

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 334-87.

Rok XV

WARSZAWA, 3 LISTOPADA 1938 R.

Nr. 41

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziałów neurologicznych szpitala na Czystem w Warszawie.

Choroba Littlea a zaburzenia psychiczne.

Podał

Maksymilian BIRO (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 40)

Wskazałem powyżej, że zaburzenia psychiczne nie zależą od tego, czy choroba Littlea zaczęła się bardzo wcześnie, czy względnie później. I większy lub mniejszy stopień tych zaburzeń nie jest w związku z czasem rozpoczęcia się choroby. O ile można określić początek zaburzeń psychicznych, trzeba stwierdzić, że idiotyzmem było dotkniętych 4 dzieci, z tych 2 miało objawy choroby Littlea od pierwszych dni życia, 2 od pierwszych miesięcy, gdy matofactwo wykazało 5, cierpiących od pierwszych dni życia, a 1 od pierwszych miesięcy (u jednego trudno było określić porę początku choroby), niedorozwój umysłowy, ściśle ujęty, z chorobą Littlea od pierwszych lat życia (3 przypadki), od pierwszych miesięcy (2 spostrzeżenia), od pierwszych tygodni (1 przypadek).

Na ogół naszych psychicznie dotkniętych pacjentów Littleowskich, jak wspominałem, było 4 o najniższym wśród nich stopniu rozwoju umysłowego.

Spostrzeżenie I. Chłopiec 4-letni, chory od urodzenia, wykazujący ruchy wszystkich kończyn utrudnione, o napięciu mięśni wzmocnionym, porażenie obustronne pozapiramidowe (zespół pallidarny), miał twarz starczą, tępą, nie mógł ssąć aż do 9 miesiąca życia, płakał od pierwszych dni życia, lecz płaczem i ostatnio nieumotywowanym; wymawiał tylko „mama” i to bez widocznego uzasadnienia i nie tylko w stosunku do matki, a poza tym tylko dźwięki nieartykułowane; nakazów nie spełniał i na otoczenie nie reagował.

Chłopiec, jak widzimy, miał twarz tępą. Nie mógł ssąć, nie wykonywał więc czynności, jaka (25) jest dostępna nawet istotom bezmózgowym (Monakow, Muratoff), nie spełniał żadnych nakazów. Wymawiał tylko 1 wyraz i to bez umotywowania oraz przedstawiał osobnika, z którym nie podobna było wejść w kontakt. Dane te wystarczają do rozpoznania idiotyzmu. Wprawdzie chłopiec płakał, a idiota raczej krzyczy. Ponieważ płacz, ta czynność obronna, jest właściwy wszystkim dzieciom od pierwszych chwil życia, trudno na tej zasadzie jedynie i to bez brania pod uwagę wszystkich innych objawów, nie uznać tego chłopca za idiotę. Ten wzgląd nie przeszkadza uznać i drugiego chłopca za idiotę.

Spostrzeżenie II. Chłopiec 2¹/₃-letni, chory od pierwszych miesięcy życia. Mając 1 rok 5 mies. wymawiał „papa”, „baba” bez względu na osobę lub przedmiot; z czasem przestał wymawiać i te dźwięki. Małogłowie. Bez pomocy pacjent nie chodzi, nie stoi, nie siedzi. Dużo sypia. Mocz i kał oddaje pod siebie. Kurczowe kiwanie głową. Porażenie obustronne o typie zaburzeń ciała bladego (*pallidum*). Białe smugi. Pogodny, lecz b. wrażliwy, b. skłonny do płaczu: napady płaczu, trwające do 20 minut. Nie sięga po zabawki. Nie można z nim wejść w kontakt. Dno oczu prawidłowe.

Niemożność wejścia w kontakt z pacjentem wskazuje u niego na idiotyzm. Kurczowe kiwanie głową (*spasmus nutans*) istniało u pacjenta w wieku, dla tego objawu niewłaściwym, zbyt posuniętym. Miewają je dzieci w pierwszym roku życia (podczas wyrzynania zębów, wzgl. z powodu sypiania, jak chce Heubner, w nieoświetlonym pomieszczeniu). Może i to późne wystąpienie przemawia za rozwojem dziecka opóźnionym.

Spostrzeżenie III. Chłopiec 1¹/₂-roczny. Od 5 dnia życia w ciągu kilku miesięcy co kilka dni kilkakrotnie napady drgawek ogólnych z utratą przytomności. Ciemnie niezarośnięte. Twarz starczą. Zez zbieżny oka pr. Główka opada. Postawiony, stoi na palcach, chwieje się. Napięcie mięśni wzmoczone. Nie mówi. Nie skupia uwagi ani na chwilę; nie chwytą przedmiotów. Dno oczu prawidłowe. Ciśnienie pł. m.-rdz. nieco wzmoczone, białka 0,16%, brak pleocytozy, NA+, Wa—. Porażenie obustronne, postać korowa.

I trzeci chłopiec był idiotą. U idiotów wyczytuje się ich stan psychiczny z tępej twarzy. Może taka twarz jest wyrazem przewagi węzłów podkorowych nad korą (*amimia*). O ile oni mówią, nie tworzą zdań. Wyrazy nie są artykułowane, gdyż dzieci te nie potrafią uważać lub skupiają uwagę zbyt krótko. Wysoki stopień idiotyzmu czyni to, że niczym się nie zajmują, nawet się nie bawią. Osoby te raczej krzyczą, niż śmieją się.

Spostrzeżenie IV. Chłopiec 5-letni. Od 7 tyg. życia napady drgawek z utratą przytomności. Do 3 roku nie chodził. Czaszka beczkokoształna z rozrostami w okolicy skroniowej. Mocne uwłosienie na plecach wzdłuż kręgosłupa. Główni pionowo pacjent utrzymać nie może. Ruchy czynne k. k. g. g. oraz d. d. utrudnione, zwł. k. k. pr. pr. Napięcie mięśni wzmoczone, o typie pozapiramidowym. Pacjent nie mówi. Gdy jest głodny, występują w twarzy i ustach ruchy ssania. Jada bez posiłkowania się zębami. Nie śmieje się; nie poznaje otoczenia.

Czwarty chłopiec nie śmiał się, nie poznawał otoczenia, miał tedy objawy idiotyzmu. Ruchy twarzy i ust nie były wyrazem świadomym, lecz nieświadomym, za-

stępującym ssanie, zatem nie stanowiły objawu, przeczącego powyższemu rozpoznaniu. Możliwość kontaktu tylko z dużą ostrożnością może być oparta na wywiadach.

Spostrzeżenie V. Chłopiec 4-letni. Według rodziców, miał on czasami rozumieć pytania. Małogłowie. Główka opada ku przodowi, skrzywiona w lewo od pierwszych dni życia. Bez pomocy nie chodzi, nie stoi, nie siedzi. Posawiony krzyżuje nogi. Ruchy czynne k. k. g. i d. d. utrudnione. Napięcie mięśni wszystkich kończyn wzmożone. O. Babińskiego po lewej. O. Rossolimo obustronny, po pr. > l. Na klucie chłopiec reaguje słabo. Gdy zbliżyć do niego przedmiot, podnosi odruchowo ramiona, czasem podudzia (o. wzrokowo-ruchowy). Obfite ślinienie. B. wrażliwy na dźwięki. Mowa nieartykułowana. Wciąż wesoty. Wejście z nim w kontakt niemożliwe. Encefalografia wykazała komorę boczną l. rozszerzoną.

Ze względu na duże znaczenie diagnostyczne możliwości wejścia w kontakt z pacjentem, wyłania się pytanie, czy prawdopodobna jest zmiana tej sprawy podczas przebiegu choroby. Piśmiennictwo nie dało mi na to odpowiedzi, że wymienię choćby Krafft-Ebinga, Homburgra, Peritza, Bumkego oraz Curtiusa. Nie znalazłem wzmianki o przebiegu idiotyzmu. I wydaje mi się takie nastawienie prawidłowym: człowiek, z którym nikt, ani nic nie wchodzi w kontakt, nie może się rozwijać pod wpływem przynajmniej czynników zewnętrznych. Zachodzi tylko pytanie, czy wolno śpieszyć z rozpoznaniem i przypieczętować straszne rozpoznanie, nie czekając na dalszy przebieg sprawy.

Spostrzeżenie VI. Chłopiec 7-letni, chory od pierwszych miesięcy życia. Do 3 roku życia nie mówił, ruchów czynnych kończynami nie wykonywał, nie rozumiał najprostszyc zleceń, nie poznawał najbliższego nawet otoczenia. Małogłowie. Podniebienie gotyckie. Obrzęk śluzakowaty dokoła powiek. Pacjent bez pomocy nie chodzi, nie stoi, nie siedzi. Postawiony, krzyżuje nogi. Usta stale otwarte. Wykonywa nieznaczne ruchy k. g. l. oraz k. k. d. d.; ruchy te są nieco utrudnione, napięcie mięśni tych kończyn wzmożone. O. o. k. k. l. l. żywsze, niż pr. Obustronny o. Babińskiego. Nieznaczny o. Rossolimo po l, inwersja pr. Pacjent nie poznaje domowników, czasem wykonywa polecenia, wypowiada i powtarza wyrazy w zniekształconej formie. Płyn m. rdz. bez uchyień od normy. Rtg. czaszki: żyły liczne, kość wewnątrz sklepienia wygładzona.

Do 3 roku życia robił chłopiec wrażenie idioty, z czasem stan jego psychiki się poprawił. Dane te zostały uzyskane wprawdzie nie drogą badania obiektywnego, lecz z wywiadów, lecz te wywiady wydają się miarodajne, gdyż otoczenie zazwyczaj, uczuciowo z pacjentem związane, raczej przecenia jego psychikę, niż nie docenia. W przebiegu choroby zaszła poprawa i stanu fizycznego. Pomimo tych wszystkich danych nie mamy prawa do twierdzenia, że idiota przestał być idiotą. Stan psychiki na początku 3-go roku życia nie zawsze jest pod tym względem bezwzględnie miarodajny. Pacjent nasz o tym czasie wykazuje niedorozwój, czyniący wrażenie idiotyzmu, ale z czasem niedorozwój może się zmniejszyć.

Do określenia poziomu inteligencji pożyteczny jest schemat Ziehen'a. Zadajemy pytania, by się przekonać, czy chory poznaje otoczenie (osoby, przedmioty), z którymi przeważnie się styka (matka, niania, łóżko, ubranie). Matołek do tego nie jest zdolny. W tym świetle wspomniany pacjent był raczej matołkiem. Matołek powtarza wyrazy, więc wykazuje możliwość wejścia z nim w pewien kontakt.

Spostrzeżenie VII. Chłopiec 5-letni z czaszką beczkowską, z rozrostami na niej kostnymi, z bladymi tarcza-

mi na dnie oczu, z oczopląsem w położeniach oczu skrajnych. Od pierwszych dni życia porażenie obustronne, z przewagą zaburzeń w k. k. d. d., z wzmożonym napięciem mięśni (postać pallidarna), z żarłocznością, z jadaniem bez posiłkowania się zębami, czyniącym wrażenie ssania, z zanieczyszczaniem się. Chłopiec odwraca się w stronę źródła dźwięku i wykrzykuje „cham, cham“. Nie śmieje się. Nie poznaje otoczenia.

Rozgraniczenie między matołactwem a niedorozwojem psychicznym, ściśle ujętym, jest niełatwe, a jeszcze trudniejsze się staje, gdy w psychice zachodzi z czasem poprawa.

Spostrzeżenie VIII. Chłopiec 6-letni. W 6 tygodniu życia kilka dni drgawek wszystkich kończyn wraz z pianą na ustach. Po niewielu dniach główka opadnięta i władza kończyn zmniejszona. Wymawiał dźwięki nieartykułowane. W 3 roku życia poprawa władzy kończyn. W 6 roku pierwsze usiłowania chodzenia. Atetotyczne ustawienie i także ruchy palców dłoni lewej. Niekiedy ruchy, przypominające niepokój niemowląt. Krzyżowanie K. k. d. d. podczas biernego stania. Ruchy czynne k. k. d. d. upośledzone. Napięcie ich mięśni wzmożone. Porażenie obustronne pozapiramidowe. Od 5 roku wypowiada samistnie pojedyncze wyrazy. Do 5 roku nie wykonywał najprostszyc zleceń, odtąd zlecenia proste wykonywa (na żądanie pokazuje język).

Poprawa psychiki w matołactwie przybliżyła tę postać do zwykłego niedorozwoju umysłowego. O ile pacjent poznaje osoby, wzgl. przedmioty, prawie stale go otaczające, nie jest matołkiem, lecz ma niedorozwój umysłowy w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Ziehen i takich uznaje za matołków. Według jego schematu, matołactwo ukazuje się w szeregu odmian wedle natężenia odchyień psychicznych. Matołek ciężki rozpoznaje osoby i przedmioty, względnie stale przy nim przebywające, matołek 2-go stopnia odróżnia przedmioty nawet obce, niejedną z nich rozpoznaje nawet barwy (i normalne dziecko rozpoznaje, jak wspomniałem, barwy dopiero od 3—4 roku życia). Matołek 3-go stopnia umie się nieco orientować co do liczb. Na 4 stopniu można już otrzymać odpowiedź na zapytanie w sprawie niektórych pojęć zbiorowych (pogoda, pora roku, naród itd.). Na 5 stopniu możliwe już są skojarzenia, a więc dodawanie niewielkich liczb (np. 4+3), ich odejmowanie, czasem mnożenie, wzgl. dzielenie; tacy pacjenci wykazują już pewne ustosunkowanie uczuciowe do otoczenia ludzkiego, wzgl. zwierzęcego.

Matołactwo wykazało 7 naszych pacjentów, dotkniętych chorobą Little'a (podałem krótkie historie tylko 4). Z tych 1 był matołkiem pierwszego stopnia, inni 2 — 4-go, dwaj 5-go. Z pozostałych pacjentów jeden nazywa przedmioty i osoby należycie oraz spełnia zlecenia proste, lecz źle liczy (4½-letnie dziecko, jako liczby kolejne, podaje 4, 6, 8, 9). Spośród matołków 5-go stopnia jeden zbliżył się już do typu ściśle ujętego niedorozwoju umysłowego.

Spostrzeżenie IX. 32-letni mężczyzna. Od dzieciństwa umysłowo upośledzony. W 16 roku życia utrudnione ruchy czynne wszystkich kończyn, zwł. dolnych. Napięcie mięśni wzmożone. Nieco dysmetrii w k. k. g. g., przeważnie l. Adiadochokineza k. g. l. Chód niezręczny, o szerokiej podstawie. Objaw chwytany w k. k. d. d. Pacjent nie orientuje się w czasie; nie wie, jak się nazywa największe miasto w Polsce. Według niego 2×3=4, a 4×5=6. Badanie metodą Bineta wykazuje inteligencję, odpowiadającą 11 roku życia. W opowiedzianym mu wypadku znalezienia trupa, pokrajanego na szereg (18) części, nie potrafił się zorientować, czy zaszło samobójstwo, czy zabójstwo. Nie umie ustawić kilku (5) skrzynek według wzrastającej wagi (zadanie dla 10-letniego chłopca).

Niedorozwój nieznaczny polega na tym, że chory, nim dotknięty, robi wrażenie osobnika, nieco cofniętego pod względem psychicznym.

Spostrzeżenie X. Dziewczynka 8-letnia o miłym wyglądzie twarzy, urodzona prawidłowo, chora od urodzenia. Do 3 roku ledwie bełkotała. Do tegoż czasu nie mogła stać, chodzić, ani siedzieć bez pomocy. Siedzi, gdy oparta plecami. Stoi i chodzi po podaniu jej ręki. Podczas stania krzyżuje nogi; podczas chodzenia podrzuca je mocno w kolanach. Czasem ruchy płaszawicze twarzy, wzgl. kończyn. Ruchy dowolne wszystkich kończyn utrudnione; napięcie mięśni wzmożone. Brak o. Babińskiego i o. Rossolimo. Barwy pacjentka rozpoznaje należycie. Rozpoczęła niedawno naukę czytania. Liczy do 100; 4 działania z liczb jednocyfrowych wykonywa ustnie. Pisać nie potrafi z powodu ruchów mimowolnych w kończynach; z trudności rysuje ołówkiem kreski. Zachowuje się w obcowaniu, jak dziecko 5—6 letnie.

Dziewczynka, dotknięta porażeniem obustronnym kończyn o typie piramidowym, mająca lat 8. czyni ze względu na psychiczne wrażenie dziecka 5—6 letniego. Jej stan psychiczny droga ćwiczeń się poprawia. a ćwiczenia są u niej możliwe właśnie ze względu na nieznaczne tylko upośledzenie psychiczne.

O poprawie trudno myśleć u idioty. Lecz z rozpoznaniem naicieższym, jak wynika z naszych danych (sposstrz. VI, VII) nie wolno się spieszyć, o ile chory jest bardzo młody (mniej więcej do 3—5 roku życia). Wobec tego trzeba się liczyć z przebiegiem, nawet w naicieższych przypadkach. Przebieg niektórych przypadków poucza, że poprawa psychiki może iść w parze z poprawą fizyczną (sposstrz. VI, VIII). Stan fizyczny może się w przebiegu pogarszać (5 naszych chorvch), może nie ulegać zmianom i może się poprawiać (11 przypadków). Niekiedy całe lata nie ulega on zmianom w pewnej dziedzinie, a z czasem poprawia się w innej (u jednego dziecka ustąpiły ruchy mimowolne, u siedmiorga poprawiły się wszelkie ruchy czynne). Może zajść poprawa w jednym kierunku, a pogorszenie w innym, jak to było z chłopcem, u którego poprawiły się z czasem ruchy kończyn, a mowa uległa pogorszeniu.

Niekiedy zachodzi poprawa nawet u takich osób, których stan uprzednio w tym samym kierunku stopniowo się pogarszał: u jednej dziewczynki chód stale ulegał pogarszaniu, a po pewnym czasie zaszła znaczna jego poprawa. Może ona zajść nawet w przypadkach, w których choroba ciągnęła się od najwcześniejszych chwil życia (sposstrz. VIII).

Zaburzenia psychiczne w przypadkach choroby Little'a czynią na ogół rokowanie ciężkim nawet w zakresie objawów fizycznych, gdyż ze stanem psychicznym musimy się liczyć w leczeniu i tych zakłóceń (sposstrz. X). Przebieg niektórych naszych przypadków (sposstrz. VI, VIII) wykazuje, że i ciężkie zaburzenia psychiczne mogą się zmniejszyć. O ile w pierwszych czasach nie ma zaburzeń psychicznych, można się spodziewać, że już się nie ukażą. Ponieważ w większości przypadków stan nie ulegał zmianie, w większej liczbie się nieco pogarszał, a w bezwzględnej większości się poprawiał, nie wolno zawsze i w tej ciężkiej chorobie stawiać złego rokowania. Ze względu na to, że może zajść poprawa w jednym kierunku, gdy w innym występuje nawet pogorszenie, nie wolno stawiać rokowania bezwzględnie złego, gdy sprawa w pewnej dziedzinie się pogarsza. Jak uczą nasze spostrzeżenia, nie należy stawiać rokowania bezwzględnie złego nawet w przypadkach o przebiegu, stale się pogarszającym, i to nawet w razach, gdy schorzenie trwa od najwcześniejszej pory życia.

Stan psychiczny odgrywa rolę i w sprawie leczenia zaburzeń fizycznych (sposstrz. X), jak to już wspominałem. Gdy psychika jest względnie prawidłowa, można myśleć o względnej poprawie stanu fizycznego drogą specjalnych ćwiczeń z dokonaniem, wzgl. bez dokonania zabiegów operacyjnych. Ciężki jest dla pacjenta i jego bliskich zły jego stan fizyczny, jeszcze cięższy jest spłot zaburzeń fizycznych z psychicznymi. Radością jest, gdy poprawia się stan psychiczny, a wraz z nim i fizyczny.

Streszczenie.

W chorobie Little'a zdarzają się zaburzenia psychiczne. Stosunek tych zaburzeń do powyższej choroby nie został dotychczas wyjaśniony. Autor zastanawia się nad tą sprawą na zasadzie swych 37 przypadków. Zaburzenia psychiczne występowały w 50% tych spostrzeżeń. Nie były one w żadnej zależności od wieku, w którym choroba się zaczęła. Rozpoczęły się jednocześnie z fizycznymi lub je wyprzedzały (niekiedy o kilka lat). W większości przypadków istniało określone ustosunkowanie między zaburzeniami psychicznymi a kształtem czaszki. Nie zawsze szły w parze ze stanem psychiki oznaki zwyrodnienia. Zaburzenia psychiczne zdarzały się w przypadkach z zakłóceniem czynności gruczołów dokrewnych, ale także zakłócenia istniały i w zespołach bez zaburzeń psychicznych. Niekóre osoby, wykazujące zaburzenia psychiczne, ujawniały obfite ślinienie, ale to samo zjawisko zdarzało się i u osób, psychicznie zdrowych. Badanie psychiki może być utrudnione przez zaburzenia mowy, ale mogą istnieć w tej chorobie zakłócenia mowy bez upośledzenia psychiki. Zaburzenia te u pacjentów autora polegały przeważnie na zboczeniach artykulacji. Zakłócenia mowy nie znajdowały się w żadnym stosunku do wieku, w którym rozpoczęła się choroba Little'a. W niektórych razach rozpoczęły się one wzgl. pogarszały podczas przebiegu schorzenia. Nie można było ustalić zależności zaburzeń mowy od słuchu pacjentów (istnieli pacjenci z zaburzeniami mowy a słuchem dobrze rozwiniętym). U większości słuch bywał nadwrażliwy. Z zaburzeniami mowy nie szła w parze muzyczność. Nie było też współzależności między muzycznością a rozwojem psychicznym. Zaburzenia psychiczne nie były współmierne z jaskrawością, ani rozmiarami reszty Little'owskiego obrazu chorobowego. Jakkolwiek zaburzenia psychiczne często towarzyszą padaczkę, nie było między nimi tego ustosunkowania w przypadkach choroby Little'a. Zaburzenia psychiczne nie są na ogół przypadkowym epizodem którejkolwiek choroby, lecz występują, wzgl. przeważają w określonym szeregu chorób. Z cierpień psychicznych tylko szczupły zakres ukazuje się u dzieci. Zaburzenia psychiczne dzieci polegają najczęściej na niedorozwoju pacjentów. Niedorozwój może się objawić, jako opóźnienie lub niedostateczność rozwoju. W chorobie Little'a niedorozwój psychiczny może się wyrażać jako idiotyzm, matofactwo, względnie niedorozwój, ściśle ujęty. Idiotyzmem było dotkniętych 4 dzieci spośród pacjentów autora, matofactwo wykazało 7, ściśle niedorozwój umysłowy 6 osób. Stopień upośledzenia psychicznego nie był w związku z wiekiem, w którym pacjent ujawnił chorobę Little'a (idiotyzm dotknął 2 dzieci, które miały chorobę Little'a od pierwszych dni życia, a 2 od pierwszych miesięcy; matofactwo wykazało 5 dzieci, które ujawniły zaburzenia fizyczne od pierwszych dni, 1 od pierwszych miesięcy, 1 o nieświadomej ściśle porze zapoczątkowania choroby; niedo-

rozwój umysłowy, ściśle ujęty, uzewnętrznił się u 3 dzieci, które miały Littleowskie zaburzenia fizyczne od pierwszych tygodni, u 2 od pierwszych miesięcy). Ze stwierdzeniem ścisłym stopnia upośledzenia psychicznego u małych dzieci, jak wynika z danych autora, nie należy się śpieszyć. W 2 takich spostrzeżeniach (2—5 letni pacjenci) objawy mogły w tym wieku budzić podejrzenie o idiotyzm, a po kilku latach pacjenci owi okazali się mniej upośledzonymi. Zaburzenia psychiczne występują zarówno w postaciach choroby Littlea o tle piramidowym, pozapiramidowym, wzgl. mieszanym. Dane anatomo-patologiczne nie wiele wyjaśniają stan upośledzenia psychicznego tych chorych. Poprawę zaburzeń psychicznych można sobie u nich tym tłumaczyć, że istotę choroby stanowią poza zwyrodnieniowymi zmiany zapalne. Poprawa psychiki może iść w parze z poprawą fizyczną, a stan fizyczny może się w przebiegu nie zmieniać, wahać, na stałe pogorszyć lub poprawić. Poprawa może zajść nawet w przypadkach, trwających od najwcześniejszych chwil życia; poprawa nie koniecznie wykazać się musi w zakresie wszystkich dolegliwości osobnika. Zaburzenia psychiczne pogarszają nadzieję poprawy i zaburzeń fizycznych. O ile stan psychiczny nie jest upośledzony, można przeważnie rokować, że i w przyszłości nie zostanie obniżony. Stan psychiczny jest w tej chorobie ważny nie tylko sam przez się, ale i ze względu na jego znaczenie dla poprawy stanu fizycznego. Dobry stan psychiczny ułatwia leczenie stanu fizycznego.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Austregesilo A. u. Aluizio Marquez. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. B. 66, 473.
- 2) Ball V. et L. Auger. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych., B. 45.
- 3) Bickel. Presse méd. 1937, Nr 60.
- 4) Biehler Charlotte. Psychol. Monographien 1928, T. 3.
- 5) Biro

- M. O chorobie Addisona. W. Czasop. Lek. 1933, Nr 19—21.
- 6) Biro M. Choroba Littlea a sprawy gruczołowe. W. Czasop. Lek. 1937, Nr 20.
- 7) Biro M. Choroba Littlea a padaczka. W. Czasop. Lek. 1938, Nr 21—24, Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 1938.
- 8) Biro M. Choroba Littlea. Sprawa etiologii. Neurol. Polska 1937, T. XX, Z. 2—3, str. 185.
- 9) Boetters, Heinz u. Reinhardt Dittel. D. med. Woch. 1936, II, 1455—1457.
- 10) Boström, cyt. przez Curtiusa.
- 11) Bumke. Handb. d. Geisteskrankh. Springer 1928.
- 12) De Capite A. Pediatría riv. 34, 1926, 11, 609—617.
- 13) Clark, L. Pierce. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1934, B. 73, 315.
- 14) Curtius Fr. Die organ. u. funktion. Erkr. d. Nervensyst., Stuttgart 1935.
- 15) Freedom. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. T. 66, H. 1/2, S. 196.
- 16) Freiberg H. Arch. f. Psychiatrie 1932, 98, 264—271.
- 17) Guidi F. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1935, T. 76, S. 195.
- 18) Hamburger. Vorles. ü. Psychopathol. Kindesalt., Berlin 1924.
- 19) Hoffmann, cyt. przez Curtiusa.
- 20) Josephy. Kongr. d. nordwestdeutsch. Psychiat. u. Neurol. Hamburg, 3.X.1926.
- 21) Krafft-Ebing. Handb. d. Psychiatrie 1890.
- 22) Kuno Reкуро. Mitt. med. Ges. Chiba. Deutsche Zusammenf. 75, 1936.
- 23) Kwint L. A. D. Ztschr. f. Nrvhke 1926, 108, 117—127.
- 24) Levi Sergio. Riv. clin. pediatr. 1936, 34, 769—868.
- 25) Monakow C. u. R. Mourgue. Biol. Einführ. in d. Studien d. Neurol. u. Psychopathol. 1930.
- 26) Moniz Egaz. Tent. operat. dans le traitem. de cert. psychoses. Paris 1936.
- 27) Nitsche Fr. Erbarzt. Sonderbeil. z. d. Aerztebl. 1936, Nr 29.
- 28) Oppenheim H. Lehrb. d. Nervenkr. 1923.
- 29) Peritz Georg. Die Nervenkrankh. des Kindesalters 1932.
- 30) Pelasse E. et Guichard. Lyon méd. 1931, I, 169—178.
- 31) Puterman J. Warsz. Czasop. Lek. 1928, Nr 5, 615—617.
- 32) Schob. Kraus u. Brugsch. Spez. Pathol. u. Ther. inner. Krankh. 1924, XB, T. Nervenkr.
- 33) Stiefler. Journ. Psych. Neurol. 1928, 37.
- 34) Senise T. II Cerevello. 1934, p. 263—268.
- 35) Vinar. Pos. Tow. w Pradze Czesk. 15.III.1933.
- 36) Vogt H. Handb. d. Neurol. Lewandowsky, Berlin 1912, S. 277—345.
- 37) Weber, F. Parkes. Brit. Childr. Dis. 28, 1931, 14—21.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Przychodni Przeciwwastmowej T-wa Marpe w Warszawie.
(Kierownik: Dr M. Szour).

Dychawica oskrzelowa w obrazie rentgenowskim.

- 1) W okresie napadu.
- 2) W przewlekłym stanie.

Podał

Dr J. CHANARIN

kierownik pracowni rentgenowskiej Przychodni (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 40)

2. Przewlekła dychawica oskrzelowa.

Obraz rentgenowski przewlekłej d. o. nie różni się w zasadzie od obrazu ostrej d. o., powikłanej zmianami wtórnymi; zmiany te, dotyczące odchyłeń anatomicznych i topograficznych w zakresie narządów klatki piersiowej oraz nieżyty oskrzeli, ustalają się w przebiegu przewlekłej d. o. Obraz rentgenowski odzwierciedla też te zmiany, zarówno jak i zejścia ich łącznie z objawami zastoju w krążeniu krwi i zejścia tegoż zastoju.

Zmiany te dotyczą wszystkich części klatki piersiowej, poczynając od szkieletu kostnego poprzez mięszs płucny i kończąc się na układzie krążenia.

Szkielet kostny. Stałe powiększenie pojemności i objętości płuc wywołuje odpowiednie stałe powiększenie objętości szkieletu kostnego klatki piersiowej wszcz, wzdłuż i w poprzek.

Szkielet kostny klatki piersiowej, który normalnie ma kształt ściętego stożka, stopniowo rozszerza się

w górnych częściach, przyjmując kształt walca (szerokość górnej części szkieletu kostnego klatki piersiowej równa się szerokości dolnej części), a następnie kształt obróconego ściętego stożka, tak zwany kształt beczkowaty (górną część klatki piersiowej szersza, niż dolna). Należy przypuszczać, że przyczyną tego typu rozszerzenia klatki piersiowej jest większa zdolność ruchowa górnych żeber w porównaniu z dolnymi.

Maksymalna pozycja wdechowa, którą widzimy w ostrym napadzie d. o., pozostaje na stałe, powodując trwałe poziome ustawienie żeber i poszerzenie przestrzeni międzyżebrowych.

Częste napady d. o., powodujące poziome ustawienie żeber i przekraczające wtedy granice fizjologiczne, napinają nader silnie chrząstki. Tym samym wywołują pewne urazy chrząstek żeberowych, wprawdzie małe, lecz często powtarzające się. Urazy te prowadzą do małych pęknięć, małych zgniecień, drobnych oderwań chrząstki, do rozluźnienia połączenia chrząstki z kością. Zejściem tych wszystkich urazów chrząstki, jak wiadomo, jest większa lub mniejsza kostnina, która wywołuje stopniowe zwapnienie chrząstek żeberowych aż do ich całkowitego zwapnienia (rys. 4-ty). Interesujące jest, iż zwapnienie chrząstek żeberowych spostrzega się częściej w górnym odcinku szkieletu kostnego klatki piersiowej, tam, gdzie również odbywa się i większe poszerzenie jego (stanowi to zmianę szkieletu kostnego). Opisane zwapnienie tłumaczy się tym, że w górnych częściach klatki piersiowej ruchy żeber są większe, wskutek czego i urazy są większe

i częstsze, toteż i więcej tworzy się kostniny (rysunek 5—7).

Opisane zmiany kostne szkieletu obniżają zdolność oddechową chorego.

Przepona. Powiększenie pojemności płuc odbywa się nie tylko kosztem samego szkieletu, ale również i podstawy, a mianowicie: obniżenia przepony. Często powtarzające się obniżenia przepony, przekraczające zwykłe granice, osłabiają jej siłę mięśniową.

Zaburzenie równowagi pomiędzy ciśnieniem wewnątrz płuc a ciśnieniem wewnątrz jamy brzusznej wzmagają obniżenie oraz osłabienie ruchów przepony. W końcowym swoim okresie przepona zostaje prawie w bezruchu.

Obrazy przepony, spotykane w ostrych napadach d. o., stopniowo pozostają na zawsze, jako to: spłaszczenie, obniżenie (rysunek 5), dwudzielność, jednostronne ograniczenie ruchu (rysunek 3, 6).

Mięszsz płucny. Zmiany anatomopatologiczne mięszszu płucnego, zachodzące w przebiegu d. o., polegają na:

1) nieżytach oskrzeli i oskrzelików (*bronchitis mucosa, bronchitis desquamativa, bronchiolitis*),

2) infiltracji ścian oskrzeli i oskrzelików białymi ciałkami krwi.

W rezultacie doprowadza to do przerostu ścian oskrzeli i oskrzelików tkanką łączną oraz zgrubienia ich i zmniejszenia elastyczności. W obrazie rentgenowskim dadzą te zmiany wzmocnienie rysunku drzewkowanego płuc, określanego w rentgenologii, jako rysunek oskrzelowy: wyraźny zarys podłużny oskrzelika, okrągły lub owalny, w zależności od kąta promienia X, pod którym trafia oskrzele (rys. 5, 6, 7). Oskrzele takie w obrazie rentgenowskim dają dwa równoległe pasmowate cienie (ściany oskrzela) z jasnym polem między nimi (powietrze) (rys. 5, 7).

Muszę tu od razu zaznaczyć, że zmiany rysunku oskrzeli powodowane również są zmianami układu krążenia, które prawie nie dają się oddzielić w obrazie rentgenowskim, i o których mowa będzie później.

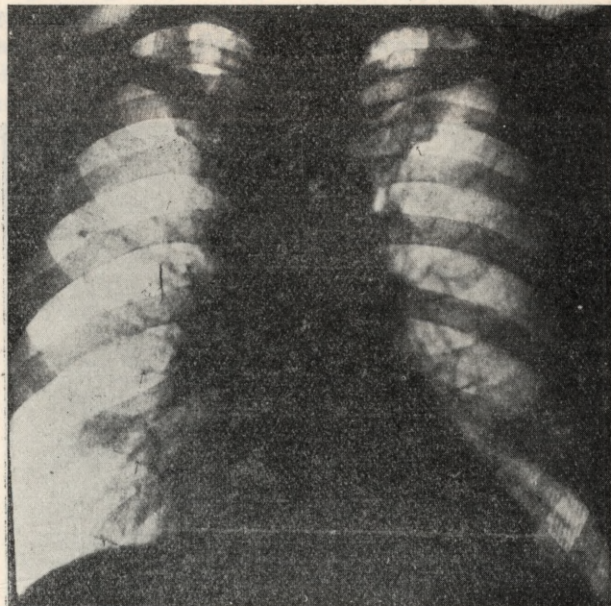
Na tle tego rysunku płuc spotykamy miejscami obrazy ograniczonego zapalenia oskrzelików (rys. 6), a zatem zmniejszonej powietrzości płuc o rysunku drobnopłamistym oraz obrazy nieżyty wydzielinowego, gdy nie widać powietrza w oskrzelach, z powodu ich wypełnienia śluzem; w rysunku rentgenowskim płuca otrzymujemy jednolite, pasmowate cienie oskrzeli.

Dalszymi zmianami anatomopatologicznymi w przewlekłej d. o. są: rozedma mięszszowa, rozszerzenie pęcherzyków płucnych, pęknięcie ich, zlewanie się kilku drobnych pęcherzyków w jeden większy, a w dalszym ciągu zlewanie się tych nowopowstałych rozszerzeń w coraz większe rozszerzenia pęcherzy płucnych.

W obrazie rentgenowskim dają rozszerzone pęcherzyki większe lub mniejsze okrągławe rozjaśnienia, miejscami skupienia ich. W wyniku tworzy się gąbczasty rysunek płuc, podobny do obrazu rozszerzeń oskrzelowych. Dość trudno odróżnić w obrazie rentgenowskim, co należy do zgrubiałych oskrzeli i oskrzelików (w przekroju), a co należy do tych rozszerzeń. Jedynie odróżnieniem ich będzie: kształt okrągły lub owalny, o nieco grubszych ściankach w oskrzelach i oskrzelikach i nieco falisty o cienkich ściankach przy rozszerzeniu pęcherzyków (porównaj rys. 5 i 7).

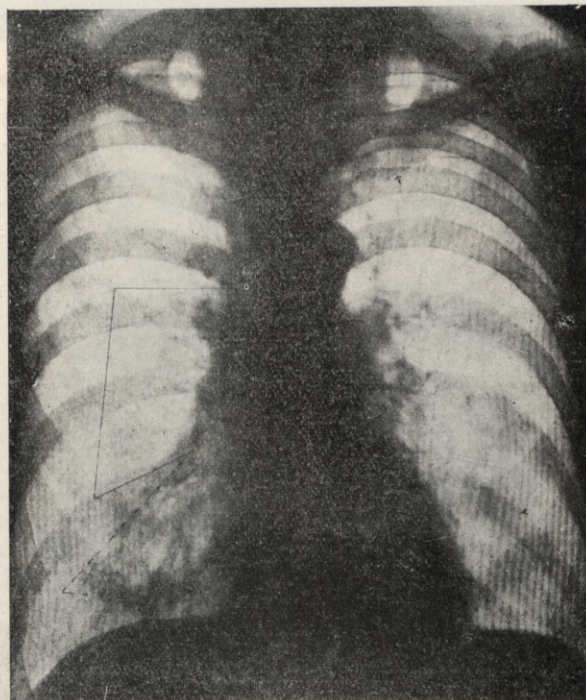
Rozszerzenia oskrzelowe i pęcherzykowe mogą być wrodzone i nabyte.

W przewlekłej d. o. do tworzenia się rozszerzeń nabytych usposabia: obniżenie przepony, rozciąganie tkanki płucnej, zmniejszenie jej sprężystości (Z. G o r e c k i), częściowe stwardnienie mięszszu płucnego wraz ze zrostami opłucnej (płucno-opłucnowe rozszerzenie oskrzeli według W. O r ł o w s k i e g o).



Rys. 4.

Zwapnienie chrząstek wszystkich żebrowych. Bardzo szeroki i gęsty cień wgnętkowy. Powiększenie rozmiarów serca. Znaczne obniżenie przepony. Poszerzenie i uwypuklenie tętnicy głównej (miażdżycy).

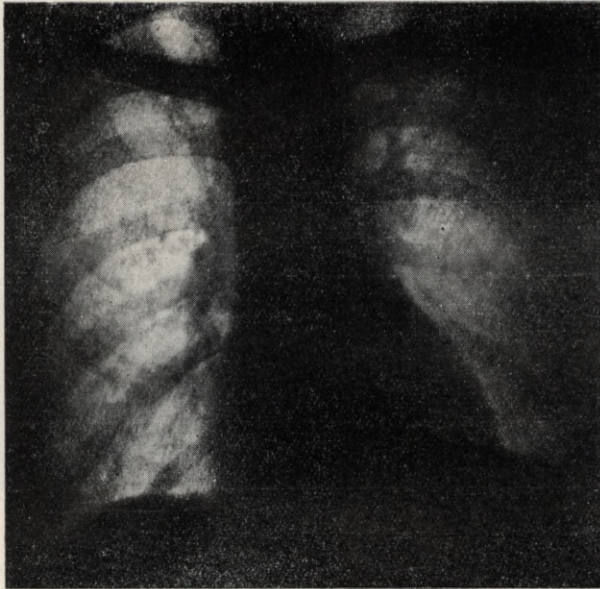


Rys. 5.

Zwapnienie chrząstek pierwszych żebrowych. Gąbczasty rysunek płuc (rozszerzenia pęcherzyków płucnych: cienkie ściany o falistym nieco przekroju). Stwardnienie oskrzeli w dolnych odciankach płuc (grube smugi w kierunku przepony). Małe serce.

Obrazy te dają większe przejaśnienia rysunku płucnego, tak zw. nadmierne rozjaśnienie pól płucnych. Spotykane rozszerzenia oskrzeli, oprócz gąbczastego rysunku płuc, dają czasami grube pasmowate smugi od wnek w kierunku przepony, opisywane rentgenologicznie jako wzmożenie rysunku oskrzelowego płuc.

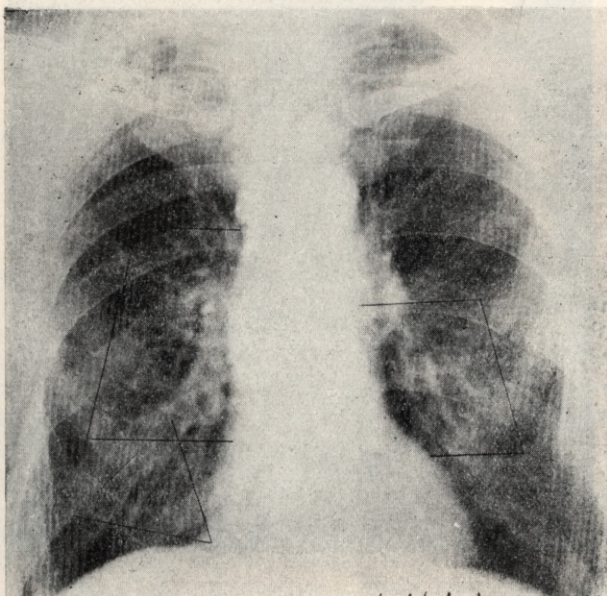
Jak widzimy, o ile okres nieżyty oskrzeli daje pewne zatarcie rysunku płucnego, o tyle zejścia tych nieżytych dają jeszcze większe przejaśnienia.



Rys. 6.

Chroniczny astmatyk. Jeden dzień po napadzie. W obu płucach zatarcie rysunku o charakterze drobno-plamistym (*bronchiolitis*). Po stronie prawej większe objawy rozedmy, jednostronna postać napadu. Przepona prawa stoi znacznie niżej niż lewa (odwrotnie niż normalnie, wskutek obniżenia prawej przepony).

Szerokie cienie wnek.



Rys. 7.

Rozstrzenie oskrzelowe w okolicach przysercowych. Grube, pasmowate smugi od wnek w kierunku przepony (stwardniałe oskrzeliki). Miażdżycza tętnicy głównej.

Rysunek ogólny miąższu płucnego daje całkowity obraz rozedmy płuc.

Układ krążenia. W układzie krążenia klatki piersiowej rentgenologicznie odróżniamy trzy części, a mianowicie:

- 1) układ naczyniowy w miąższu płucnym, towarzyszący oskrzelom i oskrzelikom (układ końcowy),
- 2) układ naczyniowy we wnekach,
- 3) układ dużych naczyń serca.

Potraktujemy je oddzielnie wraz z tymi odcinkami narządów klatki piersiowej, które omawiamy, gdyż zmiany przewlekłej d. o. w płucach łączą się ze zmianami oskrzeli; we wnekach następują już oddzielne różnice.

Zasadniczą zmianą układu krążenia w klatce piersiowej jest zastoina, wywołana większym oporem w małym krążeniu krwi. Zastoina, długo trwająca (w d. o. częściowo z większymi lub mniejszymi przerwami) wywołuje na początku rozszerzenie naczyń, przesiek krwi, osocza i stałych części krwi *per diapedesin*.

Następny etap zastoiny stanowi rozrost tkanki łącznej mniej elastycznej, niż normalna tkanka naczyniowa, tak zwane stwardnienie naczyń. (Przypuszczam, iż jest to jednocześnie przyczyną wczesnego stwardnienia dużych naczyń). Zarówno infiltracja ścian naczyń, jak i ich stwardnienie dają w obrazie rentgenowskim wzmożenie rysunku naczyniowego. Wobec tego, iż naczyniom towarzyszą rozgałęzienia oskrzeli i oskrzelików, które w przewlekłej d. o. również powodują wzmożenie rysunku oskrzelowego, mamy podwójne wzmożenie rysunku płucnego przez oskrzela i przez naczynia, które określamy jako wzmożenie rysunku naczyniowo-oskrzelowego.

Jak widzimy, miąższ płucny w obrazie rentgenowskim w przewlekłej d. o. przedstawia nadmierne rozjaśnienie płuc z powodu przepełnienia powietrzem pęcherzyków oraz przez rozszerzenie pęcherzyków płucnych. Na tle tego nadmiernego rozjaśnienia uwidacznia się rysunek naczyniowy i oskrzelowy sam przez się, dzięki większej różnicy kontrastu pomiędzy normalnie wypełnionym powietrzem a nadmiernie przepełnionym oraz przez stwardnienie naczyń i oskrzeli (rys. 5, 7).

Te nadmierne rozjaśnienia zaciniają się niekiedy w ograniczonych miejscach przez nieżyt oskrzeli w postaci jednolitych smug oraz przez *bronchiolitis* w postaci drobno-plamistego zacinienia. Sam zastój naczyniowy w okresie napadu oraz w jedną lub dwie doby po nim również daje lekkie zawoalowanie, lecz zawsze nadmierne wypełnienie płuc u astmatyków jest tak duże, że rozjaśnienie płuc przeważa znacznie nad zacinieniem.

Wnęki i. Wnęki płuc składają się z trzech podstawowych części:

- 1) z naczyń wnekowych,
- 2) z gruczołów,
- 3) z tkanki łącznej.

Długotrwały zastój krwi w naczyniach powoduje rozszerzenie naczyń i stwardnienie, co w obrazie rentgenowskim daje poszerzenie cienia wnekowego i zagęszczenie jego (intensywniej zaznacza się, gdyż ciężar gatunkowy naczyń jest większy, niż normalnie).

Obrzęk luźnej tkanki łącznej wnek, tak samo jak i zastój w naczyniach prowadzi do stwardnienia jej, do rozrostu tkanki stwardniałej, sklerotycznej, czasami nawet tkanka ta ulega zwapnieniu. To znowu daje w obra-

zie rentgenowskim zagęszczenie i poszerzenie cienia wętkowego (większy ciężar gatunkowy tkanki łącznej).

Obrzęk gruczołów wętkowych podczas zastoju w naczyniach chłonnych w przewlekłej d. o. powoduje również rozrost twardej tkanki łącznej między oddzielnymi zrazikami, przez co powiększają się też i pakiety gruczołów. Pakiety te ulegają z powodu ucisku z jednej strony oraz spraw zapalnych z drugiej strony, inkrustacji solami wapnia. I to również wzmagają zagęszczenie i poszerzenie cienia wętkowego przy zarysowujących się oddzielnie gruczołach.

Jak widzimy, trzy podstawowe składniki wętk ulegają tym samym procesom, wzmagającym ciężar gatunkowy wętk i poszerzenie ich. W rentgenologii oznacza się to jako „poszerzenie i zagęszczenie cienia wętkowego z uwidocznionymi, częściowo zwapniałymi gruczołami wętkowymi“ (rys. 7).

Zaznaczam, iż przejście od rysunku wętkowego do rysunku miąższu płucnego nie jest ostro zaznaczone. Jest ono stopniowe, — naczynia wnikają mackami w płuco, towarzysząc oskrzelom i oskrzelikom. Luźna tkanka łączna również tak samo mackami wchodzi w tkankę śródmiąższową płucną. Jedyne, co się wyraźnie oddziela w tym obrazie wętk, to gruczoły.

Naczynia. Układ naczyniowy, jak już zaznaczyłem, w związku ze zmianami miąższu płucnego ulega stwardnieniu. Stopniowo i naczynia większe też zaczynają ulegać stwardnieniu, a to już z dwóch przyczyn:

- 1) zastoju w drobnych naczyniach z powodu rozszerzenia płuc,
- 2) zastoju, a raczej większego oporu dla krwi w naczyniach średniej wielkości z powodu oporu stwardniałych naczyń mniejszych.

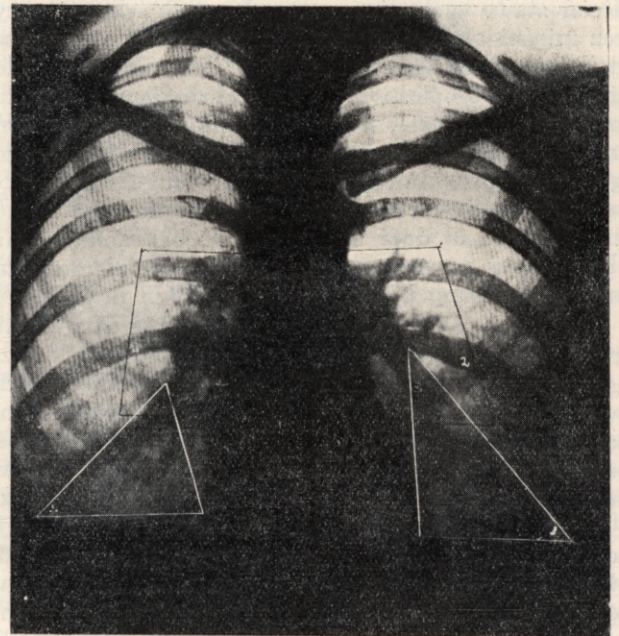
Zmiany te stopniowo obejmują coraz to większe rozgałęzienia naczyń krwionośnych w klatce piersiowej, i już we wczesnym wieku u astmatyków widzimy zmiany i w tętnicy głównej. Okres fizjologicznej miążdżycy u astmatyków jest o wiele wcześniejszy, niż u ludzi zdrowych. Możliwe jest, iż dodatkową przyczyną są zmiany anatomopograficzne w ułożeniu serca, o którym mowa będzie nieco później. W obrazie rentgenowskim tętnica główna u astmatyków w wieku lat około 30 wykazuje zmiany, które rentgenologicznie określamy, jako cechy miążdżycowe (rys. 6). Tętnica ustawia się wyżej, niż normalnie, z powodu stwardnienia i wydłużenia jej, gdyż ma oparcie o rozwidlenie oskrzela, nie zmieniającego swego położenia, oraz wskutek obniżenia przepony. Łuk tętnicy głównej uwypukla się więcej, niż normalnie. Cień tętnicy głównej jest mocniej nasycony z powodu stwardnienia. W nieco późniejszym wieku spotykamy złogi wapnia w tętnicy głównej.

Tętnica płucna, która w okresie napadu d. o. uwypukla się bardzo dużo, w przewlekłej d. o. wykazuje niewielkie uwypuklenie. Jak i w innych naczyniach, ściany tętnicy płucnej ulegają również stwardnieniu. Zmiany te nie są tak widoczne, jak w tętnicy głównej, gdyż jest to znacznie mniejsze naczynie oraz jest w rzeczywistości żyłą (rys. 4, 5).

Serce. Obniżenie przepony powoduje zmiany topograficzne serca.

Serce obniża się przy tym i robi pewien zwrot koniuszkiem swoim dośrodkowo. W ten sposób zmniejsza

się w wymiarze poprzecznym i powiększa się w wymiarze podłużnym, dając obraz serca małego, tak zwanego astenicznego (rys. 8). Zastój krwi stopniowo powoduje na początku powiększenie tętnicy płucnej, co uwidacznia się drugim uwypukleniem sylwetki naczyniowo-sercowej po stronie lewej. Dalej stopniowo powiększa się (rentgenologicznie uwypukla się) prawy przedsionek, prawa komora. Z drugiej strony stopniowo powstająca miążdżycza tętnicy głównej oraz mniejszych naczyń wywołuje na początku powiększenie lewego przedsionka, a następnie i lewej komory. Dlatego też w późniejszych okresach w przewlekłej d. o. stwierdzamy niewielkie, co prawda, powiększenie rozmiarów serca we wszystkich kierunkach (porównaj rys. 8, 5, 7, 4).



Rys. 8.

Poziome ustawienie żeber. Jasne pola płucne. Bardzo szerokie i długie cienie wętk o intensywnym nasyceniu. Widać we wętkach szereg większych i mniejszych gruczołów częściowo zwapniałych. Od wętk biegną grube pasmowate smugi w kierunku obu przepon (stwardniałe oskrzela z naczyniami towarzyszącymi oskrzelom). Małe serce wskutek obniżenia przepony i skręcenia koniuszka sercowego.

Opłucna. Nie opisuję zmian opłucnej, gdyż jej w przewlekłej d. o. nie widać. Jako komplikacje zwykłe w schorzeniach, które mogą się zdarzyć i w d. o., opłucna może nieraz dawać obrazy zrostów, wysięków i zwapnień.

Aby zrozumieć obraz rentgenowski przewlekłej d. o., należy pamiętać, że opisane zmiany w klatce piersiowej nie powstają od razu, lecz stopniowo i nie w jednakowym stopniu w poszczególnych odcinkach narządów klatki piersiowej, że do zmian poprzednich, spraw o charakterze wygasłym lub częściowo wygasłym (zejście poprzednich napadów) dołączają się zmiany świeże po niedawno przebytych napadach, które znów cichną po pewnym czasie, zostawiając wtórnie pewne ślady.

Tak więc stopniowo następuje po dłuższym czasie krańcowy obraz rentgenowski przewlekłej d. o., który naszkicowałem. *)

*) Uważam za miły obowiązek wyrazić szczerze podziękowanie P. D-rowskiemu i za współpracę i wskazówki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowsze prace z dziedziny choroby gościcowej.

Podał

H. J. LANDAU (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 40)

J. FORESTIER. Zniekształcenia i wadliwe postawy u chorych gościcowych.

Owrodzenia powierzchni stawowych i zniszczenie więzadeł są późnym zjawiskiem w przewlekłym gościcu stawowym. *Primum movens* w powstawaniu zniekształceń stawowych nie są one, lecz odruchowy przykurcz mięśni okołostawowych, mający znaczenie przeciwbólowe. Stara się on utrzymać chory staw w położeniu najmniej bolesnym. Tym położeniem jest ustawienie na wpół zgięte, w którym się unieruchamia kończyna, tym bardziej, że zginacze mają zazwyczaj przewagę nad prostownikami. W ciągu długich miesięcy, roku do dwóch lat wadliwe postawienie jest czysto czynnościowe i daje się naprawić bez znieczulenia ogólnego, lecz powraca ono, dopóki trwa element zapalny, wywołujący ból, będący przyczyną przykurczu.

W dalszym okresie wadliwe ustawienie utrwała się wskutek zmian organicznych, zależnych od przykurczu mięśni, ścięgien, więzadeł i torebki po stronie zgięcia stawu. Jeżeli w tym momencie nie wkroczyć, zmiany będą się potęgowały, wikłając się przesunięciem na boki, skręcaniem w zależności od osi kończyny, częściowym zwichnięciem (*subluxatio*). Od tej pory chorzy nie mogą sobie znaleźć wygodnej pozycji i ciągle ją zmieniają. Ból wskutek przykurczu, nawarstwiający się na ból czysto stawowy, potęguje stan zapalny stawu, zwiększa zanik mięśni i odbija się na stanie ogólnym, wywołując zaburzenia snu i spoczynku.

Jeśli proces patologiczny, wywołujący bóle, które powodują przykurcz, zatrzyma się, przykurcz cofa się, i amplituda ruchów stawu staje się zadowalająca. W przewlekłych zapaleniach stawów wczesne stosowanie soli złota daje czasami w ciągu miesiąca prawie całkowity powrót *ad integrum*. Jeżeli chodzi o *arthroses*, nie posiadamy środka o podobnym działaniu, co nie znaczący bynajmniej, że jesteśmy bezsilni wobec tych wadliwych ustawień i rozpoczynających się zniekształceń. Nie należy się starać wyprostować wadliwie ustawionej kończyny siłą lub za pomocą stałego wyciągu, gdyż zwiększa to ból i przykurcz obronny. Przykurczowi zapobiegamy, podtrzymując kończynę w pozycji, w której znikają bóle, i tak ją unieruchamiając. Unieruchomienie nie może być zbyt długotrwałe, gdyż doprowadzi do zeszywnienia leczniczego, równie szkodliwego. Metoda S w a i m a, stosowana przez autora, polega na jednoczesnym stosowaniu opatrunku gipsowego i codziennych ruchów czynnych, co pozwala uniknąć zeszywnienia i zaników troficznych mięśni. Opatrunki te są rozcięte w ten sposób, że możliwe jest codzienne uruchamianie stawu i wszelkie zabiegi fizykalne. Opatrunek gipsowy nakłada się bez znieczulenia w ustawieniu największego niebolesnego wyprostowania; winien on sięgać od ud do kostek. W ciągu 1—3 dni chory odczuwa lekkie bóle z powodu unieruchomienia, później nagle staw milknie: ani bólów, ani kurczów, ani przykurczów. Na szósty — siódmy dzień rozcina się opatrunek, jak muszlę, a chory po

ustąpieniu przykurczu stwierdza ku swej radości i zdziwieniu, że może unieść kończynę o 10°, 20° lub 30° wyżej. Pierwsze uruchomienie powinien przeprowadzić lekarz bardzo ostrożnie, po czym wkłada się kończynę do tylnej skorupy opatrunku, która zamieniła się w rynnę, i zawiązuje się kilku zwojami bandaży. Codziennie wykonywa się niedużą liczbę czynnych ruchów zginania i prostowania. Amplituda ruchów zwiększa się, stan zapalny, obrzmienie błony maziowej ulegają poprawie. Po kilku tygodniach lub miesiącach zakłada się nowy opatrunek w lepszym ustawieniu lub w pozycji zupełnego wyprostowania. Gdy stan zapalny uspokoi się, chory zaczyna stopniowo opuszczać codziennie swą rynienkę na coraz większą liczbę godzin, lecz przez dłuższy czas powraca do niej w nocy. W ten sposób chory odzyskuje całkowicie lub prawie całkowicie swe ruchy, zachowuje swe mięśnie, wyzdrowienie czynnościowe odbywa się szybciej i w sposób doskonalszy i to za pomocą prostych środków, nie sprawiając choremu nowych bólów. Autor wypróbował tę metodę w 130 przypadkach z jak najlepszymi wynikami.

F. COSTE. Curieterapia wewnętrzna w schorzeniach dna-wych i gościcowych.

Curieterapia wewnętrzna schorzeń dna-wych i gościcowych polega na wstrzykiwaniach śródżylnych i śródmięśniowych roczynów soli radowych i doustnym podawaniu preparatu, zawierającego chlorek radowy i atofan, podawaniu emanacji radowej w postaci kura-cji pitnej lub wzięwań w emanatoriach. Ostatnio próbowano maści radonowych, co jest już curieterapią zewnętrzną. Poza tym stosuje się *thorium X*.

Po okresie zachwyków nad wynikami curieterapii wewnętrznej nastąpił okres zniechęcenia, a nawet wro-giego ustosunkowania się do tej metody ze względu na związane z nią niebezpieczeństwa.

Curieterapia wewnętrzna jest przede wszystkim leczeniem promieniami α , jeżeli chodzi o stosowanie ciała z grupy toru (wyjątek stanowi *mesothorium*, dające promienie β) oraz radu, chociaż w nieco mniejszym stopniu. Pewne rodzaje komórek są szczególnie radio-czułe, jak np. młode komórki mało zróżniczkowane, komórki macierzyste narządów krwiotwórczych i gru-czołów płciowych. Poza tym pewne tkanki lub pewne substancje śródmiąższowe, jak wapń kości na rad, wy-wierają na ciała radioaktywne pewien tropizm dodatni, co tłumaczy wybiórcze utrwalanie metali radioczyn-nych w szkielecie.

Toksyczność nierozpuszczalnych soli radowych nie wchodzi tutaj w rachubę.

Rozpuszczalne sole radu, wprowadzane śródżylnie, zostają zatrzymane w kościach przez bardzo długi okres czasu. Z radu, wprowadzonego doustnie, zostaje za-trzymanych w ustroju 2 — 5%. Ciekawy jest fakt, że z 10000 do 15000 chorych, leczonych wstrzykiwaniami lub doustnym podawaniem chlorku radu, którzy otrzy-mali dawki, jakie powinny było wywołać zmiany w ustroju, żaden nie wykazuje tych zmian.

Radon jest stosowany w dawkach bardzo małych, a poza tym wydala się prawie w całości i bardzo szyb-ko przez płuca. Doświadczenie potwierdza, że nie spo-strzegano dotąd żadnego pewnego przypadku zatrucia

emanacją radową. Leczenie zdrojowiskowe wodami lub gazami bardzo radioczynnymi nie wywołuje żadnych powikłań, pominąwszy rzadkie i złożone przypadki zatrucia u górników w Jachymowie.

Toru nie należy stosować ze względu na jego szkodliwe działanie, dowiedzione w doświadczeniach na zwierzętach.

Mezotor wywołuje w zastrzykiwaniach uporczywe nacieki i zapalenia skóry.

Radiotor stosowano tylko w Ameryce; wywołuje on niedokrewność złośliwą z powikłaniami posocznicyzmi i martwicę szczęki.

Thorium X jest ciałem o krótkotrwałym żywocie, 3—6 dniowym; pochodne jego mają również krótki okres istnienia: emanacja thoronu — 54,4 sekundy, *thorium A* — 0,14 sekundy, *thorium B* — 10,6 godzin, *thorium C* — 60,8 minut, *thorium C'* — 10—11 sekund, *thorium C''* — 3,20 minuty. Całość tych wypromieniowań da 5 cząsteczek α . Szkodliwe działanie *thorium X* na ośrodki krwiotwórcze jest dobrze znane; stosuje się je jako środek leukolityczny, zresztą niebezpieczny, w leczeniu białaczek. Thoron posiada podobne własności, choć w bardzo słabych dawkach pobudza narządy krwiotwórcze i wywołuje zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi. Poza szkodliwym wpływem na krew *thorium X* i jego pochodne najczęściej ze wszystkich ciał radioczynnych wywołują uszkodzenia kostne (martwicę szczęki) ze względu na konieczność stosowania dużych dawek w lecznictwie i gwałtowną impregnację szkieletu. Należy jednak podkreślić, że stosowanie *thorium X* w lecznictwie (we Francji u 16000 chorych), zwłaszcza u chorych gośćcowych, niezmiernie rzadko wywołuje podobne zaburzenia. Nie zauważono również zwiększenia się liczby kostnomięsaków pod wpływem leczenia *thorium X*.

Curierapia wewnętrzna wymaga więc ostrożności i rozważa, lecz niebezpieczeństwa, z nią związane, nie powinny jednak skłaniać do całkowitego zarzucenia tej metody leczniczej.

Chlorek radu (w połączeniu z atofanem lub bez niego) daje ciekawe wyniki w leczeniu dny: w ostrej dnie należy być z nim ostrożnym, natomiast okazuje on dużą pomoc w dnie przewlekłej tam, gdzie inne środki przeciwdnawne nie pomagają. Jeżeli chodzi o rozmaite postacię gośćca (*polyarthritus chronica*, *spondylosis rhizomelica*, *arthroses*) i samoistny nerwoból twarzowy, wyniki stosowania chlorku radowego bywają niepewne.

Stosowanie emanacji radowej w średnich dawkach (kilka mikrocurii dziennie) nawet przez czas dłuższy w zapaleniach stawów rzadko daje dobre wyniki i to bardzo niezupełne. Odwrotnie, w dnie wyniki kliniczne są na ogół pomyślne, zwłaszcza w postaciach przewlekłych; w ostrych napadach dny wyniki są niewyraźne. Jeżeli chodzi o *arthroses*, wywiera emanacja pewne działanie uspokajające, czasami długotrwałe; jednak obraz radiologiczny stawów pozostaje bez zmiany. Radon daje czasami pomyślne wyniki w *spondylosis rhizomelica*, w której mógłby ewentualnie zastąpić *thorium X*.

Jeżeli chodzi o sposoby wprowadzania emanacji radowej, to z kąpeli radioczynnych wchłaniania się minimalna ilość emanacji, tak, że pomyślne wyniki należy przypisywać nie jej, lecz własnościom fizykalnym kąpeli. Kuracja pitna jest mniej skuteczna, niż wzięwania (w inhalatoriach lub pod maską) i wstrzykiwa-

nia śródtkankowe tlenu, zmieszanego z radonem (metoda *V a u g e o i s*).

Mezotor w zwykłe stosowanych dawkach (kilkadziesiąt mikrogramów) bywa często bezskuteczny, czasami stwierdza się po nim poprawę w *arthroses*, lecz rozsądniej na nią nie liczyć.

Pierwszorządne wyniki daje w pewnych schorzeniach gośćcowych *thorium X*. Do schorzeń tych należy przede wszystkim *spondylosis rhizomelica*. Dawkowanie według jednych jest następujące: 4—5 kuracji po 1000—1500 mikrogramów z dostatecznymi odstępami pod kontrolą stanu krwi; według innych: tylko 2 kuracje w odstępie 6 miesięcy po 700—800 mikrogramów (w równoważnikach radu), co zabezpiecza przed możliwością uszkodzeń. W ten sposób udaje się powstrzymać postępowanie procesu, zwłaszcza stosując obok *thorium X* leczenie radem, radonem, złotem, pyretoterapię w przypadkach o etiologii gonokokowej, leczenie uwapniające za pomocą wstrzykiwań śródżylnych glukonianu wapniowego i podawania witaminy D, szczepienia doskórne tuberkuliny itd. Poza *spondylosis thorium X* bywa skuteczne w pewnych przypadkach dny przewlekłej, gośćca rzeźączkowego, gośćca łuszczykowego, tak często opornego na leczenie, *arthroses*. Leczenie *thorium X* jest przeciwwskazane w ostrych napadach dny, w których następuje niewątpliwe obostrzenie pod wpływem tego leczenia.

L. LANGERON. Zabiegi na przytarczyczkach w schorzeniach gośćcowych.

Motywy, który skłonił rozmaitych autorów do próbowania zabiegów operacyjnych na przytarczyczkach w schorzeniach gośćcowych, są zmiany poziomu wapnia we krwi, stwierdzane w tych przypadkach, oraz zmiany w tym poziomie, występujące po zabiegach na przytarczyczkach.

Wobec trudności znalezienia przytarczyczek podczas zabiegu *O p p e l* stosuje wycięcie tarczycy zewnątrzotrebkowej (*thyroidectomy extracapsularis*), licząc na to, że będzie ona jednocześnie paratyreoidektomią, *S i m o n* — izofenolizacją tętnic tej okolicy, będącą chemiczną sympatektomią, *L e r i c h e* — arteriektomię tętnicy tarczyczej dolnej, bądź też zupełną sympatektomię. Autor stosuje wyłącznie izofenolizację pni tętnicznych. Spotykając jednak podejrzane twory w tej okolicy, wycina je, licząc na to, że w ten sposób usuwa przytarczyczki; twory te następnie poddaje badaniu histologicznemu, aby się upewnić pod tym względem.

Autor wykonał ogółem 19 zabiegów, z czego 15 u mężczyzn, zaś 4 u kobiet, przy czym tylko w jednym przypadku wycięto przytarczyczkę, zresztą normalną przy badaniu histologicznym, w 18 zaś wykonano izofenolizację.

Uderza natychmiastowość wyników operacyjnych, co ilustruje następujący przykład: chory, który nie chodził, i którego trzeba było zanieść na stół operacyjny, bezpośrednio po izofenolizacji, wykonanej w znieczuleniu miejscowym, podniósł się i sam powrócił do łóżka.

Zadnego wyniku nie otrzymano w 5 przypadkach, zadowolający — w 13 przypadkach, z czego w 2 spostrzegano jego utrzymywanie się w ciągu 3 lat, częściowy — w jednym przypadku (chory nie odczuwał bólów samoistnych, jedynie podczas chodzenia).

Z 11 przypadków zapalenia stawu biodrowego w 9 operacja była uwieńczona powodzeniem, w 2 — zawiodła; w jednym przypadku gośćca zakaźnego nie by-

ło wyniku; w jednym przypadku *polyarthriti ankylo-tica ossificans* typu Oppla osiągnięto poprawę, tak samo w jednym przypadku *spondylosis rhizomelica* oraz w dwóch przypadkach gośca kręgosłupa z chorobą Dupuytréna; z trzech przypadków zmian stawu kolanowego odosobnionych lub w połączeniu ze zmianami stawu biodrowego w jednym osiągnięto poprawę, w dwóch operacja zawiodła.

Poziom wapnia we krwi, zbadany w 6 przypadkach, okazywał się normalny lub poniżej normy: 96 — 11 mgr%. Pod wpływem zabiegu w jednym przypadku poziom ten podniósł się, w 5 zaś — jeszcze obniżył, choć w nieznacznym stopniu.

Bilans wapniowy badano w 4 przypadkach: w trzech był przed zabiegiem dodatni, w jednym — ujemny.

Jak widać z powyższego, częściej istnieją wskazania do zabiegu u mężczyzn, niż u kobiet. Prosta izofenolizacja daje również dobre wyniki, jak bardziej złożone zabiegi; o ile podczas zabiegu natrafia się na patologicznie zmienione przytarczyczki, należy je, oczywiście, usunąć. $\frac{3}{4}$ przypadków dają bezpośrednio i natychmiast dobre wyniki, utrzymujące się czasami nawet przez kilka lat. Te dobre wyniki są jednak czysto czynnościowe; polegają na ustąpieniu bólów i odzyskaniu możności chodzenia i ruchów, nie występuje natomiast poprawa anatomiczna, którąby można było stwierdzić radiologicznie. Wyłączyć należy od zabiegu postaci zakaźne i czynne; wskazany jest zabieg w przypadkach przewlekłych typu zwyrodnieniowego, zwłaszcza zmian stawu biodrowego, w *spondylosis rhizomelica*, goścu kręgosłupa, *polyarthriti ankylo-tica ossificans*, chorobie Dupuytréna. Poziom wapnia we krwi i bilans wapniowy nie mają znaczenia jako wskazanie, względnie przeciwwskazanie do zabiegu. Wskazania noszą raczej charakter kliniczny, niż biologiczny, gdyż operacja nie zmienia wyraźnie stanu hiper lub hipoparatyreoidyzmu.

Guzy przytarczyczek, które można stwierdzić tylko podczas zabiegu, zdarzają się w tych przypadkach bardzo rzadko; lecz najczęściej guzów tych brak, zaś zabieg polega na czymś innym. Powodując lepsze ukrwienie tarczycy i przytarczyczek, powinien on potęgować czynność tych gruczołów. Zabieg nosi charakter raczej współczulny, niż wewnątrzwydzielniczy. Podkreślić jeszcze należy, że zabieg jest nader prosty i łatwy, nie daje żadnych powikłań, co uprawnia do próbowania go w ciężkich przypadkach.

P. RIMBAUD. Leczenie łuszczykowych zmian stawowych.

Łuszczyca ze zmianami stawowymi z mnogością swych umiejscowień stanowi ciężkie cierpienie, w większości przypadków niewspółmierne z żadną pracą zawodową. Rozpoczyna się, jak podostry gościec gorączkowy, atakuje zrazu duże stawy, rozwija się dość szybko i doprowadza do przewlekłego wytwórczego i zeszywniającego zapalenia stawów, szczególnie opornego na rozmaite zwykłe metody lecznicze (preparaty salicylowe, jodowe, siarkowe, złotowe). Autor nie sądzi, by zarazek gruźliczy odgrywał czynną rolę w powstawaniu tego cierpienia. Ścisły związek między objawami skórnymi a stawowymi przemawia za autonomicznym stanowiskiem gośca łuszczykowego w grupie gośca przewlekłego, tym bardziej, że nowy środek leczniczy, stosowany w łuszczyce, daje wyraźną poprawę zmian stawowych, uważanych dotychczas za ostateczne i nieuleczalne. Środkiem tym jest mangan, który zaczęto stosować w łuszczyce ze względu na stwierdzone w na-

skórku zaburzenia utleniania. Mangan stosuje się w postaci jego w zawieszynie koloidalnej (psorimangane) we wstrzykiwaniach śródmięśniowych (bardzo bolesnych pomimo dodatku środka znieczulającego) i śródżylnych. Bolesność wstrzykiwań śródmięśniowych udało się zmniejszyć, zastępując preparaty o dużej drobności preparatami o małych cząsteczkach. Wstrzykiwania wywołują czasami podniesienie ciepłoty (38° — $39^{\circ}5$); lecz nawet po serii 30 wstrzykiwań nie spostrzegano żadnych osutek toksycznych, ani białkomoczu.

Doświadczenie przekonało autora o zupełnej nieszkodliwości i niewątpliwej skuteczności tej metody. Poprawa w łuszczykowych zmianach stawowych była częstokroć uderzająca, co ilustruje opis kilku przypadków. Czasami po pierwszych wstrzykiwaniach spostrzega się odczyn ogniskowy w postaci bólów stawowych, mrowienia, trwające kilka minut, po których następuje wyraźne uczucie zmniejszenia się sztywności. Wstrzykiwania robi się bądź śródżylnie, bądź śródmięśniowo, bądź na przemian jedną i drugą drogą. Zaczynać należy od małych dawek ($0,5 \text{ cm}^3$), które stopniowo się zwiększa do 2—3 cm^3 . Pierwsze trzy wstrzykiwania robi się w odstępach 4—5 dniowych, następnie 2—3 razy tygodniowo, aż do ogólnej liczby 20 wstrzykiwań na serię.

Po wstrzykiwaniach śródżylnych spostrzega się czasami lekkie podniesienie ciepłoty, po śródmięśniowych — lekkie obrzęwienia uda, które noszą charakter przelotny i nie są nigdy zbyt silne. Psorimangane nie ulega kumulacji w ustroju, nie wywołuje zaburzeń wątrobowych, ani nerkowych, tak, że, jeżeli wyniki pierwszej serii były zadowolające, można po kilkotygodniowej przerwie rozpocząć nową serię.

Poprawę spostrzegano przede wszystkim w zakresie dużych stawów: biodrowych łokciowych, kolanowych; zmiany stawów palczkowych, choć poprawiają się, lecz nie w takim stopniu, jak tamte, z powodu przykurczów ścięgien, które szybko powodują nieodwracalne zniekształcenia.

Ważne, a nawet nieodzowne jest wczesne rozpoczęcie leczenia ze względu na zmiany troficzne kości i mięśni pod wpływem unieruchomienia stawu. Najlepsze wyniki osiąga się w postaciach wysiękowych.

Autor uważa mangan za lek swoisty w łuszczykowych zmianach stawowych ze względu na 1) odczyn ogniskowy, występujący w kilka minut po wstrzyknięciu śródżylnym, 2) brak wyników psorimanganu w innych niełuszczykowych postaciach gośca.

W postaciach wysiękowych obok manganu zaleca się spokój stawów; w innych postaciach, odwrotnie, wskazane jest wczesne uruchamianie stawów, gdyż tylko to pozwoli uniknąć zaników mięśniowych i przykurczów ścięgien.

W „Medizinische Klinik“ Nr 8/1938 ukazały się następujące prace z dziedziny choroby goścowej:

HANSE. Zagadnienia gośca w świetle badań konstytucyjno-biologicznych.

Obok pierwotnie zapalnej postaci gośca stawowego odróżniać należy bardziej przewlekłe przebiegającą postać allergiczną. Istnieją również pośrednie między nimi tzw. postaci mieszane.

Różny przebieg oraz rozmaite postaci schorzenia są w znacznym stopniu uwarunkowane przez dziedziczne konstytucjonalne różnice odczynu. Piknicy z nadpobudliwością współczulną, uduchowieni uczuciowo, i leptozomiczni astenicy posiadają, jak się zdaje, szczególną gotowość do pierwotnie zapalnych postaci gośca, pod-

Streszczenia pojedyncze.

Biologia.

S. B. WOLBACH. **Zmiany chorobowe, powstające pod wpływem niedoboru witamin.** (Journ. Amer. Med. Assoc., 1937 t. 108, z. 1).

Witamina A wpływa pierwotnie na twory nabłonkowe. Brak jej wywołuje zanik normalnego nabłonka i zamiast tegoż na wielowarstwowy nabłonek rogowaciejący, powstający z komórek podstawowych i jednakowy we wszystkich miejscach, w których powstaje. Zostało to stwierdzone u wielu zwierząt ssących i ptaków. Autor nazywa te zmiany nabłonkowe metaplazją rogowaciejącą. Rozwój nabłonka rogowaciejącego w narządach gruczołowych powoduje powstanie wielu torbieli; torbiele powstają również i w płucach, oskrzela ulegają zamknięciu, wytwarzają się rozstrzenie oskrzelowe i niedodma. Te torbiele były uważane poprzednio za ropnie, z czego wyciągano wniosek o przeciwnakładnym działaniu witaminy A. Często rzeczywistość treść ich ulegała zakażeniu, stanowi bowiem doskonałą pożywkę dla bakterii; zakażenie jednak nie przekracza granic tkankowych, nabłonek rogowaciejący stanowi zaporę dla jego szerzenia się. Rozprzestrzenienie się zmian nabłonkowych u różnych zwierząt nie jest jednakowe. U dzieci powstaje metaplazja rogowaciejąca w spojówkach, śluzówkach nosa, jego zatok dodatkowych, tchawicy, oskrzeli, trzustki, miedniczek nerkowych, moczowodów, ślinianek, macicy i gruczołów okołocewkowych. Najwcześniejszą zmianą w tchawicy i oskrzelach, następnie — w miedniczkach nerkowych. W ten sposób zostaje wytumaczona częstość zapaleń płuc u dzieci z niedoborem witaminy A. Zającie oczu powstaje późno — podobnie jak u szczurów. Brak witaminy A ma prawdopodobnie większy wpływ na rozwój zębów, niż brak jakiegokolwiek innej witaminy, powoduje on zaburzenia w rozwoju szkliwa i dentyny. Wtórnymi zmianami, powstającymi pod wpływem niedoboru witaminy A, są: 1) zmniejszenie wagi (utrata tłuszczu, zanik mięśni), 2) niedokrewność, 3) wstrzymanie wzrostu kości, 4) zmiany degeneracyjne mięśni szkieletowych, 5) hipoplazja limfatyczna śledziony. W przypadkach, nie powikłanych przez zakażenie, następuje szybkie wyrównanie zmian pod wpływem uzupełnienia diety brakującą witaminą. Już na piąty dzień zjawiają się zmiany reparacyjne w chorobowo zmienionym nabłonku. Witamina C nie jest konieczna potrzebna wszystkim zwierzętom; krowy, szczury, myszy, psy dzikie, gołębie i ptactwo domowe mogą się bez niej obejść; stwierdza się ją jednak w wątrobach tych zwierząt, co świadczy o tym, że mogą ją one syntetyzować. Gnilec można regularnie wywoływać u małą i świnek morskich. Cechą zasadniczą gnileca jest niezdolność wytwarzania i utrzymywania przez tkanki podtrzymujące substancji międzykomórkowych (Wolbach i Howe). Mamy więc tu oddziaływanie na komórki mezenchymy. Osteoblasty w okostnej i w miejscach wśródchrząstkowego powstawania kości ulegają daleko idącym zmianom morfologicznym, przekształcając się w fibroblasty. Krwotoki wywołane są przez brak substancji cementowej w naczyńach krwionośnych. Miejsce powstawania tych krwotoków jest uzależnione od zadziałania czynników mechanicznych i urazowych. Przerost serca powstaje pod wpływem utrudnienia oddychania, wywołanego przez zmiany w żebrach. W długotrwałym gnilecu powstają również zmiany degeneracyjne w mięśniach, mogące przejść nawet w całkowitą martwicę. Jest to działanie wtórne, powstające również pod wpływem awitaminozy A i G. Innymi skutkami wtórnymi awitaminozy C są: niedokrewność, zaburzenia gospodarki wapnia. Z właściwych objawów klinicznych wysuwają się na plan pierwszy zmiany kostne i krwotoczne, zmiany (rosnących) zębów. Pod wpływem uzupełnienia diety brakującą witaminą powstają szybko zmiany reparacyjne. Już po 24 godzinach można stwierdzić nowotworzące się dentynę, collagen, *matrix*

kostną. Brak witaminy D wywołuje zmiany krzywice u ludzi, świń, królików, małą i ptactwa domowego. Zupełnie podobny obraz chorobowy do krzywicy ludzkiej i doświadczalnej, powstającej pod wpływem braku witaminy D, powstaje u szczurów przy diecie, mającej niestosunek do wapnia i fosforu; witamina D jest czynnikiem leczniczym również i tej krzywicy dietetycznej, jak nawzajem krzywice awitaminową można uleczyć przez odpowiednie uregulowanie ilości podawanego wapnia i fosforu. Zasadniczą zmianą w krzywicy jest opóźnienie i zaprzestanie procesów tworzenia się chrząstki przy wśródchrząstkowym wytwarzaniu się kości i brak wapnienia tkanki kostnej we wszystkich miejscach jej wytwarzania się. Już po 24 godzinach od wprowadzenia witaminy D dają się stwierdzić reparycyjne zjawiska w chrząstce i kości, w ciągu 48 godzin stwierdza się wrastanie naczyń włosowatych. U szczurów następuje całkowite wyleczenie już w ciągu 5—7 dni. Zespół witaminowy B składa się z ciepłochwicznej witaminy B₁ i z zespołu ciepłostajego, w którego skład wchodzi zapewne tylko 3 witaminy: 1) laktoflawina, otrzymana już w postaci czystej, 2) witamina B₆, której brak wywołuje zapalenie skóry kończyn, nosa, oczu i uszu, i 3) witaminy przeciwpellagrycznej, działającej leczniczo również w chorobie czarnego języka psów. Brak witaminy B₁ wywołuje u ludzi beri-beri, której niektóre objawy zresztą zależne są zapewne również od braku innych witamin. Do awitaminozy B₁ odnieść należy rozszerzenie serca, obrzęki, zaniki mięśniowe i zwyrodnienia układu nerwowego. Te ostatnie wysuwają się w znacznym stopniu na czoło obrazu chorobowego, tak, że doświadczalna beri-beri nazywa się zwykle *polyneuritis*. Zasadniczą zmianą jest tu zwyrodnienie otoczek myelinowych nerwów obwodowych. Zmiany zwyrodnieniowe w komórkach zwojowych mózgu, mózdzku, rdzenia i zwojów grzbietowych są mniej pewne. Objawy nerwowe zjawiają się późno w przebiegu awitaminozy, szczury mogą zginąć z powodu tej choroby bez powstania zmian w układzie nerwowym. Udało się również wywołać podobne zmiany w otoczkach myelinowych przy zastawianiu diet głodowych z dostateczną ilością witaminy B₁. W ten sposób kwestia swoistości zmian nerwowych w awitaminozie B₁ nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona. Po podaniu witaminy B₁ fizjologiczna reparacja układu nerwowego następuje niezwykle szybko, już po 5—6 godzinach. Wolbach nie znalazł żadnych różnic anatomicznych w układzie nerwowym gołębi, które zmarły z powodu beri-beri wśród objawów polineurytycznych, i u takich, u których uzyskał poprawę czynnościową pod wpływem leczenia. W ten sposób nie jest właściwie znana pierwotna zmiana, powstająca pod wpływem braku witaminy B₁. Prawdopodobnie witamina ta odgrywa rolę bezpośrednią w fizjologii neuronu, rolę, która dotychczas nie jest jeszcze bliżej poznana. Wśród objawów wtórnych przytoczyć należy jeszcze powiększenie wysepek Langerhansa, zależne prawdopodobnie od zaburzeń w przemianie wodoru węgla. Nie jest całkowicie wyjaśniona również patologia awitaminoz, powstających przy braku zespołu ciepłotrwałego. W pellagrze stwierdzono zmiany w układzie nerwowym, które nie są jednakże patognomiczne dla tej choroby. Są to zmiany zwyrodnieniowe komórek zwojowych i otoczek nerwów. Występują zwyrodnienia powrózków tylnych i bocznych rdzenia. Nie stwierdzono jeszcze, czy mają one wspólną patogenę (poprzez zanik śluzówki żołądka) z podobnymi zmianami w niedokrewności złośliwej. U psów, karmionych bez witaminy B₆, występują również daleko posunięte zmiany zwyrodnieniowe otoczek myelinowych nerwów obwodowych i powrózków rdzenia. Natomiast u szczurów tego uzyskać się nie dało, powstały tu zmiany skórne („rat acrodynia“). Stwierdzono, że jest to zależne od innego czynnika, niż ten, który wywołuje zmiany w „black tongue“ i pellagrze, a jednak zmiany histologiczne w skórze szczurów są podobne do zmian w skórze ludzi

chorych na pellagrę i w śluzówkach psów chorych na „black tongue“. W ten sposób cała kwestia ciepłostępnego zespołu witaminowego B nie jest jeszcze wysświetlona. Utrzymywanie otoczek myelinowych w stanie prawidłowym, być może, nie jest wcale zależne od czynności witamin, a jest tylko wynikiem niedostatecznego odżywiania. Herman Makower (Łódź).

Choroby narządów trawienia.

LEIBOVICI, YOVANOWICZ. Usunięcie żołądka i poprzeczny. (Journal de Chirurgie Nr 1. Tom 52 r. 1938).

Wskazanie do usunięcia żołądka i poprzeczny stanowią mogące nowotwór żołądka, nowotwór poprzeczny lub wrzód trawienny z przetoką jelitowo-okrężniczą. Specjalne wskazanie stanowi skaleczenie naczyń w krezce podczas zabiegu na żołądka. Szereg autorów uważa, że wciągnięcie poprzeczny w oprawie nowotworową żołądka jest już przeciwwskazaniem do zabiegu. Autorzy, opierając się na materiale własnym i zebranych z literatury, dochodzą do wniosków innych, że zajęcie okrężnicy nie świadczy bynajmniej o mocnym zaawansowaniu sprawy nowotworowej. Przeważnie chodzi tu o guzy krzywizny wielkiej, które bardziej przylegają, niż naciekają, jak powiedział Konietzny, które bardzo późno i bardzo rzadko dają przerzuty. Najczęściej spotyka się zrosty żołądka z więzadłem żołądkowo-okrężniczym. Trudno zrózniczkować, czy spowodowane są one tylko odczynem zapalnym, czy też i sprawą nowotworową, przerzutową. Białawe smugi, przeciągające przez narząd, powinny być uważane za nowotworowe. W takich przypadkach najlepsze jest usunięcie części poprzeczny. Resekcja tylko krezki spowodować może martwicę jelita i nie zabezpiecza od nawrotu. W przypadkach lekkich zrostów zapalnych ograniczyć się można do usunięcia listka górnego krezki okrężnicy. Jeżeli zrosty są silniejsze, uciec się musimy do okrężnego wycięcia krezki, możliwie oszczędzając naczynia. Jeżeli żołądek i okrężnica zrosnięte są w jedną masę, nie może być oczywiście mowy o rozdzielaniu narządów od siebie — należy w całości je usunąć. Nowotwory jelita grubego mają charakter łagodny. Często jedynym ich powikłaniem są zrosty z żołądkiem, jeżeli guz jest usadowiony na poprzeczny. Rzadziej spotyka się nacieki nowotworowe w obrębie żołądka. Nieraz stwierdza się przetokę żołądkowo-okrężniczą — ustalenie wówczas, skąd pochodzi nowotwór, jest bardzo trudne — zresztą praktycznie bez znaczenia, gdyż tylko usunięcie i żołądka i poprzeczny w całości może dać dobre wyniki. Często wskazanie do zabiegu może stanowić przetoka z jelita cienkiego do okrężnicy. Wrzód trawienny usadowić się może na jelicie cienkim tuż około zespolenia. W miarę rozwoju sprawy dojść może najpierw do nacieków w więzadle żołądkowo-okrężniczym — a później i do przetoki. Wówczas zmiany zapalne umiejscowione są i w jelicie cienkim i poprzeczny. Choroba wrzodowa po usunięciu żołądka również może spowodować w rzadkich przypadkach przetokę jelitowo-okrężniczą. W przypadkach prostych przetoka jest okrągła, równa i nie wymaga wielkiego zabiegu. W przypadkach powikłanych uciec się należy do usunięcia i żołądka i poprzeczny w całości, co daje lepsze wyniki, niż jakiegokolwiek zabiegów paliatywnych. Jednym z częstych powikłań podczas zabiegu jest podwiązanie lub przecięcie tętnicy okrężniczej środkowej. Czasami powodować ono może następczą zgorzel poprzeczny. Zachowanie się poprzeczny zależy w pierwszym rzędzie od stanu krezki, jeżeli została zmiażdżona lub usunięta niemożemy liczyć na zachowanie przy życiu poprzeczny i odwrotnie — przy niezmiętej krezce samo tylko podwiązanie tętnicy nie powinno spowodować groźnych następstw. Finsterer proponuje w przypadkach niepewnych skontrolować stan poprzeczny po upływie doby i wówczas zdecydować się na resekcję lub na zamknięcie jamy brzusznej. Zdaniem autorów, obserwacja podczas samego zabiegu może dać wskazanie do dalszego postępowania. Jeżeli odcinek jelita jest

niedostatecznie odżywiony, to już po upływie pół godziny wyróżnić się będzie od reszty jelita sinawym zabarwieniem, brakiem perystaltyki, skurczeniem się itp. Nieraz granica odcinka odżywnego i nieodżywnego przebiega bardzo ostro i stanowić może granicę części resekowanej. Pod względem technicznym operacja jest trudna. Wymaga rozległego usunięcia żołądka. Zespolenie z jelitem robi się według typu Hofmeister-Finsterera. Najważniejszy jest pionowy kierunek pętli, użytej do zespolenia oraz jej umocowanie. Zabezpiecza to przed błędnym kołem. Jeżeli powodem do zabiegu jest choroba wrzodowa i zespolenie mamy już założone, musimy pętle jelita zeszyć i na nowo założyć zespolenie typu Hofmeister-Finsterera. Wysuwa się zagadnienie, czy ujście założyć przed, czy za poprzeczny. Lepsze jest przesunięcie pętli jelitowych poprzez więzadło żołądkowo-okrężnicze daleko od miejsc cięcia lub rezekcji. Zmiany zapalne lub bliznowate w obrębie więzadła mogą ucisnąć pętlę jelita cienkiego i uniedrożyć w ten sposób przewód pokarmowy. M. Szejman.

Charles A. FLOOD, Ethel Benedict GUTMAN i Alexander B. GUTMAN. Fosfataza, fosfor nieorganiczny i wapń w surowicy w chorobach wątroby i przewodów żółciowych. Studium oparte na 123 przypadkach. (Arch. Intern. Med., 1937, t. 59, z. 6).

Pierwszy Roberts stwierdził w r. 1930 zwiększenie się fosfatazy we krwi chorych żółtaczkowych; jak wykazały dalsze badania tego autora objaw ten znajduje się w znacznym nasileniu tylko w przypadkach żółtaczki mechanicznej, skąd wyciągnął on odpowiednie wnioski rozpoznawcze. O ile to stwierdzenie Roberta znalazło potwierdzenie u innych autorów, to kwestia zachowania się fosfatazy w żółtaczce z powodu „hepatitis“ była przez różnych autorów niejednolicie oceniana, co częściowo zależy od różnorodnych metod, które były stosowane, a dalej również od niejednakowych kryteriów rozpoznawczych. Wobec istniejącej tu rozbieżności zdań autorzy przeprowadzili dokładne badania w 25 przypadkach zamknięcia pozawątrobowego przewodu żółciowego, w których rozpoznanie zostało potwierdzone przez operację lub przez sekcję, w 34 przypadkach o klinicznym przebiegu żółtaczki nieżytowej, w 13 przypadkach zapalenia wątroby, spowodowanego przez jakiś znany czynnik toksyczny, w 16 przypadkach marskości (potwierdzonej sekcyjnie lub operacyjnie), w 20 przypadkach nowotworowych, wreszcie w 15 przypadkach różnych innych schorzeń wątrobowych. Czynność fosfataz określano metodą Bodansky'ego, zawartość nieorganicznego fosforu metodą Kuttnera i Lichtensteina, zawartość wapnia — metodą Clarka i Collipa. We wszystkich przypadkach żółtaczki mechanicznej znaleziono zwiększenie czynności fosfatazy, niezależnie od długości trwania choroby i niezależnie od tego, czy zamknięcie przewodu wspólnego było całkowite, czy nie. W żółtaczce nieżytowej i w zapaleniu wątroby istniała większa zmienność zachowywania się czynności fosfatazy. W 37 przypadkach z 47 otrzymano tu wielkości mniejsze od 10 jednostek Bodansky'ego, gdy w żółtaczce mechanicznej w 23 z 25 przypadków było więcej od 10 jednostek w 100 cm sześć. W przypadkach „hepatitis“ na tle znanych czynników toksycznych zawartość fosfatazy była znacznie większa, niż w przypadkach o nieznanym etiologii i w przypadkach żółtaczki nieżytowej. W ten sposób znaczne powiększenie czynności fosfatazy w przypadkach tego typu (wyjąwszy „hepatitis“ na tle znanych przyczyn) należy do rzeczy wyjątkowych. Wartości fosfatazy, nie wykazujące wyraźnego zwiększenia są niezgodne z obecnością mechanicznej przeszkody w odpływie żółci. Wobec tego metoda fosfatazowa ma wartość różniczkowo-rozpoznawczą. W marskości wątroby uzyskiwano wyniki b. zmienne, w rakach przerzutowych wątroby czynność fosfatazy była w większości przypadków zwiększona przeważnie już przed wystąpieniem żółtaczki. W 3 przypadkach żółtaczki hemolitycznej czynność fosfatazy była w granicach normy.

W większości przypadków, przebadanych w pracy niniejszej, zawartość fosforu nieorganicznego i wapnia była prawidłowa. U chorych charłacznych z marskością wątroby lub rakiem, powodującym zamknięcie wspólnego przewodu żółciowego, stwierdzano w dużym odsetku przypadków zmniejszenie zawartości fosforu i wapnia.

Herman M a k o w e r (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

R. LE FORT i P. DECLAUX. Postrzały serca i śródpiersia.

Wyniki odległe 55 przypadków po upływie 20 lat. (Journal de Chirurgie Nr 1. Tom 52, r. 1938).

Zestawiono około 100 przypadków postrzałów śródpiersia lub okolic najbliższych— operowanych. Śmiertelność operacyjna 7%. Po upływie lat 20 odnaleziono 84. Z pośród 29, którzy na ankietę nie odpowiedzieli, 5 świadomie nie odpisało na listy, reszta 24 prawdopodobnie zmarli — czy z powodu odległych następstw rany lub operacji, czy z przyczyn innych—ustalić nie było można. Z pośród 55, którzy odpisali, było 7 postrzałów serca, 7 osierdzia 8 okolicy podstawy serca, 13 szypuły płucnej, 7 śródpiersia tylnego, 8 okołokręgowych, 4 pocisków nie znaleziono. Wszystkie przypadki przeważnie operowane były w około 8 miesięcy po zranieniu. Wskazaniem do zabiegu były zaburzenia czynnościowe, bóle itp. W 45 przypadkach przebieg pooperacyjny gładki, w 10 powikłania, jak krwaki, ropienia, wysięk krwawy lub ropny w opłucnej, zapalenie płuc itp. Ze względu na skutki odległe podzielić należy na 3 grupy.: a) pierwsza obejmuje 47 przypadków, w których pocisk usunięto. Stan bardzo dobry, zdolność do pracy całkowita — 27 przypadków, stan dobry — 12, stan średni, zdolność do pracy dorywczej — 8. Średnie uposażenie inwalidzkie 24%. 5 osobników zaopatrzenia nie otrzymało w ogóle ze względu na bardzo dobry stan zdrowia. Zaopatrzenie przyznano z powodu zaburzeń płucno-opłucnowych w 30 przypadkach, sercowych w 4 i innych w 8 przypadkach; b) druga grupa 4 zmarłych po wojnie, 2 z przyczyn przypadkowych, jeden z przyczyny nieznannej i jeden z powodu następstw rany, bliżej niesprecyzowanych. W grupie III, gdzie pocisków nie usunięto, a obejmującej 4 przypadki, u jednego stan bardzo dobry, u drugiego średni, u 2 zły, średnie zaopatrzenie inwalidzkie 35%. W przypadku postrzału serca stan bardzo dobry przeważnie (5 przypadków na 7). Dokładne badanie wykazało stan na ogół bardzo dobry — czasem lekkie nieprawidłowości w elektrokardiogramie. W jednym przypadku stwierdzono gruźlicę płuc, której związku z raną nie można stwierdzić. Bezpośrednio najgroźniejsze są postrzały serca, natomiast odległe następstwa najgroźniejsze i najczęstsze są ze strony płuc. Wśród chirurgów toczy się ożywiona dyskusja, czy postrzały serca należy operować. Na podstawie niewielkiego cytowanego wyżej materiału autorzy dochodzą do wniosku, że zabieg jest pożyteczny. Zmiany elektrokardiograficzne cofają się bardzo powoli, ale nie tylko możliwy, ale prawdopodobny jest powrót ich do normy, świadczący o całkowitym wygojeniu się i braku jakichkolwiek następstw ze strony serca. Zresztą istnieją w literaturze obserwacje, gdzie wielokrotne badanie elektrokardiograficzne przy ranie serca wykazywało powolny powrót do normy.

M. S z e j n m a n.

W. EMERSON i J. G. IRVING. Wysokie ciśnienie a ustalenie stanu zdrowotnego. (The Journal V. 111/13.1938).

Obserwacje były czynione na 100 mężczyznach w przychodni dla kontroli sprawności fizycznej. Przeciętny wiek zasięgających porady wynosił 47 lat (od 21 do 78 lat) z przeciętnie jedną wadą organiczną na każdego osobnika. Praca miała charakter zapobiegawczy i szła w kierunku podniesienia poziomu zdrowotnego osiągnięciem *optimum* wagi ciała i ciśnienia krwi, głównie usunięciem niektórych nawyków i reorganizacją trybu życia. Nie stosowano żadnych lekarstw, ani zabiegów z wyjątkiem systematycznego stwierdzania wagi ciała i wysokości ciśnienia krwi. Praca polegała na udzielaniu rad i wskazówek.

Wyniki były następujące: u 78 mężczyzn obniżyło się ciśnienie krwi przeciętnie o 18 mm w czasie od 2 miesięcy do 5 lat. 22 mężczyzn nie miało niższego ciśnienia z powodu wad organicznych. Zbyt duża waga ciała była przyczyną wysokiego ciśnienia w 40 przypadkach. Więcej jednak, niż waga ciała, były tu przyczyną uboczne produkty wadliwej przemiany materii z powodu nawykowego przejadania się. Przyczyną wysokiego ciśnienia w 28 przypadkach bez nadmiernej wagi ciała był nieodpowiedni tryb życia, szczególnie stałe przemęczanie, brak ruchu na wolnym powietrzu, ćwiczeń cielesnych itp. Nie znaleziono ani jednego przypadku hipertensji „samoistnej“. Autorzy, wychodząc z założenia, że nadciśnienie jest objawem, a nigdy chorobą, oraz że objaw ten występuje częściej przy nieodpowiednim trybie życia, niż z powodu wad organicznych, twierdzą, że należało by na chorych z nadciśnieniem wpłynąć w kierunku zmiany trybu życia i nawyków itp. aż do drobnych na pozór szczegółów ich codziennych zajęć włącznie.

D a w i d.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Kost RACHMAN. Klinika białaczek o przebiegu nietypowym. (Le Sang. Tom 12, r. 1938).

Autorzy cytują dwa przypadki białaczki limfatycznej nietypowej podobne do postaci opisanych przez Sternberga. Zdaniem tego ostatniego są one postacią przejściową między zwykłą białaczką limfatyczną a *lymphosarcomatosis*. W obrębie gruczołów, zwłaszcza śródpiersia stwierdza się nadmierny rozrost i bujanie z przerastaniem poprzez torebkę. Poszczególne komórki zostają uniesione z prądem krwi, dając początek przerzutom. We krwi liczba limfocytów dojść może do 800 tysięcy, przeważają duże limfocyty, dające odczyn ujemny na oksydazy. Od *lymphosarcomatosis* różni się opisywane cierpienie zaatakowaniem całego układu limfatycznego i dużą liczbą elementów komórkowych we krwi, od białaczki — nietypowością zmian komórkowych. Pogląd Sternberga jest zwalczany przez licznych hematologów, zwłaszcza kwestionowany jest udział komórek limfocytowych przy tworzeniu przerzutów. W przypadku autorów pacjent skierowany został do Szpitala z powodu gwałtownych bólów i ograniczenia ruchów kończyn dolnych. Przy badaniu stwierdzono powiększone gr. limfatyczne na szyi i podobnie powiększone gruczoły w nadbrzuszu, guz bardzo bolesny lewego płata wątroby oraz osłabienie lub zmniejszenie odruchów w kończynach dolnych. We krwi 65000 elementów białych, w tym 57% limfocytów, 10% małych i 21% dużych limfoblastów. Pod wpływem zastosowanych naświetlań rentgenem bóle nieco zmniejszyły się, a ruchy niektóre powróciły. We krwi zmniejszyła się ilość hemoglobiny i liczba czerwonych krwinek, znacznie zmalała liczba białych, przy czym obojętnochnone znikły prawie zupełnie, limfoblasty dość znacznie zmalały — a procentowo wzrosły limfocyty. Biopsja gruczołu wykazała przerzut z utkania gruczołowego. Badanie postmortalne potwierdziło rozpoznanie kliniczne białaczki limfatycznej mięsakowej. W drugim przypadku chory zgłosił się z powodu bólów przy łykaniu i samoistnych w okolicy szyi, obrzęku twarzy, zwłaszcza pod oczami, trudności przy łykaniu. Przy badaniu stwierdzono guz śródpiersia, który znacznie zmniejszył się pod wpływem zastosowanych naświetlań rtg.; we krwi 60.000 białych krwinek z tego 92,5% limfocytów. W ciągu pobytu chorego, mimo zmniejszenia się guza i zmniejszenia się liczby białych krwinek stan chorego znacznie się pogarszał. Gruczoły trzewne powiększały się, liczba obojętnochnonych stale malała, zjawiał się wolny płyn w jamie brzusznej. W przypadku tym godny podkreślenia jest trwały skutek, osiągnięty przez rtg., brak przerzutów oraz niemożność dokonania transfuzji z powodu aglutynowania przez surowicę chorego wszystkich rodzajów krwinek. W obu przypadkach, które jednocześnie znalazły się w klinice, postawienie właściwego rozpoznania umożliwione było tylko przez badanie krwi.

M. S z e j n m a n.

Russell L. HADEN i Ferris D. EVANS. Niedokrewność sierpowata u ludzi rasy białej; polepszenie w dwu przypadkach po wycięciu śledziony. (Arch. Intern. Med., t. 60, z. 1).

Dotychczas uważano, że niedokrewność sierpowata występuje tylko w obrębie rasy czarnej i bardzo rzadko, aczkolwiek właściwość przyjmowania postaci sierpowatej przez krwinki czerwone, zamknięte przez szereg godzin pod szkiełkiem nakrywkowym, stwierdzano w 7% przypadków. Krwinki sierpowate zostają szybko eliminowane z krwiobiegu przez śledzionę. Niedokrewność sierpowata jest typu hemolitycznego przy dobrym reagowaniu szpiku kostnego. Już we wczesnych okresach choroby śledziona jest powiększona, później ulega zmniejszeniu, a nawet całkowitemu zanikowi z powodu zwłóknienia. Leczenie niedokrewności sierpowatej nie było dotychczas znane. W ciągu lat ostatnich stwierdzono kilka (6 przypadków pewnych) przypadków niedokrewności sierpowatej u przedstawicieli rasy białej, u których nie było domieszki krwi czarnej. Ostatnio zaczęto stosować splenektomię w takich przypadkach, wyniki były różnorodne. Haden i Evans opisują 2 przypadki niedokrewności sierpowatej u ludzi rasy białej, w których wycięcie śledziony dało wyniki dobre. Były to dwie młode Włoszki, pochodzące z Sycylii, siostry. Po wycięciu śledziony nastąpiła bardzo wybitna poprawa, chociaż o całkowitym ustąpieniu niedokrewności nie może być mowy; cechy sierpowatości krwinek czerwonych nie ustąpiły. Na wzmożoną hemolizę wskazuje powiększony wskaźnik żółtaczkowy, a więc zwiększone usuwanie krwinek sierpowatych przez śledzionę nie jest jedyną przyczyną niedokrewności. Usunięcie śledziony w niedokrewności sierpowatej jest zabiegiem, mającym uzasadnienie logiczne, jakkolwiek hemoliza nie jest tu zjawiskiem pochodzenia śledzionowego; zapewne dokonuje się ona w jakiejś innej tkance śródtkankowej. Następuje tu może łatwiej fragmentacja krwinek czerwonych, niż w stosunkach prawidłowych. Usuwać należy tylko śledzionę powiększoną, a więc na początku choroby. Leczenie za pomocą wątroby i żelaza, przeprowadzone w jednym z tych przypadków, nie dało żadnego wyniku.

Herman Makower (Łódź).

Choroby kobiet i Położnictwo.

BRINDEAU, H. HINGLAIS i M. HINGLAIS. Odczyn Aschheim-Zondeka i obliczanie ilościowe według metody Brindeau-Hinglais w praktyce ginekologicznej. (Journal de Chirurgie Nr 6. Tom 51, 1938 r.).

Reakcja Aschheim-Zondeka jest odczynem ilościowym, a nie jakościowym. Prolan wykrywany występuje we krwi i w moczu i poza ciążą, ale w tak niewielkich ilościach, że w praktyce uznać go możemy za nieobecny. Najpewniejsze wyniki daje próba Aschheim-Zondeka na młodych samicach-myszach, najszybsze, ale najmniej pewne na dojrziałej króliczycy. Jeżeli kobieta miesiączkowała prawidłowo, odczyn występuje już po upływie czterech-pięciu dni od daty spodziewanej miesiączki, jeżeli nieregularnie, miarodajny jest wynik dopiero po 15 dniach. W parę dni po odejściu łożyska odczyn staje się ujemny i pozostaje ujemny przez cały okres karmienia. Odczyn dodatni po upływie 6 dni od rozwiązania świadczy o pozostaniu resztek czynnych łożyska w macicy. Wystąpienie odczynu dodatniego w okresie karmienia dowodzi ponownego zajścia w ciążę. Jeżeli płód obumrze i pozostanie w jamie macicy, reakcja przez długi czas może pozostawać dodatnia. Do ciąży pozamacicznej odnoszą się te same prawa co i do ciąży zwykłej. Dopóki ciąża utrzymuje się, reakcja jest dodatnia, po przerwaniu, o ile tylko kontakt z macicą jest utrzymany, reakcja może pozostać dodatnia. Na podstawie danych statystycznych w około 80—85% przypadków reakcja wypada dodatnio. Znamienne jest, że ze względu na wczesne zagnieżdżenie się jaja odczyn Aschheim-Zondeka wypada dodatnio znacznie wcześniej, nawet przed terminem prawidłowej miesiączki. W przypadku zaśniadu groniastego odczyn

zachowuje się tak samo jak w ciąży i różniczkowanie na tej podstawie jest niemożliwe. Po usunięciu całkowitym zaśniadu odczyn staje się ujemny, a że przeważnie niewielka ilość kosmków pozostanie nadal w macicy, odczyn będzie utrzymywał się dodatni — co ma b. duże znaczenie praktyczne. Utrzymanie się dodatniego odczynu Aschheim-Zondeka nie świadczy bynajmniej, co należy z naciskiem podkreślić, o zwyrodnieniu złośliwym i o powstaniu kosmówczaka nabłonkowego. Znane są przypadki, gdzie po usunięciu zaśniadu, odczyn przez długi czas był dodatni — a później samoistnie stawał się ujemny. Przy pomocy odczynu Aschheim-Zondeka nie możemy więc ustalić, czy chodzi o powolną involucję nieusuniętych resztek zaśniadu czy też o zwyrodnienie złośliwe. Daje się stwierdzić pewną równoległość między ilością prolanu we krwi i w moczu — a siłą życiową łożyska. Na tej zasadzie oparta jest metoda ilościowa Brindeau i Hinglaisów. Jako jednostkę przyjmują oni taką ilość hormonów w 1 litrze surowicy, która wystarcza do wywołania u króliczycy wagi 2 kg po upływie 48 godz. drobnego punkcikowatego wylewu w jajniku. W ten sposób ilościowo można określać ilość prolanu B — a co zatem idzie określić zachowanie się łożyska. Podczas przeciętnej fizjologicznej ciąży w surowicy zawartych jest średnio około 10—12.000 jednostek, najmniejsza ilość — 1.000, największa 25.000, powyżej której daje się stwierdzić już zatrucie ciążowe lub zwyrodnienie w kierunku zaśniadu. Autorowie schematycznie proponują podział następujący: poniżej 2000 jedn. obawa przed samoistnym poronieniem, tendencja do poronienia nawykowego poniżej 8000 jedn. śmierć jaj płodowego. Poziom powyżej 25000 do 80000 zatrucie ciążowe lub zwyrodnienie jaja. Ilość od 50000 do 60000 zwyrodnienie jaj płodowego, rozwój zaśniadu. Celem wykrycia kosmówczaka w jak najwcześniejszym okresie w regularnych odstępach czasu obliczano poziom hormonu. Stałe obniżanie świadczy oczywiście o zejściu pomyślnym — utrzymywanie się na stałym poziomie po gwałtownym obniżeniu się również pozwala na zachowanie się wyczekujące, natomiast narastanie poziomu, poprzedzone lub niepoprzedzone zniżką — świadczy o zwyrodnieniu złośliwym i wymaga natychmiastowego wkroczenia operacyjnego. Opierając się w ten sposób na ilości hormonu, można rozpoznawać kosmówczaka b. wcześniej i przez wczesną operację nie dopuścić do wytworzenia się przerzutów.

M. Szejnman.

Choroby kości i stawów.

JUNG, CHRISTEAS. Trzy przypadki złamania kręgosłupa. leczone wlewaniem nowokainy. (Revue de Chir. nr 6, r. 1938).

Szkoła Leriche'a stosuje w przypadkach złamania kręgosłupa znieczulanie nowokainą więzadeł. Autorzy cytują przypadki leczone w ten sposób. W przypadku pierwszym na skutek poślizgnięcia się i upadku nastąpiło złamanie pierwszego kręgu lędźwiowego, upośledzające znacznie ruchy i powodujące wzmoczenie napięcia mięśni. Ze względu na wiek, tuszę, kiłę nie można było założyć unieruchomienia, to też wstrzyknięto po 10 cm³ 1% nowokainy z każdej strony kręgosłupa; chora zaraz po zabiegu mogła już chodzić. Po kilku wstrzyknięciach chora nie czuła żadnych dolegliwości przy ruchach — a po paru miesiącach nastąpił dokładny zrost. W drugim przypadku nastąpiło złamanie XII kręgu piersiowego i II lędźwiowego — po pięciu wstrzyknięciach duża poprawa — wygojenie i zrost zupełny. W trzecim wreszcie przypadku nastąpiło złamanie trzeciego kręgu lędźwiowego. W przypadkach złamań kręgosłupa, podobnie jak i w złamaniach stawowych bolesne są więzadła, w których znajdują się zakończenia nerwów czuciowych. Dla kręgow zakończenia nerwowe znajdują się w więzadle przednim wspólnym, w mniejszej liczbie w tylnym. Pozycja, jaką zajmuje chory — to maksymalne zgięcie, mające na celu rozluźnienie więzadła przedniego. Wstrzyknięcie nowokainy powoduje zniesienie bólów i umożliwia ruchy. Podkreślić trzeba jednak, że okres znieczulenia miejscowego trwa znacznie krócej, niż poprawa, osiągnięta przez wstrzyknięcie nowokainy.

M. Szejnman.

czas gdy u atletyków z nadpobudliwością przywspółczulną, uczuciowo powściągliwych i u asteników częściej się spotyka przewlekłe przebiegające postaci alergiczne.

Jeżeli w gościcu zapalnym spotyka się znacznie częściej schorzenia serca, aniżeli w postaciach przewlekłych, to przyczynę tego należy upatrywać obok uszkodzenia przez swoisty zarazek również w pewnych konstytucyjnych właściwościach, a mianowicie w nadpobudliwości układu współczulnego, wywierającej wpływ na układ sercowo-naczyniowy. Podobne rozważania dotyczą również częstego współistnienia nadciśnienia lub tyreotoksykozy z gościem zapalnym. Z drugiej strony, przewlekłe postaci, ich częstsze współistnienie z dychawicą oraz stosunkowo często stwierdzanymi w nich dodatnimi odczynami skórnymi stanowią wyraz wrodzonej lub wczesnie nabytej alergicznej gotowości odczynowej, która jest szczególnie ściśle związana z konstytucjonalną przywspółczulno-tężyczkową nadpobudliwością.

Z rozważań tych wynikają również ważne wskazówki dla leczenia. Obok słabiej lub silniej zaakcentowanego leczenia swoistego dążyć należy do przestrojenia za pomocą metod fizykalno-dietetycznych i farmakologicznych istniejącej gotowości roślinnej. Szczególnie ważne jest zapobieganie. W jak znacznym stopniu obniża skłonność do choroby gościcowej czynny tryb życia, wynika ze sprawozdań kierownictwa armii niemieckiej, które wciąż podkreślają, że schorzenia gościcowe są znacznie rzadsze w późniejszych okresach służby, aniżeli wkrótce po rozpoczęciu służby wojskowej. Przyczyny tego należy się dopatrywać w stopniowo odbijającym się hartowaniu i przestrajaniu.

F. THOENES. Ostry gościec stawowy w wieku dziecięcym.

Wszystkie stany chorobowe, w których udaje się regularnie stwierdzić obecność guzków gościcowych *Aschoffa*, należy zaliczyć do swoistego zespołu gościcowego, wyłaczający należy natomiast z niego te wszystkie obrazy chorobowe, w których nie udaje się wykryć tych zmian anatomicznych. Ważniejsze znaczenie ma tutaj, oczywiście, ujemny wynik badania.

Różniczkowanie z kiłowymi, rzeźączkowymi, gruźliczymi lub ropnymi schorzeniami stawów nie następuje zazwyczaj żadnych trudności, trudne natomiast bywa różniczkowanie z chorobą *Stilla*.

Obraz kliniczny ostrego gościca stawowego nie różni się na ogół u dzieci od jego obrazu u dorosłych. Od różniamy tutaj również okres wstępny z objawami nieżytowo-zapalnymi ze strony górnych dróg oddechowych (*angina catarrhalis* lub *lacunaris*, rzadziej *nasopharyngitis catarrhalis*), okres początkowy z wysoką gorączką i bolesnym obrzmieniem wielu stawów, w którym mogą się jeszcze utrzymywać stany zapalne górnych dróg oddechowych, oraz skłonność do napadowych obostrzeń, utrzymująca się tygodniami i miesiącami. Szczególną cechą tej choroby u dzieci stanowi częste jej rozpoczynanie się od bólów brzucha, budzących czasami podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Objawy kliniczne rzadko się ograniczają do stawów, w 75% przypadków już w okresie początkowym stwierdza się zajęcie wsierdzia; rzadko stwierdza się klinicznie schorzenie mięśnia sercowego, tak częste przy badaniu anatomicznym, częściej — zapalenie osierdzia. Zapalenie wsierdzia często goi się bez uszkodzenia czynności serca, natomiast zmiany mięśnia serca ze względu

du na możliwość pozostawienia po sobie zmian bliznowatych z zaburzeniami przewodzenia lub bez nich oraz osierdzia ze względu na możliwość jego zarośnięcia bardzo poważnie obciążają rokowanie.

Dalszy los chorych zależy w dużym stopniu od leczenia i zachowania się chorych i możliwości zapobiegania nawrotom lub ponownym schorzeniom. Nawroty są groźne nie tyle ze względu na stawy, ile na serce, w którym może się rozwinąć przewlekłe gościcowe zapalenie wsierdzia. Czasami w przebiegu choroby gościcowej występują charakterystyczne osutki, jak: *erythema exsudativum multiforme*, a zwłaszcza *erythema annulare*, spotykane przeważnie w ciężkich postaciach choroby gościcowej, oraz tzw. *noduli rheumatici*, twarde i bardzo bolesne guzki wielkości soczewicy lub grochu w otoczeniu ścięgien i powięzi, wyczuwane przez skórę.

O ponownym schorzeniu gościcowym można mówić, jeżeli między zupełnie wyleczonym schorzeniem pierwotnym a jego powtórzeniem istniał dłuższy okres czasu (kilka lat, a przynajmniej wiele miesięcy) zupełnego zdrowia. Za ważne kryterium wyzdrowienia należy uważać powrót do normy szybkości opadania czerwonych ciałek krwi. Tylko takie więc schorzenia należy uważać za ponowne (a nie na odwrót), które nastąpiły po udowodnionym za pomocą badania odczynu *Biernackiego* wyleczeniu procesu gościcowego. Ponowne schorzenia nie należą do rzadkości i są spowodowane przez uwarunkowane genotypowo właściwości pewnych ludzi, wyraża się w częstym występowaniu w pewnych rodzinach swoistego schorzenia gościcowego.

Im częściej po sobie następują nawroty lub ponowne schorzenia, tym gorsze są widoki zupełnego wyleczenia procesu gościcowego. Pomimo to nie mamy w wieku dziecięcym obrazu przewlekłego gościca stawowego.

W leczeniu ostrego gościca stawowego uchodzi od dawna salicyl jako środek swoisty. Dobre wyniki osiąga się jednak tylko wtedy, gdy podawać go na początku schorzenia w wystarczających ilościach i to przez długi czas. Czasem pomimo leczenia salicylowego, prowadzonego *lege artis*, chorzy umierają, gdyż salicyl nie może widocznie zapobiec powstaniu zapalenia wsierdzia. Najlepiej podawać salicyl w czopkach lub lawatywach (3,0—6,0 gr. *Natr. salicyl. pro die*). Uzupełnienie ryzsztunku leczniczego stanowi podawanie lepiej znośnego piramidonu w dużych dawkach (5 razy po 0,2—0,6 *pro die*). Autor zaczyna obecnie leczenie gościca od podawania piramidonu w tych dawkach, a przechodzi na salicyl dopiero wtedy, gdy mu się zdaje, że działanie piramidonu wyczerpało się. Ważne jest obok tego długotrwałe leżenie w łóżku.

Ważna jest troska o jamę nosowo-gardłową i jamy oboczne nosa, usuwanie ostrych procesów zapalnych, toczących się w nich, wycinanie migdałków z ogniskami ropnymi po ustąpieniu objawów stawowych i ostrych objawów ze strony migdałków.

Należy również zwracać uwagę na żywienie i higienę cielesną. Dieta powinna być urozmaicona, wystarczająca ciepłikowo, bogata w jarmyzi i owoce, prosta, skąpa w użyciu korzeni i soli kuchennej, niezbyt obfita w płyny. Ostrożne hartowanie ciała jest nader wskazane, należy je rozpoczynać w ciepłych miesiącach letnich i prowadzić krok za krokiem. W zimnej porze roku konieczne jest ciepłe ubranie. Wskazany

jest pobyt w miejscowościach o atmosferze czystej, pozbawionej pyłu, która wywiera korzystny wpływ na wszystkie procesy zapalne w górnych drogach oddechowych.

F. GROEGLER. Doświadczenia z leczeniem złotowym (Solganal β oleosum) w przewlekłych zapaleniach stawów.

Na przykładzie trzech szczegółowo opisanych przypadków i na podstawie wielu innych spostrzeżeń dowodzi autor, że *Solganal β -oleosum* jest nader skutecznym środkiem w leczeniu zapalenia stawów, zwłaszcza przewlekłego gościa stawowego. W razie istnienia czynnych jeszcze zmian zapalnych należy rozpocząć leczenie bardzo ostrożnie. Zaczyna się od dawek 0,002—0,005 gr. Jeżeli zmiany noszą już charakter przewlekły, można śmiało zacząć od większych dawek, niż 0,01 gr. Wstrzykiwania robi się śródmięśniowo co trzeci — czwarty dzień, dawki zwiększa się stopniowo i ostrożnie, aż dojdzie się najwyżej do 0,2 g u mężczyzny i 0,15 u kobiet. Ostatnie wstrzykiwania robi się w odstępach tygodniowych. Ogólna dawka wynosi 3—4

g. Jeżeli nie da ona zadowalającego wyniku, można ją jeszcze zwiększyć do 6 g. Powtórzenie całej kuracji zaleca się dopiero po upływie pół roku.

S. IRLE. Przyczynę do zagadnienia leczenia schorzeń gośćcowych jontoforezą histaminową.

Jontoforeza histaminowa, jak to wynika z przypadków, opisywanych przez autora, stanowi metodę leczniczą, oddającą dobre usługi w gośćcowych schorzeniach mięśniowych. W przewlekłych schorzeniach stawowych, przede wszystkim takich, które przebiegają z silnym obrzmieniem, zesztynieniem i przykurczami mięśniowymi, nie przedstawia ona żadnego istotnego postępu w porównaniu z naszymi zwykłymi metodami leczniczymi. Natomiast świeższe przypadki chorobowe dają lepsze wyniki. W każdym przypadku ostrego, względnie podostrego zapalenia wielostawowego, gdzie mimo energicznego leczenia farmakologicznego obrzęki stawowe nie znikają bez śladu, należało by obok innych metod leczniczych próbować wcześniej jontoforezy histaminowej.

O c e n y k s i ęż e k .

Choroby zakaźne. Podręcznik dla Lekarzy. Pod redakcją Prof. Dra med. Leona Karwackiego i Prof. Dra med. Feliksa Malinowskiego. Nakładem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „Delta“, w III tomach.

Polskie piśmiennictwo lekarskie zostało wzbogacone przez istic monumentalną pracę — zbiorowy trzytomowy podręcznik chorób zakaźnych. Spis rzeczy omawianego podręcznika, obejmujący w sposób, zdaje się, wyczerpujący całokształt zagadnień teoretycznych i klinicznych tego tak doniosłego działu współczesnej nauki lekarskiej, i lista autorów, wśród których znajdujemy nazwiska najwybitniejszych specjalistów i uczonych polskich, świadczy o wysokim ciężarze gatunkowym dzieła, którego brak dawał się odczuwać dotkliwie u nas. Oprócz bowiem tak pięknie zapoczątkowanego i, niestety, niezakończonego podręcznika, który ukazał się przed kilkunastu laty z inicjatywy Sterlinga-Okuniewskiego, byliśmy w tej mierze zdani jedynie na książki obce — nie zawsze i nie dla każdego dostępne w naszych warunkach. Z tym większą radością powitać więc można ukazanie się obecnie książki, która istotnie zaspokoić może najdalej idące wymagania czytelników. Tom I-y rozpoczyna się od omówienia pojęć ogólnych, jak pojęcie zakażenia, odporności, zapobiegania chorobom zakaźnym, odczynów układu krwiotwórczego, stanów anafilaktycznych i choroby posurowiczej. Dalej zaś w części szczegółowej znajdujemy opis schorzeń, wywołanych przez zarazki przesączalne i przez pierwotniaki, następnie zaś — gryzbyce i choroby podzwrotnikowe. Na szczególną uwagę zasługuje tu rozdział o malarii, pióra takiego znawcy tej sprawy, jak doc. Anigstein. Tom II poświęcony jest omówieniu twardzieli, trądu, grupy schorzeń durowych i całego szeregu więcej lub mniej znanych spraw natury zakaźnej, jak np. ostatnio dopiero poznanej tularemii. Tom III, całkowicie opracowany przez prof. Karwackiego, stanowi przekonujący dowód, jak świetne wyniki dać może szczęśliwe połączenie zainteresowań zawodowego bakteriologa z doświadczeniem wybitnego klinicysty. To rzadkie skojarzenie stanowi o wartości i wysokim poziomie dzieła, któremu autor poświęcił swoją pracę. W tomie tym znajdujemy mianowicie omówienie zakażeń miejscowych i ogólnych, a więc posocznic, wywołanych przez wszystkie chyba znane zarazki chorobotwórcze. Stanowi to jak by repertorium i syntezę całej bakteriologii klinicznej, popartą licznymi spostrzeżeniami własnymi i b. wyczerpującym piśmiennictwem rodzimym i obcym. Jasny

i pedagogiczny wykład oraz olbrzymia erudycja i doświadczenie osobiste autora cechują tę znakomitą zarówno pod względem bogactwa treści, jak i formy pracę. Jeżeli dodamy jeszcze, że szata zewnętrzna — doskonały druk i papier — czynią czytanie „Podręcznika“ nie tylko pożytecznym, ale i wielce przyjemnym, należy z tym większym uznaniem podnieść zasługę wydawnictwa „Delta“ powzięcia i zrealizowania śmiałej, bądź co bądź, w obecnych warunkach inicjatywy wydania tak obszernego i pięknego dzieła, czym, zresztą, wypełniona została dotkliwa luka polskiego piśmiennictwa naukowego. Łącznie z ukazującymi się w ciągu lat ostatnich dziełami Prof. Orłowskiego powstała już u nas pokaźna i wartościowa biblioteka podręcznikowa, w niczym nie ustępująca najlepszym zagranicznym pracom tego rodzaju. Na zakończenie — kilka drobnych uwag z obowiązku sprawozdawcy. Otóż np. wśród schorzeń zakaźnych wspólnych dla świata zwierzęcego i dla ludzi brak tak głośnej ostatnio pryszczycy. Jest to, oczywiście, drobna tylko usterka, która nasuwa się uwadze jedynie ze względu na tak wyczerpujący charakter dzieła, i którą łatwo usunąć można w następnym wydaniu. Dalej pewne zastrzeżenia natury teoretycznej budzić musi umieszczenie wśród chorób zakaźnych takich spraw, jak grupa rumieni, czy choroba Dühringa. Zyskuje na tym, być może, wszechstronność i pełny, wyczerpujący charakter dzieła, ale cierpi jednolitość układu, a w umyśle czytelnika powstać mogą wątpliwości co do istoty i zakresu pojęcia choroby zakaźnej. Jeżeli bowiem udział momentów natury alergicznej w patogenie szeregu objawów klinicznych każdej niemal choroby zakaźnej — od płonicy poczynając, a na gruźlicy kończąc — wydaje się odgrywać zasadniczą rolę, to mamy tam jednak do czynienia z jakimś określonym zarazkiem, o pewnych mniej lub więcej charakterystycznych cechach i właściwościach biologicznych. W takich jednak schorzeniach, jak ostry gościec stawowy — zapewne —, a grupa rumieni i choroba Dühringa — napewno, trudno jest mówić o jakiejś chorobie zakaźnej, gdyż cały szereg czynników, niekoniecznie nawet bakteryjnych, wywołać może te schorzenia, podobnie, jak np. dychwicę oskrzelową. Oczywiście, że drobne te zastrzeżenia, a raczej wątpliwości, nadające się zresztą do dyskusji w niczym nie uszczuplają walorów tego istotnie wartościowego i pięknego dzieła, które stanowczo powinno stać się nabytkiem każdego lekarza.

M. Fejgin.

Wskazówki praktyczne.

F. W. Strauch sądzi, że ogniska ropne migdałków i zębów częściej są przyczyną chorób narządu krążenia, niż to ogólnie się przypuszcza. Sąd ten popiera S. szczegółową historią choroby, z której wynika, że ciężkie cierpienie serca, stwierdzone elektrokardiograficznie, ustąpiło w zupełności po wyłuszczeniu migdałków. Ostatnie badanie elektrokardiograficzne wykazało stan prawidłowy serca. Pacjent przechodził za młodu kilkakrotnie ropień okołomigdałkowy, a badanie przed przystąpieniem do leczenia wykryło czop w jednym i ropę w drugim migdałku. S. kładzie nacisk na badanie migdałków palcem. (D. m. W. 1938 Nr 13).

Couvert otrzymał doskonale wyniki leczenia pólpaśca błękitem metylenowym (10 ctm³ 1% roztworu dożylnie). Zmiany skórne i bóle bardzo szybko ustępują (Boll. Ser. region. Soc. ital. Derm. 1937 Nr 17).

K. Schindling poleca gorąco diatermię krótkofalową w leczeniu ropni płuc. Leczenie 5—10-tygodniowe wystarczało do zupełnego wyleczenia, jamy ropni nie napełniały się na nowo. (M. m. W. 1938 Nr 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej
Sekcja kliniczna.

CCXLVIII posiedzenie z dnia 14 lutego 1938 r.

Obecnych 43.

Przewodniczył Brokman.

Pokazy:

1) B. Karbowski i S. Flaumenbaum. Ropień podstawy czaszki pochodzenia usznego.

Przypadek pokazywany dotyczy pacjenta, który przybył do oddziału z powodu ropnej sprawy ucha środkowego z objawami, wskazującymi na schorzenie również wyrostka sutkowego. Podczas zabiegu stwierdzono zniszczenie beleczek kostnych między komórkami, które wypełnione były ziarniną i jedynie w dolnym odcinku wyrostka była skąpa wydzielina ropna. Przebieg pooperacyjny był o tyle nietypowy, że rana kostna była atoniczna i przez dwa tygodnie nie pokrywała się ziarniną. W trzecim tygodniu rana zaczęła ziarninować, i chorego wypisano z oddziału celem dalszego leczenia ambulatoryjnego. W szóstym tygodniu po dokonanej operacji chory zaczął się skarżyć na silne bóle głowy w okolicach ciemieniowo-skroniowej, później w kregach szyjnych. Zjawiała się gorączka. Przy badaniu stwierdzono również wygórowanie w miejscu przyczepu mięśni potylicznych po stronie operowanej. Rozpoznano u chorego ropień podstawy czaszki. Dokonana została operacja, która miała na celu dostanie się pod dolną powierzchnię kości skalistej. Po oddzieleniu mięśni od łuski potylicznej wytrepanowany został trójkąt, którego wierzchołek sięgał do brzozy jarzmowej, stanowiącej tylny-wewnętrzny brzeg tylnego otworu szarpanego. Po opróżnieniu ropnia wyskrobano ziarninę i założono szachki. Bóle głowy ustąpiły, ciepłota powróciła do normy, przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ropnie podstawy czaszki nasuwają duże trudności rozpoznawcze. Bóle w kregach szyjnych, promieniujące do okolicy ciemieniowo-potylicznej, są dość charakterystyczne. Tkliwość okolicy trąbki usznej przy badaniu palcem od strony nosogardzieli może również nasunąć podejrzenie obecności ropnia na podstawie czaszki. Punktem wyjścia tych spraw ropnych są zakażone komórki, które znajdują się pod błędnikiem i w okolicy tylnego otworu szarpanego. (Streszczenie własne).

Dyskusji nie było.

2) B. Karbowski. Nowotwór przysadki mózgowej ponadsiodełkowej, leczony operacyjnie z następczym napromienianiem radem.

Przypadek dotyczy pacjentki czterdziestokilkolletniej, która pochodzi ze zdrowej rodziny, jest mężatka i ma czworo dzieci. Przed czterema laty pojawiły się bóle głowy w okolicy czołowo-ciemieniowej, i już no kilku miesiącach wystąpiło osłabienie ostrości wzroku oka lewego, które postępowało, tak, że po roku nastąpiła zupełna utrata wzroku z brakiem odczynu na światło ze strony źrenicy. Przed rokiem spostrzegła chora osłabienie ostrości wzroku również oka prawego, co zmusiło chorą do zwrócenia się do d-ra Pinesa, któremu prelegent zawdzięcza pokazywany przypadek. Poza bólami głowy i zaburzeniami wzroku chora nie ma i nie miała żadnych dolegliwości. Miesiączkowanie prawidłowe, przed 1/2 rokiem chora przeżyła poronienie. Gospodarka wodna prawidłowa. Badanie okulistyczne przed zabiegiem, przeprowadzone przez d-ra Pinesa, ustaliło:

visus lewego oka = 0, zanik nerwu ocznego,

visus prawego oka: correctio — 6D sferycznych, —2D cylindryczne, os 90° = 5/30 do 7/30, hemianopsia temporalis, zanik nerwu ocznego prawego.

Badanie układu nerwowego ustaliło znaczne lewostronne upośledzenie węchu. Poza tym nie stwierdzono żadnych odchyżeń ani w sferze czuciowej, ani też w sferze ruchowej. Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło zmian chorobowych. Mocz bez zmian. Odczyn Wassermann'a w surowicy — ujemny.

Miało się więc w przypadku tym do czwinienia z tzw. zespołem skrzyżowania nerwów wzrokowych Cushinga. spowodowanym przez guz przysiadłkowy, co potwierdziło również badanie rentgenologiczne (dr Mesz), albowiem siodełko tureckie było tylko nieco powiększone w swych wymiarach, zaś wyrostki tylne nieznacznie zmienione.

Na zaproponowany zabieg doszczętny transfrontalny chora się nie zgodziła. wyraziła natomiast swą zgodę na zabieg wewnątrznosowy, który miał utworzyć dostęp do okolicy siodełka tureckiego celem wprowadzenia aplikatora radowego. Podczas zabiegu transeptalnego sposobem Hirscha przy usuwaniu przeprody między zatokami klinowymi załamała się scieżcała blaszka kostna tuż przed skrzyżowaniem nerwów wzrokowych, i do ranu operacyjnej wgnębił się guz wielkości fasoli o powierzchni zrazikowatej. Nakłucie igła nie wykazało obecności treści płynnej. Zabieg zniosła chora dobrze, i po upływie trzech tygodni wprowadzony został aplikator radowy, zawierający 10 mgr radu w filtrze platynowym grubości 1 mm + filtr kauczukowy. Aplikator wprowadzony został do samego guza. Zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność aplikatora w przedniej jamie czaszkowej w odległości 2—3 cm od skrzyżowania nerwów wzrokowych. Aplikator pozostawiono na 48 godzin. Chora po usunięciu aplikatora była przez 8—10 dni senna, w nocy często niespokojna; przyjmowała tylko pokarmy płynne. Kiedy się हुईła, dowcipkowała i rozśmieszała swoimi powiedzeniami lekarzy i całe otoczenie. była euforyczna. Badanie neurologiczne wykryło lekką sztywność karku i nieznacznie zaznaczony objaw Kerniga. Nakłucie łądźwiowe wykazało wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, badanie cytologiczne płynu stwierdziło istnienie pleocytozy.

Po upływie dwóch tygodni stan chorej wykazał znaczną poprawę. Senność ustąpiła, samopoczucie było dobre, łaknienie normalne, chora skarżała się obecnie jedynie na bóle głowy, które nie są jednak zbyt dokuczliwe. Badanie ostrości wzroku, dokonane dn. 16 lutego 1938 r. przez d-ra Zamenhofa, wykazało:

visus oka prawego = 5/30 (—6D sferycznych, —2D cylindrycznych), tarcza różowa w postaci leżącego owalu, nod tarcza stożek dolny (biały); oko lewe: tarcza całkowicie odbarwiona.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na pierwszą próbę leczenia guzów przysiadłkowych metoda, opracowana już dawniej przez prelegenta przy współpracy d-ra Flokasztrumpfa i Mesza w oddziale d-ra Flatau dla guzów wewnątrzsiodełkowych. Jest to też pierwszy przypadek, w którym aplikator został wprowadzony do przedniej jamy czaszkowej. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Bregman stwierdza, że prelegent tak gorąco propaguje metodę Hirscha, że go nawet nazywają „warszawskim Hirschem”. Chorzy łatwiej się decydują na ten zabieg, aniżeli na trepanację. Operacja Hirscha nie cieszy się na ogół uznaniem neurologów. Jego dobrej statystyce niebardzo ufano. W wielu przypadkach operacji Hirscha chorzy giną. Mówca cieszyłby się, gdyby prelegent przekonał neurologów do tej operacji. Metoda Schaeffera dawała bardzo złe wyniki, np. mówca stracił dwa przypadki, operowane w ten sposób. Opera-

cje nadsiodelkowe dają obecnie dobre wyniki (Chorubski). Wewnątrzsiodelkowe nowotwory lepiej leczyć metoda Hirscha.

B. Chorążycy wprowadziłby aplikator do jamy siodelkowej zamiast do jamy klinowej.

H. Higier wyjaśnia, że metoda Hirscha jest stara, liczy dwadzieścia kilka lat, operacja odbywa się brudną drogą, przez nos. Lecz brudna droga nie stanowi przeciwwskazania do operacji; wiemy np., że raki odbytnicy, mięsaki jamy ustnej goją się po operacji bardzo dobrze. Po operacji Hirscha rzadko widuje się zakażenia ogólne, których się dawniej bardzo obawiano. W przypadkach takich nowotworów bywa i samowyleczenie, guz sam przebija do jamy gardłowej.

L. Abramowicz stwierdza, że w operacji Hirscha nie pracuje się na ślepo. Zapytuje, jak długo leżał aplikator, i ile dni upłynęło od operacji. Aplikator, jak widać z rentgenogramu, dostał się nie do jamy klinowej, lecz przez *lamina cribrosa* do przedniej jamy czaszkowej. Przy tym stanie rzeczy należało się obawiać wystąpienia zapalenia opon mózgowych.

W odpowiedzi stwierdza Karbowski, że aplikator radowy leżał 48 godzin, zaś od operacji upłynęło 12 dni. Guzy przysadki mózgowej bywają siodelkowe i ponadsiodelkowe. Punktem wyjścia oponiaków bywa *sulcus chiasmaticus*. Guz taki uciska na komórki sitowe tylne, niszcząc tę blaszkę. Guz może się przerwać samoistnie do tylnej jamy nosa (*liquorrhoe nasalis*). Ponieważ prelegent miał tutaj do czynienia z guzem ponadsiodelkowym, nie miał potrzeby wprowadzać radu pod siodelko. Izolatory z platyny i kauczuku zatrzymują całkowicie promienie α i β , przepuszczają tylko promienie γ , nie działające na komórki nerwowe. Gdyby miały być następstwa naświetlań, jużby się okazały. W operacjach tych prelegent siodelka tureckiego, robił to tylko w 6 przypadkach guzów torbielowatych.

3) W. Luxemburgowa. Dwa przypadki krwawień do opon miękkich u niemowląt.

Pierwszy przypadek dotyczył niemowlęcia w wieku 3 miesięcy 19 dni, które przy podrzucaniu przez ojca w górę nagle straciło przytomność, zbladło, przestało prawie oddychać, potem zsiniało. Skierowane natychmiast do kliniki wykazuje niepokój, brak odruchów oponowych, ciemię zapadnięte. Po dwóch dniach wystąpiły drgawki, dziecko było nieprzytomne, wykonane nakłucie łądźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy, po odwirowaniu ksantochromiczny. Czas krwawienia i krzepnięcia oraz obraz morfologiczny krwi pozostawały w granicach normy. Próba Pirqueta wypadła ujemnie. Posiew i odczyn Wassermann'a w płynie mózgowo-rdzeniowym dały wyniki ujemne. Badanie dna oczu wykazało na obwodzie siatkówki małe drobne wysysające się krwotoki, naczynia siatkówki, szczególnie żyłne, szerokie i pokręcone. Prawa tarcza obrzęknięta, dwa większe krwotoki w obrębie tej ostatniej. Na zasadzie nagłego zachorowania z utratą przytomności, niepokojem, drgawkami oraz obecnością krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym myślnie początkowo o wylewie pod oponą twardą, zjawisku częstszym w tym wieku, aniżeli krwotok do opony miękkiej (te ostatnie u dzieci i niemowląt zdarzają się bardzo rzadko). Obserwacja w tym samym okresie innego dziecka z podobnymi objawami, u którego stwierdzono ognisko chorobowe w oponach miękkich (wynik sekcji), przechyliła rozpoznanie kliniczne w kierunku wylewu krwi do opon miękkich. Przy podrzuceniu dziecka w górę doszło prawdopodobnie do wzmocnienia ciśnienia śródczaszkowego, a stąd wtórnie do pęknięcia naczyń i wylewu krwi do opon i siatkówki. Te ostatnie mogą się zjawiać zarówno przy wylewach do opony twardej, jak i miękkiej. Nie można w tej chwili ustalić, czy pękły naczynia zdrowe, czy też chore. Rozpoznanie kiły odrzucono na zasadzie ujemnego odczynu Wassermann'a w płynie mózgowo-rdzeniowym, gruźlicy — wobec ujemnego wyniku próby Pirqueta, niedokrewności i skazy krwotocznej — wobec prawidłowego obrazu krwi, zakażenia — wobec braku jakichkolwiek objawów infekcji. Miażdżycy naczyń w tak młodym wieku nie można było brać w rachubę. Pozytawiał jedynie uraz, jakim mogło być dla dziecka podrzucanie w górę.

Drugi przypadek dotyczył niemowlęcia w wieku 2 miesięcy 25 dni, które zachorowało również nagle, zaczęło wymiotować, zbladło, stało się niespokojne. Skierowane zostało do kliniki w stanie ciężkim, nieprzytomne. Dokonane natychmiast nakłucie łądźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy o wzmocnionym ciśnieniu. Następnego dnia dziecko było nadal nieprzytomne, ciemię bardzo napięte. Objawów oponowych nie stwierdzało się. Odruchy ścięgnowe były bardzo żywe. W skórze plamki piersiowej w kilku miejscach znaleziono wykwitły sinawe. Podobne drobne wykwitły zauważono w skórze kilka dni przed zachorowaniem. We krwi stwierdzono znaczne zmniejszenie zawartości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek, białych ciałek 14500, we wzorze brak patologicznych białych ciałek,

płytki prawidłowe i w skupieniach. Czas krwawienia znacznie wydłużony, ponad pół godziny. Powtórne nakłucie łądźwiowe dało płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy, po odwirowaniu ksantochromiczny. W 20 minut po nakłuciu stan dziecka się pogorszył, i pomimo zastosowania środków nasercowych nastąpiło zejście śmiertelne. Nagłe zachorowanie z utratą przytomności, wymiotami, niepokojem i bardzo wzmocnionym ciśnieniem wskazywało na sprawę chorobową, toczącą się na terenie układu nerwowego ośrodkowego. Krwawy płyn mózgowo-rdzeniowy po wyłączeniu stanu zapalnego opon przemawiał za wylewem do opon mózgowych. Początkowe przypuszczenie prelegenta, że ma się tutaj do czynienia najprawdopodobniej z *pachymeningitis haemorrhagica interna*, okazało się niesłuszne, gdyż przy badaniu pośmiertnym znaleziono wylew do przestrzeni podpajęczynkowej w okolicy czołowej lewej, skąd krew przedostała się wtórnie pod oponę twardą i do komór, drobny wylew do mięśnia piersiowego prawego, wylew do tkanki łącznej pozagardzielowej i do zraza lewego gruczołu tarczowego oraz ognisko krwotoczne podskórne w obrębie pachy lewej. Nie znaleziono żadnego tętniaczka, których pęknięcie bywa najczęstszą przyczyną krwotoków. Również ujemny odczyn Wassermann'a we krwi pozwała odrzucić tę kiłowe.

W patogeniezie cierpienia wysuwają się objawy naczyniowe w postaci licznych wylewów do skóry, stwierdzonych klinicznie oraz sekcynie, również w tkance pozagardzielowej i w tarczycy. Wobec zaledwie parogodzinnej pobytu u dziecka w klinice przeprowadzono jedynie morfologiczne badanie krwi i określono czas krwawienia, który był znacznie wydłużony. Istoty skazy krwotocznej nie udało się ustalić, posiew krwi, pobranej z serca po śmierci, nie wykazał drobnoustrojów chorobotwórczych. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

H. Higier nigdy nie widział podobnych przypadków u niemowląt, są one natomiast częste u ludzi w starszym wieku. Mówca nie rozumie, dlaczego epikryza drugiego przypadku ma tłumaczyć przypadek pierwszy. *Pachymeningitis haemorrhagica interna* spotyka się często u dzieci i bardzo starych ludzi, zwłaszcza u alkoholików. Wylewy krwawe do opon miękkich są na ogół rzadkie, częściej zdarzają się w średnim wieku, dużo ich widuje się w Polsce, zwłaszcza u Żydów. Dziwne są tutaj wylewy krwawe do siatkówki. U dorosłych utrata przytomności po wylewie krwawym do opon miękkich trwa krótko, 1—2—3 dni, tutaj trwała ona cały tydzień. Drgawki również rzadko się widuje w tych sprawach. Krwawy płyn mózgowo-rdzeniowy usprawiedliwia rozpoznanie krwawienia podpajęczynkowego. Patogeneza tych spraw jest nieznaną. Uraz rzadko wchodzi w rachubę. Mówca przypuszcza tutaj istnienie drobnych tętniaków wrodzonych. Ta hipoteza wydaje się najprawdopodobniejsza. W drugim przypadku miało się do czynienia z objawami skazy krwotocznej. W pierwszym przypadku gorączka była pochodzenia ośrodkowego, termoregulacyjnego, w drugim — zakaźnego. Mówca przypuszcza w drugim przypadku istnienie *pachymeningitis* i *leptomeningitis*, wylewu dokomorowego, który stał się zapewne przyczyną śmierci. Dlatego uważa, że patogeneza drugiego przypadku nie tłumaczy jej w pierwszym.

Brokman stwierdza, że wylewy krwawe do opon miękkich są rzadkie, wobec czego przypuszczano, że w pierwszym przypadku ma się do czynienia z nietypową *pachymeningitis haemorrhagica interna*; lecz obecność drugiego zupełnie pewnego przypadku niewątpliwego krwawienia do opon miękkich ośmieliła do postawienia rozpoznania krwawienia do opon miękkich również w przypadku pierwszym.

W odpowiedzi wyjaśnia Luxemburgowa, iż Paszkiewicz i inni autorzy cytują jako przyczynę krwawień do opon miękkich tętniaczki odpowiednich tętnic na tle kiły wrodzonej.

4) H. Krupiński. Gościec stawowy z współistniejącą wrodzoną wadą serca.

Przypadek dotyczył 12-letniego chłopca, leczonego w klinice pediatricznej U. J. P. W wywiadach podano, że chłopiec w trzecim roku życia przechodził odrę i lrtzusiec, w dziewiątym zaś — płonice bez powikłań. W ósmym roku, gdy zaczął uczęszczać do szkoły, lekarz szkolny stwierdził u chłopca wadę serca. Obecnie przed pięciu tygodniami nagle zachorował: wystąpiła wysoka gorączka oraz bóle i obrzęk stawów. Po parodniowej kuracji w domu wobec braku poprawy został skierowany do kliniki. W klinice stwierdzono: ogólny stan dość dobry przy ciepłocie ciała 39,5°, tętno 110 na minutę, miarowe, brak duszności i sinicy, obrzęk i bolesność stawów kolanowych i skokowych obu kończyn; nieznaczne przemieszczenie lewej granicy serca oraz bardzo wyraźny głośny wydłużony szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, nasilający się ku mostkowi, II ton nad tętnicą płucną zaakcentowany w granicach fizjologicznych dla wie-

ku pacjenta. Gdy się brało pod uwagę objawy stawowe i zmiany w sercu, pierwsze przypuszczenie było, że jest to przypadek schorzenia goścńcowego serca i stawów, jednak dalsza obserwacja chorego kazała myśleć o współistnieniu sprawy goścńcowej, umiejscowionej klinicznie tylko w stawach, z wrodzoną wadą serca, a to na zasadzie następujących objawów:

- 1) bardzo głośny wydłuzony szmer skurczowy, wysłuchiwany nad koniuszkiem serca, nasilający się ku mostkowi;
- 2) brak wyraźniejszego zaakcentowania II tonu nad tętnicą płucną;
- 3) nieznaczne powiększenie wymiarów serca pomimo długiego trwania wady;
- 4) brak objawów, wskazujących na obostrzenie sprawy goścńcowej w sercu (brak przyspieszenia tętna, brak duszności i sinicy, ogólny dobry stan).

Za słusznością powyższej koncepcji przemawia do pewnego stopnia wynik odczynu B.B.F. Mianowicie odczyn ten, wykonany w dwunastym dniu choroby, wypadł słabo dodatnio (\pm), natomiast wykonany w trzydziestym drugim dniu choroby — wyraźnie dodatnio ($++$). Wynik ten należy sobie tłumaczyć w ten sposób, że pierwsze badanie, robione w dwunastym dniu choroby, tj. w okresie świeżej sprawy goścńcowej, wypadło słabo dodatnio, natomiast odczyn B.B.F. stał się dodatni w późniejszym okresie choroby. Przyjmując istniejącą już od szeregu lat sprawę goścńcową w sercu, należałoby obecnie spodziewać się od razu odczynu B.B.F. dodatniego. Przypadek ten poucza, iż dążenie do wytłumaczenia różnych objawów chorobowych z punktu widzenia tej samej etiologii niezawsze jest uzasadnione. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

H. Higier uważa odczyn B.B.F. za bardzo ważny. W przypadku tym był niewątpliwie gościec, który dobrze odpowiadał na salicyl. Najprościej byłoby powiązać wadę serca z goścńcem. Rozstrzygające znaczenie dla rozpoznania posiadają tu aj wywiady.

Fejgin zapytuje, czy szmer, wysłuchiwany na koniuszku, przenosi się na naczynia szyjne, gdyż w chorobie Rogera, podobnie jak w wadzie aortalnej, tak się przenoszą szmery. Szmer, przenoszący się ku mostkowi, a nie ku pasze, przemawiałby za wadą wrodzoną, chociaż szerzenie się szmeru jest zawsze problematyczne. Obecność palców w kształcie pałeczek od bębna, sinica, szerzenie się szmerów na naczynia szyjne, przyspieszone krążenie krwi, badanie gazów krwi mogłoby potwierdzić rozpoznanie. Ciekawe jest nawarstwianie się goścńca na nieprawidłowe otwory serca

Brokman wyjaśnia, że w warunkach klinicznych nie zawsze można przeprowadzić wszystkie badania. Objawy sercowe były tutaj wczesne. Miało się do czynienia albo ze sprawą wrodzoną, albo też goścńcową. Jeżeli jest nawrót goścńca u osobnika ze zmianami sercowymi, to nawrót taki zawsze wywołuje

obostrzenie sprawy sercowej. Ponieważ tutaj tego nie było, dlatego też przypuszczano, że ma się tutaj do czynienia z wrodzoną wadą serca. Mówca nie ma bynajmniej zamiaru zużycia pokazanego przypadku dla dowiedzenia wartości odczynu B.B.F.

W odpowiedzi przypomina Krupiński, że już w ósmym roku życia stwierdził lekarz szkolny u chorego wadę serca. Szmer przenosi się na naczynia szyjne; jest on tak typowy, że zdarza się li tylko w wadach wrodzonych. Sinica nie jest typowym objawem choroby Rogera, tj. ubytku w przegrodzie międzykomorowej.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Niemieckich w Pradze z dnia 17 czerwca 1938 r. (Med. Klin. Nr 37/1938) pokazywał M. Klejn przypadek *rozedmy uciskowej w gruźlicy gruźliczo-oskrzelowych*. Przypadek dotyczył 3-letniej dziewczynki, pochodzącej ze środowiska gruźliczego, która od szóstego miesiąca życia pozostawała w leczeniu klinicznym, przybyła zaś znowu na klinikę z powodu duszności, utrzymującej się od dwóch tygodni. Badanie kliniczne i rentgenowskie wykazało obecność swoistego naciek w prawym górnym płacie z gruźlicą regionalnych gruźliczoł chłonnnych we wnęce, która doprowadziła do uciśnięcia gałęzi oskrzelowych, zaopatrujących płat środkowy i dolny. W ten sposób powstała w tych częściach płuc rozedma uciskowa z uciśnięciem śródpiersia i przemianami serca. Po 9 miesiącach cofnęły się objawy bez obostrzenia procesu płucnego, aczkolwiek wystąpiły swoiste ogniska w skórze i układzie kostnym. Prelegent przestrzega przed wykonywaniem odczynu tuberkulinowego w podobnych przypadkach ze względu na możliwość pogorszenia się obrazu chorobowego.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Niemieckich w Pradze z dnia 17 czerwca 1938 r. (Med. Klin. Nr 37/1938) mówił J. Pollak o *nowym leczeniu przyczynowym dolegliwości po naktuciu łędźwiowym i znieczuleniu łędźwiowym*, jak również innych dolegliwości, przebiegających w parze z podniesieniem ciśnienia płynu, eufiliną. Prelegent cytuje dobre wyniki eufiliny w 125 przypadkach zaburzeń ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego; wśród nich było 68 przypadków z dolegliwościami po znieczuleniu łędźwiowym, 34 z dolegliwościami po naktuciu łędźwiowym, pozostałe przypadki obejmowały bóle głowy w samoistnej oraz objawowej padaczce, po padaczce kardiazolowej, po wstrząsie mózgu, w przewlekłym naciśnięciu płynu po postrzale czaszki, w naciśnięciu miażdżycowym, niewyrównaniu sercowym i dobrotliwym limfocytarnym zapaleniu opon mózgowych. Podawanie eufiliny przeprowadza się w następujący sposób: Euphylin-Calcium lub Euphylin-Jod-Calcium w czopkach po 1—2 dziennie, w uporczywych przypadkach we wstrzykiwaniach śródżylnych, powoli w ciągu 4—6 minut wstrzykiwać 1 ampułkę (10 cm³), ewentualnie po 1—3 dniach powtarza się wstrzykiwanie.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Higiena pracy i zawodoznawstwo *)

Podał

Dr Piotr MACEWICZ (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr 40)

Zmęczenie.

Nie omawiając bliżej zasad biomechaniki, musimy jeszcze poświęcić słów parę jednemu z najważniejszych zagadnień ergologii, a mianowicie sprawie zmęczenia. Sprawa ta jest nie tylko ciekawa ze stanowiska teorii, lecz posiada olbrzymie znaczenie praktyczne, toteż powstało już obszerne piśmiennictwo, a liczne placówki naukowe lwia część swej pracy poświęcają temu zagadnieniu.

Sprawa zmęczenia o tyle jest trudniejsza od innych zagadnień ergologii, że ważnym komponentem tego zjawiska jest stan psychiczny, który bezpośrednio może

być dostępny wewnętrznemu oglądowi tylko osoby doświadczającej.

Zmęczeniu, rozumianemu jako niezdolność w określonym momencie wykonania pewnej pracy, towarzyszy pewien stan psychiczny, lecz nie zawsze ów paralelizm występuje, bo np. pod wpływem dostatecznej podniety uczuciowej człowiek istotnie zmęczony może jeszcze zdobyć się nawet na bardzo znaczny wysiłek i, przeciwnie, — w stanie depresji lub w niektórych stanach chorobowych człowiek wypoczęty może nie móc wykonywać pracy. Człowiek znudzony jakąś monotonną pracą może wyraźnie odczuwać zmęczenie, lecz ponownie zjawiają się siły, gdy mu się zmieni rodzaj pracy na inny, bardziej zajmujący.

Zmęczenie na ogół może być zaliczone do takich stanów psychicznych, które stoją na straży zdrowia ludzkiego (jak np. ból), i dlatego, jeżeli ono powstało u człowieka normalnego pod wpływem czynionych przez niego wysiłków, nie powinno być tłumione. Walka ze zmęczeniem polega nie na tym, aby znieść samo uczucie, lecz na tym, aby przez stosowny wypoczynek i odpowiednią organizację pracy zabezpieczyć człowiekowi

*) Z pewnymi zmianami wygłoszone jako referat na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Społecznej w dniu 7.IV.1938 r.

„stała“ zdolność do jego czynności zawodowej. Wszelkie środki farmakologiczne (np. alkohol), tłumiąc uczucie zmęczenia, obniżają wydajność oraz jakość pracy, a mogą łatwo doprowadzić i do katastrofy.

Badając zmęczenie przede wszystkim usiłowano stwierdzić, jakie zmiany obiektywne zachodzą w ustroju człowieka. Do badań klasycznych zalicza się doświadczenie Weichardta, który doprowadzał zwierzęta do ostatecznego wyczerpania pracą, wyciskał sok przemęczonych mięśni, oczyszczał go i zagęszczał. Otrzymany w powyższy sposób produkt, zwany kenotoksyną, zastrzykiwał innym zwierzętom wypoczętym, wywołując wszelkie stopnie zmęczenia aż do śmierci włącznie. Co więcej, uczulając zwierzęta doświadczalną małą dawką kenotoksyny, wywoływał w ich ustroju swoisty antygen, zwany antykenotoksyną lub retardyną, który zapobiega występowaniu zmęczenia lub jego powstanie opóźnia. Ze względu na to, że nie stwierdzono, aby wspomniany wyżej antygen wywierał na ustrój wpływ niekorzystny, rozpoczęto go sztucznie produkować na szerszą skalę (działając na białko ługiem i wodą utlenioną) i wprowadzono do handlu pod nazwą hormigen. Jego wodny roztwór (w stosunku 1 : 100.000) ma podobno chronić ustrój przed kenotoksynami.

Teoria Weichardta przez późniejsze prace doświadczone została znacznie podważona. W ostatnich czasach powstała inna teoria zmęczenia, tzw. jonowa. Według niej, nie tylko pod wpływem pracy powstaje nagromadzenie się jonów wodorowych we krwi z powodu produkowania przez kurczące się mięśnie kwasu mlekowego (oraz innych kwasów organicznych), ale nawet normalne w sokach ustrojowych jony w stanie spoczynku zgrupowane w ten sposób, iż wszystkie aniony są na jednym końcu włókna mięśniowego, a kationy na drugim, pod wpływem wysiłków fizycznych mieszają się ze sobą bezładnie i to warunkuje zmęczenie. Podobno działanie na zmęczone mięsień silnego pola elektromagnetycznego, które ponownie rozsuwa jony różnych znaków, przywraca zdolność do pracy.

Nie będziemy tu wymieniali innych teorii zmęczenia, faktem jest jednak, że żadna z nich nie oświetla w sposób jednolity poznanych zjawisk, towarzyszących zmęczeniu, w którym mamy do czynienia z komponentami fizycznymi i psychicznymi, a te ostatnie tkwią przeważnie w sferze niedostępnej doświadczeniu. Dodać trzeba, że w miarę dokładniejszych badań omawianego tu zjawiska poznawane są coraz to nowe komponenty natury fizjologicznej. Tak np. stwierdzono, że wielką rolę w zjawiskach zmęczenia grają również gruczoły wydzielania wewnętrznego, jak np. przysadka, tarczyca, nadnercze itp. Wszelkie zmiany, zachodzące w tych gruczołach, mogą w szczególny sposób wpływać na intensywność oraz czas pracy. Tak np. nadczynność tarczycy wznaga od początku intensywność pracy, lecz szybko występuje zmęczenie, i krzywa wydajności dość gwałtownie opada. W swoich doświadczeniach dawałem do wykonywania szeregowi osób identyczną pracę, której przeciętny czas trwania ustaliłem w badaniach przygotowawczych i stwierdzałem w bardzo licznych przypadkach u osób z mniej lub więcej wyraźnymi objawami nadczynności tarczycy wydłużenie czasu wykonywania pracy z jednoczesnym skróceniem normalnego czasu reagowania na podniety wzrokowe. Osłabiona czynność tarczycy powoduje niżenie intensywności pracy i szybko występuje zmęczenie. Podobny wpływ na pracę mięśniową wywiera również czynność przysadki mózgowej. Obserwacje kliniczne stwierdzają ogólne

osłabienie również w związku z obniżoną czynnością nadnerczy. Nieco inaczej przedstawia się sprawa z gruczołami płciowymi: ich wzmożona czynność podnosi intensywność pracy, choć długotrwała ona nie jest, natomiast zmniejszona ich czynność obniża intensywność pracy, lecz czyni ją długotrwałą.

Ważne jest również zagadnienie, czy zmęczenie bierze początek w ośrodkowym układzie nerwowym, czy też na obwodzie, tj. w mózgu, czy mięśniach. Jeżeli ruch mięśnia powstaje pod wpływem „rozkazu“, pochodzącego z mózgu, natenczas wyczerpanie „rozkazodawcy“ powinno ujawnić się w postaci bezruchu mięśnia. Istotnie, pewne fakty wskazują na owo zmęczenie pochodzenia centralnego, pomimo bowiem wyczerpania mięśnie mogą się jeszcze kurczyć pod wpływem bodźców zewnętrznych, jak np. pod wpływem prądu elektrycznego. Zwolennikiem powyższego poglądu był M o s s o, jednak J o t e j k ó w n a wskazała na szereg faktów, które raczej świadczą na rzecz zmęczenia obwodowego. Dotąd jednak teoria „zmęczenia centralnego“ posiada więcej zwolenników.

Przejdźmy obecnie do metod badania zmęczenia. Jeżeli założymy, iż wyrazem zmęczenia jest obniżenie, a wreszcie i czasowa (lub stała) niezdolność do określonego reagowania na pewne podniety, to owo zjawisko obserwuje się zarówno w przyrodzie martwej, jak i żywej. Tak np. materiał, często obciążany w granicach swej sprężystości, traci zdolność powrotu do poprzedniego kształtu, lecz „odpoczynek“ tę zdolność przywraca mu ponownie. Szkło w bańce katodowej, intensywnie świecące pod wpływem promieni katodowych, po pewnym czasie traci tę zdolność świecenia, lecz po „odpowiednim wypoczyнку“ zaczyna świecić ponownie. Czulek wstydlivy (*mimosa pudica*) kurczy swe listki pod wpływem dotknięcia i po kilku dotknięciach traci zdolność ich rozprostowywania, a dopiero po dłuższym „wypoczyнку“ przybiera poprzednią właściwość. Zmęczenie w świecicie zwierzęcym jest tak dobrze znane, że nie ma potrzeby go opisywać

W ergologii przy badaniu zmęczenia stosuje się liczne metody. Jedne z nich mają stwierdzać, czy zmęczenie już wystąpiło, a drugie — kiedy pod wpływem określonej pracy zaczyna ono się ujawniać. Do najstarszych metod zaliczyć można tzw. dynamometrię. Służący do tego celu przyrząd składa się z owalnie zgiętej sztabki ze sprężystego metalu, zaopatrzonej w odpowiednią wskazówkę oraz skalę, tak, iż po ściśnięciu tej sztabki w rękę odczytuje się na skali pewną liczbę kilogramów. Oczywiście, człowiek zmęczony mniej kilogramów wyciśnie, niż wypoczęty, przy czym zakłada się, że zmniejszenie nacisku jest proporcjonalne do zmęczenia, lecz i tu kompotent psychiczny płata często niespodzianki. Inna metoda polega na dotykaniu powierzchni ciała dwuramiennym cyrklem z rozstawionymi ostrzami i pytania przy tym osoby badanej, czy odczuwa dwa, czy też jedno ukłucie. Zostało stwierdzone, że człowiek zmęczony odczuwa pojedyncze ukłucie przy takim rozstawieniu ostrzy, przy którym, będąc wypoczęty, odczuwa dwa ukłucia. Istnieje spostrzeżenie, że pod wpływem zmęczenia słabnie bystrość wzroku i ostrość słuchu. I te zjawiska wykorzystywano do badania zmęczenia. Istnieją również próby podobnego badania, rejestrujące zmiany oddychania, tętna itp.

Inny sposób badania zmęczenia polega na wykonywaniu określonej pracy, przy czym mierzy się czas jej wykonania, ilość w kgm lub innych jednostkach fizycznych; wreszcie przy pomocy odpowiednio skon-

struowanych pisaków uzyskuje się tzw. „krzywą pracy“. W warsztatach stosowano metodę tzw. pracy bieżącej. Tak np. A m a r wazył ilość opiłków metalowych, wyprodukowanych przez wykonawcę w trakcie ścinania pilnikiem określonej sztaby. G i l b r e t h liczył ułożone przez murarzy cegły. W przemyśle niekiedy określano liczbę wyprodukowanych jednostek lub do badań używano listy płacy (w pracach akordowych) itp. Autor niniejszego *) skonstruował w swoim czasie przyrząd, zwany kwantometrem, którego stosowanie na tym polegało, że badana osoba wprawiała w ruch przy pomocy korby dynamomaszynę. Wyprodukowaną energię elektryczną zużywano lampami żarowymi, a prąd przechodził przez amperomierz, rejestrujący graficznie natężenie prądu oraz przez licznik pracy. Na szerokiej taśmie, poruszanej przez przyrząd zegarowy, piórko amperomierza kreśliło całkowity przebieg pracy, aż do zmęczenia. Powyższa metoda pozwoliła nie tylko na stwierdzenie średniej mocy motoru ludzkiego, lecz również na badania krzywej zmęczenia, przy czym ujawnił się fakt nader znamienny: jakkolwiek ilość wyprodukowanej przez określonego człowieka energii w różnym czasie może być odmienna, jednak forma krzywej zmęczenia posiada kształt niezmienny, indywidualny.

Badanie zmęczenia pod względem praktycznym posiada między innymi to znaczenie, że, wiedząc, jaka praca fizyczna i w ciągu jakiego czasu ma być wykonywana, z drugiej zaś strony — znając teoretyczną wydajność „motoru“ można przewidywać jej ilość. Wydajność pracy w ciągu dnia ulega wahaniom, ponieważ wywierają tu wpływ różne czynniki jak np. ćwiczenie, zmęczenie itp. Pod wpływem zmęczenia nie tylko obniża się wydajność, lecz stan podobny usposabia pracownika do ulegania wypadkom, przeto w celu zapewnienia pożądanej wydajności oraz w celu zapobiegania wypadkom konieczne są przerwy w pracy dla wypoczynku. Jak często należy robić owe przerwy, oraz jak długo one trwać winny, o tym może pouczyć tylko doświadczenie, w szczególności przy stosowaniu metod badania zmęczenia. Badanie określonej pracy ze stanowiska ergologii może również doprowadzić do wytycznych o jej właściwym rytmie i tempie, a wiadomo, że właściwy rytm prac znacznie wzmacnia jej wydajność.

Tak oto w najogólniejszych zarysach przedstawia się fizjologiczny aspekt zawodoznawstwa. Wszelka praca, jako zjawisko psychofizjologiczne, posiada również swój aspekt psychologiczny.

Aspekt psychologiczny pracy a psychotechnika.

W zawodoznawstwie poczesne miejsce zajmuje zagadnienie odpowiedniości pracownika do jego czynności zawodowych. Rozwiązanie powyższego zagadnienia wymagałoby z jednej strony poznania właściwości pracy zawodowej, z drugiej zaś poznania właściwości jej wykonawcy — człowieka. Orzeczenie o przydatności jakiegoś kandydata do wykonywania określonej pracy zawodowej mogłoby teoretycznie opierać się na stwierdzeniu, że jego właściwości odpowiadają „wymaganiom“ danego zawodu. Nazwę „wymagania“ będziemy rozumieli w tym sensie, że jakiś człowiek, posiadający określone cechy A, B, C, może wykonać daną pracę, a człowiek, który ich nie posiada, tejże pracy wykonać nie może. Nie należy tylko powyższego zdania

rozumieć w sposób zawyży: tu po prostu chodzi o twierdzenie, że np. daltonik barw nie wyróżni. Pominiemy narazie sprawę, czy i do jakiego stopnia można poznać właściwości wykonawcy, tutaj dodamy słów parę o poznawaniu właściwości pracy zawodowej. Dokładnie poznać właściwości jakiejś pracy zawodowej można wtedy jedynie, gdy się ją przez czas dłuższy osobiście wykonywa, lecz dla celów lekarskich (np. obmyślanie wskazań higienicznych, orzekanie o zdatności do pracy itp.) wystarczy zaznajomienie się z opisem niektórych procesów wytwórczych, ewentualnie przyjrzenie się im w warsztacie. W danym zakresie piśmiennictwo polskie jest ubogie: oprócz nieznacznej liczby tzw. monografi zawodowych nie mieliśmy żadnego podręcznika, obejmującego większą liczbę zawodów, i dopiero teraz praca S. R u d z i ń s k i e g o tę lukę wypełnia.

Ze każdy rodzaj pracy zawodowej wymaga od wykonawcy odpowiedniego przygotowania oraz pewnych cech fizycznych i fizjologicznych przy odpowiednim stanie zdrowia, to nie ulega żadnej wątpliwości, i, jeżeli lekarz zna pracę, którą jakiś człowiek ma wykonywać, oraz stwierdzi stan zdrowia danego kandydata i jego warunki fizjologiczne, to może wydać uzasadnioną opinię, czy on do określonej pracy się nadaje. W niektórych przypadkach można by pokusić się nawet o doradzenie jakiemuś człowiekowi odpowiedniej dla niego pracy.

Pracę człowieka można rozpatrywać bądź pod względem postępu, bądź pod względem przeżycia pracy, bądź pod względem jej wyrażania. Otóż postęp w pracy zależy nie od żadnej sprawności szczegółowej „wykrywanej“ metodą psychotechniczną, tj. bynajmniej nie zależy od tego, czy kto szybko nawleka, punktuje, celuje, trafia itp., lecz przede wszystkim od głębszych warstw osobowości, od czynników instynktowych i woluntalnych, od ambicji, osobistych zainteresowań itp. Dziedzina przeżyć pracy jest zagadnieniem, jak człowiek ustosunkowuje się do swej pracy oraz jaki wpływ psychiczny praca wywiera na niego. Wreszcie problem wyrażenia pracy brzmi: jak człowiek przejawia siebie w pracy, i jak go ona rozwija i formuje. Należy podkreślić, że psychologia zawodów nie tylko dotąd nie została opracowana, lecz nie posiada ogólnych zasad naukowych systematyki i klasyfikacji zawodów. Praca w ogóle, a praca zawodowa w szczególności, jako specjalizowana forma czynności człowieka, jest produktem i wyrazem jego współdziałania w procesie społecznego podziału czynności. Zatem należy ona do kategorii społecznych i historycznych. Z tego stanowiska mogłaby wyjść psychologia i odszyfrować istotę pracy zawodowej. Stało się jednak inaczej, sprawę wzięła w swe ręce psychotechnika i rozbudowała swe koncepcje na grubym empiryzmie, jako na drodze najmniejszego oporu. Poznawanie zawodów polegało na zbieraniu jaknajwiększej liczby danych empirycznych o właściwościach psychologicznych, odpowiadających różnym zawodom. Już powierzchowna analiza tego materiału okazuje jego nikłą wartość naukową przede wszystkim dlatego, że dotąd nie został ustalony system pojęć, któreby jednoznacznie charakteryzowały psychologiczne własności zawodów. Określenia, dobierane zwykle do psychologicznej charakterystyki zawodów, są tak pstrze i nieściśle, że niekiedy trudno zdać sobie sprawę z ich sensu. To dotyczy przede wszystkim tych pojęć psychologicznych, które w psychotechnice mają służyć jako określenie pewnych właściwości, wymaganych od człowieka w danym zawodzie, i każde

*) P. M a c e w i c z. Z badań pracy fizycznej. „Psychotechnika“ Nr 2 — 1929.

z nich (np. uwaga podzielna, ścisłość ruchów, inteligencja techniczna itp.) zawiera w sobie wyraz tego stosunku, jaki przypuszczalnie zachodzi pomiędzy dyspozycjami psychicznymi a objektem czynności zawodowej, innymi słowy, każdy człowiek, uzdolniony do wykonywania czynności pewnego zawodu, posiada rzekomo specjalne ku temu dyspozycje.

Teoretyczną podstawą dla psychologii zawodów mogłaby niewątpliwie być nauka o uzdolnieniach człowieka, która dawałaby przesłanki do sądów o zdatości zawodowej, lecz podobna nauka nie istnieje, wobec czego brak wyraźnego systemu pojęć, dla określenia owych uzdolnień. W literaturze psychotechnicznej znajdujemy liczne przykłady tego, że profesjogramy różnych zawodów, tworzone dla określenia zdatości zawodowej, ze względu na nomenklaturę psychologiczną są nader do siebie podobne, chociaż w rzeczywistości istnieją głębokie różnice psychologiczne pomiędzy danymi zawodami. Z drugiej strony pokrewne cechy psychologiczne u różnych autorów oznaczane są całkiem odmiennie, co właśnie uniemożliwia stworzenie psychologicznej systematyki zawodów. Jednak to dopiero jest wstępem do szeregu błędów, czynionych w tej dziedzinie. Te błędy szczególnie widoczne są wtedy, gdy psychologiczna analiza zawodu nie ogranicza się do prostego wykazu niezbędnych rzekomo cech i dyspozycji, lecz usiłuje określić związki wewnętrzne pomiędzy nimi, lub wtedy, gdy usiłuje przeniknąć w tzw. strukturę zawodową, to jest w zawiły akord ważnych w zawodzie cech i dyspozycji. Niepowodzenie tym się tłumaczy, że dotąd nie wyjaśniono samej zasady strukturalnego formowania zawodu. Na ogół w psychotechnice istnieje pociąg do pewnej prymitywnej koncepcji, według której istnieją w człowieku wielopostaciowe i autonomiczne uzdolnienia. Tę naiwną doktrynę w psychotechnice stosuje się wprost mechanicznie, i figuruje ona w stanie ukrytym przy traktowaniu zagadnienia o zasadniczych przesłankach psychologicznych przy określaniu zdatości zawodowej. Rozkładając czynność zawodową człowieka na poszczególne elementy, przyporządkowuje się każdemu elementowi jakąś specjalną umiejętność lub nawyk, które są rzekomo wynikiem określonego uzdolnienia. W rezultacie wyobraża się, że zawod aktualizuje w człowieku tyle różnorodnych uzdolnień, ile w zawodzie napotyka się elementarnych operacji i nawyków. Ze stanowiska psychologii należy podkreślić, że zawód, jako pewna forma aktywności człowieka, jest czynnością celową, którą charakteryzuje świadoma gotowość i wola do wykonania celowych aktów. Istotna analiza psychologiczna zawodów jest jednocześnie jego syntezą, która mogłaby nas doprowadzić do pojmowania struktury zawodowej. Poza tym musimy uwolnić się od fałszywego poglądu na stałość zawodowych czynności człowieka, przestać uważać pracę za coś skostniałego, a właściwości człowieka, aktywowane w pracy zawodowej, za niezmiennie. Należy o tym pamiętać, że jedne zawody wymierają, inne się rodzą, a wszystkie prawie reorganizują się i już zawierają w sobie zarodki przyszłych zawodów.

Na zakończenie musimy dodać słów parę o tzw. traumatyzmie przemysłowym, przez co rozumiemy całokształt warunków, powodujących nieszczęśliwe wypadki w przemyśle. Walka z traumatyzmem przemysłowym wymaga zastosowania odpowiednich badań, lecz dotąd sprawa powyższa nie została właściwie postawiona, ponieważ:

1) przy badaniu nieszczęśliwych wypadków sztucznie się izoluje ów traumatyzm od socjalnych i ekonomicznych czynników, które go wywołują,

2) nie uwzględnia się charakteru konkretnej pracy, jej rozwoju i jej zmian,

3) zakłada się istnienie pewnej, jedynej cechy psychologicznej, charakteryzującej niebezpieczne zawody,

4) uważa się niemal za pewnik istnienie biologicznej dyspozycji robotników do ulegania nieszczęśliwym wypadkom,

5) bez psychologicznej analizy jakościowej niebezpiecznych zawodów dokonywa się badań psychotechnicznych pewnych „funkcyj“, których braki składają się rzekomo na traumatyzm u poszczególnych osób.

Prawo statystyczne powtarzalności nieszczęśliwych wypadków, mające uzasadnić logiczny wywód o zależności późniejszych wypadków od istnienia dawnych, nie jest słuszne, ponieważ określony związek wskaźników traumatyzmu według okresów nie oznacza przyczynowego związku czynników, warunkujących traumatyzm w tych i innych okresach. Zeby dowieść znaczenia wskaźników powtarzalności jako cechy ogólnej dyspozycji pewnych osób do ulegania wypadkom w porównaniu z innymi osobami, należałoby im się przyjrzeć w warunkach innego zawodu, gdzie poprzedni traumatyk mógłby znaleźć się w liczbie osób, nie ulegających wypadkom. Badania testami i aparatami osób, ulegających i nieulegających nieszczęśliwym wypadkom według *ad hoc* skonstruowanych „profesjogramów“ traumatyka, daje niekiedy jakieś różnice we wskaźnikach, jednak nie wiadomo, czy się natrafia na „funkcje“, odpowiadające konkretnemu wypadkowi traumatyzmu, a same różnice wskaźnikowe, mając jeno statystyczne znaczenie, maskują istotną naturę traumatyzmu i zacierają w nim rolę czynnika osobistego. Te różnice we wskaźnikach mogą zależeć od wykształcenia w zawodzie danego robotnika, od jego wykształcenia ogólnego, od czasu pracy, od wieku wykonawcy itp.

Walkę z traumatyzmem powinna być prowadzona wspólnie z inżynierami bezpieczeństwa pracy i lekarzami, przy czym główną rolę gra technika bezpieczeństwa (urządzenia ochronne). Jakkolwiek przyczyny traumatyzmu są nader liczne i zależą od technicznych, socjalnych, gospodarczych itp. warunków, niemniej jednak w miarę zastosowania różnego rodzaju urządzeń ochronnych i udoskonalenia procesów wytwarzania traumatyzm maleje i w pewnych zakładach przemysłowych tą drogą może być doprowadzony do *minimum*.

Jest jeszcze inny sposób walki z traumatyzmem, który polega na udoskonaleniu technicznych nawyków robotnika przez dokładne zaznajomienie go z procesem wytwarzania, przez podwyższenie jego kwalifikacji zawodowych, przez ulepszanie warunków higienicznych, wreszcie przez podniesienie kulturalnego i społecznego poziomu robotników.

W obecnym czasie szereg procesów wytwórczych na skutek pracy inżynierów uległ tak znacznej poprawie pod względem higienicznym, że zarówno zmniejszyła się liczba chorób zawodowych, jak i zmalała zapadalność na nie, jednak są nadal takie rodzaje prac, przy których wykonywaniu pracownicy zapadają na charakterystyczne dla danych warunków schorzenia.

Wobec tego, że zarówno traumatyzm zawodowy, jak i choroby zawodowe powodują w gospodarstwie społecznym olbrzymie straty natury moralnej i materialnej, przeto konieczność walki z nieodpowiednimi warunkami

mi pracy zawodowej jest powszechnie doceniana, i szczególnie w ostatnich czasach współpraca lekarza-zawodowca z inżynierem bezpieczeństwa pracy poczyna dawać dodatnie rezultaty. Do zadań lekarza fabrycznego należy rejestracja schorzeń w danych procesach wytwórczych, analiza ich przyczyn oraz stosowanie dostępnych mu środków zaradczych, jak np. dobór odpowiednich pod względem stanu zdrowia pracowników itp. Lekarz komunikuje swoje spostrzeżenia inżynierowi bezpieczeństwa, a ten obmyśla i w miarę możliwości realizuje odpowiednie środki ochronne natury technicznej.

Wiedza zawodoznawcza, tj. znajomość procesów

wytwórczych oraz ich warunków — w czynności zawodowej człowieka posiada niezmierną wartość zarówno dla poczynań higieny i bezpieczeństwa pracy, jak i dla samej organizacji pracy: ulepszyć proces wytwórczy, scharmonizować z sobą jego poszczególne etapy i części składowe, wzmoczyć wydajność, obniżyć koszty własne nie tylko pod względem materialnym, lecz i pod względem zaoszczędzenia wysiłków fizycznych i psychicznych wykonawcy jest możliwe wtedy jedynie, gdy się wie dokładnie, jak obecnie przebiega proces wytwórczy, oraz jakiego nakładu energii ludzkiej i środków materialnych on obecnie wymaga.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	28.VIII— 3/IX	4/IX — 10/IX	11/IX — 17/IX	18/IX — 24/IX
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	455 (32)*	631 (25)	644 (40)	609 (38)
Dur rzekomy	(0)	0	1 (0)	2 (0)
Dur osutkowy	12 (0)	5 (0)	12 (0)	8 (1)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	441 (60)	471 (32)	440 (45)	455 (45)
Płonica	401 (9)	459 (2)	448 (1)	583 (5)
Błonica	243 (13)	269 (12)	374 (19)	424 (15)
Zapal. op. mózgu	17 (1)	14 (3)	11 (4)	12 (4)
Odra	68 (1)	62 (0)	91 (1)	205 (0)
Krzusiec	231 (6)	317 (11)	262 (5)	265 (4)
Malaria	6 (0)	4 (0)	5 (0)	3 (0)
Gorączka połogowa	20 (3)	25 (5)	27 (11)	17 (7)
Chor. Heine-Medina	7 (3)	4 (1)	6 (1)	2 (0)
Zap. mózgu, śpiączk.	0 (1)	0	4 (1)	0
Choroba Banga	1 (0)	1 (0)	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	511 (207)	485 (177)	514 (175)	533 (211)
Róża	108 (50)	104 (2)	101 (3)	98 (4)
Jaglica	254 (0)	360 (0)	381 (0)	415 (0)
Twardziel	1 (0)	3 (0)	2 (0)	2 (0)
Wąglik	0	2 (0)	1 (1)	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— W Śródborowie - Otwocku jest do objęcia kompletnie urządzone gabinet chirurgiczny po zmarłym D-rze Centnerszwerze. Wiadomość, w Warszawie, tel. 8.40-48 od 5 do 8 pp., w Śródborowie, ul. Syrokomi, Czytelnia „Światlica“, tel. 51-83 (II-ga podmiejska).

— Nakładem Polskiego Towarzystwa Higienicznego wydana została Tablica wzrostu i wagi dziecka do 16-go roku życia, opracowana przez R. Barańskiego, Z. Bogdanowicza i Z. Łomnickiego (przedruk z „Pediatrii Polskiej“ tom XVIII, zeszyt 2, r. 1938). Tablica ta, oparta na badaniach dzieci polskich, zastąpić winna podobne tablice autorów zagranicznych, oparte na pomiarach dzieci obcych. Tablica wydana na kartonie (35 cm×45 cm) może mieć zastosowanie w poradniach dla matki i dziecka, żłobkach, sierocińcach, szkołach powszechnych i innych zakładach wychowawczych. Cena 1-go egzemplarza 20 gr; przy przesyłce pocztą dochodzi koszt przesyłki i opakowania. Do nabycia w Składnicy P. T. H. Warszawa, ul. Karowa 31.

— Otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie komunikat następujący: 50-lecie Nowin Lekarskich. W r. 1888 zebrała się garstka optymistów spośród lekarzy poznańskich z dr Zielewiczem na czele, by założyć polskie czasopismo lekarskie. Gdy dzisiaj przegląda się 50 roczników „Nowin Lekarskich“, to już po grubości tomów widać różne dzieje Nowin wśród burzliwego okresu historycznego, poprzez który lekarze

poznawszy nieśli, a często z trudem dźwigali sztandar nauki polskiej. Walka o byt jedynego czasopisma lekarskiego polskiego w kleszczach 30 letniego pruskiego ucisku mogła udać się jedynie niespożytej energii i płomiennemu patriotyzmowi zarówno redaktorów, jak i współpracowników „Nowin Lekarskich“. Toteż wśród autorów prac, pisanych do Nowin, spotykamy nazwiska wybitnych lekarzy tego okresu ze wszystkich zaborów, a nie tylko ludzi, mieszkających na ziemiach dawnego Królestwa, bo również i ci lekarze Polacy, rozproszeni w głębokiej Rosji, na Sybirze, Kaukazie, czy też na Bałkanie, wszyscy oni złożyli swój dorobek w Nowinach Lekarskich jako dokument polskiej kultury. Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk pragnie tym wszystkim założycielom, redaktorom i współpracownikom „Nowin Lekarskich“ złożyć należny hołd przez uroczysty obchód 50-lecia Nowin. Obchód ten będzie jubileuszem podwójnym, gdyż na listopad br. przypada również 20-lecie pamiętnego posiedzenia Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. z listopada 1918 r., który był zaczątkiem organizacji sanitarnej zachodniej Polski. W sobotę, dnia 26 listopada br. odbędzie się w tym celu uroczyste posiedzenie Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. o godz. 17,30 w małej Auli Uniwersytetu oraz wieczorem bankiet w sali Bazarowej. Zaproszenia wysłała Administracja Nowin Lekarskich, Poznań, ul. Skarbowska nr 9, tel. 55-73.

— W dniu 31 grudnia 1938 r. mija drugie trzeciecie nagrody konkursowej im. Seweryna Sterlinga ufundowanej przez Towarzystwo Lekarskie Łódzkie w dn. 4.I.1933 r. Informacji o warunkach konkursu zasięgnąć można pod adresem Towarzystwa: Łódź, Pierackiego 9.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

8.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Helena Lewińska. Promienica wargi sromowej imitująca *Bartholinitis*. 2. Włodzimierz Filiński. Rozbiór i wywód nadciśnienia. Część I-sza. 3. Anastazy Landau, Jakub Bauer i Józef Szyfenberg. O wartości rozpoznawczej posiewów punktatu mostkowego w durze brzuszny.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XXXV. Płuco czy lekkie?

Wprawdzie nazwa polska narządu oddechowego „płuco“ jest ogólnie przyjęta i przez wielu uważana za nazwę rdzennie polską, nie zmienia to jednakże faktu, że jest ona jedynie zniekształceniem i przystosowaniem do ucha polskiego terminu łacińskiego „*pulmo*“. Ponieważ jednak dążyć powinniśmy do usamodzielnienia Polski nie tylko politycznego i gospodarczego, lecz również duchowego, przeto stała nasza troską powinno być również usuwanie z polskiej skarbnicy duchowej, którą jest język, wszelkich zbytecznych wyrazów obcych, zanieczyszczających lub wręcz zaśmiecających w liczbie aż zbyt wielkiej język polski. Oczywiście, w tej trosce należy unikać wszelkiej szkodliwej przesady, wszelkiego radykalizmu i chorobliwego nowatorstwa. Uda

się zaś to najłatwiej, jeżeli w dążeniu do oczyszczenia języka będziemy stale pamiętali o konieczności mocnego trzymania się prąródła języka — gwary ludowej. Wszelka reforma języka, oderwana od tego prąródła, staje się czymś sztucznym, nie-trwałym i słabym, jak ów mitologiczny Anteusz. Otóż, ta gwara ludowa polska ma na oznaczenie terminu „płuco“ rodzimy obra-

zowy termin „lekkie“, który powinien być wprowadzony do przybytku wiedzy zamiast wycofanego zeń terminu „płuco“. Naturalnie, przejdzie czas jakiś, zanim ucho i oko otrzaskają się z nowym mianem polskim, lecz od nas samych, naukowców polskich, tylko zależy, by ten czas próby możliwie skrócić.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

BIRO M. La maladie de Little et ses complications psychiques.

Au cours de la maladie de Little on observe parfois des symptômes psychiques. Le rapport, qui existe entre les troubles psychiques et cette maladie n'est pas encore bien éclairé. L'auteur discute ce thème, en se basant sur ses 37 cas. Il a remarqué des troubles psychiques dans 50% parmi ses malades. L'âge du début de la maladie n'avait aucun rapport avec des symptômes psychiques. Ces troubles se manifestaient ou simultanément avec les symptômes physiques ou les précédaient. Dans la majorité de cas l'auteur trouvait une certaine relation entre les symptômes psychiques et la configuration du crâne. Les signes de la dégénérescence ne coexistaient pas toujours avec l'état psychique. Parfois les troubles psychiques accompagnaient les perturbations endocriniennes. Certaines personnes avec des troubles psychiques présentaient une salivation abondante, mais l'exagération de la salivation on a observé de même chez quelques malades psychiquement normaux. L'examen psychique reste difficile chez les malades, présentant troubles de la parole, mais la parole défecueuse peut y exister sans aucun trouble psychique. L'auteur trouvait le plus souvent les troubles de la parole s'expliquant par la difficulté de l'articulation. Les troubles de la parole étaient indépendants de l'âge du début de la maladie. Dans certains cas les troubles de la parole commençaient ou éventuellement s'exagéraient au cours de la maladie. Il était difficile de définir le rapport entre les troubles de la parole et l'état de l'ouïe (certains malades avec les perturbations de la parole présentaient une bonne ouïe). La grande majorité avaient l'ouïe trop sensible. Il n'existait aucune corrélation entre les perturbations de la parole et la capacité musicale, de même entre cette capacité et l'état psychique. L'auteur n'observait pas de parallélisme entre les troubles psychiques et l'intensité, ainsi bien qu'avec le cadre du tableau clinique. Quoique les troubles psychiques accompagnent souvent l'épilepsie, l'auteur ne trouvait pas cette corrélation dans la maladie de Little. Les symptômes psychiques ne présentent pas un épisode particulier des maladies en général; ils se manifestent, même prévalent dans un certain nombre de maladies. Chez les enfants on ne trouve qu'un petit cadre des maladies psychiques. Leurs maladies psychiques se caractérisent le plus souvent par le développement retardé ou diminué. On y observe le développement insuffisant sous la forme de l'idiotie, de l'imbécillité ou de la débilité psychique. Parmi les cas de l'auteur on notait 4 de l'idiotie, 7 de l'imbécillité et 6 de la débilité psychique. Le degré des troubles psychiques était indépendant de l'âge du début de la maladie de Little (4 idiots avec les symptômes de la maladie de Little depuis les premiers jours de la vie, resp. de les premiers mois, 6 imbéciles avec de ces symptômes dès la naissance,

resp. de les premiers mois, 5 cas de débilité psychique avec les symptômes physiques de Little depuis de premières semaines de la vie, resp. depuis les premiers mois). Les données de l'auteur nous prouvent, qu'il ne faut pas se dépêcher avec le diagnostic du degré de l'insuffisance psychique chez les enfants. Deux malades (agés de 2 et 5 ans) pouvaient être soupçonnés au début de leur maladie comme idiots et au bout de quelques années ils se déclaraient comme imbéciles. Les troubles psychiques se manifestaient aussi bien dans le type pyramidal, extrapyramidal et mixte de la maladie. Les données de l'anatomie pathologique n'éclaircissent pas beaucoup l'état psychique. L'amélioration des troubles psychiques peut être expliquée par la présence des perturbations inflammatoires coëxistantes avec la dégénérescence. On ne remarque pas toujours l'amélioration de tous les symptômes. L'état psychique peut s'améliorer parallèlement à l'état physique ou indépendamment de lui, même dans les cas, dont les symptômes physiques débutaient aux premiers moments de la vie. En cas de bon état psychique nous pouvons souvent faire un bon pronostic pour le psychisme de l'avenir. Le bon état psychique donne des chances pour l'amélioration de l'état physique.

J. CHANARIN. L'asthme bronchique dans l'image roentgenologique.

L'auteur attire l'attention sur le fait caractéristique, que pendant l'accès de l'asthme bronchique a lieu une dilatation de la crosse de l'art. pulmonaire, disparaissant immédiatement après l'accès. Caractéristiques pour l'asthme bronchique chronique sont: signes d'emphysème compliqués d'enduration des bronches consecutive aux catarrhes incessants, aplatissement et diminution de la mobilité du diaphragme et changement des contours du coeur, d'abord en forme de sa diminution consecutive à l'abaissement de la base et à la torsion de l'axe du coeur et dans la période plus avancée c'est la dilatation de ses dimensions commençant par l'oreillette droite et aboutissant graduellement au ventricule gauche. En outre l'auteur souligne l'apparition prompte de la sclérose des vaisseaux et de l'aorte chez les asthmatiques.

P. MACEWICZ. La connaissance des professions et l'hygiène du travail.

L'auteur présente une courte histoire d'hygiène du travail. Dans le chapitre sur l'aspect physiologique du travail l'auteur parle de la fatigue et de l'hygiène professionnelle. L'article termine par le chapitre sur l'aspect psychologique du travail, ou l'auteur décrit la traumatologie et la psychotechnique en y ajoutant, que les méthodes de cette dernière ne sont pas suffisantes pour la décision sur la capacité professionnelle.

TREŚĆ: M. BIRO. Choroba Littlea a zaburzenia psychiczne. (Dok.) — J. CHANARIN. Dychawica oskrzelowa w obrazie rentgenowskim: a) W okresie napadu. b) W przewlekłym stanie. (Dok.) — H. J. LANDAU. Nowsze prace z dziedziny choroby gośćcowej. (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — P. MACEWICZ. Higiena pracy i zawodoznawstwo. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO La maladie de Little et ses complications psychiques. (fin). — J. CHANARIN. L'asthme bronchique dans l'image roentgenologique. (fin). — H. J. LANDAU. Travaux récents sur la maladie rhumatismale. (Rev. gén. fin). — P. MACEWICZ. La connaissance des professions et l'hygiène du travail. (Rev. gén. fin).