

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 29

WARSZAWA, 6 WRZEŚNIA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Instytutu Leczenia Radem Łódzkiego Tow. Zwalczania Raka.
(Lek. Nacz. Dr. med. J. MARZYŃSKI).

Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych¹⁾.

Podał

Dr. med. J. M. BARCIŃSKI (Łódź).

Jeszcze przed niespełna 25-u laty jedynym sposobem leczenia nowotworów złośliwych był zabieg operacyjny. Ponieważ jednak pierwsze najwcześniejsze objawy nowotworów złośliwych zależą od istniejącego już, częstokroć bardzo zaawansowanego w swoim wzroście guza; najwcześniejsze przeto rozpoznanie okaże się w olbrzymiej ilości wypadków już spóźnione, by cierpiący mógł być leczony drogą operacyjną. Wypadki te niemal bez wyjątków ulegały zagładzie, niema bowiem drugiego cierpienia, któreby z taką bezwzględną pewnością prowadziło do zejścia śmiertelnego. W przypadkach operowanych znakomita część podlegała nawrotom tego cierpienia.

Przyczyny częstości nawrotów szukano w pozostałych w organizmie, względnie w polu operacyjnym, komórkach rakowatych. Inna możliwość, mianowicie pozostawanie tkwiących w organizmie przyczyn, wywołujących schorzenie nowotworowe, była przez terapię nieuwzględniana dla prostych powodów, ponieważ nie znano ich. Żadna z wysuwanych wtedy hipotez nie była doświadczalnie potwierdzona. Jeszcze w r. 1911 wątpił Ribbert, czy jest rzeczą możliwą sztuczne wywołanie raka, a jeśli jest możliwe, to tylko w miejscach, gdzie istnieje wrodzony załazek guza. Olbrzymia ilość badań doświadczalnych ostatnich 15 lat rzuciła wiele światła na istotę schorzeń nowotworowych.

Dzisiaj jesteśmy w stanie środkami chemicznymi, promieniami Rtg., pasorzytami zwierzęcymi, bakteriami wywołać na dowolnym miejscu ciała zwierzęcego nowotwór złośliwy, a z załazka rakowatego w sensie Ribberta śladu nie zostało.

Żadna z teorii, dotyczących powstawania nowotworów złośliwych, nie dała wyczerpującej odpowiedzi: ani teoria Cohnheima, która każe rozwijać się nowotworom z odszczepionych i w nadmiernej ilości wyprodukowanych komórek embrjonalnych, ani teoria Ribberta, stanowiąca tylko uzupełnienie teorii Cohnheima, podług której za źródło nowotworów należy uważać komórki, względnie grupy komórkowe niekoniecznie embrjonalnej natury, które zostały przesunięte, względnie drogą mechaniczną, izolowane od macierzystego podłoża bez zaburzeń w ich odżywianiu, ani teoria Virchowa o drażniącym działaniu bodźców zewnętrznych, ani teoria pasorzytnicza. Teorie, upatrujące powstawanie nowotworów złośliwych w działaniu czynników zewnętrznych, mają w obserwacji klinicznej bardzo małe zastosowanie, tłumaczyć mogą one najwyżej niewielką grupę t. zw. „nowotworów zawodowych”. Teorie Cohnheima i Ribberta dotyczą tylko formalnego powstawania niektórych form nowotworowych, ale nie wyjaśniają, dlaczego nie z każdej odszczepionej komórki embrjonalnej, czy dojrzałej nie powstaje nowotwór złośliwy.

Ogólnie zarzuca się tym teorjom, że są dopasowane do pewnej grupy nowotworów, a nie obejmują całokształtu tych schorzeń: pomiędzy nowotworami złośliwymi a dobrotnymi zasadniczych różnic niema, przynajmniej pod względem anatomicznym, jak i pod względem biochemicznym. Ostry podział na guzy dobrotnie i złośliwe, rzecz tak ważna pod względem praktycznym, anatomicznie często nie da się przeprowadzić. Znane są guzy, pod względem budowy histologicznej, dobrotnie, a posiadające jednak cechy guzów złośliwych. Jednym z najbardziej znanych

¹⁾ Odczyt wygłoszony na posiedzeniu seminaryjnym Łódzkiego T-wa Lekarskiego w dniu 25 kwietnia r. b.

przykładów są pewne strumy gruczołu tarczowego, które pod względem histologicznym dają obraz dobrotliwych strum koloidalnych, a mimo to dają liczne przerzuty do organów wewnętrznych. Niejednokrotnie obserwowano, że dobrotliwe pod względem histologicznym nowotwory jak chondromaty, myomaty, fibromaty, angiomaty i lipomaty dają przerzuty i nawroty.

Anatomiczne badania guzów, mimo że poczyniły cały szereg doniosłych odkryć, ograniczają się jednak tylko do badania samego guza, jako takiego, i jego najbliższego otoczenia; z tych zmian lokalnych wyciągnąć można wnioski co do natury i siły bodźców miejscowych usposabiających do wzrostu guza. Badania te jednak tak długo będą miały wielkie znaczenie kliniczne, jak długo miejscowe tworzenie się guza będzie uważane za pierwotne i właściwe ognisko schorzenia. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, gdy schorzenie nowotworowe ujęte zostanie jako schorzenie ogólne, jako skaza chorobowa organizmu, a guz jako jeden z jej objawów.

Według dzisiejszego stanu wiedzy powstawanie nowotworów, w szczególności złośliwych, warunkuje współdziałanie dwóch czynników; zewnętrzny — oznaczany jako bodziec, i wewnętrzny — czynnik, leżący w konstytucji chorego. Obydwa te czynniki nawzajem mogą się uzupełniać, jeden lub drugi może być decydującym momentem w powstawaniu guza. Im silniejsze jest działanie bodźca, tem mniejsza może być skłonność do schorzeń nowotworowych i naodwrot. Im silniej jest wyrażona skłonność indywidualna do guzów złośliwych, tem słabiej może być wyrażona obecność i siła bodźca zewnętrznego. Ale w ten sposób bodziec, leżący w ramach fizjologicznych, mógłby być uważanym za współwinny w powstawaniu nowotworów złośliwych.

Nauka badania nowotworów złośliwych stała przez dłuższy czas pod przemożnym wpływem przeceniania czynników zewnętrznych. Przyczyna tego tkwi w rezultatach prac doświadczalnych nad sztucznym wywoływaniem raków — w pierwszym rzędzie raków smołowych. Cały szereg autorów wywołał u zwierząt przez długotrwałe smarowanie zwierząt smołą — raki, prawie w 100% wypadkach na dowolnym miejscu, bez różnicy wieku jeżeli zwierzę doświadczalne należało do gatunku zwierząt, wrażliwych na raka. I rzeczywiście w rakach smołowych usposobienie, konstytucja odegra niepozorną rolę wobec długiego i silnie wzmożonego działania bodźca zewnętrznego. Nie znaczy to jednak, by rak smołowy był czysto lokalnym schorzeniem, powstałym na miejscu działania smoły. Pierwszy zwrócił na to uwagę Lipschütz, że smołowanie wywołuje ogólne schorzenie, a tworzenie się raków na skórze jest jednym z objawów tego cierpienia. Stwierdzono cały szereg ciężkich zmian w wątrobie, śledzionie i nerkach. Prócz tego inni autorzy stwierdzili powstawanie raków w miejscach niesmołowanych. Jest to dowodem, że i w rakach smołowych ma miejsce współdziałanie dwóch czynników — wewnętrznego i zewnętrznego.

Pozostał jednak fakt, że bodziec zewnętrzny był punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych,

co skądinąd było potwierdzeniem teorii Virchowa.

Pojęcie to przeniesiono również do kliniki. Ale w klinice raki analogiczne do raków smołowych są naogół rzadkością. Tworzą one specjalną grupę „raków zawodowych”, które powstają na skutek długotrwałego i wzmożonego czynnika tej lub innej natury jakoto: smołowe i parafinowe raki skóry u robotników, raki kominarskie na skórze moszny, rak „Kangri” na skórze brzucha, rak szewcki na skórze dużego palca, rak dolnej wargi u palaczy fajek, raki spowodowane promieniami Roentgena i radu, raki anilinowe — dotyczą one wewnętrznych organów, przeważnie pęcherza moczowego. We wszystkich tych „rakach zawodowych” zawsze się da wykazać chronicznie działający szkodliwy czynnik zewnętrzny.

Zupełnie inny obraz w swoim powstawaniu jak i przebiegu klinicznym dają raki organów wewnętrznych z którymi spotykamy się w klinikach. Wykrycie czynnika zewnętrznego w olbrzymiej ilości wypadków jest możliwe. Wyjątek stanowią raki przewodu pokarmowego. Tutaj należy się liczyć z czynnikiem zewnętrznym, przyniesionym wraz z masą i jakością pokarmu. Różna częstość lokalizacji raków w poszczególnych narządach organu trawienia wskazuje etjologiczne znaczenie bodźca zewnętrznego; przełyk i żołądek, które są najbardziej poddane wpływom termicznym, chemicznym i mechanicznym treści pokarmowej, są najczęstszym siedliskiem raka. W jelitach cienkich z płynną zawartością treści pokarmowej rak jest bardzo rzadki, w jelicie grubym w miarę zagęszczenia się zawartości jelitowej rak występuje coraz częściej, a w prostnicy, najwięcej poddanej działaniem mechanicznym, ilość jego jest największa. Dowodzi to, że bodziec zewnętrzny w rakach przewodu pokarmowego ma znaczenie przynajmniej czynnika lokalizującego cierpienie w tem lub innym miejscu, a że na tem znaczenie jego zostaje wyczerpane dowodzą następujące okoliczności: stwierdzono, że największa ilość raków, a w szczególności przewodu pokarmowego przypada na lata od 40—70. Powyżej lat 70 ilość schorzeń rakowatych spada. Gdyby bodziec zewnętrzny miał znaczenie przyczynowe w powstawaniu guzów złośliwych, to w miarę dłuższej ekspozycji ilość schorzeń zwiększałaby się. Np. chroniczne zaparcie stolca jest niezmiernie rzadkie w anamnezie raków jelita grubego. Z drugiej strony jeżeli bodźce, wychodzące z treści pokarmowej, są tak ułożone, że u olbrzymich mas ludności, żyjących mniej więcej w tych warunkach i mniej więcej jednakowo odżywianych, nie wywołują ogólnie schorzeń rakowatych, a tylko sporadycznie, te poszczególnie wypadki należy oznaczyć jako predysponowane do schorzeń nowotworowych. Jest rzeczą jasną, że bodziec fizjologiczny, któremu podlegają wszyscy żyjący ludzie, nie może być brany w rachubę jako etjologiczny czynnik nowotworów złośliwych — najwyżej przypisać mu można rolę lokalizującą guz, który jest wytworem czynnika zewnętrznego.

Niemal z reguły rak organów zewnętrznych dochodzi do świadomości chorego już w stanie pełnego rozwoju — niemożliwością jest stwierdzić poprzedzające go zmiany. Raki powstałe wskutek

bodźców zewnętrznych, np. rak rentgenowski, poprzedzane są zmianami, które się tworzą w ciągu lat i które w każdej chwili klinicznie i anatomicznie dają się uchwycić. Cały szereg schorzeń, jak wrzód żołądka, chroniczny katar żołądka, kamica żółciowa, zapalne schorzenia gruczołu piersiowego i t. d. były opisywane jako stany, poprzedzające schorzenia rakowate u ludzi. Schorzenia te jednak nie są koniecznym warunkiem, poprzedzającym nowotwór, przeciwnie, dają się one wykazać w anamnezie chorych tylko w bardzo drobnym odsetku wypadków rakowatych. Wysunięty przez wiedzę teoretyczną postulat o koniecznym współdziałaniu czynników zewnętrznych i wewnętrznych w powstawaniu nowotworów, jest wobec obserwacji klinicznych również zachwiany.

O mechanizmie powstawania raków pod wpływem czynnika konstytucyjnego dotychczas nic pewnego nie wiadomo.

Obserwacje kliniczne pozwalają łączyć sprawę powstawania nowotworów złośliwych z zaburzeniami w układzie gruczołów dokrewnych: przemawia zatem większa wrażliwość na nowotwory starzejącego się organizmu, a w szczególności największa ilość nowotworów przypadająca na okres zaburzeń funkcji gruczołów dokrewnych. Największa ilość zaburzeń rakowatych u kobiet przypada na lata pomiędzy 40 a 50 rokiem życia, a u mężczyzn pomiędzy 60 a 80 rokiem.

Dziedziczność nowotworów stwierdzona została doświadczalnie u zwierząt, u ludzi nie jest dowiedziona. Jednak są rodziny u których schorzenia nowotworowe występują wyjątkowo często. Czy to jest przypadek czy prawo — trudno wyrokować.

Nie bez wpływu na powstawanie nowotworów są odżywianie i zewnętrzne warunki życia. Murzyni w swojej ojczyźnie niezmiernie rzadko zapadają na raka, a przeniesieni na grunt amerykański znacznie częściej na raka zapadają. Wrodzona odporność rasowa zostaje częściowo zwyciężona przez zmienione warunki życia w nowym środowisku. Znanie jest doświadczenie H a a l a n d a, który szczepił bezskutecznie myszy frankfurckie guzem, pochodzącym od myszy norweskich. Po dłuższym pobycie w Norwegii myszy te mogły z powodzeniem szczepić temi nowotworami. Rozumie się, że wchodzą tutaj w grę bardzo subtelne różnice w produktach odżywczych, zależne być może od właściwości gleby.

Przytoczę w tym miejscu rezultaty kilku najważniejszych klinicznych i doświadczalnych prac, które rzuciły nieco światła na mechanizm powstawania nowotworów złośliwych.

Na rolę gruczołów dokrewnych jeszcze w roku 1896 pierwszy B e a t s e n zwrócił uwagę. Wykonał on pierwszą kastrację przy nieoperacyjnym raku piersi. Wychodził on z założenia, że bodziec wzrostowy dla nabłonka gruczołu mlekowego wychodzący z jajników jest przyczyną jego chorobliwego bujania, wobec tego usunięcie jajników będzie miało hamujący wpływ na wzrost nowotworu. I rzeczywiście osiągnął tą operacją wybitne cofnięcie się guza i znaczną poprawę stanu ogólnego. Po operacji podawał pacjentkom przez dłuższy czas wyciągi gruczołu tarczowego.

W ostatnich czasach zwrócił uwagę W a t t e r m a n na pewne elektryczne własności tkanki nowotworowej. Normalna tkanka, umieszczana w fizjologicznym roztworze i poddana działaniu prądu elektrycznego, wykazuje stosunek pomiędzy napięciem prądu polaryzacyjnego i oporem O h m a minimum 0.5; tkanka nowotworowa wykazuje bezwzględną wartość tego stosunku 4,5 razy mniejszą. Coraz mniejsza wartość tego stosunku idzie równoległe do złośliwości guza. Tę elektryczną własność można doprowadzić do normy przez zmianę składu jonów środowiska, w której tkanka nowotworowa jest badana, przez dodanie Ca⁺⁺. Już oddawna było znanem, że w miarę wzrastania złośliwości guza, wzrasta zawartość K⁺, w miarę cofania się wzrasta zawartość Ca⁺⁺ w komórkach.

Odkrycie W a t t e r m a n a ma doniosłe znaczenie i jest punktem wyjścia do całego szeregu nowych uśiloowań terapeutycznych. Dowiódł on, że tkanka nowotworowa pod względem fizykalno-chemicznym stanowi niestały system, łatwo reagujący na wpływy fizykalne. W a t t e r m a n łączy tę właściwość ze zwiększoną przepuszczalnością błon komórkowych w guzach. Z punktu widzenia terapeutycznego jest do pomyslenia albo korektura w sensie ustalania normalnych warunków fizykalno-chemicznych drogą wprowadzenia np. Ca⁺⁺, albo też odchylenie w kierunku zwiększania przepuszczalności błon do takiego stopnia przy którym życie jest już niemożliwe — do rozpuszczenia się komórek np. przez wprowadzenie jonów ciężkich metali. Między innemi wspomnę, że w ostatnich czasach stwierdzono ścisły związek pomiędzy działaniem jonów i układem gruczołów dokrewnych.

Z kolei przytoczyć należy pracę F r e u n d a i K a m i n e r a. Stwierdzili oni w organizmie cały szereg biochemicznych zmian zupełnie określonej natury, tworzących według nich, istotę predyspozycji rakowatej. Rozważania ich wychodzą z następujących obserwacji: komórki rakowate, zawieszone w roztworze fizjologicznym, rozpuszczają się pod wpływem normalnej surowicy i wyciągów normalnych organów, natomiast surowica ludzi chorych na raka jest bez wpływu na komórki. Autorem tym udało się wyeliminować czynną w tej reakcji substancję z normalnej surowicy. Jest to nasycony dwuzasadowy kwas tłuszczowy o formule chemicznej C₄₂H₇₈O₇. Bardzo zbliżony pod względem budowy chemicznej jest kwas bursztynowy, który posiada jeszcze większą zdolność rozpuszczania komórek rakowatych. Ze surowicy końskiej substancję tę można otrzymać w dużej ilości. Z organów zdrowych największą ilość tej substancji rozpuszczającej daje grasica. Iz tego miejsca znów rzucony jest pomysł, wiążący z jednej strony częstość nowotworów, a z drugiej strony wiek i układ gruczołów dokrewnych w jedną konsekwentną całość. Surowica i wyciągi z organów normalnych niemowląt posiadają siłę niszczącą komórki rakowate 20 — 25 razy większą niż u ludzi starszych, u dzieci od lat 1 — 14 od 4 — 16 razy większą, u ludzi w latach pomiędzy 60 — 70 surowica nawet nierozcieńczona posiada już małą zdolność rozpuszczania, a w dużej ilości wypadków tę zdolność traci. Miejsca które podług doświadczenia klinicznego mają predylekcję do schorzeń nowotworowych, jak *ulcus ventriculi*, *ulcera cruris* a szczególnie

ich zapalne otoczenie, skóra, częste naświetlania promieniami Roentgena, tracą zdolność niszczenia komórek nowotworowych, niezależnie od tego czy się nowotwór rozwija.

Substancja ta użyta dla celów terapeutycznych zupełnie zawiodła. Okazało się, że organizm rakowaty rozporządza ciałem, które chroni komórki rakowate przed rozpuszczaniem i neutralizuje działanie substancji rozpuszczającej. Ciało to również pod względem chemicznym zostało przez wymienionych autorów zdefiniowane. Jest to nienasycony kwas tłuszczowy, podobny pod względem swej budowy do kwasu tłuszczowego, z którego składa się substancja ochronna. Ciało to tworzy się niezależnie od obecności guza, poprzedza go. Freund i Kaminer twierdzą, że ta substancja patologiczna tworzy się w dwunastnicy. Filtraty zawartości dwunastnicy chorych rakowatych, bez różnicy umiejscowienia guza, dają z wyciągami nowotworów specyficzny osad i posiadają zdolność neutralizowania substancji ochronnej. Te filtraty dwunastnicze ludzi chorych w zetknięciu tylko ze ściśle określonymi tłuszczami, jak palmityna, żółtko jaja, tłuszcze mleka, masło produkują b. duże ilości substancji patologicznej.

Niemniej doniosłe znaczenie mają prace Warburga i jego uczni. Chcąc ustalić z jakich źródeł czerpie tkanka nowotworowa energię dla swego wzrostu, porównywał oddychanie nowotworowej i normalnej tkanki nabłonkowej. Okazało się, że oddychanie komórki nowotworowej jest znikomo małe, a źródło jej energii tkwi we wzmożonej zdolności glikolitycznej, t. j. w przemianie cukru gronowego drogą fermentacji na kwas mlekowy. W warunkach bezpowietrznych, w płynie Ringera, względnie surowicy, rozwijają odcinki guza zwierząt doświadczalnych 0.12 mlgr. kwasu mlekowego na 1 mlgr. suchej wagi w 1 godzinę. W obecności powietrza glikoliza nie ustaje, zmniejsza się jednak o 23%. Komórki nowotworowe zachowują się w tych warunkach jak drożdże: w obecności powietrza ich przemiana węglowodanowa jest mieszaniną procesów oksydacyjnych i fermentacyjnych.

W rakach ludzkich stwierdzono, że w warunkach doświadczalnych bezpowietrznych tworzy się w 1 godzinę ilość kwasu mlekowego, odpowiadająca 8,4% suchej wagi guza. a przy uwzględnieniu tylko części nabłonkowej 16,4%. W warunkach powietrznych spada glikoliza o 34%. Nowotwory dobrotliwe w warunkach bezpowietrznych wykazują analogiczne stosunki, natomiast w warunkach powietrznych glikoliza jest bardzo mała, procesy oksydacyjne dominują. Nabłonek normalny w warunkach powietrznych daje 10 razy słabszą glikolizę niż tkanka nowotworowa, w warunkach powietrznych glikoliza jest minimalna, ale nie znika zupełnie, jest pokryta przez oddychanie. Wytwarzający się w nieznacznych ilościach kwas mlekowy zostaje utleniony i rozpada się na H_2O i CO_2 . Natomiast tkanka nowotworowa nie jest w stanie drogą oddychania usunąć kwasu mlekowego, oddychanie jej jest uszkodzone i nie może pokryć fermentacji. Warburg twierdzi, że wzmożona fermentacja komórki nowotworowej nie jest własnością świeżo nabytą; taka wysoka zdolność fermentacyjna nie może być rezultatem jakiegokolwiek bądź zadziałania.

Warburg przypuszcza, że komórki każdej tkanki dojrzałej posiadają zdolność fermentacji, lecz w bardzo małym stopniu. Jeżeli teraz na skutek ucisku, sklerozy naczyń, zadziań bakterji i t. p. wystąpi brak tlenu w pewnej grupie komórkowej, te komórki, niezdolne do glikolizy, ulegają zagładzie, komórki zaś glikolityczne czynne pozostają przy życiu; chronicznie trwający brak tlenu w tych grupach komórkowych wzmoże ich wzrost do rozmiarów guza. A więc, podług Warburga, guzy powstają ze zróżnicowanej rosnącej komórki, która jest integralną częścią każdej żywej tkanki, a miast nieokreślonego pojęcia „bodźca zewnętrznego” wprowadza bardziej określone pojęcie „brak tlenu”. Wszelkie szkodliwe czynniki, którym poddany jest organizm jakby hodują bezpowietrzne komponenty przemiany komórkowej i nadadzą wreszcie normalnej komórce własności nowotworowe.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze Szpitala dla dzieci Gminy Żydowskiej w Wilnie.
(Lek. Nacz. Dr. H. KOWARSKI).

O wpływie dołędźwiowych wstrzykiwań starej tuberkuliny na przebieg gruźliczego zapalenia opon mózgowych¹⁾.

Podał

Dr. Leon BARANOWSKI (Wilno).

Poruszam tutaj bodajże najbardziej smutny temat z kliniki dziecięcej, a mianowicie sprawę leczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Jak wiadomo, choroba ta kończy się zawsze śmiertelnie. Spotykamy się, co prawda, w piśmiennictwie od czasu do czasu z doniesieniami o wyleczeniu tej choroby. Jeżeli jednak przypadki te poddać bliższej analizie, to się okaże, że rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon nie jest zawsze dowiedzione. Mając nawet przed sobą obraz kliniczny *Men. t.b.c.*, jeżeli nakłucie lędźwiowe daje nam wszystkie cechy płynu mózgowodzeniowego, charakterystyczne dla tego cierpienia (wzmożone ciśnienie, zwiększona ilość przezroczystego płynu o zwiększonej ilości białka, dodatnie oocyny na globuliny, znaczna pleocytoza z przewagą limfocytów oraz mgiełka, powstająca w płynie po pewnym czasie)—to i wówczas nie możemy być pewni, że mamy z gruźliczym zapaleniem opon do czynienia, gdyż i surowicze zapalenia opon mogą mieć przebieg zupełnie

¹⁾ Odczyt wygłoszony na Posiedzeniu Wileńsk. Tow. Lekarskiego dn 7.III 1928 r.

analogiczny. Rozpoznanie *Meningitis tbc.* jest dowiedzione tylko wówczas, jeżeli znajdujemy prątki Kocha w płynie mózgowordzeniowym lub stwierdzamy zmiany gruźlicze u świnki morskiej, której zastrzyknęliśmy poprzednio płyn chorego. Analizując około 250 opisanych przypadków wyzdrowienia z *Men. tbc.*, Kramer i Bickel stwierdzili, że zaledwie w 60 przypadkach rozpoznanie zostało dowiedzione. Możliwie jest, że przypadki te należą częściowo do łagodnej postaci ograniczonego gruźliczego zapalenia opon w miejscu, odpowiadającym umiejscowieniu *tuberculum solitaire* w mózgu, kiedy zapalenie dalej się nie szerzy. W tej postaci chorobowej płyn może wykazywać zmiany zapalne, może nawet zawierać prątki Kocha, a jednak sprawa chorobowa kończy się pomyślnie. Istnienie podobnej postaci ograniczonej *Meningitis tbc.* zostało dowiedzione przez Finkelsteina i Heglera na materiale sekcyjnym. Opisane przypadki wyzdrowienia są naogół bardzo rzadkie i nie mają wpływu na rokowanie.

Zrozumiałem jest, że w dobie dzisiejszej klinicysta nie może zadowolić się leczeniem objawowym i wprowadza w życie każdy nowy sposób leczenia, o ile kiedykolwiek przy jego pomocy osiągnięto wyzdrowienie. Wspomnę o wprowadzaniu powietrza do kanału lędźwiowego i o szeroko stosowanych zastrzykiwaniach śródmięśniowych płynu mózgowordzeniowego. Sposoby te, zawiodły, obecnie zupełnie je zarzuciliśmy.

W roku 1926 w Münch. Med. Woch. zostały opisane (Neidhardt, Wiese) dwa przypadki wyzdrowienia z *Men. tbc.* po zastosowaniu dołędźwiowych wstrzykiwań starej tuberkuliny.

Przypadek pierwszy dotyczy 12-letniego chłopca, dostarczonego do Szpitala w czwartym tygodniu choroby z daleko posuniętymi objawami. W płynie mózgowordzeniowym znaleziono prątki Kocha. W ciągu 20 dni dokonano 10 nakłuć lędźwiowych z upustem płynu *ad maximum*, poatem trzykrotnie wstrzyknięto do kanału lędźwiowego po $\frac{1}{2}$ mgr. starej tuberkuliny, rozcieńczonej w 20 cm³ płynu fizjologicznego. Leczenie to doprowadziło do zupełnego wyzdrowienia.

W przypadku drugim, dotyczącym 10-letniej dziewczynki z *Tbc. renis, Coxitis et Meningitis tbc.*, po jednorazowym wstrzyknięciu 1 mgr. starej tuberkuliny do kanału lędźwiowego i 3 cm³ płynu mózgowordzeniowego domięśniowo nastąpiła poprawa i wyzdrowienie.

Neidhardt i Wiese przypuszczają, że w obu tych przypadkach leczenie tuberkuliną przyczyniło się prawdopodobnie do wyzdrowienia i proponują nadal próbować ten sposób leczenia w gruźliczym zapaleniu opon. Sposób ten nie jest nowy. W roku 1905 Starck stosował go i otrzymał wyzdrowienie w jednym przypadku. Następnie Bacigalupo wyleczył tym sposobem dwa przypadki *Men. tbc.* Neumann natomiast nie widział dodatnich wyników tego leczenia.

Gruźlicze zapalenie opon mózgowych jako pewna postać gruźlicy prosówkowej przebiega zbyt szybko, ażeby tuberkulina mogła tu działać, i dlatego trudno przypuszczać korzystny wpływ tego leczenia. Najwięksi nawet zwolennicy tuberkuliny nie zalecają jej obecnie w ostro przebiegających przypadkach gruźlicy.

Gruźlicze zapalenie opon mózgowych, jako choroba nieuleczalna, daje nam wielkie pole do

eksperymentów, nie możemy tu bowiem choremu, skazanemu na śmierć, w niczym zaszkodzić. Poszliśmy zatem za radą wspomnianych autorów i zastosowaliśmy dołędźwiowe wstrzykiwania starej tuberkuliny w dziewięciu przypadkach *Men. tbc.*, będących pod naszą obserwacją w Szpitalu Dziecięcym. We wszystkich naszych przypadkach rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon nie ulega wątpliwości, ponieważ zostało ono dowiedzione sposobem biologicznym: zastrzykiwałem śwince morskiej 4 — 5 cm³ płynu mózgowordzeniowego dootrzewnowo; we wszystkich przypadkach sekcja świnek wykazała zmiany gruźlicze w narządach.

Z ogólnej liczby dziewięciu chorych, u których stosowaliśmy leczenie tuberkuliną, w sześciu przypadkach postępowaliśmy według wskazówek Neidhardta i Wiese po wypuszczeniu pod kontrolą manometru dużej ilości płynu mózgowordzeniowego (30 — 45 cm³) wstrzykiwaliśmy do kanału m.-rdz. $\frac{1}{2}$ — 1 mgr. starej tuberkuliny¹⁾ rozcieńczonej w 10 cm³ płynu fizjologicznego, przytem zwracaliśmy uwagę, ażeby nie zwiększać zbyttno ciśnienia w kanale. W pozostałych trzech przypadkach przeszliśmy na mniejsze dawki (do 0,001 mgr.) starej tuberkuliny. U trzech chorych zastrzyknąłem jednorazowo, w pozostałych przypadkach wlewania powtarzałem co 3 — 4 dni.

Wyniki osiągnięte przy stosowaniu dużych dawek tuberkuliny ($\frac{1}{2}$ — 1 mgr.) przedstawiają się, jak następuje: w dwóch przypadkach tuberkulina jakoby nie wywarła wpływu na przebieg choroby; w pozostałych czterech przypadkach stan chorych dzieci pogarszał się rażąco: znaczne podniesienie ciepłoty ciała, objawy oponowe wzmagaly się, drgawki występowały coraz częściej, dzieci były bardzo niespokojne. W dwóch przypadkach przyspieszyliśmy zejście śmiertelne. Godne uwagi jest i to, że w dwóch przypadkach przy powtórtnem nakłuciu stwierdzaliśmy opalizujący płyn mózgowordzeniowy. Zastrzykiwania tuberkuliny wykonywane były ściśle aseptycznie, opalizujący płyn nie zawierał bakterji ropotwórczych, poatem badanie cytologiczne tego płynu nie wykazywało przewagi polinuklearów; wszystko to skłania do przypuszczenia, że zmętnienie płynu zależało nie od infekcji, lecz raczej od chemicznego podrażnienia opon przez tuberkulinę (w końcowym okresie *Meningitis tbc.* spotykamy czasem opalizujący płyn, lecz zdarza się to bardzo rzadko).

Pragnę obecnie przytoczyć historję choroby jednego przypadku, w którym ujemny wpływ tuberkuliny był bardzo wyraźny:

Dziecko Ruwim A. 2 l. 3 mies. Wstąpił do Szpitala dn. 3.VI 1927 r. Wywiady: Pierwsze dziecko, ciężki poród bez interwencji lekarskiej. Od 10-go dnia do 3-go mies. życia częste napady asfiksji (co 2 — 3 tygodnie). Od tego czasu zdrowe.

Rodzice zdrowi. Przed tygodniem dziecko nagle dostało drgawek klonicznych, które wystąpiły początkowo na twarzy i lewej połowie ciała, później zaś na całym ciele i trwały 4 godziny. W ciągu tygodnia ciepłota podgorączkowa, wymiotował raz, stolce normalne. Stan obecny: dziecko wesołe, biega, bawi się, robi wrażenie zdrowego. Apetyt bardzo dobry. Ze strony narządów wewnętrznych żadnych odchyień od normy nie stwierdzono. Na grzbietowej powierzchni lewej rączki

¹⁾ Używaliśmy Altuberkuliny Meister Lucius & Brünning.

hydroma. Układ nerwowy: odruchy ze ścięgien żywe, skórne i z błon śluzowych zachowane, potologiczny brak. Żadnych objawów oponowych nie stwierdzono, reakcja źrenic normalna. Odczyn Pirqueta dodatni. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie 35 mm. Hg., wydobyto około 18 cm³ przezroczystego płynu o cechach następujących: białko 0,24%₀₀, Pandy i Nonne-Apelt słabo dodatnie. Pleocytoza 21 w 1 mm³ (60% limfocytów). Po 24 godzinach w płynie żadnych zmian nie powstało. Prątków Kocha w płynie nie znaleziono. Płyn zastrzyknięto świnie morskiej (po dziesięciu tygodniach świnka padła, sekcja wykazała zmiany gruźlicze). Badanie krwi: leukocytów 14.600, w obrazie białych ciałek limfocytoza (75%). Wassermann ujemny. Dziecko znajdowało się w Szpitalu w ciągu pięciu dni, nie zdradzało objawów oponowych, zachowywało się, jak dziecko absolutnie zdrowe, ciepłota ciała jednak podgorączkowa. 8.VI. Rodzice zabrali dziecko do domu, zostali jednak uprzedzeni o wątpliwym rokowaniu. Rozpoznanie: *Meningitis tbc.* (?). 13.VI. Dziecko ponownie przyjęto do Szpitala, 2 razy wymiotowało, w ciągu ostatnich 3 dni apatyczne. Badanie dziecka wykazuje już objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie 50, wydobyto 35 cm³ płynu: Pandy i Nonne-Apelt wybitnie dodatnie, pleocytoza 92 w 1 mm³, w płynie po 24 godzinach mgiełka typowa. 15.VI. Stan ogólny dziecka zadawalający, nie wymiotuje, ciepłota 37,4°, apetyt dobry. Objawy oponowe zaznaczone. Po nakłuciu lędźwiowym wypuszczono 45 cm³ płynu, wstrzyknięto do kanału mózgowordzeniowego 1 mgr. starej tuberkuliny rozcieńczonej w 10 cm³ roztworu fizjologicznego. Po 6 godzinach ciepłota ciała 39,2°, dziecko bardzo niespokojne, wybitne zaczerwienienie twarzy i szyi, wymioty; po 4 godzinach drgawki kloniczne. W dniu następnym dziecko zmarło. Pod-

kreślam, że nie zwiększyliśmy zbyt mocno ciśnienia w kanale mózgowordzeniowym przy wprowadzaniu tuberkuliny, gdyż po wstrzyknięciu tuberkuliny manometr wskazywał 20 mm. Hg.

Jak już wyżej zazaczyłem, w dwóch przypadkach sposobem tym przyspieszyliśmy zejście śmiertelne, w dwóch innych wpływ szkodliwy tuberkuliny również nie ulega wątpliwości. Stąd wynika, że wlewania tuberkuliny do kanału we wspomnianej dawce w *Meningitis tuberculosa* nie jest zabiegiem obojętnym, gdyż powoduje gwałtowną reakcję ustroju. Jest to najprawdopodobniej odczyn ogólny i ogniskowy na starą tuberkulinę. Możliwe jest, że zbyt duża dawka spowodowała tę silną reakcję. Otóż w ostatnich trzech przypadkach, będących pod naszą obserwacją, stosowaliśmy to same leczenie, zmniejszyliśmy natomiast dawkę 1000 razy. Ostateczne zejście choroby nie zmieniło się również i przy tej dawce, jednak nie widziałem tutaj wpływów szkodliwych. Dawkowanie zaś, proponowane przez Neidhardta i Wiese, uważam za szkodliwe i przeczące zasadniczemu prawu terapii *primum non nocere*.

PIŚMIENNICTWO.

Bacigalupo Münch. Med. Woch 1915 Nr. 7; Starck Lehrb. der Nervenkrankheit. von H. Curschmann 1909; Neumann Münch. Med. Woch. 1916 Nr. 51. Neidhardt Münch. Med. Woch. 1926 Nr. 20; Wiese Münch. Med. Woch. 1926 Nr. 46.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Zagadnienie konstytucji psychofizycznej.

Podał

Władysław MATECKI (Warszawa).

Pojęcie konstytucji — jedno z najbardziej zasadniczych w nowoczesnej patologii — jest przez najrozmaitszych badaczy niejednako określone. Sądzymy, że ze względów metodologicznych właściwsza jest definicja Kahna: „Konstytucja organizmu jest to suma wszystkich jego cech morfo- i fizjologicznych oraz tendencji rozwojowych odziedziczonych i odziedziczalnych”. W tem określeniu zawarte są zasadnicze elementy pojęcia konstytucji. Obejmuje ono wszystkie właściwości fizyczne i psychiczne osobnika, co do których udaje się ustalić, że są odziedziczone, dane w genotypie; w ten sposób zostają wyeliminowane właściwości, których źródła powstania należy szukać w czynnikach zewnętrznych, konstelatywnych w najszerszym znaczeniu tego wyrazu. Określenie to decyduje o ścisłym zespoleniu badań nad konstytucją i dziedzicznością.

Długi czas wysiłki badaczy biegły równolegle w dwóch kierunkach: mówiono mianowicie o konstytucji fizycznej lub psychicznej osobnika, zależ-

nie od tego, czy do zagadnienia konstytucji, przystępował somatopatolog, czy też psychopatolog. Z jednej strony wyob్రębiano typy osobników w zależności od napięcia układu mięśniowego (hipertonicy Tandlera), od przewagi różnych ramion wagi neurowegetatywnej (sympatyko- i wago-tonja Eppingera i Hessa), typy morfologiczne (digestif, musculaire, cérébral, respiratoire Sigauda i Mac Auliffea) i inne. Z drugiej zaś strony powstawały klasyfikacje, oparte na kryterjach psychologicznych. A więc psychologia wyróżniała typy: słuchowy, wzrokowy, ruchowy; wzruszeniowców, wrażeniowców, psychast-ników; charakter histeryczny, paranoiczny i t. d. Tymczasem ten dualizm w nauce o konstytucji nie mógł ostać się wobec najnowszych zdobyczy biologii wogóle, a wiedzy lekarskiej w szczególności. Rozwój bowiem endokrynologii niezbitnie ustalił ścisły związek między psychiką a funkcją gruczołów dokrewnych; badania nad układem roślinnym dostarczyły licznych dowodów, jak wahania w działalności tego układu odbijają się na życiu psychicznym; wreszcie spostrzeżenia nad zaburzeniami psychicznymi w stanach pośpiączkowych wykazały, jak doniosła jest rola aparatu pozapiramidowego w życiu popędów. Wszystkie te zdobycze sprawiły, że dawne jednostronne podziały stały się anachronizmem,

domagały się zespolenia, zlania się somatologiczno i psychologicznego strumienia, powstała konieczność utworzenia jednego biologicznego punktu widzenia, ujmującego osobowość, jako jednostkę psychofizyczną, której funkcje psychiczne i fizyczne są przejawami biologii ustroju. Toteż spostrzegamy w dziejach myśli ludzkiej wysiłki w tym kierunku. Już w starogreckiej klasyfikacji temperamentów (choleryczny, flegmatyczny, melancholiczny, sangwiniczny), która jest najczystszy wyrazem patologii humoralnej, znajdują się pierwowciny niejasno odczuwanego związku między sposobem reagowania a składem chemicznym płynów ustrojowych; temperament choleryczny wywodzi się z „żółtej żółci”, melancholiczny — z „czarnej”, sangwiniczny — z krwi, flegmatyczny — z powietrza”. Powyższe poglądy genetycznie, ściśle związane z koncepcją Empedoklesa o 4-ch pierwiastkach zasadniczych (ziemia, woda, ogień i powietrze), ustępują w średniowieczu miejsca innej teorii, według której o psychice decydują inne składniki, odgrywające wielką rolę w systemie alchemii: sole, siarka i rtęć. W czasach późniejszych nazwiska przede wszystkim Lavatera, Lombrosa oraz Carusa ściśle związane są z zagadnieniem konstytucji psychofizycznej. Prace tych autorów po krótkim okresie popularności i entuzjastycznego przyjęcia przez współczesnych przechodziły, do archiwum myśli ludzkiej, częstokroć bardzo skompromitowane. Mimo że w tych wszystkich koncepcjach było niejedno ziarno prawdy, padały one jednak dlatego, iż opierały się nie na ścisłych, dających się przez różnych badaczy sprawdzić, obiektywnych spostrzeżeniach, lecz były tworem geniuszu, intuicji, wrodzonej zdolności czytania charakteru człowieka ze wspaniałej, głębokiej księgi, jaką jest ciało. Nader znamienne są pod tym względem słowa filozofa Sulzera o dziele Lavatera. „W „Fizjognomice” Lavatera zawarte są istotnie myśli głębokie. Lecz biada temu, kto mniema, że zdoła nauczyć się tego, co jest sztuką, jeżeli nie posiada oka i serca Lavatera”. (Z przedmowy Zimmermanna do „Von der Physiognomik” Lavatera 1772). Opinia ta zgodna jest ze stanowiskiem samego Lavatera, który powiada: „Fizjognomista, który jest wyłącznie naukowcem, mierzy, jak Dürer, fizjognomista-genjusz ocenia i czuje, jak Rafael”. Z nowszych badaczy należy wspomnieć Rosenbacha, Eschle, Stadelmanna, Rutza i wreszcie Jaenschę.

Zwrotnym punktem w dziejach rozwoju nauki o konstytucji psychofizycznej jest ukazanie się epokowej monografii E. Kretschmera „Körperbau und Charakter” w r. 1921. Badaczowi temu udało się wyodrębnić 2 wielkie konstytucyjne kręgi charakterystyczne, wiążące się z określonym typem budowy cielesnej. Punktem wyjścia Kretschmera była psychopatologia, dane kliniki psychiatrycznej, przede wszystkim obserwacje nad dwiema grupami psychoz endogennych, a mianowicie psychozą maniacko-depresyjną i schizofrenją. Ze Kretschmer zwrócił się ku tym psychozom, nie jest przypadkiem, lecz wynikiem zasadniczej właściwości cech konstytucjonalnych, które są cechami dziedzicznymi. Należało więc w poszukiwaniu typów konstytucjonalnych zwrócić się ku tym zjawiskom psychologicznym, których natura genotypowa nie

ulega wątpliwości. Dziedziczny zaś charakter powyższych psychoz jest dzięki licznym badaniom (przedewszystkiem Rüdina, Hoffmanna) faktem ustalonym. Otóż Kretschmer, badając osobowość przedchorobową pacjentów, dotkniętych psychozą maniak.-depr. względnie schizofrenją, oraz psychikę ich rodzeństwa, rodziców i krewnych, stwierdził zupełnie odrębne właściwości charakterologiczne w obu kręgach dziedzicznych. Przytem udało się ustalić pewną skalę typów, których najjaskrawszym wyrazem jest psychoza, zaś psychozy znajduje się już w jej pierwowzorze fizjologicznym. Stopniowania charakterologiczne w drodze od normy do psychozy określa Kretschmer mianem cyklotymja, cykloidja, psychoza maniakalno - depresyjna z jednej strony; schizotymja, schizoidja schizofrenja — z drugiej.

Dla konstytucji cyklotymicznej charakterystyczna jest „proporcja djetetyczna”, t. j. wzajemne ustosunkowanie się w osobniku cyklotymicznym dwóch komponentów zasadniczych — tendencji ku wahanom nastrojowym bądź w kierunku wesołości, wzmożonego samopoczucia, bądź też w kierunku depresji, przygnębienia. Najdobitniej właściwości cyklotymiczne występują w obrębie osobników grupy hipomaniakalnej, których organizacja psychiczna naogół jest mniej skomplikowana, niż cyklotymików z bieguna depresyjnego. Cyklotymika, poza tendencją do wahań nastrojowych, do stałego zabarwienia uczuciowego swej psychiki na ton bądź wesoły, bądź też smutny, cechuje pewne ustosunkowanie się do ludzi, do życia. Cyklotymik jest człowiekiem nawskroś towarzyskim; towarzystwo jest dla niego najwłaściwszym żywiołem. Jest to człowiek, z którym łatwo jest wejść w kontakt psychiczny, z którym przyjaźń najserdeczniejsza daje się częstokroć bardzo prędko nawiązać. Ludzie pełni serca, sympatji dla otoczenia, w których wszystko, co ich otacza, budzi najżywszy odźwięk. „Syntonja” — pojęcie, wprowadzone przez Bleulera — najdosadniej określa tę stronę psychiki cyklotymika — zdolność do współżycia, współdrżania unisono z życiem świata otaczającego. Ludzie, nie przeciwstawiający swej jaźni otoczeniu, zdolni do przystosowywania się, do ujmowania życia takim, jakie ono jest — natury słoneczne. Z jednej strony można w tej grupie spotkać ludzi praktycznych, przedsiębiorczych, doskonale orientujących się w koniunkturach życiowych; dzięki realizmowi swemu zdolnych do organizowania życia, rzutkich, pełnych coraz nowych pomysłów. Z drugiej strony — cichych, sentymentalnych, którym brak rozmachu życiowego, sparaliżowanego przez depresję, częstokroć o wysokich walorach etycznych. Nie przodują ci ludzie, lecz skromni, obowiązkowi, pełnią często swe funkcje społeczne ku ogólnemu pożytkowi. Najlepiej pod kierownictwem ludzi innego pokroju — pełnych energii i radości życia. Z grupy cyklotymików rekrutują się świetni narratorzy, umiejący barwnie opowiadać, którym nigdy nie brak tematów do rozmowy, szybko przechodzący z tematu na temat, lubiący i rozumiejący dowcip, sypiący dowcipami, jak z rękawa, reagujący na nie szczerem serdecznym i przeważnie głośnym śmiechem. Są to ludzie, stanowiący *spiritus movens* większego zgromadzenia, lubiani dla

swego humoru, t. zw. „kawalarze z Bożej łaski”, lubiący dobrze zjeść i wypić. Gdy jednak w cyklotymiku zapanowuje depresja, zmienia się gruntownie, staje się we wszystkich dziedzinach psychicznych własnym negatywem: przyspieszony bieg wyobrażeń doznaje zwolnienia, bądź zupełnego zahamowania, zaczyna mało mówić, i ten sam człowiek, który w chwilach nastroju wesołego nie mógł się obejść bez towarzystwa, unika ludzi i odsuwa się od nich. Nie przez skrytość. Niema bowiem wśród ludzi tego typu osobników, zamkniętych w sobie: cyklotymik, przechylający się w stronę stanu manjakałnego, nie może myśli trzymać dla siebie, czuje się źle, jeśli się komuś nie zwierzy, nie opowie, co myśli, czuje, planuje — jest to zły konspirator. A jeżeli w chwilach smutku odsuwa się od ludzi, nie czyni tego z mizantropji, lecz dlatego, że w duszy jego zapanowuje przygnębienie, że woli zostać sam na sam ze swemi utrapieniami; trzeba mu schronienia przed ludźmi, aby móc nieskrępowanie, niepodzielnie oddać się smutkowi i często łzami rzewnymi, serdecznemi wypłakać swe bóle, znajdując w tem ukojenie. (Spotykamy też typ depresyjny, któremu ulgę przynosi wypłkanie się właśnie przed kimś). Syntonja określa stosunek nie tylko do świata otaczającego, lecz również zasadniczą cechę wewnątrzpsychicznego życia cyklotymika, a mianowicie jego scalenie i konsolidację. Cyklotymicy nie są ludźmi zgrzytów wewnętrznych, ciężkich konfliktów, nie znajdujemy tutaj rozdwojenia, rozszczepienia, szamotania się wewnętrznego, charakterystycznego dla schizotymji. Cyklotymicy żyją życiem psychicznym jednolitem, cała ich psychika we wszystkich swych dziedzinach jest stale na jeden ton nastrojona, w ścisłej zależności od barwy uczuciowej. Temu życiu wewnętrznemu brak przeto owego zróżnicowania, jakie często spotyka się u schizotymika, w grę tutaj nie wchodzi tak zawiłe mechanizmy psychologiczne, jak tłumienie, tamowanie: brak skoków, wyskoków, dziwactw. Znamienne jest tempo życia psychicznego i sfera psychoruchowa cyklotymika. Z jednej strony przyspieszenie, z drugiej zwolnienie tempa, które jednak nie jest wynikiem działania mechanizmów powyższych. Sfera psychoruchowa jest zawsze dorównana do podniety, stoi w ścisłym z podnietami związku. Odbija się to na mimice cyklotymika: twarz, oczy, gra mięśni jest wiernem odzwierciedleniem życia psychicznego, a dzieje się to dlatego, iż między podnietami a odczynem psychicznym brak pośrednich ogniw modyfikujących odczyn schizotymika, co sprawia, że jest on często niespodzianką, zagadką. Naskicowany obraz jest, jak nietrudno się domysleć, niejako stadjum zarodkowym psychozy manjaka - depresyjnej, do której prowadzi gradacja charakterologiczna od cyklotymji poprzez jej nasilenie — cykloidję. Oczywiście, granice tutaj są płynne, umieszczenie typu w rubryce poszczególnej jest często nader trudne.

W zupełnie odmienny świat wkraczamy, gdy przechodzimy do typów, należących do schizotymicznego obszaru konstytucyjnego. Widzieliśmy, jak łatwo potrafi syntonik wczuć się i żyć w otaczający świat i jak łatwo jest wczuć się każdemu obserwatorowi w życie wewnętrzne syntonika. Nie daje się to samo powiedzieć o schizotymiku, którego psychika ma „powierzchnię i głębię”, który

jest dla nas zagadką, tajemniczym znakiem zapytania. To też i schizofrenja przez długi okres czasu była dla nas „księgą o siedmiu pieczęciach”. Dopiero od czasu, gdy Bleuler, korzystając ze zdobyczy psychoanalitycznych Freuda, odłonił bogactwo życia, tkwiącego poza fasadą, częstokroć już otepiałego nawet schizofrenika, gdy pokazał, jak skomplikowane mechanizmy kierują jego życiem psychicznym, możliwe stało się zrozumienie psychiki schizofrenika, a tem samym charakterologii schizotymika. „Kwiatów życia wewnętrznego schizotymików nie można studjować na chłopie; nadają się do tego królowie i poeci” — powiada Kretschmer. Życie schizotymika, jego świat wewnętrzny, jego czyny są pełne niespodzianek i wyskoków. Czemu się to dzieje? Czy można wyodrębnić jakiś rys zasadniczy charakteru schizotymika, który umożliwi zrozumienie jego wysoce zróżnicowanej psychiki? Odpowiedź na to pytanie ułatwia sposób, w jaki Kr. ujmuje organizację psychiczną schizotymika. Według Kr., dla schizotymików najbardziej charakterystyczna jest t. zw. przez niego „proporcja psychestetyczna” t. j. ustosunkowanie się wzajemne komponentu hiper- i anestetycznego. Takie ujęcie świadczy, że o istocie charakteru schizotymika decyduje jego reakcja na świat otaczający, bądź w kierunku nadwrażliwości, bądź nieczułości. Nigdy niema syntonji ze światem otaczającym, brak naturalnego afektywnego rezonansu nań, zawsze istnieje antyteza: „ja” i „świat zewnętrzny”. Pojęcie autyzmu, po raz pierwszy wprowadzone przez Bleulera, okazuje się równie płodne dla pogłębienia charakterologii schizotymika, jak pojęcie syntonji w stosunku do cyklotymika. Akcent w życiu psychicznym schizotymika spoczywa na jego własnej osobie, która stale odczuwa swą odrębność w stosunku do otoczenia. Spotykamy więc marzycieli, uciekających od rozgwaru życia codziennego, odczuwających boleśnie jego dotknięcie, chowających się, jak mimoza, przed niem w krainę własnych marzeń, którą cenią sobie wyżej niż świat realny. Są inni, co uciekając od świata, otaczają się niejako twardą skorupą, sprawiają wrażenie nieczułych na dolę i niedolę życia szarego, w rzeczywistości zaś snujących pod tą powłoką delikatną przędzę marzeń, w których roztkliwiają się nad losem ludzkim, budują plany reformatorskie, myślą o uszczęśliwieniu ludzkości. „Ich bin hart wie Eis und doch glühvoll bis zur Empfindsamkeit” — mówi o sobie późniejszy schizofrenik Strindberg. Inni, zamknięci we własnym świecie, są pełni pogardy dla ludzi i świata, stają się mizantropami, często reagującymi na zbliżenie się życia realnego brutalnemi, niszczycielskimi wyładowaniami. Ludzie, dla których nie życie jest mistrzynią, najwyższym sprawdzianem ich poglądów, pragnień i zamierzeń, lecz ich własne „ja”. Stąd upór, niezdolność do dyskusji, prostolinijność zadziwiająca, stalowa energia, konsekwencja w myśleniu i w czynach, nieogładanie się na nic i nikogo. Ludzie łamiący życie najbliższych, najdroższych, i częstokroć i swoje własne dla idei, wylęgłej w psyche autystycznej, która przecież jest przedmiotem ich najgorętszego uwielbienia. Idealisci pur sang, predestynowani na światoborców, zdolni do najszlachetniejszych uniesień, jak również do przejawów brutalności, rozpętania najdzik-

szych instyktów. Wszystkie te typy spotyka się wśród ludzi, pozbawionych rezonansu allopsychicznego, żyjących własnym życiem wewnętrznym, którego bogactwo stoi w rażącej sprzeczności z zewnętrzną, bezbarwną, nieprzenikliwą powłoką. W wielu przypadkach następuje inne ustosunkowanie się do świata zewnętrznego: niema biernego wycofywania się w krainę własnych marzeń i rojeń (co jest fizjologicznym prototypem stanów omamowo-paranoidalnych), niema też bezwzględniego przeciwstawiania się światu realnemu (przypominającego negatywizm katatoniczny). Często brak nie tylko allopsychicznego rezonansu, lecz wygasa również życie afektywne wewnętrzne. Brak przejawów samorzutności, inicjatywy. Są to ludzie bez jakiegokolwiek pionu wewnętrznego, dający się ponosić najłżejszym powiewom, ludzie, przechodzący przez życie, jak szare bezbarwne istoty, nie zaznaczający niczem swego istnienia. Wiodą żywot nieproduktywny w ścisłej zależności od czynników zewnętrznych, dla których są posłusznym modelem woskowym, dającym się lepić w sposób przeróżny. Łatwo w tych typach poznać niby w załączku *flexibilitas cerea* katatonji — woskowatość psychiczną, podatną na wszelkie wpływy zewnętrzne. A gdy przyłącza się do tego i pewien stopień otępienia afektywnego, przypominają schizofrenję ze stanów końcowych, kiedy chorzy są niby ruiny psychiczne, wyzute, jak się zdaje, z wszelkich znamion człowieczeństwa.

Spotykamy w schizotypji jeszcze jeden rys, który skłonił Bleulera do ukucia samego terminu „schizofrenji”. Chodzi mianowicie o rozszczepienia wewnętrzne, o współistnienie sprzecznych tendencji psychicznych — t. zw. ambiwalencję, a często poliwalencję uczuć i czynów. Ludzie pełni zgrzytów, o stałej dysharmonji wewnętrznej, nieustających konfliktach, zawsze szarpani w różne strony przez niejednakowe dążenia i myśli. Nietylko przez brak spoistości, syntonji wewnętrznej gmatwa się życie psychiczne schizotypika: staje się ono jeszcze bardziej skomplikowane dzięki działaniu mechanizmów takich, jak stałe tłumienie, tamowanie. Zdolność bowiem odreagowywania na podniety zewnętrzne i wewnętrzne jest znacznie mniejsza, niż w cyklotymji — stąd częstsze tworzenie się kompleksów, bogate życie kompleksowe. Od podniety do reakcji prowadzi dłuższa droga — niema naturalnych, dorównanych odczynów, przewodnictwo bowiem wewnątrzpsychiczne jest utrud-

nione. W schizotypji więc niejako w miniatursze dane jest to, co nazywa się niedorównaną reakcją w schizofrenji. Płynie to również z przewagi życia autystycznego, o które zahacza każdy bodziec zewnętrzny, wprowadzając w grę owe skomplikowane mechanizmy psychologiczne. Przewaga życia kompleksowego czyni ze schizotypików „Komplexmenschen”, których reakcja psychiczna jest częstokroć ze względu na kompleksy nader trudną do odcyfrowania. Dzięki autyzmowi do konfliktów wewnętrznych dołączają się też starcia ze światem zewnętrznym, którego realności schizotypik nie przypisuje znaczenia decydującego; stąd częste sytuacje dramatyczne, tragizm pełen grozy, co jest nie do pomyślenia w konstytucji cyklotymicznej. Syntonik bowiem przystosowuje się do świata zewnętrznego, schizotypik zaś, jeżeli pominąć jego „woskowatą”, apatyczną, bierną odmianę, przeciwstawiając życiu własną indywidualność, stwarza sobie nieustanne konflikty. Jak powiada Kretschmer, schizotypicy mają wrodzony talent do tragicznego ujmowania rzeczy (natürliches Talent zum Tragischen).

Z powyższej charakterystyki jasny jest stosunek schizotypika do ludzi: zasadniczo jest on nietowarzyski, najlepiej czuje się sam, jest skryty, zamknięty. Jeżeli nawiązuje jednak jakikolwiek kontakt z ludźmi, to dotyczy to jedynie ścisłego grona ludzi, stanowiących jakby rozszerzone „ja” schizotypika, przez co towarzyskość jego nosi zawsze rys eklektywny, sekciarski. Stosunek uczuciowy do ludzi nacechowany jest ową ambiwalencją, ciągłymi przejściami z jednej krańcowości w drugą: bądź oddanie się bez zastrzeżeń, pełne najczystsze samozaparcie się, bądź też zawziętość, zaciętość, wrogość bez granic. Zrozumiała jest wobec tego większa częstość typów zbrodniczych wśród schizotypików. W pewnej grupie schizotypików towarzyskość jest powierzchowna, pozbawiona głębszego kontaktu psychicznego; ogranicza się często do utrzymywania form towarzyskich, ma piętno chłodnej, arystokratycznej wyniosłości, a czasem wręcz zupełnej obojętności. Przez ustosunkowanie się schizotypików do ludzi przewija się, jako rys zasadniczy, zaostrzona antyteza między własną indywidualnością a światem zewnętrznym. „Es ist eine Glasscheibe zwischen mir und den Menschen” powiada pewien schizoid Kretschmera.

(D. c. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

M. DUFOUR. Statystyka i obliczanie prawdopodobieństwa w biologji i medycynie. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 13. 1928).

Biologia i medycyna bardzo często korzystają z pomocy statystyki. Czytelnik nie powinien jej jednak nigdy wierzyć na ślepo. Niejednokrotnie już wskazywano na niewłaściwy sposób układania tych statystyk i wyciągania z nich wniosków, które przy dokładnem wejrzeniu w sprawę okazywały się fałszywe. Autor zwraca uwagę na interpretację statystyk pozornie dobrze

zestawionych i obliczonych „z bezstronnością maszyny do liczenia”. Zbyt często po obserwacji pewnej liczby przypadków, która zwykle nie jest dostatecznie duża, autorzy są skłonni do podawania odrazu odsetek przypadków pomyślnych; ten sposób postępowania posiada pewne cechy dokładności, które okazują się jednak tylko pozorne.

Zasadniczą podstawą każdej statystyki, o ile ma ono urzeczywistnić swój cel polegający na umożliwieniu przewidywania, powinno być prawo wielkich liczb. Statystyka oparta na tem prawie jest bezwzględnie miarodajna. Sam odsetek nie przedstawia nigdy dostatecznego wskaźnika, należy zawsze podawać

jednocześnie liczbę spostrzeganych przypadków, na których się statystyka opiera. Jeżeli chcemy na podstawie doświadczenia określić z pewną dokładnością stopień prawdopodobieństwa jakiegoś zdarzenia, to jest bezwzględnie potrzebnem zebrać znaczną liczbę odnośnych obserwacji.

J. Typograf.

Fizjologia.

CH. RICHET syn. O utracie wagi, wywołanej odżywianiem dostatecznem z punktu widzenia kalorycznego, lecz zawierającym zbyt mało białka. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 2. 1928).

Badając podstawową azotową przemianę materji, autor odżywiał pewną ilość osobników pokarmem zawierającym dostateczną ilość kalorii, lecz bardzo ubogim w białko. W znacznej większości przypadków autor stwierdzał wyraźne schudnięcie. Czas trwania obserwacji wynosił 8 do 10 dni. Odżywianie składało się z chleba pozbawionego soli i związków azotowych masła, konfitur, owoców, marchwi, kartofli, śmietany, buljonu z jarzyn i tapioki.

Minimum kaloryj wynosiło przy tem odżywianiu dla dorosłych 35 kaloryj na kilo wagi, u dzieci do 14 lat — 54, u dzieci młodszych — 107. Największa ilość białka u dorosłych i starszych dzieci wynosiła 0,25 gr. na kilo wagi, u dzieci poniżej 11 lat — 0,54 gr. Zawartość witamin i soli w pożywieniu była normalna. Stosunek węglowodanów do tłuszczów był prawidłowy, natomiast stosunek białka zwierzęcego do białka roślinnego był mniejszy niż w odżywianiu zwykłym.

Otóż okazało się, że z pośród 25 badanych osób 17 straciło w czasie badań na wadze, przyczem przeciętne chudnięcie wynosiło 27 gr. na dobę.

Z badań swych autor wyciąga następujący ważny zarówno z teoretycznego jak i praktycznego punktu widzenia wniosek: dla dobrego wykorzystania tłuszczów i węglowodanów koniecznem jest spożywanie dostatecznej ilości białka; w przeciwnym bowiem przypadku ustrój nie tylko traci własne białko, lecz wogóle chudnie — jest to jeszcze jeden dowód ważności prawidłowego ustosunkowania różnych składników naszego pożywienia.

J. Typograf.

VICTOR PAPILIAN i STEFAN JANIU. O wpływie układu nerwów roślinnych na układ śródbłonkowo-siateczkowy. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 1. 1928).

Autorzy badali wpływ układu nerwów wegetatywnych na komórki układu śródbłonkowo-siateczkowego śledziony, wątroby i szpiku kostnego. Doświadczenia wykonano na królikach, którym w ciągu 5—7 dni wstrzykiwano dożylnie barwik karminowy; u jednych królików drażniono adrenaliną układ współczulny, u innych zaś pilokarpiną układ parasympatyczny, jeszcze inne wreszcie króliki służyły jako kontrola badań. Na siódmy dzień zwierzęta zabijano.

Z doświadczeń autorów wynika, że układ nerwów roślinnych wywiera znaczny wpływ na zachowanie się komórek śródbłonkowo-siateczkowych badanych narządów. Podrażnienie zarówno nerwu współczulnego jak i parasympatycznego zwiększa zdolność fagocytarną wątroby, śledziony i szpiku kostnego.

W wątrobie podrażnienie nerwu współczulnego adrenaliną powoduje zwiększenie się ilości komórek K u p f e r a, podrażnienie zaś układu parasympatycznego również doprowadza do zwiększenia ilości tych komórek i powoduje różniczkowanie śródbłonka kapilarów wątroby przyjmującego charakter pośredni między komórkami śródbłonkowymi i Kupferowskimi.

W śledzionie i w szpiku kostnym podrażnienie każdego z układów roślinnych doprowadza do zwiększenia ilości komórek układu śródbłonkowo-siateczkowego. Podczas jednak gdy

podrażnienie nerwu współczulnego adrenaliną wywiera wpływ przeważnie na komórki siateczkowe, podrażnienie układu parasympatycznego pilokarpiną okazuje działanie wybiórcze na komórki śródbłonkowe.

J. Typograf.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

GUIBERT. Zachowanie się tkanki łącznej podskórnej w przebiegu zapalenia doświadczalnego. (Montpellier 1927).

Autoi wywoływał zapalenie tkanki podskórnej i spostrzegał poszczególne etapy odczynu ze strony organizmu.

Włókna tkanki łącznej zachowują się inaczej wobec ropni aseptycznych oraz septycznych; w pierwszych jest zachowany układ warstw prawidłowych, w drugich — warstewki płaczą się bezładnie, dzieje się to jakoby wskutek rozpuszczania się włókien pod wpływem złośliwych jądów drobnoustrojowych.

Proces gojenia się po zapaleniu odbywa się w obrębie pasa fibrogenego. Tak nazywa się warstwa głęboka błony ropotwórczej. Czynnikiem najważniejszym jest tu komórka histocytyowa. Łącząc się w zespoły, tworzy ona t. zw. warstwę symplastyczną. Wydłużenia histocytów niezmiernie cienkie stanowią mają włókienka tkanki łącznej, barwieniem swym, podporządkowujące się do szeregu prackollagenu.

Cały proces odrodzeniowy przypomina stany embryonalne tkanki łącznej.

N. Z. Z.

P. SPEHL i A. LEMORT. O wpływie podskórnych wstrzykiwań tlenu na stan nasycania tlenem krwi tętniczej. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14. 1928).

Od kilkunastu już lat zaleca się dla leczenia anoksemji podskórne wstrzykiwania tlenu. Opisywano również pomyślne wyniki leczenia tym sposobem stanów dusznościowych. Sposób działania tych wstrzykiwań nie był jednak dotychczas przedmiotem dokładnych badań fizjologicznych. Tymczasem już proste wyliczenie nasuwa bardzo poważne wątpliwości co do skuteczności tych wstrzykiwań. Wiadomo bowiem, że osobnik normalny musi wdychać 250 ccm. tlenu na minutę, aby utrzymać na dostatecznym poziomie nasycenie tlenem swej krwi tętniczej. Jaką korzyść mogą przynieść wobec tego te kilkaset ccm. tlenu, które się wstrzykuje pod skórę i które się tak powoli wchłaniają.

Autorzy badali za pomocą analiz krwi tętniczej wartość tego leczenia tlenem i wstrzykiwali w tym celu podskórnie chorym dotkniętym bardzo znaczną rozedmą płuc (jednak bez objawów niedomogi krążenia) tlen w ilości od 500 do 1500 ccm. Istotna skuteczność „chemiczna“ tego leczenia powinna polegać na lepszym niż uprzednio nasyceniu krwi tlenem. Jak wynika z przytoczonej tablicy wykazującej stopień nasycenia krwi tlenem przed i po wstrzyknięciu gazu, wstrzykiwania te nie okazują żadnego wpływu na zawartość tlenu we krwi.

J. Typograf.

M. LABBÉ, P. VIOLLE i GILBERT-DREYFUS. Badania nad zachowaniem się hydremji w moczówce prostej. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 16. 1928).

W poprzednich swych pracach autorzy wykazali, że zastrzykiwanie królikom surowicy chorych na moczówkę prostą pochodzenia przysadkowego nie powoduje wielomoczu. Wynika z tego, że surowica ta nie zawiera substancji moczopędnych, będących w stanie, działając na nerki, powiększyć w znacznym stopniu ilość moczu. Wiadomo również, że wielomocz w moczówce prostej nie zależy od wpływu na nerwy nerek, Narzuca się wobec tego wniosek, że mechanizm moczówki należy badać głównie na poziomie tkanek.

Autorzy badali w tym celu hydremję występującą po wypiciu litra wody u chorych dotkniętych moczówką prostą w wa-

runkach zwykłych i w czasie leczenia przysadką mózgową oraz u ludzi zdrowych.

Badania ich wykazały, że chorzy na moczówkę nieleczeni wstrzykiwaniami hypophysiny wydzielają wypitą wodę szybko i obficie; początkowo stwierdza się znaczne rozwodnienie krwi, zależne od przeniknięcia do krążenia wypitej wody i małego powinowactwa do niej tkanek chorego; następnie zaś hydremja utrzymuje się w granicach normy przy nadal trwającym wielomocz. Wynika z tego, że tkanki nie zatrzymują wody i że woda ta zostaje wydzielona w miarę przejścia zwiększenia hydremji.

Chorzy na moczówkę prostą leczeni preparatami przysadki wydzielają swą wodę bardzo źle. Woda ta nie zatrzymuje się przytem we krwi, wahania bowiem hydremji okazują się bardzo nieznaczne. Dowodzi to, że przyjęta woda zostaje zatrzymana w tkankach.

Osobnik normalny wydziela wodę lepiej niż chory na moczówkę prostą leczony hypophysiną. Stwierdza się u niego znaczniejsze wahania hydremji oraz objawy przeniknięcia znacznej części wody do tkanek.

Reasumując, autorzy stwierdzają, że w przypadkach moczówki prostej wielomocz zależy od niemożności tkanek zatrzymywania wody; leczenie preparatami przysadki zwiększa wodochłonność tkanek, która po wstrzyknięciu połowy płata tylnego przysadki staje się nawet większa niż w warunkach normalnych.

J. T y p o g r a f.

EICHHOLZ i KREITMAIR. O zmniejszeniu odporności wskutek braku witaminy D. (Münch. med. Woch. Nr. 2. 1928).

Ustrój rosnący potrzebuje witaminę D, czyli czynnik przeciwkrzywicowy, dla prawidłowego wytwarzania swego układu kostnego; w razie braku tej witaminy zapada na krzywicę, rozmięczenie lub rozrzedzenie kości. Powstaje pytanie, czy również i ustrój dorosły potrzebuje witaminę przeciwkrzywicową czy też może się bez niej całkowicie obejść.

O innych znanych witaminach A, B i C wiadomo, że poza swem działaniem swoistem odgrywają one widocznie jeszcze jakąś rolę w ustroju, brak ich bowiem zmniejsza znacznie odporność na zewnętrzne i wewnętrzne czynniki szkodliwe.

Wobec tego, że w dotychczasowych badaniach zajmowano się głównie ustrojami młodemi jeszcze rosnącymi, autorzy zajęli się zbadaniem, czy również i dorosły o całkowicie skończonym rozwoju ustrój potrzebuje witaminę D dla utrzymania się w stanie zdrowia.

Możność przeprowadzania dokładnych doświadczeń nad znaczeniem witaminy D zawdzięczamy W i n d a u s o w i, który wykazał, że witaminę tę można otrzymać przez naświetlanie promieniami pozafioletowemi ergosteryny. Autorzy w doświadczeniach swych korzystali z preparatu „Vigantol” przedstawiającego właśnie naświetlaną ergosterynę.

W pierwszym szeregu doświadczeń nad znaczeniem witaminy D dla dorosłych zdrowych zwierząt utrzymywali oni dorosłe szczury na djecie P a p p e n h e i m e r a nie zawierającej wcale witaminy D. Część zwierząt otrzymywała ponadto po 0,002 mgr. tej witaminy w postaci Vigantolu, już 0,001 mgr. okazuje się bowiem wystarczające dla zapobieżenia krzywicy u zwierząt młodych. Otóż szczury, które otrzymywały Vigantol pozostały zupełnie zdrowe i niczem się nie różniły od szczurów prawidłowo odżywianych. Szczury natomiast na djecie bez witaminy D, przestały po 10 dniach jadać podawany im pokarm i skłonione widocznie pragnieniem spożycia brakującej im witaminy zjadały się wzajemnie; pozbawiona została wśród nich epidemia parady i prawie wszystkie zginęły.

W innym szeregu doświadczeń wstrzykiwano szczurom, utrzymywanym na djecie powodującej krzywicę, zjadliwy szczep pneumokoków; żaden szczur z tej grupy nie był w stanie przezwyciężyć zakażenia i wszystkie bez wyjątku zginęły. Z pośród

szczurów natomiast na takiej samej djecie z dodatkiem Vigan-tolu 50% pozostało przy życiu.

Z doświadczeń tych wynika, że również i witamina D poza swem działaniem swoistem okazuje wpływ nieswoisty polegający na utrzymaniu odporności w stosunku do czynników szkodliwych.

Czy te spostrzeżenia zdobyte w doświadczeniach laboratoryjnych mają zastosowanie odnośnie do człowieka, pokażą dopiero spostrzeżenia kliniczne. Wydaje się, że obecność witaminy D ma duże znaczenie również i dla dorosłych. Brak witaminy D może występować u człowieka w małosłonecznym okresie zimowym oraz wskutek większego zużycia witamin przy chorobach gorączkowych, sprzyjając zmniejszeniu odporności. Pomyślny wpływ naświetlań lampą kwarcową w okresie zdrowienia polegałby prawdopodobnie na uczynnieniu pod wpływem promieni pozafioletowych prowitaminy w witaminę D.

J. T y p o g r a f.

Lecznictwo.

W VIERHUFF. W sprawie leczenia hexophanem. (Med. Klinik Nr. 5. 1928).

Hexophan, czyli sól sodowa kwasu oxyphenylchinolidin-karbonowego, przedstawia połączenie kwasu phenylcinchonino-wego (atophanu) z kwasem oxyphenylkarbonowym (kwasem salicylowym). Oba składniki posiadają, jak wiadomo, działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe. Połączenie ich miało na celu spotęgowanie działania każdego z nich.

Autor opisuje pomyślne i szybkie wyniki leczenia hexo-phanem tak bardzo rozpowszechnionych i przykrych, choć nie dających się ściślej określić chorób z obszernej grupy t. zw. zmian artrytycznych lub reumatycznych. Przedewszystkiem stosował hexophan u chorych z rozsianymi dolegliwościami gość-cowemi powstałymi na tle przewlekłych spraw zapalnych mięśni i stawów, następnie u chorych z ostrym gościem stawowym i wreszcie dla leczenia dny. U wszystkich tych chorych hexo-phan powodował szybkie ustępowanie bólów i obrzęków. Uza-sadniona więc teoretycznie siła działania preparatu, złożonego ze składników, z których każdy z osobna jest oddawna wypró-bowanym środkiem leczniczym, została potwierdzona również i w klinice.

J. T y p o g r a f

H. BUSCHMANN. O leczeniu krzywicy i spazmofilji za pomocą substancji uczynnionych promieniami pozafioletowemi z szczególnem uwzględnieniem Vigantolu. (Med. Klinik Nr. 8. 1928).

Po wykryciu dodatniego wpływu na przebieg krzywicy bezpośredniego naświetlania chorych dzieci promieniami poza-fioletowemi, autorzy amerykańscy stwierdzili, że udaje się wyle-czyć krzywicę doświadczalną zapomocą odżywiania chorych zwierząt różnemi pokarmami poddanemi uprzednio naświetlaniu lampą kwarcową. Wykazali oni, że związki te same przez się wpływu leczniczego na krzywicę nie posiadają i uzyskują go dopiero po dokonaniu naświetlania. Istotnym związkiem uczyn-nionym przez promienie pozafioletowe jest nie cholesteryna, jak poprzednio przypuszczano, a jak to wykazał W i n d a u s — sub-stancja towarzysząca cholesterynie—ergosteryna. Badanie zwią-zków czynnych nie zostało jeszcze ukończone, praktyka jednak wykorzystała nowe odkrycia dla celów leczniczych. Posiadamy już cały szereg leków przeciwkrzywicowych wytwarzanych na zasadzie uczynniania naświetlanej ergosteryny.

Autor badał wpływ preparatów naświetlanych na przebieg samoistnej krzywicy młodych zwierząt i niemowląt. Wypróbował trzy preparaty: uczynniony proszek mleczny (Ultraktina), sprosz-kowany i naświetlany mózg i Vigantol.

Co się tyczy krzywicy zwierzęcej to stosowano wymienione preparaty u 75 młodych dotkniętych krzywicą prosiąt, baranów i cieląt. Badania wykonywano w okresie jesiennym i zimowym, gdy zwierzęta stale przebywały w stajniach, nie otrzymywały świeżego pożywienia i nie wychodziły wcale na świeże powietrze, które to czynniki mogłyby również wpłynąć na poprawę ich stanu.

Najwyraźniejszą i najszybszą poprawę stwierdzono w przypadkach leczonych Vigantolem; podobnie dobry wynik, lecz nieco powolniejszy miał miejsce i przy żywieniu ultraktiną, stosunkowo najslabiej działał naświetlany mózg. Wynika z tego, że nie tylko doświadczalna lecz samoistną krzywicę młodych zwierząt domowych można doskonale wyleczyć za pomocą żywienia uczynnikami substancjami.

Wobec tych pomyślnych wyników i podobieństwa obrazu klinicznego krzywicy samoistnej młodych zwierząt i niemowląt można było przypuszczać, że naświetlane związki okażą dodatni wpływ również i na krzywicę ludzką. Autor podawał chorym dzieciom ultraktinę i vigantol oraz naświetlane wysuszone żółtko jaj (Pleosoma). Spostrzeżenia dokonane w małopłonocznym okresie jesiennym i zimowym w roku 1926 i 27 dotyczą 110 niemowląt.

W całkowitym trybie życia obserwowanych dzieci poza dodaniem preparatów naświetlanych starano się absolutnie nic nie zmienić. Z badań laboratoryjnych obliczano wapń i fosfor w surowicy.

Przy podawaniu ultraktyny udawało się wyleczyć w ciągu 4—5 tygodni 74% leczonych dzieci, przy podawaniu Pleosomy—75%, przy leczeniu zaś Vigantolem 82,5%. Niektóre dzieci okazywały się odporne na leczenie pierwszymi dwoma lekami i reagowały dopiero na naświetlanie bezpośrednie, przy leczeniu zaś vigantolem odpowiadały wszystkie dzieci, z tem jedynie zastrzeżeniem, że pewna część (17,5%) wymagała nieco dłuższego leczenia (5 do 6 tygodni).

Za dawkę właściwą autor uważa 5—8—10 kropeł vigantolu dziennie, powiększenie dawki nie przyspiesza bynajmniej wyleczenia. Już po 10—12 dniach można stwierdzić w surowicy powiększenie poziomu wapnia i fosforu, Rentgen zaś wykazuje mniejsze lub większe odkładanie się wapnia w kościach. Nastrój i zachowanie się dzieci również ulegają widocznej poprawie.

Wobec tego, że leczenie to jest bardzo łatwe do przeprowadzenia i o wiele tańsze niż nie wszędzie dostępne naświetlanie lampą kwarcową, autor uważa wprowadzenie naświetlanych preparatów za duży postęp w lecznictwie krzywicy.

J. T y p o g r a f.

Gruźlica.

R. MICHEL. O kamforowym leczeniu późnych okresów gruźlicy płuc przy pomocy hexetonu. (Beitr. z. Klin. der Tuberkulose 1927 Bd. 67).

Leczenie ciężkich przypadków gruźlicy płuc wstrzykiwaniami kamfory zaproponował H e x a n d e r w r. 1889. Szerszemu rozpowszechnieniu tego sposobu leczenia, pomimo opisywanych przez różnych autorów pomyślnych wyników, stała na przeszkodzie znaczna bolesność tych wstrzykiwań i skłonność do powstawania nacieczeń. Od r. 1924 datują się próby zastąpienia wstrzykiwań kamfory mniej bolesnymi wstrzykiwaniami hexetonu (domięśniowo lub dożylnie).

Dla uniknięcia nawet lekkiego bólu powstającego przy wstrzykiwaniu domięśniowym u swych przeważnie ciężko chorych i wrażliwych pacjentów, autor wstrzykiwał hexeton dożylnie. Wstrzykiwania (po 0,1) dokonywano z początku codziennie, następnie co drugi dzień, a pod koniec kuracji co 3 dni. Czas trwania tego leczenia kamforowego (hexeton jest to roztwór syntetycznej kamfory w salicylanie sodu) wynosił około 12 tygodni. Ani razu nie spostrzegano żadnych przykrych lub szkodli-

wych objawów ubocznych. Jednocześnie stosowano, oczywiście zwykłe leczenie higieniczno-dietetyczne.

Chorzy znosili wstrzykiwania bardzo chętnie, gdyż sprawiały im one szybką i znaczną ulgę podmiotową. Leczenie hexetonem powodowało na początku kuracji ułatwienie i zwiększenie wykrztuszania, później zaś doprowadzało do złagodzenia kaszlu i zmniejszenia ilości płwociny. Łaknienie poprawiało się, nastrój stawał się lepszy. Pomimo stosunkowo znacznej ciężkości przypadków poprawę, dochodzącą nawet do przywrócenia zdolności do pracy, osiągnano w o wiele większym odsetku niż u chorych, którym hexetonu nie wstrzykiwano. Czas spostrzegania chorych po ich wypisaniu się z sanatorium, w ciągu którego stwierdzano utrzymywanie się osiągniętej poprawy, wynosił przeciętnie około 2 lat.

Przeciwwskazań do stosowania hexetonu autor nie uznaje. Krwiopłucia pod wpływem hexetonu nie spostrzegano, hexeton bowiem nie zwiększa prawidłowego ciśnienia krwi. Wpływu zaś hexetonu na już istniejące krwiopłucie autor nie miał sposobności obserwować.

Wobec pomyślnych wyników leczenia gruźlicy płuc wstrzykiwaniami kamfory, autor zachęca ogół lekarzy do szerszego niż dotychczas stosowania tego niewinnego sposobu leczenia.

J. T y p o g r a f

M. LEVY-BRUHL i YVONNE GARREAU. O znaczeniu obliczania chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym dla rozpoznawania gruźliczego zapalenia opon. (Cmpt rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7. 1928).

Badania M e s t r e z a l wykazały, że w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych ilość chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym zmniejsza się znacznie. Podczas gdy poziom normalny chlorków wynosi 7,30—7,40, przy gruźlicy opon opada on poniżej 6,30, wahając się najczęściej między 5 i 6. Wszystkie inne schorzenia opon niegruźlicze powodują jedynie nieznaczny spadek chlorków (6,50—7,00).

Autorzy mieli ostatnio sposobność badania liczne szeregu chorych dotkniętych najróżnorodniejszymi chorobami mózgu i opon. Pomimo, że wiele z pośród tych przypadków nie cechowało się wyraźniejszymi objawami, któreby pozwoliły na kliniczne postawienie ściślejszego rozpoznania, badanie chemiczne płynu na zawartość chlorków każdorazowo pozwoliło autorom na rozpoznanie lub wykluczenie gruźlicy.

W niektórych przypadkach np., przebiegających klinicznie pod postacią gruźlicy opon mózgowych, wysoki stosunkowo poziom chlorków (7,52) pozwolił na wykluczenie tego rozpoznania, w innych zaś z bardzo niewyraźnymi objawami gruźlicy spadek chlorków (5,90 i 6,24) skłonił jednak autorów do rozpoznania gruźlicy, przyczem dalszy przebieg choroby i ew. badania sekcyjne potwierdziły we wszystkich przypadkach wartość tego badania.

Wobec trudności rozpoznawczych choroby o tak różnorodnych postaciach klinicznych jak gruźlica opon mózgowo-rdzeniowych i wobec wielkiej wagi postawienia właściwego rokowania, autorzy uważają obliczanie chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym za bardzo ważny, łatwy do wykonania i ścisły wskaźnik rozpoznawczy, który powinien wejść do praktyki codziennej naráwni z badaniem cytologicznym.

J. T y p o g r a f.

Choroby serca i naczyń.

M. GROSSMAN. Różnica diurezy salirganowej jako oznaka utrudnienia krążenia przy zrostach osierdziowych. (Wiener Klin. Woch. Nr. 19. 1928).

Zwykle nie stwierdza się znaczniejszej różnicy pomiędzy działaniem moczo-pędnym salirganu wstrzykniętego domięśniowo lub dożylnie. W obserwowanym przez autora przypadku zaro-

nięcia worka osierdziowego stwierdzono, że domięśniowe wstrzykiwania saligranu działały bardzo powoli i bardzo słabo, dożylnie natomiast zastosowanie tej samej dawki szybko powodowało obfitą diurezę. Autor wykonał w związku z tem spostrzeżeniem szereg doświadczeń, z których wynika, że brak lub osłabienie działania moczo-pędnego saligranu przy wstrzyknięciu domięśniowym zależy w przypadkach zrostów osierdziowych nie od sposobu stosowania, lecz od specjalnych warunków krążenia istniejących przy tem cierpieniu i polegających na utrudnieniu dopływu krwi do serca z górnej lub dolnej żyły głównej. Gdy wstrzykiwano np. saligran domięśniowo lecz nie do pośladkowo, a w mięsień ramieniowy, należący do zakresu górnej żyły głównej, wówczas następowała diureza bardzo obfita nie mniejsza niż przy wstrzyknięciu do żyły łokciowej (prawidłowe w danym przypadku warunki krążenia w zakresie górnej żyły głównej). Drugim zaś przekonywującym dowodem był wynik wstrzyknięcia dożylnego saligranu, lecz do vena saphena, który spowodował jedynie niewielką i spóźnioną diurezę, tak jakby był dokonany do mięśni pośladkowych (utrudnienie krążenia przez zrosty przy ujściu dolnej żyły głównej).

J. Typograf.

Psychologja.

∞ A. MARIE. Psychoanaliza i nowe metody badania nieświadomego. (Paryż 1928).

W wydawnictwie „Bibliothèque de Philosophie scientifique” pojawiła się obszerna książka (268 str. in 8°), poświęcona streszczeniu nauki Freuda i jej krytycznej ocenie. Krytyka zresztą jest bardzo spokojna, obiektywna i nie pozbawiona należnych Freudowi pochwał.

Autor przytacza krytyczną ocenę Kräpelina, dla którego, freudyzm jest „metapsychjatrją”, lecz dodaje pojednawczo że zdanie takie traci całą zjadliwą pointę, kiedy się wspomni, że mistrz tej miary co Ch. Richet uważa metapsychikę za „najbardziej obiecującą dziedzinę przyszłości”.

Część pierwsza książki poświęcona jest wyłożeniu poglądów Freuda i zawiera następujące rozdziały: Jak psychoanalitycy zmierzają do zbadania nieświadomości”, „Pochodzenie marzeń sennych i ich metafizyka”, „Psychozy i nerwice”, „Libido jako źródło psychoz” oraz „Leczenie psychonerwicy”.

Wykład jest jasny, zwięzły i dla osób, nie będących w stanie poznać nauki z dzieł samego Freuda — bardzo pożyteczny. Obok teorii Freuda znajduje się tu zarówno pokrewne jej, jak i sprzeczne z nią poglądy.

Ciekawsza jest część druga książki, zawierająca krytykę Freudyizmu. Obok zarzutów własnych autor gromadzi głosy krytyczne innych psychjatrów. Najgłośniejszy zarzut i może najbardziej sformułowany („il est permis de penser que même a'Vienne l'humanité n'est pas à ce point génitalisée”) skierowany jest przeciwko przecenianiu popędów płciowych w psychice naszej.

Zarzut jednak nie jest poparty żadnym logicznym i naukowym dowodem tak, iż w konkluzji umieszczone zdanie: „kto chce dowieść zbyt wiele, nie dowodzi niczego” ostrzem swem może się zwrócić przeciwko Mariemu.

Zakwestjonowana jest również słuszność poglądu Freuda na rolę płciowości w rozwoju duszy dziecka, przykłady bowiem psychoanaliz dziecięcych nie wystarczają zdaniem krytyka, aby dowieść, iż i normalne dzieci przeżywają podobne etapy, i znowuż twierdzenie nie jest poparte żadnym dowodem.

Nie wydaje mi się również poważnym przytoczony zarzut Bloudela, iż ponieważ Freud naukę swą wyprowadził z badań nad histerją, prowadzonych w szkole Charcota oraz nad hipnozą — w szkole Bernheima, a oba te gmachy obec-

nie leżą w gruzach, to i Freudyzm podstawami swemi tkwi w gruzach.

Sądzę, że więcej w takim powiedzeniu jest błyskotliwości, niż naukowej słuszności. Można by mu przeciwstawić inny aforyzm literacki: „i na gruzach rosną kwiaty” i mieć więcej słuszności, niż Bloudel.

Przytaczając zdania przeciwników Freudyizmu, Marie nie pomija również opinii francuskich zwolenników Freuda, w pierwszym rzędzie Hesnarda, który stara się poprzedzić punkt widzenia Freuda i jego genezę psycho-seksualną nerwicy i psychoz z wyprowadzeniem ich z podłoża organicznego.

W części, poświęconej filozofii teorii Freuda, autor przyznaje, iż psychoanaliza słusznie przypisuje dominujące znaczenie podświadomości. Instynkt tkwiący tam jest siłą żywą, jest „rzeźbiarzem myśli i moralności”, jak to określa Bergson.

Pobieżny przegląd roli, jaką Freudyzm odegrał w literaturze pięknej, w sztuce i w życiu społecznym, kończy tę ciekawą książkę, która przyniesie kierunkowi psychoanalitycznemu więcej korzyści niż strat.

N. Zandowa.

Medycyna sądowa.

∞ S. SMITH. Taylor's Principles and Practice of Medical Jurisprudence. (Vol. II. Eighth Edition, edited by Sydney Smith, with a complete Revision of the Legal Aspect by G. H. Cook London, J. A. Churchill. 1928).

Ósme wydanie tego podstawowego dzieła z zakresu Medycyny sądowej pojawiło się w nowym opracowaniu S. Smitha, profesora med. sąd. w Edynburgu i G. H. Cooka, który opracował część przepisów i postanowień prawnych. Poszczególne działy zostały w ostatnim wydaniu znacznie rozszerzone, zwłaszcza uwzględniono działy badania krwi, uszkodzeń cielesnych wogóle, a w szczególności uszkodzeń wywołanych bronią palną, jak też niemałą uwagę poświęcono najnowszej technice stosowanej przy stwierdzaniu tożsamości osoby. Toksykologia obejmująca znaczną część tomu drugiego (około 600 stron) uwzględnia szereg zatruc najnowszymi środkami nasennymi i ciałami barwnikowymi, które mogą się obecnie zdarzać z powodu szerokiego zastosowania tych związków. W części o zatruciach, przy omawianiu każdego poszczególnego zatrucia uwzględniono również sposób zapobiegania i leczenia, co stwarza nie tylko zaokrągloną całość danego przedmiotu, lecz również porusza słusznie kwestje zaniedbywane stale w innych podręcznikach medycyny sądowej, a które w rozpatrywaniu przypadków zatruc mogą niekiedy mieć ważne znaczenie.

W części psychopatologii sądowej znalazły wyraz najnowsze postanowienia i przepisy prawne angielskie co do odpowiedzialności karnej wogóle, a w szczególności zwyrodniałych i psychicznie chorych. Nowe prawo rozwodowe w Anglii i równouprawnienie kobiet (the equalisation of the sexes) dało powód do uwzględnienia niektórych zagadnień i z tej dziedziny.

Jedną z zasadniczych zalet podręcznika Taylora jest krótka dyspozycja wysuwana na czoło każdego rozdziału, wedle której następuje szczegółowe omówienie tematu, co nadaje temu podręcznikowi niezwykłą przejrzystość i podnosi wybitnie jego wartość pedagogiczną. Ścisłość przy możliwie zupełnem wyczerpaniu przedmiotu, jasność określeń przy uwzględnieniu najnowszych zdobyczy nauki, tak licznych, a niejednokrotnie sprzecznych w swych wynikach, nadaje całości wspomnianego dzieła piętno niezwykłej jędrności i w tym kierunku podręcznik Taylora przewyższa znacznie inne dzieła ogłaszane z dziedziny Medycyny sądowej.

Siengalewicz (Wilno)

Wskazówki praktyczne.

— L u g e r podaje następujące objawy schorzeń śródpiersia, zewnątrz klatki piersiowej obserwowane:

a) ze strony układu nerwowego: zespół objawów H o r n e r a (zwężenie szpary ocznej, zwężenie źrenicy, wgłębienie gałki ocznej), zależny od porażenia n. współczulnego; dalej — kołatanie serca i zwolnienie jego bicia, jako następstwo podrażnienia i porażenia n. błędnego i współczulnego; b) ze strony narządu krążenia: jednostronny lub obustronny zastój w obrębie żył szyjnych, paradoksalne nabrzmiewanie żył szyjnych podczas wdechu, wysokie położenie tętnicy podobojczykowej lewej, tętnienie w dołku jarzmowym, tętnienie krtani (O l i v e r - C a r d a r e l l i), które spostrzega się nie tylko w przypadkach tętniaka aorty, rozległe wszechstronne tętnienie tchawicy (O r t n e r), boczne tętnienie krtani. Ważnym objawem guzów śródpiersia jest zastój w obrębie żyły pustej górnej z obrzękiem uwłosionej skóry i często spostrzegany obrzęk ciastowaty w dołku nadobojczykowym lewym. (Med. Klin. 1928. Nr. 28).

— R a d ó i H u t h utrzymują, że w przeszło 80% można wykryć laseczniki gruczolicy w moczu, radzą przeto w razie najmniejszego podejrzenia w kierunku gruczolicy narządów moczowych wielokrotnie badać osad moczowy, zabarwiony metodą Z i e h l - N e e l s e n a. Wrazie wyniku ujemnego badać preparat w „gęstej kropli“, zabarwiony fuksyną karbolową, odbarwiony 10% kw. siarczanym i alkoholowym roztworem siarczku sodu. (D. M. W. 1928 Nr. 21)

— Ze środków *proteinoterapeutycznych* wyróżnia się, zdaniem *Wasserbrennera*, *Cibalbumina* fabryki Ciba w Bazylei. Jest przezroczysty płyn wodnisty, przygotowany z białka zwierzęcego i znajdujący się w handlu w ampułkach po 2 ctm.³ do zastrzykiwań śródmięśniowych i śródżylnych. Środek ten nie wywołuje silnego odczynu gorączkowego ani znacniejszego bólu. W. stosował cibalbuminę w zapaleniach stawów, nerwów i kilka razy w otyłości — zawsze z doskonałym wynikiem. Najlepiej działała cibalbumina w przewlekłych zapaleniach stawów (4 — 6 zastrzyknięć po 0,3 do 0,6). Niegorzej działała Cibalgina w bólach mięśniowych, nerwo-bólach i rwie kulszowej. W niektórych przypadkach leczenie kombinowane (gorące powietrze, djatermja, mięsienie, salicyl) dawało wyniki doskonałe.

W szeregu przypadków otyłości cibalbumina w kombinacji z tyreoidyną dała w wyniku spadek wagi o 4 kilo w ciągu 3 tygodni (Wien. Med. Woch. 1928 Nr. 8)

— Przeciwno *ostremu nieżytowi nosa* zaleca B o e r n e r zastrzykiwania podskórne *Omnadiny*. Jedno zastrzyknięcie, zrobione przy pierwszych podmiotowych objawach „Kataru“, często działa poronnie: do dalszych przykrych sensacji — obfitej wydzieliny, zatkania nosa — nie dochodzi, Czasami występuje lekki odczyn ogólny, a po nim nieznaczne podniesienia ciepłoty ciała. Wszystko to jednak trwa nie więcej, niż 8 — 10 godzin i nie zmusza do przerwania zajęć.

(Wien. Med. Woch. 1928 Nr. 10)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego (8.II.28) K r y s z e k wygłosił referat p. t. *Inspekcja i palpacja w schorzeniach sercowych*. Kardjografia zawdzięcza wiele postępów nowym metodom badania, jakimi są elektrokardjografia, stygmografia, flebografia, rentgenografia. Należy korzystać z wniosków, już osiągniętych, dążyć jednak do uniezależnienia się od skomplikowanych metod badania przez pogłębienie treści wyników oglądania i dotykania.

Po omówieniu różnicy o zabarwieniu chorych sercowych mitralnych, chorych z wadą wrodzoną, chorych aortalnych i hipertoniców, prelegent przechodzi do omówienia: 1) uderzenia koniuszkowego, 2) tętnienia epigastrycznego, 3) tętnienia jarzmowego, 4) objawu Ż a k a, 5) tętna promieniowego, 6) tętnienia żylnego.

Przy omawianiu uderzenia koniuszkowego dłużej zatrzymuje się nad uderzeniem koniuszkowym, tworzonym przez komorę.

Przy omawianiu tętnienia epigastrycznego odróżnia tętnienia tworzone przez prawą komorę, przez lewą komorę, przez tętnicę brzuszną i ewent. przez tętniak tętnicy brzuszej. Przy omawianiu tętnienia jarzmowego podkreśla, że świadczy ono o elongacji aorty, nie zaś koniecznie o dylatacji aorty i to tylko przy badaniu w pozycji stojącej. Przy omawianiu objawu Ż a k a, odruchu naczyniowo-trzewiowego, występującego w schorzeniach aortalnych, przeprowadza analogię z odruchami czuciowo-trzewiowymi i ruchowo-trawieniowymi serca. Przy omawianiu tętna promieniowego porusza zagadnienia istoty tętna i znaczenia wężykowatości tętnic, poczem mówi, do jakich wniosków rozpoznawczych prowadzi może analiza jakości ściany tętniczej, napięcia naczynia, wypełnienia naczynia, szybkości tętna i jego rytmu. Wreszcie, przy omawianiu tętnienia żylnego szyjnego porusza zjawiska tętna żylnego dodatniego i uniezależnienia się tętnień żylnych od tętna promieniowego w przypadkach zaburzeń przewodnictwa. (P. Gaz. Lek. 1928 Nr. 35).

Na posiedzeniu Tow. Lek. Lwowskiego (3.II.28) H i l a r o w i c z przedstawił chorego po rezekcji uda w następstwie mięsaka, wychodzącego z kości. Z powodu tego przypadku wywiązała się dyskusja, w której B a r a c z nadmieniał, że uważa za bardziej racjonalną w przypadkach rozległego mięsaka miednicy i górnej części kości udowej amputację wysoką (*amputatio interileoabdominalis*), gdyż mięsaki te są bardzo złośliwe, i po ich wyłuszcze-

niu powstają nawroty choroby. S c h r a m m i O s t r o w s k i przemawiali w obronie rezekcji.

Na temże posiedzeniu J a n i k omówił przypadek *zwężenia przełyku* wysokiego stopnia, w którym po sondowaniu nie można było wydobyć zgłębnika. Dopiero w ezofagoskopie udało się zgłębnik wydstać. Okazało się, że powstał węzeł.

T y s z k a przedstawił przypadek *przepukliny śródpiersiowej po odmie piersiowej*, jako następstwo zwiększonego ciśnienia. W klinice lwowskiej zanotowano 15% takich spostrzeżeń po odmie.

L i p i Ń s k i omawiał przypadki *anginy Plaut-Vincent* z owrzodzeniem dąsadek, leczone arsenobenzolem z wynikiem pozytywnym. (P. Gaz. Lek. 1928. Nr. 31. S.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

A d l e r s b e r g i P o r g e s zdawali sprawę w Towarzystwie Lekarzy Wiedeńskich (d. 6.VI. 1928 r.) z 2-ch przypadków, w których z powodzeniem stosowali *pituitrynę przez nos*. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety, dotkniętej moczówką prostą, której autorzy chcieli zaoszczędzić codziennych bolesnych zastrzykiwań i w tym celu próbowali z początku dawać pituitrynę w pastkach. Gdy tą drogą nie osiągnęli żadnego wyniku, zastosowali wriąganie do nosa proszku pituitryny (Chemosan, Sanabo). Działanie było znakomite. Równie dobrze działała pituitryna, nasypana na język (perlingwalnie). Ażeby wykluczyć możliwość udziału czynników psychicznych, dawali autorzy do wciągania do nosa proszek mięsny, wyglądający zupełnie tak samo, jak proszek pituitryny; ani ciężar gatunkowy, ani ilość dobowo moczu nie uległy zmianie. Również dodatni wynik otrzymano w drugim przypadku (*polydipsia primaria*). Po zażyciu pituitryny przez nos występuje także odruch z pęcherzyka żółciowego (próba ze zgłębnikiem dwunastniczym). Czy tą drogą wywołać można i skurcze macicy, na to pytanie autorzy odpowiedzi jeszcze nie dają.

Na tem samem posiedzeniu mówił P o l o badaniach swoich nad *pobudzaniem regeneracji czerwonych ciałek krwi* za pomocą środków stosowanych doustnie. Lekarze amerykańscy stwierdzili taką regenerację drogą stosowania wyciągów z wątroby, z mięśnia sercowego i z nerek. Pod wpływem suszonych tarczyc i wyciągów z nadnerczy powiększa się liczba czerwonych krwi-

nek w niedokrewności złośliwej. Steinach przed kilku laty stwierdził wzrost liczby erytrocytów pod działaniem wyciągów z gruczołów płciowych. Tak samo działają niekiedy wyciągi ze śledziony. Prelegent otrzymał znakomite wyniki w tym kierunku, stosując dostarczony mu przez fabrykę Parke, Davis i t. p. wyciąg z istoty rdzeniowej nadnerczy: z liczby 25 chorych u 17 wynik był dodatni, mianowicie w 13 przypadkach (z 15 leczonych) niedokrewności wtórnej: wzrost liczby krwinek czerwonych z 2,6 milion. na 4,8 mil. w ciągu 3 tygodni, z 3,15 na 4,8

mil. w ciągu 9 dni. w przypadku cukrzycy z 4,9 na 5,7 mil. U człowieka zdrowego podniosła się liczba erytrocytów z 4,8 na 5,6 mil. I w niedokrewności złośliwej miał prelegent wyniki dobre. Dawka dzienna wynosiła 1 gr. Oprócz powyższego przetworu stosował Pol także i *histaminę* w ilości do 10 mg. przez usta i otrzymał wyniki dodatnie w 9 przypadkach (na 11 spostrzeganych) niedokrewności po wielkich upływach krwi. w jednym przypadku gnila i w dwóch niedokrewności złośliwej. (Med. Klin. 1928 Nr. 28). S.

Przegląd terapeutyczny.

Izba chorych 6 Paonu Sanitarnego.

Spostrzeżenia nad działaniem chinino-fityny „Ciba“.

Podał

Dr. Med. Ludwik KAWAŁEK (Lwów).

Związek chininy z fityną należy do kombinacji szczęśliwych, dlatego że łączy w sobie cenne własności lecznicze kory chinowej i krzepiące działanie fityny.

1 gr. chinino-fityny zawiera ze składników czynnych 57% zasady chininowej oraz 43% kwasu fitynowego, wedle Dr. Streffera. Specyfik jest sporządzony w pastylkach, powleczonych srebrem, o wadze 0,1 g. Pastylki należy połykać w całości gdyż potłuczone — dają ostry proszek nieprzyjemny w smaku.

Korzystając z nadesłanej mi większej ilości próbek, obserwowałem działanie chinino-fityny przez kilka miesięcy w mojej izbie chorych w następujących przypadkach:

- 1) 2 przyp. zapalenia zatok czołowych jamy nosowej.
- 2) 6 przyp. grypy.
- 3) 17 przyp. różnych nerwobólów.
- 4) 1 przyp. braku łaknienia w anemji.
- 5) 8 przyp. pryszczkowego zapalenia gardła.
- 6) 4 przyp. ostrego nieżytu błony śluzowej nosa.

- 7) 3 przyp. zapalenia okostny zęba.
- 8) 12 przyp. ostrego zapalenia oskrzeli.
- 9) 5 przyp. suchego zapalenia płucny.

Ad 1). Zającie kataralne zatok czołowych jamy nosowej. Silne bóle głowy, temp. 37,5 — 38°C. Zły stan ogólny. Zastosowałem okłady i chinino-fitynę w pierwszym dniu 4 past., w drugim 6 past., w trzecim 8 past., i odwrotnie w następnych trzech dniach. Bóle głowy słabły wybitnie i ustępowały zupełnie, temp. ciała zniżała się i opadała do normy. Chorzy czuli się dobrze i po 7 — 8 dniach wracali do swych zajęć.

Ad 2) W grypie uzyskałem polepszenie stanu ogólnego i stopniowo spadek temp. ciała. Chorzy wracali do lepszego samopoczucia i czuli się silniejsi. Stosowałem od 6—10 past. dziennie, obniżając następnie dawkę stopniowo.

Ad 3) W nerwobólach, tak częstych u żołnierzy, wystawionych na ciągłe zmiany pogody, stosowałem od 5 do 8 pastylek dziennie po dwie od razu z doskonałym wynikiem.

Ad 4) Osobnik anemiczny, skarżący się ustawicznie na brak apetytu, już po kilku dniach stosowania chinino-fityny po 1 tabletkę przed jedzeniem zaczął jadać chętniej i obficie. Po kilku ty-

godniach przy tem samem dawkowaniu czuł się znacznie lepiej, zaczął przybierać na wadze i weselej patrzeć na świat. Dziś czuje się zupełnie dobrze, jada zupełnie normalnie z apetytem i wygląda znacznie lepiej.

Ad 5) W pryszczkowej anginie podawałem pierwszego dnia 4 past., drugiego 6 past., trzeciego 8 past. i odwrotnie przez następne 3 dni. Uzyskałem w każdym przypadku to, o co mi chodziło, t.j. obniżenie temp. ciała i dobre samopoczucie chorych, oczywiście przy równoczesnem miejscowem leczeniu gardła.

Chorzy skarżyli się tylko na trudności w połykaniu pastylek w całości.

Ad 6) W przypadkach ostrego nieżytu błony śluzowej nosa z temperaturą i dreszczami stosowałem przez 2 — 3 dni, 3 razy dziennie po 2 past. z doskonałym skutkiem.

Ad 7) W zapaleniu okostny zęba stosowałem prócz okładów po 7—8 past. dziennie i uzyskiwałem zupełne ukojenie bólów, bez jakiegokolwiek działania ubocznego chinino-fityny.

Ad 8) i 9) W zapaleniu oskrzeli i suchem zapaleniu płucny podawałem, stopniując, od 4—8 pastylek przez kilka dni, jako środek przeciwgorączkowy, wzmacniający i kojący. Gorączka szybko opadała, bóle słabły wybitnie i ustępowały, wzmagalo się dobre samopoczucie u chorych, powracał apetyt i siły.

Reasumując powyższe spostrzeżenia, poczynione w ciągu kilku miesięcy, uważam chinino-fitynę za lek, stojący na wysokości zadania, dobry i skuteczny, który zupełnie śmiało stosować można tam, gdzie chodzi o wzmocnienie chorego organizmu, zwalczenie gorączki i ukojenie bólów.

Złego, ubocznego działania chininy nigdy nie zauważyłem, nawet stosując większe dawki. Mam wrażenie, że fityna paraliżuje uboczne działanie chininy, często tak przykre i niepokojące chorego.

Jako łachowy instruktor ratownictwa zatrutych gazami bojowemi, uważam chinino-fitynę za lek zupełnie odpowiedni w przypadkach komplikacji po zatruciach gazami trującymi i duszącymi oraz żrąco palącymi, gdzie tak często spotykamy się z podwyższoną temperaturą, złym stanem ogólnym, bólami wewnętrznymi, brakiem łaknienia i złym samopoczuciem. Chinino-fityna ma w tym razie wdzięczne pole do popisu i jestem przekonany, że spełni dobrze swoje zadanie. Lek ten włączyć należy do apteczek ratowniczych, a oddać go można bezpiecznie nawet w ręce laika, bez obawy przeholowania dawki. Złą stroną specyfiku stanowi produkowanie go w pastylkach, gdyż nie wszyscy chorzy umieją pastylki w całości połykać. Wskazane byłoby fabrykowanie leku i w pastylkach, i w opłatkach, które są łatwiejsze do połykania, zwłaszcza po zwilżeniu ich w wodzie.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Walka z gruźlicą w Stanach Zjednoczonych.

Podał

Dr. S. STYPUŁKOWSKI (Warszawa).

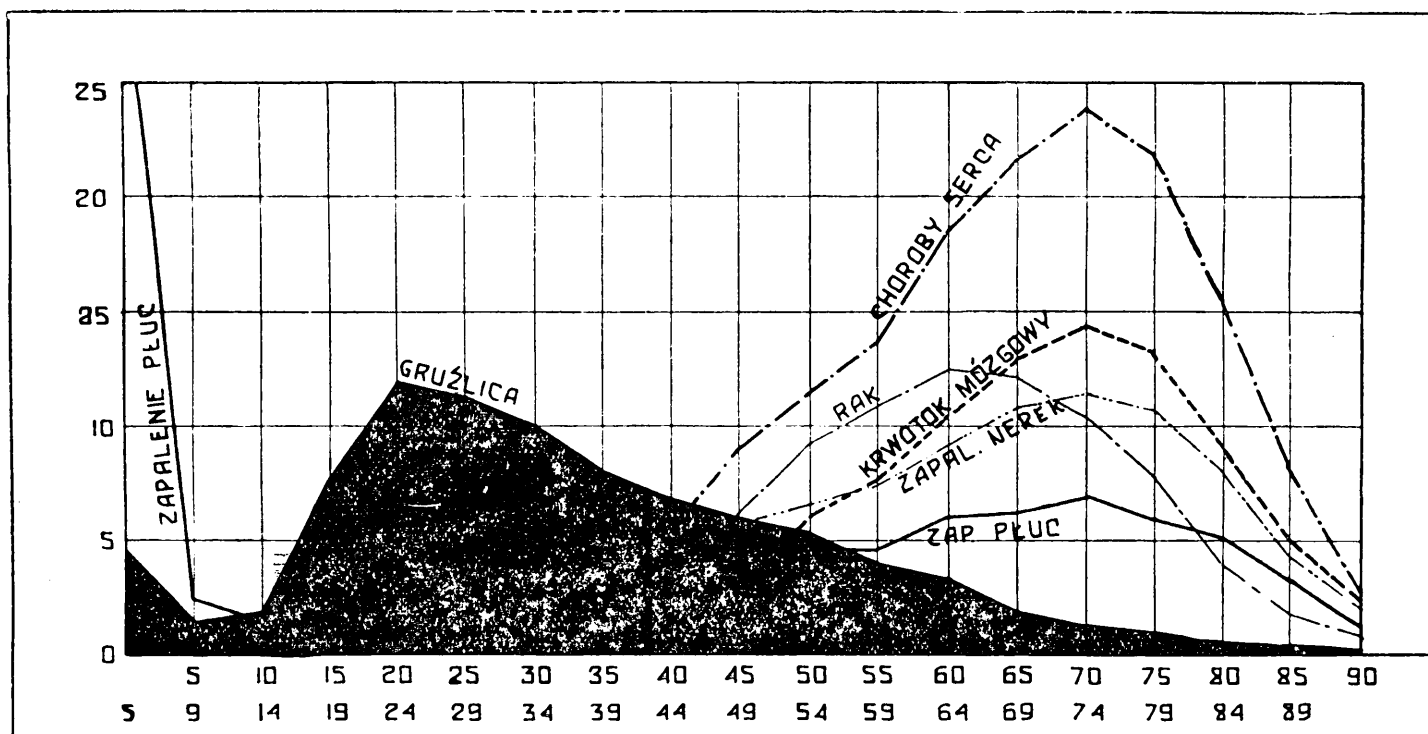
Po rocznym prawie pobycie w Stanach Zjednoczonych wyniosłem ogólne wrażenie, że tam gruźlicą znacznie mniej się interesują niż z tej strony wielkiego stawu. Dla przykładu przejrzymy chociażby program Harvardowskiej Szkoły Zdrowia

na gruźlicę, przyjeżdżających na kurację, i tym się tłumaczy ich śmiertelność. Najwięcej zaludnione stany jak New-York, Massachusetts, Michigan it.p. mają śmiertelność zbliżoną do 90. (Patrz tabl. II).

W Warszawie gruźlica zabiera rocznie około 260 na 100,000. Różnica jest więc poważna na naszą niekorzyść. Nie znała również Ameryka tak potężnego wstrząsu gruźliczego jak przeszła cała Europa podczas wojny światowej, a w szczególności Polska. Nie chciano mi wprost wierzyć, gdy

Tablica I.

Zgony z gruźlicy i innych głównych przyczyn w Stanach Zjednoczonych w roku 1923.



Publicznego w Bostonie, do której przyjeżdżają na studia przedstawiciele wszystkich zawodów i która jest subsydjowana przez Fundację Rockefellera. Otóż w szkole tej gruźlica nie posiada specjalnego działu studjów i jest traktowana narówni z innymi chorobami zakaźnymi. To samo daje się odczuwać i w całej organizacji służby zdrowia.

Czy takie stanowisko jest usprawiedliwione stanem zdrowotnym ludności i czym jest ono wywołane, należy się nad tem zastanowić.

Przedewszystkiem jaki jest stan śmiertelności i zachorowalności na gruźlicę? Począwszy od końca zeszłego stulecia śmiertelność zmniejsza się co rok. W roku 1924 wynosiła ona 90.4 na 100,000 ludności, w roku zaś 1925 — 86.6 dla całego obszaru Stanów Zjednoczonych. W poszczególnych stanach wahania są bardzo wielkie, poczynając od 29.6 w stanie Utah i sięgając do 152.4 w stanie Colorado (patrz tabl. I). Ten ostatni stan, jak również stan California, mają wielki napływ chorych

podawałem, że w Warszawie w roku 1917 umierało na gruźlicę 975 na 100,000 mieszkańców. Wojna spowodowała tylko nieznaczny przyrost w bilansie gruźliczym Stanów Zjednoczonych. Różnica ze śmiertelnością w innych krajach, posiadających dobrą organizację służby zdrowia nie jest zbyt wielką: w roku 1923 zmarło na 100,000 w Szwecji 138, w Szkocji 116, w Anglii 106, w Niemczech 115, w Belgii 106, w Australji 62.

W porównaniu do innych przyczyn śmierci została gruźlica zepchnięta z dominującego stanowiska na czwarte, piąte, szóste a nawet siódme miejsce. Wyparły ją choroby serca, zapalenie płuc, wypadki samochodowe. W roku 1925 zmarło w New-Yorku na choroby serca 266, na zapalenie płuc 143, na raka 115 i na gruźlicę 93.

Rozpatrując bliżej powyższe cyfry i porównując grupy wieku, które płacą największy haracz gruźlicy, widzimy, że wtedy, gdy na raka, choroby

Tablica II.

Rok	Ludność	Liczba zgonów	Liczba zgonów na gruźlicę	Zgonów na 1000 mieszkańców	Zgonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców
1900	686.010	14.987	2.363	15,78	34,44
1901	771.988	15.416	2.389	15,49	33,55
1902	736.625	13.176	2.331	17,69	31,64
1903	756.426	16.830	2.541	15,09	33,59
1904	771.382	16.069	2.394	14,89	31,04
1905	767.897	15.267	2.485	16,28	32,36
1906	746.513	16.081	2.428	15,09	32,53
1907	764.611	14.713	2.450	16,65	32,04
1908	751.595	14.640	2.527	17,26	33,62
1909	764.054	15.514	2.795	18,01	36,58
1910	781.179	15.055	2.502	16,62	32,03
1911	797.093	15.424	2.576	16,71	32,34
1912	821.369	14.009	2.462	17,57	29,97
1913	845.130	14.962	2.583	17,26	30,56
1914	884.544	16.297	2.757	16,92	31,17
1915	867.000	21.193	3.553	16,76	40,98
1916	780.654	18.510	4.687	25,32	60,04
1917	837.234	34.693	8.158	23,51	97,54
1918	758.411	24.477	5.945	24,28	78,40
1919	820.180	18.896	4.867	25,76	59,30
1920	945.155	19.134	3.213	16,79	34,00
1921	944.731	14.114	2.362	16,74	25,00
1922	956.087	14.622	2.493	17,05	26,10
1923	960.662	13.546	2.569	18,96	26,76
1924	965.237	14.208	2.679	18,85	27,76

serca i zapalenie płuc umierają przeważnie w wieku ponad 55, gruźlica zabija głównie ludzi w sile wieku czyli między 20—50. W New-Jorku ilustruje to zjawisko następująca tablica.

Zmarło na gruźlicę		w latach 1910 — 1920				
„ „ choroby serca „		1915 — 1925				
w wieku	35—39	40	44	45—49	50—54	55—59
gruźlica	412	445		458	421	466
choroby serca	100	172		284	474	804

Biorąc pod uwagę, że grupy wieku między 35 — 39 stanowią 8,82% całej ludności, gdy grupa 55—59 stanowi 3,22%, wnioskować możemy o doniosłości klęski gruźliczej. (Patrz tabl. III).

Z punktu widzenia społecznego jest więc gruźlica chorobą, która i obecnie zajmuje pierwsze miejsce w Stanach Zjednoczonych. W New-Jorku liczba wspomaganych rodzin gruźliczych stanowiła 12.6% ogólnej liczby rodzin potrzebujących opieki społecznej, tymczasem choroby serca dostarczyły takich rodzin 9%.

Stale zmniejszający się wskaźnik śmiertelności na gruźlicę uśpił do pewnego stopnia opinie publiczną, która jest więcej zaniepokojoną kilku tysiącami zachorowań na *polyomyelitis anterior* niż 99.800 przypadkami śmierci na gruźlicę, jakie zanotowano w roku 1926.

Według szczegółowych badań, jakie przeprowadzono w mieście Framinghamie, Massachusetts stwierdzono 9 czynnych przypadków gruźlicy na 1 przypadek śmierci na gruźlicę. Przypuszczalna liczba zachorowań na gruźlicę według tej formuły w całym państwie dochodzi do 898.000 przy 116 milionach ludności. Dane te zostały potwierdzone przez badanie rekruta podczas wielkiej wojny. Wtedy zwalniano około 2% poborowych jako chorych na gruźlicę.

Straty ekonomiczne, spowodowane gruźlicą, obliczane są przez Amerykańskie Towarzystwo do Walki z gruźlicą na 30 $\frac{1}{3}$ biljona dolarów w sposób bardzo ciekawy. Każdy osobnik dodaje do ogólnego dobrobytu 100 dolarów rocznie. Gruźlica zmniejsza długość życia wszystkich mieszkańców o 2 $\frac{1}{2}$ roku, czyli powoduje stratę dla każdego osobnika 250 dolarów a dla całej ludności państwa 29 biljonów dolarów. Następnie, leczenie chorych w sanatorium trwa przeciętnie około 6 miesięcy i kosztuje 500 dolarów. co w sumie uczyni około 500 milionów dolarów. Pozatem chorzy na gruźlicę leczą się przeciętnie 2 $\frac{1}{3}$ roku, z których jeden rok nie mogą zarobkować. Przeciętny roczny dochód pracującego stanowi 1000 dolarów. Straty więc z tego powodu wynoszą około 900 milionów dolarów. Są to zawrotne sumy nawet i na stosunki amerykańskie.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego i ekonomii gruźlica nie przestaje być poważnym zagrożeniem w Stanach Zjednoczonych.

Przypuszczać by można, że dobrobyt jakim się cieszą szerokie masy społeczeństwa amerykańskiego, a w szczególności prawie zupełne rozwiązanie sprawy mieszkaniowej, wpłyną w sposób wybitny na zmniejszenie się gruźlicy. Powyżej podane cyfry porównawcze z innymi krajami wskazują na to, że gruźlicę nie można zwalczyć jedynie przez poprawę warunków ekonomicznych.

Badania chronologiczne nad gruźlicą w stanie Massachusetts wskazują na to, że przed wykryciem prątka gruźliczego przez Kocha zmniejszanie się śmiertelności na gruźlicę było bardzo powolne. Począwszy od roku 1882, kiedy istota gruźlicy stała się znaną, spadek jest znaczący i w tym samym tempie idzie dalej. Sądząc z prawidłowości zmniejszania się śmiertelności należałoby przypuszczać, że w roku 1960 dojdzie ona do 25 na 100.000 mieszkańców.

Do kompletnego wytypienia gruźlicy musiałaby Ameryka ulepszyć swój system jej zwalczania w najczulszym jej punkcie czyli w dokładnej diagnostyce. Wiemy dobrze, jak ważną rzeczą jest wczesne wykrywanie gruźlicy i jak cennym jest lekarz, który sztukę badania gruźlicy należycie posiada. Wiemy również, jak doniosłą rolę odgrywa przychodnia przeciwgruźlicza, w której koordynuje się praca lekarza i pielęgniarki odwiedzającej chorych w domu. W Stanach Zjednoczonych, czy to ze względów historycznych, czy też warunków lekarskich, dających najrozmaitszych poziom wykształcenia, złożyło się tak, że w walce z gruźlicą udoskonalono należycie opiekę pielęgniarską i lecniotwo zakładowe. W piśmiennictwie lekarskiem są częste nawoływania o potrzebie wykładania diagnostyki gruźlicy chociażby w szkołach lekarskich, zaliczanych do grupy A.

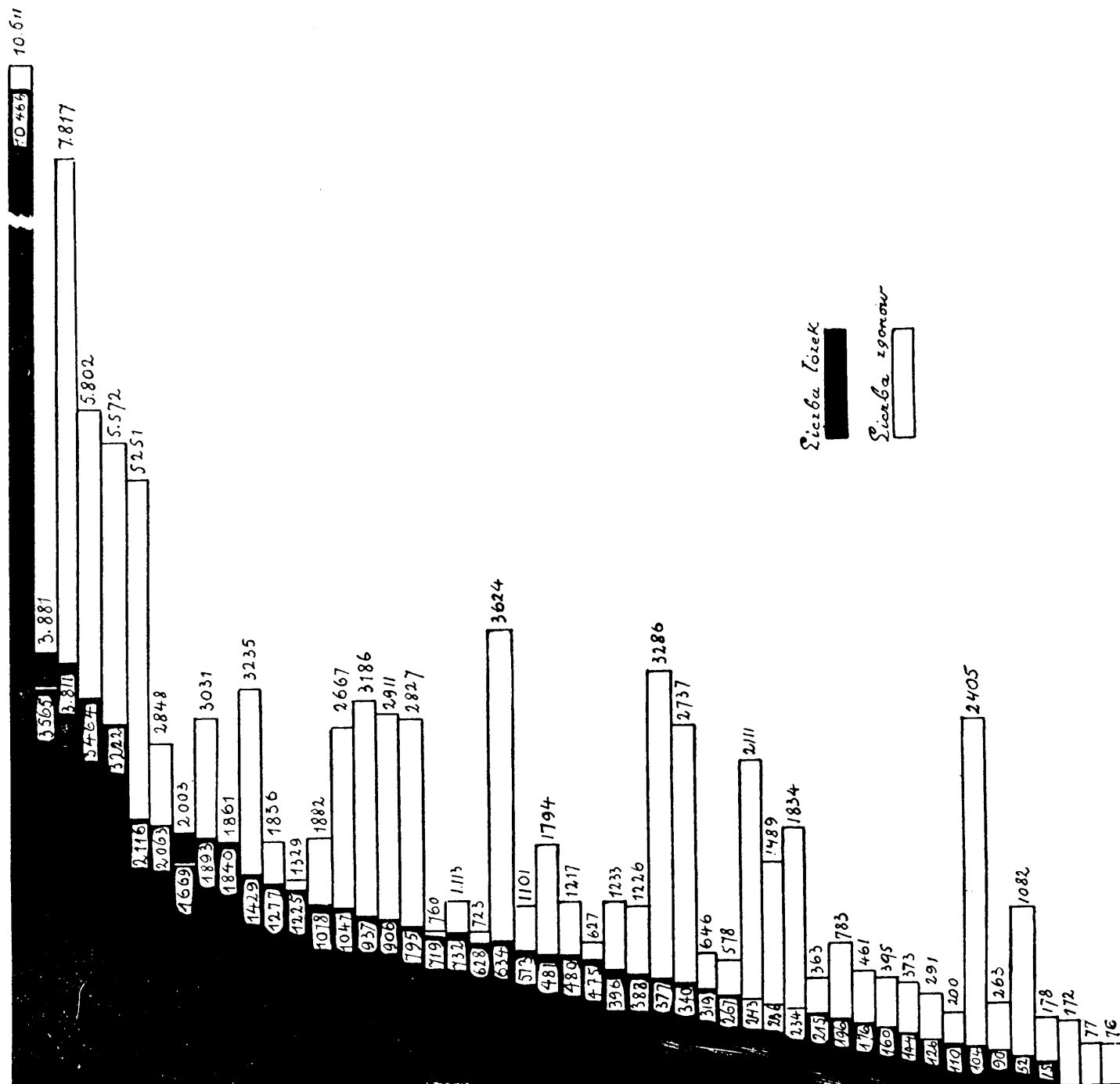
Przychodnie przeciwgruźlicze w liczbie około 600 nie są liczne w stosunku do 700 sanatorjów, posiadających około 60.000 łóżek i bogato uposażonych. Nic też dziwnego, że do sanatorjów przybywa stosunkowo dużo gruźlicy rozpadowej, że zgłaszanie gruźlicy, przewidziane przez prawo, jest niedostateczne i spóźnione. Według danych statystycznych ze stanu Massachusetts w roku 1926 w miastach poniżej 2500 mieszkańców zgłoszono 117 przypadków gruźlicy, gdy zanotowano 409

przypadków śmierci z gruźlicy. W roku 1923 w Bostonie 20% śmierci z gruźlicy nigdy nie były zgłaszane. Pozatem ze zgłoszonych przypadków 36,4% zmarło w pierwszym miesiącu po zgłoszeniu i 68,5% zmarło w rok po zgłoszeniu. Prawo wymaga, ażeby miasta i powiaty (counties), mające ponad 100

sta, jak Boston i Detroit, mają również trudności z umieszczaniem chorych na gruźlicę w zakładach leczniczych, co prawda nie tak wielkie, jak my tu w Warszawie. Tylko 5 stanów posiada standardowe minimum łóżek obliczanych według normy jedno łóżko na 1 przypadek śmierci.

Tablica III.

Liczba łóżek dla gruźlików w porównaniu do liczby zgonów z gruźlicy w Stanach Zjednoczonych.
Rok 1925.



tys. ludności, dostarczały miejsca szpitalne dla wszystkich przypadków gruźlicy. Oprócz tego wszystkie miasta ponad 50.000 ludności powinny mieć przychodnie przeciwigruźlicze. W praktyce nie jest to jeszcze przeprowadzone i z wielkim zdziwieniem dowiedziałem się, że tak bogate mia-

Z pośród innych zagadnień z dziedziny walki z gruźlicą interesują się mocno amerykańanie wpływem rasy na szerzenie się gruźlicy. Podane przez Mc Carty tablice z roku 1912 są bardzo ciekawe.

Zmarło na 100.000 na gruźlicę:

Indjan amerykańskich w 9 rezerwacjach	2800
Murzynów (Dane z roku 1910)	750
Chińczyków	700
Irlandczyków	400
Japończyków	300
Skandynawów	280
Włochów	220
Amerykanów (białych)	210
Żydów polskich	170

Ta sama sytuacja jest w New-Jorku, mianowicie w latach między 1918 — 1921 zmarło na 100.000:

Murzynów	398
Irlandczyków	306
Włochów	122
Amerykanów	108
Żydów	87

Stąd stałe twierdzenie o wpływie rasy na szerzenie się gruźlicy. Z drugiej strony dokładne badania wśród 4003 dzieci różnych narodowości w New-Jorku wykazały obecność gruźlicy wśród

Murzynów	11,3%
Irlandczyków	15,6%
Włochów	12,3%
Amerykanów	11,4%
Żydów	12,7%

Według opinii Droleta dzieci otrzymują od swych rodziców raczej odporność niż skłonność do gruźlicy. Leczenie 1234 dzieci z rodzin gruźliczych dało lepsze rezultaty niż leczenie 461 dzieci ze zdrowych rodzin. W ten sposób przewagę zachowań wśród niektórych narodowości zaludniających Stany Zjednoczone należy tłumaczyć jedynie mniejszym lub większym zrozumieniem zasad higieny i należyćie zorganizowaną walką z gruźlicą.

Pod względem przenoszenia się zarazka gruźliczego sprawa w dalszym ciągu pozostaje w sferze badań, jaką drogą przedostaje się on do organizmu czy w stanie suchym, czy mokrym czy przez inhalację, czy przez drogi pokarmowe, pośrednio lub bezpośrednio.

Szczególne uwagę zwrócono na zwalczanie prątka gruźliczego *typus bovinus*, który powoduje 25% zachorowań wśród dzieci do lat pięciu i 0,5% ogólnej śmiertelności na gruźlicę. Przez wprowadzenie pasteuryzacji mleka na ogromną skalę i przez badanie krów tuberkuliną zdolną według E. Boyntona w niektórych stanach zmniejszyć o 50% śmiertelność na gruźlicę wśród dzieci do lat 15.

Według Rosenau zakażenie zależne jest tylko od ilości zarazki i nie stanowi wyjątku dla wieku. Niektórzy autorzy twierdzą, że zakażenie się starszych osób jest niemożliwe, ze względu na rzadkość zakażania się małżonków jeden od drugiego. Niedawne badania Barnesa wykazały jednak, że wdowy lub wdowcy po osobach umarłych na gruźlicę dają śmiertelność 3 razy większą od innych osób, pozostających w małżeństwie.

Z powyższych kilku uwag wywnioskować można, że do osiągnięcia w walce z gruźlicą tak wybitnych rezultatów, jakie widzimy w innych dziedzinach zdrowia publicznego, należy ulepszyć

obecny system głównie w kierunku udoskonalenia przychodni przeciwigruźliczych. Trzeba wciągnąć do pracy społecznej większą liczbę lekarzy, którzy niestety, wobec trudnych warunków życiowych muszą pędzić za dolarem.

Odczuwając brak należyćie prowadzonej kampanji, zapoczątkowano przez Wydział Zdrowia Stanu Massachusetts takk zwany dziesięciodniowy program przeciwigruźliczy. Polega on na badaniu przez oddział specjalistów lekarzy wszystkich dzieci szkolnych i w ten sposób przez wczesne wykrycie gruźlicy gruczołowej zapobieganie dalszemu rozwojowi gruźlicy w jej formie płucnej. Szczególną uwagę zwraca się na dzieci z brakiem na wadze, które według doświadczeń z sanatorium w Westfield mają duży związek z gruźlicą.

W pierwszym roku wykonania programu zbzdano 10,098 dzieci, w drugim — 19073. Procent Pirqueta dodatniego był 28,5, stwierdzono gruźlicę przyoskrzelowej od 3,3% do 5,1% oraz gruźlicę płuc 0,1%. Według H. Chadwicka wskazują te cyfry na zmniejszenie się gruźlicy wśród społeczeństwa amerykańskiego.

Taka demonstracja zdrowia ma za zadanie uzupełnić brak sieci przychodni, które znają lepiej stan gruźlicy danej miejscowości niż przyjezdna jednostka dagnostyczna. Również starano się w ten sposób stwierdzić stan gruźlicy, poruszyć opinię publiczną i pchnąć walkę z gruźlicą na należyte tory.

PIŚMIENNICTWO.

- Annual Report for the Dept. of Health of City of Boston, 1926. Annual Report for the Dept. of Public Health for year ending Nov. 30 1925, Mass., P. 109. Asserson, M. Alice. Tuberculosis in Infants, Am. Rev. Tub., Vol. XVI, Nr. 4. Baum, Felix and Mebel, Sol., Am. Rev. Tub. Vol. XVI, Nr. 4. Diagnosis of Hilum Tuberculosis. Boynton, Ruth E. Tuberculosis Mortality Among Children, Am. Rev. Tub., Vol. XVI, Nr. 4. Burhans, C. W., J. A. M. A., Vol. 89, Nr. 16. Calmette A. City of Warsaw, Health Report for 1924. Drolet G. J. Am. Rev. Tub., 10 : 280, Nov. 1924. Dunham, Kennon, J. A. M. A. The Diagnosis of Tuberculosis in the Child's Chest. Emerson, Haven. Survey of Tuberculosis in Boston. Emerson, Haven. Tuberculosis in Germany. Am. Rev. Tub., Vol. IX, Nr. 3. Gittings J. C., Lathrop F. W., Anderson S. A. Tuberculosis in Childhood. J. A. M. A. Vol. 89, Nr. 17. Galdston Sago. Amer. Journal of P. H. Octobr 1927. Grandy, Chas. R. Am. Rev. Tub. Vol. XVI, Nr. 4. Hempelmann C. T. Clinical Diagnosis of Pulmonary and Bronchial Gland Tuberculosis. Murray D. Survey of Tuberculosis in Boston. Jacobs P. P. The Tuberculosis Worker, Williams and Wilkins. Jordan E. O. General Bacteriology. Mc Cartty P. P. Boston Medical and Surgical Journal. 166 : 207. Feb. 1912. Mc Phedran F. M. X-Ray Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis. Am. Rev. Tub. Vol. XVI, Nr. 4. Millon P. R. and Jost E. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. Vol. XXIV. Minnig A. Conjugal Tuberculosis. J. A. M. A. Vol. 89, Nr. 21. Meyers J. A. Tuberculosis in Childhood. J. A. M. A. Vol. 88, Nr. 19. Opie E. L. J. A. M. A. Vol. 89, Nr. 16. Osler William. Textbook of Medicine. Rosenau M. J. Preventive Medicine and Hygiene. Statistical Service Nat. Tub. Assoc. Sept. 1925. U. S. Reg. Area 1900 to 1923. Tabl. 1A. Talking Point about Tuberculosis 1927 National Tb Association 370 Pevenhth Av. New-Jork. Tounney, White and Danforth. Chicago. Vaughan V. C. Epidemiology and Public Health. Virginia Tuberculosis Report for 1920. House Doc. Nr. 3. Whipple G. C. Vital Statistics. Whitney J. and Wilcox L. N. T. A. Tuberculosis Mortality in 14 Countries. N. Y. C. 1926. Wilson E. B. Tuberculosis in Boston and Elsewhere. J. B. Med and Sur. Assoc. Zinsser Hans. Bacteriology.

Wiadomości bieżące.

— Polski Komitet Walki z Reumatyzmem. Z inicjatywy i pod przewodnictwem B. Ministra Dr. W. Chodźki odbyło się w Państwowej Szkole Higieny posiedzenie organizacyjne w sprawie utworzenia Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem.

Po wysłuchaniu zgłoszonych referatów o obecnym stanie akcji przeciwrheumatycznej na Zachodzie tudzież o rozmiarach klęski reumatycznej w Polsce, zebrani jednogłośnie uchwalili założenie Polskiego Komitetu, dokonywując jednocześnie wyborów do Zarządu który ukonstytuował się, jak następuje:

Dyr. P. S. H. Dr. Witold Chodźko (Prezes)

„ P. Z. H. Doc. Dr. Ludwik Hirsfeld.

Dr. Henryk Kłuszyński (Warszawa)

Prof. Dr. Ludwik Korczyński (Kraków)

Dr. Anastazy Landau (Warszawa)

Prof. Dr. Witold Orłowski (Warszawa)

Dr. Gustaw Raciążek (Warszawa)

Prof. Dr. Roman Rencki (Lwów)

Doc. Dr. Władysław Szenajch (Warszawa)

Doc. Dr. Gustaw Szulc (Warszawa)

Prof. Dr. Ireneusz Wierzejewski (Poznań)

Komitet uchwałą rozpocząć akcję próbną na terenie Amelina oraz wydelegować swego przedstawiciela do Londynu na Zjazd Międzynarodowy, poświęcony zagadnieniom reumatycznym.

Statut Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem.

§ 1. Polski Komitet Walki z Reumatyzmem ma na celu:
a) nawiązanie kontaktu z odpowiednimi Komitetami Narodowymi zagranicą dla wspólnej i skoordynowanej akcji przeciwrheumatycznej.

b) organizowanie konferencji i zjazdów naukowych i społecznych w sprawach, dotyczących walki z reumatyzmem.

c) przeprowadzanie badań doświadczalnych, statystycznych i klinicznych nad reumatyzmem oraz wydawanie odpowiednich publikacji.

§ 2. Centrala Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem mieści się w Warszawie.

§ 3. Zebrania plenarne będą zwoływane przynajmniej raz na rok.

§ 4. Polski komitet Walki z Reumatyzmem składać się będzie z członków zwyczajnych, korespondentów i członków honorowych.

§ 5. Członkowie zwyczajni wybierają Zarząd w liczbie 10 członków na okres dwuletni.

§ 6. Członkami zwyczajnymi mogą być: osoby fizycznej osoby prawne oraz instytucje państwowe, samorządowe, społeczne i ubezpieczeń społecznych.

§ 7. Na posiedzeniu plenarnym Zarząd składa sprawozdanie roczne z działalności komitetu.

— Dnia 22 sierpnia upłynęło sto lat od daty śmierci Franciszka Józefa Galla, twórcy zarzuconej hipotetycznej wiedzy frenologicznej. Gall był synem kupca w Tiefenbron pod Pforzheimem. Urodził się 9 marca 1758; w 19 r. życia wstąpił na wydział lekarski w Strasburgu, w 23-m przeniósł się do Wiednia, gdzie uzyskał dyplom w r. 1785 i wkrótce zasłynął jako wzięty lekarz w Wiedniu. Obok praktyki zajmował się anatomią mózgu i kefaloskopia i wynikami swoich studiów dzielił się w wykładach prywatnych. Wychodził z założenia, że zarówno jak dla poszczególnych czynności ciała, tak i dla władz psychicznych istnieją w mózgu specjalne ośrodki, które układają się na powierzchni mózgu i zależnie od stopnia swojego rozwoju tworzą w odpowiednich miejscach na czaszce wyniosłości lub zagłębienia, które można wymacać i w ten sposób nabrać pojęcia o umysłowym i moralnym uzdolnieniu człowieka. Gall określił 27 cech na czaszce, które miały świadczyć o takich cechach charakteru jak: miłość do dzieci, towarzyskość, duma,

zbrodniczość, odwaga, swarliwość, pycha, zarozumiałość, łagodność, dowcip, ostrożność, głębokość umysłu, stanowczość, poetyczność, naśladownictwo, zdolność zapamiętywania nazw, miejsca, osób, wyrazów, przedmiotów, tonów, cyfr, — zdolności artystyczne, budowlane, metafizyczne, teozoficzne i t. d.

Nauka ta zyskała sobie licznych zwolenników w Wiedniu, ale w r. 1802 uprawianie jej, demonstrowanie i rozpowszechnianie zostało wzbronione dekretem cesarskim, jako podkopujące uczucia wiernopoddanne, „prowadzące do materializmu i obalające zasady moralności i religii”. Ten zakaz wsławił imię Galla na całym świecie, znalazł on nawet w osobie Krzysztofa Spurzheima, zdolnego anatoma i przyrodnika, gorliwego współpracownika.

W r. 1805 Gall opuszcza Wiedeń i udaje się do Niemiec, Danii, Szwajcarii i Holandii, gdzie uzupełnia swe poszukiwania w więzieniach i domach dla obłąkanych i wygłasza swą teorię i w r. 1810 ogłasza swoją „Organologję”, tak bowiem nazwał swoją naukę. Wtedy zaczęły pojawiać się krytyki naukowe przychylnie i nieprzychylnie, na które znów autor odpowiadał; stanowczo jednak miał on więcej przeciwników niż zwolenników. W r. 1807 udaje się Gall do Paryża gdzie również zyskuje sobie szybko rozgłos wziętego praktyka, a jednocześnie pracuje naukowo jako anatom. W r. 1808 ogłasza „Recherches sur le système nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier”. Komisja jednak pracę tę odrzuciła, wskutek czego jego kraniologia poniosła ostateczne fiasco. Pomimo to Spurzheim stara się w dalszym ciągu nadać podstawy naukowe dla „kranioskopii i frenologii”, jedzie do Anglii i Ameryki, stara się pozyskać dla nich zwolenników w szerokich kołach i zakłada w licznych miastach towarzystwa frenologiczne; powstaje nawet w Edynburgu specjalne pismo, poświęcone frenologii, pod redakcją Combea i Watsona.

I Gall sam nie traci zapału: ogłasza jedno dzieło za drugim i wreszcie w latach 1822- 825 publikuje 6 tomowe dzieło p. t. „Sur les fonctions du cerveau avec des observations sur la possibilité de reconnaître les instincts, les talents ou les dispositions morales et des animeaux par la configuration de leur cerveau et de leur tête”.

Chociaż Gall w systemie swej organologii na wielu punktach błędził, to jednak ma niewątpliwą zasługę, że pierwszy wykazał, że umiejscowienia czynności psychicznych należy się doszukiwać w zwojach mózgowych, gdy istota rdzeniowa stanowi tylko układ przewodniczący i projekcyjny. W latach sześćdziesiątych XIX w. Broca odkrywa na drodze klinicznopatologicznej ośrodek mowy, tak przez niego nazwany, i tem obala pogląd Florensa, że kora mózgowa jest jednolita i do czynności psychicznych wszędzie w równym stopniu zdolna. Dalsze poszukiwania Meynerta o różniczkowaniu istoty korowej Fritscha i Hitziga, którzy wykazali zapomocą drażnienia elektrycznego obnażonej kory mózgowej u psów, że drażnienie określonych miejsc mózgu wywołuje określone ruchy, a zniszczenie tych miejsc — porażenie układu mięśniowego, dalej powtórzenie tych doświadczeń na ludziach podczas operacji przez Fedora Krausego, Victora Horsleya i Sherringtona, a także epokowe badania K. Brodmanna nad budową drobnowidzową kory mózgowej — wykazały, że w nauce Galla mieściło się jednak dżdżio prawdy, a niezaprzeczalnie wielkiem jego odkryciem w dziedzinie anatomii mózgu było dowiedzenie włókniastej budowy istoty rdzeniowej i skrzyżowanie piramid. Gall może być również uznany za twórcę antropologii kryminalnej.

22 sierpnia 1828 Gall zmarł w Paryżu w 70 r. życia na skutek apopleksji, której uległ 4 kwietnia tegoż roku, i która spowodowała prawostronne porażenie z zaburzeniem mowy.

W historii medycyny Gall zalicza się do najciekawszych osobistości z końca 18-go i pierwszej części 19-go stulecia.

Według K. F. Hoffmanna (Monachium),
Wien. Med. Woch. Nr. 34, 1928.

TRĘŚĆ: J. M. BARCIŃSKI. Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych. L. BARANOWSKI. O wpływie dołędźwiowych wstrzykiwań starej tuberkuliny na przebieg gruźliczego zapalenia opon mózgowych. — Wł. MATECKI. Zagadnienie konstytucji psychofizycznej. Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. L. KAWAŁEK. Sposrządzenia nad działaniem chinino-fityny „Ciba”. — S. STYPUŁKOWSKI. Walka z gruźlicą w Stanach Zjednoczonych. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. M. BARCIŃSKI. Le traitement conservatif des tumeurs malignes. — L. BARANOWSKI. L'influence des injections intralombaires de la vieille tuberculine sur la méningite tuberculeuse. — L. MATECKI. Le problème de la constitution psychophysique. — L. KAWAŁEK. Observations concernant la chinosine „Ciba”. — S. STYPUŁKOWSKI. La lutte contre la tuberculose dans les Etats-Unis.

Redaktor przyjmuje codziennie od 8-jej do 11-jej rano.

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.