

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok IX

WARSZAWA, 18 SIERPNI 1932 R.

Nr. 33

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O objawach nerwowych w gruźlicy utajonej oraz o t. zw. reumatyzmie gruźliczym.

Podąa

Natalja ZANDOWA (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 31 - 32).

Co się tyczy stawów, to artralgie cechują, jak powiedziano, bóle przemijające bez wyraźnych zmian anatomicznych.

Reumatyzm stawowy ostry wyraża się obrzękiem stawów, nie różniącym się zresztą niczem od reumatyzmu zwykłego. Zazwyczaj cierpienie wybucha w okresie wylegania się gruźlicy narządów wewnętrznych. Jakkolwiek żaden okres zakażenia gruźliczego nie jest obwarowany przed możliwością reumatyzmu stawowego, to jednak najczęściej widywano go w gruźlicy utajonej.

Zarówno duże, jak i małe stawy mogą być ogarnięte przez cierpienie.

Przy każdym świeżem umiejscowieniu choroby zjawia się podskok ciepłoty ciała.

Przebieg cierpienia, zdaniem autorów francuskich, polega zazwyczaj na pierwszym napadzie zapalenia stawów, poczem wszystkie objawy cofają się, by po pewnym czasie powrócić i trwać przez całe miesiące.

Niekiedy jeden lub kilka stawów zmienia wygląd i ze stanu zwykłego zapalenia przechodzi w stan ropny lub grzybowaty (*fungosa*).

Postać przewlekła różni się od ostrej i podostrej tem jedynie, iż obrzękłe stawy nie powracają do normy, lecz po każdym zmęczeniu wchodzi znow w okres ostrego, krótkotrwałego zapalenia, dając w końcu zniekształcenie naskutek zaników powierzchni stawowych albo naskutek ich rozrostu (*hyperostosis*).

Podczas gdy postaci ostrej i podostrej najczęściej dotyczą osobników młodych, postać przewlekła, zniekształcająca, jest udziałem osób starszych. Francuscy klinicyści obliczają, iż u 20% gruźlików istnieją zaburzenia stawowe typu reumatyzmu gruźliczego, zaś połowa wszystkich przypadków *arthritis deformans* ma za tło zakażenie gruźlicze.

O patogenezie gruźliczej tej postaci choroby świadczą liczne dowody, a więc: płyn, pobrany ze stawów schorzałych, niejednokrotnie zakażał świnki morskie (Dor, Dieulafoy, Griffon, Barbier, Delbet i in.). Dalej stwierdzono, iż tuberkulina Kocha, podawana chorym w celach leczniczych, wywoływała niejednokrotnie stan zapalny stawów (Lannelongue, Milian).

Oprócz wymienionych dowodów klinicznych istnieją laboratoryjne, a mianowicie króliki, zakażane gruźlicą, wykazują nieraz stan zapalny stawów bez zmian swoistych.

Ten brak zmian gruźliczych klasycznych jest cechą charakterystyczną dla reumatyzmu gruźliczego i u ludzi.

Co się tyczy zagadnienia, czy zmiany stawowe są wywołane przez jad gruźliczy czy też przez sam zarazek, to odpowiedź nie jest jasna do obecnej chwili.

Niektóre fakty przemawiają za ostatniem przypuszczeniem, a mianowicie to, iż płyn stawowy może zakażać świnki morskie oraz, że od czasu do czasu staw ze stanu li tylko zapalnego przechodzi w stan klasycznego gruźliczego owrzdolenia.

Jednakże doświadczenie kliniczne, wskazujące, że podawanie tuberkuliny Kocha może spowodować obrzęki i wysięki stawowe, przemawia za tem, że mogą istnieć postaci chorobowe, zależne li tylko od jadu gruźliczego, wysylnego do krwiobiegu przez zarazki, bujające zdala od stawu.

Ostatnio zaczęło przeważać zdanie (Paissea u i Oumansk y), że postać reumatyczna gruźlicy zależy od zarazka przesylnego, nie dającego zmian swoistych w miejscu zakażenia. Czy przypuszczenie to ostoi się wobec dalszych badań kliniczno-laboratoryjnych, przyszłość pokaże. Narazie nie należy zapominać o przypadkach, w których artralgie kręgosłupa po latach trwania i nawrotach przeobrażają się w końcu w klasyczne cierpienie Potta (Bezancón, Bernard i Célíce). Przypadki te wymagają wyświe tlenia, jaki istnieje stosunek zarazka poprzedniego do następnego.

Całe zagadnienie reumatyzmu gruźliczego skomplikowało się jeszcze bardziej w następstwie badań Löwensteina, który wykrywał laseczniki Kocha

we krwi chorych na reumatyzm stawowy. Coprawda, badań tych nie zdołali potwierdzić inni badacze, jednakże rzecz wymaga dalszej kontroli.

Meyerowi (Med. Klin. 1932, Nr. 4) udało się powtórzyć badania Löwensteina z wynikiem dodatnim, lecz wynik dodatni był również i w stwierdzeniu rozsianem, w ośpieniu wczesnym itd. Autor zatem w konkluzji sądzi, że pewne choroby uruchamiają zarazek Kocha, tkwiący w ustroju.

Na zakończenie przytoczyć należy opinię Bezana, który jeśli nie wszystkie, to pewne objawy stawowe kładzie na karb odczynu miejscowego, wywołanego przez rozpad ciał proteinowych, jak to ma miejsce w chorobie posurowiczej.

Rozpoznanie reumatyzmu gruźliczego jest możliwe jedynie w związku z całością wywiadów i drobnych szczegółów obrazu klinicznego, jak: niezbyt wysokie podskoki ciepłoty ciała, odporność na leczenie salicyłem, pogorszenie przy nazbyt intensywnych metodach leczniczych.

Poncet i Leriche nie wahają się wypowiedzieć zdanie, iż lekarz w obliczu przypadku reumatyzmu winien przede wszystkim pomyśleć o naturze gruźliczej cierpienia i dopiero, wykluczwszy reumatyzm gruźliczy, pomyśleć o innym rozpoznaniu. Podobne twierdzenie mieści w sobie niewątpliwie pewną dozę przesady, lecz przesada ta jest pożyteczna, gdyż podkreśla konieczność poważnego liczenia się z reumatyzmem gruźliczym.

Rokowanie zależy od tysiącznych warunków, jak zresztą w każdej gruźlicy, naogół jednak nie jest zbyt poważne. Poncet i Mailand sądzą, że jedynie lekkie zakażenia u osobników odpornych realizują postać reumatyczną, wyleczenie więc w tych warunkach nie jest niemożliwe.

Leczenie musi być przedsięwzięte wcześniej i polegać na podniesieniu stanu ogólnego dzięki odżywianiu, środkom wzmacniającym i na helioterapii.

Zabiegi miejscowe na stawach winny się ograniczyć do niezbędnego *minimum*: do oszczędzania stawów, naświetlania światłem słonecznym lub lampą kwarcową, do stosowania maści kojących. Gipsowanie stawów nie jest naogół wskazane.

* * *

Mimo częstotliwości cierpienia, jak to zaznaczają klinicyści francuscy, u nas jest ono rozpoznawane nader rzadko, zaś błąd dajagnostyczny i opaczne leczenie pociąga za sobą fatalne skutki. Tak było w pierwszym przypadku, gdzie mimo natury gruźliczej chory był traktowany zastrzykiwaniami preparatów białkowych (mleka, omnadiny etc.), przeciwwskazanych w tego rodzaju cierpieniu. Podobnie też działo się i w przypadku drużym, którego opis przytaczam poniżej.

40-letnia pacjentka, ciesząca się względnie dobrem dotąd zdrowiem, zaczęła odczuwać bóle stawowe, traktowane przez nią i przez lekarzy, jako bóle artretyczne.

Wywiady wskazują, iż pomiędzy 18—25 rokiem życia chora miała silnie powiększone gruczoły chłonne na szyi, imponujące nawet przez czas pewien, jako limfogramulomatoza. Dolegliwość minęła i pacjentka, prowadząc życie higieniczne i nie pracując zupełnie, nigdy nie była poddana próbie sił.

Ostatnio przez szereg lat chora miała bardzo złe warunki mieszkaniowe, gdyż była pozbawiona słońca i światła. W styczniu 1930 r. wciągnęła się w pracę ręczną, wymagającą wysiłku palców prawej dłoni. Praca przeciągała się nieraz do późna

w nocy. Po kilku już miesiącach chora zaczęła odczuwać bóle w prawej kończynie górnej, ogarniające dłoń, przedramię aż do łokcia. Bóle przeważały w nocy. Jednocześnie wystąpił obrzęk drobnych stawów 3-go i 4-go palca prawej ręki.

Latem 1930 r. chora była skierowana do Biarritz, gdzie, jako artretyczka, miała zalecone kąpiele solankowe. Pobyt na południu dał wyraźną poprawę. Jednak już w styczniu 1931 r. bóle i obrzęki stawów palczkowych powróciły i dołączyły się do nich bóle w palcach stóp. Wiosną tegoż roku bóle stóp i palców u nóg nasiliły się do tego stopnia, iż chora nie była w stanie chodzić i musiała stale jeździć. Szczegół znamieny: kilkunastogodzinne wystawianie nóg na działanie słońca wpływało tak dodatnio na nią, że po takim zabiegu mogła przejść z Alei Ujazdowskich do śródmieścia pieszko, podczas gdy do Alej nie mogła w żaden sposób dostać się na własnych nogach. W tymże czasie pojawiły się dokuczliwe poty nocne. Ciepłoty ciała chora nie kontrolowała, nie może przeto dać żadnych wyjaśnień co do niej.

Latem 1931 r. chora była skierowana na kurację do Buska. Leczenie było prowadzone bardzo energicznie. Na szczęście dla chorej trafiła w Busku na słoneczne pogody. Wróciła do Warszawy w stanie zadawalającym. Jednak wkrótce już po powrocie z Buska zajęły się nowe stawy, a mianowicie oba stawy barkowe. W tym też czasie chora zaczęła odczuwać ból w nerwie kulszowym prawym i bóle w dłoniach tak silne, że uniemożliwiały jej pisanie.

W sierpniu i wrześniu 1931 r. chora miała ciężkie przeżycia moralne i od tej chwili datuje się gwałtowne pogorszenie. Chora szybko traciła na wadze, bóle stóp stały się nie do zniesienia. Lekarz zalecił energiczną kurację, która też była przeprowadzona w październiku i listopadzie. A więc chora otrzymała 18 zastrzyknięć alivalu domięśniowo, co drugi dzień mięsienie ogólne oraz co 2-gi dzień naświetlanie lampkami elektrycznymi. Poza tem do wewnątrz kalomel, bismut i salicył.

Stan chorej stale pogarszał się, ciepłoty w dalszym ciągu nie mierzono. W grudniu chorej zalecono atofanyl dożylnie oraz kutiwakcynę doskórnie.

W tym czasie wystąpił ból i obrzęk lewego kolana. Narada z chirurgiem dała w rezultacie nakaz mierzenia ciepłoty ciała, która wykazała stałe wzniesienia do 37⁴ — 37⁶. Chorej zastosowano zastrzyknięcia laktosterilu oraz unieruchomiono kolano bandażem gipsowym. Ten ostatni zabieg nie był tolerowany, gdyż silny ból podyktował chorej rozcięcie bandaża już po 24 godzinach.

Kolano brzękło coraz więcej, wszystkie prawie bez wyjątku stawy bolały już to przez dłuższy, już to krótszy przeciąg czasu.

Kiedy po raz pierwszy zobaczyłam chorą w połowie lutego r. b., stan jej był oślakany: woskowe zabarwienie powłok skórnych, zwiotczenie mięśni i tętno drobne mówiły o ciężkim schorzeniu ogólnym. Zajęcie stawu kolanowego prawego o typie *tumor albus* uniemożliwiało chorej posługiwanie się kończyną dolną lewą. Bóle we wszystkich stawach kręgowych oraz w stawach barkowych czyniły chorą bezradną nawet w łóżku, gdyż nie była w stanie przewrócić się z boku na bok lub zmienić pozycję leżącą na siedzącą. Ostatnimi dniami zaalarmowały ją silne bóle na mostku.

U chorej rozpoznałem Poncetowską postać reumatyzmu stawowego i zaleciłem niezwłoczny wyjazd do Otwocka. Pod wpływem leczenia klimatycznego i forsownego odżywiania stan jej znacznie poprawił się, ciepłota ciała obniżył się do 37° — 36⁹. Stawy stały się mniej bolesne, zaczęła chodzić o własnych siłach. Odczyn Pirquet'a u chorej dał wynik dodatni. Badanie krwi nie wykazało wyraźnych odchyleń od normy. Rtg. płuc wykazał zamglenie obu szczytów i powiększenie cieniów wewnętrznych. Rozumie się krótki przeciąg czasu leczenia nie pozwala jeszcze mówić nic decydującego o jego wyniku. W kaz-

dym razie niema tego pogorszenia, jakie cechowało leczenie anty-artretyczne.

W przypadku tym zmiany w stawie kolanowym lewym o typie *tumor albus* oraz cały rozwój choroby przemawia za tłem gruźliczem.

Istotnie P o n c e t podaje, że postać podostra reumatyzmu stawowego gruźliczego może pojawiać się jako pierwszy objaw zakażenia lasecznikami K o c h a. Remisje notowane u naszej chorej po każdym pobycie w miejscowości klimatycznej, należą do obrazu reumatyzmu gruźliczego. Bezskuteczne leczenie salicyłem potwierdza również rozpoznanie.

Rokowanie w danym przypadku wydaje mi się pomyślne ze względu na długotrwały przebieg i skłonność do poprawy za każdym razem, kiedy chora znalazła się w warunkach przyjaznych.

Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze kilka przypadków, których nie podobna zrozumieć, o ile nie wziąć w rachubę reumatyzmu gruźliczego stawowego i pozastawowego.

Jeden z nich o przebiegu wybitnie przewlekłym dotyczy 42-letniej kobiety, cierpiącej od lat 4-eh na silne bóle w kończynach dolnych, zwłaszcza w obrębie nerwów kulszowych. W 16 r. życia przechodziła zapalenie płuc. W 3 lata potem — krwiopłucie i kaszel, leczony w ciągu 18 lat.

W 25 r. życia odczuła poraż pierwszy silny ból wzdłuż nerwu kulszowego prawego. Podobno po jednym zastrzyknięciu do nerwu ból ustąpił na przeciąg lat 2. Po tym czasie nawrót bólu i znowuż po zastrzyknięciu poprawa, trwająca lat 8. Trzeci nawrót bólu 4 lata temu, trwający do chwili obecnej. Tym razem zabieg L a n g e g o nie dał żadnej poprawy. W styczniu 1929 r. chora zaczęła odczuwać ból również i w lewym nerwie kulszowym. Wtedy skierowałam ją na oddział d-ra F l a t a u a, podejrzewając sprawę gruźliczą w kręgach, tembardziej, iż *symphysis sacro-iliaca dex.* wydawała się nieco wygórowaną. W szpitalu stwierdzono odczyn P i r q u e t a — wyraźnie dodatni (+ + +).

St. pr. Obu kończyn dolnych unieść nad pościelami nie może, gdyż doznaje wtedy bólu w prawym podbrzuszu i w krzyżu. Wyprostowanej prawej kończyny zgiąć w stawie biodrowym nie może z powodu bólu w stawie i jednocześnie wzdłuż całego nerwu kulszowego. Przy próbie pięto-kolanowej pojawia się ból w lewej łydce i w kolanie. Ból w krzyżu często miał charakter opasujący, był napadowy i tak dokuczliwy, że chora nie mogła sobie dać rady.

Rozpoznano u niej wtedy „*radiculitis tuberculosa*“, jakkolwiek płyn mózgowo-rdzeniowy był całkowicie prawidłowy.

Leczenie promieniami R o e n t g e n a, lampą kwarcową, światłem i ciepłem elektrycznym dało nieznaczną poprawę. Ciepłota ciała, początkowo sięgająca do 38°, zbliżyła się do normy.

Od tego czasu cierpienie chorej nie ulegało większym zmianom: pobyt na letnich wywczasach daje zawsze poprawę, zaś powrót do pracy (jest służącą) sprowadza bóle wzdłuż nerwów kulszowych oraz w obrębie wszystkich stawów kończyn dolnych.

Przypadek ten, nie typowy zarówno dla rwy kulszowej, jak i dla *radiculitis tuberculosa sensu strictiori*, musi należeć do rzędu t. zw. reumatyzmu gruźliczego.

Inny przypadek dotyczy 9-letniej dziewczynki, która ostatnio zaczęła się skarżyć na ból w stawie barkowym lewym. Historia choroby brzmi jak następuje: w niemowlęctwie przechodziła *poliomyelitis*, po której pozostało wychudzenie barku lewego. Dwa miesiące temu zapadła na lekką grypę, po której przez czas dłuższy pokasywała. Konsultowana zaleciłam na

świecenie lampą kwarcową. Po 3-em naświetlaniu matkę zaalarmowały bóle w stawie barkowym lewym, dotkniętym pozostałością *poliomyelitis*. Badanie potwierdziło dużą bolesność tego stawu przy ruchach i przy uciskaniu, ponadto jednak stwierdziło bolesność na ucisk stawu barkowego prawego, obu spojów obojczykowo-mostkowych oraz punktów nerwowych międzyżebrowych.

Mierzenie systematyczne ciepłoty ciała wykazało podskoki do 37°, rentgenogram dał powiększenie cieniów przyoskrzelowych. Po kilku dniach wszystkie objawy minęły.

Wydaje się najprawdopodobniejszym, iż i tu mieliśmy do czynienia z „reumatyzmem gruźliczym stawowym oraz pozastawowym“ w postaci artralgi i nerwobólów. Cierpienie to zdaniem francuskich badaczy ma być specjalnie pospolite u dzieci.

Powstaje pytanie, jaką rolę przy tem odegrało naświetlanie lampą kwarcową? Związek obu zjawisk w czasie był niewątpliwy. Dalsze spostrzeżenia są niezbędne, by móc rozstrzygnąć, czy nie zachodzi tu fakt podobny do neurorecydywy w przebiegu leczenia kiły metodą swoistą.

Wreszcie ostatni przypadek dotyczy 20-letniego młodzieńca, który zgłosił się do mnie 8 lat temu z powodu silnych bólów kręgosłupa, jakie wystąpiły po kąpielach rzecznych. Podejrzywałam rozpoczynające się cierpienie P o t t a, jednak spostrzeżenie ambulatoryjne rozpoznania nie potwierdziło.

Pacjent zginął mi z oczu i pojawił się powtórnie przed dwoma miesiącami ze skargami natury psychastenicznej: nie może pracować, jest apatyczny i smutny, po całych dniach leży w łóżku, dokuczają mu szereg bólów rozsianych po ciele, silne bóle głowy, a często i kręgosłupa.

Wygląd niezmiernie mizerny pacjenta wzbudził podejrzenie, że mam do czynienia z neurastenją rzekomą. Kontrola ciepłoty ciała wykazała, iż istotnie chory ma stan podgorączkowy, rtgram zaś płuc stwierdził nieznaczne zmiany wierzchołków i wnęk.

Skierowany do Otwocka, chory poprawił się na tyle, iż po miesiącu był zdolny powrócić do pracy, ciepłota ciała powróciła do normy.

Obecny zespół pseudoneurasteniczny gruźliczy wzbudził *a posteriori* przypuszczenie, że przed 8 laty dolegliwość ze strony kręgosłupa polegała na artralgiach gruźliczych u osobnika z gruźlicą utajoną.

* * *

Nie mam wątpliwości, że opracowanie przypadków nie jest dostateczne zwłaszcza pod względem nowoczesnych metod badawczych. Mimo to uważałam, że temat dojrzał o tyle, że winien być tu poruszony przez wzgląd na dobro pacjentów. W rękach odpowiednich klinicyistów będzie on lepiej uwypuklony.

Skierowanie uwagi lekarzy, a nawet samych pacjentów może przynieść dużo ciekawych spostrzeżeń: jeden chory twierdzi, że wie zawsze, kiedy następuje u niego inwazja czynnika chorobotwórczego i rozpoznają się stany podgorączkowe. A mianowicie poprzedza je uczucie nagłej wewnętrznej bezbronności: „jakby się wszystko we mnie zapadło“. Dzieje się to zazwyczaj po przemęczeniu fizycznym lub psychicznym, po długotrwałym pobycie wduszej, niewietrzzonej przestrzeni, po ostrej chorobie infekcyjnej itp.

Niewątpliwie wydać się to może urojeniem chorożego, jednak bliższy wgląd w sprawę przekonywa, że zjawiska takie są możliwe i że mogą być uchwytnie dla introspekcji, jakkolwiek powoływanie się na nie wkra-
ca już w dziedzinę rzec by można „mikrodjagnostyki“, analogicznej do „mikrometod“, obowiązujących w chemji w dobie obecnej.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z kliniki chorób dzieci U. W.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz).

Przypadek ciężkiej nerczycy lipidowej, powikłanej ropnem pneumokokowym zapaleniem otrzewny.

Podali:

M. BUSSEL i S. GRUNDGANDÓWNA (Warszawa).

Przypadek dotyczy dziewczynki 7-letniej, pochodzącej ze zdrowych rodziców. Dziecko naogół nie chorowało. Na pół roku przed chorobą obecną jakoby przechodziło grype. Choroba obecna rozpoczęła się bez uchwytnej przyczyny, powoli, stopniowo narastającymi obrzękami początkowo na powiekach, potem na kończynach dolnych. W drugim tygodniu choroby dołączył się stan gorączkowy, do 38° z bólami głowy oraz bólami krzyża. Po upływie 2 tygodni objawy powyższe ustąpiły, natomiast sprawa zasadnicza posuwała się dalej naprzód: obrzęki stawały się coraz rozleglejsze, dobową ilość moczu zmniejszała się, stan ogólny dziecka uległ pogorszeniu. Dokonane w tym czasie rozbiory moczu wykazywały duże ilości białka, przy wysokim ciężarze gatunkowym. Poszczególne wyniki przedstawiają się następująco:

Data	Ciężar gatunk.	Ilość białka %	Składniki osadu
11.III.31 r.	1,038	4.0	Leukocyty 3—6 w p. widz. Krwinki 2—3 co kilka pól widz. Wałeczki ziarniste 1—2 w p. w. Kilka szklitych w preparacie
18.III.31 r.	1,028	3.0	Leukocyty 8—10 w polu widz. kilka większych skupień Krwinki 1—2 co kilka p. w. Wałeczki szklite 1—2 w p. w. ziarniste 2 w preparacie
25.III.31 r.	1,030	4.0	Leukocyty 8—12 w p. widz. Krwinki pojedyncze w preparacie Wałeczki szklite 1—2 co kilka p. w. Wałeczki ziarniste 2 w preparacie
3.IV.31 r.	1,032	6.6	Leukocyty 5—8 w p. w. Krwinki 1—2 co kilka p. w. Wałeczki szklite 3—5 w p. w. " ziarniste 3—4 w preparacie

Chora pozostawała na djecie bezmięskiej i bezsolnej z ograniczeniem ilości płynów do 600 gr., mimo to poprawa nie następowała, wobec czego po upływie 7 tygodni od wystąpienia pierwszych obrzęków została skierowana do kliniki.

W klinice stwierdzono: stan ogólny niezbyt ciężki; dziecko apatyczne. Ciepłota 37,4° (w odbycie). Tętno 116 na min. miarowe, dobrze wypełnione i napięte. Budowa prawidłowa, wątła. Waga 23 kg. — przekracza o 2 kg. wagę należną dla

danego wieku. Skóra na twarzy wybitnie biała z odcieniem białawym, obrzęki na powiekach, podudziach oraz, szczególnie silne, w okolicy łędźwiowej. Płuca o granicach dolnych nieco uniesionych ku górze, bez zmian wypukowych i wystłuchowych. Serce: granica górna na 3 żebrze, prawa — na prawym brzegu mostka, lewa — w pozycji siedzącej — na 1½ palca nazewnątrz linii sutkowej lewej, w pozycji leżącej — zlewa się z przytłumieniem, idącem od poziomu sutka ku pasze i ku dołowi; (przytłumienie to, jak wynikało z badania jamy brzusznej, prawdopodobnie jest zależne od uniesienia przepony). Tętno czyste. Akcja miarowa. Brzuch wysklepiony nieco ponad normę, pępek płaski. Oporów ani bolesności przy obmacywaniu nie stwierdza się. Wypuk w pozycji pionowej do poziomu pępka bębnowy, poniżej stłumienie, zmieniające się wraz ze zmianą położenia ciała. Obecne chełbotanie. Wątroba i śledziona nie wystają z pod łuków żebrowych.

Przy pierwszym badaniu zatem stwierdzono: *anasarca, ascites, habitus*, typowy dla nerczycy; nieznaczny przerost lewej komory serca. Prześwietlenie rentgenologiczne potwierdziło wyniki badania klinicznego: przepona obustronnie wyżej ustawiona. Kąty przeponowe wolne. Serce — przerost lewej komory.

Rozbiór moczu, dokonany w czasie 17-dniowej obserwacji w klinice, wykazał zmiany dalej posunięte, niż poprzednio; mianowicie, ilość białka większą, ciężar gatunkowy mniejszy, ilość elementów rozpadowych w osadzie bardziej obfita. Przytaczamy poniżej dane szczegółowe:

Data	Waga ciała Kg.	Dobowa ilość moczu	C. g.	Białko %	Składniki osadu
16.IV.31	23.0 kg.	300	1,018	8.25	Leukocyty 30—50 w p. w. pojedynczo i kilka drobnych skupień Krwinki 1—2 co kilka p. w. Wałeczki ziarniste 0—1—3 p. w. Wałeczki szklite — kilka w preparacie
20.IV.31	23.4	300	1,018	9.9	Leukocyty 2—3 do 6 w p. w. pojedynczo Wałeczki ziarniste kilkanaście w preparacie
21.IV.31	23.5	250	1,022	16.5	Leukocyty 3—4 w p. w. Wałeczki ziarniste kilkadziesiąt w preparacie Wałeczki szklite — kilka w preparacie
22.IV.31	23.8	400 (Neptal)	1,022	13.2	Leukocyty 3—4 w p. w. Wałeczki ziarniste — kilka w preparacie Liczne drobnoustroje
23.IV.31	23.8	600	1,022	18.0	Wałeczki ziarniste 0—1—2 w p. w. Wałeczki szklite kilkanaście w preparacie

Data	Waga ciała Kg.	Dobowa ilość moczu	C. g.	Białko ‰	Składniki osadu
24.IV.31	23.3 $\frac{3}{4}$	900	1,020	10.5 ^e	Leukocyty 1 — 2 co kilka p. w. Walczki nerkowe — Drobnoustroje
25.IV.31	22.8	860	1,015	10.5	Walczki ziarniste 0-2-5 w p. w. Walczki szkliste 1—2 co kilka p. w.
27.IV.31	22.6	870	1,021	9.9	Walczki ziarniste 0 — 3 w p. w. Walczki szkliste 0—1 w p. w.
28.IV.31	22.7	300	—	11.5	Walczki ziarniste 5 — 10 w p. w. Walczki szkliste 2 — 3 w p. w. Walczki woskowe 2 — 4 w p. w.
29.IV.31	22.5	600	1,023	11.5	Leukocyty 4—5—6 w p. w. Krwinki czerwone kilka w preparacie Walczki ziarniste 3—4 w p. w. Walczki szkliste kilka w preparacie
1.V.31	—	—	1,026	13.5	Leukocyty 10 — 12 do 15 w p. w. pojedyncze Walczki ziarniste 0-1-3 w p. w. Walczki szkliste kilkanaście w preparacie

Powyższy zespół kliniczny — rozległe obrzęki, obecność wolnego płynu w jamie brzusznej wraz z wynikami rozbiórów moczu przemawiał za nerczycą.

Wobec istnienia nieznacznego przerostu lewej komory, staraliśmy się określić stopień nadciśnienia nerczycowego, ważny ze względu na postępowanie lecznicze.

Mierzone kilkakrotnie ciśnienie krwi wykazało przy pierwszym badaniu wartości nieco wzmożone, przy następnych badaniach — normę:

20.IV.31 r.	Ciśnienie skurcz.	118 mm/Hg;	rozkurcz.	80 mm/Hg
24.IV	"	110	"	80
27.IV	"	105	"	75
28.IV	"	105	"	80

Badanie dna oka zmian nie wykazało.

We krwi stwierdzono ilość mocznika nie przekraczającą normy, równą 0,3‰.

Zatem, należało przyjąć, iż w danym przypadku czynnik naczyniowy współlistnieje w znikomym stopniu.

Poddano ponadto skórę dziecka badaniom kapilaroskopowym. Orzeczenie brzmiało:

Tłó bladorożowe, jednolite; rozłożenie równomierne; długość mniej więcej prawidłowa. Przebieg części tętniczej i części żylniej kręty, szerokość części tętniczej prawidłowa, części żylniej znacznie rozszerzona, wielokrotnie szersza od części tętniczej. Przejście części tętniczej w część żylną znacznie rozszerzone.

W poszukiwaniu przyczyny choroby, badaliśmy krew na odczyn Wassermann — odpowiedź wypadła ujemnie.

Wreszcie w celu bliższego określenia rodzaju zaburzeń, uszkadzających nerki, przedsięwzięliśmy szereg badań, których charakterystyczne wyniki przyczyniły się do ostatecznego ustalenia rozpoznania.

A zatem:

Ilość chlorków w osoczu 5.44 g % (norma 5.0 — 6.0). Ilość chlorków w krwinkach wzmożona 4.09 (górną granicą normy 3.2 g. %). Ilość chlorków, wydalanych z moczem, zmniejszona, równa 3.0 g.‰ (norma 10 — 15).

Czyli upośledzenie wydalania soli, z zatrzymaniem chlorków w tkankach.

Szczególnie znamienne wypadły wyniki badań, które zawdzięczamy uprzejmości dr. St. M u t e r m i l c h a, nad równowagą białkową i lipidową. Mianowicie: Ciśnienie osmotyczne krwi zmniejszone, równe 16 (norma 35—40).

$$\text{Stosunek } \frac{\text{albuminy}}{\text{globuliny}} = \frac{1.75}{1.65} \text{ (norma } \frac{2}{1} \text{)}$$

czyli zwiększenie frakcji globulinowej.

Suma albuminy + globuliny — 3,35% (norma 7), czyli zmniejszenie ogólnej ilości białka w surowicy. Natomiast wyraźne zwiększenie ilości cholesteryny do 3.38 gr. % (norma 1.5—1.7).

Ponadto w moczu olbrzymia ilość ciał dwuatomowych, leżących oddzielnie i w komórkach.

Dane powyższe — hypoproteinemia znacznego stopnia ze zwiększeniem frakcji globulinowej oraz hypercholesterynemia we krwi, której surowica już makroskopowo wykazywała wyraźnie mlecznie zabarwienie, a zwłaszcza obecność ciał dwuatomowych w moczu wyjaśniły, iż mamy w danym wypadku do czynienia z czystą postacią nerczycy lipidowej.

Przypadek niniejszy cechuje się nie tylko istnieniem w pełni typowego zespołu objawów, lecz ponadto godny uwagi jest niezmiernie typowy przebieg choroby, która sama przez się *quo ad vitam* daje dobre rokowanie; jednak zaburzenia, rozgrywające się w nerczycy na terenie całego ustroju, osłabiają odporność na tyle, iż zwykle, jak w naszym przypadku, chory ginie na skutek infekcji pobocznej. Najtypowszym powikłaniem jest ropne zapalenie otrzewny. I to właśnie zjawilo się w końcowym etapie obserwacji. Początkowo sprawa zasadnicza zdawała się ulegać poprawie. Dziecko w pierwszych dniach pobytu pozostawało na diecie węglowodanowo-tłuszczowej z małą ilością białka, następnie z ograniczeniem tłuszczu i zwiększeniem białka, bez soli, ze zmniejszeniem dobowej ilości płynów do 700 gr. Ponadto otrzymywało 5 gr. wapnia, 20 gr. mocznika i 0,1 tyreoidyny dzienne; ponieważ mimo to obrzęki nie zmniejszały się, diureza nie przekraczała 300 gr. na dobę, przeto w 7 dniu obserwacji zastrzyknięto 0,75 Neptalu, po którym diureza wzrosła, utrzymując się przez kilka dni na poziomie 600—800 gr.; jednocześnie obrzęki zmniejszyły się, waga ciała nieco opadła, stan ogólny zmierzał ku poprawie.

Tymczasem w 13 dniu obserwacji zjawila się gorączka 38.4°, jednokrotne nieobfite wymioty, brak łaknienia i nagłe pogorszenie samopoczucia. Następnego dnia ciepłota nadal 38.4°. Dziecko niespokojne. Diureza znów spadła do 300 gr. Tętno słabo napięte i wypełnione. Całą noc nie spało. Trzeciego dnia ciepłota 38.0. Brzuch twardy, wybitny opór mięśniowy, ponadto po stronie lewej brzucha oraz w lewej okolicy lędźwiowej bolesność tak wielka, że dziecko nie znosiło najlżejszego dotknięcia. Tegoż dnia wieczorem — stan ciężki, rysy zaostrome. Tętno słabe. Wymioty. A więc zespół

otrzewnowy; jednakże lokalizacja bólów ściśle po stronie lewej nastęrczała pewne trudności rozpoznawcze. Można było myśleć o jakiejś sprawie ropnej w *paranephrium* lub pod torebką nerkową. Wezwany chirurg dokonał nakłucia okolicy nerkowej — z wynikiem ujemnym. Na czwarty dzień — stan bardzo ciężki, ciepłota spadła do 37°, bolesność po lewej stronie znikła, dziecko pozwala cały brzuch swobodnie obmacywać, lecz powłoki brzuszne są nadal twarde, napięte; wypuk po lewej stronie brzucha stłumiony, idący skośnie poprzez pępek ku stronie prawej. W prawym dolnym i górnym kwadracie wypuk bębenkowy. Stolec zaparty, częste wymioty z domieszką żółci, po przepłókaniu treść żółdka w postaci obfitych ciemno-brązowych mas o przykrym kwaśnym zapachu. Badanie krwi, dokonane tego dnia, wykazało:

Czerwonych ciałek 4.200.000.

Hb — 72%. Wskaźnik zabarwienia 0,8.

Białych ciałek około 20.000.

Wzór:

Obojętnochłonnych segmentowanych 40%.

Obojętnochłonnych pałeczkowatych 32%.

Metamyelocytów 8%.

Eozynochłonnych 0%.

Monocytów 0%.

Plasmacycznych 1%.

Limfocytów 17%.

Wobec tak znacznych zmian we wzorze, następnego dnia badanie hematologiczne zostało powtórzone: krwinki czerwone przeważnie blade, pojedyncze normoblasty i wielobarwne. Płytki nieliczne, brak skupień. Ciałka białe: limfocyty wyłącznie drobne bez ziarnistości azurochłonnej. Eozynochłonnych i monocytów nie znaleziono. Obojętnochłonne prawie wszystkie zmienione toksycznie, a mianowicie: duże niezgrabne jądra z nierównymi zarysami, nierównomiernie rozłożona chromatyna, ziarnistość przeważnie mocno i nierównomiernie zabarwiona, w niektórych komórkach gruba nierówno rozłożona, w zarodki przeważnie brak wakuolizacji.

Limfocytów 16,5%.

Myeloblastów 1%.

Promylocytów 3%.

Myelocytów obojętnochłonnych 7%.

Metamyelocytów obojętnochłonnych 14%.

Pałeczkowatych obojętnochłonnych 48,5%.

Segmentowanych obojętnochłonnych 10,0%.

Eozynochłonnych 0%.

Monocytów 0%.

Hematologicznie rozpoznajemy: leukocytozę obojętnochłonną z daleko posunięciem przesunięciem wlewo i wybitnymi zmianami toksycznymi. Obie cechy powyższe wskazują na sprawę ropną, przyczem obecność zmian toksycznych we wszystkich prawie ciałkach przedstawia się źle pod względem rokowania.

Istotnie, następnego dnia dziecko zmarło, zaś wyniki badania pośmiertnego, dokonanego przez Dr. Półtorzycką, wykazały:

Peritonitis purulenta diffusa. Pleuritis fibrinosa dextra Necrosis lymphoglandulae mesenterialis. Nephrosis adiposa. Hypertrophia concentrica ventriculi sinistri cordis Foramen ovale apertum. Enterocolitis pigmentosa. Infiltratio adiposa hepatis Offuscatio parenchymatosa myocardii Venostasis organorum

W celu możliwego wyjaśnienia tła i ewentualnie punktu wyjścia zapalenia otrzewny, poddano badaniom drobnowidowym narządy jamy brzusznej, ponadto badaniom bakteriologicznym — ropę z jamy otrzewny

oraz masy martwicze z krezki. Z ropy wyhodowano pneumokoki; z mas martwiczych — *bacterium coli*.

Orzeczenie z wyniku badań histologicznych:

Badanie mikroskopowe narządów jamy brzusznej (wątroby, śledziony, nerek, wyrostka robaczkowego oraz gruczołów krezkowych) nie wykazało punktu wyjścia zapalenia ropnego otrzewny; ogniska martwicze w krezce są umiejscowione w tkance tłuszczowej i stoją w związku ze sprawą zapalną w otrzewnie, to samo dotyczy zakrzepów w drobnych żyłach krezkowych. Gruczoły krezkowe — powiększone, mikroskopowo *hyperplasia*. Wątroba — drobne ogniskowe nacieczenia tłuszczowe. Tłuszcz w postaci drobnych kulek. Zastój miernego stopnia. Śledziona — zastój. Niektóre grudki Malpighiego nieco powiększone. Wyrostek robaczkowy — w błonie śluzowej rozplem tkanki ziarninowej oraz nacieki, złożone głównie z limfocytów. Obfite nacieki w błonie surowiczej głównie dookoła naczyń, składające się przeważnie z limfocytów. Grudki chłonne częściowo zniszczone, nabłonek gruczołów martwiczo zmieniony (zmiany pośmiertne?). Rozpoznanie: *appendicitis chronica*.

Nerki. — Barwienie hematoksyną i eozyną.

Kłębuszki dobrze zachowane, w nabłonkach kanalików, głównie krętych, zmiany wsteczne miazszowe i tłuszczowe (tłuszcz w postaci bardzo drobnokształtnych ziarenek). Barwienie metodą Ciaccio: widoczne już przy zwykłym barwieniu drobnokształtne ziarenka barwią się żółto - pomarańczowo i wyglądają jak drobnokształtne kulczki, rozsiane w zarodki nabłonków kanalików — substancje lipidowe. Rozpoznanie: *nephrosis lipidica*.

Opisany przypadek zasługuje na uwagę z kilku punktów widzenia.

A) Ze względu na typowy obraz nerczycy lipidowej:

a) duże uogólnione obrzęki,

b) znaczne obniżenie miana białkowego we krwi,

c) zwiększenie frakcji gruboziarnistej (globuliny) we krwi,

d) obniżenie ciśnienia osmotycznego krwi,

e) zwiększenie znaczne miana cholesteryny we krwi,

f) liczne dwuatomne ciała w moczu,

g) zmiany wsteczne i tłuszczowe w nabłonkach kanalików przy dobrze zachowanych kłębuszkach;

B) ze względu na brak ustalonej etiologii oraz na powikłanie (ropne zapalenie otrzewny), tak częste w nerczycach lipidowych;

C) ze względu na tak znaczne przesunięcie w lewo obrazu obojętnochłonnego aż do komórek macierzystych, które mogło przy powierzchownym badaniu wzbudzić podejrzenie na białaczkę. Przeciwnie przemawiały wybitne zmiany toksyczne, charakterystyczne dla ciężkiej sprawy zakaźnej.

Z I oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie
(Kierownik: Dr. Anastazy Landau).

Studja kliniczne nad skazą krwotoczną.

Podali

Anastazy LANDAU i Włodzimierz HEJMAN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 31-32).

III. Skaza krwotoczna naczyniopochodna. Choroba Henoch-Schönleina.

W r. 1830 opisał Schönlein plamicę, połączoną z bólem i obrzmieniem stawów i nazwał ją

peliosis rheumatica; do tego obrazu dodał H e n o c h w r. 1884 objawy żołądkowojelitowe, jak: wymioty, zwykle krwawe, kolka brzuszna i krwawe stolce, oraz objawy krwotocznego zapalenia nerek.

Choroba H e n o c h - S c h ö n l e i n a stanowi ściśle określony zespół objawów, łączący plamicę z wyżej podanymi objawami stawowymi, nerkowymi i żołądkowojelitowymi; łagodniejsze formy (t. zw. plamicę reumatyczną) cechują wybroczynki, zjawiające się zwykle w okolicach stawów, połączone z bolesnością oraz obrzmieniem dookołastawowym. Całkowity i klasyczny zespół choroby H e n o c h - S c h ö n l e i n a charakteryzuje się poza objawami skórnymi — silnym bólem w okolicy pępka, o charakterze kolki; brzuch jest twardy, wciągnięty, stolec z początku zaparty, szybko ustępuje miejsca krwawym rozvolnieniom; wymioty, zwykle krwawe, dopełniają obrazu chorobowego; w moczu zjawia się białko i krwinki — klinicznie powstają objawy krwotocznego zapalenia nerek. Wybroczyny skórne są zwykle w postaci plamek, otoczonych obwódką zapalną; obok nich zjawiają się nieraz rumienie, bomble pokrzywkowe, guzki krwotoczne, nieraz z martwym środkiem. Choroba przebiega w postaci oddzielnych napadów; czasem kończy się na jednym napadzie, czasem po kilku lub kilkunastu dniach zjawiają się następne. We krwi występuje tylko nieznaczne przesunięcie wzoru w lewo, limfocytoza i eozynofilia (G l a n z m a n n, P f a u n d l e r i v o n S e h t); pozatem obraz krwi jest normalny. Liczba płytek jest normalna lub nieraz zwiększona, czas krwawienia i krzepnięcia w normie, objaw opaskowy często dodatni, jednak w niektórych przypadkach ujemny. Po doskórnym zastrzyknięciu ciał białkowych (alttuberkulina, kazeina i t. d.) możemy otrzymać nowy nawrót choroby; w miejscu zastrzyknięcia występuje obrzęk i naciek krwotoczny, często na dużej przestrzeni; w środku nacieku dojść może nawet do martwicy.

Choroba H e n o c h - S c h ö n l e i n a polega na rozprzestrzenionym uszkodzeniu włosniczek. G l a n z m a n n, dopatrując się podobieństwa do stanów anafilaktycznych, nazwał chorobę H e n o c h - S c h ö n l e i n a, plamicą anafilaktyczną; anafilatoksyna mogłaby być pochodzenia bakteryjnego, co zgadza się z poglądami większości autorów co do infekcyjnej etiologii tego cierpienia. F r a n k, który dawniej przychylił się do teorii anafilaktycznej, ostatnio stwierdza, że teoria ta nie ma dostatecznych podstaw praktycznych, że pozatem anafilaksji zasadniczo obce są objawy krwotoczne. To też F r a n k określa chorobę H e n o c h - S c h ö n l e i n a, jako krwotoczne zatrucie naczyń włosowatych (*hämorrhagische Kapillartoxicose*). Przyczyną choroby H e n o c h - S c h ö n l e i n a jest prawdopodobnie łagodna posocznica o swoistym lub nieswoistym zarazku. F r a n k zwraca uwagę, że w chorobie H e n o c h - S c h ö n l e i n a występuje jakiś jad, powodujący zwiotczenie włosniczek; jadem tym może być histamina, która może powstawać z ciał białkowych w jelitach; wprawdzie histamina prowadzi raczej do przesięków, aniżeli do wysięków, jednak wskutek silnego zageszczenia krwi w zwiotczonych włosniczkach przechodzenie elementów morfotycznych przez ścianę naczyń może być tłómaczone działaniem samego ciśnienia.

D a l e i L a i d l a w²²⁾ za pomocą dożylnych zastrzykiwań histaminy otrzymywali obraz podobny do choroby H e n o c h - S c h ö n l e i n a. Autorowie ci stwierdzali zwiększoną lepkość krwi i prze-

chodzenie osocza z krwi do tkanek; znaczne rozszerzenie włosniczek zmienia, zdaje się, kolloidalny charakter śródbłonek, co pociąga za sobą przepuszczalność włosniczek dla elementów komórkowych. Po podskórnym zastrzyknięciu histaminy D a l e i L a i d l a w otrzymywali obrzęk, zaczerwienienie i pokrzywkę. M ü l l e r²²⁾, badając kapillaroskopowo chorych z zespołem H e n o c h - S c h ö n l e i n a, widział znaczne rozszerzenie i częściowo pokręcenie włosniczek; nigdy tego obrazu nie widział w plamicach małopłytkowych. W i d m e r²³⁾ widział występowanie plamicy po zastrzykaniach surowicy końskiej oraz po zastosowaniu antytoksyny błoniczej. A l e x a n d e r i E y e r m a n n chcą widzieć w chorobie H e n o c h - S c h ö n l e i n a objaw alergii pokarmowej.

F r a n k określa chorobę H e n o c h - S c h ö n l e i n a, jako skazę przesiękowowysiękową, o względnie krwotocznym charakterze. Pierwotnym momentem jest zwiotczenie włosniczek; prąd w kapilarach jest maksymalnie zwolniony. Objawy przesiękowe i wysiękowe są następstwem porażenia włosniczek. Klinicznie odpowiada to całej skali przejść od przekrwień, obrzęków podskórnych do rumieni i guzkowatych nacieków. Częste występowanie objawu opaskowego tłómaczy F r a n k zbieraniem się wskutek zastojów domniemych toksyn.

S e m e r a u i M i s i e w i c z ó w n a zwracając uwagę na szereg czynników, uspasabiających do wystąpienia zespołu H e n o c h - S c h ö n l e i n a i charakteryzując je jako: wrodzoną lub nabytą niewydolność naczyń, chwiejną czynność gruczołów dokrewnych, mechaniczne obciążenie naczyń wskutek długiego stania, wpływy układu nerwowego i t. d. Wpływ czynnika ortostatycznego uwidaczniają spostrzeżenia R a c h o n i o w e j i J a r o s z e w s k i e j²⁴⁾.

W chorobie H e n o c h - S c h ö n l e i n a czynnikiem działającym jest jakiś jad, porażający włosniczki. Objawy skórne, jak przesięki, wybroczyny, martwica, są objawami wtórnymi. Podobne zmiany wykazał S u t h e r l a n d w narządach wewnętrznych. Nigdy, jak podkreśla F r a n k, w chorobie H e n o c h - S c h ö n l e i n a nie ma tylko krwiomoczu lub krwotoku kiszkiowego — zawsze krwotoczne zapalenie nerek lub jelit. Czy działającym czynnikiem jest histamina, czy anafilatoksyna bakteryjna, czy jest to zespół alergii pokarmowej — tego określić nie umiemy.

O ile choroba H e n o c h - S c h ö n l e i n a stanowi stosunkowo łagodny zespół chorobowy, o tyle niezwykle groźnym przebiegiem odznacza się zespół, polegający również na uszkodzeniu włosniczek, a opisany przez H e n o c h a, jako plamica piorunująca (*purpura fulminans*).

Plamica piorunująca charakteryzuje się niezwykle szybkim rozprzestrzenianiem się wybroczyn skórnych, zajmujących wielkie przestrzenie; w ciągu kilku dni, wśród objawów drgawkowych lub śpiączki, następuje śmierć. Krwawień ze śluzówek brak. Choroba ta nagabuje przeważnie dzieci; jest to posocznica, której zarazek poraża wybiórczo układ naczyniowy.

S e m e r a u i M i s i e w i c z ó w n a rozróżniają krwotoczność naczynioporazenną (z zatrucia włosniczek) i naczyniozapalną, charakteryzującą się wyraźnym uszkodzeniem śródbłonna naczyń włosowatych (*endotheliosis septica* H e s s a). Podają oni następujące uzasadnienie wyodrębnienia skazy naczyniozapalnej: jednolity jej charakter bez przejścia w kierunku rumieni i pokrzywki, powolne jej występowanie i

dłuższe trwanie, zmniejszenie liczby wszystkich składników komórkowych krwi, występowanie komórek śródbłonkowych we krwi oraz upóźnienie czasu krwawienia.

Jednak, jak już zaznaczyliśmy na wstępie, brak jest ścisłych objawów klinicznych, któreby pozwalały odróżnić stany naczynioporażenne od naczyniozapalnych; zjawiania się elementów śródbłonkowych we krwi nie można uważać za dostateczną podstawę różniczkoworozpoznawczą, choćby ze względu na wielką niestałość ich występowania (S e m e r a u i M i s i e w i c z ó w n a nie znajdowali tego objawu ani w jednym przypadku).

Dlatego też obie grupy, naszym zdaniem, należy rozpatrywać, jako skazę naczyniopochodną. Zresztą, etjologia ich jest wspólna — posocznicza.

Posocznice przewlekłe (dające rzekomo zespół naczyniozapalny) mogą przeciw działać na szpik, uszkadzając narząd płytkotwórczy; to już tłómaczyłoby nam występowanie objawów małopłytkowych (zmniejszenie liczby płytek, przedłużenie czasu krwawienia, dłuższe trwanie choroby) w przebiegu przewlekłych posocznicy.

Specjalnie posocznica meningokokowa ma skłonność do atakowania naczyń włosowatych; według L e S o u r d a i P a g n i e z a meningokok B daje bardzo często obraz ostrej skazy krwotocznej. Często posocznica meningokokowa daje obraz podobny do plamicy piorunującej; w przebiegu posocznicy dochodzi jednak do martwicy i rozpadu naskórka, powstawania zatorów bakteryjnych i małych ropni w skórze (G r u b e r, H e r z o g, R ö s s l e i P i c k); w plamicy piorunującej H e n o c h a zmian tych brak, występuje tylko przekrwienie, wybroczyny, conajwyżej pęcherze krwawosurowicze. K r e t z ⁸⁾ widział skazę krwotoczną w posocznicy pneumokokowej, znane jest występowanie krwotoczności w posocznicach gronkowcowych, paciorkowcowych, w przebiegu influenzy. L c i n e r i S p i e l e r opisują skazę krwotoczną w gruźlicy prosówkowej. P f a u n d l e r i S e h t w kile, w której wogóle występowanie objawów krwotocznych nie jest rzadkie.

Chcemy obecnie podać kilka spostrzeżeń skazy naczynio - pochodnej.

P r z y p a d e k 1.

Chory W. R., ślusarz, lat 31. Od dziecka łatwo męczy się, przy wysiłkach odczuwa bicie serca i duszność. Od 3 lat duszność jest coraz silniejsza, dołączył się męczący kaszel; od 2 lat ma obrzęki na krzyżu i nogach, które początkowo ustępowały przy leżeniu; od 8 miesięcy nie pracuje. Od kilku dni odczuwa niewyraźne bóle w obu stawach skokowych, zwłaszcza podczas chodzenia, w przeddzień przybycia do szpitala dostał gorączki i dreszczy i zauważył na obu podudziach wysypkę.

Przedmiotowo: Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie średnie. Ciepłota rano 36,6°, wieczorem 38°; tętno 102/min., miarowe, drobne. Oddechów 30/min. Ciśnienie krwi (R i v a - R o c c i) 105/65. Obrzęków brak. Na obu podudziach i stopach gęsta wysypka, składająca się z drobnutkich, gęsto usianych wykwitów wielkości od łepka szpilki do ziarna soczewicy, barwy wiśniowej, nie znikających za uciskiem; niektóre wykwity wystają nad powierzchnię; w okolicy stawów skokowych plamki zlewają się, tworząc plamę brunatnoczerwona.

W płucach: po stronie lewej przytłumienie od VII żebra; z obu stron liczne drobnośluzkowe rżenia wilgotne, liczniejsze po stronie lewej. Zprzodu na całej przestrzeni wdech za-

ostrzony, wydech wydłużony, pod obu pachami liczne drobnośluzkowe rżenia wilgotne, głównie po stronie lewej. Uderzenie koniuszkowe rozlane w VI przestrzeni międzyżebrowej, I palec nazewnątrz od I. sutkowej lewej; granica prawa serca — I palec naprawo od mostka, lewa — I palec nazewnątrz od I. sutkowej lewej; stłumienie lewostronne; w II międzyżebrow — przeszło I palec, w III — w I. przymostkowej lewej, w IV — nieco nawewnątrz od I. sutkowej lewej, w V — w I. sutkowej lewej. Przy koniuszku szmer skurczowy, promieniujący do pachy; drugi ton. W kierunku mostka szmer coraz słabszy, u podstawy 2 tony, 2-gi nad tętnicą płucną akcentowany. Wątroba wystaje zpod łuku żebrowego na 5 palców, tkliwa. Śledziona wystaje zpod łuku żebrowego na 2 palce, twarda; granica górna — VIII żebro.

Badanie moczu: C. g. 1.020; ślad białka; w osadzie: I — 2 wylugowane krwinki w p. widz., I — 3 leukocyty w p. w.

Badanie krwi: hemoglobiny (S a h l i) — 50%, ciałek czerw. — 3.600.000 w mm³, wskaźnik barwny — 0.7; ciałek białych — 12.000 w mm³; objętości — 76% (paleczk. 6%), limf. — 22%, monoc. i przejści. — 1½%, eoz. — ½%; płytek — 140.000 w mm³; czas krwawienia — 6 min., czas krzepnięcia — 6 min., objaw opaskowy — ujemny. Odporność krwinek — H₁ — 0.48, H₃ — 0.30. Bilirubiny we krwi (v a n d e r B e r g h) — 1½ jedn., bezpośrednia próba zwolniona. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi — ujemny.

W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala na prawem przedramieniu zjawiła się wysypka, złożona z małych plamek wielkości łepka od szpilki, nie znikających przy ucisku. Badanie moczu wykazało wówczas: ślad białka, urobilinogen +++ , 15 — 30 świeżych krwinek w p. widz. Po dwóch dniach wysypka na przedramionach zginęła; wysypka na podudziach trwała przez 2 tygodnie, zmniejszając się stopniowo. Objawy płucne również ustąpiły. Ciepłota wahała się przez pierwsze trzy dni pobytu w szpitalu od 36 do 38°, potem od 35,8 do 37,2°.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis chronica; insufficiantia v. lv. mi ralis; hypertrophia et dilatatio cordis sinistri; cirrhosis hepatis cum splenomegalia; broncho; neumonia sinistra inferior; peliosis rheumatica.*

W przypadku przewlekłego zapalenia wsierdzia, w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc, wystąpiła ostra skaza krwotoczna w postaci wykwitów skórnych, wyłącznie w okolicach stawowych, oraz bóle i obrzmienie stawów. Połączenie plamicy z objawami stawowymi, symetryczne jej wystąpienie na dość rozległych przestrzeniach, występowanie w postaci oddzielnych napadów — są to cechy choroby H e n o c h - S c h ö n l e i n a; drugi napad krwotoczności (wysypka na przedramionach) był połączony z wyraźnymi objawami nerkowymi (krwinkomocz), co również należy do zespołu H e n o c h - S c h ö n l e i n o w s k i e g o.

W przypadku powyższym prócz wyraźnego zespołu naczyniotoksycznego był jeszcze dodatek małopłytkowy (zmniejszenie liczby płytek do 140.000 w mm³, przedłużenie czasu krwawienia do 6 min.). Objaw opaskowy był ujemny, co, zresztą, nie należy do wyjątków w chorobie H e n o c h - S c h ö n l e i n a.

P r z y p a d e k 2.

Chory C. W., lat 19, służący. 4 dni temu dostał nagle silnych bólów brzucha i rozwolnienia (10 — 15 płynnych stolców); następnego dnia dołączyły się silne wymioty treścią pokarmową i wodnistą. Od 10 dni krwawi z dziąsł; w przeddzień przybycia do szpitala zauważył krew w stolcach.

Przedmiotowo: wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Ciepłota 36,8°; tętno 100 min., miarowe, niezłe wypełnione, średnio napięte. Oddechów 24 min. Ciś-

nienie krwi (R i v a - R o c c i) 85/40. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej, szyi, twarzy, kończyn górnych oraz w okolicy pośladków liczne wybroczyny, nie znikające za uciskiem, niektóre o charakterze grudek. Dziaśła rozpulchnione, krwawią przy ucisku. Płuca bez zmian. Granice serca: prawa — w l. mostkowej prawej, lewa — nieco nawewnątrz od l. sutkowej lewej; stłumienie lewostronne: w II międzyżebrow — 1½ palca, w III — 2½ palca, w IV — w l. przymostkowej lewej. Przy koniuszku szmer skurczowy piłujący, promieniujący do pachy, nasilający się w kierunku mostka; szmer na poziomie III żebra zmienia swój charakter, nabiera intensywności. Przy koniuszku i u podstawy ślad drugiego tonu. W tętnicach szyjnych: 1-szy szmer, ślad 2-go tonu. W jamie brzusznej: przelewania i bolesność w lewym dole biodrowym; wątroba i śledziona niemacalne.

Badanie moczu: C. g. 1.018, ślad białka, pojedyncze leukocyty w p. widz.

Badanie krwi: hemoglobiny (S a h l i) 100%, ciałek czerwonych — 4.950.000, wskaźnik barwny 1; ciałek białych — 9.000 w mm³; obojętnochł. — 64%, limf. 22%, monoc. i przejśc. — 13%, eoz. — 1%; płytek — 200.000 w mm³; czas krwawienia — 5 min., czas krzepnięcia — 7 min., objaw opaskowy ślad. W kale próby na krew dodatnie. Odczyn WR we krwi +++.

Po 9 dniowym pobycie w szpitalu wypisał się bez objawów. Ciężota wahała się od 36,2 do 37,8°.

U chorego z objawami wrodzonej wady serca (*foramen ovale apertum?*) wystąpiły nagle objawy krwotoczne w postaci wykwitów plamistych i grudkowych, w połączeniu z bólami brzucha, wymiotami i rozwojnieniami (częściowo krwawem). Obraz krwi normalny; liczba płytek w granicach normy; jedynymi odchyleniami od normy — było przedłużenie czasu krwawienia (do 5 min.) i ślad objawu opaskowego. Musimy uważać ten przypadek za zespół H e n o c h - S c h ö n l e i n a bez objawów nerkowych i stawowych. Nagły początek choroby, rozległa plamica, różnorodność objawów skórnych oraz zespół żołądkowojelitowy, przy braku zmian we krwi, aż nadto usprawiedliwiają zaliczenie tego przypadku do skaz naczyniopochodnych. Przypadek powyższy dowodzi, że w zespole H e n o c h - S c h ö n l e i n a brakować może jednej lub nawet paru części składowych; zasługuje na uwagę krwawienie z dziąseł, dość rzadko spotykane w tej odmianie skazy, oraz wydłużenie nieznaczne czasu krwawienia (do 5 min.). Czy podłoże kiłowe odegrało pewną rolę w przygotowaniu terenu chorobowego, jak również w tem, iż zespół H e n o c h - S c h ö n l e i n a jest niecałkowity, trudno na to pytanie z całą pewnością odpowiedzieć.

P r z y p a d e k 3.

Chory B. R., lat 63, kupiec. Od 5 miesięcy odczuwa osłabienie, przy chodzeniu na udach zjawia się plamista, sina wysypka. Wykwity były wielkości małego grochu, nie wystające ponad powierzchnię, niebolesne. Najwybitniej występowały wieczorem, rano znacznie się zmniejszały; badany mocz zawierał 0.45% białka, 1 — 3 krwinki w p. widz., 1 — 2 wałki co kilkanaście p. widz.

3 miesiące temu wysypka zaczęła rozprzestrzeniać się na podudziach i stopach, stale zmniejszając się przy leżeniu. Któregoś dnia chory dostał nagle żywoczerwonej wysypki na podudziach, ciężota wynosiła wówczas 38,7°, badanie moczu wykazało obecność białka i krwinek. Po kilkunastu dniach wysypka znikła; przez 7 tygodni chory czuł się dobrze; kilka dni temu podczas silnego ataku kaszlu odpluł około ½ szklanki płynnej krwi; tego samego dnia zauważył wysypkę na nogach; nazajutrz krwioplucie powtórzyło się.

Przedmiotowo: wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Ciężota rano 36,8°, wieczorem 37,6°; tętno 88/min., miarowe, dobrze wypełnione i napięte; oddechów 18/min.; ciśnienie krwi (R i v a - R o c c i) 145/70. Na podudziach liczne, drobne, czerwono-brunatne plamki, nie znikające za uciskiem, najliczniejsze na skórze grzbietów stóp. Na skórze grzbietu dłoni liczne, drobne plamki barwnikowe; bardzo nieliczne także plamki na przedramionach. Na bocznej powierzchni języka 2 wybroczyny, wielkości ziarna ryżu. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Wątroba niemacalna. Śledziona wystaje spod łuku żeberowego na 3½ palca, twarda. Żrenice i odruchy bez zmian.

Badanie moczu: C. g. 1.013; białko — 0.4%; całe pole widzenia usiane wylugowanymi krwinkami. Badanie krwi: hemoglobiny (S a h l i) — 68%; ciałek czerw. — 4.000.000 w mm³; wskaźnik barwny — 0.85; ciałek białych — 4.500 w mm³; obojętnochł. — 68% (pał. 2%), limf. — 23%, mon. i przejśc. — 8%, eozyn. — 1%; płytek — 245.000 w mm³; czas krwawienia — 5 min., czas krzepnięcia — 19¾ min., objaw opaskowy — słabo dodatni. Mocznika w osoczu — 1,35 gr. w litrze; kwasu moczowego — 85 mgr. w litrze.

Po 6 dniach pobytu w szpitalu krwioplucie ustąpiło, wysypka zbladła; jednak stan chorego stale się pogarszał, zjawily się wymioty, zamroczenie; wypisał się w stanie ciężkim.

Rozpoznanie kliniczne: *Purpura haemorrhagica Henoch-Schönlein;lomerulonephritis chron. in nephrosclerosem vertans splenomegalia.*

Przypadek ten musimy traktować, jako skazę mieszaną; początkowe objawy krwotoczne są niewątpliwie wyrazem skazy naczyniotoksycznej; przemawia za tem: występowanie napadowe, w odstępach, wpływ czynnika ortostatycznego, dodatek elementu nerkowego. Bardzo charakterystyczny jest wpływ czynnika ortostatycznego: chodzenie samo było w stanie wywołać nowy napad plamicy. Na wpływ czynnika ortostatycznego zwraca uwagę R a c h o n i o w a i J a r o s z e w s k a (p. wyż.) — jest to czynnik charakterystyczny dla plamicy naczyniotoksycznej. W chwili, gdy chory zapisał się na oddział, na pierwotną krwotoczną toksykozę włóściczek nawarstwiła się niewątpliwie wtórna skaza niedokrzepliwa, najprawdopodobniej pochodzenia nerkowego (patrz również niżej). W przypadku naszym czas krzepnięcia był przedłużony (19¾ min.). Dodatni objaw opaskowy może występować w skazie naczyniotoksycznej, chociaż nie jest to prawidłem; o ile jednak, jak w naszym przypadku, plamica była również na kończynach górnych, wywołanie zastoju na rękach prowadzić może do nowych wybroczyn (zbieranie się jądów); liczba płytek była normalna, co odpowiada obrazowi toksykozy włóściczek, czas krwawienia lekko przedłużony.

P r z y p a d e k IV.

Chory R. Z., lat 23, od miesiąca skarży się na ból gardła; ciężota dochodziła do 40°, po 2 tygodniach objawy ustąpiły na kilka dni, potem znów powróciła gorączka, bóle w dołku, i zjawily się wymioty, niezależne od jedzenia; od samego początku brzękną mu nogi; zauważył zmniejszenie ilości moczu. Od 4 dni zauważył na całym ciele obfitą wysypkę.

Przedmiotowo: wzrost wysoki, budowa prawidłowa, odżywianie średnie. Ciężota 37°; tętno 62/min., miarowe, dobrze napięte, średnio wypełnione; oddechów 19/min.; ciśnienie krwi (R i v a - R o c c i) — 120/70; obrzęki na stopach. Na kończynach górnych i dolnych stwierdza się liczne plamki wielkości ziarna prosa, barwy różowej, gardło silnie zaczerwienione, rozpulchnione, zwłaszcza tylna ściana gardzieli i jęczyzek. Na łukach liczne szare guzki, wielkości łepka od szpilki i złogi

o charakterze włóknika. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Wątroba wystaje do l. poprzecznej pępkowej, dość twarda, o powierzchni nierównej, drobnoguzkowej, niebolesna; śledziona niemacalna.

Zrenice i odruchy bez zmian. Badanie moczu: C. g. 1.020; białko — 11%; urobilinogen +; całe pole widzenia usiane świeżymi krwinkami i leukocytami, liczne wałki ziarniste i szkliste. Badanie krwi: hemoglobiny (S a h l i) — 87%; ciałek czerw. — 5.100.000 w mm³; wskaźnik barwny — 0.85; ciałek białych — 20.000 w mm³; obojętn. — 88%; limf. — 10%, monoc. i przejśc. — 2%; płytek — 160.000 w mm³; czas krwawienia — 4 min., czas krzepnięcia — 3 min., objaw opaskowy — dodatni. Mocznika w osoczu — 4,5 gr. w litrze; kwasu moczowego — 215 mgr. w litrze; zasób zasad w osoczu (V a n S l y k e) — 24 obj. CO₂. Odczyn WR we krwi+++ . Posiew krwi na buljoni i żółci ujemny.

Chory po 2 dniach wypisał się na własne żądanie w stanie bardzo ciężkim.

Rozpoznanie kliniczne: *Purpura haemorrhagica acuta septica. Glomerulonephritis acuta cum anuria. Uraemia. Pharyngitis acuta septica. Lues III.*

W przypadku powyższym działały aż trzy szkodliwości, z których każda jest w stanie wywołać objawy krwotoczne: niewątpliwie mimo ujemnego posiewu istniejąca posocznica, stan mocznicy, wreszcie kiła. Ostra posocznica daje często, jak wiadomo, obraz krwotoczności naczyniopochodnej, doprowadzić może też do małopłytkowości (w naszym przypadku liczba płytek wynosiła 160.000 w mm³, była zatem lekko zmniejszona). Nie jest jednak wyłączone, że skaza krwotoczna była wynikiem mocznicy; w każdym razie współudział układu naczyniowego (dodatni objaw opaskowy przy braku innych zmian we krwi) jest zupełnie niezaprzeczalny. Stosunek sprawy nerkowej do posocznicy o wybitnym powinowactwie naczyniowym z trudnością u naszego chorego odcyfrować się daje. Nie jest wyłączone, że schorzenie nerek z wybitnym uszkodzeniem kłębuszków jest całkiem świeżej daty i trwa mniej więcej od miesiąca czyli od ostrego zapalenia gardzieli. Rozległe schorzenie kłębuszków przy zjadliwym jego pochodzeniu (najczęściej streptokokowym) może w ciągu paru tygodni doprowadzić do znacznej mocznicy (4,5 gr. mocznika w litrze, zamiast 0.2 — 0.4) i kwasicy (liczba v a n S l y k a 24 obj. CO₂ w 100 cm.³ osocza, zamiast 55 — 65). Mniej prawdopodobne wydaje się przypuszczenie, iż posocznica streptokokowa z krwotocznym uszkodzeniem kłębuszków nawarstwiła się na skrycie przebiegające poprzednie schorzenie nerek.

Badanie skazy krwotocznej w chorobach nerek nie było dotąd przez nas systematycznie przeprowadzane. Poniżej chcemy jednak zestawić badanie elementów skazy krwotocznej w kilku przypadkach schorzeń nerkowych.

W naszych przypadkach krwotoczność ujawniła się dopiero przy wysokim poziomie składników azotowych we krwi (3.5 — 3.8 gr. mocznika w litrze) i charakteryzowała się elementem niedokrzepliwym wraz z dodatkiem naczyniowym. Dalsze badania nad zachowaniem się skazy krwotocznej w chorobach nerek są obecnie przez nas systematycznie prowadzone.

Jako przyczynę krwotoczności w stanach azotocy przyjmują wydzielanie przez śluzówki substancyj amonjakalnych, działających szkodliwie na układ naczyniowy (K r e t z).

Pozostaje nam jeszcze do omówienia zachowanie się skazy krwotocznej w przewlekłych posocznicach, a przede wszystkim w zwalniającym zapaleniu wsierdzia (tablica IV).

T a b l i c a III.

Badanie elementów skazy krwotocznej w chorobach nerek.

Nr.	Nazwisko	Rozpoznanie	Krwotoczność jawna	K r e w		Czas krwawienia w min.	Czas krzepnięcia w min.	Liczba płytek w mm. ³	Objaw opaskowy
				Mocznik gr./litr	Kwas moczowy mgr./litr				
1	B. K.	<i>Glomerulonephritis haem. acuta</i>	brak	0.32	70	1½	2	250.000	ujemny
2	B. B.	<i>Nephrocirrhosis maligna c. hypertensione.</i>	brak	2.1	96.5	2	6	200.000	ujemny
3	A. L.	<i>Nephrocirrhosis chron. malign. Azotemia</i>	krwotoki z nosa i ust	3.5	176	4	18	200.000	dodatni
4	M. G.	<i>Nephrosclerosis maligna. Uraemia.</i>	krwotoki z nosa	3.8	185	3	16	180.000	dodatni
5	S. G.	<i>Nephrocirrhosis chron. Azotemia.</i>	brak	1.5	149	1½	7	100.000	śląd

Niedawno obserwowaliśmy przypadek jawnej krwotoczności w przebiegu mocznicy, zasługujący na szczególne omówienie.

Chory M. S., lat 37. Choruje rzekomo od tygodnia; zaczął odczuwać zmęczenie i ociężałość przy pracy; 6 dni temu dostał nagłe torsyj (wymiotował treścią białą z domieszką żółci); od tego dnia wymiotuje co kilkanaście minut, ma silne zawroty i bóle głowy; podczas urynowania zauważył wydobywanie się krwi ze skrzepikami. Od 2 dni ma stany podgorączkowe (do 37,5°); na rękach i nogach zauważył siniaki oraz podbiegnięcia krwawe po zastrzykiwaniach.

Przedmiotowo: Ciepłota 36,2. Tętno 102/min., mierowe, średnio napięte, słabo wypełnione. Oddech. 18/min. Ciśnienie krwi (R i v a - R o c c i) — 150/115. Zabarwienie skóry ziemiste z odzieniem podżółtaczkowym. Na skórze brzucha liczne podbiegnięcia krwawe, wielkości pięciogroszówek; na obu udach i podudziach podbiegnięcia krwawe wielkości złotówki; na błonie śluzowej lewego policzka brązowy nalot, wielkości ziarna grochu; na twardym podniebieniu wynacynienia wielkości od łepka szpilki, do ziarna soczewicy; krwawienie z dziąseł.

Lewa szpara oczna nieco węższa od prawej; narządy klatki piersiowej bez zmian; tony serca mocne. Wątroba i śledziona niemacalne. Zrenice bez zmian.

Odruchy brzuszne zachowane; brak obu odruchów kolanowych; odruch z prawego ścięgna Achillesa zachowany, po stronie lewej — śląd.

Mocz: C. g. 1.014; białka — 3%, urlgen+; w osadzie 2 — 4 świeże krwinki w p. widz., gdziegdzie skupienia po kilkanaście; 2 — 3 wałki ziarniste w p. widz., 5 — 10 leukocytów w p. widz. 3 — 5 komórek nerkowych w p. widz.

Badanie krwi: hemoglobiny (S a h l i) — 62%, ciałek czerwonych — 2.640.000 w mm³; wskaźnik barwny — 1,1; ciałek białych — 11.000 w mm³; obojętność. 60½% (myelocyt. 3%, metamyeloc. 10%, pałeczki. 18%, segment. 29½%), limfoc. — 29½%, monoc. i przejśc. — 7%, eozynochłon. 2½%, zasadochł. ½%. Wybitna anizo- i pojkilocytoza; nieliczne polichromatofile na preparacie; brak postaci ją-

drzastych. Płytek — 26.400 w mm^3 , czas krwawienia — 30 min., czas krzepnięcia — $8\frac{1}{2}$ min., objaw opaskowy — dodatni.

Ilość mocznika w osoczu — 3,4 gr. w litrze, kwasu moczowego — 220 mgr. w litrze; chloru w osoczu — 2,84 gr. w litrze, w krwinkach — 1.42 gr. w litrze, w krwi całkowitej — 2,48 gr. w litrze; wskaźnik chlorowy krwinek — 0.5; zasób zasad osocza (V a n S l y k e) — 47 obj. CO_2 w 100 cm^3 osocza. Bilirubiny we krwi — 0.8 jednostek V a n d e r B e r g h a; odczyn bezpośredni ujemny. Odczyn WR we krwi — ujemny, cytochology++.

Chory przebył w szpitalu 4 dni. 2-go dnia zjawił się bezmocz, trwający aż do śmierci chorego.

Przez cały czas trwała silna, wzmagająca się duszność, krwawienia z dziąseł i cewki moczowej oraz wybroczyny po zastrzykiwaniach. Chory wymiotował kilkanaście razy dziennie treścią płynną z domieszką krwi; przez cały czas był silnie odurzony, ale przytomny. 2-go dnia pobytu w szpitalu zjawił się szmer tarcia osierdzia, słyszalny nad powierzchnią całego serca; w przeddzień śmierci zjawił się głęboki, głośny oddech o typie oddechu K u s s m a u l a, jednak niemiarowy.

Przypadek powyższy zasługuje na specjalną uwagę ze względu na zespół małopłytkowy, który wystąpił w przebiegu znacznej azocy; jak wiadomo, azocica zazwyczaj idzie w parze ze skazą krwotoczną o typie naczyniowym z ewentualnym dodatkiem niedokrzepliwym. Skaza krwotoczna, zależna od przeładowania krwi związkami azotowymi, ujawnia się zwykle w postaci krwawień śluzówkowych, rzadko natomiast, jako krwawienia skórne.

W naszym przypadku skaza krwotoczna ujawniła się nagle głównie w postaci objawów skórnych i należała do rzędu małopłytkowych (26.000 płytek w mm^3 , czas krwawienia — 30 min.), z dodatkowym elementem naczyniowym, (dodatni objaw opaskowy). Być może, że zespół ten wraz ze schorzeniem nerek wywołała utajona posocznica, zaczem przemawiałaaby mierna leukocytoza (11.000 białych ciałek w mm^3) z przesunięciem wzoru na lewo i obecnością myelocytów. Wystąpienie zespołu małopłytkowego w azocy wskazuje, że skaza krwotoczna w schorzeniach nerek może być różnego typu, a z drugiej strony, że zespół małopłytkowy może być wywołany przez szereg czynników, nawet przez takie, które zwykle posiadają wybitne powinowactwo do układu naczyniowego.

Badaliśmy elementy skazy krwotocznej w 11 przypadkach zwalniającego zapalenia wsierdzia; krwotoczność jawna wystąpiła wyraźnie w 3 przypadkach (nr. 4, 8, i 9, tabl. IV), w 2 w postaci plamicy skórnej, w 1 w postaci krwawień śluzówkowych. W przypadkach tych liczba płytek wynosiła 64.800, 120.000 i 260.000, była więc w 2 przypadkach zmniejszona, czas krwawienia lekko przedłużony (1 raz nawet do 13 minut), krzepliwość naogół w normie, objaw opaskowy wystąpił 2 razy, 1 raz był ujemny.

W innych przypadkach (z brakiem jawnej krwotoczności) liczba płytek była naogół zmniejszona, czas krwawienia naogół w normie, objaw opaskowy ujemny (1 raz dodatni).

Naogół więc możemy stwierdzić, że posocznice przewlekłe wywołują skazę naczyniopochodną z dodatkiem małopłytkowym.

Do skaz naczyniopochodnych należy jeszcze gniliec (krwotoczność awitaminowa). Ze względu na brak odpowiedniego materiału nie będziemy mogli zająć się tą odmianą skazy, jak również i innymi, rzadko spoty-

T a b l i c a I V.

Badanie elementów skazy krwotocznej w zwalniającym zapaleniu wsierdzia.

Nr.	Nazwisko	Liczba płytek w mm^3 .	Czas krwawienia w min.	Czas krzepnięcia w min.	Objaw opaskowy	Krwotoczność jawna
1	A. M.	183 000	$2\frac{2}{3}$	4	ujemny	brak
2	O. M.	176 000	3	10	ujemny	brak
3	W. Z.	180.000	$3\frac{1}{2}$	18	dodatni	pojedyncze wybroczynki w okolicy prawego podbrzusza, wielkości soczewicy, nie znikające za uciskiem. Krwawień brak.
4	F. F.	120.000	13	9	dodatni	krwawienie z nosa; krwawa płwocina.
5	W. A.	150.000	5	8	ujemny	brak
6	C. R.	240.000	5	3	ujemny	brak
7	C. T.	180 000	$3\frac{1}{2}$	7	ujemny	brak
8	J. B.	64.800	$3\frac{1}{2}$	5	śląd	na tułowiu, szyi i kończynach górnych liczne czerwoniśniewe plamki, nieginące za uciskiem.
9	A. Z.	260.000	$4\frac{1}{2}$	1	ujemny	liczne punkcikowate wybroczyny, nie ginące za uciskiem.
10	S. C.	200.000	3	4	ujemny	brak
11	M. R.	250.000	4	5	ujemny	brak

kanemi postaciami krwotoczności (np. *purpura senilis purpura telangiectodes Majocchi*).

W jednym przypadku czerwienicy V a q u e z a ze splenomegalją, powikłanym niedomogą serca, badanie elementów skazy krwotocznej dało wynik ujemny: czas krwawienia — 1 min., czas krzepnięcia — 7 min., liczba płytek — 210.000 w mm^3 , objaw opaskowy — ujemny; morfologia krwi: ciałek czerwonych — 7.200.000 w mm^3 , hemoglobiny — 130%, wskaźnik barwny — 0.9, ciałek białych — 9.600 w mm^3 , obojętność — 84% (paleczk. 1%), limfoc. — 14%, monoc. i przejść. — 2%, jawnej krwotoczności w przypadku tym nie było.

Badanie fizjopatologiczne układu krążenia wykazało wybitne zwolnienie krążenia obwodowego, bowiem przy ilości krwi krążącej 8.840 cm^3 , na 1 kg. wagi — 145 cm^3 , rzut minutowy serca wynosił tylko 1695 cm^3 , (oznaczony według O_2 i CO_2 według wzoru F i c k a); w warunkach normalnych stosunek krwi krążącej do rzutu minutowego wynosi około 1. Przypadek powyższy uczy, iż samo zwolnienie krwi w kapillarach oraz ich znaczne przeładowanie krwią nie jest momentem, wywołującym skazę naczyniopochodną; muszą tu zadziałać jeszcze czynniki toksyczne, działające szkodliwie na ścianę włosniczek.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem **M. GANTZA.**

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Oddziału radiologicznego Szpitala Ujazdowskiego i Instytutu radiologicznego przy ul. Rysiaj Nr. 1 w Warszawie:
(Kierownik: Witold Zawadowski).

Radjodjagnostyka układu wydzielania wewnętrznego.

Podał

Witold ZAWADOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 31 - 32).

Grasica.

Jest narządem wewnętrznego wydzielania, który utrzymuje się w stanie czynnym przypuszczalnie do okresu pokwitania, zwiększając się powoli, poczem ulega zanikowi. Powiększenie i nadmierna czynność grasicy w połączeniu z ogólnym przerostem gruczołów chłonnych odpowiada t. zw. stanowi grasiczo - chłonnemu. Wobec dużego znaczenia klinicznego tego stanu i częstej niemożliwości klinicznego stwierdzenia powiększenia grasicy bardzo często radiologja staje wobec konieczności stwierdzenia rozmiarów tego gruczołu i ewentualnie jego przerostu. U dzieci zdarza się on dość często. Staranne badania radiologiczne, wykonywane na bardzo licznych materiałach (P e r k i n s), wykazały u dzieci do lat 7 powiększoną grasicę w 8,6%, zaś w 4,2% obraz nasuwał podejrzenie powiększenia. Tak obfita liczba powiększeń grasicy ma znaczenie duże, gdyż dzieci, dotknięte nią, są mniej odporne. W razie poddawania ich zabiegom operacyjnym, np. z powodu powiększonych migdałków, trzeba się liczyć z niebezpieczeństwem nagłej śmierci.

W większości przypadków radiologiczne stwierdzenie dużej grasicy u dzieci nie przedstawia trudności, jeśli tylko zostało wykonane staranne prześwietlenie i zdjęcie o bardzo krótkim czasie ekspozycji, najlepiej w pozycji pionowej i w czasie krzyku dziecka, gdyż w tym momencie grasica zwiększa znacznie swoją objętość i łatwiej daje się zauważyć. Cień grasicy pokrywa się w warunkach prawidłowych z cieniem środkowym klatki piersiowej, który u dzieci jest stosunkowo znacznie szerszy, niż u dorosłych. Zawsze jednak cień ten, odpowiadający głównie dużym naczyniom, jest w górnej części zwężony, podczas gdy sylwetka serca zaznacza się jako rozszerzenie, odgraniczone łukami lewej komory i prawego przedsionka. Grasica powiększona (patrz ryc. 9) daje często obraz tego rodzaju, że cień środkowy w górnej swej części tuż poniżej obojczyków posiada prawie tę samą szerokość, co u dołu, i jest odgraniczony lekko łukowatymi linjami, zaś prawidłowe wcięcie po obu stronach w miejscu, odpowiadającym początkowi dużych naczyń, nie istnieje wcale lub jest zaledwie lekko zaznaczone. Inna postać obrazu radiologicznego powiększonej grasicy polega na asymetrycznym rozszerzeniu górnej części cienia środkowego, zwykle ku stronie prawej. Niekiedy rozszerzenie to kończy się ponownym zwężeniem, załamując się pod kątem zbliżonym do prostego. Grasica bywa również czasami bardzo długa i schodzi w przednim śródpiersiu aż do po-

ziomu wyrostka mieczykowatego i przepony, albo też leży po obu stronach sylwetki serca. Ta ostatnia nie wykazuje wtedy tętnienia, co może robić wrażenie wysięku osierdziowego. Niekiedy cień grasicy daje się wtedy odosobnić w prześwietleniach skośnych.

W rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić musimy wrodzone wady serca u dzieci oraz powiększenia gruczołów chłonnych w przebiegu gruźlicy.

W wadach wrodzonych będziemy mogli w kształcie cienia środkowego rozpoznać zawsze część dolną, odpowiadającą powiększonej i zmienionej sylwetce serca z tętniącym zarysem, gdy natomiast cień naczyniowy będzie się zwężał ku obojczykom.

Pakiety gruczołów chłonnych odróżnić się będą typowym ułożeniem głównie w śródpiersiu tylnym, naokoło rozwidlenia tchawicy i głównych oskrzeli, oraz wzdłuż przebiegu tchawicy, natomiast śródpiersie przednie i przestrzeń zamostkowa pozostanie wolna. Dla wykazania tych stosunków niezbędne będzie posługiwanie się zdjęciami profilowymi.

Pewnym objawem różniczkowym będzie również obecność zwapnień, które zjawiają się czasami w gruczołach gruźliczych, oraz stwierdzenie zmian pierwotnych w płucach.

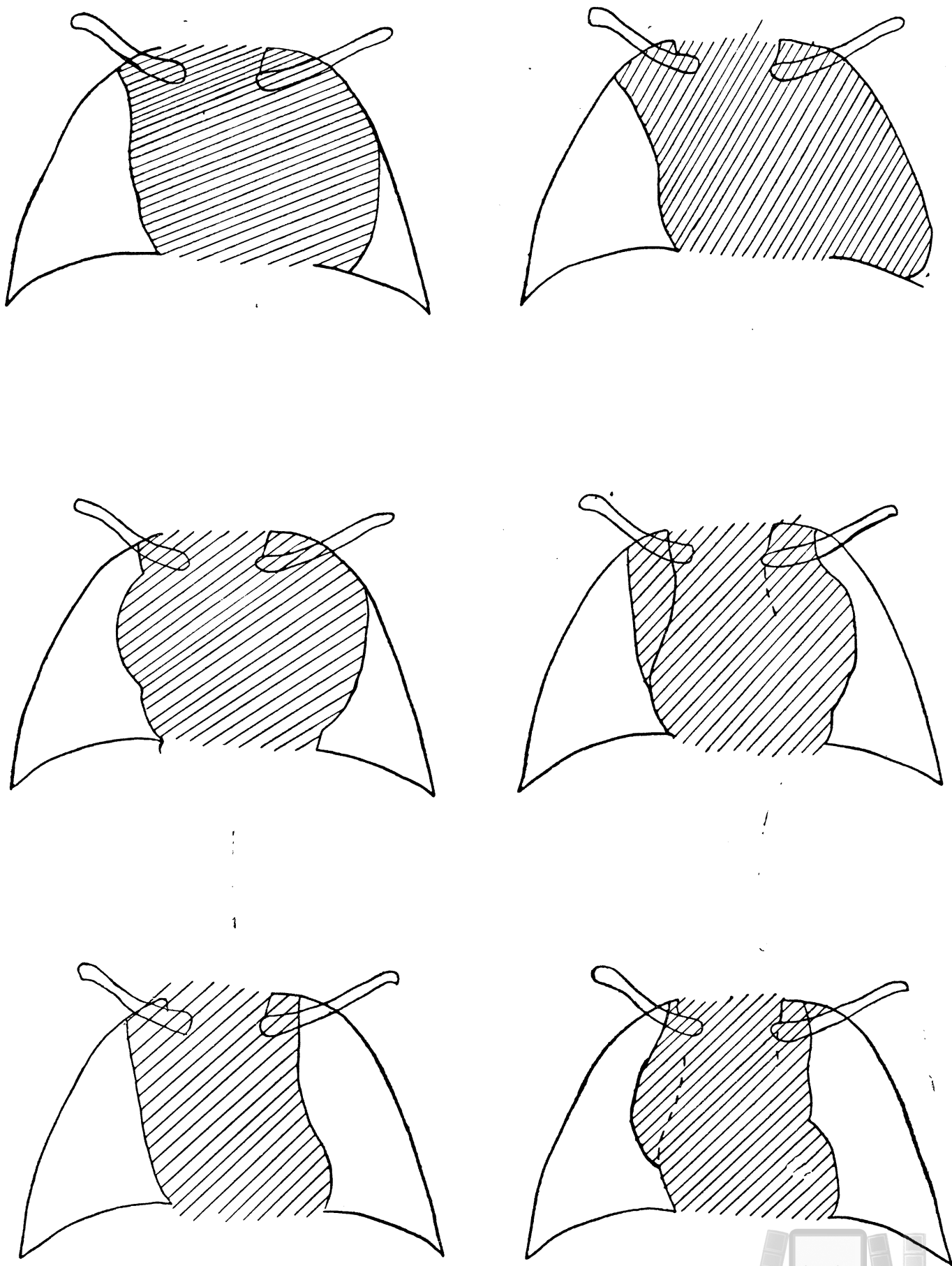
Znacznie trudniejsze jest zadanie radiologii, gdy ma stwierdzić stan grasicy u dorosłego. Gruczoł ten bowiem nawet wtedy, gdy jest powiększony, przedstawia się jako twór cienki i płaski, długi i wąski, przylegający od przodu do dużych naczyń.

Bardzo często będzie rzeczą niemożliwą stwierdzić jego istnienie na podstawie obrazu radiologicznego. Wynik badania w przypadkach nadtarczyczności, przeprowadzanego dla wykazania powiększenia grasicy, jest najczęściej ujemny. Jeśli jednak grasica będzie miała kształt owalny lub okrągławy, wtedy stwierdzenie jej w śródpiersiu przednim, zwłaszcza na zdjęciach profilowych leży w granicach możliwości djagnostycznych.

Znaczniejsze rozszerzenia cienia środkowego występują wtedy, gdy mamy do czynienia ze złośliwym nowotworem, wychodzącym z grasicy. Nowotwory te nie mają jednakże znaczenia w patologji wydzielania wewnętrznego.

Trzustka.

Rozmaite stany chorobowe tego gruczołu o podwójnej funkcji wydzielniczej były przedmiotem studiów radiologicznych. Stany takie, jak torbiele i raki trzustki występujące dość typowo pod względem radiologicznym, nie powodują zwykle wybitniejszych, na pierwszy plan wybijających się zaburzeń w wewnętrznym wydzielaniu. Te ostatnie zjawiają się natomiast w zanikach i w przewlekłych stanach zapalnych, które dotychczas prawie nie były radiologicznie badane. Pochodzi to stąd, że trzustka leży głęboko w jamie brzusznej i jest przez to bardzo niewdzięcznym przedmiotem badania radiologicznego. Objawy przewlekłego stanu zapalnego trzustki, które zebrał L i n d b l o m, są prawie wszystkie objawami pośrednimi, jak odsunięcie na lewo części przedodźwiernikowej żołądka, występujące tylko



Ryc. 9.

Obrazy radiologiczne, pod którymi występuje powiększenie grasicy u dzieci (według Schinza).

wtedy, gdy mamy do czynienia ze zwiększeniem objętości głowy trzustki, osłabiony ruch robaczkowy tejże części, nieprawidłowy układ fałdów śluzówki dwunastnicy, zaleganie po 4 godzinach w żołądku i w dwunastnicy, bolesność w okolicy trzustki, którą stwierdzamy pod ekranem i wreszcie wypełnianie się brodawki *V a t e r a* treścią kontrastową. Ten ostatni objaw wskazuje na zmiany włókniste retrakcyjne w otoczeniu brodawki, albo też na niedomogę czynnościową odruchową zwieracza *O d d i e g o*. Poważniejsze znaczenie rozpoznawcze z tych objawów posiadają jedynie odsunięcia części przedodźwiernikowej, bolesność trzustki i wypełnianie się brodawki, a czasami nawet przewodów trzustkowego i wątrobowego. Jednakże w tych rozpoznawanych przypadkach przewlekłych zmian zapalnych w trzustce z jej powiększeniem wewnętrzne wydzielanie jej może być zupełnie prawidłowe. Złogi wapniowe w drogach wydzielniczych trzustki nie należą do wielkich rzadkości. Staranne badanie radiologiczne okolicy trzustki, połączone z badaniem kontrastowym przewodu pokarmowego, może stwierdzić ich obecność, co może być przydatne do oceny stanu danego osobnika.

Zaburzenia wewnątrzwydzielnicze natomiast są częste w stanach zanikowych i w przewlekłych zmianach zapalnych różnej etiologii, prowadzących do stwardnienia i zmniejszenia trzustki. Zmiany te są jednakże całkowicie niedostępne badaniu radiologicznemu.

Widzimy więc, że radiodjagnostyka wewnętrznego wydzielania trzustki nie rozporządza wynikami znaczącej roli. Prawdopodobnie udoskonalą się one z czasem, gdy rozporządzać będziemy większym doświadczeniem w tym zakresie. W każdym razie jednak badanie radiologiczne należy przeprowadzić w przypadku podejrzenia schorzenia trzustki, gdyż może ono dostarczyć pewnych szczegółów rozpoznawczych.

Nadnercza.

Robiąc zdjęcia nerek z użyciem kratki antydyfuzyjnej za pomocą udoskonalonej techniki nowoczesnej, niejednokrotnie otrzymujemy całkowite zarysy tych narządów. Górna część widzialnego zarysu nerki przedstawia się często w postaci trójkątnej zaostrej, które według wszelkiego prawdopodobieństwa odpowiada nadnerczu. To ostatnie jest więc dzięki kontrastowi bardziej przepuszczalnej torebki tłuszczowej nerki dostępne badaniu radiologicznemu. Jeszcze dokładniej moglibyśmy otrzymać obraz nadnercza, posługując się odmą okołonerkową według *C a r e l l i e g o*. Niestety, jak dotychczas, bezpośrednia widoczność nadnerczy nie pozwoliła wyciągnąć żadnych wniosków co do ich stanu czynnościowego, tak, że radiodjagnostyka ich wewnętrznego wydzielania nie miała nigdy zastosowania. Istnieje jednak jednostka chorobowa wewnętrznego wydzielania, w której badanie radiologiczne dało pewne rezultaty uchwytne. W chorobie *A d d i s o n a* mianowicie, wywołanej najczęściej gruźlicą nadnerczy, kilkakrotnie już wykazano mniej lub więcej rozległe zwapnienia w tych gruczołach. Występują one w postaci pojedynczych plamek jasnych, o niejednolitej strukturze, które znajdujemy po obu stronach kręgosłupa, albo też w postaci trójkątnych w przybliżeniu układów. Stosunek ich do kręgosłupa i do zarysów nerek pozwalał stwierdzić z dostateczną pewnością ich umiejscowienie w nadnerczach, chorobowo zmienionych.

Stwierdzenie zwapnień tych w typowym ułożeniu może w przypadkach wątpliwych i nietypowych

przyczynić się w pewnym stopniu do ustalenia rozpoznania.

Zwapnieniu ulec mogą również nowotwory nadnercza, jak to miało miejsce w jednym przypadku *G e l l e r s t e d t a* i *H j e l m a*.

Krwiaki nadnercza, powodujące ostro występującą niedokrewność, najczęściej z zejściem śmiertelnym, dają według *H a s s e l s t r ö m a* i *H u l t e n a* objawy radiologiczne, które mają pewne znaczenie rozpoznawcze, a mianowicie daje się stwierdzić brak zarysu nerki na zdjęciu i zamazanie zarysu mięśnia lędźwiowo-biodrowego.

Rzadkie gruczolaki nadnercza dają objawy wzmoczonego ciśnienia, zaznaczającego się dość charakterystycznie w obrazie radiologicznym narządu krążenia. U dzieci gruczolaki te powodują przedwczesne dojrzewanie płciowe i szybki wzrost kośćca, który daje się znakomicie śledzić za pomocą badania radiologicznego.

Gruczoły płciowe.

Przedmiotem badania radiologicznego jest wewnętrzny wpływ gruczołów tych na układ kostny. Wpływ ten ma znaczenie decydujące w osiągnięciu skończonych typów rozwojowych kośćca obu płci. Stąd też osiągnięcie tych typów jest objawem pełnej czynności wewnątrzwydzielniczej gruczołów płciowych.

R o c h l i n wymienia dwie cechy charakterystyczne w kośćcu, które dawać mogą wskazówkę co do stanu rozwojowego gruczołów płciowych. Pierwsza z nich to zjawienie się kostki trzeczkiowej w stawie śródrečno-paliczkowym kciuka, która występuje bezpośrednio przed dojrzewaniem płciowym i jest niejako jego zapowiedzią.

Drugą cechą jest skostnienie chrząstek nasadowych kości długich, a w szczególności kości śródrečna kciuka. Pod wpływem włączenia wpływu wewnątrzwydzielniczego gruczołów płciowych chrząstki te od chwili pokwitania zaczynają się zwęzać, aż wreszcie zanikają całkowicie około 25 r. życia. Moment ich zniknięcia znamionuje skończony typ kobiety i mężczyzny.

Zaburzenia wewnętrznego wydzielania gruczołów płciowych prowadzą do zaburzeń w rozroście kośćca i w jego kształtowaniu się. W tym zakresie różniamy rozmaite typy patologiczne, w zależności od udziału w danym obrazie chorobowym innych gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Omówienie ich szczegółowe przechodziłoby ramy, którymi rozporządzam.

Wspomnę natomiast jeszcze o radiologicznym obrazie zmięknienia kości, czyli osteomalacji, której związek z czynnością gruczołów płciowych, a mianowicie jajników w dużej liczbie przypadków jest niewątpliwy. Cierpienie to, podobnie jak zmiany kostne w przetrzeczności, charakteryzuje się utratą wapnia, a więc bladeścią cieni kostnych i brakiem dostatecznego kontrastu w stosunku do części miękkich. Warstwa zbita cieńsze i nabiera często struktury warstwowej. Równocześnie występują zgięcia kości długich i spłaszczenia kręgów, jako wynik działania mechanicznego. Powoduje to zmniejszenie się wysokości danego osobnika. Miednica mała pod wpływem ucisku przybiera typowy kształt serca od kart. W kościach długich i w miednicy zjawiają się niekiedy miejsca całkowitego odwapnienia w postaci poprzecznych, przez cały trzon przechodzących jasnych szerokich smug, których wygląd zbliżony jest do szpar po złamaniu. Są one jednak szersze i nie-

ostro odgraniczone. Prawdziwe złamania występują również i ulegają czasom zrostowi. W przypadkach ciężkich wielokrotne złamania prowadzą do bardzo znacznych wygięć i zniekształceń kostnych, uniemożliwiających zupełnie użycie kończyn i skazujących na trwałe pozostanie w pozycji leżącej. Opisany obraz ra-

djologiczny łączy się z typowym obrazem klinicznym, z bolesnością kośćca, ograniczeniem ruchów i całym szeregiem innych objawów.

Systematycznie przeprowadzane badanie radiologiczne pozwoli również obserwować cofanie się powyższych zmian pod wpływem leczenia.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Choroby narządów trawienia.

KLEWITZ. Gastritis i sprawy wrzodzące błony śluzowej żołądka. (D. m. W. Nr. 15. 1932).

Obserwacje autora, przeprowadzone na 294 chorych z zaburzeniami żołądkowymi, pozwoliły ustalić, że istnienie sprawy zapalnej w żołądku bez spraw wrzodzących jest o wiele rzadsze, niż istnienie *gastritis i ulcus* jednocześnie. Miejscowe zaburzenia w odżywianiu błony śluzowej żołądka są pierwszym, a obecność kwasu solnego i pepsyny drugim momentem warunkującym powstanie wrzodu żołądka. W gruncie rzeczy, obojętną jest sprawą czy te zaburzenia w odżywianiu bł. śluzowej dochodzą do skutku dzięki zawałowi, zakrzepowi czy też czynnościowym spazmom naczyniowym. Obok usunięcia sprawy wrzodzącej należy zmniejszyć towarzyszący nieżyt błony śluzowej żołądka. Zapobiegawcze leczenie nieżytów żołądka bez wrzodu, z punktu widzenia terapeutycznego przedstawia duży zysk.

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

K. GLAESSNER. Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy pepsyną. (The Lancet Nr. 2. 1932).

Autor przed kilkunastu laty dowiódł, że podskórne wstrzykiwanie zwierzętom doświadczalnym soku żołądkowego ludzi chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy wywołuje powstanie owrzodzenia, które trudno i długo się goi. Sok żołądkowy osoby zdrowej wywołuje nieznaczne owrzodzenie bardzo szybko gojące się, stąd wniosek, że sok żołądkowy zdrowych i chorych posiada odmienne biologiczne właściwości. Jeśli razem z sokiem żołądkowym osoby chorej wstrzyknąć morskiej śwince neutralną pepsynę, owrzodzenie bardzo szybko się goi. Opierając się na tych spostrzeżeniach, autor wprowadził metodę leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy za pomocą podskórnych wstrzykiwań pepsyny. Autor stosuje 2 razy do roku po 30 iniekcji pepsyny w dawkach od 0,2 cm.³ do 0,5 cm.³. Przeprowadził opisane leczenie w 600 przypadkach. Zastrzykiwania pepsyny wywołują szybką subiektywną poprawę i zanik bólów. Na 94 przypadki wrzodu żołądka w 50 przypadkach stwierdzono spadek ilości kw. solnego do normy; brak spadku kwasoty oznacza groźbę nowotworu i jest wskazaniem do powtórzenia kuracji. W 85% przypadków stwierdzono duży przyrost wagi u chorych. W 72%—obraz R o e n t g e n a wykazał znaczną poprawę. W szeregu przypadków przerobiono próbę z czerwienią obojętną; wstrzyknięcie dożylnie 1% barwnika powoduje wydzielanie się czerwieni po 15 minutach drogą soku żołądkowego; przy wrzodach żołądka wydzielanie to jest znacznie przyspieszone. Przed leczeniem pepsyną w 70% przypadków czas wydzielania się barwnika był znacznie przyspieszony, po leczeniu pepsyną czas sekrecji barwnika uległ wyraźnemu opóźnieniu. Prócz wstrzykiwań pepsyny autor dodatkowo zaleca wypicie 50 gr. oliwy przed jedzeniem oraz preparat bismutowy po jedzeniu. Poza wrzodem żołądka, pepsyna wywołuje poprawę w przypadkach innych owrzodzeń jak jamy ustnej, gardzieli, odleżyn, owrzodzeń w przebiegu cukrzycy i po promieniach R o e n t g e n a. Autor sądzi, że pepsyna jest dobrym lekiem w leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy; stanowi najpewniej leczenie hormonalne.

Jakób P e n s o n.

G. LOTHEISEN. Jakie schorzenia wchodzą w zakres rozważań różniczkowo-rozpoznawczych w schorzeniach wyrostka robaczkowego? (Wien. kl. Woch. Nr. 17. 1932).

Do stwierdzenia schorzenia wyrostka robaczkowego służyć następujące objawy: brak odruchów brzusznych tylko po stronie prawej w dole, stłumienie w tem samym miejscu, ból w okolicy wyrostkowej przy przesuwaniu ręką zawartości okrężnicy zstępującej ku górze (objaw R o v s i n g a) i przy nagłym jej puszczeniu. Bolesność uciskowa umiejscawia się w jelicie środkowym między pępkiem a kolcem biodrowym przednim górnym (punkt M a c B u r n e y a) lub według L a n z a na wewnętrznym końcu pierwszej trzeciej części połączenia obu kolców biodrowych przednich górnych. Według L o t h e i s e n a należy z punktu M a c B u r n e y a przeprowadzić prostopadłą do przecięcia się z linią, łączącą kolce biodrowe przedni górny z pępkiem, i uciskać przestrzeń na 1 — 2 palce szerokości poniżej tej linii. Bardzo cenne jest badanie przez odbytnicę. W roponerczu jest bolesny na ucisk dolny biegun nerki w punkcie przecięcia się linii poziomej, przechodzącej przez pępek, z linią sutkową. W kamicy nerkowej bóle promieniują do okolicy moczowodów, pęcherza moczowego i prącia, tylna okolica nerkowa jest bolesna. W tej sprawie oraz w zapaleniu miedniczek nerkowych bywa dodatni objaw P o r g e s a: jeżeli przeprowadzić od guzka łonowego (*tuberculum pubis*) prostopadłą ku górze i przycisnąć o 2 palce powyżej poziomu pępkowego, to punkt ten jest bolesny. To samo znaczenie posiada bolesność przy ucisku przywodzieli, gdy wyprostowane nogi są do siebie przyciśnięte. Jeżeli woreczek żółciowy obniżył się bardzo ku dołowi, zwracać należy uwagę na bóle w płucach i brak zmian w punktach wyrostkowych. W razie uwięźnięcia w uchyłku krętokątniczym bóle bywają przeważnie o wiele silniejsze, niż w sprawie wyrostkowej, powstaje wstrząs z silnym przyspieszeniem tętna, niema podniesienia ciepłoty. W niewielkich zewnętrznych uwięźnięciach należy myśleć o takiej możliwości, badać miejscowo. Punkty wyrostkowe są wolne. Następnie po wysiłkach należy myśleć o nadwyrężeniach pierścienia pachwinowego (wstępny okres do przepukliny), mięśni brzusznych. Nie można też zapominać o zapaleniu XI i XII nerwów międzyżebrowych, o zapaleniu płuc, w którym mogą występować bóle w okolicy wyrostkowej. Bolesność uciskową w schorzeniach kobiecych narządów rodnych stwierdza się głębiej, brak też bólu przy zwalnianiu ucisku. W poronieniu jajowodem niema zrazu gorączki, tętno jest bardzo szybkie, istnienie wybitna bładość.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

DIREKTOROWITSCH, SZAWLE. O monosymptomatycznym i burzliwie przebiegającym zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Münch. med. Woch. Nr. 20. 1932).

W niektórych przypadkach napad *appendicitis* przebiega bez podwyższonej t°, nawet mierzonej w odbycie, bez przyspieszenia tętna, bez przedmiotowych objawów brzusznych. Jedy-
nym objawem jest nadzwyczaj silny, występujący błyskawicznie, ból w okolicy wyrostka. Podłożem bólu mogą być daleko posunięte zmiany w wyrostku robaczkowym, wymagające natychmiastowej operacji. W jednym przypadku, operowanym 20 godz. po wystąpieniu napadu, objawiającego się tylko wspom-

nianym bólem, w jamie brzusznej znaleziono już ropę. W drugim spostrzeganym przypadku, przy operacji, dokonanej 5 godz. po wystąpieniu tylko silnego bólu, stwierdzono ciężkie zmiany w wyrostku robaczkowym.

F. T u r y n.

Choroby płuc.

S. I. FLANCZYK i W. N. FREIFELD. O reumatycznym zapaleniu płuc. (Klinicz. Medic. Nr. 1 — 2. 1932).

Proces reumatyczny atakuje w liczbie narządów wewnętrznych w niewielkim odsetku przypadków również płuca. W narządzie tym w reumatycznym jego schorzeniu tworzy się charakterystyczna tkanka ziarninowa, wskazująca na swoistość tego procesu. W istocie swojej proces reumatyczny w płucach jest ostrem zapaleniem śródmiąższowem. Klinika reumatycznych zapaleń płuc jest dość charakterystyczna i, nie bącząc na stosunkową rzadkość tego cierpienia, dość ostro zarysowana.

Henryk J. L a n d a u.

A. WEISSMANN. O pewnych nowych swoistych i nieswoistych sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 16. 1932).

Leczenie 20 przypadków czystej dychawicy oskrzelowej Paspatem (jest to połączenie mieszaniny antygenów, otrzymanej z ciał wyciągowych zabitych bakterij, z substancją tylnego płata przysadki mózgowej), uwolniło 12 z osódmu nich na przeciąg kilku miesięcy od napadów. Antygen wciera się według dokładnie podanego przepisu w miejscach nacięcia (skaryfikacji) skóry. Poza tem leczeniem stosował autor z dobrimi wynikami t. zw. leczenie jednoczesne (Simultantherapie) S t r a s e r a: doustnie podaje się jodek potasu, wśródźylnie zastrzykuje się chlorek wapnia, pozatem robi się zabiegi napotne. Autor wymienia wreszcie zaproponowane przez K a i r i n k l i s a wśródmiąższowe zastrzykiwania 0,3 — 0,5 cm.³ 30% roztworu *Benzinum purum* w *Oleum olivarium*, o których wynikach wyraża się on jeszcze powściągliwie.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

J. COGHLAN, M. ENG. Leczenie płatowego zapalenia płuc zapomocą sztucznej odmy. (The Lancet. Nr. 1. 1932).

Autorzy zalecają stosowanie odmy sztucznej, jako skuteczny lek w zwalczaniu płatowego zapalenia płuc. Odmę należy stosować po stronie chorej — w ten sposób powierzchownie obu listków opłucny zostają od siebie oddalone, chory nie odczuwa bólu i lepiej oddycha; pozatem uciśnięte płuco odpoczywa, a dopływ toksyn do ogólnego krwioobrotu jest utrudniony. Autorzy opisują wyniki leczenia odłą sześciu przypadków zapalenia płuc. Sztuczna odma wywołuje natychmiastowy kryzys, zupełnie podobny do przełomu naturalnego; po pierwszej odmie poprawa jest zwykle czasowa, trwa do czasu wessania się powietrza z jamy opłucny. Wobec tego, że stwierdzono, iż w przebiegu zapalenia płuc wchłanianie powietrza z opłucny odbywa się bardzo szybko, należy następnego dnia powtórzyć odnę (300 — 400 cm.³ powietrza). Po drugiej odmie zwykle dochodzi do zupełnego załamania się procesu patologicznego; powietrze ulega ponownie wessaniu, jednak kryzys jest trwały. Pozatem autorzy sądzą, że rezolucja nacieku płucnego występuje szybciej, niż przy stosowaniu innych metod leczenia, co sprawdzili zapomocą prześwietleń rentgenowskich. Na uwagę zasługuje fakt, że sztuczne przełomy, otrzymywane zapomocą odmy, występują bardzo szybko, bo jeszcze podczas samego zabiegu i objawiają się w postaci spadku temperatury, obfitych potów, zmniejszenia się duszności, poprawy tętna i ogólnego samopoczucia chorego. Zabieg winien być bardzo czysto wykonany w obawie przed infekcją ropną. Niekiedy w czasie nagłego przełomu pewne niebezpieczeństwo przedstawia zapaść, zależna od porażenia ośrodków naczynio - ruchowych zwłaszcza

u osób starszych z nadwątłym układem krążenia; w podobnych przypadkach trzeba wprowadzać mniejsze ilości powietrza do opłucny, wywołując w ten sposób łagodniejsze przełomy, np. co 6 godz. po 100 cm.³ powietrza.

Jakób P e n s o n.

Choroby kobiet i położnictwo.

E. N. PIETROWA. W sprawie mikroflory jamy macicy w pierwszym tygodniu połogu. (Gin. i Akusz. Nr. 1. 1932).

W pierwszym tygodniu okresu połogowego przenikają drobnoustroje poza granicę otworu wewnętrznego. Tłumaczy się to często mechanicznymi przyczynami. Jama trzonu macicy, kanał szyjki i pochwy stanowią w swoim rodzaju rurkę włosowatą, gdzie według praw włosowatości podnosi się płyn do góry. Najczęściej dostają się drobnoustroje do jamy macicy w ciągu pierwszej doby. Czasami z tych lub innych przyczyn może się to stać i później (na 3 — 4 — 5 dobę). W ciągu pierwszego tygodnia połogu można zauważyć u zdrowej położnicy zmianę jednego rodzaju drobnoustrojów na inny, a także częstą ich kombinację ze sobą. Do liczby momentów, warunkujących zmianę drobnoustrojów, należy zaliczyć bakterjobójczość środowiska, niesprzyjającą rozmnażaniu się drobnoustrojów, pewne momenty mechaniczne (odpływ płynu), walkę drobnoustrojów między sobą i t. d. Jakiejś prawidłowości lub kolejności w znaczeniu przenikania do jamy macicy tych lub innych rodzajów drobnoustrojów nie udało się stwierdzić autorce. Drobnoustroje, określane bakterjologicznie jako chorobotwórcze, dostając się do jamy macicy, mogą nie wywoływać zmian klinicznych w okresie połogowym, co może dowodzić ich zmniejszonej zjadliwości dla danych osobników lub też dobrego odczynu obronnego ustrojów, zaatakowanych przez dane zarazki. Według danych autorki stosunek płciowy, odbyty krótko przed porodem, zdaje się nie odgrywać istotnej roli w znaczeniu przenikania zarazków chorobotwórczych do jamy macicy w ciągu pierwszego tygodnia połogu.

L. J. H.

W. LATZKO. W jakich okolicznościach jest usprawiedliwione usunięcie macicy w zakażeniu połogowym? (Wien. kl. Woch. Nr. 16. 1932).

Wskazania do całkowitego usunięcia macicy w połogu stanowią: 1) zatrzymanie łożyska lub jego części, których usunięcie zwykłą drogą jest związane ze szczególnem niebezpieczeństwem dla położnicy; 2) martwica mięśniaka w okresie połogowym; 3) stała gorączka, utrzymująca się przez przeszło 24 godziny na poziomie pomiędzy 39° a 40°, która może uchodzić za objaw rozpoczynającego się zapalenia okołozylowego (*periphlebitis*), względnie zapalenie naczyń chłonnych (*lymphangitis*) pod warunkiem, że proces nie sięgnął zbyt daleko poza macicę; 4) często powtarzające się dreszcze, jako objaw rozpoczynającego się zakrzepowego zapalenia żył (*trombophlebitis*) z temi samemi zastrzeżeniami; 5) zmiany zakrzepowe w żyłce nasiennej przy jednoczesnem zapaleniu błony śluzowej macicy lub zapaleniu okołozylnem. W poronieniu septycznym oczyszczanie jamy macicy narzędziami, a jeszcze bardziej ręczne są nadzwyczaj niebezpiecznym zabiegiem, podczas gdy wycięcie całkowite daje w tych przypadkach znakomite wyniki. Z 3 metod: *amputatio vaginalis*, *extirpatio totalis vaginalis et abdominalis* najchętniej stosuje autor tę ostatnią, używając przytem zaproponowane przez siebie przed dziesiątkami lat szwu dachówkowatego, który przedstawia zupełnie pewną metodę.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

P. W. DNEPROW. W sprawie rozpoznawania rozpoczynającego się pęknięcia macicy sub partu. (Gin. i Akusz. Nr. 1. 1932).

Jakie objawy uważać należy za groźne i zwiastujące pęknięcie macicy, które powinny zwrócić na siebie uwagę lekarza?

1) Przeciągający się poród u wieloródki, kiedy niema szczególnych przeszkód ze strony miednicy do przejścia części przodującej. 2) Skurcze nie gwałtowne i silne, lecz słabe. 3) Skurcze stają się stosunkowo szybko bardzo bolesnymi (ból nie znika i poza skurczami macicy) i drgawkowemi. W rozpoczynającym się pęknięciu macicy uderza przedewszystkiem cierpiący wygląd kobiety, wygląd śmiertelnie ранego człowieka. Kobieta, pozbawiona sił, nawet nie krzyczy głośno, lecz bez przerwy jęczy. 4) Pojawienie się krwawej wydzieliny, przyczem może się ona zjawić jeszcze przed drgawkowemi i bolesnymi skurczami. Objaw ten posiada znaczenie tylko wtedy, kiedy niema łożyska przodującego, ani jego przedwczesnego odklejenia. Jeżeliby lekarz w razie obecności powyższych objawów uważał za wskazane szybkie zakończenie porodu w ten lub inny sposób aż do brzuszno-ścięcia cesarskiego włącznie, możnaby było uratować życie wielu matek i dzieci.

L. J. H.

Choroby dzieci.

BAYER. Zupa ze śledziona dla białych dzieci. (Münch. med. Woch. Nr. 15. 1932).

Autor od dłuższego czasu zaleca podawanie białym i słabym dzieciom zupy ze śledziona dwa razy tygodniowo. W wielu przypadkach stan dzieci poprawia się bardzo znacznie. B. kieruje się obecnością w śledziona dużych ilości żelaza wła-

ściwego organizmowi. Leczenie zupełne śledziona jest więc leczeniem związkami żelaza. Śledziona jest przyjmowana w zupie przez dzieci o wiele chętniej, niż śledziona gotowana, przyczem usuwa się ewentualność przedawkowania. Należy również spożywać osad pozostający na talerzu, zawierający największe ilości żelaza śledziona.

F. T u r y n.

PLONSKER. Szybkość opadania krwinek w ostrych chorobach zakaźnych u dzieci. (D. m. W. Nr. 10. 1932).

Szereg badań przeprowadzonych w przypadkach zapalenia płuc płatowego i odoskrzelowego u niemowląt wykazał naogół przyspieszenie szybkości opadania krwinek, przyczem szczyt tego nasilenia występował mniej więcej w 5 — 12 dniu choroby niezależnie od poziomu ciepłoty. Spotykamy jednak przypadki ostrych spraw zakaźnych układu oddechowego, w których czas opadania krwinek jest prawidłowy. Przy powtarzających się zakażeniach zauważono zwiększenie się szybkości opadania krwinek, co w niektórych przypadkach umożliwia postawienie właściwego rokowania. W innych znowu przypadkach czas opadania krwinek utrzymywał się miesiącami stale na tym samym wysokim poziomie, a jednak żadne powikłanie nie wystąpiło. Wobec tak rozbieżnych wyników określanie szybkości opadania krwinek niema znaczenia ani dla przebiegu choroby ani dla rokowania.

Wanda F r a n z ó w n a.

Wskazówki praktyczne

Z bardzo dobrym wynikiem stosowali M. K a t z e n s t e i n i S. Z i m m e r w zapaleniu otrzewny na tle zakażenia pałeczką okrężnicy, surowicę przeciw tej pałeczce. U chorych, u których cierpienie to było powikłaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, wlewali oni podczas zabiegu operacyjnego dootrzewnowo 25 — 50 cm³ surowicy, tuż po ukończonej operacji dożylnie 25 cm³ i domięśniowo 50 cm³. W razie przedłużającego się ciężkiego stanu powtarzali dożylnie i domięśniowo zastrzyknięcia w kombinacji z *theophiliną* i *surowicą streptokokową*. Dzieciom dożylnych zastrzyknięć nie robiono. (D. Med. Welt. 1932, Nr. 13).

R. J. S. M c. D o w a l l stosuje w *stanach astmatycznych* w celu rozpoznawczym *atropinę* — jeżeli astma jest pochodzenia nerwowego, po zastrzyknięciu atropiny zmniejsza się napięcie nerwu błędnego, a tem samem i skurcz mięśni oskrzelowych i stan chorego ulega wyraźnej poprawie; o ile tło cierpienia jest alergiczne, atropina działania tego nie wykazuje. (Lancet, 29, Aug. 1931).

K. U l l m a n n radzi w *nadmiernem poceniu się* podawanie *Extractum belladonnae 0,02 pro dosi* w czopkach, zamiast dotychczas stosowanej atropiny; wrażliwi pacjenci poza suchością w jamie ustnej i gardzieli miewają stany nerwowego podniecenia, należy wówczas odpowiednio dawkę zmniejszyć. Niekiedy dobre też działanie wykazuje w tem cierpieniu *Pyramidon* lub *Phenacetyna*. Miejscowo zaleca U. środki lekko przyzeglające oraz promienie R o e n t g e n a. (Aerztl. Praxis, 1932 r. Nr. 4).

Jako skuteczną i przewyższającą *kurację odtłuszczającą* środkami organoterapeutycznymi zaleca R o e m h e l d *kurację mleczną*. W określone dni w tygodniu, podaje on 500 gr. mleka w 3 — 4 porcjach, poprzedniego wieczoru podaje 250 gr. mleka. W dni w których djetę tę stosuje, chorego kładzie do łóżka. Niedożywienie, brak soli i spokój powoduje zwiększoną diurezę i odwodnienie organizmu. Bóle głodowe głowy zwalczą piramidonem i sokiem pomarańczowym. (Fortsch. d. Therapie, 1932, N. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

LV posiedzenie naukowe z dnia 12 lutego 1932 r.

Przewodniczący: W. Z a w a d o w s k i. Sekretarz: B. G r y n k r a u t.

Obecnych 30.

1) Odczytanie protokołu posiedzenia LIII i LIV.

W sprawie protokołu LIII posiedzenia zabiera głos B. G r y n k r a u t. Odpowiadając na wątpliwości Kol. M e s z a

co do istnienia aparatu radjoterapeutycznego przenośnego do napromieniowań głębokich, G r y n k r a u t przedstawia fotografię takiego aparatu na napięcie 200 KV, nadesłaną przez firmę S i e m e n s.

2) T. S k r z y w a n. Przedstawia: a) licznik miliamperosekundowy o budowie elektromagnetycznej; b) licznik miliamperosekundowy o budowie elektrostatycznej; c) zegar do odmierzenia krótkoczasowych naswiełań o budowie elektroskrypcyjnej.

W dyskusji Z a w a d o w s k i podnosi dużą sprawność licznika miliamperosekund o budowie elektromagnetycznej, który w ciągu szeregu lat pracy nie zawiódł nigdy. Według

doświadczenia Z. stary model licznika pracuje dokładnie do 1/10 sekundy, poniżej tego czasu ekspozycje są niedokładne.

3) A. S o ł t a n. *Kozpraszanie promieni i zjawiska Comptona*

W zjawisku rozpraszania promieni X znajdują swój wyraz tak falowa, jak i korpuskularna natura promieniowania. Rozpraszanie bez zmiany długości fali daje się wyjaśnić i ująć rachunkowo przy pomocy klasycznych już obecnie pojęć z dziedziny teorii elektronów; wyniki rachunków dają niezłą zgodność z doświadczeniem. Natomiast rozpraszanie ze zmianą długości fali, czyli t. zw. rozpraszanie Comptona, wymaga wprowadzenia wielkości $h\nu$ i $h\nu/2$, t. j. energii i pędu kwantów świetlnych. Interpretując zjawisko Comptona jako zderzenie fotonu ze słabo związanym elektronem, dochodzimy do wniosków całkowicie zgodnych z doświadczeniem; co więcej, niemal bezpośrednio można śledzić przebieg tego zjawiska przy pomocy komory Wilsona.

Sprawa subtelnej budowy prąжка Comptonowskiego i sprawy natężeniowe wymagają niezwykle trudnej techniki doświadczalnej i dotąd nie mogły być głębiej zbadane. Poza to teoria zjawiska, jeżeli chodzi o natężenie prązków, nie jest jeszcze kompletna.

Zjawisko Comptona odgrywa tem większą rolę w rozpraszaniu im fala jest krótsza i stanowi ono rzeczywiste pochłanianie energii promienistej, analogiczne do pochłaniania przez fluorescencję, zaś zupełnie odmienne od t. zw. pochłaniania przez rozpraszanie; to ostatnie, w rzeczywistości nie polega na zamianie energii promieniowania na inny rodzaj energii. Wobec słabego pochłaniania przez fluorescencję i przez rozpraszanie fal krótkich w wypadku pierwiastków lekkich, rozpraszanie Comptonowskie stanowi, w pewnych warunkach, główny czynnik, wywołujący osłabienie wiązki promieni X przy przejściu ich przez materię.

Dyskusja.

Grynkrant zapytuje, jaki jest stosunek Newtonowskiej teorii światła do obecnych naszych pojęć.

Zawadowski zdraca uwagę na to, że zjawisko Comptona ma znaczenie dla radiologii lekarskiej nie tylko jako ciekawe zjawisko, w którym undulacyjne pojęcie energii promienistej łączy się z pojęciem cząsteczkowym, i kwant promieniowania zderza się z elektronem, jak dwie cząsteczki materjalne.

Zrozumienie tego zjawiska ma duże znaczenie praktyczne w zakresie terapii. Z jednej strony objaśnia nam ono, skąd się biorą te elektrony, poruszające się z pewną szybkością, które według naszych pojęć obecnych są czynnikiem, powodującym bezpośrednie działanie energii promienistej na tkankę żywą przez mechaniczne rozbijanie kompleksów drobinowych. Elektrony te pochodzą z zewnętrznych warstw atomowych i otrzymują swą energję niszczącą od kwantów promieniowania pierwotnego, które zmniejszają się, zaś długość fali promieniowania przedłuża się.

To przedłużanie się jest stosunkowo tem większe, im twardsze było promienowanie pierwotne, a idzie ono bardzo daleko wskutek tego, że zjawisko Comptona a powtarza się z pewnością wielokrotnie, dając powód do zjawiania się coraz to nowych pocisków elektrycznych, niszczących kompleksy koloidalne substancji żywej.

Pozatem zjawisko Comptona objaśnia nam zjawianie się t. zw. dawki dodatkowej z rozpraszania, która zwiększa naszą dawkę powierzchniową w terapii głębokiej i tłumaczy zależność jej od twardości, na co zwrócił uwagę Guentert.

Praktycznie ważnym jest dla nas, że promieniowanie to, które idzie z głębi objętości naświetlanej, ma naskutek zjawiska Comptona znacznie mniejszą twardość i dłuższą falę.

Pamiętać o tem musimy w czasie pomiarów, gdyż mimo odmiennych twierdzeń fabrykantów, komory jonizacyjne naszych dawkomierzy są jeszcze ciągle zależne od długości fali. Mierzac przeto komorę taką na fantomie lub na chorym, mamy zupełnie inaczej zarejestrowane promieniowanie pierwotne i inaczej wtórne. Jeżeli zaś użyjemy dwu komór różnych, wyniki pomiarów będą niewspółmierne.

Stąd słuszny wydaje się postulat, aby pomiarów dokonywać tylko w promieniowaniu pierwotnym, to zn. w powietrzu (bez chorego i bez fantomu), zaś dawkę dodatkową obliczać na podstawie odpowiednich krzywych, znanych z piśmiennictwa.

4) K. Szlenkier. *O metalografii*

Prelegent przedstawia szereg zdjęć, wykonanych z odlewów metalowych. Odlewy te zanurza się w różczynie wodnym soli barowych, dzięki czemu rzeźba zewnętrzna odlewu nie wychodzi na zdjęciu zbyt wyraźnie, natomiast pozwala to zdjęcie rozpoznać szczegóły budowy wewnętrznej samego odlewu. Wy-

sokość napięcia, zastosowanego przy zdjęciu, jest zmienna w zależności od natury odlewu, jak np. dla zdjęcia odlewu glinowego wystarczy 70 — 110 KV, gdy dla odlewu stalowego grubości 6 cm konieczne już jest zastosowanie napięcia 200 KV, a dla mosiądzu równej grubości 200 KV, przyczem czas naświetlania jest długi i wynosi kilka godzin. Z tego powodu do tego rodzaju jest używa się lamp rentgenowatycznych terapeutycznych. Prelegent zwraca uwagę, że ognisko lampy powinno być możliwie małe i odległość lampy możliwie duża, co najmniej 100 cm.

W dyskusji zabiera głos Kochanski, który uważa, że należałoby stosować próżnię dla uniknięcia promieniowania wtórnego.

Elektorowicz zapytuje, czy jest możliwe oznaczenie miejsca uszkodzenia.

Wincenty zapytuje się o liczbę miliamperów.

Zawadowski podkreśla znaczenie metalografii, która daje patologję odlewu, i proponuje przy zdjęciu stopy zanurzać ją w płynie odpowiednim dla wyrównania rozniczy grubości.

W odpowiedzi Szlenkier wskazuje, że współczynnik pochłaniania promieni, w którym się zanurza odlew, musi być 2 — 3 razy mniejszy. Do zdjęć metalograficznych stosuje się lampę Gaifferea terapeutyczną, a liczba miliamperów wynosi 8.

Zawadowski wyraża życzenie ścisłej współpracy fizyków i lekarzy.

5) Inż. A. Krusze. *O wpływie wentylatorów na wydajność promieniowania lamp terapeutycznych w aparatach kondensatorowych* (ukaze się w druku).

W dyskusji Inż. Lewi zapytuje, dlaczego na anodzie wentyl jest więcej zmetalizowany. Prelegent zaznacza, że przyczyna tego zjawiska nie jest znana.

6) Zawadowski. *O pomiarach ognisk lamp diagnostycznych*.

Wartość dagnostyczna zdjęć zależy w dużej mierze od ostrości rysunku. Ostrość zdjęcia zaś uwarunkowana jest rozmiarami ogniska lampy. Stąd lampy o ognisku małym są dla nas cenne. Lampa Crookesa, którą posługiwali się Koenigsen w swych pierwszych doświadczeniach, nie miała wcale ogniska, tak, że promienie X wychodziły ze ścian jej naprzeciwko katody. Jednakże już dawniej Crookes używał lamp z katodami w postaci miseczeki, które dawały strumień katodowy w postaci stożka, zaś po odkryciu Koenigsen zaczął wszędzie konstruować lampy z antykatodą i ogniskiem. Ponieważ od wielkości jego zależała ostrość rysunku i wartość lampy, przeto już w pierwszych latach zaczęto badać ognisko za pomocą komory otworkowej. Gocht wykonał oardzo wyczerpujące badania tego rodzaju już w roku 1905. Najbardziej wyczerpująco zbadal ogniska lamp próżniowych Brönkhorst (1927).

Posiadamy dwa sposoby badania ogniska lampy. Pierwszy z nich to zdejmowanie ogniska naturalnej wielkości za pomocą komory otworkowej, działającej w zakresie promieni X identycznie, jak t. zw. *camera obscura*, znana nam doskonale z optyki. Ściany komory otworkowej, oczywiście, muszą być z otowiu. Odległość od filmu powinna wynosić nie mniej, niż 50 cm., średnica otworka zaś około 0,2 mm. Komory mniejsze i z większym otworkiem nie powinny być używane, gdyż dają zdjęcia niedokładne, ognisko wypada większe, niż jest w rzeczywistości. W dnie komory umieszcza się małą kasetę z błoną bez ekranów, np. błonę zębową, zaś ognisko lampy umieszczamy ponad otworkiem w odległości równej oddaleniu błony od otworka. Niestety, liczyć się musimy zawsze z małym błędem w pomiarze tej odległości, gdyż nie możemy jej zmierzyć bezpośrednio, zwłaszcza w lampach samoochronnych. Błąd ten nie powinien wynosić więcej, niż 1 — 1½ cm. Wtedy pomiar ogniska będzie dawał błąd około 4% — 5%, co dla celów praktycznych uważać możemy za dokładność wystarczającą. Drugi sposób oceny ogniska polega na wykonaniu zdjęć pewnych przedmiotów w pewnych stałych warunkach odległości. Z ostrości szczegółów na tych zdjęciach wyciągamy wniosek o wielkości ogniska. Jako przedmiot najlepiej obrać siatkę drucianą o wielkości oczek około 1 — 1½ mm. zrobioną z drutu grubości około 0,2 mm. Z siatki tej wycinamy pasek szerokości około 4 — 5 cm. i długości 23 cm. i rozpinamy go skośnie jako jedną ścianę graniastosłupa trójściennego, którego przekrój ma kształt trójkąta prostokątnego o wysokości 20 cm.

Gdy graniastosłup ten ustawimy na kasecie z błoną bez ekranów, tak, aby najdalsze części siatki oddalone były od filmu o 20 cm., zaś najbliższe przylegały do kasety, a lampę umiścimy w odległości 60 cm. ponad kasetą i wykonamy zdjęcie, wtedy otrzymamy obraz drutów poprzecznych i podłużnych siatki, występujących najostrej tuż przy błonie, najmniej

ostro natomiast z tego końca, gdzie odległość wynosi 20 cm. W lampach o ognisku ostrem te druciki, które były w odległości 10 cm od błony, t. zn., że znajdowały się w połowie siatki, występować będą jeszcze dostatecznie ostro. W lampach o dużym ognisku z odległości 4 — 5 cm obraz drucików będzie nieostry. Zdjęcie siatki pozwoli nam również wykryć niezbornosć, czyli astygmatyzm lampy zależny od ogniska, którego obraz perspektywiczny w kierunku promienia środkowego przedstawia się jako kreska lub wydłużona elipsa, ułożona prostopadle do długiej osi lampy. Otrzymamy wtedy na większych wysokościach obraz ostry tylko tych drucików, które biegną równoległe do długiej osi elipsy, czy kreski. Natomiast te druciki, które biegną prostopadle do tejże osi, dadzą obrazy znacznie mniej ostre albo nawet zupełnie zamazane.

Zdjęcia komorą otworkową wykazały, że ogniska wysyłają promienie z rozmaitych miejsc nierównomiernie, a nawet mogą mieć niekiedy kształt pierścieniowaty. Ogniska pierścieniowate są szczególnie szkodliwe, gdy zdejmujemy przedmioty drobne, np. drobne ciała obce, i strukturę kostną, gdyż obraz tych przedmiotów jest tak zmieniony, że w niczem nie przypomina samego przedmiotu. Tak np. śrut okrągły daje cień w kształcie obrączki, jeśli ognisko ma kształt pierścieniowaty. Zdjęcia siatki, robione ogniskiem pierścieniowatym, dają desenie dziwaczne w kształcie krzyżyków i smug.

Prelegent demonstruje cały szereg zdjęć ognisk, robionych komorą otworkową, oraz zdjęcia siatki drucianej, wykonane rozmaitemi lampami djagnostycznymi. Jedna ze starych lamp djagnostycznych posiada, jak się okazało na zdjęciu, komorę otworkową, ognisko zbliżone do pierścieniowatego. Byłoby bardzo pożądanym, ażeby zdjęcia ognisk i zdjęcia siatki stosowane były na szerszą skalę, gdyż pozwalają one badać ściśle ostrość ogniska i ocenić odrazu przydatność lampy djagnostycznej. Odpowiednie przyrządy do tego celu, które prelegent demonstruje, może każdy z Kół, zrobić sobie sam.

W dyskusji Inż. K r u z e wskazuje jeszcze na inny sposób badania ognisk, mianowicie na system siatek, ułożonych jak litera X, przyczem zauważa, że zdjęcia te należy wykonać bez ekranów wzmacniających.

R u b i n r o t uważa przytoczone szczegóły za bardzo niepokojące dla lekarza radiologa i przypuszcza, że fabrykanci sprawdzają sami ogniska lamp.

K o c h a n o w s k i mówi o ognisku astygmatycznym. Z a w a d o w s k i w słowie końcowym podkreśla ważność badania ognisk lamp, które powinno być wykonane przez każdego radiologa, i badana być winna każda lampa. Lampę nową należy badać siatką lub komorą otworkową, aby się przekonać, czy informacje, udzielone przez fabrykanta lamp, są ścisłe. Lampa stara zaś wymaga tego badania tembardziej, gdyż w miarę zużycia, ognisko się zmienia i to tak wskutek zmian w antykatomodzie, jak pęknięcia i nierówności, jak też zmian kształtu druczka katodowego, który może ulec zniekształceniu przez przyciąganie elektrostatyczne. Wynikające stąd zmiany ogniska mogą być znaczne, tak, że ognisko początkowo bardzo ostre z czasem stać się może zupełnie niezdatne do użytku.

G r y n k r a u t. Z a w a d o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Giessen z dnia 26 lutego 1932 r. (Klin. Wschr. N. 32, 1932) mówił C o l l a t z o *widokach życia w rozmaitych organicznych schorzeniach serca*. Opierając się na materiale sekcyjnym Instytutu Patologicznego w Giessen z ostatnich 23 lat i materiale klinicznym sanatorium w Bad Nauheim z ostatnich 6 lat, dochodzi prelegent do wniosku, że u mężczyzn przeważają nieco schorzenia mięśnia sercowego nad schorzeniami zastawkowymi, podczas gdy u kobiet główny odsetek chorób serca stanowią wady zastawkowe. Udział procentowy poszczególnych wad zastawkowych wykazuje u kobiet przewagę wad zastawki dwudzielnej, u mężczyzn — wad zastawek półksiężycowych tętnicy głównej. Największa śmiertelność przypada u mężczyzn na wiek między 50 a 55 laty, u kobiet — około dziesięciu lat wcześniej. W schorzeniach mięśnia sercowego największa śmiertelność przypada o 10 lat później niż w chorobach zastawkowych. Podobne stosunki stwierdza się wśród materiału klinicznego, przedewszystkiem przewagę wad mitralnych u kobiet w przeciwieństwie do względnej przewagi wad aortalnych u mężczyzn. Najwyższe liczby chorych z wadami zastawkowymi, zgłaszających się do leczenia, przypadają u mężczyzn na wiek od 40 do 55 lat, u kobiet znacznie wcześniej — w przybliżeniu około 30 roku życia.

Na tem samym posiedzeniu (Klin. Wschr. N. 32, 1932) H. H o h l w e g zwał sprawę z *leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy oraz nieżyty żołądka, szczególnie z własnych*

doświadczeń z odżywianiem dodwunastniczem. U tych chorych z wrzodem, u których pomimo konsekwentnie i ściśle przeprowadzanego leczenia wewnętrznego ciągle występują okresowo pogarszające się dolegliwości, którzy zatem znajdują się na pograniczu chirurgji i medycyny wewnętrznej, należy jeszcze, zanim się ich odda w ręce chirurga, spróbować odżywiania dodwunastniczego. Tak samo ciężki uporczywy nieżyty żołądka należy leczyć zapomocą odżywiania dodwunastniczego. Odżywianie dodwunastnicze przewyższa skutecznością wszystkie nieoperacyjne metody leczenia o tyle, że zapomocą niego jeszcze w znacznym odsetku przypadków, w których przedtem wszystkie inne metody wewnętrzne zawiodły, można osiągnąć zadawalające trwałe wyniki. Najlepsze wyniki osiągał referent w ciężkich przewlekłych nieżytych żołądka, dobre wyniki — we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, czasami okazywał się dobry skutek w uprzednio operowanych przypadkach (u chorych z zespoleniem żołądkowo - jelitowym, ze złe funkcjonującym zaspoleniem, przy współistniejącym nieżyty żołądka i nawrocie wrzodu). Ze wrzodów żołądka odpowiadają najlepiej wrzody, umiejscowione na małej lub dużej krzywiznie w przeciwieństwie do wrzodów przyodźwiernikowych, które stanowią raczej przeciwskazanie do stosowania tej metody leczenia. Szczególnie nadają się do leczenia odżywianiem dodwunastniczem wrzody, położone niedaleko wpustu. Również trwałe wyniki odżywiania dodwunastniczego okazały się przy dalszych kontrolach pacjentów po upływie 2 — 6 lat najzupełniej zadawalające.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Położnictwa i Ginekologii z dnia 29 kwietnia 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 31, 1932) mówił G. S c h u l t z e o *fizjologii macicy*. Na fizjologję nieciążernego narządu zwraca się dotąd mało uwagi. Jest ona jednakże ważna również dla skurczów ciężarnej macicy. Różnice noszą bardziej ilościowy, aniżeli jakościowy charakter. Do badania użył prelegent obrazów rentgenowskich, przyczem obserwował poszczególne paski mięśniowe ze względu na wywierane przez nie ciśnienie skurczowe. Jest ono w rozmaitych miejscach różne, a rytm skurczów bywa bardzo często ospały. W 100 wyciętych paskach można jednakże było ustalić pewien typ. Druga metoda badania polega na mierzeniu ciśnienia wewnętrznego zapomocą balonu wprowadzonego do wewnątrz. Trzecią wreszcie metodę stanowi bezpośrednie wypełnianie macicy plynami. Stwierdza się przytem nadzwyczajne zdolności do rozciągania się narządu oraz fakt, że działanie jest rozmaite, zależnie od tego, czy narząd jest ukształtowany szeroko czy ścielinowato. Pojemność wynosi 2 — 3 cm.³. Oprócz tego okazuje się, że istnieje pewna zależność od cyklu miesięczkowego.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 27 kwietnia 1932 r. (Klin. Wschr. N. 31, 1932) pokazali R o s e n s t e i n i K o c h l e r kilku *chorych z rakiem leczonych zastrzyknięciami szpiku kostnego*. Referenci zdawali sprawę ze swych wspólnych prób wpłynięcia na wzrost raka zapomocą zastrzyknięć wyciągu z czerwonego młodocianego szpiku kostnego. W doświadczeniach tych wykazali oni, że młody szpik kostny jest narządem o wydzielaniu wewnętrznym, i że wydzielany przez ten hormon wywiera określony wpływ na wzrost tkanek. Zwierzęta doświadczalne, których obie tylne kończyny pozbawiono szpiku kostnego, gorzej rosły, aniżeli zwierzęta kontrolne. Referenci sądzą, że młody szpik kostny nie tylko pobudza wzrost, lecz również reguluje normalny wzrost. Ponieważ w starości ulega szpik kostny zmianom, a rak zasadniczo występuje tylko w starszym wieku, przypuszczają prelegenci, że szpik kostny starszych ludzi wskutek swych zmian traci czynności tego wewnętrznego wydzielania. Wskutek braku hormonu traci ustrój kierownictwo nad normalnym wzrostem, dopiero wtedy może nastąpić atypowy wzrost nowotworowy. Jeżeli to założenie jest słuszne, to wprowadzanie szpiku kostnego zawierającego hormon powinno działać hamująco na wzrost raka. Wprowadzanie szpiku kostnego, zawierającego hormon, skuteczniali referenci zapomocą zastrzyknięć alkoholowych wyciągów szpiku kostnego. Zastrzyknięcia te powodowały rzeczywiście zmiany szczególnego rodzaju. Leczenie to należy jednak zarezerwować tylko dla przypadków nieoperacyjnych.

Na tem samym posiedzeniu (Klin. Wschr. N. 31, 1932) mówił F r a e n k e l o *wewnątrzprężerzowem leczeniu przerostu gruczołu krokowego elektrokoagulacją*. Ogólne stanowisko chirurgów w tych razach, jeżeli tylko układ krążenia jest nieuporządkowany, polega na radykalnej operacji przerostu gruczołu krokowego. Niechęć do elektrokoagulacji jest po części czysto uczuciową. Rozbudowa tej metody leczniczej jest jednakże bardzo ważna z tego względu, że tylko 35 — 50% chorych z przerostem gruczołu krokowego zgłasza się do lekarza, jeszcze w stanie nadającym się do operacji. Stosowane dotąd metody zachowawcze są niewystarczające, a przytem niezawsze pozbawione niebezpieczeństwa. Również radykalna operacja wykazu-

je śmiertelność, wahającą się od 11 do 25%. Często widuje się po operacji zatory z zejściem śmiertelnym. W Ameryce oddawana stosuje się elektrokoagulację z jak najlepszymi wynikami. Referent zdaje sprawę z 13 przypadków, w których wykonywano ambulatoryjnie koagulację 1 — 4 krotnie, a które wykazywały w ciągu 4½ lat całkowity brak jakichkolwiek dolegliwości podczas mikcji oraz brak jakichkolwiek powikłań i następstw zaburzeń oddawania moczu. Zapomocą cystoskopu i zwykłego zgłębnika do diatermji koaguluje się gruczoł krokowy w 3 wystających punktach. Prawdopodobnie przychodzi dzięki temu do procesów cofania się i zwijania w tkance gruczołakowatej w ujęciu pęcherza, wskutek czego staje się wolnym przepływ moczu. Uwzględniać należy społeczno - ekonomiczne zalety elektrokoagulacji, która nie wymaga leżenia w łóżku, ani pobytu w szpitalu. Przy dobrym opanowaniu techniki metoda ta oddaje znakomite usługi.

Na tem samym posiedzeniu (Klin. Wschr. N. 31, 1932) mówił G o u t e r m a n n o dalszych doświadczeniach z podślawowem uspieniem skopolaminowo - eukodalowo - efetoninowem. Ogólna liczba uspien wynosi dotąd około 5000. Czysta

skopolamina działa na ośrodek odechowy i na serce; to trujące działanie skopolaminy zostaje zobojętnione przez efetoninę z dodatkiem eukodalu. Zwracać uwagę trzeba na dawkowanie, które musi być zawsze indywidualne, a nie obliczane matematycznie w stosunku do wagi. Normalnie stosuje się dodatkowe uspienie eterowe; podczas operacji eter jest potrzebny tylko od czasu do czasu. U starszych i słabszych osób wystarcza przeważnie jednorazowa silna lub jedno - dwurazowa słaba dawka przy nieznacznym dodatku eteru. Na wysokości działania uspienia skopolaminowo - eukodalowo - efetoninowego źrenice są rozszerzone, nie reagują, twarz zabarwiona czerwono aż do sinawego odcienia, brak wymiotów początkowych i ślinotoku, ciśnienie podniesione o 10 — 30 mm. Hg. Wymioty pouśpieniowe występują w 25%, powikłania płucne w 7%. Zużyte ilości eteru wynoszą 66 gr. na godzinę. Zupełny wsteczny brak pamięci bywa w 75%. Z powodu zaburzeń pamięci bezwzględnie konieczny jest dozór aż do całkowitego powrotu do przytomności. Bezwzględne przeciwwskazanie stanowi niedomoga nerek oraz niedomoga wątroby. Referent bezwzględnie odrzuca pełne uspienie.

Krytyka lekarska

Lekarze wobec kryzysu.

Przy wyborze zawodu większość lekarzy kieruje się dwoma głównymi motywami — jednym moralnym, budzącym się jeszcze w wyobraźni wieku młodzieńczego, skłonny do marzeń altruistycznych, drugim późniejszym, związanym z nadzieją szybkiego zdobycia stanowiska niezależnego. Tylko temi względami da się wytłomaczyć, czemu przez wiele lat we wszystkich niemal krajach wydział lekarski cieszy się największą frekwencją. Tego stanu nie zdolna była nigdy zmienić wcale nie zachęcająca rzeczywistość, która już na wstępie kariery lekarskiej strąca wszystkich tych marzycieli na twardy bruk rzeczywistości.

Lekarze wśród wszystkich zawodów czynią wrażenie największych optymistów życiowych. Większość uparcie wierzy w swą gwiazdę przyszłości. A przecież zawód lekarski już przed wojną nie należał do najlepszych. Pauperyzacja lekarzy w niektórych krajach dosięgła już wówczas rozmiarów zatrważających.

W Rosji przedwojennej, według statystyki prof. S i k o r s k i e g o, liczba samobójstw wśród lekarzy w niektórych miejscowościach wynosiła nawet 10% ogólnej śmiertelności lekarskiej. Młody wiek samobójców od 25 do 30 lat świadczy najdowodniej o stopniu zwątpienia, który panował w szeregach ówczesnych lekarzy rosyjskich.

Nie lepszy był stan w krajach o dużej kulturze. W Anglii lekarze pędzili w olbrzymiej swej większości żywot nawpół nędzarzy. Jak opowiada S h a w, wielu nawet nie mogło zarobić na ubranie, nosząc przez rok cały jedno palto, zaopatrując je tylko na zimę w podkładkę z... papieru.

We Francji, jak twierdził H. B e r e n g e r w swej broszurce: „Inteligentny proletarijat“, prawie połowa lekarzy paryskich prowadziła bardzo opłakany stan egzystencji. Reprezentantów tego zawodu nierzadko spotykano w schroniskach dla włóczęgów. Jeszcze gorszy stan był w Niemczech. Wszystko to jednak nie działało zniechęcająco na zastępy nowych kandydatów.

U nas w Polsce, a właściwie tylko w byłym zaborze rosyjskim, stan materialny lekarzy był może względnie lepszy, niż w innych krajach. Po wojnie to uprzywilejowane stanowisko lekarzy z Królestwa zostało zupełnie zrównane z innymi zaborami. Zdawałoby się, że ta tak raptowna zmiana ku gorszemu odbije się

przynajmniej wybitnie na nastrojach lekarskich, budząc w nich zbiorowy odruch samoobrony. Cóż widzimy w rzeczywistości? Prócz żalów i objawów dezorientacji, kryzys obecny nie spowodował żadnych poważniejszych refleksyj, nie widać nawet wyraźnych objawów zaostrego pesymizmu. Ktoś się wyraził, że lekarze u nas są najlepiej sytuowaną warstwą, gdyż do ogólnej statystyki samobójstw nie wnoszą żadnej pozycji. Argument ten napozór jest tak przekonywający, że trudno daje się obalić. Czyżby istotnie lekarzom wiodło się nienajgorzej? Czy nie są to raczej pozory? Olbrzymia większość lekarzy, opierająca swój byt wyłącznie na indywidualnym swym stosunku do chorego, nie orientuje się dokładnie w rzeczywistości i całą swą energję wyśiła po linii najprostszej — na walkę o względy pacjenta. Dopóki nadzieja zdobycia tych względów nie wygasła, niema miejsca dla rozpacz. Zresztą, są może względy, które każą prawdziwy pesymizm lekarza celowo ukrywać przed okiem szerszej publiczności. Jest to konieczność symulowania powodzenia — ta wieczna maska, którą zawód narzuca lekarzowi w jego walce o zaufanie chorego. „Kto zbada puszczy litewskich przepastne krainy?“ Znam lekarzy, jeżdżących własnymi autami i zalegających jednocześnie w opłacie komornego. Czy nasza instytucja „Rodziny lekarskiej“ nie świadczy aż nazbyt jaskrawo, że wszelkie opinie na temat wielkich fortun lekarskich są przeważnie złudzeniem?

Ten monotony tryb życia lekarskiego, skazanego na indywidualną walkę o byt, zmuszonego wiecznie wobec społeczeństwa do wyrazu zadowolenia, jest jedną z głównych przyczyn konserwatyzmu lekarskiego. Nawet największe wstrząsy ekonomiczne nie zdołały w psychice świata lekarskiego obudzić głębszego samokrytycyzmu. Wszystkie zmiany, które obserwujemy w życiu lekarzy, są przeważnie im narzucone wirów ich woli.

Warto w tym kierunku poddać nieco bliższej analizie stosunek świata lekarskiego do obecnie przeżywanego kryzysu. On najlepiej scharakteryzuje światopogląd i psychikę lekarską.

Ustrój dzisiejszy, który tyle lat trzymał w karbach ludzkość, zachwiał się. Czasy daleko kroczonego indywidualizmu mijają bezpowrotnie. Ludzkość szuka oparcia o szerszą podstawę bytu. Zdawałoby się, że świat lekarski odczuje tę zmianę i pójdzie również w

kierunku nowych haseł. Cóż widzimy w rzeczywistości? Uparty konserwatyzm i brak jakiejkolwiek inicjatywy, a jako skutek tego chwytnie się środków, idących po linii najmniejszego oporu. Ustrój dotychczasowy, który własność indywidualną stawiał wyżej prawa do życia, uczynił z medycyny również służebnicę warstw wybranych. Lecznictwo pomimo postępu staje się dla ogółu coraz mniej dostępne. Stan taki nie tylko pociąga za sobą pauperyzację świata lekarskiego, lecz czyni również ze zdobywczy naukowych to samo, co uczynił ustrój kapitalistyczny ze zgromadzonemi bezmyślnie bogactwami — wartość coraz bardziej bezużyteczną. Z jednej strony coraz liczniejsze zastępy bezrobotnych sił lekarskich, olbrzymie ilości środków leczniczych, z drugiej nieprzeliczone masy społeczeństw, dla których dostęp do korzystania z tych dobrodziejstw jest zupełnie zamknięty.

Czy świat lekarski uświadamia sobie należycie to wszystko? W popłochu ratuje się sposobem najprymitywniejszym, zapożyczonym z arsenału środków kapitalistycznych — wzajemnem licytowaniem się. Jeżeli jednak w ogólnym systemie kapitalistycznym obniżenie cen przynosi przynajmniej doraźną korzyść konsumentom, w medycynie prowadzi ono do absurdu, gdyż porada lekarska, nawet najtańsza, bez środków leczniczych i odpowiednich warunków higienicznych jest zupełną fikcją. Napróżno szukałbyś jakichś nowych haseł, słyszy się tylko żalosne zawodzenie na temat wiary i wolnego wyboru lekarza... Tą drogą wciąż jeszcze żywi się nadzieją świat lekarski na odzyskanie tych, których coraz to bardziej potężniejsze fale ruchu społecznego wydzierają mu z rąk. Wiara jest istotnie potęgą w medycynie, ale, bądźmy szczerzy, zawdzięcza ona swoją potęgę w dużej mierze temu, że medycyna oficjalna nie umiała zdobyć sobie należytego zaufania w społeczeństwie. Czy wogóle pielęgnowanie wiary w jednostkę nie jest popieraniem kultu bałwochwalczego, niedopuszczalnego z punktu widzenia powagi lekarskiej? Czy nie jest raczej wskazane pielęgnowanie wiary w postęp naszej nauki medycznej? Bylibyśmy przynajmniej zabezpieczeni przed upokarzającą konkurencją znachorów, którzy przeciw tej wierze doprowadzili do zupełnego absurdu!

Przy ocenie sytuacji obecnej w świecie lekarskim nasuwa się obawa, czy jesteśmy wogóle przygotowani do nowych norm życia? Ogół lekarzy zachowuje się wobec dzisiejszego kryzysu, jak wobec zjawiska przemijającego. Wierzy zapewnieniom, że kryzys skończy się, i że po nim musi nastąpić powrót do dawnych stosunków normalnych. Jest to pogląd tych wszystkich, którzy do nowych form życia są niezdolni. Czy trzeba dowodzić, że to, co przeżywa dziś cała ludzkość, bynajmniej nie jest przemijającym załamaniem się ekonomicznym, lecz głębokim przeobrażeniem strukturalnym, które przeciągnie się na długie lata, zanim ludzkość nie wyjdzie zeń w odnowionej postaci?

Lekarze kurczowo trzymają się starych, uswięconych wiekami wygodnych form bezpośredniego kontaktu z chorymi i dobrowolnie z tego stanowiska ustąpić nie chcą. Nic więc dziwnego, że społeczeństwa, torując sobie drogę naprzód i natrafiając na opór lekarzy, ustosunkowują się często do nich wrogo. Zjawisko to mogliśmy obserwować u nas przy wprowadzaniu kas chorych. To samo zjawisko daje się obserwować dziś we Francji, gdzie lekarze wciąż usiłują sabotować tę instytucję wbrew uchwałom parlamentu. I oto ci, których niegdyś Gladston nazwał przewodnikami narodów, w chwilach przelomowych, jako całość, okazali się elementem najkonserwatywniejszym. Jeśli rozlega się jakiś głos odważniejszy, to tylko ze strony tych, którzy porzucili medycynę jako zawód. W samym zawodzie panuje tylko dezorientacja i chaos. Izby Lekarskie, dzięki swej ciężkiej, niezyciowej konstrukcji, sklecone raczej mechanicznie, na podstawie układu partyjnoteryjnego, do pracy twórczej nie są zdolne. Z wysokości swych stanowisk nie widzą one istotnych objawów życia. A przecież nie trzeba być pesymistą, aby zrozumieć, że zawód lekarski nie opiera się na garstce tych, którym udało się zająć szczyty gór, lecz na szerokich zastępach tych, którzy gnieźdzą się na ich zboczach, o gruncie niepewnym, grożącym każdej chwili zawaleniem się.

Są sytuacje, kiedy bierny optymizm przestaje być pożądanym nastrojem i musi ustąpić miejsca twórczemu pesymizmowi.

Leon Zamenhof (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Lekarze a przebudowa życia społecznego.

(Na marginesie Przysięgi i przykazań Hipokratesowych* prof. W. Szenajcha i „Wstępu do nauki lekarskiej” prof. Sigerista)

podał

Dr. E. B. (Warszawa).

Lekarze staną się przewodnikami ludów

Gladston.

Niemąło trosk i kłopotów, niezłatwionych spraw i zagadnień piętrzy się w chwili obecnej przed stanem lekarskim na całym świecie. Znaczne zubożenie szerokich mas lekarzy, z pauperyzacją materialną w parze idący upadek autorytetu i znaczenia stanu lekarskiego, niedostateczne uporządkowanie swoich spraw zawodowych, przesilenie, dalej—przeobrażenia zasadnicze, które przechodzi obecnie wiedza lekarska—stanowią cały

szereg zadań i problemów, wymagających dużego wysiłku twórczego i niemało czasu nim znajdą swoje ostateczne i zadowalające rozstrzygnięcie. Lecz dlatego właśnie coraz bardziej nagłaczem staje się zagadnienie szerokiego i czynnego udziału świata lekarskiego w pracy społecznej, czynnej i kierowniczej współpracy lekarzy w odbudowie, przebudowie i rozbudowie życia społecznego, skierowania życia tego — w miarę swoich sił i możliwości na etyczniejsze, zdrowsze i sprawiedliwsze, niż dotychczasowe, tory. Wiele momentów przemawia za tem, a nienajpośledniejszym z nich jest dobro własnej sprawy, wzmocnienie w ten sposób, przywrócenie im wysokiego stanowiska, które przed niedawnym jeszcze zajmował w społeczeństwie stan lekarski. Następstwem tego będzie, przypuszczać należy, polepszenie zarówno moralnych jak i materialnych warunków pracy lekarzy.

Jak komunał prawie brzmi już twierdzenie, iż

mimo wielkie swoje triumfy w dziedzinie techniki operacyjnej, bakterjologii, endokrynologii, charakterologii, nauki o konstytucji i terapii promienistej — medycyna naszych czasów znajduje się obecnie na rozdrożu, przechodzi okres wielkiego przeistoczenia. Kryzys ten, „załamanie się” starych, dotychczas — zdawałoby się — niewzruszalnych prawd, wywołuje — rzecz prosta — zamęt w umysłach wielu lekarzy, przyczynia się do szerzenia się wśród nich rozgoryczenia, pesymizmu w myśleniu, a nihilizmu i polipragmazji w postępowaniu leczniczym. Jaskrawym dowodem tego błędzenia po rozdrożach wiedzy lekarskiej posłużyć może głośnie w swoim czasie zeznanie znanego prowincjonalnego lekarza dra N. w charakterze biegłego w sądzie grodzkim w M. T. Fakt ten szczegółowo opisany w korespondencji do poważnego Warszawskiego czasopisma „Nowe Słowo” z dn. 14.VIII.31 p. t.: „Poglądy dra N. (podane pełne nazwisko) na higienę — sensacja dnia” — po dziś dzień nie został sprostowany — może zatem być uważany za autentyczny. Oto co podaje korespondent. „Na rozprawie w sądzie grodzkim przeciw felczerowi Bemowi, oskarżonemu o uszkodzenie ciała przez robienie zastrzyków dziecku woźnego Urzędu Skarbowego nieczystymi narzędziami — biegły dr. N. wygłosił dłuższe przemówienie na temat higieny lekarskiej, wykazując, że infekcja nie miała w tym wypadku miejsca. Między innymi przytacza dr. N. wypadki ze swojej wieloletniej praktyki lekarskiej. Będąc późno w nocy wezwany na wieś do położnicy, użył przy obrocie zamiast taśmy — postronka zdjętego ze łba krowy; a w drugim wypadku do zastrzyków śmiertelnie chorej użył brudnej wody gorącej z kotła wiejskiej kuchni. W obu wypadkach — zaznacza dr. N. — pacjentki odzyskały zdrowie. Przemówienie to wywołało konsternację wśród obecnych na sali rozpraw i jest wypadkiem dnia. Poglądy dra N., ciesząc się nie tylko w T. opinią dobrego lekarza, są różnorodnie komentowane”. Tyle korespondent. Można sobie wyobrazić „budujące” wrażenie tego rodzaju wystąpienie znanego, poniekąd wybitnego lekarza. Jak ono mogło podziałać na znajdujących się przypuszczalnie na sali rozprawy sądowej felczerów i akuszerki, jak potrafiło zachęcić ich i tak niezbyt pochylnych do przestrzegania „przemądrzałych” dla nich zasad i przepisów higieny i aseptyki. Coprawda, zaznaczyć należy, iż tego rodzaju publiczne wystąpienia lekarzy (i do tego w charakterze ekspertów sądowych) należą do wypadków nadwyraz rzadkich (niewiele wogóle znaleźć można śmiałków à la Dr. N. nie ukrywających się ze swojemi przekonaniem w jakiegokolwiek bądź dziedzinie). Natomiast w prywatnych rozmowach, przy spotkaniach koleżeńskich — ileż się to nasłyszec można narzekań, niezadowoleń, rozgoryczenia, „świętego niepokoju” od zniechęconych, rozczarowanych, wątpiących lekarzy - praktyków. Niestety, wniosek, do którego dochodzę, jest zasadniczo błędny. Zawsze wogóle jeszcze wątpić w siłę i potęgę wiedzy lekarskiej, geniusz jej jest nadal twórczy i wynalazczy (odkrycie insuliny, reakcja Z o n d e k - A s c h h e i m a, terapia ogólnoustrojowa wg. A s c h n e r a — próba syntezy doświadczeń starej medycyny z wielkimi zdobyczami medycyny doby obecnej, rozwierająca nowe horyzonty przed sztuką leczniczą). Niesłusznie — dalej — mianuje się nowe prądy w lecznictwie i dagnostyce przesileniem, załamaniem się jakoby całego gmachu obecnej medycyny — tkwią one bowiem korzeniami wg. M. H i r s c h a — w zamierzchłej przeszłości — czy to będzie nauka o cieczech naszego ustroju, czy organoterapia, czy wreszcie nauka o usposobieniu cho-

robowem organizmu. W ten sposób odbywa się raczej proces konsolidacji — stwierdzamy albowiem u czołowych przedstawicieli wiedzy lekarskiej dążenie do syntezy, do przymierza z dotychczasowym nabytkiem wielu pokoleń poprzedników, do odnalezienia niesłusznie zaniedbanych dróg i kierunków. Odrzuciwszy to wszystko, co jest błędne, niepotrzebne, mylne — a co pożyteczne, sprawdzone wciągnąwszy z powrotem do arsenału środków terapeutycznych, — doskonalimy w ten sposób nasze możliwości skutecznego oddziaływania leczniczego. Inne natomiast refleksje winny budzić te poszukiwania nowych dróg, te próby szerszego i głębszego ujęcia starego odwiecznego problemu o zdrowym i chorym człowieku, te przewartościowania, których świadkami jesteśmy w chwili bieżącej. Zastanowić się musimy czy nie zbyt ograniczonymi drogami się kroczyło w zadaniu najważniejszym — poznania choroby i dążeniu przywrócenia zdrowia przy wielu cierpieniach, w niemałym wszak stopniu zależnych od warunków bytowania, pracy, otoczenia, w których dotknięci nimi się obracają. Otóż 2 czynniki — czynnik psychopochodności wielu cierpień (przeważnie u kobiet) i socjalny — poprzednio niesłusznie nieuwzględniane lub uwzględniane w niedostatecznym stopniu — poczynają wysuwać się ostatnio na plan przedni, przeważnie w związku z coraz większym znaczeniem, jakiego nabierać poczęło w medycynie zagadnienie konstytucji.

Przejsie do rozumowania konstytucyjnego i osobniczego, zwycięstwo kierunku biologicznego w wiedzy lekarskiej — oznacza, coprawda, duży krok naprzód, jednakże — jak zaznacza H i r s c h — nie zaspakaja jeszcze całkowicie wymagań naszych czasów. Tylko jednoczesne głębokie wejście, dokładne przestudjowanie otoczenia, warunków socjalnych, w których cierpiący są czynni, zbadanie zdolności dostosowania się organizmu do szkodliwości świata zewnętrznego, wydolności ew. niewydolności w stosunku do ciężkich wymogów życia — będzie w stanie — wg. H. podnieść naukę naszą na wysokość jej nowoczesnego zadania — poznać, zrozumieć tego nowego człowieka, jakim jest i staje się człowiek współczesny w nowych warunkach socjalno-ekonomicznych. W stosunku zaś do zmieniających się wciąż warunków życiowych osobnika lecznictwo powinno się kierować zasadami medycyny hipokratesowej, a mianowicie: podążać za zjawiskami przystosowania się ustroju ludzkiego do zewnętrznych warunków, ustalać prawa, rządzące normalnymi i chorobowo zmienionymi czynnościami organizmu, i stąd dopiero wprowadzić metody leczenia. Na tem polega związek klasycznej medycyny H i p o k r a t e s a z współczesną patologią jednostki i patologią społeczną, która każe łączyć jednostkę z warunkami otoczenia, jak sztuka hipokratesowska łączy każdy ustrój w jedną całość, a więc bierze pod uwagę całego chorego człowieka, przytem nie tylko jednostkę, w oderwaniu od warunków zewnętrznych, lecz osobnika, związanego ze swem otoczeniem i poprzednimi pokoleniami (H i r s c h). Nadchodzi zatem — jak widzimy — okres lepszego i głębszego zrozumienia dla wielkiej roli momentu socjalnego, warunków zewnętrznych dla powstania, przebiegu i ewent. wyleczenia znacznego odsetka chorób. Oprócz zabiegów leczniczych, obok leczenia lekami, promieniami, interwencji chirurga, położnika (wciąż udoskonalanej, ciągle skuteczniejszej) — myśli się i mówi obecnie jeszcze i o terapii socjalnej. Lekarz współczesny, który stwierdza bezpośredni związek choroby z warunkami zewnętrznymi, w jakich osobnik przebywa — nie zatrzyma się na samem leczeniu chorego. O wiele owocniejszą

może się okazać jego czynność — gdy w miarę swoich możliwości — narazie coprawda znacznie ograniczonych — dążyć będzie do uzdrowienia właśnie tła chorobotwórczego, środowiska, w którym przebywa chory lub jego bliscy. Świadomy tego swego wielkiego celu i zadania — lekarz nie ograniczy się już, jak się to dotychczas działo w medycynie społecznej i higienie zapobiegawczej — do roli podrzędnej, wykonawczej. Przeciwnie, sam stanie na czele ruchu, będzie drogowskazem, kierownikiem i przewodnikiem we wszystkich za gadnieniach socjalnych, będących w pośrednim lub bezpośrednim związku z zagadnieniem ochrony zdrowia publicznego. Ciekawe myśli o związku, zachodzącym między zachorowaniem a położeniem socjalnym cierpiącego znajdujemy u niem. lekarza N e u m a n n a (1847), który m. in. twierdzi: „Zadnej wątpliwości obecnie już nie podlega fakt, iż większa część chorób, które bądź przeszkadzają cierpiącym w rzeczywistym korzystaniu z uroku życia, bądź też zmuszają większe zastępy ludzi do wyrzeczenia się ich — powstaje nie dzięki naturalnym powodom, lecz ma swoje źródło w szkodliwościach natury socjalno - gospodarczej. Wiedza lekarska z istoty i treści swojej ma podłoże społeczne i dopóki w życiu nie nabierze tych cech, będziemy musieli zadawać sobie surogatami jej owoców, zamiast korzystać z samych owoców”. Słynny uczony i polityk V i r c h o w wypowiada się w tym samym duchu. „Lekarze — twierdzi — są naturalnymi obrońcami ludności ubogiej i kwestja socjalna w większej swojej części należy do zakresu ich działania. Historia dowiodła już nieraz, iż dzieje wielkich państw są w dużej mierze zależne od stanu zdrowotnego mas ludowych i faktem niezaprzecalnym jest, iż historia chorób ludowych jest nieodłączną częścią historii ludzkości”.

Świadomość zatem, iż przy pomocy metod, opierających się wyłącznie na przesłankach bakterjologicznych lub serologicznych, nie dojdzie się do pożądanego celu, skierowała myśl lekarza z powrotem do zainteresowania się warunkami społecznymi cierpiących, jako powodem powstania ewent. sprzyjania powstaniu wielu chorób. Ogromne zasługi położył w tej dziedzinie wybitny uczony A. G r o t j a h n, twórca „Patologii socjalnej”, gdzie zebrał materiały, po dziś dzień podstawowe przy badaniu związku między chorobą a jej

tłem socjalnym. W ogólnych zarysach związek ten dałby się ująć w sposób następujący. Niesprzyjające warunki socjalne są w stanie powodować: 1) skłonność, predyspozycję do choroby, gdyż powodują one niejako niższwartościową konstytucję czy to odziedziczoną, czy to nabytą w toku szkodliwych warunków życiowych i pracy, 2) sprzyjają rozpowszechnieniu chorób w ubogim środowisku i 3) ujemnie wpływają na choroby już powstałe. Mierne płace, niedostateczne odżywianie, nieodpowiednie mieszkania, nie chroniąca od wpływów atmosferycznych odzież, nieprzestrzeganie elementarnych zasad higieny, brak uświadomienia wraz z obojętnością tworzą — wg. G r o t j a h n a i K n a c k a — podłoże, na którym nie tylko powstają i mnożą się choroby, ale są one również powodem powolnego i niedostatecznego leczenia się procesów chorobowych, na tem tle poprzednio powstałych. Ochrona zdrowia publicznego, opieka zdrowotna i socjalna będą najlepszym środkiem zapobiegawczym, tłumiącym choroby w zarodku, obniżającym szanse powstania chorób lub skłonności do zachorowania. Tu właśnie uwidatnia się ogromnie odpowiedzialna, lecz zarazem niezwykle wdzięczna rola lekarza. Lekarz, w dostatecznym stopniu posiadający wiadomości o związku między chorobą a położeniem socjalnym chorego, w konsekwencji przyciągnie do współpracy sfery nielekarskie, działające w ubezpieczeniu społecznym, opiece społecznej i t. d., a nie będzie, jak dotychczas jeszcze się dzieje, — dopiero z ich inicjatywy powołany do tego. Terapia socjalna — jedno z naczelnych zadań społecznie myślącego i czynnego lekarza, oznacza dla nas — twierdzi prof. K n a c k — narazie uzupełnienie dotychczasowych czysto lekarskich środków pomocą socjalną, a raczej socjalnym poradnictwem, oraz badanie choroby nie tylko jako takiej, lecz również w łączności ze środowiskiem, z którego pochodzi i gdzie przebywa cierpiący. Jednak celem najważniejszym naszym jest lecnicstwo socjalne zapobiegawcze. Zapobiegawcza terapia socjalna oznacza nie tylko czysto lekarskie zapobieganie chorobie, lecz również przekształcenie środowiska socjalnego przy czynnej współpracy lekarza, oznacza dalej wytworzenie typu człowieka, zdrowego na duchu i ciele w środowisku socjalnie uzdrowionem.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

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

Art. 6 ustawy z dnia 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej (Dz. U. R. P. Nr. 21/22 poz. 164) uzależnia przyjęcie do służby państwowej od uzdolnienia fizycznego i umysłowego kandydata. Stan zdrowia kandydatów do służby państwowej, poza pracownikami kolei państwowych, badają na piśmie zlecenie władz urzędowych lekarze powiatowi (grodcy) właściwi ze względu na miejsce zamieszkania kandydatów. W wyjątkowych wypadkach, gdy badanie przez właściwego lekarza przewlekłoby znacznie załatwienie sprawy, a badanie było pilne, zbadać może na zlecenie władzy lekarz urzędowy, na którego terytorjum mieści się zainteresowany urząd.

Lekarze powiatowi (grodcy) ustalają ocenę zdolności do służby państwowej na zasadzie „tabeli stanów chorobowych”, ogłoszonej okólnikiem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 82 z dnia 15.V.1931 r. (L. Z. O. 20780/31). Wyniki badania w formie świadectwa lekarskiego, sporządzonego według wzoru,

dołączonego do niniejszego okólnika, przesyła lekarz jako pismo poufne w drodze urzędowej bezpośrednio władzy, która zarządziła badanie. Lekarze urzędowi są obowiązani do bardzo dokładnego badania kandydatów do poszczególnych rodzajów służby państwowej i ostrożnego kwalifikowania; obowiązani są również do indywidualizowania cierpień, kalectw i odchyień od normy stosownie do właściwości służby, w której kandydat zamierza pracować.

W wypadkach wątpliwych lekarze powiatowi (grodcy) wydają orzeczenia po zapoznaniu się z opinią specjalisty.

W uwzględnieniu specjalnych warunków pracy w zawodzie nauczycielskim, poza normami, ustalonymi w tabeli stanów chorobowych, należy pamiętać, że do zawodu tego nie mogą być przyjęte osoby, które:

1) rażą oko swym wyglądem zewnętrznym (kalectwa i ułomności, zniekształcenia i zeszpecenia twarzy, tik i grymasy);

2) cierpią na przewlekłe choroby skórne niezastłoniętych części ciała, na przykrą woń z ust i nosa;

3) cierpią na zaburzenia mowy (jąkanie, bełkotanie, wybitna mowa nosowa, seplenie).
 Na wszelkie kursy nauczycielskie (z wyjątkiem nauczycieli czynnych) nie można przyjmować kandydatów nawet z nieznacznie zaburzeniami mowy; wyjątek stanowi przyjęcie na I kurs seminarjum osób, których nieznaczne zaburzenia mowy rokują poprawę; przyjmując takie osoby można tylko pod warunkiem, iż poddadzą się specjalnemu leczeniu i od wyników tego leczenia będzie uzależnione przyjęcie ich na następny kurs;

4) cierpią na drżenie rąk, kurcz pisarski, skutkiem czego jest utrudnione pisanie;
 5) cierpią na znaczne, niedające się naprawić zapomocą szkieł upośledzenie wzroku, a także na upośledzenie słuchu;
 6) cierpią na zaburzenia nerwowe, takie nawet, które tabela stanów chorobowych kwalifikuje jako Kt. A1 §§ 69a, 70a, b, c, d, 71, 72, 73, 74, 75, 77, a nawet A § 69a i A § 70c;

7) cierpią na stany chorobowe dróg oddechowych takie, które tabela stanów chorobowych kwalifikuje jako Kt. A1 § 30a i b, A1 § 34a i b, A1 § 35a, b, c, d.

Urlopy dla poratowania zdrowia, o których mowa w drugim ustępie art. 28 i w art. 38 ustawy o państwowej służbie cywilnej, winny być udzielane funkcjonarjuszom państwowym tylko na podstawie świadectwa lekarskiego.

Funkcjonarjuszom państwowym, którzy zachorowali podczas urlopu zdrowotnego lub wypoczynkowego, może właściwy lekarz powiatowy (grodzki) wydać świadectwo z wnioskiem na przedłużenie urlopu w wypadku obłożnej choroby.

Przy wydawaniu świadectw z wnioskiem na udzielenie względnie przedłużenie urlopów winni lekarze powiatowi (grodzcy) kierować się jak największą sumiennością i ostrożnością, liczne bowiem urlopy dezorganizują normalny tok pracy w urzędach. Orzeczenia takie winny być należycie umotywowane.

Przy wydawaniu świadectw nauczycielom, stwierdzających konieczność leczenia, należy zawsze dodawać słowa: „leczenie ma być przeprowadzone w okresie feryj wakacyjnych”. Jedynie tylko w wypadkach nadzwyczajnych i niecierpiących zwłoki w leczeniu lekarz powiatowy (grodzki) doda słowo „bezwzględnie”.

Kobietom urzędnikom na okres porodowy i połogowy należy się urlop zgodnie z uwagą do § 84 wspomnianej wyżej tabeli stanów chorobowych.

Równocześnie uchyla się okólniki i pisma okólne: pismo okólne z dn. 18 września 1925 r. Nr. Z. O. 6171/25 p. t. „Opinie lekarskie o kandydatach do służby nauczycielskiej” (Zb. Zarz. str. 809 poz. 1),

pismo okólne z dnia 3 listopada 1925 r. Nr. Z. O. 7721/25 p. t. Leczenie klimatyczne nauczycieli (Zb. Zarz. str. 809, poz. 2),

pismo okólne z dnia 4 sierpnia 1928 r. Nr. Z. O. 2720/28 p. t. Świadectwa kwalifikacyjne dla kandydatów na nauczycieli szkół powszechnych. (Zb. Zarz. str. 809, poz. 3),

pismo okólne z dnia 16 września 1924 r. Nr. Z. O. 6509/24 p. t. Świadectwa lekarskie dla kandydatów do służby państwowej. (Zb. Zarz. str. 421, poz. 2),

okólnik Nr. 67 z dnia 9 lipca 1925 r. p. t. Badanie lekarskie kandydatów do służby państwowej. (Zb. Zarz. str. 423, poz. 4),

pismo okólne z dnia 10 stycznia 1925 r. Nr. Z. O. 245/25 p. t. Świadectwa lekarskie dla kandydatów do służby państwowej. (Zb. Zarz. Nr. 423, poz. 3),

pismo okólne z dnia 8 listopada 1924 r. Nr. Z. O. 7589/24 p. t. Badanie lekarskie funkcjonarjuszów państwowych. (Zb. Zarz. str. 662, poz. 1),

pismo okólne z dnia 13 grudnia 1927 r. Nr. Z. O. 7041/27 p. t. Ocena stanu zdrowia i zdolności do pracy osób, badanych przez lekarzy urzędowych. (Zb. Zarz. str. 664, poz. 8),

okólnik Nr. 126 z dnia 7 listopada 1923 r. p. t. W sprawie zwalniania urzędników od zajęć w okresie połogu. (Zb. Zarz. str. 1264, poz. 1).

Bronisław Pieracki
 Minister

— Ministerstwo Opieki Społecznej rozesłało do Panów Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy następujący okólnik:

W związku ze zbliżającym się okresem większego nasilenia chorób zakaźnych przewodu pokarmowego (dur brzuszny, czerwonka) zwracam uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza) na konieczność wzmocnienia w najbliższym czasie nadzoru nad stanem sanitarno - porządkowym osiedli, ze szczególnem uwzględnieniem wytwórni i miejsc sprzedaży artykułów żywności, zaopatrywania ludności w dobrą wodę do picia i należytego usuwania nieczystości. Proszę przeto o położenie jak największego nacisku na organizowanie doraźnych inspekcji sanitarno-porządkowych przez władze administracji ogólnej i samorządowe celem stwierdzenia istniejących braków i pouczenia ludności o sposobach usunięcia tych braków. Wymierzanie kary grzywny i kierowanie spraw do sądów, ze względu na obecne ciężkie warunki gospodarcze, winny być stosowane tylko w przypadkach, kiedy przy inspekcji stwierdzono opór lub złą wolę ze strony obywatela.

TREŚĆ: N. ZANDOWA. O objawach nerwowych w gruźlicy utajonej oraz o t. zw. reumatyzmie gruźliczym. (Dok.) — M. BUSSEL i S. GRUNDGANDOWNA. Przypadek ciężkiej nerczycy lipidowej powikłanej ropnem pneumokokowym zapaleniem otrzewny. — A. LANDAU i W. HEYMAN. Studja kliniczne nad skazą krwotoczną. (C. d.) — W. ZAWADOWSKI. Radiodjagnostyka układu wydzielania wewnętrznego. (Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — L. ZAMENHOF. Lekarze wobec kryzysu. — E. B. Lekarze a przebudowa życia społecznego. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: N. ZAND. Sur les symptômes nerveux dans la tuberculose larvée et sur le soit disant rhumatisme tuberculeux (fin). — M. BUSSEL et S. GRUNDGAND. Un cas de la nephrose lipidique grave, compliquée par peritonite pneumocoquecique. — A. LANDAU et W. HEYMAN. Etudes cliniques sur la diathèse hémorragique (suite). — W. ZAWADOWSKI. Le radiodiagnostic de la sécrétion interne. (Rev. gen. fin.) — L. ZAMENHOF. Les medecins et la crise économique. — E. B. Les medecins et la transformation de la vie sociale.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.
 Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp. Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11 r.