

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, 2 KWIEŃNIA 1936 R.

Nr. 13.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału wewnętrznego B. Szpitala Matł. Poznańskich
w Łodzi.

(Ordynator: Dr. H. Kryszek).

O gościu naczyniowym *)

Podał

Dr. H. KRYSZEK (Łódź).

Zagadnienie gościa naczyniowego interesuje w równej mierze internistów i pedjatrów.

Nauka o gościu, jako o schorzeniu układowym układu mezenchymalnego (Tałałajew, Skubiszewski), coraz bardziej odrywa się od pierwotnego, dobrze klinicznie opracowanego obrazu gościa stawowego, z którym w umysłach wielu lekarzy była dotąd, a ponieważ jest i obecnie utożsamiana.

Jest obecnie pewnikiem, że reumatyzm infekcyjny nie jest bynajmniej chorobą wyłącznie stawową. Atakuje on w równym, a niekiedy i większym stopniu, niż stawy, układ naczyniowy, mięsień sercowy, układ nerwowy i inne układy, nie wyłączając nerek, wątroby i innych organów mięszzowych. Niedostatecznie wypukłone zostało dotąd klinicznie zagadnienie zajęcia przez gościa ważnego odcinka naczyniowego, jakim jest pień tętnicy głównej i naczynia wieńcowe.

Gościec naczyniowy wkracza w równej mierze w ramy kliniki wewnętrznej i pedjatrycznej, gdyż to samo schorzenie gościcowe, bynajmniej niezawsze dające się ściśle ustalić anamnestycznie, rozpoczyna się najczęściej w wieku dziecięcym lub młodzieńczym; zajmuje wówczas błony sercowe, a więc wsierdzie, sierdzie i osierdzie, by później w wieku dojrzałym, na tle tego samego przebytego schorzenia, doprowadzić niekiedy do rozległych zmian naczyniowych, przejawiających się klinicznie, jak w dwóch z naszych przypadków, jako dławica piersiowa, prawdopodobnie na temże tle reumatycznym.

Zagadnienie gościa naczyniowego posiada dla kliniki pierwszorzędne znaczenie, gdyż badania histopatologiczne lat ostatnich stwierdzają doniosły w swych na-

stępstwach fakt, że reumatyzm doby obecnej wyzwolił się już ostatecznie z ciasnych ramek ostrego gościa stawowego, w który został wtłoczony i stał się obecnie, obok kiły i gruźlicy, trzecim wielkim schorzeniem organizmu (Fischer). W związku z tem zastanowić jednak musi, że stosunkowo rzadko rozpoznajemy to ogólne schorzenie w klinice w tych przypadkach, w których brak nam w przebiegu lub w wywiadzie klinicznego obrazu ostrego gościa stawowego (Fejgin).

Badania histopatologiczne Klingego, Tałałajewa i Jegorowa stwierdzają, że reumatyzm ujawnia się klinicznie jako gościec stawowy jedynie w 40% schorzeń reumatycznych — a zatem w więcej, niż w połowie przypadków, bo aż w 60% stwierdza się anatomicznie zmiany swoiste dla reumatyzmu tam, gdzie gościec stawowy wogóle nie występował.

Takie ujęcie reumatyzmu stało się możliwe i płodne w następstwa kliniczne z chwilą, gdy ustalona została teza, że reumatyzm infekcyjny nie zaczyna się i nie kończy na guzku Aschoffa. Już z temi guzkami Aschoffa zaszła właściwie historycznie rzecz dość nieoczekiwana. Aschoff, poszukując podłoża anatomicznego wówczas jako schorzenie ostre — stąd nazwa „ostry” gościec stawowy — znalazł swe sławne guzki nie w samych schorzałych stawach, gdzie należało ich oczekiwać, lecz w mięśniu sercowym. Późniejsi badacze zaczęli guzki te znajdować i w innych organach, a więc i w opłucnie, i w otrzewnie, i w ścianie tętnicy głównej, i w tkance okołomigdałkowej, i dopiero najpóźniej i najrzadziej znajdowano je w okolicach stawów, które były właściwie punktem wyjścia dla tych poszukiwań. Doniedawna przyjmowano, że jedynie stwierdzenie guzków Aschoffa jest swoiste dla gościa. Obecnie sprawa przedstawia się inaczej. Ustalony został pogląd (Klinge), że infekcja reumatyczna w uczulonym ku temu organizmie przechodzi przez trzy okresy:

1) okres t. zw. wczesnego nacieczenia: w ostrym okresie, mniej więcej w dwa tygodnie od wystąpienia pierwszych objawów chorobowych, stwierdza się obrzęk tkanki łącznej i zjawianie się w pojedynczych włóknikach mas woskowatych, silnie załamujących światło, w których, przy zwykłych barwieniach, włóknienka same nie

*) W/g odczytu wygłoszonego 19.VI.1935 r. na wspólnym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego i Tow. Pedjatrycznego w Łodzi.

są więcej widoczne. Jest to okres, w którym występują napęcznienie i chemiczne zmiany w substancji podstawowej, otaczającej włókienka tkanki łącznej; jest rzeczą możliwą, że rozpęczeniu temu odpowiada pod względem fizyczno-chemicznym stan, zwany przez Schade'go „geloza”. Prócz zmian w substancji podstawowej otaczającej włókienka, występują zmiany włóknikowatego zwyrodnienia i w samych włóknach. Jest to okres, zwany zgodnie przez Klingego i Tałajewa pierwszym okresem zwyrodnieniowo-wysiękowym.

Po wielu miesiącach obraz przedstawia się całkowicie inaczej.

2) Następuje okres t. zw. drugi. Widoczne są hiperplastyczne, liczne niekiedy komórki olbrzymie, łącznotkankowe; a więc okres bujania komórkowego, okres ziarniniaka komórkowego; punkt szczytowy rozwoju tworzy guzek Aschoffa. Temu okresowi odpowiadają zmiany kliniczne i elektrokardiograficzne, spotykane w mięśniu sercowym w schorzeniach gośćcowych.

3) Nas interesuje w związku z omawianym tematem okres trzeci, który doniedawna nie był uważany za naturalny dalszy ciąg poprzednich zmian, a mianowicie — okres blizny reumatycznej. Niezależnie bowiem od tego, z jakich komórek tworzy się ziarniniak reumatyczny, jedno jest obecnie pewnikiem, że z guzka reumatycznego po upływie wielu miesięcy, niekiedy wielu lat tworzy się blizna reumatyczna. W tej bliznie, im jest ona starsza, tem mniej stwierdza się komórek, i tem więcej komórki przyjmują wrzecionowaty charakter komórek łącznotkankowych, fibriocytów. Byłoby jednak błędne, jak twierdzi Klinge, zapatrywać się na te zmiany bliznowate — nazywa się je obecnie ogólnie zmianami reumatyczno-sklerotycznymi — jedynie, jako na zejście reumatyzmu. Nie są to bierne ogniska, zachowane w tkance łącznej. Odwrotnie — i to ma zasadnicze znaczenie dla omawianego zagadnienia — te utajone ogniska infekcji reumatycznej są czynnymi zbiornikami drżmiącego zakażenia reumatycznego, w głębi których w ciągu wielu dziesięcioleci powstawać mogą jeszcze świeże guzki Aschoffa. Besançon i Weil podają cały szereg przekonujących obrazów histopatologicznych zapalenia mięśnia sercowego u starych ludzi, w których znajdują wewnątrz bliznowatej tkanki łącznej świeże typowe guzki Aschoffa. Stąd pośredni dowód, że reumatyzm jest infekcją chroniczną, ostre zaś są tylko jego przejawy poszczególnie.

Wszystkie zmiany, o których dotąd mówiliśmy, dotyczą układu mezenchymalnego, a więc i tkanki naczyniowej. Stąd zrodzić się musiało zagadnienie, sformułowane na Zjeździe reumatycznym w Moskwie (1934) przez Jegorowa w sposób następujący: czy miażdżyca naczyniowa nie jest identyczna z reumatyzmem naczyniowym. Takie podejście do zagadnienia miażdżycy nie jest, zresztą, nowe. Już zmarły niedawno prof. Antoni Gluziński w pracy swojej p. t. „O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej w następstwie chorób zakaźnych”, drukowanej w księdze pamiątkowej Uniwersytetu Lwowskiego w 1900 r., zajmuje wyraźne stanowisko w tej sprawie, twierdząc, wbrew opinii klinicyistów niemieckich (Schroffer), a zgodnie z opinią klinicyistów francuskich (Legroux), że należy dążyć do klinicznego rozpoznawania zmian zapalnych ściany tętnicy głównej — głównie jej części wstępującej i łuku. Gluziński podkreśla specjalnie znaczenie występującego szmeru skurczowego nad ujściem tętnicy głównej w przebiegu ostrych zakażeń, wśród których na pierwszym miejscu wylicza gościec stawowy. Podnosi też zna-

czenie klinicznego i rentgenologicznego stwierdzenia stłumienia wstęgi naczyniowej, zwłaszcza w wieku młodym. Zmiany te są często odwracalne; prowadzić jednak mogą w przyszłości do zmian sklerotycznych, miażdżycowych, co z naciskiem podkreśla Gluziński. W tym samym czasie te same zaagdnienia nurtowały francuskich klinicyistów (Mussy, Hanot).

Trudności takiego postawienia sprawy przed laty sąają się zrozumiałe, gdy sobie uświadomimy, że ani dane kliniczne, ani sekcyjne nie mogły wówczas bez dostatecznej znajomości histopatologii gościa, którą zawdzięczamy latom ostatnim, rozstrzygnąć zagadnienia. Tembardziej, że goścowa infekcja sprowadzała się wówczas jedynie do ostrego gościa, podczas gdy dziś pojęcie gościa, jak już zaznaczyliśmy, jest bardziej rozszerzone, i już przypadek pierwszy przytoczonej pracy Gluzińskiego skłonni byłibyśmy traktować nie jako „grypę”, lecz jako infekcję goścową. Faktem również jest, że już sekcyjnie stwierdzał przed laty Curschmann zmiany, przypominające miażdżycę aorty u ludzi poniżej lat 25, tętniak tętnicy głównej u 18-letniej dziewczyny, w której anamnezie była jedynie płonica przed trzema laty.

Zagadnienie stosunku przebytej infekcji goścowej do spraw miażdżycowych nabiera obecnie, po długim okresie zapomnienia, nowej barwy i znaczenia.

Wiemy, że miażdżyca naczyniowa ma bogatą etiologję i patogenezę. Wiemy, że naczynia duże i drobne zdolne są odpowiadać tym samym odczynem — sklerotycznymi zmianami — na różne bodźce. Na przewlekłe zatrucia (nikotyna, alkohol); na różne ostre infekcje; na różnorodne zaburzenia przemiany materji; na wewnętrzne wydzielnicze zaburzenia równowagi. Dziwnem byłoby, gdyby na reumatyczną infekcję, a więc na infekcję, na którą cały organizm odpowiada ziarniniakami, które później przekształcają się w niemniej typowe dla schorzenia reumatyczne sklerozy, naczynia nie odpowiedziały również sklerotycznymi zmianami. Byłoby to również niezrozumiałe z innego jeszcze względu: skoro się przyjmuje, że naczynia są onto- i filogenetycznie niczem innym, niż mniej zróżnicowaną ścianą samego serca, byłoby niezrozumiałem, gdyby nie zareagowały i zostały nietknięte wówczas, gdy mięsień sercowy i zastawki sercowe reagują tak żywo i trwale w swoisty sposób. O ile do tego się doda, że badania Aschoffa, a przed nim właściwie Romberga, potwierdzone później przez wszystkich dalszych badaczy, dowiodły, że wielkokomórkowe guzki usadawiają się głównie w ścisłej bliskości z samymi naczyniami, dzięki czemu i same ściany naczyniowe — wszystkie trzy: przydanka przez swoje *vasa vasorum*, środkowa i wewnętrzna dzięki zmianom, bezpośrednio w niej zachodzącym — zostają zaatakowane przez schorzenie reumatyczne, to należy uznać, że pomost pomiędzy reumatyzmem a miażdżycą naczyniową został istotnie obecnie przerzucony, z omówieniem, że reumatyczne sklerozy mają genezę odmienną, infekcyjno-allergiczną.

Równoległość, a według niektórych autorów nawet identyczność w pewnych przypadkach procesów miażdżycowych i skleroz reumatycznych posłużyły jako bodziec dla daleko idących uogólnień. Fahr broni poglądu, że marskość nerek powstawać może na tle sklerozy reumatycznej naczyń nerkowych. Badania histopatologiczne potwierdzać mają tę tezę. Siebeck (1931) wypowiada przypuszczenie, że nadciśnienie samoistne powstawać może na tle chronicznej infekcji reumatycznej. Hochrein (Lipsk) uważa za dowiedzione, że

w przypadkach, w których Klinge znajdował przy współistnieniu reumatycznych wad zastawkowych serca stany zapalne naczyń nerkowych, nadciśnienie powstawało na tle tejże infekcji reumatycznej. Widzimy zatem, że reumatyzm naczyniowy, stwierdzony histopatologicznie przez anatomo-patologów i uznawany przez klinycystów, wkracza w zakres naszych codziennych rozważań klinicznych.

Na tak ogólnie naszkicowanym tle kilka historyj chorób szpitalnych, obserwowanych w ostatnich miesiącach na oddziale wewn. B. Szpitala P o z n a ń s k i c h.

Przypadek I-szy. Chory K. M., lat 24, L. k. szpit. 1053/34, skierowany na oddział w styczniu 1935 r. z powodu dławicy piersiowej, *status anginosus*, z jednoczesną wadą zastawkową dwudzielną i aortalną. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Do 14-go roku życia nie chorował. W 14-ym roku życia ostry gościec stawowy; po przebytem schorzeniu powrót do zdrowia; w ciągu wielu lat czuł się zupełnie dobrze, brał czynny udział w życiu sportowym (lekka atletyka). Przed czterema laty *ulcus duodeni*. W r. 1931 na komisji poborowej kat. A. Kilkakrotne pobyty w szpitalach z powodu owróżdzenia dwunastnicy. Wówczas też rozpoznano (Szpital św. Łazarza w Warszawie) niedomykalność zastawki tętnicy głównej. Specjalnie zasługuje na podkreślenie, że po czterech latach stwierdziliśmy już skombinowanie wad tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej. Obok lejącego rozkurczowego szmeru, najlepiej słyszalnego nad aortą i wzdłuż linii środkowej mostka, bezpośrednio zaczynającego się po szmerze skurczowym — nad koniuszkiem słyszalny również szmer rozkurczowy, turkoczący, o zupełnie innym charakterze dźwiękowym, przyczem, w odróżnieniu od zjawisk osłuchowych nad aortą, pomiędzy szmerem skurczowym nad koniuszkiem a słyszalnym turkoczącym rozkurczowym dłuższa pauza ze słyszalnym tonem. A więc obok niedomykalności zastawek tętnicy głównej, schorzenia od lat trwającego, nawarstwiającego się zwężenie ujścia żylnego lewego, jako wyraz dalszego kurczenia się tkanki łącznej pod wpływem trwającej widać infekcji. W ciągu 4-miesięcznej obserwacji na oddziale okresowo podgorączkowe stany przy średnim opadaniu czerwonych ciałek krwi. W obrazie krwi od 5.500 do 8.900 białych ciałek przy liczbie kwasochłonnych od 1,5 do 10—11%, przy limfocytozie od 18 do 36%; czerwony obraz krwi od 5.500.000 do 6.020.000; ciśnienie krwi 140/40; podczas napadu bólowego, o charakterze typowym dla dławicy piersiowej, ciśnienie skurczowe wzrasta do 215—190 przy tem samym *minimum*. Podobne napady bólowe wystąpiły już w końcu 1933 r. Napady początkowo co kilka tygodni, w ostatnim roku coraz częściej, co kilka dni; podczas pobytu w szpitalu niekiedy w ciągu jednej nocy do 8 napadów o typowym promieniowaniu do lewej połowy klatki piersiowej, lewego ramienia i obumieraniu III-go, IV-go i V-go palca l. ręki; bóle ustępowały po 3 kroplach nitrogliceryny. Lewostronny punkt Schmidta podczas napadów bólowych bardziej bolesny, niż w krótkich przerwach międzybólowych. W EKG ciężkie zmiany elektrokardiograficzne, świadczące o schorzeniu naczyń wieńcowych (ST₁, ST₂ poniżej linii izoelektrycznej, T₁ ujemno dodatnie, T₂—T₃ głęboko ujemne, R₁—R₂ wysokie). Leczenie bólów stenokardjalnych zapomocą długiej serii eufiliny dożylnie, glukozy dożylnie — bezskuteczne. Nie odniosła w tym przypadku poprawy i parawertebralna anestezja, dokonana na oddziale chirurgicznym (kol. A j z n e r) na wysokości C₆—D₃. Nawiasem zaznaczę, że metodę tę, technicznie łatwą, stosowaliśmy ostatnio w 3-ch przypadkach: w jednym przypadku, w którym *status anginosus* uieвозмоżliwiał chorej wykonywanie najmniejszego wysiłku, jakim było np. umycie się lub wstanie z łóżka, spostregaliśmy kilkomiesięczną podmiotową poprawę. Leczenia przeciwkłowego w tym przypadku nie zastosowaliśmy. Całkowity brak anamnezy, wielokrotne ujemne badania krwi, współistnie-

nie zwężenia lewego ujścia żylnego uprawniały nas do wyłączenia etiologii kilowej. Tem bardziej zasługuje na uwagę, że pod wpływem chronicznego podawania piramidonu 2—3 gr. dziennie uzyskaliśmy i podtrzymujemy względną poprawę stanu chorego. Próba Buchschtaba i Jasnowskiego (ochłodzenie eterem stawu łokciowego i barkowego lewej ręki) stwierdziła wybitną leukopenję w 30 i 60 minut po ochłodzeniu, 3.400—3.6000 leukocytów. Badanie krwi, przeprowadzone w dwa miesiące po wypisaniu ze szpitala, przy stałym leczeniu piramidonem, wykazało 4.500 białych ciałek przy 5% kwasochłonnych. Nie jest może również przypadkiem, że najlepsze wyniki w leczeniu okresowych bólów, które w późniejszym okresie nie ustępowały pod wpływem nitrogliceryny i ciepła, uzyskaliśmy w tym przypadku przez seryjne codzienne dożylnie podawanie cibalginy, podczas stosowania której chory czuł się najlepiej. Przypadek ten ujmujemy jako reumosklerozę zastawkową i ściany pnia tętnicy głównej, zaatakowaną prawdopodobnie w miejscu odejścia, względnie wzdłuż przebiegu naczyń wieńcowych. Zaznaczę tutaj, że opisany został przez Geipla przypadek zakrzepu naczynia wieńcowego w przebiegu ostrego gościca stawowego u 7-letniej dziewczynki.

Przypadek II-gi. Chory w ambulatoryjnym leczeniu szpitalnym. Chory M. R., lat 34, żonaty, dwoje dzieci; w 1910 r. płonica z zapaleniem nerek. Przed 6 laty w ciągu 2 miesięcy pobyt w jednym ze szpitali, przyczem dominującym objawem były wędrujące bóle w kończynach z długotrwałymi gorączkowymi stanami; prawdopodobnie *myositis*, względnie *neuritis* na tle reumatycznej infekcji. Od przeszło roku typowe bóle stenokardjalne z bolesnym lewostronnym punktem Schmidta, z typowym promieniowaniem do lewej ręki. Odpowiednio ciężkie zmiany elektrokardiograficzne, jak w poprzednim przypadku, charakterystyczne dla schorzenia naczyń wieńcowych. Pod wpływem chronicznego podawania piramidonu względna poprawa.

Przypadek, pomimo dramatycznego przebiegu poszczególnych napadów bólowych, sprawia wrażenie o rokowaniu pomyślnem. Cecha kliniczna, znamionująca może dławicę piersiową reumatyczną. Możliwym jest, że i zawały, powstające na tle dławicy piersiowej o podłożu reumatycznym, mają również rokowanie pomyślniejsze. Już Aschoff i Távára stwierdzali zmiany reumatyczne w naczyniach wieńcowych. Cums potwierdził wyniki tych badań. Wspomniany Geipel stwierdzał w naczyniach wieńcowych zmiany śródbłonna naczyniowego tętniczego i żylnego, które prowadzić mogą do zawału. Klotz opisywał w gościcu stawowym zmiany w sensie *mesoaortitis productiva*; Zuckerstein i Troickaja stwierdzali w 82% przebytego gościca zmiany zapalne w ścianie tętnicy głównej; Beitzke mówi o „młodzieńczej sklerozie“ w gościcu stawowym; Tałaja je — o kardjowaskularnym typie reumatyzmu.

Niewątpliwie w obu przedstawionych przypadkach nie posiadamy dowodów, stwierdzających niezbięte przyjęte przez nas tło gościcowe, jako podłoże dla rozwijającej się dławicy piersiowej. Już i sama niedomykalność zastawek tętnicy głównej może wywołać napad dławicy piersiowej przy drożnych naczyniach wieńcowych. Podczas rozkurczu część krwi, dopływającej do naczyń wieńcowych, wraca do lewej komory. Doświadczalnie dowiedli tego Smith, Miller i Graber. Badania immunobiologiczne mogłyby może wzmocnić przypuszczenie przyjętego klinicznie tła gościcowego. Te same zastrzeżenia dotyczą jednak w równej mierze i innych schorzeń, które staramy się w klinice patogenetycznie połączyć ze stwierdzonym w wywiadzie schorzeniem, tworzącem tło dla chorób następczych.

W odnośnym piśmiennictwie jeden przypadek został ujęty w analogiczny sposób do naszego pierwszego przypadku: kobieta lat 26, ze schorzeniem mitralnym i aortalnym na tle przebytego w dzieciństwie gościa stawowego; od 13-tu lat częste napady bólowe o typie stenokardjalnym z tachikardją; w EKG głębokie Q₃, T₁ ujemne. Częste nadskurcze komorowe. Różne próby leczenia oraz znieczulenie parawertebralne bez wyniku (Amer. Heart J. 6, 566/1931).

Płonica, przebyta w drugim przypadku, skłania do pewnych rozważań co do możliwości powstania schorzenia sercowo-naczyniowego na tem tle. Dotąd uważano najczęściej płonicę za czynnik etiologiczny, wywołujący stałe schorzenia serca. Obecnie, w świetle teorii reumatycznej, odmawia większość klinicystów płonicy zdolności wywołania schorzeń sercowych. Hamburger (1929) twierdzi, że zapalenia wsierdzia w szkarlatynie nie spotyka się nigdy. Meyer i Jahr piszą: „wiadomą jest rzeczą, że niema zapalenia wsierdzia płoniczego, a tem samem i wad serca popłoniczych”. Spotykane jednakowoż zapalenia wsierdzia i mięśnia sercowego w przebiegu płonicy traktuje się jako powikłania przejściowe, spotykane i w innych infekcjach streptokokorowych i nie pozostawiające następstw w postaci nacieków komórkowych i następczych, co dla nas w tym związku ważne, stwardnień naczyniowych.

Przypadek III-ci. Chory A. L., lat 19, L. k. szpit. 1181/34, z zawodu tkacz. Choroba obecna rozpoczęła się przed 5-ciomą tygodniami. Chory gorączkował wówczas w ciągu 2-ch dni, bóle gardła i dreszcze. Pomimo silnego osłabienia wrócił do pracy, poczem po 2-ch tygodniach bóle w okolicy obu stawów kolanowych i stawach górnych kończyn. Do szpitala przybył z powodu trwających bólów stawowych, ogólnego osłabienia, lekko podniesionej ciepłoty i obfitych potów. U chorego stwierdza się: bolesność w okolicach niezmiennych stawów, OB—35 minut; nad sercem krótki szmer skurczowy nad koniuszkiem i długi szorstki nad tętnicą płucną, a co ważne i decydujące przy ocenie obserwowanych przez dłuższy czas szmerów, narastanie szmeru nad tętnicą płucną. Ta lokalizacja szmeru i jego narastanie w przebiegu leczenia nasuwała podejrzenie wytwarzania się *mesopulmonitis rheumatica*. W rentgenie zaokrąglenie lewej komory bez zmian w konfiguracji serca. Seryjne badania EKG wykazały zgrubienie ramion wstępujących i zstępujących w I-em i III-em odprowadzeniu bez wydłużenia przewodnictwa PR (brak wydłużenia PR spostrzegaliśmy, zresztą, już niejednokrotnie w przebiegu niewątpliwych schorzeń gośćcowych serca wraz z jednoczesnym schorzeniem stawów). Po 4-ch tygodniach leczenia dużymi dawkami salicylu OB—130'; ustąpienie objawów stawowych.

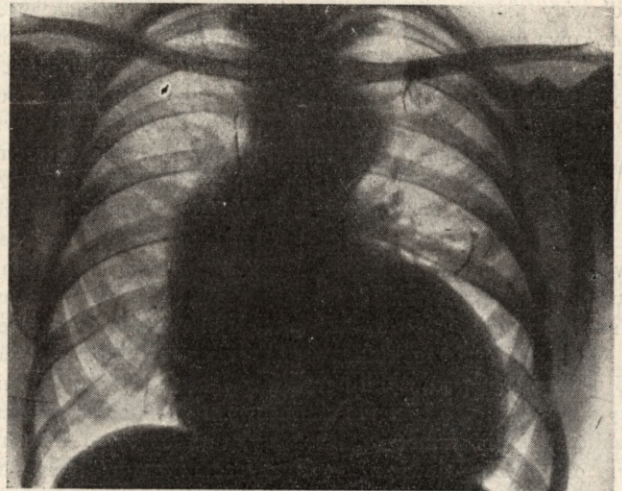
Wätjen opisał (1921) guzki reumatyczne w osierdziowej i przydankowej tkance tętnicy płucnej. Dalsi badacze opisali zmiany zapalne z naciekami dookoła *vasa vasorum* w ścianie środkowej tętnicy płucnej z następczemi bliznami. Błona wewnętrzna wykazuje zmiany stwardnieniowe podobne do zmian w tętnicy głównej. Chiari wprowadził termin *mesopulmonitis rheumatica*. Przypadek nasz wymaga, oczywiście, dalszej obserwacji pozaszpitalnej.

Przypadek IV-ty. Ogólne rozważania o wpływie przebytego jawnego lub utajonego schorzenia reumatycznego na zmiany naczyniowe zmuszają do kontroli szeregu zjawisk, spostrzeganych przed laty i interpretowanych odmiennie wskutek braku wówczas podstaw dla teorii reumatycznej.

Przypadek dotyczy chorego A. G., krawca, lat 23 (demonstrowanego przed 8-miu laty w Tow. Lekarskim Łódzkim z oddziału zmarłego szefa D-ra S. Sterlinga). U

chorego stwierdzono wówczas przy jednoczesnej niedomykalności tętnicy głównej tętniak tętnicy głównej wielkich rozmiarów. Ani wywiad, ani badania serologiczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego nie dawały podstaw do przyjęcia tła kilowego. Mówiliśmy wówczas nieokreślenie o tętniaku wieku młodzieńczego, powstałym na tle zmian w ścianie naczyniowej (*aneurysma adolescent.*).

Przy przeglądaniu obecnie historii choroby (chory zmarł przed dwoma laty na zapalenie płuc odoskrzelowe) stwierdzamy przebyty w młodości podostry gościec stawowy. Jest rzeczą możliwą, że i w tym przypadku tętniak powstał na tle reumatycznym



Renon opisał (1906) przypadek workowatego tętniaka u 16-letniej dziewczynki, który wytworzył się w ostrym okresie gościa stawowego i doprowadził do śmierci przez pęknięcia worka. Podobny przypadek opisuje Melira u 11-letniego chłopca, od 5-ciu lat cierpiącego na nawracający gościec stawowy z niedomykalnością tętnicy głównej. Wiesel uważa, że ostry gościec prowadzić może do *aortitis* z następczym tętniakiem. Besançon i Weil stwierdzili tętniak aorty u 21-letniej pacjentki, w której wywiadzie był ostry gościec stawowy. Naogół stwierdzić jednak należy, że, podczas gdy istnienie reumatycznych zapaleń tętnicy głównej jest rzeczą stwierdzoną i pewną, istnienie tętniaków na tle reumatycznym jest np. przez Vaqueza i Widala kwestjonowane. Vaquez i Widala uważają, że przy ujemnej reakcji krwi etiologia tętniaków może być mimo wszystko kilowa. Brugsch w swym podręczniku (1932) uznaje jako jedyną przyczynę tętniaków tętnicy głównej kilę. W. Orłowski przy wyliczaniu rzadkich przyczyn powstawania tętniaków na tle chorób zakaźnych stawia na pierwszym miejscu spraw zakaźnych zakażenie gośćcowe.

Przypadek V-ty. Chory I. W., L. k. szpit. 715/34, lat 16. Niedomykalność zastawki dwudzielnej z jednoczesną niedomykalnością zastawki tętnicy głównej. W anamnezie angina i gościec stawowy. W okresie gorączkowym pierwszych dni pobytu w szpitalu bóle serca z promieniowaniem w lewy bark i lewą rękę. Po zastosowaniu ciepła i narkotyków bóle ustąpiły.

Bóle w przebiegu czynnej sprawy zastawkowej spotykamy często u dzieci. Sprowadzamy je bądź do zajęcia osierdzia, bądź do porażenia przez jad gośćcowy układu nerwowego serca. Jest rzeczą możliwą, że bóle takie, przemijające, jak w naszym przypadku, o charakterze stenokardjalnym, występować mogą nasku-

tek rozsiania ognisk reumatycznych dookoła naczyń wieńcowych serca.

Przytoczone pięć historii chorób nie pretendują bynajmniej do rewelacyjności rozpoznawczej. Zdajemy sobie sprawę, że współczesna nauka o reumatyzmie posłużyła nam jedynie jako robocza hipoteza w celu wyeliminowania ze schorzeń sercowo-naczyniowych obrazów chorobowych, których przebieg kliniczny i wywiady uprawniają do wyodrębnienia w samodzielną grupę chorobową. Zaznaczyliśmy na wstępie, że w 60% przypadków anamneza w kierunku gościa stawowego zawodzi; anamneza zaś niestawowa może być rozmaicie tłumaczona. Zresztą, przebiecie schorzenia goścowego nie wyłącza bynajmniej niezależnego schorzenia miażdżycowego, jak to zwykliśmy przyjmować dotąd. Wobec niewykrywania zarazków swoistych goścowych, a raczej wobec zrezygnowania z ich wykrywania wskutek utrwalenia się poglądu o alergiczności, słuszniej patergiczności schorzenia goścowego, tylko badania histopatologiczne potwierdzićby mogły w naszych przypadkach reumatyczne tło schorzenia. Nie wszystkie jednak przypadki dostać się mogą na stół sekcyjny; zresztą, klinika żąda rozpoznania za życia. W tym kierunku rozpoczęta została głównie w klinikach rosyjskich i niemieckich w ciągu ostatnich 2-ech lat praca celem wykrywania charakteru goścowego schorzeń za życia, czy to drogą 1) miareczkowania dopełniacza, a zatem immunobiologiczna reakcja, o której referował Weil (z Jeny) na Międzynarodowym Kongresie Ligi Przeciwrreumatycznej w Paryżu w r. 1932 (próba analogiczna do klasycznej próby Wassermann'a). Najmniej dopełniacza stwierdza się w reumatyzmie sercowym i w kłębuszkowym zapaleniu nerek; 2) czy to drogą stwierdzenia streptokokowych aglutynin surowicy krwi

(Cecil, Colis, Swift); 3) czy to drogą stwierdzenia reakcji skórnej na nukleoproteiny streptokokowe (Walter, Chester).

Dostępniejszymi dotąd w naszych warunkach metodami są badania szybkości opadania krwi, która jest przyśpieszona w okresie trwania procesów granulacyjnych, a więc w okresie ziarniaków Aschoffa; reakcja ta zawodzi jednak w okresie blizn sklerotycznych-reumatycznych. Wreszcie próba, zalecana przez Buchshtaba i Jasinowskiego (Odessa) — próba biologiczna, polegająca na ochładzaniu eterem stawów w przypadku gościa serca lub naczyń bez stawowych powikłań i stwierdzeniu leukopenji po ochłodzeniu, jako wyrazu alergji na zimno.

Z temi wszystkimi zastrzeżeniami wydaje się nam celowe i na czasie omówienie zagadnienia gościa naczyniowego na wspólnym posiedzeniu pedjatrów i internistów.

PISMIENNICTWO.

- 1) Amer. Heart. 1931, cyt. w/g Zeitschr. für Kreislauf. 1932. — 2) Besançon i Weil. Ann. Med. 1926 (19). — 3) Brugsch. Choroby wewnętrzne. T. I. 1932. — 4) Gluziński. Księga Pamiątkowa Uniwersytetu Lwowskiego. 1900 r. — 5) Jegorow. Rewmatyzm serca i sasudow. 1934 r. — 6) Klinge. Ergebnisse der Alg. Path. München. 1933. — 7) Klinika reumatyzma u dzieci. Moskwa 1934. — 8) Klinik der Erkrankungen des Herzmuskels. X Fortbildg. Nauheim 1934. — 9) Kleinschmidt i Fahr. Klin. Wochenschr. 11/1932. — 10) W. Miller. Warsz. Czasop. Lek. 7/1935. — 11) W. Orłowski. Choroby serca. — 12) Weil. Klin. Wochenschr. 11/1932. — 13) Wiesel. Med. Klin. 19/1923. — 14) Fejgin. W. Czas. Lek. 1935. Nr. 12—13.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału chorób nerwowych w Szpitalu na Czystem.
(Ordynator: Doc. Dr. Sterling).

Zespół Ramsay Hunta a polyneuritis cerebrialis menieriformis.

Podali

WŁ. STERLING i I. KIPMANOWA (Warszawa).

W dwunastoletnim odstępie czasu dwu różnej narodowości uczonych ogłosiło drukiem dwa jakoby zupełnie odrębne zespoły chorobowe. Mianowicie, w r. 1896 Frankl Hochwart opisał odrębny zespół objawów jako *polyneuritis cerebrialis menieriformis*, a w r. 1908 amerykańnin Ramsay Hunt wykazał zależność między półpaścem usznym a porażeniem nerwu twarzowego, opisując ten zespół objawów jako *poliomyelitis ganglionis geniculi*.

Niżej opisany przypadek, jak również dokładny przegląd piśmiennictwa, dotyczącego tych obu spraw, skłania do przypuszczenia, że obie te odrębne pozornie jednostki chorobowe dadzą się sprowadzić do jednego klinicznego mianownika.

Opis przypadku.

Przypadek nasz dotyczy 61-letniej kobiety, Gl., która na dwa tygodnie przed przybyciem na oddział dostała zupełnie nagle bardzo silnego zawrotu głowy, wymiotów oraz szumu w uchu prawem wraz z jednoczesnym upośledzeniem słuchu na to ucho. Przez cały dzień była zamroczona, wymiotowała. Następnego dnia wymioty ustąpiły, natomiast cho-

rej wykrzywiła się twarz oraz zjawilo się utrudnienie mowy i widzenie, jak przez mgłę. Na 3-ci dzień choroby na błonie śluzowej podniebienia twardego, po stronie prawej, wystąpiły jakieś „krosty”. Podczas okresu dwutygodniowego pobytu w domu wysypka na podniebieniu oraz widzenie, jak przez mgłę — ustąpiły, natomiast zawroty głowy, szum w uchu prawem wraz z upośledzeniem słuchu na to ucho utrzymywały się. Na trzy dni przed wybuchem choroby pacjentka miewała kilkakrotnie krótkotrwałe napady szumu w uchu prawem wraz z upośledzeniem słuchu.

Stano obecny: Chora otyła, budowy piknicznej. Granice serca poszerzone w stronę lewą. II-gi ton nad tętnicą główną nieco akcentowany. Ciśnienie krwi 240/115 mm. Hg. Tętno 66 na minutę, miarowe, dobrze napięte. Wątroba nieco wystaje z pod łuku żebrowego. Układ nerwowy: oczopląsu zazwyczaj brak, czasem występuje zmienny, raz w jedną, raz w drugą stronę; odruch rogówkowy bardzo znacznie osłabiony po stronie prawej, nieco osłabiony po stronie lewej; zjawcze napinają się dobrze, jednakowo z obydwu stron; czucie bólu, dotyku i temperatury osłabione na całej prawej połowie twarzy, na błonie śluzowej policzka; osłabienie czucia i smaku na przednich 2/3 cz. języka po stronie prawej. Bardzo wyraźne objawy porażenia o typie obwodowym prawego nerwu twarzowego. Badanie otologiczne (Dr. Karbowski i Dr. Weintal) wykazało zajęcie prawego nerwu słuchowego, i to zarówno jego gałązki ślimakowej, jak i przedsionkowej (tej ostatniej o zmiennym natężeniu). Brak zmian w kończynach dolnych i górnych; chód chwiejny, o małych kroczkach; objawów mózgowych brak.

Badania pomocnicze: Zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało w obrębie kości czołowej podłużną wyrost kostną (zwapnienie sierpa?) W moczu — białka 0,33%. Odczyn Wassermann'a we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Pozatem w płynie mózgowo-rdzeniowym: N. A. + +, białka 0,16%, 1 neutrofil, 1 limfocyt. Badanie elektryczne wykazało częściowy odczyn zwyrodnienia prawego nerwu twarzowego.

Stan chorej w szpitalu stopniowo, ale stale się poprawiał, tak, że po 6-u tygodniach nie było już zupełnie zawrotów głowy, szum w uchu prawem stał się minimalny, porażenie prawego nerwu twarzowego — znacznie mniej wyraźne, również osłabienie czucia i smaku mniej zaznaczone. Stwierdzało się natomiast jeszcze dość znaczne upośledzenie słuchu w uchu prawem, oraz inwersję objawu synkinestezji ruchowo-dźwiękowej (Sterling) mianowicie, przy mocnym zaciskaniu prawej powieki nieznaczny, utrzymujący się jeszcze szum w uchu prawem — znikał.

Epikryza.

W omawianym przez nas przypadku u 61-letniej kobiety wystąpiły zupełnie nagle objawy Meniere'a (szum w uchu, zawroty głowy i wymioty) wraz z upośledzeniem słuchu na to ucho. Następnego dnia zjawily się: wykrzywienie twarzy, utrudnienie mowy i widzenie, jak przez mgłę, a na 3-ci dzień wysypka na podniebieniu twardym po tej samej stronie. Przy badaniu obiektywnym stwierdzono, co następuje: 1) Porażenie prawego nerwu twarzowego o typie obwodowym — (zajęcie wszystkich 3-ch gałązek nerwowych, częściowy odczyn zwyrodnienia przy badaniu elektrycznym brak objawów piramidowych ze strony kończyn, brak zajęcia mięśnia odwodzącego). 2) Zajęcie gałązki czuciowej nerwu trójdzielnego prawego (upośledzenie czucia na całej prawej 1/2 twarzy, upośledzenie czucia i smaku na przednich 2/3 cz. języka, zniesienie odruchu rogówkowego prawego, uczucie drętwienia na całej prawej 1/2 twarzy). 3) Zajęcie prawego nerwu słuchowego, to zarówno jego gałązki ślimakowej, jak o zmiennej natężeniu — przedsionkowej. Ze strony nerwów wzrokowych, mimo subiektywnych dolegliwości, t. j. widzenia, jak przez mgłę, zmian nie stwierdzono. W przebiegu choroby wystąpiła znaczna poprawa.

W rozpoznaniu różniczkowym — wyłączyliśmy: 1) guz mózgu ze względu na ostry początek sprawy chorobowej, brak bólów głowy, brak zmian na dnie oczu, — i w końcu, ze względu na poprawę; 2) zapalenie przewlekłe opon mózgowych, — również ze względu na ostry początek, brak jakichkolwiek objawów oponowych, brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym; 3) kiłowe tło sprawy, wyłącza ujemny odczyn Wassermann'a we krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym; 4) mimo bardzo wysokiego ciśnienia krwi wyłączyliśmy również sprawę naczyniową, jako przyczynę wystąpienia omawianego obrazu chorobowego. Kurcz naczyniowy nie daje bowiem tak długotrwałych zmian, zaś wylew krwawy, który musiałby być, bądź co bądź, dość rozległy, dawałby niewątpliwie objawy piramidowe, a nawet płyn ksantochromiczny lub krwawy. Natomiast obecność owych „krost“ na podniebieniu przemawia z wszelkiem prawdopodobieństwem

za jakąś infekcją, a przypuszczenie to potwierdza w znacznym stopniu odczyn zwyrodnienia mięśni twarzowych przy badaniu elektrycznym oraz zwłaszcza wielonerwowość tej sprawy. Ta wielonerwowość właśnie, przy zajęciu wyłącznym nerwów czaszkowych, jednostronność objawów oraz wybitnie wyrażony składnik menierowski, odpowiadają zespołowi objawów, wyodrębnionemu, jak to już wspomnieliśmy, w roku 1896 przez Frankl-Hochwarta pod nazwą *polyneuritis cerebialis menieriformis*.

Według Frankl-Hochwarta, zespół ten, występujący prawdopodobnie na tle ostrej sprawy zakaźnej, daje z jednej strony porażenie kilku nerwów czaszkowych, przeważnie o typie jednostronnym, a z drugiej, — objawy menierowskie, (szum w uchu, zawrót głowy i wymioty). W klasycznym przypadku Frankl-Hochwarta zajęty był nerw twarzowy, słuchowy i czuciowe gałązki nerwu trójdzielnego.

Cały szereg autorów dołączył później do pracy Frankl-Hochwarta swoje własne spostrzeżenia, opisując przypadki podobne. (Berger, Kaufmann, Hammerschlag, Ruttin, Aronsohn, Schönborn, Veraguth, Fischer, Marcus, a w ostatnim dziesięcioleciu: Seimann, Béla, Güttich). Już z tego, że w ostatnich latach dziesięciolecia udało nam się znaleźć jedynie 3 wzmianki o tego rodzaju przypadkach, wynika, że są one naogół rzadkie.

Przy dokładniejszej analizie piśmiennictwa, dotyczącego *polyneuritis cerebialis menieriformis*, uwagę naszą zwrócił fakt, że, w większości przypadków, opisywanych pod tą nazwą, występował półpasiec (*herpes zoster*) bądź w okolicy ucha, bądź skóry lub błony śluzowej policzka, bądź też na podniebieniu lub przedniej części języka. Ważne to jest z tego względu, że i w przypadku, przez nas opisywanym, mieliśmy niewątpliwie do czynienia ze zmianami półpaściami, które wystąpiły w kilka dni po wybuchu choroby w postaci owych „krost“ na błonie śluzowej podniebienia.

Otóż, w przypadku opisywanym jako *polyneuritis cerebialis menieriformis* przez Bergera, zanotowany jest półpasiec uszny; takż sam półpasiec występował w dwóch przypadkach Hammerschlaga i jednym przypadku Fischera. Natomiast w przypadku Kaufmanna wysypka półpaścowa występowała na policzku. W pierwszym przypadku Frankl-Hochwarta półpasiec nie jest notowany, niewiadomo jednak, czy nie został on poprostu przeoczony, tembardziej, że, jak to już na wstępie wspomnieliśmy, Frankl-Hochwart ogłosił swoją pracę na 12 lat przed opisaniem przez Ramsay Hunta a jego zespołu. Nie jest też wyłączone, że i w innych figurujących pod etykietą *polyneuritis cerebialis menieriformis* opisach, w których półpasca nie znajdujemy, był on niezauważony, bądź z powodu swego słabego natężenia, bądź z powodu jakiegoś bardziej ukrytego, mniej dostępnego badaniu umiejscowienia. Na możliwość tego przeoczenia półpaściami wogóle zwraca uwagę Hunt, Körner, Bruzzone, Roger, i Reboul-Lachaud, André, Thomas, Bregman i inni. Nie brak nawet zdań, że, w zwykłym, obwodowym, porażeniu nerwu twarzowego

zawsze należy myśleć o poronnym półpaścu, zwłaszcza zaś tam, gdzie występował ból za uchem lub obrzmienie gruczołów. Możliwe jest, że lekki stan zapalny zwoju wystarcza do wywołania porażenia, nie wystarcza natomiast do wywołania półpaśca.

Z kolei zatrzymamy się nad dokładniejszą analizą zespołu Ramsaya Hunta, który, jak to już zaznaczyliśmy, pierwszy zwrócił uwagę na występowanie w półpaścu usznym objawów porażenia ruchowych, a mianowicie porażenia obwodowego nerwu twarzowego.

Zespół objawów, opisanych przez Hunta w r. 1908 p. n. *poliomyelitis posterior gangli geniculi*, polega na: 1) bólu w uchu i półpaścu usznym (*herpes oticus*) w t. zw. strefie Hunta (przewód słuchowy, zewnętrzny, małżowina uszna i błona bębenkowa), ewentualnie półpaścu, występującym w obrębie rozgałęzień nerwu twarzowego lub nerwów potyliczno-szyjnych, a nawet nerwów IX i X, 2) porażeniu obwodowym nerwu VII, 3) upośledzeniu słuchu, 4) ewentualnych objawach menierowskich i 5) zaburzeniach czucia w obrębie połowy twarzy, błony śluzowej policzka i podniebienia i przednich 2/3 cz. języka po tej samej stronie oraz zaburzeniach smaku na tejże przestrzeni języka.

Wszystkie te objawy występują nagle, przeważnie z gorączką, tak, że proces sprawia wrażenie ostrej choroby zakaźnej, cechuje go przeważnie jednostronność. Jak widać, podobieństwo między zespołem Hunta a *polyneuritis cerebrialis menieriformis* jest uderzające, zwłaszcza zaś w tych przypadkach, w których na plan pierwszy występują objawy menierowskie.

Starając się wytłumaczyć powstanie swego zespołu objawów, Hunt wyszedł z założenia, że nerw twarzowy nie jest czystym nerwem ruchowym, że przeciwnie, posiada on również włókna czuciowe, które przebiegają w t. zw. *n. intermedius Wrisbergi*. Zwojem czuciowym tego nerwu jest zwój kolankowy (*ganglion geniculi*), który jest według Hunta, odpowiednikiem zwojów międzykręgowych. Ponieważ, według spostrzeżeń Heada i Campbella, podstawą anatomiczną idjopatycznego półpaśca jest ostre, krwotoczno-wysiękowe zapalenie zwojów międzykręgowych lub szyjnych, (*poliomyelitis acuta post.*), więc zapalenie zwoju kolankowego daje w rezultacie półpaśca uszny. Zajęcie nerwu twarzowego i słuchowego w przebiegu półpaśca usznego objaśnia Hunt uciskiem obrzmiałego i powiększonego naskutek zapalenia zwoju kolankowego na nerwy te, sąsiadujące z nim w kanale Fallopiusza.

Jednakowoż, powikłania te nie wyczerpują w całej pełni rozciągłości klinicznej zespołu Ramsaya Hunta, w niektórych bowiem przypadkach półpaśca nie ogranicza się tylko do zwoju kolankowego, lecz rozprzestrzenia się także na obręb zwoju Gassera, zwoju nerwu X i IX oraz na terytorjum różnych zwojów szyjnych. Wszystkie te zwoje stanowią jeden łańcuch sąsiadujących ze sobą tworów, które ulegać mogą zachorzeniu całą serją. W rezultacie powstać może wielobarwny obraz chorobowy z ostrem, jednostronnym, zajęciem kilku nerwów czaszkowych odrazu. Podobieństwo

tego obrazu klinicznego do *polyneuritis cerebrialis menieriformis* staje się jeszcze bardziej uderzające.

Nie wchodząc w analizę przyczyn, wywołujących półpaśca, chcemy jednak zaznaczyć, że teoria zwojowa Heada i Campbella, którą i dla swego zespołu przyjął Hunt, ma wielu przeciwników. Tak więc Lhermitte i Nicolas oraz Busch i Schlesinger widzą przyczynę półpaśca w zmianach samego rdzenia, w rogach tylnych, a nawet przednich (*myélite zostérienne*), Eichhorst Enghof i Belben w podrażnieniu opon. Charcot, Cotand, Curschmann, Eisenlohr, Remak, Gauchet-Bernard, Frey, — w zapaleniu nerwów obwodowych. Zmiany ruchowe w przebiegu półpaśca występowałyby wówczas nie drogą ucisku na nerw, ale, według Lhermitte'a i Schlesingera, wskutek zajęcia rogów przednich rdzenia, a według zwolenników teorii neurytycznej wskutek zajęcia przez proces zakaźny całego nerwu mieszanego. Za tą ostatnią teorią przemawiałyby fakt, że, chociaż przeważnie półpaśca uszny występuje przed porażeniem nerwu twarzowego, to jednakże opisywane są przypadki, zresztą i nasz należy do nich również, w których wysypka wystąpiła dopiero w parę dni po porażeniu (Richon, Girard i Hennequin, Viganon, Lemaitre i Sterling). Przypadki te, jak również przypadki tego rodzaju, jak Bregmana oraz Patrikiosa i Katakouriosa, w których półpaśca wystąpił w okolicy międzybrowowej, zaś w parę dni później zjawiono się porażenie nerwu twarzowego, dowodzą, że porażenie nerwu twarzowego nie mogło być spowodowane zajęciem zwoju kolankowego i jego uciskiem na nerw VII, że więc prawdopodobnie zakażenie atakuje jednocześnie zarówno zwój międzykręgowy, ewentualnie kolankowy, jak i nerw twarzowy, względnie inne nerwy czaszkowe.

Na zasadzie tych rozważań oraz na zasadzie dokładnego przeglądu piśmiennictwa, tak zespołu Ramsaya Hunta (opisanego później dokładnie przez Rogera i Reboul-Lachauda, jako *syndrome de ganglion genic.*), jak i zespołu Frankl-Hochwarta, należy dojść do wniosku, że między temi odrębnie dotąd traktowanymi jednostkami chorobowymi istnieje tak dalece idące podobieństwo, że można je uważać za sprawy identyczne, przyczem pomost między niemi rzuca teorię neurytyczną, tłumaczącą w sposób wystarczający nie tylko powstanie *polyneuritis cerebrialis menieriformis*, ale i zespołu Hunta.

Mianowicie:

1) Obie omawiane sprawy zaczynają się ostro, jak proces zakaźny.

2) W obu mamy przeważnie jednostronne zajęcie kilku nerwów czaszkowych, i to najczęściej VIII i VII oraz czuciowo V, ale i innych, jak IX i X, a nawet III i IV.

3) Objawy Meniere'a, które w *polyneuritis cerebrialis menieriformis*, występują na plan pierwszy, i nie są nieodzownym, lecz fakultatywnym składnikiem zespołu Hunta.

4) W większości przypadków, opisywanych jako *polyneuritis cerebrialis menieriformis*, występował półpaśca.

PIŚMIENNICTWO

Agazzi Zbl. t. Neur. u Psych. T. 29, Nr. 6 Agazzi i Brain, Lancet. 1933 r. T. 1, (19-22) Aitken, Benedetto, Osp. Magg. T. X, N-o 1, R. 1922, (17-20) Andrieu, Ann. des maladies de l'oreille, du lar., du nez. et du phar., t. 46, u-o 4, 1927 r. (329-362) Bar Louis, Arch. internat. de lar., otol., rhino et broncho-oesoph., t. 6, N-o 9, 1927 r. (1048-1053). Berger, N.C. 1908 r. Beri, Zbl. Path. 46, zes. 3, 1929 r. (18-326). Bregman, Neur. Pols. T. VIII, zes. 1, 1925 r. Bruzzone, Rev. oto-neuro-oohtalmol. T. IX, zes. 1, 1927 r. (68-76). Buckingham, Arch. of oto-laryng. XIII, 1931 r. (59-62). Charpe, Amer. Journ. of Science 1915 r. Chavanne, Otol. intern. T. 21, 1933 r. (332-334). Fischer Rud., Arch. f. Ohr., Nasen, u. Kehlkopfheilk. 108, N-o 1-2. Frankl-Hochwart, N. C. 1891 r. Frey, Wien. med. Wschr. N-o 48, 1921 r. (2050-2051). Forli, N. C. 1905. Fraser, The Lancet, 1904 r. T. 1, (18). Goodel W., Arch. of oto-laryng., T. XIV, 1931 r. (822-825). Guaschino G., Osp. Magg. T. XVII 1929 r. (101-106). Guttich, Beiträge zur Anat., Phys., Path. u. Ther. d. Ohr., d. Nase u. d. Hals T. 18, N-o 1-2, 1922 r. Ingvar Sven, Acta med. Scand., T. dod. 34, 1930 r. (177-179). Ironside Redvers, Proc. roy. Soc. med. T. 23, 1929 r. Jacques J., Belg. otol. N-o 5, 1930 r. (404-407). Jahn, Arch. f. Ohr. 93. Heymann, Zeitschr. f. Hals, Nasen, u. Ohrenheilk. T. 1, N-o 3-4. 1922 r (397-468). Hent, The Amer. Journ. of the Med. Sciences T. CXXXVI, N-o 2, (226). Hunt, The Journ. of th. Amer. Med. assoc. T. 53, N-o 18. Hunt, The Journ. of Nerv. and Ment. Dis. T. 36, N-o 6, Hunt, Neurol. Centralblatt 1908, N-o 11

Hunt, Brain, T. 30 (418). Kaufmann, Key-Aberg, Acta oto-laryng. T. X, zes. 2, 1926 r. (209-221). Key Aberg, Acta oto-laryng. T. XII, zes. 3, 1928 r. (372-384). Korner, M. m. Wschr. 1904. Lhermitte i Nicolas, Encéphale, T. XXII, Nr. 4, 1927 r. (245-262). Lemaitre, Baudouin. Saily, Bull. et mem, de la soc, med. des, Hop. de Paris, T. 43, N-o 12, 1927 r. (303-506). Leonard, Kraus, C. laryng. u. s. w. T. 19, 1930 r. (527-429). Lloyd J. H. i Blanche Elliot, Internat. clin. T. 1, Ser. 34. 1929 r. (132-137). Marinesco i Dragonesco, Rev. Neur. T. 30, N-o 1, 1923 r. (30-45). Marinesco i Dragonesco, Bull. de l'acad. de med. T. 97, N-o 15. 1927 r. (473-478). Marinesco G. Bull. de med. T. 88, N-o 41, 1922 r. (487-500). Matusевич Jose, Semana med. T. 1, 1929 r. (522-524). Mosso, Atti clin. oto.-ecciatr. Univ. Roma, 27. 1929 r. (19-27). Netherton, Surg. clin. of North. Amer. T. 4, N-o 4, 1924 r. (1041-1051). Patrikios Katakourius, Bull. Soc. Med.-chir. Athenes, T. 17, 1932 r. (168-172). Pott Charles, Arch. of Neur. and Psych. T. 16, N-o 1. 1926 r. (71-73). Scende Bela, Mmschr. f. Ohrenheilk. T. 66, 1932 r. (814-815). Schonborn, W. Kl. Z. 1907 r. Seinmann. Wiestn. sowiet. otol N-o 25, 1932 r. (350-355). Sicilia, Ann. Acad. Med. quiz. Espan., T. 19. 1032 r. (75-93). Somogyi L., Z. laryng. itd. N-o 23, 1932 r. (436-440). Sterling, Polska Gaz. Lekarska 1925. Richon, Girard, Hennequin, Bull. de soc. med. des Hop. de Paris T. 111, N-o 47, 1931 r. Roger i Reboul-Lachaud, Paris med. T. XI, N-o 40, 1921 r. (264-267). Viganoni, Arch. ital. otol. T. 41, 1930 r. (14-17). Worms i Lavergne, Paris med. T. 12, N-o 23, 1922 r. (491-485). Zaviska, Casopis lekaruv ceskych T. 62, N-o 10, 1923 r. (254-256).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z nowszych prac o wścieklicznie.

Podala

W. GŁOWACKA (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 12).

Przejdziemy obecnie do omówienia wściekliczyny u ludzi. Człowiek jest naogół mało wrażliwy na wścieklicznę, spośród osób nieszczepionych umiera na wodowstręt 10—12% (Palmirski, Karłowski), do 15% (Hogges i Remlinger). Choroba może wystąpić po 2—3 tygodniach od dnia pokąsania, po kilku miesiącach, po roku i później. Opisane są rzadkie przypadki zachorowania na wodowstręt po 2—3 latach od pokąsania. Najniebezpieczniejsze są pierwsze 3 miesiące po ukąszeniu: w tym okresie zachorowało 80% spośród osób, zmarłych na wodowstręt (Palmirski, Karłowski). Pierwsze objawy choroby mogą być niewyraźne, często występują bóle w miejscu ukąszenia, które promieniuja wzdłuż odpowiednich nerwów. Objawem najcharakterystyczniejszym gwałtownej wściekliczyny u człowieka jest toniczny kurcz gardzieli, krtani i przełyku, występujący nagle podczas picia wody, a nawet na sam widok wody (*hydrophobia*) i przy przewie-wie powietrza (*aërophobia*). Chorzy są podnieceni, niekiedy dostają napadu szału, przytem może nastąpić odrazu śmierć. Bobes podaje dwa przypadki nagłej śmierci w podobnych okolicznościach, tłumacząc ten fakt zmianami w splocie nerwowym serca (*septinévrite* — Nicola u), wywołanymi przez zarazek wściekliczyny. Choroba trwa 3—5, rzadko 7 dni, pod koniec występują

porażenia i śmierć wskutek asfiksji. W postaci porażennej, obserwowanej rzadko, spostrzegamy porażenie wstępujące i silną astenję, objawów wodowstrętu może nie być. Człowieka chorego na wodowstręt najlepiej pozostawić na miejscu, zapewniając mu spokój; wskazane jest podawanie narkotyków w dużych dawkach. Dotychczas nie mamy sposobu leczenia rozwiniętej wściekliczyny, która zawsze kończy się zejściem śmiertelnym.

Możemy jedynie dzięki szczepieniom Pasteurowskim zabezpieczyć człowieka przed rozwojem choroby. Zdarzają się jednak przypadki, że człowiek umiera na wścieklicznę pomimo szczepień ochronnych. Na 815.000 osób, szczepionych różnymi metodami, zmarło na wodowstręt 0,6% (Kraus, Gerlach, Schweiburg).

Po pokąsaniu człowieka przez zwierzę podejrzanе wskazuje jest przede wszystkim natychmiastowe obmycie i zdezynfekowanie rany. Zwykle używamy w tym celu jodyny. Kraus, coppers, wątpi o jej skuteczności. Wypalanie i wycinanie rany może mieć dobre skutki, ale tylko przy zastosowaniu odrazu po pokąsaniu. Uszakow uważa, że zabieg ten może być skuteczny tylko przez pierwszą godzinę po ukąszeniu; tak—na 531 osób po wypaleniu rany przed upływem godziny od chwili pokąsania nie zmarła ani jedna, a na 661 osób bez tego zabiegu zmarło trzy (sprawozdanie za 1927 r.). Jednakże zabieg ten niezawsze może ochronić człowieka przed zachorowaniem, co wnioskuje się z sprawozdania tegoż Uszakowa za 1926 rok: na 1072 osoby po wypaleniu rany zmarły dwie, a na 1078

osób, niezabezpieczonych w ten sposób, zanotowano tylko jedno zejście śmiertelne.

Zwykle, niestety, pacjent zgłasza się do lekarza wtenczas, gdy jest już za późno na ten radykalny zabieg. Zarazek wścieklizny może znajdować się w ranie, względnie w bliźnie przez czas dłuższy. Malinin podaje dwa przypadki, w których udało mu się wykryć zarazek wścieklizny w ziarninie rany po 40 dniach, a w bliźnie po 56 dniach od pokąsania.

3—8 dni przed wybuchem choroby często powstają bóle w miejscu pokąsania; wycinanie rany wtenczas jest bezcelowe, ponieważ zarazek, jak wiemy, z nadzwyczajną szybkością przedostaje się z rany do ośrodkowego układu nerwowego, bóle zaś w miejscu ukąszenia są już tylko pierwszym zwiastunem choroby.

Zalecamy szczepienia we wszystkich przypadkach pokąsania przez zwierzęta wściekle lub podejrzane o wściekliznę. Uważamy za podejrzane każde zwierzę, które po pokąsaniu człowieka zbiegło, padło lub zostało zabite (nawet jeśli za życia nie zdradzało żadnych objawów wścieklizny) w okresie dwutygodniowym od pokąsania; zarazek może znajdować się w ślinie, jak wspomniano, na kilka dni przed wybuchem choroby. Jako przykład, przytoczymy jeden z przypadków, gdzie pies, pozornie zupełnie zdrowy, został przejechany przez wóz; właściciel, ratując psa, został pokąsany przez zdychające zwierzę, lecz zlekceważył ten fakt i zmarł na wściekliznę po 6 tygodniach od pokąsania.

Szczepienia są wskazane przy najdrobniejszych rankach, starciach naskórka, zadanych zębem zwierzęcia w nagie ciało lub przez ubranie (stwierdzić, czy ząb mógł przejść przez tkaninę). Pokąsani przez ubranie umierają 7 razy rzadziej, niż pokąsani w nagie ciało (Mc. Kendrick).

W/g statystyki Karłowskiego na 115 osób zmarłych, pomimo szczepień — pokąsanych w nagie ciało było 106 osób, a przez ubranie — 9. Zdarzają się przypadki zachorowania na wściekliznę po tak nieznacznych skałeczeniach przez ubranie, że specjaliści (zakł. Palmirskiego), zastanawiali się, czy są wskazania do szczepienia pokąsanego (możliwość przejścia zęba przez tkaninę ubrania). Ślina w tkaninie ubrania może zachowywać swoją zjadliwość przez pewien czas; znany jest przypadek z Wiednia (cyt. Krausa), gdzie matka skałeczyła sobie usta nitką przy zaszywaniu podartego przez wściekłego psa ubrania syna; kobieta po pewnym czasie zachorowała na wściekliznę.

Ubranie podarte, zaślinione trzeba wysuszyć, względnie wyprać. Po wyschnięciu śliny zarazek zostaje unieszkodliwiony. Szczepienia są wskazane przy przedostaniu się śliny na świeże przypadkowe skałeczenie, niepokryte strupem. Często szczepimy z tego powodu małe dzieci, które bawiły się z psem i mogły mieć przypadkowe skałeczenie na rękach. Przedostanie się śliny na zdrową skórę nie wymaga szczepień; natomiast większość uczestników zjazdu w Paryżu wypowiedziała się za szczepieniem ludzi w razie przedostania się śliny na nieuszkodzone słuzówki. Można ulec zakażeniu przy nacieraniu ręką języka krowy, niekiedy solą, jak to przyjęte jest na wsi. Przy zadrapaniu pazurem trzeba zbadać wszystkie okoliczności, zwłaszcza, jeśli mamy do czynienia z dziećmi lub zadrapaniami na głowie.

W Oddziale Pasturowskim zwykle nie szczepimy osób, pokaleczonych łapą zwierzęcia, uważając takie zadrapanie przeważnie za nieszkodliwe. W większej części instytutów Pasturowskich szczepią osoby podrapane pazurami. Skałeczenie się podczas sekcji o ko-

ści czaszki lub kręgosłupa, zawalanie przypadkowego skałeczenia podczas sekowania narządów wewnętrznych wymaga szczepienia. Opisane były przypadki śmierci weterynarzy po skałeczeniach podczas sekcji wściekłych zwierząt. (P u n t o n i). Używanie mleka i mięsa zwierząt chorych na wściekliznę nie wymaga szczepień; nie wymaga też szczepień zawalanie się krwią zwierząt wściekłych.

W Warszawie na 46.557 osób szczepionych odmówiono szczepień 8.392 osobom z braku wskazań, ani jedna z tych osób nie zachorowała na wściekliznę (Karłowski). Jeśli jednak pacjent domaga się szczepień wbrew opinii lekarza, nie możemy mu ich odmówić.

Jeśli pies żyje i nie zdradza żadnych objawów wścieklizny, jest wskazane zatrzymanie go pod obserwacją na 14 dni; przez ten czas pies powinien być na uwięzi albo w zamknięciu. Podczas obserwacji rozpoczynamy szczepienia w przypadkach ciężkiego pokąsania: głównie w głowę, w twarz; choroba często występuje po krótkim okresie wylegania, nawet przed ukończeniem szczepień. W/g wiedeńskiej statystyki na 14.346 osób szczepionych — pokąsanych w głowę było 977 osób, z nich zmarło 64 osoby, t. j. 6,55%. W zakładzie Palmirskiego w Warszawie na 1.360 osób, pokąsanych w głowę — zmarło 41 po ukończeniu szczepień (3,01%) i 21 podczas szczepień, co wynosi 1,6%. Wskazane jest także rozpoczęcie szczepień podczas obserwacji psa przy licznych głębokich ranach tułowia, kończyn, głównie końców palców; na 488 osób szczepionych (liczne rany) — zmarła jedna osoba podczas szczepień i jedna po ukończeniu szczepień, t. j. 0,20%. (zakł. Palmirskiego).

W Oddziale Pasturowskim rozpoczynamy w wyżej wskazanych przypadkach szczepienia; szczepimy codzień przez 3 — 4 dni, następnie co 2-gi — 3-ci dzień do końca obserwacji; szczepienia przerywamy, o ile pies żyje i jest zdrow po ukończeniu obserwacji. Jeśli pies zachoruje podczas obserwacji, to szczepienia przedłużamy do 20 zastrzyknięć. Przy szczepieniach podczas obserwacji psa stale utrzymujemy kontakt ze zwierzęciem; wskazane jest pozostanie unikanie szablonowego sposobu postępowania. Zakażenie przez psy, które w czasie pokąsania i w następne dni pozostały zupełnie zdrowe, jest dotychczas nieznanne (Kraus, Gerlach, Schweinburg). O ile pies został zabity, a głowa (mózg) przesłane do analizy na obecność ciałek Negriego, należy rozpocząć szczepienia, nie tracąc czasu na oczekiwanie odpowiedzi; badanie mikroskopowe mózgu nie może wykluczyć wścieklizny. Kilka dni zwłoki, co prawda, nie mają znaczenia, poza przypadkami pokąsania — w głowę, twarz i t. d., kiedy wskazane jest wcześniejsze rozpoczęcie szczepień.

Szczepimy w Oddziale Pasturowskim od 1928 r. szczepionką karbolizowaną, która używana jest i na prowincji. Szczepimy przez 20 dni, pacjenci otrzymują codzień po 2 cm³ szczepionki pod skórę na brzuchu; częste są przypadki wprowadzenia szczepionki do mięśnia, pod skórę kończyn i t. d.; trzeba tego unikać — szczepienia są wówczas boleśniejsze i mogą niekiedy wywołać niepożądane powikłania (zadrażenie nerwu i t. d.). Ta ilość szczepionki wystarcza do zabezpieczenia pokąsanych przed chorobą (Karłowski). Przy ciężkich pokąsaniach można użyć zapasowy flakonik w/g wskazówek Karłowskiego.

Naogół szczepienia znoszone są dobrze; niekiedy po 7 — 8 iniekcjach może wystąpić obrzęk, zaczerwienienie i swędzenie w miejscu szczepień; zalecamy w tych

przypadkach okłady z zimnej wody. Niekiedy po kilku szczepieniach można zauważyć powiększenie i bolesność gruczołów chłonnych w pachwinach i pod pachami, obserwowano jednak ten objaw i po wprowadzeniu normalnej tkanki nerwowej obcego pochodzenia (P a l m i r s k i, K a r ł o w s k i). Zdarza się, że pacjenci skarżą się na ogólne osłabienie, bezsenność i t. d. W przypadkach silniejszych odczynów miejscowych i ogólnych wskazane jest przerwanie szczepień na jeden, dwa dni, co nie może pociągnąć za sobą niepożądanych skutków. Przy temperaturze powyżej 38° wstrzymujemy się od szczepień. Jeśli przerwa trwa dłużej niż dwa tygodnie, w niektórych przypadkach rozpoczynamy szczepienia nanowo. Szczepienia nie wymagają zmiany trybu życia, zalecamy jedynie unikanie przemęczenia, jak fizycznego, tak i umysłowego, przeziębienia i t. d., wogóle wszystkiego, co mogłoby osłabić odporność ustroju. Znane są przypadki zachorowania na wścieklicznę po wstrząsach nerwowych, wysiłkach fizycznych i t. d. Z tego względu wskazane jest np. zwolnienie od ćwiczeń wojskowych na czas szczepień. Zalecamy wstrzymywanie się od użycia alkoholu.

Doświadczenia R e m l i n g e r a, G l u s m a n a i współpracowników nie wykazały wprawdzie zależności występowania powikłań nerwowych od użycia alkoholu; jednakże odporność w tych warunkach jest słabiej zaznaczona (G l u s m a n). Powtórne szczepienia nie wywołują objawów anafilaksji: niektórzy pracownicy z Oddziału P a s t e u r o w s k i e g o szczepili się kilkakrotnie bez żadnych przykrych następstw. W niektórych zakładach szczepią powtórnie po miesiącu od ukończenia szczepień, po większej części zostało to zarzucone, ponieważ nie dawało lepszych wyników. W razie ponownego pokąsania później, niż w dwa miesiące od ukończenia szczepień, rozpoczynamy szczepienia nanowo; o ile pokąsaniu ulega twarz, głowa, rozpoczynamy szczepienia ponownie nawet po 2-tych tygodniach od ukończenia szczepień. Odporność niekiedy może zniknąć już po 2-tych miesiącach (O t t o H e r r m a n n). Przeciwwskazań do szczepień niema, wymagają one jednak opieki lekarskiej. Szczególna ostrożność wskazana jest przy szczepieniu osób, które przechodziły różne choroby ośrodkowego układu nerwowego. W tych przypadkach szczepić należy tylko przy wskazaniach, niepołączających zakwestjonowaniu. Ujemną stroną szczepień P a s t e u r o w s k i e g o są rzadkie na szczęście przypadki porażenia poszczepiennych. R e m l i n g e r a uważa, że od czasu wprowadzenia szczepień ochronnych uległo porażeniu mniej więcej około tysiąca osób.

Porażenia występują zwykle nagle, bez widocznej przyczyny po 10 — 15 dniach od rozpoczęcia kuracji, lub po tygodniu — dwóch od jej ukończenia; bardzo rzadko występują przed upływem dziesięciu dni od rozpoczęcia szczepień. Z tych przypadków należy wyłączyć rzadko występującą wściekliczną porażenną przez każdorazowe badanie mikroskopowe na obecność ciałek N e g r i e g o w ośrodkowym układzie nerwowym oraz przez przenoszenie na zwierzęta laboratoryjne. Klinicznie porażenia występują pod różnymi postaciami. Najcięższą formą jest porażenie wstępujące typu L a n d r y (zejście śmiertelne w 30%), w lżejszych przypadkach występuje porażenie poprzeczne z porażeniem zwieraczy pęcherza (zejście śmiertelne w 5%), zdarzają się porażenia poronne, najczęściej pojedynczych nerwów czaszkowych.

P a s t e u r w swoim czasie zwrócił uwagę na te powikłania, ale uważał je za fausse rage, t. j. wścieklicznę

uliczną, złagodzoną przez szczepienia ochronne. Tęgoż zdania jest dotychczas J ó z e f K o c h. Przeciwno temu pogładowi przemawia jednak fakt, że porażenia mogą występować u osób, które nigdy nie miały żadnej styczności ze zwierzęciem wściekłym. Np.: 1) przypadek wystąpienia porażenia u nauczycielki, która szczepiła się tylko dla zachęcenia uczennic, pokąsanych przez psa podejrzanego, 2) młodego człowieka z Algieru, który szczepił się dla dodania otuchy pokąsanej narzeczonej, 3) lekarza holenderskiego, który po przyjeździe na Jawę szczepił się zapobiegawczo, nie będąc pokąsanym i t. d.. Większa część uczestników zjazdu w Paryżu głównie B u j w i d, B u s s o n, v a n H o r e n i inni, przysłała do wniosku, że zarazek stały nie jest w zupełności nieszkodliwy dla człowieka, jak to twierdzili N i t s c h, P r o s c h e r, M a r x i inni. W wyjątkowych okolicznościach zarazek ustalony może wywołać porażenia z zejściem śmiertelnym (wściekliczna laboratoryjna). Obecność zarazka stałego powinna być każdorazowo stwierdzona doświadczalnie na zwierzętach. Niezawsze jednak udaje się z łatwością odróżnić zarazek stały od zarazka ulicznego: krótki okres wylęgania obserwujemy również i w przypadkach virus renforcés, w których mogą także być nieobecne ciałka N e g r i e g o.

Przy wprowadzeniu szczepień osłabionym lub zabitym zarazkiem udało się znacznie zmniejszyć liczbę porażenia. W/g statystyki M c. K e n d r i c k a porażenia występują 4,4 razy rzadziej przy szczepieniu zabitym zarazkiem. Jednakże porażenia, nawet z zejściem śmiertelnym, obserwowano i przy szczepieniach zarazkiem zabitym, np. po szczepieniach w/g metody S e m p l a (zarazek zabity karbolem, modyfikacja metody F e r m i e g o) opisane są przypadki porażenia (S t u a r t, K r i k o r i a n, T a r t a k o f f i V i r b e r, C o r n a c k i A n d e r s o n).

Dotychczas nie udało się stwierdzić, jakie właściwie czynniki przy szczepieniach mogą działać w sposób szkodliwy na układ nerwowy.

Zasadniczo porażenia, z małym wyjątkiem, występują pojedynczo. Najczęściej ulegają im ludzie, pracujący umysłowo (B u j w i d nie obserwował ani jednego przypadku u pracujących fizycznie). Są spostrzeżenia, że podczas wojny większy odsetek szczepionych ulegał powikłaniom (K a r ł o w s k i, specjaliści niemieccy). Niekiedy ma wpływ przeziębienie, fizyczne przemęczenie (K a r ł o w s k i, B u s s o n). Niewątpliwie duże znaczenie ma wrażliwość układu nerwowego osoby szczepionej. (B u s s o n, K a r ł o w s k i, L u b i Ń s k i, M o r p h a n B a j, P r a u s n i t z). Odmienogatunkowa tkanka nerwowa wywołać może porażenia u zwierząt (S c h w e i n b u r g, A c t o n i H a r v e y), przypuścić można, iż może ona być przyczyną porażenia u ludzi (K a r ł o w s k i, K i t a s a t o, P r a u s n i t z). B a b e s uważa, że niekiedy może wydzielać się (przy metodzie ogrzewania) za dużo toksyny rabicznej, która jest przyczyną porażenia; za tem przemawiałby obraz kliniczny i niemożność przeniesienia choroby na zwierzęta doświadczalne. W/g R e m l i n g e r a niekiedy przyczyną porażenia mogą być te same czynniki, które powodują objawy porażenne i przy innych szczepieniach. Najczęściej jednak, według przypuszczeń R e m l i n g e r a, porażenia wywoływane bywają przez zarazek stały, nawet porażenia mniej ciężkie, kończące się wyzdrowieniem. Niekiedy przy porażeniach z zejściem śmiertelnym może nie udać się przeniesienie zarazka na zwierzęta doświadczalne dzięki autosterylizacji układu nerwowego. W myśl L e v a d i t i e g o zarazek stały, osłabiony dla ustroju

człowieka, wywołuje odczyn obronny układu nerwowego, wskutek czego zarazek zostaje zniszczony: o ile zmiany towarzyszące tej autosterylizacji układu nerwowego są bardzo głębokie — następuje śmierć, w razie zmian nieznacznych — może nastąpić wyzdrowienie. Predyspozycja układu nerwowego, począłci współdziałanie zarazka stałego, zmienionego w ten, czy inny sposób, po części zadziałanie obcej tkanki nerwowej — tłumaczyłoby powstawanie przeważnej części porażeń.

R e m l i n g e r zaleca zwracanie uwagi na szczepki zarazka laboratoryjnego, używanego do szczepień; różnią się one między sobą tylko większą lub mniejszą zjadliwością i aktywnością; niekiedy mogą występować zmiany w zjadliwości zarazka stałego pod wpływem bliżej nieznanych czynników — pór roku, wpływów atmosferycznych i t. d.; podobne zmiany obserwowane były przy innych zarazkach pozawidzialnych (*herpes*). Dla uniknięcia porażeń R e m l i n g e r uważa za wskazane stopniowe wprowadzenie szczepionki pod skórę na brzuchu; przy brutalnym szczepieniu może dojść do uszkodzenia osłonki nerwu i do niepożądanych powikłań nerwowych. W przypadkach porażeń wskazane jest przerwanie szczepień. Niewolno stosować żadnego intensywnego leczenia (M. R o u x), trzeba jedynie dbać o spokój chorego, starać się o niedopuszczenie do odleżyn i zachowywać jaknajdalej idącą aseptykę przy kateteryzacji chorego.

Przy szczepieniach suszonym rdzeniem we Lwowie obserwowano 10 porażeń na 8.365 osób szczepionych, w Krakowie 3 — na 16.675 (zarazek regenerowa-

ny); w Warszawie 12 — na 42.896. Na 13.879 osób, szczepionych szczepionką karbolizowaną, rozsyłaną przez P. Z. H. (bierzemy pod uwagę tylko osoby, których karty rejestracyjne zostały nadesłane do Oddziału P a s t e u r o w s k i e g o), zanotowano tylko jeden przypadek porażenia z łagodnym przebiegiem, gdy tymczasem na 4.660 osób, szczepionych suszonym rdzeniem od 1924 do 1.IV. 1927 r. w Oddz. P a s t., miały miejsce trzy przypadki porażeń. Latem bieżącego roku w naszym Oddziale zdarzył się przypadek porażenia z zejściem śmiertelnym. Osobnik, lekko pokąsany (pod kolanem pr. nogi dwie małe powierzchowne ranki) przez psa obcego, który zbiegł, rozpoczął kurację na drugi dzień po ukąszeniu, 15/V. Szczepiony był dziewięć razy, poza nieznacznym odczynem w miejscu szczepienia na 7—8 dzień, zabieg ten znosił dobrze. Po dziewięciu zastrzykaniach 25/V. szczepienia przerwano z powodu ogólnego złego samopoczucia (temperatura powyżej 38°, bóle w nogach, osłabienie), poradzono zwrócić się do internisty. W/g opowiadania żony — stan chorego pogarszał się, wystąpił niedowład dolnych kończyn i pęcherza, 27/V. chory został przewieziony do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie po kilku godzinach zmarł. Trzeba przypuszczać, że było to porażenie wstępujące, które rozwijało się bardzo szybko. Sekcji nie robiono — nie możemy więc ustalić, jaki czynnik wywołał porażenie. Ważne znaczenie ma fakt, że zmarły przed laty chorował na zatrucie ołowiem, leżał przez kilka miesięcy w szpitalu (zmarły z zawodu był zecerem).

(Dok. nast.)

O c e n y k s i ą ż e k

Sammlung wichtiger Früh-und Fehldiagnosen. (Herausgegeben von der Schriftleitung der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, mit 65 Abbildungen. Georg Thieme-Verlag. Leipzig 1936).

Jest to zbiór artykułów, ogłoszonych w Deut. Med. Woch., omawiających najaktualniejsze zagadnienia z diagnostyki różnych działów medycyny. Artykuły napisane są treściwie i odpowiednio do swego tematu nie poruszają zagadnień teoretycznych. Książka jest pożyteczna, pozwalając lekarzom odświeżyć w pamięci drobne a ważne szczegóły diagnostyki nietylko z zakresu swojej specjalności.

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

Józef TYPOGRAF. **Bóle w klatce piersiowej.** (Monografia lekarskie dla lekarzy praktyków. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap”, Warszawa 1935 r. str. 30).

Pospolity objaw, jakim są bóle w klatce piersiowej, jest trafnym tytułem dla całego rozdziału diagnostyki różniczkowej, gdyż od niego biegnie myśl przewodnia różniczkowania. Temat dla monografii klinicznej tembardziej wdzięczny, że omówienie jego można dobrze uwypuklić w ważne zagadnienie diagnostyki dławicy piersiowej. Monografia napisana jest jasno i treściwie. Dużą jej zaletą jest przytoczenie licznych przykładów kazuistycznych z własnych spostrzeżeń. W ramach krótkiej monografii różniczkowanie przeprowadzone jest dość wszechstronnie; w różniczkowaniu autor chyba pominął tylko cierpienia rdzenia pacierzowego. Monografię można polecić jako publikację b. pożyteczną, zwłaszcza dla lekarzy praktyków.

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

Wskazówki praktyczne

A. S t e i n e r poleca leczenie *trądzika pospolitego u obu płci przy pomocy żeńskich hormonów płciowych*, stosowanych doustnie, przy obecności zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, które są najczęstszą przyczyną trądzika. (Aerztl. Korresp. 1935 Nr. 12).

—o—

E. H o f f m a n n zwraca uwagę na *wczesne zapalenie stawów pochodzenia kilowego*, przebiegające pod postacią gośćca. W rozpoznaniu różniczkowym należy uwzględnić nieliczne ogniska choroby (najczęściej staw kołarowy, mostkowo-obończykowy), oporność na przetwory salicylowe, brak zmian ze strony serca i wreszcie dodatni odczyn W a. Często stwierdza

się zapalenie okostny na czaszce i goleniach oraz nocne wzmacnianie się bólów. Jodek potasu sprowadza szybki spadek temperatury i złagodzenie bólów. Salwarsan i bismut dają wynik dodatni. (Klin. Woch. 1933 Nr. 17).

—o—

W celu zapobiegania pooperacyjnym zakrzepom żylnym i zatorom płucnym stosuje K. O t t o *Sympatol*. W dniu operacji 3-krotne zastrzyknięcie podskórne 1 cm³ w ciągu następujących 6 dni 3 razy dziennie po 20 kropel doustnie. Dla pobudzenia krwioobiegu głębokie oddychanie i wczesne ćwiczenia ruchowe w łóżku. (Ztbl. Gyn. 1936 Nr. 9).

—o—

W leczeniu *colitis gravis (ulcerosa)* poleca H e t é n y i zastrzykiwania dożylnie kwasu askorbinowego w ilości 150 mg. codzień lub co drugi dzień. (Klin. Woch. 1935 Nr. 41).

—o—

Dłuższe stosowanie *atofanu* wymaga ciągłej kontroli moczu na urobilinogen ze względu na szkodliwe jego działanie na wątrobę. O ile w przypadkach ostrych kilkodniowe używanie *atofanu* oddaje rzetelne usługi, o tyle w przypadkach przewle-

kłych wskazana jest ostrożność i rezerwa. (M. p. W. 1936 Nr. 5).

—o—

Według E u f i n g e r a i G a e t h g e n s a witamina C wpływa nader korzystnie na patologicznie zmieniony biały obraz w *białaczce szpikowej* i poprawę jej przebiegu klinicznego. Zachodzi tu najprawdopodobniej działanie ośrodkowe na szpik kostny (Kl. Woch. 1936 Nr. 5).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

XI. Zebranie z dnia 14 czerwca 1935 r.

Zebranie zostało zorganizowane wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Internistów Polskich jako dalszy ciąg X. Zebrania.

Obecnych na zebraniu 40 osób.

1) W y k ł a d:

Kol. Wincentego Ł a p y (członka Wydziału) p. t.: „Wpływ naparstnicy na serce”.

W 19 wieku we Francji H o m o l l e wyizolował z naparstnicy czynny glukozyd digitalinę, w Niemczech W a l z — digitalinę niemiecką, a N a t i v e l l e wyizolował 3 ciała: 1) Digitalinę N a t i v e l l e, rozpuszczalną w wodzie; 2) Digitalinę N a t i v e l l e, rozpuszczalną w chloroformie; 3) (nieczynną fizjologicznie) D i g i t a l i n e — N i t i v e l l e, rozpuszczalną w alkoholu. Badania nad wyizolowaniem poszczególnych składników czynnych i nad ich działaniem przeprowadzili C l o e t t a, B ö h m, S a h l i, R o m b e r g, H u s b a n d, E d e n s, M a c k e n s i e, N a u n y n, K r e h l i K o r a n y i i w znacznym stopniu przyczynili się do rozwoju nauki o naparstnicy. C l o e t t a wyodrębnił czystą digitalinę, pozatem wyizolował jeszcze glukozydy krystaliczne gitoksynę i gitalinę. Według W i n d a u s a glukozydy naparstnicy rozpadają się pod wpływem hidrolizy na cukry i geniny, które też działają na serce, lecz słabiej. Geniny rozpadają się jeszcze na ciała prostsze — oksylaktony.

Jony Ca (wapnia) mają wpływ na działanie składników naparstnicy, a mianowicie: digitoksyna uczula serce na wapń w tym stopniu, że potem nawet na małe dawki wapnia reaguje serce zwiększeniem napięcia, odwrotnie, nawet duże dawki wapnia nie uczulają serca na digitalinę. Naparstnica działa leczniczo na serce, naczynia krwionośne i nerki, przyczem powoduje zwężenie naczyń jelitowych i częściowo wątrobowych, a rozszerza naczynia skóry, nerek i naczynia wieńcowe. Działanie jej na naczynia wieńcowe wykryto niedawno. Możemy odróżnić 6 podstawowych działań naparstnicy, z tych 2 działania na naczynia i na nerki, a 4 pozostałe są: 1. Działanie na motoryczną siłę serca, wzmocnienie skurczu, a pośrednio lub bezpośrednio i na zwiększenie rozkurczu. 2. Wpływ na elastyczność mięśnia sercowego. 3. Działanie na rytmikę ośrodków, wytwarzających bodźce (chronotropowe działanie). 4. Działanie na przewodnictwo, mianowicie na szybkość przewodnictwa (dromotropowe działanie).

Według E d e n s a naparstnica w dawkach leczniczych pomyślnie działa tylko w tych przypadkach, gdy serce jest jednocześnie przerosłe i niewydolne. E d e n s twierdzi, że zwolnienie tętna nie następuje: 1) gdy serce jest prawidłowe pod względem anatomicznym, 2) gdy serce jest niewydolne, ale niema przerostu i 3) gdy serce jest przerosłe, ale wydolne. Uczulenie to w działaniu naparstnicy na uszkodzenie serca tłumaczy się zależnością tego uczulenia od zaburzenia w przemianie materji, jak nagromadzenie kwasu mlekowego i zaburzenia w równowadze kwasowo-zasadowej, przyczem zaburzenie to zachodzi nie tylko w sercu, lecz i w innych tkankach. Naparstnica wybitnie zmniejsza ilość krwi, będącej w obiegu. Między innymi naparstnica ma wpływ na wydzielanie chlorku sodowego i zasad. Kumulacja występuje przy podawaniu naparstnicy w dawkach leczniczych. Naparstnica jest wchłaniana przez mięsień sercowy. Naparstnica, podawana przez dłuższy czas nawet w dawkach leczniczych, może wywołać objawy działania ubocznego, jak podrażnienie żołądka i jelit, zwolnienie tętna, nieprzyjemne subiektywne sensacje w okolicy serca: są to objawy alarmujące, że należy podawanie naparstnicy przerwać; przy dalszym podawaniu może nastąpić zatrucie, które się objawia wybitnym zwolnieniem

czynności serca, niekiedy wiodącym do bloku sercowego, innym znowu razem czynność serca może ulec znacznemu przyspieszeniu wskutek wzmocnienia pobudliwości ośrodków drugo- i trzeciorzędnych przy jednoczesnym zachowaniu zdolności wytwarzania podnieć w węzle zatokowym, przyczem często pojawiają się zaburzenia rytmu, czy to miarowe (np. bigeminja serca), czy to niemiarowe (n. p. migotanie przedsionków), dalej występują nudności, wymioty, biegunki, zawroty głowy, bóle głowy, zaburzenia słuchu, wzroku, a nawet omdlenia na tle zaburzeń ukrwienia mózgu i zapaść.

R o z p r a w a: Kol. J e z i e r s k i, Kol. H a n a s z, Kol. O r z e c h o w s k i i Kol. Ł a p a.

2) W y k ł a d: „

Kol. Wiktora T o m a s z e w s k i e g o (członka Wydziału) p. t.: „Zmiany elektrokardiograficzne w zatruciu naparstnicą”.

Referent omawia zmiany krzywej elektrokardiogramu pod wpływem działania naparstnicy w dawkach leczniczych i toksycznych. Jeżeli chodzi o działanie na serce, to naparstnica wywiera między innymi: 1) wpływ hamujący na powstawanie bodźców, 2) wpływ hamujący na przewodnictwo i 3) zwiększenie pobudliwości samego mięśnia sercowego. Jako wyraz wpływu hamującego na powstanie bodźców powstaje zwolnienie tętna. Jako wyraz wpływu hamującego na przewodnictwo, powstaje przedłużenie czasu przewodnictwa, wytwarzają się bloki niezupełne lub zupełne. Jako wyraz zwiększenia pobudliwości mięśnia sercowego powstają skurcze dodatkowe, bądź pojedyncze, bądź też jako bigeminja. Referent przedstawia przypadek zatrucia digitaliną w celach samobójczych. Wykonany był 7 razy elektrokardiogram. W przypadku tym wystąpił prawie cały kompleks zmian elektrokardiograficznych, powstający pod wpływem naparstnicy. Po 14 dniach elektrokardiogram był zupełnie normalny. Pozatem referent przedstawił jeszcze elektrokardiogram kilku innych przypadków przedawkowania naparstnicy (bigeminja, okresy W e n c k e b a c h a, bloki niezupełne).

(Praca na temat: Zatrucie digitaliną ukaże się w „Presse Medicale”, ogólnie o zatruciach i elektrokardiogramie w „Nowinach Lekarskich”).

R o z p r a w a:

Kol. O r z e c h o w s k i, Kol. Ignacy H o f f m a n, Kol. T o m a s z e w s k i.

W y k ł a d:

Kol. M a r k i e w i c z a p. t.: „O t. zw. późnem uszkodzeniu mózgu po naświetlaniu promieniami Roentgena”.

Referent przedstawia przypadek uszkodzenia mózgu po rentgenowego, który był w obserwacji w Klinice Neurologicznej U. P. Przypadek ten dotyczy pacjenta lat 34, który miał około 1925 r. parokrotnie i prawdopodobnie dużymi dawkami naświetlaną głowę z powodu pryszczycy. Od jesieni 1929 r. wystąpiły objawy neurologiczne w postaci osłabienia wzroku i pamięci, parestezyj w kończynach i napadów J a c k s o n a. Schorzenie miało charakter postępujący, objawy stopniowo się nasilały, nastąpiła amauroza i paraplegja spastyczna kończyn dolnych. Obraz kliniczny odpowiadał guzowi mózgu. Po wytworzeniu się w r. 1931-szym typowego owrzodzenia rentgenowego w okolicy potylicznej, liczone się z możliwością szkodliwego działania promieni R o e n t g e n a jako czynnika etjologicznego także schorzenia mózgowego. Dopiero badanie anatomiczne wyjaśniło, że istotnie chodzi tu o uszkodzenie rentgenowe: Stwierdzono w obu półkulach prawie symetryczne rozległe ogniska martwicze i krwotoczne, rozciągające się od płatów potylicznych, gdzie były najsilniejsze, mniej więcej do rowka R o l a n d a. Zajmowały one dużą część istoty białej, odcinając się na brzegu przeważnie dość ostro od kory, miejscami tylko, i to w okolicy potylicznej, przechodziły na korę,

powodując w tych miejscach lekkie wciągnięcia powierzchni mózgu ze zgrubieniem opon.

W obrazie histologicznym uderza stosunkowo niska organizacja tych niewątpliwie starych martwic. W miejsce normalnie występującej tkanki bliznowatej ogniska martwicze wypełnione były jakimś obcym masami o strukturze nitkowatej, wzgl. bełeczowo-homogennej. Tak w obrębie martwic, jakoteż miejscami poza ich obrębem stwierdzono zmiany naczyń, polegające na homogenizacji i impregnacji ich ścian ową obcą substancją.

Etjologia rentgenowa była w tym przypadku niewątpliwa. Tak umiejscowienie zmian, jakoteż obraz anatomiczny i histologiczny przemawiał za tem, że są warunkowane zaburzeniami w krążeniu. Jest to zgodne z zapytowaniami na rolę zmian naczyń w powstawaniu uszkodzeń rentgenowych w tkankach wogóle. Nie znaleziono zaś podstaw do przyjęcia, że sam miąższ nerwowy doznał bezpośrednio uszkodzeń wskutek działania energii promienistej. Przypadek jest tem bardziej przekonujący, że zmiany anatomiczne, tu znalezione, są w zasadzie identyczne z otrzymanymi w ostatnim czasie przez Scholza na drodze doświadczalnej u psów. Przypadek dowodzi wątpliwej dotychczas możliwości uszkodzenia mózgu człowieka dorosłego promieniami Roentgena i wskazuje na wynikające stąd wnioski praktyczne i teoretyczne.

Rozprawa: Kol. Bross, Kol. Hanasz, Kol. Bylina, Kol. Stojalowski, Kol. Markiewicz.

Sekretarz:

Prezes:

K. Stojalowski.

W. Kapuściński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 7 stycznia 1936 r. (Presse méd. Nr. 6/1936) M. Lévy zwracał uwagę na utrzymywanie się wypadków zgonów pooperacyjnych pomimo postępów chirurgji. Są one zależne od prawdziwej toksemji, której towarzyszy hipochloremja. Pozwala ich uniknąć systematycznie stosowane chlorowanie pooperacyjne pod codzienną kontrolą laboratoryjną. Prelegent podaje statystykę, obejmującą 84 chorych, przeważnie w podeszłym wieku lub wyczerpanych, u których systematyczne chlorowanie pooperacyjne pozwoliło uniknąć wypadków zejścia śmiertelnego pomimo poważnych zabiegów operacyjnych. Metoda ta pozwala na rozszerzenie wskazań operacyjnych i zmniejszenie śmiertelności.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 7 stycznia 1936 r. (Presse méd. Nr. 6/1936) F. Chevreil mówił o zapobieganiu powikłaniom oskrzelowo-płucnym krztusca i odry w środowisku szpitalnym. Prelegent szczepił zapobiegawczo szczepionką wielowarzną wszystkie dzieci, dotknięte krztuscem, znajdujące się na oddziale, gdzie odosobnienie było praktycznie niemożliwe do zrealizowania. Zapadalność na schorzenia oskrzeli i płuc wynosiła 1,5%, zaś śmiertelność 0,75%, podczas gdy przed wprowadzeniem szczepień ochronnych odpowiednie liczby wynosiły 25% i 20,4%. Na 238 dzieci, chorych na odrę, było zaledwie 12 odoskrzelowych zapaleń płuc, nabytych w czasie pobytu w szpitalu, z czego 5 skończyło się śmiertelnie. Śmiertelność spowodu odoskrzelowego zapalenia płuc wśród szczepionych była bardzo wyraźnie niższa niż śmiertelność wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc u nieszczepionych. Tę metodę zapobiegawczą należy stosować systematycznie przynajmniej u dzieci.

Krytyka lekarska

Miecznikow i Roux.

(Ku upamiętnieniu 30-tej rocznicy pierwszych badań nad kiłą doświadczalną).

W dniu dzisiejszym, oddalonym o trzydzieści lat od chwili, kiedy to dwaj nieprzeciętni badacze, Miecznikow i Roux, złączyli swe wysiłki w celu podjęcia zagadnienia kiły doświadczalnej, chciałbym wywołać zaszczytne dla mnie wspomnienia, które wiernie przechowywałem dotychczas. Podejmuję się tego, aby złożyć hołd tym, którzy byli mymi mistrzami. Płynący czas nie potrafił zatrzeć owych wspomnień; zamiast tego, aby zgodnie ze zwykłym porządkiem rzeczy zasnuć mgłą dzieje przeszłości, sprawia, że oto odżywają dawne wrażenia. Roux i Miecznikow nie należeli do ludzi, przemijających bez pozostawienia trwałych śladów w umyśle tych, którzy się do nich zbliżyli. Ani czas, ani różnorodność zajęć nie zdołają osłabić śladów ich istnienia. Dzieło naukowe obu badaczy trwa ciągle, — nieustannie mówi nam o współpracy dwu wielkich umysłów. Znamy życiorysy, ujmujące główne linje ich życia, toteż nie o tem będzie tu mowa. Chciałbym w kilku słowach moc wywołać z przeszłości coś w rodzaju przeżytego filmu, w którym liczne wrażenia stapiają się w harmonijną całość, pojedyncze zaś dysonanse bardziej jeszcze uwypuklają piękno głównej melodji.

Nigdy bodaj los nie złączył z sobą dwu tak odmiennych jednostek. Dwaj ludzie przychodzą na świat i rosną w dwu odległych krajach. Należą do ras, które dzieli przepaść. Jeden z nich jest słowianinem z domieszką krwi semickiej, drugi — rdzennym francuzem z Charente. Od początku badań Miecznikowa pociąga najgłębiej biologiczna część morfologii, podczas gdy Roux pasjonuje chemja. Jeden bada przyrodę w zamiarze wykrycia tajemniczych praw rozwoju, drugi zaś zagłębia się w gąszcz powinowactw chemicznych, bowiem w zagadnieniach życia interesują go tylko zjawi-

ska następcze, związane z czynnością ustrojów. Ale obaj są młodymi jeszcze wówczas ludźmi nauki, żądnymi dotarcia do rzeczy nieznanych, może nawet niepoznawalnych. Obaj przeniknięci tym Kartezjańskim determinizmem, który był ewangelją ówczesnych pokoleń.

Ci oto dwaj ludzie zbliżają się do siebie pod sztandarem doktryny naukowej Pasteura. Miecznikow wzbogaca nową dziedzinę wiedzy owocami ścisłej obserwacji, której imaginacyjne nastawienie odznacza się niezwykłą odwagą. Zrozumieć i wyjaśnić mechanizm obrony żywych istot, walczących z chorobotwórczymi drobnoustrojami, stworzyć pojęcie fagocytozy, uzasadnić znaczenie owego zjawiska, rzucić promień światła włąb tego mroku, który spowijał podówczas zagadnienie odporności — wszystko to wymagało od swego twórcy bezprzykładnego genjuszu i jakby objawienia. Do tego mógł być zdolny tylko słowianin, a Miecznikow był nim do głębi swej duszy.

Roux składa na ołtarzu doktryny Pasteura najlepsze cechy, właściwe dzieciom rasy łacińskiej: jasność, równowagę, zdrowy sąd, przecucie tego, co jest możliwe, i tego, co próżnoby rozwiązywać doświadczalnie. Przynosi z sobą zalety, które Pasteur spieszy zaprząć do pracy i wykorzystać dla dobra nowych badań. Wyobraźnia, bez której praca naukowa stąpa w miejscu, jest w tym wypadku pilnowana, sprawdzana wielokrotnie, trzymana w korbach niewątpliwych faktów, hamowana z chwilą, gdy przekroczy granice, narysowane przez rozsądek. Wkrótce już owoce współpracy Pasteura i Roux są coraz liczniejsze. Roux staje się wykonawcą pomysłów swego mistrza i pomaga genjuszowi Pasteura wznieść się na niedosiężne przedtem szczyty. Równocześnie jednak uczeń nie wyrzeka się swej osobowości i nie szczędzi krytyki, jeśli uważa ją za potrzebną. Można przypuszczać, że Miecznikow i Roux od pierwszego spotkania odnieśli wrażenie, iż są stworzeni do uzupełniania się

i współprac. Dwie krańcowe postaci ludzkiego intelektu zbliżają się do siebie poto, by współdziałanie ich krzesło co chwila iskrę prawdy. Z zapamiętaniem i bez troski o swe nadwątlone już wtedy zdrowie zagłębia się R o u x w dziedzinę, wróżące szereg praktycznych zdobyczy w postaci szczepionek i surowic leczniczych. M i e c z n i k o w, nie zapominając o użyteczności owych badań, lubuje się jednak w jakimś na pół wysnionym, napół realnym świecie i kamień po kamieniu buduje swój wiecnotrwały gmach fagocytarnej teorii odporności. Któż zdoła ustalić dziś, czy w przyszłości, jaki był udział każdego z obu badaczy w osiągnięciu celu wspólnych wysiłków? Wyobrazić sobie można, że R o u x niejednokrotnie usiłował sprowadzić M i e c z n i k o w a na twardą ziemię i że napotkał przy tem pewien opór...

Nic to... Ci, którzy widzieli R o u x przy pracy, ci, których zaszczycił swemi radami i swym surowym a sprawiedliwym sądem, nie wątpią ani chwilę o wielkim wpływie, jaki jasny i praktyczny francuz wywarł na natchnionym słowianinie. Szczególny przypadek sprawia podobne spotkania jednostek, różniących się od siebie, a przecież stworzonych do wzajemnego porozumienia i współpracy dla dobra ludzkości.

Ów uderzający kontrast na terenie nastawienia naukowego widzimy również na płaszczyźnie artystycznej i uczuciowej. Sztuka niepokoi wiecznie płomienną duszę M i e c z n i k o w a. Wzrusza go każde wrażenie artystyczne, a nadewszystko muzyka i malarstwo. Gust muzykalny M i e c z n i k o w a, eklektyczny w okresie młodości i w wieku dojrzałym, skupia się i ujednostajnia w miarę zbliżania się do kresu życia. M o z a r t i B e e t h o v e n są ostatnimi bogami starca. Ogrzewają i porywają jego duszę, mimo to że na krótko przed śmiercią M i e c z n i k o w, słysząc po raz ostatni dionizyjskie zakończenie siódmej symfonji, stwierdza osłabienie odczucia pewnych wrażeń muzycznych. A co wieczór stary uczony zasypia przy dźwiękach fisharmonji, której ciche tony płyną spod palców wiernej towarzyszyki jego życia. Sztuka jest R o u x obojętna. Nigdy nie mówi o niej, nie dba o nią wcale. Uczucie nie jest jego sprawą. Czysty rozum jest wszyskiem. Podczas gdy M i e c z n i k o w lubi zdobywać dzieła sztuki, otaczać się niemi, by stworzyć sobie odpowiednią atmosferę wrażeniową, R o u x nie zna potrzeby posiadania rzeczy doczesnych, bez względu na ich wartość. R o u x żyje w świecie idei, które są tworamii jego własnego umysłu, podczas gdy M i e c z n i k o w w pobiera z zewnątrz wszysko, co zdoła mu dać bogata przyroda i genjusz artystyczny człowieka.

Te same przeciwieństwa dostrzegamy w świecie uczuć osobistych. Słowianin kocha bezpamiętnie, do rozpacz. Czyż miłość nie zaprowadziła go na skraj przepaści, kiedy omal nie odebrał sobie życia po stracie ubóstwianej istoty, swej pierwszej żony? R o u x nie rozumie tego; ma uczucia miłości rodzinnej; pewne osoby są mu drogą, gdyż należą do grona jego krewnych lub przyjaciół.

Obydwaj odznaczają się erudycją, której źródła są jednak odmienne. R o u x najczęściej zdobywa swe wiadomości drogą pośrednią, dzięki styczności z innymi

badaczami lub przez swych uczniów, dzielących się z nim owocami swych własnych badań albo lektury. Obdarzony niezwykle chłonnym umysłem, R o u x przesącza niejako podane mu wiadomości i zatrzymuje z nich rzeczy najważniejsze, których nie zapomina nigdy.

M i e c z n i k o w jest przedewszystkiem człowiekiem, żyjącym w świecie książki. Poliglota, jakich niewielu, dąży bezpośrednio do źródeł oryginalnych, bez względu na to, czy idzie o zagadnienia naukowe, filozoficzne lub literackie. Czerpie ich treść i poddaje ją bezlitosnej, często, niestety, nierzeczonej krytyce. W miarę czytania burzy wszystko, co dawniej zbudował, poto, by niebawem wnieść nowy gmach myśli na ruinach starego. Nie ostoi mu się prawie nic, co nie jest w zgodzie z jego osobistym poglądem. *Vae victis!* Cóż pozostało dziś z wielkich systemów filozoficznych, zawartych w jego „Szkiach optymisty?...” Popioły, nic więcej.

Tak więc z każdej strony uderzające jest przeciwieństwo charakterów tych dwu istot. A jednak ci, którzy ich otaczali, ci, którzy widzieli ich przy pracy, nie mogą zapomnieć kilku cech wspólnych obu badaczom: spojrzenia, poczucia niezależności, pasji dla zagadnień naukowych.

Spojrzenie M i e c z n i k o w a i R o u x jest niezapomniane. Jasne, przenikające, proste — sprawia wrażenie, że widzi prawdę poprzez wszelką celową czy bezwiedną osłonę. Od pierwszych słów obaj chwytają treść myśli, odrzucając kryjącą je szatę słów. Obaj mają spojrzenie prawdziwych znawców ludzi.

Poczucie niezależności i jej miłość jest inną wspólną ich cechą. Pilnie strzegący swej niezawisłości moralnej i materialnej, cechują się obaj wolą, której nie się nie oprze. Dziwne, jakim cudem dwaj tacy ludzie mogli żyć prawie razem pod niebem przeważnie bez chmur. Przyjaźń, która ich skula, zginęła przed sobą najzawziętszych przeciwników, szczególnie gdy szło o sprawę doktryny naukowej lub o imię Zakładu, będącego ich domem. Pasja ich dla nauki jest tak oczywista, że niepodobna oddzielić od niej imion obu uczonych. Uczucie to jest treścią ich życia, jedyną racją ich istnienia.

Nawet w chwili śmierci R o u x i M i e c z n i k o w różnią się od siebie i są zarazem podobni. Różnią się tem, że słowianin opuszcza ten świat w obawie przed nieznanem i do ostatniego tchnienia, minuta za minutą, sekunda za sekundą, bada na sobie misterjum zbliżającej się śmierci; natomiast syn rasy łacińskiej umiera w spokoju, nie troszcząc się o to, czem był, ani o to, w co się obróci.

Podobni są do siebie, ponieważ odchodzą z żalem, że nie ukończyli swego dzieła. i z niepokojem o przyszłość sprawy, której poświęcili swoje życie. Nieśmiertelna doktryna P a s t e u r a i los Zakładu, będącego kołyską ich pracy, ich przyjaźni, ich nadziei, wymaga od nas nieustannych poświęceń. Niewolno nam wyrzec się tego, jeśli nie chcemy nadużyć zaufania, które R o u x i M i e c z n i k o w w nas pokładali.

Prof. C. L e v a d i t i

z Instytutu P a s t e u r a (Paryż).

Z rękopisu francuskiego przełożył L. Ch.

Przegląd terapeutyczny

Rola hidroterapii w leczeniu zdrojowo-kąpielowem.

Podał

Dr. Leon SZAJEROWICZ (Krynica).

Hidroterapią nazywamy stosowanie w celach leczniczych wody zwykłej czyli słodkiej o rozmaitej temperaturze na zewnętrzne powłoki ciała. Hidroterapia tak samo, jak i balneoterapia, jest leczeniem bodźcowem nieswoistym. Od balneoterapii różni się tem, że posiada w swym arsenale jedynie bodźce cieplne i mechaniczne (ucisk stupa wody), nie posiada zaś bodźców chemicznych (sole mineralne, kwas węglowy). Pomimo to hidroterapia posiada pierwszorzędne znaczenie w leczeniu zdrojowo-kąpielowem. Bodźce zimna i ciepła stanowią jeden z główniejszych czynników każdej kąpeli mineralnej, a woda, dzięki swym własnościom fizycznym, a przede wszystkim dzięki swej dużej pojemności cieplnej, nadaje się doskonale do stopniowania bodźców cieplnych i mechanicznych w najrozmaitszych zabiegach hidropatycznych. W każdym zabiegu hidropatycznym działaniu bodźców cieplnych i mechanicznych najpierw podlega układ nerwowy wskutek podrażnienia zakończeń nerwów skórnych. Wielkość zadrażnienia zależy od ciepłoty wody, od czasu trwania zabiegu, od współdziałania bodźców mechanicznych (nacieranie) i od wrażliwości ustroju. Każdy z tych czynników możemy dowolnie zmieniać, dzięki temu rozporządzamy szeroką skalą w dawkowaniu i stopniowaniu bodźców. Hidroterapia posiada w swym arsenale te same środki, co terapia farmakologiczna: *excitantia, sedativa, hypnotica, roborantia*, i, jak w każdej recepcji, można środki te kombinować. Jednym z bardzo ważnych czynników jest wrażliwość ustroju, i cała sztuka w postępowaniu leczniczym polega na tem, aby wrażliwość trafnie ocenić. Ale działanie bodźców nie ogranicza się do ich lokalnego działania na zakończenia nerwów skórnych i naczynia skórne. Układ nerwowy nie tylko sam podlega działaniu bodźców, ale pośredniczy w przenoszeniu bodźców na inne narządy. Zabiegi hidropatyczne silnie działają na najważniejsze przejawy życia, mianowicie na krążenie krwi i jej rozmieszczenie, na układ mięśniowy, na oddychanie, na przemianę materji. Za pomocą odpowiednio dawkowanych bodźców cieplnych możemy zwiększyć lub zmniejszyć napięcie układu mięśniowego, przyspieszyć lub zwolnić akcję serca. Jako wyraz zmian w wymianie pierwiastków występuje zwiększona wymiana gazowa, a również zwiększenie się ilości moczu i jego kwasoty. Tak więc zakres działania hidroterapii jest bardzo szeroki.

Hidroterapia wskazana jest przede wszystkim w cierpieniach układu nerwowego, w tak zwanych nerwi-

cach czynnościowych, a również w bardzo wielu cierpieniach przewlekłych, powikłanych zaburzeniami układu nerwowego i stanu psychicznego, Niema choroby przewlekłej, której objawy ograniczałyby się do zaburzeń ze strony chorego narządu, a które nie wywołałyby zaburzeń w całym ustroju, przede wszystkim zaś w układzie nerwowym. Toteż chorzy nerwowi stanowią największy odsetek pacjentów, przybywających do każdego zdrojowiska.

Zabiegi hidropatyczne dzielą się na uspakajające i pobudzające w zależności od tego, czy mamy do czynienia ze stanem podniecenia i wzmożonej pobudliwości, czy też ze stanem depresji. Najważniejszą rzeczą przy wszelkich zabiegach hidropatycznych jest uzyskanie dobrego odczynu skóry, a mianowicie zaczerwienienia skóry, występującego dzięki temu, że naczynia skórne, po krótko trwającym na początku zabiegu kurczu, rozszerzają się. Bodźce cieplne, jak wszystkie bodźce, trafiające w ustrój, zdolny do odczynu, powodują zjawiska dwufazowe. Po każdym nacieraniu częściowem i całkowitem, po każdej półkąpeli, po natrysku powinien bezwarunkowo wystąpić odczyn, połączony z przyjemnem uczuciem. Wystąpienie odczynu jest dowodem, że natężenie bodźca odpowiadało w zupełności siłom ustroju, że zabieg był prawidłowo przepisany. Brak odczynu jest dowodem, że natężenie bodźca nie było dostosowane do sił ustroju. Zabieg taki, który odczynu należącego nie wywołuje, jest nieodpowiedni i winien być zmieniony. Hidroterapia wymaga szerokiej indywidualizacji, opartej na trafnej ocenie wrażliwości, na dokładnem zbadaniu stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. Znaczenie hidroterapii w każdym zdrojowisku jest niemniejsze, niż znaczenie balneoterapii. W pewnych stanach nadwrażliwości nerwowej wszelkie, cokolwiek silniejsze bodźce są przeciwwskazane. Chorzy tacy bardzo źle znoszą kąpiele mineralne, kwasowęglowe, natomiast czują się doskonale po zastosowaniu odpowiednio dawkowanych zabiegów hidropatycznych. Hidroterapia zmienia nastrój całego organizmu, głównie zaś układu nerwowego i stanu psychicznego, przemienia chorą konstytucję w zdrową. Bez zakładu hidropatycznego żadne zdrojowisko obejść się nie może. Naturalnie, zakład taki winien być urządzony z pewnym komfortem i wyposażony w dobrze i sprawnie działające urządzenia nowoczesne. Nie bez znaczenia dla samopoczucia chorego jest wpływ suggestywny. Niestety, zdrojowiska nasze, skądinąd pierwszorzędne, bardzo dużo pod tym względem pozostawiają do życzenia. Czynniki miarodajne, w których interesie leży rozwój miejscowości leczniczych, powinny temu działowi lecznictwa zdrojowiskowego więcej, niż dotychczas, poświęcić uwagi.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przyczynek do badań nad szarlatanizmem.*)

Podala

Dr. J. MAGNUSZEWSKA (Warszawa).

Wśród licznych określeń szarlatana najbardziej trafne są dwa: pierwsze — szarlatan jest to osobnik, nie

*) W Bulletin Trimestriel de l'organisation d'Hygiène Vol. IV Nr. 3, str. 365—630 ogłoszona została praca D-ra I. Wasserberga. Podajemy pracę tę w streszczeniu. Red.

mający pojęcia o medycynie, twierdzący natomiast, że posiada wiedzę oraz umiejętność leczenia; drugie — szarlatan jest to jednostka, posiadająca wiedzę i umiejętność leczenia, lecz nie mająca na to zezwolenia władz państwowych. Pierwsze określenie dotyczy wiedzy, drugie osoby szarlatana. W/g pierwszego określenia wiedza i umiejętność jej zastosowania są czynnikami decydującymi, a więc lekarz, uznany przez władze państwowe, jest szarlatanem, o ile wiadomości jego z zakresu medycyny są niedostateczne. Drugie zaś określenie porusza stronę

prawną: lekarz dyplomowany, choć mało kompetentny — szarlatanem nie jest, natomiast jednostka, posiadająca rozległe wiadomości z zakresu medycyny i umiejętnie je stosująca, pozostanie szarlatanem. Dr. W a s s e r b e r g trzyma się określenia drugiego, ponieważ, z małymi wyjątkami, prawo leczenia chorych jest podporządkowane w krajach cywilizowanych władzom państwowym, i jednostki, nie posiadające zezwolenia, a zajmujące się lecznictwem, są uważane za szarlatanów. Zezwolenie władz państwowych opiera się na metodzie selekcji, która dąży do zapewnienia w najwyższym stopniu wiedzy i umiejętności leczenia. Duże jest prawdopodobieństwo, że wśród lekarzy dyplomowanych większość stoi na wysokości zadania.

Badając szarlatanizm z punktu widzenia społecznego, należy zaznaczyć, że szarlatan, uprawiający swój zawód uczciwie, wierzący w swe posłannictwo, jest bardziej niebezpieczny dla społeczeństwa, niż jego kolega — oszust; wykazuje on dużo pewności siebie, prędzej pozyska zaufanie pacjentów i dłużej ich będzie umiał zatrzymać.

Pierwsze szkoły lekarskie w Europie powstały: arabskie w Hiszpanii, następnie w Salerne, Neapolu, Montpellier. Dyplomy tych szkół uprawniały do zajmowania się praktyką lekarską. Chorzy jednak, omijając lekarzy, zwracali się do uzdrowiaczy. Jedną z przyczyn tego zjawiska było negatywne ustosunkowanie się kościoła do zabiegów chirurgicznych, z czego też wynikało znaczne opóźnienie rozwoju chirurgji, akuszerji i oftalmologii. Zabiegi krwawe były uważane za czynności brutalne, niegodne dyplomowanego lekarza, i dlatego też były wykonywane przez balwierzy, kąpielowych, kowali, a nawet katów, którzy winni byli znać anatomję. Powstała więc kategoria uzdrowiaczy, która stwarzała nielegalne współzawodnictwo dla lekarzy.

Rozwój szarlatanizmu był mniej więcej jednakowy we wszystkich cywilizowanych krajach Europy. F i s c h e r na 197 ustaw, dotyczących szarlatanizmu, znalazł tylko w 19 zezwolenie na prawo leczenia, a z pomiędzy krajów cywilizowanych tylko w Anglii, Niemczech i niektórych Szwajcarskich Kantonach. W Anglii szarlatani zawsze byli traktowani narówni z lekarzami; w Niemczech zaś od roku 1869. Fakt, że ustawy w większości państw cywilizowanych zabraniały ludziom niepowołanym leczenia chorych, wystarcza, aby wykazać, że środowiska wpływowe tych państw uważały szarlatanizm za zjawisko społecznie szkodliwe, a więc wysocze niepożądane. Tem dziwniejsze wydaje się stanowisko Anglii i Niemiec, które nie uznają niebezpieczeństwa uprawiania lecznictwa przez laików. Stanowisko to w Niemczech zostało poparte przez T-wo lekarskie w Berlinie, które podało do Reichstagu petycję z żądaniem swobody w wykonywaniu praktyki lekarskiej. Petycja została podpisana przez osobistości wybitne ze świata lekarskiego: V i r c h o w a, L a n g e n b e c k a, G r a e f e g o, H i r s c h a, i od tej chwili Niemcy powoli stały się Eldoradem dla szarlatanów. Główną rolę odegrały w danym wypadku względy polityczne i socjalne. V i r c h o w stał na czele partji liberalnej, lekarze zaś byli skłonni do liberalizmu; kwestjonując prawo państwa do roztaczania opieki nad medycyną oraz do ograniczania swobody obywatela w szukaniu porady i pomocy u tych, do których miał on zaufanie, żądali oni wolności w rozporządzaniu swoim majątkiem, życiem i zdrowiem, jako dobrem najbardziej osobistym; twierdzili, że ustawy przeciw szarlatanizmowi są niegodne narodu wykształconego i karnego, natomiast wolność uważano za

najlepszy regulator. Jednak tam, gdzie pojęcia abstrakcyjne ścierają się z wymogami życia — życie zwycięża: jak w Anglii, tak i w Niemczech prawa uzdrowiaczy uległy powoli ograniczeniom. Zaczęto stosować kary za przywłaszczanie tytułu lekarza; nie honorowano świadectw chorób i śmierci; należności za porady szarlatanów nie mogły być ściągane sądownie; wydano zakaz szczepienia ospy, leczenia chorych wenerycznie oraz dokonywania znieczuleń; zabiegi przy porodach mogły być stosowane tylko pod kontrolą lekarzy dyplomowanych. Najdotkliwszym jednak ciosem było wydanie ustawy w Niemczech w r. 1910, w Anglii w r. 1912, nakazującej ubezpieczalniom angażowanie wyłącznie lekarzy dyplomowanych. Inne państwa, np. Francja, Rosja, niektóre stany Am. Półn., będące w zasadzie przeciwne szarlatanizmowi, pozwoliły czasowo i w wyjątkowych okolicznościach na leczenie chorych przez ludzi niedyplomowanych; lecz ze względu na złe skutki wolnej praktyki lekarskiej, przywróciły monopol lecznictwa lekarzom dyplomowanym, widząc w tem obronę żywotnych interesów ludności.

W Europie lecznictwem zajmują się legalnie lekarze dyplomowani, nielegalnie zaś — szarlatani; Ameryka natomiast posiada 3-ci rodzaj leczących: t. zw. „praktyków o ograniczonym prawie leczenia“ (praticien à autorisation limitée): osteopatów, chiropraktyków. Po ukończeniu specjalnych szkół otrzymują oni tytuł doktora osteopatji lub chiropraktyki; nie mają jednak prawa wydawania recept, ani też robienia zabiegów chirurgicznych, natomiast stosują własne metody lecznicze.

Określenie liczby szarlatanów w poszczególnych krajach, zwłaszcza tam, gdzie szarlatanizm jest zakazany, jest rzeczą trudną. Dane statystyczne w Niemczech za lata od r. 1876 do r. 1930 wykazują stały wzrost liczby szarlatanów w stosunku do ludności i lekarzy:

	liczba szarlatanów		Liczba szarl na 10.000 ludności	liczba szarl. na 10 lekarzy
	ogólna	kobiet		
r. 1876	670	95	0,16	0,49
r. 1930	12942	3094	2,01	2,74

W rzeczywistości jednak liczba szarlatanów jest znacznie większa, dużo bowiem szarlatanów uchyla się od obowiązkowej rejestracji (1902) lub uprawia szarlatanstwo jako zajęcie dodatkowe. W Prusach na 100 lekarzy przypada 27 szarlatanów, w Saksonji stosunek ten jest jak 1½:1; w Dreźnie na 600 lekarzy praktykuje 607 szarlatanów.

Dane statystyczne Stanów Zjednoczonych za r. 1930 obejmują wyłącznie „praktyków“ osteopatów, chiropraktyków, członków „Christian Science“ i „New Thought“ i „naturopatów“; na 120 milionów ludności i 142 tysiące lekarzy liczba „praktyków o ograniczonym prawie leczenia“ wynosi 36 tysięcy, stosunek więc „praktyków“ do lekarzy wyraża się jak 1:4, zaś do ludności — 3 na 10.000.

Szarlatani zamieszkują przeważnie miasta. W roku 1928 liczba szarlatanów na 10.000 ludności była 7,5 w miastach pruskich, a tylko 1,9 dla całego państwa; stosunek szarlatanów do lekarzy w miastach 60:100, w całym zaś państwie tylko 25:100; w Hamburgu na 100 lekarzy zanotowano 107 szarlatanów. Powyższe zjawisko było obserwowane też i w innych krajach: w Ameryce, we Francji, Szwajcarji, Norwegji; zwłaszcza dało się to odczuć po wojnie.

Dane co do wieku, płci i stopnia wykształcenia szarlatanów są mało znane. Ankieta berlińska z r. 1926, obejmująca 1.301 uzdrowiaczy (851 mężczyzn, 450 kobiet), w rubryce „wiek” podaje następujące dane: poniżej lat 21 — 1, od lat 21 do 25 — 25, od l. 25 do 40 — 363, od lat 40 do 60 — 665, powyżej 60 l. — 227, wiek nie wiadomy — 25; w rubryce „wykształcenie”: niższe — 316, średnie — 184, uniwersyteckie — 157, brak danych — 277. Reasumując powyższe dane, należy zaznaczyć, że liczba mężczyzn szarlatanów jest w dwójnasób większa od liczby kobiet; wiek mniejszej połowy szarlatanów waha się od 40—60 lat; większość uzdrowiaczy są to absolwenci tylko szkół powszechnych. Dane co do wieku potwierdzają fakt, że uzdrowiacze porzucają swój zawód pierwotny w wieku dojrzałym, aby zająć się szarlatanerią.

Następnie wyłaniają się 3 pytania: 1) jakie zawody dostarczają największej liczby szarlatanów, 2) jaką wiedzę wnoszą oni do swego nowego zawodu, 3) co skłania ich do przerwania się na szarlatanstwo. Statystyka pruska z r. 1909 dotyczy zawodu 1.735 szarlatanów mężczyzn: 258 z nich było uprzednio rolnikami i kupcami 587 — rzemieślnikami, 300 — handlowcami, 76 — niewykwalifikowanymi robotnikami, 288 — subjeKTami; wśród 669 kobiet: 49 położnych, 14 masażystek, 15 pielęgniarek, 371 żon rzemieślników i robotników, 220 bez określonego zawodu. Statystyka berlińska z r. 1926 wykazała, że stosunkowo nieduży %, bo tylko 19 przypada na zawody „paramedyczne”, 30 zaś na zawody rzemieślnicze. W innych natomiast krajach — Francji, Jugosławii — wzrost liczby szarlatanów przypisują właśnie przerwaniu się osób z zawodów „paramedycznych” na szarlatanstwo. W Anglii wzrost liczby personelu lekarskiego pomocniczego rozwija się równoległe z rozwojem nauk lekarskich, a zwłaszcza specjalizacji lekarskiej. Lekarze powierzają temu personelowi czynności, przekraczające jego zdolności, przyzwyczajają go do samodzielności; odpowiedzialności jednak oni nie ponoszą, a wobec braku dostatecznego nadzoru łatwo stają się szarlatanami. Jako jeszcze jedną z przyczyn rozwoju szarlatanstwa należy wymienić brak pracy po wojnie światowej, wobec czego liczne zastępy mężczyzn i kobiet, którzy zetknęli się z leczeniem i pielęgnowaniem chorych, zaczęły uprawiać szarlatanstwo, aby zapewnić sobie i rodzinom kawałek chleba.

W/g ankiety berlińskiej z r. 1926 wykształcenie „lekarskie” uzdrowiaczy było następujące: 23 — bez wykształcenia; 318 — czerpało wiedzę z książek, 157 — u szarlatanów, 45 — w stowarzyszeniach, 155 — w szkołach specjalnych; 21 — wiadomości nabyli w czasie pracy w szpitalach; 172 — wykształcenie niewiadome. Co zaś do czasu „nauki”, to 87 kształciło się powyżej miesiąca, 67 — od 2—3 miesięcy, 35 — rok, 26 — 2 lata i dłużej, 79 — brak danych. Zbyt nikłe dane statystyczne utrudniają wyciągnięcie należytych wniosków. W państwach, gdzie szarlatanstwo jest ustawowo zabronione, nie istnieją żadne szkoły specjalne, kursy lub stowarzyszenia zawodowe szarlatanów. Po zgłębieniu otchłani przesądów i ciemnoty, na których opiera się większość wiadomości szarlatanów, należy bezwzględnie odrzucić propozycję Niemiec i Anglii przeprowadzenia selekcji pomiędzy szarlatanami, poddając ich egzaminom; znaczyłoby to w oczach publiczności, że władze państwowe uznają ich praktyki za legalne i nieszkodliwe. Idea „małej licencji” powstała w St. Zjednoczonych. Powstały szkoły, które wydają dyplomy swoim absolwentom, uzyskującym w ten sposób prawo leczenia.

Różnią się oni od lekarzy dyplomowanych tem, że stosują wyłącznie oznaczoną metodę leczniczą, będącą wytworem sekty lub stowarzyszenia, do których należą. Poziom naukowy tych szkół jest bardzo niski; aby go podnieść niektóre stany wymagają zdania dodatkowych egzaminów z zakresu anatomji, fizjologii, patologji, bakterjologii, chemji, higieny i djagnostyki; dotyczyło to zarówno absolwentów wydziałów lekarskich, jak i uzdrowiaczy. Powyższa ustawa ograniczyła znacznie liczbę szarlatanów, zwiększyła natomiast liczbę lekarzy. Czy jednak nie za drogo zostało okupione to uzdrowienie stosunków przez nadanie uzdrowiaczom tytułu, który w mniemaniu publiczności stawia ich na jednym poziomie z lekarzami? Egzaminy, wymagane przez „Basic science law”, nie zwiększają wiadomości lekarzy, poco zaś wiadomości ogólne osteopacie, jeżeli on, po rozpoznaniu kiły, będzie leczył chorego wyprostowywaniem kręgosłupa. Nadanie pewnych praw uzdrowiaczom w Ameryce znajduje wytłomaczenie w rozwoju historycznym tego kraju, zastosowanie jednak tych praw do uzdrowiaczy w innych krajach obniżyłoby wybitnie ogólny poziom lecznictwa.

Pozostaje jeszcze dorzucić kilka szczegółów, dotyczących zawodowego przyręctwowania uzdrowiaczy amerykańskich, mających „małą licencję”. Liczni oszuści wśród szarlatanów, których jedynym celem jest wyzysk chorego, nie potrzebują wcale wykształcenia medycznego, wystarczy im znajomość psychiki ludzkiej, przebiegłość oraz mistrzostwo w technice oszustwa. Założyciel sekty chiropraktyków mówi otwarcie, że szkoła ich w Davenport jest oparta na zasadach handlowych, a nie zawodowych, studjujący musi przejść kurs sprzedawców i umieć wyzyskać na swoją korzyść wiadomości nabyte w szkole.

Jest jeszcze jedna kategoria szarlatanów, są to jednostki, wierzące głęboko w swe posłannictwo, przypisujące sobie wiedzę nadprzyrodzoną i intuicję dziedziczną. Typowym przykładem tej kategorii szarlatanów był Herbert Barker (Anglja) z rodziny Hutton, która od wieków uprawiała osteopatię w Yorkshire; twierdził on, że nikt nie jest w stanie opanować jego techniki.

Przyczyny obierania zawodu szarlatana przez pewne jednostki są liczne. Przedewszystkiem popyt normuje podaż; skoro tylko nadaży się sposobność większych zarobków, niż w innym fachu, lub szybkiego wzbogacenia się, liczba szarlatanów wzrasta w szybkim tempie. Brak pracy zawodowej powoduje przerwanie się licznych bezrobotnych na szarlatanstwo. Niektórzy czynią to li tylko z chęci zysku, inni kierują się pobudkami wyższego rzędu: uznanie dla zawodu szarlatana, jego stanowisko społeczne daje ambitnym osobnikom moralne zadowolenie, którego by nie osiągnęli w zawodzie rzemieślnika lub kupca kolonialnego. Nie należy też zapominać o „wybranych”, założycielach sekt, którzy wierzą głęboko w swe posłannictwo i pragną fanatycznie służyć cierpiącej ludzkości.

Ustalenie wysokości zarobków szarlatanów jest trudne. Czasami udaje się je ustalić na zasadzie sprawozdań z przewodów sądowych lub też liczby pacjentów, o ile da się ona określić. Następujące dane są zaczerpnięte z 25 i 27 tomu „der Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung”. Przewody sądowe wykazały następujące zarobki: pastuch Ast — roczny dochód — 120.000 marek; Bucholtz (Hamburg) — 800—1.000 m. dziennie (400—500 pacjentów dziennie po

2 m.); Just — 1.000.000 rocznie (sprzedawca leczniczej ziemi Luvos); Nardenkötter — 160.000 m. (r. 1901); szarlatan X otrzymywał dziennie 500 listów i przyjmował 150—200 pacjentów; Zeileis z Gellspach (Austria) zarabiał dziennie od 5.000 do 6.000 m., przyjmując 1.000—2.000 pacjentów.

O zarobkach szarlatanów w St. Zjednoczonych brak danych. Zarobki zaś uzdrowiaczy sekt w/g L. S. Reeda wynoszą rocznie około 125 milion. dolarów, t. j. 12% ogólnej sumy honorarjów za leczenie, wyda-

wanej rocznie przez ludność Stanów. Przeciętny zarobek lekarza wyniósł 6.350, uzdrowiacza zaś 3.500 dol. rocznie; stosunek liczbowy uzdrowiaczy do lekarzy był jak 1:4, ich zarobków natomiast jak 1:7,3. W/g danych Davisa zarobek lekarzy nie przewyższał 4.500 dol. rocznie. Na Węgrzech, w Polsce, Szwajcarii, Norwegii, Jugosławii zarobki szarlatanów są niższe. Fleming twierdzi, że za honorarja wypłacone w Anglii szarlatanom można byłoby utrzymać 40.000 łóżek szpitalnych.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— Wojewódzki Komunalny Szpital Psychiatryczny w Chelmie otworzył z dniem 14.XII. 1935 r. Oddział Leczniczo-wychowawczy dla psychoneurotycznych dzieci. Na oddział ten przyjmuje się dzieci z wszelkimi zaburzeniami psychicznymi których leczenie odbywać się będzie różnymi metodami leczniczymi i pedagogicznymi. Oddział posiada wychowawczynię nauczycielkę, które udzielać będą dzieciom nauki szkolnej i nauczycielkę szkoły specjalnej, która dzieciom niedorozwiniętym będzie udzielała nauki zapomocą metod pedagogii specjalnej.

Dzieci przyjmowane będą obojga płci od 3 do 14-go roku życia, po przedłożeniu świadectwa lekarskiego, stwierdzającego stan zaburzenia psychoneurotycznego, świadectwa przynależności do gminy zamieszkania, zobowiązania do pokrycia kosztów leczenia, oraz świadectwa stwierdzającego stan majątkowy zobowiązanego. W myśl art. 32 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 30 marca 1928 r. o Zakładach leczniczych koszty leczenia winny być uiszczone z góry za miesiąc. Stawka dzienna dla chorych z terenu województwa lubelskiego wynosi 3,50 zł., dla chorych z innych województw 4 zł.

— Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że IX Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku-Cieplicy odbędzie się w d. 4, 5 i 6 września roku bieżącego. Szczegółowy program Zjazdu będzie rozesłany w swoim czasie wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom.

— Z Polskiej Akademii Umiejętności. Dnia 23 marca b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Lekarskiego Akademii, na którym przedstawiono prace pp. Modraskowskiego, Supniewskiego, Hano i Taschnera, Sikorskiego i Rusieckiego, Miodońskiego, Kowalczykowej, Sztajnfelda, Zielińskiej i Sławińskiego z zakresu antropomorfologii, anatomii porównawczej, chemii fizjologicznej, farmakologii eksperymentalnej, patologii doświadczalnej (nauki o nowotworach) i otologii.

— Z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Komunikat. X Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Lizbonie, w czasie od 7 do 10 września 1936 r. pod przewodnictwem Profesora Lopo de Carvalho, Prezesa Portugalskiego Związku Przeciwgruźliczego. Program Zjazdu obejmuje trzy główne tematy: Temat I, Biologiczny: „Obrazy radiologiczne wnęki płucnej i ich interpretacja”.—Referent główny Prof. Lopo de Carvalho (Portugalia), Koreferenci: Prof. Dr. H. Kleinschmidt (Niemcy), Dr. L. Hofbauer (Austria), Dr. H. C. Sweany (Stany Zjedn. A. P.), Prof. S. Sergent, Dr. Dr. L. Delherm i P. Cottenot (Francja), Dr. W. T. Munro (Wielka Brytania), Prof. A. Busi (Italia), Dr. L. Koganas (Litwa), Prof. W. Zawadowski (Polska), Dr. A. Hoffman (Czechosłowacja). Temat II, Klimiczny: „Pierwotne zakażenie gruźlicze u młodzieży i dorosłych”. — Referent główny Dr. Olaf Scheel (Norwegia). Koreferenci: Dr. Redeker (Niemcy), Prof. L. Saye i

Dr. Tapia (Hiszpanja), Dr. R. E. Plunkett (Stany Zjedn. A. P.), Dr. J. Troisier (Francja), Dr. L. S. T. Burrell (Wielka Brytania), Dr. G. Gali (Węgry), Dr. S. Irimescu i Dr. M. Nasta (Rumunia), Dr. Y. Nadelkovitch (Jugosławia), Dr. H. Ernberg (Szwecja). Temat III, Społeczny: „Zapobieganie gruźlicy w środowisku domowym”. Referent główny Dr. Ch. J. Hatfield (Stany Zjedn.) i Dr. A. Powell (Wielka Brytania). Koreferenci: Dr. Braeuning (Niemcy), Dr. Willems (Belgia), Dr. S. Savonen (Finlandja), Dr. P. Braun i Dr. A. Bezançon (Francja), Prof. G. Breccia (Italia), Dr. N. Heitmann (Norwegia), Dr. H. R. Gerbrandy (Holandia), Dr. J. Misiewicz (Polska), Dr. L. Patricio (Portugalia), Dr. J. Morin (Szwajcaria). Komitet Organizacyjny przygotował bardzo zachęcający program przyjęć i wycieczek, które pozwolą uczestnikom Zjazdu zapoznać się z głównymi instytucjami przeciwgruźliczemi Portugalji oraz z malowniczymi miejscowościami tego kraju, znanego z pięknej przyrody. Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego rzeczywiście i tytułarni są wolni od wpisowego. Proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń za pośrednictwem Pol. Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, lub też bezpośrednio do Kom.

Organizacyjnego Zjazdu w Lizbonie. Osoby nie będące członkami Międzynarodowego Związku, a które pragną zapisać się na Zjazd jako członkowie, mogą zgłaszać się jedynie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa, ul. Karowa 31, do dnia 15-go maja r. b. Wpisowe na Zjazd wynosi dla członków po 58 zł. od osoby, dla członków ich rodzin — po 28 zł. od osoby. Wpisowe należy wpłacać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego jednocześnie ze zgłoszeniem. Portugalski Komitet Organizacyjny zapewnia uczestnikom Zjazdu zniżki kolejowe i hotelowe. O zniżki na kolejach polskich poczyni starania Polski Związek Przeciwgruźliczy, jak również o ulgi paszportowe. W tym celu termin zgłoszenia podany wyżej winien być ściśle przestrzegany.

— Z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. W niedzielę dnia 29 marca 1936 r. odbyło się w gmachu Polskiego Towarzystwa Higienicznego doroczne Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Udział w Zebraniu wzięło 40 przedstawicieli 98 Towarzystw Przeciwgruźliczych z całego kraju. Do Prezydium Zebrania zaproszono p. Dr. Józefa Batkę, Prezesa T-wa Przeciwgruźliczego w Chrzanowie jako Przewodniczącego i Dr. Stanisława Karasińskiego, Sekretarza Krakowskiego Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego — jako Sekretarza. Walne Zebranie przyjęło do wiadomości sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Dyrektora Dr. J. Adamskiego oraz udzieliło Zarządowi absolutorjum za rok 1934/35. Przedmiotem obrad Walnego Zebrania były głównie sprawy, dotyczące przygotowywanej Ustawy Przeciwgruźliczej, oraz sprawy koordynacji pracy wszystkich czynników zainteresowanych w walce z gruźlicą, ze szczególnem uwzględnieniem udziału Ubezpieczalni Społecznych i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wiele uwagi poświęcono również akcji zapobiegawczej przeciwgruźliczej

wśród nauczycielstwa i młodzieży szkolnej. Uchwalone w tym względzie wnioski zostaną przedłożone odnośnym czynnikom miarodajnym. Na Zebraniu uchwalono budżet Związku na rok 1936/37 oraz dokonano uzupełnienia wyborów do Zarządu P. Z. P.

— Program obrad Zjazdu Eugenicznego Polskiego w Krakowie w dniach 18-go i 19-go kwietnia 1936 r. I. dzień, sobota, 18. kwietnia. 1) Otwarcie Zjazdu delegatów w salach Pol. Tow. Eugenicznego przy ul. Dunajewskiego 5 o godz. 9-ej przez Dra H. Biernackiego, przewodniczącego oddziału krakowskiego. 2) Wybór prezydium Zjazdu. Odczyty: 1) O naukowym rozwoju eugeniki w Polsce i zagranicą. Ref. Dr. L. Wernic (Warszawa). 2) Stanowisko lekarsko-psychiatryczne w stosunku do nowego projektu ustawy eugenicznej. Ref. Prof. Dr. St. K. Piękowski (Kraków). 3) Uwagi prawnicze na marginesie ustawy eugenicznej. Ref. Prof. Dr. Wł. Wolter (Kraków). Ref. Dyr. Dr. Wł. Stryjeński (Kobierzyn). 4) Konstytucja a rasa. Ref. Prof. Dr. K. Stolyhwo (Kraków). 5) O dziedziczeniu zespołów chorobowych. Ref. Prof. Dr. W. Melanowski (Warszawa). 6) Poradnictwo przedślubne. Ref. Dr. J. Nowakowski (Warszawa). Ref. Dr. L. Wander (Kraków). Od godz. 13—15.30 przerwa obiadowa, podczas której będzie czynna wystawa eugeniczna. 7) Z nowszych poglądów genetycznych. Ref. Prof. Dr. T. Marchlewski (Kraków). 8) Zagadnienie krzyżówek rasowych. Ref. Doc. Dr. E. Stolyhwowa (Kraków). 9) Organizacja propagandy eugeniki w pow. warszawskim. Ref. Dr. S. Moszczeńska-Goszczeńska. 10) Rady naukowe przy oddziałach. Ref. Prof. Dr. Melanowski (Warszawa). 11) O wskazaniach eugenicznych, psychiatrycznych i społecznych do sterylizacji. Ref. Dr. L. Wander (Kraków). 12) Sekcja eugeniczna przy najwyższej radzie lekarskiej i losy projektu ustawy eugenicznej. Ref. Dr. L. Wernic (Warszawa). Dyskusja generalna nad referatami. II. dzień Zjazdu Eugenicznego. Niedziela, 19 kwietnia. Początek o godz. 9-tej. Walne zgromadzenie Polskiego Tow. Eugenicznego. 1) Sprawozdania z działalności oddziałów. 2) Sprawozdanie Zarządu głównego. 3) Wnioski członków. 4) Wybory do rady głównej. 5) Zamknięcie zjazdu. O godzinie 11-tej wspólne złożenie Holdu na Sowińcu i na Wawelu. Za Komitet Organizacyjny: Prezes: Dr. H. Biernacki. Sekretarz: Dr. L. Wander. Dodatkowe zgłoszenia uczestnictwa (odczyty, mieszkania itp.) należy skierować na ręce sekretarza: Starowiślna 28 lub prezesa: Basztowa 4.

— Lekarska wycieczka na Spiz i w Tatrzy. — Podczas Zielonych Świąt urządza Związek lekarzy Spiskich w Starym Smokowcu w roku bieżącym już VIII Międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy. Wykładającymi są na tym kursie — z Polski: Prof. Groer (Lwów). Prof. Szymanowicz (Kraków), Doc. Dr. Dobrzański (Lwów), z Wiednia: Prof. Schönbauer, z Niemiec: Prof. Assmann (Królewic), Prof. Weizsäcker (Heidelberg), Prof. Straub (Monachjum), z Węgier: Prof. Verbély (Budapeszt), Prof. Szabó (Budapeszt), Prof. Bokay (Debreczen), Prof. Rusznyák (Szeged). Kurs trwać będzie od 31 maja do 4 czerwca. Uczestnicy kursu będą mieli sposobność zapoznania się w ciągu tych 5-ciu dni ze wszystkimi urządzeniami leczniczymi Wysokich Tatr, gdzie wykłady będą miały miejsce jedynie przed południem. Udział w kursie, wraz z utrzymaniem i mieszkaniem wynosi 400 kc. Bliższych wiadomości udziela Kierownictwo Kursu w Starym Smokowcu

(Altschmecks). Język wykładowy — niemiecki. Paszport zagraniczny niepotrzebny, wystarcza legitymacja P. Tow. Tatrzańskiego. Dojazd autobusami z Zakopanego.

— W dniach od 13 do 15 września 1937 r. odbędzie się w Paryżu Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony chorobom żołądkowo-jelitowym. Bezpośrednio po nim, od 16 do 18 września, odbędzie się w Vichy pod przewodnictwem prof. Loepera, członka Akademii Lekarskiej, Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony niedomodze czynnościowej wątroby. Prace Kongresu w Vichy podzielone zostaną między dwie sekcje: 1) sekcję teoretyczno-rozpoznawczą (pod przewodnictwem prof. Fiessingera) i 2) sekcję terapeutyczną (pod przewodnictwem prof. Mauriaca). — Witold Orłowski, Przewodniczący Honorowy Kongresu.

— Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy. Wylączny temat: Niedomoga czynnościowa wątroby. W uzupełnieniu poprzedniego naszego komunikatu o organizacji Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego, poświęconego niedomodze czynnościowej wątroby, który odbędzie się w Vichy od 16 do 18 września 1937 r. pod przewodnictwem Prof. Dr. M. Loepera, członka Academie de médecine, podajemy poniżej do wiadomości skład Zarządu Kongresu: Przewodniczący honorowi: Prof. Dr. von Bergmann — Berlin, Prof. Dr. Carnot — Paryż, Prof. Dr. M. Castej — Buenos-Aires, Prof. Dr. Dustin — Bruksela, Prof. Dr. W. Langdon Brown — Londyn, Prof. Dr. G. Maranon — Madryt, Prof. Dr. Marchoux — Paryż, Prof. Dr. W. Orłowski — Warszawa, Prof. Dr. Pende — Rzym, Prof. Dr. G. H. Whipple — Rochester (New York). Przewodniczący: Prof. Dr. M. Loeper — Paryż. Zastępcy Przewodniczącego: Prof. Dr. Cade — Lyon, Prof. Dr. Giraud — Montpellier, Prof. Dr. Merklen — Strasburg, Prof. Dr. Olmer — Marsylja. Sekretarz Generalny: Dr. J. Aimard. Prace kongresu podzielone zostaną między dwie sekcje: Sekcję teoretyczno-poznawczą: pod przewodnictwem Prof. Dr. N. Fiessingera, Profesora Patologii Doświadczalnej i Porównawczej Uniwersytetu Paryskiego i Sekcję terapeutyczną: pod przewodnictwem Prof. Dr. Mauriaca. Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Bordeaux. Jednocześnie przypominamy, że kongres w Vichy poprzedzony zostanie przez Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony schorzeniom żołądkowo-jelitowym, który odbędzie się w Paryżu w dn. od 13 do 15 września 1937 r.

Z M A R L I.

Adam Przyborowski, chirurg — w Warszawie.

Prof. Fryderyk Kraus, dyrektor kliniki wewnętrznej — w Berlinie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

H. Higier. Choroby rodzinno-dziedziczne i ich analiza strukturalna jako problem badawczy.

Résumé des articles originaux.

H. KRYSZEK. Sur le rhumatisme vasculaire.

L'auteur insiste sur le rôle clinique de l'infection rhumatismale et plus particulièrement sur le rôle du rhumatisme dans les affections coronariennes et aortiques. Dans ces affections entrent en jeu les lésions cicatricielles—„scléro-rhumatismales." L'auteur décrit ensuite deux cas d'angine de poitrine d'origine rhumatismale; un cas de mesopulmonite rhumatismale; un cas d'anévrisme de l'aorte d'origine rhumat. et un cas de douleurs angineuses chez un enfant au cours d'une endocardite rhumat.

Au point de vu pratique le problème posé présente un intérêt particulier pour la médecine générale et la pédiatrie.

W. STERLING et M-me I. KIPMAN. Syndrome de Ramsay Hunt, évoluant sous forme de polynevrite cérébrale ménieriforme.

Il s'agit d'une femme de 61 ans, dont la maladie a débuté deux semaines avant son entrée au service, par vertiges, vomissements, bourdonnement et affaiblissement de l'ouïe de l'oreille droite. Le deuxième jour de la maladie—paralysie faciale périphérique ainsi qu'éruption des plusieurs vésicules sur le palais dur du côté droit. Durant 2 semaines suivantes—amélioration progressive: disparition des vomissements, diminution des vertiges, ensuite réduction de la paralysie faciale et de la sourdité droite. A l'examen objectif on constate: paralysie du nerf facial droit du type périphérique, troubles de la sensibilité tactile et douloureuse de la joue droite, troubles de la sensibilité et du sens gustatif sur le 2/3 de la partie antérieure droite de la langue, l'affaiblissement notable du réflexe corné droit, affection de la branche cochléaire ainsi que vestibulaire du nerf auditif droit. Au cours de la maladie—amélioration progressive.

L'affection unilatérale des plusieurs nerfs crâniens a côté du syndrome de Ménière très prononcé correspond au tableau clinique éliminé par Frankl-Hochwart sous le nom de polynevrite cérébrale ménieriforme. Donc, l'éruption des vésicules de zona au niveau du palais dur, précédant la

paralysie faciale, représente en même temps la symptomatologie du tableau clinique connu sous le nom du syndrome de Ramsay Hunt. Or, l'analyse de la littérature prouve, que la plupart des cas décrits sous l'étiquette de polynevrite cérébrale ménieriforme étaient accompagnés par zona, soit de pavillon de l'oreille, soit de la région faciale, soit de muqueuse du palais dur et de la partie antérieure de la langue.

Les auteurs supposent, que dans toutes les observations de la polynevrite cérébrale ménieriforme, dans lesquels l'éruption de zona n'a pas été mentionnée, elle était tout simplement ommise, et que les syndromes de Frankl-Hochwart et de Ramsay Hunt constituent une entité clinique identique

C. LEVADITI. Miecznikow et Roux.

Une intéressante silhouette de deux savants.

L. SZAJEROWICZ. Le rôle de l'hydrothérapie dans la cure thermale.

L'hydrothérapie comme la balnéothérapie est un traitement excitant, non spécifique. De la balnéothérapie elle se distingue par le fait que dans son arsenal thérapeutique elle possède uniquement des excitants thermiques et mécaniques, mais elle est dépourvue d'excitants minéraux. A l'action de l'excitation est soumis en première ligne le système nerveux à la suite de l'irritation des terminaisons de nerfs cutanés. Cette action se transmet par voie nerveuse sur d'autres organes et exerce une influence sur la circulation du sang et son répartition dans l'organisme, sur le système nerveux, la respiration et le métabolisme. L'importance thérapeutique de l'hydrothérapie n'est pas moindre à celle de la balnéothérapie. Elle est surtout indiquée dans les névroses fonctionnelles, ainsi que dans toutes les affections chroniques accompagnées de troubles du système nerveux et d'état psychique. Après chaque application hydrothérapique on doit attendre une bonne réaction cutanée sous forme de coloration de la peau, suivie d'une sensation de bien-être. L'absence de la réaction signifie, que l'intensité de l'excitant ne correspond pas aux forces de l'organisme.

A. P.

TREŚĆ: H. KRYSZEK. O gościu naczyniowym. — Wł. STERLING i I. KIPMANOWA. Zespół Ramsay Hunta a polyneuropatię cerebralis menieriformis. — W. GŁOWACKA. Z nowszych prac o wścieklicznie (Str. zbior. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — C. LEVADITI, Miecznikow i Roux. — L. SZAJEROWICZ. Rola hidroterapij w leczeniu zdrojowo-kąpielowem. — J. MAGNUSZEWSKA. Przyczynę do badań nad szarlatanizmem. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. KRYSZEK. Sur le rhumatisme vasculaire. — W. STERLING et M-me I. KIPMAN. Syndrome de Ramsay Hunt évoluant sous forme de polynevrite cérébrale ménieriforme. — W. GŁOWACKA. Nouveaux ouvrages sur la rage. (Rev. gén. suite). — C. LEVADITI. Miecznikow et Roux. — L. SZAJEROWICZ. Le rôle de l'hydrothérapie dans la cure thermale. — J. MAGNUSZEWSKA. Contribution aux études de charlatanisme.

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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