

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 X

WARSZAWA, 7 WRZEŚNIA 1933 R.

Nr. 35-36

XIV.

Lat 64 dzieli nas, od daty I Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Zjazdy te, z wyjątkiem tylko jednego, odbywały się wyłącznie w zaborze austriackim: kongresówka ani razu nie uzyskała pozwolenia na wymianę polskiej myśli naukowej przyrodniczo - lekarskiej, a zabór pruski raz jeden zaledwie w r. 1884 zaryzykował złot w Poznaniu kilkuset lekarzy i przyrodników z trzech dzielnic Polski. Ale już w r. 1898 eksperyment taki wydał się wielkorządcy prowincji poznańskiej zbyt niebezpieczny. „Przygotowania były w pełnym toku“, pisze w N. 7 „Warsz. Czas. Lek.“ z roku 1925, w krótkim szkicu historycznym Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, niedawno zmarły, nieodżałowany Maksymilian F l a u m, „gdy nagle piątego lipca musiano Zjazd odwołać, albowiem królewskie prezydjum policji zabroniło uczestniczenia w Zjeździe obcym poddanym, z zaboru rosyjskiego i austriackiego. Nie pomogły protesty ze strony prezydjum Zjazdu. Ministerjum pruskie spraw wewnętrznych zakazu nie cofnęło. Zjazd polskich uczonych dla wymiany myśli naukowych był widocznie zbyt groźny dla potęgi państwa niemieckiego“.

Dziś w 15 roku odzyskanej niepodległości koszmarnie to wspomnienie z przed lat 35 niech zatrze błogie poczucie wolności, niech w stolicy Wielkopolski rozlegnie się potężny głos wiedzy rzetelnej, niech zatriumfuje polska myśl naukowa, niech w szlachetnym wyścigu narodów o palmę pierwszeństwa zwycięsko dąży do mety!

REDAKCJA.

PRACE ORYGINALNE

R o z p r a w y

Psyche i Soma

Podał

Gustaw BYCHOWSKI (Warszawa).

Jeśli w dziejach myśli ludzkiej dostrzec możemy wyraźne falowanie w rytmie dialektyki heglowskiej, to dzieje medycyny wydają się nam szczególnie jasnym przykładem, jaskrawą ilustracją tego rytmu. Obecnie przeżywamy okres pogodzenia tezy i antytezy, kierunku materialistycznego ze spirytualistycznym, anatomicznego z czynnościowym; synteza, która proces ten miałaby uwieńczyć, to ujęcie osobowości psychofizycznej jako całości.

Filozofowie przygotowują nas oddawna do takiej koncepcji, a nawet niektórzy z nich idą jeszcze dalej. Tak więc duże echo znalazły poglądy Wiliama S t e r n a, nazwane przezeń personalizmem. Tutaj osoba (Person) — jako podstawa wszelkiego na świat poglądu — występuje jako całość psychofizycznie neutralna. Ten dziwny napozór termin oznacza, że osoba jest tutaj rozważana poza kategoriami duszy i ciała, że kategorie te przestają tutaj być czemś istotnym.

W samej rzeczy poglądy takie oddawna już nurtowały myślicieli, dla których zagadnienie stosunku duszy i ciała było od wieków zadaniem podstawowym, kamieniem probierczym mądrości metafizycznej i zdolności spekulacyjnej.

Lekarzowi, który albo hołduje bezwiednie i z konieczności pogładowi mniej lub więcej monistycznemu, albo też, owiany tchnieniem nauki nowoczesnej, skłania się ku personalizmowi, trudno będzie wczuć się i wmyśleć w ten dualizm, który na przestrzeni stuleci myśli ludzkiej dzielił duszę i ciało trudną do przebiccia przepaścią.

Już myśl grecka zrodziła w tej, jak i każdej innej dziedzinie, pierwowzory przyszłych koncepcji. Pierwszy wielki materialista D e m o k r y t poświęcił zagadnieniom psychologicznym niemniej uwagi, aniżeli fizykalnym. Materja z jej różnorodnymi atomami była tutaj jedyną prawdziwą, właściwą rzeczywistością, dusza składała się z najdelikatniejszych, najgładszych i najruchliwszych atomów, z tych samych, z których utworzony był ogień. W żywym ciele ludzkim pomiędzy dwoma atomami cielesnymi miał się znajdować jeden ogniowy, w spoistości utrzymywał je oddech. Z oddziaływania przedmiotów na atomy ogniowe duszy rodziło się postrzeżenie, a z niem wtórne cacy światu zmysłowego.

Prawdziwa rzeczywistość — świat idei — był dla P l a t o n a bezcielesny, dusza zajmowała miejsce pośrednie pomiędzy prawdziwym bytem a cielesnością, istnienie jej było życiem, trwajacem ponad przemiany cielesne czyli nieśmiertelnością. Związanie duszy z ciałem było skutkiem i zarazem karą za pożydlwość zmysłową.

U drugiego wielkiego myśliciela starożytności dualizm psychofizyczny nabiera zupełnie innego charakteru.

Dla A r y s t o t e l e s a stanowi ciało materję, której dusza nadaje formę. Dusza jest antalechją ciała, to znaczy formą, która urzeczywistnia się w ruchach i przemianach ciała organicznego. W koncepcji tej w połączeniu z przyświecającą myśli Arystotelesowskiej ideą rozwoju tkwią już zarodki niektórych poglądów nowoczesnych.

Tymczasem jednak utrzymuje się w mocy najjaśkrawszy dualizm. I dla P l o t y n a jest ciało w porównaniu z duszą najmniej doskonałą formą bytu. Dusza, jako wytwór bytu, kształtuje ciało z materji, która jest absolutnym brakiem, negacją jedności i bytu. To, co w świecie zmysłowym naprawdę i s t n i e j e, jest tylko odbiciem duszy i ducha.

W dalszym rozwoju myśli europejskiej staje się połączenie duszy i ciała coraz większym misterjum. H u g o d e S t. V i c t o r, najwybitniejszy ze szkoły mistycznej wiktoriańców (wiek XII) uważa, że dusza i ciało z natury swojej w takiej pozostają sprzeczności, że połączenie ich jest niezrozumiałą zagadką, ale właśnie w ten sposób chciał Bóg pokazać, że nic nie jest dlań niemożliwe. Idea o cudowności unji psychofizycznej potwraa odtąd w myśli europejskiej. W różnych odmianach widzimy ją u K a r t e z j u s z a i u okazjonalistów, u L e i b n i z a a nawet w szczególniejszej postaci u S p i n o z y.

Oto K a r t e z j u s z uczy, że istota człowieka polega na ścisłym połączeniu dwóch różnorodnych substancji, ducha i ciała, ta unja cudowna, to znaczy metafizycznie niezrozumiała, pomyślana jest przez Boga w ten sposób, że w tym jedynym przypadku oddziaływają na siebie substancja świadoma i rozciągła. Lekarz przypomni sobie z zainteresowaniem, że punktem, w którym dokonywał się ten tajemniczy *influxus physicus* pomiędzy duszą a ciałem, miała być dla K a r t e z j u s z a szyszynka. Afekty, jako zaburzenia ducha (*perturbationes animi*), to widomy wyraz oddziaływania ciała na duszę.

Uczniowie starali się uniknąć tego słabego punktu systemu mistrza. Przyczynowość psychofizyczna wydawała się poprostu nie do pomyślenia. Nie mogło być mowy o właściwym wpływie jednej substancji na drugą, i o k a z j o n a l i ś c i w czynnościach jednej z tych substancji upatrywali nie właściwe przyczyny, tylko sposobności (*occasiones*), przy których za sprawą boską występują skutki w drugiej. Prawdziwą przyczyną związku pomiędzy podrażnieniem i wrażeniem, zamiarem i ruchem ciała jest Bóg. W klasycznej paraboli G u e l i n c x a o dwóch zegarach znajduje ten pogląd swój krystaliczny wyraz: dusza i ciało są jak dwa zegary, sporządzone przez tego samego mistrza i tym samym ożywione biegiem.

To porównanie i tę ideę podejmuje L e i b n i z ze swoją nauką o harmonji prestabilizowanej. Jego monady to substancje o immanentnej sile działania, to ośrodki siły życiowej, która ożywia wszechświat. Jego nauka jest może pierwszym witalizmem.

S p i n o z a wreszcie upatruje w rozciągłości



Pyramidon
tabletki

PYRAMIDON działa

przeciwzapalnie, spazmolitycznie, przeciwgorączkowo, przeciwbólowo, przeciwreumatycznie; rozszerza naczynia krwionośne.

Ze względu na swe znakomite działanie lecznicze Pyramidon cieszy się wielkiem uznaniem i jest powszechnie stosowany przy następujących wskazaniach: **stany bólowe wszelkiego rodzaju, migrena, dolegliwości miesięczkowe, nerwobóle żołądkowe, skurcze kiszki, czkawka, hipertoniczne stany bólowe, dyshania oskrzelowa, choroby zakaźne i gorączkowe, choroby z zaziębienia, dur brzuszny, odra i t. d.**

SPOSÓB STOSOWANIA:

2-3 razy dziennie po 1 tabletkę à 0,3 g wzgl. po 3 tabletki à 0,1 g

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po	20 tabletek à	0,1 g	zł. 2.60
" "	10 "	0,3 "	" 3.50
" "	20 "	0,3 "	" 5.—



»Bayer Meister-Lucius«
LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Repr. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA”
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5



Pyramidon
tabletki

PYRAMIDON działa

przeciwzapalnie, spazmolitycznie, przeciwgorączkowo, przeciwbólowo, przeciwreumatycznie; rozszerza naczynia krwionośne.

Ze względu na swe znakomite działanie lecznicze Pyramidon cieszy się wielkim uznaniem i jest powszechnie stosowany przy następujących wskazaniach: **stany bólowe wszelkiego rodzaju, migrena, dolegliwości miesiączkowe, nerwobóle żołądkowe, skurcze kiszki, czkawka, hipertoniczne stany bólowe, dychawica oskrzelowa, choroby zakaźne i gorączkowe, choroby z zaziębienia, dur brzuszny, odra i t. d.**

SPOSÓB STOSOWANIA:

2-3 razy dziennie po 1 tabletkę à 0,3 g wzgl. po 3 tabletki à 0,1 g

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

butelki po 20 tabletek à	0,1 g	zł. 2.60
" " 10 "	0,3 "	" 3.50
" " 20 "	0,3 "	" 5.-



»Bayer Meister-Lucius«
LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Repr. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA”
Warszawa, ul. Hipoteeczna Nr. 5

i w świadomości dwa zasadnicze atrybuty substancji, równie absolutne, jak ona sama. Jedno nie może stanowić przyczyny drugiego, substancja boska istnieje w jednej i drugiej postaci. Stąd ich korespondencja czyli paralelizm, w którym tkwi wyjaśnienie zagadki związku obu światów. Idee zdeterminowane są przez idee, a ruchy przez ruchy, ale to samo, co w atrybucie świadomości istnieje jako przedmiot, to w atrybucie przestrzenności istnieje jako coś od wyobrażeń niezależnego. Umysł i ciało są jedną rzeczą, pojmowaną raz pod względem przymiotu myślenia, raz pod względem przymiotu rozciągłości.

* * *

Jeśli po tym błyskawicznym skrócie myśli europejskiej posuniemy się wielkim skokiem do największego z metafizyków współczesnych — B e r g s o n a, to pragniemy w ten sposób uczcić w nim nie tylko wielkiego myśliciela, ale — i przedewszystkiem — filozofa, którego duch pulsuje pospołu z nauką współczesną, opiera się na zdobyczach biologii i neuropatologii, a nawet niektóre z nich w proroczy zaiste sposób zapowiada.

Pozornie myśl B e r g s o n a stoi w jaskrawej sprzeczności z myślą lekarską. Jego dualizm uznaje materję, jako przeszkodę, o którą w swoim zwycięskim pochodzie ewolucyjnym rozbija się rozpęd życiowy. W zastosowaniu do zagadnienia psychofizycznego ciało, w szczególności zaś układ nerwowy przedstawia się jako instrument dla duszy. W mózgowiu nie dzieje i nie może dziać się nic innego, jak tylko ruchy, ruchy te wyrażają z duszy to tylko, co pod postacią akcji, trwającej już lub zarysowującej się dopiero, kieruje się ku rzeczywistości materialnej. T. zw. czyste wspomnienie — podstawowy element psychologii B e r g s o n a — do swojej realizacji wymaga mechanizmów ruchowych, zawartych w układzie nerwowym ośrodkowym (specjalnie w korze) — ale dusza zawiera w sobie o wiele więcej możliwości, aniżeli może ich zrealizować materia mózgowa.

Dokładna i wnikliwa analiza danych patologii mózgowej każe B e r g s o n o w i przeciwstawić się z całą energją koncepcji o przechowaniu wspomnień i obrazów w korze mózgowej. Z doświadczeń, jakimi w latach 90-ych ubiegłego stulecia rozporządzała nauka o afazji i agnozji, wyprowadził B e r g s o n wnioski całkowicie odrębne od panującej doktryny. Dalszy rozwój patologii mózgowej potwierdził jego idee, które wydawały się zrazu czysto metafizycznymi, i dalsza nauka o lokalizacji mózgowej odbiegła daleko i chyba nazawsze od wyobrażeń, przechowywanych w częściach kory mózgowej.

Jeśli proces mózgowy zarysowuje, zdaniem B e r g s o n a, tylko część stanu psychicznego, to tem samem nie może być mowy o paralelizmie psychofizycznym.

Pogląd ten nazywa B e r g s o n paralogizmem i błędność rozumowania, które z zaburzenia czynności psychicznej, wywołanego przez uszkodzenie mózgowia, wnioskuje o równoważności mózgu i duszy, ilustruje jaskrawem porównaniem z gwoździem i ubraniem. „Ubranie wisi na gwoździu, jest z niem więc związane, upada, jeśli wyrwać gwoździe, chwieje się, jeśli gwoździe się porusza, drze się, jeśli główka gwoździa jest zbyt ostra, nie wynika stąd, aby każdy szczegół gwoździa odpowiadał

szczegółom ubrania, ani, by gwoździe był równoważnikiem ubrania, jeszcze mniej wynika stąd, że gwoździe i ubranie są jedną i tą samą rzeczą”¹⁾.

Nasze krótkie aperçu niektórych poglądów filozoficznych na duszę i ciało pokazało, w jak różnych kierunkach zmierzała myśl ludzka ku rozwiązaniu jednego ze swych podstawowych zagadnień.

Myśl naszych czasów, opierając się na wielkich zdobyczach różnych gałęzi wiedzy, zachowuje się w tej sprawie dość jednolicie. Nauka empiryczna — przyjrzyjmy się jej za chwilę nieco dokładniej — dopomogła do przezwyciężenia dawnych poglądów materialistycznych, które niepodzielnie panowały w medycynie ubiegłych dziesięcioleci. To, co myśl filozoficzna rozwijała na przestrzeni stuleci — niezależność, samodzielność i realność psychiki — staje się w innej, co prawda, formie, odarte z metafizycznych osłonek, treścią myśli współczesnego badacza. Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczamy odrazu, że z wymienionych tutaj właściwości psychiki w ogniu doświadczenia ostać się może tylko jej realność, o niezależności zupełnej (od ciała) nie może być mowy, alści i zależność ta innego nabiera charakteru.

Nie może już dzisiaj krytyczny badacz uważać psychiki za epifenomenon myśli, za wydzielinę mózgu na podobieństwo żółci, wydzielanej przez wątrobę. Pod tym względem nauka empiryczna doszła do wniosków, przygotowanych oddawna przez myśl filozoficzną — oczywista, bez jej absolutyzmu. To też ci spośród przodujących badaczy, których myśl, wybiegając poza pole ich ścisłych badań, szersze zatacza kręgi, muszą przyznawać psychice należne miejsce w hierarchii organicznego bytowania. Z badaczy takich, należących do świata lekarskiego, wymienimy trzy wielkie nazwiska: F r e u d, B l e u l e r, M o n a k o w. Ukazanie jądra ich myśli zamknie krąg naszych rozważań. Będzie to zarazem próba syntezy tych badań empirycznych, na które wskazać tutaj musimy.

* * *

Nie jest to rzeczą przypadku, że ten sam myśliciel, który w 60-ych latach ubiegłego stulecia bronił konsekwentnie zasady jedności psychofizycznej, stworzył podstawy dla psychofizyki jako nauki. Od F e c h n e r a pochodzi, jak wiadomo, pierwsze podstawowe prawo psychofizyczne stosunku pomiędzy podniętą a doznaniem podrażnienia, on to jedność duszy i ciała ujął w lapidarnem porównaniu o wklęsłej i wypukłej stronie kręgu, który tak się różnie przedstawia w zależności od punktu widzenia patrzącego. Od tego badacza i myśliciela datuje się rozwój psychofizyki i psychologii fizjologicznej. Teoretyczną podstawą tych badań były różne odmiany koncepcji paralelizmu psychofizycznego, zasięg ich obejmował przedewszystkiem psychologję zmysłów oraz przejawy cielesne procesów psychicznych. Z naszego punktu widzenia okazało się szczególnie doniosłem badanie zmian cielesnych, towarzyszących stanom uczuciowym, które znalazło swój wyraz — między innemi — w klasycznej monografji W e b e r a i doprowadziło do słynnej teorii afektów J a m e s a - L a n g e o. Teorja ta, która za najważniejsze, istotne i pierwotne w afekcie uważała jego wyraz cielesny (człowiek jest smutny, ponieważ płacze...), miała przy całej swojej

¹⁾ L'âme et le corps, w zbiorze „Energie Spirituelle“, p. 39 Paris. Alcan. 1920.

jednostronności to wielkie znaczenie, że nauczyła patrzeć na tony cielesne w ogólnej melodii afektu jako na coś bardzo ważnego i w ten sposób przygotowała grunt dla przyszłej biologicznej koncepcji afektów, a nawet dla fizjologicznej teorii uczuć (M a z u r k i e w i c z).

Pozatem zwrócenie uwagi na stronę cielesną afektu stworzyło podstawę dla przyszłej nauki o konwersji i nerwicach narządowych.

Kwestja właściwego punktu wyjścia stanów wzruszeniowych pozostała otwarta i tutaj zarysował się jakgdyby odrazu podwójny kierunek przyszłych badań i poglądów. Jedne zmierzały do ustalenia wpływu stanów psychicznych na soma, inne znów, biorąc za punkt wyjścia procesy cielesne, doszukiwały się zmian psychicznych, przez procesy te wywołanych. Każdy z tych kierunków badań zaznaczył się trwałymi i podstawowymi zdobyczami, z których zwolna wytworzyły się poglądy dzisiejsze. Uwieńczeniem jednego kierunku jest psychoanaliza, drugi kulminuje w nauce o układzie nerwowym roślinnym.

Wykładnikiem potężnego wpływu psyche na soma stały się przedewszystkiem odkrycia szkoły w Nancy i mistrza z Salpetrière. B e r n h e i m i C h a r c o t — oto dwa nazwiska, dokoła których koncentruje się wielki prąd badań nad zjawiskami sugestji i hipnozy. Na tym terenie zostało ustalone ponad wszelką wątpliwość i naprzekór wszelkiemu materjalizmowi nietylko występowanie złożonych stanów psychicznych na drodze indukcji psychicznej, ale i poddawanie się tejże indukcji procesów cielesnych. Jeśli nawet okazało się w toku badań późniejszych, owianych tchnieniem większego krytycyzmu, że niektóre z tych wpływów były poprostu artefaktami, wywołanymi sztucznie przez przebiegłe histeryczki, to jednak sam fakt możliwości zmian skórnych i troficznych, zmian tętna, wpływu sugestji na zjawiska miesiączkowania i cały szereg innych nie może ulegać wątpliwości. Do ostatniej chwili metoda hipnotyczna w połączeniu z pogłębionymi metodami różnych badań psychicznych i fizykalnych stanowi nieocenioną drogę poznawczą dla zrozumienia rozległego zasięgu wpływów psychofizycznych. O niektórych z osiągniętych na tej drodze wyników wypadnie nam jeszcze wspomnieć.

Badania hipnotyczne broniły samodzielności i potężnej dynamiki zjawisk psychicznych w epoce wspaniałego rozkwitu całej medycyny somatycznej, pomiędzy innymi i neurologji. Toteż w zjednoczeniu tych prądów badawczych w nazwisku C h a r c o t a objawił się głębszy sens historyczny.

Psychoanalizie danem było tradycję tę kontynuować, F r e u d stał się do pewnego stopnia duchowym spadkobiercą C h a r c o t a i, poświęcając całkowitą energję swego geniuszu zgłębieniu świata psychicznego, znalazł nowe drogi dostępu do wielkich problemów psychofizycznych. Na samo ciało padło od strony ducha nowe światło.

* * *

Nauka o konwersji pokazała, jakie różnorodne, skomplikowane i długotrwałe skutki cielesne miewają tłumione niewyładowane afekty. Napięcie psychiczne, stworzone przez afekt, musi znaleźć — i zazwyczaj znajduje — właściwe ujście ruchowe, wówczas jednak, gdy sytuacja na ujście to nie pozwala, obrane zostają inne drogi, których wybór może zasadniczo dokonywać się na terenie całego organizmu. Sam proces konwersji zna-

lazł teoretyczne uzasadnienie w powziętej przez B r e u e r a i F r e u d a koncepcji energii psychicznej, podlegającej przesunięciu z jednej części ciała na drugą. Koncepcja ta, brzemenna w skutki, stała się odłąd integralną częścią składową psychoanalizy i miała dla dalszego rozwoju interesującego nas tutaj zagadnienia wielkie znaczenie. (Tę stronę zagadnienia, jako nazbyt zawiłą, musimy w toku naszych rozważań całkowicie pominąć).

Związek pomiędzy treścią i rodzajem przeżyć, wypartych ze świadomości, a umiejscowieniem i charakterem objawów konwersyjnych okazał się całkiem szczególny. Wybór narządu zależy tu nietylko od okoliczności, towarzyszących powstaniu objawu: np. wymioty histeryczne „przypominają” o tem, że bolesny i stłumiony afekt powstał podczas jedzenia, lecz wybór ten zależy również od głębszego, ukrytego sensu czyli znaczenia objawu. Należy to rozumieć albo tak, że sam narząd w nieświadomem pacjenta nabiera znaczenia symbolu, albo też że cały objaw ma takie symboliczne nieświadome znaczenie.

Ta symbolika narządu, który zostaje użyty przez nieświadome jako środek niejako ekspresyjny, ma w sobie coś dla myślenia lekarza dziwnego. A jednak jest to fakt czysto empiryczny, stwierdzony w rozległym doświadczeniu całej plejady lekarzy. Wynikają zeń dla rozważań naszych dwa doniosłe wnioski. Okazuje się, po pierwsze, że ciało ma w sobie pewną plastykę, daje się do pewnego stopnia urabiać przez przeżycia i nastawienia natury psychicznej, powtórę zaś, widać wyraźnie, że procesy somatyczne mogą mieć również pewien sens i znaczenie, czyli podlegać kategorii par excellence, zdawałoby się, psychicznej. W ten sposób zbliżenie pomiędzy psyche i soma wydaje się tutaj szczególnie głębokie i zasadnicze.

Podstawę tego zbliżenia wyjaśnia teoria psychoanalityczna, która zbudowana została gwoili ujęcia wielkiej liczby faktów. Bliższa analiza stłumionych przeżyć wykazała, że wszystkie one związane są najbliżej ze sferą popędową. Popędy stały się pierwszym elementem psychoanalizy, ich napięcie, inaczej mówiąc, ich ładunek energii, ich wielce nieraz złożone koleje i przeobrażenia okazały się decydujące dla całego rozwoju psychicznego i charakteru. Popędy, które zrazu podzielono na seksualne i samozachowawcze, są czemś pośredniem pomiędzy psyche a soma. Ich źródła sięgają najgłębszych organicznych podstaw osobowości, zaś wpływ ich na psychikę, w której mają swoją różnorodną, nieświadomą i świadomą reprezentację, jest ogromny. Między innymi dokładna ich analiza i wyodrębnienie ujawnia niezmiernie ważne elementy ustrojowe.

Analiza konwersji histerycznej wskazuje, jakieśmy już wspominali, na czynnik czasu. Objawy cielesne, które wystąpiły jednocześnie z pewnem przeżyciem, mogą się powtarzać, ilekroć zjawi się przeżycie podobne mniej lub więcej do pierwotnego. Powstaje tutaj swoisty odruch warunkowy — ten punkt widzenia okazuje się płodny przy rozważaniu niektórych nerwic narządowych.

Dalszą analizę kliniczną i doświadczalną przyniosły doświadczenia psychoanalityczne i hipnotyczne, których znaczenie dla wyjaśnienia naszego zagadnienia nie może być dość wysoko ocenione. W wielu przypadkach okazuje się, że nasutek zupełnego wyparcia ze świadomości przeżycia, mogą utrzymywać się pozory czysto somatycznego zdeterminowania objawów cielesnych. Te same objawy, jak np. wzmożone bicie serca,

które w jednym przypadku są cielesne, w innym wywołane są na drodze konwersji. W eksperymencie udało się odtworzyć ten proces stawania się objawów, który w praktyce psychoanalitycznej widzimy niejako od końca. F. Deutseh sugerował w hipnozie pewne przeżycia, rozkazywał ich zapomnienie, i osobnik po przebudzeniu wykazywał albo stale albo na pewien sygnał odpowiednio objawy cielesne.

Stwierdzenie plastyki ciała, które poddaje się nastawieniom popędowym i przez długie okresy czasu wyraża je i symbolizuje, musiało nasunąć myśl, czy i nie, które przynajmniej cierpienia organiczne nie mogą powstawać na drodze podobnej. Na poparcie tego przypuszczenia zebrano już dzisiaj wcale pokąźny materiał, jakkolwiek przy jego ocenie konieczna jest, oczywiście, duża ostrożność. Badacze, jak Grodeck, Deutseh i inni, wskazywali na zasadniczą zdolność wszystkich narządów do występowania w roli zastępczej, symbolicznej dla ekspresji psychicznej. Należy podkreślić, że nie mamy w tej chwili na myśli roli czynników psychicznych w przebiegu schorzeń organicznych, gdyż sprawa ta zajmie nas w innym miejscu.

Jeśli wyodrębnienie i analiza popędów przerzuciły mocny pomost pomiędzy światem psychicznym a organicznym, to zgłębienie mechanizmów charakterystycznych dla sfery nieświadomego zdawało się zrazu wskazywać dla niej — a więc dla psychiki — szczególne, całkiem swoiste prawa. Aliści dalsze pogłębienie badań psychoanalitycznych z jednej i neurologicznych z drugiej strony przyczyniło się znowu do usunięcia i tej jeszcze luki. Pomijamy tutaj analogie mechanizmów nieświadomego z pewnymi mechanizmami czysto biologicznymi, na które to analogie, np. na zestawienie przez Schildera procesu tłumienia i powrotu treści stłumionych z procesami recesywności i dominowania w mendeliźmie, można zapatrywać się rozmaicie. Wystarczy, jeśli zdamy sobie sprawę, że i w zaburzeniach organicznych pochodzenia mózgowego spotykamy się z procesami tłumienia, zgęszczenia i przesunięcia, znamienami tak dobrze z analizy np. marzeń sennych. Mechanizmom tym podlegają np. zjawiska z zakresu afazji. Pötzl wskazał na analogję pomiędzy tworzeniem się marzeń sennych a widzeniem obwodowym i agnozą wzrokową, Riveś — na podobieństwo pomiędzy tłumieniem a zjawiskami czuciowymi przy regeneracji nerwów obwodowych. Głęboką analogję z procesami tłumienia wykazują zjawiska anozognozji (niezdawanie sobie sprawy z porażeń i ubytków w funkcji narządów). Schilder i Hartmann mówią tutaj o tłumieniu organicznym. Również i amnezje organiczne — w stanach padaczkowych, pourazowe, po zatruciu gazem świetlnym — wykazują mechanizmy psychoanalityczne. Analogja dotyczy tutaj także i poddawania się tych stanów wpływowi psychicznym: w niektórych przypadkach udaje się i te amnezje usunąć w hipnozie (Schilder).

Do tej wielkiej grupy faktów, niezmiernie interesujących i doniosłych, należy dodać jeszcze doświadczenia, które wskazują na możliwość wpływania na drodze psychicznej na mechanizmy neurologiczne. Wiemy, iż w hipnozie udaje się wywołać stany kataleptyczne, tak czy inaczej związane z układem pozapiramidowym, Schilder wspólnie z Baurem mogli w hipnozie wpływać na mechanizmy mózdkowe i błędnikowe, zaś w pewnych szczególnych stanach lekkiego odrętwienia udaje się wywołać zjawiska z kategorii odru-

chów szczyjnych Magnusa de Kleyna (Goldstein, Hoff i Schilder, G. Bychowski).

* * *

Tyle narazie o wpływie dynamiki psychicznej na soma. Zgłębienie aparatów somatycznych, które tutaj wchodzi w grę, obejmuje trojakie badania, trzy wielkie piętra organizmu: układ nerwowy ośrodkowy, układ roślinny, gruczoły dokrewne. Suma wysiłków badawczych, zespół osiągniętych wyników czynią z tej dziedziny myśli lekarskiej domenę wspaniałego postępu, przedmiot najślusniejszej dumy. Pospołu z wielkimi ustaleniami psychoanalizy przyczyniły się prawdy, zdobyte na tym odcinku walki, do odarcia stosunku psyche — soma z zasłon tajemniczości.

Wpływ hormonów na psychikę był jednym z pierwszych odkryć młodej endokrynologii. Dalsze badania pozwoliły wpływy te zróżniczkować, ustaliły szeregi typów zaburzeń gruczolowych z odpowiednimi zmianami psychicznymi. Jakkolwiek korelacja ta niezawsze daje się ustalić w sposób jednoznaczny, to jednak nie może ona ulegać najmniejszej wątpliwości, potwierdzają ją liczne badania doświadczalne oraz wyniki lecznicze. (Między innymi i nasi badacze położyli tutaj niemałe zasługi, że wspomnę chociażby — z autorów warszawskich — Z. Bychowskiego i Sterlinga). Na szczególną uwagę zasługuje specjalne powinowactwo pomiędzy hormonami a mózgiem, które znajduje swój wyraz we wczesnym występowaniu zaburzeń psychicznych, wyprzedzających nierzadko jakiegokolwiek inne objawy dysfunkcji gruczolowej. W jednym z moich przypadków, który demonstrowałem jako *hypothyreosis mitis*, zdradzał 10-letni chłopiec zaburzenia psychiczne, które ustąpiły po podawaniu wyciągu z tarczycy; wszelkie badania somatyczne wypadły tutaj ujemnie. Ale zasada podwójnej genezy, którą wysunęliśmy we właściwym miejscu naszych rozważań, występuje już tutaj bardzo wyraźnie. Nietylko bowiem hormony wpływają wyraźnie na czynności psychiczne, ale i *vice versa*. Wiemy dobrze, że punkt wyjścia zaburzeń gruczolowych może tkwić w urazach psychicznych: nie ulega to np. wątpliwości, jeśli chodzi o chorobę Basedowa. Cykl owulacji i miesiaczkowania znajduje swoje odbicie w pewnych zmianach psychicznych, zaś przejścia psychiczne mogą w tym czy innym kierunku wpływać na procesy jajnikowe. Bliższe rozważenie łączności czynników psychicznych z hormonalnymi wskazuje na znaczenie tych ostatnich jako ogniw pośrednich, za których pomocą wpływy psychiczne oddziaływać mogą na cały organizm. Jeśli spostrzeżemy, że ten sam konflikt, który w okresie premenstruacyjnym wywołuje rozdrażnienie, depresję i ból głowy, w innej chwili mija bez śladu, to będziemy musieli przyjść do wniosku, że stan hormonalny decyduje tutaj o wartości działania (termin użyty przez Schildera) przeżycia.

W słynnych doświadczeniach pokazał Cannon, że silnym wzruszeniem towarzyszą wzmożone procesy hormonalne: jego psy, doprowadzone do lęku albo złości, wytwarzały wielkie ilości adrenaliny. Zasadnicze to ustalenie przypomina nam znowu o sprawie afektów, których znaczenie dla zrozumienia związku psychofizycznego okazuje się jeszcze niewyczerpane. W samej rzeczy dalsze badania uczą nas patrzeć głębiej na istotę zjawisk cielesnych, towarzyszących wzruszeniom. Przestają one być przedmiotem czystego opisu

i zaczynają nabierać znaczenia funkcjonalnego, zajmując właściwie miejsce w rzędzie reakcji fizjologicznych. Okazuje się, że takie momenty zasadnicze, jak napięcie i zwolnienie psychiczne, znajdują wyraźne odbicie w krzywej pletysmograficznej (wyrażające obwód ramienia w zależności od stanu naczyń); subtelniejsze reakcje uczuciowe wyrażają się w obrazie oddychania (objawy kłamstwa — *B e n u s s i*) T. zw. fenomen psycho - galwaniczny, zależny od oporu i przewodnictwa skóry, obrazuje stopień podniecenia psychicznego, tak samo można obiektywnie stwierdzić — np. w doświadczeniach hipnotycznych — reakcje ze strony przewodu pokarmowego, ruchowe albo wydzielnicze. Te ostatnie występują w związku z afektami realnymi lub sugerowanymi, występują również jako odpowiedź narządu na sugerowane wyobrażenie określonej potrawy, odpowiedź obdarzona zdumiewającą specyficznością.

Jeśli wszystkie te reakcje, z których przypomnieliśmy tutaj tylko o niektórych, ujmiemy w jedną całość, to okaże się, że mamy tu przed sobą stałe składniki pewnych ogólnych nastawień organizmu. Wszystkie one odpowiadają działaniu układu nerwowego roślinnego, który w ten sposób wchodzi w krąg naszych rozważań.

Fizjologia i patologia tego układu, rozbudowana szeroko ostatnimi czasami, ma dla naszego zagadnienia znaczenie pierwszorzędne. Układ ten, we wiecznym znajdujący się niepokoju (*F. K r a u s*), odbija rytm samego życia i reguluje wszystkie narządy, na które rozbija się jednolity prąd życiowy. Ponieważ bezpośrednia łączność tego układu z psychiką nie ulega żadnej wątpliwości, mielibyśmy więcej tutaj stały rezonator organizmu dla psychiki.

Rezonator ten w miarę postępu nauki rozszerza się znakomicie, i ten jego rozległy zasięg czyni go szczególnie podatnym na wszelkie melodje psychiczne. Sięga on mianowicie wwyż i wgłąb. W głąb — gdyż wiąże się bezpośrednio ze stanami elektrolitów w płynach i tkankach ustroju, wwyż — albowiem ponad układem roślinnym obwodowym, którego rozgałęzienia przenikają do najmniejszych zakątków organizmu, istnieją wielopiętrowe ośrodki, których część już znamy, ale większej części zaledwie możemy się domyślać. Poza to czynności układu roślinnego pozostają, jak wiadomo, w najściślejszym wzajemnym związku z gruczołami, tak, że słusznie mówimy o układzie neuroglandularnym.

Z ośrodków wegetatywnych znamy przedewszystkiem te, które mieszczą się w dnie trzeciej komory i w szarych masach między mózgowia. Regulują one, jak wiadomo, w sposób specyficzny i wybiórczy, poszczególne funkcje przemiany materji, ciepłotę, prawdopodobnie sen. Wyższe piętro ośrodków roślinnych reprezentują jądra podstawowe w najszerszym tego słowa znaczeniu — obok innych powierzonych im niezmiernie ważnych czynności. Ale wszystko zdaje się przemawiać za tem, że i najwyższe ośrodki nerwowe, cała kora półkul mózgowych, zawierają w sobie reprezentację roślinną, która w takim razie byłaby stacją, regulującą i jednoczącą wielorakie funkcje całego układu roślinnego.

Badania lat ostatnich rozszerzyły jeszcze zakres działania układu roślinnego. Okazuje się, że ma on wielkie znaczenie dla czynności układu nerwowego zwierzęcego, tak np. wpływa w sposób decydujący na przebieg odruchów i funkcji ruchowych, między innymi wywołuje zmiany w t. zw. chronaksji.

Przy doświadczalnym usunięciu nerwów współczulnych następuje szybsze zmęczenie kończyny, wykonywającej odruchy rytmiczne (*O r b e l l i* i jego szkoła). Podstawowe badanie *O r b e l l e g o* i jego szkoły, potwierdzone przez szereg innych badaczy, doprowadziły łącznie z pięknie pomyślanymi i precyzyjnymi badaniami szwajcarskiego fizjologa *H e s s a* do szerokiego i ogólnego ujęcia roli układu roślinnego. Zdaniem *H e s s a*, czynności tego układu regulują gotowość organizmu do właściwych jego funkcji. Układ współczulny przygotowuje np. układ nerwowy zwierzęcy do rozwinięcia energii aktualnej, układ błędny odgrywa rolę ochraniacza i zachowawcy. Możemy mówić o roślinnym unerwieniu kory równie dobrze, jak innych narządów, zaś sen przedstawia się jako złożony odruch parasympatyczny, który najwyraźniej świadczy o zależności ośrodków nerwowych zwierzęcych od najstarszych warstw układu nerwowego.

Gwoli wyjaśnienia i umiejscowienia panujących tutaj mechanizmów przeprowadził *H e s s* badania, których piękne wyniki są zasłużoną nagrodą za metodę pełną inwencji i subtelności. W badaniach tych — kapitalnych z punktu widzenia zagadnienia psychofizycznego — udało się znaleźć ośrodki regulujące nie tylko sen ale wraz z nim ogólny stan psychiczny zwierzęcia. Te zmiany w nastroju swoich kotów, jakie *H e s s* otrzymywał przy drażnieniu ściśle określonych i małych miejsc w przejściu pomiędzy śródmózgowiem a międzymózgowiem, są niesłychanie sugestywne. *H e s s* dochodzi do wniosku, że zahamowanie sennie funkcji psychicznych musimy sobie wyobrazić jako rezultat innerwacji parasympatycznej. Zjawisko marzeń sennych świadczy najlepiej o różniczkowanym mechanizmie rozprzestrzeniania się zahamowania sennego. Afekt, jako silne napięcie układu roślinnego, prowadzi do najwyższej czujności, przy której układ nerwowy zwierzęcy osiąga najwyższą sprawność, zależną co do swego kierunku od jakości afektu.

Z naszych badaczy poświęcił roli układu roślinnego szereg podstawowych prac *M a z u r k i e w i c z*. W „fizjologicznej teorii uczuć” analizuje on rolę układu roślinnego jako podłoża życia uczuć wrodzonych i nabytych. Podziałowi uczuć na trzy kategorie zasadnicze: organiczne, wrodzone (gatunkowe) i nabyte w życiu osobniczym odpowiada podział anatomo - fizjologiczny układu roślinnego, którego neurony podkorowy i korowy muszą wykazywać daleko idące różniczkowanie. Podczas kiedy neuron podkorowy (tendencje instynktowe) daje się umiejscowić w tylnych częściach wzgórków wzrokowych, to neuron korowy rozprzestrzenia się po całej korze.

Z punktu widzenia fizjologicznego życie uczuciowe i jego rozwój — z wyjątkiem pierwotnych doznań organicznych — opiera się na enegracji w węzłach podkorowych i w korze mózgowej. W swojej lokalizacji uczucia podlegają ogólnemu prawu wędrówki czynności (w mózgu) ku przodowi. Uwaga przedstawia się jako dynamika uczuciowa, jest ona funkcją procesu uczuciowego, od którego zależy żywość wrażenia (i doskonałość enegracji), i który lokalizujemy w układzie współczulnym.

Po przedstawieniu w fizjologicznej teorii uczuć dynamiki procesów wegetatywnych, jako całkujących zespoły gnostyczne, rozwija *M a z u r k i e w i c z* w szeregu prac, poświęconych „integracjom nerwowym”,

koncepcję o układzie roślinnym, jako integrującym czynności całego układu nerwowego zwierzęcego.

* * *

Z różnych stron i z różnych punktów widzenia spływa na nas teraz światło zrozumienia roli układu roślinnego w stosunku psychofizycznym. Liczne spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne zaczynają nabierać właściwej wartości i znaczenia. Cóż bowiem oznacza obserwacja *Glasera*, któremu drogą uspokojenia w sugestji udało się obniżyć zawartość wapnia we krwi do 2,16 mg. %, jeśli nie stwierdzenie jednolitości sprzężenia pomiędzy stanem uczuciowo - wegetatywnym a stanem elektrolitów w ustroju. Jest to jakgdyby jeden wielki łańcuch, którego różne ogniwa różnie się prezentują i na rozmaity sposób są uchwytne. Sugestia jako taka oddziaływała przede wszystkim na stan uczuciowy, którego rezonator cielesny, jakim jest układ współczulny, wprawia w ruch najdalsze klawisze rozległego instrumentu tkanek i narządów. Podobnie musimy sobie tłumaczyć frapujące doświadczenia *Heyera* i *Langheinericha*, dotyczące specyficznego wpływu sugerowanych potraw na wydzielanie gruczołów trawiennych. I tutaj działa, oczywiście, nie samo abstrakcyjnie podane wyobrażenie potrawy, tylko całe nastawienie afektywne, które, odmienne w stosunku do każdej potrawy, odmienne wywołuje skutki.

O ogromnej specyficzności układu nerwowego przy rozpoznawaniu czynników, interesujących z punktu widzenia organicznie - afektywnego, świadczą wszak najlepiej badania *Pawłowa* nad odruchami warunkowymi.

Dla zrozumienia wspomnianych doświadczeń hipnotycznych należy przede wszystkim pamiętać o szczególnym stanie podatności uczuciowej, który właśnie wytwarza hipnoza. Ale podobny stan podatności uczuciowej, która obejmuje cały ustrój, stwarzają silne wzruszenia jednorazowe, a jeszcze bardziej częstotliwe.

Wszystko to przygotowuje nas w dostatecznej mierze do właściwej oceny rozpiętości wpływów psychicznych na stawienie się organiczne i patologię. Rozumiemy poglądy *Bergmanna* na genezę wrzodu żołądka i dwunastnicy, w których wielką rolę odgrywają kurcze naczyniowe: wiemy, że kurcze te podlegają w wybitnym stopniu wpływom psychicznym. Rozumiemy rolę czynnika psychicznego w powstawaniu wszelkich cierpień gruczołowych i obok wspomnianej już hipertyreozы możemy umieścić jeszcze tutaj cukrzycę. Wnikamy w istotę dychawicy oskrzelowej, w której czynniki alergiczne i ustrojowo - wegetatywne tworzą ścisły spłot z momentami psychicznymi. Z działoł patologii, gdzie oświetlenie psychofizyczne ma niezmiernie znaczenie praktyczne, wspomnijmy jeszcze tylko o sercu i układzie naczyniowym. Wszystko, co w tej dziedzinie zebrało doświadczenie całych pokoleń lekarzy, daje się teraz usystematyzować. Przyjrzyjmy się chociażby takiej sprawie nadciśnienia, na które czynniki wzruszeniowe wpływają w sposób wieloraki. Wiemy, jakie znaczenie mają tutaj częste kurcze naczyniowe obwodowe, wiemy również, jaka rola przypada wzmożonej produkcji adrenaliny, która wpływa zarówno na hipertensję, jak i na miażdżycę. Posiadamy już dzisiaj ściśle obserwacje, które wskazują na opadanie wysokich ciśnień pod wpływem usunięcia konfliktów psychicznych za pomocą odpowiedniej psychoterapii (*Wittkower*).

Z innej dziedziny patologii, w której uwzględnienie wpływów psychofizycznych okazało się szczególnie płodne, wspomnieć należy o ginekologii. Na narządy rodne kobiecie nauczyliśmy się patrzeć jako na ostateczne zakończenie złożonego aparatu nerwowo-hormonalnego, które partycypuje w jego wahaniach, podrażnieniach i niedomogach. Ginekologia współczesna patrzy na szereg cierpień przewlekłych — i traktowanych dotąd nierzadko operacyjnie — jako na rezultat długotrwałych podrażnień psychovegetatywnych, dotyczących najczęściej sfery płciowej. Nie wydaje się już fantastyczną tezę *Keherera* o roli niedosytu płciowego w powstawaniu włókniaków macicy, zaś badanie i terapia psychoanalityczna wskazują na znaczenie dyspareunii w genezie różnych zaburzeń neurotycznych i cielesnych. W jednym z opisanych przeze mnie przypadków psychoterapia doprowadziła do prawidłowego rozwoju zahamowanej funkcji jajnikowej, co umożliwiło zapłodnienie po długotrwałej niepłodności. Wszystkie te zmiany i możliwości, które doniedawna zdawały się sprzeciwiać całkowicie myśleniu lekarskiemu, układają się bez trudu w ramach naszych poglądów dzisiejszych.

W obszernej pracy *A. Mayera*, poświęconej roli zaburzeń psychopochodnych w ginekologii, znajdujemy rozdział, którego tytuł zdaje się obrażać najważniejsze kanony myślenia lekarskiego: „zmiany anatomiczne wskutek wpływów psychicznych”. A jednak nietrudno zrozumieć, że zmiany czynnościowe przy dostatecznym trwaniu mogą wykrystalizować się w przeobrażenia anatomicznie uchwytne, nieodwracalne. Wdzieliśmy to na przykładzie *Bergmanna* i *Nowskiego* i tej teorii wrzodu żołądka, widzimy to z całą wyrazistością w ginekologii.

Cały materiał kliniczny, z którego urywki zostały tutaj przytoczone, przemawia za psychorodnym powstawaniem niektórych schorzeń organicznych, wskazując jednocześnie na szlaki somatyczne, po których tutaj wpływy somatyczne przebiegają. Alłści nie wolno nam zapominać o jakości znaczenia samych tych wpływów. Przypominamy tutaj to, co było powiedziane w związku z psychoanalizą objawów somatycznych, które mogą mieć swój sens i znaczenie. Drogę dla *hyperemesis gravidarum* stanowią odruchy psychovegetatywne, ale sens jej i punkt wyjścia — w niektórych przypadkach — tkwi w pragnieniu pozbycia się dziecka albo w proteście przeciwko małżonkowi.

Jeśli powstawanie chorób organicznych może zależeć od czynników psychicznych, to rozumie się to tembardziej w stosunku do ich przebiegu. To też spostrzeżenia współczesne potwierdzają tutaj i odkrywają nanowo doświadczenia dawnych klinicystów, którzy zwracali uwagę na „całego człowieka”. Łatwo zrozumieć, że siły obronne organizmu, od których wszak przede wszystkim zależy walka z chorobą, nie dadzą się oddzielić od ogólnego nastawienia, nastroju, pragnienia zdrowia i życia. Literatura piękna zna dobrze te przypadki poddawania się chorobie, wykorzystanie jej dla celów samoukarania i samozagłady, wreszcie dla walki z otoczeniem.

Wszystko to uzasadnia dostatecznie konieczność nastawienia psychologicznego u każdego lekarza - klinicysty. Uwzględnianie psychiki chorego okazuje się nie mniej ważne od badań laboratoryjnych.

*

*

*

Omawiając wpływy psychofizyczne, ustaliliśmy pewne reakcje stałe, ale w przebiegu swoim zależne od napięcia rezonatorów somatycznych ustroju. Lecz i sama podatność tych rezonatorów na wzruszenia — gdyż o nie chodzi tutaj przede wszystkim — a także sama zdolność wzruszania się różna jest indywidualnie. Zagadnienie konstytucji czy też więzi psychosomatycznej wiąże się najściślej z zagadnieniem psychofizycznym, jako takim, i w toku naszych rozważań wymaga chociażby krótkiej wzmianki.

Jeśli związek psychofizyczny ma być wyrazem głębszej i ukrytej jedności personalnej, należy się spodziewać istnienia pewnych stałych korelacji pomiędzy osobowością psychiczną a somatyczną. Badania w tym kierunku, obok stwierdzenia pewnych typów psychoruchowych, doprowadziły do wysunięcia dwóch koncepcyj, o których pokrótce przypomnę.

Nauka K r e t s c h m e r a o budowie ciała i charakteru zyskała sobie słuszną sławę. Okazało się, że istotnie zachodzi współzależność pomiędzy charakterem cyklotymicznym (inaczej syntonicznym) a budową ciała, zwaną pykniczną. W zakres patologii typy te przechodzą w kierunku psychopatii schizoidalnej i cyklotymicznej tudzież psychozy rozszczepieniowej (schizofrenja) i szałowo — posępniczej (ps. manjakałno — depresyjna).

Zachodzą również pewne korelacje z typami dysplastycznymi i atletycznymi bądź to w kierunku teje schizofrenji, bądź też w kierunku padaczki, względnie psychopatii epileptoidalnej (glyskroid F. M i n k o w s k i e j).

Jednolity plan — czy „idea“ — osobowości kształtuje tutaj i psyche i soma poprzez aparat nerwowo-gruczołowy.

Pośrednią tę drogę widać może wyraźniej w podziale typologicznym braci J a e n s c h ó w. Koncepcja ta stanowi interesujący przykład konsekwencji myślowej i metodycznej, jaka od jednej grupy głęboko przemyślanych spostrzeżeń prowadzi do poglądów zasadniczych i ogólnych. Punktem wyjścia było tutaj, jak wiadomo, stwierdzenie u pewnych osobników t. zw. wyobrażeń eidetycznych — tworów, zajmujących miejsce pośrednie pomiędzy wyobrażeniem a postrzeżeniem. Twory te udało się rozbić na dwie kategorie zasadnicze, które występują u dwóch różnych typów psychofizycznych. Różnice pomiędzy temi typami, stwierdzone w głębszych warstwach psychofizycznych, dają się prześledzić poprzez różne warstwy somatyczne i psychiczne, obejmując najwyższe czynności duchowe.

Typy B. (basedowoidalne) należą do osobników, które v. B e r g m a n n określił w swoim czasie (1911) jako „vegetatywnie stygmatyzowani“. Ich obrazy eidetyczne zbliżone są raczej do wyobrażeń. Ich typ psychiczny określa E. R. J a e n s c h jako „całkowany nazewnątrz“, termin, który oznacza szczególnie ściśle powiązanie funkcji psychofizycznych pomiędzy sobą oraz ze światem zewnętrznym („koherencja“). W układzie gruczołowym mamy tutaj przewagę tarczycy, w układzie roślinnym wzmoczoną pobudliwość nerwu błędnego, przede wszystkim jednak współczulnego. Cała osobowość psychofizyczna tych osobników reaguje żywo na podniety psychiczne, ich kontakt ze światem zewnętrznym jest bliski i ścisły, fantazja żywa, życie uczuciowe płynne i bogate.

Typy T. (tetanoidalne czyli tężyczkowe) wykazują wzmoczoną pobudliwość raczej układu nerwowego

zwierzęcego, jak to odpowiada obrazowi tężyczki. Ich pobudliwość na podniety psychiczne jest niewielka, odpowiednio do ich nieznaczej „koherencji“ (zespolenia) ze światem zewnętrznym. Ale i „nawewnątrz“ zcałkowanie ich jest niewielkie, to znaczy, że ich funkcje psychofizyczne nie przenikają się wzajem w takim stopniu, jak to ma miejsce u typu poprzedniego. U tych osobników „niezcałkowanych“ (desintegrierte) obrazy eidetyczne zbliżone są raczej do powidoków, wpływać na nie można przede wszystkim przez podawanie wapnia, którego działanie na tężyczkę dobrze jest znane. (Wymagana dla tego typu nadczynność przytarczyczek nie jest jeszcze, jak się zdaje, dostatecznie udowodniona). Trzeci typ wyodrębniony przez J a e n s c h a, jako typ S. (synestetyczny), jest zbliżony do typu schizoidalno - leptosomicznego K r e t s c h m e r a. Wszystkie te typy — same przez się normalne — wykazują powinowactwo do pewnych schorzeń nerwowych.

Króciutkie streszczenie nie jest absolutnie w stanie oddać bogactwa zagadnień i pełni zastosować, jakie wynikają z tej rozwijającej się wciąż jeszcze typologii. Wystarczy wspomnieć o takich dwóch kierunkach, jak badanie więzi psychofizycznej jako podstawy klinicznej z jednej i charakterologia, psychologia kultur i światopoglądów z drugiej strony. Pierwszy kierunek badań skrytykował się w monografii W. J a e n s c h a jako lekarza (Podstawy fizjologii i kliniki osobowości psychofizycznej, 1926), drugi daje szereg prac E. R. J a e n s c h a i szkoły marburskiej, z których ostatnia i zagadnienia nasze najszerszej ujmująca nosi znamieny tytuł: „zasadnicze postaci bytu ludzkiego“.

* * *

Odczuwanie swego ciała czyli t. zw. cenestezja stanowi jeden z najważniejszych czynników tego, co nazywamy samopoczuciem. Badana szczegółowo przez psychologów, stała się ona dostępną obecnie również i dla naszego zrozumienia fizjologicznego. Stało się to, oczywiście, dzięki postępom wiedzy o układzie roślinnym, którego rozgałęzienia przynoszą wieści ze wszystkich narządów, wieści, zbierane i przetwarzane — a zapewne poczęści przynajmniej i uświadomione — przede wszystkim we wzgórkach wzrokowych. Klasyczne już dzisiaj spostrzeżenia H e a d a wskazują najoczywiście na rolę tych ostatnich w wytwarzaniu się i odczuwaniu poczucia własnego ciała, a tem samem i samopoczucia ogólnego i nastroju. Przypomnijmy tylko — gwoli ilustracji — że jeden z pacjentów H e a d a, którego prawa strona stała się wrażliwsza na podniety przyjemne i nieprzyjemne, spostrzegał u siebie więcej czułości, niż uprzednio: „odczuwam niezmiernie silne pragnienie położyć moją prawą rękę na miękką skórę kobiecą. Prawa ręka potrzebuje zawsze pocieszenia. Zdaje się, że po mojej prawej stronie tęsknię ustawicznie za sympatją. Moja prawa ręka wydaje się być bardziej artystyczna“. Pogląd swój na czynność talamiczną ujmuje H e a d, jak następuje: „Sądzimy tedy, że istotny narząd wzgórkowy stanowi ośrodek świadomości dla niektórych elementów odczuwania. Odpowiada on na wszystkie podniety, które mogą wywołać przyjemność lub przykrość, albo też świadomość zmiany w stanie ogólnym. Ton uczuciowy doznawań somatycznych lub wisceralnych jest wytworem czynności talamicznej“.

W ten sposób podrażnienia wegetatywne składają się na samopoczucie i na to, co E w a l d określił

jako biotonus — czyli napięcie życiowe. To ostatnie stanowi podstawę nastroju i temperamentu, jako pewnej stałej ustrojowej. Stała ta, która określa się między innymi tempem reagowania psychicznego i psychoruchowego, zależy zatem przede wszystkim od czynników nerwowo-gruczołowych. Samo tempo reakcji okazuje się nie tylko stałe indywidualnie, ale i w wysokim stopniu dziedziczne (I d a F r i s c h e i s e n - K ö h l e r).

* * *

Wpływ wzruszeń ustrojowych na nastrój i samopoczucie jest faktem codziennego doświadczenia. Zmiana samopoczucia i liczne doznania ustrojowe, jako objawy początkowe choroby infekcyjnej, posłużyły E. B r a u n o w i za punkt wyjścia jego interesującej koncepcji o „witalnej osobie”. Jest to zespół czynności życiowych i najgłębszej, bliskiej ciału warstwy psychicznej. Czynności te to zapęd, nastrój, podatność na podnieci oraz kolejność snu i czuwania. Pomiedzy poszczególnymi funkcjami osoby witalnej zachodzą liczne i wzajemne korelacje. Tak, jak z jednej strony każdy akt psychiczny otrzymuje impulsy i energię od osoby witalnej, taksamo, odwrotnie, każdy proces psychiczny prowadzi w niej do zmian czynnościowych. Pomiedzy poszczególnymi właściwościami osoby witalnej a właściwościami psychicznymi istnieją „kręgi czynnościowe”. W świetle wyników badań różnych gałęzi wiedzy osoba witalna przedstawia się jako zcałkowany układ czynności, który sięga od niezróżniczkowanej komórki aż do kory mózgowej. Komórki wytwarzają siły witalne niezróżniczkowane, zaś wyższe instancje, w hierarchicznym uszeregowaniu porządku, regulują równowagę i porządek tej produkcji w przystosowaniu do wymagań zewnętrznych. Taką instancję regulującą stanowi przede wszystkim układ wegetatywny K r a u s a z ośrodkami międzymózgowia na czele, ponad nim działają zwoje podstawne i kora mózgowa.

Francuscy autorowie oddawna już zwracali uwagę na znaczenie cenestezji czyli odczuwania własnego ciała. B l o n d e l w swojej „La conscience morbide” usiłował cały szereg schorzeń psychicznych sprowadzić do zaburzeń w samej cenestezji, bądź też w jej zużytkowaniu przez wyższe ośrodki nerwowe. Czy to zmiana w samych doznaniach cielesnych, a więc np. występowanie szczególnych, osobnikowi dotąd nieznanach parestezji, czy też przedostawanie się do świadomości doznań, które zazwyczaj bywają z niej wyeliminowane — miały powodować zakłócenie równowagi psychicznej. Nie mogąc zgodzić się dzisiaj z takim uogólnieniem, musimy jednakże całej tej koncepcji przyznać pewną słusność. Jest ona, zresztą, tylko przejawieniem tego głębokiego związku, który wrażenia ustrojowe łączy z najwyższymi funkcjami psychicznymi.

* * *

Niezmiernie daleka droga prowadzi od odruchu obejmowania żaby męskiej, którego dokładną analizę wykorzystuje M a z u r k i e w i c z w celu wyjaśnienia procesu naładowania ośrodków wegetatywnych przez sumowane podnieci narządowe, do złożonych przejawów erotyki ludzkiej. Mimo odległość tej drogi nie trudno i w tej ostatniej doszukać się owych pierwotnych elementów ustrojowych. Co więcej: rozwój filogenetyczny wraz z procesem wędrówki czynności ku przodowi, engrafją i intelektualizacją uczuć nie zdołały zatrzeć łączności pomiędzy uczuciami wysoko sublimowanymi

a ich pierwotnym źródłem. Łączność ta, przedstawiona od strony fizjologicznej w „teorii uczuć” M a z u r k i e w i c z a, stanowiła właściwą istotę teorii psychoanalizycznej, znanej jako teoria *libido*. Jakkolwiek twórca teorii *libido* od początku podkreślał konieczność oparcia jej o podstawy biologiczne, to jednak braki naszej wiedzy w tej dziedzinie z jednej i konieczna jednostronność metody psychoanalizycznej z drugiej strony, czyniły oparcie to jedynie przemilczanym postulatem; okoliczność ta musiała odstręczać większość lekarzy od psychoanalizy. Dziś nadeszła chwila, kiedy obie metody badań — biologiczna i psychoanalizyczna — posunęły się dość daleko, aby móc podać sobie ręce, niczem dwaj wędrowcy, którzy, krocząc po różnych szlakach górskich, zmierzali do tego samego szczytu.

Takie części teorii F r e u d a, które dotychczas wydawały się zgola obce myśleniu lekarzkiemu, zaczynają prezentować się wyraźnie jako przedstawienie w innych szyfrach danych stawiania się biologicznego. T. zw. popędy cząstkowe, jak np. erotyka oralna czy analna, na których istnienie i przeobrażenia, wreszcie pozostawanie pod inną postacią, jako komponenty wyższych czynności psychicznych, wskazuje psychoanaliza, okazują się właśnie temi pierwotnymi doznaniem, podrażnieniami ustrojowymi (interoceptywnymi), o których mówi fizjologiczna teoria uczuć. Z tego punktu widzenia można dopatrzeć się analogji pomiędzy twierdzeniem psychoanalizy o przydźwięku *libido*, który towarzyszy wszystkim procesom cielesnym i psychicznym, a zdaniem L a p i c q u e a, że „pomieszenie reakcji ustrojowych z życiem relacji (ze światem zewnętrznym), nawet bez pożytku, jest tak częste, że można je uważać za prawo” (cyt. podług M a z u r k i e w i c z a: Les Intégrations nerveuses, I-ere partie).

* * *

Uważnego czytelnika musiała dawno już zastanowić okoliczność, że w pracy, poświęconej zagadnieniu psychofizycznemu, nie było dotychczas mowy o właściwym siedlisku zjawisk psychicznych — mózgowiu. Nie jest to jednak bynajmniej rzeczą przypadku, jeno odbiciem rzeczywistego stanu naszej wiedzy. Widać już stąd, iż poglądy nasze uległy wielkim zmianom. Pomijam już samo wyrażenie o siedlisku psychiki, które zupełnie nam dzisiaj nie odpowiada — o czym za chwilę — ale rola mózgowia przedstawia nam się dzisiaj inaczej, niż poprzedniemu pokoleniu badaczy.

Z dotychczasowych naszych wywodów wynika chyba z dostateczną jasnością, że psychika przedstawia się po części jako emanacja całego organizmu, wszystkich doznań peryferji i wrażeń ustrojowych, że składają się na nią układ nerwowy roślinny obwodowy, gruczoły, wreszcie wyższe ośrodki wegetatywne. W każdym razie te reprezentacje somatyczne wydają się wystarczające dla całej podstawy popędowo - ustrojowej, na której opiera się życie uczuciowe — ten najważniejszy motor naszej psyche.

To też nic dziwnego, że pod wrażeniem wielkiego zespołu nowych doświadczeń kliniki i fizjologii znaleźli się badacze, którzy usiłowali dokonać całkowitej detronizacji wszechwładnej dotychczas kory mózgowej. Dla takiego np. K ü p p e r s a dusza — mówiąc drastycznie — mieści się w pniu mózgowym. Do koncepcji takiej przyczyniła się klinika zaburzeń pozapiramidowych, w pierwszym rzędzie śpiączki nagminnej i jej następstw.

Lecz właśnie ten ostatni materiał dowodowy przy bliższej analizie nie upoważnia bynajmniej do tak wywrotowych wniosków. Cóż bowiem ulega tutaj zaburzeniu? Nie wchodząc w dokładną analizę napotykaną tutaj obrazów klinicznych, musimy jednak zdać sobie sprawę z tego, że dotknięte okazują się przede wszystkim impulsy, to, co nazywamy zapędem wraz z pewnymi komponentami życia uczuciowego. Rozważając charakter zaburzeń odpowiednio do wieku, stwierdzić musimy, iż życie uczuciowe łącznie z t. zw. uczuciami wyższymi ulega tutaj tem większemu zamąceniu, im młodszym wiekiem dotyczy osobników. Znane są ciężkie obrazy nabytej pośpiączkowej psychopatii dziecięcej (u nas opisane przez H a n d e l s m a n a). Wyrażając się psychologicznie, powiemy, że u dziecka świat uczuć wyższych mało jest jeszcze skonsolidowany, i dlatego łatwiej go zburzyć, — mówiąc fizjologicznie, stwierdzamy, że w miarę dokonywającej się w ontogenezie, podobnie jak i filogenezie wędrówki engramów uczuciowych ku przodowi, procesy, umiejscowione raczej podkorowo, mniej mogą zaważyć na szali. Natomiast — i to również wielce jest pouczające — u osobników dorosłych ulega zaburzeniu raczej strona ekspresyjna życia uczuciowego: mimika, odruchy naczyniowe (G. B y c h o w s k i).

Gnozia, jako taka, pozostaje nienaruszona i dla niej — jak i dotąd — musimy zarezerwować półkule mózgowe. Ale nawet i w tej ograniczonej formie wniosków o wyłącznej lokalizacji podkorowej t. zw. zapędu i impulsów nie wytrzymuje krytyki. Cały szereg doświadczeń patologii zmusza nas do przypisania i tej „funkcji” psychicznej wielopiętrowej reprezentacji cielesnej: wiemy np., iż jedną z jej najważniejszych stacyj stanowią płaty czołowe. Patologia korowa uzupełnia również i to, cośmy powiedzieli powyżej o podkorowej lokalizacji elementów uczuciowych. Ubytki uczuciowe widzimy w procesach katęgozohen korowych, lokalizacja wydaje się tutaj rozlana po całej korze z pewną jednakże predylekcją do płatów czołowych oraz trzeciej warstwy korowej. Ubytki w tej ostatniej spotykamy w schizofrenji — cierpieniu (czy też grupie cierpień), dla którego niedomoga uczuciowa jest objawem pierwszorzędного znaczenia.

W dobie wspaniałych postępów młodej jeszcze histopatologii mózgowej marzeniem badaczy było stwierdzenie ścisłego paralelizmu pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zmianami w mózgu. Przepaść, dzielącą nas dzisiaj od tego ideału, kładziemy już nie na karb niedostateczności naszej wiedzy albo zgoła niedoskonałości techniki. Rozumiemy, że sama zasada musi ulec głębokiemu przeobrażeniu, i że szczupłość wyników polega nie rzadko poprostu na niewłaściwie ujętem zagadnieniu.

W samej rzeczy nowsza patologia mózgowia doprowadziła do odmiennych zgoła poglądów na lokalizację jako taką. Rozumiemy, że z zaburzenia pewnych czynności nerwowych, względnie psychicznych nie można jeszcze wnioskować o lokalizacji samych funkcji. Co innego bowiem sama funkcja jako pewien element, a co innego zespół czynności, tak jak przedstawia się on na tle ogólnego koncertu psychicznego. Prócz tego — zasada, której ugruntowaniu poświęcił szczególnie dużo trudu G o l d s t e i n — niema zaburzenia jednej funkcji nerwowej bez zaburzenia wszystkich innych, całego układu nerwowego, a nawet do pewnego stopnia całego ustroju.

Dawne poglądy na wyobrażenia wyrazów czy przedmiotów, które miały być zdeponowane w poszcze-

gólnych ośrodkach mózgowych, nie wytrzymały krytyki metodycznej, ani naporu nowych doświadczeń klinicznych. Krytyka, podjęta przez B e r g s o n a, została z całą konsekwencją przeprowadzona przede wszystkim przez M o n a k o w a, przez H e a d a, Kurta G o l d s t e i n a, M o u r g u e a i wielu innych badaczy. Lokalizujemy dzisiaj już nie obrazy tylko poszczególne mechanizmy, potrzebne do ich wywoływania (ekforji) i konstrukcji. Przy lokalizacji nie wystarcza nam już zestawienie zwykłych badań klinicznych z danymi anatomo-patologicznymi, tylko wymagamy ścisłej analizy objawów i całości zachowania się chorego, analizy klinicznej, ale niemniej i psychologicznej.

Wprawdzie nauka o afazji, która sięga do psychologii mowy, językoznawstwa porównawczego, analizy pojęć i t. zw. psychologii postaci, nie staje się przez to łatwiejsza do opanowania, ale zato wyniki jej wydają się trwalsze, pewniejsze i mają tę przede wszystkim zaletę, że stwarzają podstawy dla prawdziwej nauki o funkcjach psychicznych, jako czynnościach ogólnych kory, albo też związanych z istnieniem pewnych aparatów mózgowych.

Taka np. afazja amnestyczna, której charakterystyczny obraz polega, jak wiadomo, na niemożności nazywania dobrze przez chorego poznawanych przedmiotów, przedstawia się w świetle badań K. G o l d s t e i n a jako utrata funkcji kategorjalnej. Utrata tej funkcji, której posiadanie równoznaczne jest ze zdolnością do grupowania przedmiotów i używania ich zgodnie z ogólnymi o nich pojęciami, oznacza opadnięcie do poziomu zachowania się prymitywniejszego, trzynajęcego się jedynie konkretnej rzeczywistości, nie zaś przedmiotów, jako przedstawicieli pewnych klas tejże. Tutaj widzimy, że pewna ogólna funkcja kory mózgowej okazuje się związana w większym stopniu z okolicą W e r n i c k e g o w lewych zwójach skroniowych.

Nowsze badania pozwalają na rozróżnienie szeregu innych funkcji mózgowych, które wszystkie razem składają się na prawidłowe myślenie i postępowanie, na właściwe ustosunkowanie się do otoczenia. Jedną z najbardziej zasadniczych nazwiemy za K. G o l d s t e i n e m zdolnością do tworzenia tła i postaci, czyli do wyodrębnienia przedmiotu — wewnętrznego (myślowego) czy też zewnętrznego — spośród otoczenia. Ogólna ta funkcja, o niezmiernej dla osobnika doniosłości biologicznej, związana już jest z czynnościami najprostszymi organizmów. Lecz na terenie mózgowia wielokrotnie ulega zróżniczkowaniu: toteż inne jest jej zaburzenie w agnozji wzrokowej, inne w afazji, zupełnie wreszcie szczególne w schizofrenji.

Subtelniejszej analizie udaje się nieraz powiązać szereg odmiennych pozornie zaburzeń z zamąceniem jednej funkcji zasadniczej. Ostatnio np. opisana została jako taka funkcja porządkowa czy też kierunkowa, która decyduje o znalezieniu właściwego kierunku i uporządkowaniu przedmiotów w przestrzeni (względnie również i w czasie). Może tu chodzić nie tylko o twory przestrzenne, ale i myślowe, zaś występujące jako jądro fizjopatologiczne zaburzenie w aparacie korowym, reprezentującym rękę i oddzielne palce, znajduje swój wyraz między innymi w zaburzeniach pisma (t. zw. zespół G e r s t m a n n a, spostrzeżenia H e r m a n n a i P ö t z l a, E h r e n w a l d a, L a n g e g o, G. B y c h o w s k i e g o).

Porównanie zaburzeń psychicznych i nerwowych o różnorodnej genezie prowadzi do wykrycia zasadniczej pomiędzy nimi analogii. Okazuje się, że podobne zespoły psychopatyczne mogą występować bądź jako obrazy ustrojowe, bądź też jako rezultat uszkodzenia pewnych aparatów mózgowych, bądź wreszcie naskutek zaburzeń czysto dynamicznych, czynnościowych.

Rozważania takie, oparte na materiale patologii mózgowej, psychiatrii, psychoanalizy i charakterologii, doprowadziły autora pracy niniejszej do wniosków, które rozwinięte zostały w pracy „o podwójnej genezie i schemacie ustrojowym zaburzeń psychopatycznych”. Zasada podwójnej genezy ma swoje podstawy w jedności biologicznej i czynnościowej osoby psychofizycznej.

Zasada ta wiąże się najściślej z danymi patologii, które starał się tutaj oświecić z punktu widzenia zagadnienia psychofizycznego. Widzieliśmy wszakże, że pewne obrazy chorobowe mogą powstawać na drodze psychicznej lub czysto somatycznej, mówiąc ściślej, że ich punkt wyjścia może znajdować się u jednego lub drugiego bieguna osobowości. Często okaże się błędna sama ta alternatywa, i wtedy wraz z *Bleulerem* zapytamy, nie czy objaw jest psychiczny, czy też fizyczny, tylko „o ile psychiczny, o ile cielesny”.

* * *

W ten sposób, jako uwieńczenie wszystkich naszych wysiłków i badań, płynących każde własnym łozyskiem, otrzymujemy usunięcie przepaści, którą tysiąciolecie myśli filozoficznej i parę stuleci wiedzy przyrodniczej wykopały pomiędzy duszą a ciałem.

I w jednym i w drugim widzimy teraz ogniwa stawiania się biologicznego. Przeniknęliśmy — potrosze! — ukryte tendencje ciała i zrozumieliśmy narzędzia, które w ciągłym rozpędzie życiowym stwarza sobie dusza: uduchowiliśmy ciało i ucieleśniliśmy duszę.

Istotnie, trudno się dziwić, że badanie i rozważania, których częśćkę usiłowaliśmy tutaj przedstawić, dały przodującym badaczom — myślicielom epoki *asumpt* do stworzenia poglądów wszechobejmujących, metafizycznych. Bez metafizyki trudno wyżyć umysłowi ludzkiemu, jest to strawa, której, zwykłą karmiony empirją, łaknie, niczem bogowie ambrozji. To też synteza praw stawiania się biologicznego w życiu psychofizycznym osobnika, w rozwoju zarodkowym i w dziejach gatunków, musiała doprowadzić do poglądów kosmicznych, w których psyche i soma podały sobie dłonie w nowej jedności.

* * *

Wysuwają się tutaj na czoło trzy wielkie nazwiska: *Bleuler*, *Freud*, *Monakow*. Bodaj że najostrożniejszy okazał się *Freud*, który niechętnie wykracza poza zakres swoich zwykłych dociekań. Samokrytycyzm nakazał mu określić jako spekulację rozważania, w których zasadnicze wykryte przez psychoanalizę popędy przeniósł on na całą żywą materję, zaś *libido*, jako związaną z życiem organicznym, przypisał wszelkiej komórce zarodki. Popędy erotyczne i popędy niszczycielskie (śmierci) kierują wszelkimi procesami życiowymi.

Doświadczenia patologii, które pouczyły nas o plastyczności ciała, poddającego się pewnym popędom czy tendencjom, musiały w pamięci badaczy odnowić tradycje wielkiego *Lamarck*a i nasunąć myśl o podobnych tendencjach, które w przestrzeni niezmiernych okresów czasu kształtowały ciało w miarę swych potrzeb i w miarę zmieniających się warunków otoczenia. Stąd próby bioanalizy czyli psychoanalizy życia organicznego.

Rozważanie wyższych czynności układu nerwowego z punktu widzenia biologii skłoniło *Monakowa* do rozróżnienia sfery instynktów od sfery orientacji i przyczynowości. Pierwsza odpowiada — mówiąc najogólniej — układowi wegetatywnemu, druga zwierzęcemu. Kora mózgowa — podobnie jak u *Pawłowa* — staje się tutaj wielkim analizatorem, który z wielkiego mnóstwa wrażeń i podniet wybiera to tylko, co odpowiada potrzebom i zamiarom. U podstawy wszystkiego tkwią jednak instynkty. *Pramacierz*, z której wyłoniły się one w mrokach filogenezy, określa *Monakow* jako *Hormę* (od greckiego *ἡρμῶν* — wprawiam w ruch). *Hormę* to siła aktywna, która znajduje się u podstawy aktywności życiowej i która, — podobnie jak *élan vital* *Bergson*a — rozwija swą nieskończoną twórczość w czasie.

Ewolucja twórcza, która stwarza najbardziej złożone postaci życia neuropsychicznego, wymaga dla zrozumienia swego przedewszystkiem czasu. Nie giną tutaj już osiągnięte przez *Hormę* rozwiązania, nawarstwiają się na nie wciąż nowe i nowe, tak że budowa dziejowa staje się konieczna dla zrozumienia funkcji i jej narządów, jak również produktów rozpadu chorobowego.

To nawarstwienie, to zachowanie w czasie nie byłoby możliwe bez pamięci. Pamięć okazuje się tedy — jak w wielkiej koncepcji fizjologa *Heringa* — najogólniejszą właściwością żywej materji. Jeśli pamięta nie tylko jaźń nasza o przeżyciach i najdawniejszych zamiarach, ale jeśli pamięta również i nasze ciało, które w pewnych okresach życia gromadzi w sobie nowe automatyzmy, jeśli pamięta nie tylko niemowlę, które przynosi ze sobą na świat gotowe instynkty, ale i płód w łonie matki, który w rozwoju swym „przypomina” sobie dawne formy odległych gatunków, jeśli wreszcie „pamięta” plazma zarodkowa każdej istoty żyjącej, przekazując potomstwu geny najbardziej złożonych właściwości duchowych czy cielesnych — to w takim razie myśl nasza może ujrzyć psychikę wszędzie, gdzie pulsuje życie. Możliwe staje się to tembardziej, że od czasu psychoanalizy nauczyliśmy się oddzielać świadomość, jako cechę szczególną, od ogółu zjawisk psychicznych.

W tym kierunku poszła myśl *Bleulera*. *Psychika*, którą w tej ogólnej postaci nazwał on „*psychoidę*”, jest dlań czemś bardzo ogólnem, co tylko w psyche naszej i jej złożonych instrumentach szczególnego doznało różniczkowania.

Oparte na mocnej podstawie doświadczenia, na embriologii i anatomii porównawczej, mechanice rozwojowej i nauce o dziedziczności, powracają tutaj dawne koncepcje o entelechji, o duszy, która kształtuje ciało, o idei, która znajduje swoje ucieleśnienie.

W stawianiu się ciała wypełnia się myśl taksamo, jak w tworzeniu się gatunku. Formuła życiowa, jako zespół genów, plan budowy i kierownik całego procesu

życiowego jest uosobieniem pamięci wszystkich minionych pokoleń.

* *
* *

Odbyliśmy wędrówkę za duszą w jej pochodzie od górnych idei filozofów, którzy wiele przeczuwali, a

mało jeszcze wiedzieli, poprzez badaczy, którzy jej się wypierali. Dziś wiemy, że jest równie rzeczywista, jak ciało, choć nie możemy ukazać jej pod mikroskopem. Dziś powraca do nas, odnajdujemy ją nanowo, kształtuje nasze ciało i nasze życie.

Wiedza, która nam pozwala na jej zrozumienie, jest jej ostatnim i najpiękniejszym instrumentem.

Wykłady kliniczne

Z Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie.

(Kierownik: Profesor Dr. W. Jasiński i).

O pneumokokowym zapaleniu otrzewny u dzieci.

(z podaniem 2-ch własnych przypadków.)

Podala

P. LIDZKA, st. asystent Kliniki (Wilno).

Zapalenie pneumokokowe otrzewny należy do postaci chorobowych, dość rzadko spostrzeganych i rozpoznawanych w klinikach dziecięcych. W ciągu ostatnich lat zarotowaliśmy w Klinice Dziecięcej U. S. B. w Wilnie 2 przypadki, których przebieg w skróceniu podajemy:

Przypadek 1. Dziewczynka Stef. Stefanja, w wieku 3-let, została przyjęta do kliniki 8/XI. 1929 r. z powodu ostrych bólów w brzuchu, które wystąpiły nagle 5/XI. w nocy; dziecko było bardzo niespokojne, rzucało się; stolec oddało 1 raz, nie wymiotowało; następnego dnia stolec skąpy oddała samoistnie; wymiotów nie było; 7/XI. (3-ci dzień choroby) stan dziecka nie pogorszył się; skarżyła się stale na bóle brzucha, których jednak nie mogła umiejscowić. Kaszlu i duszności nie było. 8/XI. były jednorazowe wymioty; stolec oddała w bardzo małej ilości.

Nie mamy danych o przebiegu gorączki w pierwszych dniach choroby, ponieważ w domu t° nie mierzono. 8/XI. dziecko skierowano do kliniki z przypuszczalnym rozpoznaniem: *appendicitis*.

Wywiady rodzinne: IV dziecko, 2-gie zmarło; 2 poronienia. Rodzice chorują na kiłę. Dziecko było dokarmiane od 9 m., rozwijało się normalnie; objawów kiły nie zauważono, leczenia swoistego nie stosowano. Z ostrych chorób zakaźnych dziecko przechodziło tylko krztusiec w 2-m roku życia.

Stan obecny: dziecko sprawia wrażenie ciężko chorego; oddech stękający, powierzchowny, z ruchem skrzydeł nosa. Oczy lekko wpadnięte. Budowa prawidłowa; odżywianie upośledzone; waga 11.700. Skóra blade - różowa. T° 38,4. Kościec prawidłowy; stawy wolne. Mięśnie brzucha wybitnie napięte; inne mięśnie bez zmian. Gruczoły chłonne nieliczne, drobne na szyi i pod pachami. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane. Język obłożony, suchy. Nos drożny; gardło nieco zaczerwienione. Granice serca nie przesunięte; tony głuche; tętno małe, słabego napełnienia, trudno wyczuwalne, 140 na minutę. W płucach skrócenie opukowe i osłabienie szmeru oddechowego w lewym dolnym płacie; nad stłumieniem rzęzenia średniobańkowe. W płucu prawym nieliczne rzęzenia w okolicy grzebienia łopatk. Brzuch napięty, wzdęty, bardzo bolesny przy obmacywaniu; wątroby i śledziony nie daje się określić wskutek bolesności i napięcia brzucha. Narządy moczopłciowe bez zmian zewnętrznych.

Badanie moczu zmian chorobowych nie wykazało.

We krwi leukocytoza 20.000. C. cz. 3.390.000. Hb - 70%. Wzór biał. c.: Eos. Bas. Myel. Młod. Pał. Segm. Limf. Mon.

0 0 0 1,5 5 85 12 1

Odczyn Wassermann (+).

9/XI. dziecko wymiotowało 5 razy, stolca nie oddało. Stan ogólny ciężki. tętno 140, słabo napięte; rysy twarzy zaostrome (*facies hippocratica*); w płucach osłabienie szmeru oddechowego na całej przestrzeni lewego dolnego płatu; przy osłuchiowaniu rzęzenia w lewym dolnym i prawym górnym płatach.

Narada z chirurgiem: przypuszczalne rozpoznanie *appendicitis*; *peritonitis*? Wskazań do zabiegu nie postawiono.

10/XI. Stan dziecka ciężki; oddech stękający, język suchy. Dziecko wymiotowało 6 razy; stolce 4 razy, płynne. Ze względu na bardzo ciężki stan dziecka prześwietlenia rentgenowskiego nie dokonano. —

11/XI. Dziecko nie wymiotowało; język mniej suchy; stolce płynne 6 razy. W obu płucach liczne rzęzenia; w lewym dolnym płacie osłabienie szmeru oddechowego. Brzuch nieco mniej wzdęty, jednak bolesny; na skórze brzucha po stronie prawej na wysokości pępka widoczne są 2 plamy czerwone wielkości 5-groszówki. Okolica płam nieznacznie nacieczona.

12/XI. Stan ogólny dziecka nieco lepszy; brzuch mniej bolesny, mniej twardy. Nad grzbietem łopatki po stronie prawej stwierdza się oddech oskrzelowy; liczne rzęzenia na całej przestrzeni prawego płuca; w płucu lewym stłumienie i osłabienie szmeru oddechowego, jak dnia poprzedniego. Wymiotowała 1 raz. Stolce 3 razy, płynne.

13/XI. Tętno 120. Brzuch twardy. W lewym płucu od połowy łopatki wysłuchują się rzęzenia; w prawym płucu rzęzenia mniej liczne wysłuchują się na całej przestrzeni. Wymiotowała 1 raz; stolce 2 razy, bardziej zbite.

W posiewie krwi z nia 13/XI. stwierdzono pneumokoki.

14/XI. Stan dziecka bez zmian. Tętno 110, małe. W lewym płucu wysłuchują się liczne rzęzenia; w płucu prawym skrócenie odgłosu opukowego od połowy łopatki; na całej przestrzeni rzęzenia średniobańkowe. Nie wymiotowała; stolce 2 razy, zbite.

Narada z chirurgiem.

15/XI. Stan dziecka znacznie się pogorszył. Tętno prawie nie wyczuwalne. Stolce 4 razy, płynne. O g. 13-ej wystąpiły drgawki lewostronne. Nakłucie lędźwiowe dało płyn przezroczysty, Pandy słabo dodatni, pleocytoza — 70.

O godzinie 14-ej dziecko zmarło.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: *Oedema meningum. Hyperaemia cerebri. Pleuritis dextra purulenta. Pleuritis sinistra fibrinosa. Pneumonia cruposa lobi sup., med. et inf. dextri. Pneumonia lobi inf. sin. Hypertrophia glandularum peribronchialium. Peritonitis purulenta diffusa. Tumor septicus et extravasationes lienis haemorrhagicae. Hyperaemia et degeneratio parenchymatosa renum. Degeneratio parenchymatosa hepatis.*

W ropie z jamy otrzewny stwierdzono pneumokoki.

Mieliśmy tu do czynienia z ogólnym zakażeniem pneumokokowym, które dało ogniska w obydwu płucach, opłucnych i objawy ostrego rozlanego pneumokokowego zapalenia otrzewny.

Przypadek 2. W październiku 1931 roku do kliniki

przyjęto dziewczynkę w wieku 3-let (Ziel. Kam. Nr. 3355) z powodu wysokiej gorączki, która wystąpiła od 5-u dni. Jeden raz wymiotowała (w początku choroby.) Dziecko trochę kaszało, na żadne bóle nie skarżało się.

Wywiał i d y r o d z i n n e. 1-sze dziecko młodych i zdrowych rodziców. Dziecko rozwijało się normalnie; pierwsze zęby w 6/12; zaczęło chodzić w 12 mies., żadnych chorób nie przechodziło.

S t a n o b e c n y. Dziecko sprawia wrażenie ciężko chorego. T 40. Budowa prawidłowa. Odżywianie nieco upośledzone. Waga 12.800. (zamiast należnych 13.900 według P i r q u e t a.)

Skóra czysta. Kościec prawidłowy bez zmian krzywiczych; stawy wolne; mięśnie dobrze rozwinięte, o napięciu prawidłowym. Gruczoły chłonne niemacalne. Odruchy ścięgniste wzmoczone. Jama ustna i gardło bez zmian; nos drożny. Granice serca nie przesunięte; tony czyste; tętno 120, napięte, miarowe. W płucu prawym przy przyjęciu stwierdzono nieznaczne skrócenie opukowe w dolnej części; w tym miejscu wysłuchiwano nieliczne rżenia; szmer oddechowy nie był zmieniony. Następne badania nie wykryły żadnych zmian opukowych i osłuchowych. Brzuch przy obmacywaniu bolesny, szczególnie w okolicy prawego dołu biodrowego; wątroby i śledziony nie daje się określić wskutek bolesności. Apetyt znacznie upośledzony. Narządy moczowo-płciowe bez zmian zewnętrznych.

Badanie moczu zmian chorobowych nie wykazało. W kale liczne jaja włosogłówek ludzkiej i mniej liczne glisty dżdżownic (*ascaris lumbricoides*).

Badanie krwi: Hb.-85%; ciałek białych - 9000; ciałek czerwonych - 4.720.000. Wzór ciałek białych:

Eos.	Bas.	Myel.	Młod.	Pał.	Segm.	Limf.	Mon.
0	0	0	0,5	30	46	21	2,5

18/X. Stan ogólny dosyć ciężki. Bolesność jamy brzusznej mniejsza. W płucach zmian opukowo i osłuchowo nie stwierdza się.

19/X. Prześwietlenie rentgenowskie wykazało ognisko zapalne w środkowym płacie płuca prawego.

Gorączka krytycznie spadła do 35,9° (7-y dzień choroby). Bolesność jamy brzusznej mniejsza; w płucach żadnych zmian opukowo i osłuchowo nie stwierdza się. Stan ogólny lepszy.

W ciągu kilku dni następnych stan dziecka poprawił się dosyć szybko; bolesność jamy brzusznej ustąpiła.

W powyższym przypadku krupowe zapalenie płuc z ogniskiem środkowym dało jednocześnie znaczną bolesność jamy brzusznej, szczególnie prawego dołu biodrowego (objaw, który, zresztą, występuje nierzadko u dzieci w początku krupowego zapalenia płuc). Ogólny wygląd dziecka, znaczna bolesność brzucha przypominały w zupełności obraz, obserwowany u Stef. St. (przypadek I).

Ze względu na to, że bolesność jamy brzusznej utrzymywała się tutaj w ciągu całego czasu trwania choroby, rozpoznaliśmy w tym przypadku poronną postać pneumokokowego zapalenia otrzewny.

Opisane wyżej przypadki skłoniły nas do szczegółowego zbadania piśmiennictwa, dotyczącego pneumokokowych zapaleń otrzewny u dzieci — przedstawimy je w głównych zarysach.

Pneumokokowe zapalenie otrzewny zajmuje odrębne miejsce wśród innych postaci zapaleń otrzewny ze względu na swoją etiologię, inny przebieg i inne wskazania lecznicze. Przypadki pneumokokowego zapalenia otrzewny były opisane poraz pierwszy w r. 1883, kiedy został wykryty pneumokok F r a e n k l a; lecz w pracach da-

wniejszych (z przed r. 1883), jak można wnioskować z opisu, stosunkowo często spostrzegano tę jednostkę chorobową.

E t j o l o g j a. Na zjeździe chirurgów w Paryżu (w październiku 1931 r.) ustalono, że nazwa pneumokokowego zapalenia otrzewny powinna być zachowana tylko dla tych przypadków, w których schorzenie występuje bez miejscowej przyczyny, jak przedziurawienie jelit lub zakażenie z narządów rodnych.

Choroba występuje częściej u dzieci, niż u dorosłych; przeważnie u dziewcząt między 2-m a 14-m rokiem życia. Znane są jednak przypadki pneumokokowego zapalenia otrzewny u dzieci w 1-m roku życia, a więc przypadek N e t t e r a u dziecka 3 dniowego; przypadek R i b a d e a u - D u m a s i J. M a y e r u 6-o i 10-o tyg. dzieci; przypadek P e r r i n a u 3 miesięcznego dziecka, przypadek H y m a n s o n a u dziecka 10 tyg., M a c c h i 2 przypadki u dziewcząt 3 ch i 3½ mies., a w polskim piśmiennictwie przypadek Ł a c k i e j i R o s e n g a r t e n ó w n y u chłopca 1-rocznego. Ch. M i c h a u t opisał w 1901 r. 33 przypadki: 2—5 lat 15, 5—10 lat 12; od 10—15 lat 6.

Przewaga płci żeńskiej u dzieci zaznacza się we wszystkich statystykach; natomiast u dorosłych nie zauważono tej przewagi.

U dzieci pneumokokowe zapalenie otrzewny występuje najczęściej w łączności z innym schorzeniem pneumokokowym, jak zapalenie ucha, zapalenie opon mózgowych, a szczególnie często z zapaleniem płuc i pneumokokowym zapaleniem opłucny.

Ogniska w innych narządach zostają jednak wykrywane częstokroć dopiero na sekcji; w przypadku H y m a n s o n a u dziecka 10-tygodniowego wystąpiły objawy oponowe: K e r n i g, sztywność karku, wymioty, apatia, wolne stolce; ze strony jamy brzusznej nie było objawów żadnych. Na sekcji stwierdzono zapalenie otrzewny i ognisko w płucach, którego za życia nie można było wykryć ani fizykalnie, ani rentgenologicznie.

U dorosłych zaś występuje przeważnie (w 60 przypadkach na 100) samoistna postać pneumokokowego zapalenia otrzewny.

Co do udziału poszczególnych szczepów pneumokoka w etiologii zapaleń otrzewny, są dane, że ta choroba jest wywołana przez pneumokoki I-go typu, rzadziej zaś biorą tu udział pneumokoki II-go typu.

Należy zauważyć, że odróżnienie bakterjologiczne pneumokoków od niektórych enterokoków było do niedawna dość trudne; może więc nie wszystkie „pneumokokowe” zapalenia otrzewny, podane w piśmiennictwie, były wywołane istotnie przez pneumokoki. Różnorodność poszczególnych typów pneumokoków i niejednakowa ich zjadliwość wytłumaczy nam różnice w przebiegu pneumokokowego zapalenia otrzewny.

P a t o g e n e z a. Zakażenie pneumokokowe szerzy się 4-ma drogami: 1) przez przeponę — ten sposób zakażenia ma miejsce dosyć rzadko; 2) przez narządy płciowe — w szczególności *vulvitis*; tem może da się objaśnić częstość występowania tej choroby u dziewcząt. L a f i t t e (1931) na 5 przypadków pneumokokowego zapalenia otrzewny w 2-ch przypadkach stwierdził *vulvo-vaginitis pne-*

umococcica, jako punkt wyjścia choroby; 3) częścię zakażenie odbywa się drogą jelit; tak w przypadku Łąckiej i Rosengartenówny pneumokokowe zapalenie otrzewny rozwinęło się u rocznego chłopca po długotrwałym niezwyżej grubych z gorączką. Cameron uważa, że w patogenezie pneumokokowego zapalenia otrzewny mają znaczenie nawet lekkie niezwyty jelit, które bywają spostrzegane przed wystąpieniem objawów otrzewnowych.

4-y sposób zakażenia odbywa się drogą krwi w przypadkach *pneumococcaemiae*; ten sposób zakażenia jest najczęstszy.

Macchi z kliniki w Medjolanie opisał pneumokokowe zapalenie otrzewny u 3-ga dzieci w wieku 3-let, 3½ i 20 miesięcy; zakażenie odbyło się drogą krwi; w 1-m przypadku był jednocześnie ropniak opłucny, w 2-ch innych pozostałości po odoskrzelowym zapaleniu płuc w dolnych płatach.

Anatomja patologiczna. Według obrazu anatomicznego należy odróżniać 2 postacie:

1) postać rozlaną i 2) postać ograniczoną. U dzieci zdarza się częściej postać rozlaną, która może wystąpić jako postać septyczna (ta postać spotyka się dosyć rzadko) i jako postać ropna.

2-ga postać ograniczona, umiejscowiona, względnie łagodna klasycznie rozwija się w okolicy pępka. Oprócz powyższych zdarzają się postacie atypowe, w których rozwija się kilka ognisk.

Z 33-ch przypadków Michaut 11 należało do rozlanej, septycznej postaci; z nich 9 skończyło się śmiercią, 2 wyzdrowiało; 22 zaliczono do postaci ograniczonej, z nich 20 wyzdrowiało, 2 skończyło się śmiercią.

Początek pneumokokowego zapalenia otrzewny bywa zawsze nagły, bez zwiastunów. Odrazu występuje wysoka gorączka, silne bóle i biegunki.

Ponieważ wczesne rozpoznanie pneumokokowego zapalenia otrzewny ma wybitne znaczenie kliniczne, zatrzymamy się nieco dłużej na omówieniu objawów wczesnych.

Objawy wczesne. Ból. Ból może być silny, jak w zapaleniu wyrostka robaczkowego lub po przedziurawieniu jelit; lecz zdarzają się również bóle łagodne, o charakterze kolki, jak *gastroenteritis*, lub nieco silniejsze. Lokalizacja bólów nie jest stała; czasami ból umiejscawia się w jednym punkcie i przeważnie w dole biodrowym prawym.

Wymioty. Wymioty obecne są prawie zawsze; w początku w wymiotach zawarta jest treść pokarmowa, następnie zaś tylko żółć; częstość wymiotów bywa zmienna; co do czasu trwania, wymioty często ustępują po kilku godzinach lub jednym dniem; niekiedy zaś powtarzają się w ciągu 5–6 dni.

Biegunki. Biegunki są bardzo ważnym objawem rozpoznawczym, lecz występują nie we wszystkich przypadkach; Nov-Josserrand na 40 przypadków pneumokokowego zapalenia otrzewny podaje biegunki tylko w 24 ch przypadkach. Zwykle biegunki bywają w początku, lecz mogą wystąpić również dopiero w 5-m i w 6-m dniu choroby.

Gorączka. Gorączka bywa zazwyczaj bardzo wysoka, dochodzi do 40 — 41°; lecz może

trwać krótko; w innych przypadkach ciepłota nie przekracza 38–39°.

Tętno. Tętno opowiada zwykle gorączce; dochodzi do 140–160 w okresie największego nasilenia choroby, potem spada; naogół tętno bywa lepsze, niż w rozlanych zapaleniach otrzewny, zależnych od zapalenia wyrostka robaczkowego.

Język jest suchy; bardzo często występuje opryszczka. Badanie brzucha nie daje objawów charakterystycznych; brzuch jest wzdęty, elastyczny; (nie deskowaty); bolesność przy ucisku występuje niestale, zaznacza się wyraźniej w okolicy pępka, w nadbrzuszu a także w dole biodrowym prawym.

Stan ogólny zależy od ciężkości zakażenia; w przypadkach ciężkich występuje *facies hippocratica*.

Za okres początkowy uważamy czas od 24-ch do 36-u godzin.

Postać rozlaną. Podane wyżej objawy są wyraźniej zaznaczone w postaciach rozlanych. Na plan pierwszy występują w niektórych przypadkach objawy ze strony otrzewny; wzdęty, bardzo bolesny brzuch, znacznie przyspieszone tętno, *facies hippocratica*; w innych zaś objawy otrzewny są mniej wyraźne: brzuch może być miękki, niewzdęty, niebolesny; natomiast na plan pierwszy wysuwają się objawy toksyczne; śmierć w tych przypadkach następuje wskutek osłabienia serca.

Nakreślony przez nas obraz choroby może wystąpić zarówno w postaci septycznej, jak i w ropnej; lecz pierwsza naogół ma przebieg groźniejszy, śmierć następuje w ciągu pierwszych 7-u dni.

Postać umiejscowioną. W postaciach umiejscowionych po pierwszych groźnych objawach następuje zwolnienie. Wymioty ustępują, bóle zmniejszają się; stan ogólny chorego ulega poprawie pomimo utrzymującej się gorączki; biegunki mogą trwać do 2-ch tygodni; brzuch staje się wzdęty; niekiedy daje się stwierdzić chęłbotanie. W postaciach klasycznych ropa zbiera się w podbrzuszu (*hypogastrium*) między pępkiem a spojeniem łonowym; o ile zaś ropy jest dużo, gromadzi się ona i w górnej części brzucha.

Znane są także ściśle ograniczone postacie pneumokokowego zapalenia otrzewny, w których ropa gromadzi się tylko w jednym miejscu, na przykład, w dole biodrowym. Te przypadki nie dają żadnych objawów podrażnienia otrzewny. Nov-Josserrand opisuje 2 przypadki *peritonitis pneumococcica* bez żadnych objawów ze strony otrzewny: jeden z nich dał obraz ostrego zapalenia stawu biodrowego (ropa zlokalizowała się w dole biodrowym). Dopiero przy operacji ustalono rozpoznanie pneumokokowego zapalenia otrzewny.

W końcu 3-go tygodnia ropa szuka ujścia na zewnątrz; wtedy pogarsza się stan ogólny, gorączka ma charakter hektyczny, występują dreszcze, poty i charłactwo. Najczęściej ropa znajduje ujście przez pępek; może to nastąpić po 30 u, 40-u dniach a nawet po kilku miesiącach.

Cameron rozróżnia 3 okresy w przebiegu pneumokokowego zapalenia otrzewny. 1-y okres z ostreymi objawami zapalenia otrzewny daje obraz *appendicitis* lub *peritonitis perforativa*; występuje gorączka, wymioty, biegunki; ten okres trwa 4–5 dni. II-i okres gorączkowy występuje po pierwszym

groźnym okresie, trwa 2—3 tygodnie i przebiegiem przypomina dur brzuszny. W 3-m okresie ropa lokalizuje się; brzuch wtedy bywa wzdęty, wyczuwa się chełbotanie; otorbiony ropień tworzy się pod pępkiem i otwiera się przez pępek; albo ropa gromadzi się w miednicy i szuka ujścia przez pęcherz moczowy, pochwę lub odbytnicę.

Rozpoznanie. Rozpoznanie zapalenia otrzewny naogół nie jest trudne; trudność polega na odróżnieniu pneumokokowego zapalenia otrzewny od innych postaci zapaleń. Wczesne zaś rozpoznanie pneumokokowego zapalenia otrzewny ma duże znaczenie ze względu na inne metody leczenia.

Za pneumokokowym zapaleniem otrzewny przemawiają: 1) wiek i płeć (przeważnie dziewczynki w wieku 2—14 lat); 2) biegunki — o ile występują od 1-go dnia (biegunki w zapaleniu wyrostka robaczkowego występują później); 3) bóle w pneumokokowym zapaleniu otrzewny są bardziej rozlane, niż w przebiegu *appendicitis*; 4) stan powłok brzusznych: brak deskowatej twardości i mniejsza bolesność przy ucisku; 5) niestosunek między wybitnie wyrażonymi objawami ogólnymi i znacznie mniej zaznaczonymi objawami ze strony jamy brzusznej.

Mondor (1931) opiera wczesne rozpoznanie pneumokokowego zapalenia otrzewny na wybitnej leukocytozie: o ile u małej dziewczynki występuje nagle wysoka gorączka, przyspieszone tętno, rozlane bóle brzucha, lekka sinica, opryszczka (w 50%), biegunki i leukocytoza powyżej 30.000 ze znaczną neutrofilją (do 90%) należy myśleć o pneumokokowym zapaleniu otrzewny.

Badania laboratoryjne dają niewiele; niezawsze udaje się stwierdzić pneumokoki we krwi; w moczu bywa białko i wałeczki; w niektórych przypadkach odczyn dwuazowy jest dodatni. Zaznaczyliśmy wyżej, że stwierdzenie pneumokoków w wydzielinie z pochwy (*vulvovaginitis pneumococcica*) może ułatwić rozpoznanie.

Marfan radzi każdy przypadek, podejrzany o pneumokokowe zapalenie otrzewny, badać rentgenologicznie: cień w dolnej części brzucha podobny do nieprawidłowo wyciągniętego pęcherza pozwala przypuszczać otorbiony ropień pneumokokowy; lecz objaw ten występuje w okresie późniejszym.

Ostre przypadki pneumokokowego zapalenia otrzewny mają przebieg najbardziej zbliżony do *appendicitis* lub *peritonitis appendicularis*. Przewlekłe postacie pneumokokowego zapalenia otrzewny są często rozpoznawane jako gruźlicze zapalenie otrzewny lub jako dur brzuszny.

W przypadku Łackiej i Rozengartenówny na skutek objawów ze strony otrzewny, które wystąpiły u rocznego dziecka po długotrwałym nieżycie jelit, rozpoznawano początkowo gruźlicze zapalenie otrzewny. Dwukrotnie ujemny odczyn Pirqueta był uważany za przejaw anergji; nakłucie dało jednak płyn zielonkawy, ropno-surowiczy, w którym stwierdzono pneumokoki.

Marfan opisuje przypadek u 2½ letniego dziecka, u którego podejrzewano *peritonitis t. b. c.*; odczyn Pirqueta był dodatni; badanie rentge-

nologiczne wykazało powiększenie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych oraz cień międzypłatowy; sprawa wyjaśniła się dopiero wówczas, kiedy wystąpiło nacieczenie naokoło pępka, tak charakterystyczne dla pneumokokowych zapaleń otrzewnych i bardzo rzadko występujące w innych postaciach, szczególnie w zapaleniu gruźliczym.

Mathieu i Davioud podają opis 7 przypadków pneumokokowego zapalenia otrzewny, które były rozpoznawane jako *appendicitis* i operowane: w 3 zejście śmiertelne nastąpiło tuż po zabiegu. **Comby** również opisuje kilka przypadków mylnego rozpoznania: jeden z tych przypadków dotyczył 7½ letniego chłopca, operowanego z powodu *peritonitis t. b. c.*; w ropie stwierdzono pneumokoki. W drugim przypadku u dziewczynki 2½ letniej podejrzewano zapalenie odoskrzelowe i gruźlicę płuc; w ropie, która otworzyła się przez pępek, stwierdzono pneumokoki. U 11-letniej dziewczynki rozpoznawano mylnie dur brzuszny, a w ropie, która znalazła ujście przez pępek oraz przez pochwę i odbytnicę, stwierdzono pneumokoki.

Jak widać, mogą powstać znaczne trudności przy rozpoznawaniu pneumokokowego zapalenia otrzewny. W razie operacji brak zapachu ropy pozwala odróżnić pneumokokowe zapalenie otrzewny od innych postaci (wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego lub jelit).

Mouriquand, Bernheim i Rendu podają, że obok ostrych, typowych postaci pneumokokowego zapalenia otrzewny, które dają ciężki obraz chorobowy, zdarzają się także postacie *poronne*. Te ostatnie uważane są za objaw podrażnienia otrzewny w przebiegu zapalenia płuc. Klinicznie dają one obraz *appendicitis* i jako taki bywają rozpoznawane, dopóki dalszy przebieg nie ustali włóknikowego zapalenia płuc. Charakterystyczne dla tych postaci jest szybkie ustąpienie objawów podrażnienia i wogóle groźnych objawów otrzewnowych.

Za taką poronną postać jesteśmy skłonni uważać drugi z opisanych przez nas przypadków.

W postaciach poronnych objawy podrażnienia otrzewny mogą ulegać zaostrzeniu i sprawa dochodzi do ropienia. Wśród przypadków, opisanych przez wyżej przytoczonych autorów, znajdujemy opis chorego, u którego po 3-ch napadach „podrażnienia” otrzewny (między napadami były dosyć długie okresy zupełnego zdrowia) wystąpiło pneumokokowe zapalenie otrzewny z zejściem śmiertelnym.

Ciekawy przypadek, świadczący o zmianach anatomicznych w początkowym okresie pneumokokowego zapalenia otrzewny, podaje **Melchior Eduard**.

3½-letnia dziewczynka zachorowała nagle; wystąpiły silne bóle brzucha, wymioty i płynne stolce; brzuch był wzdęty, bolesny, lecz bez napięcia mięśni; tętno przyspieszone. Przypuszczano *peritonitis* i przystąpiono do operacji. Podczas zabiegu wysięku nie stwierdzono, lecz jelita były jakgdyby pokryte śluzem; w posiewie stwierdzono pneumokoki. Następnego dnia nastąpił *exitus*. Prawdopodobnie był to wczesny okres pneumokokowego zapalenia otrzewny, które w dalszym przebiegu prowadzi do wytwarzania się gęstej ropy (*empyema peritonei*).

Leczenie. Przejdziemy wreszcie do leczenia pneumokokowego zapalenia otrzewny. Większość autorów wypowiada się za tem, że sposób postępowania powinien być odmienny, niż w innych postaciach *peritonitis*. W każdym zapaleniu otrzewny, szczególnie, gdy chodzi o te, które powstają po przedziurawieniu wyrostka, celem operacji jest usunięcie ropy. W pneumokokowych zapaleniach otrzewny, jak widzieliśmy, w początkowym okresie ropy brak; stwierdza się tylko nieznaczny wysięk śluzowy, który pokrywa jelita. Opisane są tylko pojedyncze przypadki, w których wcześniej zbierała się ropa, i można było ją opróżnić (W przypadku Robinzona po 15, a w przypadku Moucheta po 48 godzinach). Uwzględnić jeszcze trzeba, że *peritonitis pneumococcica* jest przeważnie jednym z objawów ogólnego zakażenia pneumokokowego, i po zabiegu operacyjnym występują często zakażenia wtórne, szczególnie ogniska w płucach. Z 7-u przypadków Mathieu i Davioud, operowanych wcześniej wskutek mylnego rozpoznania *appendicitis*, 3 zmarło. Ze względu na to, że we wczesnym okresie objawy pneumokokowego zapalenia otrzewny przypominają *appendicitis*, Wolfsohn sądzi, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności za zejście wczesnej operacji, która naogół nie daje dobrych wyników. Mondor również uważa, że, o ile jest wątpliwość, czy mamy przed sobą *appendicitis*, czy też *peritonitis pneumococcica* — trzeba operować. Lecz te wątpliwości powstają przeważnie wtedy, gdy chodzi o izolowaną postać pneumokokowego zapalenia otrzewny. Tam zaś, gdzie choroba ta występuje jako zakażenie wtórne, lub gdzie jednocześnie mamy i inne ogniska infekcji pneumokokowej — rozpoznanie jest łatwiejsze. Dlatego też Auroseau radzi we wszystkich przypadkach szukać pneumokoków we krwi. Budde i Werner przytacza, że śmiertelność w przypadkach, wcześniej operowanych (w ciągu pierwszych 3-ch dni), wynosi 90%. Operacja, wykonana już po ustąpieniu wstrząsu pierwotnego, daje śmiertelność 33%. Jako najodpowiedniejszy czas do zabiegu uważać trzeba okres późny; jedni operują najchętniej po 11-tym dniu choroby, inni zaś po 21 dniu. Śmiertelność w tym okresie wynosi 6,7%. W 1-y okresie trzeba pozwolić ustrojowi walczyć z ogólną infekcją; dobrze działa wtedy autohemoterapia.

W statystyce Kirchhoffa (1930) podano 29 przypadków; z nich 2 operowano wcześniej; śmiertelność sięgała 52,3%; w 8 u przypadkach czekano do otorbienia, i śmiertelność wyniosła już tylko 12,5%. Autor ten podkreśla jednak, że do wyczekiwania upoważnia nas jedynie ustalone rozpoznanie pneumokokowego zapalenia otrzewny przed operacją.

Opisane są również pojedyncze przypadki, w których wczesna operacja dała dobre wyniki. Za wczesną operacją wypowiada się Smith. Hardouin podaje 2 przypadki pneumokokowego zapalenia otrzewny operowane wcześniej, z których jeden wyzdrowiał, drugi zaś zmarł. Zwolennicy wczesnej operacji uzasadniają swój pogląd tem, że zwlekanie może być niebezpieczne w razie przeoczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Tavernier (Lyon) w 3 ch przypadkach,

w których podejrzewał pneumokokowe zapalenie otrzewny, stwierdził podczas operacji ciężkie zapalenie wyrostka robaczkowego. Autor podkreśla, że wczesna operacja uratowała te dzieci, które przy wyczekiwaniu napewno zginęłyby wskutek dalszego rozwoju ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Poza zabiegiem operacyjnym we wszystkich postaciach zapaleń otrzewny pneumokokowych należy uwzględnić następujące wskazania lecznicze:

1. Spokojne leżenie w łóżku w pozycji na plecach, możliwie największe unieruchomienie, łód na brzuch.

2. Przy ostrych objawach djeta ścisła (głodowa); kilka łyżeczek wody i łód do połykania; aby zapobiec odwodnieniu ustroju, należy podawać glukozę podskórnie. Dopiero w miarę ustępowania ostrych objawów djeta może być mniej ścisła (rosół z jarzyn, puré, kompoty).

3. W okresie ostrym wskazane są zastrzykiwania surowicy pneumokokowej, szczepionki pneumokokowe oraz przelewania krwi.

5. Co do operacji: wczesna operacja wskazana jest tylko wtedy, kiedy występuje pogorszenie i objawy uogólnienia zapalenia otrzewny; naogół zaś w okresie otorbienia z operacją lepiej jest czekać, zanim ropień nie ograniczy się zupełnie, i wystąpi wyraźne uwypuklenie w klasycznym miejscu — pod pępkiem. Bywa to mniej więcej w 20 dniu choroby. Jeżeli ropień leży bardzo głęboko, trudno określić, czy jest już ograniczony; w tych przypadkach nie należy też śpieszyć z operacją.

PISMIENNICTWO.

1. Agostino, Vanelli. Ztbl. Kinderh. T. 21. 1928.
2. Apert. Presse médic. 1931/I. Str. 7.
3. Barraud, Béraud A. et Drouin. Presse méd. 1931/I. Str. 193.
4. Barraud G., A. Béraud et Drouin. Bull. Soc. Pédiatr. 1931 (47 — 52).
5. Béraud A. Bull. Soc. Pédiatrie. 1931 (52 — 54).
6. Beretervide E. i Carbone A. Ztbl. f. Kind. 1930. T. 23.
7. Bergamini Marco. Ztbl. f. Kinderh. T. 21. (1928).
8. Budde Werner. Klin. Wchschr. 1926. (657 — 659).
9. Cameron, Georg E. Wargh, Nabarro, Ramsay, Smith. Besprechung über die Pneumokokkenperitonitis. Ztbl. Kinderh. T. 18. (1925).
10. Comby. Pérítone à pneumocoques. Presse med. 1929/II. Str. 160.
11. Goullioud M. A propos des peritonites a pneumocoques. Presse médic. 1931/I. Str. 441.
12. Guilleminet M. Pérítone à pneumocoques. Presse méd. 1931/I. Str. 362.
13. Hymanson. Ztbl. Kinderh. 1931/I.
14. Kirchhoff. Ztbl. Chirurgie. 1930. 2162 — 2176.
15. Łacka i Rozengartenówna. Pedjatrja Polska 9. (1929).
16. Lafitte M. Cinq observations de peritonites à pneumocoques. Presse méd. 1931/I. Str. 875.
17. Lipsütz i Löwenberg. Ztbl. Kinderh. T. 19. 1926.
18. Macchi. Ztbl. Kinderh. T. 22. 1929.
19. Marfan A. et J. Florand. Nourisson. 1927. Ztbl. 1931.
20. Mathieu et Davioud. Presse med. 1929.
21. Mathieu, Duchon et Davioud. Bull. Soc. Ped. 25. 1927. str. 134—147.
22. Melchior E. Med. Klin. 1926.
23. Mouriquand, Bernheim et A. Rendu. Arch. de med. des enfants. 1926. T. 29. Str. 572—580.
24. Montgomery. Ztbl. Kinderh. T. 19. 1926.
25. Mondor. Presse méd. 1931/I. Str. 875.
26. Nové Joserand. Presse méd. 1929/I. Str. 289.
27. A propos 2 cas de peritonites à pneumocoques. 27. Schaanning. Ztbl. Kinderh. 1931. T. 24.
28. Simpson. Ztbl. Kinderh. 1930. T. 24.
29. Tenca, G. Ztbl. Kinderh. T. 19. 1926.
30. Wolfsohn. Mediz. Klin. 1925.
31. Vasile, Ztbl. 1928. T. 21.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Patologii Og. i Dośw. U. W.
(Kierownik: Prof. Dr. Fr. Venulet).

Wpływ wyciągów alkoholowych z guzów rakowych na poziom cukru we krwi u psów normalnych.

Podał
Dr. med. Ignacy PINES (Warszawa).

Od czasu fundamentalnych odkryć Warburga przemiana węglowodanów w komórce rakowej i w ustroju chorym na raka stała się przedmiotem licznych prac naukowych.

Na podstawie tych badań uważamy obecnie komórkę rakową za komórkę *sui generis*, której procesy życiowe, zwłaszcza, jeśli chodzi o węglowodany, przebiegają inaczej, niż w komórce normalnej.

Nietylko jednak sama komórka rakowa zużywa węglowodany w sposób dla siebie właściwy; dzięki nieznanym dotąd mechanizmom wpływa ona również na całokształt gospodarki węglowodanowej ustroju. Jak stwierdzają doświadczenia i obserwacje kliniczne, rozwój raka powoduje obniżenie się poziomu cukru we krwi oraz ustąpienie glikozurji, podczas gdy operacyjne usunięcie raka pociąga za sobą ponowne wystąpienie wszystkich objawów cukrzycy (Braunstein).

Glikoliza narządów wewnętrznych, zwłaszcza wątroby, u chorych na raka jest wyraźnie wzmożona (Dische, Zacharios, Laszlo). Czasami jednak stwierdza się u rakowatych zwiększony poziom cukru we krwi, jako przejaw obniżonej tolerancji węglowodanowej (Friedenwald, Grove, Cytronberg, Forster).

Przypadek, przed dwoma laty obserwowany przeze mnie, jest również potwierdzeniem zmian, zachodzących w przemianie ustroju pod wpływem rozwijającego się nowotworu złośliwego. Chory I. 76 cierpiał od kilkunastu lat na *diabetes mellitus*. W październiku 1930 r. stwierdzono u chorego objawy zagrażającej śpiączki cukrzyczej, wobec czego stosowano duże dawki insuliny. W ciągu następnych dwóch miesięcy chory czuł się dobrze, chociaż hiperglikemja, glikozurja i acetonurja utrzymywały się w dalszym ciągu. W grudniu 1930 r. chory nagle jakgdyby wyzdrowiał: glikozurja i acetonurja znikły, hiperglikemji naczecz nie stwierdzono, przebieg krzywej obciążenia był prawie normalny. Stan ten trwał bez zmian do końca stycznia 1931 r., kiedy zjawily się trudności w polykaniu pokarmów, i kiedy za pomocą promieni Roentgena ustalono rozpoznanie raka przetyku.

Podobne spostrzeżenia wykazują niezawodnie rozstrój regulacji gospodarki węglowodanowej ustroju pod wpływem wzrostu raka. Zaburzenie to usiłowano tłumaczyć bezpośrednio oddziaływaniem raka na poziom węglowodanów we krwi. Sądzone, że komórka rakowa, zużywając duże ilości cukru, cukier ten pobiera ze krwi. Wyjaśnienie to wydaje się już z punktu widzenia teorii nieprzekonywające. Pomijając problematyczność podobnego poglądu, nie tłumaczyłby on rzeczy najważniejszej, mianowicie ustąpienia pod wpływem raka tak charakterystycznych dla cukrzycy zaburzeń w gospodarce węglowodanowej, w następstwie których powstają acetonemja, acetonurja

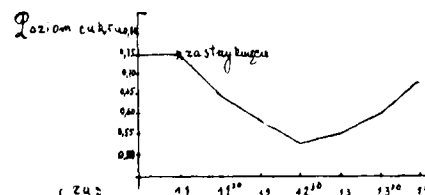
i śpiączka cukrzycza. Toteż raczej należy przypuszczać, że nowotwór wywiera wpływ na ogólną gospodarkę węglowodanową przy pomocy jakichś innych czynników, dotąd nam nieznanych. Poszukiwanie tych czynników w wyciągach alkoholowych z raka rozmaitych narządów jest punktem wyjścia niniejszej pracy.

Do badań swych posługiwałem się wyciągami alkoholowymi z raków przewodu pokarmowego i wątroby, sporządzonemi w Państwowym Zakładzie Higieny przez Rirsfelda i Halberónę¹⁾ w celach serodjagnostycznych. Nowotwór miał się w zwykłym młynku kuchennym, a następnie przez osiem dni ekstrahuje alkoholem absolutnym. Wyciągi, w ten sposób otrzymane, wstrzykiwałem psom podskórnie lub dożylnie. Psy znajdowały się na djecie stałej, tak, że poziom cukru we krwi naczecz był stały albo wykazywał tylko nieznaczne odchylenia. W dniu, poprzedzającym próby właściwe u psów naczecz, oznaczano co pół godziny w ciągu trzech godzin zawartość cukru we krwi. Dopiero po stwierdzeniu, że poziom cukru w tych warunkach nie ulega większym wahaniom, przystępowano dnia następnego do zastrzykiwania wyciągów z raka. Ilość zastrzykniętego wyciągu wynosiła przeciętnie od 0,3 do 0,5 cm³ na kilogram wagi. Cukier we krwi oznaczano tuż przed zastrzyknięciem oraz w ciągu trzech godzin po dokonaniu zabiegu w odstępach półgodzinnych (metoda macro Mc-Leana).

Doświadczenie I.

Pies wagi 14 kg., o godz. 11-ej wstrzyknięto podskórnie 4 cm³ alkoholowego wyciągu raka.

Czas.	Poziom cukru.
Godz. 11	0,750 mg. %
" 11.30	0,650 " "
" 12	0,580 " "
" 12.30	0,525 " "
" 13	0,550 " "
" 13.30	0,600 " "
" 14	0,680 " "



Największa obniżka poziomu cukru we krwi pod wpływem wyciągu z raka wynosi więc 30%. Największe nasilenie hipoglikemji przypada w 1,5 godziny po zabiegu. Stwierdzić należy, że po upły-

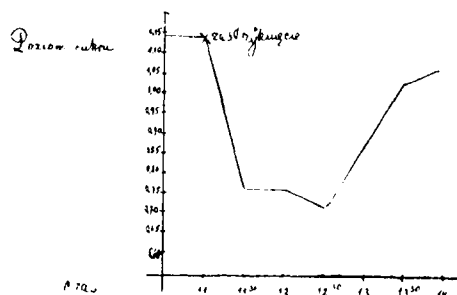
¹⁾ którym składam uprzejme podziękowanie również na tem miejscu.

wie trzech godzin poziom cukru nie powrócił jeszcze do normy.

Doświadczenie II.

Pies wagi 11,2 kg., o godz. 11-ej wstrzyknięto podskórnice 5 cm³ wyciągu.

Czas.	Poziom cukru.
Godz. 11	1,14 mg. %
" 11.30	0,760 " "
" 12	0,760 " "
" 12.30	0,720 " "
" 13	0,875 " "
" 13.30	1,03 " "
" 14	1,07 " "

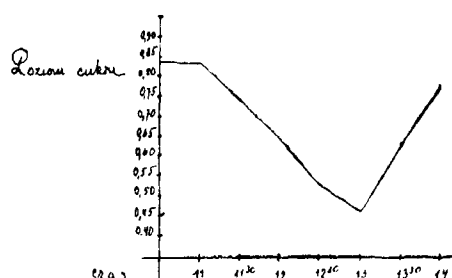


W danem doświadczeniu pies zareagował na podany wyciąg silniej i prędzej, aniżeli w doświadczeniu poprzednim. Wartość cukru spadła już po pół godzinie o 33%, lekki dalszy spadek zaznaczył się po 1½ godz. Na ten czas przypada najniższy punkt krzywej prawie we wszystkich doświadczeniach.

Doświadczenie IX.

Pies wagi 10,5 kg.; o godz. 11-ej wstrzyknięto 7 cm³ wyciągu, tym razem dożylnie.

Czas.	Poziom cukru
Godz. 11	0,83 mg. %
" 11.30	0,74 " "
" 12	0,64 " "
" 12.30	0,53 " "
" 13	0,46 " "
" 13.30	0,63 " "
" 14	0,78 " "



Jak widać, wyciąg z raka, wprowadzony dożylnie, wywołał tak wybitną hipoglikemję, jakiej nie stwierdzaliśmy dotąd. Największy spadek cukru, wynoszący 44,5%, uwydatnił się dopiero po upływie dwóch godzin.

Na uwagę zasługuje również doświadczenie VIII, w którym pies otrzymał wyciąg (podskórnice) powtórnie. W przeciwieństwie do dnia poprzedniego spadek poziomu cukru we krwi był dwukrotnie mniejszy, niż dnia poprzedniego (12% i 25%). Maksymalny spadek po podskórnym podaniu wyciągu, obserwowany przeżemnie, wynosił 37%. Doświadczenia X-te i XI-te wykonane były w celach kontroli. Dwum psom wstrzyknięto dożylnie po 7 cm³ wyciągu alkoholowego normalnego żołądka. Poziom cukru w tych warunkach wykazał tylko drobne odchylenie wzniz, nieprzekraczające 1,5%.

Wyniki dokonanych doświadczeń przemawiają za tem, że w wyciągach alkoholowych nowotworów złośliwych typu raka znajduje się ciało, które w ustroju normalnym, po podaniu podskórnym lub dożylnym, powoduje zaburzenia przemiany węglowodanowej z następczem znacznym obniżeniem poziomu cukru we krwi.

Nie przesądając istoty ciała, stwierdzić należy, że przechodzenie tego ciała do wyciągu alkoholowego rzuca pewne światło na jego własności chemiczne.

Dalsze badania nad wpływem tego ciała na gospodarkę węglowodanową, jakoteż nad wyosobnieniem jego są w toku.

PISMIENICTWO.

- 1) Blanchetiere: Bull. du Cancer. 1927 t. XVI Nr. L.
- 2) Borghi Bruno: Tumori 1928 str. 311 — 325.
- 3) Braunstein: Klinische Wochenschrift 1929 Jg. 3.
- 4) Brooks J. and M. Jowett: Biochem. Journ. 1928 str. 1413 — 1416.
- 5) Choldin: Wopros onkolog. 1928 str. 237 — 242.
- 6) Dickens i Simer: Biochem. Journ. 1930 str. 1301.
- 7) Z. Dische i D. Laszlo: Klinische Wochenschrift 1926 Nr. 42.
- 8) G. Harker: The Journ. of the Cancer research Sydney 1931 str. 114.
- 9) Joltrain, Revesz i Wolff: Bull. de l'Assoc. Franc. pour l'Etude du cancer 1928 str. 125 — 138 i Cpt. rend. de la Soc. de Biol. 1928 str. 589 — 592.
- 10) A. H. Roffo i L. M. Correa: Rev. da la Soc. argent de biol. 1927 str. 68 — 71.
- 11) Rosnowski: Nowotwory 1928 str. 14.
- 12) Rosenthal: Zeitschr. fuer Krebsforschung 1928 str. 125.
- 13) Warburg, Posener i Negelein: Biochem. Zeitschr. 1924 str. 152, 309.

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie
(Kierownik: Dr. A. L a n d a u).

Studja kliniczne nad niedokrewnością złośliwą.

Doniesienie II.

Podali

Anastazy LANDAU i Włodzimierz HEJMAN (Warszawa).

I.

Praca nasza obecna stanowi dalszy ciąg spostrzeżeń, ogłoszonych z oddziału przed kilku laty (por. A. Landau i J. Held¹ — Spostrzeżenia kliniczne nad niedokrewnością złośliwą. Warsz. Czas. Lek. 1929 Nr. 36-38). Załedwie kilka lat dzieli nas od pierwszego doniesienia, ale w ciągu tych kilku lat dokonał się wielki przewrót w leceniu niedokrewności złośliwej. Obecnie przypadki nasze należą niepodzielnie do „ery wątrobowej”, — wszystkie były leczone wątrobą, — toteż w donie-

sieniu obecnem zwracamy szczególną uwagę na wpływ leczenia wątroba w n. zł.

Teoretyczną podstawę do leczenia wątroba dały prace Whipple'a i jego współpracowników, którzy stwierdzili, że zastosowanie diety wątrobowej u wykrwawionych psów powoduje szybką odnowę krwi. Opierając się na tych badaniach Minot i Murphy² wprowadzili w r. 1926 dietę wątrobową w leczeniu niedokrewności złośliwej. Wprawdzie dzisiaj odbiegliśmy już od pierwotnej diety Minota i Murphyeo (m. in. ci autorowie zalecali daleko idące ograniczenie tłuszczów), ale dieta wątrobowa pozostała najpotężniejszym środkiem w zwalczaniu n. zł.

Od czasu publikacji Minota i Murphyeo uwagę badaczy zaprzęta zagadnienie, co stanowi czynnik działający w wątrobie, i jaki jest mechanizm jej działania. Działanie wątroby nie jest swoiste. Castle³ i jego współpracownicy Locke i Townsend⁴ wykazali, że podobne działanie wywiera dodane do pokarmu surowe mięso wołowe, poddane uprzednio działaniu soku żołądkowego. Elementem, który aktywuje mięso, nie jest kwas solny, gdyż mięso, poddane działaniu soku żołądkowego achylików, nie traci swych własności odnowy krwi, natomiast zupełnie nie działa mięso, poddane działaniu soku żołądkowego chorych na niedokrewność złośliwą. Castle uważa, że jego sposób leczenia n. zł. jest bardziej fizjologiczny, niż leczenie wątroba, ze względu na ścisły związek n. zł. ze zmianami czynności wydzielniczej żołądka. Uważa on n. zł. za zmodyfikowaną awitaminozę; substancja czynna, niezbędna do dojrzewania czerwonych ciałek krwi, powstaje wskutek zetknięcia czynnika zewnętrznego (extrinsic factor), zawartego m. in. w mięsie z czynnikiem wewnętrznym (intrinsic factor); ten ostatni zawarty jest w normalnym soku żołądkowym, jest jednak niezależny od obecności kwasu solnego, pepsyny, trypsyny i innych znanych nam zczynników. Czynnik działający jest ciepłochwójny i rozpuszcza się w wodzie; być może, że zjawia się znów w soku żołądkowym chorych na niedokrewność złośliwą w okresie zwolnienia.

Chaney i Niemand⁵ widzieli zwolnienie pod wpływem mięsa wołowego, poddanego działaniu pepsyny i trypsyny.

Podobnie jak mięso, poddane działaniu soku żołądkowego, działa i sam żołądek (najlepiej świński); żołądek owcy i wołu działa znacznie słabiej; trzustka nie wywołuje zwolnienia (Wilkinson⁶). Również działanie nerek i mózgu jest bardzo słabe. Henning wykazał, że czynnik działający znajduje się obficie w śluzówce jamy odzwiernikowej żołądka, niż dna.

Jakie jest w świetle tych faktów działanie wątroby, i co stanowi ten bliżej nieznany czynnik działający?

Wątroba działa przede wszystkim w niedokrewności złośliwej. Wprawdzie już u zdrowych powoduje w 50% przypadków wzrost hemoglobiny (Neidhardt i Bannasch), wzrost liczby czerwonych krążków o 400 tysięcy do miliona w mm.³ wraz z retikulocytozą (do 12–17%). W niedokrewnościach wtórnych działanie wątroby jest słabe i niepewne (Naegeli⁷). Natomiast najsilniejsze działanie wywiera wątroba w niedokrewności zło-

śliwej, bądź to pierwotnej, bądź też w niedokrewnościach, towarzyszących czerwicości, ciąży lub kile o typie n. zł.

Keefe i Sang⁸ badali wpływ wątroby i żelaza w rozmaitych postaciach niedokrewności. Zdaniem tych autorów poza niedokrewnością złośliwą wątroba działa w niedokrewności, towarzyszącej ciąży, czerwicości czerwonce oraz w niedokrewnościach pokrwotocznych, nie działa natomiast w gruźlicy jelit, w kalá-azar, w niedokrewności aplastycznej oraz w tych postaciach niedokrewności, które spowodowane zostały przez zakażenie ustroju bakteryjne. Żelazo działa również w niedokrewnościach wtórnych pokrwotocznych oraz towarzyszących czerwicości, ciąży i pewnych niedokrewnościach pochodzenia pokarmowego (Keefe i Sang⁸, Keefe, Huang i Sang⁹, Mettier i Minot¹⁰).

Zdaniem Keefera i Sanga działanie wątroby zwiększa się przy jednoczesnym podawaniu żelaza. Autorzy ci wypróbowali również działanie wyciągów wątrobowych oraz popiołu z wątroby. Wyciągi wątrobowe słabo działają, zdaniem Keefera i Sanga, w niedokrewnościach pokrwotocznych; wyniki, otrzymywane po podawaniu 300 gr. spopielonej wątroby, nie były zadawalające.

Na naszym materiale klinicznym mogliśmy częstokroć stwierdzać dość słaby wpływ wątroby w niedokrewnościach wtórnych, podbarwliwych. Te sprawy chorobowe oddziaływują na ogół świetnie na leczenie arsenem i żelazem; leczenie wątroba jest tu znacznie mniej efektowne.

W jednym jednak przypadku niedokrewności śledzionowej, przebiegającej z ogólnym zahamowaniem czynności szpiku kostnego (leukopenją, trombocytopenją, niedokrewnością z prawie zupełnym brakiem retikulocytów), dopiero po zastosowaniu leczenia wątroba otrzymaliśmy wynik leczniczy, przypominający wpływ wątroby w niedokrewności złośliwej. Przypadek ten, który będzie przez nas oddzielnie ogłoszony, świadczy, że również silnie, jak w n. zł., działa wątroba w innych postaciach niedokrewności, powstałych przez zahamowanie prawidłowych czynności szpiku kostnego.

Wątroba nie leczy niedokrewności złośliwej, działa bowiem tylko tak długo, dopóki jest zażywana, działa tylko na krew i na związane z jej odnową objawy ogólne. Działanie wątroby na inne objawy n. zł., jak np. bezsok żołądkowy, zaburzenia rdzeniowe i t. d., jest prawie żadne (patrz niżej).

Inne metody lecznicze były nieraz w stanie wywołać zwolnienie w przebiegu niedokrewności złośliwej; w erze przedwątrobowej stosowano np. często leczenie arsenem, ale żadna metoda nie działała tak szybko i efektownie, jak leczenie wątroba. Przytem pod wpływem wątroby znika megalocytoza, której obecność jest cechą swoistą dla niedokrewności złośliwej (Naegeli). Tylko leczenie wątroba może zmienić megalocytowe przestoczenie szpiku kostnego.

Substancja, działająca w wątrobie, jest rozpuszczalna w wodzie, nie rozpuszcza się w eterze; ulega strąceniu alkoholem. Poszczególne frakcje

działające nie zawierają ani fosforu, ani żelaza, tłuszczów, lecytyny, węglowodanów i protein. Czynniki działające przechodzi do przesączu po strąceniu octanem ołowiu i ulega strąceniu kwasem fosforowo-wolframowym. Ciało strącone zawiera ślady siarki, 12—19% azotu (West i Nikols), w tem 20% aminowego, jest więc przypuszczalnie polipeptydem (cytowane według Siedleckiego¹¹). Dakin uważa czynnik działający za kompleks kwasu glutaminowego i oksyproliny. Czy substancja działająca jest identyczna z „intrinsic factor” Castle’a — niewiadomo.

Niektórzy autorowie przypuszczają, że wątroba zawiera hormon, działający na wytwarzanie czerwonych ciałek krwi, którego brak jest w ustroju chorym na niedokrewność złośliwą. Jeśli jednak substancja omawiana ma posiadać własności hormonu, to jak sobie wytłumaczyć nieskuteczność jej działania w innych postaciach niedokrewności? Działanie wątroby nie jest, zresztą, swoiste i nie jest wyłączone, że czynnik działający jest tylko w niej przechowywany.

Naegeli twierdzi, że w wątrobie i żołądku zawarta jest jakaś substancja, działająca wybiórczo na szpik kostny we wszystkich odcinkach jego czynności.

U nas wyczerpujące badania nad wpływem wątroby w niedokrewnościach doświadczalnych przeprowadzał Apfelbaum¹². Najlepsze wyniki otrzymał on w niedokrewności, wywołanej fenyldrazyną, mniejsze w niedokrewności hemolitycznej; bardzo nieznaczny wpływ wywierała wątroba w niedokrewności po wykrawianiu. Musimy pamiętać, że wszelkie próby otrzymywania n. zł. u zwierząt dotąd się nie udały.

Nie będziemy tutaj dłużej zastanawiali się nad teoriami patogenetycznymi niedokrewności złośliwej; istota jej polegać może bądź na wytwarzaniu mniej wartościowych lub nieprawidłowych krwinek czerwonych przez szpik (Ehrlich, Engel, Naegeli), bądź też na nadmiernym niszczeniu czerwonych ciałek (Pappenheim, Türck, Eppinger). Leczenie wątroby nie wyjaśniło dotąd genezy n. zł. Ważne jest spostrzeżenie Hansena i Lambina, którzy stwierdzali znikanie urobilinogenu z moczu chorych na n. zł. (w okresie zwolnienia powątrobowego) dopiero po przełomie retikulocytowym, a więc wtedy, gdy szpik kostny wytwarza już bardziej wartościowe czerwone ciała krwi (cytowane według Acharda¹⁴).

II.

Materiał nasz obejmuje 20 przypadków niedokrewności złośliwej, w tem aż 17 kobiet i tylko 3 mężczyzn. Tę wielką przewagę kobiet stwierdzał również jeden z nas (A. Landau) w doniesieniu poprzednim. Jestto zgodne z danymi większości autorów.

Najczęstszy wiek, w którym występuje n. zł., waha się od 40 do 60 lat (Naegeli, Aubertin i in.). Wśród naszych chorych najmłodsza miała 34 lata, najstarszy — 72. Trzech chorych było w czwartym dziesiątku życia, aż 10-ciu miało od 40 do 50 lat, 4-ch od 50 do 60 i zaledwie 3-ch powyżej 60 lat. Naegeli widział n. zł. u 80-letniego mężczyzny.

Objawy ogólne, spotykane u naszych chorych, nie przedstawiały naogół nic niezwykłego. Polegały one na zwykłych objawach niedokrewności: osłabieniu, szumie w głowie, mroczkach w oczach; bardzo częstą skargą tych chorych są sensacje sercowe i duszność wysiłkowa, tak, że zdarza się często, iż leczą się oni długie miesiące u kardiologów.

Jak skrycie może przebiegać niedokrewność złośliwa, przybierając postać niedomogi serca — świadczy niżej opisany przypadek:

Chory St. G. lat 72, przywieziony został do szpitala w stanie niebezpiecznym. Żona chorego podaje, że od 2-ch lat brzękną mu nogi, od 3-ch miesięcy odczuwa duszność wysiłkową; leży w łóżku dopiero od tygodnia. Po dwóch dniach leżenia obrzęki ustąpiły, zjawila się senność. Dopiero od tygodnia nie pracuje, zajmował się ciężką pracą fizyczną. Przedmiotowo: chory podniecony ruchowo, nieprzytomny. Wybitna bladeść powłok skórnych z odcieniem żółtawo - ziemistym. Tętno 105/min., miarowe, drobne. Oddechów 30/min. Ciśnienie tętnicze (R. R.) — 125/65 mm. Hg. Na całej przestrzeni płuc wdech szorstki, wydech wydłużony, od IX żebra z obu stron wdech i wydech osłabiony, pod obu pachami wdech pokryty licznymi rzczękami drobnobańkowymi. Serce: granice bez zmian. Tętno: przy koniuszku 1-szy gwałtowny z szmerem, 2-gi słaby. Nad tętnicą główną 2 tony, 2-gi akcentowany. Wątroba i śledziona niemacalne. Żrenice: prawa ślad reakcji na światło, lewa nie oddziaływa. Odruchy okostnowe i ścięgnowe zachowane. Objaw Chwostka dodatni. Nieznaczne podrygiwania mięśni.

Badanie krwi: Hb. — 40%, ciałek czerwonych 1.500.000 w mm.³, wskaźnik barwny 1,33; ciałek białych — 5.200 w mm.³: obojętnochłonnych 26% (1% myelocytów, 1% metamielocytów, 5% pałeczkowatych), limfocytów 72%, monocytów 2%, Wybitna anizocytoza (megalocyty) i poikilocytoza. Pojedyncze normo- i megaloblasty. Płytek — 100.000 w mm.³.

Mocz: Ciężar gatunkowy 1,010, białka 0,1%, urobilinogen + + +. Pojedyncze walki szkliste i ziarniste. 1 — 2 świeże krwinki w polu widzenia.

Ilość mocznika w krwi — 1,5 gr.‰, kwasu moczowego 149 mgr.‰, kreatyniny 35 mgr.‰. Chlór w osoczu — 3,90 gr.‰, w krwinkach — 1,81 gr.‰, we krwi całkowitej 3,61 gr.‰, wskaźnik chlorowy 0,47, wskaźnik hematokrytowy — 0. Zasób zasad osocza (Van Slyke) — 52 obj.‰ CO₂.

Badanie płynu mózgoworodzeniowego: białka 0,1%. Nona - Appelt ujemny. Chlór 4,97‰, mocznika 1,78‰, cukru 1,15‰, pleocytoza — 4.

Chory zmarł po 24 godzinach pobytu w szpitalu.

Rozpoznanie kliniczne: *Agonisans. Bronchopneumonia hypostatica duplex. Anaemia perniciosa. Nephrosclerosis chronica. Azotaemia.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Anaemia permagna universalis. Medulla ossium rubra. Infiltratio adiposa et offuscatio parenchymatosa renum. Adipositas cordis et offuscatio parenchymatosa myocardi. Atherosclerosis universalis. Oedema pulmonum et pneumonia hypostatica posterior bilateralis.*

Anatomopatolog potwierdził w całości rozpoznanie kliniczne. Badanie krwi pozwoliło nam z całą pewnością rozpoznać niedokrewność złośliwą, mimo iż chory przedstawiał pozornie objawy niedomogi serca. Azocica i objawy ze strony moczu pozwoliły nam rozpoznać przewlekłą miażdżycę naczyń nerkowych. Brak kwasicy wyłączał *nephrosclerosis maligna*. Przypadek ten wykazuje, jak skrycie może przebiegać n. zł., przybierając pozor-

nie postać niedomogi serca; zasługuje na podkreślenie, że chory ten na 7 dni przed śmiercią mógł jeszcze wykonywać ciężką pracę fizyczną.

III.

Szczególną wagę posiadają objawy ze strony przewodu pokarmowego. Bezsok żołądkowy jest zjawiskiem prawie stałym w przebiegu niedokrewności złośliwej; Weinberg¹⁵ znajdował bezsok żołądkowy stale; twierdzi on, że bezsok wyprzedza zawsze inne objawy n. zł. Sprawa ta łączy się ściśle z zagadnieniem konstytucji, tak ważnej w patogenezie n. zł. Borgbjærg stwierdzał w przypadkach bezsoku żołądkowego powiększenie wymiarów czerwonych ciałek krwi. Ewa Franck określa jako *anaemia praeperniciosa* stany, w których występuje bezsok żołądkowy, zmiany języka, zaburzenia ze strony układu nerwowego i powiększenie wymiarów czerwonych ciałek krwi.

Morawitz nie znajdował nigdy w niedokrewności złośliwej wolnego kwasu solnego, również stały brak kwasu solnego stwierdzał Ewald, Zadek¹⁶ i inni. Natomiast Levine i Ladd¹⁷ na 150 przypadków niedokrewności złośliwej znajdowali w 3-ch normalną ilość kwasu solnego w żołądku. Knud Faber znajdował kwas solny w 5-ciu przypadkach. Istnieje szereg niewątpliwych przypadków niedokrewności złośliwej z zachowaną sekrecją żołądka (Staktons, Friedenwalde i Morrison, Licht, Cabot, Taumann, v. Wildebrandt, Seyderhelm, Grinker, Wilkinson, Strauss). Znane są w piśmiennictwie przypadki bezsoku żołądkowego, gdzie po wielu latach wystąpiła niedokrewność złośliwa. Castle zebrał ogółem 30 podobnych przypadków. W przypadku Hursta bezsok wyprzedzał niedokrewność złośliwą o 12 lat, w przypadku Startevanta¹⁸ — 14 lat, Rileya¹⁹ — 25 lat.

Znane jest również występowanie niedokrewności złośliwej u szeregu członków tej samej rodziny (Gilbert, P. Emile Weil, Meulengracht); wskazuje to na wielkie znaczenie momentu konstytucjonalnego. W tych rodzinach u wielu jej członków występuje bezsok żołądkowy. Borgbjærg i Lottrup²⁰ badali krew u 152 achylików: w 50% znajdowali zwykłą niedokrewność, w 22% ze wskaźnikiem barwnym powyżej 1, a w 15% znajdowali we krwi megalocyty. Connor²¹ znajdował w rodzinach chorych na niedokrewność złośliwą znacznie częściej, niż u innych bezsok żołądkowy.

Dotychczas związek między niedokrewnością złośliwą a bezsokiem żołądkowym nie jest wyjaśniony: czy bezsok jest tylko jednym z objawów niedokrewności złośliwej, czy gra jakąś rolę w jej powstawaniu.

Wśród naszych chorych bezsok żołądkowy był zjawiskiem stałym. Ani w jednym przypadku nie znajdowaliśmy wolnego kwasu solnego, zarówno po próbnym śniadaniu Boas-Ewalda, jak również przy badaniu frakcjonowaniem po śniadaniu kofei-

nowem lub alkoholowem. W trzech przypadkach badaliśmy wydzielanie soku żołąkowego po zastrzyknięciu 1 mgr. histaminy — bezsok nie ulegał zmianie. Również prawie zawsze stwierdzaliśmy brak pepsyny, tylko w trzech przypadkach znajdowaliśmy pepsynę w ilości 5 jednostek Grossa (2 razy) i 10 jednostek (1 raz). W 6-ciu przypadkach badaliśmy wydzielanie czerwieni obojętnej po zastrzyknięciu domięśniowym 5 cm.³ roztworu 1% (por. również J. Held²²). W jednym przypadku znajdowaliśmy ślad barwnika w treści żołądkowej po 2-ch godzinach; w pozostałych pięciu — barwnik nie ukazał się. Wskazywałoby to na zupełne wygaśnięcie czynności wydzielniczej żołądka i świadczy o całkowitym zaniku śluzówki żołądka (J. Held). Również Dawidson, Willcox i Haagensen w 8-iu przypadkach niedokrewności złośliwej nie znajdowali barwnika w treści żołądkowej, podczas gdy w innych rodzajach bezsoku barwnik ukazywał się. Natomiast Cohen, Matzner i Grey już po 30 minutach widzieli wydzielanie czerwieni obojętnej w 3-ch przypadkach niedokrewności złośliwej.

W 7-iu przypadkach badaliśmy zawartość dwunastniczą na obecność zacynow. Jak to wykazał jeden z nas (A. Landau), w przebiegu niedokrewności złośliwej może wystąpić bezsok żołądkowo-trzustkowy (por. również Landau i Rząśnik²³, Landau i Held¹, Landau i Glass²⁴, Landau, Cygielstreich i Fejgin²⁵). W naszych obecnych przypadkach zupełnego bezsoku trzustkowego nie spotykaliśmy, jednak ilość zacynow była przeważnie zmniejszona. Ilość trypsyny jeden raz była prawidłowa — 100 jednostek, poza tym bardzo zmniejszona (3; 7; 7; 9; 4; 5; 10 i 20 jednostek). Ilość lipazy wynosiła 0,3; 3; 4; 10; 25 i 25 jednostek: jeden raz ilość lipazy była więc prawie równa 0, 4 razy była bardzo znacznie i 2 razy nieznacznie zmniejszona.

Charakterystyczne dla niedokrewności złośliwej są zmiany języka, opisane poraz pierwszy przez Huntera. W 13-tu przypadkach (68%) chorzy nasi skarżyli się na pieczenie i bóle języka, nieraz bardzo dotkliwe. Język był prawie zawsze wygładzony, z zanikłymi brodawkami, często znajdowaliśmy na jego brzegach i koniuszku charakterystyczne zaczerwienienia. Objawy językowe naogół ulegały znacznej poprawie leczniczej. Matthews i Morawitz twierdzą, że objawy językowe są zazwyczaj wczesne i szybko przemijają. Bardzo pouczające jest jedno nasze spostrzeżenie, dotyczące chorej, cierpiącej na niedokrewność złośliwą od 4-ch lat i leczonej kilkakrotnie wątrobą, u której objaw Huntera wystąpił poraz pierwszy dopiero przed kilku miesiącami. A więc leczenie wątrobą nie tylko nie leczy, lecz i nie zapobiega zmianom językowym, które mogą wystąpić nawet w późnym okresie niedokrewności złośliwej, chociaż z drugiej strony podczas leczenia wątrobą objawy językowe (podmiotowe) u naszych chorych ginęły prawie zupełnie.

(C. d. n.)

Z pracowni biologicznej Zakładów Przemysłowych Boryszew.
(Dział biologiczno - chemiczno - farmaceutyczny).

Badania doświadczalne nad działaniem leczniczym czynników przeciwanemicznych.

Doniesienie I.

Podali

Dr. S. KRAMSZTYK i lek. wet. A. BER (Warszawa).

Jeżeli doniedawna leczenie niedokrewności opierało się prawie wyłącznie na środkach chemicznych, to obecnie poglądy przechyliły się tu mocno w kierunku metod terapeutycznych biologicznych. Nie ulega wątpliwości, że każda z tych metod leczniczych znajduje w leczeniu stanów anemicznych swoje uzasadnienie, zwłaszcza oczywiście, jeżeli wziąć pod uwagę odpowiednią klasyfikację tych stanów.

Jeżeli doniedawna różniono przede wszystkim niedokrewność pierwotną i wtórną, to obecnie coraz więcej zdobywa sobie prawo obywatelstwa podział na anemię o typie hipochromowym, hiperchromowym i izochromowym (anemia aplastyczna) (Chevallier). W leczeniu tych poszczególnych typów niedokrewności niektórzy z autorów współczesnych starają się również dać zasadnicze linie wytyczne uważając, że anemie typu hiperchromowego są właściwą domeną stosowania wątroby, podczas gdy typ hipochromowy należy do lecznictwa środkami chemicznymi (György 1933). Tymczasem wiadomo, że nawet wątroba i wyciągi wątrobowe działają jedynie na pewien tylko dział poszczególnych objawów niedokrewności złośliwej.

W szeregu przeprowadzonych przez nas doświadczeń przedsięwzięliśmy zbadanie na drodze eksperymentalnej działania rozmaitych, używanych obecnie środków przeciwanemicznych zarówno chemicznej, jak i biologicznej natury. Z pomiędzy środków tych wyłączyliśmy wątrobę oraz preparaty żółdkowe (Castle). Uczyniliśmy to zaś z tego powodu że, jak wiadomo, nie udało się dotychczas otrzymać niedokrewności złośliwej na drodze doświadczalnej; wszystkie postaci wywoływanej u zwierząt anemii nie odpowiadają chorobie Biermera u ludzi; wciąż jeszcze dla czynnika, działającego w djeicie wątrobowej, niema innego probierza biologicznego, jak człowiek, chory na niedokrewność złośliwą.

Do sprawdzania wybraliśmy następujące postaci anemii doświadczalnej: anemię pokarmową szczurów, anemię upustową u królików oraz anemię, wywołowaną również u szczurów przez stosowanie odpowiedniej dawki promieni Roentgena.

Przy wywoływaniu anemii pokarmowej u szczurów trzymaliśmy się naogół metody, zastosowanej przez Waddella, Steenbocka, Elvenhjem i Harta. Mianowicie, szczurki z jednej matki i jednego miotu, prawie tej samej wagi i o jednakowej ilości Hb, przebywały w jednej klatce z matką przez $1\frac{1}{2}$ miesiąca. W 20 dni po ich urodzeniu samica otrzymywać zaczęła same mleko krowie świeże w dowolnej ilości. W miesiąc po rozpoczęciu wyłącznego karmienia mlekiem u szczurków wystąpiły objawy silnej anemii. Miały one wtedy po 50 dni życia. Od tego dnia część szczurków, otrzymywała po 1 gr. tego czy innego z poddawanych badaniom czynników leczniczych dzien-

nie na sztukę, a część po 1 gr. suszonego mięsa wołowego. Ten pokarm dodatkowy rozprowadzano w mleku, które szczurki bardzo chętnie piły.

Anemię upustową u królików wywoływano przez kilkakrotne pobieranie większych ilości krwi z serca.

Anemię przez naświetlanie promieniami Roentgena wywoływano w sposób następujący. Szczurki, pochodzące od jednej matki, prawie tej samej wagi i o jednakowej ilości Hb, gdy doszły do jednego miesiąca, poddano naświetlaniu promieniami Roentgena, przyczem stosowano pół dawki śmiertelnej dla szczurów w tym wieku (dr. Grynkraut).

Należy zauważyć, że anemia rentgenowska charakteryzuje się anatomicznie przede wszystkim zmianami, występującymi w szpiku kostnym, jak zwyrodnienie tłuszczowe i bardzo silnie zmniejszona zdolność regeneracyjna. Uderza tutaj przytem silna hemosideroza komórek siateczkowych w śledzionie i szpiku kostnym. Anemia rentgenowska posiada charakter aplastyczny i różni się od niedokrewności złośliwej Biermera między innymi również brakiem zmian w błonie śluzowej żołądka (Wegelin). Co się tyczy naświetlanych szczurów, to zwykle w 10 — 12 dni po naświetlaniu występują objawy potęgującej się stale anemii. W czasie następnych dwóch tygodni część szczurków ginie, część jednakże zaczyna powoli wracać do normy. W tej anemii doświadczalnej rozróżniać zatem należałoby dwa okresy. Pierwszy, trwający około 20 — 25 dni, w którym zaznacza się coraz mocniejszy rozpad krwinek i zmniejszenie się ilości Hb, oraz okres drugi, zaczynający się około 20—25-go dnia po naświetlaniu, w którym u szczurków, pozostałych przy życiu, następuje powolny proces odbudowy i odnowy erytrocytów, zaznaczający się powolnem zwiększaniem się ilości Hb.

Wszystkie te trzy postaci anemii doświadczalnej służyły nam, jak to już wyżej było wspomniane, do sprawdzenia siły działania poszczególnych czynników leczniczych przeciwanemicznych. W programie mieliśmy takie czynniki, jak „hemopoetyna” (Carnot i Deflandre, 1906) „cytagenina” (Seyderhelm i Heinemann, 1932), kompleks: żelazo, mangan, miedź (Titus, Cave i Hughes, 1928) oraz substancję, będącą nosicielem witaminy B.

Przeprowadzone badania doprowadziły nas w sposób dobitny do przekonania, że w różnych postaciach niedokrewności, to ten, to inny czynnik leczniczy wywiera działanie silniejsze, że, oczywiście, mamy tu do czynienia z różnymi punktami uchwytu i różnymi zakresami działania.

Co się tyczy wspomnianej powyżej t. zw. „hemopoetyny”, to już w r. 1906 Bouchard przedstawił w francuskiej Akademii nauk wyniki badań Carnota i panny Deflandre, dowodzące, że ta substancja, wywierająca działanie pobudzające na proces krwiotwórczy, powstaje w krwi końskiej drogą kilkakrotnych upustów. Czynnik ten, aczkolwiek znalazł już szerokie zastosowanie w terapii, był dotychczas względnie bardzo mało przedmiotem badań doświadczalnych. W r. 1932 Seyderhelm, na podstawie doświadczeń swych nad przepuszczaniem krwi psów z anemią saponinową przez rurkę kwarcową i poddawaniem jej

działaniu promieni pozafioletowych, zdołał stwierdzić, że drogą naświetlania udaje się w krwinkach aktywować zawartą w ich osnowie substancję, która przetwarza się wskutek tej manipulacji w silny czynnik przeciwanemiczny. Ta substancja czynna, którą Seyderhelm nazwał cytageniną, znajduje się w postaci aktywnej w pewnym odsetku i w normalnej krwi zwierząt ssących i ludzi, ale przez poddawanie działaniu promieni pozafioletowych — przez naświetlanie lampą kwarcową — następuje silne podniesienie zawartości czynnej cytageniny w krwi. Wyniki tych badań doświadczalnych były podjętą dla Seyderhema i Heinemanna, aby spróbować działania cytageniny na materiale klinicznym.

Okazało się, że istotnie odwołkniona i poddana *in vitro* naświetlaniu krew ludzka, zastrzykiwana domięśniowo pacjentom, powodowała wzmożenie liczby retikulocytów w krwi obwodowej. Taki sam objaw występował po zastrzykiwaniach właściwej cytageniny.

Jednakże ten objaw wzmożonej retikulocytozy rozmaicie występował u różnych chorych; słabo zwłaszcza wyrażał się w tych przypadkach, gdzie jednocześnie można było stwierdzić brak w krwi promieniowania mitogenetycznego w znaczeniu Gurwicza. Do przypadków tych zaliczała się posunięta gruźlica, raki, przewlekłe stany septyczne oraz niedokrewność złośliwa. W tych przypadkach wzmożenie retikulocytów w krwi obwodowej dawało się osiągać dopiero po zastrzykaniach względnie dużych dawek cytageniny. Na uwagę zasługiwał fakt, że wraz z objawami ze strony krwi poprawie ulegał i stan ogólny pacjentów. Co się tyczy przypadków niedokrewności złośliwej, to aczkolwiek reagowały one na cytageninę drogą retikulocytozy, to jednakże nie udawało się tu stwierdzić tej poprawy, jaka następuje po stosowaniu terapii wątrobowej. Dzięki badaniom Heinemanna udało się wykazać, że cytagenina jest „mitogenetycznie aktywna”, i że po 2—3 zastrzyknięciach jej wzmacnia się „promieniowanie mitogenetyczne” krwi chorych rakowatych, a także nabiera tego promieniowania krew ludzi starych.

Opierając się na pewnych analogiach, jakie zachodzą między aktywowaniem prowitaminy a takież aktywowaniem cytageniny, spróbowaliśmy stosować tę ostatnią w postaci zaktywowanych krwinek byczych, podawanych doustnie. Wyniki istotnie potwierdziły słuszność przypuszczenia.

Co się tyczy wzmiankowanego kompleksu metali ciężkich — żelaza, manganu i miedzi, to prace doświadczalne badaczy amerykańskich Steenbocka, Harta, Waddella i in. nad pokarmową mleczną anemią szczurów i królików wykazały przede wszystkim, że anemia ta daje się usunąć przez podawanie zwierzętom kupnych nieorganicznych soli żelaza, podczas gdy pozostawały na nią bez wpływu wysoko oczyszczone sole tegoż metalu. Czynnikami pod względem leczniczym okazał się również popiół z jarzyn liściastych, wyciągi alkoholowe z nich oraz nawet popiół z tych wyciągów. Z doświadczeń tych wyciągnięty został wniosek, że doświadczalna anemia mleczna powstaje wskutek braku w mleku pewnego nieorganicznego składnika. Jeżeli szczury anemiczne otrzymywały dziennie 0,5 mg. żelaza w postaci zupeł-

nie oczyszczonej soli nieorganicznej, to nie udawało się stwierdzić żadnego wpływu na niedokrewność. Jeżeli jednak podawano zwierzętom popiół z sałaty albo z suchej wątroby wołowej, lub też kwaśne wyciągi z nich o zawartości żelaza, odpowiadającej 0,5 mg. Fe dziennie, to następowało wyleczenie niedokrewności.

A więc oprócz żelaza do tworzenia hemoglobiny potrzebna jest jeszcze inna substancja nieorganiczna. Poddane zostały wtedy odnośnym próbom rozmaite metale, jak cynk, nikiel, kobalt, ołów, antymon, rtęć, mangan, arsen i in.; wszystkie one jednak okazały się nieczynne w znaczeniu tworzenia hemoglobiny. Jeden tylko arsen prowadził do minimalnego i szybko przemijającego wzrostu tworzenia się hemoglobiny. Zato przez stosowanie 0,05 — 0,1 mg miedzi dziennie uzyskiwali Steenbock i jego współpracownicy najlepsze możliwe wyniki lecznicze w anemii mlecznej szczurów.

Miedź, jako środek leczniczy, była już używana i dawniej niejednokrotnie. Szczególną uwagę poświęcił jej farmakolog Kobert (1895), przypisując temu metalowi działanie „przeciwpasorzytnicze i tonizujące”. W latach 1890—1900 przepisywano często miedź również jako środek przeciwko blednicy i anemii.

Wspomniane powyżej badania amerykańskie zostały podjęte przez Handowsky'ego, który zdołał stwierdzić, że „miedź jest istotnie substancją, pobudzającą komórki, t. zn., że w odpowiednim połączeniu jest ona w stanie pobudzać czynność komórek, mianowicie, przede wszystkim tworzenie czerwonych ciałek krwi i tworzenie hemoglobiny w przypadkach anemii”. Na podstawie swych doświadczeń, dokonanych na psach (anemia upustowa, anemia phenylhydrazynowa i anemia „wrodzona”), dochodzi Handowsky do wniosku, że osobliwie połączenia miedzi z białkiem, a przede wszystkim z kwasami aminowymi u anemicznych zwierząt wywierają bardzo silne działanie pobudzające na aparat, wytwarzający erytrocyty, mniej — nieco na narządy, wytwarzające hemoglobinę. Żelazo zachowuje się w sposób odwrotny w stosunku do krwinek i hemoglobiny, t. j. wpływa przede wszystkim na tę ostatnią; w ogólności wpływ pobudzający żelaza jest znacznie mniejszy, aniżeli miedzi. Zdaniem Handowsky'ego miedź i żelazo potęgują się wzajemnie w swym wpływie na krwinki, a osobliwie na hemoglobinę, co również stwierdzili Steenbock i jego współpracownicy.

Titus, Cave i Hughes, porównując działanie różnych kombinacji metali w anemii mlecznej, doszli do wniosku, że kompleks: żelazo, mangan, miedź przewyższa wszelkie inne co do działania swego na hemoglobinę.

Powyższe badania doświadczalne nie pozostały bez wpływu na stosowanie lecznicze miedzi. W ciągu ostatnich dwóch lat ukazują się prace kliniczne, wykazujące znaczenie równoczesnego podawania żelaza i miedzi w niedokrewności. Tak M. S. Lewis w Ameryce stosował tę kombinację leczniczą u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 7 lat, przyczem wyższość kombinowania żelaza z miedzią w porównaniu do samego żelaza była oczywista. W anemii wieku niemowlęcego stosowali też miedź

nieorganiczną (Cu SO_4) Schiff, Eliasberg i Joffe z dużym powodzeniem.

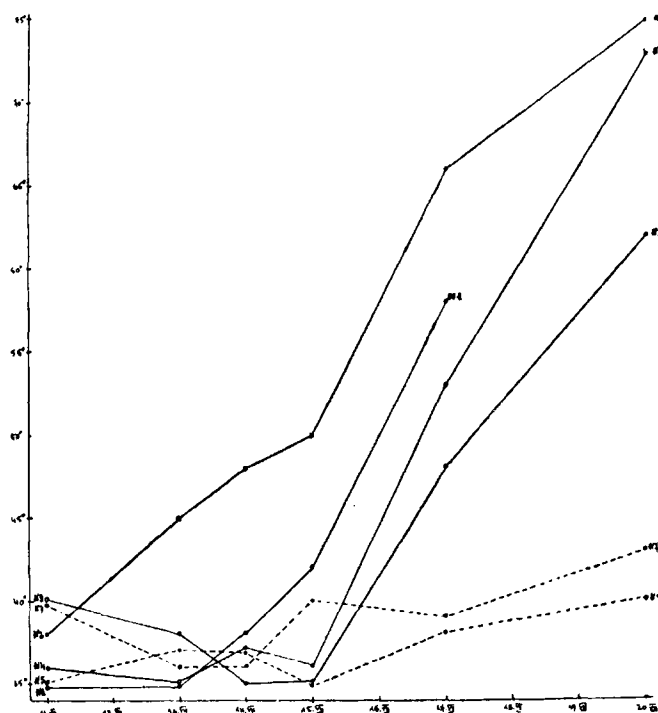
W naszych doświadczeniach używaliśmy kompleksu: żelazo, mangan, miedź, przyrządzonego w pracowni chemicznej Zakładów Boryszewskich. Kompleks ów zawiera wszystkie te trzy metale w optymalnym stosunku. Żelazo wchodzi tam w postaci Fe Cl_2 — dwuwartościowego chlorku żelaza. Jak wiadomo, dzięki badaniom lat ostatnich, zwłaszcza dzięki pracom farmakologów Heubnera i Starkensteina, poglądy nasze na działanie lecznicze rozmaitych przetworów żelaza zaczęły zdobywać sobie mocniejsze i racjonalne uzasadnienie. Doświadczenia, dokonane przez tych dwóch autorów, wykazały przede wszystkim niezbicie, że nieorganiczne sole żelaza wtedy tylko wywierają wpływ przeciwanemiczny, gdy żelazo dostaje się do wchłaniania w postaci dwuwartościowego kationu. W ten sposób olbrzymia większość nieoficynalnych przetworów żelaza należy do farmakodynamicznie nieczynnych związków żelazowych. Do bardzo używanych, farmakodynamicznie czynnych oficynalnych preparatów żelaza należy taki np. związek dwuwartościowy, jak *ferrum reductum*. Ale znowu dzięki badaniom Reimanna i Fritsch'a (1931) zostało ostatecznie stwierdzone, że *ferrum reductum* tylko przez to staje się czynne przeciwanemicznie, że pod wpływem kwasu solnego żołądka wytwarza się chlorek żelazawy FeCl_2 . Tworzenie się i wchłanianie tej dwuwartościowej soli żelaza są według wspomnianych autorów jedynymi czynnikami, które wchodzi tu w grę. Ponieważ zaś w wielu przypadkach (bardzo często w wieku dziecięcym i niemowlęcym) mamy do czynienia z niedostateczną ilością wolnego kwasu solnego w żołądku, więc brak HCl nie może nie zaważyć na szali tworzenia się w żołądku chlorku żelazawego z wprowadzanego żelaza metalicznego. Tem, zdaniem W. Heymanna, należy objaśniać zmienne działanie *ferrum reductum*. To też autor ten wykazuje, że należy dotychczasowe leczenie żelazem metalicznym zastąpić przez podawanie gotowego chlorku żelazawego. Dlatego też do opisanego powyżej, a używanego przez nas kompleksu metali ciężkich wchodzi żelazo w tej właśnie, najbardziej celowej postaci. Co się tyczy miedzi, to w związku z podaniem powyżej wynikami odnosnych prac doświadczalnych, otrzymane zostało w pracowni chemicznej Zakładów Boryszewskich organiczne połączenie miedzi (z kwasami aminowymi), które uwzględnia wszelkie wymagania, jakie obecnie mogą być stawiane leczniczemu przetworowi miedzi.

Rezerwując sobie na przyszłość ogłoszenie wyników naszych, otrzymanych w różnych postaciach anemii doświadczalnej z każdym z powyżej opisanych czynników przeciwanemicznych, podajemy tymczasem wyniki, uzyskane przy stosowaniu zespołu wszystkich tych czynników. Zespół ten został pod nazwą „Erytrogen” wypuszczony przez Zakłady Przemysłowe Boryszew. Należy tu zaznaczyć, że w skład tego specyfiku wchodzi także substancja roślinna, będąca nosicielem witaminy B. Znaczenie tej ostatniej, jako środka przeciwanemicznego, podkreślane było już dawniej; do objawów awitaminozy B zaliczana była stale niska zawartość hemoglobiny. Ostatnio ukazała się praca Györgyego, Kuhna i Th. Wagner-Jauregga

o witaminie B_2 , w której autorowie ci wskazują na złożoną naturę witaminy B, jako składającej się przynajmniej z dwóch podgrup: ciepłochwiejnego czynnika anti-Beriberi (B_1) oraz ciepłostalego, zbiorowo nazywanego B_2 . Otóż okazuje się, że witamina B_2 wywiera bardzo silne działanie w pewnych zwrotnikowych, podobnych do złośliwej postaciach niedokrewności, w stanach anemicznych wieku dziecięcego, towarzyszących takim np. cierpieniom, jak niedomoga trawienna Heubnera-Hertera, jak niedokrewność, wywołana przez karmienie mlekiem kozim. Zdaniem Castle'a i jego współpracowników istnieją ścisłe stosunki chemiczne pomiędzy substancją ochronną w niedokrewności złośliwej a witaminą B_2 .

Poniżej podajemy wyniki doświadczeń, dokonanych z Erytrogenem na szczurach z anemią mleczną oraz na szczurach z anemią rentgenowską.

Szczur №	11/VII Hb	13/VII Hb	14/VII Hb	15/VII Hb	17/VII Hb	20 VII Hb	20/VII krw. czer.	Zwiększe- nie się Hb przez czas doświad. o
1	35	35	38	42	58		Zabity 20/VII	23
2	38	45	48	50	66	75	9040.000	37
3	40	38	35	35	48	62	6710.000	22
4	36	35	37	36	53	73	8600.000	37
5	35	37	37	35	38	40	5090.000	5
6	38	Padł dnia 12/VII						
7	40	36	35	40	39	43	5130000	3



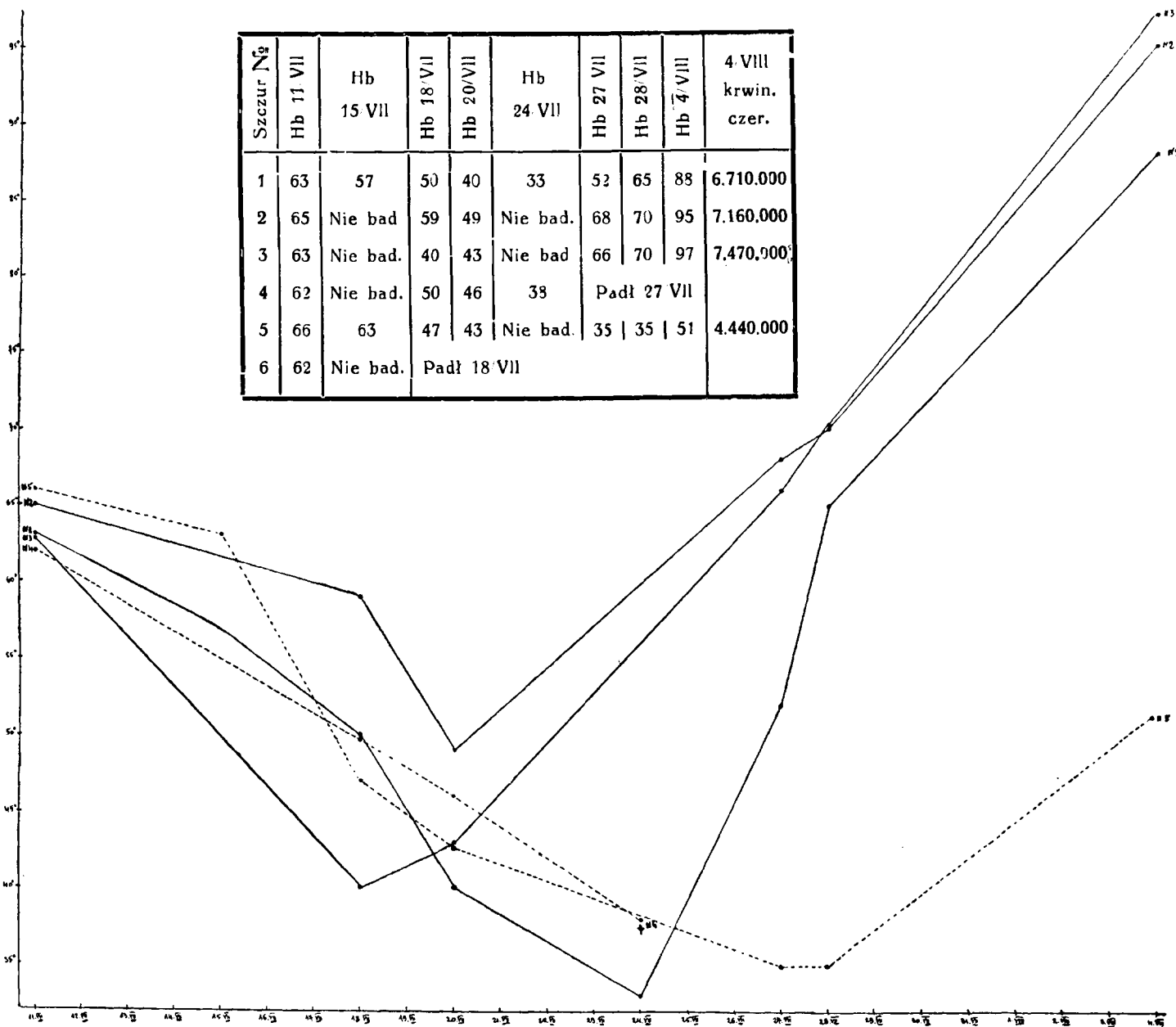
Rys. 1

U 7 szczurów wywołano anemię przez wyłączne karmienie mlekiem, hemoglobinę oznaczano w aparacie Hellige-Neopla n. Liczby podane oznaczają stopnie hemoglobiny wg. skali tego aparatu.

Szczury № № 1, 2, 3 i 4 otrzymywały dziennie po 1 gr. Erytrogenu w mleku. Szczury № № 5, 6 i 7 otrzymywały po 1 gr. mięsa suszonego w mleku. Podaż Erytrogenu od dn. 11.VII.

Na rys. 1 zestawione są dane, otrzymane w anemji, wywołanej wyłącznie karmieniem mlekiem młodych szczurków według powyżej opisanej metody. Hemoglobinę oznaczano aparatem H e l l i g e - N e o p l a n (przy badaniu dla uzyskania możliwej ścisłości używano oświetlenia elektrycznego i ciemnozielonych okularów). Krzywe podane są od momentu rozpoczęcia doświadczenia. Jak widać, d. 11 VII. Hb jest już u wszystkich 7 badanych szczurów bardzo niska, norma wynosi bowiem u szczurów w tym wieku ok. 80 — 90^o (wg. H e l l i g e - N e o p l a n - H a e m o m e t e r). Hb jest tak niska, iż osiąga już prawie granicę śmiertelności, gdyż, jak widzimy, np. szczur Nr. 6 pada w 24 godzin po rozpoczęciu do-

świadczenia. U szczurów Nr. Nr. 3 i 4 mamy nieznaczny dalszy spadek, ew. utrzymanie ilości Hb na niezmiennym poziomie w ciągu czterech dni. Od tej chwili zaczyna się gwałtowny wzrost ilości Hb, potęgający się z biegiem czasu. U szczurów kontrolnych Nr. Nr. 5 i 7 Hb przez cały czas doświadczenia pozostaje mniej więcej na tym samym poziomie, wykazując zwiększenie o 3 — 5^o, co pozostaje jeszcze w granicach błędów doświadczalnych. Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mm.³ wykazuje mniej więcej przebieg równoległy z ilością Hb. W ciągu 9 dni ilość Hb u szczurów, leczonych Erytrogenem, wzrosła o 50 — 100%.



Rys. 2

U 6 szczurków jednomiesięcznych wywołano anemję przez naświetlanie promieniami R o e n t g e n a dnia 6.VII. Od dnia 18.VII szczurom № № 1, 2 i 3 dodawano do pokarmu po 1 gr. Erytrogenu dziennie, a szczurom № № 4 i 5 dodawano do pokarmu po 1 gr. mięsa suszonego.

Hemoglobinę oznaczano w aparacie H e l l i g e - N e o p l a n - H a e m o m e t e r.

Na rys. 2 przedstawione są wyniki, uzyskane w anemji, wywołanej działaniem promieni R o e n t g e n a. W doświadczeniu tem już w 5 dni po naświetlaniu, dokonaniem d. 6 VII, występuje zmniejszenie ilości Hb; norma wynosi bowiem

u szczurków w tym wieku ok. 80 — 90^o wg. aparatu H e l l i g e - N e o p l a n. Doświadczenie rozpoczęte zostało jednak dopiero 18.VII, gdy jeden ze szczurów naświetlanych padł. Po zbadaniu Hb z pozostałych 5 szczurów wybrane zostały 3

(o ilości Hb najmniejszej, największej i średniej); szczurkom tym dodawano codziennie po 1 gr. Erytrogenu do zwykłego pożywienia, dwum pozostałym dodawano po 1 gr. mięsa suszonego dziennie.

U jednego ze szczurów, otrzymujących Erytrogen, zaczyna się już po 2 dniach nieznaczny wzrost ilości Hb, u pozostałych jednak ilość ta stale maleje. Jeden ze szczurów kontrolnych padł w 9 dni po rozpoczęciu doświadczenia, drugi zaś wykazuje systematyczny spadek ilości Hb, trwający 10 dni lub więcej nawet, co świadczy o postępującym rozpadzie krwinek. U szczurów, otrzymujących Erytrogen, spadek trwa do 6 dni, poczem następuje wzrost ilości Hb, tak, że po upływie 10 dni szczury, otrzymujące Erytrogen, mają ilość Hb dwa razy większą, aniżeli szczur kontrolny. Zaczyna się teraz okres drugi anemii; u szczura kontrolnego ilość Hb się powiększa powoli, u szczurów zaś otrzymujących Erytrogen, zwiększenie się ilości Hb jest tak znaczne, że osiąga ona liczbę wyższą prawie od normalnych.

Wyniki, otrzymane przez nas w szeregu wykonanych doświadczeń, prowadzą do wniosku, że różne postacie anemii doświadczalnej naogół w rozmaity sposób reagują na ten czy inny czynnik terapeutyczny, że między czynnikami temi zachodzi prawdopodobnie stale wzajemne potęgowanie działania przeciwanemicznego, co w sposób dobitny znalazło swój wyraz w wynikach, uzyskanych przy stosowaniu takiego np. Erytrogenu.

Doświadczenia kliniczne dowodzą dobitnie słuszności powyższych założeń, że przytoczymy na tem miejscu takie przykłady, jak pozostawanie bez skutku preparatu miedzi w niedokrewności wcześniaków, przy jednoczesnem działaniu takiegoż preparatu w anemii pokarmowej osesków (Schiff, Eliasberg, Joffe), negatywny wynik podawania wątroby w niektórych postaciach niedokrewności z achylją, zbliżonych do *anaemia perniciosa*, lub przytoczone powyżej fakty działania witaminy B₂ w przypadkach anemii, podobnych z pewnych względów do niedokrewności złośliwej. Wszystko to razem wskazuje naogół na celowość oparcia leczenia niedokrewności na zasadzie wielostronności terapeutycznej.

PISMIENICTWO.

Carnot i Deflandre, C. R. Académie des Sciences 1906. Chevallier, Monde Médical, 1933, str. 671. Titus, Cave i Hughes, Jour. Biol. Chem. 1928, t. 80, str. 565 — 570. Waddell, Steenbock, Elvehjem i Hart, Jour. Biol. Chem. 1928, t. 77, str. 769 — 775. Ibidem, str. 797 — 812. Ibidem, str. 777 — 94. Hart, Steenbock, Elvehjem i Waddell, Jour. Biol. Chem. 1925, t. 65, str. 67 — 80. Waddell, Elvehjem, Steenbock, Hart, Van Donk Evelyn i Rüsing Blanche M., Jour. Biol. Chem. 1928, t. 77. Elvehjem, Steenbock i Hart, Jour. Biol. Chem. 1929, t. 83, str. 27 — 33. Ibidem, str. 243 — 50. Waddell, Steenbock i Hart, Jour. Biol. Chemistry 1928, t. 84, str. 115 — 130. Lewis Milton Smith, Jour. Amer. Med. Assoc. 1931, t. 96, str. 1135 — 1138. Schiff, Eliasberg, Joffe, Klin. Woch. 1930, N. 46. Schiff i Joffe, Klin. Woch. 1931, N. 42. Wegelin, Beitr. path. Anat. 1930, t. 84, str. 299. Seyderhelm, Klin. Woch. 1932, N. 15. Heinemann, Klin. Woch. 1932, N. 33. Handowsky, Klin. Woch. 1932, N. 23. Heymann, Klin. Woch. 1932, N. 26. Schultze, Klin. Woch. 1932, N. 12. Reimann i Fritsch, Zeit. Klin. Med. 1931, str. 117. Degkwitz, Eckstein, Freuden-

berg, Györgyi in., Lehrbuch der Kinderheilkunde, Berlin 1933. György, Kuhn i Th. Wagner-Jauregg, Klin. Woch. 1933, N. 32. Heubner i Matsumura, Zeit. Klin. Med. 1924. Starkenstein, Klin. Woch. 1928, NN. 5 i 6; „Die Naturwissenschaften“ 1930, zes. 42. Kober, Deutsch. med. Woch. 1895.

Z zakładu Urologicznego Dra Aleksandra Fryszmana.

Przyczynek do patogenezy i kliniki wstecznego prądu moczu (reflux). *)

Podał

Dr. med. Aleksander FRYSZMAN (Warszawa).

Wstecznym prądem moczu (reflux urétéral lub ureterorenal) nazywamy zjawisko, polegające na tem, że mocz z pęcherza wraca poprzez ujście moczowodu do górnych odcinków dróg moczowych. Sprawa wstecznego prądu moczu oddawna interesowała zarówno anatomów, jak i klinicystów. Liczne badania, przeprowadzone zarówno na ludziach, zwierzętach, jak również na zwłokach ludzkich, dowiodły, że w warunkach prawidłowych ujście moczowodu tworzy nieprzezwyciężoną zaporę dla przedostawania się moczu z pęcherza do moczowodu, wzgl. nerki. Objaw ten spotykamy w stanach patologicznych ujścia moczowodu, o których będzie mowa niżej, może jednak zdarzyć się w stanach prawidłowych, w których brak uchwytnych zmian w ujściu moczowodu. Może on mieć miejsce np. u dzieci (Blum), podczas uśpienia chorego, wreszcie przy pewnych pozycjach ciała.

Sprawa powrotnego prądu moczu była początkowo przedmiotem dociekań medycyny doświadczalnej, dopiero później zainteresowała się nią klinika urologiczna, a szczególnie odkąd zwróciły na siebie uwagę dwa zjawiska, obserwowane przez urologów: 1) wydzielanie się moczu poprzez ranę operacyjną po usunięciu nerki gruzliczej, 2) wyciekanie płynu, uprzednio wprowadzonego do pęcherza, poprzez cewnik, założony do miedniczki nerkowej, co świadczy o tem, że płyn ten przedostać się mógł do miedniczki jedynie przez niedomknięte ujście moczowodu.

Sprawę wyjaśnienia powrotnego prądu moczu posunęła naprzód metoda badania, wprowadzona w 1912 r. przez Legueu i Pappina, a mianowicie cystografia. Odtąd sprawa ta nabiera pierwszorzędного znaczenia klinicznego, czego dowodem liczne prace, zwłaszcza francuskich autorów, poświęcone wyjaśnieniu tego zagadnienia. Sprawa ta była o tyle aktualna, że stanowiła nawet temat programowy 26-go Zjazdu Urologów Francuskich w roku 1926, później włoskiego i innych. Zanim przejdę do omówienia patogenezy i kliniki wstecznego prądu moczu, pozwolę sobie przytoczyć przypadek, który miałem możność obserwować.

Chory J. L. lat 59 — zgłosił się do mnie w grudniu 1932 r., podając, że od roku co kilka tygodni dostaje nagle dreszczy, którym towarzyszy zazwyczaj wysoka gorączka, dochodząca niekiedy do 40°, z następstwami potami. Objawy te, będące wyrazem zakażenia dróg moczowych (mocz bowiem zawiera dużo ciałek ropnych), trwają około doby i kończą się potami.

W y w i a d y. Chory przed 14 laty był operowany

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Radiologów i Chirurgów.

z powodu guzów krwawnicowych, w następstwie operacji wystąpiło zatrzymanie moczu, z powodu którego chory był cewnikowany, i wówczas to wystąpiły pierwsze objawy zakażenia pęcherza i miedniczek nerkowych. W trzy miesiące później choremu odeszły z moczem dwa kamienie wielkości fasoli. Przed 13 laty chory przebył operację zespolenia żołądkowo-jelitowego z powodu wrzodu okrągłego żołądka. W ciągu następnych 4 lat czuł się względnie dobrze. W roku 1924 dopiero ponownie wystąpiły objawy nieżyty pęcherza i miedniczek nerkowych, z powodu których zwrócił się do mnie.

Po kilkakrotnych przemywaniach pęcherza i zastrzykiwaniach Cytotropiny chory znów się czuł dobrze. W dwa lata później ponownie wystąpiły objawy nieżyty pęcherza, i od tam moczu stale zawierał większą lub mniejszą ilość ciałek ropnych. Mimo to chory czuł się względnie dobrze, i dopiero przed rokiem, jak zaznaczyłem wyżej, zaczęły występować gwałtowne objawy zakażenia dróg moczowych w postaci dreszczy i potów: z powodu tych objawów chory zgłosił się do mnie ponownie w grudniu ubiegłego roku.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: chory wzrostu wysokiego, odżywienia miernego, blade. Ze strony narządów krążenia, poza nieco głuchymi tonami serca przy ciśnieniu 130/70, zmian nie stwierdzono. W zakresie płuc objawy nieznacznej rozemdy. Narządy jamy brzusznej zmian nie wykazują. Na skórze brzucha widoczna jest blizna po operacji na żołądku. Wątroba i śledziona niepowiększone, nerki niemacalne, niebolesne. Pęcherz moczowy opróżnia się dobrze. Gruczoł krokowy niepowiększony, cewka drożna, mocz mętny zawiera 0,6% białka, mnóstwo ciałek ropnych, bakterjologicznie laseczniki okrężnicy.

Badanie układu nerwowego, dokonane przez specjalistę neurologa, oprócz wzmocnienia odruchów ścięgowych, zmian w ośrodkach, ani też na obwodzie nie wykazało.

Ilość mocznika w surowicy krwi 0,6⁰/₁₀₀. Wziernikowanie pęcherza wykazało objawy lekkiego nieżyty błony śluzowej. Otwór prawego moczowodu wąski, widoczne są rytmiczne skurcze warg i wytryski moczu. Po stronie lewej otwór moczowodu ma formę wydłużonej owalnej szczeliny niezwiązanej. Wargi przylegają jedna do drugiej, lecz skurczów ujścia moczowodu i wytrysku moczu nie widać.

C h r o m o c y s t o s k o p j a: prawa nerka wydała wstrzykniętą dożylnie indygotkarminę po 5 minutach, lewa po 15, barwnika nie wydziela.

P y e l o g r a f j a ś r ó d ż y l n a: wykazuje po stronie prawej prawidłową miedniczkę, kielichy i normalny przebieg moczowodu. Po stronie lewej w tym samym czasie miedniczka ledwie zaznaczona i dopiero wypełnia się na następnym zdjęciu, w pół godziny po wstrzyknięciu uroselectanu. Ma ona wygląd lejkowato wydłużony. Górny i środkowy odcinek moczowodu niewidoczny, natomiast występuje wyraźnie dolny odcinek moczowodu, począwszy od pęcherza na przestrzeni 5 cm., jest on mocno rozszerzony i intensywnie zarysowany.

Obraz ten nasunął przypuszczenie możliwości istnienia powrotnego prądu moczu, i w tym celu po pewnym czasie wykonałem cystografię. Choremu wprowadzono do pęcherza 240 cm. 10%-go roztworu bromku sodu, poczem polecono mu opróżnić pęcherz. Chory oddał tylko 150 cm. płynu mimo, że wprowadzono mu 240 cm³. Bezpośrednio potem wykonane zdjęcie wykazało cień pęcherza i odchodzący od niego w górę cień lewego moczowodu szerokości palca oraz miedniczkę nerkową formy jajowatej, znacznie większą, aniżeli na pyelogramie dożylnym. Prawy moczowód na zdjęciu tem niewidoczny.

Badania takie powtarzane były kilkakrotnie z tym samym wynikiem. Otrzymany obraz rentgenowski możemy interpretować w tym sensie, że skutkiem niedomogi aparatu, za-

mykającego ujście lewego moczowodu, część płynu kontrastowego z pęcherza przedostaje się do moczowodu i miedniczki w chwili skurczu pęcherza podczas oddawania moczu. Zgadzałoby się to z wynikiem, otrzymanym przy pyelografii dożylniej, na pierwszym bowiem zdjęciu otrzymaliśmy prawidłowo zarysowaną miedniczkę i moczowód po stronie prawej, cień pęcherza i cień dolnego odcinka moczowodu lewego. Znacznie później zarysowała się nerka lewa i reszta moczowodu. Kolejność wypełniania się oddzielnych odcinków po stronie lewej upoważnia nas do wniosku, że dolny odcinek moczowodu wypełnił się od strony pęcherza, nie zaś od strony nerki.

Z powyższego widać, że mamy tu do czynienia z jednostronnym wstecznym prądem moczu z pęcherza do miedniczki nerkowej, występującym przy skurczu pęcherza podczas oddawania moczu, a jako następstwo tego stanu chorobowego mamy wtórne rozszerzenie moczowodu i miedniczki nerkowej, które od czasu do czasu ulegają zakażeniu.

Ponieważ nie stwierdziliśmy z jednej strony zniszczenia ujścia moczowodu, jak to bywa najczęściej w gruźlicy a także w innych sprawach patologicznych, prowadzących do zniszczenia dolnego odcinka moczowodu, a z drugiej strony nie znajdujemy przyczyny ze strony układu nerwowego, albowiem w tym wypadku mielibyśmy dwustronny prąd wsteczny, należy przypuścić, że mamy tu do czynienia ze sprawą wrodzoną, polegającą na niedowładzie aparatu mięśniowego wpustu moczowodu do pęcherza.

Z chwilą wprowadzenia cewnika do pęcherza, które miało miejsce w przebiegu pooperacyjnym guzów krwawnicowych, wystąpiły pierwsze objawy zakażenia pęcherza i miedniczki nerkowej, które później od czasu do czasu się powtarzały. Niedowład aparatu, zamykającego ujście moczowodu, był czynnikiem predysponującym do wystąpienia zakażenia jednostronnego górnych odcinków dróg moczowych.

Celem wyjaśnienia zjawiska wstecznego prądu moczu pozwolę sobie przytoczyć niektóre dane z fizjologii.

W warunkach prawidłowych moczowód przebiega mięśniówkę pęcherza w kierunku skośnym t. zw. *pars intramuralis*, następnie przebiegając przestrzeń około 10 mm. pod błoną śluzową pęcherza t. zw. *pars intravesicalis* lub *submucosa*, przedostaje się z boku od trójkąta Lieutauda do wnętrza pęcherza, tworząc dwie wargi, jako *orificium vesicale ureteris*. Skośny przebieg dolnego odcinka moczowodu, jak również układ warg stanowią barierę ochronną przeciwko powrotnej fali moczu z pęcherza do moczowodu. Podczas wzmocnienia ciśnienia wewnątrzpęcherzowego wargę wewnętrzną, przylegającą do zewnętrznej zamyka szczelnie ujście moczowodu od strony pęcherza, a jednocześnie przy skurczu pęcherza kurczą się i mięśnie dolnego odcinka moczowodu, zamykając go w ten sposób. Jak sprawnie broni zaporą ta od wstecznego prądu moczu, dowodzą doświadczenia Junga, Guyona, Albarrana i innych, wykazujące, że wprowadzenie płynu do pęcherza pod bardzo dużym ciśnieniem powoduje raczej pęknięcie pęcherza, w żadnym wypadku przedostawanie się płynu do moczowodu; doświadczenia dokonane na zwłokach ludzkich wykazały, że płyn, wprowadzony pod dużym ciśnieniem do pęcherza, nie przedostawał się nigdy do moczowodu, mimo że aparat moczowodu był wyeliminowany, czyli że wystarczało samo zamknięcie warg moczowodu.

Z doświadczeń tych wynika, że momentem decydującym przy powstawaniu fali powrotnej moczu jest niedomoga ujścia moczowodu przy sprzyjają-

cych okolicznościach, jak wzmożone ciśnienie wewnątrzpęcherzowe lub ruchy antyperystaltyczne moczowodu.

Jaskrawym dowodem tego może być obserwowany przezemnie przypadek atonii wrodzonej pęcherza i moczowodów u młodej kobiety. Przy rozciągnięciu maksymalnym pęcherza moczowego płynem kontrastowym na zdjęciu nie widzimy cofania się płynu do moczowodów, które, jak wykazuje pyelografia dożylna, są w stanie daleko posuniętej atonii. Nie mogło więc w tym przypadku dojść do powrotnej fali moczu jedynie dzięki sprawności aparatu, zamykającego moczowód, mimo to, że z jednej i z drugiej strony tej bariery narządy były w stanie atonii i dylatacji.

Zjawisko powstawania wstecznego prądu moczu zależne jest od uszkodzenia aparatu, zamykającego ujście moczowodu z przyczyn, powodujących niedomogę tegoż. Niedomoga ta powstać może przez uszkodzenie warg moczowodowych, spowodowane czynnikami mechanicznymi, jak np. długotrwałym uwięzieniem kamienia w ujściu moczowodu, jak nacieczenia zapalnego a szczególnie gruźlicy, rzadziej nowotworów, i wreszcie może być ona spowodowana schorzeniami układu nerwowego (stan zapalny rdzenia, wiąd, stwardnienie wieloogniskowe).

Godzi się zaznaczyć, że jeżeli chodzi o nabyty prąd wsteczny moczu, powstający na tle gruźlicy, to może być on powodem bardzo przykrej komplikacji pooperacyjnej, gdy poprzez ranę operacyjną wydziela się mocz z pozostałej nerki. Miałem możność mówić o tem już przed laty w Towarzystwie Chirurgów Polskich z okazji podobnego przypadku.

Objawy kliniczne będą zależne od choroby zasadniczej, która spowodowała falę powrotu moczu. Jeżeli chodzi o rozpoznanie prądu wstecznego, to w tym celu rozporządzamy kilkoma metodami.

1) Jeżeli płyn, wprowadzony przez cewnik do pęcherza, nie zostaje wydany przez chorego w tej samej ilości, to przy braku jakichkolwiek bądź przeszkód ze strony dróg wyprowadzających, możemy przypuszczać, oprócz istnienia uchyłka pęcherza, również i obecność prądu wstecznego moczu.

2) Wziernikowanie w przypadkach nabytych prądu wstecznego moczu wykazuje zmiany w ujściu moczowodu w postaci ziejącego, niekurczącego się otworu, o nadżartych brzegach, co najczęściej spotykamy w gruźlicy, niekiedy w rozpadających się nowotworach, usadowionych przy ujściu moczowodu.

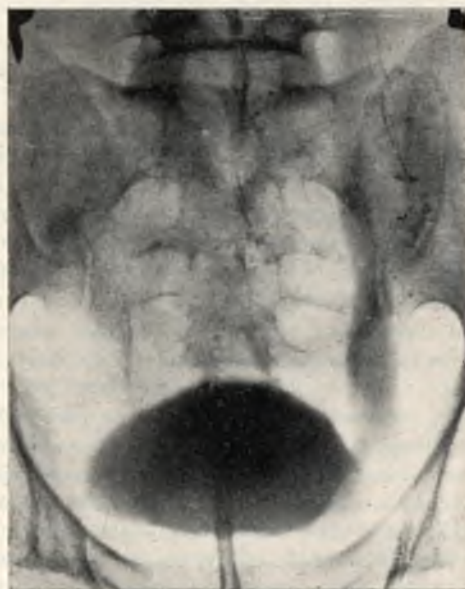
W przypadkach wrodzonych, jak widać z wyników badania w naszym przypadku, zmiany organiczne są niewidoczne, natomiast charakterystycznym jest brak rytmicznych ruchów warg moczowodowych oraz wytrysku moczu.

3) Za istnieniem wstecznego prądu moczu przemawia objaw, polegający na tem, że po wpuśczeniu zabarwionego płynu do pęcherza i wprowadzeniu cewnika moczowodowego do miedniczki, przez ten ostatni wycieka znaczna ilość takiegoż płynu, który przedostał się do miedniczki poprzez niedomknięte ujście moczowodu.

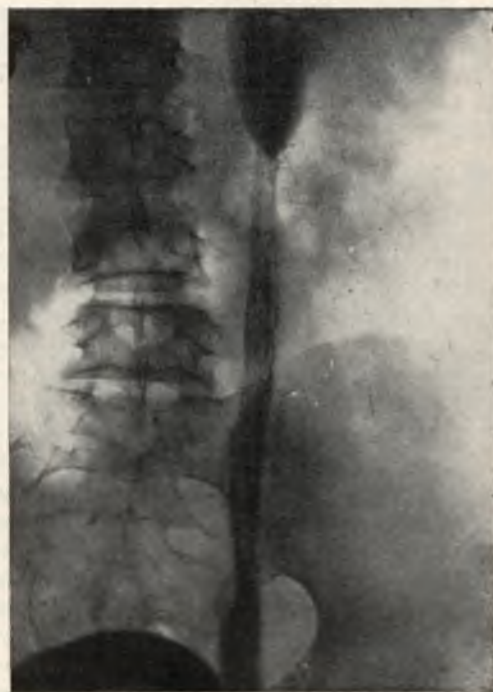
4) Najpewniejsze jednak rozpoznanie daje cystografia. Wprowadzając 10%-wy roztwór bromku sodu lub inne płyny kontrastowe do pęcherza i dokonywając zdjęcia bezpośrednio potem, widzimy, że płyn kontrastowy cofa się w górę z pęcherza i wypełnia większy lub mniejszy odcinek moczowodu,

a niekiedy i miedniczkę nerkową. Pyelografia dożylna nie wystarcza do zrobienia rozpoznania, może ona jedynie naprowadzić na myśl o możliwości istnienia tego procesu chorobowego. Cystografia natomiast daje ostateczne wyjaśnienie.

Sprawę leczenia powrotnego prądu moczu należy zawsze traktować poważnie. Sprawa wrodzona może, jak już powiedziałem, przez długi czas



Zdjęcie po wprowadzeniu do pęcherza poprzez cewnik płynu kontrastowego. Widoczny wypełniony pęcherz i mocno rozszerzony lewy moczowód, wypełniony płynem kontrastowym, po stronie prawej nie widać cofania się płynu kontrastowego do moczowodu.



Zdjęcie po wpuśczeniu płynu kontrastowego do pęcherza i po usunięciu cewnika. Po oddaniu moczu przez chorego widać po stronie lewej rozszerzony moczowód, wypełniony płynem kontrastowym oraz miedniczkę nerkową; po stronie prawej płyn kontrastowy nie cofa się do moczowodu.

przebiegać niepostrzeżenie, ale wystarczy aby przyłączyło się zakażenie, a wówczas sprawa nabiera cech poważnego schorzenia.

Najlepsze wyniki daje leczenie powrotnej fali moczu, powstałej na tle niezytu pęcherza, albowiem po opanowaniu tegoż sprawa się cofa. Również uleczalne jest to schorzenie, gdy spowodowane jest długotrwałym uwięzieniem kamienia w ujściu moczowodu, jak również w przeroście gruczołu krokowego, gdyż po usunięciu przyczyny niedomogi aparatu, zamykającego ujście moczowodu, ten ostatni może wrócić do stanu prawidłowego.

Złe wyniki mamy w gruczolicy, albowiem zmiany destrukcyjne ujścia moczowodu są przeważnie

daleko posunięte. W bardzo uporczywych przypadkach radzą niektórzy (Marion) dokonanie nefrostomji na pozostałej nerce. Również nieuleczalne jest omawiane schorzenie w sprawie nerwowej, jak *tabes*, *myelitis transversa*, *sclerosis multiplex*.

W przypadkach, w których niedowład ujścia moczowodu występuje jednostronnie, a przyczyna jego nie zależy od zmian organicznych w ujściu moczowodu, spowodowanych gruczią, lub nowotworem, a także kiedy niezależny jest on od zmian w układzie nerwowym jak w naszym przypadku, to często powtarzające się zakażenia, a w następstwie ich znaczne uszkodzenie i upośledzenie czynności nerki stanowią wskazanie do usunięcia nerki oraz całego moczowodu.

Z praktyki prywatnej

Zapalenie okołostawowe stawu barkowego ze zwapnieniami *).

Podali

B. KRYŃSKI i K. OPACKI (Warszawa).

W kwietniu 1929 roku mieliśmy w swojej obserwacji przypadek, dotyczący niewiasty w wieku lat 31, u której wystąpiły nagle silne bóle oraz unieruchomienie prawego stawu barkowego. W wywiadach stwierdzamy, iż przed 10-ciu laty przeżyła ona podobny atak, lecz w stopniu słabszym, bez jakiegokolwiek widocznych powodów. Chora nie gorączkowała i bóle po kilku dniach samoistnie ustąpiły. Od tego czasu w krótszych, czy dłuższych odstępach powtarzały się drobne dolegliwości, czy też z tej samej strony, niekiedy i z drugiej. Pacjentka podaje, iż w ostatnich dwóch latach, wstając rano i wykonywując pewne ruchy, odczuwała lekkie dolegliwości, utrudniające jej niektóre czynności przy czesaniu lub ubieraniu się. W kwietniu 1929 roku i tym razem bez widocznej przyczyny zewnętrznej wystąpiły bóle. Chora nie może wykonywać pewnych ruchów w stawie barkowym, a mianowicie: ruchy ręki do tyłu są niemożliwe, a unoszenie ku górze znacznie ograniczone, znaczna bolesność uciskowa kości ramiennej od przodu poniżej wyrostka barkowego, ograniczony obrzęk w miejscu bolesnym. Z chwilą, gdy udało się pacjentce unieść ramię do góry, bóle nagle znikły, po upływie 24 godzin wróciły jednak z powrotem. W obrazie rentgenowskim (Nr. 2a) stwierdziliśmy cienie nieprawidłowych kształtów, przylegające do główki kości ramiennej ponad guzkiem wielkim. Przypuszczając, że mamy do czynienia z ciałem obcym wewnątrz-stawowym na tle *osteocondritis dissecans*, zakwalifikowaliśmy chorobę do operacji. Operacja została wykonana w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Przypuszczając, że dolegliwości były spowodowane przesunięciem się ciała obcego pod ścięgno mięśnia dwugłowego, zastosowaliśmy cięcie *Langenbecka*. Po przecięciu skóry i odchyleniu włókien mięśnia naramiennego, tuż pod mięśniem natrafiliśmy zupełnie niespodziewanie na zbiornik ściśle otorbiony gęstej białozółtawej masy o konsystencji pasty. Umieszczenie jego odpowiadało torebce maziowej mięśnia naramiennego (*Bursa subdeltoidea*). Zabieg ograniczyliśmy do oczyszczenia zbiornika z wyjodynowaniem torebki. Zaszyliśmy. Przebieg pooperacyjny gładki. Szwy zdjęto na 7-my dzień. Rychłozrost. Bóle ustąpiły. Pod wpływem masażu wróciły normalne ruchy, i od tego czasu dolegliwości nie powtórzyły się. Rentgenogram, wykonany po operacji, (Nr. 2b) wykazuje w miejscu dawnego dużego

zwapnienia drobny ślad. Wynik operacyjny dowiódł nam, że nasze pierwotne przypuszczenia były niesłuszne, i że mieliśmy do czynienia z odłożeniem się soli wapniowych poza obrębem torebki stawowej, t. j. z obrazem chorobowym, opisywanym przez francuskich autorów, jako „*Periarthritides scapulo-humerales avec calcificatione*”.

Pragnęlibyśmy więc omówić dzisiaj tę postać chorobową, uważaną w literaturze za względnie rzadką, spotykaną jednak wedle zdania naszego przy odpowiednim zwróceniu uwagi na szereg symptomatów klinicznych i dokładne badanie rentgenologiczne względnie często. Do obrazu klinicznego tego schorzenia należą:

1) bóle podostre, nasilające się chwilami w postaci bólów atakowych, występujące szczególnie w nocy z mniejszym, czy większym ograniczeniem ruchów w stawie barkowym i z zupełnym unieruchomieniem podczas ataku, występującym przeważnie po jednej stronie, niekiedy jednak i obustronnie.

Przy dłuższym istnieniu występuje niekiedy zanik mięśniowy i przykurcze. W obrazie rentgenowskim (1 a i b) widzimy różnorakiego kształtu



prawa

1 a i b

lewa

cienie, przylegające do główki kości ramiennej, zależne od obecności złogów wapnia. Przez długi okres czasu przypuszczano, iż złogi te znajdują się wewnątrz schorzałej torebki stawowej, lub w jej ścianie. Doszukiwano się przyczyny schorzenia torebki czy to na tle urazowym, czy też zapalnym,

*) Wygłoszone na posiedzeniu klinicznym Polskiego Tow. Med. Społ. dn. 27.II. 1933 r.

stał nazwa tego schorzenia, znanego dotąd p.n. „*bursitis calcarea*”. Dopiero Codman w roku 1906 stwierdził, iż niektóre z tych złogów znajdują się poza obrębem torebki. Wrede w roku 1912 w pracy swej nie negował możliwości sprawy zapalnej, zwapnienia jednak umiejscawiał w przyczepach ścięgien okołostawowych. Autorzy amerykańscy potwierdzają na podstawie badań histologicznych twierdzenie Wrede, nie mogą dać jednak odpowiedzi na pytanie z jakiego charakteru zmianami mamy tu do czynienia. Na podstawie dalszych obserwacji udało się stwierdzić, iż złogi, o których mówimy, są często symetryczne z obydwu stron, przy objawach klinicznych niekiedy tylko jednostronnych, i że mogą one ulec samoistnemu wessaniu. Wiemy już obecnie, iż zdarzają się przypadki, w których stwierdzamy wyżej opisane złogi wapniowe bez jakichkolwiek objawów klinicznych i odwrotnie — widzimy znany nam już obraz kliniczny, gdzie po cofnięciu się ataku bólowego i powrotu czynności w stawie barkowym złogi wapnia pozostają nadal. Musimy więc uznać, iż złogi wapnia nie stanowią jedyne go substratu anatomo-patologicznego tego schorzenia.

Dokładne badanie histologiczne podają Stulz i Brenkmann z kliniki prof. Leriche'a na podstawie operowanego przez nich przypadku. Na preparacie widoczne są w obrębie tkanki ścięgna liczne ogniska martwicy i zwapnienia. W obrębie martwicy stwierdza się rozpad komórki. Tkanka podstawowa ze swej strony również uległa zmianom. Zmiany te polegają na zaniku typowego jej układu. Jest to spowodowane z jednej strony zmianami budowy fizycznej, które zaszły w tkance podstawowej, a z drugiej strony zmianami patologicznymi obumarłych komórek. Komórki te stają się podobne do komórek chrząstkowych, naokoło każdej z nich, lub dokoła każdej grupy odkłada się pyłek wapniowy kwasochłonny. Całość sprawia wrażenie komórki chrząstkowej lub grupy takich komórek. W innych miejscach obserwujemy więcej zaawansowaną nekrobiozę. Jedyne samo jądro zagęszczenia pozostaje niekiedy widoczne. Zmiany powyżej opisane odpowiadają więc martwicy tkanki ścięgna z następczym zwapnieniem. Dokoła wyżej opisanych zmian spotykamy młodą tkankę łączną unaczynioną, która formuje ziarniaki rezerwacyjne. Spotykane między zmienionymi, komórki w zupełności zachowane świadczą, iż wyżej opisana reakcja komórkowa jest zjawiskiem wtórnym.

Na peryferji spotyka się naczynia krwionośne małego kalibru, oraz kapilary wypełnione krwią, otoczone młodą tkanką łączną, bogatą w komórki wrzecionowate o układzie pionowym do powierzchni ogniska. Bliżej środka spotyka się warstwę komórek nabłonkowych w okresie żywego rozmnażania się. Co się tyczy torebek stawowych, to zarówno wygląd ich makroskopowy, jak i badanie mikroskopowe nie wykazują żadnych odchyśleń od normy.

Z wyżej opisanego badania histo-patologicznego wynika, iż mamy do czynienia z martwicą tkanki ścięgna ze zwapnieniem i ziarniakami rezerwacyjnymi. Z punktu widzenia patologii ogólnej schorzenie to odnosi się do grupy następnych zwapnień przy martwicy wskutek niedokrwienia. Stulz i Brenkmann stoją na stanowisku,

iż nasilenie bólów często odpowiada wzmożonej działalności obronnej i świadczy o rozpoczynającym się procesie gojenia. Sami jednak przyznają, iż bóle te są tak silne, że wymagają interwencji chirurgicznej. Predylekcja stawu barkowego do tego schorzenia tłumaczy się dużą liczbą torebek maziowych w tem miejscu, co niezupełnie zgadza się z ujęciem przyczyny schorzenia tego przez Stulza i Brenkmanna.

W roku 1930 na zjeździe rentgenologów w Berlinie Sandstroem podaje nader korzystne wyniki leczenia tego schorzenia naświetlaniami promieniami Roentgena. Na skutek danych Sandstroema, biorąc pod uwagę, iż u naszej pacjentki pozostały w obrazie rentgenowskim drobne złogi, aczkolwiek dolegliwości ustąpiły, w obawie przed nawrotem przeprowadziliśmy kurację promieniolecniczą. Efekt jej widzimy na rentgenogramie, dokonany w 2 miesiące po naświetlaniu: złogi znikły zupełnie. (Nr. 2 c)

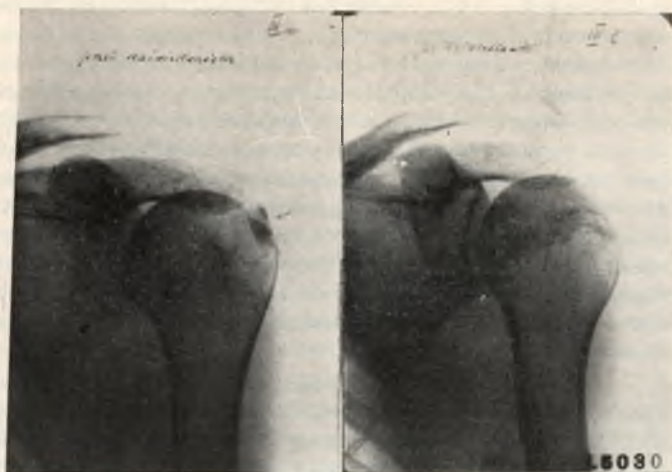


2-a (przed operacją)



2-b po operacji

2-c po naświetlaniu

Przypadek 3 ci
przed naświetlaniempo naświetlaniu
(zupełny zanik złogów)

Wkrótce potem podobny przypadek mieliśmy u niewiasty lat 40-tu, robotnicy fabrycznej, u której zostało przeprowadzone leczenie promieniami Roentgena, przyczem zarówno bóle, jak i złogi wapnia po 3-ech naświetlaniach zupełnie znikły. W ciągu następnych 2-ch lat nie spotykaliśmy się z podobnym schorzeniem i dopiero w roku 1932 mieliśmy znów 4 przypadki, również leczone za pomocą promieni Roentgena z dodatnim wynikiem. Celem naszego dzisiejszego pokazu jest zwrócenie uwagi Panów na tę jednostkę chorobową, z którą Panowie w swej pracy klinicznej spotykają się, i która dość często przebiega pod fałszywym rozpoznaniem, jak np. ostre lub podostre zapalenie stawu barkowego, bóle artretyczne, reumatyczne. Schorzenie to, rozpoznane i leczone w swoim czasie, daje, jak Panowie widzieli, wyniki bardzo dobre, w przeciwnym zaś razie prowadzi do całego szeregu cięższych zaburzeń.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O etjologii i patogeniezi ziarnicy złośliwej.

Podał

Jerzy MUSZKATENBLIT (Warszawa).

Limfogranulomatoza, choroba Hodgkina, choroba Paltauf-Sternberga, *granuloma malignum*, pseudoleukemia, specjalny typ grzylcy układu chłonnego — pod rozmaitemi temi nazwami figurują opisy schorzenia, które bodaj poraz pierwszy w 1832 roku zostało opisane przez angielskiego lekarza Hodgkina, jako choroba układu chłonnego, przebiegająca w postaci obrzmienia gruczołów, powiększenia śledziony, przy jednocześnie postępującej niedokrewności i charłactwie. Oczywiście, iż w opisie Hodgkina, mieści się niejedna jednostka z grupy systemowych schorzeń układu chłonnego. Dokładniejsze opisy, oparte już na ścisłych danych anatomicznych makro — i mikroskopowych, należą do czasów bardziej współczesnych. Virchow w roku 1842 opisuje leukemję limfatyczną, a Coheim w 1855 r. wprowadza pojęcie pseudoleukemji dla tych wszystkich stanów, gdzie pomimo zmian anatomicznych białaczkowych liczba leukocytów nie jest lub mało jest powiększona. Dopiero w roku 1895 Sternberg w wyczerpującej formie opisuje schorzenie pod nazwą „Ueber eine eigenartige unter dem Bilde der Pseudoleukaemie verlaufende Tuberkulose”, w którym obraz kliniczny oparty jest na zmianach histologicznych, które jeszcze dotychczas służą za punkt wyjścia dla licznych badań w kierunku etjologii i patogeniezi ziarnicy złośliwej. Niezależnie od Sternberga Paltauf w rok później podaje prawie identyczny opis swoistego zapalenia układu chłonnego o przebiegu chronicznym i postępującym pod nazwą limfogranulomatozy.

Pod wpływem dalszych prac w kierunku etjologii tego schorzenia, w których często podkreślano związek pomiędzy postępującym procesem zapalnym układu chłonnego a leukemją lub nowotworami, Paltauf i Sternberg, jeśli niezupełnie wycofują się, to

w każdym razie modyfikują pierwotne swe poglądy co do istoty grzylczej tej jednostki chorobowej. Wielką zasługą Paltaufa i Sternberga pozostają wyczerpujące studia anatomiczne, które, jak już powiedziałem, służą dotychczas jako główny fundament dla wszystkich innych prac w tym kierunku.

Limfogranulomatozę, jako jednostkę kliniczną, należy ująć, jako przeważnie chronicznie postępujący proces o charakterze swoisto - zapalnym, toczący się nie tylko w gruczołach chłonnych, ale również i w innych narządach: w mięśniach, kościach, opłucnie, płucach, śledzionie, wątrobie i t. d. Za przypuszczalne punkty przenikania domniemanego zarazka ziarnicy złośliwej uważana jest skóra, śluzówki, jama ustna, nos i dalsze drogi oddechowe, a podobno i przewód pokarmowy. O skłonnościach konstytucjonalnych Zygle wyraża się raczej negatywnie, podkreślając, iż w większości przypadków zapadają na tę chorobę ludzie zupełnie zdrowi i do brze rozwinięci. Wpływów dziedziczności też nie udało się dotychczas stwierdzić.

Mężczyźni chorują częściej na tę chorobę i stanowią 75% ogólnej liczby, kobiety 25% (statystyka według Gowersa), te same stosunki podkreśla i Zygle. Z materiału oddziałowego i z praktyki prywatnej ostatnich lat przypominam sobie 5 mężczyzn i dwa przypadki kobiece, z których jeden był wątpliwy. Najwcześniej choroba ta powstaje w trzecim, czwartym roku życia, a najpóźniej w czterdziestym roku. Zauważono, że w miejscowościach bagnistych, względnie wilgotnych choroba ta częściej się zdarza. Według autorów niemieckich więcej chorych na ziarnicę złośliwą daje się zauważyć we Wschodnich Prusach, Polsce i Rosji. Przebieg ziarnicy złośliwej nosi charakter chroniczny, często trwa od 2 do 3 lat. Przytaczane są jednak przypadki, gdzie choroba ta trwała do 7½ lat lub nawet do 20 lat (Stochman). Znanie są również przypadki bardzo szybkiego i ostrego przebiegu choroby: 5, 6 miesięcy (Clarke), 4 miesiące (Wilkinson), 3 miesiące (Gibbons), a nawet znane są przypad-

ki z kilkudniowym przebiegiem (V o g t i K l e i n Stanisław).

Zanim przejdę do omówienia zagadnienia etjologii ziarnicy złośliwej, pozwolę sobie w możliwie krótkim zarysie odtworzyć według H. H i r s c h f e l d a obraz anatomiczny zmian w chorych tkankach ziarnicowych. Z pierwszych doniesień P a l t a u f a w pracy „Lymphosarkom“ (Lymphosarkomatose, Pseudoleukemie, Myelom, Chlorom), która się ukazała w roku 1897 w „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie“, wynika, iż gruczoly chłonne w przypadkach uogólnionej limfomatozy są zazwyczaj twarde i wykazują miejscami żółtawe i białe utkania. Guzki podobnego wyglądu znajdują się również w śledzionie, wątrobie, a niekiedy i w płucach. Histologiczna budowa tych nowotworów była badana przez S t e r n b e r g a na przypadkach P a l t a u f a w 1898 roku i już z dużą dokładnością opisana w roku 1905 w „Pathologie der Primärerkrankungen des lymphatischen und hämatopoëtischen Apparates“. W chorych częściach gruczolów nie stwierdzamy zwykłej hiperplazji komórek miąższowych lecz zupełnie swoistą strukturę dla tych tworów tkankowych. S t e r n b e r g podkreśla, że twory te w gruczolach nie zawsze są konsystencji twardej, a często niektóre z nich nabierają wyraźnego charakteru miękkich ognisk. Na przekroju gruczoly przedstawiają się częściowo miękkie („markig“), szaro-czerwone, czasami więcej białawe, o połysku powierzchni wilgotnej. Przekrój ma wygląd mięsa rybiego („Fischfleischähnlich“) i zawiera liczne mniejsze lub większe, niewyraźnie ograniczone, suche, żółtawe, jakby serowate wysepki. Śledziona jest zawsze mniej lub więcej powiększona i twarda, a otoczka jej miejscami wykazuje chrząstkowate zgrubienia. Na przekroju śledziona ma wygląd brązowawo-czerwony i marmurkowaty, zawiera cały szereg guzków rozmaitej wielkości: od grochu do łaskowego orzecha, które, zlewając się, tworzą niekiedy masy o bardzo zwartej konsystencji. Guzki te są zazwyczaj szarawo-białe, zserowaciałe całkowicie lub zawierające w samem centrum ogniska serowate. Stwierdzamy jednocześnie w śledzionie zawały rozmaitej wielkości. Wątroba, nerki, a nawet szpik kostny mogą zawierać twory podobne do tych, które stwierdzamy w śledzionie. Ciekawszy, a głównie więcej charakterystyczny jest obraz mikroskopowy tych guzków, głównie w gruczolach chłonnych, których właściwa budowa zostaje zazwyczaj mniej lub więcej zatarta. Pod mikroskopem stwierdzamy tkankę, zawierającą miejscami dużo elementów komórkowych, głównie komórki wrzecionowate, pojedyncze limfocyty i komórki z obfitą protoplazmą, mieszczące w sobie ciemno zabarwione, okrągłe, owalne lub płatkowate jądro lub też kilka (do 5—6) jąder. Na obrazie mikroskopowym widzimy również liczne ogniska nekrobiotyczne lub zserowaciałe. Poza tem znajdujemy w obrazie typowe olbrzymie komórki L a n g h a n s a, w wielu z obserwowanych przypadków znajdowano zarazki gruźlicy. Podobne do wyżej opisanych zmian strukturalnych stwierdza się w innych narządach, zajętych przez proces chorobowy.

S t e r n b e r g, opierając się na zmianach histologicznych tych tworów, uważa je za wyraz procesu zapalnego, toczącego się w układzie chłonnym. Często obecność w chorych tkankach komórek olbrzymich L a n g h a n s a, typowych gruzelków i zarazków gruźlicy skłania S t e r n b e r g a, również i P a l t a u f a do ujęcia tego schorzenia, jako specjalnej formy gruźlicy układu chłonnego.

Od czasu podstawowych badań P a l t a u f a

i S t e r n b e r g a wielu autorów zajmowało się badaniami nad ziarnicą złośliwą, i wszyscy zgodnie ujmują to schorzenie pod kątem zmian histologicznych, jako samodzielnie toczący się proces zapalny w układzie chłonnym - krwiotwórczym. Jedni widzą w tej chorobie specjalną postać gruźliczego procesu układu chłonnego, inni zaś bezwzględnie odrzucają etjologję gruźliczą. Do tych rozbieżności patogenetycznych jeszcze powrócimy, a narazie chciałbym celem jaśniejszego ujęcia tematu uzupełnić pierwotny opis zmian anatomo-patologicznych, podanych przez S t e r n b e r g a i P a l t a u f a, bardziej współczesnymi badaniami w tym zakresie.

W ziarnicy złośliwej obrzmiałe gruczoly mało się czem różnią od limfomatozy leukemicznej lub aleukemicznej. Obrzmieniu podlega albo jednostajnie cały układ chłonny, lub też proces przeważa na pewnych odciinkach układu; niekiedy zajęte bywają, przynajmniej przez pewien czas, tylko pewne grupy gruczolów. Znamienne jednak dla ziarnicy złośliwej jest to, czego nie bywa w limfomatozach, mianowicie, że często nawet w postaciach uogólnionych, niektóre pojedyncze gruczoly lub całe grupy mogą nie być zaatakowane przez proces chorobowy. Konsystencja gruczolów w posuniętych postaciach ziarnicy jest zazwyczaj twarda (miękkie gruczoly stwierdza się tylko na samym początku choroby), podczas, gdy gruczoly w limfomatozach pozostają zawsze miękkie. Na przekroju gruczoly ziarnicowe są koloru szaro-białego lub żółtawego z rozsianymi ogniskami nekrotycznymi; przeważnie w przypadkach nieskomplikowanych nie stwierdza się ognisk zmiękczenia lub zserowacenia. Podczas krajania ziarnicowego gruczolu wyczuwa się określony opór i zgrzyt. Do najbardziej charakterystycznych cech ziarnicy należą zmiany w innych narządach, głównie w śledzionie i wątrobie, rzadziej już znajdujemy zmiany w płucach, nerkach, szpiku kostnym, choć dużo jest opisanych przypadków rozsiania ziarnicy do grasicy, do trzustki, nadnerczy, serca i innych organów. W roku 1927 opisaliśmy z Dr. Z e r a przypadki umiejscowienia licznych guzów ziarnicy złośliwej w kościach czaszki. Ogniska ziarnicy w rozmaitych organach poza układem chłonnym przedstawiają się w formie guzów niejasno ograniczonych, o barwie szarawo-białej lub żółto-białej i o zwartej konsystencji. Swoistego wyglądu nabiera specjalnie śledziona, którą określają mianem „śledziony porfirowatej“. Guzy białe lub biało-żółte dochodzą w śledzionie niekiedy do dużych rozmiarów, kiedy indziej zaś stwierdza się bardzo małe ogniska, przypominające swym wyglądem wysianie prosówkowe. W niektórych rzadkich przypadkach, śledziona bywa niezaatakowana, nawet mikroskopowo nie daje się ustalić najmniejszych zmian strukturalnych. Zaznaczyć należy, że nawet częściowe zajęcie układu chłonnego może doprowadzić w niektórych przypadkach (opis P a l t a u f a) do wybitnej skrobawicy licznych narządów, jak śledziona, wątroba, nerki, naczynia krwionośne. Stąd wynika, iż twory ziarnicowe wydzielają substancje jadowite, doprowadzając do skrobawicowego zwyrodnienia narządów. W związku z kilkuletniem niekiedy trwaniem choroby należałoby się spodziewać najrozmaitszych obrazów histologicznych ziarnicy złośliwej. Niestety, trudno jest uchwycić początkowe okresy choroby, a badania nad skrawkami, otrzymanymi z biopsji gruczolów, wykazują zazwyczaj już proces dojrzały z charakterystycznymi zmianami histopatologicznymi. Zasadniczo ziarnica złośliwa należy do grupy schorzeń natury zapalnej, w której ele-

ment miąższowy układu chłonnego — limfocyty — czynnie nie wchodzi w grę. Najczęściej atakowany zostaje przez proces chorobowy element siateczkowy, a według niektórych autorów również śródbłonek zatok chłonnych; zmiany w limfocytach natury raczej destrukcyjnej spowodowane są bujaniem nowotworowym siateczki. Niektórzy autorzy starają się dowieść, iż proces chorobowy może się rozpocząć od limfocytów, ale domniemania te nie znajdują dotychczas dostatecznego uzasadnienia. W typowych przypadkach stwierdza się wybitne bujanie siateczki, liczne fibroblasty, wyraźną infiltrację tkanki przez leukocyty eozynochłonne, częściowo przez obojętnochłonne z wielokształtnymi jądrami. Najważniejszym momentem jest zjawienie się olbrzymich t. zw. komórek *Sternberga* z przeważnie okrągłym jądrem i obfitą protoplazmą, których pochodzenie dotychczas nie zostało wyjaśnione. Jedni autorzy utrzymują, że są one pochodzenia śródbłonkowego, inni zaś uważają je za twór siateczkowy. Wewnątrz rozrośniętej tkanki spotykamy resztki pojedynczych limfocytów lub skupień. Poza komórkami *Sternberga* stwierdza się w większej lub mniejszej liczbie komórki olbrzymie, które dzięki dziwacznej budowie wyglądowi swoich jąder przypominają komórki szpikowe. Ogniska martwicy początkowo drobnowidzowo, a w posuniętych postaciach i makroskopowo dopełniają obraz anatomiczny tworów ziarnicowych. Dalszy rozwój limfogranulomatozy jest ściśle związany z zachowaniem się fibroblastów. Te elementy mają największą tendencję do bujania i tworzą w końcu olbrzymie pasma tkanki łącznej, która w masie swojej wespół z ogniskami martwicy opanowuje obraz histologiczny. W dalszym rozwoju stwierdzamy coraz mniej komórek *Sternberga* i komórek olbrzymich, również elementy komórkowe kwasochłonne zanikają. W końcowych stadiach twór ziarnicowy składa się ze stwardnień łącznotkankowych i ognisk martwiczych. Musimy podkreślić, że w śledzeniu proces chorobowy rozpoczyna się w guzkach chłonnych, a w dalszym rozwoju wytwarzają się dopiero białe guzki, o których już była mowa. Wyżej opisany obraz histologiczny dotyczy czystej postaci ziarnicy złośliwej, ale jak często obok elementów ziarnicowych znajdujemy zmiany histologiczne typowo gruczłcze, w których obecność prątków gruczłczych niejednokrotnie udało się ustalić, bądź to zwykłą drogą barwienia, lub też szczepienia zwierzętom. W podobnych przypadkach mamy do czynienia albo z gruczlą części lub całego aparatu chłonnego, lub też stwierdzamy gruczlę i w innych narządach. Zmiany gruczłcze w tworach ziarnicowych składają się albo z prawdziwych gruczeków z komórkami olbrzymimi *Langhansa*, lub też stwierdzamy pojedyncze, rozrzucone *Langhansowskie* komórki. Prątki gruczłcy stwierdza się często bezpośrednio, a częściej nie udaje się drogą barwienia ich ustalić. Te zmiany gruczłcze nie są dla wielu autorów wyrazem jakiejś wtórnej infekcji, lecz raczej skłonni są oni ująć współzależnie istniejące i histologicznie powiązane ze sobą zmiany za całość patologiczną. *Zyglér* próbował stworzyć trzy histologiczne typy ziarnicy złośliwej: jeden z nich odznaczałby się infiltracją komórek kwasochłonnych z niedużą domieszką obojętnochłonnych elementów, bujaniem tkanki siateczkowej z jednoczesnym wytwarzaniem fibroblastów i śródbłonek. Proces ten w końcowym swym rozwoju doprowadzałby do stwardnień łącznotkankowych. Drugi typ różniłby się od pierwszego jedynie brakiem infiltracji leukocytarnej, a przypuszczalnie trzeci typ byłby wyrazem hiperplazji

limfatycznej, do której w dalszym rozwoju procesu przyłączyłby się przerost łącznotkankowy. Podział taki innym autorom wydaje się dość sztuczny, a nawet mylny; zwracają oni uwagę na to, że zależnie od stopnia rozwoju choroby obrazy histologiczne stale zmieniają się, a za mało mamy dotychczas materiału doświadczalnego, aby móc stworzyć schemat anatomiczny tej jednostki chorobowej. Ostatecznie najwięcej klasycznym obrazem histologicznym pozostaje obraz *Sternberga*. Bujanie fibroblastów, które miejscami tworzą pasma tkanki łącznej, mniej lub więcej zaznaczona infiltracja komórek kwasochłonnych z niewielką liczbą elementów obojętnochłonnych, oddzielne komórki plamacyjne, duże komórki *Sternberga*, wreszcie ogniska martwicy zamykają klasyczny obraz histologiczny ziarnicy złośliwej.

Sprawa etiologii limfogranulomatozy nie znalazła jeszcze dotychczas rozwiązania. Na zjeździe Medycyny Wewnętrznej we Francji, który odbył się niedawno temu, i na którym etiologia ziarnicy złośliwej była jednym z głównych tematów zjazdowych, również nie osiągnięto pozytywnego rozwiązania tego zagadnienia. Dużo prac w ostatnich latach w rozmaitych krajach poświęconych było tej sprawie; zastanawiano się nad ewentualnym zarazkiem ziarnicy złośliwej. Część autorów — *Laubry* we Francji, *Fejginówna* i *Płoński* w nas, skłonna jest do powrotu do pierwotnych poglądów *Paltaufa* i *Sternberga* o możliwości gruczłczego pochodzenia tego schorzenia. Pierwszy bodaj *Benda* w 1904 roku stwierdził prątek kwasoodporny w ognisku ziarnicy złośliwej; wobec jednak małych rozmiarów pałeczki trudno mu było wypowiedzieć się ostatecznie co do charakteru gruczłczego tego mikro-organizmu. *Fraenkel* i *Much* w roku 1910 stwierdzili metodą antiforminową w zmienionych gruczołach ziarnicy gramo-dodatnie, ale nie kwasoodporne pałeczki z ziarnistościami i jądrami, które nie różniły się morfologicznie od wirusa gruczłczego *Mucha*. Udało się tym autorom zaszczerpić produkty ziarnicowe morskim świnkom, u których powstawały zmiany gruczłcze w rozmaitych narządach. Rezultaty ich badań skłoniły ich do wypowiedzenia zdania, iż ziarnica złośliwa jest rzadką postacią gruczłcy, ale nie rzadszą od innych, również nieczęsto spotykanych postaci. Wskazywali przytem na to, że na próbach ze zwierzętami udało się drogą szczepienia otrzymać zmiany gruczłcze również z materiału *lupus vulgaris* lub *lupus erythematoses*. Duże poparcie znaleźli wyżej wymienieni autorzy w pracach *Lichtensteina*, któremu udało się po zakażeniu morskiej świnki gruczlą — *typus humanus* — stwierdzić zmiany podobne do ziarnicy złośliwej u człowieka. *Negri* i *Miremet* opisują wyhodowaną z ziarnicy złośliwej gramododatnią pałeczkę, morfologicznie zbliżoną do t. zw. grupy *corynebacterium*. *Fejginówna* i *Płoński* w swojej pracy doświadczalnej nad ziarnicą złośliwą podkreślają, że przy sprawdzaniu wyników badań *Negri* i *Miremeta* okazało się, że wyhodowane drobnoustroje rzeczywiście bywają nieraz bardzo zjadliwe dla zwierząt. Zakażając takimi pałeczkami małpy, zdołali jakoby niektórzy badacze (*Butting* i *Yates*) wywołać wczesne okresy ziarnicy złośliwej. Innym znów badaczom udało się wyhodować podobno bardzo zjadliwą gramododatnią pałeczkę w innych chorobach, jak biacznica, co dało powód do twierdzenia, że jest ona litylko

zwykłym saprofitem. Bardzo ważne są rezultaty badań *G r u m b a c h a* w związku z wynikami, otrzymanymi przez Kolegów *F e j g i n ó w n ą* i *P ł o ń s k i e r a*. *G r u m b a c h* z posiewu krwi chorego na ziarnicę złośliwą w okresie znacznie podniesionej ciepłoty wyhodował wielopostaciową pałeczkę gramododatnią i przeważnie ziarnistą. Kultura swoim wyglądem makroskopowym nie różniła się prawie od kultury błonicy. Na zwierzętach, którym szczepił swój zarazek *G r u m b a c h*, znajdował w zapalnie zmienionych gruczołach komórki kwasochłonne i inne podobne do młodych postaci komórek *S t e r n b e r g a*. Na skrawkach udało mu się również stwierdzić bakterje, opisane przez *M u c h a* i *F r a e n k l a*. Należy również wspomnieć o koncepcji etjologicznej *K u c z y ń s k i e g o* i *H a u c k a*, którzy opisali formę zakażenia grzybkowego, która jakby zajmowała miejsce pośrednie pomiędzy gruźlicą, a promieniłą. W komórkach olbrzymich *S t e r n b e r g a* stwierdzili oni twory nitkowate, należące według nich do grupy *Actinomices*. Praca *F e j g i n ó w n y* nad etjologią ziarnicy złośliwej, zapoczątkowana w Pittsburgu (Pensylwanja), dała takie wyniki, że w dwu przypadkach ziarnicy złośliwej stwierdziła ona obecność prątków gramododatnich, przypominających pseudobłonice prątki *G r u m b a c h a*; w innym znów przypadku otrzymała kolonie jasno żółte i przezroczyste, przywierające mocno do podłoża i wznoszące się nad powierzchnią pożywki. Badanie mikroskopowe wykazało długie nitki, układające się promienisto; po kilku przeszczerpieniach kolonie te przetwarzały się w nitki z rozgałęzieniami, dającymi typowe kolonie *streptothrix*. Kilkakrotnie, pojedyncza kolonia, posiana w buljonie, dawała po 2 — 3 miesiącach znów rozgałęzione nitki streptotryksa. *F e j g i n ó w n a* z *P ł o ń s k i e r e m* w swej pracy doświadczałnej posługiwali się 10-cioma przypadkami ziarnicy złośliwej ludzkiej. W ośmiu przypadkach znaleziono gramododatnie, ziarniste prątki, w pięciu przypadkach streptotryksy. W 43 przypadkach kontrolnych ludzkich dwa razy znaleziono streptotryksy, ale niezjadliwy (po sześciu miesiącach nie zdechł żaden z zarażonych szczurów, ani u żadnego nie stwierdzono jakichkolwiek zmian anatomopatologicznych). 22 szczury zakażono bezpośrednio materiałem z ziarnicy złośliwej ludzkiej, u dwu z nich znaleziono prątki, u ośmiu streptotryksy. U zdrowych dwudziestu szczurów nie znaleziono ani prątków, ani streptotryksów. Wyhodowane prątki dla szczurów nie były zjadliwe, natomiast streptotryksy, wyhodowane z ziarnicy złośliwej ludzkiej, okazały się bardzo złośliwe: u szczurów zakażonych występowały w gruczołach chłonnych zmiany o charakterze ziarniniaków. Autorzy pracy doświadczałnej *F e j g i n ó w n a* i *P ł o ń s k i e r* na zasadzie swoich wyników nie wyciągają jednak ostatecznych wniosków o ewentualnym zarazku ziarnicy złośliwej; przypuszczają, że szukać go należy wśród różnych postaci rozwojowych grupy *actinomices-streptothrix*. Zagadnienie pokrewieństwa ziarnicy złośliwej i gruźlicy ściśle związane jest według tych autorów z wyjaśnieniem klasyfikacji prątka *K o c h a* i jego stosunku do grzybków typu *actinomices*, względnie *streptothrix*.

W związku właśnie z ostatecznymi wywodami wyżej wymienionych autorów należy choć pokrótce przytoczyć główne momenty z pracy docenta *L. K a r w a c k i e g o* o „Prątku gruźliczym, jako postaci rozwojowej grzybka”. *K a r w a c k i* zupełnie wyraźnie stoi na stanowisku, że istnieje stosunek pomiędzy strepto-

tryksem a zarazkiem gruźlicy. Już na samym początku swej pracy autor zaznacza, że prątek gruźlicy zaliczany jest do pewnej rodziny grzybków, którą rozmaici autorzy rozmaicie nazywają (*Oospora*, *streptothrix*, *actinomyces*, *discomyces*, *trichomyces*, lub *nocardia*). Zresztą, już *M i e c z n i k o w*, a z polskich badaczy *D r o b a* zaliczali prątek gruźliczy do rodziny grzybków. Już w roku 1911 *K a r w a c k i* zetknął się z grzybkim podczas swoich podstawowych badań nad gruźlicą. Osiem razy wyhodował go z płwociny suchotników bądź samego, bądź wraz z prątkami *K o c h a*. Czasami z tej samej płwociny na jajku ściętem wyrastały kolonie prątków, a w odwarze kartoflanym *streptothrix*. Zakażał hodowlami grzybka świnki, i w niektórych przypadkach występowały zmiany w narządach typu gruźliczego, ale bez prątków kwasoodpornych; w innych znów dwu przypadkach zakażenie świnek grzybkim dało zmiany w gruczołach śródpiersiowych, w których bezpośrednio na preparacie znaleziono prątki kwasoodporne, a ze zropiałego gruczołu pachwinowego (okolice szczerpienia) uzyskano hodowlę prątków na jajku ściętem. Nawet w śledzionie i wątrobie u zakażonej świnki autor stwierdził obecność prątków kwasoodpornych. Nasuwa się na zasadzie tych doświadczeń myśl o możliwości przejścia streptotryksa w prątek kwasoodporny w ustroju i wywołania w nim zmian gruźliczych. Badając w 1923 roku morfologję jadu gruźliczego, autor często spotykał się z hodowlami tych grzybków, i, oczywiście, mimowoli nasunęło się podejrzenie, że pomiędzy prątkiem kwasoodpornym *K o c h a* a streptotryksem zachodzi bliski związek. Całkowicie tę sprawę udało mu się, wedle zdania autora, wyjaśnić dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności. Udało się *K a r w a c k i e m u* odzyskać dawne hodowle gruźlicy, które przeleżały po 8—10 lat. Hodowle były na agarze i na jajku ściętem, szczelnie zakryte gumowymi kołpaczkami. Po odpowiednim przygotowaniu zawiesina tych hodowli została posiana na szereg podłoży, i otóż z 18 szczepów uzyskano 22 hodowle streptotryksów, bądź samych, bądź w symbiozie z prątkami kwasoodpornymi. Doświadczenie to było dla autora, jak się sam wyraża, promieniem światła, rzuconym na zagadkowy stosunek streptotryksa do prątka kwasoodpornego. Wywody autor podaje w tym sensie, że w przypadkach, gdy prątek znajduje się w niepomysłnych warunkach rozwojowych lub gdy zagrożony jest w swojej egzystencji, może dokonać się mutacja w grzybka; jest to właściwe zjawisko atawistyczne; powrót do pierwotnej postaci, z której prątek gruźlicy powstał. W dalszych pracach udało się autorowi przeprowadzić mutację u 75 szczepów gruźliczych. Technika sprowadzała się stale do osłabienia żywotności prątków gruźlicy: hodowle nie były przesiewane w terminie właściwym, bo niekiedy dopiero po roku; hodowle żywotne zawieszał w płynie fizjologicznym lub w zwykłej wodzie, gdzie pozostawały po parę tygodni. Dodać w końcu należy, że wśród 75 hodowli, którym przywrócił postać atawistyczną, znaczną część stanowiły szczepy, wyhodowane z płynów opłucnowych, otrzewnowych, z zapaleń opon mózgowych lub płwociny gruźliczej. Opierając się na rezultatach badań *F e j g i n ó w n y* i *P ł o ń s k i e r a*, którym udało się stwierdzić w ziarnicy złośliwej obecność streptotryksa, a także na badaniach *K u c z y ń s k i e g o* i *H a u c k a*, którzy w komórkach *S t e r n b e r g a* stwierdzili twory nitkowate, które zaliczyli do *actinomyces*, moglibyśmy stanąć na gruncie ścisłego związku pomiędzy gruźlicą, a ziarnicą złośliwą. Praca *K a r w a c k i e*

go daje jeszcze większe oparcie dla takiej tezy. Laubry i Marechal w czysto teoretycznej pracy o ziarnicy złośliwej (Presse Medicale 14 IX. 32 r.) dochodzą do ciekawych wniosków, które uważam za konieczne podać w tym referacie. Wnioski swe autorzy powyżsi opierają przewidywaniem na danych anatomii klinicznych. Wielką wagę przypisują oni pracom Fraenkla i Mucha; w ziarnistościach, opisanych przez tych autorów, w chorych tkankach ziarnicy złośliwej, dostrzegają oni postać inwolucyjną prątków Kocha. Ostatecznie poglądy swe Laubry i Marechal formułują w sposób następujący: Nr. 1. W różnorodnych reakcjach prątków gruźlicy i jego postaci zdegradowanych trzeba się liczyć z pojęciem podatności terenu, jak o tem już pisali Fraenkla i Mucha. Nr. 2. Postacie inwolucyjne prątków Kocha powodują rozmaite formy schorzenia. Prątek klasyczny kwasoodporny wywołuje procesy gruczolowe włóknisto - rozpadowe z tendencją do ropienia, rzadziej adenopatję sklerotyczną, która odpowiada osłabionej jadowitości zarazka. Formy przesączalne (z ziarnistościami i niewidoczne) wywołują jakoby cały szereg odczynów, a niektóre z nich odpowiadają ziarnicy zło-

śliwej. Nr. 3. W tej swoistej infekcji zostaje zaatakowany cały układ siateczkowo - śródbłonkowy, a nie poszczególny narząd. Nr. 4. Z wielorodności odczynów tkankowych wyłania się postać nowotworowa, o której Marechal i Jean Selme, również Laubry i Marechal i inni autorzy pisali niejednokrotnie. Odczyny przerostowe w chorobie Hodgkina niekiedy idą w kierunku rozwoju *reticuloendothelioma* lub też atypowego mięsaka. Nr. 5. Badania nad ziarnicą złośliwą powinny się rozwijać w trzech kierunkach: w badaniach nad przesączalną postacią jadu gruźliczego, na podstawach znajomości anatomoklinicznej układu siateczkowo-śródbłonkowego i ostatecznie na badaniach nad rakiem organów krwiotwórczych. W tych trzech dziedzinach wiadomości nasze, jak twierdzą autorzy, są jeszcze bardzo szczupłe, prawie początkowe. Dotychczas pewna mniejszość widzi zarazek ziarnicy złośliwej w postaciach inwolucyjnych prątków Kocha, inna znów mniejszość dopatruje się transformacji nowotworowej w ogniskach początkowo zapalnych. Laubry i Marechal uważają ziarnicę złośliwą za nietypową gruźlicę zdolną do przekształcenia się w proces nowotworowy układu siateczkowo - śródbłonkowego.

Streszczenia pojedyncze.

Histologia i Embryologia.

M. de CRINIS. Rozwój kory półkul mózgowych po porodzie w związku z intelektualnym dojrzewaniem dziecka. (Wien. kl. Woch. N. 39 — 40, 1932).

Kora półkul mózgowych posiada przy urodzeniu liczbę komórek zwojowych, które jej później muszą wystarczyć. Większość ich jest jeszcze niedojrzała. Rozwój kory mózgowej polega głównie na rozwoju dendrytów komórek zwojowych. To dojrzewanie nie postępuje równomiernie, lecz polami. Odgraniczanie pól nie odbywa się zatem tylko dzięki wytwarzaniu komórek, jak dotąd przyjmowano, lecz dzięki różnemu pod względem czasu procesowi dojrzewania komórek zwojowych, którego oznaką stanowi rozwój dendrytów. Najpierw dojrzewają zakresy rzutowania. Po nich następują sąsiadujące z nimi pola. W ten sposób rozwijają się ruchy dowolne, świadome, mowa i wreszcie życie myślowe. Elementarne wyczyny umysłowe stanowią formalnie cegiełki psychologicznego fundamentu pod przebieg rozwoju umysłowego. W zgodzie z tem widzimy, że najpierw następuje dojrzewanie morfologiczne w czuciowych i zmysłowych polach rzutowych, a dopiero potem nawarstwia się na to proces dojrzewania sąsiednich zakresów. Ten kolejny, co do czasu rozwój rozmaitych zakresów kory mózgowej stanowi dla nas morfologiczny odpowiednik odbywającego się etapami psychologicznego rozwoju umysłu dziecięcego. Ten postęp w poznawaniu morfologicznego rozwoju mózgu, który znajduje swój odpowiednik w duchowym, powinien służyć jako ostrzeżenie dla tych, którzy chcieliby dla momentów psychologicznych zaniedbać anatomiczne.

A. Neumann (Baden-Helenthal).

Fizjologia normalna i patologiczna.

P. DELMAS - MARSALET. Badania nad płatem czołowym i ośrodkowymi szlakami równowagi. (Rev. Neur. N. 6, 1932).

Niewątpliwie istnieje przedczołowy zespół zaburzeń równowagi, który można wywołać u psów zapomocą uszkodzenia przedniego rozstaju czołowego (carrefour frontal antérieur). Zespół doświadczalny przedniego rozstaju czołowego u psa

obejmuje następujące składniki: 1) obniżenie napięcia i bezład skrzyżowany: bezład statyczny w pewnych przypadkach; 2) skłonność do przewracania się wybiórczo ku stronie zniszczonego rozstaju czołowego; 3) jednakowe odczyny oczopląsowe poobrotowe niezależnie od kierunku obracania; 4) niemożność wywołania obracania się ku stronie przeciwnej do zniszczonego rozstaju; możność wywołania obracania się w kierunku przeciwnym, jeżeli odwrócić zwierzę w stronę zniszczonego rozstaju czołowego; 5) wywołane zbaczanie łapy większe po stronie przeciwnej do zniszczonego rozstaju czołowego zapomocą prób obrotowych niezależnie od kierunku obracania; 6) brak oczopląsu samoistnego i zaburzeń położenia oczu; 7) brak wyraźnych zaburzeń psychicznych; 8) brak porażenia połowicznego. Porównanie doświadczalnego zespołu ze strony rozstaju czołowego przedniego z zespołami mózdkowym i przedsionkowym wykazuje, że nie może on być zidentyfikowany z żadnym z nich. Zespół przedniego rozstaju czołowego posiada jednocześnie cechy zespołu mózdkowego strony przeciwnej i zespołu błędnikowego tej samej strony: stanowi on mieszaninę pewnych elementów mózdkowych strony przeciwnej i błędnikowych tej samej strony. Bezład, hipotonja i zbaczanie do wewnątrz łap strony przeciwnej stanowią objawy, dające się porównać z temi, które wywołuje zniszczenie połowy mózdku, przeciwległej do zniszczonego rozstaju czołowego. Skłonność do padania w stronę uszkodzoną, niemożność wywołania zwrotu poobrotowego ku stronie przeciwległej do zniszczonego rozstaju stanowią objawy, które znajduje się w doświadczalnym zniszczeniu błędniaka tej samej strony. Spontaniczne zbaczanie wywołanego łapy, przeciwległej do zniszczonego rozstaju czołowego niezależnie od kierunku obracania jest, jak się zdaje, prostym następstwem jej hipotonji. Normalny charakter odczynów oczopląsowych wykazuje, że okolica przedniego rozstaju czołowego nie przyjmuje udziału w zagadnieniu pochodzenia korowego oczopląsu. Metoda fizjologicznego wytyczenia ośrodkowych szlaków przedsionkowych wykazuje ich istnienie aż do okolicy podwzgórkowej i jądra soczewkowatego. Fizjologicznie jest bardzo możliwe, że ulegają one przerwanii na wysokości wzgórkowej i jądra soczewkowatego, ażeby częściowo osiągnąć przednią okolicę kory czołowej przez przednie ramię torebki wewnętrznej. Ponieważ

anatomia normalna wykazała istnienie skrzyżowanych połączeń mózdkowo - wzgórkowych, można więc myśleć, że ten szlak mózdkowy biegnie dalej we włóknach wzgórkowo-przedczołowych poprzez ramię przednie torebki wewnętrznej aż do przedniej okolicy czołowej kory mózgowej. Uszkodzenie przedniego rozstaju czołowego stanowiłoby zatem zniszczenie pewnej ilości włókien mózdkowych skrzyżowanych oraz włókien przedsionkowych tej samej strony: stąd pochodziłby charakter mózdkowo - przedsionkowy zespołu tej okolicy. Badanie doświadczalnie wywołanych procesów zwyrodnieniowych u psa wykazuje, że okolica przedczołowa kory mózgowej otrzymuje bardzo liczne włókna nerwowe, wychodzące z jądra bocznego wzgórka oraz z przedniej części jądra tylnego. Te jądra stanowią, co się zdaje logicznym, zapasowe połączenia z mózdkiem strony przeciwnej i błędnikiem tej samej strony. Pęczek włókien błędnikowych, jak się zdaje, przebiega do wzgórka w tylnym pęczku podłużnym. Drogi zstępujące, wychodzące z przedniej części płata czołowego, obejmują szlak czołowo - mostowy i szlak, przebiegający ze szlakiem piramidowym aż do górnej części rdzenia. Obserwacja urazowych uszkodzeń płata czołowego, w których nie można wywołać wtórnych skutków nadciśnienia, wykazuje, że zespół przedniego rozstaju czołowego psa można znaleźć w pewnej części również u człowieka. Najbardziej stałym składnikiem jest różnica w zboczeniach wywołanych chodu w miarę obracania chorego ku stronie chorej i przeciwległej. Zbaczanie chodu w stronę uszkodzonego płata czołowego można zawsze wywołać po obrocie ku tej stronie; zbaczanie chodu po obrocie ku stronie zdrowej jest zawsze słabe, albo niema go wcale, albo jest ono odwrócone. Oczopląs obrotowy i oczopląs opty - kinetyczny są normalne. Pewnym uszkodzeniom innych okolic mózgu mogą towarzyszyć zaburzenia obrotowe, różniące się od zaburzeń, spostrzeganych w uszkodzeniach przedniej części płata czołowego. Rozległe zniszczenia płata mózdku u człowieka nie mogą, jak się zdaje, przeszkodzić powstaniu zboczenia poobrotowego chodu ani w jednym, ani w drugim znaczeniu, jeżeli niema dodatkowych zaburzeń błędnikowych. To zachowanie się jest zatem odmienne od zachowania się w uszkodzeniach przedniej części płata czołowego. Istnieje zatem tutaj sposób odróżniania rzekomo - mózdkowego zespołu przedniej części płata czołowego od prawdziwego zespołu mózdkowego. Zaburzenia obrotowe, spostrzegane w uszkodzeniach mózgu, które już nie są uszkodzeniami przedniej części płata czołowego, wykazują, że zakończenia osrodkowe szlaków przedsionkowych i mózdkowych nie ograniczają się do przedniej części płata czołowego. Rozległość tych zakończeń tłumaczy objawy wyrównania. Rozwój płata czołowego u człowieka pozostaje w związku nie tylko z inteligencją, lecz również z równowagą w pozycji stojącej. L. H.

E. LAUDA. W sprawie wydzielania wewnętrznego śledziony. (Wien. kl. Woch. N. 32, 1932).

Podczas gdy przedtem przypuszczano tylko, że śledziona pełni czynność gruczołu o wewnętrznym wydzielaniu, istnieją obecnie dowody tego, jak np. występowanie ciałek J o l l y e g o w czerwonych ciałkach krwi po usunięciu śledziony. Inni autorzy stwierdzili zwiększanie tolerancji węglowodanowej przez śledzionę. L a u d a polecił F l a u m o w i i S c h l e s i n g e r o w i zbadanie mechanizmu tego działania śledziony, względnie usunięcia śledziony na zwierzętach parabiologicznych. Okazało się, że po usunięciu śledziony jednego zwierzęcia nie przychodziło do zmniejszenia się tolerancji węglowodanowej, dzięki parabiozie, względnie śledzionie drugiego zwierzęcia.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

K. VOIT. Badania nad zawartością węgla i azotu w pocie ludzkim. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 1).

U szeregu osób przeprowadzał autor badania nad za-

wartością węgla i azotu w pocie. Autor otrzymywał przeciętne wartości dla węgla równe 0,298 gr.%, dla azotu zaś — 0,096 gr.%. Współczynnik C : N wynosił przeciętnie 3,10. Badania te czynią prawdopodobnym przypuszczenie, że z potem obok znanych dotąd ciał wydala się widocznie jeszcze szereg ciał bogatych w węgiel, lecz ubogich w azot, względnie bezazotowych, których charakter chemiczny jednak nie jest dotąd dostatecznie poznany. Dalej okazało się, że u jednego chorego z nieomąganą nerek, zgodnie ze zmianami w piśmiennictwie, wartości azotu w pocie znacznie się zwiększają. Aczkolwiek zawartość węgla wykazuje również wzrost, jednakże współczynnik C : N zmniejsza się wskutek większego wydalania azotu do wartości, niższych od liczb, znalezionych u ludzi ze zdrowymi nerkami; wobec tego przyjąć można, że zwiększone wydalanie węgla i azotu spowodowane jest głównie przez mocznik.

Henryk J. L a n d a u.

A. MARCHIONINI i B. OTTENSTEIN. Nowsze badania nad przemianą materji w łaźni. I. (Z. physik. Ther. t. 43, z. 6).

Oznaczania zawartości katalazy we krwi w łaźniach wykazują, że w czasie działania bodźca cieplnego na skórę następuje zwiększenie, po przerwaniu kąpieli napotnej — spadek zawartości katalazy. Te dwufazowe zmiany powtarzają się za każdym razem, lecz w słabszym stopniu. Spostrzega się falisty przebieg krzywej, jeżeli oznaczenia przeprowadzać przez dłuższy czas po ukończeniu kąpieli napotnej. Ze zwiększenia się zawartości katalazy we krwi wyciągają autorzy wnioski co do wzmagania się procesów redukcji i utleniania w przemianie materji, jako następstwa kąpieli napotnej. Autorzy podkreślają na podstawie zmian w zawartości katalazy we krwi w następstwie zadziałania bodźca cieplnego na skórę zależność między narządem skóry a całym ustrojem.

Henryk J. L a n d a u.

Bakterjologia i Serologia.

W. GAETHGENS. Nowe badania nad odczynem z krętkiem bladym w szczególności nad stosunkiem tego odczynu do reakcji Wassermanna. (Zeitschr. f. Immunitätsf. t. LXXIII, 7.III.32 r. p. 527).

Przy użyciu antygenu *pallida* (nodowla krętków białych rozcieńczona w płynie fizjologicznym) odczyn odchylenia dopełniacza wypadł dodatnio w 66% badań surowic kilowych. Odczyn B. W. z temi samymi surowicami wypadł dodatnio w 50%. Na 2796 surowic nieluetycznych odczyn ujemny z antyg. *pallida* otrzymano 2706 razy. Stąd wniosek o swoistości tej reakcji. Surowice luetyczne, potraktowane emulsją krętków, nie odchylają dopełniacza w obecności antygenu *pallida*, zachowując swe własności czynnościowe w stosunku do antygenu B. W., i odwrotnie surowica, poddana adsorpcji przez sproszkowaną wątrobę płodu (antygen B. W.), daje odchylenie dopełniacza z antygenem *pallida*. Autor przyjmuje, że reaginy, powodujące odchylenie dopełniacza wobec antygenu *pallida*, różnią się od reagin czynnych wobec antygenu B. W.

S. Z.

L. NEGRE (współ z J. VALTIS). Przyczynę do badań nad prątkiem B.C.G. (Ann. Inst. Past. t. XLIX, listopad 1932 r.).

Doświadczenia autora wykazują ponownie, iż osłabienie zjadliwości B. C. G., uzyskane przez C. i G., jest zjawiskiem stałym. Ani substancje woskowo - tłuszczowe, wyciągnięte acetonem z prątków K o c h a, ani oliwa — czynniki przyspieszające rozwój gruźlicy u zwierząt doświadczalnych — nie obostrzają małych uszkodzeń lokalnych, wywołanych przez podskórne szczepienie B. C. G. B. C. G., zarówno jak prątek zjadliwy, zawiera elementy przესączalne przez świecę C h a m b e r l a n d a Lz. Prątki kwasoodporne, które rozwijają się *in vivo* z tych elementów, nie stają się chorobotwórczymi w organizmie świnek morskich, poddanych wielokrotnym wstrzykiwaniom wyciągów acetonowych z prątków K o c h a. Po-

danie B. C. G. *per os* świnkom morskim, zakażonym gruźlicą, nie potęguje infekcji. Szczepienie śródtrzewne dawki 10 mg. B. C. G. wytwarza u świnki odporność na zakażenie prątkami zjadliwymi, wprowadzonymi tą samą drogą.

S. Z.

M. MAXIM. Porównawcze badania serologiczne i chemiczne nad zjadliwymi prątkami gruźliczymi i prątkami B.C.G. (Z. Tbk. t. 66, z. 6).

Pomiędzy normalnie zjadliwymi prątkami gruźliczymi a prątkami osłabionymi przez wielokrotne przeszczepianie metodą C a l m e t t e a istnieją wyraźne różnice. Przedewszystkiem okazało się, że zlepianie surowicy chorych przez zjadliwe prątki gruźlicze następuje w silniejszym rozcieńczeniu, niż przez BCG. Doświadczenia z uodpornioną surowicą końską wykazały, że do wywołania zlepiania potrzeba o wiele mniejszych ilości prątków gruźliczych, niż BCG. Chemiczny rozbiór obu rodzajów prątków wykazał wyraźne różnice ilościowe w ich składnikach mineralnych, gdyż zawartość tłuszczów i białek jest w zjadliwych prątkach gruźliczych większa, niż w BCG., lecz odwrotnie zawartość węglowodanów jest w ostatnich większa, niż w pierwszych. Zarówno frakcja białkowa, jak i węglowodanowa obu rodzajów prątków dają odczyn zlepnny z uodpornioną surowicą końską oraz z surowicą gruźliczo chorych. Przytem natężenie odczynu było o wiele silniejsze przy użyciu białek prątków gruźliczych, aniżeli białek BCG., podczas gdy, odwrotnie, węglowodany ostatnich dały silniejszy odczyn, niż pierwszych. Większa siła zlepnna zjadliwych normalnych prątków gruźliczych polega wobec tego na ich większej zawartości tłuszczów i białek.

Henryk J. Ł a n d a u.

P. COURMONT, H. GARDÈRE et P. PICHAT. Własności bakterjobójcze moczu gruźlików w stosunku do prątków Kocha. (Bull. Acad. Médecine, 11.X.32. t. 108).

Mocz chorych na gruźlicę płuc ma własności bakterjobójcze w stosunku do prątków K o c h a — ustępując jednak pod tym względem surowicy tych chorych. Zdolność bakterjobójcza moczu nie zależy od pH ani od składników moczu. Mocz ludzi zdrowych lub dotkniętych jakąkolwiek inną sprawą infekcyjną nie posiada tych własności. Wstrzykiwania soli złota wzmagają bakterjobójcze własności moczu i surowicy gruźlików. Wiązać to należy z działaniem samych soli złota, gdyż mocz i surowica osobników zdrowych, poddanych auroterapii, również nabywają własności bakterjobójczych w stosunku do prątków gruźliczych.

S. Z.

Lecznictwo.

KEHRER Mr. Kiedy uzasadnionem bywa podawanie leków makowcowych. (Deutsch. Med. Wochnschr. 1932, N. 7).

Pochodne makowca należy przepisywać tylko wtedy, kiedy skutek silnych bólów sen bywa zupełnie i rzeczywiście uniemożliwiony. Nawet w takich przypadkach należy z początku próbować mieszaniny kodeiny z lekami nasennymi. Już pierwsze zastrzykiwanie morfiny lub innego alkaloidu makowca kryje w sobie niebezpieczeństwo nałogu. Współczesny przemysł środków leczniczych produkuje cały szereg leków kojących bóle, zwłaszcza kombinacji pochodnych amidopiryny, m. i. Cibalginę, która nadto w wielu przypadkach może być stosowana pod postacią zastrzykiwań i w wielu razach najzupełniej zastępuje alkaloidy makowca. Morfinę daje się tylko w bólach najwyższego stopnia, naprz. w ciężkich przypadkach kolki, w przełomach u tabetyków, w newralgiach, ranach, oparzelinach oraz w ostatnim okresie nieuleczalnych chorób. A nawet i wtedy lekarz powinien z początku starać się osiągnąć skutek przy pomocy Cibalginy lub podobnych środków, a jeżeli po 2 — 3 kwadransach nie można jeszcze uzyskać znacznego osłabienia bólów, wtedy dopiero stosuje

się czopki z przetworami makowca. Kiedy i te nie prowadzą do pożądanego celu, t. j. w końcowej ostateczności, wstrzykuje się pełnowartościowy przetwór makowca lub morfinę.

X.

L. LEMEZ. O działaniu djetetycznym Hordenzym - Nutromalt w pożywieniu jarzynowym niemowląt. (Wien. kl. Woch. N. 39 — 40, 1932).

Hordenzym jest preparatem maltozo - dekstrynowym bez białka, który w 20% roztworze przedstawia szczególnie korzystne warunki dla wchłaniania się. Jarzyny zaprawia się Hordenzymem, który zwiększa ich wartość kaloryczną. Hamuje on pasaż przez jelita, zwłaszcza w części zstępującej okrężnicy i prostnicy, gdzie przy podawaniu jarzyn z Hordenzymem stwierdzano 8 — 16-godzinny czas przebywania w porównaniu z 5 — 10-godzinnym przy podawaniu jarzyn, przyrządzonych w zwykły sposób. Strawność jarzyn, zaprawionych Hordenzymem, zwiększa się w dwójnasób. Czas pasażu jarzyn, zaprawionych Hordenzymem przez żołądek i jelita wynosił 17,5 godzin w porównaniu z 12,5 godzinami bez Hordenzymu, liczba stolców dziennie odpowiednio 1,2 wobec 2,1. Jarzyny, zaprawione Hordenzymem, są nader smaczne i bardzo pożywne. Jest on wskazany przedewszystkiem przy odstawianiu, u niemowląt z wrażliwymi jelitami, z chorobami pozajelitowymi i ozdrowieńców po zaburzeniach w żywieniu, przy wskazaniach do ograniczenia ilości mleka.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

A. EBEL i H. MAUTNER. O wpływie środków nasennych na procesy zapalne. (Wien. kl. Woch. N. 39—40, 1932).

Objawy stanu zapalnego kiszek grubych, wywołanego przez zastrzykiwania rtęci, występują w uspieniu chloretonowym u zwierząt w znacznie słabszym stopniu. Tak samo sen chloretonowy i luminalowy łagodzą również objawy zapalne spojówek i skóry zewnętrzne, wywołane przez olej gorczyczny, w porównaniu z objawami u zwierząt, które nie otrzymały żadnego środka nasennego.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

H. JANUSCHKE. Farmakologiczne regulowanie patologicznych bujań komórkowych. (Wien. kl. Woch. N. 39 — 40, 1932).

Wśród 22 przypadków ziarniniaka pępkowego 18 odpowiedziało wyleczeniem na podawanie 2 razy dziennie 5 mgr. jodu sodowego. Wobec tego autor podawał 70-letniej kobiecie z rakiem sutka, która zrazu nie zgodziła się na operację, jod; doskonały wynik, polegający na tem, że chorą pomimo silnego wzrostu guza można było jeszcze po upływie 2½ lat operować, i że czuła się ona przez ½ roku po operacji bardzo dobrze, kładzie autor właśnie na karb jodu.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

T. BERZACY i K. RUPILIUS. Doświadczenia na szczurach co do zawartości witaminy D w olejach roślinnych. (Wien. kl. Woch. N. 39—40, 1932).

Autorzy znaleźli, że dobra prawdziwa oliwa stołowa również bez naświetlania promieniami pozafajkowymi posiada własności przeciwkrzywiczne, które pod względem leczniczym są równe co do wartości Jemaltowi.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

Choroby alergiczne.

M. SCHACHTER. Pokrzywka wzruszeniowa, lekowa i pokarmowa u 12-letniej dziewczynki. (Strasbourg méd. N. 8, 1933).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 12-letniej dziewczynki, u której pod wpływem wzruszeń, leków (tran) i pokarmów (jaja) występowała pokrzywka. Najstarszą chronologicznie była pokrzywka wzruszeniowa, która występowała szczególnie pod wpływem nagan jednej z nauczycielek, dokuczającej pacjentce. Najwidoczniej skóra, była tutaj narzą-

dem o mniejszej wartościowości, który najuchwytniej odpowiadał na wstrząsy o charakterze psychicznym.

Henryk J. L a n d a u.

Ch. RAHIER. Wydzielanie soku żołądkowego w przebiegu pokrzywki. (La Pr. Med. N. 33, 1932).

Wstrząs peptonowy, wstrząs anafilaktyczny oraz pokrzywka wywołują te same zmiany humoralne, a mianowicie: spadek ciśnienia krwi, leukopenię, wzmożenie krzepliwości krwi oraz spadek wskaźnika refraktometrycznego. N o l f, podając duże ilości peptonu psu przez sondę dwunastniczą, otrzymywał taki sam wstrząs, jak po dożylnym zastosowaniu peptonu. Pepton był podawany w reakcji alkalicznej lub neutralnej; w reakcji kwaśnej natomiast pepton zastosowany zwierzęciu przez sondę dwunastniczą nie wywoływał żadnej reakcji (N o l f); autor sądzi, że kwaśny odczyn jest bodźcem do wydzielania soku trzustkowego, który trawi białka, nie dopuszczając przechodzenia ich w całości przez śluzówkę. Powyższe fakty skłoniły autora do badania chemizmu żołądka ludzi z pokrzywką alimentarną; z 14 chorych, w 7 przypadkach stwierdzono zupełny brak kwasu solnego, w 4 przypadkach wyraźnie zmniejszoną kwasotę. W szeregu przypadków wykwyty skórne bardzo szybko znikaly po zastosowaniu kwasu solnego. Angielscy autorzy sądzą, że astma często zależy od braku kwasu solnego w żołądku. Autorzy w 4 przypadkach astmy stwierdzili achlorhydrję; stosowanie kwasu solnego nie dało jednak poprawy. Jakób P e n s o n.

O. BRATUSCH - MARRAIN i O. CHIARI. Przyczynę do zagadnienia znaczenia uczulenia na białko jaja w powstawaniu wyprysku osesków. (Wien. kl. Woch. N. 39—40, 1932).

Z pośród 14 dzieci z wypryskiem udało się stwierdzić u 8 nadwrażliwość skóry w znaczeniu natychmiastowego odczynu pokrzywkowego na białko jaja kurzego. Lecz pozatem udało się autorom stwierdzić także, że u dwojga z pośród pięciorga badanych dzieci nadwrażliwość nie ograniczała się jedynie do białka jaja kurzego, lecz w tem samym natężeniu występowała w stosunku do białka jaj innych gatunków ptaków. Ta nadwrażliwość nie była zatem gatunkowo-swoista, lecz zwrócona przeciwko nieswoistemu składnikowi białka jaja i jest wyrazem ogólnie wzmożonej pobudliwości skóry.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

Choroby nerwowe i psychiczne.

CHARANY i THIEBAULT. Przypadek zespołu jądra czerwonego. (Rev. Neur. 1932. T. I. Nr. 4).

Uszkodzeniu szypulek mózgowych i jąder czerwonych towarzyszy porażenie III pary po tej samej stronie oraz zaburzenie napięcia mięśniowego po stronie przeciwnej. Przypadek dotyczy 56-letniego mężczyzny, który przed 33 laty miał porażenie prawostronne z ruchami płasawiczemi oraz lewostronne opadanie powieki i zboczenie gałki ocznej wlewo. Ruchy mimowolne (przy badaniu obecnem) zmniejszają się, kiedy mięśnie objęte niemi układają się w pozycji rozluźniającej ich napięcie. Brak jakichkolwiek objawów piramidowych. Napięcie mięśniowe jest raczej zmniejszone w obu kończynach górnych. Czucie pozostało normalnie zachowane. Całość obrazu można zaliczyć do kategorii zespołu B e n e d i c t a. Na specjalną uwagę zasługuje dystonia, wyrażająca się hipotonją mięśni na przemian z ich hipertonią. Objaw ten autorzy przypisują uszkodzeniu jądra czerwonego.

N. Z. Z.

D. VAN CANEGHEM. Porażenie błędnikowe nerwu twarzowego a frigore i jego patogeniza. (Ann. d'Oto - Laryng. Nr. 8. 1932).

Żadne porażenia nerwu twarzowego rzekomo a frigore nie są pochodzenia usznego. Trepanacja wyrostka sutkowego (masfoidecemia) na uchu zdrowym, nawet wykonana w warunkach najzupełniej aseptycznych, nie jest pozbawiona pewnych niebezpieczeństw. Bóle uszne i zaburzenia słuchowe, które znajduje się w wywiadach takich chorych z porażeniem nerwu twarzowego a frigore, nie dowodzą pochodzenia usznego ich cierpień. Zimno może wywoływać porażenia. Porażenia nerwu twarzowego a frigore są skutkiem uciśnięcia lub nacieczenia nerwu twarzowego w kanale F a l l o p j u s z a z powodu procesu wtórnego odmrożenia drobnych gałązek tętnicy rylcowo-sutkowej. To wtórne odmrożenie, któremu może odpowiadać zwykle rozszerzenie naczyń, lecz które może się również przyczynić do powstania wysięku surowiczego, ba, nawet krwotocznego wskutek zmian w przepuszczalności ściany naczyniowej, następuje po okresie pierwotnego zwężenia naczynia. Jeżeli zmiany naczyniowe sięgają dostatecznie głęboko i dotyczą szczególnie rozgałęzień wewnątrz błędnikowych tętnicy rylcowo-sutkowej, mogą wynikać z tego powodu zaburzenia przedsionkowe i ślimakowe, mogące doprowadzić do zupełnego zniesienia pobudliwości przedsionkowej i całkowitej głuchoty. J. L. H.

V. KOLLERT. Pomyłki jako zwiastuny udaru apoplektycznego. (Wien. kl. Woch. Nr. 5. 1932).

Przed udarem apoplektycznym nierzadkie są pomyłki, dokonywane przez chorych, które w pewnych warunkach mogą posiadać duże znaczenie praktyczne, jak np. w pewnym przypadku, gdzie chory chciał zapalić maszynkę gazową, odkręcił kurek od gazu, lecz zapomniał go zapalić, wskutek czego on i dwaj jego krewni, którzy jeszcze spali, narazili się na niebezpieczeństwo. Gdy znaleziono wszystkich trzech, okazało się, że winowajca ma porażenie połowicze. Autor przytacza pozatem jeszcze dwa dalsze przypadki.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

W. LANGE. Zaburzenia wzrostowe w encephalitis chronica epidemica. (Zeitschrift fur Psychiatrie T. 97, str. 135, 1932 r.).

U encefalityków na oddziale encefalitycznym w Chersnitz-Altendorf stwierdził autor następujące, mało znane zaburzenia wzrostu czyli rozrastania się, przyczem on rozumie pod tem zarówno anomalje natury troficznej jak metabolicznej: 1) 5 przypadków otyłości nadmiernej (obesitas universalis), 2) 2 przypadki dystrophii adiposo-genitalis, 3) 1 infantilismus vulgaris, 4) 4 przypadki hemiparkinsonizmu poencefalitycznego z jednoczesnym zanikiem połowy ciała: hemiatrophia homonyma, względnie hemiatrophia cruciata.

H. H i g i e r.

WIMHOFER. Nadzwyczajny wynik leczenia campolonem myelosis funicularis. (Münch. med. Woch. Nr. 15, 1932).

W przypadku anemii pernicioznej z ciężkimi objawami rdzeniowymi: porażenie pęcherza moczowego i kończyn dolnych z dodatnim objawem B a b i n s k i e g o, przy braku odruchów kolanowych i ze śc. Achillesa—stosowano 2 ccm. campolonu dziennie. Po trzech miesiącach ustąpiły objawy pęcherzowe, a po pół roku chory był w stanie chodzić w domu o lasce, po schodach. Odruchy kolanowe wróciły, ze śc. Achillesa są zaznaczone. Objaw B a b i n s k i e g o zaznaczony jest tylko prawostronnie. Stan krwi dobry. T. T u r y n.

Oceny książek

L. A. PARRY. *Criminal abortion. (Zbrodnicze przerwanie ciąży).* (Londyn 1932).

Praca, obejmująca 203 stronicę, składa się z 19 rozdziałów, z których najważniejsze omówię w kilku choćby zdaniach. Rozpoczyna się ona od naturalnego przerwania ciąży, którego przyczyny zarówno ze strony matki, jak i płodu autor wyszczególnia oraz podaje zasadniczą terapię. Następnie autor przechodzi do sztucznego przerwania ciąży ze wskazań lekarskich, zaznaczając, że pierwotna zasada, upoważniająca lekarza do dokonania tego zabiegu wtedy tylko, gdy życiu matki zagraża niebezpieczeństwo, została słusznie rozciągnięta na te przypadki, gdy poważne lub stałe niebezpieczeństwo zdrowiu jej grozi. Omawia tu także nową metodę Dr. Smytha, która, zdaniem jej twórcy, przedstawia większą pewność uniknięcia zakażenia. W rozdziale III autor przedstawia stanowisko kościoła katolickiego, który nie uznaje żadnych wskazań do przerwania ciąży. Następnie autor przechodzi do przestępczego przerwania ciąży (rozdział IV), omawia dane statystyczne, podając między innymi, że ostatnio wykryto w Paryżu parę rosyjskich studentów, u których w dobrze urządzonym gabinecie lekarskim zostało dokonane powyżej 1000 takich zabiegów w ciągu lat kilku. W Rosji sowieckiej, gdzie w zasadzie przerwanie ciąży jest dozwolone, o ile uskutecznia je lekarz, w 1926 r. stanęło przed sądem 805 kobiet i 66 mężczyzn, oskarżonych o bezprawne przerwanie ciąży. W kraju tym o ile kobieta z przyczyn innych, niż wskazania lekarskie, życzy sobie przerwać ciążę, staje ona przed komisją, która rozpatruje, czy niema potemu przeciwwskazań. O ile ich nie znajduje, gdy kobieta jest niezamężna i bezrobotna, lub niezamężna z 1—2 dziećmi, ew. mężatka, mająca już więcej, niż troje dzieci lub też o ile karmi — prośba jej zostaje uwzględniona. W Leningradzie w 1929 r. urodziło się 39058 dzieci, poronień było 5352. Ostatnio jakoby wytwarza się tendencja odradzania kobietom przerywania ciąży (Rosja potrzebuje dzieci), jednak prawo pod tym względem nie uległo zmianie. W Niemczech w ciągu roku dokonywa się 500.000 — 1.000.000 poronień; do sprawy sądowej dochodzi rzadko. Przerwanie ciąży z powodu wskazań społecznych nie jest dozwolone. Dokonanie nielegalnego przerwania ciąży we Francji jest w zasadzie karane długoterminowym więzieniem, jednak prawo jest stosowane nie tak bardzo surowo, jak w Anglii. W innych krajach europejskich, jak Hiszpania, Niemcy, Austria, Węgry, Włochy, Norwegia, Szwecja, i Danja, przerwanie ciąży podlega karze więzienia od 6 miesięcy do 20 lat. W Kanadzie jest ono karane więzieniem dożywotnim, w Indjach — więzieniem długoterminowym i zesłaniem, w Australji i Nowej Zelandji kara waha się od 2 lat do ciężkich robót dożywotnich. W Stanach Zjednoczonych podlega ono karze grzywny lub więzienia długoterminowego lub obu równocześnie. Kobieta w większości Stanów nie podlega karze, jest uważana raczej za ofiarę. Omawiając metody, za pomocą których przerwanie ciąży zostaje uskutecznione, autor dzieli je na 3 grupy: I. Urazy i gwałty, stosowane od zewnątrz jak skakanie z wysokości, staczanie się ze schodów czy zgóry, jazda konno lub niewygodnym wozem po złych drogach, kopanie i bicie po brzuchu i t. d. Nawet te, które są niebezpieczne, nie są w zasadzie pewne, czego liczne przykłady przytacza; II. Lekarstwa, stosowane celem wywołania przerwania ciąży: środki wymiotne, czyszczące, moczopędne, metale i ich sole, środki pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. W Anglii olów pod postacią „diachyli“ bywa często stosowany do przerwania ciąży. Od 1917 r. olów w połączeniu z kwasami tłuszczowymi jest umieszczony w rejestrze trucizn i sprzedawany z pewnymi zastrzeżeniami: kupujący musi piśmiennie objaśnić, w jakim celu go nabywa.

III. Urazy i uszkodzenia miejscowe. Bywają one stosowane celem przerwania ciąży, czy to za pomocą narzędzi, jak sondy maciczne, katetery, druty do ponczoch, kawałki gałęzi lub drzewa, haczyki, szpilki do włosów, druty od parasoli, tiszbinny, ołówki i t. d., czy też za pomocą wstrzykiwań do macicy zimnej i gorącej naprzemian wody z mydłem, roztworu sublimatu, fenolu i t. p. W rozdziale IX. omawia niebezpieczeństwo zbrodniczego przerwania ciąży, zaznaczając, że III sposób, acz najpewniejszy co do skutków, o ile nie jest wykonany starannie i w warunkach aseptyki zupełnej, połączony jest z wielkimi niebezpieczeństwami, z których najważniejsze są: ogólne zakażenie, krwotoki, wstrząs i t. p. Najczęstszą przyczyną śmierci jest zakażenie w 90% streptokokami. W rozdziale X. autor wypowiada ogólne uwagi, zaznacza, że czas, który upływa między przebicciem błon płodowych a wydalaniem płodu, może trwać od kilku godzin do paru, według Tardie'a nawet do 11 dni. Okres ciąży, w którym najczęściej bywa dokonywana zbrodnia przerwania ciąży, jest między 3—5 miesiącem; najczęściej dokonywa tego zabiegu zawodowiec (w 79% kobiety), czasem sama kobieta. Do Morgi paryskiej w ciągu 17 lat przyniesiono 692 płody, z których 23 były w 2 miesiącu, 72 — w 3 -cim, 108 w 4-ym, 158 w 5-ym i t. d. Oczywiście, na tej podstawie nie można wyciągać wniosków co do okresu ciąży, w którym przerwanie jej jest najczęstsze, gdyż małe płody, łatwe do zniszczenia, rzadziej również mogą być wykryte. Wypadki przerwania ciąży dochodzą do wiadomości władz omal tylko w razie śmierci lub ciężkiej choroby kobiety. Niekiedy nawet wysoka kara nie jest w stanie odstraszyć profesjonalisty, czego przykładem jest niejaki Hollis. Zesłany na 10 lat do ciężkich robót po odsiedzeniu kary wraca do swego rzemiosła. Wobec tego, że kobieta umarła, zostaje skazany na powieszenie z zamianą kary na dożywotnie ciężkie roboty. Gdy po 20 latach 74-letni starzec otrzymuje wolność, zabiera się ponownie do poprzedniego „zawodu“ i ponownie jest skazany na dożywotnie ciężkie roboty. W rozdziale XI. autor daje rzut oka na stronę historyczną prawodawstwa w związku z przerwaniem ciąży. Najważniejsze ślady zawiera już Stary Testament. Tertulian w II wieku po Chrystusie zaznacza, że nie wolno zabić dziecięcia w łonie matki. W Grecji Hippokrates w V wieku przed Chrystusem w przysiedze, którą składać winien lekarz, wypowiada się przeciw poronieniom. We wczesnych czasach państwa rzymskiego płód był uważany za „pars viscerum matris“, w III wieku po Chrystusie przerwanie ciąży uważane jest za zbrodnię, a jeszcze później, koło VII wieku — za morderstwo i karane śmiercią. Kościół stawia poronienie narówni z dzieciobójstwem. Następnie autor podaje odnośne prawa państw średniowiecznych oraz uchwały parlamentu angielskiego z XIX wieku. Zależnie od okoliczności przestępstwo to było karane więzieniem, ciężkimi robotami lub śmiercią. Ostatni wyrok śmierci na zawodowcu został wykonany w Liwerpoolu w 1876 roku. W Anglii nawet w razie przerwania ciąży patologicznej: zaśnięciem, potworem lub ciąży pozamacicznej odpowiedzialność przed prawem jest jednakowa. Zeznanie czy też oświadczenie umierającej w sprawie przestępczego przerwania ciąży jest jednym z tych wypadków, w których, acz złożone bez przysięgi, zachowuje ono znaczenie prawne. Jednak wtedy tylko nosi ono ten charakter, gdy składająca je osoba jest przekonana, że umrze, co musi być zaznaczone w zeznaniu. Jeśli ona wyzdrowieje, zeznanie jej traci tę wartość świadectwa. W końcowych rozdziałach autor omawia sprawy ogłoszeń o środkach poronnych. W maju 1931 r. został przedstawiony do Izby Gmin projekt, mający na celu uregulowanie sprzedaży środków lekarskich oraz podawania ogłoszeń. Do-

tychczas nie został wprowadzony w życie. Rozdział XIV jest poświęcony badaniu sądowo - lekarskiemu w przypadkach stwierdzonego przerwania ciąży. Autor omawia badanie kobiety żywej, badanie zwłok, które winno być szczegółowe, badanie płodu, którego cechy rozwojowe w rozmaitych okresach życia wewnątrzmacicznego są podane. Omawiając obowiązki lekarza, wezwanego do kobiety, u której skutecznie, czy też próbowano dokonać przerwania ciąży, autor podkreśla, że lekarz nie ma prawa wyjawiać wiadomości, nabytych przy wykonywaniu zawodu, jednak, przekonawszy się, że zbrodnia przerwania ciąży miała miejsce, winien namawiać kobietę, szczególnie w przypadkach, w których prawdopodobnie nastąpi śmierć, by złożyła zeznanie. O ile chora na to nie przystanie, nie ciąży już na nim w związku z tą sprawą żaden obowiązek doniesienia, oczywiście, winien nadal opiekować się pacjentką. O ile chora umrze, nie należy wydawać świadectwa śmierci, lecz zawiadomić odpowiednie władze. Tego rodzaju wytyczne zostały między innymi ustanowione przez Wydział (College) lekarski w Londynie w 1916 r. Na zakończenie autor daje parę przykładów, ilustrujących trudności, z jakimi się spotkać może lekarz w przypadkach przerwania ciąży, oraz opisuje głośną, zdaje się, w Anglii sprawę sądową.

M. G r z y w o - D a b r o w s k a.

Prof. Dr. W. LOHR i prof. Dr. W. JACOBI. **Die kombinierte Enzephal — Arteriographie.** (Georg Thieme, Leipzig, stron druku 84, ilustracyj 75).

Metoda, podana przez autorów, polega na połączeniu encefalo — z arteriografią. Jako środek kontrastowy używany jest Thorotrast, wprowadzony drogą chirurgiczną do *art. carotis*. Szybkie przejście środka kontrastowego przez naczynia, zupełny brak jakichkolwiek przejawów bólowych i podrażnień, wybitna tolerancja fizjologiczna i nieszkodliwość wysokowartościowego środka kolloidalnego oraz jego nierozpuszczalność przy połączeniu z sokami uważać należy za przyczynę idealnego znoszenia zastrzyknięcia. Autorzy nie widzieli żadnych komplikacji nawet w przypadkach cukrzycowej i miażdżycowej martwicy z zakrzepami w naczyniach, w ropnem zapaleniu opon mózgowych, miażdżycowych ogniskach rozmiękczenia, w daleko posuniętej kile mózgowej lub nawet w zakrzepach w obrębie tętniaka kilowego (żadnych śladów tworzenia się dodatkowych zakrzepów). Autorzy podają normalną anatomję naczyń mózgowych i szereg odchyleń od zwykłego obrazu. Następnie omawiane są szczegółowo zmia-

ny w porażeniach, epilepsji, miażdżycy, wodogłowi oraz guzach mózgowych. Praca ilustrowana bardzo ładnymi kliszami.
B. K r y ś k i.

Dr. Stanisław KONOPKA. **Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1933/34 rok.** Wydawnictwo Biura Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Rok wydawnictwa 1. Warszawa 1933.

Jeżeli komu przyszła chętka opracowania wzorowego informatora z jakiegokolwiek dziedziny, to radziłbym mu zapoznać się z metodą, jaką zastosował przy pisaniu swej książki Dr. K o n o p k a. Autor „Rocznika Lekarskiego” znany już jest w szerokich kołach lekarskich jako wielce zamilowany w swoim zawodzie bibliofil, znany ze swojej benedyktyńskiej pracowitości i niezwyklej sumienności w układzie roczników polskiego piśmiennictwa lekarskiego. Dzięki kilkoletniej pracy na tem polu nabył Dr. K. dużo wprawy w zbieraniu materiałów, dotyczących przedmiotu jego zainteresowań. Z wprawy tej skorzystał autor „Rocznika”, aby dziełu swemu nadać cechę największej dokładności i ścisłości. Nie zadowolili się rozesłaniem do lekarzy Państwa Polskiego, do najrozmaitszych instytucyj lekarskich, zarządów uzdrowisk i zdrojowisk, aptek i t. d. odpowiednich kwestjonariuszy, lecz, po otrzymaniu odpowiedzi, rozsyłał pocztówki z tekstem informacji i prośbą o skorygowanie, jeżeli informacje są błędne. Materiały dotyczące Warszawy, Krakowa, Lwowa, Poznania i Wilna, sprawdził autor na miejscu osobiście. Do innych miejscowości jednak pisał dwa i trzy razy, nie wszystkie jednak rozumiały ważność i powagę pracy autora i nie odpowiadały na wysłane kwestjonariusze, tak że około 20% miejscowości zostało opracowanych tylko na podstawie kwestjonariuszy, otrzymanych z zakładów leczniczych i źródeł izb lekarskich. Cały układ „Rocznika” jest prosty i przejrzysty. Nie wyobrażam sobie, aby w tej dziedzinie można było stworzyć coś lepszego. Na treść „Rocznika” składa się: Zasadnicza ustawa sanitarna. O wykonywaniu praktyki lekarskiej. O ustroju i zakresie działania izb lekarskich. O zakładach leczniczych. O wykonywaniu praktyki dentystycznej. O taksie aptekarskiej. O wydawaniu z aptek środków lekarskich. O zmianie niektórych postanowień o wydawaniu z aptek środków lekarskich. Spis klinik, zakładów leczniczych, Kas Chorych, towarzystw lekarskich, lekarzy, lekarzy dentystów i aptek. Uzupełnienia i sprostowania. Lekarze zmarli w czasie od 1 lipca 1931 r. do 1 lipca 1933 r. Czasopisma lekarskie i pokrewne. Alfabetyczny spis nazwisk.
Z. S r e b r n y.

Wskazówki praktyczne

F e k e t e bardzo poleca w leczeniu *ostrych zapaleń przydatków wapi* w postaci zastrzykiwań dożylnych i domięśniowych. Działanie wapnia wyraża się tu w szybkim ustępowaniu wysięku i bólów, wchłanianiu się guzów i ustaniu krwotoków. (Ztbl. Gyn. 1933, N. 10).

—o—

Przez stosowanie *Rivanolu* przy operacjach *ostrego zapalenia wyrostka sutkowego* udało się S p o n h e i m e r o w i obniżyć odsetek zejść śmiertelnych z 4 — 7.5% na 0.7%. Rivanol jest tu stosowany bardzo rozlegle: paski gazy wioformowej są w nim maczane, otwarte jamy po ropniach są wycierane tamponami z rivanolem, sączki gumowe są owijane gazą rivanolową, wreszcie w przypadkach zapalenia otrzewny nalewa się rivanolu 1% do jamy brzusznej. (Ztbl. Chir. 1933, N. 6).

—o—

Moczenie nocne u dzieci pobudliwych zwalcza E. N e l k e n za pomocą dużych dawek wapnia w postaci mieszanek: *Rp.: Calcii chlor. ariet. 50.0; Gummi arab. 5.0; Aquae ad 100. MDS.* 3 razy dziennie po ½ łyżeczki od herbaty w soku owocowym przed jedzeniem. Leczenie to musi być stosowane w ciągu kilku tygodni. Obok tego regulowanie diety i dowozu płynów. (D. m. W. 1932, N. 52).

—o—

V. K o n r á d poleca gorąco *Dijozol* zamiast nalewki jodowej do *odkazania skóry i błon śluzowych*. *Dijozol* jest o wiele tańszy od nalewki jodowej i nie plami białizny. Na *dijozol* nie ma nadwrażliwości ze strony skóry i błon śluzowych. *Dijozol* nadaje się również do szybkiego odkazania rąk operatora w razie nagłej operacji (mycie wodą z mydłem, wtarcie *dijozolu*). (Ztbl. Gyn. 1933, N. 13).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół 9 Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 15 marca 1933 r.

Przewodniczący Prof. Dr. med. Wł. Jakowicki.
Obecnych 61 osób, w tem 26 członków T-wa i 35 gości.

I. Dr. Z a r c y n — demonstrował 4 preparaty nerek, usuniętych podczas zabiegu operacyjnego w następujących schorzeniach: roponerczu, powikłanem ropnem zapaleniem otrzewny, wodonerczu, gruczolę nerki i starem roponerczu ze zwyrodnieniem tłuszczowem ze zbiorowiskiem ropy obok nerki.

Pokazy ilustrowane zdjęciami rentgenowskimi.

II. Doc. Dr. M i e n i c k i przedstawia chorą z *erythema perstans-Jadassohna* — rzadką odmianą liszaja rumieniowatego. U chorej M. W., lat 32 w 8-ym miesiącu ciąży wśród objawów niedomagania i łamania w stawach wystąpił nagle obrzęk i silne zaczerwienienie twarzy. Zmiany te nie ustępowały i po porodzie rozszerzyły się na inne miejsca ciała. Obecnie widoczny jest obrzęk i zaczerwienienie rumieniowe w okolicy powiek dolnych i policzków; nasada nosa zgrubiała. Na owłosionej części głowy miejscami stwierdzić można zlewające się pokryte łuską przerzedzenie włosów. Na mostku i szyi, prócz wykwitów rumieniowych, widać nacieczone łezki z lekka pokryte łuską, a pojedyncze ogniska zanikowe i nieduże blizny. Wzdłuż ramion i przedramion przebiegają pasma ze zmianami zanikowymi. Na palcach, a po części i na grzbietowych powierzchniach rąk pojedyncze nieco wyniosłe plamki żywo-czerwone, których wielkość waha się od lepka szpilki do ziarenka grochu. W okolicach kolan rumienie i nieznaczne łuszczenie się. Na pośladku lewym rumień od 4-ch dni.

Chora odczuwa bóle w stawach, które niekiedy obrzmiewają; ciepłota ciała ulega wahanu, wyrażającemu się podniesieniem się t° w czasie obostżenia istniejących lub powstawania nowych wykwitów. OBW — ujemny. P i r q u e t — ujemny. M a n t o u x — dodatni — miejscowo i ogólnie ($T^{\circ} 37,4$). Prześwietlenie klatki piersiowej, żadnych zmian w płucach nie wykazało. Mocz bez specjalnych zmian.

Pokaz preparatów histologicznych wycinków skóry.

W dyskusji w odpowiedzi Prof. Jakowicki — i e m u prelegent wyjaśnia, że udziału gruczolów dokrewnych nie można wykluczyć, lecz badań w tym kierunku dotąd nie było. Co się tyczy wpływu ciąży, to żadnych wniosków wysnuć nie można, gdyż jest to trzeci przypadek *erythema perstans*, który rozpoczął się w okresie ciąży.

III. Dr. A c h m a t o w i c z pokazuje igłę sosnową, która spowodowała przebicie jelita cienkiego 50 cm. poza zasłoną B a u h i n i e g o. Igłę chora połknęła przed 7 miesiącami.

IV. Dr. M a j n e m e r — W sprawie wpływu Tenebrylu na ustrój ludzki.

Badając wpływ tenebrylu na ustrój ludzki, nowego środka do urografji zstępującej, prelegent, na podstawie obserwacji 16 przykładów wyciąga następujące wnioski:

1) Tenebryl w dawkach, stosowanych do urografji dożylniej, jest dla ustroju środkiem dosyć obojętnym.

2) Wydzielanie się tenebrylu przez nerki osiąga swe maximum w pierwszych porcjach moczu, a kończy się po 10—11 godzinach i jest ściśle związane ze zdolnością czynnościową nerek: im więcej obniżona jest ta zdolność, tem dłużej trwa to wydzielanie.

3) Przebieg krzywej ciężaru gatunkowego moczu potenebrylowego może służyć do oceny zdolności czynnościowej nerek tylko w obustronnych schorzeniach nerek.

W dyskusji — zabrał głos Prof. O r ł o w s k i.

V. Prof. Dr. E i g e r i Doc. Dr. C z a r n e c k i — Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał, działających na układ współczulny i obokwspółczulny. — W pracy, stanowiącej dalszy ciąg doświadczeń, ogłoszonych już poprzednio, w których stosując metodę rezekcji nerwów układu wegetacyjnego, wykazano wyraźny wpływ hamujący układu współczulnego na powstawanie i rozwój brodawczaków posmołowych, autorzy potwierdzają ten sam fakt, zastrzykując zwierzętom domięśniowo, podskórną lub dożylną środki pobudzające lub podrażniające układ nerwowy współczulny albo obokwspółczulny.

Na podstawie doświadczeń, wykonanych na 166 królikach, autorzy dochodzą do następujących wniosków:

1) Pobudzenie układu obokwspółczulnego, a więc głównie nerwu błędnego (pilokarpina, insulina) wpływa na przy-

śpieszenie zjawiania się guzów posmołowych oraz wywołuje szybszy i bujniejszy ich rozrost; podobny wpływ wywierają również środki porażające, względnie hamujące czynność lub sprawność układu współczulnego (gynérgene, sécacornin).

2) Adrenalina oraz dokrewne wydzieliny tarczycy, przysadki, grasicy i jąder hamują rozrost guzów posmołowych, natomiast insulina, gruczolę przytarczyczną oraz substancja korowa nadnercza przyspieszają zjawianie się guzów.

W dyskusji — Prof. Dr. P e l c z a r mówi o szeregu zmian w ustroju, zachodzących u chorych na nowotwory.

Prof. Dr. Jakowicki przypomina, że zmiany w układzie koloidów w przypadkach raka są podobne do zmian w ciąży. W dyskusji ciążyowej ilość cholesteroliny jest względnie niska. Można też mówić o pewnej niedyspozycji do ciąży. Analogja ta raczej wskazywałaby na to, że udział układu nerwowo-roślinnego jest wtórny. Prof. Dr. L e l e s z podkreśla konieczność posługiwania się materiałem zwierzęcym standaryzowanym.

Dr. W. K a r n i c k i nadmieniał, że w swoich badaniach doświadczalnych stwierdził wpływ na rozwój nowotworów niektórych gruczolów dokrewnych.

W odpowiedzi Doc. C z a r n e c k i — Celem zapobiegnięcia zatruciu zwierząt lub uniknięcia wręcz paradoksalnego działania środków wago — i sympatykotropowych, stosowano wstrzykiwania 2 razy tygodniowo, przyczem stwierdzono zazwyczaj wybitne działanie zastrzykiwanych substancji na drodze wyraźnego odruchu naczynio-ruchowego, bądź ogólnego działania na cały ustrój zwierzęcia.

W sprawie używania do doświadczeń zwierząt standaryzowanych — jest to ideał, jednak prawie niedościgniony w naszych warunkach pracy eksperymentalnej, zwłaszcza, jeśli chodzi o większą liczbę zwierząt doświadczalnych.

VI. Prof. Dr. P e l c z a r i Murza-Murczicz. — *Przemiana potasowa w awitaminozie B*. Prelegenci badali wartość potasu w tkankach normalnych gołębi, przyczem ustalili po raz pierwszy, że zawartość potasu u ptaków w stosunku do zawartości u ssaków jest wyższa; w przebiegu awitaminozy wartości te zmieniają się, zależnie od obrazu choroby, przyczem w różnych organach wartości te są zmienne.

W przypadkach porażennych spada zawartość potasu w sercu i wątrobie, wzrasta natomiast w mózgu. Poza tem stwierdzić można było zwiększenie zawartości wody w mięśniu sercowym. U gołębi, żywionych z nadmiarem witamin B, zawartość potasu ulega pewnej stabilizacji, można stwierdzić pewne zwiększenie potasu we wszystkich prawie tkankach badanych.

Z badań tych więc wynika, jak się zdaje, że witaminy B, względnie stany chorobowe, spowodowane brakiem witamin B, wiążą się ze zmianami zawartości potasu w tkankach.

W dyskusji zabierał głos Prof. L e l e s z.

Dr. R y l l - N a r d z e w s k a
Sekretarz T-wa.

Szpital fund. małż. Poznańskich w Łodzi.

Posiedzenie kliniczne oddziałów wewnętrznych im. Seweryna S t e r l i n g a.

Protokół posiedzenia z dn. 4 maja i z dn. 11 maja 1933 r.

Przewodniczy kol. L. S z y f m a n.

Porządek dzienny: Pokaz chorych.

Z o d d z i a ł u A (ordynator L. S z y f m a n)

1) Kol. K r a s o w s k i przedstawia przypadek kily narządów wewnętrznych z przypuszczalnym zakrzepem żyły śledzionowej. Chory lat 26. Przybył do szpitala 31.III. 33 r. ze skargami na ogólne osłabienie i bóle w lewym podżebrzu. W 7-ym roku życia operacja gruczolów tbc. na szyi, przed kilku laty — grypa. Początek (?) obecnej choroby 15.III. 33 r.: ból głowy, niepokój, nieznaczne podniesienie ciepłoty; nazajutrz wystąpiły silne bóle w lewym podżebrzu, utrzymujące się przez cały czas choroby. W ciągu 2 tygodni chory leczyl się ambulatoryjnie. 20.III i 26.III. stwierdzono wybitne powiększenie śledziony (poniżej pępka), tarcie osierdziowe i powiększenie wymiarów serca (sprawdzone rentgenologicznie). Stan w dniu przyjęcia na oddział: Blade powłoki. Stan podgorączkowy. Oddechów 32 na 1' przy braku zmian w płucach. Lewa granica serca na linii sutkowej lewej; uderzenie koniuszkowe na tejże linii w V międzyżebrow; zaakcentowanie II tonu nad tętnicą płucną. Tarcia osierdziowego brak. Tętno 112 na 1' miarowe, słabo wypełnione. Pp — 150-75 mm. Hg. Śledziona twarda, bolesna, sięga do linii

pepkowej, a więc nie tak nisko, jak przed 5-ciu dniami. Brzeg wątroby — $1\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku żebrowego — twardy, gładki, nieco tkliwy. Na dnie oczu zmiany zależne od myopji. Przebieg: Niepokój ruchowy. Senność. Dusznosc. Stan podgorączkowy. Tętno 110 — 120. Śledziona szybko się zmniejsza (3.IV jeden palec powyżej linii pepkowej). Wśród wzmagającego się niepokoju i zamroczenia następuje zgon dnia 4 IV.

Badania laboratoryjne. Mocznik: c. wł. 1011, białka 2 pro mille, 20 — 30 krwinek świeżych i wylugowanych w p. w., pojedyncze leukocyty. O. B. — 23'. W a s s e r m a n n we krwi dodatni. Morfologiczne badanie krwi: nieznaczna limfopenja. Mocznik we krwi 364 miligram%, miano ksantoproteinowe 120. Na podstawie wyniku badania serologicznego przy równoczesnym powiększeniu śledziony i wątroby rozpoznano kilę narządów wewnętrznych. Silne bóle w lewym podżebrzu oraz szybkie zmniejszenie się śledziony wzbudziły podejrzenie zakrzepu żyły śledzionowej. Niepokój ruchowy, zamroczenie, senność, wreszcie zejście śmiertelne były skutkiem mocznicy, którą dowodzą wysoki poziom mocznika we krwi i duże miano ksantoproteinowe. Mocznica ta była wyrazem niewydolności nerek w toku daleko posuniętej sprawy chorobowej, której objawami były: białkomoc, krwimoc oraz nadciśnienie. Bliższe określenie charakteru sprawy, toczącej się w nerkach, było niemożliwe wobec skąpych wwyadów i krótkotrwałości choroby. Brak obrzęków i stosunkowo nieznaczny białkomoc przemawiał przeciwko nerczycej kilowej. Za mało też było danych, aby przyjąć pierwotną marskość nerek, która — choć bardzo rzadko — zdarza się na tle kily. Pozostawało przypuszczenie marskości wtórnej w przebiegu zapalenia nerek. Rozpoznanie brzmiało zatem: *Lues III visceralis (hepato - lienalis)*, *Nephropathia (nephritis?) luica c. insufficientia renum (uraemia)*, *Pericarditis sicca*, *Susp. thrombosis venae lienalis*.

Z oddziału B (Ordynator H. K r y s z e k).

1) Kol. F a j w l e w i c z przedstawia *przypadek białaczki u chorego lat 48*. Schorzenie trwa ósmy rok. Od początku choroby w celach leczniczych stosowano naświetlania promieniami R o e n t g e n a. Liczba białych ciałek we krwi dochodziła w okresach nasilenia do 161.000, w okresach poprawy spadała do 8 — 10 tysięcy. Naświetlanie promieniami R o e n t g e n a podczas pobytu szpitalnego dawało spadek liczby leukocytów, znikanie myeloblastów, znaczne zmniejszenie liczby promielocytów (z 18,5% do 4,5%), zmniejszenie śledziony, jednak przez szereg dni po naświetlaniach trwała reakcja ogólna w postaci bólów głowy i kończyn oraz uporczywej biegunki. Stale zwiększona ponad normę ilość kwasu moczowego we krwi, stale niższa od normy ilość kwasu moczowego, wydalanego na dobę z moczem; stąd niekorzystny w sensie rokowniczym, kilkakrotnie przewyższający normę współczynnik kwasu moczowego, który i po naświetlaniach nie zmniejszał się. Gospodarkę purynową badano po zastosowaniu diety standardowej N e m e n o w a. W przebiegu klinicznym silnie zaznaczone bóle stawowe i mięśniowe. Postępujące wyniszczenie. Równoległe do naświetlań stosowano duże dawki żelaza, arseniku, atophanyli. D y s k u s j a: kol. K o c e n, U r y s o n, S z y f m a n i K r y s z e k.

Z o d d z i a ł u A. (Ordynator L. S z y f m a n).

2) Kol. G r y n b e r g przedstawia *chorą lat 27 z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej i zwięzieniem ujścia żylnego lewego*. W omawianym przypadku prócz niezwykle wzmózonej pobudliwości psychicznej na uwagę zasługuje brak objawów niewyrównania, pomimo że złożona wada serca trwa od 5-ciu lat (co zależy od pomyślniej kombinacji wad). D y s k u s j a: K r y s z e k podkreśla objawy psychiczne, występujące w przebiegu zwięzienia ujścia żylnego.

3) W a j n s z t o k demonstuje *chorego na cukrzycę lat 50, z wielkim karbunkulem karku, operowanym pomimo kwasicy*, której w okresie przed operacyjnym nie można było opanować w ciągu 4 dni przy dżecie węglowodanowej i dużych dawkach insuliny (około 100 jednostek insuliny dziennie). Dopiero po zabiegu (dość rozległym i ciężkim) nastąpiła poprawa: acetonuria znikła po 2 dniach, cukromoc — po 7 dniach; poziom cukru we krwi obniżył się z 3 g. do 1,5 g. w litrze przy stałym zmniejszaniu dawki insuliny. W ropnych sprawach nie zależy zatem z zabiegiem czekać aż do odczerzenia, które bywa utrudnione prawdopodobnie dlatego, że zawarte w ropie zaczynny ropne neutralizują działanie insuliny. D y s k u s j a: U r y s o n.

Z o d d z i a ł u B. (Ordynator H. K r y s z e k).

2) J o k i s z ó w n a przedstawia *30 letniego chorego z guzem śródpiersia* (etjologicznie jeszcze nieokreślonym), dającym bardzo mało objawów podmiotowych; jedynie bóle nad-

brzusza i odbijanie, prawdopodobnie naskutek ucisku nerwu błędnego, obfite poty; brak duszności i kaszlu. Przedmiotowo: nieznaczne rozszerzenie żył na klatkę piersiową i na szyi, trochę szersza prawa żrenica; opukowo — stłumienie, zlewające się ze stłumieniem serca. Stan podgorączkowy. O. B. — 35'; R o e n t g e n: po obu stronach serca i dużych naczyń intensywnie, duże, łukowate, ostro odgraniczone cienie.

3) Kol. U r y s o n przedstawia *chorego na cukrzycę l. 33*, u którego w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc, w okresie wybitnej kwasicy, wystąpiła *odma samoistna*. Kwasica i cukromoc zostały opanowane po ustąpieniu objawów odmy i towarzyszącej gorączki. Odczyn M a n t o u x 1:10.000 ujemny. Brak danych klinicznych i rentgenologicznych dla gruźlicy płuc. Przyjmuje zatem zropienie ogniska bronchopneumonicznego i przebiecie do opłucny w przebiegu cukrzycy z ciężką kwasicą. D y s k u s j a: K r y s z e k, K o c e n, F a j w l e w i c z, S z y f m a n.

Sekretarz: K r a s o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo - Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 13 grudnia 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 19, 1933) E. W a l d s t e i n mówił o wynikach *zapobiegania rzucawce połogowej*. Statystyka jego obejmuje 10.000 porodów. Podczas gdy przed porodem stosuje się już wielokrotnie zapobieganie rzucawce, po porodach zwraca się na nie mało uwagi, aczkolwiek 20% wszystkich przypadków rzucawki zdarza się dopiero w połogu. W wielu zakładach wykazuje rzucawka połogowa 20% śmiertelności, co odpowiada śmiertelności w durze osutkowym i czarnej ospie. Liczbę przypadków rzucawki można zapomoca odpowiedniego zapobiegania ograniczyć do trzeciej części. Prelegent jest przekonany, że prawie u wszystkich kobiet, które dostają później rzucawki połogowej, wykazać można objawy przedrzucawkowe. Rzucaćka przed lub w czasie porodu jest obecnie dwa razy rzadsza, niż dawniej, rzucawka połogowa zaś jest pięć razy rzadsza. Również stosunek wszystkich porodów i przypadków rzucawkowych wykazuje te same stosunki odsetkowe. Na 10000 porodów, 4% rzucawek, ogółem 471 kobiet. Z tego u 86 nastąpiło operacyjne rozwiązanie wyłącznie z powodu rzucawki, przeważnie zapomoca kleszczy, 9 razy — cięcie cesarskie. U 31 kobiet odbyło się operacyjne rozwiązanie z powodu rzucawki i współistnienia innych wskazań, jak: waska miednica, wtórna słabość bólów. Ogółem zatem dokonano 117 operacyjnych rozwiązań u kobiet z objawami przedrzucawkowymi, z których żadna nie dostała później prawdziwej rzucawki. Z pozostałych, u których nie wykonano operacyjnego rozwiązania, 6 dostało rzucawki połogowej. Wszystkie operowane kobiety pozostały przy życiu, podczas gdy 6 z rzucawki połogowej zmarło. Dzieci kobiet z rzucawką połogową wykazują mniejszą śmiertelność, aniżeli dzieci kobiet operowanych. Zapobieganie polega na stosowaniu ograniczonej diety, w której skład wchodzi dużo owoców. Wybitne dnie głodowe i pragnieniowe stosuje się tylko u kobiet z silnie wyrażonymi objawami przedrzucawkowymi. Często podaje się tyroideynę, czasami stosuje się wysokie ułożenie miednicy, podaje się dużo mineralnych środków przeczyszczających. Podczas porodu podaje się luminal i kilkakrotnie pituisan wśródzwnie. Nacięcia ujścia macicy powinny być jaknajmniejsze. Upusty krwi robi się coraz rzadziej, tak samo metreuryę i przebijanie pęcherza płodowego, gdyż wskutek tego widoki późniejszego cięcia cesarskiego stają się znacznie gorsze. Stale należy kontrolować ilość oddawanego moczu i jego ciężar właściwy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 24 listopada 1932 r. (Wien. med. Wschr. N. 21, 1933) pokazywał M. T a u b e n h a u s przypadek *teżyczki, leczony parathormonem*. Teżyczka wystąpiła po wycięciu wola. Leczenie polegało na dwukrotnym zastrzyknięciu 10 jednostek parathormonu C o l l i p a w krótkich odstępach czasu. Już po pierwszym zastrzyknięciu ustąpiły dolegliwości, elektryczna pobudliwość zaś zmniejszyła się. Podczas całego okresu leczenia poziom wapnia we krwi był stały (5 — 6 mgr. %), zawartość zaś fosforu we krwi nieco się zmniejszyła (z 5 do 3,3 mgr. %). Jednocześnie z poprawą stanu ogólnego nastąpił znaczny spadek zwiększonej z początku zawartości albumin osocza, równocześnie nastąpił wzrost globulin i silny spadek współczynnika albuminy: globuliny. Spostrzeżenie to musi być potwierdzone w doświadczeniach na zwierzętach.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 24 listopada 1932 r. (Wien. med. Wschr. N. 21, 1933) pokazywał H. K a h l e r zdjęcia i krzywe ciepłoty przebiegające obecnie na jego oddziale pacjenta, u którego można postawić z wielkim prawdopodobieństwem rozpoznanie *periarteriitis nodosa*. Choroba rozpoczęła się przed trzema mie-

siącami silnymi bólami w kończynach i gorączką o typie zwalniającym. Po osutce, przypominającej plamicę, której ślady jeszcze w chwili pokazu były widoczne, wystąpiło ciężkie zapalenie wielonerwowe we wszystkich czterech kończynach z zanikami mięśniowymi bardzo silnego stopnia i ciężkimi zaburzeniami czucia. Istnieje przytem niedokrewność umiarkowanego stopnia, znaczna leukocytoza (31.600 białych ciałek krwi) z polinukleozą i eozynofilią. W ostatnich czasach przyłączył się do tego krwimocz, zaś ciśnienie krwi podniosło się ze 100 do 145 mm. Hg. Rozpoznanie „*periarteriitis nodosa*” można w pokazywanym przypadku postawić nie tylko na podstawie współistnienia gorączkowego zapalenia wielonerwowego ze zmianami w nerkach i we krwi, lecz przede wszystkim na podstawie szczególnego przebiegu zapalenia wielonerwowego, które z jednej strony wykazuje niezwykle rozmieszczenie zaburzeń czucia w kształcie mańkiety, które występuje również pozatem w procesach naczyniowych, z drugiej zaś ujawnia niezwykle silne wahania zaburzeń czuciowych przy wielokrotnych badaniach. Te silne wahania zdają się również przemawiać za procesem naczyniowym i nadają się jako moment w różniczkowaniu zapalenia wielonerwowego na tle *periarteriitis* z zapaleniami wielonerwowymi innego pochodzenia. Pod względem leczniczym próbowano w pokazywanym przypadku przetwarzania krwi.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego: Wiedniu z dnia 24 listopada 1932 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 21/1933) J. Bauer i M. Schur pokazywali przypadek *współistnienia moczówki cukrowej i moczówki prostej*. 55-letni mężczyzna, umiarkowany pijak z konstytucyjną otyłością zachorował przed dwoma laty wśród następujących objawów: łatwe męczenie się, bezsenność, uderzające uczucie pragnienia i wielomocz. Spadek wagi wynosił 27 kg., waga początkowa — 113 kg. W moczu stwierdzono 3% cukru, i zaczęto chorego leczyć djetetycznie. Podczas obserwacji szpitalnej okazało się, że przy nieznanym cukromoczu chory wydala uderzająco duże ilości moczu, 5 — 6 litrów na dobę, o bardzo niskim ciężarze właściwym 1002 — 1005. Poza umiarkowanym nadciśnieniem tętniczym (180/110, później 165/100), powiększoną wątrobą i śledzioną nie znaleziono zmian przy badaniu fizykalnym. Zawartość cukru we krwi, wynosząca z początku 248 mgr. %,

pod wpływem diety obniżyła się w krótkim czasie do 167 mgr. %. Próba S t a u b a z podwójnym obciążeniem wykazała typową cukrzycową krzywą hiperglikemiczną. Chory wykazywał nadzwyczajną wrażliwość na insulinę. Pod wpływem wśródzłynego zastrzyknięcia 4 jednostek insuliny poziom cukru we krwi obniżył się w ciągu 60 minut ze 185 mgr. % do 123 mgr. %. Niedomogi nerek nie było. Azot resztkowy wynosił 29 mgr. %. Ze obok tej moczówki cukrowej istniała prawdziwa moczówka prosta, było jasne dzięki wynikom próby pragnieniowej, przy której wielomocz utrzymywał się nadal. Przy czterogodzinnej nieprzyjmowaniu płynów następowało zęszczenie krwi raz z 8,02% do 8,56% zawartości białka, za drugim razem z 8,82% do 9,03%. Przytem zawartość soli kuchennej we krwi pozostała w przybliżeniu normalna i podniosła się tylko z 538 mgr. % do 544 mgr. %. Stężenie chlorku sodowego w moczu podniosło się przy próbie pragnieniowej tylko z 0,12% do 0,36%, ciężar właściwy zwiększył się do 1006—1009. Pod wpływem pitaisanu ilość moczu znacznie się zmniejszyła, ciężar właściwy moczu podniósł się do 1015. Wyłączyć można było będące jednocześnie podłożem zaburzeń w przemianie materji schorzenia ogniskowe w ośrodkowym układzie nerwowym ze względu na całkowicie ujemny wynik badania układu nerwowego, normalne siodełko tureckie i normalny wynik badania dna ocznego. Nawiązując do znanych doświadczeń z piciem, przeprowadzonych po raz pierwszy przez R e g n i e r a, możnaby tłumaczyć zależność pomiędzy obu zaburzeniami w ten sposób, że ustrój, już przedtem przyzwyczajony do dość obfitego przepłukiwania (pijak), pod wpływem moczówki cukrowej był nastawiony na wzmożone pragnienie i wskutek tego jeszcze bardziej wzmożony wielomocz, które mogło spowodować typowe zaburzenie moczówki prostej w sensie coraz bardziej zwiększającej się diurezy. Chodziłoby więc o końcowy rozwój mechanizmu, który w szcążkowej postaci występuje od czasu do czasu w moczówce cukrowej, polegając na tem, że nawet po usunięciu w moczu utrzymuje się przez pewien czas wydalenie dużych ilości moczu. Jak dalece konstytucyjna otyłość i istniejąca u pacjenta *gynaekomastia* i niedostateczne uwłosienie klatki piersiowej stanowią wyraz usposobienia konstytucyjnego, dysponującego do powstania tego zaburzenia, pozostaje kwestją nierozstrzygniętą.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Badania nad rozrodczością w Polsce.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

I. Druga ankieta, przeprowadzona wśród lekarzy, miała na względzie odzwierciedlenie stanu rozrodczości wśród szerokiego ogółu. Chodziło nam w danym przypadku nie o dokładne liczbowe dane, których gromadzenie drogą kart indywidualnych jest w toku, i które będzie można opracować dopiero po pewnym czasie, lecz o zebranie i zsumowanie obserwacji lekarzy, którzy, stykając się stale z rozpatrywaniem zagadnieniem, mają na nie pogląd wyrobiony. Wnioski więc te można nazwać sumą poglądów, wartościowych o tyle, że opierają się one na spostrzeżeniach, czynionych u źródła przez dłuższy przeciąg czasu.

Ankiety rozesłaliśmy według następującego wzoru:

Polski Instytut Badania Zagadnień Ludnościowych prowadzi systematyczne badania nad rozrodczością w Polsce, w szczególności chodzi mu o zagadnienie spadku urodzeń. Badania podobne prowadzone są obecnie we wszystkich niemal krajach o wyższej kulturze.

Niezależnie od innych dróg badania Instytut pragnąłby skorzystać z cennego doświadczenia osób, które ze względu na charakter swej działalności stykają się bezpośrednio z tego rodzaju zagadnieniami. Nie wątpiąc, że Szanowny Pan, za-

również ze swej praktyki lekarskiej, jak z obserwacji życia zgromadził obfity zasób spostrzeżeń, Zarząd Instytutu zwraca się z gorącą prośbą o zakomunikowanie mu swych uwag. Zarząd ze swej strony zapewnia, że odpowiedzi będą traktowane jako ściśle poufne, a nazwiska panów informatorów w żadnym razie nie będą ujawniane, o ile nie zażądają wyraźnie podania swego nazwiska lub nie dadzą na to wyraźnego pozwolenia. Nadsyłane mogą być nawet odpowiedzi bezimiennie.

Zarząd nie chce narzucać tej czy innej formy odpowiedzi, uprasza jednak o uwzględnienie w miarę możliwości następujących punktów.

1) Ogólna charakterystyka terenu obserwacji:

wieś czy miasto, duże czy małe; czy chodzi o warstwę zamożniejszą, o inteligencję pracującą, robotników, drobnomieszczaństwo czy o włościan; poziom kulturalny; skład wyznaniowy, narodowościowy i t. d. ludności, o której mowa.

2) Jaki jest stosunek ludności, zwłaszcza kobiet, do zagadnienia potomstwa:

czy zaznacza się chęć posiadania dzieci — ilu: wielu, jednego, dwojga, lub też wogóle przeważa niechęć do posiadania dzieci? Jeżeli istnieje dążność do ograniczenia potomstwa, to jakie względy o tem rozstrzygają: warunki materialne, mieszkaniowe? pragnienie zapewnienia sobie lub potomstwu lepszego stanowiska w życiu? praca zarobkowa kobiety? zły stan zdrowia? obawa przed kłopotami związanymi z ciążą i porodem? inne względy, jakie mianowicie?

Panów lekarzy rozporządzających dłuższą praktyką

*) Patrz N. N. 19, 20, 21 — 1933 r. W. Czasopisma Lekarskiego.

uprasza się w szczególności o zaznaczenie, czy poglądy w tym względzie uległy zmianom, np. w porównaniu z okresem przedwojennym.

3) Czy stosowane są środki zapobiegania ciąży i jakie mianowicie?

Panów lekarzy pracujących wśród ludności mniej zamożnej, zwłaszcza wiejskiej, uprasza się o zwrócenie szczególnej uwagi na ten punkt. Należy mieć na uwadze nie tylko środki zapobiegawcze w rozumieniu medycyny dzisiejszej, lecz również wszelkiego rodzaju sposoby domowe, zapobiegające istotnie lub w mniemaniu ludności mające zapobiegać zapłodnieniu.

4) Czy jest stosowane przerywanie ciąży:

jeżeli tak, to w jakich formach?

5) Inne czynniki, wpływające na zwiększanie się (lub zmniejszanie się) liczby potomstwa:

bardzo wczesne lub bardzo późne małżeństwa, bezpłodność fizjologiczna, alkoholizm, choroby (zwłaszcza weneryczne) i t. p.

O ile byłoby możliwe poparcie uwag w tych kwestiach danymi liczbowymi, zaczerpniętymi z własnej praktyki lub z innych źródeł, uprasza się o podanie liczb możliwie szczegółowo.

Zarząd Instytutu prosi o nadesłanie odpowiedzi pod adresem Instytutu, Warszawa, Al. Jerozolimskie 32, o ile możliwości w terminie dwutygodniowym od daty otrzymania niniejszego.

Wypełnionych kwestionariuszów otrzymaliśmy 140, niektóre obszernie opracowane, podane w postaci niemal artykułu, większość zawiera tylko krótsze lub dłuższe odpowiedzi, dostosowane w ogólnych zarysach do punktów kwestionariusza. Odpowiedzieli na kwestionariusz głównie lekarze starsi, posiadający długoletnią praktykę, niekiedy zamieszkali na tem samem miejscu po kilkadziesiąt lat, co znacznie zwiększa wagę informacji. Niektórzy z odpowiadających interesują się omawianiem zagadnieniem już od lat, prowadzą własne notatki, mają własne zdecydowane poglądy na politykę ludnościową. Wiele cennych odpowiedzi nadesłali ginekolodzy, ze sprawą najbliższą obeznani, jak również lekarze powiatowi, szpitalni i Kas Chorych, w kilku przypadkach naczelni, a więc rozporządzający dużym materiałem.

Jeżeli mowa o wnioskach, należy zgóry zaznaczyć, że są one dość ogólnikowe, a to dlatego, że nadesłane odpowiedzi, zgodnie z postawionymi pytaniami, są również utrzymywane w formie ogólników, nie zawsze zresztą jednolitych. Między obserwatorami z tego samego terenu istnieją niejednokrotnie rozbieżności. Najczęściej wypełniający kwestionariusz podaje obraz spraw, które go najbliższej obchodzą i są mu najlepiej znane, ktoś inny, pisząc o tem samem zagadnieniu, kładzie główny punkt ciężkości na inną stronę tej samej sprawy, poza tem jeden pisze bardzo rzeczowo, drugi rozpatruje zagadnienie od strony uczuciowej albo zajmuje się jakimiś szczegółami z własnych przeżyć, które mu utkwiły w pamięci, naogół jednak w ocenie problemów zasadniczych istnieje uderzająca zgodność. Tem niemniej, głównie wskutek ogólnikowych określeń, nie można całości odpowiedzi ująć w postaci tabliczek liczbowych, z konieczności zaś trzeba wyniki podać również ogólnikowo. Dla uzasadnienia zaś słuszności wyprowadzonych wniosków umieszczam,

podobnie jak przy omawianiu rozrodczości wśród lekarzy, bardzo dużo wyjątków.

I. Otrzymane ankiety obejmują cały kraj, reprezentowane są, choć w niejednakowym stopniu, wszystkie województwa: województwa zachodnie 18, województwa centralne 41, województwa południowe 37, województwa wschodnie 22, Warszawa 15, niewiadomo — 7 odpowiedzi.

Jak wytycza z analizy odpowiedzi dotyczących tak samo wsi, jak i miast. Podział ścisły jest tu trudny do przeprowadzenia, gdyż lekarze, praktykujący w miastach, mają wiele pacjentek ze wsi, szczególnie specjaliści w omawianej dziedzinie.

W odpowiedziach podany jest także podział według wyznania i narodowości, ale w całości różnice te nie dadzą się uwzględnić. Można tu najwyżej mówić o podziale rasowo - wyznaniowym, to jest o ludności chrześcijańskiej i żydowskiej. Różnice, spostrzeżone pod tym względem, będą uwypuklone przy omawianiu poszczególnych pytań.

II. Pytanie—stosunek ludności do zagadnienia potomstwa — jest bodaj najważniejsze, gdyż od tego stosunku uzależnione jest postępowanie. Otóż na ogólną liczbę 140 odpowiedzi zaledwie w 10 znajdujemy wyraźne twierdzenie, iż w tych okolicach niema wcale dążności do ograniczenia potomstwa wśród ludności wiejskiej, względnie małomiasteczkowej. Te odpowiedzi budzą pewne wątpliwości, gdyż w niektórych z tych kwestionariuszów nieco dalej jest mowa o poronieniach, i otaczające tereny wykazują według innych obserwatorów spadek rozrodczości. W każdym razie odpowiedzi te należy uwzględnić, należy również podkreślić, że z dziesięciu — pięć dotyczy województw zachodnich — pomorskiego i poznańskiego, gdzie „ze względu na głęboką religijność i ogromne wpływy księży wśród ludności tubylczej o sztucznem ograniczaniu potomstwa przeważnie mowy niema” (4).

Poza tem na wschodzie i na zachodzie, u żydów i u chrześcijan, spotykamy zdecydowane dążenie do ograniczenia potomstwa, przenikające stopniowo do najniższych warstw ludności, i to jest najbardziej charakterystyczne dla przeżywanego okresu. O natężeniu tego zjawiska, biorąc porównawczo, mówić trudno, odnosi się jednak takie wrażenie, jakoby w województwach południowo - wschodnich, zamieszkałych przez ludność rusińską, było ono mocniej, niż gdzieindziej, zaakcentowane. Najjaskrawiej występuje ograniczenie potomstwa wśród rodzin zamożnych, inteligentnych. W tem środowisku najczęściej spotykamy się z odkładaniem momentu przyjsia na świat pierwszego dziecka, z systemem jednego dziecka, z małżeństwami bezdzietnymi przynajmniej przez szereg lat, w wyjątkowych okolicznościach z zupełną niechęcią do posiadania dzieci. „Całkowitą niechęć do posiadania dzieci obserwuje się tylko u małżeństw urzędniczych, tak państwowych, jak i prywatnych, naturalnie, nie u wszystkich, lecz dość często”. (45). „Muszę zaznaczyć, że wśród proletariatu pierwsza lub nawet 2 — 3 ciążę przyjmowane są pogodniej, niż wśród inteligencji; do rozpacz doprowadza tam ciąża matkę już licznej rodziny, gdy ta matka musi swojemi zarobkami utrzymywać rodzinę, co w czasie bez-

robocia jest na porządku dziennym. Wśród inteligencji spotyka się często wystrzeżenie się już pierwszej ciąży". (118).

Ale warstwy zamożniejsze ograniczały liczbę dzieci i dawniej, choć w mniejszym stopniu, w warstwach ludowych jest to nowość, przybierająca rozmiary gwałtownie szerzącej się epidemii. Jak powiada jeden z lekarzy, „obecnie istnieje po prostu paniczny strach przed dalszym rozrostem rodziny i to bynajmniej nie tylko wśród warstw zamożniejszych". Można powiedzieć, że unikanie potomstwa jest w stosunku odwrotnym do stopnia zamożności, kultury i uświadczenia: im ludność jest zamożniejsza, bardziej kulturalna i uświadczenia, tem mniej posiada dzieci. Wśród drobnej burżuazji i zamożniejszych warstw robotniczych trzecia, czwarta ciąża traktowana jest już jako klęska. Jeżeli mowa o kobietach wiejskich i małomiasteczkowych, to i one nie chcą, niekiedy boją się wprost licznych rodzin, choć chętniej, niż wyższe warstwy, idą na 4 — 5, a dopiero większą liczbę dzieci uważają za „dopust Boży". Ale i wiejskie kobiety coraz częściej pragną tylko dwojga i dlatego zwracają się do lekarza po „takie lekarstwo, po któremby się nigdy w ciążę nie zachodziło", bo doktor może tak „każdą kobietę zaprawić, żeby nigdy więcej nie miała dzieci".

Przykłady: „W ostatnich latach zastoju przemysłowego, redukcji i małych zarobków widzimy r a d y k a l n ą zmianę w zachowaniu się mężatek, w młodszych stadłach unika się ciąży, powyżej dwojga dzieci nie chce mieć przeciętna para. Rozstrzygają wyłącznie warunki materialne, trudność wychowania i ciężka perspektywa w przyszłości — poczucie nadmiaru ludności". (8). „Stosunek do zagadnień potomstwa w ostatnich czasach (po wojnie) ulega coraz bardziej zmianie w kierunku ograniczenia potomstwa. Wpływa na to poczęści bieda, poczęści zaś przykład inteligencji i łatwość wykonania zabiegu (młodzi lekarze, akuszerki)". (15). „Tak w mieście, jak i na wsi zaznacza się wyraźna tendencja do utrzymania systemu dwojga dzieci, o chęci posiadania wielu dzieci nigdy nie słyszałem, raczej przeważa niechęć. Nie ulega wątpliwości, że obecnie poglądy w tym względzie uległy zmianom, bowiem w okresie przedwojennym przeważała chęć posiadania dzieci". (31).

Najmniej obawiają się zbyt licznego potomstwa, a, co z tego wypływa, i najmniej starają się o niedopuszczenie do powiększenia rodziny ponad pewną normę te warstwy, które są najmniej zabezpieczone — proletarij miejski i nędza wiejska. Kilkakrotnie spotyka się wzmiankę o bezrobotnych. Przykłady: „W warstwach uboższych, mało oświeconych, zwłaszcza w rodzinach bezrobotnych popęd płciowy nie jest hamowany żadnymi względami (w tych sferach rozrodczość stosunkowo największa). Charakterystyczny w tej dziedzinie jest fakt znacznego wzrostu porodów panińskich". (133). „Zwiększenie liczby urodzeń daje się zauważyć w ciągu ostatnich 2 lat w związku ze zwiększeniem się liczby bezrobotnych. Odnosi się wrażenie, że bezrobocie stanowczo wpływa na zwiększenie liczby urodzin, co tłumaczy się łatwo tem, że bezrobotny częściej miewa stosunki z żoną, niż robotnik pracujący". (115).

Na stosunki płciowe i dużą rozrodczość mają te płodne grupy ludności własną filozofję, którą dosadnie wyrażają. Jeden z lekarzy powiada, że, kiedy fernalowi, zajmującemu z rodziną z 9-ciu osób, maleńką izdebkę, zwrócił uwagę na jego liczne bardzo potomstwo, indagowany odpowiedział: „człek nie zje, nie wypije, nie ubierze się — jeszcze tego będzie sobie żałował?". Ktoś inny znowu głosi, że „na to postu niema", i w imię tych zasad miejski lumpenproletarij i wiejska nędza mnożą się bez zastrzeżeń. Biedny chłop polski dowodzi: „kogo Pan stworzył, tego nie umorzy", a ortodoksyjny nędzarz żydowski: „da Pan Bóg dzieci, to da i na dzieci", albo też „jest dla tyłu, to starczy i dla jeszcze jednej gęby".

Charakterystyczne jest ustosunkowanie się męczyzn (mężów) do licznych rodzin i do kobiety jako matki. Męczyźni pragną dzieci, niekiedy, szczególnie wśród ludności zamożniejszej i bardziej kulturalnej, pragną więcej, niż kobiety, chociaż często unikają potomstwa ze względu na zdrowie żon, na niepewny byt przyszłego potomstwa. „Naogół powiedziałbym, że raczej męczyźni chcieliby mieć dzieci i to w liczbie większej od jednego. Kobiety naogół pragną jednego dziecka, zwłaszcza wśród inteligencji" (1).

W warstwach ludowych, posiadających zwykle dzieci znacznie więcej, nie spotykamy się prawie z tem zjawiskiem, to jest dążeniem do większej rodziny ze strony męża wbrew chęciom żony, raczej odwrotnie, często wyrażają oni niezadowolnienie ze zbyt licznej rodziny i niedoświadczenia żony, nie umiejącej zapobiec przyjsiciu dziecka na świat. „Wobec bardzo ciężkich warunków życiowych włościłanki nie chcą rodzić więcej, niż 1 — 2 dzieci. Trzecie już zwykle jest wcale a wcale nie miłym gościem; już niema co mówić o 4-em. Bywały wypadki, kiedy kobiety mdlały z rozpacz po stwierdzeniu ciąży", „...bo mąż mnie zabije...". (16). „Radź sobie sama" — oto najczęstsza rada męża i przyszłego ojca. Im niższa warstwa społeczna, tem większa obojętność cechuje męczyznę do skutków zbliżenia płciowego, on szuka zadowolenia, a możność zajścia w ciążę ze strony żony, obawa liczego potomstwa mało go obchodzi i mało hamują dążenia instynktu. Rzecz charakterystyczna — kobiety podtrzymują, czy aprobują ten brak zainteresowania u własnych mężów, uważając te sprawy za własne, kobiece". „Z chłodem ja tam nie mogę gadać; na to on chłop, aby swoje robił". (62a).

Twarde życie nie sprzyja tu wyszlachetnieniu uczuć, i nawet niebezpieczeństwo śmierci nie zawsze przeraża. Jak krowa zachoruje, to chłop w tej chwili jest u aptekarza, ale jak żona, to może przejdzie, szkoda pieniędzy, a zresztą, „jak umrze, to wezmę posag (kilka krów i koni), a jak zdechnie krowa, to mi drugiej nikt nie da", czytamy w kwestjonariuszu (16). „Zresztą, i w zamożniejszych chłopskich rodzinach kobieta często musi sobie sama radzić, bo mąż nie dba o wykarmienie, odzianie, wychowanie i wykształcenie swych dzieci, a często nawet nie dba również i o żonę, znajdującą się w ciąży, a więc cały ciężar rodzenia i wychowania spoczywa na barkach kobiety" (24).

Przyczyny, jakie wpływają na ograniczenie potomstwa, są nie zupełnie jednakowe w

różnych warstwach społecznych, choć podobnie. U ludności zamożniejszej najczęściej spotykają się względy takie, jak: niechęć do obniżenia stopy życiowej, skromne zarobki, niepewność jutra, brak odpowiedniego mieszkania, obawa kłopotów, związanych z wychowaniem potomstwa, troska o należyte wychowanie dzieci, a później o zapewnienie im odpowiedniego stanowiska w życiu, obawa okresu porodowego, zły stan zdrowia matki, praca zawodowa matki, złe współżycie małżeńskie. W warstwach niezamożnych występują albo wyłącznie, albo dominują braki materialne, często najzwyczajniejsza nędza, brak środków do wyżywienia dzieci, już wchodzących w skład rodziny. Rzadziej spotyka się jako przyczynę obawę przed rozdrobnieniem gospodarstwa wśród gospodarzy wiejskich, pracę zawodową matki wśród robotnic fabrycznych, chorobę (stan zdrowia kobiety rzadko tu w grę wchodzi), brak mieszkania albo zgola rzadkie przypadki — obawy przed zajściem w ciążę w wieku późniejszym, kiedy już pozostałe dzieci są dorosłe, a więc wstyd. Naturalnie, podział na takie dwie grupy jest sztuczny, gdyż między unikaniem kłopotów, związanych z wychowaniem dzieci — u gór, i bieda, która każde nowe dziecko potęguje — u dołu, jest cała gama przejść; faktycznie to są tylko różne stopnie tego samego zjawiska. I jedni i drudzy nie chcą mieć dzieci lub wiele dzieci, bo im bez nich łatwiej w życiu, lepiej, wygodniej.

Ale warunki materialne prawdopodobnie nie są jednak decydujące. Znana lekarka, przywiązująca dużą wagę do strony materialnej, jako dominującej, mówi: „Przed wojną pracowałam bardzo intensywnie wśród ludności fabrycznej w Łodzi, tam też bywała bieda, co prawda, nie była to ludność bezrobotna, ale w czasie takiego locautu w r. 1907 niektóre rodziny robotnicze doprowadzone były też do nędzy ostatecznej, jednak nie było tego prawie powszechnego, panicznego strachu przed ciążą”. (118).

Kilku lekarzy zwraca uwagę na zmianę ustosunkowania się do tej sprawy, na charakterystyczne psychiczne nastawienie ogółu ludności do licznej rodziny. „Odgrywa tu rolę ogólne nastawienie psychiczne, a nie warunki materialne, które po wojnie w danej miejscowości raczej się poprawiły, i tylko obecnie, w dobie kryzysu, zubożenie ludności rzuca się w oczy”. (115). Najbardziej jaskrawym wyrazem tego stosunku jest, iż małżeństwa, posiadające większą liczbę dzieci, traktowane są przez otoczenie ze współczuciem, szczególnie w warstwach zamożniejszych. Kto wie, czy ten stosunek psychiczny nie jest decydujący w sprawie rozrodczości? Nie jest także bez znaczenia osłabienie więzów rodzinnych, a w uboższych warstwach ludności również i to, że dziecko przestało być majątkiem. Religja, jako hamulec zapobiegania ciąży i jej przerywania, odgrywa coraz mniejszą rolę. Przeważająca większość lekarzy podkreśla, iż pod tym względem nawet wśród włościan panują wolnomyślnie zapatrywania, i że ogólnie biorąc nastąpiły tu radykalne zmiany, które się wciąż potęgują. Może najdłużej wpływy religii dają się obserwować wśród małomiasteczkowej ludności żydowskiej, żyjącej w dużej nędzy i ciemnocie. „U wierzących mas żydowskich religja jest

znacznie silniejszym hamulcem, aniżeli u równie wierzących chłopów” (74). Myśl ta powtarza się wielokrotnie. Ale nawet małżeństwa religijne chasydzkie „ze świadomością grzechu”, jak powiada jeden z lekarzy, coraz częściej i coraz bardziej ograniczają swoje potomstwo, nie mówiąc już o młodem pokoleniu żydowskim, zarażeniem wolnomyślnością, które się ogranicza do 1 — 2 dzieci.

Trudno dokładnie ustalić, kiedy ten ruch, zmierzający do ograniczenia potomstwa, rozpoczął się, choć najczęściej wiąże się go z okresem powojennym. Czy odgrywa tu rolę ogólnie przyjęte rozumowanie, w którym Wielka Wojna odgrywa rolę bodźca, przyspieszającego ruch, rozpoczęty dawniej — z ankiet odpowiedzieć trudno. W każdym razie, jeżeli chodzi o uboższe warstwy społeczeństwa, wszystkie ankietu zgodnie podkreślają przełomowy moment Wielkiej Wojny. Ale moment ten nie jest jedyny, wielu bowiem lekarzy podaje, że w ostatnich zupełnie latach omawianych ruch wzmógł się znacznie na sile, w niektórych zaś kwestionariuszach czytamy wyraźnie, że to unikanie potomstwa występuje niezmiernie jaskrawo dopiero od lat 2 — 3. Przykłady: „Od 2 lat zaznacza się we wszystkich warstwach niechęć do zachodzenia w ciążę jeszcze większa, niż przedtem. Powodem jest kryzys. Naogół kobiety pragną mieć jedno dziecko i to zwykle po 30-tym roku życia. Wcześniej nie chcą się obciążać odpowiedzialnością”. (1). „W ostatnich czterech latach uwidoczniła się tendencja do zmniejszenia liczby potomstwa. Zauważyć to można także do pewnego stopnia u ludności wiejskiej” (3). „...najczęściej sztuczne poronienia, które w ostatnich latach (dwu) dla mnie są wprost zastraszające” (11). „Liczba urodzeń zmniejszała się w ostatnim czasie, to jest w ostatnich dwóch latach, zastraszająco” (116). Czy spostrzeżenia te są słuszne, czy też nasi informatorzy wychodzą z założeń teoretycznych, wiążąc omawiane zjawiska z kryzysem, nie przesadzam, w każdym bądź razie niema żadnej wątpliwości, że ruch ten przybiera w ostatnich latach coraz szybsze tempo.

Z tego, co wyżej powiedziano, wypływa, że wobec ogólnego unikania licznych rodzin w jakiś sposób zapobiegają ciąży wszystkie niemal warstwy ludności. W metodach zapobiegawczych jednak istnieją duże różnice. Warstwy zamożniejsze stosują metody mniej lub więcej zbliżone do tego, co wskazuje wiedza współczesna, co jest stosunkowo najdostępniejsze, co świat lekarski zaleca i sam stosuje, a więc w porządku kolejności (przypuszczalnie): a) *coitus interruptus* (nie propagowany lecz najszerzej używany), b) prezerwatywy, c) przeplókiwania najczęściej środkami odkażającymi, d) różnego rodzaju *globuli vaginales*, e) tampony, *pessaria*, *occlusiva*.

Idąc stopniowo z gór na dół poprzez szczeble drabin społecznej, spotykamy metody coraz prymitywniejsze, a mniej celowe. Zamożniejsi rzemieślnicy, handlowcy, robotnicy wykwalifikowani, żyjący w pewnym dostatku ludność miejska wie o używaniu gąbek, tamponów, prezerwatyw, o przeplókiwaniu, może sobie pozwolić na wydatek i na techniczne możliwości (mieszkanie!) zastosowania zaleconego środka, natomiast warstwom ludowym pozostaje jedynie wstrzemięźliwość, która

szczególne w tych warunkach jest propaganda dość jałową i *coitus interruptus* (wśród ludu zwany pospolicie „cofańcem”), często stosowany, coraz bardziej rozpowszechniający się. Jest to jedyna metoda równie rozpowszechniona wśród ludu, jak i wśród warstw zamożniejszych, nie wyłączając lekarzy.

Poza tem, badając metody zapobiegawcze, używane przez olbrzymie masy kobiet wiejskich i miejskich, wkraczamy już w świat fantastyczny. O środkach mechanicznych, mniej lub więcej celowych, ludność wiejska i proletarijat miejski, szczególnie w małych miasteczkach, nie wie lub nie może ich zastosować już to dlatego, że są zbyt drogie (prezerwatywy), już to dlatego, że nie umie się z nimi obchodzić, nie wie, gdzie je nabyć, jeżeli chodzi o małe miasteczka, krępuje się pójść do apteki, bo „tam wszystkich znają”, niema odpowiednich warunków otoczenia (jedna izba).

Ze środków, szeroko używanych wśród ludu, należy wymienić kilka. Przedewszystkiem, poza spółkowaniem przerywanem, długie karmienie

dzieci, do lat 2, wyjątkowo do 3, nawet dłużej. W wielu okolicach wśród ludu jest rozpowszechnione mniemanie, że zajście w ciążę jest możliwe tylko w pewnych dniach między jedną menstruacją i drugą, choć dni te są bardzo mglisto ujmowane i ciągną się od jednej menstruacji do drugiej. Rozpowszechniony jest również pogląd, że zapłodnienie nie nastąpi, jeżeli zaraz po stosunku płciowym kobieta odda moc, gdyż moczem ma być splókanie nasienie, albo, jeżeli kobieta pokonywa swój *orgasmus sub coitu*. Wytwarza to podobno swego rodzaju męczennicę. „Wśród „więcej wiedzających” zakorzeniona jest wiara, że skrzywienie macicy uniemożliwia zajście w ciążę. Są pacjentki, które w związku z tem nie pozwalają sobie nastawiać skrzywionej macicy, choć jest to konieczne dla ich zdrowia, lub wręcz proszą o umyślnie skrzywienie macicy. Jako *curiosum* można przytoczyć pogląd (niestety, obalony przez rzeczywistość), że zapłodnienie nie następuje, jeżeli spółkowanie odbywa się z zachowaniem *situs inversus*” (71). (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	16 VII — 22 VII	23 VII — 29 VII	30 VII — 5 VIII	6 VIII — 12 VIII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	1 (0)	1 (0)	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	225 (16)*	218 (10)	168 (16)	280 (12)
Dur rzekomy	0	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Dur osutkowy . . .	20 (1)	33 (3)	27 (4)	19 (0)
Dur powrotny . . .	0	0	1 (0)	0
Czerwonka	14 (1)	19 (0)	74 (4)	22 (1)
Płonica	306 (8)	288 (8)	244 (8)	274 (8)
Błonica	214 (10)	214 (8)	183 (12)	188 (7)
Zapał. op. mózg. .	10 (1)	5 (0)	8 (4)	8 (1)
Odra	330 (3)	213 (1)	148 (1)	123 (1)
Róża	69 (2)	46 (2)	64 (3)	70 (1)
Krztusiec	120 (3)	110 (3)	128 (2)	115 (5)
Malarja	15 (0)	10 (0)	2 (0)	6 (0)
Posoczn. połóg. .	29 (4)	26 (10)	24 (2)	21 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	449 (0)	387 (0)	280 (0)	319 (0)
Waglik	0	1 (0)	3 (1)	5 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	8 (0)	0	2 (0)	1 (0)
Wścieklizna	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0
Zatr. jad. kiełb. .	0	1 (0)	0	1 (1)
Chor. Heine-Medina .	0	1 (0)	2 (0)	2 (0)
Twardziel	0	0	1 (0)	0
Inne choroby zakaźne	34 (0)	30 (4)	28 (3)	17 (3)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— K o m u n i k a t. W czasie XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu we wrześniu r. b., połączonego z IV Zjazdem Związku Lekarzy Słowiańskich, obradować będzie Sekcja społeczno-lekarska. Porządek obrad tej sekcji jest następujący: Dnia 12.IX.1933 r. od godz. 16—18-ej: 1. Dr. Josef Malik, Praga: Działalność gospodarcza

czechosłowackich lekarzy. 2. Prof. Dr. Janiszewski, Warszawa: Reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i złączenie wszystkich agend administracyjno-lekarskich i profilaktycznych w tem Ministerstwie. 3. Dr. Cieszyński, Warszawa: Opieka nad zdrowiem wsi a spółdzielczość. Dnia 13.IX.1933 r. od godz. 17 — 19-ej: 1. Dr. Bretislav Helbich, Praga: Znaczenie organizacji lekarskiej w Czechosłowacji dla utrzymania zawodowego poziomu moralnego i gospodarczego. 2. Dr. Jan Zajączkowski, sekretarz generalny Związku Lekarzy P. P. w Warszawie: Lekarskie Związki Zawodowe w Polsce—ich organizacja, zakres działania i rozwój. 3. Dr. Świątek, Bydgoszcz: Położenie społeczne lekarzy w Polsce. Dnia 14.IX.1933 r. od godz. 17 — 19-ej: 1. Dr. Konkiewicz, Poznań: Kasy Chorych w Polsce a lekarze. 2. Dr. Matusewski, Poznań: Lekarskie instytucje ubezpieczeniowe. Obrady Sekcji odbywać się będą w auli Gimnazjum im. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Bukowska 16 (a nie w auli Wyższej Szkoły Handlowej w Poznaniu, jak to w I-szym komunikacie podano). Przewodniczący Sekcji społ.-lekarskiej

Dr. Konkiewicz.

— W porozumieniu z p. Prof. Dr. Gantkowskim na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu utworzona została podsekcja dla walki z alkoholizmem. Posiedzenie odbędzie się we czwartek dn. 14 września 1933 r. o g. 15 w sali Domu Akademickiego przy Władach Leszczyńskiego 6. Reферaty wygłoszą: 1) Dr. S. Stypulkowski, — System walki z alkoholizmem na terenie I Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Warszawie. 2) Dr. Cieszyński. — Alkohol a dziecko. 3) Dr. Henryk Zajączkowski. — Lecznica dla alkoholików. 4) Ks. Dyr. Galdyński. — Doświadczenia w pracy w Poradni Polskiej Ligi Przeciwalcoholowej. 5) Red. Kazimierz Kalinowski. — Pacjent - abstynent. 6) Jan Szymański. — Walka z alkoholizmem i lekarze. 7) Dr. Stan. Leszkiewicz. — Dlaczego ludzie piją? 8) Doc. Dr. J. Hurynowicz i Dr. J. Krasowska. — O niektórych zmianach we krwi u alkoholików. 9) Dr. Tadeusz Frąckowiak. — Alkoholizm chroniczny z punktu widzenia charakterologii. 10) Doc. Dr. G. Szulc. — Czy alkohol jest pożywnością. 11) Prof. Dr. Gantkowski. — Dzisiejsze poglądy na alkohol jako lek.

— VI Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku — Cieplicy. Program Kursu. Środa, dnia 6.IX.1933 r. godz. 21.30. Zebranie Towarzystwa zapoznawcze w Salonach Zdrojowego Klubu Towarzystwa w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa“). Czwartek, dn. 7.IX.1933 r. Godz. 9.15. Otwarcie Kursu i przemówienia. Godz. 9.45 — 13.15 wykłady: 1. Godz. 9.45 — 10.30. Minister, Dr. med. Witold Chodźko (Warszawa). „Doświadczenia lecznicze ubezpieczeń długoterminowych na terenie uzdrowisk polskich“. 2. Godz. 10.45 — 11.30. Prof. Dr. med. Jan Lauber (Warszawa). „Rola gruźlicy w chorobach oczu“. 3. Godz. 11.45 — 12.30. Dr. med. Antoni Tuchendler (Warszawa). „Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych“. 4. Godz. 12.45 — 13.15. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego firmy „T-wo Przem. Chem. Farm. d. Magister Kławe S. A. — Warszawa“. 5. Godz. 15.00 — 15.30. Zwiedzanie Parku Zdrowia, Pływalni termalno - solankowej i Ogrodu Jordanowskiego. Prowadzi i wyjaśnień udzieli Dr. med. T. Chrapowicki, kierownik Pływalni. Zwiedzenie tężni. 6. Godz. 20.00. Teatr. Piątek, dn. 8.IX.1933 r. Godz. 9.15 — 13.45 wykłady: 1. Godz. 9.15 — 10.00. Prof. Dr. med. Maksymilian Rose (Wilno). „Rwa kulszowa i jej leczenie“. 2. Godz. 10.15 — 11.00. Doc. Dr. med. Antoni Dobrzański (Lwów). Cierpienia zatok bocznych i ich leczenie zdrojowiskowe. 3. Godz. 11.15 — 12.00. Doc. Dr. med. R. Raszeja (Poznań). „Djagnozka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo - ortopedyczne“. 4. Godz. 12.15 — 13.00. Dr. med. Stanisław Popowski (Warszawa). „Podstawy leczenia bodźcowego gruźlicy w wieku dziecięcym“. 5. Godz. 13.15 — 13.45. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego firmy Dr. Madaus et Comp. 6. Godz. 15.30 — 16.00. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (Cieplica, źródła, łazienki), poprzedzone wykładem orjentacyjnym Lekarza Zakładowego Dr. med. Wł. Iwanowskiego. Objasnień na miejscu udzielać będą oprócz Dr. med. Wł. Iwanowskiego i Kierownicy Oddziałów: elektrolecnicznego Dr. med. A. Moszyński, wodolecnicznego Dr. med. P. Rudzki i wzięwalnianego Prof. Dr. med. J. Szmurlo. 7. Godz. 21. Zebranie Koleżeńskie w sali Malinowej hotelu Millera. Sobota, dn. 9.IX.1933 r. Godz. 9.15 — 12.00 wykłady: 1. Godz. 9.15 — 10. Prof. Dr. med. Ludwik Paszkiewicz (Warszawa). „Choroby dróg żółciowych“. Godz. 10.15 —

11. Doc. Dr. med. Stefan Sterling - Okuniewski (Warszawa). „Podstawy leczenia nad- i niedokwaśności żołądka. 3. Godz. 11.15 — 12.00. Prof. Dr. med. January Zubrzycki (Kraków). „Przyczyny i leczenie krwawień okresów przejściowych kobiety“. Zamknięcie VI Kursu. Godz. 14.00. Wycieczka do Torunia. Dla uczestników Kursu zorganizowaną została Wystawa wyrobów i przetworów farmaceutyczno - lekarskich. Oplata od uczestników kursu Zł. 20.— od osoby towarzyszącej Zł. 15.— Uczestnicy mają zapewnione w dn. 7, 8, 9.IX bezpłatne mieszkanie w Zdrojowisku oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne w drodze powrotnej. Biuro Kwaterunkowe czynne na dworcu Kolejowym. Komitet VI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku Cieplicy: Stanisław Wiśniewski, Dyrektor Państw. Zakładu Zdrojowego i Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej w Ciechocinku. Prof. Dr. med. Jan Szmurlo, Przewodniczący Komitetu. Doc. dr. med. L. Lorentowicz, Zastępca Przewodniczącego, Dr. med. Przemysław Rudzki, Zastępca Przewodniczącego, Dr. med. T. Chrapowicki, Sekretarz, Dr. med. J. Hurwicz, Skarbnik. Dr. med. J. Drac, Członek Komitetu, Dr. med. W. Iwanowski, Członek Komitetu.

— Opuścił prasę „Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1933/34 rok“ w opracowaniu Dra Stanisława Konopki. Obszerniejsze omówienie tej książki, godnej jaknajszerszego rozpowszechnienia, podajemy w dziale „Oceny książek“.

— Towarzystwo przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, d. Magister Kławe S. A. prosi nas o zaznaczenie, że narówni ze wspomnianym przez nas w N. 27/28 „W. Cz. L.“ w dziale „Wskazówki praktyczne“ preparatem zagranicznym, zabezpieczającym przed chorobą morską, wyrabia całkowicie podobny preparat krajowy p. n. Aëromarin Kławe, zabezpieczający przed skutkami choroby morskiej i powietrznej.

ZMARLI:

Władysław Mazurkiewicz, prof. farmacji i farmakognozji Uniwersytetu Warszawskiego.

Prof. Storm van Leeuwen, dyrektor Instytutu terapeutycznego Uniwersytetu w Leydzie, znany badacz chorób alergicznych.

TREŚĆ: G. BYCHOWSKI. Psyche i Soma. — P. LIDZKA. O pneumokokowym zapaleniu otrzewny u dzieci. — I. PINES. Wpływ wyciągów alkoholowych z guzów rakowych na poziom cukru we krwi u psów normalnych. — A. LANDAU i Wł. HEJMAN. Studja kliniczne nad niedokrewnością złośliwą. — St. KRAMSZTYK i A. BER. Badania doświadczalne nad działaniem leczniczym czynników przeciwanemicznych. — A. FRYSZMAN. Przyczynę do patogenezy i kliniki wstępnego prądu moczu (reflux). — B. KRYŃSKI i A. OPACKI. Zapalenie okołostawowe stawu barkowego ze zwapnieniami. — J. MUSZKATENBLIT. O etiologii i patogenezie ziarnicy złośliwej (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Badania nad rozrodczością w Polsce. — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. BYCHOWSKI. Psyche et Soma. — P. LIDZKA. Sur la péritonite à pneumocoques chez les enfants. — I. PINES. L'influence des extraits alcooliques des tumeurs cancéreuses sur le niveau du sucre dans le sang chez les chiens normaux. — A. LANDAU et Wł. HEJMAN. Etudes cliniques sur l'anémie pernicieuse. — St. KRAMSZTYK et A. BER. Recherches expérimentales sur l'efficacité thérapeutique des agents antianémiques. — A. FRYSZMAN. Contribution à la pathogénie et clinique du courant rétrograde de l'urine (reflex). — B. KRYŃSKI et A. OPACKI. Inflammation périarticulaire d'épaule avec des calcifications. — F. MUSZKATENBLIT. Sur l'étiologie et pathogénie de la lymphogranulomatose (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. Recherches sur la génération en Pologne.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8-34-48.

