

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. 334-87.

Rok XV

WARSZAWA, 10 LUTEGO 1938 R.

Nr. 6

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O diencefalozach. *)

Podał

Gustaw BYCHOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 5).

II-i przypadek kliniczny mojej obserwacji spostrzegąłem w klinice neurologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego wspólnie z kolegą Sznaajdermanem. Wobec tego, że dokładny opis historii choroby podany został w innym miejscu⁹⁾ ograniczę się tutaj do krótkiego streszczenia.

Przypadek dotyczy 37-letniego nauczyciela, który od 18-u lat zapada co 3 lata na zespół chorobowy, trwający za każdym razem parę tygodni i przemijający bez śladu. Na zespół ten składają się gwałtowne bóle w okolicy czoła i nasady nosa oraz zaburzenia psychiczne. Badanie układu nerwowego wykazuje jedynie nieznaczne upośledzenie dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego. Nasada nosa, okolica czołowa i oba punkty nadoczodołowe są bolesne na ucisk. Nakłucie łędźwiowe wykazuje wzmożenie ciśnienia płynu m. rdz. (470 na początku — 270 na końcu). Poza tym stwierdza się otęłość (uderza zwłaszcza obfitość podściółki tłuszczowej na sutkach). W okresie wstępnym i w czasie samego epizodu chorobowego zupełny brak libido i wzwodów

Badania laboratoryjne wypadły ujemnie. Przed laty chory cierpiał na sprawę zapalną zatok obocznych nosa; zdjęcie wykazuje zaciemnienie lewej zatoki Highmore'a, mniejsze komórek sitowych i zatoki czołowej po tej samej stronie.

Nasze rozpoznanie kliniczne brzmiało: *meningitis serosa recidivans* o punkcie wyjścia w jamach obocznych nosa.

Zaburzenia psychiczne dadzą się scharakteryzować jako wybitne obniżenie stopnia świadomości z przewagą procesów automatyzmu myślowego i materiału wspomnieniowego z dawniejszych warstw czasowych nad materiałem aktualnym. Występują zaburzenia w apercpepcji i objawy depersonalizacji w stosunku do otoczenia oraz własnego ciała. Zaburzeniu ulega orientacja allopsychiczna i chronognoza.

Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że podobne zaburzenia spostrzegano w sprawach, umiejscowionych w międzymózgowiu. Kleist spostrzegał objawy depersonalizacji w dwóch przypadkach stanów pośpiączkowych i w jednym przypadku guza lewego płata skroniowo-potylicznego, sięgającego do międzymózgowia. W jednym z przypadków pośpiączkowych zaburzenia takie występowały pod postacią krótkotrwałych napadów.

Szereg publikacji francuskich zawiera analogiczne spostrzeżenia (Obregia, Lhermitte i Albessin). Zwłaszcza przypadek Lhermitte'a i Albessina (Revue neur. 65, 3 marzec 1936) określony jako „zespół diencefaliczny o początku apoplektycznym, połączony z zaburzeniami psychicznymi“, nasuwa frapujące analogie z naszym chorym. Niektóre określenia chorego autorów francuskich wydają się jak gdyby przetłumaczone z wypowiedzi naszego pacjenta, przytaczam je jako niezmiernie charakterystyczne: „Je vois mes amis, mais je ne les sens pas près de moi, j'ai perdu comme le sentiment de leur présence“. A w stosunku do samego siebie: „Je connais bien mes traits, mais je ne peux me figurer que c'est moi qui suis là, je ne me sens pas présent“.

Jako objawy diencefaliczne w naszym przypadku należy jeszcze odnotować otęłość o charakterze raczej okresowym oraz okresowe zaburzenia sfery seksualnej.

Konkluzja teoretyczna przypadków tego rodzaju nasuwa się sama przez się i znajduje poparcie w przytoczonych badaniach doświadczalnych, zwłaszcza szkoły rosyjskiej. Sformułujemy ją krótko, nie wdając się w bliższe rozważania, które z natury rzeczy musiałyby mieć charakter spekulatywny.

Ośrodki wegetatywne, umieszczone w międzymózgowiu, odgrywają dużą rolę przy tonizacji kory mózgowej, wpływając na jasność i aktywną organizację procesów psychicznych. Stopień świadomości a także stopień związania z jaźnią i w związku z tym poczucie rzeczywistości pozostają również pod wpływem tonizacji tych ośrodków.

III-ci przypadek spostrzegąłem również w klinice neurologicznej (wspólnie z kol. Melzakim). Chodzi tutaj o 29-letniego kowala, którego wywiady przedchorobowe nie przedstawiają nic szczególnego. Zachorował przed 11-u laty po śmierci ojca, którą bardzo się przejął. W czasie obiadu stracił przytomność, miał podobno drgawki. Tego samego dnia wziął się do pracy. Od tego czasu bóle głowy, które nasiliły się w ciągu ubiegłego roku. Bóle głowy umiejscowione są w okolicy czołowej i ciemieniowej, wraz z nimi występuje zawrót głowy, zaczerwienienie twarzy i bicie serca. Jednocześnie chory przeżywa szczególnie stan psychiczny, który określa, jak następuje.

Chory odczuwa nieokreślony bliżej lęk, wydaje mu się, jak gdyby był zabity. Głowa nie jest swoją, nie czuje jej, czasem wydają się obce i nogi. Czuje się, jak słup, jak martwy. Świat wydaje się również inny, paskudny, przedmioty jak gdyby krzywe. Czasem się zdarza, że nie wie, gdzie się znajduje, tak dalece,

*) Odczyt, wygłoszony na 1-ym Zjeździe Neurologów Polskich we Lwowie w lipcu 1937 r.

⁹⁾ Pokaz w Warsz. Tow. Neurolog. w dniu 30.IV.1936 r. (Patrz. Neurol. Polska XIX, 3).

że nie może trafić do łóżka. Czuje gorycz w ustach. W nocy przedstawia mu się, że łóżko ucieka, że coś się dzieje z sufitem. Obiektywnie stwierdza się zaczerwienienie twarzy a nawet żywo-czerwone spłoniecie całej głowy. Wybitny dermografizm. Upośledzenie obu błędników lekkiego stopnia. Badanie podstawowej przemiany materii wykazuje + 42,5%. Badanie psychiczne wykazuje obiektywnie: zaburzenia zapamiętywania i przypominania. Poza tym wszelkie badania pomocnicze wypadły ujemnie. Brak danych w kierunku postępującej sprawy wewnątrzczaszkowej. Naświetlania III-ej komory (poza tym podawano glukozę oraz gýnerygen) dały przemijającą poprawę subiektywną, jak również metabolizmu.

W przypadku tym przemijające zaburzenia świadomości i zmysłu rzeczywistości wraz z objawami podrażnienia układu roślinnego wskazują na perturbację mechanizmów diencefalicznych.

Przypadek ten wykazuje bliską analogię z padaczką wegetatywną Penfielda. Dwa momenty zasługują tutaj na naszą szczególną uwagę. Pierwszy to czysto dynamiczny charakter samej sprawy chorobowej, drugi to jej geneza. Wydaje się niewątpliwie, że punktem wyjścia był tutaj ciężki wstrząs psychiczny, który najwidoczniej wywołał zaburzenie mechanizmów diencefalicznych.

IV-y przypadek, spostrzegany przeze mnie w praktyce prywatnej, wykazuje również interesującą i bynajmniej nierzadką kombinację zaburzeń psychofizycznych. Chodzi tutaj o 42-letnią nauczycielkę, pannę, która od 4-ch lat cierpi na nadmierną wrażliwość psychiczną, nastrój przeważnie depresyjny, męczącą bezsenność. Na jakiegokolwiek wzruszenie reaguje płomienymi rumieńcami twarzy i ceglastymi plamami w obrębie klatki piersiowej. Parcie krwi 190, waha się zresztą wybitnie w zależności od stanu emocjonalnego, dochodzi wtedy z łatwością do 220, a nawet wyżej; występują częste biegunki bez jakiegokolwiek podłoża organicznego.

Periody obfite, przedłużone. Badanie psychoanalityczne doprowadziło do ustalenia następującej sylwetki osobowości. W okresie dojrzewania usposobienie chłopięce, silne zbliżenie uczuciowe do jedynego starszego brata (poza tymi 3 siostry), w ciągu dalszego rozwoju wybitne poczucie niższości, związane z płcią, silny kompleks męskości z odpowiednimi kompensatami charakterologicznymi. Ambitna, dumna, tłumiąca wszelkie porwy erotyczne, stawiała mężczyznom ogromne wymagania, broniła się przeciwko zbliżeniom nawet czysto uczuciowym. Samo pożycie małżeńskie wydawało się jej dziwne, wzbudzało wstręt. W czasie studiów wyższych i pracy w gimnazjum zawsze raczej samotna, izolowana. Od paru lat ciąży jej samotność, męczą ją długo i starannie tłumione pragnienia seksualne. Stan zdrowia zmusił ją do przerywania pracy i pójsia na emeryturę.

Symptomatologia tego przypadku wykazuje wybitne podobieństwo do cytowanego powyżej zespołu opisanego przez Page'a jako „imitujący podrażnienie diencefaliczne i występujący u chorych z nadciśnieniem samolstnym“. Szczególnie interesujący wydaje mi się znów ścisły spłot mechanizmów psychofizycznych, przy czym cała symptomatologia somatyczna daje się bez trudu sprowadzić do zaburzenia regulacji diencefalicznych. Na uwagę zasługuje niewątpliwie rola nadmiernego tłumienia w patogeniezie całego obrazu chorobowego.

Przypadek V-y ilustruje dobitnie urażność międzymózgowia i jego znaczenie dla rozwoju osobowości. 33-letni agronom zgłasza się w celu leczenia psychoanalizą swej inwersji seksualnej. Dzieje jego są następujące. W 13-ym roku życia spadł ze schodów, doznał wstrząsu mózgu; wkrótce potem zaczął gwałtownie tyć i stracił włosy. Wstydził się bardzo swego wyglądu, czuł się nieszczęśliwy, zazdrościł innym chłopcom. Przechodził

okresy depresji. Tuszę stracił w 21-ym roku życia i obecnie poza wyłysieniem żadnych somatycznych cech szczególnych nie wykazuje.

Psychoanaliza wykazała jako punkt wyjścia inwersji do tkliwe poczucie upośledzenia, wywołane przez zmiany somatyczne. Widząc, że jako obiekt seksualny nie może wzbudzić u kobiet zainteresowania, zaczął wyobrażać sobie innych mężczyzn, silnych, męskich i podstawić siebie na ich miejsce. W ten sposób powoli nauczył się wielbić w nich siłę i męskość, na których jemu zbywało.

W tym przypadku przeobrażenia somatyczne, które dokonały się po urazie czaszki, i których charakter diencefaliczny nie ulega chyba wątpliwości, doprowadziły wtórnie po przez poczucie upośledzenia (t. zw. kompleks kastracyjny terminologii psychoanalitycznej) do inwersji seksualnej.

Przypadek ten zwraca naszą uwagę na symptomatologię spraw urazowych. Wydaje nam się, iż w obrazie cięższych przypadków nerwicy urazowej objawy diencefaliczne (albo w każdym razie podlegające bez trudu takiej interpretacji) odgrywają poczesną rolę. Nasuwają się tutaj zaburzenia snu, objawy naczynio-ruchowe, zmiany w nastroju. Skłonność niektórych chorych do przeżywania sytuacji urazowej nie tylko we śnie, ale i w stanach półsnu, półjawy, w stanach, jednym słowem, oneiroidalnych mogłaby również wskazywać na podrażnienie regulacji diencefalicznej w myśl koncepcji L h e r m i t t e a.

W tym samym sensie przemawiałoby również to obniżenie ogólnego poziomu osobowości, to upośledzenie aktywności psychicznej, jakie tak często spostrzegamy nawet i w tych przypadkach urazowych, gdzie brak poza tym jakiegokolwiek symptomatologii „organicznej“. Odpowiadałoby to pojęciu otępienia szypułkowatego, jak je określa S t e r t z ¹⁰⁾.

Wreszcie VI-y i ostatni przypadek naszej obserwacji uzupełnia symptomatologię dotychczasową. 23-letnia panna z rodziny mieszczańskiej roni w 5-ym miesiącu ciąży. Jej przyjaciel jest przeciwny małżeństwu. Z początku zgodził się na dziecko, potem zażądał przerwania. Ona poddawała się wszystkiemu bez szemrania, wydaje się jej, że już sobie psychicznie z tą sprawą dała radę. Jest niespokojna, zdenerwowana, nie sypia. Brak energii i zainteresowania. Przy najmniejszym zdenerwowaniu występują na twarzy i na piersiach czerwone plamy. Ze snu budzi ją gwałtowne bicie serca. Badanie obiektywne, poza niezmiernie wybitnymi odczynami naczynio-ruchowymi i zmiennością na ogół przyspieszonego tętna, wykazuje zmiany w odruchach. Odruchy ścięgnowe i okostnowe wybitnie wzmożone, kolanowe otrzymują się z okostnej piszczeli. Obustronne odruchy Żukowskiego i Rossolimo. W toku dalszej obserwacji dawała się stwierdzić asymetria w zakresie odruchu Rossolimo, który występował o wiele wyraźniej po stronie lewej. Dodajmy jeszcze, że w przeciągu paru dni chora miała nieznaczne podwyższenie ciepłoty (do 37,4°).

W okresie, na który przypada ta obserwacja (zima — wiosna 1932) nastawieni byliśmy na rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia, zaś przypadek ten tym bardziej nasuwał takie rozpoznanie, że w symptomatologii jego występowały objawy tak charakterystyczne, jak podrażnienie układu roślinnego oraz odruch Rossolimo (przypominam tutaj badania Goldflama nad odruchem Rossolimo oraz spostrzeżenia Flatau'a, który dla określenia pewnej postaci *encephalo-myelitis disseminata* użył terminu *sympatharitis*).

¹⁰⁾ D. Problem des Zwischenhirnes. Zbl. f. N. u. Psych. 65.

Byłem więc skłonny traktować ten przypadek jako postać poronną rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia z przewagą objawów psychicznych i współczulnych. Dzisiaj uważam, że rozpoznanie to poddać należy rewizji. Wspomniane wyżej badania doświadczały nad wpływem regulacji wegetatywnej na czynności układu nerwowego zwierzęcego, szczególnie na odruchy, odbierają znaczenie patognomoniczne tym zmianom w odruchach, któreśmy w tym przypadku spostrzegali.

Specjalnie, jeśli chodzi o odruch *Rossolimo*, to *Orzechowski* zwraca uwagę na jego występowanie w przypadkach, w których brak zajęcia układu nerwowego ośrodkowego, przypisuje on tutaj decydujące znaczenie czynnikom wegetatywnym¹¹⁾. Ponieważ zaś podrażnienie układu roślinnego w naszym przypadku możemy w sposób zupełnie zadawalający sprowadzić do podrażnienia dynamicznego (w gruncie rzeczy psychopochodnego) międzymózgowia, więc i całą sprawę możemy traktować jako diencefalozę.

Wybitna męczliwość mięśniowa i psychiczna, jaka występuje w czasie przewlekłych stanów wzruszeniowych, znajduje swoje uzasadnienie w pracach doświadczalnych, które wskazują na regulację wegetatywną napięcia mięśniowego i zmęczenia¹²⁾. Co do napięcia intelektualnego i aktywności psychicznej, to znaczenie czynnika wegetatywnego, jako fizjologicznego odpowiednika uwagi, wydaje się postulatem mocno uzasadnionym (patrz. szczególnie prace *Mazurkiewicza*).

Wobec powyższych przesłanek wydaje się zrozumiałe, że w tych różnorodnych obrazach klinicznych, w których możemy stwierdzić elementy diencefaliczne, moment zmęczenia tak wielką odgrywa rolę. Jest on niezmiernie wyraźny zarówno w stanach pourazowych, jak i psychonerwicowych — zawsze przy jednoczesnej żywej grze perturbacji wegetatywnych.

Nagłe osłabienie, względnie zupełny napadowy zanik napięcia mięśniowego (albo i psychicznego), jakie spostrzegamy w obrazach katalepsji i narkolepsji, nasu-

wa z różnych względów myśl o lokalizacji diencefalicznej — wypowiedzianą już zresztą przez szereg autorów. (Bardzo interesujące z tego punktu widzenia są świeżo ogłoszone spostrzeżenia *Kloosa*¹³⁾ nad napadami kataplektycznymi w przebiegu schizofrenii).

Jeśli teraz spojrzymy z tego punktu widzenia na pewne objawy w przebiegu niektórych spraw psychonerwicowych, to nie wyda się nam, być może, zbyt śmiała koncepcja, że stanowią one element diencefalozy, że są, mówiąc wyrażniej, odpowiednikami napadów katapleksji, czymś w rodzaju katapleksji poronnej. Mam tu na myśli te stany napadowe w przebiegu skomplikowanej nerwicy (histerii lękowej), kiedy chory odczuwa nagle tak gwałtowne osłabienie mięśniowe, że zmuszony jest usiąść. Afekt lęku zdaje się tutaj działać szczególnie dobitnie na pewne mechanizmy diencefaliczne.

Dodatek do przyp. 3-ciego pracy „O porażeniu połowicznym, jego powstawaniu, leczeniu i rokowaniu“.

(W. Cz. Lek. NN 3 i 4).

Podał
St. JUSTMAN (Łódź).

W tych dniach miałem możność makroskopowego zbadania mózgu zmarłego niedawno w szpitalu L. B.

Półkula lewa w całości większa od prawej. Komora boczna prawa znacznie rozszerzona, lewa zwężona w tylnej części, niewidoczna w przedniej. *Centrum semiovale Vieussenii* obu półkul obrzękłe, przedstawia się, jak galareta. Przekrój przez płaty czołowe uwidocznia guz w postaci dużej podłużnej śliwki, który, rosnąc z dołu, utworzył sobie łożysko w płacie czołowym lewym. Guz ten pokryty jest cienką, luźną błoną, która oddziela go wyraźnie na całej powierzchni od mózgu, przykrywającego guz ze wszystkich stron prócz z dołu, gdzie znajduje się szyja guza, odciętego od swego punktu wyjścia w okolicy, jak to wynika z położenia, *crista galli*. Największa średnica guza znajduje się w połowie długiego wymiaru guza, a zatem widoczna jest tylko na przekroju. To, co się widzi z guza, oglądając dolną powierzchnię mózgu, jest to przekrój nasady guza. Cechy powyższe pozwalają nam stwierdzić z całą pewnością, żeśmy nie omylili się, rozpoznając u L. B. oponiak czołowy lewostronny.

¹³⁾ Über kataplektische Zustände bei Schiz. Nervenarzt IX, 2.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału I wewnętrznego Szpitala na Czystem.

(Ord.: Dr. A. Kobryner).

Płaska stopa jako wyraz morfologiczny małowartościowości ustrojowej serca.

Podał
Dr. A. KOBRYNER (Warszawa).

I.

Powstanie niniejszej pracy zawdzięczać przypadkowi. Podczas jednej z wizytacji szpitalnych zwróciłem uwagę na to, że jednocześnie kilku chorych, cierpiących na wadę zastawkową serca, miało również płaskie stopy. Gdy przy dalszym spostrzeganiu tego zjawiska na dużym materiale stwierdzałem bardzo często wspólne występowanie tych dwóch wad, nabrało ono dla mnie głębszego znaczenia kliniczno-biologicznego. Następująca koncepcja wydała mi się prawdopodobna. Wiadomo, że istnieją rodziny skłonne do zapalenia wsierdźnia. Znane są obserwacje, obejmujące kilka

pokoleń, gdzie zapalenie wsierdźnia występuje często w rodzinie. Osobnicy, pochodzący z takich rodzin, czują obawę przed schorzeniem serca, gdyż wiedzą o ogólnej skłonności do tej choroby w rodzinie. Z drugiej strony — płaska stopa jest również wadą konstytucjonalną, dziedziczną. *Bauer* uważa płaską stopę za wyraz ustrojowej słabości układu więzadłowego, o ile nie ma w anamnezie specjalnych zawodowych okoliczności, obciążających stopy. Uważałbym przypadki występowania płaskiej stopy u ludzi, których praca zawodowa obciąża stopy, również za wyraz ustrojowej słabości tego układu. Wszak nie wszyscy trudniący się danym zawodem mają płaskie stopy. Musimy przyjąć wraz z *Adlerem*, że istnieje prócz małowartościowości jawnej również i ukryta. Ta ukryta małowartościowość narządu lub całego układu może ujawnić się pod wpływem niesprzyjających warunków wewnątrz lub zewnątrzustrojowych. Dlatego też osobnik z ukrytą małowartościowością aparatu więzadłowego może

dostać płaskiej stopy pod wpływem niesprzyjających warunków zewnętrznych. Obserwowałem często współistnienie dwóch wad, z których każda występowała na podłożu dziedzicznej, konstytucjonalnej słabości. Adler wprowadził pojęcie dziedzicznej małowartościowości narządów. Wiesel rozszerzył to pojęcie, obejmując nim układy narządowe. Obaj zaś podkreślają, że dany narząd nie musi koniecznie ujawnić swej małowartościowości w następnym pokoleniu; może ją wykazać i inny narząd tego samego układu. Spostrzegane przeze mnie zjawiska kazały mi rozszerzyć to pojęcie na listek zarodkowy, z którego układy biorą swój początek — i przyjąć istnienie dziedzicznej małowartościowości listka zarodkowego. Wszak układ więzadłowy i sercowo-naczyniowy pochodzą z jednego listka mezodermalnego. Z tego też listka biorą swój początek: układ mięśniowy, krwiotwórczy i błony surowicze. Wiadomo przecież, jak często wszystkie powyższe układy bywają dotknięte w schorzeniu reumatycznym. Nie muszą one wszystkie ulec schorzeniu, gdyż nie wszystkie układy muszą być małowartościowe. Z drugiej zaś strony mogą one mieć ukrytą małowartościowość, warunki zaś zewnętrzne i wewnątrzustrojowe mogą być sprzyjające w okresie infekcji, i małowartościowość może nadal zostać ukryta. Wyłoniła się więc koncepcja małowartościowości mezodermalnego listka zarodkowego. W zakresie układów, z tego listka pochodzących, układ więzadłowy i sercowo-naczyniowy przejawiają może najczęściej swoją małowartościowość jednocześnie. Założenie powyższe musiało być skontrolowane. Dlatego też przystąpiłem do systematycznego badania stóp u chorych, dotkniętych wadami zastawkowymi serca w następstwie przebytego zapalenia wsierdza, jak również u osobników z innymi schorzeniami.

Ogółem dodatkowo zbadałem 375 chorych, cierpiących na wadę sercową w następstwie zapalenia wsierdza, oraz 808 innych chorych. Na materiał badany składali się chorzy szpitalni i chorzy z przychodni. Rekrutowali się oni z warstw rzemieślniczych i drobnych handlarzy; warunki życiowe były więc mniej więcej jednakoowe. Określenie właściwości stopy u chorych na serce, u których występował obrzęk, było powtarzane i kontrolowane w okresie bezobrzękowym, gdyż często obrzęk nie pozwalał na dokładne zbadanie właściwości stopy. Niejednokrotnie u chorych leżących nie można było określić charakteru stopy; dotyczyło to zwłaszcza kobiet, które noszą obuwie o wysokim sklepieniu. Stopa, przy oglądaniu w pozycji leżącej, przedstawiała się, prawdopodobnie odruchowo, tak, jak leży zwykle w pantoflu. W tych przypadkach, jak również w przypadkach wątpliwych, kontrolowałem stopy w pozycji stojącej. Przez płaską stopę rozumiem zarówno *pes valgo-planus*, jak i *varoplanus*. Nie wdawałem się w dokładne określenie ortopedyczne, gdyż nie ma to znaczenia dla istoty naszego problemu.

Na 375 chorych z wadami zastawkowymi serca po przebytych zapaleniu wsierdza stwierdziłem płaską stopę u 283-ch, co stanowi przeszło 75 procent. Natomiast spośród 808-miu chorych, nie cierpiących na serce, płaską stopę miało 82-ch, co stanowi 10 procent. A więc — ogromna przewaga płaskiej stopy u ludzi z wadami serca. Widzimy, że obie te wady, z których każda z osobna ma podłoże ustrojowe, dziedziczne, zbiegają się w nader licznych przypadkach u jednego osob-

nika. Ta głęboka więź ujawni się jeszcze dobitniej w świetle następujących obserwacji:

1) Chora A. F., l. 35. W anamnezie angina, schorzenie stawów, dolegliwości sercowe. Rozpoznanie: *Insuff. v. mitr. et stenosis ostii venosi sin.* Płaska stopa.

Siostra pacjentki, l. 25. W anamnezie angina, dolegliwości sercowe. Rozpoznanie: *Insuff. v. mitr. et stenosis ostii ven. sin.* Płaska stopa.

Syn pacjentki, l. 8. W anamnezie angina, dolegliwości sercowe. Rozpoznanie: *Insuff. v. mitr.* Płaska stopa.

Matka pacjentki i babka ze strony jej matki chorowały na serce.

Ojciec pacjentki miał płaską stopę.

2) Chora G., l. 56. W anamnezie angina przed 25 laty, następnie choroba stawów i dolegliwości sercowe. Rozpoznanie: *Insuff. v. mitr.* Płaska stopa.

Siostra pacjentki, l. 45. Zachorowała na anginę, w której następstwie rozwinęło się ostre zapalenie serca (*pancarditis*) z zejściem śmiertelnym. Miała płaskie stopy.

Syn pacjentki cierpi na wadę serca (*insuff. v. mitr.*), ma płaskie stopy.

3) Chory J. W., l. 49. Rozpoznanie: *Insuff. v. mitr. et vv. aortic.* Płaskie stopy.

Córka pacjenta cierpi na wadę serca i ma płaskie stopy.

Druga córka pacjenta zmarła na skutek ostrego zapalenia serca po anginie.

4) Chora S. B., l. 23. Po anginie — dolegliwości sercowe. Rozpoznanie: *Insuff. v. mitralis.* Płaska stopa.

Matka pacjentki cierpi na wadę serca (*insuff. v. mitr. et sten. ostii ven. sin.*), która rozwinęła się po anginie. Ma płaskie stopy.

5) Chora L., l. 48. Cierpi na dolegliwości sercowe. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sin.* Płaska stopa.

Syn pacjentki, l. 15, cierpi na dolegliwości sercowe, po przebytej anginie, z powodu takiej samej wady (*sten. ostii ven. sin.*). Ma również płaskie stopy.

Z tych obserwacji wynika, że ustrojowa małowartościowość układu więzadłowego i sercowo-naczyniowego może często dziedziczyć się wspólnie. Przytoczone fakty w zupełności potwierdzają wyżej wysuniętą koncepcję. Będzie więc logicznym uważać płaską stopę za morfologiczny wyraz małowartościowości ustrojowej serca.

II.

Zadaniem medycyny współczesnej jest nie tyle leczenie chorób, ile zapobieganie chorobom. Dotyczy to zwłaszcza takich jednostek chorobowych, które w swoim rozwoju dają zmiany nieodwracalne. Do takich należą m. in. wady serca i ciężkie zmiany w stawach. Obojętną jest rzeczą, czy chory cierpi na taką, czy inną wadę serca, czy serce jest jeszcze wydolne. W zasadzie są to chorzy nieuleczalni; po wyczerpaniu arsenału naszych środków leczniczych, stają się — wcześniej lub później — stuprocentowymi inwalidami, a więc stają się ciężarem dla siebie, dla otoczenia i dla społeczeństwa. O tym, jak duże rozmiary przybrała plaga choćby reumatyzmu stawowego, tak często występującego wraz ze schorzeniem serca, świadczy szereg instytutów badawczych i zjazdów, poświęconych tym zagadnieniom. Dlatego należałoby mniemać, że wszystko, co może się przyczynić do zmniejszenia schorzeń stawowo-sercowych, zasługuje na uwagę.

Spółród 375-iu sercowo chorych 206-iu (a więc 54 procent) zdecydowanie powiązało wystąpienie dolegliwości sercowych z przebyłą anginą. Bardzo wielu z nich podało w anamnezie zapalenie stawów, które

wystąpiło w przebiegu anginy lub parę dni po przebyciu anginy. Cierpienie stawowe u niektórych minęło bezpowrotnie, u innych zaś wykazuje skłonność do nawrotów. Już z tych danych wynika, że schorzeniom migdałków należy przypisać największe patogenetyczne znaczenie w powstawaniu wad sercowych i schorzeń stawowych. Jeśli przyjmiemy pod uwagę, że nie ma prawie człowieka, który nie chorowałby w swoim życiu na anginę, to odsetek ten wzrośnie jeszcze bardziej.

Z drugiej strony widzimy na zasadzie wyżej przytoczonych danych, że osobnicy o płaskiej stopie ulegają znacznie częściej schorzeniom sercowym, niż ludzie o stopach normalnych. Fakty te każą wysnuć wniosek profilaktyczny, mianowicie: należy bezwzględnie usuwać migdałki u osobników z płaskimi stopami, jeżeli wykazują oni skłonność do angin, lub mają chorobowo zmienione migdałki. Mam na myśli przede wszystkim młodzież szkolną, która jest systematycznie przez lekarzy badana. Poza usunięciem migdałków należałoby stosować odpowiednie ćwiczenia cielesne, mające na celu wzmocnienie serca. W ten sposób uda się może wydatnie zmniejszyć liczbę chorych na wady serca i stawy.

III.

Jak wynika z naszego materiału: 1) u wielu chorych sercowych o stopie płaskiej schorzenie serca wystąpiło dopiero po przebyciu szeregu angin, często nawet w późnym wieku, 2) 25 procent chorych na wady zastawkowe serca miało stopy normalne, 3) 10 procent chorych, dotkniętych innymi schorzeniami, miało płaskie stopy i pomimo wielokrotnych angin zachowało zdrowe serce. Fakty te pozornie tylko wydają się sprzeczne z koncepcją, wyżej rozwiniętą. Ale staną się zrozumiałe, gdy rozpatrzymy je z punktu widzenia ukrytej małowartościowości układów, wzgl. narządów. Podobnie, jak układ więzadłowy może objawić swą małowartościowość w postaci płaskiej stopy przez nie-normalnie szybkie zużycie się tego układu, tak samo i serce może ulec zbyt szybkiemu zużyciu i ujawnić w ten sposób swoją ukrytą małowartościowość.

W świetle takiego ujęcia zrozumiałe staje się zagadnienie, że wielu osobników z płaskimi stopami nie choruje na serce po pierwszej anginie przebytej, a niektórzy — dopiero w późnym wieku. Jeśli 25 procent chorych na serce miało stopy prawidłowe, to należy bądź uważać, że u tych ludzi układ więzadłowy jest normalny, bądź też, że, mimo istnienia ukrytej małowartościowości, warunki wewnątrz- i zewnątrzustrojowe nie są dostateczne dla jej ujawnienia.

Co zaś się tyczy 10-iu procent chorych, cierpiących na inne schorzenia, którzy pomimo przebytych angin nigdy nie chorowali na serce, a u których stwierdzono płaskie stopy, to w myśl tego, co powiedzieliśmy wyżej, musimy uznać, że mają oni wysokowartościowy układ sercowo-naczyniowy, lub też, że ukryta małowartościowość układu sercowo-naczyniowego nie zdołała się ujawnić z powodu braku dostatecznych warunków wewnątrz- i zewnątrzustrojowych.

Za najważniejszy bodaj moment zewnątrzpochodny należałoby uważać zarazki, powodujące schorzenie. Znałe są epidemie angin, które w ogromnym odsetku dają komplikacje sercowo-stawowe. Taką epidemię przeżyliśmy 9 lat temu. Gdybyśmy usiłowali wyjaśnić częstość występowania schorzeń sercowo-stawowych podczas tej epidemii tylko właściwościami konstytucjonalnymi danego osobnika, to niezrozumiałą

byłaby masowość komplikacji sercowo-stawowych; co roku bowiem mamy epidemię anginy, a nie obserwujemy tak ogromnego odsetka tych komplikacji. Należy więc uznać, że pewne epidemie są wywołane zarazkami specjalnymi. I mimo, że w swoich cechach biomorfologicznych mogą one nie różnić się od drobnoustrojów, które corocznie wywołują schorzenia anginowe, zarazki te mają widocznie szczególne powinowactwo do serca i do stawów. Dowiedziony jest przecież tropizm np. paciorkowców do określonych narządów; można więc sobie wyobrazić, że istnieją zarazki o wybitnym powinowactwie do całych układów. W naszym zagadnieniu chodziłoby o zarazki o powinowactwie do stawów, serca i błon surowiczych w ogóle. Może więc będzie nie od rzeczy, jeśli przyjmiemy istnienie zarazków, mających tropizm do pochodnych mezodermy. Oczywiście, że ten sam zarazek mógł trafić na małowartościowy układ ukryty lub ujawniony. Jeżeli trafi na małowartościowość ujawnioną, to wywoła stan zapalny (wsierdzie, mięsień sercowy), jeżeli zaś na ukrytą, to muszą w danym okresie współdziałać warunki wewnątrzustrojowe, pomagające ujawnieniu tej małowartościowości. Na zasadzie danych, wynikających z naszego materiału, musimy do takich momentów wewnątrzustrojowych zaliczyć i płęć. Obserwując częstość zjawiska płaskich stóp u mężczyzn i kobiet, stwierdziliśmy zarówno u chorych na serce, jak i cierpiących na inne schorzenia, częstsze występowanie płaskich stóp u kobiet, niż u mężczyzn. Na tej zasadzie uważałbym, że *ceteris paribus* płęć żeńska, u której przejawia się odrębna organizacja wewnątrzwydzielnicza, odgrywa wydatną rolę w ujawnieniu ukrytej małowartościowości.

Reasumując, przychodzimy do wniosków następujących:

A. 1) Płaska stopa występuje u sercowo chorych w 75 procentach, zaś u innych chorych — tylko w 10 procentach.

2) Płaska stopa i skłonność do zakaźnych schorzeń serca dziedziczą się razem.

3) Płaską stopę uważamy za wyraz morfologiczny małowartościowości ustrojowej serca.

B. 1) Wobec tego, że — z jednej strony — ogromny odsetek sercowo chorych podaje anginę jako początek swojej choroby, z drugiej zaś — że częstość ulegania chorobie serca jest 7 razy większa u osobników z płaską stopą, uważamy, że płaska stopa jest bezwzględny wskazaniem do usunięcia migdałków u ludzi skłonnych do anginy lub mających chorobowo zmienione migdałki, oraz

2) że pod tym względem należy badać i odpowiednio traktować młodzież szkolną, będącą pod stałą kontrolą lekarską.

C. Przypuszczam, że istnieją odmiany drobnoustrojów, mających powinowactwo z układami, które pochodzą z listka mezodermalnego (mezodermotropizm), i że zarazki te powodują tak częste komplikacje sercowo-stawowe w przebiegu niektórych epidemii anginy.

PIŚMIENNICTWO.

- Adler: Studie über Minderwertigkeit von Organen. 1907.
J. Bauer: Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. 1924.

Z 2-go Oddziału Chirurgicznego Szpitala Dz. Jezus w Warszawie.
(Ordynator: Doc. Dr. Jerzy Rutkowski).

Postępowanie w gruźlicy chirurgicznej w Klinice Prof. Sauerbrucha.

Podał

Dr. Stefan ŚPIEWANKIEWICZ, asystent oddziału (Warszawa).

W ramach tego krótkiego szkicu pragnę poruszyć tylko najważniejsze wytyczne, jakimi się kieruje Klinika chirurgiczna Prof. Sauerbrucha w rozpoznawaniu i leczeniu niektórych postaci gruźlicy. Należą do nich przede wszystkim gruźlica części miękkich, gruźlica gruczołów limfatycznych, narządów płciowych i dróg moczowych, kości i wreszcie płuc.

Wykonywane dawniej operacje w gruźlicy krtani dziś zostały już zarzucone prawie zupełnie. Od 30 lat, dzięki rozwojowi promienioleczenia, usuwanie gruczołowych gruczołów stało się również zbyt częste. Próbną wycięcie jest wykonywane w niektórych owrzodzeniach, o ile rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ziarnicą złośliwą, mięsakiem limfatycznym i gruźlicą gruczołową nie da się inaczej ustalić. W gruźlicy gruczołów limfatycznych jest stosowane naświetlanie promieniami R., przy czym, według danych kliniki, w 80 — 90% następuje całkowite wyleczenie, nawroty są rzadkie. Zabieg operacyjny, stosowany dawniej, nie zapobiegał nigdy nawrotowi. Niebezpieczeństwo gruźlicy prosówkowej przy stosowaniu promieni R. jest mniejsze, niż po zabiegu operacyjnym. Naświetlania powinni robić tylko bardzo doświadczeni rentgenolodzy ze względu na wielkie niebezpieczeństwo uszkodzenia skóry. Często również w gruźlicy gruczołowej bywa stosowane naświetlanie lampą kwarcową, ale i tu wskazana jest wielka ostrożność. Podczas naświetlań promieniami R. zaleca się równocześnie dietę bezsolną, co daje dobre wyniki i skraca czas leczenia nawet w gruźlicy z przetokami u chorych w wieku podeszłym.

W ostatnich latach zaobserwowano w dużej liczbie przypadków w klinice specyficzną postać gruźlicy miękkich części, biorącą początek z gruczołów pachowych i przechodzącą szybko na tkankę podskórną otoczenia, która ulega rozpadowi. Postać ta nadaje się tylko do leczenia naświetlaniami z równoczesnym stosowaniem diety bezsolnej. Leczenie chirurgiczne daje tutaj złe wyniki. Kaletki śluzowe rzadko bywają dotknięte gruźlicą. W mieszanym ich zakażeniu zostaje wykonane szerokie otwarcie i drenowanie. W przypadkach czystej gruźlicy całkowite wycięcie torebki zawsze prowadzi do wyleczenia, o ile uda się ją usunąć doszczętnie.

W gruźliczym zapaleniu pochewek ścięgnistych w większości przypadków daje całkowite wyleczenie dieta i leczenie klimatyczne z górskim powietrzem. Stosowanie promieni R. tylko u niektórych chorych daje polepszenie. Małe nacięcia wystarcza do usunięcia ciał ryżowych. Wycinanie lub też wyskrobywanie schorzałych tkanek jest zbyt częste. Rokowanie tutaj jest lepsze, niż w postaci grzybowatej (*fungus*) gruźlicy innych okolic ciała.

Gruźlica dróg moczowych rzadko daje powód do leczenia chirurgicznego, z wyjątkiem przypadków jednostronnej gruźlicy nerki, nadających się do wycięcia chorej nerki.

W klinice prof. Sauerbrucha zwraca się baczną uwagę na wczesne objawy gruźlicy nerki w postaci częstego oddawania moczu i parcia na mocz, krwio-

moczu, które to objawy powinny skłonić do gruntownego zbadania całego narządu moczowego. Występują one, według Wildbolza, w 5%, według Clairmona, w 30% wszystkich przypadków gruźlicy nerki. Brak bólów umiejscowionych w okolicy nerek, czy też występowanie ich po stronie zdrowej nerki jest brane mało pod uwagę, albowiem tylko 3-cia część chorych, według spostrzeżeń Kliniki, zwraca na nie uwagę. Również obraz krwi i czas opadania krwinek nie dają pewnych wskazówek. Przy niejasnych objawach ze strony narządów moczowych należy zawsze podejrzewać gruźlicę nerek. Próby posiewów są zbyt częste. Stwierdzenie obecności prątków Kocha w moczu nie daje pewnego rozpoznania, gdyż znaleźć je można i w gruźlicy innych narządów. W gruźlicy nerek w 80% — 90% znajdujemy w osadzie z moczu prątki gruźlicy.

Rozpoznanie zostaje ustalone na zasadzie zwiernikowania pęcherza, zbadania czynności nerek oraz pyelografii. Należy zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia nerki zdrowej przez wprowadzanie cewników do moczowodów. Równoczesne zakażenie obu nerek spotyka się, według badań klinicznych, u 2/3 chorych. Każde dłuższe trwanie uporczywego zapalenia pęcherza moczowego powinno budzić podejrzenie gruźlicy. Ponieważ leczenie zachowawcze gruźlicy nerek nawet przy dobrych warunkach klimatycznych i zewnętrznych nie daje dobrych widoków, należy jak najszybciej usunąć chory narząd na drodze operacyjnej. We wczesnym okresie operacja daje 80% wyleczeń, w późniejszych — 50—60%.

Nawrót po stronie zdrowej występuje zazwyczaj w pierwszych trzech latach, po upływie trzech lat nawroty spotykamy bardzo rzadko. Łóżysko rany należy zawsze uważać za zakażone. Przy braku skłonności do zagojenia się rany pooperacyjnej jest stosowana w klinice dieta bezsolna zawsze z dobrym wynikiem. Dieta ta daje również dobry wynik u chorych, u których okazało się, że mają oni zajętą i drugą nerkę.

W przypadkach gruźlicy jądra albo najądrza, tylko w wyjątkowych razach wskazane jest usunięcie chorego narządu. Przekonano się bowiem, że operacja nie zabezpiecza zdrowego drugiego jądra przed zakażeniem. Jeżeli równocześnie ma się do czynienia z gruźlicą nerek i pęcherza, to w ogóle zakażenie to jest nieuniknione. Leczeniem z wyboru w tych przypadkach z małymi tylko wyjątkami (zakażenie wtórne, wysoka ciepłota) jest leczenie zachowawcze w postaci bezsolnej diety, ostrożnego naświetlania słońcem i klimatoterapii. Operacyjne usunięcie chorych pęcherzyków nasiennych lub sterczu nie ma racji bytu i nie powinno być stosowane. Leczenie winno być zachowawcze (j. w.). Wycinanie lub wyskrobywanie gruźliczych przetok, a szczególnie w odbytnicy, w klinice prof. Sauerbrucha jest wykonywane rzadko, gdyż nie prowadzi do wyleczenia, dopóki główne ognisko, najczęściej w płucach, nie jest wyleczone. W gruźlicy gruczołów kręgowych otwarcie jamy brzusznej wskazane jest tylko w przypadkach powikłanych niedrożnością. Gruźlica kości wyjątkowo tylko nadaje się dzisiaj do leczenia chirurgicznego. W większości przypadków można osiągnąć wyleczenie, naturalnie po długim czasie, za pomocą leczenia zachowawczego. Bezpośrednim niebezpieczeństwem grozi gruźlica kości tylko w bliskości stawów, gdzie przy przerwaniu do stawu może spowodować zeszytywnienie i kalectwo, albo co najmniej przedłużenie choroby. Przy bardziej odległym położeniu ogniska od stawu, szczególnie w kręgach, dochodzi najczęściej do wytworzenia

zimnych ropni opadowych, które nieraz trudno jest wykryć. Ponad powierzchownie leżącymi kośćmi tworzą się przetoki, dołączające się zaś zakażenie mieszane zwykle pogarsza cały przebieg choroby. Wobec powyższego staramy się wszystkimi sposobami powstrzymać przebiecie się na zewnątrz ogniska.

Nakłucie ropnia ze skośnym przebiegiem kanału kłucia może w wielu przypadkach okazać się celowe, o ile się je w porę zastosowało. Zastrzykiwań jodoformu z gliceryną do zimnych ropni obecnie zaniechano. Usztywnienie kręgosłupa przez przeszczepienie kawałka kości, według Albeego, stosują w klinice tylko wyjątkowo, w przypadkach z uciskiem na rdzeń. Jak ogólne są przyjęte następujące zasady postępowania: dopóki sprawa chorobowa rozwija się, zaleca się unieruchomienie chorej części. W gruźlicy kości kończyn wskazane jest dokładne unieruchomienie w opatrunku gipsowym, ale tylko dotąd, dopóki trwa stan gorączkowy i bolesność uszkodzonego miejsca. W przeciwnym razie wystarcza nie tak dokładne unieruchomienie chorej kończyny. W ten sposób często udaje się osiągnąć poprawę z zachowaniem ruchomości stawów, w krótszym czasie, niż przy stosowaniu gipsu. Kontrolujemy wynik leczenia, zwracając uwagę, poza ogólnym stanem chorego, na miejscowy stan kości, widoczne na zdjęciu rentgenowskim zmiany struktury kostnej, zniknięcie uczucia wrażliwości na uciskanie, znikanie obrzęku. Sama poprawa w uwapnieniu nie jest miarodajna. Już po wyleczeniu zaleca się dłuższe noszenie specjalnych aparatów, i dopiero z chwilą, gdy po wielu miesiącach zdjęcie aparatu nie wywołuje nawrotu bólów i innych objawów schorzenia, zalecają zupełne zaprzestanie noszenia go. Czas leczenia gruźlicy kości jest bardzo różny, jednak u znacznej liczby chorych można go skrócić, stosując dietę bezsolną (n. p.). Zbawienny jej wpływ widać przede wszystkim na przetokach, których wyleczenie następuje często w bardzo krótkim czasie. Poza tym zaobserwowano przy stosowaniu diety bezsolnej szybkie odkładanie się soli wapnia w chorej kości z równoczesnym ustępowaniem ograniczenia ruchów, bólów uciskowych i opukowych.

Rokowanie, zależnie od wieku, jest różne: po przekroczeniu 30 lat pogarsza się znacznie, śmiertelność wynosi przeciętnie 33%, u ludzi starych dochodzi nawet do 100%. Dlatego też u chorych po skończeniu 50 roku życia, z ciężką gruźlicą kończyn, wskazane jest odcięcie kończyn, aby ratować życie.

Wreszcie na zakończenie omówię leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. Wszystkie dotychczasowe dążenia w leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc polegają na wywołaniu na drodze mechanicznej zapadnięcia się odcinka chorego płuca. Wiadomo bowiem, iż stan ten sprawdza wyleczenie, ostateczne zaś zabliznienie większych iami płucnych uniemożliwia często tylko niepodatność ścian klatki piersiowej.

Ażeby przezwyciężyć sztywność klatki piersiowej starano się przez wycięcie żeber ponad ogniskiem ułatwić dalsze zapadnięcie się płuca w tych przypadkach, w których niemożliwe było wykonanie odmy jamy opłucnej, sposobu dawnego.

Wykonywane początkowo wycięcia części klatki piersiowej na ograniczonej przestrzeni ponad chorym odcinkiem płuca prowadziły do ciężkich, ostro postępujących procesów w zdrowych przedtem częściach płuc. Wobec tego zaczęto stosować całkowitą torakonlastykę, wykonywaną na jednym lub kilku posiedzeniach, i otrzymano wyniki lepsze od dotychczasowych. Dzisiaj po

upływie 10 lat warunki się zmieniły. Chorzy na płuca zgadzają się chętniej, niż dawniej, nawet w sprawach wierzchołkowych płuc (jamy), na zaproponowaną im plastykę; dzięki temu przekonano się, że w wielu przypadkach wycięcie wszystkich (11) żeber nie jest konieczne, wystarczy 7 lub 8, ażeby zapobiec szerzeniu się sprawy chorobowej na odcinki dolne płuc, wzgl. spowodować zagojenie jamy górnego płata płuca. Równoczesne unieruchomienie dolnych, niezmienionych części płuca przez porażenie przepony (wyrwanie nerwu przeponowego) jest przeciwwskazane. Plastyka wierzchołkowa, polegająca na usunięciu 4 najwyżej 5 górnych żeber, nie jest stosowana w Klinice prof. Sauerbrucha. Czy plastyka klatki piersiowej w obrębie górnych 7-8 żeber będzie długo stosowana, czy też na podstawie dalszych doświadczeń wróci Klinika znów do całkowitej plastyki, zadecydują o tym dalsze wyniki. Długość usuwanych żeber dostosowuje się do rozmiaru i umiejscowienia jam. Usuwanie całkowite dwóch górnych żeber uważa prof. Sauerbruch za niewłaściwe. W przypadkach z jamami bardzo rozległymi (są to chorzy, którzy do częściowej plastyki nie dorosli) stosuje się zakładanie plomb parafinowej, starając się na tej drodze osiągnąć, jeżeli nie wyleczenie, to przynajmniej powstrzymanie rozwoju sprawy. Dobrą stroną tego zabiegu jest to, że bezpośrednio po zabiegu oddychanie i odpluwanie odbywają się bez przeszkód, niebezpieczeństwo zaś duszenia się jest małe. Wyrwanie nerwu przeponowego nie jest uważane za zabieg zastępczy torakoplastyki; wykonywane jest ono w rzadkich postaciach gruźlicy dolnej części płuc. Unieruchomienie przepony może mieć wpływ na górną część płuca tylko w przypadkach zrośnięcia się płatów płuca między sobą, co można stwierdzić za pomocą kimografii. Ale nawet i w tych przypadkach wycięcie nerwu przeponowego jest rzadko wykonywane, zwłaszcza po stronie lewej i u ludzi starszych, gdyż może wywołać bardzo ciężkie powikłania ze strony serca i oddechu. W ostatnim czasie wznowiono próby stworzenia odmy pozaopłucnowej przez wprowadzenie powietrza lub oleju po wyjęciu kawałka żebra. Metoda jest nowa i niedostatecznie wypróbowana, przy czym wyniki dotychczasowe są niezadawalające, możliwość zaś powikłań bardzo duża.

Torakoplastyka na razie ma pierwszeństwo przed wszystkimi innymi zabiegami, stosowanymi w chirurgii leczenia gruźlicy płuc, gdyż daje według statystyki Kliniki największy % wyleczeń, przy jednostronnym procesie 70—80%, podczas gdy % wyzdrowień przypadków, leczonych wewnątrznie, dochodzi tylko do 42%. Wyniki plombowania trudniej jest ocenić, jednak i ta metoda daje około 30% wyzdrowień. Mimo dobrych wyników operacyjnego leczenia nie trzeba zapominać, że gruźlica we wczesnym stadium daje się leczyć dietą, klimatem itp.

Na zakończenie kilka słów o stosowaniu diety bezsolnej. Dieta bezsolna stosowana jest w Klinice prof. Sauerbrucha od 6-ciu lat, według prof. Hermannsdorfera, który, stosując początkowo przez 2 lata dietę Gersona, pierwszy zauważył, że zakwaszenie pożywienia dodatnio wpływa na gojenie się ran i na przebieg ostrych i chronicznych zapaleń. Przy dłuższym stosowaniu powyższej diety okazało się, że dieta Gersona jest niewystarczająca, i obecnie w klinice prof. Sauerbrucha stosowana jest wyłącznie dieta według Hermannsdorfera, która, jak wskazuje poniżej załączona tabliczka, różni się w wielu punktach od diety Gersona.

	Dieta Gersona	Dieta Hermannsdorfera
Mięso	Najwyż. 100 gr. raz na tydzień	500 gr. tygodniowo
Trzewia	Zakazane	śledziona, wątroba, mózg, płuca, nerki — zalecone
Ryby	Tylko 70 gr. tygod.	dozwolone
Mleko	1/4 litra dziennie	1 1/4 litra dziennie
Białko	około 40 gr. dzien.	ok. 90 gr. dzien.
Tłuszcz	małe ilości	160 — 200 gr. dzien.
Śmietana	zakazane	1/4 litr. dzien.
Węglowodany	obficie	200, 240 gr. dzien.
Kartofle	obficie	najwyż. 125 gr. dzien.
Jaja	żółtko	całe jajko
Surowizna	1 1/2 — 2 1/4 litr surow. soku owoc. i jarzynowego dziennie.	100 gr. surowych jarzyn i 3/4 funta surowych owoców dzien.

Bezwzględnie są zakazane: sól, konserwy wszel-

kich rodzaj, wędzone i przyprawiane mięso, kiełbasa i szynka, wędzone albo solone ryby, kostki i zupy bułionowe, wyciągi.

Widzimy więc, że dieta Hermannsdorfera, składająca się przeważnie z owoców, sałat i jarzyn, jest bogata w sole mineralne. Ilość nieorganicznych soli, które zostają doprowadzane do organizmu z pożywieniem, zostaje zwiększona nie przez dodanie tychże do potraw, jak u Gersona, lecz przez przyjmowanie ich w postaci leków (fosfor lub tran).

Dowóz płynu w diecie Hermannsdorfera jest również ograniczony. Przygotowanie potraw bez soli nie pozbawia ich smaku dzięki używaniu produktów świeżych pierwszej jakości z dodatkiem odpowiednich ziół, soku cytrynowego, wina, majeranku, czosnku lub preparatów Dardex, Carnolactin i innych. Dietę powyższą można urozmaicać, zmieniając produkty odpowiednio do pory roku i miesięcy.

Działanie dodatnie diety, zwłaszcza w gruźlicy, widoczne jest dopiero po 2—3 tygodniach, a nawet nie-raz po upływie szeregu miesięcy.

Z praktyki prywatnej.

Encephalomeningitis varicellosa *).

Podali

H. ŁUKACZEWSKI i D. KAGAN (Białystok).

Przypadek dotyczy 12-letniego chłopca A. L., który d. 12.I.37 r. zachorował na ospę wietrzną z typowymi objawami: wysypką dość obfitą, gorączką niewysoką, przy dobrym samopoczuciu. Dopiero na 4—5 dzień choroby wystąpiły u chorego gwałtowne objawy: utrata przytomności, drgawki całego ciała, sinica twarzy, piana z ust. Przy dokładniejszym badaniu stwierdziliśmy stan następujący: Temperatura 40°, tętno bardzo przyspieszone i małe, oddechy płytkie i szybkie. Płuca z przodu bez rzeżeń, tony serca ledwie słyszalne, bez szmerów. Twarz zasiniona, lewy nerw twarzowy wyraźnie zaznaczony, źrenice wąskie, na światło nie reagują, zwrócone w stronę prawą (deviation conjuguée), bardzo wybitna sztywność karku, Kernig, Brudziński — bardzo wyraźne, żadnych odruchów nie udało się wywołać. Drgawki całego ciała powtarzały się co kilkanaście minut. Tegoż dnia dokonaliśmy nakłucia lędźwiowego, które wykazało:

Płyn wodogłazny pod dużym ciśnieniem, białka 1,1%. Nonne-Appelt i Pandy + + +, pleocytoza 30 na 1 mm, przeważnie limfocyty, cukier — 60, chlorki w zakresie normy, pa-jęczynki brak (Mgr. L. Heller).

Mocz — bez zmian, poza małą ilością leukocytów i krwinek. Leukocytoza 12,000, w tym N-77 (S-69 P-8) B-0 E-0, L-21 Mon-2. Pomimo nakłucia lędźwiowego, stan dziecka nie uległ żadnym zmianom. Przez 2 doby trwał stan komatyczny, przerywany częstymi drgawkami całego ciała, przy temperaturze 39—40, mimo energicznych zabiegów i środków leczniczych (zastrzykiwania do-żylne Hemthysalu, zastrzykiwania Gardenalnatrjum, upust krwi, kroplówki i t. d.).

Na 3 dzień zaznaczyła się poprawa, ustąpiły drgawki, przytomność powoli wracała, oddech i tętno polepszyły się, temperatura spadła do 37,8, odruchy zaczęły powracać, źrenice już reago-wały poprawnie, utrzymywały się bóle głowy i objawy oponowe (sztywność karku, Kernig, Brudziński).

W międzyczasie odpadły krostki tej nadzwyczaj intensywnej wysypki ospowej.

Poprawa szła stopniowo z dnia na dzień, chłopiec zaczął

mówić, jeść, ale przez długi czas skarżył się na bóle głowy, bez-senność, osłabienie pamięci.

Badanie obiekt, wykazywało przez szereg tygodni objaw Kerniga, stan podgorączkowy, czasem nieznaczne upośledze-nie intelektu.

Po 3—4 tygodniach chłopiec powrócił w zupełności do zdrowia.

W wyżej opisanym przypadku rozpoznanie nie na-stręczało większych trudności. Mając przed sobą zupeł-nie jasny obraz choroby zasadniczej (ospa wietrzna) oraz wiedząc o tej właściwości zarazka przesączalnego (*virus filtrans*), że, podobnie do zarazka *herpes zoster*, ma powinowactwo do tkanki nerwowej — rozpoznaliśmy tu „*encephalomeningitis varicellosa*“.

Pozwoliliśmy sobie na ogłoszenie tego przypadku ze względu na jego niezwykle rzadkie wystąpienie. W żadnym podręczniku (nawet w słynnym „Handbuch der Kinderkrankheiten“ Pfaundlera - Schlos-smanna) nie znaleźliśmy wzmianki o podobnym po-wikłaniu ospy wietrznej.

Charakterystyczne jest, że Dr. Zembrzucki, ordynator jednego z największych Domów Wychowaw-czych w Warszawie (Im. Baudouina) w swojej pracy w „Przeglądzie Pediatricznym“ (1917) „O powikłaniach ospy wietrznej“ przytacza ogromny materiał z 316 przy-padków z rozmaitymi powikłaniami, wśród nich ani jed-nego powikłania mózgowego. W piśmiennictwie polskim pierwszy — zdaje się — opisał Doc. Sterling przy-padek porażenia połowiczego u 2-letniej dziewczynki po ospie wietrznej, które ustąpiło bez śladu (Neurologia Polska 1907).

Na V Zjeździe Pediatrów Polskich w Łodzi w 1935 r. tenże Doc. Sterling w swojej pracy „Zapalenie mózgu wieku dziecięcego“ podaje, że powikłania móz-gowe w przebiegu wietrznej ospy należą do bardzo rzad-kich i do niedawna zupełnie nieznanych. Doc. Ster-ling mógł naliczyć w całym piśmiennictwie zaledwie 70 przypadków, które na ogół odznaczały się łagodno-ścią przebiegu i zejścia, tylko 4 przypadki były śmiertel-ne przy objawach piorunującego zapalenia mózgowia, przebiegającego z drgawkami i stanem komatycznym.

Jest to naprawdę bardzo znikoma liczba, jeżeli

*) Odczytano na XV Zjeździe Lek. i Przyr. we Lwowie w lipcu 1937.

weźmiemy pod uwagę tak znaczne rozpowszechnienie tej na ogół łagodnej choroby dziecięcej.

Przy tym warto zaznaczyć, że powikłaniem najbardziej częstym i dla ospy wietrznej niemal charakterystycznym jest ostra ataksja mózdkowa, połączona nieraz z objawami psychicznymi, czasem zaś występuje zapalenie mózgowia w różnych postaciach (hemiplegia, choreo-atetozja i t. d.).

Możemy więc przypadek nasz uważać za nader wyjątkowy. W piśmiennictwie obcym (nb. dość skąpym w tej dziedzinie) — zdaje się — nieco podobny do naszego przypadek opisał autor włoski Gorini w r. 1932. Również charakterystyczne są dwa przypadki, opisane

przez niemieckiego autora Tramera w r. 1930: 1) zajęcie mózdzku i rdzenia przedłużonego oraz 2) obraz chorobowy, podobny do obrazu choroby Heine-Medina.

PIŚMIENNICTWO.

1) Sterling Wł. Przyp. zapal. mózgowia po wietrznej ospie. „Neurologia Polska“ 1913 T. III, Nr 5. 2) Sterling Wł. Zapalenie mózgu wieku dziecięcego. „Pediatria Polska“ 1936 T. XV, Nr 6. 3) Tramer E. Ueber 2 Fälle von Zerebralerscheinungen nach Varizellen. Mediz. Klinik. 1930 Nr 26. 4) Zembrzusi L. O powikłaniach w przebiegu ospy wietrznej u dzieci. Przegląd Pediatryczny 1917 T. VII. 5) Gorini P. Meningo-encephalite in un latante nel decorso della Varicella. Il Lattante 1932 T. 3. Parma.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Przetaczanie krwi konserwowanej.

Podał

M. SZEJNMAN (Warszawa).

(c. d. — p. Nr 5).

Limfocyty zachowują się o wiele lepiej — bo znaleźć je można, chociaż w znacznie zmniejszonej liczbie, nawet po 2 tygodniach.

Zdaniem autorów, limfocyty przechodzą następującą ewolucję: duże poprzez średnie przechodzą w małe — a te dopiero się rozpadają; czasami rozpad odbywa się bezpośrednio.

Badanie płytek wykazało po 6 dniach ich całkowitą destrukcję.

Własności biologiczne leukocytów były badane przez Karawanowa. W określonych odstępach czasu odcigał on osocze, pipetą pobierał ostrożnie leukocyty aby nie skłócić czerwonych krwinek i po kilkakrotnym płukaniu solą fizjologiczną i odwirowywaniu mieszał z zawiesiną bakteryjną. Wstawiał do ciepłarki, po czym liczył liczbę sfagocytowanych bakterii na 100 leukocytów. Metoda powyższa odbiega daleko od warunków normalnych. Leukocyty znajdują się tu w o wiele gorszych warunkach, niż w żyłach biorcy. Pozbawione one są tu zupełnie opsonin, które, zdaniem Wrighta, konieczne są do fagocytozy, chociaż Miecznikow i inni przeczą temu. Obecność *Na citricytrarne* — zdaniem niektórych badaczy ma się ona przyczyniać do wybitnego zmniejszenia zdolności żernych. Wreszcie i same manipulacje: płukanie, wirowanie i t. d., również osłabiają leukocyty. Wniosek zdaje się stąd można wysnuć niewątpliwy, że w doświadczeniach tych zdolność fagocytozy leukocytów jest gorsza, niż w żyłach biorcy. A jednak jeszcze po 12 dniach przechowywania można było stwierdzić fagocytozę poszczególnych komórek, chociaż znikła ona prawie zupełnie już po upływie 7—8 dni.

Zachowanie się elementów morfotycznych i zmiany chemiczne nie wyczerpują jeszcze całości zagadnienia — pozostaje jeszcze dziedzina na zmianę warunków najczulsza a do zbadania bodaj najtrudniejsza: zachowanie się hormonów i ciał odpornościowych we krwi konserwowanej.

Bielenkij i inni autorowie uważają, że własności grupowe tracą się w miarę przechowywania krwi, i że im krew jest starsza, tym obojętniejsza staje się krew dawcy dla biorcy — posuwając się o krok da-

lej, możliwe jest przetaczanie krwi, odpowiednio długo konserwowanej, dowolnemu biorcy; co więcej, możliwe jest łączenie do jednej transfuzji kilku lub kilkunastu krwi. Na podstawie swoich badań Anczelewicz doszedł do wniosku o stałości własności grupowych krwi niezależnie od czasu i sposobu jej konserwacji.

Szereg autorów zwraca uwagę jedynie na obniżenie się miana aglutynacyjnego.

Badania nad zachowaniem się ciał odpornościowych w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem. Badanie zachowania się dopełniacza lub miana aglutynacyjnego w stosunku do którejś z chorób, przez dawcę przebytych, stanowi wdzięczny temat do pracy doświadczalnej. Badanie zachowania się dwuchwytnika i t. d. może przedstawiać pewne trudności przy uzyskiwaniu materiału.

Ciekawe są doświadczenia Akkermana i Filatowa nad możliwością zakażenia się malarią podczas przetaczania krwi. Przechowanie przez 4 dni krwi ze stwierdzoną uprzednio malarią całkowicie uniemożliwia zakażenie podczas przetaczania tej krwi. Choczy z neurolesem, którym tego rodzaju transfuzje robiono, pozostawali zdrowi, i trzeba było im szczepić malarię w inny sposób. I-no dniowe przechowywanie nie zabija sporocyst, a jedynie przedłuża okres wylegania.

Sprawa zachowania się hormonów w krwi konserwowanej również w dostępnej mi literaturze nigdzie nie była poruszana.

Zagadnienie pozostaje otwarte — chociaż dla oceny biologicznej wartości krwi przechowywanej — o znaczeniu podstawowym.

Wydaje mi się, że najprostsze byłoby badanie zachowania się prolanów w krwi łożyskowej lub pobranej od eklamptyczek. Prostu co 24 godziny albo i częściej wykonywać z tą krwią reakcję Aschheim-Zondeka i z wyników wnosić o zachowaniu się prolanów. Kolorymetryczne lub biologiczne określenie ilości adrenaliny we krwi ludzi po silnym urazie czaszki (wydatne zwiększenie adrenaliny) i zmiana tej ilości w miarę konserwacji pozwoli na obserwację zachowania się drugiego hormonu.

Pobieranie i konserwowanie krwi z żył dawcy umożliwia natychmiastowe wykonanie transfuzji — nie rozwiązuje natomiast drugiej niemniej ważnej kwestji — a może i nawet ważniejszej — braku dawców, a co za tym idzie, i wysokiej ceny krwi, uniemożliwiającej szerokie stosowanie jej przetaczania.

Spasokucki podkreśla konieczność konserwowania i późniejszego użycia do transfuzji krwi,

która dotychczas marnowała się w szpitalach i klinikach — t. zw. krwi „użytecznej“ (w oryg. utilnoy krowi). Krew ta pochodzi od chorych, którym upust krwi powinien być zastosowany leczniczo, lub jest zebraniem krwi, z której dany chory i tak nie będzie miał pożytku. Podaje on następujące kategorie chorych, którzy mogą być dawcami nie tylko bez szkody, ale nawet z pożytkiem dla siebie.

- 1) rzucawka porodowa,
- 2) mocznica,
- 3) nadciśnienie samoistne,
- 4) urazy czaszki i mózgu,
- 5) zapobieganie zagrażającemu obrzękowi płuc lub ich zapaleniu,
- 6) udar mózgowy,
- 7) erytrocyty bez surowicy,
- 8) krew łożyskowa,
- 9) krew ze zwłok.

1) Pokrowskaja, opierając się na spostrzeżeniach, wysnutych z dokonania 49 przetaczeń krwi eklamptyczek 37 chorym, doszła do wniosku, że nie tylko krew ta jest pełnowartościowa — ale pod pewnymi względami jest nawet lepsza od zwykłej. (Sposób pobierania i przechowywania zwykły). Mianowicie specjalnie dobre wyniki autorka otrzymała przy podawaniu takiej krwi chorym ze źle gojącymi się ranami lub w stanach septycznych. Zjawisko to może znaleźć wytłumaczenie w nieco odmiennym składzie krwi. Ilość globulin zostaje zmniejszona na koszt fibrynogenu, Ph jest obniżone, rezerwa alkaliczna niewielka, glukoza i Ca w większych ilościach niż zwykle, chlorki i kwas moczowy w normie, zachowanie się produktów białkowych jest dyskutowane. Najwydatniej zmienia się ilość hormonów, podczas gdy we krwi ciężarnej jest 25.000 jednostek mysich prolaktin, we krwi eklamptyczek znajdujemy ich 5.000.

2) Gusew używał konserwowanej krwi, pobranej od chorych z mocznicą. Przetoczył w ten sposób 60 razy, wyniki nie odbiegały w niczym od otrzymanych przy używaniu jakiegokolwiek innej krwi. Zdrowe nerki biorcy sprawnie usuwały nadmiar mocznika i produktów azotowych. Dierżawiec posuwa się jeszcze dalej. Przetacza on krew mocznicową w ogólnej ilości 8 l. biorcom chorym na nerki również z b. dobrymi wynikami. Na uwagę zasługuje, że jeden z chorych na zapalenie nerek otrzymał krew mocznicową dwukrotnie.

3) i 6) Zastosowanie do transfuzji krwi ludzi z nadciśnieniem lub po udarze mózgowym jest samo przez się zrozumiałe. Konieczność upustu krwi nie podlega dyskusji — a skład krwi nie różni się niczym od krwi, otrzymywanej od przeciętnego zdrowego dawcy.

4) Zjawisko dużego podniesienia ciśnienia śródczaszkowego po silnych urazach czaszki lub mózgu jest powszechnie znane. Zadaniem dożylnego podawania roztworów hipertonicznych jest obniżenie tego ciśnienia przez odciągnięcie płynów do krwi. Z podobnych założeń wychodzi i Spasokukockij, który dla osiągnięcia tego samego celu stosuje duży upust krwi. Wyniki zarówno tak dla dawcy, jak i dla przyszłego biorcy b. dobre.

5) Dierżawiec stosował u ludzi starych i tęgich przed zabiegiem operacyjnym, mogącym potrwać dłużej — zapobiegawczy upust 300 cm³ krwi. Jak podaje, żadnych powikłań po i podczas zabiegu operacyj-

nego nie miewał. Wyniki przetaczania tej krwi, oczywiście, dobre.

7) W pewnych przypadkach, jeżeli nie można przechować całej krwi, konserwacji mogą podlegać same erytrocyty, zawieszone w roztworze fizjologicznym. Wyniki otrzymano na ogół dobre.

Wszystkie te źródła krwi nie mogą pokryć całkowitego jej zapotrzebowania. Wprawdzie nieregularność i przypadkowość w dopływie materiału skompensowana jest przechowywaniem — ale ilość w sumie osiągnięta jest b. niewielka.

Istnieją dwa źródła niemal nieograniczone — krew łożyskowa i krew ze zwłok.

8) Krew łożyskowa składem swoim różni się od krwi zwykłej. Cechuje ją: zwiększona liczba erytrocytów, zwiększona ilość hemoglobiny i bilirubiny, wysoki poziom cukru i zwiększona ilość albumin, obniżona ilość cholesteryny i obecność specyficznych hormonów. Ze względu na skład 1 cm³ krwi łożyskowej odpowiada 1,5 cm³ krwi zwykłej; ze względu na własności powinna być przetaczana wszędzie tam, gdzie chodzi o podniesienie krzepliwości — a więc po krwotokach, w skazach itp. — krzepnie bowiem prędzej, niż krew zwykła. Oparzenia, wstrząsy chirurgiczne i wszystkie stany, charakteryzujące się wydostawaniem się surowicy poza naczynia, wymagają również podawania krwi łożyskowej, gdyż duża ilość albumin, w niej zawarta, przeciwdziała wysiękaniu. Możliwości lecznicze ze względu na obecność hormonów nie zostały dotychczas wyzyskane.

Ilość krwi, którą można otrzymać podczas jednego porodu, waha się w granicach od 60 — 130 cm³. Technika pobierania niezwykle prosta. Po odpepnięciu dziecka podwiązuje się pępowinę i z zachowaniem jak najściślejszej aseptyki nakłuwa się trójgranicem i zbiera się krew bądź bezpośrednio, bądź przez strzykawkę.

Sposób przechowywania zwykły. Mimo zachowania, wszystkich ostrożności ilość wysoki % krwi okazuje się zakażony.

Obok pobierania krwi łożyskowej — czynione były próby zebrania i odpowiedniego wykorzystania krwi pozałożyskowej — próby ze względu na trudność zachowania aseptyki — bezowocne. Tym niemniej krew ta powinna być zbierana i zużyta do sporządzania surowic wzorcowych do określania grup krwi.

Wysuwa się teraz tylko zagadnienie nowe — jak wpływa na odklejanie się łożyska odciągnięcie krwi. Może utraci ono swoją sztywność, stanie się bardziej podatne — będzie kurczyło się razem z macicą — zamiast stopniowo odklejać się. Słowem, pytanie, czy pozbawienie łożyska krwi — nie przedłuży 3-go okresu porodu i nie spowoduje zbyt dużej utraty krwi przez organizm macierzyński? Zagadnienie to w dostępnej mi literaturze w ogóle nie było poruszane, widocznie żadnych powikłań porodowych nie było.

Ilość krwi, otrzymana z jednego porodu, jest wprawdzie niewielka — ale, uwzględniając kolosalną liczbę porodów, łatwość otrzymania i wysokie wartości krwi — krew łożyskowa może i powinna stać się poważnym źródłem, umożliwiającym liczne transfuzje.

Oczywiście, musimy wykluczyć poród bliźniaczy, wtedy krwi pobierać nie wolno.

9) Stosunkowo najbardziej sensacyjnie brzmi, najgorętszy opór napotyka chęć zużytkowania do transfuzji krwi ze zwłok. Śmierć organizmu jako całości identyfikuje się ze śmiercią wszystkich jego składników; za-

Streszczenia pojedyncze.

Nowotwory.

BOGOMOLEC. Pobudzanie cytotoksyczne mezenchymy w walce z rakiem. (L'Europe médicale Nr 16, 1937).

Przed 12 laty autor postawił tezę, że rak nie może osiągnąć t. zw. rozwoju klinicznego, jeżeli układ siateczkowo-śródbłonkowy zachowuje swą normalną odporność, później zastąpił autor termin „układ siateczkowo-śródbłonkowy” przez „układ fizjologiczny tkanki łącznej”. Histologiczne badanie nowotworu rakowego wykazuje zawsze bardzo słaby odczyn elementów mezenchymalnych. Być może, anergia histiocyty jest spowodowana przez działanie kwasu mlekowego, wytwarzanego przez nowotwór. Czynny odczyn mezenchymy wobec nowotworu zjawia się tylko wtedy, gdy ulega on zakażeniu lub procesom autolitycznym, prowadzącym do wytwarzania ciał, wywołujących odczyn zapalny. Podrażnieniowo-rozrostowy odczyn łączno-tkankowy po zastosowaniu smoły, najwyraźniejszy w chwili powstawania brodawczaków, znacznie się zmniejsza w chwili występowania zmian rakowych. Przerzuty rakowe bardzo rzadko atakują śledzionę, jednak odporność przeciwrakowa śledziony jest względna. Tatarinow i Dimshyć dowiedli, że przeszczep rakowy, wzięty w wystarczającej ilości, rozwija się w śledzionie, nie wywołując odczynu ze strony tkanek otaczających. Zatem sam rak poraża normalną zdolność odczynową komórek łącznotkankowych (makrofagów, fibroblastów). W r. 1924 otrzymano w laboratorium autora surowicę cytotoksyczną przeciwsiateczkową za pomocą uodpornienia przeciw śledzionie i szpikowi kostnemu. Ta surowica, zastosowana przez Leontiewa i Warozamowa u uodpornionych królików, zwiększała dziesięciokrotnie miano aglutynin i hemolizyn, co tłumaczy autor pobudzeniem cytotoksycznym mezenchymy, wytwarzającej przeciwciała. Z pomocą Neymana wykazał autor, że dzięki cytotoksycznej surowicy przeciwsiateczkowej udaje się zmniejszyć odsetek dodatnich przeszczepień raka i zniszczyć u myszy bardzo już znaczne przeszczepy rakowe oraz zmniejszyć liczbę przerzutów płucnych. Pobudzające dawki surowicy cytotoksycznej przeciwsiateczkowej znoszą anergie histiocyty, co ujawnia się w bujaniu histiocyty i zwiększonym wchłanianiu barwników *in vivo*. Neyman chronił przed chorobą myszy, zakażone śmiertelną dawką krętków Duttoniego wstrzykując im w wigilię zakażenia 0,001 cm³ tej surowicy. Marczuk i autor wykazali, że śródżylnie wstrzyknięcie 0,3—0,5 cm³ surowicy kozy lub osła, szczepionych przeciwko śledzionie i szpikowi kostnemu człowieka, wykonane w pierwszych dniach choroby, może wyleczyć płonice w ciągu kilku godzin. Za pomocą tej surowicy Gragierow i Mizruchin otrzymywali stałe i długotrwałe remisje w schizofrenii. Michajło w stwierdził, że rak, szczepiony do tkanki podskórnej, podrażnionej przez zapalenie, daje niski odsetek wyników dodatnich. Zauważył on również, że doszczętne wycięcie raka macy metodą Wertheima daje trwałe wyniki tylko wtedy, gdy po zabiegu występuje zapalenie. Aktywacja tkanki łącznej wyraźnie przeszkadza wzrostowi raka. Kaweck i wykazał, że stęśnienie smoły, która znosi własności rakolityczne surowicy królika, zmniejsza jednocześnie zdolności mezenchymy do pochłaniania *in vivo* czerwieni Kongo; smoła zatem obniża czynność układu fizjologicznego tkanki łącznej. Własności rakolityczne surowicy królika powracają po wielokrotnych wstrzykiwaniach pobudzających dawek cytotoksycznej surowicy przeciwsiateczkowej (autor, Kaweck i). Surowica cytotoksyczna powinna być świeża, dawać odczyn Bordet-Gengou ze swym wywołującym w rozcieńczeniu 1:100 (nie mniejszym) i posiadać bardzo słabe tylko własności hemolityczne (1:20, nie więcej). Surowice te, uprzednio rozcieńczone dziesięciokrotnie fizjologicznym roztworem soli kuchennej, wstrzykuje się powoli do żyły chorego. Wszystkie powyższe dane świadczą, że niezależnie od etiologii raka i przemian komórki rakowej, t. zw. rozwój kliniczny raka zależy od stanu odczynowości układu fizjologicznego tkanki łącznej.

W raku układ ten jest w stanie hipergii lub nawet anergii wobec komórek nowotworowych. Ze względu na czynność aktywowania mezenchymy przez cytotoksyczną surowicę przeciwsiateczkową autor sądzi, że należy ją stosować celem zapobiegania nawrotom i przerzutom raka po wycięciu nowotworu. Surowicę przeciwsiateczkową należy również stosować jednocześnie z leczeniem raka energią promienistą, aby pobudzić mezenchymę do niszczenia komórek rakowych, uszkodzonych przez napromienianie. W każdym przypadku, kiedy własności rakolityczne surowicy są niedostateczne lub brak ich, wskazane są wielokrotne wstrzykiwania małych dawek (0,5 cm³) surowicy przeciwsiateczkowej — jest to jedna z metod walki zapobiegawczej ze stanami przedrakowymi mezenchymy. Jeżeli doświadczenia Besredki i prace innych zwolenników teorii istnienia zarazka rakowego doprowadzą nas do teorii zakaźnej raka, stosowanie surowicy przeciwsiateczkowej nie straci swej racji bytu ze względu na rolę mezenchymy w procesach odpornościowych. Jako hipotezę wypowiada autor pogląd, że pobudzające działanie cytotoksycznej surowicy przeciwsiateczkowej na biologiczną aktywność układu fizjologicznego tkanki łącznej pozwoli, być może, zwalczyć przedwczesną starość tkanki łącznej (stwardnienie). Stan człowieka zawsze zależy od stanu jego tkanki łącznej. Człowiek ma wiek swej tkanki łącznej. Surowica autera jest w takim razie środkiem zapobiegawczym przeciwko rakowi, gdyż walka przeciwko rakowi jest walka o normalną tkankę łączną: t. zw. kliniczny rozwój raka jest możliwy tylko wtedy, gdy tkanka łączna jest w stanie hipergii lub anergii; tkanka łączna stanowi w rzeczywistości podłoże czynnościowe, rzeń ustroju i rozstrzyga w pewnej mierze o istnieniu jednego z czterech typów jego konstytucji: *typus fibrosus, lipomatosus, pastosus, asthenicus*. H. L.

Gruźlica.

BESSE i WALTHARD. Jontoforeza w gruźlicy. (Schw. med. Woch. 1937, N. 39).

Jontoforeza jest metodą leczniczą, polegającą na wprowadzeniu przez powłoki bądź w miejscu obojętnym, bądź w okolicy wybranego organu jonów różnych związków. Od lat dwunastu, gdy przekonano się, że tym sposobem można wprowadzać nie tylko krystaloidy, ale i koloidy, wypróbowano mnóstwo różnych związków najróżnorodniejszego charakteru w schorzeniach ogólnych i miejscowych. Autorzy już przed kilku laty zajęli się jontoforezą tuberkuliny. Aczkolwiek po kilku latach nie można się wypowiedzieć entuzjastycznie o tej nowej metodzie leczniczej i należy jej wyniki zestawiać z innym stosowanym jontoforetycznie środkiem, mianowicie z połączeniem wapnia i jodu, tym nie mniej zwrócić należy uwagę na jej wartość w szeregu dolegliwości czy to pierwotnych, czy wtórnych, atakujących skórę, stawy, mięśnie i układ nerwowy obwodowy u gruźlików. Okazuje się, że autorzy osiągnęli dobre wyniki w tych schorzeniach, wprowadzając jon tuberkulinowy bez szkody dla stanu płuc. Wyniki miejscowe dla osiągnięcia trwałej poprawy wymagały jednak długotrwałego stosowania jontoforezy, nieraz trwającego miesiące. Co do stosowania jontoforezy jodowo-wapniowej, to autorom udało się spostrzec jej działanie znieczulające. Jest to fakt, nieomal nienotowany w piśmiennictwie. Niezależnie od poprawy subiektywnej, sprawdzono stopień znieczulenia za pomocą badania chronaksji czuciowej, stwierdzając w pewnym stopniu jej zwiększenie, oraz za pomocą estezjometru. Ta druga metoda pozwoliła też wykryć hipalgezję powłok w okolicach, odpowiadających pasom Heada dla schorzałej okolicy. Szczególnie dobre wyniki osiągnięto w tak bolesnym powikłaniu gruźlicy, jak zajęcie krtani. A. Wajngot

L. K. BOGUT. Podwiązanie żył płucnych jako sposób leczenia gruźlicy płuc przekrwieniem biernym. (Problemy Tuberkuloza N. 1, r. 1937).

Zabieg podwiązania żył płucnych odbywa się w znieczu-

leniu miejscowym. Cięcie prowadzi się wzdłuż III żebra, długości 9—11 cm. po czym po usunięciu okostnej i naczyń usuwa się chrząstkę i część żebra. Tętnica sutkowa wewnętrzna zostaje odsunięta lub przecięta po podwiązaniu. Dalej należy oddzielać na tępo i stopniowo posuwać się w głąb bądź między płucem, a żyłą próżną, bądź między osierdziem a płucem. Po dotarciu do szczytu i znieczuleniu opłucnej otwiera się tę ostatnią. Żyła leży zwykle cośkolwiek z przodu, poznaje się ją po względnie miękkich ścianach i jasnej barwie (prowadzi krew tętniczą). Następnie wyszukać należy żyłę, prowadzącą z odpowiedniego płata i jedwabiem podwiązać, aż do całkowitego zamknięcia światła. W trakcie zabiegu należy uważać, żeby nie ucisnąć oskrzela — bo to spowoduje niedający się opanować kaszel. Po podwiązaniu ranę zaszywa się na głucho. Autor zestawia 11 przypadków gruźlicy płuc, leczonych przekrwieniem biernym, w których zostały osiągnięte b. dobre wyniki, mimo bezowocnego leczenia przed tym odmą. Bezpośrednio po zabiegu u wszystkich chorych występowało podniesienie t. do 38^o, nieznaczne przyspieszenie tętna, bolesność spowodowana uciskiem przekrwionego płata na opłucną. Mechanizm leczniczego działania autor próbuje tłumaczyć pobudzeniem układu siateczkowo — śródbłonkowego, wysysaniem się produktu rozpadu leukocytów i działaniem rozwijającej się tkanki łącznej. Do podwiązania żył nadają się te przypadki, w których zajęty jest tylko jeden płat i sprawa jest świeża; jeżeli zmiany są bardziej rozległe, podwiązanie żył jest zabiegiem wstępnym do usunięcia żeber. M. Szejnman.

N. A. KRAMOW. Leczenie kumysem w gruźlicy płuc. (Klinicz. Medicina tom XV, zeszyt 4, r. 1937).

W pracy swojej autor zestawia wyniki leczenia kumysem w gruźlicy płuc w ciągu paru lat. W pierwszym okresie podawaniu kumysu działa on jako środek drażniący, zjawia się ogólne gorsze samopoczucie i reakcja ogniskowa, potwierdzana rentgenologicznie. Objawy te stopniowo maleją w ciągu 14 dni po czym znikają. Później następuje ogólne polepszenie. Ilość hemoglobiny znacznie się powiększa przy niezmienionej liczbie kr. czerwonych; zwiększa się liczba kr. białych pałeczkowatych, która później maleje lub utrzymuje się; uregulowana zostaje ilość HCl w soku żołądkowym, to znaczy maleje jeżeli było nadmierne wydzielanie i wzrasta jeżeli skąpe (autor tłumaczy to nie swoistym działaniem kumysu — ale ogólnym polepszeniem stanu zdrowia). Diureza pod wpływem podawania kumysu nie zmienia się. Procesy utleniania w ustroju przyspieszają się, przemiana materii wzrasta podobnie jak i przyswajalność białek — a co za tym idzie i waga podnosi się. Jak z powyższego wynika kumys nie jest specyficznym lekiem w gruźlicy płuc — jest on tylko b. dobrym dopełnieniem innego rodzaju leczenia np. leczenia klimatycznego. Stosowany może być tylko w tych postaciach gruźlicy płuc, gdzie nie ma tendencji do rozpadu, gdzie procesy wytwórcze mają przewagę nad serowaceniem.

M. Szejnman.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

GINGOLD. Wpływ kwasu askorbinowego na normalny i chorobowo zmieniony aparat krwiotwórczy. (Le Sang. N 4, r. 1937).

Autor podkreśla wpływ kwasu askorbinowego (witaminu C) na układ krwiotwórczy — specjalnie płytkotwórczy i na ściany naczyń. Zwiększenie liczby płytek i jakieś zmiany bliżej nieokreślone w ścianie po podaniu witaminu C powodują zniknięcie skazy krwotocznej. Zahamowanie krwawień pozwala ustrojowi na szybką odnowę elementów krwi i poprawę jej stanu ilościowego i jakościowego. Kwas askorbinowy, więc, zdaniem autora, bezpośrednio nie wpływa na ogólny obraz i stan krwi. Liczne i sprzeczne nieraz doniesienia o stosowaniu witaminu C w najróżnorodniejszych sprawach chorobowych: białaczkach, niedokrwistościach wtórnych i złośliwych i t. d. i osiąganiu wyników czasem wspaniałych, a czasem żadnych skłoniły autora do przeprowadzenia badań kontrolnych. Autor podawał 5 osobnikom:

zdrowym i chorym z białaczką, niedokrwistością wtórną i złośliwą duże dawki witaminu C (250 mgr.) i badał krew w ciągu najbliższych paru godzin — absolutnie żadnych zmian ani ilościowych ani jakościowych nie zdołał zauważyć. W 10 przypadkach najrozmaitszych chorób krwi (oprócz skaz) stosowane było długotrwałe podawanie kwasu askorbinowego. Czasami dawała się zauważyć pewna poprawa, którą raczej trzeba było kłaść albo na karb samoistnej remisji albo polepszenia się stanu ogólnego, spowodowanego przeniesieniem chorego ze złych warunków domowych do szpitala. Na ogół i długotrwałe podawanie witaminu C chorym (z wyjątkiem skaz) nie dawało żadnego polepszenia ani przejściowego ani trwałego, zwężając w ten sposób zakres stosowania leczniczego kwasu askorbinowego.

M. Szejnman.

CHEVALLIER. Plamica zgorzelinowa. (La Sang. N 4, r. 1937).

W r. 1884 Martin de Gimord wyodrębnił nową jednostkę chorobową, plamicę zgorzelinową. Charakteryzuje się ona uogólnionym zakażeniem, przez które musi być poprzedzona umiejscowieniem objawów w skórze. tworzeniem się suchej szybko postępującej zgorzeli, ogniskami albo nielicznymi ale wówczas dużymi i wyraźnymi, lub licznymi małymi. W ognisku stwierdzić musimy najpierw objawy krwotoczne a dopiero później zgorzelinowe i, co jest może najbardziej znamienne, nie można stwierdzić zespołu skazy krwotocznej. Autor podaje obserwację własną podobnego przypadku. Chora zgłosiła się ze skargami na dość silne bóle stawowe wędrujące. Tor gorączkowy heptyczny. Badanie kliniczne stwierdziło liczne szmery w sercu, nieznaczne zmniejszenie liczby białych ciałek, lekkie powiększenie śledziony. Posiewy krwi wypadły na razie ujemnie — wreszcie wyhodowano paciorkowce, o dość dziwnych właściwościach: b. trudno dawały się hodować, nie były zjadliwe dla myszy i świnek, nie miały własności rozpuszczania krwinek — ale zieleniejącymi też nie były; usułowania badania serologicznego nie dały wyniku. Rozpoznano u chorej powolne zapalenie wsierdza i gościec wielostawowy i rozpoczęto energiczne leczenie trypaflawiną, szczepionkę własną i t. d. — zupełnie bez wyniku. Nagle u chorej wystąpiło pogorszenie: częste krwawienia z nosa, krwimocz, gromadzący się płyn w opłucnej, potwierdzony nakłuciem. Chorej dokuczało swędzenie nosa i nogi, zjawily się ogniska najpierw żywo czerwone później w środku sino czarne, ogniska wciąż się powiększały, tworzyły się podobne, zlewały się — od środka ogniska zgorzel sucha. (Posiewy ze zgorzeli liczne zawsze ujemne). Stan się pogarszał. Zapalenie żył b. bolesne kończyny górnej i dolnej, zmiany zapalne w tętnicach — zejście śmiertelne. Badanie histopatologiczne wycinka skóry wykazało rozlane zapalenie wszystkich naczyń, obrzęki, wylewy, wynaczynienia, ogniska krwotoczne dookoła naczyń, pęknięcie włósniczek, skrzepiny. Badanie krwi: zmniejszanie się liczby czerwonych krwinek — ze stałym powiększaniem się retikulocytów, mikro — i poikilocytów, zmniejszenie oporności osmotycznej, lekkie powiększenie się obojętnochołonnnych, brak form patologicznych lub młodocianych. Liczba płytek w normie. Krzepliwość, kurczliwość i zachowanie się skrzepu zupełnie prawidłowe, jedynie czas krwawienia nieco wydłużony. Autopsja nie została wykonana. Nasuwa się teraz pytanie, czy warto przypadki o przebiegu podobnym do wyżej cytowanego wyodrębniać jako oddzielną jednostkę i jaki będzie stosunek tej jednostki do pozostałych dość licznie występujących plamic? Nasuwającą się od razu możliwość, że chodzi to o pospolitą skazę krwotoczną spowodowaną przez posocnicę, a zgorzel rozwija się na tle zawału — odrzucić trzeba poprostu dlatego, że skazy krwotocznej nie ma tu, a posiewy z ognisk martwiczych były jałowe. Różniczkowanie w okresie zapalnych zmian skórnych jeszcze bez zgorzeli musi uwzględnić następujące możliwości: plamica na tle zatrucia — brak w niej jest odczynu zapalnego, skupień leukocytów i t. d.; plamica gościecowa (*peliosis rheumatica*) — w zasadzie dość podobna, różni się jednakże całym

przebiegiem klinicznym, wyglądem, umiejscowieniem i t. d.; ostra plamica na tle zakażenia, — (duże podobieństwo z posocznica meningokokową) — ale ta przebiega z dużym podniesieniem t^o, plamy są liczne, ułożone jakby w bukiety dookoła stawów, inna jest ewolucja samej plamy — przekształcić się ona może w krostkę lub pęcherzyk. Badanie kliniczne wykrywa zespół skazy krwotocznej. Rozstrzyga wątpliwości posiew. Zakażenie dwóinkami zapalenia płuc i rzeżączki dają obrazy jeszcze mniej podobne. Różniczkowanie w okresie wytworzenia się zgorzeli jest jeszcze trudniejsze. Zgorzel na tle zawału ma kształt stożka, u wierzchołka którego znajdziemy zacopowane naczynie, zgorzel w omawianym przypadku miała zawsze kształt zupełnie płaski i mogła obejmować obszary — w naczyniach których nie znajdowano skrzeplin. Wnioskować stąd możemy, że tworzenie się skrzeplin jest sprawą wtórną — jest skutkiem martwicy, a nie jej powodem. Moment powyższy pozwoli również różniczkować plamicę zgorzelinową — od zgorzeli skóry zwykłej na szerokiej podstawie. Dla definitywnego wyłączenia plamicy zgorzelinowej jako oddzielnej jednostki brak jest wyhodowania specjalnych lub w każdym razie we wszystkich przypadkach takich samych bakterii — czego, jak dotąd, nie udało się uskutecznić. W różniczkowaniu pominięta została plamica, prowadząca w 48 godz. do zejścia śmiertelnego (*purpura fulminans*); chociaż przebieg kliniczny jest zupełnie różny, istnieją niewątpliwie duże podobieństwa. Zarówno w plamicy zgorzelinowej jak i w plamicy o piorunującym przebiegu stwierdza się w skórze nacieki zapalne, z ogniskami krwotocznymi i zamkniętymi naczyniami. Obie jednostki cechuje brak zespołu skazy krwotocznej, brak zmian na śluzówkach, podobny obraz morfologiczny krwi. Wsuwa stąd autor wniosek, że plamica zgorzelinowa jest wolniej występującą plamicą o błyskawicznym przebiegu. W przebiegu *purpura fulminans* ogniska zgorzelinowe nie zdążyły się po prostu wytworzyć.

M. Szejnman.

Choroby dzieci.

PEHU, NOËL, PIGLAND. **Krwinki czerwone noworodków.** (Le Sang Nr 1, r. 1937).

Autorzy na podstawie badań własnych i zestawienia z literatury starają się dać pełny obraz zachowania się krwinek czerwonych noworodków oraz nakreślić granicę między stanami fizjologicznymi a chorobowymi. Liczba czerwonych krwinek jest niejednakowa, zdaniem różnych autorów; zmienia się ona zresztą w zależności od czasu, jaki upłynął od porodu. Zdaniem Benja'mina, waha się ona w granicach od 6.000.000—7.000.000 *maximum* na 2 dzień. Atkin — 6.130.000 zraz po urodzeniu, *maximum* po upływie 48 godz. — ale przekraczające 8.000.000 Lucas i Lipman otrzymali liczby mniejsze, bo około 5500.000. Zibardi ocenia liczbę krwinek na nieco więcej niż 6.000.000, a Pollitzer — około 6 milionów. Badania autorów wykazały 4920.000 zaraz po urodzeniu, 3790.000 1 dnia, 6400.000 3-go dnia. Liczby więc wahają się w szerokich granicach bo od 4920.000 do 8350.000 — przeciętnie około 6000.000, *maximum* po 48—72 godz. Cykl rozwojowy czerwonej krwinki jest następujący: plazma jest najpierw zasadochłonna — w miarę gromadzenia hemoglobiny staje się coraz bardziej kwasochłonna, równocześnie jądro z jasnego, rozlanego przekształca się w małe, zbite, ciemne, podobne do kropki atramentowej. W tej postaci jądro z komórki zostaje wyrzucone — i dojrzały erytrocyt jest już gotów. Czasem te dwa procesy ulegają dysocjacji, b. rzadko się zdarza — by jądro już ukończyło swoją ewolucję wsteczną, a plazma nie zawierała dostatecznej ilości hemoglobiny — o wiele częściej w plazmie z hemoglobiną zawarte są jeszcze resztki niewydalonego jądra. Liczba niedojrzałych elementów we krwi noworodka również waha się w zależności od autora. MacLean naliczył 55% 1-go dnia, a tylko 5% drugiego. König — aż 90% w ciągu pierwszych 24 godzin, Lipman 50% — w ciągu 12 godzin, już tylko 2,6% po 48 godz. i 0% piątego dnia. Zibardi otrzymał zaled-

wie 3% niedojrzałych krwinek. Na podstawie swoich badań autorzy podkreślają szybkie znikanie form młodocianych, liczba ich — 56% zaraz po urodzeniu spada do 18% już po upływie 3 godzin. Retikulocyty również szybko znikają z krwi obwodowej: z 10 w polu widzenia 1 dn. spadają do 0—1 w p. w. 11 dnia (Friedlender). Zachowanie się ilości hemoglobiny różne u każdego autora. Niektórzy uważają, że nawet po urodzeniu ilość hemoglobiny wzrasta, dochodząc do 144%. Na ogół przeważa pogląd, że wskaźnik jest większy od 1, i że stopniowo dochodzi on do normy. Na ogół pewna anisocytoza pozostaje w ramach fizjologii. Wielkość czerwonej krwinki: Sarage i Modica niezależnie od siebie zgodnie podkreślają, że krwinki zaraz po urodzeniu są większe, średnio powyżej 8 μ , po upływie 2—3 miesięcy rozmiar ich spada do 7,4 μ . Hayem zauważył duże wahanie się wielkości poszczególnych erytrocytów od 3 μ do 10 μ . Zdaniem Molten i Burri różnica ta zaraz po urodzeniu wynosi 7,43 μ , po upływie 10 dni spada już tylko do 4,13 μ . Badania autorów pokrywają się z wynikami wyżej przytoczonymi. Na zakończenie podkreśl. autorzy, że wobec dużej różnicy w wielkości krwinek rozróżniać należy makrocyty — jako duże prawidłowe komórki i megalocyty jako już postacie patologiczne.

M. Szejnman.

PEHU, NOËL, **Niedokrewności noworodka.** (Le Sang Nr 5, r. 1937).

Autorzy podkreślają, że niedokrewności u noworodka są sprawą rzadką. Bładość powłok — zewnętrzny objaw niedokrewności — prawie się nie spotyka ze względu na różowe zabarwienie skóry, fizjologiczna żółtaczka może zaćmić obraz do reszty. Rozróżniają autorzy niedokrewności wtórne i pierwotne — wrodzone „connatala” jak je nazywają. 1. Niedokrewność spowodowana być może przede wszystkim krwotokiem zewnętrznym lub wewnętrznym, najczęściej z pępowiny, z owrzodzeń przewodu pokarmowego (najczęstsze umiejscowienie—dwunastnica), *melaena neonatorum*; silne krwotoki wewnętrzne np. spowodowane pęknięciem wątroby (przypadek autora), w częstych dość krwotokach do nadnerczy dużych rozmiarów — na pierwszy plan wysuwają się objawy, niespowodowane niedokrewnością, bładość po krwotokach do układu nerwowego spowodowana jest przede wszystkim zapaścią. Na ogół trzeba podkreślić, że jeśli nie ma powikłań — przeważa tendencja ustroju do odnowy i do zdrowienia. 2. Niedokrewności b. rzadkie, spowodowane zmianą oporności krwinek — żółtaczka hemolityczna Minkowskiego i Chauffarda lub niedokrewności Colley — prawdopodobnie sprawa wrodzona. Cechuje się ona brakiem erytroblastów, wątroba i śledziona są powiększone. 3. Rzadkie postaci białaczki wrodzonej (obserwacje Stranskyego). Macciota na podstawie wyczerpujących studiów rozróżnia białaczki wrodzoną i rodzinną. Na ogół przeczy się możliwości przekazania białaczki matki płodowi. Rozpoznanie nie trudne — jeżeli się tylko pamięta o charakterystycznych zmianach na skórze. 4. Długie i ciężkie choroby zakaźne — mogą spowodować „reakcję szpikową” — na skutek podrażnienia i wyczerpania szpiku — obraz morfologiczny krwi odpowiada białaczce, chociaż stan chorobowy z tą ostatnią nie ma nic wspólnego. 5. Niedokrewność wcześniaków — spowodowana niedorozwojem aparatu krwiotwórczego. Objawy niedokrewności występują nie od razu — rozwijają się stopniowo i rozpoznawane bywają dopiero w końcu pierwszego miesiąca. Rokowanie zwykle dobre. Czas trwania zależny od najrozmaitszych okoliczności. 6. Niedokrewności najrozmaitszych rodzajów, spowodowane zakażeniem ogólnym lub, co jest pospolite, kiłą wrodzoną lub malarią. Znane są przypadki urodzenia się już z malarią, nabytą prawdopodobnie w łonie matki. Niedokrewność kiłowa przebiegać może również pod najróżnorodniejszymi postaciami (białaczkowa, a la niedokrewność złośliwa, a la blednica i t. d.). 7. Ostatnią grupę tworzą niedokrewności dziecka, spowodowane prawdopodobnie niedokrewnością matki (białaczka, łożysko przodujące i t. d.). Wsuwa autor hipotezę, że

niedokrewność złośliwa, nieprawidłowe odżywianie się, brak Fe u matki i t. p. czynniki mogą powodować wystąpienie t. zw. wrodzonych niedokrewności u dzieci. Druga grupa obejmuje niedokrewności już wyłącznie tylko idiopatyczne — wrodzone, — dla których trudno jest znaleźć moment etiologiczny. Cechują się one silną bladeścią powłok, występującą bądź to odrazu po urodzeniu, bądź po 7—8 dniach — (w pierwszych dniach może być tłumiona przez żółtaczkę). Noworodek na razie czuje się b. dobrze. Stopniowo rozwija się senność, utrata łaknienia i t. d. Badaniem stwierdzić można czasami tylko lekko powiększoną śledzionę. Obraz krwi: czerwone krwinki od 5—2,5 milionów, ilość hemoglobiny od 20—50%, wskaźnik niestały, albo mniejszy albo większy od jedynki; czas krwawienia nieco wydłużony, czas krzepnięcia prawidłowy. Płytki — zachowane w normie, retikulocyty zjawiają się tylko w okresie zdrowienia; reakcja van den Bergha — przebiega dwufazowo; biała krew: obojętno-chłonnych od 10—20 tysięcy, przesunięcie wzoru w lewo. Jakościowo określając czerwone krwinki — pamiętać należy o różniczkowaniu prawdziwych młodocianych erytroblastów — od dojrziałych krwinek, zawierających szczątkowe pyknotyczne jądro — które zostanie wyrzucone poza obręb plazmy. U zdrowego oseska może być przesunięcie w kierunku krwinek z jądrami, zwiększenie się liczby erytroblastów jest już zjawiskiem patologicznym. Zjawisko erytroblastemii — jest to pojawienie się młodocianych postaci we krwi, zaś erytroblastozy — to stwierdzenie ich obecności w narządach mięsnych. Badania anat. pat. tych przypadków wykazują ogniska krwiotwórcze w narządach mięsnych, w wątrobie znajdują się złogi żelaza, stwierdza się zmiany w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Rozróżnia się dwie grupy niedokrewności wrodzonych noworodków: postaci występujące rodzinnie i nierodzinne. Pierwsza grupa — erytroblastoz obejmuje chorobę Schvidda i Pfannenstilla — ciężką żółtaczkę rodzinną noworodków. Zauważono w tych samych rodzinach występowanie na przemian jednej lub drugiej postaci — albo pojawianie się form pośrednich. Niedokrewność nierodzinna stosunkowo częstsza, charakteryzuje się erytroblastemią; czasami przebiegać może pod postacią aplastyczną.

M. Szejnman.

Choroby nerwowe i psychiczne.

K. F. SCHEID. Drogę, cele i wyniki somatycznego badania schizofrenii. (Deut. mediz. Wochenschr. N. 38. 1937).

Autor streszcza, zdaje się, w tym artykule własną monografię, która niedawno ukazała się u G. Thiemego w druku (Febrile Episoden bei schizophrenen Psychosen), i zbiorową pracę, którą zapowiada w druku (Scheid und Baumer). W głównych zarysach usiłuje on zgłębić patogenetę schizofrenii, tego istnego kameleona psychiatrii, tej dawnej hebefrenii Heckera i katatonii Kahlauma, późniejszej *dementia praecox* Kraepelina, którą celowo Bleuler przechrcił w powszechnie przyjętą schizofrenię czyli rozszczepienie jaźni. Choroba, której podpada prawie każdy setny obywatel Niemiec, według definicji K. Schneidra z Monachium, jest dziecięcym cierpieniem organicznym mózgu o swoistej symptomatologii psychopatologicznej, o nieznannej bliżej etiologii i absolutnie ciemnym podłożu anatomicznym. — Rodzą się od lat wielu zasadnicze pytania: czy są niedostateczne wyłącznie nasze obecne metody histopatologiczne? czy też i kliniczne? czy mają miejsce zmiany organiczne wyłącznie w mózgu, czy też i w innych narządach lub gruczołach (patrz *coma diabeticum*, *status uraemicus*, *psychosis thyreotoxica*), uzewnętrzniające się głównie w mózgu? — Autor wraca do pierwotnej hipotezy Kraepelina o *dementia praecox* jako chorobie przemiany materii. Scheid uważa metodykę badania internistycznego i lekarsko-chemicznego za przede wszystkim obowiązującą. Dalej agituje za wprowadzeniem do terminologii t. zw. „epizodów” w chorobie o tak zmiennym obrazie, gdyż są w schizofrenii okresy psycho-tyczne i prawie czysto somatyczne, apsycho-tyczne. (Uczył to

już dawno Kleist, Referent). Wreszcie pożądane jest liczenie się z pojęciem „wielofazowości poszczególnych reakcji”. Wyjątkowo który odczyn patofizjologiczny przebiega momentalnie, błyskawicznie. „Somatopatologia psychoz schizofrenicznych” wymaga nieprzerwanego badań seriowych, nieraz w różnych godzinach dnia i nocy. Wreszcie do badania szczególnie nadają się schizofrenie świeże, bardziej zmienne, atypowe, nieraz z epizodem kilkunastodniowej gorączki, a nawet złośliwie z zejściem śmiertelnym przebiegające. Wszak prawie każdy z nas, neurolog i psychiatra, spotykał tu i owdzie taką postać ciężką, gorączkową, nawet śmiertelną w ciągu miesiąca się kończącą. — Autor rozróżnia 3 postaci z gorączką epizodyczną: gorączkowy ciężki epizod cyanotyczny, podgorączkowy epizod schizofreniczny, podgorączkowy epizod osłupieniowy z poprzedzającą bezgorączkową tachikardią. Wszystkie one robią wrażenie choroby organicznej lub schizofrenii symptomatycznej z utajoną komplikacją zakaźną o typie halucynozy lekowej, urojeniowej, majaczeniowej. To tylko wynikać się zdaje z obserwacji Scheida, że specjalnej towarzyszącej choroby zakaźnej nie ma, że przypadki te, seriowo hematologicznie badane z uwzględnieniem epizodów i wielofazowości odczynów, najbardziej przemawiają za napadem rozkładu i rozpadu krwi, że obraz patofizjologiczny skoków podgorączkowych przypomina 2 również dziedzicznie-rodzinne choroby krwi: *icterus haemolyticus*, *porphyria congenita*. Autor, przewidując zarzut, że są to inne, bardzo rzadkie jednostki chorobowe, nie zaś schizofreniczne, zastrzega się w uwadze końcowej artykułu, że są wcale nierzadkie, a nawet „dość częste”, z czym bym się osobiście niechętnie zgodził.

H. Higier.

K. F. SCHEID. Serologiczna diagnostyka gruźlicy w neurologii i psychiatrii. (Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. T. 160. 346—356. 1937).

Zadna z 3-ch, względnie z 4-ch istniejących obecnie metod serologicznych diagnostyki gruźlicy nie stwierdza etiologii gruźliczej ani w schizofrenii, ani w stwardnieniu wieloogniskowym. Dotyczy to zarówno badania surowicy, jak płynu mózgowo-rdzeniowego. W rozpoznaniu zapalenia opon gruźliczego, ropnego i krwotocznego również wyniki są niedecydujące. Wprowadzenie do arsenału różniczkowo-rozpoznawczego wspomnianych nowych odczynów serologicznych (Bindungs-, Klärungs-, Ballungsreaktion) nie zapowiada się owocodajnie zarówno w neurologii, jak w psychiatrii.

H. Higier.

F. PRUCKNER i K. SCHEID. Badanie spektrograficzne płynu mózgowo-rdzeniowego. (Nervenarzt. 9. 273—278. 1937).

K. SCHEID. Optyczne metody badania i rozpoznawania płynu mózgowo-rdzeniowego. (Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. 158. 101—104. 1937).

Badanie spektrograficzne płynu zainaugurowane w r. 1934 przez Plauta i Bülowa, umożliwia już dziś charakterystykę optyczną ciał białkowych. Uda się często z krzywej absorpcyjnej przepowiadać wynik reakcji koloidowych. Ułatwia to bliższe poznanie istoty odczynów koloidowych oraz orzeczenie co do normalnej lub patologicznej natury danego płynu. Są poważne dane, że ta metoda znajdzie zastosowanie również w dziedzinie patogenety psychoz endogennych.

H. Higier.

J. ZAPPERT. Szerzenie się choroby Heine-Medina w Europie w ostatnim dziesięcioleciu. (Wien. klin. Wochenschr. N. 14. 1937).

Na 10 tysięcy młodzieńców dało się statystycznie stwierdzić świeżych poliomyelityków w: Danii 5.68, Szwecji 3.72, Finlandii 1.99, Norwegii 1.73, Łotwie 1.56, Szwajcarii 1.48, Węgrzech 1.39, Austrii 1.25, Niemczech 1.23, Holandii 1.01, Anglii 0.63, Włoszech 0.61, Hiszpanii 0.54, Francji 0.48, Czechosłowacji 0.42. Według częstości tej nagminnej choroby w Europie stwierdzić można: strefę północną, najbardziej dotkniętą, strefę środkową mniej, południowo-zachodnią strefę najmniej zajęta przez jad poliomyelityczne.

H. Higier.

pomina się, że życie organizmu jako całości nie jest sumą życia poszczególnych jego części, i odwrotnie, śmierć organizmu — nie powoduje bynajmniej natychmiastowego obumarcia poszczególnych części. Wiemy przecież, że włosy i paznokcie na zwłokach rosną jeszcze przez pewien czas — dlaczego więc od razu *a priori* zakładać, że krew, pobrana ze zwłok, jest martwa. Oczywiście, pobranie musi być dokonane z zachowaniem określonych warunków.

Krew pobierana musi być pełnowartościowa — nie może więc być pobierana od osobników, którzy długo chorowali, albo których agonia trwała długo — prawdopodobnie wtedy zachodzą również i zmiany we krwi.

A więc tylko zwłoki ludzi zupełnie zdrowych, zmarłych nagle, bez długiego okresu konania — mogą być dawcami krwi.

Krew musi być bezwzględnie jałowa. Źródłem infekcji mogą być albo rozległe rany i obrażenia, powstałe podczas wypadku — które będą wrotami zakażenia, albo zmiany pośmiertne, w których jedne z pierwszych naczyń stają się przepuszczalne. Jeżeli możliwe jest wydostawanie się płynu z naczyń do tkanek, to również możliwe jest przenikanie bakterii z tkanek do naczyń. Wreszcie nieodpowiednie pobranie również może spowodować zakażenie.

Przyczyna, wywołująca zejście śmiertelne, nie może wpływać na skład krwi — np. zwłoki topielców nie mogą być wyzyskane, gdyż krew jest shemolizowana i t. d.

Produkty gnicia i rozpadu białka nie mogą, oczywiście, znajdować się we krwi, która ma być przetoczona. Wolno więc nam ją pobierać do chwili wystąpienia jakiegokolwiek zmian pośmiertnych. Zresztą, kwestia ta łączy się bezpośrednio z zagażeniem jałowości.

Ilość krwi, otrzymana ze zwłok, waha się w granicach od 500—3000 lub też od 1500—2000.

Najlepszy jest sposób pobierania, podany przez Janowskiego (cytowane według Artjuniana). Polega on na odpreparowaniu żyły jarzmowej (*vena jugularis*), oczywiście, z zachowaniem jak najdalej idącej aseptyki, podwiązaniu jej, nakłuciu centralnego końca trójgrańcem i zebraniu krwi do odpowiednich naczyń. Żadne uciskania, masowania zwłok i t. d. są niedopuszczalne, możliwe jest jedynie nadanie zwłokom pozycji Trendelenburga.

Zbadanie właściwości biologicznych i składu chemicznego krwi, otrzymanej ze zwłok, będzie miało podstawowe znaczenie dla określenia jej użyteczności.

Znany powszechnie fakt, że krew osób, zmarłych nagle, nie krzepnie, został wyzyskany w ten sposób, że do krwi ze zwłok nie dodawano żadnego środka konserwującego. Pobierając krew w rozmaitych odstępach czasu, przekonano się, że skrzep powstaje wprawdzie w pierwszych godzinach od zejścia śmiertelnego — ale po pewnym czasie znowu się rozpłaszcza. W 6 godzin po śmierci skrzep nie tworzył się już w ogóle. Zjawisko fibrynolizy w pierwszym przypadku, a fibrynogenolizy w drugim, bo tylko tak niekrzepnięcie krwi ze zwłok można wytłumaczyć, znalazło pełne potwierdzenie w danych laboratoryjnych. Okazało się, że wysalanie i badanie refraktometryczne tego rodzaju krwi wykrywa duże ilości stosunkowo dużych cząsteczek białka, badanie ultramikroskopowe potwierdziło ten wynik. Wreszcie bezpośrednio zaobserwowano rozpadanie się fibryny na coraz mniejsze ziarenka. Czynniki, powodujące rozpłaszczać się włókniaka, związany jest z czerwonymi

ciąłkami krwi. Rozpuszczanie się, bowiem, zaczyna się od miejsca zetknięcia osocza z barwnikami, odwirowanie tych ostatnich przerywa natychmiast proces. T⁰ przyspiesza rozpadanie się włókniaka, w 0⁰ proces odbywa się wolniej, w 37⁰ znacznie szybciej. Wreszcie nie bez znaczenia jest i wiek osobników — im młodszy i zdrowszy był dawca, tym szybciej postępuje fibrynoliza.

Zdawałoby się, że krew obdarzona takimi właściwościami, a raczej pozbawiona swojej najistotniejszej cechy — zdolności krzepnięcia — nie może w ogóle nadawać się do transfuzji — a tym bardziej już wszędzie tam, gdzie chodzi o podniesienie zdolności krzepnięcia. Doświadczenie doprowadziło tymczasem do wyników przeciwnych. 167 transfuzji krwi niekonserwowanej ze zwłok odbyło się bez specjalnych powikłań, a zmiany w krwi biorcy pod wpływem przetaczania nie różniły się niczym od zmian, spowodowanych transfuzją jakiegokolwiek innej krwi. Pozornie paradoksalny ten wynik znalazł wymowne potwierdzenie w spostrzeżeniu, że przecież krew, wylana do jam ciała lub stawów, nie krzepnie również. Badania wykonane wykazały takie same zmiany i procesy, co i we krwi osób zmarłych nagle.

A więc słuszny jest wniosek autorów, że krew, pobrana od osób zmarłych śmiercią gwałtowną, jest bardziej żywa, niż pobrana z żył dawcy. Jedną tylko obserwacją mąci tak piękne wnioski. W każdym przypadku badany był odczyn Wassermann'a, i okazało się, że wypadł on pozytywnie znacznie częściej, niż to można było stwierdzić na podstawie wywiadów lub badania anatomo-patologicznego.

Ze odczyn Wassermann'a nie jest odczynem specyficznym — wiadomo powszechnie. Pytanie więc, czy i tu, podobnie jak w ciąży, raku, płonicy i t. d., nie jest on wyrazem zmian w strukturze ciał białkowych krwi.

Zachowanie się hormonów we krwi ze zwłok badane nie było. Doświadczalnie sprawdzona była zdolność fagocytozy leukocytów psów, zabijanych przez uduszenie. Technika i sposób badania — jak przy określaniu zdolności żernej w krwi konserwowanej. Wyniki otrzymane wykazały gwałtowny spadek zdolności żernej w ciągu pierwszych 5—6 godzin, po których zaczyna się podnosić, by osiągnąć *maximum* po 8—9 godz. Stanowi ono 82% zdolności żernej psa żywego. Od tej chwili rozpoczyna się spadek, tym razem już bezpowrotny. Po 13 godzinach można było jeszcze stwierdzić pojedyncze fagocyty o zachowanej własności żernej. Uwzględniwszy wygląd i zachowanie się białych ciałek — krew pobrana w 11 godzin od śmierci, odpowiadająca krwi, przechowywanej w ciągu 5—6 dni.

Dziwne zjawisko gwałtownego spadku zdolności żernej i ich powolnego podnoszenia się już po śmierci zwierzęcia tłumaczy autor ustępowaniem zmian ze krwi powstałych podczas duszenia. Właśnie po upływie 8—9 godzin wszelkie zmiany, spowodowane anokseją, ustępują.

Badania nad chemizmem, wyglądem i zachowaniem się czerwonych ciałek krwi ze zwłok wykazały drobne tylko odchylenia od zmian, zachodzących w krwi konserwowanej żywego dawcy. Ph obniża się, co jest powodowane przechożeniem glukozy w kwas mlekowy (zawartej w b. wysokim % w krwi trupiej — co stanowi bodaj najważniejszą różnicę), zwiększa się ilość fosforanów. Poziom K podnosi się, Ca i Na pozostają w normie. Kwas mlekowy, oczywiście, występuje w znacznie większej ilości.

Pozostaje do wyjaśnienia kwestia olbrzymiej hiperglikemii: 1) czy jest ona w ogóle spowodowana przez glukozę — czy też przez jakieś inne substancje redukujące? 2) czy powstała na skutek zmian pośmiertnych we krwi? 3) czy powstała po śmierci przez wypłukanie magazynów węglowodanowych? 4) czy powstała za życia na skutek urazu? Brak zmian we krwi, zachowanie się czerwonych i białych ciałek pozwalają wykluczyć jakieś głębsze zmiany w jej chemizmie. Żadne substancje redukujące nie zostały stwierdzone we krwi. Natomiast pobieranie krwi ze zwłok, znajdujących się w najrozmaitszych pozycjach wykazało zmianę poziomu cukru. Mianowicie krew, pobierana z okolic bardziej oddalonych od wątroby, zawierała mniej glukozy, niż krew z okolic bliższych. Pewne więc pośmiertne wypłukiwanie niewątpliwie zachodzi.

Bańania doświadczalne, wykonane na królikach przez Brossa i Kaczorowskiego i na kochach przez Luriego, wykazały, że silny uraz czaszki wywołuje wybitną hiperglikemię i cukromoc — dane, potwierdzone, zresztą, przez obserwację stanów pourazowych ludzi jeszcze za życia. Mechanizm działania urazu i powstania hiperglikemii jest tego rodzaju, że bądź wylew krwawy, bądź wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo - rdzeniowego, bądź wreszcie uraz bezpośredni drażnią ośrodki przemiany węglowodanowej lub pobudzają układ sympatyczny, który poprzez wydzielanie adrenaliny podnosi poziom cukru we krwi. U człowieka, porażonego prądem, stwierdzono 485 mg % glukozy. Nieobecność hiperglikemii w niektórych przypadkach ze wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym tłumaczy Lurie równoczesnym pobudzeniem n. błędnego, który hamująco działa na przemianę węglowodanową.

Technika samej transfuzji jest prosta, prostsza bodaj, niż przelewanie krwi strzykawką Jubé.

Krew przechowywana jest w specjalnym naczyniu,

którego kształt jest właściwie obojętny (zresztą liczba modyfikacji jest b. wielka). Korek musi być hermetyczny — dopasowany bardzo szczelnie — z tego względu jakoby najdogodniejszy jest kształt stożka. Naczynie musi być wypełnione tak, aby ponad poziomem płynu nie było ani jednej banieczki powietrza. Dwie rurki wtopione w korek umożliwiają: jedna wydobywanie krwi — druga dopływ powietrza, bez którego nie można by było otrzymać działania ssącego. Przechowywanie krwi w dużych ampułkach o dwóch końcach pozwala wprawdzie na bezpośrednie przetoczenie krwi do żył biorcy — ale uniemożliwia zupełnie badanie tej krwi. Ampułka, raz otwarta, musi być natychmiast zużyta; wykonanie badań wymaga pewnego czasu — musimy więc albo rezygnować z transfuzji — albo z badania tego, co przetaczamy.

U nas Aleksandrowicz proponował aparat, którego cena nie przekracza 40 zł. Cechują go nie dwie rurki, lecz trzy, z których ostatnia odchodzi z dna naczynia. Wydobywanie płynu z naczynia odbywa się nie pod wpływem siły ciężkości lub działania ssącego lecz, odwrotnie, na skutek zwiększania ciśnienia przy pomocy pompki, zaopatrzonej w filtr i połączonej z jedną z dwóch rurek, przechodzących przez korek. Ostatnia rurka umożliwia wreszcie pobieranie krwi do badania o każdej porze.

Krew przechowuje się w lodówce w t. 40—60. Przed przetoczeniem należy ją podgrzać do t⁰ ciała. Samo przetaczanie odbywać się może bądź zwykłą strzykawką Rekord, aparatem Jubé, aparatem do podskórnego wlewania soli fizjologicznej, specjalnie skonstruowanymi aparatami do tego celu, np. Landsberga i Kartaszewskiego. Zasada wszystkich tych aparatów jest ta sama — albo syfon — albo zmiana ciśnienia.

(Dok. nast.).

Oceny książek.

Dr. Karol MIKULSKI. *Krótki zarys nauki o bliźniętach (Gemelliologia)*. (Płock 1937).

Badania nad bliźniętami są bodajże najświeższą dziedziną nauki o dziedziczności. Poważne prace badaczy zagranicznych przyczyniły się do wyjaśnienia całego szeregu zagadnień, z których na czoło wysuwa się problem wpływu czynników odziedziczonych i zewnętrznych na kształtowanie się osobowości psychofizycznej. Różnice pomiędzy bliźniętami jednojajowymi a dwujajowymi są tutaj niezmiernie ważnym momentem, zaś różnice pomiędzy samymi bliźniętami jednojajowymi jako takimi, składają do specjalnych badań nad wchodzącymi w rachubę czynnikami etiologicznymi. W piśmiennictwie naszym praca kolegi Mikulskiego jest pierwsza i, jako taka, zasługuje na specjalne uznanie. Praca opiera się na dokładnym uwzględnieniu bogatego piśmiennictwa zagranicznego oraz na badaniach własnych, które obejmują 15 par bliźniąt. Dokładne badanie każdej pary bliźniąt wymaga wiele trudu, którego nie szczędził autor. Poszczególne rozdziały pracy obejmują diagnostykę i genetykę bliźniąt, dziedziczność a środowisko, psychologię i pedagogikę bliźniąt, neuropsychiatrię bliźniąt. W pracy zatem znajdują uwzględnienie wszystkie zasadnicze zagadnienia psychologii normalnej i patologicznej tudzież kliniki, dla których wyjaśnienia badania nad bliźniętami mają duże znaczenie. Na zakończenie pełnej uznania oceny ref. pozwala sobie na jedną uwagę krytyczną. Autor jest gorącym adeptem adlerizmu i jednym z głównych jego pionierów u nas. Tego stanowiska nie mam, oczywiście, zamiaru kwestionować, ale podkreślić muszę, że ocena tego kierunku w pracy

niniejszej ma charakter nadmierny i przez to rażący, albowiem ze słów autora wynika — jak najniesłuszniej, że dopiero Adler nauczył nas cenić znaczenie czynników środowiskowych dla kształtowania się charakteru, a w pewnym miejscu dowiadujemy się nawet, że to właśnie Adler zwrócił uwagę na badanie snów u dzieci.

G. Bychowski.

W. KOLLE u. H. HETSCH. *Experimentelle Bakteriologie u. Infektionskrankheiten*. Wyd. VIII. Urban & Schwarzenberg. Berlin—Wiedeń. Str. 836, 54 tablice i 38 rysunków w tekście.

Podręcznik ten jest zbyt znany zarówno specjalistom bakteriologom, jak szerokiemu ogółowi lekarzy, ażeby go potrzeba było szczegółowo omawiać z powodu ukazania się nowego wydania, pierwszego po śmierci Kollego. Książka omawiana zawiera wyczerpujące przedstawienie całokształtu współczesnej bakteriologii lekarskiej i częściowo weterynaryjnej uwzględnia w szerokim zakresie nie tylko patogenezę, ale także anatomię patologiczną i klinikę. Ma pierwszorzędną wartość dla lekarza. Nowe zdobycze wiedzy są skrupulatnie uwzględnione. Wielkie bogactwo materiału, przejrzysty układ i zamknięcie całości w jednym tomie podnoszą wartość dzieła. Jak w większości podręczników akademickich niemieckich, nauka i tutaj ma postać może zbyt skończoną. Najbardziej cierpi na tym przedstawianie zagadnień aktualnych. Podręcznik omawiany jest więc książka, której przestudiowanie w pierwszorzędnym sposób wzbogaca wiedzę czytelnika, ale za mało wzbudza w nim niepokoju twórczego.

Z. Szymanowski.

Wskazówki praktyczne.

W leczeniu ropnych zapaleń migdałków (angin) poleca O. Isselhard przetwór bizmutowy Casbis, który radzi stosować na samym początku choroby w postaci jednorazowego zastrzyknięcia 1 cm³. W ciągu 24 godzin następuje spadek ciepłoty ciała i poprawa stanu gardła. W anginie Plaut-Vincet środek jest bezskuteczny. (M. m. W. 1937 nr 197).

—o—

Oppikofier stwierdzał w przypadkach uporczywych zapaleń gruczołów chłonnych okolicy podszczękowej i szyi pierwotną gruźlicę migdałków. Po wyłuszczeniu migdałków, których obraz zewnętrznie niczym nie różnił się od obrazu zapalenia przewlekłego, pod mikroskopem jednak ujawniał ogniska gruźlicze, obrzmienie gruczołów cofało się. W przypadkach rozmięknienia i zropienia gruczołów po otwarciu i wyskrobaniu następowało szybkie wyleczenie. (Schweiz. med. Woch. 1933 nr 47).

—o—

Berberich otrzymywał dobre wyniki leczenia samoistnej utraty powonienia (bezwęchu), której przyczyny nie można było ustalić, za pomocą insuliny. Rozpoczynał kurację

od 10—15 jednostek 3 razy tygodniowo i w razie potrzeby dochodził do 25 jednostek tyleż razy w tygodniu. W celu powiększenia wydzieliny nosowej dawał jednocześnie małe dawki jodu. (Schw. med. Woch. 1937 nr 11).

—o—

W leczeniu ciężkich oparzeń otrzymywał Betturan doskonałe wyniki, stosując kombinację kwasu garbnikowego i azotanu srebra. Leczenie polega na posmarowaniu miejsc oparzonych (po usunięciu ewentualnie przedtem użytej maści i zmartwiałej tkanki) 5% roztworem kwasu garbnikowego, a następnie 10% azotanem srebra. W następstwie tego tworzy się mocny strup, który po kilku dniach sam odpada. Jeżeli znajdujące się pod strupem miejsca nie są jeszcze zagojone, to pokrywa się je gazą oksychinolinowo-szkarłatną (Scharlachrot). Należy dbać o obfity dowóz wody. Podczas przypalania pożądane jest podawanie narkotyków. Dobra strona tego leczenia polega na tym, że utworzenie się strupa zapobiega wchłanianiu się toksycznych produktów skóry, i że trwanie sprawy chorobowej znacznie się skraca. (Journ. Am. med. Assoc. 1937 nr 18).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dn. 9 listopada 1937 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 5.

Obecnych 33 członków i 29 wprowadzonych gości.

Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Kol. Wiceprezes podaje do wiadomości ostatnie nabytki biblioteki T-wa.

Kol. M. Litwinski przedstawia przypadek srebrzycy. (Streszczenie własne).

Przedstawiony przypadek dotyczy mężczyzny, lat 34, z zawodu sanitariusz. Chory zgłasza się do oddziału wewnętrznego Szpitala Szkolnego C. W. San. z powodu ciemnego zabarwienia skóry na całym ciele, a zwłaszcza w miejscach, wystawionych na działanie światła. Zabarwienie skóry wystąpiło przed pięciu laty i stopniowo nasila się. Pacjent poważniejszych chorób miał dotychczas nie przechodzić; jednak miewa bóle w okolicy dołka podsercowego, w maju bieżącego roku doznał gwałtownego krótkotrwałego ataku bólów w podżebrzu prawym. Choroby weneryczne neguje. Nie pije, pali mało. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Badania w oddziale wewnętrznym zmierzały w kierunku wykrycia przyczyny bólów oraz nagromadzenia się w skórze barwnika. Badania przeprowadzono więc celem wyłączenia zimnicy, nadmiernej wytwarzania się melaniny, choroby Addisona, ochronozy z alkaptonurią, wrodzonych wad serca z ogólną sinicą, nagromadzenia się karotyny, w kierunku schorzeń wątroby (diabète bronzé) i ewent. spraw nowotworowych. Poza tym zbadano włosy na obecność metali ciężkich, a zwłaszcza arsenu (próbą Marsha — ujemna). Wszystkie badania w kierunku wykrycia cierpień narządów wewnętrznych, jak również zaburzeń przemiany materii, poza radiologicznym stwierdzeniem kilku kamyków w pęcherzyku żółciowym, dały wynik ujemny. Dokonano wówczas wycięcia kawałka skóry do badania mikroskopowego. Badania histopatologiczne na hemocyderinę i ciała melanotwórcze wypadły ujemnie, na tej zasadzie ustalono, że barwnik jest pochodzenia zewnątrzpochoźnego, a w ślad za tym rozpoznano z całą pewnością srebrzycę. Za srebrzycę przemawia typowa dyspersja cząstek srebra metalicznego w dolnych warstwach naskórka, w komórkach gruczołów potowych i torebkach włosowych. Nie dając wiary choremu, który podaje, że nigdy nie leczył się przetworami srebra, należy przyjąć, iż ma się tu do czynienia z przypadkiem srebrzycy pochodzenia lekowego (przebyte leczenie cierpienia żołądka jodem). O ile chodzi o inne preparaty, które mogłyby być stosowane, to należy wymienić roztwory srebra koloidalnego. Te jednak z uwagi na brak śladów cierpienia, mogących wskazywać na konieczność leczenia, nie mogą być brane pod uwagę.

Srebrzycą bywa częściąwa lub uogólniona. Pierwsza postać występuje jako choroba zawodowa na rękach u rzemieślników, pracujących przy wyrobie przedmiotów srebrnych lub w przypadkach długotrwałego i nieogólnego stosowania miej-

scowego leków srebrnych w niezycie spojówek, owrzodzeniach skóry oraz zapaleń błon śluzowych jamy ustnej. Jest to tak zwana *argyrosis ex imbibitione*. Srebrzycą uogólnioną rozwija się w następstwie używanych do wewnątrz roztworów lapisu, np. w owrzodzeniach żołądka, i preparatów srebra koloidalnego (collargol) dla zwalczania różnego rodzaju zakażeń (posocznica).

Ma y e r, który znalazł w piśmiennictwie od roku 1922 opisanych 80 przypadków srebrzycy, stwierdza, że znane są przypadki, co do których da się ustalić, że dawka czystego srebra mogła dochodzić od 15 do 30 gram. W niektórych przypadkach dawka osiągnęła 2—3 g, dając nie mniej wyraźne zmiany barwnikowe skóry. Pierwsze objawy srebrzycy stwierdza się zazwyczaj na dźwiękach, spojówkach i twardówkach, co miało miejsce i w przytoczonym przypadku, na częściach skóry, poddanych działaniu promieni świetlnych, wreszcie na całej skórze. Barwa skóry z biegiem lat staje się coraz ciemniejsza, aż do zabarwienia, zbliżonego do skóry murzyna, lecz zawsze z charakterystycznym odcieniem metalicznym. Odcień ten występuje wyraźnie w niskiej ciepłocie, pod wpływem oziębienia ciała. Chorzy tacy na ogół nie mają żadnych dolegliwości, niekiedy tylko odczuwają smak metaliczny. W wydalinach ich srebra nie stwierdza się. W badaniu histopatologicznym skóra i narządy mięszone wykazują obecność srebra. Poza tym ściany naczyń krwionośnych, układ nerwowy ośrodkowy, nerwy, kości, włosy i mięśnie srebra nie zatrzymują.

Leczenie właściwie nie istnieje. Według metody Stilliana i L awlesa celem odbarwienia skóry stosować można dośrodek wstrzykiwanie 1% roztworu żelazocjanku potasu i 6% tiosiarczanu sodu.

Co do patogenety, zdania się podzielone. Ogólnie przyjęto, że srebro, wprowadzone per os, wchłania się w postaci chlorku srebra; w płynach tkankowych przestacza się na białczan srebra. To samo dzieje się z preparatami srebrnymi, wprowadzonymi dożylnie. W tkankach związki srebrne ulegają redukcji, a srebro wydzielone w postaci metalicznej trwale umiejscawia się w tkankach.

Przytoczony przypadek pozwala na wyciągnięcie wniosku, że wskutek różnej wrażliwości pacjentów, a ściślej mówiąc, osobniczych ich właściwości, niewielkie nawet dawki preparatów srebrnych mogą spowodować nieodwracalne zmiany barwnikowe, będące trwałym uszkodzeniem ciała. Fakt ten skłania do ostrożnego stosowania środków lekarskich tego rodzaju.

Przypadek ilustrowano preparatami mikroskopowymi.

Kol. A. Kwaskowski: Pokaz dwóch przypadków pozagałkowego nowotworu nerwu wzrokowego. (Streszczenie własne).

Przypadek pierwszy dotyczy chłopca 14-letniego, u którego w ciągu dwóch lat powoli powstał wytrzeszcz lewej gałki ocznej, nie dający się odprowadzić i nietętniący. Gałka wystaje z oczodołu o 9 mm więcej, niż prawa, w kierunku osi oczodołu. Ruchy gałki są nieco ograniczone, lecz odbywają się łatwo. Żre-

nica szersza i oddziaływa leniwiej, niż w prawym oku. Na dnie oka stwierdza się zastoinowy obrzęk tarczy n. wzrokowego. Ostrość wzroku o. dr 6/6; o. sin. — liczy palce z $\frac{1}{2}$ metra.

Na zasadzie powolnie występującego wytrzeszczu gałki w kierunku osi oczodołu, bez objawów zapalnych, z względnie dobrą ruchomością gałki i z zastoinowym obrzękiem tarczy n. wzrokowego oraz upośledzeniem wzroku dochodzimy do wniosku, że mamy do czynienia z guzem oczodołu, mieszczącym się w lejkum mięśniowym i mającym ścisłą łączność z nerwem wzrokowym. Objawy te oraz młody wiek chorego pozwalają na rozpoznanie nowotworu nerwu wzrokowego lewego.

Drugi przypadek dotyczy 7-letniego chłopca, u którego był wytrzeszcz lewej gałki w kierunku osi oczodołu. Wytrzeszcz powstał przed 11 miesiącami, nie powodował bólów, ani objawów zapalnych, a jednocześnie wystąpiło upośledzenie wzroku. Ruch gałki były prawie całkowicie zachowane. Gałka oczna nie była zadrażniona. Żrenica lewa była szersza, niż prawa, i reagowała słabiej. Na dnie oka stwierdzono obrzęk zastoinowy tarczy n. wzrokowego. Odczyn Wassermana ujemny. Badanie rentgenowskie wykryło mniejszą przejrzystość lewego oczodołu w porównaniu z prawym oraz zatarcie zarysu obwodowej części skrzydła dużego z lewej strony. W ciągu dwóch tygodni pobytu w szpitalu ostrość wzroku lewego oka z 6/30 spadła do liczenia palców z 4 m. a wytrzeszcz powiększył się do 9 mm. 19.XI.37 wykonał prof. Melanowski usunięcia guza sposobem Kroenlein-Gölowin. Nowotwór był wielkości małej śliwki i otaczał nerw wzrokowy, który został wycięty na przestrzeni 2 cm z nowotworem. Chory zniósł zabieg dobrze: gojenie bez powikłań. Obecnie wytrzeszcz ustąpił, ruchy gałki na boki b. nieznaczne, w kierunku pionowym większe, lecz też ograniczone. Zniesienie wrażliwości rogówki na dotyk; ruchy powiek prawidłowe. Żrenica szeroka i nieruchoma. Na dnie zanik tarcz n. wzrokowego oraz naczynek i siatkówki w nosowej połowie z rozsiaśnięciem barwnika. Badanie anatomiczne (Dr. E. Siedlecki) stwierdziło *glioma periphericum*.

Kol. J. Sobański, czł. T-wa, wygłasza odczyt p. t. „O wartości klinicznej badania ciśnienia krwi w naczyniach krwionośnych siatkówki”. (Streszczenie własne).

Wprowadzenie do badań okulistycznych badania ciśnienia krwi w naczyniach krwionośnych siatkówki zapoczątkowała szereg prac, w których wyniku opracowana została metoda określania poziomu ciśnienia śródciśniskowego za pomocą oznaczania ciśnienia rozkurczowego krwi w żyłach środkowej siatkówki z wykorzystaniem ścisłego związku, jaki istnieje pomiędzy poziomami obu tych ciśnień. Dokładna znajomość poziomu ciśnienia krwi w żyłach i tętnicy środkowej siatkówki jest konieczna nie tylko w celu określania poziomu ciśnienia śródciśniskowego, lecz także w każdym przypadku tarcz zastoinowych, gdyż pozwala nam wnioskować o przebiegu tej sprawy na dnie oka.

Na krążenie krwi w siatkówce wywiera wielki wpływ ciśnienie śródoczne (18—24 mm Hg), które jest znacznie wyższe od ciśnienia śródciśniskowego (6—8 mm Hg). Zarówno podwyższenie się ciśnienia śródciśniskowego (ponad 26 mm Hg), jak to ma miejsce w jaskrze, iak i obniżenie się ciśnienia krwi w układzie tętniczym siatkówki, prowadzi do zaburzeń odżywczych, których wynikiem jest zanik prosty nerwu wzrokowego. Jeżeli spadek ciśnienia krwi pociągnie za sobą odpowiedni spadek ciśnienia śródciśniskowego, jak to ma miejsce w większości przypadków, to w oku takiego osobnika zanik nerwu wzrokowego nie występuje. Z tego właśnie powodu zanik prosty n. wzrokowego występuje tylko w 16% wszystkich przypadków wrodzonego, w którym to procesie chorobowym stwierdza się często spadek ciśnienia krwi w układzie tętniczym siatkówki. Na tej zasadzie zastosowano leczenie tabetycznych zaników nerwów wzrokowych, które polega z jednej strony na obniżeniu ciśnienia śródciśniskowego, z drugiej strony na dążeniu do podniesienia obniżonego zbyt niskiego ciśnienia krwi. Leczenie to, które nazwaliśmy leczeniem odciążającym, dało wyniki pomyślne, zmieniając rokowanie w tego rodzaju przypadkach na lepsze.

Kol. W. Zahorski, czł. T-wa, wygłasza referat p. t. „Wartość kliniczna metody bańkowej w badaniu oporności naczyń włosowatych z pokazem nowego modelu przyrządu”. (Streszczenie własne).

Po krótkim omówieniu dotychczasowych, niedostatecznych pod względem klinicznym, metod badania naczyń włosowatych, autor przedstawia aparat bańkowy do badania włóscinek skóry, wzorowany na przyrządzie Prof. Goreckiego i Grycewiczówny, ale zupełnie przekształcony i przystosowany do użytku klinicznego. Przyrząd przedstawia się w sposób następujący: bańka o średnicy 2,5 cm, objętości 5 cm³, zwęża się w rurkę kalibrowaną w cm³. Na końcu rurki znajduje się kran, po czym rurka przechodzi w lejek pojemności 5 cm³.

Poniżej kranu ponad podziałką odgałęzia się od rurki kalibrowanej przewód szklany, zaopatrzony w boczny kran. Przewód ten łączy się rurką gumową z manometrem rtęciowym, zaopatrzonym w podziałkę określającą ciśnienie w cm słupa rtęci. Całość umieszczona na statywie. Po przystawieniu bańki do badanego odcinka skóry obniża się ruchomym zbiornik manometru do odpowiedniej podziałki i w ten sposób wywiera się ujemne ciśnienie na badany odcinek skóry. Po 1 min. odczuwa się liczbę wybroczyn, powstałych skutkiem ujemnego ciśnienia. Wysokość słupa rtęci jest mianem odczynu. Badania wykonywa się zwykle na skórze przedramienia, gdzie u zdrowych odczyn przy — 40 cm Hg jest zwykle ujemny (brak wybroczyn). U kobiet zdrowych w okresie miesiączki, u chorych z utajoną lub jawną krwotocznością odczyn wypada dodatnio (obecność wybroczyn) przy mniejszym ciśnieniu ujemnym. Z przedstawionych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych wynikają następujące zalety metody bańkowej: a) jest czulsza od objawu opaskowego; b) pozwala miareczkować oporność ścian włóscinek zarówno u zdrowych, co dotychczas było niedostępne badaniu, jak i u chorych; c) pozwala na określenie oporności włóscinek w każdym dowolnym odcinku powłok zewnętrznych; d) w przypadkach krwotoczności pozwala ocenić w sposób właściwy ciężkość schorzenia, wyniki lecznicze oraz dają pewne wskazówki rokownicze, a w krwotoczności małopłytkowej jest najszybszą metodą, dającą właściwą ocenę ciężkości schorzenia; e) pozwala w sposób łatwy określić pogotowie obrzękowe.

Rozprawy: kol. Gorecki, kol. Bartoszek, kol. A. Biernacki, czł. T-wa, wygłasza referat p. t. „Obraz morfologiczny szpiku kostnego w gruźlicy płuc jamistej”. (Streszczenie własne).

Autor przeprowadził badania porównawcze składu morfologicznego szpiku kostnego i krwi obwodowej w 45 przypadkach gruźlicy z jamami w płucach i wyciąga następujące wnioski:

1. W przewlekłym zakażeniu gruźliczym spotykamy często przesunięcie obrazu morfologicznego szpiku w kierunku postaci młodych. Najczęściej jest to odczyn mielocytowy — metamielocytowy, rzadziej pałeczkowaty i promielocytowy, nigdy mieloblastyczny.
2. Przesunięcie to zaznacza się najbardziej w przypadkach z neutrofilozą obwodową i przesunięciem w lewo we wzorze Schillinga. W tych przypadkach spotykamy najmniejsze odsetki krwinek podzielonych w szpiku, co dowodzi, że zostają one w miarę wytwarzania natychmiast wypłukiwane ze szpiku, tak, iż nie ma ich ślischrania w krążeniu szpikowym.
3. Mimo powiększenia w szpiku liczby krwinek młodocianych nie ma ich prawie nigdy w krwi obwodowej, nawet w przypadkach z leukocytozą i ogromnym przesunięciem w lewo. Jest to prawdopodobnie wywołane zmianą czynności zapor szpikowej, która hamuje przechodzenie krwinek młodocianych do obwodu, mimo, że szpik wytwarza je w nadmiarze.
4. Stopień przesunięcia wzoru szpikowego w kierunku postaci młodych jest na ogół równoległy do przesunięcia w lewo we krwi obwodowej.
5. Porównanie odsetka krwinek obojętnochłonnych ze zmianami toksycznymi w szpiku i we krwi dowodzi, że zmiany te powstają raczej na obwodzie krążenia.
6. Odczyn erytroblastyczny szpiku jest niewielki w gruźlicy nawet w przypadkach z wyraźną niedokrewnością, wykazuje jednak zmiany jakościowe i nieprawidłową odnowę krwinek czerwonych.
7. Liczba limfocytów, jednojądrzastych, megakariocytów, komórek plazmatycznych, śródbłonkowych i komórek Ferraty nie wykazuje żadnych prawidłowych wahań.
8. Komórki Ferraty są prawdopodobnie odrębnym rodzajem komórek, a nie uszkodzonymi sztucznie komórkami szpiku.

Rozprawy: kol. Galinowski i Prelegent.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 5.

Sekretarz Doroczny:

Wiceprezes:

(—) Stanisław Flis.

(—) Marian Grzybowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo-Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 12 stycznia 1937 r. (Wien. med. Wsch. Nr 43/1937) N. Zinnmair mówił o *uśpieniu zastrzykowym za pomocą ennarconu w ginekologii i położnictwie operacyjnym*. Materiał autora obejmował 226 operacji ginekologicznych (włącznie z operacją doszczętną Schauty) i 74 operacje położnicze (włącznie z cesarskim cięciem). Wykazał one, że ennarcon dzięki daleko idącemu bezpieczeństwu i długotrwałemu działaniu nadaje się doskonale przy odpowiedniej ostrożności do stosowania. Jak się wydaje, zostaje on szybciej wydany z ustroju niż ewipan i jeszcze szybciej niż pernocton, tak, że uśpienie ennarconowe należy uważać za dające się regulować. Do pochwowego wycięcia całkowitego wystarcza po

przygotowaniu morfinowym 6 do 8 cm.³ ennarconu. Pooperacyjne stany podniecenia są po ewipanie częstsze niż po ennarconie, wśród 300 przypadków zdarzyły się trzykrotnie. Prawdą jest, iż oddech staje się bardziej powierzchowny, lecz to ułatwia często w silnym stopniu operację. Cenne usługi świadcza również ennarcon u kobiet z rzucawką i w stanie

przedrzucawkowym oraz u osobników z posocznicą i charłacznych. Pewnej chorej z niedrożnością tchawicy po o wiele wcześniej wykonanym przecięciu tchawicy musiano podczas uspiania ennarconowego wykonać tracheotomię. Żadnych szkół pooperacyjnych nie spostrzegano. Na ogół bardzo rzadko tylko musiano dodawać eter.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Perspektywy walki lotniczo-gazowej w przyszłej wojnie w związku z higieną psychiczną.

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

(Na marginesie „Drogi do pokoju“ Bertranda Russella).

(Dokończenie — p. Nr 4).

Inną sprawą jest bitwa lotnicza w powietrzu, a sprawą zupełnie odmienną jest napaść lotnicza na wielkie osiedla w kraju nieprzyjacielskim. Higiena psychiczna dotyczy przede wszystkim tej drugiej napaści, jako nagłego zaskoczenia niespodziewającej się napadu ludności. Toteż główna nasza uwaga jest skierowana na napady lotnicze na wielkie miasta.

Senator Benazet¹²⁾ ostatnio opublikował zagadnienia obrony przeciwlotniczej na podstawie manewrów lotniczych w Anglii i Francji oraz wojny domowej w Hiszpanii. Stwierdza on, że lotnictwo myśliwskie o b e c n i e, gdy znacznie powiększyła się szybkość aparatów bombardujących, nie jest w stanie przeszkodzić nalotom nieprzyjaciela. Lotnictwo staje się bronią silną w ofensywie ale słabą w defensywie. Przypominam, że „wyścig eliminacyjny“, o którym poprzednio pisał kap. pilot Charlton, odznacza się powodzeniem po stronie napadającej. Toteż sen. Benazet proponuje przystąpienie do rewizji metod obrony przeciwlotniczej. Więc przede wszystkim obrona bierna i budowa schronów. Ciekawym jest, że proponowane nawet są podziemne hangary dla samolotów. Głównym celem jest jednakże zreformowanie artylerii przeciwlotniczej, która, jak to wynika z doświadczeń walk w Hiszpanii, może stanowić skuteczną obronę przed nieprzyjacielskim nalotem. Sen. Benazet domaga się rozbudowy artylerii przeciwlotniczej, przypuszczając, że tego rodzaju środek ostrożności znacznie zmniejszyłby niebezpieczeństwo nieprzyjacielskich nalotów.

W naszym piśmiennictwie Płk. Mossor¹³⁾ robi następujące uwagi co do przypuszczalnego charakteru tej walki.

Odkłada on przede wszystkim w dziedzinę mrzonek chęć rozstrzygnięcia wojny za pomocą rzucenia nawały lotnictwa w pierwszym dniu mobilizacji na nieprzyjaciela. Samolot jest sprzętem kosztownym i skomplikowanym o psującym się mechanizmie. Masowa jego produkcja jest rzeczą bardzo kosztowną. „Nie powinno nas przynębiać nasze aktualne ubóstwo przemysłowe, bo po pierwsze — jest to rzecz przejściowa, a po wtóre kraj nasz jest zbyt obszerny, zbyt wiele jest rozrzuconych na nim celów, aby nawet największa potęga lotnicza świata mogła pretendować do sparaliżowania go wyjątknie środkami lotnictwa“. Autor stwierdza jednak, iż nie ulega wątpliwości, że lotnictwo rozpocznie wojnę przyszłości, i że jego bomby „będą równocześnie z pla-

katami mobilizacyjnymi oznajmiały nową próbę sił“. Lęk przed niebezpieczeństwem powietrznym, który od czasów wojny światowej okrył Europę cieniem swych skrzydeł, jest niezupełnie istotny. Tanie i jadowite działko Örlík on, które wybiło dziury w skrzydłach pół miliona kosztującego trójsilnikowca hr. Ciano, poważnie uszkodziło ten właśnie lęk.

Wśród rozważań płk. Mossora jest jednak drobny punkt, który nie przykuwa zbyt jego uwagi, dla nas zaś jest osią całego nastawienia psychicznego w przyszłości, a jest to jedynie pobieżnie przez niego wspomniany atak lotniczo-gazowy na wielkie miasto.

Sprawa kosztów jest sprawą obustronną. W tej sprawie scysji pomiędzy sen. Benazetem a płk. Mossorem nie będzie.

Jak się ta sprawa, zwłaszcza sprawa artylerii przeciwlotniczej przedstawia, realnie podaje nam W. Rudowicz w swoich felietonach wojskowych¹⁴⁾.

Przeważa zdanie, że obronę przeciwlotniczą będzie trzeba głównie oprzeć na artylerii. Nie ulega wątpliwości, że najlepiej byłoby użyć do tego lotnictwa myśliwskiego. Ale na to nie może sobie pozwolić żadne państwo. Jeszcze w czasie wojny światowej dla obrony tylko Paryża było przeznaczonych 58 samolotów, a ile by było potrzeba dziś, przy dzisiejszym stanie lotnictwa? Dlatego z reguły przydział samolotów dla celów obronnych istnieć będzie tylko w miarę możliwości.

Współzawodnictwo pomiędzy artylerią przeciwlotniczą a samolotami nieustannie wzrasta. Artyleria podnosi strefę ostrzału coraz wyżej, a lotnictwo stara się podwyższyć swój pułap. O ile w końcu wojny światowej samolot na wysokości 2000 metrów nad ziemią nie przejmował się ogniem artylerii z ziemi, o tyle dziś, chcąc uniknąć pocisków, będzie musiał latać na wysokości nie niższej, niż 4000 — 6000 metrów. Dzisiaj działa przeciwlotnicze sięgają co najmniej do 3000 — 4000 metrów, a niektóre z nich nawet do 11,5 klm. (np. 105 mm. armaty B o f o r s a). Amerykanie budowali podobno 105 mm. armatę, zwaną stratosferyczną, która wyrzuca pociski na 16 klm. w górę. Jeżeli chodzi o działka 37 mm. i 47 mm., to, chociaż mają one pułap tylko 3000 — 4000 m., ale za to ich szybkostrzelność wynosi ponad 100 strzałów na minutę. Celność ognia artylerii przeciwlotniczej dzięki różnym udoskonaleniom jest teraz wysoka. Jak podają źródła sowieckie, Niemcy, strzelając do rękawa, ciągniętego przez samolot na linie na wysokości 4000 metrów, osiągnęli aż 50% wybuchów w odległości 20 m. od celu. Świadczyłoby to, że w porównaniu do dawniejszych wyników celność artylerii przeciwlotniczej ogromnie wzrosła.

Artyleria przeciwlotnicza nie jest więc bronią bezskuteczną.

Sprawa higieny psychicznej obrony przeciwgazo-

¹⁴⁾ W. Rudowicz. — Rozwój lotnictwa po wojnie światowej. K. Por. 10.VIII.36. — Rozwój artylerii i kawalerii po wojnie światowej. K. Por. 1936. — Wpływ czynnika moralnego w nowoczesnej wojnie. K. Por. 1936.

¹²⁾ Streszczenie z „Petit Parisien“. — Robotnik Nr 266 (7148) z dnia 5.IX.37.

¹³⁾ Płk. dypl. Mossor St. Przypuszczalny charakter przyszłej wojny. Bellona XVIII, z. I. 1936.

wej i przeciwlotniczej odbija się coraz silniejszym echem w prasie europejskiej¹⁵⁾.

Osobistym poglądom Russella możemy przeciwstawić oficjalne poglądy rządu angielskiego. W brytyjskiej Izbie Gmin toczyła się ostatnio zupełnie otwarcie dwudniowa debata na temat zarządzeń przygotowawczych przeciw napaści lotniczo-gazowej na wyspy brytyjskie w razie wojny. Referował Minister Spraw Wewnętrznych, sir Samuel Hoare.

Zrzucone na Anglię w czasie całej wojny światowej 300 ton bomb nieprzyjacielskich mogłyby być dzisiaj zrzucone na Anglię w ciągu 24 godzin i to zrzucone powtórnie w czasie kilku dni. Sytuacja obecnie jest na tyle groźna, że zrodziła przypuszczenie, jakoby próby podejmowania środków obrony przed atakami z powietrza są dziś bezcelowe. Hoare dowodzi, że tego rodzaju poglądy są nieistotne, że Anglia musi uczynić samoloty nieszkodliwymi dla imperium brytyjskiego, podobnie jak w swoim czasie unieszkodliwiła łodzie podwodne. Dziś łódź podwodna należy już do przeszłości i jest zbyt kosztownym wydatkiem, który można znieść.

Program obrony przeciwlotniczej przedstawia się natomiast w sposób następujący.

Obejmuje on:

1) wojska lotnicze, dostatecznie silne, by mogły one utrzymać inicjatywę w walkach powietrznych,

2) działa przeciwlotnicze, poparte przez reflektory i inne nowoczesne sposoby wykrywania nieprzyjaciela, znacznie liczniejsze i dokładniejsze, niż używane w wojnie światowej,

3) system przyziemnych zarządzeń przeciwlotniczych w celu: a) uniknięcia paniki, b) utrzymania instytucji i służby publicznej, bez których żadne cywilizowane społeczeństwo nie może istnieć.

Rozpatrując charakter ataku lotniczo-gazowego minister Hoare podniósł istnienie trojakiego rodzaju bomb:

1) o wysokiej sile wybuchowej, 2) gazowych i 3) podpalających.

Zaden rząd nie znajduje środków przeciw skutkom wybuchu bomb o wysokiej sile wybuchowej. Natomiast rząd i władze samorządowe, mówi Hoare, podejmą wysiłki celem udzielenia ochrony nie przed bezpośrednimi uderzeniami, lecz przed siłą wybuchu i odłamkami pocisków.

Bomba gazowa ma na celu przede wszystkim podkopanie ducha ludności danego kraju. Osłabia ona odporność natury ludzkiej. Przygotowania przeciwko bombom gazowym obejmują przede wszystkim dostawę masek gazowych. Rząd angielski posiada ich obecnie około 20 milionów. Mogą one być w każdej chwili rozdane. Działalność władz samorządowych rozwija się w zakresie schronów przeciwgazowych, służby odkażania i t. d. Właś-

cicielom mieszkań i lokatorom wydane będą dokładne instrukcje co do zachowania się w razie ataku gazowego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób należy uszczelnić jedno pomieszczenie w domu przed gazem.

W sprawie bomb podpalających, mogących powodować liczne pożary, minister informuje, że samolot bombowy średniej wielkości, bynajmniej nie typu większego, może spowodować aż 150 pożarów przy pomocy małych bomb zapalających. Jeżeli się zauważy, że przeciętna liczba pożarów wynosi w Londynie zaledwie 15 pożarów dziennie, to łatwo sobie wyobrazić, jakie znaczenie posiada to nowe zagadnienie. Jeżeli ma się zapobiec powstaniu olbrzymiej pożogi, niezbędne jest przygotowanie środków, któreby umożliwiły gaszenie pożarów niezwłocznie po ich powstaniu. Możliwość powstania w tym samym czasie znacznej liczby pożarów jest zupełnie nowym zagadnieniem, wymagającym zastosowania nowych metod i nowych środków zaradczych. Od pewnego czasu wydział ochrony przeciwlotniczej w ministerium spraw wewnętrznych prowadzi doświadczenia z nowym typem maszyn do gaszenia pożarów. Jedynym sposobem gaszenia wielkiej liczby pożarów jest zorganizowanie stałego patrolowania przez samochody straży pożarnej, któreby mogły odwiedzać główne ośrodki ludności co 10 lub 15 minut. Wyniki, jakie uzyskano z tym nowym typem pomp i siłkawek, są wysoce zadowalające. Rząd posiada obecnie około 650 motopomp.

Ostatnio — tydzień ochrony powietrznej (od 20. IX. do 26. IX. r. b.)¹⁶⁾ w całych prawie północnych i środkowych Niemczech rozpoczął się w Berlinie alarmem i napadem lotniczo-bombowym. Ludność — z górą cztery i półmilionowa — wzięła czynny udział w tym ćwiczeniu, udając się pośpiesznie z ulic i mieszkań prywatnych do podziemi ochronnych. Cały Berlin był w piwnicach. Walka powietrzna skończyła się zwycięsko dla obrony. I to jest bardzo ważne: obrona przeciw atakowi lotniczo-bombowemu na wielkie miasto okazała się skuteczną. Dwie bomby w śródmieściu jedynie osiągnęły swój cel — hotel Kaiserhof: w wyniku — przypuszczalnie — mniej więcej 150 zabitych i rannych. Wniosek: ochrona własna i służba bezpieczeństwa działa pośpiesznie i pewnie. Zwłaszcza transport rannych przy współudziale prywatnych aut ciężarowych odbył się szybko i sprawnie: policja odstawiała natychmiastowo rannych na punkty opatrunkowe i do szpitali.

Specjalnie pouczające były ćwiczenia w dzielnicy fabrycznej Siemensstadt. Bomby przypuszczalnie spowodowały tu szkody, które unieruchomiły i uszkodziły niektóre oddziały fabryczne. Przez celowe zachowanie się zakładowej ochrony lotniczo-gazowej i natychmiastowe zastępstwo każdego członka, unieruchomionego przez napad, udało się w krótkim czasie wyrównać wszystkie szkody. Ciekawy jest następujący eksperyment: udało się wywołać pożar 40 tysięcy tonn węgla. Ponieważ w założeniu nie można było liczyć na przybycie straży ogniowej, polecono otamować pożar brygadzie własnej. Ale — również w założeniu — hydranty były uszkodzone. I oto płonący węgiel wyładowano przy pomocy wind i częściowo zatopiono w kanale. W ten sposób uniknęło się rozszerzenia się pożaru. Innym szkodom udało się również celowo zapobiec. Ćwiczenie to wykazało, że z góry zorganizowana i wy-

¹⁵⁾ Streszczenie tych poglądów znajdzie czytelnik w poprzednich pracach moich: — Higiena psychiczna obrony przeciwgazowej. Lek. Polski Nr 1, 1936. — Szpitale w walce lotniczo-gazowej. Lek. Polski Nr 9, 1936. — Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej. W. Czas. Lek. Nr 29—33, 1937. — Higiena psychiczna walki lotniczo-gazowej. — XV Zjazd lek. i Przyr. Polskich we Lwowie. 1937. — Niewystarczalność konwencji Genewskiej wobec walki lotniczo-gazowej. Lek. Polski Nr 12, 1937.

¹⁶⁾ Berliner Tageblatt, Nr 444/445, 1937.

trenowana ochrona lotniczo-gazowa zakładów fabrycznych może się skutecznie obyć bez pomocy straży ogniowej, pogotowia technicznego oraz oddziałów specjalnych, organizując pomoc indywidualnie we własnym zakresie.

Na wyjątkowo specjalną uwagę — i to jest ważne — zasłużyło karne zachowanie się ludności cywilnej, stosującej się ściśle do wydanych poprzednio zarządzeń; karność ludności wielomilionowego miasta, która się poddała bez wszelkich zastrzeżeń ograniczeniom nie tylko życia zawodowego, ale i przyjemności: zdumienie tutaj budzi obowiązkowość Niemców. Tym bardziej, że na te ćwiczenia wybrana została godzina udawania się do pracy, ażeby w takiej właśnie godzinie przeprowadzić najbardziej ryzykowną próbę. I oto w pięć minut po alarmie na ulicach Berlina panowała już cisza — „das unheimliche Schweigen“. Zniknęła ludność — cztery i pół miliona ludzi; pozostały, jak powiada pismo angielskie — „wróble i gołębie“.

Założenie tych ćwiczeń było następujące: Walka lotniczo-bombowa czerwonych i błękitnych. Napad czerwonych na Berlin, jako na główny ośrodek przemysłowy i komunikacyjny wroga. Służba lotnicza meldunkowa. Meldunki o zbliżeniu się samolotów wroga do miasta. Alarm obrony. Zachmurzenie sprzyja. Na całej linii odparcie wroga powietrznego. Kilku czerwonym jednostkom pomimo ciężkich strat udaje się przedostać do centrum Berlina. Zrzucanie bomb na ośrodki przemysłowe. Walki powietrzne. Walki powietrzne tworzą zapór i uniemożliwiają dostanie się wroga do środka miasta. Napaść została złamana i odparta, zanim się do środka miasta dostała. Przedostały się jedynie poszczególne jednostki powietrzne. Na alarm stanęły wszystkie fabryki. W zakładach gazowych zgaszono ogień i zatrzymano gaz.

Tam, gdzie nie było odpowiednich piwnic mieszkańcy domów gromadzili się w sieni — z daleka od zamkniętych okien i drzwi.

Należy podkreślić jeszcze raz — i to jest znowu ważne — że nigdzie nie było zatargów. Cały naród w poczuciu spełnianego obowiązku nie tylko poddał się rozkazom, ale i wykazywał wielkie zainteresowanie w przeprowadzaniu obrony. I należy podkreślić jeszcze raz, że obrona okazała się skuteczna.

Rozjaśnia to nam nieco pesymistyczne poglądy Russella na obronę lotniczo-gazową wielkich środowisk ludzkich. Z drugiej zaś strony niemieckie ściśle opracowanie walki lotniczo-gazowej i środków przeciwko niej służą za przykład, jak należy wychowywać cały naród na wypadek zbliżającego się niebezpieczeństwa.

Ostatnio W. Rudowicz¹⁷⁾, reasumując doświadczenia z użycia różnych broni w r. 1937, określa w sposób następujący rolę lotnictwa na tyłach:

Działanie na tyły w wojnie hiszpańskiej i nawet japońsko-chińskiej ma szerokie zastosowanie i wyraża się w bombardowaniu baz lotniczych, ośrodków przemysłowych i komunikacyjnych, składów wojennych i wreszcie w napaściach na miasta. Skutki materialne i moralne — duże, jednakże z powodu stosunkowo małej liczby używanych do tego aparatów nie decydujące.

Duże doświadczenie uzyskano z bombardowaniem miast. Jeżeli chodzi o celność, to wobec ogromnego zwiększenia szybkości lotu aparatów, bombardowanie celów o rozmiarach np. 200×200 metrów, nawet z niewielkiej wysokości, wykazało małą dokładność. Bombardowanie zaś większych dawało lepsze skutki.

Przy bombardowaniu Madrytu okazało się, że bomby 50 kg., zwykle używane na linii frontowej z powodu małego zagłębienia się, dają nikłe skutki. Natomiast używanie bomb 250 kg. dało ogromne rezultaty. Trafiając do domów, bomby te przebijały 5 — 6 pięter. Piwnice przeciwko nim już nie zabezpieczają. Najlepsze zabezpieczenie dają schrony poza miastem, znajdujące się pod ziemią na głębokości od 10 do 15 metrów.

Bomby zapalające, początkowo obficie używane przeciwko Madrytowi, podobno nie dały tych skutków, których oczekiwano. Możliwe, że wpłynęły na to szerokie ulice Madrytu, ułatwiające lokalizację pożarów oraz nadzwyczajnie sprawna organizacja i działalność straży ogniowej. Bądź co bądź, w roku ubiegłym używano już ich bardzo mało.

I tu znowu przewidywania B. Russella okazały się zbyt pesymistyczne.

Wojny obecne wykazują, że atak lotniczo-gazowy sam przez się nie jest w stanie rozstrzygnąć zatargu zbrojnego. Stwarza on jednak poważne niebezpieczeństwo dla ludności cywilnej na tyłach.

O walce lotniczo-gazowej w przyszłości można się jedynie wyrażać ogólnikowo, nie wiemy bowiem zupełnie, co nam nowego przyniesie ta walka w przyszłej wojnie. Analogicznie do ostatniej wielkiej wojny i niespodziewanego wprowadzenia do niej ataku gazowego ze strony niemieckiej, należy się liczyć z dalszym i dotychczas nam nieznanym rozwojem walki gazowej w przyszłości. Szczegółowe więc przewidywania i nowe formy przystosowania muszą być odłożone na później. To, co się da powiedzieć dzisiaj, dotyczy wyłącznie tylko higieny psychicznej tej walki. Jeżeli więc spodziewane zaskoczenie przez wroga wielkich osiedli eskadrami samolotów bombowych nie jest, jak się okazuje, rzeczą fatalistyczną, której sprzeciwić się niepodobna, to specjalny nacisk powinien być w pierwszym rzędzie pokładany na znaczenie profilaktycznej terapii pracy specjalnej, na dokładne i szczegółowe przeciwlotnicze i przeciwigazowe przeszkalanie całego społeczeństwa, jako życiowe oparcie dla tej właśnie higieny psychicznej, potrzebnej w przyszłej walce lotniczo-gazowej bardziej, niż kiedykolwiek.

Bo inną rzeczą są nowe rodzaje i szczegóły tej walki, które ze względów państwowych należą do dziedziny ogólnie szanowanej tajemnicy państwowej, a zupełnie inną dziedziną jest higiena psychiczna tej sprawy, higiena ogólna, która wymaga zawczasu jak najszerszego ogólnego spopularyzowania, aby stać się duchowym elementarzem ludności, sprawą jej afektów i zasad.

Jeżeli zaś higiena psychiczna wskazuje na uświadomienie i terapię pracy, jako najpewniejsze środki, przeciwdziałające zaburzeniom nerwowym i psychicznym, spowodowanym przez przyszły atak lotniczo-gazowy, to najpierwszym zadaniem, już samo przez się zrozumiałym na Zachodzie, jest nieotaczanie tego zagadnienia absolutnym milczeniem. Zarówno w Niemczech, jak w Anglii, we Francji, jak i w Szwajcarii omawia się te sprawy publicznie, nawet

¹⁷⁾ W. Rudowicz. Doświadczenia w użyciu różnych broni w r. 1937. Kurj. Por. Nr 10, 1938.

w parlamentach i wprawia się w nie praktycznie — nie tylko prywatnie, ale i ze strony urzędowej — zupełnie otwarć.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że kośćcem tej całej higieny winny być czynniki, głównie afektyw-

ne — „wychowanie duchowe“ i „zdecydowana wiara“ — „tak samo silna“, jak to mówi Russell, „jak namiętności, działające na korzyść wojny — i apelujące do poczuć, tak samo głęboko zakorzenionych w naturze ludzkiej“.

Wiadomości bieżące.

Wanda Halberówna

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 28 stycznia 1938 r. po długich i ciężkich cierpieniach, po dwukrotnej operacji, zmarła na nowotwór złośliwy moja długoletnia asystentka i współpracowniczka, Wanda Halberówna.

Pamiętam moje pierwsze z Nią spotkanie w roku 1922: przyszła do mnie, prosząc o umożliwienie Jej pracy naukowej. Nie od razu zauważyłem, jaka nieokiełznana tęsknota do pracy i zdolność do najwyższego wysiłku tkwiła w duszy tej młodej dziewczyny, wówczas asystentki Wolnej Wszechnicy Polskiej. Był to umysł subtelny i krytyczny, zaś zapał do pracy miała niezwykły. Praca naukowa była dla niej wszystkim: największą namiętnością i upojeniem, zapomnieniem i zapamiętaniem się całkowitym. Pracować potrafiła dzień cały bez przerwy, by po zakończeniu doświadczeń jeszcze myśleć, dyskutować i czytać. Pracowała bez nadziei nagrody, nawet bez jej pragnienia, i bodaj jedyną nagrodą, której pragnęła, była przyjaźń i życzliwość. Tragedią Jej było, że nie wierzyła w te uczucia w stosunku do siebie. W życiu była samotnicą.

Przebieg Jej życia? Od czasu, gdy Ją poznałem, brała udział w większości moich prac doświadczalnych. Wspólnie z Doc. Mydlarskim wykonała pod egidą Ministerstwa Spraw Wojskowych zdjęcie serologiczne Polski. Były to pierwsze badania w tym kierunku, które nauce polskiej przyniosły rozgłos światowy. Prace Jej prawie bez wyjątku były również i moimi, wspólnie przeżywaliśmy wielkie nadzieje i smutki często nieziszczonych planów. Gdy kreślę te słowa, przechodzą mi przed oczyma poszczególne etapy moich własnych myśli badawczych. Z Nią wspólnie dokonywaliśmy szeregu prac nad grupami krwi, których była znawczynią nieporównaną. Z Nią stwierdziliśmy istnienie odrębnych antygenów rakowych i przeżywaliśmy, niezrealizowane zresztą, marzenia seroterapii i klinicznie wystarczającej serodiagnostyki raka, z Nią daliśmy analizę poszczególnych odczynów uchwiej-

nienia, wspólnie z Nią pracowaliśmy ostatnio nad immunobiologią zserowacialej tkanki gruczolistej, ropy i nowotworów. Te ostatnie zagadnienia poruszały Ją najwięcej. Było to tragedią, że zginęła od choroby, której badaniu poświęciła ostatnie lata życia.

Prace nad immunobiologią ropy i nowotworów pisaliśmy już po drugiej operacji. I Ona i ja wiedzieliśmy, że to będzie nasza wspólna praca — ostatnia. Z niezwykłym hartem do starczała i porządkowała protokoły badań, gdyśmy omawiali tekst i wysnuwali wnioski i plany niezbędnych prac dalszych. Doniesienie o immunobiologii ropy i nowotworów, które ukazało się w prasie zagranicznej, było pisane już wspólnie z człowiekiem, skazanym na śmierć. Wiedziała o tym. Ale właśnie w tych chwilach, gdy w oczach czało się już widmo śmierci, poznać można było najgłębsze struny Jej psychiki. W tych ostatnich chwilach naszej pracy widziałem jaśniej, niż w chwilach Jej młodych porywów, powagę moralną i intelektualną tej samotnicy. W tych chwilach, opracowując temat, który dla mnie był jednym z etapów dalszej drogi, a dla Niej kresem wędrówki, miała spokój i stoicyzm cichego bohaterstwa.

Gdy patrzę na to życie skupione i samotne, bez nadziei osobistego szczęścia, ale życie, które było pasmem najszlachetniejszych wysiłków, życie na szczytach, na których wolno rzucać idee w przyszłość daleką, przychodzi mi na myśl, jakie bezmiary entuzjazmu i energii kryją się w tych rzyszach bezimiennych pracownic, skromnych i oddanych. Jakim błędem jest, że się tak rzadko sięga do ludzi o sercach gorących, których jedynym pragnieniem jest służyć Wielkiej Sprawie. I niech jedyną pośmiertną nagrodą Jej będzie, że ci, co patrzyli na wysiłki całego Jej życia, z głęboką życzliwością i serdeczną przyjaźnią zawsze myślę o Niej będą, gdyż potrafiła oddać się Nauce — bez reszty.

Prof. Ludwik Hirszfeld.

— Zarząd polskiego Związku przeciwgruczliczego uchwalił na posiedzeniu plenarnym następującą rezolucję w sprawie ustawy o walce z grucziłą: Polski Związek przeciwgruczliczy, jako rzecznik czynników społecznych, zrzeszonych w towarzystwie do walki z grucziłą, zgłasza następujące dezyderaty w sprawie ustawy o walce z grucziłą: 1) Zagadnienie walki z grucziłą wobec stwierdzonej liczby 70 tys. zgonów rocznie i około 700 tys. chorych, jest kwestią olbrzymiego znaczenia społecznego i państwowego, a szczególnie z punktu widzenia sił obronnych Polski. 2) Rządowy projekt ustawy, wniesiony obecnie pod obrady izb ustawodawczych, stanowi poważ-

ny krok naprzód w walce z grucziłą przez sam fakt uregulowania ustawowego tak ważnego zagadnienia. 3) Natomiast rozwiązanie sprawy walki z grucziłą oprócz tego wymaga przede wszystkim: a) stworzenia podstaw finansowych, koniecznych do zrealizowania kosztów walki z grucziłą, a przede wszystkim kosztów szpitalnego i sanatoryjnego leczenia chorych oraz zabezpieczenia rodzin chorych; b) uwzględnienia w szerokiej mierze ochrony dzieci i młodzieży przed zakażeniem gruczolizym; c) rozwiązania zabezpieczenia bytu osób chorych, należących do świata pracy, a pozbawionych możliwości zarobkowania ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia dla otoczenia; d) wy-

konywanie skoordynowanej społecznej walki z gruźlicą wymaga nadania polskiemu Związkowi przeciwgruźliczemu charakteru głównego komitetu walki z gruźlicą, w którym obok przedstawicieli władz, związków samorządowych i instytucji ubezpieczeń społecznych, czynnik obywatelski i społeczny oraz naukowo-lekarski winien być najsilniej reprezentowany.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	28 XI— 4 XII	5 XII— 11 XII	12 XII— 18 XII	19 XII— 25 XII
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	409 (18)*	312 (27)	287 (24)	252 (28)
Dur rzekomy	0	1 (0)	0	1 (0)
Dur osutkowy	37 (0)	40 (1)	35 (1)	29 (1)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	43 (7)	22 (10)	13 (0)	10 (2)
Plonica	617 (13)	572 (14)	630 (16)	451 (17)
Blonica	652 (30)	567 (26)	646 (48)	480 (28)
Zapal. op. mózg. . . .	14 (2)	23 (4)	17 (5)	25 (9)
Odra	1849 (4)	1635 (2)	1774 (5)	1036 (8)
Krzusiec	130 (5)	117 (7)	218 (9)	123 (14)
Malaria	0	0	0	1 (0)
Gorączka pologowa . .	21 (11)	34 (13)	32 (11)	19 (5)
Chor. Heine-Medina . .	8 (0)	2 (0)	3 (0)	3 (1)
Zap. mózg. śpiączk. . .	4 (0)	0	0	0
Choroba Banga	0	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	459 (184)	400 (177)	406 (193)	395 (206)
Róża	166 (5)	142 (3)	168 (4)	124 (4)
Jaglica	372 (0)	407 (0)	342 (0)	299 (0)
Twardziel	1 (0)	0	13 (0)	1 (0)
Waglik	2 (0)	0	0	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	1 (0)	0
Wścieklizna	0	0 (2)	0 (1)	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Wydział zdrowia zarządził lustrację wszystkich istniejących w granicach Warszawy lecznic prywatnych i przychodni dla chorych. Chodzi o sprawdzenie, czy przedsiębiorstwa te są urządzone zgodnie z przepisami i czy w pomieszczeniach zajmowanych na lecznicę lub przychodnię nie nocują osoby postronne lub ze służby, ponieważ jest to zakazane.

— Warszawskie Tow. przeciwgruźlicze ma za sobą bez przerwy 30 lat walki z gruźlicą na terenie stolicy. Towarzystwo do tej walki zorganizowało 5 poradni przeciwgruźliczych, ośrodek lecznictwa, stację odmy sztucznej, pracownię rentgenologiczną. Utrzymuje sanatoria: dom zdrowia w Świdrze, sanatorium w Małorycie, województwo poleskie. Towarzystwo ma pod opieką 8.500 chorych płucnych i odwołuje się z prośbą do ofiarności publicznej o pomoc w nabyciu aparatu Roentgena.

— Okólnik. VIII Kurs Odmy Sztucznej. W okresie od dnia 10 marca do dn. 6 kwietnia 1938 r. odbędzie się 4-ro tygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P. Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne, jak również obejmie 32-godzinny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczy odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, ponadto zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych oraz techniką zakładania odmy. Kurs jest bezpłatny. Podania na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 28 lutego r.b. — Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji, delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przy-

najmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendium w wysokości do 200 zł. Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendium będą mieli lekarze, już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych. Dyrektor P. Z. P.: Dr. M. Grodecki. Przewodniczący Komisji Organizacyjnej Kursu: Prof. Dr. W. Orłowski.

— Nowe pismo Opieki Społecznej. „Życie Młodych“ (dawniej „Życie Dziecka“) miesięcznik poświęcony opiece społecznej nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Rok I (VII) N. 1. Artykuły. Hryniewicz Edward — Pomoc w rozwoju młodym. Autor określa najbliższe zadania opieki i analizuje jej możliwości realizacyjne w ramach polskiej rzeczywistości. Czarniecki Józef — Opuszczenie dziecka na tle konkretnej sytuacji rodzinnej. Studium na podstawie pamiętników chłopca opuszczonego. Gryń Zygmunt — O przygotowanie zawodowe i odpowiedzialność wychowawców młodzieży trudnej. Artykuł dyskusyjny, naświetlający trudności i problemy terenowej pracy opiekuńczej (Śląsk). Langerowa Magda — Kilka refleksji o zagadnieniach wychowawczych w opiece nad dzieckiem. Próba ujęcia i naświetlenia specyficznych zagadnień wychowania opiekuńczego, ze stanowiska psychologa. Poza tym zeszyt zawiera: Dział ocen, przegląd piśmiennictwa, kronikę krajową i zagraniczną. „Życie młodych“ jest jedynym w Polsce pismem specjalizującym się w zagadnieniach opieki. Prenumerata „Życia Młodych“: roczna — zł. 10.—, kwartalna — zł. 2.50. Adres Redakcji: Warszawa, Litewska 16. Tel. 9-41-00. Konto P. K. O. 5882.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

14.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

Pokazy: 1. A. Landau i L. Deloff. Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek z obrzękami i wyjątkowo wysokim poziomem chloru we krwi. 2. A. Landau i L. Deloff. Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc z rozstrzeniami oskrzelowymi pochodzenia kiłowego. 3. J. Rozenberg, J. Morgenstern i N. Mesz. Przypadek rozległego zwąpnienia tętnicy głównej. 4. H. Krupiński. Gościec stawowy z współistniejącą wadą serca. 5. H. Luxenburgowa. Dwa przypadki krwawień do opon miękkich u niemowląt. 6. B. Karbowski. Nowotwór przysadki mózgowej ponadsiodełkowej. 7. B. Karbowski i S. Flaumenbaum. Ropień podstawy czaszki pochodzenia usznego. 8. J. Rywlin. Przypadek vitiligo dziedzicznego.

17.II. Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Dr. W. Odrzywolski. Lekarz fabryczny jako zagadnienie polityki zawodowej lekarskiej.

Résumé des articles originaux.

G. BYCHOWSKI. Les diencéphaloses.

L'auteur entend par les diencéphaloses des syndromes cliniques d'origine psychique ou somatique dont la symptomatologie relève surtout des traits diencéphaliques. Leur caractère est plutôt dynamique, mais il peut contenir des éléments inflammatoires. Les données expérimentales concernant des nombreuses fonctions attachées aux centres diencéphaliques se laissent retrouver sans peine dans la clinique neuropsychiatrique. L'auteur analyse six cas de son observation personnelle ou il retrouve des symptômes relevant très probablement des troubles des fonctions diencéphaliques. On y trouve — entre autres — des troubles vasomoteurs et du métabolisme et des symptômes psychiques, tels que la dépersonnalisation et des états oniriques.

St. JUSTMAN. Supplément au troisième cas du travail: „Sur le syndrome hémiplegique, sa pathogénie, son traitement et sa prognoze“. (W. Cz. L. Nr 3 et 4).

L'autopsie a démontré un méningisme.

A. KOBRYNER. Le pied plat comme signe morphologique de la prédisposition constitutionnelle aux cardiopathies valvulaires.

En se basant sur de nombreuses observations l'auteur a remarqué la fréquence des cardiopathies valvulaires postendocarditiques chez des sujets présentant des pieds plats. Ce phénomène a fait naître une nouvelle conception de la valeur diminuée du feuillet mézodermique, qui donne naissance au système cardio-vasculaire et articulaire. Pour vérifier cette conception, l'auteur a soumis à un examen attentif 375 malades présentant des cardiopathies valvulaires, consécutives à l'endocardite et plus de 800 présentant d'autres maladies. Chez les cardiaques l'auteur a trouvé un pourcentage très élevé de pieds plats — 75% de cas et seulement 10% de pieds plats chez d'autres malades à cœur sain. A part ça l'auteur a examiné 5 familles. Il a trouvé chez les ascendants et les descendants de la même famille la coexistence, en même temps et chez les mêmes sujets, d'une cardiopathie valvulaire avec le pied plat. Dans 54% de cas les malades ont signalé une angine comme point de départ de leurs cardiopathies.

Après avoir analysé les faits mentionnés plus haut et après avoir vu de près et suivi un si grand nombre des malades l'auteur pense être en mesure de formuler quelques réflexions qui serviront de conclusion.

A. 1. Le pied plat se voit chez les malades à cardiopathie valvulaire dans 75% de cas et seulement dans 10% de cas chez d'autres malades.

2. Le pied plat et la prédisposition aux cardiopathies d'origine infectieuse vont de paire et sont héréditaires (chez un même sujet).

3. Il faut considérer le pied plat comme un signe morphologique de la moindre résistance constitutionnelle du cœur.

B. 1. Etant donné que d'une part un grand pourcentage de malades signalent l'angine comme début de leur maladie et que d'autre part la fréquence des maladies valvulaires est 7 fois plus grande chez des sujets présentant le pied plat, il faut admettre que la constatation d'un pied plat chez des gens, sujets aux angines fréquentes ou qui présentent des altérations pathologiques chroniques des amygdales est suffisante pour conseiller leur énucléation.

2. Ces constatations doivent être prises en considération et appliquées dans la pratique surtout par les médecins d'écoles, car une diagnose précoce et un traitement approprié peuvent sauver les jeunes sujets d'une cardiopathie ultérieure.

C. Etant donné que certaines épidémies d'angine donnent un pourcentage très élevé de complications cardio-articulaires l'auteur suppose qu'il y a des variétés des microorganismes ayant des affinités aux systèmes prenant leur origine du feuillet mézodermique. C'est le mézodermotropisme.

S. SPIEWANKIEWICZ. Traitement de la tuberculose chirurgicale dans la clinique du prof. Dr. Sauerbruch.

L'auteur a eu l'occasion, pendant son séjour durant trois mois à la clinique du prof. Sauerbruch de voir et d'observer les modes du traitement des formes diverses de la tuberculose dite chirurgicale. Les méthodes employées sont à peu près généralement adoptées. La spécialité de la clinique c'est la diète sans sel (diète de Hermannsdorfer), comme adjuvant constant dans le traitement de la tuberculose chirurgicale donnant des résultats satisfaisants, et la thoracoplastie, la méthode, comme on sait, élaborée et préconisée par la prof. Sauerbruch.

H. ŁUKACZEWSKI et D. KAGAN. Encephalomeningitis varicellosa.

Dans un cas de varicelle chez un garçon de 12 ans apparition au 4-me jour de la maladie d'une hausse subite de la température (40°), perte de connaissance, convulsions de tout le corps, cyanose de la face, salive spumeuse de la bouche; les pupilles ne réagissaient pas à la lumière, déviation conjuguée du côté droit, syndrome du facial gauche, rigidité de la nuque, Kernig et Brudzinski positifs, aréflexie totale. Les convulsions et l'état comateux ont duré pendant 2 jours, puis est survenue une amélioration, et le garçon est revenu après quelques semaines à l'état de santé parfaite. La ponction lombaire a montré le liquide céphalo-rachidien sous une grande pression, albumine 1,1%, Nonne-Apel+, Pandey+, pléocytose 30 sur 1 mm³, surtout des lymphocytes, glucose et chlorures en quantité normale, manque de réticulum fibrineux. Les auteurs ont diagnostiqué une encéphalomeningite varicelleuse et notent ce cas comme une complication de la varicelle extrêmement rare.

J. NELKEN. Perspectives de la lutte aéro-gazeuse dans la guerre future en relation avec l'hygiène psychique.

La lutte aéro-gazeuse du temps de la Grande Guerre ne s'est reflétée dans la littérature que bien pauvrement. Le livre de B. Russell „Which way to peace?“ comporte beaucoup de données concernant cette lutte en Angleterre. L'auteur récapitule le livre en tâchant en même temps d'affaiblir l'impression du désespoir qu'il nous laisse. Dans ce but le Dr. Nelken nous expose les problèmes de la lutte aéro-gazeuse d'après la publication française du sénateur Benazet et publications polonaises de Mossor et Rudowicz, les discours parlementaires du ministre des affaires étrangères en Angleterre Sir Samuel Hoare, il nous parle aussi de la semaine de la défense aérienne en Allemagne. L'auteur insiste sur la nécessité du développement de l'hygiène psychique et des préparatifs pour cette lutte, dans laquelle doit prendre part toute la population, y vouer ses sentiments et son intérêt. Cette hygiène n'a rien de commun avec la violation du secret de l'Etat. Ce sont deux indications principales que nous impose cette hygiène: l'éclaircissement et la thérapie prophylactique du travail spécial dans ce domaine comme des moyens agissant contre les troubles nerveux et psychiques dans l'avenir.

TRĘŚĆ: G. BYCHOWSKI. O diencefalozach. (Dok.) — ST. JUSTMAN. Dodatek do przyp. 3-ciego pracy: „O porażeniu połowicznym, jego powstawaniu, leczeniu i rokowaniu“ (W. Cz. Lek. Nr 3 i 4) — A. KOBRYNER. Płaska stopa jako wyraz morfologiczny małowartościowości ustrojowej serca. — ST. SPIEWANKIEWICZ. Postępowanie w gruźlicy chirurgicznej w Klinice Prof. Sauerbrucha. — H. ŁUKACZEWSKI i D. KAGAN. Encephalomeningitis varicellosa. — M. SZEJNMAN. Przetaczanie krwi konserwowanej (Str. pogl. C. d.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. NELKEN. Perspektywy walki lotniczo-gazowej w przyszłej wojnie w związku z higieną psychiczną. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. BYCHOWSKI. Les diencephaloses (fin.) — ST. JUSTMAN. Supplément au troisième cas du travail: „Sur le syndrome hémiplegique, sa pathogénie, son traitement et sa prognoze“. (W. Cz. L. Nr 3 et 4) — A. KOBRYNER. Le pied plat comme signe morphologique de la prédisposition constitutionnelle aux cardiopathies valvulaires. — S. SPIEWANKIEWICZ. Traitement de la tuberculose chirurgicale dans la clinique du prof. Dr. Sauerbruch. — H. ŁUKACZEWSKI et D. KAGAN. Encephalomeningitis varicellosa. — M. SZEJNMAN. Sur la transfusion du sang conservé (Rév. gén. suite). — J. NELKEN. Perspectives de la lutte aéro-gazeuse dans la guerre future en relation avec l'hygiène psychique (fin.)