

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok VIII

WARSZAWA, 18 CZERWCA 1931 R.

Nr. 25

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z kliniki chorób dziecięcych U. W.
(Dyrektor Prof. M. Michałowicz)

i z Działu Bakteriologii Państwowego Zakładu Higjeny.
(Dyrektor: Prof. L. Hirszfeld).

Odporność ustrojów młodych.

Podali

Hanna i Ludwik HIRSZFELDOWIE (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 24).

Hiperreaktywność.

Nasuwa się zagadnienie, czy noworodek może być uczulony. Udało się uczulić morskie świnki na surowicę końską: noworodki w parę godzin do 3 dni po urodzeniu dostawały dootrzewnowo surowicę końską, i w odstępach 2 -- 6 tygodni podawano ją znów dożylnie. Z małymi wyjątkami, po conajmniej 3 tygodniach, udaje się otrzymać stan nadwrażliwości.

Udało się również uczulić czynnie płód w łonie matki. Ciężarnym morskim świnkom zastrzykiwano surowicę końską parę dni przed porodem, a zatem nie miały one czasu na wytwarzanie przeciwciał i nie mogły ich przekazać biernie. Mogły jedynie przy porodzie przekazać antygen. Okazało się, że po urodzeniu morska świnka nie daje wstrząsu, zaś w 4 tygodnie później udaje się wstrząs otrzymać. Przeciwciała wytworzył właściwie nie płód, lecz niemowlę, zaś to, że antygen przeszedł, objaśnia się ogromną ilością surowicy. Doświadczenie to nie dowodzi, że można uczulić płód czynnie.

Ponieważ stosunki pomiędzy matką i płodem u morskiej świnki i człowieka są podobne, możliwym jest, że dzieci, wykazujące stany alergiczne przy pierwszym zetknięciu się z białkiem, zostały uczulone czynnie w łonie matki.

Podczas kiedy powinowactwo do jądów było uważane dotychczas jedynie za skutek rozwoju normalnego, zaś Brokman i Mayzner podkreślili spr-

wę powinowactwa nabytego, to odczyny alergiczne specjalnie tuberkulinowe, uważane są li tylko za wyraz powinowactwa nabytego. W ostatniej pracy jednego z nas z Brokmanem nad odczynem malleinowym u ludzi okazało się, że odczyn alergiczny można zdobyć w stosunku do bodźców, z którymi ustrój nigdy się nie spotykał. W ten sposób zaciera się różnica pomiędzy jadem i alergenem. Z jednej strony widzimy, że powinowactwo do jadu może być zdobyte przez uodpornienie, z drugiej zaś strony odczyn alergiczny może wystąpić bez uodpornienia. Co do samego alergenu, wiadomem jest, że objawy idiosyncrazji zjawiają się w późniejszym wieku, i dlatego prawdopodobnem jest, że podlegają one ogólnemu prawu serogenyzy.

Mechanizm odzjadliwiania.

Morgenroth zwrócił uwagę, że paciorkowiec hemolizujący, zastrzyknięty myszom, traci w pierwszych chwilach, szczególnie w ustroju uodpornionym, zjadliwość. Nazwał on tę postać odporności odpornością depresyjną. Mybyśmy proponowali nazwać ją mechanizmem odzjadliwiającym. Ostatnio Neufeld wykazuje wielkie różnice pomiędzy dziećmi i dorosłymi. Wygłasza on pogląd, że wszystkie drobnoustroje, zarówno saprofity, jak i b. zjadliwe, posiadają zdolność przenikania do ustroju poprzez śluzówkę gardzieli, jelit, dróg oddechowych oraz poprzez skórę. Przy tej wędrowce poprzez śluzówkę oraz naczynia chłonne większość drobnoustrojów podlega osłabieniu zjadliwości aż do zupełnej jej utraty. Zostało to dowiedzione dla paciorkowców, pneumokoków i błonicy. Podług Neufelda ustrój młody nie posiada zdolności odzjadliwiania w tym samym stopniu, co ustrój dorosły — stąd większa wrażliwość dzieci na pewne zarazki, np. pneumokoki, meningokoki, paciorkowce, błonicy i td. Lange, zakazając myszy pneumokokiem na drodze pokarmowej i inhalacyjnej oraz morskie świnki cholera kurzą poprzez przewód pokarmowy, wykazał ogromną wrażliwość u młodych zwierząt tych wrót zakażenia, pod-

czas gdy zwierzęta starsze jedynie wyjątkowo zakazić można tą drogą. Objektem Neufelda były trypanozomy. Zakażenie *per os* u dorosłych nie udawało się nigdy.

Jednakże z 6 myszy jedenasto - osiemnastodniowych, karmionych krwią, zawierających trypanozomy, trzy zdechły po 5—7 dniach z powodu ostrego zakażenia trypanozomami, 1 po drugim karmieniu, zaś 2 myszy wyżyły i pozostały zdrowe. A zatem ostre zakażenie przez przewód pokarmowy ma miejsce jedynie u zwierzęcia młodego.

Podług Uhlenhuta, śluzówka przewodu pokarmowego przepuszcza zarazki, ale osłabia ich zjadliwość.

Prawdopodobnie śluzówka ustroju młodego jest bardziej przepuszczalna dla całego szeregu drobnoustrojów. Ficker wykazał, że i saprofity łatwiej przenikają poprzez jelita zwierząt młodych. Neufeld upatruje przyczynę tego zjawiska w różnicach budowy i funkcji układu chłonnego. Siły obronne skóry, śluzówek i naczyń chłonnych, które mają za zadanie unieszkodliwiać przenikające temi drogami zarazki w ustroju młodym, nie są tak rozwinięte, jak w ustroju starszym. Stąd mniejsza odporność osobników młodych na te zakażenia, w których walka pomiędzy pasorzytem i ustrojem odbywa się przeważnie w tkankach.

Feld i Schott, karmiąc myszy krętkami duru powrotnego, otrzymali wyniki wręcz przeciwne. Drogą pokarmową udaje się zakazić myszy starsze, natomiast myszy młode są odpornejsze znacznie.

Zdaje się, że odzjadliwianie gra większą, niż sądzimy, rolę w obronie ustroju. Koncepcja, która głosi, że przy ścieraniu się makro i mikroorganizmów jeden z nich zginąć musi, nie jest słuszna. Ustrój posiada zdolność przeistaczania bakterij, pozbawiania ich zjadliwości. Jeśli zjadliwość ujmujemy z punktu widzenia współczesnych poglądów na zmienność bakterij, jako fazy chorobotwórcze, to przypuszczać należy, że ciała odpornościowe lub też komórki ustroju posiadają zdolność skierowywania dysocjacji w kierunku

odzjadliwiania, być może też i uzjadliwiania. Dlatego chcielibyśmy poza funkcjami rozpuszczającymi, zobojętniającymi i t. p. mówić i o funkcji dysocjującej organizmu, wzgl. surowicy, wyodrębniając jako 2 pododdziały funkcję odzjadliwiającą i uzjadliwiającą.

Z a k o ń c z e n i e.

Noworodek i ustrój młody pozwalają łatwiej na przenikanie zarazków, antygenów i przeciwciał. Dwa główne mechanizmy obronne stanowią: odporność bierna i areaktywność — obojętność. W miarę rozwoju fizjologicznego zjawiają się „odruchy serologiczne” i zdolność odporności czynnej, większa sprężystość układu siateczkowo-śródbłonkowego, możność odczynów alergicznych.

Główną obroną noworodka są zatem przeciwciała biernie otrzymane od matki, oraz fakt, iż tkanka jego nie wie, co jest jadem. Później dopiero po nabraniu kontaktu ze światem zewnętrznym, zjawia się konieczność walki.

Takie postawienie sprawy wskazuje jednocześnie na luki naszej wiedzy, które możnaby sformułować w sposób następujący:

nie wiemy, jakie bliższe prawa rządzą tempem powstawania przeciwciał,

nie znamy genotypu przeciwciał,

nie wiemy, na czym polega nieudolność noworodka w wytwarzaniu przeciwciał.

Nie wiemy jakie komórki i na mocy jakiego procesu chemicznego podlegają zróżniczkowaniu serologicznemu. Nie wiemy, jaka istnieje współzależność pomiędzy procesami serogenezy i reaktywności. Nie wiemy, pod wpływem jakich bodźców areaktywność zamienia się na reaktywność, i w jakim stopniu te procesy dają się wywołać sztucznie.

Wiemy jedynie że noworodek jest serologicznie naiwny, posiada nieco przeciwciał od matki i obojętność względem świata zakaźnego. Dopiero dziecko starsze i dorośli poznali realność jądów świata zewnętrznego i są zmuszeni z nimi walczyć.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Kierownik: Prof. Dr. F. Venulet.)

Metoda cholecystogastrosotmji za pomocą protezy magnezjowej.

Podał

M. SAIDMAN (Warszawa).

W artykule niniejszym pozwolę sobie w krótkich słowach opisać uproszczoną metodę cholecystogastrosotmji. Polega ona na tem, że połączenie między pęcherzykiem żółciowym a żołądkiem zostaje wytworzone nie, jak zwykle, za pomocą szwu, lecz za pomocą protezy magnezjowej Payra. Proteza magnezjowa przedstawia się jak rurka cylindryczna, zaopatrzona w dwa poprzeczne żłobowate nacięcia, znajdujące się w pobliżu jednego z biegunów protezy (patrz Rys. 1).

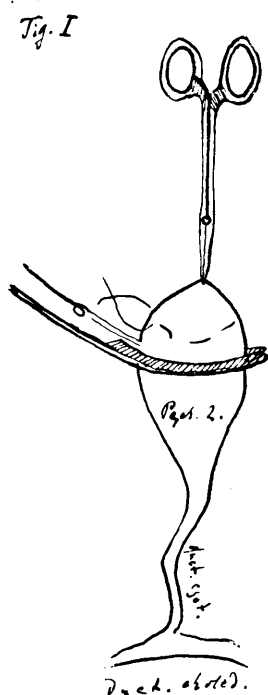
Technika zabiegu przedstawia się w sposób na-



Rys. 1

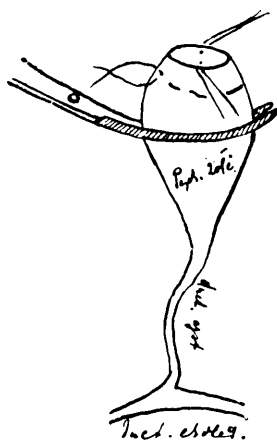
stępujący. Po otwarciu jamy brzusznej i odszukaniu pęcherzyka żółciowego przekłwa się i opróżnia pęcherzyk żółciowy, a dno jego chwyta się kleszczykami Kochera i stożkowato, naciąga resztę zaś jamy pęcherzykowej wyłącza się za pomocą zwykłego miękkiego zaciskadła (k'lampu) jelitowego (patrz Rys. 2). Wytworzony w ten sposób stożek pęcherzyka żółciowego zostaje odcięty za pomocą nożyczek; powstaje w ten sposób otwór owalny w pęcherzyku żółciowym, nakoło którego blisko brzegu nakłada się szew kapciuchowy (patrz Rys. 3).

Rozmiar wytworzonego otworu w pęcherzyku żółciowym winien być dostosowany do średnicy prote-



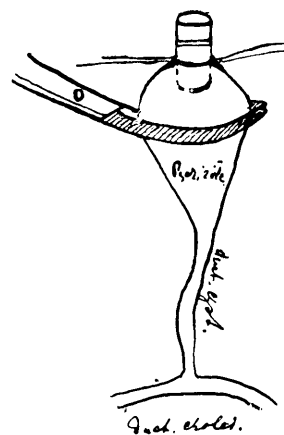
Żołądek.

Rys. 2

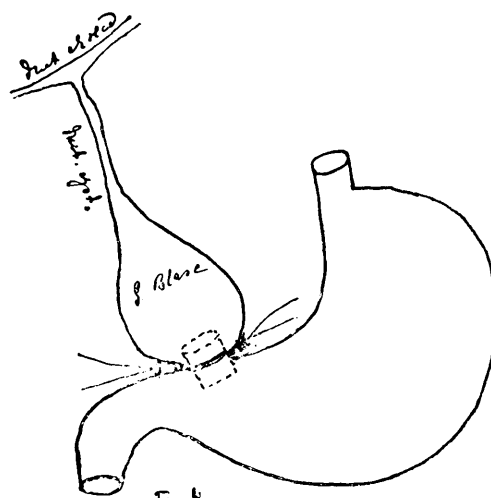


Rys. 3

zy magnezjowej. Następnie na żołądku, w części przyodźwiernikowej, na poziomie, odpowiadającym otworowi w pęcherzyku żółciowym, robi się podobny otwór, po uprzednim odgraniczeniu odpowiedniego odcinka żołądka za pomocą zwykłego miękkiego klampu. Wzdłuż brzegu tego otworu nakłada się również szew kapciuchowy. Teraz następuje moment połączenia pęcherzyka żółciowego z żołądkiem za pomocą protezy. Pincetą wprowadza się protezę magnezjową do wytworzonych otworów w pęcherzyku żółciowym (patrz rys. 4) i żołądka, przygotowany szew kapciuchowy, zarówno przy otworze pęcherzyka żółciowego, jak i na żołądku, zostaje teraz zaciśnięty na wyżej wspomnianych nacięciach żłobowatych protezy; zwisające nici obu szwów zostają związane między sobą dla wzmocnienia kontaktu pomiędzy pęcherzykiem i żołądkiem. W ten sposób proteza zostaje umocowana i ustalona i połączenie dokonane (patrz rys. 5). Dla celów uszczelnienia miejsca połączenia nakłada się parę szwów węzłkowych surowiczomięśniowych. W tym samym celu



Rys. 4



Rys. 5

można owinąć miejsce zespolenia kawałkiem wólnej lub uszypułowanej sieci.

Pożądane jest, ażeby połączenie między żołądkiem, a pęcherzykiem żółciowym zostało dokonane za pomocą protezy o dużej średnicy, w przeciwnym bowiem razie otwór połączenia, po wessaniu się protezy*), może się zwęzić i może powstać zupełna niedrożność.

Korzyści tej metody są oczywiste. Zwykły sposób cholecystogastrostomji za pomocą szwu jest bardziej skomplikowany, wymaga więcej czasu i conajmniej dwupiętrowego szwu, przyczem wewnętrzny szew musi być węzłkowy, gdyż u osobników charłacznych istnieje duże niebezpieczeństwo wtórnego krwawienia z obfitej unaczynionej śluzówki. Natomiast metoda cholecystogastrostomji za pomocą protezy jest znacznie uproszczona, w wykonaniu łatwiejsza i absolutnie pewna. Niemniej ważne jest, że przy tym sposobie nie grozi niebezpieczeństwo puszczenia szwów. O wartości tej metody przekonałem się eksperymentalnie. Okazało się, że w całym szeregu doświadczeń na psach, u których wykonałem wyżej wspomniane zespolenie, sekcja zabitych zwierząt, dokonana po upływie czterech do sześciu tygodni od czasu operacji, wykazała doskonałą czyn-

*) Protezy z magnezji w ciągu pewnego czasu zostają rozłożone przez soki organizmu na MgO i H i następnie wessane.

ność zespolenia nawet po wessaniu się protezy; błona śluzowa pęcherzyka żółciowego w obrębie zespolenia była gładka, o normalnym wyglądzie.

W przypadkach, gdzie szybka i prosta technika operacyjna jest bezwzględnie wskazana, nprz. u chorych wyniszczonych, opisany sposób zespolenia pęcherzykowo-żółdkowego zasługuje na wypróbowanie.

Albowiem rezultaty operacyjne zależne są nie tylko od należytego wskazania do zabiegu, ale też w dużej mierze również od zastosowanej metody i techniki operacyjnej. Sądzę, że protezy magnezjowe mogą znaleźć zastosowanie i tam, gdzie chodzi o zespolenie pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą.

Z praktyki prywatnej

O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpeli.

Podał

Dr. Samuel EDELMAN (Truskawiec).

Na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej najcenniejszym bezwątpienia zjawiskiem balneologicznym, jako zdrojowisko, jest Truskawiec, który otrzymał zasłużone miano „polskiego Karlsbadu“.

Truskawiec znajduje się w odległości dziewięciu kilometrów od Drohobycza, a siedmiu od Borysławia. Z zdrojowisko to leży na wysokości 460 m. ponad poziomem morza. Znajduje się ono tuż obok wsi w powiecie Drohobyckim, województwie Lwowskim w przepięknie położonej dolinie, osłoniętej ze wszech stron wzgórzami.

Położenie Truskawca jest niezwykle korzystne nie tylko ze względu na łagodność klimatu, czystość powietrza, obfitość skarbów ziemnych okolicy, jak soli w Stebniku i Drohobyczu, nafty w Borysławiu i Tuśtanowicach, wosku ziemnego, galmanu i cynku, lecz nadewszystko ze względu na różnorodność i obfitość wód mineralnych, które stanowią jego dumę i sławę niezaprzeczoną.

Z pośród źródeł Truskawca na szczególną zasługują uwagę z droje, których woda służy do użytku wewnętrznego.

Na pierwszym miejscu należy wymienić tutaj źródło, zwane „Naftusis“ ze względu na nieznaczny zapach nafty, jakim się cechuje woda tego niezwyklego ze wszech miar godnego uwagi zdroju.

„Naftusia“ odznacza się niezwykle małą zawartością soli mineralnych, bo wynoszącą zaledwie 0,70‰. Właściwość ta zbliża ją poniekąd do wód, pozbawionych zupełnie soli, jak np. do wody destylowanej.

Wedle zdania Rowsinga i wielu innych badaczy największym naszym błędem jest zwyczajowe, szablonowe leczenie kwaśnych skaz zapomocą wód zasadowych. Wody te nie rozpuszczają kamieni, ani też nie powstrzymują wytwarzania się złożeń. Kwaśne kamyczki tworzą raczej ognisko, dookoła którego — także i przy zupełnie przejrzystym moczu — posiadają złogi, powstałe z moczu, sztucznie wzbogacone w sole.

Rowsing twierdzi, iż najczęściej przynosi szkody chorym podawanie w przypadkach skazy kamicznej zasadowych wód mineralnych. Od lat trzydziestu ostrzega on przed tym sposobem leczenia. Natomiast zaleca on gorąco podawanie w skazie kamicznej wielkich ilości wody destylowanej.

Do przeprowadzenia tej kuracji zdrojowiskowej metodą Rowsinga najbardziej zarówno z pośród zdrojowisk krajowych, jakoteż i zagranicznych nadaje się Truskawiec, posiadając w sławnej „Naftusii“ niezwykle cenne, a nigdzie niespotykane źródło o nieznacznej zawartości soli mineralnych.

W r. 1902 prof. Ludwik Rydygier w pracy p. t. „Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych“ zwrócił również szczególną uwagę na źródło „Naftusii“, podając pomyślnie oddziaływanie Naftusii w sprawach kamiczych.

Dnia 15 kwietnia b. r. na Zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie St. Laskownicki ze Lwowa w odczycie p. t. „Wskazania i leczenie operacyjne kamicy nerkowej“ zalecał gorąco leczenie zdrojowe w Truskawcu.

„Naftusia“, posiadając zawartość jednak węglowodorów siarkowanych lotnych z grupy naftowej, jest przytem zarazem środkiem silnie moczopędnym.

W tych warunkach Naftusia ułatwia tedy procesy rozpuszczalności, endosmozy i eksosmozy, jakoteż procesy utleniania i odtleniania. Procesy tedy asymilacyjne ulegają znacznemu wzmoczeniu i to nie tylko w kierunku strawienia materiałów, dostarczonych drogą przewodu pokarmowego, ale także w kierunku niweczenia wszelkich produktów chorobowych, jak n. p. wysięków. Produkty te przy tak wzmoczonej przemianie materji z łatwością ulegają wessaniu. Dlatego też w moczu znajdujemy więcej produktów przemiany materji, znajdujemy zatem więcej mocznika, siarczanów, chlorków i fosforanów. Również następuje obfitsze wydzielanie moczu, bezwodnika kwasu węglowego wydechanego, jakoteż znaczniejsze wydzielanie żółci.

Za pomocą tedy przepłukiwania organizmu przy użyciu „Naftusii“ w znaczniejszej ilości (t. j. w ilości 1 — 2 litrów dziennie) krew i tkanki wyługowują się, zużyte i niepotrzebne odpadki przemiany materji szybciej wydalają się z tkanek, a równocześnie ogólna przemiana materji ulega znacznemu przyspieszeniu.

Często już po kilkudniowym używaniu wody ze zdroju „Naftusii“ występuje t. zw. reakcja zdrojowiskowa, której objawy są następujące: ogólne przygnębienie i osłabienie, uczucie ciężkiego stanu schorzenia, bóle w kończynach, zawroty głowy, bóle głowy, niepokój, bezsenność, poty i t. p.

Wedle Sabatowskiego odczyn nawodnienia ustroju (irrygacji) w przypadkach chorobowych przebiega jako odczyn ogniskowy i odczyn ogólny. Reakcja kąpielowa jest, zdaniem Sabatowskiego, nieco silniej zaznaczona faza ujemna w zjawisku dwufazowości przebiegania odczynów. Zjawisko zaś dwufazowości odczynów polega na tem, iż ustrój dąży do skompensowania każdego odchylenia od pierwotnej

równowagi wychyleniem w kierunku przeciwnym (S a b a t o w s k i).

Obniżenie punktu zamarzania „Naftusi“ wynosi według Marchlewskiego $\Delta = 0,0415^{\circ}\text{C}$, podczas gdy obniżenie punktu krzepliwości krwi ludzkiej wynosi $\Delta 1 0,56^{\circ}\text{C}$. „Naftusia“ zatem posiada własności wody katagochen hipotonicznej, która, będąc wprowadzana do ustroju, spowoduje znaczne zmiany osmotyczne. Bodziec zaś osmotyczny mocen jest, wedle Stejskala, wywoływać w ustroju działania lecznicze. Leczenie to nazwano zatem osmoterapią Stejskala.

Tajemnicę zdroju „Naftusi“ starało się prześledzić ostatnio dwóch autorów polskich, którzy w zeszycie szóstym XXIV-go tomu „Zeitschrift für Urologie“ zamieścili pracę p. t. „Chemisch physiologische Betrachtungen über die „Naphtaquelle“ (Naftusia in Truskawiec, östl. Klempolen) und ihre Anwendung in Krankheiten der Harnwege“, czyli „Chemiczno-fizjologiczne rozważania nad działaniem zdroju „Naftusi“ w Truskawcu i nad stosowaniem jej w chorobach dróg moczowych“. Autorami pracy tej są Monis i Flaszen, którzy upatrują rozwiązanie tajemnicy zdroju „Naftusi“ w szczególnem działaniu lotnych węglowodorów siarkowanych. Lotne owe węglowodory siarkowane posiadają własności katalizatorów. „Naftusia“ działa jako środek o niezmiernej sile moczopędnej analogicznie do soli radowych. W chorobach nerek, jak wiadomo, następuje zmniejszenie się wydzielania mocznika w moczu. W czasie pojęcia jednak chorego „Naftusią“ ilość wydzielanego z moczem mocznika wzrasta znacznie.

Podczas leczenia „Naftusią“ u osób, cierpiących na skazę moczową, zmniejsza się, wedle Monisa i Flaszena, ilość kwasu moczowego zarówno w moczu, jakoteż i we krwi, przyczem stan ogólny chorych znacznie ulega poprawie. Chodzi tutaj również o działanie katalizyczne węglowodorów siarkowanych lotnych, zawartych w „Naftusi“.

„Naftusia“ działa również w kierunku zmniejszenia ilości wydzielania urobiliny i urobilinogenu. Wspomniane poprzednio węglowodory siarkowane lotne należą do grupy nasyconych węglowodorów naftowych. Według Monisa i Flaszena „Naftusia“ nadaje się szczególnie do leczenia kamicy nerkowej, jakoteż przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych.

Reasumując dane dotychczasowe o „Naftusi“, dochodzimy do wniosku, iż dzięki bardzo nieznacznej zawartości soli mineralnych nadaje się ona szczególnie do przepłókiwania i nawadniania ustroju w przypadkach wadliwej przemiany materji i skazy kamicznej. Działa ona także osmotycznie w sensie osmoterapii Stejskala. Według Flaszena i Monisa „Naftusia“ zawdzięcza swe pomyślne oddziaływanie w znacznej mierze lotnym węglowododom siarkowanym z grupy nasyconych węglowodorów naftowych, które działają jako katalizatory analogicznie do działania soli radowych.

Według zatem wyluszczonej poprzednio teoretycznych przesłanek, na których się opieramy w posługiwaniu się terapeutycznym „Naftusią“ posiada ona liczne wskazania, które w zarysie przedstawiają się następująco:

1. Choroby przemiany materji, a szczególnie skaza moczowa *arthritis urica*.
2. Skaza kamicza, *lithiasis*, i to zarówno kamica

nerkowa, *nephrolithiasis*, jakoteż i kamica żółciowa, *cholelithiasis*.

3. Zatrucia zawodowe, jak rtęcią przewlekłą, *mercurialismus chronicus* i ołowicą przewlekłą, *satur-nismus chronicus*.

4. Żółtaczką nieżytową, *icterus catarrhalis*.

5. Jako środek przeciwzapalny w *cystitis chronica*, *pyelitis chronica* et *cholecystitis*.

6. *Plethora abdominalis*-krwistość brzuszna.

Pod wieloma względami analogię do „Naftusi“ stanowi drugi zdroj leczniczy w Truskawcu, t. j. „Józia“, odpowiadająca składem chemicznym w znacznej mierze „Naftusi“ i stanowiąca niejako jej uzupełnienie.

Nizki ciężar właściwy, pozostający w związku z nieznaczną zawartością soli mineralnych, bo wynosząca $0,79^{\circ}_{100}$, sprawia, iż nadaje się ona do celów przemywania i przepłukiwania ustroju w przypadkach wadliwej przemiany materji, a szczególnie w skazie moczowej i kamicy nerkowej. Rozwija ona również działanie zapomocą osmozy. Natomiast pewna promieniotwórczość zdroju „Józia“, która wynosi 1,928 jednostek Machego, czyni z Truskawca zdrojowisko, uposażone w zdroj radjoczynny, oddziaływający zatem w kierunku wzmożenia wszelkich czynności biologicznych.

Wskazania do użytku wewnętrznego wody ze zdroju „Józia“ są tedy zupełnie analogiczne do wskazań w używaniu Naftusi. Doświadczenie i instykt miejscowych lekarzy służą jako najlepszy drogowskaz w zastosowaniu obu wymienionych zdrojów w odpowiedniej dawce i w odpowiedniej ilości, jakoteż są najlepszą rękojmią pomyślnego ich działania w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Przechodzę obecnie do omówienia zdrojów słonych, z których trzy, t. j. Marja, Zofja i Bronisława służą do użytku wewnętrznego dzięki stosunkowo nieznacznej koncentracji soli.

Na pierwszym miejscu należy wymienić tutaj zdroj „Bronisławy“, który dawniej był wyłącznie używany do płukania gardła i nosa i do okładów. Od lat kilku jednak wprowadzamy wodę tego zdroju do użytku wewnętrznego, co w odpowiednich przypadkach jako pierwszy początem propagować, napoty-kając przytem na pewną opozycję i niedowierzanie stałych bywalców zdrojowiska.

Zdrijf „Bronisławy“, zawierający pewne ilości siarczanu wapnia, magnezu i sodu, jakoteż $11,5^{\circ}_{100}$ chlorku sodowego, zaliczamy do grupy zdrojów słonoziemnych. Wedle S a b a t o w s k i e g o rozcieńczenie wody ze zdroju „Bronisławy“ zwykłą wodą sodową daje jej skład zupełnie zbliżony do wody ze zdroju „Rakoczego“ w Kissingen. Działa ona tedy na żołądek słabo pobudzająco, a rozwija swą działalność dopiero w jelitach, przeczyszczając je należycie.

Wody słone, jak wiadomo, pobudzają czynność gruczołów żołądkowych i wzmagają wydzielanie soku żołądkowego. Również wydzielanie soku trzustkowego ulega wzmożeniu, wobec czego podnosi się czynność trawienia w jelicie cienkiem.

Wedle C y t r o n b e r g a elektrolity NaCl, KCl, NaNO₃ i częściowo NaHCO₃ odznaczają się bardzo wielką szybkością dyfuzji, ponieważ zarówno ich anjony (Cl i NO₃), jakoteż i katjony (Na i K) należą do najbardziej ruchliwych jonów. „Wszystkie te elektrolity działają w kierunku wzmożenia nawodnienia i stopnia rozproszenia koloidów komórkowych, oraz

ogólnego rozluźnienia nabłonka i innych morfotycznych składników śluzówki jelitowej. Po przedostaniu się do krwiobiegu wywierają one silne, swoiste dla ich anjonów i katjonów działanie na komórki całego ustroju i m. inn. wywołują częstokroć wzmożoną diurezę". Według Cyttonberga, nie ulega wątpliwości, że podczas tej krótkiej wędrówki przez soki i tkanki odnośnie elektrolity są w stanie wywołać szereg zmian w istniejącym układzie sił fizyczno-chemicznych".

Wody słone zatem przyspieszają zmianę materji powiększa ją ilość wydzielin, a przede wszystkim wzmagają ilość wydzielin, przewodu pokarmowego (soku żołądkowego i soku trzustkowego) i pobudzają procesy assimilacyjne.

Opierając się tedy na omówionych danych, podamy następujące wskazania do używania wody ze źródła „Bronisławy” w Truskawcu:

1. Choroby przemiany materji, a szczególnie skaza moczanowa, *diathesis urica*.
2. Otyłość, *adipositas sive obesitas*.
3. Krwistość brzuszna, *plethora abdominalis*.
4. Krwawnice, *haemorrhoides*.
5. Przewlekły nieżyt żołądka, *gastritis chronica*.
6. Przewlekły nieżyt jelita grubego, *colitis chronica*.
7. Przewlekły nieżyt oskrzeli, *bronchitis chronica*.
8. Przewlekły nieżyt gardła, *pharyngitis chronica*.
9. Przewlekły nieżyt krtani, *laryngitis chronica*.
10. Przewlekły nieżyt tchawicy, *tracheitis chronica*.
11. Nawykowe zaparcie stolca, *obstipatio alvi habitualis*.
12. Żoły, *scrophulosis*.

Przechodzę obecnie do omówienia działania wody ze źródła „Marysi”.

Źródło Marji jest według jego składu chemicznego źródłem słono-glaubersko-żelazistym.

Proszowski przeprowadzał ostatnio badania doświadczalne nad wpływem na żołądek wody truskawieckiej ze źródła „Marji”. Doszedł on tedy do następujących wyników swych doświadczeń.

1. Solanka glauberska „Marysia” przyspiesza opróżnianie żołądka. Różnica dochodziła czasem od pół do dwóch godzin.
2. Woda truskawiecka „Marysia” rozcieńcza i rozrzedza znacznie śluz w nieżytach śluzowych żołądka.
3. Woda ze źródła Marysi wzmagają często wydzielanie pepsyny.
4. Woda „Marysia” działa lekko pobudzająco na wydzielanie kwasu solnego.

Jestto źródło izotoniczne z sokiem żołądkowym. Z zaznaczonych poprzednio danych wypływają też wskazania do używania wody ze źródła „Marji” w Truskawcu, które w zarysie przedstawiają się następująco:

1. Niedowład żołądka, *atonía ventriculi*.
2. Nieżyt przewlekły żołądka, *gastritis chronica*.
3. Niedokwaśność żołądka, *subaciditas ventriculi*.
4. Bezkwaśność żołądka, *anaciditas ventriculi sive achlorhydria*.

5. *Achylta gastrica*, Bezsok żołądkowy. Poza to źródło „Marji” wedle Zenona Pelczara znajduje następujące wskazania;

6. Żoły, *scrophulosis*.
7. Krzywica, *Rachitis*.
8. Rozmiękczenie kości, *osteomalacia*.
9. Choroby krwi, *sanguinis morbi*.

Zdrój „Zofja” z jego składu chemicznego należy zaliczyć do grupy wód słono-gorzkich.

Wskazania tedy do stosowania wody ze źródła „Zofji” przedstawiają się następująco:

1. Otyłość, *lipomatosis universalis seu obesitas*.
2. Nawykowe zaparcie stolca, *obstructio alvi habitualis*.
3. Uderzenia krwi do głowy, *congestionés*.
4. Nieżyt przewlekły jelita grubego, *colitis chronica*.
5. Kamica żółciowa, *cholelithiasis*.
6. Zapalenie pęcherzyka żółciowego, *cholecystitis*.
7. Zapalenie przewodów żółciowych, *cholangitis*.
8. Krwawnice, *haemorrhoides*.

Tak oto przedstawiają się w zarysie wskazania do stosowania wewnętrznego wód w Truskawcu.

Pozatem posiadamy w Truskawcu wody o dwóch typach. służące do kąpeli. Są to siarczanki i solanki.

Truskawiec jest właśnie największym w Polsce zdrojowiskiem siarczano-solankowym.

Zdrój Anny i zdrój Emanuela obfitują w siarczan sodu i wapnia, zawierając przytem do 80 mlgr. siarkowodoru na 1000 gr. wody. Zdrój Edwarda w Truskawcu posiada z pośród zdrojowisk polskich najwięcej siarczanu sodowego Na_2SO_4 , chlorku sodowego Na Cl , jakoteż węglanu żelazowego Fe_2CO_3 . Źródło siarczane na Lipkach zawiera na 1000 gr. wody soli mineralnych 3,84 gr., wolnego kwasu węglowego 13,623 cm^3 , wolnego siarkowodoru 55,29 cm^3 . Posiada ono ciężar właściwy 1.00221.

Wód solankowych do kąpeli dostarczają źródła Ferdynanda, Katarzyny, jakoteż zdrój „Surowica”. Surowica zawiera na 1000 gr. wody chlorku sodowego 231,33 gr., chlorku potasowego 3,51 gr. Ogółem zdrój „Surowica” zawiera składników mineralnych 248,63 gr. na 1000 gr. wody. Jest to zatem jedno z najsilniejszych źródeł solankowych w Polsce i w Europie, gdyż zawiera 25% substancji mineralnych, posiadając ciężar właściwy 1,1993.

Działanie kąpeli mineralnych nie ogranicza się jedynie do bezpośredniego wpływu drażniącego na tkankę skóry, sprawiającego w ustroju pewne zmiany drogą krwi i soków tkankowych (działanie chemiczne Groera.) Poza to bowiem działa tutaj bodziec kąpielowy na zakończenia nerwów, wpływając na obraz krwi, na równowagę kwasowo zasadową ustroju, na poziom cukru we krwi, na pobudliwość odruchową, gotowość naczynioruchową, napięcie wegetatywnego układu nerwowego, jakoteż wreszcie na wielkość przemiany materji.

Bodźce kąpielowe mają zupełnie analogiczne działanie, jakie sprowadza białko, parenteralnie podane. Oba zabiegi wywołują odczyn ogólny i miejscowy.

Wedle Weichardta, Krebsa, Weskotta,

Schobera i w. i. odczyn ów jest następstwem podrażnienia komórek skórnych bodźcem kąpielowym, jakoteż następstwem podniecenia ich do wzmożenia przemiany pierwoszcza. Leczenie kąpielowe wedle Weichardta sprowadza całkowitą zmianę w przemianie materji zapomocą „uczynienia pierwoszcza” (aktywacji protoplazmy) przez zadziałanie bodźców

kąpielowych na skórę, przestrajając tym sposobem zupełnie organizm.

Leczenie balneologiczne jest zatem leczeniem bodźcowem, przyczem jako bodziec służy nam ciepłota kąpeli, ucisk masy wody na ciało, ilość i jakość soli mineralnych, jak również bezwodnik kwasu węglowego. (Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Prosektorjum Szpitala Ś-to Ducha w Warszawie.

(Kierownik: Dr. med. A. Siedlecka).

Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań.

Podał

Dr. med. Józef STEIN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz № 24).

III. Przewlekła gruźlica płuc.

W rozdziale tym omówimy różne postaci anatomiczne przewlekłej gruźlicy płuc.

1) Odosobniona gruźlica szczytów płucnych.

Ogniska szczytowe świeże spotyka się przeważnie u dzieci od 2 do 8 lat, rzadziej — u dzieci starszych, zupełnie rzadko — u osobników między 14-ym a 20-ym rokiem życia. Spotykamy wówczas bezpośrednio pod opłucną szczytu lub nieco głębiej (o 1—1,5 cm. pod opłucną) jeden lub kilka guzków szarych lub szarozółtawych, okrągławych, ostro odgraniczonych, wielkości prosa. Niekiedy guzki są nieco większe (wielkości soczewicy lub grochu), żółte, serowaciejące, kształtów nieprawidłowych, przypominające ogniska groniaste; dookoła guzka widzimy wówczas pas przekrwienia. W przypadkach zmian starszych znajdujemy w szczycie mniej lub bardziej obfitą tkankę bliznowatą, impregnowaną węglem, wśród której znajdują się zwykle małe guzki prosówkowe lub drobne ogniska serowate, albo zwapniałe.

Mikroskopowo guzki szczytowe posiadają zwykle charakter guzełków wytwórczych; z pewnością część ich powstaje, zresztą, wewnątrzpęcherzykowo. Charakterystyczną cechą ognisk szczytowych jest bardzo krótki okres wysiękowy, po którym następują szybko zmiany wytwórcze. Dookoła ognisk spotykamy zwykle nieswoiste zapalenie okołogniskowe. Ogniska gruźlicze w szczytach posiadają znaczną skłonność do przekształcania się w tkankę bliznowatą.

Ogniska te (a przynajmniej ich część) są prawdopodobnie odpowiednikiem anatomicznym t. zw. „wczesnych ognisk szczytowych” opisanych przez Simona.

Jeżeli w szczycie powstaną większe ogniska serowate, nie mogące ulec bliznowaceni, następuje wtedy ich otorbienie i zwapnienie.

Niekiedy powstawanie blizenek szczytowych powoduje rozstrzenie oskrzelowe; klinicznie rozstrzenie takie dają objawy zaostżenia oddechu.

Ogniska szczytowe stoją często w związku z bliznami opłucny szczytu; tkanka płucna dookoła tych zmian ulega zwykle niedodmie lub mięsowaceniu (inaczej z bliznami, położonemi niżej, dookoła których tkanka płucna jest zmieniona rozedmowo).

2) Gruźlica groniasta i guzkowa. (*Tuberculosis acinosa-nodosa* Aschoffa-Nicola).

Ogniska groniasto-guzkowe są wyrazem zmian gruźliczych w obrębie gronek płucnych (*acini*). Zakażenie prątkami następuje zawsze wewnątrz gronka — ognisko groniaste powstaje „wewnątrzkanalikowo”.

Ognisko groniaste posiada na przekroju wielkość ziarna soczewicy lub grochu, kształt jego jest nieprawidłowy, przypominający często listek koniczyny, barwa — żółtawa lub szarawa; nie jest ono ściśle odgraniczone od otoczenia. W każdym ognisku groniastem znajduje się w środku mniejszy lub większy otworek — będący przekrojem zmienionego serowato oskrzelika. Dlatego wielu autorów (zwłaszcza francuskich) nazywa te ogniska: *peribronchitis tuberculosa*. Im większy jest oskrzelik, tem większe również ognisko groniaste.

Ogniska groniaste świeże posiadają kształt bardziej listkowaty, a zabarwienie — żółtawe; ogniska starsze są bardziej okrągławe, szarawe i ostrzej odgraniczone, a środek ich jest zwykle ciemnoszary i wgłębiony. Ognisko groniaste wygojone przedstawia się w postaci małej, czarnej, gwiazdkowatej blizny. Zmiany gruźlicze mogą dotyczyć nie calych gronek, ale ich części; ogniska są wtedy mniejsze — podgroniaste lub nawet prosówkowe. Z drugiej strony zmiany mogą dotyczyć kilku leżących obok siebie gronek, powstają w ten sposób ogniska większe — groniasto-guzkowe, dochodzące niekiedy do wielkości orzecha laskowego, a nawet włoskiego. Ogniska groniasto-guzkowe mogą zajmować duże odcinki tkanki płucnej, a nawet całe płaty; ogniska, położone w częściach górnych, są zwykle starsze od ognisk, położonych w częściach dolnych płuca.

Mikroskopowo świeże ognisko groniaste jest to ograniczone zapalenie płuc (w obrębie całego gronka lub jego części); w pęcherzykach, w przewodach pęcherzykowych i oskrzelikach oddechowych gromadzi się wysięk włóknikowo-komórkowy; wśród komórek łatwo odróżnić duże, jasne, okrągłe komórki z piankową zarodnią, zawierającą kropelki tłuszczu

oraz mniej lub więcej liczne leukocyty; często spotykamy także nieco limfocytów i komórek plazmatycznych. Naczynia włosowate ścian pęcherzyków na obwodzie ogniska są obficie nastrzyknięte krwią.

Po tym okresie następuje serowacenie wysięku, poczem rozpoczyna się okres wytwórczy; zjawiają się komórki nabłonkowe, wytwarzające włókienka klejodajne, masy serowate zostają otorbione, a następnie przerośnięte przez tkankę łączną. Nigdy prawie zmiany nie odbywają się jednocześnie we wszystkich, częściach gronka, lecz, przeciwnie, jedne części są dopiero zmienione serowato, podczas gdy drugie uległy już przerostowi tkanką łączną; dowodzi to powolnego posuwania się sprawy z jednej części gronka na jego części pozostałe.

Na obwodzie ognisk groniastych spotykamy zwykle zapalenie okołogniskowe, które w przypadkach pomyślnych może całkowicie ustępować.

Powiększanie się ognisk groniastych może mieć miejsce albo na drodze przedostawania się wysięku ze zmienionego oskrzelika do sąsiednich gronek, co jednak ze względu na szybkie serowacenie i bliznowacenie oskrzelików wydaje się mało prawdopodobne, albo też sprawa szerzy się przez ciągłość z pęcherzyków jednego gronka na pęcherzyki gronka sąsiedniego. Bez wątplenia w przechodzeniu zakażenia z jednego gronka na drugie może też grać rolę przenoszenie prątków za pośrednictwem dróg limfatycznych.

Zbliznowacenie ogniska groniastego powoduje często rozdemę sąsiednich pęcherzyków płucnych. Niekiedy w pęcherzykach, dotkniętych uprzednio zapaleniem okołogniskowym, może nastąpić mięsowacenie. Czasami tkanka łączna odsznurowuje poszczególne pęcherzyki i ich grupy; w odsznurowanych pęcherzykach nabłonek oddechowy zmienia się w sześcienny — powstają przez to twory gruczołowe (niektórzy autorzy uważają, że są to szczątki drobnych oskrzeli).

3) Gruźlicze zapalenie płuc zrazikowe i płatowe. (*Pneumonia gelatiniformis, pneumonia caseosa lobularis et lobaris*).

Chodzi tu o zmiany wysiękowo-serowate, zajmujące bądź całe zraziki, bądź ich mniejsze lub większe części, bądź wreszcie — zespoły zrazików; rzadko zmiany zajmują całe płaty.

Makroskopowo ogniska zapalenia płuc serowatego posiadają kształty nieprawidłowe i są nieściśle odgraniczone od otoczenia; wielkość ich odpowiada zwykle zrazikom płucnym, jednakże mogą być one mniejsze lub większe od nich. Ogniska zupełne świeże posiadają wygląd ziarnisty, zabarwienie szaro-czerwone i przypominają zupełnie ogniska włóknikowego zapalenia płuc. Ogniska nieco starsze mają wygląd galaretowy, szarawy, przeświecający; ogniska serowate są suche, twarde i kruche, jednolicie żółtawe. Często wszystkie trzy rodzaje ognisk spotykamy obok siebie.

Ogniska serowate mogą ulegać rozmiękaniu, przez co powstają liczne jamki o ścianach strzępiastych, serowatych, wypełnione ropą; przypadki takie, o bardzo ostrym i ciężkim przebiegu, klinicznie noszą nazwę suchot galopujących (*phthisis florida*). Z drugiej strony ogniska serowate mogą posiadać skłonność do otarbiania się. Możliwość otorbienia za-

leży w dużym stopniu od wielkości ogniska; rzadko ulegają otorbieniu ogniska większe od orzecha laskowego. Drobne ogniska serowate mogą również ulegać i innym rodzajom organizacji — bliznowaceni lub mięsowaceni; wszystkie te rodzaje organizacji są pomyślnymi zejściami zapalenia płuc serowatego.

Mikroskopowo wygląd gruźliczego zapalenia płuc zależy od jego okresu. Początkowo tkanka płucna ulega przekrwieniu i obrzękowi zapalnemu (nawał). W ogniskach o wyglądzie makroskopowym zapalenia włóknikowego znajduje się w pęcherzykach obfity wysięk włóknikowy z licznymi leukocytami, a często i limfocytami.

Jest to okres I zapalenia gruźliczego płuc.

Następnie zjawiają się w pęcherzykach duże jasne komórki o stłuszczałej zarodki, uważane przez większość autorów za złuszczone nadbłonki oddechowe (przez niektórych zaś — za komórki mezenchymalne). Komórek tych zjawia się coraz więcej, aż wreszcie wypełniają one całkowicie pęcherzyki płucne (stąd nazwa „*pneumonia desquamativa*“). Makroskopowo ogniska te mają wygląd galaretowaty (*pneumonia gelatiniformis Laënneci*). Jest to II-i okres zapalenia gruźliczego płuc.

Zawartość pęcherzyków płucnych ulega teraz serowaceni, które szybko rozszerza się, obejmując całe pęcherzyki i ich grupy, oraz oskrzeliki. Widzimy wówczas jednolite lub lekko ziarniste masy serowate, wśród których spotyka się jedynie gdzieniegdzie zarysy ścian pęcherzyków. Ze ścian pęcherzyków, oskrzelików i naczyń krwionośnych pozostają tylko włókna sprężyste.

Jest to III-ci i ostatni okres zapalenia gruźliczego płuc.

Należy zaznaczyć, że opisane trzy okresy spotykamy zwykle obok siebie, niekiedy nawet w tych samych pęcherzykach.

Prawdopodobnie zapalenie gruźlicze płuc niezawsze ulega serowaceni, lecz zmiany mogą się zatrzymać w okresie wysięku włóknikowego lub komórkowego, który następnie zostaje wydzielony bez śladu. Dlatego lepiej mówić o zapaleniu płuc gruźliczym, a nie o zapaleniu płuc serowatem.

Odbudowa pęcherzyków już zserowaciałych jest wyłączona. Zejściem pomyślnym ognisk serowatych są jedynie te lub inne postaci organizacji. W ogniskach zapalenia płuc serowatego, nawet ulegających organizacji, brak ziarniny gruźliczej — gruzelków, zależy to prawdopodobnie od utraty zdolności odpornościowej ustroju.

Zapalenie okołogniskowe w zapaleniu płuc serowatem jest zwykle bardzo znaczne; często dotknięte niem odcinki tkanki płucnej ulegają następnie bliznowaceni lub mięsowaceni.

4) Gruźlica włóknista. (*Tuberculosis fibrosa*).

Gruźlica włóknista nie stanowi osobnej postaci gruźlicy płuc, jednakże wyodrębniamy ją tutaj ze względu na to, że w całym szeregu przypadków gruźlicy płuc zaznacza się wyraźna skłonność do bliznowacenia.

Gruźlica włóknista powstaje na podłożu wyżej wymienionych przewlekłych zmian gruźliczych w płucach, a więc — gruźlicy groniasto-guzkowej, lub

rzadziej, zapalenia płuc gruźliczego zrazikowego (o ile ogniska są małych rozmiarów). Najczęściej gruźlicę włóknistą spotykamy w szczytach i częściach podszczytowych płuc, zwykle w postaci t. zw. stwardnienia szfrowego.

W związku ze sprawami bliznowatemi w płucach i opłucnych powstaje niekiedy przerost prawej komory serca, Częstość zjawiskiem, towarzyszącym gruźlicy włóknistej. są rozstrzenie oskrzelowe, oraz nleżył oskrzeli. Często spotykamy też ogniska niedodmy lub wyrównawczej rozedmy.

Należy zaznaczyć, że rzadko spotykamy jeden z wyżej opisanych typów gruźlicy płuc w postaci czystej. Najczęściej na ogólny obraz gruźlicy płuc składa się cały szereg najróżniejszych ognisk starszych i świeższych, tak, że zmiany, spotykane na sekcjach, są nader niejednolite.

W większości przypadków obraz przewlekłej gruźlicy płuc przedstawia się następująco: w częściach szczytowych widzimy blizny, impregnowane węglem, a często również jamy gruźlicze; w kierunku ku dołowi znajdują się liczne ogniska groniasto-guzkowe, wśród których spotykamy często mniejsze i większe ogniska zapalenia płuc serowatego; ogniska gruźlicze mogą ulegać mniej lub więcej znacznemu bliznowaceniu; pomiędzy nimi znajdują się różnej wielkości odcinki tkanki powietrznej, często dotkniętej rozedmą zastępczą.

Zmiany spotykane w przewlekłej gruźlicy płuc.

1) Jamy gruźlicze (*cavernae, vomicae*).

Powstawanie jam gruźliczych. Omówimy tutaj jedynie jamy gruźlicze, powstałe wskutek rozmiękania mas serowatych, bez udziału zakażenia wtórnego (bakteryj ropotwórczych).

Rozmiękaniu ulegają najczęściej większe ogniska wysiękowo-serowate; dlatego jamy posiadają conajmniej wielkość ziarna bobu. Rozmiękanie, prowadzące do tworzenia jamy, może następować bardzo szybko lub też trwać dłuższy okres czasu. Wielkość jam bywa różna; niekiedy jamy dochodzą do znacznych rozmiarów, zajmując nawet całe płaty; rzadko zdarza się przejście jamy poprzez granicę płatu. Kształt jam może być bardzo różny, w zależności od warunków ich powstawania. Jamy, powstające z ognisk niewielkich, leżących wśród tkanki płucnej względnie mało zmienionej, są okrągławe lub owalne, z nielicznymi zatokowatemi wgłębieniami, o ile rozmiękaniu ulegają ogniska otoczone innymi ogniskami, świeższymi lub bliznowaciejącymi — powstająca jama może posiadać kształt nieprawidłowy, zatokowaty. Niekiedy kilka jam zlewa się ze sobą — powstają wówczas jamy kształtów wybitnie nieprawidłowych.

Jama świeża, powstająca z ostrego rozmiękania sera, posiada zwykle ściany nieprawidłowe, pozazębiane, serowate i jest wypełniona ropą. Jamy starsze już makroskopowo są otoczone wyraźną torebką; powierzchnia wewnętrzna jamy, lekko chropawa, wilgotna, szarawa, przypomina wyściółkę błony ropotwórczej. Jamy są zwykle wypełnione masami podobnymi do ropy, w których znajduje się często t. zw. soczewki Kocha („Kavernenlinsen”) — białozółtawe twory,

wielkości od łebka szpilki do soczewicy, składające się mikroskopowo prawie wyłącznie z prątków gruźliczych; twory te spotyka się często w plwocinie. O ile jamy są związane z drożnymi oskrzelami — zawartość ich może zostać wydzielona nazewnątrz, i jamy są puste; zwykle jednak oskrzela nie są drożne. Zawsze prawie jama łączy się z oskrzelem; rzadko spotyka się jamy zupełnie zamknięte; pochodzenie ich nie jest dotąd znane; jamy takie zawierają galaretowate, żółto-brunatne masy.

W każdej prawie starej jamie gruźliczej widzimy przebiegające między różnymi częściami ściany powrózki; są to zachowane naczynia krwionośne, zwykle zarośnięte, rzadziej drożne.

Jamy otorbione, pozbawione już mas serowatych, można nazwać oczyszczonymi, w przeciwieństwie do nieoczyszczonych jam świeżych, zawierających jeszcze mniej lub więcej sera (Huebschmann).

Należy zaznaczyć, że oprócz rozmiękania zwykłego, prowadzącego do powstawania jam, spotyka się jeszcze rozmiękanie „papkowato-kaszowate” (Schürmann); masy serowate nie zostają wówczas rozpuszczone, lecz przekształcają się w masy kaszowate; zjawisko takie jest rzadkie, a powstaje najczęściej w ogniskach serowatych otorbionych.

b) Budowa mikroskopowa jam gruźliczych. Mikroskopowo można prześledzić wszystkie etapy powstawania jam. W obrębie ognisk serowatych zjawiają się liczne leukocyty, przeważnie i obojętnochłonne z jądrami wielopłatowemi, częściowo również jednojądrzaste makrofagi. Dookoła leukocytów następuje rozpuszczanie wysięku, poczem leukocyty wnikają głębiej, do sąsiednich części mas serowatych. Rozmiękanie zazwyczaj odbywa się wielogniskowo. Gdy powstały w ten sposób cały szereg jamek zleje się wreszcie w jedną większą jamę — resztki mas serowatych w jej świetle ulegają rozpuszczeniu, podczas gdy od obwodu tworzy się torebka.

Widzimy więc, że powstawanie jam jest ściśle związane z działaniem proteolitycznym i fagocytarnym leukocytów. Według Huebschmanna, zjawianie się leukocytów zależy od przewrażliwości ustroju i nawet „oznacza najwyższy odczyn przewrażliwości, jaki możemy spotkać w ustroju ludzkim”. W rozmiękającym serze spostrzegamy zwykle mnóstwo prątków, których znaczna część znajduje się wewnątrz leukocytów. Prątki działają prawdopodobnie dodatnio chemotaktycznie na leukocyty. Nie jest wyłączone, że w procesach rozmiękania mas serowatych mogą również grać rolę prócz prątków Kocha i inne bakterje, najprawdopodobniej bakterje ropotwórcze i pneumokoki. Jamy, już wytworzone, mogą być łatwo zakażone najrozmaitszemi drobnoustrojami, niekiedy nawet grzybkami pleśni.

Zawartość jam przedstawia się mikroskopowo w postaci jednolitych bezpostaciowych mas, wśród których znajduje się mnóstwo częściowo zachowanych, częściowo obumierających leukocytów.

Tworzenie torebki rozpoczęła się już w czasie rozmiękania sera; dookoła ogniska serowatego zjawia się ziarnina, zwykle nieswoista, bogato unaczyniona, przemieniająca się szybko w tkankę łączną. Mikroskopowo torebka składa się z warstwy wewnętrznej, złożonej z licznych, naogół dobrze zachowanych leukocytów, leżących w gruboboleczkowej, przypominającej włóknik istocie, oraz warstwy zewnętrznej, złożonej w częściach głębszych z typowej unaczynionej

ziarniny, a w częściach zewnętrznych z włóknistej, ubogiej w komórki tkanki łącznej. Obecność ziarniny nieswoistej dowodzi znacznej miejscowej odporności tkanek. Niekiedy jednak (Giegler) ognisko serowate zostaje otorbione niecałkowicie i serowacenie w jednym miejscu może postępować dalej, powodując zatkaną jamę wgnięcia jamy. Jamy mogą się powiększać i w inny sposób, np. przez zlanie się paru jam, lub też w następstwie ropienia spowodowanego zakażeniem wtórnym. Niekiedy też jama powiększa się wskutek rozdymania przez wdychane powietrze; ma to zwykle miejsce w jamach świeżych, posiadających . zw. wentyl.

Najczęściej, jak już wiemy, jamy gruźlicze powstają z rozmiękania mas serowatych w ogniskach zapalenia płuc serowatego. Niekiedy jednak, znacznie rzadziej, mogą tworzyć się jamy gruźlicze i w inny sposób: 1) wskutek serowacenia ściany oskrzela, 2) z rozstrzeni oskrzelowych, których ściany są zmienione gruźliczo, oraz 3) wskutek przerwania zserowaciałego gruczołu limfatycznego do światła oskrzela (bardzo rzadko).

c) Gojenie się jam gruźliczych. Pod gojeniem się jam rozumie się ich bliznowacenie. Gojenie się jam anatomicznie wykazać trudno, przede wszystkim mówią o niem klinicyści i rentgenolodzy.

Lebert odróżnia 3 rodzaje gojenia się jam: 1) przez wydzielenie zawartości i zapadnięcie, 2) przez wypełnienie jamy włóknistą tkanką łączną i zbliźnowacenie, 3) przez odkładanie się w jamie soli mineralnych, z jednoczesnym tworzeniem tkanki włóknistej na obwodzie. Milian rozróżnia jamy wygojone 1) w postaci blizny oraz 2) w postaci jamy o zbliźnowaciałej ścianie, wypełnionej masami kredowymi.

Według Huebschmanna, gojenie się jam może iść albo w kierunku całkowitego ich bliznowacenia z zamknięciem światła (takiemu gojeniu się mogą ulegać tylko jamy małe — do wielkości orzecha laskowego), lub też w kierunku bliznowacenia ściany jamy bez zamknięcia światła.

d) Znaczenie jam dla chorego. Jamy gruźlicze są oddawna słusznie uważane za najzłośliwsze powikłanie gruźlicy płuc, związany jest z niemi bowiem cały szereg bardzo poważnych niebezpieczeństw dla ustroju. Według Gräffa, każda jama jest nawet wyrokiem śmierci dla chorego, gdyż nigdy jamy gruźliczej nie spotyka się na sekcji przypadkowo, występują one zawsze w ciężkiej, prowadzącej do śmierci gruźlicy. Najważniejsze niebezpieczeństwa, grożące ze strony jam, są następujące: 1) przedewszystkiem w jamie przez bardzo długi czas mogą się znajdować olbrzymie ilości żywych prątków, które niekiedy przez odprowadzające oskrzela dostają się do innych części płuc, powodując w nich nowe ogniska gruźlicze, lub też, przechodząc przy kaszlu i wykrztuszaniu do jamy ustnej, powodują powstawanie zmian gruźliczych w gardzieli, jamie ustnej i jelitach; 2) jamy są częstym źródłem krwotoków płucnych, powstających bądź wskutek nadżerania naczyń krwionośnych już w przebiegu serowacenia, bądź też z powodu pęknięcia tętniaków w jamach — cała jama jest wówczas wypełniona krwią; 3) pęknięcie jamy z następczym *pneumothorax* lub *pyopneumothorax*; na szczęście te ciężkie powikła

nia przy wielkiej częstotliwości jam gruźliczych zdarzają się względnie rzadko.

Należy wspomnieć, że w rzadkich przypadkach w jamie gruźliczej może się rozwijać rak (Friedländer, Schwalbe, Wolff i in.).

e) Rodzaje i umiejscowienia jam gruźliczych. Schmincke, w myśl podziału Rankego, odróżnia: jamy pierwotne (w 1-ym okresie gruźlicy), wtórne (w okresie II-im) i trzeciorzędne (w okresie III-im). Giegler dzieli jamy na: 1) postępujące, 2) do połowy opróżnione i 3) całkowicie opróżnione.

Klinicyści odróżniają jamy cienkościenne i grubościennie, rentgenolodzy zaś: 1) małe liczne jamy, 2) ostro odgraniczone jamy okrągłe lub owalne, 3) grubościennie jamy o granicach nieprawidłowych (Pinner).

Jamy spotykamy najczęściej w odcinkach szczytowych, grzbietowych i przykręgosłupowych płatów górnych, oraz w częściach grzbietowych i bocznych płatów dolnych. Jamy umiejscawiają się zwykle w pobliżu opłucny.

Niekiedy w płucu tworzą się przestrzenie, wypełnione powietrzem, nie mające nic wspólnego z jamami gruźliczymi, rozpoznawane jednak często, jako jamy, przez klinicystę lub rentgenologa.

Chodzi tu najczęściej o:

1) rozedmę płuc śródmiąższową (*emphysema interstitiale*), spotykaną zwłaszcza u dzieci w przypadkach gruźlicy prosówkowej; powstają wówczas pod opłucną przegrody międzypłatowych pęcherze, mogące osiągać wielkości pięści;

2) ograniczone ogniska rozedmy pęcherzykowej (*emphysema vesiculare seu bullosum* — częste powikłanie najrozmaitszych postaci gruźlicy płuc, zwłaszcza gruźlicy włóknistej);

3) rozstrzenie oskrzelowe.

2. Z m i a n y n a c z y n i o w e.

Zmiany naczyniowe w przebiegu gruźlicy płuc możemy podzielić na swoiste (gruźlicze) oraz nieswoiste:

Do zmian swoistych zaliczyć należy gruźlicze zapalenie wewnątrz- i okołonaczyniowe mniejszych tętnic i żył, prowadzące niekiedy bądź do zserowacenia ściany naczyń, bądź też do całkowitego zamknięcia jego światła.

Ze zmian nieswoistych wymienimy przewlekłe sprawy zapalne błony wewnętrznej naczyń, połączone zwykle z jej rozplemem; prowadzą one często do zgrubienia błony wewnętrznej i zarośnięcia światła naczyń.

Zmiany te posiadają małe znaczenie praktyczne.

Najważniejsze praktycznie są zmiany naczyniowe w obrębie jam gruźliczych. Chodzi tutaj o tworzenie tętniaków, które według Huebschmanna, powstają zawsze w tętnicy uprzednio zmienionej. Tętniaki są zwykle wypełnione organizującymi się skrzeplinami,

Krwotoki płucne mogą mieć miejsce bądź z nadżerania drobnych naczyń krwionośnych, ulegających serowaceniu, bądź też z pękniętych tętniaków w jamach gruźliczych. Krwotoki pierwszego rodzaju nie są zwykle niebezpieczne i powodują jedynie mniej lub więcej silne krwiopłucie; natomiast krwotoki z tętniaków są nader niebezpieczne.

Niebezpieczeństwa, wywołane ciężkimi krwotokami, są następujące: 1) rozsianie prątków, zawartych w wykrztuszanej krwi, do innych odcinków płuc oraz do jamy ustnej i przewodu pokarmowego; 2) uduślenie chorego z powodu wypełnienia krwią oskrzeli; 3) śmierć z powodu upływu krwi.

3. Zmiany gruźlicze w oskrzelach i tchawicy.

Każdej prawie postaci gruźlicy płuc towarzyszy gruźlica drobnych oskrzeli i oskrzelików. Schorzenie większych oskrzeli i tchawicy posiada natomiast pełną samodzielność.

Gruźlicze ognisko pierwotne w oskrzelach lub tchawicy należy do wielkich rzadkości. Zakażenie tych narządów powstaje najczęściej przez wyrzucane z płuc prątki; mniejsze oskrzela ulegają zwykle zmianom gruźliczym przez przejście na nie sprawy z otoczenia.

Przechodzimy do omówienia poszczególnych zmian, spotykanych w oskrzelach i tchawicy w przebiegu gruźlicy płuc.

a) Nieżyt śluzowy, śluzowo-ropny lub ropny. W śluzówce oskrzeli, dotkniętych takim nieżytem, znajdujemy przeważnie typowe gruzełki; oczywiście może również mieć miejsce zakażenie mieszane. Niektórzy autorzy, opierając się na częstym braku zmian w nabłonku oskrzeli, sądzą, że prątki dostają się do nich na drodze limfatycznej. Według Huebschmanna, jest to wysoce nieprawdopodobne, gdyż drogi limfatyczne odprowadzające z płuc nie przechodzą przez śluzówkę oskrzeli; znacznie bardziej prawdopodobne jest przechodzenie prątków przez nabłonek oskrzeli, bez uszkodzenia go.

b) Owrzodzenia gruźlicze powstają przez rozmiękanie ognisk serowatych. Kształt ich może być bardzo różny: soczewkowaty, pierścieniowy lub nieprawidłowy. Owrzodzenia występują zwykle licznie. Towarzyszy im nieżyt śluzowy i ropny.

c) Gruźlica serowata. Serowacenie dotyka zwykle większych odcinków oskrzeli; zmianom serowatym ulega najczęściej śluzówka, rzadziej — cała ściana oskrzela wraz z chrząstką.

d) Postać wytwórcza, rzadsza od poprzednich występuje zwykle w przypadkach gruźlicy przewlekłej; może ona prowadzić do zarośnięcia światła drobnego oskrzela.

W przebiegu gruźlicy oskrzeli powstają dość często rozstrzenie oskrzelowe.

4) Zmiany gruźlicze opłucny.

Zmiany gruźlicze w opłucnie powstają zawsze wtórnie, najczęściej w związku z gruźlicą płuc lub gruczołów limfatycznych klatki piersiowej. Gruźlicy pierwotnej opłucny nie znamy.

Zakażenie opłucny może mieć miejsce: 1) przez

styczność — z płuc, z gruczołów limfatycznych, ze ściany klatki piersiowej (żeber i kregów) lub osierdza; 2) na drodze limfatycznej, oraz 3) na drodze krwi.

Rozróżniamy zapalenie opłucny ograniczone i rozlane.

Następstwem zakażenia opłucny jest zapalenie włóknikowo-surowicze, surowiczo-ropne lub włóknikowo-krwotoczne (czystego zapalenia włóknikowego nie spotyka się). W następstwie odkładania się złogów włóknika listki opłucny zwykle ulegają sklejeniu. Wyśięk często serowacieje, a następnie zostaje zorganizowany — zjawia się ziarnina gruźlicza. Wreszcie powstają mniej lub więcej rozległe zrosty, prowadzące niekiedy do całkowitego zarośnięcia opłucny. Niekiedy zarośnięta opłucna jest bardzo gruba i zbita (do grubości 1 cm.). Czasami powstające w okresie wysiękowym zapalenia masy serowate ulegają następnie wapnieniu; płuco zostaje wtedy jakgdyby opancerzone.

Specjalny rodzaj zapalenia opłucny występuje po pęknięciu do niej jamy gruźliczej płuca; powstaje wówczas ropniak opłucny (*pyothorax*) lub ropniak opłucny z odmą (*pyopneumothorax*).

Często spotyka się zapalenie opłucny surowicze lub surowiczo-włóknikowe, prowadzące szybko do powstania zrostów, przyczem w opłucnie, dotkniętej takim zapaleniem, brak gruzełków i serowacenia, jak również prątków gruźliczych (obecność tych ostatnich można niekiedy wykazać przez zastrzyknięcie płynu z opłucny świnie morskiej). Najczęściej zmiany takie występują w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, w wielu przypadkach jednak zmiany gruźlicze w płucach są bardzo nieznaczne.

Często surowicze zapalenie opłucny jest pierwszym wyraźnym objawem rozpoczynającej się przewlekłej gruźlicy płuc. Według Huebschmanna, takie zapalenia opłucny są spowodowane produktami przemiany materii prątków, oraz ciałami, powstałymi z rozpadu dotkniętych gruźlicą tkanek — noszą więc charakter zapalenia okołogniskowego. Zrosty opłucny po tego rodzaju zapaleniu są zwykle luźne.

Powstające w następstwie zapalenia opłucny ograniczone zrosty mogą następnie częściowo, a niekiedy nawet całkowicie zniknąć, naskutek mechanicznego rozrywania podczas ruchów klatki piersiowej i płuc. Zrosty, początkowo płaszczynowe, zmieniają się najpierw w powrózkowate, dalej w nitkowate, wreszcie czasami zupełnie znikają. Najczęściej dotyczy to wiotkich zrostów ograniczonych; na ich miejscu pozostaje jedynie mniejsza lub większa blizna łącznotkankowa. Zrosty umiejscawiają się najchętniej w szczytowych częściach opłucny; są one zwykle związane ze sprawami bliznowatymi w płucu, pochodzącymi z wygojonych ognisk gruźliczych. Większość autorów stoi obecnie na stanowisku, że zrosty szczytowe opłucny są zawsze pochodzenia gruźliczego, a częstość ich zależy od częstości zmian gruźliczych w szczytach płucnych.

(dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

WEESE. Dawkowanie naparstnicy. (D. m. W. Nr. 15 1931).

Już dawne spostrzeżenia wskazują, że dożylnie podane

glikozydy naparstnicy b. szybko znikają z krwi zwierząt doświadczalnych. Ponieważ rozpad tych ciał, ani wydalanie, nie wchodzi tu w rachubę, sądzić należy, że następuje związanie glikozydów, z sercem lub też z innymi narządami. Jednak dopiero z tą chwilą, gdy w preparacie sercowo-płucnym

Starlinga udało się obliczyć setne części miligramu glikozydów, można było prześledzić ich zachowanie się.

W preparacie sercowo-płucnym serce jest jedynym narządem, który wiąże glikozydy. Liczne doświadczenia wskazują, że *dosis letalis minima* digitoksyny i g-strofantyny jest niezależna od stężenia tych glikozydów. Jak wykazały doświadczenia, serca zwierząt ciepłokrwistych, w przeciwieństwie do zimnokrwistych, magazynują w sposób prawdziwy glikozydy napastrnicy. Wszelki nadatek glikozydów, ponad *dosis letalis minima*, pozostaje we krwi w formie czynnej. Z badań autora wynika, że stosunkowo nieznaczna część wprowadzonej dawki napastrnicy działa skutecznie. Serce normalne wiąże $\frac{1}{16}$ (= 6 $\frac{1}{4}$ %) śmiertelnej, dożylniej, dawki digitoksyny, oraz $\frac{1}{11}$ (= 9%) takiej dawki strofantyny, pozostałe ilości tych glikozydów są wiązane prawdopodobnie pozasercowo.

Zbadane w tym kierunku narządy wewnętrzne kota wyjaśniły, że z wyjątkiem płuc i krwi, wszystkie one posiadają zdolność magazynowania glikozydów w sposób szybki, nieodwracalny i wybiórczy, aż do charakterystycznego dla każdego narządu punktu nasycenia, poza który więcej wiązać nie są w stanie. Tem też należy objaśnić szybkie znikanie ze krwi wprowadzonych glikozydów oraz brak tak zwanego „krążenia *digitalis* we krwi”, gdyż dzięki szybkiej jego adsorpcji w narządach we krwi żyłnej napastrnicy, wprowadzonej przez serce w dawce leczniczej nie spotyka się. Wobec powyższego należy przyjąć, że serce ciepłokrwistych zwierząt czerpie glikozydy tylko ze krwi, pochodzącej bezpośrednio z miejsca ich wstrzyknięcia, przyczem jak wykazały badania, przy jednorazowym przejściu krwi przez serce, bierze ono tylko pewną część. Jest to zrozumiałe, o ile weźmie się pod uwagę że przez naczynia wieńcowe serca przepływa tylko 10% krwi oraz, że czas przepływu jest stosunkowo krótki. Ilość jednak związanych przez serce w tym czasie glikozydów stoi w stosunku proporcjonalnym do ich koncentracji.

Szereg dalszych spostrzeżeń pozwolił na ustalenie, że wynik dodatni zależy również od czynników natury fizycznej oraz że wykorzystanie dostarczonych sercu glikozydów jest tem lepsze, im stosunkowo mniejsza jest ich koncentracja oraz im dłuższy jest czas przepływu krwi przez serce (wlewanie). Przy małych bowiem stężeniach zdolność wchłaniania jest stosunkowo większa, niż przy dużych. Teoretycznie rzecz biorąc, jako najlepszy stosowania napastrnicy, należy polecić poddawanie domięśniowo i *per rectum*.

W sercu chorem (rozszerzenie i przerost) zmieniają się czynniki fizyczne, które wpływały przedtem na wiązanie glikozydów: zwiększenie się powierzchni wsierdza i naczyń serca powoduje większą możność ich wchłaniania. Również w warunkach patologicznych częstsze mieszanie się krwi sprzyja wiązaniu się napastrnicy przez czas dłuższy.

W niektórych przypadkach spotykamy się z brakiem oddziaływania na napastrnicę, chociaż warunki fizyczne w sercu niewydolnym winnyby raczej sprzyjać oddziaływaniu, wówczas należy przyjąć istnienie zmian chemicznych, jakie zachodzą w sercu [narząd wchłaniania], oraz w środowisku jego [krew]. Następuje utrata ciał, które w sposób specyficzny, wiążą glikozydy: łatwo rozpuszczalnych fosforanów i wapnia. Takie serca, w ten sposób uszkodzone, oddziałują znacznie gorzej na napastrnicę.

St. Luxenburg.

PAL. W sprawie działania proteinopochodnych amin na krew i krążenie. (D. m. W. Nr. 15 1931).

Cały szereg pochodnych amin działa obniżająco na ciśnienie krwi i zwiększa liczbę ciałek czerwonych. Liczne doświadczenia wykazały, że wyciągi wątrobowe mają pewien wpływ na ciśnienie krwi, naogół działając obniżająco. Autor jest zdania, że działającymi substancjami są tutaj: histamina i cholina. Należy rozróżnić działanie tych czynników przy podawa-

niu drogą doustną lub podskórną, co zwłaszcza ma duże znaczenie w niedokrewności złośliwej, gdzie w przypadkach ciężkich nawrotów i zaburzeń wchłaniania w przewodzie pokarmowym podawanie środków leczniczych podskórną miałyby duże widoki powodzenia. Cholina w połączeniu z kwasem solnym w dawce 0.2 — 0.6 domięśniowo nie jest trująca. Również i histydyna ma ostre działanie, obniżające ciśnienie, i po myślny wpływ na tworzenie się ciałek czerwonych. Rozpowszechnione ostatnio wyciągi z różnych narządów dla zwalczania nadciśnienia, a specjalne duszniczy bolesnej, jak *lacarnol*, *angioxyl*, *myoston*, *padutin* [kollikrin], wykazały jedynie, a raczej ściowe działanie obniżające ciśnienie, a po większej części po kilku godzinach wzrost erytrocytów. Ostatnio były także robione próby z kwasem adenylowym i adenozyną.

Doświadczenia z lecytyną, substancją macierzystą, choliny, przy doustnym stosowaniu dały wyniki pozytywne w niedokrewności złośliwej; należy jednak podawać duże dawki. Można rozróżnić 2 grupy czynnych proteniopochodnych amin: histydyna i histamina, a z drugiej strony: lecytyna i cholina, — które zwiększają tworzenie się ciałek czerwonych krwi, również i w niedokrewności złośliwej. Na tej nowej drodze, być może, uda się zwalczać ciężkie niedokrewności, zwłaszcza postać złośliwą, ale nie leczyć długotrwałe.

St. Luxenburg.

ZIELER. Czy czynność wątroby zostaje uszkodzona przy leczeniu kiły. (D. m. W. N. 10 1931.)

W ostatnich latach coraz mniej słyszymy o żółtaczce posalwarsanowej.

Przypisać to można nie tylko zmniejszeniu się częstości kiły, ale także silniejszemu zmniejszeniu się żółtaczek mięszszowych, występujących po zakażeniu kiłą. Należy podkreślić, że te późne żółtaczki po salwarsanie zjawiają się właśnie wtedy, gdy leczenie było przeprowadzone zbyt ostrożnie i w sposób nie wystarczający, i wobec tego sądzić można, że, środek leczniczy nie jest tu główną przyczyną tego zjawiska, lecz muszą istnieć i inne warunki.

Najprawdopodobniej sama kiła jest przyczyną uszkodzenia wątroby, a salwarsan, podobnie jak i wiele innych środków działa jako czynnik, wyzwalający objawy chorobowe.

Uszkodzenie czynności wątroby przez kiłę zdarza się stosunkowo rzadko, niemniej jednak należy się z tem liczyć, a dla lekarza ważne jest, w jaki sposób uniknąć tych komplikacji, względnie jakie posiadamy środki w celu wczesnego określenia stanu czynnościowego wątroby.

Badanie czynnościowe winno być przeprowadzone nie tylko w czasie istnienia już wyraźnych objawów uszkodzenia wątroby (żółtaczka i t. p.) ale także winno być dokonane systematycznie przed leczeniem, w czasie leczenia i po jego ukończeniu oraz conajmniej raz w okresach przerwy w leczeniu.

Do stwierdzenia stanu czynności wątroby służą nam następujące próby: 1. badanie stanu narządu bez żadnych wpływów zewnętrznych, t. j. określenie urobilinogenu w moczu, bilirubiny we krwi. 2. obciążenie wątroby przez ciało jej właściwe; t. j. bilirubinę, przez środki odżywcze t. j. galaktozę, a łącznie z tem określenie ilości cukru we krwi; 3. obciążenie wątroby przez ciało obce t. j. tetrachlorfenolfaleina; 4. przeprowadzenie próby wodnej.

Dokonanie tych wszystkich prób często spotyka pewne trudności techniczne, i dlatego pożądane jest dokonanie prób z wyszczególnionych 4 grup, które wskazują różne czynności wątroby, gdyż prawidłowe wyniki w jednej grupie wcale nie wskazują na brak zaburzeń w innych.

Zachowanie się wyżej wspomnianych prób czynnościowych zbadano u 97 chorych ze 100 kuracjami przeciwkiłowej Wielostronne badanie wątroby ustaliło, że należy czuwać

nad jej czynnością oraz że energiczne leczenie salwarsanem i bismutem, poza specjalną wrażliwością na te środki lecznicze, nie wpływa prawie wcale, względnie b. słabo na czynność wątroby, a w każdym bądź razie znacznie mniejsze pozostawia ślady niż w przypadkach nieleczonych. Współistnienie innych cierpień, jak rzeżączka, zakażenie zimnicą i uboczne działanie środków lekarskich mogą częściej wpłynąć na tkankę wątrobową i dawać objawy lekkiego uszkodzenia jej czynności, w postaci przejściowego dodatniego wyniku wyżej wspomnianych prób..

Najważniejszym sprawdzaniem czynności wątroby i najłatwiejszym do przeprowadzenia, a jednocześnie najpewniejszym objawem jej uszkodzenia jest obecność urobilinogenu w moczu. Takie zachowanie się bilirubiny we krwi daje nam obraz naturalnych stosunków, podczas gdy wszystkie inne próby wkraczają w zakres przemiany materji wątroby, Duże znaczenie należy także przypisać badaniu zawartości cukru we krwi.

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

Radjologia.

■ RUBINROT St. **Zarys rentgenologii.** (Podręcznik dla lekarzy i słuchaczy medycyny. 1930. Skład główny Gebethner i Wolf, Warszawa)

Piśmiennictwo radjologiczne polskie ze szczerem uznaniem przywitać musi nowy cenny dorobek. Jest to pierwszy ogólny podręcznik rentgenologii w języku polskim. Wypełnia on brak, dotkliwie odczuwany przez lekarza niefachowca, a przedewszystkiem przez słuchaczy medycyny.

Autor poświęcił książce swej ogrom pracy, której plon starczył jednak li tylko do wydania „zarysu”.

Chęć objęcia wszystkich działów medycyny, zarówno z rentgenodjagnostyki, jak i rentgenolecznictwa, odbić się musiała, niestety, ujemnie na opracowaniu poszczególnych działów. Niektóre z nich, jak np. schorzenia kości, podane są wprost w skrócie telegraficznym.

Jest to stroną ujemną książki, i życzyć należy, by w następnych wydaniach autor możliwie działał te rozszerzył i dopełnił.

Czy nie byłoby wskazaniem poświęcić oddzielny podręcznik djagnostyce i oddzielny lecznictwu? Obydwa działy zyskałyby niewątpliwie na tem. Szczególnie lecznictwo, które w obecnej formie, jako wzorowane na podręczniku L e n k a, nie wnosi nic nowego do piśmiennictwa polskiego.

Książka składa się z trzech części. W pierwszej znajdujemy w ogólnych zarysach wiadomości techniczne, część II poświęcona jest radjodjagnostyce klinicznej, zaś III radjoterapii klinicznej.

Podręcznik ilustrowany jest licznymi (389) odbitkami i rycinami. Niestety, większość odbitek nieostra, zamazana, co tłumaczy się może częściowo nieodpowiednim dla odbitek papierem, przeważnie jednak tem, iż odbitki te są kopjami z innych prac naukowych. Niektóre z nich, jak np. NN. 71, 90, 109, 133, 140, 212 i 324 winny bezwzględnie być zastąpione innymi, gdyż nie odpowiadają zupełnie swemu celowi.

Szkoda, iż autor, posiadający tak duże osobiste doświadczenie i materiał, tak mało z niego skorzystał.

Kilka uwag zasadniczych, dotyczących pewnych usterek w poszczególnych działach.

W części drugiej, rozdział VII, przy omawianiu techniki badań dróg oddechowych podana jest odległość od 70 ctm. Rentgenogram płucny, który ma odpowiadać swemu celowi, musi być „telarentgenogramem”, czyli najbliższą odległością jest 1 metr i 20 ctm. Przy omawianiu obrazów chorobowych podane są w obrazach jedynie poszczególne momenty choro-

bowe. Brak jest tak pouczających badań seryjnych, odtwarzających nasilenie i cofanie się sprawy chorobowej.

W dziale VIII używanie nazwy „seropneumothorax”. (N 196) jest, zdaniem mojem, niesłuszne, gdyż my rentgenolodzy nie jesteśmy w stanie na podstawie li tylko obrazu rentgenologicznego określić z pewnością, czy mamy do czynienia z wysiękiem ropnym, czy surowiczym. Rozpoznanie rentgenologiczne brzmieć powinno „bydropneumothorax”.

W rozdziale XII przy omawianiu ciał obcych w przełyku nie jest podana amerykańska metoda badania za pomocą watki kontrastowej, oddająca nam tak cenne usługi przy rozpoznawaniu ugrzęźnięć ciał obcych (przeważnie ości) w ścianie przełyku.

W tym samym rozdziale podano, iż kaskadowatość jest jedną z postaci dwudzielności żołądka, co nie zgadza się z wynikiem ostatnich badań naukowych (R a t k o c z i), traktujących kaskadowość jako postać chorobową samostanną.

W dziale rentgenoterapii należałoby poddać rewizji poglądy o dawce „rakowej” i „podrażnieniowej”, których podstawowość na zasadzie badań szeregu autorów (P e l u g y a y), została jednak mocno zachwiana.

Nie mogę zakończyć oceny książki R u b i n r o t a bez wzmianki o słowie wstępnem. Nie spotykałem się dotychczas w literaturze światowej z tem, by słowo wstępne było jednocześnie krytyką. Trud, jaki włożył autor w wydanie podręcznika, oraz treść samej książki zasługuje bezspornie na obszerniejsze i życzliwsze potraktowanie.

B. K r y ń s k i.

BAB. W sprawie zapobiegania tworzeniu się kełoidu przez naświetlanie świeżych ran pooperacyjnych. (D. m. W. N. 8 1931).

Coraz bardziej rozpowszechnione operacje kosmetyczne — często tracą na pomyślnym wyniku wskutek brzydkich blizn.

Dla zapobieżenia temu zaproponował V o l k m a n n naświetlanie świeżych ran.

W 2 przypadkach dokonano w 12 godzin po zabiegu operacyjnym naświetlania promieniami R. 1/3 H, E., przyczem ta sama dawka została powtórzona po 3 dniach. Wynik zabiegu był niezmiernie pomyślny: kełoid nie wytworzył się w bliznie, względnie zmniejszył się.

Jaki jest mechanizm działania — dokładnie niewiadomo; być może, że podobnie, jak w nowotworach złośliwych, chodzi o wpływ na te części tkanki, które zawierają histaminę.

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

Choroby płuc.

K. STETTER. Przyczynę do schorzeń pyliczych płuc. (Beitr. klin. Tbk. t. 76, z. 6).

W materiale autora, który z pewnymi zastrzeżeniami pozwala na wnioski co do rozprzestrzenienia i rozdziału pylic na Śląsku, znajduje się 44% pylic kamieniarzy i po 19% krzemienic (*silicosis*) u piaskarzy i robotników w fabrykach glinianych wyrobów. Pozostałe 16 zawodów, związanych z pyłem, uczestniczą każdy w niewielkim jedynie odsetku. Uderzającą jest wysoka liczba krzemienic u robotników w fabrykach glinianych wyrobów i silna przewaga pylic dolnośląskiego przemysłu górskiego w porównaniu z górnośląskim.

Obraz rentgenowski pozwala w pewnym stopniu na różniczkowanie między rozmaitymi rodzajami pylic. 60% pylic kamieniarzy wykazuje postać grubo guzowatą, podczas gdy w krzemienicach piaskarzy i pracowników fabryk wyrobów glinianych

przeważa rozszkana postać drobnoplamiasta. Prawie w połowie przypadków pylic piaskarzy znajduje się charakterystyczne złoże wapnia w gruczołach wnęk płucnych, Ogniska płucne w krzemienicy piaskarzy są twardsze (początki prawie impregnowane wapnem) i nieco większe, niż w pylicach, pozostających w związku z gliną.

Liczba czystych pylic jest znacznie większa, niż ilość gruczołowa na tle pylic. W rozpoznawaniu pylic odgrywa główną rolę obraz rentgenowski, w ocenie stopnia zdolności do pracy chorego z pylicą płuc obraz kliniczny.

Rozporządzenie rządowe z dn. 11.II.1929 nie obejmuje 1/3 przypadków pylicy autora. W interesie sprawiedliwości społecznej ważnym jest jego rozciągnięcie na wszystkie grupy zawodowe, zagrożone przez pył, zawierający kwas krzemowy. Tak samo należy rozciągnąć pojęcie „ciężkiej pylicy“ zamienić, zgodnie z wnioskiem Reichmanna i Sanpago, na wyrażone w odsetkach zmniejszenie zdolności do pracy, którego wysokość proponuje autor określić na 50%.

Henryk J. Landau

I. KELLNER. Pozostałości po płatowych i odoskrzelowych zapaleniach płuc i ich znaczeniu różniczkowo-rozpoznawczym. (Beitr. klin. Tbk. t. 76, z. 4—5).

Po płatowych i odoskrzelowych zapaleniach płuc często przez dłuższy czas po ustąpieniu gorączki i objawów klinicznych pozostają bardziej lub mniej rozległe zmiany w obrazie rentgenowskim płuc. Te zmiany obrazu rentgenowskiego przypominają, względnie odpowiadają najzupełniej zmianom w procesach gruźliczych.

Rozpoznawanie różniczkowe między obu schorzeniami jest możliwe tylko na podstawie dokładnych, krytycznie zebranych wywiadów, przebiegu, a nade wszystko na zasadzie ścisłych kontrolnych badań rentgenowskich.

Henryk J. Landau

SCHWETAS. O 3 przypadkach samoistnego wyleczenia jam płucnych niegruźliczego pochodzenia i różniczkowo-rozpoznawczym znaczeniu odczynu opadania krwinek. (Beitr. klin. Tbk. t. 76, z. 4—5).

Autor podaje opis trzech przypadków, w których badanie rentgenowskie najzupełniej uprawniało do rozpoznania świeżej naciekowej sprawy gruźliczej płuc. Uderzające było we wszystkich przypadkach bardzo przyspieszone opadanie czerwonych ciałek krwi (> 50 mm. według Westergreena) i obecność włókien sprężystych w płwocinie, pomimo braku w niej prątków.

We wszystkich 3 przypadkach zmiany rentgenologiczne cofnęły się bez leczenia; jednocześnie chorzy przestali odpluwać, a opadanie krwinek powróciło do normy. We wszystkich przypadkach chodziło zapewne o jamę rozpadową, powstałą po grypowym zapaleniu płuc. Jeśli zmiany w płucach nie są rozległe, a szybkość opadania krwinek wynosi więcej, niż 50 mm. według Westergreena, należy myśleć o niegruźliczym schorzeniu.

Henryk J. Landau.

Choroby serca i naczyń.

WOLLHEIM. Zawał sercowy i dusznica bolesna. (D.m.W. N. 15, 1931).

Pełny zespół objawów zawału mięśnia sercowego rozpoczyna się ciężkim, godzinami trwającym napadem dusznicy bolesnej z typowym promieniowaniem w tych przypadkach, z uczuciem lęku przed śmiercią, z silnym uczuciem gnienienia.

Dla rozpoznania zawału mięśnia sercowego, jako pierwszy punkt zaczepienia, mamy właśnie długotrwały napad

dusznicy bolesnej. W dalszym spostrzeganiu możemy ustalić podniesienia się temperatury ciała, jako skutek martwicy mięśnia i odczynów następczych, do 37,3 — 38°, rzadko wyżej. We krwi widzimy zwiększenie się liczby ciałek jądrazastych obojętnochłonnych, ewentualnie występowanie form młodych, czasami także zwiększenie liczb leukocytów w 1 ccm.

Szybkość opadania krwinek może być przyspieszona. Miejscowo, 2 — 3 dnia, słyszemy szmery osierdziowe tarcia. To *pericarditis episteno-cardiaca* może wystąpić tylko przez b. krótki czas i na ograniczonej przestrzeni. W następnych dniach po napadzie rzucają się w oczy objawy niewydolności aparatu krążenia z małą ilością krążącej krwi i niskim ciśnieniem żylnym.

Wszelkie próby siadania lub wstawania mogą doprowadzić do ostrej zapaści. Czasami mogą wystąpić objawy świeżego zawału płuc. Najniebezpieczniejszym okresem dla chorych jest czas pierwszych 10 dni po napadzie, w którym prawie połowa chorych ginie. Ten stan krążenia jest z pewnością wywołany przez dostanie się do krwiobiegu produktów rozkładu białka z rozpadającego się zawału.

Zamknięcie lewej tętnicy wieńcowej serca prowadzi zawsze do klasycznego obrazu dusznicy bolesnej ciężkiej i następczego zespołu objawów zawału mięśnia sercowego. Zaburzenia krążenia w obrębie prawej tętnicy wieńcowej niezawsze dają wyżej wspomniane objawy. Także skurcze naczyniowe mogą prowadzić do podobnych objawów.

Różnorodny obraz kliniczny dusznicy bolesnej: *angina pectoris ambulatorica*, chorzy z wysokim lub normalnym ciśnieniem krwi, z wadami serca lub bez, z miażdżycą naczyń wieńcowych serca lub bez niej, nie pozwala właściwie na uzasadniony podział na: *angina pectoris vasomotorica*, *angina pectoris spuria*, forma ostra dusznicy i *status anginosus*. Istnieje cały szereg przejść stopniowych od neuralgji serca do najcięższego napadu z zawałem mięśnia. Jest rzeczą obojętną, czy to niedostateczne krążenie w zakresie naczyń wieńcowych serca jest pierwotnie uwarunkowane przez czynnościowy skurcz miażdżycę naczyń, istotną embolję czy też zapalenie wsierdzia.

W razie stwierdzenia napadu dusznicy bolesnej należy przede wszystkim położyć chorego do łóżka i mierzyć temperaturę ciała przez 2 dni. Podwyższona ciepłota łącznie z wystąpieniem objawów wyżej wspomnianych ułatwia postawienie rozpoznania. W rozpoznaniu różniczkowym należy często uwzględniać: ostre cierpienia narządów jamy brzusznej, perforację wrzodu żołądka i wyrostka robaczkowego.

Leczenie polega na zachowaniu spokoju od 3—6 tygodni, tj. do czasu zorganizowania się martwicy mięśnia. Wcześniejsze wstanie z łóżka może spowodować nagłe zejście śmiertelne. Stosowanie środków farmakologicznych opiera się na podawaniu w okresie niebezpieczeństwa: kardiazolu, kofeiny, efetoniny i efedaliny. Dla zwalczania bólów i uczucia gnienienia należy nawet przez dłuższy czas podawać nitroglicerynę, ewentualnie morfinę lub dilaudid, ale zawsze łącznie z lobeliną. Naparstnica nadaje się do zastosowania tylko u chorych z ostrym rozszerzeniem serca. Dobre wyniki otrzymano od wstrzykiwań cukru gronowego łącznie z eufilliną.

St. Luxenburg.

A. HALLERMANN. Zawał serca i *pericarditis episteno-cardica*. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 1—2).

Autor podaje opis dwóch przypadków miażdżycy naczyń wieńcowych z bardzo ciężkimi napadami dusznicowymi. W obu rozpoznano dzięki nagłemu wystąpieniu ograniczonego suchego zapalenia osierdzia zawał sercowy. Jeden zawał serca doprowadził do pęknięcia serca, drugi skończył się wyleczeniem.

U obu miała miejsce *pericarditis epistano-cardica* Sternerberga w tym sensie, że po ustąpieniu napadów dusznicowych,

stwierdzało się w ciągu paru godzin umiejscowione zapalenie osierdzia.

Pericarditis epistenocardica miała w obu przypadkach znaczenie objawowe, w drugim przypadku doprowadziła ona do opisanego przez Sternberga obrazu chorobowego (przewlekły przebieg z przeważnie podgorączkową temperaturą, ustąpieniem napadów dusznicowych po pojawieniu się szmerów osierdziowych, stopniowa poprawa osłabienia sercowego, a także stanu ogólnego); w pierwszym przypadku dzięki pęknięciu i tamponadzie serca spowodowała nagłą śmierć.

Henryk J. Landau.

J. JACOBI, F. BAUMANN i A. RIKL. Przerost i rozszerzenie serca w elektrokardjogramie doświadczalnych wad zastawkowych serca. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 4)

W doświadczalnie wywołanych u królików wadach serca (niedomykalność zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zwężenie ujścia tętniczego lewego, niedomykalność zastawki trójdzielnej) udawało się po pewnym czasie stwierdzać typowe zmiany elektrokardjogramu: w wadach lewego serca wysokie wychylenie R w I i wysokie wychylenie S w III odprowadzeniu, w niedomykalności zastawki trójdzielnej w I odprowadzeniu małe R, duże S w III — duże R, małe S. Normalny stosunek wzajemny obu końców zostaje naruszony przez prawostronną lub lewostronną przewagę. Czy przerost i rozszerzenie jest przyczyną, czy też decydującym czynnikiem jest zmiana położenia serca, występująca wskutek zmiany w masie i objętości jednej z komór, pozostaje kwestja nierozstrzygnięta.

Henryk J. Landau.

W. HALLERMANN. O znaczeniu rozpoznawczem małych wychyleń komorowych w elektrokardjogramie. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 4).

Autor opisuje zmiany elektrokardjograficzne w 103 przypadkach, polegające na tem, że zespół komorowy wykazuje w jednym odprowadzeniu bardzo niskie i rozszczerzone wychylenia.

92,3% tych przypadków wykazywało jakiejkolwiek bądź dolegliwości ze strony serca, w 52% przypadków istniały ciężkie lub lżejsze dolegliwości dusznicowe. 21 przypadków uległo kontroli sekcyjnej.

Te opisywane zmiany elektrokardjograficzne mogą wystąpić jako wyraz ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego lub jako wyraz zaburzenia czynnościowego tego mięśnia.

Henryk J. Landau.

Choroby kobiet i położnictwo.

■ Paul STRASSMANN *Arznei—, diätetische, diagnostische und sozialhygienische Verordnungen für die gynäkologisch - geburtshilfliche Praxis.* (5 Auflage. Georg Thieme, Lipsk).

Książeczka, wydana w 5-em znacznie rozszerzonym wydaniu, ułożona jest oryginalnie, w kształcie skorowidza, w którym w porządku alfabetycznym umieścił autor przepisy rozpoznawcze, djetetyczne, higieniczne i lecznicze, stosowane w jego klinice berlińskiej. Prof Strassmann uwzględnił najnowsze poglądy i zdobycze naukowe, to też dziełko jego odpowiada najzupełniej zakreślonej roli i stanowi porządkany nabytek dla specjalisty. Liczne mądre sentencje, umieszczone pomiędzy kartkami książek są prawdziwą jej ozdobą.

Zygmunt Endelman.

I. AMREICH. 30 lat pochwowej operacji raka (Wien. kl. Woch. Nr. 22.1931).

Autor podaje uwagi historyczne o technice tej operacji, podanej przez Schautę, szczegóły operacyjne oraz stwierdza, że metoda ta, dając 28% zupełnego wyleczenia, nie ustępuje zupełnie brzusznej operacji, ani też leczeniu promieniami.

A. Neumann (Vöslan) (H. L.)

J. NOWAK. Znaczenie postępowania djetetycznego w położnictwie i ginekologii (Wien. kl. Woch. Nr. 21.1931).

Naogół kobieta ciężarna powinna otrzymywać 35-40 kaloryj na kilogram wagi, podawanie białka i tłuszczów winno być oszczędne, należy się troszczyć o dowóz witamin i unikać ostrych silnie zaprawionych korzeniami, a zwłaszcza bardzo słonych pokarmów. W zatruciach ciążowych stosuje się djetę bezsolną, ubogą w białka i tłuszcze, a bogatą w węglowodany W nadmiernych wymiotach ciężarnych przez krótki czas stosuje się tylko wśródzylne i doodbytnicze podawanie cukru, a następnie suchą djetę bogatą w węglowodany o konsystencji stałej lub papkowatej, ewentualnie z insuliną 2-3 razy dziennie po 10-20 jednostek. W poronieniu nawykowym należy robić próbę z żelazem lub bardzo małymi dawkami jodu. Karmiącym poza 35-40 kalorjami na kilogram wagi podaje się jeszcze około 750 kaloryj, jako odszkodowanie za oddany dziecku litr własnego mleka. Należy troszczyć się o regularne wypróżnienie za pomocą odpowiedniego postępowania djetetycznego.

A. Neumann (Vöslan).

Choroby oczu.

M. J. NORDMANN. O patogenezie zaniku nerwu wzrokowego w czaszce wieżowej. (Révue d'Oto-Neuro-Ophthalm. Nr. 1 1930).

Opinie 150 autorów redukują się do 3 hipotez:

1^o ucisk nerwu wzrokowego (V. Michel).

2^o zakażenie i zapalenie nerwu wzrokowego (Virchow, Patry).

3^o wzmózone ciśnienie wewnątrzczaszkowe i zastój tarczy (Friedenwald).

Hipotezę ucisku nerwu wzrokowego V. Michel, Manz, i Ponicik opierają na materiale sekcyjnym; nerwy były nadmiernie ścieśnione wskutek bardzo wąskich otworów ocznych. Późniejsze badania innych autorów nie wykazały nigdy zwężenia otworów ocznych. Behr, Schloffer, Kirsch i Elsch nig twierdzą, że tętnica szyjna wytwarza ucisk, wchodząc do otworu ocznego. Uthoff, Davio, Mezzatesta i Cayotte mówią o pociąganiu i wydłużaniu nerwu wzrokowego z powodu zmian kostnych u podstawy czaszki i oddaleniu się otworów ocznych. Inni jeszcze myślą o ucisku przez rozszerzoną 3-ią komorę. Wszyscy wyżej wymienieni autorzy zapominają, że zanik nerwu wzrokowego w czaszce wieżowej jest prawie zawsze zanikiem poneurytycznym, a ucisk nerwu wzrokowego u podstawy czaszki wytwarza zanik zwykły.

Pozostaje zatem wzmózone ciśnienie i zakażenie. Zastój tarczy może towarzyszyć jednocześnie procesowi zakaźnemu i wzmózonemu ciśnieniu, jak np: w zapaleniu opon mózgowych. Oczopląs i zez, spotykane w czasie wieżowej, nie mogą być wyraźnym wskaźnikiem ani zakażenia, ani wzmózonego ciśnienia; wytrzeszcz wytworzony przez zmniejszenie oczodołu; bóle głowy i konwulsje przemawiają na korzyść wzmózonego ciśnienia. Wogóle badania kliniczne i radiograficzne, które wykazują zmiany u podstawy i w sklepieniu czaszki, wskazują na wzmózone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, nie określając jego pochodzenia, i nie dały nigdy pewnych objawów zakażenia.

W konkluzji autor przypuszcza, że zanik nerwu wzroko-

wego w czaszce wieżowej jest skutkiem zastoju tarczy, wytworzonego wzmocnionem ciśnieniem wewnątrzczaszkowym wynikiem z powodu nieproporcjonalnego rozrostu mózgu i mal-sprężystej czaszki z przedwcześnie zamkniętymi szwami kost-nemi.

Wzmoczone ciśnienie nie łomaczy wszystkich spostrze-ganych objawów i dlatego teoria ta nie może być zastosowana do ogółu przypadków.

Tylko dokładne i szczegółowe badania kliniczne i anato-mo-patologiczne mogą ostatecznie wyjaśnić patogenezę zaniku nerwu wzrokowego w czaszce wieżowej.

Br. Turkus-Sterlingowa.

Hellmuth MEYER. Luminal, środek ułatwiający ope-racje oczne w wieku dziecięcym. (Kl. Monatsbl. f. Augenh 1930).

Dla ułatwienia operacji u dorosłych stosuje się wstrzyki-wanie mieszaniny skopolaminy z morfiną. U dzieci próbowano narkozę awertynową, która jednak nie jest zupełnie bez-pieczna, i narkozę hedonalową. Jest ona jednak stosowana w ławatywie i niekiedy trudno ją przeprowadzić u dzieci nie-spokojnych. Na klinice Fryburskiej wprowadzono luminal, który u dzieci daje możność spokojnego przeprowadzenia ma-łych zabiegów w znieczuleniu miejsc wym, u dużych ze zmniejszoną dawką eteru.

Jako dawki autor podaje 0.02 dla 4-miesięcznych dzieci, 0.05 dla rocznych, 0.06 dla 2-letn., 0.09 dla 5-letn., 0.1 dla 6-

letnich i 0.2 dla dorosłych. Środek jest zażywany doustnie godzinę przed zabiegiem. Po godzinie osiąga się spokojny sen, który przeważnie trwa i po operacji.

Autor przeprowadza następujące stopniowanie.

Sam luminal wystarcza do następujących zabiegów: 1) do dokładnego badania, 2) miejscowego naświetlania, 3) miejscowego znieczulenia (wkraplania, wstrzykiwania).

Luminal + miejscowe znieczulenie wystarcza do prze-prowadzenia operacji zęza, usunięcia galki, worka łzowego, zabiegów na powiekach i łącznicy.

Luminal + krótkie odurzenie chlorkiem etylu wystarcza do mierzenia ciśnienia, stifikacji tęczy, przecięcia torebki zaćmy, iridektomji i t. d.

Do większych zabiegów konieczne jest uśpienie ogólne.

Arku i.

W. P. FILATOW. Keratitis Meibomiana. (Kl. Mo-natsbl. f. Augeneheilk. Marzec. 1930).

Autor spostrzegł owrządzenie rogówek, które prawdo-podobnie były zależne od podrażnienia wydzieliną gruczolów. W tych przypadkach pomagało jedynie leczenie samych gru-czolów, które polegało na wyciśnięciu zawartości gruczolów i oczyszczeniu brzegu powiek.

W przypadkach bardzo uporczywych autor stosuje roz-szczepienie powieki wzdłuż krawędzi z wyskrobaniem gru-czolów.

Arku i.

Wskazówki praktyczne

Gaza studjował działanie *środków znieczulających rozpущonych w rozmaitych środowiskach*. Słabe roztwo-ry nowokainy w oliwie nie wywierały działania znieczulającego, Dopiero w stężeniu 2% występowało działanie znieczulające nowokainy i tropakokainy. Za to znieczulenie trwa tu bardzo długo, powyżej 48 godzin. Gaza radzi przeto stosować ole-jowe roztwo-ry środków znieczulających w takich połączonych z bólami schorzeniach, jak zniekształcające zapalenia stawów i nerwobóle. (Ztbl. f. Chir. 1930. № 46).

— o —

Asfiksję rodzącego się dziecka zwalczą Stahnke *Cardiazolem*. Zastrzykuje się lek pod skórę rodzącej w dawce 1 ctm³—lek przechodzi przez łożysko, i już po upływie jednej do dwóch, najpóźniej po 5 minutach stwierdżyć można poprawę tonów serca dziecka. (Ztbl. Gyn. 1930. № 29).

— o —

Przeciwko powiększonym gruczolom tchawiczno-oskrzelo-wym w praktyce dziecięcej poleca się: Rp. Syrup. jodotannic, 300,0; Arrhenal, 0,1. Łyżkę stołową po obiedzie, lub; Rp. Calcii

chlorot. 15,0. Ag. destill. 60,0 2—3 razy dziennie po 20—80 kropel. (Presse Méd. 1929. № 73).

— o —

K. Walter poleca błękit gencjanowy (*Gentianaviolt*) przeciwko schorzeniom skóry i śluzówki jamy ustnej. Lek ten działa bakterjobójczo, zwłaszcza względem gronkowców i oka-zał się w rozcieńczeniu 1/2% szczególnie skutecznym w pęche-rzycy noworodków i zapaleniu jamy ustnej. Użyty w większej ilości wywołuje zapaść i sinicę, i dlatego w razie zajęcia większych powierzchni skóry należy naraz smarować mniejsze odcinki. W jamie ustnej wystarcza tuszowanie chorych miejsc raz na dzień. (Monatsschr. f. Kindhlk. T. 47. Z. 1).

— o —

Przeciwko bolesnemu łykaniu u suchotników poleca Feldstein wdmuchiwania do gardła (wzgl. do kiszki) nastę-pujące: Rp. Orthoform. Gummi arab. Sacch. lact. aa 10 lub. Rp. Antipyrin, 3,0; Dermatol. Gummi arab. aa 10,0, lub: Rp. Morph mur. 0,25; Cocain. mur. 0,5; Sacch. lact., Gummi arab. aa 10,0.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

131 posiedzenie Kliniczne z dnia 13. I. 1931 r.

Przewodniczący: Dr. Fryszman.

A. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posie-dzenia klinicznego.

B. Pokazy:

1) R. Berman i J. Felhender. Przypadek żyła-ków olbrzymich rozmiarów.

Chora lat 55 zgłosiła się na oddział D-ra G. Lewina z powodu bólów w okolicy wątroby, zaparcia stolca i ogólne-go osłabienia, datujących się od 6 tygodni. Przed 2 tygodnia-mi chora zauważyła, że oddaje „czerwony” mocz. Przed 3 laty chorej usunęto lewą pierś z powodu nowotworu, przed 20 la-ty usuwano kłęb naczyń na lewem udzie. W wywiadach rod-zinnych zasługuje na podkreślenie fakt, że matka i siostra chorej mają żyłki znacznych rozmiarów.

Przy badaniu stwierdzono u chorej obniżone granice

pluc, skrócenie wypuku i zaostrzenie wdychu nad prawym szczytem, głuchawe tony serca, powiększenie twardej i bolesnej wątroby, która wystawała na 3 palce z pod łuku żebrowego. W okolicy prawego podżebrza przy głębokim oburącznym badaniu wyczuwał się bolesny opór.

Na szczególną uwagę zasługują u chorej żylaki niezwykle dużych rozmiarów. Rozpoczynają się one w postaci dużych spłotów ztyłu po stronie prawej na wysokości X żebra i ciągną się ku dołowi do grzebienia talerza biodrowego, przechodząc na lewe udo, gdzie zajmują większą część jego zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni, jako zwisające spłoty żył, wśród których stwierdza się liczne zwąpniałe twory (flebolity). Podobne żylaki znajduje się również na podudziu.

RR=160/90. Badanie moczu — białka 3%, osad: całe pole widzenia pokryte czerwonymi ciałkami krwi, pojedyncze walcuski szkliste i ziarniste. Mocznik we krwi 100 mgr. %. Objaw Rumpel-Leede dodatni. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny. Badanie kału, treści żółdkowej i dwunastniczej nie wykazało odchyłań od normy; tak samo badanie krwi poza trombopenją. (autoreferat).

M. Lubelski uważa zmiany żyłne u chorej nie za żylaki, lecz za *angioma cirsoides*, które może występować we wszystkich narządach, nawet w mózgu. Za takim ujęciem przemawia też wystąpienie zmian już w dzieciństwie. Jeśli chodzi o leczenie, to w rachubę wchodzi wycięcie lub koagulacja tworów.

Fliederbaum zastanawia się, czy objawy ze strony narządów wewnętrznych nie dadzą się też wytłumaczyć istnieniem naczynek w wątrobie i nerkach.

Płoński uważa, że przypadek ten przypomina *angiomatosis diffusa*. Kwestje, czy są to naczyńki, czy też żylaki, mogłoby rozstrzygnąć badanie histologiczne.

A. Fryszman zwraca uwagę, że nie rozstrzygnięto kwestji, skąd chora krwawi: z pęcherza, czy też z nerki i ewentualnie z której, co jest tem ważniejsze, że w prawym podżebrzu wyczuwa się guz; doradza wykonanie pyelografii dożylny.

Felhendler zaznacza w odpowiedzi że pokazuje chorą li tylko ze względu na jej rozległe i niezwykle żylaki, a badania w związku z dolegliwościami nerkowymi są jeszcze w toku, gdyż chora przebywa na oddziale zaledwie 8 dni.

II. Lubelski. *Przypadek kamicy żółciowej, współistniejącej z guzem trzustki; choledochogastrostomia.*

Przypadek dotyczy 56-ol letniej chorej, która przeszła przed 20 laty napad kamicy żółciowej z żółtaczką. Od tego czasu miewała często palenie, odbijania i ściskanie w dołku podsercowym. Przed 2 miesiącami świeży napad silnych bólów w prawym podżebrzu z żółtaczką, trwającą do czasu przybycia chorej do szpitala. Przy badaniu stwierdzono bardzo silną żółtaczkę, powiększoną wątrobę, bardzo duży pęcherzyk żółciowy o gładkiej powierzchni. Stolce odbarwione, w moczu barwniki żółciowe, we krwi 0,64% mocznika. Czas krzepnięcia krwi 13 minut. Ciężota nieco podwyższona. Rozpoznano kamicę żółciową z zupełną niedrożnością przewodu żółciowego wspólnego i postanowiono poddać chorą operacji do której przygotowywano ją doustnym podawaniem chlorku wapnia, dożylnym cukru, kroplówkami z cukru; na dobę przed zabiegiem śledziona była naświetlana promieniami Roentgena w celu zmniejszenia krwawienia podczas zabiegu. Operacji dokonano w znieczuleniu przykręgowym (nie Capisa) rozczynem 1/2% nowokainy z adrenalina, zastrzykując płyn znieczulający w obrębie nerwów D9 i D10 naprawo po wyjściu ich z otworów międzykręgowych. Cięciem Kertego (Kochera) otworzo jamę brzuszną. Pęcherzyk bardzo dużych rozmiarów usunięto podotrzewnowo; w przewodzie pęcherzykowym tkwił kamień. Wobec dużych zrostów podczas wydziałania naderwała się ściana pęcherzyka, i wylała się ropa, zanieczyszczając pole operacyjne; wobec tego resztę ropy wypuszczono trójgruncem. W pęcherzyku stwierdzono dużo kamieni. Przewód żółciowy wspólny był bardzo znacznie rozszerzony, grubości jelita cienkiego. Palcem, wprowadzonym przez otwór Winsłowa wyciagnęto guz głowy trzustki. Nakłucie przewodu żółciowego dało ciecz bezbarwną, t. zw. „białą żółć”, której wydobyto około 60 cm³. Po nacięciu przewodu żółciowego stwierdzono zgłębnikiem zupełną niedrożność przewodu w kierunku dwunastnicy, zależną od ucisku na przewód, wywołanego przez guz trzustki. Wobec uprzedniego zanieczyszczenia pola operacyjnego ropą aby nie szukać dwunastnicy lub jelita czczego i nie zainfekować w ten sposób jamy otrzewnowej, dokonano zespolenia przewodu żółciowego wspólnego z żółdkiem jako z najbliższym leżącym narządem i w ten sposób odprowadzono żółć z wątroby do przewodu pokarmowego. Ranę brzucha zaszyto nagle, wprowadziwszy pasek gazy wioformowej w kierunku zespolenia.

Chora zniósła zabieg dobrze, nie reagując zupełnie na ból. Na trzeci dzień po zabiegu chora miała zabarwiony stolec. Rana zagoiła się po miesiącu.

Badanie „białej żółci” wykazało: 1) brak zaczynów trzustkowych, 2) mocznika 0,38%, 3) w osadzie bilirubiniany. W związku z pokazanym przypadkiem zwraca prelegent uwagę na następujące punkty:

1) chora już na trzeci dzień po zabiegu miała stolec zabarwiony, co przemawia za tem, że bardzo prędko ustąpiła niedomoga wątroby, która zaczęła normalnie wydzielac żółć;

2) zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z żółdkiem nie daje niepożądanych powikłań;

3) „biała żółć” w danym przypadku przemawiała za paracholją, a nie acholją wobec tego, że chora miała wybitną żółtaczkę, i w moczu stwierdzono barwniki żółciowe, co zależne było od wchłaniania się żółci w wątrobę.

4) „biała żółć” w przypadkach kamicy żółciowej należy do rzadkości. Według statystyki Bernharta, cytowanej przez Dziembowskię na 5613 przypadków żółciowych operacyjnych tylko w 25 (0,44%) stwierdzono „białą żółć” (autoreferat).

P. Goldstein zwraca uwagę, że pęcherzyk zastoinowy często zawiera bezbarwną treść, gdyż barwniki żółciowe uległy wessaniu. Sądzi, że chirurgiczne traktowanie przypadku było zbytne, gdyż ustalenie przeszkody w odpływie żółci powinno było być wykonane przed zabiegiem.

Kremer uważa, że guz nie musiał być złośliwy, gdyż od pierwszego ataku kamicy żółciowej upłynęło 20 lat; raczej chodziło, zapewne o stan zapalny trzustki.

Lubelski w odpowiedzi zaznacza, że analogja między puchliną woreczka żółciowego a „białą żółcią” nie jest ścisła: puchlina powstaje wskutek wydzielania ściany woreczka, tutaj do przewodu żółciowego wspólnego dostawała się żółć z wątroby. Co do techniki operacyjnej, to w przypadkach guza trzustki, współistniejącego z kamica żółciową, należy usuwać woreczek, gdyż zostawianie pęcherzyka z kamieniami i ropą byłoby błędem. Co się tyczy charakteru anatomicznego zmian trzustki, to badanie skrawka guza, zrośniętego z przewodem żółciowym, wykazało budowę *carcinoma solidum*,

III. Berland. *Przypadek ziarniniaka grzybiastego wielopostaciowego (mycosis fungoides).*

70-letni chory, dotknięty swędzącą wysypką od 6 lat a guzami od 14 miesięcy, zgłosił się na oddział Dr-a Markusfelda. Na skórze całego ciała z wyjątkiem dłoni i podszew, szereg zlewających się czerwono-sinawych blaszek, pokrytych obfitą, łatwo oddzielającą się łuską. Objaw Ruspita z a. Blaszki wyraźnie nacieczone odcinając się od nielicznych mostków zdrowej skóry, rozmaitej wielkości, nieprawidłowego kształtu. W okolicy lewej potylicy guz owrzodziły wielkości jabłka; prawa połowa pokryta strupem zgorzeliowym, Lewa—owrzodzenie w ostrych, pokarbowanych, niepodminowanych brzożkach, o dnie pokrytem ropą i wybujałą ziarniną. Drugie mniejsze owrzodzenie o gładkich niepodminowanych brzożkach i dnie suchem, pokrytem obfitą ziarniną pod prawą łopatką; po prawej stronie owrzodzenia powierzchniowa blizna. Gruczolę chłonne powiększone, twarde, niebolesne, ruchome. Ze strony narządów wewnętrznych stwierdzono rozszerzenie tętnicy głównej i lewej komory, objawy rozedmy płuc. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku, gładka, niebolesna, o tęym brzegu. Śledziona niemacalna. Odczyn Wassermann'a i Kahna we krwi,— Pirquet. — W moczu ślady białka, w osadzie do 50 leukocytów w polu widzenia. Krew nie wykazuje odchyłań od normy.

Badanie mikroskopowe wyciętych skrawków skóry: w guzie naskórek dobrze ograniczony, pomiędzy komórkami zwłaszcza w głębszych warunkach bezładnie rozrzucone podłużne i okrągławe twory o charakterze jąder lub ich resztek. W jednym miejscu ubytek naskórka pokryty martwicą i świeżą ziarniną o charakterze nieswoistym. W skórze właściwej rozległe ogniska naciekowe, często otaczające rozszerzone na czynia włosowate, zresztą rozsiiane bezładnie w wąskich przestrzeniach pomiędzy pasmami tkanki łącznej. Nacieki składają się z drobnych komórek typu limfocytów i płazmatycznych oraz w komórek podłużnych typu fibroblastów, często z figurami podziału jąder, nieliczne leukocyty obojętno-chłonne pojedyncze kwaso- i zasadochłonne. Dużo większych komórek o jaśniejszej zarodki i jądrach różnokształtnych, często w kształcie rogalka, niektóre z 2 lub 3 jądrami, podobne do komórek Sternberga. W niektórych ogniskach komórki te są bardzo liczne.

Prelegent wyłącza białaczkę skóry, mięsaki, leuko- i limfosarkomatozę, limfogranulomatozę, kilaki, guzy grzybicy drożdżowej i sporotrychowej. Rokowanie niepomyślne. Lecze-

nie polega na podawaniu arsenu i naświetlaniu promieniami Roentgena (autoreferat).

St. Markusfeld uważa przypadek za ciekawy nie tylko ze względu na rzadkość i trudności rozpoznawcze, ale przede wszystkim ze względu na charakter cierpienia, które należy zaliczyć do Hoematodermies, to j. do cierpień narządów krwiotwórczych skóry. Cierpienie to jest zbliżone do białaczek skóry i jest ściśle związane z grupą erythrodermies typu Wilso-Brocq, zapewne i z postaciami *lupus erythematoses acutus*, dalej może i z *pemphigus vulgaris*, *dermatitis herpetiformis Dühringi*, *pityriasis rubra Hebrae*, *lymphogranulomatosis maligna* i t. p. Istotą cierpienia, zdaje się, jest wzmożona działalność tkanki retikularnej skóry właściwej, zgrupowanej około naczyń. Charakterystyczne dla sprawy nacieki okołonaczyniowe, tworzące dokoła naczyń jakby futerały, mankiety, są to bujania młodej tkanki retikularnej, która, jako pochodząca z mezenchymy, wraca do swoich zarodkowych własności i działalności krwiotwórczej. Za przyczynę wywołującą należy uważać, najprawdopodobniej momenty toksyczne-zakaźne, zależne w większości przypadków od zakażenia gruźliczego, względnie przymiotowego (nabytego, wrodzonego lub o dziedzicznego). W danym przypadku jest znaczne powiększenie gruczołów węzłowych na rentgenogramie; gruźlica, jako przyczyna, musi być przeto bardziej uwzględniona.

C. Odczyt: M. Płoński. *O współczesnych badaniach nad nowotworami* (ukaze się w Warsz. Czas. Lek.) Referent omawia 2 grupy badań: 1) badania nad warunkami ubocznymi, hamującymi lub sprzyjającymi, w rozwoju raka (smęta i inne czynniki drażniące, zaburzenia przemiany materii i t. d.); 2) właściwe badanie etiologiczne, zmierzające do wykrycia czynnika, wywołującego raka (*virus? bakterje?*) Badania bakteriologiczne nad rakiem uważa referent za niewyczerpane i dotychczas najmniej systematycznie przeprowadzane. Nie należy więc narażać z całą stanowczością odrzucać teorii infekcyjnej raka (streszczenie własne). Róbin stwierdza, że badania nad rakiem odbywają się obecnie przeważnie tylko w pracowniach i wychodzą z założeń apriorystycznych. Kontakt z kliniką w tej dziedzinie jest za słaby; rzadko w praktyce spostrzegamy, by wrzód żołądka doprowadził do raka. Płoński zgadza się, że kliniki, zwłaszcza chirurgiczne, pozostają w zbyt luźnym kontakcie z pracownią.

Sekretarz: H. J. Landau.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne

Posiedzenie z dnia 16. marca 1931 r.

1) L. Zamenhof przedstawił przypadek kily gardła i nosa.

Chora lat 40 skarży się na ból gardła i wydzielinę krwawą z prawej strony nosa. Kaszle, miewa stany podgorączkowe. Dzieci niema, nie ronila.

St. przedm. Gardło — z lewej strony za tylnym łukiem 2 owróżdzenia o nacieczonych brzegach. W prawej połowie nosa muszla dolna obrzmiała, powierzchnia nierówna. Gruczoły szyjne i podżuchwowe niemacalne. Odczyn W a. silnie dodatni.

2) Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Z. Srebrnego p. t. „*O powikłaniach ropówkowych po wyluszczeniu migdałków*”.

Pieniążek uważa, że trudno jest usuwać migdałki u dzieci w znieczuleniu miejscowym. Zwykle operuje w narkozie ogólnej, przyczem układa chorego w pozycji Rosego.

Meyerson zaznacza, że powikłania po tonsillektomji mogą zależeć od tego, że operacja została wykonana w pierwszym okresie ropnia około migdałkowego.

Hellin nie dodaje adrenaliny do środka znieczulającego; nie spotyka się zato z zapaścią w czasie operacji i z krwawieniami następczemi.

Sinotęcki zwraca uwagę na konieczność podawania wapnia przed operacją i na doprowadzanie do porządku jamy ustnej.

Chorażycki B. zaznacza, że, o ile po tonsillektomji wystąpił ropień tylko jeden raz, to nie przemawia to za nie-

odpowiednim wykonaniem operacji. Inna rzecz, jeśli ropień taki się powtarza. Powstanie jednorazowego ropnia po dokonaniu wyluszczeniu migdałków zależy od przyczyn miejscowych. Właczanie bakterji do okolicznych tkanek w czasie zabiegu (posługiwanie się zimną pętlą) może być przyczyną jednorazowego ropnia.

Karbowski uważa, że bez adrenaliny trudno jest anatomicznie operować. — Krwotoki pooperacyjne zależą od nacięcia większej żyły, natomiast krwawienia mięszone nie są niebezpieczne. Omdlenia nie występują w czasie operacji, o ile chory znajduje się w pozycji leżącej.

Czarnecki reasumuje wszystko, co było powiedziane w dyskusji nad odczytem Srebrnego.

Srebrny w odpowiedzi zaznacza, że: 1) znieczulanie miejscowe w tonsillektomji może prowadzić do powikłań pooperacyjnych, 2) samo ułożenie chorego nie zabezpiecza przed omdleniem, 3) stałe zmienianie igieł do znieczulania nie jest konieczne, chyba że się igłę wkłuło w mięsz migdałka, 4) usunięcie migdałków nie jest zbyt wielką stratą dla ustroju, gdyż tkanka adenoidalna, pozostająca po tonsillektomji, pełni czynności zastępcze.

Sekretarz: J. Tencer.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na styczniowym posiedzeniu Wiedeńskiego tow. pediatrycznego (W. m. W. Nr. 16) Helena Quittner demonstrowała przypadek *choroby Banga u niemowlęcia*. Sześciomiesięczne niemowlę z dolnoaustriackiego przytułku w Badenie zapadło na chorobę, przypominającą dur. Badanie krwi wykryło obecność 6% eozynofili, 25% ziarnistych, 66% limfocytów, i 3% monocytów przy ogólnej liczbie 6500 białych krążków. Ujemny wynik bakteriologicznego badania krwi i kału, ujemny Widal i dodatni wynik badania na aglutynację z zarazkiem Banga w rozcieńczeniu 1:800 ustaliły rozpoznanie. Śledziona i wątroba nie były powiększone. Po dziesięciotygodniowej chorobie i stosowaniu szczepionki Banga, myoselvarsanu i przetworów salicylowych nastąpiło wyzdrowienie.

Schwarz demonstrował na marcowym posiedz. wiedeńsk. tow. lek. (W. m. W. Nr. 15) przypadek w którym stosował *leczenie promieniami Roentgena przewlekłego zapalenia migdałków*. Chora 21-letnia w dzieciństwie często zapadała na anginę, ostatnio zaś znów je miewała dość często. Znaczny przerost migdałów zmuszał ją do zabiegu. Ponieważ referent na sobie wypróbował dodatni skutek naświetlania migdałków znajdujących się w przewlekłym stanie zapalnym więc stosował ten sposób leczenia u pacjentki. Wynik okazał się bardzo dobry, gdyż migdałki znacznie się zmniejszyły i chora od roku nie miała anginy. Naświetlanie dokonywa się od strony karku i wyrostka sutkowego, ochraniając gruczoł przyuszny. Stwierdza się bardzo znaczne zmniejszenie migdałków, zniknięcie stanów podgorączkowych i angin. Witterby podaje odsetek wyleczeń na 90%, ponieważ niezawsze można uciec się do wyluszczenia migdałków, więc powyższy sposób leczenia może okazać się wielce użytecznym.

Volck, demonstrując na tem samym posiedzeniu przypadek *wilka twardy, leczony małosolną djętą*, zwraca uwagę na to, że nie wszystkie postacie wilka skutecznie dają się leczyć djętą małosolną. Najlepiej i najszybciej ustępują formy przerostowe.

Jakie *obrzymie ilości surowicy przeciwtępczej* stosują niekiedy, widać z doniesienia Patersona z Australji (cyt. med. D. m. W. Nr. 22), który u dzieci nawet rozpoczyna od 100 tysięcy jednostek amerykańskich dożylnie i 40 tysięcy jednostek domięśniowo, powtarzając zastrzyknięcie dożylnie co 12-24 godzin, domięśniowe zaś co 4 godziny. Wraz z poprawą zmniejsza ilości surowicy i zwiększa przerwę między zastrzykowaniami. W ten sposób dochodzi się do 120 tysięcy do 170 tysięcy jednostek. Zaznaczyć należy że 100 tysięcy jednostek mieści się w 70 cm. sz. surowicy. Na 26 przypadków u dzieci w 19 osiągnięto wyzdrowienie. Niekiedy przy dożylnym wlewaniu trzeba się było uciekać do uspienia.

O d c i n e k

Rys rozwoju chirurgji.

Podał

Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. (Warszawa)

(Ciąg dalszy p. Nr. 24)

III.

Wiek średni — to kult autorytetu i zanik wszelkiego krytycyzmu, to nietylko zahamowanie wszelkiego postępu, ale duży krok wstecz. W ciągu tego okresu dzieje chirurgji nie były ciekawe. Dobre i to, że podczas wstrząsów, jakie przechodził wówczas świat, nie dano zaginać pismom poprzedników.

W Bizancjum, dokąd przeniesiono stolicę dawnego Imperjum Rzymskiego, nastąpił upadek cywilizacji i kultury. Tradycję podtrzymywali tłumacze, kompilatorzy i komentatorzy autorów starożytnych, niezawsze ściśli i sumienni. Z pośród nich należy wymienić: piszącego w IV w. po N. Chr. Orybaza z Jussa, z w. VI-ego Aecjusza, z w. VII-ego wybitnego chirurga Pawła z Eginu.



Ryc. 7.

Ryciny narzędzi chirurgicznych z rozmaitych rękopisów arabskich i łacińskich z X i XI w.

(Meyer-Steineg i Sudhoff).

Odrodzenie chirurgji zaczęło się dopiero w w. X-ym. Dopomogli do tego w wielkiej mierze Arabowie, którzy, podbiwszy wschód (Egipt), zaczęli studjować i tłumaczyć (niezawsze dokładnie) księgi starożytnych, uprzystępniając je szerszemu ogółowi. Sami Arabowie niewiele mogli zdziałać dla postępu chirurgji, gdyż religja zabraniała im badań pośmiertnych (sekcji zwłok), jak również przelewania krwi. Arabowie zamiast noża używali do rozcinania tkanek rozpalonego żelaza.

Na Zachodzie w Europie w okresie średniowiecza, podczas najścia barbarzyńców, wiedza lekarska, jak wogóle wszelka nauka schroniła się do klasztorów i lekarzami były osoby stanu duchownego. Duchowieństwu kościół katolicki zabraniał przelewania krwi. (Ecclesia abhorret a sanguine, So-

bór w Tours r. 1163), przeto chirurgją zajmowali się ludzie bez wykształcenia, stojący na bardzo niskim poziomie.



Ryc. 8.

Operacje żyłaków odbyticznych, polipów w nosie, zaćmy i miejsca do przypalań z rękopisu z w. XI (Brit. Museum, wedł. Meyer-Steineg i Sudhoff).

Jednakże pomimo to, począwszy od w. X-go, znajdujemy już objawy dźwignienia się chirurgji z upadku. W owym czasie w Salerno na Południu Italji (nieдалеko Neapolu) powstała słynna szkoła lekarska, której rozkwit przypada na XII-e stulecie. Wpływy Szkoły w Salerno sięgały daleko poza granicami ojczyznoego kraju. Wśród imion sławnych ludzi, którzy nauczali lub wyszli z tej szkoły (Roger z Palermo, Roland z Parmy, Gulielmo da Saliceto, 1201 — 1277, Lanfranco um. 1315 r. z Medjolanu, Henry de Mordeville, 1260—1320, Guy de Chauliac 1300 — 1370) znajdujemy nawet jedno jakoby żeńskie Trotula. Fakt ten jednak został zakwestjonowany przez wielu krytyków, którzy twierdzą, że Trotula nie jest nazwiskiem lekarki, lecz tytułem dzieła, zajmującego się ginekologją. (Trotula mulierum). Guy de Chauliac (1300—1370) był najbardziej uczonym chirurgiem w. XIV-go. Napisał on dzieło p. t. *Chirurgia Magna* (1363), miał bardzo dobre pomysły w leczeniu złamań kończyn (wyciąg w zawieszeniu).

Pomimo pewnych postępów, jakie czyniła chirurgja ówczesna, pozostawała ona głównie (jako wykonawstwo, w rękach cyrulików, będących w pogardzie ogółu. Cyrulicy, ludzie niewykształceni, poza swoim skromnym zawodem golibrodów, wykonywali rozmaite zabiegi chirurgiczne, niekiedy nawet, wskutek nabytej wprawy, bardzo zręcznie. Ażeby mieć nadzór nad cyrulikami, lekarze zmuszeni byli studjować również chirurgję, jakkolwiek sami jej nie uprawiali.

Na wydziałach lekarskich w Montpellier (1220 r.), w Paryżu (1270), Bolonji, Padwie studjowano wśród innych nauk lekarskich i chirurgję. W Neapolu, ażeby zostać lekarzem, wymagane były roczne studia nad chirurgją. Pomimo wszystko lekarz owych cza-

sów uważał za uwłaczające godności osobistej dotykając rękami swojego pacjenta i brzydził się krajanów zmarłych. Z wysokości piedestału dawał on wskazówki chirurgowi-cyrulikowi, jak ma robić operację, jak również asystował tylko przy sekcjach, nie biorąc w nich czynnego udziału.

W wieku XIII-ym powstało w Paryżu bractwo Saint-Côme (Confrérie de Saint Côme — późniejsze słynne kolegium chirurgiczne), w którym zgrupowali się chirurdzy, chcący zerwać z nieuctwem i odróżnić się od cyrulików. Bractwo to uzyskało nawet duży sukces, gdyż członkowie jego byli dopuszczani do studjów medycznych na uniwersytecie w Paryżu pod warunkiem nauczenia się łaciny. Jednakże członkowie tego bractwa, otrzymawszy wykształcenie, stali się pyszni: małe operacje uważali za niegodne siebie i pozostawiali je nadal ciemnym cyrulikom, dużych zaś nie mieli odwagi wykonywać (usuwanie kamieni z pęcherza moczowego, przepukliny, zaćmy). W ten sposób wiedza chirurgiczna niewiele mogła posunąć się naprzód.



Ryc. 9.

Wydobywanie grotu z piersi. W. XV. Ze zbiorów Bibl. Jagiellońskiego. Wedł. L. Zembruskiego.

W Polsce średniowiecznej medycynę uprawiali mnisi (najczęściej Benedyktyni), którzy przyjmowali i leczyli chorych po klasztorach. Chirurgją, tak jak na zachodzie Europy, zajmowali się cyrulicy, wykonyując rozmaite mniejsze zabiegi. Dane o stanie chirurgji w Polsce w wiekach średnich posiadamy bardzo skąpe, może z powodu zaginięcia dokumentów historycznych podczas częstych wojen, które nawiedzały wówczas Polskę.

Dane te czerpiemy z kronik (Marcin Gallus) i wyników poszukiwań archeologicznych (czaszki trepanowane). W wieku XIII żył w Polsce lekarz Mikołaj Polak (Nicolaus de Polonia), wychowaniec uniwersytetu w Montpellier, który pisał pomiędzy innymi i o chirurgji (rzecz po niemiecku p. t. Cyrurgia).

W Akademji Krakowskiej, założonej w r. 1364, chirurgja była wykładana zaledwie w teoretycznym ujęciu i w ograniczonym zakresie, gdyż ówczesni lekarze polscy, zresztą, o tem już wiemy, jak i na Zachodzie Europy, wykonawstwem chirurgicznym rąk swych nie kalali.



Ryc. 10

Lithotomia. W. XV. Z dzieła J. Roztafińskiego; Medycyna na uniwersytecie Jagiellońskim w XV W. Wedł. L. Zembruskiego.

Po tym długim okresie zmierzchu i zacofania w dziedzinie ducha ludzkiego zbliża się jego wyzwolenie z pęt autorytetu, i wyłania się z mroczków świt nowy — Epoka Odrodzenia, która rozpoczyna soba czasy nowożytny. (Dok. nast.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

British Medical Association
w sprawie angielskiej służby lekarskiej.

Podał

Z. SREBRNY (Warszawa).

Stowarzyszenie lekarzy angielskich ogłosiło w roku ubiegłym memoriał w sprawie służby zdrowia, będący owocem 30-letniej pracy komitetu, złożonego z

członków wszystkich ugrupowań lekarskich. Komitet zwraca się do rządu, organizacji publicznych i do całej ludności angielskiej — mężczyzn i kobiet — z prośbą o przestudjowanie memoriału, ocenę krytyczną zawartych w nim projektów i o ewentualne kontrpropozycje. Memoriał uwzględnia tyle żywo-nych spraw, dotyczących służby zdrowia i interesów stanu lekarskiego, jest nakreślony tak szeroko i zawiera tyle nowych myśli i pomysłów oryginalnych, że

warto je choć w minimalnem streszczeniu podać i zastanowić się, co z nich i na nasz grunt przeszczepićby należało. Wstrzymuję się na ten raz od porównań i wniosków, może kiedyindziej i do tej strony projektu angielskiego powrócę.

Naczelny postulat memoriału brzmi: Należy, w miarę możliwości, usunąć każde mieszanie się pomiędzy lekarza i pacjenta w sprawie niesienia pomocy lekarskiej. Z trafnego uzasadnienia tego postulatu wyjmują tylko kilka punktów ważniejszych. Mieszanie się takie szkodzi zarówno lekarzowi, bo obniża jego powagę, jak i pacjentowi, gdyż osłabia jego zaufanie do lekarza, zaufanie, które tak doniosłą gra rolę w leczeniu. Dalej, jak wykazało doświadczenie innych krajów, każda taka ingerencja zzewnątrz łatwo prowadzi na tory polityczne. Podobno w niektórych krajach europejskich przy wyborze lekarzy do Kas Chorych rozstrzygać mają względy natury politycznej. W ten sposób ubezpieczenie od choroby staje się narzędziem agitacji w rękach partyj politycznych. W Anglii tego rodzaju posunięcia nie są znane i byłyby wszelkimi siłami zwalczane przez świat lekarski, jako stojące w sprzeczności z ideałami lekarskimi i skierowane przeciwko interesom ogółu.

Porównanie z innymi krajami przekonywa, że ubezpieczenie od choroby w Anglii pod pewnymi względami jest lepsze, niż gdzieindziej. Bez żadnej wątpliwości instytucja ta budzi naogół zadowolenie głównie dlatego, że zarząd, kontrola pracy lekarskiej i piecza nad dyscypliną wśród lekarzy coraz więcej powierzane są stanowi lekarskiemu. Ostatnie zdanie prowadzi do drugiego postulatu zasadniczego: Kontrola czysto lekarskiej strony służby zdrowia, gwarancja wartości pracy i dyscyplina lekarska musi, w miarę możliwości, spoczywać w rękach organizacji lekarskiej.

Doświadczenie z angielskim systemem ubezpieczenia zdrowotnego wykazuje, że publiczność najlepiej wychodzi wtenczas, jeżeli najwięcej odpowiedzialności za organizację służby lekarskiej nakłada się na lekarzy: im większa odpowiedzialność, tem lepsza służba, tem mniej tarć towarzyszy jej wykonywaniu. Niema surowszych sędziów w sprawach o opieszałość i błędy lekarskie, niż koledzy, złączeni w organizacji i obdarzeni obowiązkiem czuwania nad sprawami zawodowymi.

A oto brzmienie postulatu trzeciego: Podstawą służby lekarskiej w państwie musi być zasada, że każda poszczególna jednostka korzysta z usług lekarza-praktyka lub lekarza domowego. Cel ten da się osiągnąć przez pociągnięcie do służby wszystkich lekarzy praktykujących. Rozumieć przez to należy współpracę i udział oficjalny wszystkich lekarzy angielskich w publicznej służbie zdrowia. Że taki lekarz-praktyk lub lekarz domowy w drodze wolnego wyboru ma być do dyspozycji każdego obywatela angielskiego, zarówno ubezpieczonego, jak i nieubezpieczonego, jest rzeczą tak jasną, iż szkoda słów na jej dowodzenie.

Wynagradzanie lekarzy powinno być dokonywane bezpośrednio przez pacjentów, nawet ubezpieczonych, którym Kasa zwraca wyłożone pieniądze.

O niezbędności instytucji lekarzy domowych wyraża się memoriał w następujący, godny uwagi sposób: Żadne ciało lekarskie nie może lekceważyć znaczenia lekarza-specjalisty, ale publiczność, zarówno jak i stan lekarski musi zrozumieć, że lekarz domowy jest podstawą kompletnej i sprawnej służby lekarskiej... Lekarz-specjalista jest uzupełnieniem lekarza domowego, nie może i nie powinien go nigdy zastąpić. Skłonność publiczności do pomijania lekarza domowego jest bezsensowna, niegospodarna i szkodliwa dla pacjenta i dla stanu lekarskiego... Należy bezustannie powtarzać, że lekarz domowy niesie pomoc nie tylko jednostce, lecz całej rodzinie, której zdrowiem się opiekuje. Lekarz domowy korzysta z zaufania chorego i przez to ma możliwość leczenia nie tylko choroby, lecz chorego.

Nadmierny pęd do podziału pracy prowadzi do takiego podrożenia pomocy lekarskiej, że w końcu pomoc ta staje się dostępną wyłącznie dla bogatych. Zapewnione stanowisko lekarza domowego jest podstawą projektu angielskiego, bez której dalsze systematyczne rozwinięcie całego systemu jest nie do pomyslenia.

Rozwiązanie kwestji lekarzy-specjalistów w projekcie angielskim różni się nieco od norm zwykłych. Według memoriału kwalifikację na specjalistę wydaje komitet miejscowej organizacji lekarskiej na następujących warunkach: 1) Kandydat musiał nabyć znajomość swej specjalności w szpitalu lub w innej pokrewnej instytucji i powinien ją jeszcze uprawiać. 2) Kandydat odbył specjalne studia akademickie lub na kursach uzupełniających i specjalność swoją jeszcze uprawia. 3) Kandydat uchodzi pomiędzy lekarzami praktykami swojego okręgu za wprawnego i doświadczonego specjalistę. Kandydat na specjalistę musi odpowiadać jednemu lub kilku z wymienionych warunków, przyczem niema się tu na myśl służby w ubezpieczeniu społecznem, gdzie praktyka jest w zupełności wolna, lecz służbę w szpitalach, które powinny być urządzone i prowadzone w sposób następujący:

Szpitaly publiczne i prywatne nie mają być wyłączną domeną poszczególnych prymarjuszów, lecz powinny być dostępne dla wszystkich lekarzy danego okręgu i dać im w ten sposób możliwość leczenia w nich swoich pacjentów, a zarazem być instytucjami kształcącymi i dokształcającymi lekarzy całego okręgu. „Stowarzyszenie lekarzy angielskich nie może powstrzymywać się od jaknajczęstszego zwracania uwagi na korzyść, jaką stanowi dla lekarza stałe zapewnienie mu sposobności do nabywania rozległego doświadczenia szpitalnego, na korzyść, jaka wyrasta dla całego stanu lekarskiego, jak i dla publiczności z umożliwienia każdemu lekarzowi wzbogacania swego doświadczenia lekarskiego, a zarazem z naciskiem podkreśla szkodę, wynikającą z pozbawienia lekarzy-praktyków tego przywileju. Należy przeto jaknajenergiczniej dążyć do tego, aby lekarze i personel pielęgniarski mieli okazję do leczenia i pracy w szpitalach, tak, aby każdy lekarz domowy mógł umieszczać i leczyć w szpitalu każdego ze swoich pacjentów, któryby życzył sobie leczenia szpitalnego i opieki lekarskiej swojego lekarza domowego”. Szpital publiczny nie ma być wyłącznie miej-

scem, w którym wykonywa się operacje i do którego przyjmuje się rzadkie, ciekawe przypadki, lecz ośrodkiem, w którym wszyscy miejscowi lekarze powinni znajdować poparcie i zachętę do pracy, a chorzy — schronisko.

Domagając się dla ogółu lekarzy prawa leczenia w szpitalach swoich pacjentów prywatnych, lekarze angielscy żądają, aby wszystkie świadczenia lekarskie w szpitalach były płatne: za ubezpieczonych przez zakład ubezpieczeń, za zamożnych z ich własnej kieszeni, za ubogich z Kasy miejskiej.

Nietylko szpitale, lecz i inne instytucje, do leczenia chorych przeznaczone, mianowicie: przytulki, zakłady terapii fizycznej, rentgenowskie i t. p., mają być do dyspozycji lekarza w razie, gdyby jego pacjent chciał z zakładu takiego korzystać.

Dla ludności mniej zamożnej, nie objętej przymusem należenie do Kas Chorych, proponuje memoriał dobrowolne ubezpieczenie od kosztów szpitalnych i wydatków na operacje.

Dalej przewiduje projekt lekarzy angielskich udział ubezpieczonych w kosztach leczenia, widząc w tem ochronę przed demoralizacją, związaną z każdym systemem świadczeń bezpłatnych.

W celu zmniejszenia kosztów leczenia projektowane jest systematyczne kształcenie pomocników lekarskich, którzyby mogli spełniać czynności, nie wymagające ścisłych studiów medycznych, jako to: masaż, elektryzacja, terapia fizyczna. Osoby te muszą być zarejestrowane w państwowej organizacji służby zdrowia i mogą spełniać wymienione wyżej czynności jedynie tylko z polecenia i na odpowiedzialność lekarza.

Inną kategorię osób, powołanych do pełnienia służby zdrowia, stanowią pielęgniarki domowe, t. z. „home helps”. Projektodawcom przyświecała tu myśl oszczędzenia kosztów pobytu w szpitalu takim cho-

rym, których skuteczne leczenie może być przeprowadzone w domu pod opieką osób, mogących zająć się ich pielęgnowaniem za cenę, rzecz prosta, taką, na jaką stać ludzi ubogich. Projekt idzie nawet dalej i wymaga od pielęgniarek znajomości gospodarstwa domowego, aby mogły wyręczać osobę, która zwykle zadanie to spełnia, przez czas jej choroby.

Organizacja służby zdrowia w projekcie angielskiego świata lekarskiego przewiduje, rzecz prosta, i opiekę nad ozdrowieńcami i zapobieganie chorobom. W tym kierunku projektowane jest przyłączenie do szpitali przytułków dla ozdowieńców, w których za tańsze, niż w szpitalu, pieniądze może się odbywać ostateczne dojście do zupełnego zdrowia. Profilaktyka powinna opierać się na współpracy higienisty urzędowego z lekarzem domowym.

W sprawie opieki nad psychicznie chorymi dąży projekt, zgodnie z zapatrywaniami obecnymi, do unikania izolacji tych chorych w zakładach specjalnych, tak, aby chorych nieniebezpiecznych umieszczać w szpitalach ogólnych lub w przybudówkach specjalnych. Również i nieuleczalni i niebezpieczni mają być izolowani w szpitalach ogólnych.

Wreszcie zajmuje się memoriał i sprawą opieki nad ciężarnymi i pomocy położniczej oraz opieki nad dzieckiem, podkreślając i tu znowu wybitną rolę lekarza domowego.

Niepodobna w szczupłych ramach krótkiego artykułu streścić szczegółowo programu służby zdrowia, nakreślonego przez lekarzy angielskich. Elaborat ten jednak odznacza się taką oryginalnością i szlachetnością idei zasadniczych, że zasługuje na głębszą analizę i wnikięcie w motywy, które kierowały jego autorami. Pozostawiamy to sobie jako materiał do późniejszego artykułu, zaznaczając już dziś, że memoriał British Medical Association powinien posłużyć nam lekarzom za punkt wyjścia do opracowania racjonalnych i zgodnych z duchem czasu zasad organizacji służby zdrowia i ubezpieczeń społecznych.

Wiadomości bieżące

— W ostatnich tygodniach zwróciło się do redakcji 2-ch kolegów z prośbą o odpowiedź na zadane pytania. Skłania to nas do wznowienia prowadzonej w pierwszym roczniku „Warsz. Czasop. Lek.” rubryki p. t. Skrzynka zapytań. Prosimy bardzo Szanownych kolegów o nadsyłanie nam zapytań, na które starać się będziemy udzielać jaknajrychlej odpowiedzi, wychodzących z pod kompetentnego pióra. Wznowienie skrzynki zapytań rozpoczynamy w numerze dzisiejszym.

— Ukazał się № 1 Kwartalnika p. t. „Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej”, wychodzący pod redakcją D-ra Marjana Zacherta. Pismo zawierać będzie działy: Artykuły oryginalne. Sprawozdania. Materiały statystyczne. Streszczenia i referaty. Komunikaty i zarządzenia urzędowe. Nowe wydawnictwo ma na celu skupienie w jednym organie prac z dziedziny trachomatologii, które dotychczas rozproszone były po pismach specjalnych ogólnolekarskich i higienicznych. Ułatwi to lekarzom prowincjonalnym i nieokulistom śledzenie rozwoju trachomatologii.

— Komitet X-go Polskiego Kongresu Przeciwalkoholowego w Krakowie 11—13 X. 1931.

Komunikat L. 1.

Dziewiąty Polski Kongres Przeciwalkoholowy, który w grudniu 1930 pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, a pod przewodnictwem prof. Pawła Gantkowskiego z Poznania, obradował w Wilnie, uchwalił, że następny Zjazd ogólnopolski ma być w Krakowie. Ponieważ zaś poprzednio na rok bieżący zapowiedziany do Warszawy Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy został na życzenie Międzynarodowego Biura do Walki z Alkoholizmem w Lozannie odłożony do r. 1932, przeto Komitet Organizacyjny Kongresów Przeciwalkoholowych w Polsce pod przewodnictwem red. Jana Szymańskiego w Warszawie postanowił, że Dziesiąty Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Krakowie, w dniach 11, 12 i 13 października 1931 r.

Jego organizację na miejscu powierzył tenże Komitet prezesowi krakowskiego Okręgu Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem, „Trzeźwość”, p. Kazimierzowi Kalinowskiemu, który z pośród miejscowych działaczy abstynenckich powołał do życia ścisły Komitet Wykonawczy, zaprosiwszy do Kom-

tetu Honorowego najwybitniejszych przedstawicieli Nauki, Władz, Instytucyj publicznych i Organizacji społecznych. Pretektorat nad Komitetem Kongresowym przyjął rządy: Książę Metropoliści Adam Sapieha, Wojewoda Dr Mikołaj Kwaśniewski, Generał Dowódca Aleksander Narbut-Łuczyński i Prezydent m. Krakowa inż. Karol Rolle.

Prezydent Komitetu ścisłego przystąpiwszy do prac przygotowawczych, zawiadamia niniejszym zainteresowane Instytucje i Organizacje w Rzeczypospolitej o ustaleniu terminu Kongresu i jak najprzejmiej zaprasza do liczego w nim udziału z całej Polski zarówno Lekarzy, Pedagogów, Socjologów, Kryminologów i Ekonomistów ze świata naukowego, jakoteż Publicystów i Działaczy społecznych, praktykujących na wszelkich niwach pracy publicznej, jakie tylko mogą być walką z alkoholizmem zainteresowane, lub bezpośrednio dotknięte jego klęską.

Kongres pracować będzie w ciągu 3 dni na zebraniach plenarnych (referaty do 30 minut i bez dyskusji), oraz w sekcjach (referaty do 20 minut i z dyskusją). Przewidziane są sekcje: duszpasterska, pedagogiczna, kobieca, lekarska, kryminologiczna, wojskowa, kolejowa i ogólna. Referaty zgłaszać do biura Komitetu uprasza się jak najwcześniej, a najpóźniej do 1 września b. r.

Uczestnicy Kongresu korzystać będą ze zniżek kolejowych, oraz ułatwień co do noclegów i przy zwiedzaniu zabytków Krakowa, referenci nadto z zasiłków na koszt podróży.

Kazimierz Kalinowski
prezes

Dyr. Dr. Władysław Stryjeński
wiceprezes.

Prof. Dr. Tadeusz Strumiłło
wiceprezes.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	3 V-9 V	10 V-16 V	17 V-23 V	24 V-30 V
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	3 (0)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	140 (14)*	98 (7)	126 (15)	141 (3)
Dur rzekomy	2 (0)	0	1 (0)	3 (0)
Dur osutkowy	92 (6)	81 (4)	58 (5)	67 (3)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	8 (1)	5 (0)	4 (1)	5 (0)
Płonica	291 (7)	230 (7)	281 (8)	224 (6)
Błonica	196 (13)	199 (8)	201 (13)	162 (10)
Zapal. op. mózgu	18 (3)	11 (5)	16 (7)	11 (2)
Odra	230 (4)	248 (3)	426 (3)	266 (2)
Róża	61 (3)	69 (4)	81 (4)	63 (4)
Krztusiec	57 (8)	61 (2)	77 (2)	58 (8)
Malarja	3 (1)	4 (0)	3 (0)	7 (0)
Posoczn. połóg	29 (5)	35 (3)	24 (3)	16 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	433 (0)	638 (0)	370 (0)	472 (0)
Wąglik	1 (0)	0 (1)	0	1 (0)
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	5 (0)	3 (1)	3 (0)	0
Wścieklizna	0	0	0 (1)	0
Zatr. jad. kiełb.	(0) 1	1 (0)	52 (1)	5 (0)
Chor. Heine-Medina	0	0	1 (0)	0
Twardziel	3 (0)	0	4 (0)	3 (0)
Inne choroby zakaźne	108 (3)	71 (4)	69 (7)	58 (3)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— VIII Wycieczka Naukowa do Włoch zorganizowana przez „Enit“; (Ente Nazionale Industrie Turistiche); odbędzie się w dniach 18 września do 2 października 1931 r. i obejmie Rzym, Neapol, Capri, Sorrento, Amalfi, Taormina, Acireale, Palermo.

Wycieczkę prowadzić będzie Prof. Guido Ruata, przy czym do dyspozycji uczestników (tylko lekarzy i najbliższej rodziny) oddany będzie na cały czas wycieczki specjalny pociąg I klasy.

PP. Lekarzem polskim udziela wszystkich bliższych szczegółów oraz przyjmuje zapisy

Ambasada Kr. Italji
Delegat „Enit“ na Polskę Dr. Menotti Corvi
Warszawa, Plac Dąbrowskiego 6.

Termin zapisów upływa z dniem 15-go lipca r. b.

— Nr. 11-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi następujące artykuły: „Dziecko zahartowane a dziecko zaniedbane“ M. Beniślawskiej, „Mama a ja?“ J. Korczakowskiej. Ważne drobniaki, „Co zabrać na letnisko?“ J. Ładzińskiej, „Odżywianie dzieci w dnie upalne“ M. Morzkowskiej, „Hartowanie powietrzem i słońcem“ Dr. H. Niemczyckiej, „Matka w roli pielęgniarki“ Dr. M. Kłosińskiej „Nasze dzieci“ (szkodliwe skutki przesady) H. S. Forma bibułkowa, arkusz wzorów, dział mód i zabawek oraz odpowiedzi Redakcji uzupełniają numer bogato ilustrowany zdjęciami dzieci czytelników.

— Nr. 5 miesięcznika „Wiedza i Życie“ zawiera: Karol Husarski. O duchu i budowie utworu dramatycznego. Dr. Józef Górski. Ochrona praw autorskich. Dr. Anna Minkowska. Fryderyk Wilhelm Foerster. Mieczysław Waluś. Auta i muły, drapacze nieba i kalendarz. W. Masalski. Gospodarka wodna i meljoracje. Barski. Panoropa czy Mitteleuropa? Dr. Janina Hossiassonówna. Studja uniwersyteckie w Cambridge. M. Berwicz. Szkolnictwo w Rosji Sowieckiej. Ponadto: Sprawy Polskie i wiadomości z dziedziny życia kulturalnego.

SKRZYNIKA ZAPYTAŃ.

PYTAŃIA:

1) W jaki sposób stwierdza się wściekliznę u psa podejrzanego i przez kogo wykonywa się ta czynność w Warszawie i na prowincji?

W. Knappe w Warszawie.

2) Na podstawie jakiego materiału układa się u nas urzędową statystykę wścieklizny psów?

W. Knappe. Warszawa.

ODPOWIEDZI:

1. Wściekliznę u psa stwierdza się na podstawie objawów klinicznych, których zespół podajemy w odpisie, zaczerpniętym z popularnego pouczenia, dołączonego do ustawy o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych:

„Wścieklizna jest chorobą zakaźną, szybko przebiegającą, wywołaną przez dotychczas nieznaną zarazkę, a kończącą się zazwyczaj śmiercią. Choroba ta jest właściwa: psom, wilkom, kotom i lisom, jednak przeważnie przez ukąszenie może udzielić się wszystkim innym zwierzętom ciepłokrwistym, a także ludziom. Ślina zwierząt wściekłych, która przy ukąszeniu przez wściekłe zwierzę wnika do rany, wywołuje u pokąsanego wściekliznę. Pokąsanie części ciała, pokrytej odzieżą, niezawsze wywołuje zakażenie, gdyż ślina kąsającego zwierzęcia może zatrzymać się na odzieży. Tak samo przy znacznie krwawiących ranach ślina może spłynąć z krwią i zakażenie wtedy może nie nastąpić.

Objawy chorobowe występują zazwyczaj w ciągu pierwszych 2-ch miesięcy po zakażeniu, a mianowicie u psów po 2—8 tygodniach; u młodzieży objawy choroby występują zazwyczaj wcześniej (10 dni), aniżeli u zwierząt starszych. Okres ten u wymienionych zwierząt może się przedłużyć do kilku, a nawet kilkunastu miesięcy.

U psów wściekłych zauważa się przedewszystkiem zmianę w zwykłym zachowaniu się; psy dotychczas spokojne i posłuszne stają się niespokojne, ponure, złośliwe, liżą zagojone oddawna miejsca ukąszenia, zmieniają często miejsce, wtulają ogon pod siebie. Od czasu do czasu występują objawy zaburzenia psychicznego, halucynacje, polegające na wykonywaniu czynności fikcyjnych, jako to: łapanie nieistniejących much w powietrzu, lub rzucanie się na nieistniejące osoby i zwierzęta; wreszcie następują napady szaleństwa, po których psy uspokajają się, lecz wtedy każdy szelest lub dotknięcie się psa może wywołać nowy napad szaleństwa. Głos staje się ochrypły przechodzący w wycie, pies kryje się po ciemnych kątach, traci apetyt i objawia skłonność do polykania niejadalnych przedmiotów (wióry, szmaty, słoma, trawa, kamienie, patyki i tp.), oczy nabiegają krwią, wzrok staje się mętny i groźny. Przytem psy objawiają chęć do ucieczki, wałęsania się i kłapania, rzucają się na martwe przedmioty, zwierzęta lub ludzi. Napady szaleństwa wybuchają coraz rzadziej i trwają coraz krócej, następnie występują porażenia krtani, szczęki dolnej i zadu; psy nie mogą łykać, mają pysk otwarty, język wywieszony, z pyska obficie płynie ślina; w 5—8 dniu albo później w 10 dniu choroby następuje śmierć.

Przy t. zw. wściekłości spokojnej napadów szaleństwa nie zauważa się i występuje głównie bezwład, a po 2—5 dni śmierć.

Do stwierdzenia wściekliczyny u psa powołani są w pierwszym rzędzie powiatowi lekarze weterynaryjni. W chwili obecnej w Warszawie mamy 3-ch powiatowych lekarzy wet. przy poszczególnych Starostwach Grodzkich:

1. Warszawa Południe, ul. Wiejska 16,
2. Warszawa Północ, ul. Długa 31,
3. Warszawa-Praga, ul. Szeroka 22.

2. Urzędową statystykę wściekliczyny psów układa Ministerstwo Rolnictwa na podstawie „wykazów zaraźliwych chorób

zwierzęcych”, nadsyłanych przez poszczególne Województwa 2 razy na miesiąc.

Dr. J. Brill.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17.VI. Towarzystwo Okulistów Polskich. Oddział Warszawski.

1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 20.V.1931 r.
2. Pokazy chorób:
 - a) Dr. A. Ślusowska. Przypadek odklejenia siatkówki operowany wg. Gonina.
 - b) Pułk. Dr. K. Karnicki. Pokaz preparatu nowotworu powieki.
3. Odczyty:
 - a) Drzy L. Michniewiczówna i A. Wieczorek. Bakteriologiczne badanie łącznicy przed operacjami na gałce ocznej.
 - b) Dr. M. Zachert. Ankieta w sprawie jaglicy początkowej u dzieci.

17.VI. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy:

1. Turyn i Szamesówna (mag. chem.) z oddziału Dr. Lewina i z pracowni chemicznej szpitala dla Starozakonnych): Przyczynek do poznania flory bakteryjnej żołądka.
2. Saidman: pokaz preparatów. a) Obliteratio oesophagi u noworodka. b) Przyp. wgłobienia jelit na tle uchyłka Meckel'a. 3. Z oddziału Dr. Lubelskiego Szpitala na Czystem. a) Lubelski i Pomper: Przypadek wrzodziejącego zapalenia kiszki grubej z taktoraemią (bacillus feecalis alcalogenes) wyleczony autoszczepionką. b) Kigiel i Luxenberg: Przypadek rany klutej żołądka (pokaz chorego). c) Lubelski. Zespolenie żołądkowo-jelitowe w przypadku zatrucia kwasem solnym (pokaz chorego).

Odczyt:

K. Szokalski. Diagnostyka i semiotyka biegunek.

20. VI. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. J. Roguski i B. Sabat. Przypadek chrząstki połowiczej (chor. Ollier'a).
2. E. Żera. Przypadek zapalenia wysiękowego opłucny u luetyka, prawdopodobnie na tle kiłowym.
3. J. Nusbaum. Rzadki guz żołądka.
4. K. Dąbrowski i J. Huszczykówna. Rozwój ogniska Assmanowskiego u kobiety ciężarnej.
5. K. Dąbrowski, M. Werkenthinówna i J. Iwaszkiewicz. Przypadek ropnia podprzeponowego o umiejscowieniu przednim.

TREŚĆ: H. i L. HIRSZFELDOWIE. Odporność ustrojów młodych (dok.) — M. SAIDMAN. Metoda cholecystogastrotomji za pomocą protezy magnezycwej. — S. EDELMAN. O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpielii. — J. STEIN. Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. RUTKOWSKI. Zarys rozwoju chirurgji (C. d.) — Z. SREBRNY. British Medical Association w sprawie angielskiej służby zdrowia. — Wiadomości bieżące. — Skrzynka zapytań. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. et L. HIRSZFELD. L'immunité d'organismes jeunes (fin.). — M. SAIDMAN. Une méthode de cholecystogastrotomie au moyen d'une prothèse de magnésium. — S. EDELMAN. La valeur thérapeutique de Truskawiec et les principales indications pour ses sources et bains. — J. STEIN. Anatomie pathologique de la tuberculose d'après les nouvelles recherches (Rev. gén. suite). — S. SREBRNY. L'Association des médecins de la Grande Bretagne (British Medical Association) au sujet du service médical anglais.

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.—

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

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

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