

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok IX

WARSZAWA, 24 LISTOPADA 1932 R.

Nr. 47

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O mocznicy pozanerkowej *).

Podał

Jerzy GLASS (Warszawa).

(Dokończenie).

Omówię obecnie jeszcze pokrótce klinikę mocznicy dechloruracyjnych. Mocznica ta jest stanem chorobowym, z którym każdy z lekarzy, o ile nań będzie zwracał uwagę, zetknąć się musi. Zespołów tych szukać należy przedewszystkiem wszędzie tam, gdzie istnieją silne i uporczywe wymioty, i przez to samo stwarzają się warunki do powstawania dechloruracji i dehydratacji.

Mocznica dechloruracyjna wystąpić więc może przedewszystkiem w zwężeniu odźwiernika lub dwunastnicy, zwłaszcza na tle wrzodowem. Wystąpić ona może zwłaszcza u tych chorych, którzy poddawani są częstym przepłukiwaniom żołądka. Stała utrata kwasu solnego na tej drodze mieć może fatalne następstwa, jak na to zwrócili uwagę L a n d a u i jego współpracownicy J o c h w e d s i P e k i e l i s. Przypadek tego rodzaju widziałem również ostatnio w klinice P o r g e s a, w Wiedniu, gdzie w następstwie płukań żołądka zjawiał się pełny zespół mocznicowy. Tenże sam zespół wystąpić może i w przebiegu *pylorospasmus* lub wrodzonego zwężenia odźwiernika u noworodków, jak to opisał P h é l i z o t, tenże sam zespół wytworzyć się może również i w przebiegu niepowstrzymanych wymiotów ciężarnych. Myśleć o możliwości jego wystąpienia należy i w ostrych schorzeniach trzustki, przebiegających z wymiotami, myśleć o nich musi i chirurg, widząc ostrą pooperacyjną rozstrzeń żołądkową.

Drugą grupą schorzeń, które dać mogą zespół mocznicy dechloruracyjnej, są stany biegunkowe, przebiegające ze znaczną utratą chloru i wody. Mocznica wystąpić może nie tylko w przebiegu cholery prawdziwej,

jak to wiadomo oddawna, ale i w ostrych nieżytach jelitowych, w czerwonce, w *cholera infantum* i w atreptycznych toksykozach dziecięcych.

Trzecią grupą stanów chorobowych, w których szukać należy mocznicy pozanerkowej, są, powiedziałbym, stany dechloruracji endogennej. O ile duże ilości płynów ustrojowych, bogatych w chlor, zatrzymane zostaną np. w świetle żołądka lub jelita cienkiego, w ten sposób, że zwrotna rezorbcja soku żołądkowego, trzustkowego i jelitowego w dolnym odcinku jelita cienkiego będzie uniemożliwiona, rozwinąć się może również zespół mocznicowy. W ten sposób mieć się może sprawa w ostrej rozstrzeni żołądkowej pooperacyjnej, przebiegającej nawet bez wymiotów, na tym samym mechanizmie polegać może stan mocznicowy w przebiegu zwężeń jelitowych, przebiegających bez wymiotów lecz z zaleganiem soku żołądk. i jelitowego powyżej zwężenia, i wreszcie ten sam zespół spotkać może chirurg po założeniu gastro - entero - anastomozy, która działa niesprawnie.

Warunki do wywiązania się mocznicy dechloruracyjnej endogennej powstać mogą również w następstwie anastomozy jelita cienkiego lub dwunastnicy z jełitem grubym, wskutek tego, że sok żołądkowy, trzustkowy i jelitowy nie ulega rezorbcji w jelicie cienkim, lecz doprowadzony zostaje do jelita grubego, gdzie nie może się wessać ponownie. O możliwości mocznicy dechloruracyjnej myśleć musi i chirurg w przebiegu rozlanego zapalenia otrzewny, kiedy wskutek porażenia jelita chlor w jelicie cienkim nie zostaje zwrotnie wessany.

Istnieje wreszcie jeszcze jeden stan chorobowy, w którym zachodzi możliwość powstania mocznicy dechloruracyjnej, stan, o którym się zwykle nie myśli. Stanem tym jest marskość wątroby z puchliną brzuszną. O ile *ascites* ten, jak to się zwykle dzieje, jest co pewien czas drogą nakłucia usuwany, to usunięte w ten sposób zostają jednocześnie bardzo wielkie ilości chloru i wody z ustroju. (Przy jednym nakłuciu tego rodzaju usunąć można do $\frac{1}{4}$ całego zasobu chlorowego ustroju). Ze względu na to, że chorych tych trzyma się zwykle na diecie ściśle bezsolnej, nie mogą oni pokryć swych

*) Wg. odczytu wygłoszonego dn. 4 czerwca 1932 r. w Sekcji klinicznej Pol. Tow. Med. Społ. w Warszawie.

strat chlorowych, i wytworzyć się u nich może zespół mocznicy pozanerkowej. Przypadek taki widziałem ostatnio w klinice *P o r g e s a*. Po każdym nakłuciu i wypuszczeniu płynu z brzucha następował podskok azotemji, i zjawiał się zespół kliniczny, zbliżony do mocznicy. Zarówno azotemja, jak i objawy kliniczne ustępowały po doprowadzeniu soli. W przypadku tym musieliśmy lawirować stale między djetą bezsolną, aby nie zwiększyć puchliny brzusznej i między djetą silnie chlorową, aby zapobiec wystąpieniu mocznicy.

Jeszcze jednym stanem chorobowym, w którym wystąpić może mocznica pozanerkowa, jest cukrzyca. W przebiegu cukrzycy kwasicowej powstaje i tu może zespół dechloruracyjny wskutek wymiotów lub biegunek i przez to samo w zwykły sposób rozwinąć się może zespół azotemiczny. Zespół azotemiczny wytworzyć się tu może jednak i bez dechloruracji, a mianowicie w sposób następujący. W ciężkiej cukrzycy t. zw. przez Francuzów *d i a b è t e a v e c d é n u t r i t i o n*, istnieje z reguły silny rozpad białkowy. Produkty rozpadu tego, łącznie z innymi ciałami kwasicowymi, powodują z kolei toksyczne uszkodzenie mięszu nerkowego. Jeśli do tego chorych tych się insulinizuje, to dołącza się pozanerkowa retencja wodna, która utrudnia wypłukanie produktów rozpadu z krwiobiegu; następuje wskutek tego przesycenie krwi produktami rozpadu białkowego i wytworzyć się może pełny zespół mocznicowy. W przypadkach tych podanie soli kuchennej, jak o tem dalej będę mówił, spowodować może ustąpienie azotemji, hamując rozpad białkowy i wzmagając przepuszczalność nerek dla ciał azotowych.

Wreszcie myśleć o możliwości mocznicy pozanerkowej, dechloruracyjnej należy, choć brzmi to, jak paradoks, w przebiegu chorób nerkowych. Istnieją przypadki ostrych lub przewlekłych zapaleń lub też marskości zanikowej nerek, w których dechloruracja wytworzyć się może względnie łatwo. Są to te przypadki, które trzymane są na długotrwałej djetcie całkowicie bezsolnej, i w których przebiegu występuje silny zespół wymiotny lub też biegunkowy. Wskutek tego rozpad białkowy, już i tak poprzednio wzmógł wskutek jadownego działania produktów przemiany materji tkankowej, zatrzymanych przez uszkodzony mięsz nerkowy, zostaje nasłutek dehydratacji i dechloruracji jeszcze bardziej wzmógł. Wywiązuje się wskutek tego bądź to czysty zespół mocznicy dechloruracyjnej, bądź też zespół ten nawarstwia się na pierwotnie już istniejącą azotemję retencyjną. W przypadkach tych, drogą podawania soli kuchennej, udaje się poziom azotemji łatwo obniżyć, usunąć zespoły mocznicowe i przywrócić zdrowie tym chorym, którzy przy dalszem kontynuowaniu diety bezsolnej zginąćby musieli. Przypadków tych w piśmiennictwie opisano już sporo.

Analogiczny typ nawarstwienia mocznicy dechloruracyjnej na mocznice retencyjną spostrzega się i w szklmatowem zapaleniu nerek. Mechanizm tej azotemji jest powikłany. Jest ona niewątpliwie azotemją mieszaną, retencyjno-wytwórczą gdzie do momentu retencyjnego, wywołanego zablokowaniem nerek przez jad rciowy, dołącza się niemoment rozpadu białkowego, wywołany z jednej strony zapewne przez toksyczne działanie sublimatu na komórki ustrojowe, z drugiej zaś strony spotęgowany przez stan dechloruracji i dehydratacji (porówn. prace *L a n d a u a* i *F e j g i n a*, *P i e c h o w s k i e j* i *P u s z e t a* oraz *L a n d a u a*, *J. G l a s s a* i *B e i l e s a*).

Jeśli chodzi teraz o rozpoznanie mocznicy pozanerkowej, dechloruracyjnej, to jest ono względnie łatwe, o ile się pamięta o jej istnieniu i szuka się jej we wszystkich wyżej wspomnianych stanach dechloruracji. Większe trudności nastrocza odszukanie jej w schorzeniach nerkowych i odgraniczenie jej od prawdziwej mocznicy retencyjnej. Ze względu na to, że symptomatologia obu tych mocznic, jak to wykazałem wyżej, jest prawie identyczna, to niema właściwie zupełnie pewnych objawów klinicznych, pozwalających na ich różnicowanie. Istnieje kilka poszlak jedynie, które mogą lekarzowi w przypadkach mocznicy pozanerkowej w przebiegu cierpień nerkowych nasunąć pewne podejrzenie. Z objawów tych wymienię: brak podniesienia ciśnienia tętniczego, a raczej nawet hipotensję, dalej znaczne wysuszenie chorego i zagęszczenie krwi, wreszcie brak izostenurji i charakterystycznego obrazu moczwego. W tych przypadkach ustalić może rozpoznanie azotemji dechloruracyjnej jedynie zbadanie zawartości chloru w osoczu, które jest tak łatwe, że w każdej pracowni może być w przeciągu 15 minut wykonane. Jeśli azotemji towarzyszy obniżenie zawartości chloru w osoczu do wartości poniżej 270 — 280 mgr.%, zamiast liczby prawidłowej około 350 mgr., to rozpoznanie dechloruracji jest zupełnie pewne. Jeśli obniżenie to jest jednak tylko nieznaczne, i poziom chloru w osoczu w ha się w granicach między 280 o 350 mgr.%, to rozpoznania dechloruracji postawić jeszcze nie wolno, albowiem tego rodzaju nieznaczne zmniejszenie poziomu chloremji spostrzega się również i w stanach kwasicowych, zwłaszcza nerkowych, w zapaleniu płuc, w cukrzycy i t. d.

Pewnego rodzaju wskazówką będzie tu zachowanie się rezerwy alkalicznej. Jeśli jest ona zmniejszona, to przemawia to na rzecz kwasicy i retencji chlorowej, jeśli jest ona zwiększona, to przemawia to raczej na rzecz dechloruracji. Inna rzecz, że pamiętać jednak należy, że w dechloruracji, wywołanej np. biegunkami, podniesienia rezerwy alkalicznej nie będzie. Również i w stanach, w których interferuje czynnik kwasicowy, mimo dechloruracji, rezerwa alkaliczna nie będzie podniesiona, jak to ma miejsce np. w wymiotach niepowstrzymanych ciężarnych, w wymiotach acetonemicznych u dzieci i t. d. Z tego względu najpewniejszą metodą postępowania będzie tu postępowanie *ex juvantibus* i ostrożne wypróbowanie terapii solnej.

Leczenie mocznicy pozanerkowej dechloruracyjnej i dehydratacyjnej jest bardzo proste. Polega ono na doprowadzeniu jednoczesnem dostatecznych ilości soli i wody. W przypadkach, grożących bezpośrednio życiu, sól wprowadzić jest najlepiej w postaci hipertonicznego 20 — 30% roztworu w ilości około 20 do 30 cm.³ dożylnie. Zastrzykiwania te nie dają naogół żadnych ubocznych objawów i stosowane być winny kilka razy dziennie. Jednocześnie wprowadzić należy podskórnie dostateczne ilości roztworu soli fizjologicznej lub też roztworu *R i n g e r a* (mniej więcej 2 do 3 razy dziennie po 1/2 do 1-go litra. Jako sposób pomocniczy, wprowadzać można roztwór soli fizjologicznej *per rectum* w postaci kroplówki. Zasadą leczenia solnego jest jednoczesne doprowadzenie wody i soli kuchennej w dostatecznej ilości. Terapię tę stosować należy konsekwentnie i w dawkach wystarczających, albowiem straty chloru w ustroju w dechloruracji mogą być b. duże, sięgać do 80 gr. soli kuchennej i tyleż soli wprowadzić do ustroju należy. To też prowadzić ją naj-

piej pod kontrolą jednoczesną azotemji i chloremji, co nawet w praktyce prywatnej przeprowadzić się udaje.

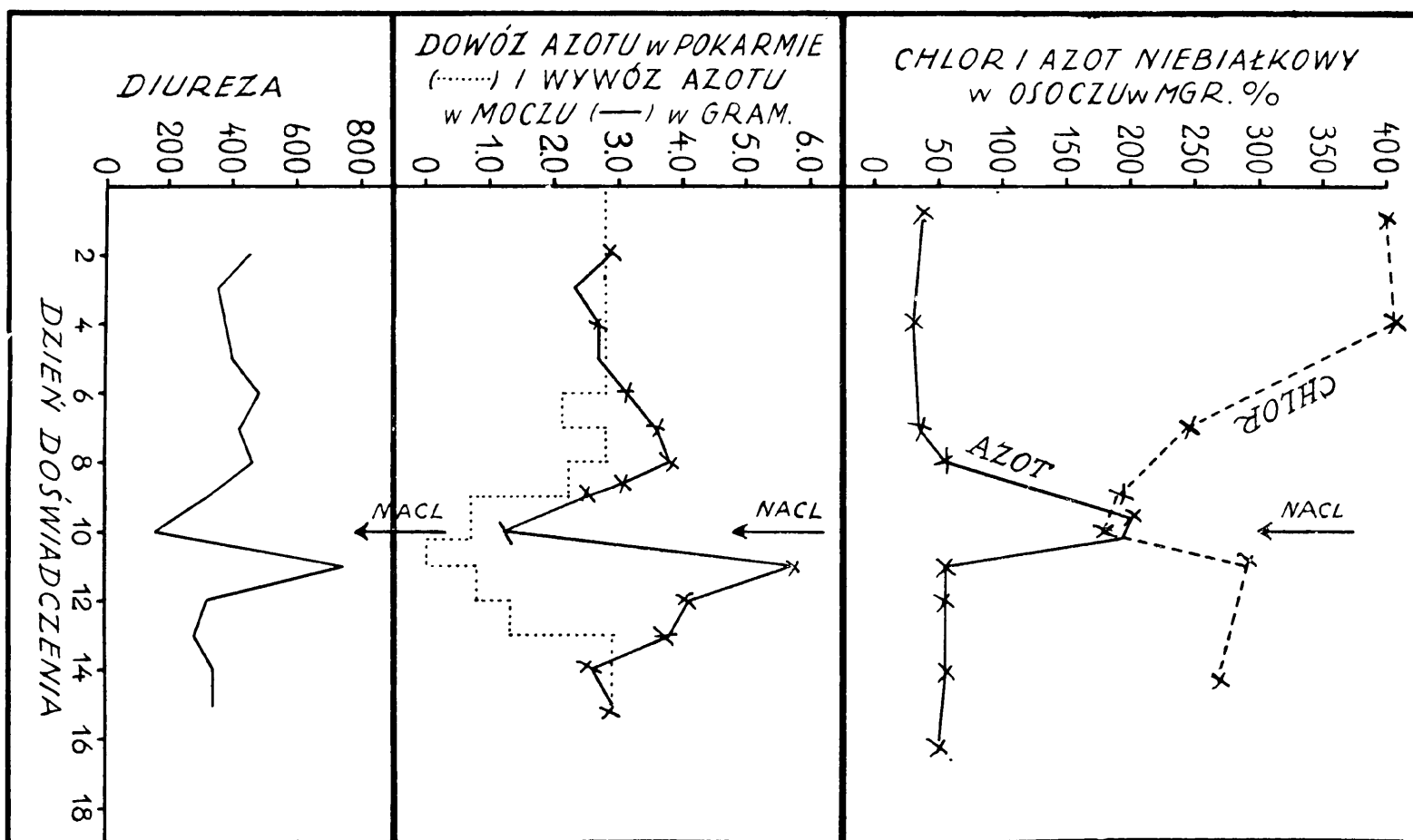
Żeby zilustrować wartość i mechanizm terapij solnej w mocznicy dechloruracyjnej podam tu na zakończenie jedno z moich doświadczeń, wykonane na jednym z psów dechlorowanych. Pod wpływem dechloruracji pies ten wpadł, jak i inne zwierzęta w typowy stan mocznicowy. Przy poziomie chloru we krwi, wynoszącym około 200 mgr. % rozwinęła się wybitna azotemia, która, potęgując się stopniowo, doszła do wysokości 2 gr. azotu niebiałkowego na litr.

Przy tym stanie azotemji pies znajdował się w stanie rozpaczliwym. Całkowita prostracja, tak, że zwierzę nie było się w stanie utrzymać ani chwili na nogach, stan nawpół komatyczny, zupełna nietolerancja pokarmowa, krwawienia jelitowe, drobne drżenia włóknkowe mięśni, hipotermja, wreszcie zaropiałe oczy, które u psów są jednym z najlepszych dowodów zbliża-

jącej się agonji — jednym słowem pełny zespół mocznicowy. W tym stanie zacząłem zastrzykiwać zwierzęciu w odstępach pół godzinnych po ½ litra soli fizjologicznej podskórnje, powtarzając zastrzykiwanie nazajutrz i po 2-ch dniach.

Trzeba naprawdę tylko jeden raz zobaczyć skuteczność tej prostej terapij w mocznicy dechloruracyjnej, żeby uwierzyć w jej niezwykle działanie.

Już po kilku godzinach pies był w stanie utrzymać się na nogach, a drżenia włóknkowe mięśni ustąpiły. Następnego dnia stan prekomatyczny cofnął się całkowicie, zwierzę zaczęło się już poruszać rażnie w klatce i szczeleć. Płyny, wprowadzone przez zgłębnik, zostały zatrzymane, wymioty i biegunki ustąpiły. Pod wpływem soli wywiązała się tegoż dnia jeszcze potężna diureza, jednocześnie wielkie ilości azotu zostały w moczu wydalone. Widać to z załączonej tablicy (Nr. 4).



Tablica 4.

Wpływ doprowadzenia soli kuchennej na bilans azotowy i poziom azotu niebiałkowego w osoczu w czasie dechloruracji u psa Nr. 4.

Jednocześnie, ze wznesieniem diurezy i narostem chloremji poziom azotu niebiałkowego we krwi opada z wartości 200 mgr. % do normy, do 50 mgr. i utrzymuje się już dalej na tym poziomie. Zwierzę to, które później spostrzegałem jeszcze przez dłuższy czas, a któremu jeszcze przez pewien czas zastrzykiwałem roztwory solne, powróciło do zdrowia.

Mechanizm działania soli w dechloruracyjnej mocznicy polega więc przedewszystkiem na pobudzeniu diurezy oraz na jednoczesnem zwiększeniu zdolności

koncentracyjnej nerek dla ciał azotowych. Naskutek tego, wielkie ilości azotu zostają z ustroju wydalone, i poziom azotemji powraca do normy. Dalsze działanie soli, niemniej ważne, polega na przywróceniu równowagi azotowej, a więc na zahamowaniu zapewne rozpadu białkowego, o czem świadczy przywrócenie normalnego bilansu azotowego w dalszym przebiegu doświadczenia.

Z mechanizmu tego wynika, że działanie soli kuchennej w mocznicy dechloruracyjnej w klinice może

być skuteczne jedynie, jeśli nie współistnieją daleko posunięte zmiany w mięszu nerkowym, które uniemożliwiają eliminacyjne działanie soli kuchennej. To też nieraz np. w mocznicy dechloruracyjnej w chorobach nerkowych działanie soli kuchennej mimo istnienia dechloruracji może zawieść, albowiem nerka utraciła całkowicie zdolność wysokiego stężania azotu (np. w pierwszych okresach zatrucia sublimatowego).

Prócz tego nie należy, oczywiście, wymagać od terapii solnej zbyt wiele. Jest ona jedynie leczeniem przyczynowym dechloruracji i mocznicy dechloruracyjnej, ale niema, oczywiście, żadnego wpływu na zmianę anatomiczną, będącą przyczyną powstania dechloruracji.

Pozatem zdawać sobie jeszcze należy sprawę z tego, że, jeżeli leczenie to stosowane jest zbyt późno, to rozwinąć się już mogą tak daleko posunięte nieodwracalne zmiany w ośrodkach życiowych ustroju, spowodowane rozpadem białkowym, że leczenie solne przychodzi już za późno.

Leczenie solą kuchenną jest więc leczeniem przyczynowym we wszystkich stanach chorobowych, prze-

biegających z dechloruracją ustroju. Umożliwia ono często wyprowadzenie chorego ze stanu mocznicy dechloruracyjnej, którą jeszcze przed kilku laty wielu chorych przypłacić musiało życiem. Prócz tego umożliwia ono nieraz wykonanie zabiegu operacyjnego tam, gdzie w innych warunkach zabieg ten nie byłby do pomyslenia. Ma ono tu znaczenie leczenia pomocniczego i przygotowawczego. Wartość terapii solnej w dechloruracji „chirurgicznej” porównać można jedynie z wartością przedoperacyjną przygotowania insulinowego diabetyka lub przygotowania jodowego chorego na chorobę B a s e d o w a.

Tak jak się obecnie sprawa przedstawia, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pojęcie mocznicy dechloruracyjnej ugruntowane jest na zupełnie mocnych podstawach. Znajomość tego rodzaju mocznicy wchodzi w zakres wszystkich dyscyplin lekarskich. Zarówno internista, jak i pediatra, zarówno chirurg, jak i ginekolog musi się ze stanami mocznicy pozanerkowej spotkać, ze stanami chorobowymi, które dawniej uchodziły za jakieś bliżej nieokreślone toksykozy, a które dziś są ściśle zdefiniowane i posiadają ściśle wskazania lecznicze.

Z praktyki prywatnej

O naczyniakach mózgu (ze szczególnem uwzględnieniem naczyniaków mózgu połączonych ze znamionami naczyniowymi skóry).

Podał

S. BAU-PRUSSAKOWA (Warszawa).

(Dokończenie).

Objawy mózgowo-skróne występują w przypadkach naczyniaków mózgowo-skrónych przeważnie bardzo wcześnie, niekiedy już w pierwszych miesiącach, a nawet tygodniach życia (Clovis Vincent i Heyeur), rzadziej dopiero w wieku młodzieńczym (Bregman i Mesz, Feodorow i Bogorad) lub dojrzałym (Moniz, Cancelli d'Abreu i d'Oliveira). W przypadkach naczyniaków mózgu, nie połączonych ze znamionami skóry, cierpienie ujawnia się znacznie później, a zatem okres utajenia jest tu znacznie dłuższy). Występowanie objawów tych jest dość często związane z urazem, dotyczącym czaszki lub też z chorobą zakaźną. Pierwszym objawem jest prawie zawsze napad drgawkowy (ogólny lub połowiczny), a tylko wyjątkowo niedowład połowiczny (Lannois i Bernoud, jeden z przypadków Vollaada), występujący zresztą w większości przypadków, lecz później od napadów drgawkowych. W przypadku Isemschmidta pierwszym objawem były silne bóle głowy, które wystąpiły po urazie czaszki (podobnie jak w jednym z następujących przypadków).

Rozwój umysłowy dzieci bywa przeważnie upośledzony w stopniu mniejszym lub większym. Tak więc napady padaczkowe różnego typu, niedowład połowiczny, upośledzenie inteligencji różnego stopnia — oto zespół objawów, najczęściej spotykany w przypadkach naczyniaków mózgowo-skrónych. Do objawów powyższych dołączają się niekiedy: niedowidzenie połowiczne (Clovis Vincent, Moos, Frigýér,

Knud Krabbe, Oppenheim), tarcza zastoinowa (Clovis Vincent, Isemschmidt) lub też astereognoza (Clovis Vincent).

Pod obrazem chorobowym nowotworu mózgu przebiegały przypadki Feodorowa i Bogorada, Moniza, Isemschmidta, a poniekąd też przypadek Bregmana i Mesza (przedstawiony w późniejszym okresie choroby przez Sławińskiego i Szajdermana). We wszystkich tych przypadkach istniały guzy naczyniowe zewnątrzczaszkowe, mające połączenie z naczyniakiem wewnątrzczaszkowym.

Przypadek, opisany przez Kufsa (80-letni mężczyzna), ciekawy z tego względu, iż wykazywał nieznaczne tylko objawy neurologiczne (dodatni objaw Babinskiego, upośledzenie oddziaływania źrenic na światło), wybitne natomiast zaburzenia psychiczne (zaburzenia orientacji i pamięci, konfabulacja). Objawy te wystąpiły wprawdzie już w wieku podeszłym, lecz w młodości stan psychiczny chorego nie był normalny (chory był zawsze popędliwy, gwałtowny, brutalny w stosunku do swej rodziny, a nawet agresywny. Porzuciwszy rodzinę, pędził niespokojny tryb życia). Na krótki czas przed śmiercią wystąpił napad padaczkowy. Badanie sekcyjne wykazało liczne drobne naczyniaki (jamiste) na twarzy, i to z obu stron, na szyi po str. lewej, na tułowiu oraz w wątrobie, mnóstwo drobnych oraz 12 większych naczyniaków (również jamistych oraz jeden włosowaty) w mózgu, przeważnie w półkuli lewej (w istocie białej i w sąsiedztwie kory). Przypadek ten, ciekawy również i z tego względu, iż córka chorego, 17-letnia dziewczyna, dotknięta była cierpieniem mózgowym o bardzo skomplikowanym obrazie klinicznym, które autor skłonny jest również odnieść do naczyniaków mózgu (naczyniaków w skórze nie wykazywała).

(Cechy dziedziczne i rodzinne właściwe są naczyniakom różnego typu. Zdarza się też, iż u rodziców, rodzeństwa lub krewnych osobników, dotkniętych powyższym cierpieniem, występują tylko formy poronne.

naprz. znamiona naczyńniowe skóry. I tak, matka chorego, opisanego przez O p p e n h e i m a, miała naczyniak jamisty na wardze; wuj chorego F e d o r o w a i B o g o r a d a — znamię naczyńniowe na twarzy; matka dziecka, opisanego przez G a ł ę z o w s k i e g o — znamię na skórze klatki piersiowej; brat naszej chorej (II przyp.) — znamię czerwone na brzuchu).

Przytoczone tu przypadki dowodzą, iż, jakkolwiek pewne zespoły objawów zdarzają się częściej od innych, to o jakimś typowym obrazie chorobowym w naczyniakach mózgu nie może być mowy. W przypadkach naczyniaków wyłącznie mózgowych uderza jeszcze większa różnorodność postaci klinicznych, niż w przypadkach, poprzednio omawianych. Znałe są przypadki, w których za życia nie było żadnych objawów, a w których podczas badania sekcyjnego przypadkowo znaleziono naczyniak mózgu. Nierzadkie są przypadki, w których wyłącznym lub prawie wyłącznym objawem były napady padaczkowe, a które wskutek tego rozpoznawano jako t. zw. *Epilepsia genuina*. Nierzadkie są też przypadki, przebiegające pod postacią nowotworu mózgu (O p p e n h e i m, F i n k e l n b u r g, N a l i n, P o l a c c o, C a s s i r e r i M ü h s a m, P i n e a s, W o r s t e r D r o u g h t i C. D i c k s o n, D e r e u x i M a r t i n, S i l b e r m a n n i S t e n g e l i in.) lub też o tak skomplikowanym obrazie chorobowym, iż o rozpoznaniu za życia nie może być mowy. Tak naprz. w przypadku P i n e a s a rozpoznanie wahało się między sprawą zapalną o niepewnej etiologii, stwierdzeniem rozsianem podostrem, chorobą S c h i l d e r a i guzem mózgu.

Przypadek ten dotyczy dziewczyny, która już w dzieciństwie cierpiała często na bóle głowy. Fotografia jej z 10-go roku życia wykazywała zez, z 16-go — niedowład pr. nerwu twarzowego. W 18-m roku życia wystąpił nagle, po kilkumiesięcznym okresie bólów głowy, stan zamroczenia oraz utrata mowy, a po 2 dniach — niedowład n. VI, oczopląs, niedowład, bezład oraz obniżenie ciepłoty w l. kończynie górnej, asynergia i zaburzenie tykania. Objawy z wolna się cofały. W 11 miesięcy później (po błonicy) wystąpiło silne drżenie l. ręki oraz utrudnienie ruchów. W 2 lata po wystąpieniu pierwszych objawów stwierdził autor: porażenie mięśni gałek ocznych z podwójnym widzeniem, opuszczenie powiek górnych, oczopląs, brak oddziaływania źrenic na światło, zniesienie odruchu rogówkowego pr., osłabienie lewego, niedowład pr. nerwu twarzowego, drżenie głowy oraz szczyłki dolnej o charakterze drżenia P a r k i n s o n a, osłabienie obu dłoni, obniżenie napięcia mięśni we wszystkich kończynach, ataksję, dysmetrję oraz adiadochokinezę w kończynach górnych, asynergję, osłabienie odruchów ścięgowych w kończynach dolnych; obustronny objaw B a b i ń s k i e g o; mowę powolną, nosową, monotonną. Pierwsze nakłucie lędźwiowe wykazało: ciśnienie wzmożone, zwiększoną ilość globulin i albumin, odczyn W a s s e r m a n n a $+$. Nakłucie lędźwiowe po 2 miesiącach: odczyn W a s s e r m a n n a ujemny, odczyn ze złotem kolloidalnym i z gumą mastyczną wykazały krzywą luetyczną.

Po leczeniu neosalwarsanem nastąpiła początkowo poprawa podmiotowa; objawy przedmiotowe jednak narastały. Wystąpiła tarcza zastoinowa, która wkrótce przeszła w zanik n. II, a w okresie późniejszym: porażenie pr. k. g. oraz obu dolnych, osłabienie czucia oraz hipotermja w prawej połowie ciała, ślepotą, otępienie; zaburzenia mowy i tykania nasiliły się znacznie.

Badanie sekcyjne wykazało: rozszerzenie III komory, masy nowotworowe (*cavernoma*) w okolicy ciała L u y s i e g o, substancji czarnej S o e m m e r i n g a, w mostku, w IV komorze oraz w głębszych warstwach ciała czworaczych, drobniejsze guzy w pochewce wewn. i t. d.

Nieco mniej skomplikowany, lecz również trudny do rozpoznania był przypadek L e e s e r a, dotyczący kobiety, dotkniętej od 16-go roku życia osłabieniem słuchu i wzroku. W 45-m roku życia wystąpił niedowład prawostronny z niemotą, poprzedzony uczuciem bólu w odnośnej połowie ciała. Ból ten rozpoczął się w stopie i stopniowo posuwał się ku górze. Objawy częściowo ustąpiły, pozostała niemota częściowa (zniesienie mowy samoistnej, przy zachowaniu powtarzaniu i zrozumieniu mowy), obustronne obniżenie słuchu, niedowład prawego nerwu twarzowego oraz obniżenie czucia w prawej połowie ciała. W okresie poprawy nagle pogorszenie, pod postacią udaru mózgu z zejściem śmiertelnym. Badanie pośmiertne wykazało guz (pochodzenia tętniczego) w l. komorze bocznej, wypełnionej krwią świeżą oraz skrzepami. Drugi guz o zabarwieniu ciemno - niebieskim ciągnął się od istoty białej w zrazie czołowym aż po wzgórze wzrokowe, wypełniając częściowo komorę III. Naczynia zrazu potylicznego poskręcane i rozszerzone. Skrzepy krwi w komorze IV.

Przypadków tego rodzaju możnaby przytoczyć cały szereg, ale już z tych dwóch widać, jak trudne może być rozpoznanie naczyniaków mózgu. Duże znaczenie rozpoznawcze przypisują niektórzy autorzy, a szczególnie C u s h i n g, objawom ze strony narządu krążenia. Jednym z takich objawów jest szmer synchroniczny ze skurczem serca, który się słyszy na czasce chorego, a który sam chory odczuwa w sposób przykry. C u s h i n g słyszał go w 8 z 9 przypadków. Stwierdzono go również i w wielu innych przypadkach (K a l i s c h e r, I s e n s c h m i d t, H a e n e l, E i m e r i M e h l h o s e, S i m m o n d s, F e o d o r o w i B o g o r a d, B r e g m a n i M e s z i in.). W przypadku I s e n s c h m i d t a szmer ten był słyszalny nie tylko na czasce, lecz i na całym prawie kręgosłupie. Szmer ustaje po uciśnięciu tętnic szyjnych.

Szmer na czasce słyszalny jest i w guzach innego rodzaju, silnie unaczynionych (*Meningoblastoma* — C u s h i n g, *Gleiona* — M a y e r) lub uciskających większą tętnicę, wreszcie w tętniakach naczyń mózgowych, nie jest tu jednak tak wybitny, jak w naczyniakach mózgu. Zaznaczyć jednak należy, że spostrzega się go wyłącznie w naczyniakach tętnicznych (C u s h i n g).

Drugim takim objawem charakterystycznym jest silne tętnienie naczyń szyjnych oraz rozszerzenie tętnicy szyjnej po stronie naczyniaka mózgu (E m a n u e l, S t e i n h e i l, E i m e r i M e h l h o s e, K a l i s c h e r, S t e w a r t i R o s s, I s e n s c h m i d t). Stwierdzono również rozszerzenie naczyń innych okolic, naprz. spojówkowych (E i m e r i M e h l h o s e, E m a n u e l), w siatkówkach oczu (K r e u t z, S c h l e i c h, S i l b e r m a n n i S t e n g e l) lub też kilku zewn. naczyń czaszki (H e r z o g, I s e n s c h m i d t).

Spostrzegano ponadto w przypadkach naczyniaków mózgu zmiany w sercu, a mianowicie szmer skurczowy bez wady zastawek (E m a n u e l, S t e i n h e i l, E i m e r i M e h l h o s e, H e i n e, K ü m m e l, I s e n s c h m i d t), przerost komory lewej (E m a n u e l, E i m e r i M e h l h o s e, B l a n k, D e i s t, I s e n s c h m i d t), komory prawej — (S t e i n h e i l).

Zmiany w sercu uważają bądź za cierpienie wrodzone, a więc równorzędne z naczyniakiem mózgu, bądź za przerost czynnościowy, a zatem cierpienie, spowodowane pośrednio przez naczyniaki (zwiększenie oporu w krwioobiegu, podniesienie ciśnienia krwi, spowodowane zwiększeniem ciśnienia śródczaszkowego).

Charakterystyczny dla naczyniaków mózgu, połą-

czonych ze znamionami skóry lub wyłącznie mózgowych, jest przebieg przewlekły, ciągnący się niekiedy dziesiątki lat z wahaniami dość znacznymi. Silbermann i Stengel opisują w swym przypadku, bardzo skomplikowanym (połączenie naczyniaka mózgu z jamistością rdzenia), wahania dzienne („Periodische Tagesschwankung”), a mianowicie: nasilanie się objawów zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych w godzinach rannych i południowych, znaczna poprawa popołudniem. Autorzy tłumaczą powyższe zjawisko wahaniami w ukrwieniu guza, większem w godzinach przedpołudniowych, mniejszem popołudniem, kiedy rozszerzenie się naczyń w jamie brzusznej w związku z trawieniem powoduje odpływ krwi z mózgu.

Okres utajenia bywa, jak to już wspominaliśmy, w przypadkach naczyniaków wyłącznie mózgowych niekiedy bardzo długi.

Śmierć z powodu naczyniaków mózgu następuje nagle pod postacią udaru mózgu (Simmonds, Blank, Leeser, Tophof, Frets, Roussy i Oberling, Buckley, Herman) lub też *Leptomeningitis haemorrhagica interna* (Rühl, Müller). Przyczyną bezpośrednią śmierci bywa zawsze pęknięcie naczyniaka z wylewem krwi do tkanki mózgowej (często z przedarciem się do komór) lub też do opon miękkich (Müller). W przypadku Hermana nastąpił wylew do tkanki mózgowej i niezależnie od tego — wylewy do opony twardej rdzenia, której naczynia, a szczególnie żyły, silnie przekrwione, miały ściany ścięcinne i przedziurawione.

Nie każdy jednak krwotok do mózgu z pękniętego naczyniaka kończy się śmiertelnie; niekiedy chorzy żyją jeszcze szereg lat, a umierają dopiero po jednym z następnych. Tak naprz. chora Tophofa zmarła dopiero po III krwotoku, który nastąpił w 9 lat po pierwszym.

Streszczenie.

Autorka podaje 2 przypadki (dotyczące dzieci w wieku od 3¼ do 4 lat), w których objawy mózgowe łączą się ze znamionami naczyniowemi skóry.

W przyp. I objawy ogniskowe (napady Jac ksona, przemijający niedowład połowiczy) występują po stronie przeciwległej do naczyniaka twarzy i skóry owłosionej głowy, po której to stronie zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało typowy obraz naczyniaka mózgu.

W przyp. II bóle głowy o charakterze migrenowym, umiejscowione w okolicy czaszki, odpowiadające znamieniu naczyniowemu skóry, wskazują na możliwość istnienia naczyniaka mózgu. U chorej wystąpił ostatnio napad drgawek ogólnych z utratą przytomności. Ujemny wynik badania rentgenologicznego nie przemawia przeciw naczyniakowi mózgu, gdyż brak zwapnień lub też słabe nasycenie solami wapnia ścian naczyń czynią twory te niedostępnymi dla powyższego badania.

PIŚMIENICTWO.

1) Astwazaturow M. Ueber die kavernöse Blutgeschwulst des Gehirne. Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie. B. 4. 1910, S. 483. 2) Babonneix et Robin. Angiomasose du système nerv. centr. Zbl. Neur. T. 58, 1930, str. 467. 3) Barré, Masson et Gredner. Angiome cérébral avec crises Jacksoniennes. La Presse Méd. N. 72, 1931, str. 1338. 4) Baruk H. Migraine d'apparence psychogénique suivie ultérieurement d'épil. Jacks. dans un cas d'angiome cérébral. La Presse Méd. 1930, str. 1562. 5) Blank. Ueber ein Rankenangioma des Gehirns. M. med. Woch. 1910, str. 463. 6) Borst. Aschoff's Lehrbuch der patholog.

Anatomie, T. I, str. 693. 7) Bregman i Mesz. Naczyniak czaszki i mózgu. Neur. Polska. T. XI. Z. II, 1928, str. 244. 8) Bruns. Geschwülste des ZNS, str. 29. 9) Buckley. Ang. racem. venos. Zbl. Neur. T. 51, 1928, str. 64. 10) Cassirer u. Mühsam. Ueber die Exstirpation eines grossen Angioms des Gehirne. B. Kl. W. 1911, str. 755. 11) Costa A. Sulle classificazioni e la dottrina degli emangiomi e delle malformazioni capillari. Il Policlinico (sez. chirurg.) 15.II i 15.III.1931. 12) Cushing et Bailey. Tumeurs développées aux dépens des vaisseaux du cerveau. La Presse Méd. 1929, str. 1098. 13) Deetz E. Ueber ein Angiom. arter. racem. im Bereich der Art. corpor. callosi. Virch. Arch. T. 168, 1902, str. 341. 14) Deist H. Ein Fall von Ang. racem. des l. Lobulus paracentr. Z. Neur. T. 79, 1922, str. 412. 15) Dereux et Martin. Hémangiome Rolandique. Rev. Neurol. 1929, T. II, str. 519. 16) Eimer u. Mehlhose. Das klin. Bild des cerebralen Ang. rac. art. M. med. Woch. 1927, str. 836. 17) Enders. Ein Ang. in der Brückengegend. M. med. Woch. 1908, str. 1646. 18) Emanuel. Ein Fall von Ang. art. racem. des Gehirns. D. Z. f. N. T. 14, str. 288. 19) Finkelnburg. Zur Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumoren und chron. Hydrocephalus. D. Z. f. N. T. 29, 1905, str. 135. 20) Friedrich u. Stiehl. Ein Haemangi endothelium der Medull. obl. D. Z. f. N. T. 73, z. 3/4, 1921. 21) Frigýér L. Ang. racem. im Schädelraum. Roentgenpraxis. Z. 13, 1930, str. 619. 22) Herman E. Cavernoma cerebri. Haemorrhagia spinalis meningealis. D. Z. f. N. T. 79, 1923, str. 34. 23) Herzog E. Ang. racem. venos. des Schädels u. Gehirns. Zbl. Neur. T. 48, 1927/28, str. 419. 24) Isenschmidt K. Die klin. Symptome des zerebralen Rankenangioms. M. med. Woch. 1912, str. 243. 25) Krabbe K. Califications des méninges (angiomes du cerveau) démontrées par la radiographie. Rev. Neurol. 1929, T. I, str. 1152. Krabbe K. Recherches anatom.-pathol. sur un cas de soi-disant angiome calcifié. Rev. Neurol. 1932, N. 6. 26) Kufs U. Ueber heredo-famil. Angioma. des Gehirns u. der Retina. Z. Neur. T. 113, 1928, str. 651. Kufs U. Beitrag zur Klinik, Histopathologie u. Vererbung der v. Hippel-Lindauschen Krankheit. Z. Neurol. T. 138, 1932, str. 414. 27) Laignel-Lavastine, Delherm et Fouguet. Epil. Jacks. par angiome cérébral. avec naevus frontal. Rev. Neur. 1929, T. I, str. 475. 28) Leeser. Ueber das Ang. art. racem. im Gehirn. Frankf. Ztschr. f. Pathol. T. 24, 1926, str. 432. 29) Lévy G. L'Angiomasose du système nerv. centr. La Presse Méd. 1930, T. I, str. 37. 30) Lindau A. Studien über Kleinhirncysten. Acta pathol. et neurobiologica scandinav. Suppl. Bd. I, 1926. Lindau A. Zur Frage der Angioma. retinae u. ihrer Hirnkomplikationen. Acta Ophthalm. scandinav. T. 42, z. 3. 1927. 31) Malamud. Ueber einen Fall von multipl. Haemangiomen des ZNS. Z. Neur. T. 97, 1925, str. 651. 32) Moniz E., C. d'Abreu et C. d'Oliveira. Aspect à l'épreuve encéphalogr. des Angiomes art. du cerveau. Rev. Neurol. 1932, T. II, N. 2. 33) Müller H. Ueber einem unter eigentümlichen Symptomen verlaufenden Fall von multipl. Hirnangiomen. Mon. f. Psych. u. Neurol. T. 53, z. 4, 1923, str. 243. 34) Nalin. Su di un caso di angioma cavern. del pavimento del IV ventr. Zbl. Neur. T. 48, 1927, str. 563. 35) Pineas H. Klin. u. anat. Befund eines Falles von Haemangioma cavern. cer. Z. Neur. T. 110, 1927, str. 281. 36) Polacco E. Emangioma iperplast. della fossa romb. Zbl. Neur. T. 53, 1929, str. 495. 37) Roussy G. et Oberling Ch. Les tumeurs angiomasieuses des centres nerveux. La Presse Méd. 1930, T. I, str. 179. 38) Rühl A. Ueber einen Fall von Varizenbildung im Gehirn in Verbindung mit e. Ang. racem. Zbl. Neur. T. 54, 1929/30, str. 491. 39) Schley W. Ueber Haemangiome im Bereiche der Brücke. Zbl. Neur. T. 49, 1929, str. 668. 40) Schmisch W. Beitrag zur Kenntnis der kavern. Haemang. im Gehirn. Virch. Arch. T. 277, 1930, str. 431. 41) Schuback A. Ueber die Angiomasose des ZNS. Z. Neur. T. 110, str. 354. 42) Silbermann u. Stengel. Ang. u. Syringomyelie. Mon. f. Psych. u. Neur. T. 73, z. 5/6, 1929. 43) Simmonds M. Ueber das

Ang. racem. u. serpent. des Gehirns. Virch. Arch. T. 180, 1905, str. 280. 44) Sławiński i Sznajderman. Przyp. naczyńniaka spłotowat. opuszki. Neur. Polska, T. XIV, z. 1. 1931. 45) Stewart et Ross A. Angiome artér. racém. dans un cerveau privé de corps calleux. Rev. Neur. 1932, T. I, str. 326. 46) Stief. Zur Kasuistik der Cavernome. Z. Neur. T. 99, p. 181. 47) Uiberall H. Mit Hauthaemangiom kombiniertes Rankenangiom des Gehirns. Z. Neur. T. 124. 1930. 48) Vincent Cl. et Heyeur. Présentation de deux cas d'angiome veineux cérébr. Rev. Neur. 1929, T. I, str. 509. 49) Vincent Cl., Pusch et David. Hémangio-

gioblastome cérébral. Rev. Neur. 1930, T. I, str. 769. 50) Vincent Cl. et F. Rappaport. Deux cas d'Hémangioblastome du cer-velet, dont l'un famil. Rev. Neur. 1931, T. I, str. 32. 51) Virchow. Ueber cavernöse Geschwülste u. Telangiect. Virch. Arch. T. 6. 1854. 52) Weber F. P. A note on the association of extensive haemangiomatic naevus of the skin with a cerebral Haemangioma. Zbl. Neur. T. 53, 1929, str. 494. 53) Wohlwill. Ein Fall von Angioma. des ZNS. Zbl. Neur. T. 46, 1927, str. 456. 54) Worster-Drought a. C. Dickson. Venous Ang. of the cerebrum. Zbl. Neur. T. 48, 1927/28, str. 563.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Schorzenia opłucny międzypłatowej i śródpiersiowej.

Podał

L. SELLIG (Warszawa).

(Dokończenie).

Opłucna śródpiersiowa stanowi dalszy ciąg opłucny ściennej i rozciąga się od okolicy stawów kręgowo-żebrowych do przedniej ściany klatki piersiowej. Tylina linia przejścia jest łukowata (*sinus costo-mediastinalis posterior* C o r n i n g a), przednia zaś ostra i tworzy zatokę śródpiersiowo-żebrową przednią; u podstawy przechodzi opłucna śródpiersiowa w opłucną nadprzeponową (*basalis*), tworząc zatokę śródpiersiowo-przeponową. Między prawą i lewą blaszką leżą, oprócz przelyku, tchawicy i gruczołów śródpiersiowych, duże naczynia i serce, a te ostatnie kształtują w sposób charakterystyczny postać i przebieg szpary oraz powodują różnicę między stroną prawą i lewą w części przedniej. Szpara śródpiersia jest więc niejako przedłużeniem szpary ściennej i ma połączenie ze szparami międzypłatowymi, o ile te ostatnie tak głęboko płuco przecinają. Wnęka i wiązadło płucne (duplikatura opłucny płuc), dzielą ją na przednią i tylną. W związku z budową anatomiczną rozróżniamy schorzenia opłucny śródpiersiowej dolne, przednie i tylne oraz górne (S a v y); zależnie jednak od wystąpienia zmian bardziej w części przedniej lub tylnej, niektórzy dzielą górne również na przednie i tylne, podając dla każdej z nich typowe obrazy rentgenologiczne (L ü t t h o l d). Nazwą zapalenia opłucny śródpiersiowej oznaczamy procesy chorobowe, toczące się w wyżej opisanej szparze, a mianem zapalenia śródpiersia (*mediastinitis*) procesy, toczące się w tkance łącznej śródpiersia bez względu na punkt wyjścia, a więc także wychodzące z dośrodkowej powierzchni blaszek opłucny śródpiersiowej.

Zapalenia są zwykle jednostronne. Delikatne wysięki włóknikowe i zgrubienia, ściśle ograniczone do szpary śródpiersiowej, rentgenologicznie, ani klinicznie nie mogą dawać objawów, ponieważ są zmianami o charakterze jednowymiarowym w obrębie cienia środkowego. Wysięki w obrębie opłucny śródpiersiowej oraz pozostające po nich zgrubienia i blizny mogą teoretycznie dać na zdjęciu strzałkowym obraz cienia, zajmującego pewną płaszczyznę w następujących przypadkach: 1) gdy wysięk przechodzi na przednią lub tylną ścianę

opłucny żebrowej — *pleuritis costo-mediastinalis* lub zgrubienia i zrosty śródpiersiowo-żebrowe — (H e r r e n h e i s e r); 2) gdy wysięk rozszerza szparę śródpiersiową i przemieszcza płuca lub tkanki śródpiersia. Zasadniczo ustępuje płuco i, o ile wysięk mieści się w części dolnej szpary, ulega schorzeniu opłucna przeponowa (*pleuritis phrenico-mediastinalis* — B r i e g e r); wykazano jednak że wysięk może przesunąć śródpiersie na stronę przeciwną, powodując cienie patologiczne obustronnie (G r o e d e l). 3) Wreszcie, gdy proces zapalny przenosi się na szpary międzypłatowe, wtedy powstaje obraz *pleuritis mediastino-interlobaris* F l e i s c h n e r a; tu należą też często spotykane t. zw. rąbki opłucnowo-osierdziowe, które H e r r e n h e i s e r uważa za zrosty między blaszkami opłucny śródpiersiowej, co wydaje się mało prawdopodobne, za udziałem zaś szpary międzypłatowej przemawia umiejscowienie i widoczne czasem przejście w linię włosowatą po stronie prawej.

Zwykle wysięk w szparze śródpiersiowej przedstawia się jako jednolity cień widoczny poprzez cień serca, w kształcie pasma lub trójkąta, z ostrą wypukłą, prostą lub najczęściej wklęsłą linią zewnętrzną; w dolnej zaś części zasłania kąt przeponowo-sercowy i gubi się w cieniu przepony. Drugą formą jest cień, przylegający do cienia serca, jako pasmo, podwajając niejako jego kontury (zdarza się to częściej tam, gdzie są blizny), albo jako trójkąt (w większych wysiękach), poślawą oparty o przeponę, a wierzchołkiem sięgający wewnątrz. Pierwotnie S a v y uważał za typowy dla części tylnej cień kształtu pasma, dla części zaś przedniej cień kształtu trójkąta, A s s m a n n obraz rzekomo typowy dla części tylnej, t. j. pasmo zauważył w schorzeniu części przedniej, a R e h b e r g zauważył trójkąt w schorzeniu części tylnej. Kształt więc cienia nie pozwala na różniczkowe rozpoznanie umiejscowienia.

Przy obecności zrostów w nadprzeponowej części szpary wysięki występują jako półkuliste lub wrzecionowate cienie, rozszerzające cień naczyń i odrzynające się ostrą linią od płuc (przypadek G r o e d e l a). Obrazy takie opisał P i n c h e r l e (30 w przeciągu 2-lat), przyczem były one przeważnie umiejscowione w okolicy wnek. Autopsja jednego z tych przypadków wykazała jednak tylko gruźlicę gruczołów okołoskrzelowych. Inni autorowie kwestionują częstość występowania takich zmian, S c h ö n f e l d zaś wielką liczbę opisanych przez P i n c h e r l e g o przypad-

ków uważa wprost za omyłkę rozpoznawczą. Wrazie zajęcia górnej części szpary ponad wnęką występują obrazy, rozszerzające cień środkowy z ostrym konturem zewnętrznym, wymagające dokładnego różniczkowania z całym szeregiem innych spraw chorobowych.

Zgrubienie i blizny po przebytych sprawach mogą dawać ten sam obraz, co wysięki dzięki współudziałowi szpary ściennej (H e r r e n h e i s e r), względnie przeponowej (B r i e g e r). Kontury są może tylko bardziej ostre. Ograniczenie ruchów przepony występuje tak w przypadkach wysięku, jak i blizn. Czasami blizny powodują skrzywienie kręgosłupa w przeciwną stronę. Jedynie obserwacja rentgenologiczna i kliniczna może rozstrzygnąć między wysiękiem a zgrubieniem, względnie blizną jako jego pozostałością. W przypadkach zrostów w części górnej stwierdza się czasem przeciągnięcie śródpiersia na stronę chorą, szczególnie uwidoczniające się przez zmianę przebiegu tchawicy.

W objawach klinicznych mamy wybitne różnice między sprawą ostrą a przewlekłą, względnie zgrubieniem opłucny śródpiersiowej. Sprawy przewlekłe bowiem i zgrubienia mogą nie dawać żadnych objawów.

Ostre zapalenie wysiękowe daje objawy dość charakterystyczne:

1) jako typowy, przez wszystkich autorów podawany jest kaszel podobny do koklusz. W następstwie podrażnienia *nervus recurrens* (P o l l a k), czasem obfita wydzielina możliwie jako wyraz podrażnienia oskrzeli, czasem stwierdzamy rozstrzenie, do których też można odnieść wydzielinę;

2) ból w typowym miejscu wedle O r t n e r a: w *pleuritis mediast. anterior dextra*, w II-giem przestworzu międzyżebrowym przy mostku, w *pleuritis mediastinalis posterior sinistra* nagły gwałtowny ból w okolicy serca, między mostkiem i brodawką sutkową albo pod górną częścią mostka; w *pleuritis mediastinalis posterior* ból w międzyłopatkowej przestrzeni i wzdłuż kręgosłupa. Dzieci jednak źle lokalizują i najczęściej podają bóle w brzuchu;

3) w przypadkach rozległych wysięków występują trudności w polykaniu, odbijania, chrypka i przemieszczenie tchawicy, co się składa na zespół śródpiersiowy S a v y e g o. Rozległe wysięki w części przedniej przemieszczają serce, po stronie prawej wywierają ucisk na żyłę czczą górną. W 3-ch przypadkach z *empyema* w części tylnej po stronie lewej, przytoczonych z literatury przez F r i c k a były objawy uciskowe, jak we wszystkich sprawach, zmniejszających przestrzeń śródpiersia tylnego. Objawy fizyczne są zależne od wielkości i położenia wysięku.

Opukowo stwierdzamy w zapaleniu w części tylnej szpary stłumienie wzdłuż kręgosłupa albo między łopatką i kręgosłupem (E t t i g). W zapaleniu części przedniej występuje rozszerzenie stłumienia w II-giem i III-ciem międzyżebrow, sięgające bardziej w dół, niż stłumienie na tle spraw, toczących się w miąższu płucnym. Stłumienie to ma często kształt trójkąta, co nasuwa trudności rozpoznawcze z wysiękowym zapaleniem osierdzia, zwłaszcza w przypadku, gdy tony serca są dobrze słyszalne, z czym spotykamy się głównie w okresie zmian łączno - tkankowych (F o d o r).

Osluchowo: osłabione chuchające szmery oddechowe i osłabione drżenie głosowe (L ü t t h o l d).

Przypadki przewlekłe dają, jako objawy, kaszel kokluszowy, pasmowate albo trójkątne przytłumienie

i czasami osłabione szmery oddechowe. Jeżeli wskutek bliznowacenia i kurczenia się sprawy powstają rozstrzenie, to objawy ich wysuwają się na pierwszy plan, jak to miało miejsce w przypadkach L ü t t h o l d a.

Etiologicznie wchodzi w grę zapalenie płuc, gruźlica, rzadko choroby wysypkowe, częściej koklusz. Przypadki swoiste przebiegają mniej gwałtownie i mają znaczenie większe ze względu na następstwa wskutek zmian warunków w śródpiersiu, ucisk na nerw błędny i spłoty sympatyczne), podczas gdy nieswoiste przebiegają gwałtownie, są najczęściej ropne, i wtedy miejscem predylekcyjnym ich jest przednia część szpary śródpiersiowej (E t t i g). Prócz wysięków ropnych mogą być surowicze, włóknikowe. krwotoczne lub zgorzelinowe.

L ü t t h o l d uważa, że częstsze są wysięki pochodzenia nieswoistego, wedle zaś B r i e g e r a i S c h r ö t t e r a przeważają swoiste. F o d o r, E m e r i c h i A r m i n spostrzegali na 2900 badanych chorych na gruźlicę 6 razy wysięki śródpiersiowe i to głównie przy obrazie *tbc. juvenilis* H o l l o. Częstsze jednak są postaci suche. Również S c h ö n f e l d uważa trójkątne cienie bez szczególnych objawów fizycznych za pozostałości zmian w szparze śródpiersiowej pochodzenia gruźliczego.

Różniczkowo rentgenologicznie wchodzi w grę w zależności od wielkości, kształtu i umiejscowienia wysięku następujące sprawy:

1) gruźlica gruczołów tchawiczo - oskrzelowych. Daje ona cień o konturze bardziej nieregularnym i często nieostрым, ewentualnie wykazuje różnolite nasycenie w następstwie zwapnienia niektórych gruczołów.

2) Ropień opadowy (przykręgosłupowy) który zwykle bywa wrzecionowaty, obustronny, wówczas równocześnie występują zmiany w kręgach.

3) Wysiękowe zapalenie osierdzia, w którym widzimy tętnienie jako objaw niestęły. Podwójne kontury serca, stwierdzone w zapaleniu wysiękowym opłucny śródpiersiowej, mogą wedle S a v y e g o i K a l m a n a występować tak samo w zapaleniu osierdzia. G r o e d e l, A s s m a n n i V a n d e r M a n d e l e uważają, że w zapaleniu osierdzia cień serca jest niewidoczny, i jedynie otaczające płuco wytwarza nieco jaśniejszy rąbek, podczas gdy cień wysięku śródpiersiowego jest zawsze wybitnie gęstszy od cienia serca.

Podwójne kontury spotykamy także w t. zw. „Panzerherz”, jednakowoż drugi kontur jest wtedy nieregularny, oraz w rozstrzeni lewej komory, co się daje wykazać w ustawieniu chorego przy prześwietleniu w pozycji skośnej i bocznej.

4) *Aneurysma retrocardiale aortae descend.* Daje ono okrągły cień, którego nie można oddzielić od aorty, czasem stwierdza się tętnienie, a u dzieci mamy wtedy dodatni odczyn W a s s e r m a n n a.

5) Wole zamostkowe, zapalne powiększenie grasicy, przerost prawego płata grasicy i guzy złośliwe; są one zazwyczaj ruchome przy polykaniu.

6) Rzadko nastrożają trudności rozpoznawcze *scoliosis, spondylarthritis deformans, hernia diaphragmatica paraesophagea.*

7) Łatwo odróżnić klinicznie dają się: uchyłek przełyku, wysiękowe zapalenie śródpiersia, ropień, zator, zgorzel i bąblowiec płuc.

8) Szczególnie często spotykamy w literaturze trudności rozpoznawcze tych postaci zapaleń płuc, które dają trójkątne zacienienie i niewyraźne objawy kli-

niczne. Jako moment odróżniający podnoszą F o d o r, E m e r i c h i A r m i n, że podczas wdechu boczna linia wysięku wydłuża się i traci swą wklęsłość, a płuco szybciej i głębiej się przesuwa, niż cień wysięku, co nie ma miejsca w zapaleniu płuc. S c h ö n f e l d podaje dwa przypadki typowego trójkątnego cienia, który okazał się zapaleniem opłucny międzypłatowej w dolnej części szpary głównej prawej. Opisał też przypadek trójkątnego cienia w zapaleniu dolnego płata płuca. U ośesków i małych dzieci spotykamy się z takimi obrazami zacinienia dość często, jednak kontury zacinienia są przytem mniej ostre, a objawy kliniczne są mniej wyraźne. D u k e n opisał przypadek trójkątnego cienia, który był spowodowany przez rozstrzenie oskrzeli w zniekształconym i skurczonym dolnym płacie płuca. E t t i g opisuje przypadek, w którym za życia tak klinicznie, jak i rentgenologicznie rozpoznawano *pleuritis mediastinalis*, a sekcja wykazała zapalenie płuc dodatkowego płata podsercowego (*lobus infracardiacus infer., lobus accessorius* R e c t o r z i k a, *retrocardiac. lobe* E w a r t s a). S c h a f f n e r sekcyjnie znajdował ten płat podsercowy, rozmaicie silnie rozwinięty, dość często, bo u 45% ludzi, i dlatego E t t i g radzi nie zapominać o tej możliwości.

Rokowanie zapaleń opłucny śródpiersiowej jest zależne od etiologii i od rodzaju wysięku. Ropne dają rokowanie złe — wedle S a v y e g o 50% śmiertelności, a suche i surowicze prowadzą zazwyczaj do wyzdrowienia przez wchłanianie się samoistne lub po nakłuciu. Czasem zaś wysięk zagęszcza się i pozostawia grube blizny.

Zmiany łączno - tkankowe niekiedy wapnieją i mogą powodować kaszel najczęściej jednak nie dają żadnych objawów; mogą też być powodem rozstrzeni.

Szczególną postać zapalenia opłucny międzypłatowej przy współdziale śródpiersiowej opisał F l e i s c h n e r.

Na zdjęciu strzałkowym stwierdzamy wtedy obok zagęszczonej wnęki zamglenie dolnej przywnękowej części pola płucnego prawego. Czasami w tych przypadkach dostajemy w pozycji bocznej obustronnie ostro konturowany cień, charakterystyczny dla dolnej części szpary głównej, najłatwiej jednak widzimy te zmiany w tyłopochyleniu, podanem przez F l e i s c h n e r a. Opisane wyżej zamglenie gęstnieje i przyjmuje kształt dziołba, ostrogi lub trójkąta, opierającego się podstawą o cień środkowy.

W niektórych przypadkach wysięku śródpiersiowo-międzypłatowego spotyka się obraz podobny do zagęszczenia płata środkowego, wtedy dopiero na podstawie dłuższej obserwacji można stwierdzić (wedle F l e i s c h n e r a), że jest to jednak wysięk śródpiersiowo-międzypłatowy. S c h ö n f e l d opisał przypadki, w których w prześwietleniu bocznym lub na podstawie przebiegu klinicznego i rentgenologicznego stwierdził faktycznie schorzenie płata środkowego, a na zdjęciu tyłno - przednim dawały one typowe obrazy F l e i s c h n e r a. Podnosi on, że w najważniejszej może dla pediatry dziedzinie rozpoznania, t. j. między nacieczeniem przywnękowym płata środkowego a wysiękiem międzypłatowym w części dolnej szpary głównej niezawsze jesteśmy w stanie rozstrzygnąć (wbrew twierdzeniu F l e i s c h n e r a), z czym mamy do czynienia, gdyż w obu przypadkach obraz

rentgenowski może się utrzymywać bez zmian latami, i w obu przypadkach objawy kliniczne i fizykalne są nikłe. Dokładne stwierdzenie ma znaczenie prognostyczne, gdyż sprawa opłucnowa łagodniej przebiega i szybciej się cofa.

Przyczyną powstania zmian śródpiersiowo - międzypłatowych z opisanym obrazem rentgenowskim są schorzone gruczoły okołoskrzelowe t. zw. wętkowe tylne (*lymphoglandulae hilares posteriores*).

Gruczoły okołoskrzelowe, należące do obszaru chłonnego płuc, układają się wzdłuż przebiegu naczyń, a szczególnie tętnicy płucnej i jej rozgałęzień. Ze względu na stosunek topograficzny gruczołów do oskrzeli uważano, że towarzyszą one drogom oddechowym, i stąd bierze się ich mianownictwo. W obrębie podziału tchawicy znajduje się większy gruczoł po stronie prawej i jeden do dwóch mniejszych po lewej. Bliżej ku wnętrzu po stronie lewej znajduje się większy gruczoł trójkątny ponad oskrzelem między tętnicą główną i płucną, a dalej na tylnej ścianie tętnicy płucnej znajduje się gruczoł, leżący najwyżej w szeregu gruczołów, nazywanych przez E n g l a gruczołami wętkowymi tylnymi.

Przecinając opłucną od strony szpary międzypłatowej, stwierdzamy bezpośrednio pod nią lub po przecięciu cienkiej warstwy miąższu płucnego tętnicę płucną, w każdym kącie, utworzonym przez odejście jej gałązki bocznej, gruczoł limfatyczny, należący do szeregu wyżej wspomnianych gruczołów wętkowych tylnych czyli międzypłatowych.

Po stronie prawej mamy stosunki podobne, jedynie tętnica płucna leży bardziej ku przodowi.

Wedle E n g l a warstwa płuca, oddzielająca gruczoły od opłucny, przeważnie występuje po stronie prawej, podczas gdy po lewej tylko wyjątkowo. F l e i s c h n e r zaś twierdzi, że omawiana warstwa płuca częściej występuje po stronie lewej, niż po prawej, a na dowód tego przytacza fakt, że obrazy zajęcia opłucny międzypłatowej częściej spotykamy w zapaleniu opłucny śródpiersiowo - międzypłatowej po stronie prawej. Za zdaniem E n g l a, poza jego autorytetem jako najlepszego znawcy topografii tych gruczołów przemawia okoliczność, że zmiany międzypłatowe po stronie lewej często mogą być zakryte przez cień środkowy.

Mówiąc już o gruczołach, pozwolę sobie zboczyć od tematu i dodać, że od przodu leżą w rozgałęzieniach żyły i tętnicy płucnej gruczoły wętkowe przednie, należące, podobnie jak tylne, do obszaru dróg chłonnych płatów dolnych. Gruczołami dróg chłonnych płata górnego prawego jest grupa gruczołów tchawiczo - oskrzelowych a płata górnego lewego gruczoły aorty i przewodu B o t a l l a.

Zajęcie tylnych gruczołów wętkowych powoduje często wysięk włóknikowy lub surowiczy opłucny międzypłatowej i śródpiersiowej, a zejściem tego procesu są zrosty, które bardzo często spotyka się w sąsiedztwie gruczołów, a więc w przysródkowej części szpary międzypłatowej. Obecność ich powstrzymuje wytwarzanie się wysięków w przypadkach zaostrzenia sprawy gruczołowej, i dlatego u dorosłych rzadziej spotyka się wysięki, niż u dzieci. Klinicznie *pleuritis mediastino - interlobaris* i jej zejście w formie zrostów daje przykręgowe przytłumienie K r ä m e r a. Schorzenie samych gruczołów bez zmian opłucny nie daje tego

stłumienia. Pozatem w okresie trwania wysięku występuje gorączka, kaszel o charakterze kokluszowym, w niektórych przypadkach skrócenie wypuku w pasze lub u podstawy płuca, tak, że się nawet myśli o *pleuritis basalis*. Osluchowo nieznaczne, zwykle objawy kataralne jako następstwo nieżyty wnekowego.

Tło tegoż procesu jest prawie zawsze gruźlicze (Fleischner, Schönfeld). Świadczy o tem też statystyka Reinberga, który na 9 przypadków *pleuritis mediastino-interlobaris* w 7-miu (6 razy u dzieci, 1 raz u dorosłego) jako przyczynę znalazł ognisko Ghona między IV — VII żebrzem. Zdanie zaś Koppsteina, wypowiedziane na podstawie badań u dorosłych, odrzucające związek z gruźlicą, jest odosobnione.

Engel opisał specjalną formę *pleuritis mediastino-interlobaris*, która w odróżnieniu od postaci Fleischnerowskiej usadawia się w górnej części śródpiersia. Etiologia jej jest nieswoista. W obrazie rentgenowskim daje ona rozszerzenie górnej części cienia środkowego, odcinające się od dołu, od cienia serca ostrym klinem, którego wierzchołek przechodzi w linję włosowatą, biegnącą do zewnętrznego konturu klatki piersiowej.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Schönfeld. Mschrift f. Kinderheilkunde 39, 1928.
- 2) Margolis i Polakow. Pedjatria Polska 10, 1930. 3) Fleischner. Acta radiol. 3, 1924. 4) Fodor und Weiss. Zbl. Tbk. Forschung 24, 1925. 5) Lüthold. Beitr. klin. Tbk. 66, 1927. 6) Weiche. Z. Kinderheilkunde 13 H 1/2, 1913. 7) Philosphow. Dtsch. Archiv. Klin. Med. 167, 1930. 8) Schafl. Ergebnisse d. ges. Tbk.-forschung 1931. 9) Herrnheiser. F. d. R. Band 36, S. 584. (1927). 10) Barsoiny und Koppenstein. F. d. R. Band 39, S. 641. 11) Barsony und Koppenstein. F. d. R. Band 39, S. 1110. 12) Fleischner. Klinische Wochenschrift 4, Nr. 18, (1925). 13) Ettig. Monatschrift f. Kinderheilkunde 28, (1924). 14) Wümberger. Monatschrift f. Kinderheilkunde 29, (1925). 15) Hammer. F. d. R. 35 B. 101, S. (1927). 16) v. Falkenhausen 37, B. 400, S. (1928). 17) Wachtel. F. d. R. 36, B. 323 S. (1927). 18) Pehu, Lucien Favre. Z. f. Kinderheilkunde B. 25, H. 19, (1931). 19) Pehu, Lucien Favre. Presse Medicale (1931). 20) Fodor, Emerich, Armin. Z. f. Tbk. 51, 337 (1928). 21) Engel. Beitr. Klin. Tbk. (1926). 22) Reinberg. Vestnik rentgenologii i radiologii. T. III. Z. VI. Str. 353 — 364. (1925). 23) Assmann. Röntgenodiagnostik. 1929. 24) Baumgarten. Röntgenpraxis, Jahrgang. IV. H. 2.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Lecznictwo.

■ LAQUEUR, WAGNER i von der VELDEN. *Bewertung der Ovarialtherapie*. (G. Thieme, Lipsk, 1933).

Firma wydawnicza zasłużona i dobrze czytelnikom naszym znana od dłuższego czasu wydaje zbiór niezbyt obszernych książek, objęty ogólną nazwą „Therapie in Einzeldarstellungen”. W zbiorze tym ostatnio ukazała się książka pod powyższym tytułem, na którą złożyli się: farmakolog amsterdamski Laqueur, ginekolog Wagner i internista von der Velden. Każdy ze swojego punktu, widzenia omawia tak dziś ważny przedmiot, jakim jest stosowanie przetworów jajnikowych w leczeniu. Żadna strona przedmiotu, oczywiście, nie może być uważana za wyczerpaną nietylko ze względu na zwięzłość, o którą autorowie usilnie się starają, lecz — co ważniejsze — wobec faktu, że mnóstwo jeszcze pytań w tej dziedzinie oczekuje rozstrzygnięcia. Część przeważnie teoretyczną, opracował Laqueur w sposób niepospolicie pouczający. O stosowaniu przetworów jajnikowych w praktyce mówią obadwaj pozostali autorowie, kładąc wyraźnie nacisk na to, co już pewnego uzyskaliśmy w tym dziale hormonoterapii i podkreślając dobitnie to, czego poszukujemy jeszcze i radziłyśmy w najbliższym bodaj czasie zdobyć. Uważne przeczytanie książki tych trzech autorów przekona każdego, że mamy tu do czynienia z przedmiotem bynajmniej nie łatwym, a zasługującym na znaczny wysiłek pracy badaczy współczesnych. Uwzględnione są wszędzie działania zarówno samego jajnika, jak i hormonów oraz wyciągów z jajnika. Zaburzenia ogólne, wymagające lub nadające się do stosowania odnośnych przetworów, zwłaszcza wydadtne zarysowują się w części internistycznej. Wszędzie autorowie bacznie zwracają uwagę na dawkowanie i pochodzenie przetworu jajnikowego, o czem, niestety, tak często w praktyce zapominamy. Wszystka treść tej niewielkiej książki zaleca się przystępnością wykładu, i korzyść z niej osiągnie niewątpliwie każdy lekarz, nietylko internista i ginekolog.

M. F.

■ W. CRONER i H. KALK. *Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken*. (Urban i Schwarzenberg, Berlin — Wiedeń. 1932).

Około trzydziestu lat temu ukazało się niewielkie rozmiarami dzieło pod powyższym tytułem. Inni byli wydawcy i inni współpracownicy. Obecnie mamy przed sobą dziesiąte wydanie tej zbiorowej pracy, która zasługuje na bardzo poważne uznanie. Gdy w wydaniach pierwszych przeważały przepisy farmakoterapeutyczne, dziś natomiast — obok tych przepisów — uwzględniona jest całkowita terapia wraz z tem wszystkiem, co starowi zdobył na tem polu ostatnich lat dziesiątków. Pod takim kątem widzenia jedynie można się pogodzić z tego rodzaju wydawnictwami. Układ dzieła, które przestało już dawno być „kieszonkowem” i do którego zaglądać już nie może lekarz w ambulatorjum lub przy łóżku chorego, jest przejrzysty przede wszystkim dlatego, że oddzielne rozdziały traktują o chorobach różnych narządów, powtórze zaś — jednostki chorobowe ułożone są w porządku alfabetycznym. Wszystkie kliniki berlińskie są tu uwzględnione, a opracowanie samo dokonane zostało przez lekarzy naczelnych i ich asystentów. Tam, gdzie dwie kliniki różnią się w postępowaniu terapeutycznym, jest to wyraźnie podkreślone. To też wiele pożytku przynosi już samo uważne przewertowanie książki i spostrzeżenie jak w pewnych przypadkach postępują w klinice wewnętrznej Hissa i Bergmann lub na oddziałach klinicznych chirurgicznych Bierera i Sauebrucha. W dopełnieniu obszerniej mowa jest o leczeniu dietetycznem w pewnych poważniejszych chorobach, następnie o djecie Gersona w chorobach przewlekłych i o stosowaniu diety według Sauebrucha, Hermansdorfera i Gersona w gruźlicy. Inny rozdział poświęcony jest zasadom terapii szczepionkowej, surowiczej i proteinowej. Wreszcie — jako zupełna nowość — z ambulatorjum dla medycyny konstytucyjnej przy berlińskiej Charité wyszło opracowanie terapii zaburzeń rozwojowych. Spisy, tablice, leczenie zatruc wreszcie oraz przepisy obowiązujące o wydawaniu narkotyków dopełniają tego treściwego dzieła. Spisu dyrektorów klinik oraz auto-

rów poszczególnych opracowań możemy sobie i czytelnikowi oszczędzić. Powiemy tylko jeszcze, że nawet ci lekarze, którzy nie są zwolennikami tego rodzaju „kompendjów”, z tą książką się chętnie zapoznają ze względu na jej prawdziwą wartość praktyczną.

M. F.

E. FREUND. Stosowanie ciepła w medycynie wewnętrznej. (Wien. med. Wschr. N. 38, 1932).

W schorzeniach układu krążenia przeciwwskazanie do zastosowania stanowią wszelkie sprawy zapalne wśierdzia i osierdzia, również skłonność do zatorów i krwawienia, względnie kruchość naczyń (przebyty niedawno krwotok mózgowy). Dobrem wskazaniem do termoterapii jest dusznica bolesna, w której stosuje się djatermję serca oraz częściowe kąpiele S c h w e n i n g e r a. Dobre wyniki oddaje djatermja również w chromaniu przestankowym. Zrosty opłucnowe odpowiadają bardzo dobrze na miejscową djatermję, sollux i promienie długofaliste, parówki, termofor. Natomiast gruźlicze zapalenie opłucnej z czynnemi jeszcze procesami wysiękowemi stanowią przeciwwskazanie do termoterapii. W dychawicy oskrzelowej oddaje dobre wyniki termoterapia głównie w postaci etlnych kąpiele elektrycznych (parówek), bardziej oszczędzająco działa Sollux i profundus; czasami daje wyniki djatermja. W Ameryce chwalą działanie djatermji w płatowym zapaleniu płuc. Gruźlica stanowi przeciwwskazanie zarówno do miejscowego, jak i ogólnego stosowania termoterapii. Szerokie zastosowanie znalazła termoterapia w leczeniu chorób narządów brzusznych, w którym termofory z gorącą wodą i elektryczne, kataplazmy, ciepłe okłady stanowią codzienne rekvizyty, działające w pierwszym rzędzie przeciwkurczowo i dlatego stosowane są w kurczowych schorzeniach pustych narządów, gdzie dokazują często cudów. Ponieważ działa ona obniżająco na wydzielanie kwasu, stosuje się ją szczególnie we wrzodzie dwunastnicy. Djatermję stosuje się z dobrymi wynikami w przewlekłych postaciach kamicy żółciowej, przewlekłych procesach zapalnych wątroby przebiegających pod obrazem marskości, w procesach zrostowych otrzewny. E p p i n g e r chwali działanie djatermji w ostrych zapaleniach nerek. W napadzie kamicy nerkowej usprawiedliwiona jest próba djatermji. W przewlekłych zapaleniach pęcherza moczowego zastosowanie ciepła, szczególnie djatermji daje dobre wyniki objawowe. Rozległą domeną termoterapii są choroby nerwów i narządów ruchu. W rwie kulszowej termoterapia działa dobrze w każdej postaci, najlepiej owijania borowiną, oddające lepsze usługi niż djatermja. Świeże zapalenia nerwów źle znoszą gorąco. Przelomy i bóle wiądowe odpowiadają dobrze na djatermję. W migrenie należy próbować zastosowania ciepła. W ostatnich czasach próbuje się w schorzeniach ośrodkowych djatermji międzymózgowia, względnie przysadki mózgowej. Szczególnie często stosuje się termoterapię w schorzeniach stawów, mięśni, ścięgien i torebek maziowych. W sprawach wielostawowych, w ostrych bólach mięśniowych i nerwobólach pochodzenia reumatycznego przekładać należy ogólne procedury, przyczem nacisk kłaść należy na silne pocenie się. Tam, gdzie chodzi o procesy miejscowe, pozostałości po zapaleniach lub procesach zwyrodnieniowych, oddaje się pierwszeństwo zabiegom, wywołującym przekrwienie i przyspieszającym wchłanianie się.

Henryk J. L a n d a u.

J. L. FAURE. Leczenie chirurgiczne raka. (Monde méd. N. 811, 1932).

Zagadnienie wyleczenia chirurgicznego raka jest we wszystkich jego umiejscowieniach rozwiązywane. Lecz można tak twierdzić tylko w odniesieniu do tych przypadków, które podlegają leczeniu w początkach choroby, póki jest ona tylko miejscową sprawą, kiedy się ją doprowadza do wyleczenia często, a w raku macicy prawie zawsze. Technika nie może już więc się udo-

skonać, pozostało jedynie przekonać lekarzy i ogół o konieczności wczesnego rozpoznania oraz natychmiastowej operacji, skoro postawiono rozpoznanie. Zagadnienie raka stało się zagadnieniem propagandy. Podczas gdy nowe metody i postępy w leczeniu radem i naświetlaniami głębokimi nie przyniosły jeszcze rozwiązania zagadnienia, leczenie chirurgiczne daje znakomite wyniki i będzie zawsze tem, które będzie dawało jeszcze lepsze wyniki.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby serca i naczyń.

STUBER i LANG. W sprawie nowego sposobu leczenia zakrzepów. (D. m. W. N. 23, 1932).

Leczenie zakrzepów jest sprawą tembardziej aktualną, że ilość ich, jak wskazują ostatnie statystyki, coraz bardziej wzrasta i coraz częściej widzimy w ich przebiegu zatory śmiertelne. Racjonalne zaś leczenie zakrzepów może być uwieńczone pomyslnym skutkiem tylko w tym wypadku, o ile uwzględnia momenty natury patogenetycznej. Badania A s c h o f f a stwierdziły, że w powstawaniu samoistnych zakrzepów żylnych czynniki mechaniczne grają pierwszorzędą rolę. Zakrzep, jak wiadomo, składa się ze zlepionych płytek krwi. Taka aglutynacja jest możliwa tylko przy b. zwolnionym prądzie krwi. Jednak samo zwolnienie przepływu krwi nie wystarcza do wystąpienia zakrzepu. Muszą istnieć i zmiany w składzie chemicznym i fizycznym krwi, aby przy zwolnionym prądzie mogło dojść do zlepiania się płytek krwi. Według S t a r l i n g e r a elektryczny ładunek płytek krwi jest tym czynnikiem, który przeszkadza ich zlepianiu. Im wyższy jest ten ładunek tem bardziej stale jest zawieszenie płytek we krwi. Wysokość zaś ładunku zależy od zawartości ciał białkowych w tym sensie, że zwiększenie frakcji włóknikowo - globulinowej powoduje zmniejszenie ładunku elektrycznego. Natomiast powiększenie frakcji albuminowej powoduje zwiększenie ładunku płytek krwi i stale zawieszenie płytek we krwi. Dalsze badania autorów w tym kierunku zwróciły uwagę na duże znaczenie zwiększenia glikolizy krwi, zwiększenia ilości kwasu mlekowego i ciśnienia kwasu węglowego, przyczem zwłaszcza to ostatnie ma duże znaczenie. Kwas węglowy jest jednym z czynników b. przyspieszających krzepnięcie krwi, powoduje jednak zmniejszenie ładunku elektrycznego płytek krwi. Jednocześnie z tem daje się zauważyć zwiększenie liczby trombocytów, przytem płytek małych, łatwo się zlepiających. Te wyżej wymienione przyczyny chemiczne i fizyczne znajdują się we wszystkich sprawach, prowadzących do zakrzepów: przy operacjach, przy niewydolności krążenia, przy miejscowych przeszkodach w krążeniu, przy wszelkich infekcjach. Patogeneza zakrzepów jest przeto uwarunkowana dwiema sprawami: zwolnieniem prądu krwi i specjalną chwiejnością osocza i płytek. W leczeniu, w większości przypadków, przy samoistnych zakrzepach, musimy zwrócić uwagę na niewydolność serca i zastosować przewlekłe podawanie naporstnicy. Przy zaburzeniach w krążeniu na tle porażenia naczyńioruchowych, jak przy chorobach zakaźnych, należy stosować środki tonizujące naczynia: kamforę i kofeinę i t. p. Wpływ na drugą sprawę udaje się, zdaniem autorów, osiągnąć również w niemałym stopniu. Wyrównanie stosunków patologicznych w osoczu i wpływ na płytki można uzyskać nawet w formie ostrej, dzięki preparatowi Germanin. Preparat ten stabilizuje stosunki, panujące w osoczu, powoduje przesunięcie ciał białkowych w kierunku albumin, podniesienie ładunku elektrycznego płytek i zmniejsza zdolność krzepnięcia krwi. Winien on być podany jedynie dożylnie, początkowo 0,5 gr., a po 2 — 3 dniach 1,0 gr., dawka ta może być także powtórzona. Zdaniem autorów, lęk, jaki panuje, przed dożylnem stosowaniem leków w zakrzepach jest bezwzględnie nieuzasadniony. To ostre działanie germaninu winno być poparte przez środki, które w spo-

sób przewlekły powodują poprawę stosunków patologicznych osocza. Tutaj b. dobre wyniki otrzymano przez zastosowanie diety alkalinizującej, której przepis szczegółowy autorzy podają. Oprócz tego dawano dziennie 40 gr. *Natrium citricum neutrale*, bądź taką samą ilość uricedyny S t r o s c h e i n. St. L u x e n b u r g.

MESZARUS K. Arteriitis obliterans (Thromboangiitis Buergeri) jako choroba rodzinna. (tsch. Archiv. f. klin. Medizin. T. 171, 391, 1931).

Autor opisuje z kliniki budapeszteńskiej 8 członków jednej rodziny węgierskiej, dotkniętych wymienionem w tytule cierpieniem, u 3-ch z dość ciężkim przebiegiem: brakiem tętna, zmianami kapillaromikroskopowymi, owrzodzeniami troficznymi bardzo głębokimi. M e s z a r u s podkreśla „nigdzie nie wzmiankowaną postać endogenną tej choroby”, w której czynniki rodzinne i dziedziczne wybitną odgrywają rolę. (U nas przed laty 30-tu o podobnych rodzinach wspominał G o l d f l a m i demonstrował kilkakrotnie H i g i e r).

H. H i g i e r.

FERRANNINI Andrea. Angiohipotonja ustrojowa i podciśnienie tętnicze idjopatyczne. (Zentralbl. für Kreislaufforschung. 23, str. 547, 1931).

Angiohipotonja ustrojową reprezentuje poszczególny obraz kliniczny, w którym niewydolność przewlekła i samostanna napięcia tętnic, żył i włósnic uzewnętrznia się w objawach klinicznych ze strony serca i naczyń, nerek, wątroby i układu nerwowego oraz w sferze cech antropologicznych. Prowadzi ona przede wszystkim do licznych anomalii w hydraulice ogólnej i miejscowej poszczególnych narządów, prowadzi do zaburzeń w odżywianiu naczyń i do ich zwyrodnienia sklerotycznego. Początek bierze angiodystonia w zaburzeniach endogenno - konstytucjonalnych organizmu i ich oddziaływaniu na narządy i układy narządowe, które ze swojej strony drogą gruczołów dokrewnych wywierają wpływ wybitny na napięcie naczyń. Takie stanowisko patogenetyczne tłumaczy nam według F e r r a n n i n i e g o pewne zespoły objawowe esencjalne, liczne zaburzenia w dziedzinie rozrastania całego organizmu i pojedynczych organów, oświetla niektóre błędy diagnostyczne, usuwa błędne rozumowania w terapii serca i naczyń oraz daje wskazówki w farmako-, dieto-, fizjo- i opoterapii, tonizującej układ sercowo - naczyniowy. (W koncepcji autora uderza typowy *circulus vitiosus*. Ref.).

H. H i g i e r.

Choroby dróg moczowych.

F. BUSCHKE. Mocznica w przebiegu białkomoczu o typie Bence - Jonesa. (Klin. Woch. N. 10, 1932).

Autor podaje dwa przypadki *myelomatosis* z białkomoczem o typie niewydolności nerek o charakterze nerczykowym. Obok dużego białkomoczu stwierdzono nieznaczne nadciśnienie i mierną azotemję. Na autopsji nie stwierdzono anatomicznych zmian w nerkach — aparat kłębkowy i naczyniowy nerek prawie niezmieniony, natomiast schorzeniu ulegają kanalikuli. Przypadki takie zasługują na uwagę ze względu na to, że chorzy giną wśród objawów ciężkiej mocznicy przy braku zmian anatomicznych w nerkach. Doświadczania na zwierzętach wykazały, że wstrzykiwanie białka B e n c e - J o n e s a wywołuje zmiany nerkowe, analogiczne do spostrzeganych u ludzi, chorych na *myelomatosis*; stąd wniosek, że niewydolność nerek rozwija się z powodu drażnienia kanalików nerkowych przez białko, obce dla ustroju.

Jakób P e n s o n.

C. WESTPHAL. Eozynofilowe zapalenie pęcherza moczowego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 1).

Autorka podaje opis kilku przypadków tak zwanego eozynofilowego zapalenia pęcherza moczowego, które uderzają swym odbieganiem od zwykłego zachowaniem się. W osadzie znajduje się uderzająco wiele komórek kwasochłonnych, które występują w licznych śluzowo - włóknikowych kłaczkach. Chorzy podają bóle piekące i kłujące w pęcherzu moczowym. Istnieje przytem nadzwyczaj silna gotowość kurczowa, przytem bolesne kurcze są uzależnione w swym występowaniu i znikaniu w silnym stopniu od psychiki. Błona śluzowa pęcherza moczowego ma skłonność do krwawień włosowatych i obfitego wydalania śluzu i włókniaka. Zwykle środki lecznicze raczej wzmagają objawy zapalne, aniżeli je polepszają. Skuteczną okazuje się ogólna alkalizacja. Obraz chorobowy pod wielu względami przypomina dychawicę oskrzelową, szczególnie jeżeli idzie o zachowanie się psychiczne. Praktyczne znaczenie znajomości tego obrazu chorobowego polega na tem, że obecność komórek kwasochłonnych w osadzie pęcherzowym daje wskazówki co do genezy i leczenia.

Henryk J. L a n d a u.

V. BLUM. Różniczkowo - rozpoznawcze znaczenie ropomoczu. (Wien. kl. Woch. N. 14, 1932).

Objaw ropomoczu wymaga troskliwego zanalizowania, Ropna wydzielina w zewnętrznym ujściu cewki moczowej jest objawem stanu zapalnego przedniej części cewki moczowej. Jeżeli pierwsze krople oddanego moczu są mętne, a następnie oddawany mocz jest przezroczysty, dowodzi to stanu zapalnego cewki moczowej (początkowy ropomocz). Jeżeli mocz jest wolny od ropy, a tylko ostatnie krople są mętne (końcowy ropomocz), dowodzi to stanu zapalnego gruczołu krokowego lub pęcherzyków nasiennych. Robaczkowate ropne skrzepiki przemawiają za krzepnięciem ropy w moczowodach. Kombinacja początkowego i końcowego ropomoczu bywa zwykle pewnym dowodem ropnego zapalenia gruczołu krokowego. Jeżeli cały mocz jest równomiernie mlecznie zmętniały (ropomocz całkowity), może chodzić o ropień nerek, zapalenie miedniczek nerkowych lub pęcherza moczowego lub o przebiecie ropnia narządów sąsiednich do dróg moczowych. Lecz również w ropowicach okołopęcherzowych, ropniach mięśnia lędźwiowo-udowego, ropieniach przydatków, ropniaka jajowodu można spostrzegać ciężkie postacie ropomoczu. Ważne jest badanie bakteriologiczne osadu moczowego błękitem metylenowym. Ropomocz wolny od drobnoustrojów jest zawsze bardzo podejrzany o gruźlicę. Najczęstszymi przyczynami ropomoczu są prątki okrężnicy i rozmaite drobnoustroje ropne. Dokładne umiejscowienie zapalenia, które prowadzi do ropomoczu, odbywa się za pomocą cystoskopowania i cewnikowania moczowodów i stanowi domenę specjalistów.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

V. BLUM. Znaczenie niedomogi nerek dla chirurgji. (Wien. kl. Woch. N. 15, 1932).

Zabieg chirurgiczny znajduje zastosowanie w niedomogach nerek wtedy, gdy leczenie wewnętrzne zawiedzie. Tak więc wyluszczenie nerek z torebki (*decapsulatio renum*) wykonywa się: 1) w przypadkach długotrwałych jedno lub obustronnych krwawień nerkowych, jednakże nie w tych masywnych krwawieniach, którym towarzyszy odejście większych skrzepów krwi, a które występują w brodawczakach miedniczek nerkowych, w gruźlicy lub nadnerczakach, w przypadkach tych wchodzi w rachubę, oczywiście, jedynie wycięcie nerki (*nephrectomia*); 2) w bezmoczu, mocznicy, rzucawce; 3) w białkomoczu i obrzękach silnego stopnia; 4) w jaskrze nerkowej (*Nephralgie hématurique*); 5) w nerce wędrującej z przewlekłym zapaleniem; tu-

tej wyluszczone nerka zostaje umocowana. Wkroczenie chirurgicznie jest bezwzględnie wskazane w tych postaciach bezmocz, w których istnieje mechaniczna niedrożność albo obu moczowodów z powodu kamieni, albo też niedrożność jednego moczowodu z odruchowym bezmoczem drugiej nerki. Jeżeli istnieje ciężka niedomoga nerek z zatrzymaniem moczu z powodu przerostu gruczołu krokowego należy rozstrzygnąć pytanie, czy ta niedomoga jest uwarunkowana przerostem gruczołu krokowego czy też jest od niego niezależna. Konieczne jest w tym celu zupełnie stopniowe opróżnianie pęcherza moczowego za pomocą regularnego zakładania cewnika, a później założenie cewnika à demeure. Jeżeli w tych warunkach poprawi się niedomoga, można wtedy przyjąć, że powstała ona wskutek zastoiny i można wobec tego operować gruczolaka gruczołu krokowego (po 2 — 6 tygodniach).

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Radjologia.

A. BÉCLÈRE. Promienie Roentgena w leczeniu raków. (Monde méd. N. 811, 1932).

Wśród metod leczniczych, stosowanych obecnie przeciwko rozmaitym rakom niejednakowo radjoculym promienie Roentgena odgrywają pierwszorzędą rolę, która może się tylko powiększyć. Ta rola często uzdrawiająca staje się nią tem bardziej, im wcześniej i bardziej odpowiednio stosuje się promienie Roentgena. Dla wyleczenia raków wczesne rozpoznanie wraz z wyborem najodpowiedniejszej metody leczenia stanowi największą gwarancję.

Henryk J. Landa u.

A. LACASSAGNE. Współczesne myśli o leczeniu radem raków. (Monde méd. N. 811, 1932).

Jeżeli się rozchodzi o leczenie raków, to należy podkreślić, że niema choroby, zwanej rakiem, lecz istnieją raki o rozmaitem umiejscowieniu i rozmaitej genezy, różniące się pochodzeniem histologicznym i budową, z których każdy posiada właściwy mu rozwój i fizjopatologję. Niema jednej curieterapii raka, jak niema jednego leczenia chirurgicznego i rentgenowskiego raka, lecz jedynie tylko dobra znajomość rozmaitych nowotworów złośliwych może kierować w każdym poszczególnym przypadku właściwem zastosowaniem będących do naszej dyspozycji metod leczniczych, zazwyczaj kombinowanych ze sobą. Wśród nich leczenie radem okazało się szczególnie skutecznem; lecz najczęściej pozwala ono na osiągnięcie powodzenia tylko przy współpracy chirurgji i promieni Roentgena, do której każda z tych metod wnosi swój udział.

Henryk J. Landa u.

R. BENS AUDE, J. H. MARCHAND i J. KIMPEL. Rentgenoleczenie przetok odbytniczych. (Paris méd. N. 14, 1932).

Każdy chory, u którego oglądanie wykazuje obecność otworu przetoki jest badany rentgenologicznie po zastrzyknięciu płynu kontrastowego. Do pierwszych zastrzyknięć używali autorzy lipjodolu, obecnie starają się go zastąpić roczynami wodnemi, stosowanemi w neurologji: abrodilem, tenebrylem i t. d., łatwiejszemi do zastrzykiwania i łatwiej dyfundującymi. Badanie takie jest konieczne, gdyż z wyglądu i rozmiarów ujścia zewnętrznego nie można sądzić o rozmiarach przetoki. Rozgałęzione przetoki, których obraz rentgenowski zajmuje całą miednicę małą otwiera się czasem punkcikowatym otworem, podczas gdy szeroko ziejąca przetoka kończy się ślepo

w odległości 1 — 2 cm. Zgłębnik, pozwala określić jedynie długość pierwszego prostoliniowego odcinka, natomiast uchodzą badaniu liczne rozgałęzienia, których sztywny przyrząd nie może zgłębić. Jeżeli badanie rentgenowskie wykazuje przetokę, którą chirurg może bez trudności zupełnie płasko wyłożyć, należy przekazać chorego chirurgowi do leczenia. Jeżeli rozchodzi się o przebieg głęboki i rozgałęziony, uciekać się należy do rentgenoleczenia. Autorzy stosują następującą technikę: napięcie przynajmniej 150 kilowolt, filtr 10 mm. Al lub lepiej 0,5 mm. Cu + 2 mm. Al. Naświetlania robi się dwa razy tygodniowo w dawce 500 R aż do dawki całkowitej 4000 — 5000 R. na pole, rozmiary i liczbę pól należy obliczać w ten sposób, by zakres naświetlania przekraczał zakres schorzały, widoczny na zdjęciu rentgenowskiem. W pomyślnych przypadkach już po pierwszych naświetlaniach wydzielina ropna zwiększa się, lecz ból i miejscowe uczucie ciężaru szybko znikają. Ropa staje się rzadsza i po kilku tygodniach zamienia się w płyn barwy cytrynowej. Dopiero po 3 lub 4 miesiącach od chwili rozpoczęcia leczenia wyciek ustaje, a otwór zabliźnia się. Często wynik taki osiąga się dopiero po drugiej serii naświetlań, przeprowadzanej tak samo w 2 lub 3 miesiące po pierwszej. Chorzy znoszą to leczenie znakomicie, a jedyne przeciwwskazanie doń stanowi bardzo ciężki stan ogólny. Niezbędna jest jednak jedna ostrożność: jest to ochrona narządów płciowych. Jest ona łatwiejsza u mężczyzn, umieszczanych w położeniu kolanowo-piersiowem, jest ona praktycznie nie do osiągnięcia u kobiet, a leczeniu towarzyszy ustanie miesiączki czasami chwilowe, lecz przeważnie ostateczne. Dlatego też autorzy zawsze wahają się przeprowadzać rentgenoleczenie, jeżeli chodzi o młode kobiety w okresie czynności płciowych, i nie rozpoczynają leczenia, dopóki nie uprzedzą chorej o ryzyku, na jakie się naraża. Wśród leczonych tą metodą 31 chorych osiągnęli autorzy 40% wyleczeń i 40% poprawy.

Henryk J. Landa u.

W. UNVERRICHT i E. FREUDE. W sprawie metody uwidacziania woreczka żółciowego. (Wien. kl. Woch. N. 11, 1932).

Okoliczność, że przy wypełnianiu woreczka żółciowego tak często nie uwidacznia się on w obrazie rentgenowskim (wśród 80 przypadków około 40 razy zgodnie z doświadczeniami autorów), skłoniła autorów, ażeby uczynić próbę podawania przed badaniem atropiny według metody Grebe go, a mianowicie w stężeniu 0,01 na 20,0, 3 razy dziennie po 8 kropli przez 2 do 3 dni przed przyjęciem środka kontrastowego. Dzięki temu udało się w 22 z pośród 40 przypadków otrzymać uderzająco dobre, wyraźne i jasne obrazy pęcherzyka żółciowego. Przy dokładniejszym badaniu przewodu pokarmowego ujawniono w tych przypadkach typ żołądka o nadmiernie żywych ruchach robaczkowych, a często też o nadmiernem napięciu ściany, kurczowe zaparcie stolca lub kolki podrażnieniowe. Zgodnie z tem podawanie atropiny musiało działać hamująco i zwiotczająco na błonę mięśniową pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. W pozostałych przypadkach nie udało się uwidocznnić pęcherzyka żółciowego również po podawaniu atropiny. Można więc z tego wyciągnąć taki wniosek, że w tych przypadkach nie powstają kurcze, ani nadmierna ruchomość. Autorzy znaleźli rzeczywiście w 12 przypadkach opadnięcie trzew, w których robili oni obecnie próby poprawienia stanu zapomocą strychniny z tą nadzieją, że w ten sposób uda im się uwidocznnić pęcherzyk żółciowy.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Wskazówki praktyczne

D e l b e t na zasadzie swoich badań dochodzi do wniosku, że *sole magnez* są pewnym środkiem *zapobiegającym powstawaniu raka*, osoby zaś, z powodu raka operowane, mogą uchronić od nawrotów. Stosować należy jednocześnie tabletki, zastrzykiwania podskórne i wprowadzanie przez odbytnicę (roztwór fizjologiczny). (*Presse méd.* 21.XI.1928).

—o—

W leczeniu *sklerotycznych bólów głowy* i innych szybko przemijających objawów u dotkniętych miażdżycą naczyń, radzi **F. H i l l e r** następującą mieszankę: *Rp. Kal. nitrici* 24,0; *Natr. bicarb.* 36,0; *Natr. nitrosi* 0,6; *Aq. destill. ad* 300,0. MDS. Zrana naczczu zażyć 1 łyżkę stołową w ¼ litra wody, popijając powoli w ciągu ½ godziny. (*M. m. W.* 1932, N. 38).

—o—

Jako *środek tuczący i poprawiający stan ogólny* poleca **A. S t r a s s e r** *Inarsunin*, zawierający w ampułce na każde

10 jednostek insuliny 2,0 mg. kwasu monometylarsenowego. (*Med. Klin.* 1931, N. 52).

—o—

H u s l e r przypomina *mieszanke przeciwkrztuścową* **H e n o c h a - H e u b n e r a**. *Rp. Extr. Belladonn.* 0,05 — 0,1; *Antipyrin.* 1,2; *Natr. lub Calcii bromat.* 3,0 — 6,0; *Aq. dest. ad* 100,0. MDS. Co 2 — 3 godz. łyżeczkę od kawy.

—o—

W zapaleniu *płuc krupowem u osesków i małych dzieci* stosuje **L e i t n e r** z doskonałym wynikiem *optochinum basicum* w czopkach 3 — 4 razy dziennie, u osesków 2 — 3 ctg., u 1 — 2 letnich 3 — 4 ctg., u 2 — 5 letnich 4 — 5 ctg., u starszych 5 — 10 ctg. — w ciągu 2 dni, w każdym razie nie dłużej, niż 3 — 4 dni, w przeciwnym razie grozi niebezpieczeństwo kumulacji. Zapalenie nerek stanowi przeciwwskazanie do stosowania optochiny. Zamiast czopków można dawać placuszki czekoladowe 3 — 4 razy dziennie po 1 — 2 placuszków. (*Jahrb. Kinderhlk.* T. 135, z. 5/6).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Radiologiczne. Koło Warszawskie.

LVIII posiedzenie naukowe z dnia 27.V. 32 r.

Obecnych 29.

Przewodniczący: **W. Z a w a d o w s k i**.

Sekretarz: **B. G r y n k r a u t**.

1) **R o s n o w s k a B.** *Zmiany stawowe w przypadku krwotoczności niedokrzepłej*. Prelegentka zaznacza, że schorzenie to spotyka się zwykle u chłopców. Przypadek demonstrowany dotyczy mężczyzny l. 32. Od lat 8-miu cierpi na krwawienia. Wynik badania krwi wykazuje niedokrewność z czasem krzepnięcia b. przedłużonym. Zdjęcia wykazują ubytki cięniowe małych rozmiarów w nasadach kości tuż przy powierzchni stawowych.

D y s k u s j a :

M e s z : Nie wiem, czy nazwa „krwotoczność niedokrzepła” jest już przyjęta w piśmiennictwie, w słowniku lekarskim nazwa brzmi „krwawiączka”. W przypadku, przedstawionym przez prelegentkę, faktycznie widzieliśmy wszystkie okresy tego cierpienia. Przypominam przypadek, przedstawiony poprzednio przeze mnie, gdzie zmiany były tak typowe w jednym, co prawda, stawie kolanowym, że na zasadzie obrazu radiologicznego rozpoznałem sprawę chorobową. Wywiady, zebrane już później, potwierdziły rozpoznanie.

2) **E l e k t o r o w i c z A. i W e r k e n t h i n ó w n a M.** *Rozwój promienicy płucnej w obrazie radiologicznym*.

Grzybek promienicy jest zaliczany w botanice do grupy *trichomycetes*, która jest pośrednią pomiędzy *hyphomycetes* — pleśniami i *schizomycetes* — grzybami. Do tej grupy *trichomycetes* należą *streptothrix* i *leptothrix*, tak samo mogące niekiedy wywoływać zmiany chorobowe w ustroju ludzkim. **P e t r u s c h k y** odróżnia 3 odmiany grzybka promienicy, z których jedna jest chorobotwórcza dla człowieka, druga tylko dla świnki morskiej, trzecia nie wywołuje zmian w organizmie zwierzęcym. Spokrewnione z tą grupą grzybków są laseczniki grzylicy, wąglika i błonicy.

W przyrodzie grzybek promienicy znajdowany jest często na wszystkich częściach roślin, t. j. na łodygach i na korzeniach, a także w wodach, w ziemi rolnej, na wilgotnych ścianach i tapetach. Wydaje się, że wszędzie momentem, sprzyjającym rozwojowi grzybka, jest wilgoć, tak n. p. obserwowano, że bydlę choruje tam, gdzie pasie się na łąkach wilgotnych.

Z roślin grzybek może przedostać się do ustroju ludz-

kiego. Jeśli chodzi o umiejscowienie, to u człowieka najczęściej spotykamy promienicę w szczękach i na szyi, bo w 70% przypadków. Rzadziej w przewodzie pokarmowym (26%), najrzadziej w płucach (10 — 15%, **F r a e n k e l**).

Płuco może zachorować pierwotnie drogą aspiracji grzybka z pyłkami roślinnymi, lub też wtórnie, kiedy zarazek przedostaje się drogą przerzutu przez naczynia chłonne lub krwionośne. Niekiedy sprawa przechodzi na płuco wprost z sąsiednich narządów. **I s r a e l** cytuje przypadek, w którym w ognisku promieniczym w płucu znaleziono kawałek zęba. **B i r c h - H i r s z f e l d** w jamie promienicznej w płucu znalazł ziarnko zboża. Możliwe jest, że w miejscu wejścia grzybka do ustroju wytwarza się ognisko zapalne, które później cofa się, i wówczas nie możemy znaleźć miejsca, z którego grzybek dostał się do krwiobiegu i do płuc. Najczęściej wrotami zakażenia są *m i g d a ł k i i s p r ó c h n i a ł e z ę b y*.

Zmiany anatomiczne polegają na zapaleniu ropnym z wytwarzaniem się ziarniny. Dokoła grzybka widzimy nacieczenie z limfocytów i ciałek wielojądrowych, potem wytwarza się ziarnina, zawierająca komórki nabłonkowe i olbrzymie. W ropie, pochodzącej z ognisk promienicznych, wśród najrozmaitszych stłuszczałych komórek spotyka się grudki samego grzybka promienicy. Jeśli grzybek usadowi się w ścianie oskrzela, wywołuje on wszystkie wymienione zmiany, które w dalszym przebiegu doprowadzają do rozpadu albo do daleko w otoczenie sięgających zmian łącznotkankowych.

W przebiegu klinicznym charakterystyczne jest to, że nacieki promienicy w płucu przerasta wszystkie tkanki bez różnicy, aż dojdzie do skóry. W skórze wywołuje deskowate twarde nacieczenia; później zjawiają się w skórze ogniska rozmiekania, i wytwarzają się przetoki, z których wydziela się ropa, zawierająca grudki promienicy.

Turner rozróżnia 2 postaci promienicy w płucach — jedną szerzącą się od wnętrza wzdłuż oskrzeli, wywołującą powstawanie nacieków dokoła oskrzeli i daleko idące zwłóknienie, drugą — kiedy sprawa zaczyna się w samej tkance płucnej i występuje pod postacią ograniczonego ogniska, podobnego do zapalenia płuc, zawału lub nacieku wczesnego. Postać ta ma skłonność do szybkiego przechodzenia na opłucną i wciągającą jej w sprawę chorobową.

W przebiegu klinicznym promienicy płucnej **I s r a e l** rozróżnia 3 okresy:

W pierwszym okresie chorzy skarżą się na kaszel z płociną śluzowo-ropną, niekiedy z domieszką krwi. Badanie fizykalne stwierdza jedynie objawy uporczywego nieżyty oskrzeli. Później dołącza się gorączka i wychudnięcie. Jeśli sprawa jest umiejscowiona w oskrzelach, badanie radiologicz-

ne jest w okresie tym zupełnie negatywne, w postaci pneumonicznej będąc radiologiczne i kliniczne objawy nacieku.

W okresie drugim sprawa przechodzi na opłucną — zjawiają się bóle, wysięk w opłucnie lub grubienie i bliznowacenie jej z naciekiem ściany klatki piersiowej i tkanek podskórnej. Okres ten przebiega przeważnie z wysoką ciepłotą.

W okresie trzecim nacieki w skórze rozmikają, wytwarzają się przetoki. Chorzy znacznie podpadają na siłach, wyniszczenie jest podobne do nowotworowego. Szybko zjawiają się przerzuty w innych narządach, dołącza się skrobawica nerek. Zazwyczaj zejście śmiertelne następuje w kilka miesięcy do roku od początku choroby.

Rozpoznanie bywa ustalane zwykle w okresie przetok skórnych po zbadaniu mikroskopowym charakterystycznej ropy. Rozpoznanie w tym okresie jest zbyt późne, jeśli chodzi o leczenie, gdyż chorzy są już bardzo wyniszczeni.

Rozpoznanie radiologiczne jest trudne. Przypadki te są najczęściej podobne do gruźlicy, tak, jak i pod względem klinicznym, naskutek przewlekłego przebiegu oraz skłonności do włóknienia i do wytwarzania jam. Hamman podkreśla ostre odgraniczenia nacieku, szerzącego się zazwyczaj od wewnątrz.

Przypadek, obserwowany przez nas, dotyczy chorego S. R. lat 25, z zawodu krawca. W maju 1929 r. dostał silnych bólów w lewym boku.

Po miesiącu w skórze zjawiał się twardy guz. W przychodni przeciwgruźliczej podejrzewano guz nowotworowy w okolicy II-go żebra, i chory został skierowany do oddziału radiologicznego szpitala Ujazdowskiego (kol. Zawadowski) do napromieniania. Zdjęcie nie wykazało zmian w żebrze, jednakowoż przypuszczano mięsaka i chorego napromieniano. Po kilku napromienieniach głębokich guz rozmiękł, zjawilo się chębotanie, a nakłuciem wydobyto ropę, w której znaleziono grzybek promienicy. W miejscu nakłucia wytworzyła się przetoka. Po dalszych napromienieniach przetoka się zgoiła, guz znikł. W okresie tym chory był demonstrowany w Tow. Radiologicznym przez kol. Zawadowskiego, jako pomyślnie leczony przypadek promienicy (patrz P. Przegląd Radiolog. tom V. str. 143).

W styczniu 1930 r. wystąpił ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa i w boku prawym i stan podgorączkowy. Chory został skierowany do szpitala Wolskiego i przyjęty do oddziału Dra Dąbrowskiego dn. 12 kwietnia 1930 r. Badanie przedmiotowe wykazało budowę wątlą, odżywianie upośledzone, przy uderzeniu występują węzły chłonne, skóra i śluzówki blade. W użębieniu duże braki, kilka zębów spróchniałych, z zębodołów przy ucisku wycieka ropa. W narządach wewnętrznych badanie fizykalne zmian nie stwierdziło.

Zdjęcie klatki piersiowej nie wykazało zmian w miąższu płucnym poza zwapniałym ogniskiem pierwotnym. Całe pole płucne lewe lekko przycienione w porównaniu z prawym, co tłumaczono, jako zgrubienie opłucnowe. Lewy kąt przeponowo-żebrowy gorzej się otwierał podczas wdechu.

Badanie płwociny śluzowo-ropnej z niewielką domieszką drobniutkich ziarenek żółtawych wykazało obecność grzybka promienicy. W ropie z zębodołu w okolicy zepsutych zębów znaleziono liczne nitki promienicze i pojedyncze grzybnie promienicze. W ciągu maja usunięto wszystkie zepsute zęby, mimo to w płwocinie nadal znajdowano przez cały czas pobytu chorego w szpitalu grzybek promienicy.

W końcu maja na tylną ścianę klatki piersiowej w okolicy kręgów XI i XII piers. i I lędźw. powstało wygórowanie bardzo bolesne, o miejscowo podniesionej ciepłocie. Zdjęcie kręgów piersiowych i lędźwiowych nie wykazało żadnych zmian, zdjęcie klatki piersiowej wykazało ten sam obraz, co poprzednio. W ciągu czerwca i lipca stan chorego pogarszał się — ciepłota wieczorami przewyższała 38°, osłabienie wzmagalo się, tak, że chory nie mógł chodzić o własnych siłach, skarżył się na silne bóle i kaszel. W sierpniu stan chorego cokolwiek się poprawił. We wrześniu w okolicy lewej łopatki wytworzył się guz, który później zaczął rozmiękać i wykazał chębotanie; guz był bardzo bolesny, skóra nad guzem niezmienną; następnie zaczął się wytwarzać guz w okolicy prawej łopatki. Guzy te uniemożliwiały choremu leżenie nawznak. Dn. 24.IX. chory został przepisany do kliniki chirurgicznej prof. Lesniowskiego o celem opróżnienia chębotających ropni.

W szpitalu Wolskim podawano choremu do wewnątrz jod w postaci nalewki jodowej, wstrzykiwano siarczan miedzi domięśniowo i do ropni, emetykę domięśniowo. Leczenie jednakowoż było bezskuteczne, stan ogólny pogorszył się znacznie, waga spadła z 50,8 kg. na 44 kg.

W klinice chirurgicznej dalszy przebieg choroby był następujący: chory stale gorączkuje do 38°, osłabiony, wyniszczony, kaszle dużo, odpluwa gęstą, ropiastą płwociną. Badaniem fizykalnym stwierdza się skrócenie wypuku nad szczytami i lekkie przytłumienie w okolicy przywłkowej po obu stronach. Przysłuchem stwierdza się nad całymi płucami zaostrezenie szmerów, liczne świsty i firczenia. W okolicy przywłkowej prawej rżżenia drobnobańkowe. Po nakłuciu ropnia w okolicy grzbietowej wydobyto 300 cm.³ treści śluzowo-ropnej z licznymi białymi szarymi grudkami. W grudkach tych znaleziono pod drobnowidzem nitki i grzybnie promienicy. Podobny wynik dało też badanie płwociny. Wykonane badanie radiologiczne wykazało znaczne zacinienie okolic wnikowych i przywłkowych, promienisto rozgałęziających się w głąb miąższu płucnego.

Po stronie prawej zacinienie to obejmuje całą okolicę przykręgosłupową i przywłkową, sięgając dalej włąb miąższu, niż po stronie lewej, i dochodząc również do szczytu. Stan chorego pogarszał się stale, i w dwa miesiące po przyjęciu do kliniki chory zmarł. Rozpozn. anatomo - patologiczne: *Paraspondylitis chr. purulenta thoracalis et lumbalis. Caries corporum vertebrarum thoracalium (II.VIII). Pneumonia bilateralis purulenta chronica, partim fibrosa interstitialis.*

W przypadku naszym promienica płuc wystąpiła wtórnie, przyczem zakażenie dróg oddechowych miało najprawdopodobniej wyjście z ognisk, znajdujących się w dziąsłach.

Zmiany w kręgosłupie możemy uważać za ogniska przerzutowe. Ze względu na ciężki stan chorego zdjęć kręgosłupa w okresie późniejszym nie dokonano.

Obraz radiologiczny promienicy w przypadku naszym odpowiada ogólnie opisywanym obrazom, jednak ze względu na brak cech charakterystycznych swoistych (może on przypominać raka wnikowego, kiłę płuc przywłkową, a nawet ziarnicę złośliwą płuca) rozpoznanie musi być poparte dodatkowym wynikiem badania płwociny. Ciekawem jest w naszym przypadku, że grzybek był znajdowany w płwocinie daleko wcześniej, niż wystąpiły uchwytnie zmiany w obrazie radiologicznym. Leczenie promienicy płuc nie daje większych wyników. W pojedynczych przypadkach po podawaniu roztworu jodku potasowego i naświetlaniach promieniami X widywano przemijające polepszenie. Lüdin opisuje przypadek promienicy płuc, napromieniany małymi dawkami (4 pola po 200 r., dwie serie w odstępach dwumiesięcznych), wyleczony klinicznie i obserwowany przez 1½ roku. Ogólnie stosuje się dawki niewielkie, 25 — 50% J D S.

Dyskusja:

Drozdowicz co do rentgenoterapii i radiodjagnostyki promienicy płuc, jest na zasadzie własnego doświadczenia usposobiony zupełnie sceptycznie. Upoważnia go do tego brak radiologicznych cech rozpoznawczych, różniących promienicę płuc od całego szeregu procesów chorobowych płucnych, jak: guzy, przymiot, gruźlica, zgorzel i t. p. Co się dotyczy leczenia, to we własnej praktyce nie widział nigdy wyników dodatnich w promienicy płuc. Inaczej jest w sprawach twarzowych, gdzie wyniki bardzo często są dodatnie.

3) Rubinrot St. Z kazuistyki rentgenoterapii promienicy.

Schorzenie to ma przebieg rozmaity, zależnie od umiejscowienia pierwotnego ogniska zakażenia. Rozpoznanie polega na wykryciu grzybka w ropie, płwocinie i tkankach. Rokowanie zależne jest od umiejscowienia sprawy: najpomyślniej przebiega promienica szyjno-twarzowa. Inne umiejscowienia prowadzą zwykle do szerzenia się sprawy na ważne dla życia narządy, do rozszania i charłactwa.

Do najważniejszych metod leczniczych tego schorzenia należy obecnie rentgenoterapia, szczególnie w promienicy szyjno-twarzowej, gdzie wynik kosmetyczny jest idealny. W promienicy jamy brzusznej, w której leczenie operacyjne daje wysoka śmiertelność, istnieje również możliwość pomyślnego zadziałania zapomocą rentgenoterapii (Sattler).

Wyniki rentgenoterapii osiągnięte są stosunkowo niewielkimi dawkami. Ponieważ nawet dawki olbrzymie nie niszczą grzybka — działanie radioterapii polega na „przeobrażeniu” organizmu, a mianowicie, na wzmoczeniu sił obronnych, podobnie, jak to ma miejsce w rentgenoterapii gruźlicy.

Technika naświetlania promienicy twarzowo-szyjnej odpowiada t. zw. wzorowi gruźliczemu (filtr 3 MM al.). Przy umiejscowieniu głębszym stosuje się większe napięcie i cięższe filtry. Najbardziej odpowiednia dawka wynosi około 50% DSR na ognisko choroby. W promienicy płuc i jamy brzusznej zaleca się postępowanie ostrożne ze względu na rozległe pole wchłania

niania promieni; należy rozpocząć od 25% i rozdrobnić na kilka dni, wzgl. na kilka tygodni.

Autor spostrzegł ciężki przypadek promienicy rozsianej u mężczyzny lat 36, umiejscowionej również i w płucu, leczony przez wielu lekarzy warszawskich (historia choroby).

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę zarówno pod względem rozpoznawczym, jak i leczniczym. Anatomopatologiczny przebieg zakażenia grzybką był prawdopodobnie następujący. Po zaszczepieniu grzybka w prośnicy i przebiegu przetoki nazewnątrz sprawa postępowała wzdłuż kręgosłupa, wywołując bóle jąder i lędźwi. W ten sposób zarazek przeniknął do klatki piersiowej i do tylnego śródpiersia, skąd szerzył się w płucach wzdłuż drzewa naczyniowo-oskrzelowego prawego. Zjawienie się gruczolów w miejscach typowych wskazuje na przeniknięcie sprawy do układu chłonnego, wzgl. krwionośnego i rozsianie.

Rentgenoterapia odegrała ważną rolę w zablźnieniu pierwotnego ogniska, następnie w uwolnieniu chorego od dolegliwości uciskowych, na które już nie działały narkotyki. Rzecz oczywista, że w tak rozsianej sprawie napromienianie płuca było zbyt ciężkie, a nawet mogło być szkodliwe ze względu na dużą powierzchnię wchłaniania. W tych warunkach rentgenoterapia była tylko leczeniem łagodzącym, bardziej jednak skutecznym od innych. Należy jeszcze podkreślić, że poglądy, jakoby leczenie promienicy narządów wewnętrznych wymagało olbrzymich dawek, jest nieuzasadnione. Dawki te, nie będąc w stanie zabić grzybka, poderwałyby już i tak wątłe siły organizmu.

W przypadku powyższym autor odnosi wrażenie, że rentgenoterapia wkroczyła zbyt późno. Natychmiast po wykryciu grzybka należało naświetlać miednicę i kręgosłup, co, być może, powstrzymałoby szerzenie się sprawy.

Dyskusja:

Gądek: Obok X - terapii dobre wyniki daje także gamma — terapia, jak to miałem sposobność obserwować w przypadku, leczonym przed 2-ma prawie laty wspólnie z kol. Seyfertem w oddz. Dra Jakim i ak. Pacjent był leczony aparatem zewnętrznym z wynikiem dobrym, który zaznaczył się zagojeniem przetok, zmniejszeniem nacieków, ustaniem bólów i obniżeniem się temperatury. Obecnie ma się dobrze. Wydaje mi się, że promienicy już rozsianej nie możemy wyleczyć ani promieniami X, ani radem. Natomiast uzasadniona wydaje mi się w tych przypadkach próba zastosowania zastrzyków emanacji radu, oczywiście, w ilościach dość znacznych, takie, jakie stosuje Kottzareff. Jak wykazało stosowanie w innych chorobach takich zastrzyków, chorzy znoszą je zupełnie dobrze. Sposób wydzielania emanacji z ustroju i sposób jej gromadzenia się w pewnych narządach przemawiałby za próbami tego leczenia.

Kryński: W przypadkach „*pneumonia chron. interstitialis*”, gdzie badanie kliniczne nie dostarcza danych, przemawiających za gruźlicą lub kiłą, należy myśleć o promienicy. Jak trudne jest niekiedy rozpoznanie, świadczy demonstrowany przypadek szpitalny, gdzie zarówno w płwocinie, jak i po 17 nakłuciach nie udało się stwierdzić grzybka. Nawet na sekcji makroskopowo nie można było postawić rozpoznania, i dopiero badanie mikroskopowe wyjaśniło sprawę.

Co się tyczy rentgenoterapii, to wyniki kol. Rubinrota uważać należy za bardzo małe. Polegały one na krótkotrwałym działaniu analgetycznym. Natomiast charłactwo posu-nęło się raptownie. Przypadek ten jest tylko stwierdzeniem faktu, iż promienica rozsiana nie przedstawia podatnej gleby dla rentgenoterapii.

Czy promienica daje się wogóle wyleczyć, o tem mówi najlepiej praca Zydina (1931), w której autor stwierdza, iż wszystkiego w literaturze opisanych jest wyleczonych 6 przypadków, z tego 2 zaledwie leczone wyłącznie prom. X i to małymi dawkami (200 r. na pole). Obydwa przypadki dotyczą pierwotnej promienicy płuca.

Zaleski zapytuje 1) dlaczego kol. Elektorowicz uważa objawy rentgenowskie ze strony płuca za charakterystyczne dla promienicy, 2) czy 2-gi przypadek kol. Werkethina był leczony promieniami X. Nie zgadza się ze zdaniem kol. Rubinrota, iż zabiegi chirurgiczne w promienicy są zbędne. Są one pomocnicze, ale czasem niezbędne. Podkreśla rzadkość umiejscowienia promienicy w płucach. Osobiście leczł 8 przypadków promienicy twarzowo - szyjnej, 2 kąticy, 1 języka z wynikiem pomyślnym.

Pomyślny wynik leczenia promieniami X w znacznym stopniu zależy od wczesnego rozpoczęcia leczenia. Dlatego też czasem należy rozpocząć je, opierając się na rozpoznaniu klinicznym, gdyż mikroskopowe można osiągnąć niejednokrotnie dopiero po kilkunastu próbach.

Kaliciński: Przypadek kol. Rubinrota dla mnie nie jest przekonujący, jako promienica. Mianowicie, wykrycie raz grzybka w okolicy dolnej części kiszek stolcowej w ropie z przetoki, raz na okres 3-4 lat jest niewystarczające. Brak badań mikroskopowych łatwych do usunięcia gruczolów chłonnych pacy, czy też pachwiny. Bóle, które promieniowały do krzyża i jąder, można wytłumaczyć inaczej. Brak badań kiszek stolcowej. Nasuwa mi się podejrzenie, czy to nie był nowotwór nieznanego mi typu kiszek stolcowej. Obraz radiologiczny płuca odpowiadałby wtedy przerzutom nowotworowym.

Kochanowski: Znany mi jest przypadek, niewątpliwie stwierdzony, promienicy pęcherzyka żółciowego, który po upływie kilku miesięcy skończył się fatalnie, jako rak pęcherzyka żółciowego. Wobec tego, że w danym przypadku nie zostały wyjaśnione anatomopatologicznie końcowe obrazy zarówno w kiszce stolcowej, jak i w płucach, zaś obraz radiologiczny płuca, oczywiście, w danym przypadku nie jest patognomoniczny dla promienicy, a przypomina obrazy nowotworu płuca, przeto nie jest wcale wyłączone, że i tu mieliśmy do czynienia z rakiem kiszek stolcowej i z przerzutami. Czy koincydencja promienicy z nowotworem jest przyczynowa, czy też przypadkowa — pozostaje kwestją otwartą, dopóki przypadki nie są opracowane bez zarzutu w najdrobniejszych szczegółach zarówno anatomopatologicznych, jak i klinicznych.

Zawadowski potwierdza dobre wyniki radjoterapii promienicy szyjno - twarzowej i złe wyniki w promienicy płucnej. Podnosi zarazem znaczenie leczenia ogólnego. W odpowiedzi Elektorowicz stwierdza, że niema obrazu charakterystycznego dla promienicy, i mówi o znaczeniu intensywnej jodo - terapii (3 — 4 gr.) dziennie, do 100 gr. na kurację.

Rubinrot uważa rad za broń zbyt ciężką, a zastrzykiwania emanacji za działające ujemnie na organy krwiotwórcze w dużych dawkach, w małych dawkach zaś emanacja może służyć do uczulenia na promienie X.

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 19.V. 1932 r.

Przewodniczący dr. Kopczyński, sekretarz Dr. Radziśzewski, osób obecnych: 56.

Przewodniczący zawiadamia, że wyszedł dalszy, II-gi zeszyt „Higieny Szkolnej”, gorąco zachęca do prenumerowania tego dzieła i komunikuje o wyjściu w najbliższym czasie w druku nowego wydania plakatu z terminami odosabniania na wypadek chorób zakaźnych. Co do sprawozdań rocznych lekarzy szkolnych, to wkrótce ma być rozesłany okólnik Ministerjalny, uwzględniający zmniejszoną liczbę godzin pracy lekarzy szkolnych.

Dr. Grzywo-Dąbrowski podnosi sprawę zamiatania i oczyszczania ulic w godzinach rannych gdy młodzież idzie do szkoły. Przewodniczący obiecuje interwenjować u Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Warszawy, Dr. Wroczyńskiego. Następnie zabrał głos Inż. Przanowski, dyrektor Państw. Inst. Robót Ręcznych, w sprawie podstawek (pulpitów) do czytania książek, z pokazem modeli i z oznaczeniem ich wad i zalet. Modele mogą być robione przez uczniów; cena 10 — 15 groszy materiału. Podstawki są bardzo wskazane dla młodzieży i dorosłych, jako środek zapobiegawczy przeciw skrzywieniu kręgosłupa.

Dr. Zborowski proponuje, by przy wytwarzaniu nowych ławek przewidziano podstawki, wpuszczane w płycie ławki, co Inż. Przanowski uważa za niepraktyczne, gdyż tworzyłyby się szpary, siedliska kurzu, i wyłączałyby to ruchomość pulpity.

Następnie Dr. Frühaufova wygłosiła odczyt p. t.: „O kwalifikacjach młodzieży szkolnej do obozów letnich wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego”.

W związku ze zbliżającym się okresem wakacyjnym jest aktualna dla lekarzy sprawa kwalifikowania młodzieży do różnego rodzaju letnisk.

Na podstawie własnej obserwacji w żeńskim obozie letnim w Koszownikach i na podstawie sprawozdań lekarskich z obozów męskich i żeńskich, nadesłanych do P. U. W. F. i P. W., dochodzi prelegentka do wniosku, że dość duży procent młodzieży jest niesłusznie kierowany do obozów ze szkodą dla jej zdrowia i dla całokształtu życia obozowego.

Z dużej liczby obozów odsyłano dzieci z powrotem do domów z powodu chorób: gruźlica płuc, wady serca, zapale-

nie okostny, szcęk, przepukliny, jaglica, zapalenie ucha środkowego, chroniczne zapalenie wyrostka robaczkowego, bardzo słaba budowa ciała, zły stan odżywiania i t. d. Ponadto wielu słuchaczy na obozach zwalniano z ćwiczeń całkowicie lub częściowo, najczęściej wskutek złego stanu odżywiania lub wadliwej budowy.

Prawie wszyscy lekarze obozowi domagają się ściślejszej selekcji młodzieży, wysyłanej na obozy, bo warunki życia obozowego nie sprzyjają leczeniu chorych, a będącym na granicy zdrowia i choroby mogą się przyczynić do przechylenia stanu zdrowia w kierunku choroby.

Celem obozu jest hartowanie zdrowych, zaznajomienie ich z trudami codziennego i zbiorowego życia; dlatego słuchacze w obozach są i będą zawsze narażeni na znaczne wysiłki i różne niewygody.

Na obozach męskich było 13 godzin ściśle określonych zajęć, na obozach żeńskich 12; w tem mieści się 7 — 8 godzin wykładów i ćwiczeń: chłopców z bronią w rękę, dziewcząt bez broni. Obozy letnie P. W. i W. F. to nie kolonie letnie, i dlatego nie można kierować do nich młodzieży chorej lub słabej i potrzebującej wypoczynku.

Obecnie P. U. W. F. i P. W. wydał instrukcję, która ma być podstawą kwalifikowania do hufców i obozów P. W. Należy ta instrukcja wiele wątpliwości, a w stosunku do omawianej sprawy, specjalnego omówienia wymaga kategoria §. z., czyli zdolny do obozu z zastrzeżeniem. Zastrzeżenie oznacza dzieci słabsze, za pewnymi wadami, a więc wymagające specjalnej opieki. Ponieważ stwierdzenie na obozach różnych kategorii wydolności fizycznej jest niemożliwe, względnie wprowadza zamieszanie, dlatego słuszne byłoby wprowadzenie w życie myśli, niejednokrotnie już wypowiedzianej, o stworzeniu specjalnego obozu dla słabszych. Obóz taki musiałby być wyposażony we wszystko, co sprzyja i chroni zdrowie, musiałby mieć mniej ćwiczeń, a więcej snu i odpoczynku, odpowiednich lekarzy i zrównoważonych instruktorów.

Za słuszością tej myśli przemawiają także wyniki badań dzieci w wieku szkolnym, które wykazały, że istnieją u nas 2 normy: Dzieci drobniejsze i silniejsze, a więc wydolność fizyczna tych norm jest różna i wymaga różnego traktowania.

Dr. Pawłowski podaje, że niektórzy kandydaci wyprasają sobie przychylnie 'świadczenia lub podstawiają kolegów na zbadanie, by dostać się do obozów; inni przedstawiają świadectwa lekarzy prywatnych, nie dość obznajmionych z rolą obozów letnich.

Dr. Bogdanowicz zarzuca zbytnią formalistykę instrukcji do kwalifikowania na obozy letnie; stwarza, zapał młodzieży i rodziców, który jednak może osiągnąć z powodu zbyt wyczerpującej pracy w obozach. Niekiedy trudno określić, kiedy można lub nie dopuszczać do obozów (jaglica, osłabienia różnego stopnia i wady serca, przepukliny i t. d.). Lekarz szkolny zbyt rzadko widzi i bada młodzież, by móc stanowczo opiniować. Próchnica zębów jest zbyt rozpowszechniona, by z powodu niej usuwać z obozów.

Dr. Miklaszewski żąda uwzględnienia wieku fizjolog., nie kalendarzowego, regulowania stopniowego ćwiczeń i zaznacza względność pojęcia złego odżywiania.

Dr. Reichertówna wysuwa konieczność hartowania walejszych, nie tylko ćwiczenia silnych i zdrowych; nie zbyt daleko posunięta nowość może być wskazaniem do obozów, jak i umiarkowane wychudzenie; podkreśla zmęczenie, jako normalny objaw na początku ćwiczeń. Próchnica zębów nie może być przeciwwskazaniem do przyjęcia do obozu. I stopa płaska, przy odpowiednich ćwiczeniach, może się poprawić w obozach letnich. Co do młodzieży z wadami serca, dobrze wyrównanymi, niezbyt wybitnymi, też można przyjmować, szczególnie, gdy biedniejsi nie mają dokąd wyjechać. Częstokroć, szmery czynnościowe mogą się poprawić przy odpowiednim stopniowaniu ćwiczeń. Co do stanów t. zw. anemii, to chodzi tu zwykle o astenję naczyniową zupełnie odpowiednią do obozów. Mały stopień wola pozwalała na ćwiczenia, również białkomocz „ortostatyczny”. Ostry zaś gościec stawowy i po wyleczeniu jest przeciwwskazany.

Dr. Zborowski żąda mniej rygoru wojskowego w obozach.

Dr. Trzaskaczówna podnosi konieczność dzielenia obozów dla słabszych, o których więcej powinno chodzić, i dla silniejszych.

Dr. Mitkiewicz dzieli się wrażeniami z wizytacji obozów. Dostają się do nich osobniki z poza szkół, elementy niepożądane; nawet chorzy dostawali się drogą zamiany. Dr. Mitkiewicz wysuwa potrzebę współpracy lekarza szkol-

nego z lekarzem obozu, wymiany wzajemnej obserwacji nad uczniami.

Pan Błonski, naczelnik wydziału, stwierdza iż opieka lekarska w obozach coraz bardziej się doskonali, urok obozów dla młodzieży się zwiększa. Zdaniem pana Błonskiego, dla kończących kurs wykształcenia wojskowego jest odpowiedni. Lekarz szkolny wysyła dla poprawy zdrowia, zaś wojskowy chce widzieć żołnierza. Przy 2 tygodniowych obozach stwierdzono ubytek wagi, co jest zrozumiałe przy pierwszych ćwiczeniach (brak wżycia się, wyrobienia). W tym roku przedłuży się do 3 tygodni.

W odpowiedzi prelegentka podkreśla jako duży brak niezróżniczkowanie obozów. Co do wad serca, to w obozach w obecnych warunkach młodzież, dotknięta temi wadami, stan swego zdrowia tylko może pogorszyć.

Posiedzenie z dnia 22 września 1932 r.

Przewodniczący Dr. St. Kopczyński, Sekretarz Dr. Marcelli Gromski, osób obecnych 74.

Przewodniczący zagaga posiedzenie wspomnieniem, poświęconem pamięci zmarłego niedawno d-ra J. Więckiego, wieloletniego lekarza Państwowego Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

W dalszym ciągu przewodniczący komunikuje, że wyszły w druku ogłoszone przez Ministerstwo nowe przepisy zapobiegawcze przeciwko szerzeniu się w szkołach chorób zakaźnych z terminami odosobnienia chorych i otoczenia, i że wyszedł 3-ci zeszyt 2-go wydania Higieny szkolnej — zawierający, artykuły d-ra Bogdanowicza „Rozwój fizyczny dziecka w wieku szkolnym” oraz artykuł prof. Piasckiego p. t. „Wychowanie fizyczne”.

W sprawie, poruszonej na ostatnim posiedzeniu, a dotyczącej uprzątnięcia ulic przez tabor miejski w godzinach, w których zazwyczaj dzieci idą do szkół, przewodniczący porozumiewał się z naczelnikiem wydziału zdrowia publicznego Magistratu m. Warszawy p. drem Wroczyńskim, który obiecał interwencję w tej sprawie.

Dr. Sokół zwraca uwagę na nową instrukcję do badań uczniów, wstępujących do hufców szkolnych.

Instrukcje te w pojedynczych tylko egzemplarzach posiadają komendanci dzielnicowi P. W. i wydają lekarzom załadowe na 2 — 3 dni. Trudno w tak krótkim czasie poznać dokładnie jej treść, co, konsekwentnie, nie ułatwi lekarzowi szkolnemu pracy i nie pozwoli mu zorientować się w zaleconych metodach badania specjalnego.

Przewodniczący przyrzekł interwenjować w tej sprawie w P. U. W. F.

Następnie Dr. Janina Misiewiczówna, wygłosiła odczyt p. t. „Wyniki badania maturzystów warszawskich”.

Przy czynnej pomocy d-rów: J. Jurkowskiego, K. Łaniewskiej i J. Rydygiera prelegentka w Poradni Przeciwgruźliczej II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego zbadała w czasie od lutego do maja b. r. 557 uczniów i uczennic klasy VIII-ei gimnazjów warszawskich, w tej liczbie 285 chłopców i 272 dziewcząt. Byli to wychowankowie 11 szkół męskich oraz 10 szkół żeńskich. W stosunku do ogólnej liczby uczniów klasy VIII tych szkół liczba zbadanych stanowiła około 80%.

Badanie lekarskie połączone było z prześwietleniem klatki piersiowej promieniami Roentgena; w przypadkach zaś wybranych wykonywano dodatkowo badanie moczu, płwociny, krwi i t. p. W połowie mniej więcej przypadków wykonano też odczyn Biernackiego (opadanie krwinek).

Wyniki otrzymane.

1) Pomiar ciepłoty pod pachą (jednorazowe) wykazały: t° do 36°9 u 234 badanych (42%), t° od 37°0 do 37°4 u 257 (46,2%), reszta zaś, to znaczy 66 (11,8%) miała ciepłotę powyżej 37°4. Wśród 323 z t° powyżej 36°9 znaleziono 85 razy (26,5%) zmiany w migdałkach, 16 razy — choroby nosa, 27 razy powiększoną tarczycę z objawami nadpobudliwości nerwowej, 12 razy wybitna nadpobudliwość bez powiększenia tarczycy, 35 razy trądzik, 11 razy zmiany w płucach, 3 razy inne choroby przewlekłe (miedniczki nerkowe, rozstrzenie oskrzelowe), 15 razy ostre choroby (grypa, angina, zanogica i t. p.). Razem więc w 201 przypadkach, co stanowi 62,2%, zdołano wykryć pewne (choćby przypuszczalnie) przyczyny wyższej ciepłoty; — dla reszty, to zn. dla 122 (37,8%) nie wykryto przyczyny.

2) Przy ocenie stanu zdrowia podzielona badanych na kilka kategorii. Kategoria A — zdrowi bez wad

fizycznych — obejmuje 309 osób (55,5%). Kategoria B — nie chorzy, lecz z brakami fizycznymi, jak znaczne skrzywienie kręgosłupa, b. krótki wzrok, b. płaskie stopy i t. p., obejmuje 35 przypadków (6,3%). Kategoria C — chorzy — obejmuje 213 (38,2%).

Wśród chorych spotykamy: choroby migdałków 97 razy, choroby nosa 26, trądzik 33. Tę część kategorii C życiowo można traktować jak zdrowych, natomiast reszta „chorych”: wady serca 27 przypadków (4,8%), gruźlica czynna 21 (3,8%) i inne 9 (1,6) — razem 57 (10,2%) to istotnie chorzy.

3) Co się tyczy gruźlicy, to w 343 przypadkach (61,6%) nie wykryto żadnych objawów czy śladów przebytego zakażenia gruźliczego. (Odczyn Pirquet'a nie był wykonywany), u reszty zaś, to zn. w 214 przyp. (38,4%), znaki zakażenia gruźliczego znaleziono. Szczegółowy rozbiór tej ostatniej grupy pozwolił ustalić, że w 193 przypadkach (34,6%) chodziło tylko o ślady przebytego zakażenia w postaci drobnych zwapnień we wnękach, zwapniałych ognisk G h o n a, zaznaczenia brzozy międzyplątowej, zrostów u podstawy płuc i t. p., zaś w 21 przypadkach (3,8%) znaleziono objawy gruźlicy czynnej, z nich 7 przypadków (1,1%) zakwalifikowano jako bezspornie zakażonych dla otoczenia.

Wszystkie te przypadki dotyczyły osób, które uważały się za zdrowe, a objawy fizyczne albo były b. nieznaczne, albo też nawet nie było ich wcale, i tylko badanie rentgenowskie, badanie płwociny i odczyn Biernackiego decydowały o rozpoznaniu.

Wśród ostatecznych wniosków ze swej pracy referenci podkreślają, 1) że tylko masowe przeglądy rentgenowskie pozwolą ściśle ustalić liczbę chorych na gruźlicę płuc w pierwszych okresach choroby, 2) że nawiązanie ścisłego kontaktu pomiędzy lekarzami szkolnymi a poradniami przeciwgruźliczymi leży zarówno w interesie szkoły, jak i ogólnopństwowej akcji przeciwgruźliczej, 3) że potrzeba gimnazjów sanatoryjnych staje się coraz bardziej jasną.

Przewodniczący podnosi zasługi prelegentki, która zadała sobie tyle trudu w tak dokładnym badaniu znacznej liczby maturzystów. Sprawa gruźlicy wśród młodzieży szkolnej wymaga stale wielkiej czujności ze strony lekarza szkolnego, chociażby ze względu na istotne trudności rozpoznawcze. Gruźlicę w formach, nadających się do leczenia, mamy w szkołach dużo; dzieci zagrożone umieszczać należy w szkołach i klasach na świeżem powietrzu i t. p. w gimnazjach sanatoryjnych, których, niestety, brak jest wielki.

Dr. S o k a l s a d z i, że wśród maturzystów musi być znacznie więcej gruźlicy, niż daje materiał prelegentki, wielu uczniów nie poszło do kliniki do badania z obawy przed ewentualnymi konsekwencjami. Np. ze znanych mu dwóch klas 8-ych (41 uczniów) zbadano w klinice tylko 28 i wśród tych stwierdzono 1 raz ognisko G h o n a, gdy wśród pozostałych, a nie zbadanych 13-tu 5 chorowało na gruźlicę czynną.

Dr. G r o m s k i u w a ż a, że sprawa profilaktyki gruźlicy w szkołach stanie na wiele lepszym gruncie, jeżeli lekarze szkolni postarają się, aby ich stosunek do rodziców ucznia był jaknajmniej formalny i jaknajbardziej istotny — przez ściślejszą osobistą styczność z rodzicami.

Dr. K o r s a k ó w n a s a d z i, że trzeba, aby szkoła znajdowała się w bliskim kontakcie z przychodniami przeciwgruźliczymi.

Dr. N i e w i Ń s k i p r o p o n u j e na przyszłość badanie na gruźlicę przenieść na teren siódmych klas, ponieważ ósme

mają zbyt mało czasu, zajęte są bowiem przygotowaniem do matury.

W odpowiedzi prelegentka godzi się z przewodniczącym na niezmierną wagę, jaką posiadają w zwalczaniu gruźlicy gimnazja sanatoryjne.

Badania, jakie przeprowadzała w przychodni kliniki wewnętrznej, dotyczyły dużej liczby maturzystów; bezwątpienia część nie stawiała się na wezwanie; wynika to jednak z winy dyrekcji, która nie skierowała uczniów z wychowawcą lub wychowawczynią. Kontakt z poradniami przeciwgruźliczymi, jak chce tego dr. K o r s a k ó w n a, jest bardzo trudny, ponieważ poradnie te są ściśle rejonowe, nie mogą zatem obsługiwać szkół, które uczniowie mieszkają w rozmaitych dzielnicach Warszawy.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22.25.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na III Kongresie rumuńskim chirurgii, położnictwa, ginekologii i urologii w Cluj w dniach 26 — 29 października 1930 r. (Jour. d'Urol. t. XXXIV, N. 3, 1932), przedstawili M. Popescu, Buzen, Stan i Galasanu wyniki *lizbońskiego odczynu chloroformowego w plynach wodniaka jądra*. Referenci wykonywali tę próbę, polegającą na zmieszaniu 35 cm.³ chloroformu z 25 — 50 cm.³ płynu, otrzymanego z wodniaka jądra, w 31 przypadkach. W 24 przypadkach było ściśle rozpoznanie kliniczne lub anatomo-patologiczne. Z tych 31 przypadków odczyn dał wynik zgodny w 27 przypadkach, z czego 3 odczyny były ujemne, zaś 24 dodatnie. Odczyn lizboński daje w większości przypadków wskazania co do etiologii wodniaka jądra. Odczyn jest dodatni w plynach, pochodzących z procesów następnych w zakażeniach, guzach lub urazach. Okres czasu w ciągu którego odczyn staje się dodatni, waha się od kilku minut do kilku godzin, utworzony skrzep jest przytem naogół ten większy, im przedziej odczyn staje się dodatni, i im większa jest skłonność płynu do samoistnego ścinania się. Nie można wyciągać szczególnych wniosków co do *pachyvaginalitis*, gdyż ścinanie się chloroformowe wykazuje ten sam typ, co w *vaginalitis secundaria*. Nie można stwierdzić związku między zawartością białka w płynie badanym a wynikiem odczynu. Fakt, że w 3 przypadkach samoistnego wodniaka jądra odczyn był dodatni, stanowi potwierdzenie dobrej znanej hipotezy R e c l u s a, dla którego wszystkie przypadki *vaginalitis* są wyrazem zmian utajonych jądra, oraz twierdzenia J o u s e t a i S a e n z a, że czasami jest to *vaginalitis tuberculosa*.

Na X Kongresie Włoskiego Towarzystwa Urologicznego w Bari w dniach 20 — 21 października 1931 r. (Jour. d'Urol. t. XXXIV, N. 3, 1932) podali M. Negro i M. S a c c h i przyczynek do tego, co się nazywa „chorobą szyi pęcherza” (*maladie du col*). Przedstawili oni wynik leczenia operacyjnego 9 przypadków tej choroby. Choroba szyi pęcherza jest pochodzenia wrodzonego, polega zaś ona na zmianie ułożenia dwóch warstw mięśniowych, które mają nadzór nad otwieraniem się i zamykaniem szyi, wykazując w ten sposób czynności antagonistyczne. Choroba szyi przypomina swymi cechami klinicznymi symptomatologię przerostu gruczołu krokowego. Różni się ona od niego pod dwoma względami: 1) szybkością występowania objawów, 2) długotrwałością okresów zatrzymywania. Rozpoznanie stawia się przez wyłączenie. Całkowite wycięcie szyi stanowi zabieg z wyboru.

Z j a z d y

XI Zjazd Lekarzy Towarzystwa Chorób Trawienia i Przemiany Materji.

Tegoroczny XI Zjazd Towarzystwa „für Verdauungs — und Stoffwechselkrankheiten” odbył się we Wiedniu między 6-ym a 8-ym października przy dość licznym udziale lekarzy, reprezentujących 16-cie narodowości.

Witając Zjazd, przewodniczący F a l t a przedstawił program debat, wspomniawszy zmarłych ostatnio członków T-wa, m. i. S c h u l t z e n a, H o l z k n e c h t a, K u t t n e r a, M i n k o w s k i e g o, H a u d e k a, S a x l a i w e z w a ł do uczczenia ich pamięci. Poza tem przypomniał, że w r. b. mija 50-lecie pracy lekarskiej obecnego na Zjeździe B o a s a, zapowiadając upamiętnienie tej daty przez T-wo.

Pierwszy dzień zjazdu poświęcony był tematowi „Wchłanianie jelitowe i pozajelitowe”. Ze stanowiska farmakologicznego wchłanianie nie da się wytłumaczyć zwykłymi warunkami fizykochemicznymi — (M a n n s f e l d (Fünfkirchen). Istotą wchłaniania jest stałe dostosowanie jego mechanizmu do potrzeb całego organizmu. Ref. szczegółowo omawia wchłanianie w płucach i jego znaczenie dla uśpienia inhalacyjnego i dla wprowadzania niektórych leków, np. rozpylonej insuliny, która w tej postaci dostaje się z płuc do krwi. Poszczególne rodzaje cukrów wchłaniają się w jelitach niejednakowo. Cukry, wchodzące w skład pożywienia, przechodzą do ściany jelita o wiele szybciej niż cukry obce, co stanowić ma dowód zależności przyswajania od potrzeb organizmu. Nowsze spostrzeżenia wykazują, że wydzielanie się soku żołądkowego hamuje wchłanianie w żołądku, dzięki czemu trawienie zyskuje na sprawności.

Kliniczną stronę wchłaniania omówił N o n n e b r u c h (Praga). Wchłanianie gazów podlega prawom dyfuzji i odbywa się w skórce, płucach, jelitach i jamach ciała. Nieżyt ściany jelita, gorsze krążenie krwi obniżają jej napięcie, zdolność wchłaniania gazów i prowadzą do bębny. Z gazów najłatwiej resorbuje się w jelicie dwutlenek węgla, dalej stoi tlen i metan; najtrudniej azot i wodór. Pilokarpina i fizostygmina, które podnoszą napięcie ścian jelita, wpływają dodatnio na wchłanianie gazów. Roztwory wchłaniają się zgodnie z prawami fizykochemicznymi, a szybkość procesu zależy od ładunku roztworów. Dzięki temu cukier przechodzi do dodatnio naładowanej chłonki. Poza tym na wchłanianie płynów wpływają wymienione dla gazów czynniki, jak napięcie, ruchy jelita i t. p. Najbardziej zróżnicowaną błonę posiada jelito cienkie, którego kosmki odgrywają dużą rolę w wchłanianiu.

Regulatorem i pośrednikiem pomiędzy żołądkiem a jeliem cienkim jest dwunastnica, która nie dopuszcza do przeciążenia jelita treścią, wychodzącą z żołądka. Zmiany przy samozatruciu wynikają z niedostatecznego odtruwania w jelicie. Na sprawność wchłaniania wywierają wpływ niektóre hormony (np. trzustka — tłuszcz); kwasy żółciowe poprawiają przepuszczalność ściany jelitowej; słuz również nie jest tu bez znaczenia.

W zastępstwie chorego C l a i r m o n t a D e n k (Wiedeń) w krótkim i treściwym referacie podniósł wyszkolenie wchłaniania dla celów chirurgicznych. Uspienie awertyny *per rectum* występuje już po 10 min., szybkość i głębokość snu zależy od powierzchni wchłaniającej oraz od stężenia i ilości wprowadzonego roztworu. Zatrucie przy *ileus* wynika z patologicznej przepuszczalności ściany jelita, jady jelitowe wchłania otrzewna. Normalna zdolność resorpcyjna śluzówki jelita cienkiego jest tak zróżnicowana i intensywna, że 2/3 tego narządu mogą same spełnić tę czynność bez żołądka i bez okrzynicy. Dalsze resekcje odbijają się w pierwszym rzędzie na wchłanianiu wody i tłuszczu.

Otrzewna i opłucna w początkowym okresie podrażnienia zapalnego wchłania lepiej, w okresie późniejszym wchłanianie jest upośledzone.

Płyny wysiękowe wchłaniają się sprawniej od przesiekowych. Tkanka podskórna wchłania lepiej od jam surowiczych, zależy to zresztą od jej ukrwienia.

W dyskusji zabierali głos: B ü r g e r (Bonn), H o f f (Wiedeń), P a f f r a t h (Düsseldorf), Z w e i g (Wiedeń). Ostatni badał wydalanie emanacji radowych, podawanych doustnie naczno i znalazł, że i osoby zdrowe i chorzy z rakiem żołądka, nadkwaśnością, wrzodem dwunastnicy wydalały te emanacje z powietrzem wydychanym. Szczyt wydalania jest już po 5 — 15 min. Wydychanie emanacji spożytej po śniadaniu przebiega według krzywej falistej. Wzniesienia na krzywej zależne są od okresowego wchłaniania w jelitach. Opóźnienie w wydychaniu emanacji zmalał Z w e i g w *achylja gastrica*.

Drugi dzień zjazdu był bardziej ożywiony. Temat: *Insulina i cukrzyca*. W części doświadczalnej S t a u b (Bazylen), posilkując się bardzo dyskretną lecz dobitną gestykulacją, rozwija hipotezę, opartą na szeregu tabelarycznych zestawień, że organizm diabetyczny przyswaja również cukier, tylko tu asymilacja możliwa jest przy wyższej glikemii. Zadanie insuliny polega na przywróceniu tkankom zdolności do przyswajania i spalania cukru na poziomie fizjologicznym. Obniżając jednocześnie glikemię, insulina usprawnia procesy utleniania przy niższym napięciu CO₂. Referent odrzuca teorie, dopuszczające istnienie katalazy, niezbędnej dla przemiany węglowodanowej w mięśniach, jak również nie godzi się na wpływ insuliny na powstawanie postaci cukru, zdolnej do reakcji biologicznej. Tak samo nie uznaje rozmaitej przepuszczalności komórek dla cukru. S t a u b uważa, że insulina przez pozakomórkowy punkt zadziałania stwarza warunki, sprawiające szybkie przenikanie cukru do spalających go komórek. Na podstawie szeregu przesłanek, m. i. analogii z działaniem acetylocholin (rozszerzanie się tętniczek, wzmożenie pobudliwości mięśniowej, skrócenie czasu chronaksji, pęcznienie tkanki mięśniowej) insulinę należy uważać za hormon nerwu błędnego, „Vagusstoff”. Wreszcie S. podkreśla, że insulina hamuje glikogenezę w wątrobie, nie wpływając wcale na glikogenopsję. Przestrzega przed oceną wyników doświadczalnych, które zależą od przeciuregulacji adrenaliny i od rozmaitej jakości preparatów insuliny.

C h e r z h e i m e r (Wiesbaden), który rozpoczął swoje badania anatomiczne nad trzustką z M i n k o w s k i m w „niezapomnianym Strassburgu”, znajduje zmiany marskie w tym narządzie w 92% zmarłych diabetyków. W 75% wysepek L a n g e r h a n s a są mniejsze i mniej liczne. Zmiany wodniczkowe są wtórne (według W e i c h s e l b a u m a — pier-

wotne). Obok wysepek zmniejszony jest cały narząd, którego komórki gruczołowe tracą zdolność przeistaczania się w komórki L a n g e r h a n s a. Cukrzycę wywołuje schorzenie wysepek, zmiany w innych narządach i gruczołach są wtórne. H. zestawia *arteriolofibrosis* przy nadciśnieniu z podobnymi zmianami w trzustce diabetyka i częste występowanie obydwu spraw u tych samych osób. Nasuwa to przypuszczenie ogólnej skazy, prowadzącej jednocześnie do cukrzycy i nadciśnienia.

W części klinicznej tematu dnia F a l t a (Wiedeń) przedstawił wyniki własnych badań nad różnymi postaciami cukrzycy. Cukrzyca trzustkopochodna poddaje się łatwo leczeniu insuliną, przerwa w dostarczaniu insuliny daje u tych chorych pogorszenie, obraz wypadnięcia hormonu. Rozpiętość pomiędzy odcukrzającą dawką insuliny a najbliższą dawką wywołującą stany hipoglikemiczne jest mała i dowodzi t. zw. Insulinempfindlichkeit. Inni chorzy wykazują znaczną oporność na insulinę, wymagają bardzo dużej ilości insuliny do całkowitego odcukrzenia i znoszą ogromne jej dawki (500 — 1000 jedn.) bez zapadania w stan hipoglikemii. Przerwa w insulinizacji nie wywołuje znaczącego cukromoczu. W związku z tem ekwiwalent cukrowy dla insuliny podlega szerokim wahaniom: w grupie I 2,5 — 3,0 — 5,0, w grupie II 0,4 — 0,2 — 0,18 gr. cukru. Powikłania, jak grypa, mogą wywołać przemiążającą insulinorezystencję i znacznie obniżyć ekwiwalent, np. z 5,0 do 0,75 gr. cukru. Przypadki insulinooorne wykazują łagodny przebieg cierpienia, mają mniejszą skłonność do kwasicy. Insulinorezystencja pochodzi prawdopodobnie od silniejszej przeciuregulacji adrenaliny, która sama przez się wywołać może cukrzycę. Należy tu mogą przypadki z trzustką, histologicznie niezmienną.

W bardzo ożywionej dyskusji zabrał m. i. głos L u b l i n z zakładu dla diabetyków na wyspie Rugii, gdzie chorzy wykonywują swą pracę zawodową. Najbardziej odpowiednią na dłuższy okres i przy pracy fizycznej okazała się dieta mało-tłuszczowa P o r g e s a i A d l e r s b e r g a. Poza tym przemawiali R o s e n b e r g (Berlin), S p i e g e l (Wiedeń), P e w s n e r (Moskwa), P o r g e s (Wiedeń), v. N o o r d e n (Wiedeń). Ten ostatni uważa dietę P. i A. za „Diät der Zukunft”; przestrzega jednak wynalazców rozmaitych metod przed zbyt niemiłym podkreśleniem swego autorstwa i przed jednostronnym stosowaniem jednego schematu. Leczenie cukrzycy wymaga bowiem umiejętności stosowania rozmaitych diet.

Drugi dzień Zjazdu zakończył się odczytem U r b a c h a (Wiedeń) o *leczeniu chorób skóry pochodzenia pokarmowego*. Należą tu 1) dermatozy wywołane infekcją lub intoksykacją pokarmową, 2) choroby skóry skutkiem błędów dietetycznych, 3) na tle idiosynkrazji i 4) powstałe na skutek chorób przewodu pokarmowego.

Trzeci i ostatni dzień zjazdu wypełniły referaty o *schorzeniach odbyticy i esicy*. M a r e s c h (Wiedeń) przytacza badania P o l i t z e r a nad rozwojem krocza. Wynika z nich, że pogląd na powstawanie pewnych wad rozwojowych na tle odchyleń w rozwoju płodowym błony odbytnej musi ulec rewizji, gdyż błona taka w dotychczasowym jej ujęciu nie istnieje. W powstawaniu przetok odbytanych ważną rolę odgrywają stany zapalne t. zw. Proktodäaldrüsen. Ref. uważa również, że przyjmowany wysoki odsetek 60% polipów okrężnicy, ulegających zwyrodnieniu złośliwemu, powinien ulec znacznej redukcji, ok. 20%.

Badanie rentgenologiczne — F i s c h e r (Frankfurt n/M) — jest ogniwem w całokształcie badań klinicznych końcowego odcinka przewodu pokarmowego. Najbardziej miarodajny jest rysunek śluzówki po ławatywie kontrastowej i po wypełnieniu jelita powietrzem (Luftbarium). Duże postępy w rozpoznaniu dało prześwietlenie i fotografia w różnych kierunkach. Referat ilustrowany był wieloma przezroczami, przyczem podkreślone zostały postępy rentgenologii dzięki ścisłej współpracy z internistami i chirurgami. F i s c h e r uważa, że ładne zdjęcia uchyłków okrężnicy nie powinny wywoływać jedynie zadowolenia z techniki, gdyż za uchyłkami kryje się często rak części niżej leżącej. Czy nie przesada, przed którą przestrzega M a r e s c h w odniesieniu do polipów?

Zmiany w ukształtowaniu okrężnicy jak *dolicho* i *megacolon* są chorobliwe kiedy dają zaburzenia w pasażu. Rentgenologiczne badanie procty ustępuje co do ścisłości wynikiem badania palcem i endoskopji.

W nieco przydługim referacie omówił S t r a u s s (Berlin) stronę internistyczną tematu, streszczając właściwie tylko własne swe prace z ubiegłych lat 30.

Temat dnia wyczerpał M e y e r (Berlin) opartem na dużej mądrości życiowej omówieniem *chirurgji rectum i sigma*.

W dyskusji wzięli udział W a g n e r (Berlin), demonstrując szereg przypadków z pogranicza ginekologii i położnictwa; Z w e i g opisał zmodyfikowany przez siebie rektoskop; P e t e r m a n n (Berlin) i in.

F i e b i g e r wygłosił na zakończenie odczyt o *pasorzytach jelita*.

Tegoż dnia uczestnicy Zjazdu zwiedzili sanatorium Westend.

9.X. odbyła się wycieczka na Semmering, gdzie przy pięknej jesiennej pogodzie spędzono dzień cały. Podczas obiadu wygłoszono szereg przemówień, przyczem S t r a u s s,

przewodniczący następnego zjazdu w Berlinie, niepotrzebnie uderzył w strunę narodową i anchlussową.

Podczas Zjazdu otwarta była bogata wystawa przemysłu lekarsko - djetetycznego, chemicznego i technicznego. Przy stoisku W o l f f a - S c h i n d l e r (Monachjum) demonstruje model zmodyfikowanego przez siebie gastroskopu, który od linii prostej odgina się o 45°.

Dodam jeszcze, że podczas zjazdu niektóre księgarnie wiedeńskie sprzedały wszystkie posiadane egzemplarze nowej pracy B e r g m a n n a: Funktionelle Pathologie. Świadczy to o stopniu zainteresowania tą książką.

F. T u r y n (Łódź).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Ośrodka Leczniczego Nr. 2 (Hulczyńskiego) Kasy Chorych w Sosnowcu.

Statystyka poronień za okres czasu od 1924 r. do 1931 r. i poronienie jako zagadnienie społeczne. *)

Podał

Dr. R. WIERZBICKI (Sosnowiec).

I.

Sprawa poronień tak jest aktualna i tak zaprząta umysły wielu lekarzy i wybitnych prawników, tak często była rozważana na posiedzeniach towarzystw lekarskich, zrzeszeń prawników, tyle o niej pisano, że ta cegiełka statystyczna z naszego Zagłębia, którą przedstawiam Szan. Kolegom, może będzie na czasie, wykazując w liczbach dane faktyczne, dotyczące poronień i ich skutków. Być może też posłuży do opracowania wniosków, które, ujęte rzeczowo i wprowadzone w życie, skierują walkę z tą plagą, trapiącą społeczeństwo, na właściwą drogę.

Sama statystyka poronień jest trudna do należytego ujęcia ze względu na to, że poronienie dla kobiety jest sprawą dyskretną. Zwykle chora utrzymuje poronienie w tajemnicy i tylko w ostatniej potrzebie zwraca się do lekarza. Wiemy to z praktyki: często chora, w razie skierowania jej do szpitala prosi o przysłanie po nią auta, nie w dzień, a w nocy, aby sąsiadki nic o tem nie wiedziały. To się tyczy szczególnie poronień sztucznych, z którymi najczęściej mamy do czynienia. Dopiero po pewnym czasie z wywiadów dowiadujemy się, że chora przeszła poronienie i po niem choruje.

Materiał, który zebrałem, podzieliłem na dwie części stosownie do kategorii członkiń Kasy (pracujących) i członkiń rodzin (niepracujących). Przytem zaznaczam, że, o ile materiał dotyczący członkiń rodzin może mieć pewne niedokładności, o tyle materiał obejmujący chore członkinie Kasy jest miarodajny, a to dlatego, że każda chora, która przechodziła poronienie musiała do mnie się zgłosić, aby otrzymać tak zwane chore dniówki.

Liczbę poronień w % obliczyłem w stosunku do liczby pierwotnych ginekologicznych chorych

osobno dla każdej kategorii i ze względu na pewne niedokładności, niezależne odemnie, odrzuciłem materiał obejmujący chore członkinie Kasy za 1924 — 27 lata. A więc materiał obejmuje chore członkinie Kasy za lata 1928 — 31 włącznie i chore członkinie rodzin za lata 1924 — 31 włącznie.

Liczba pierwotnych chorych członkiń Kasy w ciągu 4 lat wynosi 1174; liczba poronień — 106 (Tablica I), czyli w % przeciętnie 9%.

Tablica I.
Członkinie Kasy Chorych

Rok	Liczba pierwotn. chorych	Liczba poronień	
		liczby absol.	%
1928	320	30	9.4%
1929	275	22	8.6%
1930	248	15	6.0%
1931	331	39	11.8%
Razem	1174	106	9.0%

Liczba pierwotnych chorych, członkiń rodzin, w ciągu 8 lat wynosi 7.460, na które przypada 372 poronienia (Tabl. II), czyli w % przeciętnie 5%.

Wahania w % liczby poronień z roku na rok są znaczne. U członkiń Kas widzimy najwyższy % poronień w roku 1931 — 11,8%.

U członkiń rodzin widzimy zwiększenie się liczby poronień w 1925 (3.4%) i 1926 (4.0%) latach, nagły wzrost % w 1927 roku (6.5%), roku pewnej drożyzny i ciągłego braku mieszkań, spadek do 4,4% — 4,7% w 1928, 1929, 1930 latach i znowu nagłe wzniesienie krzywej do 7% w roku 1931 — roku kryzysu gospodarczego.

Karty chorób członkiń Kasy i członkiń rodzin, które przeszły poronienia w ciągu wspomnianych 8 lat w liczbie 478 (106 + 372), chorych należących do małżeństw płodnych, wykorzystałem w celu obliczenia stosunku liczby poronień do porodów. W tym celu uwzględniłem wszystkie poronienia i porody odnotowane w tych kartach.

*) Odczyt wygłoszony na zebraniu naukowem Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w dniu 21 września 1932 r.

T a b l i c a II.
Członkinie rodzin

Rok	Liczba pierwotnych chorych	Liczba poronień	
		liczby absol.	%
1924	537	17	3.2%
1925	563	19	3.4%
1926	324	13	4.0%
1927	867	56	6.5%
1928	1203	52	4.4%
1929	1214	57	4.7%
1930	1428	65	4.4%
1931	1324	93	7.0%
Razem	7460	372	5%

Wynik otrzymałem następujący:

Stosunek poronień do porodów u członkiń Kasy wypada 1,3 : 1; u członkiń rodzin: 1 : 1,35, więc u członkiń Kasy liczba poronień przewyższa liczbę porodów, a u członkiń rodzin jest tylko nieco mniejsza.

Dr. Gaszyński (Akuszerja, wydanie 1912 r.) podaje na zasadzie statystyk wszechświatowych, że, przeciętnie biorąc, jedno poronienie przypada na 7—8 porodów; w miastach wielkich i w praktyce poliklinicznej jedno poronienie przypada na 5—6 porodów.

W Stanach Zjednoczonych (Prof. Grzywo-Dąbrowski — poronienie z punktu widzenia Sądowo-Lekarskiego; Ginekologja, rok 1927—Tom VI. zeszyt X—XII) niektóre statystyki obliczają stosunek poronień do porodów na 35%—50%, czyli 0,35 : 1 — 0,5 : 1.

Więc tu, w Sosnowcu, mamy stosunek poronień do porodów 2—3 razy większy, niż to podaje Grzywo-Dąbrowski dla Stanów Zjednoczonych. A w porównaniu z wszechświatową statystyką, 20 lat temu, stosunek ten dla członkiń rodzin powiększył się 4 razy, a dla członkiń Kasy zmienił się w kierunku bezwzględnego zwiększenia się liczby poronień w stosunku do liczby porodów.

Liczbę poronień w różnym wieku chorych, liczbę poronień w stosunku do przebytych porodów, liczbę poronień w poszczególnych miesiącach ciąży podaję na tablicach III, IV. Z tablic tych wynika, że u członkiń Kasy najwięcej poronień przypada w wieku od 20 do 30 lat, a dla członkiń rodzin w wieku od 20 do 35 lat. W stosunku do przebytych porodów, u członkiń Kasy przypada najwięcej poronień dla nierodzących jeszcze i większa liczba po przebytych 1—2 porodach, a u członkiń rodzin przypada najwięcej poronień po 1—2 przebytych porodach. Możemy więc wnioskować, że i w Zagłębiu jest dążenie do ograniczenia liczby dzieci do 2-ch, co się spostrzega i w innych krajach poza Polską.

T a b l i c a III.

Poronienia u członkiń Kasy Chorych

Poronienia w poszczególnych mies. ciąży		Poronienia w stosunku do przebytych porodów		Poronienia w zależności od wieku	
Miesiące	Liczba poronień	Liczba przebytych porodów	Liczba poronień	Wiek	Liczba poronień
1 — 2	59	0	46	15—20	3
2 — 3	31	1	19	20—25	41
3 — 4	7	2	14	25—30	24
4 — 5	7	3	9	30—35	12
5 — 6	2	4	2	35—40	12
		5+	10	40+	3

T a b l i c a IV.

Poronienia u członkiń rodzin

Poronienia w poszczególnych miesiącach ciąży		Poronienia w stosunku do przebytych porodów		Poronienia w zależności od wieku	
Miesiące	Liczba poronień	Liczba przebytych porodów	Liczba poronień	Wiek	Liczba
1 — 2	277	0	41	15—20	3
2 — 3	62	1	63	20—25	69
3 — 4	24	2	61	25—30	102
4 — 5	7	3	49	30—35	83
5 — 6	2	4	35	35—40	57
		5+	75	40+	24

Z tablic III i IV wynika, że najwięcej poronień było w pierwszych dwóch miesiącach ciąży: u członkiń Kasy — 59; u członkiń rodzin — 277. Na 106 poronień u członkiń Kasy wypadło w ciągu 4-ch lat 16 poronień nieślubnych, co stanowi 15% w stosunku do liczby poronień i 1,35% w stosunku do liczby pierwotnych chorych.

Po 2 poronienia w jednym roku miały członkinie Kasy w 5 przypadkach, członkinie rodzin w 12.

Jak się robi poronienie? Zwykle wstrzykuje się do macicy jodynę, rozczyń mydła, lub lysoformu i, jeżeli nie następuje poronienie, zakłada się gumowy cewnik. W użyciu jednak są i inne narzędzia, na przykład laminaria. Miałem jeden przypadek, w którym chora założyła sobie szydełko. Szydełko się złamało i część jego pozostała w macicy. W drugim przypadku chora roniła kilkakrotnie, zakładając sobie do szyjki macicznej szczoteczkę do zębów. W jednym przypadku zakończyłem poronienie usunięciem resztek łożyska. Tę samą pacjentkę w 2 lata potem zastałem w

bardzo ciężkim stanie. Stwierdziłem krwotok wewnętrzny i skierowałem do szpitala, gdzie była operowana i gdzie stwierdzono ciężą pozamaciczną pękniętą.

Co do skutków poronień mogę przedstawić następujące dane z materiału obejmującego 246 przypadków zapaleń przydatków i przymacicza, w których zastosowana była proteinoterapia. Z tych 246 chorych — 104 przechodziły poronienia, co stanowi 42,3%.

Z tej kategorii chorych 74 miało po 1 poronieniu, 15 po 2, 9 po 3, 3 po 4, 2 po 5 i jedna chora 32-letnia miała 12 poronień!

Na 14 przypadków ciąży pozamacicznej (operowanych) 8 przechodziły po 1, 2, 3 poronienia, co wynosi 57%. Te dane zupełnie się zgadzają z opinią pr. Czyżewicza o szkodliwości poronień (w jego artykule: „Następstwa i skutki poronień” zeszyt X — XII Ginekologii Polskiej, rok 1927, Warszawa). (Dok. nast.).

Sprawy zawodowe

Z powodu pogłosek o redukcjach.

W ostatnich dniach prasa codzienna podaje pogłoski o mających jakoby nastąpić redukcjach na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. Podobno ma zniknąć z najbliższego budżetu druga katedra chirurgii, druga katedra medycyny wewnętrznej, druga katedra bakterjologii oraz katedra patologii ogólnej, wakująca od roku z powodu śmierci profesora. Nie mamy możliwości stwierdzenia, czy pogłoski są prawdziwe. Uważamy jednak za nasz obowiązek publicystyczny i lekarski zajęcie stanowiska wobec ewentualnego faktu. Należy rozpatrzyć go zarówno z punktu widzenia interesów nauczania i nauki, jak pod względem interesu odnośnych profesorów, i wreszcie z punktu widzenia skarbowego.

Co się tyczy nauczania, to stwierdzić należy, że studenci poniosą w razie zniesienia klinik dotkliwą stratę. Dydaktyka kliniczna nie tylko nie ogranicza się do wykładów, ale nawet można powiedzieć nie bez słuszności, że wykład odgrywa w niej stosunkowo niewielką rolę. Bez porównania większe znaczenie ma w klinice osobisty kontakt profesora ze studentami przy łóżku chorego, organizacja wizyt szpitalnych i ćwiczeń i w ogólności cała praktyczna strona nauczania. Nie możemy ani na chwilę przypuścić, ażeby redukcja katedr była równoznaczna z redukcją czasu nauczania. Studja kliniczne z zakresu medycyny wewnętrznej i chirurgii muszą trwać dwa lata. Wobec tego zniesienie katedry równoległej podwaja pracę profesora i asystentów ze szkoda dla uczących się. Sprawa ta ma jeszcze jedno oblicze. Z wyjątkiem Warszawy uniwersytety nasze znajdują się w miastach niewielkich. Zdobycie dostatecznej ilości materiału, ażeby każdy student mógł się należycie szkolić praktycznie, wymaga bezwzględnie posilkowania się materiałem szpitalnym poza obrębem kliniki. Dlatego też w Krakowie kliniki równoległe to są właściwie oddziały szpitalne, których prymarsze posiadają kwalifikacje i uprawnienia profesorów uniwersytetu. Zniesienie klinik równoległych pozbawia dydaktykę lekarską olbrzymiej części niezastąpionego materiału.

Zniesienie katedry patologii ogólnej stworzyłoby dotkliwą lukę w całokształcie przygotowania studentów do zawodu lekarskiego. Jeszcze przed dwudziestu laty można było z pewną dozą słuszności stać na stanowisku, że patologia ogólna pokrywa się z ogólną częścią anatomii patologicznej.

Istotnie, obie te dyscypliny mają dziś jeszcze wiele wspólnego. Ale w ciągu ostatniego ćwierćwiecza rozrosła się tak wspaniale ta część medycyny teoretycznej, która jest niedostępna skalpelowi anatomico-patologa i wychodzi poza obręb pola widzenia mikroskopu, że niepodobna nią obciążać dodatkowo i tak już olbrzymiego zakresu dydaktyki anatomico-patologicznej. Mamy tu do czynienia z odrębną specjalnością, posługującą się zgoła odrębnymi metodami. Nie można dziś być lekarzem, nietylko bez poznania anatomii patologicznej, nietylko bez umiejętności orjentowania się w obrazie sekcyjnym, ale i bez znajomości patologii ogólnej, nauki o procesach chorobowych w szerokim ujęciu tego wyrazu. Próby zamknięcia patologii ogólnej w ramach dydaktyki klinicznej również nie odpowiadają dzisiejszemu stanowi nauki i z każdym dniem mniej odpowiadać będą.

Najmniej stosunkowo traci nauczanie przez zniesienie równoległej katedry bakterjologii. Tu za to zaznacza się jaskrawo wpływ ujemny, jakoby wywarło zniesienie tej i każdej innej równoległej katedry teoretycznej na perspektywę rozwojowe nauki polskiej. Czyż trzeba obszernie udawadniać, jakie ma znaczenie długość okresu wyczekiwania na katedrę, na zapewnienie dydaktyce uniwersyteckiej dopływu świeżych sił? Nie każdy docent ma szczęście natrafić na profesora, któremu pozostaje już niewiele lat działalności akademickiej. Perspektywa czekania przez 15 lat lub dłużej na awans ze stanowiska docenta nie będzie momentem zachęcającym do obrania mało lukratywnej dzisiaj kariery akademickiej, do wytrwania w zawodzie, w którym olbrzymia część wysiłków jeszcze przez długie lata będzie szła na zdobycie i organizację możliwości pracy. Dlatego wydaje się rzeczą słuszną, ażeby profesury teoretyczne były stwarzane nietylko w charakterze odrębnych katedr i zakładów, ale także i w celu ułatwienia pracownikom lepszym doczekania się chwili, kiedy będą mogli skrzydła rozwinąć. Każde utrudnienie, jakie napotyka docent na drodze zaspokojenia choć w najskromniejszej mierze ambicji osobistej i potrzeb materialnych, odbija się nieuchronnie na gotowości młodego pokolenia do obioru zawodu akademickiego, do pracy naukowej wogóle. Nauka wymaga bezwzględnie spokoju duchowego i materialnego i perspektywy sukcesu. Bez tego niema nauki. Będzie tylko przygotowywanie ludzi o małych ambicjach i miernych zdolnościach do wegetowania na mało pożytecznych stanowiskach. Rozumie się samo przez się, że nie

jesteśmy rzecznikami ułatwiania życia każdemu, komu się zamarzy zostać profesorem. Chodzi tylko o nieodstraszanie jednostek godnych i wartościowych, o niestwarzanie warunków, wypychających ich wbrew zamiłowaniom naukowym do deptaka życia praktycznego.

Jeżeli teraz przyjrzymy się sprawie ze stanowiska interesów skarbu Państwa, to uderzy nas znikomość osiągniętych oszczędności w porównaniu z niewątpliwymi stratami w dziedzinie nauczania i nauki. Kliniki to najmniej kosztowne dla Państwa zakłady uniwersyteckie. Mam na myśli oczywiście warunki, panujące u nas w tej chwili. Można i należy nawet dążyć do tego, ażeby kliniki były jak najlepiej uposażone pod względem naukowym. Ale spełniać częściowo, lecz w wartościowy sposób swe zadania dydaktyczne może klinika nawet

uboższa. Przerzucenie nieznacznej nadwyżki na barki klienteli zaspokoić może w każdej chwili niedobory o tyle, ażeby klinika była dla Ministerstwa W. R. i O. P. instytucją samowystarczalną. Jeżeli sięgamy do kieszeni studentów po fundusze na cele nauki i nauczania, to tem bardzie możemy to uczynić względem pacjentów, choćby nawet przeprowadzając segregację na bogatszych i biedniejszych. Równoległe katedry teoretyczne w ogromnej większości wypadków nie są połączone z samodzielnie zakładami. Zważywszy to wszystko, musimy przyjść do wniosku, że cała oszczędność zamyka się w ramach uposażeń profesorskich. Czyż istotnie oszczędność taka w dziedzinie materialnej równoważy straty w dziedzinach innych?

Z. Szymanowski (Warszawa)

Wiadomości bieżące

— Numer dzisiejszy „Warsz. Czas. Lek.” zawiera, oprócz zwykłych 24 stron tekstu, przemówienia, wygłoszone na Akademii Żałobnej, poświęconej pamięci Dra Edwarda Flataua.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	9 X— 15 X	16 X— 22 X	23 IX— 1 X	2 X— 8 X
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	955 (54)*	960 (70)	963 (72)	808 (61)
Dur rzekomy	0	0	0	9 (0)
Dur osutkowy . . .	19 (3)	21 (7)	15 (3)	7 (1)
Dur powrotny . . .	2 (0)	0	0	0
Czerwonka	776 (86)	535 (71)	476 (41)	404 (62)
Płonica	812 (17)	939 (18)	897 (26)	755 (18)
Błonica	594 (26)	648 (30)	733 (45)	673 (26)
Zapal. op. mózg. . .	5 (2)	5 (0)	13 (5)	7 (3)
Odra	370 (1)	469 (5)	623 (6)	576 (5)
Róża	96 (3)	109 (5)	91 (8)	86 (9)
Krztusiec	258 (7)	140 (8)	178 (3)	201 (4)
Malarja	2 (0)	0	1 (0)	1 (0)
Posoczn. połóg. . .	15 (5)	18 (8)	27 (7)	23 (7)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	392 (0)	446 (0)	292 (0)	239 (0)
Wąglik	1 (0)	0	0	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	0	4 (1)	1 (0)	0
Wścieklizna	0	0 (3)	0	0
Zatr. jad. kielb. . .	8 (0)	24 (0)	0	1 (1)
Chor. Heine-Medina .	12 (0)	11 (0)	10 (2)	10 (1)
Twardziel	0	0	20 (0)	1 (0)
Inne choroby zakaźne	25 (3)	19 (6)	50 (2)	39 (3)

*1 Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

Dn. 17 b. m. odbył się konkurs na stanowisko ordynatora Łaźni chorób nerwowych w Szpitalu Starozakonnych, opróżnione po śmierci Dra Edwarda Flataua. Pierwsze miejsce otrzymał kol. Doc. Dr. Władysław Sterling, drugie kol. Dr. Eufemjusz Herman. Kol. Sterling

obejmuje zatem ordynaturę natychmiast, kol. Herman zaś jest kandydatem na stanowisko ordynatora w razie zawakowania odpowiedniego miejsca w ciągu 2-ch lat najbliższych. Obydwaj tak odznaczeni koledzy są współwydawcami naszego pisma. Obu im składa Redakcja serdeczne powinszowania.

— Dnia 16 stycznia 1933 roku rozpoczyna Państwowy Zakład Higieny wyższy kurs bakterjologii, parazytologii i nauki o odporności.

Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 grudnia 1932 roku pod adresem: Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, Chocimska 24, Kierownictwo Kursu.

Kandydaci proszeni są o nadsyłanie: 1) podania, 2) dyplomu, 3) ew. świadectwa z odbytej praktyki.

Naczelnny Dyrektor
Doc. dr. G. Szulc.

— „G ó r k a”. Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. med. Rektora J. Brudzińskiego przy Źdroju w Busku, woj. kieleckie.

Sanatorium dla dzieci od 4 — 14 lat, czynne cały rok. Przyjmuje się dzieci ze schorzeniami kośćca (t. zw. gruźlica pozapłucna, reumatyzm, zapalenie szpiku kostnego), krzywicą, anemią, przymiotem i t. p.

Z dn. 1.XI.32 przyjmowane są również dzieci merwowe oraz cofnięte w rozwoju i upośledzone umysłowo. Szkoła sanatoryjna przyjmuje również dzieci wątłe, rekonwalescentów i t. p., które w czasie leczenia przechodzą normalny kurs szkolny. Opłaty niskie. — Instytucja społeczna. — Informacje pisemne p. a.: Busko — Źródło, Górka, tel. 18.

SKRZYNIKA ZAPYTAŃ.

PYTANIE:

Czy jodowana sól kuchenna jest środkiem skutecznym w zapobieganiu wolu?

J. A.

ODPOWIEDŹ:

Jodowana sól kuchenna, jako środek zapobiegawczy przeciwko wolu, oddaje wielkie usługi w krajach z endemią wola, a ubogich w jod. Wszędzie tam stwierdzono pod wpływem jej używania znaczne zmniejszenie się częstości wola. W niektórych

kantonach Szwajcarii, dzięki istniejącemu od lat 10-ciu przymusowi spożywania soli jodowanej, nowe pokolenie jest niemal całkowicie wolne od wola i jego następstw. Wartość więc zapobiegawcza soli jodowanej nie ulega już dzisiaj wątpliwości.

Sól jodowana zawiera w 10 gramach 0,038 mgr. jodu. Zatrucie tak znikomymi ilościami jodu (Jod - Basedow) zdarza się bardzo rzadko. W każdym razie wskazana jest pewna ostrożność w jej podawaniu.

Zapobieganie wolu jodem w miejscowościach, przez naturę bogato zaopatrzonych w jod (u nas Gdańsk, Podkarpacie), jest niecelowe, a nawet przeciwwskazane.

Dr. Henryk P u s z e t.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

22.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. S z p e r J. Wyniki leczenia niektórych zespołów naczyniowych nowymi metodami operacyjnymi (sympatektomia okołotętnicza, wycięcie tętnicy, wycięcie nadnercza, sympatektomia lędźwiowa). 2. M i c h a ł o w i c z M. Rola czynników wewnętrznych w patogenezie zapaleń płuc u dzieci. 3. P r z e s m y c k i F. Procesy odpornościowe i seroterapia w płatowym zapaleniu płuc. 4. L o t h E. Badanie odmian mięśniowych na ludziach żywych (pokaz kinematograficzny).

22.XI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. P o k a z: H. H i g i e r: 1. Rzadki przypadek pyknolepsji. 2. Rzadka postać choroby Heine - Medina. B.

O d c z y t y: 1. R. B o r n s z t a j n: (Łódź) Interferimetria w thyreotoksis. 2. E. B i r z o w s k i: Schorzenia kobiecy.

23.XI. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

P o k a z y: 1. Paweł G o l d s t e i n: Przyp. raka żołądka u młodego osobnika. O d c z y t y: 1. Leon S c h l a g e r: Salomon Mintz jako gastrolog. 2. Stanisław F r a n k: Sprawozdanie ze zjazdu gastrologicznego w Wiedniu. 3. L u c j a n S o b i e s z c z a ń s k i: Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Vichy.

24.XI. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. 2. Dr. Z. S r e b r n y. Na marginesie odczytu Dr. L u b l i n e r a, wygłoszonego na ostatnim posiedzeniu. 3. Dr. L. Z a m e n h o f. Dodanie i ujemne strony dzisiejszego kształcenia głuchoniemych. 4. Wolne wnioski.

25.XI. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

1) Z a w a d o w s k i W.: Wnęki nowotworowe w obrazie radjologicznym. 2) W e r k e n t h a n M.: Wnęki prawidłowe i patologiczne w obrazie radjologicznym. 3) M e s z N.: Ropnie płuc. 4) K r y ń s k i B.: Z kazuistyki rozpoznania płucnych u dzieci.

26.XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

P o k a z y: 1. J. M u s z k a t e n b l i t. Krwotoczność niedokrzepiwa (hemofilja) z rozległymi zmianami w układzie kostnym. 2. H. H ü g i e r. Rzadka postać poliomyelitis acuta. O d c z y t: 1. M. B o r n s z t a j n. O współczesnych metodach leczenia nerwic.

TREŚĆ: J. GLASS. O mocznicy pozanerkowej (Dok.). — S. BAU-PRUSSAKOWA. O naczyniakach mózgu (ze szczególnem uwzględnieniem naczyniaków mózgu, połączonych ze zmianami naczyniowymi skóry). (Dok.). — L. SELLIG. Schorzenia opłucny międzypłatowej i śródpiersiowej (Str. pogl. — Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — R. WIERZBICKI. Statystyka poronień za okres czasu od 1924 r. do 1931 r. poronienie jako zagadnienie społeczne. — Z. SZYMANOWSKI. Z powodu pogłosek o redukcjach. — Skrzynka zapytań. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Uroczysta Akademia Żałobna ku czci D-ra Edwarda Flatau: L. E. BREGMAN. Twórczość naukowa D-ra Edwarda Flatau. — M. BORNSZTAJN. Edward Flatau jako człowiek, lekarz i twórca polskiej szkoły neurologicznej. — N. ZANDOWA. Edward Flatau jako nauczyciel.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. GLASS. Sur l'urémie extrarénale (fin). — S. BAU-PRUSSAKOWA. Sur les angiomes du cerveau. (fin). — L. SELLIG. Maladies de la plèvre interlobaire et médiastinale (Rev. gén. fin). — R. WIERZBICKI. Statistique des avortements pendant la période depuis 1924 jusqu' à 1931 et l'avortement comme problème social. — Z. SZYMANOWSKI. A propos des bruits sur les réductions. — L. E. BREGMAN. La production scientifique du Dr. Edouard Flatau. — M. BORNSZTAJN. Edouard Flatau comme homme, médecin et créateur de l'école neurologique polonaise. — N. ZAND. Edouard Flatau comme maître.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

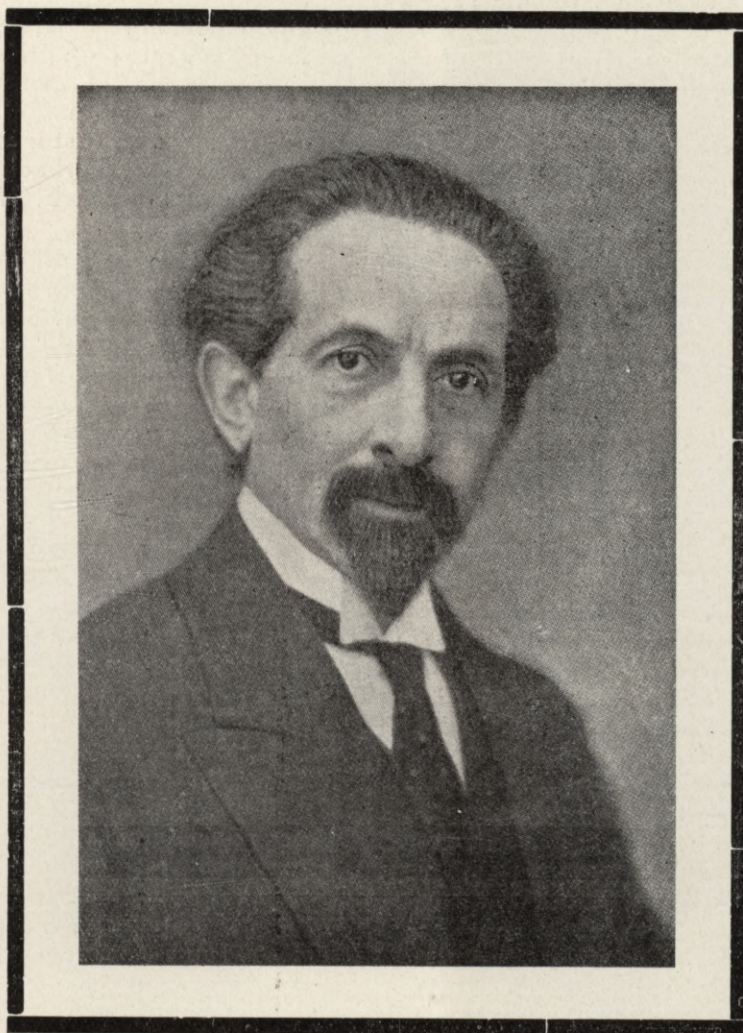
Wydawca przyjmuje codziennie 8-ej do 11 r.

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

uspakaja
nerwice · histérie · wmioty ·
stany podniecenia psychicznego



UROCZYSTA AKADEMJA ŻAŁOBNA



ku czci D-ra med. Edwarda Flatau a, urządzona staraniem Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Redakcji „Warsz. Czas. Lek.” w d. 16 października 1932 r.

Twórczość naukowa Dr. Edwarda Flatau

Przemówienie wygłoszone przez D-ra L. E. Bregmana.

Twórczość naukowa Dr. Edwarda Flatau była tak olbrzymia, liczba prac tak wielka, a prace te dotyczyły się tylu tematów ważnych zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym, że szczegółowe zobrazowanie ich wykroczyłoby daleko poza ramy, zakreślone dla uroczystości dzisiejszej.

Z konieczności więc ograniczyć się muszę do prac najważniejszych i do głównych wytycznych. Jako najbliższy sąsiad Flatau na terenie szpitalnym i bezpośredni świadek Jego pracy, przeżywałem wraz z Nim wszystkie fazy Jego twórczości naukowej i to mi w pewnej mierze ułatwi spełnienie mego zadania.

Neurologja w tym czasie, kiedy Flatau rozpoczynał swą pracę, była nauką młodą, rzec można nową, w której wszystko jeszcze było do zrobienia.

We wszystkich krajach, a przedewszystkiem we Francji, Anglii i Niemczech zabrano się z zapałem do badania anatomji i fizjologii układu nerwowego, studjowano pilnie symptomatologję schorzeń nerwowych i rozbudowywano kliniczną dagnostykę neurologiczną. W tym okresie Flatau po ukończeniu uniwersytetu znalazł się w Berlinie i pomimo swego młodego wieku i obcego dla siebie terenu, po krótkim czasie nawiązał bliski kontakt z najpoważniejszymi przedstawicielami nauki — anatomem Waldeyerem, fizjologiem Gadem i neurologami Mendlem i Goldscheiderem i pod kierownictwem tych już wówczas sławnych uczonych częściowo sam, częściowo we współpracy z Jacobsohnem, asystentem Mendla, rozpoczął twórczą pracę naukową. Prace tego okresu dotyczą prawie wyłącznie anatomji, histologii i anatomji patologicznej układu nerwowego. Flatau zrozumiał odrazu, że pogłębienie nauki o budowie i zmianach, zachodzących w ośrodkach nerwowych, możliwe jest tylko przez udoskonalenie techniki i metod badania. To też zabrał się przedewszystkiem do przestudjowania kilku podanych w tym czasie nowych sposobów badania i barwienia tkanek nerwowych; metody Golgiego, która dawała nigdy przedtem niewidziane wspaniałe obrazy komórek nerwowych ze wszystkimi wyrostkami aż do ostatnich najdrobniejszych gałązek, i którą Flatau nieco zmodyfikował, usiłując otrzymać obrazy bardziej wyraźne i preparaty, dające się lepiej przechować; metody Nissla, która rzuciła nowe światło na budowę komórek i okazała się niezwykle czułą dla wykazania najłżejszych zmian w komórkach pod wpływem różnych czynników, i wreszcie metody Marchiego, która pokazuje z niezwykłą wyrazistością zmiany degeneracyjne włókien nerwowych i tem umożliwia ustalenie wzajemnych stosunków między pojedynczymi częściami i odcinkami układu ośrodkowego. Przy zastosowaniu wymienionych metod powstał cały szereg cennych prac. W pierwszej linii badania nad komórkami nerwowymi, które, jak Flatau sam w jednym miejscu precyzuje, miały za zadanie wykazać, jakie zmiany zachodzą w komórkach

w razie zaburzenia ich czynności, i oprzeć na podstawach anatomicznych sposób działania toksyn i antytoksyn oraz różnych środków farmakologicznych. Klasyczne są badania Flatau nad działaniem jadu tężcowego (wraz z Goldscheiderem). Okazało się, że pomiędzy obrazem klinicznym a zmianami w komórkach brak stałego stosunku; przy stosowaniu jadu o coraz to większem natężeniu objawy stale się wzmagają, natomiast zmiany morfologiczne komórek zatrzymują się na pewnym poziomie a nawet mogą się cofnąć. Przez podanie przeciwjadu Behringa udawało się opóźnić albo nawet całkowicie powstrzymać występowanie owych zmian. Podobnie uderzył Flatau brak stałego stosunku pomiędzy kliniką a zmianami w komórkach po zatruciach ostrych i po dawaniu odtrutek (*Malonylnitril* i *Natrum subsulfurosum*).

W innym kierunku metody Marchiego i Nissla oddały Flatauowi duże usługi, mianowicie, gdy zajął się badaniem ośrodków w następstwie uszkodzeń części ciała na obwodzie. Chodziło tu przedewszystkiem o pewien sprawdzian dla teorii neuronów — samoistnych jednostek czynnościowych i troficznych, które miały być podstawą budowy ośrodka — teorii, która wówczas cieszyła się olbrzymiem powodzeniem, była b. płodna, dając impuls do różnorodnych badań, i którą Flatau niezmiernie się zainteresował. Przy tej sposobności nie mogę pominąć pewnego pamiętnego dla mnie przeżycia osobistego, które dowodzi, w jakim stopniu Flatau przejmował się sprawą naukową i jak umiał znaleźć kontakt z ludźmi, pracującymi na tem samym polu.

Było to w r. 1896 w czasie mego krótkiego pobytu w Berlinie. Jednego dnia zjawił się z samego rana u mnie w hotelu Flatau, którego wcale nie znałem, i oświadczył, że, dowiedziawszy się, że jestem w Berlinie a interesując się teorią neuronów, przyszedł, ażeby rozmówić się ze mną ośobiście o dokonanych przeze mnie doświadczeniach z przecinaniem na obwodzie ruchowych nerwów mózgowych oraz o podanych przeze mnie zmianach w jądrze n. twarzowego w przypadkach porażenia tego nerwu w następstwie sprawy usznej.

W tym samym kierunku szły badania Flatau nad zmianami w ośrodkach po amputacji kończyn, badania, które dały Mu cenne wyniki dla ściślejszego umieszczenia w rdzeniu ośrodków, reprezentujących pojedyncze grupy mięśniowe.

Na szczególne wyróżnienie zasługuje praca Flatau o ekscentrycznem położeniu torów długich w rdzeniu. Praca ta jest rozwinięciem myśli, wypowiedzianej dawniej przez Schiefferdeckera, że mianowicie w pęczku tylnym włókna, pochodzące z bardziej dystalnych części ciała, położone są więcej ku tyłowi i przyśrodkowo. Flatau dowiódł, że ta sama

zasada stosuje się także do pęczków przednich i bocznych i do wszystkich torów wstępujących i zstępujących rdzenia. Do stwierdzenia tego faktu posłużyły Mu: 1) doświadczenia na zwierzętach — psach, królikach i kretach, którym przecinał rdzeń, bądź całkowicie, bądź połowę rdzenia, a następnie badał zwyrodnienia wtórne wstępujące i zstępujące na przekrojach serjowych podłużnych; 2) doświadczenia na zwierzętach, którym przecinał rdzeń poprzecznie, a potem pobudzał rdzeń na przekroju poprzecznym, bądź w bliskości rogów przednich, bądź bardziej na obwodzie (badania, przeprowadzone wspólnie z Gadem); 3) badania kliniczno-anatomiczne przypadków poprzecznej sprawy rdzeniowej (z oddziału Goldscheidera); 4) wycinanie z kory mózgowej pojedynczych ośrodków, reprezentujących różne części ciała (wspólnie z Munkiem).

Praca ta dowodzi, do jak wielkiego wysiłku zdolny był Flatau, gdy szło o osiągnięcie celu naukowego, i powtórę, jak zręcznie umiał przyciągnąć do opracowywanego przez siebie tematu pierwszorzędnych badaczy i wykorzystać wszystkie dostępne Mu sposoby dla wykrycia prawdy naukowej.

Jeszcze jednej rzeczy dowodzi praca przytoczona: Flatau nie umiał dopuścić do zmarnowania materiału naukowego. Z powyższej pracy bowiem pozostały Mu mózgi kilku małp, operowanych przez Munka. Mózgi te wraz z kilkoma mózgami ludzkimi (po krwotokach i zakrzepach) stały się w 10 lat później podstawą do większej, b. cennej pracy o szlakach piramidowych.

Poza powyżej przytoczonymi pracami Flatau wydał w okresie swego pobytu w Berlinie kilka większych dzieł: *Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien*, oparty na własnych zdjęciach fotograficznych, dokonanych z zastosowaniem ulepszonej przez siebie techniki; podręcznik *Anatomji patologicznej układu nerwowego* wraz z Minorem i Jacobsohnem; podręcznik *Anatomji i anatomji porównawczej układu nerwowego ośrodkowego zwierząt ssących* (wraz z Jacobsohnem) i wreszcie rozdział o zapaleniu wielonerwowym w szczegółowej patologii Nothnagla (wraz z Remakiem).

Po powrocie do kraju Flatau objął kierownictwo jednego z oddziałów neurologicznych w Szpitalu na Czystem (w r. 1904) a w r. 1913 kierownictwo Pracowni Neurobiologicznej w Towarzystwie Naukowym.

Z obu tych instytucyj wyszedł długi szereg prac anatomopatologicznych, doświadczalnych i klinicznych, które ze względów praktycznych uważam za celowe przedstawić w trzech grupach: 1) sprawy oponowe, 2) sprawy zapalne mózgu i rdzenia, 3) sprawy nowotworowe.

Rozporządzając na swym oddziale dużym materiałem, dotyczącym zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w szczególności zapalenia opon ropnego, Flatau przystąpił (wraz z kol. Handelsmanem) do badań doświadczalnych nad wprowadzaniem zarazków do kanału rdzeniowego. Najbardziej do celu tego nadawały się hodowle pneumokoków. W większości przypadków

udawało się tym sposobem wywołać u psów powstawanie ropnego zapalenia oka. W pewnej liczbie przypadków otrzymano tą drogą ropnie w samym rdzeniu; ropnie mieściły się najczęściej w bliskości kanału środkowego rdzenia. Powstawały one nie bezpośrednio przez przejście ropienia na rdzeń, lecz drogą naczyń krwionośnych, na co wskazywały nacieczenia naczyń, biegnących w brózdach przedniej lub tylnej. W wielu komórkach stwierdzono wakuole, a w nich neuronofagi, powstałe z komórek glejowych albo leukocytów. Tak samo jak w swoich pierwszych pracach nad jadem tężcowym, tak samo i tu Flatau rozszerzył swe doświadczenia także i na działanie surowicy przeciw pneumokokowej i dowiódł, że surowica ta powstrzymuje zapalenie opon i to tem pewniej, im wcześniej została zastrzyknięta. Natomiast tak bardzo zalecana urotropina wykazała działanie słabe.

Na tem jednak nie zatrzymały się bynajmniej usiłowania terapeutyczne Flatau: w toku powyższych doświadczeń wyłoniła się myśl o możliwości przepłukiwania kanału kręgowego w celu usunięcia jaknajwiększej ilości materiału zakaźnego. Przekonawszy się doświadczalnie na zwierzętach (którym dokonywał trepanacji i laminectomji) o wartości tej metody i o tem, że płyn, zastrzyknięty dołędźwiowo, szybko przenika aż do podstawy mózgu, Flatau zaczął ją stosować u chorych, dotkniętych ropnem zapaleniem opon. z dobrym skutkiem.

W dziedzinie zapalenia opon gruźliczego Flatau opisał (wraz z kol. Zandową) trzy rzadziej spotykane postacie reakcji opon na działanie jadu gruźliczego:

1) — zapalenie opon surowicze, wzg. podrażnienie opon (t. zw. *meningismus*);

2) — zapalenie opon gruźlicze ograniczone, dotyczące bądź opon miękkich, bądź twardych. Rokowanie w tych postaciach bywa naogół pomyślniejsze, w zajęciu opon miękkich sprawa trwać może tygodniami, lub miesiącami, w zajęciu opony twardej rok albo kilka lat; niekiedy w postaciach ograniczonych wskazane bywa leczenie operacyjne;

3) — zapalenie opon gruźlicze, przewlekłe — postać b. rzadka, trwająca wiele miesięcy, mogąca przebiegać bez gorączki ze słabem zajęciem nn. czaszkowych. Najtrudniejsze jest rozpoznanie różniczkowe między tą postacią, a zapaleniem surowiczym u gruźlików, przyczem Fl. kładzie największy nacisk na wpływ leczenia: w zapaleniu surowiczym promienie Roentgena, płyny hipertoniczne i lampa kwarcowa odnoszą dobry skutek.

W tem miejscu wspomnieć muszę o ważnej pracy, poświęconej gruźlicy podstawy czaszki. Flatau opisuje szczegółowo mało znane obrazy kliniczne tego cierpienia, mające cechy odmiennie, w zależności od tego, czy sprawa umiejscawia się w przedniej, środkowej albo tylnej jamie czaszkowej. Objawy są podobne do zakrzepów zatok mózgowych, guzów mózgu, albo mózdzku, do powikłań zapalenia ucha środkowego, rozpoznanie różniczkowe bywa niekiedy bardzo trudne.

Obraz kliniczny zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych został zbogacony przez Flatau dwoma nowymi objawami: 1) nazwany objawem kar-

kowo-midrjatycznym, polega na tem, że żrenica rozszerza się przy pochylaniu głowy ku przodowi.

Objaw ten występuje zarówno w zapaleniu nagminnem, jak i gruźliczem oraz w innych zapaleniach opon, towarzyszących różnym chorobom zakaźnym, niekiedy, zwłaszcza u osesków, bywa pierwszym objawem zajęcia opon, może mieć znaczenie rozpoznawcze w różniczkowaniu pomiędzy mocznicą a zapaleniem opon miękkich albo krwotocznem zapaleniem opony twardej, zresztą, występuje także w zapaleniu kręgów szyjnych.

Drugi objaw — objaw erekcyjny, — polegający na erekcji prącia po kilkakrotnem zginięciu tułowia ku przodowi — jest właściwy zapaleniu gruźliczemu opon i ma pewną wartość rozpoznawczą w postaciach nietypowych, przewlekłych, przebiegających ze zwolnieniami, albo dających płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, zawierający komórki wielojądrzaste. Prognostycznie jest to objaw niepomyślny.

Badając z różnych punktów widzenia stany zapalne opon, Flatau musiał natknąć się na tak ważną dla spraw tych kwestję przepuszczalności barjery ośrodkowo-nerwowej i badał doświadczalnie zachowanie się tej barjery pod wpływem narkotyków, środków, oddziaływujących na układ wegetacyjny, płynów hipertonicznych, czynników wewnątrzwydzielniczych, substancji, wprowadzonych do przestrzeni podpajęczynówkowej i t. d. Wynikiem praktycznym tych badań była próba „chromoneuroskopowa” z fuksyną (zastrzyknięcie domięśniowe 5% roztworu fuksyny, potem nakłucie lędźwiowe, płyn mózgowo-rdzeniowy po dodaniu 10% roztworu kwasu solnego w 95% alkoholu zabarwia się fioletowo).

Próba ta okazała się doskonałym wskaźnikiem zachorzenia opon i jako taka znalazła szerokie zastosowanie w klinice.

Flatau pierwszy w Polsce zwrócił uwagę na krwotoki podpajęczynówkowe (*Haemorrhagia subarachnoidalis*, *Leptomenigitis haemorrhagica*), postać kliniczną niezmiernie ważną i d. często spostrzeganą, której rozpoznanie stało się dopiero możliwe od czasu dokonywania nakłuć lędźwiowych. Plastyczność obrazu tego cierpienia została uwypuklona przez zestawienie z krwotocznem zapaleniem opony twardej w tej samej pracy.

Wreszcie w ostatnich latach Flatau w poszukiwaniu najlepszych metod leczenia spraw zapalnych opon zwrócił szczególną uwagę na działanie promieni Roentgena i płynów hipertonicznych i przyczynił się niezmiernie do rozpowszechnienia tych metod w praktyce klinicznej.

Przechodzę do spraw zapalnych w układzie nerwowym ośrodkowym: stwardnienia wieloogniskowego i zapalenia rozsiańnego mózgowo-rdzeniowego. Sprawom tym Flatau poświęcił szereg prac, ogłoszonych wspólnie z kol. Koelichem i Skłodowskim. Na zasadzie własnych przypadków zastanawia się nad obrazem klinicznym, zmianami histologicznymi, patogenezą i wzajemnym stosunkiem obu wymienionych chorób. Stwierdza przede wszystkim, że dla rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego nie można już teraz wy-

macać dawnych, podanych przez Charcota objawów klasycznych — oczopląsu, drżenia zamiarowego i mowy skandowanej, że w cierpieniu tem mogą być spostrzegane zmiany czuciowe i zaburzenia zwieraczy, których istnienia dawnej zaprzeczano, że stwardnienie wieloogniskowe przebiegać może pod postacią zapalenia poprzecznego rdzenia, że między ostrą postacią stwardnienia wieloogniskowego, a dawniej znaną postacią klasyczną niema zasadniczej różnicy, tak, że ostra postać jest jakby skondensowaną postacią choroby. Z wywodów Flatau wynika, że niema także różnicy zasadniczej pomiędzy stwardnieniem wieloogniskowem a zapaleniem rozsiańnem mózgowo-rdzeniowem, gdyż w obu chorobach mamy do czynienia ze sprawą zapalną wzgl. naczyniowo-zapalną. W zapaleniu rozsiańnem sprawa bywa tylko bardziej destrukcyjna i prowadzi nie tylko do rozpadu otoczek myelinowych, ale i do zniszczenia komórek nerwowych i wyrostków osiowych i z tego powodu wywołuje zwyrodnienia wtórne. Natomiast w stwardnieniu wieloogniskowem tendencja destrukcyjna jest mniejsza i powoduje tylko rozpad otoczek myelinowych, a w następstwie bujanie gleju; zaś komórki nerwowe i wyrostki osiowe, na co już w swoim zwrócił uwagę Charcot, pozostają nienaruszone, i brak zwyrodnień wtórnych. W obu sprawach naczynia krwionośne bywają dotknięte, bardziej w zapaleniu, słabiej w stwardnieniu wieloogniskowem, w którym to cierpieniu jednakże umiejscowienie ognisk wskazuje na niewątpliwą zależność od zmian naczyniowych. Obie sprawy powstają na tle toksycznym, wzgl. toksyczno-zakaźnem.

Postacie przewlekłe stwardnienia wieloogniskowego powstają, być może, wskutek działania jądów autotoksycznych (samozatrucie), w ostrych prawdopodobniejszy jest jad wewnątrz-pochodny. Toksyny niszczą najsampierw otoczki myelinowe, potem zjawiają się komórki ziarniste, które pochłaniają rozkładającą się myelinę, wtedy dopiero następuje rozrost włókien glejowych, nigdy natomiast nie widzi się rozmiękczenia.

Za bliskiem powinowactwem pomiędzy stwardnieniem wieloogniskowem a zapaleniem rozsiańnem przemawiają także postacie przejściowe, t. j. przypadki, w których do obrazu klinicznego zapalenia rozsiańnego, wzgl. zapalenia rdzenia przyłączają się pojedyncze objawy właściwe stwardnieniu wieloogniskowemu, albo też przypadki stwardnienia wieloogniskowego, w których badanie histologiczne wykazuje zmiany w komórkach i wyrostkach osiowych.

Nowa postać zapalenia rozsiańnego mózgowo-rdzeniowego, występująca nagminnie, przykuła uwagę Flatau w ostatnich latach. Obok Redlicha w Wiedniu i Pettego w Hamburgu Flatau najbardziej się przyczynił do poznania tej niezmiernie ciekawej, a coraz częściej występującej w różnych krajach postaci chorobowej, wyróżniającej się ostrym, wzgl. podostрым przebiegiem i wybitnym polimorfizmem obrazów klinicznych. Flatau tak dokładnie opisał spostrzegane objawy i tak plastycznie nakreślił cechy, charakteryzujące te cierpienie, że niektórzy autorzy nadali mu nazwę choroby Flatau.

Pierwszym, a częstokroć długotrwałym objawem bywają parestezje, najczęściej termiczne o niezwyklej lokalizacji i dziwacznym charakterze, przypominające niekiedy kaulgję. Częstokroć występują także inne objawy ze strony układu współczulnego — białe smugi, naoliwienie twarzy i t. p. W niektórych przypadkach objawy te są tak wybitne, że Flatau proponuje dla nich nazwę *sympathaxis epidemica*. Jako charakterystyczny dla danej sprawy podaje zespół objawów nazwany zespołem podbródkowym. Inne objawy początkowe bywają: bóle i zawroty głowy, bóle w różnych częściach ciała, osłabienie kończyn, nieźborność i bezład, podwójne widzenie, zaburzenia zwieraczy, kieratodermja. W niektórych przypadkach przeważają objawy rdzeniowe, w innych opuszkowe albo też objawy z pnia mózgowego lub mózgowia; częstokroć objawy wskazują na ogniska rozsiane, czasami występują także objawy oponowe. Flatau uważa zapalenie rozsiane mózgowo-rdzeniowe za odrębną jednostkę chorobową, spowodowaną prawdopodobnie przez ultra-zarazek przesączalny, który cechuje: 1) szczególne powinowactwo do układu współczulnego, 2) że nie wywołuje głębszych zmian w tkankach nerwowych, jest to zarazek biologicznie słaby, częstokroć „muska tylko tkankę nerwową powierzchownie”, 3) wykazuje skłonność do szybkiego wygasania, i dlatego sprawa ma przebieg łagodny, rokowanie względnie pomyślne, nawrotów nie bywa. Niewątpliwie jest to zarazek odrębny, którego nie można utożsamiać z zarazkiem zapalenia mózgu nagminnego, aczkolwiek obraz kliniczny wykazuje pewne podobieństwo, tak, np. w zapaleniu nagminnym spostrzega się także sporo objawów współczulnych. Dowodem odrębności zapalenia rozsianego jest, że dotąd nie spostrzegano po nim parkinsonizmu. Jednakowoż zarówno zarazek zapalenia rozsianego, jak i ostrych postaci stwardnienia wieloogniskowego i różnych schorzeń mózgowych w następstwie spraw zakaźnych i szczepienia ospy mają niewątpliwie pewne powinowactwo z zarazkiem zapalenia nagminnego. Flatau przychyli się do zdania Pettego, że różnica polegać może na tem, iż tamte zarazki atakują przedewszystkiem istotę białą, zarazek zaś zapalenia nagminnego (również jak i choroby Heine-Medina) istotę szarą.

Inną postacią cierpienia mózgowego, która wywołuje uszkodzenie prawie wyłącznie białej istoty mózgu, jest t. zw. choroba Schildera. Flatau zaproponował dla niej nazwę „*encephalleucopatia scleroticans progressiva*”, i przypuszcza specjalny tropizm domniemanych toksyn do białej istoty mózgu. Choroba dotyka najczęściej starsze dzieci, rzadziej występuje w wieku młodzieńczym, przejawia się w upadku władz umysłowych, zaniku nn. wzrokowych, porażeniach i przykurczach kończyn; niektóre przypadki były opisane jako młodzieńcza postać choroby Tay-Sachsa.

Trzecia grupa spraw, które najbardziej Flatau pociągały, to nowotwory mózgu i rdzenia. Prowadząc duży oddział neurologiczny, w którym nowotwory stanowiły poważny odsetek przypadków i ze zrozumiałych powodów był materiałem najciekawszym, zarówno pod względem kliniczno-rozpoznawczym, jak i pod względem zadań terapeutycznych, poświęcał im dużo czasu

i pracy. Pracę tę odzwierciedlają najlepiej liczne pokazy na wspólnych dla obu oddziałów konferencjach neurologicznych, na ogólnych posiedzeniach szpitalnych i posiedzeniach Tow. Neurologicznego a także liczne prace, ogłoszone przez Jego współpracowników. Z prac Flatau, poświęconych temu przedmiotowi, poza poszczególnymi przyczynkami kazuistycznymi, zasługuje na wyróżnienie praca o nowotworach rdzenia z r. 1909. W pracy tej zebrane są liczne przypadki nowotworów samego rdzenia, jak i nowotworów kręgowych i pozakręgowych, drążących do kanału kręgowego i uciskających rdzeń.

Dalej praca o leczeniu nowotworów mózgu i rdzenia promieniami Roentgena. Podany tu jest szereg przypadków nowotworów rdzenia i kręgów, powodujących ucisk rdzenia, w których promienie Roentgena, bądź po uprzednim leczeniu operacyjnym, bądź bez poprzedzającej operacji dały wyniki pomyślne. Również i w nowotworach mózgu, a w szczególności guzach przysadki wyniki były zadawalające. Do tych prób terapeutycznych Flatau został w dużej mierze zachęcony przez swe niezmiernie ciekawe badania doświadczalne na zwierzętach. Po dokonaniu trepanacji, wzgl. laminektomji i umieszczeniu kawałka tkanki nowotworowej na powierzchni mózgu, mózdzku albo rdzenia, udawało się otrzymać po kilku lub kilkunastu dniach nowotwory, wywołujące odpowiednie objawy uciskowe, ogólne i miejscowe (np. b. wybitne objawy mózdkowe). Przez zastrzyknięcie emulsji raka mysiego do mózgu otrzymano nowotwory wewnątrzmożgowe, a przez zastrzyknięcie tej samej emulsji do worka oponowego—nowotwory rozsiane.

W dalszym ciągu swych doświadczeń Flatau poddawał wytworzone przez się nowotwory działaniu promieni radu i wykazał, że przy zastosowaniu radu wnet po zaszczepieniu albo po 1 lub 2 dniach nowotwór wcale się nie rozwijał. Jeśli zaś stosowanie radu miało miejsce w 10 dni po umieszczeniu nowotworu, to nowotwór wprawdzie powstawał, ale w następstwie iradiacji radowych następował całkowity zanik guza: tym sposobem otrzymano poraż pierwszy całkowite wyleczenie nowotworu doświadczalnego bez operacji. Podobne wyniki otrzymano w nowotworach doświadczalnych mózdzku.

W końcu wspomnieć muszę jeszcze o dwóch większych pracach Flatau. Pierwsza to wyczerpująca monografia o migrenie oparta na 500 własnych przypadkach, a w dużej części na autoobserwacji, gdyż sam od wielu lat miewał napady migreny. Kolejno opisuje Flatau migrenę pospolitą i różne jej odmiany: 1) migrenę oczną (*scotoma scintillans*) 2) migrenę padaczkową, postać b. ważną, która rzuca światło na bliskie powinowactwo pomiędzy migreną a padaczką (w migrenie pospolitej spostrzegał także objawy podrażnienia ruchowego i skurcze pęczkowe mięśni w różnych częściach ciała), 3) migrenę psychiczną i wreszcie 4) b. rzadką postać twarzo-porażną. Migrena nie jest chorobą samoistną, lecz zespołem chorobowym. Jest wyrazem wrodzonego usposobienia do patologicznych procesów metabolicznych w układzie nerwowym, być może w związku z czynnością gruczołów wewnątrz-wydzielniczych.

Druga praca również czysto kliniczna z r. 1911 traktuje o postępującym kurczu torsyjnym u dzieci (wraz z kol. Sterlingiem). Cierpienie to było wówczas mało znane, pierwsze przypadki ogłosili na krótko przedtem Ziehen i Schwalbe. W pracy opisane są dokładnie 2 odnośne przypadki, szczegółowo zarejestrowane spostrzegane objawy hiperkinetyczne i przeprowadzone rozpoznanie różniczkowe z innymi podobnymi sprawami, a w szczególności z t. zw. athetose double. Cierpienie otrzymało nazwę skurczu torsyjnego, która utrzymała się w późniejszym piśmiennictwie.

Szanowni Państwo! Przedstawiłem w krótkim zarysie najważniejsze prace Edwarda Flatau a. Widzimy z tego, że we wszystkich głównych działach neurologji zawdzięczamy Flatau o w i dzieła

podstawowe, fundamentalne. Badania anatomiczne, kliniczne i doświadczalne Flatau a stanowią ogrom pracy o wartości niepospolitej, świadczące o niezwyklej pracowitości i wytrwałości w dążeniu do wykrycia prawd naukowych, o wielkim darze obserwacyjnym i niemniej wielkim talencie w syntezie obserwowanych zjawisk. Był to umysł w wysokim stopniu produkcyjny, który nam pozostawił w spuściźnie całą masę faktów i spostrzeżeń, idei i poglądów, stanowiących w całości wspaniały dorobek naukowy, który z pewnością zachowa trwałe i zaszczytne miejsce w nauce neurologicznej, które są i pozostaną na zawsze chlubą neurologji polskiej, i za które my wszyscy, Jego przyjaciele, współpracownicy i uczniowie składamy Jego pamięci nawiązany hołd i z głębi serc płynące podziękowanie.

Edward Flatau, jako człowiek, lekarz i twórca polskiej szkoły neurologicznej

Przemówienie wygłoszone przez D-ra M. Bornsztajna.

Zponad wezbranej fali łez i smutku, w której pograżyły się serca nasze z powodu śmierci Edwarda Flatau a, — śmierci, w której rzeczywistość dziś jeszcze trudno nam uwierzyć, — wydobywa się zwolna zaduma, wyłania się rozpamiętywanie, narzuca się konieczność uświadomienia sobie, kogośmy stracili, kim był ten człowiek, którego kilka miesięcy temu złożyliśmy do grobu. Musimy sobie uprzytomnić, dlaczego śmierć Edwarda Flatau a odczuliśmy, jako klęskę. Czy dlatego tylko, że był znakomitym lekarzem, uczonym neurologiem, świetnym organizatorem pracy naukowej? Czy dlatego tylko? Nie, postokroć nie! Nauka na grobach swoich wybitnych szermierzy składa wyrazy hołdu i uznania, waży stratę poniesioną na szali rozważa i rozsądku. Jeżeli wśród nas, przyjaciół, kolegów i uczniów starszych, młodszych i najmłodszych, jeżeli wśród tłumu chorych, przez Flatau a leczonych, wśród wszystkich, którzy go znali bliżej, rozległ się płacz, wybuchnął szloch, jeżeli zastygliśmy później wszyscy w kamiennym żalu, to dlatego głównie i nadewszystko, że odszedł od nas nie tylko znakomity lekarz i świetny uczony, ale dlatego, że odszedł od nas na wieki człowiek w najszczytniejszym znaczeniu tego wyrazu...

Odszedł od nas człowiek, jakby z jednej wykuty bryły, człowiek mocny i niezłomny, który szedł przez życie swoje całe krokiem pewnym, twardym, z wzrokiem, utkwionym w słońce Prawdy.

Ukochał naukę i samo dążenie do prawdy naukowej — i to było motywem przewodnim w symfonji jego życia, to nadawało ton i brzmienie całemu Jego bytowaniu tu na ziemi. Tem ukochaniem promieniował na otoczenie i pociągał je ku Sobie. Szukał w każdym, kto się do Niego zbliżał, siebie samego, swoich ukochań, swoich tęsknot, a gdy je odnajdywał, przygarniał do siebie sercem całym. Był dobry — nie tą dobrocią pospolitą, codzienną, zdawkową, małą, czułościową. Napozór zimny, surowy i zamknięty w sobie, nosił w sobie nieprzebrane skarby uczucia, które wyjawiał co-

dziennie w swoim stosunku do swych najbliższych, do przyjaciół, kolegów, chorych. Chorzy, należący do najrozmaitszych warstw społecznych, do różnych narodowości, chorzy najrozmaitszej kultury i inteligencji, mieli dla Niego kult formalny. Śmierć Edwarda Flatau a okryła ich istotną żałobą. Tylokrotnie powtarzał słowa znakomitego lekarza Nothnagla, że zły człowiek nie może być nigdy dobrym lekarzem. — Ale był nie tylko dobry, był jeszcze ponadto mądry, i znów mądry w najsłabszym znaczeniu tego wyrazu, nie w sensie sprytu lub przebiegłości, — ale mądry dlatego, że rozumiał życie, rozumiał ludzi, znał ich słabości, traktował je najczęściej z uśmiechem pobłażliwym, wiedział, jak z każdym mówić należy, ażeby trafić do jego duszy, niezależnie od tego, jaka ona była, mała czy wielka. Słabości ludzkie traktował pobłażliwie; jednego nie cierpiał, — to fałszu, karierowiczostwa, nierzetelnego stosunku do nauki i traktowania jej nie jako celu samego w sobie, lecz jako środka do zdobycia stanowiska, jako szczebla do kariery życiowej. Dla takich ludzi miał tylko pogardę. Pamiętam, a znałem go i obcowalem z Nim przez lat z górą 30, zdarzało się nieraz, że miał co do niektórych ludzi złudzenia, chciał je mieć, kiedy uważał ich skądinąd za wartościowych ale kiedy się przekonywał, że stoją moralnie nisko, odwracał się od nich nazawsze, wykreślał ich z swego serca, przedstawiali dla Niego istnieć — cierpiał często z powodu takich pomyłek swoich...

Stwarzał wokół siebie nie tylko atmosferę nauki, ale i atmosferę czystości moralnej; jedna od drugiej były nieodłączne. — Mimo rozległości swej wiedzy, — a może właśnie dlatego — był skromny, znał wartość swoją, ale nie był zarozumiały, wyniosły. Prostota i skromność stanowiły główne znamiona Jego charakteru.

Kiedy przed 3 laty zaledwie obchodziliśmy jubileusz Jego 35-letniej pracy naukowej, namyślaliśmy się długo, znając Jego skromność i niechęć do wszelkich ostentacyj, jaki wybrać sposób uczczenia Jego dnia, tak, ażeby nie sprawić Mu przy-

kości. Wręczenie księgi pamiątkowej, zawierającej prace najznakomitszych neurologów całego świata i prace uczniów Jego i przyjaciół, odbyło się w prywatnym gabinecie Flatau'a o wczesnej godzinie pewnego dnia, który był dla Flatau'a zwykłym dniem pracy.

Miał niewątpliwie wielkie ambicje naukowe, które rosły w miarę powodzenia, w miarę uznawania przez świat naukowy Jego zasług na polu neuropatologii, ale obce mu były całkowicie małe ambicjki. Ambitny był zwłaszcza na punkcie uczniów swoich, tych głównie, w których zdolność i przyszłość naukową wierzył; cieszył się z każdego ich sukcesu więcej, niż z własnych. Ile to razy opowiadał z największą radością, że tego lub owego zacytowano w jakimś dziele zagranicznym. Pamiętał ważniejsze prace uczniów swoich lepiej, niż oni sami. Jeszcze podczas choroby swojej wspominał w rozmowach z niektórymi z nas tytuły najdawniejszych naszych prac. Był urodzonym, predestynowanym kierownikiem i nauczycielem.

Potrafił w Jemu tylko właściwy sposób sugerować każdemu, że dana praca nie może przedstawiać żadnych trudności. „Pan to napewno dobrze zrobi”, było zwykłe zakończenie omawianego wspólnie planu pracy. Jako pierwszy, najstarszy i wieloletni uczeń Jego i współtowarzysz w pracy klinicznej, mogę dać świadectwo tej prawdzie, że jako kierownik i nauczyciel nie miał sobie równego; rozwijał w nas intuicję lekarską, zaprawiał do rozpoznawania chorób na podstawie niedostrzegalnych niemal objawów, a jednocześnie uczył, jak nikt inny, najściślejszego, precyzyjnego badania, które te intuicyjne, z lotu ptaka stawiane rozpoznania utwierdzało, korygowało lub zgoła obalić miało.

Dawał z siebie wszystko, co miał, niczego nie chowając zazdrośnie, wszystkim się dzielił, co umiał, o czym myślał. Pisma naukowe, których studjowaniu poświęcał zwykle niedzielne przedpołudnia, szły do rąk współpracowników z adnotacjami tych prac, które leżały w zakresie zainteresowań poszczególnych osób. I dzięki tym właściwościom swego umysłu i charakteru stał się twórcą pierwszej w Polsce szkoły neurologicznej, z której wyszedł szereg zdolnych i znanych już na terenie międzynarodowym pracowników naukowych. Ale, ucząc innych, nie przestawał uczyć siebie, nie ustawał w pracy nad sobą samym. Pracował bezustannie, nie było dla Flatau'a go-

dziny, niewypełnionej pracą, nie było święta; trzeba było Go formalnie zmuszać do odpoczynku; śmieliśmy się zawsze my, bliscy, że Flatau'a trzeba było zawsze od nowa uświadamiać, kiedy przypadają święta, nie pamiętał nigdy tych dat, nie wiedział, nie chciał wiedzieć, że nadchodzi czas, kiedy można choć trochę wytchnąć.

Skromny był nie tylko pod względem swej wartości naukowej, skromny był i w życiu prywatnym. Oszczędny ponad miarę, jeżeli chodziło o Niego samego, był natomiast szczodry, kiedy chodziło o cele naukowe lub też cele społeczne, które były bliskie Jego sercu. Do żadnej partii politycznej nigdy nie należał, nie eksponował na zewnątrz swoich przekonań, ale był szczerym demokratą nie w słowach, ale w czynie. Wszelkie instytucje, pisma, wszelkie poczynania w duchu demokratycznym znajdowały w Flatau'u czynnego, ale cichego poplecznika i orędownika. I w życiu Jego całkiem nie było żadnych odchyłeń od linii, którą sobie wytyczył, żadne względy uboczne, czysto osobiste nie były w stanie odwieść Go chociażby na krok jeden od szlaku, po którym szedł, szedł — aż do chwili, kiedy powaliła Go okrutna choroba. Dla uczniów swoich, dla przyjaciół i kolegów był i pozostanie wzorem człowieka, który mówi mało, — bo mówił tylko wtedy, kiedy miał coś własnego, coś przemyślanego do powiedzenia — ale za to wiele czyni. Kochał szczerze tych, którzy Mu w pracy pomagali, których pociągał ku Sobie urokiem i walorami swej wybitnej indywidualności. Jak rozbitki z okrętu, porzuconego na wzburzonej fali, pozostała bez Edwarda Flatau'a rzesza Jego uczniów i przyjaciół, osamotniona, osierocona, bezradna...

Ale życie musi być zaprzeczeniem śmierci, jeżeli ma być życiem, a nie marną wegetacją.

Więc ci, co zdają sobie dobrze sprawę, kogo stracili, muszą dźwignąć się z tej bezradności, podjąć porzucone przez odejście Flatau'a dzieło, przez niego rozpoczęte i tak wspierać poprowadzone, i kontynuować je dalej w myśl Jego wskazań. To będzie najpiękniejszy i najtrwalszy pomnik, jaki stanąć winien na grobie Edwarda Flatau'a, skoro los okrutny zrzucił, że sam On nie mógł się doczekać wszystkich upragnionych plodów swej niezmordowanej, do ostatniego niemal tchu prowadzonej i taką wielką tęsknotą do ideału przepełnionej pracy.

Edward Flatau jako nauczyciel

Przemówienie wygłoszone przez D-rą Natalję Zandową.

„Edward Flatau” — te dwa wyrazy były dla mnie nasamprzód symbolem siły magicznej, która mi otwierała wrota wszystkich placówek naukowych zagranicznych, kiedy do nich pukałam 25 lat temu; uczeni, którzy znali Flatau'a tylko z jego prac naukowych, otwierali podwoje z powagą i godnością, ci zaś, którzy zetknęli się z Nim kiedykolwiek osobiście — przelewali na mnie ciepło i sympatię, jakie wzbudził w nich czar osobisty Flatau'a.

„Edward Flatau” — wyrazy te stały się dla

mnie wkrótce symbolem akuracności i punktualności: pierwsza praca naukowa, pierwsza wizyta w Pracowni Neurobiologicznej przy ul. Śniadeckich. Spotkanie, wyznaczone przez Niego na godzinę 9-tą rano. Złym zwyczajem warszawskim przyszedłam z 15-minutowym opóźnieniem. Flatau spojrzał poważnie na zegarek, poczem z wyrzutem na mnie. Z młodzieńczą lekkomyślnością zawyrokowałam w duszy, że kieruje się On niemiecką pedanterją i zaprotestowałam. Powoli protest znikł, sama przejęłam zwyczaj Flatau'a ważenia każ-

dej minuty, pojęłam bowiem, że tylko ta metoda umożliwia łączenie pracy naukowej z zajęciami zawodowo-praktycznymi.

Czas mijał, życie stawiało nas w rozmaitych sytuacjach, jedna z nich tylko była niezmienna: sytuacja Flataua w murach pracowni Neurobiologicznej. Przychodził tam o 9-ej rano jakby na modły poranne przed Bóstwem Wiedzy. Żadnych zbędnych pogawędek, w skupieniu i powadze mijał wielką salę ogólną i zmierzał do swego gabinetu. Jeśli gwar uczniów był za wielki — oddzielał się od nich przez zamknięcie drzwi. To było hasłem do ciszy ogólnej. Dwie godziny wytężonej pracy myślowej, z których lwia część poświęcona była przeglądaniu rękopisów. Jeśli którykolwiek z uczniów, znużony piastowaniem uczucia wdzięczności dla Mistrza, gotów jest zaprzeć się długu ciążącego na nim, i twierdzić, że o własnych siłach szedł do zdobycia wiedzy, niech w chwili obecnej, chwili żałoby po zgasłym Nauczycielu, spojrzy wstecz i porachuje literki, które Flatau musiał odcyfrować w licznych jego rękopisach, i niech ze skrucłą wyzną, że dłużnikiem Flatau jest i być musi aż po krańce swego życia.

Zresztą, wdzięczność dla Flatau nigdy nie była uciążliwa, nie żądał on bowiem innej zapłaty za niestrudzoną swą ofiarność, jak tylko nowych wysiłków w kierunku pokonania zagadek naukowych, nowych badań, rozświeclających mrok. Do prac tych dawał impuls, dawał moc wytrwania i słowa zachęty, a kiedy trzeba było, dawał i razy ciętej i trafnej ironii.

W rezultacie osiągał to, iż każdy pracownik, stykający się z Flatauem, зараżał się jego szlachetną ambicją, stawiał sobie wysokie cele i dopóki był z Nim, kroczył tą samą, co On, drogą. Wspólna wędrówka pozostawiała w duszy Jego wspomnienia tklive dla każdego z uczniów. Surowy ten zazwyczaj sędzia dla zbłąkanych swych owiec znajdował zawsze słowa pobjaźania, pragnął usprawiedliwić zbrocenia z drogi nauki. Nie cofał przyjaźni i nie tracił nadziei, że może w lepszych warunkach leniwi duchem podciągną się, przypomną sobie o ideałach z czasu młodości górnej a chmurnej. Był pod tym względem idealistą, nie mógł zrozumieć, że są ludzie, którym nie dokucza życie bezduszne, którym nie ciąży atmosfera codzienności po tem, jak zakosztowali już byli napoju z krynicy twórczej myśli.

A myśl twórczą Edward Flatau szanował, jak mało kto. Najmłodszy wśród pracowników Jego mógł śmiało wypowiedzieć się, wybrać sobie dowolny temat pracy — nie napotkał nigdy ze strony Mistrza pogńębienia lub drwin. Z wybitnym talentem pedagoga Flatau prostował kierunek myśli, wskazywał słabe strony projektu i pozwalał próbować skrzydeł do lotu indywidualnego. Specjalnie rad był, gdy ktoś z uczniów obierał sobie określony kierunek pracy. Wtedy śledził jej bieg z zainteresowaniem, a czytając całe bieżące piśmiennictwo medyczne, wyszukiwał dla każdego pracowni-

ka odpowiednie artykuły, notował tytuły na karteczkach i, milcząc, kładł je przed każdym. Tak to Mistrz wykonywał za uczniów czarną, żmudną robotę wyszukiwania materiałów bibliograficznych. Czy można było oprzeć się zachęcie do pracy, podanej w tak sugestywny sposób?! Toteż pracować musiano, nie pracować wstyd było. Impuls do odczytów lub pokazów klinicznych — wychodził zawsze od Flatau. To był jedyny moment, kiedy Flatau posługiwał się swym autorytetem: bez litości dla wewnętrznego skrępowania najmłodszego z adeptów neurologji polecał mu wygotować pokaz lub odczyt, pomagał wskazówkami i radami i puszczał już samodzielnego na fale życia publicznego. I wtedy jednak nie pozostawiał go bezbronnym, w dniu występu ucznia, zwłaszcza młodego i niepewnie stojącego na nogach, Flatau przychodził obowiązkowo na posiedzenie i, jak czuła piastunka, śledził kroki asystenta aprobując lub zachęcając do wysiłku myśli promiennym swym wzrokiem, a w razie niebezpieczeństwa, wspierając ważkiem słowem w dyskusji.

Takich rzeczy nie docenia się należycie, dopóki one trwają, dopóki są chlebem powszednim, znaczenie ich uwypukla się dopiero, gdy ich zabraknie, gdy niema nikogo, kto by je dać umiał i chciał. A wszystko to czynił Flatau nie podkreślając nigdy swych zasług, pomijając je wstydliwem jakby milczeniem.

Mówił naogół niewiele, nie lubił nawet morza zbyt gadatliwego. Przekładał nad nie wyniosłe, milczące góry, był ich godnym bratem, Istotnie dusza jego przypominała mi zawsze górskie jeziora: jak one, był pozornie spokojny, zrównoważony, w rzeczy samej nurtowany przez wartkie potoki górskie—przez uczucia potężne. Z nich rodziła się owa moc energii, która działała tak wiele, że trudno to umieścić w ramach jednego życia.

Dwadzieścia pięć lat obcowania z Flatauem nauczyło mnie, iż patrzeć na Niego należy, jak na bogate mozaiki w ołtarzach bizantyjskich: z pewnego oddalenia; nie dostrzega się wtedy poszczególnych cech, z konieczności ludzkich, widzi się zaś potężną całość, symbolizującą świętość ducha.

Z czasem, kiedy oddalenie tragiczne przez to, że nas Flatau na zawsze opuścił, wzrastać będzie, postać Jego zagóruje jeszcze mocniej nad nami i pozwoli jeszcze lepiej ocenić Jego wielkość.

Żeby zapełnić lukę, powstałą przez Jego odejście, trzeba się skupić razem, ślubować pracę ojedynaną; sztandar, który wypadł z Jego martwych dłoni, trzeba podchwycić wspólnie. I choć nie znajdzie się para rąk dość mocna i ofiarna, by unieść jego ciężar, to wysiłek zbiorowy zastąpić zdoła Jednego Mocarza. Pole, zasiane płomienną myślą Flatau, nie może zagłuchnąć, zniczyć, przezeń zapalony, nie może zagasnąć. Nie będzie jednego płomienia, bo zdmuchnęła go zła śmierć, niech więc zapłonie sto małych światełek, aby rozproszyć mrok, niegodny pamięci Edwarda Flatau. *)

*) Z liczby wygłoszonych 4 przemówień otrzymaliśmy tylko 3, wyżej przytoczone. Prof. Minkiewicz swojego przemówienia nie nadesłał.