

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, 4 PAŹDZIERNIKA 1934 R.

Nr. 37

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z fizjologii i patologii przysadki mózgowej¹⁾.

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

(Wpłynęło do Redakcji d. 14.IV.1934 r.).

(Dok. — patrz Nr. 36).

Wszystkie te wiadomości, acz pełne jeszcze luk o tych dwóch zasadniczych hormonach nasuwają myśl o istnieniu między nimi głębokiego i, dodałbym, wiecznego antagonizmu. Zwykle po ostatecznem dojrzewanu płciowem proces wzrostu ustaje (przypadki przedwczesnego patologicznego dojrzewania płciowego nie wchodzą tu w rachubę). Przy nadmiernej czynności hormonu wzrostu (akromegalia, gigantyzm) czynności płciowe tracą na sile. I kto wie, czy na to wielkie misterjum życia płciowego z wszelkimi jego zboczeniami i kompleksami, które tak dominują w życiu jednostki, nie padnie kiedyś właśnie od hormonologii przysadki jakiś zupełnie nowy snop światła. W każdym razie wszystko przemawia za tem, że te, takie odmienne hormony produkujące komórki prowadzą w przysadce jakby byt autonomiczny, a z tego wniosek praktyczny, że zamiast dotychczasowej terminologii o *hypo-* i *hyperpituitaris* nie należy dla ścisłości mówić o hiper- i hipoeozynofilizmie i hiper- i hipobazofilizmie. Nie chodzi mi tu bynajmniej o grę słów, lecz o lepsze zrozumienie niektórych klinicznych obrazów, na które się składają nadczynność jednych i niedomoga drugich komórek, więc hiper i hypo- zespoły.

Poniższa tabliczka w której N oznacza — normę, E—eozynofilizm, B—bazofilizm daje nprz. teoretycznie dziewięć kombinacji⁷⁾.

N (E + B)
Hiper (E + B)
Hipo (E + B)
NE + Hipo B
NE + Hiper B
NB + Hipo E
NB + Hiper E
Hiper B + Hipo E
Hipo B + Hiper E

Te niezliczone kombinacje hormonalne tłumaczą, jak mi się wydaje, indywidualny wygląd, a może i charakter poszczególnych niezliczonych jednostek, z których każda ma prawdopodobnie swój stały, jak to nazwałem, współczynnik endokryny. Słuszniej może byłoby mówić o formułce endokrynej każdej poszczególnej jednostki. Do pewnego momentu zmiany wtem lub owem ogniwie tej formułki zostają wyrównywane dla zachowania stałości przez inne ogniwka. Przy przekroczeniu zaś pewnej dopuszczalnej granicy występują już widoczne na początku dla wprawnego tylko oka zaburzenia, które przyjmują z biegiem czasu coraz brutalniejszy charakter. Nie wątpię, że przy udoskonaleniu naszych metod badania (odczyn A b d e r h a l d e n a?) i przy większym i subtelniejszym w tym kierunku nastawieniu można będzie przy pomocy systematycznej i racjonalnej hormonoterapii proces zachwiania równowagi endokrynej wstrzymać w samem zaraniu. Analogiczne zjawisko spostrzegamy przy budowie ciał białkowych, składających się z kilkunastu aminokwasów. Według P a r n a s a (chemja fizjologiczna str. 223) z rozmaitych kombinacji 18 tylko aminokwasów można teoretycznie otrzymać tysiące miliardów ciał białkowych, każde o innej budowie i innych właściwościach.

Już w pierwszym okresie endokrynologii zaczęto wobec tego mówić o korelacji między róż-

¹⁾ Odczyt wygłoszony 27.II.34 r. w Zrzeszeniu lekarzy Rzeczypospolitej polskiej na wieczorze poświęconym pamięci Dra S. G o l d f l a m a.

⁷⁾ Oczywiście, że tabliczka ta przybrałaby olbrzymie rozmiary, gdybyśmy tu chcieli uwzględnić wszelkie inne możliwe kombinacje z innemi jeszcze produkowanymi przez przy-

sadkę hormonami, co najprawdopodobniej istotnie ma miejsce. A jeżeli jeszcze uwzględnić kombinacje z hormonami innych narządów dokrewnych, to otrzymamy liczby prawie że astronomiczne.

nemi narządami dokrewnemi. Operowaliśmy wtedy raczej luźnymi spostrzeżeniami i teoretycznymi rozumowaniami. Obecnie posiadamy już duży materiał rzeczowy, który za istnieniem współzależności i współpracy różnych narządów dokrewnych bezsprzecznie przemawia. Z licznych też badań ostatnich czasów wynika, że cały punkt ciężkości korrelacji leży w przysadce. Z przedniego zrazu wyodrębniono szereg swoistych ciał, mających bezpośredni wpływ na czynności tego lub owego narządu dokrewnego. Najdokładniej zbadany jest stosunek do tarczycy. U zwierząt, pozbawionych przysadki, charakterystyczny nabłonek pęcherzykowy traci swój normalny wygląd, zostaje spłaszczony i łatwo daje się odróżnić pod drobnowidzem od normalnej tkanki tarczyczej. Wielu badaczy niezależnie od siebie (Anselmino i Hoffman, Loeser, Collip i w. in.) otrzymało z przedniego zrazu swoisty hormon — stymulujący tarczycę, tyreotropowy — różniący się chemicznie i fizjologicznie od innych hormonów przysadki. Otóż, jeżeli hormon ten wprowadzić zwierzęciu, pozbawionemu przysadki, histologiczny obraz tarczycy wraca do normalnego wyglądu. Ze tu zachodzi bezpośrednie działanie hormonu tyreotropowego bez jakichkolwiek bądź innych pośredniczących wpływów (układ roślinny), dowiódł w sposób bardzo dowcipny i przekonujący Eitel. W odpowiednim płynie przechowywał cieniutkie skrawki tarczycy psa. Obraz histologiczny nie został zmieniony. O ile zaś dodawał hormon tyreotropowy — drobnowidz dawał wyraźny obraz nadczynności swoistych pęcherzyków tarczyczych. Niektórym badaczom udawało się przy pomocy tego hormonu otrzymywać nawet objawy bazedowizmu. Ze tu zachodzi bezpośrednia korrelacja z tarczycą, dowodzi fakt, że u zwierząt, pozbawionych tarczycy, hormon ten żadnego efektu nie daje, atoli występują wtedy w przysadce swoiste komórki „beztarczyczne“, analogicznie do komórek trzebieńowych.

Posługując się takimi metodami, udało się wyodrębnić swoisty hormon dla kory nadnercza — kortikotropowy. Wprowadzony zwierzęciu, pozbawionemu przysadki, zapobiega występującemu wtedy zwykle zanikowi kory. Nasuwa się przypuszczenie, że spostrzegane w chorobie Cushinga, a nie raz i w akromegalii nadciśnienie znajduje się właśnie w związku z nadmiarem tego hormonu kortikotropowego. Należy zresztą dodać, że za źródło adrenaliny uważany jest rdzeń nadnercza, a nie kora. Zresztą, stosunek kory do rdzenia nadnercza nie jest jeszcze zupełnie dokładnie ustalony. Pogląd więc Kyla, który podziela i Cushing, o wpływie przysadki na nadciśnienie, nie jest w ten sposób pozbawiony prawdopodobieństwa.

Dla braku czasu i miejsca dodam tylko krótko, że znajdowano w przysadce swoiste hormony, stymulujące przytarczycę, grasicę, gruczoły mleczne a prawdopodobnie i szyszynkę. Nie ulega też kwestji, że przysadka produkuje ciało, działające bezpośrednio na aparat wysepkowy Langerhansa. Przy wprowadzeniu tego ciała do organizmu już po 36 godzinach daje się stwierdzić w trzustce wzmocniona działalność wysepek. Liczb ich powiększa się, a komórki zdradzają wzmocnioną działalność. Występujący zwykle po usunięciu

trzustki cukromocz nie zjawia się, jeżeli poprzednio nie został usunięty przedni zraz przysadki. Jeżeli zaś wprowadzić odnośny wyciąg z przysadki, otrzymujemy cukromocz. Lucke znowu na podstawie swoich doświadczeń ciekawych i przekonujących, mówi o wyrabianym przez przedni zraz kontrainsularnym hormonie. Klinika zresztą dawno wskazywała na wpływ przysadki na gospodarkę węglowodanową. Akromegali i także i ciąży często towarzyszy cukromocz, nie ustępujący podobno pod wpływem insuliny. Przypominam też opisaną po raz pierwszy przez Wildera ciężką hipoglikemję przysadkowego pochodzenia. W tym całym łańcuchu przesłanek i dowodów brak jeszcze dużo ogniw. Mnie szło głównie o wskazanie tych dróg ogólnie biologicznych, które się posługuje współczesna endokrynologia i, należy dodać, z niezaprzeczonem powodzeniem.

Sprawa stosunku przysadki do insuliny, t. j. do gospodarki węglowodanowej wprowadza nas w sferę tych produktów przysadki, które normują tę lub ową postać przemiany materji. Jest to trzecia i ostatnia grupa.

Już ze spostrzeżeń klinicznych wiemy, że w niektórych schorzeniach przysadki występują duże, nieraz potworne skupienia tkanki tłuszczowej (*Dystrophia adiposogenitalis*, choroba Cushinga) albo zupełny jej zanik (choroba Simmondsa). Próba przeniesienia, że tak powiem, całej winy na sąsiadujące z przysadką narządy nerwowe (*tuber cinereum* i t. d.) nie wytrzymuje krytyki.

W chorobie Cushinga, na przykład, gdzie nadmierna stale postępująca otyłość szczególnie rzuca się w oczy, gruczolaki bazoofilowe są tak małe, że przysadka, jako taka, wcale nie jest powiększona, więc o ucisku na narządy nerwowe nie może być mowy. W jednym przypadku dokładne badania narządów nerwowych przez takiego odpowiedzialnego badacza, jakim jest Marburg, nie wykazało w nich żadnych zmian. Raab (Klinische Wochenschrift Nr. 9, 1934 r.) wyodrębnił ostatnio z przysadki ciało chemiczne, które nazywa lipoitryną i które właśnie ma metabolizm tłuszczowy normować. Ze źródłem lipoitryny są bazofile ze względu na chorobę Cushinga, która powstaje na tle hiperbazofilizmu jest b. prawdopodobne. Przemawiają za tem też badania Zeynka (Frankfurter Zeitschrift für Pathologie 1933 r.), ucznia Krausego. Zbadał on przysadki u trzydziestukilku osobników z konstytucjonalną otyłością, w 80% znajdował znaczne powiększenie (hochgradige Vermehrung) liczby bazoofilów. Zupełnie zaokrąglona sprawa ta jeszcze nie jest. Należałoby zbadać przysadki ludzi konstytucjonalnie chudych. W każdym razie rola przysadki w zrównoważeniu gospodarki tłuszczowej i węglowodanowej jest bezsprzeczna. Wybitny wpływ przysadki na gospodarkę wodną, jak uczy klinika moczówki prostej, jest ustalony. Główną rolę odgrywa tu tylny płat, wiemy, jak fascynująco wpływają jego wyciągi na polidypsję i poliurję u dotkniętych moczówką prostą. W związku z tem zasługują na uwagę badania Voigta, który dowodzi istnienia bezpośredniego wpływu przedniego zrazu przysadki na czynności nerek.

Naliczyliśmy w ten sposób 13 hormonów lub

iż nie mógł ich rozgiąć. Podobny napad zdarzył się choremu poraz pierwszy. Według protokołu lekarza Pogotowia temperatura wynosiła u chorego w czasie napadu 37,3°.

Od paru lat cierpi na kurcze bolesne w łydce prawej. Czuje się ogólnie osłabiony. Pozatem żadnych innych skarg nie wypowiada.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Chory budowy prawidłowej, asteniczej. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Tętno 96 na 1 min. miarowe, miernie napięte. Ciśnienie krwi wg. *B o u l i t t e a* 105 *max.*, 75 *min.* T° — w dniu przybycia na oddział — 36,2°, pozatem ciepłota utrzymuje się zawsze nieco wyżej 36°.

Gruczoł tarczowy powiększony.

Ze strony układu nerwowego brak jakichkolwiek obiektywnych zmian. Stwierdza się wytrzeszcz prawej gałki ocznej, wyraźny objaw *G r a e f e g o* po stronie prawej. Pozatem — drobne drżenie w wyciągniętych palcach obu dłoni.

Odruchy okostnowe, ścięgnowe i skórne — bez wyraźnych zmian.

Psychika: chory wypowiada mnóstwo skarg, uważa się za bardzo osłabionego. Zdradza wybitny stopień hipochondryzacji. Obecny swój stan zdrowia przypisuje głównie onanizmowi, uprawianemu od długiego czasu. Narzeka też na *ejaculatio praecox*.

Zwraca uwagę u chorego wybitna pobudliwość wegetatywna: chory zmienia się często i szybko na twarzy, poci się obficie. Stopy zawsze pokryte są zimnym potem.

B a d a n i a d o d a t k o w e:

Mocz — bez zmian. Morfologiczne badanie krwi — bez zmian. Odczyn B.W. — ujemny. Treść żółdkowa naczecz — brak wolnego HCl oraz obniżenie ogólnej kwasoty (14,0, norma 20 — 40), po śniadaniu próbnym stosunki prawidłowe.

Podstawowa przemiana materji + 31% (norma wg. *K n i p p i n g a* i *K o w i t z a* — od —10% do +10%).

Nakłucie łydźwiowe: płyn wodojasny, brak pleocytozy, N.A. —, białka 0,16%.

Odczyn B. — W. — ujemny. Odczyn *L a n g e g o* — ujemny. Odczyn *T a k a t a* — *A v y* ujemny.

Badanie poziomu wapnia w surowicy krwi (metodą *K r a m e r a* i *T i s d a l l a*), wykonane trzykrotnie w okresach pozanapadowych, dało wyniki:

I — 10,4 mgr.%, II — 10,2 mgr.%, III — 10,6 mgr.%, (norma od 9 — 11 mgr.%).

Pozatem zbadano poziom wapnia bezpośrednio po próbie hiperwentylacyjnej — 10,8 mgr.%.

Badanie poziomu wapnia w płynie mózgowo - rdzeniowym w okresie pozanapadowym dało wynik: 3,8 mgr.% (norma wg. *L i c h t w i t z a* 5—6 mgr.%). Rezerwa alkaliczna (metodą *v a n S l y k e a*) — badana dwukrotnie w okresach pozanapadowych wynosiła: 54,5 cm³ CO₂ i 55,2 cm sześć. CO₂, oraz 1 raz, bezpośrednio po próbie hiperwentylacyjnej — 59,5 cm³ CO₂ (Norma wg. *P i n c u s s e n a* od 77 — 53 cm³ CO₂, wg. *B r u g s c h a* i *S c h i t t e n h e l m a* od 90 — 65 cm³ CO₂).

B a d a n i e u k ł a d u w e g e t a t y w n e g o metodami farmakologicznymi:

P r ó b a D a n i e l o p o l u i C a r n i o t (atropinowa i ortostatyczna).

1. Napięcie bezwzględne n. współczulnego — 140 (liczba wyrażająca maksimum przyspieszenia tętna po zupełnym porażeniu n. błędnego), norma 116 — 128.

2. napięcie bezwzględne n. błędnego (dawka atropiny niezbędna do zupełnego porażenia n. błędnego) — 1,5 mgr. (norma 1,5 mgr.).

3. własność hamująca n. błędnego (różnica między

liczbą tętna największą a pierwotną) 140 — 80 = 60 (norma 48 — 58).

4. tachykardja ortostatyczna przed podaniem atropiny: 96 (norma 84).

5. tachykardja ortostat. po podaniu atropiny po porażeniu n. błędnego — 150 (norma 130).

W n i o s e k — s y m p a t i k o t o n j a.

P r ó b a a d r e n a l i n o w a (0,8 mgr. adrenalinę podskórną) wykazała, poza innymi objawami, o których mowa niżej — zwiększone napięcie układu w s p ó ł c z u l n e g o (wybitna błądź twarży, znaczna glikozurja, ciśnienie krwi — w granicach normy).

P r ó b a p i l o k a r p i n o w a (0,01 gr. pilokarpiny podskórną) wzmożona potliwość oraz zwiększone wydzielanie śliny (po upływie ½ godz. chory wypłuł 170 cm³ śliny wodnistej).

Na podstawie więc prób farmakologicznych oraz zachowania się chorego rozpoznaliśmy u niego konstytucjonalną chwiejność układu dokrewno - wegetatywnego. Napad zaś, któremu chory uległ na ulicy, traktowaliśmy, jako burzliwy epizod w jego stanie konstytucjonalnym, za czym przemawiało szczególnie nagle podniesienie się ciepłoty do 37,3°, które szybko minęło i nie było usprawiedliwione żadnymi zaburzeniami w narządach wewnętrznych. Było to zatem chwilowe podrażnienie ośrodków termogenicznych, często występujące u t. zw. stygmatyzowanych wegetatywnie, jak np. u epileptyków.

Jednakże w obrazie chorobowym pacjenta stwierdziliśmy objawy, których nie można tłumaczyć wyłącznie zaburzeniami w układzie wegetatywnym. Przedewszystkiem szło o wyjaśnienie, na czym polegają jego bóle kurczowe w łydkach, występujące systematycznie u chorego i stanowiące główną jego skargę.

Zastosowaliśmy u niego metodę hiperwentylacyjną. Już po 2 — minutach głębokich wdechów wystąpił u chorego typowy napad tężyczkowy. Obie dłonie ustawiły się w pozycji położnika, przedramiona zgięły się, a brzusek m. ramienio - promieniowego ze str. lewej wypiął się, tworząc wał. Usta wydłużyły się ryjkowato w postaci „pyszcza karpia”. Twarz zaczerwieniła się i była spocona, żrenice poszerzone, gałki oczne ustawione nieruchomo. Objaw *C h w o s t k a* a wyraźny przed zabiegiem wzmógł się znacznie. Po dalszych oddechach wystąpiło drżenie powiek, obfite łzawienie. Od pierwszej chwili napadu chory wydawał przeciągły krzyk, spowodowany kurczem krtani. Przez cały czas zabiegu był przytomny.

Również podczas próby adrenalinowej wystąpiło odrazu typowe ustawienie dłoni i stóp, t. zw. spazm karpopedalny. Nie towarzyszył jednak napadowi, wywołanemu przez adrenalinę, przeciągły krzyk. Zaznaczyć też należy, że objawy tężyczkowe, jak również wzmoczenie odruchów bardziej zaznaczone były po stronie prawej.

Wynik prób hiperwentylacyjnej oraz adrenalinowej nasunął tedy przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z utajoną tężyczką.

Jak wiemy, hiperwentylacja wywołuje cały szereg objawów w układzie nerwowym, nie tylko o charakterze tężyczkowym, czy padaczkowym, lecz również wszelkie inne z zakresu piramidowych, pozapiramidowych i obwodowych. Ujawnia ona utajone lub wzmacnia istniejące zaburzenia układu nerwowego, powstałe na tle organicznym (*M u n c h - P e t e r s e n*). Należy przypuszczać, że za każdym razem działa ona swoiście, a więc u padaczkowców prowokować może napad padaczki, w hipertyreozach — wzmacnia drżenie i t. d. Co się tyczy jednak odczynu tężyczkowego należy podkreślić, że już

u normalnego osobnika daje się on wywołać przy pomocy hiperwentylacji, wymaga to jednak dłuższego czasu (1 — 2 godz. forsownych oddechów) (Behrendt i Freudenberg). U osób zaś z niedomogą gruczołów przytarczycznych potrzeba na to wg. Bauera znacznie krótszego czasu. To samo potwierdza ostatnio na podstawie badań chronaksimetrycznych Bourguignon. Zdaniem Behrendta i Freudenberga tęczyzka utajona uspasabia do tęczyzki oddechowej (hiperwentylacyjnej).

Co się tyczy działania adrenaliny, to w r. 1909 Falta i Rüdinger otrzymywali napad kurczowy w ostrej tęczyzce po wstrzyknięciu adrenaliny, a w ostatnich latach Sterling w badaniach swych nad hiperwentylacją stwierdzał wybitną reakcję tęczyzkową po podaniu podskórnem adrenaliny. Z zachowania się tedy chorego naszego pod wpływem zabiegu hiperwentylacyjnego oraz po podaniu adrenaliny można było przypuszczać u niego istnienie utajonej tęczyzki. Należy jednak zaznaczyć, że u chorego tego nie stwierdzano niektórych objawów, charakterystycznych dla tęczyzki (normalny odczyn elektryczny w okresie pozanapadowym, brak objawu Troussseau).

Z kolei skierujemy uwagę na zachowanie się poziomu wapnia w ustroju u naszego chorego. Dawniejsi badacze uważali, iż w tęczyzce poziom wapnia w surowicy krwi ulega obniżeniu. Nowsze badania jednak wykazały, iż twierdzenie to było zbyt ogólnikowe. Okazało się bowiem, iż wapń w surowicy krwi daje się podzielić na trzy frakcje: Ca związany z białkami, zjonizowany i ultra-przesączalny. Spadek wapnia w przebiegu tęczyzki dotyczyć może tylko części zjonizowanej i to w głównej mierze części ultra przesączalnej. György w ostatnich swoich pracach twierdzi, iż w przebiegu tęczyzki ogólna ilość wapnia w surowicy krwi może wcale nie być obniżona, natomiast obniżenie to daje się stwierdzić w płynach tkankowych. Pogląd Györgyego staje się zrozumiały, jeżeli wziąć pod uwagę prawdopodobny genetyczny związek, łączący płyny tkankowe ze zjonizowaną i ultra-przesączalną częścią surowicy krwi.

Czterokrotne badanie poziomu wapnia w surowicy krwi naszego chorego wykazało następujące wartości: 10,4 — 10,2 — 10,6 — 10,8 mgr.%, a więc zawarte w granicach normy. Biorąc pod uwagę, iż zbadano tylko ogólną ilość wapnia, nie mogliśmy wyciągać z danych tych żadnych wniosków, aczkolwiek ten brak obniżenia poziomu ogólnej ilości wapnia nie stoi w sprzeczności z poglądami Györgyego. Natomiast badania zawartości wapnia w płynie m. rdz. u naszego chorego pozwoliło nam podejść do istoty sprawy z innej strony. Poziom wapnia w płynie m. rdz. u naszego chorego wynosił 3,8 mgr.%. Norma zaś wg. Barrio wynosi 60% zawartości we krwi, wg. Kaffki waha się w granicach od 5 — 12 mgr.%, wg. Eislera — 4,9 — 5,6 mgr.%, wg. Lichtwita — 5 — 6 mgr.%. W piśmiennictwie dostępnem nam mało znaleźliśmy danych, dotyczących ilości wapnia w płynie m. rdz. w tęczyzce. Kaffka podaje, iż w tęczyzce stwierdzano obniżenie do 3,5 mgr.%, Critchley i O'Flynn znajdowali w 4 przypadkach tęczyzki od 3 — 4 mgr.%, co by odpowiadało wartości, znalezionej u naszego chorego.

Płyn mózgowo-rdzeniowy uważać można zgodnie z badaniami Liny Stern (cytowane wg. Lichtwita) ponieważ za identyczny pod względem składu jonów z ultra-przesączaczem surowicy krwi, albowiem jest on rezultatem dializy wg. prawa Don-

nana, dotyczącego błon koloidowych. Związana z białkiem frakcja wapnia w surowicy krwi wynosi 4 — 5 mgr.%, zaś frakcja zjonizowana, ulegająca dializie, 6 — 7 mgr.%. Tylko część zjonizowana może zgodnie z prawem Donnana przenikać przez barierę oponową (Stary, Kral i Winternitz), część zaś, związana z białkiem, nie przedostanie się do płynu m. rdz. Dlatego też już normalna ilość wapnia w płynie m. rdz. jest niższa, niż we krwi. Jeżeli zaś, jak w naszym przypadku, ilość ta jest niższa od normalnej, należy wnioskować, iż obniżenie ilości Ca zależy od zmniejszenia zjonizowanej frakcji Ca we krwi, jak to występuje we krwi w przebiegu tęczyzki (Peterson, Pincus i Cramer).

W drugim przypadku, u osobnika z ostrem schorzeniem dróg żółciowych, obserwowanym na oddz. chorób wewnętrznych dra Fajna, udało się wywołać próbą hiperwentylacyjną napad podobny do tęczyzkowego już po 4'. Niezależnie od tych napadów chory miewał w czasie obecnej choroby napady samoistnych bólów w brzuchu i w kończynach w czasie których napięcie mięśniowe było znacznie wzmożone, przy czem objawy Troussseau i Chwostka były wyraźne. W okresach pozanapadowych objaw Chwostka był również dodatni. Badanie poziomu wapnia we krwi tego chorego wykazało 11,1 — 12,4 mgr.%, wówczas gdy ilość wapnia w płynie m. rdzeniowym była obniżona, wynosząc 4,6 mgr.%.

Jest rzeczą ciekawą, że tkanka mózgowa w przebiegu tęczyzki zawiera, zgodnie z badaniami Mc. Colluma i Vögtlina, zmniejszoną ilość wapnia. Możliwe, że znajduje się to w związku ze zmniejszoną zawartością wapnia w płynie m. rdzeniowym.

Tak więc, bliższa analiza chemizmu ustrojowego u naszego chorego potwierdza rozpoznanie utajonej tęczyzki. Rozpoznanie to tłumaczyłoby dolegliwości, które dokuczają mu od paru lat oraz napad, który wystąpił na ulicy. Kurcze bolesne w łydkach odpowiadałyby skurczom mięśniowym, występującym w tęczyzce, którym towarzyszą bóle i parestezje w postaci mrowień i drętwień. Ostatnio opisywał Veil przypadki utajonej tęczyzki w których występowały bóle w plecach, krzyżu, piersi i żołądku. Napad, któremu chory uległ na ulicy, był również, jak to wynika z opisu chorego napadem tęczyzkowym, z podniesieniem ciepłoty.

Zastanawiają u naszego chorego objawy hipertyrezy. Polegają one na powiększeniu gruczołu tarczowego, prawostr. objawie Gräfe'go, powiększeniu podstawowej przemiany materji i wzmożeniu napięcia nerwu współczulnego.

Zachodzi pytanie, czy istnieje związek pomiędzy wzmożeniem czynności gruczołu tarczowego i niedomogą gruczołu przytarczycznego, którego wyrazem jest utajona tęczyzka. Jak wiadomo, jest to zagadnienie, na które różni badacze dają wręcz przeciwne odpowiedzi. Trzy fakty, a mianowicie: 1. dodatni wpływ leczenia przetworami gruczołu tarczowego na przebieg tęczyzki po usunięciu gruczołów przytarczycznych, 2. przerost gruczołów przytarczycznych po usunięciu gruczołu tarczowego, 3. przerost gruczołu tarczowego po usunięciu gruczołów przytarczycznych przemawiają za ścisłym związkiem pomiędzy czynnościami tych gruczołów. Jeżeli jednak jedni, jak Eppinger, Falta i Rüdinger twierdzą, iż stosunek ten jest antagonistyczny, że układ n. współczulnego zostaje przez gruczoł tarczowy podrażniony, a przez przytarczyczny hamowany, Biell uważa, iż narządy te mogą się wzajemnie kompensować. Według Kochera tęczyzka zdarza się niekiedy wraz z chorobą Basedowa, przy czem

pierwsze cierpienie jest zależne od drugiego: tężyczka znika po operacji B a s e d o w a. Obserwowano jednak również pogorszenie się objawów tężyczkowych po operacji. W każdym razie stwierdzić wypada, iż ani klinika, ani eksperyment nie wyjaśniają wzajemnego stosunku obu tych zespołów chorobowych.

Streszczając przytoczone powyżej wywody, dochodzimy do wniosku, iż metoda hiperwentylacyjna pozwala niekiedy rzucić światło na istotne tło cierpienia chorych nerwicowych, którem w niektórych przypadkach może być utajona tężyczka. Decyduje w rozpoznaniu szybkość z jaką odczyn hiperwentylacyjny się rozwija. Jeżeli bowiem całkowity obraz tężyczki oddechowej występuje w ciągu paru minut, to mamy prawo mówić o istnieniu u danego osobnika tężyczki utajonej. Na tem samem stanowisku stoją również B e h r e n d t i F r e u d e n b e r g.

Nie zaprzeczając pogładowi B i n g l a, iż chory z zaburzeniami pochodzenia dokrewno - roślinnego ujawniają żywą reakcję hiperwentylacyjną pod postacią obrazu podobnego do tężyczki, zaznaczyć musimy, iż, gdy reakcja ta jest przyspieszona, skłonni jesteśmy jednak uznać istnienie w takich razach tężyczki utajonej.

B i n g e l odróżnia tężyczkę hiperwentylacyjną od tężyczki właściwej, uważając, iż wspólne dla obu stanów jest przesunięcie równowagi jonów w kierunku alkalozy oraz zmniejszenie wskutek tego zawartości jonów Ca w surowicy krwi. Te zmiany fizyczno - chemiczne krwi powodują prawdopodobnie wg. G y ö r g y e g o objawy tężyczkowe (formuły L o e b a, oraz R h o n a - T a k a h a s h i). B i n g e l otrzymywał tylko w niektórych przypadkach obniżenie zawartości zjonizowanego wapnia po hiperwentylacji. Nie chce on przeto przypisywać czynnikowi temu zbyt wielkiej roli. Nam wydaje się jednak pogląd jego niesłusznym, albowiem w tych przypadkach, w których zjonizowany Ca we krwi nie był obniżony, objawy tężyczkowe były nieznaczne, wzgl. występowały po dłuższym czasie. Należy zatem przypuścić, iż obniżenie zjonizowanej frakcji wapnia w surowicy krwi, wzgl. obniżenie poziomu wapnia w płynie m. rdzeniowym nawet przy normalnej ogólnej ilości wapnia w surowicy krwi odgrywa decydującą rolę w rozpoznaniu tężyczki utajonej.

Powracając do pytania, postawionego na wstępie, należy wyrazić przypuszczenie, iż szersze stosowanie metody hiperwentylacyjnej w klinice pozwoli w wielu przypadkach ustalić istotne tło cierpienia u chorych nerwicowych i tem da możliwość przyczynowego leczenia tych stanów chorobowych.

PIŚMIENNICTWO.

1. György P. Zur Pathogenese der tetanischen Reaktionen. Ztbl. N. u. Ps. 1932. s. 1239, 1260. — 2. Lichtwitz. Klinische Chemie. 1930. — 3. A. Bingel. Vegetative Störungen durch die Hyperventilation D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1933, B. 132, 3 u. 4 Heft, s. 123. — 4. W. Sterling. Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego. W. Czasopismo Lekarskie 1932, 29 września. — 5. Kafka. Die Zerebrospinalflüssigkeit 1930.

Z oddziału niemowlęcego Szpitala im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.

(Ord. Dr. A. Braude - Hellerowa).

Przypadek ropnego enterokokowego zapalenia opon mózgowych.

Podał

Jadwiga HUFNAGEL (Warszawa).

W ciągu lat ostatnich badacze niemieccy (Gerhartz, Wohlfel, Gundel, K. Meyer, H. Schmitz) i polscy (Karwacki) zwracają uwagę na schorzenia, wywołane przez enterokoki. Autorzy francuscy (Pomay, Michaux, Langeron, Menetier i Mallet) schorzenia te obserwowali już oddawna.

Znajomość zakażeń enterokokowych posiada nie tylko znaczenie teoretyczne, ale i kliniczne ze względu na odrębne rokowanie i leczenie (szczepionki).

Enterokoki (*Streptococcus ovalis* Esc h e r i c h, 1886) należą prawdopodobnie do grupy paciorkowców kwasu mlekowego (*Streptococci acidilactici*), do których wykazują podobieństwo morfologiczne i biologiczne (Gundel). Rozróżniamy dwa typy enterokoków A i B, istnieją również postacie przejściowe.

Enterokok A bytuje w górnych odcinkach jelit i pochodzi prawdopodobnie z ziarenkowców jamy ustnej. Szczep B, bardziej złośliwy, niehemolizujący znany jest pod nazwą właściwego enterokoka.

Enterokoki wyróżniają się następującymi cechami: 1) nie są wrażliwe względem żółci i optochiny; 2) rosną obficie na buljonie lakmusowym z dodatkiem żółci i kwasu mlekowego; 3) rozszczepiają eskulinę (typ B); 4) cechują się wielopostaciowością.

Gundel na zasadzie dotychczasowego doświadczenia rozróżnia 3 typy schorzeń enterokokowych: 1) zakażenia przewodu pokarmowego i dróg żółciowych; 2) zakażenia narządu moczopłciowego; 3) zapalenia wsierdza i zakażenia ogólne. Gerhartz dodaje do podziału tego jeszcze atypowe zapalenia płuc z obecnością w płwocinie enterokokami, jako cechą znaną.

O odosobnionych enterokokowych zapaleniach opon mózgowych piśmiennictwo niemieckie wcale nie wspomina, w piśmiennictwie francuskim znajdujemy natomiast kilkanaście przypadków.

Zanim przystąpimy do opisu naszego przypadku, parę słów o drogach powstawania ropnego zapalenia opon mózgowych i o jego etiologii. Jeśli pominąć nagminne zapalenie opon mózgowych, to jako najczęstsze źródła ropnych zapaleń opon mózgowych Schlesinger podaje 1) ogniska ropne, leżące w pobliżu opon; 2) przerzuty z odległych ognisk, 3) powikłania oponowe w przebiegu posocznicy; 4) wreszcie, zapalenia opon pochodzenia urazowego, częste podczas wojny.

Tenże autor, omawiając etiologię ropnego zapalenia opon mózgowych, podaje w następującej kolejności: ci zarazki chorobotwórcze (poza meningokokami): pneumokoki, *streptococcus erysipelatosus*, *viridans*, *mucosus*, *pyogenes*, gronkowce, *bac. influenzae* (Fraenkel); gonokoki, prątki okrężnicy. Jak widzimy więc, autor nie wymienia wcale enterokoków.

Dnia 20.III.1932 przyjęto do szpitala 2-miesięczne niemowlę L. M., płci męskiej.

W y w i a d y: Dotychczas zdrowe, karmione wyłącznie piersią, zachorowało nagle dwa dni przed przybyciem do szpitala wśród objawów gwałtownego krzyku, silnego niepo-

koju oraz gorączki (37,9°). Wymiotów, ani wolnych stolców nie było.

S t a n o b e c n y. Przy przyjęciu stwierdzono stan bardzo ciężki: wybitny niepokój, cierpiący wyraz twarzy, duszność, oddech skrzydełkowy, tętno drobne, przyspieszone (90 na 1'), 39,7° (w odbyticy). Płuca i serce odchyłały od normy nie przedstawiały. Brzuch miękki, niebolesny. Uszy na ucisk również niebolesne. W obrębie układu nerwowego nie stwierdzono objawów oponowych (K e r n i g i B r u d z i ń s k i — ujemne; brak sztywności karku); źrenice równe, na światło oddziałują; nerwy czaszkowe — bez zmian uchwytnych, odruchy ścięgnowe i okostnowe dość żywe. Zwracały uwagę: wybitny niepokój i nieznacznie wypukłone ciemię.

Wywiady (nagły początek, krzyk, niepokój, gorączka) oraz stan przedmiotowy nasuwały następujące możliwości różniczkowo-rozpoznawcze.

I. zapalenie płuc (gorączka, duszność, oddech skrzydełkowy),

II. ostre schorzenia w obrębie jamy brzusznej, — szczególnie ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (gorączka, niepokój; cierpiący wyraz twarzy);

III. zapalenie ucha środkowego;

IV. zapalenie opon mózgowych.

Brak wyraźnych zmian klinicznych, potwierdzony później przez badanie rentgenowskie, pozwolił odrzucić cierpienie płuc.

Wobec braku wymiotów, miękkiego brzucha, tętna stosunkowo nieznacznie przyspieszonego (odpowiadającego temperaturze) odrzuciliśmy również możliwość ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zapalenie ucha wyłączało badanie otologiczne. Wypuklenie ciemienia, silny niepokój, mimo braku objawów oponowych, skłoniły nas do nakłucia łędźwiowego.

Z kanału wydobyto 20 cm. sz. mętnego płynu, pod dużym ciśnieniem. Badanie płynu wykazało odczyny zapalne ++, leukocyty, wyłącznie wielojądrzaste, nie dające się ustalić liczebnie w kamerze F u c h s - R o s e n t h a l a. Wlano do kanału 20 cm. sz. surowicy meningokokowej wieloważnej.

P r z e b i e g k l i n i c z n y. W ciągu pierwszych sześciu dni obserwacji szpitalnej — stan dziecka ciężki: ciepłota wahała się w granicach 38° — 39° (w odbyticy), dziecko apatyczne, śsiał słabo; blade; objawy oponowe słabo zaznaczone; ciemię wypięte. Płyn mózgowo - rdzeniowy mętny, o liczbie leukocytów 300 — 500 w mm. sz., z przewagą ciałek wielojądrzastych.

Z posiewu płynu wyhodowano w tym czasie w pracowni szpitalnej (Kier. Dr. T. G o l i b o r s k a) paciorkowce słabo hemolizujące.

Posiewu krwi nie dokonano ze względu na trudności techniczne. Leukocytoza we krwi 28.000, — o wzorze: S. — 52%, P. — 8%, L. — 35%, M. — 4%, E. — 1%.

Mocz bez zmian patologicznych.

Wobec znalezienia w posiewie płynu paciorkowców słabo hemolizujących rokowanie zdawało się jaknajgorsze.

Tymczasem stan dziecka poprawiał się, płyn stawał się coraz bardziej przezroczysty, odsetek ciałek białych w płynie przesunął się w stronę limfocytów.

Liczba ciałek białych we krwi — 13.000, w tem S. — 50%, L. — 43%, M. — 5%, E. — 2%.

Polepszenie się stanu dziecka dało impuls do dokładnego różniczkowania wyhodowanych bakterij, które okazały się enterokokami (dokładny opis bakteriologiczny podany przez dr. G o l i b o r s k a. Warsz. Czas. Lek. 1932 N. 23).

Po 39 dniach pobytu w szpitalu dziecko wypisano do domu jako zdrowe.

L e c z e n i e. W ciągu pierwszych kilku dni stosowa-

wano codziennie upust płynu mózgowo-rdzeniowego, przyczem w ciągu trzech dni podawano do kanału surowicę wieloważną meningokokową. Gdy płyn stał się bardziej przezroczysty, nakłuwano co drugi — trzeci dzień. Po wyhodowaniu enterokoków zastosowano autoszczepionkę.

W 5-ym tygodniu choroby, wobec dyskretnych objawów wodogłowia, zastosowano naświetlania promieniami R o e n t g e n a (2 serie po 3 naświetlania).

Dziecko, obserwowane przezemnie w ciągu roku po wypisaniu się ze szpitala, jest zupełnie zdrowe.

Jak podaje G e r h a r t z, zakażenia ogólne enterokokowe nie dają bezwzględnie złego rokowania nawet wówczas, gdy we krwi krąży dużo drobnoustrojów. G u n d e l podkreśla, iż wyhodowanie enterokoków w przypadkach nurtującego zapalenia wsierdza (*endocarditis lenta*) zmienia zasadniczo rokowanie na lepsze.

Nasz przypadek jest potwierdzeniem przytoczonych poglądów w stosunku do enterokokowego zapalenia opon mózgowych.

PÍSMIENICTWO.

1. Gerhartz H.: M. Kl. 1933. N. 12. — 2. Goliborska T. W. Cz. L. 1932. N. 23. — 3. Gundel M. D. m. W. 1933. N. 36 i Zbl. Bakter. 118, 1930, str. 68 — 74. — 4. Karwacki L. Lek. Wojsk. 1926. N. 3, 4, 5. — 5. Langeron i Archer. Bul. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1930. N. 19. — 6. Schlesinger H. w Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. inn. Krankheiten. T. X. Cz. 2-a, str. 8 — 10.

Z oddziału wewnętrznego Miejskiego szpitala Żydowskiego w Białymstoku.

(Ordynator: Naczelný Lekarz Szpitala A. W. K a p ł a n).

Przypadek anemii aplastycznej.

Podali

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ
(Białystok).

Była ekspedjentka, lat 32, na oddziale od 10.VI.33 r., choruje mniej więcej od roku: osłabła, miewa bardzo silne bóle i zawroty głowy, osłabienie wzroku, duszność wysiłkową, bardzo silną pobudliwość nerwową, zaburzenia żołądkowe oraz podaje szereg najrozmaitszych skarg. Od czasu do czasu występują u niej wybroczyny na kończynach górnych i dolnych, krwawienia z dziąseł. Pół roku temu wystąpiło zażółcenie powłok, lekki obrzęk nóg; 3 miesiące temu chorowała przez kilka dni na grypę, gorączkowała do 39°, miała kaszel z płwociną, poczem wszystkie poprzednie objawy się nasiliły. Miesiąc temu zauważyła w stolcach krew.

Z dokładniejszego wywiadu dowiadujemy się, że pochodzi z rodziny zdrowej; od 15 do 30 roku życia pracowała w sklepie tytoniowym lub sama robiła papierosy. Mieszkała w ostatnich latach w wilgotnym pokoju, mało opalanym; żyła się zawsze przeważnie suchym pożywieniem. Przez szereg lat jadła obiad dopiero o 10 wieczór po powrocie ze sklepu. W ostatnich latach, mieszkając sama, gotowała sobie świeży obiad raz na tydzień w sobotę. Zwykle zaś żywiła się chlebem, herbatą, śledziem, suchą kielbasą, serem, szprotkami, konserwami — nie jadła więc jaj, mleka, masła, jarzyn, owoców, świeżego mięsa. Miała dużo przejść moralnych, dużo denerwowała się, wtedy miały występować u niej niebieskie plamy na ciele.

Z chorób poprzednich przechodziła podczas wojny dur; w 1920 r. — dyzenterję; 3 lata temu chorowała na żołądek. Du-

zo paliła, perjody zjawiały się w porę i były zazwyczaj regularne.

Aczkolwiek przybyła do szpitala o własnych siłach, robiła wrażenie ciężko chorej. Bardzo blada, z odcieniem żółtawym, twarz nalana, błony śluzowe i wargi blade, oczy żółte, całe ciało jakby ciastewate, lekki obrzęk wokół kostek. Na całym ciele, zwłaszcza na kończynach, liczne różnej wielkości wybroczyny, począwszy od punkcików krwawych do wielkości złotówki; oddycha spokojnie, tętno — 80 na 1', t° — 37,3°. Język aplastyczny; krwawienie z dziąseł nieco rozpulchnionych; uzębienie niezłe, liczne koronki złote. Na koniuszku i nad tętnicą płucną szmer skurczowy, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Ciśnienie krwi 110/70. Poza tym narządy wewnętrzne i układ nerwowy — bez zmian.

Mocz — bez składników patologicznych. Krew: Hgb. — 38%; Er. — 1.587.000; Indeks — 1,26; Retikulocyty — 3,6%; wybitna anizocytoza, liczne makrocyty, megalocyty — niepewne; normoblastów i megaloblastów — niema, płytek — bardzo mało. Ciąłka białe: — 2.650, wzór: B. — 0. E. — 2%, P. — 0, S. — 32%, Ly. — 62%, M. — 4%, a więc leukopenia z wybitną limfocytozą; wzór przesunięty na prawo; obojętno-chłonne naogół mało segmentowane, ziarnistości grubsze, niż zwykle. Krzepliwość — norma (2,5 minuty). Czas krwawienia — 10,5 minut, a więc 3 — 4-krotnie przedłużony. Barwniki żółciowe we krwi — niewzmoczone. Bilirubina w surowicy krwi: odczyn bezpośredni zarówno natychmiastowy, jak i po dwóch godzinach — ujemny; pośredni — ślad.

Kał wielokrotnie badany jaj pasorzytów nie zawiera; próba na krew utajoną — silnie dodatnia.

Dno oka: w oku lewym — wylew krwawy siatkówkowy, bezpośrednio przylegający do tarczy od góry.

Treść żółdkowa: Naczczo nic nie wydobyto, po śniadaniu B o a s - E w a l d a L. — 2; A. — 41, natomiast po śniadaniu alkoholowym przy badaniu frakcjonowaniem stwierdzono: L. — do 45, A. — do 59.

Mieliśmy więc do czynienia z ciężką anemią hiperchromową u względnie młodej osoby z objawami skazy krwotocznej. Pierwsze wrażenie nasze było, że mamy do czynienia z anemią złośliwą o typie A d d i s o n - B i e r m e r a. Jednakże już sam obraz kliniczny oraz poniekąd wzór krwi czerwonej i białej nasuwał poważne wątpliwości: nie było achylji, nie było zmian nerwowych, zwykle towarzyszących tak ciężkiej, bądź co bądź, trwającej od roku anemii; brak było urobilinogenu w moczu, czyli nie było wzmożonego rozpadu krwi przy tak ciężkiej niedokrewności. Skaza krwotoczna również nie należy do obrazu. W samym obrazie krwi zwraca uwagę brak megaloblastów i megalocytów, zwykle obecnych w tak posuniętym stanie.

Również co się tyczy ciałek obojętno-chłonnych, to profesor N a e g e l i z Zurychu, który był tak uprzejmy przejrzeć nasze preparaty, uważał, że obojętno-chłonne są naogół mało segmentowane, a ziarnistości są grubsze, czego według jego zdania, z reguły nie widuje się w anemii B i e r m e r o w s k i e j.

Dalszy przebieg cierpienia oraz wpływ zastosowanego leczenia na zachowanie się krwi potwierdził nasze przypuszczenia.

Chora w ciągu pierwszych 3-ch tygodni przy specjalnej diecie bogatej w witaminy pobierała: 250 gr. wątroby surowej oraz skoncentrowane wyciągi wątrobowe w postaci Per-naemonu podskórnie, poza tym duże dawki żelaza z kwasem solnym i wstrzykiwanie arseniku. Po 2-ch tygodniach dodaliśmy jej również, nie widząc efektu, tabletki tyreoidyny, jak wiadomo, pobudzającej szpik kostny, oraz wytłaczane soki owocowe i jarzynowe. Stan subiektywny chorej przytem się po-

prawil, ustąpiły plamy na ciele i wogóle objawy skazy krwotocznej.

Stan podgorączkowy jednak nadal się utrzymywał; poziom hemoglobiny i czerwonych ciałek nadal pozostał bez zmian, a co najważniejsze, nie widzieliśmy żadnych objawów wzmożonej czynności ze strony szpiku kostnego pod wpływem leczenia. Liczba retikulocytów przemijająco nawet spadała, a w każdym razie nie podniosła się. W tym sensie przemawiała również utrzymująca się leukopenia i mała liczba płytek.

Anemia więc tutaj powstała nie tyle wskutek rozpadu krwi, ile wskutek niedostatecznej czynności szpiku kostnego. Mieliśmy więc do czynienia z tak zwaną anemią aplastyczną wskutek niedomogi szpiku kostnego, i to w stosunku do wszystkich 3-ch układów krwi: Erytro-, leuko- i trombopoety.

Z względu na znaczną tutaj od pierwszej chwili skazę krwotoczną można było przypuszczać, że pierwotnem cierpieniem była tutaj małopłytkowość samoistna, która z biegiem czasu doprowadziła do anemii aplastycznej. Brak jednak tutaj cech małopłytkowości samoistnej, a mianowicie: kurczliwości skrzepu, odpowiedniego zachowania się płytek oraz zazwyczaj powiększonej śledziony.

Możliwe jest również, że małopłytkowość była tu częścią ogólnej panmyelozy, że ta sama przyczyna, która spowodowała zanik czerwonych i białych ciałek krwi, spowodowała również i zanik płytek.

Jak wiadomo, anemie aplastyczne są rzadkie. Występują one w następstwie zakażeń, hamujących czynność szpiku kostnego, jak np. w aleukji F r a n k a, w pewnych zatruciach zawodowych, jak na przykład, benzolem, w nowotworach, ciąży, najczęściej jednak z niewiadomej przyczyny.

Dalsze nasze wysiłki szły w kierunku ustalenia w danym przypadku etiologii cierpienia oraz zadziałania wszelkimi możliwymi bodźcami na szpik kostny.

Badanie laryngologiczne, dokładne badanie zębów, oraz zdjęcie rentgenowskie szczęk, zdjęcia klatki piersiowej oraz przewodu pokarmowego, badanie ginekologiczne zmian chorobowych nie wykazały. Pewne znaczenie mógł tu mieć natomiast wywiad chorej.

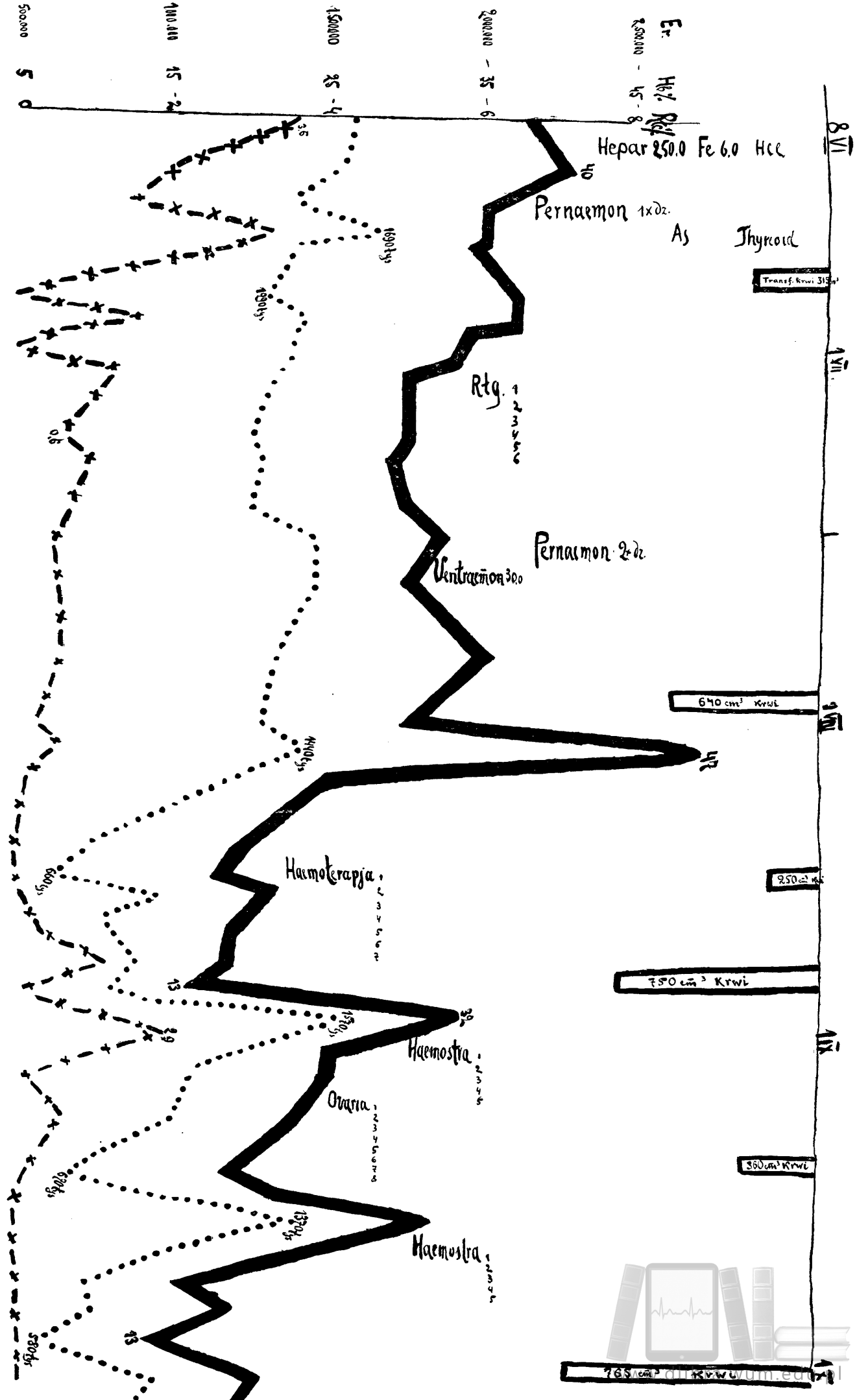
W celach dalszego leczenia substytucyjnego i bodźcowego stosowaliśmy nadal w ciągu następnych miesięcy obok wątroby, bardzo dużych dawek Ventræmonu, preparatów tarczycy i jajnika, żelaza i arseniku, również i potężne bodźce w postaci wielokrotnych transfuzji krwi, naświetlania długich kości małymi dawkami promieni R o e n t g e n a, heterohemoterapię, oraz zastrzykiwania kwasów aminowych pochodnych histidyny i tryptofanu w postaci preparatu „Haemostra“.

Dokładniejszy przebieg leczenia i jego skutków uwydatnia się na tablicach.

Jak widzimy wszystkie nasze różnorodne wysiłki dotychczas pozostały bez skutku. Chcieliśmy jednak omówić przemijający, co prawda, skutek pewnych środków lub zabiegów.

Zastosowaliśmy u chorej 7 transfuzji, wprowadziwszy jej około 3.000 cm.³ krwi. Zazwyczaj podaje się w piśmiennictwie, że przetaczanie jest nietyle środkiem substytucyjnym, ile bodźcowym, i że efekt daje się już osiągnąć przez wprowadzenie ilości, nie przewyższających 250 cm.³. W naszym przypadku widzimy, że największy efekt osiągnęliśmy przy 4-ej transfuzji, kiedy udało się wprowadzić 750 cm.³ krwi. Już podczas samego zabiegu chora apatyczna ożywiła się, cera i wargi zaróżowiły się, samopoczucie chorej radykalnie się zmieniło. Również w obrazie krwi zaznaczył się podskok większy hemoglobiny, któremu towarzyszył wzrost retikulocytów. Natomiast po innych, mniejszych przetaczaniach, jak np. po wpro-

Hb —
Er - - -
Rte - x -



wadzeniu 315 cm.³ krwi, tego efektu nie widzieliśmy. Tylko po 3-ej transfuzji, kiedy wprowadziliśmy około 600 cm.³ zaznaczył się podskok hemoglobiny. Wzniesienie to jednak wydawało się zależeć od samej obecności cudzej krwi, a nie było bodźcowe. Nie było bowiem podskoku retikulocytów. Stan subiektywny chorej również nie poprawił się. Widzimy więc, że jeszcze najlepszy efekt, aczkolwiek bardzo przemijający, dawały tutaj transfuzje. Może być, osiągnęlibyśmy lepszy wynik, gdyby udało się wykonać w krótkim czasie szereg następujących po sobie transfuzji. Przy ewentualnej poprawie można było by wtedy nawet wziąć pod rozważenie usunięcie śledziony, co także mogłoby dać pewien efekt.

Podczas stosowania preparatu „Haemostra“ obserwowaliśmy wzrost łaknienia, którego przedtem zupełnie nie było, i którego w żaden sposób nie mogliśmy poprzednio wywołać.

Również stan subiektywny chorej się polepszył. Także przez ten czas i dalszy spadek krwi udało się zahamować. Na przeszkodzie jednak ku dalszemu stoso-

waniu „Haemostry“ stała wysoka cena oraz trudności nabycia tego preparatu.

Stan chorej w obecnej chwili jest gorszy, niż w dniu przybycia, i powoli pogarsza się nadal. Nie wynika stąd, że nasze wysiłki były zupełnie bezcelowe. W okresie przed 4-ą transfuzją, kiedy przez kilka dni zaniechaliśmy bardziej intensywnego leczenia bodźcowego, spadek krwi zaznaczył się jeszcze większy — doszedł do 13-u% hemoglobiny. Chora nabrała wyglądu woskowego, stała się apatyczna, zupełnie nieruchoma, nie miała sił mówić, nie mogła ruszyć ręką. Mieliśmy przed sobą jakby żywe zwłoki. Już w trakcie wykonywania transfuzji, jak wspomnieliśmy wyżej, obraz raptownie się zmienił. Losy jednakże naszej pacjentki wydają się być przesądzone. Anemje aplastyczne prawie wszystkie kończą się zejściem śmiertelnym.

Chora po blisko 6 miesięcznym pobycie na oddziale dnia 26.XI.1933 r. zmarła.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddz. Gruźliczego Szpit. dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

(Ordynator: M. G a n t z).

Nieswoiste i swoiste nacieki tkanki płucnej *).

Podał

Jadwiga HUFNAGEL (Warszawa).

Zagadnienie odróżniania schorzeń płucnych swoistych (gruźliczych) od nieswoistych posiada nietylko duże znaczenie w rokowaniu i leczeniu, ale i niemniejsze znaczenie społeczne (odosabnianie chorych, leczenie sanatoryjne). Być może, że i dlatego omawiany temat jest tak aktualny ostatnimi czasami w piśmiennictwie wszechświatowym.

Wysiłki w kierunku uporania się ze spostrzeganymi obrazami klinicznymi schorzeń płucnych czynili różni autorzy i często te same lub zbliżone zespoły nieswoiste opisywali pod rozmaitymi nazwami, jak np. „jednodniowe zapalenie płuc“ autorów niemieckich, „congestions pulmonaires“ francuzów, t. zw. „fluksje płucne“, inaczej „mезenchymalne zapalenia płuc“. Ponieważ to wskiego i t. p. Takie nieujednostajnienie mianownictwa w znacznej mierze utrudnia orientację.

Niemniejszy chaos panuje w mianownictwie jednakowych cierpień gruźliczych: np. naciekiom dookłaoogniskowym, termin Schminckego-Kleinschmidta, odpowiadają nacieki („Infiltrierung“) Redekera, „Hilus - pneumonie“ Simona, „Epituberkuloze“ Heleny Eliasberg i Neulanda, „Paratuberkuloze“ Engla, „les foyers pneumoniques tuberculeuxes“ Bezancóna, swoiste „corticopleuritis“ Maloisela, wreszcie „splenopneumonia“ swoista Granchera.

Brak dokładnych badań anatomopatologicznych swoistych nacieków płucnych, niemożność

sprawdzenia sekcyjnego obserwowanych przypadków jeszcze bardziej pogłębiają panujący chaos.

Naogół biorąc, piśmiennictwo, dotyczące rozgraniczenia zmian płucnych swoistych od nieswoistych, jest mało przekonujące. Raczej często spotykamy się z opisem przypadków rzekomo swoistych, bez dostatecznego uwzględnienia nacieków nieswoistych. Zwłaszcza Boytinek ostrzega przed zbyt pochopnym zaliczaniem do spraw gruźliczych „przelotnych nacieków“ tkanki płucnej. W podobnym sensie wypowiadają się R. Jeanneret i F. Farné.

Hübshmann w r. 1929-ym na Zjeździe Anatomopatologów w Wiedniu zwrócił uwagę na konieczność rewizji zagadnienia. Oto jego słowa: „gerade die immer von mancher Seite für alzu viele Fälle behauptete Rückbildungsfähigkeit der Frühinfiltrate uns die Frage nahelegern müsse, ob wirklich alles das, was heute auf Grund Röntgenbildern als Frühinfiltrate im Sinne einer tuberkulösen Erkrankung bezeichnet wird, überhaupt etwas mit Tuberkulose zu tun hat“.

Rozpatrzmy, jakie posiadamy kryteria kliniczne w najszerszym tego słowa znaczeniu (badanie rentgenologiczne i laboratoryjne), pozwalające rozróżnić nacieki swoiste od nieswoistych.

I. Wywιάdy. Jest to czynnik rozpoznawczy nadzwyczaj ważny, aczkolwiek niejednolicie ujmowany. Gdy bowiem większość badaczy uważa świeżo przebyłą chorobę zakaźną (najczęściej grypę) za czynnik, mogący wyzwoić zakażenie gruźlicze, Birk i Hager są zdania, iż zdolność wytwarzania nacieków w płucach nie jest wyłącznym przywilejem gruźliczego, lecz i innych zakażeń (nacieki po anginowe — Boytinek, po grypowe — Peschel, po świnkowe — Maasit. p.).

K. Dietl podaje opis przypadku, który rentgenologicznie imponował jako naciek wczesny pod prawym obojczykiem, klinicznie cierpienie przebiegało jako grypa, ze względu na ujemne odczyny tuberkulinowe autor zalicza omawiany przypadek do nacieków nieswoistych. W. Curschmann opisuje przypadek zachłystowego zapalenia płuc u tonącego; przypadek

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu referatowym Szpitala dn. 24.IV.1934 r.

ten radiologicznie (bez uwzględnienia wywiadów) imitował naciek swoisty. Birk i Hager przytaczają dwa przypadki nacieków płucnych o obrazie rentgenowskim epituberkulozy (jeden po przebytej grypie, drugi po odrze) u dzieci, obarczonych rodzinnie gruźlicą, lecz wykazujących ujemne odczyny tuberkulinowe; nacieki cofnęły się po upływie kilku tygodni. Autorzy przypadki te słusznie zaliczają do nacieków nieswoistych. Przypadków takich możnaby przytoczyć więcej. Niekiedy, zatem, zbytne sugerowanie się wywiadami wprowadza w błąd.

Rzeczą diagnostycznie ważną dla rozpoznania spraw swoistych jest skłonność nacieków włonawrotów. W wywiadach przeto należy zwracać uwagę na bliżej nieokreślone schorzenia płuc, często podawane jako „grypa” lub „nieżyty oskrzeli”. Być może, że owe „grypy” swego czasu zbadane wszechstronnie (promienie Roentgena, odczyny tuberkulinowe) okazałyby się naciekami swoistymi.

Kontakt z otwartą gruźlicą jest czynnikiem rozpoznawczo ważnym. Redeker w przypadku stwierdzenia nacieku gruźliczego u dzieci uważa za konieczne badanie otoczenia na obecność prątków Kocha w płwocinie. Czyż jednak dziecko lub osobnik dorosły, stykający się z otwartą gruźlicą, nie może zapasć na nieswoiste zapalenie płuc? Czy z drugiej strony osobnik ze zmianami gruźliczymi w płucach nie może ulec nawarstwieniu nieswoistej sprawy na swoistą? (Jeanneret i Famé).

II. Rzekomo częstsze występowanie nacieków u dzieci, obarczonych skazą wysiękową, co podkreśla wielu autorów. Zdaniem V. Lubicha, w powstawaniu nacieku dookołaogniskowego większą rolę odgrywa miejscowa i ogólna „gotowość zapalna” ustroju, niż aktywność samego zarazka. Tem, być może, tłumaczy się względną częstość nacieków u dzieci ze skazą wysiękową. Dzieci te jednak wykazują również skłonność i do nieswoistych zmian zapalnych w płucach (częste nieżyty dróg oddechowych).

III. Współistnienie pozapłucnych objawów gruźlicy (*spina ventosa*, przetoki gruźlicze, wysiewowa gruźlica krtani, tuberkulidy; *scrophuloderma*, zmiany gruźlicze oczu i t. p.) przemawia z dużym prawdopodobieństwem, aczkolwiek nie z bezwzględną pewnością, za swoistą genezę cierpienia płucnego.

IV. Początek przeważnie podostry, podstępny, stan ogólny małoopóźniony, brak duszności, przybytki na wadze — wszystko są to w zględne kryteria, które przemawiają za swoistością sprawy. Nie należą jednak do rzadkości przypadki nacieków swoistych o początku ostrym, zwłaszcza u niemowląt. Ciepłota podwyższona może się utrzymywać tylko przez kilka dni i przejść w stan podgorączkowy, lub nawet bezgorączkowy, a niekiedy może też trwać przez czas dłuższy. Nawiasem dodamy, iż u małych dzieci częstym objawem zakażenia gruźliczego są biegunki.

V. Powiększenie śledziony należy do całokształtu obrazu klinicznego swoistych nacieków (W. Neumann, Gluziński, M. Gantz, Popowski i inni); objaw ten występuje jednak również w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych, zwłaszcza u dzieci.

VI. Wyniki badania fizykalnego w przypadkach nacieków swoistych poda-

wane są w rozmaity sposób przez poszczególnych badaczy. Eliasberg i Neuland, którzy pod mianem epituberkulozy pierwsi wyodrębnili zespół objawów, odpowiadający naciekom swoistym, stwierdzali intensywne stłumienie na dużej przestrzeni, przeważnie nad prawym górnym płatem. Badacze francuscy w przypadkach swoistej *corticopleuritis*, odpowiednika nacieków, opisują przytłumienie z przydźwiękiem bębennym (pryt. wedł. A. Festensztata, l. c.).

Z badaczy polskich Brokman i Festensztat stwierdzają intensywne stłumienie; autorzy ci zwracają uwagę na „przewagę objawów opukowych nad osłuchowymi”. S. Popowski mówi tylko o przytłumieniu. M. Gantz stwierdza wzmożoną oporność (przy badaniu metodą palpacyjną) lub przytłumienie z przydźwiękiem bębennym na ograniczonej przestrzeni, najczęściej w okolicy kręgowołopatkowej.

Rozmaitość objawów opukowych możnaby wytłumaczyć: 1) większym lub mniejszym odczynem opłucnowym; 2) bardziej powierzchownym lub głębokim umiejscowieniem nacieków; 3) mniej lub bardziej rozległą niedodmą tkanki płucnej, jako jedną ze składowych części nacieku (Prozorow, Jeanneret i Famé, W. Löffler).

Osłuchowo: Eliasberg i Neuland stwierdzali oddech chuchający lub oskrzelowy bez rzężeń; Z. Świder w swym streszczeniu poglądom, opartem głównie na pracach francuskich (Dufour, Péhu, Nobecourt) również mówi o oddechu prawie oskrzelowym, ale dziwnie cichym.

Engeli i Redeker uważają za typowy dla nacieków dookołaogniskowych oddech chuchający. Inni autorzy stwierdzają oddech pęcherzykowy, lub nieco osłabiony, niekiedy z odcieniem oskrzelowym.

M. Gantz szczególną uwagę przypisuje osłabieniu oddechu na ograniczonej przestrzeni. Powodem oddechu osłabionego jest prawdopodobnie odczyn opłucnowy oraz niedodma miąższu płucnego (M. Gantz).

Zagadnienie szmerów dodatkowych również jest traktowane niejednolicie przez poszczególnych badaczy. Eliasberg i Neuland, jak już wspomnieliśmy, nie stwierdzali rzężeń. Autorzy francuscy natomiast spostrzegali rzężenia, a niekiedy nawet objawy jamy (Armand-Dé-lille i Lestocquoy).

Z badaczy polskich S. Popowski stwierdza nieliczne drobnobankowe rzężenia z pewnym dźwięcznym odcieniem. Brokman i Festensztat zwracają uwagę, iż trzeszczenia nigdy nie występują w przypadkach nacieków.

Według M. Gantza, niejednolitość obrazu osłuchowego znajduje poniekąd wytłumaczenie w tem: 1) iż poszczególni badacze opisywali nacieki w rozmaitych fazach ich rozwoju, 2) iż w pewnym stadium na plan pierwszy wysuwa się zespół objawów, właściwy tylko naciekowi; w stadium zaś cofania się nacieku mogą dominować objawy fizykalne ogniska płucnego i dalszej je-

go ewolucji (rozmiękanie, przekształcanie się w jamę); 3) symptomatologię kliniczną nacieków swoistych opisywano częstokroć na zasadzie obserwacji przypadków niedość krytycznie opracowanych pod względem etjologii, na co zwraca szczególną uwagę Boytink w swej pracy, poświęconej krytyce przypadków nacieków swoistych, znanych z piśmiennictwa (Fassbender, W. Löffler).

Znaczny odsetek nacieków swoistych uchodzi uwadze klinicysty ze względu na ich nikłe objawy opukowo-osłuchowe. Również klinicznie bezobjawowo przebiega większość nacieków wczesnych. Tym jednak „niemym” obrazom fizykalnym odpowiadają wymowne obrazy rentgenologiczne. To też np. Birk i Hager są zdania, iż nacieki swoiste można rozpoznać wyłącznie na drodze badania radiologicznego.

Z takim ujęciem sprawy słusznie nie zgadza się większość autorów.

Jeżeli zechcemy porównać objawy fizykalne nacieków swoistych i nieswoistych, znów nasunie się szereg trudności. Boć np. przytłumienie z odzieniem bębnowym daje zwykłe płatowe i odoskrzelowe zapalenie płuc (wbrew przyjętemu mniemaniu, iż schorzenia te dają intensywne stłumienie). Coprawda, w przypadkach zapaleń płuc najczęściej mamy głośny oddech oskrzelowy; również w zapaleniach odoskrzelowych szmer oddechowy zazwyczaj jest raczej zaostrzony, gdy w nacieczeniach swoistych jest „na ograniczonej przestrzeni osłabiony, przy równoczesnym przytłumieniu i obniżeniu granic chorego płuca” (M. Gantz).

Dalej, jeśli idzie o rzężenia, to te wcześniej wysuwają się na plan pierwszy w odoskrzelowym zapaleniu płuc, natomiast nacieki swoiste naogół dają osłabienie oddechu bez szmerów oddechowych; te ostatnie w przypadkach nacie-

ków są przejawem istniejącego ogniska w miąższu płucnym i najczęściej nie bywają tak liczne, jak w schorzeniach nieswoistych.

W naciekach ściśle odwnękowych nie słyszymy rzężeń (M. Gantz).

Od wysięków opłucnowych nacieki swoiste odróżnia intensywne stłumienie (ton udowy), znamienne dla spraw opłucnowych.

Duże trudności różniczkowo-rozpoznawcze nasuwają serowate zapalenia płuc zarówno w odróżnieniu od nacieków swoistych, jak i od nieswoistych zapaleń płuc.

Według Feera, w zapaleniach serowatych o przebiegu ostrym stwierdzamy obraz krupowego zapalenia płuc, lecz bez głośnego oddechu oskrzelowego, w postaciach zaś przewlekłych oddech jest pęcherzykowy, osłabiony, któremu towarzyszy intensywne stłumienie (cecha znamienna tych zapaleń). Niekiedy występują rzężenia. H. Brokman i A. Festensztat w niektórych przypadkach serowatego zapalenia płuc stwierdzali oddech oskrzelowy. W przypadkach tych jednak, jak przekonali się na zasadzie badań sekcyjnych lub radiologicznych, mieli do czynienia z tworzeniem się jam.

Reasumując, możemy powiedzieć, iż mniej trudności różniczkowo-rozpoznawczych nasuwają przypadki, cechujące się mnogością objawów fizykalnych, niż przypadki o objawach nikłych.

Pierwsza grupa, o ile nie stwierdzamy prątków Kocha w płwocinie, przemawia raczej za nieswoistością cierpienia.

Przytoczone cechy różniczkowo-rozpoznawcze są tylko wytycznymi, nie posiadają jednak wartości bezwzględnej.

O rozpoznaniu decyduje całokształt obrazu i jego przebieg *).

*) Przypadki kazuistyczne opiszemy oddzielnie.

Oceny książek.

Jakób FROSTIG. **Psychjatrja.** (2 tomy. Str. 804. Lwów. Wydawnictwo Zakładu Narodowego imienia Ossolińskich. 1933).

Jeżeli dziś dopiero, w 1/2 roku po ukazaniu się tej książki, piszemy o niej na tem miejscu, to nie dlatego, żeśmy przeszli około niej zrazu milczaco, ażeby wreszcie spełnić suchy obowiązek sprawozdawczy, ale, przeciwnie, dlatego, że wysiłek tej miary, jakiego dokonał Frostig, powinien być oceniony dopiero po głębszem przestudjowaniu książki i poważnym nad nią namysłem. A w rozgwarze dnia roboczego trzeba było znaleźć na to czas i skupienie. Książka Frostiga obejmuje dwa duże tomy, które rozpadają się na trzy główne części: pierwsza nosi nazwę „Ogólne prawa życia ustroju”, druga — to psychopatologia ogólna, wreszcie trzecia — to klinika zaburzeń psychicznych. Wszystko poprzedzone jest wstępem, omawiającym pokrótce rozwój historyczny psychjatrji. Widzimy, że zawiera książka wszystko to, co powinien zawierać podręcznik psychjatrji w dobie obecnej. Zanim przejdziemy do omówienia działów poszczególnych, musimy słów parę powiedzieć o całości. Psychjatrja współczesna, jako nauka, znajduje się w stanie tworzenia się, w stanie płynnym, nieustabilizowanym. Istnieją rozmaite szkoły, rozmaite poglądy i teorie co do zagadnień ogólnych i kwestyj poszczególnych, i dlatego zrozumiałem staję się zjawisko, którego świad-

kami jesteśmy, zwłaszcza w Niemczech, gdzie psychjatrja, przyznać trzeba, stoi na najwyższym poziomie, że podręczniki w ostatnich czasach powstają dzięki współpracy całego szeregu ludzi, podręczniki zbiorowe, nie indywidualne. Albowiem trudno jest dziś jednemu człowiekowi objąć w dostatecznej mierze całokształt piętrzących się trudności, nadać całości pewien określony ton, dać sobie radę z podstawami biologicznymi z jednej strony, psychologicznymi — z drugiej, wreszcie w sposób wytrawny rozejrzeć się w zawilociach rozpoznawczych, sądowo-psychjatrycznych i społeczno-psychjatrycznych. „Ostatni z Mohikanów” — wódz psychjatrji na przełomie 2-ich stuleci, Emil Kraepelin pokusił się jeszcze o zdobycie laurów indywidualnych *) — i zdobył je, ale był to człowiek o niezwykle rozległym doświadczeniu osobistym, zdobytem w krwawym trudzie wieloletnim, człowiek, który potrafił dzięki temu stworzyć własną Szkołę, potrafił nadać swemu podręcznikowi jednolity, choć może ze stanowiska poglądów dzisiejszych, jednostronny trochę charakter. Kolega Frostig nie uląkł się tych wszystkich trudności, z których niewątpliwie zdawał sobie sprawę, i stworzył sam dzieło, któ-

*) Później tylko jeszcze Bleuler wydał mały jednatomowy podręcznik.

re ujawniło dużą erudycję i odczytanie autora w rozmaitych dziedzinach, z psychiatrią dzisiejszą sprzężonych, ale musiało z konieczności wykazać cechy niejednorodności, cechy eklektyzmu naukowego, cechy niedostatecznego przetrwania rozmaitych zagadnień teoretycznych, a zwłaszcza klinicznych, musiało wykazać również braki w układzie materiału, biorąc rzecz ze stanowiska pedagogicznego, dydaktycznego. Obie części teoretyczne książki napisane są naogół bardzo dobrze, zajmująco, nie tylko dla specjalistów, ale i dla szerszej publiczności. Specjalnie podkreślić należy umiejętne przedstawienie współczesnych kierunków psychologicznych. Już i tutaj można wytknąć autorowi pewne niedociągnięcia, niedokładności i niejasności. W rozdziałach poświęconych psychoanalizie, np. autor, mówiąc o rozwoju seksualności dziecięcej, oświadcza że „psychoanaliza potrafiła tu niejedną ciekawą szczegół wydobyc”. Wygląda to tak, jakby wykrycie całej seksualności dziecięcej i jej rozwoju należało położyć na karb innego jakiegoś kierunku naukowego, a tylko „niejedną ciekawą szczegół” wydobyła psychoanaliza. A dalej, co znaczy np. takie zdanie, jak „w pierwszych latach kontynuuje się moralne nastawienie dziecka?” Wogóle cały stosunek autora do psychoanalizy jest niewyraźny, powiedziałbym, ambiwalentny; z jednej strony poświęca całe stronic omówieniu kwestii narzeń sennych w duchu freudowskim, — a z drugiej tu i owdzie, wypowiada krytyczne uwagi, np. w stosunku do symboliki snów: powiedziałbym naogół, że psychoanaliza jest przez autora trochę pobłażliwie klepana po ramieniu. W dziale o afazjach zarzuciłbym autorowi również pewne niedokładności: przede wszystkim agnozja, objaw niezmiernie zawily, rozpatrzony jest krótko i to przed afazjami — dlaczego? Należy przedtem dobrze zrozumieć zaburzenia afatyczne, ażeby zrozumieć agnozę. Wprowadzenie terminu „napęd” niczego nie uczy, nic nie wyjaśnia, a samo określenie „napędu”, jako „życiowo-uczuciowej energii, które wpływa do ośrodków funkcjonalnych mózgu” jest mętne. Kiedy autor mówi o cyklotymji i schizofrenji, wyodrębnia między innymi i „takie typy, u których wrażliwość wiąże się z irracjonalnymi i nieobliczonymi kompleksami”. Co oznaczają „nieobliczone kompleksy”, trudno zrozumieć. A dalej, o schizotymikach mówi: „nigdy nie potrafi zatracić siebie w masie. Jeżeli jest społecznym, nie ludzie, nie społeczeństwo, ale idea jest jego celem: służy pewnej idei społecznej. Tę wrażliwość schizotymików będzienmy nazwalimy autyzmem”. Jesteśmy sami zwolennikami szerokiego ujmowania tego pojęcia, ale taka definicja autyzmu, jaką daje kolega Frostig, jest już za płynna, za literacka. W rozdziale zatytułowanym „Struktura osobowości dojrzałej”, doskonale jest przedstawiona introspekcja, znacznie lepiej, niż teoria psychoanalityczna. W psychopatologii ogólnej, naogół napisanej dobrze i zajmująco, mamy też do zaznaczenia kilka uchybień i niejasności. Dlaczego autor twierdzi, że szczególnie częste są stany zamroczenia przytomności w obrębie depresji klimakterycznej? W opisie zaburzeń spostrzegania opis uczucia obcości może trochę za bardzo technicznie literaturą, a obcość sama występuje nie w przebiegu schizofrenji, jak sądzi autor, ale w okresach wstępnych, albo w poronnych postaciach tej choroby. Określenie pierwotnego rozpadu myśli nie jest przekonujące, ani ścisłe: „pierwotnym wydaje się rozpad myśli, który nie znajduje żadnej psychologicznej podstawy i zdaje się wynikać z uszkodzenia mózgu”. Rozpad myśli — rozumialem — rozkojarzenie — jest właśnie najczęściej umotywowany grą kompleksów nieświadomych, a więc psychologicznym, i nie jest do tego potrzebne żadne uszkodzenie mózgu. I jakie uszkodzenie mózgu autor miał na myśli: endo- czy egzogeniczne? „Zahamowanie ruchowe — mówi autor w innym miejscu — napotykać wyłącznie przy stanach melancholijnych”. Twierdzenie niesłuszne. — A w stanach katatonicznych

nie ma zahamowania ruchowego? A dalej znów, czy istotnie w stanach melancholijnych uczucia tracą na intensywności, „stają się blade i nikłe”? Uczucia w tych stanach są najczęściej bardzo intensywne, bardzo głębokie, tylko swoiście zabarwione. Opisując stan manjakałny, autor mówi o odskakiwaniu uwagi wskutek bodźców wewnętrznych, a zaraz potem dodaje, że stopień podniecenia zależny jest w znacznej mierze od podniecia zewnętrznych otoczenia. Przecież właśnie prawdziwe stany manjakałne tem się różnią głównie od t. zw. pseudomanjakałnych, że dominuje w nich wzmocniona ponad miarę odwracalność uwagi na zewnątrz, podczas kiedy w tych drugich, najczęściej schizofrenicznych, odwracalność uwagi występuje wskutek bodźców wewnętrznych (autyzm). Przechodzimy do ostatniej części książki, do kliniki zaburzeń psychicznych. Tu na wstępie musimy zaznaczyć wadę w układzie. Zamiast na pierwszym miejscu umieścić opisy obrazów klinicznych, a potem mówić o rozpoznaniu, a zwłaszcza o leczeniu i ocenach sądowo-psychiatrycznych, autor, z powodów dla nas zupełnie niezrozumiałych, odwraca ten logiczny, zdawałoby się, porządek, i mówi najpierw o rozpoznaniu i leczeniu, a później dopiero daje opisy tych stanów, które należy rozpoznać, leczyć i oceniać. Rozdział o badaniu psychicznie chorych nie budzi zastrzeżeń, a tem mniej zarzutów, natomiast co do leczenia nie godziłbym się na rozmaite rzeczy. Autor jest zwolennikiem dość szerokiego stosowania hipnozy w stanach nerwicowych; otóż, moim zdaniem, hipnoza przydatna jest tylko w niektórych stanach histerycznych (zwłaszcza monosymptomatycznych lub u dzieci), w innych stanach psychonerwicowych, jak w stanach lękowych, fobjach i natręctwach, hipnoza może dać tylko w wyjątkowych przypadkach jakieś wyniki dodatnie, i to czasowe; hipnoza nigdy nie leczy radykalnie, może w najpomyślniejszych razach usunąć tylko objaw. Kilka uwag luźnych o dziale, traktującym o psychopatjach. Transwestytyzm spokrewniony jest nie z narcyzmem, ale z homoseksualizmem; rysy sadystyczne zależne są zawsze od popędów płciowych, a nie są, — jak autor twierdzi, — często genetycznie od nich niezależne. Stany Ganserowskie są nieścisłe zdefiniowane: tłumaczyć, „vorbeireden” przez „parafazję” jest zupełnie nieodpowiednie, „vorbeireden” — to odpowiedzi wymijające, ale nie parafatyczne; przykłady wybrane są też nietrafnie. Dlatego pośród psychopatów tylko „pędliwe i naiwne typy podlegają kuracji psychoanalitycznej”, jest całkiem niezrozumiałe. W psychozie manjakałno-depresyjnej nie zgodziłbym się z autorem uznać wyrzuty, sobie samemu czynione, za objaw brzeżny: jest to w stanach melancholijnych objaw najbardziej osiowy ze względu na olbrzymio wzmoczone poczucie winy, urojenia zaś hipochondryczne w postaci „węzów w brzuchu”, „robaczek w czaszce, które żłopiają mózg”, nie są wcale charakterystyczne dla zwykłych depresji manjakałno-melancholijnego typu, ale najwięcej widuje się je w depresjach starczych. O tych depresjach właśnie, niezmiernie interesujących, ważnych i trudnych pod względem różniczkowo-rozpoznawczym, autor mówi bardzo mało, zaledwie poświęca im słów kilka. Rozdział o schizofrenji, tej najczęstszej i najbardziej zagadkowej chorobie psychicznej, potraktowany jest zbyt pobieżnie, zarówno pod względem ilościowym (zaledwie 40 stronic), jak i jakościowym. Termin „rozpad” stosowany jest przez autora *largamane* i nie przyczynia się bynajmniej do wyjaśnienia i tak zawilych problemów. Czy nie należałoby raczej używać tego terminu dla oznaczenia stanów końcowych, a w innych razach stosować termin, ogólnie przyjęty, „rozszerzenie”? Nad sprawą stosunku schizoida i procesu schizofrenicznego przechodzi autor szybko do porządku dziennego; sprawy stosunku „procesu” w sensie Jaspersa i „procesu” w sensie Maurya, Gruhlego i innych,

nie porusza wcale. „Patognomiczne — mówi autor — c h o ć t r u d n e d o s t w i e r d z e n i a, są zmiany w źrenicach, przyczem w stanach ciężkiego osłupienia (katatonicznego) stwierdza się zupełną sztywność maksymalnie zwężonych lub rozszerzonych źrenic”. Przedewszystkiem nie może być patognomicznym objaw, który daje się trudno stwierdzić, a powtórnie zasadniczo sztywność źrenic u katatoników w stanie osłupienia (objaw *Westphala*) nie jest wcale stałą, ani charakterystyczną. Natomiast w czystym napadzie padaczkowym p r a w i e z a w s z e stwierdza się brak reakcji na światło, a nie, jak autor twierdzi „często”. Czy wystarczające będzie dalej, jeżeli powiemy za autorem, że „stan majaczenia wytwarza się tam, gdzie do zamroczenia przytomności przylączy się zwiększone podniecenie ruchowe albo psychoruchowe”. Czy to jest dostatecznym różniczkowaniem stanu majaczenia? Rozdział o nałogach napisany jest bardzo dobrze, ale i tu są usterki: „Beschäftigungsdelir” w majaczeniu alkoholowym nie da się przetłumaczyć na polski przez „omamy czynnościowe”, albowiem chodzi tu nietyle o omamy same, ile właśnie o przeżywanie omamów rozmaitych scen z zakresu wykonywanych zazwyczaj czynności. A dalej, najcharakterystyczniejszym momentem w omamach obłądki alkoholowej jest to, że chory słyszy je zawsze wypowiedziane w 3-ciej osobie: „on jest zdrajca, lotr” i t. d., o czym autor zupełnie nie wspomina. Klinika chorób wieku podeszłego potraktowana jest bardzo pobieżnie, niedostatecznie, różniczkowe rozpoznanie, wogóle w całej książce zaniedbane, tu specjalnie, gdzie chodzi o rzeczy ważne (arterioskleroza mózgu i otępienie starcze), jest zaledwie zlekka poruszone. Zasadniczym brakiem działu klinicznego jest pozatem brak przykładów klinicznych, brak tego źródła żywego, z którego czerpać winna pełną garścią prawdziwa wiedza kliniczna; kilkadziesiąt cudzysłówów nie może tego braku zastąpić. Język książki na ogół żywy, chwilami potoczny i na wysokim poziomie literackim, jeży się natomiast od zwrotów i wyrazów przeważnie o charakterze regionalnym, które rażą często ucho i psują ogólne wrażenie dodatnie. „Szturm ruchów” (burzliwe podniecenie ruchowe), „ekstremy” (krańcowości), „zebranie” (streszczenie), „napotykać na coś”, „zastanowienie” (zatrzymanie albo zatamowanie), „podnieśliśmy” (zaznaczyliśmy, uwydatni-

liśmy), „stłumia” (tłumi), „partja mózgu” (część, obręb), „ośrodek praktyczny” (praksyjny), „apraktyczny” (apraksyjny), „szukać za słowami” (szukać słów), „blaznowate” (blazeńskie) i t. d., i t. d. Nowowprowadzony termin „zestrój” zamiast „konstytucja” stanowczo się nie przyjmuje. Urojenie „kusobne” jest, moim zdaniem, gorsze, niż termin „ksobny”, który już uzyskał prawo obywatelstwa. Książka kolegi *Frostiga*, jak powiedziałem na wstępie, owoc wielkiego nakładu pracy, powinna w następnym wydaniu, którego napewno się doczeka, wyrównać wskazane powyżej braki, a niewątpliwie przyczyni się do zubożenia naszej ubogiej literatury psychiatryczno-podręcznikowej.

Maurycy B o r n s z t a j n.

H. KILLIAN. *Facies dolorosa*. (Str. 88. Ilustracji 64. Cena w oprawie RM. 19.60. Nakł. Georg Thieme Lipsk 1934.)

Dziwnie się jakoś złożyło, że lekarze tak mało poświęcali dotąd uwagi wyrazowi twarzy człowieka chorego. Poza klasyczną *facies Hippocratica* nie znamy właściwie chorób, któreby w jakiś swoisty sposób odbijały się na obliczu cierpiącego człowieka. Nie mam tu na myśli, rzecz prosta, sprawy rozpoznawania choroby na zasadzie wyglądu chorego (choroba *Baśedowa*, parkinsonizm, porażenie nerwu twarzewego, odwodzącego, zniekształcenia twarzy i t. p.), mówię raczej o wyrazie twarzy jako o studjum psychologicznym. Takie zadanie postawił sobie autor tej pięknej książki i z wielką precyzją na świetnie wykonanych ilustracjach fotograficznych przedstawił nam stronę duchową dotkniętego bólem fizycznym człowieka. Szczególnie udatnie i do głębi wzruszająco wyszły fotografie cierpiących dzieci: jakaś dziwna powaga maluje się na twarzach tych małych męczenników, z oczu wзира smutek świadomego swej doli człowieka, rzekłbyś, że ból fizyczny i niedomaganie długotrwałe przyspieszyły ich dojrzałość duchową. *Killian* jest chirurgiem, przeto i większość fotografii przedstawia ludzi, dotkniętych chorobami chirurgicznymi, względnie chorobami, wymagającymi zabiegu chirurgicznego. Do ilustracji dodany jest tekst objaśniający. Autor zapoczątkował rzecz pożyteczną, pouczającą a zarazem frapującą pod względem artystycznym. Książka jego stanowić będzie ozdobę biblioteki każdego lekarza.

Z. S r e b r n y.

Wskazówki praktyczne

A. P i l c z radzi sobie z *zatrzymaniem* moczu u tabetyków za pomocą ręcznego wyciskania zawartości pęcherza zamiast cewnikowania. Zatrzymanie moczu bowiem zależy tu od słabości mięśnia, wydalającego mocz (*detrusor*), a nie od kurczu zwieracza. (W. m. W. 1934, N. 28).

—o—

Wład rdzenia, według P i l c z a, powinien być leczony przedewszystkiem *neosalvarsanem* — 5,0 oraz *bismogolem* — 10 — 12 dawek po 1,5. Kuracja taka powinna być 2 — 3 razy powtórzona. Dopiero w razie niepowodzenia należy uciec się do stosowania malarji, phlogetanu lub pyrifery. (W. m. W. 1934, N. 28).

—o—

W *przełomach* *wiadowych* radzi P i l c z *zastrzykiwania insuliny*, pierwszego dnia 5 jednostek, później 8. Wogóle poleca P. djetę ubogą w cukier, gdyż w przełomach

wiadowych poziom cukru we krwi jest wzmożony. (W. m. W. 1934, N. 28).

—o—

Dla *zapobieżenia niepożądanym przypadłościom podczas leczenia malarją porażenia postępującego* daje P i l c z następujące wskazówki: liczba napadów nie powinna przewyższać 8, potem daje się w ciągu 3-ch dni 2 razy dziennie po 0,5, a w ciągu następnych 4 dni raz dziennie po 0,5 *Chinin. bisulf.* Chininę stosować należy i wtenczas, kiedy napady gorączki ustają same przez się. U dotkniętych chorobami serca i naczyń oraz u ludzi wycieńczonych poleca się szczepienie malarji podskórne (wyleganie 10 — 20 dni), bo wtenczas występuje typ *tertiana*, gdy zwykle przeważa typ *quotidiana*. Nad stanem układu krążenia trzeba pilnie czuwać, przedewszystkiem codziennie mierzyć ciśnienie. Jako *analeptica* poleca się ephetoninę, cardiazol, adrenalinę i kofeinę. Małe dawki chininy (0,1 — 0,3) dziennie łagodzą kurację. Dwuczasowe stosowanie malarji (przerwanie po 2 — 4 napadach łącznie z kuracją *salvarsanową*, potem powtórne szczepienie malarji) może być stosowane nawet u ludzi bardzo osłabionych. (W. m. W. 1934, Nr. 27).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 13 lutego 1934 roku.

Początek o godzinie 20 min. 15.

Obecnych członków T-wa 30; wprowadzonych gości 20.

1. Odczytano protokół posiedzenia naukowego z dn. 6 lutego 1934 roku, protokół przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne po b. p. D-rze Antonim Natansonie.

I. Część administracyjna.

4. Kol. Sekretarz Stały zreferował sprawę zapisu ś. p. Ciaglińskiego Adama z Warszawy. Zapis przyjęto.

5. Kol. Sekretarz Stały zreferował sprawę zapisu ś. p. Pawłowskiego z Lublina. Zapis przyjęto.

II. Część naukowa.

6. Kol. Grzywo-Dąbrowski (członek T-wa) i Manczarski A. wygłosili odczyt p. t.: *Samobójstwa w Polsce w roku 1931*.

8. Kol. Grzywo-Dąbrowski i W. (członek T-wa) i Felc Wł. wygłosili odczyt p. t.: *Zmiany anatomiczne w przypadkach samobójstw*.

W rozprawach zabierali głos: Kol. Prezes i Kol. Grzywo-Dąbrowski.

9. Kol. Goldmann M. (senior) wygłosił odczyt p. t.: *W sprawie badań krzywych ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną*.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 25.

Wice-Prezes: Zdzisław Sławiński

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 20 lutego 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 minut 10.

Obecnych 78 członków T-wa i 60 wprowadzonych gości.

1. Odczytano protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 lutego 1934 roku, protokół przyjęto.

2. Kol. Beck H. wygłosił odczyt p. t.: *O przekwitaniu kobiecym ze stanowiska ginekologicznego* (streszczenie własne).

Po omówieniu wzajemnych stosunków panujących w działaniu gruczołów dokrewnych po ustaniu czynności jajnika, B. podkreśla częstotliwość występowania nowotworów złośliwych w okresie przekwitania kobiecego. Okres ten zjawia się jako pierwsza wsteczna w czasie, kiedy czynność innych narządów odbywa się jeszcze w tempie normalnym i energicznym, i tę właśnie okoliczność należy przyjąć jako czynnik bodźcowy do powstania nowotworów złośliwych narządu rodowego kobiecego. Lecznictwo przykrych objawów wypadków w nowoczesnym ujęciu polega na leczeniu fizykalnym i hormonalnym.

3. Kol. Sterling Wł., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: *Zaburzenia nerwowe i psychiczne okresu przekwitania* (streszczenie własne).

Dokładna analiza wielopostaciowych obrazów neurologiczno-psychopatologicznych okresu przekwitania wykazuje, że nie spotykamy się tam z żadnymi obrazami klinicznymi, któreby obce były klinice neurologicznej i psychiatrycznej w innych okresach życia. Podnieść tu należy szczególnie doniosłe znaczenie konstytucji osobniczej oraz, co szczególnie ważne, t. zw. „konstytucji parciajnych”. Każda kobieta przeżywa taką postać okresu przekwitania, która odpowiada jej konstytucji indywidualnej i którą momenty egzogeniczne zmodyfikować mogą w stopniu stosunkowo nieznaczny, przyczem typy asteniczne reagują na okres menopauzy w stopniu stosunkowo burzliwym, zaś typy pykniczne — stosunkowo łagodnym. Konstytucja parciajna w postaci t. zw. „niedomogi międzymózdzia” (Biedl-Rattner), powoduje w okresie krytycznym szczególnie wybitne zespoły i typy naczynioruchowe i wegetatywne.

W dziedzinie psychicznej jeszcze przed właściwym załamaniem klimakterycznym zaczynają się pierwsze linie faliste klimakterycznego niepokoju psychicznego, ogarniając terytorja kategorii psychoseksualnych z ich różnorodnymi derywatami i sublimacją z uczynnienia natury społecznej i filantropijnej, z ich załamaniem natury romantycznej („wiek niebezpieczny” Karlin Michalelis) — regulowanych

przez niezmiennie prawa biologiczne i głęboko ukryte mechanizmy transformacji psychicznych (hiperkompensacja Adlerowska, tropizm psychagoniczny, prawo biegunowości naprzeciwbieżnej i t. p.). Poza zaburzeniami natury psychopochodnej i psychoneurotycznej jako anomaliami sposobu reagowania — występują tu na jaw również klasyczne psychozy klimakteryczne w postaci melancholii inwolucyjnej i paranoi inwolucyjnej.

Interpretację wszystkich tych zaburzeń opiera mówca: 1) na danych t. zw. eksperymentalnej biologii seksualnej (praw t. zw. erotyzacji mózgu), 2) na zestawieniu charakterystycznych zaburzeń klimakterycznych z zespołami pokastracyjnymi i 3) na porównawczym rozpatrzeniu zagadnienia t. zw. *climacterium virile*, dochodząc do wniosku, że w okresie przekwitania niedomoga gruczołów płciowych stanowi tylko jedno z ogniw współdziałających w strukturze somatopatologicznej i psychopatologicznej zespołu klimakterycznego i że wpływ patogenetyczny zaburzeń ośrodkowych i wegetatywnych z nieznanymi nam dotąd powodów uwidacznia się u kobiet w postaci daleko bardziej częstej i intensywnej aniżeli u mężczyzn.

4. Kol. Gorecki Zdz., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: *Rola przekwitania w patologii wewnętrznej* (streszczenie własne).

Kol. G. przedstawia, opierając się na spostrzeżeniach klinicznych rolę przekwitania w etiologii chorób wewnętrznych i dochodzi do wniosku, że rola ta jest ograniczona do choroby Graves-Basełowa, obrzęku śluzkowego, cukrzycy, objawów ze strony narządu krążenia (skurcze dodatkowe, pewne postaci dusznicy bolesnej, zaburzenie ciśnienia tętniczego, częstoskurcz, nawały krwi do głowy), *virilismus suparenalis*, *arthro-arthritides climacterica*. Ale i w tych cierpieniach rola przekwitania nie jest jedyną, gdyż spotyka się ważne czynniki etiologiczne innej natury.

Natomiast w patogenezie objawów chorób wewnętrznych rola przekwitania jest znacznie większa, co prelegent wyjaśnia na szeregu przykładów. Wpływ przekwitania na patogenezę tych chorób przejawia się przez zaburzenie czynności korrelacyjnej wszystkich gruczołów dokrewnych, co wywołuje zachwianie się równowagi układu nerwów błędnego i współczulnego a pozatem wystąpić może też działanie hormonów różnych gruczołów drogą bezpośrednią na narządy i tkanki.

Wreszcie prelegent omawia rolę psychorodnych podniet w cierpieniach wewnętrznych wobec zaburzeń psychicznych i nerwowych w okresie przekwitania.

Prelegent uważa przekwitanie za endokrynozę wielogruczolową wtórną o cechach czynnościowych z punktem wyjścia w jajnikach. W patogeniezie objawów chorobowych wewnętrznych przekwitanie gra rolę katalizatora i multiplikatora, co dzieje się drogą amfohipertonii wegetatywnej. Powstanie przekwitania potologicznego u kobiety świadczy o wzmożonej wrażliwości i zmniejszonej odporności psychicznej, o chwiejności układu wegetatywnego, rozluźnieniu korrelacji gruczołowej na tle konstytucji wrodzonej lub nabytej.

Następuje krótkie omówienie postępowania leczniczego.

Rozpraw nie było.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 10.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz

Zastępca Sekretarza Doroczny: Stanisław Hrom.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistyczno-Chirurgicznego w Lille z dnia 16 kwietnia 1934 r. (Presse méd. N. 57, 1934) Warembourg i Dupire pokazywali przypadek *przepukliny śródpiersiowej w przebiegu odmy sztucznej*. Przepuklina wystąpiła u 19-letniej dziewczyny w przebiegu odmy lewostronnej, której założenie i dopełnianie wykonywano co piętnaście dni, ilość powietrza wynosiła 400 cm³, zaś ciśnienie opłucnowe było stale ujemne. Istnienie tej przepukliny potwierdziło doopłucnowe wstrzyknięcie lipiodolu. Prelegenci sądzą, że zakłócenie równowagi między obu połowami klatki piersiowej z racji odmy wystarcza do wywołania przepukliny lub, ściślej mówiąc, rozciągnięcia przedniego uchyłka opłucnowego, nawet jeżeli ciśnienie opłucnowe utrzymywać poniżej ciśnienia atmosferycznego.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistyczno-Chirurgicznego

gicznego w Lille z dnia 16 kwietnia 1934 r. (Presse méd. N. 57, 1934) A. P a t o r r i C h r i s t i a e n s pokazywali przypadek *przewlekłej posocznicy meningokokowej*. Przypadek dotyczył 27-letniej kobiety, chorej już od roku zgorą. Początek choroby ujawnił się bólami głowy, wymiotami, lekką osutką o charakterze plamicy. Obecnie krzywa ciepłoty wykazuje gorączkę o typie rzekomo-zimniczym, zupełnie prawidłowym. Napadom gorączki, zresztą niewysokiej (38° do 38,3°) towarzyszy obostrzenie objawów zupełnie bez zespołu oponowego.

Posiewy ze krwi dawały wyniki ujemne, natomiast płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera meningokoki. Kontrolne badania nie wykazały zniknięcia drobnoustrojów. Seroterapia, leczenie szczepionkami, chemoterapia (gonakryna), zastosowane kolejno u chorej, nie mogą zahamować sprawy chorobowej, której towarzyszy stopniowe pogarszanie się stanu ogólnego, wobec czego rokowanie jest bardzo poważne. Choroba, jak się zdaje, zmierza, późno wprowadzić, ku postaci charłacznej D e b r é g o.

Przegląd terapeutyczny

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.
(Ordynator: Prof. Szczesny B r o n o w s k i).

Zagadnienie leczenia gruźlicy płuc wyciągami ze śledziony.

Podał

Dr. med. W. FALENCIK (Warszawa).

Il est bien difficile de se faire une opinion exacte sur la valeur d'une methode therapeutique, surtout lorsque'on a entendu plaider sur elle, le pour et le contre, par ceux, qui la connaissent le mieux.

G. Lemoine.

(Dokończenie — patrz Nr. 35).

Nie chcę więcej przytaczać przypadków, by zbytnio nie obciążać uwagi czytelników, gdyż inne stereotypowo się powtarzają, wybrałem klasyczne przykłady leczenia wyciągami ze śledziony, a w tych przypadkach żadnych innych leków chorzy nie otrzymywali. Jeżeli szcharakteryzujemy wyniki osiągnięte, to w streszczeniu da się powiedzieć:

1) C i e p ł o t a: krzywa ciepłoty ciała, jeżeli ją będziemy śledzili, to zależnie od jej charakteru, czy to będzie *febris hectica*, czy *continua* lub te t. zw. stany podgorączkowe — to stwierdzimy, że stopniowo się obniżają, zdążając do ciepłoty normalnej, oczywiście, dla pierwszych — czas będzie dłuższy — jednak spadek jest niezaprzeczalnie powolny, lecz stały, po 4 tygodniach kuracji można nawet w najpoważniejszych przypadkach osiągnąć ciepłotę ciała normalną.

2. T ę t n o: równolegle do spadku ciepłoty ciała spada również krzywa tętna. Spadek nie jest bynajmniej gwałtowny, lecz powolny, trwały, w przypadkach obserwowanych liczba tętna, dochodząca do 120—130 na minutę, spada do 80—84 na minutę.

3. P ł w o c i n a: oznaczona w cm. (sześciennych) dobowo wykazuje charakterystyczne zmniejszenie, jak również zmiany morfotyczne połączone z ogólną poprawą stanu przedmiotowego chorego — znikają włókna sprężyste, zmniejsza się liczba prątków K o c h a, np. z 40—50 w polu widzenia do kilku w polu widzenia. W lżejszych przypadkach, po 2—3 miesiącach leczenia prątki K o c h a znikają zupełnie. W przypadkach, kiedy chory przerywa kurację samowolnie — powracają.

4. K r e w: tu zachodzą najbardziej ciekawe i charakterystyczne sprawy podczas leczenia wyciągiem ze śledziony, gdyż z matematyczną ścisłością już po 10 dniach leczenia występują zmiany: liczba ciałek czerwonych wzrasta, i można osiągnąć nie tylko normalną liczbę, ale nawet, jak to bywało najczęściej, liczbę, przewyższającą normę; ilość hemoglobiny wzrasta; liczba

leukocytów wzrasta; nawet w trzecim okresie gruźlicy, gdy jest leukopenia, liczba białych ciałek wzrasta, podwaja się, a czasami nawet potraja — (z 3.200 — 6.400—9.200); w składzie procentowym białych ciałek krwi zachodzą bardzo charakterystyczne stosunki: liczba neutrofilów segmentowanych zmniejsza się, przejściowo powiększa się nieco liczba m ł o d y c h f o r m, równolegle do zmniejszania się liczby neutrofilów. Zwiększa się b. gwałtownie liczba limfocytów, tak, że w przypadkach obserwowanych stwierdzałem powiększenie się z 18—19% do 25—30%, a w niektórych przypadkach nawet do 40% ogólnej liczby białych ciałek krwi, a następnie liczba zwolna spada, ale nigdy nie niżej 25—30%, co potwierdza badanie krwi po upływie 6 miesięcy od ukończenia kuracji.

Mogę tu zaznaczyć, że w przypadkach, w których stwierdzano tak znaczne wzmoczenie się liczby limfocytów we krwi, zawsze u tych samych osobników stwierdzałem poprawę a potwierdzeniem były zdjęcia rentgenowskie płuc. Czas opadania krwinek się przedłużał. Ilość cholesteroliny się zwiększała.

W p ł u c a c h stwierdzamy ograniczenie nasilenia procesów zapalnych wysiękowych (ilość rzeżeń maleje). W najbardziej uporczywych przypadkach po ½ — 1 roku leczenia mogą procesy zapalne ustąpić zupełnie. Na miejsce tych spraw występują zmiany włókniste, wytwórcze. Nawet zmiany opukowe zwolna ustępują, ale tylko w swym nasileniu.

Rentgenologicznie znajdujemy potwierdzenie danych osłuchowych i opukowych w tym względzie, że tkanka płucna staje się bardziej powietrzna; — plamiste zaciemnienia zwolna przechodzą w smugi tk. płucnej bliznowaciejącej. Jednak jest charakterystyczny szczegół, że nacieki i zaciemnienia w postaci niewielkich plamek najtrudniej ustępują w okolicy szczytów — (u naszych chorych, obserwowanych co prawda z niewielkimi przerwami od 1928 r. do 1932 r.) — zaciemnienia drobno-plamiste płuc prawie zupełnie ustąpiły, pozostawiając tylko niewielkie smugi, lecz jeszcze w 1931 r. w szczytach można było roentgenologicznie stwierdzić pojedyncze plamki.

6. A p a r a t k r ą ż e n i a: nigdy w nim nie stwierdziłem ujemnego wpływu, przeważnie niewielki wpływ tonizujący na mięsień sercowy.

7. Z e s t r. p r z e w o d u p o k a r m o w e g o: nie stwierdziłem w żadnym przypadku nietolerancji.

Ze strony aparatu moczowego nigdy nie stwierdziłem zmian patologicznych.

Z e s t r. t k a n k i n e r w o w e j: co do ogólnego działania wyciągu śledziony, zwłaszcza na funkcje umysłowe — to muszę przytoczyć bardzo charakterystyczne objawy, dotyczące chorych i to przeważnie pracujących umysłowo. Wszyscy oni stwierdzają

łatwość kojarzenia, wzmożenie funkcji myślowych. W pewnym przypadku uporczywej senności, która groziła wprost usunięciem z zajmowanej posady, dolegliwość ta pod wpływem terapii wyciągiem ze śledziony ustąpiła.

W a g a c i a ł a — b. szybkie wznoszenie się krzywej wagi po 10 dniach stosowania wyciągu ze śledziony.

Leczenie wyciągiem ze śledziony wymaga, tak ze strony lekarza jak i chorego, dużo dobrej woli. Przewszystkiemu muszą być cierpliwi. Jakkolwiek poprawa, którą sam chory odczuwa, i o czym radośnie oświadcza swojemu lekarzowi, zaznacza się już w pierwszym tygodniu leczenia, — to jednak kuracja nie może być dorywcza, musi być należyście długotrwała, nieraz trwa tygodnie z przerwami, w okresie 2 — 3 miesięcznym, powtarzana 3 — 4 razy do roku w przeciągu 2—3 lat. Chorzy z I-ej grupy zajęć swych nie przerywali, a cały swój czas wolny poświęcali tylko na wypoczynek i prowadzenie kuracji.

II grupa chorych wymaga już opieki intensywniejszej, prawie wszyscy chorzy z tej grupy korzystali z urlopów zdrowotnych lub przerw w pracy 1—2 miesięcznych, powtarzanych nieraz dwukrotnie podczas roku kalendarzowego. W tymże okresie podawane były wyciągi ze śledziony.

III grupa chorych z najdalej posuniętymi zmianami w płucach przeważnie rekrutowała się z chorych niezamożnych, zaniedbanych, znajdujących się nieraz w opłakanych warunkach materialnych i mieszkaniowych. Chorzy ci pozostawali prawie zawsze w łóżku lub byli skierowani do szpitala przez lekarzy sanitarnych m. st. Warszawy; z chwilą poprawy przesyłani byli do sanatorium.

Kuracja tych chorych składała się z 2 części:

1) z ogólnej, w której zakres wchodziły zwykle przepisy higieniczno - dietetyczne;

2) specjalnej — stosowanie czy to *per os*, czy podskórnie wyciągu ze śledziony.

W przypadkach lżejszych zadawałające wyniki otrzymałem podając *per os*: *Extr. glicer. lienis, L.S.S., pulv. lienis* — K ł a w e, opozones gland. spleniques L u m i è r e, te ostatnie stosowałem zazwyczaj zaczynając od razu: 3 razy dziennie po 2 tabletki i wyżej, nie przekraczając jednak 10 tabletek dziennie.

W przypadkach średnich, a więc chorym należącym do II grupy polecałem pracę ograniczyć do *minimum*. W pomyślnych warunkach zalecałem wyjazd na wieś, jednak o najlepszych warunkach klimatycznych — podając im dokładny plan dnia, godzin posiłku, leżakowania i t. d. oraz wyciąg ze śledziony w postaci iniekcji podskórnych.

Chorym, należącym do 3 grupy, dawałem wyciąg ze śledziony zawsze podskórnie. Najchętniej posługiwałem się wyciągiem ze śledziony „L i e n” w ampułkach fabrykacji L. S. S. w Warszawie, zaczynałem od 2 cm.³ codziennie lub co drugi dzień, stopniowo podwyższając

dawkę do 5 cm.³ wyciągu na dobę w dwóch porcjach. Dlatego zwykle w 2 porcjach, gdyż, jak doświadczenie mnie pouczyło, ilości powyżej 5 cm.³, wstrzyknięte naraz, są przykre dla chorych (długa i dość długotrwała bolesność). Okresu podawania sztucznie nie zwężałem do wystąpienia pierwszych objawów, które można było notować jako regresję sprawy gruźliczej w płucach, a podawanie L i e n u prowadziłem tak długo, aż uzyskałem wyraźną stabilizację poprawy.

Dla osiągnięcia powyższego celu, nieraz trzeba było prowadzić wyżej zaznaczoną kurację u chorego przez 2—3 miesiące z przerwą 3—4 dni po każdym 4 tygodniach kuracji. W przerwie podawałem wyciąg ze śledziony doustnie.

Do iniekcji podskórnej służyły mi preparaty: pierwszy już wyżej wymieniony „L i e n” L. S. S. w ampułkach, starszy co do czasu zjawienia się na rynku farmaceutycznym, który w 1 cm.³ zawiera 0,25 świeżej śledziony, oraz najnowszy preparat „S p l e n o s a n” L. S. S., który jest przygotowany według metody K o s k o w s k i e g o i D a d ł e z a i zawiera 5% roztwór substancji czynnej śledziony w ampułkach po 1 cm.³.

Muszę zaznaczyć, że przy posiłkowaniu się tak pierwszym, jak i drugim preparatem nie zauważyłem nietolerancji, ujemnych skutków przedawkowania oraz objawów ubocznych lub miejscowych.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) Leon Binet. La rate organe reservoir. Paris. Masson 1930. — 2) Tenze. La physiologie de la rate in leçons du dimanche. Paris J. B. Bailliere 1930. Str. 143 — 157. — 3) Guillaume. Vagotonie - Sympaticotonie — Neurotonie. Masson 1928. Str. 361 — 367. — 4) Ruttgers et A. Kamsler. Über Milzdiet bei Tuberkulösen. Beitr. Klin. Tbk. 72. Str. 68—78. 1922 r. — 5) Armand - Delille P. F. Action favorable d'extraits spléniques sur certaines formes évolutives de la tuberculose chez l'enfant. Rev. de la Tuberculose T. IX. Nr. 2 Str. 256—263. — 6) O. Fligel. Milzbehandlung bei eitrigen fistulirenden Gelenkstuberkulose. Wien. Klin. Woch. N. 45. Str. 1570. 1928. — 7) Über Organotherapie der Lungentuberkulose. F. Mattausch. Beitr. Klin. Tbk. 72. Str. 725. 1929. — 8) Über die Wirkung oraler Darreichung der Milz auf das vegetative System E. Schliephake. Z. exper. Med. 70. Str. 52. 1930. — 9) Kongress der Deutschen Gesellschaft f. innere Medizin. Wiessbaden 7—10/4 Klin. Woch. N. 19. Str. 908. 1930. — 10) Milztherapie bei Kehlkopftuberkulose. F. Hutter. Wien. Klin. Woch. L.(a). II. 1929. Str. 1531. — 11) Bayle. Presse Medicale N. 76. 1925. — 12) Tenze. L'Opothérapie splénique dans le traitement de la tuberculose. Presse Medicale Nr. 98. L(a). 1928. str. 1563. — 13) Stefan Rudzki. Gruźlica i jej zwalczanie 1928. Str. 625.— 14) Wyniki stosowania wyciągu ze śledziony w gruźlicy płucnej w świetle badań Bayle'a i własnych. E. Wajs. Nowiny Lekarskie. Zeszyt 21, str. 726. 1927.— 15) Fizjologia i patologia śledziony. W. Czarnecki. 1923. — 16) Dr. med. B. Scherman. — Wilno. Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc. — 17) E. Lauda. Zmiany w poglądach na czynność i znaczenie śledziony. W. Klin. Wochenschrift 16/33 rok.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Koszty opieki lekarskiej.

Podali

S. ADAMOWICZOWA i M. KACPRZAK (Warszawa).

„Jakość opieki lekarskiej jest wskaźnikiem cywilizacji narodu“.

Wilbeer.

Praca niniejsza jest streszczeniem raportu amerykańskiego Komitetu „Kosztów opieki lekarskiej”, wyłonionego przez Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarskie (American medical Association *).

Chociaż raport omawia wyłącznie stosunki amerykańskie, zawiera jednak cały szereg myśli i poglądów, które mogą żywo zainteresować czytelnika każdego kraju, ze względu na aktualność poruszonych zagadnień i prób reorganizacji opieki nad zdrowiem ludności, często dziś spotykanych **).

Amerykański Komitet powstał w 1927 r. i prowadził swe prace przez 5 lat, składał się z 50 wybitnych specjalistów w dziedzinie medycyny, zdrowia publicznego, spraw społecznych i przedstawicieli ogółu ludności. Koszty studjów, prowadzonych przez Komitet pokrywane były drogą subwencji, przeznaczonych na ten cel przez 8 fundacji (R. Rockefellera; Carnegie Corporation; Josiah Macy, Jr. Foundation; Milbank memorial Fund; New York Foundation; Julius Rosenwald Fund; Russell Sage Foundation; Twentieth century Fund).

Badania Komitetu miały na celu zobrazowanie istniejącego stanu rzeczy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz opracowanie projektu takiej organizacji, któraby zapewniała odpowiednią opiekę lekarską całej ludności we wszystkich warstwach społecznych, po cenach kosztu, który ludność ta jest w stanie po-

**) Streszczenia dokonano za zgodą Komitetu i Wydawcy.

*) W większych rozmiarach praca ta była podana w Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych, Sierpień, 1934.

nieść. Projekt miał wskazać zarazem, gdzie należy szukać rozwiązania następujących zagadnień: 1) nierównomiernego podziału kosztów opieki lekarskiej, 2) braku lekarzy i szpitali w okręgach wiejskich, 3) niedostatecznej pomocy dentystycznej, 4) niemożności ze strony wielu chorych korzystania z opieki pielęgniarskiej ze względu na koszty, 5) niedostatecznego wynagrodzenia wielu lekarzy oraz niedostatecznego zaopatrzenia ich we współczesne urządzenia techniczne niezbędne do odpowiedniego wykonywania praktyki.

Zalecenia, opracowane przez Komitet, nie zostały przyjęte jednogłośnie — szereg członków Komitetu miał daleko idące zastrzeżenia, i mniejszość wystąpiła z raportami dodatkowymi, złożonymi bądź to grupowo, bądź indywidualnie. Trudno się temu dziwić. Zalecenia Komitetu, zmierzające do ujęcia opieki lekarskiej w pewne zorganizowane formy, nie mogły nie natrafić na sprzeciw w kraju, który nie zna ubezpieczeń, i w którym do niedawna każdy człowiek był pozostawiony wyłącznie sam sobie, swej własnej inicjatywie i swej zdolności do utrzymania się na powierzchni życia.

Zalecenia większości wskazują, iż te wielkie przemiany, jakie zachodzą w umysłowości amerykańskiej, są jednym z pośród wielu innych dowodów, jak czułym wskaźnikiem stanu każdego społeczeństwa jest jego typ organizacji i opieki nad zdrowiem.

1. Obecne koszty opieki lekarskiej w Stanach Zjednoczonych A. P.

Na wstępie Komitet umieścił w swym raporcie obliczenie kosztów opieki lekarskiej w Stanach Zjednoczonych. Są to liczby niezmiernie ciekawe, podajemy je więc, chociaż dla nas mogą one mieć znaczenie tylko orientacyjne.

Ogólna suma wydatków na ten cel wynosiła w 1929 r. 3.656 milionów dolarów, czyli około 30 dolarów na głowę ludności.

Podział wydatków według grup uwidocznił jest w umieszczonej tablicy Nr. 1.

Tablica Nr. 1.
Koszty opieki lekarskiej w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.
(w tysiącach dolarów)

Wydatki	Ogółem	Źródła pokrycia			
		Pacjenci	Fundusze publiczne	Dobroczynność	Przemysł
Lekarze (praktyka prywatna)	1.090,000	1.040,000	—	—	50,000
Dentyści (praktyka prywatna)	445,000	445,000	—	—	—
Niedyplomowani lekarze i znachorzy (osteopaci, nagniatacze kręgów i t. p.)	193,000	193,000	—	—	—
Dyplomowane pielęgniarki (praktyka prywatna)	142,000	142,000	—	—	—
Pielęgniarki praktyczne (praktyka prywatna)	60,000	60,000	—	—	—
Szpitale: wydatki bieżące	656,000	278,000	300,000	54,000	24,000
Szpitale: wydatki na nowe budownictwo . .	200,000	—	100,000	100,000	—
Zdrowie publiczne	121,000	—	93,500	27,000	—
Pracownie prywatne	3,000	3,000	—	—	—
Przyrządy ortopedyczne i t. p.	2,000	2,000	—	—	—
Okulary	50,000	50,000	—	—	—
Lekarstwa ¹⁾	665,000	665,000	—	—	—
Lecznictwo zorganizowane	29,000	7,790	16,000	210	5,000
Ogółem	3.656,000	2.885,790	509,500	181,710	79,000

¹⁾ w tem 360 milionów na środki patentowane.

II. Zasadnicze postulaty należytej opieki lekarskiej.

Zasadnicze postulaty zadawającego programu opieki lekarskiej można sformułować, jak następuje:

1. Utrzymanie na odpowiednim poziomie jakości opieki lekarskiej i osobistego stosunku pomiędzy chorym i lekarzem.

2. Zapewnienie pomocy lekarskiej, odpowiadającej rzeczywistym potrzebom ludności.

3. Zapewnienie opieki lekarskiej, odpowiadającej sile płatniczej ludności.

4. Nastawienie na zapobieganie.

5. Dobór należyście wykwalifikowanych lekarzy praktyków.

6. Odpowiednie wynagrodzenie lekarzy i personelu lekarskiego.

1. Utrzymanie na odpowiednim poziomie jakości opieki lekarskiej i osobistego stosunku pomiędzy chorym i lekarzem.

Za ekonomicznie zdrowy plan można uznać tylko taki, który potrafi zapewnić całej ludności pełnowartościową opiekę lekarską, w ostatecznym wyniku najbardziej się opłacającą.

Zachowanie osobistego stosunku pomiędzy chorym i lekarzem jest podstawowym elementem pełnowartościowej opieki lekarskiej. Stosunek ten, zgodnie z określeniem Komitetu, zbudowany jest nie tylko na przywileju zaufania, przyczem ścisła poufność otrzymanych zwierzeń jest prawnie zastrzeżona, ale również na stałej wzajemnej odpowiedzialności chorego i lekarza.

Opieka lekarska w swym założeniu jest i musi pozostać opieką indywidualną. Choć element osobisty posiada mniejsze znaczenie w niektórych gałęziach medycyny, powinien być jednak zawsze brany pod uwagę. Człowiek nie jest standaryzowaną maszyną, i każda jednostka reaguje na warunki życia w sposób, w pewnym względzie, jedyny. Dobór lekarza musi być uzależniony od rodzaju ludności, wśród której lekarz ma pracować. Stanie się wtedy zaufanym doradcą — zaufanie zaś jest niejednokrotnie bardziej ważkim czynnikiem leczniczym, niż lekarstwo.

Faktem jest, że dawne dobre stosunki pomiędzy chorym a lekarzem domowym zostały naruszone. Częściowo może dlatego, że lekarz domowy nie utrzymał się na odpowiednim poziomie wiedzy i techniki, a częściowo również i dlatego, że zapanowało pewne zamieszanie w stosunkach z powodu wystąpienia na widownię odrębnych specjalistów, poradni, szpitali. Trzeba przywrócić lekarzowi domowemu należne mu stanowisko, obdarzyć go zaufaniem, rozszerzyć jego możliwości przez skoordynowanie jego działalności z działalnością lekarzy specjalistów i instytucji zdrowotnych, co mu pozwoli na sprawne prowadzenie pracy.

2. Zapewnienie pomocy lekarskiej, odpowiadającej rzeczywistym potrzebom ludności.

Należy poczynić kroki, aby zapewnić dobrą opiekę całej ludności Stanów Zjednoczonych. Potrzeby ludności w dziedzinie opieki lekarskiej są znacznie większe, niż ludność zdaje sobie z tego sprawę, przewyższają one również znacznie obecną siłę płatniczą ludności. Każdy plan jednakże, winien uwzględniać nie tylko potrzeby natychmiastowe, ale

i dalsze, aż do ewentualnego całkowitego pokrycia istniejących potrzeb.

3. Zapewnienie opieki lekarskiej, odpowiadającej możliwościom płatniczym ludności.

Obecny system nakłada z jednej strony nieusprawiedliwione ciężary na lekarzy i szpitale, z drugiej zaś bardzo często każe ludziom średnio zamożnym wybierać tylko pomiędzy dobroczynnością a całkowitem zerzeniem się pomocy lekarskiej. Dobrze obmyślany program winien umożliwiać znacznemu odsetkowi ludności całkowite pokrywanie kosztu opieki lekarskiej na warunkach umiarkowanych, lecz pozwalających na zachowanie godności własnej. Koszty opieki lekarskiej nad ubogimi, którzy wcale nie mogą płacić, winny być rozłożone, stosownie do zdolności płatniczych, na resztę społeczeństwa.

4. Nastawienie na zapobieganie.

Opieka lekarska winna obejmować systematyczne i intensywne stosowanie metod zapobiegawczych tak w praktyce prywatnej, jak i w służbie zdrowia publicznego.

Zapobieganie chorobom pacjenta oraz zmierzanie do wyrobienia nawyków higienicznych winno zajmować coraz więcej miejsca w pracy lekarza domowego, zarówno w jego gabinecie, jak w domu chorego i w szpitalu; organizacja zaś pracy lekarskiej i system opłat za tę pracę powinny mieć na celu jaknajszersze zastosowanie medycyny zapobiegawczej.

Organizacja służby zdrowia winna być postawiona na należytym poziomie. Propaganda higieny winna być prowadzona przez szkołę, przez urząd zdrowia oraz przez lekarzy praktyków. Rozwój tej pracy wymaga lepszego wyposażenia istniejących instytucji oraz wyszkolonego personelu, w którego doborze należy się kierować wyłącznie jego technicznymi i administracyjnymi kwalifikacjami.

5. Dobór wykwalifikowanych lekarzy praktyków.

Lekarz domowy jest pierwszym łącznikiem pomiędzy wiedzą lekarską i ludnością. Zajmuje on czołowe stanowisko w walce człowieka z chorobą. Dlatego też jest tak ważnym, ażeby to był lekarz doświadczony i przygotowany do swej pracy.

Ponieważ opieka lekarska jest „towarem” o wartości którego pacjent nie może odpowiednio sądzić, trzeba mu dopomóc w doborze lekarzy i ułatwić pielęgnowanie zdrowia.

6. Odpowiednie wynagrodzenie lekarzy praktyków i personelu lekarskiego.

Warunki bytu i pracy lekarzy powinny być takie, ażeby mogły pociągać uzdolnioną młodzież do tego zawodu oraz zapewnić jej w przyszłości możliwość poświęcenia swej pracy zawodowej całego swego czasu i swej uwagi. Wiele szpitali i innych instytucji zdrowia publicznego również potrzebują większych środków i stałej pomocy finansowej. Pieniądże na ten cel wpływać muszą albo od poszczególnych pacjentów, albo z jakiegoś funduszu centralnego, który powstaje z opłat pacjentów, ponoszących całość lub część wydatków, na opiekę nad swym zdrowiem.

W y t y c z n e.

Celem zapewnienia odpowiedniej pomocy lekarskiej należy:

a) stworzyć typ zorganizowanej lub grupowej pomocy lekarskiej, co umożliwi bardziej wydadne i ekonomiczne zaspokojenie potrzeb ludności w tej dziedzinie;

b) rozłożyć koszty opieki lekarskiej na dłuższy okres czasu oraz na grupy jednostek lub rodzin.

c) opracować plan koordynacji działalności służby zdrowia i opieki lekarskiej, przyjmując jako podstawę jednostkę terytorjalną wyższego lub niższego typu.

Zapewnienie opieki przez zorganizowane grupy.

Coraz szerszy rozwój niektórych gałęzi medycyny sprawia, iż w lecznictwie coraz bardziej wyczuwa się potrzebę organizacji i koordynacji. Pierwszym i najważniejszym czynnikiem jest szybki rozwój techniki i wiedzy lekarskiej i wciąż wzrastająca konieczność specjalizacji i podziału pracy. Niema obecnie takiego człowieka, któryby był w stanie objąć całokształt wiedzy lekarskiej i posiadać umiejętność wykonywania wszelkich zabiegów. Nietylko więc medycyna rozpadła się na cały szereg specjalności, ale powstały różne pokrewne i zastępcze zawody i specjalności techniczne. Wielu pacjentów udaje się obecnie bezpośrednio do specjalisty bez zasięgnięcia uprzednio porady lekarza domowego (general practitioner). Ten sposób postępowania komplikuje sprawę, zwiększa koszty i zmniejsza powagę stanowiska lekarza domowego.

Drugim czynnikiem jest wzrost kosztów inwestycji na urządzenia techniczne, konieczne dla dokładnego badania, rozpoznania i leczenia chorób. Wielu lekarzy praktyków, pracujących w pojedynkę, nie jest w stanie nabyć kosztownych i różnorodnych instalacji i aparatów — nie mają oni również czasu, aby wydoskonalić się w ich używaniu.

Rozwiązanie tych wszystkich trudności może nastąpić w drodze łączenia się zarówno lekarzy, zajmujących się praktyką ogólną, jak i specjalistów w grupy, aby wykorzystać możliwości, wypływające ze ściślejszych stosunków zawodowych oraz wspólnego używania instalacji i personelu pomocniczego. Nie trzeba dowodzić, że łatwiej jest zapewnić sobie pomoc szpitala i zdobyć konieczne urządzenia techniczne grupie lekarzy, pracujących na zasadach współdzielczości, aniżeli każdemu z tych lekarzy indywidualnie. Odpowiednie kierowanie cało-

kształtem praktyki lekarskiej, zarówno fachowym, jak i administracyjnym, odpowiednie zorganizowanie i kierownictwo personelem pomocniczym może być znacznie łatwiejsze dla grupy, niż dla jednostki. Praktyka, wykonywana w pewnym zespole, należycie zorganizowanym, może pobudzać do podniesienia kwalifikacji zawodowych, na co wpływać będzie dodatnio odpowiednie wyposażenie techniczne, zwiększenie wolnego czasu, który będzie mógł być przeznaczony na dalsze studia i prace badawcze. Wreszcie wzajemna krytyka kolegów. Młodszych lekarzy pobudzać będzie do doskonalenia się przeświadczenie, że ich posuwanie się naprzód zależy więcej od spokojnej i rzeczowej oceny starszych kolegów, niż od wyboru mało poinformowanej klienteli.

Bodźce, wypływające z codziennej pracy, opartej na zasadach współdziałania, sprawiają, że praca w grupie wpływać będzie na przełamanie zbytniego indywidualizmu w myśleniu i działaniu, co jest często udziałem specjalistów; pomoże to również do stworzenia takich form organizacyjnych, w których każda specjalność znajdzie odpowiednie sobie miejsce, ale nie większe, niż to, które się jej należy.

Formy organizacyjne, jakie przyjmą projektowane grupy, są bardzo ważne, pamiętać jednak zawsze trzeba, że żadna forma nie może wznieść się powyżej poziomu, na jakim się znajdują ludzie, tworzący daną grupę.

Z drugiej strony nie wolno jednak zapominać, że praktyka, wykonywana przez grupę, może pogłębić wady praktyki indywidualnej i stworzyć nowe trudności, o ile typ organizacji jest błędny, lub o ile odpowiedzialne jednostki w grupie nie stoją na wysokości zadania. Za główne niebezpieczeństwo praktyki grupowej uważać należy:

a) przerost liczebny grupy, co może doprowadzić do tego, że nie tylko pacjenci, ale nawet lekarze będą traktowani jedynie, jako zęby u koła maszyny i stosunek osobisty pomiędzy pacjentem a lekarzem zostanie zatracony; b) utrata inicjatywy i energii ze strony jednostki, wypływająca z zapewnienia bytu przez grupę; c) dążenie starszych lekarzy do utrzymania władzy i walka młodszych lekarzy o jej zdobycie może być bardziej destrukcyjna wewnątrz pewnej organizacji, niż pomiędzy niezależnymi od siebie konkurentami.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące

— Okólnik Minist. Wyzn. Relig. i Ośw. Publicz. w sprawie podniesienia stanu sanitarnego szkół powszechnych. W związku z organizacją nowego roku szkolnego 1934/35 w publicznych szkołach powszechnych zwracam uwagę Kuratorów na konieczność wydania odpowiednich zarządzeń w sprawie poprawy stanu sanitarno-higienicznego budynków i lokali szkolnych oraz ich urządzeń i otoczenia. Ze sprawozdań Kuratorów Okręgów Szkolnych oraz Inspektorów Szkolnych wynika, iż stan ten jest w dużym stopniu niezadawalający i że władze i organy samorządowe nie wszędzie zapewniają szkołom warunki, jakich wymaga higiena szkolna i przepisy sanitarno-porządkowe. W większości Okręgów kubatura i powierzchnia izb szkolnych jest niedostateczna. Ministerstwo zdaje sobie sprawę, iż poprawa istniejącego stanu rzeczy, jako wiążąca się ściśle z zagadnieniem budowy szkół powszechnych, rozwiązywana być musi stopniowo w zależności od stanu finansowego i gospodarczego kraju, niemniej jednak uważa, iż

granica odchyłań od norm podstawowych dla prowizorycznych pomieszczeń szkolnych muszą być minimalne wymagania higieny; szkoła bowiem nie może tolerować warunków, które wpływają ujemnie na stan zdrowia dzieci i na wydajność ich pracy. To też zwrócenie baczniejszej uwagi na stronę higieniczno-sanitarną budynków i lokali szkolnych przy obecnym przeludnieniu szkół jest koniecznością i to koniecznością palącą. Dążąc do powiększenia kubatury i powierzchni izb szkolnych odpowiednio od ich zaludnienia należy kategorycznie nie zezwalać na pomieszczenie szkół w izbach, nieodpowiadających pewnym minimalnym wymaganiom higienicznym: a więc zbyt szczupłych, niskich, przechodnich, bez otwierających się okien lub o małych oknach i niedostatecznie oświetlonych. Nie należy bezwzględnie dopuszczać, by działwa szkolna pomieszcza na była w budynkach spróchniałych, zniszczonych, zagrzybionych i wilgotnych, w izbach bez podłóg drewnianych, zimnych, w których temperatura w zimie nie dochodzi do 10°C. W jednym z Okręgów Szkolnych zachodnich w ubiegłym roku

szkolnym 478 szkół nie posiadało wcale ustępów, względnie posiadało ustępy wspólne z innymi mieszkańcami. Stan taki jest niedopuszczalny. Należy poczynić energiczne kroki w kierunku usunięcia tego rodzaju braków. Wszystkie budynki szkolne oraz te budynki, w których znajdują się wynajęte izby szkolne muszą być bezwzględnie zaopatrzone choćby w prymitywne urządzenia ustępowe. Również sprawa zaopatrywania szkół w wodę do picia wymaga odpowiedniego rozwiązania. Każda szkoła winna posiadać wodę do picia i urządzenia do mycia rąk. Studnie i otoczenie studni muszą być utrzymane w stanie wzorowej czystości. Urządzenie i zaopatrzenie lokali szkolnych winno także odpowiadać elementarnym wymaganiom higieny i pedagogiki. Należy zwrócić uwagę na ławki, tablice szkolne, na ich ustawienie w stosunku do światła, na obecność w szkole pomieszczenia na szatnię i zaopatrzenie jej w wieszaki. W związku z obowiązującym programem zajęć praktycznych z kultury życia codziennego szkoły winny być zaopatrzone chociażby w najprymitywniejsze pomoce do prowadzenia tych zajęć, a więc w wycieraczki do obuwia, kosze do papierów, spluwaczki, urządzenia do mycia rąk z mydłem i ręcznikami, naczynia do picia wody i t. p. Czystość w lokalach szkolnych i ustępach jest niedostateczna, najczęściej z powodu niepreliminowania wystarczających na utrzymanie czystości kwot w budżetach gminnych. Należy poczynić energiczne starania o uzyskanie na ten cel środków lub innej pomocy, umożliwiającej utrzymanie budynków i izb szkolnych w należytej czystości. Wymienione wyżej postulaty i wytyczne uważam w związku z organizacją nowego roku szkolnego za najpilniejsze i najbardziej palące dla sprawy podniesienia stanu sanitarnego szkół powszechnych. Oczekuję od PP. Kuratorów wyzyskania wszelkich możliwości, niewątpliwie tkwiących w terenie, zmierzających do zmiany bardzo złych niejednokrotnie warunków higienicznych, w jakich uczą się i przebywają dzieci w szkołach. W tym celu zechcą PP. Kuratorowie porozumieć się z PP. Wojewodami, przedstawić im potrzeby sanitarne szkół Okręgu i uzyskać pomoc w usunięciu rażących braków. W sprawie tej Ministerstwo zwraca się również do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o wydanie odpowiednich dyktaw i zaleceń podległym im organom.

— **Nagroda Konkursowa.** Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza niniejszem dwie nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „MOTOR” — sp. Akcyjna, „Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne”, (jako pozostałość konkursu z r. 1929) w poczuciu potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem dalszych poczyniń i usiłowań w dziale produkcji chemiczno - farmaceutycznej.

1. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr. 7) do dnia 1 października 1935 roku do godz. 12-tej w południe. 2. Każda nagroda konkursowa wynosi zł. 1.000. 3. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody. 4. Komitet konkursowy składa się z dwóch członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zaproszonych przez Zarząd Towarzystwa z pośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których zakresu należą złożone prace oraz z Wice-Prezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może zwracać się do innych członków Towarzystwa w celu pozyskania ich opinii o pracach, zgłoszonych na konkurs. 5. Autorowie prac nie mogą być członkami Komitetu. Nie mogą również należeć do grona Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano. 6. Ocena prac musi być wykonana w terminie trzymiesięcznym. Sposób oceny wybiera Komitet. 7. Ani rozmiar pracy, ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie nie mogą stać na przeszkodzie w otrzymaniu nagrody. 8. Ostateczne zakwalifikowanie pracy do nagrody przez Komitet odbywa się zapomocą tajnego balotowania większością głosów. Balotowanie odbyć się musi od razu nad wszystkimi pracami, nadesłanymi na konkurs. 9. Wniosek Komitetu przedstawia Wice-Prezes Towarzystwa na najbliższym posiedzeniu Zarządu, który ostatecznie przyznaje nagrodę. 10. Zarząd zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie o przyznaniu nagrody na najbliższym posiedzeniu klinicznym.

Sekretarz Stały: (—) Prof. A. Leśniowski.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

3.X. Polskie Tow. Psychiatryczne.

1. Prof. J. Mazurkiewicz. — O świadomości.
2. Sprawozdanie sekretarza. 3. Doroczne wybory Zarządu Oddz. Warszawskiego.

8.X. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

1. E. Herman. Stany kurczowe naczyń krwionośnych ośrodkowego układu nerwowego. 2. M. Fejgin. Stany kurczowe naczyń krwionośnych w klinice wewnętrznej.

TREŚĆ: Z. BYCHOWSKI. Z fizjologii i patologii przysadki mózgowej (Dok.). — J. PINCZEWSKI i J. MELZAK. Napady wegetatywne z dodatnim odczynem hiperwentylacyjnym. O poziomie wapnia we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym. — J. HUFNAGEL. Przypadek ropnego enterokokowego zapalenia opon mózgowych. — A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ. Przypadek anemii aplastycznej. — J. HUFNAGEL. Nieswoiste i swoiste nacieki tkanki płucnej (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — W. FALENCIK. Zagadnienie leczenia gruźlicy płuc wyciągami ze śledziony (Dok.). — S. ADAMOWICZOWA i M. KACPRZAK. Konty opieki lekarskiej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. BYCHOWSKI. Au sujet de physiologie et pathologie de l'hypophyse cérébrale (fin). — J. PINCZEWSKI et J. MELZAK. Accès végétatifs avec réaction positive d'hyperventilation. Sur le niveau de calcium dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. — J. HUFNAGEL. Un cas de méningite purulente à entérocoque. — A. W. KAPLAN, W. FRYSZMAN et J. KRAMARZ. Un cas d'anémie aplastique. — J. HUFNAGEL. Infiltrations pulmonaires spécifiques et non-spécifiques (Rev. gén.). — W. FALENCIK. Le problème du traitement de la tuberculose pulmonaire par les extraits de rate (fin). — S. ADAMOWICZ et M. KACPRZAK. Frais des soins médicaux.

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