

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. N. GĄSIOROWSKI.

Lwów.

### O niektórych zagadnieniach w sprawie wścieklizny<sup>1)</sup>.

Państwowy Zakład Higieny Filja we Lwowie.

Kierownik: doc. Dr. N. Gąsiorowski.

#### 1. Zarazek wścieklizny, ciałka Negriego.

Z dotychczasowych badań zmierzających ku bliższemu poznaniu etiologii wścieklizny wiemy na razie na pewne, iż rolę chorobotwórczą odgrywa tu zarazek przechodzący przez sączek bakterjologiczny, który z miejsca zakażenia przenosi się drogą nerwów do ośrodków nerwowych wywołując w następstwie typowy obraz chorobowy. Znane są nam dokładnie drogi szerzenia się epizoozji wścieklizny, dzięki Pasteurowi posiadamy w ręku środek obronny przeciw temu schorzeniu, natomiast brak nam bliższych danych co do istoty samego zarazka.

Zapratywania obecne w tym kierunku są jeszcze bardzo rozbieżne i niepewne. Jedni dopatrują się zarazka wścieklizny w ciałkach Negriego jako jedynym, widomym tworze swoistym występującym w komórkach nerwowych przy wściekliznie i zaliczają go do grupy pierwotniaków, który w pewnym okresie rozwojowym może przechodzić przez sączek porcelanowy (Negri, Ausermier); inni jak Levaditi, Nicolau, Schoen, są zdania, że zarazek wścieklizny jest mikrosporidjum, a ciałka Negriego pańszczykowatą formą rozwojową. Volpino, Babes, Koch, Lipschütz przyjmują tylko ziarenka zawarte w ciałku Negriego jako zarazek a otaczająca substancja bezpostaciowa zdaniem ich jest wytworem odczynu komórki. Według Manouliana i Viala ciałka Negriego jest tworem sztucznym, zawierającym nieżywe, zbitę w kłaczkę *encephalitozoon rabiei*, które ma być właściwym zarazkiem wścieklizny. Obok powyższej grupy badaczy dopatrujących się pewnego związku między zarazkiem wścieklizny a ciałkiem Negriego, niektórzy ani ciałkiem Negriego, ani ziarenkom w nim zawartym nie przypisują znaczenia etiologicznego uważając je tylko jako produkt zwykłego zwyrodnienia komórki wywołanego działaniem nieznanego zarazka (Lentz, Benedek, Porsche).

O ile więc ciałka Negriego samo jako takie jest swoistym zarazkiem względnie przedstawia jego pewną fazę rozwojową, czy też jest tylko wyrazem zwyrodnienia względnie odczynu ze strony komórki nerwowej na działanie nieznanego zarazka, zagadnienia te, jako na razie niewyjaśnione, wymagają dalszych badań.

Mając wyrazić osobiste stanowisko w sprawie, jakie znaczenie należy przypisać obecności ciałek Negriego, to na podstawie własnych spostrzeżeń mogę tylko potwierdzić fakt znany, że badając kilkadziesiąt mózgow ludzkich z przypadków, w których rozpoznanie wścieklizny było wykluczone, jak również mózgow psów i królików zdrowych, lub padłych na inną chorobę, nie udało mi się nigdy wykazać ciałek Negriego mimo dokładne przeglądnięcie w każdym przypadku kilku preparatów z szarej substancji rogu Ammona i mózdzku. Byłoby to więc dodatkowym dowodem przemawiającym, że obecność ciałek Negriego wiąże się ze schorzeniem wścieklizny. Równocześnie jednak — wobec znanych z piśmiennictwa spostrzeżeń, jakoby przy typowych objawach i klinicznym rozpoznaniu wścieklizny badanie na obecność ciałek Negriego mogło wypaść ujemnie mimo, że ten sam mózg zaszczepiony królikowi wywołuje zakażenie swoiste, podzielamy w zupełności przyjęte zapatrywanie, że ujemny wynik badania na obecność ciałek Negriego nie wyklucza wścieklizny.

W przypadkach gdzie chodzi o pokasanie człowieka, tutejszy oddział Pasteurowski wykonuje badania głów zwierząt padłych na wściekliznę lub podejrzanych w kierunku obecności ciałek Negriego.

Do barwienia używa się metody Sellera<sup>2)</sup> jako technicznie łatwiejszej i szybszej od innych, a dającej równocześnie bardzo dobre wyniki. Często (35 8%) w materiale z daleko już rozwiniętym rozpadem gnilnym można jeszcze wykazać tą drogą obecność ciałek Negriego.

W ostatnim półtorarocznym okresie czasu liczba badanych mózgow

psa	wynosiła	557	z	czego	Negri	=	318
kota	"	37	"	"	"	"	26
konia	"	8	"	"	"	"	5
krowy	"	8	"	"	"	"	4
świni	"	3	"	"	"	"	2
zająca	"	1	"	"	"	"	1
		614					356

Tutejszy oddział Pasteurowski w pierwszych latach swego istnienia używał kijowskiego jadu ustalonego (*virus fixe*) pozostawo po stacji Pasteurowskiej, założonej w r. 1915 przez Prof. Dr. P. Kućerę. Bliższe daty co do ilości wykonanych przeszczepień na króliki są nam tutaj nieznane. Drugi jad ustalony otrzymałem w r. 1922 ze Stacji Pasteurowskiej w Krakowie a liczba pasaży dokonanych na królikach do 3 grudnia 1926 wynosi 497.

Wobec głosów pojawiających się w piśmiennictwie, jakoby pomiędzy poszczególnymi jadami ulicznymi mogły zachodzić pewne różnice pod względem *virulencji*, niejako pewne odmienne typy, zastosowanie polywalentnej szczepionki staje się najzupełniej uzasadnione. Od r. więc 1922 używamy 2 jadów ustalonych tak, iż każda dawka szczepionki zawiera oba jady w równomiernej ilości.

W działaniu na króliki nie zauważono dotychczas zmian żadnych. Tak kijowski, jak krakowski *virus fixe* wstrzyknięty królikowi podoponowo lub wśródmózgowo zabija go w przeciągu 6—7 dni wśród typowych objawów porażonych.

Do kwietnia 1925 posługiwaliśmy się tylko wzmocnioną metodą Pasteurowską używając do szczepień rdzeni 1—4 dni suszonych i przechowywanych w 50% wyjałowionej glicerynie. Dawka dla osoby dorosłej wynosiła 0'5 cm rdzenia, dla dzieci zaś poniżej lat 10 była o połowę mniejsza. Osoby pokasane poddawało się codziennie szczepieniu przez 14—21 dni zależnie od stopnia pokasania według schematu podanego na str. 162.

Obecnie od półtora roku w miejsce wzmocnionej metody Pasteurowskiej używamy wyłącznie karbolizowanej szczepionki z zabitym jadem ustalonym, przyrządzonej według przepisu pracowni H. K. Mulford w Glenolden w Pensylwanii. W ostatnim okresie porażonym dobiega się króliki przez skrwalenie. Mózgi i rdzenie wyjęte jałowo sposobem Oshida, odważa się i w wyjałowionej koblwie z perełkami szklanymi przez wstrząsanie rozciera się je dokładnie, dolewając powolnie 1% roztwór kw. karbolowego. Na 1 gr. tkanki nerwowej przypada 4 ccm 1% fenolu. Zawiesinę macierzystą po przesączeniu przez gazę pozostawia się w cieplarni przy 37° C. przez 24 godzin, następnie w lodowni. Po upływie 30 dni oznacza się wagowo w 5 ccm zawiesiny, po dokładnym odparowaniu i wysuszeniu, ilość suchej pozostałości tkanki mózgowej, a resztę rozcieńcza się równą ilością 1'70% roztworem soli kuchennej tak, by uzyskać zawiesinę w fizjologicznym roztwornie soli kuchennej z dodatkiem 0'5% kw. karbolowego. W ostatecznym rozcieńczeniu nadającym się do

<sup>2)</sup> do 15 ccm. alkoholowego, wysyconego roztwornie błękitu metyloowego dodać 25 ccm. abs. alkoholu metyloowego czystego (bez śladu acetonu) i 3—4'5 ccm alkoholowego wysyconego roztwornie fuksyny zasadowej.

Barwik przechowuje się bardzo dobrze we flaszce ciemnej, szczelnie zamkniętej.

Preparat świeżo roztarty, w stanie jeszcze wilgotnym bez utrwalania polewa się barwikami i po 2—5 sekundach opłukuje wodą. Ciałka Negriego barwią się jasno-czerwono z ciemno-niebieskimi ziarnami. Protoplazma komórki nerwowej przyjmuje odcień fioletowy, jądro zaś barwi się ciemno niebiesko; włókna nerwowe pozostają niezabarwione lub przyjmują odcień różowy; ciałka czerwone pozostają miedziane, a jądra ciałek białych i drobnoustroje ciemno niebieskie.

<sup>1)</sup> Odpowiedź na kwestjonariusz Komitetu Higieny Ligi Narodów rozesłany poszczególnym Zakładom w celu zebrania materiału na międzynarodowy zjazd w sprawie wścieklizny, który się odbędzie w r. b. w Paryżu.



Dzień szczepienia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Rdzeń suszony dni	IV	IV	III	III	II	IV	III	II	II	IV	Stop. lekki
	IV	III	II	IV	III	II	IV	III	II	II	„ średni
	IV, III	III, II	IV, III	III, II	II	IV	III	II	I	IV	„ ciężki

  

Dzień szczepienia	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Rdzeń suszony dni	III	II	III	II	.	.	.	.	.	.	.	Stop. lekki
	IV	III	II	IV	III	II	II	IV	III	II	II	„ średni
	III	II	I	IV	III	II	I	III	II	II	I	„ ciężki

szczepienia zawiesina zawiera w 100 ccm 0'5 gr suchej pozostałości tkanki mózgowej. Z każdą zawiesiną wykonuje się bakteriologiczną próbę kontrolną i próbę na króliku i ta tylko nadaje się do użytku, która jest jałową i nie zabija królika.

Szczepionka H. K. Mulford zawiera zabity jad ustalony, a tkankę nerwową w ilości o połowę mniejszej, aniżeli Pasteurowska. Sposób przyrządzania jej jest łatwy, oznaczenie ilości tkanki nerwowej bardzo dokładne a zastosowanie w praktyce niezwykle uproszczone wobec jednakowych dawek bez względu na wiek i stopień pokąsania, któreimi przez 20 dni szczepi się codziennie. Każda dawka wynosi 2 ccm. Z powodu zużycia nie tylko rdzenia, lecz również i mózgu królika szczepionka ta jest znacznie ekonomiczniejszą od Pasteurowskiej a ponieważ przechowana w lodowni nadaje się przez 6 miesięcy do użytku, można ją wygodnie wysłać i zastosować poza obrębem stacji Pasteurowskiej.

Próby kontrolne wykonywane każdorazowo przed użyciem szczepionki, od czasu zastosowania metody Oshida, przeważnie wykazywały jałowość tkanki rdzeniowej i mózgowej, a tylko w nielicznych przypadkach można było stwierdzić obecność prątków z grupy *bac. subtilis* jako zanieczyszczenie pochodzące z zewnątrz.

## II. Szczepienie ludzi.

Wobec znanego faktu, że powierzchowne starcie naskórka, zadzierka i tp. może być wystarczającą bramą wejścia dla zarazka

wścieklizny, przyjęliśmy za zasadę, by nie tylko pokąsanie lub innego rodzaju uraz bezpośrednio doznany, lecz również i powalenie skóry śliną zwierzęcia podejrzanego o wściekliznę uważać jako bezwzględne wskazanie do przeprowadzenia szczepienia.

Na poparcie, iż stanowisko to ma swoje uzasadnienie, mogę przytoczyć następujący przypadek jako przykład, jak dalece powinno się być pod tym względem ostrożnym. W r. 1924 przywieziono 28 sierpnia do szpitala lwowskiego O. W. l. 18 z Horochowa, która dnia 2. IX. wśród typowych objawów zmarła na wściekliznę. Wykluczając wszelkie pokąsania względnie podrapania chora zeznała kilkakrotnie, że polizała ją tylko pies, który następnie w tej samej miejscowości pokąsał 4 osoby. Badanie mikroskopowe wykazało u zwierzęcia obecność ciałek Negiego.

Liczba osób oślinionych bezpośrednio lub pośrednio przez zwierzę chore względnie podejrzanę o wściekliznę, a następnie szczepionych wynosi dotychczas 296.

Wszelkie daty z początkowych lat istnienia Stacji Pasteurowskiej we Lwowie, założonej w r. 1915 zaginęły z powodu zawieruchy wojennej. Dopiero od chwili powstania Państwa Polskiego statystyka jej jest dokładnie znana.

Od 1 stycznia 1919 do 31 grudnia 1926 liczba osób szczepionych wynosi 10.797, z czego na wzmocnioną metodę Pasteurowską wypada 8.392 a metodą H. K. Mulford 2.405.

Przeciętna osób szczepionych rocznie dochodzi do 1.349. Bliższe daty przedstawiają się następująco:

### na 8392 osoby szczepione metodą Pasteurowską przypada

poniżej	powyżej	Stopień pokąsania			Liczba osób pokąsanych przez zwierzę z rozpoznaniem wścieklizny			
		lekki	średni	ciężki	mikroskopowem, doświadczalnym	drogą obserwacji	prawdopodobnem	niewiadomem
lat 15								
3.521	4.871	4.037	3.747	608	2.092	1.296	2.567	2.437
					40·3%		59·7%	
na 1.896*) osób szczepionych metodą H. K. Mulford przypada								
733	1.163	464	1.301	131	530	380	360	626
					47·9%		52·1%	

\*) z powodu nie otrzymania ze strony lekarzy 509 protokołów osób szczepionych metodą H. K. Mulford na prowincji, można podać na razie szczegółowe daty statystyczne odnoszące się do tej metody tylko z 1.896 przypadków.



W zestawieniu tem zwraca uwagę niezwykle wysoki odsetek przypadków o prawdopodobnym i niewiadomym rozpoznaniu wścieklizny u zwierzęcia. Przyczyną tego anormalnego stanu będzie najprawdopodobniej nie dość częsta interwencja weterynarza na miejscu pojawienia się przypadku podejrzanego o wściekliznę, jak również brak ścisłego kontaktu między tutejszym oddziałem Pasteurowskim i lekarzami szczepiącymi osoby pokasane a innemi Filjami Państwowego Zakładu Higieny badającymi głowy zwierzęce. Wśród tych warunków wszelka dokładniejsza ewidencja staje się w wysokim stopniu utrudnioną i znaczną liczbę przypadków mimo mikroskopowe lub drogą obserwacji dokonane stwierdzenie wścieklizny u zwierzęcia w innym zakładzie, musi się tutaj z powodu braku dowodów wliczyć do grupy z rozpoznaniem niewiadomem.

Liczba osób zgłaszających się w pierwszych 3 dniach po doznanym urazie wynosi 45'8%, od czwartego do siódmego dnia 36'6%, w drugim tygodniu opada do 11'8%, w trzecim 2'8% w czwartym 1'2%, od piątego do ósmego tygodnia 1'5%, a powyżej ośmiu tygodni 0'3%.

Przeciętna frekwencja osób szczepionych w poszczególnych miesiącach jest

Miesiąc	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Liczba szczepionych	96	99	100	128	148	139	138	130	133	94	88	74

znacznie niższa w porze jesiennej i zimowej, a w czasie między kwietniem, a wrześniem waha się w granicach 128 do 148.

Najczęstszym pośrednikiem ewentualnego zakażenia był pies (9.585), następnie kot (435), krowa (98), człowiek (83), koń (55), świnia (27), koza (3), a po 1 przypadku zając i wiewiórka.

W okresie sprawozdawczym uległo wściekliznie 18 osób szczepionych, z czego:

w czasie szczepienia

3 osoby ... uraz ciężki A <sup>4)</sup> I dawka w 5-11 dni po pokasaniu			
1	"	"	B
1	"	"	C
1	"	"	średni A
2	"	"	B
1	"	"	C
1 <sup>5)</sup>	"	"	ciężki A

po ukończeniu szczepienia

1 osoba w 2 dni uraz ciężki D I dawka w 1 dzień po pokas.			
1	"	10	średni B
1	"	11	ciężki D
1	"	IV tyg.	A
1	"	IV	średni D
1	"	VI	C
1	"	VII	A
1	"	XV	ciężki C

Biorąc pod uwagę tylko te przypadki, u których wścieklizna najprędzej rozwinęła się dopiero w 2 tygodnie po ukończeniu szczepienia, widzimy, że uodpornienie nasze zawiodło tylko w 5 przypadkach przy wzmocnionej metodzie Pasteurowskiej, czyli śmiertelność wynosi 0'059%. Wyniki te należałyby do najlepszych w porównaniu do tych, jakie podają inne stacje używające zmodyfikowanych szczepionek Pasteurowskich<sup>6)</sup>.

<sup>4)</sup> A = mikroskopowe lub doświadczalne stwierdzenie wścieklizny u zwierzęcia,

B = drogą obserwacji klinicznej stwierdzenie wścieklizny u zwierzęcia,

C = prawdopodobne,

D = niewiadome.

<sup>5)</sup> przy 14 dawce dobrowolnie przerwała szczepienie; w 3 tygodnie zmarła.

<sup>6)</sup> Medjolan 0'81%, Wiedeń 0'81%, Jeruzolima 0'59%, Konstantynopol 0'36%, Turyn 0'33%, Paryż 0'32%, Berlin 0'30%, Leningrad 0'29%, Warszawa 0'25%, Algier 0'21%, Buenos Aires 0'20%, Lille 0'14%, Lizbona 0'14%, Lyon 0'10%, Florencja 0'084%, Tyflis 0'077%, Bologna 0'064%, Mińsk 0'044%.

Równocześnie podkreślić wypada, iż na 2.405 osób szczepionych metodą H. K. Mulford dotychczas żadna nie uległa wściekliznie po ukończeniu szczepienia.

III. O szkodliwym działaniu szczepienia.

1. Porażenia.

Wśród osób szczepionych w samym Zakładzie Pasteurowskim lwowskim, względnie jego szczepionką poza zakładem mamy do zanotowania 11 przypadków, u których w czasie szczepienia lub bezpośrednio po ukończonym szczepieniu wystąpiły objawy chorobowe systemu nerwowego.

Na 8.392 osoby szczepione wzmocnioną metodą Pasteurowską zapadło 10 t. j. 1'19‰, a na 2.405 szczepione metodą H. K. Mulford 1 osoba czyli 0'41‰, względnie 0‰, ponieważ zachodzą pewne wątpliwości, czy schorzenie to wogóle wywołane zostało szczepieniem.

Na podstawie dat zebranych przez Krausa-Gerlach-Schweinsburga z niektórych zakładów Pasteurowskich sta-

tystyka przypadków porażennych na 1000 osób szczepionych przedstawiałaby się następująco:

przy metodzie Pasteurowskiej i jej modyfikacjach: Wiedeń 2'9, Berlin 2'5, Jeruzolima 2'1, Turyn 1'8, Kraków 0'45, Warszawa 0'42, Tyflis 0'26, Neapol 0'23, Mińsk 0'22, Lyon 0'18, Leningrad 0'14, Paryż 0'12, Algier 0'06, Budapeszt 0, Lille 0;

przy metodzie Högyesa: Berlin 1'2, Kairo 0'75, Budapeszt 0'017, Madryt 0, Sofja 0, Wiedeń 0;

przy metodzie Babesa: Kairo 0'97, Jassy 0'57.

przy metodzie Fermiego: Rzym 0.

Wyczerpujący opis 10 naszych przypadków pozostających w związku ze szczepieniem metodą Pasteurowską, jak również dokładne przedstawienie obecnych zapatrywań na sprawę zmian porażennych podał asystent tutejszego zakładu Dr. H. Meisel w pracy ogłoszonej w Polskiej Gazecie lekarskiej r. 1926. T. V.

Jak z zestawienia widzimy, daty dotyczące płci nie uprawniają do wysnuwania jakichkolwiek wniosków. Na 5 jednostek płci żeńskiej przypada 6 męskiej, co by mniej więcej odpowiadało ogólnemu stosunkowi szczepionych osobników płci żeńskiej do męskiej.

Schorzeniu ulega tak młodsza, jak starsza generacja w granicach 11-65 roku życia. Przy bliższem rozpatrzeniu dochodzimy do wniosku, że u dzieci zmiany porażenne stosunkowo pojawiają się znacznie rzadziej, aniżeli u osób dorosłych. Na 4.238 dzieci poniżej lat 15 zapadło dwoje czyli 0'47‰, podczas gdy wśród 5.997 osób dorosłych mamy 9 przypadków t. j. 1'50‰.

Badanie zwierząt wykazało w 5 przypadkach obecność ciątek Negriego; 2 razy rozpoznano wściekliznę na podstawie objawów klinicznych, trzykrotnie zachodziło tylko podejrzenie wścieklizny, a w 1 przypadku (VI) rozpoznanie pozostało nieustalone, ponieważ objawy chorobowe u psa ustąpiły, ciątek Negriego u niego nie wykazano, a króliki zaszczone mózgiem padły przedwcześnie wśród objawów ogólnego zakażenia. Możliwym więc jest, iż w danym przypadku mieliśmy u psa poronną formę wścieklizny, względnie brak jej zupełny.

Szczególniejszą uwagę zwracają 4 przypadki, w których dokonano szczepienia li tylko z powodu polizania (VII, VIII, IX), względnie z powodu dotknięcia się przedmiotu prawdopodobnie zwilżonego śliną zwierzęcia chorego (XI).

Pierwsze objawy porażenne w 8 przypadkach pojawiły się w okresie szczepienia między 9 a 16 dawką; dwukrotnie w pierwszym dniu, a jeden raz w kilka dni po ukończeniu szczepienia.

Z dotychczasowej naszej obserwacji wynikałoby, jakoby wystąpienie objawów porażennych i stopień ich nasilenia pozostawał w zależności od rodzaju zajęcia chorego. Wśród 9 chorych dorosłych 6 pracowało umysłowo, 3 zaś fizycznie (I, II, III), mimo, że w ogólnej liczbie szczepionych ilość osób fizycznie pracujących przekracza pięciokrotnie liczbę pracowników umysłowych. Następnie jako bardzo charakterystyczny moment należy podnieść, że u wszystkich 3 osób pracujących fizycznie, u których rozwi-



Zestawienie przypadków porażonych przy szczepieniu przeciw wścieklicznie od 1919 — 1926 r.

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI <sup>2)</sup>
płeć		ż.	m.	ż.	m.	ż.	ż.	m.	m.	ż.	m.	m.
wiek		30	56	44	43	26	23	65	36	25	12	11
zawód		żona rolnika	robotnik	gospodyni	budowniczy	biurowy	córka inż.	sędzia	adwokat	biurowy	syn rolnika	syn księdza
stopień urazu		średni	średni	średni	ciężki	ciężki	lekki	polizanie	polizanie	polizanie	średni	dotknięcie przedmiotu oślinionego
Rozpoznanie wściekliczny u zwierzęcia	Negri	.	.	.	dodatni	dodatni	ujemny	dodatni	dodatni	.	dodatni	ujemny
	doświadczenie na króliku	.	.	.	.	.	ujemne <sup>1)</sup>	.	.	.	.	.
	kliniczne	.	.	.	.	.	.	.	.	/	.	/
	podejrzanie	/	/	/	.	.	.	.	.	.	.	.
	niewiadomo	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
I dawka po pokąsaniu w dni		2	6	30	1	14	2	6	3	7	4	3
Pierwsze objawy porażenne	po ilu dawkach	11	16	12	16	16	12	.	.	.	15	9
	w którym dniu po ukończeniu szczepienia	.	.	.	.	.	.	w kilka dni	w 1 dniu	w 1 dniu	.	.
czy szczepienie przerwano		tak	tak	tak	nie	nie	tak	.	.	.	nie	tak
rozpoznanie kliniczne		Polyneuritis	Paresis extrem. infer	Polyneuritis	Paresis ner. facialis	Paresis ner. facialis	Myelitis acut ascendens	Myelitis dorso-lumb.	Myelitis dorso-lumb.	Myelitis dorso-lumb.	Myelitis dorso-lumb.	Meningo-encephalitis
zakończenie choroby		w III tyg. polepszenie	w kilka dni polepszenie	w IX tyg. wyleczenie	w IX tyg. polepszenie	wyleczenie	w VI tyg. polepszenie	wyleczenie	w kilka tyg. polepszenie	w III tyg. exitus	w II tyg. polepszenie	w III tyg. wyzdrowienie

<sup>1)</sup> króliki szczepione padły na posocznice.

<sup>2)</sup> przypadek szczepiony metodą H. K. Mulford.



nęły się zmiany porażenne, sprawa chorobowa ograniczyła się tylko na zapaleniu nerwów i niedowładzie, podczas, gdy u chorych pracujących umyślowo 2 razy mamy do czynienia z porażeniem nerwu twarzowego (IV, V), a 4 razy z zapaleniem rdzenia (VI, VII, VIII, IX).

U dwojga dzieci zmiany chorobowe przybrały formę ostrzejszą. U jednego (X) wystąpiły objawy zapalenia rdzenia, u drugiego (XI) szczepionego metodą amerykańską porażenie i jedyny z pośród innych przypadków rozpoznano klinicznie zapalenie mózgu i opon mózgowych. Rozpoznanie to nasuwa więc pewne wątpliwości, czy w danym przypadku szczepienie jako takie, czy też nie inna przyczyna pozostaje w związku z rozwinięciem się tego schorzenia.

Co do nasilenia urazu to w 2 przypadkach stwierdzono pokąsanie ciężkiego stopnia, 4 razy średniego, 1 raz lekkiego stopnia; 3 osoby były tylko polizane, a jedna dotknęła się przedmiotu prawdopodobnie zawałanego śliną zwierzęcia chorego.

Odpowiednio do stopnia urazu w 10 przypadkach wykonano szczepienie wzmocnioną metodą Pasteurowską ściśle według powyżej podanego schematu.

Jak widzimy zmiany chorobowe po ciężkim pokąsaniu ograniczyły się na niedowładzie nerwu twarzowego; podobnie w 3 przypadkach po urazie o średnim nasileniu stwierdzono klinicznie dwa razy zapalenie nerwów a 1 raz niedowład kończyn dolnych; natomiast 1 raz po uszkodzeniu średniego stopnia (X), 1 raz lekkiego (VI) a 4 razy po polizaniu lub dotknięciu się przedmiotu zwilżonego śliną zwierzęcia chorego wystąpiło poprzeczne względnie ostre wstępujące zapalenie rdzenia i zapalenie mózgu (XI). *Stopień urazu a przy wzmocnionej metodzie Pasteurowskiej i sposób dawkowania szczepionki pozostawałby więc bez wpływu na nasilenie zmian porażennych.*

Wszystkie nasze schorzenia porażenne pojawiały się w dłuższych odstępach czasu sporadycznie, a nie równocześnie, grupowo. Jakiegokolwiek związku między wystąpieniem i stwierdzeniem przypadku porażennego, a zmianą w personelu oddziału Pasteurowskiego, odmiennym przebiegiem wścieklizny u królików używanych do wyrobu szczepionki, jak również odmiennym zachowaniem się odczynów miejscowych, nie zauważono nigdy.

Według wywiadów początek choroby był przeważnie szybki. Po 1—2 dni trwającym okresie prodromalnym, wśród objawów ogólnego osłabienia, niekiedy bólu głowy i kończyn występowały już objawy porażenne. Szczegółowe daty przebiegu klinicznego mieszczą się w aktach szpitalnych. Tutaj mogę podać tylko rozpoznanie kliniczne, a mianowicie: niedowład nerwu twarzowego (2), niedowład kończyn dolnych (1), zapalenie nerwów (2), ostre wstępujące zapalenie rdzenia (1), zapalenie poprzeczne rdzenia (4) i zapalenie mózgu i opon mózgowych (1).

Przebieg choroby w 10 przypadkach był pomyślny kończąc się w okresie kilku dni do 9 tygodni powrotem do zdrowia względnie polepszeniem i następowem zupełnym wyzdrowieniem.

Jeden przypadek (IX) zakończył się śmiertelnie. Wykonano sekcję, a rozpoznanie anatomiczno-patologiczne opiewa: *Dermatitis e combustione (III gradus) mesogastrii sinistri. Leptomeningitis fibrosa lob. front. Bronchopneumonia dispersa pulmonis utriusque. Oedema aditus ad laryngem. Tracheobronchitis chronica. Ecchymoses subpleurales et subepicardiales. Dilataio cordis praecipue dextrae. Hyperaemia passiva organorum. Degeneratio adiposa hepatis, renum et myocardii. Tumor lienis acutus. Meteorismus maioris gradus. Thymus persistens. Ogniska rozmiękczynowe głównie w sznurach bocznych rdzenia.*

Badanie mózgu na obecność ciała Negriego wypadło ujemnie. Króliki zaszczipione mózgiem i rdzeniem nie uległy wściekliznie.

Obraz sekcyjny przemawiałby raczej, iż nie zmiany porażenne, lecz najprawdopodobniej poparzenie III stopnia było tu bezpośrednią przyczyną zejścia.

Przed odpowiedzią na pytanie, czy i o ile spostrzeżenia oparte na naszych przypadkach mogą przyczynić się do wyjaśnienia bardzo zawilego zagadnienia istoty schorzeń porażennych, chciałbym raz jeszcze zwrócić uwagę na następujące momenta. Otóż na 11 przypadków zmian porażennych 4 razy wystąpiły one u osób szczepionych, które nie doznały żadnego urazu, a zostały tylko polizane względnie powalane śliną zwierzęcia. Jakkolwiek zakażenie jadem ulicznym tą drogą stanowczo jest możliwe, to jednak minowoli wylaniają się poważne wątpliwości, by w tak wysokim odsetku właśnie w ten sposób, stosunkowo trudny i rzadki, jad uliczny wnikał do organizmu i wywołał zakażenie; następnie brak ciała Negriego u psa w przypadku VI i ujemny wynik badania mózgu zmarłej (IX) tak na obecność ciała Negriego, jak w doświadczeniach na królikach, wszystko to razem wzięte osłabiałyby stanowisko zwolenników teorii Pasteura, jakoby zmiany porażenne były wyrazem łagodniejszej formy wścieklizny wywołanej

jadem ulicznym, który dzięki zastosowaniu szczepionki uległ osłabieniu.

O ile zmiany chorobowe w przypadku XI są istotnie wywołane szczepieniem, mielibyśmy w ręku jeden z dalszych dowodów zbijających teorię Berregi i Franca, jakoby przyczyną form porażennych było zakażenie jadem ustalonym, ponieważ przypadek ten szczepiliśmy metodą H. K. Mulford, zabitym *virus fixe*

W sprawie teorii intoksykacyjnego działania jadu ustalonego (Babes) i cytotoksycznego działania normalnej tkanki nerwowej (Marie, Koritschoner i Schweinburg) daty nasze nie dają nam żadnych bliższych wyjaśnień pozatem, że początek choroby bywał szybki, a na 1'19<sup>00</sup> przypadków porażennych, jakie nam dała wzmocniona metoda Pasteurowska, liczba ta przy metodzie H. K. Mulford, zawierającej o połowę mniejszą ilość tkanki nerwowej, wynosi dotychczas 0'41<sup>00</sup> względnie 0<sup>00</sup>.

*Wobec braku śmiertelnego przypadku po ukończeniu szczepieniu, jak również wobec braku, względnie trzykrotnie mniejszego odsetku zmian porażennych, na razie bezsprzecznie muszą przysłać pierwszeństwo szczepionce H. K. Mulford zawierającej zabity jad ustalony.*

Z chwilą wystąpienia objawów porażennych wskaźnikiem dalszego postępowania dla nas jest stopień urazu, następnie wynik badania wścieklizny u zwierzęcia, ilość pobranych dawek i nasilenie zmian chorobowych. Przy obrażeniach ciężkiego stopnia zdaniem naszym należy szczepienie doprowadzić do końca ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia wścieklizną. Podobnie przy urazach o średnim i lekkim nasileniu, o ile badanie na ciałka Negriego wypadło dodatnio; natomiast przy ujemnym wyniku badania i cięższych zmianach porażennych powinno się przerwać dalsze szczepienie.

## 2. Nacieki miejscowe.

Przy szczepieniu przeciw wściekliznie tak wzmocnioną metodą Pasteurowską, jak H. K. Mulford odczyn miejscowy należy do bardzo częstych zjawisk. Niemal w 50% przypadków po 8—12 dawce w kilka godzin po wstrzyknięciu szczepionki występuje miejscowe zaróżwienie i ograniczony naciek, który po 2—3 dniach ustępuje bez śladu.

Dotychczas nie zauważyliśmy nigdy, by naciek uległ zropieniu. Na podstawie tego możemy tu stanowczo wykluczyć jakąkolwiek przyczynę natury zakaźnej, a powstawanie ograniczonego nacieku przyjąć jako wyraz biologicznego odczynu ze strony organizmu na wprowadzoną szczepionkę.

Narzędzia do preparowania królików, szczepienia ludzi i królików wyjalawia się przez 15—20 minutowe gotowanie w sterylizatorach chirurgicznych, naczynia zaś szklane do przyrządzania i przechowywania szczepionki w autoklawie przez 30 minut przy 0'5 atmosfery, względnie w suszarce przez 2 godz. przy 140° C. Skórę osoby szczepionej lub królika w miejscu wkłucia strzykawki smaruje się wacikiem zwilżonym w 5% roztworze kwasu pikrynowego w 70% alkoholu.

Do nieco trudniejszych zabiegów należy szczepienie i preparowanie królików w sposób jałowy. Bardzo pewna, szybka i czysta jest następująca metoda szczepienia: mniej więcej w pośrodku linii łączącej nasadę ucha z zewnętrznym kątem oka wyczuwa się rowek kostny, w który wkłuwają się krótką i odpowiednio grubą igłę strzykawki i wśródmózgowo wprowadza kilka kropel zawiesiny jadu ustalonego. Jak już poprzednio wspominałem, każdego królika skrwawia się w okresie agonii, poczem zanurza się go w 2'5—3% krezolu na 1—2 godziny. Po odprowadzeniu skóry z głowy i grzbietu, opala się powię zchnię czaszki i powierzchowne mięśnie łądźwiowe, poczem w sposób jałowy przecina się kręgosłup w części łądźwiowej, a zapomocą kleszczy kostnych odsłania się czaszkę. Po wydobyciu mózgu wypycha się rdzeń za pomocą wygotowanego drutu od strony łądźwiowej ku wnętrzu czaszki. Jeśli obraz sekcyjny nie wykaże jakichkolwiek zmian w organach wewnętrznych, rdzeń i mózg w ten sposób wyjęty nadaje się do przyrządzenia szczepionki.

O ile zaszczipienie, zpreparowanie królika i przyrządzenie szczepionki wykona się jałowo, a bakterjologiczna kontrola jej wypadnie ujemnie, wówczas miejscowy naciek po jałowem wstrzyknięciu dawki szczepionki nigdy nie ulegnie zropieniu i jako zwykły odczyn znika szybko bez szkody dla organizmu.

## IV. Ochronne szczepienie psów.

Niejednokrotnie już poczynana sprawa czynnego uodparniania psów przeciw wściekliznie nabrała żywszego rozgłosu z chwilą, kiedy w r. 1922 Umeno i Doi ogłosili swoją metodę szczepienia i wyniki uzyskane tą drogą. Używając osłabionego jadu ustalonego w zawieszynie zakarbolizowanego roztworu fizjologicz. soli kuchennej z gliceryną, zaszczipili jednorazową dawką wynoszącą 3—5 ccm



31.307 psów w okręgu Kamagawy i Tokio. Z liczby tej zwierząt zaszczepionych i następnie puszczonej wolno tylko jeden pies uległ zakażeniu wścieklizną po pokasaniu, podczas gdy w tym samym czasie i wśród tych samych warunków na 10.000 psów niezaszczepionych padło 250 sztuk. Ogólna liczba przypadków wścieklizny zmniejszyła się w danych rejonach o 75% a zakażeniu ulegały tylko zwierzęta niezaszczepione. Jednorazowa dawka zdaniem autorów uodparnia zwierzę czynnie mniej więcej na dwuletni okres czasu.

Niezwykle pomyślne wyniki badaczy japońskich wywołały ogólne zainteresowanie. Eichorn i Lyon pierwsi wykonali laboratoryjne doświadczenia kontrolne. Na kilkanaście psów zaszczepionych a następnie pokasanych przez zwierzęta wściekle, u żadnego nie pojawiła się wścieklizna. Wobec tego wspólnie z Corwinem podjęli się masowego szczepienia metodą japońską w Stanie Connecticut i po rocznej obserwacji przekonali się, iż z 25.000 psów zaszczepionych żaden nie zapadł na wściekliznę. Podobnie Hata podaje, iż w obrębie Tokio i Yokohama na 104.629 psów szczepionych metodą japońską stwierdzono w ciągu jednorocznej obserwacji 41 przypadków wścieklizny, podczas gdy wśród trzykrotnie mniejszej ilości psów niezaszczepionych liczba przypadków w tych samych okręgach wynosiła 1.699.

Obok metody japońskiej wykonano dotychczas liczne próby innymi szczepionkami. Pomijając uśiłowania, które w skutkach swych ukazały się ujemnymi, jak n. p. próby wykonane przez Plantureux z żywym jadem ustalonym, w formie zawiesiny mózgu królika w oliwie lub dextrynie w celu zwolnienia absorpcji, wymienić wypada tu szczepionki dające zadowalniające wyniki a mianowicie osłabioną szczepionkę karbolizowaną Fermiego, eteryzowaną szczepionkę Remlingera i karbolizowaną Semple'a. Co do tej ostatniej, której Szymanowski i Sienczewski użyli do swoich doświadczeń, muszę zauważyć, iż według moich spostrzeżeń jad ustalony ginie w niej dopiero najpóźniej w sześć tygodni po wyjęciu z cieplarki a nie, jak Semple i Karłowski podają, już po 24-godzinnym pozostawieniu jej w ciepocie 37°C. Szczepionka ta więc użyta w pierwszych tygodniach po sporządzeniu zawiera jeszcze żywy jad ustalony, co naturalnie może wpłynąć na wynik szczepienia.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje i tutaj amerykańska szczepionka, wyrabiana w Mulford Laboratories w Glendolden. Przewyższa ona szczepionkę japońską Fermiego i świeżą szczepionkę Semple'a pod tym względem, iż zawierając zabity jad ustalony nie może psa szczepionego zakażać a jak doświadczenia laboratoryjne Reichella wykazały, działa uodparniająco równie silnie, jak szczepionka z osłabionym *virus fixe*. W zastosowaniu praktycznym próby wykonane na 10.000 psów wypadły pomyślnie.

Obok wymienionych zwolenników ochronnego szczepienia psów, do których należą również Schnürer, Scherni i Kraus, druga grupa badaczy zachowuje się powściągliwie zalecając narazie bliższe poznanie i wypróbowanie metody, a niektórzy — przeważnie ze szkoły niemieckiej — dochodząc do ujemnych wyników zajmują wprost nieprzychylnie stanowisko w tej sprawie.

Schoening, Meissner, Baars i Mohler zwracają uwagę, że wynik szczepienia jest zależnym od jadowitości jadu ustalonego i jadu ulicznego. Szczepienie ochronne więc może dać rozmaite wyniki. Wobec jednego jadu ulicznego uzyskuje się uodpornienie czynne, podczas gdy wobec drugiego tasama szczepionka może dać wynik ujemny. Busson zwraca uwagę na pochodzenie i wartość szczepionki, która w razie nieodpowiedniego jej przyrządzenia może wywołać zakażenie swoiste u psa szczepionego; ponadto uodparnianie psów zdaniem jego stwarza warunki odpowiednie do zwiększenia się liczby utajonej formy wścieklizny u zwierząt po zakażeniu jadem ulicznym, a ta jako nierozpoznana pod względem epidemiologicznym jest niebezpieczniejszą od typowej formy. Szymanowski i Sienczewski w doświadczeniach swoich ze szczepionką Semple'a otrzymali przeważnie wyniki ujemne. Fermi uważa metodę japońską jako niedostatecznie pewną, a Neufelt i Uhlenhuth w dyskusji na zjeździe mikrobiologów w Frankfurcie opierając się na teoretycznych przesłankach zajmują wprost nieprzychylnie stanowisko w sprawie ochronnego szczepienia zwierząt przeciw wściekliznie. Zdaniem Uhlenhutha szczepionka zawierająca żywy — choćby osłabiony jad ustalony — może zawsze wywołać zakażenie zwierzęcia, a zawierająca nieżywy *virus* — podobnie jak przy innych przechodzących przez filter (ospa, pomór świni, zaraza pyskowo-racicowa) — nie działa uodparniająco. Stanowisko to zapoczątkowane swego czasu przez Fermiego zdaje się być niezbyt słuszne, skoro dotychczasowe wyniki ogłoszone w literaturze, a uzyskane na olbrzymim już materiale osób pokasanych i szczepionych zabitym jadem ustalonym okazały się lepszymi od tych, jakie dają nam szczepionki zawierające żywy lub osłabiony *virus fixe*.

W ocenie wartości ochronnego szczepienia psów przeciw wściekliznie, jak widzimy, zachodzą obecnie jeszcze skrajne różnice. Jeśli się bliżej rozpatrzymy, to mimowoli zwraca tutaj uwagę fakt, że psy szczepione i puszczone wolno nie ulegają zakażeniu jadem ulicznym, a równocześnie epizootcja wścieklizny znika względnie silnie opada. Wśród doświadczeń natomiast wykonanych w pracowniach, psy zaszczepione, a następnie sztucznie zakażone jadem ulicznym stosunkowo często zapadają na wściekliznę. Słusznie więc podnosi Schnürer, iż doświadczenia laboratoryjne, polegające na sztucznym wprowadzeniu jadu ulicznego do organizmu zwierzęcia nie odpowiadają warunkom naturalnym, wśród których przychodzi do zakażenia i z powodu tego tą drogą nie da się rozwiązać pytania, czy szczepienie ochronne ma jaką wartość lub nie. Jedynie obserwacja masowo szczepionych psów puszczonej wolno może wyjaśnić tę sprawę.

Biorąc pod uwagę fakt przemawiający za i przeciw ochronnemu szczepieniu byłoby bardzo wskazanym, by w celu ostatecznego ustalenia poglądów, w miejscowościach zagrożonych stale epizootją wścieklizny wykonać próbną masowo szczepienie ochronne psów zupełnie zdrowych, niepokasanych.

Szczepienie lecznicze psów pokasanych lub pozostających w kontakcie z podejrzanymi o wściekliznę byłoby możliwym, o ile zwierzę zaszczepione zostawiłoby się pod obserwacją na przeciąg 6 miesięcy w odpowiednim zakładzie.

Szczepienie psów, dokładną ewidencję i obserwację można powierzyć jedynie urzędowym lekarzom weterynaryjnym.

Psa szczepionego należy oddać właścicielowi i pozostawić go wśród zwykłych warunków.

Przy użyciu szczepionki H. K. Mulford wystarcza jednorazowa dawka, którą bez względu na rasę, wiek i wagę psa wstrzykuje się w ilości 5 ccm podskórnie. Szczepionka ta zawiera w 100 ccm 25 gr. suchej pozostałości tkanki nerwowej, czyli dawka 5 ccm odpowiada mniej więcej 12 dawkom używanym przy szczepieniu ludzi. Jak już poprzednio zaznaczyłem, dawkowanie tej szczepionki jest bardzo ściśle, wyrób łatwy, a wydajność z pośród znanych najekonomiczniejszą.

W okresie próbnym, należy zastosować się ściśle do przepisów przewidzianych ustawą. W razie pojawienia się przypadku wścieklizny lub podejrzanego o wściekliznę powinno się jak najdokładniej przestrzegać tych samych zarządzeń sanitarno-weterynaryjnych bez względu, czy chodzi o psa szczepionego lub niezaszczepionego. W ten sposób uniknie się wszelkiego niebezpieczeństwa ewentualnego pojawienia się typowej, jak również atypowej formy wścieklizny u psów szczepionych, a następnie drogą naturalną zakażonych.

Przy ścisłym zastosowaniu się do powyższych warunków będzie można dopiero na podstawie porównawczych danych statystycznych, zebranych w dłuższym okresie czasu wysnuć ostateczne wnioski co do istotnej wartości ochronnego szczepienia psów.

#### Piśmiennictwo:

- 1) Negri A. Zschr. f. Hyg. 1903. B. 43, 44, 1909. B. 63, Zschr. f. Immoforsch. 1911 B. 8. — 2) Koch J. Zschr. f. Hyg. 1910 B. 66. — 3) Lipschütz B. Cbl. f. Bakt. 1913. B. 68. — 4) Manouelian Y. Viala I. Ann. Past. 1924. — 5) Lentz O. Zschr. f. Hyg. 1909 B. 62. — 6) Benedek L. Porsche F. W. kl. Wochschr. 1921. — 7) Osajda. Cbl. f. Bakt. 1901. B. 29. — 8) Babes V. Zschr. f. Hyg. 1910, 1911. B. 65, 69. Cbl. f. Bakt. 1919. B. 55. — 9) Franca. Cbl. f. Bakt. 1910. B. 55, 1911. 57. — 10) Koritschoner-Schweinburg. Ztschr. f. Immoforsch. 1925. B. 42. — 11) Meissel: H. Pol. Gaz. lek. 1926. — 12) Eichhorn-Lyon: J. of. Americ. vet. med. Ass. 1924. — 13) Reichel: J. of. Americ. vet. med. Ass. 1924. — 14) Hata. Americ. med. Ass. V. 83, 1924. — 15) Szymanowski-Sienczewski. Compt. Rend. d. I. Societ. d. Biolog. 1924. — 16) Remlinger. Compt. Rend. d. I. Societ. d. Biolog. 1925. — 17) Kraus: Seuchenbekämpfung B. 2, 1925. — 18) Busson. W. Kl. Wochschr. 1925. — 19) Schoening, J. Agric. Res. 1925. — 20) Karłowski: Med. Dośw. i Spół. T. IV. 1925. — 21) Fermi: Clin. Vet. 1924. — 22) Schern: Bol. Bact. e Invest. Vet. 1925. Seuchenbekämpfung B. 3, 1926. — 23) Meissner-Baars: C. f. Bact. Orig. B. 97. 1926. — 24) Schnürer: C. f. Bact. Orig. 3, 7. 1926. — 25) Uhlenhuth. C. f. Bact. Orig. B. 97. 1926. — 26) Plantureux. Ann. Inst. Past. V. 40, 1926. — 27) Kraus-Gerlach-Schweinburg: Lyssa bei Mensch u. Tier 1926.

#### SPRAWOZDANIA POGLADOWE.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG.

Warszawa.

Kilka uwag o zależności poszczególnych czynności żołądka od stanu układu roślinnego.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.

Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Głuziński.

Badanie wpływu układu roślinnego na poszczególne czynności przewodu pokarmowego wogóle, a żołądka w szczególności, sta-



nowi przedmiot niezliczonych wprost prac klinicznych i doświadczeń. Zgromadzone też w tej dziedzinie ogromna ilość spostrzeżeń, mniej lub więcej doniosłych, z których wyciągano najrozmaitsze wnioski. Niestety, nie tylko wnioski i teorie są częstokroć sprzeczne, ale nawet niektóre spostrzeżenia, poprzednio uważane za niezbitnie pewne, okazywały się po zastosowaniu ulepszonej metodyki, niezgodnymi z rzeczywistością. Istnieje szereg rozmaitych poglądów na swoistość czynności poszczególnych części składowych układu roślinnego. Autorowie nie napotykali zazwyczaj na większe trudności w grupowaniu zjawisk w myśl głoszonych przez nich teorii, albowiem, wobec mnogości niewiadomych, wchodzących w rachubę, wynik każdego doświadczenia, każde spostrzeżenie można tłumaczyć z większą lub mniejszą dowolnością. Wobec niezmiernie złożonej sieci, tworzonej przez zwoje i włókna układu współczulnego i parasympatycznego, jeszcze nim osiągną one do ściany przewodu pokarmowego, następnie wobec niedostateczności danych anatomicznych, dotyczących przebiegu nerwów współczulnych i parasympatycznych w ścianie żołądka i jelit oraz stosunku zakończeń tych nerwów do spłotów Auerbacha i Meissnera, wobec ingerencji hormonów i t. d. i t. d., sprzeczność wyników, osiągniętych w tych badaniach, a tem bardziej wniosków, z nich wyciągniętych, jest zupełnie zrozumiała. Dla lekarza praktycznego, który chciałby w każdym przypadku schorzenia żołądka, czynnościowego lub organicznego, rozpoznać rodzaj i stopień wpływu poszczególnych składników układu roślinnego na stwierdzone odchylenia podmiotowe lub przedmiotowe, powstaje zadanie nader trudne, w większości przypadków, bodaj niemożliwe do rozstrzygnięcia. W tych warunkach ulubione stosowanie różnych środków leczniczych, odznaczających się swoim działaniem na ten lub inny odcinek układu współczulnego czy parasympatycznego, a także stosowanie preparatów z gruczołów dokrewnych i innych narządów, których wydzielina ma wpływać bezpośrednio lub pośrednio (poprzez działanie na układ roślinny) na sprawność czynnościową żołądka, należy uznać za leczenie szablonowe, częstokroć niedostatecznie uzasadnione oraz mogące nieraz zaszkodzić choremu. Dla potwierdzenia powyższego mógłbym przytoczyć szereg przykładów, wystarczy jednak następujący: we wszelkich stanach skurczowych żołądka stosuje się zazwyczaj atropinę, a przecież już wielokrotnie dowiedziono, że w pewnych warunkach atropina znacznie wzmacnia stan skurczowy mięśniówki, czyli, że przez jej podawanie można osiągnąć skutek wręcz przeciwny od zamierzonego. (p. m. i. Popielski 42, Modrakowski 43).

Przystępując do niniejszego sprawozdania poglądowego, nie zamierzałem, oczywiście, poruszyć całości zagadnień, dotyczących wpływu układu roślinnego na sprawność czynnościową żołądka, lecz ograniczyłem swoje zadanie do omówienia w najogólniejszych zarysach najnowszych spostrzeżeń oraz poglądów, panujących obecnie w tej dziedzinie.

Mówiąc o sprawności czynnościowej żołądka, na którą składa się jego czynność wydzielnicza i ruchowa, gra odźwiernika (wysysanie i t. d.), należy przedewszystkiem wskazać wpływy psychiczne, które, jak wiemy, wywołują wybitną czynność żołądka jeszcze przed spożyciem pokarmu. Wielce ciekawe doświadczenia Heyera 1), przeprowadzone na ludziach, wykazały, że pod działaniem sugestji żołądek wydzieliał sok w ilości zależnej od natężenia sugestji oraz od rodzaju pokarmów, które badany osobnik sobie wyobrażał. Zawartość zaczynów swoistych w tym soku również zależała od rodzaju zasugerowanych pokarmów. Jedynie, stężenie kwasu solnego zdawało się być niezależne od psychiki. Opierając się na swoich doświadczeniach oraz na wynikach badań Cade i Laterjeta 2), Umbera 3) Kretschy'ego i Kaznelsona 4, 5) i inn. Heyer przychodzi do wniosku, że stężenie kwasu solnego w tak zwanym psychicznym soku żołądkowym może wahać się w znacznych granicach, i że zdanie Pawłowa 6) (a także Rosemanna 7). Kahna i Jaure 8) i inn.) o stałe jednakowem stężeniu kwasu solnego w czystym soku żołądkowym każdego osobnika jest niesłuszne. Heyer wykazał także doświadczenia, że wszelkie stany psychiczne (t. j. nie tylko gniew, strach, smutek i t. p. afekty deprymujące, lecz także nagła radość i t. p.), które odciągają uwagę osobnika od aktu spożycia pokarmu, wpływają ujemnie na czynność wydzielniczą żołądka i to w stopniu, zależnym od natężenia czynności psychicznej.

Wpływ wyższych ośrodków psychicznych na wydzielanie żołądkowe (poprzez ośrodki n. błędnego w rdzeniu przedłużonym) uznają wszyscy autorowie. Obecnie wiemy także, że tak zwanemu psychicznemu wydzielaniu towarzyszą także odpowiednie ruchy żołądka i jelit.

Wpływ smaku i zapachu pokarmów oraz żucia i polykania pokarmów na wydzielanie żołądkowe jest również oddawna znany.

Wogóle przebieg wydzielania żołądkowego przed zetknięciem się śluzówki żołądka z wprowadzonym doń pokarmem, odbywa się (według badań Lima, Ivy i Mc Carthy'ego 9) i inn.) droga

następujących odruchów: a) przez korę mózgową, b) przez wzgórek wzrokowy, międzymózdzie i rdzeń przedłużony.

Następny okres wydzielania żołądkowego (okres „żołądkowy“ według Lima, Ivy i t. d.) jest uwarunkowany podrażnieniem mechanicznem śluzówki wskutek rozciągnięcia żołądka oraz chemicznem podrażnieniem jej włókienek nerwowych. Podrażnienie tych zakończeń nerwowych wywołuje 4 różne odruchy (Hess Faltitschek 10), a mianowicie: 1) odruch krótki, którego łuk dośrodkowy, ośrodek nerwowy i łuk odśrodkowy mieszczą się w samej ścianie żołądka, 2) odruch dłuższy, którego ośrodek znajduje się w odnośnym segmencie pogranicznego pasma współczulnego, 3) odruch przez rdzeń przedłużony i 4) przez korę mózgową. Odczyn żołądka na wprowadzony doń pokarm zależy zatem w dużej mierze od stanu tych wszystkich ośrodków i dróg nerwowych, które mają wpływ na poszczególne jego czynności.

Istnienia pierwszego krótkiego odruchu dowiodły doświadczenia Popielskiego, które wykazały, że żołądek, pozbawiony wszelkich połączeń nerwowych jest w stanie wykonywać ruchy rytmiczne oraz wydzielać sok. O istnieniu dalszych 3 wymienionych odruchów świadczą liczne doświadczenia na zwierzętach. A więc wiadomo, że przerwanie łączności między mózgiem (decerebracja), a przez to wyłączenie hamujących (widocznie) wpływów wyższych ośrodków mózgowych wywołuje wzmocnienie się napięcia (tonus) całego układu roślinnego z wyraźną przewagą odtamu parasympatycznego nad współczulnym. Żołądek wykazuje wówczas pogłębienie ruchów robaczkowych oraz przyspieszone opróżnianie się. Jeżeli oprócz decerebracji, przeciąć nerwy trzewne (*nn. splanchnici majores*), to występują bardzo silne skurcze w części środkowej i odźwiernikowej żołądka (wyłączne działanie nerwu błędnego?) zaś odźwiernik pozostaje otwarty. Jeżeli po decerebracji przeciąć tylko nerw błędny, to napięcie mięśniówki żołądka bardzo słabnie, ruchy robaczkowe ustają, zaś wpust i odźwiernik są skurczone. Jeżeli po wymóżdżeniu przecina się zarówno nerw błędny, jak współczulny, to żołądek pracuje nadal, wykazując średnie napięcie mięśniówki, prawidłowe ruchy robaczkowe oraz równomierne wydzielanie (Klee 12)). Czynnością żołądka kieruje wówczas wyłącznie spłot trzewny oraz ścienne spłoty żołądkowe. Brak bodźców psychicznych oraz wpływów, regulujących napięcie nerwu błędnego oraz współczulnego, sprawia, że czynność żołądka jest bardzo jednostajna oraz niezależna od przyjęcia pokarmów i że żołądek nie może podolać wymogom, jeżeli jego obciążenie przekracza miarę zwykłą.

W celu dokładniejszego zbadania wpływu spłotu trzewnego, dokonywano jego usunięcia, przyczem okazało się, że zabieg ten jest bardzo niebezpieczny dla zwierząt. Całkowite usunięcie tego spłotu zdaje się zawsze powodować śmierć zwierzęcia. Jeżeli, jednak, zwierzę przeżywa ten zabieg (wskutek pozostawienia pewnej części spłotu) to stwierdza się wybitną perystaltykę, szybkie opróżnianie się żołądka i jelit cienkich, rozszerzenie naczyń krwionośnych i krwawienie do śluzówki i do światła żołądka i jelit. Na zasadzie tych spostrzeżeń, Koennecke 13), który wykonał szereg odnośnych doświadczeń, przychodzi do wniosku, że spłot trzewny wywiera wpływ regulujący i hamujący na czynność żołądka. Ponadto okazało się, że jeżeli zwierzę pozostaje przy życiu dłuższy okres czasu po wycięciu spłotu trzewnego, to czynność żołądka stopniowo się poprawia. To dowodzi, że właściwie, głównym regulatorem wszelkich czynności żołądka są przedewszystkiem spłoty nerwowe, zawarte w jego ścianie, t. j. spłot Auerbacha i Meissnera.

Enriquez i Hallion 14), a znacznie później Weiland 15) pierwsi wydobyli z otrzewnej żołądka i jelit różnych zwierząt cholinę, która posiada właściwość pobudzania czynności automatycznej przewodu pokarmowego. Jak wykazały badania Le Heux 16), Mag-nusa 17) i inn. cholina jest tym hormonem, który w warunkach fizjologicznych pobudza czynność automatyczną spłotu Auerbacha. W ciągu ostatnich paru lat dokładne badania wielu autorów, że wymienię Isaac-Kriegera i Noah'a 18), Arieffa 19), Lurie 20), Guggenheimera i Loefflera 21), a zwłaszcza Bickela i jego współpracowników 22) przyczyniły się w pewnej mierze do wyjaśnienia czynności automatycznej żołądka i jelit oraz wpływu nerwu błędnego i układu współczulnego na tę czynność.

Doświadczenia nad wyciętymi odcinkami żołądka i jelit dowiodły, że cholina, a zwłaszcza acetylcholina, wywiera wpływ pobudzający już w rozcieńczeniu 1:10,000,000 (Guggenheimer i Loeffler). Arieff (l. c.) spostrzegł, że nie tylko powiększenie ale także zmniejszenie stężenia choliny wywołuje wzmocnienie ruchów automatycznych, podczas gdy przy stałym i niezmiennym stężeniu choliny w danym środowisku ruchy te po pewnym czasie ustają. Wobec tych wyników, które świadczyły o tem, że cholina wywołuje pobudzenie spłotów ściennych przewodu pokarmowego, głównie przy wahanich jej stężenia, Arieff wygłosił zdanie, że także w ustroju czynność ruchowa przewodu pokarmowego jest wywołana przez ustawiczne wahania stężenia choliny we krwi oraz, że w celach



lecniczych (przy leniwej perystaltyce) należy stosować cholinę w małych, częstych, a głównie zmiennych dawkach.

Bickel oraz jego współpracownicy, Mitsuda (23), Kuroda (24) i Suda (25) przeprowadzali swoje badania nad zależnością wydzielania i czynności ruchowej żołądka i jelit od stanu układu roślinnego za pomocą własnej metodyki, która w ogólnych zarysach polegała na założeniu „małego żołądka“ (względnie przetoki jelitowej według Thiry-Vella 26) i na przecięciu wszystkich przynajmniej dochodzących nerwów przy jednoczesnym usunięciu przydanki wszystkich naczyń krwionośnych, zaopatrzających wyodrębniony „mały żołądek“. Badanie czynności wydzielniczej i ruchowej tego „małego żołądka“, istotnie pozbawionego wszelkich połączeń nerwowych, wykazało, że wszystkie środki, które wywołują skurcze mięśniówki żołądka i jelit, jak to cholina i jej pochodne, histamina, pilokarpina itp. działają o wiele silniej, po usunięciu wszelkich połączeń nerwowych mięśniówki z ośrodkami pozażołądkowymi. Splot Auerbacha należy (przynajmniej w znacznej swej części) do układu parasympatycznego. Nie w błędny ma dwójakiego rodzaju zakończenia w ścianie przewodu pokarmowego, a mianowicie: 1) jedne parasympatyczne włókna pozwojowe dochodzą do splotu Auerbacha, wywierając wpływ na jego automatyczną i odruchową czynność; stosowanie cholinę lub też podrażnienie tych włókien i przez to pośrednie zadziałanie na splot Auerbacha, wzmacnia częstość i wydajność ruchów żołądka, lecz nigdy nie doprowadza do skurczów tonicznych; 2) inne włókna kończą się w zwojach, leżących poza ścianą przewodu pokarmowego; włókna pozwojowe, wychodzące z tych zwojów, idą wprost do mięśniówki, podrażnienie zaś ich wywołuje skurcz.

Na jelicie i żołądka pozbawionym wszelkich połączeń nerwowych, zdołano także ustalić, że adrenalina wywiera wpływ pobudzający na czynność ruchową, a nie hamujący. Z tego wynika, że ściana przewodu pokarmowego zawiera niezawodnie obok parasympatycznego splotu Auerbacha także pewien współczulny aparat nerwowy, na który adrenalina działa w kierunku excitomotorycznym. Doświadczenia szkoły Bickela świadczyły by więc za tem, że układ współczulny żołądkowo-jelitowy zawiera włókna zarówno pobudzające, jako też hamujące czynność ruchową mięśniówki żołądka i jelit. To samo ma dotyczyć wpływu nerwu współczulnego na czynność wydzielniczą żołądka, a mianowicie, nerw współczulny ma zawierać obok włókien, hamujących wydzielanie, także pewne włókna, działające za pośrednictwem pewnych (przypuszczalnych) splotów współczulnych, znajdujących się w samej ścianie, pobudzające na wydzielanie żołądka.

Jak widzimy, dawniejsze poglądy na rolę układu współczulnego i parasympatycznego zostały w ostatnich czasach mocno zachwiane, a mianowicie, nie tylko nerw błędny oraz, uważany za parasympatyczny, splot Auerbacha działają pobudzająco na czynność wydzielniczą, względnie ruchową, lecz jest bardzo prawdopodobne, że także nerw współczulny oraz jego odpowiednik wewnątrzścienny mogą działać w tym kierunku. Czynność ruchowa i wydzielnicza żołądka otrzymuje zatem bodźce pobudzające na drodze zarówno n. błędnego, jako też współczulnego, hamujące zaś jedynie ze strony nerwu współczulnego. Zresztą Pawłow (27) jest zdania, że i nerw błędny zawiera także obok włókien pobudzających czynność wydzielniczą żołądka, włókna hamujące ją. Mielibyśmy zatem podwójne skrzyżowane unerwienie żołądka, t. j. zarówno drogą nerwu współczulnego, jako też błędnego, żołądek otrzymuje bodźce hamujące i pobudzające.

Wobec wielce złożonego zagadnienia unerwienia żołądka, zupełnie jest zrozumiałem, dlaczego *in vitro*, a zwłaszcza *in vivo* często otrzymujemy tak sprzeczne wyniki przy stosowaniu atropiny, pilokarpiny, fizostygminy, cholinę, pituitryny, adrenaliny itd. Zwłaszcza działanie atropiny *in vivo* jest wprost nieobliczalne. Ogółem dotychczas panuje pogląd następujący: jeżeli ściana żołądka (lub jelita) zawiera cholinę i wykonywa pod jej wpływem swoje czynności automatyczne, to mierne dawki atropiny działają w kierunku przeciwnym do działania cholinę, mianowicie, hamują ruchy (i czynność wydzielniczą). Z chwilą jednak, gdy w środowisku istnieje pewien nadmiar atropiny, zaczyna ona działać pobudzająco na czynność przewodu pokarmowego. Wychodząc z tego założenia, zrozumiałem jest, dlaczego w przypadkach silnego rozwolnienia (częściowo wskutek nadmiaru cholinę) atropina działa hamująco i uspakajająco na nadmierną czynność jelita, w przypadkach zaś zaparcia atonicznego (częściowo wskutek niedostatecznej zawartości cholinę) atropina może działać silnie pobudzająco na czynność ruchową jelita.

Tak samo działanie środków z grupy muskarynowej (pilokarpiny, fizostygminy i t. d.) będzie różne, zależnie od stanu równowagi pomiędzy układem współczulnym i parasympatycznym. Tak npr. spostrzegano zmniejszenie się skurczu odźwiernika po podaniu pilokarpiny, co z łatwością można objaśnić tem, że skurcz odźwiernika powstał wskutek przewagi napięcia układu współczul-

nego, podanie zaś pilokarpiny wzmogło tonus nerwu błędnego, przez co zmniejszyła się przewaga nerwu współczulnego, a w następstwie osłabił skurcz odźwiernika.

Od czasu, kiedy Pawłow stwierdził, że w nerwie trzewnym przebiegają m. inn. włókna, które pobudzają czynność wydzielniczą żołądka, przeprowadzono szereg badań nad działaniem adrenaliny na czynność przewodu pokarmowego. Jukawa (28) wykazał, że adrenalina stosowana doustnie wzmacnia wydzielanie kwasu solnego. Natomiast Hess i Grundlach (29), którzy przeprowadzali swoje doświadczenia na „małym żołądku“ (Pawłow) wykazywali, że zastrzykiwania adrenaliny dożylnie i domięśniowe wywoływały zmniejszenie się wydzielania soku żołądkowego i to niezależnie od okresu trawienia. Hess i Grundlach przyszedł zatem do wniosku, że słusznym jest twierdzenie Langley'a (30), że właściwym (i głównym) nerwem wydzielniczym żołądka jest nerw błędny, nerw zaś trzewny jako jego antagonistą działa hamująco na wydzielanie. Jednakże, nowsze badania Sirotinina (31) dowiodły, że podskórne zastrzykiwania adrenaliny wywołują długo utrzymujące się wydzielanie soku żołądkowego, występujące jednak dopiero w 40—50 minut po zastrzyknięciu. O ile tutaj nie gra roli ujemny okres działania adrenaliny, należałoby na podstawie doświadczeń Sirotinina dojść do wniosku, że drogą nerwu trzewnego można również pobudzać wydzielanie soku żołądkowego, czy to wskutek tego, że zawiera on włókna, pobudzające wydzielanie, (Pawłow), czy też wskutek pobudzających właściwości wewnątrzściennego aparatu współczulnego (szkoła Bickela, p. w.).

O zależności różnych objawów przedmiotowych i podmiotowych ze strony żołądka od stanu układu roślinnego wiemy obecnie znacznie więcej, niż dawniej, dzięki badaniom roentgenologicznym. Stwierdzono, bowiem, że stany skurczowe żołądka, a zwłaszcza jego części odsiebne są zjawiskiem bardzo częstym. Skurcze te mogą być samoistne (pierwotne) albo też wtórne, tworzyczące zmianom organicznym; mogą wystąpić w jednym tylko miejscu lub też w kilku miejscach jednocześnie, przyczem zajmują większe lub mniejsze odcinki żołądka; mogą one trwać stale albo też zjawiać się od czasu do czasu, w czasie oddziaływania bardzo różnie na atropinę. Jeżeli schorzenie organiczne, towarzyszące lub wywołujące skurcz wtórny, odznacza się większym natężeniem przebiegu, a także im bliżej odcinka skurczowego ono się znajduje, tem silniejszy jest skurcz wtórny. Zazwyczaj skurcze wtórne występują powyżej zmiany organicznej, niekiedy, jednak, spostrzegano skurcze wtórne poniżej odcinka schorzałego (Einhorn i Scholz 32). Skurcz odsiebnego odcinka żołądka, występujący we wrzodach żołądka i dwunastnicy różni się tem od wtórnych skurczów, wywołanych przez schorzenia pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, i t. p., że on jest bardziej stały i nie ustępuje pod wpływem atropinizacji. Skurcz ten może ograniczyć się do samego odźwiernika, lub też do najbliższej okolicy przyodźwiernikowej, może wreszcie zająć całą część odźwiernikową żołądka, rzadko jednak, przekracza poza t. zw. zwieracz części odźwiernikowej (*Sphincter antri pylorici*). Takie same skurcze występują w schorzeniach ogólnych, jako to wzdęcie rdzenia, zatruciu ołowiem. Powstawanie wszystkich tych skurczów należy sobie tłumaczyć, jako odruch mniej lub więcej dalekobieżny, którego łuk dośrodkowy przebiega drogą n. współczulnego (a także parasympatycznego?), którego ośrodek znajduje się bądź w ścianie żołądka, bądź w splocie trzewnym, lub zwojów pogranicznych, bądź też w rdzeniu przedłużonym, a nawet wyżej i którego łuk odśrodkowy może przebiegać zarówno w nerwie współczulnym, jako też parasympatycznym.

Prace Brüninga i Gohrbrandta (33), Fröhlicha i Mayera (34) i inn. dowiodły, że nerwy czuciowe żołądka i jelit przebiegają drogą nerwu współczulnego i tylnych korzonków (przez *rami communicantes albi*) do rdzenia pancerzowego. Wszelkie sprawy chorobowe żołądka wywołują podrażnienie odnośnych ośrodków w odpowiednim segmencie bocznego rogu substancji szarej rdzenia. Według Mackenzie'go (35) ognisko „stałego podrażnienia“ powstaje w tem samym miejscu, z którego odchodzą bodźce 1) do odnośnych nerwów czuciowych (odruch trzewno-czuciowy), które wywołują wrażenie bólu w odnośnym odcinku powłoki ciała (npr. przy wrzodzie żołądka ból samoistny i uciskowy w dołku podsercowym), przeczulicę odpowiedniego odcinka skóry mięśni tkanki podotrzewnowej, 2) do odnośnych nerwów ruchowych (odruch trzewno-ruchowy npr. przy wrzodzie żołądka stały skurcz skurczu górnego odcinka lewego mięśnia prostego itd.), 3) wreszcie do innych nerwów trzewnych (odruch trzewno-trzewny) npr. przy wrzodzie żołądka skurcze jelita grubego, zaparcie skurczowe i t. p.

Wiczkowski (43) jako jeden z pierwszych, a ostatnio C. i J. Oddo oraz de Luna (36) badali systematycznie na dużym materiale klinicznym wzajemny stosunek pomiędzy różnymi czynnościami i narządami przewodu pokarmowego. Nader zawile stosunki wzajemne pomiędzy poszczególnymi narządami jamy brzusznej określi-



li oni nazwą „*sympathèses interdigestives*“, odróżniając wpływy (*sympathèses*) wydzielnicze (żołądka na gruczoły ślinotwórcze, na jelito, na watrobę i odwrotnie) nerwowe, naczyniowe, mechaniczne, zakaźne itd. O ściślejszej zależności poszczególnych narządów jamy brzusznej od układu roślinnego oraz o dalekobieżności odruchów, powstałych w obrębie nerwów trzewnych, świadczą m. inn. także zmiany żrenicy, często stwierdzane w różnych schorzeniach narządów jamy brzusznej. Tak nprz. Sonnenburg (37) spostrzegł rozszerzenie żrenicy prawej w zapaleniu wyrostka robaczkowego, Kaufmann (38) widział odmienne zabarwienie tęczówki oka po stronie, odpowiadającej siedzibie schorzenia (Curschmann 39)), Thies (40) ogłosił przypadki, w których stwierdzano wyraźne różnice w szerokości szpary powiekowej, dochodzące do wytrzeszczu i t. d. W niektórych przypadkach chodzi oczywiście, o wzmocnienie napięcia w dużej części układu współczulnego, wywołane przez „ognisko podrażnienia“ w rdzeniu pacierzowym, które to ognisko utrzymują znów w stałym stanie nadmiernego napięcia bodźce nieprawidłowe, ustawnie nadbiegające ze strony schorzałego narządu brzuszego. Istnienia nadmiernego napięcia w układzie współczulnym dowodzi w tych przypadkach dodatni odczyn Loewy'ego (rozszerzenie żrenicy pod działaniem adrenaliny).

Z nowszych poglądów, w dziedzinie tutaj omawianej należy jeszcze wspomnieć o teorii Hollera (41). Holler oraz jego współpracownicy są zdania, że niektóre organiczne schorzenia żołądka, a zwłaszcza wrzód trawienny, jest często następstwem schorzenia organicznego nerwu błędnego. Wzdłuż jego przebiegu do trzew brzusznych nerw błędny, a zwłaszcza jego włókna, pozbawione otoczki rdzennej bywa często narażony na oddziaływanie różnych ognisk zapalnych, mających siedzibę w śródpiersiu (szczególnie w gruczołach okołowodnych i t. p.). Produkty zapalenia, powstałe w tych schorzeniach, wywołują z początku podrażnienie, a następnie stan zapalny n. błędnego (*vagitis*). Skutkiem tych zmian w nerwie błędnym są z początku stany skurczowe żołądka oraz nadmierne wydzielanie kwasu solnego, przebiegające klinicznie pod postacią różnorodnych „nerwic“ żołądka, a po pewnym czasie powstają trwałe uszkodzenia śluzówki żołądka, wreszcie wrzody; zresztą do wywołania tych następstw wystarczają także pewne ogólne zmiany w przemianie materji. Pewne odpadki powstałe w razie nieprawidłowości przemiany materji, lub hormony gruczołów dokrewnych, w razie nadmiernej ich czynności (t. nprz. w *thyreotoksykozie*) mogą wywoływać podrażnienie bardziej narażonych odcinków nerwu błędnego, wywołując nadmierną czynność ruchową i wydzielniczą żołądka, a w dalszym następstwie zmiany organiczne w żołądku. Holler kładzie szczególny nacisk na to, że powyżej leżące neurony n. błędnego wywierają na następne wpływ regulujący ich napięcie przeważnie w kierunku hamowania tegoż. Jeżeli na jakiś wyższy odcinek nerwu błędnego podziała bądź środek leczniczy (nprz. atropina), bądź też jakieś wytwory przemiany materji lub hormony, to skutek będzie zupełnie odmienny, niż przy działaniu tego samego bodźca na neurony, poniżej leżące. Różnorodność wyników, osiągniętych przez autorów w doświadczeniach nad skutkami przecinania lub drażnienia nerwu błędnego znajduje, według Hollera, to objaśnienie, że działano na różne odcinki nerwu błędnego. Jak zaznaczyłem na wstępie, w niniejszym artykule zamierzałem omówić kilka nowszych zdobyczy w dziedzinie wiedzy o zależności poszczególnych czynności żołądka od stanu układu roślinnego. Ze względu na ramy tego sprawozdania musiałem ominąć bardzo wiele danych odnośnych. Jednakże, zdaje mi się, że nawet z tych kilku luźnych uwag, jasno wynika, jak dalecy jeszcze jesteśmy od rozwiązania zagadnienia nadzwyczaj złożonych i zawikłanych stosunków, istniejących pomiędzy poszczególnymi czynnościami żołądka, a stanem układu roślinnego. Zebranie możliwie większego materiału klinicznego i doświadczonego w tej dziedzinie, a szczególnie zestawienie pojedynczych spostrzeżeń i wniosków w jedną zwartą całość, pozostaje wciąż jeszcze zadaniem nierozwiązaniem. Dociekania i badania w tej dziedzinie stanowią coraz wdzięczniejsze pole pracy, jakkolwiek wymagają udoskonalonej techniki i znajomości dokładnej niezmiernie obfitego piśmiennictwa.

#### Piśmiennictwo:

1) Hoyer, Arch. f. Verd. XXIX. 1922. — 2) Cade i Laterjet, cyt. w. Heyera, l. c. — 3) Ueber, ibidem. — 4 i 5) Kretschy i Kaznelson, ibidem. 6) Pawłow, ibidem. — 7) Rosemann, Virch. Arch. f. path. An. u. Phys. 229, 1/2, 1920. — 8) Kahn i Jaure, ibidem, 1924, 206. — 9) Lim, l. c. — 10) Hess i Faltischek, W. kl. Wft., 37, 44/45, 1924. — 11) Popielski, cyt. wg. Mohr-Staehelina, Med. Wewn. — 12) Klee, Pfl. Arch. 145, 1912, 154, 1913; Dtsch. Arch. f. Klin. Med., 128, 1919; 129, 1919; 133, 1920. — 13) Koenecke: Zft. f. d. ges. exp. Med. 23, 1922. — 14) Enriquez i Hallton: Cmp. rend. f. d. sc. de la soc. de biol., 1904. — 15) Weilan, Pfl. Arch., 173, 1919 i ibidem 193. 1922. — 16) Le Heux, ibidem, 173, 1918. — 17) Magnus, Karlsbad

1924. — 18) Issac-Krieger i Noah, Zft. f. d. ges. exp. Med., 42, 1924. — 19) Arieff, ibidem, 43, 1925. — 20) Lurie, ibidem, 46, 1925. — 21) Guggenheimer i Loeffler, Bioch. Zft. 74, 1916. — 22) Bickel, Kl. Wft. 5, 1925. — 23) Mitsuda, Zft. f. d. ges. exp. Med., 39, 19. — 24) Kuroda, ibidem. — 25) Suda, cyt. wg. Kuroda, l. c. — 26) Thiry-Vella, cyt. wg. Mitsuda, l. c. — 27) Pawłow, cyt. wg. Boewinga, Arch. f. Verd. XXXIII, 1924. — 28) Jukawa, ibidem, 14, 1908. — 29) Hess i Grundlach, Pfl. Arch., 185, 1920. — 30) Langley, cyt. wg. Hollera, Arch. f. Verd., 29, 1924. — 31) Sirotin, Zft. f. d. ges. exp. Med., 40, 1924. — 32) Einhorn i Scholz, Arch. f. Verd., 37, 1926. — 33) Bruening i Gohrbrandt, B. kl. Wit., 49, 1921. — 34) Froehlich i Mayer, Kl. Wit., 27, 1922. — 35) Mackenzie, Les sympt., Paris. — 36) Oddo i de Luna, Arch. de Mal. de l'app. dig., 16, 3, 1926. — 37) Sonnenburg, cyt. wg. Bärath, Zft. f. d. ges. exp. Med., 40, 1924. — 38) Kaufmana, Kl. Wit., 21, 1923. — 39) Curschmann, Kl. Wit., 46, 1922. — 40) Thies, Mitt. a. d. Grgbt., 28, 1915. — 41) Holler, Arch. f. Ver., 29, 1924. — 42) Popielski, Zft. f. Physiol. 1896. — 43) Modrakowski, Off. Arch. 1906, 114. — 44) Wiczowski, Przegląd lekarski, 1918 (?).

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. S. NEUMARK i Dr. A. KRYŃSKI.

Łódź.

### O leczeniu liszaja płaskiego czerwonego naświetlaniem promieniami Roentgena rdzenia i zwojów sympatycznych.

Z ambulatorium i gabinetu roentgenoterapeutycznego Kasy Chorych w Łodzi.

W związku z nowymi prądami w dermatologii, dążącymi do wyjaśnienia i ustalenia czynników etiologicznych i patogenetycznych szeregu postaci chorobowych skóry, dotychczas wyodrębnionych li tylko na podstawie pewnych cech klinicznych i histologicznych, daje się zauważyć w terapii chorób skórnych poszukiwanie nowych racjonalnych metod leczniczych. Zrozumiałem więc jest zainteresowanie z jakim przyjęto próby leczenia takiej postaci chorobowej o zazwyczaj przewlekłym przebiegu i niewyjaśnionej dotychczas etiologii i patogeniezie w rodzaju liszaja płaskiego czerwonego. Cały szereg argumentów zdaje się przemawiać za tem, że w patogeniezie liszaja płaskiego czerwonego układ nerwowy, a zwłaszcza współczulny odgrywać musi pierwszorzędną rolę, a więc częstość tego schorzenia skóry u osobników neuropatycznych w następstwie gwałtownych emocyj i wstrząsów nerwowych, silne częste swędzenie, bóle głowy i bezsenność, następnie w niektórych przypadkach symetryczne lub pasówkowe ułożenie wykwitów. W tym sensie przemawiają również spostrzeżenia Thibriège i Ravaut (1), którzy stwierdzili w przypadkach uogólnionego liszaja płaskiego o szybkim rozwoju ustąpienie swędzenia i znikanie grudek po nakłuciu łądźwiowem. Wychodząc z tego założenia próbowali Pautrier, Hufschmitt, a niezależnie od nich Gouin leczyć przypadki liszaja płaskiego naświetlaniem promieniami Roentgena rdzenia lub też zwojów sympatycznych.

Pautrier (2) w jednym przypadku uogólnionej wysypki liszaja płaskiego stosował naświetlanie kręgosłupa od 1-ego kręgu grzbietowego do 5-ego kręgu łądźwiowego, dzieląc ten odcinek na 5 pól, z których każde otrzymało dawkę 4 H. promieni filtrowanych przez 5 mm. aluminium, rura znajdowała się przytem w kierunku pionowym do linii wyrostków kolczastych. Po 10 dniach nastąpiło zblednięcie wykwitów, swędzenie znikło, zaś po miesiącu — zupełne wyleczenie. Również i Hufschmitt (3) uzyskał zupełne wyleczenie w jednym przypadku liszaja płaskiego u 52 letniej kobiety, u której stwierdzona była intolerancja względem neosalvarsanu. Kręgosłup od 5-go kręgu szyjnego do 1-go łądźwiowego był podzielony na 4—5 pól, przytem każde pole było naświetlane dawką 3 H. przez filtr glinowy grubości 5 mm. Po 14 dniach powtórzenie naświetlania; 6 dni później nastąpiło wchłanianie się grudek aż do zupełnego zniknięcia z pozostawieniem plam pigmentowanych; również i swędzenie znikło. Natomiast w 2-im w ten sam sposób naświetlonym przypadku nastąpiło początkowe pogorszenie i uogólnienie wysypki na całym ciele, na śluzówce ust, na dłońiach i podszewach wraz z potęgowaniem swędzenia; po 5-ciu tygodniach zaś — zupełne wyleczenie z pozostawieniem plam brunatnych w miejscu wchłoniętych grudek. Analogiczny przebieg skonstatowali Hudelo, Laporte i Kourilsky (4) w jednym przypadku liszaja płaskiego, w którym uskutecznione było naświetlanie okolicy międzyłopatkowej i łądźwiowej po 2 pola dawką 3 H. przez filtr glinowy grubości 10 mm. Po 4 dniach zwiększenie swędzenia, które ustąpiło. Po 2-tem naświetlaniu wykonaniem 18 dni później nastąpiło gwałtowne swędzenie i uogólniona złuszcząca erytrodermia, przy bliższym zbadaniu której stwierdzić można było zlewające się ze sobą



grudki liszaja płaskiego. Miesiąc później swędzenie znikło, objawy erytrodermji i liszaja płaskiego znajdowały się w stanie daleko posuniętej poprawy. Zarówno wymienieni autorowie jak i Pautrier uważają to początkowe pogorszenie cierpienia jako objaw Herxheimera, co wskazywać by miało, że naświetlanie rdzenia podziałać musiało podrażniająco na ośrodek, będący w pewnym związku patogenetycznym z cierpieniem skóry. Naświetlanie rdzenia tą samą metodą, lecz mniejszymi dawkami (2 H) 4 mm. al. w 2 przypadkach liszaja płaskiego nie dało Pautrier'owi (5) żadnych wyników, natomiast zastosowana technika Bordier'a, używana przezeń przy leczeniu ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia u dzieci (*poliomyelitis acuta ant. inf.*) mianowicie: obustronne boczne naświetlanie kręgosłupa ogniem krzyżowym, rura przytem nachylona pod kątem 45°, 8 pol, dawką 3 H przez filtr glinowy grubości 5 mm. spowodowało zupełne wyleczenie lub też znaczne polepszenie po upływie miesiąca.

W 3-m przypadku uogólnionego liszaja płaskiego w 6 tygodni po naświetlaniu całego kręgosłupa, także metoda, nastąpiło zupełne zniknięcie wysypki na ciele i śluzówce jamy ustnej. Również i Hufschmitt (6) stwierdził w jednym przypadku liszaja płaskiego że technika Bordier'a daje lepsze wyniki, swędzenie bowiem znikło po 4 dniach, zaś wykwity grudkowe w 10 dni po naświetlaniu.

Wreszcie Montpellier i Zaraffa (7) zastosowali w jednym przypadku liszaja płaskiego dotychczas bezskutecznie leczonego różnymi środkami, naświetlanie rdzenia metodą Pautrier'a i Hufschmitta przy technice Bordier'a (iskra 27, MA = 2,5, filtr 5 mm, al. 850 R = 5 H). Naświetlone były okolica międzyłopatkowa po obu stronach linii wyrostków kolczystych oraz okolica łędźwiowa, tylko po lewej stronie. Efekt był nadspodziewanie dobry. Już na drugi dzień swędzenie znikło na całym ciele, oprócz prawej kończyny odpowiednio do nienaświetlonej części rdzenia. Na tej kończynie zarówno swędzenie jak i wykwity grudkowe znikły dopiero w końcu drugiego miesiąca po naświetlaniu, podczas gdy w innych miejscach grudki uległy wchłonięciu już po 8 dniach.

Ze wszystkich tych spostrzeżeń zdaje się wynikać, że naświetlanie rdzenia promieniami Roentgena ma bezsprzeczny wpływ na zwykle przewlekły przebieg liszaja płaskiego, czerwonego i że dzięki tej metodzie zwłaszcza przy technice Bordier'a uzyskane zostały w niektórych uogólnionych przypadkach zastanawiająco szybkie wyniki lecznicze, świadczące o wartości tego sposobu leczenia.

W przeciwieństwie do wyżej wymienionych autorów, którzy stosowali głębokie naświetlanie rdzenia, wypracował Gouin (8) całkiem odmienną metodę, mianowicie naświetlania powierzchniowego w celu oddziaływania tylko na zwoje lub zakończenia sympatyczne i uzyskał tą metodą wyleczenie w 11-tu przypadkach liszaja płaskiego, w większości przypadków tylko po jednym naświetlaniu.

Technika stosowana przez Gouina była następująca: dawka 4—5 H, promieni nie filtrowanych, bardzo miękkich (iskra 11—12 cm.) odległość antykatory od skóry — 16 cm., naświetlona była w większości przypadków okolica międzyłopatkowa na poziomie 4—5 kręgu grzbietowego, tylko w niektórych przypadkach liszaja rogowego kończyny dolnych — i okolica łędźwiowa.

Reakcja po naświetlaniu była dwojakiego rodzaju. Natychmiastowa: w ciągu 24 godzin po naświetlaniu chory odczuwa zwykle silniejsze swędzenie, wykwity stają się bardziej czerwone, które to objawy występują zwłaszcza w nocy i stanowią odczyn Herxheimera. Późniejsza: po 2—3 dniach swędzenie zanika i następuje regresja wysypki, grudki ulegają powolnemu wchłonięciu, w końcu znikają z pozostawieniem plam pigmentowanych. Z początku znikają objawy na tułowiu, później na ramionach i przedramionach, w końcu na kończynach dolnych. Natomiast na liszaj płaski błony śluzowej jamy ustnej naświetlanie metodą Gouin'a nie miało żadnego wpływu. Naświetlanie okolicy międzyłopatkowej ma podług Gouin'a na celu oddziaływanie na układ sympatyczny w postaci zwojów, z których pierwszy szyjny otrzymuje włókna współczulne z pierwszych 7-miu korzonków grzbietowych, 2-gi szyjny odpowiada zwojom szyjnym i pierwszemu grzbietowemu. Gouin uważa swoją metodę naświetlania powierzchniowego jako bardziej wskazaną niż metodę Pautrier'a i Hufschmitt'a, gdyż po naświetlaniu powierzchniowym nie następuje tak gwałtowna reakcja skóry i całego ustroju jak w przypadkach Hufschmitt'a i Hudelo i następnie, że wystarcza naświetlanie tylko jednej okolicy międzyłopatkowej lub najwyżej i łędźwiowej.

Wyniki, uzyskane przez Gouin'a nasuwają pewne refleksje. Przedewszystkiem trudno sobie wyobrazić, ażeby zwoje sympatyczne, leżące przecież w głębi mogły otrzymać większą ilość promieni tak miękkich (11—12 cm. iskry), o słabym natężeniu, w dodatku nie filtrowanych, które najprawdopodobniej w przeważającej swej części zostały pochłonięte przez warstwę skóry, tkankę podskórną i kostną. Możliwe więc, jest, że naświetlanie takie podziałać mogło w sposób intensywny na zakończenia nerwów czuciowych i współ-

czulnych, wywołując reakcję odruchową idącą poprzez rdzeń i zwoje sympatyczne.

Levy-Fränkell (9) leczył szereg przypadków liszaja płaskiego zarówno metodą Pautrier'a jak i Gouin'a z dobrym skutkiem. W przeciwieństwie do Gouin'a zaznacza on dodatni wpływ naświetlania na liszaj płaski śluzówki jamy ustnej w sensie poprawy lub też zupełnego zniknięcia wykwitów.

Natomiast Gougerot i Filliol (10) leczyli jeden przypadek liszaja śluzówki ust i języka bez jednoczesnych objawów na skórze naświetlaniem szyjnej i górnej grzbietowej części rdzenia bez żadnych dodatnich wyników.

Przeciwnie w 6 tygodni po ostatnim naświetlaniu pokazały się typowe wykwity liszaja płaskiego na mosznie i w naświetlonej okolicy grzbietowej. W dyskusji nad tym przypadkiem zaznaczają Cottenot i Sabourand (11), że naogół mieli dobre rezultaty w leczeniu liszaja płaskiego naświetlaniem rdzenia stosując małe dawki, aczkolwiek w jednym przypadku liszaj płaski błony śluzowej pozostał po naświetlaniu bez zmian. Ostatnie publikacje jak np. Roederar'a (12) w jednym przypadku liszaja płaskiego o ułożeniu pasówkowem (i wzmianka Pautrier'a (13) nadmienią natomiast brak pomyślnych wyników po naświetlaniu rdzenia w szeregu innych przypadków liszaja płaskiego.

W piśmiennictwie polskiem prac z tej dziedziny brak, jedynie znajdujemy krótkie wzmianki o poszczególnych przypadkach leczonych tą metodą. Więc Leszczyński na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Derm. z dn. 6 listop. 1924. r. demonstrował przypadek liszaja płaskiego wyleczonego naświetlaniem rdzenia. Na posiedzeniu z dn. 4 grudnia 1924 r. tegoż Tow. Lechowska demonstrowała przypadek liszaja płaskiego, leczonego metodą Pautrier'a, poczem wystąpiły na kończynach dolnych pecherze (P. G. L. 1925. Nr. 34, 35). Następnie na posiedzeniu W. T. D. z dnia 4 grudnia 1924. W. Sterling przedstawił przypadek liszaja płaskiego leczonego również metodą Pautrier'a, przyczem po 4 naświetlaniach wyników dodatnich nie otrzymał.

Dla całości stała należy jeszcze dodać, że znacznie wcześniej Zimmern, Cottenot i Dariaux (14) stosowali z dobrym skutkiem naświetlanie małymi dawkami korzonków rdzeniowych w niektórych przypadkach zliszajowacenia skóry, w szczególności zaś w przypadkach swędzenia. Podług Cottenot'a (15) naświetlanie korzonków rdzeniowych jest skuteczne w przypadku *pruritus ani et vulvae*, również przy *lichen simplex*. Szczególnie dobry efekt naświetlania stwierdził on w przypadkach *mycosis fungoides* w kierunku zmniejszenia nieustającego swędzenia. Wreszcie Kriser (16) leczył przypadki świądu starczego, uogólnionego w wyprysku, zliszajowacenia skóry i łuszczychy naświetlaniem rdzenia w odcinu łędźwiowym dawką 2 H, poprzez filtr cynkowy grubości 0,3 mm. i stwierdził dobre wyniki w kierunku zniknięcia swędzenia oraz znacznej obiektywnej poprawy. Tem samym potwierdza Kriser spostrzeżenie poprzednio wzmiankowanych autorów, którzy również skonstatawali we wszystkich leczonych przypadkach liszaja płaskiego znikanie swędzenia poprzedzające wchłanianie się wykwitów skórnych.

W jesieni 1925 roku mieliśmy możność obserwowania 8 przypadków liszaja płaskiego czerwonego, z których jeden tylko był poprzednio leczony maściami i miejscowem naświetlaniem promieniami Roentgena, zresztą bez znacznego skutku. Postanowiliśmy się przekonać na naszym materiale ambulatoryjnym o wartości nowego sposobu leczenia naświetlaniem rdzenia lub też zwojów sympatycznych stosując ze względów oszczędnościowych naświetlanie tylko okolicy międzyłopatkowej i łędźwiowej małymi dawkami i powtarzając takowe kilkakrotnie w odstępach miesięcznych. Technika naświetlania była następująca: aparat firmy Reininger, Gebbert i Schall z induktorem, długość iskry 28—30 cm., natężenie 2,5 MA, odległość antykatory od skóry 25—30 cm., dawka pojedyncza 3—6 H promieni filtrowanych przez filtr glinowy grubości 3—4 mm. W niektórych przypadkach naświetlone były tylko górna lub dolna część kręgosłupa stosownie do umiejscowienia sprawy chorobowej, rura znajdowała się w kierunku pionowym do linii wyrostków kolczystych. Przypadki w ten sposób leczone podajemy w krótkim streszczeniu.

K. Fr. lat 54 zgłosiła się w ambulatorjum Kasy chorych na początku sierpnia 1925 r. Rozpoznanie: *Lichen ruber planus generalisatus corporis et mucosae oris, lichen corneus cruris utriusque*. Cierpienie datuje od kwietnia 1925 roku. Obecnie uogólniona wysypka na całym tułowiu i kończynach z wyjątkiem wyprostnych ramion i przedramion składająca się z gęsto usianych grudek rozmaitej wielkości barwy czerwonej lub sinawej przeważnie kształtu wielokątnego. Na podudziach zwłaszcza na prawem znajdują się obok grudek również i ogniska różnej wielkości barwy sinawo-czerwonej, pokryte grubą warstwą łusek mocno przylegających do podłoża. Na śluzówce lewego policzka rozsiane grudeczki barwy



srebrzysto-białawej, siateczkowato ułożone. Odczyn Kőbnera wybitnie dodatni. Bardzo silne swędzenie. Cukru we krwi całkowitej naczcho 1,12‰. Stosowana na początku przez kilka dni maść dziegiowo-ichtiolowa spowodowała nieznaczny poprawę w kierunku zmniejszenia swędzenia i gdzieśgdzie przyplaszczania grudek. Wobec tego jednak, że choroba miała być leczona naświetlaniem rdzenia i zwojów sympatycznych wszelkie stosowanie środków zewnętrznych lub wewnętrznych było zaniechane, wskutek czego swędzenie wzmożło się znacznie. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu przed naświetlaniem wykazało: tętno w zupełnym spokoju i pozycji leżącej 86, po ucisku na gałki oczne — 82. Po zastrzyknięciu dożylnie 1,2 mlgr. atropiny tętno w pozycji leżącej 110, w pozycji stojącej 112, z powrotem w pozycji leżącej 107—110. Różnica między tętnem przed i po sparaliżowaniu nerwu błędnego atropiną w pozycji leżącej — 24 (normalnie 50 podług Danielopolu).

Chora była naświetlona po raz pierwszy dnia 27. VIII. 1925 roku w okolicy międzyłopatkowej i łędźwiowej dawką 4H poprzez filtr glinowy grubości 3 mm, rura znajdowała się, jak poprzednio zaznaczono w kierunku pionowym do linii wyrostków kolczystych. Po pierwszym naświetlaniu dało się zaznaczyć znaczne pogorszenie. Grudki dotychczas ułożone w małe ogniska lub też pojedynczo rozsiane, zlewały się ze sobą tworząc duże, a na poślachkach rozległe ogniska pokryte grubą warstwą suchych szarych łusek. Bardzo silne swędzenie<sup>1)</sup>.

18. IX. 1925. Powtórzenie naświetlania tych samych okolic i taże dawką. Po tem naświetlaniu swędzenie ustąpiło zupełnie. Wysypka znajduje się w inwolucji<sup>2)</sup>

14. X. 1925. Ponowny seans.

14. XI. 1925. Na całym ciele w miejscu wchłoniętych grudek liszaja płaskiego plamy barwy sino-brunatnej; brak łuszczenia. Chora podaje, że po każdym naświetlaniu pocila się przez kilka nocy. Na śluzówce lewego policzka grudeczki znikły zupełnie.

11. XI. 1925. Ponowne naświetlanie okolicy międzyłopatkowej i łędźwiowej wyżej wymienioną dawką.

17. XI. 1925. Plamy przybladły, barwy szarawo-brunatnej. Również na podudziach w miejscu ognisk zrogowaciałych plamy sino-brunatnawe. Po ostatnim naświetlaniu chora odczuwa mdłości.

Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hbg. — 85‰, ciałek czerwonych 3,780.000, ciałek białych 5.600, z tych obojętnochłonnych 54‰, eozynochłonnych — 1‰, limfocytów małych i dużych — 38‰, przejściowych — 7‰.

19. I. 1926. Po wchłoniętych wykwitach liszaja płaskiego i rogowego pozostały pigmentacje barwy szarawo-żółtawej. Cukru we krwi całkowitej naczcho 0,94‰<sup>3)</sup>.

19. II. 1926. Tętno w zupełnym spokoju i w pozycji leżącej 76, po wstrzyknięciu 1,0 mlgr. atropiny dożylnie, tętno w pozycji leżącej 109, w pozycji stojącej 118, z powrotem w pozycji leżącej 108—109. Napięcie nerwu błędnego — 33.

2) J. N. lat 58. *Lichen ruber planus corporis et corneus dextri utriusque.*

16. IX. 1925. Cierpienie datuje od wiosny 1925. Obecnie rozległa wysypka w postaci typowych grudek liszaja płaskiego, rozsianych na przedniej stronie klatki piersiowej, w fałdach podpiersiowych, na brzuchu, udach. Na obydwu podudziach, zwłaszcza prawem blaszki kształtu owalnego lub też nieregularnego barwy sinawo-czerwonej, naciezione, pokryte grubą warstwą łusek mocno przylegających do podłoża. Żyłki na obydwu podudziach. Silne swędzenie.

Dnia 21. IX. 1925. naświetlona była część łędźwiowa kręgosłupa dawką 6H. przez filtr glinowy grubości 4 mm; 1. X. 1925 zaś górna część kręgosłupa w okolicy międzyłopatkowej taże dawką. 9. XI. 1925. Pogorszenie. W okolicy międzyłopatkowej i łędźwiowej dotychczas wolnych od wszelkich zmian patologicznych w obrębie pół naświetlonych gęsto usiana wysypka grudkowa o cechach typowych dla liszaja płaskiego. W okolicy międzyłopatkowej grudki te barwy żywo-czerwonej wielkości łebka szpilki do ziarnka prosa, kształtu okrągłego lub wielokątnego umiejscowione są po większej części dokoła wylotów mieszków włosowych. W okolicy zaś łędźwiowej grudki te, daty wcześniejszej są znacznie większe, barwy sinawej, zlewające się ze sobą w środkowej części naświetlonego pola<sup>4)</sup>. Bardzo silne swędzenie. Cukru we krwi całkowitej naczcho 1,2‰. Cholesteryny w surowicy 1,7‰.

<sup>1)</sup> Chora była w tym stanie demonstrowana na posiedzeniu Ł. T. D. na początku września 1925 r.

<sup>2)</sup> Demonstr. na posiedzeniu Ł. K. L. i Ł. T. D. na początku października 1925 r.

<sup>3)</sup> Demonstr. na posiedzeniu Ł. T. L. na początku stycznia 1926 r.

<sup>4)</sup> Chora była w tym stanie demonstrowana na posiedzeniu Ł. T. L. na początku listopada 1925 r.

Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hbg. 80‰, ciałek czerwonych 4,800.000, ciałek białych 3.000, z tych obojętnochłonnych 52‰, eozynochłonnych 5,5‰, limfocytów małych i dużych 40,5‰, przejściowych 2‰.

14. XI. 1925. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu wykazało: tętno w zupełnym spokoju w pozycji leżącej 87 uderzeń na minutę, po ucisku na gałki oczne — 86. Wstrzyknięcie dożylnie 1,4 mlgr.; tętno w pozycji leżącej 113, w pozycji stojącej — 129, z powrotem w pozycji leżącej 115. Różnica między tętnem przed i po sparaliżowaniu nerwu błędnego atropiną — 26, normalnie zaś różnica ta wynosi 50.

15. XI. 1925. Po wstrzyknięciu pilokarpiny 0,75 centgr. dożylnie śliny 80 kb., pocenie słabe.

17. XI. 1925. Kwasu moczowego we krwi 43 mlgr. ‰ po tygodniu diety pozbawionej mięsa i jaj. Cholesteryny w surowicy — 1,84‰.

19. XI. Naświetlona była górna część kręgosłupa dawką 4H. po przez filtr glinowy 3 mm.

20. XI. 1925. Naświetlanie okolicy łędźwiowej taże dawką.

3. XII. Swędzenie mniejsze, *status quo ante* obiektywnie.

21. XII. Znaczna poprawa. W okolicy międzyłopatkowej i łędźwiowej większość grudek wchłoniętych z pozostawieniem łuseczek dających się łatwo zdrapać. Po usunięciu takowych widoczne są małeńkie wgłębienia w miejscu wchłoniętego nacieku. Również na przedniej stronie klatki piersiowej, szczególnie na fałdach podpiersiowych wyraźna poprawa w kierunku przyplaszczania i zmniejszenia się wykwitów grudkowych. Na bocznych stronach tułowia, na brzuchu, na lewym udzie i podudziu większość grudek wchłoniętych z pozostawieniem plam pigmentowanych barwy ciemno-brunatnej, niektóre pokryte łuszczeniami dającymi się z łatwością usunąć. Na prawym podudziu również wyraźna poprawa; większość ognisk zrogowaciałych przyplaszczona, nacieczenie mniejsze. Swędzenie słabe.

28. XII. 1925. Ostatnie naświetlanie zarówno okolicy międzyłopatkowej i łędźwiowej dawką 4H, poprzez 3 mm al.

13. I. 1926. Grudki prawie wszystkie wessane na całym tułowiu i kończynach z pozostawieniem plam brunatnych; na prawym podudziu daleko posunięta poprawa<sup>5)</sup>

15. II. 1926. Na tułowiu żadnych śladów po przebytej wysypce. Na obydwu podudziach plamy ciemno-brunatne pozostałe po wchłoniętych blaszkach zrogowaciałych. Swędzenia niema.

3) St. J. 40 lat. *Lichen ruber planus penis et mucosae oris.*  
Z wywiadu ustalić można, że w roku 1915 cierpiał na swędzenie całego ciała. Obecne cierpienie datuje od roku 1920. Stosował bez skutku różne środki zewnętrzne; ze względu na silne i dokuczliwe swędzenie cierpienie było dla chorego dość uciążliwe.

12. VIII. 1925. Na prąciu, w rowku oraz na zewnętrznej stronie napletka typowe wykwitki liszaja płaskiego w postaci płaskich grudeczek kształtu wielokątnego barwy różowej, ułożone linijnie lub też tworzące małe kółeczka. Na śluzówce obydwu policzków typowe grudeczki barwy srebrzysto-białawej, ułożone siateczkowato. Silne swędzenie.

31. VIII. 1925. Naświetlona była część łędźwiowa kręgosłupa dawką 5H. poprzez 3 mm., al.<sup>6)</sup>

21. IX. 1925. Powtórzenie naświetlania tejże okolicy dawką 6H. przez 5 mm. al.

20. X. 1925. Powtórzenie taże dawką.

Po trzecim naświetlaniu znaczna poprawa. Swędzenie znacznie mniejsze. Na prąciu część wykwitów grudkowych znikła zupełnie bez śladu, część przyplaszczona i mniej zaznaczona. Również na śluzówce obydwu policzków wybitna poprawa w postaci częściowego wchłonięcia się grudek, tak, że tylko w okolicy dolnych zębów trzonowych widoczne są małe plameczki barwy srebrzysto-białawej.

11. XI. 1925. Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hmg. 85‰, ciałek czerwonych 4.000.000, ciałek białych 6.900, z tych obojętnochłonnych 64‰, eozynochłonnych 3‰, bazofilnych 2‰, limfocytów małych i dużych 26‰, przejściowych 5‰.

16. XI. Cukru we krwi całkowitej naczcho 0,7‰.

19. XI. Naświetlanie okolicy łędźwiowej dawką 4H poprzez filtr glinowy 3 mm grubości.

24. XII. Tętno 85 w pozycji leżącej i w zupełnym spokoju, po ucisku na gałki oczne. Po wstrzyknięciu dożylnym atropiny 1,7 mgr. tętno w pozycji leżącej 104, w pozycji stojącej 116, z powrotem w pozycji leżącej 104. Napięcie nerwu błędnego — 19 (normalnie 52 podług Danielopolu).

1. XII. 1925. Cholesteryny we krwi całkowitej 2,25‰.

<sup>5)</sup> Chora była demonstrowana na pos. Ł. T. D. w styczniu 1926 r.

<sup>6)</sup> Chory był demonstrowany na pos. sierpniowym Ł. T. L.



Następne naświetlania wykonane były 21. XII. 1925 i 26. I. 1926 w okolicy łądzwiowej dawką 4H, promieni przez 3 mm. al.

22. II. 1926. Ślady po wchłoniętych wykwitach liszajowych; pozostało 1 małe kółeczko przyplaszczone na górnej środkowej części twarzy.

6. III. Kwasu moczowego we krwi po tygodniu bezpurynowej diety 3,33‰, cukru we krwi całkowitej naczcho 0,7‰. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu wykazuje napięcie nerwu błędnego — 20.

21. IV. Ostatnie naświetlenie było skuteczniejsze dnia 13. IV. 1926 w okolicy łądzwiowej. Swędzenie znikło zupełnie. Brak wszelkich śladów po wykwitach liszajowych na twarzy i napletku. Na słuzówce lewego policzka ledwie widoczne plameczki barwy porcelanowej, na słuzówce prawego policzka brak śladów po wchłoniętych grudkach<sup>7)</sup>.

4) P. M., lat 42. *Lichen ruber planus mucosae oris*. Cierpienie datuje od 7-miu miesięcy.

13. VIII. Na błonie słuzowej obydwu policzków w okolicy zębów trzonowych, oraz na dolnej 2/3 części grzbietu języka liczne drobne grudeczki barwy srebrzysto-białawej połączone ze sobą cienkimi beleczkami, tworząc subtelną mozaikowatą siateczkę, kółeczka lub też blaszki zwłaszcza na języku. Oprócz tego umiejscowienia całe ciało wolne od wykwitów grudkowych; natomiast liczne brodawki rozsiane na twarzy i tułowiu barwy żółtawej. Cukru we krwi całkowitej 1,0‰ naczcho, cholesteryny w surowicy 1,8‰.

Chora była naświetlona poraz pierwszy dnia 29. VIII. 1925 r., w okolicy międzyłopatkowej dawką 5H, promieni filtrowanych przez 4 mm. al.

26. IX. 1925. Powtórzenie naświetlania.

17. X. Wybitna poprawa. Grudki i plamki na grzbiecie języka zwłaszcza środkowej części znikły; jedynie na bocznych stronach grzbietu języka widoczne są grudki tworzące kółka lub siateczkę. Na słuzówce policzków bez zmiany<sup>8)</sup>.

24. X. 1925. Podobne naświetlenie dawką 6H, przez 4 mm. al.

13. XI. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu wykazuje: tętno w pozycji leżącej i w zupełnym spokoju 109. Po zastrzyku atropiny 1,2 mgr. dożylnie tętno w pozycji leżącej 130, w pozycji stojącej 142, z powrotem w pozycji leżącej 130. Różnica między tętnem przed i po zastrzyku atropiny w pozycji leżącej — 21.

14. XI. Zastryk pilokarpiny 0,75 ctgr. dożylnie powoduje wydzielanie 100 kb. śliny po 40 minutach, pocenie słabe, pozatem żadne dolegliwości.

27. XI. Cukru we krwi całkowitej naczcho 0,87‰.

29. XI. Naświetlenie okolicy międzyłopatkowej dawką 4H. 3 mm.

3. I. 1926. Na słuzówce lewego policzka znaczne zmniejszenie się beleczek i kółek liszaja płaskiego z pozostawieniem czerwonych plamek w miejscu wchłoniętych grudok. Na błonie słuzowej prawego policzka nieznaczna poprawa. Na prawej bocznej części grzbietu języka pojedyncze drobne grudeczki siateczkowato ułożone; na lewym brzegu języka pozostało jedno małe kółeczko<sup>9)</sup>.

26. II. 1926. Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hgb. 85%, ciałek czerwonych 5.000.000, białych 4.300, z tych obojętnochłonnych 66%, eozynochłonnych 3%, limfocytów małych i dużych 23%, przejściowych 8%. Chora uskarża się na bóle głowy w okolicy ciemieniowej po ostatnich naświetlaniach.

27. II. Cukru we krwi 0,8‰, cholesteryny 200 mgr. w 100 cm. krwi.

4. V. 1926. Bez zmian.

5) W. C., lat 34. *Lichen ruber planus*.

Cierpienie datuje od 4. V. 1925. Trzy tygodnie przedtem przeleżała się bardzo. Była na początku choroby b. nerwowa, odczuwała silne swędzenie, bóle głowy, cierpiała na bezsenność. Wysypka na początku była umiejscowiona na przedramionach, następnie rozszerzyła się na pachwiny i uda, w końcu ukazała się nad lewą łopatką.

14. XII. 1925. Była naświetlona górna część kręgosłupa w okolicy międzyłopatkowej i dolna łądzwiowa część dawką 4H. 3 mm. al.

18. XII. Swędzenie mniejsze.

28. XII. Wysypka w postaci szerokich rozległych blaszek nacieczonych z pojedynczymi płaskimi grudkami kształtu wielokątne typowymi dla liszaja płaskiego czerwonego na obwodzie, rozsiana na wewnętrznej powierzchni górnej części ud i podudzi oraz

<sup>7)</sup> Chory był demonstrowany na kwietniowym pos. Ł. T. L. 1926 r.

<sup>8)</sup> Była demonstrowana na pos. L. T. L. i Ł. T. D. w październiku 1925 r.

<sup>9)</sup> Dem. była na posiedzeniu Ł. T. L. i Ł. T. D. w styczniu 1925 r.

w pachach. Pozatem pojedyncze ogniska wielkości od orzecha do dłoni na wewnętrznej stronie prawego przedramienia i lewego ramienia, w zgięciach kolanowych, na lewej stronie szyi i nad łopatką.

11. I. 1926. Naświetlenie górnej i dolnej części kręgosłupa wyżej wymienioną dawką.

12. II. Powtórzenie naświetlania jak poprzednio.

24. II. Na wewnętrznej powierzchni górnej części obydwóch ud pozostały dwa ogniska wielkości orzecha bez nacieku, ale składające się wyłącznie z szarych lub różowo-szarych drobnych grudok z ostremi twardymi czopami o umiejscowieniu przeważnie okołomieszkowym; wyraźne uczucie tarki przy przesuwaniu ręką.

Na ramionach i przedramionach ogniska liszaja płaskiego znikły z pozostawieniem brunatnych plam. Nad lewą łopatką i na przedniej powierzchni lewego uda i prawego podudzia małe ogniska liszaja kończystego, wielkości orzecha. W zgięciach kolanowych blaszki zliszajowaciałe z pojedynczymi grudkami o charakterze liszaja kończystego na obwodzie<sup>10)</sup>.

2. III. Cukru we krwi 0,7‰.

18. III. Naświetlenie górnej i dolnej części kręgosłupa dawką 4H. 3 mm. al.

29. III. Ognisko nad lewą łopatką znikło; na wewnętrznych powierzchniach obydwu ud i podudzi ogniska liszaja kończystego spłaszczyły się; czopów rogowych mało. W zgięciach kolanowych bez zmian. Chora naogół jest zadowolona, sen ma dobry, swędzenie minimalne. Bóle głowy znikły. Po pierwszych dwóch naświetlaniach czuła się osłabiona i pocila się bardzo, po następnych zaś naświetlaniach nie odczuwała żadnych dolegliwości.

17. IV. Powtórzenie naświetlania.

21. IV. Cukru we krwi 0,74‰. Cholesteryny w surowicy 148‰ mgr.

27. IV. Dalsza poprawa. W dołkach podkolanowych ogniska zliszajowaciałe, barwy różowej poczęści wchłonięte, pokryte łusczkami. Na obwodzie tych ognisk widoczne są nieliczne czopy rogowe. Na udach blaszki liszaja kończystego znikły zupełnie z pozostawieniem pigmentowanych plam. Na przedniej stronie podudzi pojedyncze blaszki liszaja kończystego znikły zupełnie z pozostawieniem pigmentowanych plam. Na przedniej stronie podudzi pojedyncze blaszki liszaja kończystego w inwolucji, czopów rogowych mało, zwłaszcza na lewym podudziu. Również ogniska liszaja płaskiego i kończystego na lewej części szyi, na prawem przedramieniu, lewym ramieniu i nad lewą łopatką znikły zupełnie z pozostawieniem plam, barwy brunatnej do jasno żółtawej. Swędzenia niema z wyjątkiem dołków podkolanowych.

6) H. A., lat 59. *Lichen ruber planus et corneus*.

Wysypka datuje od kwietnia 1925 r.

Pierwsze wykwity ukazały się w dołkach podkolanowych, następnie rozpowszechniły się na obydwu udach i podudziach.

28. I. 1925. Była naświetlona łądzwiowa część kręgosłupa dawką 6H. 4 mm. al.

29. X. Naświetlona górna część kręgosłupa tąże dawką.

18. XI. i 21. XI. powtórzenie naświetlania tychże okolic dawką 4H. 3 mm. al. Swędzenie mniejsze, na podudziach nieznaczna poprawa.

10. IV. 1926. Chora przez cały okres czasu od 21. XI. 1925 nie była więcej naświetlona. Stan obecny: na obydwu udach rozsiane plamy barwy jasno-żółtawej rozmaitego kształtu i wielkości od łebka szpilki do ziarnka grochu rozsiane lub też zlewające się ze sobą, niektóre z nich pokryte łuskami. Na przedniej wewnętrznej stronie podudzi blaszki barwy sinawo-czerwonej kształtu owalnego lub nieregularnego, wielkości od ziarnka grochu do monety dziesięciogroszowej, nacieczone i pokryte warstwą suchych twardych łusek. Na zewnętrznej tylnej stronie obydwu podudzi rozsiane plamy barwy brązowej lekko łuszczące po podrapaniu, jako ślady po wchłoniętych wykwitach. Swędzenie tylko na podudziach.

11. IV. Naświetlenie okolicy łądzwiowej 4H. 3 mm. al.

21. IV. Cukru we krwi 1,0‰, cholesteryny w surowicy 1,52‰.

26. IV. Stan jak poprzednio. Swędzenie tylko na podudziach.

7) R. J., lat 35. *Lichen ruber planus muscae oris et corneus cruris utriusque*. Cierpienie datuje od 1918 r.

Pierwsze wykwity wystąpiły na wewnętrznej stronie lewego uda i w kreczu. Był leczony maściami i miejscowym naświetlaniem promieniami Roentgena oraz brał wewnątrz arsenik. Przed 3 laty pokazały się plamki na słuzówce dolnej wargi barwy srebrzysto-białej, które się rozszerzały na obwodzie. Jednocześnie ukazały się takowe plamki na błonie słuzowej obydwu policzków. W roku zeszłym pojawiły się pojedyncze blaszki liszaja rogowego na obydwu podudziach. Chory był naświetlony:

17. X. W okolicy międzyłopatkowej dawką 5H. 5 mm. al.

<sup>10)</sup> Chora była dem. na posiedzeniu Ł. T. D. w lutym r. b.



28. X. 1925. Okolice łądzwiowa także dawka.

11. XI. Powtórzenie naświetlania okolicy międzyłopatkowej dawka 3H. 4 mm. al.

25. XI. Naświetlona dolna część kręgosłupa wyżej wymienioną dawka.

15. I. 1926. Powtórzenie naświetlania tejże okolicy.

25. II. Powtórzenie.

27. III. Powtórzenie.

1. IV. *Status praesens*: na zewnętrznej stronie lew. podudzia blaszki kształtu owalnego wielkości dużego grochu barwy sinawej wystające ponad powierzchnię skóry zdrowej i pokryte grubą warstwą łusek. Na przedniej stronie lewego podudzia rozsiane blaszki kształtu okrągłego wielkości ziarnka prosa do grochu barwy sinawo-czerwonej, nacieczone i pokryte szaremi łuskami. Na słuzówce dolnej wargi plamy sinawo-czerwone wzdłuż dolnego brzegu takowej; pośrodku tych plam widoczne są pojedyncze drobne białawe grudeczki. Na błonie śluzowej lewego policzka pojedyncze drobne plamki barwy srebrysto-białawej ułożone w dwa małe ogniska jedno kształtu kółka, drugie w postaci nieregularnego pasemka. Na słuzówce prawego policzka plamy sinawo-czerwone jako pozostałość po wchłoniętych grudkach. Swędzenie tylko na podudziach.

11. IV. Naświetlona łądzwiowa część kręgosłupa 4H. 3 mm. al.

21. IV. Cukru we krwi 0,92%. Cholesteryny w surowicy 103% mgr.

Na podudziach bez zmian. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu wykazuje napięcie nerwu błędnego — 25.

8) P. A., lat 50. *Lichen ruber verrucosus hypertrophicus cruris sinistri et lichen planus mucosae oris*.

11. VII. Cierpienie datuje od października 1924. Obecnie na lewym podudziu w okolice *malleolus extern.* tworzy guzkowate i guzuwate wielkości ziarna grochu do śliwki kształtu okrągłego lub też nieregularnego wystające 1—3 mm, o powierzchni nierównej usianej wgłębieniami i pokrytej silnie rozwiniętą warstwą zrogowaciałego naskórka. Na tylnej stronie tegoż podudzia ogniska zrogowaciałe wielkości jaja gołębiego do ziarnka grochu. Na przedniej stronie tegoż podudzia poniżej rzepki tworzy guzowate kształtu okrągłego lub też nieregularnego wystające 1—2 mm. ponad powierzchnię skóry zdrowej +B. Silne swędzenie. Na wewnętrznej stronie obydwu policzków typowe grudki liszaja płaskiego i tworząc kółka lub łukowate półpierzście. Chory był naświetlany:

11. VIII. 1925. W okolice łądzwiowej dawka 4H. 3 mm. al.

16. IX. W okolice międzyłopatkowej także dawka 4<sup>1</sup>).

2. X. W okolice łądzwiowej 5H. 4 mm. al.

9. X. 1925. Stwierdza się lekkie przepłaszczenie wszystkich tworów zrogowaciałych. Swędzenie mniejsze.

10. X. Naświetlanie okolicy międzyłopatkowej dawka 5H. 3 mm. al.

4. XI. 1925. Chory podaje, że po każdym naświetlaniu silnie się poci w przeciągu 5—6 nocy. Zarówno na słuzówce jamy ustnej jak i na podudziu bez zmian.

Wyniki naszych spostrzeżeń są następujące: w trzech przypadkach uzyskaliśmy zupełne wyleczenie, w trzech była osiągnięta daleko idąca poprawa, w ostatnich zaś dwóch przypadkach liszaja płaskiego rogowego i brodawkowatego podudzi naświetlanie okolicy łądzwiowej kręgosłupa nie dało żadnych uchwytynych wyników.

W przypadku pierwszym (K. Fr.) z uogólnioną wysypką liszaja płaskiego wszystkie wykwity grudkowe, oraz blaszki liszaja rogowego znikły po czterech naświetlaniach okolicy międzyłopatkowej i łądzwiowej z pozostawieniem pigmentacji barwy sino-brunatnej lub szaro-żółtej. Również na błonie śluzowej lewego policzka grudeczki znikły zupełnie.

U następnej chorej (J. N.) grudki liszaja płaskiego na tułowiu i udach oraz blaszki zrogowaciałe na podudziach uległy zupełnemu wchłonięciu po 3 naświetlaniach, poczem tylko na podudziach pozostały plamy pigmentowe.

W przypadku 3 nastąpiła znaczna poprawa już po 3 naświetlaniach, zupełne zaś zniknięcie wszystkich objawów chorobowych umiejscowionych tylko na przaciu dopiero po 7 naświetlaniach tylko w okolice łądzwiowej kręgosłupa. Rzeczą godną uwagi jest prawie zupełne wchłonięcie wszystkich wykwitów liszaja płaskiego na błonie śluzowej obydwu policzków.

W przypadku 4 objawy umiejscowione tylko na słuzówce jamy ustnej, znikły w przeważającej swej części na grzbiecie języka i na lewym policzku po 5-cio krotnym naświetlaniu okolicy szyjnej i górnej grzbietowej kręgosłupa, natomiast na słuzówce prawego policzka nieznaczna poprawa.

Również i u chorej (W. C.) nastąpiło po 5-ciu seansach wchłonięcie większości ognisk i blaszek liszaja płaskiego i kończystego; tylko w dołkach podkolanowych oraz na przedniej powierzchni podudzi pozostały pojedyncze blaszki liszaja kończystego,

znajdujące się zresztą w inwolucji. W tym przypadku należy podkreślić tendencję do zliszajowacenia skóry oraz do wystąpienia zmian grudkowych typowych dla liszaja kończystego pod wpływem naświetlania rdzenia.

W przypadku 6 (H. A.) trzykrotne naświetlanie okolicy międzyłopatkowej i łądzwiowej kręgosłupa spowodowało zniknięcie ognisk liszaja płaskiego i rogowego na obydwu udach, raz na zewnętrznej i tylnej stronie podudzi; jednakowoż część wykwitów na przedniej i wewnętrznej stronie podudzi pozostała bez zmian.

Wreszcie w przedostatnim przypadku grudki umiejscowione na słuzówce prawego policzka znikły zupełnie, zaś na dolnej wardze i lewym policzku nastąpiła znaczna poprawa.

Na podstawie tych wyników stwierdzamy, że naświetlanie rdzenia i zwojów sympatycznych jest skuteczne w przypadkach uogólnionej wysypki o podostym przebiegu, mniej zaś — w przypadkach liszaja płaskiego umiejscowionego tylko na dolnej części ciała, na przaciu lub też na błonie śluzowej jamy ustnej, niema natomiast żadnego wpływu na przebieg liszaja płaskiego rogowego i brodawkowatego podudzi. Stwierdza się tutaj analogia w stosunku do doświadczeń Thibierge i Ravaut (1) którzy zauważyli, że nakłucie łądzwiowe ma działanie energiczniejsze w kierunku usunięcia swędzenia i wykwitów liszaja płaskiego w przypadkach uogólnionych i ostro przebiegających, w przypadkach zaś przewlekłych oraz liszaja rogowego podudzi nakłucie łądzwiowe może częściowo zmniejszyć swędzenie, pozostaje jednak bez żadnego wpływu na zmiany skórne.

Wpływ naświetlania rdzenia i zwojów sympatycznych w kierunku usunięcia swędzenia stwierdziliśmy we wszystkich oprócz dwóch ostatnich przypadków, przyczem znikanie swędzenia poprzedzało zwykle wchłanianie się objawów grudkowych. Wprawdzie zaraz po naświetlaniu swędzenie ulegało początkowemu nasileniu, które jednak po kilku dniach ustępowało. W 3 przypadkach nastąpiło już po pierwszym naświetlaniu jednocześnie ze znacznym spotęgowaniem swędzenia wybitne objektywne pogorszenie, a więc u chorej K. Fr. zlewianie się pojedynczych grudek w duże, a na pośladkach w rozległe ogniska pokryte grubą warstwą suchych szarawych łusek, tak, że na pierwszy rzut oka obraz kliniczny robił wrażenie uogólnionej złuszczonej erytrodermii wtórnej. W następnym zaś przypadku (J. N.) wystąpiła swoista wysypka liszaja płaskiego tylko w okolice międzyłopatkowej i łądzwiowej dotychczas wolnych od wszelkich objawów chorobowych, ściśle w obrębie pół naświetlonych. Spostrzeżenia te są analogiczne do opisanych przez Hußschmitta, Hudelo i Gougerot i świadczą o nadmiernej alergii skóry, gdyż nietylko czynniki mechaniczne (dodatni odczyn Koebnera w przypadku K. Fr.), lecz i promieniotwórcze przyczynić się mogły do wystąpienia świeżych wykwitów grudkowych. Oprócz tego prawdopodobnie i podrażnienie ośrodków współczulnych w rdzeniu odegrać musiało rolę w tem początkowym pogorszeniu cierpienia wskutek naświetlania, na co wskazuje fakt silnego pocenia się przez kilka dni po naświetlaniu (przyp. 1, 3, 5 i 8). Znaczący również trzeba dobry wpływ naświetlania na przebieg liszaja płaskiego błony śluzowej jamy ustnej. W przeciwieństwie do niektórych autorów (Gouin, Gougerot i Filliol, Cottenot) którzy nie spostrzegli jakiegokolwiek wpływu naświetlania na znikanie objawów na słuzówce, skonstatowaliśmy na przypadkach 1, 3, 4, 7 bądź zupełne wyleczenie, bądź daleko idącą poprawę po naświetlaniu okolicy szyjno-grzbietowej, w przypadku zaś 3 po naświetlaniu okolicy łądzwiowej. Ze względu na to, iż liszaja płaski błony śluzowej jamy ustnej jest b. uprzejmy i uraga niekiedy wszelkim sposobom leczenia, wyniki przez nas uzyskane zasługują na szczególną uwagę.

Aczkolwiek więc wpływ naświetlania rdzenia i zwojów sympatycznych na przebieg liszaja płaskiego był naogół dodatni, jednakowoż nie mogliśmy stwierdzić tak uderzająco szybkiej poprawy, lub też zupełnego wyleczenia już po pierwszym naświetlaniu o jakim to wyniku publikuje szereg na początku tej pracy wzmiankowanych autorów. Odwrotnie zmuszeni byliśmy naświetlać kilkakrotnie w odstępach niesięciennych by uzyskać wyniki zadowalniające. Z tego też względu sądzimy, że nie należy zbyt szybko się zniechęcać i uważać ten sposób leczenia za bezskuteczny, jeżeli już po pierwszym naświetlaniu nie następuje szybka poprawa, lub też odwrotnie daje się zauważyć pewne pogorszenie cierpienia. Z tego też względu ujemne wyniki o jakich donoszą Watrin (17), Gougerot i Filliol, Roederer, Spillmann (18) nie świadczą bynajmniej o tem, by tanowa metoda leczenia liszaja płaskiego rzeczywiście była bezwartościowa. Technika naświetlania nie jest jeszcze ostatecznie ustalona, duże postępy w tym kierunku są możliwe. Znaczący trzeba, że nawet po wielokrotnym naświetlaniu rdzenia nie zauważyliśmy oprócz przejściowych dolegliwości jak pocenie się zwłaszcza w nocy, osłabienie młodości i bóle głowy (w pojedynczych tylko

<sup>11</sup>)Chory był dem. na pos. Ł. T. L. we wrześniu 1925 r.



przypadkach) jakichkolwiek bądź poważniejszych objawów ubocznych.

Przy ocenie działania naświetlania rdzenia na przebieg liszaja płaskiego w naszych przypadkach należy również przyjąć pod uwagę okoliczność, że cierpienie skóry datowało już szereg miesięcy zanim się choży zwrócili po poradę. Być może wyniki naświetlania byłyby efektywniejsze, gdybyśmy ten sposób leczenia mogli zastosować wcześniej zaraz na początku cierpienia. Na podstawie naszego doświadczenia ośmielamy się twierdzić, że należy dalej pogłębiać badania w tym kierunku z dwóch zasadniczych względów: praktycznych, gdyż doświadczenia szeregu autorów jak i nasze świadczą o tem, że na ogół wyniki są zadowalniające, również i ze względów teoretycznych, gdyż etiologia i patogenesa liszaja płaskiego czerwonego jest nam dotychczas nieznana i prawdopodobnie tą drogą dojść możemy do wyjaśnienia tego zagadnienia.

#### Piśmiennictwo.

-) Thibiérge et Légrain: Précis de thérapeutique des maladies de la peau. Octave Doin. str. 368. — 3) Pautrier: Reunion dermat. de Strassbourg. Séance du 9 mars 1924, str. 67. — 4) Hufschmitt: Reunion dermat. de Strassbourg. Séance 18 mai 1924, str. 72. — 5) Hudelo, Laporty et Kourilsky: Soc. de dermat. 1925. Nr. 1, str. 6. — 6) Pautrier: Reunion dermat. de Strassbourg. Séance du 20 juillet, str. 159. — 7) Hufschmitt: Ibid. str. 161. — 8) Montpellier et Zaraffa: Bull. de la Soc. de Derm. 1925, Nr. 4, str. 186. — 9) Gouin: Soc. de Dermat. 1925, Nr. 2, str. 50. — 10) Lévy-Franckel: Soc. de Derm. 1925, Nr. 1, str. 9. — 11) Gougerot et Filhol: Soc. de Dermat. 1926, Nr. 3, str. 191. — 12) Cottenot, Sabouraud: Ibid. str. 192. 13) Roederer: Bulletin de la Soc. franc. de Dermat. 1926, Nr. 4, str. 232. — 14) Pautrier: Ibid. str. 233. — 15) Zimmer: Soc. de méd. de Paris 18 Janv. 1922. Ref. Presse medic. 1922, Nr. 8. — 16) Cottenot: Journ. de méd. de Paris 1923, Nr. 39. Ref. Derm. Woch. 1923, Nr. 49/50, str. 1458. — 17) Krüger: Wiener Kl. Woch. 1925, Nr. 21, str. 569. — 18) Watrin: Reunion dermat. de Nancy. Séance du 4 février 1925, str. 8. — 19) Spillmann, Watrin et Créhange: Reunion dermat. de Nancy. Séance de 25 mai 1926, str. 457.

Dr. Bronisław KOZŁOWSKI.

Urohobycz.

#### Samotrzymające i ustalające kleszcze maciczne.

Ponieważ w ostatnich czasach stale pojawiają się ogłoszenia rozmaitych samotrzymających się wzierników pochwowych mniej lub więcej dogodnych i pomysłowych często jednak bardzo skomplikowanych, postanowiłem opisać używany przezemnie przeszło od



lat 20-tu odpowiednio zmodyfikowany wziernik Neugebauera a dla ściągnięcia przytrzymania i ustalenia macicy specjalnie do tego zbudowane kleszcze maciczne.

Kleszcze te są esowato wygięte — jak wskazuje rysunek — i zaopatrzone na przednim ramieniu w skośne ząbienia służące do zahaczenia o brzeg wziernika, część kleszczy chwytająca część pochwową macicy może być jednozębną jak zwykłe kulociąg lub dwuzębną jak kleszcze Muscaux. Opisane ząbienia na przednim ramieniu kleszczy zahaczają o odpowiednio wygięty brzeg wziernika Neugebauera na górnej względnie na dolnej łyżce.

Główną zaletą i celem tych kleszczy jest nietylko ściągnięcie macicy ku dołowi lecz przede wszystkim dokładne ustalenie macicy i unieruchomienie w założonym wzierniku. Ustalenie a zarazem wyprostowanie macicy osiąga się jak wiadomo najłatwiej przez uchwycenie i pociąganie za przednią wargę części pochwowej; przy tyłopochyleniu jednak macicy lepiej nieraz i skuteczniej przez pociąganie za tylną wargę — osiąga się to wówczas przez zaczerpienie kleszczy o dolną łyżkę wziernika. Nieraz zwłaszcza na macicy bezpośrednio po porodzie koniecznym jest uchwycenie obu warg jednocześnie dwoma kleszczami w celu szerokiego rozwarcia szyi macicznej np. do tamponady jamy macicy lub do zeszcicia pękniętej szyi. — Wszystkie te rękoćzyny i zabiegi dzięki samostannemu przytrzymaniu się kleszczy i wziernika można wykonać z łatwością bez pomocnika co w praktyce zwłaszcza prowincjonalnej gdzie idzie często o szybkość i dokładność wykonania jest rzeczą niezmiernie ważną. Oprócz powyższych przypadków chętnie używam tych wzierników i kleszczy do badania ginekologicznego, zabiegów leczniczych oraz mniejszych operacji na części pochwowej, jak również przy poronieniach, skrobankach leczniczych i rozpoznawczych. Zważywszy, że powyższego sposobu ustalania macicy używam ja jakoteż i moi asystenci zarówno w pracy szpitalnej jak i w praktyce prywatnej przez lat 20 — a nigdy w tym okresie nie zdarzyło się nam przebiecie macicy muszę to odnieść do zalet sposobu ustalenia macicy a zaletą główną tego ustalenia polega na nieruchomem zespoleniu macicy z wziernikiem. Albowiem gdy wprowadza się jakieś narzędzie do wnętrza macicy czyto rozszerzadło Hegara czy też łyżeczkę a macica jest przytrzymana przez zwykły kulociąg trzymany wolno w ręce, to przy napotkaniu najmniejszego oporu bezwiednie ściąga się silniej macicę w dół, przez co nietyle przebijają się ścianę macicy ile macica nadziewa się na koniec wprowadzonego narzędzia.

#### MEDYCYNĄ SPOŁECZNA.

##### Ankieta o szczepieniach przeciwploniczych.

Dzięki szeregowi autorów polskich przedstawiono w roczniku ubiegłym „P. G. L.” zajmującą dzisiaj wszystkich sprawę szczepień ochronnych przeciw plonicy. Omówiono więc etiologię, epidemiologię i patogenesę plonicy, wyniki badań, które doprowadziły do szczepień ochronnych i pomysły udoskonalenia szczepień rozmaitego rodzaju. Zaś w numerze 52 „P. G. L.” z ub. roku wyszło sprawozdanie, przedstawiające na jak wielką skalę zorganizowano szczepienia dzieci w szkołach stolicy. Mija kilka miesięcy odkąd masowe szczepienia ukończono, należy wobec tego spodziewać się, że obecnie będzie można wyrobić sobie zdanie o wynikach przedsięwziętych szczepień.

Redakcja „P. G. L.” zdając sobie sprawę z wazności przedmiotu, zwraca się z prośbą zarówno do wszystkich instytucji publicznych lekarskich (Zakłady naukowe, Szpitale, Urzędy Zdrowia publ. i t. p.), jakoteż do wszystkich Kolegów, którzy wykonywali szczepienia ochronne przeciwko plonicy o łaskawe jak najszybsze nadesłanie swych statystyk i spostrzeżeń do „P. G. L.”.

Z pewnością także nie jeden z Kolegów w swojej prywatnej praktyce będzie miał spostrzeżenia, które jako nieobjęte statystykami szpitali i zakładów naukowych wzgl. instytucji Zdrowia publicznego mogłyby zaginać. Licząc się z tym faktem redakcja „P. G. L.” uprasza więc wszystkich Kolegów, mających choćby najskromniejsze spostrzeżenia, o przysłanie ich celem użytkowania w niniejszej ankiecie, ewentualnie ogłoszenia w „P. G. L.”.

Dla ułatwienia „P. G. L.” podaje schemat następujący:

Imię i nazwisko (przynajmniej litery początkowe) . . . . .  
 Wiek . . . . . Ile razy szczepiony? . . . . . i jaką szczepionką? . . . . . Zdrow . . . . . Chory . . . . .  
 w ile miesięcy po szczepieniu?  
 W razie zachorowania, jaki przebieg i jakie zejście choroby?  
 Podpis lekarza i miejsce pobytu.

Redakcja „P. G. L.” zwraca się do wszystkich instytucji i Kolegów z niniejszą odezwą w przekonaniu, że zebrany w Polsce w ten sposób obfity materiał będzie poważnym przyczynkiem do rozwiązania zagadnienia, zajmującego obecnie cały świat lekarski.



Uprasza się odpowiedzi kierować pod adresem:  
Redakcja „P. G. L.“, Kraków, ul. Kopernika 17, która się  
podjęła opracowania nadesłanych dat statystycznych.

## OCENY.

*Gruźlica chirurgiczna wieku dziecięcego w obrazach roentgenicznych.* Napisał Dr. Kurt Klare i Dr. Hans Hauff. Nakładca C. Kabitzsch, Lipsk, 1927.

Na podstawie bogatego materiału z sanatorium w Scheidegg (Szwajcaria) opisują autorzy typowe obrazy gruźlicy kości i stawów u dzieci. Zaraz na wstępie podnoszą, że rozpoznanie nie powinno opierać się wyłącznie tylko na badaniu roentgenicznym, lecz w jak najszerszym zakresie powinno się korzystać z wszelkich metod rozpoznawczych. A zatem uwzględnić się powinno wywiady, wynik badania klinicznego, próby tuberkulinowe, serologiczne i mikroskopowe badania krwi, bakteriologiczne i histologiczne badania punktatów i wyciętych tkanek, a przede wszystkim wielkie znaczenie przypisują autorzy badaniu odczynu opadania krwinek. Odczyn nie zmienia się w przebiegu choroby odpowiednio do jej stanu i daje dokładny obraz, czy proces gruźliczy w dalszym ciągu jest czynny. Przy formie destrukcyjnej otrzymujemy niskie liczby, w miarę postępu procesów reparacyjnych zwiększa się i liczba minut.

Na podstawie obrazu roentgenicznego starają się autorzy ustalić pewne typy, charakterystyczne dla rozmaitych stadiów choroby i dzielą gruźlicę kości na okres destrukcji kości i okres reparacji. Każdemu okresowi odpowiada inny obraz roentgeniczny.

Pierwszy okres destrukcji występuje w postaci mniejszej lub większej dekalcytacji, zmian w strukturze kości z tworzeniem się ognisk rozmięczynowych przez bujanie tkanki granulacyjnej, gruźliczej, w miejsce tkanki kostnej i procesów rozrzedzających kość i prowadzących do ubytków korowych i zamazanych, nieostrych konturów kości. Reakcja ze strony okostnej jest tylko w *spina ventosa* nieco silniej zaznaczona, zazwyczaj niema jej zupełnie na epiphysie, w nieznacznym tylko stopniu na metaphysie. Podobnie jak procesy destrukcyjne posiadają swoje cechy charakterystyczne w obrazie roentgenicznym, tak i procesy reparacyjne też dają pewne charakterystyczne cechy, szczególnie, gdy co 3—4 miesiące robi się zdjęcia kontrolne, na których przebieg postępu leczenia staje się widoczny. A zatem zmniejsza się zanik kości, zawartość wapna w kościach zwiększa się, ogniska rozmięczyznowe wyraźnie odgraniczają się od tkanki zdrowej, bełeczki kostne stają się wyraźniejsze, mniejsze jamki wypełniają się, tkanka chora oraz sekwestry ulegają wessaniu albo zostają wydalone na zewnątrz.

Praca w całości jest bardzo sumienna, świadczy o wielkim doświadczeniu autorów na tem polu, dodane 53 zdjęcia bogato ilustrują szczegóły, zawarte w pracy.

Wielski (Kraków).

## BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

*Polski Przegląd chirurgiczny*, Tom V, zeszyt IV za październik, listopad i grudzień 1927: Zeszyt ten zawiera szczegółowe Sprawozdanie z obrad XXIII Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Warszawie dn. 8, 9 i 10 listopada 1926 r.

*Polski Przegląd radiologiczny* Tom I, zeszyt 4 z r. 1926: zawięra Sprawozdanie z posiedzenia radiologicznego, urządzonego wspólnie przez XXIII Zjazd chirurgów Polskich i Warszawskie Kolo radiologów w dniu 10 lipca 1926.

*Przyroda i technika*, Rok VI, zeszyt 1 za styczeń 1927: M. Koczwaro: Analiza pyłkowa torfowisk. — J. Gadoński: Mgławice ciemne. — S. Micewicz: O energii i odmianach materiałów wybuchowych.

*Wiadomości farmaceutyczne*, Rok LIV, Nr. 5. z 30 stycznia 1927: Prof. J. Muszyński: O metodach badania naparstnicy i o potrzebie wprowadzenia państwowej kontroli używanych w aptekach Folia digitalis. — W sprawie kontroli termometrów lekarskich. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

*Wychowanie fizyczne*, Rocznik VIII, zeszyt 2, za luty 1927: J. Dudziński: Nawykowe wady postawy u dzieci i młodzieży. — St. Kopczyński: Stan wychowania fizycznego w szkołach średnich i seminarjach nauczycielskich. — M. Vaux-Engel: Braki wychowania fizycznego w naszych szkołach średnich (dok.).

*Lekarz Polski*, Rok III, Nr. 2 z 1 lutego 1927: — M. Kacprzak: Zagadnienie higieny współczesnej, a nasza rzeczywistość. — J. Lubczyński: Medycyna zapobiegawcza, a ogólna praktyka lekarska. — W. Jarzewski: Dziesięciolecie polskiej państwowej służby zdrowia. — B. Krakowski: Higieniczno-lekarska opieka nad dzieckiem i młodzieżą. — St. Czerwiński (prokurator Sądu Najwyższego): Zawodowa tajemnica lekarska. — Grzywo-Dąbrowski: Tajemnica lekarska. — M. Zachert: Przyczynki do zwalczania jaglicy u dzieci. — J. Moszkowicz: Do uwag Dr. Goldmana o regulaminie Kasy emerytalnej Izby Lwowskiej. — A. Gruszczyński: Jeszcze kilka słów o kasie pogrzebowej przy Izbie lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. — W. Jerzewski: Niebezpieczna opieszałość.

*Przegląd ubezpieczeń społecznych*, Rok II, zeszyt 2, z 1 lutego 1927. — Z. Zaremba: Raport prof. Kemerera o ubezpieczeniach społ. w R. P. — H. Kluszyński: Z zagadnień lecznictwa w Kasach chorych. — O. Einfield: Stosunki zawodowe i zarobkowe członków k. ch. m. Warszawy. — A. Gross: Walka lekarzy wolnopracujących z kasami chorych. — R. Buber: Czy art. 16 ust. z 19. V. 1920 może być stosowany do osób prawnych.

*Oreodownik zdrowia*, Rocznik II, Nr. 2, za luty 1927. — Walka z alkoholizmem. — Higieniczna Ochrona dziecka. — Choroby zakaźne.

*Medycyna w wykładach klinicznych*. Rok. I. zeszyt. 1: K. Jouscher: Dur brzuszny u dzieci.

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo słowiańskie.

Lijeńicki Vjesnik.

Nr. 1. 1927. Zagrzeb.

Dr. V. Bazala: *Sectio caesarea in mortua*. 40 letnia ciężarna zmarła nagle z powodu *glioma cerebri* W 10 minut po śmierci wydobyto przez cięcie cesarskie żywe i dotychczas żyjące dziecko. Obszerny przegląd piśmiennictwa.

Dr. V. Cepulić: *Nasze doświadczenia z sanokryzyną*. Na podstawie 37 przypadków oświadcza autor, że sanokryzyna zawiodła oczekiwania.

Dr. I. Robida: *Orzeczenie sądowo-lekarskie o stanie umysłu Joanny Trebuśak*.

Dr. M. Kolibaś: *Sprawa wola*.

Dr. S. Friedrich: *Rozwój operacyjnej odontologii w ostatnich 30 latach*.

Dr. L. Thaller: *Historja medycyny w Chorwacji i Sławonii od 1770 1850*.

Dr. L. Jurinać: *Objawy mózgowe po szczepieniu przeciwospowem*.

Dr. S. Halmi: *Leczenie dusznicy oskrzelowej szczepieniem wedle Ponndorfa*.

Sprawozdania, Bibliografia słowiańska, Sprawy zawodowe i społeczne. Posiedzenia i Zjazdy. Kronika.

Mediński Pregled.

Nr. 5. 1926. (Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofia).

A. Jirasek: *Przyczyny, mechanizm i leczenie chirurgiczne ciężkiej czkawki*.

R. Brašovan: *Abscessus subfrenicus*.

A. Penčev: *Patogeneza i anatomia patologiczna myxoneurosis bronchialis plastica (bronchitis pseudomembranosa essentialis)*.

J. Flegler: *Zmiany w płynie mózgo-rdzeniowym w kile endemicznej w Bośni i Hercegowinie*.

D. T. Nikolajewiç: *Przypadek zaniku przysadki mózgowej z objawami choroby Addisona*.

B. Nikolajewiç: *Wartość lecznicza surowicy przeciw-tężcowej*.

N. Kešeljeviç: *Przypadek sączącego wyprysku wyleczony wlewaniem  $CaCl_2$* .

V. Kušan: *Phrenicotomia jako środek leczniczy przy schorzeniach gruźliczych płuc*.

Sv. Poštić: *Sprawozdanie okulisty z wycieczki do Serbji południowej*.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.



Nr. 6. 1926.

W. Grzywo-Dąbrowski: *Tajemnica lekarska.*A. Peńcew: *Patogeneza i anatomia patologiczna myxoneurosis bronchialis plastica (bronchitis pseudomembranacea essentialis).*R. Spalajković: *O leczeniu odynophagji przy laryngitis bacillaris. Nowa droga dla nevrotonji n. laryngeus sup.*

Autor poleca iść przez szczelinę retrojugalną t. j. drogą wskazaną przez Hartgłosa z Paryża dla podwiązania carotis.

B. W. Gjorgjević: *Przypadek ciężkiego zatrucia niranolem.*M. Milošević: *Zglebnikowanie dwunastnicy w praktyce.* Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 7. 1926.

I. Gajja: *Metabolizm szczytowy (metabolisme de sommet) w fizjologii i patologji.*M. Gross: *O patologji i leczeniu kamicy żółciowej.*F. Krzyształowicz: *Zagadnienie wyprysku.*B. Benjanin: *O uczeniu na nowo mowy po laryngectomji.*K. Ascher: *Leczenie jaskry.*

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 8. 1926.

A. Holste: *Arszenik i jego działanie lecznicze.*M. Ambrozić: *Pierwsze zadanie naszej kliniki dziecięcej.*B. M. Stanojević: *Hyperglykemje doświadczalne i ich wartość rozpoznawcza.*B. M. Djordjević: *O pośrednich wynikach sztucznej odmy piersiowej przy gruźlicy płuc.*J. Stajduhar: *Walka z jaglicą w Królestwie SHS.*

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

## Piśmiennictwo angielskie.

## The Journal of nervous and mental disease.

Vol. 64. Nr. 3. September 1926.

Burrow: F. *Psychoanaliza w teorii i w życiu (Psychoanalysis in theory and in life).* str. 209. Nie nadaje się do krótkiego referatu.Kolb: *Międzynarodowa statystyka porównawcza porażenia postępującego. Program i poszukiwania.* (International comparative statistic of general paresis. A program and request). str. 225.

Ankieta, opatrzona słowem wstępem Kraepelina, wzywa wszelkie zakłady psychiatryczne wśród ludów kolorowych do nadsyłania do Monachium danych dotyczących paraliżu postępującego. Na ich podstawie da się, jak sądzi autor, wykazać wpływ rasy na przebieg porażenia postępującego, wiađu rdzenia i kily wogóle.

Warner Fr.: *Przyczynę do histopatologii sclerosis lateralis amyotrophica.* (A contribution to the histopathology of amyotrophic lateral sclerosis). str. 229.Autor podaje tylko część wyników badań porównawczych histopatologicznych, obejmujących chorobę Charcot'a i postępujące porażenie opuszkowe. Przypadek dotyczy 39-letniego mężczyzny, u którego choroba rozpoczęła się w 1919 r. od pogorszenia chodu, a następnie rozwinęły się zaniki drobnych mięśni rąk i palców, włókienkowe drżenia w mięśniach tułowia, kończyn górnych i języka, utrudnione wysuwanie języka, porażenie kurczowe kończyn dolnych, osłabienie odruchów brzusznych, bez zaburzeń czucia, bez zmian we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym. Zaniki stopniowo nasilały się. Na miesiąc przed śmiercią zanieczyszczał się. Śmierć IV. 1921 r. Anatomicznie stwierdzono: zmiany odczynowe w oponach miękkich, wyraźne zwyrodnienia komórek rogów przednich rdzenia, jąder ruchowych opuszki i słabsze w korze ruchowej (zupełny brak komórek Betz'a). Brak zmian w korze płatów czołowych, skroniowych i potylicznych i w rogach tylnych rdzenia. Wybitne objawy zwyrodnienia w części włókien piramidowych. Nagromadzenie lipidów w przestrzeniach błony zewnętrznej naczyń w całym układzie nerwowym, zwłaszcza w zakresie szlaków piramidowych. Brak objawów zapalnych. Autor przypuszcza, że pierwsze uległy zmianom komórki rogów przednich dając obraz *atrophia musculorum progressiva*, a następnie sprawa przeszła ku opuszcze i korze, dając wtórnie zwyrodnienie piramid. Podkreśla obecność wyraźnych zmian kurczowych przy względnie słabych zmianach piramid. Sądzi, że obraz kliniczny zależy od pierwotnego siedliska sprawy; o ile jest ono korowe, powstaje *sclerosis lateralis amyotrophica*, przy opuszkowym daje obraz *paralysis bulbaris progressiva*, przy rdzeniowym — *atrophia musculorum progressiva*.Aronowitch: *O istocie odruchu jądrowego.* (On the nature of the cremasteric reflex). str. 235. Autor rozpatruje odruch jądrowy ze stanowiska ewolucjonistycznego. Sądzi, że filo- i entogenetycznie odruch jądrowy jest starszy od odruchów brzusznych. Mięsień jądra to pozostałość i wyraz dawniej istniejącej czynności wciągania i opuszczania jąder, zachowany do dziś dnia u owadożernych i gryzoniów. Odruch jądrowy w przeciwieństwie do odruchów brzusznych, spotyka się u samców koni, psów i t. d. U noworodków występuje w 73,3%, przy braku odruchów brzusznych. Odruchy brzuszne zjawiają się u oseków dopiero w pierwszych 6 miesiącach. Odruchy brzuszne zależą od pozycji stojącej. Tem tłumaczy rozbieżność w znikaniu odruchów brzusznych i jądrowych przy uszkodzeniu szlaków piramidowych. Pierwsze znikają odruchy brzuszne, ostatnie jądrowe.

St. K. Pieńkowski.

## Piśmiennictwo niemieckie.

## Wiener Klin. Woch.

Nr. 40. 1926.

Dr. Hankowski: *Cyotropina w praktyce urologicznej.*Autor stosował Cyotropinę „Schering“ w 100 przypadkach (materiał kliniczny częściowo prywatny) *pyelitis, pyelocystitis, pyelo-nephritis, urosepsis* i pooperacyjnym zatrzymaniu moczu, wzgl. bezmoczem.

Wyniki leczenia Cyotropiną były nadzwyczaj dodatnie. Gorączka, dreszcze, bóle w krzyżu, parcie na mocz ustępowały zazwyczaj po 1—2 zastrzykach, w ciężkich przypadkach po 5 iniekcjach. Równocześnie szybko znikają z moczu drobnoustroje i białko. Odczyn moczu zmienia się z zasadowego na kwaśny.

Bardzo dobre działanie wywierała również Cyotropina przy pooperacyjnym zatrzymaniu moczu. 1 zastrzyk w kilka godzin po zabiegu powodował oddanie moczu.

W końcu autor stwierdza wyższość Cyotropiny nad zwykłym 40% roztworem Urotropiny (brak parcia na mocz, i t. p.) i przestrzega przed domięśniowym stosowaniem przeznaczonej do dożylnych wlewać Cyotropinę, co wywołać może silne bóle. Do zastrzyków domięśniowych znajdują się w sprzedaży specjalne opakowania z nowokainą.

Autor stosuje Cyotropinę we wszystkich zachorzeniach urologicznych, za wyjątkiem gruźlicy.

## Berliner Klinik.

1926. H. 363.

Sichel Max: *Nieswoiste leczenie drażniące przy zapobieganiu i leczeniu cierpienia położniczo-ginekologicznych* (Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses der Jüdischen Gemeinde, Berlin).

1. Przez stosowanie zapobiegawcze Yatren-Caseiny silnej (5 ccm) przy rękoczynach położniczych zdołaliśmy w klinice uniknąć jakichkolwiek poważnych powikłań natury zakaźnej, spotykanych często przy tych rękoczynach. Zwłaszcza nigdy nie mieliśmy posocznicy.

2. Przy ogólnych cierpieniach połogowych z gorączką leczenie Yatren-Caseiną silną (5 ccm, z następczem obniżaniem dawek) usuwało szybko wszystkie objawy i sprowadzało wyleczenie. To samo należy powiedzieć o zapaleniu miedniczek nerkowych u ciężarnych.

3. Przy poronieniu z gorączką mieliśmy najlepsze wyniki, jeśli w samym początku poronienia zastrzykiwaliśmy zapobiegawczo 5 ccm. Yatren-Caseiny silnej i dopiero 1—2 dni później oczyszczaliśmy jamę macicy.

4. Daleko posunięta posocznica po porodzie i po poronieniu nie ulega poprawie przy stosowaniu Yatren-Caseiny.

5. W ostrych zapalnych cierpieniach ginekologicznych pochodzenia nierzęzątkowego zaleca się stosować zrazu silne dawki i powoli przechodzić do mniejszych. Dają one najlepsze wyniki, częściej wyleczenia, jak poprawy.

6. Ostre cierpienia narządów płciowych na tle rzeżączki, zarówno jak podostre i przewlekłe cierpienia zapalne, jakiegokolwiek pochodzenia, należy leczyć początkowo dawkami małymi, stopniowo powiększającymi. Tu osiąga się częściej poprawę znaczną, niż wyleczenie.

## Zentralblatt f. innere Medizin.

1927. Nr. 2.

Prof. T. Cohn (Königsberg): *W sprawie klinicznego znaczenia pyelografji.* Wprowadzone przed 20 laty przez Voelckera i Lichtenberga wypełnianie miedniczek nerkowych dla uwydatnia-



nia w Roentgenie obrazów, nabrało coraz większego znaczenia pomimo tego, że stwierdzano także niepożądane objawy uboczne, a nawet zejścia śmiertelne. Własne doświadczenia autora dotyczą 248 przypadków. Znaczna liczba środków do wypełniania powstała dlatego, że żaden z nich nie spełnia całkowicie pełnych wymogów t. j. nieszkodliwości, jaskrawego uwydatniania zarysów i wygody w przyrządzaniu. Np. koloidy metali i roztwory soli halogenów dają gęste cienie i kontury łożyska moczowego i są pożyteczne przy określaniu wędrującej nerki, zniekształceń, wodonercza, guzów i cyst, atoli przy badaniu kamyków uwydatniają tylko duże kamyki, podczas gdy drobne kamyczki lepiej uwydatniają się przez wydimanie moczowodów i miedniczek tlenem, powietrzem lub kwasem węglowym. Przy wyborze płynu do napełniania musi się dbać o jego niejadowitość i wolność od zarazków, a autor dla zapobieżenia zawleczeniu zarazków instrumentami radzi przestrzykiwanie cewników moczowodowych. Płyn do napełniania musi być antyseptycznym, a nietrującym, a nieraz dodatki ochronne wpływają na jadowitość. Według autora bromek sodowy przewyższa inne środki swą taniością, łatwością i wygodą w użyciu, przezroczystością i płynnością oraz łatwym barwieniem się błękitem indygowym i fioletem gorzyczkowym, tak, że można obserwować jego spływanie do pęcherza. Według doświadczeń autora, który wypełniał miedniczkę nerkowe gazem 248 razy, zabieg ten nie grozi zatorami i może być uważany za niebezpieczny. Autor uważa go za najtańszy i najwygodniejszy sposób napełniania.

Przeciwwskazania zasadnicze do wypełniania miedniczek w ogóle są: osłabienie stanu ogólnego, lokalne zmiany dróg moczowych takie, że nie sprostają mechanicznemu lub nerwowemu oporowi, silna miażdżycza ze skłonnością do krwawień, stany gorączkowe, osłabienie serca lub nerek, silne krwawienia powyżej pęcherza, ropienia nerkowe, przewrażliwość nerwowa. Według Morissyego (661 pyelografii) w 25% cewnikowanie moczowodów, a w przeszło 50% przypadkach pyelografia wykryła lub ułatwiła stwierdzenie schorzenia; w niespełna 12% przypadków badania urologiczne zawiody. Napełnianie miedniczek nerkowych dla celów roentgenologicznych znacznie rozszerzyło nasze wiadomości o stanie i czynnościach miedniczek nerkowych i moczowodów, w stanie zdrowia i choroby, które autor szczegółowo omawia. Pyelografia wykazała, że wodonercze bywa znacznie częściej niż dawniej przypuszczano, rzuciła wiele światła na stany gruczłaczne, ropne, nowotwory i kamienie, na określanie stanu poprawy, ułatwiła wykrycie stanów zapalnych dróg nerkowych, prowadzących do kolek nerkowych bez piasku i kamyków, a nieraz przez poprawę drożności na uleczenie tych stanów. W końcu omawia autor szkodliwość i objawy uboczne przy wypełnianiu miedniczek nerkowych, sposób ich powstawania i jak ich można uniknąć.

Dr. Blassberg (Kraków).

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

### Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XVII. posiedzenie naukowe w dniu 21 maja 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 106 członków.

1. Kol. Lipiński przedstawia *przypadek agranulocytozy* u czteroletniego dziecka. Agranulocytoza, jako jednostka chorobowa, wyodrębniona została przed niespełna czterema laty przez Waltera Schultza a cechuje się charakterystycznymi zmianami w jamie ustnej, przy typowym obrazie krwi. Rozpoczyna się nagle wśród silnych bólów gardła, wysokiej ciepłoty i uczucia ogólnego schorzenia, u osób, uprzednio zupełnie zdrowych. Zmiany w jamie ustnej umiejscawiają się głównie na migdałkach, rzadziej na języku, na błonie śluzowej dziąseł i krtań, lub wreszcie na narządach rodnych zewnętrznych i w przewodzie pokarmowym, a przedstawiają się klinicznie jako owrzodzenia drobne, powierzchowne, lub też jako głębokie zmiany martwicze, dyfteroidalne. Charakterystycznym jest obraz krwi. Przychodzi tutaj do znacznego zmniejszenia ogólnej ilości ciałek białych, przy czym wielojądrowe neutrochłonne i eozynofile mogą spaść nawet do zera, podczas gdy limfocyty i monocyty uzyskują znaczną przewagę. Zmiany anatomiczne dotyczą w pierwszym rzędzie szpiku kostnego kości długich. Schultz przypuszcza, że mamy przed sobą nową jednostkę chorobową, o etiologii dotychczas nieznaną, z niszczeniem za działaniem na aparat leukomyeloblastyczny, a związaną patogenetycznie prawdopodobnie z wypadnięciem czynnika hormonalnego, znajdującego się normalnie w zdrowym szpiku kostnym.

Przypadek agranulocytozy, spostrzegany na oddziale zakaźnym tutejszego szpitala powszechnego, jest pierwszym opisanym u dziecka. Poza tem stanowi on nieliczny wyjątek wyleczenia, albowiem wszystkie opisane dotychczas (dwadzieścia kilka), za wy-

jątkiem trzech, zakończyły się śmiercią. Dotyczy on chłopca czteroletniego, przywiezionego przez ojca z Kresów wschodnich w stanie daleko posuniętego wyniszczenia. Anamneza podaje, że dziecko leczone było poprzednio przez lekarza miejscowego z powodu gruźlicy płuc przez kilka miesięcy. Przed trzema tygodniami wystąpił nagle, wśród dreszczy i wysokiej ciepłoty, silny ból gardła, a po kilku dniach przykry zapach z ust. Dziecko o cerze woskowo bladej, porusza się z trudnością, nie może usiąść na łóżku z powodu znacznego osłabienia. Mowa nosowa, cześciowo bezgłos. Podawane pokarmy przyjmuje z trudnością, płyny wracają przez nos. Ciepłota 38,3° C., tętno 110. Waga dziecka 9 kg. Badanie jamy ustnej wykazuje: Obydwa migdałki, języczek i podniebienie miękkie, pokryte nalotami barwy zielonkawo-szarej, ściśle zroslemi z podstavą. Przy usiłowaniu zdjęcia naloty krwawią. Bardzo silny *foetor ex ore*. Wyciek cuchnący z jamy ustnej. Śledziona macalna, twarda. Wątroba macalna, tkliwa, jeden palec poniżej łuku żebrowego. Gruczoły podszczekowe, zwłaszcza po stronie prawej, powiększone, na ucisk bolesne. Gruczoły karkowe, pachowe i pachwinowe macalne, tkliwe. Badanie bakteriologiczne w kierunku błonicy, o której w pierwszym rzędzie należało pomyśleć, dało wynik ujemny. Odczyn Schicka ujemny. W preparacie mikroskopowym ze zmian martwiczych w jamie ustnej stwierdzono obok gramo-ujemnych i gramo-dodatnich ziarniaków i laseczek, prątki z grupy rzekomobłoniczych i pojedyncze spirochety. Badanie bakteriologiczne krwi ujemne. Odczyn Wassermann'a i odczyn zmetnienia Meitnickiego ujemne. Ilość ciałek białych 2.200. Krwinek czerwonych 1,310.000. Hemoglobiny 25%. Wskaźnik poniżej 1. Poikilocytoza i anizocytoza. Płytek krwi 300.000. Granulocytów 14%, z tego wielojądrowych neutrochłonnych 9%, pałeczkowatych 3%, młodych 2%, przy znacznej przewadze limfocytów 75% (limfocytów małych 64%, dużych 11%). Monocytów 10%. Zupełny brak eozynochłonnych i bazofilnych. Leczone neosalwarsanem. Podano łącznie 1.05 gr. neosalwarsanu domięśniowo. Miejscowo stosowano neosalwarsan w roztworze gliceryny 1:9.

Stan dziecka, w chwili przyjęcia zupełnie beznadziejny ulegał szybkiej poprawie. Zapach cuchnący, niezmiernie przykry dla otoczenia, ustąpił, zmiany martwicze w jamie ustnej uległy zupełnie odgraniczeniu i oddzieleniu. Brzegi przyramne zbliżniały się, pozostawiając szeroki ubytek w podniebieniu. Gruczoły uległy wyraźnemu zmułczeniu. Po pięciu-tygodniowym leczeniu, chłopiec rozpoznany jako zdrowy oddział zakaźny. Badanie krwi wykazuje ciałek czerwonych 4,540.000, ciałek białych 6.250. Granulocytów 50%. Wielojądrowych neutrochłonnych 37%, pałeczkowatych 7%, młodych 6%.

Limfocytów małych 43%, dużych 3%. Monocyty spadły do 2%.

Z punktu widzenia epidemiologicznego zasługuje na uwagę spostrzeżenie ojca naszego pacjenta, który odbierając dziecko, zaznaczył, że w tej samej wiosce zachorowało równocześnie wśród tych samych objawów ze strony jamy ustnej kilkanaście osób. Przebieg u starszych złośliwy, u dzieci z reguły śmiertelny.

Badanie dalsze wykaże, czy zachodzi tutaj związek z przypadkiem agranulocytozy, spostrzeganym na oddziale zakaźnym.

W dyskusji kol. Pisek podaje, że w obserwacji ma podobny przypadek. Jest to chory 35 letni, który przed 2 laty przeżył operację zębów. Następnie u chorego wystąpiło powiększenie się gruczołów. Był wtedy naświetlany. Obecnie przybył do szpitala ze stanem gorączkowym.

Badanie krwi wykazało czerwonych ciałek 1,200.000. Hb. 30%. Ciałek białych 400. Drugie i trzecie badanie krwi wykazało zupełny brak ciałek białych. Czwarte badanie — 600; następnie dwa badania 1000 i 800 c. b. Płytki 25.000. Czas krwawienia 31 min., czas krzepnięcia 5 min.

Mówca podnosi rzadkość ogromną wyleczonych przypadków agranulocytozy, która przeważnie kończy się śmiertelnie. Podnosi trudności rozpoznawcze.

Powracając do swego przypadku mówca uważa brak leukocytów za skutek niewłaściwego naświetlania. Liczby leukocytów, spostrzegane w tym przypadku są nieznanne w literaturze. P. proponuje nazwę *pammyelolymphoptisis*.

Kol. Nowicki uważa, że sądząc z obrazów anatomopatologicznych mamy tutaj zmiany, cechujące się martwicami. Agranulocytoza pod względem anatomicznym nie jest jednostką chorobową. Obrazy sekcyjne tego schorzenia wykazują skłonność do skaz krwotocznych, aczkolwiek klinicznie objaw ten nie jest podkreślany. Możliwe, że mamy do czynienia tutaj ze zmianami konstytucyjnymi. Mówca wyraża wątpliwości, czy w przypadku kol. Lipińskiego nie mamy do czynienia ze spirochecytozą.

Kol. Grek podnosi, że etiologia *angina agranulocytica* nie jest znana, a wyleczenie należy do rzadkości. W przypadku kol. Lipińskiego należy podkreślić, że ojciec — aczkolwiek odczyn Was-



sermanna wypadł 2 razy ujemnie — przebył kiłę; tem też zapewne należy tłumaczyć dobry wynik iniekcji neosalwarsanu. Agranulocytoza w przypadku tym nie była zbyt daleko posunięta, gdyż chory miał 9% wielojądrowych neutrofilów, podczas gdy są opisywane przypadki, gdzie ilość ich dochodzi od  $\frac{1}{2}\%$ —2%.

Kol. Redlich zwraca uwagę, że Werner Schultz znalazł podobny obraz krwi bez towarzyszenia anginy. Dotychczas opisane przypadki agranulocytozy dotyczyły się osób dorosłych, przeważnie kobiet; u dzieci podobne stany nie były opisywane. Podnosi, że w wieku dziecięcym znane są przypadki *sepsis*, przebiegające z leukopenią, dlatego też podług mówcy w wieku dziecięcym nie można stawiać rozpoznania *angina agranulocytica*. Przytacza przypadki obserwowane w klinice lwowskiej, w którym u dziecka wystąpiła leukopenia 1500, w tem 80—90% limfocytów. Można byłoby postawić również rozpoznanie *angina agranulocytica*, tymczasem sekcja zwłok wykazała anemię aplastyczną na tle białaczki.

2. Kol. Demianowska przedstawia dwa przypadki *rodzinnej niezborności mózdkowej*.

W dyskusji kol. Świtalski zaznacza, że miał sposobność obserwować również dwa przypadki, które następnie opisał pod względem anatomopatologicznym. Klinicznie nie było drżenia w tym stopniu, co w przypadkach kol. Demianowskiej. Sprawa postępowała bardzo powoli. Mówca zajmował się etiologią tego schorzenia. Zastanawia się, czy nie mamy tutaj do czynienia z zaburzeniami w wewnętrznym wydzielaniu. Anatomicznie nie występuje w tych przypadkach, myelizacja, zapewne pod wpływem wspomnianych wyżej zaburzeń. Schorzenie to występuje dziedzicznie, u rodzeństwa zwykle występują jednak mniej lub więcej zaznaczone różnice.

3. Kol. Rothfeld omawia szczegółowo *sympmatologię nowotworów płata czołowego* i wskazuje na trudności rozpoznawania tych guzów. Pierwszy przedstawiony przypadek dotyczy kobiety lat 45, u której przed rokiem wystąpiły napady padaczkowe, a badanie kliniczne, przeprowadzone w jesieni 1925 r. nie wykazało żadnych zmian w systemie nerwowym, badanie roentgenologiczne czaszki, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego bez zmian. Napady powtarzały się co kilka miesięcy, a od 3 miesięcy oziężałość, zmiana w usposobieniu, zacinanie się przy mowie. Przedmiotowo: *Dysarthria*, ubytki pamięci, zmienność usposobienia, apatia, prawostronny nieznaczny niedowład, pogarszający się czasowo po napadach padaczkowych, obserwowanych w klinice. W czasie tych napadów przewaga strony prawej. W czasie obserwacji przejściowe utrudnienia w czytaniu i pisaniu, czasowe zaburzenia psychiczne o typie Korsakowa. Czasem, stosunkowo rzadko bóle głowy, wymiotów nie było. Dno oka, Roentgen czaszki, odczyn Wassermanna krwi i płynu ujemne. Umieszczenie nowotworu w lewym płacie czołowym.

W drugim przypadku, dotyczącym mężczyzny lat 55 wystąpiła przed rokiem zmiana w usposobieniu, potem przestał się zajmować swoją pracą tak, że w ostatnich miesiącach przed oddaniem na klinikę leżał przeważnie w łóżku. Nigdy nie miał bólów głowy, skarżył się na zawroty. Przedmiotowo stwierdza się: ubytki pamięci, zupełny brak zainteresowania dla otoczenia i własnej choroby, odpowiada z trudem na pytania. Reakcja źrenic na światło obustronnie łożna, po lewej gorsza niż po prawej, dolny twarzowy prawy gorszy od lewego, podniebienie po prawej gorsze, adiadochokineza obustronnie zaznaczona, wyraźna po lewej, chód niepewny o typie cerebellarnym, często chodzi bokiem wysuwając lewą stronę ciała naprzód. Odruchy na kończynach dolnych obustronnie kloniczne, siła ruchowa zachowana, Babiński po prawej dodatni. Na dnie oka rozpoczynający się zanik n. wzrokowego po stanie zapalnym, po lewej wyraźniejszy. W Roentgenie zwiększony ucisk wśródczaszkowy w płynie mózgowo-rdzeniowym mierna limfocytoza a słabo zaznaczone białko. Odczyn Wassermanna krwi i płynu ujemny.

Wobec zaznaczonych objawów prawostronnych i wybitniejszych zmian na dnie oka po lewej należy i w tym wypadku przyjąć umiejscowienie w lewym płacie czołowym.

W dyskusji kol. Domaszewicz podnosi ważność dokładnej lokalizacji guzów, gdyż nadają się one do operacji. Uważa, że w tych przypadkach wskazana jest encephalografia.

Kol. Świtalski podnosi, że pewne objawy trudno wytłumaczyć położeniem guza w płacie czołowym. W takich przypadkach należy myśleć, czy niema innego ogniska. Mówca pamięta jeden przypadek, w którym na sekcji okazało się kilka ognisk.

Kol. Rothfeld w odpowiedzi uważa uwagi kol. Świtalskiego za słuszne. Rzeczywiście w płacie czołowym często są dwa nowotwory, za życia jednak trudno to rozpoznać.

Mówca nie jest zwolennikiem encefalografii, która — według niego — jest zabiegiem zbyt ciężkim dla chorego.

4. Kol. Elmer wygłosił „*Seroterapia przeciwzgorzelinowa*” (przeznaczone do druku).

XVIII. Posiedzenie naukowe w dniu 28 maja 1926 r.

1. Przewodniczący odczytuje list Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego z zawiadomieniem o wydaniu Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1917—25 r.

2. Kol. Falkiewicz przedstawia przypadek z *przymusowym mručeniem w następstwie przebytego nagminnego zapalenia mózgu*. Chory lat 39. przebył śpiączkę w 1918 roku, pierwsze objawy parkinsonizmu wystąpiły w roku 1922—23, a od roku zauważył pogorszenie mowy i połykania (hypokineza mm. języka i polykowych) oraz zaczął ulegać przymusowemu mruczeniu. Ten objaw, który chory uważa za najbardziej dokuczliwy, występuje tak w dzień jak i w nocy, tak, że chory nicraz całą noc spędza bezsennie. Objaw ten zalicza F. do czynności przymusowych i lokalizuje podobnie do czynności przymusowych opisanych w Pol. Gaz. Lek. (Nr. 26. rok 1925, Rothfeld-Falkiewicz) w *neostriatum*.

W literaturze jeden podobny przypadek przymusowego wycia opisuje Benedek. U chorego stosuje się jak dotąd z dobrym wynikiem scopolaminę.

W dyskusji kol. Rothfeld omawia hipotezę o niemożności utrzymania położenia spoczynkowego. Istnieje pewien mechanizm centralny, pozostający w łączności z czuciem obwodowym. Gdy istnieje zaburzenie tego mechanizmu, to występuje niemożność utrzymania położenia spoczynkowego. W stanach *encephalitis* występują pewne przymusowe czynności, do których zaliczyć należy i przymusowe mruczenie. Co się tyczy terapii, to w klinice lwowskiej od dłuższego czasu przy parkinsonizmie stosuje się iniekcje siarki. Wyniki są bardzo dobre, gdyż w 66% dodatnie w tem znaczeniu, że chorzy ci mogą zarobkować, ubierać się i t. d. Leczenie siarką musi być powtarzane.

Kol. Goldszlag zapytuje się, czy przy przymusowym mruczeniu nie byłaby wskazana hipnoza.

Kol. Falkiewicz w odpowiedzi zaznacza, że w lwowskiej klinice hipnozy nie stosowano, czyniono to jednak na innych klinikach. W tym przypadku podawaniem choremu pigulek indyferentnych udawało się niekiedy uspokoić chorego, lecz jedynie na krótki przeciąg czasu.

Kol. Halban zaznacza, że poprzednio wszelkie przymusowe czynności znaliśmy jedynie w neurozach, grupa których w ostatnich czasach coraz bardziej zacieśnia się, gdyż z nich wyosobniły się dąły schorzenia o podłożu anatomicznym. Pierwszym takim schorzeniem, to nagminne zapalenie mózgu, w którym jednak czynności przymusowe nie są tak ciężkie, jak w neurozach. Klinika Kraft-Ebinga starała się zastosować w neurozach hipnozę, za pomocą której otrzymywano jednak tylko czasowe wyniki. Tembardziej w schorzeniach anatomicznych jak *encephalitis* nie możemy spodziewać się pomyślnych wyników trwałych.

3. Kol. Rothfeld przedstawia dwa przypadki *choroby Recklinghausena*. W jednym z nich zwraca uwagę bardzo rozległe zniamię barwikowe, bogato owłosione, zajmujące prawą połowę tułowia mniej więcej od wysokości 5—6 żebra do grzebienia miednicy, ku przodowi i ku tyłowi sięga równo do linii środkowej ciała.

W drugim również typowym przypadku zasługują na uwagę zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym: nystagm gałek ocznych, dolna gałązka nerwu twarzowego po lewej gorsza, zaniki małych mięśni obu rąk (zależne od guzów dość znacznych w łączności z nerwami), niezborność obu kończyn górnych w prawej więcej niż w lewej, astereognozja po prawej, niedowład obu kończyn dolnych z podwyższeniem odruchów i dodatnim objawem Babińskiego, chód spastyczno-ataktyczny, Romberg dodatni, odruchy brzuszne zachowane. Dno oka: *fundus pigmentosus*, zresztą bez zmian, roentgenologiczne badanie czaszki wykazuje: znacznie pogłębione i rozszerzone wgłębienia palcowate i rowki naczyń, szczególnie w środkowej części jamy czaszkowej.

W płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytozy 11/3, Pandy i Nonne +, krzywa ze złotem kolloidowym 1124321, odczyn Wassermanna we krwi i płynie ujemny. Obraz kliniczny świadczy o sprawie rozsianej. Można by myśleć o rozsianem stwardnieniu mózgu i rdzenia, albo o rozsianych guzach, analogicznych jak na skórze. Za tą drugą możliwością przemawia wynik badania roentgenologicznego czaszki wykazujący zwiększony ucisk wśródczaszkowy.

W dyskusji przemawiał kol. Mierzecki.

4. Kol. Janik wygłasza „*O ostrej niedrożności jelit*” (ukazać się w P. G. Lek.).

W dyskusji kol. Ostrowski Tadeusz zaznacza, że należy odróżnić ściśle ostrą niedrożność od przewlekłej. Przy ostrej niedrożności powstają objawy podobne jak przy wstrząsie i przy zatruciu. Rzeczywiście wstrząs wywołany peptonem lub histaminą daje te same objawy, jakie spotykamy przy ostrej niedroż-



ności jelit. W szeregu badań, przeprowadzonych w zakładzie farmakologii przekonał się mówca, że nie treść, nagromadzająca się w kiszkiach, ale głównie zmiany w samym utkaniu kiszki wywoływały objawy ostrej niedrożności jelit; iniekcje wyciągów z pętli kiszki powodowały powyższe zmiany. Dla tego też w tych przypadkach, gdzie nie można doszczętnie wykonać operacji należy zapobiedz wchłanianiu się substancji z części, uległych zmianom.

Co się tyczy sposobu operacji, to decydującym czynnikiem jest stan sił chorego, a nie postać anatomiczna schorzenia. Można wykonać albo 1) colostomię z jednoczesnym podwiązaniem naczyń, albo 2) wycięcie kiszki (gdy stan chorego jest lepszy) albo 3) możemy skręt odkręcić. Podkreśla, że niezależnie od tego, czy to jest skręt spastyczny, czy inna postać niedrożności należy przedewszystkiem liczyć się ze stanem sił chorego.

Przy ostrej niedrożności jelit nie można decydować się na leczenie wewnętrzne. Przy niedrożności spastycznej operuje mówca w znieczuleniu łądźwiowem. Zauważył, że samo znieczulenie łądźwiowe daje często dobry wynik; niekiedy po zastrzyknięciu nowokainy chory oddaje stolec na stole operacyjnym.

Kol. Pišek podkreśla z przemówienia przedmówcy, że niekiedy sama iniekcja nowokainy wystarcza do wyleczenia.

Kol. Stauber podnosi, że w etiologii ostrej niedrożności należy uwzględnić zaccopowanie *art. mesaraicae*.

W odpowiedzi kol. Janik zaznacza, że przy niedrożności spastycznej samo znieczulenie łądźwiowe nie wystarcza, konieczny jest zabieg. Omawia wysokie drenowanie dwunastnicy, stosowane w ostatnich czasach w Ameryce.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

## SPRAWY ZAWODOWE.

Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej. Sprawa L. 24/25. dra Antoniego Kora-Korabiewicza.

### Wyrok.

Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej w pełnym składzie w sprawie odwoławczej, wniesionej przez Rzecznika Dyscyplinarnego d-ra Zofję Garlicką, a także przez zasądzonych dra Antoniego Korab-Korabiewicza od wyroku Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z dnia 13. V. 1925 roku, skazującego dra Antoniego Korab-Korabiewicza na karę „odjęcie prawa wykonywania praktyki lekarskiej na przeciąg 6-ciu miesięcy z obostrzeniem przez ogłoszenie wyroku w Dzienniku Urzędowym z podaniem imienia i nazwiska zasądzonych i zapłacenie 100 złotych kosztów sądowych“ za to, że 1) świadomie popierał i umożliwiał partactwo lekarskie dla zysku osobistego przez a) udzielanie swej firmy osobie nieuprawnionej do wykonywania praktyki lekarskiej, b) przez publiczne podziękowanie z wychwalaniem partactwa, 2) za nieuczciwą i uchybiającą godności stanu lekarskiego reklamę, zebrał się dnia 2 lutego 1926 r. w składzie następującym: Przewodniczący Wydziału III-go Sądu N. I. L. dr. Antoni Śmiechowski, Sędziowie doktorzy: Franciszek Kowalski (sprawozdawca), Władysław Janczewski (Pisarz Sądu N. I. L.), Ludwik Guranowski, Julian Grabowski, Stanisław Hagmajer, Bolesław Jakimiak, Adolf Kozerski, Jan Kołtataj-Szrednicki, Edward Matuszewski, Jan Modrzewski, Ludwik Narkiewicz, Ludomir Nowacki, Eugeniusz Osiański, Stefan Rudzki, Marjan Ryłko, Mikołaj Starkiewicz, Emil Świnarski, Henryk Trenkner, Eugeniusz Wiszniewski, Zofja Wojnowna, Władysław Wrzesniowski, Kazimierz Zieliński, Aleksander Żurkowski, w obecności Rzecznika Prawa d-ra Jana Chmielewskiego i obrońcy z urzędu d-ra Teodora Podczaskiego pod nieobecność d-ra Antoniego Korab-Korabiewicza, który ją umotywował w przysłanym liście choroba, i przeprowadził Rozprawę Główną, a mianowicie: wysłuchał sprawozdania Sędziego Sprawozdawcy, odczytał wyrok Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, odczytał podanie odwoławcze Rzecznika Dyscyplinarnego, odczytał podanie odwoławcze d-ra Korabiewicza, odczytał zeznania w Sądzie I. W. B. p. Borodzieńskiego, odczytał zeznania w Sądzie I. W. B. p. Piastuszkiewicza, odczytał opinię znawcy o broszurze d-ra Korabiewicza, obejrzał dowody rzeczowe, odczytał zaświadczenie adwokata Bobriszczewa Puszkina, wysłuchał Rzecznika Prawa d-ra Chmielewskiego, wysłuchał obrońcę z urzędu d-ra Podczaskiego, i po odbyciu narady na posiedzeniu niejawnym, wydał następujący wyrok: Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej w pełnym składzie wymagana przez artykuł 32 p. 7. regulaminu Sądu Izby Naczelnej większością zmienił wyrok Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na następujący:

Sąd skazuje d-ra Antoniego Korab-Korabiewicza na odjęcie prawa wykonywania praktyki lekarskiej na przeciąg jednego roku z obostrzeniem przez ogłoszenie wyroku w Dzienniku Urzędowym

z podaniem imienia i nazwiska zasądzonych i zapłacenie kosztów sądowych Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w ilości złotych 100 (stu) i kosztów sądowych Sądu N. I. L. w ilości 155 złotych (stu pięćdziesięciu pięciu) za świadome popieranie partactwa lekarskiego i nieuczciwą i uchybiającą godności stanu lekarskiego reklamę.

Wyrok niniejszy winien być przesłany do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) na zasadzie Art. 38. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 roku pozycja 763 o ustroju i zakresie działania izb lekarskich.

Uzasadnienie wyroku: Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej przy tłumaczeniu Art. 2 Ustawy z dnia 2. grudnia 1921 r. (poz. 762) nie znalazł winy d-ra Korabiewicza w tem, że nieprawnie zajmował się praktyką lekarską i dla tego nie zastosował do niego Art. 9. tejże ustawy — odpada więc zastosowanie Art. 39 Ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. (poz. 763), jak tego żąda dr. Korabiewicz, natomiast Sąd uznał d-ra Korabiewicza winnym, tego, że świadomie pozwolił partaczowi korzystać z jego nazwiska dla wykonywania bezprawnych czynności, gdyż był z tym partaczem w stosunku bliskim nie przez kilka chwil, jak lekarze, którzy mu wystawili lekko-myślnie świadectwa, lecz przez szereg miesięcy — miał więc zupełną możność sprawdzenia jego rzeczywistych kwalifikacji. Czy to się działo w gabinecie d-ra Korabiewicza, czy w jego filii przy ul. Freta, dr. Korabiewicz po zawarciu umowy handlowej o podziale zysków pozwolił Borodzińskiemu wykonywać samodzielnie — nawet w czasie swojej nieobecności — takie czynności lekarskie, jak zastrzykiwanie środków silnie działających.

Słusznie Sąd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej uznał działanie d-ra Korabiewicza za świadome popieranie i umożliwianie partactwa lekarskiego dla zysku osobistego.

Reklamowanie broszury popularnej, zawierającej zdaniem rzeczoznawcy wiadomości szkodliwe dla chorego i zohydzające innych kolegów specjalistów zostało słusznie uznane przez Sąd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej za reklamę nieuczciwą i uchybiającą godności stanu lekarskiego.

Oprócz obniżania wartości medycyny naukowej i zaufania do lekarzy w wydanej przez siebie broszurze dr. Korabiewicz popełnia to samo wykroczenie w ogłoszeniu jakoby dziełczynnym pod adresem Piastuszkiewicza — nie lekarza z podaniem jego miejsca zamieszkania, w którym zaznacza, że najznakomitsi lekarze i profesorowie leczyli go bez rezultatu przez lat kilkanaście, a dopiero zastosowany przez Piastuszkiewicza masaż „tybetański“ go wyleczył.

Z tych względów Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej wyrok Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zmienił i podniósł karę odjęcia prawa praktyki lekarskiej z 6-ciu miesięcy do jednego roku, a to na zasadzie Art. 38 Regulaminu Sądu N. I. L. Koszty Sądu zasądzone są na zasadzie Art. 48 Regulaminu Sądu N. I. L. (Monitor Polski Nr. 115/25 poz. 505).

Przewodniczący: (—) Antoni Śmiechowski.

Sędziowie: (21 podpisów).

## Komunikat Izby Lekarskiej we Lwowie.

„Na podstawie uchwały Zarządu Izby zapadłej na posiedzeniu w dniu 15 grudnia 1926, a opartej na wielokrotnym doświadczeniu, Zarząd zwraca uwagę Kolegów aby przy przyjmowaniu posad w Kasach chorych starali się zawsze oprzeć wzajemny stosunek na pisemnej umowie, gdyż w przeciwnym razie w chwili zatargu między lekarzem a Zarządem Kasy akcja Izby jest udaremnioną z powodu braku takiej umowy“.

Prezydjum Izby.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

### Warszawa.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne odbyło w Sali Tow. Naukowego (ul. Śniadeckich 8 parter, II wejście) następujące posiedzenia: Sekcji Wychowania dn. 16. lutego (środa). 1) Odczytanie poprzedniego protokołu 2) Odczyt Stefana Cybulskiego, Generalnego Wizytatora M. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ., „Fenicjanki-tragedja Eurypidesa“ (pierwiastek wychowawczy i etyczny tej tragedji i znaczenie jej dla naszych czasów) 3) Dyskusja 4) Wiadomości bieżące 5) Losowanie broszur. — Sekcji Eugenicznej dn. 23 lutego (środa). 1) Odczytanie poprzedniego protokołu 2) Odczyt Dra Zygmunta Zakrzewskiego „Postulaty opieki społecznej nad niemowlęciami w Polsce“. 3) Dyskusja 4) Wiadomości bieżące 5) Losowanie broszur.



Na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego habilitowali się: z ginekologii i położnictwa Dr. Henryk Beck; z fizjologii Dr. Bolesław Gutowski.

#### Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We czwartek dnia 17. b. m. o godz. 7. nadzwyczajne posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: odczyt Prof. Dr. Jean Turchini p. t. Les phénomènes de fluorescence appliqués aux recherches biologiques (avec démonstrations); Zjawiska fluorescencji w zastosowaniu do badań biologicznych (z demonstracjami).

Obrady zjazdu Kas chorych. 6. II. 1927. obradował w sali Muzeum przemysłowego w Krakowie pierwszy zjazd Kas chorych, zwołany przez okr. związek Kas chorych, w sprawie walki z gruźlicą. W zjeździe wzięło udział 93 delegatów z województwa krakowskiego, śląskiego i kieleckiego, nadto przedstawiciele okręgowych urzędów ubezpieczeń w Warszawie, lekarze naczelni Kas chorych i inni. Imieniem wojewody przybył na zjazd r. Kwiatkowski, imieniem miasta wicepr. Dr. Schneider, z posłów Dr. Bobrowski. Po wyborze prezydium, w skład którego weszli z Warszawy Dr. Bogucki, Paradista i Grodecki, z Krakowa Dr. Stahr, z Zakopanego Kuczewski, z Częstochowy Miłkowski, oraz jako sekretarz Dr. Lubodziecki z Olkusza, wygłosił Dr. Feliks referat: „Wczesne formy gruźlicy, ich rozpoznanie i leczenie“. Następny referat wygłosił Dr. Biernacki na temat: „Społeczna walka z gruźlicą, a kasy chorych“. Nad referatami wywiązała się obszerna dyskusja, poczem uchwalono organizować w kasach ambulatorja-poradnie łącznie z Tow. przeciwigruźliczem; starać się uzyskać dla ubezpieczonych jak największą ilość miejsc szpitalnych i sanatoryjnych dla gruźlicy; skupić wszelkie wysiłki poszczególnych Kas w kierunku rozbudowy sanatoriów i szpitalnictwa, wreszcie tworzyć przy sanatoriach stacje do badania stopnia zdolności do pracy, chorych na gruźlicę. Uczestnicy zjazdu zwiedzili nadto wystawę piśmiennictwa przeciwigruźliczego, urządzoną przez firmę Gebethnera, oraz ruchomą wystawę przeciwigruźliczą urządzoną staraniem okr. związku Kas chorych w Krakowie.

#### Poznań.

Dnia 12 lutego br., w sobotę, (nie w piątek) odbyło się w Klinice Dermatologicznej U. P. przy ul. Szkolnej o godz. 8,15 Nadzwyczajne Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk z następującym porządkiem obrad: 1. Zagajenie. 2. Demonstracje. 3. Referat p. Dra Jakimiaka, delegata dla Wszechrówniańskiego Zjazdu Lekarzy w Warszawie. 4. Dr. Żuralski: Rozpoznanie kiły wrodzonej u noworodka podczas porodu. 5. Dr. Głowiński: Zatrzymanie łożyska w macicy po porodzie normalnym przez 159 godzin. 6. Dr. Czyżak: Przypadek raka dwuogniskowego. 7. Dr. Banaskiewicz: Próba ninhydrinowa Diensta a nasze doświadczenie kliniczne. 8. Dr. Wędkowski: Nasze wyniki leczenia w przypadkach niepłodności. 9. Wolne głosy.

#### Górny Śląsk.

Już przeszło przed rokiem największa tutejsza Kasa chorych czyli t. zw. Spółka bracka, licząca około 100 tys. ubezpieczonych, wymówiła umowy wszystkim swoim dotychczasowym lekarzom, przyczem zastrzegła się, że świeże umowy będą zawierane jedynie z tymi, którzy władają w sposób mniej więcej możliwy językiem polskim w słowie i piśmie. Prasa miejscowa niemiecka wraz z różnymi organizacjami niemieckimi rozpętała z tej racji szaloną walkę przeciw tym zamierzeniom Spółki brackiej, rozpoczęto niebywałą agitację wśród ludu roboczego za utrzymaniem dotychczasowego stanu rzeczy, zwoływano burzliwe wiece i uchwalano protesty przeciw mającemu nastąpić pokrywdzeniu lekarzy Niemców, „do których lud tutejszy ma nieprzerpane przywiązanie i zaufanie“, jednym słowem puszczono w ruch całą maszynę irredenty pruskiej, aby sparaliżować zupełnie słuszną akcję Spółki Brackiej. Kiedy to wszystko spaliło na panewce, lekarze Niemcy przesłali memoriał w tej sprawie (zredagowany, rozumie się, w biurach Volksbundu) do prezydenta Komisji mieszanej na G. Śląsku p. Calondera z prośbą o interwencję i z powołaniem się na jakieś §§ konwencji genewskiej, które jakoby ich chronić miały od nauczenia się języka polskiego.

P. Calonder natomiast nie podzielił tego rodzaju zapatrywań i orzekł, że zupełnie słusznym chory ma prawo żądania od lekarza, aby mógł porozumieć się z nim w języku ojczystym t. j. polskim i dlatego też zadecydował przeprowadzenie egzaminu ze znajomości języka polskiego wśród lekarzy Niemców.

Egzaminy te odbyły się w roku ubiegłym w obecności władz wojewódzkich zdrowia publicznego, administracji Spółki Brackiej i przedstawicieli lekarzy polskich i niemieckich. Część Niemców wogóle do egzaminu nie stanęła (widocznie w formie protestu), ci zaś,

którzy przybyli, za b. małymi wyjątkami wykazali zupełną nieznaną jomość języka polskiego. (A przez 5 lat chyba było dość dużo czasu przyswoić sobie tę trochę potrzebną konwersację polską).

Stało się więc, że od 1 stycznia r. b. lekarze Niemcy, za wyjątkiem lekarzy szpitalnych, którzy jeszcze przebywają na stanowiskach na dawnych warunkach, i tych, którzy egzamin zdali, musieli stanowiska swoje w Spółce Brackiej opuścić.

Ale tem samem nie opuścili oni jeszcze G. Śląska, bo trzeba wiedzieć, że zazwyczaj lekarz tutejszy, jest jeszcze zatrudniony w kilku różnorodnych Kasach chorych, które po większej części znajdują się dotychczas pod ogromnymi wpływami wszechmożnej niemieczyny. I okazało się, że niektóre te Kasy podniosły tym właśnie zredukowanym lekarzom wynagrodzenie dotychczasowe o jakie 25—30%. Jeśli się zważy, że z powodu kryzysu ekonomicznego, nawet tutejsze Kasy chorych, (świetnie administrowane), znajdują się w pewnej opresji, nie trudno odgadnąć, z jakich to właściwie funduszków czerpie się ów „Schmerzengeld“ dla swoich „ucisnionych“ współpracowników.

Lecz znowu stała się bieda, bo Urząd Ubezpieczeń społecznych, który ma pieczę nad temi kasami, korzystając z orzeczeń p. Calondera, wydał przed niedawnym czasem cyrkularz, w którym zabrania Kasom zawierania umów z lekarzami, nie umiejącymi po polsku. Ponieważ jednakowoż zawsze się znajdzie dla niesumienego kontrahenta jakiś modus in rebus, przeto niektóre Kasy zdążyły już pozawierać długoletnie kontrakty ze swoimi współpracownikami..... przed ukazaniem się tego rozporządzenia.

W każdym razie w roku ubiegłym stan posiadania lekarskiego polskiego zwiększył się znacznie i mamy nadzieję, że pójdzie i nadal naprzód w tem samym tempie.

Dla ścisłości trzeba dodać, że całą tą akcją kierował Związek Lekarzy Polaków na G. Śląsku (właściwie pewne energiczne jednostki) i temu to zawdzięczać należy położenie wreszcie kresu tym anormalnym stosunkom, bo jak Spółce Brackiej, tak i innym Kasom mało wogóle na tej całej sprawie zależało.

W tej chwili więc liczymy na G. Śląsku coś przeszło 200 lekarzy, z tych podobno Polaków ma być już większość. W każdym razie nie cierpimy na przerost stanu lekarskiego, jak zresztą cała Polska, wyłączając, rozumie się wielkie ośrodki. Jeśli porównać statystyki nasze choćby z niemiecką, to przekonamy się, że jeszcze daleko w tyle pozostaliśmy za resztą Europy, choć niektórzy sceptycy tutejsi już dzisiaj ronią gorzkie łzy: „co to będzie, co to będzie?“, jeśli „bezrobotni“ koledzy zaczną na G. Śląsk napływać. Niemcy liczą prawie 45 tysięcy lekarzy, co daje 7,10 lekarza na 10 tys. ludności, Polska natomiast posiada niecałe 8 tysięcy, z czego wypadła niespełna 4 lekarzy na tę samą ilość ludności. Dziwnem jest atoli, dlaczego akurat, jak na jednej, tak i drugiej części G. Śląska, pomimo wcale dobrych warunków materialnych, osiadła tak niska ilość lekarzy. W tym czasie, kiedy Berlin liczy prawie 14 lekarzy na 10 tys. ludności, niemiecki G. Śląsk wykazuje najniższą cyfrę, bo ledwo 4,04. Kiedy Warszawa ma prawie ten sam stosunek, co Berlin, to polski G. Śląsk przy ludności przeszło jednomiljonowej, wykazuje jednak mniejszą ilość lekarzy, niż niemiecki, bo coś trochę więcej, niż 2 na 10 tys. ludności. Chyba nie tylko chęć przebywania u „wielkiego ołtarza“, zresztą chęć zupełnie zrozumiała, przeważa tutaj na szali u lekarzy, którym daleko do dobrobytu, musza być oprócz tego jakieś głębsze przyczyny, (według mnie niezupełnie uzasadnione), które powstrzymują normalny przyływ lekarzy na G. Śląsk. Oprócz tego i t. zw. narybek lekarski z G. Śląska jest prawie żaden. Na Wszechnicy Jagiellońskiej od nas najbliższej, studjuje wszystkiego 5 Górnoślazaków, co wypadło po jednym lekarzu na rok, a jeśli nawet policzyć wszystkich ich na uniwersytetach naszych, to jeszcze potrzeba będzie tutaj b. dużego kontyngentu lekarzy, którzyby mogli zapełnić powstałe luki. To jest sprawa zbyt poważna na tutejszym gruncie, aby przejść nad nią ze zupełnym spokojem do porządku dziennego. My musimy dowieść ludowi tutejszemu, że, nie, jak Niemcy mu w głowę wbijają, co jest polskie, to nic warte, a naodwrot, że medycyna polska w niczem nie ustępuje niemieckiej, a lekarz polski pod wielu względami stoi wyżej nawet od niemieckiego. Tylko nie należy się zrażać różniami nie zawsze prawdziwymi opowieściami o stosunkach tutejszych, które tu i tam kursują w świecie lekarskim polskim, a kto chce prawdziwie pracować na nie porostej różniami niwie lekarskiej, znajdzie szerokie pole do działania, i na tej naszej polaci ziemi.

Królewska Huta, w styczniu 1927 r. Dr. A. Sianowski.

#### Redakcja otrzymała.

J. v. Mering. Podrecznik chorób wewnętrznych. T. I. Z. 1. Choroby zakaźne — tłum. Bronisław Handelsman. Wydaw. nauk. „Wiedza“ Warszawa 1927.

Romuald Wierzbicki. Szokalski jako pamiętnikarz i historyk medycyny. Język Szokalskiego. Poznań 1927.