

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 7

WARSZAWA, 31 LIPCA 1924 R.

Rok I

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. KOWSKI).

Patologia i terapia obrzęków w świetle poglądów obecnych.

Podał

Dr. Marcei LANDSBERG (Warszawa), asystent Kliniki.

Jednym z najważniejszych zaburzeń gospodarki wodnej ustroju jest stan obrzękowy, t. j. stan chorobowy, odznaczający się nadmiernym zgromadzeniem się płynu w przestrzeniach międzytkankowych. W ustroju płyn międzytkankowy znajduje się w ilości bardzo nieznacznej, wystarczającej jednak do nadania tkance pewnej sprężystości, turgoru, w stanach zaś patologicznych ilość płynu tego zwiększa się, tkanka pęcznieje, traci na sprężystości, tak, że za łada naciśnięciem obrzękłej tkanki tworzą się charakterystyczne zagłębienia, znikające dopiero po pewnym czasie.

Trzeba zaznaczyć, że mówimy tylko o obrzękach niezapalnego pochodzenia, zapalne bowiem obrzęki, spowodowane są nie tylko przez nadmierną ilość płynów, ale i przez inne czynniki.

Pojęcie o obrzęku ściśle wiąże się ze sprawą przemiany materii międzytkankowej. Należy sobie uprzytomnić, że odżywianie tkanek odbywa się w ten sposób, że rozmaite ciała, służące za pożywienie dla poszczególnych tkanek czy komórek, przesiąkają z krwi poprzez śródbłonek naczyń włosowatych do przestrzeni międzytkankowych. Z drugiej zaś strony w szczelinach tych zbierają się rozmaite odpadki przemiany materii wewnątrztkankowej, oraz swoiste wydzieliny rozmaitych tkanek. Tak więc płyn międzytkankowy, zarówno jak i krew, jest mieszaniną ciał, które wędrują z komórek w stronę krwi, jakoteż substancji odżywczych, dążących do tkanek z krwiobiegu. W stanach prawidłowych płyn międzytkankowy poza składnikami krystaloidowymi (cukier, sole, produkty rozpadu białkowego, gazy), zawiera także i białko, lecz tylko w ilości minimalnej (Rętkowski). W sprawach obrzękowych płyn międzytkankowy zmienia się nie tylko ilościowo, lecz i jakościowo, wykazując mniejszą lub większą domieszkę białka. Zmiany, dotyczące ilości białka w płynach obrzękowych, nie są jednakie, i owa różnorodność chemizmu płynów obrzękowych, wiąże się ściśle z niejednakowym mechanizmem powstawania poszczególnych typów obrzęku.

Klinika rozróżnia już oddawna najrozmaitsze typy obrzęków. Mówimy o obrzękach nerkowych, które klinicznie

nawet różnią się znacznie od obrzęków, t. zw. sercowych. Znamy obrzęki naczyń nerwowych (Quincke), charłaczce, głodowe.

Wspominaliśmy wyżej o płynie międzytkankowym, zaznaczając, że zawiera on jednocześnie ciała, wędrujące z krwi do tkanek, i wydzieliny swoiste i nieswoiste tych tkanek, podążające do naczyń chłonnych, oraz włosowatych żylnych. Otóż, wychodząc z tego założenia, już a priori musimy dopuścić, chociażby tylko schematycznie, 3 typy powstawania obrzęków. Przedewszystkiem możemy mieć do czynienia z wzmogoną przepuszczalnością tętniczek włosowatych, dzięki czemu wzrośnie ilość przesącza z krwi do przestrzeni międzytkankowych. Taki typ tworzenia się obrzęku spostrzegamy np. w stanach naczyń nerwowych, jak np. obrzęki Quinckego. Według Cohnheima, Senatora oraz Volharda, ta wzmogona przepuszczalność naczyń tętniczych włosowatych odgrywa rolę pierwszorzędą w powstawaniu i obrzęków nerkowych, jednakowoż twierdzenie to, aczkolwiek zupełnie możliwie, nie jest doświadczalnie sprawdzone. Ostatnie badania A. Krogha wskazują, co prawda, że kapilary posiadają szczelinki pomiędzy komórkami śródbłonna, które rozwierają się pod wpływem niektórych związków chemicznych, jak histamina lub uretan, lecz stosowałoby się to raczej do patomechanizmu obrzęków li tylko typu Quinckego i może obrzęków nefrytycznych.

Daleko ważniejszą rolę, aniżeli wzmogone przesączenie płynu ze krwi, odgrywają w sprawie nadmiernego zbierania się płynów międzytkankowych upośledzenie wchłaniania tego płynu do naczyń chłonnych, oraz do żyłek włosowatych. W stanach niedomogi serca, kiedy wskutek osłabienia prądu tętniczego maleje również *vis a tergo*, pędząca krew żylną do serca, żyłki włosowate są przepełnione krwią i wskutek tego nie wchłaniają utworzonego płynu międzytkankowego. Płyn ten zbiera się ustawicznie i wreszcie oślepiera tkanki, uciskając i na naczynia chłonne, co pogarsza jeszcze bardziej ów stan rzeczy. Wszystkie czynniki, powodujące osłabienie prądu krwi w żyłach, doprowadzają wskutek tego do obrzęku.

Podczas kiedy w omawianych sprawach naczyń nerwowych mieliśmy do czynienia z obrzękiem czynnym, nazwiemy drugi typ powstawania obrzęków, typem biernym, żylnym. Nie wszystkie jednak sprawy obrzękowe dają się rozsegregować w ten sposób. Badania lat ostatnich, że wspomnę tylko nazwiska Achara, Widala, Straussa, Koranyiego, M. H. Fischera, Eppingera, Mayer-Schaeffera i wielu innych, każą przypuszczać, że, oprócz wspomnianych tutaj 2 czynników, wchodzi w rachubę i inne, zatrzymujące nadmierne ilości płynów w szczelinach międzytkankowych. Początkowo przypuszczano, że w obrzękach nerkowych płyny pozostają w ustroju dlatego, że schorzała nerka nie przepuszcza soli kuchennej; sól

ta pozostaje w tkankach i, dzięki swej wodochłonności, zatrzymuje wielkie ilości wody, nie oddając jej naczyniom. Późniejsze badania wykazały jednak, że nie tylko schorzenie nerki, jako takiej, prowadzi do chloro— oraz hydrotencji, że w szeregu spraw chorobowych, jak obrzęki charłaczne oraz głodo-we, żadnych zmian chorobowych w nerkach nie stwierdzono. Wykazano, że i nawet w obrzękach nerkowych, poza samym niewydziałaniem prawidłowej liczby chloroków przez nerki, istnieje jeszcze cały szereg czynników, powodujących zmiany nie tylko ilościowe, lecz i jakościowe w płynach obrzękowych. Według tego poglądu, któremu hołdują np. A m b a r d, A c h a r d i E p p i n g e r, retencja soli oraz wody jest tylko sprawą wtórną, rolę zaś pierwszorzędną w procesie powstawania pewnego typu obrzęków odgrywa jakościowo zmieniony płyn międzytkankowy. Wbrew poglądom V o l h a r d a jest rzeczą mało prawdopodobną, aby owe jakościowe zmiany wywołane były tylko przez nieprawidłowo przebiegające przesączenie płynu z naczyń krwionośnych do tkanek, daleka prawdopodobniejszy wydaje nam się pogląd tych autorów, którzy twierdzą, iż przyczyną retencji „słonej wody“ w szczerelinach międzytkankowych ustroju jest zaburzenie w chemizmie soków, wydzielanych przez schorzałe tkanki do przestrzeni międzykomórkowych. Fakt istnienia tych czynników pozanerkowych w powstawaniu „nerkowych“ nawet obrzęków nie był do niedawna dowiedziony. Zdaniem naszym, badaniom naszym, przeprowadzone w klinice Prof. R z ę t k o w s k i e g o wspólnie z p. dr. J o c h w e d s e m nad zawartością soli kuchennej w ślinie w stanach hydrotencji, wyjaśniły dostatecznie, iż retencja soli kuchennej w ustroju jest nie tylko zależna od zaburzeń w wydzielaniu jej przez nerki, i że jest ona spowodowana raczej przez aktywne zatrzymywanie jej przez płyny i tkanki ustroju. Dlatego też, zdaniem naszym, stwierdzenie zmniejszenia się ilości NaCl w ślinie jest poniekąd dowodem istnienia 3-go typu obrzęków, mianowicie typu, który nazwiemy t k a n k o w y m.

W jakiż to sposób można wytlómaczyć sobie ów wpływ zmienionego chemizmu wydzielin tkankowych na mechanizm powstawania obrzęków?

Jak już wspominaliśmy, prawidłowy płyn międzytkankowy zawiera tylko bardzo nieznaczne ilości białka. Według poglądów E p p i n g e r a, kiedy działalność proteolityczna tkanek ulega osłabieniu, komórki zamiast końcowych produktów rozpadu białkowego typu peptonów lub kwasów aminowych, wyrzucają do przestrzeni międzytkankowych większą ilość niezdezintegrowanego białka. Białko to, jako koloid,— wiąże, dzięki swej peźliwości, większe ilości wody, i ponieważ właśnie, jako ciało koloidalne, nietatwo przedostaje się poprzez błonę naczyń do krwiobiegu, pozostaje in loco. Białko to (badania własne), a może i kompleksy białkowatuszczowate (M a y e r - S c h a e f f e r) w celach hydratacyjnych wiąże większe ilości soli. W ten sposób ani wzmożony dopływ wody, ani zwiększona retencja samej tylko soli nie może wywołać obrzęku, o ile tkanki lub płyny ustroju nie zawierają ciał wiążących pożądliwie ową „słoną wodę“ (A c h a r d).

Z wyżej wspomnianego wynika, iż podobny sposób powstawania obrzęków spotykamy w obrzękach typu trzęcigo, tkankowego. Typ ten jest charakterystyczny dla t. zw. nefroz, obrzęków głodowych, charłacznych oraz hypotyreo-tycznych. W obrzękach nefrytycznych wchodzi w grę, być może, oprócz czynników tkankowych, również i sprawy wzmożonej przepuszczalności tętniczek włosowatych, wskutek jednoczesnego ich schorzenia z aparatem kłębuszkowym nerek (V o l h a r d).

Widzimy więc, że w niektórych stanach obrzękowych nagromadzenie się płynu międzytkankowego może być spowodowane nie tylko przez jeden ze wspomnianych przez nas czynników. Tak np. w sprawach sercowych obrzęk pierwotny jest bezsprzecznie wywołany przez czynniki typu „biernego“. Po pewnym czasie, kiedy stan chorobowy doprowadza do charłactwa, w rachubę wchodzi również i zmieniona, osłabiona proteoliza tkanek (jak i we wszystkich stanach charłacznych), t. j. występuje tutaj typ, nazwany przez nas tkankowym. Wspominaliśmy, że typ pierwszy, czynny, poza stanami naczyniowonerwowymi odgrywa pewną rolę w obrzękach nefrytycznych, podczas kiedy w nefrozach mamy tylko do czynienia z typem tkankowym. Jakież to tkanki i jakie płyny zatrzymują największe ilości wody? Z badań E p p i n g e r a, L e w a i ostatnio P i c k a wiemy, że i wątroba odgrywa tutaj rolę

bardzo znaczną. Co się tyczy substancji, które ową słoną wodę wiążą, to, jakeśmy się starali udowodnić w naszej pracy o patogenezie obrzęków, wchodzi tu w rachubę przede wszystkim globuliny, które, jak to wykazały badania nasze, K o l l e r t a, S t a r l i n g e r a i R u s z n y a k a, występują w stanach tych we krwi w ilości, nadmiernie wzmożonej.

Co się tyczy kliniki stanów obrzękowych, to typ pierwszy odgrywa tutaj stosunkowo niewielką rolę. Obrzęki naczyniowonerwowe, jak np. obrzęk zapalny (do tego typu zalicza V o l h a r d obrzęk nefrytyczny), obrzęk Q u i n c k e g o, są tak charakterystyczne, że trudno je wziąć za obrzęki innego pochodzenia. Leczenie tych stanów powinno polegać na usunięciu przyczyn owej wzmożonej przepuszczalności kapilarów lub też na „uszczupieniu“ chorobowo zwiększonych szparek w śródbłonku przez podawanie dużych ilości wapnia, w postaci CaCl, w roztworze 10% (3 łyżki stołowe dziennie) lub też Ca lact. kilka razy dziennie po jednym gramie.

W leczeniu obrzęków pochodzenia sercowego wchodzi przede wszystkim w rachubę te czynniki, które usuwają za- stoine żylną, t. j. wzmagają i regulują działalność serca. Jednocześnie z tonizowaniem serca przez odpowiednie dawki napa- rstnicy czy strofantu, należy zastosować wszystkie te za- biegi, które mechanicznie usuwają obrzęki. Zbiorowiską płynu w opłucnie, w jamie brzusznej, w osierdziu, bardzo wielkie anasarca dolnych kończyn powinny być usunięte przez nakłucie, względnie zastosowanie sączków. Upust krwi, który może być zastosowany w dość szerokim zakresie, zmniejszając napełnienie naczyń, powoduje przez to odpływ płynu obrzękowego z tkanek do krwiobiegu. Wytwarza się hydremja, która działa tutaj jako jeden z potężniejszych środków moczopędnych. Co do ilości wypuszczanej krwi, to, zdaniem naszym, wystarcza upust 200 do 300 cm. sz. jest do tego celu zupełnie wystarczający.

Niemniej ważnym czynnikiem, jak leki i zabiegi mecha- niczne, jest tutaj odpowiednie zastosowanie diety. Ograniczamy wodę, redukujemy a d m i n i m u m sól kuchenną, przez za- stosowanie 2-dniowego postu (V o l h a r d), czy też K a r e l - l o w s k i e j diety mlecznej wygładzamy niejako ustrój, co również odwadnia ustrój. To zbawienne nieraz działanie od- wadniające K a r e l l o w s k i e j diety mlecznej, kartoflanej R o s e n f e l d a, owocowej, lub czysto wodnej (V o l h a r d), da się wytlómaczyć przez wzmożoną diurezę, którą spostrze- gamy również w pierwszych kilku dniach głodzenia u głodo- morów. W późniejszym okresie głodzenia występuje sprawa wręcz odwrotna, mianowicie uwodnienie ustroju, i dlatego, aby uniknąć wręcz przeciwnych skutków, dietę głodową sto- sujemy nie dłużej, niż 3—4 dni. O ile po upływie tego czasu zastosowana dieta nie sprowadza spodziewanej diurezy, na- leży zmienić ją w kierunku wzbogacenia jej w białka i węglo- wodany. Jednocześnie z zastosowaniem jednej z tych półgłodo- wych diet wskazane jest (w celu szybszego odwodnienia ustro- ju) podawanie środków moczopędnych, na których czele znaj- dują się połączenia ksantynowe, a więc diuretyna, teobromina, teocyna i eufillina. Najczęściej jest używana diuretyna, jako związek, najłatwiej rozpuszczający się w wodzie, jednakże jest ona podawana przeważnie w zbyt małych dawkach. Diu- retyna w obrzękach sercowych powinna być podawana (łącznie z preparatami grupy napa- rstnicy) w ilości 3—4 g. dzien- nie. O ile po 3—4 dniach nie odnosi to skutku, należy przez jakiś czas przeczekać i znowu zastosować te same dawki diu- retyny. Teobromina powinna być podawana po 0,3 trzy razy dziennie. W tych przypadkach, kiedy doustne podawanie tych środków nie jest dobrze znoszone (wymioty, bóle w żołądku lub w okolicy wątroby), najlepiej skutkują czopki po 0,4 eu- filliny (2 razy dziennie). Z przyczyn niewyjaśnionych spoty- kamy się często z obrzękami, które ustępują pod wpływem jed- nego z tych środków, zachowując się opornie względem drugich. O ile jednakże, pomimo wypróbowania wszystkich tych środ- ków, diureza nie występuje, jak to widzimy w zastarzałych obrzękach, należy spróbować podawania rozpuszczalnych soli rtęciowych. Wchodzi tu w rachubę: kalomel oraz novasurol. Kalomel stosujemy 3 razy dziennie po 0,1 oraz z 0,01 opium przez 3 dni. Co się tyczy novasurolu, to związek ten, zawie- rający około 34% rtęci, jest jednym z najpotężniejszych i naj- szybciej działających środków moczopędnych. Wada novasu- rolu polega na tem, że działanie jego jest przemijające, i czę- stokroć po 5—6 zastrzyku, ustrój przestaje nań reagować. Novasurol podajemy dożylnie lub domięśniowo w ilości 1—2 cm. sz. 10% roztworu raz albo i dwa razy dziennie, zrana i wie-

czorem. Stosowanie preparatów rtęciowych jest stanowczo przeciwwskazane w zapaleniu nerek, co się zaś dotyczy obrzęków nefrytycznych, to novasurol może być stosowany bezkarnie i nieraz z wielkim pożytkiem dla chorego.

Obrzęki nerkowe, jako zależące od cierpienia nerek i, jak wyżej wspominaliśmy, wynikające przewaźnie wskutek zmian w chemizmie płynu międzytkankowego, są o wiele trudniej dostępne dla leczenia, aniżeli obrzęki typu sercowego. I tutaj odżywianie odgrywa dominującą rolę. Djeta powinna być sucha, bezsolna, obfitująca w węglowodany, a uboga w tłuszcz (Noorden) i białka. Zresztą, co do tych ostatnich, to spierają się ciągle jeszcze poglądy stronników bezbiałkowej diety z poglądami tych autorów, którzy ograniczają białka tylko w przypadkach azotemji, w stanach zaś nefretycznych podają nawet wielkie ilości białka (Epsstein). Zdaniem naszym dieta bezbiałkowa (a więc i bez mleka) może być zalecana tylko na przeciąg kilku dni w postaci owocowo-jarzynowej lub kartoflanej; dłuższe zaś stosowanie takiej diety może w pewnych przypadkach wywołać wręcz przeciwny efekt, powodując w osłabionym przez zasadniczą chorobę ustroju, dalsze wyniszczenie, a przez to dalszą retencję wody. Dlatego też w obrzękach nefrotycznych (bez azotemji) białko nie powinno być usunięte z diety, szczególnie zaś, kiedy obrzęki trwają przez czas dłuższy. Mówiąc o białku nie identyfikujemy go z mięsem, gdyż doświadczenie, wykazuje, że mięso, t. j. białko zwierzęce, wpływa ujemnie na pracę nerek. Dlatego też w obrzękach nefrotycznych, należy raczej podawać białko roślinne (groch, pszenica, orzechy zawierają spore ilości białka) oraz mleko i jaja. Co się dotyczy leków, to rolę pierwszorzędą odgrywają tutaj preparaty ksantynowe, stosowane tak samo, jak i w obrzękach pochodzenia sercowego. Podawanie ich powinno być energiczne i krótkotrwałe.

Opierając się na spostrzeżeniu, że wypicie litra wody w celach próby wodnej powoduje czasem diurezę, Volhard stosuje w przypadkach uporczywych obrzęków nerkowych t. zw. Wasserstoss, t. j. podaje naraz 1 litr lekkiej słodzonej herbaty. Rzeczywiście, że czasami, po takim, prawie że heroicznym zabiegu, obrzęki zaczynają zniknąć, czasami jednakże, jak to się stało w jednym z naszych przypadków, ta próba wodna fatalnie pogarsza stan zdrowia chorego. Mało praktyczna jest również rada Volharda, co do podawania większych ilości mocznika, jako środka moczopędnego: spożycie białkowej potrawy jest daleko smaczniejsze i tańsze i ten sam wywołuje efekt.

W niektórych przypadkach obrzęków nefrotycznych kiedy zawołał preparaty purynowe, a nie może być stosowany novasurol, doskonałe wyniki daje stosowanie tyreoidyny (Eppinger) w ilości 0,1 such. subst. 3 razy dziennie. W jednym

przypadku ciężkiej nefrozy, kiedy już nawet novasurol nie działał, 2-tygodniowe leczenie tyreoidyną Mercka usunęło zupełnie obrzęki, i chory stracił na wadze 33 K.

Naturalnie, tyreoidyny nie można uważać za diureticum par excellence, jednakże w niektórych przypadkach nefroz oraz obrzęków niewiadomego pochodzenia (Eppingera „tak zwane“ zwyrodnienie mięśnia sercowego), w obrzękach hypotyretycznych tyreoidyna jest jedynym skutecznym środkiem moczopędnym.

Według Eppingera tyreoidyna działa w ten sposób, że przyspieszając rozpad własnego, ustrojowego białka, powoduje również i wzmożoną proteolizę białka płynów międzytkankowych. Zamiast pęczliwych koloidów zjawiają się w płynie międzytkankowym związki krystaloidowe typu peptonów i aminokwasów. Przedostają się one z łatwością do krwiobiegu, dzięki osmotycznemu ciśnieniu pociągają za sobą wodę i sole, oddając je nerkom. Jak wykazał Hildebrand, nie tylko sucha substancja tarczycy (tyreoidyna), ale i tyroksyna, która według Kendall'a jest istotą czynną tego gruczołu, już w dawkach miligramowych działa wybitnie moczopędnie. Szczególnie dobre wyniki leczenia tyreoidyną otrzymujemy w obrzękach pochodzenia hypotyretycznego (Hypothyreoidie genigne (Hertoghe). Przeciwwskazaniem do stosowania tyreoidyny jest niedomoga serca oraz występujące podczas leczenia tyreoidyną biegunki.

Mówiąc o leczeniu stanów obrzękowych, wskazywaliśmy tylko te środki, które działały moczopędnie, t. j. usuwają nadmiar płynów ustrojowych przez nerki. Ów efekt diuretyczny jest wynikiem zadziałania wszystkich tych leków bądź wprost na nerki (preparaty purynowe), bądź też na czynniki tkankowe (novasurol, tyreoidyna). W lecznictwie stanów obrzękowych posługujemy się i innymi sposobami wydalania płynów z ustroju, mianowicie przez gruczoły potowe (kąpiele gorące, koce, pilokarpina) oraz przez kiszki (drastica). Naturalnie obadwa te sposoby leczenia nie odgrywają roli pierwszorzędnej w sprawie usuwania obrzęków, jednakże nie powinniśmy zapominać o tem, że przez gruczoły potowe i przez kiszki ustroj może wydzielić znaczne ilości „słonej wody“ i mocznika.

Jak wynika z wyżej wspomnianego, leczenie obrzęków powinno i musi być uzależnione od przyczyny samego obrzęku, i dlatego różnicznania trzech typów patogenety stanów obrzękowych, mianowicie: 1) obrzęków czynnych, polegających na nadmiernej przepuszczalności tętniczek włosowatych, 2) biernych, spowodowanych przez zastoinę żylną, i 3) tkankowych, wywołanych przez zmieniony chemizm płynu międzytkankowego, oprócz wartości teoretycznej, posiada, zdaniem naszym, i pewne znaczenie kliniczne.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Doc. Dr. St. KLEJN).

Metodyka, wyniki i znaczenie kliniczne badań chemiczno - morfologicznych zawartości dwunastnicy.

Podali

Dr. S. FRANK (Warszawa) i Dr. M. SZOUR (Warszawa).

Hospitant oddziału.

Asystent oddziału.

I. (FRANK). Jeszcze niedawne są te czasy, kiedy prawie każdy przypadek schorzenia wątroby lub trzustki przedstawiał dla rozpoznania różniczkowego trudności wprost nie do zwalczania, — obecnie, dzięki zgłębnikowi dwunastniczemu i rozwojowi metod badania czynności tych narządów, mamy możliwość wejrzeć w głąb spraw chorobowych, wątroby i trzustki, a, co za tem idzie, zastosowania odpowiedniego leczenia. Co prawda, należy zgodzić się z Matthesem, iż jesteśmy dopiero na wstępie do rozpoznawania skomplikowanej czynności wątroby, i powinniśmy bardzo ostrożnie wycią-

gać wnioski co do schorzenia wątroby li tylko z czynnościowego jej badania; jednakże to, co uczyniono, stanowi duży postęp w porównaniu z niedawną przeszłością. U nas, co prawda, zgłębnikowanie dwunastnicy wykonywali Skłodowski, Róbin i Przywieczerski oraz Landau i Rzańnicki, ale bez wyraźnych wyników praktycznych. Na iale zaczęliśmy stosować zgłębnik dwunastniczy w roku 1919 i od owego czasu znajduje on tam bardzo częste zastosowanie. Każdy chory ze schorzeniem wątroby lub trzustki bywa badany za pomocą zgłębnika dwunastniczego. Dla porównania wykonywa się ten zabieg i u wielu innych chorych. Nadmienić należy, iż dotychczas ani u jednego chorego nie obserwowaliśmy pogorszenia się stanu zdrowia lub jakiegokolwiek powikłania w następstwie zgłębnikowania dwunastnicy, jak również nie było chorego, któremu nie byłoby w stanie założyć zgłębnika. O wynikach, otrzymanych u chorych w ciągu dwóch lat, zakomunikuje kolega Szour, my tu zastanowimy się wyłącznie nad techniką zabiegu i jego wartością kliniczną.

O technice wprowadzenia zgłębnika da się powiedzieć, co następuje: naczno chory polyka oliwkę metalową zgłębnika, wyjąłowanego przez gotowanie lub przechowywanego w 1 % roztworze lizofornu, poczem zgłębnik posuwa się dalej dzięki ciężarowi oliwki. Po dojściu zgłębnika do 45 cm, kładziemy chorego na prawy bok z nieco uniesionym poślad-

kiem. Stopniowo połyka on zgłębnik do 70 cm., wówczas oliwka przypuszczalnie osiągnęła odźwiernik. Po 10—15 minutach chory może położyć się nawznak i dalej połykać zgłębnik do 80 cm., wtedy to ze zgłębnika wypływać poczyna alkaliczna treść dwunastnicy, zmieszana z żółcią. Czas przejścia oliwki zgłębnika do dwunastnicy bardzo często przedłuża się znacznie, zależne jest to od stopnia kwasoty treści żołądkowej, od ruchów robaczkowych żołądka, od jego opuszczenia i wreszcie od skurczu odźwiernika lub jego zwężenia. W razie nadkwaśności żołądka posługujemy się roztworem węgla sodowego, poczem następuje rozkurcz odźwiernika, i oliwka przedostaje się do dwunastnicy. Dość często za pomocą podawania choremu węgla sodowego nie udawało się otrzymać treści dwunastnicy, posługiwaliśmy się wówczas farydyzacją okolicy odźwiernika, lecz wynik nie zawsze osiągaliliśmy dodatni. Aby uniknąć „wędrawania“ oliwki w żołądku i aby ułatwić choremu połykanie zgłębnika, Bondi i Eisler stosują zgłębnik z metalową przetyczką (mandrynem) — drutem grubości 0,8 mm. i 90 cm. długości. Zgłębnik wprowadza się choremu, jak żołądkowy — mandryn elastyczny z końcem guzikowatym znajduje się w zgłębniku i nie może zrobić choremu żadnej szkody. Dalej autorzy proponują kierować zgłębnik ku dwunastnicy pod kontrolą ekranu Roentgenowskiego, przyczem, uciskając żołądek z zewnątrz, udaje się wprowadzić zgłębnik do dwunastnicy w ciągu kilku minut.

Dzięki uprzejmości kolegi Mesza udawało się nam kilkakrotnie wprowadzić tym sposobem zgłębnik do dwunastnicy. Jedyną ujemną stroną tego zabiegu, nie notowaną przez wynalazców, jest to, iż przy wyciąganiu mandrynu ze zgłębnika, wówczas, gdy oliwka znajduje się w dwunastnicy, guzikowaty koniec drutu pociąga za sobą również i oliwkę z powrotem do żołądka.

Bársony i Egan z Budapesztu wprowadzają podwójny zgłębnik, składający się z dwóch równoległych ze sobą połączonych zwykłych zgłębników dwunastniczych, jeden z nich, dłuższy, przeznaczony jest dla dwunastnicy ze zwykłą oliwką, drugi krótszy o 15 cm. kończy się otworem, który pozostaje w żołądku wówczas, gdy dłuższy znajduje się w dwunastnicy. Za pomocą tego zgłębnika udało się nam bardzo łatwo otrzymywać oddzielnie treść żołądka i dwunastnicy.

Zaproponowany przez Seidla zgłębnik zupełnie bez oliwki, lecz z otworami na końcu nie dał u nas na oddziaływanie dodatnich rezultatów, gdyż częstokroć zgłębnik skręcał się w żołądku i nie przedostawał się do dwunastnicy.

Zwykle po przedstawianiu się oliwki do dwunastnicy wypływa pierwsza porcja żółci, jasna, „wątrobowa“. Większość amerykańskich autorów, a ostatnio Stepp i Düttman oraz Pribram twierdzą, iż po zastrzyknięciu do dwunastnicy przez zgłębnik ciepłego roztworu 5—10% Witte-peptonu w ilości 20—30 cm.³ następuje skurcz pęcherzyka żółciowego, i ze zgłębnika wypływa gęsta ciemniejsza żółć — „pęcherzykowa“. Taki sam skurcz pęcherzyka wywołuje podług Lyonsa roztwór siarczanu magnezu 25%, siarczanu sodu oraz woda kalsbadzka (Stepp). W naszych przypadkach używaliśmy ze względów oszczędnościowych rzadziej peptonu, częściej siarczanu magnezu, przyczem w bardzo wielu przypadkach otrzymaliśmy również ciemniejszą żółć — „pęcherzykową“. Odgrywają tu dużą rolę zrosty zapełnione pęcherzyka, co w niektórych przypadkach potwierdził zabieg chirurgiczny (Rutkowski). W niektórych naszych przypadkach otrzymaliśmy jednak drugą porcję żółci jaśniejszą od pierwszej. Niektórzy autorzy kwestjonowali pęcherzykowe pochodzenie drugiej porcji żółci, badania jednak Pribrama oraz u nas Rutkowskiego sprawę tę ostatecznie rozstrzygnęły w sensie dodatnim. Wydzielanie się żółci z pęcherzyka żółciowego po wprowadzeniu do dwunastnicy roztworu peptonu zależne jest od skurczu mięśni pęcherzyka oraz przewodu pęcherzykowego i żółciowego wspólnego. Otrzymanie ciemniejszej żółci pęcherzykowej po zastrzyknięciu peptonu przemawia, zdaniem powyższych autorów, za zdrowym pęcherzykiem. Stepp stwierdził, iż wprowadzenie oliwy do dwunastnicy wywiera zwalniający wpływ na skurcz zwieracza Oddi i powoduje również wydzielanie się ciemnej żółci. Prócz wprowadzenia oliwy przez zgłębnik celem wpłynięcia na otrzymanie żółci przez usunięcie spastycznego stanu w drogach żółciowych, należy próbować jeszcze gorącymi okładami na wątrobę podziałać na owe skurcze (Westphal). Bardzo często te wszystkie

zabiegi zawodzą: otrzymujemy alkaliczną treść dwunastnicy bez żółci. Należy przypuszczać, iż mamy wówczas do czynienia z zarosnięciem przewodu żółciowego wspólnego lub z jego zatkaniem przez kamień. Nadmienić należy, iż iniekcje atropiny, papaweryny, skopolaminy lub nowokainy pozostają bez wpływu na powyższy stan spastyczny w drogach żółciowych. Umber posługuje się przepłukiwaniem dwunastnicy siarczanem magnezu, jako środkiem, powodującym odpływ żółci do jelita; zaleca on owe przepłukiwanie stosować zwłaszcza w żółtaczce nieżytowej i zapalnych stanach pęcherzyka. Umber stanowczo nie zalicza oliwy do środków żółciopędnych, natomiast uważa jako takie salicylan sodu, salol, bęźdzwinian sodu, saliforminę, wreszcie cukier gronowy. Również sole kwasów żółciowych, podawane per os mają przedostawać się z jelit do wątroby przez żyłę wrotną i tu wpływać pobudzająco na czynność wydzielniczą wątroby.

II. (SZOUR). Metodą, wyżej wyłożoną, wykonywamy na oddziale, poczynawszy od 1922 roku, systematyczne badania zawartości dwunastnicy w rozmaitych stanach chorobowych, specjalnie wątroby. Uwagę naszą skierowaliśmy głównie na zmiany chemiczno-morfologiczne w zawartości dwunastnicy. Badania powyższe przeprowadzaliśmy w przeszło 100 przypadkach. Na pracę niniejszą składa się 60 przypadków, zbadanych przeważnie niejednokrotnie.

Należy przede wszystkim zdać sobie sprawę z tego, że zawartość dwunastnicy jest mieszaniną różnych wydzielin: soku żołądkowego, kiszkowego, trzustkowego, żółci i t. d. Z tego powodu trudno jest niekiedy ustalić, na karb jakiego narządu należy złożyć zmiany patologiczne w zawartości dwunastnicy. Jedynie dłuższe studjum normalnej zawartości dwunastnicy, obserwacja kliniczna, niektóre akty przygotowane do badania pozwoliły nam w wielu przypadkach zmiany patologiczne w zawartości dwunastnicy odnieść do jednej wydzielin. Najczęściej to dotyczyło żółci, której studjum poświęciliśmy najwięcej pracy; badania też żółci przyniosły nam najwięcej wyników praktycznych.

Normalna żółć jest również mieszaniną wydzielin: komórek wątrobowych, gruczołów dróg żółciowych i błony śluzowej pęcherzyka żółciowego. Do stałych części składowych żółci należą: sole kwasów żółciowych, barwniki żółciowe, zaczyn, lecytyna, cholestearyna, tłuszcze obojętne, kwasy eterowo-siarczane, ślady podwójnych kwasów glukoronowych, chlorki, wapień, magnezja i żelazo fosforanowe; napotyka się ślady miedzi. Prócz tego żółć zawiera stosunkowo niewiele czystej mucyny; śluzowy jej charakter zależny jest jednak przeważnie od nukleo-albuminy o cechach bliskich do mucyny. Podług Wahlgrena żółć pęcherzykowa mucyny nie zawiera, tylko nukleo-albuminę. Mucyna zaś żółciowa pochodzi z dróg żółciowych.

Z wyliczenia części składowych żółci wynika więc, że normalnie żółć białka surowiczego nie zawiera. Lepehne, badając zawartość dwunastnicy, znajdował jednakże zawsze białko surowicze, aczkolwiek często tylko ślady. Metoda Brauera, którą się posługiwał on przy wykrywaniu białka, jest jednak błędna, gdyż przy tej próbie może również wypadać nukleo-albumina, — jedynie mucyna zostaje w roztworze.

Należało więc szukać innej metody. Na jej potrzebę wskazywał nam już zresztą dawniej Doc. Klejn. Wobec jednak zjawienia się pracy Rauego, który postawił sobie za cel zupełne usunięcie z żółci przed badaniem na białko mucyny, nukleo - albuminy, kwasów i barwników żółciowych, poczęliśmy się posługiwać jego metodą. Raue polecił sposób następujący: do pewnej ilości zawartości dwunastnicy dodaje się podwójnej ilości 3% kwasu octowego i tak długo się wiruje, aż osad, który się składa z mucyny, nukleo-albuminy, kwasów i barwników żółciowych (2 ostatnie części składowe wypadają w żółci, gdyż stale zawiera ona nieco NaCl, niezbędnej do osadzenia powyższych substancji), już więcej nie zwiększa się w swojej objętości. Do 2-ch części przesącza dodaje się w rurce Nissla jedną część odczynnika Esbacha i mocno się wiruje. Kreska rurki Nissla, do której dochodzi osad, oznacza ilościowo białko surowicze w zawartości dwunastnicy.

Mysmy wykrywali białko sposobem Rauego, z tą różnicą, żeśmy w przesączu określali białko ilościowo próbą Roberts-Stolnikowa lub za pomocą odczynnika Esbacha w odpowiednich próbkach jego imienia. Czynie-

liśmy to dlatego, aby określenie białka w żółci nie wymagało specjalnych naczyń i było przystępne, na wzór moczu, dla najmniejszego laboratorjum.

Z badań większości dotychczasowych autorów wynika, że znaczna albuminochołja — białkożółć — wykrywa się w przypadkach zapalenia dróg żółciowych lub pęcherzyka żółciowego i żółtaczki wczesnej kiłowej, natomiast brak wyraźnego białka w żółci w żółtaczce nieżytowej, salwarsanowej i kamicy żółciowej (Strisower, Lepehne i inni). Według Rauego sprawa się ma w sposób następujący. We wszystkich okresach żółtaczki nieżytowej stwierdza się znaczną białkożółć, co znajduje się w sprzeczności z badaniami Lepehne i Streisowera. Znaczne ilości białka wykrywa się w ropieniach pęcherzyka żółciowego, jakoteż w żółtaczce salwarsanowej. W kamicy żółciowej odczyn białkowy bywa mocno dodatni. W tych jednak przypadkach stwierdził Raue bakterjocholję. Słabo — dodatnia próba białkowa występuje w przypadkach wątroby zastoinowej, przerzutów raka w wątrobie, niedokrwistości żołądowej, alkoholizmu i t. d. Szczególnie podkreśla Raue wślad za Delech'em różnicę między marskością wątroby a jej zastoiną. W marskości wątroby odczyn białkowy zawsze jest ujemny, w zastoinie — dodatni.

Jeżeli przypomnimy sobie, jak trudno jest niekiedy nawet po dłuższej obserwacji klinicznej postawić rozpoznanie w przypadkach powiększenia wątroby z puchliną brzusznią i objawami pewnej niedomogi serca (pierwotnej czy wtórnej), różnica taka byłaby bardzo ważna i przedstawiałaby wielki krok naprzód w rozpoznawaniu.

Te oto sprzeczności w pracach różnych, co prawda, nielicznych autorów, szczególnie zaś nęcące perspektywy różniczkowania marskiej wątroby od zastoinowej, skłoniły nas do zwrócenia bacznego uwagi na białkożółć w naszych przypadkach.

Określaliśmy białko sposobem, wyżej podanym, oddzielnie w 1-ej porcji zawartości dwunastnicy i w 2-ej po zastrzyku 30% siarczanu magnezu, lub 5% peptonu, prze-ważnie siarczanu magnezu. Przedewszystkiem stwierdzić musimy, że białko znajdowaliśmy nie we wszystkich przypadkach. Na 60% przypadków znaleźliśmy je 19 razy (32%). Zawartość białka wahała się od 0,03% do 2%, co wobec rozcieńczenia trzykrotnego żółci kwasem octowym da 0,09% do 6%. Mniejsze ilości — 0,03% i 0,06%, nie dające się określić sposobem Roberts-Stolnikowa w rozcieńczonej trzykrotnie żółci przy dodatniej próbie Esbacha lub za pomocą gotowania przesącza żółci po zadanu jej 3% kwasem octowym — oznaczaliśmy, jako ślady białka.

Jeżeli rozejrzemy się w naszych przypadkach z dodatnią białkożółcią, to się okaże, że występowała ona przedewszystkiem w tych przypadkach, które klinicznie przedstawiały się, jako niewątpliwie ropne zapalenia dróg żółciowych i pęcherzyka, czy to na tle kamicy czy też bez bliższych danych etiologicznych. Te oto przypadki wykazały największe ilości białka — od 1 do 6%. Spostrzeżenia te są zgodne z obserwacją innych autorów. Niekiedy występowało białko tylko w 2-ej porcji żółci na dowód odosobnionego zapalenia błony śluzowej pęcherzyka żółciowego. Białkożółć dały nam również przypadki t. zw. icterus catarrhalis. Wyniki te są zgodne z badaniami Rauego, który we wszystkich okresach żółtaczki nieżytowej wykrywał białko; zaznaczyć jednak należy, że białko wykrywa się w t. zw. żółtaczce nieżytowej w obydwu porcjach żółci.

W 50% przypadków marskości wątroby mieliśmy dodatnią białkożółć, natomiast tylko w 13% przypadkach wątroby zastoinowej — odczyn białkowy dodatni (w 7 przyp. zastoiny wątroby z ogólnej liczby 8 białka było brak). Dane te obalają twierdzenia Rauego, jakoby marskość wątroby odróżniała się od jej zastoiny brakiem białka.

Zaznaczyć należy, że we wrzodzie dwunastnicy, znajdowaliśmy często białkożółć w 1-ej porcji, co jest prawdopodobnie wyrazem jedynie zapalenia samej dwunastnicy, a nie dróg żółciowych. W takich przypadkach obecność białka traci swe znaczenie dajagnostyczne. To samo dotyczy zapalenia błony śluzowej żołądka. Badanie zawartości żołądka wyjaśnia wtedy sprawę. W takim przypadku należy przed zakładaniem zgłębnika dwunastnicowego przepłukać starannie żołądek.

Wśród przypadków z ujemną próbą białkową podkreślić należy 5 przypadków niepowikłanej kamicy żółciowej, których jeden był potwierdzony operacyjnie (dr. Miszur-

ski). Wprawdzie Raue, jedyny autor, który pracę swą poświęcił białkożółci, twierdzi, że przypadki kamicy dają mocną białkożółć z jednoczesną bakterjocholją, jednakże przypuszczać należy, iż Raue miał tu do czynienia z kamicą, powikłaną zapaleniem dróg żółciowych, gdyż jedynie w tych przypadkach i my mogliśmy skonstatować znaczną białkożółć.

Co się tyczy zawartości w żółci urobilinogenu, to zaznaczyć należy, że podczas gdy urobilina stale wykrywa się w obydwu porcjach żółci, urobilinogen, jako stała część składowa, stwierdza się z niewielkimi wyjątkami w żółci li tylko pęcherzykowej. Niestate wykrywanie urobilinogenu w 1-ej porcji żółci winno być wyzyskane w celach dajagnostycznych. Niestety, stoi temu na przeszkodzie niezupełnie wyjaśnione źródło tego zjawiska. (Odczyn na urobilinogen wykonywa się w żółci, jak i w moczu, za pomocą odczynnika Ehrlicha, z tą różnicą, że dla uwydatnienia odczynu dodaje się parę kropeł chlorkoformu). Dotychczas rozmaici autorzy stwierdzili, że urobilinogen w żółci (w 1-ej porcji) wykrywa się w zapaleniach dróg żółciowych i w kamicy żółciowej podczas napadu i w kilka dni później. Poza tem stwierdza się niekiedy odczyn dodatni w marskiej wątrobie; w ostrych żółtaczkach rozmaitego pochodzenia dodatni odczyn na urobilinogen występuje przy znikaniu żółtaczki. Dużo urobilinogenu wykazuje żółć w hemolitycznej żółtaczce, często w niedokrwistości żołądowej i w zimnicy.

Badania nasze potwierdzają te dane, szczególnie w przypadkach ostrej kamicy żółciowej. Natomiast w zapaleniach dróg żółciowych, wbrew twierdzeniu Lepehne, bardzo rzadko wykrywaliśmy urobilinogen. W przypadkach, gdzie mieliśmy do czynienia z niewątpliwym zapaleniem dróg żółciowych, odczyn na urobilinogen wypadł ujemnie; w przypadkach z niewątpliwym zapaleniem pęcherzyka żółciowego (jeden przyp. potwierdzony sekcyjnie) oraz w przypadku, gdzie operacja wykazała ropnie wątroby, odczyn na urobilinogen był również ujemny. Z tego wynika fakt, dotychczas nie notowany, że, pomimo znacznego upośledzenia czynności wątroby, niekiedy marsko zmienionej, mogącej być źródłem urobilinogenu w żółci, obecność sprawy ropnej w drogach żółciowych w niejasny dla nas dotychczas sposób hamuje występowanie tam urobilinogenu. Przypadek wrzodu dwunastnicy z obecnością ropy (w 1-ej porcji zawart. dwunastnicy), pochodzenia najprawdopodobniej dwunastniczego, dał również odczyn na urobilinogen ujemny. Jeżeli dodamy do tego, że w żółci pęcherzykowej, zawsze zawierającej duże ilości urobilinogenu i urobiliny, w zapaleniu pęcherzyka żółciowego często urobilinogenu nie wykrywaliśmy (przyczem zabarwienie żółci zwykle było jaśniejsze, niż normalnie, czyli, że i bilirubiny było mniej), — to okoliczność ta ma i doniosłe znaczenie teoretyczne, gdyż dowodzi, że redukcja w urobilinę, wzgl. urobilinogen, nie może zachodzić ani w wątrobie w sprawach ropnych nawet w obecności dużej liczby bakteryj, ani w dwunastnicy w tychże warunkach, jeżeli tam niema swoistych bakteryj, wywołujących redukcję bilirubiny w urobilinę, a mających zwykle swe siedlisko w jelitach cienkich, szczególnie w dolnym ich odcinku.

Musimy podkreślić jeszcze, że w 6-ciu przypadkach ostrej, szybko mijającej żółtaczki, którą zaliczaliśmy do żółtaczki nieżytowej lub zapalenia miąższu wątroby ostrego, czy też kiłowego, zazwyczaj odczynu na urobilinogen nie otrzymywaliśmy — w tej sprawie brak w literaturze jakichkolwiek danych.

Poszukiwania urobilinogenu w żółci z jednoczesnym badaniem z zawartości urobilinogenu w moczu dały nam wyniki, godne zaznaczenia. Otóż, w 23 przypadkach z liczby 60, czyli w około 40%, nie było równoległości w zawartości urobilinogenu w moczu i żółci; w 9-ciu przypadkach z ujemnym odczynem na urobilinogen w moczu, otrzymaliśmy dodatni w żółci, w 14 zaś przypadkach odwrotnie: otrzymaliśmy dodatni odczyn w moczu, a jednocześnie ujemny w żółci. Z punktu widzenia praktycznego ciekawsze są 9 przypadków 1-ej kategorii, a to dla powodów następujących. Jak wiemy, dotychczas za najbardziej czuły odczyn na upośledzenie czynności wątroby uważany jest odczyn na urobilinogen w moczu. Lecz oto okazuje się, że w tych przypadkach — z niewątpliwie upośledzoną czynnością wątroby — urobilinogenu w moczu nie było, natomiast był urobilinogen w żółci. Jak to sobie objaśnić? Najprostsze objaśnienie jest takie: w żółci przy upośledzeniu czynności wątroby niewątpliwie jest więcej urobilinogenu, wzgl. urobiliny, niż

w moczu, gdyż żółć jest tym zapasem, z którego mocz dopiero przy pośrednictwie krwi, w zmniejszonej ilości otrzymuje urobilinogen, wzgl. urobilinę. Jeżeli dalej staniami na punkcie widzenia teorji Retzlaffa wchłaniania urobilinogenu w jelitach do krwi, to możemy sobie wyobrazić, że przy upośledzeniu czynności wątroby, może być zmniejszona również zdolność wchłaniająca jelit (na skutek naprz. podrażnienia błony śluzowej jelit kwasami żółciowymi), i w ten sposób mocz otrzymuje urobilinogen w ilości niedostatecznej do odczynu Ehrlicha. Można wreszcie przypuszczać, że i nerki przy dysfunkcji wątroby znajdują się też w stanie dysfunkcji i nie przepuszczają urobilinogenu do moczu.

Pewne potwierdzenie dla ostatniej hipotezy znajdujemy w naszych spostrzeżeniach. W 4-ch przypadkach, gdzie mieliśmy czystą kamice żółciową, lub powikłaną przez zapalenie woreczka żółciowego z mocno dodatnim odczynem na bilirubinę w moczu, mieliśmy w nim odczyn na urobilinogen ujemny, w żółci zaś dodatni. Otóż w tych przypadkach stwierdziliśmy w moczu albo objawy zapalenia miedniczek nerkowych, albo objawy zabruca nerek kwasami żółciowymi w postaci wałeczków żółtaczkowych, komórek nerkowych, zabarwionych na żółto i zwyrodniałych i t. d. — to, co tak często widzimy w moczu w żółtaczkach. Znamienny dla nas dalej był przypadek sekcyjny chorej Ch. D. z mocznicą, w którym niespodzianie dla nas było wykryte zupełne zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, gdy tymczasem wielokrotne badanie moczu za życia wykazało odczyn na urobilinogen ujemny. Jasnym więc jest, że odczyn Ehrlicha w moczu w niektórych przypadkach bynajmniej nie jest tą najczulszą próbą na upośledzenie czynności wątroby, gdyż przy doszczętnie zniszczonej wątrobie był ujemny; po drugie, — fakt stanu uremicznego w tym przypadku objaśnił nam, że nerki, źle funkcjonujące, mogą urobilinogenu do moczu albo wcale nie przepuszczać albo przepuszczać w znacznie mniejszym stopniu. To skłoniło nas do przypuszczenia, że, być może, w niektórych przypadkach na upośledzenie czynności wątroby przedź wskazuje żółć. I rzeczywiście, w 4-ch przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, a jednocześnie zastoiny wątroby, odczyn Ehrlicha wypadł dodatnio w żółci, w moczu zaś ujemnie. W 2-ch z tych przypadków, przy pogorszeniu się stanu zdrowia, pojawił się również urobilinogen i w moczu, poprzedzony znacznie przez tenże dodatni odczyn w żółci. Stąd wniosek, wymagający dalszych badań i potwierdzenia: nie wystarczy określenie niedomogi wątroby za pomocą odczynu Ehrlicha w moczu; w szeregu przypadków — w początkowych okresach niedomogi, gdy w żółci jest już dosyć urobilinogenu, aby odczyn Ehrlicha wypadł dodatnio, w moczu zaś ilość ku temu niedostateczna, lub w niedomodze nerek, ewent. przy upośledzeniu wchłaniania w jelitach, a więc przy zastoinie lub w nieżytych i t. p., odczyn Ehrlicha zjawia się wcześniej lub tylko w żółci. Jest więc próba na urobilinogen w żółci ważnym uzupełnieniem tejsze próby w moczu na niewydolność wątroby.

Co się zaś tyczy tych dość licznych przypadków, gdy rzecz się ma odwrotnie, t. j. gdzie żółć nie wykazuje urobilinogenu, a w moczu odczyn Ehrlicha jest dodatni, to wpływać tu mogą, podług naszych przypuszczeń, substancje w żółci w stanach chorobowych, hamujące wykrywanie urobilinogenu; lub też w żółci patologicznej przyspiesza się przejście urobilinogenu w urobilinę, lub też wchłanianie urobilinogenu w jelitach jest większe, niż w normie, lub też inne przyczyny, jeszcze dla nas nie jasne.

Badania te porównawcze, jak dotychczas, przeprowadzone były po raz pierwszy. Wskazane jest kontynuowanie tych badań. Pomimo celów praktycznych, badania te mogą w wyniku dać wyświetlenie sprawy krążenia i pochodzenia urobiliny i urobilinogenu w ustroju, dotychczas jeszcze nie zupełnie jasnej.

Prócz białka i urobilinogenu, wzgl. urobiliny, zwracaliśmy uwagę na ilość śluzu w żółci, w mniemaniu, iż większe ilości śluzu wykryje się w stanach zapalnych wątroby. Danych w tej sprawie w literaturze niema. — Okazało się wprost przeciwnie: tam, gdzie klinicznie mieliśmy sprawę ropną w drogach żółciowych, i gdzie osad wykazywał dużo ropy, śluzu było mało. Przypadki, w których wykryliśmy największe ilości białka — od 3 do 5—6% — wykazały śluz w żółci w ilości nieznacznej. Natomiast otrzymaliśmy ogromne ilości śluzu w niektórych przypadkach kamicy żółciowej nie powi-

klanej, w przypadku *Ca. vesicae felleae*, w przyp. *Viti cordis, cirrhosis cardiaca* i niektórych innych.

Badanie zawartości dwunastnicy na z aczyny (przeważnie badaliśmy na trypsynę, niekiedy na diastazę) nie dało nam, wbrew innym autorom, podstaw do różniczkowania stanów chorobowych.

Badania takie były przeprowadzane u nas dawniej (Róbin i Przywieczerski, Landau i Rząśniczk'), lecz bez wyników praktycznych.

Możemy stwierdzić, że na mocy dużych ilości trypsyny nie można orzec o braku schorzenia trzustki, gdyż w przypadkach raka trzustki, cukrzycy i innych otrzymywaliśmy mocne odczyny na trypsynę (w rozcieńczeniu 1 : 50 i 1 : 100), podówczas, gdy w innym przypadku z brakiem trypsyny w zawartości dwunastnicy, w którym rozpoznaliśmy wobec tego raka trzustki, — wzgl. brodawki Vatera, na stole operacyjnym (Dr. Miszurski) brak było większego schorzenia trzustki. Niewątpliwie tylko jest jedno: badanie zawartości dwunastnicy na z aczyny daje nam możliwość stwierdzenia tej lub innej zdolności wydzielniczej trzustki w danym momencie, i to, naturalnie, w znacznie większym stopniu, niż odnośnie badanie kału; trzeba liczyć się jednakże z tem, że czynność wydzielnicza trzustki zależy wiele od wpływów pozatrzustkowych.

Za jedną z najważniejszych części badania żółci uważamy badanie mikroskopowe osadu. Podkreślamy to dlatego, że szereg badaczy, jak Langanke, Retzlaff, v. Friedrich, Weilbauer i inni, nie nadaje temu badaniu większego praktycznego znaczenia. Lepiej wspomina coś o tem, ale nie wydaje żadnej w tej sprawie opinii.

Zwolennikami tych badań są natomiast v. Deloch, Loeber, Düttmann, Rutkowski i inni. — Loeber poświęcił morfologicznemu badaniu osadu większą pracę. Stwierdza on przedewszystkiem, że u zdrowych w osadzie żółci znajdujemy pojedyncze komórki nabłonkowe, leukocyty, nici śluzu, detryt, sole żółciowe i t. p. Skupienia nabłonków lub leukocytów u zdrowych się nie napotyka. Na mocy naszych badań w zupełności przyłączamy się pod tym względem do zdania Loebera. Twierdzenia niektórych autorów, że prawie zawsze w żółci znajdujemy leukocyty, nie są na niczem oparte. Ropę w 1-iej lub 2-iej porcji zawartości dwunastnicy stwierdziliśmy w 19 przypadkach z 60. Są to przypadki przeważnie zapalenia dróg żółciowych lub woreczka żółciowego. Rutkowski w 2-ch przypadkach, w których przed operacją wykrył w 2-iej porcji żółci wiele białych ciałek krwi wielojądrczastych, stwierdził podczas operacji ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego. W 2-ch naszych przypadkach przyczyną ropy w zawartości dwunastnicy był wrzód dwunastnicy. W przypadku plamicy Werlhoffa wykryliśmy ropę w żółci, — było to jednak powikłanie choroby Werlhoffa przez zapalenie dróg żółciowych, czego dowiodły później lekka żółtaczka i inne objawy kliniczne, a również skutki odpowiedniego leczenia. Ze zniknięciem w tym przypadku objawów klinicznych zapalenia dróg żółciowych powtórne badania żółci nie wykazały już więcej ropy. W przypadku marskości wątroby (operacja — splenectomia) stwierdziliśmy również ropę w żółci, — marskość tu jednak była następstwem ropnego zapalenia dróg żółciowych. Wreszcie stwierdziliśmy ropę w przypadku raka woreczka żółciowego. W sprawach wątrobowych pochodzenia nieinfekcyjnego i nie rozpadowych, nigdyśmy ropy w osadzie nie stwierdzili.

Badanie żółci na ropę powinno być jednak dokonywane ogólnie: żołądek, przy najmniejszych podejrzeniach w kierunku jego nieżyty, powinien być przed badaniem starannie przepłukany, zgłębnik przed użyciem wygotowany, unikać należy aspirowania zawartości sprzycy, należy wyłączyć schorzenie dwunastnicy lub zapalenie trzustki, chorzy nie powinni połykać piwociny, — wtedy dopiero badanie żółci na ropę ma doniosłe znaczenie praktyczne, stwierdzając wcześniej sprawę ropną w drogach żółciowych, wzgl. pęcherzyka żółciowego. Dodać należy, że z wielką ostrożnością należy oceniać obecność ciałek ropnych w żółci nie zabarwionych na żółto, gdyż tylko ciałka ropne, znajdujące się przez pewien czas w drogach żółciowych, barwią się na żółto, nie zabarwione zaś mogą pochodzić z żołądka lub innych narządów. Jeśli nie otrzymujemy ropy w 1-iej porcji zawartości dwunastnicy, lub otrzymujemy tylko niewiele ciałek ropnych, natomiast stwierdzamy ją w obfitej ilości w porcji pęcherzykowej, — w związku z innymi danymi badania i objawami klinicznymi, możemy postawić rozpoznanie zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wie-

le niejasnych przypadków klinicznych o przewlekłym przebiegu i stanie gorączkowym wyklarowało się nam po wykryciu ropy w żółci; — tembardziej jest to ważne, że cholangitis i cholecystitis przebiegać mogą bez żółtaczki z nieznacznym tylko powiększeniem wątroby. Szereg przypadków t. zw. „cholangitis lenta“ tylko w ten sposób mógł być rozpoznany (p. pracę doc. Klejną w Nr. 4 i 6 o zapal. dróg żółciowych).

Ważną częścią składową osadu żółci z punktu widzenia różniczkowania — są kryształy cholesteroliny. Pojedyncze kryształy mogą być znajduwane często, — złogi jednak tych kryształów zawsze świadczą o kamicy żółciowej. Większe ilości kryształów cholesteroliny stwierdziliśmy w 5-ciu przypadkach, — we wszystkich tych przypadkach była klinicznie wybitna kamica żółciowa. — Jeden z nich był operowany, kamienie usunięte, w żółci zaś pęcherzykowej po operacji w dalszym ciągu stwierdziliśmy dużo kryształów cholesteroliny.

Poza tem stwierdzamy w żółci drobne złogi lub wateczki z barwików żółciowych, szczególnie w żółtaczce nieżytowej. W kilku zaś przypadkach (np. Tumor lienis — Cholangitis) stwierdziliśmy wateczki, ładząco podobne do szklitych w moczu, pokryte solami, nabłonkami lub leukocytami. Wobec rzadkości ich występowania, — nie mogliśmy sobie w tej sprawie wyrobić zdania.

W ostrych żółtaczkach (Icter. cat., cholangitis acuta etc.) stwierdzamy mikroskopowo niekiedy skupienia nabłonków walcowatych, jakoteż i liczne nabłonki pojedyncze. Zwykle rzecz się ma w ten sposób, że gdy sprawa zapalna sięga swego rozwoju, widzimy w osadzie niewiele nabłonków wobec masy ciałek ropnych, gdy zaś sprawa jest na ukończeniu, — liczba ciałek ropnych się zmniejsza, natomiast widzimy masę komórek nabłonkowych. Taki obraz mikroskopowy przemawia za pomyślnem rokowaniem.

Wreszcie niekiedy znajdujemy w osadzie rzeczy nieoczekiwane. Tak, naprz., w jednym przypadku wykryliśmy w żółci jaja glistnicy robaczkowej; pasorzyty wywołały zapalenie dróg żółciowych ze wszystkimi objawami tego cierpienia. Leczenie dało znaczną poprawę.

Co się tyczy badań żółci na bakterje, to niektórzy badacze wskazują na dość częste wykrywanie w żółci b. typhi abd. i paratyphi, co wyswietla często rozpoznanie, gdy badanie kału daje wyniki ujemne. W sprawach zapalnych dróg żółciowych często daje się w żółci wyhodować b. coli. Lasecznik okrężnicy napotyka się jednak i w żółci normalnej, ale w ilości bardzo nieznacznej. Szereg badaczy nadaje tym badaniom wiele znaczenia. Do nich należą Kahn, Westphal i inni.

Myśmy często badali bakterjologicznie żółć w Inst. Epidemjologicznym w Warszawie. Najczęściej wykrywano w naszych przypadkach lasecznik okrężnicy.

Streszczając się, dochodzimy do wyników następujących:

1) Badanie chemiczno-morfologiczne zawartości dwunastnicy jest wielkim krokiem naprzód w różniczkowaniu chorób wątroby.

2) Jak dotychczas, największe praktyczne znaczenie ma badanie mikroskopowe osadu zawartości dwunastnicy i jej badanie na białko.

3) W przypadkach przewlekłego stanu gorączkowego badanie chemicznomorfologiczne zawartości dwunastnicy może wyswietlić rozpoznanie, stwierdzając wcześniej zapalenie dróg żółciowych, wzgl. pęcherzyka żółciowego.

4) Badanie zawartości dwunastnicy na zaczyny w celu ustalenia schorzenia trzustki nie zawsze daje wyniki.

5) Marskość wątroby nie różni się przez białkożółć od jej zastoiny.

6) Badanie żółci na urobilinogen uzupełnia także badanie w moczu, stwierdzając upośledzenie czynności wątroby.

7) Sprawa ropna w drogach żółciowych hamuje występowanie urobilinogenu w zawartości dwunastnicy; w zapaleniu ropnem pęcherzyka żółć pochodząca z tego zbiornika może urobilinogenu nie zawierać.

8) Przypuszczenia niektórych badaczy o lokalnej redukcji barwików żółciowych w pęcherzyku żółciowym lub dwunastnicy pod wpływem bakteryj ropotwórczych — nie potwierdzają się.

Na zakończenie uważamy za swój miły obowiązek wyrazić szczerze podziękowanie p. Doc. Klejnowi za ogólne kierownictwo i cenne wskazówki przy przeprowadzeniu niniejszej pracy. Dziękujemy również kolegom oddziałowym, szcze-

gólnie pp. D-rom med, Berłowiczowi i Goldinbergowi za pomoc przy wydobywaniu zawartości dwunastnicy i jej badaniu.

Písmiennictwo.

Bársony u. Egan. Münch. Med. Woch. 1922, Nr. 23. Bondin und Eisler: Münch. Med. Woch. 1922, Nr. 45. Deloch und Goerke: Grenzgeb. Nr. 35, 1922. Deloch: Arch. f. Verdauungskrankh. Nr. 30, 1922. Einhorn: Arch. f. Verdauungskr. 1909. Einhorn: Berl. Klin. Woch. Nr. 12, 1910. Einhorn: Berl. Klin. Woch. Nr. 31, 1920. Einhorn: Wien. Med. Wochensch. Nr. 35, 1921, Eppinger: Die hepato-lienalen Erkrankungen. v. Friedrich: Med. Klinik. Nr. 31—32, 1922. Hecht und Mantz: Deut. Med. Woch. 1922, Nr. 13. Jutte: Therap. Halbsmonatsh. 1921. Kahn: Klin. Wochensch. Nr. 15, 1923, Katsch: Klin. Wochensch. Nr. 39, 1923. A. Landau i Rzańnicki: Gazeta Lek. 1919, Nr. 21. Langanke: Klin. Wochensch. Nr. 6, 1922. Lepehne: Die Leberfunktionsprüfung. Halle 1923. Lepehne: Münch. Med. Woch. Nr. 10, 1922. Lepehne: Deutsch. Med. Woch. Nr. 20 i Nr. 27, 1923. Lepehne: Klin. Wochensch. Nr. 41, 1922. Lepehne: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 137, 1921, Loewenhardt: Klin. Woch. Nr. 5, 1923. Loeber: Münch. Med. Woch. Nr. 21, 1923. Meyer: Klin. Woch. Nr. 28, 1923. Pribram: Klin. Woch. Nr. 34, 1923. Raue: Klin. Woch. Nr. 16, 1923, Retzlaff: Zeitsch. f. d. ges. ep. Med, 34, 1923, Retzlaff: D. Med. Woch. Nr. 26, 1923. Róbin i Przywieczerski: O zgłębnikowaniu dwunastnicy, 1913 Medycyna. Rutkowski: Przegląd Chirurgiczny, 1923. Skłodowski: Gazeta Lek. 1923. Stepp und Düttmann: Klin. Woch. Nr. 34, 1923. Stepp: Zeitschrift f. Klin. Med, 89, 1920. Strisower: Wien. Arch. f. inn. Med, 3, 1922. Ueber: Klin. Wochensch. Nr. 13, 1923. Weillbauer: Klin. Woch. Nr. 51, 1922. Westphal: Münch. Med. Woch. Nr. 34/35, 1923.

Z oddziału chorób nerwowych i wewn. Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. L. E. BREGMAN).

Operacja Lerichea w sklerodermji powikłanej chorobą Raynauda.

Podał

L. E. BREGMAN (Warszawa).

(Podług pokazu w Sekcji klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej).

Operacja Lerichea polega, jak wiadomo, na wyłuszczeniu z wielkich pni tętniczych kończyn — tętnicy ramieniowej, wzgl. udowej — otoczki zewnętrznej, a wraz z nią rozgałęzień n. współczulnego. Leriche nazwał operację tę sympatektomią okołotętniczną (periarterjalną), słuszniej byłoby nazwać ją sympatektomią tętniczą, ponieważ otoczka zewnętrzna, którą usuwa się na większej przestrzeni (10—12 cm.), stanowi integralną część ściany naczyniowej. Uszkodzenia nerwów obwodowych, powikłane zaburzeniami troficznymi, były pierwotnem wskazaniem do wzmiankowanej operacji. Leriche, a później Brüning, który najbardziej się przyczynił do spopularyzowania tej operacji w Niemczech, wychodzili z tego założenia, że w miejscu uszkodzenia nerwu powstają pobudzenia, które dosięgają owych rozgałęzień współczulnych w naczyniach i tym sposobem wywołują skurcz naczyń. Usuwając wraz z otoczką zewnętrzną włókna współczulne, znosimy ten skurcz i osiagamy przekrwienie odnośnej części ciała, a w następstwie tego lepsze warunki dla gojenia się owrzożeń. Później sam Leriche rozszerzył wskazania operacyjne na te wszystkie cierpienia, w których samoistny skurcz naczyń powoduje zaburzenia troficzne (stany angiospazyczne). Inni autorzy poszli jeszcze dalej i zalecają sympatektomię w tych przypadkach, w których pożądanym jest jaknajlepsze ukrwienie tkanek, np. w złamaniach niezrastających się, we wrzodach goleni i t. p. Tym sposobem wskazania do operacji pomnożyły się w tym stopniu, że jeden z autorów

szlusznie nazwał operację *Leriche'a* najmłodniejszą dzisiaj operacją chirurgiczną.

W sklerodermji i chorobie *Raynauda* sympatektomia tętnicza zaproponowana i wykonana została po raz pierwszy przez *Leriche'a*, a potem przez *Förstera* i *Bruninga*. Liczba operowanych przypadków musi być niewielka, gdyż w dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem tylko jeden jeszcze przypadek *Horna*, operowany z dobrym wynikiem. Z tego względu przypadek, poniżej opisany, w którym operacja *Leriche'a* dała wynik bardzo pomyślny i który także pod względem klinicznym przedstawia niektóre szczegóły interesujące, zasługuje na uwagę.

A. B. lat 28, lekarz. W dniu 14.VIII.1923 zaproszony zostałem przez kol. *Markusfelda* na oddział chorób skórnych w celu zbadania chorego; gwoli dalszej obserwacji poradziliśmy mu zapisać się na oddział chorób nerwowych.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się w roku 1912 od objawów „*asphyxie locale*” w kończynach górnych. Pod wpływem działania zimna, zwłaszcza po zanurzeniu w zimną wodę, ręce białe, potem siniałe; chory doznawał uczucia bolesnego skurczu. Podobne uczucia, ale w słabszym stopniu występowały w kończynach dolnych.

W końcu roku 1913 powstały pierwsze zaburzenia troficzne: na palcach w pobliżu paznokci powstawały stwardnienia skóry pod którymi zbierała się ropa. Ogniska takie tworzyły się w przeciągu ½ roku prawie na wszystkich palcach. Po dłuższym okresie spokoju w roku 1915 zaczęły się tworzyć na palcach pęcherzyki, wypełnione ropą, które dość szybko się goiły. W r. 1916 chory wstąpił do wojska węgierskiego; wkrótce potem wystąpiły nowe ogniska, które brano za następstwa odmrożenia. W lipcu 1917 r. ukazała się na prawym paluchu zgorzełość. Lata 1918 i 1919 upłynęły względnie spokojnie. W r. 1918 chory zapadł na ostry gościec stawowy, po którym została wada zastawkowa serca. W latach 1920—1922 tworzyły się od czasu do czasu na palcach ranki bardzo bolesne, niekiedy z objawami zgorzeli. Głębsze ognisko rozwinęło się na 3-im palcu prawej ręki; z ogniska tego wydzielił się martwak kostny. W maju 1923 r. ukazała się nowe ognisko na 3-im palcu lewej ręki, które stopniowo zajęło ostatni i środkowy członek tegoż palca, przeszło w stan zgorzeli i powodowało tak okropne bóle, że chory już od paru tygodni wcale nie spał i dlatego postanowił udać się o pomoc do szpitala.

W r. 1917 otoczenie zauważyło zmianę w twarzy chorego: wargi mu ściemniały, usta zwężyły się, nos zmalał. Od tegoż czasu trudno mu było gwizdać. Zdrowe zęby mu wypadły. W tym samym czasie zauważono przykurczenie palców u rąk. Zabarwienie skóry również się zmieniło. Już w roku 1916 spostrzegano pierwsze ciemne smugi na brzuchu, potem skóra na twarzy i innych częściach ciała stopniowo coraz bardziej ściemniała.

Badanie przedmiotowe. 3-ci palec lewej ręki w ostatnim członku całkowicie zgorzały, czarny (*mumificatio*); pozostałe członki i część dłoni spuchnięte, czerwone, bardzo bolesne. Poza tem wszystkie palce obu rąk zniekształcone, cienkie, zgięte w 2-ich członkach, nie dają się wyprostować. Ostatnie członki niektórych palców (3-ci prawy, paluch) skręcone, bardziej zniekształcone. Paznokcie wszystkie zmienione.

Również na przedramieniu skóra zmieniona, twarda, skureczona, nie daje się ująć w fałdę. Zmiany te sięgają do łokcia. Ruchy w stawach napiętkowych ograniczone, w łokciowych wolne. W kończynach dolnych palce zimne, sine, na stopach marmoryzacja; zniekształceń, ani zmian troficznych nie widać.

Na twarzy zmiany wybitne: zanik warg i nosa, zmniejszenie całego kośćca twarzy.

Skóra na twarzy ciemno brunatna. Również na brzuchu i kończynach górnych bardzo ciemne zabarwienie skóry. Błona śluzowa jamy ustnej w obrębie podniebienia twardego biała, na podniebieniu miękkim brunatno-czerwona.

Stan ogólny dość dobry, odżywianie mierne. Tętno przyspieszone, ciepłota częstokroć podgorączkowa. W sercu szmer skurczowy na wierzchołku.

Widzimy zatem, że u chorego od lat 12-tu po początkowych objawach „*asphyxie locale*” rozwinął się obraz choroby *Raynauda* w postaci różnorodnych zaburzeń troficznych na palcach obu rąk: zastrzałów, powierzchownych pęcherzyków ropnych, zgorzeli i mumifikacji całych członków; w wielu razach sprawa sięgała włąb i prowadziła do zniszczenia kości, widocznego na rent-

genogramach pod postacią zniekształceń względnie braków niektórych paliczków. Równocześnie z chorobą *Raynauda* powstała twardzina skóry (sklerodermia) w kończynach górnych i na twarzy. W kończynach górnych zmiany sklerodermiczne dotyczą dłoni i przedramion, ramiona pozostały wolne. Na twarzy nie tylko skóra, ale i kościec uległ zanikowi, wskutek czego twarz zmniejszyła się, i zdrowe zęby wypadły.

Spostrzegane w tym przypadku połączenie choroby *Raynauda* z twardziną skóry znane jest od dawna. *Nothnagel*, *Mendel*, *Chauffard* pierwsi na nie zwrócili uwagę. Szczegółowo rozstrząsał sprawę *Grasset*, a po nim cały szereg autorów. Zastanawiano się głównie nad tem, czy obie sprawy powstają niezależnie jedna od drugiej, czy też między nimi bliższy zachodzi stosunek.

Cassirer w znanej swej monografji o chorobach układu naczynioruchowego rozróżnia 3 grupy przypadków: 1) przypadki, w których choroba *Raynauda* a prowadzi następnie do zmian podobnych do sklerodermji, 2) przypadki, w których obie sprawy rozwijają się jednocześnie, i które zajmują stanowisko pośrednie pomiędzy sklerodermją a chorobą *Raynauda*, 3) przypadki sklerodermji ze zmianami wtórnymi troficznymi podobnymi do choroby *Raynauda*. Zwolennicy dwóch spraw odrębnych np. *Castellini* i *Cor-di* przytaczają szereg cech różniczkowych, odnoszących się do przebiegu choroby, wieku chorych, zabarwienia i twardości skóry, towarzyszących zaburzeń uczucia i t. d., które jednak w zastosowaniu praktycznym okazały się niedostatecznymi.

Przypadkowe współistnienie dwóch odrębnych chorób a priori wydaje się nieprawdopodobne, niewątpliwie zachodzi między nimi bliższe powinowactwo, prawdopodobnie obie sprawy powstają na wspólnym tle zaburzeń układu wegetacyjnego, w szczególności układu współczulnego. W tem mniemaniu poddaliśmy (wspólnie z kol. *Szourem*) u naszego chorego układ wegetacyjny szczegółowemu badaniu, przy zastosowaniu prób farmakodynamicznych. Badania te dały wynik ujemny, nie wykazały bowiem jakiegokolwiek zбочenia w kierunku bądź sympatykotonji, bądź wago-tonji.

Przy rozpatrywaniu patogenezy sklerodermji przypisywano, jak wiadomo, duże znaczenie gruczołom o wydzielinie wewnętrznej: na zasadzie spostrzeżenia współistnienia jej z chorobą *Basedowa* oraz pomyślnego w niektórych przypadkach działania tyroidy obwiniano przede wszystkim gruczoł tarczowy, ale brano pod uwagę także i nadnercza, przysadkę mózgową, narządy płciowe, wreszcie okołotarczycę. Niektórzy przypuszczali zaburzenia wielogruzołowe i, zgodnie z tem, stosowali opoterapię wielogruzołową lub naświetlali wzmiankowane gruczoły promieniami *Roentgen'a*. W ostatnim czasie pogląd na stosunek spraw gruczołowych do sklerodermji nieco się zmienił. Przeważa bowiem zdanie, że ewentualne zmiany gruczołowe uważane być winny raczej jako objawy współzależne ze sklerodermją, być może, nawet jako wyraz sklerozy gruczołów. Zmiany te według wszelkiego prawdopodobieństwa są tak samo następstwem zaburzeń układu wegetacyjnego, jak i zmiany w skórze i objawy choroby *Raynauda*.

U naszego chorego zwróciliśmy również baczną uwagę na zachowanie się gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. Żadnych objawów, wskazujących na gruczoł tarczowy, nie stwierdziliśmy. Zanotować tylko wypada, że ciotka chorego miała duże wole, które jej niedawno wyluszczone. Zaburzeń w dziedzinie narządów płciowych i przysadki również u chorego nie było. Mieliśmy natomiast pewne dane, dowodzące zachorzenia na nadnerczy: ciemne zabarwienie skóry twarzy, brzucha i kończyn górnych oraz błony śluzowej jamy ustnej przypominające chorobę *Addisona*; chory w ostatnich latach bardzo schudł, czego wyrazem są liczne pręgi na brzuchu i kończynach dolnych.

Z powodu wielkich bólów w lewej ręce, które od paru tygodni nie dawały choremu ani chwili spokoju ani we dnie, ani w nocy pomimo coraz większych dawek narkotyków, dokonano (kol. *P. Goldsztein*) w dn. 7.VIII r. ub. operacji *Leriche'a* na lewej tętnicy ramieniowej. Tętnicę obnażono na przestrzeni około 8—10 cm. i wyluszczone jej błonę zewnętrzną przy pomocy cienkiego noża możliwie najdokładniej.

Według opisu *Leriche'a* już w czasie zabiegu staje się widocznym skurcz tętnicy, trwający około 4—6 godzin, poczem tętnica się rozszerza. Wskutek tego kończyna w ciągu pierwszych 4—6 godzin jest bledsza, potem zaś następuje przekrwienie, które stanowić ma podstawę pomyślnego wyniku operacji. Przekrwienie dosięga swego maximum podług *Leriche'a*

richea 6-go dnia po operacji, podług Brünninga 3-go dnia. Trwa ono około 3—4 tygodni, w doświadczeniach Wojciechowskiego aż do 2 miesięcy.

U naszego chorego spostrzegliśmy zgodnie z powyższym w czasie operacji wybitne wężenie tętnicy. Po operacji, gdy go wyniesiono z sali operacyjnej, chory poczuł w operowanej kończynie wielki ból, według jego słów jeszcze znacznie większy, niż te bóle, które go przedtem trapiły. Ból ten, będący prawdopodobnie w związku ze skurczem tętnicy, trwał zaledwie kilka minut; potem chory doznawał jeszcze tylko bólów minimalnych, a po krótkim nasileniu 4-go dnia po operacji bóle ustały zupełnie. Również i obrzęk ręki i palców po paru dniach ustąpił i zgorzel 3-go palca odgraniczyła się wyraźną linią demarkacyjną. Na zblednięcie ręki, która przez czas dłuższy pozostawała w opatrunku, niestety, nie zwróciliśmy uwagi. Zanotowaliśmy natomiast fakt ciekawy, że tętno lewej tętnicy szprychowej po operacji nie wyczuwało się wcale: tętno powróciło dopiero 20-go dnia po operacji. To samo spostrzegaliśmy Brünning w dwóch operowanych przypadkach sklerodermji: w 1) brak było tętna w ciągu 4-ch dni, w 2) w ciągu 8 dni. Brak tętna, oczywiście, jest w związku bezpośrednim ze skurczem tętnicy, spostrzeganym przy operacji, atoli skurcz ten, jak już wzmiankowałem, nie trwa zwykle dłużej ponad 4—6 godzin, a wtedy następuje rozkurcz i przekrwienie, warunkujące wynik pomyślny operacji. W naszym przypadku, pomimo tak długotrwałego braku tętna, wynik był niemniej pomyślny, gdyż bóle ustały, sprawa zapalna zmniejszyła się, a zgorzel się odgraniczyła. Tkwi w tem pewna sprzeczność, którą chciałbym podkreślić, choć wytłumaczyć jej w danej chwili nie mogę.

W końcu należy zaznaczyć, że i późniejsze następstwa operacji, od której upłynęło już ½ roku, są nader pomyślne. Część 3-go palca, która uległa zgorzeli, odpadła, sprawa zapalna całkowicie wygasła, i palec ten, pomimo obnażenia kości 2-go członka na dość dużej przestrzeni, nie boli chorego wcale. Od czasu operacji nie powstało na lewej ręce żadne nowe ognisko, na prawej natomiast dokucza mu od dłuższego czasu zastrzał 2-go palca. Przytem lewa ręka, jak utrzymuje chory, jest o wiele mniej wrażliwa na zimno, niż prawa, a co najważniejsza, żywotność tkanek jest znacznie lepsza: gdy chory niedawno zaciął się w palec lewej ręki, ranka szybko się zagoiła; dawniej wypadek taki pociągnąłby za sobą długotrwałe ropienie. Ruchy palców lewej ręki są podmiotowo znacznie wolniejsze: w prawej chory doznaje uczucia jakby palce były w rękawiczce, a cała ręka ściśnięta bransoletką; w lewej uczu tych brak. Tak wielka poprawa, stwierdzona w danym przypadku po ½ roku, a w przypadku Brünninga w rok po operacji, nie może zależeć tylko od przekrwienia kończyny, które przemija najdalej po 2-ch miesiącach. Możemy ją sobie wytłumaczyć tylko całkowitem przekształceniem unaczynienia kończyny (Brünning) przyczem, według wszelkiego prawdopodobieństwa, przypada najgłówniejsza rola obwodowym ośrodkom nerwowym, rozmieszczonym w ścianach naczyń. Pragnąc uzyskać dowód przedmiotowy tych domniemych zmian ukrwienia kończyny, zastosowaliśmy podane dla tego celu próby Moszkowicza (nałożenie opaski Esmarcha) i Breslauera (nakraplanie oleju gorczycznego). Próby te nie dały jednak w tym przypadku, również jak w analogicznych, badanych przez Kappisa, żadnego pozytywnego wyniku: po zdjęciu opaski przekrwienie następowało w obu kończynach górnych z jednakową szybkością i w jednakowym stopniu, tak samo działanie oleju gorczycznego nie wykazało z obu stron, wbrew naszym oczekiwaniom, żadnych różnic ani pod względem szybkości powstawania, ani długości trwania przekrwienia.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Starozakonných w Warszawie.

(Ordynator: Dr. A. WERTHEIM).

Przypadek gruźlicy worka przepuklinowego.

Podał

Dr. L. TONENBERG (Warszawa), asystent oddziału.

60-kilkoletni mężczyzna przybył na oddział ze skargami na silne bóle w lewej okolicy pachwinowej, trwające od kilku dni, bez zatrzymania wypróżnień i gazów. Od wielu lat cierpiał w okolicy tej na przepuklinę, która nie sprawiała mu dotychczas żadnych większych dolegliwości. Dopiero ostatnimi czasami stała się nieodprowadzalną i bolesną.

Podczas badania przepuklina, zajmująca całą lewą połowę mcszny, okazała się bardzo twardą i bolesną na dotyk, oraz zupełnie nieodprowadzalną. Wypukowo stwierdzono absolutne stłumienie. Brzuch nie był wzdęty, ani bolesny na ucisk, ciepłota prawidłowa, tętno nieco przyśpieszone i niemiernowc.

Mieliśmy według wszelkiego prawdopodobieństwa do czynienia z uwięzłą i przyrośniętą do worka siecią. Przystąpiono do operacji w znieczuleniu miejscowem. Wewnętrzna powierzchnia zgrubiałego worka przepuklinowego znalazłem pokrytą licznymi gruzełkami; w ścianie worka wyczuwały się oddzielne twarde guzki. Zawartość przepukliny stanowiła się skłębiona, niezwykłe twarda i przyrośnięta w kilku miejscach do worka. Płyn nie było. Po oddzieleniu zrostów w okolicy wrót można było wyciągnąć z jamy brzusznej dalszy ciąg sieci i pętle jelit o zupełnie normalnym wyglądzie. Otrzewna powyżej wrót gładka, bez gruzełków.

Sieć rezekowano, worek wyseparowano, podwiązano i odcięto, przyczem powrózek, jądro i przyjądrze znalaziono w niezmiennym makroskopowo stanie. Dokonano doszczętej operacji przepukliny sposobem Girarda-Barkera.

Kłęb sieci robił wrażenie nowotworu złośliwego z przetutami do worka. Badanie histologiczne wykryło typową gruźlicę.

Gruźlica worka przepuklinowego, jak wnioskować można z bardzo skąpych danych literatury, jest zjawiskiem wogóle dość rzadkiem, a jako postać samoistna bez jednoczesnej gruźlicy otrzewny — zjawiskiem jeszcze rzadszem.

Nicks zebrał w 1902 r. 32 przypadki, Lewisohn w 1903 r. — 58 przypadków; liczby przypadków izolowanej gruźlicy worka nie podali. Lewisohn wspomina o przeważnym wyleczeniu pooperacyjnym tych przepuklin bez przetok, co miało miejsce i w naszym przypadku, i o dodatnim wpływie operacji na jednoczesną gruźlicę otrzewny.

Serge zebrał w 1909 r. — 167 przypadków i opisał 2 własne; 24 razy otrzewna poza workiem przepuklinowym była wolna od gruźlicy. Batzdorf przedstawił w 1913 r. na zjeździe chirurgów we Wrocławiu 2 przypadki wyłącznej gruźlicy worka przepuklinowego, Tournoux opisał w 1920 r. również przypadek pierwotnej gruźlicy worka i tłumaczy ją sobie mniejszą odpornością tej części otrzewny względem zakażenia prątkami przy istniejącej ukrytej bacyllmji.

Mojem zdaniem, moment urazowy może również odgrywać w powstawaniu tego typu zakażenia gruźliczego znaną skądinąd rolę. Trudno jest ustalić, czy w naszym przypadku worek przepuklinowy był pierwotnie zakażony, czy też zawarta w nim sieć. A. Aimes opisał w 1920 r. przypadek, gdzie u 3-letniego chłopca podczas operacji prawostronnej przepukliny pachwinowej, powikłanej wodniakiem powrózka, znaleziono w zawartej w worku sieci dwa otorbione zserowaciałe ogniska gruźlicze.

Wobec braku objawów gruźlicy otrzewny w opisanym wyżej przypadku mieliśmy najprawdopodobniej do czynienia z pierwotnym zakażeniem przepukliny prątkami Kocha.

Źródła.

Lewisohn. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XIX, 5.

Nicks. Inaug.-Dissert. Kiel. 1902.

Serge. Clinica chirurg. 1909, grudzień.

Batzdorf. posiedz. tow. chirg. we Wrocławiu, 26.V. 1913.

J. P. Tournoux. Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris, 1920, T. XVII, Nr. 9.

A. Aimes. ibid. 1920, Nr. 1.

Z praktyki prywatnej.

W sprawie leczenia kiły mieszanką rtęciowo-salwarsanową według metody Linsera.

(Autoreferat odczytu, wygłoszonego w Tow. Lekarskiem Kieleckim dnia 24 marca 1924 r.).

Podał

Dr. J. FLESZLER (Kielce).

W 1919 roku Lins er ogłosił swój sposób leczenia kiły, polegający na wstrzykiwaniach śródżylnych mieszanki neosalwarsanu i rtęci. Sposób ten znalazł dość szerokie zastosowanie, gdyż w jednej strzykawce chory otrzymywał salwarsan i rtęć jednocześnie, mniej więcej raz na tydzień, bez bólu. Metoda ta, nawet przez jednego ze swych przeciwników (Nover—1) nazwaną „metodą elegantką“, i u nas zaczęła się rozpowszechniać, jak to widzimy z pracy Füll enbaum ów n y i Kogut ów e j (2), które zastosowały ją u 16-u chorych i z niewielkim zastrzeżeniem są z niej zadowolone.

Coraz częściej jednakże w literaturze niemieckiej spotykamy głosy sprzeciwu względem tej metody. Kolle (3), Nover (1.), Evening (4), Hess (5.) Memmesheimer (6.) i (7.) i inni robią jej szereg zarzutów. Ujemne jej strony widzą oni w tem, że niewiadomym jest, jakie zmiany chemiczne zachodzą w strzykawce, gdy mieszamy takie dwa nieobojętne środki, jak salwarsan i jego pochodne z jednej strony i związki rtęci z drugiej. Jaki wytwór tej reakcji wstrzykujemy? Już ciągle zmiany koloru mieszanki (naprz. neosanu i sublimatu), przemawiają za tem, że wstrzykujemy przetwór o niestałej chemicznej postaci, jakieś X o niewiadomych własnościach. Kolle (3.), wybitny teoretyk chemoterapii, stwierdza, że s-an utlenia się dzięki zmieszaniu go z rtęcią i otrzymuje własności toksyczne, czem można objaśnić niektóre objawy uboczne przy stosowaniu mieszanki, jak białkomoc (Füll enbaum ów n a i Kogut ów a) (2.) i podrażnienie nerek. Przez dodanie związków rtęci do wszelkich przetworów s-anowych, jak dowodzi Kolle na zasadzie doświadczeń biologicznych na zwierzętach, osiąga się chemo-terapeutyczne aktywowanie s-anu (Chemotherapeutische Salwarsan-Aktivierung), ale, jak mówi Kolle, przez małe dawki Hg, które przy wstrzyknięciu mieszanki (nprz. novasurolu + neos-anu) ustrój otrzymuje, osiąga się tylko przejściowe powiększenie działania krętkobójczego s-anu.

Dalej powiada K., że absolutnie nie osiąga się większego działania stałego s-anu. Galewski (8.) też stwierdza, że działanie mieszanki Lins era nie jest tak energiczne, jak działanie leczenia kombinowanego zwykłego. Evening widział w połowie swoich przypadków kiły drugorzędowej, że po leczeniu zniknęły wprawdzie objawy drugorzędowe, a dodatni OW. (+) zmieniał się na ujemny (—), ale, niestety, bardzo prędko zjawiały się nawroty i to bardzo ciężkie, wraz z dodatnim OW.

Nover wypowiada się stanowczo przeciw tej metodzie leczenia i to na zasadzie większego materiału, bo 300 chorych. Pomijając już działanie uboczne tego sposobu, które wyraża się w bardzo ciężkich schorzeniach skórnych, Nover na 100 chorych, których widział po 2—3-ch miesiącach, u 80 stwierdził nawroty kliniczne lub serologiczne. Cały szereg innych autorów, jak Maulshagen i Strempe (10), Galewski i inni, też twierdzi, że wyniki w leczeniu mieszanką Lins era są nietrwałe, po krótkim czasie występują nawroty. Ci wszyscy autorowie wypowiadają się za kombinowaniem leczeniem na starą modłę. Prawda, że niektórzy, jak Pezold (10), który jest zwolennikiem tej metody, przyznają, że działanie novasurolowo-salwarsanowej mieszanki nie jest trwałe, że występują nawroty, ale są zdania, że zapobiedz temu można przez zmniejszenie odstępów między poszczególnymi kuracjami; jednakże dowodów na to P. żadnych nie przytacza.

Osobiście nigdy tej metody nie stosowałem, aczkolwiek pokusa była wielka, gdyż: 1) bezbolesny zastrzyk jednocześnie

Hg i i salw. i 2) wygoda dla przyjezdnych chorych, którzy mogliby zjawiać się tylko raz tygodniowo bardzo mnie nęcić. Ale zawsze mnie powstrzymywała ta niepewność, co w gruncie rzeczy się wstrzykuje, gdyż reakcja chemiczna, która się wyrażała w zmianie barwy (jak naprz. przy sublimacie) zawsze dawała wiele do myślenia. Z drugiej strony niestałość ujemnego OW, zawsze przemawiała za tem, że zabieg ten jest nieodpowiedni w leczeniu kiły. Takiego samego zdania jest i Memmesheimer (6 i 7), który nigdy nie stosował tego sposobu, jednakże widział jego nieskuteczność w przypadkach, leczonych przez innych lekarzy.

Niedawno i ja miałem możność w swojej praktyce prywatnej spostrzeżać lezonego metodą Lins era chorego, którego historię choroby pozwolę sobie przytoczyć:

B. W., lat 26, kaw. Wywiady: zakażenie w r. 1920. 22/10 1920 przystąpił do kuracji. Otrzymał 12 Hgsal, i 6 Neosalw, następną kurację otrzymał w 2—3 m. po skończeniu pierwszej, również 12 Hgsal, i 6 Neosalw.; do kwietnia 1923 r. żadnych objawów nie miał, jednakże w jednym z miast wielkopolskich zwrócił się do lekarza i otrzymał zastrzyknięcia mieszanki Lins era (jako preparaty wstrzyknięto, pacjent nie wie). 3.VI.1923 OW. ujemny. Status praesens: pacjent zjawia się do mnie 20.X.1923. W gardle na migdałkach z obydwu stron znajdują się plaques muqueuses; na prąciu i na mosznie lepieże płaskie.

Na wewnętrznej stronie prawego uda lepieże płaskie. 20.X otrzymał pacjent zastrzyk śródmięśniowy Hgsal., a 21.X Nosalwarsan 0.45. Następnie chorego dopiero widziałem 8.XI (pacjent jest przyjezdny). Objawy wszystkie znikły, według słów pacjenta, już w pierwszym tygodniu, po zastrzyku. Przy oględzinach 8.XI żadnych objawów nie było.

W moim przypadku po leczeniu mieszanką Lins era nastąpił szybko nawrót; w trzecim zaś roku choroby, która bez leczenia metodą Lins era przebiegała bezobjawowo, w czerwcu roku bieżącego nawet odczyn Wassermann a był ujemny; już po 3½ miesiącach nawrót kiły drugorzędowej w takiej postaci, jakiej przedtem nigdy nie było. Przynajmniej do wniosku, że w moim przypadku działanie mieszanki Lins era było nawet prowokacyjne i to po dłuższym okresie czasu.

Reasumując poglądy powyższych autorów i na zasadzie mego przypadku, dochodzę do wniosku, że, aczkolwiek sposób Lins era jest prosty, dogodny i nieuciążliwy dla pacjenta, jednakże ze względu na to, że przy tym sposobie widzi się częściej nawroty serologiczne, a co najważniejsza, kliniczne, sposób ten, zarówno z punktu widzenia teoretycznego, jak i praktycznego nie powinien otrzymać praw obywatelstwa w dziedzinie leczenia kiły. Cały szereg większych klinik niemieckich na zasadzie ujemnych wyników stosowania metody Lins era przyszło do tegoż wniosku; tacy syfilidolodzy, jak E. Hoffmann (Bonn), Kromayer, Förster i inni, zupełnie tę metodę odrzucają. (Memmesheimer (7). Rostowska klinika dermatologiczna również na zasadzie swojej statystyki zaprzestała stosowania tej metody. Leczenie kiły powinno i nadal być kombinowaniem, należy stosować oddzielnie Hg śródmięśniowo i przetwory As. śródżylnie.

Piśmiennictwo.

- 1) Nover. Deutsch. Med. Woch. Nr. 4. 1923, str. 119.
- 2) Füll enbaum ów n a i Kogut ów a. Przegląd dermatologiczny Nr. 3, 1923, str. 32—38.
- 3) Kolle. Deutsch. Med. Woch. Nr. 1, 1922 i Arch. f. Derm. u. Syph. 138 (przytoczono według Eveninga).
- 4) Evening. Deutsch. Med. Woch. Nr. 1923, str. 87—89.
- 5) Hess. Münch. Med. Woch. Nr. 1922, str. 587.
- 6) Memmesheimer. Dermatol. Woch. Nr. 21, 1923, str. 459—461.
- 7) Tenze. Dermatol. Woch. Nr. 45—46, 1923, str. 1334—1335.
- 8) Galewski. Münch. Med. Woch. Nr. 10, 1922, str. 352 (przytoczone według Dermatol. Woch. Nr. 14, 1923, str. 311).
- 9) Maulshagen i Strempe. Deutsch. Med. Woch. Nr. 38, 1922, str. 1287—1284 (przytoczone według Derm. Woch. Nr. 26, 1923, str. 677).

10) Pezold. Münch. Med. Woch. Nr. 36, str. 1154.

Już po napisaniu niniejszego artykułu przeczytałem w Nr. 50 „Deutsch. Med. Woch.“ z dnia 14.XII. 1923 pracę Ed. Hoffmanna i Mergelsberga: „O nieudanem leczeniu poronem w przypadku Lues I seronegativa“. Między innymi autorzy przytaczają przypadek, w którym po 5 miesiącach nastąpił nawrót u chorego, który otrzymał 10 zastrzyków mieszanki neos-sanu z novasurolom, przyczem ogólna ilość wynosiła 5,7 neos-anu i 18,5 novasurolu. Nawrót wyraził się w wysypce kiłowej. Autorzy chcieli przeprowadzić u tego pacjenta leczenie poronne, były ku temu wszystkie dane — zawód, jaki ich spotkał przypisują zastosowaniu mieszanki. Przy tej okazji autorzy podkreślają, że wyniki, otrzymywane przez nich w leczeniu mieszanką starych przypadków kiły, bardzo często znacznie ustępują tym, które osiągają oni zwykłym leczeniem kombinowanym (S-an i nierozpuszczalny związek Hg, względnie wcierania szaruchy).

Autorzy są bezwzględnie przeciwni leczeniu poronemu kiły metodą Linsera.

Półpasiec a choroby zakaźne.

(Przyczynek do wyjaśnienia sprawy bólów brzucha w zapaleniu płuc).

Podał

Maksymiljan BIRO (Warszawa).

Przed rokiem przedstawiłem sprawę epidemii półpaśca¹⁾. Wskazałem, że w ciągu pewnego czasu spostrzegłem liczne przypadki tego cierpienia, i że wiele z nich przebiegało z podniesioną ciepłotą. Obecnie chciałbym omówić sprawę ukazywania się półpaśca w chorobach zakaźnych, względnie cierpieniach dróg oddechowych.

Wiadomą jest rzeczą, że chorobom zakaźnym często towarzyszą opryszczki i to przeważnie, jako opryszczka wargowa. Mniej znane są w tych chorobach opryszczki w postaci półpaśca. A jednak widywano go w śpiączkowym zapaleniu mózgu (Souques)²⁾, a mnie się udało spostrzec tę formę przy zapaleniu oskrzeli na tle grypy oraz w przebiegu zapalenia płuc krupowego.

Spostrzeżenie 1. R. G., 21 lat liczący, 2.II 1914 ma od 4 dni ciepłotę podniesioną ponad 37°, czasem i powyżej 38°; przebieg ciepłoty bez określonego typu. Męczy chorego kaszel i ból szyi. Trzeciego dnia choroby występuje na szyi i piersi wysypka. Chory z rodziny gruźliczej. Szczupły. Po prawej stronie na karku od włosów po szyi ku dołowi i ku wewnątrz grupa pęcherzyków z obwódka różową (herpes zoster); na odległości 4 cm. od niej na szyi po stronie zewnętrznej dalszy ciąg tego pasma wykwitów; poniżej zewnętrznej 1/3 obojczyka prawego ich uzupełnienie w kształcie pasa ukośnie ku wewnątrz i ku dołowi aż ponad wewnętrzny koniec drugiego żebra prawego (obręb n. cervico-subclavicularis). Kręgi szyjowe, obojczyk, żebra i ich stawy oraz sąsiednie mięśnie — niebolesne. Gruczoły szyjowe po prawej stronie wyczuwalne i bolesne. Czucie na miejscu wykwitów i w pobliżu wzmożone. Katar nosa. Wysłuchowo — liczne świsty. W sercu, narządach brzucha — brak objawów chorobowych. T. 84, równe. Płwocina śluzowo-ropna, bez laseczników. Mocz bez białka i cukru.

Osoba, dotknięta chorobą dróg oddechowych z podniesioną ciepłotą, ma podczas przebiegu tej choroby bóle, a w kilka dni po ich powstaniu zjawia się w ich okolicy, na przebiegu n. szyjno-podobojczykowego, pasmo opryszczek w postaci półpaśca. Ten półpasiec wyjaśnił bóle, jakie go poprzedzały podczas choroby dróg oddechowych.

Spostrzeżenie 2. W. F., 50 letnia kobieta, dostała 17.XI 1923 gorączki oraz bólów brzucha. Od 21.XI bóle się stale potęgowały. Ciepłota przeszła 38°, bez zwolnień. Budowa i odżywienie chorej dobre. W prawej połowie klatki

piersiowej z tyłu u dołu aż do grzebienia łopatki — stłumienie, wydech zaostrozony, drżenie piersiowe wzmożone. Tętno i wymiary serca prawidłowe. Podżebrze prawe na dotyk i ucisk bolesne. Skóra w tem miejscu na dotyk i przy ujęciu w fałd wrażliwa. Brzuch wiotki. Wątroba niewyczuwalna. Nie wyczuwa się również śledziony. Język suchawy. Tętno około 90, napięte. Odruchy kolan, Achillesa, zrenie — prawidłowe. Odruchów brzusznych po prawej, jako też po lewej stronie brzucha otrzytać nie można. Mocz bez białka i cukru.

Stan taki trwał do 24.XI. 1923 z tą zmianą, że w płucu prawem wystąpił oddech oskrzelowy.

26.XI 1923 stłumienie osłabło; w odnośnym miejscu rzeżenia wilgotne. Na brzuchu poniżej prawego łuku żebrowego pasmo pęcherzyków z różową obwódką — półpasiec.

27.XI 1923. Herpes zoster na brzuchu, jak poprzednio oraz nowe 4 pasma w międzyżebdach od 5-go ku dołowi, na przestrzeni od kręgosłupa do linii pachowej prawej. Czucie bólowe w okolicach, dotkniętych przez opryszczki, wzmożone.

28.XI 1923 ciepłota 36,8°. Od 29.XI 1923 ciepłota 36° i stopniowe ustępowanie sprawy płucnej.

Choroba zaczęła się od podniesionej ciepłoty i bólów brzucha poniżej prawego łuku żebrowego. W miejscu tem ucisk lub ujęcie skóry było bolesne. Po kilku dniach ukazały się wyraźne objawy zapalenia płuc. Podczas tej choroby na miejscu bólów brzucha oraz w przestrzeniach międzyżebrowych w sąsiedztwie z zajęta częścią płuc — wyraźny półpasiec.

Jak już wspomniałem, w chorobach zakaźnych ukazują się opryszczki w innej postaci, przeważnie opryszczki wargowe, herpes simplex. W obu powyższych spostrzeżeniach chorobie dróg oddechowych towarzyszyły wykwyty półpaśca.

Jeszcze niedawno w chorobach zakaźnych napotymano herpes simplex uważano za odczyn skóry na rozmaite drobnoustroje. Przez odnośne badania prof. Szymanowskiego i Zandowej³⁾ uzupełnione zostały uzyskane w tej sprawie dane Loewensteina⁴⁾, Blanca⁵⁾, Doerra⁶⁾, Levaditiego, Nicolaua⁷⁾, Lugera i Lauda⁸⁾. Poszukiwania szeregu tych badaczy wykazały, że opryszczki są wyrazem specjalnego zakażenia. Jeśli towarzyszą chorobie, to nie stoją z nią w związku etjologicznym; są raczej powikłaniem, wywołanem przez swoisty zarazek. Rozmaite rodzaje opryszczek (wargowa, rogówkowa i części rodnych) są spowodowane przez pewien wspólny zarazek przesykalny (Doerr) lub kilka zarazków o cechach zbliżonych (Levaditi).

Między półpaścem a opryszczką zwyczajną istnieje według niektórych badaczy (Schnabel⁹⁾) różnica etjologiczna. Półpasiec ma powstawać na tle tegoż zarazka, co ospa wieźrna (Bokay¹⁰⁾, Szenajch, Luger i Lauda¹¹⁾, Cornelia de Lange¹²⁾, Cranston Low¹³⁾, Mc. Ewen¹⁴⁾, Frei¹⁵⁾, Feer¹⁶⁾, Jacobi¹⁷⁾, Netter¹⁸⁾, Amsler¹⁹⁾). Pozwolę sobie pozatem zauważyć, że opryszczkę zwyczajną można przechodzić wielokrotnie, a półpasiec zdarza się raz w życiu.

A jednak istnieją pewne cechy wspólne między opryszczką a półpaścem. Tak samo, jak opryszczka, półpasiec wykazuje powinowactwo do układu nerwowego: występuje on w t. zw. nerwobólach i widywano go, jak wspominałem, w

3) Z. Szymanowski i Zylberlast-Zandowa. Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgu nagminnem i opryszczkowem. Medycyna doświadczalna i społeczna. 1923. Zesz. 3—4, str. 183—213.

4—6) zob. w pracy Szymanowskiego i Zandowej.

7) Lavaditi et Nicolau. Ectodermoses neurotropes. Etudes sur la vaccine. Annales de l'Institut Pasteur 1923, Nr. 1.

8) Luger u. Lauda. Zur Aetiologie des Herpes febrilis. Zeitschr. f. die gesammte experiment. Medicin 1921. T. 24.

9) Schnabel. Die Aetiologie der Encephalitis epidemica (lethargica). Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 10.

10) J. v. Bokay. Wien. Klin. Wochenschr. 1909, Nr. 39.

11) Luger u. Lauda. Ueber die Beziehungen des Herpes zoster zu den Varicellen. Wien. med. Wochenschr. 1921, Nr. 33. kay u. Varicellen. Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 19.

12) Cornelia de Lange. Herpes zoster varicellosa Bokay u. Varicellen. Klin. Woch. 1923, Nr. 19.

13—19) cyt. przez de Lange.

1) Biro. Opryszczki i ich stosunek do układu nerwowego. Odczyt w Tow. Neurolog. 1923.

2) Souques. Zona double à la suite d'une encéphalite letargique: zona ou éruption zostériforme. Arch. de Neurol. 1920. Decembre. Paris. Soc. de Neurologie.

śpiączce (Souques²⁾). Szymanowski i Zandowa, mówiąc o poszczególnych zarazkach rozmaitego rodzaju opryszczek, sądzą, że i „półpasiec zdaje się nie stanowić wyjątku“. Szczepienia, dokonane z zawartością opryszczek (Levaditi⁴⁾), Lipschütz²⁰⁾), wykazują, że zawartość opryszczki zwykłej (w zapaleniu płuc), jakoteż półpaśca, zachowuje się jednakowo. Z tego stanowiska byłoby zrozumiałe, czemu nietylko herpes labialis może towarzyszyć grypie lub krupowemu zapaleniu płuc; byłoby dopuszczalne, że w tych cierpieniach może również występować półpasiec, jak to miało miejsce w naszych przypadkach.

Inną rzeczą jest wyjaśnienie, jaką drogą obok tych cierpień półpasiec wykwiata. Współczesne stanowisko w sprawie opryszczek kaže zaznaczyć, że w naszych spostrzeżeniach zajęcie dróg oddechowych było wywołane przez pewne drobnoustroje, a półpasiec u tych samych pacjentów byłby skutkiem działania innego zarazka. Stern²¹⁾ sędzi, że zarazkiem tym jest saprofit z ust lub gardzieli, który w pewnych warunkach staje się niezwykle czynnym. Zarazek ten wywołuje opryszczkę; on też sprowadza zapalenie mózgu, bo „istnieje bliski związek między opryszczką a zapaleniem mózgu“ (Schnabel⁹⁾). Drogą szczepienia opryszczek podoponowo otrzymujemy objawy, przypominające zapalenie mózgu. Jahnel i Illert²²⁾ wywoływali w ten sposób zakażenie subduralne. Zawiesina z mózgu, dotkniętego zapaleniem śpiączkowym zaszczipiona na rogówce, daje na niej opryszczkę. Pozatem wiadomo, że istnieje grupa zarazków jednakich lub bliskich dla opryszczki, śpiączkowego zapalenia mózgu, paraliżu dziecięcego, może ospy wietrznej i świnki; są to zarazki neurotropowe. W komórkach nerwowych u zwierząt, zakażonych bądź opryszczką, bądź zapaleniem mózgu, znaleziono drobne twory, przypominające ciała Negriego. Zarazki wspomniane mają według Levaditego charakter ektodermotropowy, mają wyłączone powinowactwo do tkanek, powstałych z listka zarodkowego zewnętrznego.

W obu naszych spostrzeżeniach były wybitne bóle na przebiegu nerwów; bóle te poprzedziły ukazanie się półpaśca, towarzyszyły mu, a nawet trwały po jego ustąpieniu.

Jako powikłanie choroby dróg oddechowych wystąpiły zmiany w układzie nerwowym na skutek działania specjalnych czynników. Rezultatem tego działania był półpasiec; jednym z wyrazów zajęcia układu nerwowego były bóle.

Jeszcze przed ustaleniem dziś uznawanych zarazków dla opryszczek wzgl. dla półpaśca, wiązano, jak już wspomniałem, herpes zoster z układem nerwowym, z węzłami międzykręgowymi. Półpasiec widzimy w t. zw. nerwobólach. Bywa on często w cierpieniu nerwu trójdzielnego; widywałem go w chorobie nerwu kulszowego. O ile pierwsze dość często przebiega w wysypkę, to w cierpieniu nerwu kulszowego bywają wykwity nader rzadko. T. zw. nerwoból pozostaje nerwobólem bez względu na to, czy są opryszczki, czy ich niema. Jeśli opryszczki potwierdzają zajęcie układu nerwowego, to ich brak przy innych danych równych nie obala tła nerwowego choroby.

Rozpatrywana ze względu na powyższe wykwity sprawa bólów w cierpieniach dróg oddechowych nasuwa potrzebę zastanowienia się nad bólami brzucha, jakie czasami widzimy w zapaleniu płuc.

20) B. Lipschütz. Zur Kenntnis der Aetiologie des Herpes febrilis. Wien. med. Wochenschr. 1921. 1921, Nr. 5.

21) F. Stern. Pathogenetische Probleme der epidemischen Encephalitis. Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 10.

22) Jahnel u. Illert. Liquorbefunde bei der experimentellen Harpessencephalitis des Kaninchens. Klin. Woch. 1923, Nr. 14.

„W zapaleniu płuc u dzieci i dorosłych“, powiada Pirquet²³⁾), „ukazują się czasami bóle brzucha zamiast kłucia w boku“. „Dzieci od lat trzech do pięciu nie skarżą się podczas zapalenia płuc, według Filatowa²⁴⁾), na bóle w boku, natomiast na bóle brzucha“. Autor uważa ten ból za „wrzeczomy“, za „powstały na drodze odruchowej“, za ból „niewłaściwie zlokalizowany“. Pominę, że wskazywanie miejsca bólu w danym razie nie zależy od wieku; przypominę, że i dorośli w danej chorobie, jak już wyżej zaznaczono, narzekają na bóle brzucha. O ile bóle występują w późniejszym okresie zapalenia płuc, nie mają one dużego znaczenia dla rozpoznania, gdyż sprawa zapalenia płuc już jest wówczas zazwyczaj jasna. Bywają one jednak również we wczesnym okresie tej choroby, gdy rozpoznanie jest jeszcze niepewne. Spostrzegane wówczas bóle brzucha mogą w błąd nas wprowadzić. Jeśli bóle brzucha bywają nie we wszystkich przypadkach zapalenia płuc, niezależnie od rozmiaru cierpienia, to chyba są uwarunkowane umiejscowieniem ogniska. Zdałoby się, że w tych razach zachodzi zapalenie płuc centralne. Wówczas byłby zrozumiały brak objawów fizycznych cierpienia płucnego. Lecz wtedy mało byłoby powodów dla bólu. Bóle są stałe w zapaleniu opłucny, niestałe w zapaleniu płuc. W cierpieniu tem zdarzają się one wówczas, gdy ognisko leży blisko powierzchni płuc. Może nią być powierzchnia styczna z przeponą lub z żebrami. Na powierzchni nadprzeponowej mogą zmiany być rozległe, a dla badania niedostępne; na powierzchni, przylegającej do żeber, nie znajdujemy chyba wówczas objawów, gdy ognisko jest nieduże.

O ile sprawa odbywa się na dolnej powierzchni płuc, mogą być bóle brzucha w jego głębi; gdy rzecz się dotyczy zewnętrznej powierzchni płuca, bóle mogą być albo w klatce piersiowej, głównie w międzyżebrzach, albo w brzuchu, mianowicie w jego częściach powierzchownych, w powłokach. Tło dla bólu powierzchownych części klatki piersiowej lub brzucha może leżeć w nerwach międzyżebrowych lub odpowiednich nerwach brzucha. Bliski takiego poglądu był Biegański²⁵⁾. Utrzymywał on, że „ból ten zależy od nerwobólu międzyżebrowego, pochodzenie zakaźnego, od jakiego węzły rodzaju chorób zaliczamy zapalenie płuc“.

W naszym przypadku zapalenia płuc były bóle brzucha oraz półpasiec w międzyżebrzach i równoległe do nich na brzuchu. Półpasiec budził podejrzenie, że mogły być zajęte węzły międzykręgowce.

Poruszenie sprawy bólów brzucha w zapaleniu płuc i jej pogłębianie ma znaczenie praktyczne. Zamęt w tej sprawie wielokrotnie doprowadza do niewłaściwego rozpoznania choroby wyrostka robaczkowego i „nieraz ze względu na te bóle“, powiada Pirquet, „dokonywano niepotrzebnie wycięcia wyrostka“, operacji, w zapaleniu płuc najczęściej szkodliwej.

Z danych powyższych wynika:

1) Półpasiec może występować obok choroby zakaźnej ogólnej, niekiedy cierpienia dróg oddechowych (grypa, zapalenie płuc).

2) U chorych z bólami brzucha nie wolno zapominać o zapaleniu płuc.

3) Bóle brzucha w zapaleniu płuc mogą zależeć od zaburzeń w układzie nerwowym, czasami od zmian w nerwach międzyżebrowych.

23) Pirquet. Choroby dróg oddechowych. Podręcznik E. Feera o chorobach dzieci. Tłom. ros. Petersburg 1913, str. 351.

24) Filatow. Semiotyka i djagnostyka chorób dziecięcych. Moskwa 1893, str. 206—207.

25) Biegański. Semiotyka i djagnostyka chorób wewnętrznych. 1891, str. 27.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Rola ustroju w jaskrze.

Podał

Dr. Wiktor ARKIN ((Warszawa).

Pod jaskrą (glaucoma) rozumiemy stan chorobowy oka, spowodowany wzmocnieniem ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Jest to zasadniczy warunek, od którego niema żadnych odstępstw. Jeżeli spotykają się przypadki jaskry bez wzmocnienia ciśnienia, to jest to tylko stan chwilowy tej choroby.

Wszystkie znamienne objawy jaskry, mianowicie: bóle, obniżenie ostrości wzroku, zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, ograniczenie pola widzenia i t. d. wywodzą się z tego zasadniczego objawu.

Wzmożenie ciśnienia wewnątrzgałkowego może być wywołane różnymi zmianami miejscowymi, jak naprz., utrudnieniem odpływu cieczy wewnątrzgałkowej z powodu wzrostów przednich tęczówki lub odgrodenia żrenicy wysiękiem. Jaskrę takiego pochodzenia należy nazywać wtórną. Spotykamy ją nierzadko, lecz nie wchodzi ona w zakres naszych rozważań, gdyż jest całkowicie zależna od przyczyn miejscowych w oku.

Niemniej częsta jest jednak jaskra samoistna, pierwotna — jednostka chorobowa, klinicznie dokładnie wyodrębniona. Nazywamy ją pierwotną, gdyż dotychczas, pomimo wielu badań, nie udało się ustalić jej przyczyny lub nawet wywołać ją doświadczalnie.

Toteż obecnie większość badaczy na tem polu przypuszcza, że jaskra pierwotna zależy od zmian głębszych całego ustroju. Oczywiście, że ustrój, odpowiednio przygotowany, łatwiej ulegnie schorzeniu, o ile w samym oku znajdują się stosowne warunki.

Na jaskrę cierpi około 1% wszystkich chorych.

Płeć odgrywa poniekąd pewną rolę. Schmid i Rimpler podaje statystykę kilkunastu autorów, obejmującą 871 mężczyzn i 1150 kobiet. Miejscowe warunki prawdopodobnie wchodzi również w grę. Naprzykład Wagner w Odesie miał podwójną liczbę chorych kobiet. Na oddziale ocznym Szpitala Starozakonných w Warszawie w ciągu ostatniego pięciolecia było 220 kobiet i tylko 83 mężczyzn chorych na jaskrę.

Jaskra jest przeważnie chorobą ludzi starszych i względnie rzadko spotyka się poniżej 50 lat. Są jednak znane przypadki jaskry w bardzo wczesnym wieku. Szczególnie dotyczy to jaskry dziedzicznej. Wówczas w każdym następnym pokoleniu początek schorzenia przypada na okres wcześniejszy (antecipatio). Aczkolwiek nie każda jaskra jest dziedziczna, jednak spotykają się rodziny, w których wszyscy członkowie podlegają tej chorobie. Starzy autorowie uważali skazę dna wną za główną przyczynę dziedziczenia jaskry. Jaskra przechodzi częściej na tę samą płeć.

Przyczynę dziedziczenia jaskry można upatrywać w pewnych właściwościach dziedzicznych ustroju, mianowicie: łatwej pobudliwości nerwów wydzielniczych (Laqueur), miażdżycy naczyń, małych wymiarach gałki ocznej i sztywności twardówki.

Dużą rolę odgrywają również małżeństwa między krewnymi. Prawdopodobnie wskutek tego jaskra jest częstsza u żydów, niż u chrześcijan.

Jeżeli zwrócimy teraz uwagę na poszczególne czynniki, które wpływają na ciśnienie wewnątrzgałkowe, to na pierwszym miejscu należy postawić stan układu naczyniowego. Ciśnienie wewnątrz gałki jest uwarunkowane przede wszystkim ciśnieniem hydrostatycznym cieczy wewnątrzgałkowej, w drugim rzędzie parciem naczyń krwionośnych oka, które wynosi 1/8 ciśnienia krwi tętniczej.

Doświadczalne badania Wesselyego na zwierzętach stwierdziły, że ciśnienie wewnątrzgałkowe jest stale zależne od ogólnego ciśnienia krwi, t. j. zmniejsza się równolegle ze zmniejszeniem ciśnienia w tętnicach i zwiększa przy zastojach żylnych. Również jest miarodajny i stan wypełnienia naczyń wewnątrzgałkowych, które tworzą w obrębie żył wirowych jakby zatoki żyłne (Kümmel). Ta zależność dała powód do porównania oka z onkometrem w przyrządach pletysmograficznych (Wessely). Jest rzeczą ciekawą, że oko zdrowe jest mniej zależne od wahań w ciśnieniu ogólnym krwi, niż oko jaskrowe.

Naprzykład, podług Głowina, przy ucisku na tętnicę szyjną w oku normalnym następuje spadek ciśnienia o 2—3 mm. rtęci, podczas gdy w oku jaskrowym o 22—24 mm. Świadczy to o istnieniu aparatu regulacyjnego w oku, który decyduje o autonomji oka w dziedzinie ciśnienia wewnętrznego.

Czynność ta w jaskrze jest najwidoczniej zahamowana, stąd też wielkie wahania w zależności od ciśnienia krwi tętniczej. Ze oko może się uniezależnić od wysokości ciśnienia krwi, świadczą wyniki zastrzykiwań podskórnych lub dożylnych adrenaliny. Wessely obserwował wówczas potrójne działanie: ciśnienie wewnątrzgałkowe podnosiło się równolegle z ciśnieniem krwi, zostawało bez zmian lub nawet opadało.

W badaniach, przeprowadzonych przeze mnie na oddziale ocznym d-ra Endelmána (szpital na Czystem w Warszawie), miałem możność stwierdzić, że adrenalina nie miała

wpływu na ciśnienie wewnątrzgałkowe nawet u jaskrowych. Możliwe, że zwiększenie ciśnienia krwi tętniczej zostaje zobojętnione miejscowym skurczeniem naczyń krwionośnych oka, który następuje po wprowadzeniu adrenaliny.

Naogół jednak nawet wahania dzienne ciśnienia wewnątrzgałkowego są zależne od przyczyn ogólnych. Pomiar tonometryczny wykryły, że ciśnienie to bywa rano o 4 mm. i więcej wyższe, niż wieczorem.

Z pomocą szeregu dowcipnych prób Köllner wyłączył wpływ rozszerzenia żrenicy, ciśnienia krwi i procesów osmotycznych. Główną przyczyną różnicy w ciśnieniu jest prawdopodobnie zmiana wypełnienia naczyń ocznych w zależności od rozdziału krwi w ustroju o różnej porze dnia. I pod tym względem oko jaskrowe posiada gorszą zdolność przystosowania. Köllner mógł stwierdzić niejednokrotnie, że różnica między ciśnieniem rannem i wieczornem w takich oczach stanowiła 20 mm.

Naogół większość lekarzy obserwowała w jaskrze wzmożenie ciśnienia krwi i ogólne zmiany w układzie krwionośnym (zapalenie tętnicy głównej, miażdżycę naczyń). Szczególnie w powstawaniu jaskry krwotocznej (złośliwej) zmiany te, prawdopodobnie, odgrywają dużą rolę. Dunn uważa rokowanie w jaskrze za niepomyślne, o ile ciśnienie krwi jest bardzo wysokie i radzi uciekać się do częstych upustów krwi. Kümmel uważa każdą jaskrę bez wzmożonego ciśnienia krwi za nietypową, t. j. wtórną, spowodowaną naprzykład, guzem wewnątrzgałkowym. Radzi on również wystrzegać się stosowania atropiny u osobników, dotkniętych zmianami w układzie naczyniowym.

Wysokość ciśnienia wewnątrzgałkowego jest w dużej mierze zależna i od wpływu nerwów naczynioruchowych, w pierwszym rzędzie od układu współczulnego. Adamiuk, drażniąc nerw współczulny, otrzymał zwiększenie ciśnienia wewnątrzgałkowego drogą zwiększenia ogólnego ciśnienia krwi. A badie również uzależnia powstanie jaskry od podrażnienia włókien nerwu współczulnego, z tą jednak różnicą, że następuje wówczas rozszerzenie naczyń krwionośnych i przepełnienie oka krwią. Jednocześnie włókna nerwu współczulnego posiadają działanie odżywcze i zwiększają ilość wydzielanej chłonki.

Zwolennikiem teorii wydzielniczej jest również Laqueur. Punkt ciężkości przenosi on jednak na ciało rzęskowe, w którym schodzą się włókna wydzielnicze.

Ostatnie badania Magitot i Baillarda jakoby przeczą poglądom A badie: po przecięciu nerwu współczulnego otrzymali oni zwiększenie ciśnienia prawdopodobnie wskutek przepełnienia naczyń krwionośnych oka.

Wzmożone wydzielanie chłonki może rozpętać napad jaskry wówczas, gdy jednocześnie istnieją zaburzenia ze strony aparatu regulującego odpływ cieczy z oka.

Do pewnego stopnia sprawdzianem stanu układu wegetacyjnego mogą być próby farmako-dynamiczne, polegające na zastrzykiwaniach podskórnych lub dożylnych adrenaliny, pilokarpiny i atropiny. Próby z adrenaliną i pilokarpiną wykonałem na oddziale d-ra Endelmána wspólnie z kolegami Lichtenbergiem i Pfeferem. Na zasadzie tymczasowych wyników mogę zaznaczyć, że nie stwierdziłem u jaskrowych chorych objawów wybitnej sympatykotonji, ani wago-tonji.

Drugim sprawdzianem działania nerwu współczulnego w jaskrze są wyniki leczenia tej choroby za pomocą wycięcia szyjnych zwojów n. współczulnego. Axenfeld, Römer i Wilder podają 256 przypadków operowanych. Z ich zestawienia wynika, że operacja obniża, aczkolwiek nie na długo, ciśnienie wewnątrzgałkowe. Jess radzi stosować wycięcie n. współczulnego tylko w tych przypadkach, które pomimo zabiegu miejscowego (wycięcie tęczówki, sklerektomia) wykazują skłonność do wzmożenia ciśnienia.

Ball znajdował w wyciętej tkance zwojów nerwowych zmiany wsteczne; prawdopodobnie więc zachodzą tylko zmiany miejscowe w szyjnych włóknach n. współczulnego.

Poruszając kwestję wpływów nerwowych, należy jeszcze wspomnieć o uporczywych nerwicach nerwu trójdzielnego, które spotykamy niekiedy u jaskrowych. Ze spostrzeżeń tych Werner, Hippel i Grünhagen wysnuwają teorię o wpływie nerwu trójdzielnego na powstawanie jaskry. Są dwie możliwości: — albo nerw trójdzielny działa odruchowo na układ współczulny, albo też posiada włókna wydzielnicze dla ciała rzęskowego, które zwiększają ilość cieczy wodnej.

W myśl badań ostatnich lat układ wegetacyjny jest zależny od wpływu gruczołów dokrewnych. W nauce o wydzielaniu wewnętrznym ścierają się 2 poglądy. Jedni uzależniają wpływ gruczołów dokrewnych od chemicznego działania hormonów na tkanki różnych narządów, inni przypuszczają, że ogniwem pośrednim jest układ wegetacyjny.

Niezależnie od wyniku tego sporu poczyniono ostatnio pewne spostrzeżenia o zależności jaskry od wydzielania dokrewnego.

Hippel przeprowadził szereg badań z surowicą jaskrowych, stosując metodę *Abderhaldena*; jako antygen używał tkanki gruczołów dokrewnych. Wynik dodatni otrzymywał prawie zawsze z grasicą i tarczycą. W przypadkach Hippa były prócz tego szczegółowo badane narządy wewnętrzne i zawsze dokonywane zdjęcia rentgenologiczne. Wynik tych badań prawie zawsze świadczył o powiększeniu tarczycy i grasicy. Ponieważ reakcja *Abderhaldena* jest bardzo czuła na najmniejsze wykroczenie w technice, dla kontroli były przeprowadzane badania z surowicą tych samych chorych gdzieindziej. Wynik prób tych był zawsze jednakowy. Nadto przy dłuższym stosowaniu odpowiednich przetworów organoterapeutycznych Hippel otrzymywał poprawę u chorych.

Z autorów francuskich *Terrien* również uzależnia niektóre postaci jaskry od schorzenia gruczołu tarczowego. Jako przyczynek do tej zależności, mogę przytoczyć następujący własny przypadek.

U kobiety 54-letniej z powodu sprawy ropnej gruczoł tarczowy całkowicie zropiał, wkrótce dały się zauważyć objawy obrzęku śluzowego, które ustąpiły po przeszczepieniu tkanki tarczycy do szpiku kostnego (II klinika chirurgiczna). Po pewnym czasie chora zgłosiła się ze skargami na osłabienie wzroku. Badanie przedmiotowe wykazało u niej wówczas jaskrę prostą.

Prawdopodobnie w przytoczonych przypadkach chodzi nie tylko o hiper lub hypofunkcję gruczołu, ale również i o jego dysfunkcję.

Hertel wypowiada się również za możliwością wahań ciśnienia ocznego pod wpływem zmian w stężeniu krwi, które następują pod działaniem niektórych gruczołów dokrewnych, a szczególnie tarczycy.

Imre widział obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego przy zmięknieniu kości i zaburzeniach w działalności przysadki, zwłaszcza za wahania ciśnienia podczas ciąży i w chorobie *Basedowa*.

W powstawaniu jaskry dużą rolę odgrywa pozatem okres przekwitania, kiedy zachodzi ścisły związek między działaniem gruczołów dokrewnych (hormony jajników i tarczycy), a ciśnieniem krwi. Szczególnie u kobiet w tym okresie daje się zauważyć wzmożone ciśnienie krwi i szereg zaburzeń ze strony układu naczynioruchowego.

Palta uważa jaskrę również za jeden z przejawów przekwitania i stosuje z powodzeniem u swych chorych przetwory jajników. Codzienne doświadczenie kliniczne uczy nas, że jaskra u kobiet zbiega się często z pierwszymi objawami przekwitania. Być może, że z tych względów spotyka się ona częściej u kobiet, niż u mężczyzn, którzy nie przechodzą okresu przedmowego, jakim jest pora przekwitania, kiedy cały ustrój, a z nim i układ naczyniowy i nerwowy muszą się gwałtownie przystosować do nowych warunków.

Czynniki, o których dotychczas była mowa, działają głównie drogą zwiększenia ciśnienia krwi. Jednak i skład chemiczny krwi, jak również jej stężenie nie pozostają bezwzględnie na wysokości ciśnienia wewnątrzgałkowego. Już a priori można przypuścić, że zwiększenie koncentracji krwi powoduje przesiąkanie cieczy z oka do naczyń krwionośnych, i wskutek tego obniża się jego ciśnienie wewnętrzne.

Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w klasycznych doświadczeniach *Hertla*. Wprowadzając dożylnie hipertoniczne roztwory soli kuchennej (u ludzi 250 cm. 10%-go roztworu) *H.* otrzymywał znaczny spadek ciśnienia wewnątrzgałkowego (z 25 mm. do 15 mm., a nawet 12 mm.). Nawet u jaskrowych można osiągnąć w ten sposób zmięknienie oka. Coprawda, dawki powyższe są na granicy trujących i nie dadzą się zastosować przez dłuższy czas.

Podanie soli przez usta (20—30 gr. w 120 cm.³ wody) daje ten sam wynik.

Hypotonję oka w śpiączce cukrzyczej *Hertel* objaśnia zwiększeniem ciśnienia osmotycznego krwi — wskutek utraty dużej ilości wody.

Wzmoczenie ciśnienia wewnątrzgałkowego można otrzymać drogą odwrotną — zmniejszając stężenie krwi wstrzykiwaniami dożylnymi wody przekroplonej.

Próby powyższą na królikach wykonał *Lagrange*.

Czy jednak w rzeczywistości u jaskrowych ma miejsce zmniejszenie stężenia krwi? Są oni przeważnie ludźmi w wieku starszym, i znaczny odsetek ich cierpi na choroby serca lub nerek, które dają zmiany w stężeniu krwi. *Hertel* wybrał chorych na jaskrę w wieku do 40 lat i bez wzmożonego ciśnienia krwi; przeciętna drobinowego stężenia krwi wynosiła u nich 0,295, t. j. mniej, niż w normie. Wynik tych badań zgadza się z doświadczeniami *Alexandra*, który przy określaniu lepkości krwi stwierdził u jaskrowych rozwodnienie krwi. Wpływ takiego rozwodnienia na powstanie jaskry można tłumaczyć jeszcze w inny sposób. Krew, mało stężona, łatwo przedostaje się przez naczynia, szczególnie, jeżeli w układzie krwionośnym panuje wzmożone ciśnienie. Takie nagłe wystąpienie cieczy z naczyń ocznych, naprzykład pod wpływem wzruszeń psychicznych, lub ochłodzenia (wpływy naczynioruchowe) może wywołać ostry atak jaskry, niezależnie od zaburzenia równowagi osmotycznego ciśnienia.

Wpływ chemicznego składu krwi na wzmożenie ciśnienia gałkowego wyraża się podług *Kleczkowskiego* w zwiększonej zawartości adrenaliny. Prace jego mają już dziś wartość historyczną od czasu, gdy *Gilbert* i *Lohman* otrzymali wyniki odwrotne.

W zupełnie innej płaszczyźnie rozpatruje zagadnienie jaskry amerykański fizjolog *M. H. Fischer*.

Jego teoria jaskry jest ściśle związana z teorią obrzęku, podług której zwiększona ilość wody jest zależna od pęcznienia koloidów tkanki pod wpływem nagromadzonych w niej kwasów, czemu sprzyja zastój w krwiobiegu. Pęcznienie ciała szklistego wywołuje wzmożenie ciśnienia i atak jaskry.

Teoria obrzęku *Fischera* nie znalazła ogólnego uznania. Również doświadczalnie stwierdzono (*Rubena*), że poglądy *Fischera* nie dadzą się zastosować do wyjaśnienia przyczyny jaskry. Jedynie zwiększenie objętości otoczki oka można poniekąd wytłumaczyć pęcznieniem włókien twardówki.

Czynniki ogólne ustroju (ciśnienie krwi, jej stężenie, wpływy nerwowe i t. d.) są o tyle cenne dla wyjaśnienia powstania jaskry, o ile dadzą się stwierdzić doświadczalnie. Natomiast, obserwując poszczególne stany chorobowe ustroju, w których częściej spotyka się jaskrę, niezawsze można ustalić związek przyczynowy, a tem samem zupełnie wyłączyć czynnik przypadkowości.

Do stanów chorobowych, z którymi częściej można powiązać jaskrę, należą przede wszystkim przypadki samozatrucia, szczególnie łożądkowo-kiszkowe, następnie choroby nerek, które uspasabiają do jaskry krwotocznej, a z chorób przemiany materji — dna i cukrzyca. Z chorób zakaźnych należy wspomnieć tu o kile, która poza ogólną miażdżycą naczyń daje zmiany miejscowe w naczyniach naczyniówki. Jaskra, powstała na tem tle, poddaje się dobrze leczeniu swoistemu.

Wszystkie ciężkie choroby, jak również urazy psychiczne, uspasabiają do jaskry, o ile są ku temu warunki miejscowe.

Foerster obserwował ostrą jaskrę po schorzeniach wątroby, nieżytych kiszek, naskluku torbieli jajnikowej, ciężkim zapaleniu płuc, pęcherza moczowego, po róży. Być może, że uda się powiązać tu jaskrę z osłabieniem działalności serca, tembardziej, że napad rozpoczyna się nie na wysokości choroby, a dopiero wtedy, gdy występują objawy ogólnego osłabienia.

Jak widać z powyższego, czynniki ustrojowe, które mogą wywołać jaskrę, są niejednolite. Najważniejszym czynnikiem sprzyjającym są, mimo wszystko, zmiany miejscowe w samym oku, które już oddawna stanowią przedmiot dociekania okulistów. Zmiany miejscowe wywołują zaburzenia w aparacie regulacyjnym oka, o którym już była mowa.

Aparat ten w stanie prawidłowym działa bardzo sprawnie, utrzymując ciśnienie wewnątrzgałkowe w ściśle określonych granicach. Spotykamy się tu z pewnego rodzaju autonomją którą ustrój obdarza najbardziej i najsprawniej pracujące narządy.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Fizjologia normalna i patologiczna.

N. FIESSINGER i H. WALTER. Wahania w rytmie czynnościowym wątroby prawidłowej. (Comptes Rendus de la Société de Biologie Nr. 12, 4.IV.1924).

Komórka wątrobowa posiada podczas trawienia pewien rytm funkcjonalny, którego obrazy morfologiczne są już znane. Dla wykazania tego rytmu za pomocą klinicznych metod badania czynnościowego autorzy badali w ciągu 50 dni moczu u ludzi z wątrobą zdrową. Mocz był zbierany co 2 godziny i badany na urobilinę i kwasy żółciowe. Okazało się, że wydzielenie tych dwóch składników ulega w ciągu 24 godzin znacznym wahaniom: zupełny brak urobiliny w pewnych chwilach ustępuje miejsca zjawianiu się jej w znacznej ilości; napięcie powierzchniowe od stosunków prawidłowych zmienia się tak, że reakcja H_a y a staje się dodatnią. Ta zmienność w wydzieleniu składników, którym przypisuje się w klinice pewną wartość dla oceny stanu wątroby, jest u ludzi zdrowych prawidłową. Autorzy uważają, że to zjawisko częściowo może zależeć od wahań stężenia moczu, gdyż mocze, najbardziej stężone, dają najwyraźniejszy odczyn na urobilinę i sole żółciowe. Takie same wahania autorzy zauważyli w wydzieleniu cukru po spożyciu 150 gr. miodu; cukier ten w porcjach moczu, badanych co 2 godziny, kilkakrotnie w ciągu dnia zjawiał się i znikał. Autorzy przypuszczają, że wątroba zdrowa w swej czynności fizjologicznej podlega chwilowemu osłabieniu, krótkotrwałej szybko ustępującej niedomodze, którą stan patologiczny wątroby jedynie wzmacnia co do czasu trwania i natężenia.

J. Typograf.

N. FIESSINGER i H. WALTER. Wahania w rytmie czynnościowym wątroby patologicznej (Comptes Rendus de la Société de Biologie, Nr. 13, 11.IV.1924).

Przekonawszy się o istnieniu wahań w rytmie czynnościowym wątroby zdrowej, autorzy kontrolowali te wahania na chorych, dotkniętych w mniejszym lub większym stopniu wyraźną niedomogą wątroby. Metodę badań stosowali tę samą, co w pracy wyżej zreferowanej, i stwierdzili, że wahania w wydzieleniu w moczu takich składników, jak soli żółciowych, urobiliny i glukozy, których pochodzenie wątrobowe wydaje się bezspornym, znacznie się nasilają w przebiegu niedomogi wątroby. Zjawisko wahań w wydzieleniu można wytłomaczyć jedynie wyczerpaniem komórki wątrobowej zależnym od przeciążenia, wywołanego spożyciem pokarmów, przebywaniem w pozycji stojącej i ruchem. Zajęcie wątroby obstrza tylko zjawisko normalne. Istnieją wszystkie postacie przejściowe od małych fizjologicznych wahań czynności wątroby prawidłowej do wielkich wahań i zaburzeń niedomogi wątroby.

J. Typograf.

N. FIESSINGER i H. WALTER. Próba miodowa, jako sposób czynnościowego badania wątroby. (Comptes Rendus de la Société de Biologie, Nr. 12, 4.IV.1924).

Autorzy sprawdzali na 60 różnych przypadkach chorobowych próbę Filińskiego o czynnościowego badania wydolności wątroby, polegającą na poszukiwaniu w moczu urobiliny po spożyciu 150 gr. miodu. Próba ma być dodatnią w przypadkach niewydolności wątroby, ujemną u ludzi zdrowych. Badając co 2 godziny moczu na urobilinę, urobilinogen i cukier, autorzy przekonali się, że zarówno u osobników zdrowych, jak i dotkniętych niedomogą wątroby wydzielenie urobiliny w moczu podlega w ciągu dnia znacznym wahaniom zależnym od stężenia moczu i od spożycia pokarmów. Ta fizjologiczna urobilina pojawia się w moczu po spożyciu większej ilości pokarmów, szczególnie suchych. Spożywanie 150 gr. miodu wcale nie jest konieczne do wywołania znaczniejszej urobilinurji i nawet nie jest celowe. Urobilinurja i urobilinogenurja w drobnych niedomogach wątroby — są to rzeczy zupełnie zwykłe. Krytyczne więc badanie moczu na urobilinę po spożyciu 150 gr. miodu daje wyniki odmienne, niż wyniki Filińskiego.

Natomiast czas trwania cukromoczu, wywołanego próbą Filińskiego, jest zależny od stopnia niedomogi wą-

troby. To właśnie wydzielenie cukru, a nie urobiliny, jest ceną zdobyczą próby Filińskiego.

J. Typograf.

Lecznictwo.

BASS, SOUPAULT i BRONET. O opatrunkach przeciwbakteryjnych w zastosowaniu do ludzi. (La Presse Médicale, Nr. 5, 1924).

Artykuł ten omawia zastosowanie szczepionek w leczeniu ran zakażonych, które stanowią punkt wyjścia dla ogólnej infekcji. Besredka w ostatnich swoich pracach zwrócił uwagę, że szczepionka działa o wiele szybciej i skuteczniej, jeżeli jest zastosowana miejscowo, niż, jeżeli wprowadzimy ją do organizmu w odległych okolicach ciała i czekamy na wytworzenie się przeciwciał. Wprowadzać należy szczepionkę nie podskórnie, lecz śródskórnie, bądź przez zastrzyknięcia doskórne, bądź wprost przez nakładanie kawałków gazy przepojonych szczepionką. Besredka zastosował ten sposób na świnkach morskich, a autorzy tej pracy na ludziach. Przytaczają oni 28 przypadków, leczonych z powodzeniem. Technicznie sprawa przedstawia się w ten sposób, że miejscowo dookoła rany daje się blokadę z zastrzyknięciem doskórnych wakuin, prócz tego można ją podać w przepojonych kawałkach gazy i wlewając do samej rany. Stosowali oni także leczenie ran w najrozmaitszych przypadkach, a więc w ropówkach, zapaleniu naczyń chłonnych, ranach sięgających do opłucny i otrzewny, stanach zapalnych szpiku kostnego i kości i t. p. We wszystkich przypadkach mieli szybką poprawę, skrócenie znaczne czasu leczenia i powrót do zupełnego zdrowia.

Mierczyński.

JEANBRAU, PAUCHET, Emile WEIL. Przetaczanie krwi. (32 kongres chirurgów francuskich, październik 1923). Nowoczesna technika transfuzji krwi dzieli się na 2 grupy:

A. Metody transfuzji krwi czystej — tętnico-żylną lub żyło-żylną.

Transfuzja tętnico-żylna opisana przez Crèla jest bezpośrednia, jeżeli wykonywamy ją za pomocą szwów naczyniowych lub kaniul specjalnych (Crèle, Elsberrg); jest pośrednia — za pomocą rurek parafinowanych (Carrel, Uffier, Morel). Te sposoby są zadawalające z punktu widzenia biologicznego i chirurgicznego, lecz są trudne, długotrwałe, zmuszają donatora do poświęcenia swej tętnicy promieniowej i nie pozwalają dokładnie określić ilości przelanej krwi.

Transfuzję żyło-żylną wykonywaną bądź to za pomocą ampułek parafinowych (Kimpton, Brown), bądź to za pomocą szprycy o 2 kranach.

B. Sposoby transfuzji krwi nieścinającej się. Posługujemy się właściwościami antykoagulacyjnymi glikozy, cytrynianu sodu (Agote, Lewisohn, Hédon), arsenobenzonu. Technika jest b. prosta, gdyż wystarczy zebrać krew za pomocą nakłucia żyły, zmieszać ją z antykoagulantem wybranym i wstrzykiwać krew już stabilizowaną lub rozcieńczoną do żyły receptora. Najchętniej się obecnie używa cytrynianu sodu.

Biologia krwi cytrynianowanej. Badania Sabbatiego, Lewisohna, Hedona i innych dowiodły, że:

1) Krew cytrynianowana w stosunku 2 lub 3 na 1000 pozostaje płynną nieograniczenie, jest ona stabilizowana, lecz nie odwapniona. Jej niekrzepliwość jest zależna od desionizacji wapnia. Dla wywołania koagulacji krwi cytrynianowanej wystarczy dodać chlorku wapnia lub surowicy ludzkiej.

2) Krew cytrynianowana nie jest toksyczna nawet dla noworodków i chorych, w koncentracji używanej do transfuzji.

3) Cytrynian sodu nie skraca czasu krzepliwości krwi u receptora.

4) Krew cytrynianowana posiada właściwości krwi czystej.

5) Daje przy transfuzji wyniki równoznaczne do tych, że przy transfuzji krwi czystej.

Niedogodności krwi cytrynianowanej przy transfuzji: daje ona częściej dreszcze i podwyższenie ciepłoty, aniżeli krew czysta.

Niebezpieczeństwa i wypadki. Niebezpieczeństwa polegają na możliwości udzielenia receptorowi kiły, gruźlicy i zimnicy.

Wypadki są pochodzenia mechanicznego (przedostanie się powietrza do żył, ostra rozstrzeż serca), anafilaktycznego (b. rzadkie) i humoralnego, — te ostatnie są wynikiem niezgodności krwi (działania aglutynacyjnego i hemolitycznego jednej krwi na drugą), lub też wskutek różnicy humoralnej, nie dającej się stwierdzić *in vitro*, co może dać objawy podobne do szoku koloidalnego, opisanego przez Widala. Tylko heterogenność krwi daje objawy ciężkie — przeważnie już po iniekcji 15 lub 20 cm³ krwi silne bóle brzuszne lub lędźwiowe, duszność, niepokój, dreszcze i podwyższenie ciepłoty, co może doprowadzić do śmierci natychmiastowej lub też późniejszej, spowodowanej krwiotoczem i wtórnym zapaleniem nerek. Te objawy toksyczne uzależniamy od niezgodności krwi receptora i donatora, przyczem następuje hemoliza krwi przetoczanej, uwalnia się znaczna ilość białka (heterogennych albumin), które działa toksycznie.

Krew donatora powinna być zgodna z krwią receptora, a właściwie nie powinna ulegać hemolizie przez surowicę donatora. M o s z dzieli wszystkich ludzi według właściwości biologicznych ich krwi na 4 grupy zasadnicze.

Według tego podziału ludzie jednakowej grupy odpowiadają sobie nawzajem. Ludzie grupy I-ej — są to receptorzy uniwersalni; II-ej grupy — donatorzy uniwersalni. Doświadczenia wojenne wykazały, że transfuzje, robione z przypadkowym donatorem (bez określenia grupy), dają 3% śmiertelności, a więc w przypadkach nagłych możemy robić transfuzję nawet bez uprzedniego określenia grupy.

Klinicznie stwierdzono, że ludzie z objawami zbliżającą się śmierci powracali do zdrowia po transfuzji i wyzdrowieli bez hemoglobinurji, co dowodzi, że nie było hemolizy krwi przetoczanej. Badania hematologiczne d'Ashby, Wearna, Ames i innych dowiodły, że obce czerwone ciała żyją w ustroju nowego gospodarza od 2 do 3-ch miesięcy i spełniają w zupełności funkcje utracanej krwi. Transfuzja posiada również ogromne znaczenie homeostatyczne i jest najbardziej zaradczym środkiem w krwotokach niedostępnych do opanowania z powodu ich umiejscowienia lub ogólnego złego stanu pacjenta.

Wskazania dla transfuzji przy wielkich krwotokach:
1) Jeśli liczba czerwonych ciałek krwi żyłnej w ciągu pierwszych 6 godzin jest poniżej 4000000 i 2) Mx ciśnienia krwi poniżej 90 mm. Hg. Ilość przetaczanej krwi u dorosłych—500—800 gr., u noworodków 20—25 gr. na klg. wagi. Autotransfuzja lub reiniekcja dożylna krwi wylanej do jamy brzusznej, np. w ciąży pozamacicznej, winna być zrobiona wówczas, jeżeli transfuzja jest niemożliwą do wykonania.

Wskazania do transfuzji w chorobach krwi. Lekarz winien patrzeć na transfuzję, jak na środek pewny, bezpieczny i możliwie rozszerzyć jej zastosowanie. Dla otrzymania rezultatów dodatnich, należy ją stosować ostrożnie i systematycznie.

Obecnie już z powodzeniem stosuje się transfuzję w leczeniu skaz krwotocznych, w krwotokach, wywołanych zatruciem (arszenikiem), w chorobach wątroby (kamicy, marskości dla uniknięcia krwotoków pooperacyjnych), w leczeniu anemji (pierwotnej, wtórnej, złośliwej, rekonwalescentów), menarchji (u młodych dziewcząt), w metrorrhagia idiopathica melena neonatorum i t. p.

Mieczysław Floksztrumpf.

MAGNUS. Nagły przypadek śmierci po dożylnym zastrzyknięciu bizmutu. (Klinische Wochenschr. 1924, Nr. 28):

Pacjent 20-letni ze świeżym wrzodem przymiotowym, zresztą pod każdym względem zdrowy, miał w odstępach 3—4-dniowych zastrzykiwany dożylnie neosalwarsan po 0,6. Po ośmiu zastrzyknięciach około 3 tygodni pauza, poczem również dożylnie 1 cm³ kalomelu. Po 5 dniach zastrzykiwania dożylnie wismulenu (Stroschein), 6 razy po 1 cm³ w ciągu 2 tygodni. Wszystkie te zastrzykiwania znosi chory jak najlepiej, nie przerywając swych zajęć. Na dwunasty dzień nowe zastrzyknięcie wismulenu w tej samej dawce, poczem chory pada nieprzytomny, dostaje drgawek, i pomimo dwugodzinnych zabiegów (oddychanie sztuczne, tlen, eter podskórnie, faradyzacja) umiera. Sekcja, wykonana z całą dokładnością, nie wykrywa żadnych zmian. Wiele tygodni trwające badanie mikroskopowe gruczołu tarczowego, grasicy, ciałek na-

błonkowych, nadnerczy, przysadki mózgowej i wszelkich części mózgu nie prowadzi do żadnego wyniku wyjaśniającego ten nagły przypadek śmierci. Chyba tylko przypuścić należy skurcz nagły tętnic jako przyczynę. Bądźco bądź faktem jest, że nie działał tu środek zastrzyknięty, lecz zastrzyknięcie samo przez się. Nasuwają się poważne refleksje wobec tak rozpowszechnionego obecnie dożylnego wlewania leków.

M. F.

Choroby zakaźne.

P. A. HERZEN. Przyczynek do kliniki duru wysypkowego. Zapalenie przyusznic w durze wysypkowym. (Arch. f. Klin. Chir. 25, 1924).

Zakażenie przyusznic w durze wysypkowym, najczęściej następuje przez przewód ślinianki. Warunkiem sprzyjającym zachorzeniu gruczołu, jest zmniejszenie lub ustanie wydzielania. Takie zmniejszenie wytwarzania śliny występuje właśnie na wysokości duru, co zależy zarówno od braku bodźca wydzielniczego, jakim jest żucie, jakoteż od zaburzeń w unerwieniu współczulnym, zależnym od samego duru. Wspomniane zaburzenia powodują też gorsze ukrwienie ślinianki. Drobnoustroje z jamy ustnej niewypłukiwane śliną łatwo dostają się do gruczołów, a padłszy na źle unaczynione podłoże z łatwością rozwijają swoje chorobotwórcze działanie. Z chwilą wkroczenia drobnoustrojów do miąższu gruczołu, ślinianka obrzęka i występuje dość szybko coraz to silniejszy stan zapalny, który po mniej więcej 8 dniach przechodzi w ropienie.

Niejednokrotnie zdarza się, że stan zapalny cofa się, wsysa i w ciągu 10—15 dni ślinianka wraca do zdrowia.

Z powikłań zapalenia przyusznic należy wspomnieć o zapaleniu zakrzepowem żył i następczem ogólnem zakażeniu, o zapaleniu nerwów, idącym poprzez n. twarzowy, skalisty powierzchowny większy na gangl. sphenopalatinum z wtórnem porażeniem podniebienia miękkiego, a wreszcie o zapaleniu ucha środkowego.

Wynika z powyższego, iż zapalenie przyusznic w przebiegu duru wysypkowego jest powikłaniem ciężkim i daje złe rokowanie, zwłaszcza gdy występuje w okresie największego nasilenia choroby zakaźnej, kiedy to odporność ustroju jest znacznie zmniejszoną.

Postać powikłania, występująca po przełomie duru jest co do rokowania pomyślniejszą.

Statystyka autorów wykazuje, że wszystkie wczesne zapalenia przyusznic kończyły się śmiertelnie, a z ogólnej liczby 64 późniejszych zginęło tylko 2.

Zapobieganie powikłaniu będzie polegało na wczesnym rozpoczęciu płukaniu ust kwasem bornym i miętą, oraz na zwilżaniu języka i śluzówki przedsonka jamy ustnej wacikiem z słabym roztworem kwasu cytrynowego. Pawłow bowiem dowiódł, że bodźce wydzielnicze dla ślinianek idą z śluzówki jamy ustnej.

Leczenie w pierwszych dniach polega (poza wymienionem pendzlowaniem) na miejscowo stosowanem cieple w postaci okładów Priessnitza, lub innej. Jeśli daje wyczuć się głębokie chębotanie, należy ognisko naciąć.

Autor uważa swoje cięcia (o których mowa niżej) za odbarczające. Cięcia muszą oszczędzać n. twarzowy, t. skroniową i przewody zrazików. W oderzeniu eterowem autor robi dwa cięcia: jedno pionowe równoległe do tętn. skroniowej, a więc na palec szerokości od wewnętrznego brzegu ucha i nie niżej punktu zaszczepienia muszli usznej, gdyż tu wychodzi n. twarzowy; drugie—na tylnym kącie żuchwy skośnie z góry na dół odpowiednio do linii rzutowej m. stylo-hyoidei i tylnego brzośca m. biventeris.

Feliks Grauberg.

J. DAVID i J. SEGAL. Zimnica przewlekła a pasorczyt jelitowe. (Le Presse Medicale, Nr. 23, 1924).

Stwierdziwszy na wstępie septycyzm, który opanował pewne koła lekarskie z racji niedostatecznie pewnego działania chininy w kuracji przeciwzimmicznej, zwłaszcza w zimnicy przewlekłej, notują autorowie fakt, mający doniosłe znaczenie, a polegający na tem, że z liczby osób chorych na zimnicę, będących w tych samych warunkach (środowisko, klimat, tryb życia etc.), i jednakowo leczonych, pewna część zdrowieje zupełnie, u innej zaś cierpienie przechodzi w formę przewlekłą. Istnieją przeto czynniki, usposabiające do chronicznego przebiegu choroby. Odrzucają autorowie przypuszczenie, o za-

leżności tych czynników od plasmodij, jak również nie zgadzają się z poglądem, że zależy ona od liczby pasorzytów, które się do krwi dostały; wysuwają dalej twierdzenie, że konstytucja chorego zdaje się w tym względzie nie grać roli. Przyczyny, wpływające na przebieg chroniczny zimnicy należą do przyczyn zewnętrznych, nie są stałe i określone. Zwracają autorowie w pierwszym rzędzie uwagę na zmiany zachodzące w krwinkach w okresie poprzedzającym nawroty, i poszukują przyczyn nawrotów i przewleknięcia się choroby w momentach patologicznych, zgubnie wpływających na czerwone ciała krwi. Pasorzyty jelitowe, zdaniem autorów, odgrywają w tym kierunku ważną rolę. Badania przeprowadzono w Palestynie, w szpitalu, przeznaczonym wyłącznie dla chorych na zimnicę przewlekłą i przysypanych z różnych stron kraju. Główny kontyngens chorych stanowili ziemieślnicy i rolnicy. Stwierdzono, że jakkolwiek większość tych chorych oddawna cierpiała na zimnicę, wielką śledzionę miała pewna, stosunkowo niewielka liczba chorych. Objaw ten da się wytłomaczyć tą okolicznością, że w początkach choroby otrzymywali oni duże ilości chininy, które, nie będąc w stanie zniszczyć wszystkich pasorzytów w ustroju, wpłynęły hamująco na przerost śledziony. Kał wszystkich chorych badano na obecność pasorzytów; o ile przy pierwszym badaniu nie znajdowano jaj, rozcieńczano kał 30% NaCl i, po 4 godzinnej wstanie, badano powtórnie górną warstwę.

Statystyka obejmuje 84 chorych; badanie trwało 2½ miesiąca. Wszystkich chorych podzielono na 3 grupy: do I grupy należeli chorzy na zimnicę przewlekłą, liczba ich — 52, do II grupy — chorzy na zimnicę pierwotną, liczba ich 28; nareszcie do grupy III — 4 chorych, którzy byli przysłani do szpitala z rozpoznaniem zimnicy, w istocie zaś byli chorzy na gruźlicę, cierpienia żołądka etc.

W pierwszej grupie 34 chorych było nosicielami włosogłówki ludzkiej (*trichocephalus dispar*), 7-glisty (*ascaris lumbricoides*), 5-ciu włosogłówki i glisty, 1-dipylidium cancinum, 1-ameby czerwonej. Odsetka nosicieli pasorzytów jelitowych — 92%.

W drugiej grupie 10 nosicieli włosogłówki, 4-glisty, 1-ameby czerwonej. Odsetka nosicieli pasorzytów — 54%.

W trzeciej grupie 1 nosiciel włosogłówki. Odsetka — 25%.

Przyjmując ogólnie jako przeciętną liczbę cierpiących na pasorzyty jelitowe — 25%, stwierdzają autorowie ogromną liczbę pasorzytów jelitowych u chorych zimniczych, zwłaszcza u chorych na zimnicę przewlekłą. Notowano również znacznie zwiększoną liczbę jaj w wypróżnieniach tych chorych. Wynięto dwa wnioski: albo 1) zimnica przewlekła usposabia do pasorzytów jelitowych, wobec zmniejszenia się odporności ustroju (miedokrwistość, zły stan odżywiania), albo 2) pasorzyty jelitowe są czynnikiem, sprzyjającym chronicznemu przebiegowi zimnicy; przypuszczenie to oparto na następującym twierdzeniu: włosogłówka (*trichocephalus*) żywi się nie tylko chłonką, lecz i krwią, dalej wydziela pewne substancje, które mogą wywoływać stany niedokrwistości; oba te momenty wpływają destrukcyjnie na czerwone ciała krwi, czyniąc z nich podłoże, sprzyjające rozwojowi pasorzytów krwi. Zdaniem autorów obecność pasorzytów jelitowych wpływa usposabiająco nie tylko w sensie chronicznego przebiegu zimnicy, lecz i w sensie pierwotnego zakażenia. Powstaje przypuszczenie, że usunięcie pasorzytów jelitowych przyspieszy okres zdrowienia. Badania autorów potwierdziły to w zupełności. Napotymano pewne trudności przy usuwaniu pasorzytów jelitowych, zwłaszcza, kiedy chodziło o włosogłówki. Podawanie tymolu nie zawsze dawało dobre wyniki; używano często: chloroformu 3 gr., ol. rycynowego 30 gr., wody 200 gr., gumi do utworzenia zawiesiny. Chorzy otrzymywali połowę tej dawki naczczo, w pół godziny resztę; po pewnym czasie 30 gr. siarczanu sodu. Kombinując ten środek z tymolem osiągnęto prawie u wszystkich chorych usunięcie pasorzytów. Po zupełnym usunięciu pasorzytów, albo znacznym zmniejszeniu ich liczby, obraz kliniczny zmieniał się gwałtownie: zjawiało się łaknienie, w krótkim przeciągu czasu polepszał się obraz krwi, ciepłota ciała, która była dotąd poniżej normy z wahaniami o złej prognozie, wywrócywała się. W tym okresie choroby podawano chorem chininę i arsen. Zgadza się, że przytoczona statystyka nie jest przekonywująca, uważają autorowie, że wyniki, przez nich otrzymane, są dość zachęcające.

E. Cz arnecki (Wilno).

Gruźlica (patrz także: chor. płuc).

A. FELDT. Krysolgan i zagadnienia gruźlicy. (Beitr. z. Klin. d. Tub., t. 57, z. 3).

Punktem wyjścia badań F e l d t a, skierowanych do znalezienia środka, działającego na ognisko gruźlicze, były spostrzeżenia L i b r e i c h a, że kantarydyna wywołuje w ogniskach gruźliczych powstawanie wysięku surowiczego. Szło więc o związanie z kantarydyną środków odkażających, któreby w ten sposób mogły dotrzeć do ogniska chorego. Liczne próby w tym kierunku doprowadziły do otrzymania połączenia złota, znanego pod nazwą krysolganu, który jak wykazały badania, działa na ognisko chorobowe (nosotrop), a nie na sam zarzek gruźlicy (etiotrop).

Autor, któremu zawdzięczamy ten przetwórczy chemoterapeutyczny, widzi niemal całkowitą analogię między działaniem krysolganu i tuberkuliny. Twierdzi on, mianowicie, że oba te środki działają jako katalizatory, wywołując przyspieszoną autolizę w komórkach nabłonkowych i okrągłych, co powoduje powstawanie produktów z własnego białka, wywołujących zapalenie (stad objaw ogniskowy). Jednocześnie uwalniają się na miejsce swoiste ciała obronne i normalne zaczyny komórkowe, skierowane przeciwko zarazkowi. Wzmógł rozpad komórek jest bodźcem do wytwarzania się tkanki łącznej. Stosownie do badań F r e u d a i G o t l i e b a należy przypuszczać, że produkty rozpadu białka komórkowego działają rozszerzająco lub zwężająco na naczynia. W ten sposób sprawy zapalne w skórze, spostrzegane np. przy stosowaniu złota lub tuberkuliny, wywołane są nie przez te środki, jako takie, lecz przez pochodne własnego białka. Lasecznik gruźlicy, zdaniem autora, nie wydziela żadnych jądów i nie zawiera endotoksyn. Jak wiadomo, laseczniki gruźlicy i trądu mogą długi czas znajdować się w ustroju ludzkim, nie wywierając szczególnego działania. Punktem wyjścia szkodliwego działania są trujące pochodne białka ustrojowego, rozpadającego się pod wpływem zarzaka. Tem się też tłumaczy fakt, że t. zw. alergja, wywołana przejściem tych produktów rozpadu do krwiobiegu, istnieje tylko tak długo, dopóki w ustroju znajdują się żywe laseczniki. Innymi słowy, alergja zależy li tylko od obecności w ustroju tkanki gruźliczej. Określenie białka we krwi i opadania krwinek czerwonych mają, zdaniem autora, potwierdzać rozumowania powyższe, dowodząc przedostawania się produktów rozpadu białka do krwi w gruźlicy. Tak więc tuberkulina nie jest antygenem (C a l m e t t e, S e l t e r), lecz działa podobnie jak złoto, jako środek drażniący (S e l t e r). Jedna i drugie nie działają uodparniająco, lecz za pośrednictwem tkanki gruźliczej, t. j. własnych jadowitych produktów rozpadu komórek.

W porównaniu np. z trądem i kiłą gruźlica znajduje się w nieco gorszych warunkach. W trądzie bowiem zarzek odznacza się mniejszą kwasotrwałością i prawdopodobniejsze staje się rozpuszczanie ciał bakteryjnych, zwłaszcza, że tkanka trądowa jest obficie przekrwiona. To ostatnie stosuje się i do tkanki kiłowej. Natomiast tkanka gruźlicza jest mało ukrwiona, wyleczenie w gruźlicy następuje na skutek rozwoju tkanki łącznej, która w postaci zbitego wału obejmuje zarzaki chorobotwórcze. To też należy wnioskować, że pod względem bakterjologicznym gruźlica jest chorobą nieuleczalną, zawsze bowiem prawie można nawet w pozornie zupełnie wygojonych ogniskach stwierdzić obecność laseczników żywych. Leczenie więc winno dążyć nie w kierunku *sterilisatio magna*, lecz w kierunku naśladowania naturalnych dróg ustrojowych.

Krysolgan działa nie jak salwarsan w kile, etiotropowo, lecz nozotropowo, podobnie jak rtęć, srebro, bizmut w kile, jak *oleum chalmograe* w trądzie. W przeciwieństwie do M u c k a, L i b e r m e i s t r a i innych, autor uważa, że stwierdzenie we krwi gruźliczych przeciwciała nie mają nic wspólnego z gojeniem się gruźlicy, są zaś tylko przejawem odczynu ustroju na obecność zarzaka (reaginy). Rozumowania powyższe posiadają, zdaniem autora, doniosłe znaczenie dla chemika, który raz musi starać się o otrzymanie drogą syntezy środka, który winien wywierać najlepsze działanie parazytotropowe przy minimalnym organotropowem, innym razem musi myśleć o pochodnej metali ciężkich, która by odznaczała się minimalną jadowitością dla ustroju zwierzęcego przy zachowaniu jej własności katalizycznej.

M. G.
B. LEICHTENTRITT. Przebieg gruźlicy u świnek morskich, dokarmianych pokarmami, obfitującymi w czynniki dodatkowe. (D. Med. Wochft. Nr. 21, 1924).

Przy podawaniu zwierzętom owsa i suszonego mleka

otrzymuje się po pewnym czasie gnilec; dodanie do takiego pokarmu 5 cm.³ soku cytrynowego dziennie nie tylko chroni od zachorowania, lecz sprzyja wytwarzaniu pewnej dość znacznej ilości tłuszczu w ustroju. Podawanie żółtka jaj, jak to wykazały prace Arona i Gralke, Beumera, podnosi odporność ustroju na jad błonicy i płonicy. Wychodząc z założenia, że witaminy wpływają w sposób podniecający na poszczególne komórki ustroju, a przeto na cały ustrój z jednej strony, z drugiej zaś, że sok cytrynowy działa w sensie dodatnim na wytwarzanie się pewnego zapasu tkanki tłuszczowej, która w gruźlicy podlega zużyciu w pierwszym rzędzie, przeprowadzał autor swoje badania na morskich świnkach, z którymi postępował w sposób następujący: wszystkie zwierzęta, które podlegały doświadczeniom, zakazał gruźlicą, potem rozdzielał je na dwie serie; jedne z nich otrzymywały pokarm zwykły (serja kontrolna), drugim dodawano 10—25 cm.³ soku cytrynowego. Po upływie pewnego czasu stwierdzono, że zwierzęta kontrolne ginęły naogół wcześniej (kontrolne na 64—65 dzień, dokarmiane sokiem cytrynowym na 134—193, a nawet 200 dzień). Utrata wagi zwierząt kontrolnych była większa. Badania histologiczne wykazały w serji kontrolnej gruźlicę drobno-prosówkową narządów wewnętrznych, podczas gdy u dokarmianych — zwiększoną śledzionę, usianą wielkimi gruźliczkami, wielkie gruźliczki znajdowano w płucach. Podawanie tranu zwierzętom, zakażonym gruźlicą, co uskuteczniło z innymi okazami, dało wynik również ujemny.

E. Cz arnecki (Wilno).

E. KISCH. Dziesięciolecie leczenia gruźlicy w zakładzie dla gruźlicy zewnętrznej w Hohenlychen. (D. Med. Woch. Nr. 21, 1924).

Autor, powołując się na swe prace poprzednie, akcentuje, że czynnikami leczniczymi w helioterapii są nie głównie, jak przypuszczano, promienie pozafioletowe, lecz przede wszystkim wywołujące przekierwienie i zapalenie promienie czerwone i infraczerwone. W zakładach Zeissa kazał sporządzić odpowiednie przyrządy naświetlające z energią ciepłą słońca. W celu wzmocnienia działania słońca stosują w zakładzie opaskę zastoinową, trzy razy dziennie po 4 godziny z godziną przerwą, podając, stosownie do zalecenia Biera, na 10 minut przed każdym nałożeniem opaski jod (dorosłym 3,0, młodzieży 2,0, dzieciom ½ do 1,0 w trzech dawkach). Podobnie, jako do pomocniczego środka, uciekano się do naświetlania promieniami Röntgena dla przyspieszenia gojenia się przetok często miękkich. Niekiedy stosują w zakładzie w przypadkach uporczywych okołostawowe zastrzykiwania krwi zwierzęcej. (1—2 cm. sz.), powtarzane w odstępach 2—3 tygodniowych 4—5 razy. Poza tem, również idąc za radą Biera, wstrzykiwano dożylnie chorym ze złym stanem ogólnym odwłóknioną krew zwierzęcą (baranią, wołową, końską i świńską), zmniejszając ilości (5 cm.³ do 1 cm.³) i zmieniając rodzaj krwi w celu uniknięcia objawów anafilaktycznych. Chorzy znacznie się poprawiali pod wpływem tego leczenia i przybierali na wadze. Wyniki leczenia słońcem w Hohenlychen są tak dobre, że najlepiej przemawiają na korzyść koncepcji, że światłem leczyć można i w nizinach, a nie tylko w wysokich górach.

Autor widział również dobre wyniki przy stosowaniu helioterapii w gruźlicy płuc. Dzięki stopniowemu przyzwyczajaniu można było chorych w ciągu 4—6 tygodni doprowadzić do tego, że mogli oni wystawiać w ciągu 7 godzin dziennie swe ciężko chore płuco (jamy) na działanie słońca. Wreszcie, jeśli idzie o gruźlicę kostną, to autor zwraca uwagę, że chorzy tego rodzaju winni być traktowani, jako chorzy, nie tylko mający cierpienie miejscowe, a więc muszą być leczeni ogólnie, zaś ich cierpienie miejscowe należy zwalczać możliwie, choć nie wyłącznie, za pomocą leczenia konserwatywnego.

M. G.

W. NEUMANN. Technika i wskazania do kuracji tuberkulinowej za pomocą wcierań. (Wien. Med. Woch. Nr. 19, 1924).

Jak wiadomo, pierwszy zapoczątkował leczenie wcieraniem tuberkuliny K. Spengler. Do rozpowszechnienia tej metody leczenia przyczynił się Petruschky. Ostatnio najbardziej rozpowszechnione są wcierania ektebiny według Moro. Autor już przed 10 laty zalecił wcieranie maści

z tuberkuliny starej wraz z olejkim terpentynowym o 1—50% zawartości alttuberkuliny — codziennie w rozmaite miejsca ciała. Obecnie maść tę pod nazwą Ateban stosuje Neumann i nadal w przypadkach, w których udaje się stwierdzić obecność alergji, albo też w których występują jej objawy w czasie kuracji. Nadają się do leczenia przedewszystkiem formy włókniste gruźlicy zamkniętej, poza tem okresy gruźlicy płuc szczytowej, gruźlicy okołoskrzelowych. Niekiedy w celu obniżenia ciepłoty stosuje autor, idąc za radą Pallarda, wcieranie płynnego gwajakolu po 10—20 kropli dziennie, uważa bowiem, że i podgorączkowe postaci gruźlicy zamkniętej do 37,90 (pod pachą) nadają się do tego leczenia. Co się tyczy postaci gruźlicy zamkniętej, przebiegającej z wysoką ciepłotą, to można stosować to leczenie tylko w tych przypadkach, w których obecność wysięku surowiczego w opłucnie, w otrzewnie lub w stawach wskazuje na zdolność obronną ustroju.

M. G.

E. TOENNIESSEN. Rozpoznawanie i leczenie swoiste gruźlicy za pomocą ciała białkowego, otrzymanego z prątków gruźliczych (Tebeptin). (D. Med. Woch. Nr. 20, 1924).

Autor wyosobnił przed kilku laty ciało białkowe z las. gruźliczych, które nazwał tebeptiną, gdyż nie było indyferentne z żadnym z dotychczas znanych ciałem tuberkuloproteinowym. Otrzymuje się tebeptinę z hodowli prątków Kocha na buljonie z gliceryną. Po przemyciu wodą od substancji hodowlanych, ogrzewa się krótko prątki w rozcieńczonym kwasie mineralnym, wyciąga się następnie ługiem i centrifuguje. Wyciąg alkaliczny przepuszcza się przez sączek Barkfelda i strąca kwasem octowym. Różnica między nowym preparatem a starą tuberkuliną polega na tem, że stara tuberkulina jest mieszaniną, składającą się z ciał swoistych i nieswoistych, gdy tebeptina ma być jednolitem pod względem chemicznym ciałem białkowym, którego niema w alttuberkulinie. Co więcej tebeptina nie zawiera tuberkulotoksyny (wytworu życia prątków, przechodzącego do płynu hodowlanego), od której głównie zależy działanie tuberkuliny starej, nie nadającej się do leczenia postaci wysiękowych z tego powodu. Od tuberkuliny nowej różni się tebeptina tem, że jest wyciągiem z prątków, otrzymanym drogą chemiczną w postaci roztworu, i że nie zawiera substancji lipidowych i tłuszczowych. Emulsja laseczników Kocha zawiera prócz tego i tuberkulotoksynę. Mniej więcej te same różnice istnieją między nowym przetworem autora a partigenami Mucka, przetworami Ruppela, tuberkuloproteiną Rucka i tuberkulomucyną Weleminskyego. Działanie biologiczne tebeptiny charakteryzuje się nieznaczną jadowitością i silnem działaniem swoistem.

M. G.

ARIMA, AOYAMA i OHNAWA. O nowym środku ochronnym i leczniczym w gruźlicy. (D. Med. Woch. Nr. 21 1924).

Zdaniem autorów, zresztą dzielonym przez innych badaczy, główną przeszkodą na drodze uodporniania przeciw gruźlicy przedstawiają tłuszcze i lipoidy prątków Kocha. Szło więc o znalezienie sposobu uwolnienia laseczników od tłuszczów i lipoidów, nie uszkadzając zdolności do życia prątków i ich ciał białkowych. Przez dodanie pewnego rodzaju saponiny do podłoża bez albumoz udało się autorom otrzymać hodowlę prątków, które barwią się sposobem Ziehl-Neelsena na niebiesko i które, po przeszczepieniu na zwykły agar glicerynowy, odzyskują swe właściwości zwykłe. Doświadczenia wykazały, że hodowla taka jest tysiąc razy mniej jadowitą niż zwykła. Szczepionka, otrzymana z tej hodowli saponinowej w postaci emulsji, nosi nazwę AO. Cały szereg badań na królikach i świnkach morskich przemawia za tem, że zwierzęta te, uprzednio traktowane w celach uodpornienia nowym środkiem, okazały się istotnie w wysokim stopniu lub nawet całkiem odporne przeciwko następczemu silnemu zakażeniu. Próby kliniczne (w postaciach gruźlicy utajonej początkowej organów, wreszcie w gruźlicy płuc do środka II okresu) wykazały zupełną nieszkodliwość przetworu i cały szereg objawów, wskazujących na poprawę podmiotową i przedmiotową.

M. G.

Choroby serca i naczyń.

KAPPIS. Leczenie chirurgiczne duszniczy bolesnej. (Med. Klin. 1923 Nr. 51—52),

Eppinger i Hofer. Patogeneza i leczenie duszniczy bolesnej. (Therapie der Gegenwart, 5 Heft, 1923).

Dusznicza bolesna nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem objawów, z których najważniejszy jest ból w okolicy mostka, bóle promieniujące do lewego ramienia oraz uczucie strachu.

Przyczyny anatomiczne są rozmaite: miażdżyca naczyń wieńcowych, kiłowe albo miażdżycze zmiany aorty, zmiany organiczne w mięśniu sercowym. W niektórych przypadkach nie stwierdza się żadnej zmiany ani w sercu, ani w aorcie.

Bóle w duszniczy bolesnej przenoszą się albo drogą gałązek sercowych do zwojów szyjnych, wzgl. górnych pierśiowych, albo drogą nerwu hamującego (n. depressor) [Eppinger].

Operacja polega albo na sympatektomji, co jest najbardziej rozpowszechnionym sposobem, albo na przecięciu nerwu hamującego (Hofer). Według Borharta wykonywa się sympatektomję okołotętniczną na tętnicy szyjnej wspólnej, usuwa się również pochewkę naczyniowo-nerwową ze wszystkimi przebiegającymi w niej gałązkami nerwowymi, do których należy nerw hamujący i gałązka zstępująca nerwu podjęzykowego. Dotychczas dokonano operacji u 22 chorych, z których 17 przez czas dłuższy po operacji napadów nie miało, a 5 zmarło.

F l a n c m a n.

VIOLLE i ARMAND. Hydremja u hypertoników, niedotkniętych obrzękami. (Comptes Rendus de la Société de Biologie Nr. 11, 28.III.1924).

Autorzy przekonali się doświadczalnie, że u hypertoników bez obrzęków, którzy znajdują się w równowadze chlorowej, lecz wydzielają wodę ze znacznym opóźnieniem, woda, podana w większej ilości, wywołuje szybko przemijającą hydremję bardzo słabego stopnia.

Jednocześnie wymaga się również przejściowo i nieznacznie ciśnienie tętnicze. Woda, nie wydzielona przez nerki i nie znajdująca się w naczyniach, przechodzi zatem do tkanek i tworzy tam rezerwę wodną, pierwszy krok na drodze do powstania obrzęków.

J. T y p o g r a f.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

HOPMANN. Rozmieszczenie ilościowe białych i czerwonych krwinek w układzie krążenia. (Münch. Med. Woch. 1923, N. 9).

Obliczanie liczby białych i czerwonych ciałek w kropki krwi, wydobytej ze skóry, ma tylko względną wartość, gdyż nie daje dokładnego pojęcia o stosunkach ilościowych, panujących w całym ustroju. Okazało się bowiem, iż krwinki nie są równomiernie rozmieszczone w całym krwiobiegu. W jednych odcinkach sieci naczyniowej przedstawia krew bardziej gęstą zawiesinę z komórek, niż w innych odcinkach. Na dowód tego można przytoczyć badania autora i O. Hessa, którzy stwierdzili przeciętnie: pierwszy — we krwi, wydobytej z palca, 4,924 milj. erytrocytów, z żyły środkowej 4,821 milj., z tętnicy promieniowej 5,076 milj.; drugi — we krwi z palca 4,32 milj., z żyły środkowej 4,33 milj., z tętnicy promieniowej 4,75 milj. Co się zaś tyczy białych ciałek krwi, to obliczył pierwszy we krwi z palca 7,100, z tętnicy promieniowej 5000. O. Hess podał następujące liczby: dla krwi z palca 7160 leukocyt., z żyły 6350, z tętnicy 6990. Widzimy więc, że we krwi tętniczej czerwone ciałka znajdują się w większej liczbie, niż w drobnych naczyniach skóry i żyłach; dla białych ciałek stosunek ten jest odwrotny. Fakt ten tłumaczy autor różniami fizycznymi warunkami, panującymi w tętnicy z jednej strony, w drobnych naczyniach oraz w żyłach z drugiej strony, głównie zaś różnicą w szybkości krążenia. Ze zwolnieniem prądu krwi zwiększa się bowiem tarcie między ciecżą i ciałkami, w niej zawieszonymi; a to zwiększone tarcie zostaje, według przypuszczeń autora, zrównoważone przez inne rozmieszczenie komórek, przy którym krew tworzy mniej gęstą zawiesinę z krwinek w odcinkach ze zwolnionem krążeniem.

Powyzsze różnice dotyczyły stosunków ilościowych w ciasnych granicach jednej i tej samej okolicy ciała. Powsta-

je jednak pytanie: Jaka różnica istnieje w stosunkach ilościowych krwinek układu naczyniowego odległych od siebie narządów, nprz. narządów wewnętrznych i skóry. W stosunku do erytrocytów dokładniejszych danych nie posiadamy. Co zaś do rozmieszczenia leukocytów w rozmaitych narządach, to większość autorów uznaje, iż krew narządów wewnętrznych bardziej obfituje w leukocyty, niż krew obwodowa. Z tego też wynika, że w wielu przypadkach leukocytoza daje się wyłomaczyć przez przyływ krwi z narządów wewnętrznych do obwodu. Leukocytozy te powstają więc jedynie wskutek zmian w rozmieszczeniu b. ciałek krwi i dlatego nazwane zostały: „Verteilungsleukocytosen“, w odróżnieniu od „leucocytosis myelogenes“, w których mamy faktyczne zwiększenie liczby leukocytów i wzmoczenie ich czynności. Przykładem takiej leucocytosis myelogenes może być leukocytoza we wszelkich chorobach zakaźnych. Leukocytoza ta cechuje się występowaniem form młodych, niezróżniczkowanych oraz przesunięciem obrazu A r n e t a na lewo. Natomiast jako przykłady leukocytozy, powstającej wskutek zmian w rozmieszczeniu krwinek, podaje autor leukocytozę w pozycji leżącej ciała (stwierdzano nawet podwójną liczbę leukocytów w porównaniu z pozycją stojącą ciała), leukocytozę przy wysiłkach mięśniowych, przy krzyku u dzieci, po naświetlaniu słońcem naturalnym i sztucznym, leucocytosis intra partum oraz cały szereg innych. Co się tyczy erytrocytozy, to w pewnych przypadkach autor uważa ją również od wahań w rozmieszczeniu ilościowym krwinek czerwonych w związku ze zmianami w warunkach krążenia, zwłaszcza w szybkości krążenia. Tak nprz. autor stwierdził w kilku przypadkach presklerozy erytrocytozę, występującą jednocześnie ze zwiększonym ciśnieniem krwi i ustępującą po napadzie. Taką erytrocytozę stwierdził autor podczas napadów bólów w erytromelalgii.

R e d e l.

RÖSLER. Obwodowy obraz krwi pod wpływem impregnacji tuszem. (Klinische Woch. Nr. 9, 1923 r.).

Dzięki odkryciu przez Goldmanna swoistych własności czynnościowych pewnych krwinek wątroby, śledziony, gruczołów limfatycznych, szpiku kostnego i nadnerczy, polegających na magazynowaniu barwików oraz tuszu — podciągnięto te komórki pod jeden system i nazwano systemem siateczkowo-śródbłonkowym. Komórki te grają także rolę fagocytów i wpływają na przemianę hemoglobiny i żelaza. W zależności od budowy swojej i od stanu czynnościowego poszczególnych elementów aparatu siateczkowo-śródbłonkowego — zdolność i stopień magazynowania składników barwikowych jest różna. Za pomocą tuszu wykazano na królikach, że przy dożylnych wstrzykiwaniach odpowiedniej ilości odrazu udaje się impregnować komórki wątroby, śledziony i szpiku kostnego — inne zaś elementy układu, a przede wszystkim gruczołów limfatycznych — zostają wolne. Ta wybiórcza własność jest ważnym czynnikiem, wpływającym na obraz krwi obwodowej. Z doświadczeń na królikach i ludziach widać, iż już w parę godzin po zastrzyku występuje zmniejszenie się liczby czerw. ciałek (nawet do 2 milj.) i hemoglobiny (do 10%), ale już po 24 godz. następuje restitutio ad integrum i nawet zwiększenie się liczby erytrocytów bez zwiększenia się hemoglobiny, tak że wskaźnik był niższy od normalnego, co wskazuje na jakościową zmianę. Zwiększona liczba erytrocytów zależała od obecności form niedojrzałych, co wskazało na objawy regeneracyjne w szpiku. Co do białych ciałek, to w 8 przypadkach zaraz po zastrzyku wystąpiła leukopenja, lecz już po 8—9 godz. — hyperleukocytoza, która po 24 godz. jeszcze trwała lub też ustępowała. W innych przypadkach odrazu występowała hyperleukocytoza — po której następowała leukopenja. Leukopenję można uważać jako odpływ białych ciałek do narządów wewnętrznych lub też jako chwilowe zahamowanie elementów szpikowych. Zaś hyperleukocytozę trzeba uważać jako objaw regeneracji szpikowej. Jakościowe zmiany są bardzo duże. W czerwonych ciałkach po 24 godz. występowały w obrazie krwi niedojrzałe formy — polichromatoza, ziarnistość bazofilna, erytroblasty i inne. Białych ciałkach już po 2 godz. widać zmniejszenie się elementów szpikowych i powiększenie się limfocytów, które mogą dojść do 99,4%, zaś leukocytów 0,4%, przyczem ta limfocytoza była bezwzględna. To zjawisko polega na blokadzie szpiku kostnego, gdy gruczoły limfatyczne pod wpływem tuszu nie uległy zmianie. Lecz już po 8 godz. występuje regeneracja szpiku na skutek drażnienia szpiku i hyperleukocytoza z neutrofilją i wrzekomą eozynefilją. Szczyt tej zmiany występuje po 12 godz. Po 24 godz.

następuje norma. Z tego wynika, że już w godzinę po zastrzyknięciu tuszu występuje podrażnienie szpiku kostnego i w tym większym stopniu, im częściej powtarza się doświadczenie.

Goldinberg.

Gottfried HOLLER. Studja nad stanowiskiem monocytów w systemie ciałek krwi. (Folia Haematologica, t. XXIX, zes. 2).

Autor wypowiada pogląd, że monocyty pochodzą z aparatu siateczkowo-śródbłonkowego Aschoffa, który jest zatem 3-im układem krwiotwórczym. Kwestję, dlaczego przy zastrzyknięciu litionkarminu i t. p. substancyj, które się gromadzą w komórkach aparatu siatk. przybł., nie zjawiają się we krwi obwodowej monocyty, zawierające litionkarmin, autor rozstrzyga zgodnie z Aschoffem, który to objaśnia zatrzymaniem tych monocytów w naczyniach włosowatych płuc. Możliwym jest również, że monocyty, które wchłonęły karmin, giną w miąższu śledziony i zostają tam sfagocytowane. Wobec obfitego wystąpienia monocytów we krwi w ziarnicy, autor uważa tę ostatnią za aleukemiczną reticuloendotheliozę.

A. Lapidus.

PETOW i SCHREIBER. O występowaniu w surowicy obcych lipaz. (Klin. Woch., 1923, Nr. 27).

Powołując się na poprzednio ogłoszone wyniki badań nad zawartością w surowicy chorych na wątrobę i nerki lipaz, opornych na działanie chininy, — autor przytacza wyniki dalszych badań.

Stwierdził on, że lipazy te występują: 1) we wszystkich schorzeniach wątroby, połączonych z obecnością we krwi składników żółciowych i 2) we wszystkich ciężkich schorzeniach nerek. U ludzi z normalną wątrobą i nerkami autor nigdy nie znajdował tych lipaz we krwi. Tak samo nigdy nie widział ich w lekkich stanach zapalnych nerek. Szczególną uwagę zwraca autor na to, że w łagodnych nefrosklerozach nigdy nie stwierdzał tych lipaz, natomiast zawsze w przypadkach niedomogi marskiej nerki.

Bloch.

JAGIÉ i SPENGLER. Odczyn szpikowy z agranulocytozą. (Med. Klin., 1923, Nr. 13).

Jagié i Spengler opisują przypadek odczynu szpikowego, któremu nietylko nie towarzyszył wpływ młodocianych postaci leukocytnych do krwi, lecz, przeciwnie, — zniknięcie granulocytów z krwiobiegu. Cały przebieg odpowiadał obrazowi ostrego schorzenia zakaźnego pod postacią ciężkiej skazy krwotocznej (gingivitis haemorrhagica, epistaxis, melena, haematuria, haemorrhagiae mucosae oris et linguae). Skład krwi (anaemia, hydraemia, zwolnienie krzepliwości do 15 min., przedłużenie czasu krwawienia do 30 minut, liczba leukocytów stopniowo zmniejszająca się od 2500—800, trombopenja). W związku z przebiegiem klinicznym odpowiadał obrazowi aleukia haemorrhagica Franka. Na sekcji, odmienne od innych spostrzeżeń tego rodzaju choroby, w których badanie wykazało aplazję szpiku kostnego z nacieczeniem elementami limfatycznymi, stwierdzono w tym przypadku mocny odczyn regeneracyjny szpiku: rozrost elementów komórkowych, przeważnie myelocytów, myeloblastów i limfocytów, w mniejszej liczbie znaleziono neutrofile wielojądrowe, normoblasty i normocyty. Nacieki z tychże elementów szpikowych znaleziono w tkance międzyzrazikowej i w naczyniach włosowatych wątroby, w tkance śledziony i w mięśniach gardzieli dokoła migdałków. Przypadek ten dowodzi, że szpik kostny może oddziaływać na bodziec zakaźny mocnym nowotworzeniem, lecz bez wydalania młodych komórek do krwi, a co większa, że ze krwi naczyn obwodowych mogą zniknąć leukocyty i trombocyty. O wytłomaczenie tego zjawiska autorzy się nie kuszą.

E. Bokser.

K. TERPLAN i E. WALLESch. Przypadek ziarninaka limfatycznego jelit. (Med. Klin., 1923, Nr. 43).

Autorzy rozpatrują z punktu widzenia anatomo-patologicznego przypadek, opisany klinicznie przez Katsnelsona w Wiener Arch. f. Kl. Mediz., tom 7. Mężczyzna 58 letni zmarł po 4 miesięcznej chorobie, przebiegającej przeważnie pod postacią zaburzeń żołądkowo-kiszkowych. Sekcja wykazała owrzodzenia i nacieki w żołądku, dwunastnicy i górnej

części jelit cienkich. Poza zmianami jelitowymi znaleziono gruczoły krezkowe, odpowiadające jelitu czczemu (jejunum), znacznie powiększone, sięgające wielkości śliwki, na przekroju częściowo zserowaciałe. Badanie drobnowidzowe wykazało, że tylko niewielka część wspomnianych zmian jelitowych miała budowę typową dla ziarninaka limfatycznego, większość zaś wykazywała obraz nacieczenia, składającego się z komórek okrągłych małych i dużych, przy zupełnym braku elementów eozynochłonnych i plazmatycznych, jakoteż typowych dla ziarninaka „małych komórek olbrzymich“ Sterberga. Zmiany w gruczołach krezkowych i w płucach odpowiadały obrazowi starej sprawy gruźliczej. Autorzy podkreślają tę okoliczność, że zmiany granulomatyczne, nie sięgające poza obręb śluzówki jelitowej, a więc młodsze wiekiem, nie wykazywały nic typowego dla budowy ziarninaka limfatycznego, natomiast w miejscach, gdzie sprawa drażyła głębiej, częstokroć można było wykazać typową budowę granulomatyczną.

E. Bokser.

CHAOUl i LANGE. Lymphogranulomatosis i jej leczenie za pomocą promieni Roentgena (Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 23).

Leczenie ziarnicy było dotychczas bezsilne. Próbowano stosować arsenik i tor, ale bez widocznych skutków. Bardziej wartościowe okazało się dłuższe i systematyczne naświetlanie promieniami Roentgena. Autorowie zalecają bez względu na siedlisko choroby, nawet w przypadkach nieuogólnionej ziarnicy ogólne naświetlanie małymi dawkami większych odcinków ciała, proponując przytem następującą metodę techniczną.

Tułów zostaje podzielony na 4 pola:

- 1) pole: szyja i pierś z pachami (z przodu),
- 2) „ brzuch i pachwiny (z przodu),
- 3) „ szyja i pierś (z tyłu),
- 4) „ dolne części tułowia (z tyłu).

Początkowo naświetla się każde pole 10% HED przez filtr miedziany 1 m.m. przy odległości ogniska 40—45 cm. Po każdym naświetlaniu początkowo przerwa jednodniowa, następnie 2-dniowa, później przerwy 6-dniowe, tak, aby ogólna dawka dla każdego odcinka wynosiła 60—80% HED w ciągu 6—8 tygodni. Przez ten czas gruczoły zazwyczaj znikają. Po trzech miesiącach następuje powtórzenie serji naświetlań, po roku — jeszcze jedna serja zapobiegawcza. Dodatnie strony tego rodzaju postępowania są następujące:

1) Powolne wysysanie się guzów i unikanie objawów toksycznych, związanych z rezorbcją rozpadających się tkanek.

2) Dzięki stopniowemu wysysaniu się guzów przy późniejszych naświetlaniach działaniu promieni Roentgena poddają się i głębsze części guza.

3) Chory przez możliwie długi czas pozostaje pod działaniem leczniczym promieni Roentgena.

Powysze postępowanie było stosowane przez autorów w 12 przypadkach, z pośród których w 9 rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem histo-patologicznym. W 7 przypadkach gruczoły znikły zupełnie po naświetlaniu; w 5 zaś, gdzie sprawa przypuszczalnie była powikłana gruźlicą, pozostały małe twarde gruczołki. Jednocześnie ze znikaniem gruczołów ciepłota obniżała się i ogólny stan chorych ulegał znacznej poprawie. Okres wolny od nawrotów wynosił przeciętnie 2½ roku przy 20% śmiertelności. Badając krew chorych podczas naświetlania, autorowie stwierdzili zwiększenie liczby komórek eozynochłonnych (nawet do 17%), co uważają za objaw prognostycznie dodatni. Jakkolwiek wyniki powyższe są znacznie lepsze od znanych dotychczas, autorowie uważają, że prawdopodobieństwo trwałego uleczenia jest nieznaczne. Mimo to zalecają naświetlanie promieniami Roentgena, jako środek, mający doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż z ciężko chorych robi ludzi zdolnych do życia i pracy w ciągu szeregu lat.

Redel.

Choroby narządów trawienia.

ZELTNER. O wyłączeniu znacznego odcinka jelita cienkiego z powodu zwężeń rozsianych. (Münch. Med. W. Nr. 14, 1924).

Šenn twierdzi, że jelito cienkie może być skrócone nie

więcej, niż o jedną trzecią część swojej długości, Monari zaś twierdzi, iż nawet o osiem dziewiątych. Zdaniem autora — wobec tak dalece sprzecznych danych — należy częściej ogłaszać przypadki operacyjne. W przypadku autora u kobiety 32-letniej — z powodu licznych zwojeń jelita cienkiego na tle gruźlicy — zostało dokonane zespolenie jelita cienkiego — na odległości 2 m. od dwunastnicy — z poprzeczną, wobec czego pozostawiono tylko 2 m. jelita cienkiego, które powinny były u chorej wypełnić czynność całego jelita cienkiego. Chorej przybyło w ciągu tygodnia 2½ kg. na wadze, a w 3 miesiące po zabiegu stan jej był zupełnie zadowalający.

Frank.

HANNEMAN. Przyczynę do rozpoznania zaparcia kurczowego. (Münch. Med. W. Nr. 14. 1924).

Wobec dość trudnego rozpoznania autor opisuje objaw, który obserwował u wszystkich swych chorych z kurczowem zaparciem, mianowicie u chorych tych daje się stale stwierdzić napięcie mięśni dolnych kończyn, a zwłaszcza mięśni przywodzących A więc, jeżeli przy powolnym odwodzeniu jednej, w kolanie zgiętej dolnej kończyny zauważymy, iż stopa drugiej kończyny zwraca się nawewnątrz, wówczas możemy, podług przekonania autora, przypuszczać, iż mamy do czynienia z przedrażnieniem unerwienia kiszki. Należy przytem wykluczyć cierpienie mózgowo-rdzeniowe. Z chwilą ustąpienia napięcia mięśni przywodzących — należy uważać chorego z kurczowem zaparciem za wyleczonego.

Frank.

ENGEL. Przyczynę do schorzenia glistowego wielkich narządów gruczołowych jamy brzusznej. (Münch. Med. W. Nr. 13. 1924).

Chory 46-letni nagle zapadł ciężko na bóle górnej części brzucha; stopniowo wystąpiły objawy niedrożności jelit. Przy objawach zapalenia otrzewny — podczas płukania żołądka — przez zgłębnik wy dostały się 2 glisty. — Podczas zabiegu chirurgicznego stwierdzono gdzieś martwicę tkanek tłuszczowej, przemawiającą za schorzeniem trzustki; dalej otworzono ropień wątroby, — trzustka twarda. Oględziny pośmiertne wykazały obecność dużej ilości ropnych ognisk w trzustce, skąd jedno przerwało się do wątroby. W miąższu wątroby na przekroju stwierdzono obecność glisty, jak również w przewodzie żółciowym wspólnym i w dwunastnicy. Należy przypuszczać, iż ropne zapalenie trzustki zostało również wywołane przez glisty.

Frank.

GERHARZ. Gruźlica urazowa otrzewny. (Med. Klin. Nr. 7, 1924).

Na zasadzie jednego przypadku własnego oraz kilku z piśmiennictwa, a także doświadczeń nad świnkami morskimi autor poddaje kontroli dotychczasowe zapatrywanie na czas, dzielący uraz od powstania gruźlicy otrzewny (2 miesiące), i przychodzi do wniosków następujących:

- 1) Rozwój ogólnej przewlekłej gruźlicy otrzewny (nieurazowej) może się odbywać w ciągu 11 miesięcy, prawdopodobnie i dłużej;
- 2) Przerwy, wolne od dostrzegalnych objawów, mogą trwać tyleż czasu;
- 3) Czas, dzielący uraz od powstania gruźlicy otrzewny, wynosi najwyżej 8 miesięcy.

M. Orzech.

P. DUVAL et J. ROUX. Migrena dwunastnicza. (Arch. des maladies de l'appareil digestif Nr. 1. 1924).

Obserwując chorych, operowanych wskutek zwojeń dwunastnicy, autorzy zauważyli znaczne zmniejszenie, a często zupełne znikanie objawów migreny, która silnie dokuczała chorym przed operacją. Trzy rodzaje migreny rozróżniają autorzy u swych chorych: 1) jednocześnie z migreną występują napadowe bóle brzucha, często bardzo silne, kończące się wymiotami żółciowymi i biegunkami; 2) migreny o silnym natężeniu, trwające 12 do 24 godzin z wymiotami żółciowymi obfitemi, lecz bez bólów brzucha; 3) okresowo występujące bóle głowy, powtarzające się kilka razy w ciągu kilku tygodni, bez objawów brzusznych, z nudnościami, lecz nieraz bez wymiotów żółciowych.

Co się tyczy patogenezy, to, zdaniem autorów, mamy tu do czynienia z zatruciem pochodzenia dwunastniczego. Na-

tura tego zatrucia nie jest ustalona: wchłanianie ciał białkowych, niezupełnie rozłożonych, czy produktów pochodzenia bakteryjnego, czy też wchłanianie fermentów trzustkowych. Autorzy nadmienają, że istnieją jeszcze inne typy migreny, związane np. ze zwykłym zastojem kału, oraz że w grę tu mogą wejść jeszcze niedomoga wątroby, nerek, odczyn anafilaktyczny, lecz autorzy pragną wyróżnić te przypadki migreny, które powstają wskutek wessania ciał trujących z dwunastnicy.

St. Dobryszyccki.

M. LABBÉ, P. De MOOR i F. NEPVEUX. Cholesteryna w soku dwunastniczym. (Comptes Rendus de la Société de Biologie Nr. 12. 4.IV.1924).

Równoległe z badaniem kwasoty jonowej trzech żółci A, B i C autorzy badali zawartość w nich cholesteryny. U ludzi zdrowych otrzymali, przy dość znacznych wahanach indywidualnych, jako wartości średnie liczby następujące (w stosunku na 1,000):

A—0,62; B—2,12; C—0,69,
w stanach zaś patologicznych:
A—0,46; B—0,20; C—0,21.

Autorzy uważają, że ilość bezwzględna cholesteryny w poszczególnych porcjach żółci jest niestała i nie posiada żadnej wartości dagnostycznej, natomiast stosunek ilości cholesteryny w żółci B do ilości tejże w A albo C może służyć jako wskaźnik istnienia albo braku zmian chorobowych w pęcherzyku. U ludzi zdrowych żółć B zawiera zawsze więcej cholesteryny niż A albo C, w przypadkach zaś chorobowych zawiera jej mniej.

Przypadki, w których stwierdza się we wszystkich trzech żółciach prawidłowe zachowanie się PH (bliskie punktu obojętnego), natomiast ilość cholesteryny w żółci B jest mniejsza, niż w A i C wskazują, że w pęcherzyku toczy się sprawa chorobowa, ale o przebiegu niezakaźnym.

J. Typograf.

M. LABBÉ, P. de MOOR i F. NEPVEUX. Kwasota jonowa soku dwunastniczego. (Comptes Rendus de la Société de Biologie Nr. 12. 4.IV.1924).

Autorzy badali kwasotę jonową (PH) trzech żółci A, B i C. (B—żółć pęcherzykowa otrzymana po zastrzyku 30% siarczanu magneu). U osobników zdrowych otrzymano dla PH, jako średnie, liczby następujące: A—6,9; B—7,0; C—6,9, czyli PH we wszystkich trzech żółciach bardzo bliskie punktu obojętnego.

U osobników chorych PH: A—6,9; B—4,2 i C—6,7, czyli A i C prawie obojętne, natomiast PH żółci B znacznie obniżone, to znaczy odczyn bardziej kwaśny.

Autorzy uważają oznaczanie PH żółci B w przypadkach chorobowych za ważny czynnik dagnostyczny. Jednocześnie z obniżeniem PH znajdujemy w żółci leukocyty i drobnoustroje z grupy coli paciorkowców, obniżające, przez tworzenie kwasów organicznych, PH środowiska, w którym się znajdują. Oznaczanie więc kwasoty jonowej wskazuje na zakażenie pęcherzyka albo jego jałowość.

J. Typograf.

BĄZSONY i FRIEDRICH. Badania zgłębnikiem żołądkowo-dwunastniczym. (Münch. Mediz. Woch. Nr. 14. 1924).

Za pomocą zgłębnika żołądkowo-dwunastniczego, podanego przez Bązsony i Egana (M. M. W. r. 1922), autorzy badali treść żołądkową u chorego w pozycji leżącej, kontrolując położenie zgłębnika przy pomocy promieni Röntgen'a. Otóż udaje się otrzymać oddzielnie treść żołądka z jamy odzwiernikowej oraz z dna żołądka. Kwasota i zawartość pepsyny w treści z jamy odzwiernikowej jest stale większa, niż w treści z dna żołądka; u osobników z otwartym odzwiernikiem, kiedy następuje zwracanie treści dwunastnicy do żołądka trzymuje się z jamy odzwiernikowej treść ze zmniejszoną kwasotą.

Frank.

Położnictwo i choroby kobiet.

E. OPITZ. O chorobach głodowych u ciężarnych. (Ztbl. f. Gynäk. Nr. 1—2, 1924).

Autor wypowiada nowy pogląd na sprawę pochodzenia objawów w tak zwanych zatruciach ciężarnych. Organizm cięż-

zarnej musi dbać o doprowadzenie do jaja, względnie łożyska, pewnej ilości substancji, które w normalnych warunkach są mu w mniejszej ilości potrzebne, — czyli zapotrzebowanie odżywiania i przemiany materji jest u ciężarnej zwiększone. Przy nieodpowiednim odżywianiu daje się stwierdzić ubytek pewnych substancji w organizmie ciężarnej zużytych przez rozwijające się jajo płodowe (wapno, żelazo). Wiadomo, że wskutek braku pewnych ciał w organizmie występuje cały szereg stanów chorobowych: awitaminozy, skorbut, pellagra, beri-beri, obrzęk w cukrzycy, obrzęk głodowy, obserwowany często podczas wojny światowej. Mimo różnych objawów w powyższych chorobach głodowych mają one i cechy wspólne, do których należą przede wszystkim zmiany w naczyniach włosowatych ze skłonnością do obrzęków lub krwawień, poza-tem zmiana ciśnienia krwi i czynności serca. Objawy tych chorób zależne są od rodzaju brakującego środka odżywczego. W obrzęku głodowym i w tak zwanych zatruciach ciężowych występuje szereg objawów analogicznych.

Autor jest zdania, że wszystkie objawy w tak zwanych zatruciach ciężowych są spowodowane stanem głodowym. Zmniejszenie się liczby przypadków, a szczególnie rzucawki porodowej, pod wpływem złego odżywiania podczas wojny — nie przemawia przeciw powyższej teorii autora. Zdarzają się takie postaci chorób głodowych, w których występują tak znaczne zmiany w przemianie materji i organach, że doprowadzają do brakużyj środek odżywczy nie może już być zużyty i powoduje nawet pogorszenie stanu chorobowego (doprowadzenie tłuszczu w skazie mącznej u osesków). Autor już poprzednio zwracał uwagę, że w rzucawce porodowej zachodzą poważne zmiany w przewodzie pokarmowym, spowodowane odmiennym wchłanianiem treści jelitowej. Obficie doprowadzane środki odżywcze przy zmienionych warunkach mogą wywołać odmienny proces trawienia i tworzyć szkodliwe działające produkty rozpadowe. Poza-tem znamienne jest, że wiele odczynów jakoby swoistych tylko w ciąży, dają się stwierdzić u chorych na raka i w różnych zakażeniach przewlekłych: zwiększony wskaźnik antytryptyczny, odczyn *Abderhaldena*, zmiany w opadaniu krwinek, zwiększenie kwasu oksyproteino-wego w moczu i inne. Autor jest zdania, że rosnące jajo płodowe, podobnie, jak szybko rozwijający się rak lub ciężkie zakażenie, odbiera organizmowi dużą ilość substancji, które na czas i w dostatecznej ilości nie mogą być pokryte przez odżywianie; powstaje stan głodowy organizmu w stosunku do powyższych ciał, powodujący cały szereg zaburzeń i objawów chorobowych. Z tym poglądem nie zgadza się jednak, na pierwszy rzut oka objaw wymiotów u ciężarnych w bardzo wczesnym okresie, gdy jeszcze nie może być mowy o jakimkolwiek bądź znacznym zapotrzebowaniu jaja; poza-tem zmiany w gruczołach o wydzieleniu wewnętrznym i objawy przedmiesiączkowe u niektórych kobiet. Objasnienia tych faktów, w związku z powyższym poglądem autora należy szukać w ośrodku nerwowym, który znajduje się na dnie trzeciej komory i jest podporządkowany zwojowi wegetacyjnemu w *corpus striatum*.

Wskutek podrażnienia tego ośrodku przez jajo następuje zmiana w przemianie materji; tworzą się produkty patologiczne w ustroju matki lub w płodzie (przeważnie w łożysku), które dają znane już objawy chorobowe.

Ceytlin.

P. RISSMAN. Choroby głodowe czy choroby przemiany materji ciężarnych? (Ztbl. f. Gynakol. 1924, Nr. 16).

Nawiązując do artykułu *Opitza* o chorobach głodowych ciężarnych, autor proponuje pojmowanie tak zwanych zatruc ciężarnych jako chorób przemiany materji.

Zdaniem autora, wydzielenie produktów przemiany materji płodu do ustroju matki więcej może zaważyć na zmianie w czynności ustroju, niż zapotrzebowanie zwiększonej ilości ciał odżywczych. Przeladowanie organizmu matki powyższymi produktami nadaje cechy charakterystyczne omawianym chorobom ciężarnych, odróżniając je od innych chorób przemiany materji. Z powyższego poglądu autora wynikają również pewne wnioski lecznicze, przede wszystkim pod tym względem, że samo zachowanie odpowiedniej diety może być niewystarczające, i należy w takich przypadkach doprowadzać do organizmu substancje, które w normalnych warunkach przyjmowane są w innej postaci i ilości.

Autor proponuje stosowanie mieszaniny soli — *Eklampsol*.

Ceytlin.

N. TEMESVARY. Etjologia i rozpoznanie bolesnego miesiączkowania i niepłodności spowodowanych dysfunkcją jajników na podstawie badań śluzówki macicy. (Ztbl. f. Gyn. 1924, Nr. 16).

Nowsze badania umożliwiły określenie czynności jajników na zasadzie obrazu drobnowidzowego śluzówki macicy.

Do prawdziwego bolesnego miesiączkowania — *Dysmenorrhoea* — autor, zgodnie z *Lahmem*, zalicza te przypadki, w których nie stwierdza się żadnych zmian patologicznych, w odróżnieniu od *algomenorrhoea*, która jest chorobą miejscową i zależy od zmian w samej macicy lub jej otoczeniu.

Kierując się poglądem *Lahma*, który uważa, że najczęstszą przyczyną prawdziwego bolesnego miesiączkowania są zmiany wewnętrzno-wydzielnicze chemiczne i przypuszcza, że w tych przypadkach zmiany w jajnikach wspólnie z zaburzeniami nerwowymi dają obraz tej choroby, jak również na zasadzie znanych korelacji między czynnością jajników i macicy, — autor przeprowadził badania drobnowidzowe śluzówki macicy w 41 przypadkach bolesnego miesiączkowania i stwierdził, że w większości przypadków (57,9%) zmiany w śluzówce macicy był pochodzenia wtórnego, to znaczy zależały od dysfunkcji jajników, względnie od tworzenia się ciałka żółtego. Ponieważ w 90% powyższych przypadków chore skarżyły się również na niepłodność, autor i w tym kierunku przeprowadził badania i stwierdził, że znacznej większości przypadków niepłodności towarzyszyły zmiany w śluzówce macicy, podobne do napotykanych w bolesnym miesiączkowaniu.

Wobec powyższych wyników autor radzi w podobnych przypadkach stosować leczenie organospecyficzne, mające polegać na wywołaniu prawidłowej czynności jajników (m. inn. naświetlania promieniami *Röntgena*).

Ceytlin.

A. GREIL. Uwagi o „hormonalnem wyjaławianiu“ sposobem *Haberlandta*. (Ztbl. f. Gynakol. 1924, Nr. 11).

Będąc zasadniczym przeciwnikiem teorii hormonów, autor występuje przeciwko poglądom i doświadczeniom *Haberlanda*, któremu udało się osiągnąć przejściową niepłodność u zwierząt po wszczepieniu wśródmięśniowo jajników ciężarnych królików i świnek morskich. Wywołując przejściową niepłodność za pomocą olbrzymich dawek wyciągów z ciałka żółtego (298 ampułek w ciągu 30 dni) *Haberlandt*, zdaniem autora, osiągał nie „hormonalne“, lecz toksyczne wyjałowienie, co się potem ujemnie odbijało na potomstwie, które było zazwyczaj upośledzone fizycznie.

Wobec tego autor ostrzega przed stosowaniem podobnych doświadczeń na ludziach.

Ceytlin.

Choroby dróg moczowych.

Victor BLUM. O wskazaniach, technice, przed- i pooperacyjnym postępowaniu w przypadku wyluszczenia gruczołu krokowego sposobem *Freyera*. (Zeitschr. f. Urolog. Chirurgie, T. XV).

Autor uważa, że wskazanie do wyluszczenia gruczołu krokowego istnieje w przypadkach całkowitego zatrzymania moczu lub takiego częściowego, które jest związane ze znacznymi dolegliwościami, jakoteż w powikłaniu przerostu przez duże kamienie, uchyłki, ciężkie zapalenie pęcherza. Jeśli stwierdza znaczne zatrucie ogólne i przejściową niedomogę nerek — operuje dwuczásowo. Nie operuje autor w przypadkach silnego wyniszczenia z osłabieniem czynności serca, w mocznicy, niedowładach pochodzenia mózgowego i rdzeniowego; również gruźlica, rak, ciężkie obustronne schorzenie nerek ze znaczną azotemią oraz ropienie okołopęcherzowe są przeciwwskazaniami. W razie ostrego zatrzymania moczu można przystąpić do operacji dopiero po 2-tygodniowym noszeniu cewnika trwałego, podobnie postępujemy z chorymi, których mocz pozostały przekracza 100 cm³. Chory przed operacją powinien używać ruchu, przyjmować urotropinę, salol, środki nasercowe, pić wody mineralne, a w dzień przed operacją chlorek wapnia. — Autor stosuje jedynie miejscowe znieczulenie. Gdy po przecięciu powłok brzusznych uwidacznia się pęcherz — nastrzykuje się go również *novocainą*. Zanim otworzy pęcherz, nakłada kilka szwów nad jamą *Retzusa*, następnie otwiera pęcherz i po wypuszczeniu zeń płynu przemyma go roztworem *Pregla*; wymacawszy szczyt gruczołu krokowego, wstrzykuje weń z pomocą krzywej igły 10—15cm³ *novocainy*; po chwili nacina w tem miejscu i wskazującym

palcem prawej ręki wyłuszcza gruczoł. — Wydzielające się po operacji przez cewkę skrzący nie powinny niepokoić. By uspokoić pragnienie autor w ciągu 2-ch dni po operacji zaleca kroplówkę; przez 24 godziny nie należy płukać pęcherza; pouczamy chorego, by nie leżał nieruchomo w jednej pozycji. W 3—4 dni po operacji autor wyjmuję „fajkę“ i wstawia cewnik.

S. Markusfeld.

Willy HORN. W sprawie karbunkułu nerki. (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie, T. XIV).

Dotychczas zanotowano kilka zaledwo przypadków karbunkułu nerki. Jeden podobny przypadek spostrzegali autor. — Osobnik lat 53-ch zgłosił się z cynamem karku i został wyleczony; po kilku miesiącach wrócił ze skargami na częste parcie i trudności przy oddawaniu mocz; schudł; mocz mętny o zapachu amonjakalnym. Cystoskopja wykazała stan zapalny śluzówki i pęcherza i wybitny przerost gruczołu krokowego; indygo-karmin, wstrzyknięty domięśniowo, wydziela się z lewej nerki już po 15-u minutach, natomiast z prawej zaczyna wydzielać się ledwo po 30 minutach. Z powodu przerostu gruczołu krokowego wyłuszczone go. W 3 tygodnie po operacji zejście śmiertelne. Sekcja wykazała, że prawa nerka była cała w zrostach; torebka włóknista silnie zgrubiała; nerka znacznie powiększona i cała przerosła włóknistą tkanką łączną; przy uciskaniu na powierzchni przekroju ukazują się między pasmami tkanki łącznej liczne kropelki ropy. Badanie bakteriologiczne wykazało w ropie gronkowce. — Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, że wszystkie objawy kliniczne mogły być położone na karb przerostu gruczołu krokowego, natomiast trudno było przypuścić tak poważne schorzenie nerki.

S. Markusfeld.

J. G. GOTTLIEB. Krwiomocz i zapalenie wyrostka robaczkowego. (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie, T. XV, zesz. 1 i 2).

Zdarza się, że objawy, charakteryzujące zapalenie wyrostka robaczkowego, nie są dobitnie wyrażone; wówczas stwierdzenie krwawego moczu prowadzi nieraz myśl lekarza w kierunku błędnym. Dotychczas naliczono ogółem 36 przypadków krwawego moczu w związku z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Źródłem krwawienia mogą być: pęcherz, moczowody i nerki. Szczególnie prawy moczowód nieraz stykający się ze schorzałym wyrostkiem może być wciągnięty do sprawy zapalnej; tworzą się zrosty między obydwojema temi narządami, bujają nowe naczynka, i krwawienie moczowodowe staje się możliwym. Najczęściej jednak krwawy mocz jest pochodzenia nerkowego i przytem występuje bądź jednocześnie z napadem, bądź w kilka nawet tygodni po napadzie, bądź wreszcie w związku z przewlekłym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Patogeneza tego objawu nie jest jednolitą: niekiedy przyczyną krwawienia jest zapalenie krwotoczne nerek, które jest wyrazem ogólnego zakażenia; innym razem z powodu przesunięcia się schorzałego wyrostka ku górze powstają zakrzepy lub zatory w naczyniach nerkowych; wreszcie krwawienie może wystąpić odruchowo i być przemijającym. Najczęściej krwawienie ustaje po usunięciu wyrostka robaczkowego. Jeśli punkty Mc. Burnaya lub Lang'a są negatywne, należy wypróbować punkt Küm mela: ucisk na okolicę pępka wywołuje ból i mdłości w zapaleniu wyrostka robaczkowego, nie zaś w schorzeniu nerek.

S. Markusfeld.

PFLAMER. Bezkrwawe usuwanie kamieni moczowodowych. (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie, T. XV).

Operacja wyjęcia kamieni moczowodowych nie jest zbyt złożona, i autor sam miał dobre wyniki w 5-ciu przypadkach w rogu ubiegłym. Jednakże w ostatnich latach dążą do wydośtania kamienia na drodze bezkrwawej. Ani cewnik moczowodowy, wprowadzany obok i powyżej kamienia, ani szczypec, specjalnie skonstruowane, nie nadają się do tego. Te ostatnie często, zamiast kamienia, chwytają ścianę moczowodu. Autorowi udało się z pomocą firmy Georg Wolff zbudować instrument, składający się z giętkiej sondy metalowej, dostosowanej do moczowodu; w wyłobieniu sondy znajdują się 2 pętle również metalowe, które za naciśnięciem guzika na zewnętrznym końcu sondy mogą być szybko wyciągnięte lub z powrotem do sondy wciągnięte. Instrument wprowadza się do moczowodu (podobnie, jak cewnik), tak głęboko, aż na-

potka opór kamienia. Wówczas przez naciśnięcie guzika wyciągamy pętle, któremi dość łatwo udaje się schwycić i następnie wyciągnąć kamień. Autor już kilkakrotnie w ten sposób usuwał kamienie moczowodowe.

S. Markusfeld.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

C. KREIBICH. Istota pryszczycy. (Derm. Wochschr. Bd. 78, Nr. 10, 1924).

Na zasadzie wyników drażnienia skóry ludzi zdrowych i dotkniętych chorobami skórными dochodzi K. do wniosku, że tarcie skóry zdrowej nie wywołuje dłużej trwającego odczynu, natomiast u dotkniętych pryszczycą lub świerzbą występowało po tarcu follikularne zapalenie skóry. Stąd K. sądzi, że stałe zmiany skóry nie mogą zależeć wyłącznie od urazu, i tak określa pojęcie pryszczycy: pryszczycą jest to ostre lub swędzące przewlekłe punkcikowate zapalenie skóry, wywołane przez bodźce mechaniczne, fizyczne lub chemiczne.

S.

Br. BLOCH. Pryszczycyca i skaza. (Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 99, H. 1—3 1924).

Badania, dokonane na 1200 osobnikach wykazały, że drażnienie skóry ludzi, dotkniętych pryszczycą w 35% wywołało silne, w 10,8% słabe zapalenie pryszczycowate, zaś w 54,2% pozostało bez efektu. Natomiast skóra ludzi zdrowych oddziaływała na podrażnienie w 5%, mocno, w 5% słabo, a w 90% negatywnie. Na zasadzie tych wyników B. sądzi, że nie rodzaj pryszczycy zewnętrznej jest miarodajny dla istoty i rozwoju choroby, lecz istnienie i umiejscowienie nadwrażliwych, pobudliwych zespołów komórkowych. W końcu powołuje się B. na stosunek pomiędzy pryszczycą, astmą i gorączką sienną, jako na dowód, że czynnikiem decydującym dla objawów klinicznych jest istnienie idiosynkrazji i umiejscowienie komórek, obdarzonych powinowactwem do antygeny, nie zaś jakoś antygeny.

S.

F. PINKUS. Ochrona przed zakażeniem kiłowym za pomocą leków wewnętrznych. (Med. Klin. Nr. 22. 1924).

Już Ehrlich w swojej „Chemoterapii spirilloz“ wspomina o kwasie amidofenolarsenowym, jako o środku, zabijającym krętki, lecz wywołującym u myszy — we 2 tygodnie po zastrzyknięciu podskrośnym — chroniczne trzęsienie głowy i karku. Ta ujemna strona preparatu — czyni go niedostatecznym do celów leczniczych. Obecnie S a s e r a c, L e v a d i t i i N o v a r o - M a r t i n w Paryżu zalecają do użytku wewnętrznego Stovarsol, który jest związkiem acetylowym kwasu amidofenolarsenowego i w ilości 0,16 do 1,4 na kilo wagi w ciągu pierwszych 23 dni po zakażeniu przymiotem zabezpieczał króliki przed wybuchem choroby. W innym szeregu doświadczeń stovarsol okazał się skutecznym u królików, gdy był zastosowany po 48 godzinach, a nawet po 7 dniach. Dwaj ludzie, którym zaszczepiono kiłę pozostali zdrowi, jeden po zażyciu 2 gr. stovarsolu w 2½ godziny i 2 gr. w 16 godzin, drugi po zażyciu 2 gr. w 5 godzin po szczepieniu. Równocześnie szczepione małpy zachorowały na 10 i 11 dzień po szczepieniu (wkwity zawierające krętki, na miejscach szczepienia). Nie zachorowało 21 ludzi, którzy mieli stosunek płciowy z osobnikami, chorymi na syfilis w okresie zaraźliwym, po zażyciu 4—7 gr. stovarsolu.

Jako środek zapobiegawczy ma stovarsol tę wyższość nad stosowanym w tym samym celu salvarsanem, że działa przy użyciu wewnętrznym. Wygodniejsze również i pewniejsze jest użycie stovarsolu, zamiast miejscowego stosowania maści rtęciowych, kalomelu, kremów ochronnych, maści chinowej, jako środków zapobiegawczych, które przytem nie zawsze chronią przed zakażeniem. Środki te jednak nie powinny być zaniebdywane dopóty, aż istotna wartość zapobiegawczego stosowania stovarsolu będzie ustalona.

Jako środek leczniczy stoi stovarsol o wiele niżej od salvarsanu, działanie jego jest powolniejsze, a kilkakrotnie nawet przy tem leczeniu rozpoczynająca się różyczka kiłowa w ciągu 8—14 dni rozwinęła się bardzo bujnie i dopiero po zastosowaniu energiczniejszego leczenia, np. bismutu, zniknęła.

S.

J. JADASSOHN. W sprawie stovarsolu. (Klin. Wochschr. Nr. 27.1924).

Działanie lecznicze stovarsolu, jak się zdaje, ustępuje

takiemuż działaniu salwarsanu, niewątpliwy jest jednak jego wpływ na krętki. Zapobiegawczo stovarsol, zażyty wewnętrznie, okazał się skutecznym i u ludzi, nie jest jednak jeszcze do tyła zbadany, aby można było zarzucić dotychczas stosowane środki zapobiegawcze. Zresztą, spostrzegano już przy jego użyciu nieprzyjemne, a nawet groźne działanie uboczne. Dalej, u prostytutek w najszerszym znaczeniu tego wyrazu trzeboby było stosować stovarsol z krótkimi pauzami stale, co w praktyce nie da się przeprowadzić, zresztą, jeszcze nie wiemy, jak byłoby znoszony i czy nie straciłby na skuteczności działania. Ta sama uwaga dotyczy stosowania leku u mężczyzn, uprawiających nielegalne stosunki płciowe.

W każdym razie środek jest wart wypróbowania, i dalsza ścisła obserwacja przypadków zarówno zapobiegania, jak i leczenia jest nader pożądana.

S.

O. MARBURG. O stosunku wczesnego leczenia przymiotu do wybuchu swoistych schorzeń nerwowych. (Wien. Med. Woch. 1923, Nr. 12—13).

Na materiale, obejmującym 201 przypadków kiłowych cierpień układu nerwowego, usiłuje autor rozwiązać pytanie, czy rodzaj leczenia przeciwkiłowego nie wpływa na występowanie chorób nerwowych, wzgl. na zapobieganie im. Z badań tych wynika, że w kile mózgu wyniki leczenia dobrego w porównaniu z leczeniem złym przemawiają na korzyść pierwszego, w władze rdzenia różnicy nie zauważono, w porażeniu zaś okres czasu pomiędzy początkiem choroby kiłowej a wystąpieniem cierpienia nerwowego jest dłuższy w przypadkach dobrze leczonych, krótszy w źle leczonych.

S.

STÜMPKE. Uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia rzeżączki. (Med. Klin. 1924, Nr. 2 i 3).

W sprawie rozpoznawania przypomina S., że rzeżączka nie zawsze wykazuje klasyczne objawy ostrego nieżytu cewki, lecz że zdarzają się i postaci podostre ze skąpą wydzieliną ropną. W rozpoznawaniu zapalenia sterca niezbędne jest badanie mikroskopowe. W leczeniu wartości środków balsamicznych, zdaniem S., jest niewielka, tak samo i proteino- i wakcy-noterapia w okresie ostrym. Jdynie kollargol śródżylnie, szczególnie w zapaleniu sromu i pochwy u dzieci, działa dobrze. Wyniki leczenia poronnego nie są zachęcające. Sole srebra zasługują na pierwszeństwo przed środkami ściągającymi. W cierpieniach przydatków męskich i kobiecych zaleca autor szczepionki lub wstrzykiwania terpentyny według Klingmüllera obok stosowania ciepła i środków paliatywnych.

S

J. BRUSKIN. O przeszczepianiu jąder wnetrowców do moszny. (Ztschr. f. Urol. Chirurgie, T. XIV).

Wskazania do operacji są u wszystkich wnetrowców, jeśli tylko jądro nie jest schorzałe; operacja — dwuczasowa i dość skomplikowana. Przedewszystkiem należy dążyć do wydłużenia powrózka nasiennego przez wypreparowanie w kanale pachwinowym (nie zaś przez przecięcie naczyń, prowadzące częstokroć do powstania ognisk martwiczych w jądrze). Następnie, wyciągnąwszy jądro przez otwór w dolnym biegunie moszny, wsczepia się je pod skórę uda na odpowiedniej wysokości. Wreszcie brzegi rany mosznowej zeszywa się z brzegami ran uda. Opatrunek nakłada się przy udzie zgiętym, które chore w tygodniach następnych potrochu wyprostowuje i w ten sposób niepostrzeżenie wydłuża powrózek nasienny. Po upływie 4—6-ciu tygodni zespolenie mosznowo-udowe przecina się, zaś jądro wprowadza się z powrotem do moszny, którą się zaszywa.

S. Markusfeld.

LECENE. Przypadek nadliczbowego jądra u człowieka (Ann. d'anat. path. medico-chir. T. 1, Nr. 1).

Podczas operacji przepukliny pachwinowej wrodzonej u żołnierza L. stwierdził obecność niewielkiego ciała o formie oliwki, siedzącego na nóżce i przyczepionego 5—6 cm. powyżej jądra do powrózka nasiennego. Jądra z obydwu stron znajdowały się w należytym miejscu i makroskopowo zmiana żadnych nie wykazywały. Autor usunął dodatkowe ciało, które przyjął za nadliczbowe jądro. Badanie drobnowidzowe wykazało rzeczywistą strukturę jądra, lecz z przewagą komórek włóknistych przy zupełnym braku wszelkiej czynno-

ści nasieniowo-twórczej ze strony komórek nabłonkowych właściwych. Z ogłoszonymi poprzednio jest to jedenasty przypadek nadliczbowości jąder.

J. Pomper

Paul BONEM. O przyczynach powstawania i leczeniu wnetrostwa (kryptorchismus). (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie. Tom XIV, zszyt 5—6).

Co do przyczyny powstawania wnetrostwa brak dotychczas jednolitego sądu. Może nią być brak miejsca w małej mosznie, krótki nasieniowód, przerost jądra lub jego położenie poprzeczne, przerost najądrza, zaburzenie w rozwoju rozciągnięta mięśnia skośnego zewnętrznego, uraz w czasie ciąży, powrózkowaty wzrost jądra lub najądrza z kiszka ślepą, wyrostkiem robaczkowym, pęcherzem lub krezką (Büdingger przypuszcza tu zapalenie otrzewny u płodu). Rozumie się, że w zależności od przyczyny wnetrostwa zależne jest w znacznym stopniu postępowanie operacyjne. Ostatnimi czasy jednak podane zostały 2 nowe sposoby operacyjne. K u e t t n e r, upatrując przyczynę wnetrostwa w krótkości naczyń, przecina odnośną tętnicę nasienną. Jego zdaniem, gałązki, odchodzące od tętnicy nasiennowodowej do jądra, w zupełności wystarczają od jego odżywiania (potwierdza to również Radliski). Temu zabiegowi sprzeciwia się Mifflet, który po przecięciu tętnicy nasiennowej u psów obserwował w ich jądrach zawały krwotoczne.

P o l y a proponuje odpreparowanie nasieniowodu od najądrza i przecięcie otoczki między jądrem a najądrzem. Wówczas jądro może zstąpić do moszny. Były robione doświadczenia na psach: po operacji psy oddawały nasienie normalne.

S. Markusfeld.

STUTZIN. Vasoorchidostomia. (Zeitschr. f. Urol. 13 Heft. 3).

Vasoorchidostomię, t. j. przeszczepienie nasieniowodu do jądra, stosujemy w przypadkach jałowości po przebyte obustronnej zapalniu przyjądrzy, wówczas, gdy w punktaie jądrowym znajdujemy żywe jeszcze plemniki. Przy zabiegu, który nie przedstawia żadnych specjalnych trudności, nasieniowód zostaje rozszczepiony i pod otoczkę jądra wsunięty. Pomimo niezachęcających wyników operacji (przyjąć musimy pod uwagę drobne światło nasieniowodu, przebyte zapalenie nasieniowodu, tworzące się zrosty, zamykające światło nasieniowodu), autor radzi jednak stosować vasoorchidostomię u pacjentów, nazbyt cierpieniem swem przygnębionych. W dyskusji P o s n e r radzi stosować ten zabieg jako ultima ratio; w przypadkach, nie nadających się do operacji, radzi sztucznie zapładniać treścią, wydobytą przy punkcji jądra.

N. M a y z n e r.

v. STAPEHNOHR. Przecięcie nasieniowodu w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. (Zeit. f. Urol. Chir. XIV. H. 3).

Nawiązując do stosowania przecięcia nasieniowodu przy operacji S t e i n a c h a, oraz ze względu na jakoby korzystny wpływ tego przecięcia na przerosły gruczoł krokowy, autor przecina nasieniowód ale dla zgoła innych powodów. Otóż, ponieważ w przypadkach przerostu gruczołu krokowego zmuszeni często jesteśmy poprawić stan nerek, zostawiając cewniki „na komornem“, a z drugiej strony ponieważ taki cewnik często prowadzi do zapalenia przyjądrzy, autor radzi stosować przecięcie nasieniowodu we wszystkich przypadkach przerostu gruczołu krokowego, w których musimy zostawić cewnik „na komornem“. Wyjątek stanowią osobniki młode, u których winniśmy się liczyć z jałowością.

N. M a y z n e r.

Choroby oczu.

C. HAMBURGER. Nowe drogi w leczeniu jaskry. (Med. Klin. Nr. 9, 1924).

Autor uważa, że wywołać napady jaskry mogą najrozmaitsze czynniki, z których na pierwszym miejscu stawia wpływ nerwowe. Według niego jaskra to przedewszystkiem nerwica naczyńworuchowa, przypominająca gangrenę symetryczną z tą różnicą, że w tej ostatniej ulegają schorzeniu palce z powodu wzmocnienia tonusu naczyń krwionośnych, a więc z powodu utrudnionego krwiotoku, w jaskrze zaś tonus by-

wa znacznie zmniejszony, co powoduje wzmógłony dopływ krwi do gałki ocznej. Autor przypomina, że z trzech błon oka naczyniówka jest najmniejszą naczyńką: na przecięciu widzi się jedną tętnicę, mało kapilarów, a najwięcej żył. Wiemy również że naczynia krwionośne znajdują się pod wpływem układu nerwowego wegetacyjnego, tego niezbędnego regulatora życia, który pełni funkcję tak zwanego serca obwodowego i przy pomocy tego ostatniego ośrodkowe serce jest w stanie utrzymać krwioobieg w równowadze. Pod wpływem tegoż układu sympatycznego znajdują się tętnice, doprowadzające krew do gałek ocznych, gdy tonus ulega osłabieniu, wtedy tętnice rozszerzają się i w ten sposób wytwarza się w naczyniówce duża ilość płynu, co staje się powodem wzmógłonego ciśnienia wewnątrzgałkowego. Opierając się na wyżej podanych faktach, autor zaczął stosować w jaskrze adrenalinę, która, jak wiemy, zwęża naczynia krwionośne. Z preparatów adrenalinowych używał tylko suprareniny, którą wstrzykiwał w całym szeregu przypadków pod łącznicę, stosował ten środek przeważnie w przewlekłej jaskrze. Dawka dochodziła do 0,4. Bezsprawnie po tych iniekcjach następowało we wszystkich przypadkach obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, ezeryna zaś, która przed temi iniekcjami nie wywierała żadnego wpływu na ciśnienie, już po jednej takiej iniekcji pomagała. Autor jest zdania, że większa część przypadków przewlekłej jaskry nie powinna być leczona operacyjnie — tylko za pomocą zastrzykiwań adrenalinowych w połączeniu z wkraplaniem do worka spojówkowego ezeryny. Sam autor na swoim oddziale od roku już nie operuje żadnego przypadku przewlekłej jaskry. Metodę jego wypróbowali i inni oftalmolodzy, jak Peters, Wegner i Pollak i przysli do tych samych rezultatów.

A. Szwarc.

C. H. SATTLER. Zatrucie oka bromuralem i adaliną. (Klin. Monat. f. Augenheilkunde, 70 t. 1923 r.).

Sattler opisał dwa przypadki, dotychczas niespotykanego zatrucia bromuralem i adaliną. W jednym przypadku chory brał przeciętnie w przeciągu roku 20 tabletek dziennie bromuralu à 0,3 g. Po upływie roku wystąpiło osłabienie wzroku, spowodowane zanikiem nerwów wzrokowych, przyczem skonstruowano przerwę środkową dla barw czerwonej i niebieskiej. W drugim przypadku pacjent brał dziennie po 12 tabletek adaliny, w tym przypadku wystąpiło również osłabienie wzroku wskutek zaniku nerwów wzrokowych, badanie perymetrem wykryło przerwę centralną dla barwy białej, czerwonej i niebieskawe.

W literaturze przypadków podobnych dotychczas nie opisano. Znany jest tylko jeden przypadek Sterna, w którym po zatruciu bromuralem wystąpiły objawy ataktyczne, uszkodzenia wzroku nie było.

Autor przypuszcza, iż w tych przypadkach uległ uszkodzeniu peczęk brodawkowo-plamkowy, jak to widzimy w zatruciu tyreoidyną i arsenikiem.

A. Szwarc.

H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL i Ch. BESNORD. O schorzeniach siatkówki pochodzenia nerkowego i ich stosunku do niewydolności wydzielniczej nerek. Hipoteza dotycząca choroby Brighta. (La Presse Médic. Nr. 11, 6.II.1924).

Autorowie pracy niniejszej podjęli w 1919 roku szereg badań w celu wyjaśnienia zależności zmian w siatkówce od niewydolności nerek.

W razie zależności zmian w siatkówce li tylko od niewydolności nerek zaznaczyłaby się również ich zależność od nasilenia tej ostatniej, tymczasem zwykle stanowią one jedną z jej przejawów wczesnych. Połowa azotemików umiera bez zmian w siatkówce.

Na szereg przypadków autorowie stwierdzili możliwość istnienia zmian w siatkówce u osobników z nerkami czynnościowo wydolnymi. Z ogólnej liczby 21 przypadków zmian białkomoczowych w siatkówce zbadanych, w 10 azotemja była poniżej 0,40 na litr, a w 4 wskaźnik mocznikowo-wydzielniczy zbliżony do normy, czyli nerki były czynnościowo wydolne. Pozatem w jednym przypadku zmian w siatkówce u ciężarnej, przy białkomoczu, ale nerkach czynnościowo wydolnych, po przerwaniu ciąży zmiany w dniu ocznym ustąpiły szybko, natomiast niewydolność nerek wzrosła bardzo znacznie (azotemja 0,670/00, wsk. moczn. wydz, 0,160).

Stąd wniosek, że zmiany w siatkówce, zwane białkomoczowymi, istnieć mogą całkiem niezależnie od wydolności ne-

rek. A że, z drugiej strony, niewydolność nerek może nie dawać żadnych zmian w dniu ocznym, jak tego dowiedli Widali i Weill, samo istnienie zależności pomiędzy obu zjawiskami winno być odrzucone.

Zmiany białkomoczowe siatkówki są równie niezależne od wydolności nerek, jak niezależne jest od niej wzmógłone ciśnienie tętnicze.

Stwierdzenia powyższe prowadzą do wniosku, że istota choroby Brighta nie leży w zmianach nerkowych. Byłaby to choroba ogólna, na którą się składają w ilości zmiennej: 1) zwiększone ciśnienie tętnicze, 2) zmiany w siatkówce i 3) niewydolność czynnościowa nerek. Odmiany, przebiegające z zmianami w dniu ocznym, odznaczają się przebiegiem najcięższym i najszybszym.

O zaburzeniu podstawowem, wywołującym cały zespół objawów, zwany chorobą Brighta, wiemy bardzo mało. Autorowie uciekają się do hipotezy w celu wyjaśnienia tego zagadnienia.

Jako przyczynę przypuszczalną wysuwają oni zmiany w osoczu krwi. Z pośród tych zmian, prawdopodobnie bardzo złożonych, najbardziej namacalna i najlepiej zbadana jest hypercholesterynemja. Zmiany te mogłyby wywoływać cały zespół objawów, jakkolwiek sam mechanizm nie jest nam znany.

Zawartość wzmógłona cholesteryny mogłaby tu mieć znaczenie czynne, jak to sądził Chauffard w stosunku do zmian w siatkówce, a Lemoine i Gérard do miażdżycy, autorowie jednak sądzą, że działa tu zespół zmian złożony, w którym hypercholesterynemja stanowi tylko szczegół o znaczeniu może całkiem biernem.

Trzebaby tu wykazać, że zakażeniem i zatruciem, dającym w następstwie chorobę Brighta, towarzyszą powyższe zmiany w osoczu krwi. Mało istnieje danych, na które się powołać można. Autorowie wskazują na dwie postacie etjologiczne choroby Brighta.

Pierwsza to choroba Brighta ciążowa, co do której ustalono, że okresy, w których zapalenie nerek i zmiany w siatkówce najczęściej występują, odpowiadają okresom cholesterynemji wzmógłonej.

Druga — kiłowa. Znana jest częstość kiły przebytej u osobników, dotkniętych chorobą Brighta. Niektórzy zaliczają tę ostatnią w tych przypadkach do schorzeń metakiłowych w tem znaczeniu, że wywoływana jest nie bezpośrednio przez działanie krętka bladego, lecz tylko przez jego następstwa. Autorowie sądzą, iż następstwa te właśnie polegają na zmianach osocza, o których sądzimy z obecności cholesterynemji wzmógłonej, a co do tej ostatniej wiadomo, że występuje ona w kile stale i wcześniej.

Jak widać z powyższego, ujęcie choroby Brighta proponowane przez autorów, jakkolwiek niezupełnie udowodnione, pozostaje w zgodzie z szeregiem spostrzeżeń, stwierdzonych z całą dokładnością.

A. Czarnocki.

Choroby kości i stawów.

M. OUDARD. Recydujące zwichnięcie stawu barkowego (przednio-wewnętrzne). (Journal de Chirurgie, T. XXIII, Nr. 1, 1924).

Technika podanego przez autora sposobu operacyjnego przedstawia się następująco:

1) Chorego układamy w pozycji leżącej, poduszkę pod ramię, cała kończyna wyciągnięta wzdłuż ciała w rotacji ku zewnątrz; nacięcie w kształcie wywróconej litery L, t. j. od przedziału barkowo-obojęzycznego równoległe do obojęzka i o 1 cm. poniżej tegoż, drugie ramię — od zewnętrznego kąta 1-go cięcia wzdłuż przestworu naramiennie piersiowego; następnie przecinamy mięsień naramienny.

2) Przepiłujemy wyrostek kruczowy za pomocą pilki Eigligo w odległości 1½ ctm. od jego szczytu. Odciągamy w dół fragment kostny wraz z przyczepionymi do niego mięśniami

3) Przecinamy mięsień podłopatkowy i zeszywamy go 2 piętrowym szwem, kombinując, by ciągłość mięśnia została skrócona o 3 ctm.

4) Wycinamy kawałek kości piszczelowej (dług. 4 ctm., szerok. 3 ctm. i grub. 1 ctm.) i przymocowujemy go drutem srebrnym między szczytem i podstawą wyrostka kruczowego.

5) Zaszycie mięśnia naramiennego i skóry.

Autor stosował sposób ten od 1921 r. w 5 przypadkach i w żadnym nawrotu cierpienia nie stwierdził.

Mieczysław Floksztumpf.

Choroby nerwowe i psychiczne.

C. RÖMER. Przyczynki do leczenia psychonerwic. (Klin. Wochenschrift Nr. 9, 1924).

Artykuł ten jest zmierny z jednej strony, jako wskaźnik, do jakiego stopnia wypowiedziane i rozwinięte przez Freuda koncepcje przenikły do terapii, stosowanej nawet nie przez ścisłych psychoanalityków, z drugiej zaś strony pokazuje on na całym szeregu błędów teoretycznych, popełnionych przez autora, jak głębokiego wnikięcia w istotę rzeczy wymaga psychoanaliza. Autor wskazuje na wstępie na to, iż podczas kiedy w epoce przedpsychoanalitycznej leczenie psychonerwic było jedynie objawowe, to obecnie usiłujemy zrozumieć osobowość chorego jako taką i przeniknąć ukryte, a niewątpliwie znaczenie i celowość objawów. Na szeregu przypadków pokazuje autor znaczenie i zastosowanie tej zasady do terapii, przyczem niekiedy w celu ułatwienia pacjentom wypowiedzenia się, kombinował on hipnozę z analizą (pierwotna metoda Breuera i Freuda, później stosowana przez Franka w Zurychu). We wszystkich przypadkach obok dolegliwości natury czysto psychicznej, występowały objawy somatyczne, jak najrozmaitsze bóle, dusznica, świerzbieżka i t. d., które okazały się, przynajmniej częściowo, zdeterminowane psychicznie, co potwierdziły także wyniki psychoterapii.

Gustaw Bychowski.

S. de SANCTIS. Dzieci dystymiczne. (Encéphale 1923. Nr. 1, 2, 3).

Dystymią nazywa się zaburzenie w dziedzinie życia uczuciowego. U podstawy tego cierpienia znajdujemy zazwyczaj zmiany chorobowe czucia narządów (coenesthesiae). Autor omawia przypadki dystymji u dzieci pomiędzy 6—8 r. życia. Nierzadko widywał on w nich stany przygnębienia, którym towarzyszyły nawet myśli samobójcze, jak również stany podniecenia z kleptomanią, żarłocznością, zaburzeniami snu. Często pacjenci ci są obciążeni psychozą dziedziczną, nierzadko jednak zespoły psychiczne są tylko zjawiskiem objawowym w przebiegu przewlekłych cierpień zakaźnych, jak gruźlica lub też występują w okresie zdrowienia po przebytej ostrej chorobie zakaźnej. Dzieci dystymiczne w stanie przygnębienia cechuje: powolność ruchów, apatia, bezczynność; brak w nich natomiast uczucia lęku, jaki istnieje u psychasteników. W stanach podniecenia przeważają ruchy pływawicze, stereotypje, niepokój ogólny, impulsywność.

Stany dystymiczne są nieuleczalne, poprawę otrzymać można dzięki leczeniu wyciągami z narządów, jak tarczycy, nadnercza etc.

N. Z. Z.

RISER i GAY. Bezład postępujący w wieku starczym. (Encéphale 1923. Nr. 1 i 2).

Postacią starczą bezład postępującego autorzy nazywają te przypadki, w których objawy chorobowe występują dopiero około 60 r. życia. Późne ich występowanie tłumaczyć należy niezmiernie powolnym przebiegiem kiły u tych chorych. Zmiany, zarówno psychiczne, jak i anatomo-patologiczne, są tu takie same, jak w przypadkach klasycznych bezład postępującego, pewną osobliwość stanowią częste w tej postaci ogniska stwardnień tkanki mózgowej (polysclérose), które powodują swoiste zmiany psychiczne, przypominające otępienie starcze. Często również zachorzenie naczyń krwionośnych jest tu rozleglejsze, niż w postaci klasycznej, i stąd widuje się tu bardzo wiele objawów ogniskowych oraz udarów mózgowych.

Odczyny swoiste we krwi i w płynie mózgoworodzeniowym są dodatnie. Rokowanie w tych postaciach jest równie ciężkie, jak i w klasycznych; liczba notowanych przypadków—niezmiernie mała.

N. Z. Z.

LEWY F. H. Przestrzenie limfatyczne mózgu, ich budowa i nowotwory z nich wychodzące. (Virch. Arch. Bd. 232, 1921. S. 400—432).

Po krótkim historycznym przeglądzie zapatrywań na budowę przestrzeni chłonnych w mózgu, autor, opierając się

głównie na badaniach Schaffera (który dowiódł, iż układ chłonny jest tak samo zamknięty jak i układ krwionośny), odrzuca istnienie w mózgu naczyń, względnie przestrzeni chłonnych. Naczynia krwionośne, wędrujące do mózgu w 5 tygodniach ontogenezy, wloką za sobą lejki opony miękkiej. Dzięki temu naczynia od strony tkanki mózgowej otoczone są cienką osłonką, w której znajdujemy rozsiane komórki, jest to bezpośrednio przedłużenie intymae piaie wraz z jej śródbłonkiem. Osłonka ta ściśle jest zespolona ze skupieniem gleju na pograniczu tkanki mózgowej, t. zw. membrana limitans gliae. Zawęzowana warstwa błony zewnętrznej (adventitia) naczyń, stykająca się z powyżej wymienionymi osłonkami biologicznymi, posiada budowę bardzo luźną, tak, iż w miarę potrzeby, może się ona rozciągać na podobieństwo harmonji: wtedy wytwarzają się w niej ograniczone przestrzenie i komory, t. zw. przestrzenie Virchowa-Robina. Przestrzenie okołonaczyniowe (Hisa) i okołokomórkowe (Obersteiner) mogą powstawać li tylko przez rozerwanie membranae limitantis, względnie okołokomórkowej sieci Golgiego, zwłaszcza przy kurczeniu się preparatów.

Następnie autor opisuje (liczne rysunki) trzy typy nowotworów, wychodzących z t. zw. przestrzeni chłonnych (śródbłoniak, obłoniak i postać mieszana), rozważa ich budowę histologiczną i stosunek do sąsiednich tkanek, poczem dochodzi do wniosku, iż (o ile sprawę przestrzeni chłonnych uważać za wyjaśnioną) wspólną cechą tych nowotworów jest ich pochodzenie z tkanki łącznej, obarczającej naczynia. Stosując się do używanego dziś mianownictwa, należy więc zgodzić się na nazwę Borsta: mięsaki angioblastyczne. Śródbłoniaków i obłoniaków nie można wyodrębnić, jako oddzielne postaci nowotworowe. Termin „perithelium“ wprowadził Eberth dla opisanej przez siebie osłonki naczyń krwionośnych w mózgu, dziś wiemy, że jest to śródbłonek intymae piaie. Tak więc perithelioma mogłaby istnieć tylko w mózgu (względnie w gl. cerotis), lecz wychodzenie nowotworów z intymae piaie okołonaczyniowej nie tylko nie było udowodnione, ale jest wogóle mało prawdopodobne. Obłoniaki należy odnieść do mięsaków tkanki łącznej naczyniowej. Śródbłoniaki ośrodkowego układu nerwowego, o ile rzeczywiście wychodzą ze śródbłonka opony miękkiej, należałoby uważać za raki, analogicznie do raków, wychodzących ze śródbłonka jam surowiczych.

Wreszcie autor podkreśla znaczenie dla patologji ośrodkowego układu nerwowego owych biologicznych osłonek, na które składają się intima piaie i limitans gliae.

E. Siedlecki.

W. DREIFUSS. O śródbłoniaku spłotu naczyniastego. (Beitr. z. pat. Anat. u. z. al. Pat. Band 71, H. 3. 1923 r. str. 667).

Autor podaje opis sekcyjny i mikroskopowy przypadku guza mózgu. U 65-letniej kobiety z niedomogą serca stwierdzono klinicznie ze strony układu nerwowego nierówność źrenic, opieszale ich odczyn na światło, oczopląs po stronie prawej i osłabienie odruchu kolanowego prawego. Sekcyjnie przyczyną śmierci było zapalenie przewlekłe włókniste zastawki dwudzielnej.

Oprócz tego stwierdzono w macicy mięśniak i torbielaki wielokomorowe, rzekomośluzowe jajników i nakoniec guz w mózgu. Ten ostatni wielkości małego orzecha włoskiego znajdował się w komorze bocznej lewej przy przejściu do rogu tylnego. Umocowany na cienkiej i krótkiej szypule do wyściółki, był ściśle zróżniety ze spłotem naczyniastym. Odpowiednia komora była nieco rozszerzona. Mikroskopowo guz wykazywał utkanie typowe dla śródbłoniaków, pochodzących z opony twardej. Zawierał zbyt mało ziaren wapniowych, by zasłużyć na miano piaszczaka. Wszędzie ostro odgraniczony od tkanki mózgowej, wykazuje on ścisły zrost ze spłotem naczyniastym.

Zupełnie szablonowy przypadek według autora zasługuje na opis dzięki swemu umiejscowieniu. Śródbłoniaki mózgu mogą pochodzić ze śródbłonek opon miękkich, wewnętrznej powierzchni opony twardej i z ziarnistości Pachioniego. Punkt wyjścia guza może być tłumaczony dwojako: 1) nowotwór wychodzi z zablakanych zawiązków opon miękkich. Należy jednak pamiętać, że spłot rozwija się b. wcześniej, wtedy gdy opony nie są jeszcze różniczkowane na oponę twardą, miękką i pajęczynówkę. Należy więc przypuścić, że elementy zarodkowe posiadają perspektywną zdolność różnicowania się w śródbłoniaki. 2) Można traktować

dany śródbłonik jako wynik bujania komórek samego spłotu. Autor skłania się do tego ostatniego przypuszczenia.

A. Siedlecka.

H. KAGERER. Zapalenie mózgu przebiegające pod postacią guza mózgu. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom 86, zeszyt 4 i 5, 1923).

Przypadek dotyczy 29-letniej kobiety. Choroba rozpoczęła się w grudniu 1921 r. od bólów głowy i wymiotów. Badanie przedmiotowe (kwiecień 1922 r.) nie wykazało żadnych objawów ze strony układu nerwowego. Wkrótce potem wystąpiły napady przemijającej niemoty. 29.VII 1922 r. trepanacja czaszki. Guza nie znaleziono. Po operacji stała niemota, obustronna tarcza zastoinowa, prawostronny niedowład nerwu twarzowego i kończyn bez objawu Babinski'ego, podniecenie. Ciężota 37,5—37,8°. 25.IX. 1922 r. exitus laetalis. Sekcja wykazała: obrzęk płuc i katar oskrzeli, mięsiste zwrodnienie mięśnia sercowego, wątroby i nerek, stosunkowo dużą grasicę, przerost gruczołów chłonnych.

Mózg nieco obrzmiały, przekrwiony. Ropień w powierzchownych warstwach mózgu w miejscu operacji. Nowotworu nie znaleziono. Bad. histol. mózgu: rozsiane ogniska zapalne, bez charakteru ropnego, duże zmiany w naczyniach, nacieki dookoła naczyń, wtórne zmiany w tkance gąbczastej. Tkanka mózgowa prawie niekznięta. Autor nie uważa tego przypadku za nagminne zapalenie mózgu na zasadzie zmian histologicznych (zbyt równomierne rozsianie ognisk zapalnych w całym mózgu, oszczędzenie samej tkanki nerwowej) i z powodu braku charakterystycznych dla tego cierpienia objawów za życia.

Przyznaje, iż jakkolwiek badanie pośmiertne nie potwierdziło rozpoznania, to na zasadzie tego przypadku nie mógłby jednak w przyszłości w przypadkach, wykazujących analogiczny zespół objawów, wstrzymać się od rozpoznania guza mózgu.

B a u - P r u s s a k o w a.

Le BLANC. O zatorach w mózgu z punktu widzenia klinicznego. (Virch. Arch. T. 246, str. 355, 1923 r.).

Autor opisuje dwa przypadki zatoru tętnic mózgowych o przebiegu tak niezwykłym, że w 1-szym przypadku rozpoznano zapalenie opon mózgowych, a w drugim ropień mózgu i nawet chorego poddano trepanacji.

W przypadku 1-szym rozpoznaniu zostało ustalone (zator tętnicy mózgowej), dzięki szybkiemu powrotowi pacjenta do zdrowia, w 2-im zaś dopiero sekcja wykazała pomyłkę djagnostyczną.

Autor wyprowadza następujące wnioski:

Jałowe zatory, których wyrazem klinicznym są nagle występujące ogniskowe objawy mózgowe, mogą przebiegać z wysoką ciężotą, leukocytozą, wyraźnymi objawami oponowymi i zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym. Taki przebieg może symulować zapalnie wewnątrzczaszkowe schorzenie. Wskazówek na to w opisach przebiegu zatorów tętnic mózgowych zwykle nie znajdujemy, a jednak należy o tem pamiętać, by uniknąć błędów rozpoznania.

Odczyn mastykowsy ma duże znaczenie dla różniczkowego rozpoznania z zapaleniem opon.

Co się zaś tyczy rozpoznania ropnia mózgu, to można je stawiać tylko w przypadkach, gdzie źródło zakażenia jest znane.

A. Siedlecka.

H. BERGER. Przyczynki kliniczne do patologii mózgu. O t. zw. „gorączce połowicznej“. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom 86, zeszyt 1 i 2, 1923).

Autor sprzeciwia się utożsamianiu t. zw. gorączki mózgowej z połowiczym podwyższeniem ciepłoty ciała w różnych ogniskowych schorzeniach mózgu. Nie zgadza się z zapartywaniami Oskara Fischera, który uważa gorączkę, towarzyszącą napadom paralitycznym, za gorączkę mózgową, wywołaną zmianami w węzłach podstawowych mózgu. Zda-

niem autora, nie można w tych przypadkach całkowicie wyłączyć wpływu krętków białych na powstawanie gorączki.

Gorączka mózgowa niema charakteru połowicznego. W przypadku, demonstrowanym przez autora (Jena 1914 r.), w którym po nakłuciu mózgu i jednostronnym uszkodzeniu jądra ogoniastego wystąpiła podwyższona ciężota ciała, nie stwierdzono żadnej różnicy między prawą a lewą stroną. U chorych na bezwład postępujący, wykazujących napady drgawek lub porażen połowicznych, połowiczne różnice w ciężocie ciała nie należą do rzadkości (wynoszą parę dziesiątych stopnia lub nawet parę stopni). Z przytoczonej przez autora historii choroby chorej na bezwład postępujący, u której po szeregu napadów drgawek prawostronnych rozwinął się prawostronny niedowład kończyn, widać, iż po stronie porażonej ciężota była stale wyższa (różnica dochodziła do 2,4°), natomiast podczas napadu drgawek była 0,5° niższą, niż po stronie zdrowej. Objaw ten jest następstwem zaburzeń naczynioruchowych, wywołanych podrażnieniem (obniżenie ciepłoty ciała) lub zniszczeniem (podwyższenie ciepłoty) ośrodka naczynioruchowego w korze mózgowej, mianowicie w sferze ruchowej (regio motoria) lub też jej najbliższym sąsiedztwie, zgodnie z wynikiem badań doświadczalnych, przeprowadzonych na psach przez Eulenburga i Landois. Autor przypisuje temu objawowi pewne znacznie rozpoznawcze przy umiejscawianiu ogniska chorobowego. Jako dowód przytacza opisany przez Rossolimo o przypadku torbieli mózgu (regio motoria dextra) z lewostronnym porażeniem, drgawkami, sinicą i obniżeniem ciepłoty ciała, które to objawy ustąpiły po usunięciu torbieli, a następnie przytacza swój własny sekcyjny przypadek przerzutu mięsaka barwikowego do mózgu, w którym po stronie niedowładu ciężota ciała była stale wyższa, niż po stronie zdrowej.

Sekcja wykazała guz, obejmujący górną część gyri praecentralis, sąsiadnie odcinki F¹ i F² i przechodzący na lobul. paracentralis. Pod guzem znajdowała się świeża torbiel krwotoczna. Węzły podstawowe mózgu były nienaruszone.

B a u - P r u s s a k o w a.

F. J. LANG. Ognisko krwotoczne mózdzku spowodowane przez „streptothrix“. (Virch. Arch. B. 246. 28.VIII 1923).

Autor opisuje przypadek wylewu krwawego do lewej półkuli mózdzkowej. Przy badaniu mikroskopowym wykazał w ognisku krwotocznym i pasie okalającym obecność nici bardzo cienkich, długich, lekko pofalowanych, rozgałęziających się drzewkowato. Nici te barwiły się hematoksylina na błękitno. Przy barwieniu zaś błękitem metylenowym, a zwłaszcza metodą Grama, można było zauważyć, że składały się one naprzemian z części niebarwiących się i z ziarenek, barwiących się na brunatno.

Nici te autor zalicza do rodzaju streptothrix, nie przesądając sprawy, czy należą one do grzybka promienicznego, jak chce tego R. Liaska, czy też stanowią one rodzaj odmienny w myśl poglądów Petruszkyego i innych badaczy.

We wszystkich znanych w piśmiennictwie przypadkach zakażenia przez streptothrix, stwierdzano sprawę ropną bądź w postaci ropni w mózgu lub mózdzku (rzadziej), bądź też w postaci zapalenia rozlanego opon mózgowych i rdzenia (częściej). W przypadku obecnym oraz w przypadku martwicy i nadzianki krwawej w wątrobie, spostrzeganej przez autora we wrzodzie dwunastnicy, mimo stwierdzenia streptothrix—ropienia nie wykazano. Od czego zależy odmiennie zachowanie się tkanki, autor nie rozstrzyga.

Również autor nie może odpowiedzieć na pytanie, czy wylew krwawy do mózgu był wywołany przez zakażenie, czy też powstał w sposób odmienny (uraz), a zakażenie dołączyło się dopiero później. Niema również danych, pozwalających rozstrzygnąć pytanie, w jaki sposób nastąpiło zakażenie.

W. Czarnocki.

Zapiski lecznicze.

Opracował Z. SREBRNY.

O wydobywaniu ciał obcych z nosa.

Ciała obce w nosie, które najczęściej widzujemy u dzieci, zwykle tkwią blisko od wejścia do nosa i łatwo dają się usunąć, o ile tylko nieodpowiednimi narzędziami nie zostały wepchnięte głębiej.

Czasami wystarcza przyciśnięcie skrzydła nosa do przegrody z wywarcieniem ucisku ku dołowi, aby ciało obce wyskoczyło z nosa. Innym razem, gdy dziecko jest dość rozsądne, aby wykonać zalecenie lekarza, zatykamy palcem nozdrze wolne i każemy mocno dmuchnąć tą stroną nosa, w której znajduje się ciało obce: może ono w ten sposób być z nosa wydalane.

Z narzędzi, używanych do usuwania ciał obcych z nosa, najlepiej nadaje się zgłębnik na przednim końcu lekko ku dołowi zagięty. Przed wprowadzeniem zgłębnika znieczulamy błonę śluzową nosa 1%—2% roztworem kokainy przy pomocy rozpylacza lub pipetki (kilka kropeł wlewamy do nosa). Po kilku minutach, gdy nastąpiło znieczulenie, unosimy koniec nosa ku górze i wprowadzamy zgłębnik, trzymając się gór-

nej ściany otworu nosowego, tak, ażeby część zagięta znalazła się poza ciałem obcem. Unosząc teraz wystającą z nosa część zgłębnika ku górze i wywierając w ten sposób zagiętą jego częścią ucisk na ciało obce od tyłu, wyważamy je z nosa. Za pomocą tej metody prawie zawsze jesteśmy w stanie usunąć ciało obce z nosa. Rzecz prosta, że główka dziecka musi być dobrze unieruchomiona. Uśpienie nigdy nie okazało mi się koniecznym, raz jeden musiałem je zastosować u bardzo nerwowej i bojaźliwej kobiety dorosłej, u dzieci ani razu.

Szczypczyki i kleszczyki mają tę złą stronę, że nie zawsze obejmują dosyć szczelnie ciało obce, ześlizgując się z niego i najczęściej wypychają je głębiej.

Przestrykiwania nosa w celu usunięcia z niego ciała obcego są przeciwwskazane, grożą bowiem wywołaniem zapalenia ucha środkowego.

Martwaki kostne pochodzenia kiłowego, zęby wrastające do nosa, pociski lub inne ciała obce mocno wklonowane, tkwiące głęboko albo wysoko w wąskich przestrzeniach nosowych, wymagają dokładnego obejrzenia nosa przez specjalistę i tylko przez niego mogą być usunięte.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie z dnia 9 kwietnia r. b.

Obecnych 77 osób, w tej liczbie członków Towarzystwa 52.

Przewodniczący: A. JANUSZKIEWICZ.

Na wniosek przewodniczącego zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłego kolegi, długotrwałego członka Towarzystwa — dr. Juliana Moraczewskiego. Wspomnienia pośmiertne wygłosili Świerzyński i Wirszubski.

1) Cz. Czarnowski — pokaz chorego po dwukrotnym zabiegu chirurgicznym z racji ropnia mózdzku. Stał chorego zadawałający, jakkolwiek prelegent nie wyłącza możliwości nawrotu, co się zdarza względnie często w podobnych przypadkach. W dyskusji Wąsowski mówi o ropniu mózdzku z własnej praktyki, gdzie w ropie stwierdził obecność krętki Paul-Vincenta. S. Lewando mówi o możliwości nawrotu choroby.

2) A. Świerzyński: a) pokazuje polipa wielkości 10×5×4 cm., amputowanego w jamie nosowo-gardzielowej, b) mówi o przypadku wielkiej jamy Highmora.

3) A. Wirszubski demonstruje chorego z objawami tachypnoe (do 84 oddechów na minutę); chory przed 3 miesiącami przechodził encephalitis epidemica; tachypnoe powstało przed 4 tygodniami. Uważa prelegent, że jest to jeden z licznych objawów encephalitis epidemicae. W dyskusji głos zabierali: W. Jabłonowski, Z. Orłowski i A. Januszkiewicz.

4) K. Michejda — pokaz żołądka operowanego z powodu wrzodu. W dyskusji przemawiali: Ch. Zarcyn i A. Januszkiewicz.

5) Ch. Zarcyn — pokaz 2 wyrostków robaczkowych po operacji wczesnej (pierwsza 24 godz. od zjawienia się pierwszych objawów). Dyskusja: A. Januszkiewicz, J. Szmurło.

6) A. Kapłan wygłosił: O mechanizmie działania witamin. W dyskusji: E. Czarnocki po historycznym zarysie nauki o witaminach, stwierdza oryginalność poglądu Marchlewskiego i Wierzchowskiego na istotę czynnika dodatkowego, jako jednego pierwiastka, różnorodnie działającego. Podkreśla różnicę w sposobie otrzymywania witamin przez autorów japońskich i autorów wspomnianych; zaznacza różnicę poglądów Eijhmana i Abderhaldena na zmiany histologiczne w układzie nerwowym podczas awitaminozy. Na podstawie prac Uhlmana stwierdza, że wyciągi witamin działają w pierwszym rzędzie na układ nerwowy parasympatyczny, rozszerzając naczynia krwionośne, obniżając ciśnienie krwi, wzmagając ruch robacz-

kowy jelit, wydzielanie gruczołów śluzowych i żółci. Na podstawie prac L. Grossa stwierdza zależność ruchu robaczkowego jelit od witamin (podawanie zwierzętom doświadczalnym proszku węglowego w pożywieniu). Przytacza wreszcie pracę Marchlewskiego i Wierzchowskiego w kierunku oznaczania ilości kw. moczowego w odchodach gołębi chorych na beri-beri i gołębi zdrowych.

J. Muszyński mówi o bezpodstawności miana witamin, ponieważ nie zawsze zawierają one grupy aminowe. W sprawie przytoczonego przez prelegenta objawu doświadczalnego beri-beri po zastrzykiwaniach kw. sinkowego, stwierdza, że spożywanie pokarmów, zawierających kw. sinkowy (młode pędy baranów), powoduje ten sam efekt. J. Szmurło mówi o ogólnym znaczeniu pewnych środków spożywczych w związku z obecnością lub brakiem witamin. W. Jasiński — oważności racjonalnego (obfitego w witaminy) odżywiania kobiet ciężarnych. Przemawiali jeszcze: St. Trzebiński i S. Peszyński.

E. C.

Posiedzenie z dnia 30 kwietnia r. b.

Obecnych 108 osób, w tej liczbie członków Towarzystwa 59.

Przewodniczący: A. JANUSZKIEWICZ.

1) K. Michejda demonstruje: a) chorego po rezekcji żołądka z powodu wrzodu (preparat demonstrowano na poprzednim posiedzeniu):

b) preparat raka dużej krzywizny żołądka, otrzymany drogą operacji;

c) chorą, operowaną z powodu kamicy żółciowej (cholecystotomia); żółtaczka trwała 14 miesięcy. Dyskusja: A. Januszkiewicz (w sprawie przypadku b) obserwował chorego od pewnego czasu, wobec czego przypuszcza, że rak powstał w bliźnie po wrzodzie żołądka. K. Opoczyński badał preparat histologicznie — śluzówka dobrze zachowana, nowotwór podśluzowy dochodzi do warstwy mięśniowej.

2) J. Dowgiałło demonstruje chorą po przybytem nagminnem zapaleniu opon mózgowych, szeroko omawia jeszcze na podstawie 5 innych przypadków przez siebie obserwowanych, metodę Lewkowicza. W dyskusji: J. Jasiński zwraca uwagę, że wynik leczenia w meningokokowym zapaleniu opon mózgowych zależy w dużym stopniu od wieku chorego (u niemowląt rokowanie bywa znacznie gorsze, niż u dzieci starszych) i okresu choroby, kiedy rozpoczęto leczenie. Stwierdza dalej, że w leczeniu nakłuciami komór, oprócz surowicy może mieć znaczenie usunięcie większej ilości zarzązków; następnie mówi o zwiększeniu liczby przypadków schorzeń meningokokowych w Wilnie w ostatnim okresie czasu (od stycznia b. r.) oraz przytacza z praktyki jeden przypadek,

w którym oprócz objawów mózgowych i nielicznych meningo-koków przy badaniu na plan pierwszy wysunęły się objawy zapalenia stawów (polyarthritus meningococcica). Z. Orłowski obserwował kilka przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowych, leczonych z dobrym wynikiem nakłuciami łądźwiowymi. M. Moszyński, powołując się na pomyślne rezultaty Lewkowicza (20% śmiertelności), zaleca stosować tę metodę. S. Władyczko zwraca uwagę, że często jednorazowe nakłucie łądźwiowe nie wystarcza do ustalenia rozpoznania, wobec czego poszukiwania należy powtarzać. Ch. Zarcyn sądzi, że jednokrotne wykonanie trepanacji, wobec łączenia się komór przez otwór Monroe, jest wystarczające do dalszych zabiegów. Dalej stwierdziwszy fakt, że drobnoustroje w okresie choroby gromadzą się głównie w splotach naczyniówkowych, proponuje zastosowanie rezekcji splotu naczyniówkowego (operacja Dandy). Dobrzański wypowiada się za stosowaniem metody Lewkowicza, surowica ma swoje działanie. Ostatnimi czasy leczą czaszkową. A. Safarewicz zwraca uwagę na ułatwienie dopływu chłonki przy nakłuciu komór. M. Trzeciak mówi o dobrych wynikach nakłuc łądźwiowych i wstrzykiwaniu surowicy u większych dzieci i dorosłych. J. Szmurło zaznacza, że w metodzie Lewkowicza dwa czynniki odgrywają rolę leczniczą: przekucie komory bocznej (wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego ze znaczną ilością toksyn i drobnoustrojów) i zastrzyknięcie surowicy meningokokowej. A. Januszkiewicz wypowiada się za przekuciem komór mózgowych tylko w tym razie, jeżeli przekucie łądźwiowe nie dało dobrego wyniku.

3) Wąsowski — pokaz chorego, cierpiącego na gruźlicę języka i gruźlicę płuc. Na języku stwierdzono nacieczenie gruźlicze oraz ropień zimny. Dyskusja: Zarcyn, Wołodzko, Szmurło.

4) Cz. Czarnowski — pokazuje chorego po operacji całkowitego usunięcia krtani, skutek nowotworu złośliwego.

5) G. Gecow — pokazuje łożysko po trójczkach. W dyskusji: S. Peszyński przytacza z własnej praktyki przypadek ciąży, który się również zakończył urodzeniem 3 noworodków; ciężarna cierpiała na niedomykalność zastawki dwudzielnej z powikłaniami, które w kilka tygodni po porodzie ustąpiły zupełnie. E. C.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Chirurgia narządów klatki piersiowej była jednym z tematów, omawianych na tegorocznym walnym zebraniu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego. Referentem był Sauerbruch. Duże postępy uczyniła chirurgia serca. Szew sercowy daje jeszcze dużą odsetkę śmiertelności, usuwanie ciał obcych (pocisków) z serca jest zabiegiem ciężkim i usprawiedliwionym jedynie w razie konieczności. Zaburzenia sercowe, powstałe skutkiem przemieszczenia bądź to z powodu ucisku na wielkie naczynia lub na szlaki nerwowe serca, bądź to z powodu nieprawidłowej konfiguracji klatki piersiowej, jak np. pierś lejkowata, były wielokrotnie usuwane na drodze chirurgicznej. Również wylewy krwi do worka sercowego, grożące poważnym niebezpieczeństwem z powodu ucisku na prawy przedsionek lub na wielkie naczynia, były skutecznie leczone za pomocą nakłucia lub perikardotomii. Ten sam zabieg znajduje zastosowanie i w wylewach ropnych. Przewlekłe zapalenie zlepnie osierdzia było z powodzeniem leczone za pomocą kardiolizy (Delorme) lub przez usunięcie żeber. Natomiast leczenie wad zastawkowych, poza nielicznymi wyjątkami, stanowi muzykę przyszłości. Pewne postępy zrobiła chirurgia wielkich naczyń. Dostępem dla zabiegów chirurgicznych stało się i śródpiersie, z którego dają się usuwać nowotwory. Dalszemu rozwojowi uległa chirurgia przełyku, mianowicie leczenie zwężeń i uchyłków. Operacje plastyczne zwężeń znalazły dużo rozpo-wszechnienie, utworzenie jednak sztucznego przełyku wymaga bardzo ścisłego wskazania. Przy usuwaniu ciał obcych z przełyku nie należy przeceniać ezofagoskopji, która ma swoje granice, niejednokrotnie trzeba wykonać cięcie przełyku zewnętrzne. W przypadkach kurczu wpustu odróżniamy postać czysto nerwową, której nie należy traktować chirurgicz-

nie, od istotnego kurczu, w którym wskazana jest operacja Hellera. W operowaniu raka przełyku zrobiono postępy, chociaż wyniki operacyjne są jeszcze mało zachęcające. Dwukrotnie udało się referentowi skutecznie usunąć uchyłek, który pękł do płuca. Chirurgja przepony również posuwała się naprzód, szczególnie zaś leczenie przepukliny przeponowej. Frenikotomia odnosi duże sukcesy i jest wskazana we wszystkich chorobach płucnych, w których zabiegi radykalne nie są brane w rachubę. Chory doznaje po tym rękoźnynie dużej ulgi skutkiem ułatwienia wykrztuszania. Co się tyczy chirurgji o płucny, to zerwaliśmy z dawnym poglądem, aby w zapaleniach ropnych natychmiast przystępować do wycięcia żeber. Liczne ropne zapalenia u dzieci, jak i powstałe po zapaleniu płuc u dorosłych, a także ropienia pourazowe wielokrotnie były skutecznie leczone za pomocą nakłucia. Postaci, towarzyszące zgorzeli płuc i powikłane ropowicami opłucny, należy bez zwłoki szeroko otwierać. W meta-pneumonicznych zapaleniach ropnych opłucny u dorosłych referent stosuje rezekcję żeber chętniej, niż aspirację Perthesa; natomiast w starych ropniakach metoda ta może czasem uchronić od potrzeby wykonania rozległej torakoplastyki. Szczególnie trudne do leczenia są ropniaki gruźlicze, w których należy stosować plastykę zewnątrzopłucnową jednocześnie z aspiracją Perthesa. Największe postępy uczyniła w ostatnich latach 20 chirurgia płuc. Usuwanie operacyjne ciał obcych nie przedstawia szczególnych trudności, powinno jednak być stosowane tylko w razie ścisłego wskazania. Na 71 operowanych przez Sauerbrucha pocisków, śmiercią skończyły się trzy przypadki. Chondrotomia Freunda w rozedmie płuc nie ziszcia pokładanych w niej nadziei i może być stosowana przy bardzo ograniczonych wskazaniach. Bardzo niewdzięczne pole przedstawiają rozszerzenia oskrzeli, w których torakoplastyka czasem daje dobre wyniki, w przypadkach zaś jednostronnego ich umiejscowienia wskazane jest wycięcie chorego płata płucnego (na 11 przypadków 3 zejścia śmiertelne, 5 zupełnych wyleczeń). Świetne widoki ma leczenie operacyjne gruźlicy płuc, mianowicie jednostronnej, włóknistej postaci jamistej, daleko posuniętej, — za pomocą rezekcji 1 do 11 żebra cięciem przykręgowym w znieczuleniu miejscowym. Trzecia część jam jednostronnych daje się w ten sposób wyleczyć — śmiertelność bezpośrednia wynosi 1%, późniejsza 24%. Ta duża śmiertelność tłumaczy się bądź niewłaściwym wyborem przypadków, w których występował nieoczekiwany postęp sprawy gruźlicy w drugim płucu, bądź niedostatecznie troskliwym leczeniem pooperacyjnym, niedostatecznym wykrztuszaniem, które przez obfite podawanie morfiny powinno być ułatwiane. Referent ma poza sobą 700 takich plastyk klatki piersiowej, z których właśnie trzecia część jest w zupełności wyleczona. Odma sztuczna jest wprawdzie mniej niebezpieczna, ale ustępuje torakoplastyce. Odma wymaga przede wszystkim, aby opłucna była wolna od zrostów, co się zdarza rzadko, szczególnie w przypadkach skłonnych do wyleczenia. Niesłuszne jest rozrywanie takich zrostów, albowiem po niem występują później wysięki, które w 15—20% stają się przyczyną śmierci. Wreszcie ku końcowi swego referatu zwraca się Sauerbruch przeciwko przecięciu nerwu współczulnego lub hamującego (depressor), jako zabiegowi chirurgicznemu u duszniczy bolesnej i duszniczy oskrzelowej. Zdaniem mówcy zabiegi te nie mają za sobą uzasadnienia fizjologicznego. (Inaczej na tę sprawę zapatrują się inni badacze, o czym wkrótce poinformujemy czytelników — przyp. sprawozdawcy).

W związku z powyższym odczytem Sauerbrucha przedstawił Kirschner pierwszy przypadek zatoru płucnego, uratowany przez zabieg operacyjny Trendelenburga. U 38-letniej kobiety na trzeci dzień po operacji przepukliny udowej, gdy pacjentka usiadła do zbadania płuc, wystąpił zator płucny. W 15 minut po wypadku rozpoczęto operację na chorej, robiącej wrażenie konającej. W ciągu 45 sekund wielkie naczynia były zacisnięte, podczas których po otwarciu worka sercowego z rozciętej tętnicy płucnej wydobyto skrzepę długości 17 cm. Chora była demonstrowana na posiedzeniu, a przewodniczący złożył powinszowania operatorowi i obecnemu na posiedzeniu sędziwemu wynalazcy operacji.

(Med. Klinik, Nr. 20, 1924).

Z. S.

Zjazdy.

Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Krakowie.

(Dokończenie).

Niezmiernie doniosłe zagadnienie, czy istnieje możliwość zwiększenia przepuszczalności opon mózgowo-rdzeniowych w celach leczniczych, podjął dr. Kauczyński z oddz. dermat. szpit. powsz. we Lwowie, który przeprowadzał badania nad wpływami urotropiny na stopień przechodzenia bizmutu do płynu mózgowo-rdzeniowego i tkanki mózgowej. Autor, wstrzykując dożylnie urotropinę, nie stwierdził zwiększenia przepuszczalności opon mózgowo-rdzeniowych dla soli bizmutowych, ani ciał barwnych u zwierząt doświadczalnych.

W dyskusji, w której zabierali głos doc. Leszczyński, dr. Leyberg i doc. Walter, wyrażono przekonanie, że powyższe negatywne wyniki nie mogą być bez zastrzeżeń przenoszone na warunki, istniejące u człowieka, szczególnie w stanach patologicznych, które same przez się zmieniają przepuszczalność opon. W czasie tegoż posiedzenia dr. Alkiewicz (z klin. dermat. Uniw. Pozn.) demonstrował wykonane przez siebie mulaże.

Na poprzednim zjeździe we Lwowie dr. Straszyński z Warszawy pokazywał swe pierwsze próby w tym kierunku, obecnie zaś klinika Poznańska poszczycić się już może mulażami wykonanymi artystycznie i dającymi całkowite złudzenie rzeczywistości.

Na posiedzeniu trzecim, w poniedziałek, 9 czerwca prof. Lenartowicz i doc. Walter demonstrowali szereg ciekawych przypadków z materiału kliniki dermatologicznej i oddziału dermatologicznego szp. św. Łazarza. Szczególnie zwracali uwagę, prócz wielu innych, rzadkie przypadki acanthosis nigricans i xeroderma pigmentosum.

Po odczycie profesora Karwowskiego, który wraz z dr. Dobakiem z Bydgoszczy opisali rzadki przypadek choroby — Fox-Fordyce'a, wygłosił doc. Leszczyński „rzeczą o kolorymetrii dermatologicznej”. Prelegent referował teorię oznaczania barw za pomocą odpowiednich formuł, skonstruowaną przez Ostwalda, porównując znakowanie to ze znakowaniem tonów muzycznych przy pomocy nut, i zaproponował, aby w celu ujednostajnienia i ułatwienia porozumiewania się co do barw, mających w dermatologii duże znaczenie, przyjęć ją, jako ogólnie obowiązującą. W dyskusji prof. Krzysztalowiec i dr. Kapuściński wyrazili swe zastrzeżenia co do możliwości praktycznego zastosowania w dermatologii niezmiernie interesującej koncepcji Ostwalda, ze względu na trudności techniczne i źródła błędów, leżące w samej metodzie, nie posiadającej obiektywnego miernika i opartej na spostrzeganiu subiektywnym.

Dalej następowały prace: dr. Wiśniewskiego z Warszawy o endokrynidach, dr. Mierzeckiego i Pytlika z Lwowa: badania hematologiczne nad toczniem postpolitym i innymi schorzeniami skórnymi, dr. Leyberga z Łodzi „spostrzeżenia własne z urestroskopji cewki tylnej”, doc. J. Zubrzycki z Krakowa „krwawienie maciczne u kiłowych” i dr. Ostrowskiego z Warszawy „zachowanie się układu wegetatywnego u kiłowych”. Ostatnia praca, dotycząca aktualnej obecnie w całej medycynie roli układu nerwowego współczulnego wykazała różnice w zachowaniu się pobudliwości tegoż układu w różnych okresach kiły.

Ostatnie posiedzenie zjazdu pod przewodnictwem prof. Sowińskiego z Wilna rozpoczął odczyt dr. Borkowskiego z klin. dermat. Uniw. Warsz., który wspólnie z prof. Krzysztalowiczem opisał cztery przypadki grzybic skóry uwłosionej u dorosłych. Przypadki te są rzadko spostrzegane, szczególnie w Europie Zachodniej, i wszystkie opisane chore przybyły do Polski z południowej Rosji, gdzie prawdopodobnie podobne przypadki częściej można spotkać. Wyhodowano z nich tr. violaceum, tr. crateriforme, tr. plicatile i tr. pamforme.

W dalszym ciągu następowały prace prof. Karwowskiego i dr. Warchockiej z klin. dermat. w Poznaniu: badania kliniczne i histologiczne nad bujaniem cewki kobiecej przy wiewiórze, dr. Z. Bocheńskiego z Poznania: wpływ promieni X na naczyniówki chłonne i dr. J. Lechowskiej ze Lwowa: porównawcze pomiary ciepłoty narządów płci-

wych kobiecych, poczem dr. W. Lipiński z Krakowa zreferował opisane przez siebie pierwsze przypadki sporotrichozy w Polsce, wywołane wyróżniającym się od innych szczepem tego grzyba i nazwanym przez autora sporotrichum cracoviense. W następnej pracy prof. Lenartowicz podał wyniki badań, przeprowadzonych wraz z Lipińskim nad zakaźnością sporotrichum cracoviense u szczurów.

Ostatnią pracą wygłosił doc. Walter z Krakowa p. t. Udział drobnoustrojów ropnych a alergja bakteryjna w wyprysku przewlekłym. Na zasadzie szczepienia wśródskórnego szczepionkami bakteryj ropnych (stafilocoków i streptokoków) autor stwierdza, że udział tych drobnoustrojów w sprawach, należących do grupy pyodermy jest czynny, natomiast w wyprysku przewlekłym odgrywają one jedynie rolę saprofitów.

Prócz tematów, wyżej przytoczonych, cały szereg zgłoszonych prac ze względu na brak czasu, nie został odczytany, będą one jednak wraz z innymi ogłoszone w Przeglądzie Dermatologicznym. Są to mianowicie prace: Dr. Z. Górczyński (klin. dermat. Uniw. w Poznaniu) „Ciężkie zatrucia neoarsenobenzolem”, dr. M. Grzybowski (klin. dermat. Uniw. Warsz.) „O żółtaczkach wśród zatrucia salwarsanem”, dr. W. Sterlinga i dr. Cz. Jastrzębskiego „Zmiany histologiczne wykwitów przymiotowych pod wpływem leczenia bizmutowego”, dr. L. Wernica: „Tryper u kobiet”, dr. Niepokojczyckiego i dr. Warchockiej (klin. dermat. Uniw. w Poznaniu): „Kilka organoleczniczych prób w rzadkich chorobach skórnych”, dr. W. Borkowskiego (klin. dermat. Uniw. Warsz.): „Wyleczalność kiły w świetle najnowszych badań”, dr. St. Kapuścińskiego (klin. dermat. Uniw. Warsz.): „Dermatitis diabetica leczona insuliną”, dr. Jarosza (klin. dermat. Uniw. w Poznaniu): „Badania serologiczne nad potem ludzkim”, dr. T. Pawłasa (klin. dermat. U. J. w Krakowie): „Próby leczenia kiły dożylnymi wstrzykiwaniami równoczesnymi soli bizmutowych i neosalwarsanu”, dr. A. Birnmana ówny (klin. dermat. U. J. w Krakowie): „Odczyn Mاتفiego w gruźlicy skóry”, dr. Marcyniak (klin. dermat. U. J. w Krakowie): „O wartości odczynu Kodamy”, dr. L. Horowitówny i dr. Fr. Waltera (oddz. dermat. szp. św. Łazarza w Krakowie): „Badania farmakologiczne układu mimowolnego w przebiegu chorób skórnych” i dr. Fr. Waltera: „Przechodzenie uraniny do płynu mózgowo-rdzeniowego”.

Z pobieżnego tego przeglądu tematów i prac zjazdowych widać, że już obecnie istnieje w Polsce kilka środowisk, gdzie praca naukowa na polu dermatologii bije żywym tętnem, którego napięcie z każdym rokiem wzrasta. Środowiskami temi są Warszawa, Lwów, Kraków i Poznań, gdzie zarówno w klinikach uniwersyteckich, jak szpitalach szereg pracowników młodych, zgrupowanych pod kierunkiem sił, na polu naukowym już wypróbowanych, daje wyraz swym dążeniom postawienia Polskiej dermatologii na poziomie współczesnej wiedzy światowej.

Prócz wrażeń naukowych, Zjazd pozostawił w pamięci uczestników długo niezatarte wspomnienia zetknięcia się z starożytną kulturą Wawelskiego grodu i serdecznej gościnności jego gospodarzy. Wieczorem pierwszego dnia Zjazdu w sali Towarzystwa lekarskiego organizatorzy urządzili bankiet, na którym prócz członków Towarzystwa dermatologicznego byli obecni profesorowie wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego i przedstawiciele świata lekarskiego Krakowa. Niezmiernie serdeczny nastrój, który znalazł swój wyraz w licznie wygłoszonych toastach, i wesoła zabawa przyczyniły się niemiernie może, aniżeli praca zjazdowa, do wzajemnego poznania i zbliżenia.

Dr. Stanisław Kapuściński (Warszawa).

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego i III Zjazd otłatrów i laryngologów polskich

w dniu 7, 8 i 9-ym czerwca 1924 roku w Warszawie.

Zebranie zagał dr. Guranowski, witając przybyłych kolegów. Na przewodniczącego Walnego Zgromadzenia

zaproszono profesora Szmurłę, na asesorów d-ra Koenigsteina i d-ra Dobrzańskiego, na sekretarza d-ra Brzosko. Po odczytaniu sprawozdania przez sekretarza i skarbnika za rok 1923—24, Dobrzański (Lwów) złożył sprawozdanie z działalności oddziału Lwowskiego; prof. Szmurło (Wilno) podał do wiadomości, że w Wilnie utworzył się oddział, składający się z 12 członków.

Dr. Guranowski złożył sprawozdanie z wydawnictwa Przeglądu Otolaryngologicznego. Prof. Zalewski w krótkim przemówieniu podkreślił zasługi D-ra Guranowskiego dla wydawnictwa, którego pierwszy zeszyt, pomimo wielkich trudności, ukazał się w druku.

Prof. Zalewski zwrócił też uwagę na trudności, jakie wynikają dla wydawnictwa z powodu tego, że większość członków redakcji składa się z kol. zamiejscowych. Prof. Zalewski zaproponował wybór nowej komisji redakcyjnej w osobach Guranowskiego, Karbowski'ego, Szumlańskiego. Wybrani na Walnem Zgromadzeniu trzej członkowie redakcji w miarę potrzeby mogą uzupełniać skład redakcji przez wybór nowych członków. Po krótkiej dyskusji wniosek prof. Zalewskiego został przyjęty.

Do Zarządu Tow. wybrani zostali prof. Zalewski, jako prezes, dr. Pieniążek i dr. Lubliner, jako wiceprezisi. Na sekretarza wybrany został dr. Brzosko.

Dnia 8.VI odbyło się w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim pierwsze posiedzenie naukowe. Przewodniczył prof. Zalewski, sekretarze: Gumiński, Karbowski. Referaty programowe: „Gruźlica krtani“ wygłosił A. Laskiewicz (Poznań), prof. J. Szmurło (Wilno). W dyskusji brali udział: Srebrny, Zalewski, Zamenhof, Dobrowolski, Lubliner, Głabisz, Przygoda, Poznański, Gumiński, Dobrzański, Karbowski, Koenigstein, Chorążyczki.

Prof. Nowotny (Kraków) z powodu choroby na Zjazd nie przybył i odczytu swego nie wygłosił.

Oczekiwany z wielkiem zainteresowaniem odczyt prof. Herynga „40-to lecie chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani“ nie został wygłoszony z powodu choroby prelegenta.

W południe inż. Dąbrowski wygłosił odczyt: „O postępach w dziedzinie radiotelefonu“, przyczem za pomocą ustawnego specjalnie w tym celu aparatu obecni wysłuchali koncertu, który o tym czasie odbywał się w Berlinie. Na zakończenie demonstrowane były najnowsze aparaty słuchowe, których składową częścią są lampki katodalne. Aparaty te były próbowane na chorych.

II. Posiedzenie popołudniowe. Przewodniczący dr. Batawia, sekretarze: Gumiński, Karbowski. Prof. Zalewski i dr. Pieniążek wygłosili referat w sprawie organizacji walki z twardzielą. Zjazd przyjął wszystkie punkty, proponowane przez referentów, i polecił Zarządowi Towarzystwa przedsięwziąć odpowiednie kroki w Departamencie Zdrowia w celu realizacji postanowień Zjazdu. Wygłoszone zostały nast. odczyty: Dobrzański (Lwów): Badania doświadczalne nad zmianami błony śluzowej górnych dróg oddechowych po tracheotomii. Pęski (Warszawa): „O leczeniu raka krtani“. Hellin (Warszawa): „O stosunku błędniaka do niektórych układow ustroju“. Lubliner (Warszawa): „O ropniach mózgu pochodzenia usznego. Spostrzeżenia kliniczne“. Zamenhof (Warszawa): „Mowa w diagramach. Z fizjologii i patologii mowy ludzkiej“.

W dyskusji nad wygłoszonymi odczytami brali udział: Szumlański, Dobrzański, Czarniecki, Koenigstein, Karbowski, Brzosko, prof. Zalewski, prof. Szmurło, Pieniążek, Dobrowolski.

Poniedziałek 9 czerwca. III Posiedzenie. Przewodniczący prof. Szmurło. Referaty programowe: Karbowski (Warszawa), Głabisz (Poznań): Gruźlica ucha. W dyskusji brali udział: Dobrowolski, Gumiński, Czarniecki, Guranowski, Pieniążek, Wł. Hertz.

Dobrzański (Lwów): Dalsze wyniki badań nad przewodnictwem ciepła w zapaleniu wyrostka sutkowego (Metoda Zalewskiego).

Gotfryd (Warszawa): Trombophlebitis, jako powikłanie w ostrych przypadkach zapaleń ucha środkowego.

Dobrowolski: Z kazuistyki zapaleń opon, pochodzenia usznego. W dyskusji brali udział: Pieniążek, Czarniecki, Lubliner i Pęski.

IV. Posiedzenie popołudniowe. Przewodniczący dr. Guranowski.

Kmita (Warszawa): Technika wyłuszczenia migdałka na zasadzie własnych badań anatomicznych naczyń krwionośnych migdałków.

Koenigstein (Warszawa): W sprawie tonsillektomji.

Chorążyczki (Warszawa): Przyczynę do patologji i terapii migdałków podniebiennych. W dyskusji brali udział: Oppenheim, Karbowski, Lubliner, Batawia.

Pokazy: Wł. Hertz (Warszawa) demonstrował aparaty własnego pomysłu do nagrzewania powietrza wprowadzonego do ucha środkowego.

Laskiewicz (Poznań): Pokaz kamieni śliniarkowych.

W sprawie nauczania otolaryngologii uchwalony został wniosek w następującem brzmieniu:

Otolaryngologja na uniwersytetach polskich nie zajmuje dotąd należnego jej równorzędnego stanowiska z innymi przedmiotami, wykładanymi na wydziałach lekarskich. III Zjazd otolaryngologów polskich uchwała zwrócić się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o zapewnienie otolaryngologii równorzędnego stanowiska z innymi przedmiotami.

Nagromadzenie materiału odczytowego nie pozwoliło wyczerpać całego porządku dziennego, pomimo, że posiedzenia poszczególne trwały dłużej, niż to było przewidziane.

Część naukowa programu zjazdu w wolnym czasie została urozmaicona przez zwiedzenie szpitala na Czystem i szpitala im. Karola i Marji, jakoteż muzeów.

8.VI wieczorem koledy miejscowi podejmowali kolegów przyjeżdżnych w Resursie Kupieckiej, gdzie w bardzo miłym i serdecznym nastroju spędzono kilka godzin.

Sekretarze Zjazdu: Gumiński, Karbowski (Warszawa).

II-gi Zjazd Międzynarodowy Urologów.

II-gi Międzynarodowy Zjazd Urologów odbył się w roku bieżącym w Rzymie, trwał 3 dni — od 24 do 26 kwietnia. I-szy Zjazd miał miejsce w 1919 r. w Paryżu, gdzie się ukonstytuowało Międzynarodowe Towarzystwo Urologiczne, mające charakter, że tak powiem, polityczno-naukowy, gdyż punkt II ustawy Towarzystwa brzmi: „les savants appartenants aux pays alliés dans la guerre de 1914 — 1918 contre les empires d'Allemagne et d'Autriche—Hongrie, la Bulgarie et la Turquie forment dans chaque pays une section nationale qui se recrute à son gré“. Dalej jest mowa o tem, że uczeni, należący do innych krajów, poza wymienionemi wyżej, mogą przyłączyć się do Towarzystwa Urologicznego i tworzyć sekcje narodowe, korzystające z tych samych praw, co i sekcje narodów sojusznicznych (alliées), lecz delegat każdego z tych narodów winien oświadczyć, że wszyscy członkowie, których on reprezentuje, zgadzają się zupełnie z ustawą Towarzystwa, specjalnie zaś z punktem II-gim, który ustanawia wyłączenie Niemiec, Austrii niemieckiej, Węgier, Bułgarji i Turcji. Nie będą się rozwodził nad temi punktami ustawy, gdyż uważam, że wszelkie komentarze są tu zbędne. Muszę jednak zaznaczyć, że na obecnym zjeździe francuska sekcja wniosła projekt zmiany paragrafu II-go, który ma brzmieć: „Le nombre de ses membres est limité. Elle se compose: 1) Des membres qui ont pris part à sa fondation 1919; 2) De ceux qui, appartenant à un pays faisant parti de la Société des Nations, ont été admis postérieurement à cette date“. Tyle o samym charakterze Towarzystwa.

Zjazd został zagajony bardzo uroczystie na Kapitolu w pięknej wielkiej sali, tak zwanej Aula Senatoria pod protektoratem i w obecności króla włoskiego. Mowy powitalne wygłosili: komisarz królewski na miasto Rzym sen. Cremonesi, następnie rektor Uniwersytetu Rzymskiego (po włosku), wice prezydent Towarzystwa (Komitetu Międzynarodowego) prof. Keyes z New-Yorku, następnie po francusku przemawiał członek Akademji Lekarskiej Franc. prof. Desnos, jako sekretarz generalny Komitetu Międzynarodowego. Jako ostatni przemawiał po włosku przewodniczący zjazdu prof. Alessandri z Rzymu. Nie będą dla braku miejsca streszczał przemówień, z których najciekawsze i najładniejsze było przemówienie prof. Keyesa z New-Yorku, który notabene mówił z pamięci, gdy wszyscy inni czytali z kartek.

Posiedzenia ściśle naukowe rozpoczęły się 24-go kwietnia o drugiej po południu w sali, zwanej Aula Accademia Medica, znajdującej się w pięknym gmachu kliniki chirurgicznej, który stanowi jedno z ogniw całego łańcucha gmachów (in-

nych klinik), połączonych za pomocą kolosalnych korytarzy w jedną całość, zwaną Policlinico.

Tematem pierwszego posiedzenia było: Unerwienie nerek; referentami byli prof. A m b a r d z e Strasburga i prof. Z o j a z Pawji. Referat A m b a r d z a składał się z trzech części: anatom., fizjolog., i kliniczno-operacyjnej. Nie będą oczywiście in extenso przytaczał poszczególnych danych, lecz powtórzę wnioski, do których doszedł referent, a mianowicie: Do nerek wstępują nerwy różnego pochodzenia, które je łączą z całym ustrojem (nerv. splanchnicus major, splanchnicus minor, n. pneumo-gastricus, n. phrenici, nerwy otoczki nerkowej, wychodzące z n. spermaticus, — nerwy miedniczek nerkowych, nerwy otrzewny przednerkowej etc. etc.). Nerwy te mogą mieć wpływy na nerki: 1) Troficzne, których jednakowoż żadne doświadczenie nie mogło dotychczas wykryć, gdyż przecięcie nerwów nerkowych na poziomie szypuły nie wywołuje żadnego zwyrodnienia narządów, tak, że należy przypuszczać, że są w tym organie ośrodki nerwowe autonomiczne. 2) Wpływ na wydzielanie: żadne podrażnienie lub przecięcie nerwów nerkowych nie wywołuje zmian co do stałych wydzielin (constantes secretóires); można z tego wyciągnąć wniosek, że nerwy nie mają żadnego wpływu na te stałe wydzieliny. Wpływ na wydzielanie soli i innych substancji, wprowadzonych do organizmu: podrażnienie ośrodków nerwowych daje czasami wyraźne obniżenie ilości wydzielanych substancji. 3) Działanie naczynioruchowe. Udało się stwierdzić, że podrażnienie nerwów obwodowych wywołuje rozszerzenie lub zwężenie naczyń nerkowych. Pomimo to, o ile przecięcie nerwy jednej szypuły nerkowej, nie naruszając ich z drugiej strony, czynność wydzielnicza obu nerek zostaje jednakowa, z czego można wywnioskować, że układ nerwowy poza nerkowy nie ma wpływu na czynność wydzielniczą i na naczynia nerek poza przypadkami wyjątkowymi (o ile, naprz. wywołać silne oziębienie okolicy nerki o nerwach uszkodzonych, — wydzielanie wody znacznie się powiększa), i że w życiu normalnym jedno i drugie jest regulowane przez ośrodki nerwowe śródnerkowe (endorenalne).

Drugi referent prof. Z o j a dochodzi do wniosków następujących: Nerka, której waga wynosi 1/163 wagi ciała, zużywa 1/11 tlenu, spotrzebowanego przez cały organizm. Zjawisko to dowodzi, jak wielkie znaczenie muszą mieć zmiany w krwiobiegu w nerce. Woboga sieć nerwów nerkowych otacza przeważnie naczynia krwionośne. Wobec tego wielu autorów skłonnych jest stworzyć hipotezę, — na mocy badań histologicznych i szeregu doświadczeń i obserwacji, — o bezpośrednim wpływie tych nerwów na nerki. Natomiast bardzo ścisła krytyka tych obserwacji obala tę hipotezę.

Zmiany czynności nerek w schorzeniach znajdują swe wyjaśnienie w różnych sposobach funkcjonowania komórek nerkowych, różnie zraszanych krwią lub naruszanych przez czynniki trujące (toksyny) i przez to zmienionych w swych właściwościach chemiczno-fizycznych, i w rozbieżności stosunków między krwią a komórkami nerkowymi, rozbieżności, która jest skutkiem wstrząśnienia komórkowych i naczyniowych. Wpływy odruchów naczynioruchowych pochodzenia wewnątrz- i zewnątrznerkowego mają bardzo duże znaczenie w kwestji wyjaśnienia zmian klinicznych u nefrytyków. Nie można jeszcze jednak ani przyjąć, ani wyłączyć tego, iż pochodzenie niektórych hipertensyj ma związek z temi zjawiskami. Objawy bolesności, połączone z niektórymi formami schorzeń nerek, należy przypisać głównie spłotom nerwowym miedniczek i tkanek okołonerwowych, dość często odruchom bolesnym strefowym, rozszerzającym się na mniej lub więcej oddalone obszary w zależności od indywidualności chorego. Istnieje więc unerwienie nerek naczynioruchowe i czuciowe, jedno i drugie bardzo ważne, zarówno dla stosunków fizjologicznych, jak i patologicznych; unerwienie wydzielnicze nie jest udowodnione i nie może być wobec tego przyjęte jako istniejące.

Jak widzimy, rezultaty dotychczasowych badań i dociekań nad rolą nerwów nerkowych nie są bardzo świetne. W dyskusji zabrał głos prof. P a s t e a u (z Paryża), który mówił o odruchach t. zw. reno-renalnych, które dają się wytłumaczyć zdarzające się czasami objawy kamicy nerkowej z jednej strony przy istnieniu kamienia w drugiej nerce. Odruchami nerkowo-moczowodowymi, nerkowo-pęcherzowymi, nerkowo-cewkowymi i nerkowo-otrzewnowymi tłumaczył P a s t e a u objawy ze strony moczowodów, pęcherza, cewki oraz otrzewny w cierpieniach nerkowych.

O bardzo ładnych wynikach operacyjnych w dziedzinie

ustroju nerwowego nerek mówili prof. L e g u e u i P a p i n (z Paryża), z których I-szy zrobił dotychczas 12 enerwacji, t. j. zupełnie przeciął wszystkie włókna nerwowe, okalające szypułę nerki, P a p i n zaś mówił o 35-ciu takich operacjach, dokonanych przez siebie. Jako wskazanie do tych operacji służyły silne bóle w schorzeniach nerek, jako to: zapaleniach nerek, małych wodonerczach z bardzo silnymi bólami, opuszczeniu nerek, przy czem enerwację dodawano do nefropeksji. Dojście do spłotów nerwowych szypuły jest lepsze od tyłu. P a p i n skonstruował specjalny instrument do odchylenia od szypuły włókien nerwowych. Rezultaty tych operacji były, jak zgodnie twierdzą autorzy, znakomite: bóle, które dokuczały chorym od szeregu lat i nie ustępowały żadnym metodom leczniczym, czy to wewnętrznym czy to chirurgicznym, — ustępowały natychmiast i ostatecznie po enerwacji.

Następny temat (1-go dnia): Vesiculotomia resp. vesiculectomia trans-vesicalis — referował prof. T h o m s o n - W a l k e r z Londynu. Wnioski referenta są następujące: 1) Pęcherzyki nasienne i ich rozszerzenia (ampullae) znajdują się pod podstawą pęcherza moczowego, i warstwa powięzi dzieli je od odbytnicy. 2) Jeżeli zakażenie moczowe trwa dalej po prostatektomji, to może ono być spowodowane zakażeniem pęcherzyków nasiennych. 3) Wobec tego należałoby dokonać wyluszczenia lub otwarcia pęcherzyków nasiennych — jednocześnie z prostatektomją, bądź też później. 4) Masaż pęcherzyków nasiennych oraz operacja Bellfielda (zastrzykiwanie preparatu srebra do vas deferens w kierunku pęcherzyka) dają w 5-ciu—10% przypadków przewlekłego zapalenia pęcherzyków nasiennych wyniki ujemne, — w takich razach należałoby zastosować operację wycięcia pęcherzyków (vesiculectomia). 5) Gruźlica pęcherzyków nasiennych wymaga ich usunięcia. 6) W przypadkach nowotworów złośliwych stercza należy koniecznie wyciąć również i pęcherzyki nasienne wraz z częścią podstawy pęcherza. 7) Operacja na pęcherzykach nasiennych przez pęcherz moczowy jest prostsza, niż przez kroczę, i nie daje tak, jak tamta, nietrzymania moczu, gdyż nie narusza zewnętrznego zwieracza pęcherza moczowego, co przy operacji przez kroczę nie daje się ominąć. 8) Autor opisuje dokładnie swą metodę wycięcia pęcherzyków nasiennych przez pęcherz moczowy.

III-ci temat (II-go dnia) był: Leczenie szczepionkami (vaccinotherapie) chorób dróg moczowych (poza rzeżączką) referenci: prof. D u d g e o n (Londyn), prof. R o v s i n g i doktor W u l f f (Kopenhaga), prof. P i r o n d i n i (Rzym) i dr. N o g u è s (Paryż).

Wnioski D u d g e o n a: najczęściej wywołują zakażenie dróg moczowych laseczki okrężnicy (*bact. coli*), nad którymi też przeważnie pracował razem z Wordleyem i B a w t r e e m drogą doświadczeń na zwierzętach, przyczem stwierdził, że stosować należy wyłącznie autowakcyne lub szczepionkę z laseczników, należących do tej samej grupy *bact. coli*, do której należy lasecznik, wydzielony z moczu. Leczenie szczepionkami w przypadkach bakterjomoczu (*bacilluria*) jest bezskuteczne. Najlepsze rezultaty osiąga się w „pierwszych atakach“ ostrych zakażeń, stosując z przerwami tygodniowymi dawki od 25 milionów do 2-ch miliardów. W przypadkach przewlekłych leczenie szczepionkami nie często daje wyzdrowienie: objawy chorobowe mogą stawać się lżejszymi pod wpływem szczepionki, lecz moc zostaje zakażony; w tych przypadkach można stosować większe dawki, niż w przypadkach ostrych, i szybkie powiększanie dawek jest znacznie mniej ryzykowne. Pogorszenie objawów chorobowych podczas leczenia szczepionkami dowodzi, że istnieje gdzieś mniej lub więcej ograniczone ognisko zapalne; w przypadkach podobnych należy bezwzględnie cewnikować moczowody, by móc stwierdzić, czy mamy do czynienia z jednostronnym zakażeniem nerki. W takich przypadkach leczenie szczepionkami jest bezskuteczne i może być nawet szkodliwe. W przypadkach zakażenia *bac. proteus* należy stosować szczepionkę w tych dawkach, co i przy *bact. coli*. W przypadkach zakażenia czystego paciorkowcowego lub gronkowcowego leczenie szczepionkami może mieć wpływ decydujący, należałoby jednak ograniczyć się do przypadków ropomoczu, o ile drobnoustrój znajduje się w moczu w postaci czystej kultury. D u d g e o n dodaje do szczepionki 0,1% formaliny przy zastosowaniu temperatury 37° w ciągu 24-ch godzin.

Wnioski R o v s i n g a i W u l f f a: Z liczby 250-ciu chorych, leczonych szczepionkami, 92, t. j. 35% wyzdrowiało, u 103-ch czyli około 40% konstatawano znaczną poprawę i u 64-ch, t. j. 25% stwierdzono wynik ujemny, czyli w trzech

czwartych przypadków zauważono dodatni wpływ leczenia szczepionkami. Leczenie szczepionkami daje wyniki dodatnie w przypadkach powtarzających się napadów gorączki, bądź to skracając napad gorączki i wywołując spadek temperatury, bądź to powodując zupełne ustąpienie tych napadów, czy to odrazu, czy też wywołując stopniowe skracanie i uśmierzanie następnych ataków. Daje się również stwierdzić uderzająca poprawa ogólnego stanu chorego, często bardzo ciężkiego; poza tem moc staje się coraz czystszy. Ropomocz ustępuje zupełnie w 38% przypadków i zmniejsza się znacznie w 47% przypadków. Należy jednak stwierdzić, że w 15% przypadków leczenie szczepionkami nie daje żadnych wyników, — dla przyczyn zupełnie niewiadomych. Co do wartości zapobiegawczej szczepionek (przed operacjami na zakażonych drogach moczowych), to referenci nie mogą wyrazić zupełnie określonego poglądu, lecz są zdania, że nic nie przemawia przeciw jaknajszerszemu stosowaniu tego leczenia w celach profilaktycznych.

Następny referent Pironi (Rzym) dochodzi do następujących wniosków: Należy pojęcie leczenia szczepionkami rozszerzyć do pojęcia immunoterapii. W urologii immunoterapia ma przedewszystkiem duże znaczenie zapobiegawcze przed operacjami chirurgicznymi, specjalnie zaś wskazana jest w przypadkach zakażenia *bact. coli*, oraz w leczeniu chorób zakaźnych dróg moczowych u dzieci, u których zabiegi miejscowe są bardzo trudne, czasami niemożliwe do przeprowadzenia. Wskazana jest również immunoterapia w przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych i nerek ciężarnych (pyelo-nephritis gravidarum). Na ogół — im wcześniej zostaje zastosowane to leczenie, i im lepszy jest ogólny stan chorego, tem większe są szanse powodzenia leczenia. Nie należy jednak zaniedbywać jednocześnie leczenia miejscowego, chociaż z drugiej strony powinniśmy pamiętać o tem, że zakażenie dróg moczowych, ewentualnie bakterjomocz jest często zjawiskiem wtórnym, — tak, że należy badać chorego dokładnie, czy niema innego źródła zakażenia, jako to: skóra, migdałki, zęby, wyrostek robaczkowy, okrężnica, narządy płciowe wewnątrzne kobiety — w takich przypadkach dobre wyniki można osiągnąć za pomocą stosowania szczepionek, otrzymanych z tych pierwotnych ognisk. Należy jeszcze dodać, że metody leczenia szczepionkami ulegają zmianom i modyfikacjom, widzimy tendencje ku zamianie klasycznej metody leczenia szczepionką swoistą lub autowakcyjną — metodą leczenia szczepionkami, bardzo zmienionymi (nie trującymi), przyczem zasada swoistości staje się coraz bardziej problematyczna, tak, że niektórzy zastępują ją zasadą leczenia szczepionkami nieswoistymi, a nawet wogóle ciałami białkowymi nieswoistymi. Zastrzykiwania podskórne i śródmięśniowe ustępują coraz więcej miejsca zastrzykiwaniom dożylnym.

Wnioski Noguésa (Paryż) są następujące: Termin *vaccinotherapie* należy brać w jaknajszerszym znaczeniu tego słowa, a więc nie tylko jako *bacteriotherapie*, lecz jako *serotherapie*, *haemotherapie* i *pyotherapie*, które to metody leczenia wywołują odczyn ze strony ustroju (*réactions humoraes*) i zapobiegają oraz zwalczają choroby zakaźne. Leczenie surowicami było mało stosowane ze względu na to, że nie posiadamy surowicy o wystarczającym działaniu przeciw zakażeniom, które najczęściej spotykamy. Leczenie, natomiast, szczepionkami cieszy się obecnie powodzeniem, bezsprzecznie przesadzonym, gdyż wiele obserwacji, przytoczonych, jako zupełnie wyleczenie, wywołuje stanowczo krytykę, leczenie to jednak — w pewnych przypadkach jest wystarczające: można było dotychczas przytoczyć dla każdego typu chorobowego przypadek, w którym działanie lecznicze szczepionką nie ulegało żadnej wątpliwości; tyczy się to głównie zakażeń gronkowocowych, które najczęściej i najzupełniej poddają się wpływowi leczenia szczepionkami. Niestety, nie można dotychczas z całej masy ogłoszonych prac wyciągnąć nie tylko statystyki, nawet mało przekonującej, lecz nawet pewnych dyrektyw na przyszłość. Czy to chodzi o wskazanie, o rodzaj szczepionki, czy to o sposoby stosowania (technika) — we wszystkich kwestiach spotykamy rozbieżne zdania i sprzeczne metody. Nic więc dziwnego, że wyniki są również sprzeczne.

W dyskusji brali udział: Perrier (Geneva), Iselin (Paryż), Serrallach (Barcelona), Boeckel (Strasburg), Legueu (Paryż), Thevenot (Lyon), Covisa (Madryt), Gargour (Kair), Pavone (Palermo), przyczem francuzi naogół zgadzali się z Nogués, inni zaś z Pironi.

Ostatni temat był: Późne (oddalone) rezultaty operacji kamicy nerkowej. Referenci: Cifuentes (Madryt), Brongersma (Amsterdam) i Tardo (Palermo). Wszyscy referenci doszli mniej więcej do jednakowych wniosków, wobec czego przytaczam wnioski Tardo (Palermo).

I. Zabiegi operacyjne w przypadkach jednostronnej niezakażonej kamicy nerkowej dają najlepsze wyniki w czasie późniejszym; operacją z wyboru (*opération de choix*) jest pyelotomia, t. j. otwarcie miedniczki. Nefrotomia jest wskazane tylko w wyjątkowych przypadkach, — gdy pyelotomia jest przeciwwskazana. Należy koniecznie upewnić się zawczasu, że kamień jest w rzeczywistości i operować w okresie niezakażonym, by uniknąć ciężkiego przebiegu pooperacyjnego i gorszych wyników w czasie późniejszym w kamicy zakażonej.

II. W kamicy jednostronnej zakażonej nefrotomia jest zabiegiem ciężkim, gdyż daje wysoką śmiertelność (do 12%), może wywołać krwotoki i rozpowszechnienie zakażenia, pozostawia po sobie często przetoki, daje nierzadko nawroty kamicy i często nie uwalnia chorego od ogniska zakażenia. Pyelotomia (otwarcie miedniczki) jest zabiegiem lekkim, gdyż daje śmiertelność bardzo małą, nie wywołuje ani krwotoków, ani zakażenia krwi, nie pozostawia po sobie przetok i nie wywołuje nawrotów kamicy częściej, niż się to daje stwierdzić zwykle u cierpiących na kamice. Nefrektomia, t. j. usunięcie nerki, jest zabiegiem radykalnym, mniej ciężkim i mniej groźnym dla życia, niż nefrotomia. Nefrektomia daje dobre wyniki, lecz usuwając kamienie i źródło zakażenia, pozbawia ustrój tkanki nerkowej, która może w przyszłości być niezbędna dla cierpiącego na kamice.

By mieć jaknajlepsze wyniki późniejsze, jak i natychmiastowe pooperacyjne, należy jeszcze więcej, niż dotąd, ograniczyć wskazania do nefrotomii. Coraz większe udoskonalenie radiografji, pyelografji i techniki chirurgicznej rozszerzą coraz więcej pole pyelotomii, z drugiej zaś strony nowoczesne badanie czynności nerek, możliwie dokładne, dobrze przeprowadzone i tłumaczone, rozszerzy nieco pole nefrektomii, dzięki czemu będą usuwane zawczasu nerki niebezpieczne i bezwartościowe dla chorych.

Leczenie pooperacyjne, — higieniczne, djetetyczne, wewnętrzne i chirurgiczne, — jest niezbędne, by zapobiec nawrotom kamicy i by usunąć zupełnie zakażenie.

III. Wyniki późniejsze przy zabiegach w kamicy obustronnej są mierne, gdyż w przypadkach tych choroba konstytucyjna jest zwykle cięższa. By mieć nadzieję na dobre wyniki oddalone pooperacyjne, należy tkankę nerkową jaknajwięcej oszczędzać; zawsze należy dać pierwszeństwo pyelotomii, nefrektomja powinna być zabiegiem wyjątkowym.

W dyskusji zabierali głos: Wildbolz (Bern), Legueu (Paryż), Thevenot (Lyon), Rovsing (Kopenhaga), Sérés (Barcelona), Bastos (Lizbona), Raci (Spalato), Gargour (Kair), Pironi (Rzym), Raffin (Lyon) i Van Cappellen (Amsterdam). W dyskusji okazało się, iż mniej więcej wszyscy mówcy są naogół tego samego zdania, co i Tardo.

25-go przed poł. prof. Alessandri operował wobec członków zjazdu (2 nefrektomje, operacja uchyłka pęcherza i prostatektomia), przyczem okazał się chirurgiem wielkiej miary.

25-go od godz. 2-jej do 3-jej odbywało się posiedzenie ad. ministracyjne Zjazdu, przyczem przyjęto wnioski co do zmian niektórych punktów ustawy, obrano jako miejsce III zjazdu, który ma się odbyć w 1927 r., New-York oraz wybrano prezydium następnego zjazdu: przewodniczącą — prof. Young z Baltimory, wice-przewodniczącą — prof. Furtado z Lizbony i prof. Rovsing z Kopenhagi. Prof. Young przyrzekł, że się postara, by europejscy członkowie przyszłego zjazdu mieli do swej dyspozycji okręt (gratis) na przejazd do Ameryki i z powrotem.

Tyle o Zjeździe urologicznym jako takim; co się tyczy strony towarzysko-rozrywkowej Zjazdu, to Włosi rzeczywiście bardzo ładnie przyjmowali członków Zjazdu. Wieczorem 1-go dnia (24-go kwietnia) odbyło się przyjęcie, urządzone przez przewodniczącego zjazdu, prof. Alessandriego, i jego żonę. Uruczono nas bardzo ładnym koncertem (kwartet smyczkowy, śpiew, gra solowa na skrzypcach i fortepianie) oraz „słodkim bufetem“. Dnia 25-go o 5-jej po poł. przyjęcie na Kapitolu, urządzone przez miasto Rzym. Dnia 26-go o godz. 5,30 wspólne zwiedzenie Forum Romanum i Palatynu, gdzie odbył się koncert harfistek i deklamacja po łacinie (Carmina pl.

Saeculare-Horacego), no i nieodzowny „słodki bufet“ (napoje, ciastka, kremy etc.), — wieczorem zaś wspaniały pożegnalny bankiet w przepięknej sali balowej w Grand-Hotelu. Bankietem tym podejmowali nas koledzy włoscy. Jedyny dotychczasowy rzeczywisty członek i delegat polskiej sekcji, prof. Leśniowski, na zjazd nie przyjechał, zamiast niego przybył dr. Aleks. Zawadzki z Warszawy, oprócz niego przyjechali do Rzymu z Polski: prof. Jurasz z Poznania, prof. Ostrowski ze Lwowa i niżej podpisany.

Dr. Artur Banasz (Będzin).

VIII Międzynarodowy Zjazd psychoanalityczny.

W kwietniu r. b. w ciągu dni trzech (od 21—23) obradował w Salzburgu VIII-y z kolei międzynarodowy zjazd psychoanalityczny, zjazd, poświęcony, jak wskazuje jego nazwa, wyłącznie psychoanalizie, t. j. owej specjalnej już dzisiaj gałęzi wiedzy, stworzonej i rozwijanej przez Zygmunta Freuda (Wiedeń) i jego uczniów, rozsiadanych po świecie całym. Zjechało się do Salzburga około 150 ludzi (lekarzy-psychiatrów, pedagogów i filozofów) z różnych krajów Europy i Ameryki. Był nawet przedstawiciel Francji, dr. Laforgue, asystent profesora psychiatrii w Paryżu Claudea. Podkreśliłyśmy specjalnie uczestnictwo Francji w tym Zjeździe ze względu na panujące u nas powszechnie przekonanie, że Paryż całkowicie odrzuca naukę Freuda. Otóż stwierdzić możemy, że tak nie jest: zainteresowanie psychoanalizą wzrasta we Francji zwolna, ale stale, a wzrasta w miarę tego, jak ją poznają teoretycznie nie z ulotnych, często niedokładnych streszczeń, ale z oryginałów dzieł Freuda, dziś już tłomaczonych na język francuski, oraz w miarę tego, jak ją lekarze zaczynają uprawiać w praktyce. Jest to bowiem nauka, oparta na empirji, na doświadczeniu, i ten tylko może i powinien wydawać o niej sąd, kto poznał ją i przeżył we własnym doświadczeniu. Mówię o tem specjalnie dlatego, że u nas w Polsce, poza nielicznymi bardzo wyjątkami, psychiatrzy nie znają psychoanalizy, nie rozumieją jej dokładnie, powtarzają przeważnie banalne uwagi krytyczne, jakże łatwe ze względu na sprawy seksualne, które tu w grę wchodzi! To też z Polski pośród stu kilkudziesięciu anglików, holendrów, Niemców, Amerykan był jeden tylko, niżej podpisany, nie licząc tych kilku lub kilkunastu Polaków, którzy, stale mieszkając za granicą, należą do grupy wiedeńskiej czy berlińskiej.

Zjazd pod względem naukowym stał na poziomie wysokim i zaświadczył raz jeszcze przed całym światem, że psychoanaliza — to nietylko jedna z metod psychoterapeutycznych leczenia psychonerwicy, że jest to poza tem prąd myśli naukowej, szeroki i głęboki nurtem płynącej i użyźniającej inne dziedziny wiedzy, jak pedagogikę, mitologję, folklorystykę i t. d.

Pierwszy dzień zjazdu (przed południem) poświęcony był wykładom o charakterze klinicznym, pośród których na specjalną uwagę zasłużyły dwa: pani Dr. Heleny Deutch (polki, zamieszkałej we Wiedniu), dotyczący psychologii kobiecy w jej czynnościach rozrodczych, oraz d-ra Abraham (Berlin) o udziale pierwszego etapu rozwoju seksualnego dziecka (t. zw. fazy ustnej) w tworzeniu się i utrwalaniu pewnych cech charakteru. Po południu dnia pierwszego omawiana była w szeregu referatów sprawa uzgodnienia techniki psychoanalitycznej z najszerszymi uogólnieniami teoretycznymi, do których doszedł w czasach ostatnich Freud, uogólnieniami, stanowiącymi niejako kopułę gmachu wiedzy psychoanalitycznej, wspartej na trwałych fundamentach empirji. Referaty na te tematy wygłosili: anglik Jones, jeden z wybitnych i najstarszych uczniów Freuda, Niemiec Sachs oraz dwaj Węgrzy Alexander i Radó. W dyskusji brali udział Férenci i Rank, dwaj specjalnie zasłużeni pracownicy, których prace, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne, w ostatniej dobie wywołały powszechne zainteresowanie i dyskusję.

Te referaty były punktem kulminacyjnym zjazdu i wykazały, jak praktyka psychoanalityczna daje asumpt do ważnych uogólnień, i jak z drugiej strony koncepcje teoretyczne Freuda nazwane przez niego metapsychologicznymi, działają ożywczo i twórczo na technikę, stosowaną w psychoanalizie.

Z pośród odczytów, wygłoszonych dni następnych, na-

leży wyróżnić rozprawę pani Melanji Klein, nauczycielki, która analizując zabawy 3—4 letnich dzieci, dochodzi do niezbitych wniosków co do prawdziwości tez psychoanalitycznych, zdobytych w psychoanalizie dorosłych, a dalej odczyt również pedagoga Bernfelda z Wiednia o wartości i znaczeniu psychoanalizy dla pedagogiki. Nie mogę na tem miejscu, w piśmie nie specjalnem, omawiać szczegółowiej kwestyj, poruszonych na zjeździe, muszę tylko podkreślić raz jeszcze stały i coraz wspanialszy rozwój tej dziedziny wiedzy oraz wyrazić żal, że u nas nie budzi ona tego zainteresowania, jakie się jej słusznie należy. Przed nieliczną garsstką psychoanalityków polskich otwiera się niewdzięczne wprowadzie, ale niemniej przeto nieodzowne zadanie zainteresowanie to pogłębić.

Dr. Maurycy Bornsztajn (Warszawa).

XV Zjazd Rentgenologów Niemieckich w Berlinie.

Od 27 do 29 kwietnia r. b. pod przewodnictwem Wintza obradował w Berlinie XV Zjazd Rentgenologów Niemieckich. Oprócz członków brało w nim udział sporo gości z Anglii, Ameryki, Holandji i t. d. Pierwszy dzień poświęcony był djagnostyce, drugi lecznictwu, trzeci zagadnieniom technicznym.

Główne referaty z lecznictwa nowotworów złośliwych wygłosili Holzknicht i Opitz. Holzknicht, zdawna już sceptyk w sprawie bezwzględnej stosowania promieni Roentgena w nowotworach złośliwych, i tym razem w dłuższych wywodach udowodnił, iż pojęcie dawki drażniącej (Reizdosis), zarówno jak i rakowej (Carcinomdosis), nie istnieje. Istnieje natomiast miejscowa dawka tolerancyjna. Wskazanie do naświetlań powinno być bezwzględnie znacznie ograniczone. Gdzie operacja jest możliwa, zabieg chirurgiczny winien być wykonany, poczem następuje naświetlanie małymi dawkami w dłuższych odstępach czasu. Nie na drodze ulepszeń technicznych, lecz w dalszem doświadczałem dociekaniu leży przyszłość walki z nowotworem złośliwym.

Mniej optymistycznie, niż zwykle, brzmiał tym razem i referat Opitza. Przyznał on, iż komórka rakowa nie jest czulsza od otoczenia, i może się zdarzyć, iż tkanka łączna ulega zniszczeniu, wtedy, kiedy komórka rakowa nie została zupełnie uszkodzona. Odpowiednia dawka waha się w zależności od przypadku. Małe nowotwory wymagają małych dawek, rozległe—większych. Dużą rolę odgrywa wpływ promieni Roentgena na cały ustrój, pobudzając odporność jego w walce z nowotworem.

Wywody Holzknichta i Opitza spotkały się z ogólnym uznaniem zgromadzonych.

Z dalszych mówców dowodził Schinz (Zürich), iż w leczeniu nowotworów, wrażliwych na promienie X, winno się stosować jednorazowe energiczne naświetlanie, w mniej wrażliwych—małe dawki z krótkimi przerwami. Meyer (Kiel) utożsamiał, na zasadzie dociekań doświadczalnych, działanie promieni X z proteinoterapią. Pinennsen (Berlin) tłomaczył działanie naświetlań w podagrze i cukrzycy, jako skutek rozszczepienia w organizmie pewnych fermentów.

Theilhaber (Monachjum) wychodzi z założenia, iż organizm walczy z rakiem przy pomocy komórek chłonnych. Pomnożeniem więc ich liczby winno się zająć lecznictwo (zastrzykiwanie wyciągów z grasicy i śledziony, diatermia, prom. Roentgena).

W obficie ilustrowanym przezroczami odczycie omawiał Bameister (St. Blasien) działanie promieni X na gruczoł. Praca ta, która ukazała się w druku, jako oddzielna broszura, będzie zreferowana osobno.

Pordes (Wiedeń) i Fried (Worms) omawiali działanie promieni X w ostrych sprawach zapalnych, w których otrzymali nader pomyślne wyniki. Działanie polega częściowo na immunizacji, częściowo na przyspieszeniu wysysania się nacieku.

Fraenkel (Berlin) ostrzega przed jednoczesnem naświetlaniem i podawaniem jodu, bromu lub salwarsanu z powodu uczulenia w tych przypadkach skóry.

Trzeci dzień obrad poświęcony był zagadnieniom technicznym. Referat główny wygłosił inżynier Grossmann (Siemens), dowodząc, iż dalsze udoskonalenie aparatów jest bezcelowe, gdyż działanie biologiczne przy napięciach ponad 180000 Volt pozostaje bez zmian. Jeżeli chodzi o skrócenie

czasowe dawki, szukać należy ulepszeń w rurach, których obciążenie w lecznictwie już obecnie doprowadzone jest do 20 Mamp. (Phönix).

W nowoczesnych aparatach (Stabilivolt Sie-

mensa i Gleichspannungs—Therapie—Apparat Reinigera) niewątpliwie stroną ujemną jest zastosowanie rur wentylowych.

B. K.

Odcinek.

O referacie lekarskim.

Dwie grupy prac lekarskich należy z góry wyłączyć, jako nie nadające się zgoda do referatu. Przedewszystkiem prace, a duża bywa ich liczba — nie wnoszące nic nowego do dorobku wiedzy. Rozmaite t. zw. przyczynki do pewnych kwestyj w nauce mają to do siebie, że albo poruszają sprawy, ostatecznie i dawno już rozstrzygnięte, albo posługują się metodami rozumowania, postrzegania lub eksperymentowania, które żadnej krytyki poważniejszej nie mogą wytrzymać. Bywa tak często, gdy autor z literaturą danego przedmiotu nie jest dostatecznie obeznany lub gdy, znając literaturę, nie ma dość krytycznego na daną sprawę poglądu. Referent musi w tym razie swoją znajomością przedmiotu przewyższać autora. To samo wskazuje aż nadto wyraźnie, że kwalifikacje referenta powinny być nie byle jakie.

Drugą grupę prac, nie nadających się do referatu w zwykłym znaczeniu tego słowa, stanowią te, które swoją doniosłością naukową stoją na biegunie przeciwnym, t. j. powinny koniecznie być czytane w oryginale. Już to ważność poruszanej sprawy, już też oryginalność jej ujęcia przez autora, nowa technika, metodyka podjętego badania, wniośki zdobyte — stawiają te prace na takiej wyżynie, że powinny one być wzorami, na których uczyć się nam wypada, jak wogóle tworzy się nauka, jakimi krokami drogami, do jakich celów zmierza. Należy oczywiście wiedzieć o ukazaniu się podobnej pracy, i dlatego referat powinien się ograniczyć do krótkiej wzmianki, zalecającej daną rozprawę do pilnego przestudowania.

Dwie tezy powyższe mieszczą w sobie znaczną część tego, co o kwalifikacjach referenta powiedzieć należy. Nie wystarczy znać tylko język obcy i oczywiście doskonale władać ojczystym. Trzeba bezwzględnie stać na współczesnym poziomie wiedzy, co przy dzisiejszym rozczłonkowaniu badań naukowych i daleko idącej specjalizacji bynajmniej nie jest łatwe. Lecz i tu jeszcze wymagania nasze się nie kończą. Trzeba umieć z pracy referowanej wydobyć to, co jest w niej istotnie nowego, prawdziwie oryginalnego, rzetelnie zasługującego na rozpowszechnienie wśród świata lekarskiego. Trzeba odrzucić cały balast, często niezbędny dla całokształtu pracy, i wyłuskać samo jądro, stanowiące o tem, co daną pracę różni od całej literatury, ją poprzedzającej. Nie znaczy to bynajmniej, aby zgoda zbyt liczne były takie utwory literackie, które potwierdzają to, co już dawniej ten lub ów autor może przypuszczać, podejrzawał albo może nawet dowiódł w pewien sposób. Potwierdzenie czegoś, zwłaszcza doniosłego, w nauce jest sprawą ważną, konieczną, wprost niezbędną. Ale właśnie w tym punkcie poznać referenta najlepiej, albowiem tu w wyborze pracy i w sposobie jej streszczenia ujawni się jego wiedza, umiejtność należytego ujęcia przedmiotu, uchwytność owego punktu *salientis*, bez którego praca wszelka traci swą istotną wartość, staje się tylko czystym wypracowaniem, lecz nie rzeczywistym dorobkiem naukowym.

Bywają referaty, tak bardzo przeładowane drobiazgam, często nawet zbędnymi w oryginale, że z poza nich nie widać zupełnie, w jakim celu praca została podjęta, co w niej jest istotnie nowego, i na czem polega pożytek, jaki z niej płynie. Bywają znów inne, w których referent większy kładzie nacisk na metodykę badania, niżeli na samą treść, i w ten sposób pozbawia czytelnika możliwości orjentowania się w prawdziwej wartości pracy. Bywa tak często, że z poza lasu drzew nie widać: ginie w zamęciu szczegółów istota rzeczy.

Umiejtność treściwego ujęcia przedmiotu nie każdemu jest dana. Nikt nie zdoła obliczyć, wiele zużyto papieru na zupełnie zbędne, a nawet nieraz całkiem szkodliwe dla całości szczegóły. Toż bywają ludzie, którzy i w mowie używają moc wyrazów niepotrzebnych, którzy przemawiają tak, iż widać w mowie dziesiątki nawiasów, wikłających treść i znaczą-

ną przedstawiających trudność w zrozumieniu tego, co powiedzieć zamierzają. W piśmie bodaj w wyższym jeszcze stopniu grzechu tego wystrzegać się należy. Utwór wydrukowany powinien być niby obraz wykończony, większy, czy mniejszy, lecz nigdy nie zajmujący oka szczegółami na niekorzyść całości. Dotyczy to każdego rodzaju utworu literackiego, więc zarówno pracy oryginalnej, jak i referatu. Ten ostatni, gdy jest zwięzły, zwarty w sobie, pozbawiony szczegółów, drobiazgow druzgórnych, nietylko chętniej bywa czytany, lecz nadto wielokrotnie daje korzyść. Z najmniejszym wysiłkiem czytelnik dobywa zeń tę sumę wiadomości pożytecznych, dla których został napisany. Z prawdziwą nieraz satysfakcją literacką powracamy do takiego streszczenia, z którego rdzeń sprawy jasny jest dla czytelnika, gdy natomiast rozwekłe, gubiące się w szczegółach nuży i należytego o samej pracy nie daje wyobrażenia.

Widać stąd, że i styl referatu niepoślednio bynajmniej ma znaczenie. Uważamy za nadto zrozumiałe, że doskonałe władanie językiem, w którym piszemy referat, pierwszorzędną ma wartość. Nadto wszakże styl jasny, unikający wszelkich zawiłości, jedyny sposób wysławiania się, zwięzłość, treściwość, zwartość zdań, ich logika wewnętrzna powinny być pounięte do najdalej idących wymagań. W streszczeniu, nie zawierającym w sobie nic z krytyki, mającym być tylko skróconym obrazem treści oryginału, nie należy nigdy odstępować od wytycznej linii myślowej autora, nie wolno zbacać od gościńca głównego, nie wolno uchybić w niczem myśli przewodniej. Wszystkie bowiem szczegóły mniej lub bardziej ważne, wszystkie często wybitniejsze zalety, czy usterki pracy streszczonej należą do krytyka, nie do referenta. Można oczywiście drobną o nich uczynić wzmiankę, która nie zepsuje całości, lecz rozwodzić się o nich nie wolno pod groźbą odchylenia uwagi czytelnika od istotnej treści.

Tak ważna w swem założeniu, lecz częstokroć nie-szczęсна w rzeczywistości zasada podziału pracy sprawiła, że do działu referatowego wpręgnają się młodsze siły literackie. Dobra to szkoła — niewątpliwie, lecz odbija się to często na wartości referatu. Nie obejmując należycie przedmiotu, nie znając dostatecznie literatury, młody referent gubi się często w szczegółach, tracąc główny wątek pracy, zbacza wielokrotnie w stronę techniczną, metodologiczną, nie mogąc dojrzeć treści rzeczywistej, nieraz nawet założenia, z którego autor wychodzi.

W każdej pracy istotnie cennej, a więc nadającej się do streszczenia, należy przedewszystkiem wyszukać myśl pierwotną, niejako zapładniającą umysł autora. Gdy tę znajdziemy, już łatwo będzie śledzić bieg dalszy i to bez względu na to, czy zamierzenia autora doprowadziły go do potwierdzenia, czy do obalenia idei, z góry powziętej. Bo — zapominając nie trzeba — taka idea przyświeca każdemu rozumnemu przedsięwzięciu naukowemu. I z tego względu rezultat negatywny częstokroć również bywa ważny i mocnego podkreślenia godny, jak i dodatni wynik pracy.

Zdaje mi się słusznym zauważyć, że w prasie lekarskiej za dużo się referuje. Czytujemy dziesiątki streszczeń, z których w najlepszym razie nic nam w głowie nie pozostaje. Gorzej bywa, gdy tworzy się w głowie zamęt, chaos, z którego trudno jasną myśl wydobyć. A jednak bywają też referaty wprost znakomite, opracowaniem swem doskonale odtwarzające niby w miniaturze sam oryginał. Zwróćmy uwagę, a dojrzymy, że te ostatnie często pisane są przez referentów dojrzałych, autorów prac oryginalnych, bystrzej orjentujących się w szczegółach prac referowanych, odrazu uderzających w sedno rzeczy.

Mówiąc, że się za dużo referuje, bynajmniej nie zamierzam pomniejszać wartości referatu. Toż przecie już samo istnienie wyłącznie referatom poświęconych pism dowodzi ich potrzeby. Lecz jednocześnie przemawia ten fakt za tem, że umiejtność referowania ma w sobie coś więcej, niż mechanicz-

ne streszczenie pracy, niż rzemieślnicze skracanie oryginału.

Oczywiście, gdyby kto zapytał po przeczytaniu powyższego: Jakże należy referować? — odpowiedzi na to konkretnej dać bym nie potrafił. Sądzę, że i referowanie jest pewną szkołą, umiejętnością, na którą przepisów niema. Można z biegiem czasu wyszkolić się, nauczyć się streszczać, na być wprawy w oddawaniu cudzych myśli, lecz przedewszystkiem sporo trzeba umieć, rozumieć, ba nawet wyczuwać nie raz intencje piszącego. Przypuszczam nawet, że i w sztuce referowania można być oryginalnym, to znaczy, że i referent do pracy swojej może wnieść pierwiastek osobisty, cechy umysłowe sobie tylko właściwe, i że dzięki temu właśnie niektóre referaty stają się tak bardzo zajmujące i tak są chętnie czytowane.

Nie należy przeto referetu lekceważyć. Trzeba go traktować poważnie, sumiennie i pogodzić się z myślą, że napisanie choćby kilkowerszowego streszczenia wymaga częstokroć pracy długiej, rzetelnej, nieraz mozolnej.

Uwagi, poświęcone tutaj referatowi lekarskiemu, bynajmniej nie wyczerpują wszystkiego, co się da o nim powiedzieć. Zmierzają jedynie do tego, aby tym działem piśmiennictwa lekarskiego zainteresować zarówno referentów, jak i czytelników, w większej mierze, niż się to zazwyczaj dzieje. Może pobudzą te uwagi tego lub owego kolegę do głębszego zastanowienia się nad wartością referatu i do trafniejszego ujęcia istoty tej postaci, tak niezmiernie ważne zajmującej miejsca w piśmiennictwie lekarskim.

M. F.

MEDYCINA SPOŁECZNA

Nauczanie higieny w szkołach publicznych *).

Podał

Dr. med. Stanisław SKALSKI (Łódź).

W szkołach średnich rządowych za czasów okupacyjnych higieny nie była wykładana. Szkoły polskie społeczne i prywatne, jakkolwiek w tym okresie wyteżały wszelkie siły ku zapoznaniu młodzieży z dziejami ojczyzny i literaturą polską, mimo tego potrafiły znaleźć czas na higienę, wykładaną przez lekarza w klasie ósmej.

Higienę mógł istotnie wykladać jedynie lekarz, gdyż w szkołach wyższych wykładano ją tylko na wydziale lekarskim, gdzie zresztą przedmiot ten był traktowany z należytą powagą ani przez wykładowców, ani przez słuchaczy, którzy czas i wysiłki poświęcali pracy w klinikach. Nic dziwnego, że higieny nie była objęta wykazem przedmiotów nauczania w szkołach średnich, zarówno realnych, jak filologicznych, bo o wykładowców nie było łatwo. Nie wykładano jej również w szkołach powszechnych. Od zasady tej uchylały się w b. Kongresówce szkoły średnie z językiem wykładowym polskim, bądź prywatne—rzadziej, bądź społeczne—wszystkie niemal; wykładano tam anatomję w klasie 7, higienę zaś w klasie 8 i powierzano nauczanie tych przedmiotów lekarzom szkolnym, dając im do rozporządzenia na higienę po 2 godziny tygodniowo w klasie 8. Niejedyn z lekarzy, wykładających higienę, zajął się tym przedmiotem, potrafił zainteresować nim uczniów, a nawet wzbogacił piśmiennictwo polskie odpowiednim podręcznikiem szkolnym.

W szkołach powszechnych b. Kongresówki higieny uczyło tylko wyjątkowo, w przeciwieństwie do tego, co się działo w Rosji, gdzie w szkołach powszechnych w ziemstwach nauczanie higieny stało bardzo dobrze.

Nie czas tu i miejsce mówić o fatalnym wpływie nieznanomości higieny ze strony szerokich rzesz ludności. Wspomnę tylko, że brak ten widzę wszędzie, gdzie patrzeć umięją, ostatnio chcą mu zaradzić, jak czytałem świeżo, we Francji w ten sposób, który my wskazujemy. Zdawałoby się, że, nauczani smutnem doświadczeniem lat poprzednich, gdyśmy brak nauki higieny w szkołach i lukę, stąd powstałą w wykształceniu każdego obywatela, łątać musieli różnemi namiastkami, bądź w postaci odczytów popularnych, bądź odczytów, ulotek, broszur, książeczek i t. p., bardzo użytecznych niewątpliwie środków pomocniczych tam, gdzie szkoła przygotowała już grunt uprzednio, ale nie wystarczających, gdy się ma do czynienia z materiałem ludzkim nieprzygotowanym, że opracujemy program higieny dla każdego stopnia nauczania, że wykonamy go ściśle, że nauczanie tak ważnego przedmiotu powierzymy ludziom, należycie do tego przygotowanym, że zarówno nauczycielom, jak młodzieży, damy do rąk dobre podręczniki, że w wypisach i czytankach znajdą się urywki, popularyzujące higienę, słowem, że użyjemy wszystkich dróg, środków i sił, aby szeroki ogół zrozumiał wartość i wagę życia w myśl wymagań higieny.

Zdawało się, że przynajmniej sternicy naszej nawy państwowej rozumieją, że jedyną prawdziwą i rzeczywistą war-

tość stanowi życie i zdrowie ludzkie, że nie wolno pominąć ani jednego czynnika, któryby mógł wywrzeć bądź dodatni, bądź ujemny wpływ na zdrowie ogółu.

Rzeczywistość zadała kłam tym przypuszczeniom.

W uniwersytetach i szkołach wyższych higieny nawet na wydziałach lekarskich nie wszędzie jest wykładana, część katedr higieny, jak pisze docent Dr. T. Janiszewski, w swej pracy, drukowanej w tegorocznych numerach „Zdrowia“¹⁾, nie jest obsadzona, na politechnikach i w szkołach specjalnych higieny nie jest wykładana niemal nigdzie. Na zasadzie danych, zebranych osobiście, stwierdzam, że program nauczania higieny w szkołach średnich jest jeszcze bardziej ograniczony, niż był w szkołach polskich za czasów okupacyjnych, że szkoły specjalne średnie nie mają w programie higieny, że niema jej w seminarjach duchownych, niema w szkołach handlowych dla dziewcząt, w najlepszym razie wygłaszane bywają od czasu do czasu pogadanki. Jedyny wyjątek stanowią seminarja nauczycielskie i szkoły powszechne, które przynajmniej mają program, należycie opracowany, gdy z wykonaniem jest gorzej z powodu braku wykładowców lub środków.

Dzięki przytoczonej pracy d-ra Janiszewskiego możemy sobie nakreślić dokładny obraz stanu nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce. Obraz ten nastęrcza bardzo mało powodów do zadowolenia i do pożytecznych wniosków na przyszłość.

Czytamy tam: „Program studjów, zalecony przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z dn. 8 listopada 1920 roku Nr. 8491.IV,20, przewiduje na piątym roku (studjów lekarskich) 40 godzin rocznie wykładów higieny indywidualnej i 20 godz. ćwiczeń z higieny, a 30 godz. rocznie wykładów higieny społecznej, przyczem egzamin z higieny indywidualnej jest obowiązkowy i może się odbyć po piątym kursie. Egzaminu natomiast z higieny społecznej ani colloquium z tego przedmiotu program nie przewiduje... „Z tego widać, jak nauka higieny jest traktowana pobieżnie. W programie studjów lekarskich istnieją colloquia z antropologii, psychologii, laryngologii, otjatrji, dentystryki, ale z higieny społecznej niema ani egzaminu, ani colloquium“. „Jeszcze bardziej rażąco wystąpiło upośledzenie higieny indywidualnej, a zwłaszcza higieny społecznej, gdy zbadamy jaki % czasu poświęca się tej nauce w programie studjów w porównaniu z czasem, poświęconym innym przedmiotom“. Według obliczeń d-ra Janiszewskiego w ciągu 6 letnich studjów słuchają medycy ogółem 5140 godzin wykładów, z czego na higienę indywidualną przypada godzin 60, czyli 1,17%, na higienę społeczną 30 godzin, czyli 0,58%. Nauki te zajmują ostatnie miejsce w rzędzie innych przedmiotów. Stan rzeczy w roku akademickim 1922/23 był gorszy jeszcze, gdyż w Krakowie i Wilnie nie było wykładów higieny indywidualnej, a we Lwowie, Warszawie i Wilnie—higieny społecznej. Stan nauczania higieny na wydziałach lekarskich mimo tego był jeszcze świetny w porównaniu ze stanem rzeczy w innych wyższych zakładach naukowych.

„Z dwudziestu wyższych uczelni, jak pisze dr. J a n i s z e w s k i

*) Wygłoszone na III Zjeździe Higienistów w Warszawie, d. 10 czerwca 1924 roku.

1) Doc. dr. Tomasz Janiszewski, b. Minister Zdrowia Publicznego. „Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce“.

s z e w s k i, tylko w 9 są wogóle wykłady higieny indywidualnej, w dodatku w jednej z tych uczelni jedynie na oddziale farmaceutycznym, i to w połączeniu z bakterjologią. Na Politechnice lwowskiej wykłady higieny indywidualnej są połączone z wykładami o pomocy w nagłych wypadkach, we wszystkich zaś tych 9 uczelniach wykłady higieny indywidualnej przeznaczony są dla bardzo ograniczonej liczby słuchaczy“.

„Higienę społeczną wykładano tylko w 4-ch uczelniach wyższych, higienę szkolną w 3-ch uczelniach, w jednej uczelni umieszczono w programie wykładów higienę fabryczną, ale wykłady się nie odbywały, w jednej uczelni (akademja górnicza w Krakowie) wykładano, prócz higieny indywidualnej, higienę ogólną hutnictwa i górnictwa, ale tylko w ciągu 4 godzin rocznie“.

Jeśli do tych uwag wybitnego znawcy sprawy dodamy, że i ta gromadka słuchaczy wydziału lekarskiego, która ma możność zapoznania się z nauką higieny, niezawsze korzysta w stopniu należytym, że brak colloquiów, seminarjów, zajęć praktycznych nie pozwala na należyte wykształcenie słuchaczy, to czyż dziwić się trzeba, że programy higieny w szkołach średnich są tak bardzo ograniczone, że wyrażają się częstokroć jedynie w użyciu wyrazu higieny, której po prostu niema kto wykladać. Na dowód, że nie jest to bynajmniej przesada, przytoczę odpowiednie działy programów szkół średnich klasycznych, humanistycznych i matematyczno-przyrodniczych, w których można odkryć ślady higieny.

Na wydziale więc klasycznym szkoły średniej nauka przyrodznawstwa zajmuje 2 godziny tygodniowo w klasie IV, z nich przeciętnie połowa jest przeznaczona na zajęcia praktyczne. Cel nauczania polega na przyswojeniu elementarnego pojęcia o organizmie ludzkim oraz wiadomości o człowieku z punktu widzenia przyrodniczego. Przedmiotem wykładów ma być „monografia organizmu ludzkiego. Elementarne pojęcie o budowie ciała ludzkiego w związku z czynnościami, poprzedzone dyssekcją kręgowca oraz pokazem mikroskopow-

wej budowy organizmów, przyswajane na podstawie kośćca, modeli, tablic, a także łatwych do zdobycia preparatów zwierząt domowych z nawiązaniem pojęć z zakresu higieny“.

Od powyższego programu nie odbiega na włos program nauczania przyrodznawstwa, a więc i tego szczegółliki, jaki w nim stanowi higiena na wydziale humanistycznym szkoły średniej, z tą jedynie różnicą, że nauka przyrodznawstwa odbywa się w klasie V. — Wreszcie na wydziale matematyczno-przyrodniczym na naukę przyrodznawstwa przeznaczono w klasie VI — 3 godziny tygodniowo, z nich jedną godzinę na zajęcia praktyczne. Nie zmienia to w niczem treści zakresu nauki higieny, gdyż w przykładzie rozwinięcia programu przyrodznawstwa w wydanym przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego programie gimnazjum państwowego w roku 1922 w punkcie C czytamy: „Człowiek. Monografia organizmu ludzkiego, jako pogłębienie na przykładzie tego ustroju, fizjologii i anatomii wyższego tkankowca wogóle, ssaka w szczególności, oraz jako wykazanie cech swoistych ze szczególnem uwzględnieniem przystosowania wzajemnego konstrukcji i funkcji, z nawiązaniem elementarnych pojęć o zjawisku patologicznem oraz z zakresu higieny“.

Jak widzimy, mniej powiedzieć o nauce higieny w rozwinięciu programu niepodobna. Próźnię tę w programie szkoły średniej trudno jest usprawiedliwić faktem istnienia szczegółowego programu nauczania higieny w szkołach powszechnych, które zasadniczo mają stanowić etap przejściowy dla każdego dziecka, nim się dostanie do klasy IV szkoły średniej, już chociażby dlatego, że obecnie wszystkie szkoły średnie zaczynają nauczanie w klasie pierwszej lub wstępnej, że więc zaledwie bardzo drobny odsetek dostaje się do szkół średnich po przejściu w szkołach powszechnych higieny, no i z tego względu, że poziom nauczania higieny w szkołach powszechnych niepodobna uważać za dostateczny dla człowieka na życie całe, że należy go bezwzględnie uzupełnić w klasach wyższych szkół średnich (8) oraz w wyższym zakładzie naukowym.

(Dok. nast.).

Prace oryginalne zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Nr. 25. CIECHANOWSKI, J. MOROZOWA i M. WILHELM: W sprawie nowotworów po-smołowych.

W. FILIŃSKI: Przyczynki do techniki zgłębnikowania dwunastnicy.

M. T. SEIDLER: O wartości znieczulenia krzyżowego w czasie porodu.

W. BIERNACKI: Błędy odczynu Wassermanna.

T. MARJANKÓWNA: Przypadek zgorzelińowego zapalenia płuc, wyleczony za pomocą odmy sztucznej.

B. EJSMONT: Przypadek zażniadu gronistego.

Nr. 26. J. DANYSZ: W sprawie anafilaksji spontanicznej i jej objawów w ustroju ludzkim.

J. GREK: O stosowaniu dożylnem cukru gronowego w chorobach serca.

J. MERENLENDER: O pęcherzycy odosobnionej jamy ustnej.

W. BIERNACKI: Błędy odczynu Wassermanna (dok.).

I. FELS: Środki nasenne u niemowląt.

Nr. 27. J. ZAORSKI: Próba ustalenia warunków powstawania wrzodu okrągłego.

W. ŚWIERZ: Przyczynki do kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego.

A. GRUCA: O ropnem zapaleniu kręgów (osteomyelitis) z opisem przypadku.

Cz. CZARNOWSKI: Przypadek nawrotnego ropnia mózdzku operowanego z wynikiem pomyślnym.

W. TÜRSCHMID: Pęknięcie urazowe jelita w przepuklinie pozornie uwięzłej odprowadzonej.

Nr. 28. A. J. CLARK i S. S. SIENGALEWICZ: Wpływ wstrząsu peptonowego na przepuszczalność naczyń krwionośnych dla błękitu trypanu.

Z. GORECKI: Parę uwag o powstawaniu płynów w jamach surowiczych.

H. HILAROWICZ: Przyczynki do teorii powstawania pooperacyjnego wrzodu trawinnego jelita na tle pozostałych nitk jedwabnych.

B. E. KALWARYJSKI: Dalszy ciąg badań nad budową nabłonka spłotu naczyńki mózgowej. Cz. II.

W. LILPOP: Trudności rozpoznawcze w przypadku zmian miążdżycowych w nerce lewej i nadnerczaka w nerce prawej.

I. SCHARF: Żółtaczka w świetle nowszych badań.

Nr. 29. A. LAURYNOWICZ: Wakcynoterapia duru brzuszkiego (podskórna i śródżylna).

B. ZIEMILSKI: Znaczenie obrazu krwi „według Schillinga“ dla rozpoznania i rokowania.

S. MĄCZEWSKI: O zachowaniu się odczynu urochromogenowego w chorobach kobiecych.

R. GLASSNER: Wskazania lecznicze przy niemiarowości ekstrasystolicznej.

T. WĄSOWSKI: Rzadki przypadek znalezienia wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta w ropniu mózgu.

St. CIECHANOWSKI: W sprawie prowadzenia najszych zdrojowisk.

NOWINY LEKARSKIE.

Nr. 5. J. SZMURŁO: Ś. p. profesor dr. med. Marcin Alfred Sokołowski.

K. ZIELIŃSKI: Przyczynki do kazuistyki ciał obcych w przelyku.

J. SĘDZIAK: Zadania otologii oraz udział w nich Polski.

H. JAROSZ: Odczyn będzwinowy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

KLINGER: Odmładzanie zwierząt i ludzi.

Fr. NARÓG: Wyniki lecznicze przy zastosowaniu ciał białkowych i szczepionek w chorobach ocznych.

Nr. 6. B. SIWIŃSKI: Przyczynę do leczenia porażenia postępującego za pomocą flojetanu.
L. REGMUNT-SOBIESZCZAŃSKI: Istota suchot płucnych i poglądy na ich leczenie.
St. WALKOWSKI: Leczenie gruźlicy „Angiolymfą“.
T. ŻURAWSKI: Cięża brzuszna następowa.
A. KISKIEWICZ: Trzy przypadki zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zatrucia weronalem.
KLINGER. Odmładzanie zwierząt i ludzi.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE.

Nr. 5. O. BIELAWSKI: Katanoid psychorodny (dokończenie).
Nr. 6. A. PIOTROWSKI: Alkoholizm i ustawodawstwo.
O. BIELAWSKI i M. SIEMIONKIN: Objawy motoryczne w katatonji a sprawach ekstrapiramidowych.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ.

T. I. Zesz. 3. T. TEMPKA: Morbus maculosus Werlhofii. Anaemia aplastica.
S. CYTRONBERG: Przekuczenie pokarmowe krwi jako środek rozpoznawczy przy rakach przewodu pokarmowego.
I. GREK: Endocarditis lenta.
M. WIERZUCHOWSKI: Poszukiwanie jadu gruźliczego w moczu.
J. SKŁODOWSKI: O niezwykłych przypadkach zapalenia gośćcowego.
H. SOCHAŃSKI: O stosunku procesu zdrowienia do fizyko-chemicznych przejawów czynności układu wegetatywnego.

LEKARZ WOJSKOWY.

Nr. 4. E. ŻEBROWSKI: Istota i podział anemij.
Ign. ZIELIŃSKI: Spostrzeżenia i uwagi nad poborem rekrutów.
G. SZULC: Czerwonka w Wojsku Polskiem.
O. PIŁECKI-LELIWA: Odpowiedź na artykuły dyskusyjne w sprawie bataljonów sanitarnych.
S. HUBICKI: W sprawie akademji wojskowo-lekarskiej.
Nr. 5. M. LATKOWSKI: O uruchomieniu wytwórczym stawów sztywnych.
S. ROUPPERT: O środkach transportu rannych z placu boju.

S. ORŁOWSKI: Kilka uwag o materiale rekruckim rocznika wojskowego 1902.
M. KWAŚNIEWSKI: Przyjmowanie i odprawa chorych i rannych w szpitalach wojsk polskich.
ARKIN: Badanie serologiczne przy drążących urazach jagodówki.
Z. KAMIŃSKI: W sprawie rozpoznawania chorób płuc i serca w oddziałach.
E. LEWENSTERN: Z kazuistyki schorzeń ślinianek.
BĘTKOWSKI: Przyczynę do techniki wycięcia wyrostka robaczkowego.
Nr. 6. I. ŚWIĄTECKI: O chorobach kesonowych.
W. POL: Gruźlica w wojsku.
L. RUDKE: Przypadek nagłego oślepienia u ciężarnej.
MIŁODROWSKI: Transport rannych i chorych z pozycji czołowych do pociągów sanitarnych.
T. TRZCIŃSKI: W sprawie salwarsano-terapii.
St. DOBROWOLSKI: O urządzeniach do instalacji suchej.

ARCHIWUM HISTORJI I FILOZOFJI MEDYCYNY.

Zesz. II. St. TRZEBIŃSKI: Brownizm w świetle pamiętników Franka.
J. LACHS: Polscy uczniowie Padewskiej Szkoły Lekarskiej.
Z. SKIBIŃSKI: Katedra anatomji w Uniwersytecie Jagiellońskim od r. 1602 do r. 1779.
R. WIERZBICKI: Historia słownictwa lekarskiego polskiego (część druga).
H. NUSBAUM. Pojęcie o zjawisku życia w starożytności i w wiekach średnich.

ZDROWIE.

Nr. 3 i 4. W. BOGUCCI: Stan zdrowotny m. st. Warszawy.
K. BOCHENSKI: Neomaltuzjanizm i sztuczne przerwanie ciąży jako zagadnienia społeczne.
T. JANISZEWSKI: Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce w 1922—23.
J. ADAMSKI: Służba zdrowia publicznego w Belgji.
Nr. 5. KOWALSKI: O kształceniu położnych w Polsce.
Wł. DOBRZYŃSKI: Planowanie miast ze stanowiska higieny i ekonomji społecznej.
J. ADAMSKI: Służba zdrowia publicznego w Belgji.
Nr. 6. III Zjazd Higienistów Polskich. Streszczenia referatów.
J. POLAK: Zadania Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wiadomości bieżące.

— Od Zarządu Tow. Internistów polskich, otrzymaliśmy poniższe zawiadomienie:

Stosownie do uchwały Zarządu Tow. Internistów polskich zawiadamiamy wszystkie koła Towarzystwa Internistów, że zjazd Internistów polskich odbędzie się w czasie XII Ogólnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w lipcu 1925 r. w Warszawie i że na tym Zjeździe Tow. Internistów będzie odbywać posiedzenia jako osobna sekcja.

Jako referaty główne Zarząd Towarzystwa wyznaczył:

1) Morbus Brighti. Referenci: Prof. M. Franke (Lwów) i Prof. K. Rzetkowski (Warszawa).

2) Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną). Referenci: Doc. W. Janowski (Warszawa) i Prof. A. Leśniewski (Warszawa).

Antoni Gluźniński

przewodniczący Tow. Internistów polskich.

— II. Zjazd okulistów polskich we Lwowie w dniach 19 i 20 września 1924.

Program. Główne referaty wygłoszą:

Prof. Kapuściński—Poznań: Teorja i patogeniza jaskry prostej. Prof. Majewski—Kraków: Leczenie jaskry prostej. Prof. Noiszewski—Warszawa: Ujedno-

stajnienie oznaczania ostrości wzroku z uwzględnieniem specjalnego metod używanych w wojsku. Dr. Kępiński—Warszawa: Koreferent.

Zgłoszone wykłady i demonstracje:

1. Abramowicz—Wilno: a) O ograniczeniu pola widzenia u ciężarnych; b) Wyniki leczenia jaglicy kwasem mlecznym. 3. Arkin—Warszawa: a) Układ nerwowy a jaskra; b) O oczopląsie jednostronnym (nystagmus monocularis)—wspólnie z Dr. Wład. Sterlingiem; c) O znaczeniu rozpoznawczym perymetrii na powierzchni. 6. Bałaban K.—Warszawa: Najnowsze metody operacyjne przy jaskrze. 7. Bałaban T.—Lwów: a) Wskazania dla poszczególnych metod operacyjnych przy jaskrze; 8. b) Choroby oczne przy moczowce cukrowej; 9. c) Znaczenie serologii dla sympatycznego zapalenia gałki ocznej. 10. Bednarski—Lwów: a) O cyklodializie; 11. b) O fizjologicznym zagłębieniu tarczy nerwu wzrokowego. 12. Blaustein—Lwów: Leczenie operacyjne trwałego braku przodkowej komórki. 13. Chomiczy—Chełm: Zęby nadliczbowe rozwinięte w oczodole. 14. Czyżewski—Warszawa: Wrzód rogówki wywołany przez micr. tetragenese. Sprawa autowakcyno—i termoreakcji. 15. Druk—Lwów: Opis rzadkiego przypad-

ku adenoma limbi conjunctivae (z pokazem fotografii i mikroskopowych skrawków); 16. Przypadek rzęsy w komórce przedniej po urazie (z pokazem rysunku). 17. Eliasberg — Sieradz: Urazy oka. 18. Endelman — Warszawa: W sprawie operacyjnego leczenia łuszczyki jaglicowej 19. Feig — Tarnów: Hemeralopja. 20. Frankowska — Warszawa: Działanie emeryny na oczy normalne. 21. Friedówna — Lwów: a) Włókniak twardy fałdu półksiężycowego (z pokazem preparatu); 22. b) Skroniowa hemianopsja w przebiegu choroby Reclingshausena. 23. Herschendorfer — Lwów: a) Zmiany barwikowe spojówki powiekowej w przypadkach jaglicy (z pokazem rysunków i preparatów mikrosk.); 24. b) O leczeniu Ektebiną. 25. Jasiński — Łuck: O wstecznej odbudowie białka w płynie komory przedniej oka pod wpływem zaczynów proteolitycznych. 26. Kapuściński — Poznań: O współzależności mechanizmu akomodacyjnego w obu oczach. 27. Karelus — Kraków: a) Iritis a chemoterapią; 28. b) Kilka słów o orbitoplastyce. 29. Krzemicki — Lwów: Z pogranicza okulistyki i neurologii. 30. Luftman — Lwów: O skiaskopji przy pomocy soczewek walcowatych według K. Lindera (Wiedeń). 31. Łuc — Lwów: Rzadka postać torbiela tęczówki (z demonst. preparatów anatom.). 32. Machek — Lwów: Spoprzeżenia dotyczące dziedziczności budowy oczów. 33. Macieszka — Płock: Oczodoły Polaków i Polek. 34. Magowski — Poznań: O gruźlicy spojówki powiekowej. 35. Majewski — Kraków: Nowe doświadczenia z keratoplastyką (doniesienie tymczasowe). 36. Melanowski — Warszawa: Zmiany w oczach przy zapaleniu nerek w świetle własnych badań. (Klinika, anatomja, patologia, etjologia i rokowanie). 37. Mikulińska — Lwów: a) Przyczynnik do statystyki jaskry; 38. b) Niezwykły przypadek zmian wziernikowych na tarczy nerwa wzrokowego (z pokazem rysunku). 39. Musiał — Lwów: Rogówka olbrzymia a wodooocze. 40. Naróg — Lwów: a) Próbnę doświadczenia z pepsyną w schorzeniach powiek na tle bliźni; 41. b) Mięsak rozpadający się z następowym zanikiem gałki. 42. Noiszewski — Warszawa: Elektroftalm Noiszewskiego i optophon Fournier d'Albe. 43. Reis — Lwów: Badanie anatomiczne przypadku t. z. „późnego zakażenia“ po trepanacji Eliota (z pokazem preparatu). 44. Ruszkowski — Warszawa: Wyniki 90 operacji Lagrange'a wykonanych przeważnie z powodu jaskry prostej. 45. Skotnicki — Warszawa: Wpływ leczenia promieniami Röntgena na objawy oczne w nowotworach mózgu. 46. Stasiński — Poznań: Z doświadczeń nad ciśnieniem krwi w naczyńach oka w stosunku do ciśnienia krwi w naczyńach większych. 47. Szwarec — Warszawa: a) Czy wszystkie przypadki jaskry zapalnej przewlekłej powinny być operowane? 48. b) Ucho a barwy. 49. Szymanowski — Bydgoszcz: a) O odmianie operacji szpary powiekowej zwężonej; 50. b) Kilka uwag krytycznych w sprawie leczenia pewnych chorób ocznych diatermją. 51. Szymański — Wilno: Usunięcie zaćmy niedojrzałej w torebce. 52. Trószczyńska — Kraków: Rzadki przypadek zmiany rogówkowej (z przedstawieniem preparatów mikrosk. i zdjęć fotograf.). 53. Zacher — Kraków: a) Przyczynnik do techniki wydobywania z oka ciał obcych żelaznych; 54. b) Leczenie zaniku nerwów wzrokowych pozagałkowem i iniekcjami atropiny. 55. Zamenhof — Warszawa: O postaci złuszczonej zapalenia ciała rzęskowego (cyclitis desquamativa).

Porządek dzienny wykładów oznaczy się później.

Komitet uprasza o przygotowanie streszczeń wykładów i demonstracji, które należy najpóźniej zaraz po odbytych wykładzie wręczyć sekretarzowi zjazdu.

Czas trwania referatu dowolnego ogranicza się do 15 minut, demonstracji lub dyskusji do 5 minut.

Epidiaskop będzie do użytku wykładających.

Wysokość wpisowego ustala się na 10 zł.

Komitet uprasza o wczesne zgłaszanie uczestnictwa. Pożądaniem byłoby także wczesne zgłoszenie ilości osób towarzyszących dla zamówienia odpowiedniego pomieszczenia (hotel lub pomieszczenie bezpłatne w Klinice).

Zniżki kolejowe obowiązują w drodze powrotnej.

Komitet organizacyjny:

Reis sekretarz. Bednarski przewodniczący.

Adres: Klinika okulist. Uniwersytetu J. K. — Lwów, ul. Pijarów 4.

— Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podaje do wiadomości, że jest do nadania stypendjum im. dr. Maurice Le Prince'a z Paryża w wysokości 5000 (pięć tysięcy) franków francuskich w celu umożliwienia lekarzom polakom studjów naukowych w Zakładach i Klinikach w Paryżu.

Lekarze, ubiegający się o to stypendjum, muszą biegłe władać językiem francuskim i winni złożyć w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podanie z następującymi załącznikami: a) curriculum vitae zawierające przebieg dotychczasowej pracy lekarskiej kandydata, b) program projektowanej pracy w Klinikach w Paryżu, c) zobowiązanie przedłożenia szczegółowego sprawozdania z wyników studjów w Paryżu, d) odbitki prac naukowych.

Termin składania podań od 5 do 20 września b. r.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urzędują w r. bieżącym wykłady dopełniające dla lekarzy, które będą trwały od 22.IX do 4.X. Wykładać będą profesorowie: Czyżewicz (położnictwo i choroby kobiet), Dzierzowski (higjena), Erbrich (laryngologia), Gluziński (chor. wewn.), Grzywo-Dąbrowski (med. sądowa), Konopacki (hist.), Kryński (chir. oper.), Krzyształowicz (chor. skórne i wener.), Leśniowski (chir.), Jan Mazurkiewicz (psych.), Michałowicz (chor. dzieci), Modrakowski (farmakol.), Nitsch (bakterjol.), Noiszewski (chor. oczu), Orzechowski (chor. nerw.), Paszkiewicz (anat. patol.), Radliński (chir.), Rzętkowski (chor. wewn.), Sawicki (szpitaln.), Venulet (patol. ogólna). Zapisywać się można na wszystkie lub poszczególne wykłady do 10.IX r. b. Informacyj udziela pr. Leśniowski, Warszawa, ul. Widok 10.

— Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wystosowało w sprawie nowelizacji Ustawy Kasy Chorych następujący memoriał do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Wobec wniesienia przez partje polityczne Chrześcijańskiej Demokracji i Zw. Lud. Narodowego sprawy nowelizacji ustawy o Kasach Chorych, popartej przez memoriał Związku Lekarzy Państwa Polskiego, skierowany do Sejmu, Polskie Tow. Medycyny Społecznej oświadcza, że, stojąc na stanowisku memoriału swego do Sejmu z roku 1920, uważa prawo o Kasach Chorych za konieczny etap rozwoju prawodawstwa społecznego i olbrzymi postęp w udostępnieniu prawidłowego lecznictwa, tem samem podniesienia kultury ogólnej najliczniejszej warstwy społecznej — pracowników wszystkich zawodów, a tem samem zdrowotności całego społeczeństwa.

Polska jest 11-em Państwem w Europie, które wprowadziło Kasy Chorych, i polska ustawa o Kasach Chorych, uwzględniając w znacznej mierze potrzeby warstw pracujących, stanowi niewątpliwie olbrzymi krok naprzód w stosunku do ustaw państw innych. Szczególnie dodatnio wyróżnia się ona na tle ustawodawstwa o Kasach Chorych byłych państw zaborczych.

Polskie Tow. Medycyny Społecznej sądzi, że Kasy Chorych mogą spełniać swoje szczerne zadanie jedynie przy zachowaniu następujących zasad:

1. Zasady terytorjalności, t. j. pewności, że pracownicy wszystkich zawodów, zamieszkali w danej miejscowości (większe miasto, powiat), będą należeli do jednej wspólnej Kasy Chorych, nie zaś oddzielnych Kas, gdyż Kasy poszczególnych zawodów lub fabryk, posiadające niewielką liczbę członków, a tem samem ubogie, nie będą w stanie zapewnić im całkowitej pomocy. Poszczególne Kasy terytorjalne, łącząc się w związki, mogłyby skutecznie prowadzić akcję zapobiegawczą i propagandową (kolonje letnie, poradnie dla gruźliczych).

2. Zasady obowiązkowości (przymusu) ubezpieczenia, gdyż wszelkie wyjątki lub uprzywilejowania doprowadziłyby do zubożenia, a w następstwie do zniszczenia Kas Chorych. Wychodząc z tego stanowiska, istnienie t. z. górnej granicy nie może być dopuszczalne.

3. Zasady wolnego wyboru lekarza z spośród tych, z którymi Kasa Chorych zawarła umowę, ażeby z jednej strony zapewnić ubezpieczonemu wybór lekarza, do którego ma zaufanie, z drugiej zaś strony nie dopuścić do tego, aby fundusami Kasy nie rozporządzał każdy lekarz, luźno lub zgoła niezmiernie związany z Kasą Chorych, co uniemożliwiło-

by prowadzenie planowej polityki leczniczej lub jakiegokolwiek kontroli i w ostateczności musiałyby zakończyć się całkowitem sparaliżowaniem działalności Kas i ich ruiną.

Zachowując powyższe obowiązujące już zasady organizacji Kas Chorych, Polskie Tow. Medycyny Społecznej uważa za wysoce pożądane wprowadzenie następujących zmian w tejsze ustawie:

1. Zapewnienie lekarzowi naczelnemu dostatecznego wpływu w zarządzie Kasy: w sprawach leczniczych głos lekarza naczelnego winien być rozstrzygający, nie zaś doradczy jedynie jak to ma miejsce dotąd.

2. Rozszerzenie świadczeń dla ubezpieczonych co do wysokości zasiłku podczas choroby, prekluzyjnego terminu leczenia, wysłania chorych do uzdrowisk i t. d.

3. Rozciągnięcie prawa do korzystania z pomocy lekarskiej na matki i dzieci nieślubne.

4. Pomoc lekarska powinna być zorganizowana na zasadzie ambulatoryjnej i płaconej przez członków lekarzy, t. j. za godziny pracy.

Polskie Tow. Medycyny Społecznej sądzi wreszcie, że dopóki własne ambulatorja Kas Chorych nie będą mogły zaspokoić potrzeb ubezpieczonych, należy wciągnąć do pracy w Kasach ambulatorja prywatne oraz prywatne gabinety lekarskie na równych prawach z ambulatorjami Kas Chorych.

5. Celem dostarczenia Kasom Chorych jaknajlepszych lekarzy z każdej specjalności i zapewnienia bezstronności przy angażowaniu lekarzy powinna być utworzona przy Naczelnym lekarzu kwalifikacyjna komisja lekarska; do składu komisji powinni należeć przedstawiciele wszystkich istniejących na danym terytorjum zrzeszeń lekarskich, które odpowiadałyby za moralną i naukową wartość swoich członków. Obecny system polegający na kwalifikowaniu kandydatów przez lekarzy, pracujących w Kasach Chorych, otwiera szeroko drogę do protekcjonalności, krzywdzącej często zarówno ubezpieczonych, jak i ogół lekarzy.

— Lubelskie Towarzystwo Lekarskie obchodzić będzie dnia 7 września r. b. pięćdziesięciolecie swego istnienia.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego organizuje dla lekarzy austriackich i cudzoziemskich dwutygodniowy (od 29.IX do 11.X r. b.) kurs dopełniający za wszystkich specjalności, który obejmować będzie najważniejsze współczesne kwestje medyczne. W związku z tym kursem Austriackie Towarzystwo dla badań i zwalczania raka zwołuje Zjazd przeciwrakowy (od 10.X do 13.X r. b.).

Prócz tego w czasie od 14.X do 17.X odbywać się będą ćwiczenia seminaryjne.

— Szósty międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy ze szczególnem uwzględnieniem balneologii odbędzie się w Karlsbadzie w czasie od 7 do 13 września r. b.

Uczestnicy otrzymają bezpłatną wzię i 33% ustępstwa na kolejach czesko-słowackich. Liczba wykładów wynosi 24. Informacyj udziela dr. Edgar Gans w Karlsbadzie.

— Do stacji psychiatrycznej Altońskiego szpitala miejskiego wcielono oddział opieki nad wychowaniem dziecka, który rozstrzygać będzie o pozostawieniu dziecka pod opieką rodziców, usunięciu go z domu rodzicielskiego lub oddaniu go pod opiekę zakładu wychowawczo-leczniczego.

— W jednym ze szpitali Kopenhaskich zmarły dwie pacjentki po spożyciu papki barytowej, sporządzonej do zdjęcia rentgenowskiego. Okazało się, że apteka przez omyłkę, zamiast siarczynu, dostarczyła węglanu barytu.

— Od początku r. b. do 24 maja zanotowano w Anglii i Walji 2733 przypadki śpiączkowego zapalenia mózgu, gdy w ostatnich 4 latach zapadało na tę chorobę przeciętnie 839 ludzi w ciągu roku.

— Angielskie towarzystwa ubezpieczeń na życie wprowadziły bezpłatne regularne badania lekarskie dla ubezpieczonych. Badania są poufne, i ich wyniki nie są komunikowane towarzystwu. W pierwszych czasach badania takie ograniczone były tylko do ubezpieczonych na wielkie sumy, znalazły jednak ze strony ogółu tak dobre przyjęcie, że obecnie rozciągają się i na skromniejsze ubezpieczenia. Te regularne bezpłatne badania lekarskie dążą do wykrywania rozpoczynających się chorób u ludzi, którzy uważają się za zdrowych, co pozwala na zastosowanie środków zapobiegawczych, mających na celu przedłużenie życia.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

H. HIGIER. Vasomotorisch-trophische Störungen und deren Heilung mittels periarterieller Sympathektomie. Odbitka z Klin. Wochschr. 1 Jahrg. Nr. 24.

H. HIGIER: W sprawie rozpoznania różniczkowego ostrego i przewlekłego okresu zapalenia mózgu letargicznego czyli nagminnego oraz jego następnych zespołów klinicznych. Odbitka z Polskiej Gazety Lekarskiej Nr. 32. 1923.

O D A M I N I S T R A C J I.

W kwartale III r. b. warunki prenumeraty tymczasowo nie ulegną zmianie, mianowicie:

w Warszawie	złp. 9
na prowincji.	„ 10
za granicą	„ 12

W celu ustalenia nakładu prosimy o wczesne zamawianie pisma i wpłacanie należności na nasze konto czekowe w P. K. O. № 8696.

W sprawach, dotyczących prenumeraty, wysyłki pisma, zmiany adresu, odbitek, ogłoszeń i t. p. prosimy o zwracanie się do Administracji, Szpitalna 10 m. 10. Telef. 193-95.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓŁCZESNA” w Warszawie. Szpitalna 10, tel.193-95.