

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. 834-48.

Rok IX

WARSZAWA, 27 PAŹDZIERNIKA 1932 R.

Nr. 43

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Herpes zoster*).

Podali

Bronisław FRENKIEL i Henryk DYNKIEWICZ (Łódź).

(Dokończenie — patrz Nr. 42)

Materiał w liczbie 21 przypadków, którym rozporządzamy, i które mieliśmy możliwość obserwowania w ostatnich 2-ach latach, pozwoli nam wnikać w tę sprawę szczegółowiej.

Z naszych przypadków w 6-ciu zaatakowany był nerw trójdzielny, w 2-ach nerwy szyjne, w 1-nym splot lędźwiowy, w pozostałych różne odcinki nerwów grzbietowych. Pośród przypadków nerwu trójdzielnego najczęściej zajęta była jego pierwsza gałązka (*h. ophthalmicus*). We wszystkich naszych przypadkach mocno był zaznaczony zespół bólowy cierpienia z wyjątkiem jednego, u dziewięcioletniego chłopca (przyp. 9), co potwierdza zdanie autorów, że u dzieci półpasiec może występować zupełnie bez bólu. Okres bólowy trwał od kilku dni do kilku miesięcy. W przypadku 10-tym powyżej 12-tu miesięcy.

P e c t przytacza 2 przypadki półpaśca, gdzie bóle trwały kilka lat. W jednym przypadku ze względu na umiejscowienie bólów zachodziła konieczność różnicowania z dusznicą bolesną (przyp. 8); 66-cioletni mężczyzna doznawał silnych bólów wraz z niepokojem sercowym po stronie lewej na wysokości D₄. Obecność 4-ch pęcherzyków, ułożonych wzdłuż żebra, ustaliła rozpoznanie. Podobne przypadki, gdzie bóle występowały między 3-iem a 5-em żebrzem w okolicy serca, opisuje P a r s o n n e t. Przypadek (13) zasługuje na uwagę, ze względów następujących. U kobiety 60-letniej, która przeszła operację W e r t h e i m a z powodu *ca. uteri*, wystąpiły silne opasujące bóle jednostronne na wysokości D₄ po stronie lewej wraz z wykwitami. Badanie wykazało bolesność odpo-

wiedniego kręgu grzbietowego. Nasuwało się praw-
dopodobieństwo przerzutu *ca* i objawowego pół-
paśca. Wystąpienie tego półpaśca w Łodzi (gru-
dzień r. 1931), skłaniało nas jednakże do przy-
puszczenia, że nie jest to sprawa nowotworowa.
Dalszy przebieg cierpienia potwierdził rozpoznanie.

W przypadku 16-ym u 65-letniej kobiety wy-
stąpił półpasiec D₁₂ po stronie prawej. Po 2-mie-
sięcznym trwaniu bólów wystąpiło osłabienie koń-
czyn dolnych, bóle w nich, zniesienie odruchów
ścięgowych, bóle i drętwienie w kończynach gór-
nych wraz z niepokojem psychicznym, bezsennoś-
cią i zaburzeniami pamięciowymi oraz podwyższoną
ciepłotą, a więc obraz *polineuritis subacuta*. Półpa-
siec inaugurował więc w tym przypadku już znacznie
rozległą infekcję układu nerwowego. Podobny
przypadek zapalenia wielonerwowego w postaci
wiotkiego niedowładu wszystkich kończyn ze znie-
sieniem odruchów i zaburzeniami ocnymi w kilka
tygodni po przebytych półpaścu opisał H a m b u r-
g e r. C o r m i l opisał przypadek niedowładu mię-
śnia czterogłowego ze zniesieniem odruchu koła-
nowego, z wykwitami półpaśca na przedniej części
uda. S c h u b a c k podaje przypadek, gdzie w ty-
dzień po wystąpieniu półpaśca grzbietowego
stwierdził objawy występującego porażenia typu
L a n d r y z zejściem śmiertelnym.

Z kolei zwrócimy uwagę na przypadek 14-ty;
24-letnia panna, u której przed półtora rokiem wy-
stąpiło w sposób ostry stwardnienie rozsiane z le-
wostronnym porażeniem i obustronnym B a b i Ń-
s k i m, oczopląsem i drżeniem rąk. Wszystkie ob-
jawy w ciągu 2-ich miesięcy ustąpiły, pozostawia-
jąc tylko drżenie palców. W 5 miesięcy po wyz-
drowieniu występuje półpasiec D₈ po stronie prawej.
Wykwity i bóle bardzo szybko w tym wy-
padku się cofnęły. Po 6-ciu miesiącach u tej cho-
rej występuje nagle zaniewiedzenie prawego oka
(*neuritis retrobulbaris*). W danym przypadku więc
można uważać półpasiec za jeden z okresów (rzut-
tów) ogólniejszej sprawy zapalnej (stwardnienie
rozsiane, względnie *encephalomyelitis disseminata*).

Na sprawę nawrotowego półpaśca zwraca

*) Odczyt wygłoszony w dniu 25.V r. b. na posiedzeniu
Łódz. Tow. Lekarskiego.

uwagę przypadek 5-ty. U 40-letniej kobiety, cierpiącej na bóle mięśniowe i stawowe, występuje co kilka miesięcy palenie języka i szereg wykwitów na przedniej bocznej powierzchni języka po stronie prawej. Wysypka i bóle trwają zazwyczaj do 10-ciu dni i występują podług mniemania chorej po błędach dietetycznych lub przeziębieniu. Podobny przypadek, nie włączony do obecnego naszego materiału, obserwowaliśmy przed kilku laty. U młodej kobiety bezdzietnej każdorazowo przed menstruacją występował bolesny *h. genitalis* w okolicy górnej wewnętrznej powierzchni prawego uda. Przypadek ten podkreśla wspomniane przez nas powyżej pokrewieństwo niektórych form opryszczki zwykłej z półpaścem.

W przypadku 17-tym rozległy *h. sacro ischiadicus* poprzedził długotrwałą rwę kulszową.

Przechodzimy teraz do rozważenia przypadków, w których stwierdziliśmy objawy porażenne.

W przypadku 7-mym po półpaścu (bóle i wykwity na górnej granicy mostka po stronie prawej) występują bóle i drętwienie w prawej dłoni, osłabienie siły i zaniki mięśniowe. Dalsza obserwacja wykryła w tym przypadku *sarcoma mediastini*.

Związek półpaśca z porażeniem nerwu twarzowego był przedmiotem wielu publikacji. W przypadku 3-im u mężczyzny 62 letniego w miesiąc po półpaścu (*h. z. ophthalmicus*) z obrzękiem powiek i łzawieniem oka, wystąpiło porażenie nerwu twarzowego po tej samej stronie typu obwodowego. Porażenie to nie uległo poprawie, co się zgadza z poglądami wielu autorów, podkreślających, że porażenie nerwu twarzowego po półpaścu jest przeważnie nieuleczalne. Porażenie obwodowe nerwu twarzowego w przebiegu półpaśca należy do zespołu objawowego *h. z. geniculi* lub *oticus*, charakteryzującego się często pozatem zaburzeniami słuchu i równowagi, jak również osłabieniem czucia i smaku. Dokładne badanie może wykryć li tylko pojedynczy pęcherzyk na muszli usznej, lub w przewodzie słuchowym zewnętrznym, co posłużyło Kernerowi do wypowiedzenia zdania, że trzeba z rezerwą mówić o t. zw. reumatycznych porażeniach nerwu twarzowego i każdorazowo należy badać ucho. Przyczyna porażenia nerwu twarzowego jest jasna przy zajęciu *ganglion geniculi* lub *oticum*. Sprawa komplikuje się wtedy, jak w naszym przypadku, gdzie mamy *h. z. ophthalmicus* i porażenie nerwu twarzowego. Otóż można sobie ten zespół wytłumaczyć według Havelaqua a połączeniami nerwu twarzowego i *n. ophthalmicus* albo też szczególną wrażliwością nerwu twarzowego na działanie jadu półpaśca w ustroju. (np. jak w przypadkach *h. z. intercostalis* + porażenie nerwu twarzowego). W przypadku 4-ym *h. z. ophthalmicus* wystąpiła *iridocyclitis* ze stałym znieczuleniem w obrębie pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego.

W naszym materiale nie mamy ani jednego przypadku, wykazującego związek kliniczny pomiędzy półpaścem a ospówką, mimo, że z epidemiami tej ostatniej jeden z nas nieustannie się styka w swojej pracy szpitalnej. Heide, lekarz szpitala pediatrycznego w Holandji, zachorował na półpasiec podczas małej epidemii ospówki w tym szpitalu.

Półpasiec jest tą jednostką chorobową, w której zmiany skórne są organicznie sprzężone ze

zmianami w układzie nerwowym, związek, o którym wiele mówi się w ostatnich dziesiątkach lat w neurologji i dermatologii. Związek ten w tej chorobie jest już natury nieogólnej, ale polega na ściśle zlokalizowanych, dostępnych badaniu zmianach anatomo-patologicznych. Zmiany te umiejscawiają się w zwojach międzykręgowych, co po raz pierwszy opisał Bärensprung w r. 1863.—Cały szereg badaczy potwierdził później spostrzeżenia Bärensprunga i rozszerzył lokalizację tych zmian również na korzonki tylne i nerwy obwodowe, przyczem rogi i korzonki przednie zmian zwykle nie przedstawiają.

Head i Cambell, przeciwstawiając półpasiec *poliomyelitis anterior*, gdzie zmiany anatomo-patologiczne są umiejscowione w rogach przednich, uważają go niejako za *poliomyelitis posterior*. Nazywa ta nie jest zupełnie ścisła ze względu na udział nietylko zwoju w tem schorzeniu. W zwojach stwierdza się nacieczenie limfocytowe, szczególnie naokoło naczyń, które są zwykle rozszerzone. Często spotyka się wylewy krwawe oraz uszkodzone w różnym stopniu elementy nerwowe w postaci zaniku i złej barwliwości komórek. Wtórne zwyrodnienia widać w ośrodkowych szlakach wstępujących oraz w nerwach obwodowych.

Stephan opisuje ciekawy przypadek, gdzie klinicznie był *h. z.* w obrębie pierwszej i drugiej gałązki prawego nerwu trójdzielnego, a na sekcji stwierdził wyżej wymienione zmiany w dwóch trzecich przyśrodkowej części prawego zwoju Gassera. Lokalizacja zmian anatomo-patologicznych w zwoju ściśle odpowiada więc w tym przypadku umiejscowieniu wykwitów półpaśca na skórze twarzy. Zmiany w zwojach międzykręgowych były przez długi czas uważane jako jedyne stałe i główne zmiany anatomo-patologiczne w półpaścu, jednak Charcot, Curschmann i Pitres opisali przypadki, gdzie żadnych zmian w zwojach nie znaleźli.

Patogeneza półpaśca jest szeroko omawiana przez wielu badaczy, którzy wypowiadali w tej sprawie różne hipotezy i teorie. Sprawa ta komplikuje się mianowicie z tego względu, że półpasiec z trudem daje się przeszczepić, a nawet niektórzy badacze wogóle negują możliwość przeszczepienia półpaśca. Reprezentantami teorii infekcji wstępującej, a więc skórno-nerwowej, są Lipschütz, Natter i Urbain oraz Marinisco, którzy uważają, że pęcherzyki skórne zawierają w sobie czynnik zakaźny (*virus*) w komórkach nabłonkowych, w których jądrach stwierdza się ciała Lipschütza.

Według nich, wykwitów na skórze nie należy uważać za zaburzenia troficzne, zależne od uszkodzenia zwoju, a za pierwotną lokalizację jadu półpaścowego.

Na poparcie swej teorii przytaczają liczne przypadki gdzie były daleko idące zmiany w zwojach charakteru zapalnego i nowotworowego, a wykwitów na skórze nie było. Teoria ta ma również poparcie w tem, że materiał z wykwitów daje reakcję wiązania dopełniacza z surowicą krwi chorych na półpasiec, czyli, że w wykwitach winien się znajdować zarazek swoisty. Lauda i Silberstein dodatnich wyników jednak nie otrzymali.

W myśl tej teorii należałoby uważać każdy wykwit za bramę wejściową jadu, przyczem wykwyty te ułożyłyby się same na terenie korzonkowym bez wstępnego udziału układu nerwowego (zwojów), co jest słabym punktem tej teorii. Achard stara się wypełnić tę lukę.

Otóż według Acharda nieznaną *virus* neurotropowy wnika w skórę, idzie stąd wzdłuż nerwu do odpowiedniego zwoju aż do rdzenia. Gdy wchodzi do zwoju, przyjmuje kierunek odśrodkowy, wraca do skóry i wywołuje wykwyty na terenie, odpowiadającym danemu zwojowi. Teoria ta sprawia wrażenie zbyt sztucznej i nie ma żadnych podstaw doświadczalnych.

Z drugiej strony znane są przypadki półpaśca, wprawdzie nieliczne, gdzie wykwyty rozproszone, nieusystematyzowane usadawiają się na jakimkolwiek płacie skóry, uchylając się od schematu korzonkowego. W tym wypadku należałoby raczej uważać półpaśca za chorobę wysypkową, a hipoteza infekcji, przenoszącej się drogą naczyń krwionośnych, nabiera pewnego znaczenia.

Według Chevaliera półpaśca jest swistem zapaleniem odcinka skóry, unaczynionego przez pewien zespół naczyń. Wędrowką jadu w połączeniach naczyniowych można byłoby prędzej sobie wytłumaczyć znane odchylenia od regularnego układu wykwitów skórnych. Z drugiej strony nasuwa się pytanie, dlaczego wprowadzony do krwi jad atakuje pewien teren naczyniowy a oszczędza inny, a także dlaczego np. wykwyty półpaśca międzyżebrowego tak ściśle się układają, aczkolwiek istnieją liczne anastomozy między arterjami międzyżebrowymi.

Jest jeszcze jedna droga, skąd czynnik zakaźny może przedewszystkiem atakować, a mianowicie opony.

Za teorią tą przemawia obecność pleocytozy oraz zwiększonej ilości białka w płynie mózgowo-rdzeniowym. Wiemy jednak, że często brak wszelkich objawów oponowych oraz składników patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym przy wielkich zmianach w tkance nerwowej, co znowu przeczy wymienionej teorii o sposobie szerzenia się zarazki w organizmie. Czy nieznaną zarazkę szerzy się drogą skórno-nerwową, drogą krwi, czy też drogą opon (zresztą żadna z teorii nie tłumaczy nam wszystkich zjawisk) musimy wziąć pod uwagę, że istnieje ścisła korelacja między wykwitami na skórze a zmianami w układzie nerwowym*). Wpływ układu nerwowego na topografię wykwitów skórnych jest nie tylko właściwy dla półpaśca, albowiem spotykamy się z tem zjawiskiem przy chorobie Recklinghausena, przy sklerodermji i t. p.

Słusznie więc twierdzi Levaditi, że w półpaścu widać wpływ, jaki wywiera jeden z odcinków ektodermy (układ nerwowy) na drugi odcinek ektodermalny (skóra).

*) Występowanie półpaśca po zastrzygnięciach wysoku do zwoju Gassera przy nerwobólach nerwu trójdzielnego.

Poszukiwania bakterjologiczne nie dały dotychczas żadnego wyniku. Różni badacze znajdowali różne bakterje na przekrojach skóry, zwojów oraz w płynie mózgowo-rdzeniowym, ale żadnemu z nich nie udało się wyodrębnić bakterji, któreby po zaszczepieniu dawały doświadczalny półpaśca. Dotychczasowe jednak badania każą przypuszczać, iż jad półpaścowy należy do grupy jadów przesączalnych, a *herpes zoster* jest jedną z chorób, wywołanych przez *ultravirus*.

PIŚMIENNICTWO.

- B o s c h W. G. Nederl. Tijdsch. Geneesk. 1931 (I) Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 59. B o u r g i n Pierre. Paris med. 1929 (II). B u s c h i n g h a m. Arch. of Laryng. 13 (1931). Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 59. M c. C a r n i c k. J. amer. Med. Assoc. 96, 1931. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 60. C o l r a t A. Revue d'otologie (1930). Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 57. C o r n i l Lucien. Rev. neurolog. 37 (I), 1930. C o r n i l Lucien et François B l a m c. Rev. neurolog. II. 1931. C u m i n g s John. Lancet 1930, I. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 58. E t t i n g e r Adolf. Lekarz wojskowy T. 17, r. 1931. F a u v r e - B e a u l i e u et J. L h e r m i t t e. Rev. Neurolog. 36. I. (1929). F i o r e t t i. Att. Clin. Univ. Roma 27, 1929. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 55. G l a u b e r s o n i R a b i n o w i c z. Dermat. Woch. 1929. I. G o u n e l l e. Bull. soc. med. Hop. Paris III. s. 47. 1931. G u a s d u i n o. Cl. Otorinolaring. Univ. Milano, Osp. Magg. 17. 1929. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 54. H e i d e. Nederl. Tijdsch. Geneesk. 1930, II. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 59. H i l l, N. Gray. Brit. J. Childr. Dis 26, 1929. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 55. H o m b u r g e r. Bull. Soc. Med. Hop. Paris III. S. 46, 1930. J a c q u e s. J. belge Otol 5, 1930. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 60. J a c o b. Arch. of. Dermat. 24, 1931. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 61. L a u d a E. i Z u g e r A. Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde. 30, 1926. Leonard K r a u s. Z. Laryng. 19, 1930. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 58. L o u s t e, L e w y - F r ä n c k e l et T r i a n. Bull. Soc. franc. Dermatolog. 36, 1929. M a c k i e w i c z St., J e r m u ł o w i c z Wł. Polska Gaz. Lek. 1930, II. M a r i n e s c o i D r a g a n e s o. Rev. Neurolog. I. 1932. M o m m s e n. Usch. Kinderheilkunde 50, 1931. M o s s o, T o r t u n a t o, E r m i n o. Att. Clin. Un. Roma 27, 1929. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 58. N e t t e r. Bull. Soc. Med. Hop. Paris III. S. 47. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 61. N e t t e r i U r b a i n. C. Soc. Biolog. Paris 103, 1930. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 58. O l i m t o, M a r i o. Arch. Pediatría 2, 1930. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 58. P a r d e e. Arch. of. Ophtalm. 3, 1930. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 57. P a r s o n n e t. Ann. Int. med. 3, 1930. R. w. Z. f. u Ps. T. 58. P e c t, M a r, M i n o r. J. amer. assoc. 92. 1929. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 54. P h i l i p p i M a r i o. Nederl. Tijdsch. Geneesk. 1931, I. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 60. R e n a r d. Bull. Soc. Ophtalm. Paris 9, 1928. R i c h o u G e r a r d et H e n n e q u i n. Bull. Soc. Med. Hop. Paris III. 1931. S c h u b a c k. Z. Neurolog. 123, 1930. S e i d e n b e r g. Z. Hyg. 112, 1931. S m i t h. Glasgow Med. 7, 116. 1931. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 61. T h o m a s A n d r e. Rev. Neurolog. T. II. Nr. 6, 1931. T h o m a s i A m y o t. Rev. neurolog. 36, II. 1929. V i d e l a i P e r o n c i n i. Semana med. 1931. V i g o n o m i G. Arch. ital. otol. 41, 1930. Ref. w. Z. N. u Ps. T. 56. W e b e r. Britt. J. Childr. Dz. 26, 1929. W o l l h e i m. Anner J. Syph. 15, 1931. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 60. Z a p p a. Rat. Pediatr. 7, 1929. Ref. w. Z. f. N. u Ps. T. 55.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrznego lecznicy Kasy Chorych w Piotrkowie.
(Ordynator: Dr. Szymon Tenenbaum).

O moczo-pędnym działaniu nerki.

Podał

Szymon TENENBAUM (Piotrków Trybun.).

Volhard w schorzeniach nerkowych proponuje podawać chorym nerkę; po 1/2 nerki dwa razy tygodniowo lub 1/4 nerki codziennie. Pewnych wniosków na razie z tego sposobu leczenia nie wyprowadza, przypuszcza jednak, że wprowadzanie do organizmu nerkowo chorych podstawowych składników nerki może łagodzić co wpływać na przebieg schorzenia.

W myśl tych przypuszczeń Volharda przeprowadziłem w ciągu kilku miesięcy badania na chorych z ostrem i przewlekłym schorzeniem nerek i kontrolne na chorych ze schorzeniami innych narządów.

Chorym podawałem pół nerki cielęcej surowej (posiekana, zmielona w zupach kwaskowatych) od dwóch do trzech razy tygodniowo w porze obiadowej.

I. Chora G. R. l. 18. *Glomerulo-nephritis acuta* (Nr. 155/32).

250*)	150	220	240	250
280	430	260	230	490
nerka**)			nerka	
450	520	600	600	650
	nerka		nerka	
720	700	1200	900	1530
750				

Chora przy dobowej ilości płynów nie przekraczającej trzech szklanek, przy diecie bezsolnej (leków żadnych nie dostaje) oddaje coraz więcej moczu; diureza wyraźnie się wzmacnia po pierwszym spożyciu nerki i stopniowo nadal narasta.

II. F. C. l. 32. *Glomerulo-nephritis ubacuta* (259/32).

		nerka		
930	850	620	1500	1000
				nerka
1150	770	1120	860	730
			nerka	
680	730	980	1050	1740
nerka				
1200	1360			

Djeta bezsolna. Cztery szklanki płynów na dobę; leków żadnych.

III. L. A. l. 59. *Glomerulo-nephritis haemorrhagica acuta. Ascites. Anasarca.* (247/32).

200	600	750	750	750	600
		nerka			
650	600	750	1500	1800	
	nerka			nerka	
1650	1500	1200	1500	1350	
			nerka		
1100	960	1200	1200	1200	
	nerka				
1200	900	1700	1200		

IV i V Z. M. l. 53. *Glomerulo-nephritis chr.* (241/32).
— M. F. l. 49. *Glomerulo-nephritis acuta.* (148/32).

Nerka, jak w przypadkach powyższych wpływa dodatnio na diurezę.

W IV i V — przy zachowaniu warunków omówionych przy I i II.

W przypadkach kontrolnych (*Polyarthritus rheumaticus chr. Adenopathia tracheo-bronchialis, Cholecystitis chronica*) — nerka nie wpływa na diurezę.

W gruźliczym zapaleniu otrzewny z nerczą — diureza wzmożona.

W białaczce szpikowej z nerczą i obrzękami — diureza wzmożona.

Na podstawie tych przypadków pozwalam sobie wprowadzić następujące wnioski.

W schorzeniach nerek ze zmniejszoną dobową ilością moczu pod wpływem nerki cielęcej, spożytej w postaci surowej, następuje podrażnienie aparatu wydzielniczego nerki (lub spazmolityczne działanie składników nerki spożytej na nerkę chorą w kłębuszkowym zapaleniu nerek) — diureza się wzmacnia, niezawsze tylko następnego dnia, utrzymuje się często kilka dni, i dlatego bodziec ten, stosowany co pewien okres czasu pozwala utrzymać diurezę na odpowiedniej wysokości.

W schorzeniach innych narządów bez uszkodzenia nerek — pozostaje bez wpływu na diurezę.

*) Ilość moczu na dobę (notowano codziennie).

**) Nerka — oznacza, że choremu (ej) tego dnia podano nerkę.

Z praktyki prywatnej

Samoistna odma czaszkowa podtwardówkowa.

(*Pneumocranium subdurale s. pneumocephalus externus s. pneumatocoele extracerebralis*).

Podali

E. HERMAN i A. SPIRO (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 42).

Opis własnego przypadku. W kwietniu 1932 został jeden z nas wezwany poraz pierwszy do 45 letniego chorego J. Sw. z powodu ciężkiego napadu padaczkowego.

W wywiadach żona pacjenta podawała co następuje: żony od kilkunastu lat; mają troje zdrowych dzieci, żona dwu-

krotnie roniła, w 2 i 4 mies. ciąży. W dzieciństwie przechodził krzywicę. We wczesnym dzieciństwie uderzony w prawe ucho, potem ropienie z tego ucha. Kiedy wystąpił I-y napad drgawek, trudno jest ściśle ustalić, bowiem sam chory o napadach nic nie wie, bliższa rodzina zaprzecza jakoby w dzieciństwie lub młodości miał napady, zaś żona chorego była świadkiem I-go napadu drgawkowego męża w kilka lat po ślubie, przed laty 17-u. Był to wówczas napad drgawek ogólnych z całkowitą utratą przytomności. Podobne napady powtarzały się rzadko, raz na 3 — 5 lat. Po napadzie chory zazwyczaj był zamroczony, przez kilka godzin, a przez 2 — 3 dni z powodu ogólnego osłabienia pozostawał w łóżku. Zimą tego roku dostał silnego napadu drgawek, upadł, uderzył się w głowę. Miał jakoby „guz” po stronie lewej czaszki. Przez 2 — 3 dni, jak zwykle, był senny i osłabiony. Ostatni napad miał miejsce w kwietniu b. r., kiedy

to wystąpiły 3 napady gwałtowne, jeden po drugim. W kilka godzin po ostatnim napadzie został właśnie jeden z nas wezwany do chorego. Stwierdzono wówczas stan zamroczenia padaczkowego bez wyraźnych uchybień organicznych w układzie nerwowym. Choremu zalecono leczenie bromowo-luminalowe i zaproponowano badania pomocnicze, których pacjent, niechętnie poddający się leczeniu i uważający siebie za zdrowego, niestety zaniechał.

Po raz drugi zgłosił się pacjent w towarzystwie żony I.VI. r. b., przyczem podawał, że stale przyjmuje luminal. Napadu od ostatniego czasu nie miał. Czuje się dobrze, pracuje.

Badanie przedmiotowe, przeprowadzone w dniu tym wykazało: chory wzrostu wysokiego, odżywienia dobrego, budowy kośćca prawidłowej.

Skóra o zabarwieniu prawidłowym, błony śluzowe dobrze ukrwione.

Gruzoły chłonne niewyczuwalne. Narządy wewnętrzne — bez zmian.

Tętno 80, miarowe. Ciężota prawidłowa. Ciężnienie krwi 135/85.

Układ nerwowy: Czaszka o guzach czołowych wystających, zlekka kwadratowa. Zrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują sprawnie. Dno oczu: tarcze normalne, *staphyloma posticum*.

Pole widzenia — bez zmian; *visus* zachowany (badanie szczegółowe niżej). Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. Kończyny górne i dolne pod względem ruchów czynnych i biernych, siły mięśniowej, napięcia, czucia wszystkich rodzajów — b. z. Odruchy: okostnowe i ścięgnowe z kk. górnych umiarkowane, Abd. obustr. +, PR — żywe, prawy nieco żywszy, AR — żywe, prawy nieco żywszy, podeszwowe zgicie, obj. B a b i ń s k i e g o i R o s s o l i m o — nieobecne.

Chory nadal nie dokonał zaleconych zdjęć rentg. i innych badań pomocniczych.

Po raz 3-ci wezwano jednego z nas do chorego 9.VII. r. b.

Chory podaje, że 2.VII poczuł przy pisaniu, iż prawa k. górna jest słabsza, tak iż wkrótce nie mógł pisać. Osłabienie tej kończyny stopniowo potęgowało się, a po kilku dniach dołączyło się też osłabienie k. dolnej prawej. Mowa zaczęła się płatać. Wystąpiły zaburzenia pamięci, mianowicie zapomnianie świeżych faktów. Zjawiły się bóle głowy, bezsenność. Nie wymiotował. Stan ten nie uległ poprawie, jedynie mowa od kilku dni jest lepsza. Pozostaje w łóżku. Zapytywany w tym kierunku, podaje, że na kilka dni przed wystąpieniem niedowładu prawostronnego, wyciekał z nosa płyn wodnisty w dużej ilości, tak iż musiał zmieniać dużo chustek. Trwało to kilka dni, poczem gdy się położył do łóżka, ustało.

Badanie przedmiotowe, w dniu tym przeprowadzone, wykazało. Chory zupełnie przytomny. Na pytanie daje odpowiedzi rzeczowe. Uskarża się na nieznaczny ból głowy. W narządach wewnętrznych brak zmian.

Badanie laryngologiczne (Dr. G o t f r y d): jamy nosowe b. z. Błona bębenkowa ucha prawego przedziurawiona, widoczna ziarnina w uchu środkowym. Ku tyłowi przetoka do wyrostka sutkowego (*otitis media suppurativa chronica*).

Objawów oponowych nie stwierdza się. Czaszka nieco bolesna na opuk w okolicy ciemieniowej lewej. Węch obustronnie zachowany. Przy raptownym ułożeniu głowy na boku lewym i przechyleniu jej ku przodowi słysząc od czasu do czasu szybko po sobie następujące dźwięki, przypominające pluskanie lub klaskanie. Chory i otoczenie sami na to zwracają uwagę.

Zrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują prawidłowo. Badanie oczu (Dr. S z w a r c): tarcze nn. wzrokowych w obu oczach nieco przekrwione, otoczone zmianami myopijnymi (*staphyloma posticum* — zmiany degeneracyjne); oko lewe więcej dotknięte niż prawe; pozatem ża-

nych zmian nie widać. Siła wzroku oka pr. — 0,03, oka lewego 0,01. Refrakcja oka pr. M 16,0D, oka lewego M 200D. Pole widzenia b. z. Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome we wszystkich kierunkach. Oczopląsu brak. Odruchy rogówkowe prawidłowe. Czucie bólu i dotyku na twarzy i języku zachowane. Żwacze napina dobrze. Szpara powiekowa prawa szersza od lewej. Bruzda noso-wargowa prawa nieco płytsza. Czoło marszczy dobrze. Słuch, smak zachowane. N. n. dodatkowe b. z. Język wysuwa prosto.

Kk. górne: przy unoszeniu prawa wyraźnie odstaje. Uścisk dłoni pr. wyraźnie osłabiony. Ruchy czynne zachowane. Czucie wszystkich rodzajów b. z.

Kk. dolne: siła pr. osłabiona. Ruchy czynne zachowane. Czucia wszystkich rodzajów b. z. Bezładu niema. Odruchy: okostnowe i ścięgnowe z kk. górnych słabe, brzuszne żywe — prawy słabszy. Kolanowe: pr. żywszy od lewego, AR umiarkowane, prawy żywszy od lewego. Zgicie stopowe prawe słabsze od lewego. R o s s o l i m o brak.

Odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a oraz c y t o c h o l o w y we krwi ujemny.

Mocz bez zmian.

27.VII. Stan gorszy. Ruchy w barku prawym zniesione. Kończyna dolna prawa bardziej niedowładna niż górna, stopą prawą nie porusza zupełnie.

Badanie rentg. dokonane w dniu 15.VII. 32 wykazało: na zdjęciu czołowym (tylno-przednim) po stronie lewej widać silnie zaznaczone rozjaśnienie kształtu jajowatego, u góry jakby ścięte przez wewnętrzny kontur pokrywy czaszki. Rozjaśnienie to dużych rozmiarów sięga przysrodkowo do linii strzałkowej, bocznie niemal do linii szwu czołowoskroniowego, ku dołowi mniej więcej do granicy 2/3 i 1/3 wymiaru pionowego czaszki, ku górze prawie do blaszki wewnętrznej kości (ryc. 1). Na zdjęciu bocznym lewostr. (ryc. 2) jak i prawostronnem widoczne jest wielkich rozmiarów rozjaśnienie w kształcie kielbasy, biegnące równoległe do sklepienia czaszki. Rozjaśnienie to sięga swym biegunem przednim do stropu oczodołu, biegunem tylnym do połowy kości ciemieniowej, wysokość rozjaśnienia zajmuje 1/3 wysokości jamy czaszkowej.

Rozjaśnienie na zdjęciu prawo-lewym jest daleko intensywniejsze aniżeli na zdjęciu lewoprawem. Górna jego granica dochodzi prawie całkowicie do wewnętrznej blaszki kości czaszki, jedynie w części ciemieniowej oddzielona jest wązkim pasmem (0,3 cm.) od niej.

Na granicy pomiędzy 2/3 przednią i 1/3 tylną częścią tego rozjaśnienia a więc przypadającej w obręb kości ciemieniowej, rozjaśnienie owo jest wyraźnie przedzielone wysokim, od góry do dołu przebiegającym ciemnym pasmem.

Na zdjęciu prawo-lewym w tylnej swej części rozjaśnienie u góry ma linię zazębianą, o niejednakołym wysyceniu.

Zadnego złamania w kości nie stwierdza się. Zarówno na zdjęciach czołowych jak i bocznych widać usadowiony na tylnej ścianie zatoki czołowej oraz na blaszce sitowej kostniak względnie dużych rozmiarów. Oprócz tego kostniaka na wewnętrznej blaszce kości czołowej, u jej podstawy znajdują się 2 symetryczne enostozy. Dołeczki ziarnowe P a c c h i o n a i żyły B r e c h e t a poszerzone i dobrze widoczne.

Badania kontrolne, dokonane po tygodniu i 3 tygodniach wykazały nadal obecność rozjaśnienia w lewej połowie czaszki; z tą różnicą że — na zdjęciach czołowych — jest ono mniej intensywnie szczególnie w częściach obwodowych oraz zajmuje nieco mniejszą przestrzeń. Pod ekranem (prześwietlenie) wyżej opisany pęcherz powietrzny jest również dobrze widoczny — przy różnych ułożeniach czaszki nie zmienia on swego położenia.

Zdjęcie rentg. obu kości skalistych wykazało po str. prawej wybitnie zahamowaną pneumatyzację komórek wyrostka sutkowego. Rozrzedzenie struktury kostnej w okolicy *antrum*

mastoideum. Otitis media chronica desquamativa. Po stronie lewej obraz normalny.

Dalsza obserwacja chorego wykazuje, że objawy niedowładu prawostr. pod wpływem dłuższego leżenia w spokoju cofnęły się w stopniu znacznym. Chory chodzi dobrze, niekiedy zatacza się, ruchy czynne we wszystkich stawach zachowane. W k. g. pr. zarówno siła mięśniowa jak i ruchy czynne osłabione. Silna bolesność w stawie barkowym lewym przy ruchach biernych. Odruchy ścięgnowe i okostnowe prawe żywsze, odruch brzuszny prawy nieco słabszy, zgięcie stopowe prawe słabsze, brak Babinskigo, przemijający objaw Rossolimo, przy Jendrassiku po stronie prawej. Samopoczucie niezłe, bólów głowy ani nudności niema, objaw pluskania przy raptownych ruchach głowy utrzymuje się, niestały. Tarcze nn. wzrokowych prawidłowe.

Streszczając przypadek powyższy okazuje się:

42 letni mężczyzna cierpi od lat kilkunastu na napady padaczkowe.

2.IV. 32 wystąpił niedowład prawostronny, obejmujący w stopniu większym k. górną, potęgujący się, połączony z nieznacznymi zaburzeniami mowy. Na kilka dni przed wystąpieniem niedowładu - *liquorrhoea*. Brak bezpośrednio poprzedzającego urazu, jedynie przed kilkoma miesiącami w czasie napadu uderzył się w głowę. Badanie przedmiotowe wykazało niedowład połowiczny. Na zdjęciach rentg. dużych rozmiarów wyjaśnienie, charakterystyczne dla obecności powietrza w czaszce. Już samo ułożenie powietrza, b. wysokie, sięgające prawie do pokrywy czaszki, nie odpowiada normalnemu ułożeniu komory, nawet znacznie rozszerzonej. Zresztą trudno sobie wyobrazić, by przy takim napowietrzeniu komory lewej nie wypełniła się powietrzem komora prawa w warunkach tu istniejących, kiedy niema żadnych danych do przypuszczenia jekiegokolwiek sprawy uciskowej w prawej połowie czaszki. Brak napowietrzenia obu komór wyłącza z dużym prawdopodobieństwem możliwość nagromadzenia się powietrza w przestrzeni podpajęczynówkowej, bowiem przy istniejących połączeniach pomiędzy przestrzenią tą a komorami, musiałyby się one wypełnić powietrzem, chyba by stały ku temu na przeszkodzie rozległe zrosty.

Trudno też sobie wyobrazić, by powietrze miało się przedostać do samej tkanki mózgowej, gdyż zachodzi to jedynie w przypadkach rozległych urazów czaszki i mózgu.

Rozmieszczenie powietrza w nieistniejącej w warunkach zwykłych przestrzeni nadtwórkowej należy do niezmiernie rzadkich, i, jak to już zaznaczyliśmy, niektórzy autorowie podają w wątpliwość wogóle taką możliwość, zwł. jeśli nie chodzi o złamanie sklepienia czaszki. Jednakże w piśmiennictwie kilku autorów wysuwa w swych spostrzeżeniach tego rodzaju przypuszczenie.

Choróbski i Tyczka opierają się na tem, że wygląd dwudzielny rozjaśnienia w ich przypadku przemawia przeciw usadowieniu się powietrza w przestrzeni podpajęczynówkowej i że wnęka w rozjaśnieniu powstała wskutek przechodzącej twórkówki, przyrosłej do skrzydełka kości klinowej, której powietrze nie zdołało oderwać od kości.

Za rozmieszczeniem pozatwórkowym powietrza ma też przemawiać brak wypływu płynu m. rdz. i silne wysycenie cienia powietrza przylegającego bezpośrednio do kości.

Podajemy to szczegółowo z tego względu, że i w naszym przypadku rozjaśnienie jest dwudzielne, i że wysycenie jego jest większe aniżeli w odmie sztucznej. Jednakże istnienie pasma wąskiego nienapowietrzonego,

oddzielającego pęcherz powietrzny od wewnętrznej blaszki pokrywy czaszki, zazębienia w jego zarysach odpowiadające jakby rowkom mózgowym, przemawiają raczej za tem, że powietrze w naszym przypadku rozmiściło się pod twórkówką, a nie nad nią, to jest w przestrzeni podtwórkowej (*spatium subdurale*).

Wszystkie wymienione już względy, które wyłączają możliwość nagromadzenia się powietrza u naszego chorego w przestrzeni podpajęczynówkowej dowodzą, że powietrze nie naruszyło tu pajęczynówki. Ze jest to możliwe, dowodzą tego przypadki odwrotne — krwotoków podpajęczynówkowych, kiedy pajęczynówka mimo dużego parcia krwi od wewnątrz nie ulega rozdarcia.

Pasmo nienapowietrzone, dzielące pęcherz powietrzny, zależne jest prawdopodobnie od naciągniętego pasma żylnego. Za odma podtwórkową przemawia też *liquorrhoea*.

W tym sensie odczytał też zdjęcia prof. Schüller z Wiednia, u którego, jako najwybitniejszego znawcy rentgenologii czaszki, zasięgałismy uprzejmej rady i który przy okazji pobytu w Warszawie łaskawie chorego odwiedził.

Zachodzi obecnie pytanie, co było przyczyną powstania odmy samoistnej. Brak jakichkolwiek śladów złamania w kościach czaszki na rentgenogramach, a zwłaszcza w obrębie zatok — jak również brak bezpośredniego urazu przemawia przeciwko urazowemu pochodzeniu odmy, aczkolwiek wypada zaznaczyć na tem miejscu, że odma czaszkowa może nastąpić nawet w dłuższy czas po złamaniu. Sądzymy, iż podobnie jak w przypadku Sošana, kostniak, usadowiony na tylnej ścianie zatoki czołowej oraz na blaszce sitowej, doprowadził do przeżarcia blaszek oraz częściowo twórkówki, i przy nagłym wzmoczeniu ciśnienia (kichnięcie) — do jej przedziurawienia, następnie wypływu płynu m. rdz. i wtłoczeniu powietrza do przestrzeni podtwórkowej. Nie jest wykluczone, że właśnie ten kostniak, od wielu lat prawdopodobnie tkwiący, był punktem wyjścia podrażnień dla napadów padaczkowych. Odma czaszkowa po stronie czołowo - ciemieniowej lewej dała w następstwie niedowład prawostronny.

Stara przewlekła sprawa uszna, jakkolwiek wywołała zmiany w wyrostku sutkowym prawym — nie może etjologicznie zupełnie tu wchodzić w rachubę.

Przypadek zatem nasz należy do wyjątkowo ciekawych ze względu na rzadkie nieurazowe pochodzenie (kostniak) odmy czaszkowej samoistnej oraz na podtwórkowe nagromadzenie powietrza. Pozostaje do omówienia pokrótce dla całokształtu opisu, *klinika i leczenie* samoistnej odmy czaszkowej.

W symptomatologii samoistnej odmy czaszkowej odróżniać należy objawy, które powstają wskutek choroby podstawowej (złamanie czaszki, nowotwór, ropień, próchnica) od objawów, zależnych od samej odmy. Pierwsze mogą być bardzo różnorodne w związku z rozległością i miejscem złamania, z usadowieniem i rodzajem nowotworu, sprawy zapalnej i t. d. Drugie występują bądź jako objawy ogólne, cechujące w pewnej mierze odma czaszkową, bądź też jako objawy miejscowe, odpowiadające obszarowi w czaszce zajętemu przez powietrze.

Nie mamy potrzeby mówić o tych zespołach klinicznych, które są wynikiem sprawy podstawowej, powodującej odma.

Do objawów, najczęściej towarzyszących samoistnej odmie czaszkowej, zaliczyć należy przedewszyst-

kiem wypływ cieczy m. rdz. (*liquorrhoea*), który czyni zawsze prawdopodobnym istnienie odmy czaszkowej. I dlatego należy dokonywać zdjęć nie tylko wcześniej — bowiem powietrze znikać może już po kilku dniach a nawet godzinach, — lecz i kilkakrotnie, gdyż niekiedy dopiero następne zdjęcia wykazują obecność powietrza w jamie czaszkowej.

Drugim objawem charakterystycznym, ale niekoniecznym jest t. zw. pluskanie, zjawiające się przy gwałtownych ruchach głowy, lub przy specjalnem, w każdym przypadku odmiennem ułożeniu głowy. Pluskanie owo powstaje, gdy w jamie powietrznej znajduje się domieszka płynu. Płynem tym może być ciecz m. rdz., przy istniejącej odpowiedniej komunikacji — płyn pochodzący z zatok, lub wreszcie wytwór odczynu zapalnego tkanek otaczających. Niekiedy pluskanie nie ma charakteru prawdziwego pluskania, lecz przypomina inne dźwięki, np. pękanie pęcherzyków powietrza jak w naszym przypadku.

Nad miejscem napowietrzenia wypuk bywa niekiedy bębnowy (*Siegmund, Lewis*). Często występują bóle głowy, od lekkich do bardzo uciążliwych, świadczących o wzmożonem ciśnieniu śródczaszkowem, *bradycardia*, drgawki ogólne lub połowicze, zastoinowe zmiany na dnie oczu, senność, zamroczenie aż do psychozy *Korsakowa* włącznie.

W przyp. *Brunschweilera* senność przechodząca w śpiączkę, była zapewne wynikiem nagromadzenia się powietrza w III-ej komorze, o czem świadczyło zarysowanie się komory tej na rentgenogramach.

Płyn m. rdz. niekiedy bywa krwawy.

Z porażen n. n. czaszkowych, najczęściej spotrzegano anosmję (*Collie*), rzadziej słabe oddziaływanie jednej źrenicy (*Eggers*), porażenia nn. okoruchowych, odwodzących i innych.

W przyp. *Albrechta* i *Seifferta* doszło do jednostronnego potęgującego się wytrzeszczu, nasładowanego rozwijający się guz. Po nakłuciu mózgu znikł wytrzeszcz, który następnie ponownie wystąpił i dopiero po operacyjnem otwarciu zatok czołowych i komórek sitowych ustąpił całkowicie.

Często zjawia się niedowład połowiczny, zależny od nagromadzenia się powietrza nad strefą ruchową.

Ścisłe rozpoznanie samoistnej odmy czaszkowej może być postawione dopiero na zasadzie zdjęć rentgenowskich.

Leczenie — zachowawcze lub operacyjne.

W przypadkach odmy śródmózgowej operacja jest nieunikniona (*Siegmund*). W odmie pozamózgowej — operacji należy dokonać tylko w razie konieczności, gdyż często zabieg taki kończy się śmiertelnie. *Collie* przytacza, że z 8 zebranych z piśmiennictwa operacyjnych przypadków 7 skończyło się śmiertelnie.

Z 10 rannych z następczą odmą czaszkową, którzy pozostali przy życiu, tylko 2 było operowanych.

Jedynie może być wskazana mało obszerna trepanacja, według tego autora, lub nakłucie zatoki ew. jamy powietrznej. Przy chirurgicznem otwarciu zatoki ku zewnątrz, odpada możliwość kompresji powietrza w zatoce, a tem samem dalsze przenikanie powietrza do czaszki.

Leclère i *Roy* są zdania, że w zamkniętem *aerocele* operacja nie jest nieodzowną, natomiast w otwartem — należy operować zarówno dla odciążenia

mózgu, jak i w celu zamknięcia komunikacji ze światem zewnętrznym.

Niekiedy wystarcza nakłucie zatok (*Brunschweiler*).

Leczenie zachowawcze często prowadzi do celu, przyczem powietrze może się wessać w ciągu kilku godzin lub nawet miesięcy.

Chory *Bromberga* miał przez 3 tygodnie głowę unieruchomioną ku przodowi, bowiem wówczas płyn przestawał wyciekać, co pozwoliło osiągnąć całkowite wyleczenie i zupełne wessanie się powietrza. Jako zejście śmiertelne odmy — bywa najczęściej następne ropne zapalenie opon. Dlatego też chorych z odmą czaszkową samoistną traktować należy zawsze z dużą oględnnością w rokowaniu.

Naszego chorego leczymy narazie zachowawczo.

Zdjęcia kontrolne, dokonane już po oddaniu pracy do druku, wykazują, iż powietrze w dużej mierze uległo wessaniu.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) *Albrecht*. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkr. Sitzung 9.XII.29 ref. Zbltt. f. N. u. Psych. Bd 55, 548, 1930. 2) *Albrecht* C. u. *Seiffert*. Nervenarzt 3. 534 — 537, 1930. 3) *Barth*. Berl. Kl. Woch. 1917, 273. 4) *Brinton* D. Ref. Zbltt. f. N. u. P. Bd. 59, 864. 5) *Bromberg* W. Journal of the Am. med. Assoc. T. 90. N. 25, 2017 — 2019. 1928. 6) *Brunschweiler* H. Rev. Neur. 37. T. 1117 — 1180, 1930. 7) *Bullock* W. O. Analysis and report of a case surg. T. 43, N. 6, 750 — 6. 1926. Zbltt. f. N. u. P. 47, 450. 8) *Campbell* D. Z. Neur. 119, 481 — 490. 1924. 9) *Chiari*. Z. f. Heilk. 381. 1884. 10) *Choróbski* i *Tyczka*. Neurologja polska T. XII. Z. 4. 243 — 248. 1929. 11) *Collie*. Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, 60 p. 19 — 22. 1927. 12) *Conte* E. Diario radiol. 9. 113 — 124. 1930, ref. Zbltt. f. N. u. P. 58, 861. 1931. 13) *Coryn* G. et *H. Emery*. Le scalpel. 1930. II. 1493 — 1508. ref. Zbltt. f. N. u. P. 59, 864. 14) *Dandy* W. E. Arch. of. surg. T. 12, n. 5, 948 — 982. 1926. 15) *Dandy* W. E. Arch. of. surg. V. 12, 1916. 16) *Dandy* W. E. Ann. of surg. 70, 396, 1919. 17) *Eggers* Th. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 144, H. 1, 121 — 130. 1927. 18) *Gebert* E. Zbltt. Chir. 1931, 1446 — 1449. 19) *Guttmann* L. Z. Neur. 128. 82 — 95. 1930. 20) *Glénard* et *Aimard*. Presse med. 1919, 123. 21) *Janson* G. Acta radiol. Bd. 7, H. 1/6, 1 — 4. 1926. 22) *Krogus* A. Finska Läk. Handl. N. 7, 621 — 633, 1925, ref. Zbltt. f. N. u. P. Bd. 42. 549. 23) *Laufenstein* K. Bruns Beitr. 145. 524 — 531. 1929. 24) *Leclère* G. et *J. Roy*. Lyon Chir. 28. 541 — 547. 1931. 25) *Lewis* A. J. Brain. T. 51. N. 2. 221 — 243. 1928. 26) *Lindberg* W. Fol. neuropat. eston. 10. 27 — 36. 1931, ref. Zbltt. f. N. u. P. Bd. 59, 865. 27) *Masy* S. J. Belge Radiol. 29, 333 — 335, 1931. 28) *Miller* S. W., R. N. *Klemmer* and P. O. *Snook*. J. amer. med. assoc. 96. 172 — 173, 1931. 29) *Neuffer* H. Arch. Klin. Chir. 160, 118 — 121. 1930. 30) *Pachner* E. Bill. soc. piemont. Chir. I. 1044 — 1055. 1931, ref. Zbltt. f. N. u. P. Bd. 63. 277. 31) *Paschau* H. Schweiz. med. Woch. N. 28, 708 — 715, 1928. 32) *Petrynowski*. Med. Warsz. N. 2, 53, 1930. 33) *Rand* C. W. Arch. Surg. 20, 935 — 958. 1930. 34) *Siegmund* E. Dtsch. Z. f. Chir. Bd. 198, H. 3/4, 259 — 269. 1926. 35) *Schloffner* H. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 127, 731 — 734, 1923. 36) *Schüller* A. Ohrenheilk. 64. 924 — 928. 1930. 37) *Sosman* M. Radiology IX, N. 5, 396 — 404, 1927. 38) *Uffendor*

d e W. Z. f. Hals, Nasen u Ohrk. Bd. 21, 577 — 586. 1927.
39) Uffenorde W. idem Bd. 18, H. 2 — 4, 567 — 583,
1928. 40) Winterstein O. Arch. Klin. 159, 610 — 623.
1930. 41) Wodarz. M. m. W. N. 28, 968, 1915. 42)

Worms G. et Didie. Aspects radiographiques. 43)
Vogl A. Fortschr. Geb. Röntg. Bd. 35, H. 3 587 — 592.
1926. 44) Zawadowski W. Polski P. Chir. T. IX, z. 4,
397 — 411. 1930.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Działanie lecznicze metali i ich związków w świetle nowych poglądów.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Pod nazwą chemoterapii wprowadził Ehrlich pojęcie, które miało oznaczać stosowanie związków chemicznych do celów lecznictwa w chorobach zakaźnych; te związki chemiczne posiadać miały wielkie i swoiste powinowactwo do drobnoustrojów (parazytotropja) i nie posiadać zupełnie lub tylko w słabym stopniu powinowactwa do komórek ustroju (organotropja). Ideą przewodnią Ehrlicha było bezpośrednie zabijanie drobnoustrojów chorobotwórczych w zakażonym organizmie zapomocą odnośnych substancyj bez wyrządzania szkody samemu ustrojowi.

Pomimo jednak, że prace doświadczalne Ehrlicha, a później Uhlenhutha, Morgenrotha i Neufelda oraz ich współpracowników dały doskonałe wyniki, pierwotny ideał Ehrlicha okazał się nieziszczalny. Okazało się bowiem, że z przyczyn natury biologicznej niemożliwe jest, za jednym zamachem unieszkodliwienie w organizmie wszystkich drobnoustrojów chorobotwórczych przy użyciu środka chemicznego o bardzo wysokich własnościach parazytotropowych, a przylem obojętnego dla samego organizmu ludzkiego. Dezynfekcja wewnętrzna ustroju (*therapia sterilisans magna* Ehrlicha), sterylizacja przy pomocy środków chemicznych byłaby możliwa tylko wtedy, gdybyśmy byli w stanie niszczyć drobnoustroje zaraz w pierwszych momentach wtargnięcia ich do organizmu, t. j. wówczas, gdy liczba ich jest jeszcze niewielka. Ale przeważnie zakażenie bywa rozpoznawane dopiero w chwili, gdy ustrój jest już załany przez mikroorganizmy, powodujące chorobę, i kiedy wprowadzana substancja chemiczna napotyka masy tych ostatnich, krążące we krwi.

Już z tego wynikają dwie możliwości dla terapii chemicznej, przyczem żadna z nich nie może liczyć na powodzenie.

Bo albo substancja chemiczna musiałaby być tak bardzo skoncentrowana, aby zabić wszystkie drobnoustroje, co znowu byłoby ze szkodą dla narządów organizmu, albo też, gdyby była nieszkodliwa dla ustroju i tylko parazytotropowa, to tworzące się nagle przy zabiciu masy drobnoustrojów toksyny nie mogłyby pozostać bez ujemnego wpływu na organizm.

Trudności powyższe stanowiły dotychczas przeszkodę dla dalszego rozwoju chemoterapii, choć stworzone już zostały podstawy dla tej gałęzi lecznictwa. Posuwanie się dalsze na tem polu było przytem znacznie utrudnione przez brak należytego objaśnienia teoretycznego tych spraw, jakie zachodzą tu w ustroju ludzkim.

Początkowo był Ehrlich zdania, że ciała che-

moterapeutyczne podlegają w organizmie przeobrażeniu w substancje parazytotropowe, w której to postaci są one w stanie sterylizować ustrój; Ehrlich przypuszczał, że przeobrażenia te polegają na procesach o charakterze redukcyjnym.

Później rozpowszechnił się pogląd, że punktem wyjścia dla działania chemoterapeutycznego jest komórka, pobudzona przez wprowadzane do ustroju substancje. Cała chemoterapia, w ten sposób rozpatrywana, uważana może być raczej, jako nieswoista terapia bodźcowa, jako pobudzenie i wzmożenie odporności ogólnej.

Zasada chemoterapii w świetle podobnych poglądów opierałaby się przeważnie nie na bezpośrednim niszczeniu drobnoustrojów na drodze chemicznej, lecz na leczeniu pośrednim.

Ale oto w ostatnich latach zarówno wyniki bardzo licznych i subtelnych badań doświadczalnych, jak i stosowanie danych fizyczno - chemicznych do objaśnienia zjawisk, zachodzących w zakresie spraw odpornościowych, doprowadziły tu do nowych poglądów na istotę rzeczy oraz do innych zgoda metod chemoterapeutycznych.

Tak L. E. Wallum z Państwowego Instytutu Serologicznego w Kopenhadze wprowadził pojęcie terapii solami metali. Pod tą nazwą ujmuje Wallum stosowanie lecznicze soli metali, które, podawane w minimalnych, optymalnie działających dawkach, są w stanie zniszczyć mikroby chorobotwórcze w zakażonym ustroju, a to dzięki stymulowaniu sił obronnych organizmu. Punktem wyjścia poglądów i doświadczeń Walluma była myśl następująca. Ponieważ, zarówno jak w wielu innych sprawach, zachodzących w organizmach ssaków, tak też i w tworzeniu się antytoksyn, biorą udział enzymy, przeto można było przypuszczać, że uda się na ten ostatni proces wpłynąć w sposób wybitny przez stosowanie jako katalizatorów pewnych soli metali, podawanych w odpowiednich stężeniach.

Doświadczenia swe rozpoczął Wallum od manganu, metalu, znajdującego, jak wiadomo, dość wielkie zastosowanie w chemji w roli katalizatora. Otóż okazało się, że pod wpływem manganu udało się u koni, dostarczających surowicy przeciwdyfterytycznej, uzyskać takie wzmożenie procesu wytwarzania antytoksyn, jakiego nie da się otrzymać w żaden inny, znany dotychczas sposób. Osobliwe i rozmaite ciała białkowe okazują pod tym względem wpływ bez porównania mniejszy, aniżeli pewne sole metali. Jak należało oczekiwać, z następnych doświadczeń okazało się, że dawka wstrzykiwanej soli odgrywała niezmiernie ważną rolę pod względem działania. Otrzymane wyniki kazały przypuszczać, że zachodzące tutaj procesy przebiegają w ramach prawa biologicznego Arrnolda-Schultze'go co do stężenia i działania. Wallumowi udało się wykazać, że istnieje pewna strefa, w której granicach

działanie było najsilniejsze oraz, że zbyt wielkie dawki obniżają wytwarzanie przeciwciał.

Badania nad „terapią solami metali” rozciągnął W a l b u m na 50 z górą metali; przyczem okazało się, że tylko pewna nieznaczna liczba metali może wywierać istotne działanie, czy to gdy idzie o wytwarzanie antytoksyn, agglutynin czy innych niweczników.

Doświadczenia, wykonywane na zwierzętach, dowiodły także, w sposób zupełnie wyraźny, że w większości wypadków miała miejsce zupełna jednoznaczność między liczbą atomów metali a ich działaniem w granicach poszczególnych grup. Dzięki systematycznym badaniom zdołał W a l b u m stwierdzić, że poszczególne metale wywierają wybitny wpływ pobudzający na fagocytozę, na bakterjobójcze substancje krwi, na lipolityczne fermenty surowicy i in. Naskutek tego doszedł on do przekonania, że przez zastosowanie odpowiednich metali w należytych stężeniach można wejść w posiadanie środków, które w nieznanym dotychczas stopniu są w stanie wzmacnić wielostronny układ obronny ustroju w walce z zakażeniem.

Dwie cechy charakterystyczne stanowią zatem właściwości metody W a l b u m a; jedną z nich są niezmiernie małe dawki zastrzykiwanych związków metali, określane w molach, drugą zaś jest dowiedziona przez niego swoistość działania poszczególnych metali, czem metoda ta różni się od pospolitej terapii bodźcowej.

Jeżeli zakażonemu ustrojowi, mówi W a l b u m, zastrzykuje się jakkolwiek sól metalu, to działa się nie tylko na sam ustrój i jego układ ochronny, ale również i na zakażające mikroby, które, podobnie jak i komórki ciała, w zależności od dawkowania stosowanej soli, dają się to pobudzać, to hamować w rozwoju. Odnośne doświadczenia dowiodły, że sól metalu działa zarówno na rozwój drobnoustrojów, jak i na wytwarzanie niweczników; ale że *optimum* dwóch tych rodzajów działania leży w różnych stężeniach soli metali: mianowicie, dla pobudzania wzrostu bakterij potrzebna jest daleko większa koncentracja, aniżeli dla stymulacji wytwarzania niweczników w komórce.

Jeżeli do celów leczniczych używać dawek soli metalowych tak dużych, że są one w stanie bezpośrednio powstrzymać wzrost drobnoustrojów, to zwierzę ginie zwykle przeważnie wskutek zatrucia daną solą metalu. Należało więc nader skrupulatnie dobierać w doświadczeniach najbardziej odpowiednią dawkę, która powinna znajdować się wewnątrz optymalnej dla sprawy pobudzania niweczników strefy. Jako wskaźnika używał W a l b u m wahań ciepłoty, które wywołują zastrzykiwanie poszczególnych soli metali; i doświadczenie nauczyło go, że optymalnie działającą dawką jest ta, która powoduje nieznaczne podniesienie temperatury w ciągu pierwszych dwóch godzin po iniekcji. W a l b u m dodaje, że w dziedzinie tej stawiamy dopiero pierwsze kroki, i że, o ile zmiany ciepłoty mogą być uważane w ogólności za dobrą linię wytyczną dla dawkowania soli metali w leczeniu gruźlicy i innych chorób zakaźnych, to jednakże należy poczynić tu dość znaczne jeszcze zastrzeżenia. Można mieć nadzieję, że w przyszłości uda się tu osiągnąć lepsze i dokładniejsze „indykatory”.

Pierwsze doświadczenia, przeprowadzone w większych rozmiarach nad działaniem soli metali, dotyczyły myszy, zakażonych lasecznikiem ratyny, pokrewnym paratyfusowi. Otóż przez stosowanie dwóch metali, *caesium* i *iridium*, w przeciwieństwie do wszelkich innych,

udawało się zwierzęta zachować przy życiu i wyleczyć. Dzięki tym doświadczeniom po raz pierwszy udało się wykazać, że przez zastrzykiwanie bardzo niewielkich ilości (0,4 ctm.³ roztworu 0,001 mol., względnie 0,0003 mol.) substancji o prostym składzie chemicznym można w zupełności uodpornić organizm zwierzęcy w stosunku do śmiertelnie przebiegającego zakażenia.

Dalsze doświadczenia W a l b u m a obejmowały zakażenia tężcowe, gronkowcowe, łańcuszkowcowe i gruźlicze. Okazało się, że i tutaj poszczególne metale okazują wpływ swoisty; tak więc w zakażeniu gronkowcowem czynnikami okazały się sole c y n y i c y r k o n j u m, w zakażeniu jadowitemi łańcuszkowcami — *irydjum*, *lithium* i *kadmium* w tężcu — m a n g a n, w gruźlicy — m a n g a n i k a d m.

Wychodząc z założeń teoretycznych, W a l b u m zastosował również leczenie kombinowane szczepionkami swoistymi i solami metali oraz także leczenie porównawcze szczepionkami i ciałami białkowymi, jak kazeozan, aolan i yatren - kazeina. Okazało się, że żaden z tych trzech preparatów proteinowych w połączeniu z szczepionką nie był w stanie ocalić zakażonych zwierząt, gdy tymczasem zwierzęta, w tych samych warunkach zakażone, udawało się utrzymać przy życiu przez stosowanie tejże szczepionki z odpowiednio dawkowanym manganem. Również celowe okazało się kombinowane podawanie surowicy wraz z manganem.

W a l b u m zwrócił się również w kierunku leczenia nowotworów i w pracy doświadczałnej nad rakiem u białych myszy dowiódł działania leczniczego srebra na te nowotwory.

Badania doświadczałne W a l b u m a musiały być, oczywiście, szybko sprawdzone na materiale klinicznym. Tutaj natrafiono na trudność znalezienia optymalnie działającej dawki, co jest jednym z najważniejszych warunków skuteczności danej metody leczniczej. Przedewszystkiem co do gruźlicy płuc, to w kilku sanatorjach duńskich i norweskich przy stosowaniu osobliwie kadmu i manganu osiągnęto dość szybko wybitną poprawę zarówno pod względem znikania objawów fizycznych w płucach, jak i laseczników w płwocinie.

Dobre wyniki osiągnięto przy pomocy metody W a l b u m a w takim cierpieniu, jak *dementia praecox*, które to schorzenie uważano bądź za toksykozę, bądź za zaburzenie gruczołów wewnątrzwydzielniczych, bądź też za łączną kombinację obu tych przyczyn. Wśród dość licznych prac, dotyczących leczenia solami metali demencji, znajduje się i praca polska Józefa H a n d e l s m a n a, ogłoszona w r. 1929.

Oprócz tego stosowano sole metali w niektórych cierpieniach skóry, jak *lupus erythematosus*, *furunculosis*, w anginie, róży i in.

Co się tyczy techniki stosowania, to nie jest ona jeszcze ostatecznie zdecydowana; przeważnie dokonywano zastrzykiwań dożylnych po 2 — 5 ctm.³ dwa razy tygodniowo; również robione były iniekcje domięśniowe po 0,4 — 0,7 ctm.³

Ogromna większość prac, dotyczących metody soli metalowych, wyszła z pod pióra W a l b u m a i jego współpracowników. L y d i n g, który postawił sobie za zadanie sprawdzenie danych W a l b u m a na drodze doświadczałnej, doszedł do następujących wyników. Na podstawie swoich z górą 400 doświadczeń z podaniem przez W a l b u m a roztworami soli metali L y d i n g wykazał, że istotnie zakażenia dyftertyczne i tężcowe dają się z powodzeniem opanować przez chlorrek manganu; w zatruciu toksynami dyfterytu prze-

dłużenie życia zapomocą manganu było zawsze możliwe. Zato sole metali (*caesium*) w zakażeniu bakterjami ratyny okazały się nieczynne, L y d i n g objaśnia dobroczynny wpływ chlorku manganu na zatrucie toksynami tem, że niweczniki zostają z komórek siateczkowych śródbłonkowych wypłukane i wprowadzone do krwi, dzięki czemu zostają unieszkodliwione toksyny; być może, że obok tego następuje pobudzające działanie na procesy wydzielania niweczników.

Z innych założeń teoretycznych wychodząc, zaczął stosować chemoterapię Hilgermana. Według przypuszczeń tego autora, chemiczna substancja parazytotropowa, zastosowana w minimalnej ilości, powoduje zniszczenie i rozpuszczenie nieznacznej liczby bakteryj; powstałe wskutek tego jady pobudzają komórki do wytwarzania swoistych substancyj obronnych, i nieznaczna ich ilość właśnie do tego celu wystarcza. W ten sposób, zdaniem Hilgermana, efekt leczenia chemoterapeutycznego polegałby na działaniu parazytotropem, ale nie w znaczeniu sterylizacji, tylko raczej w znaczeniu bezpośredniego uodparniania czynnego.

Rozumowanie Hilgermana zgadza się w zasadzie z pierwotną ideą Ehrlicha, która również polegała na „bezpośrednim działaniu parazytotropem”. Tylko nie w znaczeniu dyzynfekcji i zupełnej sterylizacji ustroju, lecz jako bezpośredniego możliwie najbardziej aktywnego uodparniania. Nie chodzi tu o „*Dosis sterilisans maxima*” w rozumieniu Ehrlicha, lecz raczej o „*Dosis destruens minima*”, jako o podstawową zasadę chemoterapeutyczną.

Dzięki temu, że substancję chemiczną wprowadzamy do ustroju w ilości minimalnej, jesteśmy w stanie uniknąć jednoczesnego działania organotropowego oraz w możliwie idealny sposób rozwiązać konflikt, zachodzący między parazyto- i organotropizmem.

Drugim ważnym czynnikiem w metodzie Hilgermana jest stężenie jonów wodorowych, który to czynnik odgrywać ma, zdaniem tego autora, decydującą rolę w chemoterapii. Jak dla W a l b u m a najważniejszym warunkiem działania odnośnego środka jest jego dawka optymalna, tak dla Hilgermana jest tem — optymalne stężenie jonów. Na szeregu doświadczeń Hilgerman zdołał się przekonać, że działanie środka zależy przede wszystkim od tego, czy zastrzykuje go się w odczynie kwaśnym, czy zasadowym, prawdopodobnie w pewnych granicach stężenia jonowego zmienia się cała struktura preparatu chemicznego, a przez to i jego działanie. Już sama *aqua redestillata* w zależności od pochodzenia swego podlega znacznym wahaniom co do PH

Hilgerman miał możność przekonania się, że w leczeniu zakażeń pneumokokkowych stosowane przez niego sole kwasów żółciowych w kwaśnym odczynie powodowały śmierć zwierzęcia, podczas gdy ta sama dawka w odczynie słabo zasadowym czy zasadowym prowadziła do wyleczenia. Tak więc według Hilgermana wyniki chemoterapii związane są z dwoma czynnikiemami, jakimi są: parazytotropowe działanie substancji chemicznej i to w postaci „*Dosis destruens minima*” i optymalne stężenie jonowe roztworu. To optymalne stężenie jest do pewnego stopnia nosicielem, pośrednikiem w działaniu substancji chemicznej. To „PH — optimum” musi być ustanowione dla każdego poszczególnego przetworu, gdyż rozmaite preparaty różnią się nieznacznie pod względem swego składu i stopnia reakcji. Optymalne stężenie jonów wodorowych w roztworze substancji chemicznej może być utrzymane w ciągłości tylko przez oparcie o koloidy organiczne.

Sposób działania t. zw. oligodynamii metali nie przestaje w ostatnich czasach zajmować zarówno biologów, jak i chemików. Wielka zagadka tego procesu polega, zdaniem Leitnera, na „bezwagowości” działającego czynnika. W podstawowym doświadczeniu zostaje tu, jak wiadomo, kawałek metalu, wrzucony do wody destylowanej, po kilku dniach wyjęty, i, chociaż w metalu nie udaje się stwierdzić jakiegokolwiek strątu na wadze, to jednak woda zyskała własność zabijania w ciągu krótkiego czasu milionów drobnoustrojów. Leitner dochodzi do wniosku, że istnieją mocne podstawy doświadczalne dla przyjęcia jednolitego sposobu działania zarówno metali, jak i soli metalowych: siła działania i jednych i drugich zależy wyłącznie od stężenia jonów metali w roztworze; działanie oligodynamiczne — to działanie jonów. I metale i sole metalowe wywierają działanie li tylko dzięki przechodzącym do roztworu jonom, i jednakowe stężenia jonów metali wywierają jednakowy wpływ bakterjobójczy, niezależnie od tego, czy pochodzą od czystych metali, czy też od soli metalowych.

Dla Neergarda, który jako klinicysta uznaje w całej rozciągłości ogromne znaczenie nauki o jonizacji elektrolitów dla zagadnień biologicznych, jest możliwie głębokie zrozumienie zachodzących tu procesów czynnikiem decydującym, gdy idzie o stosowanie ciężkich metali w lecznictwie. Neergard wykazał, na przykład, że uchodząca nieomal za pewnik teoria o działaniu li tylko wolnych jonów ciężkich metali nie da się utrzymać, i że stała kompleksu („Komplekskonstante”) jest bardziej miarodajna i dla wielu zagadnień terapeutycznych bardziej do wyciągania wniosków odpowiednia, aniżeli nauka o wolnych jonach. Wspomniany autor wskazuje dalej na mylny sposób mierzenia jonów srebra w koloidalnych roztworach tego metalu i na skutki, jakie wypływają stąd dla objaśniania mechanizmu działania leczniczego jonów ciężkich metali. Neergard w ogólności absolutnie odrzuca możliwość bezpośredniego działania bakterjobójczego wprowadzanych dożylnie ciężkich metali i za istotny czynnik tego działania uważa pośrednie pobudzenie sprawności mezenchymy aktywnej.

Farmakolog królewiecki prof. Eichholtz na podstawie odnośnych doświadczeń a także i prac Warburga dowodzi, że obecnie nie może podlegać wątpliwości, że przynajmniej część t. zw. reakcji fermentowych przedstawia sobą katalizy ciężkich metali. W ten sposób łatwiej możemy zrozumieć rolę tych ciężkich metali, które zawarte są w komórkach i sokach ustroju i które znane są jednocześnie chemikom ze swych mocnych własności katalitycznych. Eichholtz wskazuje na fakt, że organizm rozporządza zdumiewająco wielką ilością substancyj, będących w stanie tworzyć kompleksy z ciężkimi metalami i posiadających do tych ostatnich swoiste powinowactwa. Dla ułatwienia orjentowania się w zagadnieniach, do jakich to reakcji używa organizm katalizy ciężkich metali, podaje Eichholtz tymczasowy układ biologicznych odczynników dla tych metali. Układ jego nie jest jeszcze kompletny, i brakuje w nim wiele z tych, które figurują w układzie periodycznym elementów, ale Eichholtz pozostawia to przyszłym pracom.

Układem naturalnym elementów w zastosowaniu do medycyny zajął się niedawno Kleeb erg, uczeń prof. Fajansa („Die Bedeutung des natürlichen Systems der Elemente für die Medizin”, Klin. Woch. 1931, N. 11). Za podstawę do swych rozumowań i wniosków bierze Kleeb erg przede wszystkim model budo-

wy atomu, oparty na wynikach prac R u t h e r f o r d a, B o h r a i P l a n c k a. Wychodząc z założeń czysto teoretycznych, K l e e b e r g próbował z powodzeniem np. homologów złota w rozpuszczalnych w lipidach związkach w gruźlicy, i to w ciężkich przypadkach.

K l e e b e r g pojmuje, że „medycyna tylko w części należy do prawdziwych nauk przyrodniczych, na które spogląda z zazdrością, a których zagadnienia dostępne są dla instrumentów i obliczeń — ale właśnie medycyna wciąż jeszcze stanowi ogromne pole dla dalszych badań i dla szerokiego zastosowywania wyników, osiągniętych w dziedzinie nauk ścisłych”.

Nie ulega wątpliwości, że w zakresie stosowania do leczenia ciężkich metali i ich związków stawiamy dopiero pierwsze kroki, ale podobnie, jak to się rzecz

ma i z całą dziedziną proteinoterapii, leczenie może tu oczekiwać wiele ważnych i owocnych zdobyczy.

PIŚMIENNICTWO.

H i l g e r m a n n: München. Med. Wochen. 1930, N. 35; W a l b u m: Verhandlung. d. Deutsch. Pharmak. Ges. 1929; Zeitschrift f. Immunitätsforschung, t. 61, zes. 1/2, r. 1929; Zeitschr. f. Krebsforsch., t. 31, 1930; Zeitschr. f. Tuberkul., t. 53, 1929; Acta pathologica et microbiologica Scandinavica, 1930; W a l b u m i B o a s: Wiener Archiv für innere Medizin, t. 21, 1931. L y d i n g: Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin, t. 71, 1930; N e e r g a a r d: Verhandlungen d. Deutsch. Pharmak. Ges. 1929; L e i t n e r: Klin. Woch. 1929, N. 42; E i c h h o l t z: Archiv f. exper. Pathologie und Pharmakologie, t. 148, 1930; K l e e b e r g: Klin. Woch. 1931, N. 11.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ Dr. Melania LIPINSKA. *Kobieta i rozwój nauk lekarskich.* (Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego. Warszawa, 1932 r.).

Laureatka Akademii medycznej paryskiej i Instytutu Francuskiego, autorka pracy niniejszej, znana jest z licznych swych publikacji, ogłaszanych po polsku i po francusku. Duża część owych prac poświęcona jest kobiecie w jej stosunku do medycyny. A jakkolwiek sam przedmiot jest tylokrotnie rozważany, dalecy jesteśmy od jego wyczerpania. W książce niniejszej pani L i p i ŋ s k a doprowadziła swe wywody aż do ostatnich czasów, objęła więc i fakty ostatniej wojny. Sam tytuł książki jest nieco niewyraźny. Autorka nie stara się o przedstawienie wpływu, jaki kobieta od najdawniejszych czasów wywierała na postępy nauk lekarskich, lecz wymienia po prostu i prawdziwie uczone kobiety i protektorki, pielęgniarki, wogóle wszystkie kobiety, które w ten lub ów sposób pracą swą i poświęceniem przyczyniły się do postępów medycyny. Natomiast zasięg opracowania jest olbrzymi, zrecznie zestawiony i przedstawiony z zamiłowaniem. Mamy przed sobą przegląd pracy kobiecej na polu medycyny naukowej i praktycznej od zamierzchłych epok aż włącznie do wieku bieżącego poprzez wszelkie narody kulturalne. Spotykamy się z faktami mało znanymi dawniej, a czerpanymi ze źródeł niezawodnych, z pierwszej ręki lub cytowanymi według dzieł, którym absolutnie nic zarzucić nie można. We wstępie do dzieła p. L i p i ŋ s k i e j znajdujemy najpochlebniejsze o niem wzmianki ministra pracy Alberta T h o m a s a, profesora L a i g n e l - L a v a s t i n e a, z fakultetu lekarskiego w Paryżu oraz p. de F l e u r y e g o, który pracę naszej rodaczki gorąco zaleca w biuletynie Akademii Medycznej. Referenta uderza, prócz wzmiankowanego chaotycznego nieco pomieszczenia kobiet uczonych obok pełnych poświęcenia i pracy patryjek i dobroczynnych działaczek (jak założycielek szpitali, schronisk, posterunków wojennych, pielęgniarskich itp.) jeden poważny brak. Oto w całej książce, około 300 stron liczącej, niema ani słówka o pani S i e b e r o w e j, która przez kilka dziesiątków lat spełniała obowiązki asystenckie przy profesorze Marcelim N e n c k i m, naprzód w uniwersytecie berneńskim (w Szwajcarii), później w instytucie Medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Była to prawdziwie uczona kobieta, zrečna laborantka, która w wysokim stopniu przyczyniła się do postępu medycyny nie tylko jako asystentka N e n c k i e g o, ale i swojimi oryginalnymi pracami. To przeoczenie dziwi tembardziej, że w układzie dzieła doktorki L i p i ŋ s k i e j uwzględniony jest nietylko chro- nologiczny porządek, lecz i kraje oddzielne (a więc i Rosja

i Szwajcaria). Wydanie pracy L i p i ŋ s k i e j uważać należy zresztą za bardzo poważny przyczynek do historii medycyny. Książka czyta się łatwo, bynajmniej nie jest przeładowana cytatami, najważniejsze źródła podane są sumiennie, a język nie pozostawia nic do życzenia. Kasie im. Mianowskiego należy się za tę książkę szczere podziękowanie, tembardziej, że i strona zewnętrzna odznacza się powagą i pewną nawet wytwornością. M. F.

■ Prof. Dr. Hans KURTZAHN. *Kleine Chirurgie.* 2 Aufl. 167 Abbild. Urban & Schwarzenberg. Berlin — Wien. 1932. Cena 13.50 RM. W oprawie 15 RM.

„Mała chirurgia” odgrywa bardzo ważną rolę, tak często niedocenianą, jeżeli porównujemy znaczenie jej z „dużą”, t. j. kliniczną chirurgią. Młodzi chirurdzy rwą się naogół zaprędko do obcowania z tą ostatnią, nie mając jeszcze dobrych podstaw, t. j. znajomości tej lekceważonej „małej chirurgii”. Łatwiej jest zoperować prosty wyrostek lub przepuklinę, niż dobrze naciąć rozległą ropowicę, a nawet zastrzał. Kto chce być dobrym chirurgiem, umieć dobrze rozpoznawać, stawiać wskazania i wogóle dawać sobie radę w praktyce codziennej, powinien przejść odpowiedni staż w ambulatorjum chirurgicznem, gdzie praktycznie może się nauczyć małej chirurgii. Dla tych lekarzy, przyszłych „wielkich” chirurgów, pożyteczną okaże się jako doradca i przewodnik, doskonała książka prof. K u r t z a h n a. Składa się ona z działów o aseptyce operacyjnej, zwalczaniu bólu, technice małych zabiegów aseptycznych, o opatrunku, urazach części miękkich, kości, więzadeł i stawów, zakażeniu ropnem i o zakażeniach swoistych, guzach, żylakach, nerwobólach, ostrem zatrzymaniu moczu, przetokach moczowych, stulejce, guzkach krwawniczych, pęknięciu śluzówki odbytnicy, zniekształceniach wrodzonych i nabytych i t. d. Ostatni rozdział, nowość w podręcznikach chirurgii, rozpatruje zależność powstałych uszkodzeń ciała i utraty zdolności do pracy od nieszczęśliwych wypadków. W każdym z wyżej wymienionych działów znajdziemy podane rozpoznanie, wskazania i technikę zabiegów, wypróbowanych już i nietrudnych do wykonania. Książka napisana jest ciekawym i łatwym językiem, wydana na dobrym papierze i zaopatrzona w 167 jasnych i celowych rysunków i w jedną tablicę barwną.

J. R.

■ Dr. W. DAVID. *Diätvorschriften bei inneren Erkrankungen.*—Urban & Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1932.

Dietoterapia, jakkolwiek jeden z najdawniejszych odłamów terapii, przedstawia w wypadkach poszczególnych niemałe trudności. Zwłaszcza w chorobach wewnętrznych mamy

często do zwalczania mnóstwo trudności indywidualnych, przede wszystkim więc brak łaknienia, pewne idiosynkrazje i t. p. Najlepsza wola pacjenta często nic nie pomaga, a pokarmy wbrew tegoż woli podawane mały dają pożytek. Chemja trawienia, pomimo olbrzymich postępów poczynionych w ostatnich paru dziesięcioleciach, rzadko też może być brana w rachubę, jakkolwiek poszczycić się może takimi zdobyczami, jak wprowadzenie diety wątrobowej w leczeniu ciężkich stanów anemji lub diety G e r s o n - S a u e r b r u c h — H e r m a n n s d o r f e r a w cierpieniach gruźliczych. Snać odczuwane są ogólnie powyższe trudności, skoro stosunkowo tak mało ukazuje się w ostatnich latach podręczników dotyczących wyłącznie dietoterapii. Korzyści pedagogiczne płynące z wydawania krótkich podręczników, schematycznie sprawę przedstawiających, wydają mi się dość problematyczne. Ostatni z takich podręczników nasuwający powyższe uwagi, w języku niemieckim przez D a v i d a wydany, w znacznej części potwierdza wątpliwości, o których mowa. W skrócie przytoczone są tu diety w chorobach nerek, kamicy nerkowej, w zapaleniu pęcherza moczowego, w rozmaitych cierpieniach żołądkowych, wątrobowo - żółciowych i kiszkowych, w anemji złośliwej, chorobach przemiany materji i gruźlicy płuc. Książeczka służyć może jako krótki, wstępny przewodnik dla uczących się, albowiem nie zawiera żadnych usterek w tekście, lecz nie należy przywiązywać do niej wartości pouczającej — dokładnie podręcznika. M. F.

■ Prof. dr. A. FRAENKEL. *Die Krankheitsanfänge bei chronischen Leiden.* — Thieme. — Lipsk. 1932.

Pomysł zebrania w jednej stosunkowo niewielkiej książce siedemnastu wykładów o początkach cierpień przewlekłych, był w zasadzie bardzo szczęśliwy. Jak oczekiwać należało, jednym z pierwszych wykładów jest odczyt o badaniu zdrowych. Prof. G o l d s t e i n w słowach dobitnych i przekonywających mówi tu o konieczności systematycznego w pewnych odstępach czasu, badania ludzi t. zwanych zdrowych. Już w tym wykładzie każdemu czytelnikowi uważnemu nasuwa się cały szereg spraw dotyczących w równej mierze każdego przedmiotu poruszonego w książce. O istotnych początkach cierpień chronicznych mówi wydawca, profesor heidelberski F r a e n k e l. Jeden z następujących wykładów poświęcony jest badaniu ubezpieczonych na życie na podstawie doświadczeń, zebranych przez towarzystwa niemieckie. Dwa następne wykłady zajmują się początkami chronicznych chorób nerek (profesor S i e b e c k i B e c h e r). Początki hipertyreoz przedstawione są przez prof. O e h m e g o, o cukrzycy rozwodzi się H e r z o g. Początki niewydolności mięśnia sercowego rozpatruje prof. K r o e t z. Sercu również poświęcają swe wywody F r a e n k e l i G r o s s m a n n. O zwiastunach psychoz schizofrenicznych i trudnościach w ich rozpoznawaniu mówi profesor heidelberski W i l m a n n s. W dalszym ciągu napotykamy wykład o początkach alkoholizmu oraz odczyty o pierwszych objawach paraliżu i wad rdzenia. Gruźlicy płuc poświęcone są wykłady F r a e n k e l a i P a g e l a, wreszcie niewydolności wątroby wykład S t a u b a i czynnościowej diagnostyce chorób wątroby ostatni wykład W e i c k e r a. Jak w każdej pracy zbiorowej, i tu odróżnić można wykłady istotnie dobre od mniej doskonałych. Całość wszakże przedstawia się zajmująco i pouczająco. Te trudne rozpoznania, o których tu mowa ze strony klinicznej i anatomo - patologicznej, niejednego czytelnika naprowadzą na drogi myśli trzeźwej, które w praktyce codziennej tak łatwo wymykają nam się z pod nóg.

M. F.

M. J. JEFREMOWA i J. J. GOLDENBERG. *W sprawie znaczenia rozmaitej ciepłoty przy przygotowaniu pokarmów.* (Wopr. Tuberk. N. 12, 1931).

Surowego pokarmu jako wyłącznej i stałej diety używać

nie należy. Nie można mówić o denaturacji i szkodliwości pokarmów przegrzanych, t. j. stojących na kuchni przez 4 godziny po ich przygotowaniu, być może nie są one tak pożyteczne dla młodych rosnących ustrojów, jak świeżo ugotowane pokarmy. Ludzie w starszym wieku znoszą je dobrze. Najlepsze wyniki daje odżywianie świeżo ugotowanymi pokarmami, i dlatego zwracać należy uwagę, ażeby przy organizacji masowego żywienia przeciąg czasu od chwili przygotowania pokarmów do chwili ich wydania był możliwie jak najkrótszy. Należy prowadzić dalej badania nad wartością pokarmów, przygotowywanych w rozmaitej ciepłocie, gdyż zagadnienie to posiada znaczenie praktyczne.

Henryk J. L a n d a u.

G. ROSENTHAL. *Ważne myśli z powodu zastrzykiwań wśródtchawicznych.* (Paris méd. N. 17, 1932).

Układ oddechowy stanowi jednostkę biologiczną. Laryngolog nie powinien lekceważyć osłuchiwania płuc; specjalista chorób płucnych winien umieć znaleźć zmiany w przegrodzie nosowej (odchylenie i t. d.) u chorych z dychawicą oskrzelową, wyrosłe gruczołowe u dzieci, powinien również umieć zajrzeć do krtani i wykonać zastrzyknięcie wśródtchawiczne. W ten sposób ustanie dziwna nieprawidłowość podziału jednolitego terytorjum biologicznego pomiędzy dwie oddzielne specjalności. Dzięki temu można będzie szeroko stosować zastrzykiwania wśródtchawiczne w dużych dawkach, będące miejscowym skutecznym, logicznym, potężnym leczeniem procesów ropnych w płucach, ku wielkiemu pożytkowi chorych z ropieniami płuc.

Henryk J. L a n d a u.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz Toksykologia.

■ Prof. BÜRGI Emil. *Das Chlorophyll als Pharmakon.* (Thieme. Lipsk. 1932).

Wszystko, co dotychczas wiadomo o farmakologii chlorofilu, zebrał prof. B ü r g i, który sam nie mało przyczynił się do wyjaśnienia przedmiotu swojemi rozważaniami i doświadczeniami. Interesować nas powinno przede wszystkim, że trzech polskich uczeni odznaczyli się na tem polu. Przede wszystkim — ponieważ idzie tu o analogję w działaniu pomiędzy chlorofilem a hemoglobina — wymienić należy z ubiegłego stulecia profesora uniwersytetu jagiellońskiego T e i c h m a n n a, którego kryształy otrzymywane z hematyny oddawna stanowiły najczulszy odczyn, wykazujący krew choćby w bardzo drobnych śladach. Pomiędzy hemoglobina a chlorofilem dopatrywał się też w kilka dziesiątków lat później Marceli N e n c k i bliskiego pokrewieństwa chemicznego. Wreszcie prof. obecny uniwersytetu jagiellońskiego M a r c h l e w s k i bardzo gorliwie zajmował się tą sprawą. Zdawało się przeto, że analogja sięga tu głęboko i że chlorofil zawiera żelazo, podobnie jak hemoglobina. Ostatnie wszelako badania F i s c h e r a, które prawie ostatecznie ustaliły wzór budowy cząsteczki chlorofilu, przemawiają za tem, że w chlorofilu metalem jest nie żelazo, lecz magnez. B ü r g i obszernie rozwija chemję chlorofilu, poczem przechodzi do jego działania farmakologicznego na poszczególne narządy i czynności ciała. Wreszcie we wnioskach ostatecznych przemawia autor za tem, że działanie chlorofilu polega na jego funkcji tonizującej, rozwodzi się nad toksycznością zbyt dużych dawek oraz nad działaniem leczniczym. Chlorofil niedawno temu dopiero wprowadzony został do farmakopei *in substantia*, ale, sądząc z wywodów B ü r g i e g o, ma dużą jeszcze przyszłość przed sobą. Wszystko co o farmakologii chlorofilu wiemy, należy do zdobyczy ostatnich dziesiątków lat i prawdopodobnie książka B ü r g i e g o, zawierająca pełny spis literatury przedmiotu w znacznym stopniu przyczyni się do naukowego posunięcia sprawy naprzód. Książka ta, pisana z głęboką znajomością przedmiotu, jest doskonałą monografią, którą polecić można

każdemu myślącemu lekarzowi, nietylko tym, którzy bezskutecznie uganiają się za szukaniem i przepisywaniem nowych leków. Korzyść z jej przestudjowania będzie niewątpliwie duża i trwała.

M. F.

SCHILLING. Adrenalina, sympatol i ephetonal — badania porównawcze. (D. m. W. Nr. 36. 1932 r.).

Badania porównawcze przeprowadzono pomiędzy domięśniowym stosowaniem sympatolu i adrenaliny oraz doustnym — ephetonalem. Spostrzegano zachowanie się tętna, ciśnienia krwi i krzywej cukru pod wpływem tych środków. W porównaniu z adrenaliną 200-cie razy większa dawka sympatolu, podana domięśniowo, wywołuje jedynie b. krótkotrwałe podniesienie ciśnienia krwi i zawartości cukru. Nie widziano wpływu tego leku na zachowanie się tętna. Natomiast sympatol, podany doustnie, nie powoduje działania podobnego do adrenaliny. Ephetonal w dawce 100 mgr. *per os* wywołuje efekt podobny do adrenaliny, słabszy, jednak utrzymujący się dłużej.

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

Higjena.

■ **Dr. T. KOPEĆ. Stacja opieki nad matką i dzieckiem.** Z wydawnictwa zbiorowego „Zagadnienia Opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Polsce” pod red. Br. Krakowskiego, str. 44. Warszawa 1932 r.

Autor powziął zamiar podać, nietylko czem powinna być stacja opieki nad matką i dzieckiem, jaka jest jej działalność, jak powinna być urządzona technicznie, jakie są funkcje osób zatrudnionych, ale i uzasadnia potrzebę stacji. Dlatego też na początku umieszcza rozdziały o potrzebie opieki społecznej nad matką i dzieckiem, o przyczynach dużej śmiertelności dzieci, o ustawodawstwie polskim w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, na końcu zaś podaje liczby, dotyczące ruchu ludności i umieralności niemowląt w różnych krajach Europy. W sprawie organizacji samej stacji i jej działalności można się podpisać pod wszystkim, co autor pisze, bez zastrzeżeń. Wprawdzie inny badacz mógłby wystawić tu i owdzie nieco inne wymagania, ale nie dotyczy to rzeczy zasadniczych, lecz szczegółów, w których każdy ma swój odmienny pogląd. Osobiście naprz. jestem przeciwnikiem tak daleko idącej pomocy materialnej, jak chce autor, nie uważam, że stacje na wsi może prowadzić każda wykwalifikowana pielęgniarka, a żądałbym od każdej pielęgniarki dodatkowego wykształcenia w higienie i pracy społecznej, ale, powtarzam, to są szczegóły, na które każdy z nas patrzy inaczej. Natomiast we wstępie, w kwestiach, dotyczących ruchu ludności i umieralności, są pewne niedokładności. A więc trudno udowodnić, że przyrost niemiecki przed wojną był wynikiem „usilnej propagandy i rozumnej polityki ludnościowej”, o jakiegokolwiek polityce w Niemczech można by mówić dopiero obecnie, kiedy ludność spada, choć i to jest jeszcze wątpliwe, i to co dziś się robi w tej dziedzinie leży w granicach czystych rozważań. Nie wydaje mi się, aby to, że zwyczaj sztucznego żywienia jest dotąd u nas niepopularny, upoważniało nas do wniosku, „że śmiertelność niemowląt w Polsce może być tak mała, tak niska, jak w krajach skandynawskich, t. j. 6 — 8%” (str. 8). Niezupełnie jest słuszne, że dawniej, dzięki wysokiej płodności, Polska „utrzymywała naturalny przyrost na wysokim poziomie (około 16‰) o tyle dzisiaj tak dobrze już nie jest” (str. 6). Na str. 36 autor sam podaje, że w 1930 roku przyrost naturalny w Polsce był 17‰, a więc jeszcze wyższy, a na str. 40 autor idzie jeszcze dalej, bo podkreśla, że „lekceważymy nasz przyrost, że on się odbywa kosztem, jak dotąd, ogromnej płodności”, a więc i dzisiaj płodność u nas jest jeszcze bardzo wysoka, a przyrost naturalny prawie najwyższy w Europie, bo w ubiegłym dziesięcioleciu wynosił 18,2‰ (być może, jest tu pewien wpływ emigracji). Sądzę, że ten wysoki procent obecnie zawdzięczamy dość wysokiej wciąż rozrodzności i szyb-

kiemu spadkowi umieralności. Wielkiej wagi są ostateczne wnioski autora: „Hasłem dnia dzisiejszego jest walka z licznym potomstwem. Nie łudźmy się, aby nas mógł ktokolwiek od tego uchronić. Prędzej czy później i my po tej drodze pójdziemy. Ażeby się złu przeciwstawić, trzeba uderzyć gdzieindziej — tam, gdzie nasza obrona jest pewna — musimy walczyć z nadmiernie wysoką śmiertelnością niemowląt naszych i dzieci, musimy roztoczyć nad nimi opiekę”.

K.

■ **HIGJENA SZKOLNA. Podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych pod redakcją Dr. Stanisława Kopczyńskiego, naczelnego wizytatora higieny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P.** Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie. Zeszyty IV à zł. 5. W przedpłacie zł. 55. Całość (13 zeszytów).

Wydanie I, polecane przez Ministerstwo Oświecenia do bibliotek szkolnych, nagrodzone na konkursie im. P i r a m o w i c z a przez Warsz. Tow. Lekarskie, zostało już oddawna wyczerpane. Obecnie ukazuje się wydanie drugie, zmienione i rozszerzone. Wyszły już 4 zeszyty. Zeszyt I zawiera opis celów i zadań higieny szkolnej oraz historię higieny szkolnej w Polsce pióra wybitnego znawcy przedmiotu, samego redaktora dzieła. Dr. St. K o p c z y ń s k i przedstawia tu w opisie, w tablicach i w cyfrach, jakiego wysiłku dokonała Polska na tem polu, zwłaszcza od czasu odzyskania niepodległości. Dalej w tym samym zeszycie znajdujemy opis higieny budynku szkolnego i urządzeń szkolnych pisany wytrawnym piórem fachowem inż. arch. Fr. E y c h h o r n a. W zeszycie II znajdujemy dalszy ciąg opisu higieny budynku i urządzeń szkolnych, a więc sprawy jego przewietrzania, ogrzewania, urządzenia klasy, sprawa ławek i stolików, sprawa klas specjalnych, sal gimnastycznych, boisk, sprawa konserwowania i utrzymywania w czystości budynku szkolnego. W końcu zeszytu znajdujemy początek artykułu dra J. B o g d a n o w i c z a, lekarza szkolnego i lekarza chorób dziecięcych, dotyczący rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym. W zeszycie trzecim najpierw dr. Jan B o g d a n o w i c z w dalszym ciągu rozpatruje rozwój fizyczny dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym, przyczem podaje normy wzrostu i wagi, oparte na pomiarach, dokonanych z polecenia Ministerstwa W. R. i O. P., a obliczonych przez Główny Urząd Statystyczny, wykazuje wpływ warunków zewnętrznych na ustrój dziecka w wieku szkolnym i szczegółowo zastanawia się nad zmianami anatomicznymi i fizjologicznymi, jakie organizm młodzieńczy przechodzi w okresie dojrzewania. Następnie najlepszy w Polsce znawca wychowania fizycznego, Dr. Eug. P i a s e c k i, profesor Uniwersytetu Poznańskiego, na 50 stronicach analizuje cele i środki wychowania fizycznego w dziejach ludzkości, ze szczególnem uwzględnieniem historii jego rozwoju w Polsce, rozpatruje szczegółowo pod względem fizjologicznym i pod względem użyteczności różnego rodzaju sporty, dłużej zatrzymuje się nad ćwiczeniami gimnastycznymi. W końcu wypowiada szereg praktycznych uwag o organizacji, kierownictwie i nadzorze wychowania fizycznego u nas. Koniec zeszytu trzeciego i cały czwarty zeszyt obejmuje praca Dr. Stefana S z u m a n a, prof. psychologii wychowawczej w Uniw. Jagiell. Prof. S z u m a n daje subtelną analizę rozwoju psychicznego dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym, rozpatruje konieczność indywidualizacji wychowania ze względu na odrębne właściwości duchowe wychowanków, a ze względu na możliwość występowania u nich konfliktów psychicznych podaje szereg uwag, jak konfliktom tym zapobiegać. W końcu rozdziału docent dr. T. J a r o s z y ń s k i pisze o higienie pracy umysłowej, o metodach badania znużenia umysłowego, jego przyczynach i środkach zapobiegawczych. Wszystkie cztery zeszyty odznaczają się piękną szatą zewnętrzną, są bogato ilustrowane (przeszło 150 rysunków i tablic), opierają się na materiale higieniczno-szkolnym swojskim. Wydawnictwo to winno się znaleźć w każdej bibliotece szkolnej, w ręku każdego nauczyciela - wychowawcy i każdego lekarza szkolnego.

K.

■ Dr. med. Henryk MIERZECKI. „Dla twego zdrowia“ (z 10 rysunkami w tekście, nakładem „Wiadomości Lekarskich“, Lwów - Warszawa - Kraków).

Brošura Dra M i e r z e c k i e g o wzbogaca liczbę popularnych wydawnictw, omawiających zagadnienia życia płciowego i chorób wenerycznych. Autor przedstawił w niej w sposób jasny i zrozumiały wszystko to, co o chorobach wenerycznych powinien wiedzieć każdy, jako narażony na możliwość zarażenia się. Broszura zawiera 12 rozdziałów, w których autor podaje historię chorób wenerycznych od najdawniejszych czasów, zwraca uwagę na społeczne znaczenie chorób wenerycznych i na możliwość doszczętnego ich wyleczenia, podaje źródła zakażenia, opisuje w sposób bardzo przystępny objawy chorób wenerycznych i podaje szczegółowe wskazówki, jak powinien się zachowywać chory na chorobę weneryczną i w jaki sposób ustrzec się można przed zakażeniem. W końcu podaje autor statystyczne dane o chorobach wenerycznych w kasach chorych i w wojsku. Praca Dra M i e r z e c k i e g o napisana jest z zapałem i należy zaliczyć ją do wydawnictw popularnych, bardzo pożądanym w dzisiejszych czasach szerzenia się chorób wenerycznych. Powinna ona spełnić swe ważne zadanie i znaleźć się w rękach szerokich warstw społeczeństwa.

Adam S t r a s z y ń s k i.

J. D. ROLLESTON. Przypadki późnego zarażenia płonicy i sposób zapobiegania im. (Rev. Franç. de Pédiatr. T. VIII. N. 2).

W ciągu 2½ lat przez szpital, w którym pracuje autor, przeszło 2821 chorych na płonice. Przypadków zarażenia domowników po wyjściu ze szpitala było 44 (1,5%). Z tych 44 przypadków 37 cierpiało na różne powikłania (zapalenie ucha, zapalenie nerek, powiększenie gruczołów i t. d.), z których najczęstszym był katar nosa. Wiek we wspomnianych przypadkach wahał się od 1 do 33 lat, ale większość była w wieku 4 — 11 lat. Przypadki zarażenia późnego są częstsze zimą niż latem i zazwyczaj zdarzają się w pierwszych 2 tygodniach po wypisaniu. Nieukończone łuszczenie zdaje się być bez wpływu na zdolność zarażenia. Pożądane jest, aby dzieci po 4 tygodniach choroby, przechodziły na oddział dla rekonwalescentów; aby przetrzymywać je dłużej w razie jakiegoś powikłania (zwłaszcza ze strony nosa i ucha); aby przez pierwsze trzy tygodnie dziecko miało w domu oddzielne naczynia; aby przez 2 tygodnie po wypisaniu nie chodziło do szkoły.

H. P e t r y n o w s k a.

W. BERGER, STUDENY i ROSEGGER. Zatrucia ołowiem w gospodarstwie wiejskim. (Wien. kl. Woch. N. 19, 1932).

Autorzy podają opis grupowego zatrucia ołowiem w gospodarstwie wiejskim, które dotknęło 16 z pośród 19 wystawionych na nie osób. Domieszki ołowiu do mąki mogły się dostawać dzięki plombie ołowianej w tak zwanym biegaczu kamienia młyńskiego, który nałożono w celu jego zrównoważenia. W jednym z przypadków podczas wykonywanej z powodu rozpoznania niedrożności jelit laparatomji można było obserwować przekrwienie tętnicze błony surowiczej, wysiękanie, obrzmienie gruczołów i przewodów chłonnych, występowanie rąbka ołowianego w trzecim dniu zatrucia.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

R. HELLER. O naskórnym zapobieganiu błonicy metodą Loewensteina. (Wien. kl. Woch. N. 20, 1932).

Na podstawie swych spostrzeżeń, dotyczących poprawdą małej liczby przypadków, zaleca autor metodę zapobiegawczych wcierań, tembardziej, że jest ona nieszkodliwa.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

LICKINT. Czy *lambliosis* nie jest chorobą górników? (Münch. med. Woch. N. 25, 1932).

Autor, lekarz szpitala w Chemnitz, jest zdziwiony, że u chorych tego miasta b. rzadko znajduje wielkousćce (0.02%),

gdy przedtem, w Zwickau, przy stosowaniu tej samej metody badania, widywał te pierwotniaki o wiele częściej, u 1% chorych. Dla wyjaśnienia tej nierównomierności przeprowadził ankietę w większych klinikach saskich, z której wynika, że *lamblia* jest równie rzadka w całym szeregu miast. Zwickau i jego okolica wschodnia i południowowschodnia jest okręgiem węglowym. Nie wiadomo, czy *lamblia* nie gromadzi się, podobnie jak *ankylostoma*, w pokładach węgla i gliny; być może mają tu znaczenie środki asenizacyjne i łatwiejsze szerzenie pasorzyta. Zakażenie wielkousćcem nie ogranicza się tylko do górników, lecz spotyka się u ludności okolicznej. W materjał kliniki Zwickau górnicy stanowią poważny odsetek. Z 2-ch chorych, u których L. znalazł *lambliosis* (w szpitalu w Chemnitz) jeden był górnikiem, drugi — pielęgniarzem. Jedyna większa praca niemiecka o klinice wielkousćca oparta jest na materjał klinicznym okręgu węglowego Ruhr. Autor przypuszcza, że centrum zakażenia wielkousćcem stanowią okręgi węglowe, skąd infekcja przechodzi na ludność okoliczną. Z tych ośrodków pochodzą również przypadki pojedyncze w okręgach niewęglowych.

F. T u r y n.

I. A. ZAIDSZNR i M. I. WONHAUS. Fotometria jako metoda badania zmęczenia wzroku w warunkach laboratoryjnych i przemysłowych. (Sow. Wiestn. Oftalm. t. I, z. 6, 1932).

Fotometria jako metoda badania zmęczenia wzroku może się okazać nadzwyczaj cenną w warunkach przemysłowych zarówno wskutek łatwej przenośności używanych przyrządów, jak i ze względu na prostotę i szybkość badania. Przy łatwiejszej pracy wzrokowej zbieżność zwiększa się w ciągu dnia (zmniejsza się początkowa egzoforia). Jeżeli praca wymaga znaczniejszego natężenia wzroku, to zmniejszenie się egzoforii przechodzi już w zwiększenie. W miarę czasu trwania pracy jednak często wzrastanie rozbieżności przechodzi znów w zmniejszenie się jej itd. W ten sposób krzywa równowagi mięśniowej podczas ciężkiej pracy wzrokowej składa się z szeregu odcinków, oznaczających kolejno wzrastanie i zmniejszanie się rozbieżności. Doświadczalnie wywoływana u badanych zbieżność przy badaniu zapomocą fotometru ujawnia się jako taka tylko do określonej wielkości wywoływanej zbieżności. W miarę zwiększania jej w określonej chwili badania zapomocą fotometru stwierdza się już nie zbieżność, a rozbieżność. Z drugiej zaś strony, doświadczalnie wywołana rozbieżność tylko do pewnej chwili ujawnia się w fotometrze jako rozbieżność. Przy dalszym przeciążeniu mięśni odwodzących stwierdza się już w fotometrze zbieżność. W ten sposób można sobie wyobrazić, że przeciążenie mięśni przywodzących przy pracy do pewnego stopnia tego przeciążenia ujawnia się w fotometrze w postaci zwiększania się zbieżności, zmniejszenia rozbieżności, która w miarę coraz dłuższego czasu trwania pracy może jednak się zwiększyć. Umieszczenie czerwonego szkła przed jednym lub drugim okiem wpływa często na wielkość i charakter zarówno początkowej wielkości heteroforii, jak i na wielkość zmian pod wpływem tej lub innej pracy. Przy porównaniu wyników, otrzymanych zapomocą przyrządu z dwuprzyzmatem i fotometru M e d d o k s a, okazuje się, że pierwszy przyrząd często przez cały czas doświadczenia wykazuje ortoforję, podczas gdy fotometr M e d d o k s a ujawnia ten lub inny stopień heteroforii. Możliwe więc jest, że w pierwszym przyrządzie w silniejszym stopniu wyraża się dążenie do zlewania się obrazów. Przy porównaniu liczby przemieszczeń czerwonej pałeczki dla oka świeżego i zmęczonego nie wykazano żadnej prawidłowości. To samo można powiedzieć o czasie, którego potrzebuje oko świeże i zmęczone, ażeby dojść do pewnego poziomu wzorcowego. Badania autora przeprowadzane zarówno w warunkach laboratoryjnych, jak i przemysłowych i rzekawiają za tem, że fotometria nie wykazuje bezwzględного stosunku siły mięśni — antagonistów. Dane fotometryczne ujawniają nadzwyczaj ruchliwą równowagę dynamiczną, będącą wraz

z innemi przyczynami wynikiem wzajemnego oddziaływania mięśni antagonistów, równowagą, zmieniającą się w krótkich odstępach czasu. Dlatego dane fotometryczne nie pozwalają na rozstrzygnięcie kwestji co do bardziej lub mniej stałego stanu tej lub innej grupy mięśniowej. W szczególności jednakowe dane przed i po pracy nie są dowodami braku zmęczenia pod wpływem pracy.

L. H.

Gruźlica.

M. i G. MOZER. Czynniki sezonowe a rozwój gruźlicy pozapłucnej (Paris Méd. N. 1, 1932).

Przy rozpatrywaniu czynników, mogących wpłynąć na wysiewy miejscowe i ogólne w gruźlicy pozapłucnej, autorzy podkreślają małe znaczenie chorób zakaźnych, brak wszelkiego wpływu zabiegów chirurgicznych, jeśli są one wykonane w odpowiedniej chwili i według wszelkich zasad techniki. Natomiast wpływ pory roku na wysiewy miejscowe i występowanie zapalenia opon mózgowych, które są najczęstsze od marca do maja i od września do grudnia, nie da się zaprzeczyć. Wpływy sezonowe co do swego mechanizmu działania pozostają ciemne. Czy działają one na ustrój czy na sam czynnik gruźliczy? O wiele znaczniejszy odsetek prątków Kocha, znajdujących w ropie w pewnych porach roku, które odpowiadają wysiewom miejscowym i występowaniu zapalenia opon mózgowych, stanowiłby argument, przemawiający na korzyść wpływu na sam zarazek.

Henryk J. Landa u.

W. CURSCHMANN. Wyniki leczenia gruźlicy płuc i kości djetą bezsolną Sauerbrucha i Hermannsdorfera. (Beitr. z. kl. Tbk. T. 77 z. 4/5).

Z 23 przypadków gruźlicy płuc, leczonych djetą bezsolną, stwierdzono poprawę w 3 przypadkach, jednakże w jednym z tych przypadków djeta nie zapobiegła powstaniu wysięku. W jednym przypadku nastąpiło pogorszenie objawów miejscowych, w 5 przypadkach pogorszenie apetytu. W 4 przypadkach stwierdzono poprawę po stronie odmowanej, przy jednoczesnym pogorszeniu innych objawów. Wyraźne pogorszenie po djecie bezsolnej zaobserwowano w 2 przypadkach; w jednym z tych przypadków wystąpił odczyn ogniskowy, który doprowadził do zejścia śmiertelnego. W 3 przypadkach tocznia, leczonego djetą, nastąpiła znaczna poprawa. W trądziku wyniki były zmienne. Odczyny, powstające w toczniu po zastosowaniu djety bezsolnej, występują prawdopodobnie także po stosowaniu djety w gruźlicy innych narządów. Zresztą, Gersson opisuje te odczyny, od których zależy jest pomyślny wynik kuracji. Podczas gdy w gruźlicy gruczołowej odczyn, prowadzący do wydalenia mas serowatych, jest zjawiskiem pomyślnem, to w gruźlicy płuc obostrzenie ogniskowe może być katastrofalne. W pewnych przypadkach gruźlicy płuc niekiedy widzimy pomyślny wpływ odczynu ogniskowego i staramy się wywołać go, aby pobudzić do bujania łącznotkankowego, jednakże bardzo ostrożnie, aby uniknąć zserowacenia. Djety nie jesteśmy w stanie dokładnie dawkować, tak, że przy najmniejszym podejrzeniu co do powstania odczynu musimy zupełnie przerwać stosowanie djety. W każdym razie dla wywołania odczynu mamy środki pewniejsze, dogodniejsze i tańsze. Stosowanie tranu z fosforem w gruźlicy kości prowadzi do znacznego odkładania się wapnia w zdrowych częściach nasad, natomiast w ogniskach chorych zwapnienie nie jest większe, a niekiedy nie następuje wcale. Djeta bezsolna znacznie pogarsza apetyt, szczególnie u dzieci. Nie zależy to od smaku jedzenia, a zdaje się być kwestją przyzwyczajenia. Dopóki jednak chory się przyzwyczai do djety, może nastąpić znaczne pogorszenie. Autor stwierdza, że leczenie djetą bezsolną nie jest metodą obojętną, przynoszącą tylko korzyści, i nie widzi rezultatów leczenia lepszych, niż przy innych metodach.

M. Segal,

Choroby serca i naczyń.

■ Entstehung, Erkennung und Behandlung plötzlich eintretender Kreislaufstörungen. II. Ärztlicher Fortbildungskursus in Bad Salzungen, 7 und 8 Mai, 1932, Georg Thieme (Verlag), Leipzig.

Książeczka o 92 stronach zawiera cykl wykładów, poświęconych omówieniu patogenezy i obrazu klinicznego najrozmaitszych stanów, prowadzących do ostrej niedomogi krążenia. W pierwszym wykładzie prof. O. Lubarsch daje zwięzły przegląd współczesnej nauki o powstawaniu zakrzepów i zatorów układu żylnego i tętniczego, przytacza dane statystyczne, ilustrujące częstość ich w ciągu ostatnich lat kilkunastu, porusza mechanizm powstawania zatorów tłuszczowych i powietrznych. R. Klapp omawia stronę kliniczną zatorów, powstających na tle zakrzepów zakaźnych i niezakaźnych, zastanawia się nad postępowaniem profilaktycznym w zakrzepowym zapaleniu żył i nad leczeniem operacyjnym zatorów tętnicy płucnej (operacja Trendelenburga) i tętnic obwodowych. Schorzenia naczyń wieńcowych serca pochodzenia kiłowego lub miażdżycowego i wynikające stąd zawały mięśnia sercowego a także zmiany rytmu (trzepotanie i migotanie przedsionków) i przewodnictwa (blok przedsionkowo-komorowy), a szczególnie symptomatologia i leczenie wczesnych okresów tych stanów są tematem wykładu dr. Webera z Nauheim. Prof. Szily w zwięzły i wyczerpujący sposób omawia zmiany, stwierdzane na dnie oka w zaburzeniach krążenia; niedokrewność i przekrwienie siatkówki, zakrzep i zator tętnicy i żyły centralnej siatkówki, wylewy krwawe do siatkówki i ciała szklanego, zmiany w siatkówce w nadciśnieniu, w miażdżycy, nerce ciężarnych, zmiany, zależne od stanów skurczowych w naczyniach tętniczych i t. d., stanowią temat tego ciekawego wykładu, opartego na najnowszych danych piśmiennictwa. Niezmiernie aktualną dziś sprawę t. zw. udaru mózgowego i jego patogenezy porusza Fr. Hiller. Przeprowadza on ściśle rozgraniczenie pomiędzy wylewem krwawym do istoty mózgowej wskutek uszkodzenia naczynia krwionośnego w nadciśnieniu lub pęknięciu tętniaka na tle kiły — od powstawania ognisk rozmiękczeniowych wskutek zakrzepu, zatoru, czy skurczu naczynia, zastanawia się nad wskazaniami leczniczymi, specjalnie zaś nad stosowaniem upustów krwi, które przynoszą korzyść jedynie w przypadkach wylewu, szkodzą zaś w innych przypadkach, podobnie, jak bezkrytyczne stosowanie okładów z lodu na głowę — stanowczo przeciwwskazanych w stanach naczyniokurczowych. Pr. H. Freund podkreśla, jak wielki wpływ posiada stan narządu krążenia na działanie środków farmakologicznych, szczególnie zaś narkotyków i środków nasennych: dawka zupełnie nieszkodliwa dla ustroju o sercu wydolnem może okazać się śmiertelna przy uszkodzonym krążeniu. Prof. Gollwitzer-Meier przeprowadza ciekawe studjum nad patogenezą i leczeniem stanów wstrząsowych. Prelegentka wyodrębnia dwa zasadnicze momenty w mechanizmie powstawania tych stanów: 1) zaleganie krwi w t. zw. „narządach wstrząsowych” (płuca i wątroba) dzięki działaniu t. zw. „tam żylnych” Maunera i Picka, to jest dzięki skurczowi dużych żył, odprowadzających krew z tych narządów pod wpływem substancji, wyzwalających się w ustroju, dotkniętym wstrząsem, pokrewnych histaminie; 2) porażenie układu naczyń włosowatych, w których zbiera się i zalega krew — na skutek uszkodzenia ośrodków naczynioruchowych. W obydwu wypadkach następuje gwałtowne zmniejszenie rzutu minutowego serca, które, nie otrzymując krwi z obwodu, pracuje w próżni. Pierwszy z tych mechanizmów działa w stanach wstrząsu anafilaktycznego, przy zmiażdżeniu kończyny, rozległych oparzeniach i t. d., — drugi — w zapaści, spotykanej np. w chorobach zakaźnych. Stany te cechuje gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego i żylnego — żyły szyjne są zapadnięte, co różni je od stanów ostrej niedomogi serca np., kiedy, przeciwnie, ciśnienie żyłne wzrasta wskutek zastojów wstępnego, i żyły

szynie są raczej wypełnione. Ostro występujące stany niedomogi krążenia i ich leczenia omawia prof. S i e b e c k, rekapitułując znane naogół wskazania do stosowania przetworów narpastnicy, strofantyny, upustów krwi, głodówki i t. d. Książkę kończy żywo i ciekawie skonstruowany wykład prof. S a u e r b r u c h a, dotyczący analizy najrozmaitszych przyczyn zgonu w czasie, po — i w następstwie zabiegów operacyjnych. Książeczka, opracowana jest starannie, czyta się wyjątkowo łatwo i, aczkolwiek nie zawiera żadnych faktów rewelacyjnych, ale każdy czytelnik znajdzie w niej szereg szczegółów teoretycznych i wskazówek praktycznych z różnych działów medycyny, których przypomnienie jest niewątpliwie pożyteczne.

M. F e j g i n.

P. HALBRON. Leczenie zapaleń tętnic młodzieńców. (Paris méd. Nr. 49. 1931).

Pod nazwą zapalenie tętnic młodzieńców rozumie autor opisaną przez B u e r g e r a „*thrombangiitis obliterans non syphilitica Hebraeorum*”. Ze środków leczniczych preparaty jodowe i azotyny zawiodły. Lepsze wyniki, aczkolwiek niewszystkim autorom, daje cytrynian sodowy (zastrzykiwania wśródżylnie 200 cm.³ 3% roztworu, 20 cm.³ 30% roztworu i *per os* 30 — 40 gr. dziennie), zastrzykiwania podskórne, wśródżylnie i dōdżunastnicze (8 — 10 l. dziennie) płynu R i n g e r - L o c k e a, zastrzykiwania wśródżylnie 5% roztworu chlorku sodowego. We Francji chętnie bywają stosowane zastrzykiwania podskórne insuliny (10 — 30 jednostek klinicznych dziennie). Ostatnio próbowane są w tych przypadkach „hormon krążeniowy” F r e y a i angioksyl. Wyniki, otrzymywane zapomocą acetylocholiny (0,1 — 0,2 dziennie), są gorsze, niż w chorobie R a y n a u d a. Amerykanie są zwolennikami proteinoterapii. Czasami daje dobre wyniki leczenie przeciwpriemiotowe, chociaż etiologia kiłowa nie jest ustalona. Z czynników fizykalnych A l l e n zaleca specjalną metodę gimnastyki. Stosowane bywa ciepło w postaci diatermii i promieni podczerwonych. Dobre wyniki daje naświetlanie promieniami R o e n t g e n a okolicy nadnerczy i kręgosłupa od X kręgu piersiowego do V lędźwiowego. Z metod operacyjnych wchodzi w rachubę „*novocainbloc*” W h i t e a, polegający na blokowaniu wpływu nerwu współczulnego na krążenie obwodowe zapomocą zastrzyknięcia nowokainy wzdłuż przebiegu nerwu współczulnego, *sympatectomia periarterialis* L e r i c h e a, zastrzykiwania alkoholu do nerwów czuciowych, aplikacje śniegu węglowego na obnażony nerw, *gangiectomia lumbalis* A d s o n a i B r o w n a, usunięcie jednego nadnercza, przeważnie lewego (von O p p e l), wreszcie odjęcia kończyny mniej lub bardziej rozległe.

Henryk J. L a n d a u.

S. D. CONN. Przypadek choroby Cruveilhier - Baumgartnera. (Monde Méd. Nr. 798. 1931).

Przypadek dotyczy 33-letniej kobiety, która nagle zaczęła odczuwać bóle w lewym podżebrzu; bóle te nie przeszkadzały jej pracować. Chora negowała używanie alkoholu oraz choroby weneryczne. Ponieważ pochodzi z okolicy, w której panuje zimnica, otrzymała 12 zastrzyknięć chininy, które jednak bólów nie usunęły. Po roku chora zauważyła, że brzuch się zaczyna powiększać. W ciągu roku przeszła 20 nakłuć brzucha; przy każdym wypuszczano jej 5 — 8 litrów płynu. Przez cały czas stan ogólny był bardzo dobry, łaknienie dobre, nie było żadnych zaburzeń żołądkowych, ani bólów wątrobowych, żółtaczki, krwotoków, ani innych objawów niedomogi ze strony przewodu pokarmowego, ani wątroby. Przy badaniu przedmiotowym u podstawy lewego płuca oddech zaostrożony z lekkim tarcieniem opłucnowym. Serce — tony czyste. Tętno przed nakłuciem brzuszno 90 — 110, po nakłuciu — 90 — 100. Ciśnienie krwi 125/70. Wątroba normalna, śledziona powiększona per-

kusyjnie. Odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a ujemny. W moczu ślad białka. W płynie z jamy brzusznej odczyn R i v a l t y ujemny. Szczegółem, który zwrócił uwagę autora na zespół wrotny, choć mającym odmienny charakter, niż zwykle, była sieć żylna, rozpoczynająca się około pępka i biegnąca do lewego sutka, o miękkości puchu, przebiegająca na wzór korkociąga; nie przypominała ona sieci żylniej obocznej w wodobrzuszu, zjawiającej się w zespole wrotnym. Autor przypuszcza, że zimnica (o innych chorobach zakaźnych chora nie wspomina) mogła odegrać rolę w powstaniu stwardnienia gałęzi żyły wrotnej, aczkolwiek dwukrotne badanie krwi nie wykazało obecności pierwotniaków zimnicy.

Henryk J. L a n d a u.

M. HAMBURGER, JAME i COUDER. Nakłucie lędźwiowe w leczeniu nadciśnienia tętniczego. (Paris Méd. Nr. 49. 1931).

Chory z przewlekłym zapaleniem nerek, przerostem i rozszerzeniem serca, ze stałym nadciśnieniem dostał nagle ostrego przełomu naczyniowego z podniesieniem się ciśnienia do 310 mm. Hg i uporczywym bólem głowy, co zmusiło do wykonania nakłucia lędźwiowego. Wykazało ono zwiększone ciśnienie płynu mózgowordzeniowego (34 cm. wody przy mierzeniu przyrządem C l a u d e a). Wypuszczenie płynu, wykonane trzykrotnie, powodowało za każdym razem bardzo szybki i znaczny spadek ciśnienia tętniczego, usuwając chwilowo dolegliwości, spowodowane przez nakładanie się nadciśnienia napadowego na nadciśnienie stałe. Wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego miało wpływ szybki i głęboki tylko na nadciśnienie napadowe, pozostając bez wyniku, jeśli chodzi o nadciśnienie stałe. Po każdym wypuszczeniu płynu mózgowordzeniowego ciśnienie tętnicze powracało do poziomu wyjściowego. W przypadku nadciśnienia samoistnego stałego u 59-letniej chorej wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego powodowało nieznaczny i bardzo krótkotrwały spadek ciśnienia tętniczego, które po 3 godzinach powracało do liczb wyjściowych.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Raoul MOURGUE. Neurobiologie de l'hallucination. (Bruxelles. Maurice Lamertin. 1932).

Nowa teoria omamów. Mamy przed sobą dzieło podstawowe i wielkiej wagi, zarówno ze względu na zagadnienie, jak i na metodę. Raoul M o u r g u e, autor szeregu cennych prac z zakresu neuropatologii, znany szerszemu ogółowi lekarskiemu, jako współpracownik M o n a k o w a, z którym pospółu opracował klasyczny „wstęp biologiczny do studjum neurologii i psychopatologii”, pracuje nad zagadnieniem halucynacji od lat 15. Niepospolita erudycja („wybrany” index piśmiennictwa obejmuje około 1100 numerów!), głębokie wykształcenie neurologiczne i psychopatologiczne, tudzież znawstwo metody biologicznej i filozoficznej — w dziedzinie filozofii mistrzem autora jest B e r g s o n, który zresztą napisał przedmowę do omawianego dzieła — wszystkie te dane sprawiają, że sama zapowiedź o zjawieniu się dzieła musiała wzbudzić w nas najwyższe zainteresowanie. W samej rzeczy nie doznaliśmy tutaj najmniejszego zawodu. I jeśli w piśmie ogólnolekarskim pozwalamy sobie na dokładniejsze omówienie pracy pozornie specjalnej, to czynimy to właśnie ze względu na jej doniosłość rzeczową i metodologiczną. Oczywiście, poprzestać musimy jedynie na podaniu głównych wytycznych tej pracy obszernej, bogatej i wcale niełatwej. Podtytuł pracy brzmi: *essai sur une variété particulière de désintégration de la fonction*. Termin ten zastosowany już w poprzedniej pracy autora, wspólnej z M o n a k o w e m, wskazuje na założenie biologiczne całej pracy — zaburzenia patologiczne rozważane są tutaj jako produkt rozkładu pewnej funkcji życiowej. Wychodząc z tego za-

łożenia, stara się autor przede wszystkim o wykazanie niewystarczalności teorii dotychczasowych, które nie tylko nie wyjaśniały w sposób dostateczny faktów klinicznych, ale przede wszystkim nie opierały się na podstawie biologicznej, były mechanistyczne i nie uwzględniały ewolucji czynności organizmu i ich lokalizacji chronogennej w układzie nerwowym ośrodkowym. Z całą jaskrawością występuje tutaj sztuczność dawnej koncepcji psychologicznej, która do niedawna jeszcze panowała w dziedzinie zaburzeń ogniskowych (afazja etc.) — z jej oparciem się o pojęcie obrazu psychicznego. Obrazy te, pomyślane jako coś stałego i ściśle określonego, lokalizowano w pewnych częściach mózgowia, a halucynację wyobrażano sobie najchętniej jako obrazy o wzmożonej intensywności. Nie możemy przytaczać tutaj rozumowań krytycznych autora, stwierdzić tylko musimy, iż udaje mu się w zupełności obalić poglądy dotąd niemal że panujące, zdetronizowane już zresztą w dziedzinie neurologii mózgowej przez szereg najwybitniejszych badaczy współczesnych. (Dla charakterystyki dzieł myśli naukowej wydaje się nie bez znaczenia, że detronizacji tej, jako przewrotu zasadniczego, dokonał dużo wcześniej filozof B e r g s o n). Słusznie uważa autor, iż ta dawniejsza psychologia anatomiczna była właściwym prototypem późniejszej osławionej mitologii mózgowej (Hirnmythologie) badaczy niemieckich. Za zagadnienie centralne problemu omamów uważa autor z zupełną słuszością sprawę o b j e k t y w i z a c j i p r z e s t r z e n n e j. Liczne dane z zakresu fizjologii i patologii wskazują na ogromną rolę n a s t a w i e ń r u c h o w y c h w kształtowaniu się postrzeżenia normalnego równie dobrze jak i halucynacji. Wprawienie w ruch zespołu nastawień ruchowych decyduje o p r o j e k c j i czyli o rzutowaniu przestrzennem. Analiza aktu postrzegającego wskazuje na znaczenie wrażeń proprioceptycznych dla sprawy lokalizacji przedmiotu w przestrzeni. Kola zaznaczonych ruchów artykulacyjnych w powstawaniu omamów słuchowych została wykazana za pomocą ścisłej obserwacji klinicznej. Ważny element, który autor stwierdza w większości przypadków halucynacji stanowi stan, który określa on jako depersonalizacja — naszym zdaniem, niesłusznie, gdyż termin ten ma w psychopatologii znaczenie odrębne i ściśle określone. Stan ten ma tłumaczyć obiektywność omamów w stosunku do jaźni, w toku dalszych rozważań autora nabiera on znaczenia biologicznego, jako wyraz częściowego zahamowania korowego w sensie P a w ł o w a. Zerwawszy z koncepcją „obrazów” psychologii klasycznej, zrozumiawszy zresztą, iż obrazy te, jeśli chodzi o omamy, mają najczęściej, podobnie jak w marzeniu sennym, znaczenie symboliczne, był autor dostatecznie przygotowany, ażeby szukać w halucynacji związku z całością osobowości biologicznej. Tutaj dane kliniczne, dawne ale dotychczas niedocenione, zbiegły się z wynikami badań najnowszych, które w układzie narządowo-roślinnym, t. zw. systemie wegetacyjnym K r a u s a upatrują podstawę biologiczną osobowości. (Przypomnijmy tutaj, iż system ten, jako jedność funkcjonalna, obejmuje układ roślinny obwodowy, narządowy i ośrodkowy z reprezentacją korową włącznie, układ hormonalny tudzież system elektrolitów w tkankach i w płynach międzytkankowych). Z badań dawniejszych kładzie tutaj M o u r g u e nacisk na spostrzeżenia wybitnego neurologa angielskiego H e a d a, który opisał halucynacje u chorych wewnętrznych (płucnych i sercowych), pod względem psychicznym najzupełniej zresztą zdrowych, w szczególności nie przedstawiających żadnych objawów majaczeniowych. Spostrzeżenia te znajdują właściwą interpretację w świetle naszej wiedzy współczesnej, która poucza nas, iż układ narządowo-wegetacyjny (podrażniony w przypadkach H e a d a naskutek cierpienia wewnętrznego) posiada swoją reprezentację opuszkową, podkorową i korową. Na ścisłą korelację pomiędzy układem wegetacyjnym a objawami natury postrzeniowej wskazują również znane badania braci J a e n s c h ó w nad

eidetykami. Autor obejmuje całokształt naszej wiedzy o układzie wegetacyjnym, która dostarcza mu szeregu danych wielkiej wagi dla zrozumienia związków pomiędzy układem tym a układem nerwowym zwierzęcym. Badania nad unerwieniem współczulnym narządu błędnikowego — który, jak to wynika z obserwacji klinicznych i doświadczalnych, odgrywa dużą rolę przy kształtowaniu się halucynacji, — stwarzają podstawę dla ugruntowania koncepcji nastawień ruchowych jako zmian tonicznych — błędnik jest, jak wiadomo, jednym z regulatorów napięcia mięśniowego, zaś zmiany w napięciu stanowią najbardziej prymitywny wyraz sfery instynktowej. Drugi szereg faktów to badania nad chronaksją narządów zmysłowych i wpływem na nią czynników wegetacyjnych. Siatkówka okazuje się podległą wpływom wegetacyjnym, zależna zarówno od układu współczulnego jak i błędnego, zaś całość narządu wzrokowego okazuje się jakgdyby podszyta układem wegetacyjnym. Układ ten może zostać aktywowany w różnych swoich punktach, zaś dzięki zjawiskom „reperkusji” odpowiednie podrażnienia mogą znajdować odbicie w najdalszych etapach narządu wzrokowego z reprezentacją ośrodkową włącznie. W ten sposób wskazana jest droga, po której krocząc, podrażnienia narządowo-wegetacyjne, a więc i sama sfera instynktu, wprawiać mogą w ruch narząd zmysłowy i wytworzać halucynację jako postrzeżenia patologiczne. Z punktu widzenia biologicznego halucynacja odpowiada inwazji sfery instynktowej w zakres sfery orientacji i przyczynowości. Najwyższym narządem tej ostatniej jest kora mózgowa, podobnie jak na jej terenie rozgrywa się ostatecznie postrzeżenie, tak samo jest ona terenem halucynacji, której punkt wyjścia wszelako może znajdować się w najrozmaitszych odcinkach układu wegetacyjnego, począwszy od peryferji poprzez szare masy podkorowe aż do reprezentacji korowej. „Halucynacja jest wyłącznie dziełem instynktu, który korzysta dla swego użytku z narządu projekcji przestrzennej, który normalnie służy do orientacji w świecie realnym”. Z tej ostatniej definicji wynika, iż halucynacja zalicza się do zaburzeń, zwanych przez autora (pospołu z M o n a k o w e m) sekrecyjnymi. W przeciwstawieniu do zaburzeń morfologicznych, polegają one na zaatakowaniu pierwotnym lub wtórnym sfery instynktowej. Ponieważ w psychozach sfera orientacji i przyczynowości ulega inwazji instynktu, dlatego też halucynacje są tutaj zjawiskiem tak częstym — w przeciwieństwie do psychonerwicy. Ostateczny etap halucynacji, jako procesu dynamicznego, rozgrywa się zatem w korze — bez względu na to, jaki jest jej punkt wyjścia. Na tym najwyższym poziomie następuje reaktywacja engramów korowych, które dostarczają materiału czyli treści halucynacji. Bliższa analiza pojęcia engramu wskazuje na przepaść, jaka dzieli je od pojęcia „obrazu” psychologii klasycznej. To ostatnie jest mechanistyczne i statyczne, nie uwzględnia zasadniczego wpływu sfery instynktowej ani znaczenia czasu; tymczasem engram w rozumieniu prawdziwie nowoczesnym staje się kompleksem zcałkowanym w czasie i odpowiadającym różnym okresom życia. Badania doświadczalne wskazują na ogromny wpływ podniet proprioceptywnych na kształtowanie się engramów korowych — na czoło wysuwają się tutaj kapitalne doświadczenia G ö t h l i n a nad wpływem podniet proprioceptywnych z mięśni ocznych na pole widzenia wewnętrzne. Uwzględnienie badań fizjologicznych S h e r r i n g t o n a prowadzi do rozważania engramu jako wypadkowej dynamicznej całego szeregu procesów, w których uczestniczy cała kora. Wychodząc z założeń biologicznych, dochodzi autor do rozważania halucynacji, jako jednego z procesów kompensacyjnych, których motorem jest sfera instynktu i w ten sposób przynosi potwierdzenie i pogłębienie biologiczne koncepcji F r e u d a, dla którego halucynacja stanowi realizację symboliczną nieświadomych pragnień. To uwzględnienie różnorodnych prądów myśli naukowej stanowi jedną z wielkich zasług i zalet syntetycznego umysłu i dzieła M o u r g u e a.

Z punktu widzenia biologicznego i psychoanalitycznego nie mógłbym się tylko zgodzić z autorem na kapitalne rozróżnienie, jakie przeprowadza pomiędzy halucynacjami a obrazami w marzeniach sennych. Twierdzi on, iż tym ostatnim brak momentu projekcji przestrzennej i tłómaczy to zahamowaniem wszelkich nastawień ruchowych maskując ogólnej inhibicji korowej, jaką, zdaniem P a w ł o w a, stanowi sen. Twierdzenie to wydaje mi się wielce wątpliwe, albowiem i w marzeniach sennych spotykamy się, zdaniem mojem, nieraz z wyraźnym rzutowaniem przestrzennem. Ale w całokształcie świetnego dzieła M o u r g u e a punkt ten nie jest zasadniczy. Jest to praca o wielkim zasięgu myślowym i empirycznym, oprócz się na niej muszą wszelkie dalsze badania w tym kierunku.

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

■ R. HESS. Die Methodik der lokalisierten Reizung und Ausschaltung subkortikaler Hirnabschnitte. Lipsk, 1932. Str. 119. Nakł. Georg Thieme.

Autor opisuje całą aparaturę i metodykę drażnienia ośrodków nerwowych. Ponieważ ważnem jest, by elektrody najmniej uszkadzały tkankę, więc autor zatrzymał się na cienkich igłach stalowych, izolowanych za pomocą emalii. Jest ona odporna na prąd, dochodzące do 100 V. napięcia i grubość igiełek wraz z emalią nie przekracza 0,04 mm.², nie rani przeto tkanek i nie zniekształca normalnego sposobu bycia zwierząt. Po dłuższem doświadczeniu H e s s doszedł do wniosku, iż najlepsze są elektrody, złożone z trzech igieł, pozwalają bowiem zmieniać kierunek prądu. Miejscami predylekcyjnymi do zagłębiania elektrod są u kota punkty, położone 3 mm. przed szwem wieńcowym oraz 13 mm. poza nim. Aparat z elektrodami przymocowuje się śrubkami do czaszki zwierzęcia. Siła prądu waha się pomiędzy 0,3 a 0,5 V., nie przekraczając nigdy 4 V. Doświadczenia prowadzone są w ten sposób, że zwierzę wraz z przyrządem może poruszać się swobodnie, sznury bowiem elektryczne są zawieszone u sufitu na gumach, co daje im elastyczność. Wszystkie obserwacje powinny być utrwalone kinematograficznie, dzięki temu można wznowić przebieg doświadczenia w chwili, kiedy już mózg jest badany anatomopatologicznie. Obok metody drażnienia autor opisuje metodę wyłączania ośrodków przez niszczenie ich za pomocą diatermji. Ze wskazówek metodologicznych ważną jest ta, iż

należy nagrzewać ostrożnie, aby nie wywołać spalania tkanek, wtedy bowiem przylegają one do elektrod i ranią kanał, przez który są usuwane. Przegrzanie daje znać o sobie charakterystycznym sykiem. Diatermja wywołuje podrażnienie ośrodka bardzo zresztą krótkotrwałe, po którym natychmiast następuje wypadnięcie czynności. I ono z kolei jest szybko wyrównane przez pozostałe ośrodki nerwowe. Liczne tablice orjentacyjne ilustrują topografię ośrodków podkorowych. Brak natomiast w książce wszelkich danych co do wyników badań.

N. Z. Z.

■ K. ORZECZOWSKI. Neurinome. (Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten pod red. J. J a d a s s o h n a, T. XII. Cz. 2. 1932).

Neurinomat jestto nowotwór nerwów, usadowiony w skórze, nieraz w narządach wewnętrznych, który pod różnemi nazwami figuruje w neurologji (*Neurofibroma Schwannoma, Glioma periphericum, Morbus Recklinghauseni*). Dla podręcznika zbiorowego chorób skórnych opracował klinikę tego cierpienia, dosyć częstego, S a l f e l d, anatomję patologiczną O r z e c h o w s k i. Ciekawie wypadła część historyczna, histologiczna, różniczkowo-rozpoznawcza Z omawiania różnych teoryj budowy wynika, że poważnie się rozchodzą poglądy różnych patologów i embryologów co do natury, podłoża i *matrix* tkanki nowotworowej. Neurolodzy i chirurdzy spotykają się z tą odmianą guzów wcale nierzadko. Praca jest pięknie ozdobiona 20 rysunkami, z których drobną część zaczerpnięto u niemieckich i amerykańskich, większą część u polskich autorów (S k u b i s z e w s k i, O r z e c h o w s k i - N o w i c k i). Biblijografja za ostatnie dziesięciolecie wyczerpująca.

H. H i g i e r.

J. SURANGI. O objawach kateleptycznych u 3½-rocznego dziecka. (Wien. kl. Woch. Nr. 8. 1932).

Autor podaje opis rzadko spostrzeganego zespołu objawów: ogólnych zaburzeń rozwojowych z objawami kateleptycznymi zwłaszcza na kończynach dolnych, których przyczynę trudno stwierdzić. Być może, jest nią niedostrzeżony proces zapalny w ośrodkowym układzie nerwowym, ewentualnie krwawienia, wywołane przez wahanja S c h u l z e g o lub zahamowanie rozwojowe w zwojach podstawnych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Wskazówki praktyczne

G r o s s e - O e s t r i n g h a u s podaje, że solamina, w skład której wchodzi atropin - hyoscyamina, ephedryna i *antipyreticum compositum* przerywa w ciągu pół godziny po zażyciu napad *asthma bronchiale*. Dawka dzienna zależnie od nasilenia napadu wynosi od 1 — 3 proszków. (Ther. der Gegenw. 1932, zeszyt 8).

D. G o s t i m i r o v i c o w i udało się przy pomocy metacresolu, względnie chemicznie czystego eteru zachować w moczu, w niezmiennym stanie, *prolan* przez rok, *prolan A* zaś do 424 dni. (Münch. med. Wchschr. 1932, N. 35).

Zarówno w przewlekłych jak i ostrych *zaparciach stolca* W. H. C r o h n zaleca 1 — 2 tabletki laxavitu przed ułożeniem się do snu. Jest to wypróbowany przez autora środek przeczyszczający, działający w 8 — 12 godzin po spożyciu bez jakichkolwiek objawów ubocznych. (Med. Klinik. N. 37, 1932).

W wszelkiego rodzaju *stanach bólowych* podaje W. H. C r o h n z niezawodnym niemal skutkiem opihinal w ilości 1 — 2 drażetek jednorazowo. (Med. Klinik, 1932. N. 37).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1932 r.*).

Obecnych członków Towarzystwa 49.

Wprowadzonych gości 38.

*) Skutkiem niedopatrzenia protokół ten został w numerze poprzednim opuszczony.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia z dnia 8.III. r. b. przyjęto.

2. Kol. M i k u ł o w s k i: Włodzimierz wygłasza odczyt p. t. „O *problema trudności rozpoznawczych kily wrodzonej*” (streszczenie własne).

Kiła jest zakażeniem krętkowem o stopniowo następujących nasileniach. Podczas gdy zmiany kilowe u płodu i no-

worodka są klasycznie czyste — inne postacie kiły noszą znamiona kiły obudzonej z utajenia pod wpływem zadziałania najczęściej zakażenia nieswoistego, które w towarzystwie kiły przebiega odmiennie. Kiła wywiera często piętno indywidualne, powodując zmiany marskie, włókniste, zwyrodnienie skrobiowate i t. p. Jakkolwiek mechanizm tego zjawiska jest trudny do wyświeślenia — to jednak następstwa są uchwytnie i zrozumiałe, gdy się uwzględni utajony mikrobizm krętka błędnego w zębnie — na podobieństwo utajonego mikrobizmu prątka gruźlicy. Okoliczność długotrwałej żywotności krętka zachęca do leczenia przeciwkiłowego nawet w przypadkach marskości narządów.

Oprócz kiły narządów wewnętrznych, łatwo uchwytnie anatomicznie na sekcji, w wieku dziecięcym istnieją częste zmiany kiłowe gruczołów wydzielania zewnętrznego i wewnętrznego, naczyń tętniczych i żylnych, zwojów sympatycznych, tkanki nerwowej, stawów, kości i t. p. na ogół trudno uchwytnie anatomicznie z powodu anatomicznej wielopostaciowości kiły i przeszkód technicznych, na jakie napotyka przy dzisiejszym stanie nauki odkrycie krętka kiłowego w skrawkach i w próbach biologicznych na zwierzęciu.

Jednym z wdzięcznych, a nie dość w Polsce popularnych zadań lekarza pedjatry winno być doskonalenie metod klinicznych i laboratoryjnych celem wczesnego ujawnienia konstytucji kiłowej dziecka, a przez to samo odkrywania bezpośredniej albo pośredniej kiłowej etiologii schorzeń narządów wewnętrznych, albo schorzeń i skaz humoralnych o objawach silniejszych dynamicznie, niż statycznie.

Kliniczne odkrycie kiłowego pochodzenia zespołów dotąd uważanych za niezależne od kiły rozszerzają nie tylko granice naszej diagnostyki pediatrycznej, ale pobudzają także anatomo - patologa do ściślejszej kontroli i rewizji dotychczasowych pewników anatomii kiły narządów „wewnętrznych”. Historia medycyny uczy, że w histerji, w epilepsji Jacksona wiele zespołów chorobowych uznawanych tradycyjnie za pozornie czynnościowe znalazło z biegiem lat wytłumaczenie i uzasadnienie anatomiczne. Mnożące się w ostatnich latach badania anatomiczne i histologiczne kiły uprawniają do wniosku, że wiele zespołów kiły wrodzonej dziś uważanych za czynnościowe i dynamiczne znajdzie z czasem uzasadnienie anatomiczne, więc statyczne, jeżeli nie w tkance narządów chorych, to w tkance zwojów sympatycznych, czy też w tkance gruczołów dokrewnych. Tak więc ciasne ramy kiły narządów wewnętrznych — znajdują z każdym dniem warunki do rozszerzenia i do objęcia także zespołów uznawanych dotychczas za mniej lub więcej czynnościowe.

Przyczyny niedoceniania kiły wrodzonej przez pediatrów pochodzą z błędów myślenia lekarskiego i z trudności właściwych spostrzeganiu choroby. Wchodzi tu w grę: nadmierna specjalizacja pediatryczna, upadek kliniki w związku z nadużywaniem mechanicznych skórnych metod biologicznych, brak zrozumienia niezgodności danych anatomopatologicznych i danych klinicznych, nierozróżnianie typu konstytucji genotypowej od typu konstytucji fenotypowej, nieporozumienie w ocenie odczynu Wassermana, wielopostaciowość kiły, jej okresowy charakter i postacie utajone, utrudnienie zbierania wywiadów w związku z brakiem tajemnicy lekarskiej w instytucjach społeczno - lekarskich, jak Kasa Chorych.

Potrzeba wczesnego ujawnienia kiły staje się dla pedjatry postulatem naukowym i społecznym. Brak zainteresowania grozi pedjatrze, że podobnie, jak w szeregu innych zagadnień higieny zapobiegawczej dziecka — zostanie zastąpiony przez czynniki nefachowe i nielekarskie.

Dyskusja.

Kol. Weinert (streszczenie własne).

Nie zgadza się z prelegentem, iż nadmierny rozwój specjalizacji nauk lekarskich utrudnia rozpoznanie kiły wrodzonej. Odrobnie, dzięki coraz doskonalszym metodom badania łatwiej wykrywamy oznaki, które dotychczas były bardzo trudne do ujawnienia. Dowodzi tego przypadek, opisany przez Fourniera: u mężczyzny 34 letniego rozpoznano złośliwy guz miednicy męskiej, nienadający się do zabiegu operacyjnego. Objawy kiły nie stwierdzono. Badanie dna oka u jednego z braci chorego wykazało *chorioiditis anterior*, a u trojga pozostałych rodzeństwa kurzoślep. Te zmiany dały podstawę do energicznego leczenia przeciwkiłowego i chory wyzdrowiał. Przypadek ten wskazuje, iż niekiedy tylko dzięki subtelny metodom badania można wykryć oznaki kiły wrodzonej.

Zmiany chorobowe w przebiegu kiły wrodzonej umiejscawiają się przedewszystkiem w naczyniówce bka. Wynika to z jej budowy: naczyniówka przedstawia bowiem *rete mirabile* bardzo licznych naczyń włoskowatych, oplatających całą gałkę. Każde zakażenie w życiu płodowym, w szczególności kiłowe, ma tu najgłośniejsze warunki do wywoływania zmian chorobowych.

Istnieje, rzeczywiście, pewne podobieństwo w przebiegu kiły i gruźlicy. U dzieci z zółtami występuje często fliktena, jako wyraz zadziałania bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych na organizm uczulony zatruciem jadami gruźliczymi. W miarę, jak dziecko wzrasta, stan alergji przechodzi w stan anergji, dzięki czemu dotychczasowe bodźce nie wywołują już odczynu w postaci flikteny. Jeśli u osobnika dorosłego powstaje fliktena, to organizm jest uczulony najczęściej przez zakażenie kiłowe. Flikteny te różnią się od flikten zółtowych umiejscowieniem, zabarwieniem i przebiegiem klinicznym. Umiejscawiają się bardziej obwodowo, niż na rąbku rogówki, łatwo ulegają stłuszczeniu z powodu złego unaczynienia i nie poddają się tak łatwo leczeniu, jak flikteny zółtowe.

Kol. Szokalski podkreśla częste stwierdzanie podłoża kiłowego w całym szeregu schorzeń. Chętno oń s k i opisał objaw „szklanych oczu” w kile nabytej. Zaznacza, że na objaw ten należałoby zwrócić uwagę w kile wrodzonej. Jest to objaw bardzo charakterystyczny, związany zapewne z jakimiś zmianami naczyniowymi. Nie spotykamy go u tabetyków.

Kol. Higier (streszczenie własne).

Uważa omawiane zagadnienie za bardzo ważne. Zespół objawów Hutschinsona nie stracił swej wartości. Rozpoznanie kiły wrodzonej u osesków jest trudne. Odczyn Wassermana u osesków zawodzi w $\frac{3}{4}$, a badanie radiologiczne w $\frac{1}{4}$ przypadków. Kiła najczęściej powoduje zły stan odżywienia, chudość i nieżyty słuzówek. Również wodogłowię często zależy od kiły. U dzieci starszych występuje niekiedy dziecięce porażenie postępujące (*paralysis progressiva infantilis*). Spotykamy u nich częste oznaki (stygmaty) zależne od zmian w gruczołach dokrewnych (*eunuchoidismus, distrophia adiposogenitalis, gigantismus* i t. p.). Nie należy uważać całego szeregu wadliwości rozwoju za zależne od kiły (np. *spina bifida, cryptorchismus* i t. p.).

Natomiast kiła wrodzona jest częstym podłożem różnych przejawów patologicznych o charakterze społecznym (pijaństwo, włóczęgostwo i t. p.). Leczenie tych ostatnich nie daje dobrego wyniku. Kiłę wrodzoną należy leczyć jeszcze w życiu wewnątrzmacicznym.

Nie zgadza się, by każde cierpienie czynnościowe znalazło odpowiednik anatomiczny. Nie wierzy rozpoznaniom kiły wrodzonej u dorosłych i starców, a zwłaszcza rozpoznaniom w wiele lat po śmierci, (np. u Goethego i Heinego). Omawia mianowicie kiły wrodzone, stwierdzając, iż nie jest ona chorobą dziedziczną lecz wrodzoną, nabytą w łonie matki.

Kol. Sabat uznaje zagadnienie rozpoznania kiły za ściśle związane ze sprawą leczenia. W referacie zbyt mało podkreślono znaczenie badania rentgenowskiego. Badanie to w 85—97% przypadków daje możność stwierdzenia kiły wrodzonej w pierwszych 3 miesiącach życia. Zmiany kiłowe umiejscawiają się w stawach kolanowych, łokciowych, piszczeli. Przebiegają one pod postacią *osteochondritis, periostitis luetica*, oraz jako mniej znana — *osteomyelitis fibrosa luetica diffusa*. Zmiany te można stwierdzić już od 5-go m. życia płodowego do 5—6 miesiąca życia noworodka. Zakłady położnicze winny zawsze wykonywać badania radiologiczne.

Kol. Mikulowski (streszczenie własne).

Uważa za szkodliwą nadmierną specjalizację pediatryczną. Ogranicza ona widnokrąg diagnostyczny. Bynajmniej nie przeczy potrzebie stałej współpracy pedjatry z innymi specjalistami. Dystrofjom, których szereg dla przykładu wyliczył — przypisuje pomocniczą wartość rozpoznawczą, rozumiejąc, że ich charakter odpowiada, albo ulubionemu umiejscowieniu krętków (w fałdach i szwach płodu, w szczęce), albo zejściu zmian zapalnych okostny, albo wreszcie objawom zakażenia gruczołów dokrewnych *facies luetica, infantilismus, elastopatia*. Historia uczy o zmienności pojęcia zmian czynnościowych: w miarę doskonalenia badań anatomicznych — zakres zmian czynnościowych zmniejsza się. Za przykład służyć mogą dzieje histerji.

Pojęcie dziedziczności w odniesieniu do kiły ma swoje naukowe uzasadnienie w faktach klinicznych Almquista, Singera, Leviego oraz w pracach doświadczalnych Levaditiego, Lépiną nad zjadliwością zarazka niewidzialnego kiły.

3. Kol. Moczański W. i Kotarska-Dettloff H. wygłaszają odczyt p. t. „Ocena niezaolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego” (streszczenie własne).

W drugiej części odczytu autorzy najwięcej uwagi poświęcają suchotom płuc pospolitym, zwłaszcza w okresach początkowych, kiedy najłatwiej o pomyłki rozpoznawcze, i kiedy zakaz pracy i wczesne leczenie szpitalne czy też uzdrowiskowe może zapobiec przejściu sprawy z *phtisis fibrosa - caseosa incipiens* w *phtisis fibrosa - caseosa declarata* lub *consumptiva*. Nie przesądzając możliwości szybkiego wygojenia się zmian z

reguły uważają te przypadki za wymagające długotrwałych zwolnień od pracy.

Uwzględniają w niektórych wypadkach konieczność pogodzenia wskazań leczniczych, z potrzebami społecznymi chorego, dla którego utrata warsztatu pracy mogłaby być gorszym złem, jak wstrzymanie się od wysiłków.

W *tuberculosis cavitaria stationaris stabilisata* uważają chorych za zdolnych do pracy, jakkolwiek często ograniczonej, częściowej, podkreślając konieczność kontroli przypadków i zwolnień od pracy, choćby krótkotrwałych w razie obostrzeń.

Rozpatrując łagodniejsze postaci gruźlicy krwiopochodnej jak *tuberculosis fibrosa densa*, *tuberculosis fibrosa diffusa*, *pieurite à répétition*, starają się podkreślić w poszczególnych postaciach charakterystyczne cechy, które mogą rzucić światło na zagadnienie rokowania i przebiegu, tak ważne w ocenie niezdolności do pracy.

Wspominają także o rzadszych postaciach gruźlicy, jak np. gruźlica otępiłych (R u d z k i e g o).

Jeżeli do jakichkolwiek postaci gruźlicy dołączy się powikłanie, np. krwotok, zajęcie błony surowiczej i t. d. ocena niezdolności do pracy zasadniczo musi ulec zmianie.

W każdym przypadku podkreślają autorzy konieczność indywidualizacji poszczególnego chorego.

Wreszcie autorzy rozważają przypadki z następstwem upośledzeniem wydolności ośrodkowego układu krążenia. W nich bowiem, mimo wyleczonej gruźlicy, pracę należy ograniczyć.

W dyskusji:

Kol. F i l i Ń s k i W. — podkreśla doniosłość pracy kol. M o c z a r s k i e g o i kol. K o t a r s k i e j, zawiera ona nowe zdobycze podziału gruźlicy. Jest to trafne ze stanowiska kliniki, a jednak nie zawsze wykonalne nawet na jej terenie. Ciężardziej wydaje się to trudne do osiągnięcia w instytucjach ubezpieczeniowych. Należałoby przeto oprzeć się nie na podziale lecz na odczynie ustroju na chorobę, a więc na a) rozprzestrzenieniu sprawy chorobowej — zajęcie 2 lub więcej płatów, b) zachowaniu się ciepłoty — powyżej 37,5°, c) zachowaniu się tętna — powyżej 100. Istnienie jednego, dwóch lub wszystkich punktów stanowiłoby o niezdolności do pracy. Poza tem należałoby uwzględnić także próbę czynnościową.

Kol. S z c z e p a ń s k i Z. stwierdza, że zadanie oceny niezdolności do pracy jest bardzo trudne, ponieważ ocena zmian gruźliczych jest ogromnie zawiła.

Różniał N e u m a n n a jest już dzisiaj zarzucany. Wiemy, bowiem, że wiele spraw przebiega inaczej, niż to się opisuje. Bardzo dużo zależy od odporności ustroju. Rokowanie w gruźlicy jest bardzo trudne. Nawet bardzo doświadczeni lekarze nie błędzą tylko w 75 — 80%.

Kol. M i s i e w i c z nie zgadza się z prelegentem, aby takie czynniki, jak konstytucja, kolor oczu i włosy mogły zaważyć na ocenie zdolności do pracy. Nie zgadza się również by badanie radiologiczne miało małe znaczenie. W ocenie zdolności do pracy trzeba ocenić w jakim stopniu sprawa chorobowa absorbuje siły chorego. Należy więc poza badaniem fizykalnym i rentgenowskim uwzględnić także odczyn B i e r n a c k i e g o i t. d. Byłoby pożądanem, aby Komisja Kwalifikacyjna Kas Chorych rozporządzała temi metodami. Chory skierowany na Komisję powinien być spostrzegany na sposób kliniczny. Należałoby również nawiązać kontakt między Kasą Chorych, a instytucjami opieki nad gruźlicą.

Kol. W a s o w i c z (streszczenie własne).

Temat podjęty przez Kol. M o c z a r s k i e g o i kol. K o t a r s k a jest niezmiernie trudny i rozwiązanie jego przypomina legendarne przepłyńnięcie pomiędzy Scyllą a Charybdą. Przed rokiem zajmę się również tym tematem, lecz niestety nie udało mi się to, co osiągnął z powodzeniem prelegent. Rozbiłem się o Scyllę podziału gruźlicy wg. dra Seweryna S t e r l i n g a.

Kol. M o c z a r s k i i kol. K o t a r s k a uniknęli tego posilkując się wieloma klasyfikacjami. Niesłusznie jest to uznane na niekorzyść pracy. Z drugiej strony nie mogę zgodzić się na proponowane przez kol. Doc. F i l i Ń s k i e g o oparcie się na poszczególnych objawach, gdyż jest to właśnie wprowadzenie rozwiązania w niebezpieczny wir, Chorybdę, w której napewno zatoniłoby.

Zaden z wymienionych objawów, jak rozległość obszaru zajętego przez sprawę gruźliczą, stan podgorączkowy, liczba tętna, ani też inne szczegóły, jak obecność jam, prątków w płwocinie, krwioplucie i inne nie może być drogowskazem. Zaden z nich nie daje bezwzględnych wskazań w uznaniu zdolności czy niezdolności do pracy.

To też uważam, iż jedynie tylko bardzo dokładne rozpoznanie i ocena przez lekarza dobrze znającego i rozumiejącego gruźlicę może być płaszczyzną, na której leży rozwiązanie tego trudnego zagadnienia.

Kol. O f f e n b e r g stwierdza konieczność wiązania oceny zdolności do pracy z stanem sił odpornościowych ustroju. W obecnym stanie nauki nie mamy metod, któreby nam mierzyły te siły. Lekarz ma normalnie zbyt mało czasu do wykonania koniecznych badań. Dlatego też projekt prelegentów wydaje się dość trudny do urzeczywistnienia w praktyce. W orzecznictwie należałoby się opierać na dynamice czynnościowej. Chorych należałoby podzielić na kategorie: a) nie potrzebujących wypoczynku, b) wymagających 2 — 4 tyg. odpoczynku, c) i wymagających wypoczynku od 3 m. wwyż. Do zupełnie niezdolnych należy zaliczyć chorych z dużymi objawami zatrucia jadami, ciepłotą 38°C, oraz silnymi krwiotokami.

Kol. F i l i Ń s k i: stwierdza, że przemówienia kol. O f f e n b e r g a i M i s i e w i c z o w n y potwierdzają konieczność czynnościowego oceniania sił ustroju. Komisje kwalifikacyjne napewno podświadomie tem się kierują. Można też myśleć o wadze ciała, jako pewnym sprawdzianem.

Kol. S z o k a l s k i, za odpowiednią uważa klasyfikację T u r b a n a. Należy zwrócić uwagę na odczyn B i e r n a c k i e g o, H u b i Ń s k i e g o, odczyn tuberkulinowy. Ważne jest zachowanie się ciepłoty i obraz rentgenologiczny. Niekiedy, z maledo ogniska bardzo szybko wytwarza się jama, zwłaszcza jeśli chory pracuje. Czasami należy zwalniać chorych od pracy, bez ustalonego rozpoznania.

Kol. M i s i e w i c z stwierdza konieczność jaknajwcześniejszego leczenia sanatoryjnego t. zw. spraw wczesnych.

Kol. G o r e c k i — stwierdza, że ocena zdolności do pracy musi oprzeć się na rokowaniu, a rokowanie na dokładnym badaniu. Nowe podziały są coraz doskonalsze. Uproszczenia nie zawsze dadzą się wprowadzić w życie. Warunki pracy są u nas w chwili obecnej nieodpowiednie. Być może jednak, poprawią się przez związanie przychodni ze szpitalami. Praca kol. M o c z a r s k i e g o i kol. K o t a r s k i e j ma bezwzględnie duże znaczenie.

Kol. O r ł o w s k i (streszczenie własne).

Z rozwojem instytucji ubezpieczeń społecznych zjawia się potrzeba rozbudowy zagadnienia orzecznictwa. Nas tu interesuje orzecznictwo w gruźlicy płuc. Próby w tym kierunku są poczynione w Niemczech. W Polsce na szerszą skalę czynimy tę próbę w referacie Kol. M o c z a r s k i e g o i Kol. K o t a r s k i e j - D e t t l o f, mając na względzie dobro chorych. Życie wymaga stworzenia pewnych norm, które dawałyby możność orzekania zgóry, jak długo potrwa niezdolność do pracy chorego na gruźlicę płuc, by mógł on bez przerwy w tym okresie, spokojnie prowadzić leczenie. Po ukończeniu tego okresu ponowne badanie wykaże, czy zdolność do pracy została przywrócona czy też jeszcze nie. Nam więc nie chodzi tu o rozstrzygnięcie, czy chory jest zdolny do pracy w chwili obecnej, lecz o ustalenie, na jak długo należy go zwolnić od pracy. Kryterja, podane przez kol. F i l i Ń s k i e g o i innych przedmówców zadość czynią tylko pierwszemu z tych zadań.

Dopiero zaliczenie chorego do tego lub innego typu gruźlicy daje nam możność orzecznictwa na dłuższą metę. Dla przykładu można przytoczyć pospolite suchoty płucne w przeciwstawieniu do gruźlicy z grupy krwiopochodnej: chorego z pierwszą postacią nawet w początkowym okresie, gdy t° może już wkrótce wrócić do normy, powinniśmy od razu zwolnić od pracy na czas dłuższy, do kilku miesięcy, podczas, gdy chory np. z *tuberculosis fibrosa densa* wymaga tylko parotygodniowego zwolnienia. Takie postawienie sprawy, jak to przedstawił kol. M o c z a r s k i, wymaga, rzecz prosta, większego opanowania kliniki gruźlicy przez lekarzy. Gdy jednak chodzi o dobro chorego, nie należy sprawy zbyt upraszczać, odwrotnie należy dążyć do tego, by ogół lekarski przyswoił sobie nowe zdobycze kliniki i zastosowywał je w praktyce, domagając się od instytucji ubezpieczeniowych stworzenia niezbędnych ku temu warunków. Dawniej zadawało lekarzy rozpoznawanie choroby nerkowej jako *morbus Brightii*, dziś przyswoiliśmy sobie nowe pojęcia, bardziej zgodne z istotnym stanem rzeczy. Obecnie nikt tych chorób nie ujmuje tak, jak dawniej. To samo powinno się stać i względem gruźlicy płuc. Należy nauczyć się odróżniania poszczególnych postaci gruźlicy. Da to nam możność załatwienia sprawy orzecznictwa w niej ku wielkiemu pożytkowi chorych.

Kol. M o c z a r s k i uważa, że szeroka i ożywiona dyskusja świadczy o aktualności sprawy. Ciepłota nie jest miernikiem niezdolności do pracy. W ocenie duże znaczenie mają wywiady, metody laboratoryjne i badanie kliniczne. Badania rentgenowskiego, choć ważnego, nie można stawiać na pierwszym planie.

Punkt 3 porządku dziennego przeniesiono na posiedzenie dnia 5.IV. r.b.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 m. 15.

Zastępca Sekretarza Dorocznego:

M. K r u s z ó w n a.

Prezes

Witold O r ł o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego we Wrocławiu z dnia 19 kwietnia 1932 r. (Zbl. Gyn. Nr. 36. 1932) mówiła M. B a u m e r t o *widokach i granicach wczesnego rozpoznania raka macicy*. Na podstawie 200 przypadków raka macicy, leczonych po raz pierwszy na Wrocławskiej Ginekologicznej Klinice Uniwersyteckiej, badano, ile zachowanie się pacjentek z jednej strony, lekarzy zaś — z drugiej odpowiadało wymaganiom wczesnego rozpoznania. Okazało się, że aczkolwiek 50% zostało w ciągu pierwszych 140 dni przekazanych klinice, bardzo niewiele tylko raków było w początkowym okresie. Przyczyny tego tkwią w tem, że 1) większość wszystkich kobiet niedocenia pierwszych dostrzegalnych objawów ze strony swych narządów rodnych, 2) lekarze badają wprawdzie poczęści przez pochwę, lecz w dużej liczbie przypadków wskutek niedbalstwa lub braku wiadomości i doświadczenia niestawiają rozpoznania, 3) jako trzeci czynnik uważać należy szczególną złośliwość nowotworów rakowych, na których wzrost i szybkość szerzenia się istniejące objawy wskazują niedostatecznie alarmująco. W obu pierwszych wypadkach należy oczekiwać, że przez uświadomienie kobiet, i dokształcenie lekarzy uda się chore z rakiem dostarczać do kliniki przeciętnie we wcześniejszym okresie. W ostatnim punkcie nadzieja na poprawę wczesnego rozpoznania jest bardzo znikoma. Wykazuje to, że granice naszych możliwości w walce z rakiem macicy polegają na fakcie jego bezobjawowego wzrostu.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Rentgenologicznego z dnia 2 lutego 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 38. 1932)

pokazywał K o p s t e i n przypadek *ziarnicy żółdka*. Obrazy rentgenowskie wykazywały w zakresie dna ubytek cieniowy (nieprawidłowo - kańciasto ograniczony) charakterystyczny dla raka, na autopsji jednakże okazał się on wyrazem guzowatej ziarnicy. Prelegent na przykładzie tego przypadku wykazuje brak możliwości rentgenologicznego różniczkowania takich procesów w żółtku.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pedjatrycznego w Wiedniu z dnia 24 lutego 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 38. 1932) pokazywał O r e l 13-letniego chłopca, który, jak podał w wywiadach, cierpi od lat 6 na skórną chorobę twarzy, rozpoznana niedawno jako *adenoma sebaceum*, od 2 lat zaś miewa 2—3 razy w tygodniu powracające napady, które zwykle występują w nocy i trwają 5 — 6 minut: chłopiec budzi się ze snu, podnosi się, silnie drży i staje się siny na twarzy. Później zasypia i rano nie może sobie przypomnieć o napadzie. Nie oddaje przytem moczu pod siebie, niema ukąszeń języka. Jest bardzo złym uczniem, wyraźnie niedorozwinięty. Wynik badania narządów jest pozatem ujemny. Wywiady rodzinne, o ile się udało je zebrać, nie wykazują podobnych przypadków wśród krewnych. W dyskusji nad tym pokazem zaznacza Z a p p e r t w uzupelnieniu swego pokazu dwóch braci z *adenoma sebaceum* (u jednego również z lekkimi napadami), że siostra obu chłopców, o której mówił podczas pokazu, a która przedstawiała obraz stwardnienia guzowatego wczesnego dzieciństwa, zmarła i była obdukowana. Sekcja potwierdziła rozpoznanie stwardnienia guzowatego. Chodziłoby więc tutaj o bardzo rzadkie występowanie rodzinne tej choroby.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wrażenia z Rumunii.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

Pobyt mój w Rumunii nie był dość długi, abym mógł z własnych obserwacji i studjów obrazować rumuńską Służbę Zdrowia, a nie chcę pisać wyłącznie na podstawie materiału książkowego. Dlatego też ograniczam się do podania tylko niezbędnych wiadomości ogólnych i najbardziej charakterystycznych spostrzeżeń osobistych, szczególnie takich, które mogą dla nas mieć jakieś znaczenie.

Historycznie różne dzielnice Rumunii przechodziły różne bardzo koleje, dlatego stan ich pod względem ekonomicznym, kulturalnym i zdrowotnym jest bardzo niejednorodny. Nawet gospodarka sanitarna obecna jest wciąż nieujednostajniona, stąd dość trudno ująć całość szematycznie. Najpierw istnieją ogromne różnice między dawnym królestwem rumuńskim i przyłączonymi po wojnie ziemiami, ale i nowoprzyłączone ziemie nie są jednolite. Siedmiogród i Banat odbiegają daleko i od dawnej Rumunii i od Besarabji i od Dobrudży, pierwsze bowiem już z okien wagonu wyglądem swoich miast, miasteczek i wsi zbliżają się do tego, co zwykli jesteśmy widzieć na Zachodzie Europy, drugie mówią o Wschodzie i Południu, dopiero podnosząc się do życia kulturalnego. Jeżeli przejdziemy się po ulicach, zajrzemy do wnętrza podwórza i mieszkań, różnice te jeszcze bardziej się uwypuklą. W Transylwanji, wchodzącej dawniej do Węgier, widzimy dostatek i przynajmniej dużą kulturę zewnętrzną, w dawnym królestwie — życie na stopie u nas już prawie nie spotykanej lub rzadko gdzieś na Kresach.

Kiedy się jedzie do Bukaresztu od strony Polskiej doliny Seretu i w ciągu 10 — 12 godzin jazdy pociągiem patrzy się na pola o charakterze stepowym z kukurydzą lub pastwiskami, na których pasą się wypaloną trawą si-

we, chude woły, na chaty i chatki, kryte trzciną, często jeszcze kurne lub napółkurne, w każdym razie naogół bez kominów, na ludzi bosych, w płóciennych koszulach, płóciennych spodnicach lub spodniach ma się wrażenie, że to jeszcze bardzo prymitywne bytowanie. Podróż wolałami, a taką widzi się z reguły, nie charakteryzuje także szybkiego tempa rozwoju. Podobno jednak nie jest to wniosek słuszny i postęp w latach powojennych jest wybitny.

Wnętrza zagród i domów są także bardzo ubogie. Zabudowania gospodarskie (interesowałem się głównie wsią) nędzne albo i żadne. Stodół niema, szopy, stajnie i chlewki sklecone czy ulepione sprawiają wrażenie ubóstwa, niekiedy podobno wcale nie istnieją, a zwierzęta chodzą wewnątrz zagrodzonej przestrzeni podwórza i chronią się jak mogą od zimna i niepogody. Wnętrze izby nie mówi o wielkich potrzebach mieszkańców. Palenisko w kominie od sieni na ziemi. Blachy, czy nasze kuchnie widać należą jeszcze do rzadkości, pali się najczęściej słomą kukurydzianą lub pszeną, naczynia kuchenne nad wyraz skromne. W mieszkaniu jedno — lub dwuizbowem ciemno i równie ubogo, jak nazewnątrz. Brak łóżek i pościeli (w lecie sypia się na ziemi przed mieszkaniem), minimum tego, co nazywamy meblami, ściany bez obrazów, coś w rodzaju narzutek lub przykrytych narzutą, na ścianach trochę nawet ładnych kilimków i to wszystko. Naprawdę ten kraj obraz, ten wygląd chłopca, jego obejścia i jego ogniska domowego może wyleczyć i od admiracji do sielskiego życia i od sentymentu do zgrzebnej koszuli i od apostołowania, że najlepiej jest ludziom nie mającym wymagań kulturalnych, żyjącym prawie na łonie natury. Takie jest wrażenie ogólne, z którego higienista skłonny jest wyciągnąć daleko idące wnioski. Wstrzymajmy się jednak chwilowo od tego i przyjrzyjmy się, jak odzwierciedla się w liczbach stan zdrowotny kraju.

Najpierw sam kraj. Dzisiejsza Rumunia, największe państwo na Bałkanach zajmuje teren 295.000 klm.²,

z czego mniej niż połowa, bo 138.000 klm.² przypada na dawne królestwo, reszta została przyłączona po Wielkiej Wojnie, kiedy to stworzono Wielką Rumunię (Romania Mare). Ludność Rumunii wynosi według danych z ostatniego spisu 18.025.000, z czego na terenie dawnego królestwa zamieszkuje 8.389.000, a więc również mniej niż połowa. Około 80% ludności tworzą mieszkańcy wsi, a zaledwie 1/5 mieszkańcy miast.

Ruch naturalny ludności w Rumunii przedstawia niektóre cechy bardzo charakterystyczne, które nie zawsze potwierdzają to, co *à priori* chcielibyśmy powiedzieć o różnych dzielnicach kraju (tabl. I). Przedewszystkiem ogólnie biorąc Rumunja należy do krajów o bardzo wysokiej rozrodzności, stosunkowo wysokiej umieralności i dużej nadwyżce urodzeń nad zgonami, co dało w ciągu powojennego dziesięciolecia około 2,5 miliona przyrostu naturalnego.

T a b l i c a I.

Ruch ludności w Rumunii za lata 1921 - 1930.

L a t a	Urodzenia	Z g o n y	Przyrost naturalny
1921	39,5	23,7	15,8
1922	38,4	23,5	14,9
1923	37,6	23,0	14,6
1924	37,9	23,3	14,6
1925	36,3	21,7	14,6
1926	35,9	22,0	13,9
1927	35,2	22,9	12,3
1928	35,9	20,2	15,7
1929	34,1	21,4	12,6
1930	35,0	19,4	15,6

Należy wspomnieć również o wysokim współczynniku małżeństw i dużej liczbie rozwodów (tablica II), gdyż wypada prawie 5 rozwodów na każde 100 małżeństw zawartych, a w stosunku do ogółu ludności liczba rozwodów waha się około 1 na 1000.

Rozrodzność jest bardzo niejednakowa w różnych dzielnicach kraju (tabl. II). Tereny dawnej Rumunii najuboższe, mało kulturalne, żyjące dość prymitywnie, na niskiej stopie życiowej posiadają rozrodzność bardzo wysoką — w Mołdawji naprzykład wynoszącą 43‰, a w niektórych wiejskich okolicach dochodzącą do 60‰. Natomiast w większości nowoprzyłączonych ziem rozrodzność jest stosunkowo niewysoka, w Banacie, np., wynosi 21‰. Ciekawy fakt, że w sąsiednich okręgach administracyjnych węgierskich rozrodzność jest również bardzo niska. Wydaje się, iż jest to zakątek o najniższej rozrodzności w Europie południowo - wschodniej.

Natomiast zgony przedstawiają się bardziej jednolicie w całym kraju, wszędzie są bardzo wysokie i waha się z nielicznymi wyjątkami od 20‰ do 24‰, tymczasem patrząc na różnice pod względem ekonomicznym i kulturalnym należałoby oczekiwać różnic bardziej zaznaczonych, wybitnych. Przyczem zgony spadają nie-

co powolniej niż urodzenia, jak to widać z tablicy I, stąd przyrost naturalny ma pewne tendencje zniżkowe. Uderza fakt, że w okręgach zachodnich dawniej węgierskich, gdzie rozrodzność jest niska, umieralność jest tem niemniej wysoka: okręgi te mają rozrodzność zachodnio - europejską, a umieralność wschodnią, co przeczy temu, co spostrzegamy w innych krajach wyraźnie. Spadek rozrodzności jest najsilniejszy na wsi, choć dotąd rozrodzność miast jest znacznie niższa, tymczasem w krajach zachodnio - europejskich ogólnie biorąc jest odwrotnie — miasta wyradzają się znacznie szybciej niż wieś. Umieralność w miastach jest wysoka (18,4‰), co przy stosunkowo niskiej rozrodzności daje przyrost naturalny dla miast zaledwie około 3‰, a w niektórych okręgach dawnych Węgier nawet ujemny (w Banacie — 4‰). Współczynnik zgonów w Banacie utrzymuje się wciąż na tym samym poziomie w miastach i na wsi, na Bukowinie jest wysoki na wsi, w miastach spada, w Besarabji zaś obserwujemy zjawisko odwrotne.

Umieralność niemowląt jest wysoka w całym kraju, wciąż utrzymuje się na tym samym poziomie około 20‰ i mało zmienia się w zależności od warunków ekonomicznych i kulturalnych, nawet od współczynnika rozrodzności, co również jest zjawiskiem bardzo rzadkiem i zgoła nieoczekiwanem. Wprawia w pewien podziw, dlaczego niema tu wyraźnych różnic między dawną Rumunią z jej ludnością bytującą na bardzo niskim poziomie i mającą rozrodzność niespotykaną już prawie nigdzie i Siedmiogrodem z Banatem, gdzie rozrodzność jest niska, a warunki ekonomiczne ludności i poziom kulturalny dość wysokie.

T a b l i c a II.

Ruch ludności Rumunii według ziem (prowincyj) za rok 1929.

Prow n c j e	Ludność	% tej liczby	Urodzenia	Zgony	Przyr. natur.	Małżeństwa	Rozwody	Umier. niemowląt %
Oltenja	1,486,749	9,4	32	23	6	16	5	19
Montanja	3,932,307	21,3	36	21	15	18	6	20
Dobrudża	788,673	4,5	41	23	18	20	4	21
Mołdawja	2,342,967	13,3	43	24	19	20	6	19
Bukowina	830,576	4,7	32	22	10	20	2	22
Besarabja	2,786,818	15,8	35	20	15	16	2	19
Transylwanja	3,163,840	17,9	30	21	9	20	6	19
Banat	938,873	5,3	22	22	0	18	6	21
Kreszana-Maramuresz	1,366,573	7,8	21	15	6	14	5	21
O g ó ł e m	17,637,376	100	34,1	21,4	12,7	18,1	4,8	19,7

Podaję tych kilka „paradoksów” niepokojących higienistę, patrzącego na życie społeczne i z tej strony oceniającego warunki zdrowotne, ale nie umiem ich objaśnić. Śpieszę jednocześnie zaznaczyć, że w najmniejszej mierze nie osłabia to we mnie przekonania o zależności rozrodzności i umieralności od warunków ekonomicznych i poziomu kulturalnego mieszkańców, jak również umieralności od współczynnika rozrodzności. Ta

niezgodność z ogólnie przyjętymi poglądami jest prawdopodobnie tylko pozorna i głębsza analiza wykazałaby powody wywołujące te odchylenia. Dążąc do bezstronności podaję fakty takimi, jakimi one są w istocie, jak są publikowane.

T a b l i c a III.

Choroby zakaźne w Rumunji
w 11. 1926 — 1931.

Zachorowania

Nazwa choroby	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Ospa	6	4	9	2	4	4
Dur plamisty	2.439	3.122	1.516	1.456	1.750	1.394
Dur powrotny	6	5	0	0	—	—
Dur brzuszny	5.547	8.062	4.867	5.277	4.587	4.487
Czerwonka	1.050	2.533	849	3.408	2.932	1.726
Chor. Heine-Medina	—	2.133	431	94	141	307
Błonica	1.950	2.585	2.891	3.149	9.084	5.180
Płonica	11.570	12.253	17.976	20.021	26.685	32.427
Odra	—	38.694	20.425	39.543	38.744	16.989
Krztusiec	12.544	15.544	31.375	18.929	12.305	13.163
Wąglik	—	915	1.182	—	—	1.398

Choroby nagminne w Rumunji (tablica III), jeżeli statystyka urzędowa jest dokładna, nie szerzą się tak gwałtownie, jak możnaby przypuszczać, sądząc z warunków bytowania ludności. Pierwsze choroby, na które higienista w danych okolicznościach chce zwrócić uwagę, to dur plamisty i dur brzuszny. Pod względem duru plamistego Rumunja w liczbach absolutnych zbli-

ża się do Polski, a więc liczby względne są tu znacznie wyższe niż u nas, są jedne z najwyższych w Europie. Głównym ogniskiem duru plamistego jest stale Besarabia. Podobno w okresie przedwojennym przypadki duru plamistego na terenie dawnej Rumunii zdarzały się tylko sporadycznie.

Dur brzuszny daje mało zachorowań w porównaniu już nie tylko z Polską, ale i z krajami znacznie wyżej stojącymi pod względem kulturalnym. Mając na względzie ogólne warunki bytowania ludności wiejskiej w Rumunii trudno jakoś się zgodzić, że rocznie w całym kraju zapada na dur brzuszny zaledwie około 5.000 osób.

Z innych chorób zasługują na wzmiankę: wąglik i paraliż dziecięcy. Z górą 1000 przypadków wąglik rocznie — to bardzo wysoka liczba (w Polsce mamy zaledwie kilkadziesiąt) i stale zresztą wzrastająca. Liczba zakażonych „przeklętych pól” także się zwiększa, czemu sprzyja dość prymitywny system gospodarki i brak odpowiedniej kontroli administracyjno - weterynaryjnej. Stosowana na szeroką skalę seroterapia daje bardzo dobre wyniki i śmiertelność w praktyce szpitalnej waha się od 1% do 4%.

Paraliż dziecięcy w roku 1927 osiągnął rekordową liczbę 2133 przypadków, prawie wyłącznie u dzieci poniżej 5 lat. Odtąd wprawdzie spada, ale powoduje wciąż parę do kilkuset zachorowań rocznie. Pod względem paraliżu Rumunja jest jednym z najbardziej dotkniętych krajów w Europie i rzecz dziwna tak oddalona od krajów północnych, zwykle uważanych za ogniska epidemiczne poliomyelitu.

Do poważnych zagadnień Rumunii należy wciąż walka z zimnicą. Najważniejsze ogniska zimnicy to okręgi: Galatz, Krajowa i Jassy. Prowadzona jest energicznie akcja chinizacji i w roku 1927 rozdano 3605 klg. chininy. Utworzona została do walki z zimnicą specjalna komisja, która ma na celu ujednolicienie metod walki. Utworzono 12 ruchomych pracowni, zorganizowano wzorowe tereny do przeprowadzania doświadczeń na miejscu.

Pozostałe choroby nie wymagają specjalnego omówienia. (D. n.).

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów wszystkich (prócz Śląskiego) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W dążeniu do podniesienia poziomu pracy w instytucjach leczniczych i zapobiegawczych często za mało uwagi zwraca się na czynnik bardzo ważny w sprawności pracy, na personel pielęgniarski, zapominając, że najlepiej wydane zarządzenia zostaną wykonane połowicznie lub nawet źle, o ile nie znajdą pełnego zrozumienia ich wagi u wykonawców.

Instytucje tłumaczą się nieraz trudnościami w zdobyciu pielęgniarek z ukończoną pełnowartościową szkołą. Tymczasem szkół tych jest w Polsce już 5 i rocznie kończy je około 100 pielęgniarek, a ostatnie sprawozdania wykazały, że nie wszystkie te pielęgniarki są zatrudnione. Zwłaszcza niema zatrudnienia dość duża liczba pielęgniarek ze szkoły pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, chociaż brak fachowego personelu pielęgniarskiego daje się szczególnie odczuwać w szpitalach żydowskich. Niema więc żadnego uzasadnienia angażowanie na wakujące miejsca sił nieodpowiednio przygotowanych, bez uprzedniego podjęcia starań o zdobycie lepszych.

Dlatego proszę Pana Wojewodę o wpłynięcie na dyrektorów szpitali i lekarzy naczelników instytucji zapobiegawczych,

aby zwracali większą uwagę na kwalifikacje angażowanego personelu pielęgniarskiego i dawali pierwszeństwo osobom o pełnych kwalifikacjach.

Zwracać się o pielęgniarki można bądź bezpośrednio do szkół pielęgniarstwa:

Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, Warszawa, ul. Koszykowa 78.

Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. Warszawa, ul. Smolna 6.
Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych, Warszawa, ul. Dworska 17.

Uniw. Szkoły Pielęgniarek i Higien., Kraków, ul. Kopernika 23.

Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. Poznań, ul. Grottgera 5. lub do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, przytem należy żądać od instytucji, aby podawały: odkiedy będzie potrzebna pielęgniarka, jakie będą warunki pracy i jakie wynagrodzenie. Jest nadto pożądane, aby nadsyłano do Departamentu Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej zawiadomienia o ogłoszeniu konkursu na stanowiska pielęgniarek i higienistek.

(—) A d a m s k i.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— **K o m u n i k a t** Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej w sprawie kursu wyszkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Ministerstwo Opieki Społecznej zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 6 miesięcy, a mianowicie od dnia 17 października 1932 r. do 15 kwietnia 1933 r.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie i przez Ministerstwo Opieki Społecznej na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Opieki Społecznej przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 300 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie stypendyści, a w miarę możliwości i pozostali uczestnicy kursu będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za zwrotem kosztów mieszkania i utrzymania w kwocie 6 zł. dziennie.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnieść do dnia 1 października r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej w Warszawie (ul. Bielańska 9) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należyście uwierzytelnionych), stwierdzających:

- wiek kandydata,
- posiadanie obywatelstwa polskiego,
- ukończenie studiów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, i
- stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinii o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którym była mowa wyżej.

O przyznanie stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej 35 lat.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

(—) Dr. J. A d a m s k i.

— D. 16 b. m. staraniem Zarządu Tow. Med. Społ. i redakcji „Warsz. Czasop. Lek.” odbyła się w wielkiej sali Warszawskiego Tow. Higienicznego uroczysta Akademia, poświęcona pamięci znakomitego lekarza, Edwarda Flatau. Akademię zajął prof. S z y m a n o w s k i w zastępstwie nieobecnego prezesa Tow. Med. Społ. i redaktora „Warsz. Czasop. Lekarsk.” Zygmunta S r e b r n e g o, poczem wygłosili przemówienia: Dr. B r e g m a n — o działalności nau-

kowej Flatau. Dr. Bornsztajn — o Flatau jako człowieku, lekarzu i twórcy polskiej szkoły neurologicznej; Dr. Z a n d o w a — o Flatau jako nauczycielu i Prof. Woln. Wszeczniczy, M i n k i e w i c z — o Flatau jako kierownikowi pracowni neuro-biologicznej. Pięknych przemówień wysłuchało w skupieniu liczne audytorjum.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

25.X. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. B. P o k a z: M. P ł o Ń s k i e r: Pokazy anatomo-patologiczne. C. I n ż. A. L e j w a: O istocie prolanu (doniesienie tymczasowe). D. O d c z y t: S. Z a j d e n b a j t e l: O duszności.

25.X. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. O godz. 20-tej — Akademia dla uczczenia Seweryna Sterlinga. a) S o k o ł o w s k i Olgierd. Działalność społeczno-lekarska Dra Seweryna Sterlinga. b) R u d z k i Stefan. Dr. Seweryn Sterling jako klinicysta. 2. O godz. 21-szej — Akademia dla uczczenia Dra Edwarda Flatau, urządzana wspólnie z Warszawskim Towarzystwem Neurologicznym. a) H i g i e r Henryk. Dr. Edward Flatau jako klinicysta, naukowiec i działacz społeczny. b) K o e l i c h e n Jan. Prace anatomiczne i doświadczalne Dra Edwarda Flatau. Po Akademjach odbędzie się kolejne posiedzenie naukowe: Z e m b r z u s k i L. Krótkie sprawozdanie z 9 Międzynarodowego Zjazdu Historyków Medycyny w Bukareszcie 1932 r.

26.X. Polskie Tow. Psychjatryczne.

Oddział Warszawski.

1. G. B y c h o w s k i. — Przypadek psychozy miazmatycznej o niezwykle przebiegu. 2. K. S z c z y ł t. — Przypadek psychozy menstruacyjnej. 3. G. B y c h o w s k i. — Uwagi o nowej teorii omamów.

27.X. Polskie Towarzystwo Oto - Laryngologiczne.

1. Dr. L. L u b l i n e r. — Przypadek głębokiej ropówki szyi. 2. Demonstracje chorych. 3. Komunikaty Zarządu. 4. Wolne wnioski.

29.X. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

1. W. S t e r l i n g. Stanowisko Goldflama w neurologii. 2. Z. B y c h o w s k i. Fiziologia i patologia gruczołów przytarczycznych (pokaz przezroczy).

TREŚĆ: H. DYNKIEWICZ i B. FRENKIEL. Herpes zoster (Dok.). — Sz. TENENBAUM. O moczopędnym działaniu nerki. — E. HERMAN i A. SPIRO. Samoistna odma czaszkowa podtwardówkowa (Dok.). — St. KRAMSZTYK. Działanie lecznicze metali i ich związków w świetle nowych poglądów (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Wrażenia z Rumunii. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. DYNKIEWICZ et B. FRENKIEL. Herpes zoster (fin). — Sz. TENENBAUM. L'action diurétique du rein. — E. HERMAN et A. SPIRO. Pneumocranium subdurale (fin). — St. KRAMSZTYK. L'action thérapeutique des métaux et de leurs sels au jour de nouvelles opinions (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. Impressions de Roumanie.

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

uspakaja
nerwice · histerie · wymioty ·
stany podniecenia psychicznego

