

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 4 MAJA 1939 R.

Nr. 17

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziałów neurologicznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

Choroba Littlea i jej leczenie.

Podał

Maksymilian BIRO (Warszawa).

„Wypisuje się, jako nie nadający się do leczenia szpitalnego“; „uzyskano nieznaczną poprawę“. Takie orzeczenia znajdujemy w końcu naszych kart szpitalnych, tyjących się choroby Littlea. Mówią te dane, że wyniki lecznicze tego schorzenia są ograniczone, że pewne dolegliwości mogą, a inne nie zdołają ulec poprawie w szpitalu. Pod tym względem choroba ta nie jest w medycynie sprawą zupełnie wyjątkową. Lekkie przypadki tej choroby, jak i wszelkich innych nie przybywają do szpitala. Tylko część chorób daje się wyleczyć w szpitalu, część tylko schorzeń można usunąć całkowicie i bezpowrotnie, w bardzo wielu pożądanym wyniku leczenia zostaje osiągnięty częściowo (zabliżenie zmian w płucach, amputacja kończyn itd.) kosztem ofiar z odcinków organizmu, często z wyrzeczeniem się niektórych czynności (usunięcie gałki ocznej, radykalna operacja uszna itp.). W tym świetle pozwolę sobie rozejrzeć się w sprawie rokowania i leczenia w dziedzinie choroby Littlea na zasadzie 37 przypadków z oddziałów neurologicznych kol. E. Hermana i Wł. Sterlinga.

Choroba ta może w pewnym zakresie ulec większej, wzgl. mniejszej poprawie. Napotykamy w niej przypadki o objawach podstawowych, zasadniczych lub z towarzyszeniem zaburzeń drugorzędnych. Już same objawy zasadnicze należą przeważnie do ciężkich.

Ciężka jest ta choroba, gdy polega na tym, że osobnik nie może chodzić, stać, wzgl. siedzieć, że podczas stania krzyżuje nogi i ujawnia, jak to bywa w większości przypadków choroby Littlea, napięcie mięśni wzmożone. Stan chorego staje się jeszcze gorszy, gdy ruchy dowolne zostają do miar utrudnione przez ruchy mimowolne. Położenie pacjenta jest jeszcze rozpaczliwsze, gdy obraz chorobowy dopełniają objawy dodatkowe. Jedne z nich ukazują się w większej liczbie przypadków, drugie w mniejszej, jedne bardziej, drugie mniej utrudniają życie pacjenta.

Bardzo rzadko bywają w tej chorobie zaburzenia odżywcze (zanik, bądź przerost mięśni, wzgl. kości). O ile nie bardzo dokuczają zaburzenia czucia w postaci jego zboczenia (*paraesthesia*), o ile nie mocno dolegają zakłócenia naczynioruchowe (sinienie, blednienie kończyn), to bardziej przykre jest zakłócenie oddechu;

o ile nie wiele szkodzą choremu takie zaburzenia oczne, jak oczopląs, zez, opuszczone powieki, nierówne źrenice, częściowo odbarwione tarcze, to jest rzeczą poważną rzadko w tej chorobie występujący zanik nerwów wzrokowych³). Jeśli nie utrudnia życia porażenie n. twarzowego, to może niewygodne bywa porażenie n. podjęzykowego. Gdy niedużej jest wagi taki wyraz zaburzeń gruczołowych, jak nadmierny porost włosów, to już większym jest obciążeniem zwyrodnienie śluzowate lub wzrost karłowaty. Dolegliwością względnie poważniejszą bywa w tej chorobie zaburzenie mowy⁶), a bardzo poważne są napady padaczkowe⁴), wzgl. zaburzenia psychiczne⁵). Dużo zależy i od tego, czy objawy drugorzędne występują w stopniu nieznacznym, czy wysokim. Zdarza się, że są one wybitniejsze od zaburzeń tej choroby zasadniczych, i wówczas one to głównie dają się choremu we znaki.

Lecz objawy choroby Littlea dzielą się na zasadnicze i drugorzędne nie wedle ich natężenia. Drugorzędne są objawy, które mogą, lecz nie muszą występować w tej chorobie; zasadnicze są te, które stanowią o istocie choroby.

Zaburzenia zasadnicze polegają na zakłóceniach ruchowych o charakterze podrażnieniowym (ruchy mimowolne, pływawicze, atetotyczne, torsyjne), wzgl. ubytkowym (połowicze, bądź obustronne). Zaburzenia ubytkowe nie zawsze idą w parze ze stanem napięcia mięśni. Napięcie bywa w większości przypadków wzmożone, w mniejszości obniżone, a w wyjątkowych spostrzeżeniach (2 przypadki autora) prawidłowe.

Zaburzenia zasadnicze przeważnie postępują i rozszerzają się: niedowład jednej kończyny przechodzi w połowiczy, w następstwie tego rozwija się niedowład trzech, a później wszystkich kończyn (przypadek autora).

Sprawa zaburzeń ubytkowych postępuje powoli i to bez względu na tło piramidowe (1 spostrzeżenie), pozapiramidowe (1 przypadek), czy mieszane (2 spostrzeżenia).

Stan może się poprawiać w ciągu lat całych, i poprawa staje się niekiedy coraz większa (przypadki z poprawą w ciągu 2—3 lat). Z czasem rzecz może się zatrzymać. Widywano poprawę w dziedzinie zaburzeń ruchu i napięcia⁸).

Zaburzenia mowy mogą ulec poprawie pod względem jakościowym (afazja może przejść w dyzartrię). Mogą one wzrastać, bądź się cofać równolegle do przebiegu innych zakłóceń ruchowych, ale mogą przebie-

gać i w kierunku odmiennym (sposstrzeżenia autora). Z przebiegiem objawów zasadniczych nie zawsze idzie w parze przebieg drugorzędnych. Tyczy się to drugorzędnych objawów zarówno częstych, jak i rzadkich, ciężkich, wzgl. lekkich (przypadki autora).

Do ciężkich objawów drugorzędnych należą napady padaczkowe, wzgl. zaburzenia psychiczne⁵⁾. Niekiedy napady padaczkowe, wzgl. zaburzenia psychiczne są najcięższym gatunkowo objawem w obrazie choroby Little'a. Przebieg napadów padaczkowych, ich ukazywanie się częstsze, wzgl. rzadsze, o natężeniu większym, wzgl. mniejszym nie uprawnia, jak pouczają nasze przypadki, do rokowania w sprawie częstości, wzgl. natężenia napadów przyszłych, nawet co do orzeczenia, czy one się w ogóle ukażą⁴⁾.

W sprawie zaburzeń psychicznych, to wynika z naszych spostrzeżeń, że i ciężkie tego rodzaju zakłócenia, a powstałe we wczesnym dzieciństwie, mogą się zmniejszyć z wiekiem pacjenta⁵⁾.

Ponieważ w mniejszości przypadków całkowity obraz chorobowy nie zmieniał swego natężenia, w większej liczbie je potęgował, a w bezwzględnie wielkiej je zmniejszał, nie wolno i w tej ciężkiej chorobie stawiać zawsze złego rokowania. Bywają przypadki o ledwie dostrzegalnych objawach (Oppenheim¹³⁾); w tych razach, o ile sprawa chorobowa nie postępuje, stan pacjentów może pozostać zupełnie znośny.

Ponieważ zdarza się poprawa w jednym kierunku nawet w razie pogorszenia w innej dziedzinie, to i wówczas, gdy pewne zaburzenia się wzmagają, trzeba się od złego rokowania powstrzymać. Nie należy bezwzględnie źle rokować nawet w przypadkach o przebiegu stale się pogarszającym i to nawet w razach, gdy schorzenie trwa od najwcześniejszego wieku.

Rokowanie co do życia bywa w większości przypadków tej choroby dobre (Peritz¹⁴⁾), pomimo że wielu z tych chorych umiera młodo (Schob¹⁷⁾), i większość nie dochodzi do starości, a to ze względu na ich małowartościowość i skłonność do chorób zakaźnych (Vogt²⁰⁾). Najlepsze rokowanie dają osobnicy, którzy zachowali inteligencję i zdolność wykonywania ruchów kończynami górnymi. Tacy mogą dożyć późnej starości (Oppenheim¹³⁾).

Obraz chorobowy, jego przebieg i rokowanie są w dużym stopniu związane z tłem schorzenia. Badania anatomo-patologiczne wykazują krwiaki pod oponą twardą, bądź miękką, wzgl. w istocie mózgowej. One to powodują występujące w mózgu i mózdzku uszkodzenia pod postacią dziurowości (*porencephalia*) i względnego zdrobnienia poszczególnych zakrętów (*mikrogyria*). Widywano stwardnienia rozlane (Schwartz). Zmiany nieduże znajdowano w korze, większe w istocie białej, a są nimi krwiaki, rozmiękczenie, torbiele. W większości odnośnych mózgów spostrzegano stwardnienie płątowe. Drobnowidzowo występuje stłuszczenie komórek glejowych, rozrzedzenie, rozpulchnienie tkanki nerwowej, zmiany w naczyniach. W następstwie tych spraw zjawiają się braki w tkankach; na miejscu luk ukazują się ziarnina, a z niej stwardnienie, wzgl. blizna. Sprawa naczyniowa ma w tej chorobie duże znaczenie. Wzajemna niezależność naczyniowa wielu poszczególnych części mózgowia (Schwartz) wyjaśnia nieuszkodzony często stan kory. Czasem, zresztą, i korę znajdowano zmienioną: zmniejszoną liczbę warstw, wzgl. niedorozwinięte komórki zwojowe. Niekiedy istnieją wielkie braki w móz-

gu: jego dziurowość, nieobecność spoidła wielkiego. Brak spoidła ma być następstwem wczesnego zniekształcenia rozwoju płodu, dziurowość zaś wynikiem minionego ostrego zapalenia mózgu. Stwardnienie płątowe, wzgl. zrazowe nadaje mózgowi wygląd tworzu zmniejszonego pod względem obszaru i o spoistości zwiększonej (następstwo sprawy zapalnej). Według Struempella bywa ono wynikiem sprawy zapalnej w istocie szarej mózgu dziecięcego (*polioencephalitis infantum*), zdaniem Schmausa, przewlekłym zapaleniem śródmiażdżowym mózgowia z następczym jego zbliźnowaceniem. Dane anatomiczne nie pozwalają na wiązanie końcowych zjawisk spraw mózgowych w tej chorobie ze źródłem pierwotnym odpowiednich zaburzeń. Nie mogą one tłumaczyć wielu zakłóceń ani z działu objawów zasadniczych, ani z dziedziny objawów drugorzędnych. Mówią one tylko tyle, że w chorobie tej znajdujemy sprawy zwyrodnieniowe i naczyniowe.

Jeśli nie mogą się cofnąć sprawy zwyrodnieniowe, to mogą temu ulec naczyniowe (zmiany zapalne i ich następstwa).

Taki stan może rzucić pewne światło na przebieg choroby: postęp wielu objawów i ich następce zahamowanie. Nawet niewielkie zmiany w mózgowiu mogą wpływać na jego czynności. Zmiany te nie zawsze je znoszą całkowicie, ale często ich rozwój hamują. Stąd u takich chorych postęp powolny wielu czynności fizycznych, wzgl. psychicznych.

Leczenie chorób nerwowych napotyka w ogóle trudności już choćby ze względu na specyficzne właściwości tła chorobowego. Można myśleć o usunięciu zaburzeń chorobowych, o ile one nie zniszczyły tkanki nerwowej. Im zniszczona tkanka organizmu jest bardziej zróżniczkowana, tym trudniej się spodziewać jej odbudowy. Najłatwiej odbudowuje się tkanka łączna. Wyrasta ona nawet tam, gdzie istnieje choćby jej odrobina, i gdzie zaszła luka w tkance odmiennej. Względnie łatwo odradza się nabłonek. Leczą, gdy zostaje on zniszczony głęboko, wyleczenie polega na rozrastaniu się w jego miejscu zastępczej tkanki łącznej. To samo dzieje się z mięśniem, a jeszcze wyraźniej z tkanką nerwową (rozrost gleju, wzgl. tkanki łącznej). W żadnej tkance nie ma takiej wysokiej specjalizacji, jak w tkance nerwowej. Po zniszczeniu części tkanki o wysokiej wartości, powiedzmy ośrodków nerwowych, nie można już liczyć na odbudowę. Jeśli w porażeniu postępującym uzyskujemy poprawę, znaczy to, że tkanki, dotknięte chorobą, nie uległy zniszczeniu całkowicie.

W chorobie Little'a zachodzą, jakem już wspominał, zmiany zwyrodnieniowe i naczyniowe. Nie podobna ocenić w poszczególnym jej przypadku, jakie objawy mają podłoże naczyniowe, a jakie posiadają tło zwyrodnieniowe. Już to pokazuje, jak trudno przewidzieć, które zaburzenie da się usunąć. O ile zakłócenia naczyniowe nie zniszczyły tkanki nerwowej na pewnym jej odcinku, można liczyć na poprawę w części, zaopatrzonej w dane naczynia.

Zadne z zaburzeń, napotykanych w chorobie Little'a, nie jest tego rodzaju, by mogło być brane za podstawowe, a jego zwalczanie za główny cel w leczeniu tego cierpienia. Sprawy gruczołowe w wielu chorobach stanowią ich tło zasadnicze, lecz w chorobie Little'a zdarzają się one, jak świadczą nasze dane, w nielicznych tylko przypadkach i nie są czynnikiem nadrzędnym resztującego obrazu chorobowego²⁾. Toteż

najlepszy nawet wynik leczenia sprawy gruczołowej nie spowodował najmniejszej poprawy objawów choroby Littlea²⁾.

Zwalczanie zaburzeń psychicznych w tym schorzeniu jest bardzo trudne. Zaburzenia te, jak podałem, nie muszą trwać w tym stopniu natężenia, w jakim ukazały się na początku ich ujawnienia³⁾. Również niekoniecznie muszą się pogorszyć, mogą się i poprawić.

Rozwój zahamowany odbywa się w tej chorobie zarówno w dziedzinie fizycznej, jak i duchowej. W tym sensie, jak podnosiłem, nie można tracić nadziei na poprawę stanu psychicznego, nawet gdy on znajduje się na poziomie najniższym⁵⁾. A stan psychiczny jest ważny w tej chorobie nie tylko sam przez się, ale jako grunt, umożliwiający przeprowadzenie jakiegokolwiek leczenia, jako też wychowanie dotkniętego osobnika.

Względnie dobry stan psychiczny umożliwia poprawę mowy. W niektórych razach, zwł. w przypadkach z zaburzeniami wrzekomo - opuszkowymi, starano się usunąć zaburzenia mowy drogą ćwiczeń metodycznych. Udało się poprawić mowę paralityczną, mniej mowę spastyczną.

Przeciw napadom padaczkowym musimy postępować w ten sam sposób, jak w przypadkach ogółu padaczki⁴⁾. Usiłowania amerykańskie powszechnego zniesienia na drodze operacyjnej w chorobie Littlea napadów padaczki nie dały pożądaných wyników. Leczenie operacyjne jest uzasadnione tylko w tych przypadkach, w których tłem zaburzeń padaczkowych jest usuwalne ognisko chorobowe (torbiel, blizna) w korowej okolicy ruchowej lub jej sąsiedztwie.

Chirurgia usiłuje działać w przypadkach tej choroby o znacznych przykurczach: przecinają (operacja Stoffela) ścięgna, wzgl. (operacja Foerстера) tylne korzenie (w razie przykurczów kończyn dolnych przecinanie korzeni tylnych na wysokości L₂ L₃ L₅ i sąsiednich; wobec przykurczów kończyn górnych ta sama operacja w obrębie C₄ C₅ C₇ C₈ D₁). Przykurczenia mięśni (Iselin⁷⁾ zależą od stanu włókien współczulnych gałązek łączących (*rami communicantes*), i dlatego przecięcie tych gałązek znakomicie niekiedy zmniejsza przykurcze (Obregia¹²⁾. W poszczególnym przypadku trudno przewidzieć, czy po operacji poprawa nastąpi. U tej samej pacjentki, u której przecięcie spowodowało w jednej połowie ciała wynik pożądany, ta sama operacja, dokonana po roku w sprawie drugiej połowy, okazała się bezowocna. Może wynik jest zależny i od tego, w jakim okresie choroby dokonano zabiegu. Czasami operacja polega na przecięciu ścięgien dużego szeregu mięśni (Mauclaire¹⁰⁾. Stosują i operację de Roylea—przecinają gałązki łączące pasma granicznego (pasma n. współczulnego). Niektórzy (Ryerson¹⁶⁾ ją uważają za niedostateczną i wolą operację Stoffela. Inni stosują metodę Foerстера i Stoffela, uznając drugą z nich za dogodną dla cięższych przypadków (Leriche⁹⁾. W poszczególnym przypadku korzystają nawet z obu metod (Valls, Stahlmer¹⁸⁾. Wiekiem najdogodniejszym dla wspomnianych zabiegów ma być 4—5 rok życia pacjenta (Iselin⁷⁾), widziano jednak dobry wynik i u dziecka 8 letniego (Yovtchich²¹⁾ i u osoby 17 letniej (Valls¹⁹⁾). Przecinać niekiedy nerwy obwodowe. Nieraz okazują się niezbędne operacje kostne. Poprawa jest zależna i od leczenia następczego (Iselin⁷⁾), a to bywa wykonalne tylko przy względnie dobrym stanie psychicznym pacjenta (Rein-

hard¹⁵⁾. Leczenie następcze trzeba niekiedy stosować długie lata (Michel, Lucien¹¹⁾).

Prawdopodobnie zabiegi chirurgiczne nie często bywają zadowalające, skoro większość uważa za najlepsze w tej sprawie wyniki leczenia zachowawczego (Ryerson¹⁶⁾).

Po leczeniu chirurgicznym niekiedy występują porażenia wiotkie, a te są bodaj gorsze, niż zesztywnieniami, zwł. gdy chodzi o kończyny dolne.

Spośród naszych przypadków możemy podać ustąpienie przykurczów w pewnych mięśniach po przecięciu ścięgien z następczym nałożeniem gipsu u 13 letniego chłopca z porażeniem obustronnym z przykurczeniami; tylko w niektórych miejscach przykurcze się utrzymały (okolica stawu kolanowego). Kuracja przeciwkłówa pozostała bez wpływu w przypadku, dotyczącym 5 letniego chłopca z porażeniem obustronnym i mocno dodatnim (++++) odczynem Wassermanna. Naświetlania Roentgenem czaszki (13 letni chłopiec z porażeniem obustronnym pozapiramidowym i 2 letnia dziewczynka z porażeniem obustronnym piramidowym) nie wykazały działania leczniczego.

O ile wpływ powyższych zabiegów, zwłaszcza chirurgicznych, względnie nietrudno ocenić, to trudniej coś orzec o działaniu leczenia wewnętrznego. Logiczne jest wobec objawów podrażnienia (padaczka, ruchy mimowolne) stosowanie środków, obniżających nadwrażliwość (Brom, Calcium, Gardenal, Piramidon, Chloral itp.), wobec spraw naczyniowych zalecanie leków, używanych w tych zaburzeniach w innych sprawach chorobowych (związki jodu), wobec zaburzeń ubytkowych w układzie nerwowym, o ile nie są poważne, próbowanie środków, uważanych za działające na zubożałą tkankę nerwową (związki fosforu). Sąd o skuteczności takiego leczenia można wydać tylko na zasadzie dużego materiału, i to należycie ugrupowanego, z uwzględnieniem przypadków nieleczonych i leczonych oraz spostrzeżeń, rozmaitych metodą traktowanych.

Na razie musimy takie leczenie zalecać, póki nie zjawi się lepsze, dla pacjenta korzystniejsze. Musimy starać się wykorzystywać zachowane w dobrym lub niezłym stanie pierwiastki chorego, zwł. dziecka, by uczynić mu życie możliwym i znośnym.

Wychowanie specjalne fizyczne (nauka ruchów, gimnastyka indywidualna) i duchowe (nauczanie bardzo indywidualne) jest w tej sprawie najważniejszą częścią leczenia. Trzeba udzielać wszelkiej możliwej pomocy tym chorym dzieciom już choćby przez litość dla nieszczęśliwych od nich rodziców. Rodzice, uczuciem wiedzeni, niekiedy zapytują, czy mając jedno dziecko, dotknięte chorobą Littlea, mogą starać się o dalsze powiększenie rodziny. Można im tylko tyle oświadczyć, że zdarza się, iż po pierwszym dziecku, dotkniętym tym schorzeniem, rodzą się inne dzieci zupełnie zdrowe, jak i odwrotnie, po jednym lub kilku zdrowych rodzi się dziecko, tą chorobą dotknięte, a czasami i po nim ukazują się całkowicie zdrowe¹⁾.

Streszczenie.

W chorobie Littlea może zająć w stanie zdrowia większa lub mniejsza poprawa. Schorzenie to wykazuje objawy zasadnicze i drugorzędne. Drugorzędne są zaburzenia odżywcze, naczynioruchowe, zakłócenia nerwów czaszkowych, zaburzenia gruczołowe, zakłócenia mowy, napady padaczkowe oraz zaburzenia psychiczne. Niektóre z nich ukazują się rzadko, inne często, z większym lub mniejszym natężeniem. Niekiedy

objawy drugorzędne są wybitniejsze od zasadniczych. Zaburzenia zasadnicze polegają na zakłóceniach ruchowych o charakterze podrażnieniowym (ruchy mimowolne, płasawicze, atetotyczne, torsyjne), wzgl. ubytkowym (połowicze, częściej obustronne). Zaburzenia ubytkowe nie zawsze idą w parze ze stanem napięcia mięśni. Napięcie to w większości przypadków bywa wzmoczone, w mniejszości obniżone, w wyjątkowych spoprężeniach (2 przypadki autora) prawidłowe. Zaburzenia zasadnicze przeważnie postępują i rozszerzają się, ale mogą do pewnego stopnia ubywać. Z przebiegiem zaburzeń zasadniczych nie zawsze idzie w parze przebieg drugorzędnych. Rokowanie co do zachowania życia bywa w większości przypadków dobre, co do długości życia jest ono względne (większość odnośnych chorych umiera młodo, niektórzy dochodzą jednak do starości). W chorobie tej możliwa jest poprawa; w szeregu poszczególnych zaburzeń rzadko odbywa się ona równolegle. Tłó chorobowe stanowią sprawy zwyrodnieniowe i naczyniowe. Możliwa jest znaczna poprawa w zakresie zaburzeń naczyniowych; tkanka nerwowa jest mało zdolna do naprawy, zwłaszcza o ile zaburzenia są głębokie. Leczenie choroby Littlea pozostaje dotychczas objawowe. Napady padaczkowe musimy zwalczać na drodze ogólnych zasad leczenia padaczki. Dobry stan psychiczny ułatwia leczenie choroby Littlea. Leczenie chirurgiczne (operacja Stoffela i Foerstera oraz ich modyfikacje) daje w dziedzinie ruchowych zakłóceń ubytkowych w niektórych razach poprawę. W pewnych przypadkach autora była ona względna. Kuracja przeciwiłowa ujawniła swą bezskuteczność w przypadku ze stwierdzonym b. wybitnym Wassermannem (sposzczenie autora).

Ze środków wewnętrznych używane są leki, obniżające pobudliwość, oraz przeciwwzapalne. W celach zapobiegawczych trzeba wyjaśniać w rodzinach z chorobą Littlea, że istnieją rodziny o szeregu podobnych dzieci i rodziny, które wśród kilkorga potomstwa mają wyłącznie jedno, dotknięte tą chorobą.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Biro M.: Choroba Littlea. Sprawa etiologii. Neurol. Polska T. XX, Z. 2—3, 185, 1937 — 2) Tenże.: Choroba Littlea a sprawy gruczolowe. Warsz. Czasop. Lek. Nr 20, 1937. — 3) Tenże.: Choroba Littlea a zaburzenia oczne. Warsz. Czasop. Lek. Nr 45—47, 1937. — 4) Tenże.: Choroba Littlea a padaczka. Warsz. Czasop. Lek. Nr 21—24, 1938. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 1938. — 5) Tenże.: Choroba Littlea a zaburzenia psychiczne Warsz. Czasop. Lek. Nr 40—41, 1938. — 6) Tenże.: Choroba Littlea a zaburzenia mowy. Neurol. Polska 1938. — 7) Iselin Marc. Encéphale 24, 346—350, 1929. 8) Freiberg H. Arch. f. Psychiatrie 98, 264—271, 1932. — 9) Leriche R. Bull. Soc. nat. Chir. 54, 1406—1412, 1928. — 10) Mauclaire. Bull. Soc. nat. Chir. 54, 1250—1253, 1928. — 11) Michel Lucien.: Lyon méd. III, 161—167, 1930. — 12) Obregia Al. et C. I. Urechia. Arch. internat. de Neur. 46, V. 2, Nr 3, p. 81—85, 1927. — 13) Oppenheim H. Lehrb. d. Nervenkr. 1923. — 14) Peritz Georg. Die Nervenkr. des Kindesalters 1932. — 15) Reinhard Wilhelm. D. Z. Chir. 211, 62—85. — 16) Ryerson, Edwin Warner. J. amer. med. Assoc. 98, 43—45, 1932. — 17) Schob.: Kraus u. Brugsch. Spez. Pathol. u. Ther. inner. Krankh. 1924, XB., T. Nervenkr. — 18) Stahlmer Alfr.: Z. f. d. g. Neur. u. Psych., B. 66, 474. — 19) Valls Jcsé.: Pr. méd. argent. 15, 1433—1438, 1929, Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 54, S. 586. — 20) Vogt H.: Handb. d. Neurol. Lewandowsky, Berlin 1912, S. 277—345. — 21) Yovtchich Dim. M. Bull. Soc. nat. Chir. 54, 1219—1228, 1928.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Przychodni Wyznaniowej Gminy Żydowskiej w Warszawie.
(Kierownik: Dr med. Zygmunt Fajncyn).

Badania kliniczne nad właściwościami kumulacyjnymi naparstnicy wełnistej.

Podał

Ignacy PINES (Warszawa).

Najbardziej charakterystyczną cechą glukozydów sercowych stanowi ich zdolność wstępowania w ścisły związek z mięśniami sercowymi i wytwarzania w nim stosunkowo trwałych przemian fizyczno-chemicznych.

Dotychczas nie wiemy jeszcze, na czym polega powinowactwo biochemiczne naparstnicy do mięśnia sercowego. O istnieniu jednak tego rodzaju powinowactwa łatwo można się przekonać zarówno w doświadczeniu farmakologicznym, jak i w codziennej praktyce. Dożyłne zastrzyknięcie naparstnicy zwierzęciu pociąga za sobą odkładanie się glukozydów w graminie mięśnia sercowego w ilości 37 razy większej, niż w graminie pozostałych tkanek ustroju, pozbawionego trzew, względnie w ilości 8,2 razy większej, niż w graminie narządów trzewnych (Rothlin¹). Serce wyosobnione i zanurzone w płynie odżywczym, zawierającym naparstnicę, wchłania znacznie więcej glukozydów, niż to wynika z prostych praw fizycznych dyfuzji i adsorpcji. Digitoksyna i digilanid C wiążą się z mięśniami sercowymi tak silnie, że nawet wielokrotne przemycanie nie zawsze są w stanie uwolnić serce od działania naparstnicy.

Odpowiednikiem klinicznym powinowactwa naparstnicy do mięśnia sercowego jest t.zw. własność kumulacyjna glukozydów, która umożliwia utrzymywanie

chorych w stanie wydolności krążenia mimo odstawienia leku na czas dłuższy. Zjawisko kumulacji określane jest w podręcznikach w sposób bardzo różny. Na ogół jednak przez kumulację rozumiemy niestosunek, zachodzący pomiędzy adsorpcją naparstnicy przez mięsień sercowy i jej wydalaniem, względnie przekształcaniem w substancje, pozbawione wpływu na serce. Zdolność glukozydów do kumulowania jest dla lekarza rzeczą nader pożyteczną, i jej to właśnie przede wszystkim zawdzięcza naparstnica swe kluczowe stanowisko w arsenale terapeutycznym. Istotnie, mięsień sercowy wraz z układem przewodzącym jest jedną z najbardziej wrażliwych tkanek ustroju. Zasada oszczędzania serca i umiejętne kierownictwo leczeniem wymaga, aby stężenie doprowadzanego do serca leku we krwi wzrastało stopniowo, i aby wpływ tego środka cofał się również nieznacznie i powoli. Glukozyd jest tym mniej jadowny, im więcej kumuluje. Strofantina, która uderza momentalnie i bardzo niewiele kumuluje, jest jednym z najjadowniejszych glukozydów (Modrakowski²). Pojęcie naparstnicy pokrywa się więc prawie zupełnie ściśle z pojęciem kumulacji. Bez kumulacji nie ma naparstnicy. Glukozyd może nosić miano naparstnicowego tylko wówczas, o ile wyraźnie kumuluje.

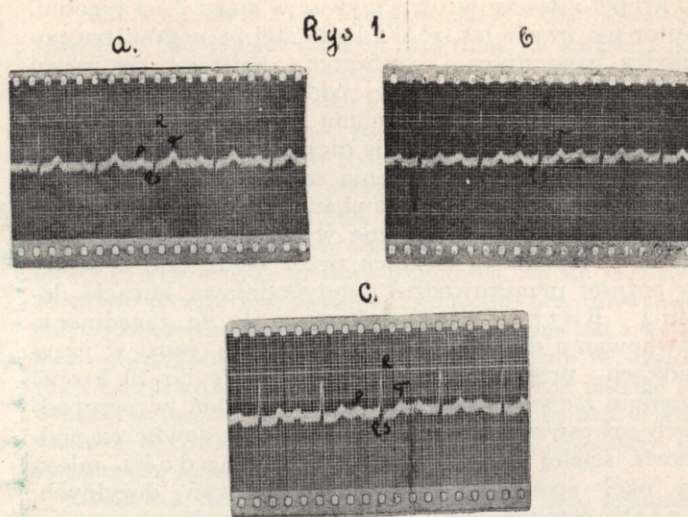
Stąd to ocena jakiegokolwiek środka sercowego i zaliczenie go do tej, czy innej grupy glukozydów naparstnicowych musi być podjęta pod kątem zdolności kumulacyjnych. Ponieważ nie istnieją sposoby do stwierdzenia na drodze chemicznej, ile glukozydu dzieńnie ulega rozkładowi lub wydalaniu, analiza przemian, zachodzących w akcji serca winna być oparta na jak

najszerszych podstawach i ujmować te przemiany nie tylko jakościowo, ale możliwie i ilościowo. Farmakologia rozwiązała dokładnie problem powyższy i to zarówno w odniesieniu do naparstnicy purpurowej, jak i wełnistej. Jeśli chodzi o związek glukozydu z sercem, Hatcher³⁾ wprowadził metodę, polegającą na podaniu zwierzęciu dość dużej dawki naparstnicy i na określeniu w rozmaitych odstępach czasu, ile trzeba zastrzyknąć dodatkowo, aby spowodować śmierć zwierzęcia. Jeszcze bardziej precyzyjne są doświadczenia Rothlina⁴⁾. Autor ten wyszedł z założenia, że w miarę wlewania dożylnie zwierzęciu silnie wiążącego się z sercem glukozydu, dawka śmiertelna maleć będzie tym bardziej, im wlewanie wolniej się odbywa, t.j. im mniejsza ilość glukozydu dostaje się do żyły na jednostkę czasu. W myśl tych doświadczeń najtrwalej wiąże się z mięśniem sercowym digitalina krystaliczna (digitoksyna), później idą w kolejnym porządku digilanid C, digoksyna, digilanid A i B, scillaren A, ouabain i t.d.

Oznaczenie siły kumulacji naparstnicy purpurowej zostało dokonane również i w klinice w sposób ścisły i na podstawach farmakologicznych. Cary Eggleston⁵⁾ wykazał jeszcze w r. 1915, że wszystkie preparaty galenowe wchłaniane są z przewodu pokarmowego człowieka z dostateczną stałością na to, aby całkowita dawka terapeutyczna mogła być określona. 0,1 jednostki kociej w razie posługiwania się preparatami standaryzowanymi na funt wagi (2,22 na klgr) reprezentuje w tych badaniach przeciętną dawkę leczniczą, niezależną, zresztą, od obecności migotania przedsionków. Przeciętna ta była potwierdzona również i przez G. Canby Robinsona⁶⁾, przy czym jako kryterium użyto zwolnienia tętna w niemiarowości zupełnej. H. E. B. Pardee⁷⁾ określił w r. 1919 szybkość znikania naparstnicy z ustroju w odniesieniu do niektórych objawów toksycznych, jak np. wymiotów, w r. zaś 1923 szybkość resorpcji naparstnicy zależnie od chwili wystąpienia spłaszczenia załamka T w elektrokardiogramie. Bromer i Blumgart⁸⁾ na podstawie zmian wychylenia końcowego wykryli w r. 1929, że ustrój ludzki wydala na godzinę 0,98 minim. nalewki naparstniczej albo 23,5 minim dziennie (15 minim = 1 cm³, 23,5 minim = 1,56 cm³). Badacze amerykańscy stosowali nalewkę naparstnicową, standaryzowaną biologicznie według Hachera i Brodyego, w ten sposób, że jeden centymetr sześcienny odpowiada jednej jednostce kociej. Wyniki, otrzymane przez różnych autorów, były w znacznym stopniu do siebie zbliżone, wahania zaś w poszczególnych doświadczeniach nie wynosiły więcej, niż 23% *in plus* lub 16% *in minus*. Znamy również, jeśli chodzi o liście naparstnicy purpurowej, wysokość dawki czynnej, t.j. wywołującej pierwsze wyraźne objawy działania naparstnicy i dawki granicznej, której wpływ na serce utrzymuje się przez czas bardzo długi.

Dawka czynna wynosi dla człowieka, według W. Orłowskiego⁹⁾, 0,0176 gr na 1 klgr wagi ciała, podczas gdy dawka graniczna jest dwukrotnie większa i waha się pomiędzy 0,03 i 0,04 gr liści. Ponieważ z drugiej strony stwierdzono, że w mięśni sercowym odkłada się od 9 do 12% podanego glukozydu, można sobie na zasadzie tych badań wyrobić mniej więcej ścisłe wyobrażenie o tym, ile glukozydu zostało zmagazynowane w sercu.

W r. 1932/33 udało się Stollowi i Kreisowi¹⁰⁾ wyizolować z liści naparstnicy wełnistej glu-



kozydy naturalne w postaci digilanidu A, B i C. Mieszanina tych glukozydów (A — 46%, B — 17% i C — 37%), znana pod nazwą digilanidu, zwróciła na siebie od razu uwagę świata lekarskiego dzięki swym cennym wartościom leczniczym. Digilanid jest preparatem bardzo trwałym, ściśle standaryzowanym, łatwo wchłanialnym i dobrze znoszonym, wywierającym na chorych na przewlekłą niedomogę krążenia już w krótkim czasie wpływ dodatni przez zwolnienie tętna, zwiększenie d'urezy, zmniejszenie zastojów w wątrobie, usunięcie obrzęków, duszności wysiłkowej i napadowej i t.d. To też, jak z rogu obfitości, posypały się prace naukowe, uwypuklające zalety digilanidu na podstawie spostrzeżenia klinicznego. Prac tych istnieje dzisiaj w literaturze polskiej i światowej bardzo dużo, przy czym różnice między nimi nie są znaczne i polegają przede wszystkim na tym, że niektórzy autorzy przebadali 100, podczas gdy inni więcej lub mniej przypadków, albo też, że jedni podawali digilanid dożylnie, drudzy domięśniowo, doustnie, względnie doodbytniczo pod postacią ławatywek albo czopków.

Problem zasadniczy, t.j. problem kumulacji, nie został w tych badaniach należycie opracowany. Większość autorów zgadza się na to, że naparstnica wełnista działa szybciej od purpurowej i że kumuluje mniej (Jagic i Zimmermann¹¹⁾, Lutembacher¹²⁾ i inni). Stanowisko to z małymi wyjątkami znalazło swój dobitny wyraz w sposobie dawkowania.

Hochrein i Lechleitner¹³⁾ stosowali u swych chorych przeciętnie niewielkie dawki digilanidu (225—310 kropeł w ciągu 5—7 dni), zanotowali od czasu do czasu objawy toksyczne, ostrzegają przed zbyt liberalnym dawkowaniem szczególnie u chorych z poważniejszym uszkodzeniem mięśnia sercowego i nie radzą ilości, przez siebie zaleconych, uogólniać. Bauke¹⁴⁾ wyliczył, że przeciętna dawka digilanidu, t.j. 3 razy dziennie po 15 kropeł, jest mniejsza, aniżeli to wynikałoby z porównania liczby dawek żabich naparstnicy purpurowej i wełnistej. Krüskemper i Hürthle¹⁵⁾ podają z początku 3 razy dziennie po 20 kropeł, aby na trzeci dzień obniżyć dawkę do 45 kropeł dziennie i aplikować ją w ciągu 3 do 5 dni. Schönberrg¹⁶⁾ stosował raczej duże dawki. Pacjenci otrzymywali 3 razy dziennie po 25—30 kropeł przez 1—2 tygodni. Bertheau¹⁷⁾ wstrzykiwał po 2 cm³ digilanidu dożylnie nieraz w ciągu miesięcy i miał nie spostrzegać objawów ubocznych. Nietten¹⁸⁾ zaczynał od dawki 3 razy dziennie po 25—30 kropeł przez trzy dni, aby na 4-ty—5-ty dzień przejść na trzy razy dziennie po

15 kropeł i dawkę tę utrzymywać w ciągu 2—3 tygodni. Autor ten uważa też, że *digilanid* stoi na pograniczu pomiędzy *naparstnicą* i *strofantyną*, zbliżając się raczej do *naparstnicy* purpurowej pod względem kumulacji, co jest w zgodzie z badaniami farmakologicznymi. E. Felsenbrunn¹⁹⁾ podaje *digilanid* dożylnie po 4 cm³ i już po 2—4 dniach zamienia zastrzykiwania na leczenie doustne. W przeciwstawieniu do tego Schuber²⁰⁾ uważa za stosowne wykonywać zastrzykiwania w przypadkach ciężkich przez 8—12 dni, a dopiero później przeprowadzić dwutygodniową kurację doustną. Roth²¹⁾ ustosunkowuje się do zagadnienia dawkowania *digilanidu* nieco poważniej, radzi w przypadkach przewlekłych ograniczyć się do 10 kropeł dziennie z dwudniową przerwą co tydzień, w przypadkach zaś ostrzejszych indywidualizować dawkę na podstawie ścisłej obserwacji klinicznej. Bodo²²⁾ zaleca na ogół spore dawki do wstrzykiwań dożylnych, Belz²³⁾ omawia warunki stosowania *digilanidu* w t.zw. profilaktyce sercowej przed zabiegami chirurgicznymi. Zera²⁴⁾ uważa za przeciętną dawkę *digilanidu* 60 do 90 kropeł dziennie, w przypadkach zaś przewlekłych zaleca 30 do 45 kropeł. Walański i Rasolt²⁵⁾ wstrzykiwali *gitolan* po jednej ampułce dziennie dożylnie (3 jedn. kocie), raz zmuszeni byli odstawić zastrzykiwania wobec wystąpienia *trigeminii*, na ogół jednak po stosowanych przez siebie dawkach nie widywali „toksycznych objawów kumulacji lub zatrucia”. Przytaczanie wywodów innych autorów nie wydaje się celowe. Wystarczy stwierdzić raz jeszcze, że w myśl poglądów większości z wyjątkiem może Rotha²¹⁾, Nietena¹⁸⁾ i częściowo Baukego¹⁴⁾ *naparstnica* wełnista, względnie *digilanid*, kumuluje w klinice wyraźnie słabiej od *naparstnicy* purpurowej.

Opinia ta już na pierwszy rzut oka budzić musi poważne wątpliwości. *Glukozydy* naturalne *naparstnicy* wełnistej, wyosobnione z tak niezwykłą ostrożnością przez Stolla i Kreisa¹⁰⁾, powinnyby na zasadzie aprioristycznych oczekiwań kumulować w sposób zbliżony do *naparu* liści *naparstnicy* purpurowej. Zresztą, badania farmakologiczne wykazują również wysokie zdolności kumulacyjne tych *glukozydów*. Tak np. Svec²⁶⁾ oznaczał stopień kumulacji na wzór Bauera i Fromherza²⁷⁾ przez odstęp pomiędzy śmiertelną dawką *Hatchera* i dawką *digilanidu*, zabijającą zwierzę przy nieograniczonym czasie obserwacji, i doszedł do wniosku, że *digilanid* pod względem kumulacji włączyć należy do grupy *digitoksyny*. Wyniki tych badań nie odbiegają od rezultatów, uzyskanych przez Heubnera i Nyaryego²⁸⁾ w doświadczeniach na szczurach. Przeciętne 6 doświadczeń Rothlina⁴⁾ świadczą o silnej kumulacji *digilanidu*, która zaznacza się szczególnie wyraźnie przy porównaniu ze *strofantyną*. Van Dyke²⁹⁾ badał własności kumulacyjne *digitoksyny*, *ouabainy* i *lanadiginy* u psa, przy czym, jak się przekonał, *lanadigina* kumulowała silniej nawet, aniżeli *digitoksyna*.

Z powyższego wynikałaby zasadnicza sprzeczność poglądów farmakologii i kliniki na jedną i tę samą własność *glukozydów* *naparstnicy* wełnistej. Sprzeczność ta nie daje się sprowadzić do zazwyczaj zaznaczającej się różnicy pomiędzy reakcją serca zwierzęcego w doświadczeniu i ludzkiego w klinice. Jeśli dane *glukozydy* działają zarówno na zdrowe, jak i na chore serce, to już raczej należało by oczekiwać wobec zmian w mięśniu sercowym silniejszej kumulacji u człowieka, aniżeli u zwierzęcia. Wprawdzie przy terapii doustnej zaw-

sze należy brać pod uwagę stopień wchłaniania odpowiedniego preparatu, ale, jeśli chodzi o *naparstnicę* wełnistą, wiemy z doświadczeń Svec'a nad dwunastniczym wprowadzaniem *digilanidu* zwierzętom i ze wszystkich dotychczasowych publikacji klinicznych, że *glukozydy* jej wchłaniają się doskonale. Widoczne zatem statystyczna ocena danego środka, oparta na wrażeniu, odebranym w toku leczenia szeregu przypadków może nie być całkowicie dokładna i wymaga ścisłej kontroli.

Wobec tego po przeprowadzeniu kilku kuracji *naparstnicą* wełnistą jeszcze w r. 1935 i po udanej próbie wywołania całkowitego rozkojarzenia przy pomocy stosunkowo niewielkich dawek *digilanidu* u chorych z uszkodzonym układem przewodzącym, postanowiliśmy oznaczyć ilościowo, przy użyciu metod, zbliżonych do metody farmakologicznej, własności kumulacyjne *naparstnicy* wełnistej w klinice.

(Dok. nast.).

Z III Oddz. Wewn. Szpitala na Czystem
(Ordynator: Dr B. Jochweds).

Przypadek samoistnego wygojenia się olbrzymich obustronnych ropni płuc.

Podał

Dr Karol ROZENSZTRAUCH (Warszawa).

27-letni mężczyzna, z zawodu krawiec, został przyjęty do oddziału dnia 5/3.1938 r.

Wywiady: podaje, że choroba rozpoczęła się nagle, dwa tygodnie temu, bólem głowy, łamaniem w rękach i nogach, wysoką ciepłotą, dochodzącą wieczorami do 39°. Po kilku dniach do wymienionych objawów dołączył się umiarkowany kaszel, bóle w klatce piersiowej zwłaszcza po stronie lewej i oddychanie niewielkiej ilości żółtej, jakoby niecuchnącej płwociny, bez domieszki krwi. Wszystkie powyższe dolegliwości utrzymują się dotychczas, temperatura przez cały czas rano 37°, 38°, wieczorami 38,5°—39,5°, znaczne osłabienie. Dotąd miał nie chorować, choroby weneryczne neguje, nie pije alkoholu, pali niewiele. Anamneza rodzinna bez znaczenia.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie podupadłe, zabarwienie skóry normalne, na wargach i uszach nieznaczna sinica. W zakresie czaszki żadnych odchyleń od normy, żrenice równe, okrągłe, na światło i przystosowanie reagują prawidłowo. W zakresie jamy ustnej śluzówki błęko-sinawe, migdałki podniebienne niepowiększone, gruczoły ślinowe niepowiększone.

Klatka piersiowa: ruchomość oddechowa upośledzona w dolnych częściach, zwłaszcza po stronie lewej; oddechów 34/1 min., typ oddychania mieszany. Opukowo po stronie lewej przytłumienie od grzebienia łopatki, przechodzące od kąta łopatki w stłumienie; dolna granica w linii pachowej środkowej, na poziomie 4-go żebra, nieruchoma; od przodu, od 3-go żebra ku dołowi, przytłumienie; po stronie prawej pas przytłumienia od tyłu między 7-ym a 9-ym żebrem; poza tym wypuk wszędzie jawny, dolne granice w linii pachowej, środkowej i łopatkowej ruchome prawidłowo.

Osłuchowo: po stronie lewej od tyłu od grzebienia łopatki do jej dolnego kąta oddech oskrzelowy, poniżej kąta osłabiony; nad całym przytłumieniem i stłumieniem niezbyt liczne rżnięcia drobno i średnio-bańkowe, dzwieczne; po stronie prawej nie liczne, rozlane świsty i furczenia, w miejscu opisanego przytłumienia oddech pęcherzykowy nieco osłabiony; w 5-iej przestrzeni międzyżebrowej, w l. pachowej środkowej niewielkie ognisko trzeszczeń i rżżeń drobno-bańkowych, dzwiecznych.

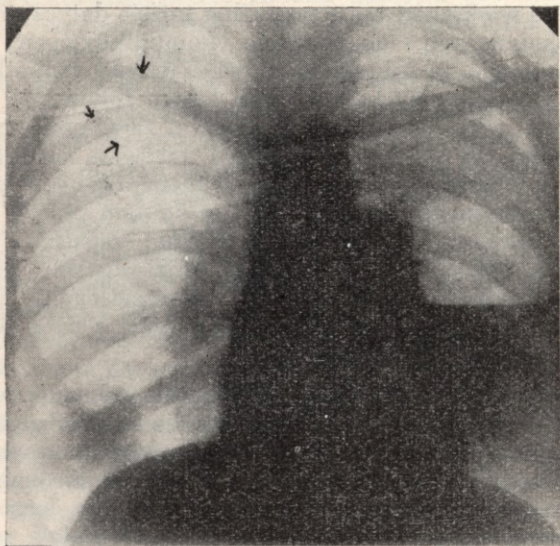
Drżenie głosowe: po stronie lewej od tyłu w obrębie przytłumienia wzmożone, w obrębie stłumienia osłabione; po stronie prawej drżenie głosowe zachowane.

Serce: Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, niemacalne; granice: prawa — prawa linia mostkowa, lewa — zlewa się z przytłumieniem płucnym; akcja serca miarowa, tony nad wszystkimi miejscami osłuchiwania czyste; tętno 98/1 min., regularne, dość słabo napełnione i napięte. Ciśnienie krwi — 110/80.

Jama brzuszna: poniżej poziomu klatki piersiowej; wątroba i śledziona niemacalne. Wstrząs lędźwiowy niebolesny; odruchy skórne i ścięgnowe w normie.

Badania laboratoryjne: moczu c. g. — 1022, odczyn kwaśny, ślad białka, urobilinogen ++, w osadzie nic patologicznego; morf. krwi — Hb. 74%, czerwonych ciałek 3900000, wskaźnik barwny 0,94; białych ciałek 15200, w tym: obojętnochłonnych 91%, kwasochłonnych 1%, jednojądrzastych 8%. O. B. (wg. Lindsenmajera) 10 min. Plwocina ropna, prątków Kocha, ani włókien sprężystych nie stwierdza się; w posiewie urozmaicona flora bakteryjna z przewagą bakterii Friedländera i streptokoków.

Wobec powyższego zespołu objawów rozpoznaliśmy pogrypowe, odoskrzelowe, ropiejące zapalenie dolnych płatów obu płuc z przypuszczalnym wytworzeniem się ropni; ponieważ w oddziale wystąpiło u chorego dość znaczne krwioplucie, utrzymujące się około 10-ciu dni, zdjęcie rentgenowskie (rys. I) zostało wykonane dopiero dnia 19.3. Zdjęcie to potwier-



dziło i uzupełniło nasze rozpoznanie, wykazało bowiem: 1. olbrzymią jamę lewostronną, zajmującą dużą część płata dolnego z wyraźnym poziomem płynu, 2. mniejszą jamę tuż nad prawą przepołą również z zaznaczonym poziomem oraz 3. sporą jamę pod obojczykiem prawym; jama ta nie dawała żadnych objawów fizykalnych. Na skutek tego zaczęliśmy stosować u naszego chorego ze środków leczniczych: najpierw wstrzyknięcie krwi własnej i obcej, następnie będkwinian sodu, jednocześnie doustnie (10 gr dziennie), doodbytniczo (kroplówki z 20 gr leku + 1/2 litra wody) i dożylnie w dawkach 50—80 cm³ 10% roztworu; tej ostatniej dawki ze względu na silne bóle głowy i przyspieszenie tętna, występujące po każdym wstrzyknięciu, przekroczyć nie mogliśmy; w reszcie stosowaliśmy dożylnie alkohol, który chory również b. źle znosił. W dalszym przebiegu stan chorego pogarszał się stale, ciepłota utrzymywała się na poziomie 39°—40°, o typie hektycznym, chory kasłał b. dużo, odpluwał jednak niewiele; wystąpiła duszność, uniemożliwiająca całkowicie sen, a jednocześnie objawy fizykalne — nacieczenia miąższu płucnego — zajmowały coraz to większą przestrzeń zwłaszcza po stronie prawej.

Tak więc dnia 27.3 stan był następujący: t° 39,6° wieczorem, tętno 122/1 min. b. słabo napięte i napełnione; na wargach i palcach rąk — sinica, kończyny chłodne, oddechów 40/1 min.; płuco lewe — znacznie większa ilość rzeżeń dźwięcznych; płuco prawe — niewielki początkowo pas przytłumienia sięga od tyłu, od grzebienia łopatki aż do podstawy płuca, oddech w miejscu przytłumienia oskrzelowy, pokryty bardzo dużą ilością rzeżeń różnokalibrowych, dźwięcznych.

W tym stanie rzeczy, ze względu na brak jakiegokolwiek poprawy po stosowanych środkach leczniczych, złą ich tolerancję, ze strony chorego oraz trudności techniczne przy wlewaniach dożylnych, odstawiliśmy wszystkie dotąd podawane leki z wyjątkiem analeptyków i morfiny; zabieg chirurgiczny ze względu na obustronność sprawy i b. ciężki stan chorego nie wchodził w rachubę. Tak więc w czasie od 23.3. do 30.3. byliśmy właściwie biernymi świadkami zbliżającej się, zdawałoby się, nieuchronnie katastrofy.

Dnia 30.3. stan b. ciężki, t° 40°, tętno 132/1 min., nitkowate, oddechów 46/1 min., męczący kaszel, odpluwanie utrudnione, plwociny około 50 cm³ na dobę.

Dnia 31.3. radykalna i nieoczekiwana zmiana; w ciągu przedpołudnia chory odpluwa jednorazowo wśród wymiotów przeszło pół litra cuchnącej plwociny, po czym po kilkugodzinnym stanie kollaptycznym ciepłota spada w sposób krytyczny, i chory zaczyna się szybko poprawiać.

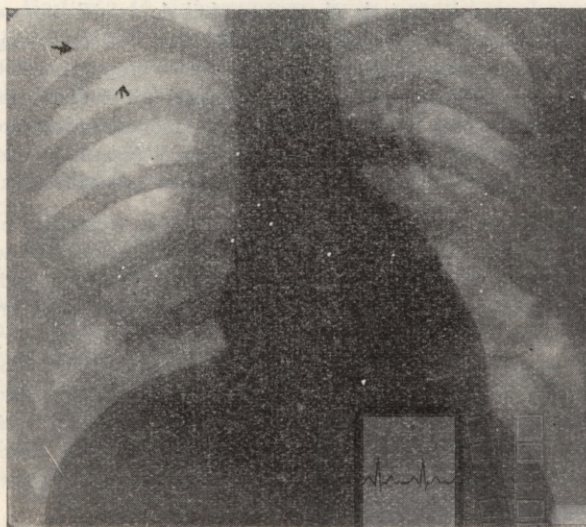
Już po kilku dniach ustępuje prawie zupełnie duszność, tętno zwalnia się ze 120 do 90/1 min., jest znacznie lepiej napięte i wypełnione; ilość dobową plwociny wynosi w dniach 1.4. — 5.4. 200—300 cm³, od 6.4. nie przekracza kilkudziesięciu cm³, przykry zapach plwociny znika. Jednocześnie ulega wybitnej poprawie samopoczucie chorego oraz stan fizykalny płuca lewego. Dnia 7.4.: płuco lewe — przytłumienie znacznie się zmniejszyło i sięga od dolnego kąta łopatki do dołu, rzeżeń wysłuchuje się znacznie mniej. Po stronie prawej natomiast poprawy fizykalnej w tym czasie jeszcze nie mogliśmy stwierdzić.

Badanie krwi z dnia 7.4. wykazało: białych ciałek — 12.000. — (wobec 15.000 w dn. 15.3.) wzór krwi:

segmentowanych	57%	(wobec poprz.	91%)
kwasochłonnych	9%	(„ „	1%)
limfocytów	26%	(„ „	8%)
monocytów	8%	(„ „	0%)

O.B. 60 min. (poprz. 10 min.).

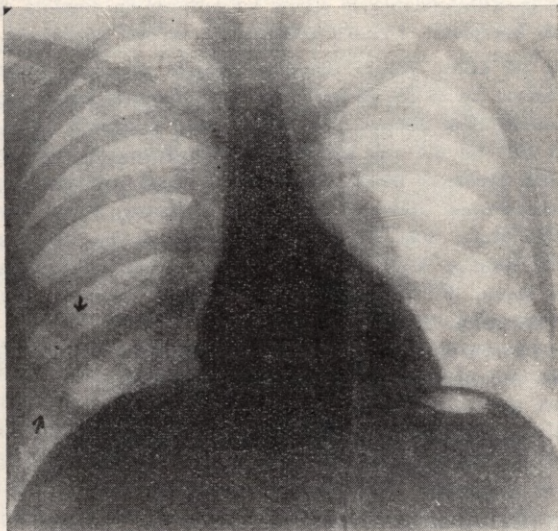
Dokonane z obowiązku ze względu na znaczną eozynofilię badania w kierunku błławca (odczyn Weinberga i Casoniego) wypadły ujemnie; również kilkakrotne badanie



plwociny haczyków bąblowca nie wykazało. Zdjęcie rentgenowskie II z dn. 7.4 wykazało po stronie lewej znaczne zmniejszenie się i opróżnienie się jamy, po stronie prawej jama dolnopłatowa wykazuje mniejszy poziom płynu, natomiast nacieczenie dookoła jamy może się nawet nieco powiększyć; jama górnopłatowa prawa, jak poprzednio. Chory przebywał w oddziale do końca maja 1938 r. i przez cały dalszy czas obserwacji nie gorączkował, kaszał niewiele, odpływał tylko kilkanaście cm³ dziennie, przybrał na wadze 6 kg., bólów w klatce piersiowej, ani duszności nie odczuwał. Od początków maja zaczął wstawać z łóżka i mógł pokonywać znaczniejsze wysiłki fizyczne.

Fizykalnie stwierdzono w tym czasie przytłumienie nad podstawami obu płuc, zmniejszoną ruchomość dolnych granic; w obrębie przytłumienia nieliczne rżenia drobnobańkowe, liczniejsze po stronie prawej, tętno 88/1 min., oddechów 22/1 min. Morf. białych ciałek — 7.000/mm³ w tym: segmentowanych 61%, kwasochłonnych 6%, limfocytów 26%, monocytów 7% O. B. 4 i ½ godziny.

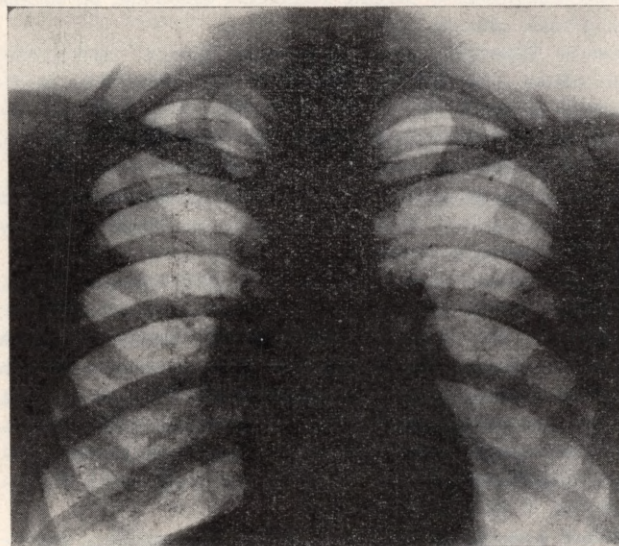
Zdjęcie rentgenowskie z dn. 27.5.: płuco lewe — jama niewidoczna, stwierdza się jedynie pasma łącznotkankowe



i resztki otoczki pojamowej; płuco prawe — jama górnopłatowa również niewidoczna, jama dolnopłatowa prawa nie zmniejszyła się, jednak naciek dookoła tej jamy uległ całkowicie wessaniu.

Po opuszczeniu szpitala chory powrócił do swoich normalnych zajęć; do chwili obecnej czuje się zupełnie dobrze, w ciągu lata odpływał jeszcze kilka cm³ plwociny śluzoworopnej na dobę, od jesieni nie odpływa już zupełnie; duszności ani w czasie spoczynku, ani też przy wysiłkach fizycznych nie odczuwał; apetyt dobry, przybrał na wadze dalszych 6 kg. (razem od dnia przybycia do szpitala 12 kg). T° — przez cały czas normalna.

Badanie ambulatoryjne w dniu 10.12. r. ub. wykazało: nad płucami wypuk jawny, dolne granice osadzone prawidłowo, słabo ruchome od tyłu; oddech pęcherzykowy, nieliczne rżenia drobnobańkowe nad podstawami obu płuc; wzór krwi prawidłowy, leukocytów 6600/1 mm³; O.B. — 6 godz. 15 min. IV rys. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje jedynie w miejscach, odpowiadających dawnym jamom, wzmożenie rysunku naczyniowo-oskrzelowego i smugi łącznotkankowe. Zmiany te, jak i wyżej wymienione dane osłuchowe tłumaczyć zapewne należy procesami bliznowatymi a może i rozstrzeniami oskrzelowymi, wytwarzającymi się wtórnie w przebiegu gojenia się jam.



Aczkolwiek samoistna poprawa, a nawet całkowite wygojenie się jam w przebiegu ropni płuc należy do rzeczy częstych, i na tej drodze likwiduje się około 20 % wszystkich tego rodzaju przypadków, to jednak w olbrzymiej większości takie pomyślnie zejście dotyczy ropni pojedynczych, dostatecznie komunikujących się z drenującym je oskrzelem, a więc przede wszystkim ropni górnopłatowych; poza tym lepsze rokowanie dają ropnie, wywołane mniej złośliwymi zarazkami-pneumokokami. W naszym przypadku zarówno rozległość zmian w płucach, obustronność i wieloogniskowość procesu, umiejscowienie dwóch jam w dolnym płacie, dynamika sprawy, rodzaj flory bakteryjnej (*bacillus Friedländeri*, który jest uważany za najzłośliwszy, jeżeli idzie o sprawy ropne w płucach), wreszcie ogólny stan chorego — wszystko to pozwalało prawie z całą pewnością rokować niepomyślnie.

Cały przebieg opisanego przypadku wskazuje więc na to, że nawet w najbardziej burzliwie przebiegającym ropniu płuc i w najmniej spodziewanym momencie samoistna poprawa jest jednak możliwa, że nie należy zbyt pohopnie i przedwcześnie rezygnować z leczenia konserwatywnego; z drugiej strony przypadek nasz poucza, że należy być bardzo ostrożnym w ocenie wyników tej, czy innej metody leczniczej. Dodamy, że w oddziale naszym kierujemy się następującym kryterium dla oceny, czy poprawa nastąpiła rzeczywiście w związku ze stosowanym leczeniem, czy też jest to poprawa samoistna przebiegu choroby; otóż, jeżeli gojenie się ropnia idzie w parze ze zmniejszeniem się ilości plwociny — przemawia to za poprawą, spowodowaną przez użyty środek leczniczy; jeżeli natomiast w okresie gojenia się ilość plwociny wzrasta wyraźnie, należy przypuszczać, że poprawa nastąpiła samoistnie w następstwie przebiecia się ropnia do oskrzela. Należy jednak zaznaczyć, że niektóre leki mogą przejściowo powiększyć ilość oddawanej plwociny, ułatwiając jej odkrztuszanie. W naszym przypadku poprawa podmiotowa i przedmiotowa rozpoczęła się w szereg dni po odstawieniu wszelkich leków (oprócz kamfory i morfiny) gwałtownym „vomique“ — odpluciem ogromnych ilości plwociny, powinna więc być uważana za poprawę samoistną.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Własności lecznicze solanek.*)

Podał

A. LIPSZYC (Ciechocinek).

Wody ze źródeł mineralnych solankowych stosowane są od dawna we wszystkich prawie gałęziach medycyny w postaci kąpeli, picia, wlewań, wzięcia, a na zachodzie Europy również w postaci zastrzyków podskórnych i domięśniowych. W niniejszej pracy opiszemy własności oraz wskazania lecznicze dla wyżej wyszczególnionych form stosowania solanek.

Na kąpiel solankową składa się kąpiel zwykła słodkowodna *plus* zawarte w niej sole mineralne z chlorkami przewagą chlorku sodu. Już zwykła kąpiel słodkowodna wywiera znaczny wpływ na ustrój.

Pomijając czynniki najważniejsze kąpeli słodkowodnej, jak temperatura, masa wody, czas trwania, kąpiel ta zawiera dużo elektrolitów w postaci zdysocjowanej (jony) i niezdisocjowanej. Jony i elektrolity są w nieustannym ruchu (ruch Browna), a zetknięcie się ich ze skórą wywołuje cały szereg procesów fizycznych i fizykochemicznych, zmianę napięcia powierzchniowego, osmozę, dyfuzję z wymianą elektrolitów, z wyzwalaniem się zmiennych ładunków i napięć elektrycznych. Mimo że skóra nie jest przepuszczalna dla soli, jest ona przepuszczalna jednak dla zdysocjowanych jonów, które po zadziałaniu na skórę wędrują dalej do krwi i do tkanek, wywierając wpływ na odległe narządy i gruczoły wydzielania wewnętrznego.

Zjawiska te zależne są w dużej mierze od składu chemicznego i odczynu kąpeli. W środowisku kwaśnym bowiem następuje wądrówka kationów K , Ca , NH_4 i w niewielkiej ilości sodu ze skóry do kąpeli z jednoczesnym pochłanianiem jonów wodoru, w zasadowym zaś — wydzielanie do kąpeli CO_2 i chlorków z jednoczesnym wchłanianiem jonu potasu (Harpuder — cytowane według Z. Orłowskiego). W ten sposób następuje poniekąd wyrównanie odczynów kąpeli i skóry przez zamianę elektrolitów.

Wszystko to zostaje ogromnie spotęgowane w kąpeli, z wody mineralnej, gdzie ilość zdysocjowanych jonów, zwłaszcza jonów Na , K i Ca , jest bardzo duża. Woda mineralna więc wywiera znacznie większy wpływ na wszystkie układy ustroju, niezależnie zupełnie od wpływu, który wywiera na drodze odruchowej zmieniona przez kąpiel mineralną skóra na wszystkie związane z nią ściśle układy ustroju z układem nerwowym i dokrewnym na czele.

Kąpiel solankowa 2—4—6% o temperaturze optymalnej działa na ustrój na drodze fizjologicznej i fizykochemicznej.

Bukowska i Odrzywolski badali wpływ kąpeli solankowych Ciechocińskich na ciśnienie, tętno i obraz krwi u dzieci, obarczonych przewlekłymi schorzeniami głównie na tle gruczoły (zołży, zmiany kostne i stawowe oraz skórne, przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych itd.).

Solanka 4% o temperaturze obojętnej powodowała podwyższenie ciśnienia skurczowego przy zabiegach krótkotrwałych, a obniżenie — przy zabiegach dłuższych

ponad 15—20 min. przy braku zmian ze strony ciśnienia rozkurczowego i tętna; niezależnie od tego stwierdzono leukopenię z przesunięciem obrazu Schillinga w lewo oraz limfocytozę (dłuższe kąpiele powodowały neurofilozę). Podobne wyniki autorzy ci otrzymali również u dorosłych.

Ze względu na podobieństwo do obrazu krwi, występującego we wstrząsie anafilaktycznym, autorzy tłumaczą zmiany we krwi po kąpielach solankowych proteinerapeutycznym wpływem bodźca kąpielowego. Wyżej wzmiankowany spadek ciśnienia skurczowego po dłuższych zabiegach, Bukowska i Odrzywolski tłumaczą wyczerpaniem zdolności odczynowej.

Lorosso badał wpływ ciepłych kąpeli na ciepłotę skóry, tętno i oddech 22 dzieci. Stwierdził, że dziesięciominutowe kąpiele ciepłe i letnie wzmagają *perspiratio insensibilis*, krążenie i ciepłotę skóry.

Stahl i jego współpracownicy badali wpływ różnych kąpeli mineralnych na kształtowanie się bąbla odczynowego. Największy wpływ na ukształtowanie się bąbla wywierały solanki, działające wybitnie na wzmożenie wago-tonii.

Achoff i Vollmer stwierdzili obfite wydzielanie chloru i wapnia z moczem po solankach i większą diurezę.

Ley badał wpływ kąpeli solankowych na przemianę wodną u chłopców 8—10 letnich. Przez obliczenie różnicy wagi ciała przed i po kąpeli z doliczeniem wagi moczu stwierdził wybitne zwiększenie się diurezy po solankach. Tenże autor stwierdził, zwiększanie pobudliwości układu nerwowego po solankach. Dzieci wątle reagowały wzmożeniem pobudliwości układu współczulnego ze wzmożeniem diurezy przez 12 godzin, po czym następowała II-a faza z wago-tonią, przybytkiem wagi i nawodnieniem ustroju. U dzieci silnych stwierdza w I-iej fazie bardzo krótki okres sympatykotoniczny bez spadku wagi.

Bukowska badała wpływ kąpeli solankowych ciechocińskich na równowagę kwasowozasadową dzieci krzywiczych i zołżowych. Określała współczynnik amoniakalny, tj. stosunek procentowy ilości azotu amoniaku do ogólnej ilości azotu, wydalonego z moczem.

Badania te dokonywane były przed i po kąpielach solankowych 4% źródłanych, następnie sztucznych o tej samej procentowości i — dla porównania — po kąpielach słodkowodnych. Wysoki współczynnik amoniakalny (w granicach 4,3—5,5 do 3,5—20,7 przed i po kąpeli), a więc silny odczyn zakwaszenia wykazały mocze po solankach źródłanych bez względu na czas trwania zabiegu.

Kąpiele solankowe sztuczne także dawały w rezultacie zakwaszenie moczu i zwiększenie współczynnika amoniakalnego, lecz zdolność odczynowa prędko się wyczerpywała. Kąpiele zaś słodkowodne dały w wyniku zmniejszenie wskaźnika zakwaszenia moczu, a zatem przesunięcie Ph w kierunku zasadowym. Wzmożenie współczynnika amoniakalnego po solankach czyli zwiększenie wydzielania azotu świadczy o wybitnym nasileniu przemiany materii po kąpielach solankowych.

W związku z zakwaszeniem moczu wspomniana autorka zbadała wydzielanie się chlorków i fosforanów w moczu przed i po kąpeli przy ustalonej diecie i wyłącznie

*) Wygłoszone w Zrzeszeniu Lekarzy R. P. dn. 11.IV.39.

niu innych zabiegów. Stwierdzono we wszystkich badanych moczach zwiększenie się ilości chlorków i zmniejszenie się ilości fosforanów. Zwiększone wydzielanie azotu i chlorków z moczem stwierdził również Heubner. Obok zwiększonej diurezy i zwiększonego wydzielania azotu i chlorków następuje również zwiększone wydzielanie Ca oraz kwasu moczowego przy równoczesnym wyraźnym spadku NaCl i Ca we krwi, zwłaszcza w okresie odczynu kąpielowego. Nie wszyscy jednak autorzy potwierdzają te wyniki. Manojłowa, Warepi i Szereszewski (cytowane pg. Orłowskiego) znajdowali wzmogoną ilość chlorków we krwi po solankach. Meyer zaś u 6 zdrowych dzieci stwierdził po solankach wzmogone wydzielanie N i S, nie stwierdził natomiast zmian w poziomie Ca i Ph.

Szczegółowe jednak badania szkoły rosyjskiej Szaciliły potwierdziły wyraźne obniżenie się chlorku sodu i wapnia we krwi, idące równoległe do stężenia kąpeli i występujące na szczycie silnego odczynu kąpielowego, objawiającego się klinicznie osłabieniem, potami, sennością, biciem serca i gorączką. Zwiększona diureza i wydzielanie N są również w prostym stosunku do stężenia solanki (Gröer).

Ze wydzielanie azotu jest zależne od zawartego w kąpeli NaCl, dowodzi znane spostrzeżenie, że kąpiele z chlorku potasu dają mniejsze wydzielanie związków azotowych z moczem.

Znamienne jest zachowanie się poziomu cukru we krwi pod wpływem kąpeli solankowych. Solanki bardziej stężone powodują znaczne obniżenie poziomu cukru we krwi, pozwalając choremu na zwiększenie racji węglowodanów o 50 gr chleba (Messerle). Obniżenie to idzie w parze ze stopniem przecukrzenia krwi. Chłodne solanki nie dają tego efektu. Badania Lilina i Religione wykazały, że kąpiel słodkowna obniża poziom cukru we krwi przeciętnie o 8,4%, podczas gdy kąpiel solankowa (badania na solance Druskienickiej) w tych samych warunkach daje obniżenie o 25%.

W roku ubiegłym w oddz. Dra Jochwedsa w Szpitalu na Czystym zbadaliśmy razem z Piankową zachowanie się poziomu cukru we krwi w ciężkiej cukrzycy pod wpływem kąpeli ze soli Ciechocińskiej (6%). Określaliśmy cukier we krwi na czczo i po obciążeniu glukozą po solance i po kąpeli zwykłej. Otrzymaliśmy obniżenie poziomu cukru we krwi o 15% w stosunku do krzywej glikemicznej po kąpeli słodkownej i o 20% w stosunku do krzywej bez kąpeli.

Gröer i Chwalibogowski stwierdzili po kąpielach solankowych sztucznych u dzieci obniżenie się poziomu cukru we krwi o 10—25 mg% w 3—4 godziny po kąpeli. Przy silniejszych stężeniach solanki (4—5%) obniżenie to zaznaczało się i w 4—6 godzin, a niekiedy nawet w 2—3 dni po kąpeli. Tym autorzy tłumaczą wybitny wpływ solanek na wzrost łaknienia u dzieci.

Jeżeli chodzi o surowicę krwi, to kąpiele solankowe zmieniają wzajemny stosunek różnych frakcji białkowych, co zaznacza się stale występującym przyspieszeniem opadania czerwonych ciałek krwi (OB). Odczyn ten występuje najwyraźniej w okresie odczynu kąpielowego oraz przy pogorszeniu się stanu chorobowego pod wpływem zbyt silnych bodźców kąpielowych. Odczyn ten jest w balneoterapii cennym wskaźnikiem przy stosowaniu różnych bodźców, pozwala unikać zbyt silnych lub zbyt słabych odczynów kąpielowych, jest najlepszym miernikiem w ocenie postępowania kuracji,

dzwonkiem alarmowym przed wystąpieniem niepożądanych powikłań, jak ból i gorączka.

Wpływ kąpeli solankowych i słonogazowych Ciechocińskich na wielkość i pracę tętna oraz na wydajność krążenia badali Czarnota Bojarski i Reichernau. Za pomocą sfigmologometru Sahliego wykazali, że po kąpielach solankowych, zwłaszcza słonogazowych, wielkość tętna (tj. wielkość skurczowego rzutu krwi w tętnicy promieniowej, wyrażona w cm³) powiększa się w 74% przypadków. Zwiększała się również praca tętna (tj. praca przy pokonywaniu oporu w pojęciu fizycznym, wyrażona w gr cm) zarówno pojedynczej fali jak i na minutę. Powiększała się wydajność krążenia (tj. ilość krwi, przepływająca w odcinku tętnicy promieniowej w jednostce czasu) po kąpeli solankowej w 50% przypadków, po słonogazowej, w 56% przypadków. Zmniejszenie się wydajności krążenia występowało po kąpeli solankowej w 6%, po słonogazowej w 12% przypadków.

Wpływ kąpeli solankowych na nerwy naczynioruchowe badał Heubner. U dwojga dzieci, z których jedno cierpiało na *scrophulosis torpida*, a drugie na *scr. eretica*, nakładał on na skórę plaster gorczycowy o powierzchni 9 cm² na przeciąg jednej minuty — raz przed kąpielą i drugi raz po kąpeli. Objawy wybitniejszego rozszerzenia się naczyń wystąpiły u obojga dzieci, lecz z różnym natężeniem. W przypadku *scrophulosis torpida* zaczerwienienie skóry w miejscu plastra przed kąpielą wystąpiło po upływie 1 minuty i utrzymywało się przez 10 minut, po kąpeli zaś wystąpiło po ½ minucie i trwało 12½ min. U drugiego zaś dziecka, dotkniętego *scrophulosis eretica*, zaczerwienienie przed kąpielą wystąpiło w 15 sekund po zdjęciu plastra, lecz trwało krótko, zaledwie 3½ minuty, po kąpeli zaś obwódka czerwoną stwierdzono jeszcze przed zdjęciem plastra, a zaczerwienienie utrzymało się przez 41 minut. Wynik ten jest wyrazem wybitnego zadziałania kąpeli solankowej na nerwy naczynioruchowe. U dziecka eretycznego Heubner stwierdził nadto zwolnienie tętna w okresie kąpielowym i zwiększenie ciśnienia krwi po kąpeli z 85 do 100 mm Hg, u dziecka ze *scrophulosis torpida* ciśnienie obniżyło się, wracając do normy po 4 godzinach. Ilość hemoglobiny znacznie się zwiększyła, liczba czerwonych ciałek krwi pozostała niezmienną. W obu przypadkach stwierdził również Heubner zwiększenie przeziwu skóry (*perspiratio insensibilis*).

O wybitnym wpływie kąpeli solankowych na ciśnienie wspominałem wyżej. Jako reguła, solanki niskoprocentowe podwyższają, wysoko procentowe obniżają ciśnienie. Granicą jest 5% solanka. Do tej procentowości solanki działają według Grödel'a analogicznie do kąpeli CaCl₂, które bez względu na stężenie podnoszą ciśnienie. Wyżej 5% solanki działają analogicznie do kąpeli z KCl, obniżając ciśnienie. Leder i Michel przypisują spadek ciśnienia po kąpeli solankowej właśnie zawartości w niej chlorku potasu, którego jon K obniża napięcie nerwu błędnego.

Raszeja i Bielewicz-Stankiewicz badali na psach i królikach wpływ solanki termalnej ciechocińskiej na stawy. Prawe tylne kończyny psów, którym wstrzyknięto do serca błękit trypanu, zanurzono w solance termalnej o t° 38—41, na 30 minut. Dla celów kontrolnych inne psy, którym również wstrzyknięto błękit trypanu, kąpano w wodzie słodkiej. Na sekcji stwierdzono, że komórki maziówki stawu kolanowego, kąpanego w solance, znacznie silniej były nastrzyknięte-

te błękitem trypanu, niż maziówka stawu, kąpanego w wodzie słodkiej. Świadczy to o żywej akcji fagocytarnej komórek mezenchymalnych pod wpływem solanek. Króliki zaś badano metodą fizjologiczną, wywołując odruch naczynioruchowy przez drażnienie prądem indukcyjnym maziówki stawów, kąpanych w solance i wodzie słodkiej. Solanka termalna dawała nieznaczne zmniejszenie pobudliwości maziówki stawów w przeciwstawieniu do wpływu kąpiei słodkowodnej.

Wpływ solanki termalnej ciechocińskiej na przemianę materii zbadali Schiling-Siengalewicz i Kołaczyński. Pomiary przemiany podstawowej wykonywali oni bardzo precyzyjnym aparatem Knippinga (błąd w oznaczeniu nie przewyższa tu 0,1—0,2%) ludzi zdrowych oraz chorych na dnę i otyłość przed i po kąpiei w solance termalnej 6%, w solance 6%-owej zwykłej i w kąpiei słodkowodnej. Po jednorazowej kąpiei solankowej 6% o temp. 37° przyrost przemiany gazowej sięgał 30%. Wzmoczenie to utrzymywało się do 40—70 minut po kąpiei. Kąpiel zwykła o tej samej temperaturze nie wpływała na przemianę podstawową. Wagotonicy jednak reagowali obniżeniem przemiany podstawowej, co skłoniło autorów do wniosku, że „solanka cieplica ciechocińska jest bodźcem, który po jednorazowym zadziałaniu*) pobudza ustrój w tym kierunku, w którym jest on już *a priori* nastawiony dzięki właściwościom konstytucjonalnym dokrewnego wydzielania i układu nerwowego mimowolnego“.

Autorzy jednocześnie z przemianą podstawową oznaczali odczyn opadania krwinek czerwonych przed i po solance. W tych przypadkach, w których chorzy reagowali wzmoczoną przemianą podstawową, występowało jednocześnie przyspieszenie odczynu OB, które nie przebiegało równoległe do wzrostu przemiany materii. U wagotoników, reagujących obniżeniem przemiany podstawowej, występowało również opóźnienie opadania w porównaniu z czasem przed kąpielą.

Spośród chorych z wzmoczoną przemianą po solance termalnej reagowali przede wszystkim osobnicy dناwi, mniej wyraźnie ludzie starsi, otyli. W jednym przypadku *dystrophiae adiposogenitalis* (Dra Chrapowickiego) chory zaczął reagować wzmoczoną przemianą po solance dopiero w tydzień po podawaniu przetworu przysadki. Przed tym metabolizm był ten sam zarówno po solankach, jak i po zabiegach wodoleczniczych.

Z powyższego widzimy, iż kąpiel solankowa jest potężnym czynnikiem, działającym poprzez skórę na odległe narządy ustroju — na narząd krążenia, układ nerwowy, krwiotwórczy, na równowagę kwasowozasadową, na stosunek frakcji białkowych surowicy i układ elektrolitów krwi, na przemianę podstawową oraz na gruczoły wydzielania wewnętrznego. Powstaje więc pytanie, jaką drogą odbywa się to działanie, i jaka jest istota tego wpływu na ustrój?

Co do drogi zadziałania na ustrój, panowały do niedawna dwa poglądy, pochodzące z dwóch szkół.

Szkoła Szobera widziała przyczynę odległego zadziałania kąpiei na ustrój w drażnieniu zakończeń nerwów w skórze przez bodziec kąpielowy i odruchowe zadziałanie na układ wegetatywny i gruczoły wydzielania.

*) Podkreślenie moje; dalej bowiem zobaczymy, że większa liczba kąpiei solankowych, zwłaszcza u dzieci, może pobudzić ustrój w kierunku przeciwnym do jego nastawienia konstytucjonalnego.

lania wewnętrznego. Autorzy tej szkoły wychodzili z założenia, że skóra jest nieprzepuszczalna dla soli, rozpuszczonych w wodzie. Mówiono tylko o rozpuszczalności ciał, rozpuszczających się jednocześnie w wodzie i w lipidach, jak CO₂, SH₂, J. Od czasu, gdy uwzględniono procesy chemiczne i fizykochemiczne, zachodzące w środowisku kąpielowym i w skórze, gdy stwierdzono, że działanie rozpuszczonych soli jest to działanie elektrolitów, zdysocjowanych i niezdisocjowanych jonów, pogląd na działanie kąpiei mineralnej uległ zmianie (Höber). Jak już nadmieniałem na wstępie, wskutek różnicy potencjałów jonów zdysocjowanych wody i skóry oraz ruchu Browna, dyfuzji i osmozy, następuje wzajemne przenikanie jonów ze skóry do wody i w kierunku odwrotnym. Ustala się więc tą drogą nowa równowaga w stanie fizykochemicznym skóry, która odruchowo przez zadziałanie na układ wegetatywny i wewnątrzwydzielniczy wywiera wpływ na odległe narządy. Niezależnie od tego wchłonięte jony, wędrując dalej do krwi, wywierają bezpośredni wpływ na wszystkie układy ustroju, przede wszystkim na samą krew, zmieniając w niej układ elektrolitów, zwłaszcza kationów Ca i K i tym samym zmieniają stosunek antagoniście działających układów sympatycznego i parasympatycznego oraz będące w zależności od nich funkcjonowanie gruczołów wydzielania wewnętrznego.

W 1927 r. klinicysta angielski Thomas Lewis opisał swój tzw. trzykrotny odczyn naczyniowy, nazwany obecnie trzykrotnym odczynem Lewisa. Odczyn ten i późniejsze doświadczenia szeregu autorów (Ebecke Weiss, Carnier, a u nas Mester i Jankowski) zmieniły nasz pogląd na sposób i istotę zadziałania bodźca kąpielowego na skórę i organizm. Trzykrotny odczyn Lewisa składa się z trzech faz odczynu skóry na silniejsze bodźce mechaniczne, chemiczne, termiczne, kąpielowe itd.

Pierwsza faza — zaczerwienienie — zależna jest od rozszerzenia kapilarów. Rozszerzenie to jest miejscowe i powstaje wskutek zadziałania na kapilary produktów rozpadu białka, wyzwolonych pod wpływem urazu; nie jest ona zależna od podrażnienia zakończeń nerwowych.

Druga faza — rozległe rozszerzenie tętniczek dookoła pierwotnego miejsca zaczerwienienia — powstaje już na drodze odruchu nerwowego (tzw. „axon reflex“).

Wreszcie trzecia faza — bąbel — jest wyrazem wzmoczonej przepuszczalności drobnych naczyń. Płyn, zawarty w bąblu, zdaniem Lewisa, jest podobny do histaminy, zdaniem zaś większości innych badaczy — identyczny z histaminą. Histamina, jak wiadomo, jest produktem rozpadu białka, produktem procesów trawienia i gnicia pokarmów, głównie w jelicie grubym. We krwi histamina znajduje się w czerwonych ciałkach krwi, w znacznie mniejszej ilości w surowicy. Dużo histaminy zawiera naskórek (24 mg na 1 Kg); histamina znajduje się w komórkach naskórka w stanie nieczynnym. Pod wpływem podrażnienia skóry przez jakikolwiek bodziec następuje rozpad białka naskórka i uwolnienie się czynnej histaminy lub substancji podobnych do niej, nazwanych przez Lewisa H — substancjami. Występuje działanie miejscowe, przebiegające w wyżej opisanych 3-ech fazach (3-cia faza przy silniejszych bodźcach) i ogólne — wskutek przeniknięcia histaminy do krwiobiegu. Efekt ogólny przy silnym bodźcu, jak znaczne uszkodzenie skóry lub zimna kąpiel, może być bardzo rozległy — dreszcze, bóle i zawroty głowy, częstoskurcz, spadek ciśnienia krwi, zęszczenie krwi, pochrzywka, sokotok żołądkowy. W warunkach fizjologicz-

nych nie dochodzi do objawów ogólnych. W surowicy krwi bowiem znajduje się ferment histaminaza, bardzo szybko rozkładająca histaminę. Do działania ogólnego dochodzi tylko wówczas, gdy do krwioobiegu przedostanie się naraz bardzo dużo histaminy, co ma miejsce, jak zaznaczyłem, przy bardzo silnych bodźcach (zimna kąpiel — Sk a u g e).

Wszystkie trzy fazy odczynu Lewisa otrzymujemy, wprowadzając doświadczalnie histaminę doskórną w rozcieńczeniu 1:5000, objawy zaś ogólne aż do zapasici — przy rozcieńczeniu 1:3000. Miejscowo działa histamina nawet w rozcieńczeniu 1:500.000. S c h e i n e r wykazał, iż surowica krwi po kąpeli zawiera więcej histaminy, niż przed kąpielą, wstrzyknięta bowiem śródskórną daje znacznie większe zaczerwienienie i bąbel, niż surowica, pobrana z żyły przed kąpielą.

M e s t e r badał zachowanie się H — substancji u reumatyków. Zakładał na skórze przedramienia dwa bąble z surowicy krwi, pobranej z żyły u chorych, cierpiących na różne postacię gośćca stawowego i mięśniowego. Pierwszy bąbel zakładał z surowicy krwi normalnej przed urazem, drugi — z surowicy, pobranej po zadaniu urazu mechanicznego (celem uwolnienia H — substancji). Drugi bąbel był zawsze większy. Z ogólnych objawów wystąpiło obniżenie ciśnienia skurczowego i rozkurczowego (wskutek przedostania się histaminy do krwioobiegu). Obliczając w procentach różnicę wielkości I i II bąbla, M e s t e r znalazł duże wartości dla H — substancji w reumatyzmie stawowym ostrym i przewlekłym. Ponieważ najwięcej H — substancji wyzwala się w skórze po kąpeli solankowej, więc może w tym trzeba się dopatrywać przyczyny znakomitego działania solanek w schorzeniach stawowych.

Warto również nadmienić, że badania kapilaroskopowe wykazują daleko idące zmiany kapilarów w schorzeniach gośćcowych, przede wszystkim skurcz i spowodowane przez to zwolnienie krążenia. Uwolnienie się więc dużej ilości H — substancji w skórze po solankach, przez co następuje rozszerzenie naczyń i wzmożona przemiana w komórkach, jest, jak sądzę, jednym z ważnych czynników wyżej zaznaczonego leczniczego wpływu kąpeli solankowych u reumatyków.

Dalsze badania wykazały, że obok H — substancji powstają pod wpływem kąpeli jeszcze inne ciała, charakterystyczne dla danej kąpeli mineralnej i wywierające obok histaminy swoisty wpływ na organizm, np. acetylocholina po kąpielach kwasowęglowych, kwas adenyloowy po siarczanych. Solanki zaś powodują powstanie w skórze wyłącznie H — substancji w dużej ilości. W działaniu tych H — substancji widzi szkoła Lewisa istotę odczynu ustroju na działanie kąpeli mineralnej. W istocie bowiem działanie tych H — substancji jest działaniem białka — a właściwie produktów jego rozpadu, odbywającego się w samym ustroju, analogicznie do wpływu, jaki wywiera na organizm białko, wpro-

wadzone pozajelitowo. Wywołują one bowiem również odczyn miejscowy ogólny i ogniskowy, podobnie jak i proteinoterapia. H — substancje działają tak samo, jak wprowadzone pozajelitowo białko w dwóch fazach: w pierwszej fazie — wstrząsu z narastaniem temperatury, zmianami we krwi itd. i w drugiej fazie — odczuleniu i powrotu do stanu normalnego. W praktyce jest jednak różnica między działaniem kąpeli i wprowadzonego pozajelitowo białka. W pierwszym przypadku odczynu są bardzo łagodne, są bowiem wywołane przez bodźce słabe, łagodne, naturalne i stopniowo sumujące się. H — substancje bowiem, powodujące te odczyny, są produktem rozpadu własnego białka ustrojowego (analogia do autohemoterapii, gdzie odczyn również jest bardzo łagodny). W proteinoterapii zaś, wprowadzając białko obce dla ustroju, otrzymujemy wstrząs silny i nagły, tym bardziej, że nie zawsze jesteśmy w stanie określić odpowiednią dawkę. Stosując więc kąpiele solankowe, możemy, odpowiednio regulując procentowość, temperaturę, ilość płynu i czas trwania, zależnie od przypadku, tak dawkować bodziec, by wywołać odczyn dla danego przypadku pożądany.

Jeżeli chodzi o wskazania do stosowania kąpeli solankowych, to na pierwszy plan wysuwają się schorzenia gośćcowe przewlekłe, zarówno pierwotnie, jak i wtórnie, oraz inne stawowe na tle zakaźnym, nerwowym i wewnątrzwydzielniczym (gościec okresu przekwitania itp.). Solanki przez rozszerzenie naczyń skóry i przekrwienie przyczyniają się do wzmożenia przemiany materii i wypłukiwania produktów zapalnych. Ruch schorzałych stawów i mięśni jest w solance znacznie ułatwiony. Według prawa Archimedeśa, ciało w cieczy traci pozornie na wadze tyle, ile waży ciecz, wyparta przez nie. W solance ze względu na jej wyższy ciężar gatunkowy ta utrata jest znaczniejsza. Według Wojciechowskiego, siła potrzebna do wykonania ruchu stawu w wodzie, stanowi 1/12 — 1/20 siły potrzebnej w powietrzu. Efekt ten osiąga się w znacznym stopniu w wannie, w stu procentach jednak osiągnięty zostaje w basenach, gdzie chory jest jakoby „zawieszony“ w płynie. Dlatego też Wojciechowski gorąco poleca wprowadzone szeroko w Ameryce kąpiele basenowe w sprawach stawowych, pozapalnych, pourazowych, przykurczach, zeszytwnieniach itd., połączone z masażem podwodnym.

Zabiegi tego rodzaju łatwo dają się wykonać w basenach ciepliczych przy źródle solankowym termalnym w Ciechocinku, gdzie w myśl wskazówek Wojciechowskiego zainstalowana została aparatura do masażu podwodnych. Istota jednak zadziałania solanek w schorzeniach reumatycznych polega na przestrojeniu organizmu przez bodziec nieswoisty, wyzwalający, według ostatnich poglądów, w skórze reumatyka dużą ilość H — substancji.

(C. d. n)

Oceny książek.

Helmuth MARX. *Arzt und Laboratorium*. Wyd. G. Thieme, Lipsk, 1939.

Książka ta różni się od podręczników analityki lekarskiej tym, że główny nacisk został położony nie na technikę badań, lecz na ich wartość kliniczną. Rozwój metod analitycznych w ostatnich dziesiętnościach lat doprowadził do tego, że lekarz klinicysta często nie może „z pamięci“ ocenić podanych mu wyników analiz i szuka zestawienia z danymi fizjologicznymi. Nie-

zależnie od tego, nawet w świetle takiego porównania „surowe“ dane laboratoryjne wymagają przesaczenia przez filtr analizy klinicznej, aby nie prowadziły na manowce przy łóżku chorego. Książka Marxa jest skromną na razie, ale rzeczową próbą załagodzenia starego już sporu o supremację kliniki i obserwacji nad pracownią analityczną (i odwrotnie). Już w obecnej postaci może oddać duże usługi praktykowi, pomagając mu w ocenie faktów pracownianych. Sądząc, iż założenia powyższe wystar-

czają, aby przychylnie ocenić intencję autora. Na razie jednak zbyt szczupłe rozmiary dzieła o tak kapitalnym zamyśle nie pozwalają na przypisanie mu wartości decydującej i każą przypuszczać, iż następne wydanie, znacznie rozszerzone poza ramy 160 stroniczek — spełni dopiero całkowicie swe zadanie.

Antoni Wajngot.

George W. BRAY. **Alergia i choroby alergiczne.** Wyd. „Wiedza”. Przełożył Dr E. Kosman.

Liczne sprzeczności natury teoretycznej, doświadczalnej i kliniczno-leczniczej są dzisiaj jeszcze udziałem tego bogatego i ciekawego rozdziału patologii nowoczesnej, do którego należą choroby alergiczne. Tymczasem znaczne rozpowszechnienie cierpień tego typu, przede wszystkim dychawicy oskrzelowej, wymaga jak najlepszego przygotowania zarówno ze strony internisty, jak i praktyka ogólnego. Doskonałym przewodnikiem w tym zakresie staje się dzieło Braya, który potrafił zespolic w harmonijną całość wszystkie elementy postępu wiedzy lekarskiej, jakie zjawily się ostatnio na horyzoncie badań nad alergią. Książka zawiera bardzo wiele wskazówek praktycznych, które umożliwiają rozpoznanie i leczenie etiologiczne nawet w warunkach codziennej praktyki prywatnej. Jako niewątpliwy mankament licznych wydawnictw zagranicznych podkreślić muszę zupełny brak danych piśmienniczych o autorach polskich, nieraz chlubnie zasłużonych. Niejednokrotnie już zwracałem uwagę na ten szczegół, wymagający wzmoczenia właściwej propagandy. Docenił te zastrzeżenia tłumacz i podał od siebie bibliografię polską, za co należy mu się szczególne uznanie, tym bardziej, że przedkład jest bez zarzutu.

Antoni Wajngot.

Norbert ORTNER. **Bóle brzucha.** Wyd. „Wiedza”.

Książka powyższa stanowi pierwszy tom monumentalnego

dzieła pt. „Bóle ciała”, którego tom drugi ukazuje się w bieżącym roczniku zeszytowego wydawnictwa „Wiedza”. Nagromadzone w nim jest ogromny i bogaty materiał kliniczny, który został przeprowadzony przez filtr krytycyzmu jednego z największych diagnostów współczesnej medycyny. Dlatego też nawet ogólne rozważania noszą na sobie wybitne piętno indywidualności Ortnera. Trudności, wynikające z istoty obranego tematu sprawiają, iż korzystać z niej może dopiero jako tako wyrobiony klinicysta, dlatego też nie można go polecać studentom i początkującym lekarzom.

Antoni Wajngot.

Józef HALBERSZTADT. **Leczenie związkami sulfamidowymi.** Wyd. „Wiedza”, Warszawa, 1938.

Broszura pod powyższym tytułem, dotycząca najbardziej aktualnych zagadnień chemoterapii zaleca się zwięzłością, a przy tym jest wyczerpująca — cytowane piśmiennictwo zawiera przeszło 200 pozycji. Podkreślić należy obiektywizm autora, szczególnie cenny w chwili, gdy preparaty sulfamidowe są nie tylko przedmiotem badań i zastosowań leczniczych, lecz także kością niezgody pomiędzy konkurującymi wytwórniami.

Antoni Wajngot.

Maurycy GRYNBAUM. **Leczenie krótkimi falami.** Wyd. „Wiedza”, Warszawa 1938.

Broszura zawiera podstawowe wskazania do leczenia krótkofalowego i może stać się dobrym przewodnikiem dla każdego praktyka ogólnego i dla każdego specjalisty, gdyż w pewnym stopniu umożliwia selekcję i kierowanie odpowiednich przypadków. Niestety, zacierają się niekiedy granice pomiędzy skalami uzyskanych wyników — wina to nie przytoczenia szczegółowych statystyk, które należy uwzględnić w następnym wydaniu.

Antoni Wajngot.

Wskazówki praktyczne.

Zapotrzebowanie ustroju na kwas askorbinowy oblicza Codrelle i jego współpracownicy na 100 mg dziennie. Większość ludzi nie odpowiada temu zapotrzebowaniu, gdy spożywa dietę, uważaną we Francji za normalną, zwłaszcza nie wystarcza tu pożywienie zimą i na wiosnę. Autorzy żądają przeto zarządzeń społecznych w tym kierunku oraz uświadamiania pod względem odżywiania fizjologicznego. (Presse méd. 1938. Nr 951).

—o—

Wychodząc z założenia, że witamina C w ilości 3 mg na 1 cm pożywki hamuje rozwój lasecznika Bordet-Gengou (Otani), Iancu, Oprisiu i Jule stosowali w *krztuścu u wątłych oseków* witaminę C w ilości 100 do 400 mg dziennie. Ponieważ wielkie dawki tej witaminy zostają wydalone z moczem, stosują autorzy z początku duże dawki, aby nasycić organizm omawianą witaminą, później zaś nie więcej, niż 50—100 mg dziennie, która to ilość wystarcza do utrzymania nasycenia ustroju witaminą C. Czas trwania choroby znacznie się skraca, liczba napadów zmniejsza się, szybkość opadania krwinek i obrotu krwi dochodzi do normy, powikłania płucne nie grożą, i waga ciała przewyższa okres przedchorobowy. (Cluj med. 1938. Nr 9).

—o—

Kreutzmann stosował z powodzeniem *Doryl w zatrzymaniu moczu po porodzie i po operacji*. Pożądany wynik otrzymywał albo przez stosowanie pozajelitowe 1 cm³ Dorylu, powtarzane w razie potrzeby po 20 min. albo 2 tabletek, również powtarzane w razie braku działania (Medizin. Welt 1938 Nr 47).

—o—

Frensche przekonał się o korzystnym działaniu *Eupaveriny w przypadku zatoru prawej tętnicy podkolanowej*. Stosował dwa razy dziennie domięśniowo i raz dożylnie 0,03 Eupaveriny z 0,00025 strofantyny i osiągnął taką poprawę, iż odstąpiono od zamierzonej już amputacji nogi. Leczenie zachowawcze świeżych zatorów za pomocą Eupaveriny jest zupełnie wskazane i należy je wypróbować, zanim się przystąpi do zabiegu operacyjnego. (Münch. mediz. Woch. 1938 Nr 45).

—o—

A. Nasiłowski przypisuje wyleczenie 4 ciężkich przypadków *nagminnego zapalenia opon mózgowych u dzieci* zastosowaniu intensywnej kuracji *Septaziny*. Autor podawał Septazinę zarówno w tabletkach, jak równocześnie domięśniowo i dożelnie. Zwiększa ostatnia forma podania leku okazała się najbardziej skuteczna. (Polsk. Gaz. Lek. Nr 6, 1939).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział lekarski

Posiedzenie z dnia 27 marca 1939 r.

Przewodniczący: dyrektor H. Hoyer.

Czł. St. Ciechanowski i M. Franke przedstawili pracę p. J. Nowickiego pt. *Sprawa pooperacyjnego zapalenia ślinianki przyusznej w świetle badania anatomicznego*.

Czł. W. Nowicki i M. Franke przedstawili pracę p.

W. Staufera pt. *Przysadka mózgowa i gruczoły płciowe w przypadkach dłuższej trwającego podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego*.

Czł. St. Ciechanowski i W. Nowicki przedstawili pracę p. J. Kowalczykowej pt. *Grzybica guzowata a ziarnica złośliwa*.

Czł. K. Lewkowicz przedstawił własną pracę pt. *Tuberkulokokkoid jako zarazek gośćcowy*.

Czł. J. Modrakowski przedstawił pracę wykonaną

wspólnie z p. J. Majcherczykiem pt. *Oznaczanie działania uspakajającego korzenia kozłka świeżego i suszonego*.

Czł. J. Modrakowski przedstawił pracę wykonaną wspólnie z p. W. Zakrzewskim pt. *Metoda oznaczania działania przeciwbólowego na myszach*.

Czł. J. Modrakowski przedstawił pracę pp. W. Zakrzewskiego i W. Gromulskiego pt. *Oznaczanie działania przeciwbólowego morfiny i pochodnych*.

Czł. M. Konopacki przedstawił pracę p. M. Cungego pt. *Badania nad pochodzeniem układu współczulnego*.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 31 marca 1939 r.

Obecnych 16.

Przewodniczył dr Kacprzak.

Uchwalono jednogłośnie wyasygnować 500 złotych na potrzeby Armii i wysłać pismo do Naczelnego Wodza, Marszałka Polski Edwarda Śmigłego Rydza.

Odczyt:

Dr Bonawentura Kamiński. *Drzewo genealogiczne w medycynie* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Dr H. Higier protestuje, że w medycynie nigdy nie lekceważono genealogii i to od czasów Hippokratesa i Galea, gdyż wywiady rodzinne obejmują przecież genealogię. Mówca wątpi, czy endogamizm daje zawsze złe wyniki. Oczywiście, jeżeli skrzyżowaniu ulegają dwie rodziny o złych cechach, wyniki muszą być złe; lecz skrzyżowanie dwóch dobrych rodzin nie musi dawać bezwzględnie złych wyników. U żydów endogamizm jest częsty, choć niekonieczny; częsty on jest również z konieczności (ze względu na obawy megaliansu) wśród dynastii panujących w Europie. Choroba Tay-Sachsa występuje tylko u żydów polskich oraz emigrantów żydowskich z Polski, rzadko u żydów litewskich i węgierskich, nigdy u żydów, zamieszkających w innych krajach; odgrywają więc tutaj rolę również czynniki geograficzne. Choroby dziedziczne przejawiają się bądź zaraz po urodzeniu, jak to często bywa w chorobie Tay-Sachsa, bądź później np. około 30-go roku życia, jak w chorobie Struempella, lub nawet 50-go roku życia, jak w płasawicy (chorea) Huntingtona. Krwawiczka (haemophilia) znana już była w talmudzie, cechuje się dziwnym sposobem dziedziczenia i nastręcza duże trudności, jeżeli chodzi o zagadnienie sterylizacji, gdyż niewiadomo kogo poddać wytrzebieniu: czy zdrową matkę, przenoszącą chorobę, czy chorego syna, nie przenoszącego choroby na swe potomstwo. Coraz bardziej odczuwa się potrzebę Instytutu Badania Dziedziczności, którego inicjatorzy, Rose i Borowiecki, niestety przedwcześnie zmarli. Zagadnienie sterylizacji jest bardzo delikatne; gdyby stosowano dawniej wytrzebienie, ludzkość byłaby pozbawiona uczonego tej miary, co Robert-Mayer, pochodzący z rodziny, obciążonej psychozą maniako-depresyjną, i kompozytora Beethovena, pochodzącego z rodziny, obciążonej głuchotą dziedziczną. Niemcy uważają, że stosując obowiązującą obecnie ustawę sterylizacyjną, nie będą mieli zupełnie za kilkadziesiąt lat psychopatów; inni uczeni natomiast uważają, że będzie to możliwe dopiero za kilkaset lat, inni wreszcie sądzą, że optymalny wynik da się osiągnąć dopiero za 3000 lat.

Dr Biro przypomina, że dużo się zajmował chorobami dziedzicznymi, pisał o chorobie Friedreicha, chorobie Littlea, chorobie Tay-Sachsa i dystrofii mięśniowej. W 25% przypadkach choroby Tay-Sachsa stwierdza się istnienie węzłów pokrewieństwa pomiędzy rodzicami, w pozostałych — nie udaje się ich stwierdzić. Ciekawe, że choroba ta występuje tylko u żydów polskich i rosyjskich oraz u ich potomków na emigracji. Mówca uważa, iż poza czynnikami genotypowymi odgrywają tutaj rolę inne jeszcze czynniki.

Prof. Szmurło przypomina, że i w oto-laryngologii są schorzenia dziedziczne; głuchoniemota, otoskleroz a cierpieniami dziedzicznymi. Dziedziczenie odbywa się tutaj według rozmaitych typów (recesyjny, dominujący). Francuscy autorzy wyróżniają jeden rodzaj głuchoniemoty jako rodzinny, nie uznając

w ogóle pojęcia głuchoniemoty dziedzicznej. Na dowód braku wpływu endogamizmu na powstawanie dziedzicznej głuchoniemoty cytowana jest pewna miejscowość we Francji, w której są nader częste małżeństwa między krewnymi, a w której nie ma wcale głuchoniemych; natomiast w Ameryce znane są miejscowości z częstymi małżeństwami między krewnymi i dość częstymi przypadkami głuchoniemoty. Do sterylizacji należy przystępować bardzo ostrożnie, nie wolno jej nadużywać. Sachs (z Tubingi) zaleca ostrożność w stosunku do sterylizacji dobrowolnej, wyłącza całkowicie jej przymus. Pojęcie konstytucji wiąże się dość ściśle z pojęciem dziedziczności. Konstytucja jest klinicznym przejawem tzw. Erbanlage. Zastępa eugeniki polega na zwróceniu uwagi lekarzy na znaczenie genealogii.

W odpowiedzi wyjaśnia dr Kamiński, że cel odczytu polega na popularyzacji zagadnień genealogicznych wśród lekarzy. Nad zagadnieniem sterylizacji, na które nauka polska straciła dwa lata, należy przejść do porządku dziennego. Prelegent zna prace H. Higiera, Biry z tej dziedziny i cytował je w swych pracach, podkreślał jednak pewne braki danych genealogicznych opisywanych przypadków. W powstawaniu chorób wrodzonych odgrywają rolę dziedziczność, zaburzenia ciążowe oraz warunki geograficzne (kretynizm).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 15 lutego 1939 r. (Med. Klin. Nr 10/1939) mówili Korth i Spang o *elektrokardiograficznych osobliwościach w przebiegu nadciężności*. Dla obrazu chorobowego nadciężności posiada rozstrzygające znaczenie stan serca. Serce demaskuje nadciężność, dlatego też prelegenci próbowali znaleźć u 200 chorych pewne typowe dla nadciężności zmiany. Okazało się, że w zmianach tych nie ma różnic między nadciężnością a chorobą Basedowa, że obie te sprawy są tylko ilościowo różnymi postaciami objawowymi tego samego obrazu chorobowego. Prelegenci znajdowali często wysokie wychylenie T, zaś odcinek S-T wykazywał przebieg, podobny do wieńcowego T, przy czym jednak wychylenie Q było zachowane. Jak wykazały badania prelegentów, zmian tych nie można kłaść na karb podawania narkotyków. Po operacji typ prawostronny przechodził często w lewostronny, co tłumaczy prelegenci w pewnych przypadkach ustąpieniem zastoiny w krwioobiegu małym, w innych — pooperacyjnym zmniejszeniem się serca. Badanie elektrokardiograficzne należy przeprowadzić nie jeden raz, lecz wielokrotnie, gdyż w ten sposób uzyskuje się o wiele pełniejszy i dokładniejszy obraz stanu chorobowego pacjenta.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 15 grudnia 1938 r. (Med. Klin. Nr 10/1939) mówił Holtz o *niedomodze przytarczyczek*. Dzięki wprowadzeniu do leczenia A. T. 10 rozszerzyły się nasze wiadomości o niedomodze przytarczyczek. Wiemy obecnie, że padaczka, migrena, omdlenia, zmiany charakteru, psychozy, nerwice serca, dusznica bolesna, kurczowe zaparcie stolca, wypryski i wreszcie ogólne zmęczenie mogą mieć za przyczynę niedomodę przytarczyczek. Rozpoznanie wyjaśniają jak najdokładniej zebrane wywiady, dokładne oznaczenie poziomu wapnia we krwi, energiczna próba hiperwentylacyjna, a w pewnych okolicznościach próba leczenia A. T. 10. Chorzy, przyjmujący regularnie od 7—8 lat z górą A. T. 10, nie wykazują żadnych uszkodzeń, ani przyzwyczajenia do tego środka. Spostrzegano samowyleczenie pod wpływem A. T. 10 — leczenie oszczędzające — nawet w ciężkiej tężyczej pooperacyjnej. A. T. 10 nie daje wyleczenia, lecz stanowi leczenie zastępcze, które należy prowadzić stale. Nieliczni tylko chorzy z objawami tężyczkowymi i hipokalcemią okazali się oporni na A. T. 10. Wśród opornych sześć razy częściej spotykają się kobiety, prawdopodobnie dlatego że hormon pęcherzykowy działa jako antagonist. Niedomodę przytarczyczek przebiegała przewlekłe, objawy się zmieniały, remisje były częstsze, niż się na ogół myśli. Zmniejszenie, a nawet zupełne zniszczenie zdolności do pracy i radości życia przez tężyczkę i możliwości wyleczenia jej za pomocą A. T. 10 powinna skłonić lekarzy do wyszukiwania nie tylko klasycznych przypadków, lecz również początkowych, szczególnie częstych między styczniem a marcem, i leczenia ich.

O d c i n e k

Z dziejów etyki wśród lekarzy Żydów wczesnego i późnego średniowiecza.

Podał

Dr med. Henryk HIGIER (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr 16).

Na ziemi francuskiej z tychże cnót w dziedzinie

etyki słynie w trzech pokoleniach rodzina Tibboni dów z 12. i 13. stulecia, głośnych lekarzy wśród rycerzy, biskupów, książąt Francji i szlachty zamorskiej.

8) Juda ibn Tibbon z Lunel w Languedocji pisze w r. 1090 w testamencie do syna: „Przed wszystkim rządź się w praktyce sumieniem i postępowaniem

niepokalanym. Co tydzień sprawdzaj używalność i czyistość wszystkich ziół i korzeni. Nie przepisuj w praktyce środków, których działania i nieszkodliwości oświadczenie i kilkakrotnie nie wypróbowałeś“.

9) Szem Tob ben Izak z Tortozy (1206 r.) tłumacz wielu dzieł arabskich i łacińskich, lektor medycyny w Marsylii, ostrzega lekarzy, aby nie zadawali się wyłącznie książką, nie zaniedbywali praktyki szpitalnej i łóżka chorego, aby pracowali w swoim zawodzie „bezinteresownie, a gdy potrzeba, to i bez odpoczynku“.

10) W 300 lat później rodak jego Jakub Provençal ze znanej rodziny filozofów, matematyków i kaznodziejów pochodzący, autor diagnostyki klinicznej, wygnany z Francji (1498) podczas walk wyznaniowych wraz z całym żydostwem ghetta, osiada w Mantui włoskiej, gdzie zdobywa również najwyższe wśród lekarzy stanowisko, jak historyk pisze, „dzięki wysoce sumiennemu, etycznemu i przyjacielskiemu uprawianiu swej sztuki“.

11) W Turcji odznaczyli się w XVI stuleciu głośny lekarz Mojżesz ibn Jachia i syn jego Gedalia nie tylko działalnością naukową, ale i w praktyce codziennej oraz na terenie społeczno-lekarskim. „Podczas epidemii czarnej śmierci — pisze historyk Carmoly — pracował dniem i nocą bez obawy zarażenia się, tysiące dukatów rozdawał wśród ubogich pacjentów bez względu na ich przynależność wyznaniową i narodowościową“.

12), 13) W Polsce na tymże polu byli głośni w XVI. stuleciu doktor Salomon ze Lwowa, nostryfikowany Hiszpan, Salomon Kalahora z Krakowa, z rodziny, która blisko 250 lat dostarczała Polsce wykwalifikowanych lekarzy i aptekarzy. Obaj odznaczni zostali tytułem honorowym seniorów Gminy i różnymi przywilejami, według kronikarza — jako „lekarze uczeni i bezinteresowni, lekarze święci i czcigodni“.

Wspomnieć wreszcie chciałbym o rodzinie lekarzy de Lima, wychowawców wszechnicy włoskiej Padwy w 3-ch pokoleniach. 14) Mojżesz de Lima, absolwent dwu fakultetów, wielki praktyk Wielkopolski, naraził kiedyś — ze względów etycznych — swoje wysokie stanowisko społeczne, odmawiając przyjazdu na konsultację lekarską do dalekiego Krotoszyna bardzo wysoko przy dworze postawionej osobie i prosząc w liście, „aby szlachetna pacjentka sama orzec raczyła, czy może sumienny lekarz dla jednej, nawet bardzo wpływowej osoby, pozostawić całe grono poważnie chorych, a nieraz ubogich osób na łasce losu“.

Włosko-żydowski lekarz wenecki, słynny z sumienności i etyczności, jednocześnie poeta, satyryk, filozof i astronom 15) Kalonymos ben Juda, znany jako Maestro Calo (1301 r.) w jednej z wymownych satyr kreśli wizerunek lekarza dorobkiewicza, nie liczącego się z przepisami etyki zwyczajowej. „Macając godzinę ledwie wyczuwalny puls konającego swego pacjenta, wachając jego mocz i kał, przyglądając się zapadłej twarzy, złowroźnej *facies hippocratica moribundi*, czcigodny nasz „Doktor medycyny“ decyduje w wielkim smutku i rozpaczliwie doraźnie w ostatniej chwili konania pacjenta upomnieć się o zaległe od kilku dni honorarium: cmentarz bowiem i to cmentarz własnych pacjentów daje i dawał, niestety, zawsze i wszędzie jednocześnie pieniądze i sławę“.

Papież Mikołaj IV (1292) oraz późniejszy Ojciec święty Bonifacy IX (1399) wyrabiają swoim nadwornym lekarzom dyplomy „obywateli Rzymu“, zwalniając

ich rodziny od wszelkich podatków, wystawiają świadectwa, że „ci Żydzi są w swoim zawodzie bardzo doświadczeni i sumienni, uprzejmi i poświęcający się, spieszą z pomocą ubogim i potrzebującym“.

16) Mojżesz Rieti ze Spoleto (1388) słynął z „poświęceń w swoim zawodzie lekarskim“ i jako poeta z Bożej łaski, dzięki poematowi w 8 częściach, wzorowanemu na „Boskiej Komedii“, przezwany został „hebrajskim Dantem“. Adorator Hipokratesa, ceni on wysoko jego aforyzmy i pisze do nich jako wzór etyki własny komentarz.

17) Izak Israeli, Hiszpan, zostawił tekst hebrajski swojej propedeutyki i deontologii lekarskiej, tłumaczonej później na różne języki i jako ciekawy dokument przez medyko-historyka Haesera mocno podkreślony: „Ty jako lekarz — dowodzi Israeli w jednym ze swych dzieł — nie przynosisz ulgi i zdrowienia, lecz przyspieszasz jedynie naturalny bieg choroby i samobrony ustroju. Gdzie możesz nie zmieniać trybu życia i diety, nie zmieniaj. Nie lekceważ wypróbowanej przez samego pacjenta diety, ona nieraz więcej daje od wszystkich twoich ordynacji i medykamentów. Unikaj „cudotwórczych“ nowych leków. Nie obiecuj nigdy zupełnego wyleczenia. Na miejsce bezgranicznych możliwości natury nie wysuwaj na plan pierwszy pewności swojej terapii. W dietetyce szanuj rzeczy proste, niedrogie, nieskomplikowane. W praktyce lekarskiej sumiennność bardzo wiele znaczy“.

Niektórzy, teologicznie nastawieni uczeni wyraźnie traktują sumiennność, gruntowność i dokładność u lekarza jako obowiązek, a nawet jako nakaz religijny.

18) Głośne i wśród Żydów wierzących mocno rozpowszechnione kompendium prawne Józefa Karo z 1567 r. (Szulchan Aruch), które jeszcze za życia autora urodzonego w Hiszpanii, zmarłego w Palestynie, doczekało się w Wenecji 6-ciu wydań i jako późniejszy „Przewodnik“, obowiązujący do obecnych czasów żydostwo prawowierne wszystkich krajów, między innymi wyraźnie podkreśla, iż lekarz swojej pracy lekarskiej i swoich środków leczniczych nie winien cenić zbyt wysoko, że praktykę samodzielną rozpocząć ma sumienie i to dopiero wtedy, gdy posiada już gruntowne wiadomości z lecznictwa praktycznego, a „wybrać sobie winien placówkę w mieście, nie obsadzonym przez lepszych odeń lekarzy“.

W tej gruntowności wiedzy wśród lekarzy żydowskich średniowiecza i ich sumienności upatruje prof. Prunelle, medyko-historyk wszechnicy w Montpellier, przyczynę dziwnego zjawiska, że przez długie stulecia wierzone, iż, aby być dobrym i doświadczonym lekarzem, należy być Żydem lub pochodzenia żydowskiego.

* *

Toteż liczni królowie, panujący na tronach, liczni przedstawiciele wyższego duchowieństwa, arcybiskupi, kardynałowie i papieże, mimo edyktów antyżydowskich, sami korzystali *larga manu* z pomocy lekarzy i uczonych żydowskich.

Przykładów tego rodzaju posiada historia medycyny średniowiecza mnóstwo, choćby w papieżu Gelasiaszu z 5-go wieku, w królach Karolu Wielkim, Karolu Łysym, Hugonie Kapetyngu, leczonych przez lekarzy żydowskich, wreszcie w Ludwiku IX, autorze edyktu, wydanego przeciw Żydom, który jednak sam do ciężko chorego krewniaka swojego, hrabiego Alfonsa, wezwał do Francji lekarza Abrahama z Aragonii hiszpańskiej.

Niższe duchowieństwo katolickie, a później za czasów Lu tr a rodzące się duchowieństwo protestanckie, nieprzychylnie do Żyda usposobione, powoływało się ciągle na popularne orzeczenie Talmudu (Kiduszim 82a), który znał tylko lekarza żydowskiego (asia, rofe), że „i najlepszy lekarz wart jest piekła”. Zapomniał kler o tym, że zdanie takie mógł rzucić zgorzkniały mędrzec, któremu na nieuleczalną chorobę nie pomogli najwybitniejsi fachowcy, czyli, że aforyzm ten brzmiałby jak bon mot: i profesor medycyny diabła wart (*nota bene* diabła, który zamieszkuje piekło średniowiecza).

Toteż może nie bez słuszności rozpaczliwie woła na początku 14-go stulecia znany jako wróg Żydów A r n o l d o d e V i l l a n o v a, a tuż za nim mnich franciszkański A l f o n s o d e S p i n a: Dlaczego w klasztorach męskich i żeńskich grasują wyłącznie Żydzi, a nie swoi lekarze?, dlaczego gościny tym diabłom udzielamy, właśnie my sami?

Może też nie bez związku przyczynowego z tym faktem i książęta Kościoła, Papieże Eugeniusz IV, Mikołaj V oraz Kalikst III w bullach swoich również ostrzegają przed lekarzem żydowskim wbrew bardzo przychylnym tolerancyjnym odnośnym edyktom innych papieży: Marcina V, Piusa II, Pawła II, Innocentego VIII i Klemensa VII (1422—1534).

W tym kierunku nawet wślawił się niebardzo fortunnie kaznodzieja Bernardyn d e F a l t r e w XV. stuleciu, który postępowanie Żyda lekarza L a z a r u s a potępia publicznie pono z tego powodu, że on nauką, wiedzą, powagą, pomocą finansową dla miasta oraz bezinteresownym leczeniem ubogich świadomie z perfidią przyciąga klientelę, żądając wzamian, aby wyleczeni przypisywali i głosili ocalenie życia jedynie Bogu, nie zaś Świętym Kościoła.

Mniej kompromisowo brzmiało wyjątkowe prawo, wydane w r. 1293 na Sycylii, które odsądza od czci i wiary sędziów i lekarzy pochodzenia żydowskiego, a w razie ujawnienia pacjenta chrześcijanina wśród klienteli lekarza-Żyda wyraźnie skazuje pierwszego na 3, drugiego na 12 miesięcy ciężkiego więzienia o chlebie i wodzie, wprowadzie z bogobojnym i dobroczynnym przelaniem honorariów lekarza i kosztów środków lekarskich na rzecz ubogich miasta. Wszak jeszcze w r. 1657 duchowieństwo w sprawie lekarza H i r s c h a orzekło: *es sei besser mit Christus gestorben, als per audendoctor mit dem Teufel gesund worden* (L u m e r t).

Jako dowód, że nie wszędzie jednak w Niemczech tak się działo, przytoczyć chcę nekrolog chrześcijański po lekarzu żydowskim H i r s c h l u, o 100 lat później w Berlinie zmarłym, który kończy się następującym wierszem, opiewającym wysoki poziom etyczny nieboszczyka:

Wenn wir dereinst aus unseren Gräbern gehn,
Und die Gerechtigkeit Lohn und Bestrafung giebt,
Wird Hirschel ihrem Thron gewiß zur Rechten
stehn;
Denn er hat viel zu treu hier seine Pflicht geliebt.
Er linderte umsonst des Armen Krankheitsleiden.
Und war bereit den Nackenden zu kleiden,
Und brach dem Hungrigen sein Brod,
Weils ihm sein fühlend Herz geboth;
In welches Gott, als es entstand, geschrieben:
Du sollst mich, und nach mir, die Menschen alle
lieben.

* * *

Kończąc swój odczyt, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na dwa najbardziej autentyczne dokumenty, pozostałe po dwóch znakomitych lekarzach-Żydach, w historii medycyny bardzo głośnych, a świadczące o ich stosunku pod względem etyczno-moralnym do praktyki prywatnej. Pierwszy z tych dokumentów przypisują lekarzowi arabskiemu z r. 1135, drugi Hiszpanowi z r. 1511

19) Ów lekarz żydowsko-arabski XII. stulecia Rabbi Mojżesz b e n M a j m o n lub R a m b a m z K o r d o w y, głównie znany jest w dziejach jako filozof, humanista o przydcmku Rabbi M o s e s A e g y p t u s lub M a j m o n i d e s, twórca pewnych norm prawno-kodyfikacyjnych (Jad Hachazaka), filozoficznych (*Dux dubiorum, Doctor perplexorum*) i lekarskich (16 prac z różnych działów medycyny).

Prace jego w licznych wydaniach ukazały się w przekładzie prawie na wszystkie główne języki europejskie, nie wyłączając łacińskiego, z którego obficie korzystało przez dwa stulecia całe wyższe duchowieństwo katolickie.

Hiszpania, czcząc i świętując w ubiegłym roku rzadką rocznicę, 800 lecie urodzin M a j m o n i d e s a, „tego człowieka, który był chlubą kraju, wślawił jego imię i sławę tę szeroko roznosił poza granicami kraju”, Hiszpania przypominała w odezwach i manifestach *urbi et orbi* „o doniosłości dzieła tego najbardziej uczonego męża, dzieła wiekopomnego nie tylko dla filozofii religii, lecz także dla ogólnej humanistycznej filozofii średniowiecza, dzieła, które otworzyło nowe horyzonty dla myśli ludzkiej w dziedzinie medycyny, astronomii, matematyki, filozofii oraz studiów judaistycznych”.

Dodałbym od siebie, idąc śladem jego najlepszych biografów, że ze skarbnicy jego traktatu filozoficznego (*Przewodnik dla błądzących*), na modłę A r y s t o t e l e s a i P l a t o n a zredagowanego, pełnymi garściami czerpali zarówno chrześcijańskie ówczesne duchowieństwo (Albertus Magnus oraz Tomasz z Aquino, najwięksi teolodzy filozofowie średniowiecza), jak późniejsi filozofowie (Gotfryd L e i b n i t z, Baruch S p i n o z a, Mojżesz M e n d e l s o h n, Mojżesz M a j m o n).

W sprawie tego właśnie lekarza pyta z emfazą w pewnym dziele swym lord B e a c o n s f i e l d, głośny premier ministrów, popularny beletrysta i filozof, renegat wiary żydowskiej: „Czym są wszyscy filozofowie scholastycy, nawet sam Tomasz z Aquino i cały akwinat, nawet sam Albert Wielki wobec Mojżesza M a j m o n i d e s a, od którego wywodzi się wszak cała filozofia średniowiecza, jak od Barucha S p i n o z y cała filozofia współczesna?”.

Pracował M a j m o n z Kordowy intensywnie w medycynie, pisząc w godzinach — jak z zachowanej korespondencji widać —, nocnemu odpoczynkowi wyrwanych, dzieła oryginalne z higieny indywidualnej i społecznej, farmakologii i dosologii, seksuologii i traumatologii *).

Lekarz praktyk i naukowiec, opiekun zdrowia sułtana egipskiego Saladina i króla Ryszarda Lwie Serce, propagatora pochódów krzyżowych, króla angielskiego, słynie jako racjonalista w terapii, jako wielki zwolennik, adherent i komentator H i p o k r a t e s a, jako krytyk A r y s t o t e l e s a, sympatyk neoplatonizmu, opoent i korektor G a l e n a, jako psychoanalityk pro-

*) Tractatus de regimine sanitatis — 4 tomy —, De causis et indiis morborum, Toksykologia (2 tomy), Higiena psychiczna, Ars coeundi, Aforyzmy własne oraz komentarze do aforyzmów Hippokratesa i Galena.

roków i prorocत्व Starego Testamentu, wróg fatalizmu w terapii, tępicieł w medycynie i wśród lekarzy ówczesnych rozpowszechnionej wiary w gusła, uroki, zabobony, zaklęcia, zamawianie chorób, talizmany, wiarę w wersety z Biblii lub Kabały, wiarę w sympatyczne leczenie chorób wątroby wątroba, przeciwnik złożonych recept, znawca higieny, dietytyki i toksykologii, interpretator wpływu ducha na ciało i ciała na duch bez uciekania się do modnych wśród pseudolekarzy szalbierzy czarów, mistycznych cudów, jasnowidztwa, czarnoksięstwa i innych suggestywnych metod, uwłaczających powadze lekarza.

Z jego aforyzmów (Firkas Mosze) i Kodeksu prawodawstwa (More Nebuchim) przytaczam niektóre, charakteryzujące jego wysoki poziom moralny: Nawet dobry lekarz, ale nie ćwiczący się stale w etyce, nie jest godzien nazwy lekarza. — Lecznictwo, zwłaszcza dietytyka, prowadzi drogą okólną do rozwoju etyki, hamując popędy, namiętności, skłonności, podkopujące zdrowie. — Racjonalizm w dietytyce lekarza ćwiczy w hamowaniu nałogów fizycznych i duchowych, niszczących zdrowie pacjenta.

Wielce ciekawa jest modlitwa ranna, odmawiana codziennie przez Majmonidesa przed rozpoczęciem praktyki, modlitwa, znaleziona przed stu laty i opublikowana przez historyka Kayserlinga w r. 1863, cytowana następnie przez Pastorelliego w r. 1933, a pełna szlachetnych myśli, tchnąca, jak przystoi rabinowi, autorowi etyki ogólnej (Misze Thora), idealizmem, głęboką religijnością, bezinteresownością i miłością w stosunku do pacjenta, jakiegokolwiek byłby pochodzenia. Modlitwa pod względem rozległości poruszonych w niej tematów dorównywa, tu i owdzie nawet przewyższa słynną przysięgę Hipokratesa oraz cytowaną wyżej przysięgę Asafa Hebrajczyka:

„Wspomóż mnie, najdobrotliwszy Panie, w tej wielkiej pracy, by ona była skuteczna, bo bez Twej pomocy nawet najdrobniejsza rzecz nie może się udać.

Niechaj mię ożywia miłość ku sztuce lekarskiej i ku tworom Twoim!

Nie dopuść, by chciwość zysku, gonienie za sławą, zaszczytami kierowało czynami moimi, bo te wrogi prawdy i miłości bliźniego mogłyby mię łącno uwieść!

Wzmocnij siły serca mego, by gotowe były służyć jednako biednemu i bogatemu, dobremu i złemu człowiekowi, przyjacielowi i wrogowi! Spraw, bym w cierpiącym widział tylko człowieka!

Niechaj duch mój u łoża chorego zawsze panuje nad sobą i niechaj go żadna uboczna myśl nie rozprasza, by wszystko to, czego się nauczył przez doświadczenie i badania, było mu przydatne i by nic nie zdolało go zamącić! Wielka i zbawienna jest tylko w skupieniu myśl badawcza, która ma utrzymać pomyślność i zdrowie stworzenia.

Użyj chorym zaufania do mnie i do mej sztuki lekarskiej, by słuchali moich przepisów i wskazówek.

Oddal od łoża chorego wszelkich znachorów szarlatanów oraz legion doradzających bab, kumoszek, krewnych i rzekomo wszystko wiedzących pielęgniarek! Jest to bowiem tłum straszny, który przez swą zarozumiałość i głupotę udaremnia najlepsze zamiary sztuki lekarskiej, a twory Twoje często prowadzi do zguby i śmierci!

Gdy ludzie, nieznający się na sztuce lekarskiej, ganić mię będą i wyszydzać, niechaj ukochanie sztuki lekarskiej jako pancerz ducha mego chroni, bym, nie bacząc na opinie, powagę i wiek nieprzyjaciół, wytrwał przy prawdzie!

Użyj mi, Boże, łagodności i cierpliwości przy chorych obrażających lub krnąbrnych, daj mi umiarkowanie we wszystkim, byle tylko nie w pożądanu wiedzy i umiejętności; w tej dziedzinie pozwól mi być nienasyconym i łakącym! Niechaj daleka będzie ode mnie myśl, jakobym wszystko już wiedział i wszystko już umiał! Daj mi siłę, czas, wolę i sposobność do rozszerzania, powiększania i pogłębiania wiedzy mojej! Wszak duch mój może dziś poznać i odkryć błędy, których wczoraj nawet nie przeczuwał! Sztuka jest wielka, ale rozum ludzki sięga zawsze coraz dalej i coraz wyżej!“.

Modlitwa Majmonidesa, według głośnych historyków Graetza, Pagela i Dubnowa charakteryzuje dobitnie, mimo naiwności tekstu, wiecznie aktualną tragedię, którą przeżywa każdy lekarz, pragnący iść drogą, wskazaną mu przez wiedzę i sumienie, przez etykę ogólnoludzką i przykazania zawodowe.

Ciekawa jest rzecz, że jeszcze w 200 lat po śmierci Majmonidesa, wyraził się Papież Bonifacy XI (1400 r.) w tej sprawie, jak następuje: „Lekarze żydowsy są w wykonaniu swego zawodu bardziej przystępni, bardziej etyczni, przyjacielscy i życzliwi, dbają o pomoc dla ubogich i potrzebujących jej, nie gonią za wynagrodzeniem mimo dzielności swej“.

Tak prezentują się „Aforyzmy z etyki“ i „Modlitwa ranna“ Majmonidesa, lekarza, filozofa i prawnika pierwszej rangi, człowieka walki, którego kult w krajach arabskich po dziś dzień graniczy z kultem osoby świętej, bojownika o swoje przekonania, którego dzieła całego żywota w r. 1234 sądownie spalono publicznie na stosie. Miasto rodzinne, Kordowa hiszpańska, pamięć jego mimo to uczciła placem i ulicą Majmonidesa, a Tyberiada palestyńska nad jeziorem galilejskim, gdzie po wygnaniu życie zakończył ten lekarz, uczciła go pięknym nagrobkiem z wrytą misternie epitafią: „Jeśli byłeś człowiekiem, matkę Twoją aniołowie wieczną otaczali opieką“. Epitafia znamienita, ale pod nią fanatyczna ręka jeszcze po wielu, wielu latach nieubłaganemu wolnomyślicielowi znamienity założyła dopisek: tu leży Majmonides, kacerz na wieki wyklęty.

* *

(Dok. nast.)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Higiena i bezpieczeństwo pracy w przemyśle niemieckim, angielskim i belgijskim.

Reportaż z wycieczki naukowej.

Podał

Dr J. HOZER (Warszawa).

Nowoczesna higiena pracy rozwija się równolegle

do nauki o bezpieczeństwie pracy, a ta z kolei wiąże się ściśle z rozwojem przemysłu i techniki.

Na tym tle kształtują się trzy różne sylwetki lekarza higienisty pracy, trzy różne nastawienia, trzy różne specjalności. Typ pierwszy — to badacz zagadnień naukowych z dziedziny higieny pracy w laboratoriach, zakładach higieny, przy wydziałach i innych instytucjach

naukowych. Typ drugi — to klinicysta, pracujący w dziale lecznictwa, związanego z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi, a więc chirurg instytutu chirurgii urazowej, specjalista chorób skórnych zawodowych, specjalista okulistyki urazowej, specjalista w ortopedii dla przywracania inwalidów czynnemu życiu gospodarczemu. Typ trzeci — to lekarz fabryczny, związany z przedsiębiorstwem, to lekarz przemysłowy, wchodzący w skład inspekcji pracy lub nadzoru przemysłowego, lub wreszcie organizator bezpieczeństwa i higieny pracy, działający wspólnie z powołanymi do tego celu czynnikami technicznymi, gospodarczymi i ustawowymi.

Gdy dwaj pierwsi pracują w zaciszu laboratoriów, albo w cieniu kliniki, czy szpitala, trzeci działa wśród zgiełku maszyn fabrycznych. Gdy pierwszy i drugi bada i pogłębia przede wszystkim stronę teoretyczną, laboratoryjną, czy kliniczno-leczniczą higieny pracy, ten trzeci działa praktycznie na olbrzymim pograniczu medycyny i nauk technicznych. Upodabnia się do inżyniera. Nabiera janusowego oblicza. Jedno oblicze zwrócone ma ku czynnikowi ludzkiemu, ku medycynie i psychologii. Drugim zwrócony jest ku maszynie i organizacji produkcji przemysłowej. Zagadnienia praktycznej higieny pracy zajął się tak ściśle z zagadnieniami bezpieczeństwa i organizacji pracy, że często jednym od drugich wprost oddzielić nie podobna. Ten typ lekarza, którego nazwać by należało „lekarzem bezpieczeństwa i higieny pracy“, jest wprost przygnieciony nawałem nowych tematów, których w medycynie nie spotykał, a których rozwiązywanie i poznawanie jest warunkiem dalszego postępu. Jest to dziedzina par excellence pionierska, nowa, która daleko wyprzedza medycynę laboratoryjną i kliniczną. Ta ostatnia z wielkim opóźnieniem otrzymuje na swój warsztat zagadnienia i tematy, rodzące się, jak grzyby po deszczu na polu dzisiejszej techniki, techniki, która tworzy nowe ryzyka pracy, produkuje coraz to nowe, a dla zdrowia szkodliwe substancje, coraz to nowe, a pod względem higienicznym jeszcze niezbadane metody pracy.

W tym to charakterze lekarza bezpieczeństwa i higieny pracy, jako wyznawca tego najnowszego kierunku działalności zawodowej lekarza higienisty pracy, przyłączyłem się do wycieczki naukowej Sekcji Bezp. Pracy Stow. Inżynierów Mechaników Polskich. W ciągu października ub. roku miałem możność zapoznać się z obecnym stanem bezpieczeństwa i higieny pracy w wielkich i średnich przedsiębiorstwach niemieckich, angielskich i belgijskich. Niestety, sytuacja międzynarodowa była już wówczas taka, że nie wszystkie działy produkcji stanęły przed nami otworem, i nie we wszystkie można było wniknąć szczegóły. Jeżeli chodzi o Anglię, to nastawienie Anglików było podówczas w stosunku do nas nacechowane jeszcze dużą rezerwą, a nawet niechęcią. Jednak to, co widzieliśmy i słyszeli, pozwalała na sformułowanie wielu wrażeń i wniosków ogólnych.

W walce z wypadkami i chorobami zawodowymi przeplatają się na całym świecie dwa czynniki: czynnik przymusu i czynnik dobrowolności. Akcja oparta jest bądź na przymusie ubezpieczeniowym, bądź na działalności stowarzyszeń i związków dobrowolnych, bądź na jednym i drugim. Uderza ogromna różnica między Niemcami i Anglią.

W Niemczech widzimy niezmiernie szeroko i głęboko rozbudowane ustawodawstwo pracy, bardzo skomplikowany aparat nadzoru państwowego (pośredniego

i bezpośredniego) oraz sieć związków zawodowych o charakterze przymusowym i publiczno-prawnym. Niemal każda gałąź pracy jest już ujęta w regulaminy, przepisy i reguły, a specjalizacja w tym kierunku poszła daleko. Jakkolwiek bardzo wiele się robi, aby społeczeństwo pracujące z własnych pobudek rozwijało działalność na polu bezpieczeństwa i higieny pracy, to jednak całą tę organizację możemy ogólnie określić jako opartą na przymusie ustawowym i ubezpieczeniowym.

Natomiast w Anglii, a w dużym stopniu i w Belgii przeważa czynnik dobrowolności i prywatnej inicjatywy. Z punktu widzenia uczuciowego jest to o wiele sympatyczniejsze, nie wchodząc w to, czy skuteczniejsze. Mój oschysty pogląd jest ten, że w akcji zapobiegawczej najlepsze wyniki dawać będzie umiarkowane połączenie czynnika przymusu z czynnikiem prywatnej inicjatywy, wolności i autonomii. Mogę z przyjemnością stwierdzić, że podobny pogląd ustala się i u nas w kraju. Odpowiada on najlepiej naszym właściwościom społecznym i narodowym. To pierwsze wrażenie ogólne.

Drugie spostrzeżenie, które może nas, jako lekarzy społecznych, interesować z punktu widzenia naukowego i zawodowego, to przekształcanie się poglądów na kierunek i metody akcji zapobiegawczej.

Gdy drastyczne statystyki wypadków i chorób zawodowych zaczęły dawać smutny obraz bezpieczeństwa w przemyśle rozwijającym się w kolosalnym tempie, i gdy do świadomości doszły liczby, ilustrujące ogromne straty finansowe, jakie z tego powodu ponosi gospodarstwo społeczne i prywatne, rozpoczął się wszędzie ruch w kierunku wprowadzenia zabezpieczeń technicznych na maszynach. Uważano ogólnie, że zabezpieczenie maszyn usunie wypadki i pozwoli na zwiększenie wydajności pracy robotników. Przez pewien czas trwano w mniemaniu, jakoby zastosowanie technicznych urządzeń zabezpieczających rozwiązywało zasadniczo sprawę bezpieczeństwa. Rozwój wypadków dowiódł jednak, że zabezpieczenia techniczne rozwiązują tylko część zagadnienia, i że walki z wypadkami i chorobami zawodowymi nie podobna wygrać bez jak najdalej idącego uwzględnienia czynnika ludzkiego. Wówczas wysunął się na czoło pogląd przeciwny, głoszący, że tylko uświadomienie robotnika o źródłach ryzyka pracy, że tylko jego własna uwaga i ostrożność zdolne są przeciwdziałać skutecznie wypadkom. Twierdzono, że nie pomogą nawet osłony techniczne, jeżeli robotnik nie uważa przy pracy, jeżeli ostrożność jego stępuje na niebezpieczeństwo, lub gdy robotnik objawia lekkomyślność, brawurę i lekceważy sobie niebezpieczeństwo. Zaczęła się intensywna akcja w kierunku pobudzania własnej ostrożności pracowników. Doprowadzono w tym do przesady. Ociekające krwią i pełne grozy afisze itp. środki ostrzegawcze okazały się wkrótce środkiem złym. Wywoływały nieraz reakcję wprost przeciwną od zamierzonej. Wkrótce też od tych metod odstąpiono i zaczęto stosować metodę uświadamiania porównawczego: jak robić nie należy i jak robić trzeba. I ta metoda w większości wypadków zawiodła. W wyobraźni robotnika wbijały się często nie obrazy pozytywne, lecz właśnie negatywne, co prowadziło do niebezpiecznych omyłek. Statystyki w tym okresie czasu zaczęły wykazywać najwyższy odsetek „własnej winy“ pracowników w genezie wypadków. Ta tzw. własna wina zaczęła zresztą dominować w statystykach już po raz drugi. Pierwszy raz stanowiła ona główną część statystyki jeszcze w czasach,

gdy nie było technicznych urządzeń zabezpieczających. Niechęć przedsiębiorców do wykładania sum na te zabezpieczenia była przyczyną zwałania całej winy za wypadki na pracowników. Gdy urządzenia zabezpieczające wreszcie powprowadzano, cały szereg wypadków, które dawniej przypisywano brakowi zabezpieczeń, zaczęto znowu przypisywać winie pracowników. Był to okres czasu, w którym zagadnienie czynnika ludzkiego w genezie wypadków upraszczano sobie w sposób niedopuszczalny. I nie można się temu dziwić. Rola lekarzy w przemyśle była niemal równa zeru. Nie było lekarzy, związanych z warsztatami pracy, a tzw. higieniści pracy byli to przeważnie tylko naukowcy z kliniki lub laboratorium. Technicy odpowiedzialni za ten stan rzeczy nie mieli światopoglądu biologicznego, a lekarze nie orientowali się w świecie techniki i produkcji. Technicy zarządzili wszak od wieków warsztatami pracy, w których nie było lekarza. Wskazania medycyny pracy przenikały do umysłu techników bardzo powoli.

W ciągu ostatnich lat, pod wpływem doświadczeń i rozwijającej się działalności zapobiegawczej lekarzy higienistów, władz zdrowia oraz kontroli organów bezpieczeństwa i higieny pracy, stan rzeczy zaczął się zmieniać na lepsze. Ewolucja poglądów nie przebiega jednak i dziś jeszcze bez rozmaitych anomalii. Gdy laicy liźnęli nieco medycyny społecznej z popularnych wydawnictw propagandowych, zaczęli się bawić sami w lekarzy i uprawiać higienę na własną rękę. Stracono wiele czasu na niefortunne przedsięwzięcia. Wprowadzano więc wentylację bez wartości, mieszącą powietrze tam i z powrotem. Dano odzież ochronną, powodującą przegrzewanie ciała; rozdawano nieodpowiednie okulary ochronne, wywołujące we wnętrzu zabójcze podwyższenie temperatury, przepuszczające najszkodliwsze promieniowania, nie odpowiadające wymaganiom co do pola widzenia itp. Innowacje powprowadzano na podstawie indywidualnych poglądów, bez aprobaty fachowych czynników higieny pracy na zasadzie fragmentarycznych publikacji. W imię słuszności należy jednak przyznać, że ten okres działalności laików dał też i wiele dobrego. Zakłady pracy ujrzały nareszcie światło dzienne. rozszerzono przestrzenie oddechowe, rozluźniono tłok przy stanowiskach roboczych, wprowadzono higieniczne ustępy, umywalnie i jadalnie. Równocześnie jednak podwyższono w sposób niebywały tempo i tzw. wydajność pracy. Korzyść, jaką odnosił ustrój człowieka pracującego z polepszenia warunków higienicznych, przepadała wskutek zwiększonej eksploatacji tego ustroju. Z chwilą wprowadzenia higienicznych ustępów, jadalni i umywalni, uważano, że higienista pracy poza selekcją lekarską przyjmowanych do pracy nie ma nic do roboty, zwłaszcza, że lecnictwo ubezpieczenia załatwiała. Ten stan rzeczy nie mógł dać zadowolających wyników. Stwierdzono obiektywnie, że ustrój ludzki zużywa się przedwcześnie, że okres pełnowartościowości roboczej pracującego człowieka skraca się, że po prostu człowiek przestaje się amortyzować, podobnie jak nie ma czasu zamortyzować się maszyna, od której żąda się za wiele, a nie daje się jej, czego potrzebuje.

Zjawisko to dało się odczuć szczególnie silnie w Niemczech, które, jak wiadomo, wplotły w swój program gospodarczy wszystkie siły robocze, jakie tylko stały do dyspozycji. Statystyka była dalej niezadowolająca, jakkolwiek w porównaniu z latami poprzednimi wykazywała polepszenie.

W tym to okresie padło w Niemczech hasło, dające się streścić w sloganie: „przedłużyć pełnowartościowość roboczą pracownika o lat dziesięć“. Hasło to rzucili lekarze, i to właśnie ci lekarze, którzy swą działalnością związani byli z warsztatami pracy. Hasło to w tej chwili toruje sobie drogę w życiu.

Przybyłem do Niemiec w chwili, gdy pod wpływem doświadczeń ostatnich lat zaczęła się zaznaczać dalsza ewolucja poglądów.

Zaczyna znikać pojęcie „winy“ ludzkiej, a na to miejsce wchodzi pojęcie „własnego zachowania się pracownika“, jako czynnika, odgrywającego główną rolę w genezie wypadków i chorób zawodowych. Przekonano się, że nadmierna eksploatacja sił ludzkich nie może iść poza granice fizjologiczne, ani nawet granic tych dosięgać. Racjonalna gospodarka czynnikiem ludzkim wymaga używania sił bez konsumowania rezerw fizjologicznych. I tu zaczyna się rola lekarza higienisty. Jeżeli siła ludzka jest eksploatowana ponad miarę, powstają wypadki. Nie może być mowy o winie pracownika, jeżeli wskutek przemęczenia stępieje jego wrażliwość, skupienie uwagi i ostrożność. Nie można mówić o winie, jeżeli pracownik nie jest psychofizycznie zdrowy, jeżeli jego stosunki rodzinne, majątkowe i społeczne wprawiają go w depresję, jeżeli czas wolny od pracy nie jest higienicznie spędzony itd. Odgrywa tu rolę mnóstwo czynników psychofizjologicznych, które ująć, rozważyć i zużytkować winien w swej działalności lekarz higienista pracy. W tym ujęciu zagadnienie winy pracownika znacznie się zwęża. Natomiast powstaje zagadnienie „własnego zachowania się pracownika“ w szerokim tego słowa znaczeniu.

Toteż propaganda uświadamiająca stała się ostatnio najważniejszą bronią w akcji bezpieczeństwa i higieny pracy. Wskutek niedoboru lekarzy w ogóle, a lekarzy higienistów w szczególności za mało w tej propagandzie uwzględnia się higienę pracy. Zresztą, wśród istniejących lekarzy higienistów za mało jest prawdziwych lekarzy fabrycznych. Pod prawdziwym lekarzem fabrycznym rozumiem takiego lekarza, który swoją osobowością zdołał wpleść się ściśle w proces produkcji, który stał się jego niezbędnym kółkiem. Nie jest prawdziwym lekarzem fabrycznym ten, kto ogranicza się do inspekcji sanitarnej obiektów, badania nowowstępujących, badań okresowych, kierowania poszkodowanych do lekarzy ubezpieczeniowych lub szpitali. Jest nim natomiast ten, kto obserwuje pracę robotnika przy maszynie, bada jego wydajność pracy, wpływ warunków pracy na zdrowie, kto umie uzyskać wpływ na właściwy przydział pracy, kto potrafi udowodnić, jaki zysk płynie dla przedsiębiorstwa i gospodarki społecznej z należytego konserwowania sił roboczych. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— VII Ogólno Polski Zjazd Przeciwgruźliczy: w Gdyni odbędzie się w dniach 27, 28 i 29 maja 1939 r. pod protektorem Pana Ministra Opieki Społecznej Zyndramo Kościalskiego i pod przewodnictwem prof. Dra Witolda Gądzikiewicza. Komitet Organizacyjny Zjazdu

prosi o nadsyłanie zgłoszeń przed 13.V.1939 a to celem zapewnienia miejsc dla uczestnikom Zjazdu. Adres: VII Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Gdyni, ul. Kwiatkowskiego 9, parter.

— W czasie od dnia 6.II do 18.III r. b. odbył się w Wilnie 6-tygodniowy Kurs z zakresu wiedzy o gruź-

licy i walki społecznej z gruźlicą, zorganizowany dla lekarzy instytucji przeciwgruźliczych przez Wydział Lekarski Uniwersytetu S. B. przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej i współdziałale Wileńskiego Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Program wykładów i zajęć praktycznych, opracowany przez Komisję Organizacyjną Kursu, której przewodniczył delegat Wydziału Lekarskiego prof. dr A. Januszkie wicz, obejmował 36 godzin wykładów teoretycznych i 165 godzin zajęć praktycznych w 3 oddziałach gruźliczych szpitalnych, w 2 Ośrodkach Zdrowia miejskich i w Poradni Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego. Z 20 lekarzy, którzy się zgłosili na Kurs, Komisja przyjęła 15, a 9 z nich udzieliła stypendia zwrotne w wysokości od 100 do 200 złotych. Dla zajęć praktycznych lekarze byli podzieleni na 3 grupy, które pracowały na zmianę po 10 dni w każdym z 3 oddziałów szpitalnych (przed południem) i w każdej z 3 przychodni (po południu), i dzięki temu zaznajomili się z licznym i różnorodnym materiałem gruźliczym. Pierwsze cztery i przedostatni dzień Kursu były przeznaczone na wykłady teoretyczne. Ostatniego dnia odbyło się Colloquium, po którym uczestnicy Kursu otrzymali zaświadczenia z rąk Dziekana Wydziału w obecności członków Komisji Organizacyjnej i przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej.

— W walce z alkoholizmem Lwowski Towarzystwo Lekarskie wystąpiło do władz z następującymi żądaniem: Dające się wyraźnie odczuć ograniczenie liczby szynków (knaip), zniesienie prawa pędzenia alkoholu, zabronienie sprzedaży napojów

o wysokim odsetku alkoholu, zabronienie sprzedaży alkoholu na kieliszki, zabronienie sprzedaży alkoholu młodzieży niżej lat 18, ulgi cłowe dla zakładów, sprzedających napoje bezalkoholowe, pozbawienie pijanych kierowców prawa jazdy, czasowe pozbawienie poborów z ubezpieczeń społecznych z powodu pijaństwa i przestępstw dla pijaków w sprawach sądowych, wykłady we wszystkich szkołach o niebezpieczeństwach alkoholizmu, zabronienie reklamowania napojów alkoholowych w gazetach, plakatach i drogą radiową. (Presse med. 1939 Nr 25).

SPROSTOWANIE.

W Nr 14 na str. 272, w szpalcie lewej, wiersz 16 od góry, w przemówieniu kol. Lubelskiego po słowie „tarczowego“ opuszczono: „z powodu choroby Basedowa (struma toxica“).

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XLVI. Niedomogi wkrewne czy niedomoga gruczołów dokrewnych?

Jak to w swoim czasie wyłożyliśmy, gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym nazywają się gruczołami dokrewnymi, a nie wkrewnymi. Niedostateczna do utrzymania równowagi życiowej czynność tych gruczołów nazywa się niedomogą gruczołów dokrewnych. Nazywanie takiej upośledzonej czynności gruczołów dokrewnych niedomogami wkrewnymi jest niewłaściwe.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

BIRO M. La maladie de Little et son traitement.

Dans la maladie de Little on remarque souvent de différents degrés de l'amélioration. Cette maladie se caractérise par des symptômes principaux et ceux du second ordre. A ces derniers appartiennent les altérations trophiques, vasomotrices, les troubles des nerfs craniens, les altérations glandulaires, les perturbations de la parole, les attaques épileptiques et les troubles psychiques. Les uns d'eux sont fréquents, les autres rares; les uns parcourent avec une intensité grande, les autres avec une faible. Parfois les symptômes du second ordre sont plus prononcés, que les symptômes principaux. Les symptômes principaux se caractérisent par des troubles moteurs à type excitatif (mouvements involontaires, choréiques, atetosiques et torsiques) et à type paralytique (hémi- et diplégie). Les troubles paralytiques ne sont pas toujours proportionnels à l'état du tonus musculaire. Le tonus dans la plupart de cas est exagéré, dans certains cas diminué, exceptionnellement normal (2 cas de l'auteur). Le plus souvent les troubles principaux progressent au cours de la maladie, mais parfois ils régressent. La marche de symptômes principaux diffère souvent de celle des symptômes du second ordre. Le pronostic n'est pas mauvais, quand il s'agit de la conservation de la vie et il devient conditionnel quant à la durée de la vie (la majorité succombe dans leur jeunesse, certains malades atteignent leur vieillesse). L'amélioration au cours de cette maladie est possible, mais elle n'est pas identique dans les différents troubles. La base de la maladie font la dégénérescence nerveuse et les troubles vasculaires. Une grande amélioration est possible dans le domaine des troubles vasculaires;

le tissu nerveux ne régénère que dans les cas des lésions superficielles. La cure de cette maladie reste symptomatique. Le bon état psychique facilite la cure de la maladie. Les attaques épileptiques il faut traiter comme l'épilepsie en général. La chirurgie (l'opération de Stoffel, de Foerster et les modifications de ces opérations) améliore certains cas paralytiques; cette amélioration restait relative dans les cas de l'auteur. Le traitement antisiphilitique même chez les malades avec Wassermann positif restait sans résultat. Parmi les autres médicaments on applique ceux-ci, qui diminuent l'hyperexcitabilité et l'inflammation. En vue de prophylaxie il faut expliquer aux parents, qu'il y a des familles à plusieurs enfants atteints de cette maladie, mais on trouve des parents avec un seul Little parmi plusieurs enfants bien portants.

K. ROZENSZTRAUCH. Un cas de guérison spontanée de deux grands abcès pulmonaire bilatéraux.

Le cas concerne un homme de 27 ans qui était porteur de trois abcès pulmonaires. L'état de malade était grave: la température était de 39°—40°, le pouls à 100. L'ensemencement de l'expectoration donna des colonies de bacille de Friedländer. On a pratiqué chez le malade de l'auto- et de l'hétérohémothérapie, des injections intraveineuses de benzoate de soude et d'alcool, mai ces interventions n'eurent aucun effet. L'état du malade empirait de jour en jour. Six semaines après le début de la maladie — le malade a expectoré un demi litre de crachat fétide et à partir de ce moment, la convalescence a commencé faire de vites progrès. La radiographie ne révéla aucune image caverneuse.

TREŚĆ: M. BIRO. Choroba Littlea i jej leczenie. — I. PINES. Badania kliniczne nad właściwościami kumulacyjnymi narparstnicy welnistej. — K. ROZENSZTRAUCH. Przypadek samoistnego wygojenia się olbrzymich obustronnych ropni płuc. — A. LIPSZYC. Własności lecznicze solanek. (Str. pogl.). — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystwa Lekarskich. — H. HIGIER. Z dziejów etyki wśród lekarzy Żydów wczesnego i późnego średniowiecza. (C. d.). — J. HOZER. Higiena i bezpieczeństwo pracy w przemyśle niemieckim, angielskim i belgijskim. — Wiadomości bieżące. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. La maladie de Little et son traitement. — I. PINES. Recherches cliniques sur les propriétés d'accumulation de la digitale laineée. — K. ROZENSZTRAUCH. Un cas de guérison spontanée de deux grands abcès pulmonaires bilatéraux. — A. LIPSZYC. Propriétés thérapeutiques des eaux salines (Rev. gén.). — H. HIGIER A propos de l'éthique des médecins juifs du moyen âge. (Suite) — J. HOZER. L'hygiène et la sécurité du travail dans l'industrie allemande, anglaise et belge.