

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, 25 PAŹDZIERNIKA 1934 R.

Nr. 40

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Neurologicznego Szpitala na Czystem
w Warszawie.

(Ordynator: Doc. Dr. Władysław Sterling).

Z symptomatologii nieznanych lub szczególnie rzadkich zjawisk padaczkowych: [1) głuchota jako aura napadu padaczkowego, 2) „*illusion du déjà vu*“ jako aura napadu, 3) aura porażeniowa, 4) epilepsia hypnagogica, 5) epilepsia foetida, 6) epilepsia paramenstrualis, 7) epilepsia febrilis, 8) napady wejrzeniowe w padaczce].

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

W pracy niniejszej podaję szereg obserwacji, dotyczących nieznanych dotąd zjawisk padaczkowych, rozgrywających się bądź w okresie aury padaczkowej, bądź w okresie samego napadu, bądź wreszcie stanowiących równoważniki napadu o nieopisanem dotychczas ukształtowaniu. Wydaje mi się ważnem podkreślić, że wszystkie przytoczone obserwacje przebiegały bez jakichkolwiek uchwytanych objawów ogniskowych, że więc mieliśmy do czynienia wszędzie z padaczką samoistną, nie zaś objawową. Jakkolwiek bowiem teren padaczki samoistnej w miarę postępu nauki ulega coraz to większemu ograniczeniu na rzecz najróżnorodniejszych zespołów zgruba organicznych, sądzę jednakże, że nie przesądza to bynajmniej realności istnienia padaczki samoistnej, która wbrew poglądom niektórych badaczy (Redlich, Crouzon i inni) nie da się wykreślić nigdy z rejestru autonomicznych jednostek klinicznych.

1. Przemijająca głuchota, jako aura napadu padaczkowego.

Przypadek dotyczy 36-letniej kobiety, która od 7-u lat cierpi na napady drgawek ogólnych z utratą przytomności. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo, nie przechodziła żadnych spraw mózgowych, ani oponowych, w 6-tym roku życia błonica, w 11-tym ciężkie zapalenie płuc, na infekcje nie reagowała ani drgawkami, ani zamroczeniami, miała zawsze doskonałą pamięć i uczyła się dobrze. Miesiączkować zaczęła już

w 14-tym roku życia, *menses* zawsze były bardzo obfite, bolesne i trwały 3 — 4 dni. Od 18-go do 24-go roku życia cierpiała na uporczywe bóle głowy, które jednak nie miały nigdy charakteru wyraźnie migrenowego. Zamaż wyszła w 20-ym roku życia, ma jedno zdrowe dziecko. 2 sztuczne poronienia. Pierwszy napad drgawek wystąpił po gwałtownym wstrząsie psychicznym (pacjentka, będąc na wsi, dowiedziała się o nagłej śmierci matki), następny zaś i wszystkie późniejsze zjawiały się bez żadnych uchwytanych przyczyn zewnętrznych. Pomiedzy pierwszym a drugim napadem była przerwa prawie półroczna, napady następne występowały w przerwach 2 — 3 miesięcznych, dopiero w ostatnim roku napady stały się bardziej częste (co 3 — 5 tygodni) pomimo dość systematycznie prowadzonej kuracji.

Co się tyczy samej fizjonomji napadów drgawkowych, to sama pacjentka odróżnia napady lekkie i ciężkie. Podczas lekkich nigdy nie przygryza języka i nie oddaje pod siebie moczu, podczas ciężkich oprócz objawów powyższych zawsze występuje pianą na ustach i zupełna nieruchomość żreńca na światło. I w jednej i w drugiej kategorii napadów daje się odróżnić wyraźnie fazę toniczną i kloniczną, zaś trwanie napadu w obu kategoriach wynosi 3 — 5 minut. Po napadzie lekkim występuje ból głowy w okolicy czołowej, ale po kilku godzinach chora powraca prawie całkowicie do sprawności umysłowej i fizycznej. Po napadzie ciężkim czuje się, jak rozbita, bóle głowy trwają po kilkanaście godzin i przez całą dobę, a nawet dłużej jest „prostu do niczego“. W obu kategoriach napadów drgawki ogarniają równomiernie obie połowy ciała. Obiektywne badanie po napadzie nie stwierdza ani zlokalizowanego niedowładu, ani odruchów patologicznych, ani jednostronnego wzmocnienia odruchów ścięgowych. Po jednym z ciężkich napadów w ubiegłym miesiącu wystąpiły w lewym oku rozległe wybroczyny podspojówkowe. Badanie wzornikowe po napadzie, jak i w okresach międzypadawych nie stwierdza żadnych zmian brodawki lub siatkówki.

O ile chora może sięgnąć pamięcią wstecz, to już drugi napad drgawkowy, który miała w życiu, poprzedzony był przez objawy, które bardzo zaniepokoiły pacjentkę i jej otoczenie. Mianowicie bezpośrednio przed napadem zaczęła gorzej słyszeć, zaś po kilku minutach zupełnie ogłuchła. Po przyjsciu do przytomności po przebytych napadach drgawkowych słyszała już zupełnie dokładnie. Od tego czasu każdy bez wyjątku napad padaczkowy poprzedzany był przez

przemijającą głuchotę, której rozwój naogół był stereotypowy, tylko trwanie niezawsze było jednakowe. Osłabienie słuchu nigdy nie występowało nagle w pełni, ale narastało z minuty na minutę. Sprawiało to wrażenie sensacji dźwiękowych coraz to bardziej oddalających się i wreszcie milnących całkowicie. Chora przy całkowicie zachowanej świadomości ogarniała wtedy paniczny lęk przed potęgającą się stopniowo głuchotą. Z całą jasnością odróżniała ona zawsze fazę postępującego osłabienia słuchu od fazy absolutnej głuchoty, przyczem napad drgawkowy jeszcze nigdy nie chwycił jej w fazie pierwszej, ale zawsze dopiero wtedy, kiedy już zupełnie przestała słyszeć. W dotychczasowych napadach, bardzo dokładnie obserwowanych przez otoczenie pacjentki, całkowity okres aury słuchowej wahał się pomiędzy 7 a 12 minutami, przyczem faza absolutnej głuchoty była zawsze znacznie dłuższa od fazy jej narastania. Dwukrotnie np., czując, że słuch zaczyna słabnąć, i spodziewając się wystąpienia napadu, chora połączyła się z opiekującym się nią lekarzem, zdołała rozmówić się jeszcze ze służącą, która przyjechała telefon, i której poleciła poprosić lekarza do aparatu, kiedy zaś lekarz po krótkiej chwili podszedł i zaczął mówić — już zupełnie nie słyszała jego głosu. Wielokrotne próby otoczenia w tym okresie stwierdziły absolutny brak wrażeń dźwiękowych zarówno na prawem, jak i na lewym uchu. Również z całą stanowczością, na zasadzie wywiadów i obserwacji bezpośredniej, stwierdzić można, że aurze słuchowej nie towarzyszyły, nigdy żadne objawy dźwiękowe, zawroty głowy, drżenie gałek, ani wogóle jakiegokolwiek objawy natury błędnikowej. Nie miała również nigdy halucynacji ani dźwiękowych, ani węchowych, ani wzrokowych. Zarówno bezpośrednio po napadzie, jak i w okresach międzynapadowych słuch był najdokładniej zachowany, a badanie otologiczne nie stwierdzało jakiegokolwiek odchylenia w czynności nerwu słuchowego (normalna ostrość słuchu, normalne przewodnictwo kostne).

Badanie obiektywne nie wykryło absolutnie żadnych zmian ogniskowych w układzie nerwowym. Siła mięśniowa obustronna normalna, odruchy ścięgnowe i skórne obustronne jednakowo żywe. Czucie zachowane. Brak odruchów patologicznych. Nie stwierdza się również ani asymetrii twarzy, ani zmian w obrębie innych nerwów czaszkowych. Pamięć dobra. Również i bezpośrednio po napadzie nie udało się wykryć nigdy ani jednostronnego niedowładu, ani zmian w odruchach skórnych i ścięgowych, ani jakiegokolwiek objawów patologicznych. W okresach międzynapadowych brak wzmoczenia pobudliwości mechanicznej i galwanicznej nerwów i mięśni. Próba hiperwentylacyjna nie zdołała nigdy spowodować napadu drgawek, głuchoty, ani jakiegokolwiek objawów natury tężyczkowej.

Zaburzenia słuchowe w przebiegu padaczki należą do zjawisk bardzo rzadkich. Spotykamy tu przeważnie objawy podrażnieniowe bądź w postaci prostych subiektywnych wrażeń dźwiękowych (szmery szumiące lub syczące, wrażenia nagłego i gwałtownego trzasku), albo w postaci wrażeń tonów (dźwięk 10—15 sekundowy przed napadem o charakterze wyraźnie muzycznym, jak to miało miejsce w przypadku Bergera). Opisywane były również wyraźne halucynacje dźwiękowe (Hammond). Natomiast przednapadowe zjawiska inhibicyjne polegają zazwyczaj na nagłej utracie rozumienia słyszanych wyrazów, podczas gdy proste wrażenia dźwięków i tonów bywają jeszcze dobrze słyszane. W innych przypadkach znowu (Gowers, Redlich), podają pacjenci, że wrażenia dźwiękowe napływają do nich jakgdyby z oddali, jakgdyby zgłuszone i rozplątne w okresie, zanim napad drgawkowy dobiegnie swego pełnego rozwoju.

Natomiast przemijająca głuchota spostrzegana była po napadach drgawkowych u dzieci i u osobników dorosłych tylko jako wyraz wyczerpania. W przypadkach Ormeroda i Knappa badanie obiektywne dało wynik zupełnie negatywny, wobec czego Ormerod traktuje głuchotę przemijającą ponapadową, jako wyraz wyczerpania korowego. Analogiczne przypadki opisane były również przez Gowersa, Russela oraz Bennetta. Féré stwierdził u 18 osobników, których przebadał w przeciągu pierwszej godziny po napadzie, tylko w 5 przypadkach słuch zupełnie normalny, niekiedy wyraźną dyzakuzję, zaś w 13 przypadkach pozytywnych ostrość słuchu wahała się pomiędzy 1/6 a 1/3 normalnej wartości. Dodać należy, że Pick w całym szeregu przypadków obserwował po napadach zjawisko niemoty słuchowej bez wyraźnego osłabienia słuchu, jako wyraz upadku i wyczerpania funkcjonalnego.

Opisu przemijającej, postępującej i stopniowo narastającej głuchoty bezpośrednio przed napadem drgawek nie mogłem odnaleźć w dostępnym mi piśmiennictwie. Dokładne kilkakrotne badania inteligentnej i krytycznie ujmującej zjawiska te pacjentki stwierdzić mogły z absolutną pewnością, że nie mieliśmy tu do czynienia z żadnymi objawami niemoty słuchowej, ale z upadkiem i chwilowym wygaśnięciem funkcji słuchu. Wobec stałego rozwoju zjawiska tego w okresie przednapadowym — należy je traktować jako zespół natury inhibicyjnej.

2. „Illusion du déjà vu” i „illusion du déjà vécu” jako aura napadu padaczkowego.

Przypadek dotyczy 23-letniego studenta wydziału prawnego, który cierpi na napady padaczkowe dopiero od 2 lat. Wogóle dotąd miał tylko cztery napady drgawkowe: pierwszy mniej więcej przed 2-ma laty, drugi po upływie 7 miesięcy, trzeci przed 5-ma miesiącami, ostatni wreszcie przed 4-ma tygodniami. W dzieciństwie miewał niekiedy „absence”, ale nigdy napadów drgawkowych. W dzieciństwie przeszedł odrę i koluszkę. Był zawsze bardzo nerwowy i pobudliwy. Przez długi czas samogwałt. Od 15-go do 19-go roku życia miewał często stany lękowe, natręstwa myśli i czynu, bał się wychodzić na ulicę. W 20-ym roku życia rzeźączka. Od 3-ich lat niemoc płciowa, prawdopodobnie charakteru psychicznego. Pochodzi z rodziny poważnie obciążonej pod względem neuropatycznym: matka od kilku lat cierpi na dychawicę oskrzelową, ojciec w 45-ym roku życia miał pierwszy i, jak dotąd, jedyny napad padaczkowy. W dalszej rodzinie ojca 2 przypadki schizofrenji. Sam pacjent odznacza się wybitną nietolerancją względem alkoholu, na którego nawet drobne dawki reaguje stanami zamroczenia i podniecenia. Wszystkie napady drgawkowe przebiegały stereotypowo z zupełną utratą przytomności, pianą na ustach i równomiernym udziałem wszystkich kończyn w ruchach drgawkowych.

Z czterech napadów padaczkowych, które pacjent przeszedł w ciągu całego życia — 3 ostatnie poprzedzane były przez szczególne stany psychiczne, znane w psychologii i w psychopatologii pod nazwą: „illusion du déjà vu” i „illusion du déjà vécu”.

Pierwszy z napadów tych wystąpił przed południem podczas wycieczki do okolicy, zupełnie pacjentowi nieznaną. Wtedy nagle wydało mu się, że wzgórze, które się przed nim rozciągało, domek zdala na wzgórzu, łąka, otoczona płotem, brzeg rzeki, porosły wierzby i zagajnik, który mijala bryczka — wszystko to jest mu jakoś dziwnie znajome.

W rzeczywistości jednak znajdował się w tej miejscowości poraz pierwszy w życiu. To poczucie identyfikacji widzianego krajobrazu z rzekomo przeżytymi tutaj wrażeniami było tak intensywne, że dopełniał sobie z łatwością szczegóły tego pejzażu w istocie niepostrzegalne: był w pełni głębokiego przekonania, że o kilkadziesiąt kroków dalej powinien być most na rzeczulce, za mostem przy brzegu kilka łódek, w głębi zarośla leszczyny. Przypomina sobie również dokładnie, że podczas całej tej sytuacji przeżywał bolesne uczucie oczekiwania o szczególnie intensywnym napięciu, nie zdawał sobie jednak sprawy, czego właściwie oczekiwał, nie pamięta również, jak długo trwało owe przeżycie, nie dłużej wszakże niż kilkanaście minut, wie o tem tylko z relacji otoczenia, że napad drgawek wystąpił jeszcze podczas jazdy bryczką, i że pogryzł sobie dotkliwie język. Amnezja, która dotyczy napadu drgawkowego, nie ogarnęła jednak opisanej sytuacji, którą i wówczas po napadzie i obecnie uprzytamnia sobie z wielką żywością i plastyką.

Trzeci napad drgawkowy, szczególnie ciężki z następczym stanem kilkodniowej prostracji fizycznej oraz bólem i zamętem w głowie — wystąpił podczas rozmowy z kolegą. Rozmowa toczyła się o wypadkach z życia politycznego oraz o różnorodnych sprawach ekonomicznych. I wtedy nagle ogarnęło chorego wrażenie, że całą rozmowę tę przeczytał już kiedyś w gazecie. Równocześnie zaczęło mu się wydawać, że przed rokiem mniej więcej przeżywał zupełnie taką samą sytuację: w tym samym pokoju ta sama rozmowa z kolegą, czytanie tej samej gazety. Przypomina sobie dokładnie, że starał się wszelkimi siłami uprzytomnić sobie poprzednie, a obecnie jakoby powtórzone przeżycie, ale zupełnie bezskutecznie. Kiedy po krótkim czasie temat rozmowy z owym kolegą został zmieniony, nabrał głębokiego przekonania, że kiedyś przeżywał taką samą zmianę tematu rozmowy i że poprzednio zmianę tę przeczuwał. Wszystko to razem trwać miało zaledwie kilka minut, poczem wystąpił gwałtowny zawrót głowy, chory upadł na ziemię, a następnie wystąpił napad ogólnych drgawek. O ile sobie może przypomnieć, to uczucia lęku, ani bolesnego oczekiwania przed napadem nie doznawał.

Czwarty wreszcie i ostatni napad padaczkowy zał-nauguirowany był przez epizod „illusion du déjà vécu“ o szczególnie intensywnym napięciu i znacznym zabarwieniu lękowym. Pacjent leżał wtedy w łóżku, a do pokoju weszła matka z wiadomością, że umarł w nocy jego dawny nauczyciel, profesor P. (śmierć nastąpiła wskutek ataku duszniczego bolesnej). I wtedy nagle ogarnął chorego strach, wykrzyknął głośno: „Jak to? przecież P. już raz umarł! Jezus Marja, czy można umrzeć dwa razy?“ Miał wtedy zupełną pewność, że raz już przeżywał identyczną sytuację: leżał mianowicie na łóżku, weszła matka i zawiadomiła go o śmierci profesora, wykrzyknął wtedy te same słowa. Następnie ogarnęło go zdziwienie, dlaczego człowiek ten nie może umrzeć ostatecznie, uczucie strachu minęło, i zastąpił je nastrój bolesnego oczekiwania. Trwało to razem 4—6 minut, poczem stracił przytomność, zaczął przekrzykiwać słowo i dółki oczne w lewą stronę, poczem wystąpił napad ogólnych drgawek.

Dodać należy, że pacjent ani przedtem, ani potem nie doznawał nigdy stanów, które odpowiadają t. zw. „illusion du déjà vécu“.

Badanie obiektywne poza stygmatami zwyrodnienia (czaszka wieżowata, wybitny prognatyzm dolnej szczęki) oraz oznakami przedwczesnego starzenia się (chory 23-letni jest kompletnie bezzębnym; prawie zupełnie siwy) nie stwierdza żadnych objawów ogniskowych. Reakcja źrenic żywa, dno oczu bez zmian, inervacja twarzy symetryczna, siła mięśniowa zachowana, odruchy prawidłowe. Próba hiperwentylacyjna

nawet po 15 minutach nie wywołuje ani drgawek, ani żadnych objawów z serii tężyczkowej, występuje tylko ogólne drżenie, stan lękowo-pobudzeniowy oraz nieznaczny zawrót głowy.

Obserwacji tej nadał szczególne piętno charakterystyczny objaw t. zw. identyfikujących złudzeń pamięci, należący do parafunkcji pamięci i znany w psychologii również pod nazwą *illusion du déjà vu* i *illusion du déjà vécu*. Polega on, jak wiadomo, na tem, że człowiek, znajdujący się w notorycznie obcej sobie sytuacji, ma wrażenie, jakgdyby sytuacja ta od dawna była mu już znana. Przekonanie, że dana sytuacja przeżywana była już uprzednio, łączy się, o ile chodzi o jakieś zdarzenie, częstokroć z poczuciem świadomości i przeczucia, co się dalej stanie, i w jaki sposób sytuacja będzie się zmieniała. To też w czasie istotnej zmiany danej sytuacji powstaje w psychice przekonanie, że właśnie ta zmiana była przewidywana. W niektórych przypadkach cała fenomenologia zespołu łączy się z jakimś bolesnym uczuciem oczekiwania. Jensen, Störing, Sander i Emminghaus — a u nas Dawid, analizując zjawisko to, doszli do przekonania, że żywe skoncentrowanie uwagi na danej sytuacji doprowadza do rozproszenia paramnezji. Wiadome jest, że zjawisko to występować może u ludzi zupełnie normalnych, najczęściej w okresie młodzieńczym, zaś u osobników dorosłych w stanie znużenia psychicznego. Warto tu przypomnieć, że zjawiskiem tem chętnie posługują się jako argumentem zwolennicy wiary w metempsychozę. U osobników neurastenicznych zdarza się ono niewątpliwie częściej, niż w warunkach normalnych. W warunkach ściśle patologicznych identyfikujące złudzenia pamięci spostrzegane były dotąd wyłącznie u schizofreników i epileptyków. Bleuler spostrzegł schizofrenika, który przez dłuższy czas przekonany był, że wszystko, co przeżywał obecnie, zdarzyło mu się już dokładnie przed rokiem. Bratz opisuje epileptyka, który podczas stanów pomrocznych dopatrywał się we wszystkim, a mianowicie w wizytach i w słowach lekarza, powtórzenia zdarzeń, który miał mieć miejsce przed kilkoma tygodniami, zauważył wreszcie, że powtarza się to bardzo często i transponował przeżycia aktualne na liczne szeregi uprzednich stanów pomrocznych, co wyprowadzało go z równowagi i wprowadzało w stan gniewnego podniecenia. Pick opisał pod nazwą złudzeń pamięci reduplikacyjnych w przypadkach padaczki miażdżycowej zjawisko pokrewne, ale nieco odmienne, polegające na tem, że pacjenci mają tendencję do zdawania nie sytuacji aktualnych, ale przedmiotów i osób: byli mianowicie już kiedyś badani przez tego samego lekarza, o tem samem nazwisku i w tej samej klinice — istnieją więc dwaj tacy lekarze i dwie takie kliniki.

Osobliwością naszej obserwacji jest, że identyfikujące złudzenia pamięci występowały u pacjenta li tylko jako aura bezpośrednio przed napadem drgawek, o czem nie wspomina odpowiednie piśmiennictwo. Oprócz charakterystycznej paramnezji cechował je objaw przeczucia dalszego wątku sytuacji oraz niekiedy stany bolesnego oczekującego napięcia psychicznego. To ostatnie zjawisko wydaje mi się wskazywać na perturbację

w ukrwieniu ośrodków wegetacyjnych wyższego porządku. Jak wiadomo, istnieją trzy kategorie hipotez, interpretujących zjawisko identyfikujących złudzeń pamięci: biologiczno-filozoficzna teoria Bergsona (rozpatrująca je z punktu widzenia t. zw. „ewolucji twórczej“), fizjologiczna — Szczerbaka (niesynchroniczne funkcjonowanie półkul mózgowych) oraz psychologiczna — Sandera-Höffdinga (upośledzenie zdolności koncentracijnej). Abstrahując od poglądów Bergsona, zbyt daleko odsuniętych od naszych warunków klinicznych, — wydaje mi się możliwe połączenie stanowiska fizjologicznego z psychologicznym. Otóż w wielu przypadkach paramnezji identyfikującej chodzi o sytuacje, które posiadają podobieństwo do dawniej przeżytych, ale mętnie zachowanych w pamięci przeżyć, tak, że przy upośledzonej pamięci przypominania obie sytuacje zostają ujęte równocześnie. Podobieństwo takie może dotyczyć tylko jakiegoś fragmentu zdarzenia, albo tylko jednego z przedmiotów lub jednej z osób, biorących udział w danej sytuacji. Taki fragment, podobny do jakiegoś komponentu przeżytego zdarzenia, obudzać może wyobrażenie i uczucie, jakoby owe zdarzenie przeżyte już zostało kiedyś w sposób analogiczny. Nie godząc się na koncepcję niesynchroniczności w funkcjonowaniu półkul mózgowych, przypuścić jednak możemy, że kurcz naczyń, inaugurujący w myśl teorii Förstera cały proces napadu padaczkowego, powodować może upośledzenie zdolności koncentracijnej, wskutek czego postrzeganie danej sytuacji staje się mgliste i nieokreślone, a jej identyfikacja z przeżyciami dawniejszemi, choćby fragmentarycznie tylko analogicznymi, staje się ułatwiona, powodując zjawisko paramnezji.

3. Epilepsia hypnagogica.

Przypadek dotyczy 43-letniego mężczyzny, który miewa napady padaczkowe od dzieciństwa. Pierwszy napad wystąpił w 6-tym roku życia bez żadnej określonej przyczyny, następne napady powtarzały się w rozmaitych odstępach czasu, były pomimo leczenia szczególnie częste pomiędzy 8-ym a 13-ym rokiem życia, następnie ustąpiły na przeciąg 7 i pół lat, później zaś zdarzały się raz na 2 — 3 miesiące. Od 4 lat znowu nasilenie częstotliwości napadów (prawie co tydzień), w ostatnim roku napady nieco rzadsze (mniej więcej co 2 tygodnie). W dzieciństwie napady drgawkowe występowały zarówno w dzień i w nocy, następnie zaczął przeważać dzienny typ napadów. Od 3 lat zaś ustalił się wyłącznie nocny typ napadów drgawkowych o zupełnie swoim kształtowaniu. Pomimo dość znacznej częstości napadów w dzieciństwie — absence należały do wyjątkowych rzadkości, natomiast miewał wtedy od czasu do czasu napady o charakterze kataplektycznym, kiedy padał na podłogę, jak podcięty, ale nie tracił przytomności, po chwili wstawał o własnych siłach, albo też po takim kataplektycznym napadzie dopiero rozwijały się drgawki ogólne. Przypomina sobie, że po jednym z napadów w 12-ym roku życia rozwinął się następny stan zamroczeniowy, który trwał 1 i pół dnia i który pozostawił po sobie całkowitą amnezję. W ostatnich czasach zauważył dość znaczne osłabienie pamięci; usposobienie ma spokojne i zrównoważone. Osobliwością napadów drgawkowych w okresie ostatnich lat jest, że występują one wyłącznie w fazie zasypiania. Charakterystyczne jest, że pacjent już od czasów młodzieńczych miewał często bardzo intensywne halucynacje przedsenne (*hallucinationes hypnagogicae*). Przed ostatecznym

zaśnięciem miewał zjawy niezmiernie plastyczne, zdając sobie jednak sprawę z ich nierealności. Właśnie w okresie ostatnich 3 lat zjawisko to zyskało znacznie na natężeniu. Zona pacjenta, która obserwuje go bardzo dokładnie stwierdza bardzo żywe reakcje ruchowe i afektywne na owe halucynacje przedsenne, stwierdza następnie zupełną łatwość wejścia w kontakt z chorym w tym okresie, ponieważ udaje się go bez trudu ze stanu tego wyprowadzić. Okresy te zresztą odcinają się zupełnie wyraźnie od istotnego snu następczego, który już w pierwszej fazie swej jest bardzo głęboki, nie powoduje nigdy marzeń sennych i trwa niemal bez przerwy do rana. W tej właśnie fazie hipnagogicznej chwytta chorego napad drgawek, początkowo tonicznych, następnie klonicznych z pianą na ustach, nieświadomem oddawaniem moczu, a nawet niekiedy i kału, z głośnie chrapaniem i charczeniem i z zupełnym brakiem oddziaływania źrenic na światło. Ciekawe jest, że po napadzie, który zazwyczaj trwa 4 — 6 minut, chory budzi się z gwałtownym bólem głowy — i wtedy zasypia ponownie dopiero po długim czasie. Większości takich napadów hipnagogicznych towarzyszyła wybitna sinica twarzy i warg. Znamienne jest, że chory dotąd nie miał ani jednego napadu w fazie pełnego snu, ale zawsze wyłącznie w okresie przed-sennym. Przed 4-ma miesiącami miałem możność obserwować osobiście przebieg takiego napadu hipnagogicznego, przyczem mogłem stwierdzić zupełną dokładność wypowiedzi pacjenta i jego otoczenia. Chory dostał napadu przed samem zaśnięciem: wyprężył tułów, głowa skręciła się naprawo, oczy były kurczowo zaciśnięte, kończyny górne silnie doprowadzone do klatki piersiowej, kończyny dolne rozgięte we wszystkich stawach, bezpośrednio potem drgawki kloniczne ogarnęły całą muskulaturę tułowia i kończyn bez jakiegokolwiek przewagi jednej połowy ciała. Reakcja na światło była zupełnie znie-siona, piana na ustach nie było, napad trwał 2½ minuty, poczem chory zasnął, chrapiąc głęboko. Porażenia zwieracza nie stwierdzono. Napad należał do łżejszych, nad ranem chory subiektywnie nie odczuwał żadnych jego następstw, poprostu nie wiedziałby o nim, gdyby mu na to nie zwrócono uwagi. Natomiast, jak zwykle, dosć dokładnie przypomina sobie treść halucynacji hipnagogicznych, które poprzedziły wystąpienie drgawek: „stał z synkiem i córeczką w poczekalni kina w ogonku przed kasą, nagle światło zgłasło, i ludzie zaczęli tłoczyć się do wyjścia, wyszedł z dziećmi na ulicę, na ulicy padał śnieg, a światło latarni było jaskrawo zielone“. Więcej przypomnieć sobie nie może.

Obiektywnie, poza stłumieniem odgłosu opukowego i wydłużeniem wydechu w lewym szczycie nie stwierdza się żadnych zmian obiektywnych ani w narządach wewnętrznych, ani w układzie nerwowym. Znamienne jest, że dwukrotnie wykonana próba hiperwentylacyjna doprowadziła za pierwszym razem po 14, za drugim po 11 i pół minutach do napadu ogólnych drgawek, poprzedzonego wybitną reakcją tężyczkową i zakończonego przy powtórnym badaniu wystąpieniem opisanego przeze mnie zespołu: tężyczkowo-odmóżdżeniowopadaczkowego.

Osobliwością przypadku tego jest, że napad drgawkowy występuje u pacjenta wyłącznie w okresie przed samem zaśnięciem. Jak wiadomo, już w warunkach normalnych u niektórych ludzi zupełnie zdrowych występują w okresie zasypiania zespoły halucynacyjne, które szczególnie dokładnie opisane były przez E. Mendla i które noszą nazwę halucynacji hipnagogicznych. Przez analogję przeto wydawało mi się słusznem określić ten typ drgawkowy nazwą padaczki hipnagogicznej. Wyłączność i prawidłowość, z jaką napady drgawkowe występują u pacjenta tego

bezpośrednio przed samym zaśnięciem — czynią mało prawdopodobnem przypuszczenie jakiejś przypadkowej zbieżności pomiędzy dwoma temi zjawiskami. Muszą więc istnieć tutaj jakieś głębsze ogniwa przyczynowe, które je ze sobą łączą, i których doszukiwać się trzeba w samym mechanizmie fizjologicznym wzgl. psychofizjologicznym procesu zasypiania.

Pewne światło w tym kierunku rzucać już mogą przypadki t. zw. padaczki nocnej. Otóż, abstrahując od opisywanego przez niektórych badaczy wpływu określonych faz księżyca na występowanie napadów padaczkowych (Féré, Leubuscher), co jest zagadnieniem zupełnie odrębnem, istnieją niewątpliwie tacy epileptycy, których napady drgawkowe rozwijają się wyłącznie w nocy. W pracy mojej o wpływie hiperwentylacji na powstawanie zjawisk neurologicznych, ogłoszonej w 1926 r., starałem się wykazać, że przyczyny

zjawiska tego należy doszukiwać się w pogłębieniu niewątpliwem ekskursyj oddechowych podczas snu, które stwarzają poniekąd warunki automatycznej hiperwentylacji oraz powstającej w taki sposób alkalozji krwi. Można by więc przypuścić, że w przypadkach padaczki hipnagogicznej u osobników specjalnie uczulonych na najmniejsze zmiany w chemizmie krwi, już sama różnica w pogłębieniu oddechu, jaka powstaje na pograniczu snu i jawy — jest bodźcem, wystarczającym do uruchomienia t. zw. pogotowia drgawkowego. Jako zaś motywy pomocniczy dołączać się może do tego wpływ przeżyć emocjonalnych, związanych z treścią halucynacji hipnagogicznych, które drogą perturbacyj w układzie wegetatywnym wyzwalają mogą różnorodne zespoły organiczne (napady duszniczy bolesnej pod wpływem wzruszeń, t. zw. padaczka afektywna i t. p.).

(C. d. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu chirurgiczno-ginekologicznego

D-ra A. S o ł o w i e j c z y k a w Warszawie.

Niezwyczajny przypadek uszkodzenia żyły szyjnej przez ciało obce.

Podal

Dr. Józef SOŁOWIEJCZYK (Warszawa).

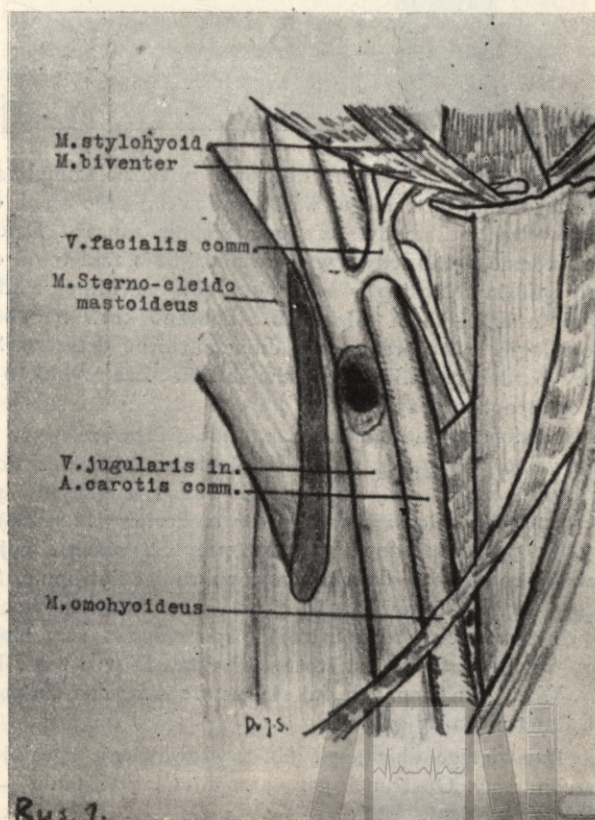
J. R. chłopiec lat 8 (karta szpitalna Nr. 9567), przywieziony do zakładu z Międzyrzecza, dnia 28.8.1932 r., przed 7 dniami spadł z dachu parterowego budynku na podwórze, gdzie leżały szczapy drzewne. Matka nadbiegła na miejsce wypadku po kilku minutach. Znalazła chłopca siedzącego, a w szeroko rozwartych ustach jego tkwił kawał drzewa wielkości „widełca”. Z jamy ustnej oraz z nosa sączyła się obficie krew. Matka usunęła ciało obce z jamy ustnej i udała się do lekarza z dzieckiem. Ten usunął jeszcze jeden kawał drzewa. Pokazywał następnie matce otwór w ścianie jamy ustnej, w którym ten kawał drzewa tkwił. Poza tem żadnych innych uszkodzeń ciała u chorego nie stwierdzono.

Drugiego dnia po wypadku wystąpiły nieznaczne bóle polykowe. Dziecko czuło się dobrze. Piątego dnia jednak bóle te się znacznie nasiliły, wystąpił nieznaczny obrzęk szyi po stronie prawej. Szóstego dnia objawy powyższe znacznie wzmożyły się. Wieczorem tegoż dnia dziecko zamroczone, znaczny obrzęk po stronie prawej, ruchy polykowe niemal niemożliwe, szczękocisk. Temp. 38,9°. Siódmego dnia zrana dziecko nieprzytomne. Temperatura 40,2°. Wieczorem tegoż dnia chory został przywieziony do Zakładu.

S t a n o b e c n y: dziecko budowy prawidłowej, odżywianie mierne, leży z głową odrzuconą ku tyłowi i na lewo; zamroczone. Serce, płuca bez zmian. Tętno 120 na min. Na szyi, po stronie prawej, znaczne obrzmienie, zajmujące przestrzeń od małżowiny usznej aż do obojczyka. Największe wypuklenie na poziomie kości gnykowej. Znaczna bolesność na całej przestrzeni obrzmienia. Skóra mocno zaczerwieniona. Chelbotania nie stwierdza się. Zastrzyknięto 2,0 gr. propidonu. Okład. Nazajutrz, t. j. ósmego dnia po wypadku, stan chorego bardzo ciężki. Temp. 39,6°. Miejscowo wymiary guza większe, skóra nad nim mocno napięta, zaczerwieniona. Wyczuwa się chelbotanie. Rozpoznano ropowicę szyi.

Operacja (Dr. A. S o ł o w i e j c z y k): w uśpieniu eterowem, cięcie wzdłuż m. mostkowo - sutkowo - obojczyko-

wego. Po nacięciu skóry oraz tk. podskórnej rozsunięto włókna m. płaskiego szyi. Dotarto w ten sposób do ropnia, który opróżniono (około 50 cm³ brunatnej, mocno cuchnącej cieczy). W jamie po ropniu wyczuto przy badaniu ostry koniec jakiegoś ciała obcego. Przedłużono cięcie ku górze do poziomu kąta żuchwy, ku dołowi niemal do obojczyka. Po odsunięciu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego ukazała się żyła szyjna; na przedniej jej powierzchni, równolegle do przebiegu, znaleziono ciało obce (kawałek drzewa). Dolnym swym końcem przebił on ścianę żyły, tworząc niejako korek, zatykający powstały otwór. Około czwartej części tego ciała tkwiło w świetle naczyń. Po usunięciu ciała obfite krwawienie. Nałożono podwiązki powyżej i poniżej otworu. (Rys. 1).

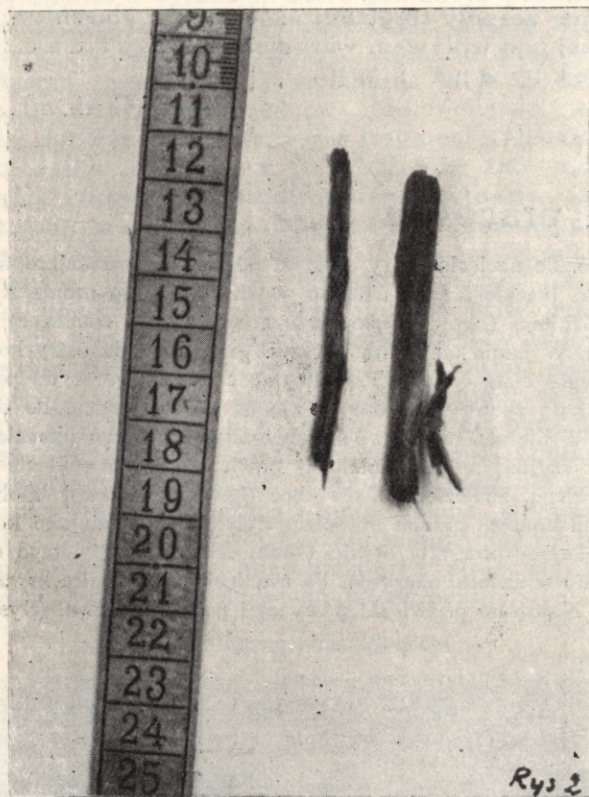


Rus. 1.

Znaleziono przytem w przestrzeni między żyłą, a obok leżącą tętnicą szyjną wspólną jeszcze jeden kawałek drzewa.

Przy badaniu jamy, powstałej po opróżnieniu ropnia stwierdzono w górnej jej ścianie otwór, drażący do jamy ustnej; po rozwarciu ust, wylot tego kanału ukazał się pod językiem, w okolicy drugiego trzonowca prawego, gdzie tworzy otwór wielkości pięciogroszówki, o brzegach poszarpanych, pokryty strzępami martwiczej tkanki. Jamę ropnia wyjodynowano i wypełniono sączkami. Przez kanał, tworzący drogę wejścia ciała obcego, przeprowadzono sączki do jamy ustnej. Opatrunek wilgotny.

Usunięte odłamki drzewa przedstawiały się jako dwie drzazgi o niezwykle ostrych końcach, długości 7 i 6 cm. szerokości 0,4 i 0,7 cm. (Rys. 2).



Przebieg pooperacyjny obfitował w liczne komplikacje. Czwartego dnia po zabiegu, wśród zadawalającego stanu chorego, wystąpiły silne dreszcze, a następnie zapaść. Dziecko nieprzytomne, tętno ledwo wyczuwalne. Stan taki trwał około pół godziny. Nastąpiły silne poty, przy wybitnej bledości powłok oraz ogólnem osłabieniu. Pobrano krew na posiew i morfologię. Wieczorem tegoż dnia powtórne dreszcze. Stan ogólny bardzo ciężki. Rana sucha, blada. Zastrzyknięto 10 cm³ cytotropiny dożylnie.

Następnego dnia nad ranem znowu dreszcze, tętno niewyczuwalne. Wlewania płynu fizjologicznego; cukier dożylnie; środki nasercowe. Obraz krwi: 14.200 leukocytów przy znacznem przesunięciu obrazu w lewo. Posiew (12 godz.) jałowy. Po południu znowu dreszcze przy objawach silnej zapaści. Wprowadzono dożylnie roz. cukru i cytotropinę. Stan chorego ciężki. Posiew po 20 godz. — gronkowiec złocisty. Z wyhodowanych drobnoustrojów sporządzono szczepionkę, którą zaczęto natychmiast stosować (Dr. D w o r e c k i).

W ciągu następnych dni stan chorego z wolna się poprawiał. Rana nieco się ożywiła.

Dziwiącego dnia nagle obfite krwawienie z całej powierzchni rany. Opatrunek gazą przepojoną 10% taniną - gliceryną. Krwawienie ustalo.

Odtąd stan chorego stale się polepszał; rana oczyszczała się szybko. Na 27 dzień po operacji chory został wypisany z raną powierzchowną.

Ze względu na niepospolity rodzaj i mechanizm tego urazu pozwoliłem sobie podać powyższe do wiadomości, zwłaszcza że w dostępnej mi literaturze przypadku podobnego nie znalazłem.

Z oddziału III-A Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.
(Ordynator: Dr. J. Skłodowski).

Przypadek recto - sigmoiditis ulcerosa chronica*).

Podał

Dr. St. DOBRYSZYCKI (Warszawa).

Przewlekłe, wrzodziejące zapalenie okrężnicy z najczęstszem umiejscowieniem w dolnym jej odcinku nie jest ściśle określoną jednostką chorobową. Obejmuje ono grupę schorzeń o podobnych objawach anatomicznych i klinicznych, lecz o różnej etiologii.

Sprawa etiologii należy tu do najtrudniejszych zagadnień patologii kiskowej.

Jedne przypadki zależą od nieznanych nam jeszcze zupełnie przyczyn, inne wywołane są przez czynniki swoiste, wykrywane niekiedy przez obserwację i badanie laboratoryjne. Wynik dodatni tych badań należy oceniać krytycznie. Tak wykrycie jednego przeważającego drobnoustroju pośród wielu innych, stale lub przejściowo bytujących w kiskach, nie wystarcza do przypisania mu wyłącznej i istotnej roli chorobotwórczej. Niekiedy bowiem i saprofity kiskowe mogą stać się zjadliwe i działać, jako główny czynnik chorobotwórczy.

Wyniki serologiczne często również nie dają odpowiedzi rozstrzygającej. Ostatnie badania znacznie zmniejszyły wiarę w wartość dajną prób aglutynacyjnych.

Najczęściej więc lekarz zmuszony jest uciekać się do leczenia objawowego i próbnego.

Należy zawsze uwzględnić leczenie ogólne i miejscowe.

Przedewszystkiem powinno się dążyć do utrzymania, a nawet do podniesienia sił i odporności chorego przez możliwie pełną i obfitą dietę.

Ze środków farmaceutycznych na szczególną uwagę zasługuje proszek wymiotnicy, stosowany szeroko we wszystkich postaciach dyzenterji. Środek ten w postaci tak zwanej *pâte de Ravaut* (*Bismuthi subnitrici, Carbon. animalis, Glycerini, Syrupi simplicis aa 50.0, Pulveris Ipecacuanhae 2.0*) naprzemian z preparatem arsenikowym, najczęściej Stovarsolem, zalecany jest gorąco przez autorów francuskich, którzy twierdzą, że w przypadkach przewlekłych wymiotnica i arsenik działają skuteczniej, podawane do wewnątrz, niż w zastrzykiwaniach. Jednego dnia, zależnie od nasilenia choroby, dostaje chory od 2 do 10 łyżeczek herbacianych pasty *Ravaut*, drugiego zaś 2 tabletki Stovarsolu. Taką próbną kurację stosuje się przez 10 — 15 dni. W razie dobrego jej wyniku, celem zapobieżenia nawrotom, należy powtarzać tę kurację okresowo, początkowo co 10—15 dni, a potem rzadziej.

*) Przypadek, przedstawiony na posiedzeniu klinicznym Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej dnia 9.4.1934 roku.

Jako leczenie miejscowe, stosuje się ławatywy i tak zwane opatrunki odbytnicze, szczególnie zalecane przez Francuzów.

Płyn, podawane w ławatywach, winny być ogrzane do temperatury ciała. Co do ilości tych płynów, należy kierować się tolerancją chorego.

Do ławatyw posługujemy się lejkiem, połączonym zapomocą rurki gumowej z kateterem miękkim *Nelaton*, który wprowadzamy do odbytnicy na głębokość 8—10 cm. Podczas wpuszczania płynu chory leży na boku lewym. Po skończonej ławatywie chory wypróżnia się samodzielnie.

Tą drogą wprowadza się do odbytnicy rozmaite środki odkażające, przysięgające i ściągające.

Zpśród leków przysięgających zasługuje na wyróżnienie roztwór lapisu, lecz obchodzenie się z tym cennym środkiem winno być zawsze bardzo oględne. Rozpoczyna się od roztworu słabego, 0,2 *pro mille*, i kierując się tolerancją chorego, zwiększa się stopniowo stężenie do 1 *pro mille*. Ławatywę taką w ilości około 500 cm³ wpuszcza się bardzo powoli. Po jej ukończeniu zaleca się pacjentowi zatrzymać ją w pozycji leżącej jeszcze w ciągu jednej minuty. Przed lapisowaniem stosuje się ławatywę czyszczącą z wody ciepłej w ilości około 3/4 litra. Po skończonym lapisowaniu i wypróżnieniu się chorego przemywa się kışkę grubą roztworem fizjologicznym soli w ilości około 3/4 litra.

Pod nazwą opatrunków odbytniczych rozumieją Francuzi wprowadzanie do odbytnicy leków na dłużej, zwykle w postaci gęstej zawiesiny. My stosowaliśmy, jako *vehiculum* dla zawiesiny, odwar siemienia lnianego. Gęstą tę treść wstrzykiwaliśmy pod małym ciśnieniem przy pomocy strzykawki, używanej do płukania pęcherza, na którą nakładaliśmy kateter miękki *Nelaton*. Po wprowadzeniu opatrunku zalecamy choremu, leżącemu początkowo na boku lewym, odwracać się kolejno na brzuch, na bok prawy i na plecy, aby w ten sposób dokładniej rozprowadzić zawiesinę po powierzchni błony śluzowej. Do skutecznego działania opatrunku wystarczy, aby chory zatrzymał go przez pół godziny. Po tym czasie można mu pozwolić wypróżnić się. Z czasem chory toleruje takie opatrunki dłużej, do 12, a nawet do 24 godzin. Opatrunki odbytnicze stosuje się zazwyczaj co drugi dzień.

Po tych wstępnych uwagach przechodzę do omówienia naszego przypadku.

Chory F. R., lat 54, stararz, od czasu pobytu w niewoli niemieckiej w 1918 r. miewał codziennie kilka płynnych stolców, początkowo z domieszką krwi. Nie leczył się wcale. W 1921 roku wystąpiło silne zaostrzenie choroby z gorączką i krwawą biegunką. Wówczas przy leczeniu nastąpiła poprawa po 6 tygodniach, ale stolce nadal były niesformowane i zbyt częste. Od tego czasu występowało niekiedy pogorszenie, łagodzone czasowo przez dietę i środki wstrzymujące. Ostatnio obostrzenie, które rozpoczęło się w grudniu 1933 roku, miało przebieg cięższy, niż zwykle, połączone było ono z wydalaniem strzępów krwi i śluzu, nawet poza stolcami (*le crachat intestinal de M a t h i e u*).

Pierwszego stycznia 1934 roku skierowano chorego na nasz oddział.

Przy badaniu ogólnym stwierdziliśmy bardzo liche odżywianie. Temperatura, zrazu normalna, w dalszym przebiegu podnosiła się czasem o kilka kresków. Prawie zupełny brak zębów. W narządach wewnętrznych — poza objawami nieżytu oskrzeli i pewnej bolesności w dole biodrowym lewym, gdzie stale wyczuwał się odcinek kışki w postaci twardego

ruchomego powrózka — żadnych zmian. W moczu nic szczególnego. Chemizm żołądka prawidłowy. W żółci fermenty trzustkowe obecne, lamblji nie wykryto. W kale jaj pasorzytów, ani pierwotniaków w preparatach zwykłych nie znaleźliśmy. Odczyn *B o r d e t — W a s s e r m a n n a* we krwi ujemny. Badanie rentgenologiczne, dokonane zapomocą wlewanki kontrastowej, przemawiało za nacieceniem ścian w obrębie zstępnicy.

Rektoskopia dała wyniki następujące: Rektoskop wprowadziliśmy po raz pierwszy z pewnym oporem do wysokości 30 cm. Błona śluzowa na całej przestrzeni zaczerwieniona, najmocniej w górnych, jeszcze dostępnych odcinkach. Wszędzie widoczne były ubytki, przeważnie powierzchowne, wielkości ziarnka grochu lub fasoli, niektóre przedstawiające się, jako plamy czerwone, inne z ostro odgraniczonymi brzegami i dnem, pokrytem białym — szarawym nalotem. Poza tym widoczne były liczne białe — szarawe smugi śluzu i drobne wybroczyny.

Całość badania klinicznego (a w szczególności obraz rektoskopowy) dowodziła przewlekłego, wrzodziejącego zapalenia esicy i odbytnicy.

Rozważając etiologię tego schorzenia, wyłączyliśmy trzy najgroźniejsze przyczyny: kiłę, gruźlicę i raka.

Przeciwko kiłę przemawiał, poza ujemnym odczynem *B o r d e t — W a s s e r m a n n a*, brak zwężenia okrężnicy, typowego dla jej kiły późnej.

Mało prawdopodobna była gruźlica okrężnicy, wobec braku zmian w innych narządach. Pierwotna gruźlica kışki grubej zdarza się bardzo rzadko. Przypuszczenie nowotworu złośliwego można było odrzucić, biorąc pod uwagę długotrwałość choroby, zupełną ruchomość esicy i wreszcie pomyślny wynik leczenia. Całokształt obrazu klinicznego przemawiał za etiologią zapalną — najpewniej czerwinkową.

Ścisłe zróżnicowanie wymagałoby tu trudnych i niepewnych badań laboratoryjnych; postanowiliśmy więc odrzużyć przystąpić do terapii.

Chory otrzymał dietę obfitą z ograniczeniem jedynie drzewnika.

Początkowo uwzględniliśmy tylko leczenie miejscowe.

Rozpoczęliśmy od stosowania co drugi lub trzeci dzień ławatyw z roztworu lapisu. Ogółem wykonaliśmy ich 7 w ciągu dni 18. Chory znosił je bardzo dobrze. Liczba stolców zmniejszyła się do 3—4 już po pierwszych dwóch wlewaniach. Przytem były one gęstsze i bez widocznej na oko domieszki krwi. Ustało też zupełnie wydalanie tak zwanej plwociny kışkowej. Chory przybrał 3 kg na wadze.

Następnie przeszliśmy do kroplówek przyspieszonych z odwaru czarnych jagód w ilości około 300 cm³, stosowanych codziennie lub co drugi dzień. Chory zatrzymywał je przez 1 godzinę. Ogółem w ciągu 20 dni otrzymał ich siedem. Na wadze przybrał znowu 1 kg. Kroplówki te jednak nie miały wyraźnego wpływu na wygląd i liczbę stolców.

Lepiej skutkowały opatrunki odbytnicze w postaci zawiesiny dermatolu i tlenku cynku po 5 grm. w 250 cm³ gęstego odwaru siemienia lnianego. Chory zatrzymywał taki opatrunek 6, 10 i więcej godzin. Ogółem wykonaliśmy ich sześć w ciągu dni dwunastu. Stolce stały się papkowate i nie częstsze już, niż 1—2 razy na dobę. Po ostatnim opatrunku waga wskazywała przyrost o dalsze 2 kg. W tym okresie rektoskopia stwierdziła wybitną poprawę. Ustąpiło zaczerwienienie śluzówki, znikły naloty. Błona śluzowa miała wygląd matowy i ziarnisty. Nadal widoczne były powierzchowne, a dość liczne ubytki. Prawie zupełne wyleczenie osiągnęliśmy dopiero po zastosowaniu opisanej powyżej kuracji przeciwczerwinkowej *R a v a u t*.

W ciągu 14 dni chory otrzymywał jednego dnia trzy

plaskie łyżeczki herbaciane pasty R a v a u t, drugiego dnia 2 tabletki stovarsolu, nadto w odstępach trzydniowych zrobiono mu 3 opatrunki odbytnicze z zawiesiny: *Bismuthi subnitrici* 10,0, *Carbon. animalis* 2,0, *Pulveris Ipecacuanhae* 0,05 w odwarze siemienia lnianego w ilości około 150 cm³.

Po pierwszym zastosowaniu pasty chory miał w nocy bóle brzucha i do 10 stolców rzadkich. Dalszą zaś kurację znośił wyśmienicie. Stolce, początkowo w postaci gęstej papki 1—2 razy dziennie, już po siedmiu dniach były s f o r m o w a n e, przeważnie jeden raz na dobę. Po raz pierwszy od lat kilkunastu.

Po skończonej kuracji stwierdziliśmy dalszy przyrost wagi o trzy kilogramy. Licząc więc od najniższego poziomu, waga podniosła się o 9 klg. (49,0—58,0). Wykonana ostatnio rektoskopja (12.3.34) wykazała śluzówkę o zabarwieniu normalnem, bez dostrzegalnych ubytków, miejscami tylko pokrytą cienką warstwą śluzu, łatwo zdejmującego się.

W tym stanie chory opuścił szpital, będąc już, jak się zdaje, na drodze do zupełnego wyleczenia.

Kurację z pasty R a v a u t i Stovarsolu zaleciliśmy choremu jeszcze powtórzyć w domu.*)

Przypadek powyższy stanowi wymowny przykład, że:

1) Dzięki cierpliwej i dokładnej kuracji można wyleczyć nawet zastarzałe i zwykle bardzo trudno gojące się zapalenie wrzodziejące przewłokłe dolnego odcinka okrężnicy.

2) Dużą poprawę otrzymuje się tutaj przez samo leczenie miejscowe zapomocą ławatyw i opatrunków odbytniczych, pod warunkiem dokładnego ich wykonania, najlepiej przez samego lekarza.

3) Całkowite wyleczenie daje się niekiedy osiągnąć przez stosowanie pasty R a v a u t i Stovarsolu łącznie z leczeniem miejscowem.

*) W chwili oddania pracy niniejszej do druku otrzymałem od pacjenta wiadomość, że nadal czuje się zupełnie dobrze. Waga (6.IX.34 r.) 64,7 klg., czyli — po wypisaniu się ze szpitala przybyło mu jeszcze 6,7 klg.

Z Oddziału wewnętrznego A Szpitala fundacji
małż. Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator: Dr. L. S z y f m a n).

O leczeniu zatruc związkami barbiturowymi zapomocą dużych dawek strychniny.

Podali

J. WAJNSZTOK, P. KOTOK, B. GŁOWINSKI (Łódź).

Wśród środków, używanych do celów samobójczych, jedno z pierwszych miejsc zajmują związki barbiturowe. Dotychczas leczenie tych zatruc było tylko objawowe (środki nasercowe, upusty krwi, nakłucia lędźwiowe, przepłukiwania żołądka i t. p.).

Dopiero od kilku miesięcy zaczęto stosować duże dawki strychniny, jako odtrutkę przeciwko związkom barbiturowym. Doświadczenia autorów amerykańskich (H a g g a r d i G r e e n b e r g) na zwierzętach, zatrutych strychniną i następnie wyleczonych gardenalem, stwierdziły niezaprzeczalny antagonizm między temi substancjami: według nich 3 dawki śmiertelne strychniny są zobojętniane przez jedną dawkę śmiertelną gardenalu.

W tym samym roku K e m p f, M a c C a l l u m i Z e r f a s podali jedenaście przypadków zatrucia strychniną, wyleczonych zapomocą związków, zbliżonych do gardenalu. Opierając się na spostrzeżeniach wyżej wymienionych autorów, belgijski farmakolog I d e, a wśród za nim francuscy klinicyści pierwsi zastosowali duże dawki strychniny dożylnie, jako odtrutkę przeciwko związkom barbiturowym.

I d e zaleca w zatruciach związkami barbiturowymi podawanie 10 mlgr. strychniny dożylnie co godzinę, aż do obudzenia się chorego. Opisuje on przypadki, w których obudzenie się chorych nastąpiło już po zastrzyknięciu 20 mlgr. strychniny. Klinicyści francuscy stosują od kilku miesięcy tę metodę, przeważnie z dobrym skutkiem.

Pierwszy wyleczony przypadek podają pani B e r t r a n d - F o n t a i n e i A. C l a a s. Chora zażyła 17 gr. veronalu (dawka śmiertelna wynosi 3 gr.). W ciągu 64 godzin zastrzyknięto jej 390 mlgr. strychniny dożylnie, w dzień co godzinę, w nocy co 2 — 3 godziny po 10 — 15 mlgr. W przypadku zatrucia dwoma gramami gardenalu (dawka śmiertelna: 1,5 gr.) podanym przez E s c h b a c h a, początkowe leczenie małemi dawkami strychniny (3 iniekcje po 2 mlgr. w odstępach 15 minutowych) pozostało bez skutku, dopiero dwukrotne podanie strychniny po 10 mlgr. w odstępie jednej godziny, dało wyraźną poprawę.

Obok zatruc, skutecznie leczonych dużemi dawkami strychniny dożylnie, piśmiennictwo francuskie podaje kilka przypadków zakończonych śmiercią, pomimo intensywnego leczenia strychniną.

H a r v i e r i A n t o n n e l l i podają 4 przypadki zatruc związkami barbiturowymi, z których jeden (4 gr. gardenalu) został wyleczony po podaniu 170 mlgr. strychniny; następne trzy przypadki zakończyły się śmiertelnie, pomimo stosowania dużych dawek strychniny dożylnie. D o e l s n i t z, B a l s t r e, B r u g u i è r e i R i b a u d i podają przypadek zatrucia małżeństwa. Mąż, lat 60, zażył 10 gr. veronalu, żona, lat 47, zażyła 16 gr. Leczenie rozpoczęto 20 godzin po zatruciu. U starca ze względu na ciężki stan ogólny oraz głęboką śpiączkę zastosowano energiczną kurację. W ciągu 57 godzin podano dożylnie 440 mlgr. strychniny. Przypadek skończył się śmiertelnie. U żony spowodu względnie dobrego stanu ogólnego zastosowano leczenie w tempie znacznie wolniejszym. Otrzymała w ciągu pierwszych 15 godzin 40 mlgr. strychniny. Następnie w ciągu 5 godzin otrzymała jeszcze 20 mlgr. W rezultacie wyleczenie. Przypadek F l a n d i n a i B e r n a r d a zasługuje na uwagę przez wzgląd na rekordową ilość strychniny, którą chora otrzymała, mianowicie: 1300 mlgr. w ciągu 67 godzin. Leczenie rozpoczęto 27 godzin po zatruciu. Jednorazowa dawka strychniny sięgała 50 mlgr. Chora zmarła wśród objawów zatrucia związkami barbiturowymi. Powyżsi autorzy tłumaczą ujemne wyniki zbyt późnem rozpoczęciem leczenia (ponad 24 godziny po zatruciu), wiekiem chorych oraz upośledzonym stanem ogólnym przed zatruciem. R a m o n d i D e l a y podają przypadek, który się zakończył śmiercią pomimo wczesnego rozpoczęcia leczenia strychniną. Chory otrzymał 620 mlgr. w ciągu 3 dni. Podczas leczenia wystąpiły objawy zatrucia strychniną w postaci ogólnego tęcza, które ustąpiły. Po 3 dniach chory zmarł wśród objawów zatrucia związkami barbiturowymi. P a r a f, D e l a y i C l a u d e M a c r e z podają przypadek zatrucia związkami barbiturowymi, w którym po wstrzyknięciu 10 mlgr. strychniny wystąpiły objawy tęcza strychninowego, wobec czego przerwano dalsze stosowanie strychniny.

Ostatnio na oddziale B naszego szpitala (Ord. Dr. K r y s z e k) obserwowano cztery przypadki zatrucia weronalem, wyleczone dużymi dawkami strychniny dożylnie.

Przypadek nasz dotyczy chorej lat 42, skierowanej do szpitala przez jednego z nas spowodu zatrucia luminalem. Przywieziona do szpitala w stanie śpiączki w 12 godzin po zatruciu. Stan obecny: Policzki sino-czerwone, skóra biała. Na wewnętrznych powierzchniach obu stóp stwierdza się po jednej plamie barwy czerwonej, ostro odgraniczonej, wielkości około 3 cm. × 3 cm. Odruchy rogówkowe zniesione, źrenice wąskie, na światło nie reagują. Jama ustna i gardziel bez zmian. Oddech: płytki, miarowy, 38 na minutę. Płuca i serce bez zmian. Tętno miarowe, słabo wypełnione i napięte, 120 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi 85/40 Hg. Odruchy ścięgnowe i skórne zniesione, patologicznych brak. W domu tuż przed przybyciem do szpitala otrzymała w ciągu 2 godzin ogółem 10 mlgr. strychniny dożylnie. W szpitalu od razu przystąpiono do podawania dużych dawek strychniny wraz z coraminą i glukozą dożylnie. Dokonano również punkcji łędźwiowej, którą źle zniosła. Otrzymała w ciągu pierwszej doby 100 mlgr. strychniny i 23 coraminy, w ciągu drugiej doby 58 mlgr. strychniny i 24 coraminy, w ciągu trzeciej 90 mlgr. strychniny i 34 coraminy, w ciągu czwartej doby 110 mlgr. strychniny i 35 coraminy. W ciągu piątej doby 90 mlgr. strychniny i 30 coraminy, w szóstej doby 10 mlgr. strychniny i 4 coraminy. Ogółem otrzymała 458 mlgr. strychniny i 150 cm.³ coraminy. Zachowanie się chorej podczas i po wstrzykiwaniu dożylnem strychniny przedstawiało się następująco: na ukłucie nie reagowała; pierwsze kilka cm. płynu znosiła spokojnie, natomiast podczas wstrzykiwania pozostałej ilości zjawiały się drgawki kloniczne kończyn górnych i dolnych, pod koniec zaś iniekcji występował taki niepokój, że dwie pielęgniarki musiały przytrzymać chorą. Stan niepokoju trwał około 15 minut. Trzeciego dnia zaczęła już reagować na samo ukłucie, a wymienione wyżej objawy spotęgowały się jeszcze i trwały do 30 minut. Po iniekcji spostrzegano również wzmoczony opór mięśniowy. Szczękościsku nie zauważono ani razu. Przeciętnie podawaliśmy strychninę co 2 — 3 godziny. Bezpośrednio po ostatnim zastrzyknięciu, w szóstym dniu po zatruciu, chora otworzyła oczy, ziewnęła, usiadła na łóżku; po 40 minutach poprosiła o wodę do picia, zaczęła odpowiadać na pytania, podała między innymi, że zażyła 3,3 gr. luminalu.

Już po pierwszych dawkach strychniny i coraminy ciśnienie krwi, które na początku było 85/40, podniosło się do 120/80. Ciśnienie krwi utrzymywało się przez cały czas choroby na tym poziomie. Tętno było przyspieszone; w trzecim dniu choroby sięgało 140 na minutę, miarowe o średnim napięciu i wypełnieniu. Ciepłota wahała się między 37,5° — 38,8°. W piątym dniu po zatruciu zaczęło stopniowo się obniżać, osiągając normę dopiero w jedenastym dniu choroby. Drugiego dnia zjawil się odruch kolanowy prawy, źrenice zaczęły reagować na światło. Wszystkie prawidłowe odruchy wystąpiły w dniu obudzenia się chorej. Oprócz opisanych już wyżej plam na wewnętrznych powierzchniach stóp, wystąpiła w piątym dniu obfita osutka symetryczna na kolanach, na pośladkach, tylnych powierzchniach ud, na plecach i zewnętrznych powierzchniach ramion w postaci drobnych okółków, czerwonych plamek, wielkości lepka szpilki, znikających przy ucisku. Po kilku dniach osutka ta znikła, natomiast plamy na stopach były jeszcze widoczne w dniu wypisania się chorej.

Badanie morfologiczne krwi: pierwsze badanie w czwartym dniu po zatruciu wykazało: Erytrocytów 4.890.000, Hb 93%, Ind. 0,96. Obraz czerwonych ciałek normalny. Leukocytów 17.450. Obojętnochłonnych 93%, pałeczkowatych 27,5, segmentowanych 64,5, limfocytów 5,5, monocytów 1,5. Drugie badanie w siódmym dniu choroby wykazało: Erytrocytów 4.750.000, H. 73%, Ind. 0,77. Leukocytów 8.550, neutrofilów 83%, postaci pałeczkowatych 9, segmentowanych 74, kwasochłonnych — 3, limfocytów — 12, monocytów — 2. Badanie elektrokardjograficzne, dokonane dwunastego dnia po zatruciu, nie wykazało zmian patologicznych. (Przeprowadzenie badania elektrokardjograficznego we wcześniejszym okresie było niemożliwe ze względu na niepokój ruchowy chorej). Prześwietlenie płuc i serca w ósmym dniu po zatruciu — bez zmian.

Epicrisis. Przypadek nasz dotyczy chorej lat 42, która zażyła 3,3 gr. luminalu (dawka śmiertelna 1,5; gr.) w dwanaście godzin po zatruciu rozpoczęto leczenie dużymi dawkami strychniny dożylnie z jednoczesnem podawaniem coraminy i glukozy. Chora otrzymała ogółem 458 mlgr. strychniny w ciągu 6 dni. Dawka jednorazowa wynosiła 10 mlgr. w odstępach 2 — 3 godzinnych. Już pierwszego dnia podczas zastrzykiwań strychniny występowały drgawki, sztywność kończyn, które zniknęły po 15 do 30 minutach; ze względu na te objawy stosowano strychninę w odstępach dwugodzinnych, a nie co godzinę, jak zalecają klinicyści francuscy. W siódmym dniu po zatruciu, po odzyskaniu przez chorą przytomności, przerwano stosowanie strychniny. Dokonane badanie elektrokardjograficzne wypadło normalnie. W końcu drugiego tygodnia chora została wypisana ze szpitala jako zdrowa.

Na podstawie piśmiennictwa francuskiego i spostrzeżenia własnego wydają się nam uzasadnione następujące wnioski:

1. Zaproponowana przez I d e a i autorów francuskich metoda leczenia zatruc związkami barbiturowymi zapomocą dużych dawek strychniny dożylnie stanowi bezsprzecznie postęp w leczeniu tych zatruc.

2. Konieczne jest dalsze zbieranie odnośnego materiału klinicznego dla ściślejszego opracowania sposobu dawkowania strychniny i ustalenia przeciwwskazań do jej stosowania.

3. Narazie metoda ta powinna być stosowana w miarę możliwości w warunkach szpitalnych pod ścisłą obserwacją lekarską ze względu na występujące czasami objawy zatrucia strychniną.

PIŚMIENNICTWO.

1. Haggard i Greenberg. Journ. of Am. med. Assoc. 2.IV.1932. — 2. Kempf, Mac Callum et Zervas. Journ. of Am. med. Assoc. 25.II.1933. — 3. Ide. Antidotisme gardénal-strychnine. Gaz. medicale de France. 1.VI.1933. — 4. Bertrand, Fontaine et A. Claas. Soc. Med. des Hop. de Paris. 27.X.1933. — 5. Bulletins et Memoires de la Soc. Med. des Hop. de Paris. Nr. 26, 28, 29, 30, 31, 1932/33. — 6. Weissenbach et Gilbert-Dreyfus. Traitement de l'intoxication barbiturique par les injections intraveineuses de sulfate de strychnine. L'Hopital. Décembre. 1933. — 7. Harvier. Traitement par le strychnine de l'intoxication barbiturique. Paris-Medical, Nr. 45. 2.XII.1933.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddziału wewn. B. szpitala małż. Poznańskich w Łodzi.
(Ordynator: Dr. H. K r y s z e k).

Współczesny stan wiedzy o reumatyzmie infekcyjnym.

Podał

Dr. W. MILLER (Łódź).

(Dok. — patrz Nr. 39).

Jak dotąd, nie udało się nikomu z licznych badaczy stwierdzić zarazka lub jadu, wywołującego reumatyzm infekcyjny; poważnie rozstrzyga się nawet pytanie, czy reumatyzm infekcyjny wogóle uważać za chorobę infekcyjną. Trzeba przyznać, że cały przebieg przemawia jednak za sprawą infekcyjną. Dziwny może się wydawać brak przenoszenia się zarazka na otoczenie, tembardziej, że mamy tu do czynienia z zarazkiem, dostającym się do ustroju drogą oddechową. Choć znamy i inne choroby, których etiologia infekcyjna nie ulega najmniejszej wątpliwości, jak np. płatowe zapalenie płuc, a które też żadnego niebezpieczeństwa dla otoczenia nie stanowią.

Doświadczeń z przenoszeniem jadu reumatycznego lub przypuszczalnego zarazka na zwierzęta doświadczalne mamy niewiele. W 1910 roku de V e c c h i wywołał objawy zapalenia mięśnia sercowego u zwierząt po wstrzykiwaniu surowicy ludzkiej, pochodzącej od chorego na reumatyzm. W 1923 roku N a t a l i, po wstrzykiwaniu śródtrzewnowo i śródopłucnowo surowicy chorego, opisał objawy zapalenia mięśnia sercowego, zapalenia osierdzia i nerek. S w i f t przy podobnych doświadczeniach żadnych wyników nie otrzymał. Badania anatomopatologiczne we wszystkich tych przypadkach dostatecznych wyników nie dały.

Przejdę teraz do właściwych poszukiwań zarazka. Pierwsze badania w tym kierunku przeprowadzili w 1897 roku A c h a l m e i T h i r o l o i x.

W pewnej liczbie przypadków udało się im z krwi z opłucny i osierdzia wyhodować beztlenowce. W 1899 roku W e s t p h a l i W a s s e r m a n n stwierdzili u pacjenta z zapaleniem wosierdzia, zapaleniem stawów i płasawicą we krwi i na zastawkach sercowych paciorkowce. Dalsze badania w tym kierunku, przeprowadzone przez cały szereg uczonych, potwierdziły te wyniki. Stwierdzono, mianowicie, paciorkowce we krwi i w ściekach stawowych, na zastawkach sercowych i t. d. O stałym jednak znajdowaniu paciorkowców we krwi niema mowy, gdyż statystyki wahają się w granicach od 0%—80%. Znajdowano niekiedy, choć rzadziej, gronkowce i dwoinki.

Różnie przedstawiają się także właściwości tych paciorkowców: jedni mówią o hemolitycznych, drudzy o słabo hemolit., trzeci — o grupie *viridans*.

R o s e n o w, który jest głównym przedstawicielem teorii paciorkowcowej, wogóle nie zwraca na to uwagi i uważa, że wszystkie trzy grupy mogą być przyczyną schorzenia.

Paciorkowce hemolizujące w posocznicy i płonicy mają duże powinowactwo do stawów i zastawek sercowych, z jednej strony, z drugiej zaś — we wszystkich zakażeniach paciorkowcem rzadko powstaje odporność, a raczej przeciwnie, występuje skłonność do na-

wrotów. Pozwala to, zdaniem całej grupy badaczy (Fr. M ü l l e r, T a ł a ł a j e w, K l i n g e), wnioskować, że reumatyzm infekcyjny jest tylko pewną odmianą zakażenia paciorkowcem.

Według T a ł a ł a j e w a, około 75% śmiertelnych przypadków w reumatyzmie infekcyjnym należy przypisać posocznicy — *endocarditis lenta*; na 221 przypadków *endocarditis lenta* stwierdzono reumatyzm infekcyjny w anamnezie w 50 odsetkach.

Ciekawe spostrzeżenia również opisał C o b u r n z New - Yorku: badał on wiele dzieci z reumatyzmem infekcyjnym, u których w okresie nawrotów stwierdzał prawie zawsze paciorkowce hemolizujące w gardzieli i na migdałkach. Po wysłaniu tych chorych do krajów tropikalnych sprawa chorobowa ustępowała, a jednocześnie znikały też i paciorkowce hemolizujące. Wysnuwał stąd wniosek, że paciorkowce hemolizujące odgrywają poważną rolę w powstawaniu anginy i reumatyzmu infekcyjnego.

Tak samo W i r t h uważał zjawienie się paciorkowców hemolitycznych w gardzieli, jako objaw patologiczny i przypuszczał, że nosiciele tych drobno-ustrojów są właśnie rozsądnikami anginy, a może nawet reumatyzmu infekcyjnego.

Stąd też coraz częstsze tendencje zarówno u klinicystów amerykańskich, jak i europejskich, do usuwania w reumatyzmie infekcyjnym migdałków, jako wrót wejścia przypuszczalnego zakażenia (S c h o e n, K r y s z e k i W o ł o ż y Ń s k a).

Przeprowadzono również liczne doświadczenia na zwierzętach, którym wstrzykiwano wyciągi bakteryjne (u nas — K w a ś n i e w s k i); zmian jednak identycznych ze zmianami w reumatyzmie infekcyjnym dotąd nie udało się stwierdzić. Natomiast R o s e n o w, B i r k h a u g, C l a w s o n uważają te zmiany za zupełnie podobne. M a n t e u f e l traktuje infekcję paciorkowcem jak sprawę wtórną. S m a l l mówi o specyficznym paciorkowcu reumatycznym „*Streptococcus cardioarthritis*”.

Poparcie zyskała teoria paciorkowcowa po ogłoszeniu prac amerykańskich nad „*sepsis oralis*”, gdyż zarówno migdałki, jak i zęby zawierają liczne paciorkowce.

Reasumując zdania zwolenników teorii paciorkowcowej można byłoby powiedzieć, że w reumatyzmie infekcyjnym:

1) Mamy do czynienia ze specyficznym paciorkowcem o odrębnych właściwościach (B i r k h a u g i S m a l l).

2) Spotykamy paciorkowca zieleniejącego z osłabioną posocznicą paciorkowcową albo toksynemją (C h w o s t e k i M e n z e r).

3) Mamy nadmierną wrażliwość ustroju względem paciorkowców wogóle albo ich toksynie (S w i f t i Z i n s s e r).

T a ł a ł a j e w uważa, że posocznica (*endocarditis lenta*) jest tylko mutacyjną formą reumatyzmu infekcyjnego.

Ostatnio wysuwa się dodatkowo nowa zupełnie etiologia, a mianowicie, prątek K o c h a. Prace, ogłaszane przez R e i t t e r a i L ö w e n s t e i n a,

nasuwać wprawdzie dużo wątpliwości, nie można jednak przejść nad nimi do porządku dziennego. Badania w tym kierunku nie są nowe. Już w połowie 19-go stulecia ukazywały się prace o przypadkach gośćca stawowego, bardzo zbliżonych w swym przebiegu do gruźlicy stawów. Traktowano te sprawy jako przypadkowy zbieg okoliczności. Poważniejsze prace w tej dziedzinie zjawiały się dopiero we Włoszech w 1892 roku (G r o c c o) i we Francji w 1897 roku (P o n c e t). P o n c e t starał się z ogólnej grupy schorzeń gośćcowych wyodrębnić grupę schorzeń przewlekłych, w których podejrzewał etiologię gruźliczą. Zdaniem P o n c e t a grupę tę cechują: Stwierdzona dziedziczność; w wywiadach — przebyta gruźlica; często świeże ogniska gruźlicze; w przebiegu rozwój typowego „Fungus” w jednym ze stawów. Pogląd P o n c e t a nie przyjmował się, gdyż wobec częstotliwości zarówno gruźlicy, jak i gośćca, koincydencja tych jednostek chorobowych była zupełnie możliwa. W dalszych swoich doświadczeniach na zwierzętach udało się P o n c e t o w i w pewnych przypadkach wyhodować prątki gruźlicy z wysięków stawowych, a nawet z tkanki stawowej zakażonego zwierzęcia. Przypuszczał on jeszcze, iż istnieje nieliczna, wprawdzie, grupa ostrych spraw stawowych na tle gruźliczym; zaliczał on do tej grupy i przypadki odporne na salicyl. W krajach romańskich P o n c e t znalazł nielicznych naśladowców (B e z a n ç o n, L e r i c h e). W pozostałych krajach prace jego pozostały prawie bez echa, gdzieś uznawano tylko jego typ chroniczny.

Ponownie zjawia się ta hipoteza w 1914 roku. H. P o l l i t z e r ogłasza swoje prace o gośćcu stawowym z powiększoną śledzioną; podobne przypadki opisał S t i l l w Anglii u dzieci, zaś C h a u f f a r d i R a m o n we Francji u dorosłych. I tu jednak zdania były podzielone; większość kwestionowała etiologię gruźliczą z powodu nieswoistej budowy gruczołów chłonnych. L i e b e r m e i s t e r jednak opisał przypadki o nieulegającej wątpliwości, jego zdaniem, etiologii gruźliczej, które pod względem budowy histologicznej tkanek, dotkniętych zapaleniem, zupełnie odbiegały od znanych nam wzorów. Wreszcie w 1928 roku zjawiały się prace R e i t t e r a o znaczeniu gruźlicy w gośćcu stawowym ostrym. Twierdził on, że gościec ostry przypada na okres generalizacji R a n k e g o; dowodził, że u dzieci w wieku poniżej 2 lat, a więc przed wystąpieniem infekcji gruźliczej, nie spotykamy również ostrego gośćca. Poza tem chorzy gośćcowi byli niezmiernie wrażliwi na tuberkulinę; za pomocą małych dawek podskórnych można było otrzymać w rekonwalescencji nietylko reakcje ogniskowe, ale i nawrót gośćca; trzeba jednak zaznaczyć, że reakcja mogła zupełnie nie występować w okresach ostrych. Udało mu się też w 15 przypadkach wyhodować prątki gruźlicy z wysięków stawowych.

Poparcie zyskała ta teoria po ogłoszeniu prac L ö w e n s t e i n a, który wyhodował prątki gruźlicy ze krwi chorych reumatyków nawet w okresach ostrych i twierdził, że mamy tu do czynienia z bacylemją gruźliczą. Do tego doszły jeszcze badania K l i n g e g o, B i e l i n g a i S c h w a r t z a, którym udało się na zwierzętach drogą alergii, za pomocą tuberkuliny, otrzymać obrazy podobne do ostrego gośćca, nie wyłączając daleko posuniętych zmian w mięśniu sercowym i na zastawkach. Francuzi (D u r o z i e r) mówią

o wadach zastawkowych na tle gruźliczym (zwężenie zastawki dwudzielnej).

Czy mamy tutaj do czynienia z bezpośrednim działaniem toksyn gruźliczych, czy też z procesem alergicznym i anafilaktycznym, który w wyniku prowadzi do zapalenia stawów, jest sprawą, dotychczas nieustaloną. Trzeba jednak zaznaczyć, że od dłuższego czasu C l a w s o n, C e c i l ogłaszają prace o hodowaniu paciorkowców ze krwi w ostrym gośćcu stawowym. W Europie jednak próby w tym kierunku nie dawały, jak dotychczas, wyników dodatnich.

Pierwszym głosicielem teorii alergicznej gośćca był W e i n t r a u d. Francuzi posunęli się tak daleko, że wszystkie prawie „reumatoidy” infekcyjne, a więc w płonicy, czerwonce, sprowadzali do teorii alergicznej. Twierdzili oni, że pomimo długotrwałych badań nie udało się stwierdzić swoistego zarazka w sensie teorii K o c h a. Poza tem w ostatnich latach coraz więcej uwagi zwracano na zmienną reakcję makroorganizmu w różnych schorzeniach (T a l a t a j e w, K l i n g e). Rola makroorganizmu zmieniła również bieg doświadczeń w reumatyzmie. Wreszcie pod wpływem R ö s s l e i jego szkoły powstała nowa zupełnie teoria zapalenia.

W e i n t r a u d uważał, że w reumatyzmie infekcyjnym nie można mówić o przerzutach bakteryjnych do stawów; że chodziło tu raczej o zadziałanie toksyn i to na drodze anafilaksji. Tak, jak w chorobie posurowiczej mieliśmy zadziałanie obcego antygeny, tak i tu mamy ciągle inwazje toksyn bakteryjnych z migdałków albo produktów rozpadającego się pod wpływem bakterij białka. Przy stałym przedostawianiu się jadu organizm odpowiadał uczuleniem, anafilaksją i wreszcie obrazem „reumatyzmu infekcyjnego”. Nie specyficzny rodzaj zarazka, lecz indywidualna reakcja organizmu na inwazję antygenów dawała nam codzienny obraz kliniczny.

Podstawą tych wszystkich zjawisk był objaw A r t h u s a. Badania doświadczalne K l i n g e g o i F r i c k e prowadziły do zmian zupełnie identycznych z reumatyzmem infekcyjnym. V a u b e l u zwierząt, uczulonych surowicą, otrzymał te same objawy po długotrwałym działaniu zimna na stawy i mięśnie. F a h r i A s c h o f f nie potwierdzili tych badań.

Hipotezę nadwrażliwości alergicznej organizmu na paciorkowce opracowali H e r r y, F a h r, S w i f t, Z i n s e r i C l a w s o n. Specjalne prace w tej dziedzinie przeprowadził S w i f t i jego uczniowie. Przez wielokrotne ogniskowe zakażenia niehemolitycznym paciorkowcem na skórze świnki morskiej otrzymał on zmiany, podobne do choroby posurowiczej i reumatyzmu infekcyjnego. Zmian tego rodzaju nie udało się otrzymać za pomocą śródżylnego wstrzykiwania paciorkowców. Uczulone zwierzęta miały daleko mniej antytoksyn we krwi, aniżeli zwierzęta, którym paciorkowce wstrzykiwano śródżylnie. W ten sposób udało się S w i f t o w i dowieść, że jedne i te same zarazki, zależnie od rodzaju zadziałania, mogą wywołać dwa różne schorzenia. Pierwsze schorzenie z uczuleniem organizmu porównywa on do reumatyzmu, drugie traktuje podobnie do zapalenia wsierdza na tle bakteryjnym. Według S w i f t a reumatycy we krwi mają niewiele, albo nie mają wcale aglutynin i precypityn przeciwko paciorkowcom niehemolizującym. Posiadają natomiast wybitną nadwrażliwość skóry na wstrzykiwane paciorkowce lub ich toksyny. B i e l i n g w swoich do-

świadczeniach dochodzi do tych samych wniosków, lecz wyniki swoje otrzymał po uczuleniu różnemi szczepami bakteryjnymi, wobec czego uważa on tę reakcję za niespecyficzną. G r ä f t, który stoi na stanowisku, że ziarniak reumatyczny jest sprawą bezwzględnie swoją, który neguje identyfikowanie eksperymentalnie otrzymanych guzków z guzkami A s c h o f f a, twierdzi, że bezwarunkowo istnieje niewykryty dotychczas zarazek gośćca. Niestety, jak już zaznaczyłem, wszystkie dotychczasowe badania pozostały bez miarodajnego wyniku.

W tym stopniu, w jakim alergiczne powstawanie gośćca wyszukuje sobie coraz więcej zwolenników, przypuszczenia R e i t t e r a i L ö w e n s t e i n a, którzy traktują wszystkie schorzenia reumatyczne, jako wyłączną domenę gruźlicy, natrafiają na zdecydowany sprzeciw. Mimo to wydaje się możliwym, że gruźlica odgrywa niemałą rolę w powstawaniu spraw gośćcowych, abstrahując nawet od typowych, „reumatoidów” gruźliczych. W jaki jednak sposób gruźlica wpływa na powstawanie gośćca, czy bezpośrednio działając na układ mezenchymalny, czy na drodze alergii, czy też wpływając na konstytucję naszego ustroju, jest jeszcze dla obecnego stanu naszej nauki wielką niewiadomą.

Badania L ö w e n s t e i n a bezsprzecznie posiadają duże znaczenie, nie rozwiązują jednak istoty sprawy, podobnie jak teoria paciorkowcowa. Doświadczenie codzienne, obserwacje chorych z ostrym gośćcem stawowym, towarzyszące temuż objawy ostre, anginy i t. d., wszystko to raczej przypomina ostrą sprawę zapalną, a nie gruźlicę, której obraz chorobowy w przebiegu stuleci nieco inaczej w naszej świadomości się utrwalił.

Na zakończenie muszę zaznaczyć, że w ostatniej chwili zjawia się ponownie na widowni teoria, która cofa nas do kolebki medycyny. Jest to teoria przeziębienia i wpływu wahań ciepłoty na powstawanie zmian gośćcowych. Dawne przypuszczenia o przeciągach i zimnie, o ich działaniu na stawy i cały organizm wracają ponownie, poparte poważnemi doświadczeniami naukowymi. Wracamy znowu do starych cytotoksycznych teorii M i e c z n i k o w a, do szukania hemolizyn i precypityn. Badania K l i n g e g o, B i e l i n g a, ostatnio zaś R o s e n a dowodzą, że ciepłota odgrywa poważną rolę w powstawaniu zmian stawowych.

Doświadczenia, przeprowadzone na dużym materiale zwierzęcym, pozwalają ocenić wpływ temperatury na powstawanie typowego gośćca stawowego, specjalnie w tych przypadkach, gdzie zwierzęta doświadczalne uczulano poprzednio odpowiednim szczepem bakteryjnym. Długotrwałe, na przykład, oziębianie stawów takiego zwierzęcia prowadziło do ciężkich zmian w stawach, w układzie krążenia i t. d. Zmiany te w obrazie histopatologicznym przypominają zupełnie obrazy, spotykane w reumatyzmie infekcyjnym. U tego rodzaju zwierząt, poddanych działaniu zimna, stwierdzono rów-

nież silną toksyczność płynu mózgowo - rdzeniowego; płyn ten, wstrzyknięty podobno osobnikowi zdrowemu, powoduje silne napady drgawkowe. Zasluguje również na uwagę i to, że przy powolnym i długotrwałym oziębianiu warstwa komórek naskórka powiększa się ośmiokrotnie, jako samoobrona ustroju przed szkodliwym działaniem zimna.

Reasumując to wszystko, możemy powiedzieć, że w obecnym stanie wiedzy o gośćcu stawowym trudno nam coś pewnego orzec o zarazku gośćca; znamy tylko specyficzną reakcję układu mezenchymalnego w organizmie na czynnik, dotychczas zupełnie nieznan.

Nazwa „gościec stawowy” powinna zniknąć z nomenklatury medycznej, gdyż sprawy stawowe zajmują tutaj tylko miejsce drugorzędne; możemy jedynie mówić o zapaleniu stawów pod wpływem specyficznej infekcji reumatycznej (F i s c h e r).

Grupa reumatyzmu kurczy się coraz bardziej i w niedalekiej przyszłości dawne pojęcie przejdzie już tylko do historii medycyny.

PIŚMIENNICTWO:

Ernst Freund. Gelenkerkrankungen. — Krebs und Vontz Fortschritte in der Rheumatismusdiagnose. (Deutsch. Med. Woch. 41. 33). — Teschendorf. Iritis rheumatica und Spondylarthritis ankylop. (Deutsch. Med. Woch. 41. 33). — Klinge. Neuere Untersuchungen über Rheumatismus. (Wiener Med. Woch. 40. 33). — Reitter. Der Gelenksrheumatismus als entzündliche Phase der Tuberkulose. (Wiener Med. Woch. 40. 33). — Rheumaprobleme. Band 1 und 2. — J. Bauer. Der sogenannte Rheumatismus. — Kryszek i Wolożyńska. Wpływ wyluszczenia migdałków na schorzenia sercowe i stawowe. (Polska Gazeta Lekarska 3. 33). — L. Skubiszewski. O podłożu i istocie zmian morfolog. w rozwoju i przebiegu reumatyzmu. W. Jezierski. Reumatyzm na tle zaburzeń gruczołów wewnętrznych. — W. Łuczyński. Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia. — A. Landau i W. Hejman. O salicylo - oporności w przebiegu ostrego reumat. stawowego (Medycyna 22, 33) — M. Nussbaum. Etiologia i terapia gośćca stawowego. (Medycyna 16. 33). — S. Kwaśniewski. Polyarthritides infectiosae. — Ernst Freund. Betrachtungen zur Rheumatismusfrage; tenże Erkrankungen des Bewegungsapparates; tenże Muskelrheumatismus; tenże Ueber moderne Rheumatismusbehandlung. — A. Rytel. Etiologia schorzeń stawowych. — Łatkowski. Klinika cierpień gośćcowych. (Polskie Arch. Med. Wew. t. 9) — J. Brzeski. Stanowisko lekarza dentystry wobec zagadnienia oralsepsis ze szczególnem uwzględnieniem reumatyzmu. — Grycewicz. Klinika schorzeń gośćcowych według materiałów I Kl. Wew. w Warszawie. — Michałowicz i Wiśniewski. Zespół anginowy i reumo - artretyczny w wieku dziecięcym. — Tałalajew. Ostry reumatyzm. — Gudzent. Podagra i reumatyzm. — Tomson i Gordon. Chroniczne reumatyczne schorzenia. — Seweryn Sterling. Zapalenia gardzieli i ostry gościec stawowy. Kronika Lekarska. 1896.

Oceny książek.

Sandor RADO. *Die Kastrationsangst des Weibes*. Internationaler psychoan. Verlag. Wiedeń 1934.

Praca daje syntezę badań autora, zasłużonego badacza psychoanalizy, nad zagadnieniem lęku u kobiety. Lęk ten wiąże się ściśle z t. zw. kompleksem kastracyjnym i z tendencjami masochistycznymi. Momenty te odgrywają ważną rolę w kształtowaniu się neurozy, w formacjach i deformacjach

charakteru a także w kształtowaniu się losu życiowego kobiety. Z punktu widzenia ogólnie klinicznego szczególnie interesujący jest wpływ ich na powstawanie dyspareunii (*frigiditas*). Nowe oświecenie tak kardynalnego zagadnienia, jakim jest sprawa lęku, zasługuje na baczna uwagę nawet wtedy, jeśli nie wszystkie wywody autora wydają się dostatecznie przekonywujące.

G. B y c h o w s k i.

Dr. med. et phil. Friedrich SCHULHOF. **Praktische Psychiatrie.** Urban-Schwarzenberg 1934.

Jak sam tytuł wskazuje, książka Dr. S c h u l h o f a poświęcona jest zagadnieniom praktycznej psychiatrii. Książka ta odcina się wyraźnie od całego szeregu podręczników psychiatrycznych, uwzględniających przeważnie zawiłe zagadnienia patogenezy, etiologii, anatomii patologicznej, symptomatologii i klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Autor natomiast stara się przede wszystkim podkreślić te momenty, które mogą stać się korzystne w postępowaniu psychiatrycznym. To też przez wszystkie rozdziały, jako zasadnicze nastawienie, przewija się podejście terapeutyczne autora. A więc, jeżeli chodzi o symptomatologię chorób psychicznych, to znajdujemy opisy obrazów klinicznych, podane językiem żywym, barwnym, częstokroć dowcipnym. Doskonale dobrane przykłady uplastyczniają te obrazy, przyczem autor nie wda się w przedstawienie finezyj symptomatologicznych, lecz uwytkla objawy istotne, mające znaczenie różniczkowe - rozpoznawcze, bądź też prognostyczne oraz mogące ułatwić rozpoznanie choroby w jej stadiach początkowych, co wszak ma duże znaczenie praktyczne. Autor omawia wszechstronnie i bardzo drobiazgowo rozmaite metody leczenia, stosowane obecnie w psychiatrii: metody fizyczne, farmakologiczne, opoterapeutyczne, wstrząsowe. Obszernie omówione jest leczenie psychoterapeutyczne. Cenne wskazówki praktyczne zawarte są w rozdziałach, traktujących o doniosłych sprawach internowania i pielęgnowania chorych psychicznie, orzecznictwa psychiatrycznego oraz techniki badania psychiatrycznego. W całej książce wyczuwa się pazur lekarza doświadczonego, dobrego znawcy duszy chorej i, co jest bardzo ważne, duszy zdrowej. — Bardzo wartościowa książka Dr. S c h u l h o f a, nasuwa jednak szereg zastrzeżeń rozmaitej natury. Przede wszystkim pod względem dydaktycznym należy uznać za faux pas wprowadzenie do bardzo zagmatwanej nauki o schizofrenji nowych terminów, nie posiadających jeszcze prawa obywatelstwa w nauce psychiatrycznej (Als-ob-Halluzinationen, Als-ob-Gefühle), i to w podręczniku, przeznaczonym dla lekarzy praktyków. Za niezasadnione ze stanowiska klinicznego (K r a e p e l i n, B l e u l e r) uważam omawianie katatonji w rozdziale oddzielnym, niezależnym od schizofrenji. Nieco może zbyt symplicystyczny jest stosunek autora do niezmiernie skomplikowanego zjawiska psychopatologicznego, jakim jest psychonerwica. Wielkiem bowiem uproszczeniem jest ujęcie psychonerwicy tylko jako „słabości witalnej”. Naskutek takiej postawy autora w stosunku do psychonerwicy powierzchownie wypadł opis kliniczny histerji i perwersyj płciowych. Nie znajdujemy również dokładniejszego omówienia nerwicy lękowej i nerwicy natręctwa, tak bardzo częstych w działalności praktycznej psychiatrii. Krytyka nauki F r e u d a, przy całkowitem uznaniu wartości jej zdobyczy jest mało poważna i obfituje w niewłaściwe akcenty ironiczne i uszczypliwe. Niezgodny jest z doświadczeniem psychiatrycznym bezwzględnie negatywny stosunek autora do nauki K r e t s c h m e r a o konstytucji. Szkoda, że nie mówi autor o odgrywających dużą rolę we współczesnym leczeniu psychiatrycznym terapii pracy i opiece pozazakładowej nad chorymi psychicznie. — Abstrahując od tych minusów, przyznać winniśmy, że książka Dr. S c h u l h o f a stanowi cenną i pożyteczną próbę przedstawienia w sposób systematyczny całokształtu usiłowań terapeutycznych w tej dziedzinie medycyny, którą doniedawna uważano za przybytek jedynie jałowego teoretyzowania.

Wł. M a t c c k i.

Dr. Bronisław STĘPOWSKI. **Rozpoznawanie ciąży w świetle najnowszych badań.** Wydawn. Lekarskie „Eskulap” 1934.

Rozpoznawanie wczesnej ciąży zapomocą biologicznego

odczynu zyskało już dziś sobie prawo obywatelstwa — to też opracowanie całokształtu tego zagadnienia w piśmiennictwie polskim należy z radością powitać. Autor na wstępie swej monografji podaje dotychczas stosowane metody rozpoznawania wczesnej ciąży i przechodzi potem do odczynu A s c h h e i m a i Z o n d e k a, któremu głównie uwagę swą poświęca. Zarówno istota tego odczynu, dokładna technika jego wykonania, wyniki, oraz wartość kliniczna jest przez autora szczegółowo podana. Omawiając klasyczną metodę na myszkach, autor poddaje krytycznej ocenie również i modyfikacje odczynu A. Z. na królikach i daje praktyczne wskazówki, kiedy należy się posłużyć jedną lub drugą metodą. Wartość odczynu A s c h h e i m - Z o n d e k a w przypadkach skomplikowanych, jak ciąża pozamaciczna lub zaśniedział graniasty, jest również przez autora uwzględniona. Lekarz praktyk w monografji Dra S t e p o w s k i e g o znajdzie cenne i praktyczne wskazówki i, o ile zajdzie potrzeba, wzorując się na przytoczonych w monografji danych, może wykonać odczyn A. - Z. nie tylko w dużych ośrodkach miejskich, wyposażonych w laboratorium, ale także i na prowincji.

A. F r y s z b e r g.

Bernhard ASCHNER. **Heilerfolge der Konstitutionstherapie bei weiblichen Geisteskrankheiten insbesondere bei Schizophrenie.** Hippokrates Verlag. Stuttgart—Leipzig. S. 364 1933. R. M. 13,60.

Autor tej książki jest od lat 10-ciu bardzo głośny jako szermierz w walce o rehabilitację i propagandę poglądów H i p p o k r a t e s a na fizjologię i terapię w medycynie. Jedna książka A s c h n e r a, w tym duchu pisana (Lehrbuch der Konstitutionstherapie), doczekała się w ciągu kilku lat 5 wydań. A s c h n e r o w i częściowo zawdzięczamy powstanie ruchu prohipokratesowego, stworzenie pisma „Hippokrates” i licznych wydawnictw na wzór tego mistrza pisanych i wreszcie wydanie nowoczesne dzieła ojca medycyny w 7-u tomach, jego listów, jego biografji i skrótu 75 ksiąg w 25 częściach.—[Nie wszyscy adepci medycyny wiedzą, że H i p p o k r a t e s był jednym z 7 lekarzy tegoż nazwiska, że słynnym był jedynie Hippokrates II (460 — 377), urodzony na wyspie Kos, któremu Apollonius dał nazwę „Boskiego”, Platon „Fidiasza wśród lekarzy”, Arystoteles przydomek „Wielkiego”. Syn i wnuk lekarza, uczeń Demokryta, Gorgiusza i Herodykosa w dziedzinie fizyki, retoryki i djetetyki, autor Corpus Hippocraticum i słynnej „Przysięgi” i „Przykazań” lekarza, jedna z największych postaci, jakie zna historia sztuki, nauki i etyki lekarskiej wszystkich wieków. Referent].—A s c h n e r, ginekolog wiedeński, usiłując w pracach swoich w dziedzinie ginekologii i endokrynologii, konstytucjonalizmu i terapii ustrojowej zachować ścisłą więź między chorobami różnych specjalności (medizinische Synthese), zebrał obfity materiał, w którym dowodzi, że liczne psychozy, zwłaszcza tak częsta schizofrenja (dawna *dementia praecox*) daje się leczyć, a nawet wyleczyć na drodze swoistej terapii konstytucyjnej, holdującej przede wszystkim starej jak świat zasadzie: *mens sana in corpore sano*. Omawia też autor ze swojego stanowiska ogólną i szczegółową etiologię oraz terapię nerwicy i psychozy, najwięcej miejsca poświęcając zachorzeniom odnośnym, będącym pono w związku z życiem seksualnem kobiety, z *hypomenorrhoea*, z dojrzewaniem i przekwitaniem, z ciążą, porodem i karmieniem, mniej znacznie miejsca—zaburzeniom przemiany materji, wydzielania wewnętrznego i czynności narządów pokarmowych i gruczołów trawiennych.—Kto zna z dawnych prac A s c h n e r a jego poglądy na dżatezy i dyskrazje, wie z góry, że w terapii jego dominować muszą obok upustów krwi i środków przeczyszczających: *emetica, resolventia, diuretica, emenagoga, derivantia, roborantia, sedativa, tonica, antiphlogistica i antidyscrasica*, a z metod nowoczes-

nych proteino- i opoterapia, tu i owdzie wkraczać chylikiem: będą homeo- i magnetoterapia. Wszędzie stawia on na drugim planie „naukę o zmarłym” czyli anatomję patologiczną, a wysuwa na czołowe miejsce „naukę o żywym”, biologję i konstytucję, nie szemat ogólnoterapeutyczny lecz indywidualny. — Nie dziwnego, że książki A s c h n e r a, mimo, iż trącą poważnie średniowieczem, mimo tu i owdzie panującej chaotyczności, mimo niezupełnie ściśle przeprowadzanych anamnez i katannez, imponują nowymi myślami i oryginalnymi poglądami i zyskały w wielu sferach lekarskich wielkie uznanie właśnie przez to, że z nowych ksiąg wyrzucają bezkrytyczny balast, a ze starych wyciągają (niestety, nie zawsze logicznie!) jedną myśl. — Jak dalece książka jego znalazła poklask, dowodzi to, że w poważnych recenzjach znajdują się wielkie pochwały dla jego poglądów na konstytucję, a jeden z referentów uważa nawet książkę za Standardwerk, które winno się znajdować „jako studjum w rękach każdego lekarza - praktyka”. — Czuając pociąg do rozważań historycznych, chcę tylko zwrócić uwagę, że przed laty 25 — 30-tu też agitacja za leczeniem psychoz i nerwic na drodze akuszerijno-ginekologicznej panowała w piśmiennictwie włoskiem przez długi szereg lat i zgasła stopniowo jako mało wówczas uzasadniona, że natomiast leczenie w duchu hipokratesowym, zmodyfikowane przez Celsa, Galena i archijatrów średniowiecza panowało wszechwładnie jeszcze w pierwszej połowie ubiegłego stulecia w całej Europie,

a zwłaszcza u nas w Polsce. Wystarczy przejrzeć nasze pisma lekarskie z owych czasów, roi się tam od krwioupustów, baniek ciętych i pijawek, lewatyw i środków przeczyszczających, kuracyj przeciwzapalnych, środków wymiotnych i odciągających, wezykatoryj i przypałań żelazem, ziółek podagrycznych, miksstur miesięczkowych, wezykatoryj plynopędnych, maści ropotwórczych i t. p. — A s c h n e r przytacza liczne historie chorób osobników, tą drogą wyleczonych z neurastenji, hysterji, stanów lękowych, nerwic naczynioruchowych i bezsenności oraz stanów psychotycznych, jak: melancholji, manji, cyklotymji, anemji, paranoi a głównie schizofrenji. — Że się mnożyć będą krytyki dzieł A s c h n e r a (A r l t, C a r r i è r e, P a w l i c k y i inni), podkreślające pewien przysmak reklamy lub katamnesticznie kontrolujące stałość wyników leczniczych, było do przewidzenia. Bezstronny czytelnik wybaczy tu i owdzie ginekologowi, że nie wszędzie dorównywa w djaagnostyce nerwic i psychoz neurologowi i psychiatrze, tembardziej jeśli weźmie pod uwagę, że medycyna jest jednocześnie nauką i sztuką i że już H i p p o k r a t e s, znany z aforyzmu „sztuka lekarska wśród sztuk najszlachetniejsza”, nieraz w akademji starogreckiej podkreślał dosadnie trudności terapeutyczne, tworząc maksymę: „Życie krótkie, sztuka rozległa, sposobność przemijająca, doświadczenie zawodne, wnioskowanie niepewne”.

H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

P. E i s e l s b e r g zwraca uwagę, że u chorych z często powracającymi napadami dławicy piersiowej (*angina pectoris*), należy szukać przyczyny napadów w czynnikach *allergiczych*, których usunięcie zapobiega powtarzaniu się napadów. Marchew i pomidory, mleko, ser, jajka, szpinak, jabłka i herbata mogą niekiedy być stwierdzone jako *allergeny*. W przypadkach takich wskazana jest obok leczenia dietetycznego — desensybilizacja. (Klin. Woch. 1934, N. 17).

—o—

G i r b a l uważa *astmę i gościec stawowy* za cierpienia pokrewne i stosuje *salicylan sodu* w 10% roztworze z 10% glukozą dożylnie w ilości 2 — 4 ctm.³ codziennie, a następnie 5 ctm.³ do 3 razy na dobę. (Progr. med. 1934, N. 19).

—o—

W chorobie *Banga* mają wielkie dawki *salicylu* nieco obniżać ciepłotę. Również działać ma dobrze: *Rp.: Antipyrin 0,4; Pulv. Doveri 0,1. M. f. p. D. S. 2 — 3* razy dziennie po jednym proszku co najmniej w ciągu 2 — 3 tygodni. (Prakt. Arzt. 1934, N. 14).

—o—

V o e g e l i podaje następujące wskazówki orientacyjne w *dolegliwościach brzusznych* niejasnego pochodzenia: tępy, ciągnący ból w nadbrzuszu świadczy o wrzodzie żołądka, kolki kurezowe — o kamieniach żółciowych, bóle w 4 — 5 godzin po jedzeniu — o wrzodzie dwunastnicy, bóle nocne — o kamieniach żółciowych, bóle po odbytych marszach lub ćwiczeniach sportowych, — o kamicy nerkowej lub wodonerczu. (D. m. W. 1934, N. 10).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna

CLXXIV posiedzenie z dnia 8 stycznia 1934 r.

Przewodniczył G a n t z.

Obecnych 52.

P o k a z:

1) B. C h o r a ż y c k i (sen.). *Przypadek zrośnięcia podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli na tle twardej, wyleczony zapomocą elektrokoagulacji* (nie odbył się z powodu choroby prelegenta).

O d c z y t y:

2) Z. S z y m a n o w s k i. *Bakterjofagi i zarazki przesączalne* (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

D y s k u s j a:

H i r s z f e l d porusza problem zmian życia. Zarazki przesączalne i bakterjofagi są istotami żyjącymi. Zarazek, wy-

wolujący mięsaka u kur, jest przesączalny. Przeszczepiana tkanka mięsaka zawiera coś, powodujące mięsak. Swoistość bakterjofagów pokrywa się ze swoistością bakterji tak, że mogą one służyć do różniczkowania drobnoustrojów. Naogół zagadnienie zarazków przesączalnych i bakterjofagów nie dojrzało jeszcze do rozstrzygnięcia.

A n d r i j e w s k i porusza zagadnienie *generationis spontaneae*.

B r o k m a n stwierdza, że, jeżeli bakterjofagi uważać za zaczyn, to za zaczyny możnaby również uważać zarazki przesączalne. Poglądy podobne wypowiadał węgierski badacz S c h o n t a g h, który specjalnie uzasadniał ten pogląd w stosunku do zarazka odrv, jaki może powstawać autochtonnie w ustroju, którego przemiana materji uległa zaburzeniu. W stosunku do chorób o zarazku widzialnym możnaby przyjąć na zasadzie podobieństwa, iż znajdowane drobnoustroje, jak np. prątek duru brzuszkiego nie są pierwszym czynnikiem etjologicznym, lecz że pozostają one pod dyrektywą nieznanym nam zarazków niewidzialnych, podobnie jak bakterjofagi wpływają

swoiście na pokrewne im zarazki. Jak wiemy dzieje się to nie tylko w sensie rozpuszczania, lecz i wytwarzania postaci odpornych (streszczenie własne).

W odpowiedzi stwierdza S z y m a n o w s k i, że zagadnienie nowotworów przesączalnych jest bardzo złożone. Oprócz tkanki embrjonalnej i arsenu może coś jeszcze odgrywać rolę. Jeżeli chodzi o dziedzinę nowotworów przesączalnych ptaćwa, dają się one przenosić na rozmaite gatunki, jak pryszczycza pyska i racie. Jednak nowotwory nie dają zjawisk odpornościowych, ani serologicznych. Kwestja swoistości bakteriofagów jest skomplikowana i dotychczas niewytłumaczona. Możemy tylko badać granice i zakres ich swoistości. Powinowactwo, t. j. wiązanie się bakteriofagów z bakteriami, dopiero zaczęto badać. Nie mamy też sposobu wprowadzania bakteriofagów do ustroju. Są szczepy nie rozpuszczające się same, lecz wywołujące rozpuszczanie się innych bakterij: są więc bakterje — nosiciele bakteriofagów. Bakteriofagi posiadają określoną wielkość, pozwalają otrzymywać surowice odpornościowe.

3) S. K r a m s z y k i A. B e r. *Badania doświadczalne nad działaniem ubocznym związków salicylowych.* Aczkolwiek terapia niewielu rozporządza środkami tak rozpowszechnionymi, jak kwas salicylowy i jego pochodne, to jednakże zarówno sposób działania tych związków, jak i ich wpływy uboczne do dziś dnia w zupełności nie zostały wyjaśnione, mimo, że wkrótce mija 60 lat od chwili wprowadzenia kwasu salicylowego do leczenia ostrego gościca stawowego. W związku z tem autorzy postanowili poddać badaniom doświadczalnym związki salicylowe, najczęściej stosowane w lecznictwie, a to pod względem ubocznego działania tych związków.

Na podstawie szeregu doświadczeń, dokonanych na królikach w analogicznych warunkach, autorzy doszli do następujących wniosków:

1) Związki salicylowe wywierają działanie drażniące i żrące na błonę śluzową przewodu pokarmowego królika. W dużych ilościach wywołują one podrażnienie osrodkowego układu nerwowego, objawiające się w postaci kureczów klonicznych, a kończące się rychłem zejściem śmiertelnem.

2) Działanie toksyczne związków salicylowych zależy nie tylko od ilości zawartego w nich salicylu, lecz również od rodzaju związku, w jakim salicyl podajemy.

3) Salicylan sodu wywołuje nieznaczne zmiany w ścianie żołądka (wybroczyny, obrzęk), natomiast bardzo często powoduje objawy nerwowe i wystąpienie zejścia śmiertelnego.

4) Salicylan wapnia rzadko tylko wywołuje objawy nerwowe i zejście śmiertelne, natomiast często powoduje powstawanie obrzeków i rozległych wybroczyn w błonie śluzowej żołądka.

5) Kwas acetylosalicylowy rzadko tylko wywołuje objawy nerwowe i zejście śmiertelne, z reguły jednak powoduje powstawanie obrzeków i wybroczyn w błonie śluzowej żołądka oraz licznych ubytków, sięgających wgląd aż do mięśniówki. Brzegi tych wrzodów są ostre, a dno pokryte czarną nadtrawioną krwią.

6) Przy badaniu na rogówce oka kwas acetylosalicylowy wykazuje znacznie mocniejsze działanie drażniące, aniżeli salicylan wapnia.

7) Dodatek minimalnych ilości papaweryny do salicylanu wapniowego zmniejsza natężenie zmian, występujących w błonie śluzowej żołądka (streszczenie własne).

D y s k u s j a:

K n a p p e podkreśla, że interesuje go kwestja dawkowania, gdyż ludziom nie daje się nigdy stosunkowo tak wielkich dawek, jak królikowi, któremu podawano 1 gr. salicylu na kilogram wagi ciała. J a n o w s k i podawał bardzo duże dawki (0,5 gr.) czystego kwasu salicylowego, a nigdy nie stwierdzał takich zmian żołądkowych, jak prelegenci. Kwas acetylosalicylowy, przyjęty pewnego razu przez mówcę w bardzo dużej dawce, spowodował białkomocz, cukromocz, krwimocz, które rychło minęły. Dowody, przytoczone przez prelegentów, nie przekonywują o szkodliwości stosowania normalnych dawek preparatów salicylowych u ludzi.

H. J. L a n d a u cytuję przypadek K r a s s o, w którym pewna służąca przyjęła w celu samobójczym 60 tabletek aspiryny po 0,5 gr. czyli 30 gr. kwasu acetylosalicylowego. Oprócz bardzo silnych potów i zmian w moczu, które w ciągu kilku dni ustąpiły, żadnych innych zaburzeń nie było. Na podkreślenie zasługuje szczególnie fakt, że nie wystąpiły żadne zaburzenia ze strony serca, co przemawia przeciwko dość rozpowszechnionemu przesądowi o szkodliwym

działaniu kwasu acetylosalicylowego na serce. Nie było również żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

W odpowiedzi stwierdza B e r, że dawki powinny właściwie wzrastać proporcjonalnie do powierzchni ciała, a nie do jego wagi. Wobec tego różnice między dawkami stosowanymi w doświadczeniach na zwierzętach i u ludzi, nie będą znowu tak wielkie, żeby nie można było wyciągnąć żadnych wniosków dla ludzi z doświadczeń na zwierzętach. Zresztą prelegentem chodziło tylko o porównanie działania rozmaitych preparatów. Dużo zależy również od tego, jak się podaje te preparaty (np. na pusty żołądek). Przypadki z kliniki budyapesteńskiej przemawiają jednakże za podrażnieniem błony śluzowej żołądka przez preparaty salicylowe.

CLXXXV posiedzenie z dnia 22 stycznia 1934 r.

Przewodniczył K a c p r z a k.

Obecnych 50.

P o k a z y:

1. M. F e j g i n i M. P ł o Ń s k i e r. *Przypadek tętniaka serca u dziecka na tle gościca.*

Siedmioletni chłopiec przybył na oddział z powodu stanu gorączkowego i przemijających bólów w stawach. Choruje od trzech tygodni. Przy badaniu stwierdza się znaczny stopień wyniszczenia, dyskretnie objawy oponowe, szmer tarcia osierdziowego, stłumienie wypuku i zaostrenie oddechu w dolnych płatach obu płuc przy braku jakichś przedmiotowych zmian w stawach. Nakłucie łądżwiowe wykazało wzmoczone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, który poza tem był bez zmian. W moczu ślad białka i urobilinogenu. We krwi znaczne przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi (20 minut podług L i n z e n m e y e r a), hemoglobiny 76%, czerwonych ciałek — 3.570.000, białych — 17.000 bez przesunięcia wzoru. Po zastosowaniu salicylu doustnie i wstrzyknięciu ciepłota opadła szybko z 39° do normy, i stan chorego uległ poprawie, objawy oponowe ustąpiły. Jednakże, pomimo iż szmer tarcia osierdziowego ustąpił, chłopiec uskarżał się na bóle w boku lewym i prawym, tętno przyspieszyło się do 145 na minutę, tony serca stały się głuche; po dwutygodniowym pobycie na oddziale chłopiec dość niespodzianie zmarł wśród objawów słabej działalności serca.

Rozpoznawano zapalenie osierdza i mięśnia sercowego na tle zakażenia goścowego, surowicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz przypuszczano możliwość zajęcia opłucny. W całym przebiegu powyższego przypadku zwraca uwagę niezwykle ciężki przebieg sprawy chorobowej z wyłączeniem niemal umiejscowieniem w narządzie krążenia (właściwie, jak wynika z badania anatomicznego, miało się tutaj do czynienia z *pancarditis*), które doprowadziło do tak wczesnego i tak znacznego uszkodzenia mięśnia sercowego z zejściem śmiertelnem przy bardzo dyskretnych i przemijających objawach ze strony stawów. Właściwie była to więc przeważnie sercowa postać zakażenia goścowego.

Przy badaniu posmiertnym stwierdzono tętniak lewej komory serca przy wierzchołku, brodawkowate zapalenie zastawki dwudzielnej i zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zapalenie włóknikowe, zlepy i zrosty w worku osierdziowym, płynną krew w worku osierdziowym, obrzmienie śledziony i gruczołów limfatycznych szyi i krezki, zapalenie migdałków, tchawicy i oskrzeli, wybroczyny w opłucnie, zrosty opłucnowe, zawał i bliznę w prawej nerce, ognisko w prawym płucu, surowicze zapalenie w jamach stawowych.

Badanie histologiczne wykazało w mięśniu sercowym typowe liczne ogniska ziarniny o charakterze guzków A s c h o f f a oraz rozległe blizny, szczególnie w lewej komorze przy wierzchołku; ściana tętniaka składała się prawie wyłącznie z tkanki łącznej bliznowatej. W przyczepach dolnych mięśni uda również stwierdzono zmiany goścowe; takie same znaleziono w mięśniach w okolicy migdałków (streszczenie własne).

2. J. R u t k o w s k i i W. T r z e t r z e w i Ń s k i. *Pokaz arterjogramów.*

Prelegenci omawiają historję arterjografji i pokazują szereg arterjogramów. Arterjografję zapoczątkowali S i c a r d i F o r e s t i e r (1923), zastrzykując do tętnic lipiodol. Lipiodol wkrótce zarzucono i zaczęto stosować mniej gęste i mniej niebezpieczne środki (25% *Natrium jodatum*, abrodil, uroselectan i t. p.). Zastrzykiwanie tych środków jest bardzo bolesne, należy je wykonywać w uśpieniu, względnie w znieczuleniu.

D o s S a n t o s (1931) opracował dokładnie technikę arterjografji. Zaleca on stosowanie thorotrastu, zastrzykiwanie którego jest zupełnie niebolesne; środek ten ma być

zupełnie bezpieczny i jakoby nawet dla chorych tętnic zupełnie nieszkodliwy. Zastrzykując thorotrast należy posługiwać się specjalnym przyrządem (D o s S a n t o s).

Prelegenci posilkowali się tenebrylem C, który należy szybko w ilości 20 cm.³ zastrzyknąć do tętnicy udowej (względnie ramiennej), nakłuwając ją. Zastrzyknięcie jest bolesne, należy je robić w uśpieniu (eter, evipan - natrium lub innym), albo w znieczuleniu (łędźwiowem, splotu barkowego i t. p.). Z arterjogramów możemy sądzić o zamknięciu światła tętnic, zmianach światła (zwężeniu lub rozszerzeniu), kształtu (wężykowaty przebieg w miażdżycy), zmianach w ścianach tętnic (nierówności w miażdżycy), rozwoju krążenia obocznego.

Co do wartości rozpoznawczej tej nowej metody, zawczasie jest jeszcze, żeby można się było stanowczo wypowiedzieć (streszczenie własne).

D y s k u s j a:

H. H i g i e r zapytuje o obraz tętnic w chorobie R a y n a u d a. Ważną rzeczą byłoby znaleźć w arterjogramach kryterjum dla różniczkowania między chorobą B u e r g e r a a *arteriitis arteriosclerotica*. Choroba B u e r g e r a lub *gangraena spontanea juvenilis* występuje u ludzi młodych i może się cofnąć, podczas gdy zgorzel martwicowa powstaje nagle i nigdy się nie cofa.

H. J. L a n d a u zwraca uwagę, że z doświadczeń hepatografii i lienografii wiadomo, iż thorotrast powoduje długotrwałą blokadę układu siateczkowo-śródbłonkowego, wobec czego uważany jest za środek bynajmniej nieobojętny, którego stosowania odradza większość autorów.

S a i d m a n uważa, że arterjografia może mieć znaczenie w rozpoznawaniu tętniaków obwodowych i różniczkowaniu między zwężeniem kurczowem (zarysy ostre) i miażdżycowem (zarysy nierówne).

3. H. J. L a n d a u. **Przypadek żółtaczki hemolitycznej, powiklanej żółtaczką mechaniczną.**

18-letnia pacjentka zgłosiła się ze skargami na żółtaczkę, datującą się od 4 lat, i bóle w okolicy prawego podżebrza. Przez cały czas żółtaczka stale się utrzymuje, zmienia się jedynie jej natężenie. Bólów w okolicy prawego podżebrza w początkowych okresach żółtaczki nie było, zaczęły one dokuczać chorej dopiero ostatnio, były one tym właśnie motywem, który skłonił pacjentkę do szukania pomocy u lekarza. Bóle nie noszą charakteru napadowego, lecz ostatnio właściwie stale dokuczają chorej w silniejszym lub słabszym stopniu. Mocz jest stale ciemny, kał, przedtem ciemny, ostatnio bywa często jaśniejszy. Śwędzenia chora nie miała. Żadnych dolegliwości ze strony dróg oddechowych, układu krążenia i narządów moczowych chora nie miała. Odbijań, zgagi, wymiotów chora nie miała, łaknienie dobre, chorej ostatnio raczej przybywa na wadze. Stolce są skłonnością do zaparcia. Miesiąckuje prawidłowo. Samopoczucie dobre, pacjentka pracuje, nie męcząc się. Chorowała tylko we wczesnym dzieciństwie na zapalenie płuc; stwierdzono wtedy znaczne powiększenie śledziony, wskutek czego przebyła pewien czas w klinice dziecięcej; o wyniku badań tylko tyle wie, że „krew okazała się czysta”. Wywiady rodzinne bez znaczenia, zwłaszcza nikt w rodzinie bliższej, ani dalszej nie miał żółtaczki.

Przy badaniu przedmiotowym uderza wybitnie żółte zabarwienie skóry i widocznych błon śluzowych (spojówek, śluzówki języka i jamy ustnej). Gardło bez zmian. Tętno niepowiększone. Gruczoły chłonne niemacalne. Ciężota — stan bezgorączkowy. Płuca i serce bez zmian. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego o 1½ palca, o prawidłowej spistości, nieco tkliwa na ucisk. Śledziona wystaje o 3 palce z pod łuku, bardzo twarda, nieco tkliwa, opukowo sięga ku górze do siódemego żebra. Wolnego płynu, ani patologicznych oporów w jamie brzusznej nie stwierdza się. Obręzków nie ma. W układzie nerwowym zmian się nie stwierdza.

W moczu przy pierwszym badaniu znaleziono znacznie zwiększony urobilinogen, barwników żółciowych nie wykryto, przy drugim — nieznacznie zwiększony urobilinogen, ślady barwników żółciowych, pozatem norma. Kał nieco odbarwiony, próba na urobilinogen i S c h m i d t a — dodatnia.

We krwi odczyn W a s s e r m a n n a i citocholowy S a c h s a - W i t e b s k i e g o wypadła ujemnie, próba H y j m a n s a v a n d e n B e r g h a bezpośrednia dała wynik ujemny, pośrednia — wynik dodatni, ilość bilirubiny = 6 jednostkom H. v. d. B e r g h a (1 : 40.000). Oporność krwinek na płyny hipotoniczne zmniejszona, początek hemolizy przy stężeniu chlorku sodowego 0,56%. Morfologicznego badania krwi pacjentka niestety nie przeprowadziła.

Ze względu na długotrwałą żółtaczkę ze znacznym zwiększeniem zawartości urobilinogenu w moczu, długotrwałe powiększenie śledziony, zmniejszoną oporność czerwonych

ciałek krwi, dodatnią pośrednią próbę H y j m a n s a v a n d e n B e r g h a prelegent rozpoznaje w pokazywanym przypadku żółtaczkę hemolityczną. Większość przypadków żółtaczki hemolitycznej należy do typu rodzinno-dziedzicznego; tutaj przypadek ten stoi odosobniony w rodzinie. Pacjentka jest rzeczywicie, plus icterique que malade, bóle w postaci t. zw. przełomów rzekomo-kamicowych występują dość często w żółtaczce hemolitycznej.

Przypadek ten jest ciekawy i z tego względu, że istnieją tutaj pewne cechy żółtaczki mechanicznej (okresowa obecność barwników żółciowych w moczu i okresowa hipocholija stolców). Przyczynę tego stanowić może plejochromja żółci, która doprowadziła, być może, do wytworzenia się złożeń w drogach żółciowych. Z metod leczniczych wchodziłoby w rachubę wycięcie śledziony (*splenectomy*).

D y s k u s j a:

J e l e n k i e w i c z podkreśla istnienie pewnych sprzeczności w badaniach laboratoryjnych, które jednak nie wyłączają istnienia żółtaczki hemolitycznej. Dotkliwy jest brak badania morfologicznego krwi, gdyż zmiany w jej czerwonym obrazie, zwłaszcza mikrocytoza mogłyby służyć jako potwierdzenie rozpoznania.

B i r o podkreśla, że brak momentu dziedzicznego nie wyłącza rozpoznania żółtaczki hemolitycznej. Wycięcie śledziony jest poważnym zabiegiem, nad którym należy się dobrze zastanowić.

L a n d s b e r g e r uważa, że za rozpoznaniem żółtaczki hemolitycznej przemawia dysproporcja pomiędzy zawartością bilirubiny we krwi i w moczu; obecność bilirubiny w moczu nie wyłącza rozpoznania żółtaczki hemolitycznej.

H. H i g i e r zapytuje, czy chora nie przechodziła zimnicy.

W odpowiedzi L a n d a u zaznacza, że chora nie ma w wywiadach zimnicy.

O d c z y t:

4. J. W a l a w s k i. **Czynność serca w świetle nowych metod** (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

Odczyt był ilustrowany pokazem krzywych dielektrograficznych oraz pokazem gry zastawkowej według G a d d a na sercu wołowym przy użyciu odpowiedniej aparatury.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Hematologicznego w Paryżu z dnia 5 czerwca 1934 r. (Presse méd. N. 62, 1934) M. J. G é r a r d mówił o **znaczeniu określania liczby retikulocytów u rentgenologów**. Prelegent uważa zwiększenie się liczby retikulocytów i zmniejszenie odsetka obojętnochłonnych białych ciałek krwi za najczęstsze zmiany w obrazie krwi u rentgenologów. Znaczny wzrost liczby retikulocytów (mniej więcej do 20%) każe przypuszczać pogorszenie się istniejących uprzednio zmian we krwi. Stwierdzenie tych zmian wymaga czasowego przerwania pracy i sprawdzenia urządzeń ochronnych.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Hematologicznego w Paryżu z dnia 5 czerwca 1934 r. (Presse méd. Nr. 62, 1934) G. M a r c h a l, D a n y i G r u p p e r pokazywali przypadek **żółtaczki i niedokrewności hemolitycznej z myełmją czerwoną i białaczką szpikową o typie splenomegalicznym**. Przypadek dotyczył 55-letniej chorej z żółtaczką hemolityczną nabytą, postępującą niedokrewnością złośliwą i białaczką limfatyczną splenomegaliczną bez powiększenia gruczołów chłonnych. Liczba czerwonych ciałek krwi zmniejszała się do 430.000. Liczba jądrazastych czerwonych krwinek o bardzo różnorodnych kształtach doszła do 25.000 w mm.³, ta myełmja czerwona była wyrazem rozkojarzenia odczynów szpikowych, gdyż we krwi nie było myelocytów. Liczba białych ciałek krwi wahała się od 47.000 do 200.000 w mm.³, przy czym liczba limfocytów wynosiła 87%. Przebieg tego tak złozonego zespołu hematologicznego trwał osiem miesięcy. Badanie anatomiczne wykazało podwójną rolę powiększenia śledziony w procesie hemolitycznym i limfomatozie. Szpik kostny wykazywał odczyn erytoblastyczny i metaplastę limfatyczną. W narządach wewnętrznych stwierdzono złoże barwnikowe (*siderosis*) i nacieki limfocytarne (w śledzionie, nieznacznie powiększonych gruczołach chłonnych, wątrobie, nerkach i płucach). Obraz ten odpowiadał tylko częściowo białaczce i rozmaitym odmianom niedokrewności śledzionowych. Podkreślają oni rozkojarzenie odczynów szpikowych, które w danym przypadku ograniczyły się do układu erytropoetycznego.

O d c i n e k

O patologii kultury.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 39).

Dwa przedewszystkiem pojęcia występują tu na plan pierwszy, gdy chodzi o ich kulturalno-historyczne znaczenie, są to pojęcia „zwyrodnienia” i „rasy”, z których to ostatnie zwłaszcza nabiera w czasach współczesnych szczególnego posmaku i jest świadomym czy podświadomym motorem wielkich prądów politycznych od faszyzmu do hitleryzmu.

Co się tyczy przedewszystkiem pierwszego z tych pojęć, to, oczywiście, należy liczyć się z faktem, że wpływy geofizyczne mogą prowadzić ludzkość do zwyrodnienia. Wpływy takie mogłyby powstawać naskutek katastrof klimatycznych takich, jak epoka lodowa, która według pewnych teorii nie należy li tylko do przeszłości, lecz jest możliwością przyszłości (H ö r b i g). Dalej należy tutaj wymienić skutki trzęsienia ziemi oraz te wszystkie różnorakie wyniki, jakie pociągnąć mogą za sobą działanie słońca, deszczu i wody, które należy mocno brać pod uwagę jako czynniki, mające potężny wpływ historyczny, gdy chodzi o przejawy natury patologicznej. „Powietrze, woda i słońce — mówi cytowany powyżej G i e s e — to potęgi, które nie tylko mogą tworzyć kulturę, ale również ją niszczyć; mają one w historycznej rzeczy ocenie zarówno dodatnie, jak i ujemne przepowiednie. Wszystko to może prowadzić w ten, czy inny sposób do różnych postaci zwyrodnienia”.

Dzieje kultury dostarczają nam licznych przykładów, dowodzących słuszności powyższych założeń. Już biblia opowiada, jak to wędrowki ludów, poziom ich dobrobytu, układy między plemionami uzależnione były od słońca, od stad szarańczy, od siewu i żniwa. Bez tych wpływów trudno sobie nawet wyobrazić dzieje narodów pierwotnych; i jednocześnie te oddziaływania mogły pociągać za sobą skutki zwyrodniające. Wszystkie te fakty i pojęcia stanowią obecnie krąg zagadnień t. zw. geopolityki.

Problem rasowy, będący dziś nicią przewodnią pewnych prądów i kierunków politycznych, zupełnie inaczej przedstawia się w świetle nauki o wpływach geofizycznych świata zewnętrznego, które to wpływy są wciąż jeszcze niedoceniane, wobec istniejących poglądów na znaczenie pochodzenia. Sam wpływ środowiska psychicznego został w sposób niezmiernie ścisły stwierdzony przez B o a s a⁷⁾, na materiale ludzkim rodzin imigrantów amerykańskich. Badacz ten zdołał dobitnie wykazać, jak wpływy amerykańskie już w trzecim pokoleniu niwelują odchylenia rasowe przybyszów z Europy, należących do różnych narodowości. A jednocześnie nie poddają się zupełnie tej niwelacji ras narody o skostniałej strukturze, jak np. Chińczycy.

Jako klasyczny przykład zwyrodniającego działania warunków zewnętrznych może być na tem miejscu przytoczony fakt przeniesienia pozostałych przy życiu szczepów Indian czerwonoskórych do t. zw. rezerwatów, gdzie dzięki oderwaniu się od warunków kultury pierwotnej, a przedewszystkiem dzięki zmianie pożywienia, szczepy te bardzo szybko zaczęły tracić swe wybitne zalety rasowe.

Tak samo rzecz się ma z Eskimosami, którzy, jak tego dowodził prof. S u k na zeszlórocznym Zjeździe antropologów angielskich, znajdują się na wymarciu wskutek przyswojenia sobie europejskich obyczajów, a zwłaszcza pożywienia.

Powstawanie t. zw. rasy lub też wpływy, jakie wywierają na daną ludność panujące u niej stosunki geofizyczne mogą już być zaliczane do patologii kultury jak twierdzi nauka (G i e s e). A tymczasem ten z naukowego punktu widzenia patologiczny przejaw staje się obecnie osią potężnego ruchu politycznego.

Jeżeli czytamy, że sławny Almanach Gotajski ma być obecnie dokumentnie zrewidowany, i że rody szlacheckie muszą się w Niemczech wykazać przed komisją rzeczoznawców długim szeregiem niepokałanych pokoleń, to jednocześnie należy przytoczyć tu fakt, że na zeszlórocznym zebraniu British Association, odbytem we wrześniu 1933 r. w Leicester znany antropolog angielski, lord R a g l a n, oświadczył, że dziewięćdziesiąt procent tablic genealogicznych najwyższej arystokracji angielskiej jest sfałszowane. Uczony ten wykazał, że te drzewa genealogiczne były od dziesiątków lat fabrykowane za pieniądze, aby dowieść, że przodkowie danych rodzin sięgają czasów Wilhelma Zdobywcy. Zdaniem lorda R e g l a n a niewiadomo, czy istnieje w Anglii choćby jeden ród, który byłby w stanie dowieść, że wywodzi się od normanów. Pomieszanie się narodów, które tworzą dzisiejszy typ anglosaski, utrudnia w niezwykły sposób przeprowadzenie sprawdzenia genealogii w okresie, przewyższającym dwieście do trzysta lat. Tylko w najrzadszych przypadkach istnieją jeszcze dokumenty oryginalne, któreby mogły dostarczyć takich dowodów.

Tymczasem sprawa hodowli typu nordyckiego jest w Niemczech obecnie zagadnieniem dominującym. Zagadnienia rasowe zostały umieszczone na naczelnem miejscu w programie tegorocznego Zjazdu internistów niemieckich.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Erlangen w czerwcu 1933 r. twierdził dr. P r a t j e⁸⁾ w referacie, poświęconym sprawie higieny rasy i dziecięcości w nowym państwie, że bardzo ostrożnie należy traktować plan uzyskania doboru wśród różnych ras, stanowiących rdzenną ludność niemiecką, oraz przeprowadzenia hodowli człowieka nordyckiego. Każda rasa posiada określone zdolności i wypełnia należne jej miejsce, i nie do pomyślenia jest naród, któryby się składał tylko z ludzi — panów. Tylko w nowozdobitych posiadłościach można dać pierwszeństwo wysokowartościowym rasom. Ale gdy z jednej strony czynione są iluzoryczne wysiłki do wydobywania z swej domniemanej rasy doskonałego jakoby typu ludzkiego, to z drugiej strony wiedza ścisła stwierdza fakt inny. Oto na tymże, wspomnianym już powyżej zeszlórocznym zjeździe British Association dr. Harry C a m p b e l l mówił o zmniejszonym poziomie inteligencji człowieka dzisiejszego w porównaniu z naszymi przodkami. Ta sama teoria była na owym zebraniu motywowana również przez dra H u r s t a.

H u r s t dowodził, że ograniczanie potomstwa w przeważnej części wysokorozwiniętych krajów pociąga za sobą bardzo znaczny spadek indeksu inteligencji.

⁷⁾ B o a s. „Changes in bodily form”, 1912.

⁸⁾ Klin. Wochenschrift 1933, N. 41

gdyż wysoko pod względem duchowym stojące rodziny ulegają stopniowo wymieraniu. Fakt wymierania wyższych klas społeczeństw wskutek ograniczania potomstwa znany jest oddawna w polityce ludnościowej i eugenic.

Ale jeżeli zmniejszanie się liczby urodzeń było faktem dawno znanym, jeżeli stanowi ono, być może, cechę charakterystyczną pewnych okresów cywilizacji, to niewątpliwie do objawów patologii kultury należałoby odnieść przede wszystkim stopień wzrostu i sposoby przejawiania się tego ewenementu społecznego u współczesnych narodów europejskich a przede wszystkim w Polsce.

W listopadzie 1931 roku powstał w Warszawie „Instytut Badania Zagadnień Ludnościowych”, który miał na celu scentralizowanie badań, prowadzonych nad tą sprawą w kraju, jak również przeprowadzenie własnych naukowych, możliwie obiektywnych studiów nad zagadnieniem rozrostu ludności. Jednym z etapów w pracy Instytutu było rozesłanie do wszystkich lekarzy w Polsce kwestionariuszy w sprawie stopy urodzeń wśród otaczającego ich społeczeństwa. Wyniki tej ankiety zebrał i ogłosił dr. K a c p r z a k⁹⁾ w Warsz. Czasopiśmie Lekarskim. Oto, co tam czytamy: „Trudno dokładnie ustalić, kiedy ten ruch, zmierzający do ograniczenia potomstwa, rozpoczął się, choć najczęściej wiąże się go z okresem powojennym. Czy odgrywa tu rolę ogólnie przyjęte rozumowanie, w którym Wielka Wojna odgrywa rolę bodźca, przyspieszającego ruch, rozpoczęty dawniej — z ankiet odpowiedzieć trudno. W każdym razie, jeżeli chodzi o uboższe warstwy społeczeństwa, wszystkie ankiety zgodnie podkreślają przełomowy moment Wielkiej Wojny. Ale moment ten nie jest jedyny, wielu bowiem lekarzy podaje, że w ostatnich zupełnie latach omawiany ruch wzmógł się znacznie na sile, w niektórych zaś kwestionariuszach czytamy wyraźnie, że to unikanie potomstwa występuje niezmiernie jaskrawo dopiero od lat 2 — 3”. Kilku lekarzy zwraca uwagę na zmianę ustosunkowania się do tej sprawy, na charakterystyczne psychiczne nastawienie ogółu ludności do licznej rodziny. „Odgrywa tu rolę ogólne nastawienie psychiczne, a nie warunki materialne, które po wojnie w danej miejscowości raczej się poprawiły, i tylko obecnie, w dobie kryzysu, zubożenie ludności rzuca się w oczy”. Faktem jest, że, jak stwierdza wielu lekarzy, liczba urodzeń zmniejszyła się w ostatnim czasie, to jest w ostatnich dwóch latach, zaskakująco. Gdzie szukać przyczyn tego zjawiska? I znowu uciec się wypada do wywodów cytowanego już powyżej psychiatry, dra F a l k o w s k i e g o, który twierdzi, że „dziś żyjemy w okresie wytwarzania się nowych form współżycia. Żyjemy w okresie wszechświatowego kryzysu ekonomicznego. Byt materialny szerokich mas jest zachwiany. Liczne rzesze pracowników borykają się w walce o byt... Przeżywany okres dziejowy charakteryzuje się brakiem pewności jutra. Najtęższe umysły nie są w stanie przewidzieć przyszłości. Ta atmosfera powszechnej niepewności staje się nie do zniesienia dla wielu ludzi...” Psychasteniczne reakcje doby obecnej są tak charakterystyczne, że, jak sądzi dr. F a l k o w s k i, można poprostu zpośród nerwic wyodrębnić postać „nerwicy kryzysowej”.

Ale dr. F a l k o w s k i idzie dalej jeszcze i oto

⁹⁾ M. K a c p r z a k. „Badania nad rozrodczością w Polsce”. Warsz. Czasopismo Lekarskie 1933, NN. 35, 36, 37.

spostrzega zjawienie się jeszcze jednej postaci nerwic — nerwicy „świadomego macierzyństwa”. I psychiatra ze swej strony widzi, jak na tle ogromnego pędu ku ograniczaniu liczby potomstwa następuje wkroczenie świadomości w dziedzinę automatyczną. „Obserwacje, poczynione nad chorem, wskazują, iż epidemia masowej intelektualizacji przeżyć płciowych pod wpływem idei świadomego macierzyństwa rozszerza się. Postać nerwicy świadomego macierzyństwa już się zarysowuje. Wpadają w nią przede wszystkim kobiety, które nie z konieczności, lecz ulegając ogólnemu prądowi, intelektualizują przeżycia dziedziny płciowej”.

Jeżeli dotychczas zajmowaliśmy się rozważaniami na temat roli choroby osobnika w zjawiskach światowych lub też wpływów zwyrodniających świata zewnętrznego, to z kolei należy podkreślić, że i same przejawy życia kulturalnego, jak to już zresztą wspomniane było na początku, mogą przybierać postać patologiczną. Sam obiektywny wytwór kultury może jakby żyć życiem własnym, przytłaczając sobą jednostkę ludzką. Jak pod wpływem czynników świata zewnętrznego następują przeobrażenia w ustroju i psychice ludzkiej, tak również przeobrażeniom i pełnemu zanikowi ulegają osiedla ludzkie. W swym „Wstępie do filozofii pracy” wskazuje G i e s e na okres rozkwitu i upadku miast lub zakładów przemysłowych w zależności od konjunktury, rozwoju dróg komunikacji i nawet czynników czysto biologicznych i zalicza to również do przejawów patologii kultury.

Nie ulega wątpliwości, że już dzisiaj dają się zaobserwować obrazy, dowodzące załamania się współczesnej cywilizacji. Niektórych pisarzy uderza np. w Ameryce ogrom porzuconego, częściowo zużytego materiału technicznego, resztki fabryk, przestarzałe maszyny, całe cmentarzyska i groby przemysłowe. Stanowią one i stanowią będą osobiście w przyszłości takie będące w ruinach pomniki przeżytej kultury, jakimi dla dzisiejszego pokolenia są odkrywane w Indochinach, czy lasach Ameryki Południowej ruiny świątyń i budowli po dawno wymarłych plemionach. Należy przypuszczać, że czasy przyszłe będą oglądały wytwory naszej cywilizacji, które stały się patologiczne, ale w stopniu bez porównania wyższym, aniżeli my dziś możemy to powiedzieć o przechowywanych do nas zabytkach odległej przeszłości. Prawdopodobnie wiele z przekazanych przyszłym pokoleniom pozostałości naszego technicznego rozwoju będzie wydawało się im daleko bardziej niezrozumiałymi, aniżeli dla nas niezrozumiałe były hieroglify.

Słusznie niektórzy autorowie dopatrują się cech patologicznych w nadmiernym, przytłaczającym rozroście zbytnio przyspieszonego ruchu samochodowego, któremu w Ameryce towarzyszy niepomiaralna liczba wypadków śmiertelnych. Tutaj zaliczyć również należy takie przejawy współczesnego życia społecznego, jak nadmierny rozwój niektórych rodzajów sportu, które także ze swej strony powodują wielką liczbę nieszczęśliwych wypadków; jak chorobliwy rozwój reklamy i wszystko to, co osiąga granice, przewyższające normalne zapotrzebowanie człowieka. Nie można oprzeć się wrażeniu, że w istocie człowiek, może i wbrew woli, staje się tu ofiarą nadmiernie rozpętanej maszyny, którą ongi sam stworzył i w ruch puścił, a w następstwie poddał się jej przemagającej sile.

Wśród takich to warunków świata zewnętrznego człowiek współczesny przebywa jeden z etapów swojej

ewolucji, do której końca daleką jeszcze ma drogę. A tymczasem na każdym kroku czyha nań zdradliwa patologia życia społecznego. Zjada go kryzys, wisi nad nim groza wojny gazowej, a nie oszczędza go także i nadmierny przerost machiny państwowej, o której jeden z największych uczonych współczesnych, autor historii upadku Rzymu, Guillelmo Ferrero, powiedział, że w najwyższym stopniu przyczynia się do wzra-

stającego po wojnie zubożenia narodów europejskich. Czyż wobec tego dziwić się należy, że ów człowiek współczesny pada ofiarą nerwicy i psychastenji, że pęd do ograniczania potomstwa wzrasta w nim w sposób zastraszający, że nie chce myśleć o przyszłości, której nie może przewidzieć ani ekonomista, ani dyplomata, a lekarz coraz więcej przenosić ją musi w dziedzinę patologji.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Koszty opieki lekarskiej.

Podali

S. ADAMOWICZOWA i M. KACPRZAK (Warszawa).

„Jakość opieki lekarskiej jest wskaźnikiem cywilizacji narodu”.

Wilbeer.

(Dok. — patrz Nr. 39).

IV. Tezy Komitetu.

Komitet uważa za wskazane: 1) prowadzenie opieki lekarskiej zarówno w dziedzinie zapobiegania, jak i leczenia przez zorganizowane grupy lekarzy, dentyków, pielęgniarek, farmaceutów i inny personel pomocniczy. Pożądane jest, aby grupy zawodowe organizowały się wokoło szpitala celem zapewnienia choremu całkowitej opieki w domu, w gabinecie lekarskim i w zakładzie leczniczym. Forma organizacji winna wpływać na utrzymanie wysokiego poziomu naukowego i rozwój stosunków osobistych pomiędzy chorym i lekarzem.

2) Rozszerzenie podstaw opieki nad zdrowiem ludności, wykonywanej zarówno przez czynniki rządowe, jak i społeczne tak, aby korzystać z nich mogła cała ludność według potrzeb. Rozwój służby zdrowia wymaga przede wszystkim zwiększenia budżetów urzędów zdrowia i odpowiedniego uposażenia dobrze wyszkolonych lekarzy-higienistów oraz ich personelu pomocniczego.

3) Na opłacanie kosztów opieki lekarskiej składać się winny ubezpieczenia od choroby, sumy, pochodzące z podatków lub z obu tych źródeł.

Proponowane zmiany nie wymagają całkowitego zerwania z praktyką prywatną, pozostanie ona udziałem tych, którzy wolą obecnie istniejące metody. Administracja zasiłków, związanych z chorobą, winna być całkowicie oddzielona od opieki lekarskiej.

4) Studja nad nowymi metodami pracy i skoordynowanie opieki lekarskiej mają stanowić poważną funkcję władz rządowych i samorządowych. Należy powołać do życia specjalne organy celem wykonywania tych funkcji, przyczem szczególną uwagę poświęcić należy skoordynowaniu opieki lekarskiej na wsi i w mieście.

5) W dziedzinie przygotowania do zawodu Komitet zaleca: aby a) na wydziałach lekarskich zwracać większą uwagę na nauczanie higieny, przygotowanie lekarzy dla Służby Zdrowia; należy położyć nacisk na związek pomiędzy chorobą a bytem społecznym; wykonywanie specjalności winno być dozwolone tylko wykwalifikowanym specjalistom; możliwości dalszego kształcenia się lekarzy należy rozszerzyć; b) studenci-dentyści winni otrzymywać szersze wykształcenie ogólne; c) na wydziałach farmaceutycznych więcej uwagi po-

święcić należy wdrażaniu odpowiedzialności zawodowej i możliwości służby społecznej; d) zasadnicze zmiany należy wprowadzić w kształceniu pielęgniarek tak, aby zapewnić powstanie należytych wyszkolonych kadr pielęgniarek zawodowych; e) szkolenie położnych winno być postawione na należytych poziomach; f) wprowadzić trzeba systematyczne szkolenie administratorów szpitali i klinik.

V. Raporty mniejszości Komitetu.

Raport Komisji i jej dezyderaty nie zostały przyjęte przez Komitet jednogłośnie, mniejszość zgłosiła swe zastrzeżenia już to w postaci raportów, podpisanych przez pewne grupy członków, już to w drodze oświadczeń indywidualnych.

Raport mniejszości Nr. 1 podpisało 10 członków Komitetu. Na wstępie grupa zaznacza, iż zgadza się całkowicie z zaleceniami większości Komitetu, dotyczącej zdrowia publicznego oraz zmian koniecznych w wykształceniu lekarzy. Natomiast wypowiada się stanowczo przeciwko „organizowaniu” zawodu lekarskiego, uważając dążenie do oparcia całej pracy na ośrodkach lekarskich za koncepcję idealistyczną, zbudowaną na przesłankach teoretycznych, nie mogącą być popartą żadnym przykładem, zaczerpniętym z życia. Stworzenie wielkich ośrodków lekarskich jest niczem innym, jak wprowadzeniem do medycyny techniki wielkich przedsięwzięć, stawianych na produkcję masową. Plan ten, o ileby został wprowadzony w życie, stworzyłby hierarchję lekarską w każdej gminie, ponieważ każdy nowy członek ośrodka byłby wybierany przez kierownika lub nieliczny personel ośrodka. W tych warunkach nie dałoby się również zapobiec współzawodnictwu pomiędzy ośrodkami w wielkich miastach, koszty opieki lekarskiej wzrosłyby ze względu na koszty administracyjne (podział ludności między ośrodki etc.), utrzymanie stałego osobistego stosunku pomiędzy lekarzem i pacjentem byłoby utrudnione albo nawet wprost niemożliwe. Zdaniem mniejszości zalecania, sformułowane przez większość Komitetu, mogą służyć jako najlepsza ilustracja tego, co zasługuje prawie na określenie „opętania czasów obecnych” — a mianowicie poglądu, że przez organizację można usunąć większość, o ile nie wszystkie nieszczęścia, gnębiące ludzkość.

Projektom większości przeciwstawia mniejszość opiekę lekarską, wykonywaną indywidualnie przez lekarza — stawiając na naczelnem miejscu lekarza, zajmującego się praktyką ogólną (general medical practitioner); zorganizowane grupy lekarskie i kliniki mogą powstać tylko tam, gdzie to wypływa z naturalnego układu stosunków lokalnych. Mniejszość wysuwa rów-

niez projekt zapewnienia opieki lekarskiej niezamoznym przez miejscowe stowarzyszenie lekarzy, dopuszcza istnienie ubezpieczeń jedynie w razie możliwości zapewnienia całkowitej kontroli nad nimi przez lekarzy i konczy swój raport słowami: „Postępy, dokonane przez medycynę w walce z chorobą na przestrzeni wieków, sprawiają, iż wierzymy niezłomnie, iż indywiduum, a nie grupa winna tworzyć jednostkę w wykonywaniu praktyki lekarskiej”.

Raport mniejszości Nr. 2 podpisany został przez dwu członków Komitetu. Zajmują oni stanowisko pośrednie między poglądami większości i mniejszości. Zgadzając się z większością co do pożytku wprowadzenia praktyki grupowej i opłat grupowych, wypowiadają jednak szereg zastrzeżeń. Zastrzeżenia te dotyczą przede wszystkim zbyt krytycznego stosunku większości Komitetu do lekarzy prywatnych, wskazują, iż badaniami Komitetu objęte zostały tylko najlepiej funkcjonujące instytucje ubezpieczeniowe, a pominięte zostały całkowicie te, które mogłyby służyć jako wymowny przykład złych stron systemu ubezpieczeń — są wreszcie zdania, iż projekt ośrodka lekarskiego jest koncepcją utopijną i że zawiera tyle kwestyj problematycznych, iż nie

można znaleźć usprawiedliwienie dla włączenia takiego planu do tak poważnego raportu.

Zdaniem autorów największy wpływ na utrzymanie wysokiego poziomu zawodowego może mieć inicjatywa, wychodząca z łona samych lekarzy. Lekarze, jako jednostki, lub też przez swe stowarzyszenia zawodowe winni szczerze uznać istnienie zagadnień i potrzeb, o których mówi raport większości Komitetu, i sami winni przedsięwziąć kroki do uregulowania sprawy, inicjując lub biorąc udział w eksperymentach zmierzających do określenia wartości praktyki grupowej i metod opłat grupowych.

Oprócz dwu raportów mniejszości podane są jeszcze oświadczenia indywidualne dwu członków Komitetu. Jeden z nich określa swoje stanowisko jako kogoś, kto nie może się zdecydować powiedzieć „tak” lub „nie”, i proponuje iść nie drogą tworzenia szerokich planów, lecz wypróbowania pewnych projektów (ośrodków lekarskich) i znalezienia dla nich korektyw na podstawie doświadczenia, drugi jest zdania, że nie może podpisać raportu większości z uwagi na to, iż ekonomiczna strona zagadnienia nie została odpowiednio uwzględniona, co winno stanowić właściwą treść prac Komitetu.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę. Celem ujednostajnienia organizacji wewnętrznej przychodni przeciwwenerycznych przesyłam Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi Rządu) w załączeniu wzór statutu przychodni przeciwwenerycznej, opracowany na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.III.1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 382, art. 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70), i jako rozwinięcie odpowiednich paragrafów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14.II.1931 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 29, poz. 196, §§ 29, 30 i 31) i proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zalecenie wszystkim czynnym na obszarze podległego Mu Województwa (Komisarjatu Rządu) państwowym, samorządowym i społecznym przychodniom przeciwwenerycznym sporządzenia statutów według wytycznych, podanych w załączonym wzorze, i nadesłania odpisów tych

statutów Ministerstwu Opieki Społecznej po ich zatwierdzeniu. Jednocześnie proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o powiadomienie wszystkich czynnych na podległym Mu terenie przychodni przeciwwenerycznych, iż z dniem 1.I.1935 r. sprawozdania kwartalne i roczne z działalności powyższych instytucji winny być nadsyłane według załączonych wzorów. Podsekretarz Stanu: (—) Dr. E. Pietsch.

— W pierwszej dekadzie listopada r. b. odbędzie się w Bukareszcie zjazd chirurgów, zorganizowany przez Rumuńskie Stowarzyszenie Chirurgów. Poza omawianiem różnych zagadnień chirurgii nowoczesnej zjazd ten ma się zająć zorganizowaniem Związku Chirurgów Malej Ententy, Polski i krajów ościennych. Wszystkim uczestnikom zjazdu udzielają koleje rumuńskie zniżki 50%. Bliższych informacji, dotyczących zjazdu, udziela Dr. Jean Jiano, Rue Campineanu 52.

TREŚĆ: W. STERLING. Z symptomatologii nieznanych lub szczególnie rzadkich zjawisk padaczkowych. — J. SOŁOWIEJCZYK. Niezwykły przypadek uszkodzenia żyły szyjnej przez ciało obce. — S. DOBRYSZYCKI. Przypadek recto-sigmoiditis ulcerosa chronica. — J. WAJNSZTOK, P. KOTOK, B. GŁOWIŃSKI. O leczeniu zatruc związkami barbiturowymi zapomocą dużych dawek strychniny. — W. MILLER. Współczesny stan wiedzy o reumatyzmie infekcyjnym (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — ST. KRAMSZTYK. O patologii kultury (Dok.). — S. ADAMOWICZOWA i M. KACPRZAK. Koszty opieki lekarskiej (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: La symptomatologie des manifestations epileptiques inconnues ou particulièrement rares. — J. SOŁOWIEJCZYK. Un cas exceptionnel de lésion de la veine jugulaire par un corps étranger. — S. DOBRYSZYCKI. Un cas de la recto-sigmoidite ulcéreuse chronique. — J. WAJNSZTOK, P. KOTOK, B. GŁOWIŃSKI. Sur la thérapie des intoxications avec des combinaisons barbituriques par les grandes doses de strychnine. — W. MILLER. L'état contemporain de la science concernant le rhumatisme infectieux (Rev. gén. Fin.). — ST. KRAMSZTYK. Sur la pathologie de la culture. (Fin.). — S. ADAMOWICZ et M. KACPRZAK. Frais des soins médicaux (fin.).

SAL DIETETICUM
SINE CL' BR' J' N'
nulla contraindicatio!
ARTISAL
GEO