

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. 31

WARSZAWA, 20 WRZEŚNIA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O patogenezie bólu we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.

Podał

Prof. H. STRAUSS (Berlin).

Zdania poszczególnych autorów co do powstawania bólu we wrzodzie żołądka są jeszcze bardzo rozbieżne. Jest rzeczą uderzającą, że wcale nie tak rzadko napotykamy zespoły bólowe, klinicznie budzące podejrzenie wrzodu żołądka, które jednakże podczas operacji czy autopsji wrzodu tego nie wykazują.

Z drugiej strony niekiedy znajdujemy na sekcji rozległe owrzodzenie u osobników, które za życia żadnych objawów bólowych ze strony żołądka nie wykazywały.

Nie mam tu na myśli wrzodów, widywanych na sekcjach tabetyków, które przebiegały bezboleśnie za życia, dlatego że wrzody żołądka u osób, dotkniętych wiałem rdzenia, mogą przebiegać bez bólów z powodu znieczulenia tych osobników.

Mogę też potwierdzić, że nisza, stwierdzona w przebiegu bolesnego wrzodu, może istnieć nadal i po przeprowadzeniu leczenia, mimo, że skargi podmiotowe i wrażliwość niszy na ucisk ustały. Dlatego też przekonano się już oddawna, że zagadnienie bólu we wrzodzie nie jest proste, i dyskusje na temat powyższy odbywały się wielokrotnie. Tak, na przykład, ja poruszyłem m. in. tę sprawę przed 9 laty w „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“, jako temat szczegółowych rozważań.

Wywodziłem podówczas, że w większości przypadków wrzodu szczególne znaczenie ma dla powstawania bólu obecność wolnego kwasu oraz istnienie „zapalnego obwodu“, względnie „nieżyty śluzówki okołowrzdowego“. W związku z wyżej wspomnianymi uwagami przy omawianiu wiału rdzenia, należałoby jeszcze wziąć pod uwagę, jako trzeci czynnik, niezmiennione przewodnictwo dośrodkowe nerwów. Takie ujęcie przemnie sprawy, oparte na szeregu operacyjnych spostrzeżeń, stało w pewnej sprzeczności z poglądami, którym hołdowała wówczas większość autorów, że bóle są następstwem drażnienia przez

kwas solny soku żołądkowego obnażonych nerwów w obrębie owrzodzenia. Mówię w „pewnej sprzeczności“ dlatego, że ja dodałem do działania kwasu jeszcze wpływ okołowrzdowego obwodu zapalnego, wrażliwego na ból, jako warunek dla powstania uczucia bólu. W międzyczasie moje ujęcie sprawy zostało potwierdzone przez wielostronne badania histologiczne Konjetznego i innych oraz gastroskopowe spostrzeżenia Schindlera, Hohlwega i Korbscha. Także Palmer przyszedł ostatnio do wniosku na zasadzie szeregu rozważań, że bóle wrzodowe prawdopodobnie warunkowane są zapalnym odczynem wrzodu oraz działaniem kwasu solnego, możliwe jest także, że i perystaltyka odgrywa tu pewną rolę. Podając próbę Bönnigera z kwasem, jako sposób wykazania u chorego na wrzód skłonności do bólów, przypuszcza Palmer, że chory taki poza samym wrzodem posiada w żołądku jeszcze specjalne zmiany, które uwrażliwiają go na działanie kwasu solnego.

Jest przytem ciekawe to, że przy całym uznaniu znaczenia drażniącego działania kwasu solnego, nie podkreśla się obecnie już nadkwaśności, jako czynnika bólowego w takiej mierze, jak dawniej. Nie przypisujemy już nadkwaśności obecnie takiego znaczenia dlatego, że nie występuje ona bynajmniej we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy. Ten fakt ja sam podkreśliłem już przed wielu laty, wskazując przytem, że częstość nadkwaśności u chorych na wrzód żołądka zmienia się wprawdzie zależnie od miejscowości, zgadza się natomiast we wszystkich prawie statystykach berlińskich.

Tak na przykład podaje Ewald 34,1%, Boas 33,7%, Wirsing 42,6% a Bamberger 36%, również ja w statystyce ogłoszonej w mojej monografii „o chorobach żołądka pod wpływem wojny“ podałem, że nadkwaśność istnieje tylko w około $\frac{1}{3}$ części przypadków. Trzeba wszakże uwzględnić w powyższych ramach jeszcze nadkwaśność trawienną, którą ja już wtedy, kiedy ją wprowadziłem do diagnostyki klinicznej, uzależniłem od istnienia wrzodu i specjalnie wrzodu przyodźwiernikowego. Nowsze badania, które zostały przeprowadzone za pomocą frakcjonowanego zgłębnikowania, m. in. liczne własne badania, ogłoszone w ubiegłym roku

współ z H. Steinitzem w monografii „o zgłębnikowaniu frakcjonowaniem w celu otrzymywania krzywych kwasoty w djagnostyce chorób żołądka” wykazywały, że w nadmiernym trawiennym wydzielaniu, czas zadziałania nierozcieńczonego soku żołądkowego na podrażnioną śluzówkę żołądka jest o wiele dłuższy, niż w normalnych warunkach wydzielania żołądkowego. Ponieważ jednak podrażnione miejsce śluzówki żołądka jest wrażliwe nie tylko na nadmiernie kwaśny, lecz i na zwykły sok żołądkowy, o ile tylko tenże sok nie zostanie zobojętniony przez treść pokarmową i w ten sposób osłabiony w swem działaniu, więc niekoniecznie musimy przypisywać działanie to tylko nadmiernie kwaśnej treści. Można bowiem spodziewać się działania drażniącego i ze strony soku normalnego, a nawet podkwaśnego, o ile tylko sok ten zawiera pewną ilość wolnego kwasu. Zresztą, już oddawna mamy wskazówki co do zależności pomiędzy działaniem kwasu a bólem nie tylko ze strony momentalnego działania alkali, lecz i ze strony szybkiego działania spożywanych pokarmów, rozcieńczających i osłabiających działanie kwasu.

Również okoliczność, że w razie nocnych bólów w przypadkach wrzodu przyodźwiernikowego znaleźć można mniejszą lub większą ilość czystej treści w żołądku i że jej usunięcie działa uśmierzająco na ból, przemawia za podobną zależnością. Jeżeli staniemy na punkcie widzenia, że dla powstania miejscowego bólu ważna jest nie tylko obecność żrącej treści, lecz także istnienia szczególnie wrażliwej śluzówki w postaci „zapalnego obwodu okołowrzodowego”, to zrozumiemy także łatwo te niezbyt rzadkie przypadki, w których klinicznie mamy obraz wrzodu przyodźwiernikowego, zaś biopsja wykazuje tylko nieżyt śluzówki przyodźwiernikowej z nadżerkami lub bez nich. Już przed laty podkreśliłem w artykule „o wrzodzie przyodźwiernikowym”, że „zespół przyodźwiernikowy” nie zawsze winien być interpretowany, jako wrzód przyodźwiernikowy, lecz przemawia li tylko za istnieniem „schorzenia przyodźwiernikowego”.

Omówione tu zagadnienie wydaje mi się ważne nie tylko z punktu widzenia ogólnie patologicznego, lecz także z punktu leczniczego. Albowiem, jeżeli wywody powyższe o patogenie bólu wrzodowego odpowiadają rzeczywistości, to dowodzą one również słuszności starych przepisów co do

leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy środkami, zobojętniającymi kwas i oszczędzającymi śluzówkę żołądka, oraz wyjaśniają powodzenie leczenia przeciwwrzodowego w przypadkach istnienia tylko nieżyty przyodźwiernikowego.

Jeżeli bowiem wrażliwość jest związana głównie z otoczeniem zapalnym wrzodu lub blizny wrzodowej, to przy odpowiednim leczeniu zostaną objęte dobrodziejstwem kuracji wypoczynkowej także inne miejsca zapalne, nie będące w związku z owym łezieniem,

Szczególną satysfakcję da nam ta okoliczność, jeżeli uwzględnimy trudności różniczkowe w rozpoznaniu pomiędzy wrzodem a nieżytem przyodźwiernikowym.

Ja osobiście już dawno skłaniałem się do tego poglądu, wyznawanego także przez Leubego, że w razie podejrzenia wrzodu żołądka należy przeprowadzić leczenie wrzodowe. Według tych zasad postępowałem już od wielu lat i cieszę się, że w międzyczasie także z innych stron rozległy się głosy, uznające istnienie utajonych wrzodów, nie dających się ściśle rozpoznać, i przyznające potrzebę systematycznego rozpoczynania leczenia wrzodowego, a w razie powodzenia kontynuowania tego leczenia, co ja już oddawna głosiłem. Tak m. in. utrzymywałem już przed 20 laty, że przypadki nadkwaśności lub wydzielania trawiennego należy traktować jako wrzody żołądka nawet pomimo braku objawów klinicznych, któreby rozpoznania takie potwierdzały.

Ceteris paribus mniej szkody wyrządzi się stosując leczenie „wrzodowe” w przypadkach podejrzanym tylko, t. j. tam, gdzie niema wyraźnego wskazania, aniżeli nie stosując tego leczenia w podobnych przypadkach. Wszak i w razie podejrzenia gruźlicy postępujemy w sposób podobny, podejmując długotrwałe kosztowne leczenie nawet w przypadkach, w których takie postępowanie nie jest bezwzględnie uzasadnione. Podobnie postępujemy także w przypadkach przewlekłych zapaleń okołokątniczych. Nie naszą winą jest, że granice rozpoznawania są niekiedy szersze, aniżeli to jest pożądane. Jest jednak rzeczą konieczną zdawać sobie zawsze sprawę z tych granic i również w dziedzinie leczenia wrzodów postępować w myśl zasady *in dubio liberaliter*.

Z oryginału niemieckiego przełożył B. Goldstein.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

Grupy krwi w patologji¹⁾.

Podał

L. HIRSZFELD (Warszawa).

(Dokończenie).

Widzimy, że u przestępców spotyka się więcej elementu B, niż u ludzi normalnych. Pomiedzy

¹⁾ Odczyt wygłoszony w Sekcji Klin. Tow. Med. Społ. d. 14.IV 1928 r. Piśmiennictwo szczegółowe znajduje się w książce mojej „Konstitutionserologie und Blutgruppenforschung” Nakład Springer 1928.

kobietami prostytutki mają prawie dwukrotnie więcej B, niż robotnice i służba domowa. Badania Gundla nie były jeszcze sprawdzone na materiale większym. Kilku autorom w Rosji i w Niemczech nie udało się stwierdzić różnic, badania Gundla opierają się jednak na tak dużym materiale, że zasługują na uwagę. Ciekawem jest, że podłoże psychiczne przestępcy, zależne podług Gundla, od przynależności grupowej, wyraża się również i w rodzaju przestępstwa. Podczas kiedy drobnych oszustw nie daje się skojarzyć z przynależnością do pewnej grupy, widzimy, że do morderstwa, zabójstwa i ciężkich przewinień skłonne są najbardziej osobniki grupy B.

Tablica VI.

Rodzaj przestępstwa i grupy p/g Böhmera i Gundela.

	O	A	B	AB	Razem
Morderstwo, zabójstwo i t. p.	35,4	34,5	30,0	—	oprócz 100 Kilonji
" "	17,4	56,5	17,4	8,7	23 Kilonja
Kradzieże, oszustwa	33,1	46,1	18,2	2,5	477 opr. Kil.
" "	21,0	49,0	21,9	8,1	119 Kilonja
Podpalanie	45,1	51,6	3,2	—	31 opr. Kil.

Sprawę zatem badania, czy istnieje większa wrażliwość układu nerwowego w obrębie grupy B i AB, należy uważać za zapoczątkowaną i byłoby niezmiernie ważne zdobycie dalszego materiału. O ile wiem, kolega Herman zebrał materiał Szpitala na Czystem i najpewniej wypowie się w tej sprawie.

Przejdźmy obecnie do sprawy gruźlicy. I tutaj nie mogę przedstawić Panom wyników pewnych i niezbitych, lecz jedynie pewne, czasem sprzeczne spostrzeżenia. Cały szereg autorów Streng i Riti, Hollo i Lenard, Raphael U. Olive, M. Searb, n. Tom N. Heran, Connert, nie znajdowali różnic wrażliwości na gruźlicę w obrębie poszczególnych grup, podczas gdy Świder i Kon, Alperin podają następujące różnice

Tablica VII.

	O	A	B	AB	Razem
Gruźlica (Świder i Kon)	30,7	47,3	13,7	8,3	600
Normalni (Halber i Mydlarski)	32,2	34,9	22,9	9,2	12000

Alperin potwierdzony przez Świdra i Kona stwierdza dla A: Stadium I p/g Turbana 35,0; II 36,7; III 44,8, gruźlica łagodna A 34, przejściowa 41,2, złośliwa 48,6. Connert neguje te przypadki.

Również Dujarric de la Rivière i Kosowitz znajdują pewne różnice na niekorzyść A i AB (A 48,7 przy 42,6 normalnych, AB 10% przy 3 normalnych).

A zatem i to zagadnienie musi być uważane jeszcze za otwarte, jak zresztą inne sprawy, jak np. kwestja raka. H. Hirschfeld, Hittmair, Koch i Moritsch nie znajdowali różnic w zachorowalności w obrębie poszczególnych grup, podczas gdy Johansen w niezmiernie dokładnej pracy stwierdza różnicę na niekorzyść grupy A, przekraczającą potrójny błąd prawdopodobny. Różnice te zarysowują się najmocniej przy uwzględnieniu wieku poszczególnych grup ludności.

Tablica VIII.

Grupy u rakowatych p/g Johansena.

	O	A	B	AB	Razem
Chory z nowotworem	38	49	8	5	263
Średnia ludności	43	42	12	3	512

Pozostaje do omówienia jeszcze jedna choroba o znaczeniu społecznym, a mianowicie zimnica. Otóż i tutaj spostrzegamy wyniki sprzeczne, polegające, zdaje się, głównie na tem, że określa się grupy krwi u chorych i zdrowych bez ściślejszego uwzględnienia przebiegu klinicznego. Ostatnio dwaj badacze rosyjscy uwzględnili dokładnie wskaźnik śledzionowy i pasorzytniczy u poszczególnych grup. Wyniki ich badań wykazują różnice, idące po linii wyników badań nad związkiem między grupą i o. W., to znaczy najlżej choruje grupa 0-wa, najciężej grupa AB. Wyniki te podane są w tablicy IX.

Tablica IX.

Przebieg zimnicy p/g Minkiewicza i Raskina.

Wiek		O	A	B	AB	Cgółem
Od 15 lat	Index Rossa Index śledziony	1,4 18	1,5 21,6	1,9 42,2	3,6 81,8	601
5—15 lat	Index Rossa Index śledziony	1,7 32,7	2,4 50,7	2,4 64,4	3,9 87,5	413

Autorzy ci twierdzą nawet, że dzieci mają częściej grupę AB, niż to spotyka się u dorosłych i tłumaczą to większą umieralnością tej grupy nasłutek malarji.

Wszystkie te dane, aczkolwiek częściowo sprzeczne, wskazują jednak na to, że wartość biologiczna i społeczna osobników różnych grup może

Tablica X.

Szanse życiowe osobników poszczególnych grup serologicznych.

Wiek	O	A	B
0	100	100	100
10	94	94	95
20	91	92	95
30	81	83	81
40	71	71	70
50	57	55	44
60	34	33	28
70	17	14	12
80	3,4	3,2	—

Tablica XI.

Długowieczność osobników poszczególnych grup serologicznych.

	O	A	B
Mężczyźni	52,2	51,7	49,9
Kobiety	54,1	53,9	50,4
Średnio	53,1	52,5	50,2
Liczba badanych	196	204	54

być odmienna. I dlatego też powstaje zagadnienie, czy ta ewentualna niedowartościowość nie wyraża się w tem, że osobniki jednej grupy żyją krócej, niż drugiej. Oppenheim i Voigt w bardzo ciekawej pracy zestawili materiał Instytutu Patologicznego w Monachjum. Tablica X wykazuje szanse życiowe poszczególnych grup, tablica XI średnią długość życia dla poszczególnych grup.

Badania nad długotrwalością życia mogą być przeprowadzane również przez określanie grup krwi u ludzi w rozmaitym wieku. Thomsen w Danii przeprowadził podobne badania, zestawione w Tablicy XII.

Tablica XII.
Podział grup według wieku.

	O	A	B	AB	Razem
Starczy	44,1	43,0	8,3	4,5	1151
Wiek średni	43,1	41,7	11,8	3,0	512
D			3,5±1,10705		

Autor niezmiernie powierzchownie zbadał swój materiał i ogłosił go jako dowód na to, że niema różnic pomiędzy wartością osobników poszczególnych grup. Jeśli jednak wyliczymy błąd prawdopodobny w obrębie grupy B, to znajdujemy różnicę + 1,10 705, podczas kiedy różnica faktyczna wynosi 3,5. Różnica pomiędzy starymi i przeciętną ludnością 3,5 jest zatem wyższa, niż potrójny błąd prawdopodobny. Badania Thomsena wbrew jego zdaniu wykazują zatem, że rzeczywiście grupa B ma trochę mniejsze szanse życiowe, co zgadza się z twierdzeniem Oppenheima i Voigta. Z powyższego wynika, jak głęboko sięgają zagadnienia, dotyczące się związku grup z patologią. Nietylko sprawa wrażliwości na pewne choroby zakaźne, ale sprawa wartości biologicznej poszczególnych osobników jest zagadnieniem, wiążącym się z naszą nauką. Na czem jednak taka większa wrażliwość polegać może? Jakie tłumaczenie moglibyśmy dać tym różnym spostrzeganyim zjawiskom? Mechanizm zjawisk odpornościowych jest dla różnych chorób odmienny, i dlatego nie jesteśmy w stanie tłumaczyć go w sposób jednolity, postaramy się przeto dać dla poszczególnych spostrzeganych zjawisk hipotetyczne tłumaczenia, które jednak rzucają pewien snop światła na dalsze linje rozwojowe serologii konstytucyjnej.

Zastanówmy się przedewszystkiem, jakie mogą być możliwe objaśnienia dla korelacji pewnych cech serologicznych lub antropologicznych z cechami patologicznymi. Nie wiemy coprawda, w jaki sposób powstają nowe cechy. Dla uproszczenia rozumowań przypuśćmy jednak, że odporność rasy pozostaje pod wpływem zakażenia. A zatem ludność, pochodząca z krajów, nawiedzanych przez pewne epidemie, będzie najprawdopodobniej mniej wrażliwa na dany zarazek. Wiemy tymczasem, że poszczególne cechy antropologiczne, jak np. długogłowość, cechy grupowe krwi etc.

znajdują się w rozmaitych rasach; jedynie pewien zespół cech charakteryzuje rasę antropologiczną. Moglibyśmy zatem wyobrazić sobie, że element B, pochodzący z Afryki, będzie mniej wrażliwy na choroby podzwrotnikowe, podczas gdy element B, pochodzący z Azji, nie wykaże tej korelacji. Widzimy zatem z tego, że badacze, opierający się na różnym materiale bądź to rasowym, bądź społecznym, mogą otrzymać odmienne wyniki swych badań, a to właśnie dlatego, że nosiciele pewnej cechy serologicznej lub antropologicznej nie są bynajmniej biologicznie jednolici. Chciałbym to wyświetlić na przykładzie. Tak np. stwierdza Gundel większą chwiejność układu nerwowego u grupy B. Musimy się liczyć z możliwością, którą coprawda, sam Gundel neguje, że elementy B Niemiec Północnych rekrutują się najprawdopodobniej z przybyszów wschodnich. Ta niedowartościowość grupy B byłaby zatem skutkiem pochodzenia. Być może z nich, jako z przybyszów, składają się klasy uboższe miejskie, które nie doszły do tego stopnia dobrobytu, co autochtoni. Większy odsetek odchyżeń biologicznych mógłby być związany z ciężkimi warunkami życia. Być może to nam tłumaczy spostrzeżenia Hermana i Rozenalowej, którzy na materiale, pochodzącym z żydowskiego Szpitala na Czystem, nie otrzymali u nerwowo chorych większej liczby B, niż przeciętna ludność polskiej i żydowskiej. Byłoby niezmiernie ciekawe w związku ze statystyką naszych kolegów polskich sprawdzić, jaki odsetek chorych nerwowych cechuje ludność żydowską w Polsce w porównaniu z ludnością Niemiec Północnych. Za większą niedowartościowością psychiczną grupy B i wartością grupy A przemawiają oparte na małym materiale, ale niezmiernie ciekawe wyniki Hermana i Rozenalowej, którzy w schorzeniach degeneracyjnych stwierdzili mniejszą ilość grupy A. A zatem jako pierwszą hipotezę należy wysunąć że korelacje pomiędzy poszczególnymi cechami są jedynie skutkiem przypadkowych skojarzeń cech istotnie od siebie niezależnych.

Moglibyśmy jednak sobie wyobrazić, że pewna cecha patologiczna jest bezpośrednim skutkiem istnienia elementu A, B lub AB. Możliwość taką chciałbym przedyskutować na przykładzie odczynu Wassermann'a. Serodjagnostyka kiły polega na strącaniu wyciągów lipidalnych. Z normalnych narządów można wydobyć lipidy, swoiście reagujące z surowicami kiłowymi. Dlatego dyskutuje się od wielu lat teoria, że odczyn Wassermann'a jest wyrazem i skutkiem uodparniania się lipidami własnych tkanek. Odczyn Wassermann'a nie byłby zatem wyrazem zjawisk odpornościowych przeciwko zarazkom, lecz skutkiem jakgdyby samopalenia serologicznego, wynikiem ciągłej resorpcji lipidów tkankowych. Otóż elementy A i B, jak wiemy obecnie, są rozpuszczalne w alkoholu, są to lipidy. Moglibyśmy zatem wyobrazić sobie, że ludzie grupy A lub B, a tembardziej AB zawierają jakby więcej lipidów, które wciąż podsycają odczyny serologiczne w kile. Jeśli to przypuszczenie jest słuszne, to spostrzegane przez nas zjawisko szybszego znikania odczynu Wassermann'a w obrębie grupy 0 ej da się spostrzedz wszędzie, niezależnie od przynależności rasowej

osobników różnych grup, albowiem będzie ono skutkiem nieobecności cechy A i B. Moglibyśmy sobie również wyobrazić, że otoczki lipoidalne grupowe warunkują większą lub mniejszą wrażliwość osobników różnych grup i że spostrzegane różnice w przebiegu klinicznym malarji będą ewentualnie polegały na tem zjawisku.

Musimy jednak przedyskutować i inną możliwość: tę mianowicie, że czynniki genetyczne, od których zależy powstanie grup A i B, warunkują również powstanie jakiejkolwiek cechy patologicznej, wrażliwości na choroby itp. Hipotezę tę jednak na mocy dotychczasowych badań musimy odrzucić. Gdyby tak było, spostrzegalibyśmy niektóre schorzenia jedynie w obrębie pewnej grupy, czego jednak żaden autor nie mógł stwierdzić. Nasuwa się jednak inna hipoteza, wypływająca z genialnych spostrzeżeń Morgana. Otóż niedojrzałe komórki płciowe zbliżają się do siebie w czasie dojrzewania komórek rozrodczych i mogą zamieniać wtenczas swoje czynniki genetyczne. Wiemy obecnie, że przy tej zamianie nie panuje zupełna swoboda i niezależność, jak sądził Mendel; zamieniają się najpewniej cząsteczki chromosomów, tak, że czynniki genetyczne, znajdujące się w pobliżu siebie, są jakgdyby z sobą związane. Nazywamy to zjawisko sprzężeniem. Otóż to sprzężenie nie jest absolutne, stopień jego zależy ściśle od wzajemnego oddalenia czynników genetycznych. W ten sposób cechy, często z sobą sprzężone, czasami jednak mogą się rozszczepić, następuje wtenczas zjawisko, nazywane „crossing over”, polegające zatem na tem, że dwie cechy, dziedziczące się wspólnie, w pewnym momencie się rozłączają. Przypuśćmy zatem, że wrażliwość na pewną chorobę zakaźną zależy od czynników genetycznych, znajdujących się w chromozomie grupowym, a zatem sprzężonym z cechą A lub B. W tych przypadkach będziemy mogli zauważyć, że jeśli jeden z rodziców ma np. grupę A i pewną cechę patologiczną, np. hemofilję, to dzieci, które odziedziczyły daną grupę krwi, odziedziczą i skłonność do tej choroby. Jeżeli jednak sprzężenie nie jest absolutne, to w czasie tych wielu pokoleń, z jakimi się musimy liczyć u człowieka, musi nastąpić „crossing over”. Wtenczas cecha patologiczna, która początkowo była sprzężona z cechą A, w końcu sprzęże się i z jego allelomorfem, z cechą ew. grupą B. Widzimy zatem, że, badając całą ludność ew. nie będziemy w stanie uchwycić zjawiska sprzężenia; musimy w tym celu badać poszczególne rodziny, w których łatwiej uda się nam spostrzec to zjawisko, mimo że zawsze liczyć się powinniśmy z możliwością „crossing over”. Przypuszczenie takie wypowiedzieliśmy poraz pierwszy z Dr. Brokmanem i z Dr. Hirszfelową w przypadkach odczynu Schicka i później rozszerzyliśmy je również i na odczyn Dicka, tak, że w danej chwili materiał nasz obejmuje już razem prawie 170 rodzin, gdzie w 26 przypadkach rodzice różnili się pod względem wrażliwości na choroby zakaźne i grup krwi.

W następującej tablicy XIII zestawione są nasze wyniki.

Kerunek naszych badań podjęty został przez szereg badaczy. Przedewszystkiem chciałbym zacytować ciekawe badania nad hemofilją.

Tablica XIII.

Rodzice	A ew. B Schick +		A ew. B Schick —		A ew. B Dick +		A ew. B Dick —	
	O Schick—	O Schick+	O Schick—	O Schick+	O Dick—	O Dick+	O Dick—	O Dick+
Dzieci								
	+	—	+	—	+	—	+	—
A ew. B	13	—	2	9	13	—	3	3
O	1	4	6	1	5	6	6	1
Razem	14	4	8	10	18	6	9	4
Liczba rodzin	7		7		8		4	

Choroba ta, jak wiadomo, sprzężona jest z chromozomem płciowym. Następujące dwa rodowody wykazują jednak możliwość, że hemofilja zależy prócz tego i od innych czynników, znajdujących się w chromozomie grupowym.

Rodowód p/g Kubanysa Rodowód p/g Moritsch

Ojciec? prawdopodob. B.

Matka A

Syn A chory

Córka A zdrowa

Syn B zdrow

Syn B zdrow

Syn B zdrow

Syn B zdrow

Ojciec A

Matka A

Syn A chory

Syn 0 zdrów

Córka A zdrowa

Córka A zdrowa

Ciekawe te spostrzeżenia powinny być rozszerzone. Kubanyi zbadał znaną rodzinę Mampel w Heidelbergu, w rodzinie tej jednak nie było różnic grupowych dla badania zjawisk sprzężenia. Fürst ogłosił kilka rodowodów rodzin z wolem, z których jeden rzeczywiście wskazuje na możliwość sprzężenia.

Rodowód p/g Fürsta

Ojciec 0 zdrów

Matka B wole

Syn 0 zdrów

Córka B wole

Syn 0 zdrów

„ 0 zdrów

Córka B wole

Syn 0 wole

„ B wole

„ B wole

„ B wole

„ 0 zdrów

Badania Wilczkowskiego nad sprzężeniem patologicznych cech psychicznych z grupą krwi są jeszcze zbyt nieliczne, Dr. Endelman zbadał razem ze mną rodzinę swoją z *ectopia lentis congenita*, zjawiska sprzężenia nie stwierdziliśmy. Kolb nie spostrzegał również sprzężenia w przypadku choroby Pertesa i Lewin w dziedziczeniu idiosynkrasji. Natomiast badania nasze nad błonicą i płonicą były potwierdzone w niezmiernie ciekawej pracy autorów rosyjskich Rubaszowej i Jacobi w Moskwie. Autorka badała w klinice odczynu Dicka u dzieci po szkarlatynie i u ich rodzeństwa w związku z odczynem Dicka u rodziców. Otóż udało się spostrzedz w myśl naszych

wyników z Brokmanem, że choroba jedynie wtedy powoduje zmianę Dicka z dodatniego na ujemny, jeśli rodzice byli ujemni; w przypadkach gdzie rodzice są dodatni, wrażliwość dzieci jest tak duża, że nie udaje się jej przełamać nawet przez przebyte szkarlatyny. Wyniki badań odczynu Dicka u rodzeństwa chorych przemawiają również za koniecznością uwzględnienia czynnika konstytucyjnego w przypadkach szkarlatyny. Prawdopodobieństwo sprzężenia wrażliwości na szkarlatynę z grupą zostało przez autorów również potwierdzone, jak wykazuje następująca tablica

Tablica XIV.

Zdolność uodporniania się dzieci w czasie płonicy w związku z odczynem Dicka u rodziców p g Rubaszewej i Jakobi.

	Obydwoje rodzice —		1 rodz. + 1 rodz. —		Obydwoje rodzice +	
Dzieci	+	—	+	—	+	—
po szkarlatynie rodzeństwo	1=5% 3=12%	18=95% 22=88%	9=39% 15=47%	14=61% 17=53%	9=90% 9=90%	1=10% 1=10%
Liczba rodzin	16		20		9	

Dziedziczenie wrażliwości na płonicę w związku z grupą krwi p g Rubaszewej i Jakobi.

	Rodzice A lub B + Rodzice O —		Rodzice A lub B — Rodzice O +		Rodzice A + B — " B —		Rodzice A — B + " B +	
Dzieci	+	—	+	—	+	—	+	—
A lub B O	2 —	2 2	— 3	2 1	4(A) —	—	— 4(A)	—
Liczba rodzin	5		4		2		2	

Nie chcę omawiać znaczenia konstytucyjnego ujęcia zjawisk odpornościowych dla współczesnej epidemiologii. Wspomnę jedynie, że niektóre epidemie nie mogą być uważane za wynik wniknięcia zarazka z zewnątrz; chciałbym porównać raczej rolę zakażenia w chorobie do rewolucji wewnętrznej w momencie załamania się sił odpornościowych ustroju. Dlatego też wielką rolę, być może, odegra metodyka badania na sprzężenie wrażliwości na pewne schorzenia z cechami niewątpliwie konstytucyjnymi, jakimi są grupy. Widzieliśmy, badając związek grupy z jakąś inną cechą konstytucyjną, że nie zawsze można, stwierdzić korelację, opierając się nawet na materiale większym, a to ze względu na możliwość „Crossing over” nawet dla cech zazwyczaj sprzężonych. Dlatego też niewystarczające jest jedynie badanie poszczególnych osobników, niezbędne jest również badanie całych rodzin.

Postarałem się dać Państwu dotychczasowy materiał dowodowy i uwypuklić między sprzecznościami danymi to, co wydaje mi się słuszne i ustalone. Postarałem się również przez szczegółowszą, choć hipotetyczną analizę tych zjawisk rzucić snop światła na możliwości doświadczalne i wyrwać w ten sposób badania nad grupami w związku z patologią, z pewnego chaosu i zbyt grubej empirji. Zdaję sobie jednak sprawę, że pokazuję Państwu gmach niegotowy i, jako taki, nie dający wielkiego zadowolenia intelektualnego. Uczyniłem to jednak dlatego, iż nie można badać związku grup z patologią bez pomocy klinicysty. Należy uważać klinicystę i patologa za właściwych. budowniczych, którzy muszą przyłożyć ręki do budowy wielkiego gmachu serologii konstytucyjnej. Ten zaś, kto chce mieć rozkosz budowania i tworzenia, musi być przygotowany nie tylko na oglądanie gmachów gotowych, ale przejść musi przez wszystkie fazy tworzenia, przez okres prób i przykrych nieraz rozczarowań.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Zagadnienie konstytucji psychofizycznej.

Podał

Władysław MATECKI (Warszawa).

(Dokończenie—p. N. 30).

Poglądy psychologiczne Kretschmera spotkały się z surową krytyką zwłaszcza ze strony dwóch badaczy—Langego i Ewolda. Przedewszystkiem zostało zaatakowane zasadnicze przeciwstawienie dwóch elementarnych właściwości organizacji schizo- i cyklotymicznej, a mianowicie skali djabatycznej z jednej strony i proporcji psychestetycznej z drugiej. Istotnie, wysunięcie na przedni plan wahań nastrojowych w kierunku wesołości

i przygnębienia u cyklotymików, a wahań między wrażliwością psychiczną w kierunku psychicznej hiper- i anesterji dawało powód do nieporozumień. Różnica bowiem, w ten sposób sformułowana, dotyczy zjawisk, leżących w różnych płaszczyznach, co utrudnia porównanie i zestawienie. Jak słusznie zaznacza Lange „można wesołych i smutnych segregować według tego, czy są mało, czy też nadmiernie wrażliwi i odwrotnie”. Pojęcia bowiem djabatycznej skali i psychestetycznej proporcji nie wyłączają się wzajemnie, są to tylko odmienne, lecz nie sprzeczne ze sobą funkcje psychiczne. Szerzej zatrzymuje się nad tą słabą stroną koncepcji Kretschmera Ewald, który po drobiazgowej analizie dotychczasowych definicji pojęcia temperamentu i charakteru, dochodzi do wniosku, że temperament jest to „uczucie vitalne + psy-

chiczne tempo", charakter zaś dotyczy „jakości” osobnika, rodzaju odczynu psychicznego, jakości i gatunku życia popędowego". Zdaniem Ewalda, konsekwentnie nie należy mówić o temperamencie schizotypicznym, schizoidalnym, lecz raczej o schizoidalnym i cyklotymicznym charakterze, jeżeli wogóle można zachować terminy schizoid. i schizotypiczny; nie należy też według niego mówić o cykloidnym i cyklotymicznym charakterze, lecz o cykloidnym i cyklotymicznym temperamencie. Uwagi krytyczne Langego i Ewalda są jednak tylko zarzutami natury metodologicznej, gdyż sam Lange już doszedł do wniosku, że, aczkolwiek Kretschmer, charakteryzując typy konstytucyjne, kładzie nacisk bądź na skalę dżatetyczną, bądź też na proporcję psychestetyczną, to jednak już z dalszych rozdziałów książki Kretschmera (zwłaszcza z tych, które są poświęcone psychologii genialnych przedstawicieli obu grup) staje się jasne, że wahania nastrojowe nie stanowią kardynalnej cechy cyklotymika, jak również swoista psychestezja nie jest cechą najistotniejszą schizotypika. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku chodzi tylko o temperament i charakter jednocześnie w sensie Ewalda. Życie psychiczne w obu grupach jest tak dalece we wszelkich jego dziedzinach odmienne, że można mówić o „dwóch zasadach życiowych” (E. Minkowski), co wiąże się z odrębną lokalizacją anatomiczną (Mazurkiewicza).

Toteż znakomitem uzupełnieniem, rozwinięciem myśli i intencji Kretschmera, dopowiedzeniem i zaakcentowaniem tego, co u niego było niedopowiedziane, zaznaczone tylko kilku rzutami psychologicznymi, jest praca Bleulera o syntonji i schizoidji. Praca ta łącznie z książką Kretschmera kładzie podwaliny psychologii typów konstytucyjnych. Już zastąpienie cyklotymji przez pojęcie syntonji świadczy o odmiennym ujęciu Bleulera: zamiast pojęcia cyklotymji, wywodzącego się z klinicznego obrazu psychozy manj-depr. z jej ciągłemi wahaniami nastrojowemi, wysuwa Bleuler odmienny punkt widzenia: według niego zrębem psychiki cyklotymicznej jest syntonja t. j. ścisły kontakt psychiczny ze światem otaczającym. Zasadniczy ten rys jest antytezą nastawienia autystycznego psychiki schizotypicznej. Syntonja określa nie tylko ustosunkowanie psychiczne do świata zewnętrznego, zdolność do psychicznego sharmonizowania się z nim, lecz również pewien stały zestrój intrapsychiczny, stając się w ten sposób przeciwstawieniem ambi- i poliwalentnej, pozabawionej scalenia psychiki schizotypicznej. Tak ujęta psychologia obu typów obala zarzuty Langego i Ewalda, wykazując że chodzi tutaj o coś znacznie ogólniejszego, co obejmuje całokształt ustosunkowań osobistości do świata zewnętrznego, jak również bieg i treść życia psychicznego.

Że istotnie wszystkie elementy życia psychicznego mają oblicze odmienne w obu typach konstytucyjnych, świadczą również badania eksperymentalno-psychologiczne nad osobnikami zdrowymi. Pod tym względem najbardziej wymowne są rezultaty, osiągnięte przez Munza, który zbadał 100 osobników psychicznie zdrowych (59 pikników i 49 schizafinowych przeważnie leptosomików i asteni-

ków) przy pomocy próby psychodjagnostycznej Rorschacha, polegającej na fantazjowaniu dowolnym na temat różnych rysunków. Udało się stwierdzić różnice zasadnicze: odpowiedzi asteników odznaczają się suchością, zwięzłością, pedanterją, rzeczowością w przeciwieństwie do naiwnych, wyraźnie uczuciowo zabarwionych odpowiedzi pikników. U tych ostatnich przeważają odpowiedzi kolorystyczne, obfitujące w kontrasty barw, światłocienie z wyraźną skłonnością do pierwiastka pejzazowego. U asteników natomiast górują odpowiedzi z zaakcentowanym pierwiastkiem ruchowym, częstokroć o charakterze fantastycznym, irrealnym. Przytem tą drogą eksperymentalno-psychologiczną udaje się stwierdzić ustaloną przez Kretschmera somatopsychiczną korelację w 87%. Odrębne cechy umysłowości w obu typach konstytucyjnych stwierdza Van Kibler przy pomocy próby abstrakcyjnej. Badaczowi temu udało się ustalić większą skłonność do abstrakcji i intensywności w myśleniu u schizotypików; ekstratensywność zaś cechuje raczej syntoników, co przejawia się jaskrawie w twórczości syntoników genialnych, u których tendencja do opisów epickich występuje wybitnie. przy nieznacznej skłonności do myślenia oderwanego. Nader interesującą jest próba ustalenia korelacji między typem konstytucyjnym a uzdolnieniami, podjęta przez Sucharewą i Ossipową na dzieciach w wieku szkolnym. Wyniki tych badań są następujące: wśród dzieci syntonicznych przeważają uzdolnienia ruchowe, techniczne, graficzne (w sensie opanowania techniki rysunkowej), wśród grupy schizoidnej — uzdolnienia literackie, muzyczne, graficzne przyczem produkcje dzieci schizoidalnych mają wybitne piętno oryginalności. Te badania, przeprowadzone na niewielkim materiale należy, oczywiście, uważać za prowizoryczne, stwierdzają one jednak w sposób dobitny odrębny charakter umysłowości obu typów konstytucyjnych, świadczą o znaczeniu psychotechnicznym badań konstytucyjnych. Między innemi warto wspomnieć o badaniach grafologicznych Haarera, wykazujących odmiennie cechy pisma syntoników i schizotypików. Brak miejsca nie pozwala na przytoczenie wyników badań eksperymentalno-psychologicznych innych autorów (van der Horst, Gurevitsch, Oseretzky, Munz i inni). Wszystkie te prace ustaliły niewątpliwie ścisły związek między „soma” a „psyche”, zgodny w zupełności z przewodnią myślą Kretschmera, wykazały, że syntonja i schizoidja nie ograniczają się do odrębnych właściwości życia nastrojowego, względnie psychestezji, lecz obejmują całokształt życia psychicznego.

Należy w tem miejscu jeszcze zastanowić się nad zarzutem Ewalda, który zwraca uwagę na to, że według Kretschmera wszystko, co odbiega od przeciętności psychicznej, zostaje objęte mianem schizoidu. Gdzie są charaktery o chwiejnej reaktywności, histeryczne, fantastyczne? Gdzie są osobniki z paranoidalnym nastawieniem? Gdzie charaktery epileptoidne, steniczne, ludzie bezwolni, o chwiejnej samowiedzy? Wszystkich obejmuje matka „schizoidja” szerokimi ramionami. Schizoid staje się pojęciem, podobnem do harmonji (instrumentu muzycznego), którą można dowolnie rozciągnąć. Pojęcie schizoidu zostało rozszerzone i schizotypja

objęła $\frac{9}{10}$ ludzkości". Jest to bardzo poważny zarzut przeciwko niepomiernemu rozszerzeniu pojęcia schizoidu. Granice schizoidji stały się tak szerokie, jak szerokie są ramy schizofrenji. Nie mogło jednak być inaczej — wszak pojęcie schizoidji wywodzi się z nauki o schizofrenji, tak jak ją ufundował Bleuler i szkoła zuryska. Toteż pojęcia psychologiczne, wprowadzone przez Kretschmera, musiały z konieczności dzielić losy ich patologicznych prawzorów. Bleuler istotnie wykazuje w stosunku do schizoidji tendencje do rozszerzenia wprost bezgranicznego, jak to uczynił w stosunku do schizofrenji. Bleuler pisze: „oddawna wiadano, że wiele cierpień psychicznych, ujmowanych, jako nerwice, są to utajone schizofrenje. Wszystkie nerwice natręctwa zaliczano tutaj; dziwną jednak było rzeczą, że zwykła postać tej nerwicy tak rzadko przechodzi w otępienie. Jeżeli z nerwic wyeliminować wszystko, co do nich nie należy, t. j. tendencje do reakcji prymitywnych, ujmowane jako histeryczne, „neurastenje”, które są właściwie objawami paraliżu postępującego, okresowych depresji, gruźlicy, alkoholizmu, to pozostałe psychonerwice są wyłącznemi przejawami schizoidalnych mechanizmów tłumienia, rozszczepienia, symboliki, działalności nieświadomego”. Bleuler utrzymuje, że histerja jest schizoidalną reakcją przy wzmożonem samopoczuciu i zmienności afektu, podobnej do manjakałnej, zapytuje, czy neurastenja jest schizoidalną reakcją przy depresyjnej syntonji. Przeciwno takiemu bezkresnemu rozszerzaniu ram konstytucyjnych typów występują Hoffmann, Mauš i sam Kretschmer. Wszyscy bronią poglądu, że schizofrenja jak i psychoza manjak.-depr.: względnie schizoidja i syntonja są jeno wielkimi macierzystymi grupami biologicznymi i że zadaniem dalszych badań nad konstytucją psychofizyczną będzie wyodrębnienie mniejszych jednostek konstytucyjnych.

Że w typach, wyodrębnionych przez Kretschmera, mamy do czynienia z typami konstytucyjnymi, których istota, jak wynika z definicji pojęcia konstytucji dana jest w genotypie, dowodzą badania genealogiczne, które są najważniejszym sprawdzianem cech konstytucyjnych. Na tem polu największe są zasługi Hoffmanna, Kahna, Rüdina, Langego. Hoffmann znajduje schizofrenję i schizoidję (z przewagą schizoidów) w 60% potomstwa schizofreników, natomiast tylko w 9% wśród potomstwa cyrkularnych. Rüdina stwierdził wśród rodzeństwa osobników cyrkularnych znacznie mniej osobników, dotkniętych schizofrenją, niż wśród rodzeństwa schizofreników. Stwierdza się dalej przeważającą częstość syntonji w osobowości przedchorobowej osobników, dotkniętych psychozą manjak.-depr., jak również częstość schizotypji względnie schizoidji w osobowości przedchorobowej schizofreników. Dowiodły tego prace Hoffmanna, zwracali na uwagę Medow, Kraepelin, Reiss, choć ujęli swych obserwacji w system konstytucyjny. Odmienne jest też sposób dziedziczenia: w grupie syntonicznej przeważa dominujący, w schizofrenicznej — recesywny tor dziedziczenia. Wszystkie te spostrzeżenia dowodzą, że syntonja, cykloidja i psychoza manjak.-depr. z jednej strony, schizotypja, schizoidja i schizofrenja z drugiej stanowią dwa odrębne łańcuchy konstytucyjne.

Jest rzeczą interesującą, że do wyodrębnienia typów psychologicznych analogicznych do syntonji i schizotypji doszli niezależnie od siebie dwaj inni badacze: Jung i Rorschach.

Jung pierwszy mówi o typach ekstrawertowanych. Rorschach wprowadza próbę psychodjagnostyczną dla stwierdzenia pierwiastków intro- i ekstrawersyjnych w drodze eksperymentalnej. Warto jest przytoczyć zespół cech, charakteryzujących typ introwersyjny, skłonny do reakcji kinestetycznych w próbie Rorschacha, oraz typ ekstrawersyjny, gdzie przeważa charakter kolorystyczny odpowiedzi. Typ introwertowany charakteryzują: 1) inteligencja zróżnicowana, 2) przewaga oryginalnej produktywności, 3) przewaga życia wewnętrznego, 4) afektywność stabilizowana, 5) mniejsza zdolność przystosowywania się do świata zewnętrznego, 6) raport afektywny raczej intensywny niż ekstensywny, 7) sfera psychoruchowa stabilizowana, 8) niezręczność. Typ ekstrawertowany charakteryzuje: 1) inteligencja stereotypowa, 2) przewaga reproduktywności, 3) przewaga życia zewnętrznego, 4) sfera afektywna zmienna, 5) większa zdolność przystosowania się do świata zewnętrznego, 6) raport afektywny raczej ekstensywny, niż intensywny, 7) sfera psychoruchowa bardziej pobudliwa, 8) zręczność. Nietrudno dostrzec podobieństwo (jeżeli nie tożsamość) w pewnych dziedzinach psychicznych między typami Rorschacha a schizoidją i syntonją. Jeżeli spojrzeć na typy konstytucyjne pod kątem widzenia psychoanalizy, to nasunie się paralela między schizotypją a konstytucjonalnym narcyzmem z jednej strony, między syntonją a konstytucyjną przewagą t. zw. „Objektlibido” (Freud) z drugiej. Również typy morfologiczne Kretschmera, łączące się z powyższą charakterystyką, znajdują swe odpowiedniki w klasyfikacjach morfologicznych innych badaczy. Pod tym względem nader pouczające jest zestawienie Mac Auliffa. Daje się mianowicie ustalić odpowiedniość następującą: 1) typ leptosomiczny Kretschmera = type thoracique Hallé, Thomasa = type respiratoire Rostana i Sigauda. 1-re combinaison de Giovanni = 2 type Benecke = type asthénique (klas. patologiczna) = type sténoplastique Bonnara. Typ leptosomiczny Kretschmera obejmuje również znamiona type nerveux et céphalique Hallé, Cabanis, Vireniusa = type crânien Thomasa = type cérébral Rostana, Sigauda. 2) Typ pikniczny Kretschmera = type abdominal Halle, Cabanisa = t. digestif Rostana, Sigauda = t. normal Benecke = t. apoplectique (klasyf. patologiczna) — 2-e combinaison De Giovanni. 3) Typ atletyczny Kretschmera = t. athlétique Hallera = t. musculaire Halle, Cabanis, Rostana, Virenius. Sigaud, = 2-e combinaison De Giovanni = t. normal (klas. patol.) Bryaut. Jeżeli wziąć pod uwagę, że klasyfikacje powyższe ustalone zostały nie tylko w czasach najnowszych, lecz niektóre z nich (Hallera 1750, Hallé 1797) sięgają drugiej połowy 18 wieku, jasna staje się zasługa Kretschmera, polegająca przede wszystkim na przerzuceniu mostu między stroną somatyczną a psychiczną osobnika. Dzięki temu nauka o konstytucji wkracza na tory biologiczne, zostaje usunięty dotychczasowy dualizm.

lizm w badaniach nad konstytucją, osobnik staje się jedną, całością psychologiczną, a życie fizyczne i psychiczne przejawem biologii ustroju. Z drugiej strony dają się również nakreślić linie wytyczne dalszych badań nad konstytucją psychofizyczną. Omówienie bowiem krytyczne dotychczas wyodrębnionych typów konstytucyjnych poucza, że zostały poczynione tylko pierwsze kroki na tem polu, że dalszem zadaniem będzie wyeliminowanie na tych wielkich obszarach konstytucyjnych terytoriów drobniejszych. Należałoby w tym celu wejść na drogę bardziej ścisłych obiektywnych badań przez zestawienie równoległe struktury psychicznej i budowy fizycznej poszczególnych osobników na wielkim w ten sposób zgrupowanym materiale dojść do rezultatów mniej schematycznych, bardziej zgodnych z wielobarwnym bogactwem życia realnego.

Jeżeli chodzi o podłoże konstytucyjne trzeciej psychozy endogennej — psychozy padaczkowej, to o niej Kretschmer mówi tylko mimochodem. Dzieje się to dlatego, że przedewszystkiem nastroczają się duże trudności metodologiczne przy odgraniczaniu padaczki samoistnej (*epilepsia genuina*), która mogłaby się stać punktem wyjścia dla badań konstytucyjnych, od licznych odmian padaczki objawowej. Powstrzymywała również Kretschmera od badań konstytucyjnych nad padaczką trudność znalezienia fizjologicznych prototypów psychologicznych padaczki, analogicznych do syntonji i schizotypji w stosunku do psychozy manjak-depr., względnie schizofrenji. Od chwili ukazania się monografji Kretschmera badania Delbrücka, v. Rohdena, Hoffmanna, Gründlera, Tibora, Katony, Maus a, a głównie wyczerpująca praca Kreyenberga, oparta na analizie morfo- i psychologicznej 700 osobników, dotkniętych padaczką, zdołały rzucić wiele światła na tę naogół ciemną dziedzinę.

Pod względem psychologicznym udało się wyodrębnić dwie organizacje psychiczne. Z jednej strony znajdujemy zespół cech, składających się na to, co nosi miano „epileptycznego charakteru”. Na pierwszym miejscu lekkość uczuciowa, przesadna słodycz, nadmierne ugrzecznienie, bałwochwalczy kult porządku i ładu, pedanterja, egocentryzm. Cechy te świadczą o pewnym skrępowaniu fizycznym; o tem, co skłoniło F. i E. Minkowskich do porównania uczuciowości epileptoidalnej z linją równoległą do powierzchni ziemi i zawieszoną w kilku punktach na ciężarkach, co przeszkadza swobodnemu współdrganiu ze światem otaczającym. Zaznacza się to skrępowanie w swoistym egocentryzmie epileptyka, nie wychodzącego poza obręb własnej osoby lub ludzi najbliższego otoczenia, również w monotoni, ubóstwie wyobrażeń, powolnem, pozbawionem wyrazistości myśleniu, trudności znalezienia wyrazu właściwego, tendencji do perseweracji. Przyzierność i egocentryzm epileptyczny znajduje często przeciwwagę w religijności, która jest oddaniem się niewolniczym mocom mistycznym, demonicznym, co tłumaczy dawną nazwę „*morbis sacer*”. Właściwości powyższe upoważniły Delbrücka do twierdzenia, że epileptyk jest bądź skrępowany, bądź rozpętany (*gebunden und getrieben*), co ma stanowić analogję do dwubiegunowości schizotypicznej z wa-

haniami w kierunku hiper- i anestezji psychicznej oraz syntonicznej z wahaniami nastrojowemi. Kontrastowość ta występuje szczególnie jaskrawo u przedstawicieli drugiej grupy epileptyków, odznaczających się skłonnością do żywiołowych wybuchów gniewu, brutalności, burz afektywnych, patologicznych stanów upojenia, opilstwa, intolerancji na alkohol, napadowego uciekania. Kreyenberg na podstawie wielkiego materiału dochodzi do wniosków następujących, dotyczących korelacji psychofizycznej w epilepsji. Udaje się przedewszystkiem stwierdzić wybitne powinowactwa padaczki samoistnej i objawowej do budowy ciała dysplastycznej, względnie atletyczno-dysplastycznej. Rzadko spotyka się typy o czystej budowie atletycznej, osobników smukłych z doskonale rozwiniętą muskulaturą (ideał starożytności klasycznej), lecz najczęściej cechy budowy atletycznej przeplatają się z pierwiastkami dysplastycznymi. Wśród epileptyków brak pikników, rzadko spotyka się leptosomików. Budowę dysplastyczną stwierdza się u osobników z „charakterem epileptycznym”.

Proces chorobowy w tych przypadkach zaczyna się naogół wcześniej i przebiega złośliwie, szybko przechodząc w otępienie. Natomiast przewaga cech atletycznych występuje u osobników, należących do drugiej grupy, skłonnych do wyładowań ruchowych. Są to przypadki, rozpoczynające się w wieku późniejszym, nie wykazujące tendencji do otępienia. Zastanawia wśród epileptyków brak budowy piknicznej, właściwej psychozie manj-depr., natomiast występowanie typów budowy, pokrewnej schizofrenji, co stanowi niejako odpowiednik morfologiczny niektórych zjawisk, dotyczących struktury konstytucyjnej epilepsji: stwierdzono bowiem, że nierzadka jest charakterologia schizotypiczna w rodzinach epileptycznych, jak również znaczne obarczenie epileptyków schizofrenją. Godne zaznaczenia jest też podobieństwo toru dziedziczenia: w schizofrenji, jak i w epilepsji przeważa typ recesywny. Wszystkie te fakty stanowią wycinek z wielkiego, znajdującego się jeszcze w stadium opracowania, zagadnienia stosunku schizofrenji do epilepsji.

Wyniki powyższe są nader interesujące, jeżeli zestawimy je z wynikami, osiągniętymi przez von Rohdena w badaniach nad budową ciała przestępców psychicznych zdrowych i chorych. Z badań tych wynika również rzadkość budowy piknicznej wśród przestępców, większa część atletów, co przypomina stosunki liczbowe wśród epileptyków. Fakt ten zwraca myśl ku teorii Lombrosa, stawiającego w ścisłym związku przestępczość z padaczką, upatrującego w zbrodni napadowe wyładowania w dziedzinie moralnej, analogiczne do napadów fizycznych w formie drgawek, względnie psychicznych w postaci zamroczeń świadomości. Jeżeli dalej uwzględnimy, jak częste są pierwiastki dysplastyczne, cechy degeneracyjne w grupie epileptycznej, to dojdziemy do wniosku, że w koncepcjach Lombrosa tkwiła duża doza słuszności, aczkolwiek nie udało się u wielkiej części przestępców stwierdzić napadów epileptycznych.

Czy badania konstytucyjne mają tylko znaczenie teoretyczne, czy też mogą odegrać rolę

i w postępowaniu lekarskim wogóle, a w psycho-
terapeutycznym w szczególności?

Dokładne roztrząsanie tego zagadnienia prze-
kroczyłoby ramy niniejszej pracy. Już istnieją pew-
ne spostrzeżenia, dowodzące, że uwzględnienie typu
konstytucyjnego może mieć znaczenie praktyczne.
Już wyżej była mowa o wartości psychoteczniczej
badan konstytucyjnych. Viernstein stwierdza,
że „schizotypiczny typ reagowania wśród przestęp-
ców normalnych, jak i psychopatycznych jest bar-
dziej oporny na resocjalizację, niż typ cykloty-
miczny”. Lazar mówi o konieczności uwzględ-
nienia typu budowy ciała przy wyborze racjonal-
nej metody wychowawczej. Związek między ty-

pem budowy ciała a przebiegiem i rokowaniem
w psychozach endogennych został wielokrotnie
przez wielu badaczy podkreślony. Wszystkie te
fakty dowodzą, że badania nad konstytucją roz-
szerzają nie tylko horyzont biologiczny, lecz wzbog-
acają rymsztunek prognostyczny i terapeutyczny.

U nas zagadnieniem konstytucji psychofizycz-
nej i ściśle z nią związanej dziedziczności zajmo-
wali się: Bornsztajn, Borowiecki, Bruno-
wa, Ferens, Liszka, Łuniewski, Matecki,
Mazurkiewicz, Medyński, Mikulski, F. i E.
Minkowscy, Morawski, Nelsen, Pilz, Sto-
łyhwo, Szpidbaum, Wizel, Zieliński.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

ST. WEISS i S. SUMEGI. Równowaga kwasowo-zasa-
dowa a odporność osmotyczna czerwonych ciałek krwi. (D.
Arch. f. Kl. Medizin. T. 159. Zesz. 3-4.)

Autorzy badali zależność pomiędzy równowagą kwasowo-
zasadową a odpornością osmotyczną krwinek. Wyniki otrzy-
mane skłaniają autorów do przyjęcia tezy, która zależność po-
wyższą stawia pod znakiem zapytania.

Domniemane zwiększenie się odporności pod wpływem
zakwaszania nie dało się sprawdzić, podobnie próby zwiększa-
nia odporności krwinek zapomocą zakwaszania szpiku kostnego
dały nieznaczne zwiększenie odporności w około 50% przy-
padków.

Według autorów odporność zależna jest nie tylko od
czynników równowagi kwasowo-zasadowej, lecz jeszcze od ca-
łego szeregu innych.

Możliwe, że następuje przystosowanie się czerwonych
ciałek do zmienionego otoczenia lub też, że pozorne zwiększe-
nie liczby krwinek uwarunkowane jest nie nadczynnością szpiku,
lecz innymi czynnikami.

B. G.

BREM, ZEILER i HAMMACH. O znaczeniu postu u da-
jących krew do transfuzji. (Amer. Journ. of. Med. Sciences.
1928 r. Nr. 1).

Autorzy sądzą, że pewne objawy gorączkowe, które nie-
kiedy występują w następstwie transfuzji, mogą zależeć od tru-
jących substancji, powstających w przebiegu trawienia niegło-
dzącego dawcy krwi, i że wobec tego objawy te dałyby się
uniknąć w razie gdyby dawca się głodził. Na potwierdzenie
swego rozumowania autorzy przytaczają odpowiedni przypadek.

B. G.

MACHT, ANDERSON i BELL. O przenikaniu promie-
ni pozafołkowych do tkanek zwierzęcych. (Journ. of the Amer.
Med. Ass. 1928 Nr. 2).

Badania autorów nad przenikliwością żywych tkanek
zwierzęcych dla promieni pozafołkowych wykazały, że pro-
mienienie krótkofaliste są bardziej przenikliwe aniżeli długofaliste.
Wyraźnie odmiennie zachowują się tkanki obumarłe wobec
promieni fioletowych — są one prawie zupełnie nieprzenikliwe.
Skóra osobników białej rasy jest bardziej przepuszczalna od
skóry ras kolorowych. Badania przeprowadzone za pomocą
spektrografu oraz baterji termoelektrycznej dały wyniki je-
dnakowe.

B Goldstein.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

TRUSLER, FISCHER i RICHARDSON. Zmiany che-
miczne krwi w zatruciu chlorkiem rtęci. Arch. Intern. Med
1928. Nr. 2.

Autorzy stwierdzają, że w przebiegu zatrucia chlorkiem
rtęci występuje wyraźne zmniejszenie się chlorków we krwi.
Również u psów po zatruciu rtęcią występuje hypochloremja
wskutek utraty chlorków drogą wymiotów. Hypochloremja ta
mimo że występuje wspólnie z względną kwasicią, wywołuje tę-
życzkę żołądkową. Tężyczka, jak widzimy więc, nie jest zwi-
ązana z alkalozą, zależy raczej od zmniejszenia się chlorków we
krwi, aniżeli od nasycenia dwutlenkiem węgla krwi ustrojowej.

Wprowadzenie chlorków do ustroju zapobiega powsta-
waniu tężyczki, lecz oczywiście nie zmienia przebiegu zatrucia
rtęcią.

Jednakże wlewania dożylnie 2% roztworu soli kuchennej
mogą wpłynąć dodatnio na przebieg zatrucia dzięki działaniu
moczopędnemu na nerki.

Należy zawsze pamiętać o hipochloremji w przypadkach
zatrucia rtęcią.

B. G.

OLENSTEDT i ALDRICH. Kwasica w zatruciu salicy-
lanem metylu. (Journ. Am. Med. Assoc. 1928 r. Nr. 18.)

W związku z dwoma przypadkami, spostrzeganymi u dzie-
ci, autorzy zestawiają dane z piśmiennictwa, dotyczące zatrucia
metylem salicylowym.

Zatrucie wywołuje zaburzenia ze strony nerek i wątroby.
Z objawów: suchosć śluzówek, zaczerwienienie skóry oraz
przyspieszone oddychanie wskazują wyraźnie na kwasicę
ustroju.

Z drugiej strony próby lecznicze z alkalizacją osobników
zatrutych wykazały, że jest to najracjonalniejsza metoda lecze-
nia. Autorzy wprowadzali do ustroju zatrutego bardzo duże
ilości dwuwęglanu sodu, rozpuszczonego w słodzonej oranża-
dzie. Podobne leczenie zalecają także w przypadkach zatrucia
kwasem acetylosalicylowym wzgl. jego pochodnymi.

B. G.

GOLDBLOOM. Badania eksperymentalne i kliniczne
nad wpływem kofeiny na czynność wydzielniczą żołądka.
(Arch. f. Vrdgrkh. Tom XLII. Zesz. 1—2).

Z doświadczeń wynika, iż kofeina w dawkach 0,2—0,4 gr.
w roztworach wodnych, podawana doustnie lub dożylnie, nie
pobudza wydzielania żołądka.

Temu samemu osobnikowi podawano kolejno w różnych
dniach trzy niżej wymienione napoje próbne 300 cm.³ wody;

300 cm.³ 50% wodnego roztworu alkoholu (Ehrmann); 300 cm.³ wody, zawierającej 0,2 Coff. puri (Katsch-Kalk.) We wszystkich przypadkach treść wydobywano cienkim zgłębnikiem po 20—25 minutach.

Okazało się, iż po podaniu roztworu kofeiny — w 50% przypadków nie otrzymano żadnej lub prawie żadnej treści, i że sama woda stanowiła silniejszy bodziec wydzielniczy (w 80%). Po próbnym napoju alkoholowym otrzymano rezultaty pozytywne w 100% przypadków.

Pomyślnie wyniki Katscha i Kalka dadzą się wytłumaczyć w ten sposób, iż kofeina, choć nie ma żadnego bezpośredniego drażniącego działania na komórki gruczołowe, jednak może czasem zwiększać kwasotę przez zwalnianie ruchomości żołądka.

Józef N u s b a u m.

D. DAVIS i D. AYMAN. O podjęzykowym wchłanianiu leków. Morfina. (Arch. of Intern. Med. 1928 r. Nr. 2).

Autorzy przekonali się, że morfina (siarczan) naogół do brzo rozpuszczalna w sokach przewodu pokarmowego i w wodzie, słabo wchłania się z powierzchni śluzówki jamy ustnej.

B. Goldstein.

Gruźlica.

HEMMERLING i SCHLEUSSING. Białaczka a gruźlica. D. Arch. f. Klin. Med. T. 157. Zesz. 5—6).

Przytaczając dwa przypadki jednoczesnego wystąpienia białaczki i gruźlicy, autorzy zastanawiają się nad wpływem jadu gruźliczego na ewentualne powstanie białaczki.

B. G.

W. LINDIG. Przyczynę do klinicznego odrębnego oceniania jam o łagodnym przebiegu. (B. z. Klin. d. Tub. T. 67. Zeszyt 5 6).

Pięć przytoczonych przypadków z jamkami w płucach, rozpoznawanymi na kliszy i gojącymi się w ciągu 2½ — 3½ miesięcy, mają przemawiać, zdaniem autora, za tem, że istnieją jamy gruźlicze, może okresu drugiego, które nie wymagają natychmiastowego zastosowania leczenia chirurgicznego, gdyż ustępują same pod wpływem leczenia klinicznego.

M. G.

GEKLER i WEIGEL. O leczeniu wypoczynkowym w gruźlicy płuc. (Journ. Am. Med. Ass. 1928. Nr. 8).

Webb i jego współpracownicy podali przed pewnym czasem nową metodę leczenia gruźlicy płuc — t. zw. wypocznik położeniowy (Intensive postural rest), który polega na tem, że chora strona jest możliwie zupełnie wyłączona z procesu oddechowego. Pacjent w tym celu leży na boku chorym — już po 30 — 60 minutach takiego leżenia ruchy oddechowe klatki piersiowej odpowiedniej strony stają się słabsze, serce i śródpiersie siłą ciężkości przesuwają się ku stronie chorej i po kilku miesiącach takiego leczenia można stwierdzić wybitne skurczenie się chorego płuca wraz z jednoczesnym zmniejszeniem się wielkości jam i t. p. skutkami.

Autorzy stosowali metodę Webba w dużej liczbie przypadków, wprowadzając do niej pewne zmiany; tak np. podkładali specjalnie zbudowaną poduszkę pod chory bok. Kurację rozpoczyna się od jednogodzinnego leżenia na chorym boku, codziennie przedłużając ten czas o ½ godziny aż do łącznej liczby 16—20 godzin na dobę.

W chwilach wolnych od kuracji pacjentom nie wolno leżeć na boku nieleczonym. Według autorów metoda ta co do wartości dorównywa odmie piersiowej, względnie torakoplastyce, ma jednak tę wyższość, że, nie wymagając specjalnych zabiegów, daje się zastosować w znacznie większej liczbie przy-

padków, tembardziej że, w razie nie otrzymania zadawalających wyników, można zawsze zastosować inną metodę. Autorzy stwierdzili w 25% przypadków poprawę maksymalną — t. j. tyle, ile można osiągnąć w danym schorzeniu w zależności od jego rozległości, natury i t. p. W innej ¼ przypadków stwierdzono znaczną poprawę. Wyniki otrzymane są podobnie trwałe, jak przy innych metodach leczenia.

B. G.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

NYE, ZERFAS i CORNWELL. Grzybki drożdżowate w przewodzie pokarmowym w niedokrewności złośliwej i innych cierpieniach. (Am. J. Med. Sciences 1928 Nr. 2).

Autorzy zbadali cały szereg grzybków drożdżowatych, (78 szczepów), wyodrębnionych w postaci czystych hodowli z kałów i treści żołądkowych badanych osobników.

Przeważnie, na zasadzie cech morfologicznych i hodowlanych, zostały one zaliczone do grupy *Parasaccharomyces A.* Powyższe szczepy jednakże nie dają się odróżnić od szczepów *Monilia psilosis* i in., otrzymywanych z płwociny, które są zwykłym zjawiskiem w przewodzie pokarmowym.

Na zasadzie jednak porównania z przypadkami normalnymi występowanie tych grzybków w przypadkach niedokrewności złośliwej nie jest wcale częstsze, aniżeli u osobników normalnych.

Stąd też autorzy uważają że *Monilia psilosis* nie ma większego znaczenia etjologicznego.

B. Goldstein

E. V. HAHN. Usunięcie śledziony w przypadkach niedokrewności typu komórek sierpowatych. (*anaemia drepanocytyca*) (Amer. Journ. Med. Sciences 1928 Nr. 2).

Autor na zasadzie własnych 2 przypadków zaleca usunięcie śledziony w przypadkach niedokrewności typu komórek sierpowatych.

Po zabiegu komórki sierpowate pozostają nadal mimo ogólnej poprawy. Natomiast rozpad krwinek i niedokrewność wyraźnie się zmniejszają.

Autor wykazuje że zmiany sierpowate dają się wywołać *in vitro* w krwinkach naogół normalnych lecz wrażliwych przez odszczepienie z nich oksyhemoglobiny. Autor podaje metodykę wytwarzania *in vitro* podobnych komórek i utrwalania ich w tym szczególnym kształcie.

B. G.

P. STARR. O leczeniu wątrobowym w niedokrewności złośliwej. Am. Journ. of. Med. Sciences. Nr. 3. 1928).

Autor podaje wyniki swych obserwacji nad leczeniem niedokrewności złośliwej zapomocą podawania wątroby. Postępowi poprawy towarzyszą 2 cechy: zmniejszenie się ilości bilirubiny we krwi oraz przejściowy wzrost liczby retikulocytów. W jednym z przypadków nastąpił nawrót, kiedy po 10 miesiącach przerwy odżywianie wątrobowe. Inne przypadki, będące w obserwacji od 3 do 14 miesięcy, czują się dobrze. Wyraźne zmiany w rdzeniu nie ulegają poprawie równocześnie z krwią.

Nawroty choroby po przerwaniu doprowadzania wątroby dowodzą, że warunki patologiczne, które wywołały cierpienie, istnieją nadal.

B. G.

Choroby serca i naczyń.

LETULLE, MARCHAK, BOYER. Choroba Buergera. (Presse Médic. Nr. 13. 1928).

Choroba Buergera jest to cierpienie przewlekłe, rozciągające się na długi okres czasu, przerywany ostrymi napadami.

Początek cechuje się zajęciem żył powierzchownych kończyn napozór zdrowych. Wystąpić może zapalenie żył, poprzedzające niekiedy znacznie późniejsze zjawienie się martwicy. Lekkie zajęcie żył przejawiać się może nieznacznym obrzmiewaniem i ciężkością nóg podczas chodzenia; niekiedy zjawiają się ograniczone różowe plamy lub małe guzki zapalne, bardzo bolesne; objawy te trwać mogą kilka dni. Zwykle dołącza się ogólne osłabienie, bezsenność, bóle głowy, nerwobóle i t. p.

Okres drugi wystąpić może nawet po upływie lat. W spokoju, a zwłaszcza podczas chodzenia występować mogą gwałtowne bóle podeszew lub palca dużego, trwające kilka minut; kończyna jest wtedy zimna i bleda; przeważnie spostrzega się stopniowe chudnięcie i osłabienie chorej kończyny. Wspomniane zaniki oraz występujące niekiedy inne zmiany troficzne (wypadanie włosów, paznokci, brwi, rzęs i t. p.) poprzedzają zwykle zmiany naczyniowe. Zamiast określenia chromanie przestankowe, autorzy mówią o bólach przestankowych.

W kończynach (lub w kończynie) chorych rozwija się niezwykła wrażliwość bólowa, sprawiająca chorym niczem nie dające się zmniejszyć cierpienia. Kończyny są bleda i zimne, przyczem zmiany ciepłoty w kierunku zimna lub ciepła jednakowo wzmagają bóle. Skóra w tym okresie jest sucha i niezwykłe gruba.

Obmacywanie tętnic może nie dać żadnych wyników, badanie oscylometryczne jest prawie zawsze dodatnie, u niektórych osobników nawet w przededniu martwicy, do której wystąpienia nie jest rzeczą konieczną uprzednie zamknięcie dużych naczyń (B u e r g e r).

We krwi stwierdza się leukocytozę z neutrofilją do 80⁰/₀. Wzrasta ilość cholesteroliny (do 3 gr. ⁰/₀₀), cukru do 2.50 gr. ⁰/₀₀ i kwasu moczowego.

Wreszcie następuje okres trzeci. Nasilają się objawy powyższe; napady bólowe z marmurkową bledością kończyn zjawiają się coraz częściej; na palcu dużym powstaje pęcherzyk z drobnym podbiegnięciem krwawym, jako pierwsze oznaki rozpoczynającej się martwicy tkanek; często dołączają się objawy wtórnego zakażenia.

W leczeniu początkowych okresów mieli autorowie niezłe wyniki po podawaniu azotynu sodu. W bardziej posuniętych okresach wchodzi w grę jedynie amputacja.

Badania anatomo-patologiczne nasuwają rozpoznanie wielko-komórkowego zakrzepowego zapalenia żył i tętnic (*thrombophlebitis, thrombo-arteritis giganto-cellularis*).

M. G o l d m a n junior.

SILBERT i SAMUELS. *Thromboangiitis obliterans — choroba Buergera. Znaczenie prognostyczne oscylometru.* (Journ. Am. Med. Ass. Nr. 11, 1928 r.).

Stosując oscylometr P a c h o n a w szeregu przypadków choroby B u e r g e r a, autorzy starali się wyciągnąć z tej metody wnioski prognostyczne co do losu zagrożonej kończyny. Dzielą oni przypadki swoje na 2 grupy. I-a, gdzie wahania wynoszą więcej niż 0,5 (cm Hg¹), druga, gdzie wahania te wynoszą mniej niż 0,5 lub też wogóle nie dają się stwierdzić.

Zaznaczyć należy, że oscylometrycznie dają się wykazać wahania nawet tam, gdzie tętno nie daje się wyczuć.

W przypadkach wyraźnego tętnienia w okolicy kostki rokowanie jest dobre pomimo nawet istnienia zgorzeli lub owrzodzeń.

W przypadkach, gdzie wahań oscylometru nie ma, rokowanie jest niepomyślne, szczególnie, jeżeli istnieje przytem zgorzel. W tym przypadku zachowanie kończyny jest bardzo wątpliwe.

B. G.

J. WHITE i P. WHITE (Boston). *Dusznica bolesna. Leczenie okołordzeniowymi zastrzykiwaniami wysoku.* Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 14 r. 1928).

Wychodząc z założenia, że drogi czuciowe, idące od serca dośrodkowo ku zwojom współczulnym szyjnym i zw. gwiaździstemu oraz części grzbietowej, muszą przebiegać przez gałązki, łączące górne nerwy grzbietowe i nie chcąc przecinać tych gałązek, autorzy zastrzykiwali w odpowiednią okolicę alkohol. Opierali się przytem głównie na pracach S w e t l o w a.

Zastrzykiwania były robione w okolicę I—5 kręgu grzbietowego, zazwyczaj po stronie lewej, (o ile chodzi o bóle lewostronne).

Jedynym objawem nieprzyjemnym była nadczułość nerwów obwodowych, wychodzących z odpowiednich odcinków rdzenia, która zjawiała się zwykle przy ustępowaniu początkowego znieczulenia, a która utrzymywała się przez kilka tygodni.

W 5-ciu przypadkach, leczonych przez autorów w ciągu okresu 7-miesięcznego, wyniki były następujące: u dwóch bóle lewostronne, bardzo silne, ustąpiły zupełnie; u dwóch innych stały się słabsze, piąty wreszcie doznał tylko krótkotrwałej poprawy.

Dodać należy, że ustanie bólów nie ma najmniejszego wpływu na przebieg samego cierpienia i ewentualne zejście śmiertelne, jak to miało miejsce w jednym z przypadków, leczonych przez autorów.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

— J. B u c k y i E. F r e u n d leczyli z powodzeniem *policytęmię* za pomocą naświetlań. Całe ciało dzielili na 4—8 pól, z których naświetlali codziennie jedno. W drugiej serii robiono jednodniowe przerwy pomiędzy naświetlaniami. Po upływie 3—4 tygodni stwierdzali poprawę podmiotową i przedmiotową. Liczba krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny zmniejszyły się, podczas gdy białe ciała pozostawały prawie bez zmiany.

(M. m. Woch. 1928 Nr. 33).

— A. H i r s c h b r u c h otrzymywał dostateczne *odchudzenie* nawet u ciężko chorych na serce, stosując *tyropurynę*. Żadnego szkodliwego działania ubocznego nie było.

(D. m. Woch. 1928 Nr. 32).

— H. F r a n k stosował z powodzeniem *obmywanie sublimatowe* we wszelkich postaciach *śwędzenia miejscowego*. W przypadkach *śwędzenia ogólnego* z powodu żółtaczki, jak również w śwę-

dzeniu innego pochodzenia otrzymywał szybkie wyleczenie przy pomocy *mitigalu* (związek organiczny siarki).

(D. m. Woch. 1928 Nr. 31).

— W. G l a s e r zaleca leczenie *pląsawicy* (*chorea minor*) za pomocą *przekrwienia zastoinowego*. W wielu przypadkach po nałożeniu opaski na szyję występowała szybko poprawa.

(M. m. Woch. 1928 Nr. 30).

— W dwóch przypadkach *tężyczki pooperacyjnej* zastosował Z a l o s c e r *antytyreoidynę* M o e b i u s a z doskonałym wynikiem. W pierwszym przypadku chory dostał w ciągu pierwszego tygodnia 4 rurki przetworu słabszego, a w następnych 2 tygodniach zażywał po jednej pastylce dziennie, w drugim — po 2 pastylki mocniejszego przetworu w ciągu dni dziesięciu.

(Med. Klin. 1928 Nr. 36).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego d 4.IV, 1928 r. J. Celarek wygłosił odczyt p. t. *O szczepieniach przeciwploniczych*.

Prelegent omówił sprawę z punktu widzenia etjologii, epidemiologii i przedstawił następujące praktyczne wnioski w sprawie szczepień przeciwploniczych:

1) szczepieniom ochronnym poddawać należy dzieci z odczynem Dicków dodatnim.

2) szczepienia są przeciwwskazane u osób chorych, gorączkujących, dotkniętych gruźlicą, jak również ze schorzeniami dróg moczowych.

3) przed rozpoczęciem szczepienia winno być przeprowadzone badanie moczu (białko, osad); pożądanym jest ze względu na możliwe odczyny nerkowe, kontrolowanie moczu w toku szczepień.

3) po upływie 4—6 tygodni od ostatniego szczepienia należy powtórnie wykonać odczyn Dicków w celu stwierdzenia wyniku szczepienia; w razie dalszego trwania wrażliwości należy wykonać jeszcze jedno szczepienie; trwałość uodpornienia winna być kontrolowana raz do roku.

5) szczepienia powinny być wykonywane w okresie kwiecień — maj.

6) w przypadkach występowania płonicy w rodzinie, członkowie rodziny z odczynem Dicków dodatnim mogą być poddani szczepieniu po upływie 5—7 dni od chwili odosobnienia chorego; tam, gdzie odosobnienie jest niemożliwe, względnie kontakt z chorym był bardzo ścisły, a gdzie chodzi nam o uodpornienie, należy poprzednio zastrzyknąć 10 cm³ surowicy przeciwploniczej.

7) celem wyzyskania materiału pod względem statystycznym — należy prowadzić dokładną rejestrację szczepień i ew. przypadków zachorowań wśród szczepionych.

W dyskusji J. Bogdanowicz podaje, że w roku 1927 dokonał około 12 szczepień anatoksyną, z tych 3 w szpitalu Karola i Marii. W jednym przypadku (chłopiec 9 lat) po zastrzyknięciu 2 cm³ anatoksyny uodpornienie nastąpiło tylko częściowo. W 2-ch przypadkach szczepionych, w miesiąc po szczepieniu wystąpiły objawy płonicy. W jednym przypadku przebieg był wyraźnie poronny, w drugim dość ciężki, lecz bez powikłań. W obu przypadkach wystąpiły wyraźne odczyny w miejscu szczepienia.

Szenajch żąda ujednostajnienia miana toksyny. Z powodu różnorodności toksyny nie da się należycie ocenić wrażliwość na płonicę: jedna serja daje wrażliwość w 13⁰/₀ inna aż w 60⁰/₀. Dalej mówca zaznacza, że jak dotąd wpływ szczepień na organizm nie jest dostatecznie wyjaśniony. Zaszczepionego osobnika należy dokładnie obserwować w ciągu 24, a nawet 48 godzin; badania takie przeprowadził Jundell w Sztokholmie. Zgadza się z prelegentem, że nie należy szczepić w okresie możliwego wylegania płonicy. Natomiast nie zgadza się mówca z założeniem prelegenta, aby członkowie rodziny szczególnie osoby dorosłe, na wypadek płonicy w rodzinie przed uodpornieniem czynnym miały być uodparniane biernie przez zastrzyknięcie surowicy.

M. Michałowicz przytacza dwa przypadki płonicy u dzieci szczepionych o przebiegu bardzo łagodnym, wysypka trwała zaledwie kilka godzin, retrospektywnie jednak ustalono

bezwzględnie rozpoznanie płonicy. Odnosnie ujednostajnienia toksyny, mówca jest zdania, że doprowadzić do jednego miana artygen jest nader trudno z powodu mutacji bakteryjnej, jak również z powodu wahań wrażliwości organizmu w różnych okresach.

M. Erlichówna uważa za konieczne, aby ogół lekarzy zapoznał się z przyczynami, dla których pewne dzieci pomimo szczepienia zachorowują na płonicę. Wśród publiczności spotykamy się ciągle z opinią, która wychodzi od lekarzy nie orientujących się w istocie sprawy, iż nie warto szczepić dlatego, że chorują także dzieci szczepione.

Brokman uzależnia powstawanie objawów poszczepiennych od materiału szczepiennego. Dotąd w masie była używana do szczepień toksyna, która niekiedy wywoływała podobną do płonicy wysypkę; obecnie P. Z. H. wypuszcza ma tylko anatoksynę. Uodparnianie według Celarka t. j. surowicą i anatoksyną może być zastosowane tylko u osób pielęgnujących chorego np. u matki, pielęgniarki.

(Pedjatria Polska. T. VIII. Z. 4. 1928).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

— W Tow. Lek. w Hamburgu wygłosili Kirchner i Schürmann (na pos. z dnia 8 maja r. b.) odczyt o *szczepionce przeciwgruźliczej wg. Calmette'a*.

Przedewszystkiem poruszył autorowie sprawę możliwych niebezpiecznych skutków tej metody uodparniania. Wg. Calmette'a *bacillus Calmette-Guérin* jest nieszkodliwy dla ustroju ludzkiego, i ta jego stosunkowa niezjadliwość jest w nim utrwalona biologicznie drogą dziedziczenia, t. j. ma stanowić jego cechę stałą. Calmette nie dowiódł jednak bynajmniej w swych badaniach na zwierzętach, że szczep ten z czasem, dzięki przystosowaniu się do nowych warunków bytowania w ustroju zwierzęcym, nie oczyskuje z powrotem swej złośliwości. W badaniach na zwierzętach wstrzykuje się im naraz duże dawki szczepionki, wywołujące szybki odczyn ustroju w postaci dodatniego odczynu teberkulinowego. Natomiast organizm noworodka zarażamy o wiele mniejszymi dawkami szczepionki żywej; odczyn ustroju nie występuje tak szybko, Bcg ma czas rozmożić się i przystosować się do organizmu dziecka. Brak więc dowodu, iż szczep ten napewno nie odzyskuje z powrotem swej zjadliwości. Natomiast z badań autorów na zwierzętach (zakaze: ie rogówki minimalnymi ilościami Bcg) wynika, iż szczep ten w tych warunkach rozmnaża się bardzo szybko w ustroju zwierzęcym. W owrzodzeniach rogówki znajdują się poprostu masy tych prątków; owrzodzenia te można wielokrotnie przeszczać: w nowych owrzodzeniach rogówki zwierzęcia (królika) znajdujemy znowu masy Bcg. W ten sposób udało się autorom — obecnie otrzymać już 8-y pasaż drogą bezpośredniego przeszczenia z rogówki jednego zwierzęcia na rogówkę innego. Rzeczą badań dalszych będzie zatem zarówno rozstrzygnięcie pytania zasadniczego: czy dzięki tym pasażom nie wzrosła zjadliwość szczepu Calmette'a — oraz, jeśli nawet tak nie jest, czy przeciw szczep ten nie może stać się zjadliwy dla ustroju z chwilą zmniejszenia się jego odporności z jakiegokolwiek bądź powodu.

(Klin. Woch. Nr. 28/28 r.).
Z. Św.

Krytyka lekarska.

Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlanie promieniami Roentgena.

(Uwagi dyskusyjne)¹⁾.

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Dokończenie).

Jaką drogą działają promienie w chorobach organicznych układu nerwowego? Jeśli skóra, gruczoł chłonny, ślinianka, nor-

maliter poddane wpływowi promieni czas dłuższy, ulegają przekrwieniu i obrzmiewają, to prawdopodobnie dzieje się to samo w głębokich tkankach, gdy zadziałamy na nie głęboko wnikającymi twardymi promieniami. Jedno, co przeto cechuje guzy mózgu i rdzenia w odróżnieniu od guzów tejże tkanki nerwowej na obwodzie, to jest, że odczyn obrzękowy po naświetleniu trafia na narządy, położone w jamach ściśnionych między ścianami kostnymi, nie rozszerzalne, nie rozsuwalne, wzmagając ciśnienie wewnątrzmożgowe lub wewnątrzrdzeniowe, nieraz uprzednio już wzmożone, wywołując objawy, zmuszające tu i ówdzie do zastosowania doraźnego od-

¹⁾ Uwagi dyskusyjne z okresu 1922—1928 r.

ciężenia, trepanacji dekompresyjnej. Niektórzy też chirurdzy przed przystąpieniem do naświetlania doradzają trepanację.

Rozmaicie też tłumaczono wpływ pomyślny rentgeno-terapii w sprawach nerwowych, zapalnych i nowotworowych. W sprawach zapalnych, których paradygmatem służyć może zapalenie rogów przednich (*Poliomyelitis acuta*), podkreślano:

1) zabójcze działanie na zarazek, w substancji nerwowej usadowiony, 2) swoisty wpływ na chore komórki ruchowe, 3) pobudzanie przez hiperemizację do pracy niezupełnie zniszczonych komórek, 4) wysysanie obrzęku, drobnokomórkowej infiltracji i masy wysiękowej między komórkami rozsianej i 5) pobudzanie sił obronnych przez wytwarzanie miejscowe antytoksyn i bakteriolizyn.

Może w tymże duchu działają promienie, gdy chodzi o zakaźne guzy przewlekłe. Nieco inaczej atoli działają one w sprawach blastomatycznych, nowotworowych zwykłych, gdzie pod wpływem promieni katodalnych przede wszystkim sama komórka patologiczna ulega zniszczeniu, całkowicie lub elektywnie w swej części radiowrażliwej, gdzie wytwarzające się produkty rozpadowe — niefortunnie nekrohormonami nazwane — działają drażniąco na sąsiedni zdrowy układ łącznotkankowy, wysuwając jako siłę obronną fibroblasty, o ile organizm nie jest zbyt osłabiony w walce, zbyt kachektyczny i marantyczny.

Uleczalność przeto guza jest w zasadzie zależna od licznych czynników: od stanu ogólnego, od siedliska guza, wymiarów, unaczynienia, odporności otaczającej tkanki i od specyficznej złośliwości histologicznej, czyli mniejszej lub większej zniszczalności jego komórek przez promienie. Ta ostatnia zaś znajduje się w związku z radiowrażliwością komórek, dawkowaniem i techniką naświetlań.

A wśród tkanek najbardziej radjoczułymi — mimo to nie zawsze uleczalnymi — okazały się w układzie nerwowym gruczolowa i glejowa. Na pierwszym też miejscu dają wskazanie do radjoterapii: a) gruczolaki przysadki, w samym siodełku tureckim usadowione i przedni płat atakujące (*adenoma intrasellare praehypophyseos*), niezależnie od budowy ich komórek (*chromophil, chromophob*), i b) glejaki, zwłaszcza obfitujące w komórki (*medulloblastoma et spongioblastoma*). W drugiej linii znajdują się mięsaki i naczyniaki. Do praktycznie zupełnie radjobezczułych zalicza się nerwiaki (*neuroma*) i oponiaki (*meningioma*), abstrahując już zupełnie od nowotworów wrodzonych i przerzutowych, guzów swoistych, kiłowych i gruczolanych.

*
*
*

Jasna rzecz, że produkty rozpadu i odbudowy po zniszczonych promieniami Roentgena tkankach, dostając się do krwi, wywołują pewien efekt biologiczny, zależnie od tego, czy są to specyficzne toksyny, fermenty, przeciwciała, czy też nieswoiste substancje białkowe, efekt, podobny nieco do wpływu pozaotrzewnowo wprowadzonych ciał obcogatunkowych, proteinowych lub immunizacyjnych.

Osobiście mam to wrażenie, a dałem temu wyraz w dyskusji lat ostatnich (1923), że niszczące działanie wspomnianych promieni stanowi najwyższy jeden, może nawet mniej ważny komponent, że natomiast pole zadziałania ich leży w zupełnie innej płaszczyźnie.

Mniemam, że wpływają promienie znacznie słabiej na sam guz, który zazwyczaj wywołuje *per se* jedynie objawy miejscowe, ogniskowe (porażenia, znieczulenie, arefleksję, afazję, hemianopsję, anosmję i t. p.), niż na płyn wewnątrzkomorowy i wewnątrzoponowy, sprowadzający przez swoją nadmierną obfitość najcięższe objawy mózgowe (ból, wymioty, bezład, tarczę zastoinową, ślepotę i t. d.). Guz, uciskając drogi limfatyczne, żyły, zatoki, uchylki oponowe odosłonej półkuli mózgu lub mózdzku, wywołuje zastoinę, między innymi i w splocie naczyniastym (*plexus chorioideus*) komór, który zaczyna jako aparat wewnątrzsekrecyjny wydzielać płyn w nadmiarze.

Prawdopodobnie promienie działają na nabłonek spłotu, posiadający zdolność regulowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego i modyfikują jego czynność w tym duchu, że po przemijającym obrzmieniu mózgu, dającym czasem ciężki obraz, a nawet *status epilepticus*, lub bez tego niepożądanego prologu (odczyn wczesny — *Frühreaction* Lenka), zmniejsza zdolność hipersekrecyjną lub zwiększa zdolność rezorpcyjną spłotu. Tylko w ten sposób staje się zrozumiałe,

1) że nieraz już po jednym lub drugim naświetleniu objawy ogólnociskowe, od hidrocefalii zależne, zmniejszają się lub znikają,

2) że jednak po miesiącach znika ta zdolność hamująca hipersekrecję spłotu, widocznie już upośledzonego w swym nabłonku i

3) że umierający z tej lub owej przyczyny osobnik, nieraz mimo poprawy rentgenoterapeutycznej, wykazuje, dla lekarza zupełnie niespodziane, rozrastanie się guza lub nawet liczne przerzuty, których może poprzednio wcale nie było lub których się lekarz wcale nie domyślał.

Nie sędzę, aby stanowisko indykacyjne, wypowiedziane przeze mnie dla guzów mózgu, mogło być inne, gdy jest mowa o nowotworach rdzenia. I tutaj nikt nie będzie się wahał lub zastanawiał nad wskazaniem do rentgenoterapii guzów złośliwych, nie poddających się operacji, chociaż ta ostatnia wyjątkowo zapobiega zejściu śmiertelnemu, ani też nad wskazaniem do radjoterapii pooperacyjnej w miejscu usuniętego guza, chociaż wyjątkowo rzadko spotyka się wogóle nawroty w tym narządzie.

Nie poruszam kwestji przeciwwskazań do naświetlania pewnych guzów mózdzku i rdzenia, zbyt blisko opuszki siedzących, a dających obrzmienie reakcyjne z ciężkimi następstwami. Nie podkreślam bynajmniej minimalnego efektu, osiągalnego w guzach, prawie refrakcyjnych względem promieni, jakimi są torbiele, włókniaki, piaszczaki, gruzełki i kilaki. Nie dyskutuję też problematycznej strony naświetlań guza w razie potrzeby późniejszej interwencji chirurgicznej, poważnie utrudnionej wskutek licznych zrostów

oponowordzeniowych poświećleniowych. Nie poruszam wreszcie kwestji ogromnej pono różnicy w śmiertelności po naświećlaniu wzgl. po operowaniu, gdyż różnica ta z każdym rokiem i z postępem techniki operacyjnej się zaciera, a zdaniem Dandiego pooperacyjna śmiertelność guzów rdzenia nawet winna i może być doprowadzona do zera.

Dla mnie jest zasadniczo, *prima indicatio* i tutaj w rdzeniu, trepanacja dekompresyjna, usunięcie na drodze chirurgicznej ucisku guza lub samego guza bezwzględnie z naświećlaniem pooperacyjnym. Gdzie samo naświećlanie znakomicie działa, tam podejrzewam zawsze zrosty, *arachnitis adhaesiva s. cystica*, wysięk samoistny lub towarzyszący guzowi, a wsysający się szybko pod wpływem działania promieni na płynowydzielniczy nabłonek oponowy i splotowy.

* * *

Błądzi ten, kto interpretować usiłuje materiał z piśmiennictwa, materiał dotychczasowy pomyślnie przebiegających guzów, które podane zostały rentgenoterapii. Wiele, za wiele czynników składa się na to, że jesteśmy aż nadto ostrożni we wnioskowaniu:

1) Bioptycznie przy kraniektomji lub laminiektomji stwierdzona złośliwa, zbyt rozlana i przez to niezoperowana narosła mogła się poprawić nie tyle dzięki promieniom, ile dzięki rozległej dekompressji i następnie rozrywaniu i pękaniu wytworzonych zrostów i blizn, uciskających mózg lub rdzeń;

2) Poprawy w przypadkach guzów, potwierdzonych nie na stole operacyjnym lub sekcyjnym, lecz jedynie klinicznie rozpoznanych, pozostają zawsze wątpliwe co do istoty cierpienia wzgl. towarzyszących mu powikłań.

Przekonywują nas o tem dosadnie i codziennie liczne przypadki charłacznych zwyrodnień rdzenia, *myelitis funicularis*, towarzysząca nieraz złośliwym utajonym guzom trzew, *sclerosis disseminata*, wysięki wewnątrzoponowe itp., wszystkie symulujące znakomicie guz rdzenia lub opon. A zwłaszcza te ostatnie poprawiają się najszybciej pod wpływem promieni katodowych, wywołujących wessanie patologicznego płynu z wtórną miejscową dekompressją rdzenia i korzonków tegoż.

Nie chcę bynajmniej twierdzić, jak wyżej już wzmiankowałem, że działanie promieni na sprawy ośrodkowo-nerwowe jedynie drogą okólną poprzez nabłonek splotu naczyniastego i opon mózgowordzeniowych się odbywa. Ma tam miejsce niewątpliwie w pewnych rodzajach guza również i działanie na komórki, zwłaszcza na komórki dokrewne natury gruczolowej i gruczolakowej, jak dowodzi choćby ta okoliczność, że tenże promień katodowy lub radowy inaczej wpływa na choroby przysadki, przebiegające z powiększeniem (*acromegalia*), inaczej ze zmniejszeniem (*dystrophia adiposogenitalis*) tego gruczołu; inaczej z zajęciem jego przedniego (*cachexia Simmondsa, nanismus hypophyseus*), inaczej tylnego (*diabetes insipidus*) zrazu, inaczej na procesy blastomatyczne przysadki lub szyszynki, a inaczej na wrodzone potworniaki, torbiele i kilaki gruczołu.

Ale głównym czynnikiem leczniczym w sprawach ogólnouciskowych, z wodogłowiem połączonych, jest prawdopodobnie działanie na powyższe komórki sekrecyjne aparatu ośrodkowego.

Jako analogję przytoczyłbym nader pomyślne i nie do uwierzenia nieraz szybkie działanie kojące dużych dawek rtęci i jodu — o którym wspominałem przed wielu laty, pisząc o symulacjach guzów mózgu i rdzenia¹⁾ w przymiocie mózgowordzeniowo-oponowym, — dawek działających zgodnie z ówczesną moją interpretacją (str. 8) również wsysająco nie na same kilaki, mniejsze i większe, lecz na towarzyszące wodogłowiu mózgu i torbiele miejscowe opon rdzenia.

* * *

Nie znam bliżej piśmiennictwa rentgenologicznego, przytłaczającego swoim ogromem, nie potrafiłbym odszukać *ad hoc* prac eksperymentalnych, potwierdzających lub obalających powyższą, wypowiedzianą przeze mnie przed kilku laty (1923) hipotezę działania X promieni w sprawach uciskowych mózgu.

Przypadkowo natknąłem się w tych dniach przy innej sposobności na krótkie sprawozdanie z posiedzenia Tow. Lek. Wiedeńskiego, w którym jest wzmianka o naświećlaniu przez czaszkę psów normalnych.

Autorzy²⁾ (Sgalitzer i Spiegel) stwierdzili przy nietkniętej tkance mózgowej uszkodzenie poważne komórek splotu naczyniastego i jego nabłonka, wielce czynnego ich zdaniem przy produkcji płynu.

Jestto jedyny znany mi eksperyment, który mógłbym *a posteriori* przytoczyć w obronie swojego poglądu, eksperyment, uzupełniony następnie przez nichże przy pomocy wywołania sztucznej przetoki dużego zbiornika (*cisterna cerebellomedullaris*), umożliwiającej mierzenie bezpośrednie ilościowo wyciekającego płynu.

Ciż autorzy powołują się na Marburga, który myśl tę wypowiedział w r. 1924 i inicjatywę do eksperymentu nad psem im podał.

Roepke³⁾ wspominał o ciężkim przypadku wodogłowia wewnętrznego, gdzie 20-krotna punkcja lędźwiowa i częściowe wycięcie splotu naczyniastego, nie pomogły prawie nic w porównaniu z kilkakrotnem naświećlaniem okolicy tego splotu, które ostatecznie powstrzymało czynność wydzielniczą i następcze wzmoczenie ciśnienia.

Jeśli to, co dotąd powiedziałem o stosunku terapii operacyjnej do rentgenowskiej, dotyczy głównie nowotworów pewnej grupy (zwłaszcza glejaków i mięsaków), połączonych z wodogłowiem, lub ograniczonych spraw zapalno-oponowych i wysiękowo oponowych, to pewne specjalne reguły obowiązują z jednej strony w tych guzach mózgu, które dotyczą narządów wewnątrzsekrecyjnych (szyszynka, przysadka), z drugiej strony w tych guzach rdzenia z pogranicza glejaka i gliozy,

¹⁾ H. Higier. Nowotwory mózgu i rdzenia oraz stanów pokrewne symulujące je. Odczyty kliniczne wydawane przez redakcję Gazety Lekarskiej 1910.

²⁾ Wien. Klin. Wochenschrift 1926 p. 1457.

³⁾ Zjazd chirurg. niemieck. '927. Berlin.

które cechuje chorobliwe bujanie gleju, uciskające substancję nerwową i wywołujące wtórne jamy i zbiorniki płynu (*syringomyelia, hydromyelia*). Obie te grupy nowotworowe są nader wrażliwe na promienie katodalne i będziemy *larga manu* z tych ostatnich korzystali, tembardziej że wspomniane sprawy są niezawsze przystępne dla noża chirurga.

Na pierwszym jednak planie pozostanie zawsze przy stawianiu wskazań

interwencyjnych właśnie nóż w rękach doświadczonego chirurga.

Gdzie szanse operacyjne są minimalne, przerzuty liczne, przystęp utrudniony, tam rentgenoterapia — mniejsza o jej wpływ symptomatyczny, paliatywny, radykalno-terapeutyczny — wkracza bez zastrzeżeń, choćby w myśl praw etyki lekarskiej, że nie należy powiększać cierpień nieuleczalnie chorego przez zupełne opuszczenie rąk.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Rys historyczny szpitalnictwa Polskiego w ubiegłym stuleciu i jego stan obecny ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego¹⁾.

Podali

Dr. Witold PRZYWIECZERSKI, Inż. Felician RAKIEWICZ
i Dr. Rudolf SIKORSKI (Warszawa).

I.

Porównawczy pogląd na podstawy rozwoju szpitalnictwa polskiego w ubiegłym stuleciu w poszczególnych dzielnicach Rzeczypospolitej Polskiej.

1. Obszar b. zaboru rosyjskiego. A. Królestwo Polskie.

Od początku powstania Państwa Polskiego, podobnie jak w zachodnich krajach Europy, szpitalnictwo rozwijało się z inicjatywy duchowieństwa i z fundacyj dobroczynnych a zamożnych osób. Zarząd szpitali i opieka nad nimi pozostawały prawie wyłącznie w rękach duchowieństwa. Wojny i epidemie były powodem zakładania szpitali dla ofiar tych klęsk społecznych, podobnie jak w średnich wiekach dla obłąkanych.

Od XVI wieku zaczynają w administracji i w opiece nad szpitalami brać czynny udział miasta, które do zarządu szpitali delegowały po dwóch obywateli w charakterze opiekunów, kuratorów albo prowizorów, a ci delegaci kierowali administracją szpitali.

Państwo nie brało bezpośredniego udziału w zarządzie szpitali, otaczało tylko szpitalnictwo ogólną opieką, zwalniało szpitale od podatków i ciężarów, przyznawało szpitalom przywileje i broniło szpitale i ich majątki od napaści i szkód.

Szpitali w dawnej Polsce było bardzo wiele, dokładną liczbę tych szpitali trudno dziś podać, w każdym razie i te daty, które posiadamy, świadczą o wielkiej ofiarności społeczeństwa polskiego i o jego wysokim poziomie humanitarnym względem niedoli ubogich, nieustępującym swym rozmiarem krajom zachodniej Europy.

Gedroyć (l. a i b) podaje liczbę szpitali w Polsce, o których można było zebrać wiadomości, na 668.

Ksiądz Nowodworski (c) wymienia 14 szpitali w diecezji Krakowskiej, z czego 10 w samym Krakowie, 32 szpitale w archidiecezji gnieźnieńskiej, 167 w poznańskiej, z czego 20 w samym Poznaniu, 51 w warszawskiej, z czego 12 w Warszawie, 49 w kujawskiej, 9 w lubelskiej, 14 w wileńskiej i t. d.

W r. 1791 naliczyła szpitali „Deputacja ogólna do wejrzenia w stan i fundusze wszystkich w kraju szpitali” — razem jeszcze 497, a to w prowincji Wielkopolskiej 90, w Małopolskiej 213, na Litwie 194; dawały one przytułek 5621 pensjonarzom, utrzymywanym z rocznej intraty w kwocie 466.035 zł. Kapitały tych szpitali wynosiły 2.619.651 zł.

Szpitalami nazywano domy, które dawały przytułek czasowy lub trwały podróżnym, ubogim, sierotom i podrzutkom, starcom i wreszcie chorym.

W roku 1775 państwo zamierzało objąć w Polsce opiekę nad szpitalami i utworzyło dla tego celu 2 komisje szpitalne; jedną koronną, a drugą litewską; komisje te miały być organami centralnymi dla szpitalnictwa, lecz już w 10 lat później je zniesiono, a szpitale poddano Komisjom Dobrego Porządku, które były czynne po miastach i miasteczkach pod ogólnym kierunkiem Komisji Policji.

Za krótkich rządów pruskich nie było władzy centralnej dla szpitali, które opiekowały się kamerą i magistratą.

Za czasów Księstwa Warszawskiego opieka nad szpitalami należała do prefektów departamentów. Centralnego organu nad szpitalnictwem nie było, bezpośrednią administrację w szpitalach sprawowały urzędy municypalne.

Prawie do końca XVIII wieku posiadały szpitale charakter dobroczynnych instytucji przytułkowych. Z początkiem XIX wieku stan ten zaczął ulegać zmianie, do szpitali bowiem zaczynały prócz starców i ubogich przyjmować i chorych w celu leczenia. Lekarskiej opieki dla chorych dostarczali naprzód chirurdzy, t. j. felczerzy, a następnie lekarze szpitalni pod nadzorem fizyka wojewódzkiego. W tym czasie szpitale zaczęły się rozdzielać na dwie grupy: małe szpitale parafjalne zatrzymały charakter schronisk dla ubogich, starców i kalek, miejskie zaś szpitale, zasobniejsze w fundusze, przekształcały się w nowy typ pośredni: przytułkowo-leczniczy.

¹⁾ Referat przedstawiony na ogólnym Zjeździe lekarzy higienistów w Polsce — we Lwowie dn. 8 lipca 1928 r.

mywania lekarzy sanitarnych, akuserek gminnych, pielęgniarek, dezynfektorów oraz innego niezbędnego personelu służbowego, z obowiązkiem stosowania się do norm i przepisów, wydanych przez Ministra Zdrowia Publicznego.

Z ustaw szczegółowych ustawa z 25 lipca 1919 roku o zwalczaniu chorób zakaźnych określiła bliżej obowiązki związków samorządowych w tym zakresie, a zarazem określiła ciężary, jakie z tego tytułu ma ponosić Państwo.

Ostatnia ustawa obowiązuje województwo poznańskie i pomorskie oraz śląskie, zasadnicza ustawa sanitarna na obszarze b. zaboru pruskiego dotąd nie obowiązuje.

Z końcem roku 1927 było w Królestwie Polskim 8 szpitali państwowych, posiadających 559 łóżek, 163 szpitale komunalne o 12.736 łóżkach, 66 szpitali społecznych, liczących razem 4312 łóżek i 33 zakłady lecznicze prywatne, posiadające razem 734 łóżka.

Ogółem posiadało Królestwo Polskie 270 szpitali i zakładów leczniczych, liczących razem 18.341 łóżek.

Z przedstawionego powyżej ustroju szpitalnictwa w Królestwie Polskim widoczne jest, że cechami ustroju szpitalnictwa w Królestwie Polskim

były: 1) silna ingerencja władzy państwowej, 2) istnienie centralnego organu dla zawiadywania sprawami szpitalnymi i dobroczynnymi, 3) istnienie osobnych organów do prowadzenia spraw szpitalnych, wyodrębnionych z administracji ogólnej, 4) brak dostatecznych, a na cele szpitalne przeznaczonych, stałych źródeł finansowych.

W przeciwieństwie do tych zasad polskie ustawodawstwo oparło ustrój szpitalnictwa o działalność i obowiązki oraz finanse związków samorządowych, a Państwo zastrzegło nadzór nad tą działalnością, która w zakresie zwalczania chorób w ogólności, a chorób zakaźnych w szczególności wykonywane jest przez samorządy w zleconym zakresie działania.

Rusyfikacyjna działalność rządu rosyjskiego, krótkowzroczna i pozbawiona wyższych myśli przewodnich, stłumiła na obszarze Królestwa Polskiego rozwój szpitalnictwa, a to właśnie w okresie, kiedy na Zachodzie Europy, zwłaszcza w krajach niemieckich, pod wpływem szybkiego rozwoju nauk lekarskich i poglądów społecznych, samorządy samorzutnie rozwinęły intensywną działalność na polu szpitalnictwa, prześcigając pod tym względem szereg Państw wolnych, a siłą rzeczy w wyższej jeszcze mierze Państwo, gnębione w niewoli.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

WYKAZ GMIN

w których odbyło się głosowanie w sprawie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych na podstawie art. 4 ustawy przeciwalkoholowej.

POWIAT	GMINA	Uchwalono	Wprowadzono	Odrzucono	UWAGI
1. Wojew. Lwowskie					
Brzozów	1. Stara Wieś	tak	"		
	2. Przysietnica	"	"		
	3. Zmiennica	"	"		Wniesiono rekurs
Dobromil	4. Bosysławka	"	"		
	5. Boniowice	"	"		
	6. Borysławka	"	"		
	7. Brzuska	"	"		
	8. Falkenberg	"	"		
	9. Grąziowa	"	"		
	10. Huta Brzeska	"	"		
	11. Hujeko	"	"		
	12. Jasienica	"	"		
	13. Kalwarja	"	"		

POWIAT	GMINA	Uchwalono	Wprowadzono	Odrzucono	UWAGI
Dobromil	14. Kopyszno	"	"		
	15. Korzeniec	"	"		
	16. Kotów	"	"		
	17. Kreców	"	"		
	18. Kuźmina	"	"		
	19. Lachawa	"	"		
	20. Leszczawa Górna	"	"		
	21. Leszczawka	"	"		
	22. Łodzinka Górna	"	"		
	23. " Dolna	"	"		
	24. Łomna	"	"		
	25. Łopusznica	"	"		
	26. Obersdorf	"	"		
	27. Paportno	"	"		
	28. Posada Rybna	"	"		
	29. Rybotycze	"	"		
	30. Rudawka bir.	"	"		
	31. Wojtkowa	"	"		

POWIAT	GMINA	Uchwalono	Wprowadzono	Odrzucono	UWAGI
Dobromil	32. Wojtkówka	"	"		
	33. Wola Karz.	"	"		
	34. Wolica	"	"		
Drohobycz	35. Popiele	"			nie wprowadzono — sprawa w toku
Jarosław	36. Gośnica	"			
	37. Rzeplin	"			
Lubaczów	38. Chorzów	"			"
	39. Basznia Dolna			"	
	40. Brrsno Nowe			"	
	41. Cewków			"	
	42. Chlewiska			"	
	43. Cieszanów			"	
	44. Duchnow			"	
	45. Dąbrowa			"	
	46. Dzików Stary			"	
	47. Horyniec	"	"		
	48. Krowica hołd.			"	
	49. „ lasowa			"	
	50. Lipsko			"	
	51. Lubliniec nowy	"	"		
	52. Nowe Sioło	"	"		
	53. Narol miasto			"	
	54. Oleszyce miasto			"	
	55. Podcuszczyna			"	
	56. Reichan			"	
	57. Ruda Zarn.			"	
	58. Stare Sioło	"	"		
	59. Ułazów			"	
	60. Wólka zapał.			"	

(D. c. n.).

— D. 16 b. m. odbyło się w sali Filharmonji Warszawskiej akademja „Tygodnia Dziecka“ w obecności Pani Prezydentowej Mościckiej i Pani Marszałkowej Piłsudskiej. Na program akademji złożyły się przemówienia: Mecenasa Aleksandra Lednickiego, prezesa Rady Fundacji P.K.O.D. i przewodniczącego Naczelnego Komitetu wykonawczego „Tygodnia Dziecka“; Ministra Pracy i Opieki Społecznej Jurkiewicza; prezydenta m. st. Warszawy Inż. Słomskiego oraz prof. Michałowicza. W paузach pomiędzy przemówieniami śpiewał doskonale wyćwiczony chór dziecięcy. Następnie deklamował pan Józef Śliwicki i śpiewała pani Marja Mokrzycka.

— D. 30.VIII r. b., jak donoszą „Nowiny Społeczno-Lekarskie“, odbyło się przy udziale kilkunastu lekarzy, zajmujących się sportem, zebranie organizacyjne, poświęcone sprawie założenia Towarzystwa Lekarzy Wychowania Fizycznego. Po przedyskutowaniu i uzupełnieniu projektu statutu, zebrani jednogłośnie uchwalili założenie Towarzystwa, poczem dokonali wyboru Zarządu w osobach następujących: Dr. Jerzy Michałowicz, Dr. Karol Mitkiewicz, Dr. Brunon Nowakowski, Dr. Eleonora Reicherówna, Dr. Gustaw Raciążek (prezes), Dr. Stanisław Żurkowski. Towarzystwo ma na celu popieranie badań naukowych z zakresu wychowania fizycznego, działalność praktyczną na terenie Klubów sportowych, propagandowo-wydawniczą itp. Siedziba tymczasowa mieści się w Warszawie przy ul. Skrupki 10.

— Pod nagłówkiem: „Doniosła zmiana“ czytamy w № 18 „Nowin Społeczno-Lekarskich“: „W związku z zamierzonym wprowadzeniem przyjmowania chorych Kasowych również i w gabinetach prywatnych lekarskich, zwróciła się Warszawska Kasa Chorych do lekarzy, ordynujących w Kasie, z propozycją zgłaszania się chętnych do przyjmowania chorych u siebie w domu. Zgłoszenia przyjmują sekretarjaty lekarskie dzielnic. Do gabinetów prywatnych mają być narazie skierowywani ci chorzy, którzy nie mogli uzyskać porady w ambulatorjum. Bez względu na to ograniczenie powitać należy z radością i najwyższem uznaniem to doniosłe zarządzenie p. Komisarza Kasy Warszawskiej D-ra Giebartowskiego“.

Podziеляjąc najzupełniej uznanie, wyrażone przez redakcję „Now. Społ. Lek.“ D-rowsi Giebartowskiemu, sądzimy, że propozycja przyjmowania w prywatnych gabinetach lekarskich powinna być rozszerzona i na szersze sfery lekarzy, nie ordynujących jeszcze dotychczas w Kasie Chorych. Byłby to pierwszy krok do wprowadzenia wolnego wyboru lekarza w Warsz. Kasie Chorych.

— Już po zamknięciu numeru otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie Odezwy Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie zajęcia w Ciechocinku. Odezwy tę wydrukujemy w numerze następnym.

TREŚĆ: H. STRAUSS. O patogenezie bólu we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. — L. HIRSZFELD. Grupy krwi w patologji. (Dok.). — Wł. MATECKI. Zagadnienie konstytucji psychofizycznej. (Streszcz. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. HIGIER. Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlania promieniami Roentgena. (Dok.). — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, R. SIKORSKI. Rys historyczny szpitalnictwa Polskiego w ubiegłym stuleciu i jego stan obecny ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STRAUSS. La pathogénie de la douleur dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. — L. HIRSZFELD. Les groupes du sang dans la pathologie. (fin). — L. MATECKI. Le problème de la constitution psychophysique. (Rév. gén. fin.) — H. HIGIER. Les néoplasmes du cerveau et de la moelle et les rayons X. (fin). — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, R. SIKORSKI. Trait historique de la question hospitalière en Pologne au dernier siècle et son état actuel avec mention spéciale de la même question sur le territoire de l'ancienne Pologne russe.