

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTK!

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-24-48.

Rok XIII

WARSZAWA, 25 CZERWCA 1936 R.

Nr. 23-24.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Zagadnienia nauki dzisiejszej i wczorajszej o chorobach dziedzicznych wogóle, o heredodegeneracji układu nerwowego w szczególności i o jej zapobieganiu.

(Analiza strukturalna choroby rodzinnej jako problem badawczy).

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa)¹⁾.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 21—22).

Oddawna usiłowano segregować cierpienia rodzinne, biorąc pod uwagę różne punkty wyjścia.

Wśród licznych prób klasyfikacji wrodzonych i wczesnie nabytych chorób dziedzicznych każda posiada swoje słabe strony, zarówno klasyfikacja symptomatologiczna i anatomiczno-histologiczna, jak kliniczno-genealogiczna i biologiczno-anatomiczna.

Również nie wytrzymały próby ogniowej liczne hipotezy, dotyczące patogenetyczności dziedziczenia, zwłaszcza głośna w swoim czasie, wszechobejmująca hipoteza Schaffera, która nie bez zasady podkreślała wagę pierwiastka embrjologicznego, zbyt daleko atoli się posuwała, widząc w obrzmieniu hialoplazmy, t. j. substancji podstawowej komórek zwojowych, więź, łączącą wszelkie organopatie dziedziczne, i upatrując ściśle wybiórczy stosunek a) do pewnego listka zarodkowego, b) do pewnego toru mózgowordzeniowego i c) do pewnego odcinka tegoż toru nerwowego.

Niesłusznie, zdaniem mojem, genetycy lekarze przypisują sobie całkowicie zasługi w odkryciu cech anatomicznych i klinicznych dziedziny hereditaty, cech, które dobrze znane były i wielokrotnie podkreślane w neuropatologii przez dawnych klinicystów.

Wszak nie obce nam były przed laty 30—40-tu poglądy: 1) że liczne choroby dziedziczne traktować należy jako anomalję embrjonalną, jako odmianę pospolitego zaburzenia rozwojowego (np. *syringomyelia*, *ectopia canalis centralis*, *rhachischisis*, *status dysraphicus*

medullo-vertebralis); 2) że wrodzona hipoplazja komórek włókien nerwowych oraz wczesna atrofia otoczki myelinowej stanowią cechę biologiczno-anatomiczną cierpienia dziedzicznego; 3) że charakter dysontogenetyczny przejawia się nierzadko anatomicznie jako zaburzenie załączka (gniazdka komórek embrjonalnych, *microgyria*, *heterotopia intraspinalis*). Oczywiście, że cechy te natury anatomicznej, embrjologicznej i histologicznej, przeważnie drobnowidzowej, posiadały znacznie rozpoznawcze jedynie lub głównie podczas autopsji, nie zaś za życia.

Ale bynajmniej nie obce nam były dawniej i cechy rozpoznawcze przyżyciowe organopatii rodzinno-dziedzicznej. Gdy porównywał swój własny dawny schemat z zarania bieżącego stulecia, schemat, cechujący za życia ogromny dział chorób dziedziczno-rodzinnych, to dochodzę do przekonania, że on i dotąd niewiele stracił ze swojej aktualności. Podkreślałem bowiem w nim na zasadzie ówczesnego materiału klinicznego: 1) stereotypowe powtarzanie się w rodzinie tegoż cierpienia (*homologia*); 2) powtarzanie się tegoż zespołu klinicznego (*homotypia*); 3) anatomiczne umiejscowienie się zachorzenia stale w temże miejscu (*homotopia*), odpowiadającem temuż genowi (*homogenia*); 4) powtarzanie się u członków rodziny najczęściej tegoż terminu wystąpienia danej choroby (*homochronia*); 5) manifestowanie się choroby rodzinnej z pokolenia w pokolenie w wieku wcześniejszym, nieraz i w postaci cięższej (*antecipatio*); 6) stale postępujący bieg choroby (*progressivitas*); 7) oszczędzanie względnie uprzywilejowanie pewnej płci; 8) przeskakiwanie pewnej kondygnacji pokolenia; 9) przenoszenie genu choroby przez osobniki, pozostające w zupełnym zdrowiu i należące często do tejże płci (*typus heredo matriarchalis*), słowem, to, co należy obecnie do działu allelomorfji, recesywności oraz z płcią sprzężonego dziedziczenia.

Z mnożeniem się kazuistyki i z bliższem poznaniem współdziałających czynników egzogennych okazało się, że wyjątki od prawidła, jak wszędzie, spotykają się mniej lub więcej często, co bynajmniej nie zmniejsza wartości schematu.

¹⁾ Odczyt wygłoszony 12.XII.35 w Zrzesz. Lek. Rz. P. 7.IV.36 w Tow. Lek. Warsz.

Obok homochronji stworzono przeto pojęcie heterochronji, reprezentującej wewnątrzrodzinne uchylenia wieku manifestacyjnego danej hereditacji (np. myopatja rodzinna zależnie od jej postaci klinicznej zjawia się w różnych okresach wieku dziecięcego i młodzieńczego).

Dawna semiotyka przeciwstawiała homotypji swoją heterotypję czyli rzadsze przypadki, mniej typowe, przeważnie ilościowo uchylające się od normy klinicznej, t. zw. *microform*, postać poronną, szczątkową, monosymptomatyczną, *forme fruste*. Przypadki te, w formie swej niedorozwinięte, są niemniejszej wagi od klasycznych postaci dla analizy biegu dziedziczenia, dla djaгностиyki klinicznej, dla prognostyki rasowo-higienicznej, w rzeczywistości bowiem taki heterotyp reprezentuje kompletnie wykończony dziedziczny biotyp, mimo iż klinicysta znajdzie w upośledzonej rodzinie osobników z odosobnionym, jednym jedynym objawem choroby, jak arefleksja, skrzywienie kręgosłupa, stopa szpotawa, oczopląs, hipotonja mięśni. Są to dawne t. zw. *stygmaty degeneracyjne*, których krytyczny lekarz nigdy nie tłumaczył sobie za szkołą Morela jako cechę postępującego z pokolenia w pokolenie zwyrodnienia.

O heterotypji zwykło się mówić również i tam, gdzie obraz kliniczny cechują nie różnice ilościowe, lecz jakościowe (nowoczesna pleiotypja). Są więc np. myopatje dziedziczne z dystrofią mięśni tułowia lub mięśni twarzy lub muskulatury kończyn; jest bezład dziedziczny (*ataxia hereditaria*) rdzeniowy Friedreicha i mózdkowy Marięgo; istnieją czyste z wyrodnienie pęczków bocznych rdzenia (Erb — Strümpell) i skombinowane zwyrodnienie wielotorowe (Kahler — Pick, Charcot); jest *chorea hereditaria Huntingtoni demencia* i *achorea*; jest *dystonia* pozapiramidowa w rodzinach z zajęciem drobnych mięśni dłoni i stóp (*athetosis duplex* Hammond) i dużych mięśni tułowia i kończyn (spazm torsyjny Oppenheim — Ziehen); jest pseudosklerozja typu Westphal — Strümpela z anomalią pierścieniową rogówki i skleroza Wilsona z normalną rogówką; są rodziny z dziedzicznym zaburzeniem przemiany materji, w których jednocześnie w rodzinie spotyka się 1) otyłość, *dystrophia adiposo-genitalis* i nadmierną chudość (Bergmann), 2) lewulozurję, pentozurję, cukrzycę trzustkową i nerkową (Lichtwitz), 3) *arthritisa acuta*, *polyarthritisa chronica*, *deformans latens* (Hagart), 4) chorobę Basedowa i szluzobrzek czyli hypotyreozę (Kehrer). Różne obrazy rodzinne tego rodzaju uważać wypada jako warjanty anomalji zasadniczej, wprawdzie fenotypowo mocno zmiennej, ale genotypowo jednolitej czyli homogennej, t. j. od tegoż genu zależnej.

Pytaniem dotąd spornem jest, czy należy — wzorem genetyków — zbytnio rozszerzać w neuropatologii granice heterotypji i zaliczać do typu i te przypadki, w których się przyłączają anomalje ze strony odrębnych narządów i układów narządowych (np. *sclerosis cerebri tuberosa*, — *adenoma sebaceum cutis*; *idiotismus amauroticus juvenilis*, — *retinitis pigmentosa*).

Obok zwykłej homologji stawało się dawniej heterologję, przez genetyków obecnie zwaną heterofenją, gdzie w rodzinach z czystą, typową chorobą dziedziczną (myotonją, zwyrodnie-

niem pęczków bocznych rdzenia) u pewnych członków obserwowano się zanik nerwów wzrokowych, padaczkę, niedorozwój umysłowy, psychopatję. Dawna medycyna mówiła wówczas o ogólnej zmniejszonej odporności układu centralnego, o neuropatji heredodegeneracyjnej, o transformacji dziedziczenia, Erbaltternanz, *famille neuropathique*. Obecna nomenklatura zalicza te postaci heterologicznej zmienności wewnątrzrodzinnej do t. z. *hereditas polymericis*, do *allelia multiplex*.

W sprawie ciągłości postępowania (*progressivitas*) chorób wrodzonych i endogennych pamiętać wypada, że są liczne typy przebiegu, naśladujące różne odmienne jednostki chorobowe. Są więc ciężkie, złośliwe i lekkie, łagodne, szybkie i powolne, a nawet stacjonarne, przemijające, przypominające wyleczenie. Względnie rzadko hereditatje wykazują typ dziedziczenia zupełnie czysty: dominujący lub ustępujący, o dawnych nazwach: ciągły i przerywany. Sporadyczne przypadki hereditatji są przeważnie struktury mieszanej lub typu recesywnego, który dawniej nazywano: *indirect atavistisch*, *kollateral*, *sporadisch*. Praktycznie posiada większe znaczenie recesywny typ dziedziczenia, gdyż on ze swoim utajeniem przenoszeniem cierpienia i przeskakiwaniem kilku pokoleń tworzy problemat trudniej rozwiązalny od typu dominującego, w którym osobniki wolne od specyficznych cech patologicznych są jednocześnie wolne od tendencji obciążenia potomstwa.

Są cechy ważne ze stanowiska klinicznego i z punktu widzenia genetycznego. Spotykają się u tegoż osobnika cechy dominujące obok ustępujących, przeskakujących całe pokolenie.

Ujawnianie się różnych chorób wrodzonych dziedzicznych w różnym wieku nie zostało dotąd wytłumaczone. Z chondrodystrofią okresu zarodkowego lub z zanikiem nerwów wzrokowych płodowym dzieci często już przychodzą na świat; idjotyzm rodzinny amaurotyczny Tay — Sachs występuje — 1-ym roku życia; porażenie myopatyczne czyli *dystrophia musculorum progressiva* Erba ujawnia się w wieku przedszkolnym, *liplegia familiaris progrediens cerebri* Higiera w 6—10 roku życia; *ataxia hereditaria* Friedreicha w wieku dziecięcym, *heredoataxia* Marięgo w wieku meskim; *paralysis spinalis spastica* Strümpela i *atrophia optica* Lebera w 20-tych latach, choroba mózgowa Picka, rodzinny zespół opuszkowy, *atrophia olivo-ponto-cerebellaris* w 45-m, *chorea* Huntingtona po 50-m roku życia i t. d.

Metodyka badania choroby wrodzonej nie różni się niczem od zwykłej, należy jedynie więcej uwagi zwracać na czynnik wrodzoności, rodzinności, konstytucjonalizmu, usposobienia, gotowości do danego zachorzenia i typu jego dziedziczenia. Nadają się do tych studjów obok chorób wśród krewniaków przede wszystkim choroby bliźniąt dwu-, a zwłaszcza jednojajowych. Idealne jest badanie: 1) jeśli ono obejmuje w nieprzerwanej ciągłości wszystkie stopnie pokrewieństwa i małżeństw pokrewnieńczych w danej rodzinie i określa typ dziedziczenia (dominant, recessiv, Dominanzwechsel) oraz typ przenoszenia się choroby na potomstwo przez określoną płeć ewentualnie przez zaoszczędzenie danej płci (konduktor, heterozygota), jak to się obserwuje w bled-

nicy i chorobie Werlhoffa, częstych u kobiet, w hemofilji — częściej u mężczyzn (*Geschlechtsbedingungtheit*). Przenosicielami chorób, fenotypowo zdrowymi, mogą być osoby różnej płci, zarówno mężczyźni (*myopathia neuralis*), jak kobiety (krwawiczka, zanik nerwu wzrokowego *Lebera*); 2) jeśli odnośny materiał uzupełniony zostaje przez włączanie wszelkich osiągalnych katamnez żywych i zmarłych osobników tejże rodziny, gdzieindziej przez tegoż względnie innego lekarza badanych lub widzianych; 3) jeśli wiarygodny materiał nie jest obciążony błędnymi danymi krewnych mało inteligentnych lub umyślowo podejrzanych. Pamiętać należy, że nierzadko czynniki toksyczne, infekcyjne i alimentacyjne, rzadziej urazowe i psychiczne główną pozornie rolę odgrywają, aczkolwiek działają tylko wyzwalająco. Godny zaznaczenia jest również fakt, wyżej już pobieżnie podkreślony, że bez supozycji momentów konstytucjonalnych trudno sobie nieraz radzić i w dziedzinie chorób nerwowych par excellence egzogennych. Obok ogólnej neuropatycznej predyspozycji w tych rodzinach widzimy miejscowe, ograniczone usposobienie abiotroficzne do degeneracji układu piramidowego, koordynacyjnego, autonomiczno-vegetatywnego, obserwujemy wybiórczą mało-wartościowość układu pozapiramidowego (*striopallidum*) w pewnych rodzinach z naprzednią płasawicą, kurczem torsyjnym, atetozą i narkolepsją dystoniczną.

Trudniejsza jest orientacja, gdy się wrodzone organopatie nerwowe ujawniają klinicznie w postaci jednoobjawowej (drżenie rąk lub gałek ocznych, noga szpotawa) lub gdy się kojarzą z wrodzonymi zaburzeniami innych układów ustroju. Jako paradygmaty przytoczyć wypada: 1) częstość endokrynoz w rodzinnych myopatiach pierwotnych *Erba* i w dziedzicznej dystrofji myotonicznej *Steinerta*; 2) częstość mnogich guzów narządowych w *sclerosis cerebri diffusa*; 3) towarzyszące neurofibromatozie rodzinnej *Recklinghausen* anomalje mezodermalne; 4) ciężkie zniekształcenia kośćca w *ataxia hereditaria Friedreicha*, w syringomyelji, w myelodysplazji czyli *status dysraphicus* (*kyphoscoliosis*, *pes varoequinus*, *spina bifida occulta*, *rhachischisis*, *meningocoele*), które w braku patogenyzy dawniej traktowane były jako stygmaty degeneracyjne, zaś obecnie często, acz niezawsze, spowodować się dadzą do zaburzeń odżywczych ze strony rdzenia. Chodzi przeważnie o współistnienie dwu anomalij konstytucyjnych, dwu zespołów klinicznych, kroczących nieraz różnymi drogami. *Status dysraphicus*, potworność embrjonalna kręgowo-rdzeniowa, polegająca na niezrastaniu się zarodkowej rynienki rdzenia, zdaje się być owym genotypowem predysponowaniem podłożem, na którym się łatwo rozwijają między innymi myelopatjami rodzinne syringomyelje i dziedziczna choroba *Friedreicha* ze swoim bezładem.

Również anomalje ze strony gruczołów wewnątrzwydzielniczych i zбочenia w sferze psychiki są często notowane w przebiegu organicznych heredopatji nerwowych. Dość wymienić ze stanowiska higieny ras rodziny myopatyczne z izolowaną młodzieńczą zaćmą natury wkrewnej lub z niedorozwojem umysłowym jako pierwszymi zwiastunami dystrofji układu mięśniowego. Nie jest wyłączone, że oba patologiczne geny w jednym chromozomie się lokalizują i kojarzą. Niektóre cierpienia, opisane jako dziedziczne mezenchymozy z psatyrozą kości, głuchotą oto-

sklerotyczną i niebieskimi spojówkami stanowią prawdopodobnie dziedziczenie kombinacji zachorzenia lub anomalji kilku jednocześnie układów narządowych, o czem wyżej wspomniałem.

Ścisła metodyka badania przyczynowego chorób wrodzonych wymaga poznania czynników przyczynowych i warunkowych, predysponujących i prowokujących, patogenetycznych i patoplastycznych, stosowania pierwiastków *Kretschmera*, djaagnostyki wielowymiarowej *Birnbau*ma analizy strukturalnej.

Wyczerpujące określenie typu heredopatji wymaga również uwzględnienia płci, wieku, powstania w rodzinie pierwszych oznak cierpienia oraz prześledzenia geograficznego rozprzestrzenienia się choroby i jej odmian. Pożądane są notatki co do stopnia i charakteru kojarzenia się choroby zasadniczej z innymi odrębnymi typami semiotycznymi, bardzo zbliżonymi, względnie bardzo odległymi od siebie ze stanowiska klinicznego lub anatomopatologicznego, oraz szczegóły co do mniej lub więcej łagodnego lub złośliwego przebiegu heredopatji w zależności od czystego lub mieszanego typu dziedziczenia, panującego lub ustępującego.

Jako przykłady, ilustrujące wszystkie powyższe dane, wystarczy przypomnieć, co następuje: częstość odmiany sześciopalczości w *Isère* i *nystagmus — myoclonia* w Bretanii, a wielka rzadkość ich w innych departamentach: częstość zwykłej myotonji w północnych Niemczech, dystroficznej myotonji w południowych; częstość *luxatio congenita* w Saksonji, rzadkość w Bawarii; częstość syringomyelji na południu Niemiec, rzadkość w sąsiedniej Szwajcarii; częstość rodzinnej choroby idjotyzmu amaurotycznego *Tau-Sachs*a wśród semitów, rzadkość wielka wśród aryjczyków; częstość tejże choroby w wieku dziecięcym, wyjątkowa rzadkość w wieku męskim; częstość myoklonji oczopląsowej we Francji północnej, rzadkość w innych krajach; częstość względna rodzinno-dziedzicznej *paralysis paroxysmalis* w Polsce i w Japonji, rzadkość w innych państwach; dziedziczenie bezładu rodzinnego *Mariego* lub zwykłej hemerolopji według typu dominującego, zaś schizofrenji lub krótkowzrostowej hemeralopji według typu recesywnego; dziecięcy zanik mięśni *Werdnig-Hoffmanna* złośliwy, zanik mięśni *Duchenne-Arana* wieku męskiego niezłośliwy *dystrophnia musculorum progressiva* jednego i drugiego typu; hemofilja rodzinna u mężczyzn, *thrombopathia* dziedziczna u kobiet; hemolityczne anemie zależnie od rodzin łagodne lub śmiertelne, krwawiczki lekkie lub złośliwe w całej rodzinie; neurotyczna myopatja rodzinna typu dominująco-recesywnego, przenoszona na synów przez pozornie całe życie zdrowych ojców, t. j. osoby w pojęciu klinicysty zdrowe, w pojęciu genetyka chore, co przed laty osobiście nazywałem typem patryarchalnym lub matryarchalnym dziedziczenia, a obecnie zwą typem homozygotowym, bastardowym, przyczem osobniki w takiej rodzinie, przenosząc chorobę, są niebezpieczne i do sterylizacji kwalifikowane w niektórych krajach.

Wyrastanie załączka dziedzicznego w chorobę dziedziczną nie jest genetykom konieczne, dla nich załączek sam stanowi poniekąd zachorzenie ustrojowe. Zasadniczo stwierdzić należy, że w tej dziedzinie neuropathji analizy dziedziczno-biologiczna strukturalna okazała się bardzo owocna.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniw. J. P. w Warszawie.

(Kierownik: Prof. F. E r b r i c h)

Zaburzenia po zabiegu wyluszczenia migdałków.

C z ę ś ć I

Zaburzenia diurezy.

Podali

F. ERBRICH i H. LEWENFISZ (Warszawa).

Poszukiwania nad rolą, jaką odgrywają migdałki jamy gardzielowej w ustroju, oddawna stanowiły przedmiot badań klinicznych i doświadczalnych. Praca niniejsza stanowi część badań klinicznych i doświadczalnych nad rolą migdałków w ustroju, którym oddawna przypisują najrozmaitsze funkcje. Migdałki jamy gardzielowej, choć różnią się od gruczołów właściwego układu chłonnego, jednak, ze względu na znajdujące się w nich ośrodki fagocytarne i centra rozrodcze, mają zadanie ochronne, i pod tym względem czynność ich jest wyraźnie określona.

Natomiast niedowiedziony pozostaje pogląd, upatrujący w migdałkach gardzielowych właściwości ekskrecyjne, czego starali się dowieść w końcu ubiegłego stulecia B o s w o r t h i R o s s b a c h, a w niedawnych czasach M i n k i F l e i s c h m a n n oraz inni badacze. Również wątpliwe jest twierdzenie, nie mające pewnej podstawy ani w spostrzeżeniach klinicznych, ani w badaniach doświadczalnych, przypisujące migdałkom jamy gardzielowej właściwości gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Niektóre objawy, spostrzegane przez autorów poszczególnych prac, występujące po usunięciu migdałków, jako to: stan zanikowy błony śluzowej gardzieli (*pharyngitis sicca tonsillopriva*) (P o l l a t s c h e k), powiększenie przejściowe gruczołu tarczowego (S h u r l e y, S l u d e r, W o o d, G l o v e r i inni), obecność powiększonych migdałków w chorobie B a s e d o w a, w mongolizmie, zaburzenia w miesiączkowaniu po usunięciu migdałków (G a u t i e r, B a u m g a r t e n, S ę d z i a k), nie stanowią dowodów, przemawiających za właściwościami hormonalnymi migdałków, regulującymi w sposób samoistny metabolizm tkanek organizmu, ani też nie przemawiają za istniejącą, jak twierdzą niektórzy z wspomnianych autorów, korelacją, t. j. współdziałaniem przypuszczalnego hormonu migdałków z innymi narządami o ustalonych właściwościach hormonalnych (tarczycą, jajnikami, nadnerczem i t. p.). Objawy zaburzeń w ogłoszonych spostrzeżeniach nie były stałe, występowały sporadycznie, jakby przygodnie w niektórych tylko przypadkach. Nieustalony został przez liczne prace doświadczalne pogląd V o s s a, oparty na badaniach, przeprowadzonych nad kijankami, o wpływie przypuszczalnego hormonu migdałków na wzrost ustroju.

W klinice naszej w ostatnim roku dokonaliśmy u chorych po wyluszczeniu migdałków podniebiennych szeregu spostrzeżeń, dotyczących wpływu usunięcia migdałków na zachowanie się wydzielania moczu, mianowicie zwiększania się dobowej ilości moczu w pierwszych dniach po zabiegu. Do stwierdzenia tego zaburzenia doszliśmy po zwróceniu naszej uwagi przez niektórych chorych, zaniepokojonych niezwykle ilością wydalanego przez nich po operacji moczu. Kilka przypadków tego rodzaju zaburzeń skłoniło nas do przeprowadzenia bliższej obserwacji chorych, poddanych zabiegowi wy-

luszczania migdałków. Odtąd dokonywaliśmy u chorych dokładnych pomiarów ilości i ciężaru właściwego moczu przed i po zabiegu. Również każdorazowo sprawdzaliśmy za pomocą wielokrotnych pomiarów ciśnienie krwi oraz ilość cukru we krwi. Materiał, poddany ścisłej obserwacji, obejmuje ponad 50 przypadków. W 35 przypadkach diureza po zabiegu wyraźnie zwiększona od 130% do 44% w porównaniu z ilością moczu przed operacją. W 2 przypadkach ilość moczu przewyższała ilość przedoperacyjną b. znacznie, dochodząc do 5 litrów na dobę. Wzmoczenie diurezy trwało w ciągu trzech dni we wszystkich przypadkach. W pozostałych przypadkach ilość moczu po operacji przekraczała ilość poprzednią zaledwie o kilka procent. Zwiększenie ilości moczu tembardziej jest zastanawiające, że przypada na okres przyjmowania przez chorych niezwykle małych ilości płynów, a niekiedy nawet zupełnego wstrzymania się od picia (0—50—100 ccm). We wszystkich badanych przypadkach ciężar gatunkowy moczu ulegał wahaniom wraz z wzmoczeniem się diurezy. Analiza na cukier w moczu dawała zawsze wynik ujemny. We krwi zaś ilość cukru zarówno przed zabiegiem, jak i po zabiegu nie odchyłała się od normy. Ciśnienie krwi maksymalne i minimalne, natychmiast po zabiegu nieznacznie podwyższone, utrzymywało się w zwiększonych liczbach jeszcze w ciągu kilku godzin. To nieznaczne podniesienie ciśnienia ma, zdaje się, wyłącznie podłoże psychiczne, występuje ono bowiem w przypadkach, operowanych w znieczuleniu miejscowym nowokainą z adrenaliną, po usypianiu chlorkiem etylu, eterem, chloroformem, jak również w przypadkach, operowanych bez żadnego znieczulenia. Za zależnością wzmożonej diurezy od zabiegu wyluszczenia migdałków przemawia to, że inne operacje: adenotomia, wewnątrznosowe, trepanacje ucha i t. p., nie prowadzą do wzmożonej diurezy, a nawet zmniejszają ją, co jest prawdopodobnie w związku z ilością przyjmowanych w okresie pooperacyjnym płynów.

Sprawa wewnętrznego wydzielania migdałków wielokrotnie omawiana była, jak wiadomo, w piśmiennictwie i do chwili obecnej nie została rozwiązana. Jak wytłumaczyć wpływ zabiegu na gospodarkę wodną ustroju? Czy zależność jest pośrednia, czy bezpośrednia? Czy spostrzegane zaburzenie jest w związku z upośledzeniem, względnie brakiem przypuszczalnej przez niektórych autorów funkcji hormonalnej migdałków? Objaw wzmożonej diurezy po dokonanej amygdalektomii należy uważać za szybko przemijającą moczówkę prostą. Moczówka prosta, jak wiadomo, jest następstwem nerwowego zaburzenia regulacji gospodarki wodnej. Tylny płat przysadki mózgowej wytwarza hormon, regulujący przez działanie na odpowiednie ośrodki mózgowe gospodarkę wodną ustroju. Działanie tego hormonu jest wyraźnie hamujące — antydiuretyczne. Usunięcie przysadki, oprócz szeregu innych objawów, wywołuje zaburzenie gospodarki wodnej, objawiające się moczówką prostą. Podobne objawy występują również, gdy, przy nieuszkodzonej przysadce, uszkodzona jest podstawa mózgu w sąsiedztwie szypuły przysadki, jakoteż w schorzeniach przysadki i zmianach patologicznych pobliskich części podstawy mózgu. Należałoby więc przyjąć, że zależą one raczej od wypadnięcia czynności mózgowo-nerwowych, aniżeli od upośledzenia funkcji wewnątrzwydzielniczej. W każdym razie stwierdzone zostało, że na gospodarkę

wodną mają wpływ nie tylko przysadka, lecz i inne części mózgu. Działanie jest nie tylko hormonalne, lecz również neuro-vegetatywne z ośrodków mózgowych. Czy rola migdałków w regulacji gospodarki wodnej jest hormonalna, czy neuro-vegetatywna, czy zarazem jedna i druga, rozstrzygnąć muszą dalsze badania. Poszukiwania w tym kierunku są zachęcające i prowadzone są w naszej klinice. Badania eksperymentalne na psach dotąd sprawy nie rozstrzygnęły. Płat przedni przysadki mózgowej otrzymuje włókna sympatyczne ze zwojów szyjnych. Z jądra przykomorowego (*nucleus paraventricularis*), znajdującego się przy bocznej

ścianie trzeciej komory, biegną włókna do jądra nadocznego (*n. supraopticus*), a przez to jądro i przez szypułę przysadki do tylnego płata. Przypuszczać należy, że migdałki nie wywierają wpływu na diurezę przez wytwarzany przez nie jakiś hormon, lecz wzmoczenie wydzielania moczu, spostrzegane po wyłuszczeniu migdałków, zależne jest od podrażnienia splotu sympatycznego szyjnego, wywołującego przez zwężenie naczyń zahamowanie wydzielania hormonu w przysadce mózgowej, regulującego gospodarkę wodną, przejawiające się moczówką prostą, trwającą krótko, tak długo, jak długo trwa podrażnienie splotu szyjnego sympatycznego.

Z praktyki prywatnej

Działanie biodynamiczne i lecznicze kąpiei borowinowych Iwonicza w świetle 9-cioletniej obserwacji.

Podał

Dr. J. HANDZEL (Iwonicz).

(Dok. — patrz Nr. 21-22)

4. Jak wpływa kąpiel borowinowa na choroby reumatyczne?

Schorzenia reumatyczne i metody ich leczenia stają się obecnie bardzo modne — nie dla chorych, lecz dla lekarzy. Na reumatyzm ludzie chorowali zawsze, ale obecnie medycyna dysponuje całym arsenałem doskonałych metod diagnostycznych i niemięjszym zapasem metod leczniczych. Zwiększone tempo życia, urozmaicone środki lokomocji i z tem związana większa częstotliwość urazów, wreszcie poznanie wpływu gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i witamin na zmiany w aparacie ruchowym, jakoteż czynnika tak zw. drobnych ogniskowych zakażeń — to wszystko spowodowało, że medycyna nie spoczywa na laurach swoich zdobyczy, lecz dąży do coraz większego ich udoskonalenia.

W tej walce o postęp bierze udział balneologia w dużej mierze, i jej to czołowym mężom ma wiedza nasza do zawdzięczenia, że możemy się wykazać w tej dziedzinie dużymi zdobyczami. Niepoślednie też miejsce zajmuje tu nasza polska balneologia, że wskazać tylko na głównych jej przedstawicieli K o r c z y ń s k i e g o i S a b a t o w s k i e g o, których prace o reumatyzmie i leczeniu schorzeń stawowych środkami balneologicznymi (25/26/27) są tak wyczerpujące, że mogą tu pominąć oświetlenie spraw zasadniczych i ograniczyć się do ogólnego wstępu i własnych obserwacji.

W patogenezie wszystkich tych schorzeń odgrywają rolę przede wszystkim zakażenia, dalej zmiany w zakresie przemiany materji i wreszcie schorzenia na tle zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym. Podział ten, ustanowiony przez K o r c z y ń s k i e g o, ułatwia nam podejście do tych spraw z punktu widzenia balneologicznego.

Pierwszą grupą, jako nienadającą się do leczenia zdrojowego, nie będziemy się zajmowali. Nas interesują tu głównie dalsze etapy stanu ostrego, a więc zmiany z grupy 2-ej i 3-ej.

Zarazki ulegają często w walce z organizmem, na polu walki jednak zostają zawsze endotoksyny, pochodzące z ciał poległych drobnoustrojów, które to endotoksyny wykazują szczególną skłonność do usadawiania

się w torebkach stawowych, ścięgnach, mięśniach i t. d. Endotoksyny uczulają atakowaną tkankę, wywołując w niej stan alergiczny: częste ataki dają stan anafilaktyczny ogólny lub miejscowy.

Nie ulega wątpliwości, że podciągnięcie tych spraw pod ten mianownik nie wyświetla jeszcze skomplikowanego tła tych objawów. Dyspozycja organizmu, jego właściwości biologiczne, moment dziedziczności, gospodarka soli i jej zależność od gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, rola skóry jako narządu ochronnego, a nawet gruczołu dokrewnego — oto czynniki, które w tych procesach żywy biorą udział. Tak zwane przeziębienie i zmęczenie fizyczne dopełniają miary.

Po ustąpieniu ostrego napadu organizm nie dochodzi prawie nigdy do stanu pierwotnego, zostają złogi i nadżerki, zmiany na powierzchniach stawowych, w torebkach i kaletkach maziowych, dalsze obciążenie statyczne i motoryczne pogarszają sprawę.

W ten to okres możemy wkroczyć naszą balneologiczną terapią, tembardziej, że leczenie to, w przeciwieństwie do terapii w stanie ostrego napadu, jest żmudne, stawia lekarza i pacjenta wobec zadań ciężkich. Trzeba tu przekształcić organizm, dać mu nowy rezerwuar sił obronnych, usunąć niedopałki i usprawnić aparat ruchowy.

Zanim przejdę do omówienia wyników tych obserwacji, należy się zastanowić, czego możemy się tu spodziewać po kąpiei borowinowej, i w jaki sposób ma ona działać.

Zaobserwowane odczyny ogólne i miejscowe w tak różnorodnej skali schorzeń i wyniki lecznicze każą przyjąć, że mamy do czynienia z leczeniem nieswoistym, bodźcowem. Dzisiejszy kierunek humoralno-vegetatywny w patologji rzuca snop światła na celowość i mechanizm leczenia zdrojowego chorób reumatycznych. Nie ulega wątpliwości, że mamy tu pewien rodzaj proteino-terapii, tem korzystniejszy, że odbiornikiem tego czynnika jest skóra, wyposażona w bogate funkcje, w ścisły kontakt z systemem vegetatywno-nerwowym, mogącym ochronić organizm od nadmiaru bodźców, od przeładowania organizmu. O tej łączności świadczy szereg objawów, zaobserwowanych podczas kąpiei, jak: przekrwienie, ogrzanie skóry, wzmoczenie metabolizmu w skórze, a co zatem idzie, zmiana w tętnie, oddechu, obrazie krwi i gospodarce mineralnej. Bodźce, zwłaszcza silne, mogą się nawarstwiać i dać obraz tak zwanej reakcji ogniskowej, a nawet, szczególnie u chorych po niedawno przebytym ostrym gościecu, obraz silnej reakcji ogólnej. Znajduje ona swój wyraz w całym szeregu procesów biologicznych (gorączka, pocenie się, brak snu, zanik łaknie-

nia, zmiany w odczynie Biernackiego - Fareusa i t. d.).

O ile medycyna współczesna odsłoniła, choć częściowo, rąbek tajemnicy w wymienionej grupie schorzeń reumatycznych, o tyle tajemnicą okryte są sprawy reumatyczno-inkretoryczne. Nie wiemy tu, gdzie przyczyna, a gdzie skutek, które uszkodzenie jest pierwotne, które wtórne, nie mamy dokładnego kryterjum na skryształowanie i wyodrębnienie poszczególnego gruczołu w patogenie interesujących nas obecnie chorób. I tu balneoterapia, a szczególnie kąpiele borowinowe mogą w wielkiej mierze wpłynąć na przywrócenie równowagi w korrelacji gruczołów dokrewnych.

Nie leży w intencji, ani w możliwości krótkiej tej pracy podać znaczenie profilaktyczno-lecznicze borowin w ogóle, a iwoniczkich kąpieł w szczególności. Skazy wysiękowe, przelotne zmiany artretyczne, krzywica, zmiany po chorobach infekcyjnych, *arthritis deformans secundaria*, początkowe fazy choroby Bechterewa i Strümpell — Pierre — Marie — oto pobieżnie naszkicowana plejada schorzeń, reagujących dobrze na nasze leczenie zapobiegawcze. Zadaniem mojem jest raczej eksperymentalnie udowodnić i wyniki naukowo uzasadnić.

Aby wykazać właściwości lecznicze naszej borowiny, muszę nasamprzód udowodnić jej właściwości adsorbcyjne i resorbcyjne. Problemem tym zajmowali się już Schade i Kahler (28) i Souci, którzy na membranach dializacyjnych Schleicher-Schilla, na wyciętej skórze martwych noworodków wykazali zdolności adsorbcyjne borowiny. Ja wstrzykiwałem kilku pacjentom i sobie samemu złogi barwników w skórę ramienia prawego i lewego. Na jedno takie miejsce dawałem borowinę, a drugie zostawiałem swojemu losowi. Okazało się, że z miejsc, leczonych borowiną, zniknęły złogi barwnika już po kilku dniach, nie zostawiając po sobie śladu, a nieleczone ulegały nekrozie, zapaleniu, a barwnik przez całe tygodnie nie znikał.

Dla wykazania własności resorbcyjnych borowiny wstrzykiwałem sobie i kilku pacjentom pod koniec sezonu bismut i jodipinę domięśniowo. Sonnenberg (31) wykazał, że złogi bismutowe, wstrzykiwane domięśniowo w ilości 2-ch cm.³, zresorbowały się zupełnie dopiero po około 100 dniach, u mnie zaś i u moich pacjentów zniknęły złogi bismutowe już pod koniec jednej kuracji 30—40-to dniowej, na którą składało się 10—15 kąpieł borowinowych i około 10-ciu okładów borowinowych. Również i jodipina rezorbowała się o wiele szybciej u pacjentów leczonych, co łatwo dało się wykazać przy pomocy promieni Roentgena i ilościowym badaniem jodu we krwi i moczu. Badanie to przeprowadzałem przeważnie u pacjentów, mieszkających w zimie w tym samym mieście, co ja, a doświadczenia robiłem pod koniec sezonu, by móc w mieście przeprowadzać seryjne badania Rtg.

O wynikach badania krwi była już mowa. Badałem też szybkość opadania krwinek. Bilkiej (cytowany przez Korczyńskiego), ponadto Brussilowski i Rubinstein (32) wykazali, że u reumatyków, jak i gruźlików opadanie krwinek jest przyspieszone. Na 38 chorych, u których badałem opadanie przed i po kuracji, było 9-ciu, którzy nie pobierali żadnej kuracji. Wszyscy prawie chorzy cierpieli na schorzenia reumatyczno-stawowe, a dostępne badania wyłączały u nich gruźlicę. 29 chorych pobierało tylko kurację borowinową. Przed kuracją wszyscy prawie wykazywali przyspieszenie opadania krwinek. Podczas kuracji zaś

opadanie się zwalniało, u 8-miu doszło pod koniec kuracji do normy, u 21 zbliżyło się prawie do normy, u tych 9-ciu zaś, którzy nie pobierali kuracji, opadanie krwinek pod koniec pobytu prawie że się nie zmieniło.

Brak tu jeszcze badania tolerancji na cukier, rezerwy alkalicznej, poziomu potasu, wapnia i cholesterolu we krwi, ale badań tych nie mogłem, ze względów technicznych, przeprowadzić.

Wpływ na grupę hormonalną omówimy w następnym rozdziale.

5. Schorzenia kobiece i ich leczenie borowiną.

Stuletnie doświadczenie uczy nas, że kąpiele borowinowe mają duże znaczenie w leczeniu schorzeń kobiecych. Czy chodzi o niedorozwój części rodnych kobiecych, czy niepłodność, czy o to, by atoniczną po porodzie macicę wzmocnić, czy macicę skurczoną zapalnie doprowadzić do stanu normalnego, czy wreszcie o to, by usunąć nacieki zapalne w *perimetrium* lub w przydatkach — we wszystkich tych przypadkach daje leczenie borowiną doskonałe wyniki.

Poza daniami, omówionymi w innych rozdziałach, wypadnie nam tu rozważyć głównie działanie borowiny na cykl miesiączkowania. Kwestja ta pozostawała bowiem i pozostaje jeszcze w krzyżowym ogniu dyskusji. Jedni, mniej liczni, pozwalają kobietom podczas menstruacji kąpać się w borowinie, inni natomiast, w przeważającej części, uważają to za błąd w sztuce. Już w pierwszych latach praktyki w Iwoniczu zauważyłem poprawę rozmaitych stanów zaburzeń w miesiączkowaniu po zabiegach borowinowych. Przypadki, w których kobiety same przez „nieostrożność lub nieświadomość“ brały kąpiel borowinową w pewnych okresach miesiączkowania i to bezkarnie, dodały mi odwagi i otuchy do świadomego stosowania tego eksperymentu. By mnie jednak nie uważano za heretyka, postanowiłem sprawę tę na większej serji chorych szczegółowo i dokładnie przebadać. W sukurs przyszły mi badania Beckera (33), Schmunda i Kanewskiego (34), a zwłaszcza Hokołowej (35), których wyniki pokrywały się z rezultatem moich obserwacji. Chore w liczbie 175 podzieliłem na kilka grup: schorzenia ginekologiczne (95), ginekologiczne i nerwowe (6), nerwowe (15), chirurgiczne (20), schorzenia wewnętrzne (25), bez wyraźnych zmian (14).

W orbitę obserwacji ująłem jeszcze około 40 pacjentek z mniej więcej analogicznymi schorzeniami, które nie brały kąpieł podczas menstruacji. Stosowałem kąpiele gęste i półgęste, pełne i półpełne, o temp. 37—42°C., czas trwania od 10—20 minut. Ponadto wybrałem jeszcze 15 pacjentek z lokalnymi zmianami ginekologicznymi, u których zastosowałem za Opokinem, cyt. w pracy Sabatowskiego, wlewania dojelitowe 200—300 gram borowiny, a za Kuraniszyn — tampony dopochwowe z mułu (w okresie międzymenstruacyjnym). Obserwacje te dały w sumie wynik następujący:

- 1) Przyspieszenie występowania menstruacji w 34% przypadków, bez względu na metodę kąpielową.
- 2) Krwawienia stają się skąpsze we wszystkich przypadkach ze znacznie większą redukcją w przypadkach, kąpanych podczas menstruacji.
- 3) Cykl miesiączkowania zmienia się w blisko 70% przypadków, niezależnie od metody stosowania kąpieł.
- 4) Wpływ na *dysmenorrhoe* zależy (co szczególnie Becker podkreśla) od tego, czy menstruacja

przypada na okres reakcji kąpielowej. W tym przypadku stan się nie zmieniał, a bóle się wzmacniały. Bóle u tych ostatnich się zmniejszają, jeżeli kąpią się i podczas menstruacji.

5) Wpływ kuracji borowinowej na stopień krwawienia, niezależnie od tego, czy chora kąpie się podczas menstruacji, czy nie, jest większy w przypadkach nienormalnego miesiączkowania i patologicznych zmian części rodnych.

6) Trwanie kąpeli zależy winno od temperatury i konsystencji. Im wyższa temperatura, im głębsza kąpiel, a masa gęstsza, tem czas trwania musi być krótszy.

7) W nielicznych przypadkach (około 5%) mieliśmy wzmoczenie menstruacji w ilości i w czasie.

Najbardziej tedy praktycznym momentem, na czoło się wysuwającym, jest zmniejszenie i zwiększenie ilości krwawienia. Zmniejszenie można sobie wytłumaczyć silnem wypoceniem, co zwiększa krzepliwość krwi, z działaniem odruchowem temperatury na elementy nerwów mięśni, a szczególnie nerwów macicy, wreszcie poprawą procesów chorobowych u kobiet, cierpiących na zaburzenia narządów rodnych. Zauważyć przytem należy, że chore nawet najsłabsze i najwątlesze, które poddawały się racjonalnie leczeniu, prowadziły przez ten czas odpowiedni tryb życia, nieodbiegający conajmniej od ich trybu życia w mieście, przybierały wybitnie na wadze, poprawiały się ogólnie, ich tężyzna psychiczna i fizyczna była niewątpliwa.

Te przypadki, które reagowały silniejszą menstruacją, albo wykazywały typ wagotoniczny, albo miały małe śródmięśniowe włókniaki macicy, albo ta nadwyżka była tylko pozorna, gdyż uprzednio krwawienie było niedostateczne. W żadnym jednak przypadku nie zauważyliśmy wybitniejszych krwotoków, mogących zagrażać zdrowiu lub życiu chorych.

Wcześniejsze wystąpienie menstruacji tłumaczymy tem, że kąpiele spowodowały wcześniejsze dojrzewanie pęcherzyka, a temsamem jego zanik, a więc i wcześniejsze wystąpienie menstruacji.

Chciałbym jeszcze pokrótce poruszyć sprawę konsystencji borowiny w naszych przypadkach — odgrywa ona bowiem dużą rolę. Już wiemy, że, im większa jest konsystencja, tem wyższa może być temperatura. Niektórzy autorowie, jak L o i m a n n, sądzą, że im rzadsza jest borowina, tem lepiej daje się przy ruchach oddechowych wciągnąć do pochwy. Uważam jednak, że niema tu mowy o wessaniu borowiny przez ruch oddechowy, zostaje ona bowiem siłą własnego ciężaru przy wsiadaniu do wanny wciśnięta do pochwy. Większe działanie ma konsystencja borowiny, działającej jak masaż na powierzchnię ciała. Prawem hydrauliki musi ucisk masy na krocze i okolice odbytnicy być największy, gdyż ta część ciała siedzi najgłębiej w borowinie. Ciśnienie to zmniejsza się ku powierzchni — w miejscu, gdzie klatka piersiowa wystaje z borowiny, dochodzi do zera. Taki ucisk powoduje ruch limfy i krwi żyłnej. Przez oddech ciśnienie to się zmienia, przez co wspomniany proces bardziej się wzmacnia, niż gdyby ciśnienie było stałe. Przy wdechu powstaje w jamie brzusznej, a także zwieraczowi wspólnemu. Wszystkie jego części ustępują równomiernie pod wpływem tego ciśnienia. W kąpeli jednak masa tych mięśni nie może tak ustępować, jak w pozycji swobodnej, toteż części bliżej górnej powierzchni leżące, muszą o tyle się poddać, o ile ciśnienie, na nie działające, jest mniejsze. Wewnętrzne i zewnętrzne ciśnienie łączy się podczas wdechu, dzia-

lając w jednym kierunku w tym samym sensie, wobec czego narządy miednicy małej zostają wyciśnięte, a soki z nich wydalone. Oddech więc powoduje w borowinie ciśnienie dodatnie, a co zatem idzie, i krążenie soków, które poza kąpielą jest jedynie możliwe przez ciśnienie ujemne w klatce piersiowej. Oddychanie zamienia w kąpeli stałe ciśnienie na zmienne, powodując łagodny, racjonalny, celowy masaż miednicy małej. Działanie to wykazał też N o l d e (36) w przypadkach zrostów w jamie brzusznej.

6. Wpływ borowiny na resorbcję jodu.

Obok zastosowania czynników fizykalnych w leczeniu kąpielą próbowano także osiągnąć działanie chemiczne. Tak więc robił przed laty S a l z m a n (37/38) doświadczenia z jednej strony z kąpielami borowinowemi Kissingu, a z drugiej — z kąpielami z dodaniem jodu. Nie dziw, że i nas w Iwonicy, w zdrojowisku wybitnie jodowem, zajmowała kwestja, czy borowina nasza zawiera jod, i jakie są jego losy w organizmie.

Dostęp do organizmu ma jod, jako czynnik chemiczny, głównie przez skórę obok minimalnych ilości, dostających się do organizmu drogą oddechową. Chodziło tedy o wykazanie, czy da się w organizmie wykazać resorbcję jodu, i jaka jest w tem rola borowiny? Rolę jodu w organizmie oświeciliśmy w pracy: „O działaniu wód jodowych kruszcowych” (39). Szczegółowemu omówieniu tego tematu poświęcimy następną naszą pracę. Badanie obejmuje 18 przypadków z wyłącznem zastosowaniem borowiny pełnej, półpełnej, gęstej i średnio gęstej o temperaturze 39—42° C., o czasie trwania 15 do 30 minut, a dla porównania wybraliśmy 7 przypadków, w których zastosowaliśmy kąpiele jodowe tylko mineralne, o temperaturze 37° C. — 25 minut. Wszystkie badania przeprowadziłem też na własnej osobie. Żaden z pacjentów nie pił naszych wód jodowych przez cały czas kuracji. Badania wykazały zwiększenie się ilości jodu we krwi, z tem, że ilość ta po kąpeli borowinowej była znacznie większa. Po kąpeli jodowej mineralnej wzrost ilości jodu we krwi wynosi 3—4γ zaś po borowinowej od 7—8 γ. Widzimy z tego, że nasza kąpiel borowinowa w tych samych warunkach wzmacnia przejście jodu przez skórę.

Krew, badana metodą E l l m e r a (40) w 1/2, 1 1/2, 2, 4 i 6 godzin po kąpeli, wykazywała maksimum wzrostu jodu mniej więcej w 2 godziny po kąpeli, w 6 godzin po kąpeli ilość ta zbliżała się już prawie do normy.

By zbadać, jakie są losy jodu, o które się wzbo-gaciła krew w ilości 250—300 γ, badaliśmy też moczu w krótkich odstępach czasu po kąpeli. Wiemy bowiem z badań F e l l e n b e r g a i E l l m e r a (41), że główna ilość jodu zostaje wydalona z organizmu drogą nerek, znikoma zaś ilość — z kałem. Otóż ilości jodu w moczu prawie że się nie zwiększały, co dowodzi, że pozostała część zaangażowały tkanki w ustroju. W tych 3-ch przypadkach, w których do kąpeli mineralnych dodawaliśmy po 10 gram jodku potasu, ilości jodu we krwi i moczu nie przekraczały znacznie liczb, znalezionych po kąpeli borowinowej zwykłej, z czego należałoby wyciągnąć wniosek, że organizm dysponuje regulatorem gospodarki jodu, że nadmierna jego nadwyżka pozostaje w tkankach ustroju. Nie trzeba dopiero udowadniać, że zjawisko to ma duże znaczenie w schorzeniach gośćcowych, artretycznych, gruźlicy kostno-stawo-

wej i t. d., w których tkanka patologiczna wykazuje pewne powinowactwo do jodu.

Chciałbym jeszcze pod koniec zauważyć, że zdaje sobie sprawę, iż przeprowadzone badania nie są może pełne i nie odpowiadają ostatnim wymaganiom nauki. Czas podczas gorączkowej pracy sezonowej jest skąpy, środki i możliwości niedostateczne. Również i dorywczość przychodzących i odchodzących pacjentów uniemożliwia dokładniejszą i skrupulatniejszą, na miarę kliniczną zakrojoną obserwację. Brak odpowiednich urządzeń do badań balneologicznych utrudnia sytuację. Może jednak kiedyś idea szlachetna i myśl celowa gorliwego, nieustraszonego orędownika naszej gałęzi wiedzy, prof. Korczyńskiego, znajdzie odpowiednie echo wśród zainteresowanych i oblecze się w realne formy — wtedy będziemy mieli Instytut Balneologiczny, w którym prace nasze będziemy mogli oprzeć na właściwych podstawach.

PIŚMIENNICTWO.

1) Lorentowicz: O leczeniu chorób kobiecych kąpielami borowinowymi. *Gin. Polska* 1926. R. V. Nr. 4/6. 2) Souci S. W.: Eigenschaften und therapeutische Wirkung des Bademoors, *M. med. Woch.* 1932. T. 79. 3) A. Loebel: Studien über die Wirkungen der Moorbäder, *Ther. Mschr.* 1904. 4) A. Sabatowski: Klimatoterapia i hydroterapia 1923. 5) J. W. Grott: Borowina krajowa w leczeniu domowym, *Medycyna* Nr. 1718, 1929. 6) Cortillieri: Monographie der Mineralmorbäder von Franzensbad, 1904. 7) Reinl: Vergleichende Untersuchungen bekannter Moorbäder Österreichs und Deutschlands, *M. Kl. W.* 928. 8) Kionka: Hdb. der biologischen Arbeitsmethoden, Urban u. Schwarzb. 29. 9) Benade i Stockfisch: Nowe metody i wyniki fizyczno-chemicznego badania borowiny do kąpiei, *Pam. Pol. Tow. Bal.* 1931. 10) Benade i Stockfisch: Neue Methoden und Ergebnisse physik. u. chem. Bädermorforsch. *Zblt. Bdk.* 1930. 11) Ruebenbauer: Podstawy analitycznej oceny borowiny. *Pam. Pol. Tow. B.* 1930. 12) Sabatowski A.: Kąpiele borowinowe i mulowe, oraz ekspertyza tych materiałów kąpielowych. *Lwów, odb. z Pol. Gaz. Lek.* 80 str. 10. 13) Kellhack K.: Pochodzenie geologiczne i znaczenie torfowisk. *Przegląd Zdrojowo Kąpielowy* 1931. 14) Nenadovics: Zur wissenschaftlichen Verordnung der Moorbäder. *Therap. Monatsschr.* 1905. 15) Kokotek: Znaczenie obrazu krwi w chorobach infekcyjnych. Odczyt wygłoszony w Tow. Lek. w Łodzi, luty 1936. 16) Cortillieri: Therapeutische Würdigung der Moorbäder. 17) F. Kisch: Bedeutung des indifferenterwarnen

Moorbades in der Balneotherapie Kreislaufkranker. *W. m. Woch.* 1933. T. 83. 18) Nenadovics: Ueber die Wirkung Franzensbader Moorbäder auf die physiologischen Vorgänge. *Allg. Wiener med. Zeitschr.* 1902. 19) H. Eppinger, Kisch i Schwarz: Die Versagung des Kreislaufes. *Springer* 27. 20) H. Eppinger: Massage als Heilfaktor bei Herzkranken. *Arch. Deutsch. inn. Krankheiten* 1927. 21) Gutmann H. i Hess L.: Ergebnisse der Moorbadeuntersuchungen und Behandlung. *Fortschritte der Therapie* 1932. 22) Gutmann H. i Hess L.: Klin. und physik. Beobachtung bei Moorbäderbehandlung von Frauenkrankheiten. *Ztbl. f. g. physik. Ther.* 1932. Nr. 43. 23) Gutmann H. i Hess L.: Ueber die Beeinflussung des Blutdruckes durch Moorbäder. *Ztschr. f. ges. Exp. Med.* 1933. Nr. 91. 24) Schneider H.: Blutdruckmessungen u. Volumbolometrie während u. nach Warmsee-Moor-Soll-Bädern. *Ztschr. f. die g. physik. therapie* 1932. T. 32. 25) Korczyński: Wytyczne dla klinicznego leczenia reumatycznych schorzeń stawowych. *Publ. z zakresu balneo i klimatologii*. 26) Korczyński: Mitteilung über einige polnische Kurorte zur Behandlung chr. arth. *Pam. Pol. Tow. Bal.* T. 8. 1929. 27) Sabatowski: Balneoterapia chorób reumatycznych. *Pam. Pol. Tow. Bal.* 1931. 28) Schade i Kahler: Untersuchung zur Frage der Moorbäderwirkung. *Ztbl. für Bal. N. F.* 3. 1926. 29) Schade i Kahler: Die Wärmeigenschaften des Franzensbader Moores. *Ztbl. für Bal. N. F.* 12. 1929. 30) Schmidt: Die Temperatur der Moorbäder. *Ztschr. f. wiss. Bäd.* 1928. 31) Sonnenberg: Neuf ans de traitement preventif bismuthique de la syphil. *Bulletin de l'academie de Medecine.* T. 114. Nr. 35. 1935. 32) Brusielowski i Rubinstein: Das Blutbild nach Schilling bei Arthriken unter dem Einfluss der Schlamm-Behandlung. *Ztschr. für kl. Med.* 1928. T. 107. 33) Becker S.: Schlambäder und Menstrueller-Zyklus. *Ztbl. f. Gyn.* 1931. T. 55. 34) Schmudak and Kanevsky: Fangotherapy and iontophoresis in treatment of chronic inflammatory diseases of women. *Wracebnoje delo* 1926. T. 11. 35) Khokhlowa A. W. Remote effects of fangotherapy on menstrual function. *Wracebnoje delo.* 1931. T. 14. 36) Nolde M. A.: Über Indikationstellung zur Schlammbehandlung vom Bauchadhäsionen i t. d. *Ztschr. f. g. physik. Ther.* 1929. T. 38. 37) Anthes i Salzmann: Über den Einfluss von Bademoor auf den Übertritt von Jod durch die Haut i t. d. *Med. Kl.* 1933. T. 29. 38) Anthes i Salzmann: Über die Aufnahme von Jod aus Bädern i t. d. *Ztschr. f. die G. Exp. Med.* 1933. T. 91. 39) Handzel J.: Działanie kruszcowych wód jodowych z kazuistyką ze źródła Iwonicz. *Pam. Pol. Tow. Bal.* 1935. 40) Ellmer: Zur Vereinfachung der Mikrojodbestimmung (odbitka). 41) Ellmer: Beiträge zum Jodstoffwechsel in menschl. Org. (odbitka).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O zespole klinicznym zawału mięśnia sercowego

Podał

Emil LANDAU (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 21-22.).

3) Wstrząs naczyniowy.

Trzecim ważnym objawem zawału mięśnia sercowego jest wstrząs naczyniowy. Przejawia on się klinicznie w woskowej bledości chorego, niekiedy sinicy, w nielklem, przyspieszonym tętnie oraz w nagłym i znacznym spadku ciśnienia tętniczego krwi. Spadek ten dotyczy zarówno wartości ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego, niekiedy jednak tylko *maximum* ciśnienia. Crighton Bramwell podaje, że na 24 przypadki obserwo-

wane w 7 stwierdzono maksymalne ciśnienie 110 i niższe, w 2-ch 150/115 i 140/110, w 3-ch normalne wartości, w pozostałych nie stwierdzano wyraźnego obniżania się ciśnienia krwi. Zazwyczaj w przypadkach zawału serca u osobników ze znacznym nadciśnieniem ciśnienie krwi, gwałtownie obniżone w okresie wstrząsu naczyniowego, po przebytych zawale nie powraca już do poprzedniego wysokiego poziomu. Zważywszy tło ateromatyczne, na którym cały proces się rozwija, można oceniać powyższe zjawisko, jako do pewnego stopnia korzystne dla chorego. W pewnych przypadkach stwierdzenie spadku ciśnienia w okresie wstrząsu naczyniowego napotyka trudności: ma to miejsce tam, gdzie ciśnienie przed wystąpieniem

zawału było bardzo wysokie, np. 250, 280 i wyższe, a w chwili wystąpienia objawów zawałowych wprawdzie obniżyło się znacznie, np. do 150, 130, nie wykazuje jednak bezwzględnie niskiej wartości. J a g i ć zwraca uwagę na wartość rozpoznawczą stwierdzenia w tych przypadkach, podejrzanych o względne obniżenie się ciśnienia krwi wysokich wartości ciśnienia rozkurczowego oraz, znacznego przerostu lewego serca, świadczącego, *ceteris paribus*, o pierwotnie istniejącem nadciśnieniu. Duży nacisk na kliniczne znaczenie gwałtownego spadku ciśnienia krwi w przypadkach, podejrzanych o ostrą niedrożność tętnic wieńcowych serca, kładzie L u t e m b a c h e r. W pewnej sprzeczności z głębokim wstrząsem naczyniowym, jaki zazwyczaj towarzyszy zawałowi serca, znajduje się zachowanie chorego: chorzy zdradzają nieraz znaczny niepokój ruchowy, zrywają się z łóżka, krzyczą, wpadają w stan znacznego pobudzenia psychicznego. Inaczej zgoła zachowują się chorzy w napadach zwykłej dławicy piersiowej: starają się oni zachować możliwie największy spokój, unikając nawet drobnych ruchów w obawie wzmocnienia się objawów bólowych. Na te różnice w zachowaniu się chorych w napadach dławicowych zwykłych i w stanach ostrej niedrożności tętnic wieńcowych zwraca uwagę w piśmiennictwie polkiem S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i.

Czwartym z kolei objawem, towarzyszącym typowemu zawałowi serca jest podwyższenie ciepłoty. Umiarkowanie wysokie, wahające się od 37,5^o do 38,5^o, zjawia się ono zazwyczaj dość późno, po upływie 24,36 godzin od wytworzenia się zakrzepu wieńcowego. Jest ono zwykle krótkotrwałe, lecz obecne zawsze, należy go tylko szukać starannie i dość wcześnie. Wskazane jest mierzenie ciepłoty odbytnicze ze względu na zapaść, w jakiej chory się znajduje, i na związany z nią upośledzony stan ukrwienia powłok skórnych. P e z z i, L o e w e n b e r g, H a u s e r, P l e t n i e w i J e g o r o w przywiązują dużą wagę do objawu podwyższenia ciepłoty, upatrując w nim ważny moment różniczkowy pomiędzy zawałem serca a napadem dławicy piersiowej. Większość autorów wiąże zjawienie się gorączki z procesem wchłaniania produktów rozpadu białkowego z ogniska martwicowego w mięśniu sercowym. Innego zdania jest J e g o r o w: sądzi on, że gorączka jest w związku z zakrzepowem przyściennem zapaleniem wsierdzia (*thrombo-endocarditis parietalis*), towarzyszącem zawałowi, i przypuszcza, że skurcze rytmiczne mięśnia sercowego wyciskają poniekąd z zakrzepu przyściennego substancję, wywołującą gorączkę, rzucając je stale do krwioobiegu. B e n e d e t t i uważa to objaśnienie za mało prawdopodobne, ponieważ podwyższenie ciepłoty zjawia się wcześniej, aniżeli zakrzepy przyścienne, i jest przemijające, procesy zaś autolityczne w obrebie zawału toczą się znacznie dłużej. Wreszcie S t e r n b e r g dopatruje się związku przyczynowego pomiędzy gorączką a stanem zapalnym osierdzia. Jednak, jeżeli zważyć ograniczoną rolę procesu zapalnego na osierdziu i niewielkie jego znaczenie w porównaniu z głębokimi zmianami, jakie toczą się w mięśniu sercowym, to i tłumaczenie S t e r n b e r g a wydaje się niedostateczne.

L i b m a n n zwrócił uwagę na leukocytozę, często dającą się wykryć w przypadkach zawału serca; objaw ten można uważać do pewnego stopnia za równoważnik gorączki. Leukocytoza zjawia się wcześniej, niż gorączka, i daje się wykryć nawet w tych przypadkach, w których nie stwierdzono gorączki; nosi ona charakter leukocytozy obojętnochłonnej, wahając się w granicach od 15 do 20 tysięcy. Leukocytoza ma w zespole zawału

serca znaczenie nie tylko rozpoznawcze, lecz również rokownicze, winna ona bowiem zniknąć w ciągu kilku dni, jeżeli zaś trwa na tym samym poziomie lub nawet wzrasta, a nie stwierdza się objawów, które mogłyby być jej uzasadnieniem, należy podejrzewać proces postępującej martwicy mięśnia sercowego lub wytwarzanie się zakrzepu wewnątrzkomorowego. Zachowanie się leukocytozy w tych przypadkach odpowiada zwykle, przebiegowi krzywej ciepłoty, która, zamiast wykazywać, jak to bywa w niepowikłanych przypadkach, powolny, lityczny spadek, wznosi się gwałtownie w górę, krzyżując się z krzywą diurezy i stanowiąc rokowniczo *signum pessimi ominis*.

Wreszcie piąty objaw niestały, trudno uchwytany stanowi szmer tarcia osierdziowego. Symptomatologię zawału serca wzbogacił tym nowym objawem S t e r n b e r g, wprowadzając pojęcie kliniczne *pericarditis episthenocardica*. G o r h a m przypisuje tarcia osierdziowemu znaczenie przodującego objawu w zespole zawału serca. Szmer tarcia osierdziowego jest wyrazem odczynowego stanu zapalnego, rozwijającego się na osierdziu w miejscu, odpowiadającem zawałowi. Objawu tego należy doszukiwać się skrzętnie, albowiem posiada on niezmiernie ważne znaczenie rozpoznawcze; obecność jego stwierdza się jednak względnie rzadko: P a r k i n s o n i B e d f o r d w 83 przypadkach stwierdzonego klinicznie zawału serca i sekcynie potwierdzonego tylko w 11 stwierdzili objaw tarcia osierdziowego, D o n z e l o t w 5 na 12, P e z z i w jednym z 10, L i a n w 5 na 62, W e a r n w 2 na 19. W przypadkach zawału serca, umiejscowionego w ścianie prawej komory lub w tylnej ścianie komory lewej, szmer tarcia osierdziowego nawet, jeżeli jest ono obecne, jest dla ucha badającego niedostępny. P e z z i zwraca uwagę na objaw rozszerzania się szmeru tarcia osierdziowego, słyszalnego zazwyczaj tylko u podstawy serca; objaw ten świadczyć ma o powiększaniu się ogniska martwicowego; P e z z i podaje również nienotowany przez innych autorów objaw — czkawkę, która, według niego, jest wyrazem rozszerzania się procesu zapalnego na osierdziu i zajęcia nerwu przeponowego lewego.

W niektórych przypadkach zawału serca notowano znaczne przyspieszenie szybkości opadania czerwonych krwinek. Objaw ten ma być wyrazem klinicznym procesu wysysania produktów rozpadu białka z ogniska martwicowego. Dokładna obserwacja zachowania się szybkości opadania czerwonych krwinek w przebiegu zawału serca pozwala, według niektórych autorów, na wyciągnięcie wniosków rokowniczych.

W pewnym odsetku przypadków L e v i n e stwierdzał we wczesnych okresach zawału serca cukromocz.

W symptomatologii zawału serca niezmiernie doniosłą rolę odgrywają zmiany krzywej elektrokardiograficznej. Typowe zmiany EKG-iczne, spotykane w zawałach serca, dają się schematycznie uszeregować w 3 grupy, zależnie od czasu, jaki upłynął od chwili rozpoczęcia naczynia wieńcowego, a ściślej mówiąc, od chwili powstania ogniska niedokrwienia w mięśniu sercowym. Zmiany EKG-iczne dotyczą przede wszystkim odcinka R-T, względnie S-T, załamka T, a nadto zespołu komorowego QRS. W pierwszym okresie, bezpośrednio po wystąpieniu ostrego ogniska niedokrwieniowego, odcinek R-T ulega zniekształceniu, odbiega znacznie od linii izoelektrycznej, bierze początek w kształcie kopulastego łuku od ramienia zstępującego załamka R, zlewa się z załamkiem końcowym T i, całkowicie go pochłaniając, tworzy jedną falę jednofazową. To zniekształcenie odcinka

5) Szmer tarcia osierdziowego.

6) Przyspieszenie szybkości opadania cz. krwinek.

7) Cukromocz.

8) Zmiany EKG.

R-T, względnie S-T występuje zazwyczaj w pierwszym i trzecim odprowadzeniu, przyczem opisane krzywe jednofazowe mają się do siebie, jak obraz do odbicia zwierciadlanego.

Zmiany EKG-iczne pierwszego okresu zawału serca są krótkotrwałe i przemijające. Wprawdzie podobne zmiany nie spotykają się w żadnym innym cierpieniu, jeżeli nie brać pod uwagę niezmiernie rzadkich obserwacji Cohna i Swifta, którzy stwierdzili ich obecność w przypadku ostrego ogniska reumatycznego w mięśniu sercowym, i mogłyby posiadać znaczenie patognomoniczne dla zawału serca. Jednak diagnostyczne znaczenie tej fali traci na wartości, jeżeli wziąć pod uwagę jej wczesne znikanie i szybkie modyfikacje oraz okoliczność, że ciężki stan chorego niezawsze pozwala na przeprowadzenie badań EKG-icznych w tym okresie choroby. Zmiany krzywej EKG-icznej, po krótkim wstępnym okresie przechodzą wkrótce w okres drugi: odcinek S-T obniża się, za jego wzniesionym łukiem występuje pogłębienie, odpowiadające fazie ujemnej, stopniowo i szybko pogłębiającej się i przechodzącej wkrótce w okres III-fazę ostro śpiczastego ujemnego T, połączonego z odcinkiem S-T, nieco ku górze uwypuklonym i nieznacznie tylko odbiegającym od linii izoelektrycznej. I w tej fazie również zmiany EKG-iczne w D I i D III są sobie biegunowo przeciwne. Levine i Dressler podkreślają znaczenie rozpoznawcze występowania wielkiej fali Q w tem odprowadzeniu, w którym pierwotnie wystąpiła fala jednofazowa, a następnie ujemna fala T. Zmiany EKG-iczne późnego okresu mogą pozostawać w stanie niezmiennym przez długi okres czasu: miesiące, a nawet lata. Stałość i długotrwałość tych zmian pozwala nieraz na rozpoznanie dawno przebytego zawału serca, wówczas, gdy wszelkie inne objawy kliniczne już dawno ustąpiły. Zdarza się jednak nieraz, że wytwarzanie się dostatecznego krążenia obocznego przyczynia się do zatarcia typowych dla zawału zmian EKG-icznych w załamkach T i S-T. Pozostają wówczas na krzywej EKG-icznej tylko te cechy, które są typowe dla miażdżycy naczyniowej: rozszerzenie, zgrubienie i rozszczepienie zespołu QRS, a więc cechy świadczące jedynie o przeszkodach w przewodnictwie wewnątrzkomorowym.

Niektórzy autorzy, a należą do nich przedewszystkiem: Barne i Whitten, Paddilla i Cossio, opierają na własnościach zmian krzywych EKG-icznych próby lokalizacji topograficznej ogniska zawałowego w mięśniu sercowym. Twierdzą oni (zwłaszcza Paddilla i Cossio), że kopulaste i ku górze skierowane załamki R-T (S-T) w D I, ku dołowi w D III w pierwszej fazie zmian EKG-icznych, T ujemne w D I, dodatnie w D III w późniejszych fazach świadczą o umiejscowieniu zawału w okolicy wierzchołka serca. Odwrotne stosunki odpowiadać mają lokalizacji zawału u podstawy serca. Nadto ważny, choć względnie rzadki

moment rozpoznawczy dla lokalizacji zawału stanowią zaburzenia przewodnictwa w pęczku przedsionkowo-komorowym. Wartość lokalizacyjna tych zaburzeń wynika ze swoistych właściwości unaczynienia pęczka przedsionkowokomorowego.

Niektórzy autorzy przypisują zmianom krzywej EKG-icznej w zawale serca wielkie znaczenie, oceniając te zmiany jako pewnik rozpoznawczy. Sądzą, że jest to przecenianie tej, zresztą bardzo wartościowej metody rozpoznawczej. Pamiętać należy, że zmiany EKG-iczne, spotykane w zawale serca, stwierdza się również, choć bardzo rzadko, w szeregu innych cierpień: w ciężkich zapaleniach mięśnia sercowego, w rozległych wysiękowych zapaleniach osierdzia, w ropniach, umiejscowionych w mięśniu sercowym, jak to niedawno opisał Jagić u chorego, zmarłego z powodu ciężkiego septycznego zakażenia. O obserwacji Cohna i Swifta, w której ognisko reumatyczne w ścianie mięśnia sercowego było powodem zjawienia się typowej fali monofazowej, wspominałem już uprzednio. Zmiany w odcinku R-T, względnie S-T, typowe dla ostrej niedrożności tętnic wieńcowych, stwierdzano, choć rzadko, w mocznicy oraz po intensywnym naparstnicowaniu. Wreszcie pamiętać należy o badaniach, które przeprowadzali Smith, Clark, Pardee, Levine, Parkinson, Bedford, Herrick, Arrilaga i Condorelli: wynika z tych badań, że w mięśniu sercowym istnieją miejsca nieme pod względem elektrokardiograficznym. Wprawdzie badania te były przeprowadzone na psach, i wyniki ich nie mogą być bez zastrzeżeń przeniesione do patologii ludzkiej, ponieważ unaczynienie serca ludzkiego odbiega od ukrwienia serca psa. Naogół można powiedzieć, że stwierdzenie w klinicznym zespole objawów, nasuwających podejrzenie zawału, zmian EKG-icznych, typowych dla ostrej niedrożności tętnic wieńcowych, w znacznym stopniu przechyla szalę ku rozpoznaniu zawału, że jednak brak tych objawów EKG-icznych w typowym zespole klinicznym zawału serca nie powinien podważać słuszności rozpoznania. Condorelli i Pezzi sądzą, że w dzisiejszym stanie badań EKG-icznych wyniki tych badań w zawale serca posiadają znaczenie wyłącznie rozpoznawcze, i że nie należy opierać na nich wniosków rokowniczych. Nadmienić należy, że największe zmiany EKG-iczne powstają w przypadkach, w których ogniskiem ostrego niedokrwienia dotknięte są: 1) okolica wierzchołka serca, 2) górna część prawej komory, 3) okolica przednio - wewnętrzna ściany lewej komory i 4) część lewej komory, unaczyniona przez gałązki zstępujące lewej tętnicy wieńcowej. O wadze zmian EKG-icznych, występujących w następstwie zamknięcia światła naczyń wieńcowych, względnie ich rozgałęzień decyduje nietylko znaczenie i kaliber samego naczynia, ile okolica mięśnia sercowego, którą dane naczynie odżywia.

(Dok. nast.)

Oceny książek

Współczesne zagadnienie błonicy. (Zbiór prac, wydany przez Prof. L. HIRSZFELDA przy współudziale Grzegorzewskiego, Grodzkiego, Goliborskiej, Jakóbkiewiczowej, Kłobukowskiej, Łackiego, Mazurka, Mayznera, Przesmyckiego, Rajchmana, Julji Seydel, Szenajcha, Szejnmana i R. Zajdłówny. Prace Państwowego Zakładu Higieny i Warszawskiego Towarzystwa Medycyny Zapobiegawczej.

Jest to zbiór artykułów, drukowanych w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej”. Składają się nań prace z dzie-

dziny epidemiologii błonicy, szczepień ochronnych i biologii zarazka błonicy w liczbie 16, a zestawienie ich w jednej książce znakomicie ułatwia czytelnikowi zapoznanie się z obecnym stanem wielce doniosłego zagadnienia błonicy. Praktycznym owocem tych nader cennych dociekań, wykonanych w Państwowym Zakładzie Higieny pod kierunkiem prof. Hirszfelda, było wydane w lutym r. b. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw błonicy. Współczesne zagadnienia błonicy są pięknym dorobkiem w dziedzinie epidemiologii i nauki o chorobach zakaźnych,

Zna
krzy
EKG

Próby
lokalizacji
na podsta-
wie EKG.

świadczącym o wysokim poziomie naukowym, na jakim stoi nasz Państwowy Zakład Higieny. Tę estetycznie i starannie wydaną książkę polecić można każdemu lekarzowi.

Z. Srebrny.

Prof. Dr. W. JASIŃSKI. **Zespół kliniczny odry.** Polskie Monografie i Wykłady Kliniczne z Dziedziny Pedjatrii. (Redaktor Prof. Dr. M. Michałowicz).

Odra zawsze miała w nauce szczęście. Powodowała sobą zainteresowanie umysłów wybitnych badaczy. Zwrócił na nią uwagę w wieku XVII-ym Sydenham i wyodrębnił ją od płonicy. W naszej dobie Pirquet swym wybitnym umysłem ujął istotę odry, oceniając objawy kliniczne pod kątem widzenia zjawisk biologicznych. Na przykładzie odry stworzył typ odczynowej (allergiczej) choroby zakaźnej oraz rozszerzył i ściśle określił istotę okresu wylegania. Pedjatrię polską spotkało szczęście w tym sensie, że Redakcja Monografii powierzyła opracowanie odry ś. p. Prof. Władysławowi Jasińskiemu. W chwili bowiem, gdy czytaliśmy ostatnie strony tej pracy, nadeszła z Wilna bolesna wiadomość o śmierci autora. Napisanie wspomnienia pośmiertnego bardziejby odpowiadało nastrojowi referenta, aniżeli zdobycie się na obiektywizm oceny pracy. Obowiązek sprawozdawczy nakazuje to jednak uczynić. Tak się, zresztą, złożyło, że Monografię poprzedza przedmowa „od Redakcji“, w której z okazji 30-letniego jubileuszu pracy ś. p. Władysława Jasińskiego przedstawione są w postaci szczególnie serdecznej zasługi autora na polu pracy lekarskiej, społecznej oraz polityczno-niepodległościowej. Praca jest napisana w ten sposób, ażeby

spełnić dwojakiego rodzaju cel: być podręcznikiem, a z drugiej zaś strony drogowskazem dla szukających w niej źródła najnowszych poglądów na etiologię i patogenezę odry. Dzięki odpowiedniemu rozplanowaniu materiału, osiągniętej w ten sposób przejrzystości, prostemu językowi — zadanie pierwsze zostało urzeczywistnione w sposób najbardziej doskonały. Został tutaj uwzględniony zarówno typowy przebieg odry, jakoteż odchylenia od normy, uwarunkowane bądź to właściwościami osobniczymi, bądź też wahaniami epidemjologicznymi. Znaczenie społeczne odry oraz zapobieganie jej zostało ujęte w sposób, znamionujący lekarza i społecznika w jednej osobie. Ryciny, zaczerpnięte przeważnie ze zbiorów Prof. Michałowicza, w postaci barwnych tablic, ilustrują myśli autora. Niemniej cenna jest strona naukowa monografii, a to dzięki uwzględnieniu wszystkich źródeł, mających lub mogących mieć w przyszłości znaczenie dla rozwoju naszych poglądów na odrę. W stosunku do odry bowiem wiemy bardzo dużo, więcej może, niż o niejednej chorobie zakaźnej, której zarazek jest znany. W odrze zarazek ten czeka na swego odkrywcę. Wówczas gdy uodparnianie bierne surowicą ozdrowieńców święci tryumfy, uodparnianie czynne jeszcze nie jest dotąd zrealizowane. Praca ś. p. Władysława Jasińskiego wskazuje na wszystkie te luki w naszej wiedzy i drogi, którymi powinna pójść praca w przyszłości. Pracą swoją, niestety, ostatnią, autor przysłużył się w wysokim stopniu pedjatrii polskiej, pozostawiając wzór sumiennego i krytycznego opracowania tematu. Jedyłą ujemną stroną Wydawnictwa jest brak choćby krótko ujętego spisu rzeczy. H. Brokman.

Wskazówki praktyczne

M. C. Petersen zwraca uwagę na częste nawroty *zimmicy szczepionej*. Nawroty takie zdarzają się po upływie tygodnia po szczepieniu i wykazują obecność plasmodyj we krwi. Należy przeto w razie wystąpienia gorączki u szczepionego dawniej malarją, pamiętać o możliwości takich nawrotów. (Journ. Amer. Med. Ass. 1936, N. 10).

—o—

W *zamartwicy noworodków*, która jest często następstwem aspiracji stałych cząsteczek podczas ciężkiego porodu, radzą J. F. McGrath i K. Kuder wprowadzić do krtani cewnik wyjąłowany i zapomocą przyrządu ssącego wydostać materiał aspirowany, poczem przez ten cewnik wtłoczyć mieszaninę 90—95% O₂ i 5—10% CO₂. (Journ. Amer. Med. Ass. 1936 Nr. 11).

Bach poleca w *niedokwaśności żołądkowej* *Paractol*

(fabr. chemiczno-farmaceut. Bad. Homburg), zawierający, oprócz kwasu solnego, substancje, pobudzające produkcję tegoż kwasu w żołądku. Dawka: 3 gr. w wodzie podczas jedzenia. (M. m. W. 1936 Nr. 17).

—o—

Knüpper i Hummel polecają *naświetlania promieniami Roentgena w pooperacyjnym zapaleniu ślinianki przyusznej*. Zastosowane we właściwym czasie zapobiegają zropieniu, po nacięciu zaś przyspieszają zagojenie. (M. m. W. 1936 N. 17).

—o—

V. Rognes zachęca do stosowania *krótkich fal w krztuscu*. Napromieniania powinny być robione codziennie aż do ustania typowych napadów. (M. m. W. 1936 Nr. 17).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

CCXX posiedzenie z dnia 9 marca 1936 r.

Obecnych 66.

Przewodniczył Gantzt.

Pokazy:

1) C. Gawlikowski. *Przypadek zeszywniającego zapalenia kręgosłupa*.

Chory lat 35. Przybył do szpitala powodu dolegliwości ze strony jamy brzusznej. Wywiady i przebieg choroby typowe dla przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Poza tem podaje, że od szeregu lat cierpi na chorobę kręgosłupa. W r. 1928, będąc na ćwiczeniach wojskowych, zauważył zmniejszoną ruchomość kręgosłupa i nie mógł wykonywać ćwiczeń, jak jego koledy spowodu bólów kręgosłupa i uczucia ociężałości kończyn dolnych. Bóle kręgosłupa i jego zeszywnienie dotyczyły początkowo tylko dolnej części kręgosłupa. Leczenie

djatermją dało na jakiś czas poprawę, lecz wkrótce potem objawy choroby nasiliły się jeszcze w większym stopniu. W następnym roku przebył kurację, polegającą na stosowaniu środków przeciwościcywych i fizjoterapii, co znowu dało przemiłąjącą dość znaczną poprawę. Jak podaje, w r. 1932 spowodu znacznego pogorszenia zgłosił się do szpitala, gdzie dokonano zabiegu usunięcia przytarczyc po stronie lewej. Po tym zabiegu nastąpiło jakoby znaczne pogorszenie. Stan chorego powoli, lecz stale pogarsza się. Podaje, że w 20 roku życia przebył chorobę weneryczną, przyczem dwukrotnie stosowano kurację przeciwkiłową. Poza tem w 1918 r. pracował przez szereg miesięcy w wilgoci, przebywając około godziny dziennie w wodzie. Obecnie, poza zupełnem zeszywnieniem kręgosłupa, cierpi spowodu upośledzenia ruchów obu dolnych kończyn w stawach biodrowych, szczególnie w prawym. Bóle kręgosłupa są nieznaczne i występują tylko okresowo.

Badanie przedmiotowe chorego wykazuje: chory błady, odżywianie dostateczne, w pozycji stojącej kręgosłup wykazu-

je wyraźne skrzywienie ku tyłowi (*kypnosis*), głowa pochylona ku przodowi, kręgosłup zupełnie zesztyniały, nieruchomy. Ruchy w stawach biodrowych ograniczone, zwłaszcza w prawym. Inne stawy kończyn wolne. Ruchomość klatki piersiowej przy oddychaniu nieznaczna, typ oddechowy — brzusny. Ze strony narządów wewnętrznych klatki piersiowej zmian się nie stwierdza. W jamie brzusznej znaczna bolesność w okolicy punktu Mac Burneya. Objawy Rovsinga, Orłowskiego, jak również Jaworskiego — dodatnie. Nie gorączkuje. Mocz bez zmian. Poziom wapnia we krwi 125%. Odczyn Wassermann'a ujemny.

Rozpoznano przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i z tego powodu dokonano appendektomii. Wynik badania kątnicy i wyrostka podczas operacji potwierdził rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Na podstawie opisanego przebiegu cierpienia kręgosłupa, jak również dokonanego zdjęcia rentgenowskiego rozpoznano *spondylitis deformans*, *spondylitis ankylopoëtica* — postać Pierre — Marie — Struempell. Jest to cierpienie bardzo przewlekłe, polegające na zupełnym zarośnięciu małych stawów kręgosłupa oraz skostnieniu więzów, łączących kręgi, co prowadzi w dalej posuniętych przypadkach do zupełnego zesztynienia kręgosłupa. W cierpieniu tem następuje powstawanie wyrosłości kostnych, które w kształcie mostów kostnych pomiędzy poszczególnymi kręgami łączą je w całość. Stawy międzyprzonowe oraz tarcze międzykręgowe mają, według Frenkla, zmianom nie ulegać. W typowych przypadkach na zdjęciach rentgenowskich widoczne są trzony kręgów o wcięciach pogłębionych, t. zw. *vertèbre en diabolo-serie*. Wyrostki poprzeczne ulegają zwykle zanikowi i są niewidoczne. Wyrostki stawowe skostniałe. Na tle rozrzedzonej tkanki kostnej trzonów widoczne są pasma zwapniały więzów kręgosłupa. Pomiedzy poszczególnymi kręgami na ich przystawowych krawędziach widoczne są *osteophytes* — wyrosła kostne w kształcie dziobów papuzich — *bec du perroquet* Francuzów oraz mostki kostne, łączące poszczególne kręgi w całość. W daleko posuniętym zesztynianiu zapaleniu kręgosłupa kręgosłup ma na zdjęciu kształt kija bambusowego. W klinicznym przebiegu cierpienia, które najczęściej występuje w wieku od 20 do 50 lat i w 75% u mężczyzn, na pierwszy plan wysuwa się ograniczenie ruchomości, a później zupełne zesztynienie kręgosłupa, często przytem wytwarza się garb, kręgosłup przybiera kształt sztywnego łuku, wygiętego wypukłością ku tyłowi (*Kypnosis*). Od różniamy dwie postaci tego cierpienia w zależności od obrazu klinicznego i przebiegu schorzenia; jedną, opisaną przez Bechterewa, i drugą, opisaną przez Pierre-Marie i Struempella. W postaci Bechterewa zapalenie kręgosłupa postępuje od góry ku dołowi i w następstwie powstaje okrągły garb. Duże stawy kończyn są zwykle w tej postaci wolne. W następstwie skostnienia kręgosłupa i jego zniekształcenia występują często uporczywe bóle korzonkowe oraz w zależności od ucisku na nerwy ruchowe niedowłady oraz zaniki mięśni tułowia i kończyn. W postaci Pierre-Marie-Struempella (*spondylitis rhizomyelica*) zesztynienie posuwa się od dołu ku górze, przyczem ulegają zajęciu również duże stawy kończyn. Kręgosłup ulega zesztynieniu, lecz garb zwykle nie występuje. Nie stwierdzamy również w tych przypadkach zaburzeń nerwowych. Etiologia cierpienia jest niepewna. Według Frenkla, w powstawaniu choroby odgrywa rolę czynnik konstytucjonalny, stwarzający gotowość chorobową. U osobników o dyspozycji konstytucjonalnej czynniki wywołujące powodują powstawanie schorzenia. Takimi czynnikami wywołującymi mogą być sprawy zakaźne; według wielu autorów, przede wszystkim gościec stawowy, kiła, reżączka, dur brzuszny, gruźlica; dalej czynniki zewnątrzpochodne, jak: przewlekłe urazy, ciężka praca fizyczna, nadmierne przewlekłe obciążanie kręgosłupa przez dźwiganie ciężarów, pozatem czynniki cieplne i klimatyczne. Oppel i Samarin uzależniają powstawanie cierpienia od nadczynności przytarczyc, która prowadzi do nadmiernego gromadzenia się wapnia we krwi i odkładania się jego soli w więzadłach kręgosłupa. *Spondylitis ankylopoëtica* jest cierpieniem nieuleczalnym. Leczenie tych spraw nie daje naogół wyników pomyślnych. Pewną poprawę w stanie chorego może dać miejscowe stosowanie ciepła, jak: budka Połano, djatermja, ciepłe kąpiele. Stosowanie preparatów jodu, siarki, salicylatów oraz wstrzykiwań mleka również może przynieść ulgę choremu. Pewni autorzy zalecają nośzenie lekkiego dobrze dopasowanego gorsetu. Oppel proponuje usunięcie w celach leczniczych przytarczyc z jednej strony lub też dołnych po obu stronach, lecz zabieg ten nie daje naogół również dobrych wyników. Usunięcie przytarczyc może dać dobry wynik, powstrzymując dalszy postęp sprawy chorobowej, tylko w przypadkach gruczolaka przytar-

czy, gdy gruczolak ten zostanie operacyjnie usunięty. Usunięcie przytarczyc zdrowych nie daje zwykle pomyślnego wyniku, ponieważ pozostałe przytarczycy zastępczo zwiększają swą czynność. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

H. Higier stwierdza, że przypadek pokazywany należy do postaci bynajmniej nierzadkiej. Podział *spondylarthritidis ankylopoëtica* na dwa typy został obecnie zarzucony. Bechterew uważał tę sprawę za przewlekłe zapalenie opon rdzeniowych, dający wskutek ucisku na włókna czuciowe bóle, zaś wskutek ucisku na włókna odżywcze — zmiany w kościach i stawach. W powstawaniu tej jednostki chorobowej odgrywa rolę wiele czynników; występuje ona często po przewlekłej reżączce, gościec stawowym i t. p. Leczenie nie daje naogół wyników bez względu na stosowaną metodę. Salicyłaty nie dają poprawy. Widział pewną poprawę po wycięciu przytarczyc, lecz miała ona przemijający charakter.

P. Goldstein cytuje operowane przez Piwkę na oddziale Solowiejczyka przypadki tej choroby, w których usunięto przytarczycę. Początkowo stwierdzono poprawę, lecz później nastąpiło pogorszenie.

2) H. Rasolti Ks. Rowiński. *Niezwykle stwardnienie tętnicy głównej w całym jej przebiegu u osoby młodej* (2 letnia obserwacja).

Pokaz 22 letniej pacjentki, która przed 3 laty zauważyła tętniacy twór w dołku jarzmowym, a w kilka miesięcy później dostała nagłe bicia serca, które trwa do dnia dzisiejszego, oraz nasilające się duszności wysiłkowej. Do powyższych dolegliwości przyłączyło się ostatnio utrudnienie w połykaniu pokarmów stałych. Przy badaniu chorej stwierdza się w zakresie układu krążenia zmiany następujące:

nieznaczne przesunięcie lewej granicy serca w lewo, nad środkiem mostka szorstki szmer skurczowy, idący do obojczyka prawego, nad tworem tętniacy szmer, zajmujący cały okres skurczu i rozkurczu, akcja serca przyspieszona (132 w pozycji stojącej), na tętnicy promieniowej prawej tętno chybkie i wysokie, na lewej — mniejsze i powoli narastające. Ciśnienie krwi po stronie prawej 205/105 mm Hg, po stronie lewej 170/140 mm Hg. Z całego szeregu badań dodatkowych najistotniejsze wyniki dała radijografia, która wykazała zwapnienie tętnicy głównej zstępującej i brzusznej, przedstawiającej się w postaci tworów kielbaskowatych z przewężeniami, znajdującymi się na różnych wysokościach.

Na podstawie rozważań różniczkowych przychodzą referenci do wniosku, że zmiany powyższe są zejściem reumatycznego zapalenia tętnicy głównej, a twór tętniacy w dołku jarzmowym — tętniakiem tętnicy bezimiennej (streszczenie własne).

Dyskusji nie było.

3) M. Masiukiewicz. *Przypadek choroby Nicolas-Favrea (zwężające zapalenie odbytnicy)*.

Chora B. J. lat 40, służąca, niezamężna, w dniu 13.XII roku 1935 zgłosiła się na oddział doc. Rutkowskiego ze skargami na bóle w kiszce stolcowej i trudności przy oddawaniu stolca. Chora podaje, że we wrześniu r. ub. po raz pierwszy odczuła ból przy oddawaniu stolca; następnie wystąpiło zaparcie stolca, wzdęcie brzucha, bóle przy oddawaniu stolca nasilały się, a nawet występowały samoistnie, przeważnie w nocy.

Wywiady rodzinne bez znaczenia.

W dzieciństwie chorowała na odrę, w 15-m roku życia na płonicę. Pierwszy perjoł w 19-m roku życia, co 4 tygodnie przez 3 — 4 dni, skąpy, niebolesny. Pierwszy stosunek płciowy w 27-m roku życia, po którym zaszła w ciążę; w 3-m miesiącu poroniła (sztucznie); upławów nie miała. Od 3-ich lat żyje płciowo systematycznie; w ciążę jednak nie zachodzi, środków ochronnych nie stosuje. Upławy nieobfite, przeważnie po perjo. dzie. Mocz i stolec dawniej oddawała prawidłowo. Zawsze czuła się zdrową. Chorób wenerycznych miała nie przechodzić; nigdy nie leczyła się.

Stan obecny — t. j. po przybyciu do szpitala. Budowa drobna, prawidłowa, odżywiona miernie; ciepłota 38,4, tętno 96 miarowe, dobrze napięte; język obłożony suchym nalotem. W płucach i sercu uchwytanych zmian chorobowych nie stwierdza się. Gruczoły chłonne na szyi, w dołach pachowych i w pachwinach nieznacznie powiększone.

Brzuch wzdęty; w okolicy odbytnicy kilka małych guzków krwawnicowych.

Per vaginam — dość obfita wydzielina śluzowo-ropna; pochwa miernie wazka; na tylnej ścianie pochwy tuż przed tylnym sklepieniem wymacuje się walcowaty opór z ruchomą na nim błoną śluzową, wydłużony nieco w kierunku poprzecznym, wielkości 4x5 cm., nie przechodzący daleko na boki w parakolpium; przy obmacywaniu bolesny. Część pochwowa walcowa-

ta; trzon macicy w przodozgięciu; macica ruchoma; przydatki niepowiększone.

Per rectum. — Palec wprowadzić można na głębokość 7-miu cm, dalej zaś wymacuje się pierścieniowate, twarde, bolesne zwężenie światła kiszki, nie przepuszczające palca; przed zwężeniem na tylnej ścianie pochwy wymacuje się oddzielne twarde płaskie guzki, bolesne przy dotyku, leżące w ścianie kiszki. Błona śluzowa ruchoma.

W rektoskopie — śluzówka kiszki obrzmiała, przekrwiona; rektoskop wprowadzono na głębokość 6-ciu cm. W miejscu zwężenia błona śluzowa większych zmian chorobowych nie przedstawia. Przez zwężone miejsce daje się przeprowadzić zgłębnik gumowy o średnicy $1\frac{1}{2}$ cm. Badanie krwi na odczyn Bordet-Wassermana i gonoreakcję wypadło ujemnie. Badanie krwi na morfologię dało naczynno białych ciałek 12.000, w tem neutrofilów segmentowanych 52%, neutrofilów pałeczkatych 8%; limfocytów małych 32%; eozynofiliów 3% i monocytów 5%.

W wydzielinie pochwy — flora obfita; ziarniaki Gram — i +, częściowo w postaci dwoinek; liczne pałeczki gram dodatnie i ujemne; krótkie i grube; długie i cienkie. W wydzielinie z odbytnicy nieco ziarniaków gram dodatnich, liczne pałeczki, przeważnie gram dodatnie, w posiewach tlenowych liczne ziarniaki częściowo w postaci łańcuszków i *b. coli*. Dwoinek Neissera nie wykryto ani w wydzielinie z pochwy, ani z odbytnicy.

W moczu składników chorobowych nie znaleziono. Stala Ambarda 0,06, t. j. w granicach normy. Badania laboratoryjne były wykonane w pracowni Szp. Dziec. Jezus — kierownik Dr. Mutermilch.

Badanie histologiczne skąpej tkanki gruczołowej z pachwiny prawej, wykonane w Zakładzie Anat. Patol. Prof. Paszkie wicz a, wykazało: „Zatarcie budowy gruczołowej, obecność bardzo licznych komórek plazmatycznych i eozynochłonnych, co odpowiada „*lymphadenitis chronica*”.

Próba Freia, wykonana jak z antygenem otrzymanym od Prof. Freia z Berlina, tak i z przygotowanym przez kol. Zalewski go w pracowni Szp. Św. Łazarza z gruczołu chłonnego z pachwiny prawej chorej, wypadła ujemnie.

Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego z masą kontrastową *per os* i z wlewką dało wynik następujący: w żołądku i dwunastnicy radiologicznie uchwytynych zmian anatomicznych, ani czynnościowych nie stwierdza się. Jelita grube do esicy włącznie wypełnione prawidłowo, nieznacznie opuszczone. Przez 4 doby kontrast zatrzymuje się w esicy i prostnicy. Po wlewaniu kontrastu *per rectum* wypełnia się dobrze *ampulla recti*, powyżej której stwierdza się na malej przestrzeni wąską smugę kontrastu, przechodzącą następnie w rozszerzoną esicę. Następnie otrzymaliśmy antygen od Prof. Levadittiego z instytutu Pasteura; wstrzyknięcie śródskórne 0,1 cm.³ dało wyraźną grudkę wielkości połowy grochu pełnego po 48-miu godzinach; grudka ta znikła po 4-ch dobach. U dwóch kontrolnych zdrowych próba ta wypadła ujemnie.

Obraz kliniczny schorzenia przy ujemnym odczynie Bordet-Wassermana i gonoreakcji oraz dodatniej próbie Freia z antygenem Levadittiego upoważnił do myślenia, że ma się do czynienia z rzadko spotykaną w Polsce chorobą, a może nierozpoznaną, tak zwaną „rozplemowiem i zwężaniem zapaleniem odbytnicy”.

Choroba ta, opisana poraz pierwszy przez francuzów Nicolasi Favrea, nosi ich miano. Niemcy nazywają tę chorobę „*Lymphogranulomatosis inguinalis benigna*”. W literaturze figuruje jeszcze jako „czwarta choroba weneryczna”.

Chorobę tę stosunkowo często spotyka się w Ameryce (Stany Zjednoczone) u biernych pederastów. Obecnie piśmiennictwo posiada już obszerną literaturę, dotyczącą choroby Nicolasi Favrea. Rozróżniają w tej chorobie cztery postacie, odpowiadające różnym okresom jej rozwoju.

Pierwsza postać — zwężenie odbytnicy z objawami zapalnymi w śluzówce, jak: owrzodzenia, przetoki, ropnie.

Druga postać — objawy, jak w pierwszej z wystąpieniem sloniowaczyny warg sromowych, lub moszny, skóry krocza lub okolicy odbytu.

Trzecia postać — zmiany zapalne odbytnicy bez jej zwężenia.

Czwarta postać — zwężenie odbytnicy bez zmian zapalnych w śluzówce.

Nasz przypadek odpowiada czwartej postaci.

Zwężenie odbytnicy jest spowodowane przewlekłą sprawą zapalną w głębokich warstwach kiszki stolcowej. Przypadki te, według Fourniera, należą do bardzo rzadkich. W tej postaci zapalenia odbytnicy spotyka się często, lecz niezawsze,

przewlekłe zmiany zapalne w gruczołach chłonnych pachwinowych.

Ziarnica — choroba Hodgkina — dawniej uważana za główną przyczynę tej choroby, nie odgrywa tu dużej roli; podobnie małe znaczenie, według autorów francuskich, ma nieswoiste ropne zapalenie odbytnicy.

Inaczej myśli H. Steindl z Wiednia, który uważa, że nawet pod wpływem banalnych zapaleń kiszki grubej dojść może do rozrostu i przerostu gruczołów chłonnych w ścianie odbytnicy i jej otoczeniu, nazywając je „*Tonsille des Mastdarmes*”.

Jersildi Frei, jak i Levaditti na podstawie badań doświadczalnych potwierdzili tezę Nicolasi Favrea o istnieniu zarazka przesuszającego, wywołującego powiększenie zmiany chorobowe. Dzięki odczynowi, wynalezione mu dla choroby Nicolasi Favrea przez Freia, okazało się, że odgrywa on decydującą rolę w powstawaniu tego swoistego zapalenia odbytnicy.

Próba Freia, jak i odczyn Bordet-Wassermana nie daje 100% pewnych wyników, występuje jednak w około 90%.

Za drogę wtargnięcia zarazka uważają autorzy narządy płciowe męskie i kobiece oraz odbytnicę u pederastów biernych, a nawet skórę krocza i otoczenia.

Co do leczenia tego cierpienia, to większość autorów na 43-im Zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu w 1934-ym roku wypowiedziała się za leczeniem zachowawczym (dżatermia, proteinoterapia, wlewki roztworu Lugola, emetyny i t. d.), gdyż leczenie operacyjne, jak wycięcie odbytnicy, wycięcie nacieków i inne, dają często nawroty.

W pokazywanym przypadku zastosowano przegrzewania dżatermią i wlewki roztworu Lugola i otrzymano dużą poprawę. Obecnie przy badaniu zarówno *per vaginam*, jak *per rectum*, stwierdza się zmniejszenie krwawych nacieków; bolesność palpacyjna i samoistna ustąpiła; światło w zwężonym odcinku odbytnicy swobodnie przepuszcza palec. Chora jeszcze pozostaje na oddziale.

Co do rokowania, to należy zaznaczyć, że jest pomyślniejsze, niż w raku odbytnicy lub w ziarnicy złośliwej, chociaż leczenie musi trwać długo; nawroty cierpienia występują często. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Dobryszycy. Przypadek podobny spostrzegł przed 2-ma laty na oddziale D-ra Skłodowskiej w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przypadek ten dotyczył mężczyzny l. 26, z zawodu kamasznika. Chory od 6 lat cierpiał na bóle brzucha, wzdęcia i na biegunki, przy czym w stolcach często ukazywała się krew. Trzy lata przed przybyciem do oddziału dostał nagle silnego bólu w dolnej i prawej części brzucha z wysoką temperaturą. Po 3-miesięcznej obserwacji na oddziale chirurgicznym został poddany wówczas operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. W rok po tej operacji cierpienia wróciły, i chory zgłosił się ponownie do oddziału chirurgicznego. Wówczas stwierdzono u chorego guz w prawym dole biodrowym, a badanie rentgenologiczne wykazało zwężenie prostnicy. Chory poddany był naświetlaniom promieniami Roentgena. Wyraźnej poprawy jednak nie było.

W marcu 1934 r. chory został przeniesiony na oddział Dr. Skłodowskiej. Przy badaniu palcem *per rectum* błona śluzowa w okolicy zwieracza o spoistości zwykłej. Powyżej wyczuwa się na całym obwodzie tkankę twardą. Przy rektoskopii widoczny na wysokości mniej więcej 8 cm. otwór zwężeniowy kształtu okrągłego wielkości 10 groszy. Rektoskop dziecienny o średnicy 15 mm. długości 20 cm. udało się z niewielkim oporem przeprowadzić na całą jego długość, nie osiagając górnej granicy zwężenia. Błona śluzowa na całej przestrzeni ciemno-czerwona, ziarnista, łatwo krwawiąca, miejscami pokryta nalotami szarawymi, trudno zdejmującymi się.

Chory miał stolce w postaci cienkich pasemek ciemnobronzowych, pokrytych krwią i masą żółtawą, ciągnącą się i zawierającą pod mikroskopem sporo leukocytów i krwinek czerwonych.

Badanie bakteriologiczne wydzieliny z odbytnicy wykazało: liczne pałeczki Gr +, nieliczne ziarniaki Gr +; gonokoków, pałeczek Kocha, krętków białych, Shiga-Krusa nie znaleziono.

Badanie morfologiczne krwi nie szczególnego. Odczyn Bordet-Wassermana we krwi i gonoreakcja dały wynik ujemny. Chemizm żołądka prawidłowy. W moczu nie patologicznego. Badanie czynnościowe nerek żadnych odchyleń od normy. Ciśnienie krwi odpowiednie.

Wywiady, ani żadne badania nie przemawiały za naj-

częstszymi przyczynami zwężenia odbytnicy, a więc przymiotem, rzeżączką i gruźlicą.

Pederastję negował.

Wobec obrazu klinicznego zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu choroby *Nicolas-Favrea*. Próby *Freia* z powodu braku antygeny nie można było wykonać.

Stosowano u chorego wlewanki lecznicze do odbytnicy i djatermję, połączoną z rozszerzaniem odbytnicy przy pomocy specjalnych elektrod. Zabiegi te dały poprawę.

Dalsze losy chorego nie są mówcy znane. (Streszczenie własne).

Rosenberg zapytuje o stosunek zwężającego zapalenia odbytnicy do choroby *Nicolas-Favrea* (*lymphogranulomatosis inguinalis*).

Rutkowski przypuszcza, że w Polsce choroba *Nicolas-Favrea* też się zapewne spotyka, lecz nigdy dotąd jej nie opisywano. Na przeszkodzie rozpoznawaniu stoi brak antygeny, niezbędnego do wykonywania odpowiednich prób. W pokazywanym przypadku zastosowano antygeny, otrzymane od *Freia* i *Levadittiego*. Antygen *Freia* dał wynik ujemny, *Levadittiego* — dodatni w postaci grudki, utrzymującej się przez 4 dni. Choroba *Nicolas-Favrea* jest synonimem *lymphogranulomatosis inguinalis*; ta ostatnia nazwa jest niefortunna, bo sprawa ta nie ma nic wspólnego z *lymphogranulomatosis maligna*. Próba *Freia* wypada w przeważającej liczbie przypadków tej choroby dodatnio, lecz czasem wynik jej bywa ujemny. Rozpoznanie zwężającego i rozplemowego zapalenia odbytnicy stawia się na podstawie dodatniego wyniku próby *Freia* lub po wyłączeniu rzeżączki, przymiotu, gruźlicy, nowotworu. Zarazanie się odbywa się drogą płciową, dlatego spotyka się tę sprawę częściej u kobiet, u mężczyzn tylko w przypadkach pederastji biernej. W Ameryce, gdzie wskutek utrudnień w utrzymywaniu stosunków pozamałżeńskich kwitnie homoseksualizm, spotyka się chorobę *Nicolas-Favrea* równie często u mężczyzn, jak u kobiet. Cierpienie to nosi charakter nader przewlekły. Daje ono typowe zmiany anatomiczne. W daleko posuniętych przypadkach leczenie jest beznadziejne. Śmierć następuje bądź wskutek charłactwa, bądź wskutek skrobiawicy narządów, bądź wskutek zmian w nerkach. W pokazywanym przypadku niema dotychczas niedrożności jelit, co powodowałoby konieczność założenia odbytu sztucznego lub wycięcia schorzonego odcinka jelit.

4) *E. Herman*. Pokaz przypadków z obecnej epidemii *encephalomyelitis*: a) zespół uciskowy rdzenia, b) zespół *Devica*, c) zespół rozsiany.

Przypadki opisane w r. 1928 przez *Flatau* a epidemii rozsianego zapalenia układu nerwowego w Polsce zdają się sporadycznie po dzień dzisiejszy. Jak poucza nas doświadczenie własne wznowienie epidemii rozpoczyna się zazwyczaj w lutym, osiągając swój szczyt w kwietniu. Na zjeździe międzynarodowym w Londynie w r. z mieliśmy okazję omówić przebieg epidemii tej choroby w Polsce na zasadzie przeszło 100 przypadków.

Dziś prelegent pozwala sobie zademonstrować 3 świeże przypadki, ilustrujące rozmaite postaci tej jednostki chorobowej, której klasyfikację kliniczną przedstawiliśmy w Londynie.

Przykład I dotyczy 22-letniej dziewczyny, która w połowie grudnia ub. r. zaczęła odczuwać bóle w okolicy kręgow ledźwiowych, promieniujące do kończyny dolnej prawej. Po miesiącu wystąpiło osłabienie najpierw prawej kończyny dolnej, a potem lewej. Wkrótce całkowicie bezwład dolny z zatrzymaniem moczu i stolca. Na początku choroby t^o 38^o. *Przedmiotowo* brak zmian w narządach wewnętrznych; tętno 100. Szywność karku (4 palce), obustronny objaw *Lassgueta*; z nerwów czaszkowych jedynie osłabienie prawej dolnej gałązki n. VII; brak zmian ze strony kończyn górnych; całkowity wiotki bezwład kończyn dolnych; bolesność mas mięśniowych; zniesienie czucia w obrębie S₄—S₅ oraz osłabienie w obrębie S₁—S₃. Odruchy na kończynach górnych żywe, brzuszne górne słabe, dolnych brak, kolanowych i Achillesa brak, afleksja stóp, *Rossolimo* o nieobecny. Bolesność opukowa kręgow D₆—D₇ i D₁₂—L₇. Nakłucie ledźwiowe (5.II.36 r.) — pomiędzy L₃—L₄ bez efektu; pomiędzy L₂—L₃ — płyn koloru ciemno-piwnego, ksantochromiczny, ciśnienie prawie 0 (w pozycji leżącej), *Queckenstedt* — dodatni patologicznie, w płynie 425 limfocytów, 63 wielojądrazystych, *Nonne-Apelt* + + +, *Wa* (—). 12.II.35: lipiodol górny zatrzymał się na D₁₂ w kształcie 2 słupków; w 12 dni po lipiodolu obraz ten sam. Po zastosowaniu promieni *Röntgena* duża poprawa, zaburzenia ze strony zwier-

czy ustąpiły, zjawily się ruchy w kończynach dolnych, wciąż obszerniejsze.

Aczkolwiek zarówno lipiodol, jak i zmiany czucia oraz zespół w płynie mogły przemawiać za uciskiem, to ze względu na zajęcie n. VII, przyjęliśmy rozpoznanie sprawy zapalnej rozsianej ze zrostami w okolicy S₂—S₅. Pomyślny wynik leczenia rozpoznanie zespołu uciskowego w sprawie rozsianej zapalnej całkowicie potwierdził.

Przykład II dotyczy 35-letniej mężatki, w trzecim miesiącu ciąży, która na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala (na początku grudnia ub. r.) poczuła silny ból w prawym oku; jednocześnie zatrzymanie moczu. Po kilku dniach zaniewidziała na to oko. Wkrótce palenie, drętwienie, mrowienie oraz bezwład kończyn dolnych. *Przedmiotowo*: żrenica prawa szersza, sztywna; ostrość wzroku — oka prawego: poczucie światła elektrycznego, lewego — palce z 2 m. Dno oczu: tarcze blade, zwłaszcza prawa, granice nierówne. Brak oczopląsu. Nieznaczne osłabienie prawej kiści. Całkowity wiotki bezwład kończyn dolnych ze zniesieniem odruchów; zatrzymanie moczu; czucie powierzchniowe subiektywnie osłabione od D₁₀; głębokie — zniesione w palcach stóp. Odeźny głębokie. Rtyń mózgowordzeniowy bez zmian, *Queckenstedt* — ujemny. Odczyn *Wassermanna* we krwi i płynie (—). Leczona naświetlaniami promieniami *Röntgena*; po 2 tygodniach poprawa. Dzis ostrość wzroku obustr. 4/20, reakcja dobra, odruchy na kończynach dolnych wzmożone z *Babinskim* dodatnim, zwieracze czynności prawidłowej. Chodzi sama. Przypadek ten naśladuje zespół *Devica* (*neuromyelite optique*).

Przykład III: 7-letni chłopiec, na 7 tygodni przed przybyciem gorączka 38^o przez 2 dni, osłabienie prawej kończyny górnej, dolnych, chwiejanie. Trzeciego dnia choroby mowa nosowa, ślinotok, szczękocisk. Wymioty.

W IV tygodniu wykrzywienie ust.

Na kilka dni przed przybyciem zaostrenie objawów chorobowych.

Przedmiotowo: brak objawów oponowych, przymusowe ustawienie głowy, poszerzenie i opieszale oddziaływanie na światło prawej żrenicy, zniesienie lewego odruchu rogówkowego i osłabienie prawego, *lagophthalmus*, zwłaszcza lewy, porażenie VII n. prawego (dolnej gałązki), porażenie podniebienia, porażenie ruchów gądek do wewnątrz, mniej do góry, osłabienie prawych kończyn, bezład, wzmożenie wszystkich odruchów, z wybitnym obj. *Babinskiego* i *Rossolimo*. Chód chwiejny. Mowa nosowa. Brak zmian w płynie mózgowordzeniowym. Przypadek ten ilustruje postać rozsianą, ze zmianami w pniu mózgowym.

Aczkolwiek rozpoznanie różniczkowe ze stwardnieniem rozsianem w przypadkach *encephalomyelitis* napotyka na trudności, to jednak wydaje się nam, iż brak zblednięcia skroniowego tarcz, brak mroczków, rzadziej występujący oczopląs, rzadziej zdarzająca się nadmierna pobudliwość błędników, nagły początek, przewaga obj. czuciowych, łagodny przebieg, rzadsze nawroty, względnie dobre rokowanie obok lepszej tolerancji nakłucia ledźwiowego — przemawiają raczej na korzyść *encephalomyelitis*. (Streszczenie własne).

Dyskusji nie było.

5) *M. Landsberg* i *Z. Celnikier*. *Przypadek colitis gravis*.

Chory O. B., lat 20, uczeń, przybył do oddziału dnia 24.XII.1935 r. w stanie krańcowego wyniszczenia. Choroba rozpoczęła się przed 9 miesiącami rozwolnieniem, bólami brzucha i gorączką (powyżej 38^o). Leczenie szpitalne (w Pińsku i Warszawie) nie dało poprawy, dopiero po czteromiesięcznym pobycie w Otwocku przy kuracji insulinowej stan chorego znacznie się poprawił, przybyło mu przeszło 20 kg. na wadze, wypróżnienia unormowały się. Po miesięcznym pobycie w domu pojawiły się ponownie bóle brzucha oraz wystąpiła biegunka (4—5 stolców dziennie, barwy ciemno-brązowej, cuchnących, z domieszką śluzu, początku bez krwi, po kilku tygodniach ukazała się dwukrotnie krew w stolcu). Chory wyjechał spowrotem do Otwocka, lecz tym razem stan jego nie poprawiał się. Do objawów poprzednich przyłączyły się jeszcze wymioty po każdym posiłku, wystąpiły luki pamięciowe. Chory w chwili przybycia do oddziału był bardzo blady, znacznie wychudzony, apatyczny. Tętno było słabo wypełnione, ciepłota normalna. Język bladej. Płuca bez szczególnych zmian. W sercu gluche tony. Brzuch zapadnięty, nieco bolesny na ucisk w prawym dole biodrowym. Wątroba i śledziona nieznacznie. W moczu nic szczególnego. Kał wykazywał obecność śluzu, krwi i ropy, jaj pasożytów nie stwierdzono, nie znaleziono również prątków *Koch*a. Posiew z kału dał hodowlę pałeczki od-

mieńca i dwoiniek typu enterokokowego. Próba *Pirquet*a wypadła ujemnie. Badanie rentgenowskie płuc nie wykazało nic szczególnego. Ciśnienie krwi 105/70. Odczyn zlepek we krwi wypadły w czasie gorączki (przed przybyciem od oddziału) ujemnie. Badanie morfologiczne krwi wykazywało w początkach pobytu na oddziale: czerwonych ciałek 3.600.000, hemoglobiny — 44%, wskaźnik $\approx 0,6$, białych ciałek — 19.800, o wzorze: pałeczkowatych 4%, segmentowanych — 52%, kwasochłonnych — 2%, zasadochłonnych — 1%, limfocytów — 36%, monocytów — 5%. Zaczęto stosować u chorego dwa razy dziennie wlewania podskórne fizjologicznego roztworu soli kuchennej, codziennie wstrzykiwania wśródzylne Cebironu. domięśniowo wyciągi wątrobowe oraz podskórnie strychninę i kamforę. Już po 10 dniach zaczęła się dość wyraźnie uwydatniać poprawa, która z każdym dniem postępowała naprzód. Przed 3 tygodniami krew wykazywała 4.200.000 czerwonych ciałek, hemoglobiny — 70%, wskaźnik $\approx 0,8$, białych ciałek 9.400 o wzorze: pałeczkowatych — 4%, segmentowanych — 68%, kwasochłonnych — 3%, myelocytów — 1%, limfocytów — 27%, monocytów — 2%. Ostatnie badanie krwi wykazuje: czerwonych ciałek — 4.320.000, hemoglobiny — 83%, wskaźnik $\approx 0,96$, białych ciałek — 6.800 o wzorze: segmentowanych — 72%, kwasochłonnych — 1%, limfocytów — 20%, monocytów — 7%. Próba *Pirquet*a +. Przemiana podstawowa materii +11,6%. Ciśnienie krwi 115/80. Odczyn *Bieringa* — 3 godz. 10 min. Płyn kontrastowy wypełnia okrężnicę prawidłowo. W czasie pobytu w oddziale przed 6 tygodniami wytworzył się u chorego ropień okołoodbytniczy, który się po 5 dniach otworzył. Badanie ropy wykazało obfitą florę bakteryjną rozmaitych gatunków. Obecnie chory już chodzi, ma codziennie jedno wypróżnienie sfornowane koloru żółtego bez śluzu, bez ropy i bez krwi (próba benzydynamu ujemna), przybiera stale na wadze (dotychczas 12 kg.), pamięć powróciła, łaknienie jest dobre, chory jest na pełnej djecie, niema żadnej bolesności brzucha. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Rubinrot zapytuje o dokładny opis obrazu rentgenologicznego. Obraz rentgenowski *colitis gravis* jest bardzo typowy i pozwala na różniczkowanie z gruźlicą.

W odpowiedzi stwierdza *Landsberg*, że obraz rentgenowski nie wykazuje nic szczególnego, ani typowego dla *colitis gravis*.

6) *B. Glass*. Przypadek szybkiego zniknięcia jamy gruźliczej po wyrwaniu nerwu przeponowego (drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“).

Dyskusja:

H. Bernstejn uważa, że obraz rentgenowski jamy, przylegającej do brzozy międzypłatowej, nie dowodzi bezwzględnie istnienia jamy w tkance płucnej; obraz taki może dawać również częściowa odma samcista.

P. Goldstejn stwierdza, że mechanizm działania wywania nerwu przeponowego nie jest jasny. W żadnym z przypadków pokazywanych nie usunięto z pewnością nerwu przeponowego. Nieznalezienie nerwu przeponowego podczas operacji należy do rzadko zdarzających się wypadków.

Gantz zastanawia fakt tak szybkiego gojenia się jamy gruźliczej zwłaszcza wobec tego, że wyrwanie nerwu przeponowego było bardzo niepewne. Podkreśla również niepewność rentgenologicznego rozpoznania jamy w tym przypadku.

Saidman uważa zabieg wyrwania nerwu przeponowego za prosty, dający wyniki.

W odpowiedzi *B. Glass* wyjaśnia, że nad brzoza międzypłatowa był wyraźny naciek, powyżej którego dopiero widać było jamę. Poza tym w przypadku powyższym były krwotoki, a w płwocinie stwierdzono obecność prątków *Koch*a. Podczas zabiegu wyrwano jakieś nerwy, nie mając pewności, czy był to nerw przeponowy. Uderzające było szybkie wyleczenie gruźlicy.

7) *M. Saidman*. Pokaz preparatu wszczepienia moczowodów do kiszek grubą sposobem *Coffey*a.

Chłopiec 2 l. 7 mies. został przez prelegenta operowany 6 miesięcy temu snowodu wrodzonego wycięcia pęcherza (*ectopia vesicae*). Wynik operacyjny i przebieg kliniczny był

bardzo dobry. Chłopiec żył po operacji 6 miesięcy bez żadnych zaburzeń ze strony nerek. Niestety zmarł dwa tygodnie temu spowodu ropnego zapalenia otrzewny, powstałego jako powikłanie w parę dni po operacji wycięcia pozostałej ściany wycięwanego pęcherza.

Badanie preparatu wyciętego (podczas sekcji) pozwala stwierdzić zupełnie prawidłowe stosunki w obrębie wszczepionych moczowodów do grubej kiszek. Otwory podobne są do normalnych otworów moczowodu w pęcherzu moczowym.

Wprowadzony cewnik w celu skontrolowania drożności przechodzi przez skośnie wszczepiony odcinek moczowodu do grubej kiszek bez żadnych trudności. Jeżeli wpuszcimy za pomocą strzykawki płyn do moczowodu i obserwujemy wylot moczowodu ze strony kiszek, możemy się przekonać, że płyn wycieka z otworu moczowodu strumieniem, t. zn., że otwór sprawnie działa. Kielichy, szczególnie lewej nerki, są nieco rozszerzone, niema natomiast zaniku miąższu nerkowego. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Rubinrot oświadcza, że widział przypadek pokazywany przed pewnym czasem i martwił się, że operacja się udała. Uważa, że leczenie takich przypadków, w których operacja pozwala wprowadzić na utrzymaniu osobnika przy życiu, lecz stwarza z niego inwalidę na całe życie, ciężar dla rodziny i społeczeństwa, nie jest celem medycyny. Stwarzanie kaleki i przedłużanie mu życia i mąk nie jest rzeczą humanitarną.

Gantz stwierdza, że mamy obowiązek udzielania pomocy choremu, niewolno zaś nam rozstrzygać w poszczególnym przypadku, czy mamy leczyć, czy też zabijać.

Saidman w odpowiedzi przypomina operowany przez siebie przed 5 laty analogiczny przypadek, w którym otrzymał bardzo dobry trwały wynik.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Terapeutycznego w Paryżu z dnia 13 listopada 1935 r. (Paris méd. N. 1/1936) *Jacques Odinet* mówił o wpływie wyciągów grasicy na wzrost. Doświadczenia na zwierzętach przemawiają za wpływem grasicy na wzrost młodych zwierząt. Nadeczynność grasicy przyspiesza w rzeczywistości wzrost młodych zwierząt i czyni je większymi i silniejszymi, niż zwierzęta kontrolne. Te różnice, jak się zdaje, utrzymują się u zwierząt dorosłych. Stosując te dane doświadczenia w lecznictwie, otrzymał prelegent pod kierunkiem *Lereboulleta* ciekawe wyniki w przypadkach prostych opóźnień wzrostu oraz w takich, którym towarzyszyła niedomoga płciowa.

Na posiedzeniu Towarzystwa Terapeutycznego w Paryżu z dnia 13 listopada 1935 r. (Paris méd. Nr. 1/1936) *J.-C. Bayle* mówił o ogólnym leczeniu gruźlicy opoterapią śledzionową. Przedstawił on dane, przemawiające za ogólnym leczeniem gruźlicy śledzioną, którego prelegent był twórcą: liczba czerwonych ciałek i limfocytów wzrasta, ilość hemoglobiny i waga zwiększają się, gorączka się obniża. Zmiany rentgenowskie płuc ulegają szybko wyjaśnieniu i zwapnieniu nawet w przypadkach ciężkich, leczonych samą tylko śledzioną lub w innych, nie mniej ciężkich, leczonych podawaniem śledziony w połączeniu z odma sztuczną lub klimatoterapią górską. W przeciągu bardzo krótkiego czasu, od 14 miesięcy do dwóch lat, otrzymywano zbliżowania zapomocą samej tylko opoterapii śledzionowej; w innych przypadkach osiągnano to w ciągu sześciu do piętnastu i pół miesiąca.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Medycyny Wojskowej w Paryżu z dnia 14 listopada 1935 r. (Paris méd. N. 1/1936) *Bronard* i *Parcire* pokazywali przypadek ostrego poprzecznego zapalenia rdzenia kręgowego w przebiegu ropnego pneumokokowego zapalenia opłucny. U chorego w przebiegu ropnego pneumokokowego zapalenia opłucny wystąpiło całkowite wiotkie porażenie obu kończyn dolnych ze zniesieniem wszelkich rodzajów czucia. Zaburzeniami ze strony zwieraczy i odżywczymi. Prelegenci zastanawiają się nad etiologią i natogenezą tej sprawy i dochodzą do wniosku, że ma się tutaj do czynienia z wtórnym zapaleniem rdzenia kręgowego wskutek zatoru bakteryjnego.

Krytyka lekarska

Czterdziesty ósmy Kongres Medycyny Wewnętrznej w Wiesbaden.

(Odgłosy dnia dzisiejszego).

W maju r. b. pod przewodnictwem znanego i w Warszawie ministra *Franka* odbył się w Lipsku nie-

zmiernie ciekawy Kongres niemieckich lekarzy. Oto sędziowie niemieccy nie mają teraz już sądzić na podstawie jakiegoś tam prawa (które, rozumie się, jest wymysłem rdzennie żydowskim), lecz na podstawie „zdrowego rozsądku niemieckiego“. Ponadto sędziowie, wyda-

jąc wyroki, powinni się opierać na programie partii hitlerowskiej i na książce Hitlera „Mein Kampf”.

Obok tych uchwał należy postawić sprawozdanie z tegorocznego Kongresu Medycyny Wewnętrznej, który, jak to się rzecz ma od lat czterdziestu ośmiu, odbył się w końcu kwietnia w Wiesbaden.

Te doroczne kwietniowe kongresy medycyny wewnętrznej posiadają już swą wielką tradycję. Tutaj przed laty dwudziestu kilku dziesięciominutowe niemilkające oklaski witały wystąpienie Pawła Ehrlicha; tutaj niejednokrotnie oglądały światło dzienne doniosłe prace i wykłady naukowe. Inaczej nieco przedstawił się światu lekarskiemu tegoroczny czterdziesty ósmy Kongres, który się odbył łącznie z Wspólnotą Państwową dla „Nowego Niemieckiego Lecznictwa” (Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde). Po powitaniu Zjazdu przez znanego „Reichsärztführera” Wagnera, wystąpił Kötschau z odczytem na temat „Przezorności i opieki w ramach Nowego Niemieckiego Lecznictwa”. „Nauka — twierdził mówca — istnieje na świecie nie dla siebie samej, musi ona dać dowody swej wartości. Wyrok historii na naukę wydawany bywa przez losy narodu”. Kötschau przyznaje, co prawda, że t. zw. medycyna szkolna jest „godnym podziwu, kunsztownie zbudowanym gmachem, jest nauką o człowieku, pracującą przy udziale wszystkich środków, jakimi rozporządza wysoko rozwinięta ścisła wiedza przyrodnicza i technika, jakiej to nauki, być może, nie było w całych dziejach ludzkości”, ale jednakże wiadomem jest, że coraz donośniejsze stają się głosy, domagające się zupełnego odrzucenia tej nauki. Przeciwno temu prelegent powstaje i w imieniu kierowanej przez siebie „Reichsarbeitsgemeinschaft” raczy uznawać, że rozbudowa „Nowego Niemieckiego Lecznictwa” nie da się połączyć z odrzuceniem dzisiejszej medycyny naukowej. Ale również i naukowiec powinien być przestrzeżony, aby zgóry nie odnosił się wrogo do pojęć i metod, które dalekie są od jego myślenia. Z punktu widzenia tylko ściśle przyrodniczej medycyny niezrozumiała jest jedna z najważniejszych spraw w lecznictwie — mianowicie sprawa przyrodolecznictwa. Zdaniem prelegenta, nie jest nam znana analiza przyczynowa tej ostatniej sprawy. Zadanie lekarza polega na tem, aby podtrzymywać samodzielną działalność ustroju i pobudzać ją w kierunku samouzdrawienia. Tu najważniejsza rola przypada t. zw. „Vorsorge”, której metoda polegać ma na wprawianiu się i przystosowywaniu do natury, a przez to osiągać usuwanie szkód, spowodowanych przez cywilizację.

Następny prelegent Blome mówił na temat: „Nowe Niemieckie Lecznictwo, lekarz i jego kształcenie”. Chodziło tu o wykazanie nadmiernego rozwoju djałgnostryki kosztem lecznictwa, o nadmierną specjalizację, o utratę kontaktu lekarza z narodem, któremu powinien być zwrócony lekarz domowy.

Po teorii nastąpiła praktyka, i oto Grote, dawny lekarz naczelnny Lahmanna i jego sanatorium, zdawał sprawę z wyników, osiągniętych w szpitalu w Dreźnie przy pomocy metod przyrodoleczniczych z „zastosowaniem ścisłej kontroli naukowej”. Tak więc w płatowym zapaleniu płuc (50 przypadków) zastosowano leczenie świeżym powietrzem. Chorzy przebywali dzień i noc przykryci na otwartym powietrzu lub na bal-

konie; do tego dochodzą chłodne obmywania ciała, nacierania gorczycowe pleców. Pokarm składa się podczas gorączki wyłącznie z soków owocowych, codziennie stosowane są ławatywy; *analeptica* prawie zupełnie nie są używane. Przez usunięcie wszelkich podrażnień zewnętrznych i zapewnienie możliwie największego spokoju fizycznego i duchowego dana jest naturze możliwość rozwinięcia jej sił leczniczych.

Podobnie leczony jest i ostry gościec stawowy. Bóle stawowe są zwalczane przez stosowanie zwyczajnych zimnych okładów i zawiązań z gorącą oliwą. Saliicylatów i piramidonu nie stosuje się zupełnie. Jak się zdaje, bezsolna djeta owocowa, według Noordena, jest istotnym czynnikiem przyrodolecznictwa w ostrym gościecu stawowym. W gościecu stawowym przewlekłym stosowane jest w ciągu tygodni leczenie sokami owocowymi, względnie podawanie pokarmów surowych. U tych pacjentów dawało dobre wyniki usunięcie zupełne pokarmów i podawanie przez 2—3 tygodnie tylko herbaty i soku owocowego.

Również wrzód żołądka i dwunastnicy leczony jest sokami owocowymi i surówkami, i to nawet w uporczywych przypadkach.

Zaburzenia krążenia leczone są podobnymi metodami djetetycznymi z dodatkiem polewań według Kneippa.

W ciężkich przypadkach dopuszcza się jednakże podawanie przez czas krótki naparstnicy i strofantu.

Następnym mówcą był Brauchle, również z Dreźnie, który mówił na temat: „Przyrodolecznictwo w ramach medycyny szkolnej”. „Zdrowie oznacza równowagę wszelkich funkcji życiowych, współmierność zewnętrznych i wewnętrznych form cielesnych. Samą chorobę ujmuje przyrodolecznictwo jako reakcję organizmu na zaburzenie równowagi. Choroba ma cały szereg przejawów, wśród których najważniejsze są: gorączka, zapalenie i wzmożone wydzielanie. Leczenie przyrodolecznicze ostrych chorób zapalnych opiera się na następujących punktach: o ile istnieje gorączka, wchodzi w grę stosowanie postu i ułatwianie wydzielania. O ile niema gorączki, to stosowane jest nie tylko miejscowe, ale i ogólne leczenie, kontrola pokarmu, obmywania, natryski, kąpiele i in. Czy na miejscowe ognisko zapalne ma być stosowany zabieg zimny, czy gorący — to zależy od wewnętrznego poczucia chorego, a nie od raz nazawsze ustanowionej podstawy naukowej. Następnie prelegent omawia leczenie „wydzielania wzmożonego”. I tutaj, oczywiście, w grę wchodzi różne metody terapeutyczne o charakterze, który już w ogólnych zarysach został podany powyżej.

Tak oto wyglądały odczyty na tegorocznym 48-ym zrzędu Kongresie Wiesbadeńskim. Jak widać, medycyna niemiecka zdołała już zrobić wielkie postępy w kierunku „Gleichschaltung”. Co prawda, w przeciwieństwie do niemieckiego prawodawstwa, tymczasem nauka lekarska zachowuje jeszcze pewne względy dla „medycyny szkolnej”, ale miejmy nadzieję, że na Kongresie przyszłorocznym zdoła już zupełnie zrzucić z siebie te okowy i paść całkowicie w objęcia „przyrodolecznictwa”, aby w ten sposób zapewnić całkowity tryumf dla „Reichsarbeitsgemeinschaft”!

Stefan Kramsztyk (Warszawa).

Przegląd terapeutyczny

Z oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ord.: M. Landsberg).

Podał

Michał ŻARNOWER (Warszawa).

Spostrzeżenia nad leczeniem niedokrewności u ozdowieńców podurowych hemostylem.

Długotrwała toksemia w przebiegu duru brzuszno-ego, atakująca wszystkie prawie narządy chorego ustroju, nie oszczędza też i organów krwiotwórczych. Obraz krwi cechuje w typowych przypadkach leukopenia, limfocytoza, brak komórek kwasochłonnych, obniżenie wskaźnika refraktometrycznego. W drugim i trzecim tygodniu występuje obniżenie ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi. Według naszych spostrzeżeń zawartość hemoglobiny obniża się o 30—50%, liczba ciałek czerwonych zmniejsza się w podobnym stosunku. Jednocześnie stwierdza się zmniejszenie zawartości białka w surowicy (Erlichówna, Joneschere). Przyczyna tej niedokrewności może zależeć nie tylko od uszkodzenia szpiku kostnego toksynami durowymi (Naegele), lecz i od zmian anatomicznych szpiku kostnego, w którym częstokroć stwierdza się ogniska zapalne. Drugim czynnikiem, wywołującym niedokrewność, może być długotrwała, uboga w witaminy dieta. Tak wyniszczeni chorzy w drugim okresie choroby nabierają charakterystycznej bledoci, ułatwiającej często rozpoznanie. Chorzy durowi (według Weila) mają tendencję do ujawniania utajonej skazy krwotocznej (małopłytkowość), czem tłumaczy autor ich skłonność do krwawień. Nic więc dziwnego, że zagadnienie niedokrewności ma pierwszorzędne znaczenie w walce z dudem, tak w celu wzmocnienia odporności organizmu, jak też i w celu skrócenia okresu rekonwalescencji. Celem wzmocnienia odporności stosuje się obecnie dość często homohemoterapię (Landa i Fejgin), co ma wpływać dodatnio na uszkodzony szpik kostny i stanowi łagodną postać nieswoistego leczenia białkiem; być może, wprowadzamy w ten sposób do ustroju pewne ciała odpornościowe, zwłaszcza stosując krew ozdowieńców podurowych (Chantomessier, Widala).

W celach odpornościowych stosowano także normalną surowicę końską. Carnot i Deflandre w swych klasycznych doświadczeniach stwierdzili, że surowica zwierząt, uprzednio skrwawionych, pobrana w okresie odnowy krwi, ma własności hemopoetyczne bardziej spotęgowane, aniżeli surowica normalna, i że wprowadzenie takiej surowicy wytwarza w chorym organizmie szybki przyrost nowych czerwonych ciałek krwi. Wprowadzenie tej metody do kliniki dało bardzo zachęcające wyniki. Deflandre opisuje przypadek, dotyczący ozdowieńcy podurowego o wybitnych cechach niedokrewności wtórnej, nie ustępującej pomimo leczenia; w cytowanym przypadku już po wprowadzeniu 12 cm³ surowicy hemopoetycznej królika ilość ciałek czerwonych wzrosła w ciągu dnia o 1 milion w 1 mm³, w ciągu dnia następnego o dalszy milion. Wyniki te Carnot i Deflandre tłumaczą specjalną własnością surowicy krwi skrwawionego zwierzęcia, u którego wzmocniona odnowa krwi występuje dzięki szczególnemu ciału o wybitnych własnościach pobudzania czynności układu krwiotwórczego. Carnot i Deflandre nazwali to ciało hemopoetyną i stwierdzili,

że jej obecność zwiększa liczbę czerwonych ciałek; w braku hemopoetyny w surowicy dominuje t. zw. hemolizyna, wywołująca niedokrewność. W normie hemopoetyna i hemolizyna wzajemnie się równoważą.

Po doświadczeniach Deflandre i Carnota szereg autorów stosował surowicę hemopoetyczną w niedokrewnościach, jak Flandin. Nobécourt, Vaselli, Mantovani i Urbino, przyczem niektórzy z nich stwierdzili również dobre wyniki i przy podawaniu doustnym.

Odpowiednikiem surowicy hemopoetycznej, stosowanej przez Deflandre i Carnota, jest hemostyl, otrzymywany z krwi koni, okresowo skrwawianych.

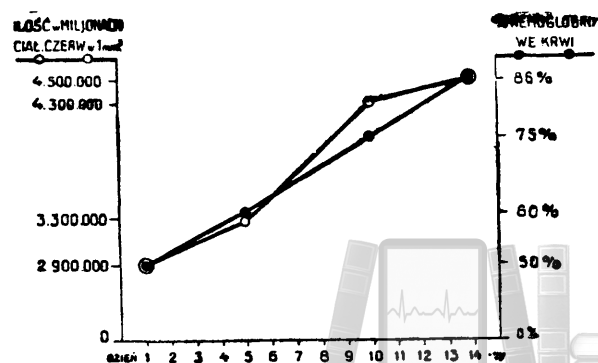
Zachęceni wynikami francuskich autorów, stosowaliśmy hemostyl u ozdowieńców podurowych o wybitnej niedokrewności. Hemostyl podawaliśmy doustnie po jednej ampule dziennie naczczo w ocukrzanej herbacie. Dla celów porównawczo-kontrolnych rozdzieliliśmy chorych na dwie grupy: 20-tu ozdowieńców, otrzymujących hemostyl, i 10-ciu, pozostających bez hemostylu. Główną uwagę zwracaliśmy na liczbę krwinek i ilość hemoglobiny, ogólne samopoczucie, łaknienie, wygląd i t. d. Kuracja trwała od 10 do 20 dni.

Dla zobrazowania wyników podajemy kilka zaobserwowanych przypadków.

Przypadek II. Chora Ch. H., bezrobotna, lat 25, przywieziona została na oddział z rozpoznaniem *typhus abdominalis*. Gorączkuje od 9 dni, skarży się na silne bóle głowy. Przedmiotowo: na skórze brzucha drobne plamki czerwone, nieznikające przy ucisku. Język suchy, obłożony; płuca, serce — norma. Brzuch wzdęty, bolesność w okolicy esicy; śledziona wyczuwalna, miękka, bolesna; wątroba występuje na ½ palca zpod łuku żebrowego. T°—39°C. Tętno miękkie, miarowe, 76 na 1'. Ogólnie nieco zamroczone, *status typhosus*.

Badania dodatkowe. Mocz: c. g. — 1.012, odczyn kwasny, białka ślad, cukier —, urobilina +, diazo +—, w osadzie pojedyncze leukocyty. Kał: krew utajona —, pasożyty —, posiew —. Krew: posiew —, W. R. —, morfologia: Hb 70%, czerw. ciał. 3.600.000, białych ciał. 6.000, wzór — segm. 60%, pał. 5%, zasadochl. 0%, kwasochl. 0%, monoc. i przejśc. 4%, limfoc. 31%.

Odczyn Widala początkowo ujemny, po kilku dniach dodatni 1/200. Przebieg: chora gorączkowała jeszcze 4 tygodnie. Tętno okresowo słabo wyczuwalne, bardzo osłabiona, biała, wyniszczona. Kilkakrotne badanie moczu nie wykazało zmian w narządzie moczowym. Badanie krwi, wykonane 14 dni po pierwszym badaniu, wykazało: Hb. 50%, czerw. ciał. 2.900.000, biał. ciał. 8.000. Wzór — segm. 65%, pał. 10%, zasadochl. 0%, kwasochl. 0%, monoc. i przejśc. 3%, limfos.



Wykres 1.

22%. Po 4 tygodniach ciepłota opadła do 35,6—36,2°C. Chora bardzo osłabiona, brak apetytu. W tym dniu po uprzednim badaniu krwi chorej zaczęto podawać hemostyl.

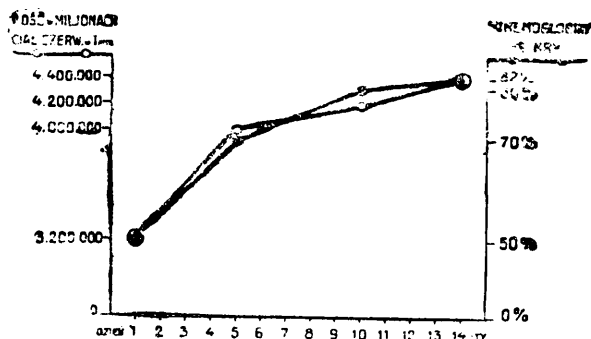
Wyżej podany wykres ilustruje wzrost hemoglobiny i czerwonych ciałek w okresie cztrnastodniowego stosowania hemostylu.

Przypadek II. Chora S. W., lat 34, mężatka. Przybyła na oddział z rozpoznaniem *typhus abdominalis*. Gorączkuje od 14 dni do 39,5°C. W domu miała biegunki, silne bóle brzucha. Przedmiotowo stwierdza się: język suchy, obłożony; w płucach zaostrenie oddechu nad szczytem prawym; granice serca prawidłowe, tony miarowe, głuchawe, nieznaczny podmuch na koniuszku. Brzuch miękki, przy dotyku bolesny w okolicy kiszek ślepej; śledziona macalna, wątroba niemacalna. T°—38°C., tętno miękkie, 100 na 1'.

Badania dodatkowe. Mocz: c. g. 1,020, odczyn kwaśny, białka 0,03, cukier —, urobilina +—, diazo —, w osadzie 10—15 leukocytów w p. w. Kał: krew utajona —, pasożyty —. Z posiewu krwi, kału i moczu pałeczek grupy durowej nie wyhodowano. W i d a l dodatni w rozc. 1:100. W. R. —. Morfologia krwi: Hb. 60%, czerw. c. 9.800.000, biał. c. 5.400. Wzór — segm. 58%, pałeczk. 4%, zasadochłonnych 1%, kwasochł. 0%, monoc. i przejść. 5%, limfoc. 22%. Ciśnienie krwi 129/70.

Przebieg. Chora gorączkowała na oddziale w ciągu 29 dni. Po spadku ciepłoty badanie krwi wykazało: Hb. 50%, czerw. c. 3.200.000. Chorej zaczęto podawać hemostyl doustnie. Już po kilku dniach łaknienie i samopoczucie znacznie się poprawiło, ustąpiły bóle głowy.

Poniższy wykres wskazuje stopniowy wzrost ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek.



Wykres II.

Przypadek III. Chora R. H., lat 39, mężatka. Przybyła z rozpoznaniem duru brzusznego. Ciepłota charakterystyczna dla duru, ogólnie wyniszczona.

Przedmiotowo: tętno zwolnione, 80 na 1', słabo napięte i wypełnione; płuca — rozedma miernego stopnia; serce — tony głuche, miarowe; śledziona macalna, wątroba nieco wystaje spod łuku żebrowego.

Badania dodatkowe. Mocz: białka ślad, diazo +, pozatem nie szczególnego. Kał: krew utajona —. Posiew z moczu i kału dodatni (pałeczki grupy durowej). W i d a l + (1:200). W. R. —, Morfologia krwi: Hb. 70%, czerw. c. 4.000.000, biał. c. 6.000. Wzór: segm. 67%, pał. 10%, zasadochl. 0%, kwasochł. 0%, monocyt. i przejść. 8%, limfoc. 15%.

Przebieg wyjątkowo ciężki. Po 16-to dniowym pobycie zapasć. W ciągu 3 dni tętno bardzo słabo wyczuwalne. Stopniowa poprawa. Powikłanie: ropowica w okolicy uda prawego, którą nacięto. Chora o tętnie stale słabo wyczuwalne, podtrzymywanym środkami nasercowymi. Ogółem choroba trwała około 3½ miesięcy. W okresie rekonwalescencji ilość Hb spadła do 40%, liczba czerwonych ciałek do 2.800.000.

Po doustnym podawaniu hemostylu w ciągu 20 dni

obraz krwi wykazuje znaczny przyrost Hb. (do 70%) oraz przyrost czerwonych ciałek krwi (do 4.100.000).

Dla dokładniejszego zobrazowania podajemy 2 tablice, z których I wykazuje zmiany w ilości hemoglobiny i liczbie czerwonych ciałek krwi u ozdrowieńców podurowych, leczonych hemostylem, tablica zaś II wykazuje zmiany krwi u ozdrowieńców podurowych, którym hemostylu nie podawano.

tablica I.

Nr.	Wiek	Liczba dni choroby	W początk. okresie ozdrow.		Czas leczenia hemostylem	Po zakońc. kuracji hemostylem	
			Hb%	Czerw. c.		Hb%	Czerw. c.
1	25	37	50	2.900.000	14	86	4.560.000
2	34	43	50	3.200.000	16	82	4.400.000
3	39	105	40	2.800.000	20	70	4.100.000
4	34	40	45	3.000.000	14	75	4.050.000
5	42	42	65	3.900.000	16	75	4.200.000
6	46	38	60	3.250.000	14	72	4.150.000
7	24	36	65	3.800.000	18	75	4.600.000
8	29	52	38	2.900.000	15	60	3.900.000
9	33	34	44	3.000.000	14	78	4.000.000
10	19	30	70	4.220.000	16	75	4.500.000
11	27	32	60	3.500.000	12	70	4.100.000
12	50	44	45	3.000.000	18	60	4.000.000
13	42	36	65	4.100.000	12	75	4.300.000
14	46	32	70	3.900.000	10	85	4.600.000
15	41	28	72	4.500.000	10	75	4.610.000
16	17	42	60	3.800.000	14	80	4.400.000
17	14	34	70	4.200.000	14	85	4.800.000
18	29	30	78	4.000.000	14	96	4.900.000
19	56	36	70	3.800.000	17	75	4.300.000
20	15	40	50	2.810.000	18	70	3.700.000

tablica II.

Nr.	Wiek	Liczba dni choroby	W początk. okresie ozdrow.		Czas obserw. bez leczenia hemostylem	Po obserwac. w szpit. okresie ozdrow.	
			Hb%	Czerw. c.		Hb%	Czerw. c.
1	25	40	60	4.000.000	15	65	4.100.000
2	30	28	70	4.200.000	10	73	4.300.000
3	36	34	65	3.800.000	12	65	4.000.000
4	18	30	60	3.900.000	12	63	4.100.000
5	21	36	57	3.500.000	14	60	3.600.000
6	48	33	54	3.800.000	14	60	4.050.000
7	54	31	75	4.000.000	16	75	4.000.000
8	37	38	52	3.810.000	18	57	3.950.000
9	37	40	45	3.300.000	16	50	3.800.000
10	16	39	48	3.900.000	17	52	3.950.000

Z powyższych dwóch tablic wynika, że hemostyl wybitnie wpływa na odnowę hemopoetyczną krwi. ozdrowieńcy grupy I naogół szybciej poprawiali się, szybciej powracali do sił i wcześniej mieli możność opuszczenia łóżka, aniżeli ozdrowieńcy grupy II.

Reasumując powyższe spostrzeżenia kliniczne, dochodzimy do wniosku, że hemostyl podawany doustnie jest lekiem wybitnie krwiotwórczym, wpływającym dodatnio na wzrost ilości hemoglobiny i liczby krążków czerwonych (patrz T. I i II), wzmagającym tem samem zdolności odpornościowe organizmu oraz dającym większą gwarancję ochrony ozdrowieńca tak przed nawrotem choroby, jak i przed powikłaniami. Hemostyl wzmacnia łaknienie, poprawia samopoczucie, skraca okres rekonwalescencji i szybciej daje możność dojścia do zupełnej równowagi fizycznej. Przy doustnym podawaniu hemostylu nie spostrzegaliśmy żadnego działania ubocznego, żadnych objawów alergii, ani idiosynkrazji.

PIŚMIENNICTWO.

Deflandre. Les applications du sérum hémopoietique. These, Lille 1910. A. Gilbert i P. Carnot. Médications Générales. Paris 1911. Naegelli. Blutkr. u. Blutdiagnostik 1919 i 1923. Ch. Flandin. Le Traitement opothérapique des anémies. Monde médicale 15.VI.1933. E. Weil. Précis de Pathologie

Médicale. t. IV. F. Widai, A. Lemierre, P. Abrami. Tr-té de Méd. t. III. A. Landau i M. Fejgin. Dur brzuszny. Warszawa 1931. M. Landsberg. Spostrzeżenia podczas ostatniej epidemii duru brzusznego. Odczyt w T. M. Sp. kwiecień 1935. Erlichówna i Jonscher. P. G. Lek. 1917. J. Iwaszkiewicz. Medycyna. Nr. 6. 1935. I. Hochbaum i J. Aleksandrowicz. P. G. Lek. Nr. 35, 1935. Fischer. Klin. Woch. Nr. 41, 1932.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Psychopatja jako zagadnienie wartości społecznej.

Podali

Jan NELKEN i Irena BORKOWSKA-NELKENOWA

(Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 22-23)

Znaniecki ilustruje to przykładami: pracownicy bez zawodowego wyrobienia, ludzie o horyzoncie umysłowym pisarzyków na stanowisku szefów biura, typowi politycy lub karierowicze — profesorami uniwersytetów lub wyższymi urzędnikami administracyjnymi, typowi uczeni lub urzędnicy administracyjni na stanowiskach politycznych lub przemysłowych, dorobkiewicz — na stanowiskach kultury duchowej, beznadziejni proletariusze — w roli bojowców, typowe pracownice domowe — jako działaczki polityczne, damy zabawy towarzyskiej — jako żony i matki i t. d.

Podnormalność w wykonywaniu roli społecznej nie znaczy wcale, aby osobnik ten pod względem uzdolnień miał być poniżej poziomu innych, którzy tę samą rolę normalnie spełniają. Natomiast nadnormalność w tym kierunku dowodzi zawsze, że ma się do czynienia z nie wytłumaczalną wybitnością indywidualną. Bywa np. że człowiek o wysokim wykształceniu lecz z małą praktyką w pracy ekonomicznej, postawiony wobec zadań organizacji wytwórczości, wykona te zadania w sposób nowy, zrywając z rutyną, stosowaną przez ludzi pracy w tej dziedzinie, — że proletariusz w rewolucji stanie się lepszym wodzem, niż fachowy wojskowy, że polityk przejdzie do działalności naukowej i tam wypowie oryginalne i cenne teorie socjologiczne.

Te zjawiska częściowej podnormalności lub nadnormalności mają jedynie drugorzędne znaczenie, jak to twierdzi Znaniecki, w porównaniu z zasadniczą normalnością ogólno-życiową.

Od powyższych ludzi rzekomo nienormalnych odróżniać należy innych, u których dążenie do normalności cywilizacyjnej względnie mało jest rozwinięte, i którzy w całej swej ewolucji biograficznej odstupują od powyższych typów zasadniczych i skłonni są zbacać z dróg normalnych. Będą to według Znanieckiego, zboczeńcy, czyli według ogólnie przyjętego terminu — psychopaci.

Co nisze o zboczeńcach Znaniecki?

Zboczeńcy byli zawsze trudnym problemem praktycznym dla swego środowiska społecznego i stali się trudnym problemem i dla nauki właśnie z powodu swej atypowości, swego na pierwszy rzut oka niesprawdzonego różnicowania. Możliwości zboczeń z dróg normalności przedstawiają się jako nieograniczone w swej różnorodności i nieprzewidywalne w swym kierunku: kto schodzi na bezdroża, o tym niewiadomo, jak i dokąd pójdzie.

Wspólnoty i grupy ludzkie, mówi Znaniecki, dwojako sobie radzą ze zboczeńcami. Albo traktują ich jak bezwzględne wyjątki, a wówczas wyłączają ich ze społeczności normalnej, zawieszając względem nich wszelkie reguły; albo też traktują samo ich zboczenie jako zjawisko typowe, jako odgrywanie swoistej roli społecznej, a wtedy znajdują i tworzą dla nich specjalne miejsca w obrębie społeczności normalnej. Nadanie typowości zboczeniu łączy się z jego oceną. Zboczenie jest uważane za pozytywne lub negatywne, a społeczeństwo odpowiednio się zachowuje zależnie od tej oceny.

Znane jest u ludów niższych traktowanie jednostek, których zachowanie przedstawia się jako wyjątkowe; jednostki takie uważane są za nienormalne zbiorniki niebezpiecznych mocy magiczno - religijnych i środowisko poprostu zrywa z nimi wszelki kontakt. Jeżeli już jednakże istnieje pewna typologia nienormalności następuje z różniczkowaniem podstaw. Pewne jednostki o nadzwyczajnej mocy magiczno - religijnej traktowane są pozytywnie, sakralnie jako „święte”, nadnormalne, o wpływie dodatnim, inne zaś — jako negatywnie sakralne „nieczyste”, subnormalne, o wpływie ujemnym.

W społeczeństwach cywilizowanych w traktowaniu zboczeńców, jako absolutnych wyjątków, istnieje niezdecydowanie środowiska. W małych kręgach społecznych traktuje się ich jako nieobliczalnych dzików, z którymi unika się naogół styczności i do których odnosi się raczej niechętnie, lecz nie tak niechętnie, aby ich zaliczyć do jakiejś wyraźnie subnormalnej kategorii. Szersze środowiska nieraz długo nie mogą się zdecydować, aby zboczeńca uważać za geniusza czy za warjata, za reformatora czy przestępcę, za realnego twórcę czy fantastę, za oryginalnego inicjatora czy naśladowcę lub plagiatorkę cudzych dzieł i t. d. Można go oceniać jako geniusza, zamyka się go jako „warjata” w domu obłąkanych, lub uważa się go za „cygana artystycznego”; jeżeli natomiast uważa go się za kulturalnie bezwartościowego fantastę, to go się traktuje jako „paupra i włóczęgę”.

Teoretyczne ujmowanie zagadnienia zboczeńców długo szło za tą praktyczną - społeczną ich kategoryzacją. Charakterystyczne jest, że tylko badanie społeczne podnormalnych zboczeńców nabrało charakteru naukowego w tym znaczeniu. Kryminologia i psychopatologia wyodrębniły się jako nauki osobne. Natomiast w badaniach nad zboczeńcami nadnormalnymi próby uogólnień są nieliczne i nieśmiałe, jako łączące się nie z prawoznawstwem i medycyną, lecz z indywidualizującymi naukami historycznymi. Wśród zboczeńców społecznie podnormalnych jednorodność

zdaje się być faktycznie większa, niż wśród zboczeńców społecznie nadnormalnych. Nie jest wszakże zboczeńcem chłop polski, kradnący drzewo z lasu „pańskiego“, ani robotnik, wykonywający w czasie strajku akt zemsty lub sabotażu na łamistrejках: są to normalni ludzie pracy, działający w sposób dopuszczalny, a nawet wymagany przez ich kręgi.¹⁾

Bezwątpienia jednak i wśród pacjentów psychiatrii i wśród przestępców, włóczęgów, prostytutek i t. d., jest wielu zboczeńców, których osobowości odbiegają od wszelkich etapów normalności w sposób, nie dający się wytłumaczyć przez same czynniki organiczne („endogenne“), lecz wymagający także, a nawet wyłącznie zbadania ich biografii społecznych. Wśród ludzi, zakwalifikowanych społecznie do kategorii nadnormalnych — przeważająca większość są to istotnie zboczeńcy, choć i tam znajdują się jednostki biograficznie normalne. Prawie wszyscy zboczeńcy społeczni wykazują jakieś anomalje psychologiczne. Niektórzy wnioskuje zbyt pochopnie, że anomalja psychologiczna jest przyczyną zboczenia społecznego. Wniosek to, oczywiście, nieuzasadniony, mówi Znaniecki, jasnym jest tylko, że skrajne formy nienormalności psychicznej czynią ludzi niezdolnymi do normalnego życia społecznego. Z jednej strony na powstawanie tych skrajnych anomalii obok przeważających zapewne czynników „organicznych“, „endogennych“ często wywierają wpływ czynniki społeczne i kulturalne wogóle; z drugiej strony wszystkie łagodniejsze formy nienormalności psychicznej, występujące u zboczeńców, odnajdują się także u ludzi społecznie normalnych. Znacznie większa częstość występowania tych form u zboczeńców społecznych tłumaczy się właśnie tem, że są zboczeńcami, to znaczy, że normalny bieg ich życia społecznego wpływa ujemnie na ich równowagę psychiczną. Pozatem zaś jest niemożliwe ustalenie jakiegokolwiek stałego związku między właściwościami psychologicznymi zboczeńców a ich klasyfikacją społeczną. Należy wyczerpać wszystkie możliwości naukowego ujęcia zboczeńców jako osobliwosci kulturalnych na podstawie ich dziejów, jako uczestników cywilizacji, a dopiero — resztę, która się w ten sposób nie da zbadać, starać się wytłumaczyć biologicznie. Sposób podejścia do problemu jest więc tu wprost odwrotny, niż u Lombrosa lub ostatnio u Kretschmera. Narazie, zanim tego rodzaju badania zostaną dokonane, możliwe są tylko hipotezy.

Wszystkim zboczeńcom nadnormalnym i podnormalnym wspólna jest buntowniczość przeciw normom, regulującym ich rolę społeczną, a w szczególności przeciw narzucanym im przez normalne środowisko funkcjom społecznym. Buntują się i ludzie normalni, traktując swój bunt, jako coś wyjątkowego w życiu skądinąd normalnym. Tak buntuje się robotnik przeciw pracodawcy, gdy czuje się pokrzywdzony, a wie, że ma poparcie współpracowników lub może znaleźć inny sposób zarobkowania. Tak buntuje się student przeciwko niesłusznym wymaganiom profesora, czując moralne poparcie u kolegów. Natomiast właściwy zboczeniec ma stałą skłonność do buntu we wszelkich kręgach, w jakich się znajduje, i nie potrzebuje oparcia, nie dąży bowiem do normalizacji swego życia. Prawdopodobnie powstawanie tej skłonno-

ści do buntu jest ułatwione w okresie dojrzewania płciowego. Na tej ogólnej skłonności buntowniczej kończy się jednak podobieństwo społeczne między zboczeńcami podnormalnymi a nadnormalnymi. Bunt u pierwszych znaczy zupełnie co innego, niż u drugich.

W buncie zboczeńca podnormalnego niema nic prócz niechęci do osobistego przystosowania się do obiektywnego porządku kultury i współżycia ludzkiego. Podnormalny zboczeniec nie widzi dla siebie ani konieczności, ani obowiązku przystosowania się do obiektywnych porządków; przeciwnie, usiłuje on o ile możliwości zpod nich się wyłamać, żyć swobodnie, bez wyśiłek, jakich wymaga ich zrozumienie a czynne i zgodne z normami w nich uczestnictwo.

Ważniejsza i praktycznie i teoretycznie jest sprawa nadnormalnego zbaczania z drogi życiowej. Buntowniczość nie wiąże się z problemem osobistego subiektywnego przystosowania się do danego porządku, lecz z problemem obiektywnej ważności samego tego porządku. Obchodzi to, co jest obiektywne do zrobienia w tym porządku, czy należy go zachowywać, jak ludzie normalni, czy zmienić. Podnormalny zboczeniec rozwiązuje swój problem, wyłamując się osobiście z porządku; nadnormalny — zmieniając sam porządek. Tak np. pracownik o subiektywnie buntowniczym nastawieniu, nie mogący przystosować się do ustroju kapitalistycznego, staje się pauprem, włóczęgą lub złodziejem, natomiast taki Proudhon planuje, pisze i działa dla analogicznej zmiany tego ustroju. Osobnik, który nie potrafi się nagiąć do panującej w jego środowisku moralności, a interesuje się tylko zagadnieniami własnego przystosowania, — odrzuca normy światowe i idzie tylko za własnymi popędami. Sokrates, Epikur, Zeno tworzą i rozpowszechniają nowe ideały moralne. Przeciętny Polak, jak to podaje wśród swych przykładów Znaniecki — pod obcym zaborem alternatywę swą pojmował, jako wybór pomiędzy przystosowaniem się do obcego porządku państwowego, albo buntowaniem się przeciwko temu porządkowi: większość przystosowała się, mniejszość buntowała się (zwykle, rozumie się, tajnie), rozwijając w sobie trwające do dziś dnia u wielu subiektywno-buntownicze nastawienie względem porządku państwowego wogóle.

Zboczeniec nadnormalny ma stałą skłonność do obiektywnego przekształcania wszelkich porządków, z którymi się styka, wszelkich systemów, w których uczestniczy. Zboczeniec podnormalny ma stałą skłonność do buntowania się przeciw każdemu porządkowi dla swej subiektywnej swobody.

Każdego nadnormalnego zboczeńca cechują swoiste zupełnie odmienne, niż u ludzi normalnych, metody opanowywania wszelkiego obiektywnego porządku. Nadnormalny zboczeniec zaczyna od tego, że stawia sobie zamiar, który chce osiągnąć bezwarunkowo, chociaż wie, że siły obecne mu nie starczą, a to w przekonaniu, że w czasie samego działania rozwinie nowe siły. Podejmuje on ważne działania na własną rękę i bez przygotowania i dopiero w ciągu ich wykonywania przyswaja sobie i opanowuje istniejący już w danej dziedzinie porządek obiektywny dla jego gruntownego przekształcenia. Czasem wyznacza sobie od razu wynik ostateczny, jakieś dzieło, które jednym rzutem, wykonawszy w niedoskonałym zarysie, potem dopiero rozwija

¹⁾ Selekcja w tym kierunku budzi jednak podejrzenie psychopatii.

je, doskonaląc i utrwalając w przygotowaniu do rzeczywistości, co może mu zająć całe życie. Dobrym przykładem jest tu *Mussolini*, rzucający się odrazu na opanowanie polityczne Włoch, i potem stopniowo rozbudowujący system zainicjowany, w samym wykonaniu ucząc się swego zadania państwowo-twórczego. Analogicznym przykładem w dziedzinie wiedzy jest *Descartes*. W dziedzinie technicznej pierwszy wynalazcy, dążący do opanowania powietrza, należeli do tego typu. Inni zboczeńcy stawiają sobie zadania mniej rozległe i po ich wykonaniu podejmują nowe: tak jest przeważnie u artystów, u wynalazców w rodzaju *Edisona*.

Nieco odmienną drogą idą ci, mówi *Znaniecki*, którzy stawiają sobie odległe zadania w postaci ideału umożliwiającego narazie nawet szkicowe ich wykonanie; zbliżają się do tego ideału stopniowo, rozszerzając ciasną z początku sferę działania i rozwijając się bez przerwy osobiście w tym przebiegu. Tak czynił np. *Kant* w dziedzinie poznawczej. *Rockefeller* — w dziedzinie ekonomicznej.

Każdy nadnormalny zboczeniec był kiedyś za młodych lat pod wpływem osobowości jakiegoś innego nadnormalnego zboczeńca. Rzec można, że nadnormalne zboczenie jest swoistą tradycją dziejową cywilizowanej ludzkości, rozszerzającą się i trwającą nie tak, jak inne tradycje, przez regularne przekazywanie wzorów kulturalnych, lecz przez zupełnie nieuregulowane, dowolne, nieobliczalne działanie, które, wychodząc z indywidualnego zboczeńca, znajduje gdzieś wśród normalnych ludzi jednostki o niezwykle dążeniu do samodzielności, a zarazem żywych zainteresowaniach obiektywno-kulturalnych; wyrывая ich ze środowiska, działanie to wyprowadza ich na bezdroża, a zarazem wynosi ponad ustalone drogi.

Ludzie normalni świadomie, czy nie, starają się znormalizować obraz nadnormalnego zboczeńca, gdy mu oddają cześć, ujmują go jako człowieka normalnego na wzór własny, usuwając w cień wszystko to, co w nim razi jako nienormalne, odbiegające od ich sprawdzianów, wynosząc jego pozytywne twórcze dokonania, zapominając o jego buntowniczości i destrukcyjnej często postawie wobec wszelkich utrwalonych porządków. W grupach rewolucyjnej młodzieży zwykle znajdujemy kult odległych lub zmarłych geniuszów i bohaterów jako rewolucjonistów. Znamy to zjawisko dobrze z dziejów ruchów rewolucyjnych w dziedzinie społecznej, ekonomicznej, religijnej, intelektualnej, artystycznej, w ostatnich stuleciach nigdzie więcej, niż w Polsce. Choć znaczna większość członków takiej grupy później staje się ludźmi normalnymi, niektórzy zaś subnormalnymi zboczeńcami, zdarza się nieraz, że w tej atmosferze buntu ideowego i kultu bohaterów buntowniczych wyrośnie zboczeniec nadnormalny, czy to będzie *Bonaparte*, czy *Mazzini*, *Lenin*, *Fichte*, czy *Marks*, *Schiller*, *Mickiewicz*, czy *Victor Hugo*.

Obraz własnego „ja” nadnormalnego zboczeńca odbiega od wszelkich społecznych typologii i ocen: widzi siebie on tak, jak go nie widzi nikt inny.

Bywa jednak, że nadnormalny zboczeniec wcześniej, czy później normalizuje się społecznie, ustala w swym biegu życiowym. Społeczeństwo go uzna o ile nie będzie burzył i zamacał ustalonych porządków. Pogodzenie się z normalnością wpływać może albo z zaniku możliwości twórczych wskutek zmian organicznych — (choroby, starzenia się, wyczerpania nerwowe-

go), albo z zadowolenia z dotychczasowych dokonań pod wpływem opinii środowiska. To drugie implikuje, że zboczeniec miał jednak od młodości pewne dążenia do normalności, — jak to określa *Znaniecki*, — wyrobione poprzednio, i buntowniczość jego była zawsze w częściowym konflikcie z temi dążeniami.

Wobec tego, że w literaturze często spotyka się twierdzenie, iż zdobyczą nowszych czasów jest właśnie możliwość swobody twórczej na wielu stanowiskach społecznych, warto uprzytomnić sobie tę sprawę na kilku dowolnych przykładach. Przekonamy się z łatwością, że swoboda ta w najlepszym razie dotyczy tylko działania zastępczego w sferze ideacyjnej, t. j. myślenia, mówienia i pisania o możliwościach, których się naprawdę nie próbuje czynnie realizować w życiu społecznym. Ludzie pewnego typu*), do których większość historjografów i socjologów należy, — mówi *Znaniecki* — przywykli od dzieciństwa do rozdwojenia między życiem ideacyjnym a życiem realistycznym i, zajmując się głównie pierwszym, zadawałają się tą swobodą, i tylko nadnormalnym z bocznych ona nie wystarcza.

Wyobraźmy sobie np. — mówi *Znaniecki* — profesora uniwersytetu, który, nie ograniczając się do swobody osobistych badań i ich ogłaszania, chciał zorganizować trwałą grupę twórczą kilkudziesięciu kolegów. Przypuśćmy, że pragnie on, aby zaniedbali oni ogłaszania „przyczyneków”, mających dowodzić, że pracują naukowo, i aby zaprzestali jałowej pracy „pedagogicznej” w postaci udzielania studentom podręcznikowego ekstraktu „pewnej”, „gotowej” wiedzy i sprawdzania, czy ten ekstrakt, przez innych już nawpół przetrawiony, sobie przyswoili. Przypuśćmy, że zamiast tego usiłuje on skłonić tę grupę kolegów do podjęcia jakiegoś wielkiego, a dotąd nieznanego zadania naukowego o nieprzewidzianych wynikach, wymagającego wielu lat twórczości, niekierowanej przez środowisko i wolnej od trosk materialnych, i że chce aby funkcje pedagogiczne spełnione były przez dopuszczanie studentów do udziału w tem zadaniu i rozwijanie w nich dążeń twórczych i ideałów naukowych.

Wyobraźmy sobie artystę na ustalonym stanowisku w szkole artystycznej, któryby wraz z licznym grotem profesorów i uczniów chciał pokierować estetycznym rozwojem danego kraju, prowincji, miasta, zgodnie z jakimś ideałem piękna, starając się skłonić ludność, aby z każdego fragmentu swego otoczenia pozwoliła im uczynić dzieło sztuki.

Wyobraźmy sobie dygnitarza kościelnego, któryby zapragnął z dobraną przez siebie grupą entuzjastów religijnych, kapłanów i świeckich przekształcić do głębi życie religijne swego środowiska.

Wyobraźmy sobie technika na stanowisku współdyrektora wielkiego przedsiębiorstwa, któryby usiłował zgromadzić koło siebie liczny zespół wynalazców i organizatorów i wraz z nimi chciał zrealizować na całej kuli ziemskiej lub choćby we własnym kraju którąkolwiek ze wspomnianych poprzednio możliwości pełnego systematycznego wykorzystania zasobów przyrody oraz udostępnienia wyników wszystkim ludziom.

Wyobraźmy sobie ministra oświaty w państwie nowoczesnym, któryby, uznając zupełną nieodpowiedniość całego tradycyjnego systemu szkolnego dla nowej cywilizacji, wybrać chciał dość liczne i szarmonizowane grono współdziałaczy, aby z ich pomocą obmyśleć

*) Patrz u *Znanieckiego* rozdział: Ludzie dobrze wychowani.

i wprowadzić w życie, choćby stopniowo, nie jakieś drobne udoskonalenia systemu szkolnego, lecz jakieś nowe instytucje publiczne dla rozwoju mas młodocianych, oparte na zupełnie odmiennych zasadach, niż szkolnictwo.

Wyobraźmy sobie męża stanu na oficjalnem stanowisku, któremu przyszło na myśl utworzyć zorganizowaną grupę mężów stanu ze wszystkich państw, szczerze i skutecznie działającą dla zbudowania systemu ponadpaństwowego, któryby raz na zawsze zapewnił pokój i ogólne współdziałanie kulturalne.

Przeciw takim możliwościom społeczeństwo normalne nawet nie potrzebuje się zabezpieczać. Wie ono, że żadnemu człowiekowi normalnemu — człowiekowi „na stanowisku” — podobne pomysły wogóle do głowy nie przyjdą, lub, jeśli przyjdą, to zadowolą się w najgorszym razie ich wypowiedzeniem w słowie lub piśmie z pobieżnymi życzeniami, aby ktoś — gdzieś — jakoś je zrealizował. Wie, że nadnormalny zboczeniec na stanowisku, biorący takie pomysły realistycznie, otoczony ludźmi normalnymi, nie znajdzie żadnej czynnej pomocy, w najlepszym razie — ideacyjne poparcie, ale i to utraci, jeśli mu się odbierze stanowisko, zastraszając sympatyków podobnym losem. Wie wreszcie, że, gdyby przez nadzwyczajny zbieg okoliczności znalazł czynną pomoc i zaczął swój pomysł realizować, realizacja ta od początku dzięki pomocy ludzi normalnych na stanowiskach i w normalnem otoczeniu stanie się parodią zamierzenia: prąd twórczy natychmiast się rozleje i wsiąknie w piasek.

Reasumując to wszystko powiada Znaniecki: „Dlatego też tylko zboczeńcy o nienormalnym biegu życia, umiejący zgrupować koło siebie grono niezupełnie normalnych pomocników, mogą z mniejszym lub większym powodzeniem, na mniejszą lub większą skalę istotnie nowe i ważne pomysły urzeczywistniać”.

Zboczeniec traci świadomość względności działań ludzkich. Własne zadanie, dookoła którego cała jego osobowość się ogniskuje, które jedynie nadaje sens jego życiu (wobec tego, że pospolite role społeczne są w jego oczach bez znaczenia), staje się dlań absolutnie ważne, o nieporównalnym z niczem znaczeniu — chyba z zadaniami tych innych nadnormalnych zboczeńców, pod których bezpośrednim lub pośrednim wpływem się rozwijał. Staje się fanatykiem swojej idei, gotowym w razie potrzeby poświęcić każdy istniejący system kulturalny dla jej urzeczywistnienia, jako najcenniejszego dorobku kulturalnego.

Fanatyzm ideowy jest konieczny zboczeńcowi dla ostatecznego wyzwolenia od tej zależności duchowej względem wszelkich istniejących porządków, jaką we wczesnem dzieciństwie, nieraz i później wyrabiały w nim kręgi, w których wzrastał. Jest to sprawa zabezpieczenia przeciw powrotowi do tej zależności. Powrót ten bowiem wciąż mu grozi, dopóki dzieła swego nie dokonał... Jeżeli zboczeniec jest jednostką o małej ekspansywności, jego fanatyzm jest obronny, objawia się w ignorowaniu wszystkiego poza własną ideą; jeżeli ma wybitną ekspansywność, jego fanatyzm wyraża się w nagięciu do tej idei wszystkiego, co się da nagiąć, niszczenia wszystkiego, co mu się wydaje z nią niezgodne. Wiadomo też, że największy fanatyzm wykazują ci zboczeńcy, których wyzwolenie duchowe przyszło późno, oraz ci, których częste niepowodzenia stwarzają ciągłą pokusę nawrotu do normalności... Podział na zwolenników i

przeciwników w połączeniu z całkowitem oddaniem się własnemu zadaniu i fanatyczną wiarą we własną ideę staje się dla zboczeńca nadnormalnego najważniejszą wytyczną w jego życiu społecznym... Wszelkie ruchy, zainicjowane przez niego nabierają charakteru bojowego, używają bojowych haseł i symbolów... Nie trzeba chyba podkreślać bojowego charakteru wszelkich ruchów dążących do reorganizacji politycznej lub ekonomicznej na zasadach sprawiedliwości społecznej, ruchów wolnościowych, ruchów kobiecych; ha, nawet ruchy pacyfistyczne ulegają pojęciu „walki o ideę”.

Normalny człowiek dzisiejszy jest świadomie lub podświadomie zachowawcą w stosunku do tego porządku cywilizacyjnego, w którym sam czynnie uczestniczy. Jasne jest, że od takich ludzi nie można oczekiwać, że stworzą oni tę cywilizację, — ...ani nawet, gdyby jakimś cudem bez nich powstała, że umieliby ją utrzymać. Mniej oczywista jest niezdołność nadnormalnych zboczeńców do stworzenia nowej cywilizacji. Zmianom cywilizacyjnym, dokonywanym pod przywództwem lub za inicjatywą zboczeńców zawsze towarzyszyć muszą kryzysy kulturalne i konflikty społeczne, sprzeczne jak twierdzi Znaniecki z samą istotą cywilizacji...

Bez względu na zasadę podziału typów ludzkich u Znanieckiego i wynikających stąd konsekwencji społeczno — cywilizacyjnych dla psychiatrów, zajmujących się życiem społecznym, specjalnie cenne jest wyodrębnienie częściowej nienormalności rzekomej oraz obfity dobór trafnych przykładów, obrazujących przede wszystkim wartościowe dla społeczeństwa typy nadnormalne. Mamy przed sobą wielorakie oświetlenie powstawania nienormalności na podstawie całego szeregu przykładów życiowych — przejawianie się jej nie z powodów zewnętrznych pochodnych, lecz głównie na podstawie wewnętrznych ukształtowań się życia.

Znaniecki, chociaż podkreśla, jak to wynika z wywodów, przytoczonych w niniejszej pracy, tworząc rolę osobników nadnormalnych w kształtowaniu się i rozwoju cywilizacji, ostateczną ich jednak rolę w stworzeniu lepszej przyszłości stawia pod znakiem zapytania. Wydaje nam się jednak, że domniemanie Znanieckiego o pozostawieniu na stronie przy próbach naprawy cywilizacji tego rodzaju fermentu, jaki tworzą zboczeńcy nadwartościowi, skłaniając ich, aby nie przeszkadzali przy tworzeniu nowej cywilizacji, jest złudzeniem. Ludzkość, aby nie kosztować w starych, ale rozwijać się w coraz to nowych formach, nie może opierać się wyłącznie na ludziach przeciętnie normalnych, lecz musi posiadać zaczyny powodujące wstrząśnienia poza przyjętą normą.

Wnioski rozważań socjologa Znanieckiego co do przyszłej roli psychopatów w społeczeństwie niewiele się różnią od wniosków biologa i psychiatry Kretschmera. Ani jeden, ani drugi nie jest w stanie zaprzeczyć wartości dodatnich typów nadnormalnych dla istoty cywilizacji.

Streśćmy się więc.

Kretschmer mówi:

Stały u genjuszów współczynnik psychopatologiczny nie jest tylko pożałowania godnym i nieuniknionym szczegółem w życiu człowieka genialnego, lecz prosto wewnętrznym czynnikiem istotnym, może nawet niezbędnym fermentem genialności w najściślejszym tego słowa znaczeniu.

Znaniecki zaś twierdzi:

Tylko zboczeńcy o nienormalnym biegu życia,

umiejący zgrupować koło siebie grono niezupełnie normalnych pomocników, mogą w mniejszym lub większym stopniu, na mniejszą lub większą skalę istotnie nowe a ważne pomysły urzeczywistniać.

Uchylenia psychopatyczne nie są więc sprawą do odrzucenia lub tępienia bez szkody. Z punktu widzenia higieny psychicznej zasługują one w zupełności na zwrócenie na nie bacznej uwagi i troskliwe zajęcie się nimi w celu wyluskania z nich tych sił cennych społecznie, które nieraz w szarej więzi psychopatycznej się znajdują i które w odróżnieniu od przeciętnego usposobienia normalnego prą przyszłość naprzód i są napewno jednym z czynników naszej kultury. Dlatego też psychopacja w społeczeństwie powinna, w przeciwieństwie do nieodróżnianych tendencji jej tępienia, ulegać ze strony higieny psychicznej otaczaniu specjalną dbałością w kierunku odrzucania plew a troskliwego zachowania ziarna, dającego owoce w przyszłości. Higiena społeczna psychopacji zasługuje na opiekę i rozbudowę ze względu na przyszłe losy życia społecznego, zwłaszcza zaś w okresach chylenia się cywilizacji ku upadkowi.

Aby w końcu nawiązać społeczne rozważania z klinicznym ujęciem tej sprawy, trzeba jeszcze raz wrócić do losów psychopatów, skreślonych przez Kahna. Jeszcze raz należy w pełnym świetle postawić tę grupę psychopatów, którym w warunkach przeciętnych udaje się zachować równowagę psychiczną w ich psychopatycznym nie zrównoważeniu — psychopatów, którzy, jak powiada Kahn, mogą się oddawać w pełni zadaniom społecznym i w warunkach normalnych przestają być psychopatami w ścisłym tego słowa znaczeniu. W tej grupie, nadzwyczaj społecznie cennej, higiena psychiczna będzie miała dwa drogowskazy: wyławianie z umysłowości i życia psychopatycznego dla rozwoju naukowego i społecznego cech i zjawisk jednostkowych nadwyraz cennych oraz zorganizowane zapobieganie zarówno jednostkowym, jak i masowym zaburzeniom psychicznym reaktywnym na wypadek kataklizmów społecznych j. np. rewolucji, wojny, lub napadu gazowo - lotniczego na tłyach.

Przypominam, że w jednej z poprzednich prac moich przytoczyłem już bardzo poważne głosy w sprawie t. zw. tępienia psychopacji. Pozwólę je sobie tu, na końcu moich dzisiejszych rozważań, przytoczyć.

Grotjahn, wypowiadając się zasadniczo przeciw ludności, składającej się z osobników przeciętnych, na wypadek pozbawienia psychopatów możliwości rozmnażania się, stwierdza, że prawdopodobnie torowanie nowych dróg i twórcze czyny w zakresie religii, sztuki, nauki i życia społecznego są związane z psychopatami. Zupełne usunięcie psychopatów od rozrodu działałoby przeto bezwątpienia dysgenicznie. Jest, przeciwnie, pożądane, aby bardzo liczni osobnicy lekko psychopatyczni żenili się i posiadali potomstwo. Zadanie eugeniki powinno iść w kierunku zwiększenia liczby wysoko urodolnych jednostek, w kierunku wyhodowania wysokowartościowej ludności.

Bonhöffer, snując rozważania eugeniczne na temat wojny, stwierdza, że generalne wyniszczenie psychopacji zapomocą wojny jest przeciwwskazane, ponieważ u psychopatów, poza uchybieniami od normy psychicznej, współistnieć mogą znaczne wartości psychiczne. Zupełne usunięcie psychopatów jest równoznaczne z niwelacją społeczeństwa w kierunku przeciętności i podrzędności. Na wojnie giną przeważnie psychopaci wartościowi, przeżywają zaś wojnę najgorsze kategorie psychopatów.

Zasługuje na uwagę, że dodatnia wartość wybujałości psychicznych narzuca się również obserwatorom życia stworzeń. Biolog ¹⁾ Fiedler kończy swoje opowiadania z życia zwierząt lasu dziewiczego następującymi słowami:

„Gdy byłem mały — ojciec uczył mnie kochać nie tylko motyle, ale i inne zwierzęce stwory. Twierdził, że bankierzy, dyrektorzy i wogóle ludzie ustatkowani są, co prawda, bardzo potrzebni, ale niezawsze w życiu mają rację. Natomiast potrzebni są ludzie szaleni, oni mają częściej rację. Szaleńców trzeba kochać. Tylko wielcy szaleńcy stają się bohaterami, wybijają wyrwy, tworzą światy i zwyciężają. Szaleńcy nie tracą odwagi i budują na gruzach wtedy, gdy rozumnych ogarnie zwątpienie... Trzeba kochać szaleństwo, gorącą fantazję, zuchwały animusz i wszystkich płomiennych zatracieńców”.

Dzisiaj bardziej niż kiedyś.

¹⁾ Arkadiusz Fiedler. Zwierzęta z lasu dziewiczego W-wa, 1936, „Rój”.

Wiadomości bieżące

— XII Zjazd Oto-Laryngologiczny oraz Walne Zebranie członków Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbędzie się w Ciechocinku dn. 28 i 29 czerwca r. b. Dnia 28.VI, godz. 9.30 — I-sze posiedzenie naukowe (Czytelnia w Parku): 1) Otwarcie Zjazdu. Wybór przewodniczącego i sekretarza Zjazdu. 2) J. Szumilo: Wpływ leczniczy wzięcia solankowych na cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych i uszu. 3) B. Dylewski: Wpływ wzięcia solankowych na ciśnienie krwi i na pojemność oddechową płuc. 4) J. Małeckie: a) Wpływ solanek Ciechocińskich na nablonek migawkowy górnych dróg oddechowych; b) O własnościach antionkotycznych solanki Ciechocińskiej. 5) B. Chorażycki: Leczenie bodźcowe w rholaryngologii. 6) A. Łaskiewicz: a) Z kazuistyki rzadszych postaci schorzeń jam bocznych nosa; b) W sprawie techniki wyluszczenia migdałków podniebiennych u dzieci i u dorosłych. 7) Wiąsowski i Prużański: Wskazania do wyluszczenia migdałków podniebiennych i wyniki tego zabiegu na podstawie materiałów kliniki Wileńskiej. 8) A. Schwardzbart: Z kazuistyki operacyjnej rzadszych

nowotworów do brotliwych krtani: a) tłuszczak, b) torbiel wrodzona. 9) A. Wadoń: O przetokach wrodzonych i cystach szyi. 10) B. Karbowski: Metoda operacyjna dotarcia do szpary oczodołowej górnej. 11) J. Tencer: Przypadek raka tchawicy z przerzutami do płuc w obserwacji trzyletniej. Godz. 16.30 — Walne Zebranie. 1) Zagajenie Walnego Zebrania przez Prezesa T-wa. Wybór przewodniczącego i sekretarza Walnego Zebrania. 2) Sprawozdanie sekretarza, skarbnika, bibliotekarza, komisji rewizyjnej i redaktora „Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego”. 3) Wybory: prezesa, 2-ch wice-prezesów, sekretarza, skarbnika, bibliotekarza, komisji rewizyjnej i redaktora „Pol. Przegl. Oto-Laryngologicznego”. 4) Oznaczenie miejsca i daty przyszłego Zjazdu. 5) Wolne wnioski. Dnia 29.VI, godz. 9.30 — II-gie posiedzenie naukowe. 1) J. Spira: O zakażeniu ogólnym pochodzenia usznego bez zajęcia zatok. 2) Wołkowskie: Pomiar ciepłoty skóry w ostrym zapaleniu ucha środkowego i wyrostka sutkowego. 3) J. Miódowski: Kilka uwag o biomikroskopji błony bębenkowej. 4) A. Schwardzbart: Obraz histo-patologiczny zakaźnego zapalenia ucha środkowego, naby-

tego w łonie matki. 5) C z e l a d i n : Zawartość wapnia w ropnych sprawach kostnych ze szczególnem uwzględnieniem ucha środkowego. 6) T o l c z y Ń s k i : Porównanie wartości formuły leukocytowej z próbą Żebrowskiego w ostrym ropieniu ucha środkowego. 7) H. G a n s : Wykresy audiometryczne w niektórych schorzeniach usznych. 8) N. A l t e r : Z kazuistyki zapaleń opon mózgowych usznego pochodzenia o nietypowym przebiegu klinicznym. 9) B. K a r b o w s k i : Odległe wyniki leczenia nowotworów przysadki mózgowej.

10) J. I w a s z k i e w i c z : Temat zastrzeżony. 11) Zamknięcie Zjazdu. Koledzy, życzący sobie zamówić wcześniej mieszkanie, zechcą zwrócić się w tej sprawie do Prof. J. Szmurły w Ciechocinku, wil. „Mała Romana”.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 21—22 „Warsz. Czas. Lek.” na stronie 388, w szpalcie lewej, wierszu 15 od dołu zamiast: „histaminy” — powinno być: „histidyny”.

Résumé des articles originaux.

F. ERBRICH et H. LEWENFISZ. Troubles après la tonsillectomie. I. Troubles de la diurèse.

Les auteurs observaient pendant quelques jours après la tonsillectomie une polyurie. Il est probable qu'il résulte par la voie de réflexe une excitation des centres nerveux, occasionnant une sorte de diabète insipidus.

J. HANDZEL. L'action biodynamique et thérapeutique des bains de boue d'Iwonicz après l'observation de 9 ans.

L'auteur décrit la composition chimique et géologique des boues et ses propriétés physiques, la technique de sa conservation et d'application aux bains. Ensuite il passe à ses propres recherches et observations, qui ont démontré: 1) Après les bains de boue on a observé une augmentation des globules rouges, lymphocytes, un déplacement inappréciable des neutrophiles et une augmentation des monocytes dans le sang. 2) Dans les bains de boue à la température jusqu'à 40° la température du corps baisse de 0,3—0,2°C., dans les bains dont la température dépasse 40°, la température du corps monte proportionnellement à la température du bain. Dans le bain minéral d'épreuve l'augmentation de la température du corps était plus grande. 3) Après l'application des bains indifférents la tension artérielle systolique et diastolique baissait déjà pendant le bain; après le bain la tension montait un peu. Après une série des bains on remarquait une baisse persistante de la tension. On remarquait également un ralentissement du pouls. Dans l'hypertension avec lésion cardiaque (organique) bien compensée les bains de boue ont une action très favorable sur la circulation générale. 4) Après les bains et compresses de boue on a constaté et vérifié aux rayons X, que lipiodol, bismuth et matières colorantes, introduites dans l'organisme, se résorbent beaucoup plus facilement que d'habitude, ce qui a une grande importance dans la diathèse rhumatismale, surtout dans ses formes exsudatives. 5) Après les bains de boue, appliqués avant, pendant et après les règles chez des malades atteintes des lésions de l'appareil génital, l'état général s'améliorait et le cycle menstruel devenait plus régulier. A part ça les bains agissent comme un massage sur les organes du petit bassin surtout appliqués simultanément avec les lavements rectaux et tamponnement du vagin. 6) Les recherches sur le métabolisme d'iode dans l'organisme après l'application des bains démontrent une rétention d'iode, une augmentation du métabolisme basal, ce qui a une importance dans toutes les lésions des organes, qui ont une affinité pour l'iode, par exemple, lésions arthritiques, tuberculose articulaire et osseuse etc.

M. ŻARNOWER. L'influence de l'hémostyl chez les convalescents typhiques.

Au cours de typhus abdominal la toxémie prolongée peut attaquer entre autres les organes hématopoiétiques. On peut souvent constater que l'abaissement de la quantité de globules rouges ainsi que d'hémoglobine atteint de 30 jusqu'à 50%. Il se peut que le régime pauvre en vitamines contribue à provoquer l'anémie chez les convalescents typhiques. Différents auteurs avaient recours à la homohémothérapie, sérum normal du cheval, sérum homopoiétique et hémostyl. Encouragés par les auteurs français, nous avons observé l'influence de l'hémostyl sur un groupe de 20 malades — convalescents qui recevaient pendant 12 à 20 jours une ampoule à jeun dans du thé sucré. La quantité d'hémoglobine augmentait en moyenne de 16 à 18%; l'augmentation des globules rouges était en moyenne de 700.000 à 800.000. L'observation du groupe de malades, qui ne recevaient pas l'hémostyl, montrait une augmentation beaucoup plus lente d'hémoglobine et des globules rouges. Nous sommes donc arrivés à conclure que l'hémostyl administré par voie buccale possède une grande activité hématopoiétique, augmente visiblement la résistance et l'appétit, abrège la période de convalescence, remonte le moral du malade et améliore l'état général de santé. L'hémostyl administré par voie buccale ne nous donnait jamais des symptômes indésirables.

J. NELKEN et M-me J. BORKOWSKA-NELKEN. Psychopathie comme problème de la valeur sociale.

En considérant le côté social négatif de la psychopathie les auteurs ont voulu définir la question de la psychopathie au point de vue des valeurs sociales, qui peuvent dépendre du déséquilibre psychique; ceci paraît assez important à l'heure actuelle vu la tendance à la stérilisation, qui est à la mode en ce moment. A cet effet les auteurs envisagent la question des valeurs sociales de la psychopathie du point de vue biologique et psychiatrique (K r e t s c h m e r, K a h n), ainsi que du point de vue sociologique (Z n a n i e c k i). Ces deux points de vue s'unissent dans la définition de la dépendance du progrès et de la civilisation de la constitution psychopathique. En se rapportant aux opinions de G r o t j a h n et B o n h o e f f e r les auteurs insistent sur la nécessité de la protection des éléments positifs de la psychopathie par l'organisation d'hygiène psychique.

TRĘŚĆ: H. HIGIER.—Zagadnienia nauki dzisiejszej i wczorajszej o chorobach dziedzicznych wogóle, o heredodegeneracji układu nerwowego w szczególności i o jej zapobieganiu (analiza strukturalna choroby rodzinnej jako problem badawczy). (C. d.). F. ERBRICH i H. LEWENFISZ.—Zaburzenia po zabiegu wyluszczenia migdałków. Część I. Zaburzenia diurezy. J. HANDZEL.—Działanie biodynamiczne i lecznicze kąpeli borowinowych Iwonicza w świetle 9-cioletniej obserwacji (Dok.). E. LANDAU.—O zespole klinicznym zawału mięśnia sercowego. — (Str. pogl. C. d.). Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. St. KRAMSZTYK. — Czerdziesty ósmy Kongres Medycyny Wewnętrznej w Wiesbaden (Odgłosy dnia dzisiejszego). M. ŻARNOWER. — Spostrzeżenia nad leczeniem niedokrewności u ozdrowieńców podurówymch hemostylem. J. NELKEN i J. BORKOWSKA-NELKENOWA. — Psychopatja jako zagadnienie wartości społecznej (Dok.). Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. — Problèmes de la science d'aujourd'hui et d'hier sur les maladies héréditaires en général, sur l'hérododégénérescence du système nerveux en particulier et sur sa prévention (Suite). F. ERBRICH et H. LEWENFISZ.—Troubles après la tonsillectomie. I. Troubles de la diurèse. J. HANDZEL. — L'action biodynamique et thérapeutique des bains de boue d'Iwonicz après l'observation de 9 ans (fin.). E. LANDAU. — Sur le syndrome clinique de l'infarctus du myocarde (Rev. gén. suite). M. ŻARNOWER.—L'influence de l'hémostyl chez les convalescents typhiques. J. NELKEN et M-me J. BORKOWSKA-NELKEN. — Psychopathie comme problème de la valeur sociale (fin.).