stron i obejmują ropienia, wągliki, promienie, gruźlicę, wrzód miękki, strupień, kile, włosy, paznokcie i t. d. Rozdział ten umocni stanowisko K l o p s t o c k - K o w a r s k i e g o w klinikach dermatologicznych. — Zaznaczyć jeszcze należy, że autorzy wnieśli do podręcznika wiele swoich pomysłów (określanie cukru we krwi metodą K o w a r s k i e g o, określanie szybkości opadania krwinek według K o w a r s k i e g o), najważniejszą jednak ich zasługą jest to, że podążają wytrwale za postępem wiedzy klinicznej i zopatrują swój podręcznik we wszystkie aktualne metody, przez co ułatwiają pracę klinicystów, zaoszczędzając im trud wyszukiwania tych rzeczy w piśmiennictwie. Podręcznik bierze się do ręki z satysfakcją i z wiarą w dobrą radę. — Firmie wydawniczej należy się uznanie za staranne i piękne wydawanie tego podręcznika: stale ten sam czytelny, doskonały druk, piękny papier i korekta bez zarzutu. Nowe wydanie ma nawet tę samą, znaną każdemu oprawę. Życzymy książce dalszego powodzenia, a autorom sił do dalszej wytrwałej pracy dla podnoszenia poziomu naukowego naszych szpitali.

W. K n a p p e.

F. MANDL. **Theorie und Praxis der Krebskrankheit.** (Verlag Wilhelm Maudrich. Wien. 1932).

W niewielkiej stosunkowo książce (144 str.) M a n d l zebrał najważniejsze dane o raku ze szczególnem uwzględnieniem leczenia raka i walki społecznej z nowotworami złośliwymi. Po krótkim omówieniu teoretycznej strony zagadnienia autor podaje przegląd ogólnych zasad i nowszych metod

leczenia nowotworów złośliwych. W drugiej, obszerniejszej części swej pracy autor omawia nowotwory poszczególnych narządów, zatrzymując się specjalnie nad sprawą rozpoznawania i leczenia. Treść jest poparta przykładami klinicznymi i danymi statystycznymi. Książka *M a n d l a* ma dużą wartość praktyczną i powinna zainteresować szerszy ogół lekarzy.

M. P ł o ń s k i e r

A. W. KUKOWKA. *Der Krebs. Seine Entstehung und Erklärung.* (Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 1932).

Autor w pierwszej części swej pracy omawia krytycznie dotychczasowe poglądy, hipotezy i teorie, dotyczące raka. Po zsumowaniu ustalonych dotychczas wiadomości o powstawaniu nowotworów złośliwych, *K u k o w k a* wskazuje, słusznie zresztą, na cały szereg braków i luk w nauce o raku. Następnie, wychodząc z założenia, że życie komórki w kręgowców jest regulowane przez energję samej komórki, przez gruczoły wydzielania wewnętrznego i przez układ nerwowy autonomiczny, — autor przechodzi do sformułowania swego własnego poglądu na istotę raka. Według tego poglądu rak jest następstwem biologicznym zaburzenia trzech czynników, regulujących życie komórki: energii, hormonów i układu autonomicznego; w następstwie tego zaburzenia zjawia się zwyrodnienie rakowe komórki i zaburzenie jej stosunku do komórek sąsiednich. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu dwóch czynników powodują zjawienie się stanów przedrakowych. W związku z powyższem *K u k o w k a* staje na stanowisku, zresztą zupełnie słusznem, że w leczeniu nowotworów złośliwych należy uwzględnić stan gruczołów wydzielania wewnętrznego i układu autonomicznego i na tej drodze oddziaływać na nowotwór złośliwy, który jest chorobą ogólną.

M. P ł o ń s k i e r.

Zarys metodyki badania układu krążenia. Praca zbiorowa pod redakcją Prof. D-ra M. Semerau-Siemianowskiego, nakładem wydawnictwa: „Współczesne Lecznictwo Farmaceutyczne i Fizykalne”. Warszawa, 1935 r.

Zarys metodyki badania układu krążenia, wydany pod redakcją Prof. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i e g o przez jego współpracowników dla uczenia 10-ciolecia istnienia oddziału, stanowi b. pożyteczną pracę na niwie polskiego piśmiennictwa lekarskiego, dość ubogiego jeszcze do niedawna, szczególnie, jeżeli chodzi o podręczniki i monografie kliniczne. W książce tej na przestrzeni 175 stronic znajdzie czytelnik zwięzły, a jednak wyczerpujący i utrzymany na poziomie współczesnej nauki o kardiologii wykład, a raczej szereg wykładów, omawiających systematycznie dział za działem wszelkie kliniczne metody badania narządu krążenia. Poprzedzone przez historyczny rzut oka na rozwój kardiologii i przez krótki przegląd danych z anatomji i fizjologii serca i naczyń, następują rozdziały, poświęcone poszczególnym metodom badania klinicznego — każdy opracowany przez innego autora zśród licznych współpracowników Prof. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i e g o, ale wszystkie połączone wspólną więzią wewnętrzną — jednolitej i doskonałej szkoły klinicznej. I to przede wszystkim przyjemnie uderza czytającego, iż niema w tej pracy tak znacznych różnic ani w formie, ani w treści poszczególnych działów, jakie nieraz tak rażą w wydawnictwach zbiorowych. Jeżeli chodzi o treść omawianej tu pracy to, poczynając od sposobu zbierania wywiadów aż do najnowszych danych elektrokardjografji i czynnościowego badania wy-

dolności serca, znajdzie tu czytelnik na niewielkim stosunkowo obszarze niemal wszystko, czem kardiologja współczesna w dziedzinie dagnostyki rozporządza. Bardzo słusznie podkreślone jest doniosłe znaczenie sfigmografji coraz bardziej, niestety, zaniedbywanej i odsuwanej na dalszy plan przez potężnie rozwijającą się i opanowującą klinikę naukę o elektrokardjografji. A przecież analiza krzywych stigmograficznych nietylko w wielu przypadkach nie da się zastąpić przez elektrokardjogram, ale stanowi niezmiernie cenny i ważny czynnik dla dokładnego zrozumienia i przyswojenia sobie wielu subtelnych szczegółów, dotyczących fizjologii i fizjopatologii serca, których znajomość przydaje się nietylko specjalistom-kardiologom. Na specjalne wyróżnienie zasługuje doskonale opracowany rozdział o badaniu radjologicznem serca i dużych naczyń, który w dzisiejszej dobie szerokiego rozpowszechnienia aparatów rentgenowskich nawet w prywatnych gabinetach lekarskich niewątpliwie z uznaniem przyjęty będzie przez ogół czytelników. Bardzo trudne zadanie ze względu na szczupłość miejsca miał autor rozdziału, poświęconego elektrokardjografji — i dlatego, być może, rozdział ten niezupełnie odpowiada swemu przeznaczeniu: czytelnikowi niespecjaliście, nie posiadającemu odpowiedniego przygotowania teoretycznego, nie da on dostatecznie jasnego i przystępnego obrazu tej tak ważnej dziś dziedziny kardiologii, dla specjalisty zaś jest on może nieco zbyt popularny. Z obowiązku sprawozdawcy zanotować wypada kilka drobnych jeszcze uwag, które nasuwają się przy przeglądaniu tej niezmiernie, zresztą, aktualnej i interesującej książki. Otóż przy omawianiu poszczególnych szmerów serca może wartoby było podkreślić narastający crescendo charakter szmeru przedskurczowego w zwężeniu lewego ujścia żylnego; w rozdziale, poświęconym osłuchiwaniu tętnic, nie znalazł uwzględnienia może nie tak często spotykany, ale czasami b. pożyteczny dla rozpoznania utajonej kity naczyniowej objaw t. zw. „lewej tętnicy podobojczykowej”, na który zwrócili w swoim czasie uwagę *L i a n* we Francji i *A. L a n d a u* u nas; podobnie w dziale o oglądaniu układu naczyniowego nie znalazłem wzmianki o uwidacznianiu się pod skórą na grzbiecie powierzchownych tętnic, rozszerzonych zastępczo w przebiegu rzadko wprawdzie spotykanej wady wrodzonej, opisywanej pod nazwą „*stenosis isthmi aortae*”; niema również opisu guzków macalnych wzdłuż tętnic w przebiegu guzkowatego zapalenia okolotętniczego („*periarteriitis nodosa*”). W rozdziale o badaniu czynnościowem wydolności krążenia, obok próby fluoresceinowej dla określenia szybkości krwiobiegu, nie wspomniano o prostszych i bardziej dziś rozpowszechnionych, szczególnie wśród klinicystów amerykańskich, sposobach badania tego przy zastosowaniu roztworu sacharyny, żółcianów, czy wreszcie, jak ostatnio zaproponowano — 0,25 ccm. eteru dożylnie. To byłyby chyba najważniejsze nasuwające się tutaj, a w gruncie rzeczy drobne i nie posiadające istotnego znaczenia usterki, a raczej niedopatrzienia, które w niczem absolutnie nie zmniejszają zalet omawianej książki i z łatwością usunąć i uzupełnić się dadzą w wydaniu następnem, które, bez wątpienia, okaże się w najbliższym czasie konieczne. Specjalnie podkreślić należy doskonałą szatę zewnętrzną — świetny papier, wyraźny druk i staranną korektę „Zarysu metodyki badania”..., co przyczyni się niewątpliwie również do zasłużonego powodzenia tej pożytecznej i wartościowej pracy.

M. F e j g i n.

## Wskazówki praktyczne

W uporczywych wymiotach ciężarnych radzi *H e r b r a n d* stosować wyciąg z nadnercza w postaci przetworu *Pancortex* „Henning” domięśniowo. (D. m. W. 1935, N. 42).

*K. P e t e r s* widzi w *Proklimanie* „Ciba” skuteczny środek przeciwko dolegliwościom okresu przekwitania.

W *trombopenji esencjalnej* (choroba *Werlhofa*, mało-

plytkowość) u dzieci stosował S c h i f f z powodzeniem *Cebion* (kwas askorbinowy) obok świeżych jarzyn i owoców, a niekiedy i małych dawek gotowanej wątroby oraz surowego żółtka. Z początku dzieci otrzymywały 6 pastylek cebionu dziennie *per os*, a po części później co 2 dzień 2 ampulki tegoż leku (0,1 kwasu askorbinowego) dożylnie. (Kl. Woch. 1935, N. 42).

—o—

Wychodząc z założenia, że dodatek witaminy A znakomicie wspiera działanie witaminy D, poleca E. P ü s c h e l przetwórk skombinowany z witaminy A i D — *Detavit* — w *leczeniu krzywicy*. Otrzymuje się tą drogą wyniki takie same, jak za pomocą 3 — 5-krotnie większej dawki Wigantolu. (Kinderärztl. Prax. 1935, N. 5).

—o—

W przypadku ciężkiego *otrucia sublimatem* osiągnął A. K o r á n y i wyleczenie za pomocą codziennych upustów krwi przeciętnie 300 ctm.<sup>3</sup> obok również codziennego dowozu 500 ctm.<sup>3</sup> płynu R i n g e r a i dożylnych wstrzykiwań hipertonicznego roztworu soli kuchennej. Objawy mocznicy i zatrucia przy obfitej diurezie cofnęły się, mecz powrócił do stanu prawidłowego. (Kl. Woch. 1935, N. 21).

—o—

W *szczególnie silnem podnieceniu alkoholowem* stosuje J. S. G a l a n t następujący przepis: *Rp. Luminal. 0.1, Spir. vin. 20.0; Aq. dest. ad 200.0. M.D.S.* Zażyć naraz. Po dłuższym spokojnym śnie pacjent budzi się bez wszelkich objawów niepokoju psychomotorycznego. (Schw. m. W. 1935, N. 26).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

#### XII Zebranie z dnia 18 października 1935 roku.

Obecnych na zebraniu osób 64.

Prezes Wydziału Kol. W. K a p u ś c i Ń s k i zagaja I Zebranie powakacyjne powitaniem ks. Prefekta apostolskiego Ignacego K r a u s e g o z Shuntehfu (Chiny).

W komunikatach donosi prezes o zorganizowanej przez zarząd Wydziału Lekarskiego wycieczce do wykopalisk w Biskupinie. Wycieczka odbyła się dnia 6.X.1935 r. przy udziale członków Wydziału oraz ich rodzin.

Termin przyszłego zebrania Wydziału został ustalony na piątek, dnia 25.X. wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Pedjatrzyznego.

P o k a z y:

1) Kol. H o r n o w s k a - K u r k i e w i c z o w a A. (członek Wydziału): *Przypadek choroby Addisona.*

Kol. H. przedstawia przypadek choroby A d d i s o n a u mężczyzny lat 36, dobrze odżywianego. Chorobę poprzedziła „grypa“, trwająca 8 miesięcy. Przed ½ rokiem wystąpiły ciemne brunatne plamy na skroniach i ciemne zabarwienie szyi oraz silne bóle głowy, trwające 2 miesiące. Przed miesiącem zjawily się bóle w lędźwiach. W okresie choroby spadek wagi o 14 kg. Rozpoznanie potwierdza, poza ciemnym zabarwieniem odsonionych części skóry, okolicy narządów płciowych i odbytu oraz ciemnoniebieskich plam na śluzówce jamy ustnej wybitna adynamja mięśni. Stałe przyspieszenie tętna w pozycji stojącej, skłonność do niższej ciepłoty ciała, wybitne zagęszczenie krwi ze wzmoczeniem mocznika i kwasu moczowego oraz zmniejszenie bilirubiny. Pozatem stwierdzono hipoglikemję. Próba wodna po małym wysiłku: ustrój zatrzymuje przeszło 50% wody. Wydalanie z moczem chlorków, kwasu moczowego i mocznika zmniejszone. Przechy rozpoznaniu jedynie wzmoczenie chlorków we krwi oraz ciśnienie krwi w granicach: maks. — 105 — 130 mm. Hg., min. — 65 — 80 mm. Hg. R i v a - R o c c i.

Leczenie: Podawanie większej ilości cukru, soli oraz witaminy C. (Dokładny opis przypadku z podaniem wyników badań klinicznych zostanie ogłoszony w prasie lekarskiej).

Kol. L u b i e n i e c k i (członek Wydziału): W związku z wywiadami pacjenta powstała myśl o możliwości u niego przewlekłego zatrucia arsenem wskutek spożywania dużych ilości owoców, przywożonych z zagranicy, o których krąży pogłoska, że są posypywane, wzgl. obryzgiwane arsenikiem w celach zapobiegania psuciu. Kto z Kolegów mógłby poinformować nas, czy rzeczywiście arsenik stosuje się w celach konserwacji owoców, i czy może powstawać stąd niebezpieczeństwo zatrucia?

Kol. Ł a s z e w s k i (członek Wydziału): Wyjaśnia, że dla konserwacji owoców popryskuje się je związkami miedzi.

Kol. G r o s s m a n n ó w n a (członek Wydziału): Podaje jako przyczynek do uwag kol. L u b i e n i e c k i e g o swoje spostrzeżenie: po spożyciu przez dwie osoby po pół jabłka kalifornijskiego, obranego ze skórki nastąpiły objawy zatrucia już po 2 godzinach, polegające na silnych wymiotach,

prostracji oraz bieguncce. Przemienia to za działaniem toksycznym nawet małych dawek środka konserwującego.

Kol. K u c h a r s k i (członek Wydziału): radzi badać treść dwunastniczą (żółć) na obecność arsenu, gdyż z żółcią wydziela się więcej arsenu, niż z moczem.

Kol. H a n a s z o w i (członek Wydziału): zapytuje, dlaczego nie stosowano w danym przypadku leku hormonalnego z kory nadnerczy, mianowicie Cortiny, która działa specyficznie w chorobie A d d i s o n a, choć jest to tylko terapia substytucyjna?

Kol. H o r n o w s k a K u r k i e w i c z o w a A. (członek Wydziału): W odpowiedzi Kol. H a n a s z o w i: leczenie hormonalne — wyciągami z nadnerczy jak Cortin, Cortigone, Eucortin, nie było stosowane ze względu na duże koszty preparatów. Dobre wyniki daje również stosowanie preparatu Mercka „Cebion“, zawierającego witaminę C, oraz zastrzykiwanie roztworu wodnego Cysteiny w dawce 0,2.

2) W y k ł a d ks. Prefekta Apostolskiego I. K r a u s e g o: *Działalność medyczno-misyjna w Polskiej Prefekturze Apostolskiej w Shuntehfu (Chiny).*

Prelegent przedstawia referat ks. misjonarza Dr. S z u n i e w i c z a, który przed wstąpieniem do zakonu O.O. misjonarzem, był asystentem kliniki okulistycznej w Wilnie. Dzięki swej specjalności, ks. Dr. S z. miał ułatwione zadanie misyjne, gdyż choroby oczu stanowią plagę Chin. Pracę nad wielkim dziełem miłosierdzia w Shuntehfu rozpoczęli misjonarze francuscy i włoscy. Dział jednak pomocy medycznej na tej placówce do czasu przybycia misjonarzy polskich był zupełnie nietknięty, toteż polscy misjonarze rozpoczęli od tej dziedziny swoją owocną działalność. Pierwsi więc Polacy uruchomili ambulans oczny, przekształcili przytulisko na szpital oraz zaczęli kształcić odpowiedni personel. Już po 4 latach pracy stwierdzić było można wspaniały rozwój szpitala z liczbą 76 łóżek. Liczba dokonanych tam operacji dochodzi do 730 rocznie, liczba chorych wynosiła w roku 1934/36 — 848. Zpocśród operacji znaczny odsetek przypada na zabiegi, spowodowane jaskrą (*glaucoma*), często wykonywa się tam operacje plastyczne powiekowe, dużo też pracy i zabiegów poświęca się schorzeniu, które stanowi plagę Chin, mianowicie jaglicy, stosując polską metodę leczniczą R o z t w o r o w s k i e g o. Również sprężyste zorganizowane są przychodnie na wzór naszych przychodni krajowych. Pomimo istnienia szpitala wojskowego utworzona przez naszych misjonarzy przychodnia dla wojskowych, ze względu na fachową pomoc w chorobach oczu, cieszy się dużym powodzeniem. Trzecia przychodnia ma za zadanie roztoczyć opiekę nie tylko nad dzieckiem chorem, ale i zdrowem. Reszta przychodni w liczbie 9-ciu udziela porad wyłącznie w chorobach ocznych. Kierownictwo oraz kontrola w przychodniach spoczywają w rękach fachowca lekarza misji. Poradnie oddalone są od siebie o 25 klm. najodleglej położona przychodnia w Kiulu ma stać się w roku bieżącym „ośrodkiem zdrowia“. Aby wykształcić na miejscu odpowiedni personel fachowy, utworzono szkołę misyjną dla infirmarzy, którzy przechodzą tam dwuletnie studjum oraz praktykę. Wychowankowie tej szkoły wyznaczeni są nie tylko do pracy medyczno-misyjnej w Prefekturze Shuntehfu, lecz i w wioskach sąsiednich, np. w dalekich Pingliang (Kansu). Największy odsetek zarejestrowany przez lekarza

w przychodni przypada na chorych dotkniętych jaglicą, dochodzi on do 42%. Z ogólnej liczby przypadków jaskry, wynoszącej około 2%, stwierdzić się dało, że choroba ta zjawia się w Chinach w wieku o wiele młodszym, niż w Europie, bo nawet poniżej 20 roku życia. Często rejestruje się też chorych, dotkniętych zmianami swoistymi, np. zmiany kiłowe oka. Do schorzeń na tle urazowym dochodzi w Shunthehu b. rzadko, stoi to może w związku z zajęciami mieszkańców, którzy trudnią się wyłącznie rolnictwem. Co do środków leczniczych, to Chińczycy dysponują ogromną liczbą ziół leczniczych, których tajemnicy pilnie przestrzegają, pozatem wybierają się oni w sztuce zabiegów, jak np. masaży lub nakłuć. Badania w kierunku ustalenia wad refrakcji są rzadko stosowane z powodu braku odpowiednich i kosztownych aparatów. Astygmatyzmem zajmuje się jedynie jeden lekarz. Reasumując działalność medyczną Polskiej misji w Chinach, dochodzimy do wniosków następujących: 1) Dążeniem misji polskiej jest niesienie ulgi w cierpieniach tam, gdzie są najdotkliwsze, 2) Misja Polska pragnie dalszej współpracy ze społeczeństwem polskim, aby móc owocnie pracować i przez współpracę i pomoc materialną wzniesić się ponad już istniejący fundament medyczno-misyjny w Shunthehu, 3) Misja Polska nawołuje do ofiarnej współpracy polski stan lekarski.

3) Wykład: Kol. B o r o w i e c k i (członek Wydziału): *Wrażenia z Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego w Londynie.*

Prelegent przedstawił swe wrażenia z II Międzynarodowego Kongresu Neurologów w Londynie, a zarazem swego pierwszego pobytu w Anglii W szczególności zobrazował odrębność organizacji świata lekarskiego w Anglii oraz warunki pracy neurologii angielskiej. Za godną szczególnie podkreślenia uważa współpracę neurologów z przedstawicielami innych specjalności w szpitalach neurologicznych w rozmiarach większych, niż to się dzieje gdzieindziej.

(Wykład będzie ogłoszony w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“).

4) Wykład: Kol. Ł a b e n d z i ń s k i (członek Wydziału): *Sprawozdanie ze Zjazdu Internistów Polskich w Łucku.*

Wykład ukaże się w „Nowinach Lekarskich“.

K. S t o j a ł o w s k i                      W. K a p u ś c i ń s k i  
sekretarz                                      prezes

### XIII Zebranie z dnia 25 października 1935 roku.

Zebranie zostało zorganizowane wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

Obecnych na Zebraniu 42 osoby.

P o k a z y:

1) Kol. Z e y l a n d: *Wole wrodzone u noworodka.*

Kol. Z. przedstawia preparaty wola wrodzonego u noworodka płci męskiej (L. A. — 398/35 — wagi 293 g.), który w dniu urodzenia został z Wojewódzkiej Kliniki dla Kobiet przekazany z powodu sinicy i trudności w oddychaniu do Kliniki Chorób Dziecięcych U. P., gdzie po kilku godzinach wśród objawów duszności nastąpiło zejście śmiertelne (żył 15 godz.). Jeszcze za życia zwracało uwagę zgrubienie szyi w miejscu tarczycy. Badanie pośmiertne wykazało: wole wrodzone wagi 18 g. (przeciętne u normalnych noworodków według R ö s s l e g o i R o u l e t a wynosi 2,91 g.), ponadto wybroczynki krwotoczne rozsiane wyściółki komór mózgowych i nasierdza, stan częściowej niedomy płuc, otwarty otwór owalny i drożny przewód tętniczy, sinica narządów wewnętrznych. Grasicca ważyła 15 g., nadnercza 12 g. Badanie mikroskopowe tarczycy wykazało wole mięsiste, a nie jak to bywa często, powiększenie narządów wskutek przekrwienia. Wielkość tego wola jest daleka od największych, opisanych w piśmiennictwie u noworodków: 42 g (H e c k e r), 46 g (D a n y e n), 102 rg. (D e m m e), dane te jednak pochodzą z okolic endemicznego wola, a nie, jak powyższy przypadek, z okolicy nizinnej, gdzie wogóle wole jest rzadkie. Na 142 sekcje wykonane przez referenta na dzieciach jednomiesięcznych, był tylko jeden, przedstawiony właśnie przyp. wola wrodzonego.

2) Kol. Z e y l a n d: *Przypadek przewlekłego włóknistego zapalenia płuc u 5-letniego dziecka.*

Ref. omawia, jako przyczynek do rozpoznana różnicowego gruźlicy i koklusz, przypadek włóknistego zapalenia płuc u chłopca (K o c h. A.), który w wieku lat 3 w parę miesięcy po śmierci zmarłej na gruźlicę płuc matki był leczony z powodu *spondylitis tbc.* w Szpitalu Ortopedycznym Ubezpiecz. Społ., skąd został skierowany do Kliniki Chorób Dzie-

cięcych U. P. z powodu plamicy W e r l i h o f a. W czasie pobytu na oddziale Kliniki stwierdzono ponadto dodatni odczyn P i r q u e t a i brak zmian rentgenologicznych w płucach.

Po upływie 2 lat chłopiec, licząc piąty rok życia, został ponownie przyjęty na oddział z powodu choroby płuc i ogólnego wyniszczenia. Badanie rentgenologiczne wykazało zaciemnienie rozległe prawie całej górnej połowy prawego płuca płucnego. Wyraźnie przyspieszony opad był powodem rozpoznania sprawy gruźliczej, utwierdzonego także danymi poprzednimi, mimo dwukrotnie ujemnego wyniku badania wysztusiny na prątek K o c h a i mimo kaszlu kokluszowego, który uważano za kaszel „gruźlicowy“. Dziecko zmarło wśród postępującej duszności i sinicy, co mimo braku odpowiednich zmian w rentgenogramie nasunęło nawet myśl o rozsianiu procesu gruźliczego w płucach.

Badanie pośmiertne wykazało, że z przebytej sprawy gruźliczej pozostały jedynie bardzo drobne ogniska wapniowo-kostne w 2 gruczołach chłonnych szyi oraz drobne typowe gruzelki z wybitnymi zmianami szklisto-włóknistymi w jednym z gruczołów płucno-oskrzelowych prawego płuca oraz w pobliżu, w mięszu płucnym prawej węzki. Natomiast na pierwszy plan wysunęły się zmiany następujące: Przewlekłe zapalenie włókniste płuc z rozstrzeniami oskrzeli, zapalenie ropne oskrzeli i zrostowe zapalenie opłucny w obrębie górnego prawego płata. Badanie mikroskopowe potwierdziło charakter tych zmian, ujmując ponadto na obwodzie zmian włóknistych płuc zmiany, dające się określić jako *bronchiolitis obliterans*. Rozległe zmiany włókniste płuca z rozrostem nabłonka płucnego robią na pierwszy rzut oka wrażenie, jakoby chodziło o tkanekę gruźlicową, a nie o pluco. (Pokaz preparatu anatomicznego i mikrofotogramów).

Chorobą zatem, która spowodowała zejście śmiertelne, było przewlekłe włókniste, kokluszowe zapalenie płuc, którego rozpoznanie kliniczne było utrudnione przez współistniejącą, chociaż bardzo dyskretną sprawę gruźliczą.

3) Kol. D o e r f e r o w a: *Przypadek zapalenia krwotoczno - ropnego nerek na tle przewężenia moczowodu u niemowlęcia.*

Kol. D. przedstawia, jako przyczynek do patogenetyki ropomocz, preparat anatomiczny i histologiczny przypadku ropnego zapalenia nerki z rozszerzeniem i zagięciem moczowodu u niemowlęcia 4 miesięcznego z objawami klinicznymi pyurji. Chodzi o dziecko o ogólnej zmniejszonej wartościowości ustroju z rozszerzeniem podniebienia miękkiego oraz ze stopą spotałą. Dziecko przyjęto w bardzo ciężkim stanie, wyniszczone z żółtaczką, z obustronnym ropnym zapaleniem ucha środkowego oraz odoskrzelowym zapaleniem płuca lewego. Na parę dni przed przyjęciem dziecko przeszło zapalenie kiszki grubej. W moczu stwierdza się białko, barwniki żółciowe, odczyn na azotyny dodatni, w osadzie całe pole widzenia usiane leukocytami i bardzo liczne wałeczki ziarniste. Odczyn W a s s e r m a n n a z krwi ujemny. Sekcja, wykonana przez Doc. Z e y l a n d a, poza potwierdzeniem klinicznych obserwacji, wykazała nerkę prawą prawie dwukrotnie większą od lewej. Brzeg przekroju wywijał się, nerka bardzo miękka. Zarówno pod torebką, jak i na przekroju liczne żółte ogniska punkcikowate oraz w górnym biegunie większe ognisko krwotoczne barwy czarnej, z miejsca tego wyciekła krew. Wogóle zawartość miedniczek mętno-krwawa. Nerka lewa zmian chorobowych nie wykazała.

Moczowody: na całej przestrzeni drożne o przebiegu nieco krętym, rozszerzone. Głównie rozszerzony jest moczowód prawy, który na połowie swej długości ma znaczne przewężenie i zagięcie pod kątem, powyżej tego miejsca moczowód jest silniej rozszerzony. W miejscu tem prawdopodobnie powstał zastój moczu, i doszło wobec tego do rozszerzenia moczowodu powyżej tego miejsca, przerostu nerki prawej i jej miedniczek oraz wtórnej sprawy zapalnej w nerce. Nerka obecnie wykazuje zmiany charakterystyczne dla *nephritis haemorrhagico - purulenta*.

4) Kol. Jan A l k i e w i c z (członek Wydziału):

1. *Anetodermja* (J a d a s o h n). Chora, lat 28, ma od 2 lat na kończynach dolnych ogniska wielkości 10 groszków, koloru różowego pokryte lśniącym, atroficznym naskórkem. Przy przesuwaniu palcem odnosi się wrażenie zapadania palca w skórę. Ołówek, przyciśnięty do ogniska takiego, pozostawia długo utrzymujące się wklęsłość.

Przedstawia się równocześnie preparat histologiczny, z którego wynika, że istotą choroby jest zanik włókien sprężystych.

2) *Onychia luetică ulcerosa*. Chory lat 37 przechodził przed 4 mies. kile I. Rozpoczął leczenie, lecz nie dokończył. W chwili obecnej zgłasza się z objawami kily II, występujących jednak, podobnie jak inne kilowe zmiany w przypadkach naskórkowych skóry, dopiero w jakiś czas po ustąpieniu wczesniej uogólnionej II-go rzędowej wysypki w skórze i w błonach śluzowych (np. *alopecia luetică, leukomelanodermia*). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w tych przypadkach wykazuje często w płynie m. rdz. wyraźne zmiany, to też i w przypadku Kol. Alkiewicza należałoby dokonać nakłucia lędźwiowego.

Rozprawa: Kol. Straszyński (członek Wydziału): Przypadek, pokazany przez Kol. Alkiewicza, należy do rzadkich zmian wczesnego okresu kily, występujących jednak, podobnie jak inne kilowe zmiany w przypadkach naskórkowych skóry, dopiero w jakiś czas po ustąpieniu wczesniej uogólnionej II-go rzędowej wysypki w skórze i w błonach śluzowych (np. *alopecia luetică, leukomelanodermia*). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w tych przypadkach wykazuje często w płynie m. rdz. wyraźne zmiany, to też i w przypadku Kol. Alkiewicza należałoby dokonać nakłucia lędźwiowego.

3) Wykład:

Kol. Paliwodziańska: *Wgłobienia jelitowe u dzieci*.

(Wykład ukazał się *in extenso* w „Nowinach Lekarskich“, rocznik 1935 r. Nr. 21, str. 660).

4) Wykład:

Kol. Zeylańd: *Witamina D w gruźlicy doświadczalnej świnek morskich*.

(Wykład ukazał się w „Nowinach Lekarskich“, rocznik 1935 r. Nr. 21, str. 645).

K. Stojalowski  
sekretarz

W. Kapuściński  
prezes

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Związku Lekarzy Karyntji w Celowcu dnia 16 maja 1935 r. (Wien. med. Woch. N. 45/1935) pokazywał Folger przypadek *wrodzonego bezwładu mięśni (mytonia congenita)*, cierpienia, opisanego przez Oppenheima

ma w r. 1900, które się cechuje wrodzonym lub ujawniającym się w pierwszych dniach życia bezwładem lub przynajmniej osłabieniem napięcia prawie wszystkich mięśni tułowia i kończyn. Mięśnie kończyn górnych, które są zwykle w mniejszym stopniu dotknięte, wykazują charakterystyczne ustawienia w postaci t. zw. rąk z uszami. Przebieg pokazywanego przypadku wykazywał uderzające zaburzenia w postaci ustawienia rąk z uszami, zaburzeń oddechowych wskutek porażenia mięśni brzusznych, zupełnie wiotkiego zwisania ciała i kończyn dolnych u dziecka, trzymanego na rękę, w przeciwieństwie do ruchliwości normalnego dziecka. Choroba ukończyła się w tym przypadku szybko zejściem śmiertelnym. Prelegent omówił jeszcze trudne czasami różniczkowanie z rdzeniowym zanikiem mięśni Werdnig-Hoffmanna.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo-Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 14 maja 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 46/1935) Kahrr pokazywał przypadek *choroby Recklinghausena*. Przypadek dotyczył 59-letniej kobiety, która miała ponad 4000 guzków na skórze, żadnego natomiast na błonach śluzowych. Dziedziczości nie udało się stwierdzić. W 10 lat po utracie miesiączki wystąpiły krwawienia. Macicę z włókniakomięsakiem usunięto *per laparotomiam*. Wkrótce potem zjawily się przerzuty w kościach czaszki i w kręgosłupie. Badanie histologiczne wykazywało prawdopodobieństwo uważania tkanki nerwowej za punkt wyjścia mięsaka.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo-Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 14 maja 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 46/1935) Dora Bruecke-Telek pokazywała *rzadki przypadek raka narządów płciowych*, który skończył się *wyleczeniem*. Guzy uważano początkowo za zapalne. Latko wykonał w 1928 r. u 26-letniej podówczas pacjentki laparotomię i znalazł z obu stron torbiele jajników. Ponieważ w ścianie ich znaleziono przerzuty raków, nie stwierdzając raka pierwotnego, zastosowano promienie Röntgena. Dopiero w 1934 r. wystąpiły znowu krwotoki maciczne. Wycięto macicę z gruźliczakami w trzonie, a następnie zastosowano naświetlanie promieniami Röntgena. Od tego czasu pacjentka jest wyleczona.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Pamiętnik Forela.

Podał<sup>1)</sup>

Jan NELKEN (Warszawa)

W 1935 roku ukazał się w druku pamiętnik prof. Augusta Forela<sup>2)</sup>. Forel, profesor psychiatrii, badacz mózgu, znawca mrówek, twórca ruchu przeciwalkoholowego i apostoł higieny psychicznej nadługo przed skryształizowaniem się jej w wyraźny prąd społeczny, uczony pełen wiary, przekonania i temperamentu — zmarł 28.7.1931 roku.

Pamiętnik ten jest wyjątkowy. Forel badał swoje życie obiektywnie z punktu widzenia psychiatrii i neurologa.

W jednej z moich ostatnich prac<sup>3)</sup> stanąłem na stanowisku należytej oceny cech psychopatycznych jednostek twórczych i wybitnych, cytując określenie Gröta: „bardzo wartościowych, którzy jako umysły wybijają się w sztuce, nauce, wynalazkach i bohaterstwie ponad przeciętny poziom społeczeństwa i dlatego są niezbędni dla kultury“.

<sup>1)</sup> Przy współpracy D-ra fil. Ireny Borkowskiej i J. Nelkenowej.

<sup>2)</sup> „Rückblick auf mein Leben“ — Europa - Verlag, Zürich.

<sup>3)</sup> Higiena psychiczna usposobienia psychopatycznego jako zagadnienie kultury“. Biblioteka Eugeniczna w Warszawie. 1935.

Forel jest najlepszym przykładem, jak przemieszka cech psychopatycznych — w znaczeniu ściśle psychiatrycznym — może wspomagać niezwykle zdolności wrodzone i popchnąć człowieka na tory coraz szersze, aby wreszcie zamknąć życie w testamentie tak wszechludzkiem.

Pamiętnik ten wykaże nam całe podłoże psychiczne ludzi wielostronnych, niezmiernie czynnych, stanowczych, pewnych siebie i nieraz w stosunku do otoczenia szorstkich. Ponieważ rzadko ma się do czynienia z bezosobowym, przyrodniczym i psychiatrycznym podejściem do własnej osoby u schyłku wyjątkowo wszechstronnego i pracowitego żywota, należy uwypuklić więc w tym testamencie wszystko to, co z punktu widzenia nowożytnego psychiatry i psychoanalizy składa się na charakter człowieka, który tak ogromne zasługi dla wiedzy i ludzkości w całym swoim życiu położył.

Zacznijmy od testamentu<sup>4)</sup>, jako syntezy całego żywota.

Z zaświata mówi do nas głos Forela:

„Umarły<sup>5)</sup> mówi do was, ale bądźcie spokojni, nie będę Wam mówił nic o tańcu śmierci. Zresztą, proszę wszystkich, którzy nie mogą i nie chcą słyszeć prawdy, aby się usunęli. Powziąłem postanowienie, aby w dzień spalania mego ciała zwrócić się do Was osobiście

<sup>4)</sup> Testament ten polecił Forel swemu najstarszemu synowi odczytać nagłos przed spopieleniem zwłok w krematorium.

<sup>5)</sup> Tłumaczenie polskie Z. L. — Wolnomyśliciel Polski 1935, N. 26.



cie i samemu przemówić we własnej swojej obronie, gdy zpoza grobu przesyłam Wam ostatnie pożegnanie“...

„Poza pięknie brzmiącymi frazesami pozostaje tylko jeszcze prawdziwa po ziemsku i ludzku pojęta religja społecznego dobra“...

„Jest przeto naszą rzeczą, żeby własnymi siłami przewyciężyć zło przy pomocy dobra. Możemy to osiągnąć przez wytrwałość i wyrzeczenie się: postępy wiedzy i moralności społecznej dowodzą nam codziennie, że w niedalekiej przyszłości osiągniemy cel. Solidarność ludzka nie jest pustym dźwiękiem: od szczęścia ogółu zależy szczęście każdej jednostki, a od ofiarnej i bezinteresownej pracy każdej jednostki zależy szczęście ogółu. Czy nie czujecie wszyscy, że w naszej próżności i indywidualistycznej miłości własnej nie dostrzegamy i nie cenimy dobrodziejstwa, które mamy do zawdzięczenia naszym przodkom, naszym poprzednikom? Dzięki ich czynom, ich potowi, ich krwi, pomimo wielokrotnych ich zwątpień o powodzeniu znieprawionego i zelzonego dzieła, niejednokrotnie nawet karanego męczeństwem i paleniem na stosie, jest nam danem (zresztą najczęściej bez wdzięczności z naszej strony) cieszyć się dobrodziejstwami cywilizacji, która nas uwolniła od bojaźni, od głodu, od niektórych naszych zabobonów i od tylu innych cierpień i mąk czasów, które z prawdziwą ironją zwiemy „dawnymi i dobrami“...

„Okazmy zatem wolę i zdolność do wdzięczności względem rzeczywistych dobroczyńców ludzkości i badaczy naukowych, którzy przygotowali za czasów przodków naszych względne szczęście ludzkości, którym się dziś cieszymy. Nauczmy się jednak dorównywać tym dzielnym ludziom w naszej własnej, pełnej zapалу i wytrwałości pracy i w prostocie naszego życia“...

„Niech każde z Was, drogie dzieci, widzi swój najwyższy ideał i swój najdroższy obowiązek w tem, żeby dołożyć kamyczek do społecznej budowy; będzie to pożyteczne i dobre przewyciężenie się, którego żadne z Was nie będzie żałowało. Potrzebny jest do tego niezruszony optymizm“...

„Niech żyją szczęśliwie nasi potomkowie na podstawach coraz większego społecznego ideału pracy i poświęcenia dla dobra na gruncie postępu nauki, prostoty obyczajów, trzeźwości, rozumnego doskonalenia rasy, pokoju, ogarniającego wszystkie narody ziemi, słowem — na gruncie tego wszystkiego, co zmierza do pomnożenia szczęścia, radości życia i społecznych uczuć — poświęcenia, obowiązku i miłości, jak również naszego poznania wewnętrznego, życia naszych dzieci i ras ludzkich dostępnych dla cywilizacji. Drogie dzieci, po raz ostatni błagam Was, byście usiłowały zadać kłam wątpliwym, którzy twierdzą, że są to płody chorej wyobraźni. Dziedziczność jest faktem, i możemy ją bardzo powoli wprawdzie skierowywać w biegu pokoleń na inne tory zarówno zapomocą higieny indywidualnej, jak i higieny rasy, jak i odpowiedniego doboru naturalnego prawdziwych wartości ludzkich, skierowanych ku doskonaleniu dobra ogółu, — doboru, który stanowi przeciwieństwo do obecnego doboru własności ujemnych. Do tego potrzeba coraz bardziej gruntownego badania tych wartości, a przede wszystkim badania mózgu — potrzeba dzieciennego usposobienia do radości życia, płynącej z serca, — do pracy, do talentu, do naukowego i artystycznego genjuszu, do poświęcenia się dla bliźnich, do współczucia, do poczucia obowiązku. Wszystko to dziedziczy się jako skłonność, i musimy się nauczyć mieć przy naszym rozmnażaniu się na oku cel płodzenia dzieci szczęśliwych, zdrowych, odczuwających radość pracy i pełnych uzdol-

nień. Miejmy wolę ku temu, a zdołamy to osiągnąć, gdy u s t a n a w o j n y, i b ę d ą u s u n i ę t e n a p o j e w y s k o k o w e. ...Mrówki nauczyły mnie pracy, zmysłu dla życia we wspólnocie i odrazy do próżnego i brutalnego egoizmu ludzkiego. Później pogodził mnie z życiem D a r w i n oraz naukowe ujęcie rozwoju gatunków, gdy uwolniłem się ostatecznie od urojeń nieba, piekła i wieczności... Później badania mózgu normalnego człowieka oraz mózgu człowieka psychicznie chorego, a w następstwie zajmowanie się hipnotyzmem uświadomiły mi co do prawdziwej psychologii człowieka i prawdy życia.

...Wreszcie powstrzymanie się od używania alkoholu wskazało mi jeden z najlepszych sposobów, jak osiągnąć w krótkim stosunkowo czasie rozumne, ciągle postępujące naprzód uszlachetnienie naszej rasy, dzięki czemu nabrałem znów wiary w przyszłość ludzkości. Poświęciłem jej bez rachunku i bez zwątpienia dużo moich sił, ale zawdzięczam jej również wiele zarówno dla mnie, jak i dla moich najbliższych.

...Naskutek ataku apoplektycznego, wywołanego przez skrzep w mózgu, musiałem się nauczyć samozaparcia, umiejętności wyrzekania się i przypomnieć sobie obowiązek każdego człowieka, by przygotował wszystko na wypadek śmierci — obowiązek, który aż nadto zaniedbałem w moim zapale do pracy...

Czy teraz, kiedy moje życie ma się ku końcowi, mam je opłakiwać i przeklinać? Nie, napewno nie! Opuzczam je w spokoju, bez bólu, bez gorzkości, bez obawy i w mocnej nadziei lepszego życia nie dla siebie, lecz dla Was, moi następcy. Uczyniłem, co mogłem, żeby dzięki mojej pracy i przy pomocy moich dzieci dorzucić kamyczek do naszego społecznego gmachu, i jedynym moim żmierzaniem jest to, że nie umiałem działać lepiej i więcej“...

„Popioły śpią snem wiecznym. Pamiętajcie o tem i myślcie o mnie z pogodą i spokojem, tak, jak myślicie o moich mrówkach, o moich książkach i o starych drzewach orzechowych w ogrodzie“...

„Ostatniem moim życzeniem jest wiedzieć, że jesteście szczęśliwi i przejęci świętym zapalem dla coraz wyższego ideału ludzkości i że dla tego ideału walczyście“...

Przez jakiego człowieka zostało stworzone dzieło, którego ostatecznym głosem jest ten mocny i niezwykle testament?

Aby dać odpowiedź na to pytanie, pytanie świata psychiatrycznego, trzeba zebrać wywiady, obficie i z całkowitem znanstwem rzeczy umieszczone w tym pamiętniku.

Przejdźmy więc do anamnezy, zostawiając narazie na boku całą szeroką i znaną działalność jego autora.

Ojciec, geometra i właściciel ziemski, zmarł w r. 1914 w wieku lat 91. Był to okaz zdrowia, gentleman w każdym calu. Miał on jednak dziwną skłonność do sprzeciwiania się i nie odznaczał się darem wyprowadzania sądów. Z trudem przebijał się przez swoją pracę dzięki przezorności i ostrzeżeniom żony. Posiadał dość żywą fantazję, która często wprowadzała go w błąd. Odznaczał się zadziwiającą zręcznością fizyczną, zmysłem dla sztuki i ostrym darem obserwowania. Ożenił się, mając lat 24 z 18-letnią dziewczyną i miał 4 dzieci. F o r e l był najstarszym dzieckiem. Mieszkał stale na brzegu jeziora Genewskiego.

Matka jego, francuska, była drugą z rzędu z czte-

rech sióstr z drugiego małżeństwa. Protestantka, głęboko poważna, religijna, odznaczała się nerwowym usposobieniem, skłonnością do szperania w sobie i depresji, zdrowem i przekonywającym wnioskowaniem i zdolnościami muzycznymi. Pod wieloma względami była ona przeciwnością swego męża: zawsze zwrócona naważną, praktycznie nicudolna, zewnętrze zaniedbana. Jej poczucie obowiązku, uczucia etyczne, były prawie chorobliwie wzmoczone, z czasem wzmogły się te cechy do męczącego natręctwa. Chciała ona wysunąć wszelkie konsekwencje z wiary religijnej. Dzieci swoje kochała niezmiernie i starała się wnikać do głębi każdego z nich. Na młodego F o r e l a wywarła ona głęboki i utrzymujący się wpływ. Jej własności etyczne wywoływały u niego głębokie uwielbienie. Z wiekiem jej nerwowość stała się coraz bardziej chorobliwą. Zmarła w 62 roku życia po trzyletnim długim niedomaganiu na zakrzep w mózgu.

Dziadek ze strony ojca, August F o r e l, był najmłodszy z 8 rodzeństwa. Całe prawie rodzeństwo odznaczało się długowiecznością. Odznaczał się pomimo pozorów dobrocią serca, łagodnością i zyczliwością. Należał do ortodoksyjnego wolnego kościoła protestanckiego. Co wieczór czytał on swej żonie i głośno odprawiał modlitwę.

Pradziadek z linii ojcowskiej ożenił się z francuską, która nienawidziła jeziora Genewskiego i, jadąc powozem, odwracała się do niego tyłem. Był on bardzo poważny. Prowadził sumne życie.

Babka w linii ojcowskiej odznaczała się temperamentem i namiętnością charakteru, które opanowywały jej rozum. Cała jej rodzina była taka sama. Dziadkowi udało się jednak dzięki silnemu i równemu charakterowi przystosować do siebie babkę, była ona praktyczna, bardzo pilna i bardzo dumna ze swego kołowrotka, przy którym codziennie pracowała. Będąc kiedyś damą dworu u królowej holenderskiej, zachowała ona wiele przesadnych manier z tego czasu. Ona to układała małemu Augustowi włosy w loki i wolałaby zrobić z niego gładkiego kawalera, niż uczonego przyrodnika. Przeciwno temu bardzo się bronił. Wiele z dziecięcych wspomnień małego F o r e l a związane są z własnością dziadków, domem „la Gracieuse“ koło Morges.

Dziadek z linii matczynej, francuz, hugonota i wolny mularz, człowiek wyjątkowo dzielny, stworzył fabrykę wełny. Mówiono o nim ze czcią i poważaniem. Córki jego były bardzo uzdolnione i wysoko stały etycznie.

Babka zaś ze strony matki była stworzeniem luksusowem i tak też była traktowana przez męża. Muzykalna, pełna fantazji, niepraktyczna i nierozsądna. Po śmierci męża straciła podporę. Trafiła pod wpływy katolickie, przeszła do kościoła rz. katolickiego, ostatecznie rozchorowała się i została umieszczona w zakładzie dla psychicznie chorych. Po poprawie stanu zdrowia żyła sobie w domku na osobności i nigdy już nie odzyskała pełni zdrowia psychicznego.

W pamiętniku zawarte są wspomnienia z wczesnego dzieciństwa:

Przypomina sobie F o r e l, że matka grała na fortepianie długie sonaty B e t h o v e n a, co go niezmiernie nudziło, ponieważ nie miał najmniejszego słuchu. Raz śledził on całą godzinę wskazówki zegara, aby spędzić czas, bo matka w swej lekkości nie pozwalała mu bawić się na dworze. Częściowo wskutek przyrodzonego charakteru, częściowo zaś wskutek przesadnej tro-

ski matki stał się on nie do uwierzenia nieśmiały i lękliwy, które to cechy zatruwały mu całą młodość. Wstydział się niezmiernie pokazywać przed kimkolwiek swoje gołe nogi i miał więcej takich dziwactw. — Cierpiał na sny lękowe: często miewał hipnagogiczne omamy pod postacią białych postaci, które rzekomo błądziły po grobach i napełniały go takim lękiem, że ratował się u matki. Przyjaciela ojca, który ich raz odwiedził i był dla niego bardzo przyjazny, zrobił on w swej fantazji dziecięcej czemś w rodzaju duchowego obrońcy i zamienił go wreszcie na postać z bajki. Stąd początek jego stałych i długich fantazji. Rodzice nie mogli zrozumieć, czemu on całymi godzinami tak spokojnie i w zamyśleniu siedział. Z tą postacią z bajki, którą nazwał „Pawłem“ identyfikował on się zupełnie i dzielił z nią radość, nienawiść i smutek. Z „Pawłem“ i różnymi zwierzętami podróżował on w swej fantazji w znanej mu starej karcie pocztowej i przeżywał z nimi razem nadzwyczajne przygody z lwami, tygrysami i kotami. „Paweł“ przytem był czarownikiem, wynalazł on rodzaj balonu, który mógł zmniejszać albo powiększać. Jeżeli umieszczał w nim jedno z jego ukochanych zwierzątek, np. mrówkę w tym balonie, rozdymał go i potem otwierał, to mrówka powiększała się znacznie, stawała się wielkim zwierzem, który mógł wszystko podrzeć lub połknąć. Przeciwnie, jeżeli chodziło o jakiegoś łobuza lub wroga, to można go było zupełnie zmniejszyć.

Tak spędzał czas w swojej samotności. Matka jego lekliwie nie posyłała go do szkoły, kazała go uczyć przez nauczyciela wiejskiego, nierozumnego pedanta. On sam był bardzo słaby fizycznie i opierał się przy pisaniu o mały palec. Nauczyciel podłożył mu w to miejsce ostrze scyzoryka. Mały F o r e l się skaleczył w palec i zaczął głośno płakać...

Z wyjątkiem odwiedzin u dziadków był on zupełnie odosobniony. Nawet do ogrodu nie pozwalała mu matka chodzić samemu, a jedynie w towarzystwie służącej. Odosobniony od innych dzieci, stawał się coraz bardziej nieśmiały i wydawał się sobie jakimś wyjątkowem stworzeniem, małowartościowem i niezgodnym do życia. Z siostrą, która była nadzwyczaj zarozumiała i uparta, miał częste waśnie.

Nic więc dziwnego, że fantazja jego szukała wszędzie pożywienia. Znajdowała to pożywienie w okalającej przyrodzie. Fantazjował on przedewszystkiem o ślimakach, których było pełno naokoło, i cieszyło go obserwowanie (miał wówczas 5 lat) ich powolnych wędrówek, jak np. z trudem dostawały się na drzewo. To była, według „Pawła“, jego pierwsza miłość. Pomiędzy 5 a 8 rok życia zaczął się mocno interesować mrówkami i osami. Towarzyskie życie tych zwierzątek pociągało go ogromnie. Nie rozumiał on, co prawda, jeszcze ich obyczajów, ale widział, jak sobie wzajemnie pomagały, jak dostawały się do gniazd, których zawartość paliła go ciekawością. Począł więc obserwować mrówki.

Jego zamiłowanie do zwierzątek nie uszło uwagi jego rodziców. Ale babka potraktowała to, jako zaczątki okrucieństwa, które trzeba zwalczać. Zbieranie żywych owadów zostało mu zabronione. Mógł zbierać jedynie owady nieżywe.

Matka przypisywała wielką rolę religii, Pismu Świętemu i starała się zapoznać go ze Starym i Nowym Testamentem. Milsze mu były bezwzględnie Opowiadania z Tysiąca i Jednej Nocy lub inne bajki. Ale ponieważ tak twierdziła ukochana matka, to wydawało mu się, że musi się zajmować i Biblią, bo inaczej będzie zupełnie złym człowiekiem, człowiekiem niewierzącym, naj-

gorszym ze wszystkich grzeszników. Co rano i wieczór musiał się modlić. Aby go uchronić przed mechanicznym paplaniem modlitwy, kazała modlić się matka według własnego natchnienia. To nie udawało mu się wcale, fantazja własna w tym kierunku robiła mu zawód.

Między 10 a 14 rokiem życia zaczęły się u niego wątpliwości religijne. Ciągłe przekarmianie go Biblią i zasadami wiary miało wręcz odwrotny skutek, niż tego sobie życzyła matka. Nie umiała matka zwłaszcza tłumaczyć sprzeczności, na które jest tak wrażliwe każde myślące dziecko. Dzieciństwo jego przez jego lękliwe usposobienie i nieśmiałość a także przy wychowaniu przez matkę, stroniące od ludzi, było w znacznym stopniu zatrute. Do tego doszły lęki nie do wypowiedzenia przed piekłem, które w fantazji dziecięcej było rozpalone i przepelnione wyciem i zgrzytaniem zębów niewierzących.

Między 8 a 10 rokiem życia oświadczył matce, jak żałuje tego, że się kiedyś urodził.

Matka zmartwiła się bardzo i zapytała go „dlaczego?”. Odpowiedział, że nie może tak mocno wierzyć w te wszystkie sprawy religijne, jak matka, a ponieważ niewierzących spotkają najgorsze kary, więc i jego spotka męka piekielna. Czyż nie lepiej było wcale się nie rodzić? Matka starała go się uspokoić i pocieszyć: łaska Boska jest niezmierną.

Od tych dziecięcych wątpliwości uciekał on do swoich mrówek, przy których czuł się najszczęśliwszym.

Nienawidził w dzieciństwie kpin. Uważał siebie za najgłupsze dziecko. Jego zaś miano za oryginalnego dziwaka.

Miał nieopisany lęk przed ludźmi. Nigdy nie chciał się kąpać na plaży. Nie nauczył się pływać. Opierał się włożyć jedynie majteczki kąpielowe, chciał mieć i nocną koszulę i być sam jeden na brzegu. Nigdy nie zapomniał sceny lękowej, w którą kiedyś wpadł. Ojciec był zmuszony zaprzestać próby wykąpania go.

Lata szkolne były jego najsmutniejszymi latami. Był wyrośnięty, miał bardzo słabe mięśnie, nie nadawał się do żadnych ćwiczeń cielesnych. Lękliwy i przesadnie skromny, był on głównym celem kpin i szturchańców ze strony kolegów. Czuł się najbiedniejszym i najgłupszym dzieckiem. Nie umiał rysować i ładnie pisać, wykazywał zupełny brak słuchu, zupełnie nie nadawał się do chóralnego śpiewu. W nauce odznaczał się złą pamięcią. Jedynie przez wytrzymałość i żelazną pilność

udało mu się zostać pierwszym uczniem. Prawie wszyscy uczniowie znęcali się nad nim za pomocą kpin i bicia, a bardziej ordynarni obrzucali go kamieniami do krwi. Nawet zupełnie mali chłopcy, o połowę od niego mniejsi, odważali się go bić. On zaś przestał się temu sprzeciwiać. Nazywano go „kuropatwą”. Strasznie się o to obrażał. Jego przesadna skromność była tego rodzaju, że nigdyby się nie odważył używać ustępu niezamykanego, nawet gdyby miał mu pęknać pęcherz. Raz, kiedy został do tego zmuszony, omal nie umarł ze wstydu i lęku.

Przy zajmowaniu się owadami nie mógł zauważyć ich spółkowania. Nigdy tego nie przenoślił na ludzi. Przy jego obserwacjach rzadko kiedy zjawiała się ciekawość erotyczna. Traktował te rzeczy wyłącznie naukowo. Raz zobaczył chłopca, który się kąpał całkowicie rozebrany. Wywarło to na nim ogromne wrażenie — połączyła się razem — ciekawość, lęk i erotyzm... Pewne wrażenie erotyczne robił na niego i obrazek dziewczyny, wiszący w pokoju ojca. Wszystko to jednak było bardzo niewinne. — Ojciec tępił w nim rezonowanie, jako główną wadę.

Z biegiem czasu stał się on bardziej samodzielny, ale zawsze był przez kolegów bity, póki, po ukończeniu 14-go roku życia, nie przeszedł do szkoły kantonalnej w Lozannie.

Miał fatalną pamięć przy uczeniu się na pamięć. Wskutek tej wady pamięci pozostał pomimo żelaznej pilności jedynie średnim uczniem. Przy wypracowaniach prześladował go stały wstręt do oryginalności i efektu, tak, że wpadał w błędy przeciwne i pisał rzeczy banalne.

Jego nieśmiałość i pruderja nie pozwalały mu na branie udziału w tańcach. Erotyzm dodałby mu z pewnością chęci do tańca, ale wstydił się swej niezaradności. Ostatecznie uważał taniec za błażństwo i nie nauczył się nigdy tańczyć.

Zajmował się w dalszym ciągu owadami, a specjalnie mrówkami. Posiada z tego i jeszcze wcześniejszego czasu bardziej lub mniej fantastyczne notatki o obyczajach mrówek, w których to notatkach prawda jest pomieszana z poezją. Można stąd wyciągnąć naukę, jak pożytecznym jest krzewić w dzieciach przy studjowaniu roślin, zwierząt i kamieni obserwację i eksperyment ze stałą kontrolą siebie samego i własną korekturą.

(C. d. n.)

## Wiadomości bieżące

— Otrzymałmy N. 1 nowego pisma p. t. *Gazeta Lekarska Śląska Polskiego*, którego redakcja i administracja mieści się w Cieszynie przy ulicy Bielskiej 4. Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr. Wiktor Binczer. Pismo ma na razie wychodzić raz na kwartał i ma być poświęcone głównie zagadnieniom chorób zawodowych, higieny pracy, wypadków, z pracą związanych, i orzecznictwa lekarskiego. Od programu tego odbiega tylko zeszyt pierwszy, zawierający prace kliniczne, szło bowiem redakcji o przedstawienie działalności szpitala wojewódzkiego z lat ostatnich. — Życzymy nowemu wydawnictwu powodzenia.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dniu 8 stycznia 1936 r. wybrani zostali: prezes — Dr. B. Frenkielel, wiceprezesi — Dr. H. Rueger i Dr. A. Margolis, sekretarze — Dr. B. Czapllicki i Dr. A. Tenenbaum, skarbnik — Dr. B. Knichowiecki, bibliotekarze — Dr. Z. Prechner i Dr. M. Kocen.

— Redakcja pisma „Bruxelles Médical” organizuje na czas świąt Wielkanocnych wycieczkę lekarską do Maroka za cenę 3885 franków francuskich. Wyjazd z Marsylii 4 kwietnia, powrót do tegoż portu d. 21 kwietnia. Zwracać się należy pod adresem: Section des Voyages de „Bruxelles Médical”, 29. Boulevard Adolphe Max à Bruxelles.

— Na posiedzeniu dorocznym Wileńskiego Koła Internistów Polskich dnia 17.XII.1935 r. zostali wybrani do Zarządu Koła na rok 1936: Prezes — Prof. Dr. A. Januszkie wicz, Zastępca prezesa: Dr. M. Świda, Sekretarz — Dr. J. Klukowski, Skarbnik — Dr. E. Salitówna.

### KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### 21.I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wręczenie dyplomów nowoprzyjętym członkom.
2. Dyskusja nad referatem Grzywo-Dąbrowskie

g o W. (Sterylicacja i kastracja z punktu widzenia higieny, rasy, prawa i medycyny). 2. F l i e d e r b a u m J. Badania nad gospodarką wodną ustroju. Doniesienie I. Gospodarka wodna i sposoby jej badania. 4. Wybór członka Zarządu.

### 22.I. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

P o k a z y: J. G l a s s i i J. K r y Ń s k i. Insufficiencia cordiae et hiatus oesophagei. L. J u s t m a n i L. S e l l i g. Przypadek przemijającej zastoiny żółdkowej. O d c z y t: J. E i s e n f a r b. Przyczynę do powstania niedokrwistości i zaburzeń w gospodarce wodnej w schorzeniach mięszzowych wątroby.

### 22.I. Polskie Tow. Psychjatryczne. Oddział Warszawski.

1. W. W i n i a r z — „Na marginesie trzechletniej podróży do Persji, Indyj, Chin, Japonji“. 2. J. W i e l a w s k i — „Imu, psychonerwica występująca wśród Ainusów, przedhistorycznych mieszkańców Japonji“.

### 24.I. Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Wykład Dr. Edwarda S t o e c k l a: „Nowoczesne poglądy na istotę i leczenie nabłoniaka kosmówkowego (Chorionepithelioma)“. 4. Wykład Dr. Jana S ł a w i Ń s k i e g o: „Raki pozamaciczne a ciąża“. 5. Wolne glosy.

### 27.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sektja kliniczna.

P o k a z. 1. M. G r y n b a u m. Przypadki czyraka mnogiego twarzy i promienicy leczone falami ultrakrótkimi. O d c z y t. 2. M. L e w e n f i s z (Łódź). Działanie pośrednie promieni R o e n t g e n a na nowotwory złośliwe.

## Résumé des articles originaux.

### BIRO M. Lésions du système nerveux dues au traumatisme de la colonne vertébrale.

L'auteur fait ses études sur le traumatisme de la colonne vertébrale au point de vue neurologique et chirurgical. Il rapporte la fréquence de différents genres du traumatisme dans chaque partie de la colonne et souligne ses observations spéciales. Son travail a pour but de définir les lésions du système nerveux par rapport au traumatisme de la colonne vertébrale et décrire leur clinique aussi bien que leur anatomie pathologique. Voici ses conclusions. 1) La fracture des corps vertébraux ou de leurs épines provoque le plus souvent de graves lésions du système nerveux (hémi-ou paraplégie, quelquefois avec hématomyélie); dans les cas de la fracture des apophyses transverses les lésions du système nerveux sont rares et exceptionnellement sérieuses. 2) Les symptômes nerveux ne sont pas toujours proportionnels à l'intensité et à la grandeur de la fracture. 3) La luxation de la colonne donne le plus souvent une lésion plus légère et moins étendue, que la fracture. 4) La luxation de la région lombaire de la colonne est moins dangereuse dans la majorité des cas, que celle de la région dorsale. 5) On remarque parfois de grandes lésions du système nerveux à la suite d'une commotion. 6) Certains symptômes se manifestent immédiatement après le traumatisme (perte de connaissance, maux de tête, vomissement); ce sont des symptômes généraux au point de

vue clinique, dūs aux différents foyers anatomiques. 7) Les autres symptômes se déclarent le plus souvent immédiatement après le traumatisme, rarement au bout des mois, même des années. 8) Les symptômes sphinctériens arrivent dans l'immense majorité des cas à la suite de la lésion de la région lombaire, rarement dans les cas de la région cervicale lésée. La fonction sphinctérienne dépend du système nerveux central, de même que du système végétatif. 9) L'apparition de la néphrolithiase ainsi bien que l'hyperkératose chez les traumatisés l'auteur tend à expliquer par la lésion du système végétatif. 10) Le traumatisme de la colonne vertébrale provoque des radiculites, des méningites et des affections de la moelle. 11) L'image clinique de la moelle épinière lésée est conditionnée par l'étendue de la section transversale de la moelle, ainsi que par le niveau de la lésion.

### G. PERL. De la valeur thérapeutique des lutéolipoïdes des ovaires.

L'auteur souligne la supériorité des préparations extractives, des organopréparations aux préparations hormonales titrées en unités biologiques. Il expose d'une manière détaillée la physiologie de la fonction de l'ovariule, son rapport à la folliculine, son action dans la phase précédant les règles et dans la grossesse. L'auteur examine l'effet des lutéolipoïdes, de la sistomensine, exercé sur les saignements d'origine hyperhormonale, sur les règles abondantes et troublées, sur les hémorragies pendant les troubles de la puberté et de l'âge de retour. L'auteur accentue les effets avantageux obtenus dans ces affections par suite de l'ingestion de la sistomensine, et qui, parfois, sont meilleurs que ceux dūs aux préparations hormonales de haut titrage. L'auteur expose les résultats, propices en général, de l'emploi de la sistomensine dans 45 cas des hémorragies intermenstruelles, des hémorragies provoquées par le *folliculus persistens*, de la dystrophie cystique des ovaires, des hémorragies dans la période de puberté et de l'avortement imminent.

### A. KOBRYNER et J. FELHENDLER. Sur une modification de l'hémothérapie dans la pneumonie.

Les expériences de W e r n o e ont démontré l'existence d'un arc réflexe entre la peau et les viscères. Ce réflexe provoque une dilatation ou une constriction de vaisseaux viscéraux, si dans la partie correspondante de la peau nous produisons un état analogue des vaisseaux sanguins. D'autre part les injections sous-cutanées autour des furoncles pratiquées par les chirurgiens ont pour but la formation d'un bourrelet de protection autour du foyer inflammatoire. Ce bourrelet doit arrêter la progression du processus inflammatoire. S'appuyant sur ces deux phénomènes les auteurs ont modifié l'hémothérapie dans la pneumonie de la façon suivante: ils ont fait pendant 5 à 6 jours des injections sous-cutanées de 10 à 20 c.c. du sang du malade dans et autour de la partie de la peau, qui correspond à la projection du foyer pulmonaire pour obtenir ainsi une congestion active autour du foyer inflammatoire dans le poumon. Aux divers modes d'action de l'hémothérapie qui ont un caractère général les auteurs ajoutent ainsi encore un facteur de caractère local. Cette méthode a été appliquée dans 18 cas. En comparaison avec les résultats du traitement habituel par l'hémothérapie les résultats obtenus par cette méthode donnent une impression positive.

TREŚĆ: M BIRO. Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym (Dok.). — J. PERL. O wartości leczniczej przetworów ciała żółtego. — A. KOBRYNER i J. FELHENDLER. O modyfikacji stosowania hemoterapii w zapaleniu płuc. — J. STEIN. Rozwój poglądów na wytwarzanie barwnika żółci oraz na powstawanie żółtaczek. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. NELKEN. Pamiętnik Forela. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Lésions du système nerveux dues au traumatisme de la colonne vertébrale (fin). — G. PERL. De la valeur thérapeutique des lutéolipoïdes des ovaires. — A. KOBRYNER et J. FELHENDLER. Sur une modification de l'hémothérapie dans la pneumonie. — J. STEIN. Développement des opinions sur la production du pigment biliaire et la provenance des ictères. (Rev. gén. fin). — J. NELKEN. Les mémoires de Forel.

Następny numer wyjdzie dn. 6 lutego r. b.