

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 19 LISTOPADA 1931 R.

Nr. 47

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Z Poradni Przeciwgruźliczej Okręg. Kasy Chorych
w Pabjanicach.*

(Kierownik: dr. Zdzisław Świder.)

Klinika gruźlicy drugorzędowej u ludzi dorosłych*)

Podał

Zdzisław ŚWIDER (Pabjanice)

Przed przystąpieniem do tematu właściwego należy wyjaśnić przedewszystkiem, co rozumiemy tu pod nazwą gruźlicy drugorzędowej, bowiem ujęcie jej w pracy niniejszej różnić się będzie od powszechnie przyjętego jej określenia w sensie nauki Rankego. Ponieważ, z drugiej strony, dokładne zrozumienie zespołów chorobowych i obrazów klinicznych, składających się na istotę gruźlicy drugorzędowej, dokładne wniknięcie w mechanizm powstawania tych objawów oraz ich powiązanie przyczynowe w logiczną całość możliwe jest tylko z punktu widzenia ftizeogenezy, — wymaga to wyznaczenia tej gruźlicy drugorzędowej dokładnego miejsca w systematyce ftizjologicznej. Będzie to zarazem krótki szkic ewolucji naszych zapatrywań na rozwój gruźlicy u człowieka — w okresie ostatnich lat 30. Nie będzie to przecież stanowiło odbiegnięcia od tematu zasadniczego, a tylko tło, na którym już w sposób zwięzły naszkicujemy klinikę tej postaci gruźlicy.

Początkowo zapatrywano się na rozwój gruźlicy (płuc) u ludzi wyłącznie pod znakiem gruźlicy narządowej, a nie gruźlicy ogólnej, t. j. zakażenia gruźliczego. Ponieważ najbardziej rozległe, najbardziej imponujące klinicznie zmiany występowały w płucach, więc mówiąc o gruźlicy u człowieka, myślano przedewszystkiem o gruźlicy płuc i traktowano ją, jako odrębną postać chorobową. Ale wkrótce umysły badawcze stwierdziły, że jest tu coś nie w porządku, że istnieje szereg objawów

ogólnych natury niewątpliwie gruźliczej, którym nie towarzyszą narazie żadne zmiany w płucach. Mamy tu na myśli opisy t. zw. skrytych postaci suchot płucnych, podane przez A. Sokołowskiego, spostrzeżenia, które do dziś dnia nie utraciły swej wartości klinicznej, a zostały potwierdzone i przyjęte przez autorów późniejszych. Te skryte objawy gruźlicy płuc to właściwie, jak dziś dopiero wiemy, objawy natury krwiopochodnej, a zatem objawy zakażenia gruźliczego, w którego przebiegu dopiero występuje gruźlica płuc, jako najbardziej rozległy przerzut tej sprawy zakaźnej. Jednak wówczas można było ująć sprawę tylko z punktu widzenia gruźlicy płucnej t. j. narządowej.

Gdy zjawia się Rankę ze swym podziałem rozwoju gruźlicy na 3 okresy, przyjmuje, jako podstawę tego podziału znowu gruźlicę narządową. Bowiem pierwszy okres Rankego, okres zespołu pierwotnego — to okres I-y umiejscowienia się sprawy chorobowej w płucach; okres II-gi, okres gruźlicy uogólnionej — jest to właściwie okres ogólnego zakażenia gruźliczego, o które nam tu chodzi specjalnie bo okres gruźlicy krwiopochodnej, jednak nacisk główny jest położony znowu na gruźlicę różnych narządów (obwodowych), na generalizację sprawy w sensie wystąpienia rozległych zmian w innych narządach; okres III-ci — to znowu okres gruźlicy wyłącznie płucnej, gruźlicy narządu oddechowego.

Liebermeister*) czyniąc zarzut nauce Rankego, że jej podstawę stanowi koncepcja dawna o gruźlicy narządowej, wysuwa, jako bardziej, jego zdaniem, racjonalny, swój podział rozwoju gruźlicy na trzy okresy, ujęty po raz pierwszy dobitnie z punktu widzenia zakażenia gruźliczego. Według L. okres I — to okres czynnego zespołu pierwotnego, w okresie II zespół pierwotny albo jest klinicznie wygojony (Liebermeister

*) Według referatu, wygłoszonego na IX Zjeździe Internistów Polskich w Krakowie we wrześniu r. b.

*) Liebermeister: „Die versteckten Allgemeinerscheinungen der Tuberkulose und ihre praktische Bedeutung“ Med. Klin. Nr. 23 S. 833, 1930 r.

mówi wtedy o stałej równowadze immunobiologicznej), albo też istnieje przewlekły stan walki sprawy zakaźnej z siłami obronnymi ustroju (równowaga chwiejna). Wtedy to właśnie mogą występować stale lub okresowo objawy ogólne, jak tuberkulidy, większość przypadków rumienia guzowatego, zapalenie błon surowiczych, które L. (nieśluszenie, jak zobaczymy dalej) nazywa skrytymi objawami zakażenia gruźliczego, brak jednak rozległych przerzutów. Okres III-ci wreszcie — to okres gruźlicy ogniskowej różnych narządów — a więc zmian w płucach oraz narządach obwodowych. Podział Liebermeistera różni się więc od podziału Rankego pod tym względem, że L. zalicza do okresu II-go przerzuty niewielkie (do skóry, błon surowiczych i t. p.), przenosząc przerzuty rozległe z II-go okresu Rankego do okr. III-go i stawiając je naróżni ze zmianami płucnymi, t. j. zaliczając do okr. III-go — wbrew Rankemu — nie wyłącznie zmiany w płucach, ale i rozległe zmiany w narządach innych. Jak wiadomo, Ranke nazwał swój III-ci okres okresem gruźlicy izolowanej (*phth. isolata*), uważając, że mamy wtedy do czynienia wyłącznie z gruźlicą płucną, i że przerzuty do narządów obwodowych (gruźlica pozapłucna) wtedy nie powstają. Ponieważ badania późniejsze wykazały, że zapatrywanie to jest niesłuszne, więc podział Liebermeistera, łączący zmiany w narządach obwodowych oraz w płucach w jeden okres, jest słuszniejszy. Mimo to podział ten zawiera pewną sprzeczność wewnętrzną. Mianowicie, skoro Liebermeister występuje przeciw podziałowi rozwoju gruźlicy z punktu widzenia gruźlicy narządowej, nie wolno mu mówić o skrytych, czy też dyskretnych objawach ogólnych gruźlicy. Wolno mu je tak nazwać z punktu widzenia gruźlicy płuc, będą to bowiem wówczas skryte ogólne objawy, jako zwiastuny bliskiej gruźlicy płucnej. Ale, ujmując sprawę z punktu widzenia zakażenia gruźliczego, należy te dyskretnie objawy nazywać nie skrytymi ogólnymi, lecz zupełnie jawnymi i pewnymi objawami przewlekłego zakażenia gruźliczego, t. j. gruźlicy krwipochodnej. W tem tkwi więc błąd logiczny koncepcji L., z którego wynika też błąd drugi: czy słuszną jest rzeczą wogóle odróżniać „dyskretnie objawy ogólne” od przerzutów właściwych? Czyż niewielkie zmiany w skórze, jak tuberkulidy np., a rozległe „przerzuty” do kości lub nerek nie są przerzutami tego samego rodzaju, bo przerzutami krwipochodnymi? Czyż nie istnieje między temi dyskretnymi objawami a przerzutami „właściwymi” różnica tylko ilościowa, ale nie jakościowa? A więc i z tego punktu widzenia należy odrzucić pojęcie „skrytych”, „dyskretnych” objawów w II okresie gruźlicy. Jeśli chodzi o ujęcie cyklu rozwojowego gruźlicy w sposób jednolity (gruźlica krwipochodna!), a zarazem logiczny, wolno nam mówić o okresie II-im drobnych przerzutów krwipochodnych (ale nie „dyskretnych” lub „skrytych”, objawów gruźlicy!) oraz okresie III-im — przerzutów już rozległych (do narządów obwodowych oraz do płuc).

Z temi zastrzeżeniami koncepcja L. może być przyjęta i jest postępowaniem niewątpliwie wysunięciem

tu świadomie pojęcia przewlekłego zakażenia gruźliczego.

Z kolei jest wielką zasługą Neumanna rozbudowanie kliniki gruźlicy krwipochodnej u dorosłych, wykazanie, że ta gruźlica krwipochodna nie jest właściwa specjalnie wiekowi dziecięcemu. Ale Neumann powtarza błąd Liebermeistera. Bowiem znowu traktuje objawy ogólne natury gruźliczej, jako „maski gruźlicze”.

Zarówno Liebermeister, jak i Neumann przejmują za punkt wyjścia przerzutów ogólnych, t. j. dyskretnych, jak i przerzutów rozległych, t. j. gruźlicy ogniskowej różnych narządów — gruczoły chłonne wnekowe, t. j. gruczołową część zespołu pierwotnego. Jest jednak zasługą anatomo-patologów Ghona oraz Andersa, Schurmana i innych — i tu zbliżamy się już do naszego tematu właściwego — wykazanie, że sprawa swoista zajmuje, szerząc się w określony sposób, również inne gruczoły chłonne dużych jam ciała, i że te wszystkie gruczoły chłonne jamy kl. piersiowej i jamy brzusznej, a nie wyłącznie gruczoły wnekowe, mogą stać się punktem wyjścia ogólnej sprawy zakaźnej, t. j. zbiornikiem, z którego następuje wysiew prątków gruźliczych do krwiobiegu.

Jest zasługą wreszcie Starlingera ustalenie pewnych zespołów objawów chorobowych, związanych ściśle ze zmianami swoistymi tych gruczołów chłonnych jam ciała. Ze względu na to, że objawy te zależą częściowo od ucisku powiększonych wskutek sprawy zapalnej gruczołów chłonnych na narządy otaczające, a więc są to objawy lokalne, związane z gruczołami chłonnymi, zaś z drugiej strony są to znane już objawy przerzutowe („dyskretnie” i rozległe) gruźlicy krwipochodnej, mówi Starlinger o *tuberculosis lympho-haematogenes*. I na tem właśnie polega postęp (choć i tu będziemy mieli pewne zastrzeżenia). Bowiem, gdy dotychczas zwracano uwagę głównie na krwiobiegi, choć gruczoły chłonne (dotychczas — wnekowe) były punktem wyjścia różnych przerzutów — Starlinger zwraca specjalną uwagę na tę, traktowaną dotychczas po macoszemu część chłonna, gruczołową, układ limfo-hematogennej. Ta *tuberculosis lymphohaematogenes*, choć w ujęciu szerszym, niż u St., jak zobaczymy dalej, stanowi właśnie przedmiot naszego wykładu.

Poprzez koncepcję zatem o gruźlicy płuc, jako chorobie *sui generis*, poprzez koncepcję o gruźlicy ogólnej, krwipochodnej, z przerzutami do różnych narządów, a — między innymi — i do płuc, doszliśmy do koncepcji o gruźlicy chłonna-krwipochodnej w rozumieniu Starlinga i, na zasadzie własnych spostrzeżeń, pójdziemy o krok dalej.

Jakież więc jest podłoże anatomo-patologiczne, i jaka jest klinika gruźlicy chłonna-krwipochodnej?

Według Liebermeistera i Neumanna punkt wyjścia sprawy krwipochodnej stanowią gruczoły wnekowe. Ghon, Anders i inni wykazali, jak o tem już wspomnieliśmy, że sprawa swoista nie utrzymuje się wyłącznie w gruczołach wnekowych, lecz posuwa się zarówno w górę, jak i w dół, obejmując łańcuch gruczołów chłonnych kl. piers. i jamy brzusznej. Sprawa gruźlicza zaj-

muje gruczoły przywnekowe aż do *angul. venosus*. Albo też opuszcza się jednocześnie, zajmując gruczoły chłonne okołotrzustkowe, później okołonerkowej, dalej krezkowe, zwł. w okolicy wyrostka robaczkowego. W rezultacie dostaje się do *cysterna chyli*, a poprzez *ductus thoracicus* znowu do *angul. venos*. A więc zarówno krótsza droga górna, jak i dłuższa (okólna) dolna prowadzi ostatecznie do wtargnięcia zarazków gruźlicy do naczyń żylnych, a stąd, poprzez prawe serce do płuc, dalej poprzez naczynia włosowate tętnicy płucnej do dużego krwiobiegu, umożliwiając w ten sposób powstanie różnych przerzutów pozapłucnych.

Powiększone wskutek sprawy zapalnej gruczoły chłonne dużych jam ciała warunkują powstanie przede wszystkim 3 zespołów objawów (wg. Starlingera): 1) lokalnego zespołu śródpiersiowego, 2) lokalnego zespołu pozaotrzewnowego i 3) zespołu wegetatywnego, t. j. zespołu objawów już nie lokalnych, lecz objawów na odległość, jako następstwa podrażnienia ukł. nerwowego.

Objawy zespołu śródpiersiowego przedstawiają się jako bóle międzyłopatkowe, nieokreślone bóle pleców lub w okolicy serca, zaburz. czynnościowe serca, przykre sensacje podczas łykania i t. d.

Objawy zespołu pozaotrzewnowego: gruczoły chłonne okolicy *cysterna chyli*, uciskając na tylną ścianę opuszki dwunastnicy i okol. pęcherz. żółc., dają przy projekcji wrażeń bólowych objawy cholecystopatii; większe zajęcie gruczołów okołotrzustkowych — objawy wrzodu żołądka; grucz. okołonerk. — bólów i zaburzeń czynnościowych ze strony narz. moczopłc.; grucz. chl. około wyrostka robacz. — przewlekł., podostrego zapalenia tego wyrostka.

Z chwilą, gdy prątki gruźlicy wtargnęły już do krwiobiegu, dołączają się do powyższych 3 zespołów objawów — zespoły objawów przerzutowych, a więc wg. Starlingera: 1) zespół błon surowicznych, 2) zespół reumatoidalny, 3) zespół wegetatywno-dokrewny i 4) zespół psycho-neurotyczny.

Do zespołu 1-go będą należały objawy powiązane się tarcia opłucnowego wzdłuż szczeliny międzypłatowej lub konturów sylwetki sercowej; do zespołu 2-go: silne neuralgie w obrębie kończyn, bolesne obrzęki różnych grup mięśniowych, bolesne obrzęki stawów, choć zwykle bez zaczerwienienia skóry. Te sprawy stawowe, z początku przemijające, z czasem stabilizują się, dając początek przewlekłym artropatjom zniekształcającym. Objawy zespołu wegetatywno-dokrewnego to objawy zaburzeń w przemianie materji, występujące jako osłabienie i wychudnięcie (wyczerpanie okresowe). Nazwa zespołu psycho-neurotycznego wreszcie mówi sama za siebie. Wszystkim tym objawom, występującym okresowo, jako wyraz przerzutów krwiopochodnych, towarzyszy prawie zawsze (przemijające) powiększenie śledziony.

Nie należy, oczywiście, przypuszczać, że u każdego chorego zaobserwujemy te wszystkie zespoły, wzgl. ich wielkość. Ale znajomość tych wszystkich zespołów i zachodzącego tu związku przyczynowego ma doniosłe znaczenie praktyczne, bo pozwoli nam pod innym kątem widzenia zapatrywać się na najrozmaitsze dolegliwości cho-

rych, pozwoli — z chwilą, gdy pomyślimy tylko o gruźlicy limfohematogennej, jako podłożu tych niedomagań — wykryć ten lub inny objaw w trakcie dłuższej obserwacji chorego.

Starlinger podaje, że wśród chorych 2 oddziałów płucnych oraz 4 ogólnych oddziałów szpitalnych ogółem u przeszło 1200 (1243) chorych wykrył z całą pewnością ok. 120 (115) przypadków tej gruźlicy, a zatem 10 proc. przypadków. Jednak z tych 115 chorych tylko 11 zostało skierowanych do stacyj przeciwgruźliczych, pozostała setka znajdowała się na oddziałach wewnętrznych i była rozpoznana przez St. na podstawie dokładnej obserwacji.

Chorzy byli skierowani na oddziały wewnętrzne z najrozmaitszymi rozpoznaniem, jak np.: osłabienie nerwowe, osłabienie ogólne, niedokrewność, astma, nerwica sercowa, zaparcie spastyczne, reumatyzm mięśniowy i stawowy i t. d. i t. d. Wynika stąd konieczność przeprowadzenia w klinice wewnętrznej badań kontrolnych przez autorów innych.

Badania własne, przeprowadzone na materiale poradni przeciwgruźliczej Okręg. Kasy Chorych w Pabjanicach, potwierdziły istnienie podanych przezeń zespołów chorobowych oraz częstość tej postaci gruźlicy, choć były, należy to podkreślić, podjęte bynajmniej nie w tym celu, lecz pod innym zupełnie kątem widzenia. W czasie od lutego 1930 r. do 1-go lipca 1931 r. stwierdziliśmy gruźlicę limfo-hematogeną w 194 przyp. na prawie 2000 (1992) zbadanych przez ten czas chorych, przysłanych do poradni przez internistów, a więc też w 10 proc. Ponieważ jednak gruźlicę wogóle wykryto tu tylko w 772 przypadkach (na 1992 badanych), więc gruźlica limfo-hematogenna stanowi, w odniesieniu do całego, wyłącznie gruźliczego materiału 25% (25,1%). Wobec tak dużego odsetka gruźlicy limfo-hematogennej u tutejszych gruźlików, t. j. faktu częstego występowania tu gruźlicy endogennej, krwiopochodnej — wypowiedziane w ostatniej pracy przypuszczenie co do endogennego pochodzenia nacieków wczesnych u tutejszych chorych zyskuje nowe poparcie.

Wspomnieliśmy przed chwilą, że badania nasze podjęte były początkowo w zupełnie innym celu, pod innym kątem widzenia. Ponieważ, w rezultacie, doprowadziły one również do wniosków Starlingera, przeto pozwoliły nietylko potwierdzić słuszność jego spostrzeżeń, ale ująć szerzej jeszcze klinikę gruźlicy limfo-hematogennej.

W artykule, ogłoszonym w Czasopiśmie niemieckim w lipcu r. ub., wspomniałem o dość częstym występowaniu u tutejszych chorych (ludzi dorosłych) gruźlicy płuc wewnętrznej i odwewnętrznej. Wspomniałem wówczas, w związku z tem, o badaniach Alexandra, który spostrzegał ostatnio bardzo często dość duże zmiany w środkowym płucem. To mnie skłoniło do zajęcia się specjalnie kliniką i rentgenologią środkowego pola płucnego i punktem wyjścia tych zmian — gruczołami węzkowymi u ludzi dorosłych.

W badaniach swych nad gruźlicą płuc wewnętrzną i odwewnętrzną zwróciłem uwagę na powtarzające się często u chorych tych najrozmaitsze

skargi i zaburzenia, które, po zapoznaniu się późniejszym z pracą Starlingera, ułożyły się w podane przezeń zespoły objawów.

Badania nasze wykazały zatem, że gruźlica płuc wędkowa i odwędkowa należy do obrazu gruźlicy limfo-hematogennej. Starlinger, mówiąc o miejscowych i ogólnych objawach tej gruźlicy limfo-hematogennej, wspomina wprawdzie i o gruźlicy płuc, jednak jako o jednym z przerzutów, a więc jako o Neumannowskiej gruźlicy krwiopochodnej, t. j. wysiewach drobnoogniskowych, ulegających z czasem induracji. Natomiast nie znajdujemy u Starlingera wzmianki o gruźlicy płuc, szerzącej się z gruczołów wędkowych. Gdy Starlinger zwrócił uwagę specjalną na lekceważoną dotąd naogół gruczołową część układu limfo-hematogennego, my pragniemy skierować tę uwagę na część gruczołową omawianego układu również jako punkt wyjścia gruźlicy płuc — gruźlicy nie krwiopochodnej zatem, lecz gruźlicy płuc „gruczołopochodnej”: *tuberculosis pulmonum lymphogenes, lymphoglandogenes* — w odróżnieniu od *tb. pulm. haematogenes*.

Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych u chorych z *tb. lympho-haematogenes* ustaliliśmy następujące typy kliniczno rentgenologiczne limfoglandogennej gruźlicy płuc.

Typ I. Badanie rentgenologiczne nie wykazuje żadnych zmian widocznych. Stan podgorączkowy. Wysłuchowo pojed. rżżenia w górnych biegunach odwędkowych, t. j. na linii, łączącej 3–4 krąg piersiowy z przyśrodkową trzecią częścią łopatki. Pozatem objawy zespołu śródpiersiowego, jako nieodczyna część składowa obrazu klinicznego (ból pleców i tp.) plus niektóre z objawów, należących do zespołów innych, jak bóle w okolicy nerek lub wyr. robaczkowego, przelotne obrzęki w okolicy stawu skokowego itp.

Typ II. Zgrubienie rysunku smużastego płuc. Stan podgorączkowy. Wysł. zaostwienie oddechu i pojed. rżż. wilg. lub świsty w górnych lub dolnych biegunach odwędkowych lub w samych wędkach. Pozatem — jak wyżej.

Typ III. Cień węki o rys. zatartym i silnie zagęszczonym. Stan podgorączk. z większymi wzniesieniami ciepłoty. Oddech zaostzony lub zlekka chuchający. Pojed. rżż. wilg. lub świsty. W szczególach np.: 1) okol. dolnego bieguna węki prawej o rys. zatartym i zagęszczonym; zagęszczenie u górnego bieguna węki lewej; z objawów ogólnych — silne bóle krzyża i mięśni uda; 2) intensywne zagęszczenie wielkości śliwki we węce lewej, pojed. tu rżż. wilg. drobnobańk.; z objawów ogólnych — wzdęcie brzucha i odbijania; 3) cień węki prawej silnie rozgałęziony, drobne zagęszczenie poniżej doln. bieguna węki prawej; z obj. ogólnych — bezsenność, depresja psychiczna i t. d.

Typ IV. Rozległe zagęszczenie przyi odwędkowe. Przytłumienie w okolicy węki, oddech chuchający, t^o 38 i wyżej, dość często Koch+, ubytek dość znaczny na wadze, postępujący, gdy w typach poprzednich waga wykazuje wahania o parę kilo dokoła pewnej wagi przeciętnej.

Ze gruźlica płuc wędkowa i odwędkowa występuje u ludzi dorosłych, jest rzeczą znaną, jed-

nak uważana jest ona naogół, zupełnie niesłusznie, jako postać gruźlicy płuc, właściwa wiekowi dziecięcemu. Ani Neumann ani Starlinger zupełnie się nią nie zajmują. Ta postać gruźlicy płuc jest zupełnie lekceważona przez ftizjologów, czego dowodem najlepszym jest polemika na łamach prasy lekarskiej w tej sprawie między Hayekiem i Redekerem. Hayek uczynił Redekrowi zarzut, że przecenił znaczenie dla ftizeogenezy nacieków wczesnych, nie uwzględniając należycie pod tym względem roli gruźlicy wędkowej u dorosłych. Na to odpowiedział Redeker, iż zarzut to niesłuszny, bowiem w swej monografii uwzględnił i tę postać gruźlicy płuc u dorosłych. Tak jest w istocie, tylko, że wspominał o niej pobieżnie, w paru zdaniach zaledwie, jako rzadkiej jakoby postaci gruźlicy płuc u dorosłych, poświęcając monografię swym naciekom podobojczykowym. *Adenopathia peribronchialis adultorum, tuberculosis hilaris et perihilaris, peribronchitis tuberculosa* w sensie *lymphangitis peribronchialis* — nie istnieją dla wielu ftizjologów; spostrzeżenia Hayeka, Alexandra oraz nasze, spostrzeżenia autorów francuskich, jak Bezançon i Brun oraz inni — przeczą temu. Choć badacze francuscy zajęli się ostatnio bliżej tą sprawą, poświęcają oni więcej uwagi samym zmianom w płucach, niż objawom ogólnym zakażenia limfo-hematogennego. Badania nasze, wykazujące, że gruźlica odwędkowa (przynajmniej na naszym materiale) nie jest cierpieniem rzadkiem i stanowi część obrazu chorobowego gruźlicy limfo-hematogennej, są więc, do pewnego stopnia, syntezą badań szkoły francuskiej i niemieckiej.

Pracy niniejszej mógłby ktoś uczynić zarzut, że nie podaje ona jakoby nowych zespołów objawów, bo traktuje o znanych powszechnie dzięki pracom A. Sokołowskiego, Neumanna i innych autorów objawach chorobowych, o znanej adenopatji wędkowej u dorosłych i t. p. Otóż, należy podkreślić, że chodziło tu nie tyle o podanie nowych objawów, ile o ujęcie ich w sposób odmienny, niż dotychczas, a zgodny z najnowszymi zdobyczami ftizjologii, o próbę ujęcia w sposób jednolity i przejrzysty. W odróżnieniu zatem od Sokołowskiego, Liebermeistera, Neumanna i Starlingera*) nie mówimy o skrytych objawach gruźlicy, o naciekach gruźliczych, uważając, że nazwy te nieodpowiednie są z chwilą traktowania różnych objawów chorobowych z punktu widzenia ogólnego zakażenia gruźliczego, t. j. *chroniosepsis tuberculosa*. Wbrew Liebermeisterowi i Neumannowi, a w zgodzie ze Starlingerem, kładziemy nacisk na gruczołową część układu limfo-hematogennego, dzięki czemu wiele objawów, które Neumann tłumaczył sobie jako objawy na odległość (Fernsymptome) dadzą się łatwiej wytłumaczyć jako objawy lokalne. Wbrew Liebermeisterowi i Starlingerowi nie uznajemy za słuszny

*) Starlinger, mimo ujęcia różnych objawów gruźlicy pozapłucnej z punktu widzenia zakażenia gruźliczego, bo *tb. lympho-haematogenes* przecież znowu, jak i badacze poprzedni, mówi o skrytych objawach gruźlicy („über die maskierten Erscheinungsformen der lympho-haematogenen Phthise.” Mediz. Klinik, Nr. 23, s. 837. r. 1930).

podział objawów gruźliczych na objawy dyskretne i przerzuty właściwe, uważając, że zachodzą tu różnice tylko ilościowe, nie jakościowe.

W odróżnieniu od Starlingera i Neumanna zwracamy uwagę na gruźlicę płuc wędkową, uważając, że obok gruźlicy płuc, będącej następstwem zakażenia zewnętrznego, obok gruźlicy płuc krwiopochodnej — winna zająć należyte miejsce w klinice gruźlicy u dorosłych również gruźlica płuc przy- i odwędkowa [1] *tuberculosis*

pulmonum aërogenes, — 2) *haematogenes*, — 3) *lymphoglandogenes*].

W odróżnieniu wreszcie od Alexandra, Bezançona, Brunna, L. Bernarda i innych ujmujemy tę postać gruźlicy płuc „gruczołowej”, jako ogniwo w łańcuchu objawów gruźlicy limfo-hematogennej, rozumiejąc zatem pod gruźlicą drugorzędową u dorosłych: *tuberculosis lympho-haematogenes* wg. Starlingera *plus tuberculosis pulmonum lymphoglandogenes*.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób nerwowych w szpitalu na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: E. Flatau).

Wyniki stosowania naświetlań promieniami Roentgena w stwardnieniu rozszanem (na podstawie doświadczeń własnych*).

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

Na oddziale Dra Flatau w Warszawie od szeregu lat stosujemy naświetlania promieniami Roentgena w przypadkach s. m.

Technika naświetlań jest następująca.

Cały kręgosłup podzielony jest na 6 pól, po 3 z jednej i po 3 z drugiej strony. Napięcie od 140—150 k. v. (kilovoltów); amperaż od 2—3 MA; filtr homogeny $1/2 \text{ Zn} + 4 \text{ Al}$.

Odległość (FHD) od 26 do 30 cm. Dawka na każde pole od 115—150 r. (jednostek międzynarodowych). (Naświetlania przeprowadzał Dr. Mesz).

Naświetlamy cały kręgosłup, nawet jeśli ognisko jest względnie umiejscowione i odosobnione (zapobiegawczo), nadto dodatkowo mózg w razie objawów mózgowych, względnie nerwy wzrokowe, o ile wykazują zmiany. Naświetlania należy prowadzić systematycznie co 4 — 6 tygodni w ciągu dłuższego czasu, nawet kilku lat, przyczem należy je kontynuować również w przypadkach znacznej poprawy, względnie remisji. Po większej liczbie seryj np. 10, można przerwy pomiędzy serjami nieco zwiększać, np. co 2—3 miesiące lub jeszcze rzadziej. Doświadczenie nasze opiera się na blisko 200 przypadkach s. m; wyniki, tu przytoczone, zestawiliśmy atoli na 120 przypadkach, bowiem staraliśmy się uwzględnić przedewszystkiem przypadki z obserwacją dłuższą, kilkoletnią.

Nie należy wszystkich leczonych przypadków oceniać z jednego punktu widzenia — działania promieni R., ponieważ wchodzi w grę szereg czynników, jak czas trwania choroby przed rozpoczęciem leczenia R., większa lub mniejsza systematyczność w stosowaniu promieni R., a nade wszystko postać kliniczna s. m. i konstytucja chorego. Badania nasze pouczają nas, iż forma kliniczna s. m. odgrywa ważną rolę zarówno co do samego przebiegu cierpienia jak i wyników leczniczych. Oczywiście, że wszelkie wnioski lecznicze

ze względu na charakter cierpienia i skłonność do zwolnień samoistnych oraz nawrotów wymagają szczególnej ostrożności. Wyniki nasze rozpatrzmy kolejno według poszczególnych postaci klinicznych s. m., których klasyfikację uważaliśmy za stosowne przeprowadzić wśród naszych przypadków.

1. Postacie bólowe s. m. (17 przyp.)

a) przypadki s. m. przebiegające początkowo a nawet przez czas dłuższy jako rwa kulszowa (*ischias*) (9) — nie poddają się zwykłym sposobom leczniczemu, stosowanym w rwie kulszowej, odznaczają się uporczywością bólów obejmujących zazwyczaj to jedną, to drugą kończynę, to obie razem, ze skłonnością do nawrotów oraz poronem występowaniem innych objawów s. m.

W przypadkach tych naświetlanie R. daje wyniki dodatnie pod względem łagodzenia bólów. Naświetlania muszą być powtarzane szczególnie systematycznie. Na zachowanie się odruchów leczenia to nie wpływa; narastanie objawów, zwłaszcza parestezyj, jest możliwe;

b) przebiegające jako rwa n. trójdzielnego (*neuralgia n. trigemini*) (2).

W przypadkach tych, obok b. uporczywych bólów w obrębie jednego n. V. z parestezjami, spostrzegaliśmy objawy spastyczne w kończynach dolnych wraz z odpowiednim zespołem odruchowym.

Bóle neuralgiczne w obrębie n. V. po naświetlaniach R. zazwyczaj ustępują. I tu jednak występuje skłonność do nawrotów, i naświetlania muszą być skrupulatnie powtarzane co 4 — 6 tygodni;

c) przebiegające pod postacią bólów głowy, kłatkopiersiowej lub brzucha, pochodzenia korzonkowego (6) Dają one często powód do błędnych rozpoznań i niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych np. apendektomja. Naświetlanie promieniami R. odpowiednich odcinków rdzeniowych i korzonków usuwa wspomniane bóle.

2. Przypadki s. m. przebiegające pod postacią guzów mózgu (7 przyp.)

a) z astoią, względnie z apalemiem nerwów wzrokowych oraz dużym upadkiem wzroku (3). W przypadkach własnych siła wzroku się poprawiła, przytem w 2 przypadkach tarcze wróciły do normy, w 1 przyp. nastąpił jednak zanik. Przypadki te wykazują wogóle tendencję do poprawy;

*) Podług referatu, wygłoszonego w dniu 1 września 1931 r. na Międzynarodowym Kongresie Neurologicznym w Bernie.

b) jako guzy podstawy mózgu z zajęciem jednostronnym nerwów od III do VII. Naświetlanie R. dało wyniki dodatnie (3 przyp.), gdyż porażenie nerwów cofnęło się;

c) przypadki, naśladujące guzy kąta mostomózdzkowego (2 przyp.) — naświetlanie R. pozostało bez wyniku.

3. Przypadki s. m., przebiegające pod postacią padaczki ogólnej lub Jacksonowskiej (12 przyp.). Napady drgawkowe w przypadkach tych nie poddają się zwykle leczeniu luminałowo-bromowemu.

Po naświetlaniach R. mózgu drgawki ustępowały, nieraz dopiero po 2—3-ch serjach (8 przyp.) Są jednak przypadki odporne (1 przyp. — nieleczone systematycznie).

4. Przypadki s. m. z objawami mózdzkowymi lub opuszkowymi (2 przyp.).

Są to przypadki ostro i burzliwie przebiegające. Naświetlanie R. daje dobre wyniki — objawy ostrego bezładu mózdzkowego, względnie objawy opuszkowe cofają się znacznie.

5. Postać hemiparetyczna s. m. (5) zwykle dość łagodna, ze skłonnością do cofania się daje względnie dobre wyniki (3). O ile rozwinął się całkowity bezład połowiczny, naświetlanie R. zostaje bez efektu. (1)

6. Postać spastyczno-porażenna s. m., naśladująca guz rdzenia, z głównym ogniskiem sklerotycznym w części środkowej grzbietowej rdzenia, charakteryzująca się albo przez paraplegię en flexion albo extension, z wybitnie wzmoczoną napięciem w kończynach dolnych oraz z wybitnie wyrażonym obj. Babińskiego i Rossolimo (10). W przypadkach tych naświetlanie R. nie wywarło żadnego wpływu.

7. Postać ataktyczno-spastyczna (10 przyp.) przypominająca przypadki skombinowanej *myelosis funicularis*, gdzie obok zajęcia dróg piramidowych stwierdza się zajęcie słupów tylnych; 4 przypadki z poprawą, jeden wśród nich świeży, z całkowitą remisją.

8. Postać rozsiana (40 przyp.) z ruchowym zajęciem kończyn górnych i dolnych, zwykle w stopniu większym dolnych, parestezjami, oczopląsem, wzmoczoną pobudliwością kaloryczną, zaburzeniami zwieraczy i t. d. Śród tej najliczniejszej grupy nie poddają się działaniu promieni R. lub też bardzo mało; ci chorzy, u których od samego niemal początku dominują objawy spastyczne z chodem kurczowoporażennym, a objawy Babińskiego i Rossolimo występują w sposób wybitny obustronnie. Zbliżają się one do omówionej już grupy chorych z paraplegią en flexion lub extension. Takich przypadków na 40 mieliśmy 16. Nie wyłącza to jednak poprawy innych objawów prócz ruchowych, jako to bóle, zaburzenia zwieraczy.

Pewne wyniki zarówno pod względem ruchowym, jak i czuciowym spostrzegaliśmy w II-iej podgrupie chorych, u których objawy spastyczne nie były tak wyrażone, i odruchy patologiczne nie występowały w najwyższej swej jaskrawości, nie były wyrażone z obu stron równomiernie, i gdzie istniała przewaga Rossolimo nad Babińskim, względnie Rossolimo występował w

sposób izolowany. I w tej grupie, również jak i w innych, świeżość cierpienia i jaknajwcześniejsze stosowanie naświetlań stanowi często o losach danego osobnika.

Do tejże grupy należą chorzy z domieszką elementów ataktycznych, zbliżający się do grupy następnej, ataktycznej.

9. Postać wrzekomowiadowa z ataksją i brakiem odruchów — nie poddaje się działaniu promieni R.

10. Postać piramidowo—pozapiramidowa (5 przyp.). 2 przypadki o charakterze parkinsonowskim bez wyniku leczniczego, 1 przyp. z kurczami torsyjnymi w kończynie dolnej z wynikiem dodatnim, 1 przyp. z kurczami torsyjnymi w szyi — bez wyniku, oraz 2 przypadki z ruchami mimowolnymi (atetotycznymi) bez wyniku.

11. Postać amiotroficzna (8 przyp.) — z zanikiem mięśni. Zaniki mięśniowe mogą samostnie się cofać (u nas w 2 przyp.) — trudno więc uchwycić związek z leczeniem prom. X.

Nie rozpatrywaliśmy tu celowo licznych przypadków *formes frustes* s. m., które mają przebieg latentny i łagodny, a które winny być również systematycznie naświetlane.

Nie ujmujemy naszych wyników w odsetki, gdyż więcej lub mniej pomyślny wynik zależy od czasu trwania choroby, postaci klinicznej i od konsekwencji w leczeniu. Najlepsze wyniki osiąga się w ostrych, świeżych przypadkach. Poprawa dotyczy zarówno zaburzeń ruchowych, jak i czuciowych (bólowych). Najoporniej zachowują się parestezie.

W przypadkach starszych osiąga się niekiedy powstrzymanie procesu. Na zachowanie się odruchów promienie R. wpływu nie wywierają. Zaburzenia zwieraczy cofają się, nawet w przypadkach opornych.

Działanie może być dwójakiego rodzaju: 1) promienie R. działać mogą na sam *virus* i osłabiać jego zjadliwość, 2) działają na zmienioną tkankę nerwową. Zachodziłaby tu analogia dodatniego wpływu promieni R. na *poliomyelitis anterior* i na *encephalomyelitis disseminata epidemica*, gdzie wpływ promieni R. jest również pomyślny.

Brak dotychczas leczenia swoistego w s. m. upoważnia wobec powyższych wyników do stosowania promieni R. w s. m.

Z oddziału niemowlęcego Szpitala dla dzieci imienia Bersonów i Baumanów w Warszawie.

(Kierownik: Dr. A. Braude-Hellerowa).

Z kazuistyki zakażeń pałeczką Pfeiffra u niemowląt.

Podał

Adam FESTENSZTAT, asystent oddziału (Warszawa).

Do przypadków ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wywołanych przez laseczniki Pfeiffra, ogłoszonych w polskim piśmiennictwie przez Erlichównę, Mogilnickiego,

Bussla i Rozengartenównę¹⁾, pozwalamy sobie dołączyć jeszcze jeden, który zasługuje na uwagę ze względu na dość niezwykły przebieg kliniczny.

Wśród zapaleń opon mózgowo - rdzeniowych, spowodowanych przez prątki Pfeiffra, możnaby rozróżnić dwie postaci: pierwotną, o ile punkt wyjścia dla schorzenia opon jest nieznan, i wtórną, o ile zajęcie opon występuje na skutek przejścia drobnoustrojów z ogniska zapalnego innego narządu, lub też w przebiegu posocznicy, wywołanej prątkami Pfeiffra.

Nasz przypadek należy niewątpliwie do postaci wtórnych, aczkolwiek pod względem klinicznym poniekąd odbiega od dotychczas opisanych przypadków.

Pierwszy pobyt w szpitalu.

Ośmiomiesięczna Gitla G. przybyła na oddział 4. VII. 1931 r. Wywiady: dotychczas zdrowe niemowlę zachorowało nagle na trzy tygodnie przed przybyciem do szpitala wśród objawów gorączki, kaszlu i duszności; objawy te utrzymywały się do chwili przybycia na oddział.

Stan obecny: (5. VII.): przytomna, ciepłota 38,5, tętno dobrze wypełnione, 142 na minutę, oddechów 58. Stan ogólny niezbyt ciężki. Budowa prawidłowa, stan odżywiania dobry. Waga 8200.

Płuca: stłumienie na całej przestrzeni płuca lewego od przodu oraz od tyłu; oddech od przodu osłabiony, od tyłu do kąta łopatki oskrzelowy, słyszalny jakby z głębi, poniżej kąta łopatki zniesiony. W płucu prawem uchwytanych zmian nie stwierdza się.

Serce nie wykazuje zmian klinicznych. Brzuch zlekka wzdęty. Wątroba wystaje na trzy palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona na 1½ palca.

Układ nerwowy bez zmian patologicznych.

Badanie krwi: liczba białych ciałek 24.000. Wielojądrazystych 84%, pałeczkowatych 3%, limfocytów 10%, monocytów 3%.

Roentgen płuc: zaciemnienie lewego pola płucnego na całej przestrzeni, przemawiające za wysiękiem w opłucnie.

Nakłucie opłucny: wydobyto 10 cm.³ gęstej ropy o zabarwieniu zielonkawem; pod mikroskopem bardzo liczne ciała ropne. Flora drobnoustrojowa w postaci pojedynczych dwoinek. Posiew po 48 godzinach dał wynik ujemny.

10. VII. Temperatura 39, tętno 150, oddechów 60. Oddech skrzydełkowy. Stan ogólny nieco pogorszył się. W płucu lewym poza objawami, opisanymi pod datą 5. VII., stwierdza się w linii pachowej rzęzenia drobnopointy i średniobankowe. Nad płucem prawem w obrębie górnego płata przytłumienie, oddech oskrzelowy, rzęzenia i trzeszczenia. Roentgen: zmiany w lewym płucu te same, co dnia 5. VII. W górnym płacie prawego płuca ognisko broncho-pneumoniczne.

Nakłucie prawej opłucny: wydobyto 15 cm.³ ropy, posiew jałowy.

Odczyn Pirqueta i Mantoux ujemne.

22. VII. Ciepłota 37,6, liczba oddechów 30, ogólny stan dość dobry. Nad lewym płucem stłumienie ustąpiło, pozostało tylko przytłumienie z odcieniem bębenkowym. W obrębie górnego płata oddech oskrzelowy, liczne trzeszczenie i rzęzenia drobnopointy i bankowe, oraz szmer tarcia; w obrębie

dolnego płata oddech osłabiony. W płucu prawem zmian fizykalnych już nie stwierdza się.

Roentgen: zaciemnienie w obrębie dolnego płata nad przeponą. W obrębie górnego płata intensywność cienia słabsza.

Nakłucie opłucny: wydobyto 3 cm.³ ropy. Z posiewu wyrosły pałeczki gr., typu Pfeiffra.

17. VIII. Stan bezgorączkowy, nad prawym płucem od tyłu przytłumienie, oddech słyszalny, bez zmian patologicznych. Brak szmerów dodatkowych. Roentgen: zaciemnienie tylko u podstawy lewego płuca i mniej intensywne.

Nakłucie opłucny obecności płynu nie wykazało.

Badanie krwi: liczba białych ciałek 10.000, wielojądrazystych 57%, pałeczkowatych 4%, limfocytów 39%.

22. VIII. Dziecko wypisane do domu w dobrym stanie bez gorączki.

Ogółem należy powiedzieć, że mieliśmy do czynienia z obustronnem odoskrzelowym zapaleniem płuc, powikłanem ropnym zajęciem opłucny. Cała sprawa trwała dwa miesiące, a wywołana była przez laseczniki Pfeiffra. Leczenie, polegające na stosowaniu transpulminy, hemoterapii, a przedewszystkiem na systematycznym wypuszczaniu ropy z opłucny, doprowadziło do wyzdrowienia. Za tem przemawiał nie tylko dobry stan dziecka, brak gorączki w ciągu ostatnich 10-ciu dni, nieznaczne zmiany wypukowe i rentgenologiczne w płucu, które zresztą należało położyć na karb wytworzonych zrostów, ale nawet liczba i obraz białych ciałek krwi.

Rezultaty naszej terapii tembardziej wydawały się godnymi uwagi, ponieważ w danym przypadku mieliśmy do czynienia z wyjątkowo ciężkim schorzeniem wieku niemowlęcego, jakim jest obustronne zapalenie płuc, powikłane ropniakiem opłucny.

Okazało się jednak, że było to tylko jedno z ogniw zakażenia ustroju prątkami Pfeiffra.

Drugi pobyt w szpitalu.

29. VIII. Ponownie przybywa na oddział z tem, że od 2-ch dni gorączkuje i kaszle. W szpitalu już nie gorączkuje. Stan ogólny bardzo dobry. Badanie fizykalne tylko w lewej linii pachowej wykazuje skrócony wypuk. Oddech pęcherzykowy prawidłowy. Roentgen wykazuje obecność wysięku międzypłatowego w płucu lewym, natomiast nie spostrzega się już zaciemnienia u podstawy płuca.

Dziecko w ciągu 8 dni pobytu w szpitalu nie gorączkuje, czuje się dobrze, nie kaszle. Prześwietlenie płuc, dokonane po tygodniu, nie wykazuje już żadnych zmian chorobowych.

5. IX. Wypisane do domu jako zdrowe.

Ten drugi okres pobytu dziecka w szpitalu wykazał, że uprzednia sprawa chorobowa, tocząca się w miąższu płucnym i w opłucnie ściennej, została prawie zlikwidowana. Natomiast nowy etap zakażenia prątkami Pfeiffra wystąpił pod postacią wysięku międzypłatowego, ale ta sprawa szybko wygasła, bo już po dwóch dniach spadła gorączka, a po ośmiu dniach Roentgen nie wykazywał żadnych uchwytanych zmian w płucu.

Trzeci pobyt w szpitalu.

9. IX. Poraz trzeci przybywa na oddział, ale tym razem w stanie bardzo ciężkim, z burzliwymi objawami, które trwają od 12-tu godzin. Oto nagle wystąpiła wysoka gorączka i drgawki, które trwały dwie godziny.

W obrazie klinicznym na plan pierwszy wysuwają się objawy oponowe: sztywność karku, objaw Kerniga i wyraźny wytrzeszcz gałek ocznych.

¹⁾ Jeden przypadek demonstrował Kopeć w Polskim Towarzystwie Pedjatrycznym.

Nakłucie łądźwiowe wykazuje płyn mętny, zapalny, zawierający 350 białych ciałek w kamerze Fuchsa-Rosenthala; 95% neutrofilów, 5% limfocytów. W preparacie bezpośrednim drobnoustrojów nie stwierdza się; posiew (między innymi dokonany na agarze z krwią) ujemny.

11. IX. Stan ogólny dość ciężki, temperatura 38,4. Objawy oponowe trwają. Nakłucie łądźwiowe wykazuje w płynie mniej więcej te same zmiany morfologiczne, co dnia 9. IX. Badanie bakteriologiczne płynu znów wypada ujemnie.

12. IX. Dziecko bardzo apatyczne. Ciepłota 38,4. Wybitny wytrzeszcz gałek. Dokonano nakłucia komory, wydobyto 20³cm. płynu mętnego pod wzmożonym ciśnieniem. Pleocytoza 357 (95% neutrofilów, 5% limfocytów). W preparacie bezpośrednim drobnoustrojów nie stwierdzono. Z posiewu na agarze z krwią wyhodowano prątki Pfeiffra.

14. IX. Dziecko nieprzytomne, ciepłota 39, objawy oponowe wybitnie wyrażone. Wymioty.

Prześwietlenie płuc promieniami Roentgena żadnych zmian nie wykazuje.

Badanie krwi: liczba białych ciałek 15.000; wielojądźastych 39%, pałeczkowatych 9%, limfocytów 39%, monocytów 9%, eozynofiliów 4%.

15. IX. Dziecko zmarło.

Badanie sekcyjne: poza ropnym zajęciem opon i komór mózgowych wykazuje w lewej opłucnie na linii pachowej nalot włókninowo-ropny (ropa zorganizowana) wielkości monety pięciozłotowej.

Możnaby przypuszczać, że w danym przypadku zajęcie opon mózgowo-rdzeniowych było ostatniem ogniwem ogólnego zakażenia ustroju, czyli posocznicy, wywołanej prątkami Pfeiffra, której czas trwania wynosił 3 miesiące¹⁾. Przeciwnie temu jednak przemawiałoby to, że w przebiegu cierpienia dziecko dwukrotnie było zdrowe, przytem te okresy zdrowia trwały za pierwszym razem 17 dni, za drugim razem 10 dni.

Inna sprawa, że tym okresem zdrowia, niestety, nie towarzyszyło wygaśnięcie sprawy anatomicznej: sprawa, tocząca się w lewej opłucnie, klinicznie zlikwidowana, anatomicznie trwała nadal i raz poraz at-

¹⁾ Ze względów technicznych posiewu krwi nie dokonaliśmy. Zresztą, nader rzadko w posocznicy Pfeiffra bywa on dodatni.

kowała inne narządy: raz wywołała wysięk między-płatowy, który szybko uległ samowyleczeniu, innym razem wywołała śmiertelne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

A zatem usadowienie się prątków Pfeiffra w oponach nie wystąpiło w przebiegu posocznicy, ale naskutek przeniesienia się tych zarazków z niewygaśłego anatomicznie ogniska innego narządu.

Zazwyczaj zajęcie opon mózgowo-rdzeniowych przez laseczniki Pfeiffra występuje bądź równocześnie z zachorowaniem innych narządów, bądź też może się zjawiać jako nagłe pogorszenie istniejącej już choroby.

W naszym przypadku sprawa ta przedstawia się odmiennie: zakażenie opon wystąpiło dopiero na jedenasty dzień po ustąpieniu wszelkich objawów klinicznych.

* * *

W końcu chcielibyśmy zwrócić uwagę na ważny szczegół w związku z badaniem bakteriologicznem wysięku z opłucny i płynu mózgowo-rdzeniowego w omówionym przypadku.

W ciągu pierwszych dwóch tygodni kilkakrotne badanie płynu ropnego z opłucny dawało wynik ujemny. Dopiero z ropy, posianej na agarze z krwią, wyhodowaliśmy niewątpliwe bakterie Pfeiffra.

Cc zaś się tyczy badania płynu mózgowo-rdzeniowego, to należy podkreślić, że dwukrotnie dokonany posiew na agarze z krwią z płynu rdzeniowego dał wynik ujemny. Dopiero posiew z płynu, otrzymanego z komór mózgowych, wykonany w ten sam sposób, wykazał obecność laseczników Pfeiffra.

Z tego wynika, że bardzo skrupulatne badanie bakteriologiczne (w danym przypadku posiew na agarze z krwią) i kontrolowanie płynów zapalnych we wszystkich dostępnych zbiornikach tych płynów (w danym przypadku nakłucie komór mózgowych) prowadzi do ścisłej diagnozy, a nie dopuszcza do możliwych błędów diagnostycznych. Mamy tu na myśli t. zw. aseptyczne ropne zapalenie opłucny, bądź też aseptyczne ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Kto wie, czy obie te jednostki chorobowe nie są rozpoznawane zbyt często zwłaszcza w tych przypadkach, w których analiza bakteriologiczna nie została dostatecznie pogłębiona.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Allergja i choroby alergiczne.

Podał

A. DAWIDSON (Warszawa).

(Dokończenie — p. № 46).

Jakie zmiany anatomiczne zachodzą przy reakcji alergicznej? Są one dwójakiego rodzaju: 1) Zmiany w napięciu elementów kurczliwych, mianowicie mięśni gładkich: zmiany te mogą być a) natury spastyczne, np. przy kolkach, w astmie, wstrząsie,

b) natury hiperperystaltycznej, np. w biegunkach alergicznych i c) natury paralitycznej, np. w porażeniu naczyń włosowatych i spadku ciśnienia podczas wstrząsu anafilaktycznego, i 2) odczyn aparatu zapalnego w tk. łącznej naczyniowej pod postacią wysięku płynnego i nacieku leukocytarnego eozynofilowego; wysięk ten bardzo szybko występuje i tak samo szybko znika. Te dwa główne elementy niezawsze razem występują, nieraz następują po sobie, ale jeden z nich zawsze się zaznacza.

Dla określenia stopnia skłonności do odczynu

zapalnego alergicznego użyli Peterson i Kaufman na plastra kantarydynowego i badali, po jakim czasie po nałożeniu plastra powstaje pęcherz. Zbyt szybkie powstanie pęcherza jest dowodem zwiotczenia kapilarów i ma mieć miejsce u wago-toników. U sympatykotoników przepuszczalność zwężonych naczyń jest zmniejszona, i powstanie pęcherza odbywa się wolniej.

Z teoryj, usiłujących tłumaczyć patogenezę objawów alergicznych, wymienię: 1) teorię komórkową, której zwolennikami są Amerykanie i Niemcy, i 2) teorię humoralną, której zwolennikami są Francuzi.

Różnica tych dwu kierunków najwyraźniej zaznacza się w tem, że Niemcy kładą dużą wagę na dja-gnostykę skóry, natomiast szkoła francuska na zmiany, zachodzące podczas reakcji alergicznej we krwi, t. zw. *crise hémoclasique* W i d a l a — *leukopenia*, *trombopenia*, *eosinophilia*, zmniejszenie krzepliwości; w całości obraz zaburzenia kolloidów krwi. Zjawiska, zachodzące przy reakcji alergicznej, mają następujący przebieg: antygen, który musi się dostać do krwi, względnie do komórki w stanie bardziej złożonym, aniżeli fizjologiczna resorpcja przewiduje, powoduje powstanie przeciwciał, częściowo związanych z komórkami, częściowo wolnych w obiegu krwi. Objawy chorobowe są skutkiem gwałtownej reakcji krzepnięcia czy precypitacji przez spotkanie antygeny z antyciałem komórkowym i nie zależą od własności antygeny, lecz tylko od umiejscowienia się antyciała, zależą p.g. D o e r r a od tkanki wstrząsowej (Schockgewebe). Skutki reakcji krzepnięcia, precypitacji będą różne, zależnie od roli komórki w życiu ustroju.

Jakie mamy kryteria dla określenia, czy daną chorobę, względnie dany objaw chorobowy można zaliczyć do alergicznych? Z góry należy zaznaczyć, że praktycznie jest to związane ze skomplikowanym aparatem dja-gnostycznym, pozostawiającym pod względem jasności jeszcze wiele do życzenia. Jako pewne kryteria służyć mogą:

- 1) zetknięcie się z domniemanym alergenem winno wywołać charakterystyczne objawy chorobowe,
- 2) usunięcie alergenu winno spowodować zniknięcie objawów chorobowych,
- 3) alergen winien się dać wykazać w otoczeniu chorego,
- 4) alergen winien dać odczyn skórny,
- 5) dowód, że powstały swoiste przeciwciała,
- i 6) odczulenie z alergenem domniemanym winno dać wynik pozytywny.

W stosunku do wy-gań 4), 5) i 6) muszą być zrobione niektóre zastrzeżenia.

Ad 4) Konstrukcja teoretyczna tego warunku jest prosta: skóra alergika po zetknięciu się z odpowiednim alergenem winna dać reakcję w postaci zaczerwienienia i bąbla, podczas gdy skóra zdrowego człowieka tej reakcji nie da. Ale praktycznie wykonanie i wnioski są skomplikowane. Idjosynkrazja nie dotyczy całego organizmu, lecz jedynie w każdym poszczególnym przypadku predysponowanego organu. Skóra jest częścią organizmu wprowadzić najbardziej ekspozowaną, ale skóra astmatyka nie musi koniecznie być wrażliwa na alergen, wywołujący napad astmy. Może też być odwrotnie: skóra może być wrażliwa na pewien alergen

czy grupę alergenów, które patogenetycznie mogą się okazać bez znaczenia. Dalej, może być nadwrażliwość w stosunku do wielu alergenów wskutek ich wspólnej budowy chemicznej, może być polispecyficzność, np. astmatyk, który był początkowo monowalentny, po szeregu napadów i przeczuleniu aparatu alergicznego, t. j. obniżeniu progu pobudliwości stał się poliwalentny. Może wreszcie być niespecyficzna sensybilizacja, jak to chce J a d a s s o h n, np. przez salwarsan do rtęci, lub M o r o — u szcepionych przeciwko ospie nadwrażliwość do tuberkuliny, którą nazywa parallergją. To wszystko wskazuje, jak trudno jest wnioskować z próby skórnej, a zatem następczą one trudności techniczne. Próba naskórna nie jest miarodajna, śródskórna zaś nie jest obojętna, gdyż obok reakcji lokalnej może też dać objawy ogniskowe i ogólne. W każdym razie przy dobrej metodyce próba skórna jest ważkim dowodem i wskaźnikiem anamnestycznym dla terapii.

Ad 5) Do wykazania obecności antyciał służą: I reakcje serologiczne: 1) wiązanie dopełniacza przy zetknięciu się surowicy alergika z alergenem i 2) precypitacja w surowicy alergika po dodaniu alergenu i II uczulenie bierne — jeśli się uda przez injekcję surowicy alergika uczulić zwierzę lub zdrowego człowieka, t. j. uczynić wrażliwym na dany alergen, to tem samem będzie dowiedziona obecność przeciwciał. Metoda ta jednak odpada, gdyż dla uczulenia człowieka potrzebne są duże ilości surowicy, wyniki natomiast u zwierząt są z tego względu niepewne, że alergen, grający rolę przyczynową u człowieka, dla zwierząt mogą być obojętne. Służyć natomiast może metoda P r a u s n i t z a i K ü s t n e r a: $\frac{1}{10}$ cm³ surowicy alergika zastrzykuje się zdrowemu człowiekowi śródskórnie. Po 24 godzinach udaje się danym alergenem wywołać w miejscu iniekcji dodatnią reakcję skórą. Rozumie się, iż ta metoda tylko wówczas ma zastosowanie, jeśli się znajdują wolne przeciwciała w surowicy krwi. Ale ich obecność w surowicy jest tylko objawem przemijającym, a nie *conditio sine qua non*, gdyż, jak D o e r r podkreśla, reakcja alergiczna jest komórkowa. Z tego względu zastosowali K o e n i g s t e i n i U r b a c h modyfikację tej metody: do próby tej nie biorą surowicy, lecz soki tkankowe, otrzymane z pęcherzy po plastrze kantarydynowym.

Ad 6) Odczulenie nie daje się przeprowadzić praktycznie we wszystkich przypadkach, o czem będzie jeszcze niżej mowa.

Obok tych dowodów pewnych możemy się posługiwać objawami podejrzaniami o alergję lub cechami klinicznymi, związanymi z reakcją allergiczną. Z objawów podejrzanym wymienić należy:

1) Obecność idjosynkrazji w linii wstecznej pacjenta. Statystyki C o c a wykazały, że na 100 alergików 50 jest dziedzicznie obciążonych, na 100 normalnych — tylko 7 alergików.

2) Zmiany w ciśnieniu krwi i składzie w sensie kryzy hemoklastycznej W i d a l a. Ciśnienie krwi u alergików jest przeważnie obniżone, bardzo rzadko wzmożone. Ściany kapilarów są bardziej przepuszczalne, co może być wrodzone lub nabyte przez długi kontakt organizmu z alergenami. W^o związku z zaburzeniami w układzie neurowegetatywnym spotykamy znaczny dermatografizm, najczęściej czerwony, rzadziej biały lub oba jednocześnie.

U f f e n h e i m e r bierze jako kryterjum eozy-nofilję. Obecnie eozy-nofilja jest bezwzględnie uznana jako odczyn allergiczny. Podlega ona stałym waha-

niom: to zmniejsza się, to zwiększa się. Wysoka temperatura, głód, leki, mające działanie odczulające, np. siarka, tuberkulina, powodują spadek eozynofilów. Krzywa eoz. ma charakterystyczny przebieg: na wysokości schorzenia zazwyczaj niska, nawet poniżej normy, gdyż eoz. są odciągnięte do tkanek, w których proces alergiczny się odbywa; jeśli następuje polepszenie liczba eoz. powiększa się, wraz z pogorszeniem — zmniejsza się; jeśli następuje nagłe wyleczenie, wzrasta liczba eoz., co wskazuje, że klinicznie nastąpiło wyleczenie, ale nie jest wyłączona możliwość powtórznego zachorowania

Jakie siły mobilizują eoz. we krwi i w tkankach? Powstanie substancji eozynotaktycznych jest p.g. badań histologicznych atrybutem formy zapalnej reakcji alergicznej. Te substancje zatrzymują eozynofile, przebiegające początkowo w normalnej koncentracji, w naczyniach włosowatych i gromadzą je w tkankach, przez co powodują wzmożone zapotrzebowanie i wysianie eozynofilów i w rezultacie ogólną eozynofilję. Eozynofilja rodzinna bywa spostrzegana: ojciec i syn mają astmę, troje pozostałych dzieci tylko eoz. B a a r uważa eoz. za objaw niespecyficzny, za parallergię, gdyż występuje u zwierząt również po reiniekcji innej surowicy, niż była wzięta do uczulenia.

3) Wągotoniczna reakcja ciśnienia krwi na adrenalinę z pierwotnym spadkiem.

4) Zaburzenia w przemianie mineralnej.

P.g. K r a u s a elektrolity są regulatorami funkcji komórki, i one decydują o jej przewrażliwości. Nie sama ilość elektrolitów, lecz ich wzajemny stosunek decyduje o zaburzeniach w przemianie mineralnej. Zaburzenia w ilościach elektrolitów są znów ściśle związane z zaburzeniami układu neurowegetatywnego i równowagą kwasowo-zasadową, przyczem p.g. Z o n d e k a komórka-bogata w Ca jest przewrażliwiona względem bodźców ze strony układu sympatycznego, komórka zaś bogata w Kalium — wągotonicznego.

Pobudzenie n. sympatycznego prowadzi do zwiększenia Ca na powierzchni granicy między zakończeniem nerwu a komórką danej tkanki. Przewaga jonów Ca powoduje wydzielanie jonów H i lokalną kwasicę.

W stanach alergicznych przeważa wągotonia, związana z przewagą K nad Ca, częsta jest amfotonia, rzadko sympatykotonia.

W związku z tem obserwujemy w stanach alergicznych przeważnie alkalozę (we wstrząsie anafilaktycznym u świnki morskiej, u astmatyków i w gorączce siennej). Tem się tłumaczy pogorszenie u astmatyków w nocy i efekt terapeutyczny po R o e n t g e n i e, który działa w kierunku powiększenia *calcium*.

5) Zmniejszenie zdolności krwi wiązania kw. salicylowego (10% astmatyków nie znosi aspiryny).

6) Powiększenie globulin po iniekcji jakiegoś nieantygeny zamiast albumin.

7) Odczyn dodatni na łuski ze skóry głowy ludzkiej. S t o r m v a n L e e u v e n znajduje odczyn dodatni u wszystkich alergików, potwierdzają to K a e m m e r e r i R o s t. R o s t zastrzega się, że nie wie, czy reakcja ta wskazuje skazę allergiczną, czy chorobę allergiczną, już istniejącą.

8) Zaburzenia funkcji wątroby. Wątroba (ukł. siat. śródbł.) stanowi filtr dla produktów rozpadu białka, i dlatego cierpienia wątroby ułatwiają przejście do krwi niektórych produktów toksycznych i stanowią czynnik, sprzyjający chorobom allergicznym.

9) O stygmatyzacji wewnętrzno - wydzielniczej alergików wiele się pisze, ale nic dowiedzonego dotychczas jeszcze niema.

—o—

L e c z e n i e. Podobnie, jak djaagnostyka, również i terapia chorób allergicznych jest utrudniona z powodu ogromnej liczby allergenów, przyczem z góry należy podkreślić, że poszczególny objaw chorobowy może być zwalczony, ale skaza allergiczna zostaje. Na powstanie stanów allergicznych składają się trzy zasadnicze czynniki:

- 1) czynnik wywołujący — allergen,
- 2) czynnik uspasabiający — jest to skaza wrodzona lub nabyta, charakteryzująca się głównie zwiększoną przepuszczalnością naskórka, nabłonków błon śluzowych i śródbłonnków naczyniowych,
- i 3) do pewnego stopnia czynnik sprzyjający — schorzenia wątroby, gruczołów wydzielania wewn., układu neurowegetatywnego oraz infekcje.

Zadaniem naszym winno być przerwanie łańcucha „antygen — antyciało”, co osiągnąć możemy dwoma sposobami: 1) przez usunięcie allergenu lub 2) przez usunięcie antyciała czyli drogą odczulenia specyficznego lub niespecyficznego.

Ad 1) Jeżeli allergen jest wiadomy, i praktycznie ominięcie kontaktu z nim daje się przeprowadzić, to wyleczenie jest osiągnięte. Jeżeli zaś allergen jest niewiadomy lub z powodu swego rozpowszechnienia nie daje się usunąć, pozostaje drugi sposób — odczulenie.

Ad 2) Podstawą odczulenia są zjawiska antyanafilaksji i skeptofilaksji. Wiadomo, że po przebyciu wstrząsu anafilaktycznego jest się w stanie antyanafilaksji. Wiadomo również, że wstrząs może być ominięty, a stan antyanafilaktyczny osiągnięty przez profilaktyczne iniekcje małych ilości allergenu, dzięki czemu następuje częściowe lub całkowite wiązanie antyciał — metoda opracowana przez B e s r e d k ę. Jeśli allergen jest wiadomy, przeprowadza się desensybilizację swoistą, polegającą na przywyczajeniu i zwiększeniu odporności ustroju wobec danego antygeny. Zaczyna się od podskórnych zastrzyków bardzo małych ilości allergenu, powoli, w odstępach zależnych od reakcji skóry i ogólnej, przeważnie co 3 — 4 dzień na początku, później co 8-my dzień, dawkę się powiększa; jeżeli stan się pogarsza, dawki nie zmienia się.

Leczenie zatem długie do 1 — 2 lat. Odczulenie specyficzne *per os* ma zastosowanie w idiosyncrazjach lekowych i pokarmowych. Na godzinę przed spożyciem pokarmu, wywołującego stan allergiczny, podajemy minimalną jego ilość i powtarzamy to przez czas dłuższy, zwiększając stopniowo jego ilość, przez co zwiększamy odporność organizmu na dany allergen, np. 10 mgr. białka kurzego na godzinę przed spożyciem jajka.

Jeżeli allergen jest niewiadomy, lub przy swoim odczulaniu stan się coraz bardziej pogarsza, wskazane jest leczenie nieswoiste. W skeptofilaksji, metodzie, stojącej na pograniczu między swoistym a nieswoistym odczulaniem, również osiągamy stan antyanafilaktyczny na drodze niespecyficznej: niektóre antygeny (pepton, siarka, tuberkulina i inne), wywołując przeciwciała, chronią ustrój przed działaniem chorobotwórczym innych antygenów, np. pierwsza iniekcja

nym wpływem następnej dawki peptonu, ale chroni małą dawkę peptonu chroni nietylko przed śmiertelną również przed działaniem innych antygenów — reakcja nieswoista. Odczulenie nieswoiste zmniejsza wrażliwość t. zw. narządów wstrząsu, jak wątroby, ukł. neurowegetatywnego, powiększa, słowem, próg pobudliwości. Odczulenie na drodze nieswoistej może być osiągnięte przez: 1) zastrzykiwania mleka, 2) zastrzykiwania petonu i 3) najbardziej zachęcające i najczęściej stosowane zastrzykiwania siarki (1 cm³ 2% — 1% zawiesiny siarki w oliwie — domięśniowo). Pierwsze zastrzyknięcie winno wywołać dużą reakcję w postaci dreszczów i gorączki. O ile przy tej reakcji nie następuje poprawa, kontynuowanie tej terapii jest bezcelowe. Jeśli natomiast następuje widoczna poprawa, wówczas dawkę należy zmniejszyć, aby otrzymać tylko nieznaczną reakcję.

Zastrzykiwania należy robić w odstępach 4 — 7 dniowych. 4) Leczenie tuberkuliną.

S t o r m v a n L e e u v e n przeprowadził u 500 astmatyków kurację tuberkulinową z dobrym rezultatem, wychodząc z założenia, że większość tych pacjentów była przewrażliwiona na tuberkulinę. Do odczulenia *per os* stosuje się pepton w ilości 3 × 0,015 — 0,5 na ½ godz. przed jedzeniem. Skuteczność tej metody daje się stwierdzić w stanach alergicznych związanych z pokarmami, jak *urticaria*, *strophulus* i o ile odczulenie to przynosi efekt, jest on zwykle trwały.

Poza temi metodami nieraz udaje się osiągnąć efekt przez ingerencję w skład jonów tkanek i soków, przez usunięcie odchyłań w normalnym składzie elektrolitów, przez wpływ na układ neurowegetatywny.

— o —

C h o r o b y a l l e r g i c z n e. Jeżeli w chorobach infekcyjnych moment etiologiczny — zarek, pochodzący z zewnątrz, nie jest jedynym odpowiedzialnym czynnikiem w całym obrazie chorobowym, a nie mniejszą rolę odgrywa dyspozycja organizmu, jego chwilowy stan immunizacyjny, słowem powstanie choroby infekcyjnej jest skutkiem wzajemnego oddziaływania mikro- i makroorganizmu, to tembardziej ma to miejsce w chorobach alergicznych, gdzie allergen jest zasadniczo ciałem dla większości ludzi nieszkodliwym. Są allergeny, które u większości ludzi mogą wywołać uczulenie, większa zaś część tylko u predysponowanych. Praktycznie powiedzieć można, że słabym działaniem allergenu zostają uczuleni tylko usposobieni konstytucjonalnie, przy silnym działaniu i pod wpływem niepomysłnych warunków każdy człowiek może się stać allergikiem. Poza wrodzoną czy odziedziczoną skłonnością do tych chorób, pewne okoliczności mogą uczynić organizm ludzki podatnym na wpływ allergenów, np. astma po przebytych infekcjach gór-

nych lub dolnych dróg oddechowych, forma żołądkowo-kiszkowa idiosynkrazji lub pokrzywka po zaburzeniach lub sprawach zapalnych kiszkowych (widocznie służówka stwarza podczas choroby warunki sprzyjające wkroczeniu allergenów), wyprysk wskutek pracy nad środkami rozpuszczającymi tłuszcze, wskutek chropawości skóry. Ale częstość wielorakich alergij skórnych u astmatyków i innych allergików, występowanie u jednego i tego samego pacjenta rozmaitych form chorobowych, kalejdoskopowo następujących po sobie po tym samym allergenie, dziedziczne i rodzinne występowanie chorób alergicznych nasuwa myśl skazy alergicznej, prawdopodobieństwo konstytucji alergicznej, czy też specjalnej wrodzonej, a może i nabytej skłonności do sensybilizacji i do odczynów alergicznych — anafilaktycznych. Na czym polega ta konstytucja? Niektórzy badacze uważają, że rozwiązali ten problem, przypisując to wagotonji, czy sympatykotonji, zaburzeniom wewnętrznej sekrecji lub też wreszcie zaburzeniom równowagi zasadowo-kwasowej. S t o r m v a n L e e u v e n przeprowadził cały szereg badań w tym kierunku i przyszedł do wniosku, że badacze ci brali skutek za przyczynę, gdyż nie badali tych zmian w okresach wolnych od choroby. Niektórzy dopatrują się związku między skazą wysiękową w dzieciństwie i skłonnością do schorzeń alergicznych w późniejszym wieku, uważając je za późne formy skazy wysiękowej, co zresztą w wielu przypadkach potwierdza anamneza.

Do powszechnie uznanych chorób alergicznych zaliczamy: astmę oskrzelową, gorączkę sienną, katar nosa naczynioruchowy (*rhinitis vasomotoria*), pokrzywkę, wyprysk, obrzęk Q u i n c k e g o, migrenę, *colitis mucosa*; do kwestjonowanych — ostry gościec stawowy, podagrę, epilepsję, *erythema exsudativum multiforme* i *erythema nodosum*, *purpura* S c h ö n l e i n - H e n o c h a i niektóre objawy napadowe ze strony układu moczopłciowego — *cystitis*, kolki nerkowe, wreszcie niektórzy ujmują całą symptomatologię chorób zakaźnych jako wyraz odczynu anafilaktycznego ustroju na zarazki chorobotwórcze.

PIŚMIENNICTWO.

M. Kl. N. 36, 1926 r., M. Kl. 1927. N. 44, M. Kl. 1928 r. N. 30, D. m. Wschr. 1928, N. 31, M. m. Wschr. 1928, N. 3, M. m. Wschr. 1928 r. N. 15, Ther. der Gegenwart 1927, M. Kl. 1929 r. N. 8, D. m. W. 1929 r. N. 47, M. Kl. 1929 N. 17, N. D. Kl., M. Kinderh. 1929, H. 1—5, J. Kinderh. N. 127, W. m. W. 1928, 50 — 52, Kl. Wschr. 1928, N. 20, 21, 22, 23, M. Kl. 1930, N. 30, M. Kl. 1930 N. 39, M. Kl. 1930, N. 32, Z. Kinderh. 1930, 495 H, Kl. Wschr. 1930, N. 51, Archiv. Kinderh. 1930, M. Kinderh. 1929 H 1—5, J. Kinderh. N. 141, M. m. Wschr. 1931 r. N. 13, Praundler-Schlossmann, M. Kl. 1930, N. 35, D. m. W. 1931 N. 14, W. m. Wschr. 1931. N. 25.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ S. WACH, A. KRONFELD, E. JOLOWICZ, E. HEIMANN, K. HORNEY, H. DRIESCH. Das Problem der Kultur und die ärztliche Psychologie. 6 wykładów w związku z dziełem F r e u d a „Unbehagen in der Kultur“ w semestrze zimowym 1930/31 na uniwersytecie lipskim. Nakładem Thiemege. Lipsk, 1931.

Wykłady niniejsze zostały zorganizowane przez Instytut historii medycyny przy uniwersytecie lipskim, który to instytut wykazuje żywe zainteresowanie dla aktualnych zagadnień pogranicza medycyny oraz filozofii myślenia i wiedzy lekarskiej. Miarą tego zainteresowania oraz skali myślowej inteligencji niemieckiej (europejskiej!) są właśnie niniejsze wykłady, które świadczą o tem, jak szerokiem echem odbiła się ostatnia praca twórcy psychoanalizy. Bo też jest to dziełko, którego zasięg

wykracza daleko poza ścisłe ramy wiedzy lekarskiej albo nawet psychologicznej. Łącznie z przedostatnią pracą *F r e u d a* („O przyszłości pewnego złudzenia”) mamy tutaj perspektywę poglądu na całokształt naszej kultury, na jej problematyczność w świetle zrozumienia psychoanalitycznego. Są to rozdziały z filozofii kultury. Szczególnie ostatnia praca, której rozważaniu poświęcone są wykłady niniejsze, daje głęboki wgląd w istotę tego niezadowolenia z naszej kultury, jakie cechuje człowieka współczesnego. Nie możemy tutaj wnikać w istotę samej pracy *F r e u d a*, zaznaczymy tylko, że najważniejszy bodaj jej motyw stanowi wyodrębnienie i podkreślenie popędów destrukcyjnych agresywnych, jako wrodzonych człowiekowi, które to popędy niszczą kulturę naszą od wewnątrz i rozsadzają całą pozornie tak imponującą jej budowę. Stanowisko *F r e u d a* w stosunku do naszej obecnej kultury charakteryzuje najlepiej następujące gorzkie zdanie. „Nie potrzeba chyba wspominać o tem, że kultura, która pozostawia w niezadowoleniu tak znaczną liczbę uczestników oraz popycha ich do buntu, nie ma widoków trwałości, ani też na nią nie zasługuje”. Obok niezadowolenia psychicznego i socjalnego (to ostatnie bardzo krótko) omawia *F r e u d* kompensaty, jakie sobie ludzkość dla tych niezadowoleń wytworzyła, w pierwszym rzędzie religię. Sporo miejsca poświęca także pierwiastkom etycznym, które mają hamować owe przyrodzone popędy niszczycielskie, a których genezę wyświecił twórca psychoanalizy w poprzednich pracach. Rozległość perspektywy, które rozwija dzieło *F r e u d a*, sprawia, że omawiają je tutaj wykładowcy z różnych dziedzin. *W a c h* mówi o uczuciu religijnem, przyczem twierdzi, iż mimo całe swoje wielkie zasługi dla zbadania genezy religii, nie uchwycił *F r e u d* istoty przeżycia religijnego jako takiego, nie uchwycił — i przez to nie docenił. Tak znany autor, jak *K r o n f e l d*, mówi o znaczeniu cierpienia, istocie człowieka i teoriach newrozów. Już sam tytuł prelekcji wskazuje na przewagę pierwiastka filozoficznego, który też stanowi mur graniczny pomiędzy autorem a psychoanalizą. Znaczenie jej i zasługi uznaje zresztą *K r o n f e l d* w całej pełni, nie widzi w niej jednak dostatecznej podstawy do wytworzenia poglądu na kulturę i jej przyszłość. Tutaj, zdaniem jego, niezbędny jest punkt widzenia filozoficzny. *J o l o w i c z* mówi o sensie kultury i upatruje go we wzmoczeniu różnorodności życiowej, nie-możliwym w tej mierze poza obrębem kultury. Niezmiernie ciekawe i głębokie są wywody *H e i m a n n a* na temat kwestii społecznej; sprawę „niezadowolenia w stanie kultury” rozważa on z punktu widzenia dialektyki socjologicznej. Konieczność procesów dziejowych, wsparta przez świadomą wolę człowieka, usunie przyczyny socjalne, które wytwarzają owo „niezadowolenie”. Przedstawicielka szkoły psychoanalitycznej *K a r e n H o r n e y* poddaje krytyce teorię popędów destrukcyjnych, rozwiniętą przez *F r e u d a*. Krytyka ta prowadzi do poglądu znacznie bardziej optymistycznego na możliwości etyczne naszej kultury. Uznaje ona nieuniknioną konieczność walki, jako takiej, ale neguje istnienie wrodzonych popędów niszczycielskich, wskazując na to, że wytwarzają się one pod wpływem specjalnych warunków. Psychoanaliza, która to wytwarzanie się wyjaśnia, jest powołana do wskazania dróg do usunięcia w przyszłości tych konstelacji psychicznych, wrogich dla życia i kultury. Na zakończenie znany filozof i biolog *D r i e s c h* rozważa zagadnienie postulatów etycznego. Istoty imperatywu kategorycznego, jako zjawiska podstawowego i pierwotnego, nie zdoła, zdaniem jego, wyjaśnić żadna teoria genetyczna, a więc i psychoanaliza.

G. B y c h o w s k i.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. MANDRU. Nowe poglądy na patogenezę obrzęku, anafilaksji, moczówki prostej i na działanie środków moczopędnych. (Paris Méd. N. 37/1931).

Autor uważa, że dla wytłómaczenia powstawania obrzę-

ków w przebiegu chorób zakaźnych należy przyjąć teorię patogenetyczną, polegającą na zmianach toksycznych śródbłonek włośniczek. W końcowym okresie chorób zakaźnych występują polyurja. Jeśli przyjąć, że toksyny, wytworzone w ustroju, nie ulegają wydaleniowi z tą samą łatwością, co woda, osiągają one wówczas taki stopień stężenia we krwi, który powoduje zmiany śródbłonek włośniczek, zmiany, pozwalające na łatwiejsze przesiąkanie surowicy krwi. Na czemkolwiek ten proces polega, należy przyjąć te zmiany toksyczne. W doświadczalnych zmianach nerek, wywołanych azotaniem uranu, występują ogólne obrzęki, gdyż azotan uranu zmienia jednocześnie i śródbłonek włośniczek i nerki. Natomiast w doświadczalnych zmianach nerkowych, wywołanych przez sublimat, chromian potasu i aloinę, które nie atakują włośniczek, obrzęk nie występuje. Nie udaje się wywołać obrzęku ani przez wycięcie nerek, ani przez podwiązanie moczowodów lub szypuły nerkowej. Wykonywując upust krwi w obrzękach pochodzenia nerkowego, usuwa się pewną ilość toksyn i chlorków, co wspólnie przyczynia się do wyzdrowienia. Zmniejszenie się zawartości białka w surowicy zależy nie tylko od strat, poniesionych z moczem, lecz i od przesiąkania białka z obrzękiem. Organizm reaguje na to zwiększeniem się ilości cholesteroliny, co tłumaczy hipercholesterynemię w pewnych zapaleniach nerek oraz zwiększenie się współczynnika lipemicznego ($\frac{\text{cholesteryna}}{\text{kw. tłuszczowe}} > 0,4$)

Obrzęki, pojawiające się u pewnych chorób cukrzycowych, zależą również od zmian toksycznych w śródbłonekach włośniczek, gdyż spostrzega się je u cukrzycowych chorych tylko w stanie kwasicy. Obrzęki charłaczne zależą również od zmian toksycznych w śródbłonekach włośniczek, wywołanych przez zarazki choroby, zarazki zakażenia towarzyszącego lub przez produkty rozpadu komórkowego. Obrzęki w gnilecu są wywołane przez zmiany włośniczek spowodowane brakiem witaminy C. T. zw. obrzęki głodowe są też skutkiem zmian naczyniowych, wywołanych przez niedostatek lub brak innych witamin. Choroba, spotykana w Japonii, zwana hikan, cechująca się kserofthalmią i obrzękiem, zależy od braku witaminy A, gdyż usuwa ją podawanie tranu. Beri-beri, spowodowana brakiem witaminy B, cechująca się zapaleniem wielonerwowym, daje twardy obrzęk. Obrzęki sercowe tłumaczy autor trudnościami, na jakie napotyka prąd chłonki z przewodu piersiowego i dużych naczyń chłonnych przy wlewaniu się do żyły próżnej górnej, kiedy ciśnienie w niej zaczyna się zwiększać. Tłumaczy to predylekcją, z jaką się gromadzi płyn przesiękowy w prawej jamie opłucnowej. Wodobrzusze tłumaczy się niedrożnością naczyń chłonnych wątrobowych w marskości, gdyż przez podwiązanie żyły wrotnej nie udaje się go wywołać. Ucisk naczyń chłonnych przez wodobrzusze tłumaczy obrzęk kończyn dolnych. Obrzęki w przebiegu raka narządów jamy brzusznej i obrzęk kończyny górnej w raku piersi tłumaczy się niedrożnością odpowiednich naczyń chłonnych. Obrzęk płuc w przebiegu zapalenia nerek z nadciśnieniem występuje przeważnie u osób ze starymi zmianami w płucach, które uszkadzają włókna współczulne, towarzyszące naczyniom, co zwiększa ich przepuszczalność. Poza tem zmienione gruczoły tchawicowo-oskrzelowe, stwardniałe lub zwapniałe stanowią przeszkodę dla odpływu chłonki: powstaje zastój chłonki, który potęgując się prowadzi do obrzęku płuc. Przypadki nagłej śmierci w chwili wchłaniania się obrzęków tłumaczy autor w następujący sposób: wchłanianie się obrzęków prowadzi do zwiększonego dopływu chłonki do krwi, zbyt wielka ilość substancji trujących dostaje się do krwiobiegu, i to może spowodować śmierć wskutek zetknięcia się z bardziej wrażliwymi komórkami (wypuszczanie płynów przesiękowych nie powoduje takich wypadków). Obrzęki anafilaktyczne tłumaczy się, zdaniem autora, przesiąkaniem płynu z rozszerzonych naczyń, mającym za zadanie rozcieńczenie toksycznych ciał białkowych, które dostały się do tkanki śródmiąższowej.

Obrzęki zapalne różnią się od obrzęków anafilaktycznych jedynie tem, że organizm wysyła większą liczbę białych ciałek krwi celem zniszczenia ciał bakteryjnych. Na tem samem polegają obrzęki po ukąszeniach przez zwierzęta trujące. Działanie środków moczopędnych sprowadza się do zamykania naczyń w ten sposób, że wszystko, co się dostaje do krwiobiegu przez oba pnie chłonne i żyły wątrobowe, musi się kierować ku nerkom. Nerw współczulny zamyka naczynia, błędny je otwiera. Cholina i histamina, pobudzając nerw błędny, zmniejszają diurezę, tarczyca i wapń, pobudzające nerw współczulny, zwiększają ją. W ten sam sposób możnaby wytłomaczyć działanie chlorku wapnia i dużych dawek soli potasu. Autor przypuszcza, że dopływ pokarmów do tkanek jest regulowany przez mechanizm ośrodkowy, że w *infundibulum* istnieje ośrodek nadjądrowy, kierujący zamykaniem i otwieraniem naczyń. Jeżeli naczynia się zamykają, diureza zwiększa się. Uszkodzenie *infundibulum* podrażnia ten ośrodek, podrażnienie udziela się jądom nerwu współczulnego, które zamykają ściany naczyń. Wiadomo, że zbliżone do siebie czynności mają sąsiadujące ze sobą ośrodki w mózgu. Autor przypuszcza, że nie jest przypadkowym fakt, iż podstawa mózgu zawiera położone obok siebie ośrodki moczówki prostej, otyłości i snu. Jeśli przyjąć tę patogenezę, staje się zrozumiałą towarzysząca polidipsja.

Henryk J. L a n d a u.

C. ALBRECHT. Badania nad gospodarką wodną we krwi w zastojach sercowych. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 271, z. 6).

Autorzy określali u chorych z niedomogą serca wielokrotnie liczbę czerwonych ciałek we krwi żyłnej i kapilarnej, zawartość białka w surowicy krwi żyłnej, zawartość suchej substancji we krwi żyłnej całkowitej oraz zawartość chlorków. Zupelnego wyjaśnienia procesów, odbywających się we krwi przy występowaniu i utrzymywaniu się zastój na zasadzie swych badań nie mogą dać autorzy. Do tego niezbędna jest ocena, w jakim stosunku pozostaje krążąca w okresie zastój ilość krwi do ilości krwi krążącej po jej mobilizacji. Autorzy obawiali się wykonywać określenia ilości krwi na swych przeważnie bardzo ciężkich chorych obok pozostałych badań. Poza tem przeciw metodom określania ilości krwi krążącej można obecnie podnieść jeszcze bardzo poważne zarzuty, jeśli chodzi o ich ścisłość. Badania autorów potwierdzają w pewnym stopniu hipotezę, że w okresie zastój istnieje patologiczne nagromadzenie się wody we krwi. Przemawia za tem znaczne oddawanie wody podczas wypłukiwania obrzęków oraz fakty, obserwowane u pewnych chorych, u których przy każdorazowym pogorszeniu się krążenia następował dopływ wody do krwiobiegu. Zawartość białka w surowicy w okresie zastój wykazuje liczby, stojące na dolnej granicy normy lub nawet subnormalne, które przemawiają za zwiększoną zawartością wody w surowicy. W ostrej niedomodze z zastojem rozcieńczenia krwi daje się odczytać również z niskich liczb czerwonych ciałek krwi. Te fakty uprawniają do przypuszczenia, że przy powstawaniu zastój w wielu przypadkach przyjmuje wodę, a w razie utrzymywania się jego zatrzymuje ją. Czy u takich chorych związane jest z tem zwiększenie się ilości krwi krążącej, autorzy nie mogą tego powiedzieć w stosunku do swoich chorych. W istniejących przez czas dłuższy zastojach (chorzy autorów mieli prawie wszyscy przewlekły zastój) to przyjmowanie wody przez krew daje się odczytać tylko jeszcze z często stwierdzanych niskich zawartości białka lub jeszcze prawidłowej i częściej z oddawania wody w okresie dobrej diurezy. W kontraście z tem, w porównaniu ze zdrowymi, znajdują się często normalne lub nawet, jak wykazał G r a w i t z, nieco zwiększone liczby zawartości suchej substancji we krwi całkowitej. Autorzy stwierdzili, że czerwone ciałka krwi, które przedstawiają bardzo wpływowy czynnik, jeśli chodzi o wysokość suchej zawartości, odbywają swą drogę niezależnie od ruchu wody. Już w okresie zastój liczbą ich bywa często wysoka;

w okresie wypłukiwania czerwone ciałka podnoszą się do bardzo wysokich liczb wskutek oddawania wody. W innych przypadkach jednakowoż liczba ich, pomimo oddawania wody przez krew, pozostaje niezmienną lub nawet spada. Te szczególne stosunki, panujące wśród czerwonych ciałek krwi, tłumaczy nam, dlaczego w zastojach zawartość wody we krwi w jednostce objętości bywa często normalna, aczkolwiek krew, podobnie jak tkanki, przyjmuje wodę. Autorom wydaje się, że słowo „hidremja” nie wyraża jednoznacznie tych skomplikowanych procesów.

Henryk J. L a n d a u.

L. HEILMEYER. Badania nad przemianą barwnika krwi. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 171, z. 5).

Badania nad przemianą barwnika krwi w 6 przypadkach choroby B a s e d o w a pozwalają na wyraźne rozpoznanie wzmożenia przemiany barwnika krwi w tem schorzeniu. Wzmocnieniu rozpadowi hemoglobiny, dającemu się uchwycić z zawartości urobiliny w moczu i kale, przeciwstawia się równie prawie znaczne zwiększenie się regeneracji, oceniane na podstawie liczby i kształtu retikulocytów. Obok tego rozpatrywanie współczynnika urobiliny wykazuje w połowie przypadków uszkodzenie czynności komórek wątrobowych, dające się również uwidocznić w próbie z obciążeniem bilirubiną i polegające nie tylko na niedomodze sercowej, lecz widocznie również na toksycznym uszkodzeniu wątroby przez hormony tarczycowe. Obserwowanie zabarwienia moczu jest również w chorobie B a s e d o w a dobrym wskaźnikiem, przedstawiającym złożony wyraz dla zmian wątroby, krążenia i przemiany hemoglobiny.

Henryk J. L a n d a u.

Lecznictwo.

M. J. BREJTMAN. Nowy sposób leczenia niektórych chorób narządów wewnętrznego wydzielenia i przemiany materji parami jodu (fumigatio jodi). (Wracz. Gaz. Nr. 10/1931).

Leczenie parą jodową schorzeń gruczołów dokrewnych i przemiany materji dotychczas nie miało zastosowania. Przez chirurgów było stosowane w owrzodzeniach gruczołowych z rozpadem tkanki i atoniczną ziarniną, pozatem przez wenerologów i stomatologów. Autor podaje opis swego przyrządu, składającego się z szklanej rurki, z umieszczonym w niej kryształkiem jodu, który się podgrzewa, a powstającą parę wydymuje się przy pomocy rozpylacza na odpowiednie odcinki skóry. Zastosowano tę metodę w chorobach gruczołu tarczowego, pozatem w dwóch ciężkich przypadkach sklerodermji, gdzie otrzymano bardzo wyraźne rezultaty, i w kilku przypadkach schorzeń stawowych. Leczenie nie daje żadnych odczynów miejscowych, ani ogólnych. Leczenie chorób tarczycy należy przeprowadzać tylko w klinice, kontrolując określanie przemiany podstawowej i innemi sposobami czynność gruczołu tarczowego, dopóki ta metoda nie zostanie dostatecznie opracowana klinicznie i doświadczalnie.

M. S e g a ł.

N. B. GELADOW. Czy należy — i jak leczyć zimnicę chininą u ciężarnych i w okresie menstruacji. (Wracz. Gaz. 12/1931).

Obawa przed mogącym nastąpić poronieniem jest tak wielką wśród ciężarnych a także wśród lekarzy, że lekarze, często wstrzymują się od zalecania chininy w malarji, albo przepisują ją w dawkach niedostatecznych, z dużemi przerwami — co naturalnie nie daje pożądanego wyniku. Wrażliwość na chininę jest indywidualna: autor obserwował krwawienia po dawkach chininy 0.25 — 0.5 *pro die*, podczas gdy w innych przypadkach znacznie większe dawki chininy nie wywierają żadnego wpływu. Każdą ciężarną chorą na malarję należy uprzedzić, że, o ile nie będzie zażywała chininy — może nastąpić poronienie wskutek napadu malarycznego, a dziecko urodzone będzie chore na malarję. Ubocznemu działaniu chininy na macicę ciężarną

albo miesiącującą — możemy zapobiec, stosując jednocześnie wapń. Autor otrzymywał dobre wyniki, przeprowadzając całkowite leczenie malarji chininą w ciągu 2-ch miesięcy (30 gr. chininy) z przerwami, w postaci zastrzykiwań, a jednocześnie podawał wapń doustnie w postaci *Calc. chloratum* 10 — 15%, 3 — 4 razy dziennie po łyżce stołowej, jeden dzień przed chinizacją i kontynuując 3 — 4 dni po chinizacji.

M. S e g a ł.

I. W. STRELCHUK. Próba zastosowania dwuchromianu potasu w przewlekłym alkoholizmie. (Wraczeb. Gaz. N. 15/1931).

Nie zważając na znaczną toksyczność chromianów, autor postanowił wypróbować działanie ich w ciężkich przypadkach alkoholizmu, wychodząc z przesłanek teoretycznych o działaniu grupy chromu na elektrolity krwi. Próby określenia dawki, nie wywołującej objawów zatrucia, — autor przeprowadzał na sobie, i ustalił jako dawkę nieszkodliwą 4 krople 2% roztworu ($K_2 Cr_2 O_7$). Większe dawki wywołują bóle żołądka, nudności, wymioty. W moczu nie stwierdzono elementów patologicznych po 3 miesiącach stosowania. Autor stosował leczenie w przypadkach silnego pociągu do napojów alkoholowych, tam, gdzie zawiodły inne sposoby lecznicze jak: tlen, kąpiele, strychnina, arsenik. W $\frac{1}{2}$ — 1 godziny po zażyciu 5 kropli 2% roztworu $K_2 Cr_2 O_7$ w łyżce wody — ustępuje pożądanie alkoholu, nastrój się poprawia, i znika stan depresji, tak częsty u starych alkoholików. Celem uniknięcia wpływu psychicznego podawano preparat w formie zamaskowanej. U 130 nałogowych alkoholików efekt był dodatni i utrzymywał się od kilku dni do kilku miesięcy, po 1 — 2 dawkach. Przeciwwskazanie stanowią: silny nieżyty żołądka i choroby nerek.

M. S e g a ł.

Gruźlica.

S. M. KOUSNEZOWA. W sprawie mechanizmu powstawania ogólnej rozedmy podskórnej. (Zeitsch. f. Tbk. t. 59 z. 6).

Czynnikami, usposabiającymi do powstania rozedmy podskórnej, są: 1. działanie toksyczne infekcji na śluzówkę oskrzeli i pęcherzyków płucnych; 2. konstytuc. osłabienie tkanki łącznej (przypadki G a i l l a r d a: u trzech siostr po infekcji dróg oddechowych wytworzyła się rozedma podskórna). W przypadku autora rozedma powstała po próbie założenia odmy sztucznej; gazu nie wprowadzono, ponieważ po czterokrotnym nakłuciu manometru nie wykazywał wahań, a dwa razy wykazywał ciśnienia — 2 + 2. W 8 — 10 godzin po próbie założenia odmy stwierdzono rozedmę podskórną. Autor tłumaczy mechanizm powstania rozedmy aspiracją powietrza z zewnątrz pod skórę przez kanał wkłucia igły, która dostała się do oskrzela względnie jamy i wytworzyła komunikację między zrośniętymi listkami opłucnej płucnej i ściennej a jamą, względnie oskrzelem. Przy dobrym stanie ogólnym chorego wglądanie w tych przypadkach jest pomyślnie. Kanał się zamyka i rozedma wysysa się. Zakładając odmy sztuczne, często nakłuwamy płuco, jednak niezmiernie rzadko spotykamy się z komplikacją w postaci rozedmy podskórnej. Należy przypuścić, że w tym przypadku istniała specjalna predyspozycja do tworzenia się tego rodzaju kanałów. Leczenia, z wyjątkiem narkotyków celem łagodzenia kaszlu, przypadki te nie wymagają. Zastosowana przez autora skaryfikacja skóry nie przyniosła choremu ulgi. Stan się polepszył dopiero po 8 — 10 dniach, kiedy kanał nakłucia uległ zamknięciu.

M. S e g a ł.

P. LEFEVRE. Seroterapia i wakcynoterapia w przebudzeniu gruźlicy płuc. (Paris Méd. Nr. 32/1931).

Autor podaje opis kilkunastu przypadków, w których zastrzyknięcia surowicy i szczepienia doprowadziły do wystąpienia lub przebudzenia się zmian gruźliczych w płucach. Me-

chanizmy, wywołujące rozwój sprawy płucnej w seroterapii i wakcynoterapii, są zupełnie różne: nawał do płuc w pierwszym przypadku, mniej lub bardziej przemijający stan anergji — w drugim. W każdym bądź razie nasuwa się jeden wniosek: te metody lecznicze, tak pozytywne i tak słuszne naogół, powinny być jednak stosowane z pewnymi zastrzeżeniami. Nie jest pozbawione szkód i ryzyka wykonywanie zastrzyknięć surowicy przeciwgruźliczej z powodu najmniejszego zadrażnienia, jak to zbyt często ma miejsce, gdyż lekarz bywa zajęty przede wszystkim myślą o tem, aby w przypadku tęcza być krytym wobec towarzystwa ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków i innych. Nie należy stosować zbyt pochopnie surowicy przeciwbłonniczej. Przynajmniej wobec chorych, którzy wykazują przeszłość gruźliczą, należy być bardzo ostrożnym i wyczekiwać możliwie wyników badania laboratoryjnego. Z drugiej strony wydaje się, że systematyczne stosowanie szczepionek (zwłaszcza przeciwdurkowych) winno być poprzedzone przez skrupulatne badanie płuc i zebranie wywiadów w tym kierunku; na kilku przypadkach autor wykazał możliwość przebudzenia się utajonej gruźlicy pod wpływem szczepienia przeciwdurkowego. Ankieta, przeprowadzona wśród lekarzy wojskowych (armji francuskiej, w której szczepienie przeciwdurkowe jest obowiązkowe), wykazałaby, jak częste są podobne przebudzenia. Należałoby, być może, wtedy zmienić prawo, że renty za gruźlicę nie są przyznawane wojskowym, którzy zachorowali na nią przed upływem 3 miesięcy służby. Państwo jest w rzeczywistości odpowiedzialne za skutki szczepienia, które narzuca. Ale wówczas okazałoby się, jak bardzo pożądanym jest badanie rentgenologiczne przed wcieleciem poborowych do wojska, którego się domaga D u m a r e s t i którego koszty byłyby, bez wątpienia, zrównoważone przez oszczędności, osiągnięte w ten sposób w budżecie rent.

Henryk J. L a n d a u.

F. O. HÖRING. O wartości wyrwania nerwu przeponowego, jako samodzielnego zabiegu w gruźlicy płuc. (Beitr. z. Kl. d. Tbk. t. 78, z. 1/2).

Wyrwanie nerwu przeponowego nie może zastąpić odmy sztucznej, ponieważ w wielu przypadkach, szczególnie przy niewielkim uniesieniu przepony — zabieg ten nie powoduje ucisku płuca, tylko je unieruchamia, tak, że efekt jest nie większy od leżenia w spokoju. Zmniejszenia się jamy gruźliczej autor nie uważa za efekt leczniczy, tylko całkowite zapadnięcie się jamy. Wychodząc z takiego założenia, wartość wyrwania n. przeponowego jako samodzielnego zabiegu jest niewielka. Wyrwanie n. przeponowego ma przewagę nad odmy sztuczną ze stanowiska społecznego jako zabieg jednorazowy; nie należy jednak względów społecznych stawiać nad wskazania lecznicze. Wyrwanie n. przeponowego zaczyna być szerzej stosowane w czasie, kiedy, dzięki metodom higieniczno-dietetycznym, osiągnięto dobre wyniki lecznicze, tak że trudno jest orzec, czy wyniki te zależne są od metod obserwacji zachowawczych czy chirurgicznych. Na podstawie obserwacji 56 przypadków nie stwierdzono często opisywanego dodatniego wpływu wyrwania nerwu przeponowego na gojenie się jam szczytowych, natomiast stwierdzono, że po zabiegu jamy świeże goją się łatwiej aniżeli jamy stare. Skuteczność zabiegu nie jest warunkowana tylko wysokim uniesieniem przepony, ale zależna jeszcze jest od stopnia kurczliwości chorego płuca, i od zniesienia ruchów własnych przepony. Uniesienie przepony nie chroni od późniejszych nawrotów. Zakres stosowania zabiegu jest ograniczony dla rzadkich specjalnie dobranych przypadków.

M. S e g a ł.

HEBENSTREIT. W sprawie kombinowanego leczenia gruźlicy płuc za pomocą zapadnięcia się płuca (*pneumothorax*, *p. a.* i *pneumothorax*, *p. n.*). (D. m. W. N. 35/1931).

W latach od 1925 do 1931 roku w 43 przypadkach stosowane połączone leczenie p. e. i p. n. po jednej stronie. W ten

sposób, że p. e. była przeprowadzona na 14 dni przed p. n. Spostrzeżenia: stanu ogólnego, wagi ciała, płwociny, temperatury wydzielania prątków wskazują, że w 20 przypadkach, co stanowi 46,6%, osiągnięto wynik pomyślny, w 21 — 48,7%, rezultat był niezadowolający. W szeregu przypadków dobrych, w 2-ch, wydzielanie prątków nie zostało zahamowane, były to jednak b. ciężkie zmiany jamiste obustronne. 46,6% dobrych wyników, otrzymanych przez autora, odpowiada, ogólnie przyjętym w statystykach cyfrom, uzyskanym dla p. n. Jakkolwiek osiągnięto pomyślne wyniki, to jednak zdania bardzo wielu autorów są podzielone co do skuteczności tego rodzaju leczenia. Objawy uboczne spostrzegano w p. e. czterokrotnie na 39 przypadków, przy leczeniu kombinowanym, p. e. i p. n. — bardzo wyraźnie zaznaczone w 22 przypadkach, t. j. 51%. Wyniki te wskazują na skuteczność metody kombinowanej, jednak objawy uboczne występują bardzo wyraźnie. Nie stwierdzono także ułatwienia w przeprowadzeniu pn, skrócenia czasu leczenia. Wobec tego, zdaniem autora, należy przeprowadzać początkowo pn., a dopiero w wypadku wyników niepomyślnych lub niezadowolających, wtórnie przeprowadzić p. e.; o spostrzeżeniach w tym kierunku nastąpią oddzielne doniesienia.

St. L u x e n b u r g.

O. BREDNER. Spostrzeżenia nad działaniem środka antyphthisin (Dr. Genter). (Beitr. z. Kl. d. Tbk. t. 77, z. 3).

Zasadniczym składnikiem środka jest *ol. camforat*. Działanie zbliżone jest do działania kamfory i hexetonu, w każdym razie nie przewyższa ich. Środek ten nie działa swoiście w gruźlicy płuc. Niektórzy chorzy po zastrzyknięciu czuli się subiektywnie lepiej, jak to zresztą stwierdza się po kamforze, niekiedy polepszał się także apetyt. Wyleczenia, względnie wyraźnej poprawy nie spostrzegano w żadnym przypadku. Chorzy godzili się na całkowitą kurację, która w/g autora winna się składać z 200 zastrzyknięć.

M. S e g a ł.

Choroby serca i naczyń.

J. KRYŻEWSKI, F. JAGODA. O krwiopłuciu w przebiegu tętniaka aorty. (Tierap. Arch. t. 9. r. 1931).

W przebiegu tętniaków aorty często występuje krwiopłucie lub też powtarzający się obfity krwotok z płuc. Domieszka krwi do płwociny zależy od minimalnych pęknięć ściany tętniaka, zrosniętego z płucem. Rzadziej nieznaczne krwiopłucie zależy od zastojów krwi w oskrzelach wskutek ucisku tętniaka łuku aorty na tylną ścianę tchawicy lub dużego oskrzela. Znaczne krwotoki powstają przy pęknięciu ściany tętniaka, który przebił się do małego oskrzela. Pęknięcie tętniaka, który przebił się do dużego oskrzela powoduje zwykle śmiertelny krwotok. Autorzy opisują przypadek, gdzie w ciągu 4 miesięcy wystąpiły trzykrotne obfite krwotoki; chory jednak stopniowo wyparł się, co autorzy tłumaczą prawdopodobnym istnieniem wąskiej szpary między ścianą tętniaka a oskrzelem. Powtarzające się krwotoki w przebiegu tętniaków aorty piersiowej mogą być powodem błędów diagnostycznych, gdyż często są traktowane jako gruźlicze.

Jakób P e n s o n.

G. LANGER. Przypadek obecności ropy i powietrza w worku osierdziowym. (Beitr. Klin. Tbk. t. 76, z. 4—5).

Autor podaje opis przypadku, w którym nastąpiło przebiecie jamy w płucach do worka osierdziowego, w którym znalazła się wskutek tego ropa i powietrze. Chory zgłosił się z wysoką gorączką i silną dusznością. Już badanie fizyczne kazało podejrzewać obecność płynu i powietrza w worku osierdziowym. Obraz zaś rentgenowski przedstawił w sposób typowy te stosunki. Rozpoznanie zostało potwierdzone sekcyjnie.

Henryk J. L a n d a u.

AD. POSSELT. O przyczynach prawdziwego przerostu mięśni w zastoiu żylnym. (Wien. kl. Woch. N. 27/1931).

Rozchodzi się tutaj o współdziałanie licznych czynników, wśród których główną rolę odgrywają stosunki czynnościowe, a więc: ciężka praca fizyczna, urazy, zakażenia, zwłaszcza dur obok niezbyt silnego zastoiu wskutek zakrzepu.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

J. SEITZ. Powstawanie i umiejscowienie obrzęków u chorych na serce i u nerkowo chorych. (Z. Klin. Med. z. 3 — 4 — 1931).

Na zasadzie materiału, obejmującego znaczną liczbę różnych schorzeń połączonych z obrzękami, autor zastanawia się nad zależnością pomiędzy przyczyną powstawania obrzęków i ich umiejscowieniem. W przebiegu chorób serca osłabienie mięśnia sercowego powoduje zastój krwi; wtórnie występuje uszkodzenie śródbłonek naczyń włosowatych wskutek zmniejszonej zawartości tlenu we krwi oraz uszkodzenie tkanek; płyn wydostający się do tkanek przez uszkodzone naczynia włosowate nie może być wchłonięty przez uszkodzone naczynia limfatyczne, co prowadzi do obrzęku tkanek. W przebiegu chorób nerkowych istnieją dwa mechanizmy powstawania obrzęków. Przy retencji soli woda zostaje zatrzymana w tkankach dla przywrócenia zachwianego ciśnienia osmotycznego; przy pierwotnej retencji wodnej dla tej samej przyczyny tkanki zatrzymują sól. U chorych na serce obrzęki lokalizują się zgodnie z prawami ciężkości głównie w dolnych partiach ciała; u nerkowo-chorych obrzęki równocześnie powstają w całym ustroju, jako wyraz zaburzenia równowagi osmotycznej, głównie jednak widoczne są w tkance łącznej.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

B. DUBNOWA, F. KANTOROWICZ. O wpływie tłuszczów na glikemję djabetyków. (Tierap. Arch. t. 9 — 1931).

Wobec rozbieżności zdań w sprawie wpływu tłuszczów na glikemję u djabetyków, autorzy badali krzywą cukru po 50 gr. śmietanki. Okazało się, że u zdrowych 50 gr. tłuszczu nie wpływa na krzywą cukru; natomiast w przypadkach cukrzycy wymieniona dawka tłuszczu powoduje wyraźny spadek glikemji o 10—25%. Jeśli zaś razem ze śmietanką podać insulinę, krzywa cukru nieznacznie spada; nie należy więc mówić o osłabieniu działania insuliny przez tłuszcze, jak tego dowodzą D e p i s c h i H a s e n d o h r l. Autorzy na zasadzie swych badań skłaniają się do zdania P e t r e n a, który zaleca podawanie insuliny z tłuszczami.

Jakób P e n s o n.

I. DANIEL, M. POPESCU BUZEN. Działanie wód siarkowych na cukrzycę. (La Pr. Méd. Nr. 42 — 1931).

Główna właściwość chemiczna siarki polega na zdolności utleniania. Przemiana siarki w ustroju jest regulowana przez nadnercza, wątrobę i trzustkę. Insulina zawiera 48% siarki luźnie związanej; być może właściwości hipoglikemizujące insuliny zależą od ilości związanej siarki. Siarkę autorzy podawali w postaci koloidalnej lub jako SH₂ i prócz tego stosowali kąpiele siarkowe. Próby w miejscowości kąpielowej Olanesti (Rumunja) dowiodły, że 500 cm³ wody siarkowej po 2 godz. znacznie obniża glikemję djabetyka. Poza tem stwierdzono ogólną poprawę, wzmożenie tolerancji węglowodanowej, spadek ciśnienia.

Jakób P e n s o n.

J. FERBACH, A. DEKKER. O hipoglikemji poinsulinowej w przebiegu choroby Addisona. (Kl. Woch. N. 38, 1931).

Niektóre tylko objawy hipoglikemji zależą od spadku poziomu cukru we krwi; bicie serca, drżenie, bladeść, uczu-

cie ucisku za mostkiem zależeć mają od hiperadrenalinemji, powstającej w ustroju pod wpływem insuliny. Liczni autorzy dowiedli tego na zwierzętach oraz na ludziach. Zdolność ustroju do wytwarzania adrenaliny ma więc ważne znaczenia dla wyrównania hipoglikemji po insulinie. Autorzy badali wpływ insuliny na krzywą glikemji we krwi w przypadku choroby *Addisona*; przeprowadzili dwie próby — raz zastrzyknęli 5 jednostek insuliny, drugi raz 10, poczem badali co parę minut ciśnienie krwi, co 15 minut — cukier we krwi. Okazało się, że nastąpił nagły spadek glikemji do 20 mg.%, podczas gdy u zdrowych po 30 jedn. insuliny cukier we krwi obniża się do 50 mg.%; nie stwierdzili natomiast klinicznych objawów hipoglikemji. Wraz z wzrostem glikemji ciśnienie skurczowe znacznie się podwyższyło, a ciśnienie krwi rozkurczowe obniżyło się, co łączy z produkcją adrenaliny dla wyrównania hipoglikemicznego działania insuliny. Wobec tego, że u chorej po małej dawce insuliny (5 do 10 jednostek) stwierdzono gwałtowną hipoglikemję bez subiektywnych objawów, autorzy sądzą, że ustrój dotknięty chorobą *Addisona* nie zareagował nadprodukcją adrenaliny na zastrzyknięcie insuliny, stąd gwałtowny spadek glikemji. Badania powyższe potwierdzają pogląd, że niektóre objawy subiektywne nie zależą od stopnia hipoglikemji, lecz od nadmiernej produkcji adrenaliny przez nadnercza.

Jakób P e n s o n.

O. L. E. RAADT. O związku między kwasicą a zatruciem ustroju. (Wien. klin. Woch. N. 17/1931).

Normalnie każda kwasica zostaje wyrównana przez produkcję amoniaku przez nerki. Gdy ta czynność nerek zawodzi wskutek ich niedomogi, przychodzi albo we krwi bez użycia *NaCl* zawsze w ostrej formie (mocznicza rzucawkowa), albo też w tkankach z użyciem *NaCl* do wyrównania przez wytwarzanie amoniaku. Zależnie od ilości jego, jaka dostaje się naraz do krwi, przychodzi w tej ostatniej postaci do bardziej lub mniej przewlekłej moczniczy. Śpiączka w moczniczy, rzucawce i moczówce cukrowej są genetycznie takie same: kwasica w niedomodze nerek.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby oczu.

DUVERGER i VELTER. O leczeniu chirurgicznym jaskry przewlekłej. (Archives d'ophtalmol. styczeń 1930).

Autorzy uważają iridosklerektomję *Lagrangea* za zabieg najlepiej wskazany w przypadkach jaskry przewlekłej. Dla otrzymania pomyślnych wyników niezbędnem jest, aby operacja była wykonana jak najdokładniej. Należy zwrócić uwagę na następujące punkty: 1) cięcie twardówkowe nie powinno przewyższać 5—6 mm, będąc na odległości 1 mm od rąbka; 2) należy dokładnie odseparować płat twardówkowy od spojówkowego aż do rąbka rogówki, możemy wtedy odciąć płat twardówkowy na całej jego wysokości, nie kalecząc spojówki, której całość jest niezbędna. Zabieg *Lagrangea*, wykonany *lege artis*, daje bliźnię sączącą, umieszczoną dokładnie w kącie przedniej komory okrakiem na twardówce i rąbku. Iridektomia obwodowa zapobiega, zakorkowaniu otworu twardówkowego przez tęczówkę, a nadto pozwala na przejście bezpośrednie cieczy wodnistej z komory tylnej do przestrzeni podspojówkowej; zachowuje się przytem zwieracz tęczówkowy, co umożliwia ruchy tęczówki. Sklerektoiridektomia *Lagrangea* ma tę wyższość nad operacją *Elliota*, że pozwala wykonać rezekcję twardówki w odpowiedniejszym miejscu; następnie, wtórne zakażenia zdarzają się częściej po operacji *Elliota*, gdyż łatwiej mogą przenikać przez płat spojówkowy, który jest znacznie cieńszy w sąsiedztwie rąbka. Co się tyczy cyklodializy, to daje ona według *Duvergera* i *Veltera* wyniki niepewne i przejściowe, należy ją kilka

razy powtarzać lub dopełniać ją iridektomją. Po operacji *Lagrangea* w przypadkach jaskry przewlekłej ciśnienie śródoczne, wedle autorów, stałe wracało do normy, ostrość wzroku i pole widzenia ustalały się; w przypadkach zaś wczesnych dawało się czasem stwierdzić nawet powiększenie pola widzenia. Zwężenie nawet znaczne pola widzenia nie jest przeciwwskazaniem; przeciwnie, należy jaknajrychlej wykonać fistulizację oka. Sklerektoiridektomia nie daje dobrych wyników jedynie w wyjątkowych przypadkach z małym ciśnieniem.

W. F r e n k i e l - Z a m e n h o f o w a.

R. VELHAGEN jun. Zespół Basedowa w nagminnym zapaleniu mózgu. (Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. T. 84 luty 1930).

Omawiając objawy oczne w chorobie *Basedowa*, (*Graefego*, *Darlympla*, *Möbiusa*, *Stellwaga*), autor odrzuca teorię współczulną. Przyczyną tych objawów jest zespół, kinetyczno - mechaniczno - statyczny — *Graefego* skurcz *levatoris palp. sup.* i osłabienie działalności m. okrężnego. Działanie n. współczulnego wzmacnia tu działania czynników kinetycznych, a wytrzeszcz — czynników mechaniczno-statycznych. Objaw *Möbiusa* nie da się tak łatwo objaśnić. Autor wskazuje, że w nagminnym zapaleniu mózgu spotykamy objawy, przypominające zespół *Basedowa*. Dają się one łatwiej niż w chorobie *Basedowa* objaśnić schorzeniem zwojów środkowych. Nawet wytrzeszcz był spotykany w tem schorzeniu i objaśniany również scharzeniem jąder środkowych, zawierających ośrodki hipotetyczne n. współczulnego. Odwrotnie, w chorobie *Basedowa* spotykamy objawy, przypominające nagm. zapal. mózgu (porażenie mięśni, beznamiętność, zmiana charakteru i t. d.). Autor przypomina poglądy, w myśl których w chorobie *Basedowa* a schorzenie tarczycy jest wtórne, a pierwotne jest schorzenie ośrodków n. współczulnego. Być może, że ośrodki te są uszkodzone wpływami toksycznymi. Praktycznie pogląd ten ma znaczenie w tych przypadkach ocznego zespołu, gdzie rozpoznanie chor. *Basedowa* nie może być ściśle ugruntowane. Można wtedy myśleć o nagminnym zapaleniu mózgu.

W. A r k i n.

Medycyna sądowa.

SCHWARZACHER. Usiłowanie zabójstwa przez podanie kwasu pruskiego z następczem pozbawieniem życia przez powieszenie. (Beiträge zur gericht. Med. XI).

Pewna dziewczyna l. 18 zaszła w ciążę od stosunku z mężczyzną l. 23, który, nie chcąc z nią się ożenić, namawiał ją do wywołania poronienia. Dziewczyna z początku nie chciała się na to zgodzić, wreszcie przystała; kochanek dostarczył rzekomego środka na przerwanie ciąży; był to kwas pruski w ampulce, używany w tej miejscowości do trucia dzikich zwierząt. Ampułka zawierała 0,3 gr. truteczny. Dziewczyna spróbowała trochę dostarczonego „lekarstwa”, zrobiło się jej niedobrze, zymiotowała, poronienie nie nastąpiło. Ponieważ otrucie się nie udało, zdecydował wtedy kochanek zgładzić dziewczynę w inny sposób: pewnego wieczoru wyszli oni na spacer i zatrzymali się na mostku, przerzuconym przez potok, dziewczyna stała po lewej ręce sprawcy; ten niepostrzeżenie wyciągnął z kieszeni już poprzednio naszykowany sznur z pętlą, zarzucił ją od tyłu na szyję ofiary i zepchnął z mostka. Spadła ona bez krzyku, — opowiadał zbrodniarz, wtedy przywiązał on sznur do poręczu mostu i uciekł.

W. D.

WEYRICH. Zadławienie dorosłego mężczyzny, połączone z uszkodzeniem podniebienia i gardzieli. (Beiträge zur gericht. Med. XI).

Uszkodzenia gardzieli w przypadkach zadławienia dorosłych zdarzają się rzadko, występują przeważnie wtedy, gdy do ust ofiary został wprowadzony jakiś przedmiot twardy, np. pa-

lec, kawałek drzewa i t. p. Niektórzy przypuszczają, że takie uszkodzenia mogą powstawać i przy silnym ucisku szyi od zewnątrz, t. zn. przy dławieniu w ścisłym tego słowa znaczeniu. Autor opisuje przypadek zadławienia 66-letniego mężczyzny, u którego poza śladami walki, uszkodzeniami na szyi itd. stwierdzono wylewy krwawe i pęknięcia błony śluzowej gardzieli oraz miękiego podniebienia. Jak się okazało ze słów sprawcy zabójstwa, przy dławieniu wsunął on do otwartych ust ofiary swą prawą rękę, przytem denat ugryzł go w palec. Z tego opisu wynika, że podane uszkodzenia gardzieli były wywołane uciskiem palców.

W. D.

ROMANESE. Błędne oceny wlotowego otworu kuli. (Beiträge zur gericht. Med. XI).

Na skórze naokoło otworu wlotowego kuli przy strzałach zbliższa z krótkiej broni mogą powstawać otarcia itp. jako skutek uderzenia lub przygniecenia brzegu skóry łufą broni. Na drodze doświadczalnej autor ustalił, że podobne otarcia mogą powstać i wtedy, gdy do naboju prochu wypadkowo dostaną się jakieś drobne cząstki metalu, które przy strzałach z pobliza mogą działać jakby dodatkowe pociski; te cząsteczki nie zawsze wnikają do skóry, czasem pozostawiają tylko ślad w postaci otarcia, zadrapania itp. Przy obecnej technice sporządzania nabojów dostanie się do prochu takich dodatkowych cząstek należy do rzadkości, jednak w niektórych przypadkach

trzeba wziąć pod uwagę taką ewentualność. Odpowiednie badanie broni i jej działania przeważnie pozwoli ustalić pochodzenie wspomnianych otarć.

W. D.

NEUREITER. Otrucia czy nagły zgon z przyczyny naturalnej? (Beiträge zur gericht. Med. XI).

W pewnej kawiarni siedziało przy kawie dwóch mężczyzn, raptem jeden z nich z krzykiem „o, Boże!”, pada na podłogę i po kilku minutach umiera; jego towarzysz zbladł, również upadł i w parę chwil potem również zmarł. Oczywiście zjawilo się podejrzenie, że te osoby nie zmarły śmiercią naturalną, tem bardziej, że pomiędzy niemi były jakieś zatargi. Przy oględzinach zwłok pierwszego denata stwierdzono powiększenie i rozszerzenie serca, blizny w mięśniu sercowym, w naczyniach wieńcowych — wybitne zmiany miażdżycowe, tętnica główna również zmieniona miażdżycowo. U drugiego osobnika znaleziono znaczne zwapnienie naczyń wieńcowych oraz bliznowate zwyrodnienie mięśnia sercowego. Chemiczne badanie narządów ciała nie wykazało żadnych trucizn, wobec tego autor wydał opinię, że śmierć obu denatów nastąpiła na drodze naturalnej wskutek opisanych zmian chorobowych. Podany przypadek należy do wyjątkowych, gdyż zgon dwóch osobników prawie jednocześnie nastąpił w warunkach podejrzanym; śmierć pierwszego wywołała silny wstrząs psychiczny u drugiego, który i sam był predysponowany do nagłego zgonu.

W. D.

Wskazówki praktyczne.

D ö r n e r stosuje z powodzeniem *Trypaflavinę* w *owrzodzeniach gruzliczych krtani*: po oczyszczeniu owrzodzenia z śluzu i nalotu wciera się w dno wrzodu proszek trypaflaviny. Bóle zmniejszają się albo ustają w zupełności. Również i w schorzeniach migdałków, anginie P l a u t - V i n c e n t, ropnem zapaleniu ucha środkowego trypaflavina daje dobre wyniki. (Msch. f. Ohrh. T. 65. Z. 5).

—o—

E. H o l z b a c h i K o t t l o r s chwala działanie *Revitenu* (fabr. przetworów organoterapeutycznych w Osnabrück) w *ciężkich stanach septycznych i niedomogach krążenia*. Reviten zawiera adrenalinę, frakcję tylnego płata przysadki, działającą na naczynia krwionośne, strofantynę i efedrynę w odpowiednich dawkach. Stosowanie dożylnie lub domięśniowe. (M. m. W. 1931. N. 21).

—o—

Według F. P f e i f f e r a, *czopki jodowe* (Jod-Eigon-Natrum-Zäppchen — fabr. Helfenberg) zawierają rozpuszczalny w wodzie przetwór jodowy, który wchłania się w jelitach

w prawie 100%. Czopki te są bardzo cennym środkiem we wszystkich przypadkach, w których z jakichkolwiek powodów drogą doustną jodu stosować nie można. (M. m. W. 1931. Nr. 23).

—o—

Selma M e y e r i Franz Z e l b e r s c h w e c h t - L a s z e w s k i stosują w *zapaleniu płuc odoskrzelowem u osesków i małych dzieci upust krwi z tętnicy promieniowej* zamiast nakłucia żyły. Niepokój i sinica nie stanowią przeciwwskazania do wczesnej arterjotomji. (Jahrb. f. Kindh. T. 131. Z. 5/6).

—o—

H. T a t e r k a i C. H. G o l d m a n n stwierdzili równoległość pomiędzy szybkością opadania krwinek i zaburzeniami nadtarczycznymi: poprawa kliniczna objawów choroby B a s e d o w a szła zawsze w parze ze zmniejszeniem szybkości opadania krwinek, tak, że obserwacja tej szybkości stanowi dobry sposób kontroli działania leczniczego naświetlań rentgenowskich w chorobie B a s e d o w a. (Klin. Woch. 1930. Nr. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Seksja kliniczna.

CXLV posiedzenie z dnia 24 października 1931 r. pod przewodnictwem d-ra B r e g m a n a.

A) P o k a z y.

1) M. O r l i Ń s k i i L. L i p s z o w i c z. *Dwa przypadki nagminnego zapalenia mózgowo-rdzeniowego rozsianego*.

a) Chora E., lat 21. W połowie stycznia 1929 r. po trzytygodniowym okresie napadów bólu głowy z nudnościami napad skręcenia lewej ręki i lewej nogi nawewnątrz, głowy w lewą stronę, przyczem, podobno, straciła przytomność. W czasie napadu lewa noga zimna i drętwą. Od czasu napadu nasilenie bólów głowy, którym towarzyszą wymioty, mroczki w oczach, szum w uszach. Napadowe drżenie w ostatnich 3 pal-

cach lewej ręki, układanie się w rękę położnika. W dzieciństwie odra i koklusz, w 1924 r.—dur brzuszny, w 1927 r.—wyciek ropny z ucha. Od maja 1928 r. stale stan podgorączkowy, kaszle, w nocy poci się. Matka chorej cierpi na migrenę, jest „nerwowa”.

Stan 9. II. 1929. Nad prawym szczytem od tyłu oddech o charakterze wdechu lekko wciągającego, wydechu wydłużonego, słyszalnego. P i r q u e t + + +. Stan podgorączkowy. Tętno 100 na minutę. Żrenice równe, okrągłe, jednakowe, na światło i zbieżność sprawnie oddziaływające. Oczopląs lewostronny. Kończyny górne i dolne pod względem sprawności ruchów, napięcia, siły mięśniowej, próby palec-nos, pięta-kolano, czucia wszystkich rodzajów — norma. Odruchy ze ścięgna mięśnia trójgłowego, kolanowe, ze ścięgna Achillesa i okostnowe — żwawe, po stronie lewej — żywsze. Po stronie lewej J a c o b s o h n, S t e r l i n g, R o s s o l i m o górny,

odruch ze ścięgna Achillesa — polikinetyczny. Odruchy brzuszne zachowane, lewe słabsze. Odruchy podeszwowe — arefleksja. Rossolimo przy Jendrassiku, prawy wyraźniejszy. Podczas pobytu na oddziale (9. II. 1929 — 15. IV. 1929) zaobserwowano liczne, wielokrotnie powtarzające się ruchy mimowolne w palcach lewej ręki w postaci 3 rodzajów kurczów, występujących napadowo, bolesnych, zakłcających sen: 1) kurcze kloniczno-toniczne we wszystkich palcach o charakterze zginającym; 2) kurcze kloniczno-toniczne w II i V palcach, obejmujące mięśnie międzykostne, do których przyłączały się kurcze, wymienione pod 1); 3) kurcze toniczne o charakterze torsyjnym w postaci zawijania palca o palec, jakoteż drżenia o charakterze zbliżonym do parkinsonowskiego, jednakże bez ruchu pigułkowatego w palcu wskazującym. W czasie napadów kurczów psychika normalna, dłoń nie zmienia zabarwienia, nie poci się. Po napadach przejściowe osłabienie kiści. Brak objawów Chwostka, Trousseau, Erba, Hofmanna, antagonistów, Westphala. Próba kaloryczna wybitnie dodatnia. Odczyn Wassermannna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

Leczenie: nasświetlanie promieniami Roentgena czaszki i kręgów, hioscyna.

Pod koniec kwietnia 1929 r. napady kurczów ustępują, w czerwcu powracają. Badanie 2. VII. 1929 r.: status idem, objawu Rossolimo nie stwierdza się. Katamneza 20. I. 1930 r.: napady kurczów zupełnie ustąpiły, natomiast od października 1929 r. w lewej dłoni palenie skrawka dłoni u nasady palców; po wysiłku, a czasami niezależnie od niego pocenie się, osłabienie, obrzęk. Stan z dn. 20. I. 1930 r.: przy wyciągniętych kończynach górnych drżenie w ciuku i palcu wskazującym po stronie lewej; kiść lewa lekko obrzękła. II seria nasświetlań i poprawa. Katamneza 29. IX. 1931 r.: od czasu wypisania się ze szpitala kolejno z przerwami palenia w lewej dłoni, kloniczno-toniczne kurcze w środkowym palcu lewej nogi, kurcz w lewym kolanie, lewej pachwinie, napad bicia serca, osłabienia lewej kiści, a następnego dnia drgania w mięśniach zewnętrznej krawędzi prawej dłoni. Od sierpnia 1931 r. napady szeregu nowych, bardzo przykrych sensacji: drętwienia w dolnym skrawku lewej małżowiny usznej, lewym skrawku górnej wargi, lewym, względnie prawym policzku, ciężar w tylnej części głowy. W połowie sierpnia przejściowe bóle w dołku z wymiotami. Czasami widzi jakby przez mgłę. Podczas ostatniego pobytu w szpitalu napady drętwienia policzka lewego, względnie prawego ze zblednięciem i oziębieniem tegoż, uczucia ciężaru w lewej części ciemieniowej głowy (obok stałego uczucia ciężaru, względnie palenia lub lodu w tylnej części głowy), ściągania lewej brwi z przylegającym skrawkiem czoła, bolesnego ściągania obustronnego twarzy. Napadom towarzyszy niepokój, głęboki smutek. Sen zakłócony, budzi się często i nie śpi od 1-ej godziny w nocy. Stan przedmiotowy bez zmian.

b) Chora W., lat 20. Zachorowała w lipcu 1929 r. Pierwszego dnia dreszcze, silny ból głowy. Drugiego dnia ciepłota 39°, ogólne osłabienie (nie mogła podnieść się z łóżka). W ciągu następnych 8-miu dni ciepłota 38°, poczem krytyczny spadek gorączki. Następne z kolei 2 tygodnie: poprawa ogólna, poczem chora wstaje z łóżka i wtedy spostrzega, że choć jest utrudniony z powodu osłabienia kończyn dolnych. Po paru dniach przyłączają się rwące bóle w kolanach, mrowienie i kłucie na przednio-bocznych powierzchniach ud i podudzi. Osłabienie w kończynach dolnych nasila się, później występują przykre parestezie i osłabienie w prawej kończynie górnej. Jednocześnie wystąpiło zatrzymanie moczu, zaparcie stolca. Przeważnie wężu i słuchu. Z przebytych chorób: w 15-m roku życia zapalenie wyrostka robaczkowego, w 16-ym — schorzenie wątroby, przed ostatnią chorobą — grypa. Stan 9. XII. 1929: narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 100. P i r q u e t + +. Ciepłota normalna. W prawej kończynie górnej ruchy ograniczone we wszystkich odcinkach (zginacze słabsze od rozginaczy), unosi kończynę nieznacznie, w palcach ruchy minimalne. Odruchów z mięśnia trójlgowego i okostnowych brak. Odruchy brzuszne słabe, prawy < lewego. W kończynach dolnych, poza lekkim zgięciem w kolanach, ruchy minimalne, gorsze po stronie prawej. Napięcie obniżone. Odruchy kolanowe wywołuje się tylko przy kaszlu, słabe. Odruchy ze ścięgna Achillesa słabe. Odruchy podeszwowe — arefleksja. Odruchu Rossolimo brak. Siada z trudem, przyczem odczuwa ból w krzyżu. Bolesność łydek na ucisk. Czucie wszystkich rodzajów na całym ciele normalne. Badanie elektryczne mięśni i nerwów porażonych kończyn wykazuje jedynie zmiany ilościowe. Odczyn Wassermannna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

We wrześniu 1930 r. przechodziła w ciągu kilku dni go-

raczkę, po której wystąpiła, podobno, nieznaczna poprawa. Dnia 10. X. 1931 r. przybyła poraz siódmy na oddział. Poza ustąpieniem zaburzeń w oddawaniu moczu, zmniejszeniem się bólów, stan obiektywny pozostał bez zmiany.

W obu przypadkach, z których pierwszy daje szereg objawów, charakterystycznych dla stwardnienia rozsianego z ogniskami w wielkich zwojach podstawnych, drugi zaś — objawy, wskazujące na zajęcie rogów przednich, wysuwają się poza ten na plan pierwszy zbrocenia czuciowe, których umiejscowienie nie odpowiada ani typowi obwodowemu, ani też rdzeniowemu, przypomina natomiast obrazy, jakie były spotykane w epidemii zapalenia mózgu śpiączkowego. Zwraca uwagę, zwłaszcza w przypadku drugim, stacjonarność stanu przedmiotowego w przeciwstawieniu do postępującego charakteru stwardnienia wieloogniskowego.

W pierwszej połowie 1928 r. obserwował Flatau w różnych miastach Polski szereg przypadków, podobnych do powyżej opisanych, występujących nagminnie, które rozpoznał jako zapalenie rozsiane układu nerwowego (patrz „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” z dn. 20 grudnia 1928 r.: Edward Flatau. O epidemii zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928) i o stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (*encephalitis lethargica*), do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia rozsianego). (autoreferat).

W dyskusji zaznacza Flatau, że całokształtu sprawy niepodobna pokrótce omówić. Stwardnienie wieloogniskowe i rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia powstają pod wpływem neurotropowych zarazków przesączalnych (*virus filitans*), różniących się między sobą i wywołujących rozmaite obrazy kliniczne. Epidemia z r. 1928 nie wygasła w Polsce, nie wygasła też zagranicą. E c o n o m o uważa, że ze spraw tych należy wydzielić śpiączkowe zapalenie mózgu, cechujące się śpiączką i zajęciem ośrodków okoruchowych. Zarazek w śpiączkowym zapaleniu mózgu ma szczególnie powinowactwo do dna komory trzeciej i okolicy jąder nerwów okoruchowych. W rozsia- nym nagminnym zapaleniu mózgu i rdzenia zarazek nie wykazuje tego swoistego powinowactwa, lecz przeciwnie, muska na wyrywki kalejdoskopowo rozmaite odcinki ośrodkowego układu nerwowego. Często jednak stwierdza się w cierpieniu tem powinowactwo do układu współczulnego. Sprawa zaczyna się zazwyczaj od dziwacznych parestezji (palenie, piczenie w rękach i t. d.); układ tych parestezji nie odpowiada ani typowi obwodowemu, ani też rdzeniowemu. Przypominają one najbardziej kauzalgię, opisaną przez Weill i Mitcheffa. Te parestezie są najbardziej typowe dla rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia. Stwardnienie wieloogniskowe też zależy, zapewne, od zarazka przesączalnego, jest ono chorobą postępującą, podczas gdy rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia nie ma charakteru postępującego. Śmiertelność wynosi u nas około 10%. Rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia daje czasem tylko objawy ze strony układu współczulnego, np. silne bóle piekące w rozmaitych okolicach ciała oraz w obrębie narządów wewnętrznych, np. w okolicy wątroby, co może prowadzić do błędnych rozpoznań, dalej pocenie się, czerwone plamy, objaw białych smug. Zespół ten nazywa Flatau „*sympatixitis epidemica*”. W niektórych rzadkich przypadkach całe ciało pokrywa się purpurą. W rozsia- nym zapaleniu mózgu i rdzenia mogą występować również zaburzenia psychiczne, niekiedy wysuwają się one na plan pierwszy, jak w przypadkach, opisanych przez Conosa, a cechują się stanem 'podniecenia, halucynacjami, głównie wzrokowymi. Leczenia w tej sprawie właściwie niema; to, co się dotąd robi, nie wykracza poza granicę prób. Szczepionki, otrzymywane w Anglii, nie odpowiadały ścisłym wskazaniom techniki bakterjologicznej. Flatau stosuje najczęściej nasświetlanie promieniami Roentgena, zastrzykiwania śród- żylne cytotropiny, duże dawki jodu podług wskazówek E c o n o m o.

Bregman uważa rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia za jednostkę chorobową o ścisłych cechach klinicznych, która jednak pod pewnymi względami bardzo przypomina śpiączkowe zapalenie mózgu, np. kurczami torsyjnymi. Nawet i w obecnej epidemii rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia spotyka się przypadki, które trudno jest inaczej zakwalifikować, niż jako śpiączkę.

2) J. M e r e n l e n d e r. *Współistnienie kilaków skóry z kilką układu nerwowego ośrodkowego*.

Chory lat 40. Przebył zakażenie kilowe w 1914 r.; otrzymał wówczas jedno leczenie (wciěrki). W 1926 r. stwierdzono neurologicznie wia- d rdzenia (crises gastriques, bóle strzelające). Przechodził w okresie od r. 1926—1930 6 leczeń swoi- stych u referenta. Przez ten cały czas odczyn W a s s e r-

m a n n a był ujemny. 1. X. 1931 r. zgłosił się z kilakiem podudzia, który przemienił się w czasie sposterzegania w owrzodzenia kolanowe. Jednocześnie odczyn W a s s e r m a n n a + + + +. Neurologicznie stwierdzono 1. X. 1931 r. dodatni objaw A r g y l l - R o b e r t s o n a, nierówność źrenic, hipalgezja D₄—D₉. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało: odczyn W a s s e r m a n n a + + + +, odczyn globulinowy +, w osadzie 20 limfocytów (streszczenie własne).

W dyskusji zaznacza B r e g m a n, że sprawa, poruszona tutaj, ma ważne znaczenie praktyczne. Referent, być może, nie odróżnił dwóch spraw: rzadkie jest współistnienie kiły skóry i schorzeń metalutecznych, ale nie współistnienie kiły układu nerwowego ośrodkowego z kiłą skóry. Należy te rzeczy odróżniać, gdyż może np. współistnieć wiań rdzenia z kiłą mózgowo-rdzeniową, na dowód czego cytuję przypadek z własnego oddziału, w którym zmiany kiłowe ustąpiły pod wpływem leczenia swoistego, natomiast wiań rdzenia pozostał bez zmiany. Hipoteza, postawiona przez referenta, że skórne zmiany kiłowe mogą ponownie wystąpić pod wpływem leczenia swoistego, jest mało prawdopodobna.

W odpowiedzi stwierdza M e r e n l e n d e r, że, mówiąc o kile układu nerwowego ośrodkowego, miał na myśli sprawy zwyrodnieniowe w układzie nerwowym, a więc: wiań rdzenia i porażenie postępujące. Dermatolodzy nie odróżniają schorzeń kiłowych od metakiłowych, lecz mówią o kile układu nerwowego. Referent zapomniiał nadmienić, że po wystąpieniu objawów skórnych dolegliwości bólowe ustąpiły całkowicie. B r i l tłumaczy to odprowadzeniem zarasków do skóry.

B) O d c z y t:

J. M u s z k a t e n b l i t. *Podciśnienie tętnicze stałe.*

Na samym początku zaznacza prelegent, iż omawiać będzie zespół objawowy, nie związany z żadnym stanem chorobowym, w którym wtórnie występuje przemijający lub stały spadek ciśnienia tętniczego. Zespół objawowy stałej hipotonji nie jest uważany przez prelegenta za jednostkę kliniczną odrębną, lecz za pewien kompleks objawów chorobowych współistniejących z zaburzeniami przeważnie układu neurowegetatywnego; najważniejszą cechą jest jeden stały moment — niskie ciśnienie tętnicze.

Po omówieniu ogólnej symptomatologii zespołu prelegent zatrzymuje się dłużej na poszczególnych typach hipotonji — samostnych. Sprawa mechanizmu ciśnienia tętniczego, a szczególnie podciśnienia szeroko została omówiona. W końcu prelegent zwraca szczególną uwagę na rozpoznanie, różniczkowanie i rokowanie. Terapia w ogólnych zarysach została również uwzględniona (Streszczenie własne. *In extenso* ukaże się w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 21 maja 1931 r.

Przewodniczący: Dr. K o p c z y ń s k i,

osób obecnych 120.

Docent Dr. Adolf W o j c i e c h o w s k i wygłosił odczyt na temat: *Kiedy i na jak długo ma być zwolnione dziecko od ćwiczeń cielesnych ze stanowiska chirurga?*

Referent ustala przedewszystkiem pojęcie ćwiczenia cielesnego, podkreślając, że ćwiczenia łagodne, typu gimnastyki szwedzkiej następcą daleko mniej przeciwwskazań, niż więcej energiczne wyczyny. Następnie przypomina dr. W o j c i e c h o w s k i o konieczności zwalniania dzieci przez czas dłuższy po przebyciu ostrych spraw zakaźnych wieku dziecięcego, gdyż uraz łatwo może wywołać tu powikłanie ze strony stawów lub kości. Przechodząc do właściwych schorzeń chirurgicznych, omawia je po kolei, dzieląc je na sprawy zapalne ostre, sprawy zapalne przewlekłe, sprawy pochodzenia urazowego, sprawy nowotworowe i wreszcie sprawy o etiologii rozmaitej, lecz szczególnie osłabiająco wpływające na narządy ruchu, przedewszystkiem na kości.

Podług zdania prelegenta, gruźlica kostna w stanie t. zw. wyleczenia stanowi przeciwwskazanie do ćwiczeń cielesnych. Z innych spraw zapalenie wyrostka robaczkowego wymaga, zdaniem prelegenta, zwolnienia zupełnego aż do chwili wykonania operacji. Po operacji, o ile niema szczególnych przeciwwskazań, dziecko winno zacząć ćwiczyć po upływie 3—4 tygodni. W końcu podkreśla prelegent, że cały czas miał na myśli ćwiczenia cielesne normalne, i że w wielu z wymienionych jako przeciwwskazania sprawach uczniowie z pożytkiem korzystać mogą z gimnastyki, ale typu odmiennego, przystosowanego do warunków danej sprawy, względnie z gimnasty-

ki leczniczej. Nawołuje też prelegent lekarzy szkolnych do częstego uczęszczania na lekcje gimnastyki, aby drogą bezpośrednich spostrzeżeń mogli się orjentować co do typu ćwiczeń cielesnych, stosowanego w danej szkole.

Posiedzenie zamknięto o g. 10-tej w.

Posiedzenie z dnia 17 września 1931 r.

Przewodniczący: Dr. Stanisław K o p c z y ń s k i

Sekretarz: Dr. J. S o b o l e w s k a.

Osób obecnych: 102.

Przewodniczący poświęca kilka serdecznych słów pamięci zmarłego w czerwcu lekarza szkolnego Dr. K u r t z a, sumiennego pracownika w dziedzinie higieny szkolnej.

Następnie przewodniczący oznajmia, że kapituła orderu Polonia Restituta przyznała to wysokie odznaczenie Francuzowi, Dr. D u f e s t e l o w i z Paryża, wybitnemu higienistcie autorowi wielu artykułów i podręczników higieny szkolnej: uczony ten, zawsze życzliwy dla Polaków, przyczyniał się do propagandy polskości jeszcze przed wojną, ułatwiając na zjazdach międzynarodowych organizowanie komitetów polskich, mimo sprzeciwu zaborców. Wobec tych zasług proponuje Przewodniczący, aby Wydział higij. szkol. wysłał do Dr. D u f e s t e l a powinszowanie z okazji odznaczenia, na co zgadzają się wszyscy obecni.

Dalej przewodniczący oświadczył, iż organizację higieny szkolnej spotkał cios, albowiem w poszukiwaniu czynników oszczędnościowych rząd zniósł etaty lekarzy szkolnych, a w umowach kontraktowych liczbę godzin mocno zredukował. Stało się to w chwili, gdy higiena szkolna znajdowała się w pełni rozwoju, a paryski kongres pedagogów, w którym brało udział 22 delegatów różnych państw, uznał, że organizacja higieny szkolnej w Polsce, zwłaszcza w szkołach średnich, należy do najlepszych nie tylko w Europie, lecz na całym świecie.

Wydział higieny nie spoczywa w usiłowaniu, aby zarządzenie, redukujące pracę lekarzy szkolnych, możliwie złagodzić. W obronie stanowiska lekarza szkolnego wysunęło różne motywy jak: wartość opieki higienicznej w medycynie zapobiegawczej, i szczególna potrzeba dozoru zdrowotnego w ciężkiej pod względem ekonomicznym dobie obecnej, dalej zwrócono uwagę, że inne państwa mimo ciężkiego kryzysu, który je dotknął nie redukują lekarzy szkolnych dlatego, że opieka higij. w szkole przyczynia się do zmniejszenia chorobowości, a tem samem kalkuluje się wprost materialnie, dalej wskazano, że zarządzenie redukujące godzi w los wielu lekarzy, którzy, rzuciwszy praktykę prywatną, pracują wyłącznie w higienie szkolnej, a teraz zwiększają szeregi bezrobotnych; obok tych wysunęto jeszcze wiele innych argumentów. Przewodniczący ma poważne nadzieje, że budżet na rok 32/33 potraktuje szerzej potrzeby higieny szkolnej. Bardzo korzystne wrażenie na czynnikach decydujących zrobiło obywatelskie stanowisko lekarzy, którzy, mimo przeniesienia w stan nieczynny, pracują nadal w niezmnieszonej zakresie.

Dr. M i t k i e w i c z wygłasza następnie referat p. t. „Minimalny zakres pracy lekarza szkolnego w dobie obecnej”.

W roku szkolnym 1931/32 liczba godzin, przeznaczonych tygodniowo na opiekę higieniczno-lekarską w państwowych gimnazjach i zakładach kształcenia nauczycieli, ulega znacznemu zmniejszeniu. Wobec tego musi z konieczności zmniejszyć się i zakres tej opieki.

Uważając nadal instrukcję z 1918 r., jako program maksymalny, podług którego lekarz układa sobie pracę w szkołach, gdzie liczba godzin nie zmniejszała się (szkoły prywatne, szkoły państwowe - zawodowe oraz inne, w których lekarze kontraktowi lub etatowi jeszcze pracują w poprzedniej liczbie godzin aż do wygaśnięcia umów lub do końca stanu nieczynnego), prelegent omawia, jakie czynności i w jaki sposób ze względu na ich znaczenie musi lekarz szkolny wykonać nawet w tym znacznie ograniczonym czasie.

1) Dozór nad stanem sanitarno-higienicznym szkoły pozostaje w tym samym zakresie.

2) Dozór nad stanem zdrowotnym młodzieży:

a) badania indywidualne muszą być ograniczone do szczególnych badań uczniów nowoprybyłych, kończących szkołę i jednej środkowej klasy IV, lub kursu III, następnie młodzieży stałej, chorowitej, zagrożonej i rekonwalescentów. Karty zdrowia pozostają te same. Zbieranie przez lekarza ankiety o warunkach domowych uczniów oraz zawiadamianie rodziców na druczkach o wynikach badania muszą w zasadzie odpadnąć, pozostanie tylko obowiązek porozumiewania się bezpośredniego w przypadkach najważniejszych — za pośrednictwem wychowaw-

cy, który z list klasowych, prowadzonych przez lekarza, musi być poinformowany o stanie zdrowia swych wychowanków. Ogledziny czystości ciała, bieleziny lub w celu przekonania się o ogólnym wyglądzie uczniów, stanie ich odżywiania, o błędach budowy i postawy, oddychaniu pozostają nadal;

b) kontrola chorobowości uczniów utrzymuje się przez obowiązkowe kierowanie do lekarza szkolnego każdego rekonalescenta, wracającego do szkoły conajmniej po 3 dniowej nieobecności, uczniów zwalnających się z lekcyj, zwłaszcza z ćwiczeń cielesnych;

c) pomoc ambulatoryjna znacznie się zmniejszy, natomiast zwiększył się dbałość o korzystanie przez młodzież z przychodni, poradni Kas Chorych, z pomocy dentystycznej w szkole, popieranie dożywiania w szkole, akcji świetlic, kolonij i t. p.;

3) dozór nad higieną nauczania ograniczył się do przypadków jaskrawego przeciążenia, do zainteresowania się lekcjami ćwiczeń cielesnych, zajęciami hufca, do udziału w szkolnych komitetach wychowania fizycznego i odznaki sportowej. Uczestnictwo w posiedzeniach rady pedagogicznej nie może być obowiązujące, choć bardzo pożądane;

4) propagowanie zasad higieny osobistej i społecznej pozostaje nadal jedną z najważniejszych trosk lekarza szkolnego, jako głównego *spiritus movans* wdrażania młodzieży do nalegów higienicznych, jej uświadamiania higienicznoci przez pogadanki, lekcje higieny, odczyty okolicznościowe a także szerzenie zasad higieny wśród rodziców.

Po skończonym referacie przypomina Przewodniczący, że do szkół samorządowych i prywatnych został rozesłany okólnik, by nie uszczuplały godzin pracy lek. szkolnych; do największych nadziei utrzymania *status quo* uprawniona szkoła prywatna, która niejednokrotnie wykazała już swą ofiarność wtedy, gdy dobro sprawy tego wymagało. Bardzo pociesającym objawem jest również, że Wydział przy Magistr. warszawskim nie uszczuplił liczby godzin opieki hig. w szkołach mu podległych.

Dr. K o r s a k ó w n a o z n a j m i a, że lekarze szkolni, zorganizowani przy Związku lekarzy, postanowili pracować tak, jak dotychczas, prelegentka proponuje więc aby dyskusji na razie zaniechać, aż do chwili, gdy już naprawdę zło dotknie organizację hig. szkolnej.

Dr. B a b s k i podtrzymuje zapatrywania Dr. K o r s a k ó w n y; i o n u w a ż a, że w niczem nie należy obniżać wartości higieny, pomiarów ani konferencji z rodzicami nie oddawać w ręce wychowawców, lecz pracować nadal, jak dotychczas, aby nie prowokować błędnego mniemania, że do wypełnienia swych obowiązków wystarczą lekarzowi zmniejszona liczba godzin pracy.

D. U l i Ń s k i o z n a j m i a, że w gimnazjum miejskiem obniżono liczbę godzin z $3\frac{1}{2}$ na 2 godzinie.

Dr. N i e w i Ń s k i o d w o ł u j e się do Wydziału hig. z prośbą, aby zmniejszono zakres sprawozdań, które z nadto obciążają lekarzy szkół.

Dr. M i t k i e w i c z u w a ż a za oczywiste skrócenie sprawozdań wobec redukcji godzin, a równocześnie udziela odpowiedzi Dr. N i e w i Ń s k i e m u, że liczba pogadanek, przewidzianych dla pierwszej i drugiej klasy wynosi 4 godz. rocznie, a dla klasy trzeciej 6 godz. rocznie.

P r z e w o d n i c z ą c y o z n a j m i a, że wyszedł spis książek i pomocy naukowych dla szkół średnich, powszechnych i seminarjów nauczycielskich. Lekarze powinni nalegać, by szkoły zaopatrywały się w książki i pomoce, wymienione w dziale higieny i wychowania fizycznego.

Dr. N i e w i Ń s k i s t w i e r d z a brak łącznika między przychodniami a lek. szk., który powinien wiedzieć, jaki jest stan zdrowia rodziny danego ucznia.

Dr. L u b c z y Ń s k i o z n a j m i a, że Wydział zdrowia ma zamiar stworzyć rodzaj kontaktu między lek. szkol. a ośrodkami zdrowia, i że na razie tytułem próby wprowadził taką inowację w obrębie jednego ośrodka. Co się tyczy pow. szkół miejskich, to, mimo presji czynników finansowych, udało się Wydz. zdrowia utrzymać wszystkich lekarzy na ich stanowiskach.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 30 w.

Związek przeciwweneryczny.

Posiedzenie Zarządu z dn. 25 września 1931 r.

O b e c n i: Prof. Franciszek Krzysztalowiec, Dr. Jan Adamski, Dr. Leon Wernick, Dr. Jerzy Reise, Dr. Alfred Ettinger, Doc. dr. Marjan Grzybowski, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z d. 19 czerwca 1931 r.

2) Sekretarz zdał sprawę z delegacji na Zjazd Higienistów Miast i Wsi w Gdyni 1931 r.

3) Uchwalono udzielić II ratę zapomogi dla Polskiego Katolickiego Towarzystwa Opieki nad Kobiętami w wysokości 250 zł. (dwieście pięćdziesiąt) na koszty leczenia chorych wenerycznie dziewcząt w Zakładzie „Przystań” w Henrykowie.

4) Uchwalono treść: 1) memoriału do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Dep. Śl. Zdrowia) w sprawie potrzeby ratyfikacji Brukselskiego Porozumienia Międzynarodowego z r. 1924 w przedmiocie bezpłatnego leczenia chorych wenerycznie marynarzy flot handlowych, należących do państw asygnatariuszów oraz 2) memoriału w sprawie korzyści rozciągnięcia ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby na ogół marynarzy pływających polskiej floty handlowej.

Sekretarz: w. z. Przewodniczący
(—) Dr. B o r k o w s k i (—) Dr. W e r n i c.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 20.X.1931 (Pr. Méd. N. 87). A. Collin, P. Drouet, J. Watrin i P. Florentin przedstawili wyniki swych badań nad *histofizjologicznym działaniem insuliny na gruczoły dokrewne*. Insulina działa bezpośrednio na wątrobę, w której znikają zapasy glikogenu. Działa ona również bezpośrednio na nadnercza, szczególnie na komórki, produkujące adrenalinę, wywołując wydalenie ich hormonu do krwi. Adrenalinemja, uświadczniająca się w kurczeniu się śledziony, wywołuje silną nadczynność przysadki mózgowej; hormony przysadkowe z kolei powodują po upływie krótkiego przeciągu czasu nadczynność gruczołu tarczycowego, która odbija się następnie na grasicie w znaczeniu jej zaniku i na trzustce w znaczeniu przerostu wysepek L a n g e r h a n s a.

M. P o n c y na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dn. 21.X.1931 (Pr. Méd. N. 87) demonstrował 4 przypadki *mięsaków (2 macicy, 1 jajnika i 1 tkanki łącznej miednicy)*, leczone bądź tylko naświetlaniem promieniami R o e n t g e n a lub radem (1 przypadek), bądź metodą chirurgiczną z następczem naświetlaniem. Tylko jeden chory zmarł po dłuższym czasie, pozostałe 3 przypadki należy uważać za wyleczone od 3, 7 i 8 lat. Autor uważa, że aktinoterapia stanowiła zasadniczy czynnik w wyleczeniu chorych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dn. 21.X.1931 M. L a b b é i M. F a b r y k a n t (Pr. Méd. N. 87) przedstawili wyniki swych badań nad *gospodarką fosforową w uogólnionych schorzeniach kości*. W chorobie R e c k l i n g h a u s e n a i rozmięczeniu kości wszystkie frakcje fosforowe krwi są obniżone. W chorobie R e c k l i n g h a u s e n a a bilans fosforowy jest ujemny i dopiero pod wpływem leczenia (ergosterol naświetlany, chlorek wapnia) staje się dodatni. To badanie ma więc znaczenie praktyczne dla wczesnej oceny wyników leczenia. W chorobie P a g e t a, którą niektórzy autorzy niemieccy uważają za identyczną z chorobą R e c k l i n g h a u s e n a, wzór krwi bądź jest normalny, bądź też stwierdza się wzniesienie fosforu organicznego nielipidowego; bilans fosforowy bywa tutaj wyraźnie dodatni.

Doświadczenia G. R a m o n a, demonstrowane na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu dn. 24.X.1931 (Pr. Méd. N. 87), dotyczą sposobu *działania i składu toksyny błoniczej*. Doświadczenia, wykonywane za pomocą rozmaitych próbek toksyny, otrzymywanej w rozmaity sposób, dają jednakowe pod względem jakościowym i ilościowym (śmierć, porażenia i t. p.) objawy, zależne jedynie od ilości jadu, zawartego w rozmaitych próbkach, a nie od hipotetycznego składu tych próbek. Wszystko jest kwestią dawki: Niema wobec tego potrzeby przypisywania toksynie błoniczej złożonego składu i podejrzenia istnienia w buljonie toksycznym dużej ilości substancji, rozmaicie nazywanych.

Na tem samem posiedzeniu ten sam autor (Pr. Méd. N. 87) demonstrował wyniki swych badań nad *działaniem surowicy przeciwbłoniczej na świnki morskie*. Wszystkie świnki morskie, które otrzymały minimalną nawet dawkę surowicy przeciwbłoniczej bądź przed, bądź jednocześnie z zastrzyknięciem toksyny błoniczej, bądź w 2, a nawet 4 godziny po niem, pozostawały przy życiu. Odwrotnie, wszystkie świnki morskie, które otrzymały w 6, 8 godzin i później po zastrzyknięciu jadu błoniczego nawet znaczne dawki surowicy, zmarły.

Jeśli między zastrzyknięciem toksyny i surowicy upłynęło 8 godzin lub więcej, śmierć następuje bardzo szybko; powolniej zaś, jeżeli zastrzyknięcie surowicy nastąpiło w 6 godzin po zastrzyknięciu toksyny. Śmierć następuje wśród objawów porażonych i innych, przypominających klinikę ludzką. Doświadczenia te raz jeszcze dowodzą, jak ważne jest możliwie wczesne zastrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej.

Korespondencja

Kraków, 7 listopada 1931.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W publikacji p. t. „O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszno-”, zamieszczonej w numerach 44 i 45 Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, zwróciły moją uwagę następujące szczegóły:

1. Moje nazwisko zostało przekręcone. Nie nazywam się I. K o r t c z y ń s k i, lecz L. K o r c z y ń s k i.

2. Moja publikacja p. t. Meningitis typhosa została ogłoszona w W-er klin. Wochschrift nie w r. 1914, lecz w roku 1917. Ogłosiłem ją także po polsku w Przeglądzie Lekarskim w r. 1918.

3. Obszerną pracę o tyfusie brzuszny, opartą na spostrzeganiu 360 przypadków w latach 1914—1915, ogłosiłem w W-er klin. Wochschrift w r. 1917 w numerach 40—43. Przeglądałem ją obecnie i nie znajduję w niej podstawy dla twierdzenia, że notowałem, podobnie jak S c h o t t m ü l l e r, w i e l e przypadków duru brzuszno, które rozpoczęły się od objawów oponowych. O ile chodzi o zapalenie opon, wywołane przez prątki durowe, to raczej podkreślałem, opierając się na przeglądzie piśmiennictwa i na własnym doświadczeniu, że zdarza się stosunkowo rzadko.

Proszę przyjąć, Wielce Szanowny Panie Redaktorze, wyrazy rzetelnego poważania.

L. K o r c z y ń s k i.

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o umieszczenie następujących słów paru w odpowiedzi na uwagi Pana Prof. K o r c z y ń s k i e g o w związku z artykułem, ogłoszonym przeze mnie w Nr.Nr. 44 i 45 poczynnego pisma Sz. Pana Redaktora.

Bardzo przepraszam Szan. Pana Prof. K o r c z y ń s k i e g o za omyłkowe podanie Jego nazwiska.

Pisząc o „wielu” notowanych przypadkach duru brzuszno, które rozpoczęły się od objawów oponowych, powołuję się na szereg autorów (K o r c z y ń s k i, S c h o t t m ü l l e r, L a v e n s o n, M e y e r h o f, S c h ü t z e), którzy przypadki „takie” podawali; nie miałem przytem na myśli, że P. Prof. K o r c z y ń s k i notował „wiele” podobnych przypadków.

Proszę przyjąć wyrazy poważania i szacunku.

J. P e n s o n.

13. XI. 31.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Uwagi o lecznictwie K. Chorych.

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

Racjonalne i oszczędne lecznictwo staje się obecnie siłą rzeczy zagadnieniem naczelnym przy racjonalizacji gospodarki K. Ch. Przemawiają za tem tak momenty natury gospodarczej i społecznej, jak również i czynnik czysto lekarski, gdyż przesilenie, które się zaznaczyło w dotychczasowej terapii chorób — zmusza do zastanowienia się i zainteresowania nowymi prądami w medycynie przy rozpoznawaniu i leczeniu wielu chorób. Wg Prylla (Lek. Nacz. A. O. K.), świat lekarski winien dowieść obecnie, iż lekarze nie są czynnikiem biernym i luźnym w organizacji K. Ch. (wg. twierdzenia wrogów stanu lekarskiego), lecz twórczym i budującym w życiu ubezpieczeniowym, a zatem w życiu gospodarzem swego narodu. Przedewszystkiem od czynności lekarza, od sposobu i wyników jego leczenia, orzeczenia co do zdolności do pracy — w znacznym stopniu zależy gospodarka K. Ch. — to też poniekąd słusznie mówią, iż lekarze są prawdziwymi zarządzającymi majątkiem K. Ch. Potęgują i naglą do rozwiązania tego zagadnienia, najważniejszego w chwili obecnej, tak ogólny kryzys gospodarczy z jego dążeniami oszczędnościowymi i redukcijnymi, jak również po części prądy w niektórych Zarządach K. Ch., które jaskrawo zaznaczyły się podczas przemówień i głosowań na ostatnim, Międzynarodowym Kongresie Zarządów K. Ch. w Dreźnie w 1931 r. Nosiły one [cyt. wg. pisma „Praca Społeczna” 10 (1931)] charakter wyraźnie wrogi całemu

stanowi lekarskiemu. Naogół mówcy na kongresie dowodzili, iż indywidualizm w lecznictwie ma się ku końcowi (!), i należy, idąc z prądem czasu, traktować chorych — członków kas kolektywnie. W tym duchu przemawiał delegat czeski p. K o w i s „Lekarz, który traktuje siebie i chorego indywidualnie, a nie jako ogniwo zbiorowości, nie należy już do obecnej epoki. Jest to zacofaniec, niedostrzegający, iż świat idzie naprzód”. Indywidualizm lekarzy jest tą jedyną przyczyną — wg Zarządów Kas — o którą rozbija się porozumienie z nimi. Zatem zadaniem K. Ch. jest stworzenie nowego typu lekarza kasowego, któryby się odróżniał nastawieniem psychicznym. Delegat Austrii S c h e c k zaproponował, aby zamiast uniwersytetów tworzyć specjalne kolegia medyczne, których ukończenie dopiero dawałoby pracę lekarzowi w K. Ch. i t. d.

Zatrzymajmy się przez chwilę nad stanem obecnym lecznictwa Kasowego a zatem i masowego. Leczenie chorego, jak wiadomo, składa się z rozpoznania i terapii. Co się tyczy oszczędzania przy rozpoznawaniu — to słusznie twierdzi prof. Martini — powinno się postępować tu jaknajostrożniej, gdyż w ten sposób osiągnięte oszczędności będą minimalne wobec tych szkód dla zdrowia, życia i zdolności do pracy, jakieby ewent. spowodować mogły. Byłoby to zatem nieracjonalną, rzekomą oszczędnością. Oszczędzanie albowiem nprz. na zdjęciu rentgenowskim przy zachodzącym podejrzeniu gruźlicy pociąga za sobą nie tylko niebezpieczeństwo spóźnionego rozpoznania tego groźnego dla chorego i otoczenia cierpienia, lecz w wypadku nawet, gdy wynik badania okaże się ujemny przy-

sparza to wszak o wiele większe wydatki, niż ta suma, którąby się chciało zaoszczędzić. Zbyt drogo kosztują również oszczędności na dokładnem, powiedzmy, zbadaniu treści żołądkowo-jelitowej, na zaniechaniu próbnego wycięcia i zbadania skrawka celem rozpoznania rakowego charakteru danego cierpienia lub oszczędzanie przy ustaleniu charakteru danego schorzenia krwi i t. d. I aczkolwiek metody nasze rozpoznawcze dalekie są od doskonałości i nie są bezwzględnie nieomylne — w dużym wszakże stopniu ułatwiają i stopniowo doprowadzają do prawidłowego rozpoznania i wykrycia choroby.

Inaczej natomiast przedstawia się sprawa z naszymi obecnymi środkami terapeutycznymi. Co do większej części ich, szeroko stosowanych — mówi Martini — bynajmniej nie zostało jeszcze dowiedzionem, w jakim stopniu są one konieczne i niezbędne. Dotychczas nam nprz. jeszcze brak danych pewnych i ustalonych, co do większości naszych środków przeciwgorączkowych. Nie mamy dalej jeszcze i do chwili obecnej zasadniczej pracy, w sposób niezaprzeczalny dowodzącej bezwzgl. wartości nprz. terapii proteinowej. Wszelkiego rodzaju specyfiki, jakoby obniżające ciśnienie krwi, jak cały szereg innych stosowanych bywa masowo w lecznictwie Kasy i poza niem bez dostatecznych dowodów ich skutecznego działania; są to swego rodzaju, jak wyraża się Martini, czyny symboliczne lekarzy. Od dziesiątków lat milionami robimy t. zw. terapeutyczne zastrzykiwania tuberkulinowe, a mimo to podobne postępowanie jest, jak i cała ta metoda, raczej rzeczą wiary, zaufania, niż ścisłej wiedzy. Wierzymy w większość naszych leków polecanych, nie mamy atoli pewności, czy rzeczywiście są one skuteczne. Po części tradycja, jak również — z drugiej strony — polecanie ich przez autorów, zasługujących na zaufanie, wprowadziły wiele środków do lekoopisu i lecznictwa, nie zaś masowe klinicznie stwierdzone badania i sprawdzania. Surowej kontroli poddać powinno się wszelkie środki lecznicze — przynajmniej większą ich część. Nie powinno się już obecnie pozwalać sobie na zbytek puszczania w obrót masowy nie niezbędnych i niewiadomo czy pożytecznych środków. Zadaniem kontroli lekarstw będzie — drogą badań porównawczych wyróżnić i zaakceptować te z nich, które dadzą dobre wyniki kosztem najtańszym, w możliwie szybkim czasie i na czas dłuższy. Prototypem byłyby tu badania komitetów insulinowych. Wogóle rzecz można, — iż wiele chorób, najprawdopodobniej większość, daje się wyleczyć bez wszelkiej aktywnej terapii — przeto nierozsądną wprost wydaje się rozrzutność nasza — przepisywanie drogich, niepewnych, a nie niezbędnych środków leczniczych. Wydatki zaś, które zużyte zostałyby na badania kontrolne, prowadzone na dużą — (ew. międzynarod.) skalę — sowicieby się opłaciły. Nic albowiem droższego od obecnego stanu rzeczy w lecznictwie masowem... Tyle Martini... Również i prof. L. Wachholz, twierdząc za Bleulem, iż „sugestia zastosowana trafnie, ma większą wartość, niż nasz cały skarb leczniczy, z wyjątkiem niewielu dających się wyliczyć na palcach środków” nadmienia: „I w istocie przeważna część naszych aptecznych leków (liczą je na 80% wszyst-

kich leków) działa skutecznie jedynie lub przeważnie zapomocą sugestji, połączonej z podaniem leków”...

Na tle wyżej powiedzianego — nabiera aktualnego znaczenia w leczeniu właśnie masowem terapia konstytucyjna czyli ogólnoustrojowa, zaproponowana przez wybitnego uczonego — lekarza wiedeńskiego doc. A s c h n e r a. Metoda A s c h n e r a polega na oczyszczaniu, przeczyszczaniu, odtruwaniu organizmu — przy pomocy środków moczopędnych, *emmenagoga*, przez upusty krwi, odciągania na skórę (*vesicantia*, *empl. cantharid.*) i przez kiszkę i t. d. W ten sposób A. chce zadziałać na ciecie ustroju, a przez nie na konstytucję — przestrajając ją niejako. Korzysta przy tem z doświadczenia wielowiekowego starej medycyny. Swoje poglądy A. wyraża w sposób następujący: Zadanie lekarza polega przedewszystkiem na tem, ażeby pomóc choremu. Ale, niestety, mimo kolosalnego postępu naszej wielkiej nauki — stoimy b. często bezradnie wobec chorób, które czasem najdokładniej zbadane są i zanalizowane... Nie nawołuję do odwrotu, do starych zabobonnych, naiwnych nieraz i nieścisłych dróg medycyny przeszłości. Przeciwnie, poglądy moje wyrażają myśl wzbogacenia, odświeżenia, syntezy, wypróbowania naszymi doskonałymi metodami wyników leczniczych empirycznych coprawda — medycyny z przed niedawna. Korzystają narazie z nich z dużem często powodzeniem ludzie niepowołani albo naiwnie — zabobonna medycyna ludowa. Odrzucić chwasty, odseparować zbędne, błędne, urojone, przyswoić to, co przez szereg wieków się sprawdziło, wzbogacić możliwości lekarza, wytrącić je jednocześnie z rąk indywiduów, pasożytujących na ciele naszej wielkiej nauki — oto wielkie zadanie, które nanowo zjawia się przed nami. Jesteśmy dopiero w początku tej drogi odrodzeniowej, ale odnosi się wrażenie, iż będzie ona owocna, obfitująca w szerokie i bogate możliwości lecznicze...“ W związku z publikacjami A. pisałem już w artyk. „Uwagi ogólne o racjonalizacji lecznictwa KCh” w r. 1930, co następn. „Żądaniu lecznictwa ubezpieczeniowego — możliwie oszczędniej, szybciej i gospodarniej leczyć i wyleczyć — w ogromnym stopniu będzie w stanie zadość uczynić metoda leczenia ogólnoustrojowego, terapia konstytucyjna A s c h n e r a. Dotyczy ona znacznego szeregu chorób przeważnie chronicznych (krążenia, przemiany materji, chorób przewodu pokarmowego i dróg żółciowych, kobiecych, spraw zapalnych i t. d.), uwzględnia przy swoim zastosowaniu indywiduálność chorego, operuje niedrogiemi, przystępnemi metodami i środkami leczniczymi i, w porę zastosowana, zaoszczędza czas chorego, zapobiegając w wielu wypadkach dalszemu rozwojowi cierpienia”. Ostatnio spotykamy, i w polskim piśmiennictwie lekarskim głosi, gorąco wypowiadające się za środkami ewent. metodą A s c h n e r a. Píše o tem w Polsk. Gaz. Lekarskiej w 1930 i 1931 Dr. Seidler ze lwowskiej K. Ch. w artykule o leczeniu zakrzepów przy pomocy pijawek. Jako przykład, dobrze ilustrujący całość, omawiam tę sprawę nieco szczegółowiej. Pijawki skracają czas trwania choroby z 6—8 tygodni do 6—10 dni w 60% przypadków chirurgicznych, w przypadkach zaś położniczych osiągnął Seidler jeszcze korzyst-

niejsze wyniki. Seidler nadmienia jeszcze o bardzo ważnej własności hirudyny, a mianowicie, zdolności zwiększania fagocytozy i wytwarzania przeciwciał w surowicy krwi, temu, jakoteż i upustowi krwi należy prawdopodobnie przypisać spadek ciepłoty w przypadkach zakrzepów po postawieniu pijawek. Na ostatnim Zjeździe Chirurgów w Paryżu sposób ten leczenia pijawkami uzyskał również ogólną aprobatę — przeto S. wśród za Termierem i in. chirurgami franc. poleca go do jaknajszerszego stosowania również i w celu zapobiegawczym — „wczesne bowiem postawienie pijawek jest w stanie zapobiec grożącemu zakrzepowemu zapaleniu żył”. „Zastosowanie pijawek u chorych z zakrzep. zapaleniem żył” mówi Dr. P o m p e r w „kwartalniku klinicznym” za r. 1931 — „po różnych zabiegach chirurgicznych lub po porodzie — nader szybko wywoływało jakby przełom w stanie chorobowym. Spadek ciepłoty, zmniejszenie się obrzęku kończyny, ustąpienie bólów — są szczęśliwymi zwiastunami zanikania tego przykrego powikłania pooperacyjnego lub poporodowego. Sposób więc ten daje możność uniknięcia długotrwałego unieruchomienia w łóżku i związanych z tem niebezpieczeństw i kosztów”... Najlepsze skutki daje metoda A. w chorobach ze złą przemianą materji lub na jej tle powstałych. Skutek terapeutyczny podobnego rodzaju traktowania choroby polega na szybkim i skutecznym ogólnoustrojowym oddziaływaniu drogą dodatniego wpływu na procesy przemiany materji, przeczyszczaniu krwi, soków ustroju i t. d. — słowem, często sposobem antydyskratycznym szybko dochodzimy do celu, podczas gdy miejscowo oddziałujące sposoby nie skutkują. W ginekologii nprz. w różnych sensacjach klimakterycznych, uderzeniu krwi do głowy, uczuciu ciężaru, ociążałości w kończynach — nieraz wprost zbawczo skutkują upusty krwi w ilości 250—400 gr. Starzy lekarze b. skutecznie stosowali upust krwi we wszystkich bez wyjątku drgawkach (nie tylko jak obecnie w eklampsji), konwulsjach, w dużym odsetku przypadków hysterji, padaczki, migreny, w biciu serca, w jego przeroście, rozszerzeniu serca, w niedrożności jelit, bolesnem miesiączkowaniu i stanach ogólnego podrażnienia. Zastrzega się A. przeciwko bezkrytycznemu stosowaniu upustów krwi, dodaje przymem jednak, iż racjonalna terapia chorób krążenia bez tych mających jednak ściśle wskazanie upustów krwi — trudna jest wprost do pomyślenia. W schorzeniu dróg żółciowych upust krwi lub plaster kontarydowy, obok kalomelu usuwa bóle szybko, obniża ciepłotę ciała i wpływa dodatnio na sprawę wysiękową. Operacja w takim przypadku okaże się całkiem niepotrzebna lub będzie mogła zostać przesunięta na odpowiedniejszy, nie tak gorący okres. Terapię przeciwzapalną A. stosuje również z dużym powo-

dzeniem w sprawach zapalnych narządów rodnych u kobiet. 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 i t.d.), przyczem pacjentki wędrują od jednego specjalisty do drugiego, podczas gdy najważniejsza w tym razie terapia winna być ogólnoustrojowa, przeciwzapalna. Niewdając się w wyszukiwanie bodźców, powodujących te stany chorobowe — postąpić się powinno empirycznie — przeczyszczając cały ustrój, odtruwając go od szkodliwych produktów złej przemiany materji, działając następnie przeciwzapalnie — osiągniemy b. często wynik leczniczy dodatni — mówi A. Ciekawy jest przypadek, przytoczony przez A. W Wejmarze w teatrze przy dworze miała wystąpić raz jednego słynna jakaś tancerka. Obudziła się zrana i nagle z przerażeniem poczuła, iż nie jest w stanie ruszyć się z miejsca z powodu silnego bólu w krzyżu (*lumbago*). Przypadkowo obecny wtedy w Wejmarze słynny internista Nothnagel kazał jej postawić aż 40 pijawek na schorzałe miejsce. Wynik był taki, że tegoż samego wieczora artystka występowała na scenie... Zapalne guzy przydatków, ropniaki jajowodów, zapalenie obok- i około-maciczne, ropnie zatoki Duglasya przy dotychczasowej terapii były męczarnią zarówno dla pacjentki, jak i dla lekarza, trwając miesiącami i latami, nie poddając się często leczeniu. Gdy jednak w początkowym, ostrym okresie choroby — wg. A. postawić po 5-10 pijawek obustronnie na dół brzucha, dać do wewnątrz kalomel, a do pochwy zakładać czopki ichtiolowe — nieraz błyskawicznie wprost ustępują bóle i ciepłota, i znacznie zmniejsza się nacieczenie...

Przytoczona tu — fragmentarycznie — terapia przestrojenia organizmu, lecznictwo ogólnoustrojowe nie ma na celu — rzecz prosta — obalenia dotychczasowych sposobów leczenia. Zmienić chce natomiast i przyspieszyć zdolność reagowania organizmu na środki lecznicze, dopełniając dotychczasową terapię niejako, gdyż po zastosowaniu nprz. upustu krwi w jaskrze — prócz osiągniętego nieraz trwałego obniżenia ciśnienia — stosowane leki, jak ezeryna i in., zaczynają dopiero skutkować, podczas gdy przedtem żadnego skutku nie odnosiły (N Blatt). Terapia ogólnoustrojowa, oszczędna, zapobiegawcza, biologiczna — zdaje się być lecznictwem czasów nadchodzących — warto przeto zainteresować się nią i poczynić próby w lecznictwie masowem. Gdyż obok zalety indywidualizowania każdego chorego nosi w sobie — z drugiej strony — cechy niejako metody kolektywnej i oszczędnej, o którą toczą walkę z lekarzami Zarządy K.Ch. A walka zapowiada się być ostrą...

Wiadomości bieżące

— Dnia 12 listopada r. b. w Klinice Dermatologicznej U. W. odbyło się posiedzenie nadzwyczajne Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, poświęcone uczczeniu pamięci Prof. Franciszka Krzysztalowicza, które zagał przemówieniem prezes

Oddziału, kol. Leon Wernic, poczem kol. Marjan Grzybowski wygłosił rzecz p. t. „Życie i dzieło ś. p. prof. Franciszka Krzysztalowicza”.

— Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy podaje do wiadomości

mości, że ostateczny termin nadsyłania na konkurs prac z dziedziny balneologii ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy został przedłużony do 1 marca 1932 r.

— Prof. nadzwyczajny i dyrektor Kliniki chorób gardła, nosa i uszu Uniwersytetu Poznańskiego, Dr. Alfred Laskiewicz, został wybrany członkiem honorowym włoskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego.

— Jak donosi „Polska Gazeta Lekarska”, kongres międzynarodowego Towarzystwa Sądowo-Lekarskiego w Chicago — na wniosek prof. Miłosławicza z uniwersytetu w Wisconsin U. S. A. — mianował jednomyślnie swym członkiem honorowym profesora Wszechnicy Jagiellońskiej, D-ra Leona Wachholtza.

— Jako *signum temporis* zasługuje na zaznaczenie, że ze względów oszczędnościowych została zamknięta berlińska klinika chirurgiczna prof. Biera, który w roku bieżącym, po doświadczeniu do lat 70, ustępuje ze stanowiska dyrektora tejże kliniki.

— Kliniki uniwersytetu wrocławskiego oraz wydział lekarski uniwersytetu w Münster (w Westfalji) organizują bezpłatny kurs uzupełniający z dziedziny patologii i terapii raka. Kurs wrocławski trwać będzie od 16 do 28 października, kurs minsterski — od 26 do 29 tegoż miesiąca.

— Zauważony w ostatnich latach wzrost liczby zapażeń na raka, dotknął, naturalnie i Anglję. W Birminghamie i Leicesterze w r. 1930 liczba zgonów z powodu raka wynosiła 14—15 na 10.000 mieszkańców. W tym samym roku na gruźlicę zmarło 10—11 na 10.000.

— Nr. 21 dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące materiały: L. Krzemienieckiej wiersz „Kasztany”, W. Borudzkiej „Różnice klasowe w wychowaniu”, J. Prażmowskiej „Myśl, czy pamiętaj?”, M. Listowskiej „Fajtoluś” (nowelka), „Swoboda”, „One jeszcze nie grzeszą”, „Figle”, „Cukiereczek”, „Uroczystości rodzinne”, w dziale „Ważne drobniaczki”: „Karmienie naturalne niemowlęcia w nowym oświeceniu” M. Morzkowskiej, „O szkodliwości smoczka” Dr. K. Falkowskiej, „Zapalenie stawów” Dr. M. Kłosińskiej. Formy i modele ubranek dzieciennych, liczne ilustracje z życia dzieci oraz fachowe odpowiedzi na indywidualne zapytania rodziców uzupełniają numer.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. K. Wagner. Przypadek pierwotnej błonicy pęcherza.
2. Z. Zakrzewski. Własności biologiczne tkanek nowotworowych w hodowli poza ustrojem.
3. E. Reicher. Badania nad wpływem ćwiczeń cielesnych na pojemność życiową płuc oraz na czas trwania bezdechu dowolnego.

18. XI. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

- 1) A. Festensztat. Omówienie przypadku pylorostenozji.
- 2) A. Festensztat i M. Herbajna. Z kazuistyki schorzeń płucnych u niemowląt.
- 3) B. Michałowski. Leczenie wczesnej kiły wrodzonej.

19.XI. Posiedzenie lekarzy szkolnych.

- 1) Sprawy bieżące.
- 2) Prof. Dr. L. Hirszfild i Doc. Dr. H. Sparrow. Współczesny stan wiedzy o szczepieniach przeciwbłoniczych.

TREŚĆ: Z. ŚWIDER. Klinika gruźlicy drugorzędowej u ludzi dorosłych — E. HERMAN. Wyniki naświetlań promieniami Roentgena w stwardnieniu rozsianem (na podstawie doświadczeń własnych). — A. FESTENSZTAT. Z kazuistyki zakażeń pałeczką Pfeiffera u niemowląt. — A. DAWIDSON. Allergia i choroby alergiczne. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — E. BIRZOWSKI. Uwagi o leczeniu Kas Chorych. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. ŚWIDER. La clinique de la tuberculose secondaire chez les adultes. E. HERMAN. Résultats du traitement de la sclérose disséminée par les rayons X. (d'après l'expérience personnelle). — A. FESTENSZTAT. Contribution à la casuistique des infections par le bacille de Pfeiffer. — A. DAWIDSON. L'allergie et les maladies allergiques. (Rev. gén. fin.). — E. BIRZOWSKI. Remarques sur la thérapeutique des Caisses des Malades.

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 nierezzerwowanych: 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 mieści się w drukarni „SIŁA”,
Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

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 r.