

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 6 KWIECIEŃ 1933 R.

Nr. 13-14

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Obecny stan nauki o przytarczycach¹⁾.

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa)

Przewodniczący Zarządu Wydziału Zdrowia przy Magistracie
m. st. Warszawy.

Le moyen d'arriver à la vérité
n'est pas à nier les résultats positifs
au nom de résultats négatifs et reci-
proquement, mais bien de chercher la
raison de leur divergence.

Claude Bernard.

Dziękując najprzejmiej Zarządowi Towarzystwa za zaszczytne polecenie wygłoszenia referatu o obecnym stanie nauki o przytarczycach, muszę na wstępie wyznać, że, kiedy zacząłem porządkować swoje odnośne wiadomości i rozglądać się w nowoczesnej literaturze, która kryje się przeważnie w rozprawach natury biochemicznej i chirurgicznej, spotkałem się z tyloma zastrzeżeniami, sprzecznościami, niedomówieniami i tyloma nowymi nierozwiązanymi jeszcze zagadnieniami, że miałem szczerzy zamiar prosić o odroczenie tego odczytu na kilka przynajmniej lat. Jeżeli jednakże dzisiaj tutaj występuję, to robię to głównie przez to, że, o ile sobie przypominam sprawa przytarczyc z klinicznego punktu widzenia w naszym piśmiennictwie, zdaje się, jeszcze nigdy nie była szczegółowo omawiana.

Szło mi więc o to, żeby wprowadzić tę niezmiernie ciekawą kwestję w pole widzenia naszej medycyny. Nie wątpię bowiem, że i u nas przy odpowiednim w tym kierunku nastawieniu znajdzie się dużo ciekawego materiału. Dodam, że na mającym się za dwa lata odbyć międzynarodowym kongresie chirurgicznym w Kairze sprawa przytarczyc będzie głównym tematem referatowym²⁾.

¹⁾ Odczyt wygłoszony i ilustrowany przezrociami 29.X.32 w sekcji klinicznej Tow. Medycyny Społecznej.

²⁾ Odnośne piśmiennictwo rozrosło się do olbrzymich rozmiarów. Bibliografia prac, z których osobiście korzystałem,

Zwykle bywają cztery przytarczycy (PRZ), które znajdują się na tylnej powierzchni tarczycy. Są one często dosyć głęboko schowane w tkance tarczyczej, gdzie niezawsze łatwo je odszukać.

W rzadkich przypadkach bywa ich mniej — 3, 2 albo i więcej. Mają wygląd elipsoidny, długości 8 — 10, szerokości i grubości 3 — 4 milimetrów i ważą 2 — 4 miligramy. Jak wszystkie narządy endokrynne, są obficie unaczynione. Każda przytarczycza ma kilka drobniejszych tętnic przytarczycznych, które biorą początek od dolnej tętnicy tarczyczej. Jest to szczególnie ważny pod względem praktycznym. Podwiązanie bowiem tej tętnicy, co się często praktykuje przy operacjach wola, może pociągnąć za sobą poważne skutki dla życia przytarczyc. Przyroda jednakże w swojej trosce o te drobne, ale ważne narządki daje jeszcze połączenia tętniczek przytarczycznych z tętnicami przełyku, tchawicy i gardzieli, a pozatem często bywają anastomozy między górną i dolną tętnicami tarczycznymi albo między obydwoma dolnymi tętnicami tarczycznymi, z czym trzeba się liczyć i przy operacjach na tarczycy i przytarczycach³⁾. Szczególnie obfita ma być sieć kapillarów, która według niektórych autorów otacza każdą poszczególną komórkę.

zająłaby prawdopodobnie więcej miejsca, niż cały tekst. Starsza literatura znajduje się w monografii G u l e k e g o, Chirurgie der Nebenschilddrüsen 1913. Nowsza u B i e d l a: Innere Secretion Bd. 111, 1922, H e r x h e i m e r a: Die Epithelkörperchen in Handbuch der speziellen Pathologie und Histologie von H e n k e und L u b a r s c h, Bd. 8.

Niedawno ukazała się monografia J. A. L i é v r e a: Osteose parathyroïdienne et les osteopathies chroniques. Masson et Cie 1932, która zawiera bogatą bibliografię. Bibliografia biochemiczna znajduje się między innymi w pracach B o m s k o w a (Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. 157, Zeitschrift für die ges. experimentelle Medizin Bd. 83, Zeitschrift f. Kinderheilkunde Bd. 52 i 53). Edith B u b l i n g (Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmak. B. 162). B r a n d, H o l z i P u t s c h e r (Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 167) i wiele innych.

³⁾ Porównaj pouczające rysunki u G u l e k e g o i H e r x h e i m e r a.

Budowa drobnowidzowa przytarczyc jest i dotychczas przedmiotem przeczących sobie opisów i wniosków. *Getzowa*, której pierwszą gruntowną pracę zawdzięczamy, rozróżnia 4 typy komórek. Przeważnie jednakże mówią o trzech rodzajach komórek: 1) różowe (rosaroth) wodnistojasne (wasserhelle) i kwasochłonne komórki (oxyphile) *Welscha*. Te ostatnie zjawiają się według niektórych autorów dopiero aż w 10-ym roku życia, i liczba ich powiększa się z wiekiem aż do późnej starości.

Na rolę czynnościową poszczególnych komórek brak dotychczas jednolitego poglądu. Podczas gdy *Getzowa* uważa różowe komórki za specyficzne, naczelną czynnością obdarzone, wodniste zaś za okresy wyczerpania, inni badacze są wprost przeciwnego zdania. Tak samo co do komórek kwasochłonnych, które przez niektórych uważane są za głównych nosicieli czynności PRZ, — przez innych zaś określane jako zwyrodniałe szczątki, pozbawione wszelkiej roli czynnościowej.

Przyszłe badania prawdopodobnie wykażą, że każdy rodzaj komórek ma swoją swoistą czynność i może zapoczątkować poszczególne stany patologiczne, jak to obecnie ustalono w stosunku do poszczególnych rodzajów komórek przysadki⁴⁾.

Komórki zawierają dużo lipidów a także dużo glikogenu i koloidu, który ma być nosicielem swoistego hormonu przytarczycznego.

Według większości autorów w przeciwieństwie do komórek tarczycy jodu nie zawierają, czemu jednakże niektórzy francuscy autorowie zaprzeczają. Zupełny brak przytarczyc dotychczas, z wyjątkiem jednego dotąd ogłoszonego niedawno przypadku, tyżącego się 10-io tygodniowego dziecka, które umarło przy 6 tygodni trwających kurczach, w literaturze nie jest znany (*Rössle*. *Virchows Arch.* T. 283).

Nawet przy pełnym braku tarczycy — PRZ były obecne. Należy jeszcze dodać, że z wyjątkiem ryb kościstych PRZ były znajdowane u wszystkich kręgowców. Poszukiwanie PRZ nawet u dużych zwierząt jest, zresztą, jak osobiście się przekonałem, niezawsze łatwe.

Jedna z najgłówniejszych kwestyj, około której obraca się cała nauka o PRZ, to ich wpływ na poziom wapnia we krwi. Posiadamy pod tym względem nader liczne prace, które pochłonęły hekatombę zwierząt.

Istnieje kilka metod określania Ca we krwi. Stąd pewna w wynikach rozbieżność. Według *Léricha*, który pracował najsubtelniejszą podobno metodą *Hirtha*, poziom wapnia we krwi u zdrowych ludzi waha się między 8,5 — 10 miligramami na 100,0 surowicy krwi. Szkoła *Oppella*, która pracuje inną, mniej subtelną metodą *DeWarda*, uważa 11 miligr. za granicę jeszcze normalną. Część tego wapnia znajduje się w postaci anorganicznej i daje się filtrować, część zaś jest związana z białkami lub lipidami (wapń koloidalny). Przeciętna djeta dzienna zawiera do 2,0 wapnia (w sowieckich szpitalach 1,4). Niezliczoną liczbą doświadczeń przy najrozmaitszych kombinacjach ustalono, że przytarczycy — ostatnio pracowano przeważnie parathormonem *Collipa* — wywierają dominujący wpływ na poziom wapnia we krwi. Przy ich usuwaniu u zwierząt poziom spada, występuje hipo-

kalcemja, zaś przy zastrzykiwaniu parathormonu poziom podnosi się — nieraz podobno w dwójnasób. Występuje hiperkalcemja.

Przy bliższej analizie tych zjawisk okazało się, że zachodzące tu procesy nie są takie proste, jakby się na pierwszy rzut oka wydawało. Po zastrzykiwaniach parathormonu (PT) podniesienie się poziomu Ca następuje bardzo szybko (u kota np. już po 10-iu minutach). U człowieka podnosi się po godzinie z 10,0 miligr. do 12-tu, aby po 2-ech już godzinach — u zdrowych osobników — wrócić do dawnego poziomu. Według nowszych autorów, wbrew poprzednim doświadczeniom, poziom tego nie można na dłuższy czas przy pomocy parathormonu podnosić. Należy dodać, że poziom wapnia nie można podnieść proporcjonalnie do dowolnej ilości, i że przy dużych nawet ilościach parathormonu (PT) krzywa wapnia nie tylko nie idzie w górę, ale nawet spada nieraz niżej normy. (Jednostka PT równa się 1/100 preparatu, która podnosi poziom wapnia w surowicy u ważącego 20 kilogr. psa o 1/2 miligr.).

Poziom wapnia, zresztą, chwilowo i do pewnego tylko stopnia można podnieść i przy pomocy zastrzykiwań wapnia. Jeżeli jednakże, jak dowiódł *Bomskow* w zwierzęciu, u którego się udało podnieść poziom wapnia przy pomocy dożylnych zastrzykiwań soli wapniowej, zastrzyknąć potem parathormon, poziom wapnia w surowicy nie tylko się nie podnosi, jak możnaby było się spodziewać, lecz, owszem, następuje nawet spadek niżej normy, który dopiero po kilku godzinach znowu się wyrównywa. I *vice versa*. Jeżeli przy pomocy parathormonu poziom wapnia został podniesiony, a po zastrzyknięciu dożylnie takich ilości wapnia, które zwykle podnoszą poziom — następuje spadek niżej normy, która dopiero po kilku godzinach wraca do poprzedniego poziomu.

Z tych doświadczeń, które wielokrotnie były przez różnych autorów powtarzane, wynikałoby, że przytarczycyca w kierunku wapnia działa dwufazowo: przy niedostatecznej przemianie wapnia podnosi, a przy nadmiernym przesyconiu — obniża.

Da jakiego stopnia PRZ są niezbędne dla równowagi życiowej, dowodzą między innymi następujące doświadczenia *Bluma*. Głodzone przez wiele dni zwierzęta, pomimo że tracą na wadze, zachowują jednakże poprzedni swój poziom wapnia. Jeżeli zaś głodź zwierzęta, pozbawione przytarczyc, to poziom wapnia spada. *Bomskow*, któremu zawdzięczamy szereg ciekawych prac z dziedziny biochemii wapnia i przytarczyc, przychodzi ostatnio do przekonania, że przy regulowaniu poziomu wapnia odgrywa też pewną rolę adrenalina, i że hormon przytarczyc pobudza wydzielniczą działalność nadnercza.

Takie współdziałanie (korelacja) dwóch hormonów jest, zresztą, znanym zjawiskiem w endokrynologii. Rola przytarczyc polega więc na regulowaniu przemiany wapniowej, przyczem sama ilość hormonu nie odgrywa prawdopodobnie decydującej roli.

Ciekawe światło na rolę przytarczyc w gospodarce wapniowej rzuca też inna grupa doświadczeń niemieckich i francuskich autorów. *Psu* zakłada się przetokę żółciową w ten sposób, że cała żółć wydziela się na zewnątrz. Żółć zawiera przeciętnie 20 miligr. wapnia na 100 cm.³ *Lewyemu* w Paryżu udawało się utrzymać takie psy w dobrym stanie kilkanaście miesięcy. Ogólny poziom wapnia we krwi mało się zmieniał, znajdowano jednak po śmierci wybitne odwapnienie w kościach i powiększenie wszystkich przytarczyc (hyper-

⁴⁾ W ostatniej swojej pracy *Ballin*, który osobiście dokonał 54 paratyreoidektomij, twierdzi, że w pierwszych okresach schorzeń zależnych od nadczynności przytarczyc wogóle nie znajdował w nich wyraźnych zmian anatomicznych.

placie considérable), wyłącznie komórek swoistych, bez powiększenia podścieliska (*stroma*).

Tak samo M a r i n a, karmiąc zwierzęta specjalnie małowapniowymi pokarmami, otrzymywał powiększenie przytarczyc. Oczywiście, że wszystkie te doświadczenia nasuwają koncepcję, że wskutek stopniowego zubożenia krwi w wapń, co mu grozi zagładą, przytarczycy zaczynają intensywnie pracować, wyławiają wapń z kości — stałego kapitału rezerwowego wapnia — i transportują go do krwiobiegu. W rzeczywistości proces ten jest prawdopodobnie daleko więcej złożony, ale w każdym razie rola przytarczyc jest tu, zdaje się, widoczna.

Przechodzę teraz do patologii człowieka. Mała reminiscencja osobista, która przed kilkudziesięciu laty wprost zmusiła mnie do zainteresowania się przytarczycami. Jako student, zauważyłem na sali chirurgicznej młodą kobietę, która wyla się w bólach i kurczach, a po kilku dniach zmarła. Dowiedziałem się, że przed kilkoma dniami profesor szczęśliwie usunął jej wole, ale przyczyny śmierci nikt z lekarzy, do których się zwracałem, nie mógł albo nie chciał mi wytłumaczyć. Sekcja, przy której byłem obecny, również przyczyny śmierci nie wyjaśniła. Obraz tej chorej i zagadka tej śmierci po szczęśliwie dokonanej operacji długo mnie prześladowały. Aż dopiero po kilku latach (pierwsze swoje doświadczenia nad *tetania parathyroidea* ogłosił w 1890-ym roku E i s e l s b e r g, a po kilku latach zjawiała się pierwsza praca doświadczalna G l e y a) — domyśliłem się, że szło o ostrą tężyczkę wskutek usunięcia wraz z wolem i przytarczyc, co, niestety, i teraz, acz rzadko, się zdarza.

Szczegółowe omówienie tężyczki — uważanej powszechnie za klasyczny przykład hipoparatyroidyzmu, nie wchodzi w zakres niniejszego referatu. U nas tężyczka wogóle nigdy nie była częstym zjawiskiem, jak to np. miało miejsce dawniej w Wiedniu, a ostatnio wyniosłem wrażenie z rozmów z pedjatrą, że jest ona u nas wyjątkowo rzadka, co prawdopodobnie trzeba zapisać na dobro nowoczesnych metod racjonalnego odżywiania dzieci (tężyczka, zresztą, nie jest wyłącznym przywilejem wieku dziecięcego — zdarza się też u dorosłych a nawet i starszych osób).

Głównym objawem tężyczki są występujące od czasu do czasu, przeważnie krótkotrwałe, ale nieraz i długotrwałe, bolesne i charakterystyczne kurcze w dłoniach i stopach, a nieraz i w wyższych odcinkach kończyn, — bez utraty przytomności. Chorych takich cechuje wzmożona pobudliwość nerwów i mięśni (objawy T r o u s s e a u, C h w o s t k a, E r b a, S c h l e s i n g e r a, A l e x a n d r a i in.), wzmożona pobudliwość na prąd faradyczny i galwaniczny, gdzie już przy słabych względnie prądach można otrzymać kurcz przy otwarcu katody. U dotkniętych przewlekłą tężyczką występują często zaburzenia troficzne: w zębach, włosach, skórze a także i soczewkach. W Wiedniu, gdzie wogóle opracowana została cała nauka o tężycze spostrzeżono, że występuje ona nagminnie, przeważnie na wiosnę i że ma pewną predylekcję do niektórych zawodów (szewców, krawców i t. d.). Wiemy także, że ciąża a także i niektóre choroby żołądka, jak również choroby zakaźne uspasabiają do tężyczki (najczęściej chodzi prawdopodobnie o istniejącą utajoną tężyczkę, która ujawnia się pod wpływem tych lub owych bodźców).

Najcięższa i najciekawsza z naszego punktu widzenia jest tężyczka, występująca po usunięciu narządów

przytarczycznych. Smutne wypadki kliniczne przy usuwaniu wola oraz tysiące i tysiące doświadczeń na różnych zwierzętach fakt ten niezbitnie potwierdziły. A jeżeli dodamy jeszcze, że tężycze towarzyszy zawsze lub b. często hipokalcemja, i że preparaty przytarczyc — parathormon C o l l i p a — a także przeszczepianie PRZ. — dają wprost błyskawiczne, ale niezawsze stałe wyniki lecznicze — wskutek czego leczenie musi być długo stosowanie — to otrzymamy pozornie zupełnie jasny łańcuch przyczynowy między przytarczycami a tężyczką. Niestety, przy bliższej analizie dochodzi się do przekonania, że łańcuch ten nie jest taki prosty, że składa się on z wielu ogniw niezupełnie jeszcze zbadanych. B l u m np., który od wielu lat pracuje doświadczalnie nad przytarczycami, twierdzi, że przy pomocy swojej diety ochronnej — Schutzkost — która składa się z jednej części mleka i 3-ch części świeżej krwi (ostatnio połączył to w postaci gotowego preparatu p. n. Haemocrinin) utrzymywał przy życiu bez tężyczki zwierzęta, pozbawione przytarczyc. W klinice K l e i s t a leczono z dobrym wynikiem przy pomocy diety B l u m a ciężkie przypadki tężyczki (Ilse G r a f). Samo mleko pomimo swego dużego odsetka wapnia nie wystarcza. B l u m wyprowadza z tego wniosek, że hormon przytarczyc, dostawszy się do krwi, dopiero tam aktywuje jakieś specjalne ciała przeciwtężyczkowe.

Niektórzy badacze: H e r x h e i m e r, F r a n k, N o e l - P a t o n i inni, opierając się na tem, że u zwierząt można wywołać przy pomocy guanidyny objawy podobne do tężyczki, twierdzą, że ostateczną przyczyną tężyczki jest właśnie guanidyna, której ślady znajdują się i w normalnym moczu. Według autorów tych, zadaniem hormonu przytarczyc jest neutralizowanie i unieszkodliwienie guanidyny. Widzimy, ile luk powstało w tym, zdawałoby się, tak prostym łańcuchu. Domaga się także wytłomaczenia nagminny, okresowy i zawodowy charakter tężyczki (przewaga w pewnych porach roku zależy prawdopodobnie od paszy i pokarmów) — tężyczka po przepłukaniu żołądka. Dotyczy to samo tężyczki u ciężarnych. Tu, oczywiście, trzeba liczyć się z tem, że podczas ciąży wogóle zachodzą poważne zmiany w całym układzie endokrynym (S e i t z i jego szkoła). Dla każdego z tych zagadnień zbudowano specjalne teorie i hipotezy, których tu nie będę przytaczał. Niestety, trzeba dodać, że i anatomja patologiczna nie dostarczyła nam tu odpowiedzi.

Znajdowane w tężycze zmiany w przytarczycach są tak różnolite i mało charakterystyczne (a nieraz zupełnie ich brak), że tymczasem w rachubę nie mogą być brane.

Znakomite w każdym razie wyniki, które dają przetwory przytarczyc w ostrej ludzkiej i doświadczalnej tężycze, gdzie dominującym objawem są silne objawy kurczowe, nasunęły wielu autorom myśl stosowania tego preparatu i w innych cierpieniach z objawami kurczowymi, więc w płasawicy, padaczce, chorobie P a r k i n s o n a i t. p.

Holender B o l t e n twierdzi na zasadzie swoich doświadczeń i spostrzeżeń, że istotną przyczyną t. z. samoistnej padaczki jest nadczynność przytarczyc, i że przy ich pomocy usuwał ciężkie napady padaczkowe. Analogiczne zresztą spostrzeżenie zostało niedawno ogłoszone z kliniki K l e i s t a (Ilse G r a f). Dalej jeszcze posunął się L u n d b o r g z Upsali. Uzalednia on całą grupę postaci nozograficznych z objawami zeszywnienia (*paralysis agitans*, padaczka myokloniczna, myotonja) od hipofunkcji, inną zaś grupę, jak

miastenia i okresowe porażenie kończyn od hiperfunkcji PRZ. Prace *B o l t e n a i L u n d b o r g a* przebrzmiały jednak bez odgłosu. Osobiście stosowałem preparaty przytarczycy w chorobie *P a r k i n s o n a* i pościątkowym parkinsonizmie bez skutku, — prawda że krótki czas, preparaty te są bowiem bardzo drogie, a sądząc z prac doświadczalnych, należy je stosować bardzo długo. Jak chwiejną jest teoria *L u n d b o r g a*, dowodzą między innymi badania *E r d h e i m a i G j e l s t r a n d a*, którzy właśnie w chorobie *P a r k i n s o n a* znajdowali przerost przytarczyc. Przy bliższym zastanowieniu się trzeba jednakże przyjąć pod uwagę, że PRZ, podnosząc poziom wapnia we krwi, jednocześnie zmniejszają pobudliwość układu nerwowego, o czym jeszcze będzie wzmianka później. Stosowano też PT z dobrym skutkiem w zupełnie innych cierpieniach, licząc na to, że uda się w ten sposób, że tak powiem, przewapnić krew i usunąć objawy zależne niby od niedostatecznej zawartości wapnia — więc: we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, w krwotokach płucnych i gruźlicy kostnej. *O p p e l* — wielki, jak zobaczymy, entuzjasta przytarczyc — otrzymywał w gruźlicy i skłonności do krwotoków szczególnie dobre wyniki po przeszczepieniu przytarczyc i wszczepieniu podskórnym kawałka sterylizowanej kości, jako depôt, z którego wszczepiona przytarczycza miała czerpać ów nowy wapń.

I tu uderza ta naiwna prostota w rozumowaniu. Zresztą, przy działaniu przytarczycy, jak też przy nie-

których innych hormonach wchodzi może w grę i udział układu roślinnego, który odgrywa niezawodną rolę w etjologii wrzodu żołądka i dwunastnicy.

W nowszej literaturze dermatologicznej znalazłem też kilka prac o skutecznym stosowaniu parathormonu w różnych schorzeniach skóry (pryszczycy, pokrzywka, liszaj). Sprawy te wymagają jeszcze dalszych badań i spostrzeżeń, bo w tym samym kierunku zachwalano i inne przetwory organoterapeutyczne, jak to niedawno krytycznie i rozumnie zestawiał u nas *B e r n h a r d t* (*Medycyna* 1932). *L é r i c h e* opisuje też dobre wyniki parathormonu w chorobie *D u p u y t r e n a*, cierpieniu wogóle nieuleczalnym. Parathormon ma też wpływać na przyspieszenie tworzenia się blizny kostnej (podczas wojny światowej zachwalano w tym celu przetwory tarczycy). Zalecają także PT w otruciach ołowiem. PT ma zakotwiczać w kościach krążący we krwi ołów, który tam staje się nieszkodliwy, bowiem i kości noworodków i ludzi, którzy nie mieli nigdy do czynienia z ołowiem, zawierają ślady ołowiu.

Należy przyznać, że pomimo wszystkich przytoczonych wyżej ciekawych spostrzeżeń i przypuszczeń o wpływie PRZ na rozmaite stany chorobne, zależne rzekomo od niedostatecznej lub niewłaściwej czynności PRZ — nie podlegają kwestji tylko wyniki w doświadczalnej i ludzkiej tejżycce.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Starozakonných fund.
małż. Poznańskich w Łodzi
(Ordynator: Dr. J. A j z n e r).

O uspianiu awertynowem.

Podał
Dr. B. WINDZBERG (Łódź).

Awertynę stosujemy w naszym szpitalu przeszło od roku. Dokonałiśmy 60 narkoz lawatywowych przy różnych zabiegach operacyjnych i raz jeden z powodu tęcza. Ta stosunkowo skromna liczba przypadków tłumaczy się tem, że posiadamy ograniczoną ilość tego środka. Nie będę omawiał tu szczegółów rozpowszechnienia się awertyny. Zaznaczę tylko, że zaczęto ją stosować przed sześciu laty. Wzbudziła ona żywe zainteresowanie i szybko rozpowszechniła się. Świadczyć o tem może przeszło pięćset prac, ogłoszonych w różnych językach, oraz ogromna, bo dochodząca do stu tysięcy, liczba dokonanych narkoz.

Awertyna jest to właściwie nazwa fabryczna preparatu, który pod względem chemicznym przedstawia się jako trójbromoetanól czyli alkohol trójbromoetylowy. Działanie awertyny jest przede wszystkim usypiające i zmniejszające pobudliwość ośrodków nerwowych. Podkreśla to *D e s m a r e s t*, twierdząc, że: „l'aver-tine n'est pas un anesthésique au vrai sens du mot, c'est un hypnotique”. Działanie to zależne jest prawdopodobnie od kombinowanego wpływu grupy alkoholu pierwszorzędowego oraz bromu, zawartych w awertynie.

Stosowaliśmy awertynę wyłącznie jako uspianie lawatywowe, mniej więcej w sposób ogólnie przyjęty.

Wieczorem w przeddzień operacji chory otrzymywał lawatywę przeczyszczającą z rumianku oraz środek nasenny: luminal, względnie weronal. W dzień operacji, godzinę przed rozpoczęciem zabiegu u dorosłych iniekcja pantoponu lub morfiny. U dzieci i młodocianych obchodzimy się bez tego.

Atropiny, którą stosujemy w połączeniu z morfiną przed zwykłą narkozą eterową, przy awertynie nie używamy. Pół godziny przed rozpoczęciem zabiegu robimy choremu na łóżku lawatywę z roztworem awertyny. Lawatywę robimy powoli, pod niskim ciśnieniem. Roztworu awertyny używamy w stężeniu 2½% i przygotowujemy za każdym razem świeży. Rozpuszczamy awertynę (sproszkowaną) w wodzie destylowanej, ogrzanej uprzednio do 40°: przy wyższej temperaturze może łatwo dojść do jej rozkładu. Przed użyciem roztworu kontrolujemy obowiązkowo za pomocą próby z czerwienią Kongo, czy nie nastąpił rozkład awertyny na kwas bromowodorowy. Dodając kilka kropel czerwieni Kongo do kilku cm³ roztworu awertyny, otrzymamy w razie obecności kwasu bromowodorowego zabarwienie niebieskawe. Oczywiście, że taki roztwór z powodu silnej toksyczności wymienionego kwasu nie nadaje się do użytku.

Po otrzymaniu lawatywy część chorych zapada prawie natychmiast w głęboki sen, inni zaś zasypiają dopiero po upływie 5—10 minut, sen ich jest bardziej powierzchniowy, łatwiej reagują na podniety zewnętrzne, szczególnie przy układaniu ich na stole operacyjnym. Dawki awertyny, z wyjątkiem 2-ch przypadków (*B a s e d o w i* i *tęzec*), o których mowa będzie niżej, wahały się od 0,08 do 0,12 na kg. wagi chorego. Przy ustalaniu wysokości pojedynczej dawki kierowaliśmy się

również wzrostem, stanem odżywiania i wysokością ciśnienia krwi u danego osobnika.

Tak np., u osobników niskich i bardzo tęgich stosowaliśmy dawkę niższą na kg. wagi, niż u osobników wysokich i szczupłych. Również przy niskim ciśnieniu krwi trzymaliśmy się raczej niższych dawek. W przypadkach, kiedy uspienie awertynowe okazywało się niewystarczające, dodawaliśmy eter za pomocą zwykłej maski i kroplomierza.

Przed omówieniem poszczególnych przypadków przytoczę poniżej tabelę z wyszczególnieniem rodzaju schorzenia, względnie zabiegu, przy których stosowaliśmy uspienie awertynowe z oznaczeniem ilości ewentualnie dodanego eteru:

Rodzaj zabiegu	Ogólna liczba	Bez eteru	dodano eteru:					
			do 10 gr.	do 25 gr.	do 50 gr.	do 75 gr.	do 100 gr.	do 150 gr.
<i>Appendectomia</i>	17	4	4	2	4	3		
<i>Amput. mammae</i>	10	2	3	5				
<i>Excis. tumor. (sa. dorsalis, parotis etc.)</i>	6	3		2	1			
<i>Struma Basedow.</i>	2						1	1
<i>Gastroenteronast.</i>	2			2				
<i>Resectio costae.</i>	2	1	1					
<i>Highboritis pur.</i>	2		1	1				
Torakoplastyka	1	1						
<i>Resectio ventriculi</i>	1			1				
<i>Trepanatio cranii</i>	1			1				
<i>Pyelotomia</i>	1			1				
<i>Extirpatio uteri tot.</i>	1				1			
<i>Extirp. cystae ovarii</i>	1			1				
<i>Mastoiditis</i>	1				1			
<i>Glaucoma (iridect.)</i>	5	5						
Inne zabiegi oczne	7	3	2	1	1			
R a z e m	60	19	11	17	8	3	1	1

Powyższa tabela uwidacznia, że na 60 przypadków uspienia awertynowego w 19 nie zaszła potrzeba dodania eteru wogóle, zaś w 11 przypadkach dodano minimalną ilość, nieprzekraczającą 10 gr., czyli razem w 30 przypadkach, t. j. 50% naszego materiału, chory nie podlegał szkodliwym wpływom narkozy inhalacyjnej. Natomiast 2 przypadki, w których zmuszeni byliśmy dodać 100, względnie 150 gr. eteru, dotyczą jednej i tej samej chorej, dwukrotnie operowanej z powodu ciężkiego *B a s e d o w a*. Podczas pierwszej operacji — podwiązanie naczyń tarczycy — chora otrzymała 5,4 gr. awertyny (0,12 na kg.) i 100 gr. eteru. Po raz drugi — *sírumectomia* — 6,6 gr. awertyny (0,14 na kg.) i 150 gr. eteru. Stan pooperacyjny chorej bardzo ciężki, przez dłuższy czas brak tętna obwodowego, sinica, drgawki, następnie *brnchopneumonia*, lecz ostatecznie chora opuściła szpital ze znaczną poprawą. Tak duża oporność na awertynę u osobników z chorobą *B a s e d o w a* została wcześniej zauważona przez chirurgów, i kwestia stosowania awertyny u chorych na chorobę *B a s e d o w a* jest do dziś dnia przedmiotem żywej dyskusji. Jedni, jak np. *P r i b r a m*, kierując się tą dużą opornością, dążą do pełnego uspienia i stosują dawki, dochodzące do 0,3 na kg. wagi. Inni zaś, stosując mniejsze

dawki awertyny, zmuszeni są często dodawać duże ilości eteru. Tak np. *M a c i e j e w s k i* podaje z Kliniki *J u r a s z a*, że na 17 operacji dokonanych w uspieniu awertynowym u chorych na chorobę *B a s e d o w a*, tylko w 2-ch przypadkach osiągnięto pełne uspienie, natomiast w 11 przypadkach dodano do 100, a w jednym do 150 gram. eteru. Jeśli rozpatrzymy te dane pod kątem widzenia statystyki, ogłoszonej w pracy *S c a n z o n i e g o*, który podaje z kliniki *R e d w i t z a*, że śmiertelność po operacjach u chorych na chorobę *B a s e d o w a* wynosiła przy stosowaniu znieczulenia miejscowego 2%, w uspieniu eterowym 20%, w uspieniu za pomocą samej awertyny 7%, w kombinowanym uspieniu awertyny z eterem 20%, to musimy jednak przyjść do wniosku, że w przypadkach choroby *B a s e d o w a* należy dążyć w miarę możliwości do operowania w znieczuleniu miejscowym.

Przy operacjach w jamie brzusznej stosowaliśmy awertynę przeważnie z nieznacznym dodatkiem eteru, przeciętnie do 25 gr. W tych właśnie przypadkach obserwowaliśmy prawie zupełny brak nudności i wymiotów pooperacyjnych. Żadnych ubocznych działań ujemnych nie stwierdziliśmy.

Klasycznym i niezastąpionym wprost środkiem znieczulającym jest awertyna w operacjach raka piersi. Ten stosunkowo długo trwający zabieg był wykonywany zwykle bądź w wyłącznym uspieniu awertyną, bądź też z minimalnym dodatkiem eteru. Brak komplikacji płucnych, gładki przebieg pooperacyjny we wszystkich naszych 10 przypadkach, wśród których byli osobnicy z rozedmą lub też gruźlicą płuc, albo o nadmiernej otyłości, przemawia wybitnie na korzyść awertyny.

Przy zabiegach ocznych stosowaliśmy awertynę raz jeden w przypadku zaćmy u osobnika, u którego z powodu silnego podniecenia i niepokoju dwukrotnie nie można było wykonać operacji. Za pomocą awertyny dokonano zabiegu bez wszelkich przeszkód. Zachęceniem tem, zaczęliśmy stosować awertynę przy operacjach jaskry, szczególnie ostrej i przeważnie obustronnej. Chorzy ci bardzo dobrze znoszą awertynę. Zaobserwowaliśmy nawet, że ich samopoczucie jest po awertynie znacznie lepsze, oraz, że napięcie gałki ocznej wyraźnie zmniejszało się. Jednak z powodu zbyt szczupłego materiału (wszystkiego 5 przypadków) nie możemy w tej sprawie wydać narazie sądu. Kilka przypadków ocznych operowaliśmy w znieczuleniu awertynowym u dzieci. Wiek sam przez się nie stanowi specjalnego przeciwskazania do stosowania awertyny. Najmłodszy chory, u którego stosowaliśmy awertynę, liczył 22 miesiące, najstarszy 72 lata. Zasadniczo dzieci bardzo dobrze znoszą awertynę. *S c a n z o n i e* podaje, że w klinice *R e d w i t z a* wszystkie zabiegi u dzieci są dokonywane w uspieniu awertynowym. *O b e r n i e d e r m e y e r* podaje z chirurgicznego oddziału *D r a c h t e l a* Kliniki dziecięcej w Monachjum liczbę 3707 dokonanych narkoz awertynowych, przyczem nie stwierdzono żadnych szkodliwych skutków. Dawka u osesków wynosiła 0,1, u dzieci starszych zwykle 0,125 na kg. wagi, tylko przy zabiegach w jamie ustnej (np. rozszczepienie podniebienia) i przy przepuklinie pępkowej używano również u dzieci starszych dawkę 0,1. W przekonaniu o zupełnej nieszkodliwości awertyny w klinice tej stosują uspienie awertynowe nie tylko przy zabiegach operacyjnych, lecz i przy bardziej bolesnych badaniach, jak np. przy dokonywaniu cystoskopji u dzieci.

Przeciwwskazania do stosowania awertyny ogra-

niczają się właściwie do przypadków, powikłanych zapaleniem nerek, daleko posuniętem uszkodzeniem czynnościowym wątroby, bądź też ciężką niewyrównaną wadą serca. Początkowa obawa stosowania awertyny w schorzeniach układu moczowego okazała się nieusprawiedliwiona. Grossmann podaje z oddziału Lichtenberga szereg zabiegów urologicznych, dokonanych w uspieniu awertynowem. Spetch podaje, że wykonał z dobrym wynikiem szereg prostatektomij w narkozie awertynowej, nawet przy upośledzonej funkcji nerek. Również w naszym przypadku zastosowania awertyny przy pyelotomji nie mieliśmy żadnych komplikacyj.

Przy zabiegach w odbytncy, jak np. z powodu raka, stosowanie uspiania awertynowego nie napotyka żadnych trudności. W związku z tem wyłania się kwestja, gdzie właściwie ulega awertyna resorbcji. Mörlle, który podawał awertynę z dobrym wynikiem przez *anus praeternaturalis*, twierdzi, że uspianie awertynowe jest „właściwie uspianiem przez okrężnicę, a nie odbytncę”. Spetch natomiast twierdzi, że awertyna resorbuje się całkowicie w odbytncy. Sebening, dodając do awertyny domieszkę barytu, stwierdził za pomocą zdjęć rentgenowskich, że w połowie zbadanych przypadków lawatywa dosięgła do zgięcia śledzionowego, reszta zaś przeważnie do połowy poprzecznicy i tylko nieznaczna część doszła do kątnicy. Hildeg podaje szereg przypadków raka odbytncy, operowanych dwuczasowo w uspieniu awertynowem, przyczem podczas drugiego zabiegu lawatywa z awertyną podawana była również do odbytncy, wyłączonej już podczas pierwszego etapu operacyjnego. Działanie było tak samo intensywne, jak podczas pierwszego zabiegu.

Przejdziemy teraz do omówienia przebiegu uspiania. Jak zaznaczyliśmy już, chorzy zasypiają bądź bezpośrednio po otrzymaniu lawatywy, bądź w ciągu pierwszych 10-ciu minut. Zasypianie odbywa się zupełnie spokojnie, bez jakiegokolwiek niepokoju, podniecenia lub innych objawów ubocznych. Oddech staje się bardziej powierzchowny, wolniejszy, u niektórych zaznacza się sinica. W przypadkach zbyt powierzchownego oddychania i nasilenia sinicy podajemy nieznaczną ilość dwutlenku węgla: natychmiast oddech staje się głębszy, częstszy, sinica wyraźnie ustępuje. Kilka razy nawet mieliśmy w parę minut po podaniu awertyny zupełne zatrzymanie oddechu, lecz kilka ruchów klatką piersiową wraz z aplikacją dwutlenku węgla przywracały równomierny oddech, i chorzy byli poddani zabiegowi bez wszelkich komplikacyj. Objawy powyższe są skutkiem obniżenia pobudliwości ośrodka oddechowego przez awertynę. Dlatego też, nie będąc w posiadaniu dwutlenku węgla, nie wolno stosować uspiania awertynowego. Nie trzeba koniecznie rozporządzać całą butlą dwutlenku węgla, niewielka poduszka tlenowa w zupełności wystarczy.

Tętno przy uspieniu awertynowem, prócz nieznacznego przyspieszenia, nie wykazywało specjalnych zmian.

Cięnienie krwi, mierzone przed i jakieś 15 — 20 minut po podaniu lawatywy, wykazywało czasami obniżenie o 10 — 20 mm.Hg., czasami zaś pozostawało bez zmian. Tylko u hipertoniców po podaniu awertyny zaobserwowaliśmy duży spadek ciśnienia, od 60 — 80 mm.Hg., lecz specjalnie ujemnych skutków, wywołanych przez to, nie stwierdziliśmy.

Głębokość snu bywa indywidualnie różna. Tylko nieznaczna część chorych spała tak głęboko, że nie

reagowała na cięcie skórne. Zwykle, nawet w przypadkach, w których obchodziliśmy się bez dodawania eteru, chorzy reagowali na cięcie skórne, względnie otrzewny. Niektórzy nawet wypowiadają oddzielne słowa lub części zdania, lecz we wszystkich przypadkach pozostawała zupełna amnezja.

Przeciętnie chorzy śpią od godziny do dwóch, w jednym tylko przypadku mogliśmy zanotować sen, trwający do 6-iej godzin. W czasie głębokiego snu chorzy powinni znajdować się pod baczna obserwacją na wypadek zapadnięcia się szczęki dolnej.

W literaturze był podany szereg środków, za pomocą których można podobno neutralizować, względnie regulować działanie awertyny. Szczególnie zalecana była tyroksyna i koramina. Ponieważ nie zachodziła potrzeba stosowania tych środków, nie mamy w tej sprawie doświadczenia. Tyroksyny nie stosowaliśmy wcale, natomiast koraminę wstrzykiwaliśmy kilka razy dożylnie w celach więcej doświadczalnych, lecz specjalnego wpływu na przebieg uspiania nie zaobserwowaliśmy. Natomiast o wiele wyraźniej reagują chorzy na podanie podskórne lobeliny; to się zgadza w zupełności z dodatnim działaniem dwutlenku węgla.

Reasumując powyższe, przychodzimy do wniosku na podstawie naszego doświadczenia, jakoteż na podstawie danych z literatury, że umiejętnie wykonane uspianie za pomocą awertyny w dawkach, przez nas stosowanych, jest rzeczą zupełnie bezpieczną. Oszczędzamy przytem psychikę chorego, unikamy ekscytacji przedoperacyjnej i wymiotów pooperacyjnych, zmniejszamy do minimum szkodliwe wpływy narkozy inhalacyjnej przez znaczne zredukowanie ilości dodawanego eteru. Jak dalece wpływa dodatnio uspianie awertynowe na psychikę i samopoczucie chorego, świadczy chociażby fakt, że chorzy, obserwując swoich sąsiadów na sali, u których stosowano awertynę, zwracali się niejednokrotnie z prośbą o zastosowanie również u nich uspiania lawatywowego.

Oczywiście, nie możemy wyłączyć istnienia osobników z nadwrażliwością na awertynę, lecz przed taką ewentualnością nie jesteśmy zabezpieczeni i przy każdym innym środku. Ostrzec należy jeszcze przed przedawkowaniem eteru podczas narkozy kombinowanej. Trzeba pamiętać, że ośrodek oddechowy specjalnie wrażliwy jest na działanie awertyny. Przy przedawkowaniu eteru łatwo dojść może do zupełnego porażenia tego ośrodka. Dlatego też stosowanie awertyny wymaga doświadczonego narkotyzera.

Na zakończenie wspomnę o jeszcze jednym przypadku stosowania awertyny, a mianowicie, w tężcu. U dobrze zbudowanego mężczyzny z objawami ciężkiego tężca, nie mogliśmy z powodu zupełnej sztywności dokonać nakłucia lędźwiowego celem podania surowicy. Zwykle środki uspakajające, jako to: woda chloralu, luminalnatrium i t. p. nie wywierały żadnego skutku. Podaliśmy choremu 6 gr. awertyny „na oko”; (wagi z powodu ciężkiego stanu nie mogliśmy określić). Ponieważ po 20 minutach sztywność nie ustąpiła całkowicie, dodaliśmy jeszcze 3 gr. Po kilku minutach nastąpiło zupełne zwiótczenie mięśni. Bez trudności dokonaliśmy nakłucia lędźwiowego. Chory spał spokojnie przez 16 godzin. Potem sztywność zaczęła stopniowo powracać. Ponownego uspiania nie mogliśmy zastosować, ponieważ rodzina zabrała chorego.

W literaturze opisane są przypadki wielokrotnego podawania awertyny podczas trwania tężca. Tak np. Momburg zastosował z dobrym wynikiem u 6-iej letniej dziewczynki 20 narkoz awertynowych w ciągu 12-u dni choroby. Ogólna ilość podanej awertyny wy-

nosiła w tym przypadku 63,8 gr. Obecnie jest to najmocniejszy środek, który posiadamy w leczeniu objawowym tężca.

PISMIENICTWO.

Straub — M. m. W. 1928 Nr. 14. Straub — M. m. W. 1928 Nr. 30. Momburg — D. m. W. 1929 Nr. 28. Oberst i Wolf — Zbl. Chir. 1929 Nr. 50. Pribram — Zbl. Chir. 1929 Nr. 14. Kilian—M. m. W. 1930 Nr. 6. Specht—Zbl. Chir. 1930 Nr. 8. Sebening — Zbl. Chir. 1930 Nr. 25. Mörl — Zbl. Chir. 1930 Nr. 34. Scanzoni — Zbl. Chir. 1931 Nr. 36. Grossman—Zbl. Chir. 1931 Nr. 3. Stamm — Zbl. Chir. 1931 Nr. 25. Hilde — Zbl. Chir. 1931 N. 46. Maciejewski — Przegl. Chirurg. 1931 r. X zes. 5—6. Desmarest — Presse Médic. 1932 Nr. 14. Oberniedermeyer — Kl. W. 1932 Nr. 41.

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala im. Barsonów i Baumanów
(Ordynator: M. S a i d m a n).

O narkozie awertynowej u dzieci.

Podali

Zofja ZYLBERSZTAJNOWA i Seweryn WILK (Warszawa).

Wartość narkozy awertynowej dla chorych dorosłych została dokładnie i wielokrotnie omówiona w licznych pracach przez różnych klinicystów. Natomiast bardzo mało jest prac, dotyczących stosowania narkozy awertynowej w wieku dziecięcym, uważamy przeto za wskazane podzielenie się spostrzeżeniami, poczynionymi przez nas nad dotychczasowymi wynikami stosowania tej metody znieczulania u dzieci w naszym oddziale.

W roku 1923 Willstaetter i Duisberg przez redukcję drożdżową bromalu uzyskali t. zw. alkohol trójbrometylowy i nazwali go E 107, a Eichholz po przeprowadzeniu szeregu badań na zwierzętach i ludziach zwrócił uwagę na usypiające właściwości tego związku, który w następstwie nazwano awertyną.

Znieczulające właściwości awertyny uzależnione są od nagromadzenia alkoholu pierwszorzędowego OH, wpływającego paraliżująco na ośrodki nerwowe, oraz od wyzwolonego bromu, obniżającego pobudliwość ośrodków.

Awertyna jest to biały proszek krystaliczny o punkcie topliwości — 79 — 80°C. i rozpuszczalny w wodzie o temperaturze — 40°C. do 3,5% roztworu. Przy wyższej temperaturze (ponad — 40°C.) awertyna rozkłada się na bromowodór i dwubromacetaldehyd, w minimalnych już ilościach żrący śluzówkę i wywołujący zapalenia z nadżerkami (Butzengieger, Sievers). Stąd przy stosowaniu uspienia awertyną przez odbytnicę należy zawsze o tem pamiętać, aby nie przegrzewać roztworu ponad 40°C.

Uspienie awertyną według badań Sebena i ng a występuje już przy stężeniu awertyny we krwi 6—9 mg.%, a przebudzenie przy 1 mg.%.

Awertyna wchłania się przez śluzówkę jelita w 3,5% roztworze o wiele prędzej, niż woda, i połowa podanej awertyny zostaje wessana już po 10 minutach po wlewaniu, $\frac{3}{4}$ po 20 minutach; zaledwie $\frac{1}{4}$ wymaga dłuższego czasu na wessanie.

Zobojętnienie awertyny następuje w wątrobie

przez połączenie z kwasem glukoronowym (E n d o h) i w tej formie zostaje awertyna wydalona przez nerki w ciągu 24 godzin. Według Parsons a awertyna występuje w moczu pod postacią kwasu bromowego.

Awertyna, jako środek usypiający, według dotychczasowego doświadczenia może być jednak tylko stosowana do t. zw. uspienia podstawowego, a pogłębienie snu należy uzyskać przez dodanie niewielkich często minimalnych ilości eteru.

W oddziale chirurgicznym Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów zarejestrowaliśmy 100 przypadków, uspienych awertyną w różnych cierpieniach u dzieci od 2 miesięcy do 12 lat życia. Awertynę stosowaliśmy, jako narkozę podstawową przez odbytnicę, dodając, w razie reagowania dziecka podczas zabiegu, eter przez zwykłą maskę. Przygotowanie dziecka do narkozy awertynowej polega na podaniu w przeddzień operacji środka przeczyszczającego (*Pulv. Liquiritiae*) i wieczorem tego samego dnia zwykłej ławatywy przeczyszczającej. Nazajutrz, około 3 — 4 godzin przed wyznaczonym zabiegiem — drugą ławatywę. Po wypróżnieniu ustalamy wagę dziecka i przygotowujemy roztwór awertyny. Dawka awertyny nie przekraczała nigdy 0,125 gr. na 1 kg. wagi dziecka. Do każdego uspienia przygotowaliśmy świeży roztwór w ten sposób, że odważono ściśle awertynę w proszku w stosunku 0,125 gr. na 1 kg. wagi dziecka i tak przygotowaną awertynę rozpuszczaliśmy w wodzie destylowanej do 2,5% w kolbce Erlenmayer a i następnie podgrzewaliśmy do temperatury 40°C. Osiągnąwszy tę ciepłotę, należy wykonać próbę z czerwienią kongo, a mianowicie: do próbówki zlewa się 5 cm. sześć. świeżo przygotowanego płynu i 2 krople czerwieni kongo. Należy przygotowany roztwór awertyny winien wykazać barwę pomarańczową, a zabarwienie niebieskie świadczy o rozkładzie awertyny na kwas bromowodorowy, i takiego roztworu w żadnym razie używać nie należy. Należy również unikać ochłodzenia płynu poniżej 40°C., gdyż wówczas awertyna może się skryształizować i wtedy nie nadaje się do użytku. Powtórne ogrzewanie zaś jest niedopuszczalne z obawy przed wzmiankowanym już wyżej groźącym rozkładem na bromowodór i dwubromacetaldehyd. Natomiast roztwór awertyny, przygotowany należyte, można utrzymać w stałej temperaturze 40°C. do 12 godzin w stanie zdatnym do użytku.

Tak przygotowaną awertynę, zaczerpniętą z kolbki do metalowej strzykawki, wlewamy pod małym ciśnieniem do odbyticy za pośrednictwem miękkiego kateteru Nelatona, wprowadzonego najwyżej do 5 cm. głębokości. Nadmieniamy: „najwyżej”, gdyż należy bezwarunkowo unikać wiania awertyny do kiszki grubej zamiast do prostnicy, a to z tego powodu, że w wyższych odcinkach kiszki grubej płyn zostaje znacznie szybciej wessany, i stąd następuje nagłe i znaczne stężenie awertyny we krwi, które może stać się groźnym przez nagły paraliż ośrodka oddechowego. Tu też niektórzy autorzy dopatrują się genezy zejść śmiertelnych, jakie były opisywane w pierwszych pracach po ukazaniu się awertyny. Dzięki późniejszemu doświadczeniu i zmianie techniki dają się te pożałowania godne wypadki uniknąć.

Podczas wlewania dziecko leży na lewym boku; po opróżnieniu strzykawki usuwamy zgłębnik i zaciskamy otwór odbyticy, nakładając dwa pasy przyklepca na pośladki. Unikamy w ten sposób wylania się awertyny z odbyticy.

Dziecko otrzymuje ławatywę usypiającą na sali

chorych, na swoim łóżku, a zatem do chwili uśnięcia jest w warunkach, najbardziej zbliżonych do normalnych, nie przewidując zabiegu i oszczędzając sobie w ten sposób bardzo przykrego stanu depresji lub podniecenia psychicznego, tak zwykłego u osobników, mających się poddać zabiegowi chirurgicznemu.

Sam przebieg narkozy awertynowej jest naogół zawsze jednakowy, i spostrzegaliśmy zwykle, co następuje:

3 — 5 minut po wlianiu awertyny zjawiają się pierwsze oznaki senności: ociężałość powiek, dziecko przeciera oczy, ziewa; wzrok zamglony... Wśród nasilającej się coraz bardziej senności ten stan rzeczy zmienia się w toku dalszych dziesięciu minut: szpara oczna stopniowo się zmniejsza, powieki powoli opadają, ale jeszcze raz po chwili otwierają się, aby wreszcie ciężko opaść z powrotem... oczy się zamykają, i następuje głęboki spokojny sen bez żadnego podniecenia, tak przykrego wszak przy innych uśpieniach. Jednocześnie znikają odruchy spojówkowe i rogówki, źrenice zwężają się, stają się tak wąskie, że niemal niedostrzegalne są gołym okiem odruchy na światło, a gałki oczne widzimy w pozycji zwykłej dla snu normalnego (naturalnego), zwrócone ku górze i nazwewnątrz. Równocześnie występuje zanik odruchów ścięgowych, skórnych oraz okostnowych. Szczeka dolna opada ku tyłowi i winna być koniecznie podtrzymywana, jak to się dzieje podczas narkozy wdechowej (wziewającej).

Liczba oddechu, jak wskazały nasze obserwacje, w początku uśpienia powiększa się, a później się zmniejsza, przyczem oddech staje się powierzchowny. Tętno, początkowo przyspieszone później wykazuje mniejszą liczbę uderzeń i w końcu zabiegu wykazuje ponownie przyspieszenie, przyczem jest stale dobrze napełnione i miarowe.

Opisany wyżej obraz usypiania wraz ze wszystkimi objawami ubocznymi należy traktować, jako wynik czynności, mającej na celu stworzenie koniecznych fizjologicznie warunków do sprowadzenia snu. (T r o e m m e l, H i r s c h, H a e n e l, S i e v e r s).

Jak we śnie naturalnym, nawet przy uzyskaniu przez awertynę głębokiego uśpienia, dzieci podczas przygotowania pola operacyjnego lub przy spinaniu serwetek reagowały poruszaniem się. I to zachowanie wrażliwości zostaje przez cały czas trwania narkozy, wobec czego przeważnie zmuszeni byliśmy dodawać trochę eteru przez zwykłą maskę, ale zawsze w ilościach bardzo niewielkich (10,0 — 20,0 — 30,0).

Po skończonej operacji resztki awertyny zostają wypuszczone z odbytnicy, i kiszka przepłukana czystą wodą.

Dzieci zazwyczaj śpią po kilka godzin po operacji (2 — 3 godziny, a nierzadko jeszcze dłużej), budzą się powoli, bez podniecenia, krzyku lub rzucania się.

Inne znowu dzieci trwały podczas operacji tylko w półśnie, ujawniając jednak przeważnie wsteczną niepamięć (*amnesia*) i to nawet w tych przypadkach, kiedy w czasie operacji reagowały żywo i zdawałoby się, że ból odczuwają bardzo dotkliwie, a mimo to po przebudzeniu się nie potrafiłyby sobie niczego przypomnieć.

Jak wskazuje podana niżej tablica, osiągnęliśmy całkowite uśpienie awertyną, samoistne, bez dodawania jakichkolwiek innych środków usypiających w trzynastu przypadkach, t. zn. 13%. W sześciu przypadkach uśpienie zupełnie nie nastąpiło, z tych dwa przypadki negatywne spowodowane były wypuszczeniem lawaty-

wy awertynowej, a zatem chorzy nie zostali wcale poddani działaniu awertyny. Wobec tego tylko cztery przypadki zachowały się opornie, i nie uzyskano uśpienia pomimo podania zwykłej dawki awertyny. Najprawdopodobniej wchodzi tu w grę pewna oporność niektórych organizmów na awertynę. W tym stanie rzeczy istotnie zaledwie w 4% stwierdziliśmy wynik ujemny.

Rodzaj operacji	Liczba	Przypadki pełnej narkozy bez dodania eteru	Przypadki, w których sen nie nastąpił po wlianiu awertyny	Uwagi
<i>Appendectomia</i>	26	2	1	Wypuszczono awertynę po 2 min.
<i>Herniotomia</i>	35	—	2	—
<i>Operatio hydrocele</i>	4	1	—	—
<i>Gastrostomia</i>	2	—	—	—
<i>Tenotomia</i>	2	—	—	—
<i>Trepanatio femoris</i>	5	1	—	—
<i>Operatio meningocele</i>	2	1	—	—
<i>Laparotomia</i>	5	1	—	—
<i>Exstirpatio testis</i>	1	—	—	—
<i>Exstirpatio tumoris humeri</i>	1	—	1	—
<i>Exstirp. tum. colli</i>	1	—	—	—
<i>Exstirp. tum. oxillaris</i>	1	1	—	—
<i>Implantatio ureteris</i>	1	—	—	—
<i>Operatio torticollis</i>	1	—	—	—
<i>Thoracotomia</i>	1	—	1	Wypuszczono awertynę po 10 min.
<i>Thoracoplastica</i>	1	—	—	—
<i>Funicocela</i>	1	—	1	—
<i>Trepanatio ossis tempor.</i>	1	—	—	—
<i>Homoplastica ossis tempor. (transplantat'o)</i>	1	—	—	—
<i>Osteosynthesis</i>	1	—	—	—
<i>Incisiones</i>	1	—	—	—
<i>Antrotomia</i>	5	5	—	—
<i>Cheiloplastica</i>	1	1	—	—
Razem	100	13	6	—

(Dok. nast.).

Z 1-go oddziału wewn. szpitala Wolskiego w Warszawie.
(Kierownik: Dr. A. L a n d a u).

Spostrzeżenia i uwagi kliniczne o ostrym zaniku wątroby.

Podali

Anastazy LANDAU i Włodzimierz HEJMAN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 12).

Omówienie.

Etjologia i patogeneza.

Etjologia zaniku wątroby nie jest dotąd znana; niewiadomo, czy zanik wątroby stanowi oddzielną jednostkę chorobową, czy też jest raczej końcowym sta-

djum rozmaitych schorzeń wątroby, etjologicznie różnych (L e p e h n e). Prawdopodobnie zachodzi ścisła łączność pomiędzy zanikiem wątroby a zwykłą żółtaczką miąższową (dawniej t. zw. nieżytową); są to dwa okresy tej samej choroby. Względnie nieduży odsetek żółtaczek miąższowych kończy się zanikiem wątroby; wynika to m. in. jasno z naszych danych statystycznych. W przeciągu 6 lat (1926 — 1931) ogólna liczba żółtaczek miąższowych wynosiła 65 (wtem 44 mężczyzn i 21 kobiet); w tym samym czasie przypadków żółtaczek mechanicznej skutkiem zatkania wspólnego przewodu żółciowego przez kamień lub też ucisk nowotworu było 100, w tem mężczyzn 22, kobiet 78; żółtaczek nowotworowych było 35, kamicowych 65. Otóż na ogólną liczbę żółtaczek miąższowych 65 i kamicowych 65 spostrzegaliśmy tylko 8 przypadków zaniku wątroby, w tem tylko jeden przypadek z kamieniem we wspólnym przewodzie żółciowym.

Zejsście żółtaczkę miąższową w zanik wątroby może zależeć od siły zakażenia, lub zatrucia, ale istota czynnika patogenetycznego jest nam bliżej nieznaną; niewątpliwie pewną rolę gra tu mniejsza lub większa odporność miąższu wątrobowego.

Nie znamy więc czynnika patogenetycznego, który wywołuje zanik wątroby, nie znamy warunków, w jakich on powstaje, nie wiemy, czy rozmaite czynniki, które rzekomo mogą wywołać zanik wątroby, stanowią moment istotny, czy też raczej uspasabiający. Z najdawniej znanych czynników, które sprzyjają powstawaniu zaniku wątroby, wymienić należy kiłę, salwarsan i ciężę; nie wiemy jednak, czy czynniki te działają swoiście, czy obniżają tylko odporność wątroby, być może, przez zubożenie jej w glikogen (np. ciężę). L i n d s t e d t⁵⁾ w swojej statystyce podaje, że wprawdzie żółtaczką zdarza się częściej u chorych leczonych salwarsanem, to jednak częstość jej występowania zwiększa się równoległe do okresów nasilania się (epidemi?) żółtaczkę miąższową; przemawiałoby to za działaniem salwarsanu tylko w kierunku zmniejszenia odporności wątroby. S t r a u s s i B ü r k m a n n⁶⁾ donoszą, że w krwi leczonych salwarsanem wzrasta ilość bilirubiny. K a r t a m i s c h e w⁷⁾ po wstrzykiwaniach salwarsanu znajdował we krwi wątrobowe lipazy, jako wyraz uszkodzenia wątroby. L i n d s t e d t donosi, że luetycy, leczeni rtęcią, również często zapadają na zanik wątroby; pod tym względem zasługuje na szczególną uwagę nasz przypadek nr. 5: chory z objawami żółtaczkę miąższową zażył zalecony mu przez domowego lekarza kalomel; tego samego dnia nastąpiło wybitne pogorszenie, zakończone zanikiem wątroby. Pogorszenie było tak wyraźne i w czasie ściśle związane z zażyciem kalomelu (takie było wrażenie chorego), że trudno oprzeć się przypuszczeniu, że kalomel mógł przyczynić się w tym przypadku do przejścia żółtaczkę miąższową w zanik wątroby. Z innych czynników, uspasabiających do zaniku wątroby, podaje B e r g s t r a n d⁴⁾ zakażenie reumatyczne oraz zmiany w przewodzie pokarmowym; również C z a r n o c k i³⁾ często znajdował zmiany w przewodzie pokarmowym. Z innych czynników wymieniają: chloroform, pewne produkty powstające przy fabrykacji amunicji (H a n s e r), olejek filmaronowy (G u t s t e i n, S t e r n b e r g), nawet yatren, caseosan, atophan, theacylon, naphthol i in. B e r g s t r a n d uważa zanik wątroby za chorobę swoistą, wywołaną prawdopodobnie przez paciorkowce, H a y a s h i i T a

k a u c h i wykrywali w zanikłej wątrobie swoiste krętki.

Nietylko, że nie znamy czynnika chorobotwórczego, nie wiemy również dokładnie, na czym polega sam proces choroby. Prawdopodobnie w wątrobie następuje samotrąwienie. J a k o b i wykazał, że w skrawkach wątroby, pobranych jałowo i umieszczonych w cieplarni w temperaturze ciała, powstają produkty autolizy i rozpadu białka: albumozy, peptony i aminokwasy; procesy samotrąwienia zwiększają się, jeśli zwierzęta przedtem karmiono fosforem. P i c k i H a s h i m o t o⁸⁾ stwierdzali przyżyciowe samotrąwienie wątroby u morskich świnek, uczulanych małymi dawkami białka; autoliza cofa się po usunięciu zwierzętom śledziony; wogóle usunięcie śledziony hamuje procesy samotrąwienia w wątrobie; próbowano to nawet wyzyskać terapeutycznie (E p p i n g e r). U m b e r pierwszy zwrócił uwagę, że komórki wątrobowe w przypadkach zaniku wątroby są pozbawione glikogenu lub też bardzo w glikogen ubogie; glikogen jest tym czynnikiem, który chroni komórkę wątrobową. W naszych przypadkach zanik wątroby występował bez żadnych widocznych przyczyn; jeden raz tylko można było stwierdzić pewien związek przyczynowy z zażyciem przez chorego preparatu rtęci, a mianowicie, leczniczej dawki kalomelu (patrz wyżej). Wśród naszych przypadków mieliśmy 5 mężczyzn i 3 kobiety, nie możemy więc potwierdzić specjalnego usposobienia kobiet do zaniku wątroby. Z 8-miu przypadków 1 raz tylko wystąpił dodatni odczyn W a s s e r m a n n a, pozatem nie znajdowaliśmy klinicznie, serologicznie, ani podczas badania pośmiertnego żadnego objawu kiły. Musimy zresztą podkreślić, że w zaniku wątroby W a s s e r m a n n czasem hamuje w kontroli; dodatni odczyn W a s s e r m a n n a w przebiegu zaniku wątroby nie musi być objawem kiły.

W 3-ch przypadkach badanie pośmiertne stwierdziło przewlekłe zmiany przewodu pokarmowego: dwukrotnie *gastritis granularis hypertrophica*, trzykrotnie zmiany nieżytowe (*enterocolitis mucosa chronica*, *cattarrhus mucosus tractus digestivi*, *gastroduodenocolitis mucosa chronica*—patrz rozpoznania anatomiczne). Wydaje się prawdopodobne, zgodnie z poglądami C z a r n o c k i e g o, B e r g s t r a n d a i in., że zachodzi pewien związek pomiędzy powstawaniem zaniku wątroby a przewlekłymi zmianami w przewodzie pokarmowym; czy czynniki chorobotwórczy przenika do ustroju przez przewód pokarmowy i do wątroby dostaje się z krwią żyły wrotnej (C z a r n o c k i), czy też przewlekłe zmiany w przewodzie pokarmowym ułatwiają powstawanie i wchłanianie jądów, które zmniejszają odporność tkanki wątrobowej i uspasabiają do jej samotrąwienia, pytanie to wymaga dalszych obserwacji i badań. Zanik wątroby może występować, jako okres końcowy nietylko żółtaczek miąższowych, ale i wszelkich innych przewlekłych stanów żółtaczkowych. F r ä n k e l opisał zanik wątroby w przebiegu zapalenia dróg żółciowych, wywołanego przez prątek duru rzekomego. Wśród naszych przypadków znajduje się jeden (nr. 7), w którym zanik wątroby wystąpił w przebiegu przewlekłej kamicy żółciowej, która stwierdzona została anatomicznie i która spowodowała mechaniczne zatkanie wspólnego przewodu żółciowego. Prawdopodobnie każdy przewlekły stan żółtaczkowy, wpływając na zmniejszenie odporności tkanki wątrobowej, może spowodować powstanie zaniku wątroby.

Przebieg kliniczny.

W przebiegu zaniku wątroby trudno jest ściśle ustalić początek choroby, gdyż jest on zwykle tak utajony, że chory sam nie wie, kiedy choroba się zaczęła. Zwykle pierwszym objawem, który zmusza chorego do szukania pomocy lekarskiej, jest żółtaczka, poprzedzana częstokroć przez objawy dyspeptyczne. Byłoby jednak błędem mniemać, że żółtaczka stanowi początek choroby; poprzedza ją okres przedżółtaczkowy, który trwać może bardzo krótko (kilka dni), ale czasem wynosi nawet 240 dni (B e r g s t r a n d). Najczęściej okres przedżółtaczkowy trwa około 2 tygodni; okres ten cechują najrozmaitsze objawy dyspeptyczne, osłabienie, apatia, oraz często bóle w okolicy wątroby i w całej jamie brzusznej. L p p i n g e r uważa bóle w zaniku wątroby za objaw niezmiernie rzadki, pg. B e r g s t r a n d a natomiast występują one w 50% przypadków; bóle mogą być tak silne, że maskują czasem napad kamicy żółciowej; doprowadzić nawet mogą do zabiegu operacyjnego, podczas którego stwierdza się istotną sprawę chorobową (U m b e r, B e r g s t r a n d).

W naszym przypadku II chory przez 6 miesięcy przed wystąpieniem żółtaczki odczuwał bóle w prawym podżebrzu; bóle te trwały aż do zejścia śmiertelnego; badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian, któreby mogły bóle te tłumaczyć, musimy więc je odnieść do początkowego okresu zaniku wątroby. W przypadku III bóle zależały zapewne od jakiejś innej sprawy chorobowej, trwały bowiem 10 lat, ale i w tym przypadku objawy zaniku wątroby rozpoczęły się gwałtownym bólem; już nazajutrz wystąpiła żółtaczka. W przypadku I trudno rozstrzygnąć, czy bóle, trwające od kilku miesięcy były spowodowane przewlekłym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, czy też zależały od wstępnego okresu zaniku wątroby. W przypadku VII chora cierpiała na kamicy żółciową. W przypadku VI zanik wątroby rozpoczął się od silnych bólów w całej jamie brzusznej. Naogół więc bóle wystąpiły w 5 naszych przypadkach; 3 zaś przebiegały bezboleśnie.

Długość okresu przedżółtaczkowego wahała się u naszych chorych dość znacznie: w przypadku II wynosiła 6 miesięcy, w przypadku V objawy dyspeptyczne wyprzedzały żółtaczkę o tydzień; w 2 przypadkach chory przed wystąpieniem żółtaczki nie odczuwał żadnych zaburzeń. W 3 przypadkach nie można było ustalić początku choroby ze względu na inne sprawy chorobowe, które mogły nam tłómaczyć bóle i objawy dyspeptyczne (zapalenie pęcherzyka żółciowego, kamica żółciowa i t. d.).

Z chwilą wystąpienia żółtaczki, staje się ona dominującym objawem klinicznym; nie będziemy dłużej zatrzymywali się nad dobrze znanym przebiegiem klinicznym zaniku wątroby; w przeważającej większości przypadków przebiega on, jak zwykła żółtaczka miąższowa, i dopiero wystąpienie objawów niedomogi wątrobowej zwraca uwagę na grożące niebezpieczeństwo. Ale już na początku okresu żółtaczkowego zwraca często uwagę znaczne powiększenie wątroby, jej silnie wzmożona spoistość i żywa bolesność. W moczu znajdują się barwniki i kwasy żółciowe; urobilinogen zanika; bardzo złym prognostycznie znakiem jest występowanie zielonego zabarwienia po dodaniu do moczu odczynnika E h r l i c h a (na urobilinogen); reakcja ta nie zależy od utlenienia bilirubiny, występuje bowiem nawet w moczu, uwolnionym od barwników za pomocą węgla zwierzęcego; reakcja ta zwykle występuje w

okresie jawnej niedomogi wątrobowej, zależy ona prawdopodobnie od wystąpienia jakiejś pochodnej indykanu (U m b e r). Okres drugi przechodzi bez wyraźnej przyczyny w okres końcowy, jawnej niedomogi wątrobowej. Chory, dotąd apatyczny, staje się niespokojny, krzyczy, występują drgawki, podrygiwania mięśni, zgrzytanie zębami, wybitne podniecenie. Te objawy nerwowe ustępują wreszcie miejsca śpiączce, w której następuje zejście śmiertelne; A d l e r przypuszcza, że objawy nerwowe spowodowane są wybroczynami w mózgu. Wątroba, dotąd powiększona, zmniejsza się, często wreszcie staje się niewyczuwalna. Występuje jawa skaza krwotoczna o typie niedokrzepiliwonacyniowym [porównaj L a n d a u i H e j m a n *): Studja kliniczna nad skazą krwotoczną].

W moczu prócz barwników i kwasów żółciowych zjawia się zwykle białko, w osadzie czasem występuje leucyna i tyrozyna; z naszych przypadków tylko w 1-m znaleźliśmy tyrozinę; na niestałość jej występowania zwracają z wielu stron uwagę.

Przebieg kliniczny naszych przypadków nie przedstawia większych odchyśleń od klasycznego przebiegu zaniku wątroby, brakło jednak nieraz niektórych objawów; np. w przypadku V brak było objawów podniecenia, wysoce charakterystycznych dla zaniku wątroby; chory był przez cały czas obserwacji przygnębiony i apatyczny, senność stopniowo wzmagala się, aż przeszła bez wyraźnej granicy w śpiączkę.

W przeciwieństwie do zwykłej żółtaczki miąższowej, którą cechuje naogół wolne tętno, w okresie niedomogi wątrobowej tętno się przyspiesza. B l o m s t r ö m *), T i l l g r e n *), B e r g s t r a n d *) donoszą, że w zaniku wątroby częstość tętna jest zawsze zwiększona, co ma być jedynym objawem różniczkowym pomiędzy zanikiem wątroby i zwykłą żółtaczką miąższową (B e r g s t r a n d). Przyspieszenie tętna występuje nawet w tych przypadkach w zaniku wątroby, które rozpoznano przypadkowo podczas zabiegu operacyjnego, a które skończyły się wyzdrowieniem. W naszych przypadkach to bezwzględne przyspieszenie tętna niezawsze mogliśmy stwierdzić; u niektórych chorych tętno wynosiło zwykle około 100 na minutę, a nawet i więcej; natomiast w przypadku I w okresie pełnej niedomogi wątrobowej liczba tętna wynosiła tylko 64 na minutę, dopiero w dniu śmierci przyspieszając się do 136 na minutę; w przypadku V liczba tętna wynosiła 72 na minutę, dochodząc przed śmiercią do 120 na minutę. Bardzo ciekawe zmiany spostrzegaliśmy w zachowaniu się oddechu: w przypadku I oddech, przedtem miarowy, w okresie niedomogi wątrobowej stał się niemiarym, głęboki i przybrał typ oddechu K u s s m a u l a; liczba oddechów wynosiła 6 — 8 na minutę. W przypadku II oddech był również niemiarym, liczba oddechów wynosiła około 19, zdarzały się jednak okresy bezdechu, trwające 2 — 3 minuty. W innych przypadkach liczba i rodzaj oddechu nie ulegały zmianie. Wyżej przytoczone przypadki wskazują, że w okresie niedomogi wątrobowej mogą występować zmiany oddechu, polegające na jego niemiarym i zwolnieniu, wraz z okresami bezdechu; zmiany te następują wskutek toksycznego obniżenia pobudliwości ośrodka oddechowego.

Ciśnienie krwi, mierzone aparatem R i v a - R o c c i e g o, wynosiło u naszych chorych: *maximum* od 85 do 115 mm. słupa rtęci, *minimum* od 38 do 75 mm.; być może, że niskie ciśnienie krwi w przebiegu zaniku wątroby tłómaczy się samotrąwieniem miąższu

wątrobowego (wyciągi z wątroby mają działanie hipotensyjne).

Ciepłota w przebiegu zaniku wątroby jest przez cały czas trwania choroby prawidłowa lub nawet niższa od normalnej; dopiero w końcowym okresie występuje podniesienie ciepłoty. Hipotermja jest opisywana również w doświadczalnym uszkodzeniu wątroby (Roger, Murchisson, Duckworth).

Nie jest dotąd ustalone, czy obniżenie ciepłoty jest wynikiem uszkodzenia mięszu wątrobowego, czy też występuje naskutek wtórnych zmian mózgowych. Nasze przypadki są zgodne z ogólnymi spostrzeżeniami: podniesienie ciepłoty występowało naogół dopiero na 1 — 2 dni przed śmiercią, chociaż w wywiadach niektórych chorych (przypadki II i V) znajdujemy dane o podniesieniu ciepłoty; w przypadku V ciepłota na dwa tygodnie przed śmiercią dochodziła do 38,4.

W przebiegu zaniku wątroby we krwi występuje wybitna bilirubinemia; i w naszych przypadkach ilość bilirubiny we krwi wynosiła od 5 do 32 jednostek van der Bergha = 25 — 160 mgr. w litrze. W moczu zawsze występowały barwniki żółciowe; urobilinogen znajdował się tylko 1 raz; kwasy żółciowe znajdowaliśmy we wszystkich przypadkach; jest to, zresztą, zgodne ze statystyką Bergstranda, który cholalurję w przebiegu zaniku wątroby uważa za objaw równie stały, jak bilirubinurję. Tyrozynę znajdowaliśmy w moczu tylko 1 raz (patrz wyżej); nie było również nigdy szarego nalotu leucyny i tyrozyny na wątrobie po jej wycięciu; występowanie tych aminokwasów w moczu nie jest, zresztą, patognomiczne dla zaniku wątroby, np. Buschke i Langeter znajdowali w moczu leucynę i tyrozynę w przebiegu lekkich żółtaczek mięszowych.

Odporność krwinek była u naszych chorych zwiększona: H_1 (śląd hemolizy) wahał się od 0.40 do 0.38% NaCl, tylko w 1 przypadku wynosił 0.46%

NaCl; H_2 (hemoliza zupełna) wahała się od 0.26 do 0.30% NaCl; 1 raz wynosiła 0.36% NaCl.

Opadanie krwinek badaliśmy tylko w 2 przypadkach; było ono wybitnie zwolnione (1 podziałka w 1-szej godzinie metodą Westergrena); szybkość opadania krwinek zależy m. in. od ilości fibrynogeny we krwi; ciężkie uszkodzenie wątroby powoduje zmniejszenie ilości fibrynogeny we krwi, co w rezultacie prowadzi do zwolnienia opadania krwinek (Fährus i Höber).

Liczba ciałek czerwonych wynosiła u naszych chorych 1 raz 3.500.000 w $mm.^3$, 1 raz 2.950.000 w $mm.^3$ (w przypadku zaniku podostrego), pozatem była normalna. Ilość hemoglobiny wynosiła 1 raz 65%, 1 raz 60%, pozatem wahała się od 93% do 110%. Liczba ciałek białych była 2 razy prawidłowa (5.200 i 6.400 w $mm.^3$), w pozostałych przypadkach nieco zwiększona, 1 raz do 10.000 w $mm.^3$. Wzór krwi wykazywał przeważnie wzmoczenie liczby obojętnochłonnych z nieznacznym przesunięciem na lewo; eozynofonne były dwukrotnie obecne (5 i 6%); w pozostałych przypadkach znikają ze krwi.

Bergstrand uważa niedokrewność za objaw charakterystyczny dla zaniku wątroby. Eppinger¹⁰⁾ znajdował w żółtaczkach mięszowych raczej poliglobulję. Umberr¹¹⁾ nie znajdował w zaniku wątroby zmian w liczbie krwinek. Adler znajdował zwiększenie liczby retikulocytów. We wzorze białym Bergstrand stwierdził leukocytozę w 52 na 60 przypadków; leukocytozę również stwierdzali w przebiegu zaniku wątroby Lepehne, Weigeldt, Walter i inni.

Zanik żółty wątroby przebiega z wybitnym uszkodzeniem mięszu wątrobowego; uszkodzenie to nieraz równa się prawie zupełnemu ustaniu czynności wątroby; stan ten musi wywołać szereg zmian w przemianie materji ze względu na wielkie znaczenie wątroby dla przemiany białkowej, węglowodanowej, tłuszczowej i wodnej. (Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Zakładu Bakterjologii Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu Warszawskiego.

(Kierownik: Prof. Dr. Z. Szymanowski).

O występowaniu pałeczek Banga we krwi ludzi i zwierząt.

Podał

Artur BER (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 12).

U świnek morskich i królików pałeczki Banga, wprowadzone na skórę, przedostają się do krwiobiegu i powodują powstawanie przeciwciał (Scheybe). U świnek morskich zakażonych *per os*, nie wykazano pałeczek Banga we krwi przez 122 dni (Ossberger), po podaniu jednak większych ilości (20 milionów) posiewy ze krwi wprawdzie za życia wypadają negatywnie, natomiast u zwierząt, zabitych po 6 tygodniach — pozytywnie (Weigmann). U świnek

morskich, zakażanych podskórnie, posiewy ze krwi wypadają negatywnie (Weigmann) lub tylko przez krótki przeciąg czasu pozytywnie. I tak Friess udowodnił, że po zastrzyknięciu podskórnym zarazki znikają ze krwi po 72 godzinach, po dożylnym po 24, po domięśniowym po 32, a po dootrzewnowym po 48. Według Ossbergera u 60% świnek morskich, zakażonych dootrzewnowo, udało się wykazać we krwi pałeczki w pierwszych 96 godzinach. Następnie jednak posiewy wypadają stale negatywnie (150 dni badania!). Zarazki, wprowadzone dootrzewnowo, przedostają się do śledziony, znikając z jamy otrzewnowej zupełnie po 3 tygodniach. Choć wędrówka odbywa się drogą krwi, posiewy ze krwi dają rezultaty zmienne (Nelson). A scoli znajduje niekiedy jeszcze w 2 miesiące po zakażeniu pałeczki Banga we krwi świnek morskich. Być może, że mamy tu do czynienia z wtórną posocnicą, spowodowaną przenikaniem zarazków ze śledziony do krwiobiegu. U świnek morskich, zakażanych ziarnikiem maltańskim, zarazek rzadko tylko występuje we krwi (Eyre).

U psów izolowano ze krwi zarówno pałeczki B a n g a (van S a c e g h e m), jak i ziarniki maltańskie (E y r e). Wiemy również, iż zdolność wiązania tlenu przez krew psów, zakażonych pałeczką B a n g a, maleje niekiedy do 56%, w zależności od natężenia schorzenia i wraca do normy dopiero w okresie rekonescencji (P t a s z e k). Dokładnych jednak danych o czasie występowania zarazków we krwi nie posiadamy.

U krów zakażenie B a n g o w s k i e ma przebieg chroniczny, ale przynajmniej przez czas krótki występują pałeczki we krwi, za czym przemawia powstawanie przerzutów bakteryjnych w wymieniu i w stawach (G ö t z e i M ü l l e r). Nie ulega również kwestji, że przy naturalnym zakażeniu zarazek przedostaje się z przewodu pokarmowego do macicy przez krew i limfę (P o p p e, P e k a r, H u t y r a i M a r e k). Podobnie z wymienia krów nieciążarnych zarazek przedostaje się po zapłodnieniu do macicy drogą krwi lub limfy. Po porodzie zarazek znów tą samą drogą wędruje z macicy do wymienia. Do płodu zarazki przedostają się zarówno z płynem z owodni, jak i przez krew (H u t y r a i M a r e k). Według P e k a r a plody nie zakażają się nigdy płynem z owodni, a wyłącznie drogą krwi, toteż nierzadko obserwuje się u nich zapalenie płuc, przewodu pokarmowego lub stawów. P a w ł o w s k i j wykazuje niekiedy szczepieniem świnek morskich obecność zarazków we krwi porzuconych płodów bydłych. G o o d wyhodował pałeczki B a n g a ze krwi 3 porzuconych płodów bydłych na ogólną liczbę 10 zbadanych. Zaznaczyć muszę, iż w badaniach własnych, mimo szczepienia dużych ilości krwi porzuconego cielęcia świnkom morskim i myszkom, nie wykazałem obecności pałeczek we krwi, choć posiewy z treści jelit wypadły pozytywnie.

Za tem, że we krwi krów występuje niekiedy pałeczka B a n g a, przemawia również doświadczenie H ö r s c h e l m a n n a, który dokonał transfuzji krwi z porzutki na krowę ciężarną. Krowa ta po 22 dniach porzuciła.

Istnieje jednak cały szereg doświadczeń, z których wynika, że krew krowia pałeczek B a n g a nie zawiera, przynajmniej w praktycznym tego słowa znaczeniu. Tak np. F r i e s s w 131 próbach krwi, reagujących serologicznie dodatnio, nie wykazał obecności pałeczek B a n g a ani mikroskopowo, ani posiewem lub szczepieniem zwierząt doświadczalnych. Podobnie 9 prób krwi, reagujących serologicznie negatywnie, ale pochodzących z obór zakażonych nie zawierało pałeczek B a n g a. K i n g i C a l d w e l l nie znaleźli pałeczek B a n g a we krwi 259 krów, reagujących serologicznie dodatnio, niepewnie lub ujemnie. Z e l l e r szczepił krowom podskórnie żywe pałeczki B a n g a w dużych ilościach. Doświadczenie przeprowadzał na wielu zwierzętach, ani razu jednak nie wykazał obecności pałeczek we krwi. Podobnie C s s b e r g e r, badając przez 150 dni krowę, zakażoną *per os*, nie wykazał ani razu obecności pałeczek we krwi. Być może, że ujemne wyniki opisanych doświadczeń dadzą się łatwo wyjaśnić faktem, iż pałeczki B a n g a, wprowadzone do krwiobiegu krów nieciążarnych, znikają ze krwi już po kilku godzinach i dają się wykazać jedynie w gruczole mlecznym i sąsiednich gruczolach chłonnych (S c h r ö d e r i C o t t o n). W każdym razie nie można na podstawie negatywnych wyników niektórych doświadczeń twierdzić, że pałeczki B a n g a we krwi krów nie dają się wykazać. Miarodajne mogą

być jedynie prace o wynikach pozytywnych, choć znajdujemy je w piśmiennictwie tylko pojedynczo. Przytoczę tu tylko badania M ä d e r a, który, szczepiąc żywym zarazkiem 2 naturalnie zakażone krowy, wykazał u każdej raz jeden w 5 dni po szczepieniu obecność pałeczek B a n g a we krwi. Krew pobierana była na szczycie gorączkowego wzrostu temperatury. U 22 naturalnie zakażonych krów i 12 uprzednio zdrowych, a następnie sztucznie zakażonych krów nie udało się jednak i temu autorowi wykazać obecności pałeczek B a n g a we krwi, ani posiewem, ani szczepieniem zwierząt doświadczalnych. F i t c h, B i s h o f i B o y d wykazali szczepieniem świnek morskich obecność pałeczek B a n g a w 4 próbkach krwi bydłowej na ogólną liczbę 119 zbadanych. B e n n e t t obserwował w Indjach ostre posocznice u bydła po zastosowaniu żywych szczepionek, przygotowanych ze świeżych szczepów pałeczek B a n g a.

Jak widzimy, udaje się niekiedy, choć bardzo rzadko, wykazać obecność pałeczek B a n g a we krwi krowy, szczególnie w pierwszych godzinach po zakażeniu. Krew nie stanowi jednak u bydła miejsca rozmnażania zarazków, a odgrywa jedynie rolę pośredniczącą w przenoszeniu pałeczek z jednych narządów do innych (G ö t z e i M ü l l e r).

U koni mamy bardzo mało danych o występowaniu pałeczek B a n g a we krwi. H u l t é n wyhodował pałeczki B a n g a ze krwi i ropy konia z fistułą kłębu. V a n d e r H o e d e n zakażał konia *per os*, podając mu zarazki 1-go, 7-go, 8-go, 14-go, 18-go, 51-go, 52-go, 54-go i 56-go dnia. Dwukrotnie, a mianowicie 4-go i 51-go dnia, wykazał on obecność nielicznych bakterij we krwi. Po zakażeniu podskórnem klaczy ziarnikiem maltańskim zarazki zjawiały się we krwi w 3 — 4 tygodnie po każdym zakażeniu (E y r e). Wobec nielicznych przypadków, znajdujących się w piśmiennictwie, nie można bliżej określić, w jakich okresach zjawiają się zarazki we krwi koni.

Ze krwi owcy porzutki wyhodował pałeczki B a n g a B r u c e. Naogół jednak pałeczki B a n g a we krwi owiec i kóz występują rzadko. Natomiast bardzo często znajdują się u nich ziarniki maltańskie, które występują we krwi kóz już w parę dni po zakażeniu, a znikają dopiero po kilku tygodniach (E y r e). Zaznaczyć jednak należy, że, choć nieraz znajduje się ziarniki maltańskie we krwi kóz chorych jeszcze w parę miesięcy po zakażeniu, to jednak występują one we krwi nie zawsze i nie stale (L u s t i g i V e r n o n i, A l e s s a n d r i n i i E n r i c o).

U małp (*Macacus sinicus*) wykazał V e r c e l l a n a, że pałeczka B a n g a w przeciwieństwie do ziarnika maltańskiego we krwi nie występuje. Własności tej nie zmienia pasaż uprzedni zarazka przez kozy. Podobnie ziarnik maltański po pasażu przez bydło nie traci swej własności przenikania do krwiobiegu małp. B u r n e t i C o n s e i l zakażali również małpy pałeczką B a n g a. Posiewy ze krwi były stale ujemne. Jedynie u jednej małpy krew zawierała zarazki w ciągu krótkiego czasu. Według B r u m p t a 30 milionów pałeczek B a n g a nie wywołuje u małp żadnego schorzenia. Dwukrotnie jednak udało się w 16 dni po zakażeniu u pozornie zdrowych zwierząt wyizolować pałeczki ze krwi. Prawdopodobnie wrażliwość osobnicza u małp jest w stosunku do pałeczek B a n g a różna. Tem, być może, tłumaczą się nieznaczne różnice, opisywane w pracach różnych autorów.

U ludzi sprawa występowania pałeczek *B a n g a* we krwi była może najdokładniej badana, a jednak posiadamy tu stosunkowo skąpe tylko wiadomości, chociażby z tego względu, że brak nam badań doświadczalnych, przeprowadzonych na większą skalę, a wszystkie dane zawdzięczamy badaniom klinicznym.

B u r n e t i *C o n s e i l* zakazili 4 ludzi pałeczką *B a n g a*. U żadnego z nich nie stwierdzono obecności pałeczek we krwi. *N i c o l l e*, *B u r n e t* i *C o n s e i l* wprowadzili 2 ludziom podskórnie po 900 miljonów pałeczek *B r u c. abort. bovis*, a 3 innym tyleż *B r u c. abort. suis*. Żaden z tych ludzi nie zachorował, a posiewy z ich krwi wypadły stale negatywnie. Na podstawie tych doświadczeń sądzićby należało, że u ludzi pałeczka *B a n g a* we krwi nie występuje. Założenie to byłoby jednak niesłuszne. Przypomnieć należy w tem miejscu, że *B r u c e* i inni przypuszczali początkowo, że zarazek maltański we krwi chorych nie występuje. Po ulepszeniu jednak metod badania okazało się, że ziarnik maltański występuje we krwi 80% chorych (*W i l s o n*), a na Kaukazie nawet w 85% (*Z d r o d o w s k i*), że zjawia się on we krwi czasem już w dwa dni po gorączkowym podniesieniu się temperatury, a wykazać się daje niekiedy jeszcze w 10 miesięcy później (*L u s t i g* i *V e r n o n i*). *D e b r é* stwierdził jego obecność we krwi w 8 miesięcy po zakażeniu, a *B e t h o u x* w 10 dni po zupełnym wyzdrowieniu pacjenta.

Prawdopodobnie i w zakażeniu *B a n g o* w s k i e m zarazek występuje bardzo często we krwi, ale nieustalona dotychczas metoda badania wpływa na negatywny wynik próby. Wspomnę tu tylko o kilku doświadczeniach, stwierdzających słuszność tej hipotezy. *D u n c a n* znalazł u pacjenta pałeczki *B a n g a* we krwi jeszcze w 2 miesiące po ostatnim podniesieniu temperatury. Podobnie *N i g h t i n g a l e* i *W i l s o n* wykazali obecność pałeczki *B a n g a* we krwi pacjenta w końcu 8-go tygodnia choroby. *M a k k a w e j s k i* znalazł pałeczki *B a n g a* we krwi jeszcze w sześć i pół miesiąca po wybuchu choroby. Naogół jednak istnieje przekonanie, że zarazek występuje we krwi jedynie w czasie gorączkowego podniesienia temperatury, i że jedynie wtedy można jego obecność we krwi wykazać (*F r i e d*, *H u d d l e s o n*, *K r i s t e n s e n*, *W e i g m a n n* i inni).

Wędrowka pałeczki *B a n g a* w ustroju ludzkim przedstawiała się mniej więcej, jak następuje: Zarazek przedostaje się wraz z pokarmem, szczególnie z mlekiem, do przewodu pokarmowego, a stąd wraz z limfą do gruczołów chłonnych krezkowych. W dalszym ciągu wędruje on bądź przez żyłę wrotną do wątroby lub też przez przewód piersiowy do krwi żyłnej i wraz z nią przez serce do wątroby i śledziony (*S c h o t t m ü l l e r*, *S c h i t t e n h e l m*). Stąd zarazek przedostaje się co pewien czas do krwiobiegu, powodując gorączkowe podniesienie temperatury. Na szczycie krzywej gorączkowej zaznacza się najintensywniejszy rozwój pałeczek we krwi. Być może, że zarazek występuje we krwi stale, ale w ilościach tak drobnych, iż nie daje się wykazać. W czasie zaś namnożenia się zarazka, co ujawnia się nazewnątrż podwyższeniem ciepłoty organizmu, wykazanie zarazka we krwi jest stosunkowo najłatwiejsze.

W zakończeniu niniejszego zestawienia chciałbym podać jeszcze garść danych, ilustrujących częstość dodatnich wyników posiewów ze krwi ludzkiej, uzyskanych przez niektórych autorów:

T A B L I C A.

NAZWISKO AUTORA	Liczba dodatnich badań serologicznych	Liczba dodatnich posiewów ze krwi	U W A G I
<i>M c. Arthur a. Wigmore</i> <i>Scott</i>	17	1	Badania w Anglii do 1930 roku.
<i>Baker</i>	0	1	<i>Hydrops</i> stawów kolanow. Miano zlepne 640 zjawilo się dopiero po auto-szczepionce.
<i>Berkesy</i>	1	0	
<i>Bürger u. Habs</i>	4	1	
<i>Bamford</i>	2	0	
<i>Custer</i>	3	1	
<i>Carpenter</i>	5	5	
<i>Carpenter</i>	2	2	U jednego osobnika w ciągu 12 tygodni posiewy ze krwi 7 razy dodatnie, u drugiego 2 razy.
<i>Curschmann</i>	2	0	
<i>Davies</i>	1	0	
<i>Duncan</i>	1	1	
<i>Fried</i>	9	6	
<i>Grilichess</i>	85	7	
<i>Hardy</i>	83	11	
<i>Vander Hoeden</i>	17	1	
<i>Huddleson</i>	3	2	
<i>Jordan a. Borts</i>	1	1	W posiewach i <i>B r u c. abort. i B r u c. melit.</i>
<i>Krol</i>	1	1	
<i>Keefer</i>	1	1	
<i>Kreuter</i>	1	0	
<i>Kristensen</i>	29	18	
<i>Kristensen u. Per Holmi</i>	34	21	
<i>Laja</i>	1	0	
<i>Legeżyński</i>	1	0	
<i>Magendantz</i>	1	0	
<i>Makkawejski</i>	1	1	
<i>Manson-Bahr</i>	2	0	
<i>Moore a. Carpenter</i>	6	1	
<i>Nightingale a. Wilson</i>	1	1	
<i>Orr a. Huddleson</i>	17	6	
<i>Parker</i>	1	1	
<i>Poppe</i>	4	1	
<i>Poppe</i>	15	3	
<i>Prausnitz</i>	17	0	
<i>Przesmycki</i>	2	0	
<i>Rosin u. Elkeles</i>	1	0	
<i>Ross</i>	8	8	6 razy <i>B r u c. abortus</i> , a 2 razy <i>B r u c. paraabortus</i> .
<i>Ross a. Martin</i>	9	9	8 razy <i>B r u c. abortus</i> , a 1 raz <i>B r u c. paraabortus</i> .
<i>Rsajew</i>	1	1	
<i>Sansenich a. Giordano</i>	7	7	
<i>Schilling, Magee a. Leitch</i>	1	1	<i>B r u c. abortus suis</i> .
<i>Schlossmann</i>	8	1	Badania w Estonji do 1930 roku.
<i>Sjoerslev</i>	3	3	
<i>Stejfa</i>	1	0	
<i>Stolz u. Stolzová</i>	3	1	
<i>Stresow</i>	2	2	
<i>Steinert</i>	2	0	
<i>Weigmann</i>	32	2	
<i>Zach</i>	1	0	
<i>Zia a. Wong</i>	3	3	

Jak wynika z załączonej tablicy, mamy w literaturze znacznie mniej opisów dodatnich wyników posiewów ze krwi, aniżeli dodatnich wyników badań serologicznych. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę fakt, że posiewy były dokonywane naogół rzadko i nieplanowo, to dojść musimy do wniosku, że po ulepszeniu techniki badania częstość dodatnich wyników posiewów ze krwi znacznie wzrosła. Już H a r d y podaje w jednej ze swych publikacji, że od chwili przesłania do lekarzy odpowiednich pożywek i pouczenia ich, by hodowali je najmniej przez 4 dni w cieplarni, znacznie częściej udaje się izolować pałeczki B a n g a ze krwi zakażonych ludzi, aniżeli przedtem.

Jeszcze na jedną rzecz należy zwrócić uwagę, a mianowicie na to, że posiewy ze krwi zakłada się prawie wyłącznie u ludzi, którzy reagują serologicznie pozytywnie. Być może jednak, że przypadki podobne do opisanego przez B a k e r a, gdzie surowica reagowała negatywnie, a posiewy ze krwi, moczu i wysięku w stawach kolanowych wypadły pozytywnie, są znacznie częstsze, niż się spodziewamy. To też winny być stale przeprowadzane badania bakterjologiczne krwi u osobników, podejrzanych o zakażenie pałeczką B a n g a nawet wtedy, gdy surowica ich nie wykazuje obecności specyficznych przeciwciał. Słusznie też twierdzi H a r d y, iż dżagnoza w brucellozie opierać się winna po pierwsze na aglutynacji makroskopowej i wynikach posiewów ze krwi, a po drugie na aglutynacji mikroskopowej i posiewach z moczu. Posiewy uzupełniać należy szczepieniem zwierząt doświadczalnych.

PIŚMIENICTWO.

Alessandrini A. et Enrico C. Policlin. Sez pret. 1926 T. 39, S. 1345. Mc. Arthur W. P. and Wigmore J. B. A. Brit. Med. J. 1930 I S 858. Ascoli Clinica vet. 1913 S. 339. Baker B. M. Arch. int. Med. 1929 T 44 S. 128. Bamford J. Lancet 1927 I S. 818. Barnes M. F. and A. L. Brückner Veter. med. 1927 T. 22 S. 151. Ber A. Med. Dośw. i Społ. 1932 T. 15 Z. 3 — 4. i tamże 1933 w druku. Berkesy v. L. Wien. klin. Wschr. 1930 S. 76. Bethoux Presse Méd. 1930 S. 223. Bruce E. A. J. amer. vet. med. Assoc. 1930 T. 76 S. 841. Brumpt E. C. R. Acad. de Sciences 1928 T. 187 S. 545. Burnet et Conseil Arch. Inst. Past. Tunis. 1929 T. 18 S. 21. Bürger M. und Habs H. Zbl. f. inn. M. 1928 S. 784. Carpenter C. M. Amer. J. of Path. 1926 T. 2 S. 455. Carpenter C. M. and Merriam H. E. J. of amer. med. Assoc. 1926 T. 87 S. 1269. Chodźko Bull. mens. de l'Office Internat. d'Hygien. publ. 1929 T. 21. Cominotti D. Tier. Wschr. 1931 S. 465. Craig J. F. Veterin. Record 1927 T. 7 S. 973 i 998. Curschmann H. Med. Klin. 1929 T. 25 S. 417. Custer H. Schweiz. Med. Wschr. 1930 I S. 264. Devesnes Rev. Path. comp. et Hyg. gén. 1930 T. 30 S. 1266. Davies I. J. and Anderson W. C. Brit. med. J. 1929 II S. 12. Duncan J. T. Trans. Roy. Soc. trop. Med. and Hyg. 1924 S. 318. Eyre J. Brit. med. J. 1925 I S. 554. Fitch C. P. Bishof L. M. and Boyd W. L. Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 1932 S. 555. Fried R. Berlin. mikrobiol. Gesellschaft Sitzung vom 24, II 1930 i Z. f. Hyg. u. Infektkrank. 1932 T. 114 S. 429. Friess F. Vet. - Med. Münch. Diss. 1929 S. 36. Good E. Kentucky stat. bul. 165. Ref. w Esp. stat. rec. 1913 T. 27 S. 581. Götz R. u. Müller J. D. Tier. Wschr. 1931 S. 721. Grilichess K. R. Schweiz. med. Wschr. 1930 S. 433. Hardy A. V. Publ. Health Rep. 1928 T. 43 S. 503. J. amer. med. Assoc. 1929 T. 92 S. 853 i T. 93 S. 891. Henrics-son E. Epizootischer Abortus und Undulantfiber Stockholm 1932

Isaac Marcus. Van der Hoeden J. Tijdschr. voor Diergeneesk. 1928 T. 55 S. 209 i 1932 T. 59 S. 250. Ned. T. voor Geneeskunde 1928 II S. 490. Z. f. Infektkr. Haustiere 1932 T. 22 Z. 1 — 2. Huddleson J. F. J. of Amer. med. Assoc. 1926 T. 86 S. 943. Arch. Inst. Past. de Tunis 1930 T. 19 S. 391. Hultén O. Sv. Vet. tidskr. 1931 T. 36 S. 25. Hutyrá F. u. Marek J. Spez. Path. u. Ther. d. Haustiere Verl. von G. Fischer Jena 1922. Jordan C. and Borts J. H. Publ. Health Rep. 1931 S. 2437. Keifer C. S. Bull. John Hopkins Hosp. 1924 T. 35 S. 6. Kern R. A. J. amer. med. vet. Assoc. 1931 T. 78 S. 325. King M. J. and Caldwell D. W. Amer. J. med. Sci. 1929 T. 178 S. 115. Kreuter E. Münch. med. Wschr. 1926 S. 2193. Klin. Wschr. 1927 S. 1380. Kristensen M. Ugeskr. f. Laeg. 1927 T. 89 S. 1123 i 1928 T. 91 S. 869. Zbl. f. Bakt. Orig. 1928 S. 89. Kristensen u. Per Holmi. Zbl. f. Bakt. Orig. 1929 T. 112. S. 281. Krol A. Wraczebnaja Gaz. 1930 N. 13—14. Laja F. Estnische Tier. Rdschau. 1928 S. 9. Legeżyński Rozpr. Biol. 1928 T. 6 S. 73. Löffler W. Schweiz. med. Wschr. 1931 S. 968. D. med. Wschr. 1931 S. 1913. Lustig A. u. Vernoni S. Handb. d. path. Mikroorg. 1928 T. 4 I S. 511. Magendantz H. Med. Klin. 1930 S. 236. Makkawejski W. N. D. Tier. Wschr. 1929 S. 785. Manson-Bahr Ph. Abhandl. a. d. Geb. d. Auslandsk. 1927 T. 26 S. 274. Mäder K. Vet. - Med. Diss. München 1931 S. 42. Moore V. A. and Carpenter Ch. M. Cornell Vet. 1926 T. 16 S. 147. Nelson J. B. J. of exper. Med. 1926 S. 331. Nicolle Ch. Burnett Et. et Conseil E. C. R. Ac. Sci. 1923 T. 176 S. 1034. Nightingale H. J. and Wilson G. S. Lancet 1929 II S. 1143. Ninni C. Pathologica 1929 S. 58. Olitzki L. u. Gurewitsch J. Zbl. f. Bakt. Orig. 1932 T. 123 S. 330. Orr P. F. and Huddleson J. F. Amer. J. of Public. Health 1927 S. 1242. Ossberger J. Vet. - Med. Diss. München 1930. Parker W. E. J. amer. med. Assoc. 1928 T. 91 S. 1289. Pawlowskij M. Prakt. Vet. 1928 S. 45. Pekar J. Berl. Tier. Wschr. T. 28 S. 41, 62, 77. Poppe K. D. Tier. Wschr. 1928 S. 781 i 1929 S. 689. Münch. med. Wschr. 1929 I. S. 703. Handbuch d. Path. Mikroorg. 1929 T. 6 II. S. 693. Prausnitz C. Med. Klin. 1929 S. 135. Ptaszek L. C. R. S. B. 1931 T. 107 S. 79. Rimpan Ther. Gegenw. 1929 T. 70 S. 487. Roch W. Münch. Diss. 1930 S. 35. Rosin H. u. Elkeles G. D. med. Wschr. 1929 S. 1640. Ross G. R. J. of Hyg. 1927 T. 26 S. 403. Ross G. R. and Martin A. P. J. of trop. M. a. Hyg. 1927 T. 30 S. 165. Rsajew N. Münch. med. Wschr. 1930 S. 1058. Van Saeghem Zbl. f. Bakt. T. 87. Nr. 7 — 8. Sansenich R. L. and Giordano A. S. J. of amer. med. Assoc. 1928 T. 90 S. 1782. Scheibe F. Inaug. Diss. Leipzig 1925. Schilling G. S. Magee C. F. an Leitsch F. M. J. of amer. med. Assoc. 1931. T. 96 S. 1945. Schittenhelm A. Klin. Wschr. 1932 S. 905. Schlossmann K. Z. Hyg. 1930 T. 111 S. 554. Schottmüller H. D. med. Wschr. 1930 S. 1813. Schroeder and Cotton J. Agric. Res. 1917 T. 9 S. 9. Scott W. S. Brit. med. J. 1930 S. 861. Silberstein W. Z. Hyg. 1932 T. 114 S. 177. Sjoerslev N. D. med. Wschr. 1928 T. 54 S. 1923. Steinert K. Münch. tier. Wschr. 1926 T. 77 S. 73. Stejfa M. Cas. lék. ces. 1929 S. 1574. Stolz J. u. Stolzová - Sutorisová M. Cas. lék. ces. 1930 S. 1178, 1209. Stresow Berl. tier. Wschr. 1929 S. 232, 733. Szymanowski Arb. Kais. Ges. A. 1913 T. 43 S. 145. Torrey J. P. and Hallman E. T. J. amer. vet. med. Assoc. 1930 T. 76 S. 7. Weigmann F. Klin. Wschr. 1929 S. 351. Arch. f. Hyg. 1929 T. 102 S. 77. Wilson G. S. Brit. med. J. 1930 II S. 679. Vercellana G. Boll. Soc. internat. Mikrobiol. Sez. ital. 1929 T. 1 S. 175. Viljoen Bull. mens. Off. internat. Epizooties 1930 T. 4 S. 211. Zach E. Prag. Arch. Tiermed. 1929 T. 9 S. 213. Zdrodowski P. Arch. f. Schiffshyg. 1927 T. 31 S. 301. Zeller H. Arch. f. wiss. Tierheilk. 1922 T. 49 S. 65. Ziaa S. H. and Wong D. H. China med. J. 1932 T. 46 S. 243.

Streszczenia pojedyncze

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

J. SCHLOSS. O znaczeniu białka i tłuszczów dla leczenia djetetycznego moczówki cukrowej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 6).

Kombinacje z dwóch środków odżywczych, zawierające węglowodany, przy zachowaniu pewnych warunków doświadczalnych nadają się do badań nad znaczeniem białka i tłuszczów dla leczenia chorych cukrzycowych. Jako kuracja oszczędzająca należy przekładać kombinacje z dwóch środków odżywczych nad kombinacje z trzech środków odżywczych o tej samej zawartości ciepłostek i węglowodanów. Djeta białkowo - węglowodanowa wywiera lepsze działanie trwałe; początek jej bywa często związany ze znacznym wstrząsem położenia przemiany materji; ilości moczu po umieszczeniu chorego na tej djecie zwiększają się. Wartość nasycenia przewyższa wartość odżywczą. Djeta tłuszczowo - węglowodanowa posiada szybsze działanie chwilowe jako djeta oszczędzająca. Trwałe działanie jej jednakże ustępuje działaniu diety białkowo - węglowodanowej. W djecie tłuszczowo - węglowodanowej można łatwo podać również bardzo duże ilości ciepłostek. Dobre działanie lecznicze szybkich zmian w djecie nie dotyczy podawania białka i tłuszczów. Konsekwentne trzymanie się kombinacji z dwóch środków odżywczych przez czas dłuższy daje zasługujące na uwagę wyniki. Brak wyników po obu zbadanych przez autora kombinacjach z dwóch środków odżywczych polega zawsze na błędnym zastosowaniu. W kombinacji tłuszczowo - węglowodanowej (djeta uboga w białko) nie spostrzegł autor nigdy obręzków insulinowych, nawet jeżeli nie ograniczano umyślnie soli kuchennej. Nerwice roślinne, jak tyreotoksykozy należy uważać za przeciwwskazania do diet bogatych w białko. Odpowiednią dietą dla leczenia choroby B a s e d o w a, powiklanej moczówką cukrową, jest skąpa w kalorie djeta tłuszczowo-węglowodanowa. Nie można było stwierdzić z pewnością wpływu diety na nadciśnienie tętnicze u chorych z moczówką cukrową. W badaniach autora djeta tłuszczowo - węglowodanowa dawała nieco pomyślniejsze wyniki, aniżeli inne diety.

Henryk J. L a n d a u.

W. MICHELSON. O wydzielaniu zewnętrznym trzustki w moczówce cukrowej. (Terapeut. Arch. t. X, z. 3, 1932).

Autor uważa, że między zewnętrznym a wewnętrznym wydzieleniem trzustki istnieje daleko posunięta równoległość. Z 23 chorych z moczówką cukrową tylko 2 nie wykazywało zaburzeń wydzielenia zewnętrznego. Najczęściej stwierdzano obecność lipazy odpornej na atoksyl. Wśród 23 przypadków normalne stężenie lipazy odpornej na atoksyl stwierdzono tylko w 5 przypadkach, w przypadkach tych inne badane przez autora komponenty (zaczyny soku dwunastniczego, diastaza moczu i krwi) okazały się patologiczne. W 13 przypadkach stężenie lipazy odpornej na atoksyl było znaczne — powyżej 6 — 8 kropel, w 5 przypadkach wahało się ono od 3 do 8 kropel, niższe liczby uważano za normalne. Stwierdzano również często zwiększenie się stężenia diastazy w moczu i we krwi. Wśród 10 przypadków, w których badano zawartość diastazy we krwi, w 8 była ona zwiększona; wśród 14 przypadków, w których oznaczano zawartość diastazy w moczu, w 6 była ona zwiększona, w 4 była na górnej granicy normy, w 4 — normalna. Próba dynamiczna wykazywała znaczne osłabienie czynności trzustki. Ważne znaczenie posiada również badanie rozkojarzenia zaczynów, wprowadzone przez E i n h o r n a; często stwierdzano rozkojarzony odczyn ze strony jednego

lub dwóch zaczynów, podczas gdy inne wykazują normalne stosunki. Badania te dowodzą określonej równoległości między ciężkością zaburzeń wewnątrz- i zewnątrzwydzielniczych. Często ciężkość schorzenia trzustki nie przebiega równoległe do wieku chorego. W przypadkach moczówki cukrowej młodego wieku, przebiegających klinicznie ciężko, stwierdza się również ciężkie zmiany w czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki.

Henryk J. L a n d a u.

GROSCURTH. Leczenie choroby Basedowa za pomocą wyciągów wątrobowych. (D. m. W. 38, 1932 r.).

Jak wiadomo, tarczycza odgrywa w patologii choroby B a s e d o w a niepoślednią rolę. Są jednak przypadki, gdzie nadczynność gruczołu tarczowego nie jest pierwotna. Według spostrzeżeń Z o n d e k a na plan pierwszy występują cierpienia tkanek ustroju, a tutaj przedewszystkiem mięśnie poprzecznie prążkowane. Myśl ta znajduje potwierdzenie w badaniach doświadczalnych, które ustaliły, że przemiana materji podczas pracy bywa wzmoczona i to zjawisko występuje wcześniej, niż wzmoczenie przemiany podstawowej. W przypadkach tych usunięcie tarczycy nie poprawia stanu chorobowego, gdyż przyczyna tkwi nadal. Chorzy tacy odczuwają bóle i uczucie słabości w nogach oraz ogólne osłabienie mięśniowe. Z badań fizjologicznych wiemy, że wyciągi wątrobowe w wydajny sposób wpływają na przemianę materji w mięśniach i wychodząc z tego założenia, autor stosował w niektórych przypadkach choroby B a s e d o w a hepatrat. Otrzymano wyniki, jak można się było spodziewać, dość różne. Jednak w wielu przypadkach poprawa była b. wybitna. Widywano: przybytek wagi, dochodzący do 20 funtów, obniżenie się przemiany podstawowej, poprawę stanu ogólnego, uspokojenie się akcji serca, cofanie się wytrzeszczu. Zdaniem autora, najlepiej nadają się do tego leczenia przypadki tyreotoksykozy bez wola.

S t. L u x e n b u r g.

HARROP, WIDENHORN i WEINSTEIN. Wpływ hormonu nadnerczy na przemianę. (Münc. med. Woch. Nr. 5, 1932).

Badania dotyczyły wpływu hormonu kory nadnerczy, wyosobnionego przez S w i n g l e i P f i f f n e r a. Hormon ten nie zawiera adrenaliny. 10 — 30 ccm wyciągu, wstrzykniętego jednorazowo chorem z nadczynnością tarczycy, nie wpłynęło na zmianę częstości tętna i innych objawów. Następnie podawano czterem chorym również z nadczynnością tarczycy 5 — 6 ccm wyciągu dożylnie codziennie w przeciągu miesiąca. W jednym przypadku zauważono zmniejszenie p. p., w innych przypadkach zmian nie spostrzeżono. Autorzy przypuszczają, że dotychczasowe wyciągi zawierają za mało czynnego hormonu, albo też że do leczenia niemi nadają się tylko niektóre postacie nadczynności tarczycy. Z 8-iu przypadków ch. A d d i s o n a jeden zakończył się śmiertelnie po 7-mioletnim trwaniu choroby, pomimo wstrzykiwania masowych dawek kory nadnerczy. 2 chorzy zmarli po 6 miesiącach pomimo stosowania wyciągu. W 2 dalszych przypadkach stwierdzono w okresie niedomogi nadnerczy oligurję, zwiększenie azotu resztkowego i mocznika we krwi i zmniejszoną fosfaturję. Pod wpływem wyciągu wystąpiła poprawa ogólna i w stosunku do objawów nerkowych. Ciśnienie krwi nie uległo zmianie ani w okresie niedomogi nadnerczy, ani pod wpływem leczenia. Upośledzenie czynności nerkowej utrzymywało się nadal, jako gorsze wydalanie mocznika po obciążeniu. Najwcześniejszym objawem niedomogi nadnerczy jest wzrost azotu resztkowego i mocznika we krwi. Ilość fosforanów i potasu zwiększa się, kw.

mlekowy we krwi zmianie nie ulega, natomiast obniża się zawartość cukru we krwi. Jeden z psów, któremu usunięto nadnercza i u którego 7-miokrotnie sprawdzano brak nadnerczy dodatkowych, utrzymuje się przy życiu od roku, dzięki stale podawanemu hormonowi części korowej nadnerczy. Od chwili usunięcia nadnerczy do wystąpienia objawów ich braku upływa 6 dni. Zwierzę, utrzymywane przy życiu dzięki wyciągowi, wykazuje bardzo szybko objawy niedomogi, o ile przerwać wstrzykiwanie wyciągu. Wynika z tego konieczność stałego podwyższenia dawek wyciągu.

F. T u r y n.

Choroby kobiet i położnictwo.

P. CAFFIER. Rzucałka bez drgawek czy eclampsismus? (Zbl. Gynaek. Nr. 37. 1932).

Autor podaje opis dwóch klinicznie podobnych przypadków, w których rozpoznawano przypuszczalnie „rzucałkę bez drgawek”; na stole sekcyjnym jedno tylko rozpoznanie zostało potwierdzone, w drugim przypadku znaleziono płatowe zapalenie płuc i ropne zapalenie miedniczek nerkowych i nerek. Ponieważ w przypadkach t. zw. rzucałki bez drgawek nie ma jednoznacznych objawów klinicznych, jako wyrazu zmian anatomo - patologicznych, nie można za życia wyodrębnić tego obrazu chorobowego z ram *eclampsismus*, którego najcięższe postaci obraz ten przedstawia. Ponieważ anatomo - patolog z drugiej strony nie może na zasadzie znajdowanych zmian morfologicznych wypowiedzieć się, czy dana kobieta miała za życia rzeczywiste napady rzucałki czy też nie, byłoby słuszniejszym, gdyby również i on w odpowiednich zmianach narządowych rozpoznawał *eclampsismus* zamiast rzucałki i w ten sposób liczył się z faktem klinicznym, że w ostatnich latach doszło się do *eclampsismus* jako podstawowego cierpienia. W razie wprowadzenia tej terminologii sprzeczne samo w sobie określenie „rzucałki bez drgawek” musiałoby zniknąć, tembardziej że przedstawia ono dziwny unikat pod tym względem, że ani sam tylko klinicysta, ani anatomopatolog nie mogą postawić tego rozpoznania: jednemu brak wymaganej znajomości zmian w narządach, drugiemu — bezdrgawkowego przebiegu cierpienia.

H. L.

E. LEVY - SOLAL et M. MAYER. W sprawie przypadku nerczycy lipidowej w ciąży. (Gynéc. et obstétr. Tom 26 rok 1932).

Autorzy opisują przypadek nerczycy lipidowej u kobiety w ciąży. W III-cim miesiącu ciąży zjawiły się obrzęki rąk, nóg i twarzy, a w końcu V-go miesiąca ciąży białkomoczu. Pod wpływem diety bezsolnej, a nawet mlecznej ilość białka w moczu, zamiast spodziewanego zmniejszenia wzrosła po 2 tygodniach z 0,75 do 12 gr., ażeby w 3-cim tygodniu opaść do 6 gr. Tak samo zwiększyły się obrzęki. Badanie krwi wykazało zwiększoną ilość tłuszczów i zmniejszoną ilość białka, a także odwrócenie stosunku albuminoglobulinowego. Ciśnienie krwi i zawartość mocznika we krwi normalne. Poród, który nastąpił w 7-ym miesiącu ciąży, nie przerwał choroby. Dopiero w 20 miesięcy po porodzie, po długotrwałym leczeniu nastąpiła poprawa, ale pozostało: ciastowatość ciała, albuminuria, zwiększenie ilości mocznika we krwi (które nastąpiło w 7-ym miesiącu po porodzie), lipemja i hypoproteinemja. Albuminuria i obrzęki mają w tym przypadku charakter nieregularny i zmienny, zupełnie niezależny od leczenia, diety, ani od wysiłków chorej (rankiem obrzęki powiększały się, a wieczorem i po wysiłkach były mniejsze), poród nie przerwał nefrozy, jak to zwykle bywa w białkomoczach ciążowych i to jest charakterystyczne dla tego przypadku. Wogóle wszystkie komplikacje nerkowe podczas ciąży mają charakter paradoksalny. Rzadko podczas ciąży obserwuje się kompletny zespół nerkowy (albuminuria z hiper-

tensją i azotemją), częściej bywają oddzielne objawy, których prognoza nie odpowiada nasileniu. Częste i masowe białkomocze nie powodują nic złego, podczas gdy kobiety ciężarne bez białkomoczem nagle dostają eklampsji. Ta zmienność objawów nerkowych w ciąży naprowadza wielu autorów do szukania przyczyn w zmianach w cieczech ustroju. Dlatego też autorzy uważają, że obserwacja wahań tłuszczów i białka w nerczycy lipidowej może dać cenne wskazówki. Tak samo badanie azotemji i hipertensji jest czynnością bardzo ważną do ustalenia prognozy ciąży w przypadkach toksemji ciążyowej.

J. M e s z ó w n a.

BASKIN, DENVER i COLO. Sterylizacja czasowa za pomocą zastrzykiwań spermy ludzkiej. (Le Siècle Médical Nr. 145, 15.II. 1933).

Wymienieni w nagłówku lekarze amerykańscy przeprowadzili ostatnio ciekawe badania: sperma ludzka, wprowadzona podskórnie, wywołuje u kobiety sterylizację na pewien okres czasu. Zjawisko to zależy od wytwarzania się w surowicy krwi danej kobiety czynników, zabijających nasienie (jad przeciw-spermowy). Sterylizacja taka wygasa po kilku lub po kilkunastu miesiącach, może być jednakże ponownie wywołana przez serię świeżych zastrzyknięć.

N. Z. Z.

H. HINSELMANN. Nowy przypadek guzków doczesnowych na słuźowce części pochwowej u pierwiastki w VI miesiącu ciąży. (Zbl. Gynaek. Nr. 40. 1930).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego młodej kobiety, będącej poraz pierwszą w ciąży. U kobiety tej stwierdzono na tylnej wardze ujścia macicy w odległości 1 cm. od ujścia mały jaskrawo - czerwony guz, który wycięto i poddano badaniu histologicznemu. Rozpoznanie anatomo - patologa brzmiało: rak. Skierowano wówczas chorą do autora celem rozstrzygnięcia, czy operacja ma się odbyć natychmiast, czy też ma się czekać do ukończenia ciąży. Przy badaniu mikroskopowym autor doszedł do wniosku, że nie ma się tutaj do czynienia z rakiem, lecz z guzkami doczesnowymi, które opisywał autor w Z. Geburtsh. 95. 1929. Dalszy przebieg przypadku potwierdził zdanie autora. Autor zwraca uwagę na te guzki doczesnowe, które są rzadką sprawą, mogącą doprowadzić do błędnych brzemieniowych w skutki rozpoznania. Badanie makroskopowe nie może rozstrzygać, w każdym przypadku należy robić próbne wycięcie, a skrawki poddać dokładnemu badaniu mikroskopowemu. Praktycznie guzki te nie odgrywają raogół większej roli, wyjątkowo jednak *curiosa* te mogą mieć duże znaczenie, jak wykazuje opisywany przypadek.

L. J. H.

R. BERNARD. Powikłania zapalne przy stosowaniu radu w rakach szyi macicy. (Presse Médicale Nr. 4 1933).

Jedynym powikłaniem przy stosowaniu radu w rakach szyi macicy są stany zapalne; lżejsze, jak podwyżka temperatury i bolesność macicy, lub cięższe, jak nawet zapalenie otrzewny. Te stany zapalne, zdaniem autora, są pochodzenia urazowego wskutek wadliwej techniki zakładania radu, szczególnie po rozszerzeniach szyi np. laminarjami i przy zmianie igieł radowych. Wobec tego autor proponuje następującą technikę: przez kilka dni poprzedzających założenie radu codzienne przepłukiwanie D a k i n a i zastrzyknięcia propidonu. Następnie po założeniu sondy macicznej i igieł radowych należy umieścić w głębi pochwy dwa małe dreny i umocować je kilka tamponami, mało ściśniętymi. Prócz tego należy robić przepłukiwania pochwy 4 lub 5 razy w ciągu doby. Tampony należy zmieniać codziennie przez dwa dni, nie ruszając radu, a zmienia się je po to, aby ułatwić wyjście produktów zżuszczenia. Ażeby nie zmieniać igieł radowych i zabezpieczyć je od zepsucia autor powlekał je cienką warstwą parafiny. Przy tej

technice jest o wiele mniej przypadków zapalenia niż wtedy, gdy codziennie wyjmowano rad; nawet przypadki groźne, z temperaturą, gdzie trzeba było przerwać stosowanie radu uspakajały się przy dalszem stosowaniu, gdy nie było codziennego urazu. Te przypadki zapalne powstają prawdopodobnie drogą zapalenia naczyń chłonnych, ich *maximum* to parametritis. Drugi rodzaj przypadków zapalnych, które nie ustępują przy przerwaniu leczenia, to *salpingitis*. Tutaj trzeba najpierw leczyć *salpingitis* nawet operacyjnie, jeśli to jest konieczne, i dopiero potem stosować kurację radową, która przed operacją byłaby niemożliwą.

J. M e s z ó w n a.

J. HALBAN. *Plica falciformis cervico-laquearis*. (Zbl. Gynaek. Nr. 40. 1932).

Plica falciformis cervico-laquearis, będąca szczątkową pochwą dodatkową, posiada praktycznie tylko to znaczenie, że każe myśleć o podwójnej (dwurożnej i t. d.) macicy i ewentualnie o innych jeszcze zaburzeniach rozwojowych w danym przypadku. Podwójna macica nie musi przytem zawsze istnieć, jak tego dowodzą niektóre przypadki autora. Wykonana w jednym z przypadków autora histerosalpingografia wykazała obecność normalnie rozwiniętej macicy. W innym natomiast przypadku stwierdzono podwójną macicę we wszystkich jej częściach, aczkolwiek nie było żadnych podstaw do podejrzenia jej. Jest uderzającym zresztą, jak często znajduje się opisane szczątkowe pochwy dodatkowe. Jeżeli uważnie badać, w dużej liczbie przypadków znajduje się mniej lub więcej zaznaczone ich zawiązki. Tembardziej dziwnem się wydaje, że wzmianek o tem w piśmiennictwie prawie że się nie znajduje.

L. J. H.

Choroby dróg moczowych.

M. GERARD. Tętniaki tętnic nerkowych. (J. d Urol. Nr. 5. 1932).

Tętniaki tętnic nerkowych mogą dawać szereg objawów przedmiotowych i podmiotowych, pozwalających na rozpoznanie ich. Bóle okolicy nerkowej bądź samoistne, bądź wywołane zwracają uwagę na nerki i powinny spowodować dokładne badanie urologiczne. Dodatkowe objawy ze strony moczu: białkomocz, ropomocz potwierdzają poprzednie podejrzenie. Radjografia pozwala wykryć w okolicy wnękowej cień obrączkowy, którego umiejscowienie pozamiedniczkowe można dokładnie ustalić zapomocą pyelografji. Ten zespół pozwala na postawienie, jeżeli nie z bezwzględną pewnością, to w każdym razie z bardzo dużym prawdopodobieństwem tak trudne rozpoznanie zwapniałego tętniaka tętnicy nerkowej. Lecz w tym przypadku, podobnie jak we wszystkich chorobach spotykanych wyjątkowo, należy powiedzieć, że, aby rozpoznanie było możliwe, należy o niem myśleć. W każdym bądź razie należy poddać stanowczej rewizji nasze dotychczasowe pojęcia, zgodnie z którymi nieuległe pęknięciu tętniaki tętnic nerkowych nie posiadają absolutnie żadnego znaczenia kliniczne i muszą zawsze uchodzić naszego rozpoznania. Ciekawą rzeczą będzie przypomnienie, że Morris w r. 1900 — po stwierdzeniu, że jeżeli rozchodzi się o małe tętniaki workowate tętnic nerkowych, to w nich nie istnieje zagadnienie rozpoznania, gdyż nie dają one żadnych objawów, dodał następujące prorocze słowa: „Nie byłbym pomimo to zdziwiony..., jeżeliby objawy, przypisywane kamieniowi nerkowemu, okazały się przy badaniu zależnymi w tych bardzo rzadkich przypadkach od małego tętniaka pnia tętnicy nerkowej lub jej gałęzi”. Trudno było, zaprawdę, jaśniej przepowiedzieć fakty, opisywane przez autora.

Henryk J. L a n d a u.

M. da SILVA - LEAL. Przyczynek do badań nad zapaleniem otrzewny pochodzenia nerkowego. (Arch. des Mal. de l'App. dig. Nr. 10, 1932).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 36-letniego chorego, który zgłosił się z powodu silnych bólów brzucha, braku łaknienia, zaparcia stolca, wzdęcia i częstych wymiotów żółciowych. Stan ogólny był dobry, diureza dobra, nic w wywiadach nie wskazywało na zaburzenia ze strony dróg moczowych. Przy obmacywaniu brzucha stwierdzało się w środku jego masę guzową wielkości główki czteromiesięcznego płodu o zarysach równych, niezależną od przedniej ścianki brzucha, nieruchomą, bolesną przy obmacywaniu. Nawet powierzchowne obmacywanie reszty brzucha wywoływało silny ból, zwłaszcza okolicy prawego dołu biodrowego. Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego wykazało słabo zaznaczone opóźnienie się opróżniania żołądka i zniekształcenie prawej części poprzecznicy. Powtórne badanie ujawniło zniekształcenia cienia żołądka i poprzecznicy przez masę guzową. Zastosowano diatermję i lipiodol „Lafay”, które zrazu wywołały poprawę; jednakże po 2 tygodniach bóle nanowo powróciły. Wykonane próbne otwarcie jamy brzusznej wykazało, że masa guzowa leży zewnątrzotrzewnowo i nie jest niczem innym, jak przemieszczoną nerką; w jamie brzusznej stwierdzono silny odczyn otrzewnowy, szczególnie w jej części prawej z istnieniem rozległych zrostów, które oddzielono, poczem chory zaczął się poprawiać. Po 2 miesiącach dokonano przyszcicia nerki (*nephropexia*). Od tego czasu chory przestał cierpieć. Chory ten nie wykazywał żadnego objawu, który mógłby zwrócić uwagę na nerki. Wiek jego, a szczególnie dobry stan pomimo silnych bólów i cierpień nie pozwalał myśleć o raku. Podczas próbnego otwarcia jamy brzusznej nerka okazała się przemieszczoną ku dołowi, zaś jej główna średnica uległa obrotowi o 90°. Zapalenie otrzewny (*perivisceritis*) było zależne od podrażnienia, spowodowanego przez opadniętą nerkę. Po umocowaniu jej bóle ustąpiły. Zapalenia otrzewny, spowodowane przez choroby nerek, są rzadkie pomimo blizkiego sąsiedztwa nerek z otrzewną. W przypadku tym nie było ropnia, ani schorzenia nerek, któreby mogły tłumaczyć działaniem toksycznym odczyn otrzewnowy. Nerka, która znalazła się w nieprawidłowym położeniu, zachowała się jako ciało obce i drażniące, powodując zapalenie otrzewny.

Henryk J. L a n d a u.

COHEN. Leczenie zapaleń nerek diatermją. (D. m. W. Nr. 40. 1932).

Leczenie zapaleń nerek za pomocą diatermji, z chwiłą ogłoszenia tej metody przez E w i g a z kliniki E p p i n g e r a i G a n t e n b e r g a z klini K r a u s a, coraz bardziej uzyskuje na znaczeniu. Wskazania do tego zabiegu nie są jednak ustalone. Podczas gdy jedni stosują diatermję jedynie w ostrych stanach inni w przewlekłych. Autor stosował nagrzewania w 15 przypadkach *nephritis acuta*, *nephritis subacuta* i *nephrosis* w następujący sposób: co 2 dzień 3 — 3,5 ampera przykładając jedną elektrodę wielkości 30 : 30 na okolicę brzucha i drugą 15 : 20 na okolicę nerek. Ani w 8 przypadkach przewlekłego nefrytu ani też w nefrozie nie widziano dodatniego wpływu diatermji. Natomiast w 4 przypadkach podostrego nefrytu autor odniósł wrażenie, jakgdyby wyleczenie zostało przyspieszone dzięki temu leczeniu. W przebiegu ostrego nefrytu, w jednym przypadku, poprawy żadnej nie widziano. Autor przychyła się do zdania tych, którzy w diatermji widzą pomocniczy środek w doprowadzeniu do poprawy przedłużających się ostrych cierpień nerek.

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

www.dlibra.wum.edu.pl

M. J. BIRIUKOW. Zastosowanie pilokarpiny w pooperacyjnym zatrzymaniu moczu. (Wiest. Chir. i Pogr. Obł. t. 82 — 3 — 4).

Uznając pilokarpinę za jeden z lepszych preparatów, usuwających pooperacyjne zatrzymanie moczu, a jednocześnie nie znając dokładnego mechanizmu zadziałania na roślinny układ nerwowy dróg moczowych, powinniśmy jednakże dalej opracowywać podejście do rozwiązania tego niejasnego zagadnienia. Celem jego ostatecznego rozstrzygnięcia niezbędne jest, jak się zdaje, badanie chorych przed operacją pod kątem widzenia stanu ich roślinnego układu nerwowego chociażby za pomocą najbardziej elementarnych metod (A s c h n e r, E r b e n, D a n i e l o p o l u), gdyż na podstawie otrzymanych danych można będzie wydać sąd o powstawaniu pooperacyjnego zatrzymania moczu, jak również co do tego lub innego odczynu ustroju na pilokarpinę. W liczbie przyczyn, oddziałujących na równowagę roślinnego układu nerwowego pęcherza moczowego, zauważył autor ważne znaczenie wieku, stanu psychicznego, konstytucyjnych osobliwości ustroju (konstytucja atletyczna), a zwłaszcza wpływu odruchowego urazów mechanicznych podczas zabiegu operacyjnego. Zdaniem autora, mniej niebezpieczne jest podskórne stosowanie pilokarpiny, posiadające duże znaczenie w praktyce szpitali prowincjonalnych. Świeża pilokarpina, która przy wprowadzaniu podskórnym okazała cenne usługi w 90,4% przypadków pooperacyjnego zatrzymania moczu na materiale autora, nie ustępuje co do wyników działania nieco złożonemu zastrzyknięciu wśródzylnemu. Gdyby nie było ujemnej strony stosowania pilokarpiny w postaci burzliwego odczynu ogólnego, byłaby ona najidealniejszym orężem w walce z pooperacyjnym zatrzymaniem moczu. Jak się zdaje, konieczne są jakieś jeszcze dodatki lub zasadnicze zmiany w metodyce stosowania pilokarpiny albo wynalezienie nowego preparatu, mniej niebezpiecznego dla ustroju; przypuszczać należy, iż dalsze doświadczenia kliniczne i spostrzeżenia doświadczalne pozwolą na ostateczne zorientowanie się w patologii, klinice i leczeniu pooperacyjnego zatrzymania moczu.

L. H.

Choroby oczu.

I. SZARKOWSKIJ. Ropień twardówki. (Sow. Wiest. Oft. Nr. 10. 1932).

Do procesów, toczących się w twardówce i powodujących rozpad tkanki, należy zaliczyć również ograniczone ropnie twardówki. Najczęściej schorzenie to powstaje drogą przerzutową we wszelkiego rodzaju przebiegających przewlekle i ostro procesach zapalnych w ustroju (schorzenia narządów miednicy, gruczołu krokowego, czyraki). Bezpośrednim zarazkiem, wywołującym ropień, bywają najczęściej gronkowce albo łańcuszkowce. Obraz kliniczny schorzenia przebiega jako ciężkie schorzenie o objawach zarówno miejscowych, jak i ogólnych (niedokrewność, podniesienie ciepłoty). Do powikłań w przebiegu ropni twardówkowych zaliczyć należy towarzyszące schorzenia przewodów naczyniowych (zapalenia tęczówki, zapalenia błony naczyniowej). Leczenie polega na wczesnym wkroczeniu chirurgicznym (szerokie nacięcie) z następowym przemywaniem środkami przeciw-

zakaźnymi, przyżeganiem jodem, stosowaniu maści przeciwważnych, riwanolu. Rokowanie przy wczesnym wkroczeniu chirurgicznym i energicznym leczeniu (antyseptyka) jest naogół pomyślne.

L. J.

M. MARQUEZ. Ruchy oczne kierunkowe i zbieżne. (Ann. d'Ocul. Nr. 9. 1932).

Autor podkreśla, że należy odróżniać dwa rodzaje ruchów: ruchy kierunkowe, które są tylko zorientowane w pewnym kierunku, i odległościowe, w których obie linje widzenia zbiegają się na poziomie ustalonego przedmiotu. Różnica nie jest tylko kwestją słów, lecz chodzi tutaj o ścisłość pojęć, które należy odróżniać, zaznaczając wyraźnie różnicę, istniejącą pomiędzy temi obu rodzajami czynności. To rozgraniczanie było już kilkakrotnie czynione, głównie H e r i n g a i P a r r i n a u d a, lecz ciągle zapomnianie o tem prowadzi do błędów bądź w tłumaczeniu zjawisk normalnych i patologicznych, bądź w klinice przy poszukiwaniu ich zaburzeń.

L.

L. GENET. Leczenie odpadnięć siatkówki diatermokoagulacją przedziurawiającą. (Arch. d'Opht. Nr. 11. 1932).

Autor opisuje 14 przypadków odpadnięć siatkówki, leczonych przedziurawiającą diatermokoagulacją, którą stosuje od października 1931 r. Trzy pierwsze przypadki już opisywane doprowadziły do przyrośnięcia siatkówki. Statystyka jest zbyt mała, ażeby można było z niej wyciągać inne wnioski, aniżeli wrażenie kliniczne. Należy jedynie powiedzieć, że metodę tę można stosować bez obawy. Wydaje się ona mniej niebezpieczną, niż głęboka termokauteryzacja lub galwanokauteryzacja. Jeżeli się chce otrzymać uderzające co do wyników statystyki, należy wyłączyć od tej metody dużą liczbę przypadków. Lecz autor sądzi, że, jeżeli pokładać w tej metodzie duże nadzieje, należy ją stosować we wszystkich przypadkach i baczyc, czy w miarę stosowania tych lub innych zabiegów możemy osiągnąć przyrośnięcie siatkówki.

L. H.

M. MARIN - AMAT. Mięsak czerniaczkowy, który rozwinął się na podłożu skrzydlika. (Ann. d'Ocul. Nr. 11. 1932).

Pod wpływem leczenia radem nastąpiło zupełne wyleczenie mięsaka czerniaczkowego, który rozwinął się na podłożu skrzydlika, *in situ*, natomiast pozostała normalna tkanka skrzydlika, na którą leczenie pozostało całkowicie bez wpływu. Ze swej strony oko nie uległo najmniejszemu uszkodzeniu. Pozostaje jedynie obawa, że już uprzednio istniały przerzuty do innych narządów, które mogłyby spowodować do zera najznakomitsze wyniki, otrzymane zapomocą radu.

L. H.

De SAINT - MARTIN i P. MERIEL. Jaskra a ciśnienie średnie. (Arch. d'Opht. Nr. 11. 1932).

W przypadkach badanych nie udało się autorom ująć samego tylko podniesienia ciśnienia średniego, lecz znaleźli oni w przypadkach, w których ciśnienie było zwiększone (10 przypadków), bądź podniesienie ciśnienia rozkurczowego (7 przypadków), bądź skurczowego (3 przypadki).

L. H.

Oceny książek

G. BERGMANN. Funktionelle Pathologie. Eine klinische Sammlung von Ergebnissen und Anschauungen einer Arbeitsrichtung. Nakładem Julius Springer — Berlin 1932. Rysunków 74, str. VIII i 425. Cena RM. 18.60.

Książka ta na własnym materiale klinicznym i ekspery-

mentalnym, na własnych dociekaniach teoretycznych autora oparta, bardzo obficie ilustrowana, w każdym calu głęboko przemyślana i oryginalna, wymaga od czytelnika nie tylko zagłębienia się przy czytaniu, pewnego spekulatywno-filozoficznego nastawienia umysłu ale i należytego opanowania interny oraz jej

licznych pograniczy, zwłaszcza neurowegetatywno-endokrynologicznego. Niełatwo odpowiedzieć, do jakiego typu podręczników ona należy, czy do dawnego typu wykładów angielskich *Mackenziego* o sercu, czy do francuskich *Leçons du mardi Charcota* o hysterji, czy do typów nowoczesnych berlińskich *Klinische Vorträge* i wiedeńskich *Fortbildungskurse*. Nie jest ona nawet podręcznikiem w zwykłym tego wyrazu znaczeniu, lecz zbiorem prac i myśli oryginalnego klinicysty dawnego pokroju i nowej mody, prac i myśli mistrza i jego szkoły frankfurcko-berlińskiej, „*Es ist letzten Endes* — wyraża się słusznie jeden z recenzentów — *ein Bekanntniss der ganz persönlichen wissenschaftlichen Anschauungsweise*“, dodałbym „*Anschauungsweise*“ w rozumieniu całokształtu poglądów. Sam autor nazywa książkę „zbiorem klinicznym” poglądów, teoryj, hipotez, wypowiedzianych przezeń i jego uczniów za okres ostatniego dwudziestolecia i przytacza też bibliograficznie z piśmiennictwa wszechświatowego tylko najbardziej wybitne dzieła. Tytuł książki „*Patologia czynnościowa*” jest przez treść książki mocno uzasadniona i umotywowana. *Bergmann* wysoko ceni przede wszystkim dokładność wywiedzeń, obiektywną obserwację przy łóżku chorego, owo podstawowe „*dynastaj skopein*” *Hippokratesa* i przeprowadza ściśle jako lajtmotywy swój ustalony stosunek organicznego do funkcjonalnego, który zgodnie z poglądem doświadczonych lekarzy brzmi, że „*funkcjonalne*”, „*psychogenne*”, „*organoneurotyczne*” nie są bynajmniej pojęciami identycznymi, za jakie się je uważać zwykło. Książka składa się wbrew woli autora z 2-ech części. W pierwszej części kliniczno-doświadczalnej, omawiane są pozornie bez planu, ale w pewnym kolejnym, przez autora bliżej uzasadnionym porządku, niektóre działy z kliniki jamy brzusznej, serca i naczyń, przemiany materji i endokrynoz. W obrębie *jamy brzusznej* bierze B. za punkt wyjścia do swoich rozważań okrężnicę, przechodząc stopniowo do kiszki ślepej, żołądka, trzustki, wątroby i przewodów żółciowych; w dziedzinie *sercowo-naczyniowej* dyskutuje szeroko hipertonię esencjalną i liczne związane z nią przesady i zabobony, kompensację i dekompensację krążenia, rytmikę serca, ciśnienie krwi prawidłowe i wrzekomoprawidłowe, *angina et pseudoangina pectoris*, *neuroses cordis*, *apoplexia cerebri*, *dysbasia angiosclerotica et angiospastica*, *myomalacia cordis*, *myocarditis*, w obrębie *metabolizmu i endokrynoz* analizuje jedynie otluszczenie, ochudzenie i tyreotoksykozy. W każdym z wspaniałych rozdziałów wkracza autor odważnie w całość medycyny jako nauki i sztuki, krocząc w ślad ojca swojego, twórcy chirurgji mózgu, i jego głośnej maksyminy; *es gibt keine Grenzgebiete, es gibt nur ein gemeinsems Gebiet, ärztlichen Könnens*. Z badań nad *colon*—jako wstępnym wykładzie—wypływa cała nauka o dyskinezjach wewnętrznych, ich związku z owrządzeniem żołądka i kiszek z ich czynnikiem spazmogenym, z hipotezą „*choroby wrzodowej*”, *morbus ulcerosus sine ulcere*. W dziale *żołądkowym* godne są uwagi spostrzeżenia nad „*antrum eosophageum*”, „*hernia hiatus*”, „*syndroma epiphrenale*”, „*cardiospasmus*”, *ectasia*, *atonja*, *ptosis ventriculi* i klasyfikacją pojęcia „*gasiritis*” i jej 6-ciu odmian. W dziale *trzustkowym* ciekawe są pojęcia pankrealgji i semiotyka *diverticuli papillae Vateri*; w dziale *wątrobowym* pojęcie utajonej cholecystopatii i poronnej hepatopatji, motoryki dróg żółciowych i ich dyskinezi pozwątrobowej. W rozdziale *sercowo-naczyniowym* znajdzie czytelnik krytyczne omówienie wszystkich hipotez i teoryj, modnych w ostatnim

ćwierćwieczu, błędny pogląd ogółu lekarzy na hipertonię i jej zależność od arteriosklerozy dużych naczyń i arterjol, znacznie ciśnienia żylnego i hipertoni samostnej jako pożytecznej nieraz autoregulacji, sprawę insultów i ekwiwalentów angiospastyecznych, sprawę *Vagus* i *Carotis-sinus* jako regulatorów unaczynienia tętnic wieńcowych serca, arytmiki serca, rzeczywistej i pozornej, znakomity wpływ taniego *ufusum, tinctura folie Digitalis* w dużych dawkach, często zależność zejścia pooperacyjnego nie od *adynamja cordis*, lecz od zapaści wskutek rozpadu substancji białkowych. W rozdziale *przemiany materji* *Bergmann* usiłuje przeprowadzić myśl, że „*Obesitas constitutionalis* sei eher eine lipomatöse Tendenz als Bilanzproblem”, rzucając uwagę o niesłuszności panującej wszechwładnie hegemonji wątroby dla przejawów „*des Intermediärstoffwechsels*” na niekorzyść peryferji, dokonywującej w przemożnej muskulaturze obwodu poważnego przestrojenia całego chemizmu. *Basedowoid* i konstytucja tyreotoksyczna prowadzą bezpośrednio do uznania innych endokrynoz ustrojowych. Bardzo pouczający jest rozdział „*o zapaleniu i allergji*”, prowadzący poprzez fermentacyjne samostrawienie trzustki zapalnej, poprzez rozpad białka własno- i obcogatunkowego oraz poprzez autointoksykację następującą do nauki o metabolizmie stanów bakteryjno-zapalnych, jałowo-zapalnych, nowotworowo-zapalnych, do nauki o proteinoterapii bodźcowej wogóle i do chorób alergicznych w szczególności. W rozdziale traktującym o *układzie trzewno-nerwowym*, znajduje omówienie nie tylko cała nauka o wagotonji i sympatykotonji, o stygmatyzacji wegetatywnej, o pasach przeczulicy lecz też—co podkreślić wypada — stosunek odruchów autonomicznych, ruchowych i czuciowych do t. zw. nerwic narządowych, posiadający, jak wiadomo, horrendalne piśmiennictwo za ostatnie półwiecze, nerwic znanych i rozpowszechnionych prawdopodobnie i w starożytności, sądząc z zarzutu *Platona*, że „*zbyt specjalizują się lekarze Grecji na leczących ciało i leczących duszę*”. O ile omawiane rozdziały natury czysto klinicznej, choć często zatracając o eksperyment laboratoryjny i teorię spekulacyjną rzadko wywołują u czytelnika poważny sprzeciw, „*pryncypjalną*” opozycję, o tyle do krytyki powołują ostatnie cztery rozdziały książki (str. 351 — 425) w niejednym miejscu, jako analizujące kwestje filozoficzne z dziedziny medycyny teoretycznej i praktycznej. Nie mając miejsca i czasu na bliższą ich interpretację, wymieniam jedynie nagłówki: reforma djagnostyki, psychofizyka w medycynie praktycznej, regulacja w patofizjologii, przyczynowość a teleologia. Ale i oponent zawodowy znajdzie tu skarbnicę zdrowych myśli, ziarnka szlachetnego i czystego kruszcza, mogącego obficie użyźnić grunt lecznictwa i przyrodoznawstwa, mniejsza o to, czy autor się zastanawia nad neutralną i humoralną regulacją, nad mechanizacją i kauzalizacją, nad przełomem i kryzysem w medycynie, nad przestrojeniem i reformacją w djagnostyce, nad *rheuma* i *pseudorheuma*, nad przystosowaniem i asymilacją i t. p. Wielce ciekawe byłoby zestawienie krytyczne tej jednotomowej „*Funktionelle Pathologie*” *G. Bergmanna*, ucznia swego mistrza *F. Krausa*, z oceną jednocześnie ukazującej się u tegoż wydawcy trzypatomowej „*Entstehung, Erkennung und Behandlung inneren Krankheiten*” starszego wiekiem i doświadczeniem *L. Krela*, ucznia swego mistrza *Strumella*. Byłby to cenny dokument dla przyszłego historjografa medycyny wewnętrznej początku XX stulecia.

H. Higier.

Wskazówki praktyczne

Do leczenia czyraków polecają W. M a y e r i F. R o s t plaster, zawierający maść kamforowo - karbitowo - ichtiolowo - rtęciową (fabr. L o h m a n n, Sp. Akc. Fahr nad Renem). Czyrak kąpie się całymi dniami w tej maści. Plaster ten stosować można i we wszelkich niezbyt rozległych zapaleniach. (Ztbl. Chir. 1933 Nr. 4).

—o—

Aulinogen, związek ksantogenowy znajdujący się w handlu pod postacią maści 4%, posiada, według spostrzeżeń W. R o s e n t h a l a, pewne, głęboko drążące działanie we wszystkich ropnych i zwyczajnych sprawach zapalnych i może w czyrakach, ropniach, zastrzałach i zapaleniach narządów gruczołowych często uczynić zbytecznym cięcie. Nakłada się 1 — 3 milimetrową warstwę maści, na to gazę i przytwierdza się plastrami. U pacjentów wrażliwych można do maści dodać nowokainę, mianowicie: Rp. Aulinogen. 2,0; Novocain. 0,25; Vasel. optim. ad 50,0. M. f. Ungt. Rany pod tą maścią oczyszczają się szybko. (D. m. W. 1933 Nr. 2).

—o—

W leczeniu schorzeń zakaźnych i septyczno - toksycznych stosuje O p i t z przetaczanie krwi. Szczególnie dobrze działać ma ono w ciężkiej płonicy, czerwonce, w sprawach ropnych, ropówkach, w przewlekłych zapaleniach ucha i w otoku ropnym. (Mtschr. Kindh. T. 56).

—o—

Ropnie okołomigdałkowe radzi L i n c k leczyć nie przez cięcie, lecz za pomocą wyluszczenia migdałka na gorąco. Zabieg ten nie grozi żadnym niebezpieczeństwem, przeciwnie nieraz zapobiega ciężkim powikłaniom. (Arch. Ohren - Hals und Nasenhk. 1932 T. 131).

—o—

Agranulocytozę o wiele skuteczniej leczy ma, zdaniem A. H a r t w i g a, przetaczanie krwi, niż naświetlanie promieniami R o e n t g e n a. To ostatnie zastąpić można zastrzykiwaniem mleka lub omnadiny, co zresztą tylko na krótko powiększa liczbę granulocytów. Przetaczanie krwi działa pomyslnie na gorączkę i stan ogólny. (Klin. Wschr. 1932 Nr. 3).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CLXII posiedzenie z dnia 12 listopada 1932 r.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

O d c z y t:

H. B r o k m a n. O ciężkich ostrych schorzeniach przewodu pokarmowego najmłodszego wieku dziecięcego (Ukaże się w „Warsz. Czas. Lek.“).

W dyskusji zaznacza M i c h a ł o w i c z, że prelegent poruszył w swym odczycie tysiące zagadnień. Początek głównego zagadnienia sięga aż od r. 1836. Błędy klasyfikacji B a r t i z a i R e l i e u x, którą sam M i c h a ł o w i c z potraktował przed 18 laty pomacoszemu, a do której obecnie powraca, zależne były od nieznajomości bakterjologii. Uważał on, że dyspepsja umiejscawia się w świetle jelita. Jednakże stolce były kwaśne, pomimo stosowania djety odkwaszającej, pomimo podawania cytrynianu sodowego. Jest to zrozumiałe obecnie, jeżeli stanąć na tem stanowisku, że dyspepsja jest odbiciem tego samego, co się dzieje w ustroju. Są dyspepsje jelitowe i pozajelitowe; zależą one również od podłoża, na którym się odbywają, od ludzi, których można podzielić na stałych i chwiejnych. Choroba zależy od uczulenia ludzi. Ustrój zaś ludzki jest terenem niestałym. Jeżeli następuje pewna zmiana, inaczej odpowiada ustrój ludzki na bodźce. Jeżeli występują pewne epidemie, przyczyna tego tkwi w zmianach terenu, prowadzących do zmian flory bakteryjnej. Flora bakteryjna pod wpływem zmian terenu ustrojowego i zmian własnych doprowadza do epidemii. Co pewien czas na terenie jelita, jak i na terenie ucha następują pewne zmiany. Prelegent myśli w tym przypadku o zarazku (virus), zaś M i c h a ł o w i c z o kosmosie. Człowiek wydziela do jelit oraz do ucha rozmaite ciała zależnie od pory roku, Paciorkowce, niewinne latem, przekształcają się zimą w zjadliwe płonice paciorkowce hemolityczne (*streptococcus haemolyticus scarlatinus*). Epidemie błonicy niewinne przekształcają się w złośliwe (B r e t o n n e a u), to samo można powiedzieć o krwawej potówce lub potnicy oraz o epidemjach zimnicy. Istnieją fale rozwoju, zwyrodnień bakteryjnych. L e s c h k e w pewnej epidemii zrazu nie znajdował laseczników P f e i f f e r a, potem były one wszędzie, nawet u ludzi zdrowych. To samo można powiedzieć o pneumokokach. Nie można zawsze sprowadzać wszystkiego do jednego czynnika; przeciwnie, zawsze jest ich więcej. Z każdej epidemii należy brać to, co może ona dać. Należy badać dzieła historyczne oraz czerpać z dzieł innych specjalności.

S r e b r n y powraca do sprawy, którą poruszył przed 50 laty H a r t m a n n. Pedjatrzy, leczący dzieci z powodu dyspepsyj, zwracali się do otjatrów o badanie ucha. Obraz otoskopowy bywał u małych dzieci normalny, a jednak nakłucie błony bębenkowej wykazywało obecność ropy. Przed 40 laty zwrócił uwagę na tę samą kwestję G o m p e r t z. Sam S r e b r n y poświęca temu zagadnieniu dużo uwagi na oddziale niemowlęcym Szpitala Baumanów i Bersonów, w kilku przypadkach dyspepsyj znalazł zmiany w uchu. Jest rzeczą trudną do rozstrzygnięcia, co jest sprawą pierwotną, a co wtórną. U niemowląt powstają często pod wpływem wymiotów zapalenia ucha środkowego, mogą się więc one wcześniej rozwijać. Osobiście jest tego zdania, że pierwotną sprawą jest cierpienie uszne, wtórna zaś — jelitowe. Krótka i szeroka trąbka E u s t a c h j u s z a sprzyja odpływowi wydzieliny z uszu do jamy nosowogardzielowej, stąd zaś do przewodu pokarmowego, gdzie powoduje ona zaburzenia trawienne. Zdrowa jama bębenkowa jest jałowa, nie może być więc mowy o aktywacji znajdujących się tam zarazków przez virus.

K a r b o w s k i stwierdza, że nie zdajemy sobie zupełnie sprawy, ile niemowląt ginie u nas wskutek chorób usznych. W Wiedniu obliczano liczbę tę w latach 1911 — 1920 na 17.000. Pierwszą pod tym względem była praca D u v e r n e y a z r. 1685, po 100 latach wrócił do tego zagadnienia T r e n c h, w 1922 r. potraktowano tę sprawę obszerniej na zjeździe otologów francuskich, przyczem jedni byli tego zdania, że zmiany uszne są sprawą preagonalną, inni natomiast zaliczali ją do zespołu toksyczno - zakaźnego. Najczęściej znanymi drobnoustrojami są pneumokoki z gronkowcami lub też same pneumokoki. Cierpienie uszne można rozpatrywać jako 1) towarzyszące powikłanie, 2) sprawę wtórną, 3) sprawę pierwotną. Dlaczego cierpienia uszne są tak częste u dzieci? Odpowiedział poniekąd na to pytanie W i t m a n, który stwierdził w rozwoju narządu usznego istniejące dwa okresy rozwoju: 1) płodowy, 2) postembryonalny. Normalnie tkanka śluzowa zarodkowa przechodzi w błonę śluzową. Jeżeli dzieci te źle się rozwijają, utrzymuje się zarodkowa tkanka śluzowa, łatwo ulegająca zakażeniu, dzieci stają się pyofagami, zakażają swe jelita. Należałoby się zastanowić nad zagadnieniem, czy nie istnieją również dwa okresy w rozwoju jelit: embryonalny i postembryonalny. Zastanawia również niewspółmierność pomiędzy obrazami otoskopowymi a wynikami sekcyjnymi. K i s c h i autorzy francuscy twierdzą, że leczenie operacyjne pozwala ratować te dzieci, które inaczej giną. K a r b o w s k i uważa obustronną trepanację za zabieg zbyt ciężki w tych przypad-

kach, natomiast nakłucie błony bębenkowej mogłoby dawać dobre wyniki.

S z y m a n o w s k i uważa, że największym błędem jest zakładanie, iż musi być zarazek, skoro jest proces zakazny. Konieczne jest systematyczne badanie w tych przypadkach całej tłory bakteryjnej. Zmiany terenu muszą doprowadzić do zmian tłory bakteryjnej. Dzisiaj istnieje mnóstwo sposobów określania zarazków, nie udało się jednak dotąd nikomu przemiana postaci niezjadliwej w zjadliwą. Prace M o r g e n r o t h a należą dzisiaj do historii. W myszach wystają nie te bakterje, które posiano, lecz te, które tam już były. Roznawiamy coraz więcej cech bakterji, które pozwalają je identyfikować. Dodatkowe jady (*virus*) także już przeszły do historii. Koncepcje te nie posiadają istotnych podstaw.

Kaz jeszcze zabiera głos M i c h a ł o w i c z, ażeby stwierdzić, że ucho, jako tkanka wewnętrzna, posiada swoją niezogromną biologiczną. Ucho, na przykład, nie choruje samodzielnie na gruźlicę. Wyrostek sutkowy zachowuje się w stosunku do gruźlicy jak małe kości (*spina veniosa*). Drugą cechą charakterystyczną ucha stanowi jego tazy embrjonalna i postembrjonalna rozwoju. Ucho rozwija się później i nie posiada własnej odporności. Ucho jako miernik biologiczny (*das Ohr als biologisches Mass*).

K a r b o w s k i dodaje, że tkanka galaretowata ucha jest mało odporna na zakażenie. U dzieci co piąte przewlekłe zapalenie ucha jest gruźlicze, u dorosłych — co dwudzieste.

W odpowiedzi zaznacza B r o k m a n, że „fantazje” bakterjologiczne nie były jego własne, lecz zaczerpnięte od bakterjologów. Zgadza się z tem, że należy badać całą florę bakteryjną jelit. Badania w tym kierunku są już prowadzone, doprowadziły do odkrycia szczepów rzekomoczernkowowych zniżonych do prątki czerwonki Y, zaś aglutynowych przez prątki F l e x n e r a. O zakażeniu nie można mówić tylko wtedy, gdy się ma do czynienia z zarazkami zewnątrzpocho-dnemi; np. pneumokoki, znajdujące się stale w ustroju, mogą wywołać w pewnych warunkach płatowe zapalenie ucha. Uważa również za mało prawdopodobne przejście postaci niezjadliwych bakterji w zjadliwe, lecz i to nie jest całkowicie wyłączone. Bakterje pasorzytnicze mogą nabierać cech względnej chorobotworczosci. Istnieją przeciw bakterje stale i fluktuujące (N e u r t e l d, F r i e u e m a n n). Nie uważa za fantazję sprawę jadu (*virus*), jak również sprawy aktywowania przezeń łańcuszkowców. Zarazki nie muszą wywoływać wszystkich objawów pewnej jednostki chorobowej (płonica, dur brzuszny). Bakterje mogą nie być przyczyną choroby, lecz jej swoistym wyrazem. Dzisiaj jednakże musimy stać na tem stanowisku, że bakterje, znajdujące w pewnej chorobie np. we krwi, są przyczyną tej choroby. Jad (*virus*) powoduje aktywację zarazków w ustroju. Co się tyczy związku między wymiotami, a zapaleniem ucha środkowego to nie we wszystkich spostrzeganych przypadkach były wymioty, nie mogą więc one wchodzić w rachubę jako przyczyna zapalenia ucha środkowego. U większości dzieci brak było objawów kataralnych, w wywiadach zaś — grypy wśród otoczenia. Do badań swych przystąpił z G l e i c h g e w i c h t o w a, że względu na chęć ustalenia wpływu ucha na odżywianie. Nowością dla badaczy był ściśły związek między sprawą uszną a jelitową.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pediatrycznego w Wiedniu z dnia 22 czerwca 1932 r. (Wien. med. Wschr. N. 11, 1933)

pokazywał H. M a u t n e r przypadek *zwężenia cieśni tętnicy głównej (stenosis isthmi aortae)*. Przypadek dotyczył silnego 10-letniego chłopca, który uprawiał sporty, biegał i bawił się, jedynie po znaczniejszych wysiłkach odczuwał duszność. Znalaziono u niego umiarkowanie duże serce, o normalnej sylwetce sercowej w ortodjagramie, nie było nieprawidłowego tętnienia, ani nieprawidłowości tętnicy głównej. Również elektrokardjogram był normalny. W drugim międzyżebżu po stronie lewej obok mostka słycać głośny szorstki szmer skurczowy, który brzmiał nie jak szmery dodatkowe, lecz jak wrodzone. Umieszczenie szmeru odpowiada zwężeniu tętnicy głównej; rozpoznanie zwężenia cieśni tętnicy głównej potwierdza wynik obmacywania naczyń obwodowych. Ciśnienie w obu tętnicach promieniowych jest bardzo wysokie, wynosi 160/90 według R i v a - R o c c i e g o wobec 100, któreby odpowiadało wiekowi pacjenta. Na tętnicy udowej wogóle nie można wyraźnie wymacać tętna. Jeżeli poszukiwać krążenia obocznego, znajduje się tuż nawewnątrz od przysrodkowego brzegu łopatki w pobliżu grzebienia łopatki ściśle ograniczone silne tętnienie, którego z pewnością łatwo jest niedostrzec. Prelegent przedstawił przypadek ze względu na to, że zwężenia cieśni często uchodzą za rozpoznaniu, że u tego dziecka silnie jest wyrażona różnica w zachowaniu się tętna na kończynach górnych i dolnych, zaś wytworzenie się krążenia obocznego można było już stwierdzić przed okresem dojrzewania.

Na tem samem posiedzeniu (Wien. med. Wschr. N. 11, 1933) pokazywała B l a s s - W i r t h 13-letnią dziewczynkę ze stwardnieniem guzowatym mózgu (*sclerosis tuberosa cerebri*). Od trzeciego roku życia istnieje *adenoma sebaceum*. W związku z zjawieniem się miesiączki wystąpiły napady, z początku tylko w postaci absence. Przed 12 dniami pierwsze duże napady padaczkowe. Istnieje jednocześnie niedorozwój inteligencji. Zdjęcie rentgenowskie czaszki, badanie dna oczu, odczyn W a s s e r m a n n a dały wyniki ujemne. Poza *adenoma sebaceum* istnieje jeszcze wiele innych wrodzonych nieprawidłowości skóry barwnikowych i niebarwnikowych, rozmaite duże znamiona, wzniesione uległe zliszajowaceniu miejsca skóry o zabarwieniu niebieskawem lub brunatnawem, na grzbiecie oraz po obu stronach w pachach liczne uszypułowane włókniaki. Wielopostaciowość tych zmian skórnych przypomina obraz lekkiej postaci *neurofibromatosis* R e c k l i n g h a u s e n a.

Na tem samem posiedzeniu (Wien. med. Wschr. N. 11, 1933) pokazywała B l a s s - W i r t h dwa przypadki (matkę i dziecko) *pasmowatego pęcherzowego zapalenia skóry (dermatitis bullosa)*. Chore zgłosiły się do ambulatorjum z powodu wysypki. Przed trzema dniami leżały one przez kilka godzin na słonecznej łące, nie kąpały się jednak nago. Następnego dnia wieczorem matka (a prawdopodobnie i dziecko) odczuwały swędzenie i pieczenie w tych miejscach skóry, gdzie obecnie wystąpiła wysypka, to znaczy matka najsilniej na lewym ramieniu, mniej na prawem, oraz naprawo od nosa, dziecko w okolicy kolan i na grzbietach obu dłoni. Wczoraj rano wystąpiło w tych miejscach zrazu zaczerwienienie wszędzie w postaci smug lekko wzniesionych, a następnie w ciągu dnia powstały liczne pęcherzyki rozmaitej wielkości, z których kilka u dziecka zapewne wskutek drapania już pękło. Ma się tutaj do czynienia z pasmowatym pęcherzowym zapaleniem skóry lub jak je też powszechnie nazywają polnem zapaleniem skóry. (*Wiesendermatitis*). Leczenie jest czysto objawowe, samowyleczenie powinno nastąpić w ciągu 6 — 8 dni.

Krytyka lekarska

Chmury nad nauką.

Jeszcze niedawno niktby nie przypuszczał, że przyjdą czasy, kiedy wspaniały rozwój nauki natrafic może na nieoczekiwane przeszkody. A jednak staje się obecnie oczywistem już, że odbywające się w Europie przewroty, że te czy inne kierunki polityczne w najrozmaitszej postaci mogą się w sposób nader szkodliwy odbić na postępie wiedzy, powstrzymać nawet jej coraz bardziej tryumfalny pochód.

Oto przed kilku tygodniami czytaliśmy, naprzykład, w pismach, że przez grono uzbrojonych bojow-

ców został siłą nagle usunięty z warsztatu swej pracy, z oddziału wewnętrznego w berlińskim szpitalu „Am Urban” prof. Herman Z o n d e k. Został on wraz ze swoimi asystentami wyrzucony wprost na ulicę — dlatego, że ze względów rasowych nie podoba się kierunkowi, który wziął obecnie górę.

Z o n d e k został mianowany na swe wysokie w medycynie stanowisko przez najbardziej kompetentne czynniki fachowe w bardzo młodym jeszcze wieku ze względu na swe zasługi na polu naukowem. Znany powszechnie jest jego podręcznik endokrynologii, a w roku ubiegłym ogólną uwagę zwróciły ogłoszone współ-

nie z B i e r e m jego badania nad obecnością „hormonu bromowego” w przednim płacie przysadki. H. Z o n d e k znany jest również w szerokich kołach jako praktyk; leczyl S t r e s e m a n n a, wzywany był do S t a l i n a. Nazwisko Z o n d e k ó w głośnie jest teraz w medycynie; B. Z o n d e k jest znanym w świecie badaczem hormonu żeńskiego, odkrywcą „prolanu”; S. G. Z o n d e k — autorem znanego dzieła o „Elektrolitach”. Czy i oni zostali już wyrzuceni ze swych oddziałów i pracowni? A może to ma nastąpić w najbliższej przyszłości?

W tymże cichym szpitalu „Am Urban”, gdzie poprzednikiem Z o n d e k a był Albert F r a e n k e l (Pneumokokken — F r ä n k e l), pracowali lub pracują inni jeszcze przedstawiciele typu ludzkiego, przeciwko któremu zwrócił się obecnie *furor teutonicus*. Jeszcze niedawno w oficynie szpitalnej, w dwóch niewielkich pokojach pracował przed wojną Leonor M i c h a e l i s, jeden z twórców teorii jonów w zastosowaniu do medycyny, autor znakomych prac i podręczników o zastosowaniu chemji fizycznej do medycyny, o wyższej matematyce w służbie nauk lekarskich; umysł niepospolity, obejmujący szerokie horyzonty zarówno medycyny, jak i wyższej matematyki. M i c h a e l i s przeniósł się do Japonji, później do Ameryki.

Obecnie biologiczno-chemiczną pracownią w Urbanie kieruje L. P i n c u s s e n, a liczne prace, wychodzące z tego laboratorium, coraz to można spotykać w czasopismach fachowych.

Opisując stan medycyny w dawnym przedwojennym Berlinie, tak pisze w swych pamiętnikach niedawno zmarły profesor higieny społecznej Alfred G r o t j a h n: „Dookoła tworzących wydział uniwersytetu profesorów zwyczajnych krążyły, jak planety dookoła gwiazd stałych, niemniejszym od nich światłem jarzące postacie profesorów nadzwyczajnych i docentów prywatnych. Osobliwie w zakresie gałęzi medycyny klinicznej liczni ci profesorowie nadzwyczajni bynajmniej nie ustępowali kierownikom klinik wydziałowych, a nawet nierzadko ich przewyższali, czy to w charakterze wykładowców, czy konsultantów dla licznych pacjentów. Ponieważ, jako żydzi, nie byli powoływani do innych uniwersytetów, potworzyli oni sobie w Berlinie własne kliniki i własne koła uczniów. Do nich należeli: neurolog M e n d e l, dermatolog L a s s a r, pedjatra B a g i n s k i, chirurg I s r a e l, ginekolog L a n d a u,

syfilidolog L e w i n, aby przytoczyć tylko najważniejszych”.

Tyle mówi G r o t j a h n, a wszak w zakresie medycyny teoretycznej jednocześnie żył i działał Paweł E h r l i c h i cała plejada innych z W a s s e r m a n n e m na czele, którzy tworzyli wówczas podstawy serologii.

Albo lekarski świat Berlina wydawał z siebie przed wojną innych jeszcze przedstawicieli. Oto taki Hugo N e u m a n n, autodydakta w zakresie pedjatrji, autor zupełnie swoiście ujętego podręcznika „Listy do młodego lekarza o leczeniu chorób dzieci”. Zmarły w r. 1912 N e u m a n n był synem bogatego fabrykanta cygar i znaczną część swego majątku poświęcił na zbudowanie „Kinderhausu” we wschodniej części Berlina, w którym to domu mieściła się niewielka stacja dla leżących chorych, a obok tego ogromna poliklinika i pierwsza wówczas w mieście (w pierwszych latach bieżącego stulecia) poradnia dla niemowląt z kuchnią mleczną. Pracowało tam wówczas stale kilkunastu lekarzy i udzielało bezpłatnych porad ambulatoryjnych, a dzienna liczba samych osesków dochodziła do 250. Kiedy wśród pacjentów zdarzały się dzieci licznych wtedy na wschodzie Berlina polaków, prof. N e u m a n n z prawdziwą przyjemnością wzywał piszącego te słowa, aby mógł udzielić porady w języku polskim.

Albo typ inny, dr. Magnus H i r s c h f e l d, znany w świecie autor dzieł z zakresu seksuologii, odważny szermierz idei niekaralności zbrodni płciowych, który na długo jeszcze przed odkryciem hormonów płciowych i tak jak dzisiaj rozbudowaną tą gałęzią medycyny, wskazywał na wewnątrzwydzielnicze podstawy powstawania homoseksualizmu. Magnus H i r s c h f e l d jest nie tylko badaczem i propagatorem, ale również i twórcą fundacji. On to w latach wojennych kupuje w zachodniej części Berlina pałac księcia H a t z f e l d a i przekształca go wraz z domem sąsiednim na ofiarowany jako fundacja miastu „Instytut nauk seksuologicznych”. Instytut ten obejmuje jedyne w swoim rodzaju muzeum, bibliotekę i audytorjum, a obok tego i klinikę dla stałych pacjentów.

Te kilka rysów dosadnych wymykają się z podpióra w chwili, gdy Herman Z o n d e k, a prawdopodobnie i wielu innych zostają przemocą wyrzuceni ze swych warsztatów pracy. Oby tylko mogli na odchodem zawołać: „Noli turbare circulos meos!”

Stefan K r a m s z t y k.

O d c i n e k

Lekarz w literaturze pięknej *).

Podał

Stefan STERLING - OKUNIEWSKI (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 12).

Tak nikt przed M o l i e r e m i przez dwa i pół stulecia po M o l i e r z e nie ośmieszył stanu lekarskiego — dopiero w początkach obecnego stulecia wielki paradoksyści angielski, znakomity Bernard S h a w, w swej znanej komedji „Lekarz na rozdrożu” powrócił do tego tematu, ujął go z nowoczesnego punktu widzenia —

*) Odczyt, wygłoszony dn. 21 marca 1932 r. w cyklu „Wykłady Powszechne Uniwersytetu Warszawskiego”.

i, co prawda, daleko powierzchowniej, niż wielki w porównaniu z nim, M o l i è r e. S h a w ośmiesza już nie tylko wyznawców medycyny, ale i samą naukę ścisłą — i tem różni się zasadniczo od M o l i è r e a, który, napadając i piętnując pozorny autorytet wiedzy i rutynę zawodową, był jednak obrońcą prawdziwej nauki, jak widać choćby z ustępu o krążeniu krwi (patrz wyżej), uważanego za herezję przez ówczesny fakultet paryski. S h a w zaś wykpiwa olbrzymią gałąź wiedzy, jak np. szczyptenia ochronne, która w swem zastosowaniu praktycznym przyniosła olbrzymią korzyść ludzkości, uratowała w okresie wielkiej wojny europejskiej setki tysięcy istnień ludzkich; drwi z wielkich zdobywczy biologji lekarskiej ostatniego pięćdziesięciolecia, zdobywczy, które

stanowią chlubę ducha ludzkiego i otaczają aureolą potęgi umysłowej takie nazwiska, jak P a s t e u r, V i r c h o w, K o c h, N e n c k i, P a w ł o w i legjon innych wielkich badaczy. Dowcipkujący i ironizujący S h a w jeszcze za 50 lat przejdzie prawie bez śladu na widowni myśli ludzkiej, natomiast podwaliny biologii lekarskiej (bakterjologii, nauki o odporności, serologii i t. d.) zatoczą coraz szersze kręgi dla istotnego dobra cierpiącej ludzkości. Słusznie B o y - Z e l e Ń s k i w swej recenzji z przedstawienia „Lekarza na rozdrożu” S h a w a pisze: „Jeden z wielkich lekarzy zapewniał, że M o l i è r e swemi drwinami z senesu i z puszczania krwi uratował życie milionów ludzi. Ale czy wielu ludziom ocaliłby Bernard S h a w życie drwinami z operacji ślepej kiszki lub surowicy przeciwdyfterytycznej? sądzę, przeciwnie, że w razie skuteczności swej ironji uśmierciłby bardzo wielu. Satyra M o l i è r a przeciw medycynie jest genialnym jasnowidzeniem, satyra S h a w a dowcipnym żartem bez większych konsekwencji”.

Wróćmy jednak do literatury francuskiej. Zaraz następne pokolenie po M o l i e r z e — L e s a g e (1668 — 1747) tworzy „Gil Blasa” (od nazwiska tego do dziś dnia wychodzi humorystyczne pismo francuskie), w którym niemało dostaje się światu lekarskiemu. W tym prototypie B a l z a c o w s k i e j „Komedji Ludzkiej” L e s a g e zamierzał poruszyć całokształt życia ówczesnego — udało mu się to naogół dobrze, tylko medycyna i tym razem — chociaż już właściwie po raz ostatni z grupy wielkich pisarzy — została ośmieszona w sposób dość dotkliwy.

Gil Blas, pochodzący z biednej rodziny w miasteczku Oviedo, po otrzymaniu bakałareatu porzuca miasto rodzinne i udaje się do Salamanki na Uniwersytet w celu dalszych studjów. Po drodze, zatrzymany przez bandytów, pozostaje u nich przez 6 miesięcy, poczem ucieka, zmienia swój pierwotny projekt i zaczyna służyć u kanonika, lekarza, aktorki, wielkiego pana, zostaje sekretarzem księcia i t. d. W ten sposób maluje L e s a g e wszelkie warstwy społeczne. Nas tu interesuje, naturalnie, tylko zachowanie się w stosunku do medycyny. Otóż, gdy kanonik zachorował, posłał Gil Blasa po Dra S a n g r a d o (po hiszpańsku oznacza: wykrwawiający) „który w całym Valladolid był uważany za H i p o k r a t e s a”. Po długich rozstrząsaniach, co zaleciłby inny lekarz, S a n g r a d o stwierdza, że on zaleca środki „bardziej proste i bardziej pewne”, mianowicie: picie wody i bardzo obfity upust krwi. Gdy zaś wskutek wielkiego wykrwawienia i wypijania olbrzymiej ilości wody kanonik umiera, S a n g r a d o stwierdza, że zamało krwi upuszczono i zamało dawano zmarłemu wody. Zresztą, podkreśla, jednogłośnie z chirurgiem, który krew upuszczał, że „od pierwszego dnia skazali kanonika na śmierć”, a Gil Blas dodaje złośliwie: „Istotnie, prawie nigdy się nie mylili, gdy wydawali podobny wyrok”. Po śmierci kanonika, Gil Blas przechodzi na służbę Dra S a n g r a d o, który mu daje następujące wskazania lekarskie: „Wiedz, mój przyjacielu, że trzeba tylko krew puszczać i dawać do picia ciepłą wodę: oto tajemnica leczenia wszelkich chorób na świecie... Nie mam cię czego uczyć więcej, znasz medycynę do głębi; i, korzystając z owoców mojego długiego doświadczenia, stajesz się odrazu tak biegłym, jak ja”. Istotnie, Gil Blas został jego następcą, tylko Dr. S a n g r a d o odwiedzał i leczył szlachtę i kler, on zaś — biedaków (tiers-état). Przyjaciel, którego spotyka po drodze mówi zjadliwie: „Niech żyje lekarz przedmieś-

cia! Jego błędy są mniej widoczne, jego morderstwa nie wywołują wcale hałasu*”). Gdy jednak, po licznych nieudanych próbach leczniczych jedna z nich zakończyła się śmiercią kobiety, którą kochanek jej przysięgł pomścić, przebijając szpadą Gil Blasa — nasz bohater uważał za pewniejsze uciec z Valladolid i porzucić wawrzyny na polu medycyny.

Lecz już w sto lat później, we właściwej „Komedji ludzkiej” genialnego Honorjusza B a l z a c a lekarz stoi na wysokim piedestale wiedzy i na szczytach społecznych — jego Dr. Horacy B i a n c h o n jest jednym z ulubionych typów, występuje epizodycznie w szeregu powieści, a w jednej z nich — w „Muzie z zaścianka” odgrywa nawet dość znaczną rolę. Przytoczymy z ostatniej powieści parę szczegółów: np. miasteczko Sancerre „bardzo jest dumne, iż było kolebką jednej z chwiał nowoczesnej medycyny, Horacego B i a n c h o n” dalej: „B i a n c h o n zaś, już prymarjusz szpitala, oficer legji honorowej i członek Instytutu, otrzymał właśnie katedrę”. I choć zewnętrznie nie zbyt dorodną fizjonomją obdarza B i a n c h o n a („gruby i tłusty, jak przystało wziętemu lekarzowi, miał patryjarchalne wejście, długie włosy, czoło sklepienne, bary pracownika i spokój myśliciela”), to jednak duchowo „B i a n c h o n jest wielkim człowiekiem”, jak mówi autor. Może to nazbyt silnie wyrażone — lecz w każdym razie lekarz B a l z a c a, to nie jakiś przeciętny filister, lecz człowiek myślący, zastanawiający się też nad literaturą piękną i do pewnego stopnia prototyp owego wielkiego uczonego, jak go za 50 lat odmaluje w swym naturalizmie Emil Z o l a w „Rodzinie Rougon - Maquartów”, jako Doktora P a s c a l a. To też B a l z a c poświecił specjalnie stanowi lekarskiemu jeszcze piękną opowieść p. t. „Lekarz wiejski”, której bohater, B e n a s s i s, jest istotnie typem wyjątkowym, bodaj prototypem J u d y m a, (o ile Z e r o m s k i znał tę opowieść B a l z a c a), ale o zamierzeniach społecznych na wielką skalę, które wspinał wprowadzał w czyn. Po przejściach życiowych natury osobistej (porzucenie kobiety, którą kochał, zerwanie z narzeczoną i śmierć dziecka) postanawia porzucić miasto, a poświęcić się ludziom w warunkach wiejskich. W okolicy Grenobli wybiera gminę podgórską, uzdrawia ją, przenosząc wszystkich kretyków, w których gmina ta ze względu na swój klimat i teren obfituje, do innych, zdrowszych gmin; w ciągu szeregu lat, wybrany na mera, podnosi handel, dobrobyt gminy, krzewi kulturę, stwarza zakłady, szkoły, dba o rzemiosła, jest dobroczyńcą całej ludności, do którego zwraca się każdy obywatel w ciężkich chwilach swego życia. Wszystkich leczy — naturalnie, zadarmo, dla każdego ma czas i siły, pomimo choroby, jaka w nim nurtuje i na którą nagle umiera. Jest ideałem lekarza i człowieka, który dla innych się poświęcił i żyje tylko dla dobra ogółu. Pierwsza część opowieści p. t. „Kraj i człowiek” jest pięknym podmalowaniem środowiska, w którym działa człowiek — a więc nasz lekarz „wiejski”, głównie jednak chyba tylko z nazwy, ale nie z szerokiego ujęcia sprawy społecznej, ukochania powołania lekarskiego i oddania się biednym. „Chciałem zostać przyjacielem biednych, nie oczekując od nich żadnej wzajemności” mówi, a dla niego „postęp umysłowy leży całkowicie w postępie sanitarnym”. Pogląd — choć wypowiedziany przed 100 laty — i dziś mógłby zdobić frontony wszystkich szkół higieny.

*) Tłumacz. własne.

W drugiej części („Poprzez pola”) znajdujemy opis odwiedzin chorych przez lekarza w towarzystwie gościa, majora G e n e s t a s a, przy czym B e n a s s i s zaczyna swą wizytę od odwiedzenia dwóch zmarłych, a to w celu dokonania „ciekawych dość spostrzeżeń nad naturą ludzką”. Wywiązuje się następnie rozmowa z szeregiem różnych uwag co do spraw społecznych, religij i t. p., poczem po drodze spotykają starego żołnierza, skąd znowu wyłaniają się dalsze kwestje natury ogólnej — B e n a s s i s przeznaczył cały swój majątek na przytułek dla robotników, rolników i t. p. Wreszcie przybywają do chaty, gdzie lekarz — wskutek nieprzestrzegania przez żonę chorego wydanych przepisów lekarskich — grozi, iż więcej w razie nieposłuszeństwa nie przyjdzie; odwiedza małą chorą dziewczynkę i dodaje otuchy jej rodzicom; zachodzi do położnicy, będącej w ostatnim miesiącu ciąży i t. d. Ciekawy jest opis przypadku małego piętnastoletniego Jakóbka, który pod wpływem zmian gruczkowych w płucach wydobywa przepiękny głos; a B e n a s s i s wyjaśnia: „Nasi profesorowie, w Szkole medycznej w Paryżu, często nam opowiadali o zjawisku, którego dopiero co Pan był świadkiem. Niektórzy chorzy tego rodzaju wytwarzają w narządzie głosowym zmiany, które pozwalają chorym nagle na wydanie dźwięków, jakich doskonałość nie może być osiągnięta przez żadnego wirtuoza”.

Trzecia część powieści „Napoleon ludu” nie przedstawia dla nas na tem miejscu większego zainteresowania, w czwartej zaś (Spowiedź lekarza wiejskiego) znajdujemy wytłumaczenie psychiki lekarza, który się zakopał na wsi jakby dla celów ekspijacji.

„Lekarza wiejskiego tworzył B a l z a c długo, powoli, ale ostatecznie pozostawił dzieło, które dla całego stanu lekarskiego, bez względu na naród lub kraj, jest zaszczytnym wyróżnieniem tego zawodu i pewnym symbolem etycznym*).

Brak czasu i miejsca nie pozwala nam na zbyt dokładne omawianie charakterystyki stanu lekarskiego w różnych wybitniejszych dziełach francuskich. Nie możemy jednak pominąć milczeniem jednego ze znakomitych pisarzy francuskich ze względu na specjalnie wrogie stanowisko, jakie zajął on względem lekarza, jako typu nawskroś ujemnego w strukturze społeczeństwa.

Tak ceniony przez B o y a - Ż e l e Ń s k i e g o S t e n d h a l, ulubiony pisarz naszego genialnego Ż e r o m s k i e g o, odnosi się do stanu lekarskiego bezlitośnie. W swej niedokończonyj powieści, czy romansie „Lamiel”, odtwarzającym stosunki społeczeństwa francuskiego po upadku Wielkiego Cesarstwa aż do chwili dni lipcowych 1830 r. — a więc akurat przed stuleciem — daje nam kilka typów lekarskich, przede wszystkim typ lekarza wiejskiego z Normandji. Już samo jego nazwisko — S a n s f i n — nie jest prawdopodobnie przypadkiem: jest to typ „bez końca”,

*) Niedawno B o y - Ż e l e Ń s k i w artykule p. t. „Maskarady twórczości” (Wiad. liter. Nr. 51 (468), 5.XII. 1932) zwraca uwagę, że w okolicach Aix B a l z a c musiał się zetknąć „z legendą sławnego doktora R o m e; może w wycieczkach po okolicy poznał jego samego i skojarzył tę postać dobroczynnego lekarza z czytanyj niedawno życiorysem J. Fr. O b e l i n, lekarza szwajcarskiego, zmarłego w r. 1826. Krąży niejako koło B a l z a c a idea powieści, która jego, okrzykanego fizjologa duszy kobiecej, miałaby uczynić — lekarzem chorób społecznych”.

bez zmiany trwający z pokolenia w pokolenie, w powieści S t e n d h a l a zły garbus, obdarzony wszelkimi ujemnymi cechami tego kalectwa, przede wszystkim próżnością: syn bogatego dzierżawcy z sąsiedztwa „został lekarzem, aby się pielęgnować; został myślącym, aby być zawsze pod bronią wobec wieśniaków, którzyby mieli ochotę zeń dworować”. Jego „próżność rodziła istne szaleństwa” — gdy mu w przejeździe przez miasteczko docina gromadka praczek, „doktor, wściekły, wypuścił konia i, cwałując przez bajoro obok pralni, ochlapał błotem wszystkie czerwone policzki, wszystkie białe czepki i, co gorsza, wszystką bieliznę wypraną i ułożoną na kamieniach. Na ten widok trzy tuziny praczek zaczęły ziać obelgami; ten potężny chór trwał dobrą minutę. Doktor był uszczęśliwiony, że ochlapał błotem zuchwałę dziewczyny. „I nie będą mogły się skarżyć”, dodał w myśli z szatańskim uśmiechem. Potem, gdy potknął się i spadł z konia przy wzbuchu śmiechu tych praczek, chwycił fuzję z groźnym zamiarem, „ale przy upadku fuzja zaryła się w ziemię, kurki zapchały się błotem, co więcej — postradały krzesiwo”. Taki jest stosunek S a n s f i n a do ludu. Ale nie jest lepszy do człowieka wogóle. Po powrocie do domu po opisanej przygodzie, „znów oblekła go czarna melancholja oraz wspomnienie pralni. W chwilę później zdarzyła mu się pociecha. Wezwano go do pięknego młodzieńca, wysokiego blisko na sześć stóp, którego, w wieku zaledwie 25 lat, powalił atak apoplektyczny. Doktor spędził przy nim całą noc i, stosując odpowiednie leczenie, miał tę przyjemność, aby widzieć, jak ten piękny egzemplarz ludzki skonał nad ranem. Oto wakuje piękne ciało, rzekł sobie; czemuż moja dusza nie może go zająć?**) Czyż może być bardziej zjadliwa satyra na stosunek lekarza do chorego, lekarza, dla którego — w jego pozornem powołaniu do utrzymania życia bliźniego i miłosierdzia — jest pociechą i przyjemnością śmierć pięknego osobnika rodzaju ludzkiego? Ale ten sam brutal i człowiek bez serca jest chytrym uwodzicielem (straszył niewielką liczbę ładnych pacjentek, których dostarczała okolica, w ten sposób, iż czekały z upragnieniem jego wizyty), czyniącym usilne zabiegi o pozyskanie poparcia sfer arystokratycznych, ba, pnącym się nawet ku karierze politycznej z niesłuchaniem, poprostu cynicznym wyrachowaniem. W toku leczenia L a m i e l, do którego zabrał się z niewiarogodnym poprostu i z naszego lekarskiego widzenia nieetycznym sposobem postępowania, podkopując swych kolegów („co się tyczy lekarstw tego głupca z Paryża i doktora z Rouen, powiem tyle, że doprowadzili małą do grobu”), stwierdził, że aptekarz w Avranches nie potrafi sporządzić pewnych pigulek.

Aby utrzymać zdala od zamku L a m i e l, której pożądał i chciał posiadać, „S a n s f i n uciekł się do leków, które zwiększyły pozory niemocy u L a m i e l” i w myśl pewnych swych kombinacyj „przeciagnał przez kilka miesięcy rzekomą chorobę L a m i e l”. Ale nietylko fizycznie wywierał S a n s f i n szkodliwy wpływ na L a m i e l, duchowo również oddziaływał na nią fatalnie: „w krótkim czasie, zapomocą celnych żarcików, S a n s f i n zdołał zniweczyć całe przywiązanie, jakie pocziwe serduszko L a m i e l czuło dla wujowstwa H a u t e m a r e”. Wszystkie zabiegi lekarskie, aż do zmuszania chorej, aby trzymała w ustach gąbkę z krwią ptaka dla po-

*) Tłumaczenie B o y a.

zornych krwotoków płucnych, wszystkie rozmowy prowadził w jednym celu: „Będzie moja” powiadał sobie. I mówi dalej S t e n d h a l: „Dusza jego była przepiętna szczęściem, że zdołał uczynić młodą dziewczynę swą współniczką. Gdyby ją pchnął do największych zbrodni, nie byłaby bardziej jego współniczką. Wytyczył drogę tej młodej duszy: to najważniejsze. Drugą korzyścią, nie mniej ważną, było, że uzyskał to, stosując strach; tem samem dziewczyna miała się włożyć do dyskrekcji”. Niestety, wszystkie moralne wskazania doktora są haniebne — piekielne maksymy, jak je nazywa autor.

„Wedle doktora, naprzykład, świat był jedynie lichą komedią, graną bez wdzięku, przez łajdaków bez wdzięku, przez bezecznych kłamców... Dobre prowadzenie kobiety, naprzykład, ma to niebezpiecznego, że, silna swoim sumieniem i rzetelnością swej cnoty, pozwala sobie na nieopatrzności, z których baczny nieprzyjaciel mógłby skorzystać, podczas gdy kobieta, która idzie za każdym swoim zachcieniem, ma przede wszystkim tę przyjemność, że się bawi, co jest w świecie jedyną rzeczą realną powiadał doktor.

„Ileż młodych dziewcząt umiera przed dwudziestym rokiem, powiadał do L a m i e l; i w takim razie na co wszystkie te skrępowania, jakie sobie nakładają od piętnastego roku, wszystkie przyjemności, których się pozbawiły, aby zyskać dobrą opinię u kilku starych pań, tworzących śmietankę miasteczka”.

Doktor dorzucał mnóstwo szczegółów:

— Nie trzeba nigdy pisać, lub, jeśli się ma tę słabość, nie trzeba nigdy wręczyć drugiego listu, nim się uzyska zwrot pierwszego. Nie trzeba nigdy okazywać zaufania kobiecie, jeżeli się nie ma w ręku sposo-

bu ukarania jej za najłżejszą zdradę. Nigdy kobieta nie może mieć przyjaźni dla drugiej kobiety w równym wieku.

— Wszystko to jest bardzo drobiazgowo, dodawał doktor; ale uważ na jakich drobiazgowach, na jakich kłamstwach wspierają się sądy, przyjmowane jak ewangelja przez stare dewotki”.

W innym jeszcze miejscu doktor poucza L a m i e l:

„Świat, powiadał jej S a n s f i n, nie dzieli się, jak sądzą naiwni, na bogatych i biednych, na cnotliwych i zbrodniarzy, ale poprostu na duków i hul-tajów; oto klucz, którym tłumaczy się wiek XIX-ty od upadku Napoleona; ile że, dodawał S a n s f i n, dzielność osobista, stałość charakteru nie następczą pokarmu dla obłudy. — W jaki sposób człowiek mógłby być obłudny, rzucając się na mur wiejskiego cmentarza, dobrze oszańcowany i broniony przez dwustu ludzi? Z wyjątkiem tych faktów, moja piękna przyjaciółko, nie wierz ani słowa we wszystkie cnoty, które mi ci zwracają głowę”.

Jak z tego wszystkiego widać, główny typ lekarza w powieści S t e n d h a l a nie odznacza się ani dodatkami duchowymi właściwościami, ani wartością fachową. Jest to przebiegły i sprytny karierowicz, który z nizin za wszelką cenę chce się wydostać do warstwy wyższej — jako polityk, trzymający się zasady: „nasz” zwyciężył — ten kto zwyciężył. To też ze zmianą rządów zostaje mianowany podprefektem w Wandei.

Właściwie w dalszym ciągu powieści już się ma-ło z doktorem stykamy — jedynie jako z postacią epizodyczną, zawsze chytrą, przekupną — która w samem zakończeniu „L a m i e l” „żeni księcia z L a m i e l i otrzymuje znaczną kwotę”. (Dok. nast.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wrażenia higieniczno - społeczne z miasta i obwodu Czeski Brod pod Pragę.

Podał

Stefan KRAMSZYK (Warszawa).

Międzynarodowa Konferencja dla spraw Higieny wsi, która odbyła się w Genewie w lipcu 1931 r., postanowiła poddać szczegółowym badaniom poszczególne zagadnienia, związane ze zdrowotnością wiejską. Przeprowadzenie tych studjów zostało powierzono państwowym urzędem zdrowia w poszczególnych państwach.

Jesienią ubiegłego roku, będąc w Czechosłowacji, miałem sposobność szczegółowego zapoznania się na miejscu ze sposobami, jak sprawa ta przeprowadzana jest w tym właśnie kraju. W Państwowym Zakładzie Higieny w Pradze postanowiono w myśl rezolucji Genewskiej dokonać badań nad higieną mleczną w ten sposób, aby osiągnięte przytem wyniki naukowe istotnie zastosować w celu podniesienia stanu zdrowotnego ludności wiejskiej. Jako miejsce do przeprowadzenia studjów został obrany okręg wiejski C z e s k i B r o d (C e s k y B r o d), odległy o 40 klm. od Pragi. Okręg ten, będący jednym z głównych miejsc zaopatrywania w mleko stolicy, został wybrany z powodu, że w nim położony jest B o h u m i l, oddział dla otrzy-

mywania surowic zwierzęcych Państwowego Zakładu Higieny. W pracowniach tego Oddziału, pozostającego pod kierunkiem lekarza weterynaryj - bakterjologa, mogły być przeprowadzane wszelkie odnośne doświadczenia laboratoryjne i próby, dotyczące około 300 wybranych gospodarstw rolnych, obejmujących łącznie około 1.000 krów dojnych.

Dokładnym badaniem weterynaryjnym, na miejscu przeprowadzonym, zostały poddane stosunki i warunki, panujące zarówno u producenta, jak i u pośrednika aż do spożywcy. Pod uwagę wzięte zostały: czystość pod względem bakterjologicznym i agrotechnicznym, stan zdrowotny krów i osób, wykonywających dojenie, handlarzy i t. d.; nie zaniedbano również metod przetwarzania mleka, transportu i zużycia.

Produkcja mleka w Czechosłowacji jest ważnym czynnikiem gospodarstwa narodowego; przy rocznej produkcji czterech i pół miljarde litrów przedstawia ona wartość od 5 — 6 miliardów koron czeskich. Już z danych tych można wnioskować, jak wielkie znaczenie posiada dla państwa racjonalna polityka w zakresie produkcji rolnej, jak również związanego z nią handlu i spożycia. Prof. B r d l i k, czechosłowacki przewodniczący Konfederacji dla współpracy umysłowej, uważa że zastosowanie w Czechosłowacji celowej polityki w gospodarstwie mlecznym i rolnem może dać jeszcze dwa miljardy i podnieść ogólny bilans handlowy państwa

o pełne 100%. Równoległe do wyników na polu gospodarczym powinny być osiągnięte odpowiednie wyniki i w zakresie higieny, uwarunkowane postęпами charakteru wychowawczego i technicznego. Badania nad poziomem produkcji mleka przeprowadzane są we wzmiankowanym obwodzie wiejskim Czeskiego Brodu pod kierunkiem dr. F. S w o b o d y, higienisty Państwowego Zakładu Higieny w Pradze.

Podczas zwiedzania Oddziału Państwowego Zakładu Higieny w Bohumilu miałem możność zapoznania się zarówno ze stanem gospodarstwa mlecznego i rolnego w danym obwodzie, jak i ze społeczno-sanitarnymi urządzeniami samego miasta Czeskiego Brodu, które pod tym względem należy do najbardziej uprzywilejowanych, ale nie wyjątkowych miasteczek w Czechosłowacji.

Demo- i topograficzne stosunki „demonstracyjnego” obwodu Czeskiego Brodu są poniekąd charakterystyczne dla typowego czysto czeskiego okręgu wiejskiego (w r. 1921 było tu tylko 33 Niemców). Gęstość zaludnienia wynosi tu 110 — 140 mieszkańców na kilometr kwadratowy; liczba mieszkańców wzrosła z 31,142 w r. 1921 do 36,358 w r. 1930.

Obwód liczy 54 gminy; 70 — 80% powierzchni znajduje się pod uprawą (przeważnie buraki), 10% pokryte jest lasami. Na tysiąc mieszkańców prawie 500 zatrudnionych jest w rolnictwie i ogrodnictwie, 330 w przemyśle i handlu (przeważnie w mieście powiatowym). Na każde tysiąc mieszkańców przypadało 22 (w całym państwie 29,2) żywourodzonych, 17,05 zgonów (w państwie 17,7), małżeństw zawartych — 9,89. Na tysiąc nowonarodzonych przypadało 111,7 zgonów w pierwszym roku życia.

Stosunki mieszkaniowe w okręgu przedstawiały się w latach 1921 i 1930 w ten sposób, że w r. 1921 było domów zamieszkałych 4.798, a w r. 1930 — 6.753, rodzin oddzielnie zamieszkałych: w r. 1921 — 7.348, w r. 1930 — 9.930; przybyło zatem 1.955 domów dla 2.582 nowych rodzin. W całej Rzeczypospolitej w tym okresie czasu zbudowano subwencjonowanych przez państwo domów mieszkalnych 24.289, z czego 3.074 przypadło na samodzielnych gospodarzy rolnych. Stan sanitarny okręgu jest taki, że choroby zakaźne o charakterze epidemicznym odgrywają tu tylko nader nieznaczną rolę.

Przeciętnie w obwodzie na każde 10.000 mieszkańców wypada 5,3 praktykujących lekarzy, t. zn. 6,7 na 100 klm. kw.; na każde 1.000 kobiet — 12,6 akuzerek, a więc 8,4 na 100 klm. kw.

Warunki sanitarne w okręgu Czeskiego Brodu już dziś stoją na bardzo wysokim poziomie; może być on pod tym względem uważany za wzorowy w Rzeczypospolitej Czechosłowackiej. Należy zauważyć, że dotychczas najwięcej w państwie zrobiono dla spraw lecznictwa, jak tego dowodzą znakomicie urządzone szpitale

i przychodnie. Szpitale o typie ogólnym z różnymi specjalistami znajduje się w Czechach właściwych 91, w całej Rzeczypospolitej 160. Na 1.000 mieszkańców przypada 2,44 łóżek (w całym państwie — 2,13). W r. 1929 wydano ze źródeł publicznych na cele lecznictwa jeden miliard dwieście milionów koron czeskich, na cele zapobiegawcze zaś dwieście milionów tychże koron.

Samo miasto Czeski Brod jest jaskrawym przykładem tego, jak wiele dokonano już w Czechosłowacji na polu społecznym, sanitarnym i ogólnokulturalnym. Zwiedzamy więc przede wszystkim nowy parterowy dom, którego front zdobi wielkimi literami wyryty napis: „Zdravi — poklad života” — „Zdrowie — skarb życia”. Tutaj znalazły pomieszczenie poradnia dla dzieci i niemowląt oraz przychodnia przeciwgruźlicza. Cała działalność w instytucjach tych, jak również i w okręgu (270,9 klm. kw.) znajduje się w rękach jedynej dyplomowanej sanitariuszki. Wspierają ją lekarze i Kasy Chorych, a również dobrowolne pomocnice, Czerwony Krzyż, Pierwsza Pomoc i harcerze w służbie opieki społecznej. Niedaleko od poradni znajduje się podobny dom, gdzie mieści się przytułek dla starców, przedstawiający się wewnątrz nader pokaźnie.

Ale imponują przede wszystkim nowe budynki szpitalne i szkolne. Zwłaszcza te ostatnie. W Czeskim Brodzie, miasteczku, liczącym kilka tysięcy mieszkańców, znajduje się gimnazjum, szkoła „mieszkańska” imienia M a s a r y k a, szkoła gospodarstwa dla dziewcząt i szkoła „ziemska” rolnicza dla chłopców. Ta ostatnia istnieje już od roku 1886; obecnie mieści się w pięknym budynku, zaopatrzonym w bogate pracownie i gabinety ze zbiorami. Ze szkołą rolniczą łączy się wzorowy folwark i stacja doświadczalna ministerstwa rolnictwa, położona bezpośrednio obok czeskosłowackiej stacji radiowej w Liblicach, w samym sercu Czech. Szkoła gospodarstwa dla dziewcząt jest jedną z trzech takich szkół w Czechach i podlega ministerstwu rolnictwa. Kurs jest tu jednoroczny i ma na celu odpowiednie przygotowanie dziewcząt wiejskich. Powierzchnie nawet zwiedzenie zakładu daje pojęcie o bardzo wysokim względnie poziomie kulturalnym wychowanek.

Należy zauważyć, że wszystkie instytucje i cała intensywna praca kulturalna i oświatowa w Czechach nosi wybitny charakter demokratyczny i ludowy. Rzuca się w oczy zapał, z jakim wszyscy tu oddają się tej pracy, a zwłaszcza lekarze. Tych ostatnich jest w Czeskim Brodzie siedmiu, przeważnie na urzędach, przy czym każdy posiada swój własny samochód.

W tych warunkach podnoszenie kultury wsi postępuje olbrzymio naprzód we wszystkich kierunkach a także i w opisanej powyżej dziedzinie produkcji mlecznej, którą uważa się tu ogólnie również za środek do podniesienia i bogactwa narodowego i higieny odżywiania najszerzych mas ludowych.

Wiadomości bieżące

— Numer dzisiejszy zawiera 4 kolumny ponad zwykłą normę.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendjalnych, które rozporządza w roku 1933-cim.

I. Fundusz z zapomogowo-stypendjalny im. Dra Teodora Boryssowicza.

Zapomoga w wysokości zł. 250.— dla młodego lekarza polaka, z pierwszeństwem dla członka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zajmującego się specjalnie ginekologią w celu dalszego kształcenia się w klinikach specjalnych w kraju.

Do podania o stypendjum dołączyć należy:

- a) curriculum vitae,
- b) zaświadczenie ordynatora odnośnego oddziału o zaletach kandydata.

2. Fundusz z zapomogowo-stypendjalny im. Marji i Jana Giellerów.

Zapomoga w wysokości zł. 2.000.— dla lekarza polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, pracującego naukowo w szpitalach warszawskich. Zarządzający pracownią ma pierwszeństwo do zapomogi.

Do podania o stypendjum dołączyć należy:

- a) curriculum vitae,
- b) zaświadczenie Dyrektora Szpitala, że kandydat pracuje naukowo lub też zajmuje stanowisko zarządzającego pracownią w danym szpitalu.

3. Fundusz z zapomogowo-stypendjalny im. dra med. Stanisława Kopcja.

Zapomoga w wysokości zł. 600.— dla młodego lekarza polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, niż przed 3-ma laty, i nie mniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe. (Zob. niżej).

4. Fundusz nagrodowy im. Dra med. Grzegorza Piramowicza.

Nagroda konkursowa w wysokości zł. 400.— na cele popierania higieny szkolnej za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiegokolwiek dziedziny higieny szkolnej — w braku zaś takiej pracy nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinii władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higieny szkolnej.

Do podania o nagrodę dołączyć należy oprócz podania odnośną pracę.

5. Fundusz stypendjalny im. Dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy.

Stypendjum w wysokości zł. 6.000.— na pomoc naukową dla polaka, pracującego tak w kraju, jak i zagranicą, na polu biologii i medycyny doświadczalnej. (Zob. niżej).

6. Fundusz stypendjalno-nagrodowy im. Dra Feliksa Sommera.

Stypendjum względnie nagroda w wysokości zł. 1.600.— dla lekarza polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych lub na nagrodę za przedstawioną w rękopisie lub w druku nową nienagrodzoną pracę w powyższym zakresie. (Zob. niżej).

7. Fundusz z zapomogowo-stypendjalny im. Dra Edwarda Zielińskiego.

Stypendjum w wysokości zł. 2.000.— przeznaczone na wyjazd zagranicę jednego z asystentów szpitalnych (chirurga lub internisty) z zażądaniem złożenia szczegółowego sprawozdanie ze swej podróży.

Kandydaci do otrzymania stypendjów, asystenci oddziałów wewnętrznych lub chirurgicznych szpitali miejskich w Warszawie, muszą być Polakami, wyznania rzymsko-katolickiego.

Do podania o stypendjum dołączyć należy następujące dowody:

- a) curriculum vitae,
- b) zaświadczenie Dyrektora Szpitala, że kandydat przez dwa lata pozostawał na stanowisku asystenta Szpitala;

c) zaświadczenie ordynatora odnośnego oddziału o zaletach kandydata.

Do zapomóg stypendjalnych im. Dra Stanisława Kopcja, im. Dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy, oraz im. Dra Feliksa Sommera dołączyć należy oprócz podania:

1. curriculum vitae,
2. bieg studjów dotychczasowych,
3. ewentualne odbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem,
4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje lub ma zamiar pracować.

8. Fundusz z zapomogowo-stypendjalny im. Dra med. Alfreda Sokołowskiego.

Zapomoga w wysokości zł. 800.— na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego jednej z osób, wymienionych poniżej, dotkniętej poczynając się gruźlicą, której stan pozwala rokować wyleczenie, a przynajmniej odzyskanie sprawności zawodowej.

Do zapomogi mają prawo przedewszystkiem lekarze w ciągu lat 10-ciu po ukończeniu uniwersytetu, a między nimi pierwszeństwo przysługuje asystentom szpitali cywilnych warszawskich. W braku odpowiednich kandydatów z zapomogi mogą korzystać inni lekarze, również i studenci medycyny z 2-ch ostatnich kursów bez różnicy uniwersytetu, wszyscy, tak lekarze, jak i studenci bez różnicy wyznania i płci.

Zapomoga przyznana służy za opłatę bezpośrednio przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie należności za leczenie w sanatorjum, przedewszystkiem w Rudce, według uznania Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Zapomoga ma charakter warunkowo zwrotny.

Do podania o stypendjum dołączyć należy:

- a) curriculum vitae,
- b) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.

Podania wraz z załącznikami składać należy na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Niecala Nr. 7), do dnia 30 czerwca r. 1933-go.

Sekretarz Stały:
Prof. Dr. med. A. Leśniowski

— Nagroda konkursowa. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza niniejszem dwie nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „Motto” — Sp. Akcyjna, Zakłady Chemiczne - Farmaceutyczne, (jako pozostałość konkursu z r. 1929) „w poczuciu potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, i sprawdzianem dalszych poczyniń i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej”.

1. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) do dnia 15 marca 1934 roku do godz. 12-iej w południe.

2. Każda nagroda konkursowa wynosi zł. 1000.—

3. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody.

4. Komitet konkursowy składa się z dwóch członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd Towarzystwa spośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których zakresu należą złożone prace oraz z Wice-Prezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może zwracać się do innych członków Towarzystwa w celu pozyskania ich opinii o pracach, zgłoszonych na konkurs.

5. Autorowie prac nie mogą być członkami Komitetu. Nie mogą również należeć do grona Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano.

6. Ocena prac musi być wykonana w terminie trzymiesięcznym. Sposób oceny wybiera Komitet.

7. Ani rozmiar pracy, ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie nie mogą stać na przeszkodzie w otrzymaniu nagrody.

8. Ostateczne zakwalifikowanie pracy do nagrody przez Komitet odbywa się zapomocą tajnego balotowania większością głosów. Balotowanie odbyć się musi odrazu nad wszystkimi pracami, nadesłanymi na konkurs.

9. Wniosek Komitetu przedstawia Wice-Prezes Towarzystwa na najbliższym posiedzeniu Zarządu, który ostatecznie przyznaje nagrodę.

10. Zarząd zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie o przyznaniu nagrody na najbliższym posiedzeniu klinicznym.

Sekretarz Stały:

Prof. Dr. A. Leśniowski

— Sekcja Eugeniczna XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników. Rada Główna Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zawiadamia, że najbliższy, doroczny Zjazd Delegatów Polskich Towarzystw Eugenicznych odbędzie się w Poznaniu, jako Sekcja Eugeniczna XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w dn. 12 — 15 września 1933 r.

Tematy główne na Zjazd są następujące:

Doc. Trojanowski — „Rasa a Małżeństwo“.

Doc. Dr. med. Wł. Sterling — „Selekcja talentów i geniuszów“.

Sędzia Sądu Najwyższego Kazimierz Fleszyński — „Reforma prawa małżeńskiego“.

Prezes, Dr. med. L. Wernic — „Eugenika jako nauka i jej granice“.

Sekcja zwraca się z prośbą o zgłaszanie prac o tematach pokrewnych do Przewodniczącego Sekcji Eugenicznej Dr. med. Leona Drożyskiego (Poznań, Plac Wolności 7) do dnia 1.IV, 1933 r.

— W związku z XIV Zjazdem Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu, Pol. Tow. Gastrologiczne prosi wszystkich P. P. Kolegów, którzy zgłaszają na ten Zjazd referaty z dziedziny Gastrologji, o przesłanie tytułów tych referatów na ręce Kol. Wejnerta, Warszawa, Marszałkowska 73. W razie zebrania dostatecznej liczby zgłoszeń Zarząd P. T. Gastrologicznego ma zamiar wystąpić do Komitetu Organiz. Zjazdu z propozycją, aby jedno z posiedzeń plenarnych było poświęcone specjalnie narządowi trawienia.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

3.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Pokazy: 1. M. Fejgin, J. Munwesi S. Złotowska. Daleko posunięte zmiany naczyń: z rozpoczynającą się zgorzelą obu dłoni i stopy. 2. L. Bregman, A. Sołowiejczyk, A. Potok. Dwa przypadki ropni wewnątrzczaszkowych pourazowych: a) ropień mózgu, b) ropień nadtwardówkowy. Odczyt: J. Frostig. Teorja i klinika hipnozy.

4.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Chodkowski K. i Dybowski St. Z kazuistyki powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego. 2. Szper J. W sprawie leczenia ropni płuc. 3. Rubinrot S. Przyczynę do rentgenografji ziarnicy złośliwej.

5.IV. Polskie Towarzystwo Psychjatryczne.

Oddział Warszawski.

1. G. Bychowski. — Cztery przypadki psychoz inwolucyjnych. 2. W. Kuliński. — Przypadek prawdopodobnego porażenia postępującego o niezwykłym przebiegu z zejściem śmiertelnym w czasie leczenia zimnicą. 3. Dyskusja nad zimnicą utajoną.

6.IV. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1. Zagajenie Prezesa. 2. Kwadrans wiadomości i komunikatów ze świata. 3. Referat rad. min. K. Prökla. Przewodnictwo szpitalne na terenie międzynarodowym i w Polsce. 4. Dyskusja. 5. Wolne wnioski.

TREŚĆ: Z. BYCHOWSKI. Obecny stan nauki o przytarczycach. — B. WINDZBERG. O uspianiu awertynowem. — Z. ZYLBERSZTAJNOWA i S. WILK. O narkozie awertynowej u dzieci. — A. LANDAU i Wł. HEJMAN. Spostrzeżenia i uwagi kliniczne o ostrym zaniku wątroby. (C. d.) — A. BER. O występowaniu pałeczek Banga we krwi ludzi i zwierząt. (Str. pogl. Dok.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — ST. KRAMSZTYK. Chmury nad nauką. — ST. STERLING-OKUNIEWSKI. Lekarz w literaturze pięknej. (C. d.) — ST. KRAMSZTYK. Higijencjno-społeczne wrażenia z miasta i obwodu Czeski Brod pod Pragą. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. BYCHOWSKI. L'état actuel de la science concernant les glandes parathyroïdiennes. — B. WINDZBERG. Sur la narcose par avertine. — S. ZYLBERSZTAJN et S. WILK. Sur la narcose par avertine chez les enfants. — A. LANDAU et L. HEJMAN. Observations et remarques cliniques sur l'atrophie aiguë du foie. (suite) — A. BER. Sur l'apparition des bacilles de Bang dans le sang humain et animal. (Rev. gén. fin.) — ST. KRAMSZTYK. Nuages au-dessus de la science. — ST. STERLING-OKUNIEWSKI. Le médecin dans la littérature. (suite) — ST. KRAMSZTYK. Impressions hygieniques et sociales de la ville et de l'arrondissement Czeski Brod près Prague.

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.