

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 26 LIPCA 1934 R.

Nr. 27-28

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Chorób Nerwowych w Szpitalu na Czystem.
(Ordynator: Dr. L. E. Bregman).

O rzadkich postaciach jamistości rdzenia.

Podali:

L. E. BREGMAN i A. KRAKOWSKI*) (Warszawa).

W ciągu ostatnich kilku lat mieliśmy sposobność obserwować na oddziale niezwykle pod względem przebiegu klinicznego przypadki jamistości rdzenia. Wiadomo z doświadczenia, że skala objawów, ich rozległość w syringomyelji może być bardzo znaczna. Nieraz bowiem przebieg cierpienia, dyskretny za życia, nie ujawnia się klinicznie, chory osobnik przez życie przechodzi zdrowy, a schorzenie jamiste rdzenia ujawnia się jako przypadkowe na stole sekcyjnym. Czasami znowu ubytki rdzenia — jamy na większym odcinku rdzenia powodują całkowity zespół objawów właściwych syringomyelji i prowadzić mogą do ogromnych zniszczeń i spustoszeń tkanek powierzchownych oraz głębiej położonych, jak to w niesamowity sposób ujawniło się w jednym z naszych przypadków.

Przypadek I. Dotyczył 8-letniej dziewczynki, urodzonej na czasie, bez pomocy akuszerskiej i bez asfiksji. W 4-ym miesiącu życia chora przechodziła na gminne zapalenie opon mózgowych. Leżała wtedy na oddziale d-ra Flatau, gdzie była leczona surowicą meningokokową i po 6 tyg. wypisana została w stanie zupełnego zdrowia. W 2-gim roku ciężka płonica, a w 3-im roku wystąpiły już pierwsze objawy obecnej choroby w postaci stałego przechylenia głowy na bok oraz daleko posuniętych zaburzeń czucia w pkg., tak, że chora stanowiła obiekt podziwu, ujmowała bowiem prawą ręką nawet rozrzużony węgiel, nie doznając przytem uczucia gorąca, również na żadne oparzenia pkg. nie reagowała płaczem. Po pewnym czasie wystą-

pilo osłabienie tejże kończyny, oraz zaczęły zjawiać się na prawej połowie tułowia, na szyi, oraz na pkg. liczne owrzodzenia. Pod względem umysłowym rozwijała się prawidłowo. Chorą na oddział przyniesiono w stanie b. ciężkim — blada, wychudzona, wysoko gorączkowała. Jedno bowiem z licznych owrzodzeń, rozsianych w prawej połowie ciała, umiejscowione na wyprostnej powierzchni prawego stawu łokciowego, drażąc coraz bardziej wgłąb, zniszczyło tkanki miękkie, obnażając staw, i stało się miejscem wejścia infekcji oraz przyczyną ciężkiego stanu septycznego. Pozatem stwierdziliśmy skrzywienie szyjno - grzbietowej części kręgosłupa. Lewostronny objaw Hornera. Poziome drgania oczopląsowe. Główną uwagę zwracała różnica obwodów obu kkg., na korzyść kończyny górnej prawej. Różnica ta była mniej znaczna w ramieniu, największa zaś była w ręce, zwłaszcza w palcach. Różnicę tę obserwowaliśmy już podczas 1-go, zaledwie kilkudniowego pobytu chorej na oddziale, gdy owrzodzenie na grzbietowej powierzchni prawego stawu łokciowego było jeszcze płytkie, powierzchowne. Żadnego ruchu pkg. wykonać nie mogła, podczas 1-go pobytu na oddziale wykonywała ruchy dowolne we wszystkich odcinkach z pewnem ograniczeniem. Odruchy ścięgnowe b. słabe, okestnowe zniesione, Lkg. — norma.

Od czasu wystąpienia gorączki chora przestała chodzić, w tym czasie dał się stwierdzić zanik mięśni stopy, uda i podudzia lewego oraz stałe zgięcie tej kończyny w stawie biodrowym i kolanowym. Wyprostowywanie bierne lkd. napotykało duży opór i było b. bolesne. PR - lewy z powodu przykurczu b. słaby, AR-kloniczny, lewostron. Babiński, wyraźny Rossolimo, w pkd. odruchy zachowywały się, jak w lkd., tylko PR był żywy. Czucie bólowe, ciepłne i dotykowe zniesione na pkg., na pr. połowie szyi oraz na klatce piersiowej po tejże stronie do podżebrza. Elektrodagnostycznie ustalono, że mięśnie pkg. nie reagowały zarówno na prąd faradyczny, jak i galwaniczny, mięśnie lkd. oddziaływały prawidłowo.

Płyn mózgowo - rdzeniowy pod względem cytologicznym i chemicznym zmian nie przedstawiał. Odczyn Wassermann'a z surowicą krwi i płynem mózgowo-rdzeniowym dał wynik ujemny.

*) Uwaga. Materiał rentgenologiczny opracował dr. N. Mesz, kierownik pracowni rentgen. Szpitala, za co składamy Mu w tem miejscu najserdeczniejsze podziękowanie.



Fig. 1.

W stawie łokciowym ustalono początkowo duży ubytek w miękkich tkankach. Po 3 tygodniach, jak widać z Rtg-gramu nastąpiło już zupełne zniszczenie stawowych więzów tegoż stawu oraz jego zwinięcie. Ze względu na daleko posunięte zmiany w pkg. oraz jej całkowitą bezskuteczność chirurg uważał, że jedynym wyjściem mogła być tylko amputacja tej kończyny, na co jednak rodzice dziecka nie zgodzili się.

Wbrew jednak wszelkim oczekiwaniom leczenie zachowawcze w postaci unieruchomienia opatrunku i domięśniowych zastrzyków propidonu w tym rozpaczliwym przypadku, dało nadspodziewany wynik. W końcu 5-go miesiąca pobytu chorej na oddziale temperatura zaczęła stopniowo opadać, samopoczucie uległo znacznej poprawie, wróciło łaknienie, ustąpił silny ból w lkd., na który chora przez cały czas narzekała. W okolicy pr. stawu łokciowego zaczęła się tworzyć zdrowa ziarnina, i na początku 6-go miesiąca przez duży otwór na grzbietowej powierzchni pr. stawu łokciowego samoistnie i bez bólu wydzielila się prawie cała kość ramieniowa, bez główki, która, jak na zdjęciu rentgenowskim było widać, pozostała w subluksacji.

Zarysy główki są nieco zatarte, wzdłuż zaś brakującej kości ramieniowej odkłada się w dużej ilości wapno, tworząc jakoby nową kość.

Po wyjściu kości ramieniowej stan chorej zaczął b. szybko się poprawiać — po 2 tygodniach zaczęła chodzić, od tego też czasu nie gorączkuje. R-gram pkg., dokonany po 3 miesiącach, stwierdza, że ze złogów wapnia w mięśniach ramienia utworzyła się nowa kość, która łączy się z pozostałą główką kości ramieniowej, zachowując w ten sposób staw barkowy. I co dziwniejsze, zachynają się również tworzyć powierzchnie stawu łokciowego.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że cierpienie rozpoczęło się, w bardzo wczesnym wieku, w 3-cim roku życia, co jest rzeczą niezmiernie rzadką. Schlesinger podaje, że na wiek do lat 10-ciu przypada około 3%. Oppenheim obserwował jeden przypadek, w którym pierwsze objawy jamistości rdzenia wystąpiły w 3 — 4 roku życia, w 2-gim przypadku w 14 roku.

Przerostowe zmiany w przebiegu jamistości rdzenia również nie należą do częstych. W naszym przypadku, gdzie mamy do czynienia z makrosomją częściową, przerostowi uległa cała górna kończyna, a przeważnie kiść i palce. Zgrubienie tych części nie mogło być zależne od sprawy zapalnej w obrębie stawu łokciowego i kości ramieniowej, albowiem sprawa ta rozwinęła się dopiero później.

W wyżej opisanym przypadku wylania się również ciekawe zagadnienie — czy istnieje tutaj związek przyczynowy między zapaleniem opon i jamistością rdzenia. Należy przypuszczać, że skłonność do jamistości rdzenia jest wrodzona, zapalenie zaś opon mózgowych mogło być momentem wyzwalającym, mogło spowodować przedwczesne bujanie komórek przykanałowych.

Niezmiernie ciężki przebieg cierpienia z obumarciem prawie całej kości ramieniowej i wreszcie tak niezwykle i niesamowite samowyleczenie w beznadziejnym wprost przypadku zaliczyć należy do unikatów w piśmiennictwie o syringomyelji. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleźliśmy opisu jamistości rdzenia o tak fantastycznym wprost przebiegu.

Przypadek II. Drugi przez nas obserwowany przypadek na uwagę zasługuje zarówno ze względu na zmiany troficzne, ujawniające się tutaj w postaci hiperplazji tkanki podskórnej, jak i z tego powodu, że jest on przykładem syringomyelji rodzinnej.

Jest to chora w wieku lat 25-ciu, która pochodzi z rodziny, obciążonej pod względem neuropatycznym — jeden brat zmarł w dzieciństwie z powodu jakiejś choroby mózgowej, drugi brat lat 17 jest ślepy, niewyraźnie mówi i prawie chodzić nie może — dotknięty jest on jamistością rdzenia.

Nasza chora już w 10-tym roku życia leżała w szpitalu z powodu bliżej nieznanego kkd, po 6-tygodniowej kuracji wypisała się jako zdrowa.

Przez 11 lat czuła się zupełnie dobrze. Obecna choroba datuje od 4 lat, od tego czasu stopniowo narastające osłabienie kkd., osłabieniu uległa początkowo lkd., później pkd. Po 2-ach latach osłabła lkd., a podczas pobytu na oddziale zaobserwowaliśmy osłabienie kończyny górnej prawej. Zaburzeń w urynowaniu nie było. Od 2-ach lat zaczęła chorej przybywać nawałdzę, spostrzegła, że szybko się powiększa obwód kkg. i kkd.

Pierwszy perjd w 14 roku życia, poczem była dwuletnia przerwa, od tego czasu perjody regularne.

Chora b. otyła, uderza krótka szyja. Jak ze zdjęć fotograficznych, przed chorobą dokonanych, widać, chora dawniej była szczupłą. Powieki górne są opadnięte, więcej po stronie lewej. Żrenice sprawnie oddziałują na światło i przystosowanie, pr. >. Dno oczu normalne. Zniesienie odruchu rogówkowego i spojówkowego po stronie prawej. Ze zrozbieżny prawego oka; badanie szkłem kolorowym stwierdza dwójnie skrzyżowane. Ny—. Różnicy w unerwieniu n. twarzewego niema. Mowa niezmienniona, natomiast przyłykaniu, zwłaszcza pokarmów płynnych, często się krztusi, płyny nieraz wracają przez nos. Żwacze napinają się dobrze. Odruchy podniebienny i gardzieliowy zachowane. Czucie bólowe i ciepłne na twarzy obustronnie zniesione, dotychczas przeważnie zachowane, tylko na czole czasami nie poznaje.

Kkg.: ruchy dowolne we wszystkich odcinkach ograniczone bardziej w lkg. Napięcie mięśniowe wzmożone. Odruchy brzuszne zniesione. Kkd. są bardziej od kkg. dotknięte.

Ruchy dowolne we wszystkich stawach ograniczone i tutaj również bardziej w lkd. Napięcie mięśniowe wzmożone.

PR i AR żywsze po stronie lewej. Obustronny objaw Babińskiego, lewostr. Rossolimo. Co się tyczy uczucia, to stwierdziliśmy, że na prawej połowie tułowia i prawych kończynach zniesione jest uczucie bólowe i ciepłe, uczucie zaś dotykowe jest naruszone — lekkiego dotyku chora nie poznaje, głębszy dotyk, jak również dotyk w sumacji poznaje.

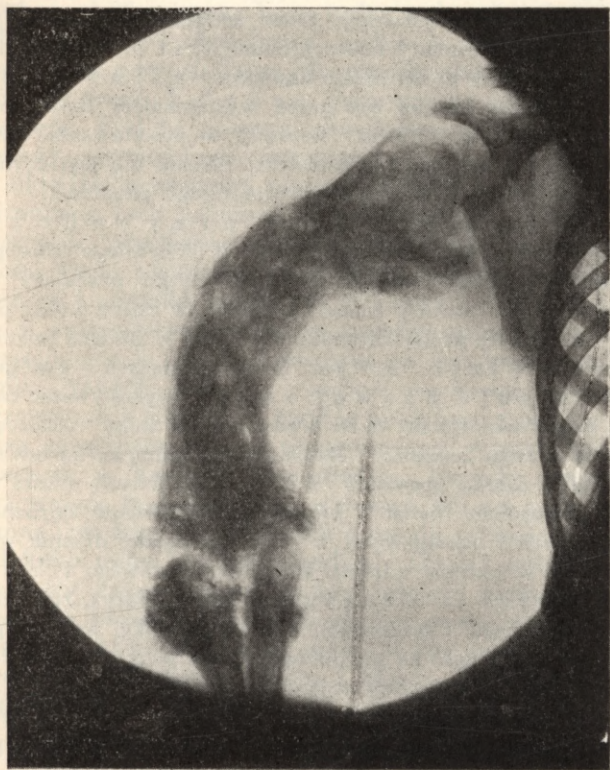


Fig. 2.

Po stronie lewej obudzone jest uczucie bólowe i ciepłe, zaburzenia uczucia dotykowego ograniczają się tylko do palców, stóp i rąk. R-gram szyjno - grzbietowy części kręgosłupa zmian nie wykazuje. Odczyn Wassermann'a z surowicą krwi i płynem mózgowo - rdzeniowym dał wynik negatywny. Próby farmakodynamiczne z pilocarpiną, adrenaliną oraz próba ortostatyczna - atropinowa Danielpolu i Carniot przemawiają za nadmierną pobudliwością zarówno układu współczulnego jak i przy współczulnego. Podstawowa przemiana materji okazała się w granicach normy (kol. Rozentalowa).

Rozszczepienie uczucia, które w tym przypadku stwierdziliśmy, jest kardynalnym objawem jamiistości rdzenia, którą tu tutaj rozpoznajemy.

Jest to atypowa postać syringomyelji tak ze względu na początek, jak i na przebieg cierpienia, które rozpoczęło się od osłabienia kkd. A zatem jest to lumbosakralny typ jamiistości rdzenia.

Postać spastycznej tetraparezy, jaka się u chorej stopniowo rozwinęła, z wzmocnieniem odruchów ścięgniowych i okostnowych oraz odruchami patologicznymi, wyodrębniona została przez autorów francuskich w specjalną grupę. Podkreślić należy w danym przypadku objawy, wskazujące na zajęcie rdzenia przedłużonego i bliższych odcinków pnia mózgowego. Za syringobulbią przemawiają tutaj — zaburzenia lykania, zniesienie odruchu rogówkowego po stronie lewej i osłabienie te-

goż po stronie prawej oraz zniesienie uczucia na twarzy, te dwa ostatnie objawy są następstwem zajęcia gałązki zstępującej nerwu trójdzielnego. Rzadko spotykane jest również szerzenie się sprawy chorobowej w kierunku bliższych odcinków pnia mózgowego. Opadnięcie bowiem powiek górnych, zez rozbieżny pr. oka oraz rozszerzenie pr. źrenicy przemawiają za częściowym zajęciem jąder okoruchowych. Porażenie mięśni gałek ocznych w przebiegu syringomyelji obserwowali między innymi Redlich, Ziehen i Müller.

Nadmierną, w tym przypadku otyłość, pozornie przypominającą obrzęk śluzakowaty, należy tłumaczyć wpływami raczej neurogennymi — hiperplazją tkanki podskórnej tłuszczowej, a nie dysfunkcją gruczołów dokrewnych, gdyż najważniejszy pod tym względem gruczoł tarczowy nie daje klinicznych i farmakologicznych objawów hipofunkcji, a najbardziej miarodajny sprawdzian czynności tego gruczołu, jakim jest podstawowa przemiana materji, okazał się w granicach normy. Dodać należy, że kilkudniowe leczenie tyreoidyną nie dało nawet przejściowego efektu leczniczego, a nawet, przeciwnie, preparaty tarczycy miały wpływ paradoksalny, chorej nieco na wadze nawet przybyło. Hiperplazję tkanki podskórnej, robiącą ludzako wrażenie obrzęku śluzowatego, obserwował w syringomyelji i bioptycznie stwierdził Marinenco.

Są jednak znane w piśmiennictwie przypadki syringomyelji z jednoczesną dysfunkcją gruczołów dokrewnych. W przypadku Oppenheim'a syringomyelji towarzyszyła akromegalja, a w przypadku Saintona obrzęk śluzakowy.

Przypadek nasz i z tego względu odbiega od przeciętnej normy, że jest przypadkiem syringomyelji rodzinniej, występującej u siostry i brata. Przypadki te nie są liczne w piśmiennictwie. Vandervelde obserwował syringomyelję u ojca i syna. Preobrażen'ski u matki i syna; Bregman widział syringomyelję u ojca i córki. Rozpoznanie kliniczne u ojca znalazło potwierdzenie na stole sekcyjnym.

Przypadek III. W niżej przytoczonym przypadku obok syringobulbji uderzają inne, zresztą b. rzadkie objawy, niezwykle w jamistości rdzenia.

Przypadek dotyczy chorego, lat 27, który z zawodu jest ciężko pracującym robotnikiem. Z wywiadów rodzinnych zasługuje na uwagę, że matka chorego, przy urodzeniu się jego, była dotknięta porażeniem połowiczem z utratą mowy. Chorobę obecną datuje od 4 lat.

Dawniej poważniejszych chorób nie przechodził, przed 5-ciu laty, było to na rok przed wystąpieniem 1-szych objawów chorobowych, chory spadł z wysokości jednego piętra na bruk w pozycji nawznak i silnie się uderzył. Uderzenie było o nasileniu tak znacznym, że chory stracił przytomność, a po jej odzyskaniu wstał jednak o własnych siłach i wrócił do pracy.

Przez dłuższy czas potem odczuwał silne bóle w krzyżu, a szczególnie w plecach. W rok po tym wypadku wystąpiły pierwsze objawy chorobowe, które polegały na przykurczu 5-go palca lewej ręki oraz dość paradoksalnych subiektywnych zaburzeniach uczucia (lewa ręka szybko marzła na zimnie, była natomiast niewrażliwa na temperaturę wysoką). Tempo objawów chorobowych zaczęło się nasilać po przebyciu jakiejś choroby, której bliżej chorego sprecyzować nie może, nie zaciągał wtedy pomocy lekarza, podaje tylko, że przez 2 tygodnie wysoko gorączkował i bledził. Po ustąpieniu gorączki zarówno chory, jak i najbliższe otoczenie jego spostrzegło, że zmieniła mu się mowa, stała się ona przytłumiona, cicha. Prawie równocześnie wystąpiło osłabienie lkg., a następnie pkg. Po 2-ach latach zjawi-

ly się parestezje w postaci uczucia gorąca i zimna w kk., które też uległy osłabieniu. Zaburzeń łykania w przebiegu choryb nie było, nie było też zaburzeń w urynowaniu.

U chorego stwierdziliśmy nierówność źrenic, prawa >, obie na światło i przystosowanie dobrze oddziałują. Brak różnicy w szerokości szpar ocznych. O c z o p ł a s rotacyjny. Osłabienie o d r u c h u r o g ó w k o w e g o po stronie prawej, osłabienie c z u c i a p o t e j ż e s t r o n i e t w a r z y. Wygładzenie fałdy nosowo - warzawskiej pr. Zbaczenie języka na lewo. Osłabienie prawego odruchu podniebiennego i gardzielowego. Mowa bezdźwięczna, przytłumiona. Badanie laryngologiczne ustaliło p o r a ż e n i e n e r w u w s t e c z n e g o p r. Łyka dobrze. K i f o s k o l j o s a grzbietowej części kręgosłupa, w części górnej wypukłością zwrócona w lewo, w części środkowej i dolnej na prawo.

Kkd. pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchów zachowują się prawidłowo z wyjątkiem l e w e j r ę k i, gdzie stwierdzamy daleko posunięty z a n i k d r o b n y c h m i ę ś n i, osłabienie siły mięśniowej i ograniczenie ruchów. Odruchy ścięgniste i okostnowe w pkg. są zachowane, słabe; w lkg. BiR b. słaby, pozostałe zniesione. Brak odruchów brzusznych i nosidłowych. Kkd. — ruchy we wszystkich odcinkach wykonywa w zakresie dostatecznym z siłą dużą, chód jednak jest paretyczny, szczególnie w pkd. PR. obustr. kloniczne, AR-pr., kloniczny, AR-lewy, żywy. B a b i ń s k i obustr. R o s s o l i n o pr. Zaburzenia uczucia obejmują obie kkg., tułów i kkd., w postaci r o z s z c z e p i e n i a (dotyk — zachowany, ból i czucie ciepłe zniesione). Krew, płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian.

Powyższe objawy z rozszczepieniem uczucia przemawiają za rozpoznaniem syringomyelji i syringobulbji; objawem dominującym w tej ostatniej jest bezdźwięczność mowy z porażeniem nerwu wstecznego prawego.

W przypadku tym, syringomyelji towarzyszą a n o m a l j e r o z w o j o w e wrodzone. Zarówno wysłuchowo jak i wypukowo stwierdziliśmy dekstrokardję, co też znalazło potwierdzenie na rentgenogramie klatki piersiowej,

gdzie sylwetka serca okazała się po stronie prawej. Wątroba znajduje się w podżebrzu lewym, śledziona w podżebrzu prawym. Po spożyciu masy kontrastowej, żołądek stwierdzono po stronie prawej. Chory pozatem jest mańkutem, pracę bowiem ciężką młotem i siekierą wykonywa lkg. Koincydencja syringomyelji z *situs viscerum inversus* w piśmiennictwie nie była notowana. Natomiast dość liczne są przypadki powikłania syringomyelji i n n e m i w a d a m i r o z w o j c w e m i, że wymienimy zniekształcenie czaszki (u naszego chorego stwierdziliśmy czaszkę dolichocefaliczną z hiperostozą kości potylicznej), żebra dodatkowe, *spina bifida*, *polymastia*, tetratomaty, neuroepiteliomaty i t. p. W przypadku tym pozatem na podkreślenie zasługuje s i l n y u r a z, który miał miejsce na rok przed wystąpieniem 1-ych objawów syringomyelji. Uraz fizyczny w powstawaniu, wzgl. w przyspieszaniu rozwoju jamistości rdzenia nie jest czynnikiem obojętnym i pozbawionym doniosłego znaczenia.

O tem świadczy dobitnie p r z y p a d e k IV z szybkim rozwojem syringomyelji u 30-letniego chorego. Przedtem zupełnie zdrowy fizycznie, ciężko pracujący robotnik u d e r z o n y został na froncie, w czasie wojny polsko - rosyjskiej, kolbą karabinu w plecy i w okolicę międzyłopatkową i karku. Już po 3-ch miesiącach wystąpiło o s ł a b i e n i e p r a w e j r ę k i, i wykonywanie ciężkiej pracy napotykało duże trudności. Po kilku miesiącach ręka ta zaczęła „chudnąć“. Badanie przedmiotowe na oddziały ustaliło daleko posunięty z a n i k drobnych mięśni pr. ręki, szczególnie *thenar* i *hypothenar*, osłabienie odruchów ścięgowych i okostnowych w teście kończyn, drżenie włókienkowe w obrębie mięśnia trójgłowego prawego i r o z s z c z e p i e n i e c z u c i a (zachowany dotyk, zniesienie uczucia ciepłego i bólowego), obejmujące pkg, szeroki pas w postaci kamizelki na pr. połowie klatki piersiowej, od 2-go do 8 żebra. Prawostronny objaw H o r n e r a.

Wyżej przytoczony zespół objawów świadczy niewątpliwie o istnieniu jamistości rdzenia, a uraz odegrał bezpośrednią i niewątpliwie bardzo doniosłą rolę.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

(Dyrektor: Prof. Dr. A. J a n u s z k i e w i c z).

Przyczynę do rozpoznawania duszniczy bolesnej.

Podał

Dr. M. BURAK (Wilno).

Rozpoznanie duszniczy bolesnej opiera się na charakterystycznych danych wywiadu i nie posiada z tego powodu cech przedmiotowych. Dotyczy to szczególnie tych przypadków duszniczy bolesnej, dosyć często spotykanych, w których badanie fizykalne oraz prześwietlenie rentgenowskie nie wykazują większych odchyśleń od normy ze strony układu sercowo-naczyniowego. Za cenny objaw rozpoznawczy można uznać podniesienie ciśnienia krwi w czasie napadu. Objaw ten występuje, jak to wskazali O r t n e r i W e n c k e b a c h, w każdym napadzie duszniczy. Wyjątki stanowią przypadki z daleko posuniętym zwężeniem jednego lub obu ujść wieńcowych, w których ciśnienie krwi zwykle nie podnosi się, a nawet często ulega obniżeniu w stosunku do ciśnienia, stwierdzanego w okresie między napadami. Ze względu na to, iż lekarz badający niezawsze ma

możność obserwowania samoistnego napadu, objaw podniesienia ciśnienia krwi w napadzie traci dużo na wartości. Gdy wywiad chorego podaje cechy typowe w postaci bólów, występujących po wysiłku, wzruszeniach lub jedzeniu, umiejscowionych za mostkiem, o znanym promieniowaniu, połączonych często z uczuciem lęku i śmierci i t. p., rozpoznanie duszniczy bolesnej nie następuje większych trudności. Gdy jednak skargi chorego nie są charakterystyczne, rozpoznanie staje się trudne i waha się nieraz między organiczną dusznicą bolesną a rozmaitymi stanami czynnościowymi, mogącymi wywoływać objawy podmiotowe, podobne do dusznicowych.

Przypadek, poniżej opisany, obserwowany przeze mnie w Klinice Wewnętrznej, przytaczam, aby na przykładzie wykazać, w jaki sposób można drogą badania obiektywnego stwierdzić dusznicę bolesną.

Chory w wieku 46 lat, obywatel ziemski, przybył do kliniki ze skargami na ogólne osłabienie, przykre uczucie, klucie i bóle w okolicy serca, niezależne od wysiłku. Od czasu do czasu odczuwa przy szybszym ruchu lub wzruszeniach nieznaczne ściskanie za mostkiem w górnej jego części. Uważa się za bardzo nerwowego i od trzech lat leczy się u neurologów. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed kilku miesiąca-

mi. Przy badaniu fizykalnem żadnych odchyżeń od normy nie stwierdzono. Serce i tętnica główna opukowo i rentgenologicznie (Dr. St. J a n u s z k i e w i c z) nierozszerzone. C. krwi 125/80. Chory wykazuje zespół cech neurastenicznych w postaci wzmożenia odruchów ścięgowych oraz zniesienia odruchów rogówkowych i gardzielowego. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi — ujemny.

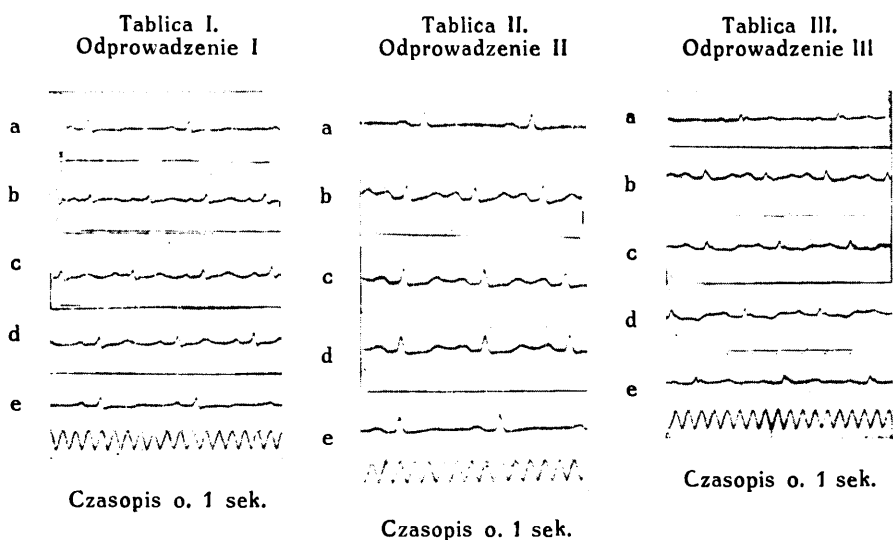
Analizując ten przypadek, możemy stwierdzić, iż u osobnika z cechami neurastenicznymi wystąpiły skargi sercowe w postaci nieokreślonych sensacji, odczuwanych w okolicy serca. Tego rodzaju skargi cechują wielobarwny obraz chorobowy, oddawna znany pod nazwą *angina pectoris falsa* lub *pseudo-angina*, a ostatnio opisany przez E d e n s a jako *angina pectoris vasomotoria*. Pod tą postacią chorobową należy rozumieć zmiany czynnościowe, rozwijające się na tle zaburzeń w układzie nerwowym naczynioruchowym i roślinnym. Przyczyny tych zaburzeń są najrozmaitsze, a więc wyczerpanie psychiczne, przemęczenie, lęk, nieprawidłowości życia płciowego oraz różne ogniska zapalne w ustroju (migdałki, pęcherzyk żółciowy i t. p.). Za jedną z najczęstszych przyczyn należy uznać zaburzenia, występujące w ustroju kobiecym na tle okresu przekwitania. Napady dusznicy naczynioruchowej występują przeważnie u kobiet; są zwykle połączone z ogólną nerwicą spastyczną układu naczyniowego, wywołującą zaburzenia w krążeniu obwodowym. Napady występują przeważnie pod wpływem wzruszeń lub po zadziałaniu zimna, rzadziej po wysiłkach i trwają rozmaicie długo, od kilku minut do kilku godzin. Do tej samej grupy dusznicy czynnościowej należy odnieść rozmaite nieokreślone sensacje bólowe w okolicy serca lub za mostkiem, na które skarżą się nieraz ludzie starsi, a zwłaszcza chorzy z nadciśnieniem. Starsi lekarze chętnie określają tego rodzaju skargi nazwą *a o r t a l g j a*,

szczególnie w przypadkach z rozszerzoną tętnicą główną. Należy odróżniać jednak tego rodzaju niewinną aortalgię od dusznicy bolesnej, występującej naskutek zwężenia jednego lub obu ujść wieńcowych. Tego rodzaju zmiany są następstwem procesu kiłowego lub miażdżycowego w tętnicy głównej, rozszerzającego się na ujścia wieńcowe i powodującego, naskutek ich zwężenia, niedostateczne odżywianie mięśnia sercowego.

Biorąc pod uwagę współczesne zapatrywania na patogenезę dusznicy bolesnej, należałoby zaproponować posługiwanie się określeniem „*angina pectoris*” jedynie w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z zaburzeniami w krążeniu wieńcowym. We wszystkich innych stanach byłoby znacznie logiczniej i dogodniej nie używać określeń w rodzaju *angina pectoris vasomotoria*, *spuria* lub aortalgi. Opieramy się w tem twierdzeniu na słowach B r a u n a, który oświadcza, iż jedynie dusznica wieńcowa zasługuje na nazwę dusznicy bolesnej. Wszystko pozostałe, jako będące pochodzenia nerwowego, po wyłączeniu schorzenia wieńcowego, należy zaliczyć do grupy neurastenji, hysterji, hipochondrji i t. p.

Wracając do przypadku opisanego, należałoby go zaliczyć, ze względu na wywiad, ujemny wynik badania klinicznego oraz obecność cech neurastenicznych, do grupy zaburzeń sercowych pochodzenia nerwowego. W celach ścisłej i wszechstronnej kontroli przeprowadziliśmy badanie elektrokardiograficzne.

Elektrokardiogram, otrzymany w spoczynku, wykazał: rytm zatokowy, odległość $P - R = 0,16$ sek. Niezbyt wysokie, nierozszerzone zespoły „QRS”. W odprowadzeniu III zespół QRS rozszczepiony. Odcinek S — T w odprowadzeniu I nieco obniżony względem linii izoelektrycznej, wychylenie „T” ledwie zaznaczone. W odprowadzeniu II wychylenie „T” niewidoczne, w odprowadzeniu III wyraźnie zaznaczone (Rys. a w tabl. I, II i III).



Elektrokardiogram, w którym wychylenia „T” są bardzo niskie lub wcale niewidoczne, zgodnie z współczesnymi zapatrywaniami naukowymi, świadczy o rozlanem uszkodzeniu mięśnia sercowego. Tego rodzaju elektrokardiogram może być wyrazem przebytych procesów chorobowych, które dotknęły mięsień sercowy, pozostawiając w nim stałe zmiany anatomopatologiczne. Pomijając te zmiany stałe, chcieliśmy wykryć, czy występuje w tym przypadku niestosunek między ukrwieniem serca a zwiększonym zapotrzebowaniem serca na krew w czasie obciążenia ustroju.

Zgodnie z określeniem F r a n k e g o, chodziło nam o wykazanie ilościowo lub jakościowo względnie niedosta-

tecznego dopływu krwi (tlenu) do mięśnia sercowego w chwili wykonywania przez niego większej pracy. Tego rodzaju stan rzeczy powoduje wytworzenie się w mięśniu sercowym ogniska niedokrwienia, wywołującego drogą odruchową napad dusznicy bolesnej.

Wykonaliśmy próbę, zaproponowaną przez S c h e r f a i G o l d h a m m e r a, wysiłku w postaci jednorazowego wejścia na wysokie schody. Autorzy ci otrzymywali po wysiłku w większości przypadków dusznicy bolesnej wysiłkowej oraz kiłowego zapalenia tętnicy głównej ze zwężeniem jednego lub obu ujść wieńcowych charakterystyczne zmiany elektrokardiogramu. Zmiany te polegają na znacznym obniżeniu

odcinka „S — T” względem linii izoelektrycznej z ewentualnym jednoczesnym zniknięciem lub odwróceniem wychylenia „T” w jednym lub kilku odprowadzeniach. W przypadkach z odwróconym wychyleniem „T” może po wysiłku wystąpić dodatnie wychylenie „T”. Zmiany te po kilkunastu minutach ustępują. Ostatnio S c h e r f i H a u s n e r opisują trzy przypadki dusznicy bolesnej wysiłkowej, w których po wysiłku stale występowały przejściowe zmiany elektrokardjogramu, zwykle obserwowane w zawałach mięśnia sercowego w postaci wysokiego odejścia odcinka „S — T” od ramienia zstępującego „R” lub niskiego odejścia „S — T” od załamka „S”. Podobne zmiany przejściowe po wysiłku, typowe dla zawału mięśnia sercowego, otrzymaliśmy również w jednym przypadku dusznicy bolesnej wysiłkowej. Występowanie bólu po wysiłku niezawsze towarzyszyło występowaniu opisanych zmian; czasem bóle nie zjawiały się wcale, zmiany na elektrokardjogramie były jednak bardzo wyraźne.

Należy zastrzec się, iż podobne wysiłki wykonano na całym szeregu ludzi zdrowych oraz chorych z wadami serca, i nigdy podobnych zmian nie widziano. W jednym tylko przypadku zwężenia ujścia żylnego lewego, przebiegającego z objawami dusznicy bolesnej, otrzymywali S c h e r f i G o l d h a m m e r po wysiłku charakterystyczne zmiany elektrokardjogramu. Autorzy przyjmują tłumaczenie O r t n e r a, który widział przyczynę skarg dusznicowych w zwężeniu ujścia żylnego lewego w niedokrwieniu mięśnia sercowego.

Chory nasz wykonał dwukrotnie wysiłek, wchodząc na schody, liczące 84 stopnie. W kilka minut potem uczył nieznaczny ucisk za mostkiem, który po 10 — 15 minutach ustąpił. Oba razy wystąpiły jednakowe zmiany elektrokardjograficzne bezpośrednio po wysiłku: zmniejszenie się wysokości zespołów „QRS” w odprowadzeniu I oraz zwiększenie wychylenia „T” do góry we wszystkich odprowadzeniach. Jednocześnie zaznaczyło się wyraźne obniżenie odcinka „S — T” w II. odprowadzeniu i nieznaczne — w odprowadzeniu III. (Rys. b tabl. I, II, III). Po 3 minutach odcinek „S — T” w odprowadzeniu II. uległ dalszemu obniżeniu, zaś „T” w odprowadzeniu III. wychyliło się ku dołowi (Rys. c tabl. II i III). Po 5 i 10 minutach to odwrócenie „T” pociębiło się jeszcze bardziej, przypominając swym wyglądem wieńcowe „T”. (Rys. d tabl. III). Po 15 minutach elektrokardjogram stopniowo wrócił do wyglądu pierwotnego. Odcinek „S — T” przebiegał znowu w linii izoelektrycznej, wychylenie „T” w odprowadzeniu I. było ledwie zaznaczone, w odprowadzeniu II. — wcale niewidoczne, a w odprowadzeniu III. z początku niskie, a później wyraźnie wykształcone (Rys. e tabl. II. I. i III). Wynik opisanego badania elektrokardjograficznego przemawia niezbicie za niewydolnością krążenia wieńcowego, występującą w chwili większego obciążenia serca.

Podobne zmiany elektrokardjograficzne niejednokrotnie obserwowano w czasie samoistnego napadu dusznicy bolesnej wysiłkowej (F e i l i S i e g e l, W o o d i W o l f e r t h, S c h e r f i G o l d h a m m e r, D i e t r i c h i S c h w i e g k). Zmiany te, stwierdzone w napadzie lub po wysiłku, mogą występować u chorych, których elektrokardjogram, pisany w spoczynku, nie wykazuje żadnych odchyłań od normy.

Wynik badania elektrokardjograficznego u naszego chorego pobudził do przeprowadzenia wywiadu w sposób bardziej drobiazgowy i natęczyły. Dopiero wtedy chory podał, że istotnie we wrześniu w 1933 roku, wyszedłszy na ulicę, poczuł po raz pierwszy nagle ściskanie w górnej części mostka i musiał zatrzymać się na chwilę. Podobne napady powtórzyły się kilka razy. W październiku dostał w nocy napadu gwałtownych bólów, które promieniowały do ramion, rąk, szczęki i szyi i trwały około 3 godzin. Tego samego dnia wie-

czorem bóle powtórzyły się znowu i trwały blisko dobę. Po napadzie chory czuł się bardzo osłabiony i miał gorączkę do 37,6°, pozostawał w łóżku około 5 tygodni. Od tego czasu podobne napady nie powtarzały się. Chory przybył do kliniki nie z powodu napadów bólów, o których niemal zapomniał, lecz z powodu ogólnego złego stanu nerwowego i nerwicy serca.

Ten wywiad dodatkowy, uzyskany po ponownym przepytaniu chorego, rzuca prawdziwe światło na istotę jego cierpienia. Charakter opisanych napadów przemawia za rozpoznaniem dusznicy bolesnej, która ustąpiła po długotrwałych bólach, cechujących zawał mięśnia sercowego. Jest rzeczą znaną, iż dusznica bolesna może ustąpić po zupełnym zamknięciu światła zmienionej tętniczki wieńcowej.

Przy badaniu obecnym przypadek opisany przedstawia się pozornie w postaci zaburzeń sercowych u osobnika neurastenicznego. Badanie elektrokardjograficzne wykryło uszkodzenie mięśnia sercowego, które staje się zrozumiałe w związku z przebytymi napadami dusznicowymi. Wykazanie drogą elektrokardjograficzną zmian charakterystycznych po wysiłku świadczy o nadal utrzymującej się niewydolności krążenia wieńcowego pomimo braku skarg klinicznych na dusznicę bolesną. Lekki ucisk za mostkiem, który wystąpił po wysiłku, nie był wcale charakterystyczny dla dusznicy bolesnej. S c h e r f i G o l d h a m m e r podkreślają właśnie tę niewspółmierność i niezależność w występowaniu bólu i zmian elektrokardjograficznych.

Śledzenie zmian elektrokardjograficznych po wysiłku można uważać za metodę czynnościową, badającą stan ukrwienia mięśnia sercowego po obciążeniu ustroju. Podobne zmiany elektrokardjograficzne, występujące po wysiłku lub w czasie napadów samoistnych dusznicy bolesnej, wykazują, iż wtedy zachodzi niestosunek między dopływem tlenu i zapotrzebowaniem na niego. Udowodnili to D i e t r i c h i S c h w i e g k, każąc chorym na dusznicę bolesną oddychać powietrzem ubogim w tlen; naskutek wywołanego przez to względnego niedotleniania mięśnia sercowego wywoływali oni napady dusznicy bolesnej oraz charakterystyczne zmiany elektrokardjogramu.

Należy sądzić, iż naskutek niedostatecznego odżywiania poszczególnych części mięśnia sercowego występują przejściowe zaburzenia przemiany materii, prowadzące do uszkodzenia mięśnia. To uszkodzenie mięśnia sercowego odbija się w charakterystyczny sposób na krzywej elektrokardjograficznej.

Opisany przypadek miał na celu wykazanie znaczenia badania elektrokardjograficznego po wysiłku u chorych, podejrzanych o dusznicę bolesną. Podobne badania dają możliwość obiektywnego stwierdzenia dusznicy bolesnej w przypadkach typowych i wczesnego jej wykrycia w całym szeregu przypadków niecharakterystycznych, w których rozpoznanie waha się między dusznicą bolesną prawdziwą a całym szeregiem najrozmaitszych zaburzeń nerwowych lub odruchowych, umiejscowionych w sercu.

PISMIENNICTWO:

- 1) Dietrich i Schwiegk — Klin. Woch. 1933; 2) Feil i Siegel — Amer. J. med. Sci. 175 1928; 3) Franke Pol. Arch. Med. wewn. 1933 r.; 4) Edens — Münch. Med. Woch. 147 — 1932; 5) Ortner — Klin. Symptomatologie Bd. I. Berlin i Wien 1919; 6) Parkinson i Bedford. Lancet 1931. 15; 7) Scherf — Z. f. Klin. Med. Z. 5 i 6 T. 120 1932 r.; 8) Scherf i Goldhamer — Z. f. Klin. Med. z. 1 i 2, T. 124. — 1933 r.; 9) Scherf i Hausner — Z. f. Klin. Med. Z. 1 i 2 T. 126 1933 r.; 10)

Scherf i Goldhammer — Z. f. Klin. Med. Z. 1 i 2 T. 122. — 1932; 11) Scherf i Goldhammer — Wien. Med. Woch. Nr. 30 1933 r.; 12) Wenckebach — Wien. Klin. Woch. 1928; 13) Wood i Wolferth — Arch. int. Med. 47 1931; 14) Feil i Siegel — J. clin. Invest. 10 1931.

Z Oddz. Wewn. Szpitala im. Prezydenta Mościckiego.
(Kierownik Oddz.: S. M i n c).

Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych*).

Podał:
S. MINC (Łódź).

Niektóre z objawów klinicznych, poniżej omawianych, były przezemnie swego czasu ogłoszone drukiem. Jeżeli w niniejszym referacie uważałem za możliwe znów wspomnieć o nich, to czynię to dlatego, że mogę je uzupełnić niektórymi nowymi szczegółami.

I

W przypadkach nadczynności tarczycy przy lekkim pocieraniu palcem przedniej okolicy szyi występuje jednolite i intensywne zaczerwienienie skóry, stanowiące jak gdyby rzut tarczycy na powłoki skórne (M a r a n oⁿ¹); badanie szpilką okolicy tarczycy wykazuje znaczną nadwrażliwość skóry (L i a n²); przy wstrzykiwaniu podskórnym *pilocarp. hydr.* (0,005—0,01) występują w okolicy tarczycy zaczerwienienie i kropelki potu (S e r e j s k i³). Wszystkie wzmiankowane objawy obserwujemy również w przypadkach wola Basedowa pozamostkowego. Szczególnie efektowne są te objawy, gdy wole jest jednostronne. W niektórych przypadkach wyraźnie występują jedne z tych objawów, w innych zaś drugie.

II.

Wciąż jeszcze rozpowszechniony jest pogląd, że zakażenie gośćcowe jest schorzeniem stawów, objawy zaś chorobowe ze strony serca ujmowane są jako powikłanie, jako sprawa wtórna. Już T r o u s s e a u jednak mówił o goścucu serca, jako schorzeniu samoistnem, przebiegającym bez zajęcia stawów. Codzienne obserwacje kliniczne całkowicie potwierdzają słuszność tego poglądu. Zbyt często widzimy chorych, dotkniętych po raz pierwszy ostrym goścцем wielostawowym, u których stwierdzamy wadę serca, by wziąć to za przypadkowe skojarzenie. Ze względu na to, że czynnik etiologiczny goścca pozostaje nieznan, kliniczne te spostrzeżenia pozbawione były ścisłych dowodów naukowych. Obecnie, gdy we wczesnym nacieku goścćowym K l i n g e g o⁴) i guzku A s c h o f f a znaleziony został patogenetyczny sprawdzian, umożliwiający dokładne ustalenie pośmiertnego rozpoznania goścca, sprawa znacznie posunęła się naprzód. Istnienie goścćowego zapalenia mięśnia sercowego i wsierdzia, jako samoistnych jednostek chorobowych, nie nasuwa już więcej wątpliwości. W ostatnich czasach badania nad goścćem uczy-

niły jeszcze krok naprzód. Okazało się, że zasięg jego działania jest znacznie rozleglejszy, niż dotychczas przypuszczano, że w swym niszczącym pochodzie ogarnia on prawie wszystkie narządy ustroju, a pośród nich tak dla życia istotne, jak układ nerwowy, naczyniowy i wątrobę. Z punktu widzenia klinicznego ciekawe jest, że K l i n g e, na podstawie badań anatomo-patologicznych, stwierdził istnienie marskiej wątroby pochodzenia goścćowego. Wobec powyższego w odmiennym świetle przedstawiają się przypadki wady lewego ujścia żylnego, gdy przy braku wyraźnych objawów zaburzenia wyrównania u chorych występuje wodobrzusze (Asystelie hépatique Francuzów). W przypadkach tych najwidoczniej sprawa polega nie na stwardnieniu przekrwieniowem wątroby, nie na jej marskości następczej, lecz na pierwotnej marskości wątroby pochodzenia goścćowego. Z punktu widzenia klinicznego wielce ciekawe są sprawy goścćowe, dotyczące tętnicy płucnej. Najczęściej zostają dotknięte główny pień tętnicy i jej większe rozgałęzienia, lecz sprawa chorobowa może objąć również drobniejsze naczynia. Na zmiany zapalne z biegiem czasu nawarstwia się, jako odczyn obronny, sprawa miażdżycowa. Stwardnienie naczyń małego krążenia w przebiegu wady lewego ujścia żylnego napotyka się dość często i zazwyczaj uważano, że są powodowane wysokiem ciśnieniem w małym krążeniu. Pogląd ten winien w świetle nowszych badań ulec rewizji.

Rozpoznanie zmian w naczyniach małego krążenia w przypadkach wady lewego ujścia żylnego, gdy objawy kliniczne występują wyraźnie, nie nastęrcza większych trudności. W wywiadach: krwiopłucie, wybitna duszność, niekiedy o charakterze dychawicznym; znaczna sinica, szmer rozkurczowy nad tętnicą płucną (P a w i ń s k i), uwy-puklenie tętnicy płucnej na zdjęciu rentgenowskim, charakterystyczny obraz wnęk płucnych. Chciałbym wskazać tu na pewien objaw, który bez wątpienia, posiada w tych sprawach wartość rozpoznawczą. Niekiedy drugi ton nad tętnicą płucną odznacza się swoistą barwą dźwiękową. Wydaje mi się, że najlepiej należałoby określić ten charakterystyczny dźwięk, jako dudniący.

III.

W przypadkach przewlekłego zwężenia jelit, zarówno jak ostrego zamknięcia ich światła, przy wysłuchiwanie jamy brzusznej stwierdzamy dźwięk metaliczny, podobnie jak w odmie piersiowej (*Aut-ta cadens*). Przy opukiwaniu plesymetru metalowym końcem młotka i jednoczesnem wysłuchiwanu miejsca, znajdującego się powyżej zwężenia, stwierdzamy dźwięk metaliczny. U n g e r⁵) uważa to zjawisko za patognomiczne nie tylko w niedrożności jelit, lecz również w schorzeniu wyrostka robaczkowego. W ostatnim przypadku objaw ten daje się zauważyć w prawym talerzu biodrowym i to jedynie wówczas, gdy sprawa zapalna jest zupełnie ograniczona i tylko w ciągu pierwszych 24-ech godzin; natomiast, gdy ruchy robaczkowe jelit cienkich ustają wskutek wciągnięcia w sprawę chorobową otrzewny, objaw ten ustępuje.

W niektórych przypadkach skrzętu esicy metaliczne te dźwięki stwier-

*) Wygłoszone na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego.

działem na całej powierzchni brzucha z wyjątkiem lewego talerza biodrowego.

Należy podkreślić, że wymienione objawy dźwiękowe obserwujemy również w niedrożności porażennej jelit, o czym wielokrotnie przekonywałem się w przypadkach sekcyjnych.

IV.

Gdy u podstawy serca w zwężeniu lewego ujścia żylnego wysłuchujemy szmer rozkurczowy, trudno niekiedy określić, czy szmer ten zależny jest od niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej (Pawłowski), czy też od niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Oczywiście, gdy stwierdzamy objawy obwodowe ze strony tętnic charakterystyczne dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej, różnicowanie jest łatwe, lecz, gdy objawów tych brak, co dość często ma miejsce w przypadkach, skojarzonych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego, rozpoznanie następuje pewne trudności. W wielu jednakowoż przypadkach rozpoznanie ułatwione jest, gdy jednocześnie obmacowuje się tętnicę promieniową, lub, lepiej jeszcze, tętnicą szyjną i uderzenie koniuszkowe. W niedomykalności bowiem zastawek tętnicy głównej uderzenie koniuszkowe i tętno obwodowe nie są jednoczesne. Tłumaczy się to zjawisko w sposób następujący: jak wiadomo, uderzenie koniuszkowe wytwarza się w okresie napięcia komór (Martius). W niedomykalności zastawek tętnicy głównej brak tego okresu, gdyż komora lewa znajduje się w stałym połączeniu ze światłem tętnicy głównej, uderzenie zaś koniuszkowe w tej wadzie uwarunkowane jest falą powrotną masy krwi, płynącej do lewej komory. „Jest to fakt kompromitujący”—mówi Geigel⁶⁾—„że dopiero obecnie zwrócono uwagę na rozkurczowe pochodzenie uderzenia koniuszkowego w niedomykalności tętnicy głównej”. Jednakowoż zarzut Geigla jest niesłuszny. Najwidoczniej uszło jego uwagi, że już w roku 1881 Marey⁷⁾ stwierdził, że uderzenie koniuszkowe w niedomykalności zastawek tętnicy głównej przypada na okres rozkurczu komory. Podkreślić należy, że w niektórych przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej uderzenie koniuszkowe występuje jednocześnie z tętnem obwodowym (szczegóły patrz Geigel).

V.

W durze brzuszny często na piąty już dzień choroby stwierdzamy w okolicy prawego talerza biodrowego objaw Blumberga. W czerwonce objaw ten obserwujemy w okolicy esicy. W ciężkich postaciach tego schorzenia—wzdłuż całego jelita grubego.

VI.

Po obliczeniu tętna każemy choremu zrobić dziesięć przysiadów i ponownie liczymy tętno. Jeżeli po 0,5— do 1 minuty tętno wraca do liczby wyjściowej, należy wówczas uważać serce za wydolne. Ujemny zaś wynik badania nie jest, jak wiadomo, miarodajny. U niektórych pacien-

tów tętno, wracając do normy, następnie zwalnia się, dochodząc nieraz do 60 na minutę. Długoletnie obserwacje takich osobników przekonały mię, że taki swoisty odczyn serca na wysiłek jest jednym z najwcześniejszych objawów utajonej niedomogi serca.

Pracując podczas wojny światowej w jednym ze szpitali wojskowych na oddziale wewnętrznym, gdzie znajdowali się pod obserwacją powołani do szeregów żołnierze, miałem możność obserwowania materiału sercowo-chorych, których w czasach pokojowych dość trudno znaleźć. Materiał mój, dotyczący organicznych wad serca, był swoisty. Do wspomnianego szpitala przybywało na badanie bardzo dużo sercowo-chorych z niejasnymi, nastrożającymi wiele trudności w rozpoznaniu, objawami. Przypadki z daleko posuniętym zaburzeniem wyrównania spotykało się nader rzadko, i u większości przybywających na badanie do szpitala nigdy dotychczas nie występowały żadne dolegliwości sercowe; widocznym było, że wielu z nich nie podejrzewało, że cierpią na wadę serca. Wytworzył się w ten sposób sztuczny dobór zupełnie wyrównanych wad aparatu zastawkowego. Zaznaczyć muszę, że w wywiadach tych chorych zazwyczaj nie było najmniejszej wzmianki, by kiedykolwiek cierpieli choćby czasowo na zaburzenia wyrównania. U chorych tych wielce ciekawa była częstość tętna. Zazwyczaj wskutek podniecenia nerwowego, tętno u poborowych, nie cierpiących na organiczne schorzenie serca, było znacznie przyspieszone, natomiast u chorych z wyrównaną wadą zastawkową tętno nie było przyspieszone, lub tylko w stopniu nieznacznym. Wyjątek stanowili cierpiący na zwężenie zastawki dwudzielnej, którzy często również odpowiadali na podniecenie przyspieszeniem tętna. Zjawisko to było na tyle stałe, że przy liczbie normalnej tętna u poborowego zwracałem baczną uwagę na serce. Ciekawe było również zachowanie się ciśnienia krwi u moich sercowo-chorych. W czasie, gdy u większości poborowych było ono zwiększone, u chorych sercowych pozostawało normalne, a często nawet obniżone.

Chore, lecz dobrze wyrównane serce najwidoczniej unika jakby skrócenia swego rozkurczu, który jest jedynym okresem jego wypoczynku, i pracy przeciwko dużemu oporowi. Zawiera ono w sobie jakgdyby własną naparstnicę. Następnie spostrzegłem, że wielu, którzy przebyli stosunkowo niedawno ostre schorzenie zakaźne (dur brzuszny, powrotny, osutkowy, zapalenie płuc płatowe), jak również i ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, tak samo nie reagowali na podniecenie przyspieszeniem tętna. I otóż teraz, po upływie wielu lat, spotykam się znów z tem zjawiskiem. W ostatnich czasach kierują do nas na oddział pacjentki dla określenia wskazań do przerwania ciąży. Prawie wszystkie te kobiety bardzo są podniecone, i stwierdza się u nich znaczne przyspieszenie tętna. Wyjątek stanowią tylko pacjentki z zupełnie wyrównaną wadą serca.

Na ten swoisty odczyn chorego serca na wysiłek fizyczny i podniecenie rzucają nowe światło badania fizjologiczne Rein⁸⁾. Stwierdził on, że serce najoszczędniej pracuje, gdy w wyniku

wysiłku fizycznego tętno nie przyspiesza się, wtedy bowiem zapotrzebowanie krwi przez naczynia wieńcowe jest mniejsze, niż przy tętnie przyspieszonym.

VII.

W wielu przypadkach zapalenia otrzewny na całej przestrzeni brzucha wysłuchuje się dźwięczenie naczyń. Gdy bębница nasila się, dźwięczenie naczyń słabnie i nawet zupełnie znika. Czy zależy to od osłabienia czynności serca, czy od wzmożonego ciśnienia w jelitach. utrudniającego dopływ krwi do naczyń, orzec trudno. Ciekawe, że przy ciśnieniu wewnątrzjelitowym 90 mm Hg. dopływ krwi do naczyń jelit jest utrudniony, a przy 130 mm Hg zupełnie ustaje (V a n Z w a l e n b u r g⁹⁾).

Zjawisko silnego tętnienia naczyń jamy brzusznej najprawdopodobniej tłumaczy się zmianami anatomiczno-patologicznymi, wykrytymi przez L a i g n e l - L a w a s t i n e a¹⁰⁾ w zwoju trzewnym w przypadkach zapalenia otrzewny.

VIII.

W wielu przypadkach *mesaortitis luica* daje się zauważyć, że lewa tętnica podobojczykowa tętni słabiej od prawej. Wypełnienie zaś tętna na obu tętnicach promieniowych może być przy tem jednakowe. Objaw ten, o ile stwierdzany jest w stosunkowo młodym wieku, niewątpliwie przedstawia wartość rozpoznawczą.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O zaburzeniach wzrostu i rozwoju w wieku dziecięcym*).

Podał

A. FESIENSZTAT (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 23-24)

W świetle powyższych rozważań dwie tylko postaci infantylizmu zasługują na wyodrębnienie, gdyż posiadają one wyraźne oblicze kliniczne (*infantilismus intestinalis*, *infantilismus insulogenes*).

Infantilismus intestinalis. Cierpienie to po raz pierwszy zostało opisane przez H e r t e r a. L e h n d o r f i M a u t n e r zaproponowali dla tego cierpienia nazwę, używaną przez autorów angielskich *Morbus coeliacus*. Najobszerniej opracował je F a n c o n i, który obserwował odnośne przypadki nieraz w ciągu dwudziestu z górą lat.

Jest to cierpienie, rozpoczynające się w wieku wczesnego dzieciństwa, długotrwałe z większym lub mniejszym upośledzeniem stanu ogólnego. W obrazie klinicznym na plan pierwszy wysuwają się bardzo obfite stolce podobne do krowiego łajna, duży, wzdęty brzuch z objawami rzekomej puchliny brzusznej, wodochwiejność, anemja, hipotonja. Na szczególną uwagę zasługują: osteopatja, zahamowanie rozwoju, i upośledzenie wzrostu.

Do zmian kostnych należy zgębczenie kości (*osteoporosis*), nieraz dochodzące do znacznego stopnia, kości są ubogie w wapno, przejryste, bełeczki cienkie, istota gąbczasta rozrzedzona. Nasady wydają się znacznie rozszerzone wobec istnienia wąskich trzonów. Charakterystyczne jest występowanie poprzecznych linii w wzroście, widoczne na zdjęciu rentgenowskim. W miejscu chrząstki nasadowej, a ściślej biorąc, w pasie t. zw. kostnienia zawartość wapnia jest bardzo niska, stąd jasny pas w postaci ostrej, wąskiej i prostej linii. W czasie ogólnej poprawy (dieta witaminowa, lampa kwarcowa) następuje intensywne uwap-

nienie, które daje mocny, wysycony cień w tej linii poziomej. Z biegiem czasu, kiedy, jak to zwykle bywa, następuje ogólne pogorszenie, w obrębie nowego pasa kostnienia znów mamy brak wapna, a więc pas jasny, poczem ponownie następuje zwapnienie i t. d. W ten sposób tworzy się szereg poziomych linii na granicy chrząstki nasadowej i trzonu, które, jak już zaznaczyliśmy, noszą miano linii wzrostu.

Do zmian kostnych należy też zaliczyć późne występowanie jąder kostnienia.

Zahamowanie rozwoju ogólnego wysuwa się na plan pierwszy zwłaszcza w przypadkach, obserwowanych przez lat kilkanaście, kiedy jesteśmy w stanie stwierdzić niedorozwój narządów płciowych; temu zahamowaniu rozwoju towarzyszy również zahamowanie wzrostu. Tak więc u osobników w wieku lat 15—16 stwierdza się zupełny brak drugorzędnych cech płciowych, bardzo mały rozmiar narządów płciowych, a wagę i wzrost, odpowiadające dzieciom dziesięcioletnim.

Etjologia sprowadza się do czynników konstytucjonalnych: długotrwałe zaburzenia kiskowe u rodziców, często spotykane wcześniactwo u osobników cierpiących i wreszcie pewne cechy konstytucjonalne tych osobników (jasne uwłosienie, brązowa pigmentacja skóry, niebieskie skłery, neuropatja).

Patogeneza jest niejasna. Wprawdzie S c h i c k i W a g n e r uważają *infantilismus intestinalis* za sprawę wielogruzołową (*atrophia pluriglandularis digestiva*), ale wobec braku zmian anatomicznych w gruczołach trudno jest pogodzić się z tą koncepcją.

Infantilismus insulogenes. Postać tę klinicznie wyodrębnił i opisał u nas przed kilku laty F l i d e r b a u m. Charakteryzuje ją zahamowanie wzrostu i rozwoju płciowego z chwilą wystąpienia objawów ciężkiej cukrzycy; ma to miejsce przed okresem rozwoju płciowego lub w okresie pokwitania.

Zmiany kostne sprowadzają się do zahamowania wzrostu kości wzdłuż, do braku zrośnięcia

*) Wg. referatu, wygłoszonego na posiedzeniu naukowym dn. 8.X.1933 w szpitalu im. Bersonów i Baumanów.

części nasadowych z trzonem i braku punktów kostnienia w nasadach.

Całokształt tych zmian zdaniem Fliderbauma należy powiązać z niedomogą trzustki, która, poza cukrzycą, wywołuje zahamowanie rozwoju płciowego i fizycznego. Wagner i Priesele, a u nas Baumritter***) w swoich pracach o cukrzycy dziecięcej zwracają uwagę na zatrzymanie wzrostu, ale fakt ten pozostawiają bez wytłumaczenia.

Za słuszością koncepcji Fliderbauma przemawiają następujące dane: 1) doświadczenia Pratta, który wykazał, że wycięcie trzustki szczeniętom hamuje ich rozwój płciowy i wzrost oraz wywołuje cukrzycę; 2) systematyczna insulinizacja pacjentów o cechach infantylnych powoduje zwiększenie wzrostu i widoczny wzrost narządów płciowych; 3) badanie pośmiertne (wykonane w jednym przypadku przez Płońskiego) wykazało brak jakichkolwiek bądź zmian w gruczołach dokrewnych z wyjątkiem trzustki, w której stwierdzono bardzo ciężkie porażenie aparatu wewnątrz-wydzielniczego wraz z zaatakowaniem komórek „alfa”, które u dorosłych djabetyków wywołują zaburzenia w gojeniu się ran, a u osobników rosnących zahamowanie wzrostu i rozwoju płciowego.

* * *

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia nader rzadkich postaci przedwczesnego rozwoju, a więc przede wszystkim przedwczesnego dojrzewania płciowego, które opisano pod nazwą *pubertas praecox*. Anomalia ta występuje w różnych odmianach. Obecnie możemy wyodrębnić kilka rodzajów, zarówno z punktu widzenia kliniki, jakoteż i patogenezy. Cóż to jest *pubertas*? Jest to taki okres, w którym dziecko przeistacza się w dorosłego osobnika; przytem proporcjonalnie i harmonijnie rozwijają się wszystkie właściwości, któremi dorosły różni się od dziecka: 1) wzrost i rozwój fizyczny, 2) stan dojrzałości narządów płciowych, 3) psychika.

Nieraz już we wczesnym dzieciństwie występują cechy dojrzewania płciowego i nadmierny rozwój fizyczny i psychiczny. Dla takiej anomalii z harmonijnym rozwojem wszystkich wymienionych cech należy zachować nazwę *pubertas praecox*. Są to przypadki bardzo nieliczne, dotyczące wyłącznie chłopców; już w drugim okresie dzieciństwa stwierdza się wybitny rozwój fizyczny, uwłosienie nad spojeniem łonowym i narządy płciowe o rozmiarze odpowiednim dla osobnika dorosłego.

Znacznie częściej jednak występuje jednostronny, przedwczesny rozwój.

W jednej grupie przypadków dotyczy on wyłącznie intelektu; są to tak zwane „cudowne dzieci”, które pod względem rozwoju płciowego i fizycznego pozostają na poziomie swego wieku, natomiast są obdarzone niezwykle zdolnościami do mate-

matyki, muzyki i t. d. Postać tę nazywają *praecoxitas mentalis*.

W innych przypadkach rozwój dotyczy tylko strony somatycznej i sfery płciowej, natomiast rozwój umysłowy pozostaje na poziomie danego wieku, a nieraz poniżej tego poziomu. Taką postać nazywają *macrogenitosomia praecox*.

Wreszcie, wylącznie u dziewczynek, opisana jest swoista postać nieproporcjonalnego rozwoju. Obok wzmożonego wzrostu w drugim okresie dzieciństwa szybko rozwijają się narządy płciowe i cechy wtórne, które przybierają charakter właściwy płci męskiej; a więc zjawiają się włosy nie tylko nad spojeniem łonowym, ale i na twarzy w postaci brody i wąsów, a również na kończynach i tułowi; głos staje się niskim, łechtaczka przybiera rozmiary organu męskiego. Menstruacja nie występuje, wewnętrzne narządy płciowe są niedorozwinięte. Rozwój umysłowy pozostaje na poziomie wieku lub poniżej. Anomalię tę w związku z ogólnym uwłosieniem nazywają *hirsutismus* (*hirsutus*—włoszaty).

Czas występowania pierwszych oznak przedwczesnego rozwoju bywa różny. Naogół przyjęte jest, że u dziewczynek zjawiają się one już do trzech lat, a u chłopców powyżej trzech lat. Jeżeli chodzi o etiologię, autorzy wskazują na cały szereg czynników: duża liczba ciąż u matki, wczesne życie płciowe rodziców i rola dziedziczności. Są to dane niepewne.

Bardziej określone są wiadomości, dotyczące genezy przedwczesnego rozwoju dzięki obserwacji klinicznej i danym anatomopatologicznym. Jest rzeczą niemal ustaloną, że przedwczesny rozwój związany jest z trzema rodzajami gruczołów: 1) gruczoły płciowe, 2) nadnercza, 3) szyszynka.

W licznych przypadkach przedwczesnego rozwoju stwierdza się nowotwory złośliwe gruczołów płciowych (mięsaki, raki i nadnerczaki), które powodują nadmierną funkcję tych gruczołów, a także przedwczesny rozwój o charakterze proporcjonalnym, a więc o typie *pubertas praecox* w ścisłym tego słowa znaczeniu. Związek ten jest niewątpliwy, ponieważ po usunięciu tych nowotworów nadmierna czynność gruczołów płciowych ulega znacznemu zmniejszeniu się; objawy wtórne płciowe znikają, u dziewczynki następuje menstruacja, a nawet psychika powraca do typu dziecięcego.

W innych przypadkach rozwoju przedwczesnego stwierdza się w nadnerczach hiperplazję, najczęściej nowotwory o typie nadnerczaków. Ale tu charakter przedwczesnego rozwoju pozostaje w związku z płcią dziecka. U chłopców z guzami nadnerczy stwierdza się nadmierny rozwój fizyczny i płciowy,—są to „chłopcy herkulesi”—typ: *macrogenitosomia praecox*. U dziewczynki obok wzmożonego wzrostu występuje uwłosienie całego ciała wraz z wtórnymi cechami płciowymi męskimi—objawy wirylizmu—typ: *hirsutismus*.

Dlatego guz nadnercza u chłopców nasila cechy męskie, a u dziewczynki wywołuje cechy, których normalnie one nie posiadają—to pozostaje tajemnicą biologiczną.

Guzy szyszynki (*teratoma*, *sarcoma*) nie zawsze, ale dość często powodują przedwczesny rozwój w sensie *macrogenitosomia praecox*.

***) W końcu ub. roku w Polsk. Tow. Pediatr. demonstrował Baumritter przypadek zahamowania wzrostu u dziecka w przebiegu cukrzycy i zespół tych objawów ujął jako wyraz cierpienia wielogruczowego, jakim ma być cukrzyca.

U w a g i o g ó ł n e.

1. Charakteryzując poszczególne przypadki, należy ustalić, czy sprawa powinna być zaliczona do zaburzeń wzrostu (*nanismus, gigantismus*), czy też do zaburzeń rozwoju (*infantilismus, pubertas praecox*); w każdym bądź razie, który z wymienionych czynników wysuwa się na plan pierwszy.

2) Geneza interesujących nas zaburzeń wzrostu i rozwoju sprowadza się do trzech możliwości: albo odgrywa rolę tkanka rosnącego ustroju z jej morfologicznymi i biochemicznymi własnościami, albo narządy, regulujące wzrost i rozwój, a więc gruczoły dokrewne, albo też układ nerwowy. Przytem, w niektórych przypadkach dominuje wpływ jednego z tych czynników, częściej jednak należy przypuszczać porażenie całego aparatu, biorącego udział w rozwoju i wzroście organizmu.

3. Opracowanie ścisłej dagnostyki interesujących nas postaci chorobowych nasuwa duże trudności z następujących względów: niedostateczne są nasze wiadomości z zakresu fizjologii wzrostu i rozwoju, prawie niedostępne są nam procesy intymne, zachodzące w tkankach rosnącego i rozwijającego się organizmu, kwestja roli gruczołów dokrewnych w powstawaniu tej lub innej formy patologicznej nasuwa poważne wątpliwości, dane z endokrynologii eksperymentalnej należy przenosić ze zwierzęcia na człowieka z dużym krytycyzmem, wreszcie badanie funkcjonalne gruczołów dokrewnych, aczkolwiek nieraz jest pomocne dla klinicysty, częściej jednak daje wyniki nieokreślone. Toteż w obecnym stanie wiedzy zwykle badanie kliniczne prowadzi do bardziej określonych wyników: a więc wykonanie pomiarów, poznanie ogólnego wyglądu, określenie psychiki, zbadanie narządów płciowych, skóry i włosów są nieraz dostateczne dla ustalenia jednostki nozologicznej. Rozumie się, że prawie w każdym przypadku niezbędne jest uzupełnienie obrazu klinicznego przez badanie radiologiczne; pozwala ono osądzić, w jakim stadium znajduje się kośćce, a tem samem cały ustrój.

4. Sprawa leczenia wiąże się z właściwym

rozpoznaniem. Minęły czasy, kiedy przypadki zaburzeń wzrostu i rozwoju uważano jedynie za okazy muzealne. Obecnie udaje się radykalnie usunąć tę lub inną anomalję: w niektórych przypadkach dzięki interwencji chirurgicznej, w innych zaś — niestety, narazie niezbyt licznych — dzięki umiejętnemu stosowaniu organopreparatów.

A więc dla kliniki odsłaniają się szerokie perspektywy, należy tylko wcześniej i właściwie ustalić rozpoznanie.

P I S M I E N N I C T W O.

1. Apert. — Les altérations osseuses dans les néphrites atrophiques infantiles: nanisme renal. Presse medicale, 1928.
2. Apert et Peytavin. Bulletins de la société de la pediatrie de Paris, 1929.
3. Apert. Le Nourrison, 1932.
4. Biedl. Innere Secretion. IV Auflage.
5. Biedl. Zur Charakteristik der Pubertät. Mon. f. Kinderheilk. Bd. 31. H. 3—4.
6. Fanconi. Infantilismus intestinalis. 1930.
7. Fliederbaum. O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego (*Infantilismus insulogenes*). Warsz. Czas. Lek. 1930.
8. Fliederbaum i Płoński. Wyniki badania pośmiertnego w przypadku stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego. Warsz. Czas. Lek. 1933.
9. Fletcher, Naish, Mitchell — prace tych autorów o *rachitis renalis* cytowane według Aperta (Patz N. 3).
10. Hirszfel-dowa i Sterling. O mezenchymozach konstytucjonalnych. Pedjatrja polska. 1925.
11. Mikulowski (praca dotycząca *rachitis renalis*). Jahrb. f. Kinderheilk. 1932. Bd. 134.
12. Mołczanow. Zaburzenia wzrostu i rozwoju u dzieci. Moskwa, 1927.
13. Peritz. Der infantilismus. Ergebn. der inneren Mediz. und Kinderheilk. Bd. 7.
14. Rosenstern. Ueber Wachstumshemmungen im Kindesalter. Kl. Woch. 1926.
15. Rössle. Wachstum und Altern, 1923.
16. Rössle. Wachstumspathologie im Kindesalter. Mon. f. Kinderheilk. Bd. 24. H. 4—5.
17. Schlesinger. Das Wachstum des Kindes. Erg. der inneren Mediz. und Kinderheilk. Bd. 28.
18. Sterling Władysław. Endokrynologia dziecięcych stanów oligofrenicznych. Warsz. Czas. Lek. 1930.
19. Stettner. Ueber Wachstumstörungen. Z. f. ärztliche Fortbildung, 1925.
20. Wieland. Spezielle Pathologie des Bewegungsapparates im Kindesalter. Handbuch der allgem. Pathol. des Kindesalters - Brünnig und Schwalbe. Bd. II.
21. Zondek H. Die Krankheiten der Endokrinen Drüsen. 1923.

O c e n y k s i ą ż e k.

Marja ZDZIARSKA ZALESKA. **W okopach.** Pamiętnik kobiety-lekarka bataljonu. Warszawa 1934.

Jest to pamiętnik autorki, opisujący prace jej początkowo jako sanitariuszki, a następnie jako lekarza bataljonu podczas walk o niepodległość i o utrzymanie granic Polski. Autorka przeszła całą kampanję ukraińską, wojnę bolszewicką wraz z pochodem na Kijów oraz powstanie na Górnym Śląsku. Interesujące jest, że w pamiętniku, napisanym już przez dyplomowanego lekarza, sama treść lekarska jest drugorzędna i niejako przypadkowa, cała książka bowiem przepełniona jest po brzegi rozżarzonym do białości obowiązkiem patriotycznym i samozaparciem. Poprzez wielką prostotę stylu, który nie rości sobie pretensji do żadnych walorów literackich, przebija się na każdym kroku hart ducha, graniczący z prawdziwym heroizmem. Książka ta, wspominająca o dworze nad Pilicą — kolebce rodzinnej autorki — kojarzy mi się z oddalonym wspomnieniem osobistym. Przed laty bowiem, jako początkujący lekarz, praktykujący w lecie w Inowłodzu nad Pilicą, zawezwany zostałem do dworu tego do

chorej dziewczynki. Czyż mogłem wiedzieć wtedy, jakie siły drzemiały w tej małej gorączkującej osobce, i jak zwycięskich zmagających o losy ojczyzny stanie się kiedyś uczestniczką i kronikarką?

W. S.

Prof. Dr. K. HINTZE. **Geographie und Geschichte der Ernährung.** (1934. str. 330 + XI. Nakład Georg Thieme, Lipsk).

Dzielo to omawia szczegółowo historję nie żywienia, lecz środków spożywczych, roślinnych i zwierzęcych od czasów najdawniejszych do współczesnych. Omówione są metody uprawy zbóż, dalsza ich przeróbka, jarzyny i przyprawy, spożywane zwierzęta, ryby i ptaki. Znajdujemy również przepisy przyrządzania potraw w różnych czasach i u różnych ludów. Widzimy, jak pod wpływem rozwoju kultury i dobrobytu kuchnia staje się coraz bardziej wyszukana i urozmaicona — oczywiście, głównie wśród warstw lepiej sytuowanych, aż wkońcu wyradza się w orgje kulinarne dawnych Rzymian. Z czasów późniejszych i współczesnych w rozdziale o Europie znajdujemy dane, dotyczące wyłącznie Niemiec. O Polsce znalazłem zaledwie jedną wzmiankę, lecz bardzo sensacyjną,

iż w niektórych dzielnicach ludność żywi się po dzień dzisiejszy żołądźmi. Ani słowa o Francji i Anglii, aczkolwiek istnieją wielkie i godne zastanowienia różnice między metodami i nawykami żywienia w tych krajach. Rozdziały, poświęcone innym częściom świata, zawierają dużo ciekawych przyczynków do sprawy żywienia ludności tubylczej. Książka zawiera wiele cennych danych dla agronoma, ekonomisty i historyka. Natomiast fizjologowi i lekarzowi daje ona mało materiału.

Ludwik J u s t m a n.

Dr. Walter RUHMANN. Die Tastmassage. Ihre Anwendung und Wirkungsweise bei den Weichteilrheumatismen. (Księgarnia lekarska Fischera, Lipsk, 1934, str. 30, rycin 10).

W dobie zmniejszonego zaufania do postępu i do kroczących naprzód, niekiedy wprowadzając linię zygawkową i z natłaczaniem materiału nieusystematyzowanego, badań naukowych, w dobie zwracania się szerokiego ogółu myślniku ku „złotemu wiekom“ w zaraniu dziejów, publiczność chętnie kieruje wzrok ku „nauce“ (?) magów i ku ich metodom leczniczym. Znachorzy, a wśród lekarzy przygodni odgadywacze zainteresowań cofającej się duszy społeczeństwa wyzyskują ten moment do swoich celów osobistych. Kręgarstwo, „masaż metoą indyjską“ stają się metodami „zbawiennymi“ dla pacjentów i. garstki sprytnych spekulantów. W takich czasach ukazują się usiłowania stworzenia, raczej odnowienia gruntu naukowego dla tych metod. Pod tym względem widzenia zasługuje na uwagę broszura D-ra R u h m a n n a. Podnosi on słusznie, że już H i p p o k r a t e s uznawał masaż, że człowiek pierwotny rozcierał zbolale ciało, a zwierzę dotychczas to czyni. R u h m a n n mówi o masażu dotykowym. Chodzi mu o rozcieranie ręką lekarza części bolesnych ciała. Mówi on o „mięśniowych węzłach zapalnych“ (?), o usuwaniu „skupień mięśniowych“, nadmiernie napiętych, o potrzebie rozcierania „stwardnień płaskich“, bądź „guziczkowatych“. Masaż ma zmniejszać stwardnienia przez spotęgowany do nich dopływ krwi i następcze wessanie nacieków. Dla dawnych procedur tworzy autor nowe uzasadnienie naukowe, oświeśla działanie masażu z punktu widzenia fizjologii humoralnej. Drogą masażu wpływamy „na soki tkankowe, wytwarzamy szereg materyj, a wśród nich mającą duże znaczenie fizjologiczne acetylcholinę“. Stara rzecz w nowej szacie.

M. B i r o.

Priv.-Doz. Dr. Heinrich WESTHUES. Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rektumkarzinoms. Mit 107, zum Teil farbigen Abbildungen. Georg Thieme. Lipsk. 1934. 113 str.

Jestto nadzwyczaj cenne i gruntowne studium nad genęz raków odbytnicy, szerzeniem się ich, rozpoznaniem i warunkami doszczętności operacyjnej. Autor podjął się mozolnej pracy bardzo drobiazgowego i wszechstronnego zbadania 102 preparatów operacyjnych. W pierwszej części książki znajdujemy uzasadnienie teorii S c h m i e d e n a, że raki odbytnicy powstają z polipów, które są t. zw. tworami przedrakowymi i często występują w liczbie mnogiej, z których jeden dał już przemianę złośliwą, podczas, gdy inne, wyżej leżące, dopiero w przyszłości mogą stać się zdecydowanymi nowotworami złośliwymi. Stąd wypływa wskazówka dla postępowania leczniczego, ażeby usuwać możliwie duże kiszki, a wraz z nią i mogące współistnieć polipy. Słuszność teorii S c h m i e d e n a autor stara się uzasadniać bardzo licznymi i dokładnymi badaniami mikroskopowymi i stwierdzeniem faktu, że odsetki umiejscowień raków i polipów w rozmaitych odcinkach prostnicy są prawie jednakowe: największa liczba raków (60%) i polipów (45%) przypada na dolny odcinek prostnicy, średnia liczba (25% i 35%) na środkowy odcinek, najmniejsza (8% i 20%) na dolny. Poza to autor miał okazję dosyć częstego stwierdza-

nia współistnienia raka z polipami w rozmaitych stadiach ich rozwoju (polipy łagodne, postaci przejściowe — stany przedrakowe, z przemianą wyraźnie złośliwą). Z drugiej części pracy W e s t h u e s a wynika, że rak szerzy się w ścianie kieszki za ledwie o 1 — 1½ cm w górę i w dół. Przerzuty gruczolowe występują wyłącznie w górze od nowotworu wzdłuż tętnicy odbytniczej górnej (*a. haemorrhoidalis superior*). W trzeciej części książki podane są wnioski praktyczne, wypływające z badań autora. Mała ruchomość guza nie powinna decydować o operacyjności, ponieważ może ona zaieść od zmian zapalnych otoczenia. Natomiast doniosłe znaczenie pod tym względem (wybór metody) ma przekonanie się o tem, jak wysoko w górę sięga guz. W razie niemożności obejścia górnej granicy nowotworu palcem, wprowadzonym do odbytnicy, robimy specjalne badanie rentgenowskie sposobem F r i c k e, które polega na zdjęciu prostnicy po wprowadzeniu do niej powietrza. Przy takim badaniu bardzo wyraźnie uwidocznia się rozmiary guza i jego górna granica. Ażeby uczynić zadość doszczętności, należy usunąć bardzo duży odcinek kieszki w górę od guza do 30 — 40 cm. (możliwie istniejące polipy); posilkując się metodą krzyżową, usunąć kiszki i przyległe tkanki łącznie z powięzią ścienną miednicy (*fascia pelvis parietalis*), jak to zaleca G o e t z e, na całej przestrzeni kości krzyżowej, gdyż często na niej znajduje się jeszcze nowotwór, nie przechodzący poza samą powięź. Z paru krytycznych uwag, nasuwających się w związku z omawianą pracą, chciałbym nadmienić, że trudnoby mi było potwierdzić bardzo częste występowanie polipów łącznie z rakami odbytnicy, jak również, że usuwanie kieszki wraz z powięzią ścienną miednicy przyjęte jest w klinice chirurg. U. W. prof. Z. R a d l i Ń s k i e g o już od kilkunastu lat. Książka W e s t h u e s a, poza zaletami, omówionymi wyżej, ma jeszcze inne, a mianowicie, że jest wydana na bardzo dobrym papierze i bogato ilustrowana pięknymi rysunkami.

Jerzy R u t k o w s k i.

Dr. Bronisław HANDELSMAN, b. lekarz naczelny szpitala Św. Aleksandra w Łodzi. Choroby zawodowe. Część I. O chorobach zawodowych, podlegających ubezpieczeniu. Wąglik, zatrucie łożem, zatrucie ręką. (Str. 40, Łódź 1934).

Definicja chorób zawodowych nie jest łatwa. Rozróżniamy wypadki przy pracy od chorób zawodowych, chociaż jedne i drugie są wynikiem szkodliwych bodźców, działających w czasie pracy. Różnica polega na tem, że wypadek jest następstwem gwałtownego zadziałania przyczyny, a choroba zawodowa — wynikiem przewlekłego jej działania. Złamanie ręki przy pracy jest wypadkiem, a zatrucie ręką jest chorobą zawodową, choć i zatrucie ręką może być wypadkiem, np. wskutek pęknięcia rury, napelnionej parą rękową. Autor rozumie przez chorobę zawodową: 1. „swoiste, do pewnego stopnia właściwe poszczególnym zawodom schorzenia“; 2. takie, które wprawdzie mogą też występować u niepracujących zawodowo, ale szczególnie często napastują osoby pewnych zawodów. Brunon N o w a k o w s k i definiuje prościej, mianowicie, nazywa chorobą zawodową taką chorobę, nabytą przy pracy, która nie posiada znamion wypadku. Interpretacja choroby zawodowej nabrała znaczenia od czasu wprowadzenia prawnego obowiązku odszkodowania za pewne choroby zawodowe. W celu uproszczenia sprawy ułożono wprost listę chorób zawodowych, które znacznie różnią się w różnych krajach. W Polsce za choroby zawodowe uznano zakażenie wąglikiem i zatrucie łożem i ręką. Poza to istnieje dopiero projekt rozszerzenia tej listy (zatrucie fosforem, arsenem, benzolem, węglowodanami, uszkodzenia radowe, rentgenowskie i t. d.), co obciążałoby pracodawców. Autor zajął się sprawami, uznanymi w Polsce, i opracował je szczegółowo pod względem etjologicznym, symptomatologicznym, rozpoznawczym, progno-

stycznym i leczniczym. Stworzył rzecz bardzo pożyteczną nie tylko dla lekarza fabrycznego, ale dla każdego klinicysty. Gdy czyta się pracę Dra H a n d e l s m a n a, to uświadamia się sobie, ile takich przypadków przeoczyło się w praktyce ze szkodą dla chorego. Któż z nas pomyśli o ołowicy, gdy dostanie chorego z obstrukcją i bólami brzuszными? Najczęstszym rozpoznaniem będzie niewątpliwie kolka wątrobowa lub nerkowa; i będzie się posyłało chorego do rentgenologa, zamiast zbadać mu krew. Pod tym względem książka odda każdemu z nas nieocenioną przysługę. Pomimo niewielkich rozmiarów praca jest wyczerpująca i czyta się z zacięciem, jak każda publikacja autora, dobrze zasłużonego dla naszego piśmiennictwa lekarskiego. Na uwagę zasługuje wyrazownictwo techniczne, całkiem nam lekarzom nieznane (szpachlowanie, sykatyw) i często szczęśliwe spolszczenie obcych nazw (składacze). Chcąc, by praca była wyczerpująca, autor zupełnie niepotrzebnie przytacza różne doświadczenia na zwierzętach, jak wdmuchiwanie kotom z podwiązany przelykiem do tchawicy rozpuszczalnych związków ołowiu (str. 21, 22) i t. p.

Na str. 23 autor podaje, że na sekcji ludzi, zmarłych wskutek zatrucia ołowiem, można było stwierdzić przeważające odkładanie się Pb. w kościach, i zaraz przytacza, że u zwierząt, zabitych po doświadczalnym dowiezie ołowiu, prawie całkowitą ilość ołowiu znajdowano w kościach. Ponieważ dziś przy rozbudowie badań klinicznych i pośmiertnych doświadczenia na zwierzętach są nam całkowicie zbędne, przytaczanie takich przykładów jest ofiarą, składaną na ołtarzu starych przesądów. Dziś sprawa przedstawia się naodwrot: eksperymentatorzy, teoretycy medycyny dążą ze swoimi pracami w laboratorjach zwierzęcych do sal szpitalnych (farmakolodzy), spodziewając się pewniejszych i pożyteczniejszych dla nauki wyników swoich dociekań. Książka Dra H a n d e l s m a n a jest wydana starannie, bez błędów drukarskich; sprawia korzystne wrażenie i w szeregu świeżych, dość licznych obecnie u nas publikacji z dziedziny higieny zawodowej zasługuje na wyróżnienie, ponieważ szczęśliwie łączy higienę z kliniką chorób zawodowych i przeznaczona jest dla lekarzy.

W. K n a p p e.

Wskazówki praktyczne

Dijozol działa, wed'ug N e h r k o r n a, mocno przeciwnie i przeciwapalnie. Działanie jego jest głębokie i nie drażniące. Do zalet jego należy brak zapachu i płamienia. Bardzo nadaje się do szybkiego wyjaławiania rąk (w postaci płynnej i jako mydło). W leczeniu ran zakażonych i zanieczyszczonych okazał się bardzo skuteczny i powinien z korzyścią zastąpić nalewkę jodową, niepozbawioną wad. (M. m. W. 1934, N. 19).

—o—

Enzypan okazał się środkiem, doskonale zwalczającym *pooperacyjny niedowład jelit* bądź toksycznego, bądź mechanicznego pochodzenia (po cięciu brzuszem). Zwraca uwagę szybkie ustępowanie bębni (meteorismus). Dawka: na początku 3 razy dziennie po 3 drażetki, później mniej. Po enzypanie — środki, pobudzające ruchy robaczkowe. (Ther. Gegenw. 1934, Z. 5).

—o—

S c h u l t z e utrzymuje, że duży odsetek *bolesnego miesiączkowania* może być skutecznie leczony *suggestją*. Należy częściej stosować hipnozę. (Ther. Gegenw. 1934 Z. 5).

—o—

L i n d e m a n n poleca *Saridan* w *praktyce ginekologicznej*. Jest to izoprofilantypiryna, przetwór, wyrabiany przez firmę H o f f m a n n L a R o c h e. W miesiączkowaniu bolesnem, połączonem z kurczami kiszek i migreną, jakoteż do uśmierzania bólów po operacjach i w różnorodnych cierpieniach lek ten oddaje rzetelne usługi. Dawka: 1 — 3 pateleki dziennie. Działania ubocznego nie spostrzegano. U chorych ze skazą moczanową zwraca uwagę obfite wydalenie złożeń kwasu moczowego. (Med. Welt. 1934, N. 18).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

CLXXXI posiedzenie z dnia 20 listopada 1933 r.

Obecnych 56.

Przewodniczył: K a c p r z a k.

P o k a z y:

1) A. O w c z a r e k. *Uproszczony sposób wlewania płynów kontrastowych do tchawicy.*

Płyny kontrastowe w rentgenodjagnostyce dolnych dróg oddechowych dają nieocenione usługi. Dzięki tej metodzie często unikamy błędów rozpoznawczych, a stale upraszczane sposoby stosowania przyczyniły się do jej znacznego rozpowszechnienia. Dawniej stosowane sposoby, które wymagały zużycia znacznej ilości środków znieczulających, kilkodniowego przygotowania, wiele cierpliwości ze strony pacjenta i lekarza, były dla chorych bardzo wyczerpujące, a u dzieci często zawodziły. Omawiany sposób, wprowadzony przez belgijskich lekarzy H u g u e t a i H e n n e b e r t a jest krótkotrwały, niemal zawsze wykonalny, nie wymagający uprzedniego przygotowania chorego, może być przeprowadzony ambulatoryjnie przy użyciu 3 — 10 cm³ 2% roztworu kokainy, względnie nowokainy, którą szczególnie zalecają autorzy francuscy. Sposób ten polega na wprowadzeniu cewnika N e l a t o n a Nr. 15 lub 16 do znieczulonego uprzednio przewodu nosowego, poprzez który zostaje przy-

wyciągniętym języku znieczulona gardziel, krtań i tchawica. Ochrypnięty głos oraz powietrze, wychodzące z zewnętrznego końca cewnika, są dowodem, że koniec wewnętrzny znajduje się poniżej szpary głosowej. Następnie układa się chorego w pozycji zależnie od wskazań internisty i zapomocą strzykawki wlewa się 10 — 30 cm³ płynu kontrastowego (lipjodol, jodipina, bromipina), który wypelnia żądany odcinek drzewa oskrzelowego. Szereg rentgenogramów ilustruje wyniki powyższego sposobu bronchografji.

D y s k u s j a:

G a n t z podkreśla, że demonstrowana metoda jest łatwa, prosta i dostępna, podczas, gdy dotychczasowe metody były nader uciążliwe. Samemu mówcy zdarzyło się dwukrotnie, że wprowadzał przez trójkraniec lipjodol do tkanki przedtchawicznej zamiast do tchawicy. Francuzi zalecają jako środek znieczulający nowokainę, zamiast kokainy, która spowodowała dwukrotnie u dzieci zejście śmiertelne.

P i e n i a ż e k zapytuje o stopień giętkości cewnika i jego rozmiary. Podkreśla, że znieczulać należy krtań i rozdwojenie tchawicy. Nowokaina jest 10 razy mniej toksyczna, niż kokaina. Zaleca do znieczulania allokainę lub pantokainę. Stosował również z dobrym wynikiem u dzieci alipinę.

B. K a r b o w s k i stosował metodę wprowadzania środka kontrastowego strzykawką. Zapytuje, czy 2% roztwór kokainy wystarcza do znieczulenia.

Z. S r e b r n y stwierdza, że u dzieci bronchografia dotychczasowymi metodami była bardzo trudna. Uważa, że wyciąganie języka jest zbędne, jeżeli znieczulić dobrze gardło. Jeżeli gardziel nie jest znieczulona, to przez nos nie można wprowadzić cewnika do krtani. Zastanawia go fakt, że przecież nowokaina działa tylko podskórnio lub podśluzowo, powierzchniowo zaś nie działa zupełnie, nie rozumie więc, w jaki sposób osiągnąć zapomocą nowokainy znieczulenie błony śluzowej. Widział raz jeden znieczulenie błony śluzowej nosa nowokainą z adrenaliną, wykonane przez A l e x a n d r a, i sądzi, że nowokainą z adrenaliną będzie skuteczne. W Niemczech kokaina jest zabroniona, zamiast niej stosuje się larokainę.

W odpowiedzi stwierdza O w c z a r e k, że używa cewnika Nr. 15 lub 16, który wprowadza na odległość 18 — 23 cm. od nosa. Uważa, że znieczulania gardzieli jest bardzo nieprzyjemne, omówiony zaś sposób pozwala uniknąć tej nieprzyjemności, co szczególnie przemawia na jego korzyść. W dawnych metodach nie wystarczał 10% roztwór kokainy, tutaj zaś wystarcza 2%. Francuzi stosują nowokainę do znieczulenia powierzchniowego i są bardzo z tego sposobu zadowoleni. Stosował perkainę ze złymi wynikami.

2) M. P ł o ś k i e r. *Pokazy anatomoopatologiczne*. Prelegent pokazał preparaty anatomopatologiczne grzylcy dziecięcej, przeważnie różnych typów zespołów pierwotnych, w jednym przypadku z kilkoma ogniskami pierwotnymi. Dalej pokazany został preparat ciężkiej grzylcy z serowacem i z jamami u dziecka sześciomiesięcznego, preparat grzylcy z rozstrzeniami oskrzelowymi, preparat rozstrzeni oskrzelowych i ropni płuc u człowieka dorosłego, rozpoznawanych przyżyciowo jako zmiany grzylcze (streszczenie własne).

D y s k u s j a:

G a n t z zwraca uwagę na przypadek d u ż e j j a m y u sześciomiesięcznego dziecka jama ta wygląda zupełnie jak u dorosłego człowieka, a powstała z zespołu pierwotnego. Grzylca błon śluzowych należy u dzieci również do rzadkości, lecz zdarza się. Ciekawe jest również połączenie grzylcy w szczycie z rozstrzeniami w dolnych płatach płuc.

P i e n i a ż e k podkreśla, że grzylcze zmiany błon śluzowych u dzieci nie są bynajmniej rzadkie przy badaniu pośmiertnym, rzadko tylko bywają stwierdzane za życia.

3) O d c z y t:

J. J a k ó b k i e w i c z. *Najbliższe Polski ogniska dżumy*. (Było drukowane w „Warsz. Cz. Lek.”).

CLXXXII posiedzenie z dnia 4 grudnia 1933 r.

Obecnych 47.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i

P o k a z y:

1) J. T y p o g r a f. *Przyczynę do trudności rozpoznawczych dławicy piersiowej*.

Prelegent omawia historię choroby pacjenta, u którego występowały typowe objawy dławicy piersiowej. Wszelkie leczenie, zwłokę w takich przypadkach stosowane, zawodziło zupełnie. Niezwykle było w tym przypadku zwłaszcza to, że napady pomimo częstego występowania i bardzo znacznego natężenia nie wpływały wcale osłabiająco na czynność serca. Ta okoliczność oraz stale utrzymująca się bolesność uciskowa na mostku i wzmaganie się bólów w porze nocnej nasunęły przypuszczenie, czy siedliskiem choroby jest nie samo serce, a sprawa kłowa, umiejscowiona w okostnej mostka (*periostitis serosa luetica*). Wybitnie dodatni odczyn W a s s e r m a n a oraz znakomita skuteczność swoistej kuracji bizmutowej potwierdziły słuszność rozpoznania. Prelegent uzasadnia następnie szczegółowo swe rozpoznanie i wyłącza inne mogące tu wchodzić w rachubę jednostki chorobowe, a zwłaszcza rozpoznanie *angina pectoris luetica* (streszczenie własne).

O d c z y t:

2) W. T y c z k a. *O odmie czaszkowej*. (Streszczenia nie nadesłano).

D y s k u s j a:

P. G o l d s t e i n zabiera w tej sprawie głos, ponieważ zajmuje się chirurgią mózgową. Sprawy nowotworowe mózgu nastrożają dużo trudności rozpoznawczych, zwłaszcza ich umiejscowienie. Bywa ono trudne, jeżeli chodzi o guzy przedniej jamy czaszkowej, lecz nielatte jest również w guzach tylnej jamy. W guzach płata czołowego trudno jest nawet rozstrzygnąć pytanie, czy dotyczy on strony prawej

czy lewej. Statystyki francuskie dowodzą, że rocznie powinno się operować około 2000 guzów mózgu, a jest operowanych tylko 400 — 500. Odma czaszkowa stanowi cenne uzupełnienie klinicznych metod badania. Mówca przekłada wentrikulografię nad encefalografię, zwłaszcza jeżeli się podejrzewa guz tylnej jamy czaszkowej. Robi w pokrywę kostną dwa otwory. Wypuszcza więcej (5 cm³) płynu, niż wypuszcza powietrza (3 cm³). Zdjęcie robi po kilkunastu minutach. Robiąc wentrikulografię, zawsze jest gotów do natychmiastowej operacji, gdyż po zabiegu mogą występować powikłania. Jeżeli badanie da wyniki dodatnie, przystępuje natychmiast do zabiegu operacyjnego. Jeżeli wyniki badania są ujemne, usuwa się powiętrze przez odpowiednie ułożenie chorego. Wyniki wentrikulografii nie są zawsze pewne. Ze względu na niebezpieczeństwa, związane z badaniem, należy je ograniczyć do rzeczywiście koniecznych przypadków. Gdy postawione zostało rozpoznanie guza, a nie można go umiejscowić, wykonywać należy wentrikulografię. Pamiętać jednakże należy o tem, że zdjęcie nie daje odpowiedzi, jak głęboko siedzi guz, ani czy można go operować.

E. H e r m a n zaznacza, że rzadziej stosuje encefalografię, aniżeli na klinice, i przyznaje się, że przystępuje do niej zawsze z lękiem. Wentrikulografia nie jest tak niebezpieczna jak encefalografia, która jest zato łatwiejsza technicznie. Wykonuje encefalografię w następujący sposób: płyn mózgoworodzeniowy wypuszcza się frakcjami po 10 — 15 cm³, powietrza wpuszcza się o 5 cm³ mniej; ogółem wypuszcza się 60 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, wpuszcza się zaś 30 cm³ powietrza. Pomimo tej ostrożności miał nieprzyjemne powikłania: w jednym przypadku wystąpił ból głowy, błądność, sinica, bradykardja, utrata przytomności i t. d., pomimo stosowania analeptyków, lobeliny, utrata przytomności trwała przez kilka godzin. Zapytuje, czy prelegent miał nieprzyjemne, a nawet śmiertelne przypadki, które opisywali N o n n e, S i c a r d nawet przy myelografii, i czy przyczyną ich są błędy techniczne.

H. H i g i e r zaznacza, że wentrikulografia jest względnie wolna od niebezpieczeństw, natomiast encefalografię odrzuca nawet szkoła C u s h i n g a, która jest raczej gotowa do operacji. Przy encefalografii zdarzają się przykre przypadki z bradykardią, naprężeniami z sinicą i błądnością. Podkreśla, że guz mózgu jako taki daje niewiele objawów lub nawet jeden tylko objaw, a ogół t. zw. objawów guza mózgu daje wodogłowie, wklajające guz. Zdaniem S c h u l t z e g o, *hydrocephalus* jest tym *tumor fluidus*, który daje większość objawów. Odma czaszkowa nie rozstrzyga również tych zagadnień. Do rozstrzygnięcia ich przyczyni się być może, użycie jakiegoś barwnego płynu kontrastowego, który powleci na dokładne odgraniczanie guzów.

W odpowiedzi stwierdza T y c z k a, że nie jest entuzjastą metody encefalografii. Na Zachodzie zostaje ona coraz bardziej wypierana przez wentrikulografię, którą wykonywują neurochirurdzy. Lecz u nas panują odmienne stosunki, niema neurochirurgów, sprawami temi zajmują się prawie wyłącznie neurologi, którzy mogą robić tylko encefalografię. Osobiście wpuszcza tylko po 60 cm³ powietrza, podczas gdy zagranicą są badacze, wypuszczający po 300 — 400 cm³ powietrza (doświadczenia K o z e w n i k o w a na samym sobie). Czasami występują zaburzenia przy zbyt wolnym wykonywaniu zabiegu, który powinien trwać od 3 do 4 minut. Czasami przy encefalografii zdarzają się pocenie, bradykardja, nudności, wymioty; występujące przytem zapaści są raczej pochodzenia sercowego, aniżeli mózgowego. Na 1500 wykonanych encefalografiach nie miał ani jednego przypadku śmiertelnego, któryby można było bez żadnej wątpliwości położyć bezwzględnie na karb zabiegu. Miewał wprawdzie dolegliwości kłopotliwe, lecz nie obawia się ich za bardzo. Pamiętać należy, że przed zabiegiem niewolno dawać zbyt dużych ilości środków narkotycznych. Wykonywał encefalografię u chorych z padaczką: czasami podczas zabiegu występował napad padaczkowy, a pomimo to nie przerywał całkowicie zabiegu, lecz po ustaniu drgawek prowadził go dalej bez żadnej krzywdy dla chorych.

CLXXXIII posiedzenie z dnia 18 grudnia 1933 r.

Obecnych 57.

Przewodniczył B r e g m a n.

Przed porządkiem dziennym, przewodniczący przedstawił zasługi zmarłego członka Towarzystwa Antoniego N a t a n s o n a, którego pamięć uczcili zebrani przez powstanie.

1) L. j e l e n k i e w i c z. *Zaburzenia dyskinetyczne pozawątrobowych dróg żółciowych* (będzie drukowane w „Warsz. Czas. Lek.”).

2) J. S z p e r. *Postępowanie chirurgiczne i wyniki w kamicy żółciowej* (ukaże się w „W. Cz. Lek.”).

D y s k u s j a:

H. H i g i e r. Poglądy prelegenta, oparte poniekąd na poglądach B e r g m a n n a i S c h m i e d e n a, dają się z korzyścią uogólniać. Nazwa „*cholecystopathia*” lub „*cholepathia*” nie posuwa bynajmniej sprawy naprzód, dowodzi raczej bezsilności klinicysty, który w przypadkach niepewnych posilkuje się terminologią nie nie przesadzającą i mało mówiącą, jak, np.: u neurologów *myelopathia* lub *cerebropathia*, pod którymi można rozumieć wszystko, co się chce, a właściwie tylko *sedes morbi*. Na długotrwały ból w sprawach chorobowych wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych ogół lekarzy zapatruje się jako na dowód obecności kamicy, a jednak wiemy, że czasem napad trwa tylko kwadrans, a często przy badaniu rośmiciem nie znajduje się ani śladu kamienia lub piasku, a odwrotnie znowu, znamy liczne kamienie bez bólów za życia. Do wywołania bólów wystarcza ostra lub zaostająca się sprawa błony śluzowej lub ból skurczowy muskulatury gładkiej, zaopatrującej wątrobę i jej przewody wyprowadzające w trzech warstwach i tworzącej rodzaj zwieracza. Skurcz tego zwieracza (*sphincter Oddiego*) i leczenie jego, według mówcy, niewiele się w zasadzie różni od skurczu i leczenia znanego *oesophagospasmus*, *pylorospasmus*, *cardiospasmus*, *colospasmus*, *rectospasmus*, *bronchospasmus*, a nawet od angiospazmu czynnościowego serca w *angina pectoris*. Skurcze te są nieraz natury wtórnej (np. *oesophagospasmus* w przeroście gruczołu krokowego) i przeciwnie dają nieraz wtórne cierpienia (ból karku w chorobach wątroby, ból szyi w dusznicy bolesnej). Obok tej napadowej hipertonicznej muskulatury gładkiej, zna klinika stany hipotoniczne mięśni tychże narządów (*dilatatio constitutionalis oesophagi, ventriculi, gastroenteroplegia postoperativa*). Te dystonie i dyskinezyje mogą być autointoksykacyjne, humoralne i wegetatywno-autonomiczne. Co się tyczy specjalnie wątroby, to mechanizm tej *pseudocholelithiasis* bywa dwojaki. Zaburzenia samoistne resorpcji żółci w obrębie pęcherzyka z wtórnym stanem skurczowym w obrębie szyjki i przewodu pęcherzykowego. Rozdęcie pęcherzyka wywołuje, jak wzdęcie kiszki, przemijający ból. Mogą też mieć miejsce zaburzenia czynnościowe zwieracza Oddiego, coś w rodzaju kurczu odzwierciadnika. Narządy wewnętrzne naogół nie mają nerwów bólowych i cieplotnych, nie reagują na krajanie nożem, ucisk pincety lub przypalanie P a c q u e l i n e m. Drażnienie trzew wywołuje jedynie wzmocnienie napięcia mięśni, które rozciąga *radix mesenterii*, a tą drogą przenosi się bodziec z układu autonomicznego na układ somatyczny czyli na odnośny odcinek rdzenia i daje intensywne bóle, znane z zapalenia opłucny, otrzewny, kiszki ślepej i t. d. Stąd też słuszniej byłoby mówić o dystonii, niż o dyskinezyi, która jest zjawiskiem wtórnym. Nie samo zapalenie kiszki, przewodu żółciowego, pęcherza moczowego daje ból i claudication intermittente, lecz nadmierne ich rozdymanie, drażniące zakończenia nerwów naczylnych muskulatury gładkiej, anemizujące je, jak w bolesnych angiospazmach *endarteritis obliterans* stopę. Ból trzewny bywa zazwyczaj rozlany, a *locus morbi* daje się ściśle ustalić, dzięki, dwum odruchom: trzewno - ruchowemu (M a c k e n z i e) w obrębie skurczonych mięśni brzucha lub klatki piersiowej oraz trzewno - czuciowemu (H e a d) w postaci pasów przeczulicy skóry. I leczenie wszystkich tych myospazmów jest prawie jednakowe (atropina, asthmolizyna, skopolamina, adrenalina i t. p.) zarówno w cholepatji, jak i w dychawicy nerwowej, *pylorospasmus*, skurczu pęcherza moczowego. Przerywa wszystkie te napady również zastrzyknięcie nowokainy do odpowiedniego zwoju lub spłotu współczulnego (*injectio paravertebralis* M a n d l a). Uogólnienie to na wszystkie sprawy trzewno - spastyczne, uważa mówca za wskazane, starał się on też uzasadnić to w swem przemówieniu z pogranicza interny i neurologji (streszczenie własne).

K n a p p e stwierdza, że do operacji w cholecystopatjach nie mają zaufania ani lekarze, ani pacjenci. Ważną rzeczą jest wiedzieć, kiedy można i należy operować takich chorych. Otóż operować można wtedy, gdy pozwala na to konstytucja, stan serca i t. d. Jeżeli choroba trwa długo, operacja po 45 roku życia staje się niebezpieczna. Sam rodzaj zabiegu nastroja również dużo wątpliwości. Nawet po

wycięcia pęcherzyka żółciowego chorzy miewają często takie same dolegliwości, jak przed operacją.

J o c h w e d s uważa, że prawdziwe dyskinezyje niezapalne i niekamicy są nader rzadkie. Częstość nie wykrywa się kamicy żółciowej, gdyż odnośne metody badania (cholecystografja) zawodzą. Bywają dyskinezyje dróg żółciowych na tle zrostów okołodwunastniczych, schorzeń wyrostka robaczkowego. Jako dowód przytoczyć można t. zw. *icterus spasticus*, krótkotrwałe (czasami 36-godzinne) żółtaczkę w przebiegu kamicy. Cholecystopatie u młodych dziewcząt, dające złe rokowanie, powinno się wcześniej operować. Często nawet chirurgzy wolą się powstrzymać od operacji, jak tego dowodzi cytowany przez mówcę przypadek. Wyników leczenia wewnętrznego, ani chirurgicznego nie można, niestety, nigdy zgóry przewidzieć. Podkreślić należy, że pomimo kontrolowania przez chirurgów podczas operacji stanu przewodów żółciowych, zdarzają się nawroty po zabiegu.

W odpowiedzi stwierdza J e l e n k i e w i c z, że pojęcie „*cholecystopathia*” stanowi już postęp w tej dziedzinie, gdyż dawniej w podręcznikach figurowała tylko jedna sprawa „*cholelithiasis*”. Odczyt prelegenta dotyczył tylko dyskinezyj, które należy rzeczywiście zaliczyć do rzadkich spraw. Rozpoznanie to można postawić dopiero po zupełnie pewnem wyłączeniu kamicy żółciowej i stanu zapalnego dróg żółciowych. Jako dowód może służyć cholecystografja, która uwiarygodniła pęcherzyk żółciowy, niezawierający kamieni. Patogeneza kamicy żółciowej jest zagmatwana i niejednoznaczna, są jednak momenty jasne, niedostatecznie uświadomiane sobie przez świat lekarski. Kamica żółciowa może być pochodzenia zakaźnego, zapalnego i zastoinowego. Najwyraźniejszą rolę odgrywają czynniki zakaźne i zapalne. Pojedyncze niezapalne kamienie czysto cholesterynowe A s c h o f a i B a c m a i s t r a spotykają się bardzo rzadko, na zastój zawsze nawarstwia się czynnik zapalny. Przeshody w odpływie żółci w kamicy mogą być mechaniczne i czynnościowe, co nie znaczy bynajmniej, że istnieją tutaj żółtaczkę mechaniczne i czynnościowe, gdyż bezpośredni odczyn H y j m a n s a v a n d e n B e r g h a zawsze wypada natychmiastowo. Prelegent nie pominął w swym odczycie odruchów trzewno - ruchowych i trzewno - czuciowych. Do sprawy operacji należy się ustosunkowywać indywidualnie.

S z p e r podkreśla, że chirurg nie jest tylko operatorem, lecz również lekarzem, co mu należy poczytywać za zasługę, a nie za winę. Z zabiegami operacyjnym nie należy zwlekać zbyt długo, gdyż jak wygląda wątroba po ośmiomiesięcznej żółtaczce, wie tylko chirurg. W postępowaniu leczniczym nie posiadamy innych kryteriów, niż statystyczne, lecz statystyka jest zawsze równaniem z dwiema niewiadomymi, gdyż terenu, na jakim się ma odbyć operacja, nigdy dokładnie nie znamy. Statystyka jest tylko naukowo ujętą teorią prawdopodobieństwa. Jeden przypadek w tej dziedzinie niczego nie dowodzi. Przeciwskazania do operacji w kamicy opisał prelegent w r. 1927.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Lyonie z dnia 15 maja 1934 r. (Presse méd. N. 46, 1934) P é h u pokazywał przypadek *łagodnej postaci akrodynji*. Dotyczył on pięcioletniej dziewczynki. Objawy były tutaj o wiele mniej wybitnie wyrażone, aniżeli w zwykłej akrodynji. W lutym 1934 r. choroba cechowała się wyraźnym wycieńczeniem, rozlaniami bólami kończyn z uczuciem palenia, stałą tachikardją. Osutka ściśle się ograniczyła do skóry wszystkich paliczek palców rąk (jedynie do powierzchni dłoniowej) i wykazywała wybitną skłonność do symetrii. Palce nóg miały wygląd sinicy. Poza tem nie było żadnych innych objawów akrodynji. Badanie fizyczne dało wynik całkowicie ujemny. Mocz nie zawierał żadnych składników patologicznych. W przypadku tym miało się niewątpliwie do czynienia z akrodynją. Możliwe, że przypadki jej o mniej wybitnie wyrażonych objawach, występujące ze szczególnym upodobaniem, a nawet prawie wyłącznie w dzieciństwie (od roku do 6 — 7 lat), są częstsze, niż się przypuszcza. Lekarze powinni zwrócić baczniejszą uwagę na tę szczególną chorobę.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Lyonie z dnia 15 maja 1934 r. (Presse méd. N. 46, 1934) J. C h a l i e r, M. P l a n c h u i L. B a t i n a n d pokazywali przypadek *zapalenia opon mózgowych w następstwie świnki*. Powikłanie to występuje, jak wynika ze statystyki autorów, w około 5 — 10% przypadków świnki. W przypadku tym było średnio silne zapalenie opon mózgowych, acz-

kolwiek płyn zawierał 800 do 900 białych ciałek, zapalenie opon mózgowych poprzedzało lub, co najwyżej, wystąpiło jednocześnie ze świnką. Autorzy kładą nacisk na częste występowanie odczynu zapalnego ze strony opon mózgowych w przebiegu świnki i na znaczenie tych faktów dla rozpoznania etjologicznego stanów, znanych pod nazwą uleczalnego limfocytarnego zapalenia opon mózgowych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Lyonie z dnia 17 maja 1934 r. (Presse méd. N. 46, 1934) Léon i Marcel B é r a r d pokazywali przypadek *tężyczki pochodzenia żołądkowego wskutek zwężenia odźwiernika*. Przypadek dotyczył 35-letniego mężczyzny ze zwężeniem odźwiernika, istniejącym już od czterech lat, którego prelegenci widzieli po raz pierwszy w nader opłakanym stanie, nadzwyczaj wychudzonego, z samodzielnymi kurczami kończyn, z długotrwałymi napadami czkawki. Po kilku dniach wyczekiwania i przygotowania wykonano zabieg, który wykazał, że miało się tutaj do czynienia ze zwężeniem na tle starego wrzodu odźwiernika, zespolenie żołądkowo - jelitowe spowodowało szybkie wyleczenie. Stan ogólny chorego poprawił się znakomicie. W ciągu

półtora miesiąca chory przybrał 18 kg. na wadze, wszystkie zaś objawy tężyczkowe całkowicie ustąpiły.

Na posiedzeniu Towarzystwa klinicznego w Brukselli z dnia 12 maja 1935 r. (Presse méd. N. 46, 1934) J o u r d a i n i L e q u i m e pokazywali przypadek *choroby Rogera*. Przypadek dotyczył 14-letniego chłopca, pochodzącego od rodziców - alkoholików. Chłopiec był bardzo niskiego wzrostu. Rozwój fizyczny i umysłowy bardzo opóźniony. Przybył on do szpitala z powodu banalnego nieżyty jamy nosowo - gardłowej. Dokładne badanie wykazało obecność silnego szmeru skurczowego w środkowej okolicy serca. Ciśnienie krwi, mierzone przyrządem P a c h o n a, wynosiło 100/60. Zdjęcie rentgenowskie serca wykazało, że narząd jest zaokrąglony i powiększony. Badanie elektrokardiograficzne wykazało wyraźną przewagę prawostronną bez zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo - komorowego. Odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a wypadł w surowicy ujemnie. Miało się więc tutaj do czynienia z wątłym chłopcem, który poza rozmaitymi objawami zwyrodnienia wykazywał istnienie komunikacji między komorami czyli objawy choroby R o g e r a.

Korespondencja

List z Paryża.

*Je parle tout fasciné et à demy recreu
Des travaux et des maux que ie vois dans
cette ville.
(Jean Belot, curé de Mil-Monts, 1625).*

Wielka liczba muzeów paryskich powiększyła się o jedno, zasługujące na szczególną uwagę świata lekarskiego przez wzgląd na swój wyjątkowy charakter. Nowe muzeum, poświęcone historii szpitali paryskich, założone zostało przed kilku tygodniami z inicjatywy dra M o u r i e r, dyrektora „Assistance Publique”. Jemu też należy zawdzięczać skatalogowanie i doprowadzenie do porządku bogatego dziedzictwa artystycznego szpitali. Autonomia administracyjna szpitali w XVI — XVIII wieku, sprawiała, że mimo licznych darowizn i legatów brakło często funduszków na potrzeby bieżące, i niejednokrotnie musiano odwoływać się do ofiarności publicznej, która zwykle nie zawodziła. Stąd też duża część urządzeń szpitalnych składała się z ruchomości, otrzymanych od przygodnych ofiarodawców, którzy przeznaczali niejedno dzieło sztuki do kaplic szpitalnych, a na potrzeby chorych — własne przedmioty użytku. W ciągu lat powstały w ten sposób w „Hôtel-Dieu” i „Charité” całe zbiory mebli, naczyń, obrazów i ksiąg, które częściowo pozostają jeszcze w murach wymienionych szpitali.

Wiele z tych zbiorów zostało skatalogowanych i stworzyło załączek muzeum, które, zwiększając się ciągle, jest obecnie jednym z curiosów lekarskich Paryża.

Muzeum „Assistance Publique” mieści się w „Hôtel de Miramiones”, dobrze zachowanym pałacyku w włosko-francuskim stylu XVII wieku. Pałacyk ten, związany z romantyczną przeszłością Pani de Miramion, zamieniony został za Napoleona na... aptekę centralną, która pozostawała tam ponad sto lat. Dopiero zwiększające się w miarę rozrostu szpitalnictwa trudności techniczne zmusiły „Assistance Publique” do wybudowania nowego gmachu, przeznaczonego na aptekę. „Hôtel de Miramiones” zamieniono na dzisiejsze muzeum.

Zbiory artystyczne i historyczne szpitali paryskich obejmują przede wszystkim kapitalną kolekcję 740 słoików i garnków aptecznych, wykonanych z fajansu z całą fantazją zdobnictwa średniowiecznego. Niektóre z tych naczyń pochodzą z sławnych zakładów w Rouen, St. Cloud, Delft i stanowią wyjątkowo piękne okazy ceramiki francuskiej i holenderskiej. Cenny ten zbiór powstał dość przypadkowo, gdyż stare na-

czynia, wycofane z użycia, składano w lamusie, aż pewnego dnia zwrócono na nie uwagę i odkryto ich wartość.

Poza tym zbiorem wystawiono sporo ładnie zdobionych bronzowych moździerzy aptecznych oraz dużo dawnych naczyń szpitalnych (zbiorników do wody, dzbanów, miednic, kubków), wykonanych z blachy cynowej lub miedzianej.

Zpośród innych ciekawych eksperymentów warto wyróżnić: kilka stylowych komód, służących do przechowywania akt szpitalnych, sześć witraży o tematach lekarskich z dawnego szpitala „Charité”, szereg dawnych narzędzi lekarskich (m. i. piękną, podróżną szafkę z kompletem narzędzi, należąca do D u p n y t r e n a).

Wśród licznych portretów i obrazów specjalnie ciekawy jest obraz P i l s a „Prière des enfants teigneux” oraz dwa doskonale portrety Pani N e c k e r — założycielki szpitala Necker, i córki jej — przyszłej pani de S t a ë l.

Trudno byłoby wyszczególniać wielką liczbę sztychów, mających związek z historią szpitali paryskich, masę ciekawych dokumentów historycznych i zbiór starych książek lekarskich, którego ozdobą jest biały kruk biblioteczny w postaci niewielkiego, pięknie iluminowanego, jedyne egzemplarza „Livre de la Vie active des Religieuses de l'Hôtel-Dieu” wydane w 1442 roku.

Całość, wystawiona z dużym gustem, oddaje doskonale osobliwy nastrój szpitala średniowiecznego i stanowi ilustrację jednej z najciekawszych kart historii starego Paryża.

W jednej z sal opisanego przed chwilą muzeum stoi wielka makieta nowego szpitala Beaujon, który jest obecnie na ukończeniu, a w ciągu bieżącego roku zostanie otwarty. Nowy szpital, obliczony na tysiąc łóżek, odciążą znacznie resztę szpitali, w których stale był nadmiar chorych; równocześnie zaś stanie się symbolem nowego kierunku w szpitalnictwie paryskim.

Cudzoziemskiego lekarza, który tu po raz pierwszy zwiedza niektóre zakłady lecznicze, uderzają nie tylko budowa i rozkład sal oraz prymitywne urządzenia wewnętrzne, ale też zastrzeżenia, jakieby można mieć co do warunków higienicznych. Chwilami trudno nie dopatrzeć się w tem biernego lekceważenia chorych, osłoniętego drażniącym frazesem o tradycji historycznej i wartości muzealnej.

Należy jednak przyznać, że niełatwo da się rozwiązać problemat utrzymania wzorowego stanu sanitarnego wymienionych szpitali. Wynika to przede wszystkim z wielkich trudności technicznych, powstałych wskutek chaotycznego roz-

planowania najstarszych gmachów, założonych przed kilkuset laty, a od tej pory przerabianych niezliczone razy.

Średniowieczne zasady budownictwa szpitalnego były skutkiem poglądu na ówczesny szpital, jako na coś pośredniego między przytułkiem i więzieniem. Nic dziwnego zatem, że w okresie, kiedy umieszczano w jednym wspólnym łóżku sześciu chorych, powstały owe wielkie i ponure sale o niskim sklepieniu i wysoko umieszczonych małych oknach, sale, których żadna przebudowa nie przystosuje do współczesnych wymagań.

Zaprowadzona przez Konwent reorganizacja szpitalnictwa stworzyła typ szpitala powilonowego, którego niewysokie budynki umieszczone były na stosunkowo dużej przestrzeni. Większość szpitali paryskich, zbudowana w ten sposób, nie ma już wprawdzie poprzednio wymienionych wad, ale ze względu na zajmowany obszar przedstawia przy znacznym ruchu chorych duże niewygodę i dla sprawnej obsługi wymaga uruchomienia wielkiego i kosztownego aparatu komunikacyjnego.

Ostatnie dwudziestolecie, które spowodowało tak wielką ewolucję architektonicznej zasady szpitala, nie znalazło o lrazu szerokiego oddźwięku we Francji. W ciągu ostatnich lat wysilek samorządów stworzył kilka większych szpitali nowego typu, a między innymi wzorowy ośrodek szpitalny (Cité hospitalière) w Lille, zbudowany z amerykańskim rozmachem według planów N i l s s o n a.

Paryżowi brakło dotąd tego rodzaju szpitala. Dopiero w 1932 r. zapadło postanowienie stworzenia wielkiego nowoczesnego bloku szpitalnego na jednym z przedmieść Paryża. Dziś plan ten jest urzeczywistniony w postaci nowego szpitala Beaujon, który niebawem zostanie otwarty.

„Hôpital Beaujon” mieści się na północnym przedmieściu Paryża w Clchy, zajmując 9 hektarów terenu. Główny

gmach zbudowany jest w kształcie pionowego 13 piętrowego bloku o dwu niższych nieco skrzydłach. Oś tego bloku stanowi 55 metrowa wieża, która pomieści cały zespół wind, umożliwiających szybką i sprawną komunikację. Dwupiętrowe podziemie przeznaczone jest na wielką halę maszyn dla własnej centrali elektrycznej oraz na pomieszczenie kuchni, garażów i pralni.

Wysoki parter zajmą ambulatorja, oddział skórny i rentgenologiczny. Pierwsze piętro przeznaczone jest na oddział położniczy następne trzy — na oddział chirurgii aseptycznej, dalsze cztery — oddziały wewnętrzne. Oddział zakaźny i chirurgii septycznej mieszczą się w oddzielnych budynkach. Oddział gruźliczy zajmie trzy górne piętra, zaopatrzone w wielkie balkony - solarja. Przeznaczenie tych pięter na oddziały gruźlicze stanowi bardzo ciekawą próbę stworzenia pół-sanatorium w mieście. Jest to praktyczne wykorzystanie badań H e n o c q u e a nad mikroklimatem wysokich budynków (t. zw. klimat wieży E i f f l a). Według prac H e n o c q u e a niewielkie nawet wzniesienia nad najbliższą warstwę atmosfery mają szereg szczególnych cech (inny stosunek CO₂ do O, mniejsza zawartość kurzu w powietrzu, większe ciśnienie cząsteczkowe ozonu), które można wykorzystać w leczeniu klimatycznym.

Zapewnienie nowemu szpitalowi sprawnego działania wymagało rozwiązania szeregu problemów technicznych, dotyczących dostawy wody, ogrzewania, wentylacji, transportu brudnej bielizny do dezynfekcji. Wszystkie te zagadnienia zostały bardzo szczęśliwie rozwiązane i sprawia, że nowy szpital Beaujon stanie się jednym z modelowych szpitali Europy

Dr. Leonard C h w a t t.

Paryż w maju.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Opieki Rodzinnej nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie.

O wzajemnem ustosunkowaniu się i wpływie dzieci opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej¹⁾.

Podał

Halina JANKOWSKA (Wilno).

(Dok. — patrz Nr. 25-26).

W opisanych oznakach życzliwości, a czasem głębokiego przywiązania i żywych reakcji uczuciowych u chorych schizofreników spotykamy się znów z jaskrawym zaprzeczeniem owego „otępienia uczuciowego” schizofreników, które to zaprzeczenie już podkreślałam w obliczu spostrzeżeń nad schizofrenikami w swojej pierwszej pracy z Opieki Rodzinnej. „Otępienie uczuciowe”, tak często w czambuł, niemal stereotypowo przypisywane schizofrenikom, zdaje się, niezupełnie odpowiadać istotnemu stanowi rzeczy.

Z przykładów, których nam dostarcza obserwacja psychiatryczna, z których nieliczne zaledwie, związane bezpośrednio z omawianym tu tematem, przytoczyłam powyżej²⁾, widzimy, że życie uczuciowe schi-

zofreników nie wygasa bynajmniej zupełnie: pod tłumiącą powłoką autyzmu, nie daje ono tylko o sobie znać nazewnątrż; dopiero przy okolicznościach sprzyjających przełamaniu tego autyzmu może się ono przejawiać nadspodziewanie żywo.

Możemy raczej mówić o pewnej inwersji, o wykoszlawieniu nieraz jego wyrazu, przedewszystkiem zaś o jego—jak to się poprzednio wyraziłam—„otorbieniu”. Otorbienie to występuje w różnym stopniu, dzięki niemu chory może się zupełnie nie przejawiać uczuciowo, albo się przejawiać częściowo lub dziwnie. Otoczkę tego otorbionego uczucia stanowi niewątpliwie autyzm chorych, owa cecha patognomoniczna schizofrenji, jej objaw z psychicznych objawów kardynalny i pierwotny.

On to, który warunkuje powstawanie dalszych objawów schizofrenicznych, jak urojeń, symboliki, inkoherencji, stwarza owe pozory otępienia uczuciowego, które u schizofreników w dużej mierze należy uważać za rzekome.

Bo i jak mówić o otępieniu uczuciowym tych chorych, kiedy przecież już sam wyraz tej choroby, jej objawy psychiczne, tak często noszą cechy jakichś wypaczonych wyrazów uczuciowych; kiedy wszak ośrodkiem objawów psychicznych schizofrenji jest zazwyczaj jakieś przeżycie, silnie naładowane uczuciowo, które nierozstrzygnięte pogrążyło się w głąb, otorbiło w autyzmie chorego i po przez niego daje o sobie znać w sposób, dziwnie wykoszlawiony; kiedy stany apatii i stuporu, tych pozornych bezruchów uczuciowych, przemaszają jednak do naszego uczucia (dopóki w nas samych

¹⁾ Podług odczytu wygłoszonego na XIV Zjeździe Psychiatryków Polskich w Krakowie.

²⁾ Inne przykłady znajdzie czytelnik w mojej pracy „Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie”. „Now. Psych. 1934”. Są to przecież wszystko nieliczne przykłady w porównaniu do tych wszystkich, których nam dostarcza doświadczenie psychiatryczne. Trzeba przyznać, że warunki opieki rodzinnej szczególnie sprzyjają podpatrzeniu ich.

przez obycie i przyzwyczajenie ta odbiorczość w stosunku do chorych nie stępuje) jako szczytowe ujęcie wysokich napięć uczuciowych, zwłaszcza rozpaczy, rozczarowań i zawodów.

O tem zachowaniu uczucia i wrażliwości uczuciowej u schizofreników przekonywamy się nieraz z katanmnestycznych donych, otrzymanych od samych chorych, po ustąpieniu objawów schizofrenicznych.

Przypominam sobie między innymi chorą, która podlegała okresowym napadom schizofrenicznym; w okresach „zdrowia” wykazywała ona wyraźne cechy schizoidalne przy wielkiej wrażliwości i usposobieniu sensorywnym.

W czasie swoich napadów schizofrenicznych podczas pobytu w Klinice U. S. B. była bardzo mało przyśenna, dnie spędzała beczynnje, nawet apatycznie, wykazując skłonność do stereotypji, negatywizmu, i raptownych wyładowań agresywnych; nawiązanie kontaktu z chorą było niezmiernie trudne, a w najgorszych okresach chora zupełnie przestawała mówić; uśmiechała się tylko nieraz dziwacznie, czasem tuliła się pieśczośliwie w sposób zmanierowany. Po wyzdrowieniu i wyjściu z kliniki pacjentka zgłosiła się do mnie do mieszkania z prośbą, bym zechciała wysłuchać jej spostrzeżeń i uwag o traktowaniu chorych przez personel szpitalny.

Okazało się, że ta chora w okresie swej największej na pozór apatii zachowywała wielką wrażliwość na uczuciowy stosunek otoczenia do niej. Zarówno serdeczny i usiłujący nawiązać z nią kontakt, jak oziębły i obojętny stosunek lekarzy, znajdowały w niej prawidłowy oddźwięk; a nad brutalnem, pozbawionem zrozumienia i wycucia postępowaniem niektórych pielęgniarek w stosunku do niej, jak w równej niemal mierze, w stosunku do innych chorych — pacjentka ta szczerze bolała.

Nie jest to jedyny przypadek z katanmnestycznego materiału, który wskazuje na zachowaną, jakkolwiek nieuzewnętrzniającą się wrażliwość uczuciową tych chorych podczas ciężkich nieraz stanów schizofrenicznych, którymi rozporządzam. Nie chcę przedłużać tej dygresji; jestem przekonana, że każdy z psychiatrów znajdzie również w swym materiale podobne przykłady.

Przejdę teraz do scharakteryzowania ustosunkowania się dzieci do chorych.

Z odpowiedzi dzieci na pytania, dotyczące ich stosunku do chorych, wynikało niemal jednoznacznie, że na samą wieść, że mają do ich domu przybyć chorzy i w pierwszych dniach ich pobytu doznawały one przed nimi pewnego lęku. Dość szybko jednak dzieci przyzwyczajały się do chorych, a nawet przywiązywały się do nich. Czasem ten nieokreślony lęk pozostawał jeszcze w stosunku do chorych „cudzych” u sąsiednich opiekunów, z którymi dzieci nie poznały się jeszcze bliżej. Wszystkie dzieci bez wyjątku twierdzą, że im jest przyjemniej w domu, kiedy są chorzy, niż gdy ich niema.

Dokładność tych ostatnich zeznań może być wprawdzie zafałszowana dwiema okolicznościami: pierwsza to ta, że dzięki przybyciu chorych warunki mieszkaniowe bardzo się zmieniają na korzyść, co niewątpliwie dzieci odczuwają dodatnio. Druga polega na tem, że dzieci wiedzą o tem, że rodzice otrzymują za chorych pieniądze, przez co polepsza się ich byt ³⁾.

Przecież w dłuższej rozmowie stawało się widoczne afektywne ustosunkowanie się dzieci do chorego i jego motywy niezależne od przytoczonych względów. Na zapytanie, skierowane do dzieci, dlaczego są one zadowolone, że w domu ich przebywają chorzy, dzieci odpowiadały, że bardzo ich lubią, że lubią się z nimi bawić, rozmawiać nawet wtedy, jeśli dobrze nie rozumieją, co chorzy mówią, że chorzy im czasem opowiadają bajki, robią zabawki, pomagają w lekcjach, a czasem dlatego, że są zabawni i śmieszni.

Dzieci przyznają, że najlepiej lubią przebywać i bawić się z rówieśnikami. Jednogłośnie jednak podają, że lepiej się czują w towarzystwie chorych, niż zdrowych dorosłych. (Z chorymi można tak zabawnie rozmawiać i bawić się, niemal jak z dziećmi. — A któż z dorosłych zdrowych na wsi przystosuje się do psychiki dziecka?).

Dzieci też chętnie opiekują się chorymi, gdy oni tej opieki od nich potrzebują, karmią chorych, którzy sami nie jedzą, pomagają im ubierać się, wyprowadzają do ustępu. Z drugiej strony szukają nieraz u chorych opieki i schronienia, gdy się czegoś boją. Nawet w stosunku do tych chorych, których stosunek do dzieci określiłam jako obojętny, spostrzega się pewną życzliwość dzieci w stosunku do nich.

Na zakończenie chciałabym się w krótkich zarysach zastanowić, w jakich okolicznościach leży źródło tego, powiedziałabym, wzajemnego przyciągania, które z małemi wyjątkami spostrzegamy niemal powszechnie pomiędzy dziećmi i chorymi psychicznie.

Otóż wydaje mi się, że jednego z nich należałoby się dopatrywać w pewnem pokrewieństwie psychicznem pomiędzy dziećmi i chorymi. Pomijając bowiem oligofrenję, gdzie to pokrewieństwo jest zupełnie zrozumiałe przez zbliżenie poziomu intelektualnego, a które ma miejsce również i w zastosowaniu do innych psychoz, którym towarzyszy otępienie intelektualne, nie możemy także nie dopatrzeć się w regresji schizofrenicznej, która, jak wiadomo, wykazuje pewne wspólne cechy w swem myśleniu z myśleniem ludów pierwotnych, także pewnego pokrewieństwa z psychiką dziecięcą. Nietylko spostrzegamy je w ich myśleniu o typie magicznym, w przenoszeniu swych cech na otoczenie, w szczególności na przedmioty martwe, ale może bardziej jeszcze w zachowaniu się schizofreników, których dziwactwa, negatywizm, wybuchy tak są bliskie kaprysom, uporom i narowom wieku dziecięcego.

Przecież oprócz tego pewnego pokrewieństwa psychicznego *sensu stricto*, który niewątpliwie zbliża do siebie te dwie grupy istot, a nad którem nie będę się tu dłużej zatrzymywała, dopatruję się jeszcze innej przyczyny zbliżenia pomiędzy schizofrenikami i dziećmi: jest to, mianowicie, stosunek tych dwóch grup do świata ludzi dorosłych zdrowych. Schizofrenik, który naskutek urazów psychicznych, mniej lub bardziej istotnych, pokomplikowanych w jego zawitych pryzmatach psychicznych, odwrócił się od tego świata rzeczywistego ludzi dorosłych, nie bierze w nim

przesadzać w tym kierunku odpowiedzi dzieci żydowskich. Niejednokrotnie jednak zeznania dzieci i dorosłych żydów i podobnie jak w rodzinach chrześcijańskich, otrzymywane w toku dłuższej nieoficjalnej pogawędki, niewątpliwie miały charakter szczerzy, tem bardziej, że zeznania te były potwierdzane przez osobiste spostrzeżenia moje i pielęgniarki i stosunkiem chorych do opiekunów i dzieci.

³⁾ Ten ostatni wzgląd a także chęć podobania się „doktorce” za przykładem starszych, którzy potrafią przechwalać się, jak kochają swych chorych, niewątpliwie często mogły

udziału, czuje się doń zrażony, swoje pozorne dążenia do realnego życia przeżywa w swym autystycznym bez ruchu lub symbolicznych przejawach — jest tak samo poza nawiasem tego pełnego życia ludzi dorosłych, jak i dziecko: tylko on zostaje z tego życia wytracony, a dziecko jeszcze doń nie weszło, do niego dąży i usiłuje w nie wejść.

Postawa obu tych grup, stojących poza nawiasem pełnego życia, — sędzę — zbliża je do siebie.

Schizofrenik, który czuje się pokrzywdzony, obrażony i w pewnym antagonistycznym stosunku do życia, więc do ludzi dorosłych, i odwraca się od nich, łagodzi swoje opory w stosunku do dzieci, stojących również poza nawiasem tych spraw życiowych, które są choremu obce i wrogie.

Z drugiej strony dzieci, marząc o tem, żeby być „jak dorośli”, nie dopuszczani do tych spraw życiowych, które absorbują dorosłych, w stosunkach z psychicznie chorymi doznają tego złudzenia, że stają z tymi dorosłymi na jednym poziomie albo nawet wyżej od nich, że mogą ich otoczyć opieką i odegrać w stosunku do nich rolę wychowawców. Podobnie jak w swych zabawach urzeczywistniają tu swoje marzenia, żeby być dorosłymi; znajdują tu zdrowe ujęcie dla swego instynktu potęgi, tak często urażonego w dzieciństwie i stanowiącego wskutek tego przyczynę późniejszych nerwic i wykołajeń.

Uzupełnienie podczas korekty. Nie mogę się powstrzymać, żeby dziś pomimo, że artykuł jest już w druku, nie uzupełnić go jeszcze jednym świeżym spostrzeżeniem, które jest szczególnie wymowne.

Dora 1½ roku przebywała u jednego i tego samego opiekuna, który miał 2 córeczki: jedna — w wieku 3 lat; druga — 10 miesięcy — urodziła się podczas pobytu chorej w tym domu, i którą chora od początku bardzo umiejętnie nianęczyła (sama jest matką 2-ga dzieci). Pacjentka była naogół spokojna, wybitnie inkohorentna, tak, że rzadko można było uzyskać od niej odpowiedź w zrozumiałym związku z pytaniem; o usposobieniu naogół ponurem, rzadko miewała lekkie, krótkotrwałe podniecenia, które wyrażały się w tem, że chora dużo mówiła, śmiała się i śpiewała. W końcu lutego b. r. byłam zmuszona chorą tę zabrać od tego opiekuna, ponieważ stwierdziłam mocne pobicie chorej (dwa duże sińce na

pośladkach) na skutek zanieczyszczenia się chorej (które się zresztą zdarzało sporadycznie i b. rzadko). Umieściłam ją w domu, gdzie i warunki mieszkaniowe były lepsze i atmosfera domowa była spokojna, pogodna i łagodna (rodzina składała się z wdowy i dwojga dorosłych dzieci), przebywała tam w tym czasie tylko jedna, nie zawadzająca nikomu chora. Nasza Dora po przeniesieniu zaczęła wykazywać stan podniecenia, który po paru tygodniach doprowadził ją do wybuchów agresywnych i niszczycielskich. Znając chorą tak dawno, jako bardzo spokojną, oczekiwałam z dnia na dzień uspokojenia, sądząc, że jest to krótkotrwałe podniecenie; przecież utrzymywało się ono w większym lub mniejszym nasileniu przez cały czas przebywania w nowym domu opiekuńczym. Wreszcie udało nam się po dwóch prawie miesiącach spostrzec, że chora ta szczególnie reaguje na widok dzieci i że się wtedy bardzo podnieca⁴⁾. Przyszło nam wtedy na myśl, zestawiając przeniesienie chorej z oderwaniem jej od dziecka, które pieczołowicie nianęczyła, że, być może, jej podniecenie jest wyrazem tęsknoty za dzieckiem, wzgl. wogóle za domem, w którym przebywała tak długo (pomimo pobicia). Wobec tego Dorę, którą byłam już zdecydowana przenieść do szpitala, tytułem uprzedniej próby przeniosłam do pierwotnego opiekuna. Opiekun ten, pragnący bardzo ze względów materialnych mieć drugą chorą („kara” miała już być zdjęta), prosił mnie, by teraz jednak tej chorej mu nie dawać, ba „tam ją rozpuścili”, a on boi się ją w tym stanie brać do swego mieszkania ze względu na dzieci, a woli poczekać na inną chorą.

Wytłumaczyłam, o co nam chodzi, i zapewniłam, że Dorę po przeprowadzeniu siostra - pielęgniarka poobserwuje w jego mieszkaniu, a o ile nasze podejrzenia i przewidywania się nie sprawdzą, chorą natychmiast odwieziemy do szpitala.

Dora po wprowadzeniu do dawnego opiekuna od razu rzuciła się do młodszego dziecka, biorąc je na ręce, (o dziecku tem mówi, że jest „nasze”, wskazując na opiekuna) starsza zaś dziewczynka, uradowana z powrotu Dory zwróciła się do ojca: „niech już więcej Dora nie odchodzi od nas”. Od tej chwili chora powróciła do swego poprzedniego stanu.

I znów zastaję ją spokojną, z dzieckiem na ręku, o postawie napozór obojętnej, zachmurzoną, mamroczącą do siebie niezrozumiale, dającą monotonnym głosem inkohorentne odpowiedzi i nie zdradzającą znów niczem swych żywych uczuć i przywiązań.

⁴⁾ To trafne spostrzeżenie zawdzięczam siostrze - pielęgniarce Oddziału Olkienickiego p. Mirjam G i n s b u r g.

Wiadomości bieżące

— Zeszyt 13 „Nowin Lekarskich” przynosi życzenia dla naszego pisma z powodu 10-lecia jego istnienia.

— Na rok akademicki 1934/35 wybrani zostali dziekanami w Uniwersytecie Warszawskim: na wydziale medycznym — prof. C z u b a l s k i, na wydziale weterynaryjnym — prof. S z y m a n o w s k i.

— IX Z j a z d M i ę d z y n a r o d o w e g o Z w i ą z k u P r z e c i g r u ż l i c z e g o w Warszawie, dn. 4, 5 i 6 września 1934 r. 3.IX. godz. 10 rano. Posiedz. Komit. Wykonawcz. Międzynar. Zw. Przeciwigrużl. Godz. 16. Posiedz. Rady Zarządu M. Zw. P. ul. Długa 38/40. Sala Konferenc. Min. Op. Społ. 4.IX. godz. 9 m. 30 — 11. Otwarcie Zjazdu w sali Filharm. Warsz., godz. 11—13. Referat: Zmienność biologiczną zarazka gruźlicy — Doc. Karwacki. Korreferaty. godz. 15 — 17. Dyskusja. godz. 19 m. 30. Przedstawienie w Teatrze Wielkim godz. 21 m. 30. Raut na Zamku Królewskim. 5.IX. godz. 8 m. 30 — 12 m. 30. Referat: Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie — Prof. Putti. — Korreferaty. godz. 15 — 17. Dyskusja. godz. 17. Odczyt: Metody szczególne zwalczania gruźlicy

w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy — John Kingsburg. godz. 18. Przyjęcie w salonach Prezydium Rady Ministrów, Krak.-Przedm. 46/48.—6.IX. godz. 8 m. 30—12 m. 30. Referat: Zużytkowanie przychodni przeciwigruźliczych dla leczenia chorych na gruźlicę — Prof. Léon Bernard. — Korreferaty. godz. 15 — 17. Dyskusja. godz. 17. Walne Zebranie Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego i zamknięcie obrad. godz. 17 m. 30. Odczyt: Walka z gruźlicą w Polsce — Dr. Marja Skokowska - Rudolf i Dr. Miłosz - Grodecki. — godz. 21. Bankiet pożegnalny w Dolinie Szwajcarskiej, ul. Szopena 3. Zgłoszenia na Zjazd do 1 sierpnia. Członkowie Międzynarodowego Związku są wolni od opłaty, nieczłonkowie płacą zł. 35., członkowie rodzin uczestników — zł. 20. Przejazd z powrotem na kolejach polskich bezpłatny, na kolejach innych krajów ulgi od 25% do 50%. Wszelkich informacji udziela Biuro Zjazdu w Warszawie, Chaćimska 24. Na Dworcu Głównym będzie czynne Biuro Podróży od d. 30 sierpnia.

— Na K o n g r e s M i ę d z y n a r o d o w y R a -

djologii, mający się odbyć z Zurichu, a następnie w St. Moritz (od 24 do 31.VII.1934 r.), udaje się delegacja Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego w następującym składzie: Docent Dr. Elektorowicz, Dr. Werkenthnionna, Docent Dr. Zawadoski, Dr. Grynkrout, Dr. Meizels (ze Lwowa).

— Z Państwowej Szkoły Higieny. W Państwowej Szkole Higieny zakończony został kurs przeszkolenia dla wywiadowców Miejskich Stacji Opieki Społecznej, organizowany w porozumieniu z Wydziałem Opieki Społecznej i Zdrowia Zarządu m. st. Warszawy. W kursie brało udział 45 słuchaczy, z czego 15 uczęszczało tylko na wykłady, pozostali w liczbie 30 po przesłuchaniu wykładów odbyli miesięczne przeszkolenie praktyczne w miejskich instytucjach zdrowia i opieki społecznej, złożyli egzamin i otrzymali świadectwa z kursu. Dnia 24 lipca rozpoczął się w Państwowej Szkole Higieny wakacyjny kurs przeszkolenia higienicznego dla nauczycielstwa szkół powszechnych, organizowany w porozumieniu i przy poparciu Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. W kursie bierze udział około stu nauczycieli z całej Polski.

— Żydowskie Stowarzyszenie Medyków Uniw. Warsz. z inicjatywy p. Prof. Ludwika Hirszfelda zorganizowało Żydowski Akademicki Ośrodek Krwiodawców. Do Ośrodka mogą należeć chętni akademicy wszystkich wyższych uczelni warszawskich. Opiekę lekarską nad członkami Żydowskiego Akademickiego Ośrodka Krwiodawców wykonywają: w zakresie serologii — grupa krwi i RW — Państwowy Zakład Higieny, W-wa, Chocimska 24, w zakresie badania internistycznego — II klinika Wewnętrzna U. W., Nowogrodzka 59, w zakresie badania dermatologiczno-wenerologicznego — Klinika Dermatologiczna U. W., Koszykowa 82. Żydowskie Stowarzyszenie Medyków U. W. mniema, że przez stworzenie tego Ośrodka osiąga cel dwójaki: po pierwsze umożliwia p. p. Lekarzom uzyskanie krwiodawców w każdej chwili i to już należycie do transfuzji przygotowanych przez periodyczne badania w powyższych zakładach, po drugie — stwarza dla młodzieży akademickiej nową placówkę samopomocową, dzięki której znajdzie ona możliwość zarobkowania. Siedziba Żydowskiego Ośrodka Krwiodawców mieści się w lokalu Żydowskiego Stowarzyszenia Medyków U. W., Warszawa, Elekoralna 8, tel. 249-03. Kierownictwo Ośrodka urzęduje codziennie w godz. 8 — 9.30 wiecz.

— Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych za-

mienił swój wspaniały i komfortowo urządzony hotel „Lwigród” w Krynicy na nowoczesny Zakład Lecznicy. Zakład zbudowany jest w najpiękniejszym punkcie blisko centrum Krynicy, a jednocześnie w pobliżu lasów, zdala od ruchu ulicznego, kurzu i gwaru. Zakład „Lwigród” posiada urządzenia dla zabiegów leczniczych według ostatnich wynalazków, jak hidropatia z różnymi natryskami, masażem podwodnym, półkąpiele z polewaniem i t. p. urządzenia dla fizjoterapii, dżatemia, kąpiele elektryczne 4-rokomorowe, lampy kwarcowe, Sollux i t. p., urządzenia dla przestrzykiwań, wspaniałe kabiny dla naturalnych kąpiei mineralnych kwaso-węglowych, przez cały rok czynne urządzenia nowoczesne dla diagnostycznej pracowni rentgenowskiej, urządzenia dla pracowni diagnostycznej lekarskiej, kuchnię wykwinną, na zlecenie lekarza dietetyczną, prowadzoną pod kontrolą lekarza, oraz dobrze wyposażoną salę operacyjną. „Lwigród” posiada 151 pokoi na 220 osób. W Zakładzie pracuje 5-ciu lekarzy z Dyrektorem Drem Rudolfem Kochlöffelem, Dr. R. Kalinowski — chor. wewnętrzne. Dr. Wl. Dering — chor. kobiece, Dr. K. Winnicka — rentgenolog. Dr. Al. Morawska — kier. prac. diagnostycznej lekarskiej, oraz kilka wykwalifikowanych pielęgniarek. Pomoc lekarsko - pielęgniarska czynna całą dobę. Oprócz powyższych urządzeń leczniczych Zakład posiada urządzenia rozrywkowe dla kuracjuszy, jak: bibliotekę, czytelnię, gry towarzyskie, radio w pokojach i t. p. Pokoje w „Lwigródzie” są wygodne, z balkonami, lubsuscwo umeblowane, z wodą bieżącą zimną i ciepłą, cały Zakład, halle, korytarze, gabinety dla zabiegów, kabiny kąpielowe są centralnie ogrzewane, dlatego Zakład czynny jest cały rok. Wobec takich bogatych urządzeń możliwe jest przeprowadzenie leczenia najrozmaitszych schorzeń, przedewszystkiem przewodu pokarmowego (nadkwaśność, nerwice, nieżyty jelit, zaparcia, nieżyty dróg żółciowych schorzenia wątroby). Schorzenia serca z wyjątkiem niewyrównanych wad sercowych. Choroby psychoneuryczne, przemiany materii, cukrzyca, tyfus, dna, choroba Basedowa. Zakład Lecznicy „Lwigród” oprócz Członków Z. U. P. U., przyjmuje również we wszystkich sezonach gości prywatnych.

— Ukazał się drugi numer kwartalnika rocznika XVI „Zagadnienia Rasy”, który zawiera szereg prac z dziedziny eugeniki, a mianowicie: Teodora Męczkowska — „Wychowanie seksualne dzieci i młodzieży”. Dr. Witold Odrzywolski — „W sprawie dzieci nieślubnych w Polsce”. Dr. Karol Mikulski — „Z badań nad bliźniętami”. Dr. Leon Wernic — „O zadaniach instruktorów i instruktorek eugen.”. Mag. praw M. Lucius — „Zagadnienia Rasy a Hitlerizm”. Poza tym bogaty dział przeglądu piśmiennictwa eugenicznego światowego oraz prasy codziennej.



TREŚĆ: L. E. BREGMAN i A. KRAKOWSKI. O rzadkich postaciach jamistości rdzenia. — M. BURAK. Przyczynę do rozpoznawania dusznicy bolesnej. — S. MINC. Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych. — A. FESTENSZTAT. O zaburzeniach wzrostu i rozwoju w wieku dziecięcym (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja — H. JANKOWSKA. O wzajemnem ustosunkowaniu się i wpływie dzieci opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej (Dok.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. E. BREGMAN et A. KRAKOWSKI. Sur les formes rares de la syringomyélie. — M. BURAK. Contribution au diagnostic de l'origine de poitrine. — S. MINC. La valeur diagnostique de certains symptômes cliniques. — A. FESTENSZTAT. Sur les troubles de croissance et de développement dans l'âge infantile (Rev. gén. fin.) — H. JANKOWSKA. Sur les relations réciproques et l'influence des enfants des patrons et des malades psychiques dans le patronage familial (fin.).