

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI. Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 12 LUTEGO 1931 R.

Nr. 7

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów \*).

Podał

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

(Dokończenie patrz Nr. 6).

Nie jest naszym celem szkicowanie tu typowych obrazów ostrego gościa stawowego. Wydaje się to zbędnym wobec tak mistrzowskich opisów, jakie znajdujemy w monografji *Widala* z przed 5 lat. Natomiast nasuwa się nam w związku z przedstawionymi badaniami anatomiczno-patologicznymi ważne zagadnienie — dotąd nieco wąsko przez klinikę ujmowane, pod jakimi postaciami klinicznymi może przebiegać zakażenie reumatyczne.

W r. 1836 *Bouillaud* wyosobnił klasyczną stawową postać cierpienia. Dzięki spuściznie po *Laënnecu* *Bouillaud* mógł wykrywać zmiany w sercu i na zbieżności zmian tych ze schorzeniem stawów oparł on odrębność kliniczną pewnej kategorii z pośród cierpień reumatycznych. Nową jednostkę chorobową ujął *Bouillaud* w ramach następujących dwóch reguł klinicznych:

1. W reumatyzmie stawowym, przebiegającym ostro, gwałtownie obejmującym liczne stawy, zbieżność z zapaleniem wsierdza, z zapaleniem osierdza lub zapaleniem wsierdza i osierdza jest regułą, brak zbieżności jest wyjątkiem.

2. W reumatyzmie stawowym ostrym, łagodnym, częściowym, bezgorączkowym brak zbieżności ze schorzeniem serca jest regułą, zbieżność jest wyjątkiem.

Pierwsze prawo *Bouillauda* utrzymuje się bez zmiany do dnia dzisiejszego; drugie natomiast nie ma dla nas znaczenia, gdyż niewątpliwie *Bouillaud* w łagodnej postaci reumatyzmu mie-

szął jeszcze swoisty reumatyzm zakaźny z reumatyzmem innego pochodzenia. W każdym bądź razie *Bouillaud* już podchwycił postać reumatyzmu sercowego z łagodnym zajęciem stawów. Dobitniej świadczą o tem następujące jego słowa: „Zdarzają się poszczególne przypadki, pisze ten klinicysta, w których schorzenie stawów jest łagodne, prawie bezgorączkowe, bardzo lotne, i które temniemniej wykazują wzmiankowane prawo zbieżności. W przypadkach tego rodzaju reumatyzm koncentruje się w sercu, jak w innych przypadkach koncentruje się w kolanie, stopie i dłoni”. Sięgając dalej do spostrzeżeń dawnych klinicystów, przytoczymy jeszcze to, co w r. 1870 podawał *Jaccoud*: „W znacznej większości przypadków, pisze ten autor, wsierdzie ulega schorzeniu po stawach, lecz zdarza się nieraz całkiem wyjątkowo, że okresowość objawów jest odwrócona, i że prawo *Bouillaud* sprawdza się, lecz w sensie odwrotnym, t. j., że reumatyzm atakuje najpierw wsierdzie, później stawy. Przytaczano nawet przypadki, w których zapalenie wsierdza zjawiało się szereg miesięcy, jeden rok i wiele lat przed schorzeniem stawów”.

Przechodząc do poglądów kliniki współczesnej, zaznaczyć po pierwsze trzeba, że zgodnie ustalono się, iż gościec zakaźny u dzieci ma przebieg osobliwy. Występuje tu t. zw. trzewna postać reumatyzmu z burzliwym zajęciem serca, płuc i ich błon surowiczych przy wzgl. łagodnym zajęciu stawów, które niekiedy nawet może ująć należytej uwagi lekarza. W tej mierze zupełnie trafny był pogląd *Bouillaud*, że serce osobników młodych zachowuje się względem reumatyzmu, jak prawdziwy staw. W związku z reumatyzmem dziecięcym nasuwa się zagadnienie powstawania płasawicy. Wciąż jeszcze stoi przed kliniką pytanie, czy cierpienie to można uważać, jako mózgową odmianę reumatyzmu dziecięcego. Dotąd poglądy na to są rozbieżne. *Widala* w swej ostatniej monografji o reumatyzmie ostrym sprawy tej

\*) Odczyt wygłoszony w Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej dn. 20.XI 1930 r.

nie rozstrzyga. Podkreśla on tylko koincydencję obu cierpień, wysuwa przypuszczenie bliskiego pokrewieństwa ich zarazków i wypowiada zdanie: „Le rhumatisme marche dans l'ombre de la chorée”. Według T a l a l a j e w a pochodzenie reumatyczne płasowicy jest ustalone, autor ten w przypadkach płasowicy znajdował w sercu guzki reumatyczne A s c h o f f a.

Reumatyzm wisceralny u dorosłych klinika ujmuje w ramach cierpienia stawowego. Rozpatruje ona schorzenie narządów wewnętrznych, jako powikłania, uwzględniając w pierwszym rzędzie reumatyzm serca, i przytacza co do tego klasyczne zdanie L a s é g u e a: „Le rhumatisme aigu lâche les jointures, la plèvre, les meningues même, mais il mord le coeur”. Podając rozmaite częstość zajęcia serca, klinicyści zgadzają się co do tego, że reumatyczne schorzenie serca występuje zarówno w przebiegu ciężkiego zajęcia stawów, jak łagodnego.

Czyste postaci t. zw. reumatyzmu trzewnego dotąd nie posiadają w klinice pełnego obywatelstwa. W i d a l uważa, iż, aczkolwiek możemy domyślać się, że postaci takie istnieją, dając zapalenie mięśnia sercowego, wsierdzia, zagęszczenia płucne — jednak w obecnym stanie naszych wiadomości jedynie współistnienie przejawów stawowych pozwala nam stawiać pewne rozpoznanie zakażenia reumatycznego.

Ostatnio jednak zaczynają już zjawiać się prace kliniczne, w których ostry reumatyzm przestaje być ujmowany w wąskim zakresie cierpienia stawowego. W kierunku uniezależnienia kliniki choroby reumatycznej od klasycznej postaci stawowej idą B e z a n ç o n i W e i l. W monografii tych autorów podany jest materiał kazuistyczny, który ma ilustrować trzewne postaci choroby reumatycznej. Są to przeważnie przypadki reumatyzmu sercowego, w których zajęcie stawów jest zaznaczone, lecz tylko poronnie.

T a l a l a j e w uważa, że 40% przypadków reumatyzmu zakaźnego przebiega bez zajęcia stawów. Autor ten na podstawie konfrontacji materiału anatomo — patologicznego z danymi klinicznymi własnymi i z piśmiennictwa podaje następujące postaci kliniczne zakażenia reumatycznego:

1. Postać klasyczna z zajęciem stawów, ze schorzeniem układu sercowo — naczyniowego i błon surowiczych, wzgl. bez schorzenia błon surowiczych. Następstwem tego typu reumatyzmu bywa wada serca, zmiany w mięśniu sercowym, zrosty i zarośnięcia błon surowiczych.

2. Postać z zajęciem serca i błon surowiczych bez zajęcia stawów. Umiarkowana gorączka, zapalenie wsierdzia i osierdzia stanowią charakterystyczny dla tej postaci zespół.

3. Postać o przebiegu ambulatoryjnym ze stanem podgorączkowym z zapaleniem wsierdzia. Stanowi ona typ reumatyzmu trzewnego, wysuniętego przez B e z a n ç o n a i W e i l a.

4. Postać, przebiegająca tylko z zapaleniem mięśnia sercowego bez zapalenia wsierdzia. Przypadki, należące do tego typu rozpoznać można tylko przy współistnieniu płasowicy.

Przebieg kliniczny, a obecnie i anatomja patologiczna wyraźnie świadczą o swoistości i charakterze zakaźnym ostrego gościa, toteż od szere-

gu lat badania licznych autorów zdążają do wykrycia swoistego zarazka tego cierpienia. Długo jest szereg autorów, którzy wykrywali ten lub inny zarazek we krwi, w płynie stawowym, w moczu, w nalotach wsierdziowych. Badań tych przytaczać tu nie będziemy (odnośne streszczenie zbiorowe podał F. Turyn w Warsz. Czasop. Lek. Nr. 32 r. 1930). Najczęściej znajdowano różne gronkowce i paciorkowce, wzgl. dwoinkowce paciorkowe. Odnotować należy, że ostatnio R i t t e r i L ö w e n s t e i n, robiąc posiew płynu stawowego w przypadkach ostrego gościa stawowego, otrzymywali hodowlę prątków K o c h a i na podstawie tego wysunęli pochodzenie gruźlicze cierpienia. Jeden przypadek, przebiegający pod postacią ostrego gościa stawowego z obecnością prątków K o c h a w płynie stawowym spostrzegł też J. B a u e r. Przypadek ten J. B a u e r ujmuje, jako wyjątkową postać gruźliczego zapalenia stawów, nie stojącą w żadnym związku z ostrym reumatyzmem stawowym.

Większość autorów uważa, iż zarazka gościa stawowego dotąd jeszcze nie wykryto. S c h o t t m ü l l e r, wybitny znawca zakażeń, podaje, iż dotąd w najcięższych nawet przypadkach reumatycznego zapalenia wsierdzia nie udało mu się wyhodować ani razu żadnego zarazka ani ze krwi, ani z wysięku stawowego, ani z wysięku jam surowiczych. W przeciwieństwie do tego stoją dodatnie wyniki posiewu krwi w przypadkach zapalenia wsierdzia o znanej etiologii, wywoływanych przez gronkowca złocistego, paciorkowca ropotwórczego, paciorkowca zieleniejącego i t. d. Na uwagę zasługuje krytyka, jakiej poddaje S c h o t t m ü l l e r prace R e y e a, wysuwające paciorkowca zieleniejącego, jako zarazek ostrego gościa. Zarazek ten R e y e wyhodował z nalotów brodawczakowatych wsierdzia w przypadkach ostrego reumatyzmu. S c h o t t m ü l l e r nie kwestjonuje samego wyniku badań R e y e a, uważa tylko, że znajdujący paciorkowiec zieleniejący stanowił zakażenie wtórne. Na podstawie dużego doświadczenia swego w dziedzinie powolnego zapalenia wsierdzia S c h o t t m ü l l e r twierdzi, że cierpienie to jest całkiem swoiste; pod względem klinicznym wyraźnie odcina się ono od ostrego reumatyzmu. Ostry reumatyzm stawowy ujmuje S c h o t t m ü l l e r, jako odrębne zakażenie, którego zarazek jest nam nieznany. Wrotami wejścia tego zakażenia są migdałki, wzgl. cały aparat chłonny gardzieli, a w niektórych przypadkach śluzówka górnych dróg oddechowych. Tak zwanym ogniskiem zakażenia, jest głównie wsierdzie. Co się tyczy powstawania nawrotów, patognomicznych dla zakażenia reumatycznego, to S c h o t t m ü l l e r uważa, że nie jesteśmy jeszcze w stanie rozstrzygnąć, czy pochodzą one od zarazków, utrzymujących się we wsierdziu w ciągu dłuższego czasu, czy też są następstwem ponownego zakażenia.

Większą uwagę zwróciły ostatnio prace amerykańskiego autora B i r k h a u g a. Autor ten w przypadkach ostrego reumatyzmu wyhodowywał stale z krypt migdałków i czasem ze krwi, z nalotów wsierdziowych, z kału i z moczu nową odmianę łańcuszkowca, różniącą się zarówno od łańcuszkowca hemolizującego, jak i zieleniejącego.

Nowy ten zarazek nie wytwarza methemoglobiny, wywołuje fermentację insuliny, jest gram dodatni i wytwarza toksyny mniej jadowite, niż toksyny łańcuszkowców płonicy i róży. Wstrzyknięcie doiskórne rozcieńczonej toksyny nowego zarazka wywołuje u osobników z przebyłym gościem odczyn zapalny, rzadko występujący w przypadkach, nie mających anamnezy reumatycznej. U królików paciorkowiec Birkhauga wywoływał nieropne zapalenie stawów, podostre zapalenie wsierdza, mięśnia sercowego i nasierdza, czasem też dawał zmiany w sercu, przypominające guzki Aschoffa. J. Bauer, przejmując wyniki badań Birkhauga, ujmuje etiologię gościa zakaźnego z punktu widzenia mutacji zarazków. Uważa on, iż pewne mało zjadliwe odmiany paciorkowców w pewnych warunkach środowiska ustrojowego ulegają przeistoczeniu, nabierając własności zarazka Birkhauga. Według poglądów Bauera swoiste zakażenie reumatyczne jest wynikiem sumowania się dwóch czynników: czynnika zakaźnego i czynnika ustrojowego.

Daleko wysunięte jest znaczenie czynnika ustrojowego w teorii anafilaktycznej Weintrauda. Według niej ostry reumatyzm stawowy jest następstwem swoistego oddziaływania ustroju o charakterze anafilaktycznym. Anafilaksja ta zjawia się na tle uczulenia ustroju czyli alergji, wywołanej pozajelitowym przenikaniem z migdałków substancji białkowych, które mogą być białka bakterij lub produkty swoistego rozpadu białka ustrojowego, występującego pod działaniem jądów bakteryjnych. Źródłem teorii Weintrauda jest dopatrywanie się analogji między ostrym reumatyzmem i chorobą posurowiczą i doświadczenia Friedbergera, który u uczulonych królików wywoływał zapalenie stawów przez wstrzykiwanie do stawów surowicy końskiej. W związku z teorią Weintrauda podkreślane są dawne poglądy Chvostka, który zapalenie stawów w ostrym gościu ujmował nie jako schorzenie zależne od bezpośredniego działania dobnoustrojów, lecz jako następstwo działania jądów bakteryjnych.

W leczeniu ostrego reumatyzmu stawowego nie zaszły większe zmiany od czasu, kiedy Stricker w r. 1876 wprowadził do lecznictwa kwas salicylowy. Nadal w leczeniu tego cierpienia salicyl pozostaje środkiem dominującym, w działaniu swem prześcigającym wszystkie inne leki. Dobre wyniki leczenia salicylowego zależne są od podawania dostatecznie dużych dawek. Zaczyna się zwykle od podawania salicylanu sodu w ilości nie mniejszej, niż 6 gr. na dobę, a przeciętnie od 8 do 12 gr. Rozpoczynanie leczenia ostrego reumatyzmu od dawek małych tam, gdzie nie zachodzi szczególna wrażliwość na salicyl, poczytywać można za błąd w sztuce lekarskiej. Większość klinicystów zgodnie uważa, że w ostrym reumatyzmie salicylan sodu działa skuteczniej, niż inne pochodne salicylowe, jak aspiryna, novaspiryna, diplosal, salofen, salol, fennina i t. p. Podawanie salicylu w dawkach coraz mniejszych musi być dostatecznie długo kontynuowane dla uniknięcia nawrotów. Tam, gdzie podawanie dużych dawek salicylu, nawet pomimo jednoczesnego podawania sody, powoduje zaburzenia dyspeptyczne, uciec się można do stosowania środka przez odbytnicę za pomocą

lawatyw lub też czopków (Lemański), Stosowanie salicylanu sodu drogą wstrzykiwań dożylnych ma swoich przeciwników, uważających, że przez przewód pokarmowy osiągnąć można większe nasycenie ustroju salicylem, niż za pomocą wstrzykiwań.

Nierzadkie przypadki odporne na działanie salicylu skłoniły klinicystów do szukania środków zastępczych. Zpśród tych środków napierwszym planie stoją antypiryna i piramidon. Antypirynę w leczeniu ostrego reumatyzmu wprowadzili klinicyści francuscy, głównie zaś Chaffard, który uważa, że wogóle antypiryna działa tu skuteczniej, niż salicyl. Podaje się ją w dawkach od 3 do 5 gr. na dobę. Chaffard podaje i większe dawki—do 8 gr. na dobę. Szkodliwość środka nie pozwala na długie stosowanie go w dużych dawkach. Leczenie piramidonem wprowadził przed 2 laty Schottmüller, podając go w ilości 1 i pół do 3 gr. na dobę w dawkach po 0,3 gr. Autor ten przytacza przypadki ostrego reumatyzmu, w których salicyl pozostawał bez działania, stosowanie zaś piramidonu dawało dobre wyniki. Według Schottmüllera stosowanie piramidonu tam, gdzie salicyl zawodzi, nigdy nie powinno być pominięte, sądzi też, że piramidon działa leczniczo na reumatyczne schorzenie serca, na które salicyl nie ma żadnego wpływu.

Preparaty pochodne kwasu salicylowego, jak również atofan i atochinol nadają się do kontynuowania leczenia, zapoczątkowanego salicylem. Proteinoiterapia może mieć zastosowanie w leczeniu ostrego reumatyzmu o przebiegu przewlekłym i łagodnym.

Edelman podaje, że w przypadkach, opornych na działanie salicylu, po wstrzykiwaniu domięśniowym mleka następuje lepsze oddziaływanie na ten środek.

W leczeniu przewlekłe przebiegającego i często nawracającego się zakażenia reumatycznego dużą rolę odgrywa usuwanie operacyjne migdałków. Naogół klinicyści europejscy nie podzielają kierunku skrajnego lekarzy amerykańskich, którzy szeroko stosowane usuwanie migdałków i zębów, jako źródła zakażenia, przenieśli z innych zakażeń również i na zakażenie reumatyczne. Usuwanie w ostrym reumatyzmie schorzałych zębów nie jest dotąd dostatecznie umotywowane. Ani badania anatomopatologiczne, ani spostrzeżenia kliniczne nie wykazały związku między cierpieniem zębów a zakażeniem reumatycznym. Gudzent i Strauss odrzucają istnienie tej współzależności. K. Löfler, stosując często usuwanie schorzałych zębów, nie widział wpływu tego leczenia na przebieg reumatyzmu zakaźnego. Co zaś się tyczy usuwania migdałków, to zgodnie klinicyści europejscy wysuwają szereg zastrzeżeń:

1. Migdałki są tylko częścią aparatu chłonnego gardzieli, poprzez który przedostaje się zakażenie reumatyczne do ustroju, nie biorąc już pod uwagę tego, że zakażenie to może przedostać się przez śluzówkę górnych dróg oddechowych. Toteż usuwanie migdałków nie zabezpiecza całkowicie przed ponownym zakażeniem reumatycznym. H. O. Meyer podaje przypadek ciężkiego ostrego reumatyzmu, który po raz pierwszy wystąpił w 3 lata po usunięciu migdałków.

2. W przypadkach, w których reumatyzm za-

każny ma przebieg przewlekły, często zakażone wsierdziej jest stałym źródłem rozsiewania się zakażenia, toteż i usunięcie migdałków zakażenia tego przerwać nie może.

3. Sam zabieg usunięcia migdałków poza innymi powikłaniami może spowodować nawrót zakażenia reumatycznego. Schottmüller nawet miał przypadek, w którym ostry reumatyzm wystąpił po raz pierwszy w związku z usunięciem migdałków.

Pomimo tych zastrzeżeń ustalili się poglądy, że tam, gdzie występują częste nawroty reumatyzmu, wzgl. gdzie zakażenie to ma przebieg bardzo prze-

wlekły i nie daje się opanować, w migdałkach zaś znajdujące się ropne czopy — usunięcia ich w tych przypadkach nie powinno być pominięte.

#### PIŚMIENNICTWO:

J. Bauer. Der sogenannte Rheumatismus. Dresden u. Leipzig. 1929. F. Bezancon et M. P. Weil. Annales de médecine Tome XIX Nr. 2 Tn. Fahr Klin Wschr, 1929 Nr. 43.

S. Gräff. Rheumaprobleme. G. Thieme. Leipzig 1929. T. Klinge, Klin. Wschr. 1929 Nr. 13. H. Schottmüller, Rheumaprobleme. G. Thieme, Leipzig 1929. W. T. Talalajew. Klin. Wschr. 1929 Nr. 3. Weintraud. Kraus u. Brugsch. Sp. Path. u. Ther. in. Kr. F. Widal et Et. May. Le rhumatisme. Nouv. traité de méd. et de thér. par Gilbert et Thoinot. 1924.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem.  
(Ordynator: Dr. E. Flatau).

### O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowym.

Podall

J. PINCZEWSKI i M. WOLFF (Warszawa).

Zapalenie wielonerwowe nie należy bynajmniej do schorzeń jednolitych ani pod wzgl. etjologii, ani też pod wzgl. obrazu klinicznego. Już sama możliwość różnorodnego umiejscowienia procesu chorobowego w najrozmaitszych częściach układu nerwowego obwodowego stwarza olbrzymią różnorodność w symptomatologii tego cierpienia. Niezależnie jednak od tego spotykamy, aczkolwiek rzadko, takie objawy, które nakazują szukać zmian chorobowych poza nerwami obwodowymi, a mianowicie, w układzie nerwowym ośrodkowym.

Niżej przytoczone obserwacje, w których stwierdzono niektóre z nietypowych objawów w przebiegu zapalenia wielonerwowego, stanowić mogą poniekąd ilustrację wielopostaciowości, jaką przybierać może to cierpienie. Pozatem dwa przypadki poniższe zasługują na uwagę ze względu na nawrotowy charakter zapalenia wielonerwowego.

Przypadek Nr. 1 (z oddz. D-ra L. Bregmana\*).

Chory A. S. l. 20, bezrobotny. Pierwszy raz zachorował we wrześniu r. 1919, nagle, jakoby, bez przyczyny. Położył się spać zupełnie zdrowy, gdy obudził się zrana, poczuł stopniowo wzmagające się drętwienie w palcach stóp, następnie osłabienie k. d., potem drętwienie w k. g. Trudno mu było chodzić, wobec czego położył się do łóżka. Prawdopodobnie miał na początku choroby podwyższoną<sup>10</sup> oraz dreszcze. Choroba trwała około 5 tygodni. W przeciągu roku przed chorobą odżywał się bardzo niedostatecznie. Na krótko przed chorobą — wrzody na całym ciele.

W dzieciństwie zapalenie płuc; pozatem nie chorował.

Poraz drugi zapadł w r. 1924. W międzyczasie — od końca r. 1919 do r. 1924 — był zupełnie zdrowy. Żył w warunkach znacznie lepszych, niż przed I-szą chorobą. W maju r. 1924 podczas ratowania powodzian wpadł do wody, w której prze-

bywał zanurzony po szyję 5 godzin. W lipcu r. 1924 znowu drętwienie w palcach stóp oraz dłoni. Chodził o lasce, leżał w łóżku 8 dni. Bólów żadnych nie odczuwał. W końcu września wyzdrowiał i powrócił do pracy.

Poraz III-ci zachorował znowu nagle w lipcu r. 1925 wśród podobnych objawów, jak i za drugim razem. Choroba postępowała i po 3-ch tygodniach nie mógł chodzić. Leczył się wtedy na oddz. dr. Bregmana. Tym razem wystąpiły zaburzenia ze strony urynowania — musiał często oddawać mocz. Po 5-tygodniach wyzdrowiał.

IV-ty nawrót choroby wystąpił we wrześniu r. 1926. Chory nagle zrana, bez przyczyny, doznał drętwienia w palcach stóp; drętwienie to coraz bardziej się wzmagало. Po 10 dniach mógł chodzić o lasce. Musiał często oddawać mocz. Do szpitala przybył 16. IX. 1926. Podaje, że za każdym nawrotem choroby lykał z trudnością pokarmy stałe, płyny przez nos nie wylewały się. Za drugim nawrotem choroby opowiadano choremu, że podczas snu powieki pozostają niedomknięte.

St. obecny (22. IX. 1926). Narządy wewnętrzne — bez zmian wyraźnych.

Układ nerwowy. Ze strony n. czaszkowych zaburzenia w obrębie n. twarzowych, a mianowicie nie pokazują górnych zębów. K. K. górne: ruchy-norma; uścisk dłoni słaby. K. K. dolne: Ruchy ograniczone, stopy zwrócone na zewnątrz. Ruchy palców pr. stopy — bardzo ograniczone, l. stopy — nieco lepsze. Chód — bociani. Zaburzenia czucia dotykowego i ciepłkowego w obrębie stóp i dolnej trzeciej części goleni z obu stron. Czucie bólowe zachowane. Zaburzenia czucia położenia w palcach stóp oraz w stawach skokowych; w palcach dłoni — zachowane. Próba palec—nos—norma (niekiedy palec zbacza zwłaszcza lewy). Próba pięta—kolano—norma. Odruchy: Bi. i Tr. — z obu stron. Per. — b. słabe. PR. i AR. z obu str. Podeszwowe Abd. — z obu stron umiarkowane. Pnie nerwowe na uclsk niebolesne. Badanie elektryczne (13. X. 1926). Nn. facials z obu stron — odczyn zwyrodnienia. Nn. peronei z obu stron — odczyn zwyrodnienia. Na prąd bardzo silny faradyczny — nerwy i mięśnie K. K. dolnych nie oddziałują. K. K. górnych — bardzo słabo.

W dalszym przebiegu stwierdzono: 13. X. 1926 — Babiński zaznaczony z l. strony. Odruchy brzuszne i Cr. — żywe; pozatem odruchy — jak poprzednio. Ruchy i wysiłek mięśniowy w zakresie k. g. górnych — norma, tylko palcami rusza z pewną trudnością. Uścisk dłoni słaby, zwł. po str. lewej; w k. g. dolnych — ograniczone ruchy stopami i palcami zwł. po str. prawej. Pr. k. d. podnosi z trudem dość wysoko, l. k. d. — podnosi mniej wysoko, niż prawą. Próba palec—nos wykazuje z l. str. ataksję, z pr. str. — norma. Pnie ner-

\*) Uważamy za miły obowiązek podziękować Szanownemu Panu D-rowsi Bregmanowi za to, że był łaskaw oddać do dyspozycji naszej dwie obserwacje ze swego oddziału. (Przyp. Nr. I i III).

wowe — niebolesne. Drżenie włókienkowe w mięśniach lewego pośladka i uda od str. tylnej. Czuć położenia wykazuje zaburzenia w palcach stopy lewej, pozatem — norma.

3. XI. 1926. Ruchy palcami z pr. strony bardzo ograniczone, znacznie gorsze, niż po str. lewej. Wysiętek mm. zginaczy i wyprostnych pr. k. dolnej większy, niż po stronie lewej; również w m. m. zginających i prostujących stopę wysiętek większy po str. prawej.

Babiński i Oppenheim — zaznaczone po str. lewej. Z trudnością schodzi ze schodów.

16. XII. 1926. Stan podgorączkowy. Niedowład nn. twarzowych (marszczy czoło niedostatecznie, pokazuje złe zęby, fałdy nosowo-wargowe z obu str. — wygładzone). Kk. górne: Ruchy palcami nieco osłabione, szczeg. po str. lewej—pozatem norma. Kk. dolne: lewą podnosi z pewną trudnością. Ruchy stopą i palcami ograniczone, pozatem norma. Chodzi dobrze. Z pr. str. — zaznaczone Babiński i Oppenheim. Czuć dotykowe zachowane, bólowe — wykazuje zaburzenia na wewn. powierzchni palucha z obu stron, pozatem zachowane; ciepłne — zaburzenia w obrębie palców stóp; czucie położenia — zaburzenia w II-gim palcu lewej stopy, pozatem — norma.

19/XII 1926. Wypisał się z poprawą.

Epikryza. Osobnik, lat 24, poraz IV-ty w odstępie 7 lat, zapada na cierpienie, które za każdym nawrotem ma prawie identyczny przebieg. Przy badaniu przedmiotowym (za czwartym nawrotem choroby) stwierdzono objawy, które pozwalają rozpoznać zapalenie wielonerwowe (zanik odruchów, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia czucia o typie obwodowym, zmiany elektryczne w mięśniach i nerwach). Jeżeli chodzi o czynnik etiologiczny, to za pierwszym wybuchem choroby szukać go prawdopodobnie należało w bardzo ciężkich warunkach alimentarnych, w jakich chory w owym czasie się znajdował, za drugim nawrotem — odegrało, być może, pewną rolę przemoczenie (przebywał w ciągu 5 godzin w wodzie), za III-imi IV-tym nawrotem — czynnik ten pozostał nieznanym. Aczkolwiek rozpoznanie zapalenia wielonerwowego nie pozostawiało w danym przypadku żadnych wątpliwości, to jednak zastanawiały niektóre objawy niecharakterystyczne dla tego cierpienia, a mianowicie: drżenie włókienkowe w mm. lewego pośladka i na tylnej powierzchni lewego uda, stwierdzone dopiero po miesięcznym pobycie chorego na oddziale oraz w tymże czasie objaw Babińskiego początkowo tylko z lewej str., a później po str. lewej Babiński i Oppenheim, a po str. prawej tylko Babiński. Objawy te świadczyły, że proces chorobowy ogarnął również komórki przednich rogów oraz drogi piramidowe. W wywiadach chorego podnieść też należy fakt, że podczas nawrotu trzeciego choroby wystąpiły zaburzenia urynowania (częste oddawanie moczu), co również powtórzyło się za IV-tym nawrotem. I tego objawu nie można uzależnić od wyłącznego zajęcia nerwów obwodowych.

(C. d. n.).

Z 2-aj Kliniki Chirurgicznej U. W.  
(Dyrektor: Prof. Dr. Z. Radliński)

### Jak uniknąć skaleczeń nerwu twarzowego. Przebieg nerwu na twarzy i kierunek cięć chirurgicznych na twarzy.

Podał

Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

Skaleczenia nerwu twarzowego (*nervus facialis*) podczas zabiegów chirurgicznych na twarzy należą, niestety, do zjawisk niezbyt rzadkich, pociągając za sobą co najmniej zeszpecenie pacjenta. Liczenie się z tym nerwem, a więc znajomość jego przebiegu, pozwoliłaby w większości przypadków zapobiec nieoczekiwanym a przykrym, zarówno dla chirurga jak i dla pacjenta, powikłaniom. Najczęściej chodzi tu o sprawy ropne głębsze, wymagające nacięcia w obrębie przyusznic. Przy operowaniu nowotworów uniknąć skaleczenia nerwu się nie da, z wyjątkiem dobrze otorbionych i niezbyt dużych guzów łagodnych. Skaleczeń nerwu twarzowego podczas trepanacji ucha na przebiegu jego w kości skalistej omawiać nie będę, odsyłając zainteresowanych do pracy Z. Radlińskiego (Polsk. Przeg. Lek. 1909) i odpowiednich podręczników.

#### Przebieg nerwu twarzowego.

Nerw twarzowy (VII *nervus facialis*) ruchowy nerw, zaopatrujący mięśnie mimiczne twarzy, wszystkie mięśnie sklepienia czaszki, mięsień płaski szyi (*platysma myoides*), mięsień rylcowo-gnykowy (*m. stylohyoideus*), tylny brzuszec mięśnia dwubrzuźnego (*m. digastricus*) i mięsień strzemiączka (*m. stapedius*), opuszcza kość skalistą przez otwór rylcowo-sutkowy (*for. stylomastoideum*) jako pień grubości mniej więcej 2 mm. (Rys. 1) Bezpośrednio potem oddaje nerw 2 małe gałązki, idące do mięśni ucha, do mięśnia dwubrzuźnego (*m. digastricus*) i do mięśnia rylcowo-gnykowego (*m. stylohyoideus*), następnie biegnie w dół ku przodowi i na zewnątrz w stronę przyusznicy, w którą pograża się w tyle za brzegiem zuchwy w miejscu, odległym mniej więcej 1 cm. powyżej i 1 cm. ku przodowi od wierzchołka wyrostka sutkowego (Frazier), co odpowiada mniej więcej wysokości podstawy płatka ucha (*lobulus auriculae*\*). Wtem miejscu swego przebiegu\*\* nerw leży na głębokości około 2,5 cm. od powierzchni skóry i o 1 cm. głębiej, niż przedni brzeg mięśnia mostkowo-sutkowego obojczykowego (*musculus sterno-cleido-mastoideus*), względnie od wyrostka sutkowego (*proc. mastoideus*), na połowie odległości między kątem zuchwy i wyrostkiem jarzmowym *proc. zygomaticus*—Kocher). Wewnątrz przyusznicy pomiędzy jej płatem powierzchownym

\* Na powierzchni twarzy pień nerwu przecina tylny brzeg gałęzi zuchwy na połowie odległości między kątem zuchwy a podstawą płatka ucha (C. Heitzmann, Atlas, 1905).

\*\* Miejsce to ma duże znaczenie dla chirurga, gdyż tutaj wykonywamy na pniu nerwu szereg zabiegów, jak naciąganie nerwu w tic convulsif (*proso-spasmus, spasmus facialis*), w porażeniach zespolenie z nerwem dodatkowym (*n. accessorius*) lub podjęzykowym (*n. hypoglossus*), wreszcie szew przeciętego nerwu.

a głębokim, leżąc na zewnętrznej powierzchni *v. jugularis externa* (wzgl. *v. temporalis superficialis*), pień nerwu dzieli się na dwie główne gałęzie (*ramus inferior* i *ramus superior*), z których każda rozpada się na cały szereg rozgałęzień, łączących się ze sobą. Powstały splot (*plexus parotideus*) nosi nazwę gęsiej łapy większej (*pes anserinus major*). U przedniego brzegu przyusznicy wyłaniają się gałązki końcowe nerwu—*rami terminales*, nie tworzące już zespołu ze sobą, i skierowują się do odpowiednich mięśni. Końcowe gałązki nerwu otrzymują nazwę w zależności od okolicy przez nie unerwianej, a więc gałązki skroniowe (*rami temporales*) zaopatrują przednią muskulaturę ucha, mięśnie czoła, mięsień okrężny oka (*m. orbicularis oculi*), gałązki jarzmowe (*rami zygomatici s. rami malares*) zaopatrują również mięsień okrężny oka i mięsień jarzmowy (*m. zygomaticus*), gałązki policzkowe (*rami buccales*) zaopatrują mięsień trębaczy (*m. buccinator*), mięśnie nosa i wargi górnej, gałązka graniczna żuchwy (*nervus subcutaneus mandibulae*) zaopatruje mięśnie wargi dolnej i brody, wreszcie gałązka szyjna (*nervus subcutaneus colli superior*) przeznaczona jest dla mięśnia płaskiego szyi (*m. platysma myoides*) (Rys. 1).



Rys. 1

Nerw twarzowy po usunięciu ślinianki przyuszniczej (C. Heitzmann, Atlas anatomii opisowej człowieka. 9 wyd., 1905 r.)

Rozpatrzmy bliżej rzuty na skórę dwu głównych gałęzi nerwu twarzowego i jego dalszych rozgałęzień.

*Ramus inferior* biegnie wzdłuż wzdłuż gałęzi żuchwy, oddając *ramus subcutaneus colli superior* (dla *m. platysma*) i jako *ramus marginalis mandibulae* biegnie łukowato ponad kątem żuchwy do mięśni brody i wargi dolnej.

*Ramus superior* zaczyna się mniej więcej o 1 cm. przed koziółką ucha *tragus* i wkrótce dzieli się na górne gałęzie — *rami zygomatico-*



Rys. 2.

Rzuty głównych rozgałęzień nerwu twarzowego, szczęki dolnej i łuku jarzmowego.

1. punkt, odpowiadający miejscu zjawienia się nerwu na twarzy. 2, 3, 4. cięcia promieniste w obrębie przyusznicy. 5. cięcie łukowate poza kątem żuchwy. 6. cięcie w trójkącie podszczękowym. 7, 8. cięcia w okolicy skroniowej.

*temporales* (do *m. frontalis* i *m. orbicularis oculi*), biegnące ponad łukiem jarzmowym prawie prostopadle, inne bardziej skośnie w górę i ku przodowi ponad oczodół, i dolne gałęzie — *rami malares* (*m. orbicularis oculi*) i *rami bucco-labiales superiores* (muskulatura nosa i wargi górnej), biegnące poniżej i równolegle do dolnego brzegu łuku jarzmowego (*arcus zygomaticus*). Przebieg głównego pnia dolnych gałęzi *rami superioris* odpowiada mniej więcej kierunkowi prostej, poprowadzonej od dolnego brzegu przewodu usznego do dolnego brzegu nosa (Cornig).

Terytorjum, zajmowane przez nerw twarzowy jest niezmiernie ważne dla chirurga ze względu na ciężkie następstwa skaleczenia nerwu, prowadzące za sobą porażenie mięśni, zaopatrywanych przez uszkodzone gałązki. W porażeniu jednostronnym biorą przewagę mięśnie strony przeciwległej twarzy, gdzie istniejące normalne zagłębienia skórne stają się głębsze, natomiast po stronie uszkodzenia zagłębienia te zostają wygładzone, nadając twarzy po stronie porażenia wygląd pewnego wycedcia. Pacjent nie jest w stanie zamknąć oka (porażenie mięśnia okrężnego oka), wskutek czego oko zostaje narażone na wszelkie podrażnienia, i łatwiej do worka spojówki przedostają się ciała obce, wywołujące stan zapalny (*keratitis*). Wskutek opadnięcia

powieki dolnej łyzy wylewają się z oka, drażniąc i macerując skórę policzka. Gałka oczna zostaje nieco wytrzeszczona; wskutek braku na nią ucisku ze strony porażonego mięśnia okrężnego oka. Koniuszczek nosa jest nieco przeciągnięty ku stronie zdrowej, otwór nosa po stronie chorej zwęża się. Wskutek porażenia mięśni wargi mowa zostaje utrudniona, przy porażeniu mięśnia trębaczki (*m. buccinator*) zwisa błona śluzowa policzka i przy żuciu, dostając się między zęby, ulega zranieniu. Wskutek porażenia mięśnia jarzmowego kąt ust po stronie porażonej zostaje opuszczony w dół. Wydzielina przyuszniczy zmniejsza się, czucie smakowe w przedniej części języka zostaje zniesione (*chorda tympani*). Chcąc przekonać się o rozległości porażenia, poza dokładnym oglądaniem, każemy choremu wykonać szereg typowych ruchów, sprawdzających czynność odpowiednich mięśni twarzy, jak zamknięcie oka, pokazanie zębów, gwizdanie, nadęcie policzków.

#### Cięcia oszczędzające nerw twarzowy.

Rozgałęzienia nerwu twarzowego mają przebieg promienisty, a zatem cięcia głębsze, idące przez policzek pionowo, zraniłyby wiele gałązek nerwu. Cięcia powierzchowne (wyłącznie skórne) nerwu uszkodzić nie mogą. Znane są schematy cięć, mających zapewnić bezpieczeństwo dla nerwu twarzowego. Nie wszystkie cięcia, zaproponowane przez Bockenheimera (*Die Chirurgie*. 1927 T. II. I Str. 510 Fig. 293), są dobre: cięcie, idące poprzecznie ponad dolną granicą przedniej części łuku jarzmowego, biegnie ponad gałązkami, idącymi do mięśnia okrężnego oka. Również część cięć, podanych przez F. König a (*Chirurgische Operationslehre*. A. Bier, H. Braun, H. Kümmel. 3 wyd. 1920, T. I. str. 605. Fig. 602) naraża nerw na skaleczenie (cięcia, idące do oka i w kierunku nosa). Cięcia, poprowadzone na brzegu żuchwy (nap. z powodu ropowicy w *periostitis al-*

*veolaris mandibulae*) jest niebezpieczne, gdyż wchodzi w kolizję z najbardziej dolną gałęzią nerwu twarzowego. Nawet przednia część tego cięcia, idąca od brody do przedniego brzegu mięśnia żwacza (*m. masseter* — polecana przez Jaffego) nie wyłącza niebezpieczeństwa z powodu możliwości odmian w rozgałęzieniach, zaopatrujących mięśnie wargi dolnej (*m. orbicularis oris*, *m. quadratus labii inferioris*, *m. levator menti*).

Przy wyborze cięć na twarzy postępujemy w sposób następujący. Oznaczamy punkt, leżący na połowie odległości między podstawą płatka ucha (*lobulus auriculae*) i kątem żuchwy. (Rys. 2). Punkt ten odpowiada m. w. miejscu, gdzie rzutuje się przy wejściu na twarz pień nerwu, rozpadając się wkrótce na szereg gałązek, idących promienisto. Nieco ku przodowi od tego punktu możemy poprowadzić szereg krótkich cięć, rozchodzących się, jak promienie, i służących do nacięcia ropni przyuszniczy. Cięcia te idą równolegle do rozgałęzień nerwu twarzowego i dają najmniej szans skaleczenia go. Przy operowaniu guzów mieszanych (*tumor mixtus*) ślinianki (jak również spraw ropnych poza kątem żuchwy) posiłkujemy się cięciem łukowatym, biegnącym tuż za kątem żuchwy, którego górny koniec nie dochodzi do wyżej oznaczonego punktu. Ropowicę z powodu *periostitis alveolaris mandibulae* nacinaemy cięciem, idącym od brzegu żuchwy na linii kąta ust w kierunku rozka większego kości gnykowej. Poza to, operując w okolicy skroniowej, stosujemy, jako zasadnicze cięcie, biegnące tuż przed koziółką ucha prostopadle w górę i cięcie m. w. 2 cm. przed uchem, idące od dolnego brzegu łuku jarzmowego do zewnętrznego końca brwi. Pomiedzy temi dwoma cięciami możemy poprowadzić i inne cięcia, idące promienisto, narażając na skaleczenie mniej ważne gałązki nerwu, zdążające do czoła.

Doświadczenie naszej kliniki poucza, że wyżej wskazane cięcia na twarzy są najodpowiedniejsze.

## Z praktyki prywatnej

### Spostrzeżenia nad działaniem wyciągu mięśniowego w dławicy piersiowej (angina pectoris) i chromaniu przestankowem.

Podał

Dr. L. JAKÓBSON

ordynator Szpitala Izraelickiego (Pińsk).

Ostatniemi czasy zwróciły na siebie uwagę prace I. S. Schwarzmanna (Odessa) o leczeniu dławicy piersiowej zastrzykiwaniami wyciągu mięśniowego. Wyniki tego leczenia mają wprost być zdumiewające. Poprawy, osiągnięte tym sposobem, noszą charakter działania nietylko objawowego, lecz także przyczynowego. Opisane są nawet przypadki, w których chorzy 12 miesięcy po ukończeniu kuracji byli wolni od napadów.

Rozumie się, że w krótkim stosunkowo czasie nagromadziło się w tej sprawie bogate piśmiennictwo.

Różnemi sposobami starano się wytłumaczyć działanie wyciągu mięśniowego na dławicę piersiową. Jedni objaśniają jego działanie obecnością w tym wyciągu specyficznego hormonu sercowego (Prof. Haberlandt), inni — niespecyficznym podrażnieniem białkowym (Prof. Zuelzer, Berlin, Prof. Schmidt, Praga).

Prof. R. S. Schwarzmanna (Londyn), zachęcony wynikami, osiągniętymi używaniem wyciągu mięśniowego w stenokardji, zaczął stosować tę samą metodę i w innych schorzeniach angiospastyicznych, głównie zaś w chromaniu przestankowem. Rezultaty, i w tej dziedzinie osiągnięte, są zdumiewające. Chromanie przestankowe po zastosowaniu tego leczenia znika zupełnie, i na szereg miesięcy chorzy są wolni od dolegliwości.

Nie wchodząc w teoretyczną ocenę tego sposobu leczenia, pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków ze swojej praktyki. We wszystkich tych przypadkach stosowałem preparat „Myoston” (Myol III, Georg Hen-

nig, Berlin) spreparowany z mięśni szkieletu, ten sam, którym posługiwał się I. S. Schwarzmanna w przypadkach, przytoczonych w ostatnich jego pracach.

1) P. Ch. kobieta, lat 52. W ostatnich 3 latach, z przerwami miewała ataki, przypominające stenokardję. Przed 3 miesiącami nagle poczuła silne bóle w okolicy serca, promieniujące w lewą kończynę górną. Tętno: 120, R. R. 155, w moczu 0.3 proc. białka. Samopoczucie pacjentki bardzo złe, tylko narkotyki, amylnitryt, preparaty teobrominowe sprawiają jej ulgę. Silne ataki bez przerwy trwają 3 dni, zmniejszając się potem stopniowo. W 8-mym dniu występują objawy parestezyji lewego nerwu twarowego. Wolna od bólów jednak pacjentka przez cały czas nie była.

Rozpoznanie: *Angina pectoris. Atherosclerosis cerebri.*

W trzecim tygodniu zacząłem leczenie zastrzykowaniami myostonu. Mianowicie 2 dni po 1 gr., 4 dni po 2 gr., 2 dni po 1 gr. Stan chorej nie zmieniał się. W tydzień po ostatnim zastrzyknięciu następuje silny atak stenokardji. W chwili mego przybycia agonja. *Exitus.*

2) G. A., mężczyzna lat 59. Od roku cierpi na bóle w okolicy serca. Podczas chodzenia bóle stają się silniejsze. Ostatni atak jest tak silny, że chory nie może opuścić łóżka. Bóle promieniują do szyi, potylicy i obu kończyn górnych. Od zimna bóle jeszcze się zwiększają. Ciepło sprawia mu ulgę. Mocz bez zmian. R. R. 150. Systoliczny szmer skurczowy u wierzchołka serca.

Rozpoznanie: *Sclerosis cordis. Angina pectoris.*

Zastosowałem 12 zastrzyknięć myostonu, jak wyżej, bez żadnego skutku. Ataki powtarzają się, jak dawniej.

3) — I. M., mężczyzna lat 63. Przez kilka lat cierpi na bóle w obu kończynach dolnych, zwłaszcza zaś w lewej. Przy chodzeniu musi często się zatrzymywać. Tętno *art. dorsalis pedis* lewej nogi wyczuwa się słabiej, niż prawej. Mocz bez zmian. Mocznik we krwi 40. *Wassermann* —.

Rozpoznanie: *Claudicatio intermittens*

Zastosowałem 24 zastrzyknięć myostonu, po 1 i 2 gr. dziennie. Po pierwszych czterech zastrzykowaniach chory poczuł się lepiej, potem znowu stan, jak poprzednio. Po ukończeniu leczenia niema żadnej poprawy.

4) — P. D., mężczyzna, lat 53. Przez kilka lat cierpiał na bóle w lewej kończynie dolnej podczas chodzenia, tak dalece, iż po każdych 10–20 metrach musiał się zatrzymywać, by odpocząć z powodu silnych skurczów. Serce bez zmian. R. R. 140. Mocz normalny. Płyn mózgowo-rdzeniowy i krew badana na odczyn *Wassermann* —.

Rozpoznanie: *Claudicatio intermittens.*

Zastosowałem 24 zastrzyknięcia myostonu, jak wyżej. Po piątym zastrzyknięciu chory poczuł się lepiej. Przestrzeń od mieszkania chorego do mojej ordynacji (około 500 metrów) przebywa chory tylko z dwukrotną przerwą. Po dalszych zastrzyknięciach stan, jak przed leczeniem. Po ukończeniu leczenia i dotychczas żadnego skutku.

5) N. R., mężczyzna, lat 57. W ostatnim roku cierpi na zawroty i ciężkość głowy, przygnębione samopoczucie. Serce bez zmian. R. R. 155. — Mocz: białko 0.033 proc., cukier

0.2 proc., cukier we krwi 0.14 proc. Obecność cukru jest u chorego przejściowa, rzadko występująca i łatwo znikająca. Dno oka, badanie otologiczne bez zmian.

Rozpoznanie: *Atherosclerosis cerebri.*

Stosowanie zastrzykiwań angioksyłu jakoteż zażywanie preparatów wewnętrznych ze skutkiem zmiennym. Ostatnio zastosowałem 15 zastrzyknięć myostonu po 1 gr., 4 tygodnie; po leczeniu chory czuje się znacznie lepiej.

Jak widać z powyższych przypadków, rezultaty, osiągnięte przezemnie różnią się wielce od wyników, ogłoszonych przez I. S. i R. Schwarzmanna. Ani w dławicy piersiowej, ani w chromaniu przestankowem nie osiągnąłem żadnego skutku przez stosowanie wyciągu mięśniowego. Jedyny efekt, osiągnięty w przypadku V, nie jest miarodajny dlatego, że często udawało mi się polepszać stan chorego zastosowaniem innego leczenia lub też zmianą trybu jego życia na więcej spokojny.

Nie mam wcale zamiaru wymienionemi przypadkami zwalczać metody leczenia prof. Schwarzmanna. Rozumiem, że liczba przytoczonych przezemnie przypadków nie jest wystarczająca do wyciągnięcia ostatecznych wniosków, ale wobec zwykłego, zrozumiałego zresztą, zachwycania się nową metodą leczenia nie zawadzi ochłodzić nieco entuzjazm jej zwolenników.

Ostatniemi czasy H. Metzger (Monachum) przytacza nawet przypadki wręcz szkodliwego działania preparatów wyciągu mięśniowego. Metzger stosował Myotrat, Kallikrein i Lacarnol. Mogę dodać do jego pracy, że stosowany przezemnie Lacarnol okazywał się zawsze niedziałającym.

Naturalnie, mogę przypuszczać, że zaszły omyłki w technicznym stosowaniu preparatu, tembardziej, że ogólna metoda jego stosowania nie jest jeszcze ostatecznie opracowana.

Zdecydowałem się jednak mimo to wypowiedzieć się w tej sprawie, spodziewając się usłyszeć zdanie innych PP. Kolegów w omawianej kwestji.

#### PIŚMIENICTWO:

Schwarzmann I. S.: Ein neuer Weg in der Therapie der angina pectoris. Münch. Med. Wochenschr. 1929. — 2). Eine neue Behandlungsmethode der Angina Pectoris, tamże. Haberlandt: Eine neue Therapie der angina pectoris, tamże. Schwarzmann I. S.: Ueber eine neue Therapie der Angina Pectoris, Münchener Med. Wochenschrift, 1930. — 2) Weitere Beobachtungen über die Wirkung meines Muskelextraktes bei Angina Pectoris u s. w., tamże. Schwarzmann M. S.: Die Behandlung der Claudicatio intermittens mit Muskelextrakt, tamże. Schmidt: Ueber eine neue Therapie der Angina Pectoris tamże. 2). Zur neurogen — vasomotorischen Therapie der Angina Pectoris. Zuelzer: Ueber eine neue Therapie der Angina Pectoris, ibid. Metzger H. Bemerkungen zur Behandlung der Angina Pectoris, ibid.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### Zapalenie opon rzekomo-gruźlicze.

Podał  
N. ZANDOWA (Warszawa).

Przeżyliśmy niedawno epidemję, która sprawiła nam bardzo wiele miłych niespodzianek, ale

zawstydzila naszą wiedzę lekarską, na początku bowiem epidemji nie umieliśmy jej rozpoznać. Mówię o zapaleniu opon, jakie nawiedziło nas jesienią; nosiło wszelkie cechy gruźliczego, a jednak niem nie było.



Choroba rozpoczyna się nagle, na plan pierwszy występują objawy oponowe, i po kilku dniach lub tygodniach wszystko mija pomyślnie.

Miałam możliwość obserwowania dwóch podobnych przypadków, oba zdarzyły się w jednym domu w dwóch różnych lokalach. Był to jedynie zbieg okoliczności, gdyż obaj pacjenci przywieźli chorobę z poza obrębu Warszawy, z dwu różnych lotnisk.

Pierwszy dotyczył 6 letniego chłopczyka S. B., który w lutym 1930 roku przebył ciężką błonicę, powikłaną zapaleniem wielonerwowem i niedowładem podniebienia. W stanie wielkiego wyczerpania dziecko było skierowane przezemnie na wieś, gdzie szybko powracało do zdrowia. We wrześniu nagle znów zaczęło gorączkować do 38°, zjawily się bóle głowy, apatja, sztywność karku. Lekarz wyraził podejrzenie co do gruźliczego zapalenia opon i skierował chorego na Klinikę dziecięcą. Tam dokonano nakłucia lędźwiowego i znaleziono płyn mózgowo-rdzeniowy, przemawiający za tem przypuszczeniem. Jednakże stan pacjenta stale ulegał poprawie, i, kiedy go ujrzałam w kilkanaście dni od początku cierpienia, istniał jedynie objaw midrjacyjny oraz objaw Kerniga. Wyzdrowienie nastąpiło szybko.

Drugi przypadek zawdzięczam D-rowsi Sachsovi. Dotyczył on 5 letniego chłopczyka w dobrym stanie odżywiania, który również na lotnisku zaczął wykazywać objawy mózgowo-oponowe; bóle głowy, gorączkę, sztywność karku. Kiedy badałam dziecko na 3 dzień choroby, stwierdzić mogłam wybitną senność, apatję: dziecko leżało skulone na boku i z niechęcią poddawało się badaniu, raz wraz zapadając w sen. Objaw midrjacyjny oraz Kerniga obecne. Płyn mózgowordzeniowy przezroczysty, okres I (N—Ap.)+, pleocytoza. Ciepłota ciała podniesiona do 38°.

Po kilku dniach stan poprawił się, dziecko wyzdrowiało całkowicie.

W obu przypadkach cierpienie wystąpiło nagle, bez objawów poprzedzających, co stanowi do pewnego stopnia moment różniczkowy w zestawieniu z zajęciem opon gruźliczem. Poza tem jednak obraz kliniczny całkowicie przypomina to ostatnie cierpienie: ten sam stan apatji, płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty z przewagą limfocytów, niezbyt wysoka ciepłota ciała.

Piśmiennictwo poucza, iż cierpienie postrzegane u nas w roku 1930, panowało epidemicznie już w roku 1910 we Francji. Powtórzyło się tam ono w latach 1922/24, rozszerzając się jednocześnie na Szwecję. Hercog opisał 10 podobnych przypadków w Czechach w roku 1929. U nas o podobnych przypadkach, występujących sporadycznie pomiędzy 1925 a 1928 r., wspomina Flatau. W rodzaj epidemji skupily się one w 1930 r.

W tym też roku ogłosił A. Gunther (Szwecja) pracę kliniczną p. n. „O ostrem zapaleniu opon aseptycznym” i pomieścił w niej wszystkie spostrzeżenia Wallgrena, dotyczące epidemji w Szwecji.

Wallgren symptomatologję cierpienia ujmuje w 6 najważniejszych punktów:

- 1) ostry początek z wyraźnymi objawami oponowemi; 2) stan zapalny płynu, którego obraz drobnowidzowy wahać się może pomiędzy słabą limfocytozą a wyraźnym zmętnieniem z przewagą wielojądrzastych, 3) jałowość płynu nawet przy próbach biologicznych (szczepienie świnkomorskim), 4) krótki okres trwania bez powikłań, 5) brak wszelkiej etiologii, jak np. współistnienie

z chorobą ucha lub zatok, z urazem i t. p. lub nawet z innym jakimś cierpieniem ogólnem, 6) brak związku z cierpieniem epidemicznem, wylającym się zajęciem opon.

Gunther zebrał 13 podobnych przypadków z kliniki Wallgrena.

Na podstawie wszystkich ogłoszonych w piśmiennictwie spostrzeżeń dochodzi G. do wniosku, że cierpienie dotyka głównie dzieci, czasem jednak i dorosłych, najstarszy pacjent liczył lat 46.

Najczęściej cierpienie występuje w miesiącach jesiennych, jakkolwiek Schlessinger w Niemczech widział podobną epidemję wiosną.

Co się tyczy nagłego początku cierpienia, to Gunther przytacza jeden przypadek, wylamujący się z tego prawa: 11 letni chłopak w ciągu całego miesiąca wykazywał stan przygnębienia, brak ochoty do zabawy, poczem dopiero wystąpiły silne bóle głowy z gorączką, a jednocześnie pogłębiła się apatja. Świadomość chwilami zamraczała się. Żrenice słabo oddziaływały na światło. Sztywność karku wyraźna. Kernig, brak odruchów brzusznych. Ciśnienie płynu wzmożone, płyn przezroczysty, zawierający 98 komórek przeważnie jednojądrzastych, oraz dodatni odczyn Pandyego, płyn jałowy, nie wywołuje gruźlicy u świnki morskiej.

Po 6 dniach ciepłota spadła i powoli wszystkie objawy wygasły. Badany po 2 latach nie wykazywał żadnych pozostałości.

Otóż mimo niewątpliwej przynależności do grupy, tu opisywanej, początek choroby wykazywał bardzo znaczne wydłużenie.

Apatja, jaka cechowała przytoczony przypadek Gunthera, oraz moje dwa przypadki, nie zawsze towarzyszy cierpieniu.

Raz jeden na 13 postrzeżeń G. zanotował drgawki ogólne.

Sztywności karku nie brak nigdy. Rzadko kiedy nerwy czaszkowe biorą udział w cierpieniu, rzadko również żrenice oddziałują źle na światło. W płynie przeważnie znajdują się komórki jednojądrzaste, a jak w naszych przypadkach — limfocytoza.

O ile postacię wielojądrzaste występują na początku cierpienia, to szybko znikają.

Cukier w płynie istnieje w ilości prawie normalnej (0,049%).

Co się tyczy etiologii omawianego tu cierpienia, to Netter dopatrywał się w niem postaci poronnej zapalenia rogów przednich; istotnie wiadomo, iż *poliomyelitis* względnie często rozpoczyna się od zajęcia opon.

Sama spostrzegalam przypadek, który w ciągu pierwszych 3 dni całkowicie przypominał zapalenie opon, a zważywszy panujący wtedy okres nagminnego zapalenia opon, rozpoznany był jako drętewica karku. Dopiero porażenie kończyn nakazało rozpoznanie zmienić.

Otóż epidemja zapalenia jałowego opon w Paryżu w 1910 r. zbiegła się z epidemją *poliomyelitis*, i to skłoniło Nettera w dużej mierze do powiązania przyczynowego obu cierpień.

Istotnie, z zestawienia, jakie poczynił Gunther w klinice dziecięcej w Göteborgu, wynika, iż w latach rozkwitu *poliomyelitis* wybuchała również *meningitis aseptica*. Tak notowano 9 przypadków *poliomyelitis* w 1922 i w tymże roku 2 *mening. aseptica*, dalej 25 *poliom.* w 1925 i. oraz 5 *menin. asep.*, 9 *poliom.* w 1927 i 4 *men. asep.*

Przypuszczenie *Nett*era znajduje oparcie zwłaszcza w tych przypadkach, które wybuchają w tej samej rodzinie obok przypadków *poliomyelitis*, jak to zanotował *Anton*i w Szwecji.

W jednym z moich przypadków u chłopczyka *S. B.* w okresie zdrowienia zjawily się bóle w krzyżu oraz oszczędzanie lewej nóżki przy chodzeniu, tak, iż dziecko nie rozginało jej należycie ani w stawie biodrowym, ani w kolanowym i stąpało na paluszkach. Całość przypominała zajęcie stawu biodrowego, i tak też cierpienie zostało rozpoznane przez lekarza. Jednakże szczegółowe badanie przekonało mnie, iż bolesność dotyczy raczej punktów nerwowych w części lędźwiowej lewej. Objaw ten szybko minął, wszystko wróciło do normy, lecz lewa nóżka stała się cieńsza od prawej. Czy zaniki położyć na karb zajęcia rogów przednich? Przeciw temu przemawia późne zjawienie się zaników od początku choroby. Trudno powiedzieć coś pewnego w tym przypadku, jeśli zważymy, że dziecko było dotknięte zapaleniem wielonerwowym po błonicy z bolesnością pni nerwowych i zanikiem odruchów ścięgnowych. Przypadek nie jest czysty.

Dla zwolenników jednak hipotezy, iż *mening. aseptica* jest poronną postacią *poliomyelitis*, przypadek służyłby jako potwierdzenie ich przypuszczeń.

Mojem zdaniem zaniki u naszego chorego złożyć należy na karb zajęcia korzonków nerwowych, zjawiska względnie nierzadkiego w przebiegu zapalenia opon.

Nie brak również opinii, że *men. aseptic.* jest poronną postacią nagminnego zapalenia mózgu (*Ustwedt* i *Madsen*, *Krabbe*).

W rzeczy samej *encephalitis epidemica* nierzadko rozpoczyna się stanem oponowym. Jednak-

że z zestawień *Gunthera* wynika, iż obie epidemie — zapalenia mózgu i jałowego zapalenia opon — nie zbiegają się ze sobą w czasie. Poza tem płyn mózgowordzeniowy w *encephalitis epid.* wykazuje znaczne różnice w porównaniu z płynem w *men. aseptica*: podczas gdy pierwsze cechuje nadmiar cukru (*hyperglycorachis*), tutaj cukier pozostaje w ilości normalnej lub nieco zmniejszonej. Dodać należy dla ścisłości, że niektórzy badacze (*Ustwedt*, *Schönfelder*, *Denechau*) znajdowali niekiedy *hyperglycorachis* w *meningitis aseptica*. Są to jednak rzadkie wyjątki.

Mimo opinii, przytoczonych tutaj, przeważać musi ta, która uważa *men. aseptica* za cierpienie samoistne (*Wallgren*, *Nicolaysen*, *Flatau*, *Viets*, *Watts*), wywołane przez zarazek, dotąd nie wyodrębniony, najprawdopodobniej przesączalny.

*Barbier* nie wyłącza natury gruźliczej cierpienia. Sądzi jednak, że *virus* gruźliczy jest w tym przypadku przesączalny; aby się o tem przekonać, radzi on postępować, jak następuje: kilka świnek morskich winno otrzymać płyn mózgowordzeniowy chorego pod skórę. Następnie należy je zabijać kolejno, i wtedy uda się wykryć gruczoły chłonne powiększone, zawierające zarazki kwasoodporne. Przeszczerpienie tych gruczołów pozwolić ma na wykrycie typowych laseczników u zwierząt szczepionych.

Opinia *Barbier* musi być wzięta pod uwagę i możliwie przekontrolowana. Na razie przeczy jej wynik badań klinicznych z ujemną próbą *Pirqueta*, *Mantoux*, a w pierwszym rzędzie zejście pomyślnie przeważającej liczby przypadków. Przypadki śmiertelne, notowane przez *Denechau*, *Ustwedt* a stanowią wyjątki w cierpieniu nowem dla nas i, jak dotychczas, nie dosyć dobrze poznanem.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Patologia kliniczna i doświadczalna.

*N. FIESSINGER* et *H. WALTER*. U niewydolności wątroby i asynergji czynnościowej w medycynie doświadczalnej i w patologji ludzkiej. (*La Presse Méd.* Nr. 99/1930).

Wycięcie wątroby u psa (metodą *Manna* i *Magatha* daje szereg zaburzeń:

1. Zaburzenia przemiany węglowodanowej: znaczny spadek glikemji, drgawki, śpiączka, spadek ciśnienia, oddech *Cheyne—Stockesa*, hipotermja. Po zastrzyknięciu dożylnem glukozy groźne objawy znikają, i zwierzę budzi się ze stanu śpiączki; remisja taka trwa krótko; wyższe dawki glukozy dają ponowną poprawę. Po kilkunastu godzinach śpiączka i drgawki nie ustępują po zastrzyknięciu glukozy, i zwierzę ginie.

2. Zaburzenia przemiany azotowej: znaczny spadek mocznika we krwi, tkankach i w moczu; wzrost ilości kwasów aminowych we krwi wskutek utraty zdolności przeróbki kwasów aminowych w mocznik.

3. Zaburzenia czynności żółciotwórczej po wycięciu

wątroby: *Mann* i *Magath* obserwowali u psa żółtą barwę osocza, twardówek, śluzówek i moczu; żółtaczką tą jednak jest nieznaczna i do końca życia psa nie ulega nasileniu.

Operacja *Manna* i *Magatha* jest bardzo skomplikowana i stanowi wielki uraz dla psa; dlatego też autorzy uważają, że opisane po hepatektomji objawy, nie są wyłącznie wyrazem braku wątroby w ustroju; radzą wyciągać wnioski o czynności wątroby z wielką ostrożnością. Jako dowód przytaczają poglądy *Manna* i *Magatha* o roli wątroby w wytwarzaniu żółci. *Mann* i *Magath* po wycięciu wątroby u psa obserwowali żółtaczkę i z tego wnioskowali, że wątroba odgrywa podrzędną rolę w wytwarzaniu żółci; żółć tworzy się pozawątrobowo i zostaje przez wątrobę wydaloną do jelit.

Pogląd ten nie ostał się jednak. *Melchior* i *Rosenthal* dowiedli, że bez wątroby żółtaczką nie może powstać. Po wycięciu wątroby podawali psom toluylendiaminę i nie otrzymywali żółtaczki; zwierzęta z zachowaną wątrobą po tym samym jedzie zapadały na silną żółtaczkę. Wątroba więc odgrywa dominującą rolę w powstawaniu żółtaczki; pozawątrobowo może wytwarzać się żółć w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, ale w nieznacznej ilości

Objawy niewydalności wątroby u człowieka w ostrym żółtym zaniku są bardzo podobne do obserwacji Manna i Magtha przy hepatektomji u psa. Niewydolność wątroby, występująca w tym przypadku, dotyczy wszystkich jej czynności, co autorzy określają, jako niewydolność synergiczną. W patologji ludzkiej obserwujemy zaburzenia poszczególnych czynności wątroby, które rozpoznajemy na zasadzie objawów klinicznych i prób czynnościowych wątroby. Zaburzenia poszczególnych funkcji wątroby autorzy nazywają niewydolnością asynergiczną. Bardzo częstym objawem niewydalności asynergicznej wątroby jest żółtaczkę. Autorzy odróżniają trzy zasadnicze typy żółtaczek; 1) Żółtaczkę hemolityczną, wyłącznie barwnikową; 2) żółtaczkę cholostatyczną — z powodu przeszkody w odpływie żółci; 3) żółtaczkę hepatolityczną.

Żółtaczkę hepatolityczną jest zawsze objawem niewydolności komórki wątrobowej.

Autorzy uważają, że powstaje ona wskutek degeneracji atroficznej komórek wątrobowych, położonych na obwodzie zrazika, co potwierdzają badania histologiczne. Zdrowa komórka wątrobowa ma posiadać zdolność izolowania żółci od włosowatych naczyń krwionośnych. Niewydolność tej czynności powoduje komunikację między przewodnikiem żółciowym międzykomórkowym, a włosowatym naczyniem krwionośnym.

Taki mechanizm powstawania żółtaczkę hepatolitycznej potwierdza także napozór paradoksalne zjawisko, że często natężenie żółtaczkę nie idzie w parze z ciężkością choroby; znane są silne żółtaczkę o dobrem rokowaniu (np. *ictarus catarrhalis*) oraz często obserwuje się zjawisko, że w bardzo ciężkim stanie chorego natężenie żółtaczkę słabnie. Degeneracja komórek na obwodzie zrazika powoduje mocną żółtaczkę, gdyż komórki w środku zrazika i wokół środka są zachowane i produkują żółć w dostatecznej ilości; w miarę przesuwania się atrofji komórek z obwodu do środka zrazika, nasilenie żółtaczkę zmniejsza się, choć stan chorego jest coraz cięższy, gdyż dołączają się inne objawy niewydolności wątroby.

Za najlepszą próbę czynnościową wątroby autorzy uważają określanie wskaźnika żółciowego surowicy i próbę za pomocą „rose bengale”. Na drugim planie stawiają badania przemiany cukrowej i azotowej.

Na zasadzie licznych obserwacji autorzy dochodzą do wniosku, że zaburzenie synergiczne czynności wątroby jest zjawiskiem bardzo rzadkiem w patologji ludzkiej; im łagodniej zaatakowana zostaje wątroba, tem mniej kompletna jest synergja.

Jakób Penson.

T. BRUGSCH. O analizie żółtaczkę. (Med. Kl. 12/1930)

Autor odróżnia 4 typy żółtaczkę: z odcieniem żółtozielonkawym (Verdinikterus) — spotykany tylko w żółtaczkę pochodzenia mechanicznego i zależny jest od zabarwienia skóry biliwerdyną. Odcień czerwony (Rubinikterus) — zależny jest od bilirubiny i występuje w ostrych i podostrych zanikach wątroby, i stanach dystroficznych wątroby z niedostatecznym wytwarzaniem żółci. Trzecia postać (jasno żółta) spotykana w żółtaczkę hemolitycznej, ciężkiej niedokrewności, znacznych wylewach krwawych, *ictarus neonatorum* i marskościach splenomegalicznych (Flavinikterus). Wreszcie czwarta postać (Melasikterus) z odcieniem brązowym — występuje w stanach kachektycznych.

O ile wstrzykniemy doskórnie choremu z żółtaczkę świeżo przyrządzony 1% roztwór żelazocyanku potasu, to w miejscu zastrzyknięcia powstaje zabarwienie niebieskie. Ten odczyn dodatni, zdaniem autora, wskazuje na obecność żelaza dwuwartościowego w skórze i występuje tylko w żółtaczkę, powstającej wskutek niedomogi czynnościowej wątroby. Nato-

miast w *ictarus mechanicus* odczyn ten wypada ujemnie. Odczyn dodatni miałby wskazywać na niedomogę i zaburzenie czynności komórki wątrobowej, która nie jest w stanie dokonać przemiany hemoglobiowej na bilirubinę i żelazo i wydalenie z ustroju. Wobec niedomogi wątroby tę przemianę krwi bierze na siebie układ siateczkowo-śródbłonkowy, przyczem skóra odgrywa rolę dominującą. Obecność żelaza w skórze daje się wykazać chemicznie i histo-chemicznie.

M. Segal.

A. FRÖHLICH i E. ZAK. Wpływ podawania wątroby na wydzielanie potu. (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1930).

Podawanie kotom surowego mięsa końskiego zwiększa wydzielanie potu. Jeśli zwierzętom uprzednio przecięto po jednej stronie nerw kulszowy, podawanie mięsa powoduje pocenie się tylko strony zdrowej. Po przecięciu nerwu kulszowego niema samoistnego pocenia się, ani też wydzielania potu po zastosowaniu bodźców mechanicznych (masaże, ułucia), po doskórnych i podskórnych zastrzykiwaniach roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Obfite wydzielanie potu wywołuje natomiast zastrzyknięcie w łapy roztworu Ringera; wydzielanie potu po zastrzyknięciu roztworu Ringera oraz pilokarpiny zostaje zahamowane przez atropinę. Jeśli zwierzę karmić wątroba, bodźce, dotąd pozostające bez wpływu, powodują silne wydzielanie potu. Natomiast karmienie mięsem nie wywiera wpływu na wydzielanie potu. To wydzielanie potu pod wpływem bodźców mechanicznych musi się odbywać w drodze krótkiego rdzeniowego t. zw. osiowego odruchu (Axonreflex), gdyż zostaje zahamowane przez nowokainę.

Przez długotrwałe podawanie wątroby następują zmiany w gospodarce wodnej, zaczem przemawia też moczopędne działanie wyciągów wątroby.

Henryk Landau.

M. PETZETAKIS i G. VLACHLIS. Badanie elektrokardiograficzne działania wago-tropowego zastrzyknięcia dożylnych adrenaliny. (Arch. des Mal. du Coeur Nr. 5/1930).

Zastrzykiwania wśródźylne 0,00002—0,0001 mgr. adrenaliny zdrowym ludziom powodują jedynie zwolnienie lub przyspieszenie rytmu serca bez zmian przewodnictwa; wyjątkowo można stwierdzić pojedyncze skurcze dodatkowe.

Zastrzykiwania 0,125—1 mgr. adrenaliny powodują podniesienie się wychylenia P; po krótkiej fazie przyspieszenia następuje faza zwolnienia rytmu; szybko też stwierdza się lekkie zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym, ujawniające się w wydłużeniu przerwy P-K. Po tej pierwszej fazie z przyspieszeniem lub zwolnieniem akcji serca następuje faza zwolnienia tej akcji ze skurczami dodatkowymi, pojedynczymi lub zgrupowanymi po 5-6-10. Te skurcze dodatkowe noszą przeważnie charakter prawokomorowych, czasem tylko lewokomorowych. Następnie skurcze dodatkowe znikają lub stają się rzadsze, zwolnienie rytmu staje się silniejsze, zaburzenia przewodnictwa wyraźniejsze; następuje rozkojarzenie akcji przedsionków i komór z automatyzmem komór, które trwają 20—50 sekund. Później następuje faza zupełnego zwolnienia z niemiarywością zatokową. Wreszcie przed powrotem rytmu do normalnej częstości stale stwierdza się dwufazowe lub ujemne wychylenie P. Na szczycie fazy wago-tropowej wychylenia R są zmienne, a tętno ma charakter bliźniaczy; pierwszego wychylenia R nie poprzedza wychylenie P; widocznie wychylenie R w przypadku automatyzmu komór jest wyższe, niż R w rytmie zatokowym.

Henryk Landau.

## Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia

**BERG.** Ocena farmakologiczna substancji pęczniających jako środków przeczyszczających. (D. m. W. Nr 38. 1930)

Badania nad działaniem następujących środków przeczyszczających, jak normakol, agar-agar i olej parafinowy u ludzi i u zwierząt wykazały przyspieszenie opróżnienia jelit pod wpływem wymienionych środków zarówno w warunkach normalnych, jak i po podaniu nalewki makowca. Mechanizm działania tych środków okazał się różny. Normakol i agar-agar należy zaliczyć do ciał pęczniających, gdyż w wypróżnieniach stwierdzono znaczne zwiększenie wody, a więc działanie tych ciał było fizjologiczne, olej parafinowy zaś wywoływał przyspieszenie opróżnienia jelit na drodze mechanicznej, gdyż w wypróżnieniach stwierdzano zmniejszenie ilości wody.

Olej parafinowy przy dłuższym stosowaniu może uszkadzać prawidłową czynność trawienną jelit, gdy środki pęczniające działają ujemnie w tym kierunku nie wykazują.

Wanda Franzówna

**WINTERNITZ-KORANYI.** Wpływ hamujący piramidonu na stany zapalne. (D. m. W. Nr. 42 1930)

U 22 osób niegorączkujących wywoływano sztucznie pęcherze w skórze pod wpływem kantarydyny i określano zawartość ciałek białych w płynie zapalnym przed i po podaniu piramidonu przez przeciąg 3 dni w ilości 10x0,1 gr. Liczba ciałek białych po podaniu piramidonu znacznie zmniejszała się, przytem jednocześnie stwierdzano zmniejszenie się liczby ciałek obojętnochnonnych na rzecz limfocytów. Zawartość białka w płynie wysiękowym również ulegała zmianie. Poza tem 7 osobom wstrzykiwano kolejno przez 3 dni 0,5 chininy podskórnie. W tym przypadku występowały podobne objawy, jak przy stosowaniu piramidonu. Mechanizm działania piramidonu nie jest znany. Co do chininy, to niektórzy autorzy uważają, iż działa ona porażająco na leukocyty i hamuje w ten sposób wychodzenie ich z naczyń.

Wanda Franzówna

## Znieczulanie.

**H. KILLIAN.** Poglądy na narkozę awertynową. (Der Chirurg № 12-1930).

Na podstawie statystyki i piśmiennictwa o 250.000 narkoz awertynowych a. wypowiada się za stosowaniem uśpienia awertynowego jedynie w specjalnych przypadkach, a mianowicie, przy silnem pobudzeniu psychicznem chorego, przy zabiegach na szyi i głowie, jeśli nie można przeprowadzić operacji w miejscowem znieczuleniu i tylko jako narkozę podstawową. Zdaniem a. śmiertelność z powodu narkozy awertynowej jest większa, niż z powodu uśpienia eterowego zaś toksyczność awertyny (nerki, wątroba, wpływ na krążenie i oddychanie) jest nieco mniejsza, niż chloroformu, ale większa, niż eteru. Wogóle, zdaniem a., należy stosować narkotyki, które są y b k o i niezmiennie opuszczają organizm, nie uszkadzając organów wewnętrznych, a na cele takich narkotyków stoją przedewszystkiem eter i chlorek etylu w narkozie gazowej.

B. Przeworski.

**KLEESATTEL.** Odurzanie zapomocą awertyny w gruźlicy płuc. (D. m. W. Nr. 48. 1930).

Od 3 lat stosowanie awertyny przy zabiegach opera-

cyjnych w gruźlików znacznie zyskało na znaczeniu. Zmniejszenie głębokości oddechów nie jest przeciwwskazaniem. Najważniejszy jest wybór odpowiedniego miejsca operacji. Wszelkie zabiegi mogą być wykonane przy użyciu awertyny.

Do wyrwania nerwu przeponowego wystarczy znieczulenie miejscowe. Objawy uboczne przy awertynie są mniejsze, niż przy znieczuleniu miejscowem, przyczem nigdy nie spostrzegano działania późnego. Awertynę stosowano w ilości 0,1 gr. na 1 klg. wagi.

St. Luxenburg.

## Gruźlica.

**UHLENHUTH.** W sprawie zapobiegawczego szczepienia przeciwko gruźlicy. (D. m. W. № 42. 1930).

Szczepienie zapobiegawcze przeciwko gruźlicy u ludzi na szeroką skalę można przeprowadzić dopiero po stwierdzeniu w doświadczeniach na zwierzętach rzeczywistego działania i braku niebezpieczeństwa. Tych postulatów nie zdołano dotąd urzeczywistnić. Autor szczepił cielętom w 1926|27 r. szczep. T b 18 i uodpornienia u zwierząt tych nie otrzymał, wszystkie bowiem, z wyjątkiem jednego, uległy zakażeniu gruźliczemu. Przeprowadzone następnie szczepienie porównawcze jednej grupy cieląt szczepem T b 18, a II grupy BCG Calmette'a wykazały znowu brak uodpornienia zarówno pod wpływem jednej, jak i drugiej szczepionki (zwierzęta szczepione znajdowały się w jednakowych warunkach i przebywały razem ze zwierzętami choremi na gruźlicę). Brak podobnych doświadczeń na szeroką skalę uniemożliwia wyprowadzenie wniosków konkretnych co do szczepionki BCG, i dziwić się należy, że Calmette tak mało przeprowadził tych badań przed wprowadzeniem szczepień u ludzi. Trudno w tej chwili również mówić o zupełnem bezpieczeństwie szczepień BCG wobec ostatnich doniesień w literaturze, które wspominają o śmiertelnem zakażeniu świńek morskich i o zwiększeniu jadowitości szczepionki.

Wanda Franzówna.

**NEUFELD.** Szczepienia zapobiegawcze B. C. G. przeciwko gruźlicy. (D. m. W. № 38. 1930.)

Szczepienia B. C. G. na zasadzie licznych doświadczeń należy uważać za nieszkodliwe. U zwierząt szczepionych — nie rozwijała się gruźlica postępująca. Podawanie szczepionki nowonarodzonym cielętom i jagniętom doustnie wywołało rozwijanie się odporności daleko mniejszej, niż wstrzykiwania podskórne. Nie należy się spodziewać znacznego zmniejszenia zachorowalności na gruźlicę pod wpływem tego szczepienia. Odporność nabyta po przebyciu chorób zakaźnych ostrych nie zabezpiecza całkowicie przed następnem zachorowaniem. Tak i w gruźlicy chroni przed zachorowaniem głównie odporność wrodzona, a nie nabyta. Należy jednak przypuścić, iż u dzieci, posiadających dość znaczną odporność wrodzoną, szczepienie to przyczyni się do szybszego unicestwienia zakażenia gruźliczego. Dane statystyczne nie mogą nas przekonać o rzeczywistych rezultatach szczepień zapobiegawczych gdyż trudno jest znaleźć jednakowe warunki dla dzieci szczepionych i nieszczepionych. Warunki te uwzględnione zostały jedynie w statystyce Parka i Kereszturi. Szczepionka B. C. G. jedyna przy obecnym stanie wiedzy, umożliwia przeprowadzanie prób nad zapobieganiem gruźlicy, i dlatego autor jest za przeprowadzeniem tego szczepienia na szerszą skalę u osób zagrożonych.

Wanda Franzówna.

**BERGHANS.** O zapobiegawczem szczepieniu Calmettea przeciwko gruźlicy. (D. m. W. № 42. 1930.)

Statystyki, podawane przez Calmettea, wzbudzają zbyt mało zaufania. Między innymi twierdzi on, iż wśród noworodków szczepionych śmiertelność zmniejszyła się o 40-50%. Autor skontrolował śmiertelność wśród dzieci z powodu gruźlicy w mieście Baden w latach od 1877 do 1929 r. Na 100 zgonów w 1929 r. 1,9 przypada na gruźlicę, a więc liczba b. niska. Następnie bez szczepienia zapobiegawczego od 1924 r. liczba przypadków śmierci z powodu gruźlicy wśród małych dzieci spadła o 55%, a więc podobnie, jak podaje Calmette u dzieci szczepionych. Wobec tych danych, autor uważa, iż szczepienie zapobiegawcze przeciwko gruźlicy nie jest sprawą palącą, jak domagają się tego pediatrzy. Ważniejszym zadaniem jest zwalczanie gruźlicy u ludzi w wieku 15-30 lat, gdyż 35% ogólnej liczby zgonów w tych latach przypada na gruźlicę.

Wanda F r a n z ó w n a.

**ASCOLI.** Szczepienie zapobiegawcze Calmettea a zachorowalność niemowląt w Lubece. (D. m. W. № 28. 1930.)

Zdaniem Langego nie należy zbyt pohoźnie zaprzestać uodparniania według Calmettea. Nie przypuszcza on możliwości przekształcenia się zarazków szczepionki w postać zjadliwą i proponuje w dalszym ciągu przeprowadzanie prób na materiale ludzkim. Przygotowanie materiału szczepień winno być dokonywane pod ścisłą kontrolą fachową i państwa, przytem próby kontrolne należy wykonywać w dużych laboratoriach gruźliczych. Ascoli znajduje wyłomaczenie niebądź przypadków w Lubece. Stwierdza brak przeprowadzania próbnych szczepień na świnkach materiału przed posianiem na pożywkę oraz materiału, który ma służyć do ostatecznego przygotowania szczepionki. Bezwzględnie jest przekonany o nieszkodliwości szczepień B. C. G., gdyż próby jego, obejmujące przeszło 10.000 szczepień u cieląt, wykazały wzrost odporności względem gruźlicy (prawie zupełny spadek zachorowalności i śmiertelności z gruźlicy). Odrzuca możliwość odzyskania zjadliwości przez zarazki szczepionki. Przypuszcza raczej, że przez omyłkę zostały użyte do szczepień obok hodowli Calmettea równoległe kultury zjadliwe prątków typu ludzkiego, i tem można tłómaczyć zejścia śmiertelne tylko części dzieci szczepionych. Dla uniknięcia na przyszłość podobnych przykrych rezultatów proponuje autor zawiązania międzyrodowej ligi, która podejmie rozpoczęte prace nad badaniem szczepień B. C. G.

Wanda F r a n z ó w n a.

**KYRIASIDIS.** Wpływ malarji na odporność organizmu względem gruźlicy. (D. m. W. № 24. 1930.)

Znaczna liczba przypadków malarji w Grecji zwróciła uwagę badaczy na wpływ malarji na częstość zachorowań na gruźlicę. Stwierdzono, iż gruźlica u chorych, dotkniętych malarją przebiega pod postacią przewlekłą bez gorączki. Odczyn Pirqueta, przeprowadzony u 125 chorych z malarją ostrą i przewlekłą, nie wykazał zmniejszenia odporności względem prątków gruźlicy. Wskaźnik opsoniczny nie ulegał zmniejszeniu, a nawet w przypadkach malarji przewlekłej powiększał się, co przemawiało za zwiększeniem się odporności względem gruźlicy.

Wanda F r a n z ó w n a.

**LÖWENSTEIN.** Metoda czystej hodowli bakterji gruźlicy ze krwi. (D. m. W. N. 24. 1930.)

Wszelkie dotychczasowe usiłowania otrzymania hodowli

prątków gruźliczych połączone były z b. wielkimi trudnościami i zupełnie niepewnymi wynikami.

Jedną z przyczyn jest b. mała ilość bakterji jakie wogóle krążą we krwi w podobnych przypadkach. Bardzo ważną rzeczą jest również sprawa odpowiedniej pożywki. Autorowi udało się to korzystnie rozwiązać przez zastąpienie peptonu asparaginą oraz dokonanie szeregu technicznych poprawek. W ciągu 12 dni można było otrzymać widoczne makroskopowo kolonie. Najlepsze wyniki osiągnęto w gruźlicy prosówkowej — 100%, jelitowej — 90%, w średnio ciężkich przypadkach gruźlicy płuc w 12—20%.

St. L u x e n b u r g.

**A. GOGURINA.** Jaką szerokość ma normalnie opukowe pole Kröniga. (Wien. klin. Wschr. Nr. 35/1930.)

Dotychczasowe metody wyciągania wniosków z oznaczania pól Kröniga uważa autor za niesłuszne. Porównywanie szerokości obu pól Kröniga jest o tyle niewłaściwe, że: 1<sup>o</sup> będąc jednakowo szerokie, mogą oba być patologicznie wąskie lub szerokie, 2<sup>o</sup> jeśli są nierówne to w pewnych przypadkach węższe pole może być normalne, a szersze — patologiczne, a nie odwrotnie, jak to się zwykle przyjmuje. Ustalenie określonej normalnej szerokości pól Kröniga dla wszystkich ludzi (Krönig 7 cm., W. Neumann — 5 cm.) jest również nieuzasadnione, gdyż szerokość ta jest zmienna u rozmaitych ludzi, zależnie od ich budowy, zwłaszcza od budowy klatki piersiowej. Liczne pomiary pól Kröniga wykonane na zdrowych, wykazały, że normalna ich szerokość równa się czwartej części odległości od wzrostu koleczystego I kręgu piersiowego do szczytu.

Henryk L a n d a u.

**BERGER.** W sprawie licznych ognisk gruźliczych w rdzeniu kręgowym. (D. m. W. N. 34. 1930.)

Liczne ogniska gruźlicze w rdzeniu kręgowym powstają przede wszystkim na drodze krwionośnej bądź z ognisk pierwotnych w płucu lub też gdziekolwiek bądź w ustroju. Również drobne tętniczki wzdłuż rdzenia kręgowego mogą przyczynić się do powstania licznych ognisk odległych od ogniska pierwotnego.

Ustalenie, czy kręgi, leżące pomiędzy ogniskami, są rzeczywiście wolne od sprawy chorobowej, napotyka duże trudności, i obraz kliniczny jest często niezgodny z danymi badania rentgenologicznego i wynikami sekcji.

Liczne ogniska gruźlicze w rdzeniu kręgowym zdarzają się, według danych z literatury, w 1—40%. Autor w swoim materiale, 563 przypadki, spotykał je w 1,80%.

Leczenie polegało na podawaniu pokarmów bogatych w witaminy, na sztucznym i naturalnym naświetlaniu, kąpielach powietrznych, odpowiednim ortopedycznym ułożeniu chorych. Czas leczenia wynosił przeciętnie 18 miesięcy. Jako wyleczonych uważano chorych, u których opukiwanie pośrednie i bezpośrednie kręgów nie było bolesne, oraz zniknęło usztywnione ustawienie kręgosłupa.

St. L u x e n b u r g.

**Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych**

**O. FLÖSSNER.** Znaczenie i udział wątroby w przemianie materji (według nowych badań). (Zeitschrift fuer aertzliche Fortbildung Nr. 19/1930.)

Znane są następujące czynności wątroby: wydzielenie żółci, synteza mocznika, budowa glikogenu.

W ciągu ostatnich lat prace doświadczalne *Manna* i *Magatha* rzuciły nowe światło na czynności wątroby. Badania *Hijmans van den Bergha* pogłębiły wiadomości o barwnikach żółciowych. Chemiczne prace *Fischlera* dowiodły, że barwnik, powstający w miejscu starych wylewów krwi, jest identyczny z bilirubiną.

Na zasadzie tych nowych badań zadania wątroby w ustroju polegają na następujących czynnościach: 1) Jedną z najważniejszych jest wydzielanie żółci. Obecność w żółci kwasów żółciowych, które biorą udział w trawieniu tłuszczów, podkreśla charakter sekrecyjny wątroby. Wydzielanie żółci ma także znaczenie ekskrecyjne, gdyż razem z nią niewątpliwie do jelit zostają wydalone różne niepotrzebne produkty przemiany materji. Kwasy żółciowe powstają z cholesterolu, która wytwarza się w wątrobie; niektórzy autorzy sądzą, że wątroba wyławia nadmiar cholesterolu ze krwi i wydalą ją drogą jelit.

Przez długi czas uważano, że barwniki żółciowe mogą wytwarzać się tylko w wątrobie. *Mann* i *Magath*, po wycięciu wątroby u psa, znajdowali we krwi, tkankach i moczu żółty barwnik, podobny do bilirubiny; doświadczenia te dowiodły, że poza wątrobą powstawanie barwników żółciowych jest rzeczą pewną.

*Szkola Aschoffa* uważa, że bilirubina wytwarzana zostaje w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Układ ten najbardziej rozwinięty jest w wątrobie; po wycięciu jej żółciowe barwniki mogą być wytwarzane przez inne narządy, w których znajduje się ukł. siat. śródbł. Nadmienić jednak należy, że krwiopochodna bilirubina daje inne reakcje chemiczne, niż powstająca w wątrobie.

Ufarty pogląd, że bez wątroby niema żółtaczk, w świetle dzisiejszych badań jest zachwiany. Jednak w warunkach normalnych wątroba jest głównym narządem produkującym barwniki żółciowe.

2) Druga ważna czynność wątroby—to przemiana azotowa. Po wycięciu wątroby u psa poziom mocznika we krwi spada, a ilość aminokwasów zwiększa się. W patologji ludzkiej znajdujemy wysoki poziom aminokwasów we krwi ze spadkiem mocznika w przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby oraz w zatruciu fosforem. W wątrobie więc odbywa się rozpad aminokwasów, z których syntetycznie powstaje mocznik.

Pozatem istnieje ścisły związek między wątrobą a przemianą materji ciał purynowych; wycięcie wątroby powoduje zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu.

3) Wpływ wątroby na gospodarkę węglowodanów jest znany od czasów *Claude Bernarda*. Wątroba utrzymuje na stałym poziomie glikemję; po wycięciu wątroby następuje gwałtowny spadek cukru we krwi, dając ciężki zespół objawów hipoglikemicznych.

Wątroba przetwarza węglowodany na glikogen; jeżeli ustrój nie otrzymuje w pokarmie dostatecznej ilości węglowodanów, wątroba mobilizuje glukozę z zapasów glikogenu.

4) Pozatem wątroba posiada zdolności odtruwania ustroju przez oksydację oraz tworzenie związków sprzężonych z kwasem siarkowym i glukuronowym.

5) W ostatnich czasach wiąże odporność ustroju przeciw infekcjom z czynnością wątroby.

Ważną rolę odgrywa wreszcie wątroba i w przemianie żelaza. Barwniki żółciowe powstają bowiem z rozpadłych krwinek; żelazo, wydzielane z nich, zostaje zmagazynowane w wątrobie.

Na zasadzie powyższych uwag autor sądzi że w przypadkach schorzeń wątroby wskazana jest dieta, oszczędzająca wątrobę. Dieta winna być bogata w cukier, uboga w białko i tłuszcz.

Jakób P e n s o n

**HIRSCH. Przysadka i jej stosunek do nadciśnienia.**  
(D. m. W. Nr. 29 1930)

Zachowanie się przysadki u chorych z nadciśnieniem samoistnym nie jest w dostateczny sposób wyjaśnione.

Jedni autorzy znajdowali powiększenie siódła tureckiego, inni — zmniejszenie. Zdaniem H. obraz rentgenowski może być jedynie wyrazem zmian patologicznych, zachodzących w przysadce, a nie miarą nad — względnie niedoczynności. W zbadanych przez siebie przypadkach ambulatoryjnych u 14 chorych w wieku lat 35 do 55 ustalono powiększenie siódła tureckiego. Dla lepszej oceny tych wyników konieczne jest przeprowadzenie dużej liczby badań rentgenologicznych i czynnościowych przysadki.

St. L u x e n b u r g

## Choroby narządów trawienia

**Heinz KALK. Dżagnostyka schorzeń dróg żółciowych.**  
(Zeitschr. fuer aertliche Fortbildung Nr. 10-1930).

Zgłębnik dwunastniczy odgrywa poważną rolę w rozpoznawaniu schorzeń dróg żółciowych. Ciemna żółć, czyli żółć B., którą otrzymujemy przez wlewanie do dwunastnicy pewnych substancyj (olej, pepton *Wittego*, siarczan magnezu), pochodzi z pęcherzyka żółciowego.

Autor po założeniu sondy dwunastniczej zbiera jasną żółć do próbek; żółć tę nazywa „wątrobową“. Ważne znaczenie dżagnostyczne ma ilość bilirubiny w żółci „wątrobowej“, normalna żółć zawiera 15 mg. proc. bilirubiny.

Zmniejszenie ilości bilirubiny w żółci wątrobowej znajdujemy w żółtaczce ze zwyrodnieniem komórek wątroby (*icterus catarrhalis*, *cirrhosis hepatis*) oraz w żółtaczce obstrukcyjnej z powodu guza lub kamienia.

Zwiększenie ilości bilirubiny w żółci A znajdujemy w okresie zdrowienia w *icterus catarrhalis*, w schorzeniach z dużym rozpadem krwinek (*anaemia perniciosa*), w *icterus haemolyticus* oraz w stanach, kiedy woreczek żółciowy jest przez dłuższy czas nieczynny.

Po 25 minutach wydobywania żółci A, autor stosuje środek dla otrzymania żółci B — pęcherzykowej.

Najlepsze wyniki daje metoda *Kalka i Schöndube*, polegająca na iniekcji podskórnej 2 cm. sz. wyciągu z przysadki.

Przy dodatnim wyniku próby po 20—25 minutach od chwili zastrzyknięcia zaczyna wypływać gęsta, ciemna żółć, zawierająca o 100 mg. proc. więcej bilirubiny, niż żółć A.

Wynik ujemny próby autor obserwował w następujących przypadkach: 1) brak pęcherzyka żółciowego (wrodzony brak lub operacja), 2) niedrożność przewodu pęcherzykowego, 3) niezdolność pęcherzyka do kurczenia się (zrosty, zanik mięśniówki), 4) brak zdolności koncentracji żółci (stan zapalny), 5) dyskinezja pęcherzyka żółciowego — niezdolność nerwowa lub mięśniowa do reakcji na bodźce zewnętrzne.

Wybitnie ujemnie próba hipofizarna wypada w *cholecystitis* i *chololithiasis*. W dyskinezjach, kiedy w pęcherzyku większych zmian anatomicznych nie stwierdzamy, próba rzadko wypada wyraźnie ujemnie; zwykle wydłuża się czas między zastrzyknięciem hipofizyny a wydzielaniem żółci, która zawiera mniej bilirubiny, niż w normie.

Na zasadzie licznych obserwacji autor dochodzi do wniosku, że czynność wątroby ściśle łączy się z czynnością pęcherzyka żółciowego; przy ciężkich schorzeniach wątroby (marskości, rak) próba hipofizarna oraz inne próby czynnościowe pęcherzyka żółciowego wypadają ujemnie, chociaż anatomicznie woreczek żółciowy jest zupełnie niezmienny

Autor sądzi, że w razie degeneracji komórek wątrobowych występuje „acholja“, t. zn. zmiana stanu koloidalnego żółci z powodu dysfunkcji komórek wątroby; ściana zaś pęcherzyka żółciowego niezdolna jest do koncentracji tak zmienionej żółci.

Autor w 2/3 przypadków schorzeń woreczka żółciowego otrzymywał wynik ujemny próby hipofizarnej. Wynik dodatni nie przemawia więc kategorycznie przeciwko chorobie pęcherzyka.

Jednak i przy wyniku dodatnim próby istnieją pewne wskazówki, przemawiające za schorzeniem pęcherzyka. Obserwuje się niekiedy samoistne skurcze pęcherzyka, t. zn. wydzielanie ciemnej żółci, zanim zastrzyknięto hipofizynę.

Niekiedy naprzemian występuje żółć ciemna i jasna, co wskazuje na kamień pęcherzyka.

Przy dodatnim wyniku próby ważne znaczenie ma mikroskopowe badanie osadu żółci; w stanach zapalnych znajdujemy w osadzie leukocyty, nabłonki pęcherzyka, kryształki cholesteryny i bilirubinian wapnia.

Jeśli próba hipofizarna wypada ujemnie, autor radzi dodatkowo stosować próbę z oliwą, t. zn. wlać do zglębniaka 10 cm, sz. ciepłej oliwy. Często próba z hipofizyną wypada ujemnie, a po oliwie zjawia się ciemna pęcherzykowa żółć. W silnych stanach zapalnych pęcherzyka obie próby są zwykle ujemne; przy cofaniu się zapalenia najpierw występuje dodatnia próba z oliwą, później dopiero z hipofizyną.

Niekiedy po opisanych próbach zjawiają się napady kolki w prawym podżebrzu, lub nawet dochodzi do wydalania kamieni drogą jelit.

W niewyraźnych przypadkach autor podaje w celu rozpoznawczym naczno żółtko jaja i majonez (środku, silnie pobudzające pęcherzyk żółciowy); jeśli po tych środkach zjawiają się bóle w dołku i w prawym podżebrzu, ma to ułatwić rozpoznanie w kierunku zajęcia pęcherzyka żółciowego przez sprawę chorobową.

Jakób Penson.

**HENNING i JURGENS. Zależność między wydzielaniem barwnika (a wydzielaniem i morfologią chorego żołądka. (Münch. med. Woch. Nr. 46 — 1930).**

Frakcjonowane sondowanie żołądka i badanie rentgenologiczne niezawsze pozwalają dokładnie ocenić zmiany w błonie śluzowej żołądka. Uzupełnieniem tych badań jest gastroscopia po dożylnym wprowadzeniu 5 proc. roztworu czerwieni obojętnej. Barwnik wydalony zostaje przez niektóre żołądki nie produkujące kwasu solnego nawet pod wpływem histaminy; ukazuje się jednak po znacznie dłuższym czasie. Śluzówka zanikowa, jaką spotykamy m. i. w niedokrewności złośliwej, nie wydalą barwnika wcale. To samo stwierdzono po ciężkich zmianach zapalnych błony śluzowej, zanik wydzielania kwasu solnego jest w tych przypadkach wcześniejszy. Żołądki, których gruczoły reagują na histaminę, zachowują zdolność wydalania barwnika w czasie przedłużonym. W niektórych przypadkach wydalanie to nie odbiega od normy. Różnice w czasie zależą od rodzaju zmian anatomicznych. W każdym razie zdolność produkowania kwasu solnego ustępuje wcześniej, niż w stosunku do barwnika. Postępujące i długotrwałe zmiany na śluzówce upośledzają coraz bardziej okres wydalania barwnika, aż wreszcie i ta czynność ustaje. Wydalanie barwnika jest niezależne od stopnia kwasności soku żołądkowego. Przeciętnie czas ten wynosi 4 minuty. Badania, przeprowadzone na chorych psychicznych z bezsokiem wykazały niezależność wydalania barwnika od czynników psychicznych.

F. Turyn.

**F. DELHONGUE. O zaburzeniach zmysłu smaku u żołądkowo chorych. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 167: z. 1 — 2).**

U chorych z niedokrewnością złośliwą i u chorych z długotrwałą niedokrewnością soku żołądkowego, względnie zmniejszoną zawartością ptyaliny w ślinie stwierdza się znaczne zaburzenia zmysłu smaku. Zaburzenia dotyczą wszystkich rodzajów smaku (słodki, kwaśny, słony, gorzki, zasadowy). Również smak elektryczny ulega wyraźnym zaburzeniom: konieczna jest większa liczba wolt niż u zdrowego, by wywołać smak elektryczny.

Jako przyczyny zaburzeń wchodzi w rachubę dwie możliwości. 1) obniżone odczuwanie smaku może być wynikiem istniejącego zaniku lub może polegać na zmianach zwyrodnieniowych w kubkach smakowych; 2) w przypadkach, w których nie można wykazać zaniku, ani zwyrodnienia kubków smakowych lub w których są one nieprawdopodobnie, słuszniejszym jest przyjęcie współzależnych zaburzeń. Nie tylko komórki gruczołów żołądkowych i ślinowych, lecz i nerwowy aparat języka, pośredniczący w odczuwaniu bodźców smakowych, wykazują osłabioną zdolność reagowania na bodźce chemiczne.

Henryk Landau.

**FOHL. Rozpoznawanie i leczenie ulcus jejuni pepticum postoperativum. (Münch. med. Woch. Nr. 51-1930)**

Wrzód pooperacyjny jelita cienkiego powstaje prawie wyłącznie po zespoleniach żołądkowo-jelitowych. Sprzyja temu głównie nadmiernie kwaśny sok żołądkowy, gdyż po tych samych zabiegach, dokonanych wskutek raka żołądka, owrzodzenia nie rozwijają się. Czynniki konstytucjonalne i technika operacyjna nie mają dla omawianej patogenezy żadnego znaczenia. Wrzody jelita cienkiego mogą również rozwinąć się po innych zabiegach chirurgicznych na żołądka i 12-cy. Należy tu: wyłączenie odźwiernika, rezekcja odźwiernika, zwłaszcza nieradykalna i pozostawiająca gruczoły okolicy odźwiernika. Jakkolwiek żadna metoda rezekcji nie chroni z pewnością przed utworzeniem się wrzodu, to zabieg Billrotha I jest pod tym względem najmniej niebezpieczny. Najwłaściwszą wydaje się *gastroduodenostomia*, zapewniająca odczyn obojętny w górnym odcinku jelita cienkiego.

Rozpoznanie kliniczne *u. j. p.* może być postawione tylko z prawdopodobieństwem, gdyż pewnego zespołu objawów owrzodzenia to nie daje. Jako charakterystyczna *trias* występują: dokładnie zlokalizowany głęboki ból w śródbrzuchu lewym; krwawienia utajone i krwotoki; zaburzenia w opróżnianiu się żołądka, czasami wymioty. Do względnie rzadkich powikłań należy przetoka żołądkowo-czeczko-okreżnicza i przebiecie owrzodzenia do jamy brzusznej z rozlanem zapaleniem otrzewny.

Ból w *u. j. p.* występuje okresowo, jak w owrzodzeniu żołądka lub 12-cy; przerwy między okresami są naogół małe. Chorzy skarżą się na stałe uczucie tępego ucisku w nadbrzuszu, promieniującego do pępka i na lewo. Ważne są uwagi chorych, że dolegliwości dawne ustąpiły po operacji i później wróciły nanow. Czas nawrotu bywa rozmaicie długi. Ból zjawia się 1—2—3 godz. po jedzeniu, jest najsilniejszy w czasie wychodzenia papki z żołądka. Częste są bóle nocne i głodowe.

Badanie wykrywa punkt żywo bolesny w części środkowej lewego mięśnia prostego, nieco powyżej I. pępkowej. Chory żywo reaguje na ten ból przez napięcie mięśnia w tej okolicy, już nawet przy powierzchownej palpacji. Czasami udaje się stwierdzić ograniczony naciek dolnej lewej pochewki mięśnia prostego.

Ważnym momentem rozpoznawczym w połączeniu z in-

nemi objawami jest znalezienie krwi w kale. Krwotoki w tych przypadkach są częstsze, niż we wrzodzie żołądka czy 12-cy.

Najważniejszym objawem są wymioty zastoinowe lub odbijania po jedzeniu z uczuciem pełności w nadbrzuszu, kruczenie macalne i słyszalne powyżej pępka.

Samoiste wygojenie *u. j. p.* jest prawie wyłączone. Leczenie wewnętrzne ogranicza się do podawania alkali, środków przeciwskurczowych i wytyczenia diety; może ono dać tylko poprawę. Zabieg chirurgiczny zależy od rozległości owrzodzenia i ma na celu naprawę zmienionych poprzednią operacją stosunków fizjologicznych: *degastrorostomia*, Billroth II, Y-anastomoza według Corvoisier i Roux. W razie przetoki wchodzi w rachubę rezekcja żołądka i owrzodzenia i przywrócenie ciągłości jelitowej, zaszczytne przetoki okrężniczej lub rezekcja odpowiedniego odcinka кишки. Bardziej wskazane jest pierwotne założenie *anus praeternaturalis* i zamknięcie go po kilku tygodniach. Ostatnio zalecają hemikoletomję prawostronną. W przypadkach zapalenia otrzewny postępowanie jest zwykłe.

Śmiertelność pooperacyjna jest stosunkowo duża ze względu na ciężkość zabiegu i zwykle ciężki stan chorych. Profilaktyka cierpienia polega na ścisłej krytyce każdego zabiegu wybieranego przy operowaniu z powodu owrzodzenia żołądka czy 12-cy. Należy pamiętać o roli, jaką odgrywa nadkwaśność w powstawaniu *u. j. p.*

F. Turyn.

MURRATA. Znaczenie praktyczne 15-to minutowe metody Wohlgemutha przy określaniu diastazy. (D. m. W. N. 48. 1930.)

Wprowadzona, ostatnio (w 1929 r.) przez Wohlgemutha 15 minutowa metoda przy oznaczaniu zawartości diastazy została przez autora sprawdzona w 31 przypadkach małej — i 14 — dużej zawartości diastazy.

W wyniku doświadczeń należy stwierdzić, iż zaburzenia trzustki dadzą się ustalić z taką samą pewnością, jak przy stosowaniu poprzedniej żmudnej metody.

St. Luxenburg.

Réné A. GUTMANN et R. JAHIEL. O przejściowych i łagodnych zwężeniach otworu zespolenia żołądkowo—jelitowego. (Presse médicale 1931 Nr. 4.)

Autorzy, opierając się na własnych spostrzeżeniach, obalają ogólnie utarte zapatrywanie, że występujące zwężenia otworu zespolenia żołądkowo—jelitowego muszą być leczone na drodze ponownej interwencji chirurgicznej. Obserwacje dotyczą pewnej liczby chorych, którzy mieli z powodu wrzodów lub zwężenia żołądka ew. dwunastnicy założone zespolenie żołądkowo—jelitowe. Po zupełnym wyleczeniu dostawali oni nagle objawów zwężenia otworów tych zespoleni w postaci silnych bólów i obfitych, męczących wymiotów. Na drodze leczenia farmakologiczno—dietetycznego chorzy ci zupełnie zostali wyleczeni.

We wszystkich takich przypadkach badanie rentgenologiczne wykazało w okresie zwężeń otworu zespolenia różne zaburzenia funkcjonowania anastomozy żołądkowo — jelitowej, a po wyleczeniu — zupełnie normalną jej czynność.

Co się tyczy patogenezy powstawania tych zwężeń, to autorzy są zdania, że grają tu rolę dwa czynniki: napłęcie zapalne śluzówki w obrębie otworu zespolenia, prowadzące często do prawdziwej „*chamosis*” i skurcze spastyczne mięśniówki.

Leczenie terapeutyczne idzie też w tych dwóch kierunkach: przedewszystkiem dąży się do wyleczenia sprawy zapalnej w żołądku ściśle w miejscu zespolenia, a następnie walczy przeciwko skurczowi. Odpowiednia dieta likwiduje sprawę zapalną, a w przypadkach wybitnego zalegania pokarmów w żołądku płukanie jego chroni śluzówkę otworu zespolenia od ciągłego nurzenia się w środowisku infekcyjnym i toksycznym. Co się tyczy zwalczania długotrwałego skurczu, to najlepiej tu działa belladonna w połączeniu z bizmutem a jeszcze skuteczniej serje iniekcji siarczanu atropiny, poczynając od 0,00025, a kończąc na 0,002. W tem leczeniu widzą autorzy skuteczny sposób zwalczania cierpienia, wymagającego w przeciwnym razie nowej i ciężkiej operacji.

Ludwik Koenigstein

## Wskazówki praktyczne

W. Klimke przypomina objaw Kehrera, pozwalający wcześniej *rozpoznać guzy mózgu*: jest to, mianowicie, bolesność przy ucisku na miejsca wyjścia *nerwu potylicznego większego (n. occipitalis major)*. Tak samo bolesne są wszystkie punkty wyjściowe *nerwu trójdzielnego w guzach mózgu i zapaleniu opon* w przeciwieństwie do jednostronnej bolesności w nerwobólach n. trójdzielnego, w migrenie i innych cierpieniach. (M. m. W. 1931 Nr. 2).

—0—

Według H. Schlechta *leczenie choroby Basadowa promieniami Roentgena* ma niemniejszą wartość, niż leczenie operacyjne. Niezbędny warunek jednak stanowi dostateczna dawka i dostatecznie długi czas leczenia. Leczenie operacyjne nie wymaga tak długiego czasu leczenia, ale za to rentgenoterapia nie daje żadnego odsetka śmiertelności. (M. m. W. 1931 Nr. 2).

—0—

Według Umbra *profilaktyka cukrzycy* wymaga wyśledzenia dwóch czynników przyczynowych: *kity i zakażenia*

*drog żółciowych*. W obu razach odpowiednie leczenie może dać wyniki niezawodne. (Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1930 Nr. 19—24).

—0—

W *leczeniu wrzodów rentgenowskich* ostrzegają Stühmer i Wucherpennig przed środkami znieczulającymi miejscowo, które paraliżują i tak już słabą tendencją tych wrzodów do gojenia się. Jeżeli leczenie maściami i pudrami nie prowadzi do celu, to najlepsze wyniki daje operacja w tkankach zdrowych przy pomocy pętli dżatermicznej. (Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 1930 Nr. 19—24).

—0—

W. Herrmann uważa za najlepszy następujący *wzór określania normalnej wagi dziecka między 1 a 10 rokiem życia*: waga ciała  $y = 2$  razy wzięty wiek  $+ 8$  kg. (Monatsschr. f. Kindh. T. 48 Z. 5/6).



## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polska Akademia Umiejętności.

#### IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 10 listopada 1930

Przewodniczący: czł. H. Hoyer.

Czł. Ciechanowski przedstawia pracę p. Feliksa Skubiszewskiego p. t. *Późne zmiany anatomo-patologiczne trzustki w następstwie jej martwicy. Odnowa wysepek Langerhansa.*

Zadaniem pracy było zbadanie rodzaju i przebiegu zmian, jakie powstają w trzustce w późniejszych okresach po przebytej ostrej jej martwicy. Autor wywoływał doświadczalnie ostrą martwicę trzustki u psów zapomocą wstrzykiwania żółci do przewodu trzustkowego, a nadto zbadał histologicznie kilka przypadków martwicy trzustki u ludzi. Na 24 doświadczenia w pierwszych dniach padło 8 psów, 3 zabito ostrym okresie martwicy trzustki, a 13 psów zabito w czasie pomiędzy 7 a 342 dniem po operacji.

1) W wątrobie w 4 przypadkach ostrej martwicy trzustki u ludzi powstało wybitne zwyrodnienie tłuszczowe i ogniska martwicze. Takież zmiany, chociaż mniejsze, powstawały w wątrobie w doświadczeniach na psach. W korze nadnerczy u ludzi z ostrą martwicą trzustki stwierdził autor zmniejszenie się ilości lipidów, i to w 1-m tym rzędzie lipidów podwójnie załamujących światło. W nerkach psów w okresie ostrym i przewlekłym martwicy trzustki występowało wybitne zwyrodnienie tłuszczowe cewek krętych kory. W gruczołach chłonnych jamy brzusznej w ostrym okresie martwicy i w stanach późniejszych były znaczne zmiany w postaci t.zw. niezłytu zatok.

2) U psów, które padły, znaczna nieraz część tkanki gruczołowej trzustki uległa martwicy lub wybitnemu zwyrodnieniu tłuszczowemu, które występowało najsilniej w 7—10 dni po operacji. W późniejszych okresach powstawał w trzustce niejednakowy stopień zaniku tkanki gruczołowej, a rozrost tkanki łącznej. Tkanka gruczołowa trzustki w częściach ocalałych w ostrym okresie martwicy była niejednokrotnie prawie prawidłowa. Gdzieindziej układ pęcherzykowy bywał rozluźniony i napotymano małe komórki gruczołowe ułożone bezładnie o ciemnej protoplazmie, która nie zawierała zymogenu, albo zawierała go bardzo mało. Rozrost fibroblastów w ostrym okresie martwicy trzustki występował w przegrodach pomiędzy zrazikami, a na terenach z rozlaną martwicą — w sąsiedztwie ocalałych naczyń krwionośnych.

3) W przewodach trzustki warstwa nabłonkowa uległa martwicy i złuszczeniu, lub spłaszczeniu i zwyrodnieniu tłuszczowemu. Już w 1—2 dniu po operacji można było w przewodach znaleźć komórki nabłonkowe w okresie podziału. W późniejszych okresach martwicy trzustki stwierdzał autor całkowitą odnowę warstwy nabłonkowej, przyczem komórki nabłonkowe układały się w parę warstw. Śluzówka tworzyła nieraz liczne uchylki, które w przekrojach dawały obrazy o utkaniu jakoby gruczołaka dookoła przewodu głównego.

4) Wyseпки Langerhansa we wszystkich trzustkach badanych po przebyciu martwicy były doskonale rozwinięte wśród zachowanej tkanki gruczołowej, niektóre małe, inne jednak znacznie większe od prawidłowych; nieraz wydawały się znacznie pomnożone. Nawet w małych zrazikach gruczołowych, oddzielonych tkanką włóknistą, zdarzało się po kilka wysepek Langerhansa. Nadto w obrębie zrazików trzustki stwierdzał autor nadmierne rozrosłe drobne przewody, miejscami bez światła, jako lite pasemka z komórek nabłonkowych o wydłużonych jądrach.

Obrazy histologiczne nasuwają przypuszczenie, że odnowa wysepek Langerhansa może ma swe źródło w proliferacji nabłonka drobnych przewodów wydzielniczych. W obrębie zrazików gruczołowych spotykał autor także skupienia komórkowe zbliżone utkaniem do wysepek Langerhansa. Owe skupienia komórek nabłonkowych są następstwem nietypowego i nadmiernego bujania drobnych przewodów wydzielniczych.

5) Wśród włóknistej tkanki łącznej znajdował autor w późnych okresach po martwicy skupienia nabłonkowe, przypominające również wyseпки Langerhansa, które z czasem jednak przerasta tkanka łączna. Tych skupień komórkowych wśród tkanki łącznej nie można jednak w jednym razie utożsamiać z typowymi wysepkami Langerhansa.

### Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Posiedzenie z d. 10 stycznia r. 1930.

1) Tennenbaum Szymon: „O leczeniu gruźlicy djetą Gerson-Sauerbrucha”. Streszczenia nie przedstawiono.

2) Rechniowski: „Patologia i terapia ostrej niedrożności jelit w świetle nowych badań”. Dwa czynniki, które w działaniu swym poszczególnym lub wspólnym wywołują objawy ogólne w ostrej niedrożności jelit, t. j. zatrucie i zakażenie. W zatruciu ustroju — zgodnie z dotychczasowymi poglądami — niewątpliwie uczestniczą jady, wytwarzane przez śluzówkę jelita i nagromadzone w zalegającej jego treści powyżej miejsca przeszkody mechanicznej. Siła tych jadów, największa w dwunastnicy, zmniejsza się w miarę posuwania się ku dołowi jelit i znajduje się w stosunku odwrotnym do spraw gnilnych w jelitach. Wszakże prócz zatrucia właściwego temi jadami — to właśnie stanowi istotę nowych poglądów — grają w obrazie ogólnym ostrych niedrożności jelitowych wybitną rolę głębokie zmiany biologiczne krwi, a mianowicie, silny spadek chlorków i powodowana przez to alkalozja (Haden i Orr). Chlorki tracą ustroj wskutek ostrych wymiotów (White), i dlatego niezbędnym warunkiem powstania hipochloruremji i alkalozji jest wysokie zatkanie jelit (np. kamieniem żółciowym), przy których jedynie możliwe są takie wymioty. Spostrzeżenia i badania dowiodły, że to, co grozi bezpośrednio życiu chorego w tego rodzaju niedrożności jelit, nie jest zatrucie właściwymi jadami, lecz właśnie spadek chlorków we krwi i następcza alkalozja. Jaskrawym potwierdzeniem tego jest fakt nadzwyczajnej skuteczności obfitego dowozu chlorków do ustroju chorego w tych stanach. Działanie tego rodzaju leczenia niekiedy jest wprost wskrzeszające. Zabieg operacyjny, choć konieczny, stoi na 2-gim planie. Co do drugiego czynnika, t. j. zakażenia, to staje się ono możliwe jedynie przy głębokich zmianach w krążeniu krwi w ścianach jelita, doprowadzających do zgorzeli i następczego przenikania drobnoustrojów poprzez zmienioną ścianę jelita do wolnej jamy otrzewnowej. Typem tego rodzaju niedrożności jest zakrzep lub zator tętnic krezkowych. Tutaj niema warunków do wymiotów obfitych dlatego, że porażone wskutek zmian odżywczych jelito nie jest w stanie nic z siebie wydalić, a dlatego niema warunków do spadku chlorków we krwi. *A priori* więc obfity dowóz chlorków do ustroju nie wiele tu może zdziałać, co praktyka istotnie potwierdza. Jedyny ratunek — wczesny zabieg operacyjny z wyłożeniem nazewnątrz pęty zmienionej.

W praktyce codziennej powyższe dwa biegunowe typy ostrej niedrożności jelit, t. j. wysokie zatkanie i zakrzep tętnic krezkowych, spotykają się rzadziej. Najczęściej mamy do czynienia z postaciami mieszanymi (wgłobienia, zawężenia, zatkania niskie, przepukliny uwężle i t. p.), gdzie współdziałają razem obydwie wymienione czynniki, t. j. zatrucie wskutek spadku chlorków i zakażenie wskutek zmian w odżywianiu ściany jelitowej. Dla tego w tych razach często będzie korzystny obfity dowóz chlorków do ustroju. Dowodzą tego ogłoszone świeżo przez Golańskiego przypadki z oddziału Jakimłaka w Warszawie.

Posiedzenie z dn. 29 stycznia r. 1930.

1) Rechniowski: „Przypadek krwotoku do wodniaka jądra wskutek pęknięcia żyłko powrózka nasiennego”. Franciszek R., l. 43, zapisał się na oddział chirurgiczny szpitala św. Trójcy d. 17.1 r. 1930. Poprzednio niewielkie obrzmie-

nie połowy lewej moszny, co uważał za przepuklinę i nosił pasek. Przed 9 dniami po dzwignięciu ciężaru — raptowny ból klujący po stronie lewej moszny i raptowne się jej powiększenie, co obecnie sprawia mu trudności przy chodzeniu i pracy. Stan bezgorączkowy. T—76. Połowa lewa moszny wielkości głowy dziecka rocznego, pokryta skórą sino-czerwoną, gładką, błyszczącą, słabo napiętą, chelboczącą, niebolesną. Obrzmienie to moszny nie powiększa się przy kaszlu i wydymaniu. Rozpoznano wodniak jądra. 22.I — operacją w uspieniu eterowem. Cięciem na 12 ctm. długiem otworzono torebkę wodniaka, z której wnętrza wylał się płyn krwawo-surowiczy w ilości koło szklanki. Ściany torebki — grube i silnie zrośnięte z otoczeniem. Na ścianie tylnej torebki — otwór niewielki, prowadzący do jamy wielkości orzecha łaskowego, leżącej z tyłu od torebki i wypełnionej skrzepami krwi. Jama ta leży na przebiegu sznura nasiennego, którego żyły wykazują wyraźne rozszerzenia żyłakowate. Torebkę odpreparowano od otoczenia i usunięto, pozostawiając tylko niewielki kołnierzyk naokoło jądra. Usiane żyłakami żyły powrózka nasiennego wycięto. Po wprowadzeniu jądra do moszny wprowadzono pas gazy wyjalowionej, którego koniec zewnętrzny wyprowadzono przez kąt dolny rany. Część pozostała rany zeszyto. 28.I. Pas gazy i szwy usunięto. Chory znajduje się dotąd w szpitalu.

W wyniku mamy do czynienia ze starym wodniakiem jądra i żyłakami powrózka nasiennego. Jeden z tych żyłaków pękł przy zwykłym wysiłku, powodując krwotok do jamy wodniaka. Na uwagę zasługuje fakt pęknięcia żyłaka jedynie pod wpływem tłoczni brzusznej, naderwanie przez powstały krwiak zewnątrztorebkowy (*haematoma extravaginale*) ściany torebki wspólnej jądra i sznura nasiennego (*tunica vaginalis communis*), zawierającej stary płyn wodniakowy (*hydrocoele testis*), co doprowadziło do wylewu krwi wewnątrztorebkowego (*haematoma intravaginale*). Możliwość powstania krwiaka wewnątrztorebkowego przez naderwanie torebki wspólnej sprzyjał stary wodniak. Wylewy wewnątrztorebkowe są rzadsze od zewnątrztorebkowych i, o ile te ostatnie znikają względnie łatwo przez wessanie, wylewy wewnątrztorebkowe pozostawiają trwałe ślady, bądź to pod postacią wodniaków nowopowstałych, bądź też — pod postacią powiększenia wodniaków starych, bowiem krew, wylana do jamy torebki wspólnej, niema skłonności do krzepnięcia i łatwo przechodzi w płyn wodniakowy.

Praktycznie wylewy zarówno zewnątrz- jak i wewnątrztorebkowe mają to znaczenie, że dają łatwo powód do błędnego rozpoznawania przepukliny uwięzłej, zwłaszcza, gdy powstają pod wpływem działania tłoczni brzusznej. Przy wylewach zewnątrztorebkowych oznaką rozpoznawczą będzie obecność jądra na biegunie dolnym guza, poziome ułożenie i nieprzesuwalność jądra względem guza, czego niema w przepuklinach uwięzłych. R. przypomina sobie przypadek robotnika, który wniósł skargę do sądu z powodu rzekomego nabawienia się przepukliny przy pracy, podczas gdy chodziło jedynie o wylew zewnątrztorebkowy, powstały podczas wysiłku, a rozpoznany przez lekarza w pierwszej chwili, jako przepuklina uwięzła.

2) B a r c i k o w s k i: „Gruźlica płuc bez objawów fizykalnych”. Streszczenia nie przedstawiono.

#### Posiedzenie z dn. 28 lutego 1930 roku.

1) R e c h n i o w s k i: „Dwa przypadki urazów czaszki”. Przypadek pierwszy: chory lat 22, uderzony d. 28 stycznia r. b. siekierą w głowę. Natychmiastowa utrata przytomności, silny niepokój; tegoż dnia wieczorem przywieziony do szpitala. Zupełnie nieprzytomny, rzuca się. Na głowie na granicy kości czołowej i ciemieniowej prawej — rana, na której dnie kość złamana i wtłoczona włąb czaszki. Tętno—44. Dnia następnego stan bez zmiany. Operacja: cięcie płatowe po okolicy uszkodzonej; złamanie i wciśnięcie kości ciemieniowej prawej i łuski kości skroniowej prawej na przestrzeni pół dłoni; trepanacja kości na przestrzeni dłoni; pomiędzy kością i oponą twardą — rozległy krwistek w okolicy ciemieniowej, skroniowej i po części — czołowej; usunięcie skrzepów, silnie uciskających oponę twardą; szybkie wyprostowanie się tej ostatniej i powrót do normalnego jej tętnienia; obklucie w kilku miejscach krwawiących gałązek *art. meningeae mediae*; opóźnienie krwotoku; przesączkowanie i zamknięcie rany; szybki powrót przytomności i ustąpienie wszystkich objawów mózgowych. 5.II — usunięcie szwów; rychłozrost; 14.II — wypisany w stanie dobrym i raną na wygojeniu. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na b. silne objawy uciskowe,

powodowane zranieniem przez odłamy kostne w kilku miejscach gałęzi *art. meningeae mediae* i brak wskutek tego tak charakterystycznego w tego rodzaju zranieniach *intervallum lucidum*. Pozostawiony własnemu biegowi, przypadek bezwzględnie zakończyłby się śmiercią. Zabieg operacyjny w tego rodzaju przypadkach daje efekt bljący w oczy.

Przypadek drugi tyczy się mężczyzny 20-letniego, który w d. 30.I 1930 r. otrzymał silne uderzenie kijem w głowę; zaraz potem — utrata przytomności, a gdy ją po paru godzinach odzyskał, wystąpiły zaburzenia mowy; trudność wymawiania, bełkotanie, jednocześnie z tem silny, wciąż wzrastający ból głowy. Badanie w szpitalu w d. 3.II wykazało: przytomny, pytania zadawane rozumie, lecz odpowiada na nie z wielką trudnością, potykając się i bełkocząc. Brak jakichkolwiek porażek. Tętno—84. Puza muszla uszną lewą — siniak w postaci podłużnego prostokąta, długości koło 7, szerokości—koło 1½ ctm. Okolica skroniowa lewa — lekko obrzękła i przy opukiwaniu—bolesna. Tegoż dnia—zabieg operacyjny: cięciem płatowym obnażono kość czaszki: złamanie w postaci szczeliny, biegnącej od czoła poprzez skroń i ciemię do potylicy długości koło 12 ctm., pośrodku na przestrzeni 5—6 ctm. rozdwojonej; brak wciśnięcia kości ku środkowi; wytrepanowano kość uszkodzoną na przestrzeni koło ½ dłoni; pomiędzy kością i oponą twardą — niewielki krwistek, uciskający zlekką okolicę ciemieniową dolną; usunięcie skrzepów krwi; żadnego krwawienia z naczyń opony twardej; opona ta jest silnie napięta i nie tętni; nacięcie krzyżowe opony na przestrzeni koło 4 ctm.; z pod opony twardej wylewa się płyn surowiczy w ilości koło pół łyżeczki od kawy i wydziela się skrzep krwi wielkości orzecha łaskowego; tkanka mózgowa pod silnym ciśnieniem wpukła się w otwór rany. Po zachyleniu odchylonego poprzecznie płata części miękkich na dawne swe miejsce ranę zeszyto całkowicie szwem trzypiętrowym. W ciągu tygodnia ustąpienie bólu głowy i całkowity powrót mowy do normy. W przypadku tym zasługują na uwagę: 1) ciężkie zmiany anatomiczne i czynnościowe czaszki i mózgu po zwykłym uderzeniu łaską; 2) wystąpienie jednego objawu ogniskowego w postaci zaburzenia mowy (ucisk na *gyrus Broca*), czego w warunkach danego przypadku nie można objaśnić inaczej, jak spływaniem po powierzchni zewnętrznej opony twardej krwi ze zranionych naczyń *diploë* w kierunku ku przodowi przy nieruchomym położeniu chorego twarzą do ziemi; 3) dobroczynny wpływ otwierania opony twardej przy operacjach odbarczających na czaszce po jej urazie (Yves Delagenière).

O wskazaniach do postępowania chirurgicznego w urazach czaszki nie rozstrzyga charakter zmian anatomicznych, wywołanych urazem czaszki, lecz jedynie: a) stopień wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego; b) zakażenie, jako fakt dokonany lub jako możliwość.

W dyskusji: Z. T e n n e n b a u m sądzi, że w przypadku drugim ucisk musiał być pochodzenia zewnątrzoponowego. Nacięcie opony twardej uważa za niezbędne ze względu na możliwość zakażenia i przepukliny mózgowej.

Truszkowski przypisuje ciężkie objawy mózgowie głównie strząskaniu kości i wciśnięciu jej odłamów w kierunku do środka czaszki. Wylewy zewnątrzoponowe nie dają według niego tak ciężkich objawów.

S. T e n n e n b a u m przypomina, że prof. W a c h h o l c nie uważa objawów uciskowych mózgu za zależne jedynie od uszkodzenia kości czaszki. Urotopimę daje dobre wyniki również w zapaleniach ropnych opon mózgowych.

Schörr nie zgadza się z zapatrywaniem Truszkowskiego, jakoby jedynie wgłobienie odłamów do wnętrza czaszki dawało ciężkie objawy mózgowie. Przeciwnie — spostrzegł dwa przypadki, w których przy stwierdzonym wgłobieniu nie było żadnych późniejszych objawów mózgowych.

Rechniowski również uważa, że nasilenie objawów zależne jest jedynie od czynników, wzmagających ucisk wewnątrzczaszkowy.

#### Posiedzenie z d. 29 marca r. 1930.

1) K r a j e w s k i: „O rozpoznawaniu barw u kolejarzy” Po przytoczeniu w krótkości przepisów służbowych, normujących sprawę badania stanu zdrowia pracowników kolejowych oraz techniki tego badania, prelegent omawia szerzej badanie ostrożności wzroku, a specjalnie — zdolności rozpoznawania barw i brak tej zdolności, czyli ślepotę na barwy, t. j. Daltonizm. Przytacza teorie, objaśniające istotę tej wady. (J o u n g a—H e l m h o l t z a i H e r i n g a), a następnie prze-

chodzi do sposobów, stosowanych na kolejach przy badaniu zdolności rozpoznawania barw. Do tego czasu używano włóczek (sposób Holmgrena), powiązanych w pęczki, które badany powinien układać w odcieniach jednej barwy. Obecnie ministerstwo wprowadziło sposób inny przy pomocy tablic Stillinga, które prelegent demonstruje. Sposób ten ułatwia badanie i, jak wykazała praktyka tegoroczna, pomógł do wykrycia wielu osobników, obarczonych wadą w rozpoznawaniu barw. Między pracownikami kolejowymi w Piotrkowie stwierdzono Daltonizm w 2 — 4% (w zależności od wydziału) przyczem w jednym przypadku wada ta dotyczyła dwóch braci.

2) Sz. Tennenbaum: „O nowych środkach przeciwko dusznicy bolesnej (hormocardiol, myol i angioksyl)”. Streszczenia nie przedstawiono.

W dyskusji Weinzieher podnosi, że przy stosowaniu angloksylu niezawsze miał wyniki dobre; przypuszcza, że w przypadkach z poprawą dużą rolę odgrywa suggestja.

3) Weinzieher: „O uchyłku Meckela”. Streszczenia nie przedstawiono.

W dyskusji Rechniowski podnosi, że w każdej niedrożności jelit należy pamiętać o uchyłku Meckela, który może imponować, jako zwyczajny sznurek łącznotkankowy, i którego przecięcie bez odpowiedniego zaopatrzenia może spowodować przedziurawienie ściany jelita. Osobiście napotkał raz przy operacji niedrożności jelit z innej przyczyny uchyłek Meckela, który imponował, jako pęczek na ścianie rozszerzonego jelita, Naogół nie jest to sprawa częsta.

#### Posiedzenie z d. 30 kwietnia r. 1930.

1) Sz. Tennenbaum komunikuje o spostrzeganym przez siebie *przypadku niedokrwistości złośliwej*; podaje w krótkości główne objawy tej choroby oraz podnosi skuteczność leczenia wątroba. Z objawów zwraca uwagę na: cerę żółtawobłądą, spojówki żółtawe przy braku większego wychudnięcia lub zaniku podściółki tłuszczowej; dalej — palenie i języka, występującą okresowo *glossitis* w 50%; błona śluzowa języka w zaniku, niekiedy — erozje; bolesność uciskowa znacznej części mostka, śledziona — powiększona nieznacznie (znaczne powiększenie śledziony wyłącza niedokrwistość złośliwą); moc — ciemny; parestezje; w okresach późniejszych — stany spastyczno-ataktyczne kończyn dolnych; wzmożenie odruchów kołanowych; B a b i Ń s k i — dodatni; niekiedy — objawy, przypominające wiał rdzenia; we krwi: ciała czerwone — silnie zabarwione, normocyty, normoblasty; surowica z odcieniem żółtawym; zanik błony śluzowej żołądka, *achylia gastrica*; w 10% obciążenie dziedziczne; leczenie wątroba nieprzeżrzaną w ilości do 1 kilograma dziennie.

2) Truszkowski: „O kila wrodzonej u dzieci”. Streszczenia nie podano.

#### Posiedzenie z d. 30 maja r. 1930.

Z. Tennenbaum komunikuje o 2 ch wykonanych przez siebie *zabiegach wewnątrzkraniowych*; w przypadku pierwszym — usunięcie włókniaka z pod struny głosowej, powodującego chrypkę; po operacji — chrypka ustąpiła; w przypadku drugim — usunięcie ciała obcego z *sinus piriformis* przy jednoczesnym rozszerzeniu zachyłka i chwyceniu ciała obcego przyrządem Hasslingera.

2) Rechniowski: „Trzy przypadki ostrego przedziurawienia wrzodu żołądkowo-dwunastniczego”.

Przypadek 1-szy: mężczyzna 34-letni; od lat 4-ch dolegliwości żołądkowe, przypisywane na zasadzie rentgenogramów — opuszczeniu żołądka. D. 3/1 1930 wskutek wysiłku fizycznego — nagle objawy ostrego przedziurawienia; d. 4/1 — operacja: wrzód przedziurawiony dwunastnicy na przedniej jej ścianie w odległości 1-2 ctm. od odźwiernika; otwór perforacyjny wielkości ziarna fasoli. Zeszycie otworu szwem jedwabnym dwupiętrowym, obszycie linii szwu siecią; zeszycie całkowite rany operacyjnej; sączkowanie jamy Douglasa przez mały otwór nadłonowy. W ciągu pierwszych 4-ch dni po operacji — znaczna poprawa; potem objawy wciąż wzrastającego zakażenia otrzewny; d. 10.1.1930 wieczorem — zejście śmiertelne.

Przypadek 2-gi: mężczyzna, lat 41, od lat kilku leczony na „katar i opuszczenie żołądka” w nocy z d. 23 na 24 lutego r. 1930 przy wysiłku fizycznym — objawy ostrego przedziurawienia. Operacja d. 24 lutego mniej więcej w 12 godzin od początku objawów; przedziurawienie wrzodu ściany przed-

niej żołądka tuż koło krzywizny małej pośrodku jej długości; otwór perforacyjny długość i koło 1, szerokości — koło 1/2 ctm.

Zeszycie otworu szwem jedwabnym dwupiętrowym, przepłukanie jamy otrzewnej ciepłym roztworem fizjologicznym; sączkowanie jamy Douglasa przez niewielkie nacięcie nadłonowe. Całkowite zeszycie rany operacyjnej. W ciągu pierwszych 3-ch dni po operacji — znaczna poprawa; potem szybko potęgujące się objawy zakażenia otrzewny; d. 4 marca — zejście śmiertelne.

Przypadek 3-ci: mężczyzna 35-letni, od lat 6 dolegli wości żołądkowe; d. 9 IV 1930 — o godz. 3 w nocy — objawy ostrej perforacji. Operacja d. 9 IV o godz. 1 po południu: wrzód dziurawiący ścianę przedniej dwunastnicy w odległości koło 3 ctm. od odźwiernika; otwór perforacyjny wielkości ziarna konopi. Zeszycie otworu szwem jedwabnym dwupiętrowym; obszycie linii szwu siecią; przepłukanie jamy otrzewnej ciepłym roztworem fizjologicznym; sączkowanie jamy Douglasa przez niewielkie nacięcie nadłonowe. Zeszycie całkowite rany operacyjnej. Stopniowa poprawa i ostateczne wyzdrowienie.

R. nie chce przypisywać tragicznego zakończenia sprawy chorobowej w dwóch pierwszych przypadkach błędnemu rozpoznaniu jakoby „opuszczenia” i „kataru” żołądka przez lekarzy, gdyż wiadomości te, zaczerpnięte jedynie z zeznań samych chorych, mogły być nieścisłe. Natomiast ma za zło lekarzom-internistom w razie prawidłowego przez nich rozpoznania choroby, że chorych tych nie zakwalifikowali w czasie właściwym do zabiegu operacyjnego, który jedynie mógł zabezpieczyć ich przed końcem tak tragicznym.

W rokowaniu pooperacyjnym w przypadkach ostrego przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy R., prócz czasu dokonania operacji, duże znaczenie przypisuje wielkości otworu perforacyjnego i skłonny jest przypisać zejście pomysłne w przypadku 3-cim niewielkim rozmiarom tego otworu. W dyskusji Sz. Tennenbaum podnosi trudności rozpoznawcze wrzodu żołądka lub dwunastnicy, radzi nie opierać się jedynie w rozpoznawaniu na rentgenogramach i rozpoznawać wrzód pomimo ujemnego Roentgena, gdy inne objawy kliniczne za wrzodem przemawiają. Wobec trudności przewidzenia, który wrzód ulegnie perforacji, a który nie, kwalifikowanie chorych do operacji jest b. trudne. Zresztą, operacja nie usuwa „choroby wrzodowej”, co sprawia, że i po operacji mogą się wytwarzać nowe wrzody.

Rechniowski nie podziela poglądu Tennenbauma, twierdzi, że zwłaszcza wrzody modzelowate nigdy nie goją się samoistnie, i jedynie zabieg operacyjny może im dać radę.

Weinzieher zaznacza, że pomimo znacznej liczby chorych, dotkniętych wrzodami, perforacje zdarzają się nie często.

3) Weinzieher zdaje sprawę z pobytu swego w klinikach chirurgicznych w Berlinie. Streszczenia nie podano.

#### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedz. styczn. tow. lek. szpit. parysk. (Pr. méd. № 8) Coste zalecał w *leczeniu rozmaitych bólów i gościca wstrzykiwanie miejscowe, zwł. lipjodolu*. Zastrzykiwania winny być robione według pewnych prawideł we właściwym miejscu lub w sąsiedztwie bezpośrednim bólu. Szczególnie dobre wyniki otrzymuje się w ten sposób w leczeniu rwy kulszowej. Fiessinger tłumaczy skuteczność zastrzykiwania lipjodolu nie tyle obecnością jodu, który się wchłania powoli, ile skupianiem się komórek wielojądździastych na wzór ropnia aseptycznego, powodującym miejscową proteolizę i przypominającym stary sposób leczenia przez wywołanie ropienia miejscowego.

Na tem samym posiedzeniu Clerc, Mourrut i Schwob cytowali *przypadek wielkiego rozszerzenia aorty, symulującego nowotwór płuca*. Chory lat 41 przybył do szpitala z rozpoznaniem raka płuca. W wywiadach kiła, znaczne wychudzenie i bóle dotkliwe w lewej połowie klatki piersiowej. Badanie wykryło stłumienie i zniesienie oddechu, zaś prześwietlanie duży cień o konturach zaokrąglonych i prawidłowych, pod którym widać było cień mniejszy o zarysach trójkąta. Radioterapia ukoili bóle, zaś leczenie swoiste spowodowało ogólną poprawę i przybytek na wadze 15 kilogr. Po upływie roku znów jednak nastąpiło wychudnięcie, płwocina przybrała charakter ropiasty i zawierała liczne prątki Kocha. Chory zmarł. Badanie pośmiertne stwierdziło obecność wielkiego rozszerzenia aorty, wypełnionego masą włókniaka i od

pychającego do przodu płuca. W lewym płacie dolnym istniała duża jama gruźlicza.

Villaret, Huguenaux, Wallich i Bernal demonstrowali również na tem posiedzeniu *przypadek ciężki tęcza uleczonej metodą Dufourq.* Leczenie rozpoczęło się późno, gdyż 6 dni po wystąpieniu szczękościsku. Intensywna seroterapia podskórna, domięśniowa i dordzeniowa nie sprowadziła poprawy. Dołączyły się nawet na 10-ty dzień objawy opuszkowe. Dopiero po zastosowaniu znieczulenia chloroformem ustąpiły wszystkie objawy. Na uwagę zasługuje wystąpienie ciężkich objawów posurowicznych z rumieniem i nieomogą wątroby, zapewne w związku z zatruciem chloroformem. Zastosowa-

no wobec tego codzienne wstrzykiwanie wyciągu z wątroby w dużych dawkach (1½ gr. = 150 gr. wątroby świeżej).

Paisseau, Oumansky i panna Scherrer obserwowali przypadek *ostrągo gościa stawowego rozlanego* u dziecka 10-letniego, powikłanego krwawym zapaleniem płucy a następnie zapaleniem wsierdzia. Szczepienie płynu z płucy dało u świnki gruźlicę gruczołową z prątkami kwasoodpornymi. Zastrzyknięcie krwi, wziętej w okresie zdrowienia dało 3 razy również typową gruźlicę. Podkreślić należy stale ujemny wynik czterokrotnie robionego odczynu tuberkulinowego skórniego i jednego doskórniego (Tow. Studiów nauk. nad gruźl. w Paryżu -- Pr. méd. № 8).

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego. Parę słów o osiedlach i warsztatach dla gruźlików.

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa).

Podczas pobytu we Wrocławiu miałem sposobność, dzięki uprzejmości D-ra Briegera i jego asystenta, D-ra Müllera, zapoznać się z niezmiernie ciekawym eksperymentem, mianowicie, z osiedlem dla gruźlików. Zanim przejdę do opisu osiedla, w paru słowach postaram się streścić przesłanki, z których zrodziła się idea t. zw. aftercare—po angielsku, Nachfürsorge — po niemiecku—idea opieki nad gruźlikiem po okresie właściwego leczenia.

Jednym z nierozwiązanych dotąd zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego jest sprawa chorych, którzy przebywają po parę miesięcy w szpitalu lub sanatorium wtedy, gdy cała kosztowna i skomplikowana aparatura nowoczesnego szpitala jest im już niepotrzebna. Do kategorii tej należą przede wszystkim chorzy, leczeni metodą uciskową, u których poprawa następuje powoli, i chorzy, dotknięci gruźlicą ze skłonnością do bliznowacenia, u których gojenie się sprawy chorobowej również wolnymi krokami posuwa się naprzód. O ile z jednej strony szpital niechętnie tych pacjentów u siebie przetrzymuje, o tyle z drugiej strony zdarza się często, że chorzy ci, czując się dobrze, wypisują się ze szpitala, gdyż chcą wrócić do pracy lub do rodzin. Powrót do niekorzystnych zazwyczaj warunków mieszkaniowych, nieodpowiednia i ciężka praca, troski dnia codziennego nie przyczyniają się bynajmniej do dalszej poprawy stanu zdrowia. Często się zdarza, że pacjenci odmówi lekceważą regularne zgłaszanie się celem uzupełnienia odmy, i odma zostaje zmarnowana. Poza to część tych pacjentów prątkuje i z tego względu przedstawia niebezpieczeństwo dla otoczenia.

Wielką luką również w obecnej organizacji szpitalnictwa jest brak okresu opieki, w którymby ozdrowieniec—gruźlik—stopniowo, pod okiem lekarza przystępował do pracy, którą mógłby wykonywać bez szkody dla zdrowia po ukończeniu leczenia.

Pierwsze eksperymenty, dążące z jednej strony do shospitalizowania rekonwalescentów, a z dru-

giej strony i do wdrażania ich do pracy, były robione w Ameryce, gdzie zakładano gospodarstwa rolne. Okazało się jednak, że praca na roli jest pracą ciężką, niedostatecznie rentowną. Lepsze wyniki uzyskano przez wykorzystanie pracy pacjentów w różnych warsztatach, połączonych z osiedlami. Po pewnym czasie idea ta przeszła do Europy — powstały osiedla—warsztaty w Holandji (Vossa w Hellendoorn i Bronckhorsta w Appeldoorn) i w Anglii, gdzie prototypem tych osiedli był Papworth, zorganizowany przez Variera Jonesa.

Parę słów poświęcę zasadzie Papworthu:

Variet-Jones nabył w pobliżu Cambridge stary, niewielki wiejski dwór, Papworth-hall, i przerobił go na szpital o 68 łóżkach. W szpitalu stosowane było i jest leczenie uciskowe w całej rozciągłości. Chorzy przebywają w nim jedynie tak długo, jak tego wymaga ich stan kliniczny. Z chwilą poprawy, z chwilą ustabilizowania się stanu zdrowia przenoszą się do parku. Każdy chory dostaje drewniany domek — shelter—wielkość domku 2m<sup>2</sup> x 2m<sup>2</sup>; umeblowanie składa się z łóżka, stołu, krzesła, szafy, umywalni. Ściany są spuszczone — w zależności od kierunku wiatru pacjent spuszcza przeciwległą do wiatru ścianę i leżakuje u siebie w pokoju. Ogrzewania w domku niema. W szopie w parku znajduje się wspólna jadalnia i sala bilardowa. Poza to są warsztaty, w których chorzy pracują. Praca jest dawkowana przez lekarza i płatna.

Chorzy są, oczywiście, pod stałą obserwacją lekarza. Poza to nie wymagają żadnej opieki personelu pomocniczego. Po pewnym czasie — po paru latach nawet — po uzyskaniu klinicznego ozdrowienia, chorzy zostają wypisani z „sanatorium”. Nie opuszczają jednak zwykle Papworth, lecz pozostają w bliskim sąsiedztwie. W ten sposób obok Papworth-hall powstała osada byłych pacjentów. Część z nich sprowadziła rodziny. Wszyscy pracują w dalszym ciągu w warsztatach, które w ciągu lat kilkunastu kolosalnie się rozrosły. Podczas gdy początkowo wyrabiano tam jedynie rzeczy potrzebne dla szpitala, jak np. domki-shelters, umeblowanie, bieliznę szpitalną i t. p., stopniowo powstały wytwórnia wyrobów skórzanych, drukarnia, intrologatorynia, przedsiębiorstwo budowlane, budujące domy dla byłych pacjentów i t. p., a wyroby z Papworth zaczęły się rozchodzić po całej Anglii, przyezem

agentami są również byli pacjenci. W ten sposób ze szpitala, posiadającego 68 łózek, powstało sanatorium niemal o nieograniczonej liczbie miejsc, gdyż możliwość rozwoju Papworth jest bardzo wielka. Miejsca w parku na domki jest wiele, a koszt poszczególnego shelter jest niewielki — 50 f. st. Znaczenie takiej organizacji szpitalnej zilustruję przykładem cyfrowym. Pobyt chorego w szpitalu przy zastosowaniu współczesnego leczenia uciskowego trwa około 6 miesięcy. W ten sposób roczny ruch chorych w Papworth wynosiłby 136 chorych. Dzięki systemowi shelters — pobyt chorego skraca się mniej więcej do 3 miesięcy — liczba chorych, przyjętych do szpitala, wzrasta w ciągu roku w dwójnasób — do 272. Pozatem uzyskuje się nieograniczone w czasie żadnymi względami, poza rzeczywistą potrzebą, leczenie sanatoryjne oraz możliwość dania choremu odpowiedniej pracy, którą może również wykonywać po wyzdrowieniu.

Wszyscy mieszkańcy osady są co pewien czas badani przez lekarza. O stanie zdrowotnym osady, a więc o skutku leczniczym świadczy to, że w ciągu całego czasu istnienia Papworth (od roku 1918) nie było ani jednego zachorowania na gruźlicę wśród dzieci mieszkańców osiedla.

Pod względem pieniężnym — w początkowym okresie Papworth opierał się na ofiarach publicznych, z czasem stał się niemal całkowicie samowystarczalny.

Inną nieco drogą poszedł w Niemczech Brieger. Angielskie shelters, nie posiadające ogrzewania, nie mogły znaleźć zastosowania — należało budować domy bardziej solidne. Ze względu na brak miejsca — nie można też było budować domów pojedynczych — należało budować domy większe, składające się z kilkunastu pokoiów. W ten sposób w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala Herrnpotsch pod Wrocławiem powstało osiedle dla ozdrowieńców. Osiedle to składa się z 6 bloków mieszkalnych — 2 dla pacjentów samotnych, 4 — dla rodzin. Wszystkie domy są jednopiętrowe, murowane, posiadają kanalizację, elektryczność i centralne ogrzewanie. W domach dla samotnych mieszkania są jednopokojowe (po 16 w każdym domu); w jednym z tych domów jest mieszkanie dwupokojowe, które zajmuje siostra — pielęgniarka, pełniąca obowiązki gospodyni. Umeblowanie pokoju składa się z łóżka, nocnej szafki, stołu, krzesła, szafy wmurowanej, umywalni z bieżącą ciepłą i zimną wodą. Umeblowanie wykonane jest niemal całkowicie w warsztatach szpitalnych. Pozatem w każdym z domów dla samotnych są 4 werandy z leżakami, 2 jadalnie, ubikację i pokój dla wyjąławiania płwociny (każdy chory ma szklaną spluwaczkę), kuchnia i pralnia. W jednej z piwnic są piece parowe do centralnego ogrzewania. Sprzątanie, wyjąławianie płwociny, pranie, gotowanie, pracę przy piecach — wszystko wykonywują pacjenci. W kuchni pracują pacjentki nieprątkujące (jedynie chore z gruźlicą zamkniętą w osiedlu). Każdy z domów ma również ogród, w którym sadzą przede wszystkim jarzyny.

Domy dla rodzin — 4 bloki po 8 mieszkań, budowane są bardziej luksusowo. Każde z mieszkań, budowane na wzór angielskich home'ów, jest jednopiętrowe z piwnicą i strychem. Jest zupełnie niezależne od sąsiedniego, nie komunikuje się z

niem, posiada oddzielne wejście i ma przydzielone działki ogrodu. Na parterze są 3 niewielkie pokoje, przeznaczone dla rodziny chorego, ubikacja, kuchnia i pokój kąpielowy (wspólny dla chorego i rodziny). Woda ciepła do kuchni, pokoju kąpielowego i umywalni — z pieca Junkersa. Na pierwszym piętrze znajduje się pokój chorego z werandą, ubikacją i umywalnią — wyłącznie dla użytku chorego. Umeblowanie tego pokoju wraz z leżakiem dostarczane jest przez szpital. Wobec tego, że nie wszystkie rodziny są dostatecznie liczne, by zajmować 4 pokoje, w niektórych mieszkaniach jeden pokój zajmują pacjenci nieżonaci. Dzieci pacjentów po parę godzin dziennie spędzają wspólnie pod kierunkiem wykwalifikowanej nauczycielki, będącej na etacie szpitala. Pacjentom nie wolno opuszczać osiedla bez zezwolenia lekarza. Dostawcy donoszą prowiant bezpośrednio do osiedla. W osiedlu przebywa obecnie 72 chorych.

Wszyscy chorzy pracują. Kobiety pracują w szwalni, zaopatrzonej w elektryczne maszyny do szycia, i szyją bieliznę szpitalną dla szpitali miejskich Wrocławia.

Mężczyźni pracują w stolarni, introligatorni, wytwórni mebli metalowych i materaców sprężynowych. Warsztaty te nie są nowe — istniały już dawniej i należały do przytułku dla starców i nie-dorozwiniętych, mieszczącego się również w Herrnpotsch. Są one małe, nie posiadają żadnych szczególnych urządzeń wentylacyjnych. Jedynie część maszyn ręcznych zastąpiona została elektrycznymi. W każdym z warsztatów pracuje jeden fachowiec — również pacjent, który dobiera sobie pomocników i szkoli ich. Kierownikiem technicznym i rysownikiem jest obecnie inżynier-architekt, również pacjent szpitalny. Z pośród wyrobów na uwagę zasługują meble metalowe, nawskroś nowoczesne, bardzo ładne i wygodne, znajdujące wielki popyt wśród lekarzy.

Praca jest dawkowana przez lekarza — od 1-ej do 4-ch godzin dziennie — i płatna od godziny według ogólnie przyjętych stawek płac. Pacjenci, przeważnie odmowcy, względnie po przebytej torakoplastyce lub plombie — co 4 tygodnie badani są przez lekarza. Rodziny ich badane są rzadziej, ale również systematycznie. Chorzy czują się znakomicie, pracują bardzo chętnie, życie w osiedlu płynie cicho i zgodnie. Zarobki wystarczają na czynsz i na skromne utrzymanie. Żadnej renty chorzy, oczywiście, nie pobierają — gdyż za pełną sumę wypłacanych rent zostały zbudowane domy osiedla.

Pod względem lekarskim próba wypadła znakomicie. Gorzej przedstawia się sprawa pod względem ekonomicznym. W przeciwieństwie do Papworth, które się stale rozrasta, w Herrnpotsch sprawa rozwoju osiedla stanęła w martwym punkcie. Przyczyny tego szukać należy w ciężkich warunkach ekonomicznych Niemiec. Żadna organizacja ubezpieczeń społecznych nie jest teraz w stanie budować tak luksusowych domów. I właśnie w tym luksusie mieszkań osiedla tkwi, według mego zdania, błąd i źródło niepowodzenia Briegera. Koszt łóżka w osiedlu jest zaledwie dwukrotnie mniejszy od kosztów łóżka szpitalnego, lecz różnica ta jest zbyt mała, by przy obecnych kosztach budowy osiedle mogło się rozrastać. Należało pójść

raczej śladem Varier-Jonesa, u którego cena łóżka — shelter była dziesięciokrotnie mniejsza od ceny łóżka szpitalnego. Tylko tak wielka różnica kosztów może być bodźcem do stwarzania osiedli przy szpitalach już istniejących.

Idea „aftercare“ jest słuszna. Nie należy jej interpretować, jako usiłowanie shospitalizowania

wszystkich gruźlików — jest to rzecz niemożliwa do przeprowadzenia. Ma ona jedynie na celu zwiększenie tanim kosztem liczby łóżek gruźliczych, wdrożenie gruźlików do pracy, a przez przedłużenie leczenia pod okiem lekarza na całe lata daje ona możliwość osiągnięcia trwałego wyleczenia chorego.

## Wiadomości bieżące.

### — Ruch służbowy

w Państwowej Służbie Zdrowia za m-c grudzień 1930 r.

#### W Zarządzie Centralnym.

##### Mianowani:

Dr. Rudolfowa Marja, prow. referendarz w VII st. sł. do odwołania Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 10-XII. 1930 r.

Wojnarski Witold, prow. referendarz w VIII st. sł., do odwołania referendarzem w VII st. sł., dekretem z dnia 10-XII 1930 r.

Skórzewska Marja, pracownik kontraktowy w VII gr. up., do odwołania referendarzem w VII st. sł. dekretem z dnia 18-XII 1930 r.

#### W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia.

##### Mianowani:

Dr. Steffen Edward Gustaw, pracownik kontraktowy w VI gr. up. w Państwowym Szpitalu dla chorych psychicznie w Tworkach, ordynatorem w VI st. sł. w tymże Szpitalu dekretem z dnia 1930 r.

Dr. Bobrowska—Korolko Wanda, prow. urzędnik w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu dla chorych psychicznie w Tworkach, ordynatorem w VII st. sł. w tymże Szpitalu dekretem z dnia 20 XII 1930 r.

Dr. Graba-Lęcki Waclaw, prow. lekarz zdrojowy w VI st. sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Krynicy, lekarzem zdrojowym w VI st. sł. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 30-XIII. 1930 r.

Chrzęszczewski Kazimierz, pracownik kontraktowy w VIII gr. up. w Państwowym Zakładzie badania żywności w Poznaniu, do odwołania asystentem w VIII st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 19 XII 1930 r.

Liedtke Gustaw, prow. urzędnik w XI st. sł. w Państwowym Szpitalu dla chorych psychicznie w Tworkach, do odwołania rachmistrzem w X st. sł. w tymże Szpitalu, dekretem z dnia 10-XII 1930 r.

##### Zwolnieni:

Spryszyńska Felicja, asystent rachunkowy w IX st. sł. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, na własną prośbę z dniem 31-XII 1930 r.

#### We Władzach Instancji.

##### Mianowani:

Dr. Pietraszewski Stanisław, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł., p. o. Naczelnika Wydziału w Urzędzie Wojewódz-

kim Stanisławowskim, Naczelnikiem Wydziału w VI st. sł. w tymże Urzędzie dekretem z dnia 11-XII 1930 r.

Dr. Kocwa Juljusz, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Krakowskim, inspektorem lekarskim w VI st. sł. w tymże Urzędzie dekretem z dnia 11 XII 1930 r.

Sianko Franciszek, prow. inspektor farmaceutyczny w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Krakowskim, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VI st. sł. w tymże Urzędzie dekretem z dnia 16 XII 1930 r.

##### Zwolnieni:

Wojciechowski Stefan, inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Poznańskim, z dniem 31-XII 1930 r. dekretem z dniz 15 XII 1930 r. na własną prośbę.

#### We Władzach Instancji.

##### Mianowani:

Dr. Staniewicz Witold, kontraktowy pracownik w Starostwie powiatowym Mołodeckim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dnia 15-XII 1930 r.

Dr. Parysiewicz Marjan, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowym Chełmskim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie dekretem z dnia 10-XII. 1930 r.

Dr. Kuźmicki Władysław, kontr. pracownik, p. o. lekarza powiatowego w Starostwie powiatowym Włodzimiarskim, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie dekretem z dnia 5-XII 1930 r.

##### Zmarli:

Dr. Jarocki Piotr, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Sokalskim, zmarł dnia 24-XII 1930 r.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Dla wykonywania zadań w dziale zdrowia publicznego, związanych z bezpośrednim nadzorem nad organizacją i działalnością podległych Wojewodzie urzędów, nadzorowanych związków komunalnych i instytucji społecznych, ustala się załączoną instrukcję, normującą pracę inspekcji wojewódzkiej w tym dziale, w ramach zasad organizacyjnych, ustalonych zarządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 lipca 1930 r. Nr. 01. 384/4 okólnik Nr. 127.

Organami inspekcji wojewódzkiej w dziale zdrowia publicznego są: naczelnik wydziału zdrowia, inspektor lekarski i inspektor farmaceutyczny.

### Obowiązki naczelnika wydziału zdrowia i inspektora lekarskiego.

#### I. Naczelnik wydziału Zdrowia i inspektor lekarski:

1. kontroluje, czy lekarze powiatowi w zakresie przysługujących im uprawnień wykonywują obowiązki co do prowadzenia i ewidencji nadzoru:
  - a) nad personelem lekarskim i pomocniczym (lekarze, dentyści, felczerzy, położne, technicy dentyści, pielęgniarki i pielęgniarki, kontrolerzy sanitarni i żywnościowi, masażysty i in.),
  - b) nad walką z chorobami społecznymi (gruźlica, jaglica, nierząd i choroby weneryczne, alkoholizm i in.),
  - c) nad walką z ostreymi chorobami zakaźnymi (izolacja, szczepienia ochronne przeciwko ospie, durowi brzuszemu, czerwonce, płonicy, błonicy i in.),
  - d) nad akcją zapobiegania chorobom zawodowym i ich zwalczania (fabryki i wszelkie zakłady przemysłowe),
  - e) nad wszelkimi instytucjami leczniczymi i zapobiegawczymi (przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia, szpitale, sanatoria, lecznice, zakłady położnicze, kosmetyczne i t. p.),
  - f) nad lecnictwem w Kasach Chorych (jako zastępca delegata do O. U. U.),
  - g) nad aptekami, drogerjami, hurtowniami i wytwórniami trucizn, środków odurzających, eteru, preparatów galenowych i organoterapeutycznych, surowic i szczepionek, środków opatrunkowych i wód mineralnych,
  - h) nad higieną w szkołach, więzieniach, na kolejach,
    - 1) nad zdrojowiskami, letniskami i kąpieliskami (pływalnie, łaźnie, mykwy),
    - 2) nad zakładami i kolumnami dezynfekcyjnymi.
  - k) nad cmentarzami i domami przedpogrzebowymi,
  - l) nad zaopatrywaniem ludności w wodę (studnie, wodociągi),
  - m) nad usuwaniem nieczystości (kanalizacja, taborzy asenizacyjne, ustępy, śmietniki),
  - n) nad czystością powietrza i gleby (stan sanitarny na rynkach, placach i ulicach),
  - o) nad stanem sanitarnym we wszystkich urzędach i instytucjach użyteczności publicznej,
  - p) nad stanem sanitarnym w hotelach, restauracjach, jadłodajniach, fryzjerniach, piekarniach, masarniach, jatkach, sklepach rzeźniczych, sklepach spożywczych i t. p.;
  - q) nad dzieckiem i macierzyństwem pod względem sanitarnym,
  - r) nad umysłowo chorymi i niedorozwiniętymi,
  - s) nad zwalczaniem paractwa leczniczego,
  - t) nad propagandą kultury higienicznej i t. p.

2. Naczelnik wydziału zdrowia nadzoruje w zakresie uprawnień zastrzeżonych dla wojewódzkiej władzy administracji ogólnej w dziale zdrowia publicznego:

- a) lekarzy sejmikowych, okręgowych, rejonowych, gminnych,
- b) szkoły fachowe z zakresu sanitarnego,
- c) szpitale państwowe i samorządowe,
- d) komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku,
- e) zakłady badawcze i rozpoznawcze,
- f) lecnictwo w Kasach Chorych (jako delegat do O. U. U.) i t. p.

### Obowiązki inspektora farmaceutycznego.

II. Inspektor farmaceutyczny nadzoruje i kontroluje cały obrót środków leczniczych i trucizn, a w szczególności:

- a) dokonywa rewizji aptek, drogerji, detalicznych handli trucizn, hurtowni środków leczniczych i odurzających, wytwórni preparatów bakteryjnych (z wyjątkiem weterynaryjnych), preparatów organoterapeutycznych oraz fabryk wód mineralnych;
- b) załatwia sprawy koncesyj aptekarskich i koncesyj na hurtowy handel eterem (na terenie województw centralnych i wschodnich — koncesyj na drogerje);
- c) nadzoruje nad personelem fachowym, zatrudnionym w aptekach, oraz nad sprawowaniem zarządu przez fachowych kierowników wytwórni preparatów bakteryjnych i organoterapeutycznych oraz hurtowni środków odurzających i hurtowni, uprawnionych do handlu eterem;
- d) prowadzi szczegółową ewidencję (według powiatów) aptek i zatrudnionego w nich personelu fachowego (wzory A, B), drogerji, detalicznych handli trucizn, hurtowni środków leczniczych z osobnym uwzględnieniem hurtowni środków odurzających i eteru etylowego, wytwórni chemiczno-farmaceutycznych, wytwórni preparatów bakteryjnych i organoterapeutycznych, środków odurzających i opatrunkowych, eteru etylowego oraz fabryk leczniczych wód mineralnych dla każdego rodzaju przedsiębiorstwa oddzielnie (wzór C);
- e) prowadzi w porządku alfabetycznym ewidencję wytwarzanych na obszarze województwa specyfików farmaceutycznych, w tej liczbie również wyrabianych przez apteki specyfików domowych (wzór D);
- f) prowadzi ewidencję plantacji roślin lekarskich oraz zbieranych przez ludność takichże roślin dziko rosnących;
- g) współdziała z innymi władzami w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem w dziedzinach, związanych ze sprawami farmaceutycznymi, przepisów celnych, akcyzowych, monopolowych, o wagach i miarach, o ochronie roślin, o weterynaryjnych surowicach i szczepionkach i t. p.

Podczas dokonywania rewizji wyżej wymienionych instytucji, inspektor farmaceutyczny winien wypełniać formularze sprawozdań wzoru Nr. 5.

Sprawozdania winny być przechowywane w teczkach, założonych dla każdego powiatu, a odpisy przesyłane co kwartał do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Co do obowiązków naczelnika wydziału zdrowia, inspektora lekarskiego i inspektora farmaceutycznego w dziedzinie techniki nadzoru, planu inspekcji, sprawozdań ustnych, konferencji sprawozdawczych, metody pracy na terenie i t. p., obowiązuje analogicznie instrukcja, załączona do okólnika Nr. 127 z dn. 16 lipca 1930 r. Nr. 01.384-4.

W celu wykonywania § 14 omawianej instrukcji załącza się wzory (Nr. 1, 2, 3, 4, 5) dla materiałów sprawozdawczych w dziale zdrowia publicznego, które Wojewoda przedkłada Ministerstwu w ustalonych terminach.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.  
Dr. Piestrzyński.

— № 1 „Wykładów Lekarskich“, wydawanych przez redakcję „Warsz. Czasop. Lek.“ p. t. Współczesny stan lecnictwa kılı — D-ra Adama S t r a s z y ń s k i e g o, wyszedł z druku i jest do nabycia w administracji (Marszałkowska 71, drukarnia „Siła“) oraz w księgarniach

— Na konkursie na ordynatora oddziału wewnętrznego szpitala Św. Ducha w Warszawie otrzymał pierwsze miejsce starszy asystent szpitala Wolskiego, kol. Stanisław Wąsowicz.

— Jednocześnie z innymi kursami międzynarodowymi w Berlinie w marcu r. 1931 zapowiadają profesorowie: Bruns, Nöller, Claus, Schilling i Ziemann kurs p. t.: *Patologia i Parazytologia egzotyczna* (włącznie z najważniejszymi punktami z higieny), jakoteż *Kosmopolityczne choroby skóry, płciowe i zakaźne*.

— № 1 miesięcznika „Wiedza i Życie“ zawiera: Tadeusz Zieliński. Nauki humanistyczne. Karol Husarski. O teatrze średnio-wiecznym. Prof. A. B. Dobrowolski. O lodzie na lądach polarnych. Jarosław Iwaszkiewicz. Syn Kresów. Feliks Szymanowski. Fryderyk Szopen. Dr. Emil Kipa. Wywiad austriacki w sprawach polskich w przededniu wojny 1809 r. Dr. Anna Minkowska. August Cieszkowski. L. R. W walce o uszlachetnienie rasy. Felicja Turynowa. Wystawa higieniczna w Dreźnie. Jerzy Barski. Z zagadnień polityki socjalnej. Kronika. Recenzje.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 10.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Prezes. Program działalności Towarzystwa Lekarskiego na r. 1931.
2. Wręczenie dyplomów nowo-przyjętym członkom.
3. Wybory podskarbiego oraz 3 członków komitetu Kasy Wsparcia.
4. St. Justman. O odruchach brzusznych.
5. Rutkowski. O potrzebie znajomości praktycznej anatomii wśród lekarzy. Rzuty anatomiczne.
6. S. Cytronberg. O współdziałaniu ściany jelita cienkiego w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju.

### 12.II. Polskie Tow. Med. Społ.

#### Posiedzenie plenarne.

Dr. Marja Grzywo-Dąbrowska. Listy samobójców.

TREŚĆ: L. JELENKIEWICZ. Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów (Dok.). — J. PINCZEWSKI i M. WOLFF. O nietypowych objawach występujących w zapaleniu wielonerwowem. — J. RUTKOWSKI, Jak uniknąć skaleczeń nerwu twarzonego. Przebieg nerwu na twarzy i kierunek cięć chirurgicznych na twarzy. — L. JAKÓBSON. Spostrzeżenia nad działaniem wyciągu mięśniowego w dławicy piersiowej (angina pectoris) i chromaniu przestankowem. — N. ZANDOWA. Zapalenie opon rzekomo-gruźlicze (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. GLASS Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego. Parę słów o osiedlach i warsztatach dla gruźlików. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JELENKIEWICZ. Nouvelles opinions sur la pathologie et la clinique du rhumatisme infectieux (fin). — J. PINCZEWSKI, et M. WOLFF. Symptômes atypiques de polynévrite. — G. RUTKOWSKI, Comment éviter les blessures du nerf facial. Le parcours du nerf et la direction des incisions sur la face. — L. JAKÓBSON, Observations concernant l'action de l'extrait musculaire dans l'angine de poitrine et la claudication intermittente. — N. ZAND, Méningite pseudo-tuberculeuse. (Rev. gén.). — B. GLASS. Au sujet des problèmes hospitaliers antituberculeux. Quelques mots sur les colonies et ateliers pour les tuberculeux.

## WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

## CENY OGŁOSZENI:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,— pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się  
w drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.