

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

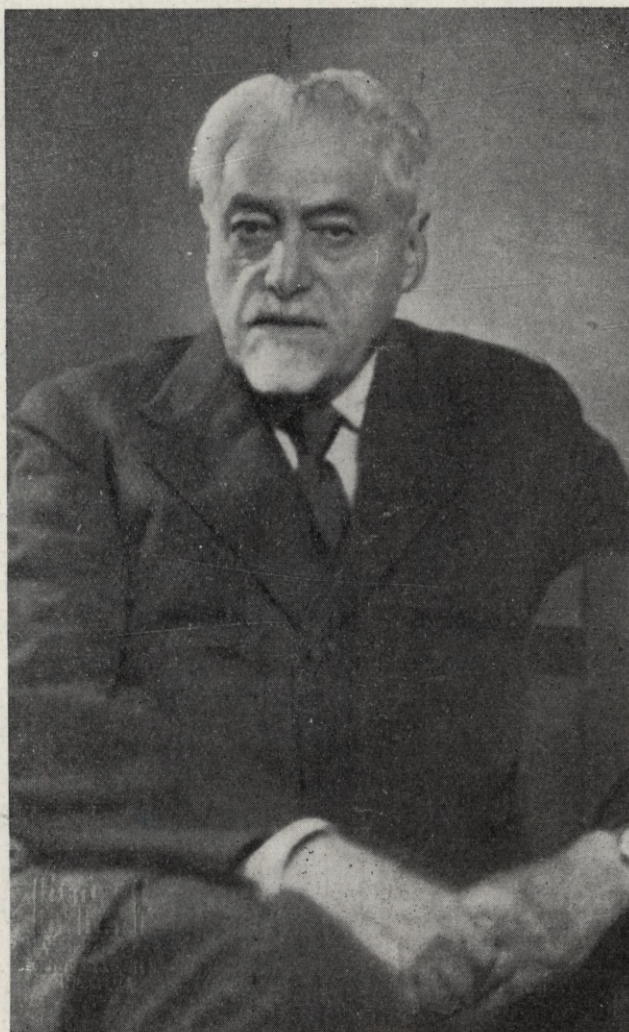
ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.*

Rok IX

WARSZAWA, 6 PAŹDZIERNIKA 1932 R.

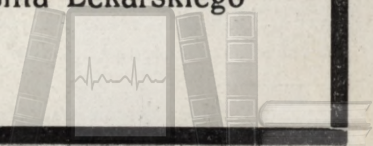
Nr. 40

Dr. med. SAMUEL GOLDFLAM



Wielki uczony, lekarz i społecznik, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, współzałożyciel Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego

Zmarł dn. 26 Sierpnia r. 1932.



Dr. Samuel Goldflam*).

Stoimy nad grobem wielkiego człowieka i wielkiego uczonego, jednego z współtwórców nowoczesnej Neurologji. W tym czasie, kiedy dr. Goldflam rozpoczął swą pracę naukową, neurologja była dopiero w okresie powstawania. Goldflam szeregiem prac przyczynił się do jej pięknego rozkwitu. Dzięki niestrudzonej pracy i wielkiemu talentowi obserwacyjnemu zdołał Goldflam wyświetlić cały szereg zawitych obrazów chorobowych, a jedna z chorób otrzymała w nauce nazwę choroby Goldflama. Sława D-ra Goldflama sięga daleko poza granice Jego rodzinnego kraju. Śmiało rzec mogę, że nie ma na świecie lekarza, poświęcającego się neurologji, któremu nazwisko Goldflam byłoby obce. Od kilkunastu lat, tj. od czasu wstąpienia Goldflama do szpitala na Czystem byłem bezpośrednim świadkiem Jego pracy naukowej i muszę powiedzieć, że praca ta we mnie, tak jak i we wszystkich budziła podziw i zachwyt. Już sam fakt, że lekarz w tym wieku — 7-m dziesiątku swych lat, lekarz o sławie wszechświatowej, zapisuje się jako wolontariusz na oddział szpitalny, jest chyba jedynym w swoim rodzaju. Ważniejszy jest zapał, energia, wytrwałość, z jaką pracą swą wykonywał. Nie było poważniejszego przypadku, któryby Go nie zainteresował, nie było operacji, któreby nie asystował, nie było badania, któregoby sam nie dokonał.

W ciągu tych lat kilkunastu Goldflam, będąc w wieku, w którym większość lekarzy spoczywa już na zdobytych laurach, napisał szereg prac wartości pierwszorzędnej, o podstawowym dla nauki znaczeniu.

Ale dla dr. Goldflama chory nie był tylko przedmiotem badań i obserwacji naukowych, widział on w nim przede wszystkim człowieka cierpiącego, któremu należy nieść pomoc w cierpieniu, któremu zawsze okazywał jaknajwiększą życzliwość i współczucie. Ten serdeczny stosunek do chorego, nie mniej jak nieprzeciętna imponująca postać, jednały Mu serce i posłuch pacjentów.

Widząc, jak niedostateczny jest w kraju rozwój szpitalnictwa, a przede wszystkim opieka nad nerwowo i umysłowo chorymi Goldflam już przed ćwierć wiekiem w porozumieniu z kilkoma działaczami społecznymi powziął myśl założenia Tow. opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi Żydami, którego prezesem był przez szereg lat. I na tem polu, które było bodaj pierwszą placówką Jego pracy społecznej wykazał Goldflam swą niezwykłą energję, połączoną z nie mniej niezwykłym zapałem. Płomiennym namowom Goldflama nikt nie mógł się oprzeć, nikt nie mógł Mu odmówić. Dzięki temu T-wo mogło przystąpić do budowy nowego Zakładu dla umysłowo chorych „Zofjów-

“ w Otwocku, który z biegiem czasu stał się jedną najpoważniejszych instytucyj psychiatrycznych w kraju.

Drugim dziełem w dziedzinie szpitalnictwa, które społeczeństwo Goldflamowi zawdzięcza jest nowopowstały szpital dla Dzieci im. Bersonów i Baumanów. Goldflam znał dobrze, jak nikt inny, nędzę żydowską i mógł się przekonać, w jak okropnych warunkach rośnie dziatwa żydowska. Będąc Prezesem T-wa Przyjaciół Dzieci. Goldflam nie mógł nie zwrócić uwagi na to, że jedyny szpital dla dzieci żydowskich od szeregu lat jest nieczynny, i że ludność ży-

dowska nie ma możności korzystania w mierze dostatecznej z opieki szpitalnej dla swoich chorych dzieci. Toteż ze zwykłą dla siebie energją i zapałem, który się udzielał wszystkim współpracującym, oraz z wiarą w dobroczynność społeczeństwa żydowskiego, zabrał się do wskrzeszenia owego szpitala.

I pomimo piętrzących się przeszkód i trudności osiągnął, że na miejsce dawnego przestarzałego małego szpitala powstała piękna nowoczesna budowa: w r. 1930 Szpital dla Dzieci został na nowo otwarty i obecnie przeszło 100 dzieci znajduje w nim wykwalifikowaną pomoc i opiekę lekarską, a równocześnie — co dla Goldflama było niemniej ważną pobudką ideową — kilkudziesięciu lekarzy Żydów uzyskało placówkę naukową, w której mogli się poświęcić studjom pediatrycznym.

Ta sama idea — stworzenie placówki naukowej dla lekarzy — przyświecała d-wi Goldflamowi, gdy wraz z grupą działaczy społecznych, a w pierwszej linii z niezapomnianym kol. Flatauem zabiegał około powstania Instytutu Patologicznego przy Szpitalu na Czystem. Będąc sam człowiekiem, zamiłowanym w nauce, Goldflam wiedział doskonale, jak ważną rolę w rozwoju nowoczesnego lecznictwa i w wykształceniu młodego pokolenia lekarzy odgrywają badania laboratoryjne i rozumiał, że przy braku tych badań nie może być osiągnięty wysoki poziom nauki, który jedynie zapewnia ludności należyłą pomoc lekarską. Niestety pomimo wielkich starań i ofiar uruchomienie Instytutu, które było marzeniem Goldflama, dotąd nie mogło być urzeczywistnione.

Człowiek, którego zgon wszyscy dziś oplakujemy, był zaiste człowiekiem niezwykłym, organizacją wprost fenomenalną. Nie znam ani w kraju ani wśród społeczeństw zachodnich człowieka, któryby tak, jak Goldflam, umiał połączyć intensywną i produkcyjną pracę naukową z niemniej płodną i energiczną działalnością społeczną, i któryby na obu polach osiągnął tak świetne wyniki.

Wielka prawość charakteru, wprost wzruszająca skromność w stosunku do kolegów i współpracowników, szczerość i odwaga w wypowiedaniu swego zdania, entuzjazm i zapał do każdej sprawy, której się podejmował, i niezwykła dobroć serca, która znajdowała także swój wyraz w Jego prawdziwie szczerym stosunku do nieszczęśliwej masy żydowskiej, czyniły, że był On przez wszystkich czczony i uwielbiany.

Postać Goldflama pozostanie po wsze czasy uosobieniem piękna duchowego i winna świecić przyszłym pokoleniom, jako wzór wielkiego obywatela i uczonego.

Cześć Jego Świetlanej pamięci-

L. Bregman (Warszawa).

Działalność naukowa D-ra Samuela Goldflama.

„Miarą wyżyny, na jakiej znajduje się społeczeństwo, jest poziom, na którym stoją obywatele; miernikiem wysokości nauki danego narodu jest praca naukowa jego synów“. Takim rozpoczął przemowę do Goldflama podczas Jego jubileuszu przed laty dziesięć, w ten sam sposób rozpoczynam mówić o nim, gdy go pośród nas już nie ma.

Bo był to wielkiej miary uczony w kraju, założyciel fundamentów naszej neurologji, jeden z filarów nauki świata, współtwórca poważny gmachu medycyny wszechświatowej. I ciężko jest pomyśleć, że nie za-

*) Przemówienie nad trumną D-ra Goldflama.

brzmi na posiedzeniach naukowych potężny głos G o l d f l a m a, że nie będą się rozlegały jego mądre i artystycznie rzeźbione zdania i że nie ujrzą światła dziennego nowe prace z pod jego pięknego pióra. Lecz długo jasnieć będzie jego imię w rocznikach naszej wiedzy i z pietyzmem zwracać się będą lekarze do tomów nauki świata, w których błyszczą złote myśli G o l d f l a m a.

Samuel G o l d f l a m urodził się w Warszawie w r. 1852, w Warszawie w r. 1869 ukończył gimnazjum a w r. 1875 uniwersytet. Prawie tuż po jego ukończeniu zaprzęga się do pracy w klinice Prof. L a m b l a w szpitalu Św. Ducha. Od rana do nocy widać go bądź przy łóżku chorego, bądź przy stole w prosektorjum, bądź pochylonego nad mikroskopem. Wielki materiał, jaki znajdował, musiał samemu objąć umysłem. Z wrodzoną mu dokładnością nie opuszcza on najdrobniejszego zjawiska, jakie mu się ujrzyć nadarza, a widzi niekiedy to, co dla innych mogło przejść niepostrzeżenie. Brak kierownictwa w klinice z tropu go nie zbija, lecz przeciwnie wyrabia w nim wielką samodzielność.

Pamiętamy czasy, gdy w Uniwersytecie Warszawskim, jak i na licznych Wszechnicach Zachodu umieszczano w jednej klinice obok chorych z cierpieniami wewnętrznymi i łóżka dla chorych nerwowych. Dla G o l d f l a m a jest to zjawisko dodatnie: pojmuję, że istnieje duża łączność między chorobami w obu dziedzinach i że trzeba będzie jeszcze nieraz przesuwać i usuwać przegródki w istniejącym rejestrze chorób. W każdej badanej przezeń sprawie zapoznaje się dokładnie z piśmiennictwem, i w jego analizie zjawisk klinicznych znać umiejętność posługiwania się skalpelem, którego używa w badaniach ścisłych, na stole sekcyjnym. Tę umiejętność G o l d f l a m a widać już w pierwszej jego pracy w r. 1879, mającej za przedmiot „uwięźniętą przepuklinę zaotrzewnową krezek okrężniczych“ (1) oraz z następnej, w r. 1881, „o wpochwieniu kiszki czczej“ (2). Obejmowanie szerokim wzrokiem wielkich obszarów medycyny uważa on za rzecz nieodzowną dla każdego specjalisty i dlatego wśród prac nad neurologią potrafi zajrzeć w r. 1900 do cierpień nerek (22) i wykrzesać nowe światło, wykryć nowy objaw, który ułatwia rozpoznanie pewnej dziedziny tych chorób, stara się wykazać sposób odróżnienia zapalenia „pochewki ścięgniastej głowy długiej mięśnia dwugłowego od cierpienia stawu barkowego“ (33), zając się sprawą przepukliny płuc (29), bądź zeszytwnienia stawów palcowych (32), jakoteż przetok wrodzonych wargi dolnej (33), a w r. 1918 w okresie wojny światowej zajrzeć aż do kości (42) głodujących obywateli.

Przez umiejętność spostrzegania zjawisk, ukrytych dla innych badaczy, uwypukla on objawy jodbasedowizmu (39), powstałe naskutek stosowania nadmiernych dawek jodu w surowiczem zapaleniu opon i we władze rdzenia i przyczynia się do opracowania spraw, powstających na tle tarczycy.

Bez względu na swą systematyczność nie może on bez odchylenia kroczyć wciąż jedną linią. Gdy wybuchła nowa choroba, on do jej wyjaśnienia się zrywa. Z tego powodu pracuje nad sprawą utraty wzroku naskutek zatrucia wysokiem metylowym (41) oraz nad śpiączkowem zapaleniem mózgu (45).

Już w pracach powyższych uwidatniają się cechy G o l d f l a m a: posiłkowanie się ścisłymi metodami badania, szukania poza tłem zewnętrznem pod-

kładu wewnętrznego, wypatrywanie metod do rozpoznania różniczkowego, a w jednej z nich, dotyczącej cierpienia kości, umiejętność wyodrębnienia nowych postaci chorobowych.

Pół wieku temu mroki panowały w neurologji świata. G o l d f l a m był tym, co mroki te usiłował rozproszyc. Jeśli dziś jeszcze neurologja obejmuje obszary, sięgające poza jej granice, to wówczas trudno było stąpać wśród ogromu nagromadzonych zagadnień, spowitych mgłą głęboką. G o l d f l a m chce odstąpić choć część zjawisk ukrytych. Wyrwa się w r. 1882 do W e s t p h a l a, do C h a r c o t a, wraca do kliniki w Warszawie i stąd głosi „dobre nowiny“. Wspólnie z M e y e r s o n e m ogłasza pracę z pogranicza neurologji: „O przedmiotowych szmerach w uchu i głowie“ (18). Chęć doszukania się podstaw dla spraw chorobowych zaprzęga go do łączenia kliniki z anatomją patologiczną. W tej myśli przedstawia on dane sekcyjne w sprawie przymiotu rdzenia i w naczyniach krwionośnych dopatruje się istoty procesu. Drogą badań sekcyjnych i drobnowidzowych łączy się z poglądem uznających w nerwach obwodowych tło dla porażenia ołowianego (16). Ten, komu jest właściwe materialistyczne pojmowanie zjawisk, unika spraw mało uchwytnych, spraw czynnościowych. Trudno mu się godzić na czynności bez tła, toteż szuka tła anatomicznego dla hysterji i przypuszcza w tej sprawie zależność „podkorowych ośrodków od wpływów korowych, względnie psychicznych“ (31). W *paramyoclonus* (15), cierpieniu, uznawanem wówczas za czynnościowe, wskazuje dane, osłabiające myśl o jego naturze czynnościowej i podkreśla w nim nierówne oraz słabo oddziaływające źrenice. Ze ten objaw źrenicowy obala według niego czynnościową naturę cierpienia, domyśleć się można z pracy jego „w sprawie utraty wzroku skutkiem otrucia wysokiem metylowym“ (41). Robi on poszukiwania anatomiczne w cierpieniach, wówczas traktowanych, jako czynnościowe, pisze „o rozsiaśnem wieloogniskowem stwardnieniu mózgu i rdzenia“, poczytywanem wtedy za nerwicę. Szuka tła anatomicznego dla „niemoty ruchowej“ (4) oraz dla „polowiczego zaniku twarzy“ (9).

Oczytany, znający literaturę lekarską światową, sam staje się źródłem, do którego zwraca się o wiadomości zagranicą. W pracy o zapaleniu nerwów (6) on bodaj pierwszy podnosi sprawę nawrotów cierpienia i wyczerpująco opracowuje etiologję. A w sprawie etiologji, jak w innych, wypowiada się z dużą ostrożnością. W przypadku porażenia twarzy w pierwszych okresach kiły nie twierdzi kategorycznie, by kiła jedynym jego była czynnikiem etiologicznym. Podnosząc etiologję władu rdzenia (12) u małżonków (*tabes conjugalis*), nadaje kile znaczenie tła chorobowego, nie odrzucając jednak wpływu dziedziczności neuropatycznej. Szczytem, do którego zmierza nauka, jest możność przepowiadania zjawisk, toteż G o l d f l a m dążył do uzyskania zasad stawiania rokowania, ale rokowanie nie radził stawiać bardzo ogólnie nawet w sprawach o przebiegu stosunkowo łagodnym i przewlekłym (30).

Walka z chorobą wydaje mu się najłatwiejszą w pierwszych jej okresach, z tego powodu pragnie on „rozpoznanie wczesnych okresów choroby ułatwić“. W tej myśli zajmuje się bólami we władze oraz stanem odruchów (26). Badania jego własne oraz ogłoszone prace jego uczniów (B i r o, T u m p o w s k i) przekonują go, że w niektórych przypadkach władu rdzenia odruchy ze ścięгна Achillesa giną wcześniej od

kolanowych. Różnicę między jednym a drugim odruchem kolanowym we władze rdzenia podnosi w jednej z pierwszych swych prac (7) i szybko po tem wykazuje, że odruchy utracone mogą powrócić do normy (8). By ustanowić, czy brak odruchów jest objawem patologicznym, przeprowadza odpowiednie badania na tysiącach ludzi (38), zarówno wśród dotkniętych rozmaitemi chorobami, jak i ludzi zdrowych podczas czuwania, w okresie snu fizjologicznego oraz podczas uśpienia (28). Na tej zasadzie wypowiada tezę, że „zdrowi ludzie z brakiem odruchów należą do wielkich rzadkości”.

Z badaniami w dziedzinie odruchów wiąże się jego poszukiwanie nad stosunkiem między odruchami a stanem mięśni, jego wglądanie w stan agonistów i antagonistów podczas ich pracy, omówienie skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych oraz skurczu paradoksalnego, wreszcie zależności odruchów od układu nerwowego i stanu mięśni. Tą drogą dochodzi on do metody różniczkowania między zaburzeniami w układzie pozapiramidowym a zmianami w drogach piramidowych (46). Zagląda wreszcie do sprawy odruchów palców nóg (34) i w latach ostatnich pisze obszernie dzieło o odruchu *Rossolimo*. Gdy ktoś rzecz spostrzeże przez innych niezauważoną i towarzyszyów patrzeć nauczyci, ma niewątpliwą zasługę, lecz niemniej się zasłużył ten, co nadał sens temu spostrzeżeniu, co wlał treść w wykrytą formę. Objaw *Rossolimo* o nabrał wartości dzięki spostrzeżeniom *Gouldflama* (47, 48, 49) i objaw ten nieś powinien obecnie nazwę *Rossolimo-Gouldflama*. Jak zawsze skromny i dążący do prawdy, zwraca się *Gouldflam* do mnie, bym porozumiał się z *Sachssem* co do sprawdzenia na jego klinice powyższego objawu, i rzecz ta weszła w życie na drugiej półkuli. Sprawa odruchów była dziedziną, która *Gouldflam* a stale interesowała. Mocno go zajęło wykrycie w poliklinice w cierpieniu n. kulszowego objawu (*Biro*), przemawiającego za tłem zapalnym tej choroby. Jeszcze niedawno podniósł sprawę odruchu skrócenia (48) i nadał mu znaczenie równorzędne z objawem *Babinskiego* oraz zakreślił granicę dla objawu *Gordona* (49). W ostatnich miesiącach życia pisał jeszcze nową pracę o odruchach.

W sprawie odruchu żrenic, uczy nas *Gouldflam* ścisłego badania (36), przy ocenie wielkości żrenic każe się liczyć z wpływem oddychania (36), ze stosunkiem do ruchu gałek (37) i ruchu powiek (40). A nad ruchem powiek czyni poszukiwania w rozmaitych cierpieniach i tworzy grunt dla nowych badań. W pracach tych znać dążenie do opierania poglądów na danych makro- i mikroskopowych i do wykrycia w chorobach objawów podstawowych. Takie usiłowania niekiedy podważają istniejącą klasyfikację chorób. Pewne postacie, jak *paralysis spastica* (3), nie zasługują według niego na oddzielną rubrykę, a inne powinny być wtłoczone w nowe ramy (10). Porządki te przeprowadza ogólnie i niektórych obrazów z ram dawnych nie usuwa (15), by nie spotęgować labiryntu zjawisk, w jakim nam wypada błądzić. Wśród ogromu zjawisk są niezbędne do ich segregowania niekiedy i luźne przegródki, i ustawia je misternie, gdy nowe tworzy postacie chorobowe. Do zespołu *Brown-Séquarda* wprowadza podziałkę, by wyodrębnić postać (44), wykazującą remisje i dającą nieźle rokowanie.

Niektóre postacie chorobowe zawdzięczają

Gouldflamowi współpracę przy ich budowie. Do tych należy powyżej podane cierpienie kości i stawów (42) oraz chromanie przestankowe. Sprawę, przez *Charcota* poczętą, rozbudowuje przed *Erbe* m, wykazuje jej związek z naczyniami krwionośnymi (35) i z rodzinnym usposobieniem neuropatycznym (27) pacjentów. Motywem, przechodzącym przez różne twory *Gouldflama*, jest jego chęć łączenia spraw czynnościowych z organicznymi. I w pracy o chromaniu przestankowym (24) czytamy, że ze sprawy pierwotnie czynnościowej może powstać zaburzenie z podścieliskiem anatomicznym.

W chorobie, znanej pod nazwą *Erba-Gouldflama*, nakreślił *Gouldflam* jej cechy charakterystyczne, a przez to stworzył z niej postać samodzielną. Zaczątków idei o tej chorobie upatruję w pracy jego z kliniki uniwersyteckiej (10); w 1893 r. podniósł jej objawową cechę znamioną (szybkie wyczerpywanie się mięśni przez ich ruchy), charakterystyczną (17) linię przebiegu (falowanie natężenia objawów) i wskazał (25) na jej tło (mięśnie i układ nerwowy).

Jeśli w chorobie powyższej *Gouldflam* figuruje, jako jeden z dwóch jej współtwórców, to jego wyłącznie nazwisko powinno być nadane rodzinnemu porażeniu napadowemu (11). Przez swą skromność wylicza on kilku poprzedników na tej niwie, pomimo że z nich *Westphal* podał jedno spostrzeżenie właściwe, a inni tylko sprawy analogiczne. Dopiero *Gouldflam* nakreślił jej obraz całkowity i poparł badania kliniczne danymi chemicznymi, drobnowidzowymi i doświadczalnymi (20, 21).

Zakreśliłem linię pracy *Gouldflama*. Krocząc tą linią, musiał on czasem z niej schodzić i pracować nad zagadnieniami okolicznościowymi, obok których wobec swego żywego usposobienia nie mógł przejść spokojnie. Swemi pracami zbudował sobie, jak już pisałem przed 10 laty, pomnik trwały, długowieczny, w kształcie piramidy: podstawę jej tworzą jego spostrzeżenia, nad niemi się wznoszą objawy zasadnicze, a u szczytu jaśnieją formy chorobowe, do których utworzenia się przyczynił.

Dużą i cenną pozostawił nam spuściznę, a spuścizną tą są twory jego myśli i uczucia, mnogie cenne jego prace i miłość bliźniego, jaką szczepił w otaczających go kolegach. A otaczały go roje słuchaczy w klinice *Lamballa* i wsłuchiwały się w „dobre nowiny”, jakie im głosił przy łóżku szpitalnym. A gdy otworzył własną bezpłatną poliklinikę dla niezamożnych pacjentów, rwały się do niej tłumy pacjentów z kraju całego przeważnie z chorobami nerwowymi. Charakter tych chorób, ich przebieg najczęściej przewlekły czynił z polikliniki skarbnicę wielką, w niektórych dziedzinach przewyższającą materiał szpitalny. I otaczali *Gouldflam* a współpracownicy liczni; jedni lata, drudzy po kilkanaście lat i więcej pracowali obok swego Mistrza, a sztab specjalistów w rozmaitej dziedzinie klinicznej i laboratoryjnej uzupełniał dane polikliniczne. Materiał polikliniczny stał się główną podstawą prac *Gouldflama* i prac jego uczniów. I po dzień dzisiejszy to źródło zasila czasopisma kraju i zagranicy i nadal jeszcze służyć powinno nauce lekarskiej.

Wybuch wojny, poliklinika zostaje zamknięta i rzeźki, pracowity *Gouldflam* a m zaprzęga się wkrótce do pracy w szpitalu przy obcym warsztacie. I do końca życia wychodzą z pod jego pióra cenne utwory. Wysila się dla dobra chorych, gdy okrutna

choroba go zjada, gdy pochyła olbrzymia ku ziemi. Godziny jego są policzone, a on wciąż marzy o nauce i sztukach pięknych. Nauka jest dla niego nie tylko prawdą, lecz i pięknem, a uprawianie nauki i sztuk pięknych wznoszeniem się ku wyżynom nadziemskim.

O zaszczyty się nie ubiegał, lecz te go nie mięły. Towarzystwo Naukowe w Warszawie wybrało go na członka czynnego, Warszawskie Tow. Neurologiczne w chwili swych narodzin na swego prezesa, a Tow. Medycyny Społecznej na swego członka honorowego.

I dziś, gdy rozstał się z nami na zawsze, nauka lekarska, jej pracownice i pracownicy składają hołd najwyższy potężnej, świetlanej postaci Samuela Goldflama.

Maksymiljan B i r o.

PRACE NAUKOWE D-ra S. GOLDFLAMA.

1) Uwięźnięta przepuklina zaotrzewnowa krezek okrężniczych. Gazeta Lekarska, 1879 N. N. 24 i 25. 2) Długotrwałe wpochnienie książki częściej, spowodowane polipami. Wpochnienie wogóle. Gazeta Lekarska 1881, N. N. 29 i 30. 3) Czy *paralysis sive* (Erb) seu *tubus dorsalis spasmodica* (Charcot) istnieje jako samodzielna forma nozologiczna. Gazeta Lekarska 1884, N. 19. 4) Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych. Niemota ruchowa i zmysłowa. Medycyna 1885, N. N. 10 i 11. 5) O rozsiańnięciu wieloogniskowym stwardnieniu mózgu i rdzenia. Kronika lekarska 1886, N. N. 7 i 8. 6) O tak zw. rozsianem zapaleniu nerwów. Medycyna 1887, N. N. 23 — 28. 7) O nierówności objawów kolanowych w wjadzie rdzeniowym. Przegląd lekarski 1888, N. N. 32 — 35. 8) O powrocie odruchów ścięgniętych w przebiegu wjadu rdzeniowego. Kronika lekarska 1890, N. 4. 9) Przypadek połowicznego zaniku twarzy. Kronika lekarska 1890, N. 5. 10) Przypadek *polioencephalitis superior et inferior* i *poliomyelitis anterior* po influenzy z zejściem śmiertelnym, drugi niewiadomego pochodzenia z zejściem pomysłnym. Medycyna 1891, N. N. 7 — 9. 11) O niezwyklej postaci perjodycznego rodzinnego porażenia, powstałego prawdopodobnie na tle samozatrucia. Kronika lekarska 1891, N. N. 2 — 4. 12) Kliniczny przyczynek do etiologii wjadu rdzenia. Przegląd lekarski 1891, N. N. 39 i 40. 13) Zur Aetiologie der peripherischen Facialislähmung. Neurol Centralblatt, 1891, N. 16. 14) O przymiocie rdzenia. Odczyty kliniczne, wyd. przez red. Gaz. lek. 1891. 15) Dwa przypadki t. zw. *Myoclonus multiplex*. Kronika lekarska 1892, N. 2. 16) Przyczynek do patologii porażań ołowianych. Medycyna 1892, N. 26. 17) O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn. Medycyna 1893, N. N. 16 — 20. 18) O przedmiotowych szmerach w uchu i głowie (wspólnie z S. M e y e r s o n e m). Medycyna 1893, N. 46. 19) O chromaniu przestankowym. Medycyna 1894, N. 24. 20) O porażeniach rodzinnych napadowych. Medycyna 1895, N. N. 12 — 16. 21) O porażeniu rodzinnym napadowym. Medycyna 1897, N. N. 43 — 45. 22) O wstrząśnieniu nerek. Medycyna 1900, N. 25. 23) O zapaleniu ścięgna i pochwki ścięgniętej głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia. Medycyna 1900, N. 39. 24) Dalsze uwagi nad chromaniem przestankowym. Medycyna 1901, N. 1. 25) Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznym wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (D-r. E. F l a t a u). Medycyna 1902, N. N. 1 — 12. 26) O pierwszym objawie wjadu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achillesa. Medycyna 1902, N. N. 23 i 24. 27) Przyczynek do etiologii oraz symptomatologii chromania przestankowego. Medycyna 1904, N. 1. 28) Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu B a b i Ń s k i e g o. Medycyna 1904, N. N. 4 — 7. 29) Przypadek przepukliny

plucnej. Medycyna 1904, N. N. 43 — 45. 30) O nagłej śmierci u dotkniętych wjadem. Medycyna 1905, N. 47. 31) Przypadek gorączki histerycznej. Medycyna 1906, N. N. 40 i 41. 32) Przypadek wrodzonego rodzinnego zeszywnienia stawów palcowych. Medycyna 1906, N. 50. 33) O przetokach wrodzonych dolnej wargi. 34) O osłabieniu, względnie zniesieniu odruchu palców nogi oraz odruchu skrócenia. Medycyna i Kronika lekarska 1908, N. N. 41 i 42. 35) W sprawie chromania przestankowego. Medycyna 1910, N. N. 1 i 2. 36) O prostej, podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka. Medycyna i Kronika lekarska 1911, N. 28. 37) W sprawie oddziaływania źrenic przy ruchu zbieżnym. Medycyna i Kronika lekarska 1911, N. 34. 38) O losie osobników z brakiem odruchów ścięgniętych na kończynach dolnych. Medycyna i Kronika lekarska 1911, N. N. 48 — 51. 39) W kwestji Jodbasedowa. Neurologja Polska. 1911, T. 1, Z. 5. 40) Przyczynek kliniczny do objawów źrenicowych. Neurologja Polska 1912, T. 2, Z. 7. 41) W sprawie utraty wzroku skutkiem otrucia wysokim metylowym. Medycyna i Kronika lekarska 1916, N. N. 1 i 2. 42) O cierpieniu kości i stawów na tle nieodpowiedniego odżywiania. Medycyna i Kronika lekarska 1918, N. 42. 43) Ueber einige ungewöhnliche Symptome im Bereiche der Augenlider. D. Ztschr. f. Nrvhkde 1920, T. 66, Z. 1 — 2. 44) O uleczalnej postaci zespołu B r o w n - S é q u a r d a. Gazeta lekarska, 1918, N. N. 46 — 48. 45) Przyczynek do różnorodności postaci zapalenia mózgu pochodzenia nieropnego. Lekarz wojskowy, 1920, N. 18. 46) O skurczu rozciągowym mięśni przeciwnicznych. Kwartalnik kliniczny szpitala starozakonnych w Warszawie 1922, Nr. 1. 47) Przyczynek do semiologii odruchu skrócenia. Warsz. Czasop. Lek. 1925, N. 4. 48) O znaczeniu objawu G o r d o n a. Warsz. Czasop. Lek. 1925, N. 10. 49) O znaczeniu odruchu R o s s o l i m o. Warsz. Czasop. Lek. 1928, N. 15 — 16 i Księga jubileuszowa Edw. F l a t a u a, Warszawa 1929. Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes. Berlin 1930.

Źródła i metodologia twórczości Dra Goldflama.

W ciągu 57 lat G o l d f l a m ogłosił drukiem pięćdziesiąt kilka prac naukowych. Nie mamy zamiaru na miejscu tem omawiać ani treści ani też wartości naukowej tych dzieł, ponieważ znaczna większość ich już od szeregu lat przeszła do skarbca nauki wszechświatowej i zdobyła autorowi imię nestora neurologji.

Nie o superlatywy nekrologowe nam się rozchodzi w notatce niniejszej.

Zresztą byłoby to niezgodne z całym duchem Zmarłego, który w życiu codziennem odznaczał się wyjątkową skromnością. Co G o l d f l a m zrobił dla nauki w ciągu długich dziesiątków lat nieustannej pracy, to wiedzą wszyscy, — na tem miejscu chciałem oświetlić niektóre momenty, które świadczą o tem, jak On to robił.

W ciągu ostatnich lat kilkunastu byłem świadkiem codziennym jego badań i dążeń do najwyższego celu — do obiektywnej prawdy naukowej. Metodyka jego badań, sposoby szukania tej prawdy były tak dalece indywidualne, w tak dalekim stopniu odbiegały od charakteru i typu pracy naukowej przeciętnego uczonego, że należy zatrzymać się na nich szczegółowo. Twórczość Jego szła w dwóch kierunkach: w kierunku wyodrębnienia i tworzenia nowych jednostek nozologicznych oraz w kierunku ufundowania siemjotyki obiektywnej (a nieraz i subiektywnej, jak np. spostrzeżenia, dotyczące bólów gałki ocznej w ropniach płatu skroniowego). G o l d f l a m nigdy nie był uczonym typu *ex libro doctus*. G o l d f l a m

nie był t. zw. erudytą, który łykał bieżące piśmiennictwo lekarskie. W dyskusjach przy łóżku chorego oraz na posiedzeniach naukowych nigdy nie był On w stanie zaimponować szeregiem autorów lub też cytatai z piśmiennictwa. Natomiast, pomimo sędziwego wieku, zachował doskonałą pamięć wszystkiego tego, co s a m w i d z i a ł. G o l d f l a m przeważnie argumentował faktami oraz wynikami własnego badania. Zawsze był pełen wątpliwości. Jego ostrożność w rozpoznawaniu chorób była jaknajdalej posunięta. Przypominam sobie, jak dwadzieścia kilka lat temu, (pracowałem wówczas jako student na oddziale F l a t a u a) G o l d f l a m podczas jednej ze swoich rzadkich wtedy wizyt na oddziale powiedział: „Neurologia ostatnio zrobiła tak kolosalne postępy, że należy zachowywać jaknajwiększą ostrożność w stawianiu rozpoznai. Nieraz jest o wiele rozsądniej wogóle wstrzymać się od rozpoznania!” W powiedzeniu tem tkwi główna cecha G o l d f l a m a, a mianowicie kryształowa sumienność w stosunku do nauki i do samego siebie. Ileż to razy bywaliśmy świadkami, jak G o l d f l a m po żmudnem i często wielokrotnem badaniu chorego, w szpitalu, czy na naradzie w praktyce prywatnej odpowiadał: „Nie wiem”, ale to „nie wiem” nigdy nie było identyczne z rezygnacją. Po takim „nie wiem” G o l d f l a m z potrójną energią zabierał się do badań i rozmyślał nad chorym. Gdy widział na naradzie przypadek szczególnie skomplikowany lub niewyjaśniony, nierazkto proponował pojechanie do tego chorego celem powtórnegozbadania (rzecz jasna że — bezpłatnie!). Często po upływie dłuższego czasu G o l d f l a m telefonicznie zapytywał o dalszy przebieg i losy chorego. Nie ustawał w poszukiwaniu prawdy.

W ciągu długich dziesiątków lat G o l d f l a m prowadził swoje badania i zrobił swoje epokowe odkrycia na materiale ambulatoryjnym. Dopiero ostatnie lat kilkanaście pracował na oddziale F l a t a u a. Praca to była wyjątkowa. Pomimo sędziwego wieku, był codziennie na posterunku a nawet w ostatnim roku, pomimo swoich poważnych niedomagań fizycznych, nie opuszczał swej placówki pracy ani na jeden dzień. Nie należy zapominać, że w ciągu ostatnich miesięcy miewał stale stany podgorączkowe i gorączkowe, a jednak codziennie przychodził na oddział. Dopiero ostatnie 6 tygodni przed śmiercią, gdy już nie mógł się poruszać, w dosłownem znaczeniu tego wyrazu, zaprzestał odwiedzania oddziału. Ale nawet na łożu śmierci nie przestawał interesować się temi zagadnieniami, o których stale myślał. Podczas ostatnich sześciu tygodni już prawie nikogo nie przyjmował z najbliższych znajomych i współpracowników: boleśnie i wstydlwie krępował się swem niedomaganiem cielesnem. W tym też okresie zadzwonił do mnie, abym przyszedł do niego celem zakomunikowania mu wyników badania mikroskopowego naczyń i nerwów kończyny jednego chorego, amputowanej niedawno z powodu chromania przestankowego.

G o l d f l a m przez długie lata pracy naukowej na materiale ambulatoryjnym był pozbawiony możliwości kontrolowania sekcyjnego rozpoznai klinicznych, natomiast w ciągu ostatnich kilkunastu lat pracy na oddziale F l a t a u a nie przepuścił ani jednej autopsji.

On był pierwszym, który już w bardzo rannych godzinach telefonicznie wzywał poszczególnych kolegów na autopsję. Sekcja mózgu i rdzenia na oddziale

F l a t a u a dokonywana była stale przez samego F l a t a u a z wyjątkową skrupulatnością i z wybitną znajomością anatomji normalnej i patologicznej, która cechowała tego nieodżałowanego przez nas badacza. G o l d f l a m nieodstępnie asystował przy tych sekcjach, zwykle zadawał długi szereg pytań, dotyczących anatomji normalnej i patologicznej; ale na tem nie był jeszcze koniec! Najbardziej szczegółowo sporządzony protokół sekcji nigdy G o nie zadawał. Już tego samego dnia wieczorem G o l d f l a m telefonicznie zadawał nowy szereg pytań, dotyczących mózgu sekowanego rano, nazajutrz bardzo często trzeba było pokryjomu wraz z nim jeszcze raz przejrzeć cały mózg i w sposób konkretny odpowiadać na jego zapytania. Bardzo często, już potem, jak mózg powędrował do pracowni neurobiologicznej celem badania mikroskopowego, G o l d f l a m niekiedy po upływie dłuższego czasu, przychodził do pracowni celem ponownych oględzin mózgu i wyjaśnienia nowych wątpliwości. W trakcie opracowywania przypadku w celach badania mikroskopowego G o l d f l a m wielokrotnie dopytywał się o wyniki tego badania i, gdy przypadek był już mikroskopowo wyjaśniony, wtedy dopiero zjawiały się nowe pytania.

G o l d f l a m nie uspakajał się dopóty, dopóki nie znikła ostatnia jego wątpliwość. A wątpliwości tych u G o l d f l a m a zawsze była nieobliczalna ilość. Był to obraz wysoce imponujący, gdy 80-letni starzec często pieszo przychodził na 4-te piętro, aby jeszcze raz się przekonać, czy, na przykład, mikroskopowy „guz rzeczywiście sięgał kory mózgowej, czy też został mały rąbek wolny pomiędzy guzem a istotą szarą”! Są to chwile, których człowiek nigdy nie zapomni! Odpowiadać na jego zapytania nie należało do rzeczy łatwych. G o l d f l a m nigdy się nie zadawał odpowiedzią zdawkową. W szeregu następujących po sobie zapytań zwykle pogłębiał zagadnienie, wymagał zawsze odpowiedzi gruntownej, wyczerpującej a przede wszystkim faktów murowanych, odrzucając wszelkiego rodzaju nawarstwienia hipotez i koncepcji abstrakcyjnych. G o l d f l a m w swoich nieustannych poszukiwaniach bez przerwy się uczył. Badania mikroskopowe uprawiał tylko na samym początku swoich badań i, rzecz prosta, zdobycze na tem polu ostatnich lat kilkudziesięciu były mu do pewnego stopnia nieznane.

3 lata temu z inicjatywy F l a t a u a był urządzony kurs teoretyczny i praktyczny normalnej i patologicznej histologii układu nerwowego. G o l d f l a m narówni z najmłodszymi kolegami oddziałowymi zapisał się na ten kurs. Pomimo sędziwego wieku i pomimo iż wykłady odbywały się w godzinach późnych wieczorowych, G o l d f l a m był bodaj najpункtualniejszym słuchaczem tego kursu i z wielkiem zainteresowaniem śledził za wykładami. Muszę dodać, iż bardzo żałował, iż wykłady trwały wyjątkowo krótko (około 3-ch miesięcy). Jeszcze dwa miesiące przed śmiercią w pracowni patologicznej szpitala w sposób systematyczny studjował preparaty mikroskopowe całego szeregu przypadków chromania przestankowego.

Z rozmów codziennych wiem, iż miał na warsztacie conajmniej 5 tematów, nad którymi pracował od dłuższego czasu.

Już wspominałem o tem, iż G o l d f l a m nie należał do tego typu uczonych, którzy śledzą nieustannie za całym piśmiennictwem bieżącym. G o l d f l a m czytał tylko prace kardynalne, najpoważniejsze. Nato-

miast, gdy zabierał się do samodzielnego opracowania jakiegokolwiek zagadnienia, to sumiennosc Jego tak w spostrzeżeniach własnych, jak i w studjowaniu piśmiennictwa nie miała granic.

Rozpocznę od metodologii Jego spostrzeżeń. O ile dotyczyło to jakiegokolwiek faktu z dziedziny semiotyki, to ilość poświęconego czasu i liczba badanych przypadków były wprost zdumiewające. Jego sposób poszukiwania prawdy absolutnej naukowej graniczył wprost z fanatyzmem: On badał w takich wypadkach bez wszelkiej przesady *t y s i ą c e c h o r y c h*. Gdy praca na oddziale się kończyła, *G o l d f l a m* dopiero zaczynał swoją wędrówkę po innych oddziałach, badał chorych podczas uśpienia chloroformowego, podczas snu, badał w przytułkach starców, badał noworodków na oddziałach położniczych. Niejednokrotnie o 11-ej w nocy przychodził do przytułków dziecięcych, aby badać dzieci podczas snu. W trakcie prowadzenia badań nieraz już po 2-ch, 3-ch latach poszukiwań systematycznych dzielił się z nami swemi spostrzeżeniami i zawsze dodawał, że jeszcze nic nie wie, że jeszcze żadnych wniosków wyciągnąć nie jest w stanie. Była to zaiste praca syzyfowa. Nigdy nie dochodził do zagadnienia z jakąkolwiek myślą lub koncepcją *a priori*.

Nigdy nie szukał potwierdzenia w faktach swoich przypuszczeń, natomiast gromadził olbrzymią liczbę faktów i dopiero po upływie długiego czasu, gdy z głębokiej i wysoce sumiennej analizy olbrzymiego materiału faktycznego wyłaniała się jakaś myśl przewodnia, odważał się na reasumowanie swoich poglądów, które zawsze wypowiadał w sposób nadzwyczaj ostrożny, czyniąc przytem cały szereg zastrzeżeń. Jego ostrożność oraz skromność w wyciąganiu wniosków nie miała granic. Gdy od spostrzeżeń własnych przechodził *G o l d f l a m* do t. zw. zbierania piśmiennictwa, to czynił to w sposób też wyjątkowo oryginalny. Rozpoczął zwykle od najstarszych podręczników, skrupulatnie studjował anatomję, histologję, fizjologję oraz histopatologję danego działu i dopiero później przechodził do zaznajamiania się z piśmiennictwem klinicznym. Studja te nie ograniczały się do żmudnej pracy gabinetowej: *G o l d f l a m* stale konferował z kolegami, którzy mogli być pożyteczni swemi wyjaśnieniami w tej czy innej kwestji. Po każdej rozmowie robił notatki na małych skrawkach papieru, albo też na gazecie i dopiero wieczorem w domu u siebie wszystkie te notatki przepisywał i systematyzował. I znów powstawały pytania, znów zjawiały się wątpliwości, potem w godzinach najmniej spodziewanych — o 7-ej rano lub o 11-ej wieczorem — *G o l d f l a m* niejednokrotnie zadawał telefonicznie pytanie dodatkowe. *G o l d f l a m* codziennie zjawiał się zrana w szpitalu ze skrawkiem papieru, na którym były odnotowane terminy z dziedzin dla niego obcych — z histopatologii, z chemji czy z serologii i nie uspakajał się, dopóki na terenie szpitalnym nie znalazł człowieka, któryby po trafił mu wyczerpująco wszystko wyjaśnić. Można powiedzieć, że *G o l d f l a m* stale, codziennie kształcił się. W zeszłym roku na jesieni *G o l d f l a m* podczas podróży zagranicą uległ wypadkowi i złamał nogę; pomimo silnych bólów, nie przerwał swej podróży i w Wiedniu odwiedzał szpitale, badał chorych i uczestniczył w męczących obchodach oddziałów; na swoje zdrowie nigdy nie zwracał uwagi. Chęć zobaczenia czegoś nowego przewyżczała ból fizyczny.

Szczególnie cechował *G o l d f l a m* a wyjątkowy dar obserwacyjny. Niejednokrotnie bywałem

świadkiem obrazu następującego: chory leży na oddziale od 10 — 15 dni; szereg lekarzy dzień w dzień bada chorego i pod względem dagnostycznym nic konkretnego ustalić się nie daje.

Do łóżka chorego zbliża się *G o l d f l a m*, prosi aby mu opowiedzieć wywiady, ale dla *G o l d f l a m* a słuchanie opowiadania było zawsze rzeczą *n a j m n i e j w a ż n ą*. Najważniejsze było przystąpienie rychłe do badania. Na razie badał już wzrokiem. *G o l d f l a m* przedewszystkiem obnażał chorego i podczas opowiadania wywiadów cały czas badał chorego wzrokiem. Nieraz już tego rodzaju badanie wzrokiem dawało wyniki rewelacyjne: *G o l d f l a m* już zdążył zauważyć zaburzenia oddechowe, nabrzmienie patologiczne żyły w jakimkolwiek obrębie, jakieś bardzo nieznaczne zeszczipienie poszczegółnej grupy mięśniowej, jakąś asymetrię, jakieś nieprawidłowe ustawienie kończyny, jakieś wygórowanie. I należy podkreślić, że to, co *G o l d f l a m* zdążył zauważyć w ciągu bardzo krótkiego czasu swoim przenikliwym wzrokiem, było tak dyskretne, że uszło uwagi szeregu kolegów, którzy badali chorego dzień w dzień w ciągu nieraz dwóch tygodni. *G o l d f l a m* jeszcze przed dokładnem badaniem chorego, na zasadzie li tylko *o g l ą d a n i a* wypowiadał nieraz przypuszczenia, które były decydującemi w przypadku dość zawiłym i niejasnym. *G o l d f l a m* był *p o z a t e m s k o ń c z o n y m m i s t r z e m w p a l p a c j i*. Ulubionym jego ruchem było stale obmacywanie chorego podczas rozmowy z nim. Palpacja trwała nieraz bardzo długo. Wyniki tego badania palpacyjnego były niejednokrotnie wprost zdumiewające. Wyczuć zapomocą dotyku jakieś niedostrzegalne wygórowanie na czaszce, na kręgosłupie lub na kończynach — w tem *G o l d f l a m* bywał mistrzem niezrównanym.

Już zaznaczyłem, iż *G o l d f l a m* nie należał do tego typu dagnostów, którzy starają się zawsze i wszędzie, już po pierwszym badaniu, mieć ustalone rozpoznanie. Po większej części *G o l d f l a m* mógł w ciągu długich tygodni codziennie badać jednego i tego samego chorego i przyznawać się, iż jeszcze nie ustalił rozpoznania. *G o l d f l a m* musiał w takich przypadkach mieć niezbite obiektywne dane różniczkowo-rozpoznawcze. Bywały jednak i takie przypadki, gdzie zwykle ostrożny i pełen wątpliwości *G o l d f l a m* na zasadzie swego wycucia wewnętrznego, czystej intuicji twórczej — z całą pewnością i zwykłym sobie w takich wypadkach uporem stawał rozpoznanie, bardzo daleko odbiegające od szablonu.

Neurologdy warszawscy byli świadkami takiego rozpoznania jeszcze kilka miesięcy temu, gdy *G o l d f l a m* od razu rozpoznał guz mózgu w sposób czysto intuicyjny przy braku zupełnym wszelkich kardynalnych objawów guza mózgowego. Rozpoznał, zacięcie upierał się przy swem rozpoznaniu i... się nie omylił. Jeśli przejdziemy do drugiej strony twórczości *G o l d f l a m* a — do procesu pisania prac naukowych, to tutaj spotykamy się z dwoma gatunkami zjawisk: niektóre prace są pisane w sposób tak piękny, tak plastyczny, że dzieła te śmiało można porównać z dziełami klasycznymi w medycynie. Dotyczy to w pierwszej linii prac, w których *G o l d f l a m* wyodrębniał nowe jednostki nozologiczne. Taka praca np. jak „O osteoartropatii dysalimentarnej” jest napisana w sposób tak piękny i klasyczny, że znam cały szereg lekarzy, którzy z zachwytem czytali ją wielokrotnie. Praca ta może służyć jako wzór, jak należy pisać prace naukowe le-

karskie. Istnieją jednak i takie prace G o l d f l a m a, gdzie liczba faktów i spostrzeżeń jest tak przygniatająca, że z wielką trudnością udaje się opanować przytoczony przez G o l d f l a m a materiał. Jako przykład przytoczę nieduże stosunkowo dziełko, poświęcone „niektórym objawom ocznym”: zawiera ono dwadzieścia kilka rozdziałów, i recenzent pracy tej (w piśmie zagranicznym), być może, bardzo słusznie zauważył, iż byłoby korzystniej rozdzielić tę pracę na dwadzieścia kilka prac oddzielnych. Odnosi się to w najmniejszym stopniu i do ostatniej monografii G o l d f l a m a, ogłoszonej pod skromnym tytułem: „O znaczeniu klinicznym objawu R o s s o l i m o”. W monografii tej G o l d f l a m a podał taką olbrzymią ilość materiału faktycznego, opracowanego wyjątkowo krytycznie i skrupulatnie, iż może ona służyć jako istna encyklopedia licznych dziedzin neurologii współczesnej.

Kto obserwował G o l d f l a m a zbliska, poważnie uśmiechniętego, skłonnego do lekkich dowcipów żartobliwych, nie uwierzyłby nigdy, wiele pracy mozolnej wkładał G o l d f l a m w część literacką swoich prac naukowych. G o l d f l a m, który umiał badać chorych z takim wdziękiem i z tak nadzwyczajną sumiennością, — odnosił się z większą jeszcze sumiennością do każdego słowa, które wychodziło z pod jego pióra. Pisanie najmniejszej pracy zabierało mu długie miesiące a nieraz i lata. Można ten proces pisania śmiało nazwać „mękami twórczości”. Kiedyś zwierzył mi się G o l d f l a m z tego, z jaką powolnością i trudem idzie Mu pisanie każdej pracy, dodał przytem zwykłym swym czarującym głosem, akcentując, jak zwykle, każde słowo: „Gdyby ktokolwiek z was przeżył chociaż raz jeden taką katorgę, jaką przeżywam ja przy pisaniu swych prac, to pewien jestem, że już po pierwszej pracy zrzeklibyście się tego raz na zawsze”. A pomimo to G o l d f l a m w ciągu pięćdziesięciu siedmiu lat dzień w dzień czynił obserwacje, robił notatki i, przewyżczając tę „katorgę”, pisywał swe epokowe dzieła. Czem wytłomaczyć sobie tego rodzaju „męki twórczości”? Wszak G o l d f l a m pięknie władał słowem! Dlaczego więc proces pisania był dla niego tak uciążliwy? Jedyne wyjaśnienie tego zjawiska paradoksalnego leży w nadzwyczajnej jego sumienności i w wysoko rozwiniętym poczuciu odpowiedzialności za każde słowo wydrukowane z Jego podpisem. Toteż przeważająca część Jego publikacji przeszła do skarbca neurologii: wszystkie Jego spostrzeżenia i odkrycia zostały potwierdzone. W swoich pracach naukowych G o l d f l a m nie chciał się mylić i tak długo pracował nad każdym dziełem, dopóki był w stanie podać fakty i spostrzeżenia bezwzględnie pewne. Pod tym względem przypomina on wybitnego klasyka przyrodoznawstwa Karola D a r w i n a, który w swej autobiografii tłumaczy się, dlaczego nie ogłaszał swych epokowych odkryć drukiem w ciągu 25-ciu lat. Przeszło 20 lat D a r w i n zbierał wszelkie fakty, które mogłyby przemawiać p r z e c i w k o jego teorii, poczem, na zasadzie własnych spostrzeżeń, obalał przemawiające przeciwko jego teorii, i wówczas dopiero, gdy obalił je wszystkie, odważył się w sposób najskromniejszy (w postaci listu do sekretarza Królewskiego Towarzystwa Naturalistów) ogłosić swoją teorię po raz pierwszy. Byliśmy świadkami, jak G o l d f l a m uprawiał stale ten sam system szukania prawdy, Oryginalność, samodzielność, spostrzegawczość, dokładność i największa ostrożność, która graniczyła nawet z brakiem zaufania do samego siebie, oto najglówniejsze

cechy twórczości G o l d f l a m a. Dominującą cechą jednak była s p o s t r z e g a w c z o ś ć. On umiał widzieć to, co uchodziło uwagi innych! Spostrzeżenia, dotyczące jodbazedowizmu, objawów w zapaleniu mózgowia nagminnem, stwardnienia wieloogniskowego mózgu i rdzenia, prace nad wiadem rdzenia, klasyczne badania nad odruchami ścięgowemi, badania nad agonistami i antagonistami w schorzeniach układu piramidowego i t. d. — są tego dowodem dostatecznym. Należy podkreślić, iż w całym szeregu prac G o l d f l a m wykazał swoje mistrzostwo w dziedzinie badania źrenic. Pierwsza praca G o l d f l a m a, poświęcona chromaniu przestankowemu, została ogłoszona 36 lat temu. Możemy zaznaczyć, iż przez ostatni rok nadal pracował On nad semiotyką tego cierpienia, badając odruchy naczyń - ruchowe. Mam wrażenie, na zasadzie wielokrotnych rozmów z G o l d f l a m e m, iż w dziedzinie tej poczynił bardzo ciekawą nową spostrzeżenia, lecz, jak zwykle, nie lubił o tem mówić, dopóki nie była postawiona ostatnia kropka.

To samo czynią wybitni malarze: dopóki obraz nie jest zupełnie wykończony — trzymają go pod przykryciem i nie pokazują nikomu. Badania epokowe nad myastenją oraz porażeniem rodzinnym napadowem należą do klasycznych i dawno przeszły do podręczników, jako jednostki chorobowe, dla których wyodrębnienia i wyjaśnienia G o l d f l a m położył wielkie zasługi. Te kilka przykładów przytoczyłem wyłącznie w tym celu aby podkreślić wielorakość zainteresowań G o l d f l a m a. Oprócz wyjątkowego daru obserwacyjnego, do każdej pracy wkładał najwyższy dar Boży — młodzieńczy zapał, którego nie stracił do ostatniej chwili swego sędziwego wieku. Niedarmo F l a t a u, którego twórczość kroczyła innemi drogami, zwykle mówił o G o l d f l a m i e jako o „klimacyście z Bożej łaski”. Był to najwyższy bodaj komplement, któryśmy kiedykolwiek słyszeli od F l a t a u a, będącego bardzo wymagającym zarówno względem siebie, jak i innych. Istotnie, określenie F l a t a u a należy uważać za najtrafniejsze! Jak bywają poeci z Bożej łaski, tak i G o l d f l a m a należy zaliczyć do klinicystów z Bożej łaski.

J. M a c k i e w i c z.

Ze wspomnień o D-rze S. Goldflamie.

Kto nie znał z nas Jego majestatycznej postaci o głowie niepospolicie pięknej, wiecznie ruchliwego, pełnego zapału młodzieńczego? Zнали Go zwłaszcza ci, którzy w godzinach rannych, jak On, wyczekiwali tramwaju, dążącego w kierunku szpitala. Mając wszystkie dane do korzystania z wygodnego własnego wehikułu, wolał zawsze nie wyróżniać się i chętniej ginął w masie szarego tłumu. I kiedy młodsza brać lekarska każała obwozić siebie we własnych pojazdach, Jemu wystarczyła w zupełności skromna lokomocja tramwajowa, zawsze wśród młodzieży, której chciał być nieustającym rówieśnikiem. Nieraz spotykałem Go na przednim pomoście, stojącego skromnie w kącie, pogrążonego w czytaniu. Gdy pewnego razu proponowałem Mu ustąpienie miejsca siedzącego, odparł swym zwykłym żartobliwie dobrotliwym tonem: „wolę być bliżej steru”. W słowach tych, wypowiedzianych żartem, skreślił On niechęć lapidarnie całą treść Swej istoty.

To dążenie do steru było istotnie celem Jego życia. Lecz jakże inaczej rozumiał On ten cel niż wielu innych również dążących do niego! To nie była próż-

ność ambicji, to było dążenie do pracy w pierwszych szeregach. Takim był Zmarły nie tylko w nauce, lecz i w życiu społecznym. Zetknąłem się nieraz z tym tytanem ducha na polu pracy. Jak małe koło zazębia się od czasu do czasu o wielkie we wspólnym mechanizmie!

Drobne wspomnienie.

Było to w roku 1910.

B a r a n y ogłosił swe pierwsze spostrzeżenia nad badaniem klinicznym błędnika i mózdzku. Zdarzył mi się na oddziale przypadek, w którym na podstawie objawów, ogłoszonych przez B a r a n y e g o rozpoznałem ropień mózdzku. Neurologja wówczas odnosiła się do badań B a r a n y e g o z dużą rezerwą. Spostrzeżenia otologa, nawet takiego, jak B., nie imponowały przedstawicielom dumnie rozrastającej się neurologji. Rozpoznanie moje oczywiście było zlekceważone. Jako lojalny otolog stanąłem w obronie B a r a n y e g o i odważyłem się na trepanację, która stwierdziła torbiel mózdzku. Rozpoznanie to później potwierdziła autopsja. Ze wszystkich neurologów, którzy badali chorego za życia, jedyny tylko G o l d f l a m z całą otwartością skapitulował przed B a r a n y m. I kiedy ja zadowolilem się demonstracją jednorazową, G o l d f l a m, jakby chcąc naprawić swój błąd, jeszcze długo analizował ten przypadek. Kilkakrotnie wzywał mnie do siebie, gdzie, jak sędzia śledczy, wypytywał mnie o wszelkie szczegóły, nie szczędząc mi nawet zarzutu, że, ufając B a r a n y e m u, nie wyzyskałem klinicznie należycie tego przypadku. Takim był Zmarły w nauce, której służył całe życie bez osobistych ambicji. Należał on do wygasającego już zupełnie pokolenia klinicystów, których hasłem było: „La verité en science, la moralité en l'art.”.

Posiadając duszę wiecznego marzyciela, subtel-

nie reagował On na każde piękno materialne czy ideowe. Toteż wyzyskiwano Go niejednokrotnie dla hasła pięknych tylko z brzmienia! Postać Jego jednak była tak niezależna, że nigdy nie przylgnął do niej choćby najmniejszy cień, przeciwnie, światło, które biło od Niego, rozpraszało niejedną mrok, w którym się znalazł przypadkowo. Zmarły zaliczał siebie do demokratów. Nie chciałem tego niesławnie wytartego liczmaną zastosować do Jego osoby. Była to w każdym razie jedna z bardzo nielicznych jednostek, która, będąc arystokratą ducha, szczerze służyła idei demokracji.

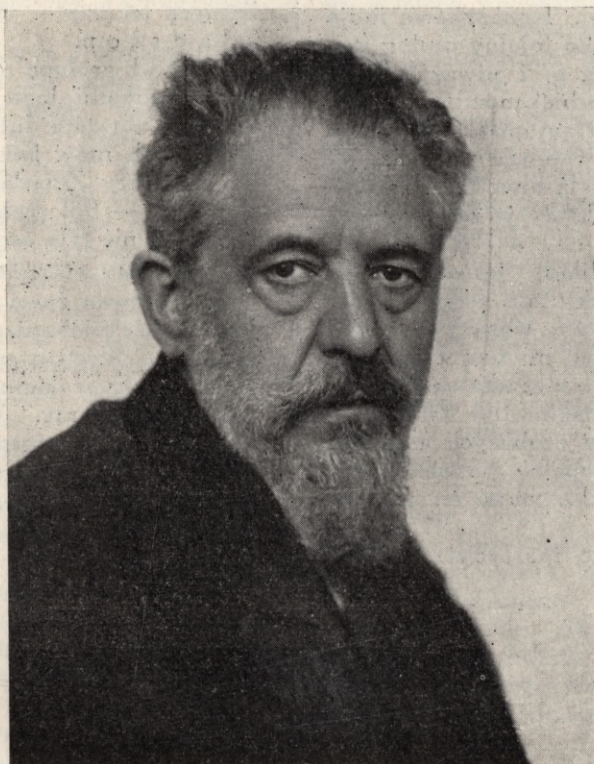
S. G o l d f l a m opuścił nazawsze nasze szeregi! Jaką stratę poniosła nauka i społeczeństwo, do wie się dopiero potomność, która napewno przez długie lata będzie wspominała o Nim jako o jednym z nielicznych lekarzy — przewodników ludu, o których śnił G l a d s t o n.

Nad grobem Zmarłego zabierali głos ci, którzy byli świadkami Jego niezmordowanej działalności. Było w ich słowach dużo bólu serdecznego, lecz ze wszystkich tych mów bez wątpienia najbardziej przypadłaby do duszy Zmarłego ta, która nie była wygłoszona słowami, — ból tych tysięcy ludzi, których wiązała ze Zmarłym nie tyle osobista znajomość, ile nierozzerwalna nić szczerego przywiązania.

Rydwan życia nie zatrzymuje się ani na chwilę. Jutro może niebardzo będzie się różniło od dnia dzisiejszego. Wozy tramwajowe z tą samą punktualnością będą wiozły w kierunku szpitala pozostałe przy życiu pokolenie lekarzy. Wielu z nich będzie się tłoczyło na przedniej platformie. Bliżej steru... Ale czy rychło wśród nich znajdą się tacy, którzy zadanie sternika rozumieją nie jako zadośćuczynienie próżnej ambicji, lecz jako obowiązek?

L. Z a m e n h o f.

Dr. med. SEWERYN STERLING



Wybitny lekarz i społecznik, znakomity badacz gruźlicy, naczelnny lekarz szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i wielu innych Towarzystw, profesor Wolnej Wszechnicy, prezes Towarzystwa Lekarskiego w Łodzi.

Zmarł dn. 6 Sierpnia r. 1932.



Dr. Seweryn Sterling.

Pogrzeb Seweryna Sterlinga był wielką manifestacją mieszkańców Łodzi, tłumnie i w skupieniu żegnających lekarza, który przeszło czterdzieści lat pracy zawodowej oddał miastu, społeczeństwu, krajowi, a nade wszystko stanowi lekarstwu. Pomimo pory wakacyjnej liczne grono lekarzy z całej Polski przybyło na żałobną uroczystość, a przemówienia przedstawicieli ciał lekarskich, jak Izby lekarskiej, Związku lekarzy Państwa Polskiego, Towarzystw lekarskich, — dały wyraz głębokiego zrozumienia roli, jaką zmarły odegrał w życiu społecznym, naukowym i zawodowym lekarzy.

Dziś, gdy dostojna postać Sterlinga, po trudach i pracy, spoczęła na wieki, — we wspomnieniach naszych staje w całej pełni ten lekarz - obywatel-klinicysta - społecznik i organizator życia lekarskiego. Podziwiać musimy wielostronność jego natury, ogarniającej, poza głębokim znawstwem medycyny, szerokie horyzonty pracy społecznej, naszych potrzeb i bolączek.

Ze środowiska rodzinnego, odznaczającego się wielką kulturą umysłową i wykształceniem, wyniósł Sterling te wszystkie zadatki duchowe, jakie cechowały jego postępowanie, i tem tłumaczy się wszechstronność w ogarnianiu zagadnień lekarskich. Bo jasną jest rzeczą, że samo wykształcenie lekarskie takiej kultury umysłowej dać nie może. Po ukończeniu IV gimnazjum w Warszawie, wstąpił na wydział lekarski i otrzymał dyplom uniwersytetu warszawskiego w r. 1889. Podczas studjów, należał do tajnych organizacji młodzieży, odgrywając wybitną rolę. Studja kliniczne w zakresie medycyny wewnętrznej, uzupełnia pod kierunkiem profesorów: Baranowskiego w Warszawie, Nothnagla i Kassowitza w Wiedniu, Ziemssena w Monachjum, Stintzinga i Gärtnera w Jenie. Od roku 1894 osiada na stałe w Łodzi i tu jesteśmy świadkami jego czynnego i niezmiernie ruchliwego życia.

Bilans pracy Sterlinga jest tak olbrzymi, że tylko dziwić się należy, że w ciągu krótkiego życia ludzkiego można tyle dokonać, tyle zdziałać w sferze tak licznych zainteresowań.

Już w pierwszych latach po osiedleniu się w Łodzi, zarysowuje się postać Sterlinga, jako klinicysty - naukowca. Zdała od ośrodków uniwersyteckich, w trudnych warunkach rządów zaborczych, przystępuje Sterling, jako lekarz i ordynator szpitala im. Ponańskich, do zorganizowania szkoły klinicznej, która w krótkim czasie staje się poziomem najlepszych klinik uniwersyteckich. Sterling jednoczy i inicjuje ruch naukowy wśród lekarzy prowincjonalnych, idąc śladami Bieganańskiego. Prace naukowe, dokonane pod jego kierunkiem, drukuje w założonym przez siebie „Czasopiśmie lekarskim”, dążąc w ten sposób do zespolenia w jednym organie zainteresowań naukowych lekarzy prowincjonalnych. Praca publicystyczna była tylko jednym ze środków, prowadzących do tego celu. W łonie Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, początkowo jako członek, następnie jako prezes, lata całe dąży wytrwale do odrodzenia ruchu naukowego. Pragnąc ogarnąć jak najszersze koła lekarzy prowincjonalnych na terenie zaboru rosyjskiego, organizuje Sterling zjazdy lekarzy prowincjonalnych, z których pierwszy odbył się w roku 1912 w Łodzi, drugi — w 1914 w Lublinie.

Od początku działalności lekarskiej, przedmio-

tem szczególnego zainteresowania Seweryna Sterlinga staje się gruźlica. Jako ftizjolog, zmarły był wybitnym klinicystą i jednocześnie — czołowym przedstawicielem społecznego ruchu przeciwgruźliczego. Z jego śmiercią odszedł od nas ostatni przedstawiciel tego pokolenia lekarzy na ziemiach zaboru rosyjskiego, które wydało Alfreda Sokółowskiego i Kazimierza Dłuskiego. Był ostatnim z tej wielkiej trójki i przejdzie wraz z nimi do historii polskiej medycyny i polskiej ftizjologii. W klinice gruźlicy prace Sterlinga zajmują wybitne miejsce i na łamach prasy fachowej znajdują odpowiedni wyraz. Jeden z pierwszych wprowadza u nas stosowanie odmy sztucznej i popularyzuje sanatoryjne leczenie gruźlicy płuc. Długie lata pracuje nad anatomją patologiczną gruźlicy i w wyniku ogłasza uwagi krytyczne o istniejących klasyfikacjach gruźlicy płuc. Na I-szym Zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie w r. 1925, jest głównym referentem tego zagadnienia. Zjazd uchwała jednogłośnie przyjęcie klasyfikacji Sterlinga, jako obowiązującej na całym terenie Rzeczypospolitej. Zgodnie z uchwałą, Polski Związek Przeciwgruźliczy wprowadza wspomnianą klasyfikację we wszystkich poradniach, drukując odpowiednie tablice do użytku lekarzy.

Oprócz licznych prac klinicznych z zakresu ftizjologii, Sterling całe życie działał: pisał o organizacji walki społecznej z gruźlicą. Dążenia te są zrozumiałe, jeżeli weźmiemy pod uwagę jego poglądy na sprawy medycyny publicznej i społecznej.

W początkach bieżącego stulecia publikuje prace pod tytułem: „Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej”, „Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności miejskiej, w szczególności dla ludności fabrycznej”, „Plan organizacji medycyny publicznej”. W pracach tych kreśli wytyczne przyszłego ustroju opieki nad zdrowiem ludności ubogiej i robotniczej. Powinna się ona opierać, w jego przekonaniu, na ubezpieczeniach społecznych o określonej granicy zarobkowej i na wolnym wyborze lekarza. W marzeniach swych z przed 30 laty, Sterling chciał stworzyć jeden system medycyny publicznej, ogarniający w jedną całość potrzeby gmin i samorządów, ubezpieczeń i walki z chorobami społecznymi. Nie chciał dzielić lekarzy w publicznej służbie na kategorie kasowych, gminnych, państwowych i t. d. Chciał w związkach samorządowych stworzyć jedną całość publicznej służby zdrowia i opieki nad zdrowiem i na tem opierał znaczenie lekarza w społeczeństwie, jako organizatora największego zagadnienia życia społecznego. Patrzył jasno w przyszłość, wierząc, na 30 lat naprzód, że te zagadnienia staną się jedną z wielkich bolączek życia w odrodzonej Rzeczypospolitej. W planach Jego uderza nie tylko wielkie wyzucie potrzeb społecznych, — stokroć więcej podziwiać trzeba znajomość psychiki lekarskiej. Wiedział, że indywidualizm nasz i separatyzm rozdzielił nas na grupy, że sprzeczać się będziemy o zasady i poglądy, że trudno między nami o jednolity front wobec opinii publicznej w sprawie zagadnień społeczno - lekarskich i roli lekarza. Myśląc i tworząc, jednoczył, a nie rozbił. Chciał z nas utworzyć jedną wielką rodzinę ożywioną jednym duchem i dążącą do jednego celu.

W pracach nad organizacją walki z gruźlicą przebija wszędzie ta myśl zasadnicza jednoczenia wysiłków. Z inicjatywy Sterlinga powstała w magistracie m. Łodzi sekcja do walki z gruźlicą. Staraniem Jego utworzono Łódzką Radę naczelną do spraw walki z gruźlicą, jako jeden z pierwszych wzorów wspólnego frontu;

gminę, kasę chorych, instytucje przeciwgruźlicze społeczne zaprzęgał do jednego wspólnego wysiłku. Niełatwe to było zadanie. Nasze ambicje i nasz separatyzm czynią skoordynowanie wysiłków w każdej sprawie rzeczą nieskończenie trudną. Byłem świadkiem zmagani i trudności, jakie spotykał w codziennym życiu ten zgasty przedwcześnie wielki lekarz, myśliciel i higienista. Ale nie był On z tych, co ręce opuszczają, gdy los im nie szczędzi zawodów. Był człowiekiem czynu i takim pozostał do ostatnich chwil swego życia.

Ostatni Polski Zjazd przeciwgruźliczy w Zakopanem obwołał go jednogłośnie przewodniczącym, a po zamknięciu obrad, przez usta profesora Pawła Gańtkaowskiego, oddał hołd Jego zasługom. Żywiołowa manifestacja uczestników Zjazdu wzruszyła Go i ze łzami w oczach dziękował za uczucie szacunku i wdzięczności, jakie elita ftizjologów polskich składała jednemu z swych leaderów.

Dorobek pracy Sterlinga to sto kilkadziesiąt prac naukowych, społecznych i popularyzatorskich. Będą one poddane kompetentnej analizie na łamach prasy lekarskiej.

Ale ponad wszystkie Jego zasługi wybija się postać Seweryna Sterlinga, jako wychowawcy nas lekarzy. Żadne przepisy prawa ani litery artykułu nie ukształtują etyki lekarza. Zawód, który musi wejść w społeczeństwo z sercem wrażliwym i czułym, z ukochaniem obowiązku, musi się oprzeć na tradycji tych luminarzy, co szli przed nami drogi wytaczać. Szenna jch w swej „Przysiędze Hippokratesowej” daje w całej pełni wyraz znaczeniu psychicznemu przykładu i tradycji. Seweryn Sterling przejdzie do tradycji wielkich naszych lekarzy i długo będzie świecił przykładem naszym następcom.

W listopadzie 1924, grono kolegów lekarzy wydało jednodniówkę poświęconą 35-cio leciu pracy Sterlinga, zawierającą cały szereg prac lekarskich Bujwida, Mazurkiewicza, Mikulskiego i innych. W odezwie do jubilatą, poprzedzającej jednodniówkę, zawarte są słowa serdeczne i mocne, które najlepiej malują uczucia, jakie koledzy chcieli Mu wyrazić: „Tam, gdzie bożyszczem pieniądza, a religią egoizm, Tyś głosił i czynił służbę ideałom i dobru społeczeństwa. Myśl i rękę zwróciłeś ku tłumom upośledzonych i rzeszom cierpiących. Szedłeś w bój z najzdradliwszym i okrutnym wrogiem ich zdrowia i bytu i stawałeś do walki z ciemnotą, wierząc niezachwianie, że na zdobywanych szczytach zatrępoce kiedyś sztandar zwycięstwa”.

„Pracowałeś bez odpoczynku i wytchnienia, w mozołach i znoju; pracowałeś często wbrew losom i ludziom, nieraz bez podzięką, nieraz goryczą pojony”.

„Hołd Tobie, żołnierzu idei!”

„Twego domu rodzinnego świętość, — współpracy z wielkim krajem obywatelem pamiątka, — krzepiła Cię w przełomowych chwilach i była natchnieniem Twego hasła: Ojczyzna nadewszystko. Wśród kirów nieskończonej nocy Tyś zawsze wypatrywał świtu. *Contra spem speravis*.”

„Poznałeś więzienia zaborcy, a gdy po nim drugi sięgał łapczywie po to, co nasze, Tyś stanął na czele rzucających śmiało wrogowi w oczy: Nie damy!”

„Cześć Ci, obywatelu — Polaku!”

Dziś Seweryn Sterling spoczął po trudach, — pozostały po nim uczynki. Uczynki te — to perły działalności lekarza, a wartość ich wychowaw-

cza przetrwa długie pokolenia. Sterling był jednym z tych, o których powiemy, że spełnił przysięgę i przykazanie Hippokratesowe.

Czesław Wroczyński (Warszawa).

Działalność naukowa Dra Seweryna Sterlinga.

Odszedł od nas Seweryn Sterling, jeden z najwybitniejszych lekarzy w Polsce, znakomity badacz naukowy, wielce zasłużony działacz społeczny, niestrudzony bojownik w walce z gruźlicą, niezapomniany nauczyciel i przewodnik kilku generacji lekarzy.

Seweryn Sterling urodził się w r. 1864 w Gustku pod Tomaszowem Mazowieckim. Po ukończeniu w r. 1883 IV-go Gimnazjum w Warszawie wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1889. W tym okresie należał do tajnego związku młodzieży polskiej. Wykształcenie lekarskie uzupełniał na oddziałach prof. Baranowskiego w Warszawie, Notnagla i Kasowitza w Wiedniu, Ziemssena w Monachium, Stintzinga w Jenie i w Instytucie prof. Gaertnera w Jenie.

Od r. 1891 do r. 1894 praktykował w Tomaszowie Mazowieckim. W r. 1894 przeniósł się do Łodzi. Od tego czasu rozpoczyna się wszechstronna i wyjątkowo owocna praca Sterlinga na polu lekarskim i społecznym.

Już w trzecim roku po przybyciu do Łodzi tworzy Sterling przy Szpitalu im. Poznańskich specjalny oddział dla piersiowo chorych, którego zostaje kierownikiem. Dla Łodzi, miasta kominów, gdzie gruźlica zbierała rok rocznie obfite żniwo, założenie wzorowego oddziału dla płucno - chorych miało doniosłe znaczenie. Dla Sterlinga oddział ten był cennym warsztatem pracy naukowej; tu rozpoczął Zmarły swe dociekania nad zagadnieniem gruźlicy, któremu poświęcił większą część swej pracy naukowej.

W r. 1908 zostaje ordynatorem całego oddziału wewnętrznego Szpitala im. Poznańskich. Oddział ten, dzięki wybitnym zdolnościom organizacyjnym i pedagogicznym Sterlinga, staje się ośrodkiem pracy naukowej dla całej rzeszy asystentów i uczniów Zmarłego. Owocem pracy naukowej na tym oddziale były liczne publikacje naukowe, ogłoszone przez Sterlinga i Jego uczniów. Pracując naukowo z tak świetnym wynikiem w mieście prowincjonalnym, nieposiadającym kliniki uniwersyteckiej, Sterling, podobnie jak Władysław Biegański, dowiódł, jak wiele na polu naukowym zdziałać można, nawet w niesprzyjających warunkach, przy zdolnościach i zamiłowaniu do nauki.

W r. 1899 zakłada Sterling „Czasopismo Lekarskie”, które redaguje do r. 1908. W r. 1909 zakłada i redaguje czasopismo „Gruźlica”. Z Jego inicjatywy zostaje zwołany I-szy zjazd lekarzy prowincjonalnych do Łodzi w r. 1912. W r. 1903 staje na czele Łódzkiego Oddziału Warszawskiego Tow. Higienicznego, któremu przewodniczy do r. 1912. Od r. 1906 jest wice prezesem, a od 1916 prezesem Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, którem kieruje do ostatnich dni życia swego. W ciągu całego tego czasu był On duszą i mózgiem tego Towarzystwa. Podczas wojny światowej w r. 1915 zostaje przewodniczącym Głównego Komitetu Obywatelskiego w Łodzi. Od chwili powstania samorządu łódzkiego jest czynnym członkiem Wydziału Zdrowotności Magistratu. Jest członkiem Rady i wi-

ceprezesem Sądu Izby Lekarskiej od chwili powstania samorządu stanowego lekarskiego.

Ogromne są zasługi Sterlinga na polu społecznej walki z gruźlicą. Bez przesady rzec można, że wszystko, co na tem polu działo się w Łodzi, jest zasługą Jego: jest On twórcą Ligi Przeciwgruźliczej w Łodzi, organizatorem i kierownikiem Sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi, założycielem i kierownikiem poradni dla gruźlików, twórcą sanatorium dla gruźlików w Chojnach — dla dorosłych w r. 1916, dla dzieci w r. 1920.

W r. 1928 zostaje mianowany profesorem higieny Wolnej Wszechnicy w Łodzi. Mimo nadwątłego zdrowia zabiera się z młodzieńczym zapałem do pracy na tej nowej placówce, wyjeżdża do Dreżna, Wiednia i Berlina, nawiązuje kontakt z wybitnymi profesorami higieny (Grotjahn w Berlinie), dążąc do postawienia swych wykładów na poziomie współczesnych uniwersytetów zagranicznych; cel ten przez Niego znakomicie został osiągnięty. Wreszcie, ulegając prośbom ordynatorów i zarządu Szpitala Poznańskich, obejmuje w r. 1930 stanowisko naczelnego lekarza Szpitala, którego sprawami żywo się interesuje do ostatnich chwil życia.

II.

Niepodobna w krótkim artykule omówić wszechstronnie naukowej działalności Sterlinga. Temat ten będzie przedmiotem specjalnej pracy zbiorowej Jego uczniów. Na tem miejscu ograniczymy się do ogólnego scharakteryzowania pracy naukowej Zmarłego. Wystarczy przejrzeć spis prac Sterlinga, ogłoszonych drukiem w czasopismach polskich i zagranicznych (a jest ich ponad 130), by dojść do wniosku, że sfera zainteresowań Sterlinga była nader rozległa. Wśród prac Jego znajdujemy 11 z dziedziny medycyny teoretycznej, 54 z medycyny klinicznej, 36 z medycyny społecznej i higieny, 34 z różnych dziedzin medycyny. Poruszał On zawsze tematy aktualne, z właściwym Mu krytycyzmem nader trafnie oceniał nowe prądy i zdobycze medycyny praktycznej i teoretycznej.

W latach dziewięćdziesiątych, gdy się zaczęła rozwijać bakterjologia, pisze On szereg prac z tej dziedziny.

Gdy badanie ciśnienia krwi zaczęto wprowadzać w Zachodniej Europie, jako pomocnicze badanie kliniczne, Sterling jeden z pierwszych u nas zabiera głos w tej sprawie, przeprowadzając ciekawe badania nad ciśnieniem krwi u gruźlików. Wyniki tych badań odbiegały od uznanego podówczas poglądu, który uważał za właściwe gruźlicy ciśnienie obniżone; Sterling, opierając się na pomiarach ciśnienia krwi u 100 chorych w bardzo wczesnym okresie suchot, przyszedł do wniosku, że ich P. P. było mniejsze aniżeli u ludzi zdrowych, co zależało od wysokiego poziomu ciśnienia rozkurczowego (Mn), przy prawidłowym — skurczowym. Tłumaczy On to napięciem nerwu współczulnego.

W r. 1914 wydaje monografię „O użyciu oscylometru sfigmometrycznego do badania ciśnienia krwi” i tą drogą popularyzuje tę metodę badania.

Gdy Vollhardt i Fahr dokonali przezwrotu w poglądach na istotę chorób nerek, Sterling wygłasza na ten temat cykl odczytów w Łódzkim Tow. Lekarskim i wydaje monografię, rzeczowo i wszechstronnie przedstawiając nowe poglądy na choroby nerek, przeszczepiając je na grunt polski.

Głównym tematem prac Sterlinga była gruźlica; naukowe zasługi Jego w dziedzinie ftizjologii są dziś znane wszystkim. Rozwój nauki o gruźlicy Polsce w ciągu ostatnich 40 lat związany jest z trzema nazwiskami: Alfredem Sokółowskim, Kazimierzem Dłuskim i Sewerynem Sterlingiem. Sterling był w jednej osobie znakomitym teoretykiem w dziedzinie ftizjologii i utalentowanym organizatorem społecznej walki z gruźlicą.

Już w r. 1903 w pracy, ogłoszonej w „Czasopiśmie Lekarskim” (i Münch. Mediz. Wochen.), zwrócił On uwagę na względne przyspieszenie częstości tętna (*tachycardia relativa*) szczególnie w okresie bezgorączkowym, jako na objaw, źle rokujący w przebiegu suchot płucnych. Ten objaw został powszechnie uznany i w związku z pracą Sterlinga wcielony do kilku wydanych ówczesnie podręczników (Piery, Cornet, Kuthy, Wolf-Eisner). Zmarły, jeden z pierwszych w Polsce zakłada w r. 1912 na swym oddziale w Szpitalu odmę sztuczną. Staje się On zwolennikiem i propagatorem tej metody leczenia. W r. 1914 ogłasza wspólnie z Dłuskim w „Przeglądzie Lekarskim” i w „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose” obszerną pracę o sztucznej odmie piersiowej.

Nader ciekawa jest praca Sterlinga o wartości rokowniczej odczynu poadrenalinowego w przebiegu gruźlicy: wybitnie wyrażony odczyn, występujący po zastosowaniu (podskórnym lub podspójkowym) adrenaliny, ma dobrze rokować o przebiegu suchot płucnych.

W r. 1921 wydaje *Compendium* pod tytułem: „Suchoty płuc pospolite”, które, według określenia Jego, „jest treściwym wykładem obecnego stanu wiedzy o suchotach, opartym w części klinicznej — w stopniu znacznym na własnym przeszło trzydziestoletnim spostrzeganiu”. W tej pracy, jak i w szeregu innych, Sterling słusznie podkreśla, że należy odróżniać gruźlicę od suchot płucnych. Gruźlicą nazywa „jedyne zmiany histologiczne swoiste, zależne od działania laseczników Kocha”; za suchoty płuc zaś uznaje „chorobę, najczęściej przewlekłą, zależną od swoistych zmian gruźliczych w tkankach płuc i swoistych zmian humoralnych w całym ustroju; towarzyszą im zmiany nieswoiste w płucach, a często też zmiany gruźlicze pozapłucne”.

Krytyczny i ściśle logiczny umysł Sterlinga szuka wyjścia z chaosu, jaki stworzył proponowany przez różnych klinicystów podział gruźlicy; tworzy On własną anatomo - kliniczną klasyfikację gruźlicy, która uznana została w r. 1925 na I-szym Zjeździe Przeciwgruźliczym za obowiązującą w Polsce.

W r. 1926 ogłasza ciekawą pracę w Polskim Archiwum Medycznym pod tytułem: „Układ nerwów współczulnych a gruźlica”. W pracy tej Sterling, opierając się na swych spostrzeżeniach, wyżej przeze mnie pokrótce omówionych (wysokim poziomem ciśnienia rozkurczowego w początkowym okresie suchot, przyspieszeniu tętna jako objawie źle rokującym o przebiegu suchot, żywym odczynie poadrenalinowym jako objawie dobrze rokującym) wysuwa hipotezę o obronnej roli nerwu współczulnego w walce ustroju z gruźlicą; na poparcie tej hipotezy przytacza szereg nowych spostrzeżeń klinicznych i laboratoryjnych, których szczegółowo, ze względu na ramy niniejszego artykułu, omówić na tem miejscu nie mogę.

Szereg prac naukowych Sterling poświęcił metodom racjonalnej walki z gruźlicą; każdy inte-

resujący się zagadnieniem walki społecznej z gruźlicą znajdzie cenny materiał w odnośnych pracach Zmarłego („Tezy walki z gruźlicą”, „Wytyczne publicznego leczenia suchot płucnych” i inne).

Ostatnią pracę *Sterlinga*, która ukazała się w druku kilka miesięcy przed Jego śmiercią, była notatka historyczna z powodu 50-lecia odkrycia prątki kwasoopornego przez Roberta Kocha pod tytułem: „Zagadnienie gruźlicy w roku 1882 i w roku 1932”. Jest to filozoficznie ujęty zarys historii rozwoju nauki o gruźlicy w ciągu ostatnich 50 lat. Kończy *Sterling* tę piękną notatkę historyczną następującymi słowami: „W żadnej chyba dziedzinie biologii nie położono tylu wysiłków, tyle pracy jednostek i organizacji, nie czyniono tylu dociekań laboratoryjnych i klinicznych, teoretycznych i praktycznych — co w zagadnieniu gruźlicy w ciągu lat ubiegłych pięćdziesięciu.

Uchyliłiśmy jednak zaledwie rąbek tajemnicy. Stoimy przed długim szeregiem nowych zagadnień.

I wypada znów, jak przed pięćdziesięciu laty, za poetą melancholijnie powtórzyć: — Nie prawda, tylko dążenie do prawdy, zdaje się być przeznaczeniem człowieka”.

Wybitnie owocna i wielostronna działalność *Sterlinga* jako lekarza i społecznika została należycie oceniona przez współczesnych. Społeczność lekarska, która czciła i wysoko ceniła Zmarłego, obdarzyła Go wysokimi honorami i godnościami. Prócz powołania na członka honorowego do Najwyższej Rady Zdrowia został On mianowany członkiem - korespondentem Tow. Lekarskiego Warszawskiego (1896), czł.-koresp. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu (1897), czł. honorowym Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (1911), Lubelskiego (1914), Wileńskiego (1924), Lwowskiego (1924), Częstochowskiego (1924), Kaliskiego (1927), Towarzystwa Medycyny Społecznej (1924), wreszcie w roku 1930 członkiem korespondentem Akademii Umiejętności w Krakowie.

Przez śmierć tego Wielkiego Lekarza i Społecznika świat lekarski polski poniósł niepowetowaną stratę. Bolesnie osieroceni zostali uczniowie i najbliżsi współpracownicy Zmarłego, tracąc w Nim umiłowanego nauczyciela i przewodnika.

Cześć Jego pamięci!

Leon Sz y f m a n (Łódź).

Spis prac naukowych S. Sterlinga.

Medycyna teoretyczna.

1. Przyczynę do kwestji poszukiwania lasecznika gruźliczego w płwocinie. *Gazeta Lekarska* 1894 r., Nr. 7. Beitrag zum Nachweise des Tuberkelbacillus im Sputum. *Zentralblatt für Bakteriologie u. Parasit.* 1895. Bd. XVII Nr. 24—25.
2. Drobnoustroje peptonizujące w mleku krwi. *Medycyna* 1894. Die peptonisierenden Bakterien der Kuhmilch. *Zentralblatt für Bakteriologie u. Parasit.* 1895. Bd. I Nr. 13—14.
3. Przyczynę do bakterjologii mleka. *Zdrowie* 1895.
4. Badania bakterjologiczne wypróbnien przy durze brzusznych. Pamiątka z wystawy higienicznej. *Warsz.* 1896.
5. Ein neuer Micrococcus im Blute und Harn gefunden. *Zentralblatt für Bakteriologie und Parasit.* 1896. Band XIX Nr. 4—5.
6. Eparsalgja, tak zwane naderwanie się. *Medycyna* 1896 Nr. 43. Ueber Eparsalgie. *Berliner Klinik* 1897. Nr. 104. Eparsalgie. *L'indépendance medicale* 1897. Nr. 14—15.
7. Metoda *Elsnera* wykrywania laseczników duru

brzuszego. *Medycyna* 1897. Nr. 23. Ueber die Elsnersche Methode des Nachweises der Typhusbacillen. *Zentralblatt für Bakteriologie u. Parasit.* Bd. XXII Nr. 12—13. 1897.

8. Samozakażenie (Autoinfectio), jako teoria patologiczna. Odczyty kliniczne. *Wydaw. p. Gaz. Lek.* Nr. 101, zes. 5. 1897. Ueber Autoinfection. *Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge* Nr. 179. 1897.

9. Ciśnienie tętnicze (P. D.) u gruźliczych okresu pierwszego. *Przegląd Lekarski* 1911.

10. O użyciu oscylometru sfigmometrycznego do badania ciśnienia krwi. *Gazeta Lekarska.* 1914. Nr. 22.

11. Tezy walki z gruźlicą. *Warszawa* 1917.

Medycyna kliniczna.

1. Zapalenie gardzieli i ostry gościec stawowy. *Kronika Lekarska* 1896.
2. O krzywicy. Odczyt kliniczny. *Medycyna* 1895. Die Rachitis. Ein klinischer Vortrag. *Archiv für Kinderheilkunde* Tom XX.
3. Zabieg ożywiania pozornie zmarłych. *L a b o r d e a.* *Medycyna* 1894.
4. Leczenie wrzodów goleni ambulatoryjne. *Medycyna* 1894.
5. O dulcynie. *Medycyna* 1896. Ueber das Dulcin. *Münchener Mediz. Wochenschr.* 1896. Nr. 50.
6. Tanningen i Tannalbina. *Medycyna* 1896.
7. Moczówka cukrowa u dziecka siedmioletniego. *Gazeta Lekarska* Nr. 24. 1896. Die Zuckerharnruhr bei einem siebenjährigen Kinde. *Zentralblatt für Kinderheilkunde* Nr. 4. 1897.
8. Zakażenie rzeżączkowe w etjologii chorób wewnętrznych. Streszczenie zbiorowe. *Gazeta Lekarska* 1897.
9. Przeciwwskazania do użycia soli bromowych. *Medycyna* Nr. 3. 1895. Ueber Contraindicationen für den Gebrauch von Bromsalzen. *Therapeutische Monatshefte* September 1897.
10. Maść salicylowa w gościec stawowym. *Medycyna* 1897.
11. W sprawie stosowania fonendoskopu. *Przegląd Lekarski* 1897. Zum Gebrauch des Phonendoskops. *Münchener Mediz. Wochenschrift* Nr. 23. 1897.
12. Stanowisko bakterjologii wśród metod dajagnostycznych. *Nowiny Lekarskie* 1897.
13. Zur Dulcinfrage. *Münchener Mediz. Wochenschrift* 1897.
14. Włośnica (*Trichinosis*) *Gazeta Lekarska* Nr. 8. r. 1897 wspólnie z Dr. J. M a y b a u m e m.
15. Olej sezamowy. *Medycyna* 1898.
16. Przypadek błonicy przewlekłej. *Gazeta Lekarska* 1898.
17. Tyfus u dzieci. (Streszczenie zbiorowe). *Gazeta Lekarska* 1898.
18. Ospa a suchoty. *Czasopismo Lekarskie* I. Pocken und Schwindsucht. *Zeitschrift für Tuberculose.* I.
19. O wczesnych objawach przewlekłych suchot płucnych. *Czasopismo Lek.* 11.
20. Hydropatyczna opaska krzyżowa. *Czasopismo Lekarskie* 11.
21. O kilku przypadkach grypy sercowej. *Czasopismo Lekarskie* III.
22. Dwa przypadki promienicy płuc. *Czasopismo Lek.* Nr. 9 r. 1903.
23. O prognostycznym znaczeniu stałego przyspieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. *Czasopismo Lekarskie* V. Ueber die prognostische Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung im Verlaufe der Lungentuberculose. *Münchener Mediz. Wochenschrift* Nr. 3. 1904.
24. O presklerozie. *Czasopismo Lekarskie* V.

25. O działaniu namocznem teobrominy. Czasopismo Lekarskie IV.
26. O nadużywaniu mleka w dzieci chorych. Czasopismo Lek. V.
27. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Wydanie drugie. Odczyty Kliniczne Nr. 212, 213, 214.
28. Stan obecny nauki o własnościach leczniczych tuberkuliny. Czasopismo Lekarskie VI.
29. O wpływie ciąży i porodu na przebieg gruźlicy. Czasopismo Lekarskie IX.
30. O rokowaniu w gruźlicy płuc. Czasopismo Lekarskie IX.
31. Odma piersiowa sztuczna. Przegląd Lekarski Nr. 1—8 r. 1912. Pneumothorax - Therapie bei Lungenschwindsucht. (Leitstze der XI. Internationalen Tuberculose - Konferenz). Berlin 1913.
32. Postaci kliniczne suchot płucnych. Odczyty klin. wydaw. Gaz. Lek. 229, 230, 231. r. 1913. Eine neue Einteilung der chronischen Lungentuberculose „Tuberculosis“ 1913. VIII.
33. *Phtisis incipiens, -- declarata, — consumptiva*. Przegląd Lekarski 1914.
34. Kiedy można uważać gorączkę za objaw ukrytej gruźlicy płuc. Przegląd Lekarski 1914.
35. Beitrag zum künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beitrag zur Klinik der Tuberculose — 1917. Tom. 6 z 3 rysunkami i 3 tablicami. Odma piersiowa sztuczna. Referat główny — wspólnie z d-r'em K. Dłuskim na II Zjeździe Internistów Polskich we Lwowie. Przegląd Lekarski 1916.
36. Zapalenia nerek w świetle poglądów tegoczesnych. Odczyty klin. wydaw. Gaz. Lek. Nr. 253, 254, 255. r. 1918.
37. Odczyn poadrenalinowy w rokowaniu. Gazeta Lekarska Nr. 3 r. 1921.
38. *Thrombopenia essentialis*. Notatka kliniczna. Przegląd Lekarski 1921.
39. Suchoty płuc pospolite. Compendium. Nakł. L. Fiszera w Łodzi. 1921.
40. O nadużywaniu t. zw. diety bezsolnej. Polska Gaz. Lek. Nr. 24. 1922 r.
41. Włośnicy postaci poronne. Pol. Gaz. Lek. Nr. 22 r. 1922.
42. La reaction post - adrenergique dans le pronostic. Paris Médical Nr. 36, r. 1922.
43. Przyspieszone osadzanie się krwinek czerwonych jako objaw stanu czynnego gruźlicy. Pol. Gaz. Lek. Nr. 8 r. 1922.
44. Klasyfikacja gruźlicy. Polska Gazeta Lekarska Nr. 44 r. 1924.
45. Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych. Wyd. Pol. Gazety Lek. 1925.
46. *Bronchopneumonia mitiaria grisea*. Pol. Gaz. Lek. Nr. 3 r. 1925.
47. Klasyfikacja gruźlicy. Referat wygł. na I ogólnopolskim zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie 16.V. 1925 r. Warsz. Czas. Lek. 1925.
48. Przebieg gruźlicy płuc i jej podział. Wyd. Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą. 1926.
49. Układ nerwów współczulnych a gruźlica. Pol. Arch. Med. Wewn. Tom IV zeszyt III. r. 1926.
50. Krwawienia płucne. Pol. Gaz. Lek. Nr. 1. r. 1927.
51. O Gruźlicy. Druk. Narodowa w Krakowie 1927
52. I. Gruźlica płuc a suchoty płuc (dorosłych). II. Wytyczne publicznego leczenia suchot płucnych (dorosłych). Nakł. Matuszewskiego Poznań 1929.
53. O charakterze wczesnych objawów chorobowych. Wykład inauguracyjny podczas otwarcia roku akadem. Wolnej

Wszecznicy Pol. Oddział w Łodzi z dnia 28.X. 1928. Odbitka w sprawozdaniu Woln. Wszeczn. Polsk.

54. Zagadnienie gruźlicy w roku 1862 i w roku 1932. Notatka historyczna. Pol. Gazeta Lek. Nr. 12 r. 1932.

Medycyna publiczna. Higiena.

1. Warunki pracy zawodowej robotników fabryk sukna. Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego 1894. Usłowia prof. truda na sukonnym fabrykach gor. Tomaszowa. Wiestnik obszcz. Gigeny. Ein Beitrag zur Hygiene der Wollindustrie, Zeitschrift für Gewerbehygiene Nr. 10. 1895.
2. Higieniczna ocena wody studziennej. Medycyna Nr. 37 r. 1894.
3. Plan badania warunków pracy zawod. robotnika fabrycznego. Podł. referatu na VII zjeździe we Lwowie w r. 1894.
4. Projekt szpitala dla dzieci w Łodzi (wspólnie z inż. Zeligsonem). Zdrowie 1895 Nr. 401.
5. Plan badania warunków pracy zawodowej. Zdrowie 1895.
6. Profilaktyka zapalenia płuc włóknikowego. Medycyna 1894.
7. Kartka ze statystyki lekarskiej z powodu oceny działania surowicy przeciwbłoniczej. Krytyka lekarska 1897.
8. Podmiejskie uzdrowiska szpitalne dla chorych piersiowych. Warszawa 1897.
9. Czego nas uczy statystyka śmiertelności z powodu suchot płucnych. Zdrowie 1898.
10. Leczenie pierwszych okresów gruźlicy. Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu lek. i przyr. polskich. Kraków 1901.
11. Statystyka suchot w 38 szpitalach prowincjonalnych Król. Polskiego. Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu lek. i przyr. Kraków 1901.
12. Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. Czasopismo Lekarskie I.
13. Opis oddziału dla piersiowych przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi. Czasopismo Lekarskie I.
14. Ubezpieczenie robotników w Niemczech, Czasopismo Lekarskie II.
15. Wrodzone skrzywienie małego palca u rąk ludności pracującej fizycznie. Czasopismo Lekarskie II.
16. O zakresie patologii zawodowej. Czasopismo Lekarskie II.
17. Z oddziału dla chorych piersiowych przy szpit. im. małż. Poznańskich w Łodzi. Sprawozdanie z r. 1889 i 1890. Czasopismo Lekarskie V.
18. W sprawie babek wiejskich. Czasopismo Lekarskie V.
19. O reformie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. Czasopismo Lekarskie VII.
20. W sprawie praktykowania wśród ludu miejskiego. Czasopismo Lekarskie V.
21. Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej. Czasopismo Lekarskie VIII. Zeszyt 10 — 11. r. 1906.
22. Dziesięciolecie Oddziału dla piersiowych przy szpitalu małż. Poznańskich w Łodzi. Zdrowie 1908.
23. Die russische Gesetzgebung betreffend die aerztliche Hilfe für Fabrikarbeiter mit besonderer Berücksichtigung der Lodzer Verhältnisse. Soziale Medizin u. Hygiene. Tom II r. 1907.
24. Ogólny plan walki z gruźlicą. Gruźlica I.
25. Rola szpitali w walce z gruźlicą. Gruźlica I.
26. Stan publicznej walki z gruźlicą w Szwecji. Gruźlica I.
27. Muzea gruźlicze. Gruźlica I.
28. Obecny stan walki z gruźlicą w Niemczech. Gruźlica I.

29. Pomoc lekarska dla ludności miejskiej, w szczególności dla fabrycznej. Medycyna w Samorządzie. Warszawa 1908.

30. Gruźlica w Łodzi. Plan walki. Referat na Zjazd Higienistów w Warszawie. Zdrowie 1917.

31. Sześć lat istnienia Sekcji do walki z gruźlicą wspólnie z zw. lekarskim. Zdrowie Nr. 2 r. 1924.

32. Stan obecny leczenia swoistego gruźlicy (z cyklu wykładów o gruźlicy). Pol. Gaz. Lek. Nr. 1. r. 1925.

33. Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach Chorych w ramach ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby. Gruźlica Nr. 6. 1926 r.

34. Uwagi w sprawie skoordynowania działalności poradni przeciwgruźliczych. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 1. r. 1927.

35. Tezy walki z gruźlicą. Wydanie II-e poprawione. Nakł. Wyd. Zdr. Publ. Mag. m. Łodzi. 1928.

Varia.

1. Pielęgnowanie chorych. 1894. Księg. Kolińskiego.

2. Pielęgnowanie zdrowia. W. G. i Woff 1886.

3. Znaczenie E. Klinka w historii *polimyositis progressiva acuta*. Krytyka Lekarska 1897.

4. Środek swoisty na suchoty płucne. Krytyka Lekarska 1897.

5. Pielęgnowanie chorych. Krytyka Lekarska 1897.

6. Duńskie uzdrowiska nadmorskie. Czasopismo Lekarskie X.

7. Władysław Biegański. Jego działalność naukowo-lekarska. Czasopismo Lekarskie VIII.

8. I-szy Kongres w celu walki z gruźlicą, jako chorobą ludową. Czasopismo Lekarskie I.

9. Brytański kongres gruźlicy w celu zapobiegania suchotom w Londynie 22 — 26 lipca 1901 r. Czasopismo Lekarskie III.

10. Sposoby przepisywania leków in praxi pauperum. Łódź 1900.

11. W sprawie kursów dla lekarzy. Czasopismo Lekarskie I.

12. W sprawie felczerów. Czasopismo Lekarskie II.

13. W sprawie farmaceutów. Czasopismo Lekarskie II.

14. Stowarzyszenie w celu dostarczenia pielęgniarek. Czas. Lekarskie II.

15. W sprawach szpitalnych. Czasopismo Lekarskie II.

16. Lekarze domowi. Czasop. Lekarskie II.

17. Wizyty w szpitalach. Czasop. Lekarskie II.

18. Nowy typ lecznicy ludowej. Czasop. Lekarskie III.

19. Przytulki dla rekonwalescentów. Czasop. Lekarskie III.

20. Wypożyczanie sprzętów dla pielęgnowania chorych. Czasop. Lekarskie III.

21. Medycyna i higiena w kalendarzach. Czasopismo Lekarskie VI.

22. Władysław Biegański. Wspomnienie pośmiertne. Zdrowie 1917.

23. „Kronika” i „Krytyka” w dziesięciu tomach „Czasopisma Lekarskiego”.

24. Mowa wygłoszona dnia 1.XI. 1924. r. na uroczystym posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego z okazji XXXV-lecia jubileuszu praktyki lekarskiej. Drukowane jako rękopis.

25. Władysław Biegański w historii medycyny polskiej. Pol. Gaz. Lek. Nr. 48. 1926 r.

26. W odpowiedzi prof. Browicza w. Nowiny Lekarskie zes. 5 r. 1926.

27. Dr. med. Kazimierz Dłuski w dniu siedemdziesiątej piątej rocznicy urodzin. Warsz. Czas. Lek. Nr. Nr. 21 i 22 r. 1930.

Przekłady.

1. Rabe. Współczesne teorie gorączki. Odczyty kliniczne Nr. 73.

Broszury popularne.

1. Co i jak jeść należy.

2. O suchotach czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzegać. Wydań 5.

3. Dziecko w pierwszym roku życia.

4. Syfilis.

5. O chorobach zakaźnych.

6. Osobnicza i społeczna walka z gruźlicą. Wydanie 2.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 38 - 39).

Pozostawiłem z rozmysłu na sam koniec najbardziej interesującą grupę złożonych reakcyj ruchowych, wywoływanych przez hiperwentylację, których przynależność do obrazu klinicznego tężyczki jest prawdopodobna, jakkolwiek niezupełnie pewna. Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie skomplikowane zespolony ruchowe, następnie zaś rozległe reakcje stężeniowe. W całym szeregu przypadków spostrzegałem,

jak chorzy po dłuższej lub krótszej fazie głębokiego oddychania podnoszą ramiona, które ruchem powolnym sakkadowanym opuszczają się ku dołowi. Förster również spostrzegał zjawiska analogiczne, ale z pracy jego wynika, że skłonny jest on zaliczyć je raczej do hiperkinezy padaczkowej. Objawów takich nie miałem dotąd sposobności spostrzegać w warunkach czysto klinicznych. Jednakowoż przegląd piśmiennictwa przekonał mnie, że zjawiska podobne opisane już były przez Petersa w przebiegu tężyczki samoistnej pod nazwą obja w u m a r j o n e t k o w e g o („Hampelmanphänomen”).

Co się tyczy rozległych objawów stężenia muskulatury, ogarniających nieraz całe ciało, to spotykałem je niejednokrotnie na wysokości reakcji hiperwentyla-

cyjnej, nie sędzę jednakże, ażeby można było, jak to czyni F ö r s t e r, identyfikować je z k a t a l e p s j ą. Były one niewątpliwie wynikiem odhamowania napięcia mięśniowego i wykazywały charakter plastyczny stężenia muskulatury, nigdy jednakże nie udawało się stwierdzić gibkości woskowej (*flexibilitas caerea*), która stanowi najbardziej kardynalny atrybut katalepsji. Przeciwnie w wielu przypadkach napięcie muskulatury wykazywało charakter toniczny, zaś układy stężeniowe miały cechy poczęści natury tężyczkowej, poczęści zaś odmóżdzeniowej. Stany te stanowiły przejście do zespołu tężyczkowego o d m ó ż d ż e n i o w o - p a d a c z k o w e g o, o którym mówiłem przy analizie hiperwentylacyjnych zjawisk padaczkowych.

Co się tyczy pobudliwości g a l w a n i c z n e j, to zgodnie z wynikami F ö r s t e r a niemal we wszystkich przypadkach padaczki samoistnej udawało mi się otrzymać objaw M a n n a - T h i e m i c h a — to znaczy już po krótkim okresie głębokiego oddychania (3, 4, 5, 6 minut) — skurcze przy otwieraniu katodą poniżej 5 M. A. W niektórych obserwacjach próg pobudliwości obniżał się do tego stopnia, że skurcz przy otwieraniu katodą można było otrzymać już przy 0,75 M. A. Natomiast wbrew danym F ö r s t e r a, a zgodnie z wynikami badań M a n n a, R o m e r a i in. w 23% mojego materiału epileptycznego mogłem stwierdzić t r w a ł ą nadwrażliwość na prąd galwaniczny. Pozatem tak skrupulatnie opisane przez F ö r s t e r a zjawiska odczynu galwanicznego tracą na swoistości w stosunku do padaczki wobec faktu, że niemal identyczny spadek progu pobudliwości dla skurczu przy otwieraniu katodą, występował w całym szeregu obserwacji moich li tylko przy objawach tężyczki hiperwentylacyjnej bez następnych objawów padaczkowych. Dodać należy, że według świeżo ogłoszonych badań T u r p i n a zjawiskom tężyczki hiperwentylacyjnej towarzyszy zwiększenie czasu c h r o n a k s j i nerwów i mięśni.

Natomiast badania K ö t t e n d r o p s a, ogłoszone w roku bieżącym, wskazują, że odczyn galwaniczny może mieć niekiedy wartość różniczkowo - rozpoznawczą pomiędzy rozpoznaniem p a d a c z k o w y c h i h i s t e r y c z n y c h napadów hiperwentylacyjnych.

Otóż K ö t t e n d r o p s poddał hiperwentylacji 89 pacjentów. U 28 epileptyków można było za pomocą hiperwentylacji wywołać tylko w 3 przypadkach typowy napad epileptyczny. Badanie pobudliwości elektrycznej podczas hiperwentylacji wykazało, że e p i l e p t y c y w stosunku do skurczu przy z a m y k a n i u k a t o d ą praktycznie zachowywali się tak samo, jak h i s t e r y c y, i że samo ukształtowanie spadku wartości dla skurczu przy z a m y k a n i u k a t o d ą nie może stanowić kryterjum dla oceny napadów. Ważne jest jednak, że u żadnego z h i s t e r y k ó w nie otrzymano skurczu przy otwieraniu katodą poniżej 5 M. A. To też skurcze osiągane poniżej 5 M. A. przy otwieraniu katodą wskazują na epileptyczny charakter lub epileptyczny „k o m p o n e n t” napadu. Z 61 pacjentów z napadami p s y c h o r o d n e m i można było u 47 wywołać napady, które dokładnie odpowiadały napadom występującym samoistnie. Zmiany cielesne w pierwszej fazie hiperwentylacji, jak drżenie, zawrót głowy, parestezje w palcach dłoni i stóp oraz momenty suggestyjne wywoływały u pacjentów przekonanie,

że coś z nimi się stanie i objawiały t. zw. „pogotowie drgawkowe” osobników histerycznych podczas hiperwentylacji. Wobec częstości występowania napadów psychopochodnych wydaje się hiperwentylacja ważną metodą pomocniczą dla zorientowania się w rozpoznaniu.

O p s y c h o p o c h o d n y m charakterze niektórych reakcji hiperwentylacyjnych dowodnie przekonywa nas fakt, że w całym szeregu przypadków doświadczenia n a s t ę p c z e wymagały niekiedy k r ó t s z e g o okresu głębokiego oddychania ażeby ujawnić napady drgawkowe — aniżeli doświadczenie pierwsze. Już w pierwszej serji badań moich przekonałem się, że w niektórych przypadkach przy doświadczeniu powtórznem drgawki nie miały charakteru padaczkowego, jak przy pierwszym, ale wykazywały wyraźne cechy napadu h i s t e r y c z n e g o (drżenie ogólne, „arc de cercle”, niekiedy głośny płacz lub spazmy przy zachowanej przytomności i reakcji żrenic).

Wbrew jednakże wynikom badań J a n o t y, który uważa objawy histeryczne za najbardziej charakterystyczny odczyn dla hiperwentylacji — spotykałem objawy te w znacznej mniejszości przypadków, zaś przy eksperymentach pierwszorazowych należały one do względnie rzadkich. Nie ulega również żadnej wątpliwości, że drgawki o niezaprzeczalnie epileptycznych cechach występowały niekiedy przy powtórnych eksperymentach znacznie wcześniej, aniżeli w pierwszym. W obu wypadkach według wszelkiego prawdopodobieństwa rolę prowokującą odgrywały elementy wzruszeniowe, jako wspomnienia emocjonalne zaburzeń, związanych z doświadczeniem pierwszorazowym, tylko w kategorii pierwszej elementy te wywoływały reakcje czysto psychorodne, w kategorii zaś drugiej przyspieszały napad epileptyczny, dodając do warunków konstytucjonalnych i alkalozy krwi, spowodowanej przez forsowne oddychanie jeszcze bodziec wzruszeniowy, który, jak wiadomo z obserwacji B r a t z a (t. zw. „Affektepilepsie”), odgrywa niekiedy analogiczną rolę w wyzwalaniu objawów padaczki samoistnej. Naogół rzadkie w materiale moim autonomiczne reakcje histeryczne częściej daleko ujawniały się jako powikłanie zespołu padaczkowego, albo poprzedzając go chronologicznie albo n a w a r s t w i a j ą c się na uformowany już zespół. Tylko w ten sposób bowiem można wytłomaczyć sobie powikłanie zjawisk psychorodnych i padaczkowych na wysokości odczynu hiperwentylacyjnego, nie zaś „transformacją” objawów histerycznych w padaczkowe pod wpływem hiperwentylacji, o której w obserwacjach swoich mówią L a n g e i G u t t m a n. Nawarstwienie takie szczególnie plastycznie występowało w opisanym przeze mnie przypadku p a d a c z k i o d r u c h o w e j (po postrzale lewego splotu barkowego), w którym pod wpływem hiperwentylacji rozwijało się początkowo drżenie histeryczne lewej dłoni i uda, do którego następnie dołączyły się drgawki toniczne lewej dłoni i palców o charakterze pozapiramidowym.

Wspomniane powyżej elementy wzruszeniowe odgrywają niewątpliwie również rolę doniosłą w powstawaniu niektórych z a b u r z e ń p s y c h i c z n y c h pod wpływem hiperwentylacji — zupełnie niezależnie od ostrych reakcji psychicznych i bardziej przewlekłych stanów zamroczeniowych, które towarzyszą niekiedy padaczce hiperwentylacyjnej. Mam tu na myśli przede wszystkim ciężkie s t a n y l ę k o w e, które towarzyszą pierwszej fazie hiperwentylacji u dzieci neuro- i psychopatycznych oraz lekkie stany depresyjne.

które stanowią krótkotrwały objaw następny hiperwentylacji u niektórych pacjentów z migreną i chorobą Quinckego. Z badań Klary Lazara wynika poza tem, że hiperwentylacja powodować może stany majaczeniowe, urojenia prześladowcze, afekty patologiczne, halucynacje, czynności bezkrytyczne, niebezpieczne dla otoczenia albo wręcz kryminalne, czego zresztą nie potwierdza moje własne doświadczenie.

Przechodzę w ten sposób do wyświetlenia interesującego zagadnienia, jak reagują na zabieg hiperwentylacyjny różnorodne typy kliniczne inkrecyjne i neurologiczne poza terenem padaczki i tężyczkowej. Stwierdziłem już uprzednio, że poza terenem tym odczyny padaczkowe nie zdarzają się prawie nigdy. Tu jednak podnieść muszę poraz pierwszy, że prócz objawów tężyczkowych hiperwentylacja powodować może reakcje również odmiennej kategorii. Otóż z doświadczeń moich wynika, że hiperwentylacja wpływa w sposób potęgujący zarówno na objawy kliniczne natury piramidowej jak i pozapiramidowej. W całym szeregu przypadków natury połowicznej pochodzenia mózgowego (sprawy miażdżycowe i kiłowe, nowotwory w jednej półkuli) oraz zaburzeń obustronnych pochodzenia rdzeniowego (nowotwory pozardzeniowe, próchnica kręgów, stwardnienie wieloogniskowe, choroba Charcota, cierpienia układowe na tle niedokrwistości złośliwej), — objawy niedowładu połowicznego lub obustronnego zwiększały się w nieznacznym stopniu pod wpływem hiperwentylacji. Co ważniejsza jednak, że hiperwentylacja może znieść funkcje schorzałych już terytorjów centralnego układu nerwowego, które pod względem klinicznym nie dają jeszcze uchwytanych zaburzeń, albo powodują zaburzenia tak nieznaczne, że nie mogą być wykryte przez zwykłe metody badania. W wypadkach tych procedura hiperwentylacyjna podkreśla objawy zaledwie zaznaczone albo wydobywa na jaw objawy utajone, jak o tem mogłem przekonać się wielokrotnie np. w stwardnieniu wieloogniskowym lub w sprawach ogniskowych rdzenia, które nie dawały tu uchwytanych objawów klinicznych ze strony kończyn dolnych: występują wtedy pod wpływem głębokiego oddychania lekkie stany spastyczne, niedowład lub objaw Babinski'ego, których uprzednie badania nie mogły wykryć.

Badania Rosetta stwierdziły, że układ nerwowy reagować może na hiperwentylację za pomocą rozmaitych postaci drżenia. Mianowicie w przypadkach z zajęciem rogów przednich rdzenia występuje wzmożenie lub ujawnienie się drżenia włókienkowego, w przypadkach zmian rozlanych spowodowanych przez rozsiane stany zapalne mózgu i rdzenia — występuje drżenie o nieprawidłowej lokalizacji. W przypadkach zachorzeń wewnątrzrdzeniowych, powodujących fizjologicznie kompletne przecięcie rdzenia, hiperwentylacja nie zmienia wiotkiego charakteru porażenia, natomiast w sprawach uciskowych rdzenia — powyżej miejsca ucisku występują drgania myokloniczne, podczas gdy w terytorjum, odpowiadającym okolicy rdzenia poniżej miejsca ucisku, występują zwykłe objawy tężyczkowe. Te właśnie myoklonie są, według Rosetta, objawem swoistym stanów uciskowych rdzenia, dotyczących jego odcinków tylnych - bocznych. Natomiast Laruelle i Heernu wyrażają się z wielką rezerwą o znaczeniu tych myoklonij Rosetta'owskich, zaledwie w 2 przypadkach na 175 przebadanych mogli oni sprowokować za pomocą hiperwentylacji

drżenie w ograniczonych zachorzeniach układu nerwowego, którego charakter był raczej włókienkowy; w jednym z przypadków tych pozatem drżenie wystąpiło w grupach mięśniowych, pozostających poza terytorjum procesu chorobowego, co zmniejsza, rzecz prosta, doniosłość lokalizacyjną objawu. W wielu przypadkach przytem dawało się spostrzec drżenie o charakterze zwykłej fibrilacji mięśniowej, bądź drżenie całej kończyny en bloc — zależne niewątpliwie od sensacji zimna lub od momentów natury wzruszeniowej.

Również i z badań Laruelle i Heernu wynika, że objawy piramidowe wątpliwe w przebiegu chorób organicznych mogą pod wpływem hiperwentylacji nabierać większej wyrazistości. Przejawiają się one wtedy pod postacią objawu Babinski'ego, który uprzednio był niepewny albo którego nie było wcale (początkowe okresy stwardnienia rozsianego, nowotwory śródmózdzia, padaczka, Jacksonowska pochodzenia nieokreślonego i t. p.). W innych przypadkach znów (jak np. dawne urazy czaszki) odruchy ścięgnowe po jednej stronie przybierają postać hemiplegiczną. W jednej z obserwacji tych autorów zanikły i inwertowany odruch z ścięgna dwugłowego w przebiegu stwardnienia rozsianego powrócił i stał się żywy pod wpływem hiperwentylacji.

Abstrahując od subiektywnych sensacji czuciowych, poprzedzających wystąpienie zespołu tężyczkowego (parestezje w palcach dłoni i stóp, a czasem również w twarzy, policzku i podbródku) — hiperwentylacja powodować może wystąpienie różnorodnych uprzednio nieistniejących zaburzeń czuciowych natury obiektywnej i subiektywnej, na które w badaniach swoich szczególny nacisk kładą Laruelle i Heernu. U jednego z pacjentów z porażeniem połowiczem wystąpiło po hiperwentylacji osłabienie czucia twarzy o charakterze obiektywnym. Jeden z pacjentów z nowotworem kąta mostowo-mózdkowego uskarżał się podczas hiperwentylacji na wybitne klucie i przykry smak w prawej połowie języka, w której równocześnie wystąpił znaczny niedowład. Ja sam w przypadkach stanów zapalnych korzeni szyjnych (*radiculitis cervicalis*) spostrzegałem wybitną akcentację subiektywnych i obiektywnych zaburzeń czuciowych, zaś w niektórych przypadkach rwy trójdzielczej gwałtowne napady bólowe po kilku — lub kilkunastominutowej hiperwentylacji.

Następnie hiperwentylacja może nie tylko obudzić i reprodukować objawy napadowe, które ujawniły się już przedtem u osobników badanych, ale i powodować takie, które uprzednio nie zjawiały się nigdy. Między innemi Laruelle i Heernu podają przypadek guza kąta mostowo-mózdkowego ze zwolnionym napadem padaczkowym po hiperwentylacji. Napad ten, w którym przeważał element toniczny, poprzedzony był zawrotem głowy i oczopląsem. Co się tyczy układu pozapiramidowego, to rozporządzam obecnie pokaznym materiałem, stwierdzającym znaczny wpływ hiperwentylacji na sprawy chorobowe, związane ze schorzeniem ciała prądkowe lub ciała białego (bardzo wybitne wzmaganie się ruchów atetotycznych, płasawicznych, hemiballicznych oraz drżenia parkinsonowskiego pod wpływem hiperwentylacji). Hiperwentylacja prowokować może również różnorodne napady o charakterze pozapiramidowym, jak np. t. zw. napady wejrzenia i owego (crises oculogyres) o czem przekonałem się wielokrotnie. Wreszcie ujawniać może zjawiska poza-

piramidowe utajone, zwłaszcza wtedy jeżeli poprzedzić ją podaniem różnorodnych środków farmakodynamicznych — sprawa, do której będę miał sposobność jeszcze powrócić.

Szczególnie interesujące jednak było zjawisko, odznaczające się w materiale moim niezmienną stałością, a mianowicie gwałtowne wzmaganie się pod wpływem hiperwentylacji drżenia w hipertyreozach i w chorobie Basedowa (23 przypadki). Jeżeli tedy wziąć pod uwagę tak znaczny wpływ hiperwentylacji na pozapiramidowy układ inhibicyjny, (tężyczka hiperwentylacyjna nie jest przecież niczem innym jak produktem pochodzenia błado - prążkowatego) oraz tak znaczne wzmaganie się hiperkinezy w chorobie Basedowa pod wpływem hiperwentylacji, to sądzę, że wyniki badań moich mogą potwierdzić poniekąd niedawno

ogłoszoną hipotezę Sicarda o pozapiramidowej genezie drżenia w chorobie Basedowa.

Okazało się również, że hiperwentylacja wydobywać może objawy rogrywające się poza terenem właściwego układu nerwowego. Tak np. Letterman spostrzegł wielokrotnie po hiperwentylacji objaw, który określa nazwą „muscle rippe”: jest to fala skurczowa po opukiwaniu mięśnia — najwyraźniejsza w mięśniu piersiowym większym, która przebiega od punktu podrażnienia do miejsca pochodzenia i przyczepu mięśnia.

Liebers zwraca uwagę na występowanie po hiperwentylacji jasnoczerwonego początkowo wielkoplamistego a następnie bardziej rozlanego erytematu na klatce piersiowej i szyi.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Starozakońskich
fund. Małż. Poznańskich
(Ordynator: Sew. Sterling).

W sprawie zakażenia dwunastnicy i dróg żółciowych przez wielkoustęca jelitowego.*) (megastoma entericum).

Podał
Dr. L. SZYFMAN (Łódź).

70 lat zgórą upłynęło od chwili wykrycia w Pradze przez Lamblę w kale dzieci, chorych na biegunkę, pierwotniaka, nazwanego przez niego *Cercomonas intestinalis*, a znanego u nas obecnie pod nazwą *Lamblia seu. Giardia intestinalis*. Jednakże dopiero w ciągu ostatnich lat kilkunastu rola tego pasorzyta w patologii ludzkiej została bliżej zbadana, a to dzięki temu, że wprowadzenie do kliniki zgłębnika dwunastniczego Einhorna przyczyniło się do częstego wykrywania lamblji w treści dwunastniczej i do nagromadzenia obfitego materiału kazuistycznego, dotyczącego lambliazy. Z autorów polskich większe ilości przypadków spostrzegali i opisali: Adamowicz, Grott, Sułek, z obcych — Labbé, Westphal i Georgi, Wetzler, Heubner i inni. Ze spostrzeżeń tych autorów wynika, iż wielkoustęca jelitowy, już dawno uznany za pasorzyta chorobotwórczego w krajach o ciepłym klimacie, i w naszych warunkach klimatycznych nie może być uważany za nieszkodliwego komensalistę, jak mylnie przedtem uważano. Doświadczenie kliniczne wykazało, że i w krajach o klimacie umiarkowanym lamblje wywołać mogą u ludzi zaburzenia czy to ze strony jelit w postaci długotrwałych uporczywych biegunek, prowadzących do wyniszczenia ustroju, czy to w postaci schorzeń wątroby i dróg żółciowych.

Heubner, na podstawie piśmiennictwa i kazuistyki własnej w pracy swej z 1930 r. w ten sposób próbuje naszkicować obraz chorobowy lambliazy.

Wywiady: nieokreślone dolegliwości żołądkowe, niezależne od spożycia pokarmu, bóle w nadbrzuszu, w okolicy wątroby; upośledzone łaknienie, ogólne rozbicie, podrażnienie nerwowe; zazwyczaj zaparcie stol-

ca; tylko w nieznacznej części przypadków choroba rozpoczyna się nagle od biegunki, która i następnie z większymi lub mniejszymi przerwami dominuje w obrazie chorobowym. W pewnej ilości przypadków uderza okresowe (co kilka lub kilkanaście dni) występowanie objawów w postaci gorączki i skurczowych bólów w nadbrzuszu, lub w pr. podżebrzu. Okresowość ta zależy prawdopodobnie od okresów rozwoju, względnie rozmnażania się pasorzyta. Parter spostrzegał okresowo co 10 — 14 dni wydalanie się torbieli z kałem.

Przy badaniu obiektywnem nic charakterystycznego nie stwierdza się. Chorzy należą zazwyczaj do typu ludzi „roślinnie nacechowanych” (vegetativ stigmatisiert). Okolica żołądka, wątroby, pęcherzyka żółciowego jest mniej lub więcej wrażliwa na ucisk. W treści żołądkowej — częściej niedokwaśność, rzadziej nadkwaśność. We krwi nic szczególnego; spostrzegane w chorobach wywołanych przez inne pasorzyty, eozynofilia, w lambliazie nie jest zaznaczona. Grott zwrócił uwagę na znaczne wahania liczb eozynofiliów w przypadkach lambliazy. Badanie kału w nielicznych tylko przypadkach daje wynik dodatni, przyczem w okresie zaparcia znajduje się przeważnie torbiele, a podczas biegunki — postacie dojrzałe (wegetujące). Torbiele ze względu na ich przezroczystość łatwo mogą być pod mikroskopem przeoczone, dlatego też, zaleca się podbarwianie preparatu roztworem Lugola. Znacznie łatwiej wykrywa się lamblje w treści dwunastniczej. Jeśli się bada kroplę osadu tuż po wydobyciu treści, stwierdzić wtedy można pod mikroskopem ogromną liczbę ruchomych, gruszkowatych tworów — lamblji. Znajduje się je zarówno w porcji A, jak i B (treści pęcherzykowej).

Jak możemy sobie wytłumaczyć powstawanie spostrzeganych objawów chorobowych pod wpływem lamblji?

Rzecz zrozumiała, że obecność ogromnej ilości pasorzytów w ustroju może wywołać, zwłaszcza u osobników „roślinnie nacechowanych”, różne zaburzenia czynnościowe ze strony narządów, będących ich siedliskiem, a więc najczęściej ze strony górnych odcinków cienkich jelit i dróg żółciowych; łatwo występować mogą stany skurczowe dróg żółciowych i zwieracza Oddi, prowadzące do zastoju żółci, a zastój stwarza sprzyjające warunki dla wtórnego zakażenia. Stąd wtórne sprawy zapalne pęcherzyka żółciowego i dróg żółcio-

*) Według odczytu, wygłoszonego w styczniu 1932 r. w Łódzkim Tow. Lekarskim.

wych (*cholecystitis*, *cholangitis*). Nie jest wyłączone, że w grę wchodzi bezpośrednio toksyczne działanie lamblji na ustrój gospodarza.

Kilka słów w sprawie sposobów zakażenia się temi pasorzytami: człowiek zakaża się albo bezpośrednio od nosiciela przez zanieczyszczone ręce, albo za pośrednictwem zakażonych zwierząt, najczęściej myszy, szczurów, zanieczyszczających pożywienie; przenosić mogą zarazę z wypróżnień i muchy.

Co się tyczy leczenia, to z różnych stosowanych środków najpewniejszymi okazały się preparaty z grupy arsenobenzolu, czy to w postaci zastrzykiwań dożylnych neosalwarsanu, czy to w postaci tabletek stowarsolu, treparsolu, spirocidu, podawanych doustnie. Salwarsan podaje się zazwyczaj w dawkach od 0,3 — 0,6 w odstępach 3 — 4-dniowych; zalecane jest jednoroczne podawanie codziennie z rana gorzkiej soli. Po kilku zastrzykiwaniach należy zapomocą zgłębnika E i n h o r n a sprawdzić, jaki wynik dało leczenie. Preparaty doustne (stowarsol, treparsol i inne) dawować należy według L i o n a i S w a l m a jak następuje: 3 dni po 0,25, 3 razy dziennie, 3 dni przerwy, znów 3 dni po 3 tabl. dziennie, 5 dni przerwy; zależnie od wyniku następuje powtórzenie kuracji. Zaleca się nawet w razie zupełnie dodatniego wyniku kuracji, celem uniknięcia nawrotu, podawanie w ciągu roku, co miesiąc przez 3 dni po 3 tabl. stowarsolu. Niektórzy autorzy otrzymali dobre wyniki stosując emetynę. W przerwach między kuracją arsenobenzolową wskazane jest przepłukiwanie dwunastnicy siarczanem magnezu. G r o t t, w przypadkach zastarzałych łączył leczenie salwarsanu z wlewaniem do dwunastnicy 200 cm. słabego roztworu L u g o l a, do 0,1 na dawkę, mając na względzie zadziałanie na torbiele pasorzytów.

Przechodzę do spostrzeżenia własnego, dotyczącego chorej lat 21.

Od 5 lat cierpi na nieokreślone dolegliwości w postaci bólów to w prawem to w lewym podżebrzu. Od dwóch lat bóle te są uporczywe, występują okresowo co 7 — 8 dni; w kilka dni przed takim napadem chora miewa zaparcie, jednocześnie z bólami ukazuje się gorączka, sięgająca 38 — 39 do 40 stopni; w końcu napadu zjawiają się wolne stolce. Bóle nie są ściśle zlokalizowane, najczęściej jednak umiejscawiają się one w prawem podżebrzu i promieniują w kierunku pr. łopatki. Napad trwa dzień — dwa. Chora czuje się wskutek często powtarzających się napadów osłabiona, łaknienie jest upośledzone. Poza tem zawsze była zdrowa; prócz odry żadnych chorób nie przechodziła. U chorej w ciągu tych kilku lat rozpoznawano różne choroby i przeprowadzano odpowiednie do rozpoznania kuracje, ale bezskutecznie; w listopadzie r. z. pacjentka zwróciła się do mnie; uważając przypadek za niezwykły, skierowałem ją do szpitala na obserwację dla ustalenia ścisłego rozpoznania. Chora przybyła do szpitala dnia 13.XI. 1931 r. Badanie obiektywne wykazało co następuje.

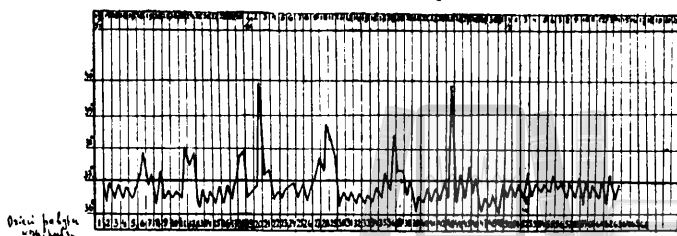
Chora budowy prawidłowej, odżywiania nieco upośledzonego; widoczne błony śluzowe blade. Oczy błyszczące. Tarczycy, gruczoły chłonne niepowiększone. Płuca, serce — bez zmian chorobowych. Tętno miarowe, o dobrym napięciu; ilość uderzeń na minutę 64 — 70 w okresie bezgorączkowym. Wątroba, śledziona — niemacalne. Brzuch na ucisk niewrażliwy. Odruchy kolanowe wzmożone; wyraźny czerwony dermatizm. Zrenicie reagują normalnie na światło i przystosowanie. W moczu — nic chorobowego. Badanie treści żółdkowej po próbnym śniadaniu E w a l d a wykazało: ogólną kwasotę — 48; wolnego kwasu solnego 36; w osadzie ziarna skrobi. Ba-

danie morfologiczne krwi w dniu 14.XI. przy normalnej cieplotie przedstawiało się następująco: cz. krw. 4.860.000, Hb 75 %, Ind. 0,7. B. ciałek: 5.500. Obraz S c h i l l i n g a: obojętnochłonnych 63 %, w tem młodych postaci 1 %, pałeczkowatych 2 %, segmentowanych — 61, kwasochłonnych — 2,5, zasadochl. 1,5, limfocytów 28, monocytów — 5. W a — ujemny. Odczyn B a n g a — ujemny. OB — 20'. Odczyn V a n d e n B e r g h a w e krwi — bezpośredni i pośredni — ujemny. Ilość cukru we krwi na czczo 1,34.

Przebieg choroby: (p. krzywą ciepłoty) szóstego dnia pobytu w szpitalu chora dostała pierwszego napadu bólów w dolku, gorączka podniosła się do 37,8°; następny napad — 11-go dnia — z gorączką do 38; trzeci — słabszy siedemnastego dnia — gorączka 38, czwarty — 20-go dnia — z gorączką do 40°, piąty — 28-go z gorączką do 38,8. Dokonane podczas napadów badania krwi na pasorzyty zimnicy i krętki O b e r m e y e r a — dały wynik ujemny; kilkakrotnie przeprowadzone badanie krwi na leukocytozę i obraz S c h i l l i n g a wykazały wyraźnie zaznaczoną leukocytozę w okresie gorączkowym i chwiejność ilości eozynofiliów od 0,5 % do 7,5 %. (p. tablicę N. II). Badanie podstawowej przemiany materji wykazało: — 15. Ponieważ podczas ostatnich napadów gorączkowych stwierdzono wyraźną tkliwość w okolicy pęcherzyka żółciowego wszczęto badania w tym kierunku. Cholecystografia nie wykazała jednak żadnych zmian chorobowych w pęcherzyku żółciowym; dokonano zgłębnikowania dwunastnicy, przyczem stwierdzono w treści ogromną ilość lamblji, szczególnie w porcji pęcherzykowej (B). Przeprowadzone w następnych dniach — jeszcze przed rozpoczęciem kuracji badanie kału na lamblje dało wynik ujemny. 35-go dnia pobytu w szpitalu chora znów dostała napadu, po którym przystąpiliśmy do leczenia. Ze względu na b. chwiejny układ nerwowy chorej postanowiliśmy rozpocząć kurację od doustnego podawania preparatów arsenobenzolowych. Chora otrzymała w ciągu trzech dni z rana na czczo początkowo jedną później dwie, wreszcie trzy tabl. treparsolu; następny napad wystąpił w zwykłym swym terminie, siódmego dnia po poprzednim silne bóle w pr. podżebrzu, T° do 40°. Chora znów w ciągu 3 dni zażywała treparsol, tym razem po 3 tabl. dziennie; następny napad był już b. słaby — nieznaczne bóle w pr. podżebrzu, stan podgorączkowy. Zgłębnikowanie dwunastnicy lamblji nie wykazało. Jednakże postanowiliśmy dla pewności przeprowadzić jeszcze kurację salwarsanową; zastrzykiwalismy chorej co 3 dni początkowo 0,15, a następnie 0,3 Neosalwarsanu; ogółem pięć zastrzyknięć; między jednym zastrzyknięciem a drugim — przepłukiwano dwunastnicę zapomocą 25 % siarczanu magnezu; lamblji więcej nie stwierdziliśmy; chora ani w szpitalu ani następnie w domu (od czasu ostatniego napadu minęły zgórą dwa miesiące) więcej napadów nie miała; stosownie do naszego zalecenia zażywa ona raz na miesiąc w ciągu 3 dni po 3 tabl. treparsolu. Pacjentka czuje się obecnie dobrze, odzyskała apetyt, równowagę duchową i zdolność do pracy; nawroty choroby nie są jednak wykluczone.

Tablica I.

Krzywa ciepłoty



Tablica II.

D a t a	14/XI	24/XI	26/XI	30/XI	10/XII
Hb.	75%				73%
Czerwone krwinki	4.860.000				4.350.000
Białe ciała	5.500	10.100	5.700	16.150	14.200
Młode	0	0	0	0	0
Pałeczkowate	2%	3%	$\frac{1}{2}\%$	1%	$3\frac{1}{2}\%$
Segmentowane	61%	90%	$51\frac{1}{2}\%$	$69\frac{1}{2}\%$	73%
Kwasochłonne	$2\frac{1}{2}\%$	0	$7\frac{1}{2}\%$	3%	$\frac{1}{2}\%$
Zasadochłonne	$1\frac{1}{2}\%$	0	1%	0	0
Limfocyty	28%	6%	38%	17%	$16\frac{1}{2}\%$
Monocyty	5%	1%	$1\frac{1}{2}\%$	$9\frac{1}{2}\%$	$6\frac{1}{2}\%$

Krzywa ciepłoty i wyniki badań morfologicznych krwi uwidocznione są na załączonych tablicach (Nr. I i Nr. II).

Epikrytycznie przypadek nasz przedstawia się, jak następuje: chora lat 21 od 5 lat cierpi na bóle w podżebrzach, zwłaszcza prawem; od 2 lat bóle te przybrały charakter napadów, występujących okresowo co 7 — 8 dni przy gorączce sięgającej 38 — 40°. Przed napadem, kilka dni zaparcia, po napadzie wolne stolce.

Obiektywnie: podczas niektórych napadów wrażliwość w okolicy pęcherzyka żółciowego; we krwi — leukocytoza w okresach gorączkowych; znaczne wahania ilości eozynofiliów. Pacjentka należy do typu „roślinnie nacechowanych”; stwierdza się u niej z jednej strony błyszczące oczy, wysoki poziom cukru we krwi — objawy sympatykotonji, z drugiej strony objawy wago-tonji; obniżoną podstawową przemianę materji (— 15), skłonności do stanów skurczowych

narządów brzusznych (stąd silne bóle podczas napadów). Przy zgłębnikowaniu dwunastnicy wykryto ogromną ilość lamblji, zwłaszcza w żółci pęcherzykowej. Pod wpływem treparsolu, neosalwarsanu napady zostały przerwane, a kilkakrotne poszukiwania lamblji w treści dwunastniczej dały już wynik ujemny. Przypadek nasz zasługuje na specjalną uwagę ze względu na okresowe występowanie napadów będące prawdopodobnie w związku z pewną okresowością w rozwoju, względnie w rozmnażaniu się pasorzyta. W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem zaledwie kilka przypadków o takim przebiegu (w polskim jeden przypadek Sułka, w w niemieckim dwa przypadki Heubnera).

Na zakończenie kilka uwag praktycznych:

1) We wszystkich przewlekłych schorzeniach jelit, wątroby i dróg żółciowych o nieustalonej etiologii konieczne jest przeprowadzenie badania treści dwunastniczej na obecność lamblji.

2) Badanie treści dwunastniczej musi być dokonane tuż po jej wydobyciu, w przeciwnym bowiem razie wyniki są niepewne.

3) Badanie kału w przypadkach lambljazy często zawodzi, ma więc znaczenie drugorzędne.

4) Konieczne jest dalsze zbieranie i opracowywanie odnośnego materiału kazuistycznego, co przyczyni się do bliższego poznania różnych klinicznych postaci lambljazy i do spopularyzowania wśród lekarzy praktyków tej mało jeszcze znanej, aczkolwiek nierzadko zdarzającej się nawet w naszym klimacie jednostki etiologicznej.

PIŚMIENNICTWO.

1) Adamowicz. Polskie Archiwum Medycyny wewn. t. IV, zes. II, z 1926. 2) Dobrowolski. Pamiętnik Klin. szp. Dz. Jezus za rok 1926, str. 27. 3) Eisner. Warsz. Czas. Lek. z 1926 r. 4) Fidler. Medycyna N. 14, r. 1931. 5) Grot. Medycyna NN. I i 2, r. 1932. 6) Heubner. D. L. Zeitschrift für Klin. Medizin z 1931. 7) M. Labbé. Nepreux, Gawutla. Bullet. et Mém. d. l. Soc. Med. d. Hop. 39, 1925. 8) M. Labbé. Arch. de l'app. digester. et de nutr. str. 190, 192. 9) Pichowski. Pamiętnik szp. Dz. Jezus, str. 22, z 1926 r. 10) Puszet. Warsz. Czas. Lek. z 1926. 11) Skłodowska. Polska Gaz. Lek. z 1925. 12) Sułek. Lekarz Wojskowy, N. 9/12, str. 412 z 1930. 13) Westphal i Georgs. M. M. W. N. 33, z 1923. 14) Wetzler. Archiv für Verdaungskrankheiten t. XL z 1927.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O diagnostyce niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki.

Podał

Stefan DOBRYSZYCKI (Warszawa).

Rozpoznanie schorzeń trzustki, przebiegających bez cukrzycy, opierało się doniedawna głównie na pewnym zespole objawów dyspeptycznych i wynikach badania przedmiotowego.

Jednak klinika i doświadczenia na zwierzętach wskazują, że te objawy dyspeptyczne zjawiają się dopiero przy bardzo posuniętych zmianach trzustki i nie są patognomoniczne dla jej chorób, gdyż spotykają się również i w innych okolicznościach.

Głębokie położenie trzustki czyni wątpliwym wyniki obmacywania. To też choroby trzustki, a zwłaszcza jej przewlekłe stany zapalne wykrywają się nieraz dopiero po otworzeniu jamy brzusznej przez chirurga lub przy oględzinach zwłok.

W poszukiwaniu innych metod rozpoznawczych

zwrócono uwagę na rolę trzustki, jako gruczołu trawienego, i rozpoczęto badania nad jej wydzielaniem zewnętrznym. Dzięki tym badaniom djagnostyka uczyniła wielki krok naprzód. Dziś jesteśmy już poniekąd w stanie rozpoznawać nie tylko zmiany organiczne trzustki, lecz również jej zaburzenia czynnościowe.

Jednak i dziś niewolno nam niedoceniać starych metod klinicznych. Nie możemy więc pominąć w naszych rozważaniach skarg chorych i wyników badania fizykalnego.

W etjologii cierpień trzustki ważną rolę odgrywają choroby wątroby i dróg żółciowych. O ile w ich przebiegu bóle z prawego podżebrza promieniują na lewą stronę brzucha, do lewej łopatki, niekiedy do okolicy serca, to może świadczyć to o wystąpieniu powikłania ze strony trzustki (K a t s c h, E i n h o r n, D u p o n t, S t r a u s s i inni).

Również w cierpieniach żołądkowo - dwunastniczych (np. *ulcus penetrans*, *carcinoma*) w okresie posuniętym sprawa chorobowa może przechodzić na trzustkę. Chory wtedy często odczuwa bóle w okolicy lędźwiowej. Bóle te mogą mieć charakter napadowy, przyczem towarzyszą im niekiedy rozwolnienia ze stolcami błyszczącymi (obecność tłuszczów).

Przy badaniu przedmiotowym często można stwierdzić wtedy bolesny punkt w lewym podżebrzu.

Rzadziej spostrzega się pas nadwrażliwości skórnej H e a d a (na poziomie 10 — 12 żebra), który okala lewą stronę nadbrzusza, idąc ku tyłowi aż do kręgosłupa, odpowiednio do 8-go odcinka rdzenia.

W celach różniczkowych i djagnostycznych korzystna okazała się metoda przykręgowego znieczulenia 8, 9-go względnie 10-go korzonka po stronie lewej. Ustąpienie bowiem wtedy bólów przemawia za zajęciem trzustki (M a n d e l, G u b e r g r i t z i inni).

Przy obmacywaniu udaje się wyczuć trzustkę tylko wyjątkowo przy znacznym jej powiększeniu.

Przewlekłe zapalenia trzustki przebiegają zazwyczaj bez wyczuwalnego obrzmienia.

Wyczuwalny niekiedy w tych stanach opór odnosi się nie do samego gruczołu, lecz raczej do otaczającego go nacieku zapalnego (A d o l f S c h m i d t). W guzach trzustki badanie rentgenowskie wykrywa niekiedy przesunięcie narządów sąsiednich (żołądka, dwunastnicy i poprzecznicy).

Większą wartość djagnostyczną mają objawy pośrednie, spowodowane uciskiem ze strony trzustki, mianowicie żółtaczka i powiększenie pęcherzyka żółciowego.

Wprawdzie spostrzega się to i w zgola innych cierpieniach (np. ziarnica złośliwa gruczołów zaotrzewnowych, rak pęcherzyka żółciowego) łącznie jednak z innymi danymi świadczyć może o ucisku przewodu wspólnego żółciowego przez powiększoną głowę trzustki. Należy jednak zauważyć, że guzy trzustki tylko wtedy dają dopiero co opisany zespół chorobowy, gdy rozrastają się one w kierunku do dwunastnicy.

W cierpieniach trzustki spotykamy niekiedy brunatne zabarwienie skóry, podobnie jak przy chorobie A d i s o n a. W przypadkach tych prawdopodobnie chodzi o zaburzenia wielogruczołowe z udziałem układu chromochłonnego (U m b e r, G o l d s t e i n).

K. G l a e s s n e r i E. P i c k w swych doświadczeniach na psach z przetoką trzustkową wykazali zupełny brak substancji chromochłonnej w nadnerczach oraz nieznaczne tylko wzmoczenie ciśnienia krwi pod wpływem wyciągu z tych nadnerczy.

Wreszcie do objawów o względnej wartości rozpoznawczej należy zaliczyć jeszcze ślinotok, jako wyraz wzmoczonego zastępczego działania ślinianek.

Wymienione powyżej objawy naogół nie wystarczają dla rozpoznania. Zostało ono znacznie ułatwione przez badania czynnościowe. Rozróżniamy dwie czynności trzustki: zewnętrzną i wewnętrzną. Djagnostyka czynnościowa poszła w tych dwóch kierunkach. Już oddawna spostrzegano, że w cierpieniach trzustki pokarmy są niekiedy niedostatecznie rozszczepiane i przyswajane, co prowadzi do wydalania ich w stanie niestrawionym, do obfitych i wolnych stolców i w związku z tem do znacznego wychudzenia. Wiążemy to z niedomogą zewnętrznego wydzielania trzustki.

Zdaniem niektórych autorów (G r o s s, B r u g s c h, U m b e r) hormon dokrewny trzustki ma wpływać na przyswajanie tłuszczów w jelitach i powyższe zaburzenia mogą być zależne częściowo i od niedomogi aparatu wyspkowego.

Wychodząc z założenia, że trawienie głównych składników pożywienia (białka, węglowodanów i tłuszczów) odbywa się dzięki zacyzynom trzustki, starano się określić stopień sprawności tego gruczołu na podstawie ilościowego stosunku pokarmów, wprowadzanych do ustroju i wydalanych z kałem.

Usiłowania te napotykały jednak na trudności nie do pokonania. Z jednej strony podobne zaburzenia trawienia spotykają się i w innych cierpieniach przewodu pokarmowego (nieżyt kiszek ze wzmoczoną perystaltyką, bezsok żołądkowy, przetoka żołądkowo-okreżnicza) Z drugiej strony wystarcza niewielka część niezmienionej trzustki, aby trawienie odbywało się prawidłowo. Wreszcie zacyzyny żołądkowe, kiszkowe, bakteryjne, leukocytowe i żółc mogą zastąpić działanie zacyzynów trzustkowych, co nie pozwala ustalić, jaki udział w powstawaniu zaburzeń trawienia przypada trzustce.

Z pośród trzech zacyzynów trzustkowych: proteolitycznych, diastatycznych i lipolitycznych w wysokim stopniu dotyczy to pierwszych dwóch. Inaczej przedstawia się sprawa lipaz.

Ponieważ one prawie wyłącznie pochodzą z trzustki, to zmniejszenie wydzielania tego zacyzynu często sprowadza upośledzenia trawienia tłuszczów.

Dlatego też pozwolę sobie pominąć cały szereg metod, zajmujących się oznaczaniem czynności proteolitycznej i diastatycznej i mających dzisiaj raczej znaczenie historyczne. Zatrzymam się na metodzie, która zyskała zaśluzone miejsce w djagnostyce cierpień trzustkowych, mianowicie na określaniu wchłaniania i rozszczepiania tłuszczów w przewodzie pokarmowym.

Wypadnięcie działania lipaz powoduje wydalanie z kałem zwiększonych ilości tłuszczów wogóle, a zwłaszcza tłuszczów obojętnych. Dla ustalenia tych faktów niekiedy wystarcza stwierdzenie tak zw. stolców masłowych (Butterstühle), wydalanie z kałem po spożyciu masła płynnej masy tłuszczowej, krzepnącej na powietrzu.

Według S a l o m o n a stolce te występują tylko po spożyciu większej ilości masła (250 — 300 gr. dziennie). Zdaniem tego autora zjawianie się tych stolców jest objawem wprost patognomonicznym dla przewlekłych cierpień trzustki i objaw ten ma mieć większe znaczenie, niż określanie bilansu trawienia tłuszczów w stolcu. Na tę ostatnią próbę zwraca szczególną uwagę szkoła francuska.

L a b b é twierdzi, że w stanach patologicznych trzustki ilości zmydlanych tłuszczów znacznie są zmniejszone, a ilości tłuszczów obojętnych, wydalaných z kałem procentowo zwiększone. Autor ten sporządził tabelę i podał szereg współczynników, pozwalających oznaczyć stopień schorzenia trzustki. Współczynniki te są następujące:

1. współczynnik wchłaniania wszystkich tłuszczów (w normie 95 — 96% tłuszczów zostaje przyswajanych, w stanach patologicznych — średnio 66,5%);

2. współczynnik rozszczepiania tłuszczów — stosunek wydalaných ze stolcem tłuszczów obojętnych do ogólnej ilości tłuszczów stolca (normalnie 6%, w niedomodze trzustki przeciętnie 24,5%);

3. wreszcie współczynnik nieprzyswojonych tłuszczów obojętnych wyraża się stosunkiem tłuszczów obojętnych stolca do tłuszczów obojętnych pożywienia (norma 0,26%, w przypadkach patologicznych przeciętnie 8,5%).

Większe znaczenie rozpoznawcze ma stwierdzenie obok zaburzeń trawienia tłuszczów również upośledzenie trawienia białka: obecność w kale dużej ilości niestrawionych włókien mięsnych z zachowanym prążkowaniem i barwiącemi się jądrami.

L a b b é określa trawienie białka zapomocą współczynnika przyswajania w jelitach pokarmów azotowych (normalnie 90 — 95%, przy niedomodze trzustki spada przeciętnie do 74%).

Inne metody djagnostyki czynnościowej polegają na określaniu siły trawiennej zaczynów trzustkowych.

Początkowo badanie te ograniczyły się do kału.

Wobec bogactwa zaczynów proteolitycznych i diastatycznych w przewodzie pokarmowym i niemożności wyodrębnienia z pośród nich zaczynów trzustkowych wyniki, otrzymane tu, są niepewne, tembardziej, że wyniki te są zależne od całego szeregu jeszcze innych czynników (wchłanianie zaczynów w jelitach, niszczenie ich przez kwasy).

Lipazy zaś, jak wiadomo, nie wykrywają się w stolcach wcale.

Gdy wszystkie te próby okazały się niepewnemi, usiłowano otrzymywać sok trzustkowy, chociażby w niezupełnie czystym stanie.

Do doniosłych prób tej kategorii należy metoda oznaczania zaczynów trzustkowych w treści żołądkowej. Zasada metody tej opiera się na fizjologicznym doświadczeniu B o l d y r e w a, które wykazało, że po wprowadzeniu do żołądka tłuszczów sok dwunastniczy wraca się do żołądka. Wiadomo jednak, że zaczyny trzustkowe czynne są w środowisku zasadowym, kwaśna zaś treść żołądkowa w znacznym stopniu osłabia działanie tych zaczynów. Jest to główny powód, dlaczego metoda wzmiankowana dziś naogół nie jest stosowana.

(Dok. nast.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Instrukcja w sprawie przeciwgruźliczych szczepień ochronnych.

Belgijskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Higjeny wydało w r. 1931 broszurę p. tyt. „Uodparnianie przeciw gruźlicy zapomocą szczepionki B. C. G.*) Jest to instrukcja dla lekarzy, składająca się z 2 części: pierwsza omawia zasadnicze własności tej szczepionki i obecny stan naszych wiadomości, w drugiej podane są zasady stosowania jej i przepisy rejestracyjne wraz z formularzami.

W części teoretycznej po wzmiance historycznej jest rozpatrzona pokrótce kwestja nieszkodliwości szczepionki B. C. G., przyczem na podstawie poglądów wypowiedzianych na kongresie w Oslo, przez komisję bakteriologiczną Sekcji higjeny Ligi Narodów, prof. N e u f e l d a i in. wyproszony jest wniosek, że „w chwili obecnej żaden fakt nie przemawia za możliwością podniesienia się zjadliwości B. C. G. w ustroju“ i jej nieszkodliwość zdaje się dowiedziona. W rozdziale o sposobach stosowania B. C. G. podkreślono, że bez względu na używaną metodę można szczepić jedynie ludzi całkowicie wolnych od zakażenia gruźliczego, przyczem przy stosowaniu metody podskórnej zarówno u dzieci, jak u dorosłych, jest konieczne kilkakrotne badanie wrażliwości na tuberkulinę i można szczepić wyłącznie osoby stale reagujące ujemnie. Dalej omówione

są wyniki szczepień *per os* i podskórnych, komplikacje powstające niekiedy u dzieci w ich następstwie, zmiana odczynu tuberkulinowego u szczepionych i jej znaczenie. W związku z odpornością omawiana jest sprawa, jak prędko ona występuje i jak długo trwa, oraz zagadnienie rewakynacji. Wyniki tych rozważań ujęte są w sposób następujący:

1. Uodparnianie *per os* lub drogą podskórną może być stosowane jedynie u osobników uznanych przedtem za zupełnie wolnych od zakażenia gruźliczego.

2. Do wytworzenia się odporności nieodzowny jest okres od 4 do 6 tygodni, co pociąga za sobą konieczność ochrony szczepionych przed zakażeniem w ciągu tego okresu zapomocą odpowiedniego odosobnienia.

3. Odporność szczepionych nie trwa nieograniczenie długo.

4. Rewakynacja ich w określonych terminach jest wskazana, z wyjątkiem przypadków, gdzie odczyn tuberkulinowy daje wynik dodatni.

Dalsze rozdziały traktują o zmniejszaniu się umieralności na gruźlicę i umieralności ogólnej dzieci szczepionych na podstawie danych francuskich, rumuńskich oraz prac H e y n s i u s a, v a n d e r B e r g a i P a r k a. Zacytowane jest tu zdanie N e u f e l d a, że „B. C. G. przedstawia w obecnym stanie naszeszej wiedzy *maximum* tego, czego możemy oczekiwać od szczepionki przeciwgruźliczej“.

W ostatnich rozdziałach pierwszej części jest roztrząsane zagadnienie, czy należy szczepić wszystkie niemowlęta, czy tylko narażone na zakażenie, oraz kie-

*) Prémunition contre la tuberculose par le vaccin B. C. G. Instruction pour le Corps médical. Min. de l'Intérieur et de l'Hygiène. 1931.

istnieją wskazania do szczepienia podskórnego. Zalecenia te przedstawiają się w streszczeniu następująco:

1. Jest rzeczą konieczną, aby każde dziecko, urodzone w środowisku gruźliczym i mające tam żyć, było uodpornione przeciw gruźlicy przez doustne podanie B. C. G.

2. Co się tyczy uodparniania noworodków, urodzonych w środowisku pozornie wolnym od gruźlicy, wydaje się najlepszym, aby lekarz w każdym poszczególnym przypadku sam decydował, czy należy stosować szczepionkę, czy nie.

3. Szczepienie za pomocą B. C. G. jest nie tylko uzasadnione, ale konieczne w przypadkach, gdzie dzieci, młodzież lub dorośli, istotnie są narażeni na zakażenie gruźlicą bądź ze względu na swój zawód, bądź wskutek jakichkolwiek innych okoliczności. Chodzi tu oczywiście o szczepienie podskórne, poprzedzone jak zawsze próbami tuberkulinowymi. Szereg przykładów ilustruje te wskazania.

Druga część instrukcji zawiera praktyczne wskazówki stosowania B. C. G. Szczepionka jest wyrabiana w 4 zakładach (Bruksela, Liège, Gandawa i Mons) i jest wydawana bezpłatnie, ale tylko na żądanie lekarza. Ponieważ musi być zastosowana w ciągu pierwszych dni po urodzeniu (4, 6 i 8-go dnia lub 5, 7 i 9-go), lekarz powinien zażądać jej przysłania zaraz po urodzeniu się dziecka, ale nie przed porodem, gdyż szczepionka jest zdatna do użytku tylko w ciągu 10 dni po przygotowaniu i mogłaby stracić swoją wartość. Niemowlęta, urodzone w środowisku gruźliczym, powinny być zabezpieczone przed zakażeniem przynajmniej na przeciąg

4—6 tygodni, najlepiej przez umieszczenie ich w odpowiednim zakładzie lub u zdrowej rodziny, w razie zaś absolutnej niemożności takiego odosobnienia należy zalecić rodzinie jak najściślejsze przestrzeganie wszelkich środków ostrożności dla uniknięcia zakażenia. Dalej podana jest dokładna technika szczepienia *per os* i podskórne i wykonywania odczynów tuberkulinowych. Rewakcyzację należy przeprowadzać po upływie 3, 7 i 15 lat, o ile dziecko reaguje ujemnie na tuberkulinę. Odczyn dodatni świadczy albo o pozostaniu w ustroju prątków B. C. G. z poprzedniego szczepienia, albo o obecności zjadliwych zarazków, które wtargnęły przy zakażeniu i są nieszkodliwe przez poprzednie szczepienie. W obu przypadkach szczepienie powtórne jest zbyteczne.

Zakłady, wyrabiające szczepionkę, prowadzą ścisłą rejestrację szczepionych. Lekarz, szczepiący wypełnia kartę z szeregiem rubryk, mogących mieć znaczenie przy ocenianiu wyników szczepień, jak niebezpieczeństwo zakażenia, na które dziecko jest narażone (gruźlica u rodziców, w otoczeniu, jej rodzaj), warunki środowiska, odosobnienie po szczepieniu i t. d. Karty takie lekarz przesyła zakładowi, od którego otrzymał szczepionkę. Poza tem powinien on informować zakład o dalszych losach szczepionego, o jego rozwoju, stanie zdrowia, ewentualnych powikłaniach itp. przy pomocy specjalnego formularza. Zdarza się nierzadko, że szczepieni usuwają się z pod nadzoru lekarskiego; wyszukiwaniem ich zajmują się poradnie Belgijskiej narodowej organizacji walki z gruźlicą, kierują ich do właściwego lekarza, względnie skłaniają do okresowego zgłaszania się do poradni i informują zakład o wyniku oględzin. W ten sposób zakłady wytwórcze mogą stale kontrolować nieszkodliwość i skuteczność szczepionki.

TREŚĆ: L. BREGMAN. Dr. Samuel Goldflam. — M. BIRO. Działalność naukowa Dr. Samuela Goldflama — J. MACKIEWICZ. Źródła i metodologia twórczości D-ra Goldflama. — L. ZAMENHOF. Ze wspomnień o D-rze S. Goldflamie. — C. WROCZYŃSKI. Dr. Seweryn Sterling. — L. SZYFMAN. Działalność naukowa D-ra S. Sterlinga. — Wł. STERLING. Hiperwentylacja bad. klin. — L. SZYFMAN. W sprawie zakażenia dwunastnicy i dróg żółciowych przez wielkousca jelitowego. — S. DOBRYSZYCKI. O diagnostyce niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki (Str. zbior.) — Instrukcja w sprawie przeciwgruźliczych szczepień ochronnych. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. BREGMAN. Dr. S. Goldflam. — M. BIRO. L'activité scientifique du Dr. Goldflam. — J. MACKIEWICZ. Les origines et la méthodologie de la productivité du Dr. Goldflam. — L. ZAMENHOF. Quelques souvenirs de Dr. Goldflam. — C. WROCZYŃSKI. Dr. S. Sterling. — L. SZYFMAN. L'activité scientifique du Dr. S. Sterling. — Wł. STERLING. L'hyperventilation comme méthode d'examen clinique. — L. SZYFMAN. Sur l'infection du duodenum et des voies biliaires par *magastoma entericum*. — S. DOBRYSZYCKI. Le diagnostic de l'insuffisance de la sécrétion externe du pancreas. (Rev. gén.) — L'instruction à cause de la prémunition contre la tuberculose par le vaccin BCG.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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



VALIGEN
KROPLE FLAKON 5 LUB 10 GR PEREŁKI 15 x 0.2 GR.



uspakaja
nerwice · histerie · wymioty
stany podniecenia psychicznego



WARSZAWA