

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 11

WARSZAWA, 3 MAJA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z I-go Oddziału Szpitala Wolskiego.  
(Ordynator A. LANDAU).

#### O klinicznym stosowaniu bronchografii.

Podali

A. LANDAU, B. JOCHWEDS i R. PEKIELIS

(Warszawa).

(Dokończenie).

#### II. Opis poszczególnych przypadków.

Przypadek I. Chory R. Sz., l. 40, zachorował we wrześniu 1926 r.; zaczął kasłać, oddawał sporo płwociny,  $t^0 = 37,0 - 38,0^0$ ; od tego czasu co kilka tygodni „przeziębiał się”, gorączkował i kasłał przez kilka dni. W czerwcu r. 1927 zaczął więcej kasłać, płwociny oddawał więcej — przeszło kufel na dobę,  $t^0$  sięgała do  $38,0^0$ , występowały obfite poty. W tym okresie choroby płwocina zaczęła po raz pierwszy cuchnąć. W sierpniu 1927 r. otrzymał 3 zastrzyknięcia neosalwaršanu (0,15 — 0,3 — 0,3 w odstępach 4-dniowych), po ostatnim zastrzyknięciu  $t^0 = 39,5^0 - 40,0^0$  w ciągu 4 dni. W ciągu pierwszego roku choroby stracił ok. 15 kg. na wadze.

Stan obecny (10.VIII.27.): odżywianie dobre, twarz bladawa z nieznacznym odcieniem sinawym. Palce rąk i nóg bez zmian. Płuco lewe: bez zmian. Płuco prawe: tępość zupełna, sięgająca od kąta łopatki od tyłu, od VI ż. na I, pachowej i od V ż. od przodu — ku dołowi; w miejscu stłumienia oddech prawie niesłyszalny (śląd oddechu pęcherzykowego), drżenie i przewodnictwo głosowe zniesione. Serce: wymiary prawidłowe, tony czyste. Wątroba i śledziona niemacalne. — Płwocina — ok. 1 — 1½ kufła na dobę, opadająca, czterowarstwowa, surowicza — ropna, z pianą ze sporą ilością detrytu ropnego na dnie naczyń, cuchnąca; włókien elastycznych, ani laseczników Kocha nie zawiera. Mocz: białka ślad. Urgen, +; Osad: 0. Krew: WR.; — cz. c. 4.000.000 Hb., = 80%<sub>0</sub>, b. c., — 15.000, w tem obojętność 60%<sub>0</sub>, limfocytów 31%<sub>0</sub>, monoc. i przejść. 7%<sub>0</sub>, kwasochłonnych 2%<sub>0</sub>.

Rentgenogram klatki piersiowej wykazał po stronie prawej obecność trójkątnego cienia, ściśle przylegającego do cienia serca (*pleuritis mediastinalis*).

Wielokrotne nakłucia opłucny prawej nie wykazały obecności płynu.

Przebieg choroby; przez sierpień i wrzesień chory przebywał w Otwocku; samopoczucie było lepsze, kaszał mniej; płwocina — ok. 1 kufła na dobę, cuchnąca, ropna  $t^0 = 36,0 - 37,0$ , poty b. skąpe. 20.IX. Chory wrócił na oddział. Stan płuc — jak dn. 10.VIII. Dn. 21.IX. wstrzyknięto, za pomocą strzykawki krtaniowej, 25 cm. sześć 40%<sub>0</sub> jodipiny. Na zdjęciu (Fig. 4) widać jedynie rozgałęzienia I rzędu; dalsze odcinki nie zdołały się wypełnić. Mieliśmy więc rezultat niepewny, gdyż nie mogliśmy stwierdzić z całą stanowczością, czy niewypełnienie się oskrzeli zależało od marskości płuca, czy też od zatkania oskrzeli przez gęstą i obfitą wydzielinę lub przez nacieczenie błony śluzowej. W ciągu kilku dni po zabiegu chory kaszał b. dużo, płwociny oddawał więcej, niż zwykle — do 2 kufli na dobę. Przy badaniu chorego (dn. 23.IX) udało się raz jeden wysłuchać tuż poniżej kąta prawej łopatki oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym, dźwięczne rżenia i przelewania; pozatem jednak oddech był zupełnie niesłyszalny, stępienie opukowe nie ulegało zmianom.

W październiku i listopadzie chory nie gorączkował, czuł się nieźle, na wadze nie tracił. Kaszał niezbyt dużo, płwociny oddawał ok. 1 kufła na dobę, jednak od czasu do czasu wystarczyło mu „otworzyć usta”, aby „płwocina zaczęła się łać całymi kufłami”. W tym okresie płwocina przestała cuchnąć; włókien elastycznych i laseczników Kocha nie było.

W grudniu chory czuł się gorzej, zaczął znowu gorączkować (do  $37,5^0$ ); dn. 15.XII zgłosił się na oddział poraz trzeci.

16.XII. Płuco prawe: tępość u podstawy płuca i na I, pachowej trwa bez zmiany, drżenie głosowe słabo macalne; w obrębie stłumienia *bron-hophonia*; oddech głośny, oskrzelowy, z wyraźnym odcieniem jamistym, oraz liczne dźwięczne różnokaliłbrowe rżenia i przelewania; niekiedy jednak obraz wysłuchowy zmienia się całkowicie, a mianowicie: oddech bywa zupełnie niesłyszalny, drżenie i przewodnictwo głosowe zniesione. Szczególną rzeczą jest, że chory czuje, kiedy oskrzela są drożne i zawsze może z góry powiedzieć, czy oddech jest słyszalny, czy też nie.

Płuco lewe: Odgłos jawny na całej przestrzeni płuca, oddech: wdech pęcherzykowy, wydech oskrzelowo-amforyczny z dźwięcznymi rżeniami; w okresach, kiedy po stronie prawej

nie słycać oddechu, po stronie lewej słycać czysty oddech pęcherzykowy, co dowodzi, że powyższe zmiany w oddechu są przeniesione ze strony prawej. 17.XII, wstrzyknięto 20 cm. sześć. jodipiny; podczas zabiegu chory kaszał, krztusił się i dużo odpławał. Zdjęcie wykazało wypełnienie oskrzeli tylko I i II rzędu. Wobec tego po 3 dniach t. j. dn. 20.XII, zastrzyknięto jodipinę po raz drugi (25 cm. sześć.); tym razem jednak chory w ciągu dwóch dni, poprzedzających zabieg, otrzymywał środki wykrztusne (Sol. Na. benz. + *Chlocoli* + *Liq. Ammon. anis.* aa 5,0; 200; 3 łyżki dziennie); na pół godziny przed zabiegiem choremu zastrzyknięto 0,01 morfiny + 0,001 atropiny podskórnice. Podczas zabiegu chory zachowywał się b. spokojnie; zdjęcie (Fig. 5) wykazało obecność w dolnym płacie prawego płuca, workowatych rozstrzeni oskrzelowych, otwierających się do oskrzeli szerokimi otworami. Jamy rozstrzeniowe nie dają na zdjęciu tem jednolitych plam, lecz duże skupienia punkcikowatych zaciemnień; jodipina tworzy tu bowiem zawiesinę z płwociną, przyczem ta ostatnia daje punkty. jaśniejsze.

Leczenie: przez cały prawie czas obserwacji chory podlegał leczeniu klimatycznemu (Otwock. Szczawnica); w sierpniu 1927 stosowano zastrzykiwania neosalwarsanu, po których jednak wystąpiła wysoka gorączka (do 40,0°) i pogorszenie stanu ogólnego. Ten brak poprawy po salwarsanie jest charakterystyczny dla spraw ropno - zgorzelinowych, gdyż sprawy czysto zgorzelinowe zazwyczaj dają lepsze wyniki od stosowania neosalwarsanu.

We wrześniu i październiku chory przebył kurację emetynową (20 zastrzyknięć emetyny po 0,06; po 10 zastrzykiwaniach 20 dni przerwy). — Poza tem chory otrzymywał przez cały czas *Ol. Eucalypti* naprzemian z 1/2% kwasem karbolowym. — Z naszych spostrzeżeń wynika, iż zadawnione sprawy zgorzelinowe lub zgorzelinowo - ropne, umiejscowione u podstawy płuca (zgorzel dolno-płatowa), prowadzą do wytworzenia się rozległych i grubych zrostów opłucnowych, które uniemożliwiają założenie odmy sztucznej, a ponawiane i w rezultacie bezskuteczne próby jej założenia w podobnych przypadkach prowadzą często do zakażenia opłucny ropnego lub zgorzelinowego. Z uwagi na to w grudniu 1927 r. po ostatecznym wyjaśnieniu i umiejscowieniu cierpienia, co w pierwszej mierze zawdzięczamy metodzie kontrastowej, zaproponowaliśmy choremu zabieg operacyjny, mianowicie torakoplastykę. Dalszy los chorego jest nam narazie nieznanym.

W przypadku powyższym mieliśmy więc do czynienia z ropną sprawą dolnego płata prawego płuca, przebiegającą w ciągu pierwszego półrocza okresowo, z przerwami, zaś od kwietnia 1927 r. dającą stały stan podgorączkowy z obfitą ilością ropno-zgorzelinowej płwociny. Podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu (sierpień 1927 r.) rozpoznanie było niezmiernie utrudnione ze względu na zupełne zniesienie oddechu i drżenia w miejscu stłumienia. Wyłączyliśmy jednak zarówno otorbiony ropień opłucnowy, jak i zamknięty ropień płucny z odczynową marskością płucno-opłucnową oraz ogniska ropne, jako zejście odoskrzelowego ropnego zapalenia płuc (p. Przyp. 4) z powodu dobrego stanu ogólnego, wolnego tętna oraz braku leukocytozy. Zatrzymaliśmy się na rozstrzeni oskrzeli z ich zatłaniem, jako na rozpoznaniu najbardziej prawdopodobnym.

Jak zaznaczyliśmy powyżej, w tym pierwszym okresie choroby nawet metoda kontrastowa nie pozwoliła ostatecznie ustalić rozpoznania. Należy jednak stwierdzić, że w kilka dni po pierwszej bronchografii wysłuchaliśmy po raz pierwszy oddech oskrzelowo - jamisty z licznymi rżęciami

dźwięcznymi, ilość płwociny wzmożła się dwukrotnie do 2 kufla na dobę, zaś w kilka dni później płwocina przestała cuchnąć, pomimo swego stale ropnego wyglądu. Wstrzyknięcie jodipiny spowodowało więc na drodze wzmoczonego wykształcania odetkanie oskrzeli. Przeistoczenie zgorzelinowe było tu zjawiskiem wtórnym, przejściowym i zależało jedynie od zacopowania i niedrożności oskrzeli dolnego płata prawego płuca (Erbrich<sup>12</sup>).

Podczas następnego pobytu w szpitalu udało się nam wypełnić należycie oskrzela; tym razem metoda kontrastowa (Fig. 5.) była wielce pomocna w rozpoznaniu, gdy natomiast zwykła rentgenografia wykazała tylko obecność niewielkiego cienia po stronie prawej, przylegającego do sylwetki serca; mogliśmy się tylko domyślić istnienia rozstrzeni na zasadzie analogicznych przypadków R i s t a.<sup>9</sup>)

Przypadek II. Chory A. M., l. 47, był operowany w 1924 r. z powodu ropnego zapalenia lewej opłucny; po operacji czuł się przez 2 lata zupełnie dobrze. Na jesieni 1926 r. dostał nagle gwałtownych dreszczy, t° = 40,0°, kaszał dużo, odpławał do 2 kufla cuchnącej, ropnej płwociny na dobę. Po dwóch tygodniach gorączka ustąpiła, od tego czasu kaszle b. mało, płwocina skąpa — ok. 1/8 — 1/4 kufla na dobę, nie cuchnie. — Od lipca 1927 r. kaszle znowu więcej, odpława również więcej — do 2 kufla cuchnącej płwociny na dobę; nie gorączkuje, nie pości się, na wadze nie traci.

18.VIII.27. Stan obecny; Odżywianie dobre. Zabawienie twarzy i błon śluzowych prawidłowe. Palce rąk i nóg — lekko kolbkowate. Płuco prawe: Odgłos jawny, oddech pęcherzykowy; u podstawy płuca skąpe rżęzenia drobnobańkowe: Płuco lewe: w okolicy IX mż. blizna pooperacyjna, biegnąca równolegle do żebra; blizna ta stanowi jedno ramię kąta ostrego, którego drugie ramię tworzy kręgosłup; w wierzchołku kąta drżenie jest wzmoczone, oddech szorstki, liczne drobnobańkowe rżęzenia, zlewające się mało dźwięczne; u podstawy kąta drżenie i oddech znacznie osłabione, rżęzenia b. skąpe; na całej przestrzeni pomiędzy blizną a kręgosłupem odgłos opukowy całkowicie stłumiony; skóra na tej przestrzeni ma bardziej spoiłą konsystencję, niż po stronie przeciwnej. Na l. pachowej dolna granica na VI ż. nieruchoma; oddech i drżenie w V mż. osłabione.

Tony serca czyste.

Płwocina: cuchnąca, trzywarstwowa, opadająca, 1/2 — 1 kufla, pod koniec pobytu w szpitalu (24.II.) — 1/8 kufla na dobę. Koch: —. Wł. elastyczne: 0.

Mocz: b. —, ur—gen: + +, Osad: 0.—WR, we krwi:—.

Zdjęcie klatki piersiowej: jednolite zaciemnienie kąta żebrowo-przeponowego lewego.

10.IX. Zdjęcie jodipinowe lewego płuca (Fig. 6): rozstrzenie workowate dolnego płata.

Chory zniósł zabieg (15 cm.<sup>3</sup> jodipiny) zupełnie dobrze. W ciągu dwóch dni po zabiegu mniej kaszał.

Zdjęcie jodipinowe prawego płuca (Fig. Nr. 1) wykazuje zupełny brak zmian chorobowych.

Jest to t. zw. „zdjęcie napewno negatywne“, gdyż widoczne są na niem najdrobniejsze rozgałęzienia wszystkich oskrzeli nastrzykniętego płata.

W przypadku tym należało stwierdzić, czy ropna płwocina sączy się z uchyłka opłucnowego przez miąższ płucny, ewent. przez oskrzela małego kalibru, czy też jest ona pochodzenia wewnątrz-płucnego. Zdjęcie zwykle nie dawało nam absolutnie żadnych wskazówek w tym kierunku, gdyż

Rysunki do artykułów w N<sup>o</sup> 10 i 11:

O klinicznym stosowaniu bronchografji.

i

Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli.

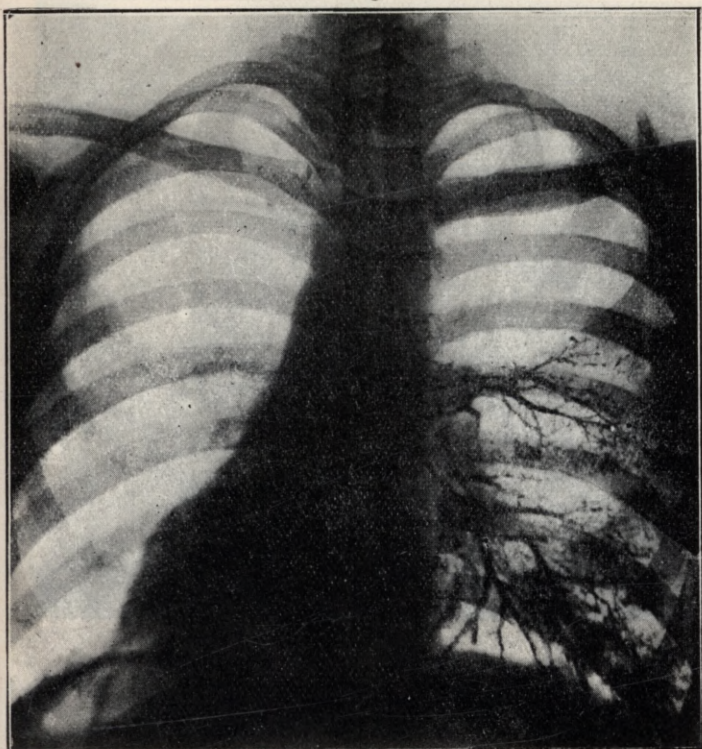


Fig. 1.

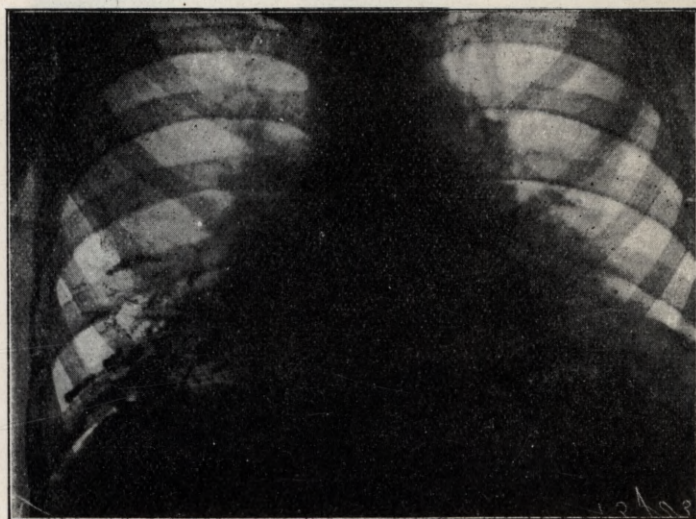


Fig. 3.

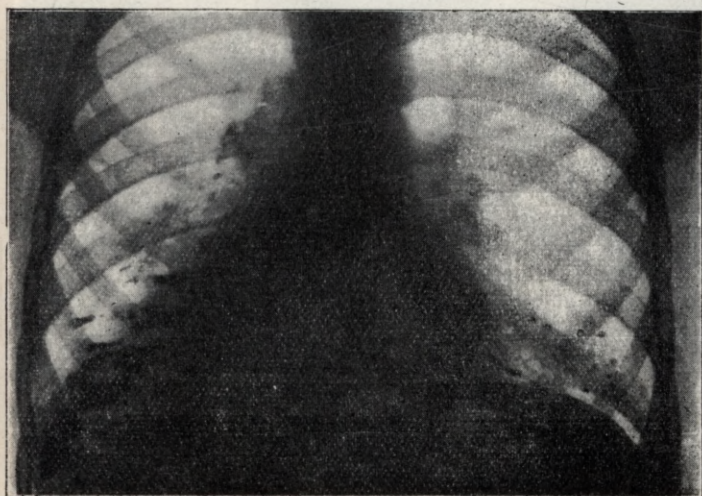


Fig. 2.

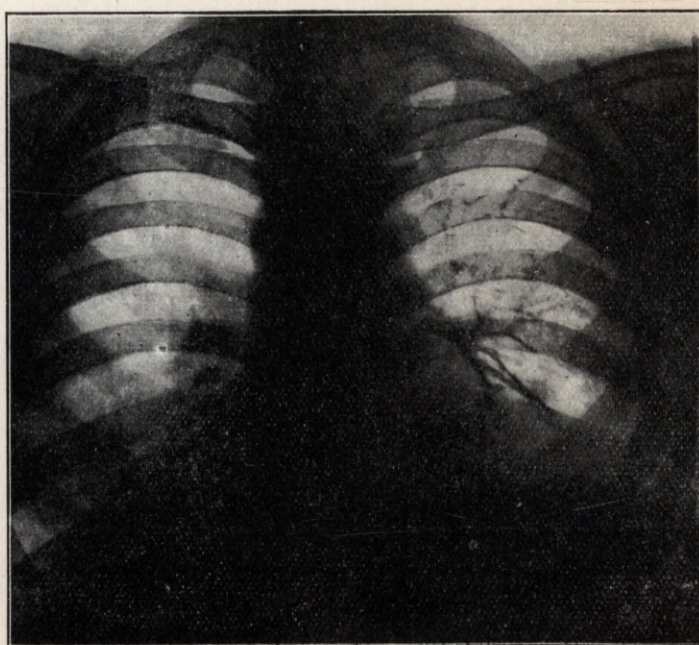


Fig. 4.

Rysunki do artykułów w №№ 10 i 11:

O klinicznym stosowaniu bronchografji.

i

Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli.

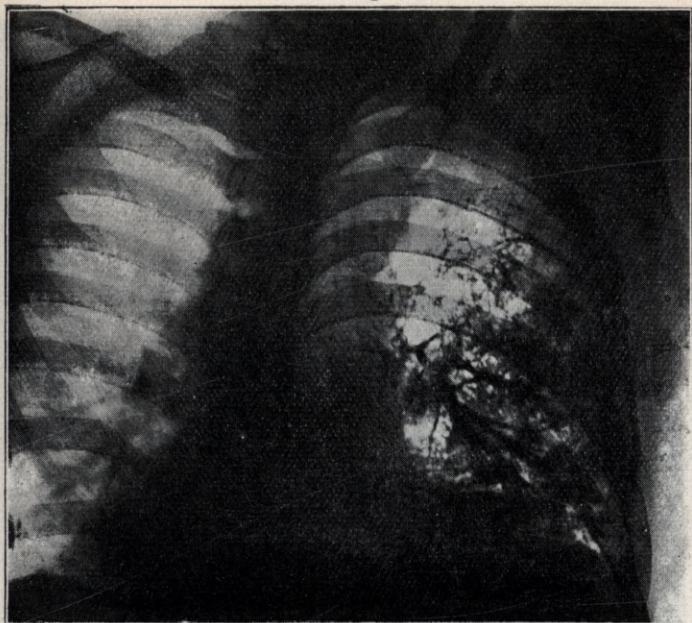


Fig. 5.

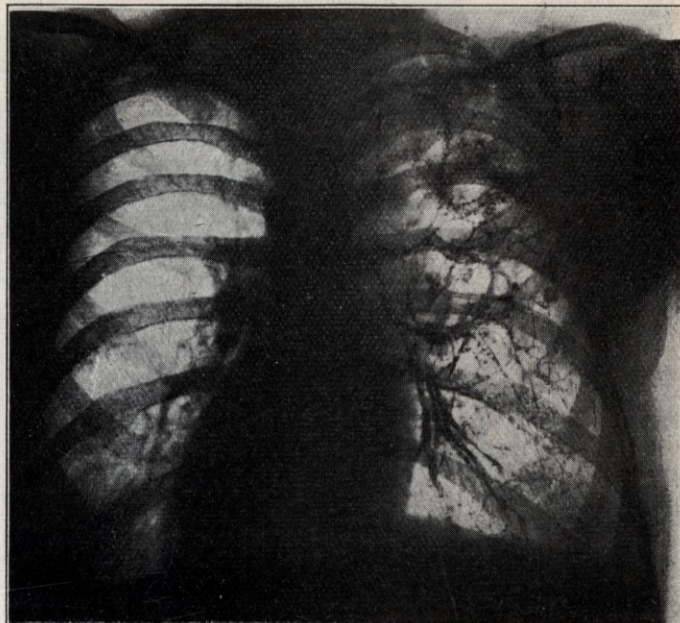


Fig. 7.

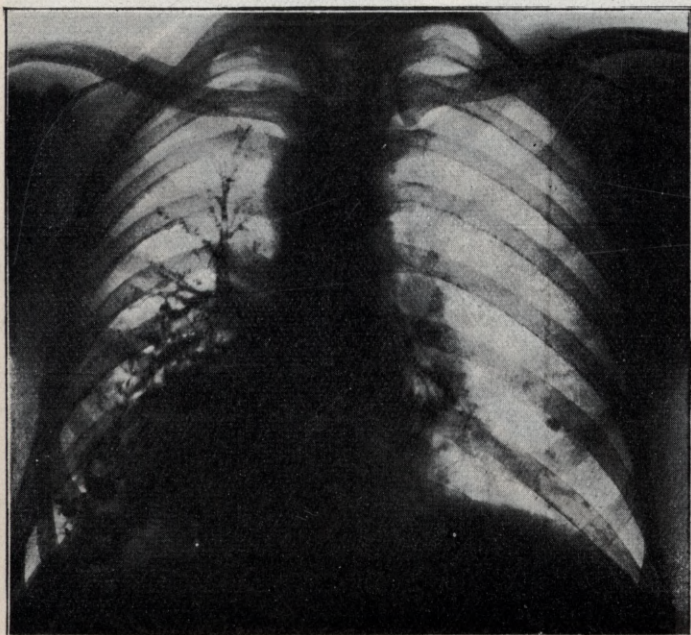


Fig. 6.

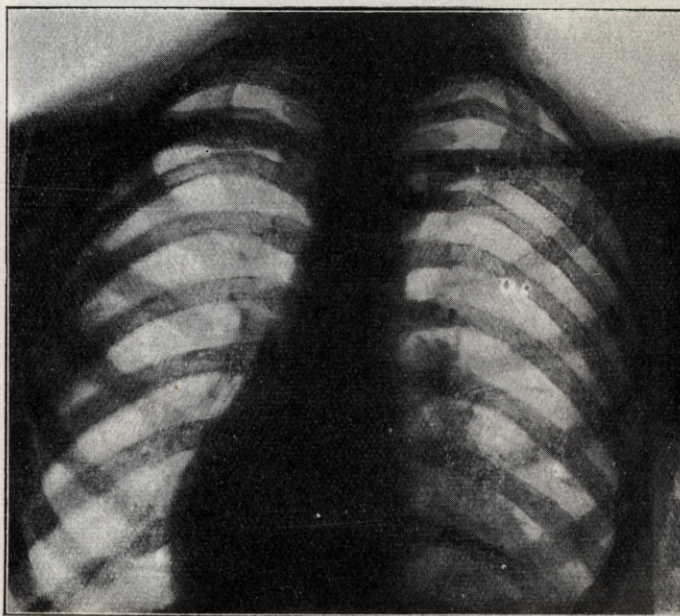


Fig. 8.

Rysunki do artykułów w №№ 10 i 11:

O klinicznym stosowaniu bronchografji.

i

Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli.

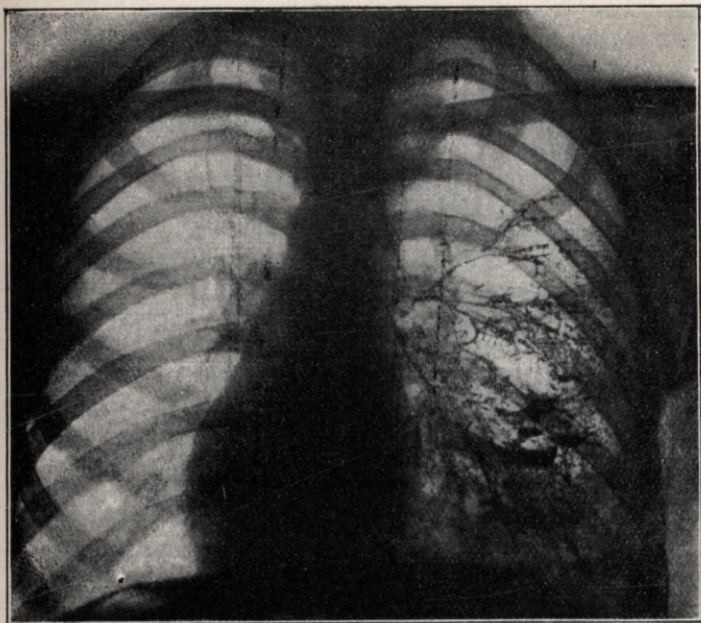


Fig. 9.

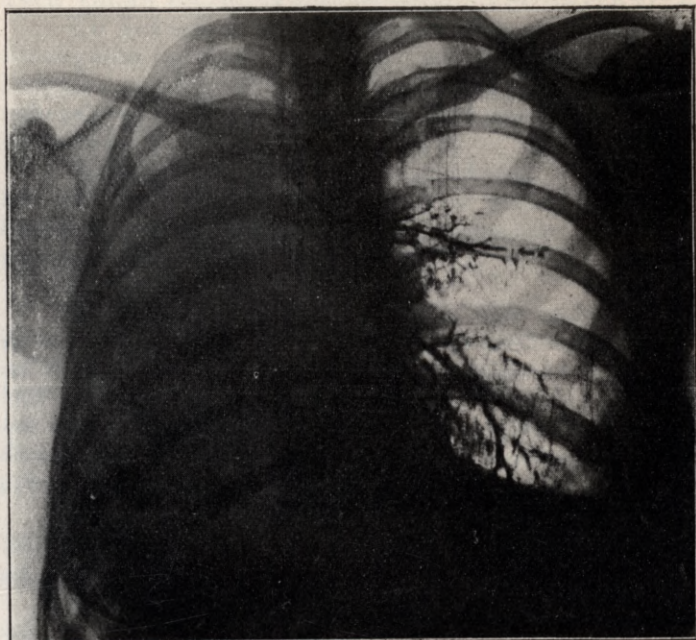


Fig. 11.

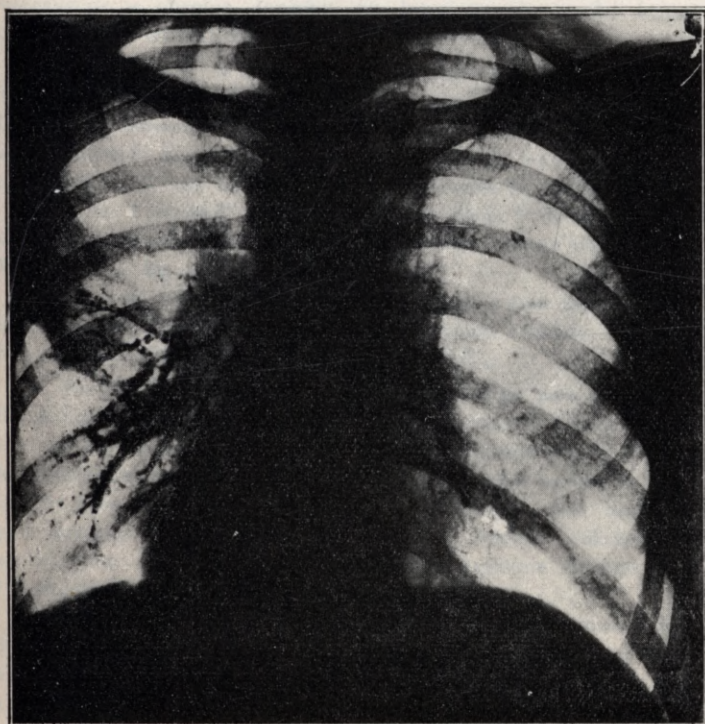


Fig. 10.

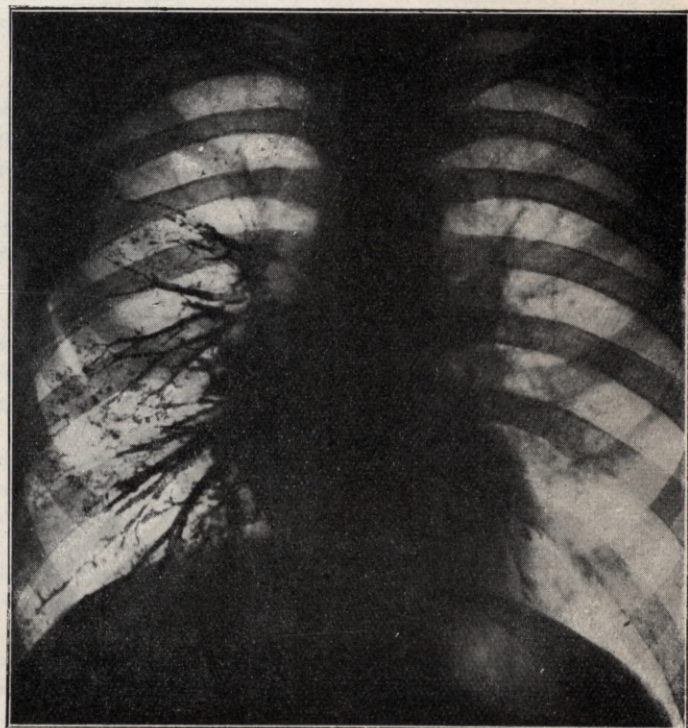


Fig. 12.

jednolite zaciemnienie zgrubiałej opłucny oraz zwłókniałego płuca zacięrało wszelkie szczegóły. Dopiero zdjęcie kontrastowe wykazało obecność rozstrzeni oskrzelowych w dolno zewnętrznym odcinku dolnego lewego płata.

Mechanizm powstawania rozstrzeni oskrzeli w przypadku omawianym jest prawdopodobnie tego rodzaju, iż odcinek lewego płuca, zmieniony przez przebyte w r. 1924 ropne zapalenie opłucny (*pleuropneumofibrosis*), uległ w r. 1926 ponownemu odoskrzelowemu zapaleniu z t. zw. ostrym wytworzeniem się rozstrzeni oskrzelowych.

Przypadek III. Chora M. C., 1.35, odbyła dn. 22. IX, 1927 r. normalny poród (8-my); na 4 dni przed porodem wystąpiły: silne kłucie w pr. boku, męczący kaszel z dużą ilością ropnej płwociny bez zapachu; dreszcze,  $t^0$  do  $39,0^0$ .

Badanie przedmiotowe (4. X.) stwierdziło pod prawym obojczykiem (w I i II mż.) przytłumienie, oddech oskrzelowy, liczne dźwięczne zlewające się rzężenia drobno — i średniobańkowe; na pozostałej przestrzeni płuc — rozlane liczne świsty i furczenia, u podstaw obu płuc — sporo rżżeń wilgotnych bezdźwięcznych; granice płuc — na XII ż.

Serce — przykryte przez płuca; tony głuchawe. — Tętno 120. Oddechów 50 na l'.

Mocz: b. ślad, ur — gen + +, osad: 0.

Płwocina: trzywarstwowa, ropno - surowiczow - śluzowa, cuchnie; ok.  $\frac{3}{4}$  kufla na dobę; wł. elastyczne: —

Koch: 0.

Krew: b. c. 20.000; wzór: obojętnochłonne  $92\%$ , jednojądrz.  $8\%$ .

Roentgen: po stronie prawej prawie na całej przestrzeni zaciemnienie, miejscami zlewające się silniej, najbardziej intensywnie w obrębie łopatki; po lewej stronie trochę smug pasmowatych wzdłuż kręgosłupa.

Przebieg choroby; W ciągu pierwszych trzech tygodni pobytu w szpitalu stan chorej pozostawał bez zmiany. Dopiero w ostatnich dniach października ciepłota zaczęła stopniowo opadać do normy, jednak tętno wciąż jeszcze przekraczało 100—110, zaś liczba oddechów wynosiła 32—40 na minutę.

5. XI.  $T = 36,2^0$ . Tętno = 84.  $R = 24$  na l'. Kaszle mniej, odpłuwa minimalne ilości ropnej płwociny. Czuje się dobrze. Waga: + 1,7 kg.

Płuca: od przodu po stronie prawej — stan jak dn. 4. X.; na pozostałej przestrzeni tylko liczne furczenia i świsty. Krew: b. c. 8.200; wzór: oboj.  $68\%$ , jednojądrz.  $32\%$ .

10. XII. Roentgen: w obrębie prawego pola płucnego liczne krzyżujące się rozsiane plamki i pasma. — Chora wypisuje się ze szpitala bez dolegliwości podmiotowych, w stanie bezgorączkowym; kaszle i odpłuwa b. mało; stan ogólny b. dobry. — Stan w płucach utrzymuje się natomiast bez zmiany: pod prawym obojczykiem przytłumienie, oddech oskrzelowy z odcieniem jamistym, liczne dźwięczne rzężenia drobno — i średniobańkowe trwają jak poprzednio.

Zdjęcia kontrastowe, dokonane dwukrotnie: dn. 30. XI. i 9. XII., t. j. dopiero po spadku ciepłoty, wykazywały za każdym razem obecność jamy rozstrzeniowej, łączącej się z oskrzelem, w obrębie górnego prawego płata (Fig. 7).

W tym przypadku mieliśmy do czynienia z niezbyt rzadkiem w okresie połogowym ropnym zapaleniem płuc odoskrzelowem (*bronchopneumonia abscedens*), — powstającym najczęściej na tle grypowym. Cierpienie to daje dość częste powikłania w postaci bądź to przeistoczenia zgorzelinowego wysięku (*bronchopneumonia gangraenescens*), bądź to wytworzenia się większych ropni mięszkowych,

ewent. t. zw. „ropni rzekomych“, t. j. jam rozstrzeniowych, wypełnionych ropną płwociną, powstających na skutek zmian zapalnych i rozmiękczeniowych w ścianach oskrzeli, oraz szybko postępujących zmian łączno-tkankowo-śródmiąższowych<sup>15)</sup>16).

Co jednak w naszym przypadku zasługuje na szczególne podkreślenie, to mianowicie nadzwyczajnie szybkie („ostre“) tworzenie się rozstrzeni oskrzelowych, t. zw. „acute Bronchiectasiebildung“ niemieckich autorów<sup>14)</sup> (Brauer).

Analogiczny przypadek szybkiego wytworzenia się rozstrzeni oskrzelowych w przeciągu kilku tygodni w przebiegu „*bronchopneumonia abscedens gripposa*“ opisaliśmy w sierpniu 1927 r.<sup>13)</sup>.

Przypadek IV. Chłopiec K. J., 1.18, zachorował na jesieni 1926 r.; kaszał, odpłukał mało, był osłabiony, dolegało mu kłucie w boku prawym; gorączki nie mierzył, w kwietniu 1927 r. przez 2 tygodnie gorączkował do  $39,0^0$ , kaszał i odpłukał więcej. Od listopada 1927 r. stale gorączkuje do  $38,0^0$ , duszność, kaszel, osłabienie i kłucie w boku wzmogły się; obfite poty; schudł znacznie.

Stan obecny (9. XII. 27):  $T = 37,0 - 39,0^0$ . Tętno 104.  $R = 28$  na l'. — Prawa połowa klatki piersiowej zapadnięta, porusza się przy oddychaniu gorzej, niż lewa.

Płuco prawe: u podstawy płuca stłumienie, zniesienie drżenia, oddech pęcherzykowy znacznie osłabiony, jednak słyszalny aż do samego dołu; niekiedy natomiast poniżej kąta łopatki daje się uchwycić cichy oskrzelowy oddech, czasem z odcieniem jamistym, jednocześnie przy wysłuchiwaniu głosu stwierdza się wówczas *bronchophonia*; rzężenia wilgotne, w okresach osłabionego oddechu skąpe i drobne — w okresach oddechu oskrzelowego przybierają charakter średniobańkowy i stają się liczniejsze.

W pozostałych narządach zmian nie stwierdza się.

Płwocina: ok.  $\frac{1}{3}$  kufla na dobę, o zapachu mdławym, trójwarstwowa; warstwy: ropna, śluzowa, surowicza, detryt — niezbyt obfity. Koch: — Wł. elastyczne: pojedyncze siatki na preparacie.

Krew b. c. 20.000; obojętnochłonne  $80\%$ , jednojądrz.  $20\%$ ; posiew ze krwi: wyhodowano gronkowce hemolizujące (*staphylococcus haemolyticus*). W.R. —

Roentgen: prześwietlenie klatki piersiowej: (24. XII): wnęka prawa znacznie powiększona, otoczona smugowatymi cieniami. Od wnęki w dół i nad prawą przeponą widoczne są duże plamiste ogniska. Przepona w swej zewnętrznej części nie obniża się przy wdechu (zrost).

Zdjęcie klatki piersiowej (Fig. 8): prawy kąt przeponowo-żebrowy zaciemniony; nazewnątrz od powiększonej prawej wnęki widoczne są smugowate cienie (zmiany okołoskrzelowe?); ku dołowi od wnęki nad prawą przeponą widoczne są plamiste cienie o nieostrych zarysach, wśród których widać kilka rozjaśnień wielkości każde orzecha laskowego, nasuwających podejrzenie jamek.

Zdjęcia kontrastowe (Fig. 9): po wstrzyknięciu do tchawicy  $25 \text{ cm.}^3$  jodipiny wypełniły się oskrzela środkowe; i dolnej części płuca prawego. Na wysokości IV żebra jodipina przedostała się do kilku jamek wielkości od orzecha laskowego do dużego bobu, układając się na ich dnie w postaci miseczek. Na wysokości V żebra — na 1 palec ponad przeponą — jodipina weszła do większej jamy o nieprawidłowych zarysach. Komunikacji z oskrzelami, ani też rozszerzenia oskrzeli w okolicy jam nie stwierdzono. Obraz rentgenologiczny przemawia za obecnością ropni płucnych (p. punkt 2 wskazań do bronchografji). Nakłucia opłucnowe, dokonywane wielokrotnie w rozmaitych punktach stłumienia, nie wykazały obecności płynu. Zawiodły również próby założenia odmy sztucznej, gdyż przy

szeregu nakłuć, dokonanych w górnych odcinkach płuc, nie otrzymano zupełnie wahań oddechowych manometru, przy innych — otrzymano dodatnie ciśnienie (+4 +10).

Jeden raz tylko (31.I.28) udało się wpuścić do opłucny 200 cm.<sup>3</sup> powietrza — w II mż. na l. przymostkowej, nie przekraczając ciśnienia: 0. Następnego dnia chory czuł się znacznie lepiej, ciepłota spadała do normy, kaszel zmniejszył się nieco. Już po dwóch dniach jednak podniesiona ciepłota (38,0°), i inne dolegliwości powróciły. Powtórne nakłucie, dokonane w tem samym miejscu, co poprzednio, wykazało ciśnienie -8, -4, zaś po wpuszczeniu 20 cm.<sup>3</sup> powietrza, ciśnienie stało się dodatnie (+6 +12), przyczem chory uskarżał się na silny ból i uczucie ucisku w okolicy nakłucia.

Wobec stale trwającej gorączki i braku poprawy, w lutym 1928 r. dokonano torakoplastyki dolnej (VIII — XII), potem nastąpiła poprawa.

Przypadek V. Chory B. J., l. 53, od szeregu lat często się przeziębiał, kaszle, odpluwa dużo; od 3 lat kaszle bez przerwy, nie gorączkuje. Stan obecny (26.VIII.1927): sinica twarzy; palce kolbkowate.

U podstawy obu płuc odgłos jawny, oddech pęcherzykowy osłabiony, liczne dźwięczne rżnięcia drobnobańkowe po stronie lewej, skąpsze po prawej. Tętno serca czyste.

Plwocina: 1/2 kufła na dobę, dwuwarstwowa, ropno-surowiczo-śluzowa, o zapachu mdławym; Koch: 0; wł. elastyczne: 0; Roentgen: cienie wnękowe z obu stron znacznie poszerzone. Na zdjęciu kontrastowym (Fig. 10) (15 cm.<sup>3</sup> 40% jodipiny) wszystkie rozgałęzienia oskrzeli uwidocznione są dość dobrze, natomiast na przebiegu oskrzeli widać wyraźnie wyjaśnienia wodniczkwate i punkcikowate zaciemnienia; obraz taki powstaje skutkiem tego, że wprowadzona masa kontrastowa nie łączy się ściśle z plwociną, lecz wyciska ją, ewent. tworzy z nią zawiesinę, szczeg., gdy ilość jej jest znaczna, jak to miało miejsce w naszym przypadku. Rozstrzeni oskrzelowych zdjęcie nie wykazało. Przypadek ten przytoczyliśmy, jako pendant do poprzednio opisanych, albowiem obraz i przebieg kliniczny przypadku nasuwały podejrzenie istnienia rozstrzeni oskrzelowych,

a zaś metoda kontrastowa stwierdziła jedynie obecność przewlekłego nieżyty oskrzeli.

Przypadek VI (Fig. 12). Rozstrzeń workowata w IV m. z. przy mostku i kilka rozstrzeni cylindrycznych w dolnym płacie — po stronie prawej; sprawa trwa od wczesnego dzieciństwa.

## PIŚMIENICTWO.

- 1) Sicard et Forestier, Presse med 2.VI.23. P. 493.
- 2) Forestier et Leroux, Journ. de radiol. et d'électrol. 1923:
- 3) Dawid H. Ballon u. Harry C. Ballon. Wert d. Lipiodols als Hilfsmittel... Monatschrift f. Ohrenheilkunde u. Lar. 61 Jg. 11 H. (1927) s. 1197. 4) Cytowane w/g Landau W. Die intratracheale Verwendung von Jodipin. Klin. W. Jg. 4 s. 1861—1925. 5) O. Wiese. Bronchiectasien im Kindesalter. 1927.
- 6) Lorey, Die Diagnost. Bedeutung d. Bronchographie Aerztl Rundschau Nr. 7 — 1927. 7) Singer J. J. Archives of Surgery Jan. 1927. Vol. 14. Part. 2. 8) Sergent et Cottenot. Ce que la clinique peut demander aux inj. intratrach. Presse medic. 33. Nr. 31, P. 500. 1925. 9) E. Rist, P. Jacob et P. Trocmé, Pleurésie médiastine et bronchiectasie. Etude clinique et radiologique. Annales de Médecine Tome XXI. Février 1927. 10) Dawid H. Ballon u. H. C. Ballon. Monatschrift f. Ohrenheilk. u. Lar. Rhinologie. 61 Jg., 12 H. (1927), s. 1256. 11) Klingenstein. Gezielte Aufnahme in d. röntgenolog. Lungendiagnostik. Klin. Woch. Nr. 52. 1927. 12) Erbrich. Patog. i ter organ. zgorzeli płuc. Przegląd laryngootjaryczny. Nr. 1. 1924
- 13) Landau A. i Jochweds B. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc. W. Cz. L. Nr. 8. 1927 r. 14) Brauer. Pathol. u. Ther. d. Bronchiectasien. Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. inn. Medizin. 1925 (Kongress XXXVII zu Wiesbaden). 15) Dyskusja nad referatem Brauera. l. c. str. 140. (Przemówienie Dietricha).
- 16) Brauers Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1927. Bel. 67. H — 1 — 3, s. 169 (referat Bacmeistera na jeździe niemieckich phtisiologów w Salzbrunn).
- 17) Wąsowicz. Przyczynek do patogenyzy ropni płucnych. Gruzlica. Nr. 5. 1927 r. str. 343 — 351.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.  
(Dyrektor: Prof. M. MICHAŁOWICZ).

### Przyczynek do leczenia krzywicy ergosteryną naświetlaną.

Podał

Paweł BAUMRITTER (Warszawa)

„Z chwilą wykrycia własności leczniczych naświetlanej ergosteryny rozpoczyna się nowa era badań nad krzywicą”

Słowa te wypowiedział György, uczony o wielkich zasługach na polu badań nad patogeną krzywicy, w dyskusji na jeździe niemieckich pedjatrów w Budapeszcie we wrześniu r. ub.

Droga, którą kroczyła myśl ludzka, była dość żmudna i zawila. Oddawna wiadomem już było, że najważniejszym w leczeniu krzywicy było podawanie świeżych jarzyn oraz soków, tranu z dodatkiem fosforu oraz wystawianie dziecka na działanie promieni słonecznych. Nieznany jednak był bezpośredni czynnik przeciwkrzywicy.

W roku 1913 Funk wypowiedział pogląd, iż krzywica jest awitaminozą, i brak witaminy A jest przyczyną występowania cierpienia. Późniejsze badania przypuszczenia tego nie potwierdziły. Szereg badaczy starał się wyodrębnić czynnik przeciwkrzywicy z tranu. Ponieważ przy zmydleniu tranu część, nie ulegająca zmydleniu, zachowuje własności lecznicze, przeto uwagę zwrócono na cholesterynę, która stanowi główną część tej frakcji tranowej. Jednakże okazało się, iż cholesteryna własności leczniczych nie posiada.

Wielkiem odkryciem w dziedzinie badań nad patogeną krzywicy było stwierdzenie cudownych własności leczniczych, jakie posiadają promienie pozafioletkowe. Wystawiając zwierzęta doświadczalne, względnie dzieci chore na krzywicę na działanie promieni lampy kwarcowej, otrzymujemy szybkie i całkowite wyleczenie. Dzięki faktowi temu przypuszczenie, iż ustroj zwierzęcy zdolny jest do samodzielnego wytwarzania czynnika przeciwkrzywicy stało się bardziej prawdopodobne.

Drugim niemniej wielkiem odkryciem było stwierdzenie, iż zwykłe pożywienie, nawet takie, jakie podajemy zwierzętom doświadczalnym w celu

wywołania krzywicy, po naświetlaniu krótkotrwałem promieniami lampy kwarcowej nabiera własności leczniczych.

Blіszsze badania wykazały, iż własności leczniczych nabiera dzięki naświetlaniu mleko, szereg olei roślinnych, skóra szczurza oraz ludzka i t. d.

Na podstawie powyższych faktów starano się wykryć, jakie ciało chemiczne, zawarte w wymienionych pokarmach, posiada własność nabierania cech leczniczych pod wpływem naświetlania lampą kwarcową. I tym razem ze względu na dużą zawartość cholesteryny w mleku, olejach, żółtku zaczęto badać jej własności po naświetlaniu promieniami pozafioletkowemi. Okazało się, iż pod wpływem promieni lampy kwarcowej cholesteryna nabiera cech leczniczych.

Zastanawiający był jednak fakt, iż dzienna dawka lecznicza naświetlanej cholesteryny, wynosząca 2 — 2½ gr., znacznie przewyższa niewielkie ilości jej, zawarte w mleku. Wystarcza zupełnie podawanie niemowlęciu 300 — 400 gr. naświetlanego mleka dziennie do wyleczenia w przeciągu około 4 tygodni, podczas gdy ilość 2 — 2½ gr. odpowiada mniej więcej 20 litrom mleka. Okazało się również, iż nie wszystkie cholesteryny różnego pochodzenia nabierają w jednakowej sile własności przeciwrzywicznych.

Szczegółowe badania chemiczne, polegające na badaniu wrażliwości na utlenienie, strącaniu przez digitoninę oraz analizie spektralnej, wykazały, iż czynnik przeciwrzywiczny jest jedynie domieszką do kupnej cholesteryny. Znakomity znawca steryn Windaus pierwszy wyraził przypuszczenie, iż właściwym czynnikiem przeciwrzywicznym jest ergosteryna. Znajduje się ona, jako domieszka, w ilości 1/25 — 1/40 % w cholesterynie, pozatem w szeregu grzybów i drożdżach.

Ergosteryna naświetlana nabiera wpływu leczniczego już w minimalnych dawkach. Windaus, Hess i Rosenheim, Hottinger wykazali, iż dawka 1/1000 mgr. zabezpiecza szczurza przed krzywicą doświadczalną, 1/10 — 1 mgr. lecz krzywicę psów.

Badania Vollmera, Falkenheima, Hottingera i innych wykazały, iż podawanie niemowlęciu 3 — 5 milgr. naświetlanej ergosteryny powoduje w ciągu paru lub kilku tygodni zupełne wyleczenie bez jakichkolwiek szkodliwych działań ubocznych. Nie można tego powiedzieć o wpływie naświetlanej cholesteryny, gdyż, jak stwierdził Vollmer, powoduje ona w dawce leczniczej, ciężkie uszkodzenia szpiku kostnego i dlatego nie może być stosowana w terapii.

Ergosteryna naświetlana najlepiej zachowuje swe własności, rozpuszczona w oliwie lub olejku parafinowym. W sprzedaży znajduje się ergosteryna w oliwie w 1% roztworze.

Badania kliniczne, przeprowadzone przez Hottingera, Vollmera, Falkenheima, György i innych wykazały, iż najlepsze wyniki otrzymuje się, stosując przez kilka tygodni małe dawki. Jednorazowa duża dawka wywiera znacznie słabszy wpływ leczniczy. Szereg obserwacji nad wcześniakami i bliźniętami wykazał znakomity wpływ zapobiegawczy ergosteryny. Dawka profilaktyczna ergosteryny jest jeszcze mniejsza od leczniczej i wynosi 1 mgr. Co się tyczy dawki leczniczej

u niemowląt, to Hottinger sądzi, iż wystarcza 1 mgr. według innych 2 — 3 mgr. Vollmer zaleca 5 miligr. *pro die*.

Sprawdzianem poprawy w krzywicy jest poprawa stanu ogólnego, zwiększenie się ruchliwości dziecka oraz prawidłowe kostnienie jego kości. Najpierw znika *craniotabes*. Zmiany w nasadach kości długich polegają na odkładaniu się wapnia. Jednocześnie, a czasem nieco później w surowicy stwierdza się zwiększenie zawartości fosforu nieorganicznego. Podczas gdy w czynnej krzywicy poziom fosforu jest znacznie niższy od normy 7 mgr. ‰, pod wpływem leczenia poziom jego szybko wraca do normy.

Wszystkie te objawy zdrowienia stwierdza się podczas leczenia tranem z fosforem lub naświetlaniem lampą kwarcową. Zauważono je również podczas stosowania ergosteryny naświetlanej.

Dzięki uprzejmości firmy Merck w Darmstacie otrzymaliśmy 1% roztwór naświetlanej ergosteryny w oliwie, który w handlu znajduje się pod nazwą „Vigantol”. W tej postaci najlepszej ergosteryna nadaje się do stosowania niemowlętom, gdyż kilka kropeł oliwy doskonale daje zmieszać się z mlekiem.

Wartość lecznicza Vigantolu została udowodniona przez szereg klinicystów na licznych materiałach. W żadnym przypadku nie zauważono działania szkodliwego. Raz jeden jedynie Hottinger notuje pogorszenie się objawów dyspeptycznych przy dziennej dawce 20 kropeł oliwy.

Przed przystąpieniem do stosowania Vigantolu w celach leczniczych i do ewentualnego stosowania go w celach eksperymentalnych w innych cierpieniach uważaliśmy za konieczne sprawdzić, czy otrzymany preparat jest czynny.

Donesienie niniejsze dotyczy 2 przypadków krzywicy, leczzonej Vigantolem z pomyslnym wynikiem.

I. K. Tadeusz 4 mies. 3 tyg. Nr. 2763. *Rachitis*. Z bliźniąt, karmiony piersią do 2-ich miesięcy. Potem dokarmiany mlekiem pół na pół z wodą z cukrem w ilości około 250 gr. mieszanki na dobę. Na powietrze nie był wynoszony. Soków nie dostawał. Od 2 tygodni wymioty i rozwolnienie.

W chwili przybycia dn. 8.XI: Ciepłota prawidłowa, Budowa drobna. Waga 4.860. Wzrost 56 cm. Obwód czaszki 41 cm klatki piersiowej 35,5 cm. brzucha 37cm. Odżywianie upośledzone. Skóra blada. Załupieżenie ciemniaczka. Wyprzenia. Wyprysk na twarzy. Kościec: wyraźny *craniotabes*, różaniec, zgrubienie nasad Ciemię duże 3,6 × 3,9 cm. Ze strony narządu oddechowego i krążenia zmian nie stwierdzamy. Powłoki brzuszne wiotkie. Wątroba wystaje na 1½ palca z pod łuku żeberowego. Ch w o s t e k. — L u s t:—.

W 100 cmsz. surowicy 5,85 mgr. fosforu nieorganicznego

Dziecko otrzymało dietę, która sama przez się nie jest lecznicza dla krzywicy. Początkowo mleko białkowe, później mleko z klejem 2/3 z dodatkiem 5% maltonu i 2% laktanu. U mieszczone zostało w możliwie złych warunkach, bo w najciemniejszym kącie pokoju. Na powietrze nie było wynoszony. Od 13.XI. zaczęto podawać codziennie 10 kropeł Vigantolu (= 4 miligr. ergosteryny) w mieszance. Objawy dyspepsji, które już przedtem ustąpiły, nie powtórzyły się. Dziecko przybiera normalnie na wadze. Po 2 tygodniach zauważyć się dało wyraźne twardnienie potylicy. Dnia 4. XI, t. j. po 3 tygodniach, stwierdziliśmy, iż *craniotabes* znikł całkowicie. Fosfor nieorganiczny, określony tegoż dnia w surowicy, wynosił 7,8 mgr. na 100 cmsz.



Ciemniażko zmniejszyło się do 3,0×3,2 cm. Waga dziecka 5.300. Porównanie zdjęcia rentgenowskiego dolnej części przedramienia i dłoni, dokonane przed i po kuracji, dało następujący wynik (Kol. Głowa c k i): a. Brzeg nasady zaznaczony jest wyraźniej na skutek zgęszczenia tkanki kostnej na granicy chrząstki nasadowej. b. Jądro kostnienia w nadgarstku jest większe i bardziej zgęszczone. c. Rysunek poszczególnych kości śródreżca jest wyraźnie obfitszy wskutek lepszego uwapnienia tkanki kostnej.

2. Ch. Tadeusz 1 r. 4 mies. (Nr. 2758). *Rachitis. Bronchitis.* Urodzony na czas. Karmiony piersią do 6 mies. Później mleko krowie i kaszka. Ostatnio otrzymywał około 1½ litra mleka. Złe warunki mieszkaniowe. Często zapadał na niezbyt górnych dróg oddechowych. Zawsze wąty i blade. Przyjęty do kliniki z powodu gorączki i kaszlu.

W chwili przybycia 5.XI. Ciepłota 38,5. Tętno 120. Oddechów około 40 na minutę. Nie siedzi. Budowa wątła. Waga 7.750. Wzrost 78 cm. Obwód czaszki 45 cm., klatki piersiowej 41,5 cm., brzucha 40 cm. Odżywianie upośledzone. Skóra b. blada, sprężystość jej upośledzona. Wybitne zmiany krzywiczne: guzy czołowe i ciemieniowe, bardzo wydarty różaniec, bródka *Harrisona*, znaczne zgrubienie nasad. Ciemień nie zarośnięte 0,3×0,5. Mięśnie b. wiotkie. Śluzówka gardzieli zaczerwieniona, pokryta śluzem; uzębienie: 7 siekaczy. Płuca: na całej przestrzeni odgłos wypukowy jawny, oddech pęcherzykowy, liczne fuczenia i świsty, w dolnych odcinkach średniobańkowe rżenia. Ze strony narządu krążenia zmian brak. Powłoki brzuszne b. wiotkie. Rozstrzeń mięśni prostych. Wątroba wystaje na 1 palec z pod łuku. Odczyn tuberkulinowy *Pirquet* —, *Chvostek* —, *Lust* —. W 100 cmsz. surowicy 7,5 mgr. fosforu nieorganicznego.

Po kilku dniach pobytu w klinice ciepłota obniżyła się, rżenia znikły.

14. XI. zaczęliśmy podawać Vigantol w ilości 10 kropeł dziennie (= 4 milgr. ergosteryny). Djeta przez cały czas była przeważnie mleczna. Dziecko zostało umieszczone jak najdalej od okna.

Po tygodniu stan dziecka zaczął poprawiać się. Skóra zaróżowiła się. Po 10 dniach próbuje siadać, usposobienie wesołe.

Dnia 4.XII. odstawiliśmy Vigantol. Fosfor, określony tegoż dnia, wynosił 8,3 mgr. na 100 cmsz. surowicy. Porównanie zdjęcia rentgenowskiego, dokonane przed i po kuracji (Kol. Głowa c k i), wykazało, co następuje: Wyraźna różnica w stopniu uwapnienia wszystkich kości. Poprzednio wybitnie panewkowato zniekształcona metafiza, obecnie wykazuje mniejszą wklęsłość i znacznie większą zawartość wapnia. Struktura kostna wszędzie obfitsza.

Reasumując oba przypadki, trzeba powiedzieć, iż w pierwszym stwierdziliśmy wyraźną poprawę w przypadku krzywicy czynnej, podczas gdy w przypadku drugim możemy mówić jedynie o przyspieszeniu kostnienia u dziecka, które znajdowało się w okresie samoistnej tendencji powrotu do zdrowia, o czym świadczy normalna zawartość fosforu nieorganicznego w surowicy.

Na zasadzie powyższych dwóch obserwacji możemy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Vigantol jest preparatem czynnym.

2. Stosując go, nie zauważyliśmy szkodliwego działania ubocznego,

3. Ergosteryna naświetlana w dawce dziennej 4 mgr. (= 10 kropeł Vigantolu) powoduje szybką poprawę krzywicy.

4. Leczenie ergosteryną naświetlaną może znaleźć zastosowanie w tych przypadkach, w których dzieci nie znoszą tranu. Poza tem w porze letniej zwłaszcza wszędzie, gdzie brak lampy kwarcowej. Nie należy jednak zapominać o tem, iż słońce jest najpotężniejszym czynnikiem leczniczym w krzywicy.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

#### O współczesnych badaniach nad nowotworami.

Podał

M. PŁONSKI, prosektor i kierownik pracowni anatomo-patologicznej Szpitala Starozakonných na Czystem (Warszawa).

Ostatnie prace nad genezą nowotworów wysuwają coraz wyraźniej pewną tezę, która jest dość ważna dla ich charakterystyki. Teza ta brzmi: nowotwory nie powstają nigdy z gotowych i dojrzałych komórek organizmu, a mogą one powstać jedynie z komórek o charakterze zarodkowym, lub też z komórek, które dzięki procesom patologicznym stały się zbliżone do pierwszych. W tym drugim przypadku idzie o komórki biorące udział w procesach odradzania. Cały też szereg badań dni ostatnich wskazuje na to, iż twierdzenie powyższe nie jest pozbawione pozorów słuszności. Są to przeważnie badania biochemiczne, stanowiące dalszy rozwój linii, wytkniętej przez epokowe prace *Warburga* i jego

szkoły. Różnice i podobieństwa, zachodzące pomiędzy tkanką nowotworową i zarodkową, podkreślił już *Warburg*. *Pentimalli* badał przemianę materji w odradzających się tkankach, i okazało się, że tkanka mięsna kury lub też skóra królika uszkodzone, a więc zmuszone do odradzania, wykazują przemianę materji zupełnie podobną do przemiany materji w raku: zmniejszone oddychanie i fermentację, która trwa nawet przy dostępie tlenu. Procesy te, co prawda, pod względem ilościowym nie osiągają wartości, znalezionych dla raka, a zresztą trwają one w pierwszych dniach po uszkodzeniu. Tem niemniej ustalenie analogji powyższej wskazuje na występowanie w ustroju normalnym przemijających stanów zaburzonej przemiany materji, które po ustaleniu się prowadzą do powstania raka. Inne jeszcze badania pokazały, że w ustroju normalnym stale istnieją komórki, które pod względem swej zdolności glikolitycznej są zbliżone do komórek nowotworowych. Są to limfocyty, które w hodowli zachowują się, jak komórki nowotworowe. Badania te, prowadzone przez *A. Fi*

schera wykazują, że limfocyty i makrofagi w hodowli mogą się dzielić i tworzyć całe kolonie, że mają one skłonność do proteolizy i że mogą odbudowywać swą zaródź z części składowych surowicy nawet obcej, cechy, charakteryzujące zachowywanie się komórek nowotworowych (Rous—Sarcom) w hodowli. A należy przecież pamiętać, że limfocyty i makrofagi uważamy za elementy, które w dojrzałym organizmie najbardziej są zbliżone do komórek zarodkowych. Znowu wspólne momenty w biologii komórek nowotworowych i zarodkowych.

Teza więc, o której mówiliśmy na początku, zyskuje w wymienionych badaniach bardzo ważne argumenty. Ze względów teoretycznych ma ona doniosłe znaczenie, gdyż z chwilą ustalenia jej powstaje wspólny moment, charakteryzujący materiał, z którego rozwijają się wszelkie możliwe odmiany nowotworów. Komórki, z których ma powstać nowotwór, muszą się znajdować w stanie dynamiki rozrostowej. W ten sposób dwie wielkie grupy nowotworów, dotychczas genetycznie odrębnie ujmowanych, a mianowicie: nowotwory powstające na tle zaburzeń rozwojowych, i nowotwory, powstające w związku z przewlekłym drażnieniem tkanek, mogą być traktowane jednolicie. Staje się też zrozumiałe podobieństwo obrazów mikroskopowych pewnych odmian złośliwych nowotworów, mało zróżniczkowanych, do tkanek zarodkowych oraz częste trudności przy rozpoznawaniu mikroskopowym wczesnych okresów raka, np. i przy odróżnianiu ich od zwykłych procesów odradzania w uszkodzonym nabłonku. Różnica pomiędzy procesami biochemicznymi w raku z jednej strony, a w tkance zarodkowej lub odradzającej się z drugiej strony nie jest różnicą zasadniczą, jakościową. Jest różnicą natężenia tylko, a przejście od tych drugich do pierwszego odbywa się powoli, niepostrzeżenie dla nas dotychczas.

To też większość teoryj o genezie nowotworów, a szczególnie teorie, opierające się jedynie na obrazach morfologicznych, musiały odejść w cień. Tak się też stało z najmocniej ugruntowanymi w swoim czasie teorjami Hansemanna i Boveri, które w obrazach nietypowych figur podziału, często występujących w rakach, w zaburzoną mechanizmie karjokinetycznym doszukiwały się przyczyny raka. Od czasu kiedy raki, wywoływane u zwierząt przez smołowanie, stały się łatwo dostępnym materiałem obserwacyjnym, starano się sprawdzić istotną częstość występowania, względnie znaczenie owych nieprawidłowych figur podziału w nowotworach.

Teutschlaender i Szusterówna badali na myszach zachowywanie się figur podziału w skórze normalnej i zestawiali je z figurami podziału, występującymi podczas powstawania raka pod wpływem smołowania. Okazało się też, że w okresach przedrakowych (a autorzy ci odróżniają 3 następujące po sobie okresy przedrakowe) zachowanie się figur podziału w komórkach zmieniającego swe własności nabłonka było na ogół typowe. Dopiero w czwartym okresie, po utworzeniu się raków stwierdzono nieprawidłowości w karjokinezie i to też nie we wszystkich przypadkach.

Garszyn wywoływał u królików zapalenia jałowe, wstrzykując pod skórę ziemię okrzemkową. Otrzymywał on typowe ziarniaki, jakie wystę-

pują dookoła ciał obcych, ale niejednokrotnie obserwowano rozrost atypowy nabłonka i wspomina nawet o naciekającym wzroście nabłonka nienowotworowego.

Wreszcie Deelman i v. Erp otrzymywali raki u myszy, kalecząc skórę w obrębie uprzednio smołowanym przez czas dłuższy. Nowotwory powstawały zawsze na brzegach ran, i to po zaprzestaniu smołowania. Ci autorzy jednak, porównując figury podziału, występujące na brzegach ran u myszy zdrowych i smołowanych, stwierdzali różnicę nie tyle w ich charakterze czy ilości, a raczej w ich umiejscowieniu, przyczem u myszy smołowanych miało występować pewne przemieszanie w stosunku do warstwy podstawnej nabłonka. Wszystkie powyższe badania morfologiczne znowu wskazują na związek, zachodzący pomiędzy odradzaniem i powstawaniem nowotworu. Jednakże nie udało się dotychczas ustalić ciągłości obrazów przejściowych od odradzania do raka. Morfologicznie, różnica pomiędzy komórkami zdrowymi i komórkami w okresie przedrakowym jest różnicą ilościową, różnica natomiast pomiędzy temi ostatnimi i komórkami rakowymi pozostaje narazie różnicą jakościową, zasadniczą.

Poruszone ostatnio zagadnienie morfologiczne jest niesłychanie ważne przez wzgląd na sprawę wczesnego rozpoznania raka. Ponieważ obrazy mikroskopowe bywają tu czasami bardzo zwodnicze, starano się niejednokrotnie odnaleźć jakąś cechę biologiczną, charakterystyczną dla ustroju, w którym rozwija się rak. Jeżeli bowiem nowotwory powstają z komórek, znajdujących się w stanie dynamiki rozrostowej, to o tym, a nie innym kierunku i charakterze ich dalszego rozwoju musi decydować pewna zmiana w otoczeniu, pewne przestrojenie organizmu i jego soków. W kierunku wykrycia tych zmian zmierzają wszelkie próby serologiczne na raka.

Freund i G. Kaminer stworzyli już dość dawno metodykę odczynu onkolitycznego, opierając się na spostrzeżeniach, że surowica normalna posiada zdolność rozpuszczania, niszczenia komórek nowotworowych. Natomiast surowica chorych na raka traci tę zdolność i komórek nowotworowych nie rozpuszcza, względnie rozpuszcza mniejszą ich liczbę. Peracchia sprawdzał ostatnio odczyn powyższy na większym materiale, przyjmując przytem, że zdolność onkolityczna surowicy jest zachowana, jeżeli liczba komórek nowotworowych wziętych do redakcji, zmniejszyła się przynajmniej o 20%. Okazało się, iż w wielu przypadkach w surowicy chorych rakowych zdolność onkolityczna ginęła zupełnie, a we wszystkich prawie zmniejszyła się znacznie, tak, że liczba komórek rozpuszczonych wynosiła od 3 do 10%. Dodatnie wyniki wynosiły 96 — 100% u chorych nowotworowych. Jednakże sam autor wskazuje na dość częste zanikanie zdolności onkolitycznej surowicy w starszym wieku i w niektórych przypadkach innych chorób. To też reakcja Freunda i Kaminer nie weszła w życie, ale pomimo to pociągnęła za sobą cały szereg nowych badań nad zdolnością onkolityczną różnych narządów i substancyj.

Waterman i Kromme ponownie stwierdzili, że surowica i organy normalne zawierają jakąś substancję, posiadającą zdolność rozpuszczania

komórek nowotworowych. Zdolność ta jednak może zaniknąć pod wpływem działania promieni Roentgena (stwierdzili to już wcześniej Freund i Kaminer). Natomiast wyciągi z organów myszy rakowych zdolności tej nie posiadają i, odwrotnie, mogą ją uzyskać pod wpływem promieni Roentgena. Co więcej, autorom tym udało się otrzymać z elementów siateczkowo-śródbłonkowych ową substancję, rozpuszczającą komórki nowotworowe.

Z drugiej strony Laufferger szukał podobnej substancji poza organizmami zwierzęcymi i stwierdził, że wyciągi żółtka, soku cytrynowego i kartofli posiadają zdolność onkolityczną. Badania te potwierdzają poniekąd przypuszczenia Freunda i Kaminer, że w ustroju rakowym brak jest pewnych substancji obronnych, czynnych w ustroju normalnym, i że, odwrotnie, zjawiają się w nim substancje, broniące elementy nowotworowe i zapewniające im możliwość dalszego rozrostu. A przecież autorzy ci starali się już kilka lat temu bliżej określić charakter chemiczny owych substancji. W tym też kierunku należy oczekiwać dalszych badań.

Dawno już podany odczyn Bothelo był wielokrotnie zmieniany i wciąż jeszcze sprawdzany. Polega on na powstaniu zmętnienia w surowicy rakowych chorych po zakwaszeniu jej i dodaniu odpowiedniego roztworu jodu w jodku potasu.

Tedesco i Pollack podali nową odmianę tego odczynu i mieli otrzymać do 90,4% wyników dodatnich. Solecka sprawdzała te wyniki na większym materiale i otrzymała dodatni wynik tylko w 70% przypadków raka. Oprócz tego Solecka stwierdziła, iż odczyn powyższy wypadł dodatnio w przypadkach białaczki i ciąży.

Introzzi, który przerobił ten odczyn na 173 przypadkach różnych chorób, podaje, iż wypadł on dodatnio w durze brzuszny, gruźlicy i wogóle tam, gdzie występuje rozpad tkanek i zaburzenie równowagi koloidowej na skutek wysysania zniszczonych ciał proteinowych. Okazuje się więc, iż odczyn Bothelo nie jest odczynem swoistym, i że nie wykrywa on tej zmiany zasadniczej w ustroju, opanowanym przez raka, a zmiany, dzięki którym często występuje, należy zaliczyć do zmian wtórnych.

Do podobnych wniosków doprowadzają wyniki, otrzymywane zapomocą niedawno stosunkowo podanej reakcji Kahna (Albumin-A-Reaktion). Odczyn ten opiera się na zmianie jakościowej albumin, występujących w surowicy. Okazuje się bowiem, że tkanki nowotworowe zawierają dość dużo ciał białkowych, a szczególnie najbardziej wodochłonnych (Albuminy-A). Jednocześnie zawartość tychże ciał w surowicy chorych na raka jest znacznie zmniejszona. Reakcja Kahna wykazuje więc zmniejszenie się ilości Albuminy-A w surowicy i w ten sposób pośrednio wskazuje na obecność nowotworu w ustroju. Wykonanie tego odczynu jest bardzo proste.

Kilka kropeł krwi chorego pobiera się na kawałek bibuły do sączenia i pozostawia do wyschnięcia. Następnie bibułę tę zanurza się do próbki, zawierającej 37,2% roztwór siarczanu amonowego, do którego przechodzi Albumina-A. Zawartość próbki ogrzewa się aż do zagotowania. Występujące zmętnienie wskazuje na obecność Albuminy-A, a więc na ujemny wynik odczynu. Brak

zmętnienia odpowiada wynikowi dodatniemu. Technika, jak widać, mało złożona, a przesłanki teoretyczne jasne. Wyniki jednak, otrzymywane przez różnych autorów, znów są bardzo niejednolite. Kahn, na 125 przypadków raka otrzymał w 118 wynik dodatni.

Tinozzi przerabiał odczyn powyższy na zwierzętach nowotworowych i w 33 przypadkach nowotworów u szczurów otrzymał wynik dodatni, podczas kiedy u 22 zdrowych szczurów wynik zawsze był ujemny. Na materiale ludzkim jednakże tenże Tinozzi otrzymał w 80% przypadków nowotworów wynik dodatni. Okazało się przytem, że odczyn Kahna, wypada nieraz dodatnio w gruźlicy, kile, w chorobach wątroby i w ciąży. Tinozzi, który zaznacza, iż i ten odczyn nie jest swoisty dla raka, uważa, że może on oddać dość dobre usługi w rozpoznawaniu nowotworów. Rzeczywiście, dzięki prostej metodyce, jest on łatwy do wykonania. Ale i tu z góry pamiętać należy, że nie wykazuje on zmian swoistych. I tu widzimy tylko skutki zagospodarowania się raka w organizmie.

Jeszcze prostszy pod względem metodyki jest odczyn, podany niedawno przez Roffo. Polega on na dodaniu do rozcieńzonej surowicy kilku kropeł czerwieni obojętnej (Neutralroth), poczem w przypadkach nowotworów występuje zabarwienie czerwone. W surowicach normalnych natomiast zabarwienie jest żółte. W pierwszej serii badań Roffo otrzymał 100% wyników dodatnich. W serii kontrolnej, w innych chorobach, odczyn ten nigdy nie wypadł dodatnio. Jednakże Berić, który sprawdził powyższe dane na materiale rakowym Berlińskiego Instytutu, otrzymał zaledwie 48% wyników dodatnich w przypadkach nowotworowych. W serii badań kontrolnych z surowicami innych chorych, nierakowych, otrzymał on w 29% wyniki dodatnie. Jak widzimy wystąpiła tu duża różnica, podważająca zupełnie wartość rozpoznawczą tak prostego i, zdawałoby się, pewnego odczynu. Roffo jednakże w dalszym ciągu podaje dodatnie wyniki następnych badań, przyczem próbuje on całego szeregu innych barwników, zestawiając otrzymywane wyniki z odczynem czerwieni obojętnej. Okazuje się przytem, że czerwień krezolowa (Kresolroth) i rozanilina dają z surowicami chorych rakowych zabarwienia, różniące się od prób z surowicami normalnymi. Czerwień obojętna jednakże daje, według Roffo, najwyraźniejsze i najbardziej stałe wyniki. I te badania muszą być jeszcze dokładnie sprawdzone. Sprzeczne wyniki są tu bardzo częste. Tak np. Baję podaje, iż odczyn czerwieni obojętnej dał w jego badaniach zaledwie 50% wyników dodatnich z surowicą rakowych chorych, a jednocześnie 30% wyników dodatnich z surowicą chorych nierakowych.

Owa zasadnicza zmiana biologiczna w ustroju, zmiana, która decyduje ostatecznie o charakterze rozrostu złośliwego, pozostaje więc nadal postulatem teoretycznym, i żadna z podawanych dotychczas prób nie jest w stanie jej wykazać. Wyśiłki nasze, zmierzające do ściślejszej charakterystyki nowotworów, idą krętymi i okólnymi ścieżkami. Znamy i poznajemy tylko pewne fragmenty, zagadnienia, gdzieśgdzie wiążące się ze sobą, — całość wymyka się ciągle z pod ręki.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Fizjologia normalna i patologiczna.

G. VIALE. O utracie energetycznej ustroju ludzkiego podczas pracy naczcho lub po jedzeniu. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 29 — 1927).

Sprawa poznania, czy ustrój ludzki dla wykonania określonej ilości pracy zużywa tę samą ilość energii podczas pracy przed spożyciem pokarmu lub po jego spożyciu, jest bardzo ważna z punktu widzenia społecznego, może się bowiem przy czynić do racjonalnego, uzasadnionego naukowo zorganizowania pracy.

W poprzednich swych badaniach nad przemianą oddechową autor zauważył, że wysokość przemiany po południu była zawsze wyższa, niż w godzinach rannych. Wiadomo również że w godzinach popołudniowych spoczynkowa przemiana materji jest większa, niż w godzinach rannych. Z doświadczeń tych autor wyciąga wniosek, że utrata energetyczna, zależna od wykonanej pracy, jest większa, gdy większa jest podstawowa przemiana materji, i że ta utrata przedstawia raczej względne powiększenie podstawowej przemiany materji, niż zależność bezwzględną od wykonanej pracy.

W obecnej swej pracy autor postawił sobie za zadanie stwierdzenie, czy praca osobnika z powiększoną przemianą podstawową zużytkowuje więcej energii, niż ta sama praca osobnika z przemianą małą, i czy stosunkowe powiększenie jest u takich dwóch osób jednakowe. Badania wykonane na 2 osobnikach, którzy wykonywali określoną pracę raz zrana naczcho, następnie spożywali pewną ilość pożywienia i po upływie 2 godzin znowu wykonywali ściśle tę samą pracę. Przemianę oddechową obliczano każdorazowo na 2 minuty przed i po wykonaniu pracy.

Dla wyjaśnienia pytania, czy jakość pożywienia wywiera wpływ na badaną przemianę materji, wykonano 3 serie doświadczeń, podczas których podawano pożywienie o wartości kalorycznej około 200 kalorii, lecz za każdym razem o innym składzie (mleko, cukier, chleb, masło).

Z wykonanych doświadczeń wynika, że przemiana oddechowa po pracy była stale większa po spożyciu pokarmów, niż naczcho, oraz, że największe różnice stwierdzono po spożyciu mleka (białko, tłuszcze i węglowodany), mniejsze po spożyciu chleba i masła i najmniejsze po spożyciu cukru.

Że przemiana podstawowa zwiększa się po spożyciu pokarmów wskutek czynności gruczołów trawiennych, i że różne pokarmy, okazują swoiste działanie dynamiczne, jest rzeczą od dawna znaną; nie wiadomo jednak dotychczas, że pewna ściśle określona praca wymaga w jednostkach bezwzględnych mniej pracy naczcho, niż po jedzeniu. Zależy to najprawdopodobniej od pobudzającego działania pokarmów, a szczególnie białka na przemianę materji zależną od pracy mięśniowej, wówczas gdy ustrój, pracujący naczcho, zużytkowuje swe rezerwy glikogenu, i praca odbywa się wówczas z mniejszym nakładem energii.

J. Typograf.

G. VIALE. Utrata energetyczna pracy ludzkiej podczas małych i dużych wysiłków. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 29 — 1927).

Autor badał ilościowo wydzielanie dwutlenku węgla podczas pracy ludzkiej różnego natężenia i stwierdził, że wydalenie CO<sub>2</sub> w jednostce czasu podczas pracy o wysiłku niewielkim jest proporcjonalne do ilości wykonanej pracy, podczas zaś pracy, przewyższającej 20 kilogramometrów na sekundę, ten stosunek proporcjonalności nie znajduje już zastosowania: powiększenie pracy nie odpowiada powiększeniu wydalenia CO<sub>2</sub>, które osiągnęło pewien swój szczyt

To największe wydalenie CO<sub>2</sub>, które można nazwać zdolnością wydalenia CO<sub>2</sub> lub jego wydaleniem największym, przedstawia czynnik indywidualny. Obliczanie pracy ustroju ludzkiego podczas dużych wysiłków jedynie za pomocą pomiarów wydechowego CO<sub>2</sub> okazuje się więc zupełnie nieuzasadnione. Wysoka wydolność motoru ludzkiego, gdy pracuje z wielkim natężeniem, przedstawia się paradoksalnie, co znajduje swe wyjaśnienie w maksymalnym wydalaniu dwutlenku węgla.

J. Typograf.

DEICKE. Badania nad znaczeniem układu siateczkowo-śródbłonkowego dla przemiany wodnej ustroju. (D. Arch. f. kl. Med. t. 156 z. 3/4).

Autor, chcąc się przekonać o znaczeniu układu siateczkowo-śródbłonkowego dla przemiany wodnej ustroju, przerobił nad samym sobą szereg doświadczeń. Wstrzykiwał on sobie dożylnie kollargol, który ma wywoływać zmiany w powyższym układzie, i stwierdził, że zastrzyknięcie kollargolu wywołuje w ustroju odczyn podobny do tego, jaki widzimy przy przeprowadzaniu próby wodnej. Natomiast próba wodna, wykonana po zastrzyknięciu kollargolu, jest zmieniona i daje wyniki większe lub mniejsze od normalnych.

Aczkolwiek widać wyraźny wpływ kollargolu na układ siateczkowo-śródbłonkowy, istota tego wpływu jest jeszcze niezbadana. Można tylko stwierdzić, że komórki siateczkowo-śródbłonkowe gromadzą srebro po zastrzyknięciu kollargolu i że wymiana płynów pomiędzy krwią a tkankami zostaje zakłócona.

B. G.

F. LANGE. O czynności koryta krwi w nadciśnieniu. (Deutsch. Arch. für Klin. Medizin Tom 158 zes. 3/4).

Nie nadaje się do streszczenia.

B. G.

SCHEER. O lipazie śliny. (Kl. W. Nr. 4, r. 1928).

Wbrew dotychczasowym poglądom o braku jakoby lipazy w ślinie autor wykazał obecność tego fermentu lipolitycznego za pomocą metody stalagmometrycznej Rony i Michaelisa. Lipaza śliny ulega rozkładowi przy 65°, występuje obficie, zwłaszcza w wydzielinie ślinianki przyusznej. Optimum jej działania występuje przy p<sub>H</sub> 7. Chlorek wapnia i oleinian sodowy aktywują jej działanie. Przez wysuszenie można lipazę zageścić. Zadanie jej polega niewątpliwie na oczyszczaniu jamy ustnej z tłustych resztek pokarmowych.

Z. Świder.

### Choroby zakaźne.

E. HARTMANN. O zachowaniu się płytek krwi w durze brzuszynym. (D. Arch. f. kl. M. t. 158, z. 1/2).

Dur brzuszyn należy do chorób zakaźnych, przebiegających ze skazą krwotoczną. Przyczyny tej skazy należy się doszukiwać w braku witamin C, które zostają zużyte w ustroju w stanie gorączkowym.

Rzuca się w oczy analogia z gnilcem, który również przebiega ze skazą krwotoczną, a który powstaje na skutek braku w pożywieniu również witamin C

Badania autora wykazały, że w przebiegu duru istnieje zazwyczaj wybitne zmniejszenie liczby płytek krwi, później zaś w okresie zdrowienia występuje znaczne powiększenie się ich liczby, co się zbiega z okresem powstawania zakrzepów podurwytch.

Za przyczynę zmniejszenia się liczby płytek należy uważać wzmożenie wpływu hamującego śledziony oraz zmiany w megakarjocytach.

Zakrzepy podurowe powstają zapewne w związku ze wzmogoną zdolnością zlepczą, oraz zwiększoną liczbą płytek krwi chorego.

B. Goldstein.

GERLACH. Przypadek późnego ropnia po mastitis typhosa. (M. m. W. 1927, 31).

W 1918 roku w przebiegu duru wystąpił u 28-letniej kobiety bolesny naciek na prawej piersi, który pod wpływem okładów wilgotnych zmniejszył się do wielkości orzecha włoskiego. Obawiając się, żeby ten guzek nie przeistoczył się w nowotwór złośliwy, pacjentka za wskazówkami lekarza w r. 1926 zaczęła wcierać preparat jodowy, poczem nastąpiło zaożnienie i znaczne powiększenie się guza. Po otwarciu nacieku wyłała się znaczna ilość płynnej ropy. Badanie drobnowidzowe wykazało czystą hodowlę bakterij tyfusowych. Próba aglutynacyjna dała wynik ujemny; w moczu i w kale bakterij nie stwierdzono. Po cofnięciu się objawów ostrych pozostała przetoka z wydzieliną, zawierającą bakterje tyfusowe. Dopiero szerokie wycięcie przetoki doprowadziło do zagojenia się rany.

J. Pomper.

A. ELKELES i F. NEIMANN. III doniesienie. Dalsze badania nad zaburzeniami przemiany węglowodanowej w błonicy. (D. Arch. f. kl. Med. t. 158 z. 3/4).

W dalszym ciągu swoich badań autorzy dochodzą do wyników następujących:

Ilość cukru we krwi podnosi się jednakowo przy podaniu 10 do 20 gramów cukru gronowego — rzuca się przytem w oczy wybitny cukromocz.

Krzywe wykresów cukru we krwi w porażeniach pobłonicy zachowują się podobnie, jak w ostrym okresie choroby.

Sympatykotoniczny wpływ jądów błonicych nie daje się zwalczyć zastrzykiwaniem insuliny.

W większości przypadków udaje się obniżyć ilość cukru we krwi zapomocą zastrzykiwań ergotaminy, zdarzają się jednak i tutaj przypadki odporne.

B. G.

## Gruźlica.

MULLER i QUINCKE. Gruźlica a przemiana chloru. (D. Arch. f. kl. Med. 157 z. 5/6).

Autorzy stwierdzają, że w większości przypadków gruźlicy płuc poziom chlorku sodowego we krwi jest raczej obniżony co jednak nie dowodzi bynajmniej istnienia kwasicy ustroju. Djeta Sauerbrucha, która obniża jeszcze bardziej i tak już niski poziom chlorków, wydaje się autorom nieco dziwna. Nie chcą jednak jeszcze wydawać sądu ostatecznego o jej wartości.

B. Goldstein.

P. MULLER. O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą bezsolnej djety i podawania mineralogenu. (D. Arch. f. kl. Med. t. 158 z. 1/2).

Autor obserwuje szereg chorych na gruźlicę płuc, żywnych według metody Sauerbrucha i Herrmannsdorfera, i stwierdza, że żadnej różnicy w przebiegu choroby, w porównaniu z innymi chorymi w podobnych warunkach, karmionych zwykłym sposobem, nie daje się zauważyć.

B. Goldstein.

P. MULLER i H. QUINCKE. Badania nad przemianą materji w gruźlicy. I Doniesienie: Gruźlica a kwasowość moczu. (D. Arch. f. kl. Med. t. 158 z. 1/2).

Autorzy, obserwując szereg chorych, leczonych metodą Sauerbrucha i Herrmannsdorfera, przychodzą do wniosku, że mocz pod wpływem djety bezsolnej przybiera odczyn bardziej kwaśny, pod wpływem zaś mineralogenu odczyn przesuwają się niekiedy nieco w stronę kwaśną, częściej i w sil-

niejszym stopniu w stronę zasadową. O związku, jaki zachodzi między odczynem moczu a równowagą jonów w ustroju, autorzy nie wypowiadają się na razie.

B. Goldstein.

P. MULLER i ANTHES. II Doniesienie: Gruźlica a moderatory krwi. (D. Arch. f. klin. Med. t. 158, z. 1/2).

Autorzy na zasadzie badań własnych stwierdzają, że moderatory krwi zachowują zupełną równowagę w przebiegu gruźlicy, i żadnej kwasicy ustroju zauważyć nie można; jedynie w bardzo szybko przebiegających przypadkach z zejściem śmiertelnym stwierdza się pewne obniżenie rezerwy alkalicznej. Djeta Sauerbrucha i Herrmannsdorfera nie zmienia naogół normalnego stanu równowagi jonów, tak, że przypuszczalnie Sauerbrucha, iż jego djeta wywołuje jakoby dodatnio wpływające na przebieg choroby zakwaszenie ustroju, nie potwierdza się.

B. Goldstein.

## Choroby narządów trawienia.

G. BERGMANN. O istocie i leczeniu zaparcia nawykowego. (Ther. der Geg. Nr. 1, 1928).

Autor, zastanawiając się nad zagadnieniem zaparcia nawykowego, zatrzymuje się nad podziałem klinicznym postaci zaparcia. Dawniej różniono zaparcia atoniczne i spastyczne. Ten podział chciano później zastąpić przez pojęcie zaparcia na tle przewagi układu sympatycznego lub parasympatycznego. W klinice tak ścisłe rozgraniczenie biegunowo przeciwnych postaci nie daje się przeprowadzić.

Badanie rentgenologiczne jelita grubego wykazało, że kał skupia się w pewnych odcinkach i u niektórych osobników zatrzymuje się w nich dłużej, stąd też nazwy zaparcia typu kątniczostępującego i typu odbytowego (*dyschesia*).

Uznano także wybitny wpływ hormonów na czynność jelita grubego, wreszcie czynniki psychiczne odgrywają niemałą rolę w powstawaniu zaburzeń perystaltyki jelita. Na uboczu stoi pogląd, głoszony przez Schmidta i Strasburgera, że zaparcie powstaje naskutek zbyt dobrego trawienia pokarmów, tak, że szlaków do wydalania pozostaje niewiele. W ten sposób zmniejsza się nie tylko ilość kału, lecz mała ilość szlaków zbyt słabo pobudza perystaltykę jelitową.

Ze swojej strony autor uważa zaparcie nawykowe za skutek domestykacji — wychowania cywilizowanego, które oprócz u ludzi można zauważyć jeszcze u psów, poddanych tresurze. Wychowanie np. dziecka sprawia, że uczy się ono oddawać kał nie dowolnie, lecz co pewien czas i to tylko w pewnych warunkach. Powoli życie kojarzy cały szereg innych czynności z aktem defekacji — w umyśle powstaje cały szereg skojarzeń czy to w czasie, czy w przestrzeni.

Kojarzenia te stają się z czasem co raz więcej automatyczne, i powstaje to, co Pawłow ujmuje pod nazwą „warunkowych odruchów“. Wystarczy więc u człowieka zakłócić ten łańcuch odruchów warunkowych, ażeby czynność defekacji uległa zaburzeniu.

Nie wdając się w bliższą ocenę rozmaitych środków przeciwko zaparciu, autor chce w nich widzieć tylko środek do wytworzenia nowego odruchu warunkowego, któryby zburzony rytm przywrócił. Środki takie, regularnie stosowane przez dłuższy czas u osobnika z zaparciem, wywołują okresowe oddawanie kału, skoro zaś wytworzy się nowy rytm, środek pomocniczy można odrzucić, skutek zaś już zostanie. Na tem właśnie, zdaniem autora, polega działanie środków, leczących zaparcie. Przeto należy podawać wszelkie środki, ułatwiające oddawanie kału przez dość długi okres czasu (2 — 3 miesiące) systematycznie codziennie, nie przerywając, bez względu na nadmierny nieraz wynik. To przyucza chorego do codziennego chodzenia

do ustępu (możliwie o jednakowej porze), dobrze robi także w tych razach ustanowienie kojarzenia myślowego z jakąś inną czynnością jak np. czytanie gazety, wypalenie pierwszego papierosa. Po kilku miesiącach środek leczniczy można usunąć — czynność już się stała automatyczna, zależna od odruchu warunkowego, jakim jest np. samo chodzenie do ustępu, czytanie gazety i t. p.

Leczenie tego rodzaju niezawsze, rzecz jasna, jest skuteczne — autorowi chodzi tylko o zasadnicze wytyczne w stosunku do tak zakwiałego jeszcze zagadnienia, jakim jest zaparcie nawykowe. B Goldstein.

I. M. WOLPE. Przyczynę do patogenezy i leczenia stanów niedowładów i porażenia jelit. (Fortschr. d. Medizin 1927, Nr. 23).

W silnym niedowładzie jelit, w którym zatrzymanie kału i wzdęcie powodować mogą niebezpieczne powikłania, jak zapalenie otrzewny, niedrożność lub przedziurawienie jelit, wskazane jest szybkie zastosowanie środków pobudzających perystaltykę. Do tego celu najbardziej nadają się pochodne antrachinonu, a spośród nich na pierwszym miejscu uwzględnić należy peristaltynę „Ciba“, jako przetwór, w którym znajdują one się w związku z glikozydami. Pod wpływem alkaliu i kwasów następuje hydroliza roztworów peristaltyny, a wobec powolnego wydzielania monosacharydów ramnozy i wolnych oksymetylantrachinonów następuje uczulenie unerwienia jelit, wskutek czego wzmacniają się odruchy, powodujące oddawanie stolca. Jednocześnie oddzielają się z peristaltyny nieznaczne ilości kwasu chryzofanowego, działające jako bodziec swoisty na ruch robaczkowy jelit grubych.

Autor peristaltynę stosował parenteralnie w porażeniu i niedowładzie pooperacyjnym i wskutek zapalenia otrzewny, w zatruciach, w stanach padaczkowych i depresyjnych, w uporczywych wymiotach, w niedowładzie i w wzdęciu żołądka, w opadnięciu żołądka i jelit, w wymiotach ciężarnych oraz w uporczywym zaparciu nawykowym u osób starszych z zupełnym niedowładem jelit.

Już w krótkim czasie po zastosowaniu śródmięśniowym środka rozpoczynał się ruch robaczkowy. Masy kałowe już po 8 — 15 godzinach znajdowały się w poprzecznicy, a po 27 godzinach w odbytnicy. Po wstrzykiwaniach dożylnych skutek przeczyszczający występował już po upływie 2 — 3 godzin. W stanach hipotonicznych lub atonicznych żołądka (opadnięcie) za pomocą prześwietlenia promieniami Roentgena zauważono silne fale peristaltyczne, otwarcie odźwiernika i zapełnienie dotąd pustej opuszki dwunastnicy a także obfite przesunięcie pożywienia do dwunastnicy.

W celu zapobiegnięcia porażeniu jelit pooperacyjnemu wskazane jest jednoczesne wstrzyknięcie  $\frac{1}{2}$  — 1 mgrm. ezeryny.

W zaparciu stolca spastycznym peristaltyna jest przeciwwskazana. X.

E. i H. BIANCANI. O stosowaniu djatarmji w niektórych cierpieniach żołądka, dwunastnicy i splotu trzewiowego. (Paris med. 1927 Nr. 5.).

Autorzy na zasadzie szeregu przypadków omawiają skuteczność stosowania djatarmji w cierpieniach organów górnej części brzucha. Na pierwszym miejscu stawiają działanie na element bólowy, pozatem na element skurczowy. Djatarmja ma również pobudzać łaknienie, powodować ustąpienie nudności, wymiotów, aerofagji i wreszcie przeciwdziałać zaparciu stolca.

Stąd wskazania do stosowania djatarmji w przypadkach hipotonji lub atonji żołądka, upośledzonego wydzielania, aerofagji. Przeciwwskazana natomiast jest djatarmja w przypadkach nadkwaśności. Sprawy zapalne okołodźwiernikowe i okołodwunastnicze nadają się również do leczenia djatarmją, która działa tutaj głównie, jako czynnik wywołujący przekrwienie.

Autorzy stosują płytę grzbietową 20 × 20 i nadbrzuszną 15 × 20, 3 seanse tygodniowo po 30 do 45 minut każdy. Natężenie prądu podnosi się stopniowo z 2000 do 3000 miliamperów. W czasie leczenia niekiedy występuje t. zw. odczyn ogniskowy, który sprawia, że dolegliwości chwilowo się zwiększają; nie należy się tem zrażać i prowadzić systematycznie kurację do końca. B. Goldstein.

## Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

LARSELL, JONES, PHILLIPS i NOKES. Działanie krwiotwórcze wyciągów jądrowych w niedokrewności doświadczalnej oraz ludzkiej. (Journ of, the Am. Med. Ass. 1928 Nr. 2).

Chcąc się przekonać, czemu zawdzięczają wątroba i t. p. substancje swe działanie lecznicze w niedokrewności, autorzy przeprowadzili szereg badań doświadczalnych na królikach i psach. U zwierząt tych wywoływano sztucznie niedokrewność za pomocą wstrzykiwań dożylnych wody (30 — 40 cm<sup>3</sup> na kilogram wagi ciała zwierzęcia). Zwierzętom, w ten sposób przygotowanym, wstrzykiwano 0,45 gr. mieszaniny równych części nukleoproteiny, otrzymanej z wątroby, oraz nukleinianu sodowego, otrzymanego z krwi ptaków. Po takim leczeniu liczba krwinek, która silnie ucierpiała po zastrzyknięciu wody, zaczyna szybko się powiększać i nawet przekracza początkową cyfrę normalną.

W przypadkach niedokrewności ludzkiej kombinacja powyższa daje także bardzo dobre wyniki w szybkim czasie. Działanie tej mieszaniny jest lepsze, aniżeli działanie poszczególnych składników, podanych w tej ilości.

Nie jest jeszcze wyświetlone, czy działanie to zależy od wzajemnego oddziaływania na siebie obu składników, czy też raczej od bliżej nieznanych dotychczas produktów rozpadu nukleiny.

B. Goldstein.

H. STEINITZ. O leczeniu niedokrewności złośliwej djetą wątrobową. (Ther. der Geg. 1928 Nr. 1).

Autor przytacza 2 przypadki z kliniki Straussa, leczono metodą Whipple'a z bardzo dobrym skutkiem. Zaznacza, że wątrobę należy podawać najlepiej w stanie surowym, ewentualnie z sokiem pomarańczowym. Jeżeli zaś gotować, to bardzo krótko (ok. 10 min.), w przeciwnym bowiem razie substancje czynne zostają zniszczone. Ilość dzienna podawanej wątroby w klinice Straussa wynosiła około 250 gramów, Co do preparatów wyciągowych z wątroby autor nie może się jeszcze wypowiedzieć. Co do samego leczenia, to ma ono być raczej zastępcze aniżeli przyczynowe, mechanizm działania wątroby spożywanej w niedokrewności złośliwej jest jeszcze bliżej nieznanym. Wraz z odstawieniem podawania wątroby objawy chorobowe stopniowo wracają.

B. Goldstein.

STERIOPUŁO i GŁORIOZOW. W sprawie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej wątroby. (Wracz. Gaz. Nr. 24 1927 r.).

Ponieważ po trzytygodniowej kuracji benzolem (3,0 — 5,0 pro die) poprawa była nieznaczna (liczba leukocytów tylko opadła z 231.000 do 120.000), autorzy zastosowali leczenie wątroby. Chory dostawał surową wątrobę po 200 gr. dziennie przez 3 dni; następnie wskutek wstrętu do surowej dostawał przez trzy tygodnie taką samą ilość wątroby, niezniecznie przypieczonej z cebulą. Po upływie 9 tygodni ustąpiła duszność i bóle w kościach; zwiększyła się liczba czerwonych ciałek krwi (z 2,100,000 do 4,100,000), hemoglobiny (50% — 75%), zmniejszyła się liczba erytrocytów patologicznych.

Sz. T.

HARTMANN i VOIT. **Przyczynki do kazuistyki myelosis aleukaemica.** (D. Arch. für klin. Med. Tom 158, zeszyt 5/6).

Autorzy przytaczają przypadek schorzenia organów krwiotwórczych ze szczególnem bogactwem młodocianych jądrzastych postaci czerwonych ciałek, dochodzących do 95% ogólnej liczby erytrocytów. W formułce leukocytów początkowo stwierdzają się

przewagę limfocytów, potem coraz więcej myelocytów i myeloblastów. Autorzy przypuszczają, że pierwotne schorzenie obejmowało aparat krwiotwórczy czerwony, dopiero później zaś zostały zajęte elementy leukopoetyczne.

B. Goldstein.

## Wskazówki praktyczne.

— A. Schwarz zwalczał *kašel u gruźliczych* za pomocą *Dilaudidu* nawet w takich przypadkach, w których inne środki przeciwkaszlowe zawodziły. Dawkowanie — z początku 3 razy dziennie po 20 kropli 0.25% roztworu, potem stopniowe zmniejszanie dawki. Zamiast w kroplach można w tym samym celu stosować *dilaudid* w postaci czopków.

(Ztbl. f. inn. Med. 1928, Nr. 8)

— F. Giuffrida w leczeniu *krwotoków płucnych* stosował z powodzeniem *wewnątrzchawicze wstrzykiwanie adrenaliny*. Do opanowania krwotoku wystarcza 1 mg, dziennie. Działanie adrenaliny, wprowadzonej do tchawicy, ogranicza się do oskrzeli i nie prowadzi do ogólnego wzmoczenia ciśnienia krwi.

(Münch. med. Woch. 1928, Nr. 7).

— Irger i Dragun zwracają uwagę na znaczenie *pilokarpiny* w rozpoznawaniu i leczeniu *chorób pęcherzyka żółciowego*. Tam, gdzie wejście do pęcherzyka jest wolne, pilokarpina wywołuje opróżnienie pęcherzyka i działa skuteczniej, niż inne środki o podobnym działaniu. W przypadkach zastoju żółci, kamieni

żółciowych i zapalenia pęcherzyka małe dawki pilokarpiny oddają dobre usługi.

(Münch. med. Woch. 1928, Nr. 8).

— W *cierpieniach zapalnych przydatków macicznych* zaleca L ö b n e r *autohemoterapię*. Co drugi dzień pobiera się z żyły łokciowej 10—20 ctm. krwi i wstrzykuje się do uda. Obok tego leczenia ogólne i leżenie w łóżku.

(Ztbl. f. Gyn. 1928 Nr. 7).

— W *zbożeniach miesięczkowania, w krwawieniach klimakterycznych i u osobników młodocianych* z dobrym skutkiem stosował Murken *hormon jajnikowy*

(Ztbl. f. Gyn. 1928, Nr. 6).

— Stolte i Wiener skutecznie wpływali na *powiększenie ilości pokarmu u karmiących matek* za pomocą naświetlania sztucznym słońcem górskim (80—70—60 ctm. odległości w ciągu 5—7 minut ze stopniowym przedłużaniem czasu naświetlania do 25—45 minut). W wielu przypadkach wyniki były doskonałe.

(Deutsch. med. Woch. 1928, Nr. 7).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

#### KOŁO WARSZAWSKIE

XVIII posiedzenie naukowe z dn. 23 lutego 1928 r.

Prezes — D r o z d o w i c z                      Sekretarz — A d e l f a n g

Obecnych — 72

Porządek dzienny:

1. B. G r y n k r a u t. *Dwa przypadki prosówki zimnej.*

Przypadek pierwszy dotyczy 19 letniego mężczyzny, z zawodu rolnika, u którego wielokrotne badanie kliniczne ani zmian w płucach, ani pałeczek Kocha w płwocinie nie stwierdziło. Nie gorączkował. (T. mx. 37). Zdjęcie rentgenologiczne wykazuje gruboziarnistą prosówkę, jednakowo rozsianą w polach płucnych. W 6 tygodni po badaniu rentg. chory zmarł przy objawach duszności i sinicy.

Przypadek drugi dotyczy 42 letniej kobiety, uważanej przez lekarzy i otoczenie za histeryczkę. Skarży się na duszność tylko podczas ruchu, podczas spokoju czuje się dobrze. Nie kaszle i nie gorączkuje. Zdjęcie rentgenologiczne stwierdza: prosówka gruboziarnista obu płuc. Chora zmarła po 2-ch miesiącach przy objawach duszności.

Opis powyższych dwóch przypadków odpowiada w zupełności opisowi, podanemu przez Bernard i Saye o t. zw. „granulie froide”. A mianowicie; wiek — lat 20—40, brak zmian gruźlicy zwykłej i brak objawów klinicznych, mimo bliskiej śmierci. Należy przeto wyłączyć gruźlicę rozsianą, opisaną przez Besançon i prosówkę na tle kiłowym, opisaną przez Macaigne i Nicaud, jak również i inne schorzenia, w których stwierdza się stan zapalny płuc.

2. J. K o c h a n o w s k i i M. R o s n o w s k i. *a) przypadek rozsianej gruźlicy obu płuc, b) przypadek jamy niemej.*

K. demonstrowuje rentgenogram chorego, przybyłego do szpitala z lekkimi objawami niezytu oskrzeli, i u którego bada-

nie rentgenologiczne niespodziewanie wykryło obraz gruźlicy prosówkowej. Rozpoznanie kliniczne przez dłuższy czas opierało się wyłącznie na wyniku badania rentg. W końcu u chorego rozwinęło się zapalenie opon mózgowych, które zakończyło się zejściem śmiertelnym. Badanie sekcyjne potwierdziło w zupełności wynik badania rentg. Ref. różniczkuje gruźlicę prosówkową z kiłą, pylicą, zastojem płuc oraz prosówkowymi ogniskami bronchopneumonicznymi.

Przypadek drugi dotyczy jamy niemej, która metodami badania fizykalnego wykrywana jest w 50% Raczej godna uwagi jest okoliczność, że pozostała niewykryta jama wielkości jaja kurzego umiejscowiona pod obojczykiem w części zewnętrznej i nie otoczona bliznami, zrostami, ani większym naciekiem

K. różniczkuje jamę z innymi tworami o podobnym obrazie rentg. np. pleural rings, przyczem wyraża sceptycyzm co do częstości podobnych obrazów.

3. M. K n a p i k: *jamy nieme (pokaz zdjęć).*

Ref. demonstrowuje rentgenogramy dwóch przypadków jam niemych, pochodzące z pracowni d-ra D r o z d o w i c z a w szpitalu Dz. Jezus. Jamy znajdowały się w obu przypadkach w okolicy podobojczkowej lewej i wyraźniej uwidoczniły się na zdjęciach, wykonanych po zastosowaniu odmy sztucznej. Klinicznie w powyższych przypadkach stwierdzano zmiany swoiste po stronie lewej. Objawów, pozwalających stwierdzić obecność jam, nie było.

4. W. Z a w a d o w s k i: *pokaz stereorentgenogramów płuc.*

Po omówieniu teorii widzenia stereoskopowego i techniki zdjęć stereorentg. ref. zaznacza, że już w kilka lat po odkryciu promieni R. wyszła we Francji praca Marie i Ribaut, będąca do dziś podstawą dla stereoradiografii.

O ile stereoradiografia kostna rozpowszechniła się dość szybko, o tyle stereoradiogr. organów wewnętrznych jest dotychczas naogół mało stosowana. Przyczyniają się do tego w dużym stopniu znaczne koszty i specjalne urządzenia konieczne do zdjęć stereoradiologicznych.

Najwięcej stosowana jest stereorad. w Ameryce, w Polsce

zaś należy do metod, niezbyt często stosowanych. W pracowni szpitala Ujazdowskiego stereografia ma już za sobą dość daleko w przeszłość sięgające doświadczenie. Wprowadzona i uprawiana systematycznie przez ś. p. Pułjanowskiego, pielęgnowana przez Sabata, obecnie stała się metodą, stosowaną codziennie, tak w zakresie układu kostnego, jak zarządów wewnętrznych.

Ref. demonstruje i objaśnia szereg stereorentg. płuc.

5. Dyskusja nad powyższymi pokazami i nad odczytami:

H. Adelfanga — *trudności rozpoznawcze gruźlicy wieku dziecięcego.*

W. Zawadowskiego: *rola radjodjagnostyki w rozpoznawaniu wczesnych okresów zakażenia gruźliczego u dorosłych.*

Grudziński uważa, że wśród różnych cierpień, występujących w postaci rozsianych drobnych ognisk w płucach, na podobieństwo prosówki, należy wymienić i ziarnicę złośliwą, która niekiedy przybiera taką postać. Odnośne rentgenogramy pokazywane były w Warszawie przez zmarłego Judta.

Stereorentg., przy pomocy stosunkowo mało udoskonalonych przyrządów, wykonywana była już przed wojną przez mówcę wraz z dr. Drodowiczem.

Ogniska pierwotne gruźlicze spotykamy nieraz na rentg. bardzo blisko wnęki, co potwierdzają anatomiczne badania Kocha.

Rubiniot. Podnoszone w poprzednich referatach przez mówcę czynniki metodyki badania chorób klatki piersiowej zostały obecnie rozwinięte przez kol. Zawadowskiego. Wyniki różnych metod badania dadzą się zestawzić według następującej skali: prześwietlenie daje przeważnie więcej, niż badanie kliniczne, rentgenogram — więcej, niż prześwietlenie, a najwięcej stereorentg. Radjogramy powinny być wykonywane w odpowiednich warunkach technicznych i nie na papierze (autoref.).

Adelfang nie rozumie terminu „prosówka zimna”. Istnieje tylko jedna forma prosówki płuc, przebieg kliniczny może jednak być różny i nie zawsze odpowiada klasycznym opisom. Dzięki badaniom rentg. odkryto właśnie tę nietypowo przebiegającą formę prosówki, ale A. nie sądzi, aby trzeba było przez to dzielić prosówkę na zimną i gorącą. Mówca demonstruje rentg. z typową prosówką i następującą historią choroby. Chory przed dwoma laty upadł na ulicy i dostał krwotoku płucnego. W następstwie rozwinęła się długotrwała choroba, trwająca przez 4 miesiące i przebiegająca z ciepłotą do 40. Choroba traktowana była przez lekarzy jako dur brzuszny. Chory wyzdrowiał i od tego czasu dość ciężko pracuje. T. stała 37,2 nie kaszle. Mamy więc w przypadku tym typową prosówkę, która rozpowszechniła się drogą hematogenną i dała wówczas obraz chorobowy ostrej prosówki. Obecnie jest to prosówka wyleczona, jako taka. Gruźlica, rozumie się, istnieje nadal i prędzej, czy później będzie przyczyną jego śmierci.

Paradistał. Wprawdzie zmiany początkowe gruźlicze anatomicznie i rentgenologicznie nie są tak częste w szczytach, jak to klasycznie nauczano, jednak zmiany fizyczne najczęściej stwierdza się w okolicach nadgrzebieniowych, t. j. w tem miejscu, które francuzi nazywają „zone d'alarme”. Tłomaczy to się tem, że dzięki stosunkom anatomicznym, nawet niżej położone ogniska są najłatwiej stwierdzane w szczytach.

Lipszyc uważa, że rentgenodjagnostyka gruźlicy płucnej wieku dziecięcego daje, przy odpowiedniej interpretacji, doskonałe wyniki w studjach późniejszych. Okresy najwcześniejsze, na których klinicyście najczęściej zależy, nie dają prawie żadnych wyników. L. zaznacza również, że zbyt często rozpoznawana jest gruźlica gruczołów węnkowych.

Grudziński. Rozpoznanie pierwszych początków gruźlicy u dzieci jest bardzo trudne, niekiedy niemożliwe. Sprawę posunąć może naprzód udoskonalenie techniki i standaryzacja. U dorosłych — wzmożone cienie węnkowe spotyka się bardzo często. Objaw ten nie ma znaczenia rozpoznawczego w stosunku do gruźlicy płuc.

Adelfang w odpowiedzi zaznaczył, że nie można wymagać od badania rentgenologicznego ścisłości histo-patologicznej. Drobnitkie ogniska pierwotne, w okresach najwcześniejszych, choć dają objawy kliniczne, nie mogą jednak być uchwycone na zdjęciu. Są bowiem i zbyt małe i słabo nasycone. Są, zresztą,

i bardzo często nierozpoznawane i sekcyjnie. Co się tyczy pierwotnych ognisk, leżących blisko wnęki, to prześwietlenie w pozycjach skośnych przeważnie sprawę wyjaśnia.

Ponadto w dyskusji brali udział: Zawadowski, Drodowicz i Mesz.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu styczniowym (13/I-28) Związku Lekarzy Szpitali paryskich przedstawili Baylac i Sendrail wyniki badań swych *nad poziomem cholesteryny we krwi w okresie podrastania dzieci*. Badania te, przeprowadzone na 100 noworodkach i dzieciach, wykazały, że poziom cholesteryny, b. niewysoki u noworodków, wzrasta stopniowo z wiekiem i dochodzi w okresie dojrzewania do liczb, znajdujących u ludzi dorosłych. Ponieważ, z drugiej strony, ten wzrost poziomu cholesteryny idzie, jak się zdaje, równoległe z dodatnim odczynem tuberkulinowym, nasuwa się pytanie, czy ten wzrost zawartości cholesteryny w surowicy nie pozostaje w związku z alergią gruźliczą, tem bardziej że wśród dzieci w danym wieku te właśnie dają odczyn dodatni na tuberkulinę, u których poziom cholesteryny jest szczególnie wysoki. (Pr. Med. Nr. 6/28 r.).

Labernadie i André mówili na grudniowym posiedzeniu Tow. Patolog. Egzot. o *badaniach porównawczych nad odczynami serologicznymi w trądzie*. Stosowanie tu odczynu Matefy (kłaczkowanie zapomocą siarczanu glinu) nie posiada żadnej wartości rozpoznawczej, zaś odczyn Wassermanna nie występuje u trędowatych częściej, niż u innych chorych szpitalnych, u których autorowie bez wyjątku badają krew pod tym względem.

Remlinger zwrócił uwagę na częstość występowania u mieszkańców Tangeru t. zw. *krwiomoczu samoistnego*. U ludzi pozornie zupełnie zdrowych, krwiomoczu zjawia się nagle, nie dając poza tem żadnych objawów. Nie udało się ani razu ustalić jakiejś przyczyny tych krwawień: ani w anamnezie chorych nic specjalnego nie było (gruźlica, malarja, hemofilja, niedomoga wątrobowa, nadciśnienie krwi), ani też nie znajdowano żadnych zmian w drogach moczowych (zapalenie nerek, kamica, choroby weneryczne) — (Pr. Méd. Nr. 5/28 r.).

Marcel Labbe jest zdania (pos. Parysk. Tow. Lek. z dnia 24/XII-27), że *otyłość* niezawsze jest pochodzenia tarczycznego, a przeto opoterapia jest tu wskazana jedynie wtedy, gdy otyłość towarzyszy obrzękowi śluzakowatemu. Ścisłe rozpoznanie jest często możliwe tylko po zbadaniu podstawowej przemiany materji.

Na posiedzeniu Franc. Tow. Urolog. dnia 19/XII-27 r przedstawili Martin i Cafiort wyniki leczenia 2 przypadków *rzeżączkowego zapalenia stawów zapomocą szczepionki i surowicy przeciwrzeżączkowej*. Leki te pochodziły z zakładu Pasteura. Jeden z chorych wyzdrowiał bardzo szybko; u drugiego poprawa wyraźna zaczęła występować dopiero po paru miesiącach; chory ten wyzdrowiał zupełnie dopiero wtedy, gdy zastosowano autoszczepionkę, przygotowaną ze stwierdzonych w stawie chorego gonokoków.

W Tow. Farmaceut. w Tuluzie omówił Vuathier na posiedzeniu grudniowym zalety *utrwalania czynnych substancji w roślinach lekarskich zapomocą pary alkoholowej*. Metoda ta niszczy zawarte w roślinach fermenty rozpuszczalne, które przy wysuszeniu roślin zmieniają skład chemiczny złożonych związków zawartych w tych roślinach substancji czynnych, a przeto niszczą do pewnego stopnia ich własności lecznicze; natomiast nowa metoda, zapobiegając wszelkiemu rozkładowi fermentacyjnemu, pozwala zarazem utrzymać trwałe przetwory roślinne (proszki i wyciągi) o niezmiennem działaniu; wreszcie zostają zachowane prawie wszystkie organoliptyczne własności roślin.

W Tow. Dermatologicznem w Strasburgu zwrócili Pautrier i panna Ullmo uwagę na *leczenie wrzodów goleni zapomocą maści insulinowej*. Przypadek autorów dotyczył osobnika, lat przeszło 60, który miał wrzody goleni już od 14 lat (poziom cukru we krwi. 1,2 gr.). Zastosowanie maści insulinowej spowodowało zupełne ich zablźnienie w ciągu dni 20;tu. (Pr. Méd. Nr. 4/28, r.).

Z. Ś w.



## Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału D-ra med. Czesława Otto w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

### Przyczynek do współczesnej terapii solami wapniowymi.

Podał

Dr. med. Zofja ANTONIAKÓWNA (Warszawa)

W zeszłym stuleciu wprowadzono do terapii wapń, po ustaleniu potężnego wpływu tego środka na organizm ludzki. Doświadczenie nauczyło, że przy podawaniu doustnym wapń wchłania się powoli i tylko do pewnych granic. Przy zbyt długim podawaniu soli wapniowych, nabłonek jelitowy przestaje je pochłaniać. Zaczęto zatem stosować wapń dożylnie.

Krażąc we krwi, sole wapniowe zwiększają jej krzepliwość przez ułatwienie przechodzenia trombogenu w trombinę; stąd stosowanie wapnia w krwotokach. Na serce wapń, według większości autorów, działa podobnie do naparstnicy, wzmacnia skurcz i przedłuża rozkurcz, zmniejsza liczbę uderzeń na minutę. Jeżeli chodzi o ciśnienie krwi, to w większości przypadków wapń je obniża. Badania ostatniej doby (Zondek i Kraus) nad twierdzeniem jakoby układ parasymp. działał przez lokalne skupienie jonów potasu, a układ sympatyczny przez miejscowe skupienie jonów wapnia, nie dały jednolitych wyników. Stwierdzone jest jedynie antagonistyczne działanie jonów Na i K z jednej strony i jonów Ca z drugiej strony. Wapń zmniejsza znakomicie pęczliwość tkanek, i stąd jego dodatnie działanie przy wysysaniu wysięków zapalnych śródtkankowych; uszczelnia przestrzenie międzykomórkowe, tem samem przeciwdziałając powstawaniu wysięków wogóle (opłucna, otrzewna, osierdzie).

Znana jest rola soli wapniowych w schorzeniach na tle złej przemiany materji (krzywica, rozmiękczenie kości) oraz w schorzeniach na tle niedomagań gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym (tężyczka). Wpływ soli wapnia na układ nerwowy jest wyraźny: brak soli Ca daje podniecenie, niepokój, który podanie soli Ca łagodzi.

Dodatni wpływ soli wapnia wypróbowany jest również w takich objawach nadwrażliwości, jak wysypka posurowicza, uboczne objawy. towarzyszące stosowaniu neosalwarsanu. Badania ostatniej chwili wykazały stale zmniejszoną ogólną ilość soli wapnia we krwi w stanach niedokrewności czy wtórnej, czy też pierwotnej.

Tyle ogólnikowo o roli, jaką sole wapniowe odgrywają w organizmie. Dożylnie stosowaliśmy dotychczas Ca Cl<sub>2</sub>, którego działanie jest dość znane i niejednokrotnie było już opisywane. Obecnie rozporządzamy drugim środkiem wapniowym-afenilem firmy Knoll. Afenil jest podwójnym związkiem, składającym się z jednej cząstki chlorku wapnia (31,6%) i 4 cząstek mocznika (68,4%). W sprzedaży znajduje się jako 10% roztwór w ampułkach 10 cm<sup>3</sup>. (0,11 Ca Cl<sub>2</sub>) Afenil, zastrzyknięty do żyły królikowi, żadnych zmian według Rose, poza przejściowem zmniejszeniem liczby uderzeń serca na minutę nie dawał. Zwierzę po zastrzyknięciu

pozostało zwawie i spokojne. Trzy i czterokrotne zastrzyknięcie do tej samej żyły nie powodowało występowania zakrzepów. Afenil, zastrzyknięty zdrowemu człowiekowi, żadnych zmian w częstoci tętna nie daje. Co do ciśnienia krwi, to u ludzi ze zdrowym sercem i naczyniami zastrzyknięcie powoduje niewielką zniżkę. Drobne wahania ciśnienia mogą być uzależnione od czynników psychicznych. W razie wysokiego ciśnienia 170 - 180 mm. spadek ciśnienia jest większy, może osiągnąć 60- 70 mm.

Wiesena k zauważył, że po iniekcji afenilu jod, podany doustnie w jakiegokolwiek bądź postaci, skąpiej i przez krótszy czas wydziela się z moczem. Autor tłumaczy to zmniejszoną zdolnością reorbcyjną nabłonka żołądka i jelit po solach Ca. Według jego zdania odgrywać może tego rodzaju działanie wapnia dużą rolę w zatruciach żołądkowo-jelitowych i intoksykacjach. Dalej autor podaje, że afenil zmniejsza znacznie trujące działanie neosalwarsanu. Afenil w lecznictwie współczesnem zaburzeń, powstałych na tle alergji, odgrywać powinien dużą rolę. Jeżeli alergję uważać będziemy za odmienny sposób reagowania na zwykłe bodźce, uwarunkowany czy to zaburzeniami w układzie nerwowym roślinnym, czy też w korelacji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym niewątpliwie sole wapnia odgrywają tu dużą rolę. Rose, Vollbracht, Eichwald, Glück stosowali afenil w gorączce siennej, ostrych przypadkach dychawicy oskrzelowej, objawach nadpobudliwości dośrodkowych nerwów nosa i śluzoropotoku nosowym. Vollbracht zauważył, że w pewnych przypadkach gorączki siennej i nieżyty nosa wynik leczenia był lepszy, gdy jednocześnie podawano przez czas dłuższy organopreparaty (tarczyca, jajnik). Spitzmiller podaje przypadek tężyczki po złamaniu podudzia, leczonej z doskonałym wynikiem afenilem. Klein stosował ten środek w różnych zaburzeniach na tle wago-tonji, począwszy od wczesnego wypadania włosów, aż do atonji i różnych neurasteniczno-astenicznych objawów. Autor wspomina o dobrych rezultatach terapii afenilowej w skazie wysiękowej osesków i małych dzieci.

Na naszym oddziale stosowaliśmy afenil w 40-tu kilku przypadkach w takich schorzeniach, jak dychawica oskrzelowa, gruźlica płuc, krwotoki, wykwyty skórne na tle wadliwej przemiany materji oraz jako środek, zapobiegający występowaniu objawów anafilaktycznych po zastrzykiwaniach dożylnych glukozy. Z przypadków tych przytaczamy kilka najjaskrawszych, pomijając te, które dają się uogólnić. Afenilowi oddaliśmy pierwszeństwo przed *calcium chloratum* dlatego, że 1) objawy nietolerancji, jak uczucie gorąca, poty, osłabienie, po zastrzyknięciu afenilu są bez porównania łagodniejsze, niż po zastrzyknięciu wapnia; 2) samopoczucie chorych, pewien spokój, rodzaj euforji były większe po zastosowaniu afenilu; 3) niebezpieczeństwo zgorzeli po przedostaniu się pod skórę afenilu jest mniejsze, niż po *calcium chloratum*. 4) afenil poza właściwościami chlorku wapnia posiada własne działanie, które nie daje się zastąpić innymi środkami lekarskimi.

P. S. lat 13 przybył do szpitala 25 sierpnia 1927 r. Chory od lat 2. Apetyt niewielki. Kaszle. Od czasu do czasu gorączkuje. Ostatnio stracił dużo na wadze i silniej kaszle. Badanie przedmiotowe wykazuje: chory zbyt niski na swój wiek, budowy wątłej, blady, klatka piersiowa wąska, gruczoły chłonne karkowe i podszczękowe macalne, trochę bolesne. Objawy nieżyty oskrzeli, rozsianego w obu płucach. Prześwietlenie promieniami Roentgena klatki piersiowej przemawia za *peribronchitis tbc*. Gruczoły węzłowe obustronnie powiększone. Ze strony serca i pozostałych organów zmian chorobowych nie stwierdza się. Stan podgorączkowy: 37<sup>0</sup>. Mocz bez zmian chorobowych. Plwocina: dość liczne ciała ropne, bakterij Kocha, ani włókien sprężystych nie wykryto. Chory otrzymywał tran, wapien z tiokolem do wewnątrz i 30 nasświetleń lampą kwarcową. Objawy nieżyty oskrzeli ustąpiły, apetyt znacznie się poprawił, kaszel ustał, temperatura powróciła do normy, gruczoły chłonne zmniejszyły się.

22 października chory dostał silnego ataku dychawicy oskrzelowej. Zastosowano mu 5 cm.<sup>3</sup> afenilu dożylnie. Tętno przed iniekcją 100, ciśnienie krwi (Pachon) max. 90 min. 50, początek krzepnięcia krwi 4 min. 30 sek., koniec 9 min. 15 sek. W 15 min. po zastrzyknięciu początek krzepnięcia krwi 3 min. 50 sek., koniec 8 min. 20 sek. Duszność zaczęła się zmniejszać, a po upływie 1 godz. 30 min. chory czuł się zupełnie dobrze. W płucach pozostały pojedyncze furczenia.

24 października zastrzyknięcie afenilu 5 cm. Samopoczucie dobre. Atak duszności nie powtarzał się. Przed zabiegiem tętno 80, ciśnienie krwi (Pachon) max. 90 min. 55; początek krzepnięcia 4 min. 20 sek., koniec krzepn. 9 min. 5 sek. W 30 min. po zabiegu tętno 70, ciśnienie krwi max. 85 min. 55, początek krzepn. 3 min. 5 sek., koniec 7 min. 50 sek.

26 października iniekcja afenilu 8 cm. Atak duszności nie powtarzał się. W 45 min. po iniekcji początek krzepnięcia 2 min. 30 sek., koniec 7 min. Z powodu bardzo dobrego samopoczucia chorego po dożylnych zastrzykiwaniach, przy minimalnych objawach nietolerancji wapnia podczas zabiegu i braku jakichkolwiek zmian w miejscu dokonywania zabiegu, przestano dawać choremu wapń dowewnątrz, natomiast dostał on 20 iniekcji afenilu po 8 cm.<sup>3</sup> w odstępach dwu — i trzydniowych.

Chory poprawił się znacznie. Na wadze przybyło mu 4 klg. Objawy nieżyty płuc ustąpiły. Stan bezgorączkowy. Chory czuł się bardzo dobrze do dnia 18. II - 1928 roku.

18 lutego ponowny atak astmy. Zastrzykiwanie podskórne astmolizyny i kofeiny dały chwilową nieznaczna poprawę. Dożylna iniekcja 10 cm.<sup>3</sup> afenilu atak uspokoiła. Chory znowu otrzymuje afenil i twierdzi, że po nim czuje się najlepiej.

M. D. lat 30 szytygar. Przybył do szpitala 10 październ. 1927 r. ze skargami na dochodzące do bezdechu, częste ataki duszności, które nie pozwalają mu normalnie pracować. Poza atakami samopoczucie dobre, stan bezgorączkowy, apetyt dobry. Pali dużo. Pije. Poza objawami lekkiego nieżyty oskrzeli, objawów chorobowych u chorego nie stwierdzono. Mocz bez zmian patologicznych. Plwocina: pojedyncze ciała ropne, bakterie Kocha nieobecne.

14 październ. chory dostał typowego ataku dychawicy oskrzelowej. Zastosowano mu dożylną iniekcję 10 cm.<sup>3</sup> afenilu. Tętno przed zabiegiem 90, ciśnienie krwi (Pachon) max. 100 min. 50, początek krzepnięcia 4 min., koniec 10 min. 40 sek. W 45 min. po zabiegu objawy duszności znacznie się zmniejszyły. Chory oddychał swobodnie, kasłał, odpluwał śluzową plwocinę. Tętno 72, ciśnienie krwi max. 90 min. 50. Początek krzepnięcia 3 min. 20 sek., koniec 10 min. 5 sek. Objawy nietolerancji wapnia bardzo średniego nasilenia.

15 październ. atak duszności powtórzył się. Iniekcja 10 cm.<sup>3</sup> afenilu. Samopoczucie dobre.

16 październ. Atak astmy o słabszym, niż pierwszy, nasileniu. Iniekcja 10 cm.<sup>3</sup> afenilu, po której atak w bardzo szybkim

czasie ustąpił. W 24 godz. po iniekcji początek krzepnięcia krwi 3 min. 40 sek. koniec 10 min. 20 sek.

17 październ. Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Samopoczucie dobre. Na miejscu iniekcji żadnych zmian nie stwierdza się.

19 październ. Słaby atak duszności. Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Lekki kaszel.

21 październ Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Bez ataku. Objawy nieżyty oskrzeli.

23 październ. Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Samopoczucie bardzo dobre. Chory oddycha swobodnie.

25 październ. Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Bez ataku. Objawy nieżyty zmniejszyły się.

27 i 29 październ. Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Chory czuje się bardzo dobrze. Został wypisany ze szpitala dn. 20. XI. przez czas od 29. X. — 20. XI. nie miał ani jednego ataku astmy.

K. J. lat 30 piekarz. Przybył na oddział 31.X.27 r. Od roku kaszle, w nocy poci się, miewa gorączkę 37,0—38,0. Przed 4-ma tygodniami pluł krwią. Ostatnio osłabł, stracił apetyt, schudł. Podczas badania chorego stwierdza się nieliczne wilgotne rżenia w prawym szczytce, rzadka w lewym, oraz rozsiane w obu płucach furczenia i świsty. Ze strony serca i pozostałych organów zmian chorobowych nie stwierdza się. Temperatura ciała 37,4. Mocz bez zmian patologicznych. Plwocina ropna. Bakterij Kocha nie wykryto. Rozpoznanie: *tbc. pulmonum incip.* Chory otrzymał do wewnątrz tiokol z *liq. arsen. Pearsoni*, a dożylnie afenil. Tętno przed iniekcją 104, ciśnienie krwi (Pachon) max. 130. min. 65. Początek krzepnięcia krwi 3 min. 50 sek., koniec krzepnięcia 9 min. W 30 min. po iniekcji tętno 90, ciśnienie krwi max. 110. min. 65, początek krzepnięcia 3 min. koniec 8 min. 30 sek.

2 listopada. Afenil dożytnie 10 cm.<sup>3</sup>. Objawy nietolerancji minimalne: lekie uczucia gorąca w gardle i jamie brzusznej. Iniekcji dokonano bardzo powoli.

10 listopada. 5-ta iniekcja afenilu. Kaszel mniejszy, rżenie w obu szczytach zmniejszyło się. Temperatura 37,0.

18 listopada. 10-ta iniekcja afenilu. Apetyt poprawił się. Poty nocne mniej obfite. Temp. 36,8—37.

28 listopada. 13-ta iniekcja afenilu. Plwocina mniej ropna i mniej obfita. W prawym szczytce rżenia tylko po kaszlu w niewielkiej ilości, w lewym wydech słyszalny, szorstki. Na pozostałej przestrzeni płuc szmery oddechowe pęcherzykowe.

8 grudnia. 18-ta iniekcja afenilu. Stan bezgorączkowy. Apetyt dobry. Na wadze przybyło 2 klg.

10 grudnia. 20-ta iniekcja afenilu. Samopoczucie dobre. Stan bezgorączkowy. Lekki kaszel. Plwociny nie wiele—śluzoworopna. W prawym szczytce oddech szorstki, bez rżeń. W lewym wydech wydłużony.

20 grudnia. Stan gorączkowy utrzymuje się. Apetyt dobry.

30 grudnia. Stan bezgorączkowy. Lekki kaszel.

4 stycznia. Stan bezgorączkowy. Chory wypisał się ze szpitala.

S. S. lat. 24—ekspedjentka. Choruje od 1/2 roku. Kaszle dużo. Odpluwa dużo ropnej plwociny. Gorączkuje 37,0—38,4. Nocne poty. Apetyt niewielki. Ostatnio bardzo schudła. Podczas badania chorej stwierdza się w szczytce prawym od przodu w drugim i trzecim międzyżebżu po prawej stronie liczne rżenia oraz rozsiane w tem płucu furczenia i świsty. Płuco lewe bez zmiany. Roentgen wykazał zawołowanie prawego szczytu, nie wyjaśniające się po kaszlu i obustronnie powiększone gruczoły węzłowe. Serce, jak też pozostałe organy, bez zmiany. Temperatura 37,5. Mocz bez zmian chorobowych. Plwocina: dość liczne ciała ropne. Bakterje Kocha nieobecne.

Prócz leczenia wewnętrznego—tiokol z *liq. arsen. Pearsoni*, zastosowane chorej iniekcje afenilu po 10 cm.<sup>3</sup>.

20 października. Przed iniekcją: tętno 90, ciśnienie krwi (Pachon) max 100. min. 60; początek krzepnięcia 3 min. 20 sek.

koniec krzepnięcia 9 min. 5 sek. Po 1 godz. 15 min. po iniekcji tętno 84; ciśnienie krwi *max.* 85, *min.* 60; początek krzepnięcia 2 min. koniec — 7 min. 20 sek.

22 października. Iniekcja afenilu. Objawy nietoleracji niewielkie; temperatura 37,2. Kaszle dużo. Ból w drugim międzyżebżu po prawej stronie (rzężenia wilgotne). Nocne poty. Po zabiegu samopoczucie dobre.

24 i 26 października. Afenil 10 cm<sup>3</sup>. Temp. 37,0. Kaszel cokolwiek zmniejszył się. Rzężenia w prawym płucu utrzymują się.

7 listopada. Dziesiąta iniekcja. Samopoczucie dobre. Apetyt poprawił się. Temp. 37,0. Ilość rzężeń w prawym płucu zmniejszyła się.

7 listopada. Piętnasta iniekcja. Temp. 36,9. Chora kaszle mniej. Na wadze przybyło 1 klg. Apetyt dobry. W prawym szczytce wilgotne nieliczne drobno-bańkowe rzężenia.

10 grudnia. Stan bezgorączkowy. 36,6—36,8. Samopoczucie dobre. Kaszel niewielki. Płwocina śluzowo-ropna. B. Kocha nieobecne. W prawym szczytce gdzieniegdzie trzeszczenia.

20 grudnia. Chora wypisana ze szpitala do sanatorium.

J. S. lat 30 — urzędniczka. Od 2 mies. cierpi na *lumbago*. Ostatnio bóle pod wpływem kuracji zmniejszyły się tak, że chora jest w stanie chodzić, natomiast zjawily się na skórze obu obojczyków i w 2-giem międzyżebżu po stronie lewej wykwyty swędzące. Łuszczące się. Zewnętrzne leczenie, od 4 tygodni prowadzone, pozostało bez rezultatu.

Podczas badania stwierdza się typowe objawy *lumbago*. Przy poruszaniu kończyn w stawach barkowych i kolanowych słyszy się wyraźny chrzęst. Serce i płuca bez zmian. Na skórze obojczyków wykwyty o kilkucentymetrowej średnicy, barwy sinawoczerwonej, pokryte delikatną łuszczyką, nacieczone. Po stronie lewej wyraźniejsze. W 2-giem międzyżebżu po stronie lewej wykwit tego samego rodzaju. Pojedyncze tegoż charakteru wykwyty rozsiane po całym ciele. W moczu liczne kryształki kwasu moczowego. We krwi ilość kwasu moczowego wzmożona.

Rozpoznanie: rwa lędźwiowa i wykwyty skórne na tle skazy moczanowej.

16 października. Iniekcja dożylna 8 cm. afenilu. Objawy nietoleracji — niewielkie pod postacią łagodnego uczucia gorąca w całym ciele. Samopoczucie dobre.

19 października. Wykwity zbladły. Łuszczą się obficie, swędzą mniej. Iniekcja 10 cm.<sup>3</sup> afenilu. — Objawy nietoleracji mniejsze, niż za pierwszym razem.

22 października. Barwa wykwitów różowa, nacieczenie znacznie się zmniejszyło. Rozsiane po ciele wykwyty znikły. Swędzenie ustało. Afenil 10 cm.<sup>3</sup> Minimalne uczucie ciepła.

25 października. Nacieczenie na obojczykach zupełnie wessało się. Wykwity zbladły. W miejscu, gdzie przedtem były, delikatna łuszczyka. Iniekcja 10 cm.<sup>3</sup> afenilu — minimalne uczucie ciepła.

5 listopada. W miejscu dawnych wykwitów — skóra bez zmiany.

Przypadki dychawicy oskrzelowej, podane wyżej, należą do uporczywych, a jednak osiągalnymi w nich przy kuracji afenilowej dobre wyniki w postaci par — lub kilkumiesięcznej przerwy w zjawianiu się ataków, oraz szybkiego ich ustępowania.

Jeżeli chodzi o gruźlicę, to w przypadkach daleko posuniętej, rozpadowej formy rezultaty były niewielkie, lecz w przypadkach podobnych do podanych tutaj, gdzie nacieczenie tkanki płucnej miało miejsce na stosunkowo niewielkiej przestrzeni, a zmian rozpadowych nie stwierdzało się, podanie dożylnie afenilu ułatwiało, przyspieszało wysysanie się wysięku. W tych przypadkach, gdzie proces rozpadowy był daleko posunięty, i dochodziło do krwotoków, nie osiągalnymi widocznej poprawy stanu płuc, lecz byliśmy w stanie powstrzymać wyczerpujące chorego krwawienie.

Krzepliwość krwi we wszystkich przypadkach zmagała się. W pół godziny po iniekcji dają się już zauważyć zmiany w krzepliwości, które największego nasilenia dosięgają przeciętnie po upływie 1 g. i na tym poziomie utrzymują się 2 — 3 godzin. Po 24 godzinach wzmożenie krzepliwości jest tylko minimalne.

O własnościach resorbcyjnych afenilu bardzo wyraźnie mówi przypadek z wykwitami skórnymi na tle dny. Schorzenie było przewlekłe. Żadne środki wewnętrzne, ani zewnętrzne nie pomagały. Wystarczyły 4 iniekcje afenilu, aby wysięk śródtkankowy wessał się.

Stosując często iniekcje dożylnie glukozy 20% w ilości do 100 cm.<sup>3</sup> jednorazowo, czy to w celu podtrzymania akcji serca, czy też odżywienia organizmu podczas głódówki leczniczej, mieliśmy kilkakrotnie objawy nietoleracji zo strony organizmu w postaci dreszczy i kilkugodzinnej gorączki. Obecnie w celu zapobiegawczym wraz z pierwszemi 10 cm.<sup>3</sup> glukozy zastrzykujemy parę cm.<sup>3</sup> afenilu, unikając w ten sposób objawów anafilaktycznych. Usługi zatem, jakie afenil nam oddaje, a tem samem i wartość lecznicza tego środka są duże.

Z wyżej przytoczonych obserwacji klinicznych wynika, że afenil powinien wszędzie być stosowany tam, gdzie dotychczas stosowano *calcium chloratum* dożylnie.

*Calcium chloratum* powoduje niekiedy powikłania pod postacią zgorzeli miejscowej i przykrego, silnego uczucia gorąca, które osoby wrażliwe doprowadza do zapaści. Afenil, jako środek bez porównania łagodniejszy, ma pierwszeństwo przed *calcium chloratum*, pomijając dodatni wpływ afenilu, związany z obecnością w nim związków mocznika.

## Korespondencja.

Wilno w kwietniu.

### Uroczystość otwarcia w Wilnie Kliniki okulistycznej.

Uroczystość ta została połączona z odsłonięciem pamiątkowej tablicy ku czci Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego, odnowiciela starodawnego Wileńskiego Uniwersytetu, noszącego dziś nazwę Uniwersytetu Imienia Stefana Batoryego. Klinika powstała, jak wiele innych zakładów uniwersy-

teckich, na terenie szpitala wojskowego w dzielnicy zw. Antokolem, a miejąc się w dawnym pałacu Sanguszków, odpowiednio przebudowanym i zastosowanym do potrzeb nauki i szpitalnictwa. Znajdą w nim pomieszczenie chorzy zarówno cywili jak i wojskowi, gmach cały służyć będzie zarówno celom nauki, jak i potrzebom ludności, która dotychczas musiała się zadawałać istniejącym od r. 1884 Instytutem oftalmicznym, ufundowanym dzięki ofiarnej pomocy hr. Przewłozickich

dzisiaj już za szczupłym na potrzeby ludności. Według oceny specjalistów obecna klinika może zadowolić najwybredniejsze wymagania pod względem urządzenia i zaopatrzenia, zwłaszcza po dokonaniu niektórych uzupełnień, do czego trzeba jednak jeszcze pomocy finansowej ze strony Państwa. To, co już zostało dokonane, zawdzięczać należy niestrudżonemu staraniom obecnego Marszałka Senatu, Prof. Szymońskiego, który nie szczędził pracy i zabiegów, ażeby dzieło tak ważne i potrzebne zostało jaknajrychlej do skutku doprowadzone. Czcigodny kol. Szymoński, który może więcej, niż ktokolwiek inny, widział podobnych urządzeń na świecie podczas swych licznych wędrówek po Europie, Azji, zwłaszcza Japonii, Ameryce Północnej i Południowej, gdzie długie lata spędził w Stanach Zjednoczonych i Brazylii, może być dumny ze swego dzieła, które zostawi potomności.

Podczas uroczystości, w której, niestety, zamało było profesorów okulistyki z naszych wszechnic, odczytano z górą 200

depezy ze wszystkich części świata, widać stąd, jak wielkie zainteresowanie wzbudziła w świecie naukowym ta nowa placówka nauki polskiej. Otwarcie kliniki towarzyszyły: uroczysta Akademia w Uniwersytecie pod wodzą Jego Magnif. Rektora Pigońa, z przemówieniem z historii okulistyki Uniwers. Wileńskiego prof. Trzebińskiego, posiedzenie nadzwyczajne Tow. Lekarskiego, najstarszego w Polsce, pod przewodnictwem prof. Januszkiewicza, w obecności p. Ministra Dobruckiego, Gen. Roupperta, dyr. Służby Zdrowia d-ra Piestrzyńskiego i licznych lekarzy przyjezdnych i miejscowych, oraz dwóch najstarszych członków honorowych Tow. Lekarskiego Wileńskiego, prof. Noiszewskiego i Bujwida. Historię Towarzystwa omówił treściwie od czasu założycieli, Śniadeckiego i Franka, prof. Trzebiński z właściwą sobie swadą i miłym a głębokim ujęciem przedmiotu.

O Bujwid (Kraków).

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Gościec — współzawodnikiem gruźlicy.

Podał.

Gustaw RACIAŻEK (Warszawa).

Gruźlica, ten nieubłagany bicz ludzkości, znalazła groźnego współzawodnika w postaci gościa. Ze to, co mówię, nie jest bynajmniej zwrotem retorycznym, lecz smutną rzeczywistością, nadmiar złego niewiele tylko lekarzom znana, — niechaj uzmysłowią cyfry.

Według ostatnio dokonanych w Angji obliczeń, szkodę, spowodowaną w tym kraju przez reumatyzm, ocenia się na czternaście milionów funtów rocznie, na którą to zawrotną sumę składa się z jednej strony całość wypłaconych chorym reumatykom zapomóg, wynoszących dwa miliony funtów, z drugiej — stracona bezpowrotnie wartość trzech milionów tygodni roboczych, ocenianych przeciętnie po cztery funty angielskie.

Podobne dane otrzymujemy i z innych krajów, czujnie śledzących okrutne postępy tego nowego niebezpieczeństwa społecznego, przyczem dziś już nie ulega wątpliwości, że szkody, uczynione przez gościec, nawet w porównaniu z gruźlicą, wysuwają się pod względem gospodarczym bezwarunkowo na plan pierwszy; dość zważyć, że np. wydatki Berlina, spowodowane przez klęskę reumatyczną, przewyższają ośmiokrotnie ogólne koszty, związane z akcją przeciwgruźliczą, powszechnie uważane wszak dotychczas za bezkonkurencyjne.

Zimmer podaje, że, jak wynika ze statystyk Kas Chorych w Berlinie za ostatnie lata, liczba zachorowań na reumatyzm jest 5,1 razy, zaś liczba dni przechorowanych jest 3 razy wyższa w porównaniu z gruźlicą.

Mniej więcej podobne alarmy na powyższy temat rozlegają się w Anglii, Holandji, Szwecji, Niemczech oraz Austrii. W Szwecji np. według tamtejszych statystyk, 20% kalek zawdzięcza swój los przebytemu gościami.

Niema powodów do złudzeń, jakoby reumatyzm w sposób szczególny oszczędzać miał ludność

naszego kraju, dlatego też zdecydowałem się na tem miejscu poruszyć nieco szerzej zagadnienie gościa, tembardziej, że w dostępnym mi piśmiennictwie polskim, nie poświęcono mu należytej uwagi.

Dość przejrzeć pewną liczbę kart pacjentów Kas Chorych, ażeby się wnet zorientować, że również i u nas reumatyzm daje się ludności we znaki w sposób zgoła zastraszający; jeśli porównamy odnośne rubryki ambulatoryjne tudzież szpitalne, dotyczące z jednej strony zgonów, z drugiej niezdolności do pracy, to z trudem tylko powstrzymamy się od wniosku, że skoro istotnie gruźlica wykreśla tysiące istnień z listy żyjących, to reumatyzm wykreśla dziesiątki tysięcy z listy pracujących.

Nie dziw, że zagadnienie gościa stało się w szeregu krajów cywilizowanych przedmiotem gorliwych i systematycznych badań, przyczem trwale utrzymuje się ono w tym charakterze niejako na porządku dziennym. W wielu krajach powstały specjalne Komitety, poświęcone wyłącznie studjom nad tem cierpieniem, przyczem, gwoli powiązaniu badań w pewną łączną całość, wyłoniono międzynarodowy komitet centralny, urzędujący w Amsterdamie. Godzi się podnieść, że już na samym wstępie spotkano się z trudnościami, wynikającymi bezpośrednio z rozbieżności terminologicznych. Określenie reumatyzmu w wielu językach wywodzi się od pierwiastka „*Rheuma*“, co oczywiście stanowi z punktu widzenia współczesnej o tem cierpieniu wiedzy, jedynie szkodliwy, bo niepotrzebnie sugerujący rzekomo ścisły związek z przeziębieniem anachronizm. Terminologia polska może pod tym względem poszczycić się nielada sukcesem, bowiem od wielu już lat posługuje się ściśle odrębnym mianem „gościec” przynależnym wyłącznie obchodzącej nas w danym wypadku chorobie — niesłusznie gdzieś indziej jeszcze zwanej reumatyzmem.

Pozostawiając narazie bez uwzględnienia wszelkie dyskusje, jakie po dzień dzisiejszy toczą się na forum międzynarodowym na temat właściwego i uzgodnionego mianownictwa reumatyzmu, spro-

bujemy rozejrzeć się nieco szerzej w niewątpliwie ważniejszej pod względem praktycznym dziedzinie etjologii goścca, która wciąż jeszcze stanowi dla badaczy puszcę pełną tajemnic i niespodzianek.

Przedtem jednak pokrótce wspomnimy o trudnościach, jakie napotyka odgraniczanie spraw stawowych, bezspornie na tle goścca powstałych od innych schorzeń, rozwijających się w stawach. Nie kto inny, jak *Wenckebach* zaleca w rozpoznawaniu cierpień stawowych jaknajdalej idącą ostrożność i oświadcza się wręcz za postępowaniem *per exclusionem* tudzież metodą *ex juvantibus*, mając oczywiście na myśli salicyl.

Inni autorowie ostrzegają przed błędnem rozpoznawaniem spraw stawowych, rzekomo na tle dny powstałych, przyczem wskazują na fakty, że ustalenie na drodze mikrochemicznej poziomu kwasu moczowego we krwi bynajmniej nie posiada rozstrzygającego w tym względzie znaczenia, jak to zaznaczają stale *Goldscheider* i badacze francuscy.

Interesujące są prace lekarza holenderskiego, *I. van Breemena*, który próbował drogą badań cytologicznych krwi uzyskać nowe podstawy do różniczkowania spraw stawowych; sam jednak wypowiedział się o swych wynikach ujemnie.

Nie bez znaczenia byłoby opracowanie metod dla umiejętnego odgraniczenia postaci istotnie gośccowych od niektórych zespołów, na tle gruźlicy powstałych, nie dość wszakże dla dokładnego rozpoznania różniczkowego dostępnych, że przytoczymy takie na niezdecydowanym pograniczu stojące jednostki kliniczne, jak np. choroba *Stilla* lub wielorakie obrzęki stawów oraz gruczołów chłonnych u dorosłych.

Zakaźna geneza goścca dziesiątki lat niepodzielnie panowała w umysłach klinicyistów, dopatrujących się zarazka chorobotwórczego bądź w swoistych paciorkowcach, bądź w gronkowcach, atoli i w tej dziedzinie usiłują ostatnimi czasy niektórzy autorowie poczynić poważne wyłomy, że przytoczymy referat badacza angielskiego (*Sundell*), wygłoszony niedawno (styczeń roku 1928) w Rzymie, a usiłujący dowieść, wbrew teorii o zakaźnym pochodzeniu goścca, że bynajmniej nie stanowi on odrębnej jednostki klinicznej, tak jak np. zapalenie płuc lub dur brzuszny, lecz że jest tylko wyrazem przeegzystującej skazy gośccowej (*Status rheumaticus*).

*Sundell* nie odrzuca wprawdzie kategorię możliwości tła zakaźnego, utrzymuje wszakże, że ewentualny zarazek lub inny czynnik szkodliwy natrafia w napastowanym ustroju na teren szczególnie podatny w postaci skazy, a więc jakby na szczególne uczulenie ustroju na gościec, który to czynnik bujnie zaczyna się rozwijać, dając ogólnie nam znane zespoły kliniczne.

Oczywiście, w oczekiwaniu dalszych wywodów *Sundella* możemy jednak już dziś dać wyraz swym wątpliwościom, trudno bowiem sobie wyobrazić, czemu to i pod wpływem jakiego mechanizmu zachodzi w gośccu systematyczne schorzenie stawów, które przecież nie stanowią ze sobą ani czynnościowej, ani anatomicznej całości, jak np. układ nerwowy, krwionośny lub chłonny. Wnioski tedy *Sundella* narazie niewiele rzucają światła na zagadnienie goścca.

Wprawdzie ukazały się ostatnimi czasy niezmiernie interesujące prace *Ralph'a P. Embertona*, usiłujące jakby ująć stawy w pewną zwartą korelacyjnie całość, mamy mianowicie na myśli badania, w których np. po podaniu doustnem cukru gronowego udało się go w krótkim czasie wykazać w płynie surowiczym torebek stawowych, co przemawiałoby za pewnym nieznanym nam oczywiście bliżej stosunkiem przewodnictwa pokarmowego do stawów, jako układu. Udało się również stwierdzić, że drogą tą t. j. *via tractus intestinalis* odbywa się częściowo odżywianie pozbawionych naczyń krwionośnych chrząstek. Powracając do rozważań nad etjologią, nie należy zapominać, że w ojczyźnie *Sundella* po dzień dzisiejszy od roku 1896 pokutuje pogląd *Hunt'era*, że gościec, jako choroba zakaźna, instaluje się najsamprzód w sercu, a stąd dopiero drogą przerzutów atakuje mięśnie, a w szczególności stawy.

Niewątpliwie najdonioślejsze pod względem praktycznym znaczenie miałyby ustalenie pierwotnych wrót zakażenia gośccowego, wzgl. ognisk pierwotnego zakażenia. Niestety i pod tym względem ścierają się wzajemnie nieraz sobie przeczące poglądy, że przytoczymy jako *curiosum* tak biegunowo odmienne zapatrywania, jak teoria *Wenckebacha* i *Pirqueta*: podczas gdy pierwszy wrota zakażenia gośccowego upatruje w migdałkach, drugi widzi w nich wręcz tylko narząd dla zarazków gośccowych wydziałniczy. Przy sposobności dodamy, że tenże *Pirquet* podkreśla często obecność u chorych na gościec dzieci wysypki. Zjawisko to niema, oczywiście, nic wspólnego ze zmianami cyrkulacyjnymi w otaczającej chore stawy skórze, rzecz, która została szczegółowo opracowana przez *Cobeta* i *Benedicta*.

Wszelako, pod pewnym względem daje się ostatnimi czasy zauważyć jednorodność w zapatrywaniach poszczególnych autorów, mianowicie, jeśli chodzi o ocenę roli, jaką odgrywa w całym zagadnieniu jama ustna, wzg. gardzielowa. Na podstawie istotnie imponujących statystyk zbudowano w Ameryce teorię t. zw. „*Oral sepsis*“. Próbuja tam udowodnić, że wrotami zakażenia gośccowego w 48%, jak to utrzymuje *Lambert*, a więc niemal w połowie przypadków są migdałki (*Tonsillar-sepsis*); jeśli zważyć, że, zdaniem *William'a Willcoksa* aż 72% zakażeń gośccowych przypada na zęby, (*Dental sepsis*), to, zaiste, nietylko zabraknie nam miejsca na wszelkie inne etjologiczne możliwości, lecz nawet dojdziemy w tych (72% + 47%) *ad absurdum*.

Tem nie mniej, jak to już podnieśliśmy wyżej, dzisiaj już nie ulega wątpliwości, że niejako rdzeń zagadnienia tkwi w wyswietleniu istoty *oral-sepsis*, w której to sprawie powinny się oczywiście wypowiedzieć kliniki wewnętrzne wspólnie ze stomatologami.

Co należy rozumieć pod nazwą „*Oral sepsis*“?

Jak to powszechnie wiemy, w następstwie ostrego zapalenia migdałków, rozwija się często zapalenie zastawek serca, bądź też ulegają schorzeniu nerki, mięśnie lub stawy. Mniej więcej podobne następstwa konstatujemy tak samo prawie często w przebiegu przewlekłego zapalenia migdałków (*Tonsillitis chronica*), nie ujawniającego się ani ich powiększeniem, ani szczególnym zacierzeniem.

Znajdujemy jednakże w ich głębi podczas skrupulatnego badania ropiejące czopy. O roli tych czopów tudzież o roli całego pierścienia chłonnego gardzieli w patologii pisał w swoim czasie Mieczysław Gantz (Warsz. Czasop. Lek. Nr. 10 - 1925), ograniczymy się wobec tego jedynie do stwierdzenia na tym miejscu, że po wyluszczeniu migdałków sprawa chorobowa często raptownie ustaje, i chory powraca do zdrowia; czyżby więc to nie upoważniało nas do wyrażenia przypuszczenia, że zawarte w czopach migdałków drobnoustroje ropne były źródłem zakażenia ustroju i że ze swego siedliska (*focus*) podsycały chorobę?

Podobne ogniska znajdujemy nietylko w migdałkach, lecz i w dziąsłach; mamy więc przed sobą bądź to ropotok zębodołowy (*Pyorrhoea alveolaris*) bądź tak zwany ziarniniak (*granuloma dentis*). Pierwszy przypadek jest stosunkowo niewinny, gdyż już przy lekkim naciśnięciu dziąsła w kierunku do szyjki zęba, ropa zaczyna się obficie sączyć na zewnątrz, sprowadzając automatycznie szansę przeniknięcia zarazka do ustroju do *minimum*. O wiele poważniej przedstawia się rzecz w drugiej kategorii przypadków, mianowicie ze strony ziarniniaków. Niebezpieczeństwo dla ustroju powstaje stąd, że w zębach, zwłaszcza plombowanych, ognisko zakażenia, tkwiące w korzeniu, dotkniętym próchnicą, zostaje od góry zablokowane i zaczyna szerzyć się w głąb. Wkrótce w otoczeniu korzenia, nieomal zupełnie uległego rozpadowi, wytwarza się tkanka ziarniniakowa, zazwyczaj otorbiona, przyczem, co należy z naciskiem podkreślić, w torbieli granulomatycznej przeważnie, bo aż w 90% przypadków, stwierdzić możemy obecność paciorkowców (Falta). Oczywiście, zawartość torbieli, hernetycznie przez plombę odgradzona od świata zewnętrznego, stanowi dla jej nosiciela trwałą i złowieszczą groźbę, tem więcej, że naciskanie na ząb podczas jedzenia sprzyja zepchnięciu paciorkowców z torbieli ziarniniakowej do przestrzeni chłonnych, a stamtąd do krwiobiegu. Niebezpieczeństwo uświadomimy sobie dostatecznie po dokładnem wejrzaniu w anatomję patologiczną owych torbieli; mianowicie, tkanka torebek granulomatycznych jest obficie wydrenowana rurkami limfatycznymi z otoczenia. Praktycznie nie jest bez znaczenia okoliczność, że dotknięte podobnym ziarniniakiem zęby bynajmniej nie powodują bólu nawet podczas opukiwania, jak również nie zdradzają swym wyglądem zaczajonego w ich korzeniach, tak brzemiennego w skutki ogniska. Jedynie badanie rentgenologiczne wykrywa istotę sprawy, i po usunięciu zęba zabezpiecza się chorego przed nieobliczalnymi niekiedy skutkami dental sepsis.

Wszelako niekiedy i ten nawet bezwzględnie właściwy zabieg zawodzi, i musimy w takich razach sądzić, iż czynnik paciorkowcowy zdołał poza głównem ogniskiem utworzyć sobie jakby ekspozyturę w innych narządach, skąd niepłoszony nieciwa niszczyielską akcją.

Jak już podnosiliśmy wyżej, nauka o focal infection, względnie z jej pododdziałem oral-dental infection, spotkawszy się z entuzjastycznym przyjęciem, wkrótce jednak, zwłaszcza w Ameryce, wkroczyła na niebezpieczne tory przesady. Zdaniem lekarzy amerykańskich, chore zęby stanowią

stałe źródło zakażenia poza gośćcem również i dla takich cierpień, jak wrzód żołądka, kamica nerkowa i żółciowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, trzustki, a nawet dla chorób psychicznych. Dość przytoczyć, że według H. Majo przyczyny schorzeń, wymagających interwencji chirurgicznej, aż w 80 procentach upatrywać należy w chorych zębach.

Tak więc wybitnie przesadzone statystyki angielskie oraz amerykańskie doznają jednakże w Niemczech rzeczowej, acz krytycznej oceny, przyczem Weiss i Schmidt np. w całości podtrzymują tezę angielską, redukując oczywiście odsetek dental sepsis do, bądź co bądź, pokażnej pozycji 56%, przypisywanych wszakże wyłącznie tylko prawie przypadkom gościa przewlekłego. Jest niezmiernie interesujące, że dopiero co zacytowany przez nas Z. Schmidt, mówi stanowczo o zaraźliwości nietylko przewlekłej, lecz i ostrej formy gościa. Niestety, autorowie ograniczają się tylko do budowania hipotez bez dostarczania przekonujących dowodów.

Tak samo jedynie akademickie i teoretyczne znaczenie posiada propozycja H. Straussa wyróżniania tych postaci, które *a priori* rozwijają się przewlekłe, mianem *arthrosis*. Gdybyż to rzuciło choć nieco światła na tę tak ciemną sprawę!

Podobnego zdania jesteśmy, zresztą, również o próbach Jacques Kronera, usiłującego na łamach „Medizinische Welt“ 1928 Nr. 12 wprowadzić do i tak zawikłanej dziedziny niezmiernie skomplikowaną klasyfikację reumatyzmu.

Co się tyczy leczenia i zapobiegania gośćcowi, to, jak to słusznie zaznacza Poynton, salicyl nie wyczerpuje kwestji, i pod szczególną uwagę powinna być brana okoliczność, że losy chorego na ostrego gościca w wysokim a nawet częstokroć decydującym stopniu zależne są od tego, czy po minięciu ostrego stanu gorączkowego nie podjął chory zbyt szybko swej pracy zawodowej oraz czy poddany został w przypadku przykurczeń mięśniowych stosownym masażom i innym zabiegom ortopedycznym. Zaniedbywanie tej tak nieodzownie koniecznej opieki prowadzi w wielu razach do tak dramatycznych następstw, jak np. całkowity bezwład tak dobrze znany naszym szpitalom, które są nieraz zmuszane gościć tego rodzaju inwalidów jubilatów przez ćwierć wieku.

Reasumując wszystko, co powiedziałem, pragnąłbym, ażeby szkic mój dostatecznie motywował potrzebę

- 1) niezwłocznego opracowania w Polsce statystyki gościa, ze szczególnym uwzględnieniem ewentualnego związku z alkoholizmem,
- 2) ścisłej współpracy w tej dziedzinie kliniki wewnętrznej ze stomatologiczną,
- 3) rozszerzenia, zwłaszcza na terenie Kas Chorych, interwencji rentgenologicznej we wszystkich przypadkach gościa.
- 4) zatroszczenia się o dalsze losy rekonwalescentów(?) gośćcowych drogą dostarczania im odpowiednich warunków pracy i stałego utrzymywania w ewidencji.



## Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. № 9).

Specjalną grupę chorób zakaźnych inhalacyjnych stanowią choroby wysypkowe: oспа, odra, płonica, oспа wietrzna. Uchodzą one wśród publiczności za najbardziej zaraźliwe, kontaktowe. Stoją one pod dewizą „*noli me tangere*”. Oczywiście, że zaraźliwość ich jest taka sama, jak innych chorób zakaźnych. Samo dotknięcie się do chorego zarażenia spowodować nie może; musi zarazek, wywołujący te choroby, zaszczerpić się taką samą drogą, jak zaszczerpia się w innych chorobach zakaźnych, to jest drogą oddechową lub drogą ustną.

Najprostszym ostrzeżeniem, jakie można dać w stosunku do tych chorób, jest nie chodzić do dotkniętych niemi chorych. Szczególnie u żydów rozpowszechniony jest zwyczaj odwiedzania chorych; w sferach, mało wykształconych, uważają sobie za obrazę, jeżeli domy zaprzyjaźnione nie odwiedzają się w chorobie; różnicy między chorobami każdemu i niezakaźnymi nie przeprowadzają. Kto się nie boi, ten się nie zarazi, powtarzają sobie bezkrytycznie. W sferach wykształconych ostrożność panuje już większa; tam obawa zakażenia przechodzi w przesadę. W każdym razie Wydział zdrowia przysłużył się bardzo sprawie uświadczenia ogółu co do udzielania się chorób zakaźnych przez umieszczanie napisu na drzwiach: Choroba zakaźna; wejście wzbronione.

W odrze zdarza się nieraz, że rodzice nie chcą oddzielić zdrowych dzieci, w przekonaniu, że odry żadne dziecko nie uniknie, prędzej czy później na odrę zachorować musi, niech więc chorują razem, za jednym zamachem rodzice pozbędą się kłopotu. Lekarzowi nie wolno zaaprobować takiego poglądu, gdyż wcale tak nie jest, żeby odry nie udało się uniknąć: jest bardzo wiele dzieci, które odry nie przechodziły, a z drugiej strony odry niewolno poczytywać na chorobę niewinną. Zejście odry nigdy nie jest zgóry wiadome, nigdy również nie można przewidzieć powikłań, które pozostawić mogą ślady i kalectwa na całe życie (jak zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, miedniczek nerkowych i głównie usposobienie do gruźlicy i t. d.) W roku 1925 na 6462 zameldowane przypadki odry zmarło 254 dzieci, w tem dzieci do lat 5 246, a w całej Polsce na 50828 zameldowanych zachorowań było 1112 zejść śmiertelnych. W Niemczech zmarło na odrę w r. 1908 10613 osób, w tem dzieci w pierwszym roku życia 3689—a do 5 roku życia 6890.

Zdajemy sobie najzupełniej sprawę z tego, że statystyka, szczególnie co do odry, obejmuje nietylko u nas, lecz i wszędzie, nie wszystkie przypadki, lecz głównie przypadki ciężkie, stąd procent śmiertelności może wypadł tak groźnie, tem nie mniej jednak uwidacznia się z niej, że

odra chorobą obojętną nie jest. Szczególnie niebezpieczna jest odra dla drobnych dzieci, a im później dziecko na odrę zachoruje, tem dla niego jest lepiej; w starszym wieku już można śmiało twierdzić, że odra jest chorobą banalną.

W czasie panowania odry nagminnie nie należy dzieci posyłać do szkoły, a nawet nie pozwalać im stykać się z obcymi dziećmi; wogóle powstrzymywać dzieci od zbytnej zażyłości z innymi dziećmi, od wylewów serdeczności, jak całowanie się, rzucanie się na szyję, a nawet od wspólnych zabaw, kąpieli i śniadań.

Chociaż zarazek odry jest jeszcze niewykryty, to jednak wiadomo o nim, że jest lotny, to znaczy, że wykrztusza się z kropelkami śliny już w okresie wylegania się choroby, które trwa od 7 do 13 dni. Zaczyna się bowiem odra od nieżyty dróg oddechowych, i wtedy zarazki rozpryskują się podczas kaszlu i zarażają powietrze w całym mieszkaniu. Przenoszenie odry przez osoby zdrowe, przez sprząty, książki, pokarmy i zabawki nie ulega żadnej wątpliwości.

Najpewniejszym środkiem zapobiegawczym byłoby ściśle oddzielenie chorego dziecka; jest to jednak w większości przypadków odry wśród liczniejszego rodzeństwa niemal niewykonalne. Matka nie może porzucić rodzonych dzieci; pielęgnuje chore dziecko i opiekuje się zdrowymi, przez co choroba udziela się zdrowym; a często nawet izolacja jest już spóźniona, gdyż odra jest już zaraźliwa w okresie wylegania, jak powiedziano wyżej, a więc w okresie, kiedy sprawa jeszcze nie jest rozpoznana. Z tego powodu w Pruszech skreślono odrę z rzędu chorób, podlegających meldowaniu; u nas meldowanie odry obowiązuje, i znane są sprawy karne, wytoczone lekarzom za niezameldowanie przypadku tej choroby.

Czy lekarz może przenieść chorobę? Nie ulega wątpliwości, że tak. Jeżeli lekarz niezbyt często jest sprawcą choroby zakaźnej, to tłumaczy się to w ten sposób, że nigdzie długo nie przebywa najbardziej wystawione na niebezpieczeństwo jest własne jego rodzeństwo. Przypadki takie znane są i u nas w Warszawie z ostatnich lat, że lekarz przeniósł płonicę na swoją żonę, która w chorobie zmarła. Lekarz powinien zachowywać się ostrożnie i umiejętnie przy badaniu chorego zakaźnego; niezbyt zbliżać się do jego ust, usuwać się w chwili kaszlu, skrupulatnie myć sobie ręce przed wyjściem od chorego, wydezynfekować sobie zarost i włosy, słuchawkę i inne instrumenty. Wizyty u chorych zakaźnych powinien odbywać na końcu i powinien przystępować do chorego w fartuchu, sięgającym do samych stóp. Fartuch taki służy dla otoczenia za dowód, że lekarz bierze sprawę zakażenia na serjo, że jest sam ostrożny, a to jest pożyteczne z różnych względów. To, że lekarz po wyjściu od chorego przebywa pewien czas na wolnym powietrzu, bynajmniej nie niszczy zarazków, które do niego przyłgnęły, a dezynfekcja ubrania jest rzeczą trudną: wymaga formaldehydu, pary wodnej i amoniaku a także specjalnych kamer, i codziennie jej wykonywać nie można. Daleko prościej jest dawać fartuch codziennie do prania.

(D. c. n.)

## Sprawy zawodowe.

### Protokół dorocznego sprawozdawczego posiedzenia naczelnej izby lekarskiej

w dniu 29 stycznia 1928 r.

(Dokończenie).

Po przyjęciu budżetu uchwalono ponownie wydać Zarządowi następujące pełnomocnictwo: „Naczelna Izba Lekarska na posiedzeniu w dniu 29.1.1928 do następnego zebrania Izby udziela Zarządowi (Wydziałowi Wykonawczemu) pełnomocnictwo do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych (zatwierdzenie regulaminów), opiniodawczych i wykonawczych leżących w zakresie jej działalności oraz udzielanie pełnomocnictw w jej imieniu (stanie u reagenta, ministra i t. p.)”.

Wobec znacznych kosztów i wyjątkowych nieraz trudności, połączonych z przyjazdem delegatów z prowincji, uchwalono, aby członkowie, ewentualnie zastępcy członków Naczelnej Izby Lekarskiej z prowincji mogli otrzymać na piśmie mandaty od tych członków Izby, którzy nie mogą przybyć na zebranie i przy głosowaniu rozporządzali tyłu głosami, ile mandatów otrzymali.

Przedstawiciele Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej wystąpili z wnioskiem ofiarowania 1000 złotych na „Zrzeszenie Wdów i Sierot po Lekarzach” i 1000 złotych na konkurs na pracę naukową z dziedziny sanitarnej. Po replice przedstawicieli Izby Lwowskiej i Poznańsko-Pomorskiej, że tego rodzaju wydatki należą do zakresu działalności Izby terytorjalnych, a nie N. I. L., wniosek znaczną większością głosów upadł.

Jako przewodniczący Komisji Ubezpieczeniowej Dr. Krzyżkowski referuje sprawę ubezpieczeń emerytalnych lekarzy w obecności rzeczoznawców ze strony Izby Warszawsko-Białostockiej i Lwowskiej, D-rów Mutermilcha i Moszkowicza, którzy w tej chwili zostali zaproszeni na posiedzenie.

Wykonany przez Komisję projekt ubezpieczeń emerytalnych został przez naczelną Izbę Lekarską rozesłany do wszystkich Izb. Odpowiedzi nadeszły rozbieżne. Niektóre Izby nie chcą ubezpieczeń przymusowych, tymczasem ubezpieczenia mogą być korzystne, jeżeli będą przymusowe, przymus zaś mogą uchwalić tylko Rady Izb. W czasie prac Komisji ubezpieczeniowej wyszła Ustawa rządowa o obowiązkowym ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Ustawa ta może być korzystniejsza, niż ubezpieczenia Izbowe. Dodatnimi stronami ubezpieczenia rządowego są: niskie świadczenia, ubezpieczenie bez badania lekarskiego, jednakowe składki bez różnicy wieku ubezpieczonych, renta inwalidzka przy utracie zdolności zawodowej poniżej 50%, jednorazowa odprawa, kapitalizacja i prawo wkupu; ujemnymi stronami są: brak gwarancji skarbu Państwa, brak dokładnego statutu, przypuszczalnie niekorzystny układ Rad ubezpieczeniowych, nieodpowiednie ubezpieczenie bezrobotnych lekarzy, mogą oni bowiem być zatrudnieni jako kanceliści.

Sprawa ubezpieczeń wywołała obszerną dyskusję. Dr. Ramer dowodził, że dla lekarzy ubezpieczenia emerytalne nie mają żadnej wartości ze względu na krótki średni okres życia lekarza, a więc nie długie korzystanie z emerytury, wdowia zaś emerytura jest zbyt nikła, by mogła zapewnić byt, natomiast, zdaniem jego, pożądane i celowe są ubezpieczenia na kapitał, gdyż one mogą stworzyć znośne warunki egzystencji dla wdów

i sierot po lekarzach. Dr. Wrześniowski twierdził, że najlepsze są ubezpieczenia na wypadek śmierci, ubezpieczenia zaś na kapitał drogo kosztują i nie są pewne. Dr. Moszkowicz stoi na stanowisku, że konieczną jest rzeczą wprowadzenie przymusowych ubezpieczeń emerytalnych, gdyż tak zwane kasy pogrzebowe są właściwie zaopatrzeniem, a nie ubezpieczeniem. Z ubezpieczeń emerytalnych łatwo można przejść na ubezpieczenia rządowe. Główna trudność leży w tem, 1) że wszystkie Izby musiałyby się zgodzić na przymusowe ubezpieczenia, 2) że należałoby zlikwidować dotychczasowe kasy pogrzebowe, bo wątpliwą jest rzeczą, aby jakkolwiek Izba chciała mieć dwojakiego rodzaju ubezpieczenia, zlikwidowanie zaś kas pogrzebowych natrafiłoby niezawodnie na opór ze strony członków. Co do ostatniego punktu, to zdania się podzieliły. Dr. Mutermilch utrzymywał, że sprawa zlikwidowania, względnie reorganizacji kas pogrzebowych winna być pozostawiona poszczególnym Izbom. Kasa Pogrzebowa jest instytucją o charakterze koleżeńsko-zapomogowym, przeto niema żadnych trudności prawnych do zmiany statutu, a nawet zamknięcia Kasy; zresztą sprawa likwidacji jest przewidziana w statucie niektórych Kas, a nawet wystarcza do tego uchwała Rady Izby. Dr. Gantkowski twierdził, że zlikwidowanie dotychczasowych Kas Pogrzebowych jest wręcz niemożliwe, ponieważ wszyscy lekarze uświadomili sobie praktycznie ich wielką doniosłość zresztą mogłyby istnieć równocześnie dwa rodzaje ubezpieczeń. W rezultacie postanowiono, aby Komisja w dalszym ciągu zasięgała informacji w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej w celu zbadania najdokładniejszych warunków grupowych dobrowolnych ubezpieczeń lekarzy, Izby zaś popularyzowały ideę ubezpieczeń.

W dalszym ciągu Dr. Śmiechowski przedstawił wyniki obrad Naczelników Izb i przewodniczących Sądów Izb, poczem uchwalono zwrócić się do Departamentu V-go w związku z jego pismem w sprawie wykonywania zwierzchniego nadzoru nad Izbami Lekarskimi z repliką, polecając ostatecznie zredagowanie jej Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej na podstawie odczytanego referatu. Referat ten był rozpatrzony na konferencji sądowej. Również postanowiono materiały, przedstawione na konferencji Naczelników Izb i Przewodniczących Sądów Izb, a dotyczące deontologii lekarskiej i ujednostajnienia regulaminów Sądów Izb, przekazać Prezydium Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, jako Komisji do Spraw deontologii dla obrobienia ich po otrzymaniu opinii z Izb Okręgowych. W sprawie obejmowania posad rządowych i samorządowych uznano, że bojkotu tego rodzaju posad Izby przeprowadzać nie powinny, nie mogą i nie przeprowadzały; natomiast bardzo wskazaną jest rzeczą pilne wnikanie w warunki pracy i płacy lekarzy.

Sprawa organizowania przez sejmiki bezpłatnej pomocy lekarskiej dla całej ludności powiatu została krótko zreferowana i przekazana do bliższego opracowania Zarządowi.

Zarządowi również polecono rozpatrzyć wnioski w sprawie ogłaszania się lekarzy na terenie innych Izb.

W zreferowanej przez delegata Izby Lubelskiej sprawie uchylania się lekarzy wojskowych od obowiązku należenia do Izb, postanowiono, aby Izby zwróciły się do D. O. K. z prośbą o zawiadomienie, którzy lekarze wojskowi zajmują się praktyką prywatną celem pociągnięcia ich do zapisania się na członków Izb.

Na wniosek D-ra Gantkowskiego Izba uchwaliła wyrazić podziękowanie Przewodniczącemu i Zarządowi.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz

Przewodniczący

(—) Dr. med. N. Metelski

(—) Dr. med. J. Bączkiewicz.

## Wiadomości bieżące.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszków do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządził wzorem dwóch lat nbiegłych, w siedzibie swej (Widok 23) serje odczytów z dziedziny klimatoterapii i balneoterapii polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

III. Serja odczytów.

Piątek dn. 27 kwietnia, o godz. 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> wiecz., Dr. Wła-

dysław Podsoński. Lubień Wielki (źródł siarczany pod Lwowem).

— Zapowiedziane w r. b. Kursy Uzupełniające dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim U. S. B. w Wilnie odbyły się w przewidzianym terminie 19. III.—31. III. w Kursach brało udział 33 lekarzy: z m. Wilna—9, z Wojew. Wileńskiego—10, z Wojew. Nowogrodzkiego—11, z Woj. Białostockiego—1, z Woj. Łódzkiego—1, z Woj. Pomorskiego—1.



## Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	25 III — 31 III	1, IV — 7/IV
Dzuma . . . . .	0	0
Ospa . . . . .	0	0
Cholera . . . . .	0	0
Dur brzuszny . . . . .	191 (zg. 21)	194 (zg. 15)
Dur rzekomy . . . . .	0	0
Dur osutkowy . . . . .	125 (zg. 7)	77 (zg. 7)
Dur powrotny . . . . .	0	0
Czerwonka . . . . .	13 (zg. 0)	12 (zg. 0)
Płonica . . . . .	488 (zg. 46)	522 (zg. 41)
Błonica . . . . .	217 (zg. 20)	176 (zg. 17)
Zapal. op. mózgu . . . . .	26 (zg. 7)	14 (zg. 2)
Odra . . . . .	965 (zg. 25)	737 (zg. 22)
Róża . . . . .	70 (zg. 1)	69 (zg. 2)
Krzusiec . . . . .	199 (zg. 13)	175 (zg. 22)
Malaria . . . . .	6 (zg. 0)	17 (zg. 0)
Posoczn. połóg . . . . .	23 (zg. 9)	34 (zg. 10)
Trąd . . . . .	0	1 (zg. 0)
Jaglica . . . . .	235 (zg. 0)	22 (zg. 0)
Wąglik . . . . .	1 (zg. 0)	0
Nosacizna . . . . .	0	0
Włośnica . . . . .	4 (zg. 0)	0
Wścieklizna . . . . .	0 (zg. 1)	0
Zatrucie jad. kiełb. . . . .	1 (zg. 0)	1 (zg. 1)
Choroba Heine-Medina . . . . .	2 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne . . . . .	324 (zg. 57)	191 (zg. 43)

— Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłym porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska oraz Gminą i Stowarzyszeniem Właścicieli Nieruchomości w Ciechocinku, po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje, wzorem wielu zdrojowisk obcych, trzydniowe Kursy dokształcające dla Lekarzy w dniach 2, 3 i 4 września r. b.

Komitet organizacyjny dążąc do postawienia Kursów na wysokim poziomie zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: prof. d-ra A. Czyżewicza (Warszawa), d-ra E. Flatau (Warszawa), prof. d-ra P. Gantkowskiego (Poznań), prof. d-ra A. Gluzińskiego (Warszawa), doc. d-ra Z. Grudzińskiego (Warszawa), prof. d-ra A. Jurasza (Poznań), d-ra A. Landau (Warszawa), doc. d-ra W. Łapińskiego (Warszawa), prof. d-ra M. Michałowicza (Warszawa), prof. d-ra J. Modrakowskiego (Warszawa), prof. d-ra W. Orłowskiego (Warszawa), prof. d-ra K. Orzechowskiego (Warszawa), prof. d-ra A. Rosnera (Kraków), doc. d-ra A. Sabatowskiego (Lwów), prof. d-ra B. Sawickiego (Warszawa), prof. d-ra E. Żebrowskiego (Warszawa).

Większość wymienionych prelegentów przyrzekła już swój współudział w Kursach.

Uczestnicy Kursów mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku; nadto poczynione są starania w ministerstwie komunikacji o przyznanie ulg kolejowych t. zw. kuracyjnych dla lekarzy udających się na kursy.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania Kursów.

Dokładny program Kursów będzie ogłoszony we właściwym czasie.

W imieniu Komitetu Kursów dokształcających:

Dr. W. Przywieczerski Naczelnik Wydz. Zakł. lecz. i Uzd. Dep. Sł. Zdr. M. S. W.

Inż. St. Kozłowski Dyrektor Państw. Zakł. Zdr. w Ciechocinku.

Dr. J. Dembicki Wiceprzew. Kom. Zdr.

A. Koperkiewicz Burmistrz m. Ciechocinka.

St. Ziemiński Prezes Stow. Własc. Nieruch. w Ciechocinku.

Prof. dr. E. Loth przewodniczący K. K.

Dr St. Radwan sekretarz K. K.

Dr K. Ciągliński przewodniczący Stow. Lek. Zdr. w Ciechocinku

Doc. dr L. Lorentowicz skarbnik.

Pułk. dr J. Drac.

Dr T. Fafius.

— Włoskie Narodowe Towarzystwo Turystyczne (Enit) organizuje w r. b., jak corocznie, wycieczkę naukową do włoskich stacyj wodoleczniczych i klimatycznych w czasie od 5 do 21 września. Koszt podróży I klasą kolei i statkiem wynosi 1500 lirów. Bliższych informacji udziela: Ente Nazionale Industrie Turistiche 6, via Marghera. Roma. Zamknięcie zapisów 15 lipca r. b.

## NADESŁANO DO REDAKCJI.

Seweryn Sterling. Tezy walki z gruźlicą. Łódź. 1928. Wydanie II.

E. Sonnenberg. Beitrag zur Frage der Resorption von subkutan eingespritztem Magisterium Bismuti auf Grund von röntgenographischen Untersuchungen. Odb. z „Dermatologische Wochenschr.“ 1926. Nr. 36.

Kazimierz Dąbrowski i Mieczysław Glass. Gruźlica płuc a ciąża. Odb. z „Gruźlicy“ Nr. 2. rok III.

Ludwik Zembrzusi. Władysław Matlakowski jako student medycyny. Odb. z „Medycyny“ 1928. Nr. 1.

Henryk Higier. Jakim był lekarz żydowski średniowiecza w Europie a zwłaszcza w Polsce. Odb. z „Arch. Hist. i Filoz. Med.“ T. VII. Z. 1 — 2.

Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1927 r. Kraków 1928.

TRĘŚĆ: A. LANDAU, B. JOCHWEDS i R. PEKIELIS. O klinicznym stosowaniu bronchografii (Dok.).—P. BAUMRITTER. Przyczynę do leczenia krzywicy ergosteryną naswietlaną.—M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami (Streszczenie zbiorowe).—Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarz. Lekarskich. Z. ANTONIA-KÓWNA. Przyczynę do współczesnej terapii solami wapniowymi.—O. BUJWID. Korespondencje z Wilna.—G. RACIAŻEK. Gościec — współzawodnikiem gruźlicy.—W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (C. d.) — Sprawy zawodowe. — Wiadomości bieżące. — Nadesłane do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. LANDAU, B. JOCHWEDS, R. PEKIELIS. L'application clinique de la bronchographie (fin).—P. BAUMRITTER. Contribution au traitement du rachitisme par l'ergostérine.—M. PŁOŃSKI. Les études modernes des néoplasmes (Rév. gén.) — S. ANTONIAKÓWNA. Contribution à la thérapie moderne au moyen des sels calcaires. — G. RACIAŻEK. Le rhumatisme comme concurrent de la tuberculose. — W. KNAPPE. Le rôle du médecin praticien dans la lutte contre les maladies infectieuses (suite).