

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, 9 SIERPNIA 1934 R.

Nr. 29-30

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Chorób Nerwowych w Szpitalu na Czystem.
(Ordynator: Dr. L. E. B r e g m a n).

O rzadkich postaciach jamistości rdzenia.

Podali:

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

(Dok. — patrz Nr. 27-28).

P r z y p a d e k V. Dotyczy on chorej lat 22, która pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, nieobarczonej chorobami nerwowymi. Do 10 roku życia była zdrowa, od tego czasu bez żadnej poprzedzającej przyczyny, choroby, czy urazu zaczęła narzekać na bóle głowy. Bóle te powtarzały się z przerwami po kilka razy dziennie i nieraz potęgowały się do stopnia bólów gwałtownych. Przebiegały one bez wymiotów, bez światłowstrętu, bez drgawek, napadów utraty przytomności, czy upośledzenia wzroku. W 18 roku życia, było to w okresie surowej zimy 1928 — 1929 roku, chora zaczęła odczuwać dreszcze, świdrujące bóle i łamanie w całym ciele — tułowiu, kkg. kkd. i karku. Poza tym parestezje w postaci palenia na całym ciele. Od tego też, mniej więcej, czasu datuje o s ł a b i e n i e p k k., nieco później wystąpiła *thermoanaesthesia* lewostr. — słabiej bowiem odczuwała w lkk. ciepłą i zimną wodę. Wkrótce do powyższych objawów przyłączyły się zaburzenia w urynowaniu w postaci częstego oddawania moczu, nie mogła moczu utrzymać, a zaburzenia defekacyjne ujawniały się na zmianę zaparciem, to znowu rozvolnieniem.

Badanie przedmiotowe stwierdza równe, okrągłe źrenice dobrze oddziaływujące na światło i przystosowanie, przy dobrej sile wzroku, braku skotomatów, przy braku zmian na dnie oczu. Prawa szpara oczna jest nieco węższa od lewej, po tej stronie jest wygładzona fałda nosowo - wargowa. Język zbacza nieco na prawo. Ny-słaby na lewo.

Odruchy rogówkowe zachowane, lewy < pr. Ruchy gałek ocznych zachowane, słabsze jest nieco działanie m. prostego zewn. pr. Mowa z odcieniem nosowym, łyka dobrze. Czucie bólowe i ciepłne na twarzy zachowane. Pkg. w stawie

łokciowym jest w stałym ułożeniu zgięcia. Paluch i wskaziciel układają się w postaci pincety (*main en pince*. *G u i l l a i n e i R a y m o n d a*). Palce 3, 4 i 5 również w zgięciu. Kończyna ta w całości jest wychudzona. Ruchy dowolne we wszystkich odcinkach są ograniczone. Ruch rozstawiania i opozycja palców niemożliwa, ta ostatnia jest możliwa tylko między paluchem i wskazicielem. Siła mała. Napięcie mięśniowe wzmożone.

Ręka sina. Odruchy ścięgnowe i okostnowe żywe w tej kończynie. Brak odruchów brzusznych. Pkd. wychudzona, szczególn. udo. Obwód w pomiarach 2 — 3 cm. na niekorzyść pkd. Ruchy ograniczone we wszystkich odcinkach. Napięcie wzmożone. PR i AR < po stronie prawej.

Praw. B a b i Ń s k i i R o s s o l i m o. Czucie dotyku wszędzie zachowane, natomiast czucie bólu i ciepła jest zniesione na lkg., lkd. i lewej 1/2 tułowia z wyjątkiem twarzy.

Czucie głębokie na pkk. jest zniesione. Poza tym kifoskolioza części piersiowej kręgosłupa. Elektrodagnostycznie w mięśniach pkk. stwierdzić można było tylko zmiany ilościowe.

Płyn mózgowo - rdzeniowy i krew pod względem cytologicznym i serologicznym zachowują się prawidłowo.

Po raz 1-szy chora była w grudniu 1930 r. na oddz. *F l a t a u a*, po wypisaniu się dominującym objawem były b. uporczywe bóle w całym ciele. Po raz 2-gi przebywała w połowie 1931 roku.

Przez pierwsze miesiące pobytu w domu znowu objawem dominującym były bóle o znacznym nasileniu.

W przypadku tym rozpoznaliśmy jamistość rdzenia ze względu na charakterystyczne zachowanie się czucia, zmiany troficzne, kifoskoliozę, poronny zespół *H o r n e r a*.

Uderza jednak tutaj odchylenie obrazu klinicznego od zwykłej postaci syringomyelii. Podczas, gdy zanik mięśni występuje zwykle po tej samej stronie, po której stwierdzamy zaburzenia czucia, w tym przypadku objawy te występują w sposób *s k r z y ż o w a n y*. Zanik bowiem mięśni i zmniejszenie siły mięśniowej ujawnia się w pkk., zaburzenia zaś czucia po stronie lewej. Nietypowe jest także umiejscowienie zaników. Zazwyczaj znajdujemy zanik w drobnych mięśniach zaatakowanej kończyny górnej (najczęściej *thenar*, *hypothenar*, *interossei*) w tym zaś przypadku z a n i k stwierdzamy w o d c i n k a c h p r o k s y m a l n y c h —

*) U w a g a. Materiał rentgenologiczny opracował dr. N. M e s z, kierownik pracowni rentgen. Szpitala, za co składamy Mu w tym miejscu najserdeczniejsze podziękowanie.

zanikiem są szczególnie dotknięte mm. barku i ramienia. Możliwym wobec powyższego przyjąć istnienie zespołu Brodyńskiego, spowodowane przez ognisko w części środkowej szyjnej po str. pr. Rozszczepienie czucia na l. połowie ciała tłumaczyłoby się zajęciem odnośnych torów w pęczku bocznym.

Przypadek wylamuje się z pospolitego szeregu ze względu na bardzo znamienity objaw, który w obrazie syringomyelji gra zazwyczaj rolę podrzędną.

Są to bóle o znacznym nasileniu i b. uporczywe. Bóle te zapoczątkowały chorobę, trwają przez czas choroby (przeszło 3 lata) i w ostatnich czasach były główną skargą chorej. Z powodu nieraz gwałtownych bólów chora często się pokładala i całymi godzinami we dnie nie opuszczała łóżka. Ciepło bowiem bóle nieco mitygowało. I, co dziwniejsze, że bóle najczęściej promieniowały w lkk., które były znieczulone na ból i ciepło.

W syringomyelji codziennym niemal zjawiskiem są bezbolesne oparzenia, zastrzały, rozległe ropienia, bezbolesne fraktury i zwichnięcia stawowe. Dlatego też tak uporczywe, chwilami gwałtowne bóle wydają się tutaj zjawiskiem paradoksalnym. Na te przypadki po raz 1-szy zwrócili uwagę autorzy francuscy — Raymond, Lhermitte i Verger i wyodrębnili w odrębną grupę syringomyelji, przebiegającej z bólami.

Przypadek VI. Do rzędu niezwyklej przypadków należy zaliczyć przypadek syringomyelji, która przebiegała w kombinacji z padaczką, z zaburzeniami smaku i węchu, z nietrzymaniem moczu i kału obok typowych objawów jamistości rdzenia.

Była to chora lat 27-iu, która z powodu krzywiczy dopiero w 3-im roku życia zaczęła chodzić. Obecna choroba datuje od 2½ lat. Chorobę zapoczątkowały napady utraty przytomności z drgawkami, pianą na ustach. Po 1-ym napadzie utraty przytomności chora zaczęła doznawać drętwienia w lkg., która w krótko uległa osłabieniu, po kilku miesiącach osłabła i lkd. W tym czasie przyłączyły się zaburzenia urynowania w postaci nietrzymania moczu, a następnie zaburzenia defekacyjne. Upośledzenie smaku, przytępienie powonienia są to objawy, które ujawniły się w toku obecnej choroby. Perjody regularne co do czasu i długości trwania.

Badanie przedmiotowe stwierdza nieprawidłowej budowy czaszkę (wybitnie brachycefaliczną). Asymetria twarzy. Wyglądzenie pr. fałdy nosowo-wargowej. Zrenice nierówne, pr. węższa, obie na światło i zbieżność oddziałują sprawnie. Prawa szpara oczna węższa od lewej. Przy spojrzeniu na boki doprowadza niedostatecznie gałki oczne do kątów zewnętrznych, pozatem ruchy zachowane. Pojedyncze drgania oczopłaskowe. Visus z korekcją obu str. 5/6. Dno oczu normalne. Całkowity brak powonienia. Zaburzenia smaku na przedniej i tylnej części języka, na podniebieniu — nie odróżnia płynu słodkiego, słonego, kwaśnego i gorzkiego. Skrzywienie grzbietowej części kręgosłupa. Lkk. upośledzone pod względem ruchowym. Napięcie mięśniowe umiarkowane. Zanik drobnych mięśni pr. ręki, ręka w ułożeniu main en griffe. Odruchy z Bi i Tr zniesione, pozostałe zachowane. W okolicy górnej części lewej łopatki dwa owalne ubytki skóry, pokryte szaro-żółtawym strupem, o których powstaniu chora nie wiedziała. Poza tem liczne blizny po drobnych ranach na palcach lewej ręki, które również przebiegały bezboleśnie.

Bezład przy próbie palec — nos, pięta — kolano z lewej strony. Lewostron. objaw Babinskiego, brak objawu Rossolimo. Odruchy brzuszne zachowane. Zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze i wydzielnicze w lkk.

Zniesienie czucia bólowego i ciepłego na lewej ½ tułowia, lkk. i na twarzy po tejże stronie w obrębie n. trójdzielnego. Badanie elektryczne wykazuje zmiany ilościowe w mięśniach lkk.

W przypadku tym zarówno na naszym oddziale, jak i na oddziale dr. Flatau rozpoznano jamistość rdzenia. Powyższe rozpoznanie uzasadnia charakterystyczne dla tego cierpienia rozszczepienie czucia, mnogie owrzodzenia bezbolesne, obok tego kifoskoljoza, zespół Hornera, zanik drobnych mięśni pr. ręki.

Jednakże proces chorobowy nie ograniczył się klinicznie i anatomicznie do okolic typowych dla tego schorzenia. Zaatakowane są tutaj szlaki piramidowe (żywe odruchy ścięgnowe, odruchy patologiczne). Niezwykłym objawem jest współtowarzysząca temu cierpieniu padaczka, upośledzenie węchu i zniesienie smaku.

Pozatem u chorej stwierdzić można było zespół objawów psychicznych, zbliżony do otępienia wczesnego — negatywizm, brak krytycyzmu, obojętność, którą zmienia wzmożone samopoczucie. Bywały znowu u chorej okresy nadmiernej żarłoczności i pragnienia. Po pewnym czasie objawy bulimji i polidypsji, które nie miały wykładnika w dysfunkcji gruczołów dokrewnych, ustępowały, chora nawet traciła lanknienie.

Przypadek VII. Może najwyższy stopień odchylenia od obrazu typowego przedstawia niżej przytoczony przypadek. Dotyczy on chorej lat 38, która od roku odczuwa bóle w pr. stawie barkowym, od 6 zaś miesięcy staw uległ obrzękowi. Bóle były tak silne, że chora nie mogła w nocy spać. Pochodzi z rodziny zdrowej. Poważniejszych chorób nie przechodziła. Przeżyła 4 normalne porody, nie ronila.



Fig. 3.

Badanie przedmiotowe stwierdza duże guzy ciemieniowe i czołowe na czaszce o budowie brachycefalicznej. Kifoscoljoza dolnej grzbietowej i górnej lędźwiowej części kręgosłupa. Lewa żrenica nieco węższa, również i szpara oczna po tejże stronie. Pozatem nn. czaszkowe zachowują się prawidłowo, kkg. i kkd. pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchów, czucia i odruchów zachowują się prawidłowo. Ruchy w pr. stawie barkowym są ograniczone, podnosi pkg. tylko do linii poziomu. Pozatem lewy paluch w drugim członku jest nadmiernie zgięty, okolica stawu między 1-ą kością i pierwszym członkiem nadmiernie wystaje. Zmiany na paznokciach rąk i nóg, które nie były, jak badanie ustaliło, pochodzenia pasorzytniczego.

Naogół skąpe objawy przedmiotowe nasuwały duże trudności diagnostyczne co do istoty dużego obrzęku pr. stawu barkowego. R-gram tego stawu stwierdza brak główki kości ramieniowej, torebka stawowa zgrubiała, panewka stawowa przewapniała. Odwapniona główka leży oddzielnie. Podkreślić należy, że nakłucie obrzęku pr. stawu barkowego, dwukrotnie dokonane grubą igłą, było zupełnie bezbolesne. Przy nakłuciu wydobyto płyn krwawy i strzępy tkanek. Badanie drobnowidzowe poza elementami krwi żadnych elementów nie wykryło. Posiew jałowy.

Czy to jest tylko sprawa miejscowa, czy też jeden z objawów choroby głębszej? Nie było w tym przypadku żadnych danych dla rozpoznania schorzenia lokalnego zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i pomocniczo - laboratoryjnego. Wyłączyliśmy zatem gruźlicę, kilę, rzeżączkę, promienicę, nowotwór.

Bliższe analizowanie objawów i obrazu rentgenowskiego przemawiało zatem za sprawą głębszą. Objaw Hornera, kifoscoljoza, zmiany troficzne paznokci, głębokie znieczulenie okolicy prawego stawu barkowego i wreszcie ujawnione na R-gramie niesamowite zmiany w pr. stawie barkowym — wszystkie te objawy przemawiają za schorzeniem rdzeniowym — jamistością rdzenia.

Są to rzeczy nader rzadkie, aby przebieg kliniczny jamistości rdzenia zapoczątkowany został przez artropatię, szybko przebiegającą, która, niszcząc, jak nowotwór, tkanki, doprowadziłaby do zupełnego zniszczenia prawego stawu barkowego. W przebiegu syringomyelii artropatie są zwykle zjawiskiem wtórnym i występują po dłuższym trwaniu choroby, przy daleko posuniętych innych objawach tego cierpienia.

Sam obraz rentgenowski tego stawu zasługuje na szczególne uwzględnienie. Jakby precyzyjnym dłutkiem wyrzeźbiona została prawidłowa figura w postaci trójkąta, a obok tego proces regeneracyjny, idący w postaci egzostozy.

Zatem cała ta galeria przypadków, którą mieliśmy sposobność obserwować na oddziale, układała się w pewną logiczną całość kliniczną i może posłużyć za ilustrację dla szeregu zagadnień, związanych z patogenetą i symptomatologią jamistości rdzenia.

Niezwykle odmiany, które w pracy niniejszej podajemy, rzucają jaskrawe światło na etiologię omawianej sprawy, na umiejscowienie jej w różnych odcinkach centralnego układu nerwowego, na niesamowite zmiany i zniszczenia troficzne, wczesne występowanie cierpień, przebieg wprost fantastyczny, powikłanie z innymi cierpieniami i inne niemniej na uwagę zasługujące szczególności.

Przyczyna jamistości rdzenia tkwi, jak większość spostrzeżeń klinicznych o tem świadczy, w anomaliach natury rozwojowej. Bielschowsky twierdzi, na zasadzie licznych badań drobnowidzowych, że syringomyelia i gliosis są to zupełnie identyczne schorzenia, powstające na wtór-

nen, podłożu rozwojowym. Jamistości rdzenia bowiem towarzyszą nieraz, jak o tem już wyżej wspomnieliśmy, liczne anomalje z życia płodowego. Cierpienie to nieraz ma charakter rodzinny.

Obserwowane przez nas przypadki są dowodem tego, że uraz jest poważnym „agent provocateur” w powstawaniu syringomyelii, w obu naszych przypadkach, zasługujących, pod tym względem na uwagę, doniosłą rolę odgrywał uraz bezpośredni w okolicę karku, to znowu w plecy.

Obserwacje nasze wyłaniają doniosłe zagadnienie, czy przebyte poprzednio schorzenia centralnego układu nerwowego stwarzać mogą *locus minoris, resistentiae*, na którego podłożu może rozwijać się jamistość rdzenia. O wielkiem prawdopodobieństwie tej suppozycji świadczy 1-szy przypadek, dotyczący 8-letniej dziewczynki, która w 6 tygodniu życia przebyła nagminne zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych.

Reasumując liczne w etiologii jamistości rdzenia poglądy, należy przypuszczać, że osobnik przychodzi na świat z usposobieniem do tego cierpienia, są to zatem własności embrjonalne ustroju, inne czynniki, to momenty dodatkowe, przyspieszające ujawnieniu tego utajonego procesu chorobowego. Nie można bowiem pominąć wad rozwojowych, które towarzyszą syringomyelii i znalazły jaskrawy dowód w jednym z naszych przypadków, gdzie całkowity *situs viscerum inversus* udawadnia teorię Bielschowskiego co do wrodzonego pochodzenia tej choroby. Koincydencja syringomyelii z innymi drobnymi wadami rozwojowymi była przez niektórych autorów obserwowana, i prawdopodobnie te komponenty konstytucjonalne do przypadkowych nie należą. Pośrednim dowodem tego przypuszczenia jest również obserwowany czasami rodzaj i charakter tego cierpienia. Miało to miejsce w dwu naszych obserwacjach. Rodzinnie występującą jamistość rdzenia obserwowali między innymi Vanderveelde, Preobrażencki, Ternmer i L. Bregman — u 60-letniego ojca i 26 letniej córki — u ojca choroba ta rozpoczęła się przed 12 laty, u córki we wczesnym dzieciństwie, chora po-
zatem była dotknięta wrodzoną wadą serca.

Okres dzieciństwa nie jest tym wiekiem, w którym zwykliśmy obserwować syringomyelię. Jak wiadomo, najczęściej występuje ona pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. W 1-szym z kolei przypadku naszym już u 2-letniej dziewczynki, igrającej rozrzuconym węglem, można było anamnastycznie ustalić syringomyelię.

Lokalizacja tego, względnie dość częstego cierpienia w przypadkach typowych — to część szyjna rdzenia, to też, niszcząc odpowiedni szlak i komórki rogów przednich, daje ogólnie znany obraz chorobowy. Z tem umiejscowieniem anatomo - patologicznym i odpowiednim obrazem klinicznym choroba może trwać przez długie lata, a nawet dziesiątki lat, dając, aczkolwiek w rzadkich przypadkach, remisje. W przypadku Müllera cofnęła się tetraplegja, i znikły zaburzenia czucia na przeciąg 7 lat. Doświadczenie poucza, że jamy z miejsca typowego szerzyć się mogą w kierunku dogłowowym i doogonowym, że pierwotne ich umiejscowienie może być zlokalizowane w nietypowej części rdzenia, a nawet w mózgu, że rozpad dotknąć może i białą substancję rdzenia.

Wobec tych wszystkich możliwości i chaotycznego przebiegu wytwarzają się czasami wprost fanta-

styczne kliniczne obrazy chorobowe trudne do rozpoznania. U chorej Nr. 2 już w dzieciństwie osłabły kkd., był to początek syringomyelii w tej odmianie lędźwiowej. Z biegiem czasu choroba, szerząc się w kierunku wstępującym, zajęła kkg., pozatem rdzeń przedłużony, dając objawy syringobulbji, nie poprzestając jednak na tem, rozprzestrzeniła się i na pień mózgowy, powodując obustronne porażenie poszczególnych jąder nn. okoruchowych. Porażenie kkg. i kkd. miało charakter spastyczny, a zatem przemawiało za uszkodzeniem dróg piramidowych. Lumbosakralną postać jamistości rdzenia obserwowali: C l a r e k, O p p e n h e i m i in. W przypadku 3-im syringobulbja ujawniła się w porażeniu nerwu wstecznego prawego. W przypadku 5-tym mieliśmy hemiparetyczny typ niedowładu z jednostronnem zajęciem dróg piramidowych, bez zajęcia jednak n. twarzonego po tej stronie. Zanimi tutaj wbrew zasadniczej lokalizacji ujawniły się w odcinkach proksymalnych. Obok objawów świadczących o zajęciu 1-go i 2-go neuronu typ porażenia z rozszczepieniem czucia po stronie przeciwnej odpowiadał typowi porażenia B r o w n - S e q u a r d a.

W 6-tym przypadku, obok typu hemiparetycznego, podobnie jak w 5-tym, uwypuklają się rzadko spostrzegane w syringomyelji zaburzenia węcchu, pozatem smaku, nieprawidłowości w oddawaniu moczu i kału. Na plan pierwszy w przypadku tym uwypukla się kombinacja syringomyelji z padaczką oraz b. rzadko w syringomyelji spotykane zaburzenia psychiczne, szczególnie w okresach względnie wczesnych. R e d l i c h obserwował kilka podobnych przypadków.

Obok powyższych atypowości znane są w piśmiennictwie różne odmiany np. *gliosis cruciata* z zajęciem ruchowym kończyny górnej i czuciowym kończyny dolnej po stronie przeciwnej. S c h l e s i n g e r i D é j é r i n e obserwowali w przebiegu syringomyelji zanik połowiczy twarzy i języka. W e i s e n b e r g i T h o r i n g t o n tarczę zastoinową. I v a n o f f stwierdził zaburzenia smaku w obrębie nerwu językowo-gardłowego. S i t t i g obserwował syringomyelję w połączeniu ze stwardnieniem wieloogniskowym, *pseudotabes gliomatosa* z umiejscowieniem sprawy chorobowej w rogach tylnych. S c h l e s i n g e r opisał kombinację syringomyelji z akromegalią.

Jedną z kardynalnych cech jamistości rdzenia są różnorodne zaburzenia troficzne, które w naszych przypadkach ujawniły się w sposób niezwykle. Zmiany te należą do b. częstych. Rozszczepienie czucia usposabia chorych do częstych uszkodzeń i oparzeń, które uchodzą ich uwagi. Ta zewnętrzna, a nieraz i głębsza analgezja atakuje przede wszystkim skórę i jej pochodne twory, z tegoż listka zarodkowego rozwijające się, a więc, włosy i paznokcie. Częściej jednak sprawa na tem się nie kończy i w orbitę tych zmian zostają wciągnięte głębiej położone tkanki. Obserwowaliśmy w syringomyelji nadmierną suchość skóry, łuszczenie się, jej zanik, co prowadziło do „glossy skin”, to znowu hiperkeratozę, występującą na dłoniach i podszewach, wypadanie włosów i paznokci. Drobne i rozległe owrzodzenia, powierzchowne i głębokie, nie mające tendencji do gojenia się, prowadzące do rozlanych ropowic. Zupełnie bezbolesny przebieg tych ropowic skłonił M o r w a n a do nadania im nazwy „panaris analgésique”. Wskutek tego może dochodzić, podob-

nie jak w trądzie, do zniszczeń poszczególnych palców, nawet całych palców. Poza tem obserwowaliśmy na skórze pęcherze, obrzęki, rany. Zmiany kostne mogą być jedyną domeną tego schorzenia układu nerwowego. S c h l e s i n g e r w 30% syringomyelji stwierdził osteoatrofję. Najczęściej dotknięte bywają stawy barkowe i łokciowe. Spotykają się zarówno zanikowe, jak i przerostowe zmiany w nasadach stawowych, osłabienie aparatu więzowego, do częstych należy kifoza. Ta ostatnia jak również zniekształcenie klatki piersiowej, znane pod nazwą „thorax en bateau”, są spowodowane zanikami mięśniowymi oraz zmianami troficznymi w kośćcu.

N e u m a r k w syringomyelji rentgenologicznie stwierdził w kościach kończyn częściowo osteosklerozę, częściowo osteoporozę. Poza tem mogą powstawać samoistne bezbolesne złamania kości, ankilozy, kontraktury nawet fascji (ręka D u p u y t r e n a), ręce mogą przypominać kształtem ręce w akromegalii. Przerost kości i mięśni prowadzić może do znacznego powiększenia rąk i nóg, do tak zwanej c h e i r o m e g a l j i i p o d o m e g a l j i. Niesamowite zmiany, związane z zaburzeniami troficznymi, stwierdziliśmy w 1-szym przypadku u 8-letniej dziewczynki, które w swym ostatecznym wyniku doprowadziły do wyjścia sekwestru w postaci całej niemal kości ramieniowej. Tak fantastycznego w swym przebiegu przypadku nie spotkaliśmy w piśmiennictwie, mieliśmy też tutaj do czynienia z cheiromegalią. W 2-im przypadku zmiany troficzne doprowadziły do hiperplazji tkanki podskórnej. Przerost ten robił ludzko wrażenie obrzęku śluzakowego. Przerostowe zmiany obserwowali między innymi S c h l e s i n g e r, O p p e n h e i m, S t r ü m p e l l i in. Pod względem zmian troficznych niemniej interesujący i zagadkowy był przypadek 7-my.

Niezwykły tutaj obraz rentgenowski prawego stawu barkowego przy b. dyskretnych objawach neurologicznych oraz wyłączenie innych chorób pozwalało rozpoznać jamistość rdzenia. W związku z tym przypadkiem wyłania się kwestja obrazu rentgenowskiego, charakterystycznego dla syringomyelji. Ostro ścięte brzegi nasad stawowych kości, ta regularność linii ma być cechą charakterystyczną dla zmian stawowych w jamistości rdzenia. Pomimo obiektywnie stwierdzonych zaburzeń czucia cieplnego i bólowego, chorzy dotknięci jamistością rdzenia, wypowiadają nieraz skargi o licznych paratserjach natury termicznej i bólowej. Chorzy mają uczucie ciepła, nawet palącego gorąca, to znowu zimna o niezwykle nasileniu — zimna piekącego. W kilku przypadkach mieliśmy sposobność słyszenia podobnych skarg wypowiadanych przez chorych z jamistością rdzenia. Tym dziwniejsze wydawały się w tem cierpieniu silne bóle w znieczulonych kończynach i tułowiu, które to bóle w jednym z naszych (5-tym) przypadków były dominującym objawem. Ze względu na zmiany troficzne, niszczące bezbolesnie głęboko położone tkanki, powyższe objawy są zjawiskiem paradoksalnem.

Zmiany troficzne, stale występujące w syringomyelji, której przebieg rozciągać się może na okres 10, 20 i więcej lat, prowadzą w swym ostatecznym wyniku do zejścia niepomyślnego. Najczęściej przyłącza się wtórna infekcja, która wika sprawę chorobową i drogą głęboko drążących odleżyn przedostaje się do ogólnego krwioobiegu.

Z klinik, szpitali i pracowni

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

Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych*).

Podał:
S. MINC (Łódź).
(Dok. — patrz Nr. 29-30)

IX.

Gdy chory napina brzuch, lub w przypadkach obrony mięśniowej (*défense musculaire*), obmacywanie wątroby bywa znacznie utrudnione. Wówczas pomocny nam może być następujący sposób badania. Idąc od dołu ku górze w kierunku wątroby, badamy czucie szpilki. W przypadkach powiększenia wątroby okolica jej wykazuje znaczną przeczulicę. Przeczulica ta sięga zazwyczaj nieco niżej dolnego brzegu wątroby (*Maekenzie*¹¹). Opisane zjawisko szczególnie jaskrawo występuje w przypadkach ostrego powiększenia wątroby.

X.

Czy możliwe jest wczesne rozpoznanie gośćcowego zapalenia wsierdza? Pytanie to mogłoby się wydawać dziwne, gdy uprzytomnimy sobie, ile szpitalnych kart chorobowych zawiera rozpoznanie: „*endocarditis i endomyocarditis*“.

Oczywista, rzadko się pomylimy, rozpoznając gośćcowe zapalenia wsierdza i mięśnia sercowego u osobników młodych, cierpiących na ostry gościec wielostawowy. Lecz poza okresem młodocianym rozpoznanie to staje się bardziej wątpliwe, a u ludzi powyżej 30 lat gościec już o wiele rzadziej atakuje wsierdzie (*Laubry*¹²), w szczególności zaś mięsień sercowy; u ludzi starszych bowiem guzki *Achoffa* tak są nieliczne w mięśniu sercowym, że trudno przypuszczać, by wywierały jakikolwiek wpływ na wydolność mięśnia sercowego (*Achoff*¹³). Często spostrzegane zaburzenia przewodnictwa nie decydują o rozległości sprawy w mięśniu.

Dość zajrzeć do jednego z najnowszych podręczników medycyny wewnętrznej, by przekonać się, jak mało są uzasadnione nasze pojęcia o klinicznym przebiegu gośćcowego zapalenia wsierdza. „Rozpoznanie gośćcowego zapalenia wsierdza” — pisze *Weintraud*¹⁴) — „nie przedstawia żadnych trudności, i początek jego da się mniej więcej ściśle stwierdzić, gdy, po ustąpieniu sprawy stawowej, nagle występują zarówno podmiotowe, jak i przedmiotowe objawy ze strony serca: bóle i kłucia w okolicy serca, bicie serca, duszność i ponowne wzniesienie ciepłoty. Badanie serca wykazuje wówczas szmery wsierdziowe pochodzenia, a niekiedy osierdziowe...” — „stwierdzamy rozszerzenie serca w prawo i zmiany dotyczące drugiego tonu tętnicy płucnej”.

Jasne jest, że nakreślony powyżej przez autora obraz odpowiada nie zapaleniu wsierdza, lecz mięśnia sercowego. Zróznicowanie jednak

tych dwóch schorzeń jest bardzo ważne pod względem rokowniczym: gdy bowiem gośćcowe zapalenie mięśnia sercowego jest sprawą często odwracalną, nie można tego powiedzieć o zapaleniu wsierdza. Wprawdzie wielu przypuszcza, że obie te sprawy chorobowe idą zawsze w parze, lecz obecnie, dzięki pracom *Tałałajewa*¹⁵), istnienie gośćcowego zapalenia mięśnia sercowego, jako samodzielnej jednostki chorobowej, nie podlega wątpliwości. By uprzytomnić sobie, jak daleko obraz kliniczny zapalenia wsierdza, naszkicowany przez *Weintrauda*, odbiega od rzeczywistości, należy przypomnieć, że *Henschen*¹⁶) na podstawie dużego materiału sekcyjnego przyszedł do wniosku, że w przebiegu zapalenia wsierdza brak z reguły szmerów zastawkowych. Zgodnie z badaniami *Tałałajewa*, od chwili wystąpienia zwyrodniająco-wysiękowych zmian wsierdza do początkowego okresu włóknienia zastawek i nitek ścięgniętych upływają zwykle 2 miesiące, a do wystąpienia zmian o charakterze bliznowatym, które umożliwiają kliniczne rozpoznanie wady serca, upływa przeciętnie 5—6 miesięcy. „W przebiegu ostrej choroby zakaźnej początkowo nieraz bardzo trudno rozstrzygnąć, czy chodzi o ostre zapalenie mięśnia sercowego, czy o ostre zapalenie wsierdza, czy o obie choroby jednocześnie, jeżeli szmer jest słaby i słyszalny nad koniuszkiem. Wybitne zaburzenie rytmu serca oraz znaczna duszność, łatwo występująca, przemawiają w tych przypadkach za ostrym zapaleniem mięśnia sercowego”. (*W. Orłowski*¹⁷).

Z powyższego widzimy, że wczesne rozpoznanie zapalenia wsierdza pochodzenia gośćcowego wcale nie jest tak łatwe i proste. Mimo wszystkiego rozpoznanie to w wielu przypadkach jest jednak możliwe. Doskonały obraz kliniczny rozwoju gośćcowego zapalenia wsierdza znajdujemy u starego mistrza kardiologii *Potaina*. „Wysłuchując codziennie chorych” — pisze on — „stwierdzamy, że jeden z tonów serca lub oba stają się głuche, przyczem zmiana ta nieraz występuje nagle. Po pewnym czasie tony stają się „suche i twarde” (*bruits durs et secs*), co odpowiada początkowemu okresowi włóknienia zastawek. Jeżeli u chorego z zapaleniem gośćcowym stawów wysłuchuje się już na początku choroby szmer, to przedewszystkiem należy pomyśleć o starej wadzie serca”.

Taki jest pogląd na te sprawy *Potaina*, który nie wiedział jeszcze o istnieniu odosobnionego gośćcowego schorzenia mięśnia sercowego, a przecież w przebiegu tego schorzenia tony serca również stają się głuche. Lecz *Potain*, analizując zjawiska dźwiękowe ze strony serca w przebiegu zapalenia wsierdza, wskazał na pewien objaw, który zgodnie z moimi obserwacjami posiada wyjątkowe znaczenie rozpoznawcze. Wówczas, gdy tony nad tętnicą płucną pozostają głośnie i dźwięczne, nad tętnicą główną słabną, a niekiedy stają się nawet nieuchwytnie dla ucha. O ile możliwa była dłuższa obserwacja tych chorych, to z reguły mogłem stwierdzić, że po pewnym czasie występowały u nich objawy wady serca. Objaw ten przysłużyć się nam może w przypadkach odoso-

*) Wygłoszone na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego.

bnionego gośćcowego zapalenia wsierdza, gdy skargi ze strony serca mają charakter nieokreślony, a brak objawów ze strony stawów czyni rozpoznanie szczególnie trudnym. Niestety, gośćcове zapalenie wsierdza przebiega nieraz bez wszelkich objawów podmiotowych, i tacy chorzy zgłaszają się do nas dopiero w okresie zupełnie rozwiniętej wady serca. Podczas wojny światowej, jak wyżej wzmiankowałem, miałem możność obserwowania bardzo dużego materiału wad zastawkowych. W wywiadach u tych chorych nie było jakichkolwiek wskazówek, by kiedyś chorowali. Zdziwiałe było to, że u większości tych chorych wada serca była zupełnie wyrównana, i jeżeli Tałała je w twierdzi, że zapalenie wsierdza, niepowikłane sprawą stawową, może przebiegać równie ciężko, jak sprawy wsierdziowe w przebiegu gośćca stawowego, to mój bogaty materiał wojenny bezwzględnie przemawia za tem, że odosobnione gośćcове zapalenie wsierdza przebiega o wiele łagodniej.

XI.

Znaczenie punktów bolesnych we wrzodzie żołądka i dwunastnicy szczegółowo omawiałem już w pracy, umieszczonej w Warsz. Czas. Lek. Nr. 24 (1933). W zapaleniu woreczka żółciowego Chaffard opisał punkt bolesny między przyczepami prawego mięśnia mostkowo-obojęzycowo sutkowego. Podobny punkt bolesny, przezeńnie opisany, znajduje się na tylnej części szyi, zprawa od 5 tego kręgu szyjnego. Poza temi punktami bolesnymi stwierdzam w rowku bocznym mięśnia dwugłowego prawego (*sulcus bicipitalis lateralis*) na granicy między środkową i dolną trzecią częścią odcinka tego rowka punkt bardzo tkliwy na ucisk.

Byłoby jednak pochodnem rozpoznawać schorzenie woreczka żółciowego, opierając się li tylko na powyższych punktach. Punkty te posiadają pewną wartość, jako poszczególne ogniwa w łańcuchu naszych rozważań rozpoznawczych.

XII.

Gdy podczas wysłuchiwania chorego, cierpiącego na dusznicę bolesną, występują u niego bóle, to często zaobserwować można, że tony stają się bardzo głucho. W miarę ustępowania bólu dzwiczność tonów powraca, by w końcu po całkowitem ustąpieniu bólu, przyjąć charakter pierwotny.

XIII.

Jeśli w myśl prawa Stokesa w zapaleniu błon surowiczych mięśnie, niżej leżące, a raczej bezpośrednio przylegające do dotkniętej zapaleniem surowicówki, wiotczą, to z reguły mięśnie, wyżej leżące, kurczą się. A więc z jednej strony serce w zapaleniu osierdza rozszerza się, w zapaleniu otrzewny następuje porażenie jelit, w zapaleniu opłucny przeponowej—przepona wiotczeje; z drugiej zaś strony w zapaleniu otrzewny stwierdzamy wybitny skurcz mięśni powłok brzusznych, w zapaleniu opłucny—zwężenie przestrzeni międzyżebrowych (objaw Przewałskiego), w zapaleniu opon mózgowych—sztywność karku; w sprawach zapalnych u podstawy dolnych płatów płuc—skurcz, a zatem niskie ustawienie przepony.

W rozlanem suchem zapaleniu osierdza niejednokrotnie obserwowałem wybitne zwężenie przestrzeni międzyżebrowych w okolicy serca. Natomiast gdy proces zapalny osierdza ustępuje, obserwujemy rozszerzenie przestrzeni międzyżebrowych.

Zaznaczyć należy, że obrona mięśniowa nie zawsze zależy od zapalenia błon surowiczych. W kolce nerkowej, na przykład, nieraz stwierdzamy wybitną obronę mięśniową w odpowiedniej stronie brzucha. Zjawisko to staje się zrozumiałe w świetle badań Florina¹⁸), który dowiódł, że silne mechaniczne drażnienie żołądka wzmacnia pobudliwość mięśni prostych brzucha, skracaąc ich chronaksję.

XIV.

Obmacywanie okolicy serca daje nam możność wnioskowania o przeroście prawej komory. Jest nieraz wprost zadziwiałe, z jaką siłą dolna część mostka unosi obmacującą rękę. Niestety, w rozedmie płuc i u ludzi starszych z niepodatną klatką piersiową metoda ta zawodzi. Dlatego też, gdy objaw ten słabo jest zaznaczony, układamy chorego na prawy bok i na wysokości głębokiego wdechu, w okresie zatrzymania oddechu, obmacujemy lewą połowę nadbrzusza. Stwierdzamy wówczas w przypadkach przerostu prawej komory znaczne unoszenie ręki (Assmann¹⁹). Powoli i z siłą podnoszące uderzenie koniuszkowe w przypadkach przerostu lewej komory opisał Fr. Mueller. Jednakowoż w przypadkach nieznacznego przerostu lewej komory objaw ten nie występuje wyraźnie. W przypadkach takich układam chorego na lewy bok i, po umiejscowieniu uderzenia koniuszkowego, prowadzę powoli wskazującym palcem wzdłuż odpowiedniego międzyżebra; wówczas daje się stwierdzić zaokrąglenie koniuszka. Otrzymujemy wrażenie uderzenia koniuszkowego kopulastego, jak w niedomykalności tętnicy głównej. Wobec tego, że uderzenie koniuszkowe uwarunkowane jest okresem napięcia lewej komory, można przy pewnej wprawie określić w przybliżeniu czas trwania napięcia komory, co daje nam możność oceny wydolności mięśnia sercowego.

* * *

Objawów klinicznych wyżej omówionych, nie można, oczywiście, w swem znaczeniu rozpoznawczem porównać z temi metodami pracownianemi i instrumentalnemi, któremi rozporządza klinika współczesna. Ale czyż zawsze pracownia daje nam zadawalające odpowiedzi na nasze pytania? Czy w przypadkach, gdy obraz kliniczny przemawia z pewnością za drem brzuszny, zrezygnujemy z rozpoznania, li tylko dlatego, że Widali morfologia krwi nie wykazują odchylen od normy? Należy zgodzić się z Wallenwegerem²⁰), gdy mówi: „W ostatnim dziesięciu lat ambicją każdej dobrej kliniki było bezwarunkowe badanie płynu mózgowo-rdzeniowego u każdego chorego neurologicznego. Raczej spodziewać się należało, że każdy wyszkolony klinicysta będzie uważał sobie za punkt honoru rozpoznać schorzenie, nie uciekając się do przykrego zabiegu, jakim jest nakłucie lędźwiowe“. Opowiadano mi o jednym wybitnym niemieckim klinicyście, że podczas obchodu

chorych przegląda dane rentgenologiczne i pracowniane, badaniu zaś chorego udziela kilka minut. Bez wątpienia rentgen. mikroskop—to cud ludzkiej pomysłowości, lecz czyż nie większy cud stanowią nasze oczy, nasze zmysły?

PIŚMIENNICTWO:

1) Maranon, Bull. Soc. Méd. Hôp. 1922. — 2) Lian. Bull. Soc. Méd. Hôp. 1918. — 3) Serejski, Medico - biol. żurnal I, 1—2. — 4) Klinge, Der Rheumatismus, 1933. — 5) Unger, Centrabl. f. Chir. 1907. — 6) Geigel, Lehrb. d. Herzkronkheiten, 1920. — 7) Marey, La cirelation du sang, 1881.— 8) Rein, Münch. med. Woch., 1933. — 9) Zwahlenburg Ann. Surg. 46, 1907. — 10) Laiguel — Lavastine, Pathologie du sympathique. — 11) Mackenzie, Les symptômes et leur interprétation, 1923 (tłum. fr.). — 12) Laubry Maladies du coeur et des vaisseaux, 1930. — 13) Aschoff u. Tawara, Die heutige Lehre von den pathol. - anat. Grundlagen der Herzschwäche 1906. — 14) Weintraud. Kraus - Brugsch, II B, II T. 1919. — 15) Tałalajew. Klin. Woch. Nr. 3, 1929; ostrzyj reumatizm, 1932. — 16) Henschen. Erfahrungen über Diagnose u. Klinik der Herzklappenfehler, 1912. — 17) Orłowski. Choroby serca. 1933. — 18) Florkin. Patrz Stein. Verhandl. der Ges. deutsch. Nervenärzte, 1933. — 19) Assmann, Die klinische Röntgendiagnostik, 1929. — 20) Wallenweber, Deutsch. med. Woch. Nr. 41, 1933.

Z przychodni dermatologicznej Ubezpieczalni w Brześciu n/B.

Przypadek Urethritis non gonorrhoeica venerea microbica et Dermatitis traumatica medicamentosa exogenes eczematoides postcontraceptiva.

Podał

Dr. S. MANZON (Brześć n/B).

34-letni mężczyzna skarży się na swędzenie w okolicy narządów płciowych, które mu dokucza i zmusza do drapania. Sprawa trwa kilka miesięcy, przyczem stan nie jest stale jednakowy. Leczenie pozostaje bez skutku.

Czasem choroba pogarsza się o tyle, iż przeszkadza choremu w pracy. Swędzenie, moknięcie, pieczenie — to są główne skargi chorego.

Wywiady rodzinne bez znaczenia; poza obecnym cierpieniem nigdy nie chorował. Zawód — przedstawiciel firmy handlowej, często podróżujący.

Causa invocans pozostaje niewyjaśniona.

Przy badaniu stwierdziłem na wżgórku łonowym namiętną, jędrach i w okolicy odbytu: zaczerwienienie, obrzęk, pęcherzyki, strupki, guzki, powierzchowne zliszajowacenie; miejscami powierzchnia sącząca. Miałem więc obraz kliniczny rozlanego zapalenia powierzchownego z następczym zakażeniem bakteriami ropnymi prawdopodobnie na skutek drapania. Zwracało uwagę jednocześnie zapalenie mieszków włosowych (*porofolliculitis*).

Widząc główne znamiona kliniczne wyprysku: 1) *erythema*, 2) *incrustatio*, 3) *madidatio*, 4) *lichenisatio*, łatwo sięgnąłem po rozpoznanie do starego zbiornika z etykietką — *eczema* (z dodatkiem — *genitale*).

Leczenie zastosowałem odpowiednie.

Po kilku dniach chory zjawia się z nieznaczną poprawą po dalsze wskazówki, ale przypomina sobie, iż cierpi jeszcze na „katar cewki“, na który leczył się również przez kilka miesięcy bez widocznej poprawy, i co do którego lekarz wenerykolog stwierdził, iż nie jest on uleczalny; opowiada chory również o częstym oddawaniu moczu, parciu i t. d., przytem ne-

guje stosunki pozamałżeńskie i zaznacza ironicznie, że dopóki był kawalerem, nie wiedział, co to jest choroba weneryczna, tylko po ożenieniu się zapoznał się z lekarzami tej specjalności.

Ta uwaga chorego nareszcie kieruje wywiad na właściwą drogę. Na zapytanie, czy nie stosuje on w małżeństwie środków zapobiegawczych, otrzymuję odpowiedź, że żona panicznie obawia się ciąży, używa więc *ante coitum* galeczek i *post coitum* stosuje irygację.

Galeczki okazały się następującego składu:

1) Chin. mur.	3,6
Al. ac. tart.	2,4
Lanolini anhydr.	4,0
But. cac.	24,0
Hydr. bichlor. cor.	0,2
Div. in. p. aeg.	XII

2) Do irygacji: Sol. hydr. oxyc. 5% (stoł. łyżka na litr wody).

Przy badaniu wydzieliny z cewki moczowej stwierdziłem brak gonokoków. Reakcja moczu kwaśna dużo moczanów. Miałem przed sobą „jak się okazało, *Urethrit. non gon. microbica venerea et epidermo-dermitis artificial. eczematoides*, wywołane przez używanie środków zapobiegawczych: rtęci i chininy.

Zabroniłem używania tych środków i wkrótce osiągnąłem wyleczenie chorego (Autohemoterapia, wapń i t. d.). Chcę nadmienić, iż stosowany dożylnie „Hemtyśal“ S p i e s s a i jednocześnie „Panodina K l a w e g o“ domięśniowo wywierały wpływ dodatni na przebieg choroby. Próby odczulania swoistego i t. d. z powodu warunków pracy nie były przeprowadzone.

Stawiając pierwotne rozpoznanie, popełniłem błąd, o którym pisze s. p. Prof. K r z y s z t a ł o w i c z: wziąłem „syndrom“ za „morbus“: oparłem swoją diagnozę na danych postaciowych bez wyjaśnienia etiologii.

W czasach obecnych, kiedy świat cały żyje pod znakiem „świadomego macierzyństwa“ i „regulacji urodzin“, przypadki Dermatitis artific. i Urethritis post contraceptive nie mogą być rzadkością.

Docent F. D i e t e l (D. M. W. Nr. 28 r. 1931) komunikuje o licznych podobnych przypadkach w klinice uniwersyteckiej w Erlangen, przyczem zaznacza, iż próby wywołania sztucznych odczynów zapalnych przez stosowanie tych samych środków, które były w tych przypadkach używane, jako anticoncipientia, zawiodły: sądzi więc, że konstytucjonalna nadwrażliwość ustroju na ten lub inny środek drażniący odgrywa tu główną rolę.

Prof. W a l t e r, podając swój podział własności konstytucjonalnych skóry (Przegl. Derm. Nr. 3 r. 1930), uwzględnia „konstytucjonalne stany alergiczne skóry“ i zaznacza, iż pojęcie to mieści w sobie osobliwe właściwości skóry w oddziaływaniu na bodźce.

Prawdopodobnie ta sama nadwrażliwość cechowała ustrój naszego chorego. Próby przeniesienia biernego stanu uczulenia nie były przeprowadzone.

Co się tyczy nieżytych błony śluzowej pochodzenia niegonokokowego zostały one szeroko omówione przez docenta Dra S t r a s z y ń s k i e g o w artykule p. t. „O t. zw. nieżytych zapaleniach śluzówki cewki moczowej u mężczyzn i ich leczeniu“. (Przegl. Derm. Nr. 1. 1927 r.).

Dr. S t r a s z y ń s k i dzieli wszystkie stany zapalne cewki moczowej, niewywołane przez gonokoki, na 2 grupy: Urethritis non gonor. non venerea i Urethritis non gonor. venerea, to jest nabyte drogą płciową.

O Urethritis p. contraptiva mówi dr. S t r a s z y ń s k i w pierwszym rozdziale, pod rubryką: Urethrit. traum. prim. Dość częstą przyczyną zapalnych stanów cewki moczowej u mężczyzn (a upławów u kobiet), powstających naskutek drażnienia chemicznego, są środki, tak często używane przy stosunkach płciowych w celu zapobieżenia zajściu w ciążę. Zawierają one najczęściej *hydrarg. oxycyanat.* i sprowadzają niekiedy bardzo silne podrażnienie błon śluzowych narządów rodnych tak u mężczyzn, jak i u kobiet.

W grupie drugiej — Urethritis non gon. venerea, omawiając Urethritis venerea non gon. microbica, Dr. S t r a s z y ń s k i pisze: „W tej grupie spotykamy się najczęściej z zakażeniem cewki przez rozmaitego rodzaju mikroby banalne, zamieszkujące w prawidłowym stanie błonę śluzową cewki moczowej mężczyzn i narządów rodnych zewnętrznych kobiet (staphylococci, streptococci, pneumococci, bac. prutiphter, micrococci i t. d.). Flora ta może z pewnych przyczyn (używanie środków zapobiegających zapłodnieniu: pessaria, czopki, częste zabiegi zapobiegawcze po stosunkach płciowych i t. d.) zyskać więk-

szą żywotność i wywołać objawy zapalne, przenoszące się w tym stanie drogą stosunków płciowych z osobnika na osobnika.

U kobiet nie spotyka się wtedy wybitniejszych objawów (poza nieznaczniemi upławami), u mężczyzn w następstwie tego zakażenia występuje często ciężkie powikłania (epididymitis, prostat., vesiculitis, cystitis, pyelitis).

Dr. N o w i c k i w Nr. 2 Przeglądu Dermatologicznego z r. 1933 słusznie zaznacza, iż w polskiej literaturze znajdujemy większe zainteresowanie dla schorzeń dróg moczopłciowych niegonokokowego pochodzenia, niż w zagranicznej. W okresie stosowania *larga manu* środków zapobiegawczych i nawet nadużywania tych środków lekarz, mając przed sobą obrzęki, zaczerwienienie i wykwity, szczególnie w regio genitalis, albo zapalenie cewki moczowej o nieznanej etiologii, powinien, jak się okazuje, pomyśleć o stosowaniu anticoncipientia tembardziej, że zapalenia cewki tego pochodzenia mają często muciążliwy przebieg i mogą przejść w stan chroniczny. To samo dotyczy również i podrażnień skóry.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Państwowego Zakładu Higieny.

Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej.

O serodjagnostyce gruźlicy.

Podala

Wanda HALBERÓWNA (Warszawa).

Zarówno względy teoretyczne, jak i praktyczne skłaniały już od dawna wielu autorów do zbadania zmian, zachodzących w surowicy pod wpływem zakażenia gruźliczego. Uświadczenia te były tem bardziej uzasadnione, że zarazek gruźlicy był znany i wiadomo było, że posiada silne własności antygenowe. Zwierzęta doświadczalne, uodporniane zabitemi prątkami K o c h a, dawały ciała odpornościowe o bardzo wysokiem mianie. Zachodziło więc pytanie, czy i w ustroju ludzkim powstają pod wpływem zakażenia gruźliczego ciała odpornościowe, i czy uda się opracować metodę, która pozwoli *in vitro* postawić rozpoznanie gruźlicy.

Próby serodjagnostyki gruźlicy szły w dwóch kierunkach:

I) uświadczano stwierdzić przeciwciała w surowicy drogą metod bezpośrednich, a więc zapomocą aglutynacji, precypitacji i bakteriolizy i II) zapomocą metod pośrednich, a więc fagocytozy i odchylenia dopełniacza.

A r l o i ń g był pierwszy (1898) we Francji, który stwierdził, że surowice i inne płyny ustrojowe aglutynują prątki K o c h a. Podobne próby podjęli w Niemczech K o c h i B e h r i n g (1901). Okazało się jednak wkrótce, że nie tylko surowice gruźlików, ale i surowice innych chorych zakaźnych, a nawet surowice ludzi zdrowych aglutynują prątki gruźlicy. Co więcej, jak to wykazał K o c h, prątki gruźlicy dają bardzo często aglutynację samoistną. W wielu zaś przypadkach ciężkiej gruźlicy odczyn aglutynacyjny bywa ujemny. Toteż zarówno badacze francuscy, jak i niemieccy doszli bardzo szybko do przekonania, że próba aglutynacyjna nie

przedstawia dla serodjagnostyki gruźlicy żadnej wartości praktycznej.

W r. 1907 próbował B o n o m e wprowadzić metodę precypitacji. Jako antygenów używał on wyciągów wodnych narządów gruźliczych. Pozatem stosowali metodę precypitacji P o r t e r, B e s a n c o n, de S e r b o n n e i inni. Wszyscy ci autorzy doszli jednak do wniosku, że i ta metoda jest pozbawiona wszelkich cech swoistości i temsamem nie posiada żadnej wartości diagnostycznej. W r. 1909 stwierdzili C a l m e t t e i M a s s o l, że surowice zwierząt, uodpornionych prątkami K o c h a, strącają tuberkulinę.

V i n c e n t i C o m b e s zastosowali metodę precypitacji do gruźliczych płynów mózgowych, używając również jako antygeny tuberkuliny. Przy odczynach dodatnich występował męt. Późniejsi badacze wykazali jednak, że podobne odczyny dają nie tylko płyny mózgowe gruźlicze, ale i płyny pochodzące z przypadków kiły mózgowej, a nawet i płyny, pochodzące z przypadków duru brzuszego. Autorzy dochodzą wobec tego do wniosku, że raczej odczyn ujemny może mieć wartość diagnostyczną w sensie wyłączenia gruźlicy. Należy nawiasem dodać, że mechanizm powstawania tych strąków jest nieznany, gdyż strąty, które powstają, czy to przy użyciu surowic zwierząt uodpornionych, czy też płynów mózgowych gruźliczych, nie zawierają śladów tuberkuliny. Zapomocą badań ilościowych można stwierdzić, że cała tuberkulina pozostaje w płynie ponad osadem. Zjawisko to, które jest teoretycznie bardzo ciekawe, nie posiada jednak dla serodjagnostyki gruźlicy żadnej wartości praktycznej.

M. N i c o l l e podaje, że w ustroju gruźliczym powstają ciała lityczne, wyzwalające z prątków gruźlicy substancje, któreby można nazwać endotoksynami. Te ciała lityczne działają również na toksyny gruźlicze i na tuberkulinę. Działanie tych ciał na endotoksyny i na tu-

berkulinę powoduje prawdopodobnie w ustroju odczyn tuberkulinowe miejscowe i ogólne.

Deycke i Much, Much i Loesche, Kraus i Hofer, Bronfenbrenner i inni, podają, że, jeżeli zastrzyknąć do otrzewnej świnek gruczliczych zawieszinę prątków Kocha, to one szybko znikają, i po pewnym czasie zjawiają się w tym płynie formy prątków nietypowe, które się nie barwią podług Ziehla. Karwacki, Figari i Marza gelli podają, że można również, trzymając surowice zwierząt gruczliczych lub zwierząt, uodpornionych czynnie przeciwko gruczlicy, z prątkami Kocha w cieplarni, otrzymać po pewnym czasie zupełną bakterjolisę. Również i Bail wykazał wzmoczoną zdolność lityczną płynów ustrojowych osobników gruczliczych. Jednakże Calmette, który te badania powtórzył, nie mógł ich potwierdzić. Zdaniem Calmetta nie można *in vitro* wywołać bakterjolisę, gdyż otoczka woskowo-tłuszczowa chroni prątki gruczlicy od działania litycznego surowicy.

Metalnikow już dawno stwierdził, że w ustroju *Galleria mellonella* zastrzyknięte prątki gruczlicy ulegają fagocytozie. Następnie wykazali Metalnikow i Sekretowa, że również w ustroju świnki morskiej prątki gruczlicy zostają sfagocytowane przez leukocyty, limfocyty i makrofagi. Kraus i Hofer podają natomiast w późniejszych pracach, że prątki gruczlicy ulegają zniszczeniu przez ustrój gruczliczy na drodze bakterjolisę, podczas gdy w ustroju zdrowym najważniejsza rola w tej walce przypada fagocytozie. Bergeł uważa, że proces lityczny występuje w ustroju pod wpływem lipaz, wydzielanych przez limfocyty; autor ten sądzi, że ziarenka Mucha są produktem rozpadu laseczników gruczlicy. Zdaniem autora, proces ten daje się zauważyć u białych myszy, które wykazują dużą odporność na zakażenie gruczlicze. Manwaring i Bronfenbrenner, używając do doświadczania świnek morskich, myszy, szczurów i małp doszli do wniosku, że prątki Kocha ulegają zniszczeniu w jamie otrzewnowej zwierząt gruczliczych przez rozpuszczenie.

Jednakże żadna z tych prób nie znalazła *in vitro* szerszego zastosowania. Wysiłki autorów szły jednocześnie w kierunku opracowania metody odchylenia dopełniacza, która dała tak świetne wyniki w serodjagnostyce kiły. Widali i le Sourd, Camus i Pagnier byli pierwsi we Francji (1901), którzy zastosowali próbę odchylenia dopełniacza w serodjagnostyce gruczlicy u ludzi, zaś Bordet i Genou przy zakażeniu doświadczalnym u zwierząt. Autorzy ci używali jako antygeny zawiesiny homogenizowanej prątków gruczlicy. Pierwsze próby w tym kierunku podjęli w Niemczech Koch i Rehring. Podobne próby prowadził pozatem cały szereg innych autorów, jak Calmette i Massol, Wassermann i Bruck, Marmorek i inni. Jednakże wyniki wszystkich tych prób były niezadawalające z dwóch powodów: 1) tylko część surowic gruczliczych dawała odczyn dodatni i 2) odczynu te występowały dość często w innych schorzeniach. Widzimy więc, że próby serodjagnostyki gruczlicy, które były podjęte znacznie wcześniej, niż próby serodjagnostyki kiły, nie osiągnęły takich wyników, jakie dał klinice odczyn Wassermanna. Jeżeli się zastanowimy nad przyczyną tego zjawiska, to musimy przede wszystkim podkreślić fakt, że gruczlica jest typowym przykładem schorzenia, w któ-

rem występuje chwiejność równowagi koloidalnej osocza. Wszystkie te niepomyślnie wyniki prób serodjagnostycznych nasunęły badaczom przypuszczenie, że ustrój ludzki nie wytwarza pod wpływem zakażenia gruczliczego ciał odpornościowych, i że dodatnie odczyny, czy to w formie aglutynacji, precypitacji, czy też odchylenia dopełniacza, są jedynie wyrazem zwiększonej wypadalności frakcji globulinowej. Klasycznym wyrazem chwiejności jest przyspieszone opadanie krwinek w surowicy, a zwłaszcza w osoczu. Taki stan chwiejności nie jest charakterystyczny dla gruczlicy, gdyż występuje we wszystkich tych schorzeniach, gdzie dochodzi do rozpadu tkanek. Chwiejność nie może więc służyć, jako objaw swoisty dla gruczlicy, pozwala ona raczej odróżniać ludzi zdrowych od chorych, w których ustroju kryje się jakieś ognisko zapalne. Stan chwiejności można stwierdzić nie tylko za pomocą szybkości opadania krwinek, lecz również za pomocą całego szeregu odczynników, strącających białko, a więc np. za pomocą alkoholu, rezorcyny i t. p.

Wymienimy tutaj kilka metod, które znalazły szersze zastosowanie w klinice:

1) Odczyn Daranyiego polega na tem, że do czynnej surowicy dodaje się 96% alkoholu, rozcieńczonego 2% solą, i ogrzewa się przez 20 minut przy 62°, w przypadkach dodatnich występują strąty.

2) Mاتفy otrzymuje strąty przez dodanie do surowicy roztworu siarczanu albuminy.

3) Odczyn Costy. Do 2% roztworu nowokainy dodaje się 5 kropli cytrynianu sodowego i 3 krople krwi. Po odwirowaniu dodaje się 1 kroplę formaliny. W przypadkach dodatnich występują strąty już po 1 — 8 minutach.

4) Vernes podaje, że rezorcyna stanowi środek, nadający się dobrze do stwierdzenia zmian gruczliczych w surowicy. Do czynnej surowicy należy dodać w równej ilości 1,25% rezorcyny. Wynik ocenia się na zasadzie różnicy stopnia zmętnienia, który występuje natychmiast po zmieszaniu i po dalszych 4 godzinach trzymania na łaźni przy 18 — 20°. W przypadkach dodatnich występuje zmętnienie, widzialne makroskopowo.

5) Sachs i Klopstock używają roztworu alkoholowego lecytyny z dodatkiem chlorku wapnia.

Duże zastosowanie, jako antygen w djagnostyce gruczlicy, znalazła również tuberkulina Kocha z dodatkiem lecytyny. Autorzy uważają, że i te odczyny należy zaliczyć do chwiejnych, gdyż tuberkulina strąca białko surowicy.

Przy zastosowaniu każdej z tych metod otrzymywano strąty lub klączkowanie z surowicami gruczników, których nie dawały surowice ludzi zdrowych. Jest zrozumiałe, że takie wyniki nie mogły zadowolnić ani serologów, ani klinicystów. Zwłaszcza w gruczlicy, która jest tak rozpowszechniona, nie może wystarczyć stwierdzenie faktu, czy ktoś jest zakażony, czy zdrowy. Taką odpowiedź można otrzymać na zasadzie prostego względnie odczynu, jakim jest odczyn tuberkulinowy. Zadaniem odczynu serodjagnostycznego w gruczlicy jest możliwość rozstrzygnięcia kwestji, czy ma się w danym przypadku do czynienia z procesem czynnym, czy nieczynnym.

Wszystkie substancje, użyte do odczynów chwiejnych, nie mają, po pierwsze, nic wspólnego z właściwym zarazkiem gruczlicy, a powtórę, strącają białko surowicy, dając w ten sposób tylko wyraz chwiejności surowicy. Toteż autorzy, którzy później przystąpili do opracowania metod dla serodjagnostyki gruczlicy, postawili sobie

za zadanie, ażeby użyte antygeny miały swoiste powinowactwo do przeciwciał i aby nie strącały białka surowicy. O takie antygeny jest bardzo trudno, gdyż, jak wspomniano, jednym z głównych powodów, które dyskwalifikowały odczynny serodjagnostyczne w gruźlicy, było to, że i inne schorzenia dawały dodatnie odczynny, przede wszystkim zaś kiła. Wiadomem również było, że duża zawartość lipidów w prątkach gruźlicy sprawiała to, że nawet niektóre antygeny gruźlicze, zwłaszcza wyciągi alkoholowe, bardziej się nadawały, jako antygeny kiłowe, niż jako antygeny gruźlicze. I dlatego też usiłowania badaczy szły przede wszystkim w kierunku oczyszczania antygenów. Tak np. *Besredka* używał młodej 4-dniowej hodowli, pozbawionej jeszcze kwaso-odporności. *Fornet* działał na prątki gruźlicy przez kilka godzin parą eteru, aby je w ten sposób pozbawić wosku i kwasoodporności. Inni autorzy próbowali za pomocą zabiegów czysto mechanicznych (rozcierania), fizykalnych (ogrzewania) lub chemicznych pozbawiać prątki gruźlicy otoczki woskowej. Wychodząc z założenia, że czynne substancje prątków *Koch* są rozpuszczalne w wodzie, niektórzy autorzy używali wyciągów wodnych z dodatkiem gliceryny (*Bonomé*) lub fenolu (*Blumenthal*). *Calmette* używał zawiesiny prątków gruźlicy w 10% roztworze peptonu na wodzie destylowanej. Wodą destylowaną ługują prątki gruźlicy również autorzy amerykańscy *Maltaner*, *Wadsworth* i inni.

Larson otrzymywał przez zamrażanie i szybkie odmrażanie substancje rozpuszczalne w wodzie, których używał do precypitacji. Niektórzy autorzy używali, jako antygenów, wyciągów wodnych z tkanek gruźliczych, jednakże te właśnie reagowały bardzo często z surowicami kiłowymi. Największe jednak zastosowanie w przygotowaniu antygenów znalazły rozpuszczalniki

organiczne. Tak np. *Wassermann* działał na prątki gruźlicy tetraliną, *Petroff* toluolem, *Boquet* i *Nègre* acetonem, a następnie alkoholem metylowym, *Pinner* acetonem, a pozbawioną poddawał prątki działaniu trypsyny, *Neuberg* i *Klopstock* działali epichlorhydriną, *Witebsky*, *Klingenstein* i *Kuhn* pirydyną. Dla otrzymania czynnych substancji działają autorzy przeważnie alkoholem metylowym (*Boquet* i *Nègre*, *Petroff*), alkoholem etylowym (*Schlossberger*, *Wassermann*, *Klopstock* i *Neuberg*) lub gliceryną (*Petroff*). *Witebsky*, *Klingenstein* i *Kuhn* używają benzolu. Pierwszy, który stwierdził, że czynne substancje przechodzą do alkoholu, był *Kurt Meyer*, następnie zajął się tą sprawą *Much*. Jednakże badaczami, którzy zastosowali do odchylenia dopełniacza wyciągi alkoholowe, byli, jak wspomniano, *Petroff*, *Boquet* i *Nègre*, *Klopstock* i *Neuberg*. *Momose* oczyszczał antygeny za pomocą ługu sodowego, a następnie wytrząsał prątki gruźlicy chloroformem. Jak się później okazało jednak, a głównie, jak to podkreślił *Blumenthal* zbyt radykalne oczyszczanie antygenów jest niewskazane, gdyż prątki gruźlicy, całkowicie odłuszczone, tracą zdolność wiązania dopełniacza. I dlatego też różni autorzy uczulali następnie wyciągi różnymi substancjami. *Bonacorsi* dodawał cholesteryny, *Meller* i *Wassermann* — lecytyny (źródłem lecytyny w antygenie *Besredki* jest podłoże, zawierające żółtka jaj). *Klopstock* i *Neuberg* wyodrębniają z prątków gruźlicy substancję woskową, rozpuszczalną w alkoholu w temperaturze pokojowej, i tej substancji, która sama przez się jest nieswoista, dodają do antygeny dla uczulenia. Autorzy ci dodają dla wzmocnienia antygeny również fenolu.

(Dok. nast.)

Oceny książek.

Dr. med. Wilhelm SZENWIC. **Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet.** R. 1934. Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap”.

Autor w przedmowie uzasadnia wydanie swej książki tem, że, pomimo ciężkich warunków gospodarczych i coraz większej rozwiązłości moralnej, wpływającej na niepomierny wzrost sztucznych poronień, istnieje jeszcze wiele kobiet, zgłaszających się po poradę z powodu bezdzietności. Poza tem „w każdym człowieku istnieje pęd, aby pozostawić po sobie jakiś ślad, co czyni naturalnem dążenie do uwiecznienia się przez potomstwo”. W pierwszym z rozdziałów omówione są bardzo szczegółowo przyczyny niepłodności pierwotnej i wtórnej, kiedy kobieta nie zachodzi w ciążę po uprzednio przebytym porodzie lub poronieniu. Po dokładnym opisie wszystkich zmian anatomicznych w organach płciowych, utrudniających lub uniemożliwiających zajście w ciążę, autor uwzględnia także wpływ gruczołów dokrewnych (tarczycy, przysadki mózgowej, nadnercza, grasicy, szyszynki) oraz konstytucji na płodność kobiety. Nie pominięte zostały i cierpienia krwi (biednica, białaczka), gruźlica, choroby psychiczne i nerwowe, zaburzenia w odżywianiu i nawet takie momenty etiologiczne, które w pewnych przypadkach niepłodności z niewiadomej przyczyny mogą być wzięte pod uwagę, jak dysharmonja komórek zarodkowych, pokrewieństwo męża i żony, wchłanianie się nasienia i niewspółmierność serologiczna. Dużo miejsca poświęcił Dr. *Szenwic* rozpoznaniu niepłodności: opisuje, z jakimi trudnościami często spotyka się ginekolog przy ustalaniu jej etiologii, i przyznaje, że w wielu przypadkach

zmuszeni jesteśmy rozpoznawać *ex juvantibus*, a jeżeli i to nie wystarcza, przyznać się w duchu do swej własnej niemocy. Biorąc pod uwagę, że niedrożność jajowodów jest w przeszło połowie przypadków niepłodności jej przyczyną, autor opisuje technikę przedmuchiwania jajowodów i histerosalpingografię oraz wskazania i przeciwwskazania do tych zabiegów. W rozdziale o zapobieganiu niepłodności Dr. *Szenwic* krytycznie ocenia celowość poradni przedślubnych, istniejących w niektórych krajach, i uważa, że w sprawie tej więcej zdziałać może lekarz domowy oraz lekarz ginekolog. Pamiętając o tem, że jedną z głównych przyczyn niepłodności, poza dziecięcnością rozwoju narządów rodnych i rzeźcząką, jest przebyte poronienie, pouczać powinien pacjentki, że poronienie, sztucznie wywołane, nie jest rzeczą błahą, i że przerwanie już pierwszej ciąży pociąga często za sobą stałą niepłodność. Leczenie niepłodności ginekolog rozpoczyna po ustaleniu jej przyczyny. Autor opisuje wszystkie metody lecznicze, operacyjne i zachowawcze, nie pomijając tak modnego dziś leczenia hormonalnego i sztucznego zapłodnienia. W ostatnim rozdziale o niemocy płciowej, podane są jej przyczyny organiczne i psychiczne, oraz opisane środki lecznicze z uwzględnieniem psychoanalizy. Książka Dra *Szenwica* zawiera bardzo dużo cennych wskazówek i rad praktycznych. Jasny i przejrzysty wykład świadczy o niewątpliwych zdolnościach pedagogicznych autora. Na pochwałę zasługuje również uwzględnienie najnowszej literatury zagranicznej i polskiej.

Zygmunt E n d e l m a n.

Medizin und Chemie. Abhandlungen aus den Medizinisch-chemischen Forschungsstätten der I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft. Leverkusen 1933.

Książka ta, wydana przez największy koncern chemiczno - farmaceutyczny świata, zawiera osiemnaście referatów, które wyszły z pod pióra najwybitniejszych naukowych współpracowników zakładów w Leverkusen. We wstępnym wykładzie, zatytułowanym „Medycyna i Chemia” dowodzi prof. H ö r l e i n, że nigdy jeszcze chemia nie wpływała w takich rozmiarach na myśl i na postępowanie lekarskie, jak obecnie. I odwrotnie, nigdy dawniej nie zajmowały problemy medyczne chemików w taki sposób, jak w naszych czasach. Obok klasycznej chemii farmaceutycznej, która dawniej była głównym pośrednikiem między medycyną a chemią, występowały z biegiem czasu jako samodzielne jednostki chemia fizjologiczna i chemoterapia. Na tem polu badań decydujący dla nowoczesnego kierunku jest fakt, że ciała, wytwarzane w ustroju zwierzęcym i roślinnym, posiadają obok znaczenia statycznego również i dynamiczne, że w przypadkach szczególnych ciała te mają również działanie farmakologiczne i stają się dzięki temu środkami leczniczymi. Idzie tu przede wszystkim o witaminy i hormony. Postawienie samego zagadnienia wychodzi w tej dziedzinie przeważnie z kliniki. Wynalezienie odnośnego probierza było w przeważającej części działaniem medycyny doświadczalnej. Otrzymywanie substancji czynnych w czystej postaci z materiału zwierzęcego należało do chemików - fizjologów lub czystych chemików. Oprócz hormonów, w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, powstają w organizmie inne farmakologicznie czynne substancje, które również zadowolają swe wykrycie wspólnej pracy medyków i chemików. Podobny rozwój, jak hormony, wykazują i witaminy. Jednakże od spostrzeżenia F u n k a do otrzymania witaminy przeciwnieżylniczej w czystej postaci upłynęło całych 20 lat. H ö r l e i n na szeregu przykładów wykazuje, jak dzięki odpowiednio dobranym probierzom fizjologicznym i chemoterapeutycznym mogły być wynalezione cenne środki lecznicze. W tym samym duchu utrzymany jest następny artykuł prof. L a u t e n s c h l ä g e r a: „Badania surowców naturalnych dla otrzymania cennych środków lekarskich”. Autor pisze, że „powrót do natury” jest hasłem dwóch ostatnich dziesięcioleci, gdyż nauczyliśmy się, że rośliny i zwierzęta dają nam jeszcze wiele cennych substancji leczniczych, których ręka

ludzka nie jest jeszcze w stanie otrzymać sztucznie. Obok hormonów i witamin ostatnie lata przyniosły nową grupę inkretopodobnych substancji. Są to hormony tkankowe, które z powodu ich powszechnego znajdowania się można przeciwstawić hormonom właściwym. W ostatnich czasach z pomiędzy nich zostały zbadane osobliwie wytwarzane w ustroju, działające na krwioobieg substancje, jak histamina, cholina, acetylcholina, kallikreina (padutyna), nukleotydy i nukleozydy. Te ostatnie zostały obecnie jaknajdokładniej zbadane chemicznie. Wchodzi one w skład poszczególnych preparatów, które znajdują zastosowanie w leczeniu schorzeń narządów krążenia (lacarnol, sarkolit i in.). Dalsza grupa substancji, obniżających ciśnienie wykryta została w różnych narządach, między innymi w nerkach, i w ostatnich czasach przez F e l i x a i L a n g e g o izolowana i zbadana pod względem swych własności fizjologicznych. Nie zostało jeszcze stwierdzone ostatecznie, czy ta grupa substancji jest związana ze sobą powinowactwem i jakie w szerszym zakresie posiada działanie fizjologiczne. Jak w zakresie witamin i hormonów, tak też i w zakresie surowic i szczepionek nie zostały jeszcze osiągnięte najważniejsze cele. Główne prace czekają tu przede wszystkim chemików; należą tu takie zagadnienia, jak oczyszczenie surowicy od składników czysto balastowych, jak wyodrębnienie swoistych białkowych ciał bakteryjnych, jak oczyszczenie, względnie izolowanie toksyn pochodzenia bakteryjnego. Równie interesująco przedstawiają się i następne prace, wchodzące w skład „Medycyny i Chemii”. Należy wspomnieć tu o takich, jak artykuł prof. B e n d y o „Chemoterapeutycznych przestworach akrydynowych”, jak rzecz prof. S c h u l e m a n n a o „Konstytucji chemicznej i działaniu ciał leczniczych”, jak prof. L a q u e r a „Drogi i cele badań nad witaminami”, prof. B i e l i n g a „Rozwój nauki o odporności”, d-ra S c h n i t z e r a „Rozwój chemoterapii zakażeń bakteryjnych”, d-ra K i k u t h a „Odporność w schorzeniach, wywołanych przez pierwotniaki”, d-ra W e e s e „Z dziedziny rozwoju syntezy środków nasennych”, d-ra F u s s g ä n g e r a „Standardyzacja hormonu płciowego męskiego” i in. Książka, dzięki wielostronności i szerokości ujmowania tematów, zasługuje na głębsze zapoznanie się z jej treścią. Dla każdego, kto chce bliżej zapoznać się z podstawami współczesnego leczenia naukowego, stanowi ona nieocenione wprost źródło.

S. K r a m s z t y k.

Wskazówki praktyczne

W celu zmniejszenia bólu, wywołanego badaniem odbytnicy palcem, postępuje S. M i s c h e l (Truskawiec) w sposób następujący: Chory znajduje się w pozycji kłęczącej, oparty na łokciach. Po wprowadzeniu dobrze natłuszczonego palca do otworu odbytnicy pociąga się kciukiem wolnej ręki fałdę wewnętrzną pośladka ku sobie i ku tyłowi tak, aby tylko częściowo i systematycznie naciągać zwieracz na badający palec. Przez kilka naprzemiennych pociągnięć z jednej i drugiej strony nawija się pierścień odbytnicy na palec, który w ten sposób wprowadza się biernie do wnętrza, przyczem odruchowy skurcz zwieracza przechodzi bez bólu.

—o—

I. R i e s e wypowiada się *przeciwko gwałtownemu tamowaniu krwi w skórze i tkance podskórnej*. Zaniechanie takiego tamowania prowadzi do zmniejszenia częstości ropień przyranych. Skręcanie, podwiązanie i obklucie naczyń, zarówno jak opatrunków uciskowych są szkodliwe dla gładkiego przebiegu gojenia się ran. (Ztbl. Chir. 1934, N. 23).

—o—

Leczeniem djetetycznym wyprysku (eczema) osiągał S a g h e r i B a n d l e r znakomite wyniki. Stosując dietę P e r u t z a: dni owocowo-mleczne obok jednoczesnego odwadniania za pomocą eufiliny (3 razy dziennie po 0,36 w czopkach) i luminalu (3 razy dziennie po 0,1). Ciężkie przypadki ulegały wyleczeniu w ciągu 6 dni bez leczenia miejscowego. (Posiedz. niem. Tow. Dermat. w Pradze, z d. 15.X.1933).

—o—

L e r i c h e i J u n g leczyli z powodzeniem *twarzinę skóry chlorkiem amonu* w dawce 3 gr. dziennie. Jednocześnie stosowano dietę kwaśną. Autorzy sądzą, że kwasica i wywołane przez nią wydalenie wapnia z moczem stanowią podstawę leczenia. (Presse méd. 1933, str. 1041).

—o—

G a l t u n g spostrzegł wyleczenie *trądzika i wyprysku po wyluszczeniu migdałków*. Wyleczenie następowało tylko w tych przypadkach, w których w kryptach usuniętych migdałków znajdowano owrzodzenia w warstwie nabłonkowej i ropienie. (Ztschr. Hals. Nas. Ohr. T. 22. Z. 3).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 30 kwietnia 1934 r.

Przewodniczący: dyrektor H. Hoyer.

Czł. W. Nowicki i St. Ciechanowski przedstawiają pracę W. H. Stefkop. t. *Pojęcie konstytucji w gruczlicy płuc krwiopochodnej i limfopochodnej.*

Czł. W. Nowicki i J. Nowak przedstawiają pracę p. L. Grossa p. t. *Przeniesienie mięsaka mysiego przez pokarm, zawierający domieszkę nowotworu.*

Czł. St. Ciechanowski przedstawia pracę p. T. Marchlewskiego p. t. *Różnice rasowe we wrażliwości królików na nowotwory smolcowe.*

Członek St. Ciechanowski przedstawia pracę p. T. Marchlewskiego p. t. *Studia nad odpornością królików na nowotwory smolcowe. Cz. II. — Odporność syntetycznego genotypu.*

Posiedzenie z dnia 26 maja 1934 r.

w Warszawie, w sali Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

Przewodniczący: dyr. H. Hoyer i wicedyrektor W. Orłowski.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. St. Hroma p. t. *Badania doświadczalne nad wpływem nerwów błędnych i współczulnych na serce.*

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. J. Roguskiego p. t. *Kwas mleczny we krwi w różnych stadiach chorobowych.*

Czł. W. Orłowski i J. Parnas przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma p. t. *Badania nad ilością wody krążącej z osoczem.*

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. W. Markerta p. t. *Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi. Cz. I. Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi zdrowych.*

Czł. W. Orłowski i W. Nowicki przedstawiają pracę p. K. Chodkowskiego p. t. *Wpływ dużych dawek witaminy na rozwój i przebieg doświadczalnej gruczlicy płuc u królików*

Czł. H. Schramm i J. Modrakowski przedstawiają pracę p. H. Lewenfisa p. t. *Badania kliniczne i doświadczalne nad ciałami obcymi w drogach oddechowych.*

Czł. J. Parnas i J. Modrakowski przedstawiają pracę pp. Fr. Czubalskiego i Br. Zawadzkiego p. t. *Wpływ stężenia jonów chlorowych, jonów wodorowych i fermentów na siłę trawienną soku trzustkowego.*

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę p. E. Leyko p. t. *Działanie paradoksalne czynników farmakologicznych na wycięty zwieracz żrenicy in vitro.*

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę wspólną z p. E. Leyko p. t. *Działanie nimfality na napięcie (tonus) serca i przepływ krwi przez naczynia wieńcowe.*

Czł. J. Mazurkiewicz przedstawia swoją pracę p. t. *Integracje nerwowe. Cz. V. Integracje korowe.*

Czł. J. Mazurkiewicz przedstawia swoją pracę p. t. *Integracje nerwowe. Cz. VI. Przyczynek do badań neurodynamiki układu nerwowego ośrodkowego.*

Czł. J. Mazurkiewicz przedstawia pracę p. J. Skrzypieńskiej p. t. *Dwa rodzaje wzrusliwości w cyklu życiowym człowieka, dające się wykazać przez badania chronaksji przedsonkowej.*

Czł. E. Lott przedstawia pracę p. M. Serini p. t. *Antropomorfologia mięśni żwaczy.*

Czł. W. Orłowski i J. Parnas przedstawiają pracę p. R. Tislowitza p. t. *Badania roli śledziony w gospodarce wodnej.*

Czł. W. Orłowski i J. Parnas przedstawiają pracę p. F. Goebela p. t. *Śledziona a przemiana cholesterolowa.*

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 22 marca 1934 r.

Przewodniczący dr. K. Mitkiewicz. — Obecnych 50 osób.

P. Dr. W. Piotrowska wygłosiła odczyt pod tytułem: „Kultura i wychowanie erotyczne”.

Na wstępie prelegentka podkreśliła ważność poruszonego zagadnienia ze względu na akcję profilaktyczną, rozwi-

janą przez lekarzy szkolnych, i obecny kryzys kulturalny. Przechodząc do tematu — określiła pojęcie kultury, jako zdolności współczucia, współczynienia, współżycia; ustaliła dwie ściśle zespolone ze sobą funkcje erotyki: biologiczną i społeczną. Kulturą erotyczną nazwała ukształtowanie popędów z omówionymi funkcjami erotyki. Powołując się na wyniki prac Freuda, Adlera, Pawłowa i Minkewicza, stwierdziła, że biologia i psychologia współczesna dają podstawy naukowe dla nabycia tak pojętej kultury erotycznej. Sposobami jej zdobywania są i mogą być jedynie następujące procesy psychiczne: wyparcie czasowe w podświadomość (Verdrängung), t. j. przedłużenie naturalnej amnezji popędów erotycznych i ich odprowadzenie, sublimacja tych popędów.

W ramach tych procesów psychicznych odbywa się i odbywać się musi wychowanie erotyczne.

W drugiej, praktycznej części odczytu referentka wskazała na błędy współczesnego wychowania wogóle, ze specjalnym uwzględnieniem kultury erotycznej. Do błędów kardynalnych zaliczyła:

1) brak ciągłości wychowania erotycznego w rozmaitych stadiach rozwoju psychicznego dziecka (wiek przedszkolny, szkolny, młodzieńczy),

2) brak wskazań pozytywnych, przy stosowaniu jedynie wskazań negatywnych.

Referentka, rozpatrując braki współczesnego wychowania erotycznego, stwierdziła, że mają je po pierwsze — fikcyjny przywilej płci męskiej, istniejący w atmosferze wychowawczej dziecka od wczesnego dzieciństwa i prowadzący w późniejszych stadiach rozwojowych do przekształcenia erotyki w walkę płci zamiast w ich solidarność. Za drugi czynnik, mający wychowanie erotyczne, prelegentka uznała ciężar, jakim obarcza dziecko przywilej wieku i doświadczenia, t. j. wygórowany autorytet dorosłych oraz tajemniczość spraw płci. Wreszcie za trzeci błąd uznany został zupełny brak istnienia świadomie kształtowanego i unoszącego się w atmosferze wychowawczej ideału erotycznego.

Pokrótkie naszkicowała referentka sposoby unikania tych błędów w rodzinie i szkole oraz skreśliła wytyczne wychowania erotycznego, oparte na wzajemnej współpracy domu i szkoły. Bardziej szczegółowo omówiła sprawę uświadomienia i kształtowania ideału erotycznego. (Streszczenie własne).

Po odczycie rozwinęła się ożywiona dyskusja w której brali udział P. Dr. Leśkiewiczowa, P. Bogdanowicz, P. Dr. Majewska, P. Dr. Sokal, P. Dr. Niewiński, P. Wizytorka Michalska, P. Dr. Mitkiewicz i P. Dr. Piotrowska.

Posiedzenie z dnia 19 kwietnia 1934 r.

Obecnych 42 osoby.

Przewodniczący Dr. K. Mitkiewicz.

Ze spraw bieżących Dr. Borowska porusza sprawę ćwiczeń na powietrzu (boisku), które się nieraz odbywają przy zbyt niskiej temperaturze w kostiumach gimnastycznych; nauczyciel ćwiczeń cielesnych powinien mieć przepisy, kiedy może prowadzić ćwiczenia na powietrzu bez ryzyka dla zdrowia młodzieży.

Dr. Babbski stwierdza nieraz występowanie na temle nieporozumień między wychowawcą fizycznym i lekarzem szkolnym.

Przewodniczący zwraca uwagę, że jednym z ważniejszych obowiązków lekarza szkolnego jest kontrola nad ćwiczeniami cielesnymi, nad warunkami, w jakich się one odbywają, oraz że odpowiedzialność za zdrowie młodzieży w szkole, gdzie jest lekarz, ciąży na lekarzu, a nie na nauczycielu.

I. Dr. K. Mikulski wygłosił referat p. t.: — „Zagadnienie dziedziczności (badania nad bliźniętami)”.

Referat na wstępie podkreśla rolę gemelliologii dla zagadnień dziedziczności i dla badań nad wpływem otoczenia oraz środowiska dla powstawania i rozwoju niektórych cech psychicznych.

Bliźnięta podzielić można na dwie wielkie grupy — bliźnięta jednojajowych oraz bliźnięta dwujajowych. Bliźnięta jednojajowe, inaczej homologiczne, są zawsze tej samej płci i posiadają cechy genotypiczne wspólne, tak, że fizycznie są do siebie bardzo podobne. Stwierdza się u nich również nierzadko pewne podobieństwa niektórych cech psychicznych.

Co się tyczy genezy tego rodzaju bliźniąt, to powstają one wskutek podziału zapłodnionego jajka na dwie komórki, rozwijające się następnie całkowicie odrębnie i dające w konsekwencji dwa płody bliźniacze.

Bliźnięta dwujajowe mogą być tej samej lub różnej płci i nie są do siebie podobne. Bliźnięta dwujajowe powstają wskutek jednoczesnego zapłodnienia dwóch jajek przez dwa plemniki podczas polioulacji.

Bliźnięta jednojajowe mogą posiadać oddzielne błony płodowe, bliźnięta dwujajowe mogą posiadać wspólne błony płodowe; zatem na zachowaniu się błon płodowych polegać nie można. Dajagnozę jedno-, względnie dwujajowości opiera się jedynie na stwierdzeniu stopnia podobieństwa bliźniąt do siebie (dajagnoza podobieństwa — S i e m e n s).

Dokładniejsza analiza materiału bliźniaczego wykaże nam, że w pewnych przypadkach nie uda się badane bliźnięta zaliczyć ani do jednej, ani do drugiej grupy. Są to tak zwane bliźnięta trudne do zdajagnozowania, i stanowią one około 10% materiału bliźniaczego.

Bliźnięta jednojajowe przechodzą często jednocześnie choroby wieku dziecięcego; nawet gruźlica, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie nerek bywają u nich konstatawane jednocześnie, co wskazuje na rolę w tych sprawach czynnika konstytucyjnego. Istnieje również u nich daleko posunięta zbieżność objawów w przypadkach zachorzeń nerwowych i psychicznych.

Badania psychologiczne nad bliźniętami posunęły w dużym stopniu naprzód naszą wiedzę o dziedziczeniu cech psychicznych, w tym jednak kierunku, że w obecnym stanie wiedzy można przyjąć jedynie pewne dziedziczne podłoże dla możliwości rozwinięcia się tych lub innych cech psychicznych. Mówiąc więc słowami A d l e r a — nie to jest najważniejsze, co człowiek z sobą na świat przyniesie, lecz stokroć ważniejsze jest, co z tem uczyni.

Na zakończenie referent wskazuje na konieczność stworzenia ośrodka badań nad bliźniętami i zwraca się z prośbą do kolegów o nadsyłanie materiału bliźniaczego i notatek dotyczących bliźniąt.

II. Drugim prelegentem był Dr. Kazimierz S z o k a l s k i, który odczytał referat p. t.: „Dziedziczność w gruźlicy”.

Referent przedstawił trzy etapy w rozwoju pojęć o dziedziczności gruźlicy; pierwszy, w którym ta dziedziczność gra dominującą rolę, trwa do czasu wiekopomnego odkrycia przez K o c h a zarazka swoistego, rozpoczynającego okres drugi, w którym zakażenie w niemowlęctwie określane jest jako punkt wyjścia szerzenia się gruźlicy, wreszcie — okres ostatni, w którym szereg badaczy chce dziedziczności przywrócić znaczenie głównego czynnika w szerzeniu się gruźlicy, zwłaszcza w znaczeniu przekazywania usposobienia do zapadania na gruźlicę.

Referent omówił pełną temperamentu walkę badacza francuskiego L u m i è r e a z panującym poglądem o zaraźliwości gruźlicy; L u m i è r e usiłuje dowieść, że tylko w mikroskopowej liczbie przypadków zakażenie może być przyczyną wystąpienia objawów gruźlicy. Następnie zreferował oparte na bardzo dużym materiale badania autorów niemieckich: S c h u b e r t a, wprowadzającego koncepcję t. zw. p r z e w o d n i k ó w c z y l i k o n d u k t o r ó w d z i e d z i c z e n i a, I c k e r t a, oświetlającego znaczenie dziedziczności na podstawie badania 89 drzew genealogicznych, wreszcie D i e h l a i V a r s c h u e r a o odsetku dziedziczenia gruźlicy na podstawie badania 127 par bliźniąt jedno i dwujajowych.

Poza tem prelegent poruszył w związku z dziedzicznością znaczenie t. zw. przesączalnego zarazka, konstytucji oraz przedstawił dane statystyczne zebranego przez siebie materiału w liczbie 1843 chorych na gruźlicę; w 35,8% w rodzinach tych chorych była rodzinna gruźlica; w 22,5% było ustalone dziedziczne obciążenie ze strony ojca lub matki.

Prelegent utrzymuje, że nawet, gdyby nauka potwierdziła dominujące znaczenie dziedziczności w gruźlicy, powinna być spotęgowana walka z czynnikami, sprzyjającymi szerzeniu się gruźlicy; gwałtowne środki eugeniczne, wysuwane w Niemczech, powinny być zwalczane jako niemoralne i nie pewne w skutkach.

Prelegent zachęca lekarzy szkolnych do zwracania uwagi w wywiadach przy badaniu młodzieży na sprawę dziedziczności w jaknajszerszym znaczeniu tego słowa przez prowadzenie wzorem I c k e r t a drzew genealogicznych rodzin oraz specjalne zainteresowanie się młodzieżą, obciążoną dziedziczną gruźlicą.

W dyskusji przemawiali Dr. Dr.: P i o t r o w s k a, C i e s z y ŋ s k i i M i t k i e w i c z.

Posiedzenie z dnia 17 maja 1934 r.

Przewodniczący: Dr. K. M i t k i e w i c z.

Sekretarz: Dr. Marja R y t e l.

Obecnych 60 osób.

Ze spraw bieżących Dr. M i t k i e w i c z przypomina prośbę D-r a M i k u l s k i e g o o porozumieniu się z nim co do obserwacji bliźniąt pośród młodzieży szkolnej; następnie komunikuje, że wobec zbliżających się wakacji letnich cały szereg organizacji, zarządzających kolonie letnie, przesłał swe oferty do Kuratorium.

Następnie Przewodniczący porusza sprawę badania zawodników i przypomina, że bez opinii lekarza szkolnego młodzieź nie może stawiać do prób o Państwową Odznakę Sportową.

Dr. J u r j e w i c z ó w n a porusza sprawę legitymacji dla lekarzy szkolnych na prawo wstępu na przystań szkolną; konieczne jest przesłanie tych legitymacji dla lekarzy do wszystkich szkół.

Dr. R o s z k o w s k i porusza sprawę utworzenia przychodni przeciwgruźliczej dla młodzieży szkolnej ku uczczeniu pamięci dra Stanisława K o p c z y ŋ s k i e g o, proponuje założenie tej poradni w porozumieniu z Ligą Szkolną Przeciwgruźliczą. Koszt urządzenia tej poradni pokryłyby składki lekarzy szkolnych z całej Polski.

W dyskusji nad tym projektem zabierają głos dr. dr. G r z y w o - D a b r o w s k a, J u r j e w i c z ó w n a i n., popierając projektodawcę.

Została powzięta uchwała, iż wszyscy lekarze zobowiązują się do składania 10-ciu zł. na rzecz poradni przeciwgruźliczej dra Stanisława K o p c z y ŋ s k i e g o. Składka ta może być opłacana jednorazowo lub ratami.

Dr. R o s z k o w s k i powiadamia, że szczepienia przeciwdrozwowe dla wyjeżdżających na kolonie letnie do obozów letnich również w bieżącym roku są obowiązkowe, jednak lekarze szkolni mogą zwalniać od szczepień poszczególnych uczniów, jeżeli tego wymaga stan ich zdrowia.

Następnie dr. M i t k i e w i c z wygłasza referat: „Zamierzenia i plany na rok szkolny 1934/35”.

Dnia 6.5.1933 r. został wvduany okólnik Kuratorium w sprawie opieki higieniczno - lekarskiej; nie wszystkie szkoły stosują się do wskazówek i wymagań tego okólnika, niektóre nawet go nie znają zupełnie. Zapoznanie się jednak z tym okólnikiem i prowadzenie na jego podstawie opieki higieniczno - lekarskiej w szkole obowiązuje wszystkich lekarzy szkolnych. Powinny być prowadzone listy klasowe z króciutką charakterystyką stanu zdrowia i rozwoju fizycznego każdego ucznia, karty indywidualne powinny przechodzić z uczniem jednej szkoły do drugiej. Sprawozdania roczne należy sporządzać według schematów, umieszczonych w nowym wydaniu książki sanitarnej z roku 1932. Specjalną uwagę winni lekarze szkolni zwrócić na rejestrację przypadków gruźlicy zgodnie z rubrykami książki sanitarnej. W uwagach dodatkowych należy między innymi podać nieszczęśliwe wypadki z młodzieżą, które miały miejsce w szkole lub w bezpośrednim związku z życiem szkolnym. Ponieważ Kola Młodzieży Czerwonego Krzyża ułatwia pracę higieniczno - wvchowawczą, należy w sprawozdaniach omówić działalność Kół.

Następnie prelegent porusza sprawę tematów posiedzeń, prosi o nadsyłanie dezvderatów a także zgłoszeń na referaty w przyszłym roku szkolnym, proponuje urządzenie konferencji w sprawie metodvki nauczania higieny oraz dłuższego kursu z zakresu psychologii; prosi, by w tych sprawach lekarze szkolni wypowiedzieli się, przesyłając zgłoszenia na ręce prelegenta do Kuratorium.

Dr. Maria G r z y w o - D a b r o w s k a wygłasza referat p. t.: „Z psychopatologii młodocianych samobójców”.

Jest to poniekąd uzupełnienie referatu, wygłoszonego przed dwoma laty na posiedzeniu lekarzy szkolnych.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Klinicznego w Brukselli z dnia 12 maja 1934 r. (Presse méd. N. 46, 1934) H u s t i n m ó w i ł o w a h a n i a c h c i e p ł o t y w p r z e b i e g u p r z y p a d k u r o p n e g o z a p a l e n i a z a k r z e p o w e g o ż y ł p o c h o d z e n i a p o l o g o w e g o. Pokazywał on szereg krzywych ciepłoty ośrodkowej i obwodowej. Krzywe te wykazują następowanie po sobie napadów gorączki, w których przebiegu istniała rozbieżność pomiędzy ciepłotą ośrodkową a obwodową. Na samym początku napadu ciepłota ośrodkowa szybko się podnosi, podczas gdy ciepłota

obwodowa ulega nagłemu spadkowi. Później ciepłota ośrodkowa stopniowo się obniża, podczas gdy ciepłota obwodowa się podnosi. Te charakterystyczne wahania są analogiczne do wahań ciepłoty po wśródzylnych wstrzykiwaniach szczepionki. W spostrzeganym przypadku zakrzepowego zapalenia żył te napady gorączkowe częstsze były w nocy, aniżeli we dnie. Wreszcie w miarę pogarszania się choroby przełomy obwodowych kurczów naczyniowych stawały się coraz wybitniejsze i utrzymywały na skórze ciepłotę, zbliżoną do ciepłoty otoczenia wskutek prawie zupełnego zatrzymania krążenia skór nego.

Na posiedzeniu Towarzystwa Klinicznego w Brukseli z dnia 12 maja 1934 r. (Presse méd. N. 46, 1934 r.) J o u r d a i n i B a s t é n i e pokazywali przypadek *zwapnienia osierdzia*. Pacjent 61-letni wykazywał od dwóch miesięcy skłonność do obrzęków twarzy i dłoni; jednocześnie zjawily się napady bicia serca i duszność wysiłkowa. W wywiadach zasługuje na podkreślenie stary przymiot, źle leczony. Serce

o bardzo dużych wymiarach wykazywało na koniuszku obecność miękkiego szmeru skurczowego. Nie słyhać było tarcia osierdziowego, lecz stwierdzono obecność płynu zastoinowego w opłucnie. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej nie wykryło przyczyny uciśnięcia żyły pustej górnej. Badanie układu nerwowego wykazało istnienie władu rdzenia kręgowego. Ogólną przyczynę zbierania się obrzęków przypisywano wobec tego niedomodze mięśnia sercowego i, być może, istnieniu marskości wątroby. Podczas pobytu chorego w szpitalu nastąpiło zejście śmiertelne wskutek róży twarzy. Badanie pośmiertne wykazało istnienie zupełnego zarośnięcia worka osierdziowego z bardzo znacznym zwapnieniem. Najbardziej znaczne złoże wapniowe istniało około ujścia żyły pustej górnej, które było ujęte jakby w sztywną skórę. Drobnowidzowe badanie osierdzia wykazało duże złoże wapniowe w zmienionej szklisto tkance. Nie udało się wykryć żadnych śladów gruźlicy, ani przymiotu. Miało się więc tutaj do czynienia z uciśnięciem żyły pustej górnej przez zwapniałe osierdzie.

Korespondencja

List z New - Yorku *).

...Wpłynąłem tutaj i na Gaz. „Nowy Świat“, ażeby propagować uzdrowiska polskie. Mają oni posłuch dla moich poczyniń i pewną wdzięczność za moją dla nich współpracę: pi-szę dla nich cokolwiek w „dziale lekarskim“, t. j. odpowiadam na listy do Redakcji chorych abonentów... Redakcja jest wdzięczna i wpłynęła na Zarząd „Linji Gdynia - Ameryka“, która wzięła się na serio do propagandy uzdrowisk polskich, wydała broszurę propagandową z fotografiami Ciechocinka, Krynicy, Rabki i t. d., urządza „Komitet propagandowy“, gdzie ja mam być doradcą. Ale to wszystko mało co da bez wtrącenia się „Związku Uzdrowisk Polskich“ w Warszawie (pl. Napoleona), który musi się poważnie zabrać do tej sprawy. Ja w swoim czasie pisałem o tem do Naczelnej Izby, posłałem na mój koszt cały pakiet wzorów, jakie szerzą tutaj Niemcy, Francja, Czechosłowacja i t. d... „Bulletin“**) zaczął reklamować nasze miejscowości lecznicze, następnie Linja Gdynia-Ameryka wydała swoją broszurkę. Przypisuję sobie zasługę, że to ja inspirowałem te mizerne tymczasem wyczyny. Dużo można zrobić na tem polu propagandy, podniosłyby się nasze „Zdroje“, lekarzeby poprawili swoje zarobki, hotelarstwo się rozwinęło. To powinni zrozumieć u nas prze-

dewszystkiem na placu Napoleona... Tutaj znajdują się sympatycy: w Gazecie „Nowy Świat“ w New-Yorku, w biurach podróźniczych (mówiłem o tem z trzema dyrektorami takich „Travel Bureau“), ale musi się odezwać jakaś nasza odpowiedzialna „Centrala“. Tutaj można znaleźć ludzi, co znają się na tym interesie propagandy. Niemcy dawno tu mają swoich dzielnych agentów...

...Dużo ciekawych rzeczy widzę, a i organizacja pracy mnie interesuje. Właśnie Wasz artykuł o konkursach dał mi dużo do myślenia. Komu u licha to „szkolarstwo“ jest potrzebne? Tutaj tego nie znają. Egzamin? Ależ to ma miejsce tutaj tylko na niższe stanowiska, na t. z. house physician, t. j. jak u nas lekarz miejscowy, starszy nad internami, których też egzaminują przed przyjęciem — wszyscy mieszkają w murach szpitala. Egzaminują t. zw. head nurse, mimo dyplomu. Ale na ordynatora? Nigdy. Przyjmują na zasadzie przeszłości klinicznej, prac naukowych, przynależności do towarzystw naukowych i na zasadzie pracy na stanowisku, bo po 3 — 4 miesiącach „próby“ można być wydalonym. Samodzielny ordynator — „Service man“ ma najwyżej 25 — 30 łózek, a przytem musi dzielić swoją ordynaturę z drugim t. zw. „associate“, który obejmuje oddział na czas „przymusowego“ urlopu na 3 — 4 miesiące w roku. Można, co prawda, być ordynatorem i w innym szpitalu. Dużo o tem pisać można, ale rezultat jest wspaniały, bo takich i tylu dzielnych ludzi trudno gdziekolwiek znaleźć. Moc młodych a już wyrobionych chirurgów we wszystkich działach, internistów, neurologów, „metabolistów“...

Edward G l i k s m a n.

*) Wyjątki z listu prywatnego do Redaktora „Warsz. Czas. Lek.“.

**) Pismo, wydawane przez Związek polskich lekarzy i dentystów w Chicago.

O d c i n e k

Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za okres 1930—1932 r.

Podał:

Dr. Marja GRZYWO - DĄBROWSKA (Warszawa).

Praca niniejsza jest poniekąd uzupełnieniem drukowanej przed rokiem w Czasopiśmie „Oświata i Wychowanie“, opartej na materiale, zaczerpniętym z tego samego, co i obecnie, źródła*). W maju 1932 roku

*) Materiał ten pochodzi z min. Wyznań Rel. i Ośw. Publicznego, które wysyła każdorazowo do Kuratorjum,

w którego okręgu zdarzył się wypadek samobójstwa ucznia, obszerny, obejmujący 27 punktów oraz uwagi dodatkowe, kwestjonariusze. Kwestjonariusz ten zostaje skierowany do dyrekcji szkoły, do której uczęszczał młodociany samobójca. Tam zostaje on wypełniony przez wychowawców i nauczycieli po porozumieniu z rodziną jego i lekarzem szkolnym, a następnie odesłany do Wydziału Higieny Szkolnej. Materiał poprzedniej pracy obejmował 129 wypadków samobójstw młodzieży szkolnej, popełnionych między rokiem 1909 — a 1930. Wypadki za lata 1909 — 1918 były zbierane przez Warszawskie Koło Lekarzy Szkolnych, które przeprowadzało ankietę, podobną do tej, jaką następnie prowadziło Ministerstwo Oświecenia.

otrzymałam z Wydziału Higieny Szkolnej propozycję opracowania ostatnich kwestjonariuszy, dotyczących samobójstw młodzieży szkolnej. Materiał jest tu znacznie szczuplejszy, gdyż obejmuje 38 wypadków samobójstw młodocianych, w tem 31 mężczyzn i 7 kobiet.

Będąc liczebnie uboższy, daje on jednak dzięki swej treści więcej możliwości podejrzenia do zagadnienia od strony psychiatrycznej (w poprzednim, nawet i wtedy, gdy znajdowaliśmy przypadki, nasuwające myśl o anormalnym stanie psychicznym samobójcy, brakowało nam zazwyczaj odpowiednich danych do bardziej szczegółowej analizy), co pozwoli wyraźniej ją uwypuklić i oświetlić.

Na stronę więc psychiatryczną tym razem zwrócimy przede wszystkim uwagę, a wypadkom, mieszczącym się w zarysach ogólnych w ramach poprzednio już drukowanej pracy, poświęcimy jej znacznie mniej.

Dość szczegółowo omawianym poprzednio punktem ankiety, jak: wiek młodocianych samobójców, stan materialny ich rodziców, którym skości dzieckiem w rodzinie był samobójca, dziedziczność psychiatryczna samobójcy, jakim był on uczniem, czy nie zdradzał wybitnych zdolności w jakimkolwiek kierunku, jakim był pod względem religijnym, co wiadomo o jego życiu płciowym i t. d., nie będę poświęcała tu czasu; również inne punkty, choćby tylko ze względu na nieliczne przypadki, na których podstawie należałoby niekiedy wyciągnąć wnioski, omówię w paru tylko słowach. Bardziej szczegółowo natomiast zajmę się sprawą przyczyn. Zanim jednak do niej przystąpię, podzielę się z czytelnikami najważniejszymi danymi kwestjonariusza.

Zacznę od wieku samobójców. Mamy tu pod względem wieku i płci.

mężczyźni			kobiety		
lat					
10	1		—		
11—12	1		—		
12—13	1		—		
13—14	—				
14—15	2		14 — 15	1	
15—16	2				
16—17	2		16 — 17	2	
17—18	3		17 — 18	2	
18—19	5		18 — 19	1	
19—20	5		19 — 20	1	
20—21	5				
21—22	1				
?	3				
mężczyzn	31		kobiet	7	

Co się tyczy zajęcia rodziców, na pierwszym miejscu stoją rzemieślnicy (stolarze, ślusarze, kowale i t. d.). 9 wypadków, na drugim — urzędnicy — 8 wypadków, następnie już pojedyncze tylko wypadki.

Nad punktem, dotyczącym stanu majątkowego rodziców samobójcy, uważam za bezcelowe się zastanawiać zarówno ze względu na szczupły materiał, jak i wielokrotnie stwierdzany niedostatecznie krytyczny i grzeszący niekiedy brakiem obiektywności stosunek do tego punktu danych kwestjonariusza. Tak, np. w jednym wypadku odpowiedź (na ten punkt) głosiła, że warunki materialne samobójcy były złe, a następnie okazało się, że ojciec jego, prowizor farmacji na prowincji, zarabia 400 zł. miesięcznie, a syn jednak, za korepetycje otrzymywał do 100 zł. miesięcznie. Wobec tego, że matki nie było, dla rodziny, składającej się

w tych warunkach z dwóch osób, dochody wymienione były, biorąc obiektywnie, zupełnie zadawalające.

Pod względem rozkładu samobójstw według pór roku małe liczby nie pozwalają na wyciąganie poważniejszych wniosków. Najwyższa jednak liczba samobójstw wypadła na miesiące zimowe, nieco tylko mniej na wiosenne.

Zgodnie z zamierzeniem, wyżej wyrażonem, z nim przystąpimy do psychopatologii młodocianych samobójców, omówię chociaż pobieżnie te przypadki, które nie wykazują, sądząc z danych, jakimi mogliśmy rozporządzać, cech chorobliwych dziecka czy młodzieńca, w których rzucają się natomiast w oczy mocno odbiegające nieraz od normy warunki domowe, jako to: naprężone stosunki w rodzinie, brak dostatecznej opieki, nadmierna surowość rodziców czy wychowawców, złe warunki materialne lub moralne, niekiedy złe zarówno jedne jak i drugie, czasem konflikty natury erotycznej, zawody miłosne, niepowodzenia w szkole, powikłania wskutek choroby czy innych okoliczności nieprzychylnych i t. d.

Wobec tego, że w poprzedniej pracy podałam dość liczne przykłady, ilustrujące te czy inne okoliczności tego rodzaju samobójstw, tym razem ograniczę się tylko do paru.

Zacznę od wypadku, przypominającego w ogólnych zarysach tło samobójstwa 12-letniego chłopca, syna zamożnego obywatela i żony uboższego rzemieślnika (wypadek ten omawiałam poprzednio). Oto dane. Jak i w poprzednio opisanym wypadku samobójca ma lat 12; jest on synem względnie zamożnego, posiadającego własny domek, urzędnika, ma już trzecią matkę. O istnieniu własnej dowiedział się w siódmym roku życia, nie pamiętał jej wcale. Latem, na krótko już przed zamachem, który skończył się śmiercią, pojechał on ją odwiedzić w miejscowości, gdzie mieszkała wraz ze swym drugim mężem. Wrócił do domu zadowolony z możliwości poznania matki, za co nawet podziękował ojcu. Mniej więcej w tym czasie, gdy chłopiec pojechał do matki, ojciec jego wstąpił po raz trzeci w związki małżeńskie. Nowa jego opiekunka była młodzieńką osobą, do której jakoby chłopiec wyjątkowo się przywiązał, odnosił się „z wielką tliwością”, „całował i ścisłał przy każdej sposobności”. Godnem jest tu zaznaczenia, że wkrótce po powrocie od matki ojciec zauważył, że „chłopca ogarnęła melancholia”. Zmianę w usposobieniu dziecka spostrzeżono także w szkole; kwestjonariusz zaznacza, że był on ostatnio smutny. Jednak szkoła podkreśla, że żadnych cech anormalnych nie wykazywał on nigdy pod żadnym względem; pozatem było to wyjątkowo do wszystkiego uzdolnione dziecko, a nawet „wzór ucznia”. Pozbawiając się życia za pomocą broni palnej, zabranej pokrywom jednemu ze znajomych — funkcjonariuszowi policji (za co go w liście przeprasza), chłopiec nie wyjawia przyczyny rozpaczliwego kroku, zaznacza jedynie, że „życie mu zbrzydło”. Dlaczego tak się stało? ojciec nie może wytłumaczyć.

Gdyby nie tak bardzo wczesny wiek samobójcy, może zawahalibyśmy się umieścić ten wypadek między temi, gdzie warunki zewnętrzne wysuwają się na plan pierwszy. Może uczuciowość jego należałoby uznać wtedy za nadmierną, zgodzić się, że zbyt już wielki stopień wrażliwości spowodował wstręt do życia, pozbawił go instynktu życia. Lecz to dziecko miało tylko 12 lat — w tym wieku jest się zazwyczaj wrażliwym i uczu-

ciowym; stopniowo powoli cechy te przytępią się w miarę lat, równocześnie też rozwija się zdolność do panowania nad sobą. Zdaje się, że chłopiec przypuszczalnie trochę wcześniej wstąpił w okres dojrzewania, nie jest wyłączone, że objawy tklivości, jakie okazywał swej ostatniej macosze, należy rozpatrywać w tej płaszczyźnie. Okres ten powoduje nieraz powstawanie zaburzeń psychicznych, sprzyjających samobójstwu.

II. Czternastoletni jedyny syn bezrobotnego urzędnika browaru, mieszkający u ojca, człowieka „b. nerwowego” i zredukowanej ostatnio macochy, jest chłopcem nerwowym, kłótliwym i łatwo pobudliwym. Zdaniem opieki szkolnej nie jest on pozbawiony zdolności, lecz leniwy, niesforny i nierówny. Chłopiec ten na parę dni przed popełnieniem samobójstwa zaproponował kolegom, by wszelkie przewiny szkolne spychali na niego. Co było przyczyną samobójstwa, nie zostało wyjaśnione. Lekarz szkolny był zdania, że „katowanie przez ojca” doprowadziło ucznia do pozbawienia się życia, zdaniem szkoły, nieco łagodniej wypowiadającej swe zdanie, złe warunki domowe ponoszą odpowiedzialność.

III. 18-letni uczeń 7 klasy, syn rzemieślnika, jest uczniem miernym, nierównym pod względem pilności, lecz naogół bez zarzutu w stosunkach szkolnych. Wiadomem jest także, że zwierzał się kiedyś lekarzowi szkolnemu ze swej „namiętności do kobiet”, wiemy również, że cierpiał na gruźlicę. Młodzieniec ten odebrał sobie życie jakoby z powodu zerwania z narzeczoną, która ze względu na jego chorobę cofnęła dane mu słowo.

IV. Syn b. zamożnych rodziców, uczeń 8 klasy gimnazjum państwowego, chłopiec zdolny, pracowity i cieszący się w szkole dobrą opinią, ginie samobójczą śmiercią, wyskakując ze znajdującego się w biegu pociągu. Bezpośrednią przyczyną samobójstwa był przypuszczalnie niepomysłny wynik egzaminów maturalnych, pod tą jednak przyczyną kryła się, zdaniem kolegów, inna, ważniejsza: stosunki ucznia z ojcem były zawsze złe, napięte, a w okresie, poprzedzającym egzaminy, uległy one jeszcze pogorszeniu.

Nie będziemy przytaczali więcej przykładów, tych powinno starczyć; popierają one poprzednio już wypowiedziane zdanie, że ciężkie warunki materialne, troski i zgrzyoty moralne, padając na podatny grunt chwiejnej równowagi psychicznej wieku dojrzewania lub wczesnej młodości, bywają nieraz zewnętrzными przyczynami samobójstwa. Podobne jednak postawienie sprawy, oczywiście, częściowo tylko może dać nam odpowiedź na to zagadnienie. Pozostanie jeszcze niejedna jego ciemna strona. Poza to nawet zewnętrzne przyczyny niekiedy tylko pozwolą się uchwycić, rzadziej znacznie występują względnie jasno, a w licznych bardzo wypadkach już to z powodu skrytego usposobienia samobójcy, już to z powodu innych jakich okoliczności, pozostają niewyjaśnione.

Lecz czyż warto więcej czasu poświęcać na zgłębianie zewnętrznych przyczyn samobójstwa? Wszak wielki zastęp psychjatrów stoi na stanowisku, że nieomal zawsze lub nawet zawsze bez wyjątku samobójstwo jest wyrazem chorej organizacji psychicznej. Ich zdaniem przyczyny zewnętrzne są zjawiskiem drugorzędem, grającem rolę tylko pośrednią w zagadnieniu samobójstwa. Prawda, że szkoła socjologiczna stara się w obrębie warunków społecznych znaleźć wyjaśnienie tego zjawiska, a zwolennicy tej teorii posuwają się niekiedy aż

tak daleko, że utrzymują, jak np. H a l b w a c h s, że wzrost samobójstw w różnych krajach jest wyrazem przejścia od jednego typu cywilizacji do innego. Nie będziemy się nad tem obecnie zastanawiali, nie ułatwiłoby nam to wyjaśnienia zagadnienia.

Zjawiskom natury społecznej nie możemy całkowicie odmówić wpływu, nie zgodzimy się także na kategorię odmówienie znaczenia warunkom zewnętrznym, dotyczącym indywidualnie poszczególnego człowieka. Niema chyba ludzi, których linja życiowa przebiegałaby niezależnie od takiego czy innego zbiegu, kiedyindziej splotu okoliczności, mało jest takich, którzy w poważniejszym stopniu potrafia zapanować nad warunkami życia. Zdarzyć się może, że przepaść otworzy się pod stopami człowieka, co z całą świadomością życie traktuje, co poważnie do niego się odnosi, coż dopiero mówić o takim, co jest jakby puchem, unoszonym przez wichre zdarzeń, lub pianką, łatwą do zduszenia czy zgniecenia? A wszak takich, co nie wiedzą, dokąd dążą, są tłumy — szczupła jest garstka tych, których broni pancerz rzeczywistych wartości moralnych, a i oni także mogą się ujrzyć w konieczności wyjścia przed czasem z szeregu żyjących. Niekiedy może tu zaciążyć i kodeks praw honorowych, którego poszanowanie zraza się czasem ściśle i niepodzielnie z jednostką. Czasami, choć to jest, oczywiście, znacznie rzadziej, samobójstwo może być następstwem stopniowo wytwarzającego się wyrozumowanego poglądu, który bynajmniej niezawsze musi być chorobliwy, oparty na urojeniach.

By poprzec moje twierdzenie, że zdarzają się jednak takie wyrozumowane samobójstwa, w których nie możemy się dopatrzyć składników psychopatycznych, przytoczę przypadek, który dotyczy znanego w końcu 19-go wieku w sferach międzynarodowych socjalisty L a f a r g u e'a, jednej z czołowych postaci stronnictwa socjalistycznego we Francji. Człowiek ten na wiele lat przed odebraniem sobie życia po głębszym zastanowieniu sam sobie dał słowo nie przekroczyć wyznaczonej sobie granicy wieku — lat 70. Ginąc własnowolnie wraz z żoną po skończeniu 7-go lat dziesiątki, zostawia następujące wyjaśnienie: „Zdrowy na ciele i na umyśle, odbieram sobie życie, zanim bezlitosna starość odbierze mi kolejno przyjemności życia i radość istnienia, zanim pozbawi mnie ona sił moralnych i fizycznych, zniszczy energię, złamie wolę i uczyni ze mnie wkońcu ciężar, nieznosny dla siebie samego i innych”. Przypuszczam, że b. niewiele podobnych przykładów moglibyśmy znaleźć w literaturze naukowej: z jednej strony mało jest L a f a r g u e'ów, na których są zwrócone oczy licznych współobywateli, i, co za tem idzie, b. rzadkie w zasadzie tego typu wypadki tem łatwiej uchodzą światła analizy, z drugiej znowu strony pewna skrytość, niechęć do obnażania własnej duszy przed oczyma obojętnych przyczynić się może do niewyjaśnienia zjawiska. Stwierdzenie więc wypadków „wyrozumowanego” samobójstwa jest b. trudne, a więc i b. rzadkie.

Może tu moglibyśmy włączyć również głośny wypadek samobójstwa generała N o g i, który w imię przekonań swej religji odbiera sobie życie, by podążyć za swym zmarłym cesarzem.

Co się zaś tyczy przeciętnego, szarego człowieka, jest on raczej liściem, miotanym przez wichre życia. Unosi się w górę, spada w dół, krąży zależnie od prądów, jakie na swej drodze spotyka. Czasem możemy porównywać go do barki, rzuconej w morze na łaskę fal, które niekiedy poniosą go do cichej przystani, kiedyindziej

rzuca na wiry. Szczupła jest garstka tych, co się wichrowi życia oprzeć potrafią skutecznie, a i oni, gdy zadnie huragan, mogą stracić oparcie. Wszystko to, tak proste i znane, piszę dlatego tylko, by podkreślić, że nie jest słusznem w zjawisku samobójstwa odmawiać całkowicie znaczenia przyczynom natury zewnętrznej. Nie mniejszy jednak błąd popełniają ci, którzy przyczynom zewnętrznym przypisują zbyt już wielką wagę, wyłączne nieomal znaczenie. Zdaje mi się, że znacznie częściej główną rolę odgrywa tu natura człowieka, niekoniecznie jednak natura chora. Większa czy mniejsza skłonność do samobójstwa, inaczej mówiąc, większe czy mniejsze przywiązanie do życia może, zdaniem mojem, iść w parze z pewnem ugrupowaniem tych czy innych właściwości psychicznych, z większą czy mniejszą rozpiętością pewnych cech, wtedy już najrozmaitsze okoliczności mogą odegrać rolę bodźca. Cechami, które tu przedewszystkiem w grę wejść mogą, jest ambicja z jednej, wrażliwość z drugiej strony. Wygórowana ambicja, wyrażająca się niekiedy zaborczością w szerokiem słowa znaczeniu, przy dość silnie zaznaczonej wrażliwości, często stwarza podłoże dla samobójstwa. O ile cechy te nie są jeszcze wyraźnie patologiczne (lecz jakże trudno jest tu zakresić granice), można, dzięki racjonalnemu wychowaniu, budząc inne struny duszy dziecka, osłabić ich działanie, skierować je na inne tory, można zmienić sposób reagowania na zjawiska, zahartować wolę. Zmienić jednak całkowicie te właściwości, wypłenić je w zupełności lub przekształcić w inne nie jest w ludzkiej mocy: to, co jest z gatunku bluszczu czy powoju, nigdy nie nabędzie mocy dębu.

Uwzględniając dalej, że wrażliwość jest cechą, która z wiekiem dopiero potrochu się przytępia, która z latami stopniowo maleje, musimy się zgodzić, że nawet normalne dziecko czy młodzieniec może w związku z wyrażonemi przed chwilą przyczynami oraz ze względu na zaburzenia nieustalonej równowagi psychicznej, na brak hamulców, jakie życie stopniowo nakłada na człowieka, na trudny nieraz do okiełznania, a właściwy młodości temperament sangwiniczny, zapragnąć własnowolnie położyć przed czasem kres swemu istnieniu. W ten sposób sprawę ujmując, znajdziemy wytłumaczenie w wypadkach pewnych samobójstwa, a mianowicie, tam, gdzie psychika dziecka nie odbiega dostatecznie od normy, gdzie wrażliwość jego, acz dość silnie zaznaczona, nie nosi jednak wyraźnie charakteru chorobliwego.

Inną kategorię stanowią te wypadki, których już w ramach zaznaczonych nie można pomieścić. Dotyczą one przedewszystkiem jednostek, nie odbiegających na pierwszy rzut oka od normy, odznaczających się jednak wrażliwością, wyraźnie już przekraczającą jej granice. Mówimy o podobnych ludziach, że są nadwrażliwi, nazywamy ich czasem przeczułonymi. Nie należy jednak nadwrażliwości utożsamiać z pojęciem przesady, sentymentalizmu. Te ostatnie stany dotyczą zazwyczaj ludzi, nie mających właściwie nic wspólnego z nadmierną wrażliwością. Potrafią oni łzy ronić i rozczulać się z powodów błahych, umieją stroić się w uczucia, zazwyczaj jednak ich zdolność przejmowania się, to co nazywamy uczuciowością, jest mniej rozwinięte, niż przeciętnie.

(C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O wpływie spożywania mleka krów gruźliczych na ustrój człowieka.

Podał

Dr. Jakób SĘCZYK (Warszawa).

Około r. 1910 ogłosił austriacki lekarz wojskowy Dr. F r a n z pracę w sprawie nadzwyczaj częstego zapadania na gruźlicę żołnierzy stacjonowanego w Wiedniu bośniackiego pułku piechoty. Podał on obserwacji nowowstępujących na służbę poborowych rzeczowego pułku i stwierdził, że po kilkumiesięcznym ich pobycie w Wiedniu z ogólnej liczby poborowych ponad 70% wykazywało podniesioną ciepłotę ciała, jako objaw rozwijającej się gruźlicy.

Biorąc pod uwagę początkowo doskonałe zdrowie poborowych i ich wspaniałą budowę ciała, przyjęto za przyczynę tej zapadalności nadwrażliwość bośniaków, jako mieszkańców okolic zdrowych, górskich i leśnych, na powietrze wielkomięskie, przesycone pyłem krzemowym.

Tej zapadalności towarzyszyło inne, również wysoce uwagi godne zjawisko, mianowicie, brak gruźlicy wśród bydła rogatego w Bośni i Hercegowinie, gdzie bydło to utrzymywane jest nie w oborach, lecz na wolności, w ogrodzeniach ruchomych (t. z. torach) lub w lasach. Nasuwało się pytanie, czy nie zachodzi związek przyczynowy między obu temi zjawiskami.

Owczesny kierownik Państwowej Służby Zdrowia na Bośnię i Hercegowinę Dr. K o b l e r wnioskuje, że nadmierna zapadalność ludności na gruźlicę przy

nieistnieniu tej choroby wśród bydła, świadczą o zupełnej odrębności prątków gruźlicy typu ludzkiego i bydlęcego, czyli że typ ludzki nie może wywołać gruźlicy u bydła, a typ bydlęcy u człowieka. Wygłosił on w tej sprawie referat na Kongresie przeciwigruźliczym w Rzymie (1912 r.) i uzyskał dla swojego wniosku aprobatę Kongresu, tembardziej, że rzeczony wniosek stanowił poparcie dla głoszonej w tym względzie przez K o c h a zasady.

Mimo stanowiska, zajętego przez Kongres, zapewnienia o rzekomej nieszkodliwości prątków gruźlicy typu bydlęcego dla człowieka budziło, coraz to silniejsze zastrzeżenia. Przedewszystkiem tłumaczenie nadmiernej zapadalności żołnierzy bośniackich w Wiedniu na gruźlicę wyłącznie, czy głównie ich nadwrażliwością, nie miało mocy przekonywującej wobec faktu, że byli w Wiedniu stacjonowane inne pułki, pochodzące z okolic nie mniej zdrowych, górzystych i leśnych, jak dane okolice bośniackie, a jednak żołnierze tych pułków nie wykazywali nadmiernej zapadalności na gruźlicę. Zaznacza się przytem, że w ostatnio wymienionych okolicach zapadalność bydła na gruźlicę pozostawała w granicach normalnych, a wszędzie w nich, z wyjątkiem może miejscami na Huculszczyźnie, prowadzona była gospodarka oborowa, jak wiadomo, sprzyjająca szerzeniu się gruźlicy. Późniejsze obserwacje wykazały niezbicie, że typ bydlęcy nie tylko może być w pewnych warunkach patogenetyczny dla człowieka, ale może on też ochronić go przed zakażeniem, jak na to wskazuje szczepionka B. C. G.

Zważywszy przytoczone powyżej okoliczności, należy szukać innej przyczyny nadmiernej zapadalności żołnierzy bośniackich na gruźlicę, aniżeli nadwrażliwość. Otóż jako prawdopodobna przyczyna omawianego zjawiska, nasuwa się fakt żywienia się ludności Bośni mlekiem i przetworami mlecznymi, pochodzącymi od krów w o l n y c h od gruźlicy.

Nasuwa się przypuszczenie, że ustrój ludzki, spożywając, zwłaszcza w dzieciństwie, mleko i przetwory mleczne, pochodzące od krów słabo - gruźliczych, zawierające bardzo mało prątków, a głównie ich zarodników (Fontès) i dużo przeciwciał, uodparnia się może przeciw zakażeniu gruźlicą. Chorobotwórczem zaś staje się mleko dopiero wówczas, gdy choroba u krowy osiągnęła stopień, powodujący nasycenie mleka prątkami gruźlicy. Wszak i rozwinięcia się gruźlicy w płucach zazwyczaj nie należy się obawiać przy dorywczym wdychaniu sporadycznych prątków, a dopiero wówczas, gdy wdycha się przez dłuższy czas powietrze, mocniej prątkami nasyczone.

Nie jest też wyłączone, że i spożywanie mięsa bydła słabo - gruźliczego wpływa uodparniająco na orga-

nizm ludzki. Prof. U. J. Dr. A d a m k i e w i c z wspominał w jednym ze swoich wykładów w r. 1883 o pewnej miejscowości w Bawarii, do której sprzedawano z bliższych i dalszych okolic mięso bydła, uбитego z powodu gruźlicy, i zaznaczył, jako rzecz dziwną, że mieszkańcy tej miejscowości, spożywając mięso bydła gruźliczego, mniej zapadali na tę chorobę, aniżeli mieszkańcy okolic, z których je zwożono.

Ażeby sprawdzić, czy wyrażone powyżej przypuszczenia odpowiadają rzeczywistości, należałoby wybrać w kraju pewne okolice, w których zapadalność bydła na gruźlicę jest najniższa, względnie bardzo niska, oraz okolice, w których rzeczona zapadalność jest normalna lub nadmierna.

Według danych, uzyskanych w Ministerstwie Rolnictwa i Reform Rolnych, dzięki uprzejmości Pana M a r c z e w s k i e g o, Głównego Inspektora Weterynarii, a zebranych przez Pana Lekarza Weterynaryjnego M i s z c z a k a, statystyka gruźlicy wśród bydła we wchodzących tu w rachubę Województwach: Stanisławowskiem, Poleskiem i Pomorskiem przedstawia się, jak następuje:

Województwo Stanisławowskie:

w r.	zabito w rzeźniach	sztuk,	w tej liczbie stwierdzono gruźlicę	u sztuk	%
1930	"	37.223	"	342	= 0,91
1931	"	35.602	"	408	= 1,14
1932	"	39.169	"	240	= 0,61

P o l e s k i e:

1930	"	39.157	"	487	= 1,24
1931	"	37.825	"	408	= 1,14
1932	"	48.054	"	734	= 1,52

P o m o r s k i e:

1930	"	38.224	"	4184	= 10,94
1931	"	40.919	"	5311	= 12,97
1932	"	39.425	"	6201	= 15,75

Będąc w posiadaniu tych danych, należałoby poddać obserwacji ludność z tych samych okolic, o ileby się ona przeniosła do innych miejscowości w warunkach, gdzie byłaby w wyższym stopniu narażona na zakażenie gruźlicą, niż u siebie. Doświadczenie takie jest możliwe do przeprowadzenia w skali masowej, najlepiej — może nawet jedynie — w wojsku, gdzie stacjonowanie pułku w większym mieście i życie koszarowe stwarzają zazwyczaj te warunki mniej korzystne dla zdrowia wieśniaka. Chodzi tu, oczywiście, głównie o pułki piechoty, jako skupiające największą liczbę poborowych z danych okolic. Byłoby to powtórzeniem wspomnianego na wstępie niezamierzonego eksperymentu bośniacko - wiedeńskiego.

Praktycznie rzeczona obserwacja dałaby się skutecznie w sposób następujący.

Celem stwierdzenia stopnia zapadalności na gruźlicę poborowych z okręgów uzupełnień czynnych w okolicach, będących terenem omawianych powyżej badań (Województwo Stanisławowskie, mianowicie Huculszczyzna, Woj. Poleskie i Pomorskie), należałoby, po dokładnym ustaleniu dobrego stanu zdrowia stawiających się na służbę poborowych, poddać ich obserwacji w ciągu całego pierwszego roku służby, mierząc raz na miesiąc ich ciepłotę, zawsze bezpośrednio po wydatniejszych ćwiczeniach (np. marszach).

Mierzenie ciepłoty powinno odbywać się u wszyst-

kich tych poborowych w sposób jednaki, dający wyniki możliwie pewne (usta, przegub pachwinowy, odbytnica). Osoby, u których ciepłota okaże się podniesiona, należałoby ponownie wszechstronnie zbadać celem wyjaśnienia, czy podniesienie to nie jest objawem rozwijającej się gruźlicy.

Tak przy rozpoczęciu, jak i przy ukończeniu służby należałoby stosować próbę tuberkulinową (*inject. intracut.* 1 mg.), co prawdopodobnie najlepiej dałoby się skutecznie w właściwych K. U.

Gdyby obserwacja ta potwierdziła przypuszczenie, że należy się liczyć z wyższą, a nawet nadmierną zapadalnością na gruźlicę wśród poborowych z okręgów, wykazujących znikomą liczbę przypadków gruźlicy wśród bydła rogatego, nasuwałaby się konieczność wydania zarządzeń:

1) ażeby poborowi rzeczonych okolic przy stawieniu się na służbę, ewentualnie w odpowiednim czasie przedtem poddani zostali uodpornieniu przy pomocy szczepionki B. C. G., pozatem,

2) ażeby krowy, których mleko służy do zaopatrywania ludności, poddano tuberkulinizacji. Sztuki, reagujące na zastrzyknięcie tuberkuliny, o ile nie wykazują zresztą żadnych klinicznych zmian gruźliczych, nie powinny być usuwane z wytwórni mleka, lecz utrzymywane w stałej obserwacji. Dopiero w chwili ustalenia rzeczonych zmian dana krowa powinna podlegać ubojowi,

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	17 VI— 23 VI	24 VI— 30 VI	1 VII— 7 VII	8 VII— 14 VII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	1 (0)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	197 (12)*	167 (10)	204 (17)	258 (21)
Dur rzekomy	0	0	2 (0)	0
Dur osutkowy	47 (5)	35 (1)	33 (2)	40 (5)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	19 (0)	26 (2)	55 (3)	90 (9)
Płonica	393 (11)	301 (10)	328 (9)	268 (8)
Błonica	275 (10)	231 (9)	228 (18)	228 (14)
Zapal. op. mózg.	10 (4)	8 (1)	14 (3)	9 (4)
Odra	529 (3)	360 (2)	398 (4)	285 (4)
Róża	103 (6)	105 (5)	110 (3)	101 (4)
Krztusiec	139 (5)	150 (3)	136 (3)	139 (2)
Malarja	26 (0)	12 (0)	17 (0)	12 (0)
Posoczn. polog.	20 (7)	24 (1)	31 (7)	43 (9)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	500 (0)	613 (0)	664 (0)	496 (0)
Wąglik	1 (0)	2 (0)	3 (0)	5 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	4 (0)	0
Wścieklizna	0	0 (1)	0 (1)	0 (2)
Zatr. jad. kielb.	1 (0)	10 (0)	4 (2)	0
Chor. Heine-Medina	0	0	0	1 (0)
Łwardziel	1 (0)	0	0	1 (0)
Inne choroby zakaźne	45 (5)	42 (10)	39 (7)	48 (5)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. Wyszło z druku nakładem księgarni Józefa Zawadzkiego w Wilnie nowe wydanie „Higieny” Prof. Karaffy-Korbutta, obejmujące działy z dziedziny statystyki sanitarnej, odżywiania, regulacji ciepła w ustroju, mieszkań i osiedli, pracy i zawodu, walki z chorobami zakaźnymi, higieny społecznej oraz administracji sanitarnej. Ze względu na bogatą treść z dziedziny zdrowia publicznego oraz ujęcie tych kwestyj w świetle najnowszych badań i poglądów — Ministerstwo Opieki Społecznej zaleca nabycie wspomnianego podręcznika (skład główny: Wilno, ul. Zamkowa 22, J. Zawadzki) funkcjonariuszom sanitarnym, zatrudnionym w Państwowej i Samorządowej Służbie Zdrowia. Dyrektor Departamentu: (—) Dr. J. Adamski.

— Komunikat. Komitet Organizacyjny IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego ma zaszczyt przypomnieć PP. lekarzom, że w sierpniu upływa termin zapisów na Zjazd. Ze względu na liczny napływ gości zagranicznych pożądanym byłoby przyspieszenie zapisów, gdyż w późniejszym terminie mogą wyniknąć pewne trudności z wyzukaniami kwater i t. p. Zgłoszenia na Zjazd należy przysyłać do Biura Zjazdu — Warszawa, ul. Chocimska 24. Składkę członkowską w sumie 35 zł. należy przekazywać na konto Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Nr. P. K. O. 16.764. Ministerstwo Komunikacji przyznało uczestnikom Zjazdu zniżki kolejowe. Będą one ważne od dnia 30 sierpnia do dnia 16 września i wynoszą 50% od obecnie obowiązującej taryfy na przyjazd do Warszawy i spowrotem do miejsc zamieszkania. Dla uczestników Zjazdu mogą być zarezerwowane pokoje w hotelach: Bristol — Krakowskie Przedmieście 42, Europejskim — Krak. Przedm. 13, Polonia-Palace — Aleje Jerozolimskie 39, Angielskim — ul. Wierzbowa 6, Brühl — Fredry 12,

Royal — Chmielna 31, Rzymskim — Marszałka Focha 1, Savoy — Nowy Świat 28, Terminus — Chmielna 46/48, Victoria — Jasna 26 i w pensjonacie p. Z. Wojciechowskiej — Kredytowa 9. Komitet poczynił również starania, aby zapewnić uczestnikom Zjazdu tańsze kwatery: w Hotelu Sejmowym — Wiejska 4/6/8, w Domu Akademickim — Górnośląska 14 (dla pań), w Domu Akademickim — ul. Akademicka 5 (dla panów) oraz w innych ogniskach. Zgłoszenia na mieszkanie należy kierować do Polskiego Biura Podróży „Orbis” — Warszawa, ul. Ossolińskich 8. Przypominamy również, że obrady odbędą się w dniach 4 — 5 — 6 września; w dniu 7 września — zwiedzania; 7 września wyruszą wieczorem wycieczki I i II; 8-go rano III. I wycieczka do Krakowa i Zakopanego; II — do Lwowa i Wroclawia; III — do Ciechocinka, Torunia i Gdyni. Wycieczki będą korzystały ze zniżek kolejowych od 50% do 60% w zależności od liczby osób. W przybliżeniu koszt wycieczek wynosi: na I około 140 zł., na II — około 120 zł., na III — około 85 zł. od osoby. Zapisy na wycieczki będą przyjmowane przez biuro „Orbis”, zainstalowane w siedzibie obrad, Filharmonja, ul. Jasna 5. Biuro Zjazdu do dnia 31 sierpnia będzie czynne przy ul. Chocimskiej 24, tel. 8-77-58. Od dnia 1-go września Sekretariat Zjazdu będzie czynny w Filharmonji, ul. Jasna 5, tel. 584-25. Sekretarz Generalny Zjazdu: Dr. M. Skokowska-Rudolf.

— Komunikat. VII Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku-Cieplicy odbędzie się w dn. 31.VIII, 1 i 2.IX. r. b. pod protektorem Pana Vice Ministra Opieki Społecznej D-ra E. Piestrzyńskiego. Wykłady wygłoszą następujący prelegenci: Prof. dr. Fr. Czubalski (Warszawa): Zasady wychowania fizycznego i sportu w świetle fizjologii. Prof. Dr. P. Gantkowski (Poznań): Leczenie słońcem i powietrzem (helio- i aeroterapia) wogóle, a w zdrojowiskach w szczególności. Doc. Dr. Zdz. Gorecki (Warszawa): O leczeniu bodźcowym i wstrząsowym w chorobach wewnętrznych. Prof. Dr. L. Korczyński (Kraków): Zastrzeżenia i leczenia klimatologii przy wyborze zdrojowisk dla leczenia zachorzeń narządu krążenia. Dr. med. A. Landau (Warszawa): Istota i leczenie schorzeń tarczycy. Doc. Dr. L. Lorentowicz (Warszawa): Zagadnienie bólu w ginekologii. Podstawy anatomiczne i leczenie. Dr. med. Fr. Łukaszczyk (Warszawa): Stan obecny i zakres leczenia energią promienistą. Prof. Dr. M. Michałowicz (Warszawa): Najnowsze kierunki w pedjatrii z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. Doc. Dr. E. Rejcherówna (Warszawa): O leczniczym znaczeniu ćwiczeń cielesnych w różnych okresach życia. Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz (Wilno): Nowe poglądy na czynność i leczenie wątroby jako gruczołu dokrewnego wydzielania. Prof. Dr. J. Szmurlo (Wilno): Najnowsze metody leczenia t. zw. schorzeń alergicznych górnego odcinka dróg oddechowych z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. Uczestnicy kursu mają zapewnione bezpłatne mieszkania w zdrojowisku podczas trwania kursu. Projektowane są rozrywki oraz wycieczki poza obręb Ciechocinka. Składka członkowska wynosi zł. 20.—, dla osób towarzyszących po 15 zł. Organizacja kursu spoczywa w rękach Prof. Dr. J. Szmurły, przewodniczącego Komitetu Kursów, Doc. L. Lorentowicza, zastępcy przewodniczącego, D-ra P. Rudzkiego, zastępcy przewodniczącego i sekretarza generalnego Komitetu.

— III Kurs Teorii i Praktyki z dziedziny Radiologii Lekarskiej, urządzony przez Polskie Towarzystwo Radiologiczne pod protektorem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu

Warszawskiego, odbędzie się w terminie od dn. 24.IX do 14.X. 1934 r. Wszelkich informacji, dotyczących się Kursu, udziela sekretarz dr. B. Kryński, Warszawa, Zielna 11.

— Dowiadujemy się, że 15 sierpnia r. b. wyjdzie z druku książka dr. Seweryna Sterlinga p. t. „Gruźlica” (zbiór prac poświęconych zagadnieniom gruźlicy w okresie 1894 — 1932 r.). Książka ta, objętości około 700 stron druku, zawierająca ogrom cennego materiału teoretycznego, klinicznego i społecznego, ma jednocześnie na celu uczczenie pamięci zasłużonego dla nauki polskiej autora. Książka wydana zostaje przy udziale Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, Zarządu m. Łodzi, Polskiego Związku Przeciwigruźliczego, Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwigruźliczych w Łodzi, Ubezpieczalni Społecznej m. Łodzi i Szpitala im. Poznańskich w Łodzi. Cena książki wyniesie 14 zł., w przedpłacie do dnia 15 sierpnia r. b. 8 zł. Przedpłatę wpłacać należy na konto Komunalnej Kasy Oszczędności m. Łodzi w P. K. O. Nr. 68338 dla Komitetu Wydawniczego zbioru prac o gruźlicy Dra S. Sterlinga.

— VI Międzynarodowy Kurs Lekarski fundacji Tomarkin odbędzie się w Meranie w czasie od 9 do 22 września r. b. Przedmiotem kursu będą choroby serca, zagadnienia odżywiania, choroby dzieci, choroby żołądka i kiszek, medycyna społeczna i tematy wolne. Oplata za uczestnictwo w Kursie wynosi Lir. 125. Informacyj udziela Sekretarjat Kursu pod adresem: Tomarkin Foundation, Merano. Italie.

— Wyszedł z druku Tom 50 pisma „Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen”. Wydawnictwo to znanej firmy księgarskiej Georg Thieme w Lipsku założone zostało w r. 1897 przez A l b e r s a - S c h ö n b e r g a i D e y c k e g o i w ciągu ubiegłych 37 lat przyniosło światu lekarskiemu ogrom materiału, świadczącego o olbrzymim rozwoju nauki o promieniach Roentgena. „Fortschritte” mają charakter pisma archiwalnego i z zadania swego wywiązują się bez zarzutu. Tom 50 przedstawia się bardzo okazale zarówno pod względem treści, jak i szaty zewnętrznej.

TREŚĆ: L. E. BREGMAN i A. KRAKOWSKI. O rzadkich postaciach jamistości rdzenia (Dok.). — S. MINC. Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych (Dok.). — S. MANZON. Urethritis non gonorrhoeica venerea microbica et dermatitis traumatica medicamentosa exogenes eczematoides postcontraceptiva. — W. HALBERÓWNA. O serodjagnostyce gruźlicy (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia publicznego za okres 1930—1932 r. — J. SĘCZYC. O wpływie spożywania mleka krów gruźliczych na ustrój człowieka. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. E. BREGMAN et A. KRAKOWSKI. Sur les formes rares de la syringomyélie (fin). — S. MINC. La valeur diagnostique de certains symptômes cliniques (fin). — S. MANZON. Un cas d'urétrite non gonorrhéique vénérienne microbienne et de dermatite traumatique médicamenteuse exogène eczématoïde postcontraceptive. — W. HALBER. Sur le sérodiagnostic de la tuberculose (Rev. gén.). — M. GRZYWO DĄBROWSKA. Contribution à la psychologie et psychopathologie de jeunes suicidés. — J. SĘCZYC. L'influence de la consommation du lait des vaches tuberculeuses sur l'organisme humain.

SAL DIETETICUM
SINE CI⁺ Br⁺ J⁺ N⁺
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.

WARUNKI PRENUMERATY:

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