

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Siankiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 2 PAŹDZIERNIKA 1930 R.

Nr. 40

PRACE ORYGINALNE

R o z p r a w y

Z kliniki Chor. Dziec. Uniw. Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz)

Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych.*)

Podał

Henryk BROKMAN (Warszawa)

(Ciąg dalszy p. Nr. 39).

E. Układ perjodyczny antygenów.

Ujmując raz jeszcze omówione antygeny, począwszy od jadu błoniczego poprzez jad płoniczy i tuberkulinę aż do allergenów z punktu widzenia stosunku ich powinowactwa do ciał odpornościowych humoralnych, — zauważymy i tutaj tę samą prawidłowość, jaką spostrzegaliśmy wyżej, gdyśmy oceniali ich powinowactwo do komórek ustrojowych. Dające się zauważyć tutaj stopniowanie posiada jednak stosunek odwrotny do podkreślonego wyżej. Wówczas gdyśmy zanotowali w warunkach czynnego ustosunkowania się**) antygenów do ustroju, począwszy od jadu błoniczego aż do allergenów, wciąż zwiększające się powinowactwo do komórek, tutaj stwierdzamy stopniowo zmniejszające się powinowactwo, począwszy od jadów pierwotnych, kończąc na allergenach. W ten sposób więc podkreślona przez nas poprzednio analogja, istniejąca pomiędzy układem antygenów a układem pierwiastków, zostaje jeszcze bardziej uwypuklona.

Ten nasz pogląd na istnienie związku biologicznego pomiędzy jadami i allergenami nie jest całko-

*) Częściowo według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Sekcji Klin. Polsk. Tow. Medycyny Społecznej (dnia 3/II. 1929 r.)

**) Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam, że w stosunku do komórek osobnika niewrażliwego allergeny nie wykazują prawie żadnego powinowactwa. Mówiąc o stosunkowo większym powinowactwie do komórki allergenów w porównaniu z jadami mamy na uwadze osobnika wrażliwego.

wicie odosobniony, choć nie był on dotąd, o ile nam wiadomo, dokładnie analizowany. Pragniemy tutaj tylko przytoczyć pogląd Doerr'a wypowiedziany w r. 1924 w jego monografii o alergii i anafilaksji. Autor ten wypowiada się w sposób następujący: „Toksyny są antygenami, które zostają zobojętniane przez swe ciała odpornościowe, podobnie jak anafilaktogeny przez swoje. Ten, kto ujmuje anafilaksję jako odczyn antygeny z ciałem odpornościowym, nie może przeczyć istnieniu związku z odczynem toksyna-anty-toksyna. Ścisłe odgraniczenie odporności antytoksycznej od zjawisk anafilaktycznych, w którym to wypadku podkreśla się brak zdolności do walki, a nawet pewną nadwrażliwość w zjawiskach anafilaktycznych, wprowadza ujęcie teleologiczne w miejsce rozważań naukowych, gdyż za podstawę porównania przyjmuje się pojęcie pożytecznego i szkodliwego”. Inaczej postępuje Groer. W dyskusji z Friedemannem stoi on na stanowisku konieczności ścisłego odgraniczenia jadu pierwotnego toksycznego, jakim jest błonniczy, od jadu płoniczego, należącego według tego badacza do grupy allergenów. Dla tego autora ważniejsze znaczenie posiadają istniejące pomiędzy niemi różnice, aniżeli podobieństwa. Słusznie na to zauważa Friedemann, że nauka przy opracowywaniu pewnej nowej dziedziny stara się uchwycić różnice pomiędzy zjawiskami, dalszy zaś rozwój tejże nauki wymaga ujawnienia podobieństwa pomiędzy zjawiskami, co dopiero daje szersze ujęcie biologiczne. Friedemann powołuje się tutaj na zdanie wypowiedziane przez Goethego: „z początku należy rozróżniać, później zaś łączyć” (zuerst unterscheiden und dann vereinigen).

III. Pogląd nasz w zastosowaniu do zagadnień teoretycznych i praktycznych.

Tego rodzaju ujęcie przez nas sprawy posiada, według naszego przekonania, nie tylko wartość teorii naukowej, która w przyszłości dopiero wyłoni konsekwencje, lecz już obecnie zdaje się ono posiadać znaczenie dla wyjaśnienia i pogłębienia całego szeregu zagadnień natu-

ry zarówno teoretycznej, jak i bezpośrednio praktycznej.

Z zagadnień teoretycznych nasze ujęcie sprawy rozszerza ramki pojęcia odporności. W stosunku do człowieka wyobrażano sobie dotąd, że odporność polega na obecności ciał odpornościowych, zwróconych przeciwko bakterjom, względnie jadom. W stosunku do zwierząt znana była inna postać swoistej odporności, polegająca na niewrażliwości samych komórek na czynnik chorobotwórczy. Ta postać odporności została nazwana przez Hirszfelda areaktywnością. Obecnie wiemy, że ta postać odporności, posiadająca charakter swoisty, istnieje i u ludzi. Niewrażliwość małych niemowląt na płonicę zależy nie od obecności w sokach tych dzieci ciał odpornościowych ochronnych, lecz od braku dostatecznego stopnia powinowactwa komórek do jadu płonicznego.

W związku z tem zostaje też wzbogacony nasz pogląd na istotę usposobienia do choroby zakaźnej. Od czasu badań Schicka nad błonicą uświadomiono sobie, że niezbędnym warunkiem usposobienia do choroby zakaźnej jest brak lub niedostateczna ilość ciał odpornościowych zobojętniających.*) Obecnie dowiedzieliśmy się, że konieczny jest tutaj jeszcze i inny warunek, stwarzający usposobienie, a jest nim obecność dostatecznego stopnia powinowactwa komórek, które biorą udział w chorobie, do odpowiedniego antygeny. Stopień tego powinowactwa może być różny, zaś przy bardzo wielkiem nasileniu tego ostatniego nawet obecność pewnej, oczywiście niewielkiej, ilości przeciwciał ochronnych w surowicy nie jest zdolna przeciwstawić się temu powinowactwu, i takie dziecko może zachorować. W ten sposób na usposobienie do choroby zakaźnej składa się stosunek, jaki zachodzi pomiędzy ustosunkowaniem się powinowactwa antygeny chorobotwórczego (jadu) do komórki z jednej strony, zaś ciał odpornościowych zobojętniających zarówno humoralnych, jak i związanych z komórką do tegoż jadu z drugiej**).

Nasze ujęcie sprawy rzuca też pewne światło na patogenezę chorób zakaźnych. Do niedawna pogląd na patogenezę chorób zakaźnych różnił się niejako dwie grupy chorób: 1) Dotyczy tych chorób, gdzie decydującą rolę w mechanizmie odpornościowym miały odgrywać czynniki humoralne, rolę nawet wyłączną (błonica, tężec), — 2) Grupa chorób, w których jedynym czynnikiem decydującym są zjawiska, zachodzące w komórkach (gruźlica, idjosyn-

*) Mówiąc o ciałach zobojętniających mam na uwadze głównie ciała humoralne. Jednakże część tych ciał jest związana z komórkami. Wspominając więc o ciałach zobojętniających, uwzględniam zarówno wolne, jak związane.

**) Według naszego przekonania stosunek tych dwóch zjawisk określa nie tylko usposobienie do choroby zakaźnej danego osobnika, lecz stanowi istotę rozgrywającej się sprawy chorobowej (znaczenie dla patogenyzy), jak również decyduje o zdrowieniu (znaczenie dla higjogenyzy). Uzasadnienie tego poglądu nastąpi w innej pracy.

krazja, anafilaksja, odra). W myśl naszego poglądu należy uznać, że również w błonicy zjawiska komórkowe zdają się odgrywać poważną rolę, podobnie jak z drugiej strony w gruźlicy, idjosynkrazji i odrze ciała odpornościowe humoralne posiadają znaczenie nawet i z punktu widzenia praktycznego, warunkując w pewnych warunkach niewrażliwość ustroju na czynnik chorobotwórczy.

Cały szereg objawów w przebiegu chorób zakaźnych znajduje wytłumaczenie z punktu widzenia naszej koncepcji. Już niejednokrotnie przebieg choroby zakaźnej u poszczególnych osobników może znaleźć wytłumaczenie w związku z obecnością niejednakowego stopnia powinowactwa wrażliwych komórek do czynnika chorobotwórczego u poszczególnych jednostek. Tem, być może, należy tłumaczyć jednoczesne spostrzeganie lekkiej i pioronującej postaci płonicy w tem samym środowisku. Zjawisko znikania wysypki płonicznej w końcu pierwszego tygodnia choroby zależy od tego, iż pod wpływem samej choroby wrażliwe komórki naczyń krwionośnych skóry straciły powinowactwo do jadu płonicznego. W ten sposób czynnik zatracania powinowactwa przez komórki ustroju w stosunku do czynnika chorobotwórczego posiada pewne znaczenie, dotąd niedoceniane w mechanizmie zdrowienia.

Prócz znaczenia teoretycznego pogląd nasz wysuwa i oświetla szereg zagadnień praktycznych. Wyżej zaznaczyliśmy, że w usposobieniu do choroby zakaźnej, w jej patogenecie oraz w mechanizmie zdrowienia odgrywa rolę stosunek powinowactwa jadu do komórek z jednej, zaś do ciał odpornościowych humoralnych z drugiej strony. Stąd też w naturalnej konsekwencji dążyć musimy do uzyskania surowic leczniczych, któreby posiadały tak wielkie powinowactwo do jadu, iżby potrafiły one niedopuszczyć jadu do komórek, względnie ten ostatni od komórek oderwać. Gdy dawniej zwracano uwagę wyłącznie na liczbę jednostek antytoksycznych błoniczych, zawartych w surowicy leczniczej, — obecnie w myśl poglądów szkoły francuskiej, szwedzkiej i wiedeńskiej zakłady badawcze dążą do otrzymania surowic przeciwbłoniczych o możliwie dużem powinowactwie przeciwjadu do jadu. Istnieją metody laboratoryjne, które pozwalają na określenie stopnia tego powinowactwa. Jak wiadomo, w latach ostatnich spotykamy cały szereg przypadków ciężkiej błonicy, w których nawet względnie duże dawki surowicy nie zapobiegają niepomyślnemu zejściu choroby. Istota tego rodzaju przebiegu choroby nie jest nam do tej pory znana. Nie jest jednakże wyłączone, że mamy tutaj do czynienia z istnieniem szczególnie silnego powinowactwa komórek do jadu***). Rzeczą jest zrozumiałą, że w takim razie jedynie surowica, zdolna się temu powinowactwu przeciwstawić, posiada szanse pomyślnego działania leczniczego.

(Dok. nast.)

***). Według badań Friedemanna chodzi tu o szczególne powinowactwo jadu do komórek układu nerwowego.

Wykłady kliniczne

Czy istnieje choroba Buergera i co stanowi jej istotę? *)

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

Mianem powyższem (Buerger disease) określa się od lat kilkunastu w Ameryce, a od lat kilku na kontynencie, w bardzo licznych pracach, zwłaszcza z Ameryki, Angli i Francji, jednostkę chorobową, opisaną ze szpitala żydowskiego Mount Sinai przez lekarza nowojorskiego Leona Buergera. Ostatnie kilka lat choroba ta, mimo iż podręczniki o niej oficjalnie jeszcze nic nie wspominają, zyskała sobie nawet stałe i zaszczytne miejsce oraz prawo obywatelstwa w spisie przedmiotów Revues francuskich i Zentralblättern niemieckich.

Główne prace Buergera brzmią: I) *Thromboangiitis obliterans: A Study of the Vascular Lesions Leading to Presenile Spontaneous Gangrene*. Amer. J. Med. Sci 136. 1908. II) *The Circulatory Disturbances of the Extremities etc.* Philadelphia W. B. Saunders Company 1924. Liczne nowsze artykuły jego z ostatnich lat nie wnoszą do sprawy zasadniczo nic nowego.

U nas, w Polsce, pod tą nazwą, zdaje mi się, oryginalnego dotąd nie ogłoszono nic

Zobaczmy: 1) czy jest wogóle taka jednostka chorobowa, kliniczna lub anatomopatologiczna, 2) a jeśli jest, czy jest istotnie nowa i 3) czy zasługuje na specjalne miano?

Według Buergera i licznych jego adherentów choroba ta przejawia się w sposób następujący. Spotyka się przeważnie w wieku męskim, rzadziej młodzieńczym — choć się zwie *juvenilis*, — zaczyna się od objawów prodromalnych, kilka lat trwających, w postaci przykrych sensacji, parestezji jednej lub kilku kończyn, zwłaszcza dolnych. Noga drętwieje i ziębnie, blednie i sinieje przy byle wysiłku, zmęczeniu, a nawet przy zwykłym ruchu (odczyn opaczny nerwów naczyńioruchowych). Przy dłuższem chodzeniu kurcz, ból i osłabienie w łydce zmuszają do zatrzymania się, a interwalle czyli przerwy odpoczynkowe stają się coraz częstsze i uciążliwsze. Po odpoczynku chłódna i trupioblada stopa nabiera stopniowo barwy i ciepłoty normalnej.

W dalszym przebiegu choroby i leżenie w cieple również sprawia ból nogi. Głównie jednak dokucza cierpienie w chłodne dni, prowadząc w uporczywych przypadkach po tygodniach, miesiącach i latach do stałego zabarwienia czerwono-fioletowego, do zmian troficznych skóry, tkanek podskórnych, mięśni i kości, początkowo w postaci pęcherzy surowicznych i wybroczyn, a następnie owrzodzenia i zgorzeli bolesnej jednego lub kilku palców jednej lub kilku kończyn, przeważnie dolnych.

Zasadniczo rozróżnia autor 3 okresy choroby,

*) Odczyt wygłoszony 4 Stycznia 1930 r. w Tow. Medycyny Społecznej i 24 Marca 1930 r. w Warszaws. Tow. Chirurg.

ciągającej się nieraz długie lata: parestetyczny, przedwzrostowy i zgorzelinowy.

Oto jest w głównych zarysach obraz, który podają Buerger i jego uczniowie po analizie, przyznać wypada, bardzo obszernego materiału ze szpitala żydowskiego New-Yorku.

* *

Czyta lekarz polski, przemyśliwa i zastanawia się nad tą nową chorobą. Budzi w nim bowiem opis ten reminiscencje dawno widzianych i czytanych spostrzeżeń analogicznych, nawet, gdy nie jest neurologiem lub chirurgiem.

Ci ostatni wiedzą coś więcej jeszcze. Przypomina sobie teniów chirurg ze starszego pokolenia, że jeszcze w końcu ubiegłego stulecia o tej właśnie chorobie u nas to i owo mówiono i pisano, w tej dziedzinie niejednokrotnie demonstrowano i dyskutowano pod różną nazwą: *endarteritis obliterans*, *dysbasia angiosclerotica*, *chromania przestankowego*, *claudication intermittente*, *arteriitis kończyn dolnych*, zaburzenia nóg *angioneurotycznego*, *myasthenia angiosclerotica paroxysmalis*, *gangraena juvenilis spontanea* i t. d.

Goldflam¹⁾ i Higier²⁾ u nas — w większych monografiach, ogłoszonych w polskim i zagranicznych językach — zaznajamiali z tą jednostką kliniczną nie tylko swoich ziomeków, ale i obce piśmiennictwa i obcych lekarzy, którzy traktowali jako unikat to, co u nas w Polsce było niezbyt rzadkie, nie chcę powiedzieć, chlebem powszednim. Ci dwaj autorzy niejednokrotnie wracali później do tegoż tematu, tak, iż młodsza generacja miała również możliwość zapoznania się nie tylko z typem, ale z licznymi warjantami oraz uchyleniami od pierwowzoru.

Zastanawiam się i myślę nad zmartwychwstaniem żyjącego nieboszczyka, któremu się nigdy nie śniło umrzeć, nad metempsychozą czyli dziwną odmianą wędrówki duszy, która nie miała zamiaru opuścić swego ciała.

A może — sugerstjonuję ja siebie samego — Buerger odkrył jakąś nową symptomatologię w dawno znanej chorobie, może swoistą etiologię, oryginalną patogenezę, niezwykłą terapię tego, naogół dość częstego i dość ciężkiego cierpienia. Szukam od lat kilku i znajduję to, czem się podzielić zamierzam.

* *

1) Goldflam, Über intermittierendes Hinken und Arteritis der Beine. Deutsche med. Wochenschr. 1895, 36. Medycyna 1895

1) Goldflam, Weiteres über das intermittierende Hinken. Neurolog. Zentralbl. 1901. Medycyna 1900.

2) Higier, Zur Klinik der angiosklerotischen paroxysmalen Myasthenie („Claudication intermittente“ Charrcots) und der sog. spontanen Gangrän. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 19. Gazeta lekarska 1900.

2) H. Higier, Z kliniki i patogeny miejscowej *Endarteritis obliterans* i nietypowych postaci *chromania przestankowego*. Neur. Pols. 1922. Deutsche Zeitschr. f. Nerven. 1922.

Wspomniani wyżej autorzy polscy, pierwsi, podkreślali na zasadzie własnego materiału trzy cechy zasadnicze tego cierpienia:

- a) że choroba ta, prowadząca do stopniowej obliteracji naczyń, nie jest odmianą pospolitej arteriosklerozy
- b) że jest częsta wśród żydów i
- c) że bardzo wyjątkowo powstaje na tle cukrzycy i kiły.

Amerykańscy autorzy akcentują za Buergerem mniej więcej te same trzy cechy, co jasno wynika z tego, iż mówią wyraźnie o „Non syphilitic arteriitis obliterans of Hebrews”.

Ciż autorzy polscy mówią dalej o innych trzech właściwościach tego cierpienia:

a) o nierzadkim braku jasnej etiologii, co podkreślają w nazwie t. zw. zgorzeli samoistnej (*Gangraena spontanea*).

b) o znacznej przewadze mężczyzn i wyjątkowym zachorzeniu kobiet,

c) o częstości tej choroby w Polsce i na Litwie.

Zupełnie to samo widzi się w materiale Buergera, gdzie w brzmieniu dosłownym „przeważają męscy imigranci żydowscy Europy środkowej”.

Dalej uderza Buergera względnie młody wiek (20—45 lat) tej sklerozy. Ale wszak i to wiadano dawniej u nas, aby tylko przytoczyć jedną tabliczkę pierwszej mej pracy z r. 1900 (str. 3 i 11), gdzie figurują lata:

22, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 34, 38, 39, 42, 42, 45, 46, 52, 53, 55, 57, 58, 58,

to znaczy, że na 21 przypadków 14, czyli $\frac{2}{3}$ nie przekroczyło 45 lat życia, a zupełnie identycznie przedstawia się materiał Goldflama, obejmujący również okres młodzieńczy, męski i przedstarczy.

Ciż wzmiankowani autorzy polscy spotykali wśród swoich chorych następujące trzy czynniki przyczynowe:

- a) częste ziębienie nóg,
- b) mało alkoholizmu,
- c) dużo natomiast nikotynizmu.

To samo widzimy u Buergera, mimo, iż autor ten nie zgadza się z rolą wybitną nadużywania papierosów i cygar, notowanego również u Charcota, Erba, Oppenheima i wielu innych dawnych autorów.

W Europie zwracano głównie uwagę na objaw chromania przestankowego w zależności od obliteracji przeważnie 2-ch tętnic (*Art. dorsalis pedis* i *Art. tibialis postica*), których tętnienia wówczas się zazwyczaj nie wyczuwa. Nie inaczej ma się rzecz w monografii amerykańskiej Buergera.

Dochodzi tenże autor do przekonania po ścisłych nowszych badaniach oscylometrycznych, których dawniej nie posiadaliśmy, że one nieraz prowadzą na manowce, gdyż poprzedzająca obliteracja dużych naczyń, o których mówili Charcot, a Biegański u nas, nie jest konieczna przy wystąpieniu zgorzeli. Tenże wniosek robiliśmy również przed laty, wysłuchując i wyczuwając nieraz bardzo dobrze tętno udowe w przypadkach daleko posuniętej zgorzeli. Zresztą, weterynarz Bouley jeszcze o wiele, wiele wcześniej dowiódł, że zakrzep czyli zupełne zamknięcie dużego naczynia nie stanowi bynajmniej *conditio sine qua non*

zjawienia się chromania przestankowego lub zgorzeli nogi u konia.

Sam przytoczyłem w swoim materiale licznych pacjentów z cierpieniem klinicznym jednej nogi, podczas gdy tętna brakło w 2-ch—3-ch, a nawet 4-ch kończynach. „Dość często — powiadam w jednym miejscu (str. 5) — można spostrzegać bardzo ciekawy fakt, a mianowicie, na jednej nodze wyraźny obraz bolesnej myastenji napadowej, a na drugiej znaczny stopień niedrożności naczyń, lecz bez żadnych objawów klinicznych”.

Pomijam w tem miejscu analogiczne i jednocześnie skurcze przemijające naczyń i chromanie czynności, o których wspominam, a które dotyczą innych narządów, jak serca, mózgu, siatkówki, kiszek (*angina pectoris*, *angina abdominalis*, *amaurosis fugax*, *hemiparesis intermittens*, *aphasia paroxysmalis*).

I ten więc czynnik funkcjonalny, o którym wspomina Buerger, znalazł w swoim czasie należyte omówienie, zwłaszcza w dwóch ustępach o treści patogenetycznej, które brzmią w pracy mojej dosłownie, jak następuje:

„Mówiąc o wrodzonym upośledzeniu narządu naczyniowego, należy mieć na względzie, że nie tylko różne warstwy naczyń mogą być podścieliskiem choroby. Funkcjonalnie upośledzony może być narząd nerwowy, regulujący tonus naczyń: zarówno zwoje automatyczne, jak zakończenia czuciowe nerwów w postaci ciątek Vater — Pacciniego, zaopatrujące obficie *adventitiam*”.

„Istnieją niezawodnie dwie postacie angiosklerozy swoistej:

1) częsta, z pierwotnym siedliskiem sprawy chorobowej w naczyniach i 2) rzadsza, ze zwyrodnieniem nerwów, poprzedzającym zamknięcie naczyń. Moment funkcjonalny ma wybitne znaczenie w obu postaciach, moment konstytucjonalny zaś wyłącznie w pierwszej”.

* * *

Stoimy więc dalej wobec zagadki, co właściwie dało asumpt Buergerowi i jego licznym zwolennikom do wyodrębnienia tej postaci, wcześniej i niegorsza opisanej. Semiotyka i patogenetyka, etiologia i przebieg choroby — w każdym razie nie!

I w terapii Buergera nie stwierdzamy również nic swojego, gdyż stosuje on też metody europejskie, zaczynając od organo-, farmako-, fizjio- i wakcyterapii (sole azotynowe, termolecznictwo, szczepionki), a kończąc na *malum necessarium* leczenia chirurgicznego, na amputacji jedno — lub wielokrotnej.

Wyraźnie podkreślam „wielokrotnej”, gdyż o 2-ch wyjątkowych pacjentach w pracy swej szerzej wspominałem, którzy na kilku kończynach poddawali się operacji — jeden 7, drugi 9 razy — w owych czasach, w końcu ubiegłego wieku, kiedy *furor chirurgicus* u nas jeszcze nie był znany, kiedy raczej panowały powszechnie pewna intolerancja zabiegowa i abstynencja rękoczynowa.

I w terapii chirurgiczno-vegetatywnej, modnej w ostatnim dziesięcioleciu, szkoła Buergera również niewiele nowego powiedziała, jak świadczyć może retrospektywnie myśl moja, rzucona

przed 30 laty w poniższych słowach¹⁾, zrealizowana i propagowana w kilkanaście lat później przez prof. Lérichę, w postaci sympatektomji, myśl, której pierwszeństwa broniłem w swoim czasie:²⁾

„W bardzo ciężkich przypadkach, z uporczywymi bólami i skłonnością do owrzodzeń poleciłbym zamiast wyluszczenia ze stawu i odcięcia, niewinne zabiegi operacyjne (wyciąganie, wykrecanie i wycinanie) na pniach nerwowych lub też zwojach współczulnych, okalających większe naczynia, a mianowicie:

a) wyciąganie odpreparowanego na przestrzeni dwóch centymetrów łatwo dostępnego nerwu piszczelowego tylnego w okolicy kostki wewnętrznej, b) przecięcie w obrębie trójkąta Scarpy włókien nerwowych (naczynioruchowych), otaczających tętnicę udową. Prawdopodobnie wytwarza się lepsze krążenie oboczne i wstrzymuje się dalsze zarastanie drobnych naczyń³⁾).

„Tę sympathectomie periarterielle, gdyż inaczey tego zabiegu, sam nazwałbym nie mógł, stosowałem kilkakrotnie w owych czasach z mniejszym lub większym wynikiem korzystnym w sprawach nerwowo- czyli naczyniowo-troficznym na kończynach dolnych, nie zamierzając bynajmniej polecać tak uniwersalnej metody wyłącznie dla dolnej kończyny³⁾).

* * *

Cóż więc, pytam, powiedział ów autor amerykański w dawnej i nowej pracy istotnie nowego?

Zwrócił on uwagę na kilka rzeczy, które wypadnie rozpatrzyć i z dawnym porównać. Po pierwsze, uważa Buerger za patognomoniczne, o czym, zdaniem moim, również dawniej wiadano, acz może nie podkreślano dostatecznie, że tętnice mniejsze, dystalne o wiele więcej są dotknięte od proksymalnych, większych, że obliteracja jest natury przeważnie wstępującej (*typus ascendens*).

1) H. Higier. Uwagi w sprawie „myastheniae paroxysmalis angioscleroticae” (chromanie przestankowe Charcota) oraz t. zw. gangraenae spontaneae, Gaz. Lek. 1901 i Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. XIX, str. 436—496) 1900.

2) H. Higier. Z kliniki i patogenyzy miejscowej Endarteriitis obliterans i nietypowych postaci chromania przestankowego. Neurologja Polska 1922. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1922.

H. Higier. Zur Frage der Anwendung meiner periarteriellen Sympathectomie bei Endarteriitis obliterans mit intermittierendem Hinken und spontaner Gangrän. Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psychiatrie 1923. Polska Gazeta Lekar. 1923.

H. Higier. Vasomotorisch-trophische Störungen und dessen Heilung mittels periarterieller Sympathectomie. Klin. Wochenschrift. 1922. 24.

H. Higier i A. Zawadzki. Endarteriitis obliterans z chromaniem przestankowym i drganiem włókienkowem, pomyślnie zoperowana t. zw. metodą Lérichę (Demonstracja w Warsz. Tow. Neurol. 17. VI. 1922).

H. Higier. Zaburzenia naczynioruchowe oraz owrzodzenia troficzne i ich leczenie za pomocą przecinania spłotów i włókien współczulnych okolonaczyniowych (*Sympathectomia periarterialis*). Pols. Gaz. Lek. 1922.

Ja sędzę, że elektywne wymacywanie tętna w tej właśnie chorobie przez dawnych lekarzy głównie na stopie i w przegubie kolanowym, wymacywanie w okresie przed-Buergerowskim wskazuje samo przez się na to, że dopatrywano się głównego zajęcia naczyń, bardziej obwodowo położonych.

„Rzecz cała — piszę ja w jednym miejscu (str. 18) — sprowadza się z jednej strony do tego, że miażdżyca dotyka nie tylko duże naczynia, lecz w równej mierze, a nawet częściej, małe gałązki, mięśniowe i nerwowe, niedostępne dla badania.”

Drugie, co podkreśla Buerger, jest to, że zajęte są we wczesnem stadium nie tylko tętnice, ale i żyły.

Muszę stwierdzić, że i z tem się liczone o wiele lat wcześniej od niego, wspominając w symptomatologii o nierzadkiej *endophlebitis*, a ja sam, odrzucając nazwę dawną, *dysbasia ex arteriitide pedum*, proponowałem zdaniem mojem słuszniejszą, acz dłuższą, *myasthenia angiosclerotica paroxysmalis*, gdyż wychodziłem z zasady, iż (str. 2):

1) Chód nie zawsze robi wrażenie chromania lub niedowładu.

2) Utrudnienie jego zależy raczej od bolesnego skurczu mięśni, niż od porażenia.

3) Zaburzenia ruchów nie zawsze umiejscawiają się w nogach, jakby można wnioskować z nazwy *dysbasia*.

4) Nie są one w zwykłym znaczeniu przestankowe, lecz raczej napadowe, gdyż zjawiają się stale przy wysiłku danego członka i zwalniają przy wypoczynku.

5) Zgorzel nie jest samoistna i stała, a występuje tylko w mniejszości przypadków.

6) Choroba polega na miażdżycy i zwężeniu światła naczyń (*angion*), nie zaś wyłącznie tętnic (*arteria*).

W innym miejscu, poruszając bliżej ewentualny charakter zapalny wspomnianych zmian w naczyniach (*endophlebitis*, *thromboangiitis*), myśl, która się powtarza obecnie stale w pracach Buergera i jego adherentów, podkreślam jasno „stały brak gorączki, objawów ogólnych, spraw miejscowych zapalnych i poprzedzających chorób zakaźnych” (str. 3).

Osobiście spotykałem *endophlebitis acuta* w przebiegu cierpienia niejednokrotnie, notowałem ją w swoich ogłoszonych historjach chorób. O wiele rzadziej i poniekąd wyjątkową zdaje się być mimo bardzo częstych zmian przewlekłych w naczyniach *arteriitis acuta* z wystąpieniem ostrem lub podostrem zespołu klinicznego.

Prof. Erb, jeden z wybitniejszych monografistów i znawców tej choroby, w r. 1911 opisał taki przypadek, powołując się na jedyny mój, jaki znalazł w piśmiennictwie odnośnem*), nieco więcej podają tych rzadkości ostatnio Romberg, Veiel i Cassirer.

Nawet i to nie jest zupełnie oryginalne, że w niektórych przypadkach Buergera zmiany

*) H. Higier. Arteriitis mit acuta intermittierendem Hinken. Neurol. Centralblatt 1910. Medycyna 1910.

w żyłach względnie w nerwach poprzedzają objawy tętnicze, gdyż w późniejszym wieku męskim, jak wiemy; zapalenie żył wogóle nie należy do rzadkości, zwłaszcza u otyłych i artrytyków, a przy złym dopływie krwi nerwy ulegają czasem częściowemu zwyrodnieniu. W innym miejscu (str. 17) wyraźnie powiadam dosłownie: „w większości przypadków przy oględzinach znajdowano *arteriitis productiva chronica* małych naczyń mięśniowych, skórnych, kostnych i nerwowych, która to sprawa pociąga za sobą w tórni zmiany w dużych naczyniach i ich różnorodne skutki (tętniaki, zakrzepy, obliterację, zwyrodnienie nerwu). Podobne zmiany w znacznie mniejszym stopniu znajdują się w żyłach (*endo-phlebitis*). Nerwy są względnie mało zmienione. Atoli w przypadkach daleko posuniętych, powikłanych zgorzelą, widywano tętnice i żyły posklejane na dużej przestrzeni ze zgrubiałymi i rozpętniałymi nerwami“.

Zresztą szperacza literatury przekonać w tym kierunku mogą najbardziej tytuły trzech najlepszych prac anatomicznych z owych lat: Winivartera: Ueber eine eigentümliche Form von Endarteriitis und Endophlebitis mit Gangrän des Fusses (Archiv f. klin. Chir. 23. 1879), Sternberga: Endarteriitis und Endophlebitis obliterans und ihr Verhältniss zur Spontangangrän (Virchows Archiv 161. 1900) i Zoega v. Manteuffela: Ueber die Ursachen der Gefässverschlusses bei Gangrän. Deut. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 47.

Ta sprawa wewnątrz-, zewnątrz- i okołonaczyniowa przypomina wobec częstego braku zmian sklerotycznych—według słusznej uwagi Buergera—sprawę zapalną infekcyjną lub poinfekcyjną, niekoniecznie kiłową lub gruźliczą, a raczej ropną, tembardziej, iż cechują ją rozsiane ogniska komórek: limfocytów, komórek okrągłych i pojedynczych komórek olbrzymich, wprowadzie bez towarzyszących komórek nabłonkowych i bez zserowacenia tkanki, częstego w sprawach granulomatycznych.

Okres ostry, tak częsty według Buergera, a tak rzadki według autorów europejskich przechodzi stopniowo w przewlekły, łączno-tkankowy, podczas którego skrzep ulega organizowaniu i rekanalizacji, wytwarzają się blizny—słowem, znowu obraz, nie przypominający zwykłej miażdżycy naczyń.

Hipoteza zapalna jest dość ciekawa, powiedziałbym tylko, że w klinicznym przebiegu tego cierpienia, par excellence przewlekłego, nic za zakażeniem nie przemawia, już pomijając niewątpliwy fakt, że choroba ta kobiety prawie zupełnie oszczędza, że wykazuje jasno predylekcję rasową i regionalną, co w procesach zapalnych pozostałoby trudną do rozstrzygnięcia zagadką, w każdym razie o wiele trudniejszą, niż przy podkreślaniu etiologii refrigerycyjnej, nikotynowej i alkoholowej. Ze stanowiska ogólnopatologicznego uderza też fakt niewątpliwy, że nikt nigdy drobnoustrojów ani w naczyniach i w skrzepach nie stwierdzał, ani w posiewach nie znajdował.

Jeśli dawniej na zasadzie kilku własnych rodzinno-dziedzicznych przypadków (Goldflam,

Higier¹⁾ podkreślaliśmy diatezę angiopatyczną czyli ustrojową wadłość wrodzoną naczyń (moment rasowy, konstytucjonalny), zaś następstwo ogólnej nerwowości pacjentów akcentowaliśmy tło neuropatyczne, to upoważniał nas do tego materiał własny²⁾. A jeżeli się jednocześnie, na zasadzie częstości choroby u palaczy, zatrzymano głównie na nikotynizmie (moment kondycyjalny), którego patogenetyczną rolę pomocniczą Buerger odrzuca, to się to robiło dlatego, że uderzały wszystkich: zmienność obrazu, nagłe i niespodziane nasilenia i zwolnienia, pogorszenia i poprawy, liczne zaburzenia naczynioruchowe, spotykane zarówno w znanych angioneurozach nikotynowych serca i mózgu, jak w chorobie Raynauda i w erytromelalgji, nigdy zaś w zwykłej starczej lub w rzadkiej przedstarczej zgorzeli.

Wszystko to najlepiej dało się objaśnić tem, że do stałego zwężenia organicznego przyłączają się, jak akcentowałem wielokrotnie, przemijające paroksyzmy skurczowe naczynia, zaburzenia wazokonstrykcyjne, które najlepiej tłumaczą się działaniem farmakologicznym nikotyny. O ile napadowe zwężenie wazomotoryjne w danej chwili nie ma miejsca, to sama niedrożność obliteracyjna nie daje jeszcze obrazu chromania przestankowego lub zgorzeli, które mogą być zależne także od skurczów mięśniówki wskutek stanu drażnienia ognisk chorobowych w *media* (t. zw. przełomy czyli Gefässkrisen Pala).

O stosunku omawianej sprawy naczyniowej do znanej powszechnie zwykłej arteriosklerozy mogę tylko powtórzyć, co przed laty pisałem²⁾, że „obok zwykłej, codziennej arteriosklerozy z pierwotnymi zmianami degeneracyjnymi *elasticae* w większych naczyniach, a *mediae* w mniejszych obwodowych, istnieje niewątpliwie zupełnie swoista, rzadsza postać *endarteriitis obliterans* w dwóch formach klinicznych, miejscowej i ogólnej, o odrębnym przebiegu i symptomatologii, zejściu i terapii, a przede wszystkim odrębnej anatomii patologicznej (*fibrosis degenerativa intima*)“.

Tej postaci zgorzeli młodzieńczej, dodałbym obecnie na zasadzie większego doświadczenia, może się doczekać, co brzmi poniekąd paradoksalnie, nawet każdy starzec, czyli że *endarteriitis juvenilis* nie oszczędza właściwie żadnego wieku.

W tej właśnie postaci wpływ wazomotorów jest przemożny, stąd czerwoność i obrzęk miejscowy znikają wbrew temu, co widzimy w limfangiicznym obrzmieniu starczej zgorzeli, przy wysokim układaniu nogi, stąd też często i poprawa znaczna po sympatektomji okołonaczyniowej, poprawa, której nie daje nigdy zwykła *gangraena senilis*.

* * *

(Dok. nast.).

¹⁾ Goldflam, Weiteres über das intermittierende Hinken. Neurol. Zentralblatt 1901, Medycyna 1900.

²⁾ Higier. Dwa przypadki rodzinnego chromania przestankowego. Demonstracja w Sekcji Neurolog. 20.XI. 1920.

²⁾ H. Higier. Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. Warszaw. Czasop. Lekarsk. 1925—1926.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Prosektorjum Szpitala Św. Ducha w Warszawie

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

O przerzutach raka do migdałków.

Podał

Dr. med. Eustachy SIEDLECKI (Warszawa).

Słynne zdanie Virchowa, że „prawie wszystkie te narządy, które często bywają punktem wyjścia nowotworów, rzadko są siedliskiem przerzutów nowotworowych”, jest słuszne w zastosowaniu do raka migdałków. Raki pierwotne migdałków są zjawiskiem stosunkowo częstym, przerzuty zaś do migdałka raka innych narządów zdarzają się bardzo rzadko. W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem zaledwie sześć przypadków.

1. A. Förster (1858) na sekcji zwłok mężczyzny lat 37 — obok bardzo licznych guzów rakowych (Markschwamm) niemal we wszystkich narządach — stwierdził, że oba migdałki były powiększone i zawierały małe, bardzo miękkie ogniska rakowe. Badanie mikroskopowe we wszystkich guzach wykazało jednakową budowę. Z opisu sekcji można przypuszczać, że guzem pierwotnym był prawdopodobnie rak lewego płuca.

2. F. W. Zahn (1889) podaje, że na sekcji zwłok kobiety lat 41 z nawrotem raka w okolicy blizny po usunięciu lewym sutku — znaleziono liczne przerzuty do narządów, m. in. do migdałków. Oba migdałki były bardzo powiększone i przekształcone w miękkie guzy o „gruczolowym” wyglądzie; w prawym migdałku znaleziono jeszcze głębokie owrzodzenie. Mikroskopowo we wszystkich guzach stwierdzono rak oczkowatego (*carcinoma alveolare*).

3. Przypadek opisany przez C. Sturzeneggera (1892) i Krönleina (1897), a klinicznie szczególnie ciekawy z tego powodu, że przerzut w migdałku zauważono wcześniej i nadługo przed innymi przerzutami. U kobiety lat 62 w grudniu 1891 r. lekarz stwierdził w lewym sutku guz wielkości jaja kurzego, mało tkliwy na ucisk (pacjentka jakoby zauważyła guz już przed paru miesiącami). Chora przyszła ponownie do lekarza dopiero w początku kwietnia 1892 r. ze skargami raczej na utrudnienie przełykania, bo guz sutka, chociaż znacznie urósł, jednak nie wywoływał prawie żadnych dolegliwości; lewy migdałek był wielkości jaja gołębiego, brudno szary, cuchnący. W końcu kwietnia migdałek usunięto i histologicznie stwierdzono rak. Po 10-ciu dniach w okolicy usuniętego migdałka odrósł guz tej samej wielkości, guz sutka również się powiększył. W końcu maja usunięto guz gardła wielkości małej brzoskwini, o powierzchni owrzodzonej, cuchnący, a w początku czerwca guz sutka wielkości głowy ludzkiej. Wkrótce jednak rozwinęły się nowe guzki w okolicy blizny na klatce piersiowej i przerzuty do kręgów szyi. Chora zmarła w sierpniu 1892 r. poza szpitalem, i sekcja nie była dokonana. Badanie mikroskopowe (Ri b e r t) w guzie gardła i guzie sutka stwierdziło również rak oczkowatego.

4. O. Israel (1897) na sekcji zwłok mężczyzny lat 57 z rakiem żołądka znalazł bardzo liczne przerzuty do narządów, m. in. do migdałków. Prawy migdałek był prawie na całej przestrzeni owrzodzony; owrzodzenie płaskie o twardych, wałowanych brzegach, wznoszących się ponad powierzchnię. Lewy — był płaski, również o wzniesionych brzegach; gdzie nigdzie zachowane jeszcze były zatoki ze śluzowymi czopami. Na przekroju widać było, że rak nacieka otaczające migdałek tkanki jeszcze na przestrzeni 2—3 mm. Badanie mikroskopowe wykazało rak oczkowatego, którego komórki „zdradzały swe

pochodzenie z gruczolów żołądka” i miejscami układały się w niekształtne cewy.

5. A. Stoll (1914) opisał przypadek podobny do podanego przez Sturzeneggera i Krönleina. Pacjentka lat 47 w marcu 1910 roku zauważyła guz w prawym sutku, powoli rosnący i bolesny. W grudniu usunięto sutek (guz był zrośnięty ze skórą). Mikroskopowo (A s c h o f f) rozpoznano (w guzie i gruczolach pachowych) rak cewkowego (*carcinoma tubulare*). W końcu grudnia pacjentka wypisała się w dobrym stanie, z gładką blizną. W zimie 1911—12 pacjentka zaczęła chudnąć, ale czuła się dobrze (na wiosnę 1912 r. przeszła zapalenie płucny). W pierwszych dniach kwietnia 1912 r. zjawily się nieznaczne trudności w przełykaniu; 7 kwietnia lekarz zauważył białą plamę na lewym migdałku. Następnie migdałek i wspomniana plama powiększyły się. Bólów pacjentka nie miała i więcej nie chudła. Dopiero 22 kwietnia udała się do lekarza, ponieważ łykanie stało się bardzo trudne. Znaleziono wtedy w miejscu lewego migdałka guz przechodzący za linię środkową, w wielu miejscach owrzodzony. Migdałek był nierówny, guzowaty, z szerokimi zatokami, wypełnionymi masami martwiczymi. Stwierdzono *foetor ex ore*. Nos i krtań — bez zmian. Wzdłuż lewej tętnicy szyjnej zauważono szereg macalnych gruczolów oraz twarde, jak kość, zgrubienie na lewej dolnej szczęce. Blizna w miejscu prawego sutka była szeroka, gładka, przesuwalna na żebrach. W okolicy blizny nie wyznaczono gruczolów. Opierając się na wyglądzie i twardości guza oraz biorąc pod uwagę usunięty guz sutka, rozpoznano rak migdałka. W końcu kwietnia usunięto migdałek wraz z guzem, ale nie całkowicie — część tkanki rakowej pozostała. Histologicznie (A s c h o f f) rozpoznano przerzut raka sutka. Pacjentka po paru miesiącach zmarła (sekcji nie wykonano).

6. Th. Poscharissky (1930) w pracy statystycznej o 500 przypadkach raków żołądka (16 000 sekcji) wspomina o jednym przypadku przerzutu do migdałka. Bliższych danych brak.

7. Przypadek własny. Mężczyzna K. S., lat 62, rymarz, zatrudniony w fabryce sztucznego jedwabiu, przyjęty został na Klinikę Wewnętrzną Prof. E. Żebrowskiego dnia 25 kwietnia r. b.*). Wg. słów pacjenta choroba obecna rozpoczęła się 6 tygodni temu gorączką³⁹⁾, katarzem, chrypką oraz męczącym kaszlem; po paru dniach dołączyły się duszność i klucie w boku, na co obecnie również chory się skarży. Waga chorego 54,2, wzrost średni, budowa kośćca prawidłowa, dość mocna; odżywianie nieco upośledzone; skóra biała, gorąca, wilgotna. Gruczoły limfatyczne nadobojczykowe są wielkości grochu, okrągłe, ruchome, niebolesne; gruczoły pachowe — wielkości fasoli; pachwinowe — wielkości grochu. Wargi suche, popękane, z ust wydzielają się mdły, kwaśny zapach; język suchy, obłożony; migdałki nie powiększone. Klatka piersiowa niesymetryczna, lewa połowa bardziej wypukła oraz mniej ruchoma przy oddechu, zwłaszcza w dole. Drżenie głosowe prawidłowe, z wyjątkiem okolicy lewej od połowy łopatki w dół, gdzie jest zupełnie zniesione. Wypuk jest jawnym z odcięciem bębnowatym. Poczynając od połowy łopatki lewej w dół oraz w linii pachowej środkowej lewej od 6-ego żebra w dół, znaleziono stłumienie. Osłuchiwaniami stwierdza się liczne furczenia i świsty przy oddechu pęcherzykowym z wydechem wydłużonym; ponad stłumieniem oddech jest nieco osłabiony; w miejscu stłumienia brak szmeru pęcherzykowego, słychać jedynie tarcie płucny. Objaw pluskania dodatni. Prze-

*) Pani Dr. med. M. Grycewicz serdecznie dziękuje za łaskawe udzielenie mi karty szpitalnej, z której część danych w skrócie podaje.

świecenie klatki piersiowej wykazało: ruchy oddechowe przepo-ny są swobodne po stronie prawej, po lewej — niewidoczne; lewe pole płucne w dolnej połowie mocno zacienione aż do 4-go żebra od przodu, intensywność zacienienia zmniejsza się ku górze; rysunek pola płuca w górnej połowie jest przycie-niony; cień prawej wnęki jest duży, mocno wysycony; rysunek płuca w okolicy wnęk — wzmożony. 30-go kwietnia wydobyto z opłucny lewej 50 cm. płynu krwawego, mętnego, o c. gat. 1018, 2-go maja wydobyto — 145 cm. płynu o c. gat. 1017; próba So-ch a ń s k i e g o ++; próba R i v a l t y +. Białka 6,2%. W osa-dzie znaleziono krwinki czerwone pojedyncze i w rulonach, liczne leukocyty i pojedyncze komórki duże; w rozmazie, barwionym hematoksyliną — eozyną, stwierdzono obecność licznych krwi-nek białych z przewagą limfocytów, nieliczne komórki plazma-tyczne oraz duże komórki z jądrem dużym lub z 2—3 jądra-mi. W płocinie prątków Kocha nie wykryto. Ciepłota wa-hała się od 37° z dziesiątymi do 38°; 6-go maja gorączka usta-piła. Natomiast 9 maja chory zaczął się skarżyć na wię-kszą duszność. Ciepłota znów podniosło się. Zjawyły się bóle w gardle podczas przełykania i utrudnienie przełykania. 12-go maja zauważono w powiększonym, obrzmiałym, twardym pra-wym migdałku uwypuklający się szarawy guzek wielkości orze-cha laskowego. 16-go maja chory zmarł. Rozpoznanie kliniczne brzmiło: „*Neoplasma pulmonum. Pleuritis haemorrhagica. An-gina. Myodegeneratio cordis. Arteriosclerosis.*”

Sekcję wykonałem w 9 godzin po śmierci. Z protokołu sekcijnego (1. p. 1555) przytaczam ważniejsze szczegóły. Związki męczyzny wzrostu średniego o odżywianiu upośledzo-nem, budowy prawidłowej, mocnej. Skóra wiotka i blada, lekko żółtawo podbarwiona, rogówki również o żółtawej barwie. Wysokość przepony po obu stronach — piąte żebro. Klatka piersiowa jest dobrze wysklepiona (więcej po stronie lewej), żebra są kruche. Śródpiersie przednie jest prawie całkowicie przykryte przez brzeg przyśrodkowy prawego płuca. Trójkąt sercowy jest mały. W opłucnie prawej — wiotkie zrosty w okolicy górnego płatu; w lewej — znaleziono przeszło 1/2 litra płynu mętnego, żółtawego; z szarawymi kłaczkami, zlepy oraz mocne zrosty w obrębie dolnego płatu. Płuco prawe — bardzo duże, lekkie, puszyste, o brzegach przednich zaokrą-głych, rozdętych, blade, z nieznaczną ilością węgla (opłucna poza zrostami — wszędzie gładka i lśniąca); płuco na całej przestrzeni jest powietrzne, jedynie w okolicy wnęki wyczuwają się opory; na przekroju płuco jest blade i suche. Gruczoły przyoskrzelowe (*lymphoglandulae bronchopulmonales*) zagna-czają się w postaci twardych guzów; jeden z nich tuż przy wnęcie ma średnicę prawie 2 cm., kilka innych — znacznie mniejszych (jak ziarno grochu) — leży głębiej w płucu; są one białe, miejscami białe-żółtawe, z nieznaczną ilością węgla na obwodzie, dość miękkie; z ich przekroju łatwo się zbiera nożem mętne, białawe „mleczko”. Taki sam przekrój mają gru-czoły śródpiersia (*bifurcationis, tracheobronchiales, mediastina-les*) — wielkości wiśni i nawet śliwki oraz dolne gruczoły szyi (*l. supraclaviculares*) — wielkości ziarna grochu i nawet wiśni. Inne gruczoły szyi, powierzchowne i głębokie, są zupełnie małe. Płuco lewe jest dość duże, ale mniejsze od prawego, ciężkie; opłucna jest matowa, szarawymi pokryta nalotami, miejscami zaś dość znacznie zgrubiała, w dolnym płacie wy-upuklają się na niej liczne płaskie szaro-białawe guzki. W płacie górnym wyczuwają się liczne, miękkie, zlewające się ze sobą opory, płat dolny jest twardy na całej przestrzeni, chociaż niezupełnie jednolity; od wnęk płuco jest niemal tak twarde, jak drzewo, w obwodowych, bocznych odcinkach opory są bardziej miękkie, jak w płacie górnym. Na przekroju — w ślu-zówce lewego oskrzela, prawie natychmiast po wejściu do dolnego płatu, zaznaczają się białe płaskie guzki, zlewające się ze sobą; poniżej guzki stają się większe; biaława miękka ich tkanka kompletnie wypełnia oskrzele, przenika całą jego

ścianę (pozostaje tylko chrząstka) i przechodzi na płuco, two-rząc guz wielkości jaja gęsiego. Guz ten przerasta opłucną i osierdzie, wpuklając się nieznacznie do worka sercowego, i bardzo niewyraźnie odgranicza się od tkanki płucnej-szaro-różowej lub miejscami szaro-żółtawej, kruchej, na całej prze-strzeni płatu prawie zupełnie bezpowietrznej i przy ucisku broczącej ropą. Biaława tkanka guza przenika głęboko do płuca szerokimi smugami wzdłuż oskrzeli, przytem w paru miej-scach jej granica z zapalnie zmienionym mięszem płucnym podkreślona jest przez wąskie pasma węgla. Bardzo dobrze odcina się parę gruczołów przyoskrzelowych, zawierających dużo węgla, i wysepki tkanki białawej. Dalej wśród miąższu płuca rozrzucone są jeszcze bardzo liczne białawe pasma i ogniska, większe lub mniejsze, ale zawsze niewyraźnie od-graniczone. Tkanka guza jest biaława lub szaro-biaława, miej-scami zaś ma odcień żółtawy lub różowawy; jest krucha, przy ucisku zalewa powierzchnię mętny płyn. Oskrzela, zwłaszcza lewe, zawierają sporo mętnego płynu ropiastego; śluzówkę mają zeczerwienioną i rozpulchnioną. Migdałek lewy — jest dość duży, ale płaski, na przekroju — szarawy, z paru pustymi zatokami. Migdałek prawy — bardzo duży, w jego górnym odcinku uwypukla się guzek okrągły, twardy, białawy, o powierzchni gładkiej i lśniącej, w paru zaledwie miejscach z drob-nemi chropowatościami o szaro-różowym podbarwieniu. Guzek ten jakby wyrasta z głę-bi migdałka, rozchylając jego tkankę, która na pewnej przestrzeni otacza guzek w po-staci cienkiej wargi, zupełnie z nim nie zwią-zanej. Na przekroju guzek jest nieco przy-płaszczony i niemal zupełnie jednolity, bia-ławy, z lekkim, żółtawym odcieniem; w głębi guzek wrasta w otaczające go tkanki. Wy-miary guzka 1,6 x 1,6 x 1,0.



W lewym nadnerczu znaleźliśmy białawy guzek wielkości małej wiśni. Prawe nadnercze przedstawia się w postaci owalnego szarobiaławego guza wielkości jaja kurzego, zacho-wany jest częściowo tylko biegun górny (istota korowa z ciem-nym pasem brunatnym). Wątroba bardzo duża, waży 2550,0. Przez cieką torebkę wątroby przeświecają i nawet uwypuklają się cokolwiek bardzo liczne guzki białawe lub białawo-żółtawe, również liczne i dobrze odcinające się na brunatnawo-żółtem tle przekroju wątroby. Wielkość ich waha się od wielkości łebka szpilki do guzków o średnicy 3 — 5 cm. Jest to ta sama miękka lub nieco twardsza tkanka, którą widzieliśmy w gru-czołach. Rysunek pozostałego miąższu wątroby jest wyraźny, miejscami dookoła guzków miąższu ma barwę zielonawo — żółtą; wątroba jest krucha.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne. *Carcinoma lobi inferioris pulmonis sinistri e broncho ortum. Metastases ad lymphoglandulas hili pulmonis utriusque, mediastini, colli (supraclaviculares), retroperitonei (superiores), ad hepar, glandulas suprarenales, tonsillom dextram. Bronchopneumonia confluens sinistra. Pleuritis sero-fibrinosa sinistra. Emphysema vicariens pulmonis dextri. Adhaesiones pleurales. Atrophia gl. thyreoideae. Cicatrices focales corticis renum. Atherosclerosis universalis cum calcificationibus. Icterus 1 gr.*

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie raka (*carcinoma alveolare, partim cylindrocellulare*); w guzie pierwotnym, w przerzucie do migdałka i we wszystkich innych przerzutach znajdujemy to samo utkanie. W mniejszych ogniskach (zwłaszcza w pęcherzykach płuc i w naczyniach wątroby) komórki rakowe mają na obwodzie prawidłowy układ w szeregach, są kształtu sześciennego lub wyraźnie walcowatego. Bliżej ku środkowi ognisk i w ogniskach większych, szczególnie zaś w pobliżu odcinków ulegających martwicy komórki rakowe coraz bardziej tracą kształt sześcienny, są okrągłe, owalne i t. p. Naogół komórki są małe, mają jednak wyraźny rąbek zarodki, słabo kwasochłonne; pęcherzykowate jądro zawiera niewielką ilość chromatyny, jest jasne. W większych ogniskach przebiegają gdzieś delikatne pasemka łącznотkankowe; w płucu rak „wykorzystuje” jego zrąb, zachowując ściany pęcherzyków i wypełniając ich światło. Figury podziału pośredniego są nieliczne, spotykają się obrazy podziału bezpośredniego, komórki o dwu jądrach. Często dostrzegamy zagęszczenie jąder i ich rozpad; tu i owdzie tworzą się większe lub mniejsze ogniska martwicy (w guzie pierwotnym, w większych przerzutach do gruczołów, wątroby i nadnercza). W guzie płuca stwierdzamy obecność komórek rakowych w naczyniach limficznych i w żyłach, nawet posiadających włókna sprężyste. Komórki rakowe naciekają błonę środkową żyły, przenikają aż do śródbłonnki, unoszą komórki śródbłonne i miejscami przerastają do światła. W wątrobie, obok ognisk widocznych gołym okiem, znajdujemy również liczne i drobne ogniska mikroskopowe, głównie w przestrzeniach Kerna i w rozszerzonych gałązkach żyły wrotnej i w naczyniach limficznych (?); z przestrzeni Kerna komórki wrastają do zrazików, widzimy je tu w naczyniach włosowatych międzybełczkowych. W śledzionie, w lewym migdałku i w nerkach mikroskopowo nie znaleźliśmy ani przerzutów, ani zatorów z komórek rakowych.

Z zestawienia naszego widzimy, jak bardzo rzadko przerzuty raka umiejscawiają się w migdałkach. Nie utrzymujemy jednak bynajmniej, że wyczerpaliliśmy wszystkie dane z piśmiennictwa, gdyż, oczywiście, przypadki podobne mogą się znajdować przygodnie w pracach, na zupełnie inny temat pisanych, — a pozatem istnieją przypadki wątpliwe, np. Cottin i Saloz (podany również w dysertacji Modzelewskiej). Autorzy ci opisują przypadek pięciu raków pierwotnych górnego odcinka przewodu pokarmowego u 41-letniego gruźlika, a mianowicie: rak lewego brzoju języka (wielkości wiśni, przenikający do mięśni); rak podstawy języka (wielkości małego orzecha); rak migdałka prawego; rak wejścia do przełyku; wreszcie rak wpustu, okrężny, na przestrzeni 3 cm. naciekający całą ścianę, owrzodziały. Przerzuty znaleziono w gruczołach limfatycznych okolicy podszczękowej i wzdłuż lewego mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego. Mikroskopowa budowa we wszystkich guzach jest identyczna (rak kolczysto-komórkowy ze zrogowaceniami). Autorzy wypowiadają się za samodzielnością wszystkich tych pięciu

raków, zastrzegają się jednak sami: „nous nous garderons donc d'affirmer le caractère primitif de chacune de ces tumeurs”... Nam się zdaje, że przynajmniej również prawdopodobne byłoby przypuszczenie, że pierwotnym ogniskiem był np. rak wpustu, inne natomiast były przerzutami (rzeczywiście, umiejscowienie przerzutów w gruczołach mało odpowiada temu przypuszczeniu).

W zebranych przez nas przypadkach wiek chorych wahał się od 37 do 62 lat. U kobiet były to przerzuty raków sutka (2), nawiasem mówiąc rakom sutka przypisują (m. in. Chiari) szczególną właściwość do tworzenia przerzutów niemal wszędzie. U mężczyzn mamy przerzuty raków płuca (dwa, jeżeli co do przypadku Förstera przypuszczenie nasze jest słuszne) i raka żołądka (1). Co do drugiego przerzutu raka żołądka (ze statystyki Poscharisskyego), żadnych, niestety, nie mamy danych. (Ribbert wspomina przypadek O. Israela: przerzutu do migdałka raka okrężnicy, w cytowanej jednak przez nas pracy Israela mowa jest o raku żołądka; pozostawiamy więc wzmiankę Ribberta pod znakiem zapytania).

Trzykrotnie zajęte były oba migdałki, dwukrotnie tylko migdałek lewy, jedynie w naszym przypadku przerzut umiejscawiał się właśnie w migdałku prawym.

W czterech przypadkach przerzuty były bardzo liczne i uogólnione, ale rak migdałków był nalazkiem dopiero sekcyjnym, albo też — jak w naszym przypadku — za życia był rozpoznany jako zapalenie (*angina*). W dwu tylko przypadkach (Krönleina i Stolla) przerzuty do migdałków nie tylko były rozpoznane za życia (i operowane), ale klinicznie zdawały się być najwcześniejszymi lub jedynymi przerzutami. Sekcyjnie jednak oba te przypadki nie były, niestety, zabrane, a zejście śmiertelne nastąpiło w obu przypadkach już w parę miesięcy po operacji; pozwala to nam wyrazić pewną wątpliwość co do tego, czy rzeczywiście przerzuty były najpierw tylko w migdałkach. Na sekcji nieraz przekonywamy się, że nawet liczne i duże przerzuty mogą nie dawać wyraźnych objawów. W każdym razie w większości tych tak bardzo rzadkich przypadków — migdałki były tylko jednym z bardzo licznych narządów, dotkniętych przerzutami rakowymi. W naszym przypadku dopiero na tydzień przed zgonem chory zaczął się uskarżać na dolegliwości ze strony gardła.

Kwestja, jaką drogą przedostają się komórki rakowe do migdałków, ujmowana jest rozmaicie. Sturzenegger mówi o drogach limficznych. Również Stoll przypuszcza, że w przypadkach jego i Krönleina — Sturzeneggera — przerzuty do migdałków spowodowane były zatorami wstecznymi przez przewód piersiowy; wspomniany autor podkreśla, że w tych przypadkach nie było ogólnego wysiania komórek rakowych (jak w innych przypadkach), i że zajęty był migdałek lewy (przewód piersiowy zbiera limfę z dolnej połowy ciała i lewej połowy głowy). Jednakowoż Ribbert, mówiąc o przerzutach raków do migdałków, wymienia drogi krwionośne. Podobnie O. Israel sądzi, że przerzuty odległe (jak

w migdałku w rakach żołądka i t. p.) powstają drogą krwionośną. Co się tyczy naszego przypadku, to nie mamy wątpliwości, że komórki rakowe przedostawały się do krwiobiegu (w guzie pierwotnym bowiem stwierdziliśmy przerastanie nowotworu do żył płucnych, w wątrobie widzieliśmy komórki rakowe w rozgałęzieniach żyły wrotnej i w naczyniach włosowatych) i wytwarzały tą drogą przerzuty (np. w nadnerczach). Następnie stwierdziliśmy, że głębokie i powierzchowne gruczoły szyi (poza nadobojczykowemi) nie były zajęte (również badanie mikroskopowe nie wykryło w nich komórek rakowych). Wobec tego uważamy, że w naszym przypadku przerzuty dostały się do migdałka drogą krwionośną; drogę tę uważamy za najprawdopodobniejszą wogóle dla wszystkich przypadków przerzutów do migdałka raków narządów odległych (sutek, płuco, żołądek).

PIŚMIENNICTWO.

1. Cottin et Saloz. „Deux cas de cancers multiples de la première portion du tube digestif etc.” Arch. de mal. l'app. dig., 1923 r., str. 305.
2. Förster. Ein Fall von „Markschwamm mit ungewöhnlich vielfacher metastatischer Verbreitung.” V. A. Bd. 13, str. 271, 1858 r.
3. O. Israel. „Magenkrebs mit ungewöhnlichen Secundärer Ausbreitung etc.” Berlin, Klin. Woch. XXXIV J., 1897 r. str. 68.
4. Kaufmann. „Lehrbuch d. spez. pathol. Anatomie.” VII. u. VIII. Auflage. Berlin 1922 r.
5. Krönlein. „Ueber Pharynxcarcinom und Pharynxextirpation.” Beitr. zur klin. Chir. XIX, Bd. 1897 str. 61.
6. Th. Poscharrisky. „500 Fälle von Magenkrebs.” Z. f. Krebsforschung. Bd 31, 1930 r.
7. Ribbert. „Das Carcinom des Menschen.” Bonn, F. Cohen, 1911 r. str. 337.
8. A. Stoll. „Zur Kenntnis des metastatischen Tonsillarcinoms.” Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd 28, 1914 r. str. 267.
9. C. Sturzenegger. „Beiträge zur Krebsmetastase.” Inaug. Diss. Zürich, 1892 r.
10. Zahn I. W. „Ueber einige Fälle seltener Geschwulstmetastasen.” V. A. Bd. 117, 1889 r., str. 36.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z zagadnień terapii w dziedzinie chorób kobiet.

Wir nehmen Hilfe,
woher sie auch kommen
mag.

Krahl.

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 39)

2) Wślad za depletoryczną metodą wymienić należy przeciwzapalną. W okresie przekwitania spotykamy cały szereg spraw zapalnych, ostrych i przewlekłych, na tle zakaźnym lub aseptycznych, o których wyżej wspomniano. Stara medycyna miała w posiadaniu swoim dużą aparaturę środków przeciwzapalnych, w której skład wchodziły: upust krwi, dawanie soli przeczyszczających, odciąganie drogą skóry, jak również cały szereg wewnętrznie dawanych środków przeciwzapalnych, jak sole kwasu winnego i cytrynowego, sole organiczne, przede wszystkim zaś kalomel (w dawkach centygramowych, zażywanych doustnie). Jako przykład podać można tak uporczywą i długotrwałą chorobę, jak zapalenie żył (*phlebitis*), którą dotychczas leczyło się bezskutecznie okładami zimnymi, unieruchomieniem i uniesieniem do góry kończyny, przyczem kuracja taka trwała tygodniami, a nawet miesiącami. Gdy jednak wg. Aschnera, już w początku zachorowania raz jeden lub kilkakrotnie postawimy 10—20 pijawek na kończynę, będziemy dbali o przyspieszenie wchłaniania się produktów zapalnych przy pomocy wywoływania pocenia się lub dawania na przeczyszczenie — o wiele skrócimy w ten sposób czas trwania choroby. To samo da się powiedzieć o zakrzepach i przewlekłych zapaleniach żył nie-

tylko dolnych kończyn, lecz w innych częściach ciała. Również b. skuteczną okazuje się podobna terapia w zapaleniach mięśnia sercowego (*endomyopericarditis*). Starzy lekarze zwykle przy każdym uczuciu bólu w okolicy serca niezmiennie i z nadzwyczajnym często wynikiem stawiali na okolicę tę pijawki. Obecnie niejednokrotnie przekonywamy się o ich wielkiej wiedzy empirycznej, gdyż prosty ten środek (pod kierownictwem, rzecz prosta, doświadczanego lekarza stosowany) nieraz skutkuje znakomicie, podczas gdy cały szereg środków nasercowych zawodzi całkowicie... Wyżej powiedziane daje się również zastosować i do zapaleń pęcherzyka żółciowego (cierpienie, z którym ginekolog-położnik tak często się spotyka). Dotychczas ciężką tą dolegliwość leczono przy pomocy spokoju, zimnych okładów i środków uspakajających — przeważnie więc wyczekująco. Z drugiej zaś strony i ingerencja chirurgiczna nie dała dotychczas wyników zadawalających, gdyż śmiertelność przy tych zabiegach jest, jak wiadomo, dość duża. Gdy natomiast — dodaje A. — uczyni się to, czego na całym świecie niesłusznie jeszcze się nie robi, i postawi 5—10 pijawek na okolicę pęcherzyka albo zrobi upust krwi, lub umieści tamże plaster kantarydowy, podając dowewnątrz kalomel w postaci chociażby chologenu (kalomel + podofilina) i odstawiając wszelkiego rodzaju opiaty — można się niebawem przekonać, że nietylko bóle szybko ustają, lecz że spada ciepłota i zmniejsza się sprawa wysiękowa. Operacja w takim przypadku okaże się całkiem niepotrzebna lub będzie mogła zostać przesunięta na odpowiedniejszy, nie tak „gorący” okres. To samo daje się również powiedzieć o wielu schorzeniach zapalnych — oczu, uszu. Typowy nprz. dla obecnego wyczekująco-nihilistycznego stanowiska medycyny uniwersyteckiej jest stosunek jej do t. zw. skazy zapalnej lub wysiękowej (*diathesis inflammatoria s. exsudativa*). Otóż

w skrzynkach pocztowych pism lekarskich stale znajdujemy zapytania lekarzy-praktyków, jak nprz. mają traktować perjodycznie podczas miesiączkowania występujące wysypki skórne, jak półpasiec, opryszczki wargowe, trądzik, pokrzywkę. Odpowiedź zwykle brzmi — niestety, powód występowania nieznan — spróbować należy preparatów jajnikowych i wapnia. Zwykle taka terapia nie pomaga. O ile jednak — twierdzi A s c h n e r — nie wdając się narazie w wyszukiwanie bodźców, powodujących te stany chorobowe, postąpimy empirycznie — przeczyszczając cały ustrój, odtruwając, działając wogóle przeciwzapalnie — osiągniemy b. często wynik leczniczy dodatni. Dodać należy, iż okres przekwitania, ciąża, skąpe miesiączkowanie stwarzają ogólną skłonność do spraw zapalnych różnych narządów (zapalenie ucha środkowego, angina, zapalenie pęcherzyka żółciowego, stawów, wysypki skóry, zapalenie żył) przyczem pacjentki wędrują od jednego specjalisty do drugiego, podczas gdy najważniejsza w tym razie terapia winna być ogólnoustrojowa, przeciwzapalna. Terapię tę A. stosuje również z dużym powodzeniem w sprawach zapalnych narządów rodnych u kobiet. Zapalne guzy przydatków, ropniaki jajowodów, zapalenia obok- i okołomaciczne, ropnie zatoki D o u g l a s a — przy dotychczasowej terapii były męczarnią zarówno dla pacjentki, jak i dla lekarza, trwając miesiącami i latami, nie poddając się często żadnemu oddziaływaniu leczniczemu. Tego rodzaju pacjentki na okres dłuższy pozbawione bywały zdolności do pracy, będąc także w przewlekłym okresie cierpienia ciężarem dla szpitali, klinik, zdrojowisk i Kasy Chorych. Gdy jednak w początkowym okresie ostrym zachorowania — wg. A. — postawić po 5 — 10 pijawek obustronnie na dół brzucha, dać do wewnątrz kalomel, a do pochwy zakładać czopki ichtiolowe — nieraz błyskawicznie wprost ustępuje ciepłota i bóle, i znacznie zmniejsza się nacieczenie. W ten tylko sposób A s c h n e r nigdy zmuszony nie bywa do całkowitego usunięcia jajników na tle zapalnym, zadowalając się tylko tą terapią zachowawczą, w najgorszym zaś przypadku usuwając tylko jajowody a pozostawiając macicę i jajniki celem utrzymania regularnego miesiączkowania.

Wymienić należy wreszcie 3) metodę przeciwdyskratyczną, którą również można stosować we wszystkich prawie gałęziach medycyny praktycznej. Działanie metody tej polega zarówno na unormowaniu i zaktywowaniu czynności ustroju naszego — zwłaszcza zaś trawienia, oddychania płucnego i skórno, czynności nerek i miesiączkowania, jak i na usuwaniu różnych zaburzeń. Przy pomocy oddziaływania na przemianę materji (odpowiednie odżywianie, klimat, odpowiedni tryb życia, unormowanie miesiączkowania, odciąganie przez kiszki) metoda ta stara się usunąć czynniki, szkodliwe oddziałujące na przemianę materji. Przeważnie jednak czyni to za pomocą t. zw. *alterantia*, t. zn. środków zmieniających konstytucję organizmu, i *antidyscratica*, t. zn. ulepszających przemianę materji, oczyszczających, których działanie m. in. polega na wzmożeniu wszystkich czynności wydzielniczych. Oficjalna farmakologia (B e r n a t z i k - V o g l) określa *alterantia* w sposób następujący: są to środki lecznicze, po których użyciu cały pro-

ces życiowy, proces odżywiania się organizmu — drogą niewyjaśnionych dotychczas zmian w składzie krwi i tkanek ustroju — przybiera inny, odbiegający od dotychczasowego kierunku, dzięki czemu również niektóre procesy patologiczne mogą zostać usunięte. Albo, wyrażając się inaczej — metoda przeciwdyskratyczna polega na stosowaniu takich zabiegów leczniczych, które działają odtruwająco i polepszająco na przemianę materji.

Pojęcie „dyskrazja” ostatnio naukowo się rehabilituje. H o c h e n e g g wypowiada się za dyskrazją rakową i gruźliczą. Również i to, co Seitz mówił ostatnio o dysjonozach, dyskoloidozach, dysendokrinozach i dyswitaminozach ciążowych, daje się podciągnąć pod to pojęcie, które najlepiej scharakteryzować można jako wyraz zbiorowych dysfunkcyj w gospodarce chemicznej ustroju. Bo, rzeczywiście, widzimy, iż często zaburzenia czynności gruczołów wkrwennych, przemiany materji, narządów krwiotwórczych i układu wegetatywnego — przechodzą jedne w drugie. A lecznicze traktowanie wszystkich tych stanów, o ile ma być skuteczne — powinno uwzględniać nietylko pojedyncze momenty zaburzenia, stosując samą tylko organoterapię, jak np. insulinę w cukrzycy, antityreoideinę w chorobie B a s e d o w a, żelazo, arsenik w blednicy (*autointoxicatio* wg. N o o r d e n a) — ale również liczyć się powinno z indywidualną konstytucją chorego. W skazie limfatycznej powinno się dawać *antilymphatica*, przy typie bruneta — żółciowym — środki wątrobiane, jak *rabarbar*, *aloe*, *calomel* i t.d. Ale najważniejsze przy tym sposobie leczenia jest usuwanie zwykle w takich przypadkach istniejącego samozatrucia. Drogą wzmożenia ponad normę czynności wydzielniczych (wywołanie pocenia, przeczyszczanie — odciąganie przez kiszki, środkami moczopędnymi, środkami, regulującymi miesiączkowanie — *emmenagoga*) udaje się szybko wydalic szkodliwe substancje. Ale oprócz tego mamy w swoim posiadaniu szereg środków, działających ogólnoustrojowo antydyskratycznie — o działaniu specyficznym lub ogólnym. Pczęści pokrywają się ze środkami przeciwzapalnymi i t. zw. *resolventia*.

Najlepsze jednak pole do popisu ma metoda przeciwdyskratyczna w gośćcowo-dnawo-neuralgicznym zespole objawów. Wszystkie używane dotychczas przez medycynę naukową środki — jak preparaty salicylowe, atofan, terapia proteinowa, diatermia, kąpiele solankowe, mięsienie, naświetlanie i t.d., bardzo często, niestety, nie odnoszą żadnego skutku. I to właśnie rzuca tłumy cierpiących — przy ogromnym rozpowszechnieniu tych cierpień — w objęcia ciemnych znachorów, którzy — a wcale to nierzadko — znakomicie pomagają takim chorym. A dlatego właśnie leczą oni nierzadko z większym powodzeniem, iż działają w myśl zasad starej medycyny empirycznej z przed jakichś 100 laty wykładanych dawniej na wszystkich uniwersytetach: podając środki, energicznie poprawiające przemianę materji, jak również swoiste *antiarthritica* i *antirheumatica*, których jest bez liku (sole litu, sole kwasu winnego i cytrynowego, dalej typowy środek przeciwdnawny — kolchicina (*Tra i vinum Colchici*), gorąco polecany przez słynnego lekarza-botanika L i n n é — jako najlepszy środek w gośćcu przewlekłym. Do bogatego arsenału środków prze-

ciwdyskratycznych należy jeszcze „odciąganie przez skórę”. Obrzęk stawów, występujący nprz. często w okresie przekwitania — niezależnie od swego pochodzenia gośćcowego czy dnaowego — szybko ustępuje, o ile położyć kilkakrotnie na przeciąg 24g. plaster kantarydowy na różne miejsca stawu kolannowego. Jeszcze skuteczniej tu działa wywoływanie sztucznych ropni — z dużym powodzeniem np. leczyć można rwę kulszową, neuralgię — wywołując sztuczne ropnie drogą nacierania skóry środkami takimi, jak olejek krotonowy + oliwa (1 : 4). Odnosi się wrażenie w takich przypadkach, iż substancje, wywołujące sprawy zapalne, usunięte zostały niejako w ten sposób z ustroju albo ze schorzonego narządu.

Reasumując swoje poglądy, A. mówi, co następuje: Zadanie lekarza polega przedewszystkiem na tem, ażeby pomóc choremu. Ale, niestety, mimo kolosalnego postępu naszej wielkiej nauki — stoimy b. często bezradnie wobec chorób, które są czasem najdoskonalej zbadane i zanalizowane. Nie nawołujemy do odwrotu, do starych zabobonnych, naiwnych nieraz i nieścisłych dróg medycyny przeszłości. Odwrotnie, poglądy moje — mówi A. — wyrażają myśl wzbogacenia, odświeżenia, syntezy, wypróbowania naszeni doskonałemi badaniami naukowemi wyników leczniczych — co prawda — empirycznych medycyny z przed niedawną. Korzystają narazie z nich z dużym często powodzeniem ludzie niedostojni i niepowołani albonaiwnie-zabobonna medycyna ludowa. Odrzucić chwasty, odseparować zbędne, błędne, urojone, a przyswoić to, co przez szereg wieków się sprawdziło, wzbogacić możliwości lekarza, wytrącając je jednocześnie z rąk ciemnych indywiduów, pasorzytów na ciele naszej wielkiej i szlachetnej nauki — oto wielkie zadanie, które nanowo się zjawia przed nami. Jesteśmy dopiero w początku tej drogi odrodzeniowej, ale odnosi się wrażenie, iż będzie ona owocna, obfitująca w szerokie i bogate możliwości lecznicze. Wtedy nauczymy się leczyć nie tylko choroby, ale również i chorego człowieka, chorą osobowość (K r e h l).

Tyle w ogólnych zarysach A s c h n e r O wstrząsającym, oszałamiającym wprost wrażeniu jego rozważań i poglądów świadczą nprz. referaty i artykuł prof. S z u m o w s k i e g o. Są to myśli i poglądy, których dotychczas żaden przedstawiciel medycyny naukowej (a A s c h n e r oprócz tego, iż jest wybitnym ginekologiem — praktykiem — ma za sobą blisko 100 prac naukowych) tak konsekwentnie i, jak świadczy prof. S z u m o w s k i, tak przekonywająco — nie wypowiadał. Krytycy, których — rzecz prosta — nie brak (G e r b e r i i n.) co prawda, słusznie m. innemi wątpią, czy wogóle można konstytucję, powiedzmy asteniczną, zmienić całkowicie w pykniczną, aczkolwiek, co prawda, udaje się to niekiedy przy pomocy tuczenia insulinią. I gdy w infantyliźmie czy otyłości uda się nam zmienić *habitus* lub niektóre nienormalne cechy ustroju — będzie to wynikiem terapii hormonalnej, a zatem skierowanej raczej lokalizacyjnie (poza tem zresztą często zawodzącej). W dodatku, twierdzą przeciwnicy A., patologia anatomiczno-

lokalizacyjna opiera się na danych embriologii, fizjologii i patologii doświadczalnej, przyjmując komórkę za jednostkę czynnościową — patologia humoralna zadawała się oddawna zarzuconemi ogólnikami, jak „ciecze ustrojowe”, „zepsuta krew” i t. d. Również już obecnie powiedzieć można, iż liczne z pośród odnowionych przez A s c h n e r a środków ze starej i ludowej medycyny niewiele przysparzają korzyści medycynie doby obecnej i t. d.

Jeszcze b. wiele można zarzucić A s c h n e r o w i — odpowiadają jego obrońcy (G r o t e i i n.) — ale wszak jego prace są niejako początkiem*) naukowo-metodycznej próby wprowadzenia na teren naukowy terapii konstytucyjnej — w zgodzie z zasadą oddziaływania leczniczego na chorego, które winno być przedewszystkiem indywidualne. W każdym razie — zaznacza G r o t e — jest ciekawą, a przytem pożyteczną i dodatnią próbą leczyć inaczej, a może z większym powodzeniem chorego, niż to czyni dotychczas medycyna szkolna. Co najważniejsze — iż całe nastawienie umysłu A. skierowane jest ku celom przedewszystkiem leczniczo-praktycznym, co idzie w parze z ogromem wiedzy teoretycznej ze wszystkich dziedzin medycyny. Poza tem podziwiać należy, z jak wielką maestrią A s c h n e r wyzyskuje zapomniane skarby, by odebrać je z rąk niewłaściwych i zwrócić je należytemu właścicielowi — naukowo myślącemu i czynnemu lekarzowi..... G r o t e m u wtóruje wybitny internista H o n i g m a n. A s c h n e r — i według niego — słusznie szuka drogi skutecznego oddziaływania na całokształt ustroju ludzkiego, drogi, która z pewnością obfitować będzie w duże sukcesy. Ta metoda syntetyczna wydaje się o wiele płodniejsza od metody, wychodzącej z założenia czysto morfologicznego. A s c h n e r chce wyprowadzić lekarza praktyka z tego ślepego zaułka, z tego zamętu nihilistyczno-pesymistycznego, do którego go doprowadził nadmiernie wybujały wzrost badań analityczno-djagnostycznych — według żartobliwego powiedzenia A. — maszynowych, a czyni to przy pomocy oddziaływania ogólnoustrojowego.

Dodać należy, iż ostatnio poglądy A. potwierdzają się po części również i drogą badań ścisłych. Niedawno np. S e i t z w swoim referacie na zjeździe ginekologicznym cytował szereg prac, które drogą ścisłych metod dowodzą zmniejszenia się zakwaszenia i lepkości krwi w zatruciach ciążowych po upuszczeniu krwi. Poglądy A s c h n e r a znajdują również oddźwięk u takich wybitnych klinicystów, jak S a u e r b r u c h, H o c h e n e g g, E i s e l s b e r g.

W tym duchu, co i A s c h n e r, a nawet idąc dalej, posuwa się znany ginekolog A. T h e i l h a b e r. Wystąpił niedawno z dużą pracą o „zwalczaniu usposobienia chorobowego, jako metodzie leczniczej”. Ale o tem innym razem.

*) Niedawno ukazała się zbiorowa praca pod red. D e t e r m a n a p. n. „Umstimmung als Behandlungsweg”.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ Prof. L. BORCHARDT. *Klinische Konstitutionslehre*. (II-gie wydanie. Berlin i Wiedeń 1930. Urban i Schwarzenberg).

W sześć lat zaledwie po ukazaniu się wydania pierwszego mamy przed sobą wydanie drugie tego podręcznika, obejmującego naukę o związku pomiędzy konstytucją ciała a chorobami. Lata ostatnie znacznie pomnożyły materiał naukowy, dotyczący tego przedmiotu. Tem chwalebniej, że autorowi powiodło się stworzyć dzieło w rozmiarach, nie przekraczających granic, jakie zakreślić należy lekarzom i studentom, a w których zapoznać się można wcale gruntownie z roztrząsanym przedmiotem. O podręczniku Borchardta bynajmniej powiedzieć nie można, że w tak bardzo bogatej literaturze niemieckiej mógłby być zbyteczny, albowiem tylko Jul. Bauer dał nam podręcznik niemiecki, który zaletami, rozmiarem i zadaniami stanąć może obok książki Borchardta.

Autor w większym stopniu, niż to czyni Bauer, zwraca uwagę czytelnika na stronę kliniczną przedmiotu.

Obadwa przeto podręczniki niejako się dopełniają wzajemnie i tylko ci, których specjalnie sprawa konstytucji, stosunku osobowości do patologii zajmuje, sięgnąć muszą do dzieł zbiorowych bardzo obszernych (np. *Die Biologie der Person*) lub prac oryginalnych albo monograficznych.

Klinicystę zajmie przede wszystkim część szczegółowa, traktująca o zakłóceniach konstytucyjnych, somatycznych i wegetatywnych. Lecz nieodzownie studjum to poprzedzone być musi przez bardzo uważne zrozumienie części ogólnej. Układ książki wogóle uważać należy za bardzo udatny i szczególnie, jakkolwiek z natury rzeczy szczegół niejedną kilkakrotnie napotykamy w poszczególnych rozdziałach.

Książka Borchardta ukazuje się w porę, jakkolwiek — jak o wielu innych — tak i o niej wkrótce może słyszeć będziemy, że już jest przestarzała. Praca na tem polu postępuje tak szybko, że ledwie się spostrzeżemy, a już wyda nam się, że to i owo ulec powinno dopełnieniu, sprostowaniu lub zgola zaprzeczeniu. Lecz taki już los współczesnej nauki i podręczników dzisiejszych. Nic na to nie poradzimy.

M. F.

Fizjologia normalna i patologiczna.

J. P. KARPLUS. *O wrażliwości podwzgórza*. (Wien kl. Woch. № 20 1930).

Badania doświadczalne na zwierzętach i doświadczenia kliniczne (operacje mózgowe, operacja przysadki mózgowej) wykazują, że podrażnienie okolicy podwzgórza wywołuje prawdziwe uczucie bólu, które, zdaje się, nie ma charakteru bólu wzgórzowego, spowodowanego podrażnieniem dróg czuciowych.

Henryk Landau

F. DELHOUE. *Badania nad czynnością wydzielniczą żołądka*. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45, Nr. 5-6 r. 1929).

Autor przeprowadził badania nad zachowaniem się soku żołądkowego w stanach podkwaśności. Zaznacza on np. że ilość wolnego kwasu jest odmienna w treści zwykłej a przysączonej. Chodzi bowiem o to, że pokarmy stałe w rodzaju chleba, mięsa i t. p. adsorbują stosunkowo dużo kwasu solnego i fermentów, które można znów uwolnić przez wyciskanie i sączenie — nie są one więc w stanie związanym.

Ilość adsorbowanego kwasu oraz fermentów jest więk-

sza w soku podkwaśnym, aniżeli w normalnym lub nadkwaśnym.

Jeżeli chodzi o zależność pomiędzy napięciem powierzchniowym a stopniem adsorpcji, to ilość adsorbowanego kwasu i fermentów soku w stosunku odwrotnym do napięcia powierzchniowego.

Zmniejszenie zawartości kwasu solnego w podkwaśnym soku spowodowane jest mniejszym stężeniem jonów kwaśnych w soku, nie zaś zmniejszeniem się ilości samego soku. Stężenie kwasu u takich osobników jest bardzo małe i może dochodzić do 0,01 %⁰. U zdrowego wahanie stężenia są duże, (20⁰%) dochodząc do 0,6⁰% (górną granicę).

Równolegle do wahań stężenia kwasoty waha się zawartość chlorków, jednakże u chorych z podkwaśnością ilość chlorków w stosunku do ogólnej ilości chloru jest raczej zwiększona. Dalej istnieje wyraźna zależność pomiędzy stopniem schorzenia śluzówki, a ilością pepsyny.

Jeżeli chodzi o napięcie powierzchniowe, to można je zmieniać dowolnie za pomocą takich środków, jak atropina lub histamina.

Równolegle do napięcia powierzchniowego soku żołądkowego przebiega także jego lepkość. Lepkość ta określana była przez autora za pomocą przyrządu Hessa. Natomiast niema żadnej zależności pomiędzy adsorpcją a ciśnieniem osmotycznym.

Jeżeli chodzi o stosunek stężenia rozmaitych składników czynnych w soku żołądkowym do zawartych w nim części stałych, to największe rozpięcie tego stosunku znajdujemy w soku podkwaśnym.

Wielkość adsorpcji jest niezależna od wielkości i szybkości odczynu w samym żołądku.

B. Goldstein.

A. HOVELACQUE i J. MAES, L. BINET i R. GAYET. *Nerw szyjny, badania anatomiczne i fizjologiczne*. (Pr. Méd. № 27/1930).

U psa włókno naczyniowe lub szyjne nerwu językowo-gardłowego jest zawsze dość znacznego kalibru, przebiega między obu tętnicami szyjnymi, gdzie wstępuje w połączenie ze spletem gardzielowym, utworzonym przez włókna nerwu językowo-gardłowego, błędnego i współczulnego. Splot międzyszyjny znajduje się nazewnątrz od nerwu szyjnego. W swym przebiegu oddaje nerw szyjny gałązki dla tętnicy szyjnej zewnętrznej, tętnicy twarzowej i do spletu międzyszyjnego. Nerw dzieli się na 2-3 gałązki końcowe, gubiące się na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni zatoki szyjnej; czasem gałązki końcowe otaczają brzeg przedni i tylny zatoki, a nawet miejsce odejścia tętnicy szyjnej zewnętrznej; gałązki końcowe zespala się ze sobą. Czasem do zatoki dochodzi gałązka nerwu współczulnego.

U człowieka przebieg włókien naczyniowych nerwu językowogardłowego jest mniej wyraźny, niż u psa; większość włókien gubi się w splecie szyjnym, utworzonym przez włókna nerwu błędnego i współczulnego, a czasem i przez włókna nerwu podjęzykowego lub kraniowego górnego; jednak w większości przypadków włókna nerwu językowogardłowego dają się prześledzić aż do zwoju pozaszyjnego.

Drażnienie prądem elektrycznym lub mechaniczne zatoki szyjnej powoduje zwolnienie akcji serca i obniżenie ciśnienia tętniczego pochodzenia naczynioruchowego.

Jeśli wykonać obustronnie zespolenie tętnic szyjnych dwóch psów, wówczas głowa pierwszego będzie ukrwiona przez krew drugiego. W tych warunkach podniesienie ciśnie-

nia krwi u jednego psa wywołuje jego spadek u drugiego i odwrotnie. Jeśli ucisnąć zatokę szyjną jednego psa, u drugiego wystąpi podniesienie ciśnienia krwi, a po przerwaniu ucisku obniżenie ciśnienia, któremu towarzyszy powiększenie śledziony. Jeśli jednak uprzednio zniszczyć nerwy zatoki szyjnej u drugiego psa, to odruch ten nie wystąpi. Dowodzi to znacznego wpływu nerwów szyjnych na regulowanie ciśnienia tętniczego.

Doświadczenia C. Heymansa wykazują, że podniesienie ciśnienia krwi w zatokach szyjnych wywołuje odruchową bradykardję, odruchowe zmniejszenie napięcia naczynioruchowego i odruchowe zahamowanie wydzielania adrenaliny; odwrotnie—obniżenie ciśnienia w zatokach szyjnych powoduje odruchowe przyspieszenie akcji serca, odruchowe podniesienie napięcia naczyniowego i odruchowe wzmocnienie wydzielania adrenaliny. Skład chemiczny krwi (krew asfiktyczna, krew po gwałtownym oddychaniu), działając na zatokę szyjną, wpływa w drodze odruchowej na czynność ośrodka oddechowego.

Jeśli głowa psa B, któremu uprzednio podwiązano tętnice kręgowe, jest ukrwiona przez tętnice szyjne psa A. dzięki obustronnemu zespoleniu tętnic szyjnych, powodując duszenie się psa A, wywołujemy hipertensję u psa A i hipotensję u B. Zależy to od działania odruchowego, mającego za punkt wyjścia zatokę szyjną, i od bezpośredniego działania zmienionej krwi na ośrodki psa B, jak tego dowodzą następujące doświadczenia: jeśli zniszczyć u psa B unerwienie zatok szyjnych po obu stronach, występuje hipertensja u psów A i B; jeśli zniszczyć nerw szyjny u psa B po jednej tylko stronie i wywołać asfiksję u psa A, przy ucisku zatoki szyjnej, pozbawionej nerwów, występuje u psa B hipotensja, przy ucisku normalnej zatoki szyjnej—hipertensja. Jeśli zespolić tętnice szyjne psa A z tętnicami kręgowymi (zamiast z szyjnymi) psa B, asfiksja psa A wywołuje hipertensję u psa B.

Nerw hamujący Ludwig — Cyona, będący nerwem czuciowym sercowo-aortalnym, wraz z nerwem szyjnym stanowią układ, który za pośrednictwem wyższych ośrodków wpływa potężnie na regulację krążenia krwi.

Henryk Landau.

L. HESS i J. FALTITSCHKE. W sprawie fizjologii ośrodków roślinnych. (Wien. kl. Woch. Nr. 16 1930).

Czynność narządów wewnętrznych, które posiadają nerwy, dochodzące do nich „zewnątrz”, wśródścienne sploty i komórki zwojowe i automatyzm, niezależny od układu nerwowego, podlega ośrodkowej regulacji, wychodzącej z rdzenia przedłużonego, śródmózgowia i kory mózgowej, oraz wpływom hormonalnym drogą krwi. Podział na schorzenia wewnętrzne i nerwowe należy wobec tego uważać za sztuczny.

Aby zbadać bezpośredni wpływ roślinnych ośrodków na czynność narządów wewnętrznych, wyłączali autorzy wpływ śródmózgowia przez podawanie 0,75 medinalu, a wpływ kory mózgowej za pomocą 3,0 paraldehydu i określali zachowanie się czynności wydzielniczej żołądka (za pomocą frakcjonowanego zgłębnikowania żołądka po próbnym śniadaniu Leschkego), skurczowego ciśnienia krwi i zawartości cukru we krwi naczo.

Żołądek, pracujący pod wpływem ośrodków, położonych w śródmózgowiu, wykazuje takie same wydzielanie, jak po wyłączeniu tych ośrodków. Również zawartość cukru we krwi i ciśnienie krwi nie ulegają zmianie po podaniu medinalu.

Czynność wydzielnicza żołądka i zawartość cukru we krwi nie zmieniają się po wyłączeniu kory mózgowej za pomocą paraldehydu; jedynie ciśnienie krwi wykazuje we śnie paraldehydowym lekki spadek.

Wynikałoby z tego, że regulacja trzewiowej czynności narządów może być osiągnięta bez udziału korowych i śród-

mózgowych instancji w przeciwieństwie do unerwienia naczyń krwionośnych, podlegających regulacji korowej, subtalamicznej, bulbarnej, rdzeniowej i wreszcie mięśniowej. Co się tyczy spadku ciśnienia we śnie paraldehydowym, to jest rzeczą znaną, że wogóle we śnie ciśnienie się obniża. W niektórych przypadkach nadciśnienia z bezsennością z poprawą snu spada ciśnienie. Ponieważ środki nasenne, działające na śródmózgowie (weronal, medinal), w nadciśnieniu nie zwalczają bezsenności, należałoby w tych razach dać pierwszeństwo środkom nasennym, działającym na korę mózgową (paraldehyd, amylerum hydratatum).

Aby zbadać pośredni wpływ ośrodków mózgowych na czynność narządów wewnętrznych, podawali autorzy środki o znanym punkcie działania, powodujące zaburzenia w równowadze nerwów roślinnych (atropinę, pilokarpinę, adrenalinę), a jednocześnie wyłączali czynność śródmózgowia, względnie kory mózgowej.

Jeśli człowiekowi, znajdującemu się pod wpływem medinalu, zastrzyknąć podskórnie atropinę, to porażający układ przywspółczulny wpływ atropiny okazuje się silnie wzmocniony: wydzielanie żołądkowe obniża się bardzo znacznie. Natomiast paraldehyd nie wpływa zupełnie na działanie atropiny. Wpływ adrenaliny po uprzednim podaniu medinalu jest znacznie wzmocniony, co się ujawnia w większej hyperglikemii i w większym podniesieniu ciśnienia krwi, niż po samej adrenalinie; objawy ogólnej reakcji, jak: bicie serca, drżenie, bladeść też się wybitniej zaznaczały. Działania tego niema, jeśli uprzednio podać zamiast medinalu paraldehyd.

Wyłączanie śródmózgowia znakomicie wzmacnia wpływ atropiny, porażającej układ przywspółczulny, i adrenaliny, pobudzającej układ współczulny; wyłączenie zaś kory mózgowej pozostaje bez wpływu. Śródmózgowie więc wkracza regulująco, skoro ulegnie zaburzeniu równowaga wśród antagonistów; kora mózgowa nie posiada natomiast żadnego znaczenia w regulacji trzewiowej czynności narządów.

Henryk Landau.

Choroby dzieci.

∞ Prof. M. MICHAŁOWICZ. Travaux scientifiques de la clinique infantile de l'Université de Varsovie 1921 — 1929. Varsovie 1930.

Leży przed nami pięknie wydana księga 463-stronicowa, drukowana w jednej z drukarni warszawskich. Księga wydana została „w hołdzie Komitetowi i Członkom II międzynarodowego Zjazdu Pediatrycznego w Sztokholmie 18 — 21 Sierpnia 1930 r.” i jest wspaniałym dowodem udziału Polski w dorobku naukowym świata, a jednocześnie świadczy o chwalebnej tendencji Kliniki Pediatrycznej w Warszawie zaznajomienia Europy przy okazji z częścią pracy naukowej Polski. Księga obejmuje prace kliniki, które w ciągu lat 1921 — 1929 ukazały się w prasie zagranicznej lekarskiej. Zbyt dobrze znamy działalność naukową Kliniki Pediatrycznej, by trzeba było na tem miejscu omawiać te właśnie prace, które, rzecz jasna, były uprzednio drukowane w naszym piśmiennictwie. Zebranie części chociażby naszego dorobku naukowego w postaci jednej księgi i wręczenie jej członkom zjazdu, by przekonać się mogli o udziale Polski w pracach świata naukowego, ma niewątpliwie doniosłe znaczenie propagandowe w szlachetnym pojęciu propagandy. Podkreślić jeszcze należy piękny wygląd wydawnictwa, które jest bez zarzutu.

M. G.

OCHSENIUS. W sprawie leczenia ostrego zapalenia gruczołów chłonnych w wieku dziecięcym. (D.m.W N. 11. 1930).

Leczenie zapalenia gruczołów chłonnych u dzieci polega zarówno na leczeniu przyczynowym, jak i leczeniu objawów

wtórnych. Przy ropnem zapaleniu skóry, codzienne opróżnianie ropni w zupełności zapobiegało zajęciu gruczołów chłonnych. Liszajce skóry leczono za pomocą 1% Rivanolu w postaci pasty lub roztworu alkoholowego lub też w formie penszowania. Przy *angina retronasalis* nie podawano leków do płukania lub wziewania, a wkraplano odpowiedni roztwór do przewodów nosowych. B. dobre rezultaty oddawała omnadina w t. zw. gorączce gruczolowej Pfeiffera.

Do leczenia miejscowego nadaje się najlepiej jod w postaci nalewki lub maści.

Dobre działanie w skutkach miały też szara maść rtęciowa i związki siarki.

Leczenie fizykalne to przede wszystkim stosowanie ciepła. Najlepiej nadawała się antyflógistina, utrzymująca długo i równomiernie temperaturę (22 godz.). Lampa Sollux nieraz powodowała przyspieszenie momentu przecięcia gruczołu. Zasada: *ubi pus ibi evacua* nie powinna mieć tutaj zastosowania, a dążyć należy do leczenia zachowawczego. W razie konieczności przecięcia gruczołu winny być one rozmiarów niedużych, dając przez to możliwość szybszego gojenia.

St. Luxenburg.

Choroby kości i stawów

∞ Dr. Arnold ZIMMER. Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten. (Lipsk 1930. Fischer-Kornfeld).

Sprawa schorzeń reumatycznych nie schodzi z porządku dziennego. W dziele zbiorowym, poświęconem znakomitemu chirurgowi berlińskiemu, Bierowi, a wydanem pod redakcją Zimmera, mamy szereg opracowań „reumatyzmu” ze stanowiska terapeutycznego głównie rozpatrywanych i stanowiących całość treściwą, niezmiernie interesującą. Krytyczny pogląd na współczesny stan nauki o reumatyzmie bynajmniej nie staje na przeszkodzie dobrze zespolonej całości, raczej pozwala należycie przygotowanemu czytelnikowi wyrobić sobie pojęcie o wielu pytaniach, będących jeszcze w stadium rozwojowym. Z treści czysto terapeutycznej przede wszystkim spotykamy się na pierwszym planie z leczeniem środkami farmaceutycznymi, poczem z kolei zapoznajemy się z terapią chirurgiczną, ortopedyczną, fizykalną, z balneoterapią, masażem i gimnastyką. W drugiej niejako części dzieła mamy dość gruntownie opracowany dział zaburzeń endokrynologicznych w związku z cierpieniami stawowymi z techniką leczenia odtłuszczającego, z wiadomościami o związku pomiędzy chorobami skóry a stawów, dalej znajdujemy rozdział bardzo zajmujący o chorobach stawów w wenerologii, rozdział o żyłkach w stosunku do artrytyzmu zniekształcającego i o leczeniu żyłaków, wreszcie o terapii artrytyzmu. Rozmiar poszczególnych prac dobrze jest dostosowany do potrzeb lekarza praktyka; niemniej niema dysproporcji pomiędzy oddzielnymi rozprawami. Materiał, na którym przeważnie opierają się autorowie, pochodzi głównie z kliniki chirurgicznej Biera, i opracowany też jest przede wszystkim przez współpracowników tej kliniki. Ten wzgląd może głównie rozstrzyga tu o dobrem, umiejętnym dostosowaniu wzajemnem poszczególnych

prac. W takich właśnie rozmiarach, z jakimi w tem dziele spotykamy się z oddzielnymi rozprawami, praca zbiorowa nie wykazuje tych cech ujemnych, jakie tak często, niestety, widzimy w podręcznikach, zakreślonych na większą miarę. Nad szczegółami i bliższą treścią wymienionych rozpraw nie możemy się tu rozwodzić. Książkę, wydaną starannie, gorąco polecić możemy lekarzom praktykom oraz studentom medycyny.

M. F.

W. WINKLER. Klinika spinae bifidae occultae. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 166, 2 5 — 6).

Najczęstszym umiejscowieniem *spinae bifidae occultae* jest okolica lędźwiowo—krzyżowa. Ta częstość jest uwarunkowana chwiejnością konstytucji tej okolicy ciała, spowodowaną przez liczne ontogenetyczne i filogenetyczne procesy rozwojowe. Patogeneza *sp. bif. occ.* polega na zahamowaniu rozwojowem, w którym pierwotnie biorą udział listki zarodkowe zewnętrzny i środkowy. Przyczyny powstawania *sp. bif. occ.* są złożone: w rachubę wchodzi wpływ dziedziczny — biologiczne, mechaniczne i macierzyńsko—humoralne. Wielka zmienność zespołu *sp. bif. occ.* zależy od tych złożonych czynników genetycznych, do których przyłączają się zjawiska poczęści następowe, poczęści współlistniejące.

W odpowiednich odcinkach skóry spotyka się bardzo często rozmaite zmiany, jak: nadmierne uwłosienie, blizny, rozstępy (*striae distensae cutis*), rozmaite znamiona (barwnikowe, naczyniowe), rozszerzenia żył, rozrost gruczołów potowych z miejscowem nadmiernem poceniem się. Ze strony układu kostnego spotyka się lumbalizację kręgów krzyżowych i sakralizację lędźwiowych, brak pierwszego kręgu krzyżowego, skrzywienie boczne kręgosłupa, rozdwojenie wyrostków kolczystych (*biakanthia*). Nowotwory najrozmaitszego rodzaju (tłuszczaki, mięśniaki, włókniaki i t. p.) należą do częstych u osób ze *sp. bif. occ.*; to samo dotyczy jamistości rdzenia. Ze strony układu nerwowego częste są objawy ze strony dolnych odcinków rdzenia kręgowego, zwłaszcza zespół stółka i ogona końskiego (zaburzenia czuciowe, ruchowe, naczynioruchowe, troficzne, pęcherzowe i odbytnicze). Ortopedzi podkreślają częstość zniekształceń kończyn dolnych w *sp. bif. occ.*, jak: wrodzone zwicnięcie stawu biodrowego, stopa szpotawa i t. p. Moczenie nocne (*enuresis nocturna*) bywa nawet u dorosłych z rozszczepieniem kręgosłupa, co tłumaczy się zaburzeniami rozwojowemi dolnych odcinków rdzenia lub mniejszą ich wrodzoną wartościowością (myelodysplazja).

Stanowisko tych wszystkich objawów towarzyszących może być wyjaśnione tylko pod parunkiem uwzględnienia tych wszystkich czynników, które prowadzą do powstania *sp. bif. occ.*, przyczem podkreślić należy, że objawy te zmieniają się od przypadku do przypadku. Ogólnie biorąc, *sp. bif. occ.*, zarówno jak liczne towarzyszące jej objawy i skutki są wyrazem przeważnie członowo (metemeralnie) ułożonej nie-normalnej konstytucji ich nosiciela.

Henry L and a u

Wskazówki praktyczne.

Neuburger poleca *Pyridium* jako doskonały środek w leczeniu *ostrych i przewlekłych zapaleń pęcherza moczowego*, szczególnie natury rzeżączkowej. Zwykła dawka — 4 razy dziennie po 1 pastylce — usuwa szybko bóle, parcie na mocz i bolesne oddawanie moczu. W razie potrzeby można podnieść dawkę do 3 razy dziennie po 2 pastylki. Jeżeli po upły-

wie 10 dni niema poprawy, to przypadek nie nadaje się do dalszego leczenia tym środkiem. (M. m. W. 1930 str. 1016).

—o—

W 9 przypadkach *zatrucia grzybami* zaordynował Cepp i wielokrotne dawki doustne *Bolus alba* z wynikiem dobrym:

wszystkie zatrute osoby pozostały przy życiu i wyzdrowiały. (Schw. m. W. 1929 Nr. 117).

—o—

Przeciwko wszelkiego rodzaju zapaleniom śluzówki jamy ustnej i dżasz polca Polland przetwórz szalwii *Salvy-satum* (fabr. Joh. Bürger w Wernigerode) w postaci płynnej. 15—20 kropeł na szklanke wody wystarcza do zrobieniu roztworu dobrze ściągającego, przeciwnie, o przyjemnym

aromacie. Tenże sam środek, zużyty wewnątrz, ma również własności *przeciwpotne*. (W. m. W. 1930 Nr. 39).

—o—

W *stwardnieniu wieloogniskowym* otrzymał Steinfeld zadawalające wyniki leczenia *przetworami złota: Solganal i Solganal B.* Dawka początkowa 0,01, najwyższa stopniowo podnoszona — 0,1 Tygodniowo 2, najwyżej 3 zastrzykiwania do ogólnej ilości 3—5 gr. Leczeniem tem udaje się złagodzić bolesne kurcze w przypadkach, w których inne środki nie działają. (Ther. d. Gegenw. 1930. Z. 8).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dn. 27 maja 1930 r.

Początek o godz. 8-iej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 27, wprowadzonych gości 26.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20-go maja 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje wyjątek listu kol. Fr. Goebela:

„Uprzejmie upraszam o sprostowanie odpowiedzi kol. Apfelbauma, udzielonej mi na posiedzeniu Tow. Lek. z dnia 20.V.1930 r. W dyskusji o wywoływaniu doświadczalnym „niedokrewności złośliwej” mówiłem o pochodnych metylowych toluendiaminy. W odpowiedzi kol. Apfelbaum mówił wyłącznie o toluendiaminie samej, co nie jest przecież tym samym związkiem. Obecnie stosują zamiast fenylhydrazyny również hydroksylaminę, która wywołuje megalocytozę, anizocytozę, poikilocytozę oraz polichromację. Zdaje mi się, że niedokrewność, w której jak np. po fenylhydrazynie wskaźnik barwnikowy jest mniejszy od jedności, jak to zresztą potwierdził w swej pracy kol. A., nie może być uważana za doświadczalną niedokrewność złośliwą”.

3. Kol. Pręgowski P.: „*Pokaz przypadków psychiatrycznych po leczeniu preparatami gruczołowymi* (Streszczenie własne).

1) Król 35 l., zameżna, z 3-imi dziećmi. *Retroversio uteri libera*. Od 3-ich lat miała miesiące wzmożone, trwające do 7-miu dni, oraz częstsze, co 3 tygodnie. W czasie tych miesiączek Król była przygnębiona, przejawiała urojenia depresyjne, usiłowała odebrać sobie życie. Po leczeniu sistomensiną Ciba, stosowaną od 15.XI do 15.XII, 1929 r. i od połowy lutego po czerwiec 1930 r. krwawienia zmniejszyły się i przygnębienia ustąpiły. Pręg. dodaje, że wypowiedziany przezeń (w „Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. Internationales Korrespondenzbl.” 1927 r. Nr. 52) pogląd o jajniko-pochodnej patogenie psychoz menstruacyjnych, do których należy dany przypadek, został później wypowiedziany także przez Bondarowa w „Zeitschr. f. die gesamt. Neurologie u. Psychiatrie” 1928 r. Bd. 113.

2) Cztery przypadki — 3 psychasteniczki N. l. 39, Tar. l. 27, Drab l. 29 i 25-letnia schizofreniczka Gol. — z cyklicznie występującymi stanami sadyzmu i żądzy niszczenia. Chora N. chwyciła raz zębami za gardło pielęgniarkę; dwukrotnie, bez widocznego powodu, zraniła do krwi spokojne chore; podaje ona, że widok, a jeszcze bardziej dotknięcie krwi osoby, przez nią zranionej, sprawił jej niezwykle zadowolenie. Chora Gol. dwukrotnie ugryzła inną spokojną chorą. Obserwacje na oddziale doprowadziły Pręg. do stwierdzenia, że stany żądy niszczenia i sadyzmu u przytoczonych chorych występowały w czasie miesiączki; przytem u chorej Tar., która miała dwukrotnie w miesiącu krwawienia, także stany agresywności i niszczenia występowały dwa razy w miesiącu. Gdy w grudniu 1929 r. u ch. Tark. nie zjawiało się jedno krwawienie, nie było wtedy i zaburzenia psychicznego. Badanie ginekologiczne wykazało u 2 pierwszych i u ostatniej chorej — *hypoplasia uteri*. Dalej zostało stwierdzone, że miesiączki tych chorych były skąpe. Stosowanie Agomensiny Ciba w ciągu 5-ciu miesięcy pociągnęło za sobą stopniowe osłabienie aż do zupełnego ustąpienia stanów sadyzmu i niszczenia u naszych chorych. Bliższe dane w tej sprawie znajdują się w niezadługo mającej ukazać się publikacji Pręgowskiego w „Psychiatr. Neurolog. Wochenschr. Internationales Korrespondenzblatt”.

3) Dwaj chorzy, mężczyźni, z występującymi cyklicznie stanami podniecenia: a) Mat. l. 38, schizofren od 15 lat, ze stwierdzeniem od 4 lat cyklicznie występującymi stanami podniecenia: bił otaczających, niszczył ubranie i pościel. Po trzymiesięcznym stosowaniu preparatu jądrowego Spiessa w lecie 1928 r. Mat. przez szereg miesięcy nie wykazywał podnieceń.

b) Ajzenst., l. 28, robotnik. W 15-tym roku życia miał w ciągu roku po 8 dni każdego miesiąca podniecenia psychiczne. Po 4-letniej przerwie podniecenia te powtórzyły się, stając się coraz silniejsze. W miarę stosowania preparatu jądrowego Spiessa 8-dniowe podniecenia Ajzen. stopniowo osłabły, w czerwcu 1929 r. podniecenia nie było. Ajz. w dniu 2 lipca 1929 r. został wypisany, i leczenie odrazu przerwane. Po kilku miesiącach zaczęły znowu zjawiać się cykliczne podniecenia. Dnia 7.I.1930 chory wrócił na oddział. Zaczęto leczenie preparatem jądrowym Richtera od jednej ampułki wyciągu słabszego, zwolna zwiększając dawki. Podniecenia chorego co miesiąc stawały się słabsze, i w maju 1930 nie zauważono żadnego podniecenia.

4) Dwie chore z psychozą? porodową z pośród pięciu, leczonych przez Pręgowskiego preparatem z szyszynki (epiphysanem Richtera), według koncepcji kol. K. Bogackiego. W świeżych przypadkach psychozy porodowej wcześniej rozpoczęte stosowanie wyciągiem z szyszynki dało w 3 przypadkach Pręgowskiego niezwykle wyniki: na 3-ci dzień stwierdzono poprawę, na 6—8-y dzień świadomość przebytej choroby, po dalszych 8—10 dniach lekkiego pogorszenia, zwłaszcza średniego stopnia depresji, — chore na stałe wróciły do zdrowia. W 2 przypadkach mniej świeżych psychozy porodowej, gdy leczenie rozpoczęte zostało nieco później, wpływ leczenia szyszynką był mniej udziwiający; po dość szybkim wystąpieniu poprawy utrzymuje się przez szereg tygodni przygnębienie, do którego usunięcia Pręgowski uciekał się do innych zabiegów, jak zastrzykiwania nukleiny, auroli i t. p. Bliższy opis tego leczenia zjawia się niezadługo we wspomnianym powyżej tygodniku niemieckim psychiatryczno-neurologicznym.

4. W dyskusji kol. Trzeciński zapytuje, co skłoniło kol. Prelegenta do stosowania preparatów jądrowych u mężczyzn.

Kol. W. Crlowski podaje w wątpliwość skuteczność leczniczą omawianych preparatów w przedstawionych przez kol. Prelegenta psychozach ostrych, które wszak mają zwykle przebieg krótkotrwały.

Kol. Pręgowski, odpowiadając, stwierdza, iż okrewność omawianych cierpień u mężczyzn nasunęła mu przez analogię myśl stosowania preparatów gruczołowych.

5. Kol. Reicher wygłosił odczyt p. t.: „*O podstawowej przemianie materji i o pracy serca u chorych z cierpieniami narządu krążenia*” (streszczenie własne).

Autorka wspomina na wstępie referatu nowoczesne badania nad zaburzeniem równowagi kwasowo-zasadowej i podstawowej przemiany materji u chorych z cierpieniami narządu krążenia oraz omawia wpływ tych zaburzeń na stan krążenia. We własnych badaniach określała metodą sphygmobolometryczną Sahllego pracę tętna u 47 chorych z różnymi cierpieniami narządu krążenia. Badania te wykazały, że w spokoju w stanie wyrównanym u chorych z miażdżycą, z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej, a także i w pewnych przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej praca tętna i wydajność krążenia są powiększone. Badanie czynnościowe, wykonane po określonym ruchu tą samą metodą, pokazuje, że u chorych wyrównanych po ruchu wzrasta praca tętna i wydajność krążenia, u tych zaś, których krążenie znajduje się już na granicy wyrównania praca tętna i wydajność

krążenia się zmniejszają. Pozwala więc ten sposób badania w zależności od wahań pracy tętna określić do pewnego stopnia rozmiary siły zapasowej serca.

W dalszym ciągu referatu omawia referentka wyniki badań podstawowej przemiany materji u 30 chorych z różnymi cierpieniami narządu krążenia. Badania te wykazały, że naogół, choć nie zawsze, u chorych z wyrównanymi wadami serca podstawowa przemiana materji jest prawidłowa, że się powiększa z chwilą wystąpienia cięższych zaburzeń wyrównania, w jednym przypadku stwierdzono jej zmniejszenie w stanie agonalnym. Ponieważ zwróciło uwagę, że zwiększenie podstawowej przemiany występuje szczególnie wyraźnie wtedy, gdy w zaburzeniach wyrównania stwierdza się powiększenie zastoinowe wątroby, niedoprowadzające jednakże jeszcze do jej marskości, że występuje ono także w przypadkach zupełnie dobrego wyrównania, ale wykazujących powiększenie wątroby z innych przyczyn, przeto przeprowadzono badania podstawowej przemiany u pewnej liczby chorych z cierpieniami wątroby ze zdrowym narządem krążenia. Badania te wykazały, że i wtedy w dość dużej liczbie przypadków podstawowa przemiana może być powiększona. Referentka omawia w końcu możliwości, które w przebiegu cierpienia wątroby mogą wpływać na zmiany zachowania się podstawowej przemiany.

6. W dyskusji kol. A. Rytel podkreśla, iż w badanych przez Prelegentkę przypadkach były obok braku wyrównania stany duszności, które same mogą wzmacniać bardzo znacznie przemianę podstawową. Trudno zatem ustalić, co w badaniach omawianych należy przypisać duszności, a co czynnikowi wątrobowemu.

Kol. A. Kapałan wysuwa szereg innych czynników, które należy uwzględnić przy ocenie podstawowej przemiany materji, jak różnice w zawartości tlenu we krwi tętniczej i żyłnej, rzut minutowy serca i inn.

Kol. E. Reichert (streszczenie własne).

W odpowiedzi stwierdza referentka, że w przypadkach cięższej duszności chorzy nie byli badani, gdyż w tych warunkach wykonanie podstawowej przemiany *lege artis* jest niemożliwe.

Posiedzenie zamknięto o godz. 9 min. 15.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Posiedzenie z dnia 10 czerwca 1930 r.

Początek o godzinie 8-mej punkt.

Obecnych członków Towarzystwa 17, wprowadzonych gości 20.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 27 maja 1930 r. przyjęto b. zmn.

2. Kol. Wiceprezes odczytał tytuły prac, nadesłanych do Biblioteki.

3. Kol. Wiceprezes przedstawił decyzję Zarządu, zatwierdzającą wniosek Komitetu Konkursowego im. D-ra Wacława Męczkowskiego, kwalifikujący do nagrody pracę prof. D-ra Władysława Szemajcha p. t. „Szpital im. Karola i Marii dla dzieci. Budowa, organizacja, działalność”. Warszawa 1926.

4. Kol. M. Wierzchowski wygłosił odczyt p. t. „Wpływ insuliny na „cukrzycę” głodową, białkową, tłuszczową” w którym przedstawił wyniki swoich badań, wykonanych z pomocą p. słuch. med. W. Pieskowa. (Streszcz. własne).

Wyrażenie „cukrzyca” zostało użyte dla uwydatnienia niedomogi przyswajania glikozy, wprowadzanej dożylnie ze stałą prędkością w ciągu 10 godzin, niedomogi, ukazującej się po głodzie, spożywaniu białka i tłuszczu. Zasadniczym wynikiem tych badań jest fakt, że t. zw. „faza pierwsza”, występująca w pierwszych okresach dożylnego wprowadzania glikozy, opisana dla danej prędkości wprowadzania glikozy przez Wierzchowskiego w dawniejszych doniesieniach, ogłoszonych w Warsz. Tow. Lek. wspólnie z p. H. Gadońską, nie jest w pierwszym rzędzie wynikiem braku dostępnej w organizmie insuliny, lecz wpływa z zahamowań przetwarzania glikozy pochodzenia w znacznej mierze nieinsulinowego.

5. Kol. A. Pallier i M. Wierzchowski wygłosili odczyt p. t. „O szybko-rytmicznym wprowadzaniu pokarmu: cukry”. (Streszczenie własne).

Kol. Pallier A. i Wierzchowski M. podali rozważenia doświadczenia swoje nad „Szybko-rytmicznym wprowadzaniem pokarmu”, przyczem jako przykład wzięli pod uwagę zachowanie się cukrów w tych warunkach. Wiadomą jest rzeczą, że uprzednie podanie cukru gronowego zmienia odczyn na następne poćnięcie tegoż cukru. Wobec

tego należało zbadać, czy ponawiająco, a więc rytmicznie stosowany bodziec cukrowy zdola przekształcić sposób przetwarzania cukru gronowego. Należało więc raz wprowadzić tę samą ilość cukru dożylnie w sposób jednostajny, z minuty na minutę jednakowy, kiedy indziej znów zmieniać bezustannie z minuty na minutę prędkość wlewania cukru, stosując się do jakiejś krzywej rytmicznej. Za taką krzywą obrano sinusoidę, która posiadała od jednej do czterech fal na godzinę. Gdy fala znajdowała się w najniższym punkcie, prędkość wlewania glikozy wynosiła 1 g. na kg. na godz., gdy zaś przechodziła na swoje wniesienie najwyższe, wynosiła ona 3 g. Ponieważ w doświadczeniach z wlewaniem jednostajnym wlewano 2 g. cukru na kg. na godz., więc w obu typach doświadczeń wlewano w sumie ilość tę samą cukru, a tylko sposób jego wlewania był różny. Badania te wykonano na psach. Wynik tych badań co do kwestji najważniejszej, jak rytmiczne wprowadzanie pokarmu, w danym przypadku cukru, wpływało na zdolność przyswajania wprowadzonego cukru, jest jednoznaczny: przyswajanie cukru, wprowadzanego stale z rytmicznymi nasileniami bez względu na liczbę fal na godzinę, jest takie same w wyniku sumarycznym, jak przy wlewaniu tegoż cukru ze stałą prędkością, jednakową z minuty na minutę. Faza pierwsza wyższego przebiegu krzywych cukrowych zarówno we krwi, jak i w moczu, zjawisko, któremu Wierzchowski i Gadońska poświęcili sporo uwagi (Biochem. Zeit., 1927, 191, 198, 398), występuje w tej samej mierze przy wlewaniu glikozy, nasileniem rytmicznym, jak i przy wlewaniu jednostajnym. O ile jednak w fazie drugiej, w której krzywe cukrowe, biegnące wysoko w fazie pierwszej, opadają do poziomu znacznie niższego, zaznacza się rytmika w krzywej stężenia cukru we krwi i krzywej cukromoczu, rytmika, zależna od rytmiki wlewania i z nią współczesna, o tyle faza pierwsza znosi zupełnie wszelką rytmikę w cukrze we krwi i w cukromoczu, i dlatego okres pierwszej fazy przy wlewaniu rytmicznym jest prawie taki sam, jak przy wlewaniu stałym. O ile w danym doświadczeniu faza pierwsza się nie pojawiła, czy to w doświadczeniach z cukrem, który fazy pierwszej nie daje (fruktoza), albo też u zwierząt, u których faza pierwsza nawet podczas wlewania glikozy nie występuje, wtedy rytmika w krzywej cukru we krwi i cukromoczu pojawiła się od pierwszej chwili doświadczenia. W doświadczeniach, w których pobierano krew zarówno z tętnicy jak i z żyły, charakter przebiegu krzywych cukrowych był prawie dokładnie taki sam, zarówno co do występowania fazy pierwszej, jak i co do pojawienia się rytmiki. Wśród tej grupy badań natrafiono na zwierzę wyjątkowe, posiadające „dożylną tolerancję” cukru gronowego niezmiernie wysoką, gdyż wynoszącą 2 g. cukru na kg. godz., a nie 0,85 g., jak to się zdarza najczęściej.

Posiedzenie zakończono o godz. 10 min. 35

Wiceprezes: Ludwik Paszkiewicz

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Anderson i Gérard (paryskie tow. biol. — Pr. méd. Nr. 53) stosują w celu *zapobiegawczym surowicę ozdrowieńców po odrze*, wkraplając codziennie po kilka kropel w ciągu 8—10 dni do spojówki oczu dzieci. Wyniki mają być bardzo zachęcające.

Barbet i Pasteur operowali dziecko 8-letnie (paryskie tow. chirurg. — Pr. méd. Nr. 53), które przed 3-ma laty połknęło zwykłą szpilkę. Stwierdzono to za pomocą radiografji. Podczas zabiegu okazało się, że *szpilka tkwiła główką w wyrostku robaczkowym*, gdy *ostrze siedziało w prawej ścianie pęcherza moczowego*, co spowodowało zakażenie moczowe. Usunięcie wyrostka ze szpilką, bez dotykania pęcherza, doprowadziło do szybkiego wyzdrowienia.

Marcel Labbé, Boulin i Soulié nie widzą jakiejś przewagi (paryskie tow. lek. szpit. — Pr. méd. Nr. 53) w stosowaniu *insuliny w oliwie* nad insuliną zwykłą, gdy tymczasem zastrzykiwanie insuliny w oliwie jest bolesne.

Grain zaleca stosowanie *szczepionek* w przypadkach *zapslenia wyrostka sutkowego* (paryskie tow. lek. — Pr. méd. Nr. 53). Zaleca on właściwie *pooperacyjne przemywanie antywirusem* w celu zapobiegnięcia ewentualnym powikłaniom po zabiegu.

Heymann mówił na majowym posiedz. berlińsk. tow. lekarsk. (D. m. W. Nr. 24) o *dokonywaniu zabiegów operacyjnych przy pomocy prądów o wysokiej częstotliwości*. Zamiast noża stosuje H. zabieg elektryczny. Części miękkie udaje się w ten sposób przeciąć tak, jak najostrzejszym nożem. Krwa-

wienie jest przy tem nieznaczne. Tkanki przecięte pozostają suche, gdyż pokrywają się cienką warstwą ściętego białka, co tworzy ochronę przed zakażeniem i wszczępieniem cząstek guzów. Przyrządy mają jeszcze dosyć braków, mimo to jednak stosowanie nowego sposobu operowania w licznych zabiegach brzusznych i na kończynach, a także w przypadkach czyraków i karbunkulów okazało się niezwykle korzystne. W dyskusji Nissen z kliniki Sauerbrucha naogół potwierdza wyniki Heymanna.

Ehrmann (berlin. tow. lek. — D. m. W. Nr. 34) spostrzegł przypadek *rzadkiej postaci zapalenia pęcherzyka żół-*

ciowego. Choroba klinicznie przebiegała pod postacią napadów, przypominających zimnicę, bez żółtaczki i bólów napadowych. Zdjęcie wykazało obecność kamieni w pęcherzyku.

Na tem samem posiedzeniu Ehrmann mówił jeszcze o przypadkach *ostrej martwicy trzustki, wyleczonych konserwatywnie* (okłady lodowe). Rozpoznanie opiera się na obecności wybitnego cienia w okolicy trzustki na zdjęciach. F. przestrzega przed dokonywaniem zabiegu w czasie wstrząsu. W dyskusji Katzenstein, Borchardt potwierdzają istnienie takich przypadków, w których metody konserwatywne doprowadziły do wyzdrowienia.

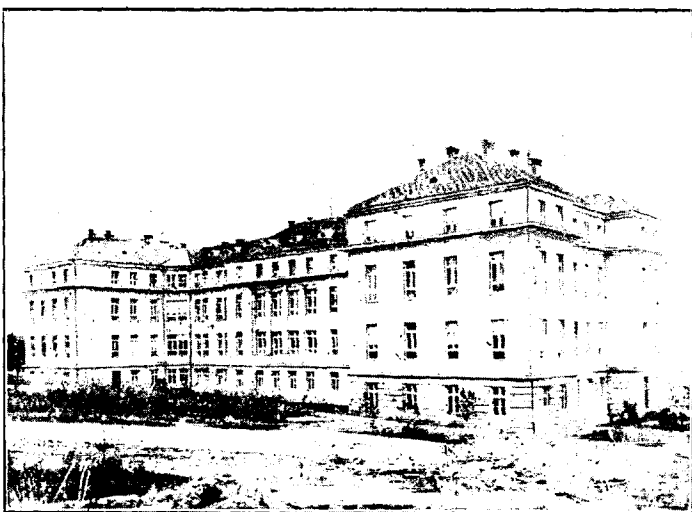
Korespondencja

Wrażenia z wycieczki do Jugosławji.

(Zakłady anatomopatologiczne.)

W maju r. b. miałam możność zwiedzić Zakłady Anatomji Patologicznej wydziałów lekarskich Uniwersytetów w Beogradzie i Zagrzebiu.

Obecna Jugosławja nie posiadała przed wojną wydziałów lekarskich, powstały one dopiero po wojnie, po 1920 r. Przysnam szczerze, spodziewałam się zobaczyć zakłady przerobione i rozszerzone ze sterych prosektorjów szpitalnych, a więc o wymiarach małych, urządzone prymitywnie. To też zdziwienie moje, nawet zdumienie było wielkie, gdy zobaczyłam wręcz wspaniałe Instytuty.



Zakład patol. ogólnej i anatomji patol.

Zakłady w Beogradzie i Zagrzebiu są obszerne, posiadają wszelkie nowoczesne urządzenia, organizacja zaś pracy zakładowej i nauczania stoją na tak wysokim poziomie, że ze wszech miar są one godne widzenia.

Zacznę od Zakładu Anatomji Patologicznej w Beogradzie. Mieści się on na krańcach miasta, w dzielnicy nowozbudowanej dla klinik i zakładów teoretycznych wydziału lekarskiego uniwersytetu. Dzielnica ta, położona wysoko, bezpośrednio przylega do jednego z parków miejskich. Zakład anatomji patologicznej mieści się w dużym trzypiętrowym gmachu, który został założony w 1923 r., a otwarty w kwietniu 1926 r.

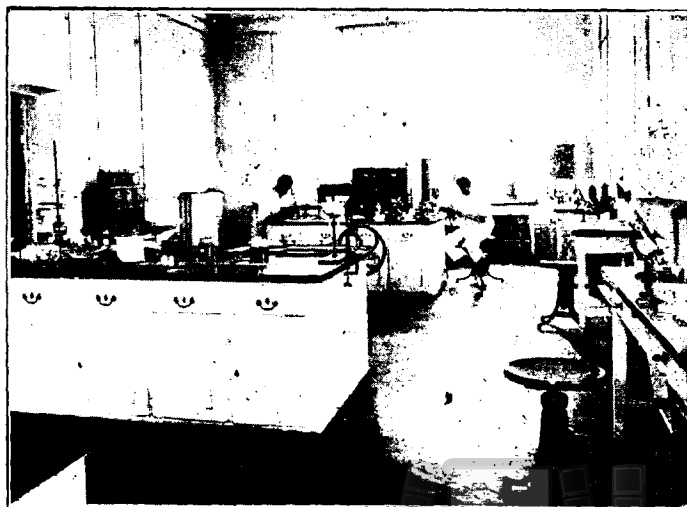
Zwłoki są dostarczane z pobliskich i dalej położonych klinik i szpitali z pomocą specjalnych samochodów i moto-

cykli, które są ulokowane w garażu obok Zakładu. Zwłoki są przechowywane w chłodni, która znajduje się na parterze w sali jasnej, wykładanej białymi kafelkami. Chłodnia posiada 12 miejsc. Na parterze umieszczono prowizorycznie zwierzyńiec.

Na pierwszym piętrze znajdują się sale sekcyjne (mała i duża) i audytorjum, na drugim piętrze — pracownia histologiczna, gabinet profesora i sala dla ćwiczeń histologicznych; na trzecim piętrze — mieszkania dla asystentów i ciemnie fotograficzne.

Sale sekcyjne, mała o 1-y m stole i duża o 3-ch stołach, komunikujące się z pomocą windy elektrycznej z chłodnią, są obszerne, bardzo jasne, o stołach marmurowych i wspaniałej wentylacji. Rocznie zakład wykonywa 700—800 sekcji. Protokoły są pisane najczęściej po sekcji na blankietach typu, używanego w Zakładach polskich; nazwy narządów są przeważnie serbskie, tylko niektóre łacińskie. Rozpoznanie jest pisane szczegółowo po łacinie. W bardzo wielu przypadkach są wykonywane badania mikroskopowe wycinków sekcyjnych, oraz badania bakterjologiczne. Te ostatnie są stosowane prawie we wszystkich przypadkach i są przeprowadzane w Zakładzie bakterjologicznym wydziału lekarskiego uniwersytetu; zakład ten mieści się w tym samym gmachu co i Zakład anatomji patologicznej, ma własnego kierownika i asystentów. Ułatwia to ogromnie pracę i odciąża Zakład anatomji patologicznej, pozwalając prowadzić badania bakterjologiczne na szeroką skalę.

Badan wycinków operacyjnych zakład wykonywa bardzo dużo — 1000—1100 rocznie. Materiał bowiem pochodzi nie-



Pracownia

tylko z beogradzkich klinik i szpitali, ale i z prowincji. Wszystkie badania rozpoznawcze są wykonywane bezpłatnie. Preparaty mikroskopowe są sporządzane przeważnie metodą parafinową lub za pomocą mikrotomu zamrażającego.

W przyrządy Zakład jest zaopatrzony obficie. Gorzej jest z pracownikami, których jest za mało. Prócz zwyczajnego profesora p. Jovanowica — kierownika Zakładu, oraz profesora nadzwyczajnego — posiada jednego etatowego asystenta lekarza docenta Tichomirowa i trzech asystentów (właściwie laborantów) studentów.

Uposażenia są w porównaniu z polskimi niskie. Profesor zwyczajny pobiera 800 złp., profesor nadzwyczajny — 560 zł., asystent lekarz — 285 zł., a asystent student — 160 zł. Należy jednak wziąć pod uwagę, że koszty utrzymania w Jugosławii są nieco niższe, niż w Polsce, i że asystenci mają mieszkania w zakładzie.

Biblioteka jest również piętą Achilleśa Zakładu. Ponieważ Zakład istnieje zaledwie parę lat, więc wielkiej wartości roczniki pism anatomopatologicznych, tak niezbędnych do pracy, musiałby zakupić, co byłoby wydatkiem ponad siły. Zараdził temu częściowo kierownik, który całą swą, wielką wartość, prywatną bibliotekę oddał Zakładowi. Mieści się ona w ślicznej, ogromnej sali bibliotecznej, która równocześnie jest i salą posiedzeń.

Prócz roboty bieżącej Zakład prowadzi również badania naukowe, których wyniki są umieszczane przede wszystkim w medycznych pismach niemieckich, wspomnę tu o pracach prof. Jovanowica nad surowicami przeciwnowotworowymi i przeciwluszczycowymi; te ostatnie dają doskonałe wyniki lecznicze.

Zakład anatomji patologicznej w Zagrzebiu (stolica Chorwacji) również mieści się na krańcach miasta na Szalacie, nowej dzielnicy, wśród ogrodów, boisk i placów tenisowych. Jest on większy nieco od zakładu beogradzkiego, a urządzony w sposób podobny. Ilość sekcji i badań rozpoznawczych jest mniej więcej taka sama, jak w Beogradzie. Protokoły sekcyjne są pisane podczas sekcji przez laborantów i młodszych asystentów. Blankiety sekcyjne nie posiadają rubryk z wymienieniem narządów, tylko na początku znajduje się parę rubryk — nazwisko i wiek zmarłego, rozpoznanie i t. d.

Badania wycinków operacyjnych prowadzi od 3-ich lat jeden z asystentów, który ma do swojej dyspozycji wykwalifikowanego laboranta. Preparaty histologiczne są wykonywane w celoidynie, a gdy chodzi o pośpiech — na mikrotomie zamrażającym.

Prof. Sałykow, kierownik Zakładu, prowadzi od dłuższego czasu badania nad konstytucją, dla tego celu posiada też specjalny stół sekcyjny do wykonywania pomiarów.

Tyle co do urządzenia Zakładów. Wspomnę teraz o nauczaniu, o tem najważniejszym zadaniu uczelni uniwersyteckiej, które odbywa się mniej więcej jednakowo w obu Zakładach.

Wykładów z anatomji patologicznej słuchają i odrabiają odnośne ćwiczenia studenci 5, 6, 7, 8 semestrów — obowiązkowo i nieobowiązkowo studenci 9-go semestru. Przeciętnie słuchaczy tych jest 450-ciu. Wykładają (w Beogradzie) profesorowie 8 godzin tygodniowo (prof. Jowanowicz — 5 g., prof. Szachowicz — 3 g.). Na ćwiczenia sekcyjne poświęca się 6 godzin tygodniowo. Ćwiczenia histologiczne, które prowadzi profesor, odbywają się przy współudziale wszystkich asystentów 2 razy tygodniowo po 2 godziny w specjalnej, na ten cel przeznaczonej sali, w której znajduje się aparat projekcyjny.

Ponieważ zakłady posiadają ograniczoną liczbę mikroskopów (beogradzki — 63), przeznaczonych do ćwiczeń, ćwiczenia są dublowane (na życzenie studentów), czyli faktycznie odbywają się 4 razy tygodniowo — 2 razy dla jednej połowy studentów, 2 — dla drugiej.

Kurs histopatologii obejmuje przeszło 200 preparatów mikroskopowych. I co jest zdumiewające, przy stosunkowo bardzo małych dotacjach otrzymywanych przez Zakład, studenci otrzymują preparaty mikroskopowe (w ilości 205–210) na własność; na każdym ćwiczeniu studenci dają czyste szkiełka przedmiotowe, otrzymując wzamian skrawki na szkiełkach, które muszą wykończyć.

Sala histologiczna i mikroskopy są do dyspozycji studentów przez cały dzień, tak, że słuchacze w chwilach wolnych od zajęć lub przed egzaminem uczą się tam i oglądają swoje preparaty.

Na egzaminie z anatomji patologicznej, który można zdawać dopiero po przesłuchaniu 8-u semestrów, student wykonywa sekcję, zdaje egzamin teoretyczny i z histologii patologicznej, przyczem winien wykazać znajomość techniki mikroskopowej (profesor niekiedy każe zabarwić preparat).

Muzea zarówno w Zakładzie beogradzkim, jak i zagrebskim, nie są jeszcze wykończone. Sale, przeznaczone na muzea, są bardzo duże i jasne. Szafy muzealne częściowo są prowizoryczne (stare), częściowo już nowonabyte, metalowe, białe emaljowane, całe oszklone (Zagrzeb). Wszystkie prawie preparaty muzealne są wykonane w barwach (w płynie Picka lub Kaiserlinga). Zagrzeb posiada 3500 prześlicznych preparatów muzealnych, Beograd — około 1000.

Zagrzeb prócz muzeum specjalnego posiada jeszcze wykończone już małe muzeum dla studentów. Duża amfiteatrna sala wykładowa jest okolona półokrągłym szerokim i jasnym korytarzem, tyły ławek stanowią szafy (typ gablotkowy, białe emaljowane, całe oszklone), w których według działów ogólnej anatomji patologicznej (zmiany wsteczne, zaburzenia w krążeniu, zapalenia, nowotwory) są ustawione preparaty makroskopowe barwne, ilustrujące najbardziej charakterystyczne schorzenia. Studenci, ucząc się do egzaminu, mają „żywe” ilustracje, tak, iż mogą korzystać z podręczników lub skryptów pozbawionych rycin. Przed oknami, naprzeciwko szaf, znajdują się stoly, na których po każdym wykładzie są wystawione mikroskopy z preparatami histologicznymi, przedstawiającymi omawiane na wykładzie sprawy chorobowe.

Podręczników z dziedziny anatomji patologicznej ani po serbsku, ani po chorwacku niema. Studenci korzystają z podręczników przeważnie niemieckich, ale dużą przeszkodę w tem stanowi brak znajomości języków obcych.

Doprawdy podziwiać należy żelazną wolę i kolosalną pracę kierowników tych Zakładów i ich współpracowników, którzy potrafili w tak krótkim czasie stworzyć z niczego i zorganizować tak pięknie swoje zakłady, szczególnie, jeśli wziąć pod uwagę tysiączne trudności, które piętrzą się przy wykonywaniu każdego niemal poczynania, chociażby brak środków materialnych (Zakład w Beogradzie ma rocznie do dyspozycji 12.800 zł. p.)

Kończąc tę krótką notatkę o Zakładach anatomopatologicznych uniwersytetów Jugosławii, radzę każdemu lekarzowi, zwiedzającemu ten przepiękny kraj, aby je zobaczył (co jest szczególnie aktualne w związku z mającym się odbyć wkrótce zjazdem lekarzy w Splicie), a kolegom Jugosłowianom życzę, aby praca ich w dalszym ciągu przynosiła tak wspaniałe i obfite owoce, jak dotychczas.

A. Siedlecka (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zagadnienie gruźlicy w Zakładzie Psychjatricznym *).

Podał

Dr. med. Rafał BECKER (Otwock).

Kierownik Zakładu Psychjatricznego „Zofjówka”.

(Dok. patrz Nr. 39).

Nie podlega zatem wątpliwości, że między schizofrenją a gruźlicą istnieje endogeniczna współzależność, i że stwierdzona niepominiemnie wysoka śmiertelność z gruźlicy u schizofreników nie jest uwarunkowana jedynie życiem zakładowym.

Już ta okoliczność, że większość schizofreników należy do typu asteników, który sam przez się już poniekąd uspasabia do gruźlicy, przemawia za tem, że obie te choroby mogą mieć wspólne podłoże u jednego i tego samego osobnika.

Badając dane anamnestyczne schizofreników, niejednokrotnie zauważyłem, że wśród członków rodzin tych chorych często zdarzają się przypadki gruźlicy. Fakt ten znajduje szczególne potwierdzenie w pracy znanego genealoga L u x e n b u r g e r a, która niedawno ukazała się pod tytułem: „gruźlica jako przyczyna śmierci w rodzeństwie schizofreników, manjakołno-depresyjnych oraz u psychicznie zdrowej ludności”.

W pracy powyższej autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Psychicznie zdrowe rodzeństwo schizofreników wykazuje około 4 razy większą śmiertelność z gruźlicy, niż rodzeństwo ogółu ludności.
2. Psychicznie zdrowe rodzeństwo manjakołno-depresyjnych zachowuje się w stosunku do śmiertelności z gruźlicy tak samo, jak rodzeństwo ogółu ludności.
3. Mniejsza odporność rodzeństwa schizofreników wobec gruźlicy jest bezsprzecznie momentem endogenicznie-konstytucjonalnym.
4. Należy przyjąć istnienie korelacji między predyspozycją do *dementia praecox* a dziedziczną słabością potencji komórkowej, która powoduje zmniejszoną odporność wobec infekcji gruźliczej.

B o n a s e r a w swojej pracy „gruźlica a zachorzenia psychiczne”, widzi nawet w gruźlicy poniekąd jeden z czynników etiologicznych w powstawaniu schizofrenji.

Wychodząc z założenia, że grupa *dem. praecox* reprezentuje chorobę, wymagającą do swojego powstania dwóch fundamentalnych warunków: pierwotnego osłabienia mózgu oraz intoksykacji, która najczęściej stoi w związku z rozwojem seksualnym, B o n a s e r a przypuszcza, że taką intoksykacją może być zakażenie gruźlicze.

Uważa zatem, że za dysfunkcje wewnątrzwydzielnicze należałoby czynić odpowiedzialną intoksykację, manifestującą się w okresie życia, kiedy

występuje działanie wytworzonych specyficznych hormonów (przeważnie w sferze seksualnej).

Czy powyższa hipoteza, jakoteż tłumaczenie L u x e n b u r g e r a z wprowadzeniem pojęcia potencji komórkowej mają coś za sobą, tego nie chciałbym tu rozstrzygać. Mniemam, że na takie ostateczne rozstrzygnięcie powyższego zagadnienia jeszcze jest za wcześnie.

Schizofrenicy, stanowiący przeważającą większość wśród chorych w zakładach psychjatricznych, najprawdopodobniej posiadają pewien moment endogenicznie-konstytucjonalny, predysponujący do gruźlicy i osłabiający znacznie odporność wobec niej; należy jednak przyznać, że pobyt w zakładach, wskutek bardzo często niehigienicznego zachowania się psychicznie chorych, ze swojej strony również w niemałym stopniu przyczynia się do możliwości infekcji gruźliczej.

Ujemne działanie psychozy na warunki życiowe umysłowo-chorych powoduje powiększoną skłonność do wszelkich fizycznych niedomagań wogóle i do gruźlicy w szczególności. Jak już poprzednio zaznaczyłem, w obecnym stanie fizjologii za jedną z głównych przyczyn powstania ciężkiej gruźlicy uchodzi tak zwany naciek wczesny. Ten naciek występuje zazwyczaj u dorosłych, znajduje się zwykle w okolicy podobojczykowej i rozwija się przy niezajętych szczytach.

Taki naciek wczesny występuje jako proces zapalny wysiękowy, może po pewnym czasie ulec stwardnieniu i zbliznowaceniu oraz zwapnieniu. Często jednak ulega rozpadowi, przyczem tworzą się jamy. O ile nie udaje się zatamować rozwoju procesu ropotworczego, choroba zazwyczaj szybko postępuje naprzód i w krótkim czasie doprowadza do zejścia.

Opisana forma gruźlicy, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, najczęściej występuje w zakładach psychjatricznych obok gruźlicy kiszek.

Wybitną rolę w powstaniu takiego nacieku wczesnego odgrywa, zdaniem fizjologów (Redecker), reinfekcja. Taki naciek wczesny rozwija się u ludzi, którzy już przedtem przechodzili infekcję gruźliczą, mając swoje ognisko pierwotne, obecnie zaś ulegli powtórnemu zakażeniu.

Dzięki pierwotnej infekcji to powtórne zakażenie znajduje dla siebie szczególnie podatny grunt i, wywołując stan alergji, ze swojej strony potęguje rozwój gruźlicy. Kumulująca się infekcja, nieustanne działanie źródła zakażenia, które zazwyczaj spotykamy w otoczeniu suchotników z otwartą, względnie z przejściowo otwartą gruźlicą, szczególnie sprzyja powstaniu cierpienia gruźliczego.

Bywają, co prawda, inne możliwości wiodące do powstania nacieku wczesnego, jak np. droga wewnątrzpochodna, kiedy zarazek, istniejący już w ustroju, szerzy się drogą oskrzeli albo przez naczynia krwionośne, względnie chłonne.

Przy obserwowaniu większych skupień ludzkich gruźlica przedstawia się nam jako choroba wybitnie rodzinna. Określenie to można uważać

*) Według odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe Psychjatrów Polskich 9 czerwca 1930 r. w Warcie.

za szczególnie trafne w stosunku do naszych zakładów psychiatrycznych.

Jest rzeczą aż nadto zrozumiałą, że w zakładach psychiatrycznych nie tylko chorzy, lecz również i wszystkie zatrudnione w nich osoby, a zwłaszcza personel pielęgniarstwa, narażone są na zakażenie gruźlicze.

Jeden z autorów, zajmujących się kwestją gruźlicy w zakładach psychiatrycznych, Adolf Fuchs, słusznie zaznacza, że sama tylko gruźlica zabiera w zakładzie psychiatrycznym o wiele więcej ofiar, niż wszystkie inne choroby zakaźne razem wzięte.

Można się też w zupełności zgodzić ze zdaniem tego autora, że dotychczasowe postępowanie, polegające na izolowaniu chorych z otwartą gruźlicą, względnie przeniesienie tych chorych do specjalnych oddziałów dla gruźlików, nie jest bynajmniej rozwiązaniem tej kwestji.

Największe niebezpieczeństwo reinfekcji stanowią t. zwane przypadki ukryte, gdyż często przez dłuższy czas rozsiewają zakażenie.

Pierwszym zatem nakazem w walce z gruźlicą winno być również w naszych zakładach — możliwie wczesne rozpoznanie choroby gruźliczej.

Dzięki wczesnemu rozpoznaniu osiągamy nie tylko najlepsze wyniki terapeutyczne, lecz zarazem uprawiamy najskuteczniejszą profilaktykę.

W tym celu w każdym zakładzie powinien znajdować się jeden lub więcej lekarzy ze specjalnym przygotowaniem w tym kierunku. Byłoby też bardzo pożądane, żeby każdy zakład psychiatryczny od czasu do czasu wysyłał swoich asystentów do specjalnych sanatoriów gruźliczych, gdzieby mogli wyspecjalizować się zarówno w sztuce rozpoznawania początkowych form gruźlicy, jakoteż zaznajomić się bliżej z odnośną techniką terapeutyczną.

Każdy zakład psychiatryczny powinien posiadać specjalny oddział dla chorych na gruźlicę i nie tylko dla celów izolacyjnych, lecz też i leczniczych. Oddziały te winny być w odpowiedni sposób urządzone, zaopatrzone w leżalnie do werandowania, których się stale domagał zmarły Radziwiłłowicz.

Nie powinno też w nich brakować aparatów pomocniczych tak do celów dagnostycznych, jak i terapeutycznych, jak np. Roentgen, instrumentarium do zakładania sztucznej odmy i t.p. Ze odpowiednie urządzenie laboratoryjne jest również konieczne, rozumie się samo przez się.

Biorąc pod uwagę, że liczba psychicznie chorych z gruźlicą jest u nas dość znaczna, należałoby już teraz zastanowić się nad tem, czy nie warto byłoby stworzyć w odpowiedniej miejscowości zakład centralny, przeznaczony specjalnie dla psychicznie chorych, dotkniętych gruźlicą w tej lub innej postaci. Oczywiście, taki zakład musiałby być urządzony według ostatnich wymagań nauki psychiatrycznej i fizjologicznej oraz w odpowiedni sposób prowadzony.

Rzucam tu tylko myśl w nadziei, że znajdzie oddźwięk w sferach psychiatrycznych, tembardziej, że znajdujemy się obecnie w okresie rozbudowy szpitalnictwa psychiatrycznego w kraju. Urzeczywistnienie powyższego projektu byłoby niewątpliwie nader pożytecznym uzupełnieniem całego sys-

temu rozbudowy i znacznym krokiem naprzód w dziedzinie opieki psychiatrycznej.

Co prawda, ostatnio terapia gorączkowa w zakładach psychiatrycznych stała się bardzo modna. W każdej gorączce widzi się zbawienny środek przeciwko psychozie. Co do gorączki pochodzenia gruźliczego, nikt i teraz nie ma żadnej wątpliwości co do jej charakteru złośliwego.

Jest rzeczą charakterystyczną, że przypadki schizofrenji, które same przez się często dają remisje, z chwilą przyłączenia się gruźlicy czynnej, stają się beznadziejne zarówno pod względem fizycznym, jakoteż i psychicznym. Sądzę, że spostrzeżenie to mogłoby potwierdzić także i inni psychiatrzy.

Oczywiście, że w walce z gruźlicą nie należy też zaniedbywać innych środków zaradczych, obecnie stosowanych w naszych zakładach, a zwłaszcza t. zwanej „czynnej terapii pracy“, która znajduje coraz szersze zastosowanie w zakładach psychiatrycznych. Leczenie to może mieć miejsce tylko tam, gdzie praca odbywa się na otwartym powietrzu lub w odpowiednich lokalach.

Kończąc moje rozważania, które pozwoliłem sobie tu przedstawić w krótkim zarysie, pragnąłbym jeszcze raz zaznaczyć, że kwestja gruźlicy u chorych psychicznych jakoteż jej rozpowszechnienia w zakładach winna się stać dla nas — psychiatrów przedmiotem większego zainteresowania naukowego, jakoteż bodźcem do szeregu kroków praktycznych.

Odeszliśmy już daleko od przestarzałych, posępnych stosunków, które panowały niegdyś w starodawnych zakładach psychiatrycznych, bardzo często podobnych do najgorszego rodzaju przytułków. Obecnie musimy zrobić jeszcze jeden krok naprzód i przestać traktować gruźlicę jedynie jako wytwór dodatkowy do choroby umysłowej, przypatrując się beczynnie jej rozwojowi.

Musimy i w tej sprawie ujawnić więcej aktywności i stworzyć w naszych zakładach warunki, odpowiadające istotnym wymaganiom nowoczesnego lecznictwa, higieny i profilaktyki.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) O s t m a n n. Untersuchungen über die Tuberkulose als Todesursache in der Heilanstalt Schleswig. „Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie“. 1927, Bd. 85.
- 2) A. Fuchs. Die neueren Erkenntnisse in der Tuberkulosefrage und ihre Folgerungen für unsere Heil- und Pflegeanstalten. „Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie“. 1928, Bd. 88.
- 3) L ö w. Richtlinien zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Irren-Anstalt. „Psychiatr.—Neurolog.—Wochenschrift“. 1923, p. 131.
- 4) O s s w a l d. Die Tuberkulose in Irrenanstalten. „Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie“. Bd. 59.
- 5) H. L u x e n b u r g e r. Tuberkulose als Todesursache in den geschwisterchaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittsbevölkerung. „Zeitschr. f. d. Gesamte Neurol. u. Psych.“ Bd. 109, p. 313.
- 6) H. W e r n e r. Die Bedeutung der Tuberkulose für die Irrenanstalten. „Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie“. Bd. 89, p. 264.
- 7) G. B o n a s e r a. Gruźlica a zachorzenia psychiczne. „Nowiny Psychiatryczne“. 1925 p. 132.
- 8) C. v. R ö m b e r g. Über die Entwicklung der Lungentuberkulose. Berlin. Julius Springer, 1927.
- 9) G. W. B o g u c k i. Organizacja służby zdrowia i stan sanitarny m. st. Warszawy w 1924 roku. Warszawa, 1926.
- 10) W. B o g u c k i. Działale

ność Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w 1925 roku. Warszawa, 1926, 11) A. Margolis. Gruźlica w Łodzi w r. 1929. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1930. Nr. 21—22. 12) N. Berlin. Alergia i rozwój gruźlicy. „Gruźlica”. 1930. T. V. Nr. 1. 13) T. Łapiński. Szpital Jana Bożego

za lata 1925—1928. Warszawa. 14) W. Bernasiewicz i W. Łuniewski. Próba zestawienia danych statystycznych ze sprawozdań zakładów psychiatrycznych za rok 1928. „Rocznik Psychiatryczny”. 1930. Zeszyt 12. 15) Sprawozdania z różnych zakładów psychiatrycznych w Polsce.

Sprawy zawodowe

Na marginesie zmiany na stanowisku Dyrektora P. Z. H.

Państwowy Zakład Higieny otrzymał niedawno nowego dyrektora. Usunięcie dra Rajchmanna, twórcy i założyciela Zakładu, oraz pozostawienie na uboczu dra Hirszfelda, długoletniego faktycznego kierownika tej instytucji, żywo obchodzi świat lekarski, zainteresowany w najwyższym stopniu tem, co się stanie z Zakładem w nowym ręku.

Przedewszystkiem każdy stawia sobie pytanie, czy dobrze się stało, że dr. Rajchman przestał być nominalnym dyrektorem Zakładu. Koła lekarskie zdają sobie dokładnie sprawę z tego, jakie zasługi położył dr. Rajchman dla organizacji polskiej Służby Zdrowia, zwłaszcza w dziedzinie walki z epidemiami w pierwszych latach odrodzenia Polski. Stworzenie Państwowego Zakładu Higieny było równoznaczne z uniezależnieniem Polski w tej najważniejszej dziedzinie zdrowia od bezpośredniej ingerencji państw obcych. Było to, że się tak wyrażę, zagwarantowaniem Polsce suwerenności w walce z epidemiami zagrażającymi całemu światu. Dr. Rajchman dał dowód olbrzymiego talentu organizacyjnego, stwarzając Zakład Higieny w chwili najcięższej dla Państwa Polskiego, kiedy nikt o tych rzeczach nie myślał. Chciałbym w tem miejscu rozbić legendę o obcych funduszach, uzyskanych na ten cel przez dra Rajchmanna, Budynek, w którym się mieści obecnie zakład, (z wyjątkiem Szkoły Higieny, został zakupiony za pieniądze rządu polskiego. Początkowe instalacje i pierwsze mikroskopy zostały zakupione od cofających się wojsk niemieckich. Pomoc Czerwonego Krzyża amerykańskiego była bardzo nikła. Fundacja Rockefellera w tym okresie nie wchodziła wcale w rachubę. Wyrazem talentu dra Rajchmanna było przedewszystkiem nadanie nowej placówce odrazu wysokiego poziomu fachowego. To właśnie stworzyło dla Zakładu mocną podstawę szybkiego i świetnego rozwoju.

Zorganizowanie pracy na terenie w dziedzinie walki z durem wysypkowym, zorganizowanie na szeroką skalę własnej produkcji szczepionek i surowic oraz państwowej kontroli produktów własnych i importowanych, a wreszcie stworzenie placówek badawczych o bardzo wysokim poziomie w połączeniu z powołaniem do życia własnego organu w postaci Przeglądu Epidemiologicznego, później Medycyny Doświadczalnej — to wszystko dokonane zostało na przestrzeni 2 — 3 lat. Ostatni bezpośredni dziełem dra Rajchmanna już jako dyrektora lekarskiego Ligi Narodów było zwołanie do Warszawy międzynarodowej konferencji sanitarnej, na której głównym przedmiotem dyskusji było opanowanie zagrażającej całej Europie epidemii duru wysypkowego w Sowietach. Na konferencji tej Polska była reprezentowana w sposób, najzupełniej odpowiadający jej godności. Nie ustępowaliśmy w niczem starym, dawno zorganizowanym państwom Zachodu. Międzynarodowe koła sanitarne

wcześniej poznały się na talentach organizatorskich dra Rajchmanna, i Liga Narodów powołała go na najwyższy posterunek lekarski świata cywilizowanego, powierzając mu kierownictwo międzynarodowych spraw sanitarnych. Na stanowisku tem dr. Rajchman nie tylko nie zerwał łączności z krajem i z jego służbą zdrowia, ale w dalszym ciągu przyczyniał się waleśnie do jego rozwoju. Samodzielność poczynił dotychczasowych stworzyła warunki, w których można było liczyć na pomoc fundacji Rockefellera. Powstała pierwsza na kontynencie Państwowa Szkoła Higieny, której przeznaczeniem jest fachowe szkolenie pracowników sanitarnych wszelkich stopni, począwszy od pielęgniarek i dezynsektorów, kończąc na lekarzach Państwowej służby Zdrowia na najwyższych szczeblach hierarchji. Zorganizowany został wzorowy Ośrodek Zdrowia, który stał się prototypem zakładów tego rodzaju na terenie całej Polski. Wreszcie zagwarantowany został szeroki dopływ nowych prądów w dziedzinie epidemiologii, higieny i administracji sanitarnej przez wysyłanie stypendystów lekarzy do Ameryki i Anglii oraz przez zorganizowanie międzynarodowej wymiany pracowników państwowej służby zdrowia. Ostatnimi czasy dr. Rajchman, idąc za wzorami Sztampara w Jugosławji, nosił się z zamiarami zorganizowania szeroko zakrojonej akcji uzdrowotnienia wsi. Higiena miała tam iść w parze z podniesieniem poziomu materialnego i kulturalnego.

Produkcja własna szczepionek i surowic stworzyła mocną podstawę materialną dla rozwoju poczynił Zakładu. Do talentów dra Rajchmanna należał także dobór pracowników. Pierwsze między nimi miejsce zajmuje dr. Hirszfeld, dziś bezsprzecznie jeden z czołowych przedstawicieli polskiej twórczej myśli badawczej. Nie potrzebuję na tem miejscu określenia tego uzasadniać. Nie mówiąc już o szeregu prac z dziedziny bakterjologii i higieny, badanie grup serologicznych, które w ciągu kilku lat zaledwie stało się jednym z najbardziej fascynujących tematów i powołało do życia olbrzymią literaturę z własnymi czasopismami, jest w dzisiejszej postaci dziełem przedewszystkiem dr. Hirszfelda. Badania nad rakiem, zainicjowane przed 3-ma zaledwie laty, w moim przekonaniu odegrają niebawem nie mniejszą rolę. Wszelkierne wykształcenie, a przedewszystkiem niezmiordowana inicjatywa, rozwijana przez dr. Hirszfelda w dziedzinie związania życia i pracy zakładu z zagadnieniami terenowymi uczyniły P. Z. H. instytucją jedyną w swoim rodzaju. W Niemczech i innych krajach spotykamy zakłady dwóch typów, jeżeli pominiemy instytuty uniwersyteckie. Albo są to zakłady badawcze, rozwiązujące aktualne zagadnienia naukowe, albo zakłady będące na usługach administracji, opanowane przez rutynę. Państwowy Zakład Higieny stanowi konglomerat jednego i drugiego. Stawia on sobie jednocześnie zagadnienia badawcze, trzymając bacznie rękę na pulsie międzynarodowego życia naukowego, oraz inicjuje akcję terenową w skali tak szer-

rokiej, na jaką stać Polskę w dzisiejszych niesłychanie ciężkich warunkach materialnych. Klasycznym przykładem w tej mierze jest sprawa zwalczania płonicy i błonicy. Obok pierwszorzędnych prac naukowych z tej dziedziny P. Z. H. ma zasługę zorganizowania i przeprowadzenia masowej akcji ochronnej. Zagranica niejednokrotnie dawała wyraz uznania dla tego właśnie wyjątkowego charakteru naszego P. Z. H. Robert Kraus, powołany na analogiczne stanowisko do Ameryki Południowej, przeprowadził w Warszawie gruntowne studia nad organizacją i pracą P. Z. H. Park, który ostatnio był w Warszawie, również nie szczędził wyrazów uznania. Było wielkim błędem ze strony P. Z. H. zaniedbanie dostatecznego informowania czynników miarodajnych o opiniach fachowych kół zagranicznych.

Ostatnie lata były epoką najświetniejszego rozwoju P. Z. H. Rozpoczęto w owym czasie współpracę z Kasami Chorych nprz. w Wiedniu. Rozpoczął się olbrzymi wzrost agend P. Z. H. i wszystkich jego oddziałów. Jednocześnie są w opracowaniu plany filji w Gdyni o pierwszorzędnym znaczeniu międzynarodowym i buduje się filję na Śląsku, poświęconą poza chorobami zakaźnymi specjalnie zagadnieniom higieny i bezpieczeństwa pracy.

Dr. Rajchman, urzędując w Genewie, bywał w Warszawie tylko dorywczo i w dużych odstępach czasu. Pomimo to jego niezmordowana inicjatywa twórcza stale rozciągała nad Zakładem opiekę. Było to nieraz uciążliwe, gdyż myśl jego niezawsze umiała się zamknąć w granicach naszych państwowych możliwości, ale bodźce, pochodzące z tego źródła, były zawsze pierwszorzędnej jakości. Cała praca bezpośrednia, począwszy od wszystkich drobiazgów administracyjnych i kończąc na układaniu budżetu i na samodzielnej pracy badawczej i piśmiennej, spoczywała w ręku dra Hirszfelda. Jako bezpośredni świadek tych kłopotów i codzienny niemal gość Zakładu, muszę stwierdzić, że nieraz podziwiałem giętkość tego umysłu, gotowego przerzucić się w każdej chwili od spraw administracyjnych i budżetowych do najbardziej zawiłych problemów teoretycznych. Przytem, jakem już zaznaczył, dr. Hirszfeld posiada zgoła wyjątkowe u badacza teoretyka odczucie doniosłości zagadnień praktycznych i umiejętność uruchamiania pracy w tej dziedzinie.

Zdawałoby się, że kombinacja wpływów na terenie międzynarodowym i szerokiej inicjatywy, jakie wnosił dr. Rajchman, z wysokimi walorami badacza i higienisty praktyka, jakie reprezentuje dr. Hirszfeld, jest tak wyjątkowa, że należy szukać sposobu zapewnienia jej jak najdłuższego trwania. Pożornie na przeszkodzie stała nieobecność w Warszawie osoby dyrektora, którym był dr. Rajchman i pozostawienie dr. Hirszfelda na stanowisku tylko zastępcy. Zdawałoby się, że jedynym, który mógł się na to skarżyć, był dr. Hirszfeld, mający wszelkie prawo do dyktatorstwa faktycznego. Ale on pretensji nie zgłaszał. Praca i rozwój Zakładu były po-

nad wszelką pochwałę. Skarb oszczędzał, gdyż dr. Rajchman korzystał z urlopu bezpłatnego. Niestety, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, wbrew elementarnemu poczuciu dobra sprawy, wbrew nareszcie wszelkiej logice jednem pociągnięciem pióra rozbito organa kierownicze P. Z. H. i stworzono sytuację niezmiernie trudną. Dlaczego usunięto dr. Rajchmana, nie jest mi jasne. Praca jego dla Polski mówi sama za siebie. O wartości jego talentów mogli ci, którzy, ze szkodą dla sprawy, nie znają się na tem, wnosić z opinii o nim higienistów i działaczy sanitarnych całego świata. Tylko jakieś ultraprymitywne pojęcie porządku, wymagające, aby dyrektor koniecznie był na miejscu, mogło się nie godzić z istniejącym stanem rzeczy. Ale i w takim razie sprawę należało załatwić inaczej i znaleźć jakiś sposób, umożliwiający drowi Rajchmanowi zalegalizowanie swej współpracy z sanitariatem polskim. Było to wyłącznie zagadnienie formalne. Pod względem faktycznym zniesienie tej współpracy stanowi dla sanitariatu polskiego dotkliwą stratę, a i dr. Rajchman zasługiwał na inne rozwiązanie z nim dotychczasowego stosunku, niż to, jakie czynniki miarodajne wybrały.

To dopiero jedna strona sprawy. Druga — to sprawa wyboru nowego dyrektora. Dla każdego nieuprzedzonego obserwatora jest rzeczą jasną, że stanowisko to należało się drowi Hirszfelowi. Dlaczego go nie mianowano, to jedna z tajemnic, tak licznych w naszym dzisiejszym życiu. Chodzi nadto już nie o osobę nowego dyrektora, co do którego nikt nie ma z pewnością żadnych zastrzeżeń, lecz o sposób wprowadzenia go do Zakładu, o to, jak wybór został dokonany. Wszak jest to stanowisko w najwyższym stopniu odpowiedzialne. Dyrektor P. Z. H. musi być z jednej strony uczonym, badaczem samodzielnym, kompetentnym znawcą i krytykiem poczynąń cudzych, zasługujących na wcielenie w życie w naszych warunkach. Z drugiej strony musi być organizatorem poczynąń sanitarnych w skali państwowej i administratorem wielkiej instytucji. Ma on być pierwszym doradcą fachowym rządu w sprawach zdrowia publicznego i jednocześnie reprezentować wobec obcych Zakład o ustalonej reputacji międzynarodowej. Wybór kandydata na taki postereunek musi być szczególnie oględny. Niepodobna kierować się zwykłymi utartymi normami. Jedyną racjonalną gwarancję może dać tylko postępowanie takie, jak przy obsadzaniu katedry uniwersyteckiej. Komisja, złożona z kompetentnych doświadczonych fachowców, zarówno uczonych, jak administratorów, powinna wskazać kilku kandydatów, z których ministerstwo może dokonać wyboru. Jest to może droga dłuższa, ale czy w takich razach niezbędny jest pośpiech? W danym wypadku stanowczo nie było tej konieczności. Stało się inaczej. Dyrektor P. Z. H. został zamianowany tak, jak każdy inny urzędnik. *Quod faustum, felix fortunatumque sit!*

Z. Szymanowski (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

—Nr. 18-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: wiersz „Sen” M. Czerkowskiej, „Podstawowe wskazania psychologiczne w wychowaniu przedszkolnem”. Dr. S. Stendig, „Czem zająć dziecko w czasie porządków do-

mowych”. J. Prażmowskiej, „Kłamstwo Krystyny” — nowela L. Krzemienieckiej, „Ważne drobiazgi”. „Do dentysty” M. B. Przestrzegajmy czystości wody wobec epidemii tyfusu brzuszego” Dr. K. Pożaryska, „Karmienie po porodzie” Dr. F.

Łuniewska, „Zakaźne schorzenia skóry“ Dr. M. Niepokoyczycka. Dział „Rodzice między sobą“, mody i roboty, wyczerpujące wskazówki redakcji w sprawie rozwoju, odżywiania i zdrowia dzieci oraz liczne ilustracje uzupełniają numer.

— VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. W pierwszych dniach sierpnia 1931 r. odbędzie się w Genewie VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. Celem przygotowania udziału grupy polskiej, utworzył się Polski Komitet Organizacyjny w składzie następującym: z Warszawy: Dr. Chodźko, Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, Doc. Dr. A. Wojciechowski, Dr. H. Kłuszyński, Dr. J. Luksenburg, Dr. B. Nowakowski; z Wilna: Prof. Dr. Karaffa-Korbutt; z Krakowa: Dr. St. Jankowski.

Obrady odbędą się w dwóch sekcjach.

Sekcja A, medycyny wypadkowej, przyjęła jako tematy główne:

- 1) Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa.
- 2) Uszkodzenie naczyń krwionośnych.
- 3) Zawodowe uszkodzenia skóry (wypadki i choroby zawodowe).
- 4) Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek na jego skutki.

Jako tematy główne sekcji B, medycyny pracy, wybrano:

- 1) Patologia zawodowa robotników w przemyśle cementowym i kamieni sztucznych.

2) Wrażliwość ustroju na trucizny zawodowe.

3) Zmęczenie.

W związku z Kongresem odbędzie się wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografii, mulaży.

Poza tematami głównymi w obydwu sekcjach, wygłoszone będą komunikaty 10-ciominutowe z całego zakresu medycyny wypadkowej i medycyny pracy. Językami obrad są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Termin zgłoszenia referatów do końca 1930 r.

Zgłoszenia referatów przyjmuje sekretarz Polskiego Komitetu Organizacyjnego, Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela również wszelkich dodatkowych informacji (tel. 108-04).

— VI-ty kurs trachomatologii dla lekarzy, który miał się rozpocząć w Państwowej Szkole Higieny 1 października r. b. odbędzie się w czasie od 9—17 grudnia 1930 r.

Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, Chocimska 24 do dn. 20 listopada r. b.

NADEŚLANO DO REDAKCJI:

Ignacy Koniecpolski. Nadciśnienie jako cierpienie często spotykane wśród żydów. Odbitka z P. Gaz. Lek.

P. Stonimski. Sur la dualité d'origine des éléments rouges et blancs du sang chez les amphibiens. Odbitka z Comptes rend. des séances de la Soc. de biologie.

L. Prussak i N. Mesz. Ueber die idiopathische Osteopsathyrose. Odbitka z Acta Radiologica.

TREŚĆ: H. BROKMAN. Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych. (C. d.). — H. HIGIER. Czy istnieje choroba Bürgera? — E. SIEDLECKI. O przerzutach raka do migdałków. — E. BIRZOWSKI. Z zagadnień terapii w dziedzinie chorób kobiet. (Str. zbior). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — R. BECKER. Zagadnienie gruźlicy w Zakładzie Psychiatrycznym. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. BROKMAN. Traits allergiques dans les maladies infectieuses. — H. HIGIER. La maladie de Bürger existe-t-elle? — E. SIEDLECKI. Les métastases du cancer dans les amygdales. — E. BIRZOWSKI. Quelques problèmes de la therapie gynécologique. — R. BECKER. Le problème de la tuberculose dans la maison d'aliénés.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

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

Drukarnia „SIŁA Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.