

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 IX

WARSZAWA, 21 LIPCA 1932 R.

Nr. 29

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Kliniki Laryngo-Otjatrycznej U. W.
(Dyrektor: prof. F. E r b r i c h).

Kiła tchawicy i oskrzeli głównych w świetle tracheo-bronchoskopji.

Podał

Dr. med. Ludwik ABRAMOWICZ (Warszawa).

W przeciwieństwie do częstego wykrywania zmian kiłowych w nosie, gardzieli i krtani zmiany te w tchawicy i w oskrzelach głównych rozpoznawane są nader rzadko. Na X. Międzynarodowym Zjeździe Lekarzy w Berlinie w referacie o częstości kiły górnych dróg oddechowych podał L. S c h r ö t t e r, iż w ciągu 11 lat wśród 1495 chorych swej kliniki stwierdził w 16,8% zmiany kiłowe w nosie, gardzieli i krtani; zmiany, umiejscowione wyłącznie w krtani, obserwował w 6,4% przypadków i zaledwie w 0,2% widział zmiany w tchawicy.

J. N. M a c k e n z i e stwierdził zmiany kiłowe w tchawicy w 1½% przypadków kiły gardzieli i krtani.

H a n s z e l obliczył, że zaledwie u 0,2% syfityków stwierdza się izolowane zmiany w tchawicy.

Morell M a c k e n z i e podaje, że kiła tchawicy jest sprawą nader rzadką, gdyż wśród 1145 chorych, dotkniętych zmianami kiłowymi górnych dróg oddechowych, zaledwie w 3 przypadkach (a zatem w 0,26%) wykrył kiłę tchawicy.

Powyższe dane statystyczne, dotyczące częstości kiły tchawicy i oskrzeli głównych, pochodzą z ubiegłego stulecia; podane częściowo w monografiach Gerharta i Seiferta są powtórzone w monografii Nicolaigo z roku 1919, a ostatnia praca G. H o f e r a w obszernym podręczniku Denkera - Kahlera nie dostarcza nowszych danych.

Wszyscy autorowie rozpoczynają swe publikacje od stereotypowego stwierdzenia niezwyklej rzadkości kiły tchawicy i oskrzeli. Czy cyfry te mogą być miarodajne dla współczesnej kliniki? Czy nie rozpoznajemy obecnie częściej tak rzadkiego dawniej schorzenia tchawicy i oskrzeli?

Pytanie to wyda się uzasadnionem, jeżeli zważyć jakie postępy poczyniła uagnostyka kiły dzięki odcynom serologicznym, nieznany w ubiegłym stuleciu, i uwzględnić wspomniany rozwój nieznanej dawniej metody tracheo - bronchoskopji, umożliwiającej oglądanie tchawicy i oskrzeli.

E. N i c o l a i zebrał z piśmiennictwa wszechświatowego do roku 1919 opis 555 przypadków kiły tchawicy; od roku 1919 do roku 1930 znalazłem w dostępnym mi piśmiennictwie publikacje, dotyczące nowych 55 przypadków, a w Klinice Laryngo - Otjatrycznej U. W. od roku 1925 do 1930 r. włącznie miałem możność poczynić 4 osobne obserwacje, poniżej streszczone.

Jeżeli te ogłoszone dotychczas przypadki w liczbie 400 rozpatrzmy pod względem chronologicznym, to uderzy nas, że w ciągu całego stulecia, t. j. od roku 1602, gdy S a c h s e ogłosił pierwszy przypadek sekcyjny, do roku 1900-go znano 434 przypadki, w czym zaledwie kilka było rozpoznanych klinicznie, z natury rzeczy z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem; znaczna większość przypadków opierała się na danych sekcyjnych; od roku 1900-go, w którym C h i a r i po raz pierwszy rozpoznał w 4-ch przypadkach dzięki tracheoskopji kiłę tchawicy i oskrzeli, do roku 1930-go można w piśmiennictwie naliczyć już 112 przypadki. Mimo, że endoskopia, jako metoda nowa i mało ogólnie znana, była w okresie początkowego swego rozwoju stosowana jedynie w klinikach, znajdujemy w tej liczbie opis 61 przypadków, rozpoznanych endoskopowo. Porównanie cyfr, pochodzących z ubiegłego stulecia, z cyframi, dotyczącymi ubiegłych lat trzydziestu, nabiera jeszcze większej wymowy, gdy zważyć, jakie postępy poczyniła higiena społeczna w bieżącym stuleciu na polu wczesnego rozpoznawania kiły i wczesnego jej leczenia.

Na zasadzie powyższych wywodów wolno wyrazić przypuszczenie, iż kiła tchawicy i oskrzeli głównych nie jest zgoła cierpieniem tak wyjątkowo rzadkiem, za jakie była i jest uważana. Spopularyzowanie tracheo-bronchoskopji, zwłaszcza wśród lekarzy chorób wewnętrznych, do których się omawiana kategoria chorych zwraca przedewszystkiem ze względu na charakter obja-

wów (patrz niżej), jako też szersze stosowanie tej metody badania z bogaci dotychczasową kazuistykę i wyświetli etiologję powikłanego obrazu chorobowego dróg oddechowych.

Niewątpliwie jednak przyznać należy, że w stosunku do częstości kiły gardzieli, nosa i krtani — rzadkie umiejscowienie tej sprawy w tchawicy i w oskrzelach głównych jest uderzające, co da się jednak, jak sądzimy, wytłumaczyć stwierdzonym w syfilidologii doświadczalnie prowokującym wpływem podrażnień mechanicznych, chemicznych i termicznych na umiejscowienie zmian kiłowych drugo- i trzeciorzędowych; wymienionym czynnikom drażniącym (kurz, przełykanie, fonacja) bezsprzecznie bardziej podlega nos, gardziel i krtani, niż tchawica i oskrzela. Najczęstsze umiejscowienie kiły w tchawicy w okolicy rozwidlenia też daje się wytłumaczyć wpływami drażniącymi: okolica ta podlega ruchom podczas każdego zgięcia kręgosłupa i kaszlu; ma też znaczenie stałe mechaniczne podrażnienie przez rytmiczne tętnienie aorty. Zaobserwowane wielokrotnie powstawanie nacieków kiłowych w tchawicy u syfilityków po tracheotomji na poziomie dolnego otworu rurki tracheotomijnej jest również wymownym dowodem wpływu podrażnień na lokalizację zmian swoistych.

Kiła drugorzędowa tchawicy i oskrzeli głównych.

Stwardnienia pierwotnego w tchawicy ani w oskrzelach dotychczas nie spotykano. Natomiast przypadki zmian drugorzędowych są opisane. W roku 1893 J u r a s z wyraził pogląd, że zmiany drugorzędowe w tchawicy i w oskrzelach są dość częste. Zdanie to zostało podzielone przez niektórych klinicystów (C h a r i), lecz nie poparte badaniami. Przeciwnicy tego poglądu powołują się na badania N e i s s e r a, który we wczesnych okresach kiły doświadczalnej u małp wykrywał krętki biadłe we wszystkich narządach wewnętrznych z wyjątkiem dróg oddechowych (N a t h a n, G r o e d e l).

Zmiany kiłowe drugorzędowe występują w tchawicy i w oskrzelach najczęściej pod postacią rozlanego nieżyty mocno przekrwionej, zgrubiałej błony śluzowej, pokrytej wydzieliną śluzoworopną i pozbawionej gdzieś nabłonka. Z punktu widzenia klinicznego i anatomicznego - patologicznego sprawa ta przedstawia tak mało cech charakterystycznych, że można ją właściwie często uważać za powikłanie czysto przypadkowe, zależne od użycia zalecanych w tych przypadkach dużych dawek jodu — ustępujące wraz z kaszlem i wydzieliną po zaprzestaniu użycia tego środka lub zmniejszeniu jego dawki (S o k o ł o w s k i, J u r a s z). Rzadko dochodzi w tym okresie kiły do ubytków w błonie śluzowej tchawicy i oskrzeli i tworzenia się powierzchownych blizn. Preparat tchawicy z powierzchownymi bliznami pochodzenia kiłowego (okresu II-go) był demonstrowany przez ś. p. prof. H o r n o w s k i e g o.

Kilka razy widziano dotychczas w tchawicy rumień syfilityczny. Z dotychczasowego piśmiennictwa wynika, że najrzadszą postacią kiły drugorzędowej w tchawicy i w oskrzelach są łepieże. Odnosnych przypadków opublikowano zaledwie kilka (M o i s s o n e t, S e i d e l, K ö b n e r, M. M a c k e n z i e, H a r r i s o n, G r i f f i n, R a u c h f u s s).

Objawy kliniczne kiły drugorzędowej tchawicy i oskrzeli są najczęściej tak nikłe i tak mało charakterystyczne, że zostają tylko wyjątkowo, czasami przypadkowo rozpoznane. Z powodu omawianych zmian chorzy

w II okresie mają tak nieznaczne dolegliwości, że rzadko zwracają się o poradę, co tłumaczy nieliczne obserwacje. Rozlany nieżyt kiłowy tchawicy i oskrzeli głównych daje zwykle objawy nieswoistego nieżyty. Czasami w płwocinie jest domieszka krwawa, na co ostatnio zwrócili uwagę fizjologowie francuscy. Łepieże tylko wyjątkowo, gdy przez swą wielkość zatykają częściowo tchawicę lub oskrzele, mogą dawać objawy zwężenia drogi oddechowej, co dotychczas było obserwowane w dwóch przypadkach. W nowszym piśmiennictwie znaleźliśmy opis dwóch przypadków kiły drugorzędowej, przebiegającej wśród objawów astmy oskrzelowej. W jednym, ogłoszonym przez S i e m s a (Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, Paris 1924) stwierdzono endoskopowo: *tracheitis syphilitica erythematosa*; w drugim — (Myerson M. C. „Laryngoscope” r. 1926, Nr. 3) — dzięki bronchoskopji wykryto pląques na błonie śluzowej oskrzeli. Systematycznych badań tchawicy i oskrzeli w II okresie kiły dotychczas nie przeprowadzono. Z okresu przedendoskopowego obserwacje są skąpe i z natury rzeczy niedokładne. Tracheo-bronchoskopja przyczyniła się do poznania omawianych zmian w niedostatecznym jeszcze stopniu z powodu zbyt rzadkiego stosowania tej metody rozpoznawczej u chorych, zgłaszających się w tym okresie cierpienia najczęściej do lekarzy z nieznacznymi dolegliwościami ze strony dróg oddechowych. Badanie tętna klatki piersiowej, badanie płwociny, laryngoskopja i badanie promieniami R o e n t g e n a nie może wykryć charakteru cierpienia; badanie serologiczne może skierować do pewnego stopnia rozpoznanie na właściwe tory.

Metodą rozstrzygającą, umożliwiającą obejrzenie tchawicy i oskrzeli, wykrycie i określenie charakteru i rozległości zmian — jest tracheo-bronchoskopja; systematyczne jej stosowanie w rozpoznawaniu schorzeń dróg oddechowych pozwoli wszechstronnie poznać kiłę drugorzędową tchawicy i oskrzeli.

Kiła trzeciorzędowa tchawicy i oskrzeli głównych.

Najczęstszymi zmianami kiłowymi tchawicy i oskrzeli, z jakimi się spotyka klinicysta i anatomopatolog, są zmiany trzeciorzędowe, występujące tu, podobnie jak w krtani, pod postacią rozlanego nacieczenia bądź też, co rzadziej bywa, pod postacią ograniczonego kilaka.

Jeżeli chodzi o umiejscowienie, to z ogłoszonych spostrzeżeń wynika, że miejscem najbardziej predysponowanym jest rozwidlenie tchawicy, nad czym zastanawialiśmy się już we wstępie; kolejno idzie pod względem częstości umiejscowienia — przestrzeń podgłośnia, następnie — cała tchawica; najrzadsze są izolowane zmiany w jednym oskrzeli głównym. W naszych przypadkach dwa razy obserwowaliśmy zmiany ograniczone do dolnego odcinka tchawicy, szerzące się na oskrzela; w jednym — zmiany obejmowały całą tchawicę, poczynając od przestrzeni podgłośniowej; w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z rozpadającym się izolowanym kilakiem w oskrzeli głównym lewym.

Kilaki w tchawicy i w oskrzelach głównych przedstawiają się jako ograniczone twory różnej wielkości, bardziej lub mniej wypukłe, bądź o powierzchni gładkiej, przekrwionej, bądź też o powierzchni nierównej, kalafjorowatej; spistość ich bywa różna zależnie od okresu rozwoju. Najczęściej kiła trzeciorzędowa występuje w tchawicy i w oskrzelach pod postacią nacieczenia rozlanego, obejmującego większe odcinki jednej tylko ściany, bądź też okrężnie, powodując szybko

znaczne zwężenie światła. Nacieczenie występuje nierównomiernie na całej przestrzeni zajętego odcinka pod postacią zgrubień, fałdów wystających i guzków, zwężających w różnym stopniu wnętrze tchawicy lub oskrzela. Naciek powstaje bądź w warstwie podśluzowej, szerząc się na warstwy głębsze dopiero w dalszym rozwoju sprawy, bądź też odrazu zaczyna się w warstwach głębszych, czasami odrazu w pierścieniach chrzęstnych (J u r a s z).

Nacieczenia rozlane jak i kilaki w tchawicy i oskrzelach cechują się niezawsze jednakową skłonnością do zmian rozpadowych; w niektórych obserwacjach odnotowane jest kilkumiesięczne ich istnienie bez owrzodzeń; podobnie przebiegał nasz przypadek Nr. 1.:

Chora A. P. niezamężna, lat 40, akuszerka (Nr. księgi chorych 2061/554), zgłosiła się do Ambulatorjum Kliniki Laryngo-otjatrycznej U. W. dnia 19.IX.1929 r. ze skargami na duszność oraz męczący kaszel, odpluwanie bardzo skąpe, domieszki krwawe w płwocinie nigdy nie było. Od 4 miesięcy stopniowo wzmagająca się duszność, „głośny oddech”; przed 2 miesiącami obudziła się w nocy z uczuciem gwałtownej duszności i niepokojem; oddech był świszczący; objawy te trwały około 10 minut poczem ustąpiły po wykrztuszeniu płwociny; duszność gwałtowna zmniejszała się, zwiększając się jedynie podczas chodzenia. Gwałtowna duszność występowała napadowo niekiedy w nocy. Obecnie chora męczy się bardzo szybko, po dokonaniu kilku kroków odczuwa brak powietrza, oddech ma świszczący, musi odpoczywać, nie może pracować od 4 miesięcy. W przebiegu cierpienia nieco schudła, nie gorączkowała. Przed 5 laty przebyła prawostronne zapalenie opłucny, poza tem, jak podaje, była zawsze zdrowa. Na skórze nigdy żadnych wykwitów nie miała, chorób wenerycznych nie przechodziła.

Stan obecny bezgorączkowy. Zwraca uwagę świst zwężeniowy słyszalny nawet z odległości kilku kroków, a wzmagający się po przejściu kilku kroków; jednocześnie występuje sinica. Stałe chrząkanie i pokasływanie. Głos czysty. Tętno miarowe, dobrze wypełnione, mocno napięte 74'. Budowa prawidłowa. W zakresie nerwów czaszkowych zmian niema. Odruchy ścięgnowe i skórne równe, żywe. R o m b e r g ujemny. Oglądanie klatki piersiowej: ruchomość jednakowa po obu stronach; wzmożona czynność mięśni pomocniczych podczas wdechu, wciąganie się dółków jarzmowego, nad- i podobojczykowych oraz przestrzeni międzyżebrowych. Drżenie głosowe na obu połowach klatki piersiowej jednakowe. Na całej przestrzeni płuc wypuk jawny. Wysłuchowo stwierdza się w płucu prawem na całej przestrzeni zwłaszcza pod kątem łopatki w okolicy przykręgosłupowej wdech zwężeniowy z wyraźnym świstem, wydech słyszalny; liczne rżenia średnio- i grubobańkowe. W przestrzeni płuca lewego — wdech pęcherzykowy z mniejszą domieszką świstów. Krtań podczas wdechu nie wykonywa ruchów rozleglejszych niż normalnie (objaw G e r h a r d t a — ujemny). Serce: granica zewnętrzna lewa przesunięta o 2 palce poza linię sutkową lewą; tony czyste. W jamie brzusznej zmian nie wykryto. Nos, nosogardziel, jama ustna, gardziel — bez zmian. Laryngoskopia: w krtani zmian się nie wykrywa; w pozycji K i l l i a n a stwierdza się w głębi tchawicy na jej tylnej ścianie zatarcie zwykłego obrazu, zarys pierścieni jest niewidoczny, błona śluzowa — żywo czerwona. Badanie płwociny: laseczników K o c h a niema; dużo złuszczonej nabłonki, ciała ropne, pasemka śluzu. Badanie rentgenologiczne (I. Instytut Rentg. U. W.): przepona prawidłowo ustawiona i ruchoma. Kąty przeponowo-żebrowe wolne. Wnęki znacznie rozszerzone, zwłaszcza prawa. Szczyty: lewy jasny, prawy nieco zaciemniony, gorzej wyjaśnia się podczas kaszlu. Rysunek płuc: po stronie lewej wzmożony nieznacznie, po stronie prawej całe pole płucne znacznie mniej

powietrzne, ciemniejsze, rysunek płucny znacznie wzmożony. Serce w całości rozszerzone, zwłaszcza komora lewa. Aorta rozszerzona, zwłaszcza część wstępująca oraz łuk.

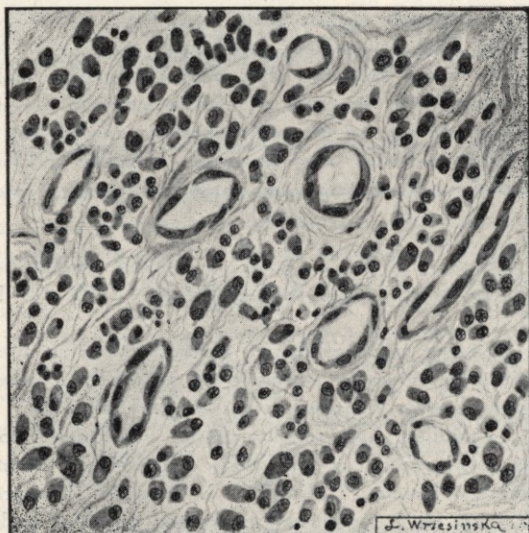
Tracheoskopia górna (dnia 23.X.1929): błona śluzowa tchawicy, poczynając od jej połowy ku dołowi jest znacznie nacieczona, zgrubiała, co powoduje zwężenie światła tchawicy, powierzchnia śluzówki jest żywo - czerwona, pofałdowana; zarys pierścieni chrzęstnych zupełnie zatarty; klin podziałowy niema zwykłego charakterystycznego kształtu: jest znacznie spłaszczony; nacieczenie błony śluzowej szerzy się na widoczną część lewego oskrzela głównego. Owrzodzeń się nie stwierdza. Na prawej bocznej ścianie tchawicy nad klinem, podziałowym widoczne jest wygórowanie o granicach, niewyraźnie zaznaczonych; wygórowanie to wielkości połowy mandarynki pokryte jest zmienioną, jak w otoczeniu, błoną śluzową i zasłania wejście do oskrzela głównego prawego. Wejście do lewego oskrzela głównego jest zwężone, przedstawia się ono jako otwór owalny o średnicy ołówka. Łapkami B r ü n i n g s a pobrano mały wycinek z nacieczonej błony śluzowej klina podziałowego tchawicy. Badanie histo - patologiczne tego wycinka (Dr. A. S i e d l e c k a): W skrawkach widzimy mikroskopowo na powierzchni nabłonek wielorzędowy walcowaty, wyścielający liczne uchylki. Pod nabłonkiem znajdujemy ziarninę, w której są rozrzucone liczne komórki olbrzymie; szczególnie dookoła naczyń krwionośnych skupiają się obficie komórki plazmatyczne. W jednym miejscu na obwodzie skrawka znajdujemy niewielkie ognisko martwicy karjolitycznej. Obrazy mikroskopowe przemawiają za rozpoznaniem sprawy kiłowej. (patrz ryc. 1 i 2).

Odczyn W a z krwi i płynu mózgowo - rdzeniowego dał wynik silnie dodatni (+++). (P. Z. H. Warszawa).

Wykryte tracheoskopowo charakterystyczne rozlane nacieczenie ścian tchawicy, szerzące się na oskrzela, przemawiało za sprawą kiłową trzeciorzędową; poparte wynikiem odczynu W a i badaniem histo-patologicznym, rozpoznanie to zostało również potwierdzone *ex juvantibus*. Zastosowany doustnie jód, domięśniowo bismut („Ruble”) i dożylnie „Novarsenoben-zol” dały już po 2 tygodniach znakomitą poprawę podmiotową (zmniejszenie duszności, łatwiejsze odkasływanie), potwierdzone badaniem przedmiotowym. Tracheoskopia, dokonana powtórnie dnia 7.X. 1929 r., wykazała: błona śluzowa tchawicy znacznie mniej nacieczona i pofałdowana; zarysowują się wyraźnie kontury pierścieni; klin podziałowy mniej nacieczony; wejście do lewego oskrzela szersze, wejście do prawego oskrzela jeszcze zasłonięte przez opisane powyżej wygórowanie na prawej bocznej ścianie tchawicy. Po zastosowaniu 6 zastrzyknięć dożylnych Novarsenobenzolu (ogółem 2,75 gr.), 12 zastrzyknięć bismutu i podawaniu doustnem jodu stan chorej się poprawił znakomicie: duszność stopniowo zupełnie ustąpiła i po tej 6-cio tygodniowej kuracji nie występowała nawet podczas chodzenia po schodach i po dłuższych spacerach; świst zwężeniowy znikł; kaszel zmniejszył się. Dokonana po raz trzeci tracheoskopia wykazała *ad oculos* poprawę miejscową: błona śluzowa tchawicy, poczynając od jej połowy ku dołowi, jest sucha, matowa, jej zgrubienia się nie stwierdza, światło tchawicy jest prawidłowe; pierścienie chrzęstne wyraźnie zaznaczone, klin podziałowy szerszy, niż zwykle; otwór lewego oskrzela głównego jest nieco zwężony przez szaro różową okrężną bliznę; wejście do prawego oskrzela jest widoczne, zwężone do średnicy ołówka przez zgrubiałą w tem miejscu błonę śluzową; wygórowania na prawej bocznej ścianie tchawicy się nie stwierdza. Dnia 6.XI.1929 r. chora została wypisana w stanie dobrym. Stan jej dotychczas (marzec 1931 r.) jest bardzo dobry; chora chodzi dużo, nie odczuwając duszności ani zmęczenia, pracuje.



Rys. Nr. 1.



Rys. Nr. 2.

W przypadku tym istniejące w ciągu kilku miesięcy (około roku) nacieczenie swoiste ścian tchawicy nie uległo rozpadowi; częściej jednak zdarza się, że zmiany nacieczeniowe dość szybko prowadzą do owrzodzeń, jak to widzieliśmy w naszym przypadku Nr. 2:

Chora M. B. lat 25 zamężna (Nr. ks. chorych 4485/156) zgłosiła się dnia 8 marca 1930 r. do Kliniki Laryngo-otjatrycznej U. W. z powodu duszności. Przed 5 miesiącami przebyła zapalenie płuc poczem w ciągu miesiąca czuła się dobrze, a następnie zaczęła odczuwać duszność, początkowo tylko podczas pracy i chodzenia; jednocześnie zaczął chorej dokuczać kaszel ze skąpym odpływaniem, trwający dotychczas; duszność stopniowo wzmagala się, od trzech tygodni chora stale odczuwa brak powietrza, źle sypia, nie może zupełnie pracować, ani chodzić. W dzieciństwie odra i dur brzuszny. Mąż zdrowy, ma dwoje zdrowych dzieci, nie ronila. *Lues negatur*.

Stan obecny bezgorączkowy, chora blada, wargi sinawe, wyraźny świst zwężeniowy podczas wdechu i wydechu; zaciąganie się dołków nad-, podobojczykowych, jarzmowego i przestrzeni międzyżebrowych. Serce bez zmian; płuca: opukowo bez zmian; osłuchowo na całej przestrzeni świsty i furczenia. W nosie stwierdzono objawy przewlekłego nieżyty zanikowego. Gardziel bez zmian. Głos mocny, czysty. Krtań: przedsionek krtani i struny bez zmian; stwierdza się znaczne zwężenie przestrzeni podstrunowej przez dwa grube wały żywo czerwonej

ziarniny, przebiegające równolegle do strun głosowych. W narządach jamy brzusznej i w układzie nerwowym zmian nie wykryto. Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej (I. Instytut Rentg. U. W.): ruchy oddechowe przepony swobodne, lecz mało rozległe. Kąty przeponowo-żebrowe wolne. Cienie wnęk szerokie, rysunek płuc w okolicy wnęk wzmożony. Od wnęki lewej w górnej 1/3 zaznaczają się lekkie pasmowate zaciemnienia, idące ku górze. Pola szczytowe jasne. Badanie płwociny laseczników K o c h a nie wykryło. 11 marca 1930 r. tracheotomia górna. Po operacji nastąpiło obfite odkasływanie przez rurkę suchych strupów. Oddech nadal świszający. Skargi na duszność. 14 marca 1930 r. tracheoskopia dolna: w odległości 3 cm. od otworu tracheotomijnego stwierdza się zwężenie tchawicy do średnicy poprzecznej ołówka przez ziarninę, rozrastającą się okrężnie w tem miejscu; przez miejsce zwężone wprowadzono cienką rurę bronchoskopową, a następnie rurę Nr. 3; tchawica jest zwężona na przestrzeni 4 cm.; poniżej stwierdza się nagromadzenie obfite strupów; po oczyszczeniu widoczne jest okrężne owrzodzenie szerokości około 3 cm. o wałowatych brzegach i szarem dnie; poniżej owrzodzenia błona śluzowa jest nacieczona, zgrubiała, zarys pierścieni jest niewidoczny; zmiany te sięgają aż do okolicy podziału; klin podziałowy i wejście do oskrzeli poza przekrwieniem błony śluzowej zmian nie przedstawia; oskrzela niezmiennione.

Po zastosowaniu 10% roztworu kokainy z adrenaliną i ostrożnym wyłęczkowaniu ziarniny wprowadzono szeroką rurkę tracheotomijną; chora oddycha swobodnie. 15 marca 1930 posiew krwi z muszli nosa na agarze laseczników F r i s c h a nie dał. Odczyn B o r d e t - G e n g o u ze szczepami twardzieli stwierdzonej dał wynik ujemny. Odczyn W a z surowicą krwi dał wynik silnie dodatni (+++). (P. Z. H. Warszawa).

Zastosowana kuracja swoista przeciwkiłowa dała znaczną poprawę; po 6 zastrzyknięciach novarsenobenzolu (ogółem 2,25 gr.) oraz 36 wcierkach rtęciowych chora oddychała przez rurkę zupełnie swobodnie; świsty zwężeniowe ustąpiły, duszność stopniowo zupełnie ustąpiła i nie wracała. Poprawę tę stwierdziliśmy też obiektywnie przez dokonaną dnia 26 kwietnia 1930 r. tracheoskopię dolną, która wykazała: światło tchawicy o szerokości prawidłowej, błona śluzowa zgrubiała, sucha, kontury pierścieni zarysowują się wyraźnie, strupów ani ziarniny niema; w odległości 5 cm. od otworu tracheotomijnego widoczne jest w błonie śluzowej okrężne pasmo bliznowate szerokości około 3 cm.

Usunięcie rurki tracheotomijnej jest niemożliwe w obec zwężenia przestrzeni podgłośniowej przez dwa pasma bliznowate, przebiegające równolegle do strun głosowych. W ciągu miesiąca rozszerzano przestrzeń podgłośniową przez zakładanie codzienne rozszerzań S c h r ö t t e r a. Dnia 26 maja 1930 r. chora została na żądanie własne wypisana z rurką tracheotomijną z poleceniem codziennego zgłaszania się do ambulatorjum. Polecenia tego ani razu nie wykonała, i dalsze losy pacjentki są nam nieznane.

Jeżeli nacieki są płytkie, ograniczają się do błony śluzowej i warstwy podśluzowej — to powstające owrzodzenia są również powierzchowne i goją się przez blizny cienkie, ścięgnisto-lśniące, rzadziej gwiazdziste, nie powodujące zwężenia drogi oddechowej. Inaczej przebiega sprawa, jeżeli z rozpadu nacieków głębokich powstają owrzodzenia głębokie, cechujące się szybko destrukcją tkanek, doprowadzające do obnażenia chrząstek, zapalenia ochrzęstny i martwicy chrząstek. Blizny, powstające na miejscu tych zmian, są bardzo głębokie, zwężając w znacznym stopniu światło drogi oddechowej, czasami zniekształcając cały narząd.

W jeszcze większym stopniu powodują zwężenia blizny, przebiegające pomiędzy przeciwległymi ścia-

nami pod postacią ścięgniętych smug różnej grubości, krzyżujących się ze sobą; w okach tak powstałej łącznotkankowej sieci gromadzi się zasychająca wydzielina, co doprowadzić może do zupełnego zatkania drogi oddechowej.

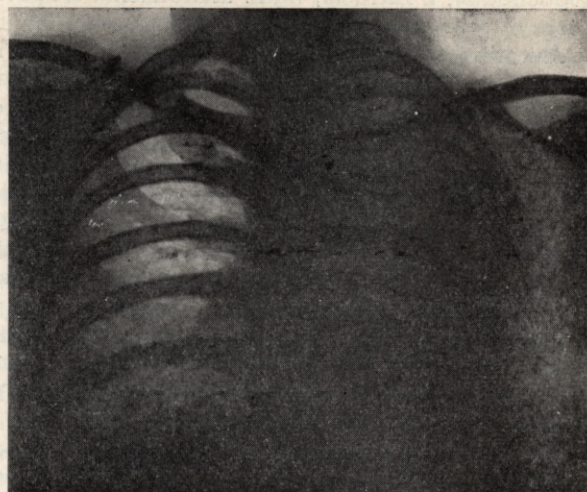
Bardzo rozległe blizny, zamykające całkowicie oskrzele lewe i zwężające oskrzele prawe, widzieliśmy w przyp Nr. 3, który w streszczeniu przedstawia się, jak następuje:

Chora M. O., lat 27, niezamężna, kelnerka (Nr. ks. chorych 4030/85) została przyjęta do Kliniki Laryngo-otjatrycznej U. W. dnia 4.II.1930. Skargi na duszność, wzmagającą się po najmniejszym wysiłku. Zachorowała w grudniu 1924 r. wśród objawów bólu w lewym boku, wysokiej gorączki i kaszlu. Lekarze rozpoznali wówczas lewostronne zapalenie płuc. Gorączka trwała około 3 miesięcy, chora schudła, słuwała przez ten czas plwocinę ropną z domieszką krwawą; w przebiegu tego cierpienia zaczęła chorej dolegać duszność; rozpoznano wówczas w szpitalu na prowincji gruźlicę płuc; leczono chorą klimatycznie. W maju 1925 r. wykonano odczyn W a z surowicą krwi, który dał wynik dodatni (+++). Chora przebyła kurację swoistą, po której duszność zmniejszyła się bardzo nieznacznie. W następnych latach chora co kilka miesięcy przechodziła kurację swoistą, przeciwkiłową, lecz bez wpływu na duszność, stale ją trapiącą. Oprócz tego leczono chorą klimatycznie. W ostatnich miesiącach duszność uniemożliwiała chorej wszelką pracę, i występuje już po dokonaniu przez chorą kilku kroków. W dzieciństwie przebyła odrę; w roku 1919 infekcja kiłowa, nie leczyła się. Obecnie nie kaszle, nie słuwa, nie gorączkuje. Tętno miarowe, dobrze wypełnione 84'; budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Głos ma chora mocny, zupełnie czysty. Po zrobieniu kilku kroków chora odczuwa brak powietrza, świst zwężeniowy się wzmagają, występuje sinica warg.

Klatka piersiowa: podczas głębokich wdechów stwierdza się zaciąganie dołków nad- i podobojczykowych oraz przestrzeni międzybrowowych po stronie prawej; lewa połowa klatki mniej ruchoma; opukowo stwierdza się zupełne stłumienie od przodu i od tyłu po lewej stronie klatki piersiowej. Osluchowo: po lewej stronie od tyłu i od przodu oddech całkowicie zniesiony; na prawej połowie słyszalny jest świst zwężeniowy, wyraźny zwłaszcza od tyłu w okolicy przykręgosłupowej poniżej kąta łopatki. Drżenie głosowe po lewej stronie klatki piersiowej całkowicie zniesione.

Badanie rentgenologiczne (I. Instytut Rentg. U. W.): jednostajne, bardzo znaczne zaciemnienie całego pola płucnego lewego, z silnym przemieszczeniem serca i całego śródpiersia na

stronę lewą; ruchy przepony po stronie prawej swobodne, po lewej niewidoczne (patrz ryc. Nr. 3).



Rys. Nr. 3.

W narządach jamy brzusznej i w układzie nerwowym zmian nie wykryto. Nos, nosogardziel, jama ustna, gardziel i krtani — bez zmian.

Dnia 8.II. 1930 r. tracheo-bronchoskopia górna: tchawica przesunięta ku stronie lewej; jej ściany w górnych 2/3 przedstawiają się prawidłowo, o wyraźnie zaznaczonych konturach pierścieni chrzęstnych; w dolnej 1/3 zarys pierścieni niewidoczny, błona śluzowa bliznowato zmieniona, o gładkiej białawej powierzchni. Klin podziałowy przedstawia się jako szeroka, polyskująca ścięgnięta blizna, całkowicie zakrywająca okolicę wejścia do lewego oskrzela głównego; wejście do prawego oskrzela jest zwężone przez okrężne szaro-białawe blizny do średnicy przekroju ołówka, co uniemożliwia wprowadzenie do oskrzela nawet najcieńszej rury bronchoskopowej. Na zaleconą dłuższą kurację systematycznego rozszerzania wejścia do prawego oskrzela chora się nie zgodziła i w dniu 10.II.1930 r. została wypisana w stanie bez zmiany.

W przypadku tym zmiany kiłowe trzeciorzędowe umiejscowione w dolnym odcinku tchawicy i na klinie podziałowym, nierozpoznane i nieleczone we właściwym czasie, doprowadziły do rozległych owrzodzeń, a w następstwie do blizn zwężających prawe oskrzele główne i zamykających całkowicie lewe oskrzele z następczą apneumatozą lewego płuca. (Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z I oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie
(Kierownik: Dr. Anastazy L a n d a u).

Studja kliniczne nad skazą krwotoczną.

P o d a l i

Anastazy LANDAU i Włodzimierz HEJMAN (Warszawa).

Pod nazwą skazy krwotocznej rozumiemy skłonność ustroju do krwawień, występujących bądź to bez żadnej widocznej przyczyny, bądź to wskutek zadziaływań bodźców tak słabych, że w normalnych warunkach nie wywołują one żadnych zaburzeń.

Dziedzina skaz krwotocznych jeszcze dzisiaj stanowi jedną z ciemniejszych dziedzin medycyny; szczególnie w zakresie t. zw. plamic doniedawna panował zupełny chaos. Najlepiej znaną postacią chorobową była

krwawiączka (*haemophilia*); również oddawna wyodrębniony jest gnilec czyli krwotoczność awitaminowa; inne postacie chorobowe, opisane przez Werlhofa, Henocha, Schönleina i in. były przez długi czas mieszane ze sobą, zarówno pod względem obrazu klinicznego, jak i pod względem patogenety. Dopiero badania ostatnich dziesięcioleci, a tu wymienić należy prace Hayema, Denysa, Weila, Franka, Glanzmanna i in. stworzyły podstawę do nowoczesnego poglądu na skazę krwotoczną; dziś wiemy, że krwotoczność może być wywołana zarówno przez zmiany samej krwi, dotyczące bądź to narządu płytkotwórczego, bądź to procesów krzepliwości, bądź wreszcie narządów krwiotwórczych, jak i przez zmiany układu naczyniowego, a przedewszystkiem naczyń włosowatych.

Frank¹ dzieli skazy krwotoczne na 1) awitaminozy (gnilec, choroba Möllera-Barlowa), 2) krwa-

wiązkę, której zasadniczą cechą jest upośledzenie procesu krzepnięcia, 3) skazy małopłytkowe i 4) skazy naczyniopochodne, z zatrucia, bądź uszkodzenia śródbłonnów naczyń włosowatych.

Autorowie francuscy (Weil, Le Sourd i Pagniez²) wyodrębniają również krwawiączkę, jako ściśle określony typ skazy krwotocznej; dzielą oni plamice na pierwotne i wtórne; wśród postaci pierwotnych rozróżniają formy ostre (reumatyczna, infekcyjna, piorunująca) — wszystkie naczyniopochodne, oraz ostrą postać choroby Werlhofa. Wśród postaci przewlekłych rozróżniają małopłytkowość samoistną przewlekłą (Franka) i śledzionopochodną (Kaznelsona), pozatem przypadki, odpowiadające pojęciu *thrombasthenia haemorrhagica hereditaria Glanzmanna*³ oraz zespół, nazwany przez Weila hemogenie. Do bliższego omówienia tego podziału powrócimy w odpowiednim miejscu.

Naegeli⁴ w swojej ostatniej monografii podkreśla wyraźnie, że dzisiaj niepodobna jeszcze stworzyć racjonalnej klasyfikacji skaz krwotocznych; uważa on skazę krwotoczną za zespół objawów, nigdy za samodzielą jednostkę chorobową (wyjątek stanowi krwawiączka); ten zespół objawów może być wywołany przez rozmaite czynniki (konstytucjonalne, wewnątrzwydzielnicze, infekcyjne, toksyczne itd.); tylko dla łatwiejszego zanalizowania dzieli Naegeli skazy krwotoczne na naczyniopochodne i wywołane uszkodzeniem płytek. Do poglądów Naegeli'ego na ujawnianie się krwotoczności powrócimy w ostatnim rozdziale tej pracy.

W piśmiennictwie polskim swe wzory klasyfikacyjne podali Tempka⁵ oraz Semerau i Misiewiczówna⁶. Tempka rozróżnia skazy angiopatyczne, krwawiączkę i plamice krwotoczne (choroba Werlhofa, niedokrewność aplastyczna, *thrombasthenia Glanzmanna*). Prócz tego oddzielnie omawia skazę krwotoczną w przewlekłym zwalniającym zapaleniu wśierdza, w chorobie Gauthera oraz obfite krwawienia maciczne o podłożu hormonalnym (*hyperovarismus*).

Podział Semerau i Misiewiczówny zbliżony jest do klasyfikacji Tempki; różni się od niej wyraźnym zaliczeniem skazy krwotocznej, występującej w przewlekłym, zwalniającym zapaleniu wśierdza, do grupy naczyniopochodnej. W grupie tej Semerau i Misiewiczówna, wzorując się przeważnie na klasyfikacji Franka, rozróżniają krwotoczność naczynioporażenną (toksykoza włosniczek Franka), naczyniozapalną (*endotheliosis* Hessa: w posocznicy i *endocarditis lenta*) i awitaminową (gnilec, choroba Möllera-Barlowa).

W pracy niniejszej trzymać się będziemy podziału Semerau i Misiewiczówny, wprowadzając doń niektóre, zdaniem naszym, niezbędne uzupełnienia. Rozumiejac pod skazą krwotoczną skłonność ustroju do krwawień, musimy w każdej z wyodrębnionych grup skazy krwotocznej, czy to niedokrzepliwej, czy wreszcie naczyniopochodnej, rozróżniać przypadki z krwotocznością jawną (przejawy krwotoczne skórne, na błonach śluzowych lub z narządów miąższowych) i utajoną; tę ostatnią stwierdza wyłącznie badanie elementów t. zw. skazy krwotocznej. Do kwestii ujawniania się utajonej skazy krwotocznej powrócimy w końcowym rozdziale pracy niniejszej. W dziedzinie skaz naczyniopochodnych wielką trudność z punktu widzenia klinicznego stanowi rozróżnianie skazy naczynioporażennej i naczyniozapalnej. Aczkolwiek mechanizm powstawania tych skaz jest

inny, to jednak jedyny pewny objaw różniczkowy — wykrycie śródbłonnów we krwi, jest tak niestały, że wielką trudność sprawia zakwalifikowanie poszczególnych przypadków do tej lub innej odmiany skazy naczyniopochodnej. Ponieważ istotną cechą obu tych postaci jest uszkodzenie włosniczek, będziemy rozróżniali tylko skazę krwotoczną naczyniopochodną. Do sprawy tej jeszcze powrócimy.

W badaniach naszych badaliśmy czas krwawienia metodą Duke'a, czas krzepnięcia metodą Wrighta bądź Bürkera, liczbę płytek obliczaliśmy metodą Fonia, objaw opaskowy badaliśmy za pomocą tonometru.

I. Skaza krwotoczna niedokrzepliwa (krwawiączka samoistna i objawowa).

Istotą krwawiączki są zaburzenia procesu krzepnięcia krwi; wyrazem tych zaburzeń jest nieraz bardzo znaczne przedłużenie czasu krzepnięcia. Proces krzepnięcia polega, jak wiadomo, na zamianie substancji włóknikorodnej, zawartej w osoczu, na nierozpuszczalny włóknik. Według teorii zacynowej, w procesie krzepnięcia bierze udział kilka czynników: substancja włóknikorodna, trombogen i sole wapnia — zawarte w osoczu, oraz trombokinaza, produkt tkankowy, komórkowy, obficie zawarty w płytkach. Wynikiem zadziałania trombokinazy na trombogen, w obecności soli wapnia, jest trombina, która powoduje wypadnięcie włókna z substancji włóknikorodnej. Bordet rozszerzył jeszcze teorię zacynową; wykazał on, że serozym (trombogen) znajduje się w osoczu w nieczynnej postaci, jako t. zw. proserozym. Podług Bordeta proces krzepnięcia krwi przedstawia się następująco: w osoczu znajduje się substancja macierzysta serozymu — proserozym, elementy komórkowe zawierają cytozym (trombokinazę); pod wpływem zadziałania cytozemu na serozym powstaje protrombina, która w obecności soli wapnia zamienia się w trombinę, ta zaś powoduje wypadnięcie włókna z substancji włóknikorodnej, zawartej w osoczu. We krwi znajdują się ciała hamujące i przyspieszające krzepnięcie (stabilizatory i aktywatory); stabilizatorem jest antytrombina, prawdopodobnie identyczna z heparyną, otrzymaną przez Howella z wątroby. Arthus i Doyon⁷ podają, że u zwierząt z wyciętą wątrobą też tworzy się antytrombina, jest więc ona produktem nie tylko wątroby, lecz i innych tkanek. Aktywatorem jest np. wodny wyciąg z płytek, otrzymany przez Bordeta, ciepłochwójny, który nie jest konieczny do procesu krzepnięcia, lecz go wybitnie przyspiesza.

Nie będziemy tutaj opisywali dobrze znanego obrazu klinicznego krwawiączki. Większość autorów stoi na stanowisku, że krwawiączka właściwa przenosi się przez kobiety (t. zw. konduktorów) na mężczyzn, ci zaś krwawiączki na swoje potomstwo nie przenoszą. Morawitz, Sahli, Opitz, K. Bauer⁸ przeczą istnieniu krwawiączki właściwej u kobiet; Bucura⁹ natomiast podaje z dotychczasowej kazuistyki 202 podobne przypadki.

Krwawiączkę cechuje przedłużony czas krzepnięcia zarówno krwi żyłnej — jak i kapilarnej; upośledzenie krzepliwości krwi żyłnej jest wybitniejsze; czas krwawienia jest w granicach normy, liczba płytek normalna lub zwiększona, objawów naczyniowych naogół brak. Mimo to Semerau i Misiewiczówna znajdowali w krwawiączce przedłużenie czasu krwawienia, dodatni objaw opaskowy i odczyn Morawitz-Denecke'ego⁹, — a więc objawy skazy naczyniowej.

Patogenezę krwawiączki łączono doniedawna ze zmniejszoną ilością trombiny we krwi; Sahli, Weil¹⁰, Morawitz i Lossen widzieli przyczynę krwawiączki w niedostatecznej ilości trombokina-

zy, *Stuber i Lang*¹¹ w zbyt dużej ilości fluoru ($3-4^{0/00}$), znajdującego się we krwi hemofilików i hamującego krzepnięcie, *Fonio* w niedomodze płytek, wytwarzających zbyt mało cytozemu. *Feissly*¹² wykazał, że w krwawiąccze przedłużony jest czas aktywowania proserozymu; potwierdziły to badania *Franka i Hartmanna*¹³. *Feissly* dowiódł, że czas przekształcania proserozymu na serozym wynosi u człowieka 30 minut; u krwawców jest on wybitnie przedłużony. Ilość proserozymu jest w surowicy krwawców normalna (*Frank i Hartmann*); także w samym proserozymie nie leży istota sprawy chorobowej, gdyż, jeśli usunąć z normalnej surowicy proserozym i zastąpić go proserozymem krwawca — czas aktywowania pozostanie normalny; przeciwnie, jeśli usunąć proserozym z surowicy krwawca i zastąpić go proserozymem normalnym, czas aktywowania pozostanie wybitnie przedłużony. Według *Feissly'ego*, *Franka i Hartmanna* przyczyną krwawiączki jest wybitne przedłużenie czasu aktywowania proserozymu. W krwi normalnej istnieje równowaga pomiędzy aktywatorami i stabilizatorami, u krwawców równowaga ta zachwiana jest na korzyść stabilizatorów. Ale zaburzenia krzepliwości nie są, prawdopodobnie, jedyną przyczyną skazy krwotocznej w krwawiąccze. Jak już wspominaliśmy, *Semerau i Misiewiczówna* znajdowali w krwawiąccze objawy skazy naczyniowej, na stan naczyń zwracają również uwagę *Weil i Nolf*. *Naegeli* przyjmuje również istnienie jakiegoś dodatku naczyniowego, jego zdaniem, dotąd nieuchwytnego (patrz rozdział IV pracy niniejszej). Nie mieliśmy, niestety, możliwości obserwowania przypadków krwawiączki samoistnej; obserwowaliśmy natomiast szereg przypadków niedokrzepliwości objawowej.

Oddawna znane jest występowanie skazy krwotocznej w chorobach wątroby, przebiegających z uszkodzeniem miąższu wątrobowego. *Frank*¹⁴ podaje następujące sprawy chorobowe, przebiegające ze skazą krwotoczną: żółty zanik wątroby, marskość przerostowa, żółta febra, choroba *Weila*. *Eppinger*⁸ w swojej statystyce widział objawy krwotoczne w 14% żółtaczki zastoinowej, spowodowanej nowotworem, w 40% ostrego żółtego zaniku wątroby, w 90% marskości zanikowej wątroby, przebiegającej z żółtaczką i w 35% marskości przerostowej. W żółtaczce miąższowej *Eppinger* nie widział nigdy jawnej krwotoczności, że jednak żółtaczka miąższowa (dawniej t. zw. nieżytna) może przebiegać z wybitną krwotocznością, świadczy nasze następujące spostrzeżenie (tablica I nr. 7).

U osobnika młodego (lat 27), który trzy tygodnie przed przybyciem do szpitala zachorował na żółtaczkę miąższową (dawniej t. zw. nieżytną), wystąpiły nagle objawy krwotoczne w postaci plamicy skórnej, oraz stwierdzono obecność krwi w kale. Wątroba powiększona na 1 palec, minimalnie bolesna, śledziona niepowiększona. Badanie elementów skazy krwotocznej wykazało: czas krwawienia — 1 min., czas krzepnięcia (*Bürker*) — 15 min.; liczba płytek — 250.000 w mm.³, objaw opaskowy wybitnie dodatni. Ilość wapnia w osoczu — 122 mgr. w litrze. Po tygodniu pobytu w szpitalu żółtaczka minęła, a z nią również objawy krwotoczne, równocześnie badanie elementów skazy krwotocznej wykazało: czas krwawienia — 1 min., czas krzepnięcia (*Bürker*) — $4\frac{1}{2}$ min., ilość płytek — 275.000 w mm.³, objaw opaskowy — ślad.

W przypadku powyższym w przebiegu żółtaczki miąższowej wystąpiła nagle krwotoczność jawna typu niedokrzepliwego (czas krzepnięcia — 15 min.) z dodatnim objawem opaskowym;

że krwotoczność ta zależna była od uszkodzenia wątroby, świadczy ustąpienie jej wraz z żółtaczką.

Badaliśmy elementy skazy krwotocznej w 35 przypadkach żółtaczek i chorób wątroby.

Na 11 przypadków żółtaczki miąższowej w 1 widzieliśmy krwotoczność jawną (przypadek wyżej podany); z 4 przypadków żółtego zaniku wątroby krwotoczność wystąpiła w 3 przypadkach; w jednym w postaci plamicy skórnej, w drugim — w postaci krwawień ze śluzówki nosa i gardła, w trzecim — w postaci wymiotów krwawych; we wszystkich tych trzech przypadkach stwierdzono sekcyjnie obecność licznych wybroczyn podśluzówkowych i podsurowiczkowych; klinicznie stwierdzaliśmy przedłużenie czasu krzepnięcia 1 raz do 17 minut (w tym ostatnim przypadku czas krzepnięcia na kilka dni przed wystąpieniem objawów niedomogi wątrobowej wynosił tylko 9 minut); w pozostałych przypadkach czas krzepnięcia wynosił $9\frac{1}{2}$, 10 i 5 minut (ten ostatni przypadek — bez przejawów krwotocznych); czas krwawienia w 2 przypadkach normalny — w 2 wynosił 7 i 9 minut, był więc znacznie przedłużony; liczba płytek wahała się od 110.000 do 160.000 w mm.³; objaw opaskowy w 1 przypadku był ujemny, w 3 dodatni.

W pozostałych 21 przypadkach żółtaczek przejawów krwotoczności jawnej nie było; tylko z 7-miu przypadków żółtaczki zastoinowej, spowodowanej nowotworami — w dwóch wystąpiły krwawienia utajone w kale; również w zapaleniach dróg żółciowych (8 przypadków), w żółtaczkach wskutek przewlekłego zapalenia trzustki, w marskości kilowej i przerostowej (1 przypadek) wątroby — brak było jawnej krwotoczności. Spostrzegaliśmy więc krwotoczność jawną w 3 przypadkach zaniku wątroby i w 1 przypadku żółtaczki miąższowej, pozatem w 2 przypadkach żółtaczki zastoinowej wskutek nowotworu stwierdziliśmy obecność utajonego krwawienia w kale; w pozostałych przypadkach krwotoczność nie ujawniała się, chociaż badanie elementów skazy krwotocznej wykazywało nieraz znaczne odchylenia od normy. Odchylenia te dotyczyły zarówno czasu krzepnięcia (do 12 minut), jak i zmniejszenia liczby płytek (do 70.000 w mm.³). Kilkakrotnie stwierdziliśmy ślad objawu opaskowego, 1 raz (przypadek nr. 21) był on wyraźnie dodatni. Naogół więc w przypadkach z krwotocznością utajoną badanie elementów skazy krwotocznej wykazywało typ niedokrzepliwy z dodatkiem małopłytkowym i ew. naczyniowym.

Większość autorów jest zdania, że skaza krwotoczna w chorobach wątroby polega na zaburzeniach krzepliwości: *Frank* mówi o krwawiąccze wątrobowej; *Hartmann*¹⁴ twierdzi, że mechanizm powstawania skazy krwotocznej w chorobach wątroby polega, tak jak w krwawiąccze, na przedłużeniu czasu aktywowania proserozymu; w chorobach wątroby, połączonych ze skazą krwotoczną, czas ten jest przedłużony do podwójnej normy (*Hartmann*). Prawdopodobnie wątroba wytwarza ciała stabilizujące, które oddaje krwi w zależności od potrzeb organizmu; chora wątroba nie jest w stanie zatrzymać nadmiaru wytworzonych stabilizatorów, które, krążąc we krwi, hamują proces krzepnięcia. Prócz tego *Frank* podaje i inne przyczyny skazy krwotocznej, jak zmniejszenie liczby płytek i ich zdolności zlepnej, toksyczne uszkodzenie włócnicek, zmniejszenie ilości substancji włóknikorojnej we krwi. *Weil*¹⁰ podaje następujący zespół, określony przez niego jako „syndrome de l'insuffisance hémocrasique du foie”: przedłużenie czasu krzepnięcia, szybkie kruszenie się skrzepu oraz bezgnilny jego rozpad, zmniejszenie liczby płytek nieraz do 100.000 w mm.³, przedłużony czas krwawienia, dodatni objaw opaskowy. *Fiessinger i Diaconescu*¹⁵ podają, że w krwawiąccze wątrobowej zawsze spotyka się przedłużenie czasu krzepnięcia; skrzep jest źle kurczliwy, objaw opaskowy bardzo często do-

T a b l i c a I.

Badanie elementów skazy krwotocznej w chorobach wątroby i żółtaczkach

Nr.	Nazwisko	Rozpoznanie	Krwotoczność jawna	Czas krwawienia w min.	Czas krzepnięcia w min.	Liczba płytek w mm ³	Objaw opaskowy	Żółtaczka	Ilość bilirubiny we krwi	
									Jednostek van der Bergha	mgr. %
1	J. K.	<i>Icterus parenchomatosus</i>	brak	2½	2½	250.000	ujemny	+	6.25	3.12
2	J. G.	" "	brak	1½	6½	300.000	śląd	+++	17	8.5
3	M. C.	" "	brak	4	4	150.000	ujemny	śląd	3.5	1.75
4	J. D.	" "	brak	2	7		ujemny	+++	25	12.5
5	J. D.	" "	brak	3½	7½	127.000	ujemny	+++	12	6
6	A. K.	" "	brak	3	6	200.000	ujemny	+++	15	7.5
7	J. K.	" "	obecna	1	15	250.000	wybitny	+++	16	8
8	L. W.	" "	ustąpiła	1	4½	275.000	śląd			
9	K. N.	" "	brak	2	7½	280.000	ujemny	+++	10	5
10	J. K.	" "	brak	1	6½	228.000	ujemny	+	6	3
11	S. C.	" "	brak	2½	4	240.000	ujemny	++	8	4
12	J. B.	<i>Atrophia hepatis acuta</i>	brak	5	4½	160.000	ujemny	++	7	3.5
13	S. W.	" "	brak	3	5	150.000	dodatni	+++	7	3.5
14	S. P.	" "	brak	3	9	180.000	śląd	+++	15	7.5
15	J. K.	<i>Atrophia hepatis subchronica</i>	wystąpiła	4	17	160.000	dodatni			
16	A. K.	<i>Neoplasmata vesicae felleae</i>	obecna	5	5½	140.000	ujemny	+++	16	8
17	M. W.	<i>Obstructio choled. compl.</i>	obecna	9	11	110.000	wybitny			
18	H. M.	" "	obecna	7	9½	117.000	ujemny	śląd	4	2
19	M. F.	" "	krwawienia utajone w kale	3½	8		ujemny	+++	15	7.5
20	A. S.	" "	brak	2½	11	120.000	ujemny	++	5	2.5
21	C. B.	<i>Ca hepatis cum obstruct. choledochi</i>	brak	4	12	200.000	ujemny	+++	16	8
22	M. W.	<i>Ca capit. pancreatis</i>	brak	3	5½	330.000	ujemny	++	9	4.5
23	K. K.	<i>Tumor vesicae felleae (ca? calculosis?)</i>	brak	3	7	180.000	ujemny	+++	12	6
24	B. B.	<i>Pancreatitis chron. obstruct. choled.</i>	brak	1	6		dodatni	++	9	4.5
25	D. T.	<i>Obstr. choled. (e calculo? cholangia? pancr. interst?)</i>	krwawienia utajone w kale	2½	3	300.000	śląd	+	4	2
26	G. G.	<i>Cholelithiasis, cholangit. et cholecyst. acuta.</i>	brak	4	8½	170.000	ujemny	+++	14	7
27	S. H.	<i>Abscessus hep. Cholelith. Cholangitis acuta</i>	brak	3	1½	90.000	ujemny	+	5	2.5
28	K. M.	<i>Cholang. acuta cum ictero parench.</i>	brak	3	8	250.000	ujemny	++	8	4
29	S. K.	<i>Obstruct. choled. compl. a cholangit. et choledoch.</i>	brak	2½	10	250.000	ujemny	+++	12	6
30	J. G.	<i>Cholecyst. cholelith. et cholang. acuta</i>	brak	1½	2½	320.000	ujemny	śląd	4½	2.25
31	E. D.	<i>Cholecyst. et cholang. recidivans</i>	brak	2½	8	240.000	ujemny	+	4	2
32	F. B.	<i>Cholecyst. et cholang. acuta</i>	brak	3	5½	210.000	ujemny	++	6½	3.25
33	M. K.	<i>Cholecyst. cholelith. et cholang. acuta transitoria</i>	brak	1½	2½		ujemny	+	4	2
34	P. W.	<i>Cirrhosis hepatis luetica</i>	brak	3	6½	250.000	śląd	śląd	1½	0.75
35	C. G.	<i>Cirrhosis splenomegalica</i>	brak	2	10½	70.000	ujemny	brak	0.8	0.4
36	J. C.	<i>Splenitis, perisplenitis et perihepatitis luet.</i>	brak	2	3½	282.000	ujemny	brak	1	0.5

datni. Semerau i Misiewiczówna⁶ widzieli w chorobach wątroby przejawy skazy małopłytkowej. Seifert⁸ widzi przyczynę krwawiczki wątrobowej w utrudnionem wchłanianiu witaminy D wskutek upośledzonego wchłaniania tłuszczów w żółtaczkach.

W przebiegu schorzeń wątroby dochodzi nieraz do zmniejszenia ilości fibrinogenu we krwi: Full i Lester chcą widzieć związek pomiędzy ilością substancji włóknikorodnej we krwi a stopniem uszkodzenia wątroby; przeczą temu Isaac-Krieger i Heege; Schultz i Scheffer wykazywali fibrynopenję w ostrym zaniku wątroby. Zupełna afibrynogenemja należy do wielkich rzadkości; odpowiednie przypadki u dzieci opisali Raabe i Salomon (patrz również rozdział IV), Opitz i Magda Frei, Opitz i Silberberg.

Według naszych spostrzeżeń, w przypadkach schorzeń wątroby z jawną krwotocznością dominował typ skazy niedokrzepiwej; stwierdzony kilkakrotnie dodatni objaw opaskowy każe jednak zwracać uwagę na dodatek naczyńowy; w dwóch przypadkach jawnej krwotoczności obserwowaliśmy znaczne przedłużenie czasu krwawienia (7 i 9 minut), co jest zgodne również z poglądami Weila. Nie widzieliśmy natomiast, w przeciwieństwie do Semerau i Misiewiczówny, skazy typu małopłytkowego; wprawdzie liczba płytek była kilkakrotnie zmniejszona, jednak ani w jednym przypadku nie wystąpił zespół krwotoczności małopłytkowej. Naogół stwierdzaliśmy skazę typu mieszanego z dominującym elementem niedokrzepiowym, z uszkodzeniem naczyń (dodatni objaw opaskowy) i z pewnem upośledzeniem układu płytkotwórczego.

Na szczególną uwagę zasługuje nasz przypadek krwotoczności jawnej w przebiegu żółtaczki miąższowej, gdyż w dostępnym dla nas piśmiennictwie nie znaleźliśmy podobnych spostrzeżeń; przeciwnie, nawet Eppinger podaje, że nigdy w przebiegu zwykłej żółtaczki miąższowej nie widział jawnej krwotoczności. Tablica I. (C. d. n.).

Z ambulatorjum Gminy Wyznaniowej Łydowskiej w Warszawie
(Kierownik: Dr. S. Oppenheim).

Przypadek kombinowanej wady serca u osobnika z całkowitem odwrotnem położeniem trzew.

Podał

Henryk J. LANDAU (Warszawa).

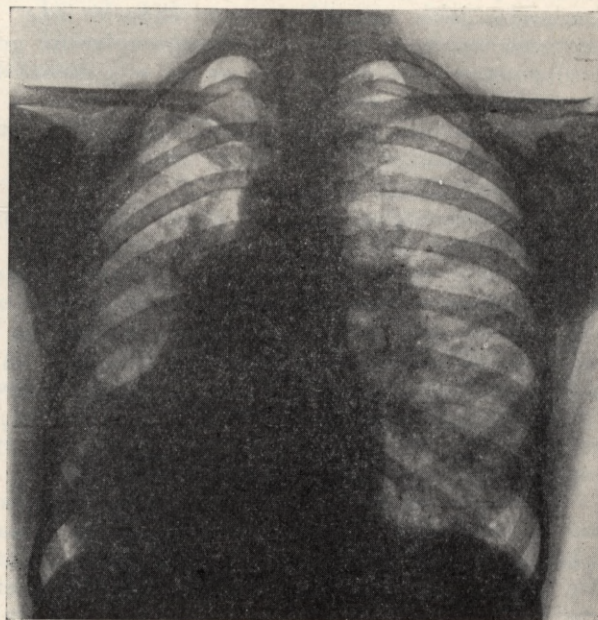
Chora lat 40 zgłosiła się do ambulatorjum z nietypowymi skargami na osłabienie i złe samopoczucie, bicie serca w chwili zdenerwowania; dolegliwości te datują się od kilku miesięcy, mianowicie, od śmierci dziecka, którą chora bardzo się przejęła. Przy bliższem rozpatrywaniu okazuje się, że chora miewa od 15 roku życia bicie serca i duszność, występujące podczas pracy i przy chodzeniu, zwłaszcza przy wchodzeniu na schody. Przed 8 laty miała krwioplucie. Podczas obu ciąży chora miewała dość znaczne obrzęki. Od roku chora kaszle i pluje. Mocz oddaje prawidłowo. Stolce zaparte, raz na 2 dni, twarde. Miesiączka od 13 roku życia regularnie co 4 tygodnie, trwa po 4 dni, skąpa, niebolesna. Chora przeżyła dwie ciąży: pierwsza zakończyła się porodem przedwczesnym w 8 miesiącu (dziecko po 3 dniach zmarło), druga lekkim porodem na czasie (dziecko zmarło w czwartym roku życia na błonicę).

Z chorób przebytych przypomina sobie odrę i zapalenie ucha środkowego, po którym pozostał jej ropny wyciek z ucha; obie sprawy przeżyła w dzieciństwie. Do chwili za-

mążpójścia (przed 8 laty) pracowała ciężko w sklepie. Nie pije, nie pali, chorób wenerycznych miała nie przechodzić. Matka zmarła na chorobę rdzenia (mleczka?), ojciec z powodu udaru apoplektycznego.

Stano b e c n y. Chora wzrostu 150 cm., wagi 36,9 kg., budowy prawidłowej, lecz wątłej. Czaszka budowy prawidłowej, niebolesna przy opukiwaniu. Spojówki nastrzyknięte. Policzki i śluzówki widocznie zasinione. Język i gardziel bez zmian. Szyja dość długa i wąska. Tarczycza niepowiększona. Gruczoły chłonne niemacalne. Ciężota — 36,7. Klatka piersiowa długa i wąska. Granice płuc z tyłu X żebro, ruchome. Wypuk jawny. Oddech pęcherzykowy zaostrowany ze świsłami i furczeniami. Granice płuc z przodu: lewa — VI żebro, prawa — III żebro. Wypuk i oddech, jak z tyłu. Serce: uderzenie koniuszkowe rozlane, w V międzyżebrow, o 2 palce nazewnątrz od linii środkowo obojczykowej prawej. Granice serca: prawa — o 2 palce nazewnątrz od linii środkowo obojczykowej prawej, górna — III żebro, lewa — o 2 palce nalewo od lewego brzegu mostka. Konfiguracja serca mitralna. Na koniuszku szmer skurczowy, 1 ton kłapiący, nad tętnicą płucną — 2 ton zaakcentowany; szmer skurczowy słyszalny nad całym sercem. Akcja serca miarowa, lecz przyspieszona (96 na minutę). Tętnice o przebiegu prostym, niezgrubiałe, tętno słabo wypełnione, miarowe, 96 na minutę. RR = 100/65. Wątroba wyczuwa się po stronie lewej o 2 palce z pod łuku żebrowego, bolesna, dość twarda, śledziona niemacalna. Bolesność wzdłuż przebiegu całej okrężnicy. Kończyny dolne nieobrzękle. Układ nerwowy: źrenice okrągłe, równe, odpowiadają szybko na światło i zbieżność, odruchy ścięgnowe i okostnowe żywe, odruchów patologicznych brak.

Badanie moczu: ciężar właściwy — 1030, odczyn kwaśny, białko — ślad, urobilinogen — nieco zwiększony, osad: liczne moczany sodu (*sedimentum lateritium*), pojedyncze leukocyty i nabłonki.



Rozpoznanie kliniczne brzmiało: odwrotne położenie trzew, niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego w okresie niewyrównania, zastój płuc, wątroby i nerek. Z tem rozpoznaniem skierowano chorą do badania rentgenowskiego, które dało następujące wyniki: odwrotne położenie trzew. Typowa mitralna konfiguracja sylwetki sercowej z powiększeniem wszystkich wymiarów serca (według telerentgenogramu: Md = 9,5; M. s = 5,0; Tr = 14,5; L = 16,6). Zwraca uwagę silne tętnienie prawego środkowego tę-

ku serca, utworzonego przez tętnicę płucną, naprzemian z górnym odcinkiem prawego dolnego łuku serca, utworzonego przez prawą komorę, o charakterze *pulsus celer et altus*. Podobne tętnienie cieni wnękowych. Znaczne rozszerzenie cieni wnękowych i wzmożenie rysunku płucnego pochodzenia zastoinowego*).

*) Za bezinteresowne przeprowadzenie badania rentgenowskiego poczuwam się do obowiązku wyrażenia podziękowania kol. K a l t m a n o w i.

Badanie rentgenowskie potwierdziło więc w zupełności rozpoznanie kliniczne z tem, że wykazało po-
zatem pewne objawy niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, którą należy uważać za względną, gdyż pierwotna niedomykalność zastawek tętnicy płucnej jest najczęściej wadą wrodzoną, która uspasabia do gru-
żlicy płuc, tak, że osobnicy, dotknięci tą wadą, umierają w młodym wieku najczęściej wskutek zmian gruźliczych w płucach.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Oddziału radiologicznego Szpitala Ujazdowskiego i Instytutu
radiologicznego przy ul. Rysiej Nr. 1 w Warszawie
(Kierownik: Witold Z a w a d o w s k i).

Radjodjagnostyka układu wydzielania wewnętrznego.

Podał

Witold ZAWADOWSKI (Warszawa).

Do układu wewnętrznego wydzielania zaliczamy przede wszystkim te gruczoły dokrewne, których charakter i rola jest, jeśli nie bezsporna, to przecież przez większość autorów uznawana. Tu należą następujące gruczoły: szyszynka, przysadka, tarczycę, grasicę, trzustkę, nadnercza i gruczoły płciowe. Istnieje poza tem cały szereg innych narządów, którym obok funkcji, ogólnie znanych, przypisują niektórzy również znaczenie wewnętrznowydzielnicze, jak: wątroba, serce, skóra i inne. Te ostatnie nie wejdą w zakres niniejszego referatu, gdyż radjodjagnostyka nie przyczynia się do wyjaśnienia ich roli w wewnętrznym wydzielaniu.

W omówieniu poszczególnych gruczołów wewnętrznego wydzielania w ściślejszym znaczeniu będę się trzymał następującego porządku.

Przedewszystkiem będę się starał nakreślić obraz radjoanatomiczny prawidłowy danego gruczołu, o ile obraz taki daje się wogóle ustalić za pomocą dostępnych nam obecnie metod badania radjodjagnostycznego. W zakresie tym będę musiał często uciekać się do szczegółów radjoanatomicznych, które pośrednio są w związku z pewnym gruczołem dokrewnym, np. omawiając obraz radjoanatomiczny przysadki, zatrzymam się dłużej nad tą częścią kośćca, która z gruczołem tym jest w związku, t. zn. nad siodelkiem tureckim.

Głównem mojem zadaniem będzie, oczywiście, zebrać te wiadomości, które radjodjagnostyka posiada w zakresie chorób wewnętrznego wydzielania. Zajmując się jednak narządami wewnętrznowydzielniczymi, w pewnych przypadkach nie będę mógł pominąć zmian chorobowych tego rodzaju, które dotyczą danego gruczołu, a jednak nie przebiegają z zaburzeniami ogólnymi, wywołanymi czynnikami wewnętrznego wydzielania. Uczynię to z tego powodu, że wielokrotnie chodzi w tym razie o zmiany anatomiczne, występujące dość typowo w obrazie radiologicznym i mające nieraz duże znaczenie praktyczne.

Układ dokrewny tak w warunkach prawidłowych, jak też i w chorobach wydzielania wewnętrznego wywiera wpływ na szereg rozmaitych narządów i wy-

wołuje zmiany, występujące mniej lub więcej typowo w obrazie radiologicznym. Zmiany te tylko w pewnym zakresie będę mógł włączyć do mego tematu, jak np. zmiany w kośćcu, występujące w stanach chorobowych, związanych z pewnemi gruczołami wewnętrznowydzielniczymi, ponieważ niejednokrotnie przedstawiają się one bardzo typowo i charakteryzują całokształt obrazu chorobowego. W innych przypadkach natomiast będę musiał pominąć pewne narządy, biorące udział nawet dość wybitny w niektórych chorobach wydzielania wewnętrznego, jak np. narząd krążenia w nadtarczyczości, gdyż odbiegłbym przez to zbyt daleko od tematu właściwego.

Omawiając przeto wyliczone na początku gruczoły wewnętrznowydzielnicze, t. j. szyszynkę, przysadkę, tarczycę, grasicę, trzustkę, nadnercza i gruczoły płciowe, będę się starał wyczerpać przynajmniej częściowo następujące rozdziały w odniesieniu do każdego z nich.

1) Prawidłowy obraz anatomiczny gruczołu, ewentualnie jego otoczenia.

2) Zmiany patologiczne w gruczole w stanach chorobowych wewnętrznego wydzielania, o ile są one dostępne badaniu radiologicznemu.

3) Niektóre bardziej typowe zmiany odległe w organizmie, wywołane przez dany gruczoł w pewnych postaciach klinicznych zaburzeń wewnętrznowydzielniczych.

4) Zmiany chorobowe, nie połączone z zaburzeniami wewnętrznowydzielniczymi, przynajmniej w odniesieniu do niektórych gruczołów.

Szyszynka.

Narząd ten przedstawia się u dorosłego jako spłaszczony twór długości około 1 cm i szerokości około 0.5 cm i znajduje się w płaszczyźnie środkowej po stronie grzbietowej śródmózgowia, przylegając do przednich wyniosłości wzgórków czworaczych.

Ma on znaczenie fizjologiczne głównie we wczesnym dzieciństwie, poczem około 7 r. życia zaczyna ulegać zmianom wstecznym, prowadzącym do zjawiania się zalogów wapiennych w komórkach szyszynkowych, t. j. komórkach pochodzenia przybłonkowego z dużemi jądrami i obfitą chromatyną.

Złogi te (*corpora arenacea, acervulus*) stają się z biegiem lat coraz to obfitsze. Mimo to jednak istnieją w szyszynce i w późniejszym wieku elementy wydzielnicze.

Ze względu na obecność zlogów wapiennych szy-

szynka, położona wewnątrz przejrzystej dla promieni X zawartości jamy czaszkowej, jest dostępna badaniu radiologicznemu. Sole wapniowe, zawarte w jej komórkach, pochłaniają silnie promienie X i występują na zdjęciach jako plamka biała rozmaitej wielkości, najczęściej o strukturze niejednorodnej, złożona z drobnych ziarnistości. U dzieci widuje się ją na zdjęciach bocznych czaszki, stosunkowo najrzadziej w postaci drobnutkich ziarenek. Pochodzi to stąd, że najdrobniejsze złoże, występujące bardzo wyraźnie w skrawkach mikroskopowych, dają na zdjęciach cienie tak nikłe, że nie można ich zauważyć na tle ścian kostnych czaszki. Dlatego też badanie radiologiczne nie nadaje się do śledzenia powstawania zwapnień w pierwszych ich okresach. W latach późniejszych cień szyszynki staje się większy, budowa jego bywa często jednolita, zaś niekiedy widzimy postać złożeń, występującą jakby w dwu warstwach, pomiędzy którymi jest przestrzeń przejrzysta. Ta ostatnia odpowiada jamie szyszynki, podczas gdy zwapnienia ułożone są w jej ścianach. Niekiedy występuje kilka intensywnych bardziej oddalonych od siebie plamek, co odpowiada wapnieniu nie tylko samej szyszynki, ale i jej otoczenia. Szyszynka całkowicie zwapniała występuje na zdjęciach bocznych w postaci podłużnej plamki, długości około 1 cm, przebiegającej niekiedy łukowato z uwypukleniem ku górze. Częstość zjawiania się szyszynki na zdjęciach zależy od ich nienagannej techniki. Muszą one być bardzo kontrastowe i o idealnej ostrości rysunku, gdyż inaczej drobne plamki zwapnień w szyszynce są nieuchwytnie i zlewają się z ziarnistościami ścian kostnych czaszki.

Wykonywając stereoskopowe zdjęcia czaszki, stwierdzamy cień szyszynki znacznie częściej, niż na zdjęciach płaskich. Pochodzi to stąd, że nakładanie się na siebie zdjęć w stereoskopie zwiększa wielokrotnie subiektywne wrażenie kontrastu. Poza tem widzenie przestrzenne szczegółów obrazu pozwala nieraz zauważyć, że pewne wątpliwe plamki, które na zdjęciu zwykłym nie dały się odosobnić od ścian czaszki, oddzielają się od nich w stereoskopie i zajmują położenie typowe dla szyszynki.

Badając częstość zjawiania się cienia szyszynki na zdjęciach płaskich, B o n n e r znalazł w 30% cień wyraźny, zaś w 25.7% cień słabo widoczny. Olbrzymia większość cieniów szyszynki przypadła na wiek od 20 — 60 lat. Ogólna liczba badanych wynosiła 70.

V a s t i n e i K i n n e y, obliczając częstość z 616 przypadków, otrzymali następujące dane:

W i e k	Liczba badanych		Widoczne zwapn. szyszynki w %	
	mężcz.	kobiet	mężcz.	kobiet
Poniżej lat 10	9		0	
10—20 lat	42	32	19	18
20—30 „	58	63	56	39
30—40 „	67	58	67	44
40—50 „	88	65	63	57
50—60 „	53	40	60	52
Powyżej 60	25	16	80	68

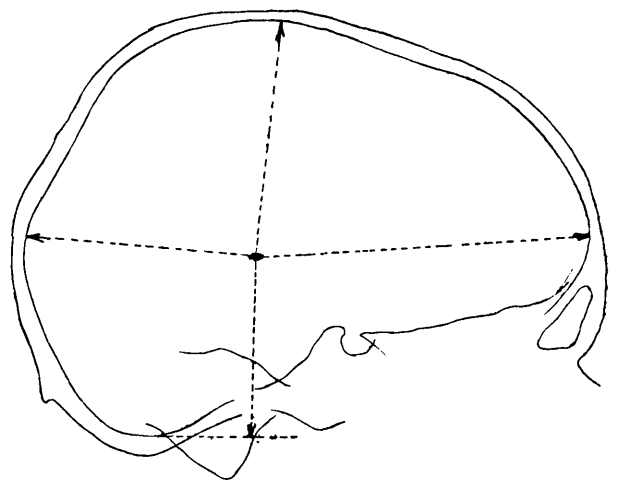
Powyżej 20 lat cień szyszynki widoczny przeciętnie w 59.2%
 We wszystkich grupach „ „ „ w 47.9%
 „ u mężczyzn „ w 58 %
 „ u kobiet „ w 46 %

Częstość ta dotyczy obrazów, otrzymanych za pomocą zdjęć bocznych. Na zdjęciach tylny - przednich lub przedniotylnych widzi się cień szyszynki znacznie rzadziej, i to tylko w rzutach tego rodzaju, iż promień główny wiązki przebiega w płaszczyźnie podczodołowo - usznej lub też tworzy z nią kąt ostry od strony kaudalnej (dla kierunku tylny-przedni). W innych rzutach cień szyszynki sumuje się z cieniami, leżącymi w środkowej części zatok czołowych, i nie występuje dość wyraźnie. Zdjęcia tylny - przednie i przednio - tylne, o ile chodzi o ocenę położenia szyszynki, muszą być idealnie symetryczne. Jeśli warunek ten jest spełniony, wtedy cień szyszynki wypada dokładnie w linii środkowej.

Miejsce zjawiania się zwapnień szyszynki na zdjęciu bocznym czaszki było przedmiotem bardzo dokładnych studiów. B o n n e r twierdzi, że szyszynka na zdjęciu bocznym leży w miejscu przecięcia się linii prostej, stycznej do najwyższego punktu stropów oczodołów, przebiegającej równolegle do płaszczyzny klinowej (*planum sphenoidale*) z linią, przebiegającą prostopadle do niej, a przeprowadzoną przez tylny brzeg wyrostka sutkowego. Sposób ten określania położenia szyszynki jest bardzo mało dokładny. Zdaniem moim, tylko w niewielkiej liczbie przypadków przecięcie poprzeczne wspomnianych linii odpowiada szyszynce. Zwykle leży ona niżej, czasami zaś nieco wyżej i bardziej ku przodowi, na linii prostej, przeprowadzonej stycznie do tylnego zarysu przewodu słuchowego.

Aby oznaczyć prawidłowe położenie cieniów szyszynki, V a s t i n e i K i n n e y posługiwali się inną metodą. Autorowie ci określali odległość tego cienia

- 1) od najdalszego punktu na blaszce wewnętrznej w okolicy czołowej.
- 2) od najdalszego punktu na kości potylicznej,
- 3) od najdalszego punktu na sklepieniu czaszki,
- 4) od najdalszego punktu na dnie tylnej jamy czaszkowej.



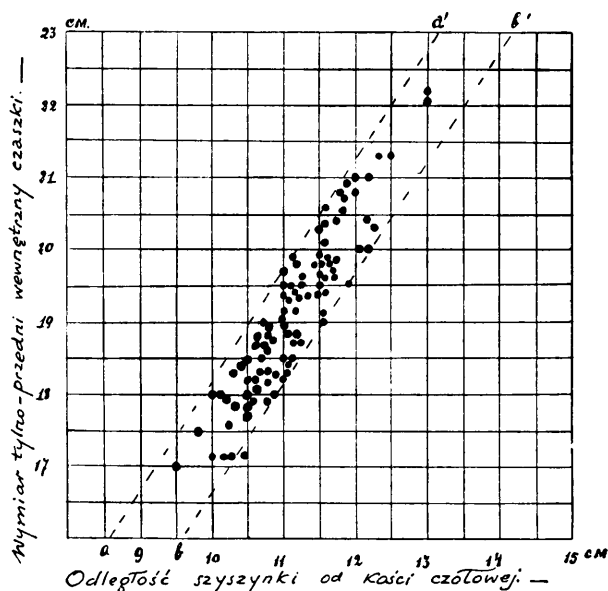
Ryc. 1.

Sposób określania położenia szyszynki na zdjęciu profilowym czaszki według Vastinea i Kinneya.

Pomierzywszy te odległości, V a s t i n e i K i n n e y układają dwa diagramy, z których pierwszy wykreślony jest w ten sposób, że na osi odciętych odmierza się odległość szyszynki od najdalszego punktu na blaszce wewnętrznej kości czołowej, zaś na osi rzędnych odmierza się wielkość równą sumie odległości szyszynki

od najdalszego punktu na kości potylicznej i czołowej (wymiar tylny - przedni wewnętrzny czaszki).

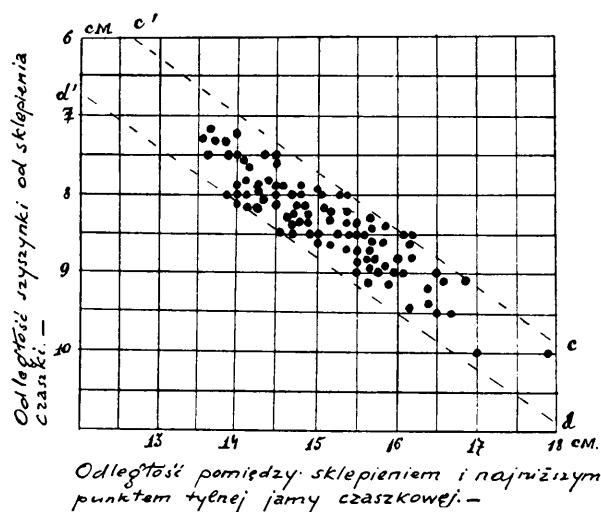
Prawidłowe położenie szyszynki, określone punktem na djagramie, którego współrzędne odpowiadają odległościom, poprzednio wymienionym, znajdować się będzie zawsze pomiędzy liniami a a' i b b' , uwidocznionymi na djagramie (ryc. 2).



Ryc. 2.

Djagram do określenia przemieszczenia szyszynki ku przodowi lub ku tyłowi.

Z odległości, wyszczególnionych powyżej pod cyframi 3 i 4, ułożyć można znów odpowiedni djagram, i znów prawidłowe umiejscowienie szyszynki znajdować się będzie zawsze pomiędzy liniami c c' i d d' (ryc. 3).



Ryc. 3.

Djagram do określenia przemieszczenia szyszynki ku dołowi lub ku górze. Jeżeli punkt odpowiadający położeniu szyszynki wypadnie powyżej linii c c' , szyszynka przesunięta została ku górze.

Djagramy te mają duże znaczenie rozpoznawcze dla umiejscowienia spraw chorobowych wewnątrzczaszkowych, jak o tem wspomnę poniżej.

Jak wiadomo, zwapnienia są wyrazem prawidłowej inwolucji tego narządu. Nie wszyscy autorowie są jednakże tego zdania. *Hirtz* twierdzi, że zwapnienia dużych rozmiarów są wyrazem stanu zapalnego, który z zatoki klinowej drogami chłonnymi szerzy się na podstawę mózgu i śródmózdze. Według tego autora również i pewne nieprawidłowości siodełka tureckiego posiadają to samo znaczenie. Sprawa ta wymaga dalszego wyjaśnienia, gdyż wiemy o tem, że zwapnienia zjawiać się mogą nie tylko w samej szyszynce, lecz też w jej otoczeniu. Można by je, jak się zdaje, słusznie tłumaczyć w ten sposób, jak to czyni *Hirtz*, gdyż wiemy o tem, że przewlekłe sprawy zapalne prowadzą nieraz do nieprawidłowych zwapnień w oponach.

Zwapnienia w szyszynce należy odróżnić od zwapnień wewnątrzmożgowych innego pochodzenia oraz od zwapnień w splotach naczyniówkowych trzeciej komory.

Te ostatnie zjawiają się znacznie rzadziej, niż cienie szyszynki, mają kształt podłużny, są mniej intensywne i występują po obu stronach płaszczyzny środkowej, co daje się stwierdzić na zdjęciach, wykonanych stereoskopowo.

Czynność wewnątrzwydzielnicza szyszynki jest znana niedokładnie. Prawdopodobnie gra ona pewną rolę w okresie przed pokwitaniem. *Marburg* przyjmuje, że zanik czynności tego gruczołu powoduje w tym okresie nadmierny rozwój płciowy i przedwczesny ogólny rozwój ciała. Inni autorowie natomiast uważają nadczynność szyszynki za przyczynę tych samych zaburzeń. Zmiany chorobowe szyszynki, obserwowane w tych przypadkach, były najczęściej charakteru nowotworowego (mięsaki, raki, torbiele, potworniki), niekiedy zaś były to sprawy zapalne. Wobec rzadkości tych zmian radiodjagnostyka nie zdołała zebrać jakichś typowych obrazów, któreby im odpowiadały. Prawdopodobnie dadzą się w przypadkach takich stwierdzić tylko objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego (rozejście się szwów, ścieńczenie kości czaszki, ogólne zwiększenie jej wymiarów). W potworniakach mogą wystąpić pewne nieprawidłowe cienie, jak np. cienie zębów. Zmniejszanie się czynności wewnątrzwydzielniczej prawidłowej szyszynki z wiekiem idzie równoległe z coraz to silniejszym jej zwapnieniem. Dlatego też coraz częstsze występowanie cieni szyszynki zwapniałej na zdjęciach czaszki i coraz większa ich intensywność, w miarę jak posuwamy się ku starości, jest wyrazem tego stanu fizjologicznego. Patologia natomiast wydzielania szyszynki nie ma, jak dotychczas, swych odpowiedników w radiologii. Duże znaczenie tego gruczołu i zainteresowanie się nim radiodjagnostyki pochodzi stąd, że zwapnienie szyszynki i widoczność jej na zdjęciach jest bardzo częsta, i że w rozmaitych stanach chorobowych wewnątrzczaszkowych zwapnienie to zostaje przemieszczone i przesunięte ze swego prawidłowego położenia ku górze, ku dołowi i ku bokom. Ucisk rozwijającego się guza przesunie szyszynkę ku stronie przeciwnej czaszki, zaś zablizniające się ognisko zapalne przeciągnie ją na stronę zmiany chorobowej. Na dokładnem i symetrycznem zdjęciu tylny-przednim przemieszczenie cieniów szyszynki naprawo lub nalewo daje się stwierdzić z największą łatwością.

Przemieszczenie ku dołowi lub ku górze jest znacznie trudniejsze do oceny. W tym zakresie posłużą nam najlepiej wykresy *Vastinea* i *Kinneya*. Z łatwością zrozumiemy, że szyszynka, która na wykresie, przedstawionym na ryc. 2, wypadnie nalewo od

linji a a', będzie przemieszczona ku przodowi, czyli będzie wskazywała na sprawę chorobową, rozwijającą się w tylnej jamie czaszkowej. Szyszynka, znajdująca się napravo od linji b b', będzie przemieszczona ku tyłowi. Na rycinie 3 potrafimy z łatwością stwierdzić przesunięcie się cienia szyszynki ku dołowi i ku górze i wyciągnąć stąd odpowiednie wnioski. Ze wnioski te nie są pozbawione znaczenia praktycznego, świadczy o tem statystyka Vastinea i Kinneya. Autorowie ci stwierdzili, że w 51% przypadków glejaków i 57% meningiomatów szyszynka przesunięta była ze swego prawidłowego położenia. Nerwiaki nerwu słuchowego dawały przemieszczenie się szyszynki w 22%, wodogłowie w 13%, zaś gruczolaki przysadki tylko w 10%. Krwiaki śródmózgowe wywoływały również podobne objawy. Dane powyższe opierają się na bardzo dużym materiale, obejmującym 268 przypadków guzów mózgu, sekcyjnie potwierdzonych. W 163 przypadkach cień szyszynki był widoczny i wykazywał przemieszczenie w poprzednio przytoczonym stosunku odsetkowym.

Pozwalam sobie podać szczegółowo doświadczenia tych autorów amerykańskich, ponieważ sam w kilku przypadkach mogłem się przekonać o dużej wartości przesunięcia zwapnienia szyszynki dla umiejscowienia zmian chorobowych wewnątrzczaszkowych.

(C. d. n.).

O gruźlicy jako zakażeniu ogólnem i tuberkulobacillemji.

Podał

Dr. H. HIGIER (Warszawa).

1) E. Löwenstein. Die Tuberkulose als Allgemeininfektion. (Auf Grund von 5000 Blutkulturen). Medizinische Klinik, 1931 Nr. 46.

2) E. Löwenstein. Zur Frage der Tuberkulose-Immunität. Wiener klinische Wochenschrift, 1931. Nr. 8.

3) E. Löwenstein. Tuberkulose als Ursache der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. 1931. Nr. 32.

4) E. Löwenstein. Tuberkelbazillämie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münchener medizinische Wochenschrift. 1931. 26. 1080.

5) E. Löwenstein. Die klinische Bedeutung der Tuberkelbazillämie. Münchener medizinische Wochenschrift. 1931. Nr. 39. S. 1662.

6) Carl Reitter und E. Löwenstein. Akuter Gelenkrheumatismus und Tuberkelbazillämie. Münchener medizinische Wochenschrift. 1931. Nr. 12. S. 343.

7) E. Löwenstein. Die Züchtung der Tuberkelbazillen aus dem strömenden Blute. Zentralblatt für Bakteriologie. Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. 1931. Bd. 120.

8) A. Fischer und A. Urgoiti. Die klinische Bedeutung der Tuberkelbazillen-Reinkultur nach Löwenstein. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 76. Band. 4. und 5. Heft.

9) Max Jerusalem und Alvaro Urgoiti. Zur Diagnose und Prognose der chirurgischen Tuberkulose. Medizinische Klinik. 1931. Nr. 21.

10) E. Löwenstein. Das Vorkommen der

Tuberkelbazillämie bei verschiedenen Krankheiten. Münchener medizinische Wochenschrift 1931. Nr. 7. S. 261.

11) E. Löwenstein. Vergleich der Leistungsfähigkeit von Tierversuch und Kulturverfahren. Zentralblatt für Bakteriologie. Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, 1932. Bd. 123. 510.

12) O. Kren und E. Löwenstein. Zur Pathogenese der Hauttuberkulose und Tuberkulide einschliesslich des Lupus erythematodes. Wiener klinische Wochenschrift 1931. Nr. 13.

13) J. Meller. Zur Frage der tuberkulösen Aetiologie der chronischen Uveitis und anderer entzündlicher Erkrankungen des Auges. Wiener klinische Wochenschrift 1923. Nr. 2.

14) Robert Lichtenstern. Bazillämie bei Urogenitaltuberkulose. Münchener medizinische Wochenschrift. 1931. Nr. 12. S. 471.

15) C. Reitter und E. Löwenstein. Familiäre Tuberkulose und Polyarthrit. Wiener klinische Wochenschrift. 1931. Nr. 43.

16) E. Wessely und E. Löwenstein. Ueber Tuberkelbazillämie bei Larynx-tuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1931 76. Band. 6. Heft.

17) Alfred Fischer. Ergebnisse der Züchtung von Tuberkelbazillen aus dem Blut nach Löwenstein. Zeitschrift für Tuberkulose. 1931. Bd. 58. H. 5.

Od 2-3 lat Wiedeński Państwowy Instytut seroterapeutyczny zajęty jest sprawą poważną, podstawową dla wszelkich specjalności medycyny teoretycznej i praktycznej, mianowicie, tuberkulozą jako zakażeniem ogólnem i w tym kierunku opracowuje tematy z poszczególnych działów medycyny, traktując ciekawe rezultaty jako pojedyncze ogniwa, łączące się w jeden łańcuch gruźlicy, opasujący całą medycynę stosowaną. Wszystkie prace, na razie jako doniesienia tymczasowe w Wiedeńskich Towarzystwach Lekarskich wygłaszane, ukazują się przeważnie pod auspicjami samego dyrektora Instytutu prof. E. Löwensteina lub jego bliższych współpracowników. Autorzy opierają się głównie na materiale, z Austrii pochodzącym. Wyniki, nieoczekiwane tu i owdzie, potwierdzone zostały ostatnio w licznych innych krajach kontynentu. Główne z tych prac, w nagłówek wymienione, w krótkości streścić wypada, jako mogące za interesować ogół lekarzy.

Rozsianie prątków Kocha w krążącej krwi (tuberkulobacillaemia) okazało się zjawiskiem względnie częstym. Za pomocą specjalnej metody hodowania Löwensteina (pożywka jajeczno-asparaginowa), ostatnio zmodyfikowanej (najszczególwszy opis jej znajduje się w Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1931. T 120.), udaje się bez trudności stwierdzić bacillemję. Hodowla ta stanowi dla medycyny metodę pomocniczą badania, nie mniej ważną w gruźlicy, niż metoda hemolityczna Wassermann'a w przymiocie.

Należy, zdaniem Löwensteina, nie tylko w pewnej gruźlicy, ale w każdym przypadku szpitalnym, podejrzanym o gruźlicę, przeprowadzić hodowlę, aby ostatecznie ustalić znaczenie bacillemji dla kliniki. Już bowiem w pierwszych pracach za pomocą prymitywnej techniki stwier-

dzono prątki we krwi krążącej 31 razy na 77 przypadków.

Metodzie tej pierwszeństwo się należy w dżagnosyce i prognosyce przed wszelkimi innymi swoistemi, nie wyłączając tuberkulinowej. Prątek potrafi wywołać nietylko specyficzne gruźelki, ale i nieswoiste stany zapalne. Pogląd dotychczasowy, że tylko drogą żywych prątków zdobywa się uodpornienie przeciw gruźlicy, nie jest uzasadniony, udaje się to i za pomocą tuberkulotoksyn.

Tak zwane w bakterjologii „Abgleiten der Reinfektion” jest tylko pozorne, prątki reinfekcyjne bowiem szybko przedostają się do krążenia. Przeto też próby szczepienia żywymi prątkami są zbędne.

Właśnie przez niewątpliwe stwierdzenie krążących we krwi prątków w większości przypadków tuberkulozy stała się konieczna rewizja naszych poglądów dotychczasowych na klinikę, patologję i immunobiologję gruźlicy. Przy pomocy licznych badań krwi musi być zdobyta szeroka podstawa dla tego potężnego, dotąd nie dającego się objąć zespołu problemów. Metoda hodowania prątków ze krwi stoi wyżej od zwykłej bezpośredniej metody mikroskopowej badania płwociny, metody serologicznej, tuberkulinowej, szczepiennej.

Metoda hodowania prątków ze krwi daje już nieraz po 3-ich tygodniach mikroskopową odpowiedź pozytywną, gdy szczepione świnki morskie lub zakażone osadem krwi muszą się znajdować w obserwacji bardzo długi czas, a giną nieraz dopiero w pół roku lub rok po szczepieniu doświadczalnym od gruźlicy.

Na 40 przypadków w 26 jedynie metoda hodowli Löwensteina wykryła gruźlicę, w 2-ich wyłącznie metoda szczepienia, a w 13-tu zgodnie obie metody. Naogół zdaje się nie ulegać wątpliwości wielorakość prątków gruźliczych, obok dawno znanych 3-ich głównych typów (*tuberculosis humana*, *bovina*, *gallinacea*) znajdują się jeszcze liczne inne odmiany prątka gruźlicy. Gatunki typu ludzkiego okazały się mało patogenne dla kur i królików.

Dokładne badania hodowli z krwi krążącej dowiodły rozsiania prątków w tych odmianach gruźlicy i w takich chorobach niegruźliczych, gdzie się najmniej tego spodziewano. Stwierdzić należy przede wszystkim, że ani u 3000 zdrowych kontrolnych osobników, ani też u bardzo wielu chorych, skądinąd gorączkujących, nie udało się stwierdzić metodą Löwensteina prątków. Na 47 przypadków gruźlicy pierwotnej krtańi w różnych jej okresach ustalono prątki drogą hodowli i bacillemję 26 razy, mimo, iż płuca wcale albo minimalnie były dotknięte. — Co się tyczy tuberkulozy chirurgicznej to przekonujący jest dla dżagnozy jedynie wynik dodatni hodowli, nie wyłączając jej atoli wynik ujemny. Gdzie bacillemja istnieje, tam prognoza jest poważniejsza, gdyż taka gruźlica kości lub stawu bywa zazwyczaj natury czynnej, postępującej lub nawrotowej.

W gruźlicy narządów moczopłciowych ustalono też bakterjemję. Jeśli się ją stwier-

dza we krwi w kilka tygodni po operacji, to to dowodzi, że gruźlica drogą operacyjną nie została wyteplona, mimo, iż przy zwykłej metodzie badania klinicznego mocz okazuje się wolny od prątków.

W dziedzinie chorób skórnych ciemny dotąd co do etjologii swej *lupus erythematodes* okazał się ostatecznie drogą badania Löwensteina cierpieniem gruźliczopochodnym. W chorobach gruźliczych, ograniczonych wyłącznie do skóry (*lupus vulgaris*, *erythema induratum*, *tuberculides cutis*), metoda wypadła dodatnio.

Póki w ustroju panuje proces czynny, prątki krążą we krwi. Jesienią i zimą próba dodatnia wypada nieco rzadziej. W każdym razie, metoda ta daje w tych przypadkach o wiele więcej od metody wiązania komplementów, zlepnej (aglutynacyjnej), osadowo-kłaczkowej (precypitacyjnej), tuberkulinowej, szczepiennej.

W 22 z 27 przypadków *polyarthritis acuta* udało się stwierdzić prątki w krążącej krwi. Innym razem u 6-osobowej rodziny, składającej się z rodziców i 4-ga dziatwy, częściowo dotkniętej wygasłymi nieżyłymi oskrzeli, znalazły się u matki w ciąży podczas ostrego reumatyzmu stawów prątki we krwi, w pępowinie podczas porodu, zaś u półrocznego oseska wyraźna *polyadenitis* i powiększenie gruczołów węzkowych płuca, coby przemawiało w danym przypadku za wewnątrzmacicznym zakażeniem gruźlicą od matki, dotkniętej ostrym gościcem wielostawowym.

W okulistyce stwierdzono drogą wspomnianej hodowli gruźlicę w ciemnej dotąd i niezrozumiałej etjologicznie *uveitis chronica* i niektórych innych stanach zapalnych gałki ocznej, jak *iridocyclitis idiopathica senilis*.

Z chorób układu nerwowego znajdowano często prątki w płasawicy, uważanej obecnie przez większość neurologów za cierpienie organiczne, w *neuritis retrobulbaris*, zaliczanej przez licznych autorów do wczesnych objawów stwardnienia wielogniskowego, w typowej *sclerosis disseminata* i w psychozach schizofrenicznych (*dementia praecox*), również traktowanych ostatnio jako organopatje. Co do szczegółów, to podkreślić wypada, że z 40 przypadków *sclerosis disseminatae* wykazało prątki we krwi 17, zaś 24 przypadków schizofrenji 9 razy, podczas gdy podejrzenie utajonej gruźlicy u tych pacjentów było tylko w minimalnym odsetku.

Löwenstein, otrzymawszy częściowo potwierdzenie swoich wyników z różnych klinik (Paryża, Londynu, Kopenhagi, Barcelony, Wiednia, New-Yorku), prosi lekarzy o przysyłanie mu w wątpliwych przypadkach próbek krwi, spreparowanej cytrynianem sodu. Najlepiej się nadaje w tym celu — do wydostania szybko krwi żyłnej, gotowej do hodowli — automatyczna ampułka zastrzykowa 5—10 ctm⁸ zawartości, t. zw. Hemaut mit Zitrat, dostarczana przez Państwowy Instytut serologiczny w Wiedniu (Zimmermanngasse 3). Nieraz już po miesiącu, rzadziej po kwartale otrzymuje się definitywną, jak dotąd, najbardziej pewną, odpowiedź w wątpliwych etjologicznie przypadkach.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Radjologia.

■ Prof. Dr. BERG Hans Heinrich. *Röntgenuntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanaals*. Stron druku 248, ilustracyj 247. Nakładem Georg Thieme. Lipsk 1931.

Okres półroczny między pierwszym a drugim wydaniem wykorzystał autor dla dokładnego opracowania i krytycznego ustosunkowania się do tego niezbędnego obecnie sposobu badania przewodu pokarmowego. Wzbogacony wynikami operacyjnymi, B e r g omawia w drugim wydaniu bardzo szczegółowo możliwości omyłek rozpoznawczych przy odczytywaniu obrazów szluzówkowych. Książka wyposażona jest w pierwszorzędny materiał książkowy rentgenogramów i preparatów anatomicznych.

B. K r y ś k i.

Dr. MARKOVITS Emmerich. *Röntgendiagnostik der Erkrankungen innerer Organe* z przedmową wstępną prof. dr. G. H o l z k n e c h t a. Stron druku 223, ilustracyj 429. Wydanie drugie nakładem Georg Thieme. Lipsk, 1931.

Drugie wydanie książki M a r k o v i t s a obejmuje cały szereg nowych szczegółów, nieuwzględnionych jeszcze w wydaniu poprzednim. Dotyczy to przede wszystkim takich podstawowych dziedzin, jak pyelografia żołądka i badania szluzówki żołądkowej. Cały dział schorzeń przewodu pokarmowego znacznie rozszerzony. Opracowanie staranne. Szkice racjonalne.

B. K r y ś k i.

W. BÜNGEBER, J. KRAUTWIG. *O stosowaniu thorotrastu do celów hepato-lienografji*. (Klin. Woch. Nr. 4, 1932).

O k a i R a d t pierwsi dowiedli, że dożylnie wstrzyknięcie koloidalnego roztworu „thoriumdioxysol” czyni widzialną wątrobę i śledzionę na obrazie R o e n t g e n a. Autorzy posługiwali się preparatem „Thorotrast” firmy Heyden. Autorzy opisują przypadek, gdzie zastosowali thorotrast w przypadku guza śledziony; natychmiast po zastrzyknięciu wystąpił zakrzep żył śledzionowych i krwawienie do jamy brzusznej, co zostało stwierdzone autopsyjnie. Autorzy wyrażają pogląd, że środek ten winien być usunięty z kliniki ludzkiej. Powstanie zakrzepów tłómaczą w następujący sposób: wiadomo, że tor gromadzi się w układzie siateczkowo-śródbłonkowym; w przypadku autorów stwierdzono *reticuloendotheliosis* śledziony, a więc sprawę chorobową, niszczącą ukł. siateczk. śródbł.; dodatkowe uszkodzenie tego układu przez wstrzyknięcie toru doprowadziło do powstania zakrzepów. Pozatem przeciwwskazaniem do posługiwania się torem jest jego radioaktywność, co powodować może szkodliwe skutki nawet w ciągu paru lat po zastosowaniu.

Jakób P e n s o n.

G. P. KOWTUNOWICZ. *O arterjografji*. (Now. Chirurg. Arch. Nr. 3, 1932).

Lipjodolu jako środka kontrastowego w arterjografji nie powinno się używać. Jodku sodu w stężeniu powyżej 25% nie należy stosować. Guma arabska jest doskonałym środkiem do rozpuszczania jodku sodu, zmniejszającym wszystkie ujemne strony hipertonicznego 25% roztworu jodku sodu. Dla otrzymania zdjęć niema potrzeby wprowadzania większych ilości, niż 10—20 cm.³ roztworu jodku sodu. Wprowadzanie jodku sodu w gumie arabskiej jest zupełnie możliwe w znieczuleniu miejscowym. Badania histologiczne tętnic po wprowadzeniu uroselektanu nie wykazują żadnych zmian. Być może w uroselektanie posiadamy idealny środek kontrastowy do arterjografji. Korzyści, wypływające dla rozpoznania i dla leczenia chirurgicznego, nie ulegają wątpliwości, wobec czego metoda zasługuje na rozpowszechnienie.

L. H.

Choroby narządów trawienia.

■ Dr. K. MATTISSON. *Das Magengeschwür. Eine ätiologische und klinische Untersuchung mit besonderer Bezugnahme auf den weiteren Verlauf der Krankheit*. Mit 97 Tabellen und 35 Abbildungen im Text. Urban & Schwarzenberg. Berlin, Wien, 1931. Stron 344 dużej 8°.

Wielka praca statystyczna, oparta na materiale klinicznym, pochodzącym z kliniki chorób wewnętrznych w Lund, ze szpitala powszechnego w Malmö i oddziału chirurgicznego tego szpitala w okresie od 1907 do 1917 roku. Materiał obejmuje ogółem 1631 przypadków, w tem 620 mężczyzn i 1011 kobiet, chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy. Jest to największy materiał, jaki kiedykolwiek został pod tym względem opracowany. Autor zabrał się do tej pracy w r. 1912; w czasie wojny praca uległa zawieszeniu i, rozpoczęta na nowo w roku 1918, została ukończona w r. 1930. Z podziwu godną cierpliwością i wytrwałością zgrupował autor cały materiał i opracował go statystycznie i procentowo według wszystkich, mogących się nastręczyć zagadnień, poczynając od płci i wieku pacjentów, poprzez wszystkie objawy choroby, aż do wyników rozmaitych metod leczenia. A więc opracowane zostały: częstość powstawania wrzodu wśród ludności kraju, wpływ pór roku na wrzód, etiologia i geneza wrzodu, dziedziczność, uraz, jako przyczyna wrzodu, częstość krwawienia jawnego i utajonego w przebiegu wrzodu, stosunek wrzodu do raka, wyniki leczenia wewnętrznego, przebieg i rokowanie wrzodu, zejścia śmiertelne. Każde zagadnienie jest opracowane szczegółowo, podzielone na ludność miejską i wiejską, płeć, wiek itd. i poprzedzone jest rysunkiem historycznym, w którym uwzględnione są wszystkie statystyki, ogłoszone od czasu C r u v e i l h i e r a aż do ostatnich publikacyj, z których najczęściej powołuje się autor na ostatnie statystyki Berty A s c h n e r 1923 i J. B a u e r a 1924 (o usposobieniu konstytucjonalnem i dziedziczności wrzodu). Co mają pory roku do wrzodu żołądka? a jednak okresowość powstawania i obostrzenia się sprawy we wrzodzie nie ulega żadnej wątpliwości, tak samo, jak znana jest okresowość w blednicy, cukrzycy i kamicy żółciowej, chociaż przyczyna tego zjawiska jest dla nas zupełnie ciemna. Czy wrzód się dziedziczy? Na to autor daje odpowiedź, że dziedziczy się nie wrzód, lecz coś, co powoduje odczyn ustroju na wpływy chorobotwórcze. To coś u jednego usposabia do wrzodu, u innego do innych chorób narządów trawienia — zawsze jednak w pewnym zdecydowanym kierunku. Są rodziny z usposobieniem do wrzodu żołądka, jak bywają rodziny z usposobieniem do raka sutka. Zestawienie materiału dowiodło, że w rodzinach osób z wrzodem żołądka najczęściej występuje rak żołądka (239 przypadków), następnie wrzód (202 przypadki), a wszystkie inne choroby przewodu pokarmowego, wzięte razem, stanowią 260 przypadków. Dziedziczność nie powoduje choroby, potrzebny jest do tego zespół innych czynników chorobotwórczych (np. stan wagotoniczny, obrażenia urazowe, sposób odżywiania itd.). W dziale nozologicznym autor przedstawia szczegółowo, jak z biegiem czasu rozszerzał się zakres rozpoznania wrzodu: początkowo rozpoznawano wrzód tylko na podstawie jawnego krwawienia (wymioty krwawe, *melaena*), W e b e r rozszerzył zakres przez wprowadzenie swej metody na krwawienie utajone, następnie dołączono do tego wyniki badania zgłębnikowego (nadkwaśność, zatrzymywanie zawartości), i wreszcie obecnie opieramy się na obrazie rentgenowskim, który przedstawia pod względem doszukiwania się wrzodu całą ciekawą historję metodyki. Wszystkie wywody autora poparte są naprzód tablicami cyfrowymi, następnie krzywymi i wreszcie kolumnami i oparte są na ścisłych wyliczeniach

statystycznych z zastosowaniem teorii prawdopodobieństwa, uwzględnienia możliwych omyłek, wyliczeń algebraicznych i logarytmicznych, w czym pomagali autorowi wybitni specjaliści. Ta sucha i żmudna matematyka urozmaicona jest opisami kazuistycznymi, oświetlona wynikami znanych autorów i zabarwiona ciekawymi rzutami myśli samego autora. Jest to, jednym słowem, podziwu godna praca, do której autor posiadał widocznie wrodzony talent. Należy mu się za nią wysokie uznanie nie tylko gastrologów, ale całego świata lekarskiego. Wrzód żołądka jest bowiem dziś chorobą, będącą na wokandzie klinik, towarzystw lekarskich i zjazdów internistów, gastrologów i chirurgów. Zdanie *Mattisona* musi dziś już być rozstrzygające w zagadnieniach, dotyczących wrzodu żołądka i dwunastnicy.

W. K n a p p e.

KAUFFMANN. Leczenie nieżytu żołądka tabletkami rumianku i azotanu srebra. (D. m. W. Nr. 7. 1932).

Chemiczno - farmaceutyczna fabryka A. G. Bad Homburg wypuściła tabletki „Kamillargen”, które zawierają połączenie rumianku i srebra, i gdzie jon srebra nie jest zredukowany do metalicznej postaci dzięki ochronie rumianku. Trwałość tego połączenia jest znaczna, jak wykazały odnośne badania. Tabletki podaje się 3 × dziennie na 1/2 godziny przed jedzeniem, nie dłużej jednak jak 3 — 4 tygodnie w obawie przed srebrnicą. Jako składniki działające leczniczo należy wymienić w tym wypadku kwasy garbnikowe oraz olejki eteryczne. Przeciwpalny wpływ rumianku na błony śluzowe w *stomatitis, colitis* jest od dawna znany a został także potwierdzony doświadczalnie. Autor osiągnął b. dobre wyniki stosując od 2 1/2 lat kamillargen w przypadkach *ulcus duodeni et ventriculi*, którym towarzyszą objawy nieżyty oraz w samych nieżytach. Dobre działanie tego preparatu we wrzodach najprawdopodobniej zależy od leczniczego wpływu jego na towarzyszący nieżyt. Znoszenie preparatu jest o wiele lepsze niż samego rozтворu azotanu, po którym niejednokrotnie spostrzegano biegunki, silne odbijania, wzmożenie bólów i t. p.

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

H. STEINDL. Rak odbytnicy i nierozpoznanie go przez lekarza. (Wien. kl. Woch. Nr. 2. 1932).

Badanie palcem powinno się odbywać w położeniu kolano - łokciowym, przyczem przez zwykłe wyprostowanie górnej części ciała i silne parcie udostępnia się dla palca również górne części odbytnicy; badanie powinno się wykonywać przy próżnej odbytnicy. Badania należy tam, gdzie niema pewności, powtarzać wielokrotnie. Przy rektoskopowaniu należy zwracać uwagę na to, że małe raki często ukrywają się poza fałdami błony śluzowej, dlatego więc wskazane jest dokładne oglądanie podczas powolnego wyciągania rektoskopu. Przy wykonywaniu rektoskopji trzeba uwzględnić bóle, nie powinno się dążyć za wszelką cenę do ostatecznego wykonania badania. Jest rzeczą oczywistą, że ujemny wynik badania nie wyłącza możliwości istnienia raka. R o e n t g e n stanowi trzecią metodę badania. Podawanie barytu doustne powinno się ograniczać tylko do przypadków, w których nie podejrzewa się wżęzenia (groźba niedrożności jelit!); w przeciwnym przypadku wskazana jest jedynie wlewanka kontrastowa. Również ujemny wynik badania wyciętego skrawka nie jest bezwzględnym dowodem, przemawiającym przeciwko rakowi.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby serca i naczyń.

EPPINGER. W sprawie objawów dusznicy bolesnej. (D. m. W. Nr. 15. 1932).

Rozpoznanie dusznicy bolesnej jest niezmiernie ważne, gdyż ściśle z tem wiąże się sprawa rokowania. Posiadamy b. niewiele pewnych objawów tego cierpienia, na których możemy

się opierać i w większości przypadków główną uwagę zwracamy na lokalizację bólów. Wiemy, że występowanie bólów w czasie wysiłku fizycznego, daje postać dusznicy bolesnej o lepszym rokowaniu i bardziej poddającej się leczeniu zapomocą środków rozszerzających naczynia, niż te formy gdzie objawy bólowe występują i w spokoju i gdzie lepsze wyniki lecznicze udaje się osiągnąć po przeprowadzeniu leczenia naparstnicą. Zawsze jednak największą uwagę należy poświęcić pytaniu, w jaki sposób powstają te dolegliwości bólowe. Autor przytacza historję choroby 2-ch niezmiernie ciekawych przypadków, które były autopsyjnie sprawdzone. W pierwszym przypadku istniała przepuklina przeponowa około przelyku, rozpoznana rentgenologicznie, do której dołączyły się później ataki bólów o typie dusznicy bolesnej, powodujące wreszcie zejście śmiertelne. W przypadku drugim spostrzegano niezmiernie rzadkie zjawisko a mianowicie promieniowanie bólów do prawej kończyny górnej. Badanie anatomo - patologiczne wykryło całkowicie zachowany prawy łuk aorty. Lewostronne promieniowanie bólów do kończyny górnej tłumaczy się, jak wiadomo, bliskiem ułożeniem włókien sympatycznych i dróg zaopatrujących okolice łokciową ręki lewej. Autor sądzi, że w tym przypadku mamy do czynienia również z nieprawidłowym ułożeniem włókien sympatycznych.

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

E. ZACK. Leczenie dychawicy sercowej i stanów pokrewnych. (Wien. kl. Woch. Nr. 43. 1931).

Napady dychawicy sercowej (*asthma cardiale*) spostrzega się rzadziej u chorych z wadami zastawkowymi, niż w nadciśnieniu samoistnem, marskości nerek, kiłowych zapaleniach tętnicy głównej (*mesaortitis luetica*) i niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej na podłożu kiłowem, a więc w przeciążeniach lewej komory, których wczesnym objawem jest rytm wahadłowy, a późniejszym — rytm cwałowy. Oprócz niedomogi lewej komory również ośrodki nerwowe mają, zdaniem S. W a s s e r m a n n, znaczenie dla patogenyzy schorzenia (odruch z *sinus caroticus*). V o l h a r d, a za nim B r u n n wskazują na to, że w nocy we śnie odbywa się dopływ płynów tkankowych do krwi, być może, jest to przyczyną nocnego występowania napadów dychawicy sercowej. Leczenie polega na podawaniu morfiny 0,01 — 0,02 wraz z kofeiną lub kardiazolem i atropiną 0,0005 — 0,001, upuszczenie krwi w ilości 5 cm³. na 1 kg. wagi ciała, zastrzykiwaniach osmonu, ograniczeniu dowozu płynów i soli kuchennej, dniach mlecznych i owocowych, podawaniu naparstnicy.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

BINGOLD. Zapalenie wsierdzia, wywołane przez paciorkowce z grupy beztlenowców. (D. m. W. Nr. 12. 1931).

Autor opisuje 5 przypadków zapalenia wsierdzia, wywołanego przez paciorkowce z grupy beztlenowców. Wszystkie spostrzegane przypadki skończyły się zejściem śmiertelnem. Przebieg kliniczny ostry lub podosty w przeciwieństwie do *endocarditis lenta*, charakteryzował się dreszczami wstrząsającymi, nie występującymi przy zakażeniu paciorkowcami z grupy tlenowców. Rozpoznanie w jednych przypadkach ustalano na zasadzie posiewu krwi, w innych przypadkach na zasadzie badania zakrzepów zastawkowych. Najlepszą pożywką okazał się 10% pepton buljonowy z krwią. Po 24 godzinach wydziela się przykry zapach i gaz. Przy tej postaci zakażenia znajdujemy przerzuty jedynie w płucach. Wrotami zakażenia są narządy płciowe kobiece, migdałki, ucho środkowe, i przewód pokarmowy. Stwierdzenie w posiewie krwi paciorkowców z grupy beztlenowców upoważnia, według autora, do rozpoznania zapalenia wsierdzia nawet przy braku jakichkolwiek szmerów w sercu. Leczenie jest bezskuteczne.

Wanda F r a n z ó w n a.

Wskazówki praktyczne.

W trądziku pospolitym oddawała A. Seeligerowi dobre usługi maść *Aulinogen* zawierająca siarkę organiczną. Cienutką warstwę tej maści nakłada się raz dziennie, unikając wcierania i wgniatania. (M. m. W. 1932 Nr. 23).

R. Augsburg stwierdził pomyslnie działanie *Alionalu* w chorobie morskiej. Nawet już po wystąpieniu wymiotów objawy chorobowe ustępowały po zażyciu 2-ch tabletek 3 razy dziennie. Zapobiegawczo wystarczały 2 tabletki 2 razy dziennie. (D. prakt. Arzt. 1931. Nr. 5).

W dychawicy sercowej w przerwach pomiędzy napadami stosuje L. Merkin następującą mieszkankę: *Rp. Tct. Valerian. 5,0; kal. brom. 4,0; Natr. brom. Ammon brom. aa*

3,0; *Coff. natr. benz. 3,0; Theobr. natr. salic. 6,0; Natr. jodati 3,0; Syr. spl. 30,0; Aq. dest. ad 200.0 M. D. S. 3* razy dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu. (D. prakt. Arzt. 1932 Nr. 10).

Przeciwno *nerwicom serca*, zdaniem P. Schnydera, dobrze działa *Adovern „Roche“*. 15 — 20 kropel 3 razy dziennie usuwa szybko kołatanie serca, usuwa ściskanie, klucie w okolicy serca i arytmję. (Schw. m. W. 1931. Nr. 20).

M. Saegesser poleca przeciwno oparzeniom maść garbnikową: *Rp. Ac. tannici 5,0; Lanol., Vaseline. aa ad 50.0*. Po oczyszczeniu tkanek otaczających i usunięciu pęcherzy pokryć maścią, na to kilka turów bandaży. Po 4 dniach zmiana opatrunku bez maści. (D. prakt. Arzt. 1932. Nr. 10).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dn. 21 stycznia 1932 r.

Przewodniczący Dr. St. Kopczyński, Sekretarz — dr. Miklaszewski. Osób obecnych — 59.

Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

Przed porządkiem dziennym dr. J. Misiewiczówna zwróciła się do obecnych z propozycją, by zechcieli kierować do przychodni przeciwgruźliczej uczniów 8-ej klasy, gdzie pod kierunkiem dr. Misiewiczówny zostaną poddani prześwietleniu promieniami Roentgena oraz całkowitemu badaniu pod względem zakażenia gruźliczego (badanie płuc, badanie krwi, płwociny i t. p.). Cel badania naukowy i praktyczny.

Większość obecnych zapisała się na listę zgłoszeń w celu ustalenia godzin przyjęć.

Przewodniczący zawiadomił o wyjściu I zeszytu drugiego wydania „Higieny Szkolnej” i zachęcał Kolegów do poparcia wydawnictwa.

Dr. W. Piotrowska wygłosiła odczyt p. t.: „Poradnie wychowawcze a szkoła” (na podstawie wizytacji poradni wychowawczych typu Adlera w Wiedniu).

Referat uwzględnił wyłącznie poradnie wychowawcze, oparte na psychologii indywidualnej Adlera.

W pierwszej części referatu prelegentka wyłożyła zarys tworzenia się osobowości dziecka w ujęciu psychologii indywidualnej.

Podkreśliła moment dynamiki psychicznej, którą jest biopsychiczne dążenie do skompensowania wrodzonego, istniejącego stale w dziecku poczucia podświadomego własnej małowartościowości.

Kompensata ta dokonywa się mocą 2 podstawowych popędów wrodzonych, popędu mocy — egocentrycznego i popędu społeczno - altruistycznego.

Możność wdrożenia dziecka w kulturę, ułatwienie mu rozwiązywania zadań życia jest zależna od harmonii dwóch wymienionych popędów, którą może zakłócić stopień nasilenia podświadomego poczucia małowartościowości.

Wychowanie domowe, jeżeli jest błędne, nader często stwarza w dziecku wadliwą podstawę życiową przez wzmocnienie poczucia małowartościowości, a przez to samo osłabienie popędu społecznego. Wynikające stąd odchylenia w ukształtowaniu osobowości dziecka stwarzają nerwowość dziecka i szereg trudności w wychowaniu i nauczaniu.

Usunięcie błędów wychowawczych, scharmonizowanie zasadniczych popędów — oto zadanie poradni wychowawczych.

W drugiej części referatu prelegentka podała sposób pracy w poradni, gdzie się dokonywa analiza stopnia nasilenia poczucia małowartościowości i szuka się jego przyczyn. Rozmowy z dzieckiem, jego wychowawcami prowadzone są na podstawie kwestionariusza, wydanego przez Międzynarodowy Związek psychologii indywidualnej. Część terapeutyczną stanowi: uświadomienie dziecka w najdostępniejszej mu formie pocho-

żenia jego błędu, wzmocnienie jego samopoczucia przez odpowiednie odwołanie się do samego dziecka, wyznaczenie odpowiedniej kontrolowanej przez poradnię zaprawy. W celach terapeutycznych posługują się poradnie powierzeniem dziecka specjalnie wyszkolonej opiekunce, odwiedzającej go w domu i pozostającej z nim dłużej dla wywierania dodatniego wpływu wychowawczego, wreszcie umieszczeniem dziecka w odpowiedniej świetlicy, mającej za zadanie wzmocnienie samopoczucia dziecka i rozwój popędu społecznego.

Poradnie wychowawcze mają doniosłe znaczenie dla szkoły, gdyż trudności wdrożenia dziecka w obowiązki szkolne wynikają najczęściej z wadliwych, a korygowanych przez poradnię podstaw życiowych.

Wyniki pracy poradni Adlerowskiej (w Wiedniu jest ich 29) są bardzo zadawalające. Według mniemań psychologów wiedeńskich są one skuteczne — w 80 — 90% przypadków. Jako wnioski z referatu prelegentka podaje: wzięcie przez sekcję higieny szkolnej Ministerstwa Oświecenia inicjatywy zaznajomienia szerszych kół pedagogiczno - lekarskich z Adleryzmem przez sprowadzanie odnośnego piśmiennictwa, urządzanie cykliów odnośnych referatów, wreszcie przez wysłanie delegacji do Wiednia celem zapoznania się na miejscu z nowopowstałą, opartą na Adleryzmie szkołą.

W dyskusji dr. Raschpichler pyta o technikę prowadzenia badań.

Dr. Bogdanowicz pyta, czy posługują się badacze w poradni testami.

Dr. Szokalski interesuje się wynikami konkretnymi udzielanych porad, podkreśla, że często chodzi tu o usuwanie objawów psychopatologicznych, w czym dużą rolę odegrać może sugestja.

Dr. Frühaufer żąda wciągnięcia do tej akcji nauczycielstwa, zainteresowania go temi sprawami.

Referentka udziela wyjaśnień co do techniki prowadzenia poradni.

Przewodniczący podnosi doniosłość zagadnienia, przypomina o wchodzących stopniowo w życie psychologach szkolnych, o dokształcaniu psychologicznym nowych nauczycieli na różnych kursach, poświęconych sprawom wychowawczym. Poglębieniem tego zagadnienia winny się zająć przedewszystkiem różne koła, poświęcające się psychologii wychowawczej.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22.15.

Posiedzenie z dnia 18.II. 32 r.

Przewodniczący — Dr. Stanisław Kopczyński, Sekretarz — Dr. Władysław Niewiński. Osób obecnych — 74.

1) Po odczytaniu protokołu ostatniego posiedzenia i w związku z tym protokołem Dr. Piotrowska prosi przewodniczącego o umożliwienie jej na jednym z najbliższych posiedzeń omówienia kazuistyki adleryzmu (psychologia indywi-

dualna); przewodniczący zgadza się wrócić jeszcze do tej sprawy, o ile czas pozwoli.

2) Przewodniczący podaje do wiadomości zebrany podziękowanie p. Wiceministra, złożone za pośrednictwem Kuratorów tym lekarzom szkolnym, którzy pomimo ich zredukowania pracowali w powierzonych im szkołach w ciągu sześciu miesięcy bezinteresownie.

3) Dyrektor Departamentu Szkolnictwa Ogólnego Ministerstwa WR. i OP. p. Dr. Michał Mendys wygłosił referat p. t. „*Ustrój szkolnictwa według projektu ustawy*” z demonstracją wykresu.

Prelegent przedstawia i analizuje szczegółowo projektowaną reformę ustroju szkolnictwa: omawia trzy szczeble szkoły powszechnej, czteroletnie gimnazjum, dwuletnie liceum i wzajemny stosunek szkół powszechnych i średnich do szkół zawodowych, podkreślając ważność wyboru różnych typów szkół zawodowych o różnym poziomie. Następnie prelegent rozpatrzył różne typy liceów, dających wstęp do Zakładów Akademickich. Dalej rozpatrzył sposoby organizacji oświaty pozaszkolnej.

W końcu podkreślił zalety reformy, ułatwienie uczniowi przechodzenia z niższego poziomu szkolnictwa do wyższego i rozbudowę szkolnictwa zawodowego.

Kształcenie nauczycieli do szkół powszechnych odbywać się ma w gimnazjach i w liceach pedagogicznych.

Po referacie wywiązała się ożywiona dyskusja, w której zabrało głos kilkunastu lekarzy szkolnych.

Dr. B a b s k i zapytuje prelegenta — na jakiej podstawie przechodzić będą uczniowie ze stopni niższych na wyższe, — egzaminów czy świadectw, oraz czy szkoły typu licealnego dają wstęp do szkół zawodowych.

Dr. R a d z i s z e w s k i — zapatruje się dość pesymistycznie na możliwość realizacji tak szeroko zakreślonego programu, a to ze względu na nastrój przygnębienia wśród nauczycieli szkół powszechnych w następstwie ciężkich obecnych warunków ich pracy i egzystencji; odbiło się to już obecnie ujemnie na poziomie uczniów, kończących szkołę powszechną, do czego przyczynia się także niedostateczna selekcja uczniów i nadbyt ograniczone kierowanie uczniów o obniżonym poziomie inteligencji do szkół specjalnych.

Dr. S o b o l e s k a — obawia się, że uczniowie ze wsi, kończący szkołę powszechną 1-go i 2-go rzędu, będą mieli uniemożliwiony dostęp do gimnazjum, skoro będzie się zaczynało od dzisiejszej 3-ej klasy, oraz zapytuje, czy i jak może dostać się do Uniwersytetu np. na wydział prawny uczeń szkoły zawodowej.

Dr. F e d e r m a n przypuszcza, że skrócenie lat nauki jest spowodowane względami budżetowymi, jako wyraz kryzysu ekonomicznego, co stwierdzono również i w państwach zachodnio-europejskich.

Dr. B o r o w s k a obawia się, że trudno będzie wyknać do czterostopniowej organizacji szkół (powszechna, gimnazjum, liceum, wstępne).

Dr. K o r s a k ó w n a obawia się, czy ilość sił nauczycielskich sprostą różnorodności typów szkół, i czy starczy lokali na ich rozmieszczenie.

Dr. S z w a r c m a n uważa za nieekonomiczne poświęcenie aż sześciu lat w szkole powszechnej na przygotowanie do klasy 3-ej, gdy szkoły prywatne czynią to przez lat cztery (kl. podstawna, wstępna, I i II).

Dr. C i e s z y Ń s k i sądzi, że pokonanie przeszkód w wypadkach przechodzenia do szkół odmiennego typu może być ułatwione, tak jak to i dotąd bywało, przy pomocy stypendjów, i nie podziela zastrzeżeń jednego z przedmówców, owianych pesymizmem, wynikających z depresji ogólnej na tle kryzysu gospodarczego, oraz prosi o wyjaśnienie różnicy między liceum pedagogicznym a Pedagogjum (stopień wyższy).

Dr. Z b o r o w s k i niepokoi się losem cniów, zmuszonych powtarzać kurs danej klasy (drugorocznych).

Dr. P a w ł o w s k i zapytuje, czy licea mają mieć ustrój roczny czy semestralny.

Przewodniczący Dr. K o p c z y Ń s k i — nie widzi w wykresie uwzględnienia szkół specjalnych dla dzieci umysłowo upośledzonych, głuchoniemych, ślepych i t. p.

Prelegent, zaznaczając, że krótkość czasu nie pozwoliła mu na szczegółowe omówienie niektórych punktów, stwierdza, że pominięta przez niego sprawa szkół specjalnych wejdzie jednak w schemat organizacji bez reszty mianowicie na poziomie szkół powszechnych i średnich, a tylko przewiduje się dla tych szkół dłuższy czas trwania niż dla normalnych.

Kwestia selekcji nie jest sprawą ustrojową, lecz programową i dlatego sformułowania w omawianiu organizacji nie znalazł (w motywach jest omówiona). Selekcja oparta bę-

dzie nietylko na egzaminach, co na obserwacji uczniów w kontakcie z rodzicami. Obserwacja ta przy poparciu nowoczesnych metod badań pozwoli racjonalniej kierować dalszym kształceniem uczniów. Zdaniem prelegenta egzaminy wstępne i matURALNE istnieć będą, sprawa matury jest obecnie właśnie przedmiotem badań i rozważań. Co do zmian w kierunku studiów, to, rzecz oczywista, że dany kandydat zawsze będzie musiał wykazać, że uzupełnił studia w odpowiednim kierunku, np. przyswojeniem sobie łaciny i t. p.

Szkoły stopnia licealnego dają wstęp do wszystkich typów szkół wyższych, ale nie z równą swobodą, co wynika z istoty rzeczy np. absolwent liceum technicznego nie będzie mógł być przyjęty np. na teologię bez wykazania znajomości łaciny.

Prelegent sądzi, że zniechęcenie nauczycieli nie może być motywem do zaniechania lub krytykowania reformy; jeśli jest źle, to tembardziej należy starać się wejść na dobrą drogę, bo zawsze wobec zła należy ustosunkować się aktywnie, i przytacza przykłady jak w imię dobra sprawy można zwalczać trudności.

Młodzież z zapadłych miejscowości np. w górach lub na Polesiu zawsze długo jeszcze mieć będzie utrudniony dostęp do nauki, bo w tych miejscowościach możliwe są tylko szkoły powszechne 1-go co najmniej 2-go rzędu.

Co się tyczy pomyłek w obiorze kierunku, w którym uczeń się kształci, to, oczywiście, pomyłki pomyłkom nie są równe, i niemożliwością jest obmyśleć taki typ organizacji szkół, aby wszelkie możliwości przewidywała.

Prelegent nie sądzi, aby przyzwyczajenie ogółu do trójstopniowego ustroju szkolnego było racjonalną przeszkodą do wprowadzania czterostopniowego.

Stwierdza, że 4-ro letnie przygotowanie do trzeciej klasy gimnazjalnej jest w obecnym ustroju raczej wyjątkiem, niż zasadą.

Absolwenci szkół zawodowych na poziomie licealnym mają możliwość studiów na politechnice, wydziałach przyrodniczych i rolnictwie.

Powtarzanie klasy jest boleską, która będzie zawsze istniała, należy tylko starać się ograniczyć ją do minimum.

Prelegent wyjaśnia szereg trudniejszych do doraźnego zrozumienia detali wykresu oraz stwierdza, że szereg pytań ze strony zebranych nie odnosi się do sprawy organizacji szkół, a raczej dotyczy zagadnień programowych, których omówienie nie było zadaniem referatu.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 w.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Związku Lekarzy we Frankfurcie nad Menem z dnia 1 lutego 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 17, 1932) mówił O. D a v i d o *rentgenologicznej ocenie czynności serca*. Rentgenologiczne metody oznaczania wielkości posiadają tylko ograniczoną wartość. W długotrwałych doświadczeniach na materiale klinicznym prelegent zażył się szczegółowo zmianami lewej komory. Okazało się, że podczas obniżania się przepony lewa komora o silnym mięśniu pozwala na znaczne powiększenie lewego kąta przeponowo-sercowego, przyczem punkt wierzchołkowy tego kąta przesuwa się w kierunku pionowym; w przypadkach złego mięśnia wielkość kąta prawie się nie zmienia (kątem bywa przeważnie rozarty), a punkt wierzchołkowy przesuwa się w kierunku bocznym. Te zmiany w wielkości kąta można oznaczyć na ekranie za pomocą odpowiednich przyrządów do pomiarów. Bardzo istotny dla oceny siły mięśniowej jest zabieg V a l s a l v y. Szczególnie cenny jest dawkowany V a l s a l v a (P o n g o), którego wielkość najlepiej oznaczać w ciemnościach pokoju rentgenowskiego za pomocą barometru maksymalnego. Podczas gdy w zdrowym sercu przy silnym wewnątrzpiersiowym dodatnim ciśnieniu cała sylwetka sercowa równomiernie zmniejsza się, powstają w lewej komorze o słabym mięśniu charakterystyczne umiejscowione ziny. Można przytem odróżnić 2 typy. W pojedynczych przypadkach wgłębia się tylko górna część lewej komory, podczas gdy w innych wypukła krzywizna całej lewej komory zamienia się w linię prostą. Wyniki badania rentgenowskiego pozostają w zupełnej zgodzie z innymi klinicznymi próbami czynnościowymi (elektrokardiogram, próby pracy) i mają decydujące znaczenie dla oceny siły rezerwowej. Dalszy rozwój metody jest zadaniem kinematografji.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 8 stycznia 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 17, 1932) mówił L. A d l e r o *leczeniu raka szyi macicznej operacyjnem i naświetlaniem*. Statystyka wykazuje, że liczba przypadków

śmierci wskutek raka macicy stale się w Wiedniu zwiększa. Prelegent operuje pochwową metodą *Schauty*. Na materiale 6000 przypadków okazuje się, że wyniki z pięciolecia na pięciolecie poprawiają się. Przy przeciętnym nadawaniu się do operacji 52,7% przeciętna śmiertelność wynosiła 6,1%, a ostatnio nawet tylko 3,5%. Względne wyleczenie podniosło się z 34,6% na 50%, bezwzględne — z 16,6% na 31,8%. Znaczną poprawę wyników należy położyć na karb przeprowadzanego

przez prelegenta pooperacyjnego naświetlania radem i promieniami *Röntgena*. Porównanie z 1000 przypadków, operowanych metodą *Wertheima per laparatomiam*, wykazuje, że trwałe wyniki rozszerzonej pochwownej operacji raka są nieco lepsze, a śmiertelność laparatomji przekracza przeszło trzykrotnie śmiertelność operacji pochwownej. Podawane w piśmiennictwie światowem trwałe wyniki wyłącznego leczenia naświetlaniami ustępują wynikom prelegenta.

O d c i n e k

Dr. Stanisław Morawski (1802—1853) i jego poglądy na wody mineralne naturalne i sztuczne.

P o d a ł

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Ogłoszone w ciągu ostatnich kilku lat trzy tomy wspomnień doktora Stanisława *Morawskiego* odkryły ogółowi polskiemu tego dotychczas tylko bardzo mało znanego pamiętnikarza. Poszczególne ustępy z pamiętników lub pojedyncze utwory drukowane były już poprzednio w drugiej połowie ubiegłego wieku w „Tece Wileńskiej” (1858), w warszawskim „Ateneum” (1898) i w „Kraju” petersburskim (1890). Ale dopiero obecnie starannie wydane tomy pozwoliły w pełni poznać jednego z najwybitniejszych pamiętnikarzy polskich, obdarzonego nieprzeciętnym umysłem i wyraźnym, o dużej skali talentem literackim. Los dał możliwość *Morawskiemu* przeżyć studia uniwersyteckie w Wilnie w epoce najbujniejszego tam rozkwitu życia kulturalnego oraz zetknięcia się bliskiego w tem mieście, a potem w Petersburgu ze wszystkimi wybitnymi ludźmi tego czasu z Adamem Mickiewiczem na czele.

Był bowiem Stanisław *Morawski*, urodzony d. 22 lipca 1802 r. w Mickunach pod Wilnem, synem Apolinarego, szambelana Stanisława Augusta, człowieka bardzo zamożnego, wysoko skoligaconego i ustosunkowego. Urodziwy i bardzo zdolny, otrzymał niezmiernie staranne na owe czasy wychowanie i wykształcenie, z początku w domu rodzicielskim przez guwernerów, a później w słynnej wówczas szkole powiatowej kowieńskiej, która ukończył w r. 1818 na rok przed przyjazdem tam w charakterze nauczyciela Adama Mickiewicza.

I oto ten szesnastoletni chłopiec, pochodzący z najzamożniejszej sfery ziemiańskiej, spokrewniony z magnackimi rodami litewskimi, poddając się woli despotycznego ojca, wstępuje na wydział lekarski Uniwersytetu Wileńskiego. Był to w tych czasach wypadek wyjątkowy, by młodzieniec z tej sfery poświęcał się medycynie. „Takie to były uprzedzenia czasu! — pisze w swych wspomnieniach *Morawski* — uprzedzenia konającej już falangi starych Polaków z końca przeszłego wieku. Nie pojmowali oni lekarza, jak tylko w osobie Francuza, Niemca, Węgrzyna lub Włocha. Trwać i dotąd poniekąd musi to uprzedzenie, bo mi się nie zdarzyło tu słyszeć, żeby mój przykład miał naśladowców”. „Pamiętam, jak stary *Zaleski*, starosta szwentowski, przyjaciel ojca mojego, który się sam sobie nigdy nie dziwił, że był jurystą, interpelował mnie raz w pokoju synów swoich, jak to być może, żebym ja, karmazynowy szlachcic i posesjonat, uczył się medycyny!”

Jakie były zapatrywania szlacheckie na studjowanie medycyny — o tem między innymi świadczą przytoczone przez *Czartkowskiego* i *Mościckiego* w przypisach do *Wspomnień Morawskiego*

go następujące zdania z rękopisu *M. Czarnockiego*: „Krótka wiadomość o Towarzystwie uczniów Uniwersytetu Wileńskiego”: „Odrazę do medycyny w Litwie podtrzymywał jeszcze przesąd narodowy: że żaden szlachcic, czyli dobrze urodzony (*bene natus et possessionatus*) trudnić się nie mógł łokciem, kwartą i doktorstwem, jako wyłącznie należącym do Żydów i Niemców”. „*Morawski* to pierwszy panicz, oddający się ścisłym naukom, mającym widoczne zastosowanie, pomiędzy którymi pierwsze miejsce trzymała medycyna — i to zwróciło nań uwagę pierwszego przewodniczącego „Miłośników nauki”. (Uwaga *Tomasza Zana* na marginesie wspomnianego rękopisu *Czarnockiego*).

„Przyzwyczajony od dzieciństwa do zatrudnień i pracy, wpojoną już mając żądzę gruntownego nabywania wiadomości, w ciągu lat kilku skończyłem zaszczycenie kursy moje szkolne i w piętnastym roku życia zdolny już był do słuchania nauk w uniwersytecie... Gdy po dokładnem rozważaniu, jakiej się wyłącznie stosowanej nauce poświęcić powinienem, największą do historii naturalnej i medycyny okazywałem ochotę, a w Wilnie był podówczas jeden z najślawniejszych w Europie uniwersytetów i szczególnie się lekarskim oddziałem odznaczał, rodzice moi, korzystając z podwójnego zysku — oddania mnie opiece i dozorowi krewnych i zapewnienia dla mnie większych w nauce pożytków, sami mnie tam odwieźli”. („Pierwsze półroczcie lekarskiego życia”, wydane w tomie wspomnień *Morawskiego* p. t. „W Peterburku” przez *Czartkowskiego* i *Mościckiego*, Poznań 1928). „Jako uczeń Uniwersytetu w wydziale lekarskim „znajomy był z konduity i pilności w naukach”. „Żyjąc i starając się żyć zawsze z starszymi odemnie ludźmi, żeby od nich czegoś nabywać, wiele starców było mi i duszą i sercem oddanych i ci wszędzie o mnie ledwie że nie z uniesieniem mówili... Nakoniec genialny, szanowny, zacny, kochający wszystko, co dobre i piękne, i unoszący się nad wszystkim, co dobre, *Józef Frank*, od lat dwudziestu w tyłu codzien bywający domach, a w przychylności swojej wielkie i nieuiszczone o mnie tworzący nadzieje, wszędzie Litwie winszował, że pilnością, trafnością rzutu oka i dobrą miarą odznaczający się człowiek będzie niedługo polskim *Buffonem*, *Réaumur*em. Myślał pocziwy Niemiec, że ja się na całe życie po niemiecku w uczoności zakopię! A ja i wtedy już niczem się tak w duszy nie lękał, jak być literatem albo uczonym!” („Kilka lat młodości mojej w Wilnie”, wyd. *Czartkowski* i *Mościcki*, Warszawa, 1924).

Uczonym, co prawda, *Morawski* nie został, również i praktyka lekarska, której i ojciec dla niego nie chciał, nie wypełniła mu lat, ale, wbrew wyrażanym w młodości przypuszczeniom i obawom, w ostatnim okresie życia całkowicie opanował go drzemający w nim popęd do pióra.

O ile, dzięki wydaniu najważniejszych części spuścizny rękopiśmiennej Morawskiego przez Czartkowskiego i Mościckiego, został on udostępniony i spopularyzowany jako pamiętnikarz, o tyle do dziś dnia nie została poznana działalność jego jako lekarza, który, bądź co bądź, zasługuje na to, by pozostać w pamięci medycyny polskiej. Dotychczasowe wiadomości o Stanisławie Morawskim są tutaj bardzo skąpe. W słowniku Kościńskiego znajduje się tylko bardzo krótka wzmianka z podaniem tytułu łacińskiego jego rozprawy doktorskiej; w Wielkiej Encyklopedji Powszechnej Ilustrowanej (tom 47—48) umieszczony jest życiorys pióra J. Peszkego, dosłownie prawie zaczerpnięty z J. Bielińskiego: „Stan nauk lekarskich z czasów Akademji med.-chirurg. Wileńskiej” str. 261 i 806. Otóż w życiorysie tym podane jest, że Morawski po ukończeniu uniwersytetu osiadł w Kownie i oddał się wykonawstwu lekarskiemu, że „jako człowiek gładki, miły, wykształcony i wychowany osiągnął niezwykle powodzenie”. Powiedziane tam jest dalej, że w r. 1830—35 pełnił obowiązki urzędnika do zleceń szczególnych przy cywilnym generał-gubernatorze w Kownie, podróżował po Europie i odegrał rolę swata A. Mickiewicza; po roku 1850-m osiadł w swym majątku Ustronie, zerwawszy ze światem. Co do prac Morawskiego, to życiorys wspomina o współpracownictwie jego w wydawanym w Wilnie „Pamiętniku magnetycznym” i pozostałym w zbiorach Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego rękopisie „Zasady fizjonomistyki kobiet cywilizowanych polskich”.

Jedyną zatem wiadomość, jaka się o Morawskim z dawniejszych czasów w piśmiennictwie przechowała, jest i zupełnie niedostateczna i zgoła błędna. Dopiero dzięki pracy Czartkowskiego i Mościckiego zostało umożliwione istotnie prawdziwe poznanie kolei życia i działalności Stanisława Morawskiego. Po pilnych i starannych studiach uzyskuje on w dniu 24 czerwca 1823 r. stopień doktora medycyny na podstawie rozprawy p. t. „Dissertatio inauguralis medico-practica casum Diabetis melliti cum epicrisi exhibens” (Vilnae. Typis Josephi Zawadzki Universiti typographi). „Zdałem szczegółowo ścisłe egzamina, examen rigorosum zwane, odbywałem tak zwane inclusum — pisze Morawski — gdzie mnie, zamkniętemu na zamek ze wszystkich stron i zewsząd ścisłą otoczonemu strażą, na trzy losem wyciągnięte pytania bez żadnej pomocy, bez książki w zaspakajającym sposobie i po łacinie odpisać obszernie należało. Uznano mnie godnym stopnia doktora. Napisałem dysertację, podałem mistrzom moim tak nazwane Theses, to jest pewniki moje, których w czasie ceremonji bronić przeciwko wszelkim zarzutom miałem, i sam się, jak kapucyn, między czterema ścianami w kolegium pijarskim dla przygotowania się do tej obrony na dzień i na noc zamknąłem... Bo też ówczesowy obrządek doktoryzacji był coś prawdziwie wspaniałego i zostawiającego pamiętkę na całe życie. Dziś — to tylko brednie”.

Następne kilka lat spędza Morawski częściowo w Wilnie, częściowo w majątku rodzinnym Ustronie, ale naskutek złych stosunków z ojcem przeniósł się w r. 1829 do Petersburga, by praktyką lekarską zdobyć sobie tam byt i stanowisko. Wielkie powodzenie rokującą praktyką została jednak już po roku przerwana, gdyż Morawski, zapewne naskutek intryg, został mianowany członkiem komisji do zwalczania cholery w gubernjach nadwołżańskich. Wróciwszy po roku do

Petersburga, otrzymuje stanowisko urzędnika do szczególnych poleceń przy cywilnym generał-sztab doktorze czyli dyrektorze departamentu medycznego i wogóle w dalszym ciągu oddaje się w zupełności karierze urzędowej, czy to jako lekarz Sekretarjatu Stanu dla Królestwa Polskiego od r. 1833 do 1835, czy też, zerwawszy zupełnie z medycyną, jako urzędnik komisji prawodawczej, opracowując przekład „Zbioru praw” z rosyjskiego na polski. W r. 1838 osiadł w odziedziczonym po śmierci ojca majątku Ustronie w pow. trockim i tam umarł w r. 1853. Ostatnie kilkanaście lat życia przeżył Morawski w zupełnym odosobnieniu, zajmując się obok gospodarstwa przede wszystkim pisanem swych wspomnień, a poczęści hipnotyzmem.

Pozostawił też po sobie bardzo obfity spadek rękopiśmienny, obejmujący kilkadziesiąt tomów i zeszytów rękopisów, a znajdujący się obecnie w zbiorach Biblioteki Ordynacji Krasieńskich. Wśród rękopisów tych znajdują się, obok wspomnień z czasów wileńskich i petersburskich, przypowiadki i anegdoty, opisy miejscowości, zbiory pieśni ludowych, a nawet utwory poetyckie i sceniczne. W tych wszystkich płodach literackich odbiły się cechy umysłowości ich autora, łatwość pisania, dar obserwacyjny, a przytem rozgoryczenie do ludzi i społeczeństwa.

„Mało znakomitych ludzi mojego czasu czy w Litwie, czy w Polsce, czy w Rosji pokażesz, z którymi bym się w życiu choć łokciem przynajmniej nie otarł. A i cudzoziemców za granicą poznawałem wielu” — pisze Morawski w przedmowie do „Wspomnień pustelnika” o czasach petersburskich, i że dla siebie samego zbiera i zapisuje to tylko, co albo ma jakkolwiek styczność ze stosunkami, w jakich był z nimi, albo na co własnem okiem patrzył, albo co własnem uchem w owym czasie słyszał.

A więc w opowiadaniach o młodości swojej w Wilnie daje świetny i barwny obraz ówczesnego życia uniwersyteckiego i towarzyskiego, rysuje typy profesorów, kolegów i osobistości ze sfery ziemiańskiej i arystokratycznej, dotyka również i ruchu filareckiego, w którym wybitny brał udział, w związku z którym podczas pamiętnych prześladowań Nowosilcowa badany był przez komisję. We wspomnieniach z okresu petersburskiego daje sylwetki malarzy Orłowskiego i Oleszkiewicza, słynnej pianistki Marji Szymonowskiej, matki Celiney Mickiewiczowej, opisuje śniadanie wydane przez Adama Mickiewicza dla Puszkina i innych pisarzy rosyjskich, w którym brał udział, podaje różne drobiazgi historyczne. Należy zauważyć, że Morawski naogół zdołał silnie żyć się z ówczesną Rosją, że, jak widać z rękopisów, doskonale władał językiem rosyjskim i nawet pod względem politycznym wyznawał poglądy dość ugodowe. Tak np., opowiadając o pobycie w Wilnie i okolicy w r. 1822 ówczesnych wielkich książąt Mikołaja i Michała z gwardją rosyjską, pisze z oburzeniem, że młodzież polska wzbraniała się oddawać Mikołajowi „hołd należny w tych powierzchownych znakach uszanowania, do jakiego i z urodzenia i z pozycji swojej niezaprzeczenie od całego narodu miał prawo! Ta niedarowana niedelikatność i gburostwo były tak wielkie, że brat cesarski, czy jadąc, czy idąc, zaledwie gdzie spotkał takiego młokosa, coby przed nim odkrył swą błazeńską głowę i przyzwolonym uczcił pokłonem”. Z powodu działalności wileńskiej komisji śledczej w r. 1823 Morawski wypowiada następujące zdania: „Jakiemkolwiek być mogą i za i przeciw istniejącym w kraju przepisom i pra-

wom *motiva*, nie należą one jednak do samowolnego i opozycyjnego żadnej klasy ludu rozbioru wobec władzy, która życiem kraju kieruje. Posłuszeństwo tym prawom konieczne dla porządku, spokojności, szczęścia narodu, honoru kraju, rozwijania się sztuk, nauk, rzemiosła i bogactwa krajowego jest potrzebne. Uchylenie się od tego, jakkolwiek skryte, zawsze jest przestępstwem, a czasem nawet występkiem i zbrodnią. Pod tym względem Towarzystwo jawne, z woli wyższej władzy czy sprawiedliwie, czy niesprawiedliwie zamknięte. Towarzystwo Promienistych roześć się było rzeczwiście natychmiast powinno, iak to dla oka tylko zrobiło... Każdy zatem, co rewers takowy wydał, jeśli rząd oszukał, stał się przeciwko niemu przestępcym. Z tego punktu rzecz biorąc, Towarzystwo Filaretów, iakkolwiek z niewinnym, a nawet pochwalnym celem powstało, przez to samo, że egzystowało czas jakiś po danym zarzeczeniu, czyniło członków swoich występniymi. W innym zaś miejscu pisze: „Oto trzeba było, żeby nasi rodzice, zapomniawszy dawnych augustowskich i stanisławowskich drwinek, wysłali nas wcześniej do Petersburga, do Moskwy, do Rosji, jednym słowem, dla obznajmienia się z wyobrażeniami narodu, — co chcesz sobie oddać, — niezaprzeczenie panujące nad nami, iak kiedyś Baty nad nimi panował... Wypadek pokazał, że nieśń ludu nie zawsze wieszczym głosem bywa! Rozsadek i dobrze zrozumiany własny interes wiecznie śniewać w każdym przypadku radził: „Na czym wózek iadziesz, tego piosenke śpiewaj, i niech się dzieje wola boża!“ Wspominając w jednym miejscu (z powodu przepisowywania dla Konstantego pamiętników Stanisława Augusta) rewolucje listonadowa, pisze, że „wśród huntu w Warszawie w 1830 roku czwając na wolność Wielkiego Księcia tłumy wdarły się do jego belwederskich pokoiów“. Takie i tym podobne poglądy przyczyniły się niewątpliwie do tego, że M o r a w s k i mógł tak żyć się z Petersburgiem, który nazywał „naszą stolicą“ i że łatwo osiągnął wysoka karierę urzędową. To też, będąc w sprawach spadkowych w r. 1833 w Paryżu, pisał stamtąd do ministra T u r k u ł ł a: „... Wstyd mi, lecz muszę wyznać, że się zaczynam nudzić — w Paryżu! Zreszta proszę zważyć moje położenie. Rosjan w Paryżu niema, nie mogę i nie chcę zawiązywać znajomości z moimi rodakami, a Francuzi są zbyt zajęci sobą i zbyt zmęczeni obcokrajowcami, by chcieli zawierać z nimi stosunki towarzyskie...“ (por. Przypisy C z a r t k o w s k i e g o i M o ś c i c k i e g o do „Kilku lat młodości mojej w Wilnie“).

Praktyką lekarską zajmował się M o r a w s k i tylko w pewnych okresach życia i to przeważnie dorywczo. Mimo to o tej jego działalności znajdujemy w jego wspomnieniach dość liczne wzmianki, a dwie przypowieści, ogłoszone w tomie wspomnień p. t. „W Peterburku“, osnute są bez wątpienia na wrażeniach z własnych przeżyć lekarskich.

Pisząc w Ustroniu swe wspomnienia i opowiadając o ówczesnej swej samotności, tak charakteryzuje on swój stosunek do ludzi: „Człowiek, co lat tyle w zupełnym odosobnieniu mógł przeżyć, a źle nikomu nie zrobił, owszem, człowiek, co przez ten czas niejednemu może zrobił i dobrze; człowiek, co nie stetryczał, nie zdziczał, nie zdziwaczał..., człowiek, któremu zawsze każdy dzień jest za krótki, co lubi kwiaty, ptaki, muszki i motyle i co w momenty, wolne od umysłowej pracy, bawi się z nimi, iak dziecko; człowiek taki musiał z sobą, iak Bóg żywy, unieść w sercu ze świata wielką jeszcze dozę miłości i miłości dla ludzi... Do ówczesnych uczuć i peł-

ności serca mojego dodać potrzeba i tę jeszcze pochlebną pewność, że w mojej nauce i wrodzonej obserwacyjnej zdolności miałem niewyczerpane źródło czynienia dobrze bliżnim moim. Ratowałem ich zdrowie prosto z miłości do nich, bez materialnego wynagrodzenia. Owszem dawałem im darmo własnym kosztem kupowane lekarstwa, na co mnie pełen miłosierdzia ojciec co rok jakąś przeznaczał kwotę. Co ze mną przez te lat pięć wyrabiali, to Bogu jednemu wiadomo. Dzień i noc chwytany, a iak na wsi, wożony o mil kilka, kilkanaście, czasem na prostym chłopskim wozie, żdźbiłem iakiem podrzuconej słomy zmiekkczonym; Żyd, Cygan, chłob, szlachcic, ksiadz, obywatel, wszystko to, co około tu żyło, doświadczyło mojej pomocy, ratunku. Wieleż to razy to poświęcenie własnem okupiłem zdrowiem. Wieleż to razy po trzy dni i trzy noce leżałem nieruchomy, bezseny przy łożu ciężkiej boleści tam, gdzie się już ani mąż, ani ojciec, ani matka, ani babka utrzymać na nogach i dosiedzieć nie mogli. Wieleż to było takich z siebie ofiar, żadnego nie wyłączając stanu...“ („Młodość moja w Wilnie“).

Podczas działalności lekarskiej w Petersburgu M o r a w s k i, dzięki swym warunkom osobistym, miał możność stykania się i z wysokimi sferami stolic. Z tego to czasu pochodzi prawdopodobnie zdarzenie, które stało się przedmiotem opowieści p. t. „Zemsta doktora“, opisujące zetknięcie się doktora L e b e n s h e l f e r a z księżną X., którą przyszło mu leczyć na „spazmy“. O leczeniu „spazmów“ wypowiada tu M o r a w s k i następujące uwagi: „Uważałem zawsze spazmy za poezję chorób, za poemat sztuki lekarskiej. I a nienawidzę chorób w ogólności. Bo kiedy każda z nich, najmniejsza nawet, była i jest zawsze gotowa prawdziwie smutnym uwieńczyć się końcem, spazmy przecież nie przy wszystkich najbardziej przerażających zjawiskach, kończą się zawsze wesoło, pogodnie i ledwie nie uśmiechem. Dusza więc lekarza o główny wyznadek, o życie bliźniego spokojną być musi... Powiedziałem, że spazmy umięją wszystkie, a wszystkie naśladować choroby. I w tem właśnie cała ich potęga. Na to mi kto powie: „Iakże doić do ich poznania?“ Znajomość świata, bystrość oka, duch obserwacyjny, zimna krew, czysty rozsadek, wiadomość domowych stosunków, wstret do wleczenia się niewolniczo za jakimkolwiek lekarskim systematem — oto są *criteria* na takie лихо. Lekarz na wszystko wszędzie umiejętnie patrzeć obiemia oczyma i wszystko, co widzi, zgłębiać powinien, ale nigdy, że to rozumie, nie ma pokazać...“

Z dość licznych wzmianek o lekarzach, z którymi mu się przyszło stykać, widać, że M o r a w s k i wysoko cenił intuicję lekarską. Tak np. o słynnym wówczas lekarzu Józefie L e j b o s z y c u tak się wyraża: „poznałem L i e b o s c h ü t z a albo L e j b o s z y c a, iak go powszechnie u ludu nazywano, podówczas już ślepego, ale genialnego, prawdziwie niepospolitego i szczególnym lekarskim węchem obdarzonego człowieka, o którym mówili wszyscy: „Deus et Iudeus“. To samo o L e j b o s z y c u pisze w swoim „Pamiętniku“ Gabrijela z G ü n t h e r ó w P u z y n i n a (wvd. Wilno, 1928, str. 25): „Doktor L e j b o s z y c, starozakonny, wierny swej wierze, bo w niej dotrwał do różnej starości, ubierał się jednak po niemiecku, we frak niebieski, w pończochy i trzewiki, golił brode, a na swej tysej głowie nie nosił jarmułka. Słusznej urody, otyły, z twarzą białą o znaczących rysach, oprócz akcentu, zdradzającego pochodzenie, wyglądał po naszemu.

Wielki praktyk, chociaż może mniej uczony od F r a n k ó w i, Ś n i a d e c k i e g o, szczęśliwszym i trafniejszym był od nich w kuracjach...

Doktor L e j b o s z y c był lekarzem najpierw-

szych w Litwie rodzin, które bez kochanego L e j b u n i a nie umiały chorować, a przynajmniej nie potrafiły ozdrowieć".

(Dok. nast.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wąglik jako choroba zawodowa w Polsce.

Podali

Dr. Brunon NOWAKOWSKI i Dr. Marja BOGUSZEWSKA
(Warszawa).

Wobec złożenia w sejmie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym, wprowadzającym ubezpieczenie od chorób zawodowych, zyskuje na aktualności sprawa wąglika, jako jednej z trzech chorób, których ofiarom mają być przyznane świadczenia analogiczne, jak osobom poszkodowanym przez nieszczśliwe wypadki. Ubezpieczenie od chorób zawodowych jest nawet za granicą sprawą stosunkowo nową, my zaś żadnego dotąd doświadczenia w tej materji nie posiadamy. Jest to jedna z przyczyn, dlaczego u nas dość długo wahano się z wprowadzeniem tego ubezpieczenia i dlaczego ograniczono się ściśle do tych trzech chorób — prócz wąglika uwzględniono zatrucia zawodowe ołowiem i rtęcią, które zawarte są w projekcie konwencji, uchwalonej przez konferencję ogólną Międzynarodowej Organizacji Pracy Ligi Narodów już w r. 1925. Widać stąd, jakie doniosłe znaczenie praktyczne posiadają dane, które pozwoliłyby zorientować się choćby tylko w rozmiarach zagadnienia chorób zawodowych w Polsce. Co prawda, powinniśmy dziś już posiadać dane, dotyczące kilkunastu chorób zawodowych, podlegających od r. 1929 obowiązkowemu zgłaszaniu na podstawie rozporządzenia wykonawczego do dekrety o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. Ust. 5/1929). Jednak porównanie wyników tych zgłoszeń za lata 1929/30, zawartych w sprawozdaniu Głównego Inspektora Pracy (1), z wynikami ankiet dotyczących samej tylko ołowicy, przeprowadzonych przez oddział higieny pracy Państwowej Szkoły Higieny wśród drukarzy i w przemyśle akumulatorowym (2, 3), zmusza do stwierdzenia, że, jak dotąd, zgłoszenia te nie odzwierciedlają stanu faktycznego. Tylko co do wąglika rozporządzamy już dzisiaj materiałem dostatecznie zbliżonym do rzeczywistości, albowiem jako choroba zakaźna podlega on zgłaszaniu z tytułu postanowień ustawy w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych z r. 1919, a poza to poczynając od r. 1923 wyniki dochodzeń epidemiologicznych w przypadkach wąglika, dokonywanych przez lekarzy powiatowych, są rejestrowane według specjalnego wzoru, który uwzględnia również dane dotyczące możliwości zakażenia zawodowego. Na zasadzie tych materiałów dostarczonych nam przez Departament Służby Zdrowia M. S. Wewn., można było ustalić dla wąglika ogólną liczbę zachorowań i zorientować się w przybliżeniu co do podziału na przypadki zawodowe i pozazawodowe.

Wobec tego, że dostarczone nam karty rejestracyjne, pozwalające na szczegółowszą analizę, nie obejmują wszystkich przypadków zgłaszanych, musimy dla wyjaśnienia niektórych pytań trzymać się ogólnej liczby przypadków. Przedewszystkiem interesuje pytanie, ile

mamy wąglika w Polsce, i jakie są jego tendencje rozwojowe? Odpowiedź daje tablica 1. zestawiona według

Tablica 1.

Liczba zgłoszonych przypadków wąglika

r o k	zachorowań	zgonów
1919	6	1
1920	37	10
1921	66	10
1922	56	10
1923	58	11
1924	69	17
1925	75	11
1926	58	10
1927	62	10
1928	81	11
1929	58	7
1930	59	8
1931	85	9
1921—31	727	114
średnio rocznie	66.1	10.4

danych, dostarczonych nam przez oddział statystyki i epidemiologii Państwowej Szkoły Higieny. Liczby za lata 1919 i 1920 należy najprawdopodobniej uznać za niemiernodajne. Pominąwszy je, otrzymujemy przeciętnie rocznie: zachorowań 66.1, zgonów 10.4, więc tyle, ile zgłoszono w r. 1921. Można więc przyjąć, że w tymże roku osiągnięto sprawność zgłaszania, nie różniącą się poważnie od obecnej. W jakim stopniu liczba zgłoszonych przypadków odpowiada rzeczywistej liczbie osób dotkniętych wąglikiem, trudno jest powiedzieć z pewnością. Jak wynika ze szczegółowszej analizy — o czym będzie jeszcze mowa — przeważa u nas wąglik rolniczy nad przemysłowy, innymi słowy, najczęstszym źródłem zakażenia jest zwierzę zakażone, i choruje najczęściej ludność wiejska. Ten moment mógłby wzbudzić poważne wątpliwości co do ścisłości otrzymanych liczb. To też niewątpliwie nie wszystkie przypadki wąglika bywają zgłaszane. Jednak działają tu również sprzyjające czynniki, szczególnie odszkodowania pieniężne, wypłacane za padłe lub dobite zwierzęta, chore na wąglika, pod warunkiem zachowania przepisów ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych u zwierząt (Dz. Ust. 77, r. 1927) — w przeciwnym razie grożą kary. Dzięki temu wykrycie — i unieszkodliwienie — najważniejszego

u nas źródła zakażenia jest ułatwione, co powinno sprzyjać również wykryciu wąglika ludzkiego. Śmiertelność wąglika ludzkiego według zgłoszeń, obliczona na podstawie doświadczenia 11 lat, od 1921 — 31, wyniosła 15.7%, w Niemczech (4) na zasadzie zgłoszeń za lata 1910 — 21 wypadła 15.8%, w Anglii (5) dla wąglika skórnoego, — który przeważa i u nas, — 15.5% (lata niepodane). Ta zgodność naszej liczby z liczbami dla Niemiec i Anglii, których statystyka nie budzi naogół zastrzeżeń, świadczy korzystnie o wiarygodności naszych danych. Statystyka nasza dotycząca wąglika wydaje się więc być podobnie dokładna, jak niemiecka lub angielska. Bez popełnienia większego błędu można wobec tego przyjąć, że u nas liczba zakażeń wąglikiem u ludzi rocznie nie przekracza setki. Nie widać, jak dotąd, określonej tendencji do wzrostu tej liczby. Co prawda, przeciętna roczna za ostatnie pięćdziesiąt lat, wynosi 69.0 wobec 63.7 za poprzednie sześćdziesiąt lat, 1921 — 26, lecz przy tak niedużych liczbach absolutnych mogą to być różnice przypadkowe. Może tu również odgrywać rolę stopniowa poprawa sprawności zgłaszania choroby. Wreszcie, gdyby uwzględnić tak znaczny u nas przyrost ludności, to różnica ta stanie się znikoma. Szczególnie stałe są liczby zgonów w poszczególnych latach. Wyjątek stanowi r. 1924. Na rok ten przypada jedno masowe zakażenie pokarmowe z 3 zgonami, które w pewnym stopniu tłumaczy to odchylenie. Jeżeli porównać śmiertelność ostatniego pięćdziesiąt lat z poprzedzającym sześćdziesiąt lat, to zaznaczył się spadek z 18.1% do 13.0%. Fakt ten godny jest zanotowania, choć wobec małych liczb absolutnych zawczasie byłoby wyciągać z tego dalej idące wnioski co do poprawy skuteczności leczenia.

Ogólnie można powiedzieć, że w czasach powojennych u nas liczba zakażeń wąglikiem, zawodowych i pozazawodowych, nie przekracza rocznie 100 z śmiertelnością około 16%, mającej tendencję do obniżenia się. Dla porównania w tablicy 2. przedstawione są dane z kilku krajów europejskich (5).

Tablica 2.
Zachorowania na wąglik.

Kraj	1913	1919	1920	1921	1922
Anglia	96	63	61	25	45
Niemcy	224	18	35	80	118
Włochy	1609	1498	1712	1295	2029

Jak widać z tego zestawienia, są kraje europejskie, w których wąglik jest zagadnieniem znacznie poważniejszym, niż u nas, jak np. Włochy. Czasy kryzysu gospodarczego, związanego z wojną i jej następstwami, wydobyły na powierzchnię ciekawą różnicę w przebiegu wąglika w krajach wysoce przemysłowych w porównaniu z krajami rolniczymi, różnicę, która pozwala zorientować się co do tego, czy wąglik w danym kraju jest importowany, czy rodzimy, przemysłowy, czy rolniczy. W tablicy 2 różnica ta występuje najwyraźniej przy porównaniu liczb dla Niemiec i Włoch.

W obydwu krajach widzimy z roku na rok wahania tych liczb. W Niemczech wahania te mają określony kierunek, zależny od momentów gospodarczych: z przeszło 200 przypadków r. 1913 spadała na liczbę gwałtownie, by się poczynając od r. 1920, stale zwiększać.

Przyczyną spadku było zamknięcie dowozu surowców zwierzęcych podczas wojny, przyczyną wzrostu jest podjęcie nanowo importu — głównie skór. We Włoszech natomiast wahania bywały również znaczne, ale brak im wyraźnego kierunku, oscylują periodycznie około przeciętnej, niezależnie od zmiennych koniunktur gospodarczych. W Anglii widzimy naogół spadek, wyrażający nam zależność wąglika w tym kraju przedewszystkiem od importu wełny. Kryzys ugodził szczególnie silnie właśnie w przemysł włókienniczy angielski, poza tem do spadku tego przyczyniła się racjonalna organizacja dezynfekcji wełny importowanej, której pierwsi Anglicy dokonali. Tak więc już liczby ogólne pozwalają stwierdzić, że w Anglii i Niemczech wąglik jest przeważnie przemysłowy i importowany, we Włoszech zaś rodzimy i przeważnie rolniczy. Przebieg wąglika w Polsce jest podobny do tego, co widzimy we Włoszech, stąd wniosek, że i u nas jest on przedewszystkiem rodzimy i rolniczy.

Drugie pytanie, które się nasuwa, to rozmieszczenie wąglika w Polsce. Przy tej okazji próbowaliśmy uzyskać dodatkową wskazówkę co do miejsca pochodzenia i charakteru — rolniczego, czy przemysłowego — naszego wąglika, porównyując geografję wąglika ludzkiego z geografją wąglika zwierzęcego. Wąglik, rolniczy, jako zależny od styczności ze zwierzęciem chorą lub padłym, winien tu dać korelację dodatnią, gdy wąglik przemysłowy, jako zależny od surowców, zakażonych zarodnikami, może być niezależny od miejsca epizootji.

Dane, posiadane przez nas, pozwoliły przeprowadzić takie porównanie tylko za trzy lata, 1925 — 27. (6). Dla otrzymania większych liczb podzieliśmy województwa na trzy grupy (patrz tablica 3).

Tablica 3.

Rozmieszczenie wąglika zwierzęcego i ludzkiego w latach 1925 — 27.

Grupy województw	zagrody zapowietrzane		wąglik ludzki	
	L. abs.	%	L. abs.	%
Polesie, Wołyń, Lwów, Tarnopol, Stanisławów (5)	1900	67.0	96	49.0
Kielce, Lublin, Białystok, Warszawa, m. i w., Łódź (6)	648	23.0	60	31.0
Kraków, Śląsk, Poznań, Pomorze, Nowogródek, Wilno (6)	277	10.0	40	20.0
O g ó ł e m	2825	100.0	196	100.0

Grupa 5 województw wschodnich, od Polesia na południe aż do Stanisławowa, dała prawie połowę wszystkich przypadków wąglika, mając 2/3 wszystkich zapowietrzonych zagród. Druga połowa przypadków wąglika rozkłada się na pozostałe 12 województw, obejmujących 1/3 zapowietrzonych zagród. Zarówno zwierzęcy, jak ludzki wąglik, występuje szczególnie silnie na południowym wschodzie, aczkolwiek żadne województwo nie jest odeń wolne. Najwięcej daje województwo lwowskie, najmniej śląskie, i to u ludzi i zwierząt. Bardzo mało dają rolnicze województwa wileńskie i nowogrodzkie, również zgodnie u ludzi i zwierząt. Względnie

dużo ludzkiego węglik w stosunku do zwierzęcego dają województwa białostockie i pomorskie. Przyczyny tych różnic nie dały się wszędzie ustalić, o czym będzie jeszcze mowa, natomiast zgodność, choć nieabsolutna, pomiędzy rozmieszczeniem węglik ludzkiego i zwierzęcego przemawia również za tezą, że węglik nasz jest przeważnie rodzimy i rolniczy.

Dalsza analiza oparta jest na kartach rejestracyjnych, przesyłanych od r. 1923 przez lekarzy powiatowych do centrali Służby Zdrowia. Niestety, nie wszystkie przypadki, zgłoszone jako choroba zakaźna, zostały w ten sposób bliżej opisane. Karty te obejmują 278 przypadków, gdy zgłoszeń za ten czas do r. 1931 włącz-

nie było 605. Mamy więc bliższe dane o 46% przypadków zgłoszonych. Jednak liczba absolutna jest dość duża, by stąd wysnuć pewne wnioski, tembardziej, że nie ma żadnych podstaw do przypuszczenia, iżby wypełnienie karty rejestracyjnej lub niewypełnienie jej zależało od istotnych cech przypadku zachorowania. Niedokładności rejestracji spotykamy zarówno na wschodzie, jak na zachodzie, w okręgach rolniczych, jak i w przemysłowych. Sądzymy więc, że te 278 kart reprezentują mniej więcej średnią próbę całości. Odtąd, o ile nie jest inaczej zaznaczone, opieramy się na danych, czerpanych z tych kart.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów: w Warszawie, Łodzi, Kielcach, Lublinie, Białymstoku, Brześciu n/B., Łucku, Wilnie i Nowogródku, i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Celem ułatwienia praktykantom drogistowskim, którzy odbyli praktykę, uzyskiwania świadectw zdolności na materialistę, zarządzam, aby w myśl przepisów §§ 1 i 3 ustawy dla materialistów z 1844 r. w miejsce powoływanej dotychczas Komisji Egzaminacyjnej w m. st. Warszawie egzaminy dla tych praktykantów odbywały się we właściwych Urzędach Wojewódzkich.

Egzaminy przeprowadzać będą inspektorzy farmaceutyczni w zakresie, ustalonym przepisami art. 3 wyżej wymienionej ustawy z 1844 roku.

Wobec tego, że przewidziana przepisami tej ustawy i uprawniona do wydania świadectw zdolności na materialistę „Rada Lekarska” nie istnieje, upoważniam Pana Wojewodę do wydawania tych świadectw.

Jednocześnie zaznaczam, że do egzaminu mogą być dopuszczeni tylko ci praktykanci, którzy wykazą się świadectwami z praktyki, odbytej w myśl przepisów rozporządzenia z dnia 8 października 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 87 poz. 641) i okólnika Nr. 14 z dnia 15 stycznia 1929 r. Nr. Z. F. 3592/28 (Zb. Zarządzeń str. 290 poz. 3).

— Dowody fotograficzne, kinematograficzne i radiograficzne w naukach lekarskich.

Dr. Clauoué i pan Jan Painlevé wygłoszą w czasie od 10 do 15 października r. b. szereg odczytów wraz z pokazami praktycznymi, których celem ma być ustalenie wytycznych niezbędnych do otrzymania naukowych dowodów foto-

graficznych w ogólności, a w oto - ryno - laryngologii oraz w chirurgii plastycznej i kosmetycznej w szczególności. Prelegenci przedstawiają swoje własne metody i sposoby postępowania. Informacyj udziela: Dr. Clauoué, 1 rue Singer, Paris 16.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Sprawozdanie z działalności Warsz. Tow. Pom. Lek. i Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi za r. 1931 — 1932. Warszawa 1932.

Józef Itelson i Mieczysław Kocen. Zagadnienie retikulocytów w klinice. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1932 Nr. 8.

Ci s a m i. Badania nad zachowaniem się tryptofanu we krwi ze szczególnem uwzględnieniem chorób tarczycy i cierpień gośćcowych. Ref. na IX Zjeździe Tow. Intern. Polsk. w Krakowie. Wrzesień 1931.

Dr. Józef Z a w a d z k i. XXXV lat działalności Tow. Doraźn. Pom. Lek. w Warszawie. Warszawa. Nakł. T. D. P. L. Sprawozdanie z czynności Zakł. Med. Sąd. Un. Warsz. Warszawa 1932.

E. Lelesz i A. Przeździecka. Znaczenie egzohormonów grupy B w metabolizmie glucydów. Wilno 1932. I-sze sprawozdanie z działalności Białost. Wojewódzk. Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych. Choroszcz 1932. 50 lat działalności Tow. Kol. Letn. dla dzieci im. Dra Stan. Markiewicza 1882 — 1932. — sprawozd. rachunk. za rok jubileuszowy 1931/1932.

Dr. L. E n d e l m a n. Abortive Formen des Frühjarskatarrhs. Odb. z Ztschr. f. Aughkl. 1932. T. 77.

Stanisław E l w i c z. O istotnym przeroście gruczołu sutkowego. Odb. z „Ginek. Polsk.” T. XI. Z. 1—3. r. 1932.

TREŚĆ: L. ABRAMOWICZ. Kiła tchawicy i oskrzeli głównych w świetle tracheo-bronchoskopji. — A. LANDAU i W. HEJMAN. Studja kliniczne nad skazą krwotoczną. — H. J. LANDAU. Przypadek kombinowanej wady serea u osobnika z całkowitem odwrotnem położeniem trzew. — W. ZAWADOWSKI. Radiodjagnostyka układu wewnętrznego wyzielania. (Str. pogl.). — H. HIGIER. O gruczy jako zakażeniu ogólnem i tuberkulobacillemji (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. KRAMSZTYK. Dr. Stanisław Morawski (1802—1853) i jego poglądy na wody mineralne naturalne i sztuczne. — Br. NOWAKOWSKI i M. BOGUSZEWSKA. Wąglik jako choroba zawodowa w Polsce. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ABRAMOWICZ. Syphilis de la trachée et des grosses bronches au jour de la trachéobronchoscopie. — A. LANDAU et W. HEJMAN. Etudes cliniques sur la diathèse hémorrhagique. — H. J. LANDAU. Un cas de vice de cœur combiné chez un individu atteint de site transverse des viscères complet. — W. ZAWADOWSKI. Le radio-diagnostic de la sécrétion interne. (Rev. gén.). — H. HIGIER. Sur la tuberculose comme infection générale et sur la bacillémie. (Rev. gén.). — St. KRAMSZTYK. Dr. Stanislas Morawski et ses opinions concernant les eaux minerales naturelles et artificielles. — Br. NOWAKOWSKI et M. BOGUSZEWSKA. L'anthrax comme maladie professionnelle en Pologne.

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.