

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 23 LUTEGO 1939 R.

Nr. 8

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z II oddziału wewn. Szpitala Starozakonných w Warszawie.
(Ordynator: M. Fejgin).

Ważniejsze zagadnienia z fizjopatologii i kliniki gruczołu tarczowego.

Podał
M. FEJGIN (Warszawa).
(Dokończenie — patrz Nr 7)

W związku z leczeniem jodem poruszyć trzeba sprawę tzw. od czasów Kochera Jod - Basedowa, czyli sprawę możliwości przekształcania się pod wpływem jodu wola prostego, wzgl. nagminnego niejadowitego w wole jadowne. Otóż cały szereg autorów z Kocherem na czele twierdzi, że podawanie jodu osobnikom z wolem prostym, szczególnie guzowatym, wywołać może wystąpienie gwałtownych nieraz i złośliwych objawów nadtarczyczności. Na potwierdzenie opinii tej przytaczają oni liczne przypadki takiego właśnie odczynu na minimalne nawet dawki jodu. Landau np. w pracy swej o leczeniu jodem Basedowa twierdzi, że, o ile w okresie wola koloidalnego jod działa b. pomyślnie, o tyle w wolu gruczolakowatym niezmiernie łatwo wywołuje objawy nadtarczyczności, jak sam spostrzegł w dwu niezmiernie charakterystycznych przypadkach. Jeden dotyczył 60-letniej kobiety z wolem niejadowitym, które przeistoczyło się w jadowne po kilku tygodniowym pobieraniu jednej kropli jodonu dziennie, drugi — 30-letniej osoby ze schorzeniem woreczka żółciowego, mylnie rozpoznawanym, jako zapalenie opłucnej prawej, u której rozwinęły się objawy nadtarczyczności po wcieraniu Jod - vasogenu w okolicę łopatki. Z drugiej jednak strony tak poważni klinicyści, jak Mc. Clure, Means, Dautreband i inni, nie wierzą w istnienie Jod-Basedowa. Zadają oni pytanie, ile osób z wolem niejadowitym, o którego istnieniu nie wiedzą zupełnie, pobiera jod bez żadnej szkody, tym bardziej, że często w pozornie zupełnie prawidłowym gruczole istnieją ogniska gruczolakowate, niedostępne zupełnie zwykłemu badaniu klinicznemu, i których lekarz, zapisujący jod, nie podejrzewa nawet.

Jak często natomiast osobnicy, dotknięci wolem prostym, dostają objawów nadtarczyczności bez pobierania jodu? Przeciwnicy istnienia Jod-Basedowa przytaczają wielotysięczne statystyki z klinik dermatologicznych, w których ogromna liczba chorych leczona była jodem bez zwracania uwagi na gruczoł tarczowy — i ani jednego przypadku Jod-Basedowa nie stwierdzono. Pomimo

jednak, iż istnienie Jod-Basedowa nie jest dowiedzione, podawanie jodu w przypadkach wola niejadowitego jest bezcelowe, gdyż nie powoduje, zdaniem Meana, żadnych skutków dodatnich. Natomiast w wolu z nadtarczycznością jod należy podawać niezależnie od tego czy ma się do czynienia z rozlanym wolem typu Graves - Basedowa z wytrzeszczem, czy z wolem guzowatym typu Plummera — działanie jodu jest bowiem jednakowo korzystne w obydwu tych grupach.

Zupełnie odmiennie ujmuję tę sprawę J. Bauer. Sądzi on, że jod mobilizuje koloid z gruczołu nieczynnego i powoduje magazynowanie tegoż w gruczole nadczynnym, pozbawionym koloidu. Lecznicze działanie jodu polegać ma jedynie na zwalczaniu i opanowywaniu „diarrei“ gruczołu, hamując nadmierne wytwarzanie i wyrzucanie hormonu do obwodu. Działanie to jednak jest przemijające i nie leczy zasadniczo nadprodukcji hormonu, ale zmniejsza ją tylko, podobnie jak przetwory makowca nie leczą, a tylko uspokajają biegunkę jelitową. W myśl więc tej tezy Bauera, jod w wolu jadownym działa hamująco na odcinki gruczołu zmienione przerostowo i rozrostowo, i sprzyja magazynowaniu w nich koloidu, natomiast mobilizuje i wyrzuca koloid z obszarów koloidalnych gruczołu, wzmagając jeszcze objawy toksyczne w ustroju. Ostateczny więc wynik podawania jodu w wolu jadownym ma być, w myśl powyższych poglądów, wypadkową obydwu tych momentów działania tego leku na schorząły gruczoł.

Z tego względu B. każe ściśle odróżniać nadtarczyczność pierwotną, powstającą na tle gruczołu normalnego — o małej zawartości koloidu (wole rozlane = exophthalmic goiter amerykańskich autorów) od nadtarczyczności wtórnej, rozwijającej się u uprzednich nosicieli wola (toxic adenoma, wzgl. struma basedowifacata), zawsze zawierającego większą lub mniejszą ilość koloidu. W pierwszym przypadku jod daje efekt leczniczy dodatni, w drugim — lepiej powstrzymać się od jodu, nawet w celu przygotowania do operacji.

Stanowisko Bauera jednakże nie wydaje się słuszne w świetle doświadczenia klinicznego. Przede wszystkim, jak często stwierdzić można, podawanie jodu osobnikom, dotkniętym wolem koloidalnym niejadowitym, powoduje zwykle zmniejszenie wola i zniknięcie zeń koloidu, ew. zgodnie z teorią cyklu Marina — przeistoczenie wola koloidalnego w wole przerostowo-rozrostowe. Nie stwierdza się przy tym zupełnie wystąpienia objawów nadtarczyczności, których spo-

dziewać by się było można, gdyby hipoteza B a u e r a była słuszna. Przeciwnie, właśnie w przypadkach wola niejadowitego guzowatego, a więc przerostowo-rozrostowego zwolennicy Jod-Basedowa obawiają się uczynienia sprawy w związku z podawaniem jodu.

Poza tym na obszernym już dziś materiale klinicznym nie znajduje potwierdzenia pogląd, jakoby istniała jakaś różnica w oddziaływaniu na jod przypadków, zaliczanych do grupy tzw. *exophthalmic goiter*, a przypadkami kwalifikującymi się do grupy *toxic adenoma*. Często bowiem udaje się stwierdzić doskonały leczniczy wpływ jodu w przypadkach zespołu P l u m m e r a, jak i brak działania, wzgl. nawet pogorszenie po kuracji jodem w zespole G r a v e s - B a s e d o w a. A że w ogóle niepodobna jest w wielu przypadkach ściśle zdefiniować, do jakiej z tych dwu grup zaliczyć je należy (przypadki pośrednie), więc przeprowadzanie w praktyce takiego rozgraniczenia wskazań do jodu jak tego wymagają B a u e r i inni, staje się zupełnie iluzoryczne. W świetle współczesnego doświadczenia wydaje się rzeczą słuszniejszą próba stosowania jodu we wszystkich przypadkach nadtarczyczości bez większej obawy, z tym jednak zastrzeżeniem, żeby się zbytnio nie upierać przy tym leczeniu, o ile okaże się ono nieskuteczne, i nie przepuścić odpowiedniego momentu do wkroczenia inną terapią. Należy stwierdzić bowiem, że istotnie jod często posiada działanie przemijające i nie chroni od nawrotów i obostżenia sprawy, pomijając już przypadki, w których w ogóle żadnego wpływu leczniczego nie wywiera (u tzw. „*versagerów*“). Ale tak bardzo przez przeciwników leczenia jodem podkreślana tymczasowość i krótkotrwałość efektu jodowania stanowi, przynajmniej w naszych warunkach, zjawisko dostatecznie rzadkie, aby nie mogło ono wpłynąć zniechęcająco na zwolenników jodu i osłabić dodatniego wrażenia tej metody leczniczej pod warunkiem, że jod nie jest jedynym środkiem stosowanym w tych przypadkach. Czytając bowiem opinie autorów, bardziej krytycznie usposobionych do jodu, odnosi się nieraz wrażenie, jakoby niestosowali oni jednocześnie z jodem żadnego innego środka, żadnej metody leczniczej. Być może, iż w tych warunkach działanie jodu jest istotnie niestałe i nietrwałe. Jeżeli zaś jednocześnie z podawaniem jodu zastosowany zostaje cały współczesny arsenał leczniczy środków farmakologicznych i zabiegów fizykalnych z promieniami X na czele, otrzymuje się niewątpliwie bardzo znaczny odsetek wybitnej i długotrwałej poprawy, a nawet zupełnego wyleczenia.

Pewną analogię do tej kwestii stanowić może stosunek poszczególnych autorów do leczenia nadtarczyczości promieniami rentgenowskimi. I tu również zdania są podzielone, szczególnie jeżeli chodzi o porównanie wyników leczenia promieniami R o e n t g e n a z wynikami, uzyskiwanymi na drodze zabiegu chirurgicznego. B a u e r twierdzi, że przypadki ciężkie nie oddziałują zazwyczaj na leczenie zachowawcze, i że po upływie 3 miesięcy nieskutecznego leczenia należy je bezwzględnie kwalifikować do zabiegu. Przypadki średnio ciężkie poddawać należy zabiegowi chirurgicznemu, jeżeli po 6 miesiącach leczenia nie udaje się uzyskać definitywnej poprawy. W lekkich wreszcie przypadkach otrzymuje się doskonałe wyniki lecznicze przez stosowane powtarzanych niewielkich dawek promieni R o e n t g e n a jednocześnie z podawaniem doustnym gynergeny i przetworów barbiturowych. Jod, zdaniem B. stosowany być może jedynie w ciągu kilku do kilku-

nastu dni okresu przygotowawczego do zabiegu chirurgicznego — i to przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, w przypadkach wola rozlanego typu G r a v e s - B a s e d o w a. Daleko bardziej optymistycznie na wyniki leczenia zachowawczego zapatruje się np. Paul G i b e r t (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1937 r.). Twierdzi on mianowicie, że b. znaczna liczba przypadków nadtarczyczości podlega skutecznemu leczeniu zachowawczemu — spokojem i jodem, bez uciekania się do promienolecznictwa, ani do chirurgii. Jednakże przypadki, w których obraz kliniczny B a s e d o w a jest w pełni wyrażony, wyjątkowo mogą być wyleczone samym tylko jodem; nie należy wówczas zbyt długo zwlekać z wkroczeniem promieniami R o e n t g e n a, wzgl. operacją, jeżeli wyniki naświetlania nie są dostateczne. Jeżeli zaś chodzi o zespół wola jadowitego, to i ten, zdaniem G i b e r t a, jako zależny również od nadmiernego wydzielania gruczołu tarczowego, nadaje się całkowicie do naświetlań promieniami R o e n t g e n a — z wynikami zupełnie podobnymi do wyników w zespole B a s e d o w a. Wyniki te zaś, p-g statystyk różnych rentgenologów, dają od 5% do 10% niepowodzeń, co pozwala całkowicie przeciwstawić tę metodę leczniczą metodzie operacyjnej, uwzględniając z jednej strony większe bezpieczeństwo naświetlań oraz przypadki nawrotów pooperacyjnych, które z kolei leczone bywają naświetlaniami. W ten sposób obydwie te metody uzupełniają się niejako wzajemnie, a niepowodzenia jednej mogą być naprawione za pomocą drugiej. Jeszcze bardziej zdecydowanie na korzyść leczenia promieniami X tych stanów wypowiadają się L. G a l l y i M. L é v y (ibid, 1936 r.). Stwierdzają oni z całkowitą słuszością przede wszystkim, że nie można porównywać i przeciwstawiać sobie wyników dobrej chirurgii i wadliwej rentgenoterapii, i że w istocie nie ma żadnego antagonizmu między tymi dwiema metodami leczniczymi, które, przeciwnie, uzupełniają się wzajemnie. Jeżeli rentgenoterapii zarzuca się, że wywołuje ona często zbliznowacenia w tarczycy i jej otoczeniu, utrudniające następnie zabieg operacyjny, że jest ona często nieskuteczna i zbyt długotrwała oraz że powoduje nieraz przykre zmiany barwnikowe albo i głębsze uszkodzenia skóry, to, zdaniem G. i L., zarzuty te są nieistotne, wzgl. zależeć mogą od wadliwej techniki naświetlań. A więc zmiany marskościowe i bliznowate w gruczole nie są wywoływane bezpośrednio przez promienie X, ale zależą od samej ewolucji sprawy chorobowej, zgodnie z opinią wielu chirurgów, jak R o b i n e a u, D e s p l a s i i n. Oczywiście, że kuracja rentgenowska źle przeprowadzana i zbyt długo trwała może stać się pośrednio czynnikiem, umożliwiającym zjawienie się tych procesów wskutek zbyt długiego trwania sprawy. Również i zmiany barwnikowe i inne skóry są przy prawidłowej technice naświetlań niespotykane. Wreszcie trwanie kuracji rentgenowskiej może być dziś znacznie skrócone przez stosowanie odpowiednich i skutecznych dawek w czasie b. krótkim. W uwagach dyskusyjnych nad powyższym referatem H a g u e n a u m. in. powiedział, że czas już zerwać z fikcją, dotyczącą wzrostów, powstających na skutek leczenia rentgenowskiego. Jest to całkowicie nieuzasadnione pojęcie, które istniało w odniesieniu do włókniaków macicy, później — do naświetlanych guzów mózgu, a obecnie — do gruczołu tarczowego. Staranne badania, przeprowadzone w tej sprawie przez H. wespół z R o b i n e a u, wykazały, że u osobników naświetlanych bynajmniej nie stwierdza się znacznie większych wzrostów, niż u nienaświetlanych chorych tego rodzaju.

Własne doświadczenie przemawiać się zdaje całkowicie za słusznością tezy co do skuteczności naświetlań rentgenowskich w przypadkach nadtarczyczności — i to zarówno w zespole wola rozlanego typu Gr. - B a s e d o w a, jak i wola jadowitego guzowatego (toxic adenoma) typu P l u m m e r a, zwłaszcza, jeśli leczenie to przeprowadzane jest jednocześnie ze stosowaniem jodu i innych środków, działających ogólnie, jak spokój, dieta skąpobiałkowa, przetwory bromowe, barbiturowe, insulina, arsenik, fosfor, witamina A itd. Przy takim „koncentrycznym“ ataku terapeutycznym udaje się zwykle uzyskać doskonałe wyniki lecznicze w stos. krótkim czasie. Szczeg. wdzięczne są przypadki o niedługim trwaniu oraz takie, w których zespół nadtarczyczności występuje w formie niekompletnej, fragmentarycznej. Spotyka się nieraz chorych, szereg kobiet, z objawami niedomogi krążenia, z kolosalną tachyarytmią i przerostem serca, bez żadnej uchwytnej etiologii cierpienia. Podawanie środków nasercowych zawodzi lub daje nieznaczny tylko efekt.

Ale znaczna pobudliwość nerwowa, drżenie rąk, błyszczące oczy pozwalają podejrzewać stan nadczynności gruczołu tarczowego. I oto zastosowanie obok leczenia czysto nasercowego jeszcze roztworu L u g o l a i jednej — dwu serii naświetlań promieniami R o e n t g e n a okolicy gruczołu tarczowego sprowadza szybko i znaczną poprawę ciężkiego uprzednio stanu. Ale i w ciężkich i zaniedbanych przypadkach wola guzowatego, jakie widuje się często wśród ludności ubogiej, nie zwracającej należytej uwagi na stan swego zdrowia, osiągnąć się dają zdumiewające nieraz wyniki dzięki systematycznym i cierpliwie powtarzanym kuracjom jodem i naświetlaniami w ciągu roku, półtora. Oczywiście, że spotykają się nieraz przypadki odporne na leczenie zachowawcze. Jednak liczba tych przypadków nie jest wcale tak znaczna, w naszych warunkach przynajmniej, i nie przekracza zapewne liczby niepowodzeń operacyjnych, jeżeli do tych niepowodzeń zaliczać będziemy, poza ryzykiem śmiertelności, także przypadki nawrotów pooperacyjnych, które później leczone być muszą naświetlaniami. Poza tym lekarz zwykle dość wcześnie zorientować się może w przypadku, nie poddającym się leczeniu zachowawczemu, i, nie tracąc zbyt wiele czasu, zakwalifikować taki przypadek do zabiegu. Do tych opornych na leczenie przypadków bynajmniej nie zawsze należą przypadki ciężkie lub zadawnione. Nieraz właśnie wczesne i pozornie dość łagodnie przebiegające sprawy nie dają się zupełnie opanować. Szybka decyzja operacyjna zazwyczaj całkowicie ratuje sytuację.

Klasyczny przykład tego rodzaju stanowi pacjentka U. S. (z Zakładu Rozpozn. Leczniczego), lat 33, która od 15 lat zauważyła zgrubienie szyi, a od pół roku miewa kołatanie serca, pocenie się, drżenie rąk, czasami jednodniowe biegunki oraz skąpsze, niż dawniej, miesiączi. Od tego czasu ubyło jej na wadze 8 kilo. Po dwumiesięcznym stosowaniu dwujodotyrozyny — nieznaczna poprawa z ustąpieniem drżenia i pocenia się, ale osłabienie, bicia serca i chudnięcie trwają nadal. Podstaw. przemiana materii + 39%, poza tym w narządach wewn. zmian uchwytanych brak, tętno 116/min., waga 47,7 kg. Po kilkutygodniowym, starannym leczeniu przy zastosowaniu 2 serii promieni R o e n t g e n a, rozczynu L u g o l a, arsylenu, małych dawek insuliny, chinidyny z gardenalem pomimo stałego pozostawania w łóżku — dalszy ubytek wagi, częstoskurcz, osłabienie, wreszcie nawet zaburzenia psychiczne. Wobec takiego stanu rzeczy należało zrezygnować z dalszych prób leczenia zachowawczego, namówiono chorą do zabiegu operacyjnego, który też został wykonany wkrótce w Paryżu z doskonałym skutkiem.

W przypadku natomiast pana D. A. lat 47, pomimo stos. łagodnego przebiegu objawów nadtarczyczności, sprawa nie poddawała się niemal zupełnie leczeniu wewnętrznemu w ciągu półtorarocznego z górą spostrzegania, ale pacjent nie mógł zdecydować się na zabieg operacyjny. Pierwsze objawy w postaci nagłego schudnięcia o 6 kilo, osłabienia, zdenerwowania, lekkiego drżenia rąk i przyspieszenia tętna do 108/min. zamiast 72/min., jak poprzednio, wystąpiły w połowie 1935 roku. W ciągu następnych 18 miesięcy objawy te utrzymywały się mniej więcej na tym samym poziomie, waga wahała się w granicach 70—73 kilo, dochodząc przejściowo nawet do 75, tętno stale około 108—110/min., drżenie rąk nieznacznego stopnia, obwód szyi 37 cm, potem — 35 cm, potem 36,5 cm, stałe uczucie niepokoju i palpacji serca, znacznie zmniejszona zdolność do pracy, częste stany podgorączkowe. Pacjent w ciągu tego czasu był b. starannie leczony, otrzymywał jod w postaci L u g o l a, przetwory bromowe i barbiturowe, kilka serii naświetlań promieniami R o e n t g e n a, wielokrotnie przebywał w Otwocku, Zakopanem i Krynicy, był nawet w ciągu 8 tygodni w sanatorium w Wiedniu pod osobistą opieką prof. J. B a u e r a, a jednakże poza krótkotrwałymi i przemijającymi okresami poprawy nieznacznej stan jego pozostawał na ogół bez zmiany, i dolegliwości trwały. Zabieg operacyjny spowodowałby zapewne i w tym przypadku szybkie i trwałe wyleczenie.

Z drugiej jednak strony w całym szeregu przypadków nadtarczyczności o b. nieraz gwałtownym i ciężkim przebiegu udaje się uzyskać trwałe wyleczenie wyłącznie na drodze leczenia zachowawczego, pomimo nieraz b. długiego, kilkuletniego trwania sprawy i pomimo nawrotów.

Przypadek tego rodzaju dotyczył np. pacjentki G. Z. lat 38, która na 4 lata przed ostatnią chorobą po wstrząsie psychicznym przeżyła okres utraty na wadze, bicia serca, pocenia się i powiększenia tarczycy, na które zwróciło uwagę otoczenie. Stan ten uspokoił się jednak po pewnym czasie bez specjalnego leczenia. Obecnie objawy powróciły w znacznie wybitniejszym stopniu, z tętnem 124/min. wyraźnym wytrzeszczem oczu, powiększoną tarczycą, nad którą wysłuchiwał się wyraźny szmer, drżeniem dłoni i powiek, niepokojem psychicznym i wyniszczeniem znacznego stopnia. Objawy te szybko cofnęły się pod wpływem jodu, naświetlań prom. R o e n t g e n a, leżenia w łóżku, odpowiedniej diety, chinidyny z gardenalem i bromu. W ciągu następnych kilkunastu miesięcy jednak pacjentka przechodziła dwukrotne ciężkie nawroty sprawy z nieustającymi wymiotami, kolosalnym wyniszczeniem, za burzeniami psychicznymi itd. Za każdym razem powtarzano kurację jodowo-rentgenowską oraz pozostałe środki pomocnicze, i ostatecznie udało się uzyskać definitywną i zupełną poprawę, która utrzymuje się już w ciągu 3 lat.

Cały szereg podobnych przypadków, leczonych wyłącznie ambulatoryjnie w jednej z przychodni dla ubogich, a obserwowanych nieraz w ciągu kilku lat, można by tu było przytoczyć dla potwierdzenia skuteczności podobnego skombinowanego leczenia w b. ciężkich nawet zespołach nadtarczyczności. Bądź co bądź, jeżeli B a u e r np., uzasadniając nieskuteczność terapii jodowej stanów nadczynności gruczołu tarczowego, opiera się na chorych z Polski, którzy jakoby po leczeniu dużymi dawkami jodu zgłaszali się do niego w stanie ciężkim, to mowa tu być może jedynie o pojedynczych, opornych na działanie jodu przypadkach, które, jak to było wyżej wspomniane, zdarzają się w pewnym odsetku (jak przytoczony przypadek pana D. A.). Niepodobna jednak na razie w sposób ściślejszy określić w naszych warunkach, jak wielki jest ten odsetek nieskuteczności terapii jodowej i rentgenowskiej, a tym bardziej porównać go z wynikami lecze-

nia chirurgicznego, jak to się dzieje np. w wielkich ośrodkach klinicznych w Ameryce, ew. we Francji, gdzie istnieje możliwość gromadzenia odpowiedniego materiału chorych i otrzymywania danych statystycznych na większą skalę i w jednakowych warunkach spostrzegania. U nas brak jeszcze odpowiednio zorganizowanej współpracy między poszczególnymi jednostkami klinicznymi z jednej, a między internistami i chirurgami — z drugiej strony, a sposób leczenia, stosunek do jodu, naświetlań i innych metod terapeutycznych jest traktowany przez poszczególnych lekarzy niezmiernie indywidualnie. Nie ulega jednak, zdaje się, wątpliwości, iż istnieją wyraźne różnice w sposobie oddziaływania chorych z nadtarczyczością na różne zabiegi lecznicze (jod, promienie R o e n t g e n a) w różnych krajach, i to tłumaczy, być może, częściowo różnice zapatrywań poszczególnych autorów na sprawę leczenia i skuteczności tego, czy innego środka w tej sprawie chorobowej.

Jeżeli chodzi o sprawę zabiegów chirurgicznych w nadczynności tarczycy, to znamienne są wielkie statystyki klinik amerykańskich. Otóż np. w szpitalu powszechnym w Massachussets w okresie od 1919 r. do 1922 r. stosowano w 51% przypadków nadtarczyczości wyłącznie naświetlania promieniami R o e n t g e n a, w 15,5% naświetlania i zabieg operacyjny, w 22% — zabiegi wieloczasowe, w 8,5% — jednoczasową subtotalną tyreoidektomię, w 1,5% — wyłączone leczenie jodem. W okresie zaś od 1932—1935 r. w tym samym szpitalu stosowano leczenie wyłącznie naświetlaniami w 0,6% przypadków, naświetlaniami plus zabieg — w 0,3%, wieloczasowe zabiegi w 7,1%, jednoczasową subtotalną tyreoidektomię w 90,5%, wyłączone leczenie jodem w 1,5%.

Boothby w r. 1935 ogłosił dane z zakładów braci Mayo, z lat 1892 do 1934 (Arch. Int. Med. tom 56, str. 136), dotyczące 15973 przypadków „exophthalmic goiter“ i 21255 przypadków „toxic adenoma“, operowanych w ciągu tego okresu. Okazuje się, że wprowadzenie jodu do leczenia tych stanów obniżyło śmiertelność operacyjną z 3% — 4% do mniej, niż 1%, a liczba wieloczasowych zabiegów spadła z 50% do 2% na korzyść jednoczasowych.

Widzimy więc, jak w miarę postępu techniki chirurgicznej i udoskonalenia sposobu przygotowywania chorych do zabiegu szybkie i pewne wyniki lecznicze i wzrastające bezpieczeństwo metody operacyjnej coraz skuteczniej konkurują na całym bodaj świecie z zachowawczymi sposobami leczenia. Toteż przy odpowiednim zorganizowaniu współpracy oddziałów internistycznych i chirurgicznych i ujednostajnieniu poglądów i sposobów postępowania zgodnie z doświadczeniem lat

ostatnich należy oczekiwać i u nas szybkiego wzrostu liczby przypadków operowanych, szczególnie tam, gdzie względny społeczny nie pozwalają na dłuższe i nieraz kosztowne leczenie zachowawcze, lub jeśli przypadek wydaje się oporny na to leczenie. Jeżeli nawet zdarzają się przypadki nawrotów pooperacyjnych, zmuszające do reoperacji, wzgl. do dalszego leczenia promieniami X, to przecież nie są one ani tak liczne, ani tak ciężkie, aby mogły zniechęcić do metody chirurgicznej, podobnie, jak nawroty po operacjach na żołądku lub drogach żółciowych — *nota bene* daleko chyba częstsze. Nie wpływają zasadniczo ujemnie na stawianie wskazań do tych zabiegów.

Streszczenie.

Po krótkim przypomnieniu patogenezy różnych rodzajów wola z objawami niedomogi lub nadczynności tarczycy i po omówieniu istoty zespołu Graves - Basedowa i Plummera dokładniej została poruszona sprawa przemiany jodu w ustroju zdrowym i chorych z nadtarczyczością, dalej — sprawa budowy chemicznej hormonu tarczycy oraz teoria cyklu tarczyczego M a r i n e a. Następnie omówiona została krytycznie kwestia leczniczego stosowania jodu i podkreślony brak podstaw do przeciwstawiania sobie zespołu Graves - Basedowa i Plummera, jako różnych postaci chorobowych. Są to raczej odrębne rodzaje indywidualnego odczynu różnych osobników na bodźce chorobowe, prowadzące do nadtarczyczości, gdyż zarówno klinicznie, jak i terapeutycznie różnice między tymi dwiema grupami zacierają się zupełnie dzięki istnieniu szeregu postaci pośrednich. W bliskiej łączności z tą kwestią pozostaje sprawa tzw. Jod-Basedowa, którego istnienie podawane zostaje w wątpliwość przez szereg autorów. Ostatnia część pracy poświęcona została zagadnieniu leczenia stanów nadtarczyczości promieniami R o e n t g e n a i za pomocą zabiegu operacyjnego.

Przytoczono kilka przykładów z własnego doświadczenia oraz wielkie statystyki klinik amerykańskich. W konkluzji nasuwa się wniosek, że, aczkolwiek „koncentryczne“ leczenie zachowawcze przez jednoczesne stosowanie jodu, naświetlań rentgenowskich i innych środków pomocniczych daje na ogół nie gorsze wyniki od współczesnej chirurgii, ale metoda operacyjna stanie się wkrótce zapewne i u nas metodą „z wyboru“ ze względu na szybkość uzyskiwanych wyników, co jest niezmiernie ważne chociażby ze względów społecznych. Konieczną więc rzeczą staje się zorganizowanie możliwie bliskiego kontaktu i ścisłej współpracy między oddziałami chirurgicznymi i wewnętrznymi oraz uzgodnienie i ujednostajnienie sprawy kwalifikowania tych chorych do operacji i przygotowania przedoperacyjnego.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Wiedeńskiego.

(Dyrektor: Prof. Dr C. J. Rothberger).

Badania doświadczalne nad masywnym zatorem powietrznym płuc*).

Podał

Ignacy PINES (Warszawa).

Omówienie wyników doświadczeń.

Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że śmierć w masywnym zatorze powietrznym płuc wywołana jest niemożnością przepchania krwawej piany przez

naczynia płucne i nagłym przerwaniem małego krążenia. Piana, jak o tym można się przekonać w każdej chwili przy pomocy zwykłej biurety, porusza się w naczyniach o wiele powolniej, aniżeli krew. Przed niedawnym czasem L e n h a r t z²¹⁾ w swoim podręczniku chemii fizjologicznej określił istotę piany w następujący sposób: „przy wstrząsaniu roztworów białkowych tworzy się piana, nie mogąca się już rozpuścić wobec

*). Według odczytu wygłoszonego w dniu 26 kwietnia 1938 r. na posiedzeniu naukowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

tego, że białko wydziela się na powierzchniach granicznych między powietrzem i płynem w postaci błonek i nitek. Błonki te zostały opisane jako błonki haptogenowe⁴. Piana składa się zatem z wielu małych pęcherzyków powietrza, otoczonych błoną białkową, z których każdy usiłuje zachować formę kulistą, powodując przez to wielką bezwładność piany. Haselhorst²²) wykazał w doświadczeniu na modelach, że pojedynczy pęcherzyk powietrzny, zjawiający się w miejscu podziału naczyń (zator—jeździec), może przerwać całkowicie prąd krwi. Gdybyśmy się zgodzili nawet na przypuszczenie, zresztą z góry mało prawdopodobne, iż z 5 cm³ powietrza aż dwa miałyby się naraz dostawać do lewej komory serca, to stosownie do wyników moich doświadczeń nie można by było oczekiwać śmierci zwierzęcia z zatoru naczyń wieńcowych. Główną i istotną przyczynę śmierci w masywnym zatorze powietrznym płuc stanowi uduszenie wewnętrzne wskutek przerwania krwioobiegu małego i uniemożliwienia wymiany gazowej między ustrojem i atmosferą. W pewnej mierze można zatem podzielić zdanie autorów, którzy dopatrywali się przyczyn śmierci w niedokrwieniu mózgu i zahamowaniu oddechu, ale tylko o tyle, o ile zjawiska te uważać będziemy za wtórne, tj. za następstwa spadku ciśnienia do zera w aorcie i tętnicach. Wprowadzanie małych ilości powietrza do naczyń żylnych, jak tego dowodzą doświadczenia Nemec'a²³), i zgodnie z przekonaniem najwybitniejszych chirurgów (Radliński²⁴), nie wywołują zaburzeń groźnych dla życia, choćby miało dojść do przejściowych zatorów w mózgu albo w sercu.

W zupełnie wyjątkowych warunkach, w razie zatorowania tętniczki ośrodka oddechowego albo układu przewodzącego serca, możemy mieć do czynienia z mechanizmem, uwzględnionym w koncepcji autorów węgierskich. Zakomunikowane mi ostatnio opisy dwóch przypadków nagłej śmierci poporodowej, pochodzące z oddziału położniczego jednego ze szpitali warszawskich, ujawniają tego rodzaju rzadki zbieg okoliczności. Na autopsji znaleziono w tych przypadkach w sercu uprzednio zdrowych kobiet niewielkie zmiany w obrębie układu przewodzącego serca. Wobec braku zatoru zakrzepowego i komórkowego i niewykrycia jakichkolwiek spraw organicznych trzeba było wytłumaczyć fakt zejścia śmiertelnego zatorowaniem odpowiednich tętniczek powietrzem. Z doświadczeń Ostrowskiego i Pinesa²⁵) wiemy zaś, że anemizacja choćby niezwykle krótkotrwała układu przewodzącego wystarczy do wywołania w nim zmian nieodwracalnych.

Pozostają jeszcze do wyjaśnienia znaczne różnice, zachodzące między skutkami stopniowego zastrzykiwania niewielkich ilości powietrza i nagłego wprowadzenia ilości większych. Chodzi o stwierdzenie istoty procesów wtórnych, usiłujących usunąć powietrze z krwi w razie, jeżeli krążenie małe nie ulega od razu całkowitemu zatkaniu przez pianę. Jak już mówiliśmy, pewną rolę przypisać należy wymykaniu się piany do żył, wskutek czego prawa część serca zostaje na samym wstępie w pewnym stopniu odciążona.

Jeszcze Pirogoff²⁶) wskazywał w roku 1864, że w razie powolnego wstrzykiwania można wprowadzić bezkarnie olbrzymie ilości powietrza do łożyska krwionośnego. Według G. Gaertnera²⁷) udaje się pokryć w jednej piątej zapotrzebowanie zwierzęcia na tlen przez dożylną infuzję czystego tlenu. Magnus²⁸) stwierdził, że serce kocie może bić jedną godzinę po wyosobnieniu, jeżeli wprowadzać tlen pod ciśnieniem

150 mm rtęci bezpośrednio do naczyń wieńcowych. To spostrzeżenie ostrzega przed przecenianiem znaczenia zatorów wieńcowych i zgadza się z wynikiem moich doświadczeń. Nemec²³) wstrzykiwał sobie po 10 cm³ powietrza dożylnie i nie zauważył poza uczuciem niepokoju żadnych przykrych następstw zabiegu. Schoenbauer²⁹), Rothberger³⁰) i inni wprowadzają psom w czasie doświadczeń wykładowych powyżej litra powietrza, i zwierzęta nie giną. Nemec²³) wspomina również nieogłoszone dotychczas, jak się zdaje, doświadczenia Jedlićki z 1924 r.: konie otrzymywały po 20 litrów powietrza dożylnie i udawało się je utrzymać przy życiu. Do wyników autopsji w doświadczeniach autora praskiego jeszcze powrócimy. Wydaje się jednak, że zacytowane przykłady wystarczają zupełnie do wypowiedzenia olbrzymiej różnicy pomiędzy rezultatami nagłego i stopniowego zastrzykiwania powietrza. Osobiście wstrzykiwałem kotom po 44 cm³ powietrza bez wywołania śmierci. Ponieważ tak wielkie ilości nie mieszczą się w prawej części serca i krążeniu małym, nasuwa się zagadnienie, dokąd to powietrze w przebiegu doświadczenia się wymyka.

Tutaj wchodzi następujące możliwości w rachubę: 1. Wbrew zdaniu Freya³¹) musimy przyjąć za pewne, że niewielka ilość powietrza przedostaje się przez włosniczki płucne na teren wielkiego krążenia. L. Hill³²) wypowiedział już ten pogląd w r. 1900: „Air that has thus obtained an entry, has been observed to pass right through the pulmonary circulation and to enter the arteries“. W r. 1903 przyłączył się do tej opinii Fr. Franck³³) i uznał za przyczynę śmierci przedostanie się powietrza do lewej części serca i zaciopowanie przezeń naczyń wieńcowych. Nawet tenże sam Frey³¹) twierdzi, iż naczynia kończyn, krezki i siatkówki przepuszczają powietrze. Jakkolwiek zatem mogły włosniczki płucne stawiać większy opór przechodzeniu powietrza, aniżeli inne naczynia ustroju (Goret i Gillard³⁴), to jednak zupełnie nieprzepuszczalnymi nazwać ich nie można. Trzeba też zawsze pamiętać o możliwości istnienia w płucach tzw. bezpośrednich połączeń tętniczo-żylnych czyli kanalików Hoyer'a³⁵). Za tym przypuszczeniem opowiedzieli się przeciw Olkon i Joannides³⁶), Daly³⁷) i Mac Gregor³⁸). Według Frissella³⁹), tą drogą przechodzą do lewej części serca cząsteczki tłuszczu, zakrzepów itp., i, oczywiście, toż samo dotyczyłoby może jeszcze w większej mierze pęcherzyków powietrza. Negatywny wynik badania autopsyjnego jest o tyle mało miarodajny, że przecież w moich doświadczeniach mimo wstrzykiwania powietrza wprost do lewego uszka nie znajdowano ani jednego pęcherzyka w lewej komorze. Najwidoczniej wyrzuca komora lewa nader szybko całą ilość wprowadzonego powietrza do rozległego terenu naczyniowego. Drobne ilości powietrza miały być wykryte w lewej komorze serca królików przez Radnaia i Mossonyi⁴⁰) nawet po masywnym zatorze powietrznym płuc.

Ostatecznego dowodu przechodzenia powietrza przez włosniczki płucne dostarczyły wyżej wspomniane doświadczenia Jedlićki na koniach. Po zastrzykiwaniach dożylnych ogromnych ilości powietrza konie wykazywały krótkotrwałe napady kurczów, bardzo prędko jednak stan ich ulegał znacznej poprawie. Śmierć wywoływano po upływie jednej godziny od zastrzyknięcia przy pomocy otwierania tętnic szyjnych. Okazało się, że, póki akcja serca końskiego nie ustała, pęty wydobywały się z tętnic szyjnych b. duże ilości

krwawej piany. Zwykłej krwi, ani pęcherzyków wolnego powietrza nigdzie, tj. ani w sercu, ani w dużych naczyniach, nie znaleziono.

Dopóki małe krążenie istnieje, pewne ilości powietrza mogą się przedostawać do lewej części serca i w wyjątkowych razach powodować śmierć np. przez zaczopowanie tętnic wieńcowych. Zdarza się to u psa ze względu na wielką skłonność jego serca do migotania i niekiedy u człowieka, jak tego dowodzą dwa przypadki, przytoczone przeze mnie. Na ogół jednak powietrze szybko znika, niedokrwienie ważnych ośrodków i zaburzenia ich czynności cofają się bez pozostawienia trwałszych śladów. Zjawisko to spostrzegane było niejednokrotnie w ośrodkowym układzie nerwowym i stanowi ważny moment, odróżniający zatory powietrzne od komórkowych i zakrzepowych, wywołujących prawie zawsze wytwarzanie się zawałów w narządach. 2. Jest jednak rzeczą jasną, że nie całe powietrze, które stopniowo dochodzi do prawej części serca, dociera drogą płucną do lewego przedsionka i lewej komory. W myśl przypuszczeń wielu badaczy może powietrze przedostawać się z włóscinek płucnych do pęcherzyków bez uszkodzenia tkanki płucnej. Heubner⁴⁰⁾ przypomniała słusznie o stosunkowo mało znanej pracy Ewald i Kobera⁴¹⁾, którzy u kuraryzowanych psów i królików po dłuższej trwającym sztucznym oddychaniu pod zwiększonym ciśnieniem stwierdzali powietrze w jamie opłucnowej i lewej komorze serca. Żadnych uszkodzeń tkanki płucnej na autopsji nie można było dostrzec. Nie wielkie, dłużej trwające ciśnienie było skuteczniejsze, niż krótkie silne jego zwyżki, co samo przez się przemawia przeciwko pękaniu pęcherzyków płucnych. Okazało się również, że już natężony oddech pod zwykłym ciśnieniem może doprowadzić do zjawienia się powietrza w jamach surowiczych i w naczyniach krwionośnych, szczególnie zaś w naczyniach wieńcowych serca. Ewald i Kobera⁴¹⁾ uważali przedostawanie się powietrza do jam opłucnowych i krwi za nieszkodliwe, podczas kiedy z rzadka występujące przypadki nagłej śmierci mogłyby być wywołane zatorami tętnic narządów ważnych dla życia ustroju. W tych doświadczeniach powietrze przebywałoby tę samą drogę, co w razie zatorów powietrznych w płucach, tylko że kierunek byłby odwrotny. Pewnej analogii można się dopatrywać też i w zachowaniu się niektórych narkotyków, o których wiadomo, iż ulegają wydalaniu przez płuca. 3. Część powietrza zostaje zresorbowana przez krew.

Kilka słów poświęcimy też sprawie tzw. odruchu płucno-sercowego (Sauerbrucha⁴²⁾). Chirurg ten utrzymywał, że nagły zgon w zatorze powietrznym płuc zależy od odruchu, powstającego w ścianie tętnicy płucnej i przebiegającego poprzez nerw błędny. Według Schweitzera⁴³⁾, ściana tętnicy płucnej powinna być z punktu widzenia rozwojowego, podobnie jak węzeł szyjny, wrażliwa na zwyżkę ciśnienia. Niektórzy badacze znajdowali w ścianie tej tętnicy zakończenia nerwowe i włókna o przebiegu dośrodkowym. Analogiczne zjawisko odruchowe zostało opisane przez Schwiegka⁴⁴⁾ pod nazwą odruchu, odciażającego płuca. Później Schweitzer⁴³⁾ wykazał, że u kotów zwyżka ciśnienia tętnicy płucnej, dochodząca do 60 mm Hg, rzadko pociąga za sobą zmiany ciśnienia w dużym krwiobiegu i częstości akcji serca, chociaż rozciągnięcie prawego przedsionka w sensie odruchu Bainbridge'a powinno być mieć wpływ wyraźny. Nie można też *a priori* uważać za wyłączone, aby spostrzegane przeze mnie wahania ciśnienia tętniczego były zjawiskiem od-

ruchowym. Ten punkt wymaga, oczywiście, dalszych szczegółowych badań.

Scherf i Schoenbrunner⁴⁵⁾, podobnie jak Radnai i Mossonyi⁴⁶⁾, przyjmują istnienie odruchu płucno-wieńcowego i sądzą na podstawie zmian elektrokardiograficznych, że ma się tu do czynienia z odruchowym zwężeniem naczyń wieńcowych, idącym poprzez nerw błędny. Zwillinger⁴⁶⁾ wysunął przeciwko temu stanowisku cały szereg zarzutów, a ostatnio Hochrein i Schneyer⁴⁶⁾ znajdowali pod wpływem odruchu płucno-sercowego raczej rozszerzenie lewej tętnicy wieńcowej serca. Mimo, iż stwierdzałem w elektrokardiogramie zmiany typu wieńcowego zarówno po zastrzyknięciu powietrza do żyły szyjnej, jak i do lewego uszka, nie sądzę, aby je można było uzależnić od zwężenia naczyń wieńcowych. W tego rodzaju doświadczeniach należy zawsze brać pod uwagę rozszerzenie odpowiedniej komory, zmiany napięcia jej ściany, zmiany położenia serca w klatce piersiowej i inne wpływy, które przecież mogą grać rolę pierwszorzędą.

Zestawienie wyników.

Wstrzykiwałem psom, królikom i kotom powietrze do żył szyjnych lub lewego uszka i doszedłem na podstawie moich doświadczeń do następujących wniosków:

1. W masywnym zatorze powietrznym płuc krwawa piana, tworząca się w prawej komorze, nie może ulec przepchnięciu do lewej części serca i, zatykając tętnicę płucną oraz jej rozgałęzienia, spowodować śmierć przez przerwanie krążenia małego. Tego rodzaju zgon można określić krótko, jako uduszenie wewnętrzne. Jeżeli jednak zaczopowanie naczyń płucnych nie jest całkowite, rozpoczynają się procesy wtórne, mające za zadanie odciążenie prawej części serca i polegające na przedostawaniu się części powietrza do lewego przedsionka, resorpcji powietrza przez krew i wydalaniu go do pęcherzyków płucnych. Następstwa zatorów, mogących w tym przypadku wystąpić w obrębie dużego krwiobiegu, są zwykle przemijające.

2. Przedostanie się powietrza do tętnic wieńcowych wywołać może skutki katastrofalne dla ustroju. Zazwyczaj jednak zaczopowanie tętnic wieńcowych jest tylko bardzo krótkotrwałe, i akcja serca ulega szybko poprawie. Przy ocenie jednak moich doświadczeń trzeba wziąć pod uwagę różną skłonność serc rozmaitego typu zwierząt do migotania komór.

3. Zachowanie się częstości akcji serca i ciśnienia tętniczego krwi świadczy, że przy wprowadzaniu powietrza do żyły szyjnej wchodzi w rachubę odruchy ze ściany tętnicy płucnej, przy iniekcjach zaś do lewego uszka — z węzła szyjnego.

PIŚMIENNICTWO.

1. W. Pfanner: Muenchn. med. Woch. 1936/I, 591. — 2. G. Neumeyer: Muenchn. med. Woch. 1936/I, 927. — 3. K. Lenggenhager: Muenchn. med. Woch. 1936/II, 1099. — 4. J. Linka: Muenchn. med. Woch. 1936/II, 1099. — 5. P. Aadni & L. Mossonyi: Z. exp. Med. 98, 755, 1936. — 6. L. Zwillinger: Z. exp. Med. 101, 271, 1937. — 7. Stepp & Parade: Muenchn. med. Woch. 1928/II, 1869. — 8. Lohmann: cyt. wedł. Tigerstedta: Physiol. d. Kreislaufs. Berlin, 1921, I, 195. — 9. Bohlmann: cyt. wedł. Tigerstedta I, 195. — 10. C. J. Rothberger: Pfluegers Arch. 1188, 353, 1907. — 11. G. Schneider: Naunyn-Schmied. Arch. 187, 350, 1937. — 12. A. Stefanowski: Inform. ustna. — 13. Barnard: cyt. wedł. Rothbergera. — 14. Roessler & Unna: Sitz. ber. Wiener Ak. Wiss. 144, 377, 1935. Naunyn-Schmied. Arch. 177, 288, 1935. — 15. Stratmann & Uhlenbruck: Z. Kreislauff. 20, 193, 1928. — 16. Parade: Naunyn-Schmied. Arch. 138, 306, 1928. — 17. Jacobi, Janker & Schmitz:

D. A. klin. Med. 172, 497, 1932. — 18. Egedy, Dudits & Radnai: Z. exp. Med. 92, 324, 1933. — 19. C. J. Rothberger: Verh. D. path. Ges. 14, 113, 1910. — 20. Lewis & Mathison: Heart 2, 47, 1911. — 21. Lenhartz: Chemische Physiologie. Berlin. 1937. — 22. Haselhorst: cyt. wedł. Freya. — 23. Nemeš: Klin. Woch. 1935, 55. — 24. Z. Radliński: Inform. ustna. — 25. Ostrowski & Pines: P. Arch. Med. Wewn. — 26. Pirogoff: cyt. wedł. Freya. — 27. G. Gaertner: Muenchn. med. Woch. 1915, 764. — 28. Magnus: Naunyn-Schmied. Arch. 47, 200, 1902. — 29. Schoenbauer: cyt. wedł. Rothbergera. — 30. Rothberger: Inform. ustna. — 31. S. Frey: Die Embolie, Lipsk, 1953. — 32. Hill: Textbook (Schaefera) of phys. Edinburgh 1900. II. 120. — 33. Fr. Franck: cyt. wedł. Tigerstedta III, 286. — 34. Goret & Gillard: J. phys. et path. gen. 32, 792, 1934. — 35. H. Hoyer: Arch. f. mikr. Anat. 13, 603, 1877. — 36. Olkon & Joannides: Arch. int. med. 45, 201, 1930. — 37. Daly: The physiology of the bronchial vascular system, Harvey Lectures 235, 1935—1936. — 38. Mac Gregor: J. Physiol. 80, 65, 1933. — 39. Frissell: Am. Heart J. 15, 335, 1938. — 40. W. Heubner: Handb. norm. u. path. Phys. II, 485, 1925. — 41. Ewald & Kobert: Pfluegers Arch. 31, 160, 1883. — 42. Sauerbruch: cyt. wedł. Brauer & Fischer: Handb. norm. u. path. Phys. VII/2. 1902. 1927. — 43. Schweitzer: J. of physiol. 87, 46. P. 1936. — Die Irradiation autonomer Reflexe. Bazylea. 1937. — 44. Schwegk: cyt. wedł. Schweitzera. — 45. Scherf & Schoenbrunner: Z. Klin. Med. 128, 455, 1935. Kliwo 1937, 340. — 46. Hochrein & Schneyer: Naunyn-Schmied. Arch. 137, 265, 1937.

Objaśnienie treści rycin.

Ryc. I. Objąśnienie w tekście.

Ryc. II. Objąśnienie w tekście.

Ryc. III. Kot wagi 4,5 kg:

a) przed dokonaniem zastrzyknięcia. Częstość skurczów serca 240 na min. PR = 0,06. Część komorowa elektrokardiogramu trwa 0,18 sek.;

b) po zastrzyknięciu 2 cm³ powietrza do lewego uszka. Liczba skurczów serca 170 na min. PR = 0,10. Sinica prawej komory. Część komorowa elektrokardiogramu = 0,21 sek.;

c) 16,5 min. po zastrzyknięciu. Liczba skurczów serca 230 na min. PR = 0,08. Część komorowa elektrokardiogramu trwa 0,17 sek.

Ryc. IV. Kot wagi 4 kg:

a) przed zastrzyknięciem powietrza;

b) 4,5 min. po zastrzyknięciu 2 cm³ powietrza do lewego uszka.

Ryc. V. 7,5 min. po zastrzyknięciu 2 cm³ powietrza do lewego uszka.

Ryc. VI.

a) przed dokonaniem zabiegu;

b) po zastrzyknięciu 3 cm³ powietrza do żyły szyjnej.

Ryc. VII. 3 min. po zastrzyknięciu 3 cm³ powietrza do żyły szyjnej. Komory biją szybciej i na ogół niezależnie od przedśionków. Piąty, szósty, dziesiąty, jedenasty i dwunasty bodziec zatokowy ulega przewodzeniu na komory. Rozkojarzenie z nakładaniem się.

Ryc. VIII. Po kolejnych zastrzyknięciach 2, 3, 4 i 5 cm³ powietrza do żyły szyjnej. Bigemina prawokomorowa. Skurcze dodatkowe, zaznaczone literą x.

Ryc. IX. Po 5 cm³ powietrza do żyły szyjnej. Ciśnienie w tętnicy udowej = 0.

Z III Oddz. Wewn. Szpitala na Czystem.

(Ordynator: Dr B. Jochweds).

„Dokrotliwa“ odma samoistna w przebiegu ropni płuc.

Podali

B. JOCHWEDS i A. SZTAJNBERG (Warszawa).

W etiologii odmy samoistnej zajmują ropnie płuc drugie po gruźlicy miejsce. Według starej statystyki B i a c h a (981 przyp.) w 8% wszystkich odm samoist-

nych przyczyną jest ropień płuca. Jak wynika ze statystyki K a n i a k a (z I Kliniki Lwowskiej) 8,6% spraw ropnych płuc wikła odma samoistna. W przypadkach tych następuje pęknięcie ropnia do opłucnej, bądź też — rzadziej — szerzenie się sprawy ropnej na opłucną *per continuitatem* z wtórnym wytworzeniem się odmy gazowej lub powietrznej. We wszystkich tych przypadkach odma samoistna bywa z reguły powikłaniem fatalnym, zmniejszającym do *minimum* szanse chorego na wyleczenie. Obawa przed tym powikłaniem była może najważniejszym argumentem przeciwników leczenia ropni płuc odumą sztuczną.

Złożyło się tak, że w przeciągu kilku ostatnich lat mieliśmy możliwość obserwowania trzech chorych, u których odma samoistna nie tylko nie stała się komplikacją fatalną, lecz — wręcz przeciwnie — po przemijającym okresie duszności wpłynęła raczej wybitnie korzystnie na dalszy przebieg cierpienia. Wziąwszy pod uwagę nie z w y k ł ą r z a d k o ś ć względnie dobrotliwego charakteru samoistnej odmy w przebiegu ropni płuc, pozwalamy sobie przypadki te szczegółowo omówić.

Przypadek I. Chory Cz. (Nr. Karty Szpitalnej 2961), lat 55, zachorował nagle dwa tygodnie przed przybyciem do naszego Oddziału wśród objawów wysokiej gorączki i obfitego odpluwania płwociny ropnej, cuchnącej. Fizykalnie z odchył od normy stwierdzono u podstawy lewego płuca stłumienie odgłosu opukowego, odgłos amforyczny, pokryty licznymi rżęczeniami dźwięcznymi. Badanie rentgenowskie wykazało w dolnej części lewego dolnego płata płucnego naciek wielkości małej pięści z rozjaśnieniem w obrębie nacieku i poziomem płynu. Badania laboratoryjne: w moczu nie szczególne; leukocytoza — 19.800; kilkakrotne badanie płwociny prątków K o c h a ani włókien elastycznych nie wykazało; odczyn Wassermann a — ujemny.

U chorego tego przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia wystąpiła odma samoistna, która — aczkolwiek częściowa i ograniczona zrostami do dolnego płata — spowodowała opróżnienie ropnia przez nagłe odplucie „pełnymi ustami“ dużej ilości płwociny. Wystąpieniu odmy samoistnej nie towarzyszyły w przypadku tym wcale objawy ogólne. Brak było również uczucia duszności, przyspieszenia oddechu i akcji serca, co niewątpliwie tłumaczy się niewielkimi stosunkowo rozmiarami pęcherza gazowego (odma samoistna otorbiona) Fizykalnie stwierdzono jedynie znaczne osłabienie oddechu w obrębie dolnego płata. W kilka dni później przy prześwietlaniu stwierdziliśmy w opłucnej poza obecnością powietrza niewielką ilość płynu; jama ropnia niewidoczna. Nakłuciem wydobyto 10 cc. płynu surowiczego: badanie bakteriologiczne wykazało jałowość płynu.

Chory poprawił się bardzo szybko i w 2 tygodnie później opuścił Szpital. Obserwowany w dalszym ciągu ambulatoryjnie i prześwietlany systematycznie, nie wykazuje po dziś dzień (3,5 roku od opuszczenia szpitala) żadnych odchył od normy w zakresie płuc.

W przypadku tym niewielka, ograniczona zrostami odma ucisnęła wybiórczo chorą część płuca. Spowodowało to nagłe opróżnienie się ropnia i dalsze jego drenowanie. Jak wiadomo, gwałtowne opróżnienie się ostrego ropnia z udrożnieniem odpływu — bez względu na to, czy występuje samoistnie, czy też jako wynik naszych zabiegów terapeutycznych — bywa często punktem zwrotnym, od którego zaczyna się poprawa chorego.

Również i w naszym przypadku powrót do zdrowia rozpoczął się natychmiast po wystąpieniu odmy samoistnej. Szybkość osiągniętej poprawy w przypadku ropnia zgorzelinowego u osobnika niemłodego (55 l.) przemawia bezwzględnie za przyczynowym związkiem

poprawy z odmą, a przeciw przypadkowej koincydencji.

W pozostałych dwu przypadkach odma samoistna wystąpiła jako powikłanie odmy sztucznej leczniczej.

Przypadek II. Chora P., l. 42 (Nr. Karty Szpitalnej 663), zgłosiła się do Oddziału z powodu trwającej od 12 dni gorączki i kaszlu, połączonego z obfitym odpływaniem gęstej, cuchnącej płwociny. Chorób płuc uprzednio nie przechodziła. W chwili przybycia do Oddziału stwierdzamy: tor ciepłoty podgorączkowy, tętno 92, oddechów 26. Fizykalnie z odchył od normy: przytłumienie od III do V żebra od przodu po stronie prawej; w obrębie przytłumienia oddech chuchający, pokryty drobnobankowymi rżęczeniami dźwięcznymi. Rentgenologicznie cały płat środkowy nacieczony; pośrodku, bliżej wnęki, rozjaśnienie wielkości małej mandarynki. Badania laboratoryjne: w moczu nic szczególnego; płwocina ropna, cuchnąca, prątków Kocha, ani włókien sprężystych nie zawiera; w krwi białych ciałek 18.400 w 1 mm³, w tym 88% granulocytów; odczyn Wassermann — ujemny.

W ciągu pierwszych 12 dni wstrzykiwaliśmy bądzwinian sodu w dawkach wzrastających do 60 cc. 10%-owego roztworu dziennie i co 4 dni neosalvarsan w dawce łącznej 0,9 g. Mimo wspomnianego leczenia stan chorej ulegał stałemu pogorszeniu, wobec czego zdecydowaliśmy się na założenie odmy, a to tym chętniej, że ropień był umiejscowiony przywnękowo, w dużej odległości od opłucnej, a jednocześnie wydzielina miała dobry odpływ. Warunki do założenia odmy były więc dobre (patrz praca Goreckiego). Wprowadziliśmy do opłucnej 150 cc. powietrza przy ciśnieniu stale ujemnym. Założenie odmy nie wpłynęło na razie wcale na stan ogólny chorej. Po 13 godzinach chora nagle zakaszlała, poczuła silny ból w prawym boku, po czym wystąpiła duszność, bardzo szybko nasilająca się; wargi i palce — bardzo sine; tętno 128, słabo napięte i wypełnione; oddechów 46. W ciągu następnych kilku godzin chora odpluła około 3/4 litra ropnej, cuchnącej płwociny. Następnego dnia rano stan nadal ciężki: duszność, sinica, męczący kaszel z odpływaniem wielkich ilości płwociny utrzymują się. Przy badaniu fizykalnym stwierdza się: w obrębie całego prawego płuca odgłos opukowy bębnowy, oddech prawie zupełnie niesłyszalny, pojedyncze rżęczenia o odcieniu metalicznym. Rozpoznaliśmy odmę samoistną.

Rentgenologicznie: płuco prawe jednolicie i silnie uciśnięte; kikut płucny wielkości kurzego jaja; jama ropnia niewidoczna. Zastosowano jedynie unieruchomienie chorej w pozycji siedzącej i morfinę w kroplach. Ciężki stan ogólny, duszność, sinica i przyspieszenie akcji serca ustępowały stopniowo w ciągu 5 dni. Od tej chwili obraz chorobowy zmienia się całkowicie: chora szybko poprawia się, kontrola rentgenowska wykazuje powolne rozprężanie się płuca, przy czym jama ropnia pozostaje nadal niewidoczna. Płynu w opłucnej nie stwierdzono. Chora opuszcza szpital w 4 tygodnie później w stanie granicznym z wyleczeniem. W dalszym ciągu obserwowana i prześwietlana przez nas ambulatoryjnie (3 lata) nie wykazuje do tej chwili żadnych odchył w zakresie narządu oddechowego.

W przypadku tym odma samoistna powikłała odmę sztuczną. Ze mieliśmy tu do czynienia z odmą samoistną, nie zaś z odmą wynikłą z nieostrożnego nakłucia płuca, dowodzą fakty następujące: nieostrożne nakłucie płuca przebiega bądź bezobjawowo (najczęściej), bądź też wywołuje objawy natychmiast po nakłuciu; u naszej chorej założenie odmy na razie nie wpłynęło w najmniejszym stopniu na jej stan ogólny, dopiero w 13 godzin później wśród kaszlu wystąpił gwałtowny ból w boku, i w przeciagu kilku chwil rozwinął się dramatyczny obraz odmy samoistnej. Mimo nader ciężkiego stanu chorej w początkowym okresie odmy, odma ta spowodowała i w tym przypadku bardzo szybką popra-

wę, a wyleczenie ropnia należy niewątpliwie przyczynowo z nią wiązać. O „dobrotliwości“ odmy samoistnej można tu mówić naturalnie tylko z perspektywy jej dalszego przebiegu i braku zakażenia jamy opłucnowej.

Przypadek III z praktyki prywatnej. W marcu 1931 r. jeden z nas został wezwany do chorej Z., l. 20, u której stwierdził typowe objawy ropnia zgorzelinowego górnego płata prawego płuca z wysoką gorączką i obfitym odpływaniem ropnej, cuchnącej płwociny. Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed 2 tygodniami. Badanie rentgenowskie wykazało w górnym polu prawego płuca naciek wielkości pięści z rozjaśnieniem o niezbyt wyraźnych konturach. W moczu: nic szczególnego. Białych ciałek — 18.000 w 1 mm³ krwi; w tym 84% ciałek ziarnistych. W płwocinie obecne włókna sprężyste; prątków Kocha nie stwierdzono. Zastosowano neosalvarsan i emetynę (alkohol i będzwinian sodu nie były wówczas jeszcze stosowane). Po 3 tygodniach — brak poprawy, wobec czego zdecydowano założenie odmy. Wprowadzono do opłucnej 100 cc. powietrza przy ciśnieniu stale ujemnym, co chora zniosła doskonale. W jedenaście godzin po zabiegu nagle, wśród napadu gwałtownego kaszlu, wystąpił ostry ból w prawym boku i duszność. Duszność zmniejszyła się jednak dość szybko, tak, że chora była w stanie nazajutrz udać się o własnych siłach na prześwietlenie klatki piersiowej, które wykazało, że płuco chore jest uciśnięte do około 2/3 swej normalnej wielkości; płynu w opłucnej nie stwierdzono; jama rozpadowa niewidoczna.

Również i w tym przypadku wystąpienie odmy samoistnej powoduje bardzo szybką poprawę. Po obfitym odpływaniu w ciągu pierwszych kilku dni kaszel ustępuje zupełnie, ciepłota wraca do normy. Fizykalnie stwierdza się jedynie osłabienie oddechu pęcherzykowego po chorej stronie bez szmerów dodatkowych. W dwa tygodnie później na rentgenogramie płuco rozprężyło się wydatnie, jama jednak pozostaje nadal niewidoczna. Obserwowana przez nas w ciągu lat 1931—1938 co kilka miesięcy, chora nie wykazuje żadnych odchył od normy w zakresie narządu oddechowego.*)

Przypadek ten łudząco przypomina przypadek II; i tu przyjąć należy, że mieliśmy do czynienia z odmą samoistną, nie zaś z mechanicznym uszkodzeniem płuca, a to z przyczyn, które już wyłuszczyliśmy przy omawianiu przypadku II. Zasługuje na uwagę fakt, że poprawa nastąpiła pomimo niewielkich rozmiarów odmy (około 2/3 objętości prawego płuca). Potwierdza to obserwację, poczynioną już przez nas kilkakrotnie, że w ropniach płuc już niewielkie stosunkowo odprężenie wystarcza nieraz do uzyskania pełnego efektu terapeutycznego.

Odma samoistna w przebiegu ropni płuca powstaje przeważnie, jakśmy to już na wstępie zaznaczyli, bądź przez pęknięcie ropnia do opłucnej, bądź przez szerzenie się sprawy z płuca na opłucną *per continuitatem*; stąd odmy te są z reguły zakażone. W przypadkach naszych powyższy mechanizm powstawania odmy samoistnej jest nie do przyjęcia. U naszych chorych odmy, jako nie zakażone, powstać musiały z tych samych powodów, z jakich powstają zazwyczaj poza ropniami płuc. Wchodzić tu mogą w grę trzy zasadnicze czynniki.

I. Pierwszy czynnik — to pęknięcie pęcherzy podopłucnowych. Pęcherze te mogą być

*) Już po napisaniu niniejszego artykułu pacjentka zgłosiła się do nas z objawami ropnia w dolnym płacie prawego płuca (uprzednio sprawa ropna umiejscowiona była w prawym płacie górnym).

bądź wrodzone, bądź też nabyte w życiu pozapłodowym (Schmincke, Goverts), przy czym jednak odróżnienie jednych od drugich jest nie zawsze możliwe nawet w badaniu histopatologicznym. Wrodzone pęcherze powstają wskutek niedorozwoju drobnych odcinków miąższu płucnego. Są one zazwyczaj mnogie (jak większość, zresztą, anomalii rozwojowych), rozrzucone, często obustronne; wielkość ich jest bardzo rozmaita. Częstsze od wrodzonych są pęcherze nabyte, powstałe wskutek zmian patologicznych w miąższu płuca. Są one przeważnie skupione, bardzo często umiejscawiają się w szczytach; dotyczy to zwłaszcza pęcherzy Fischei-Wasselsa, powstających z rozdętych zastępczo pęcherzyków płucnych w najbliższym otoczeniu blizn — zwłaszcza gruźliczych. Drugi typ pęcherzy nabytych — pęcherze śródopłucnowe Millera — spotyka się już znacznie rzadziej. Pęknięcie wyżej omówionych pęcherzy jest według ogólnie przyjętego poglądu najczęstszą przyczyną odmy piersiowej samoistnej.

II. Następnym czynnikiem etiologicznym odmy samoistnej bywa pęknięcie opisanych przez Argaud i Pesque induracyjnie zmienionych odcinków opłucnej, t.zw. *membrana limitans externa pleurae*. Zdaniem wspomnianych autorów błona ta jest właściwie patologicznie zmienioną podopłucnową tkanką płucną. Stwarniająca ta tkanka rozwija się w sposób nierównomierny, ogniskowo. W chwili spadania się płuca przy zakładaniu sztucznej odmy odcinki induracyjnie zmienione kurczą się słabiej, niż pozostała sprężysta tkanka podopłucnowa, napięcie między tkanką zdrową i patologicznie zmienioną wzmagą się — i łatwo dochodzi do pęknięcia opłucnej.

III. Trzecim wreszcie czynnikiem, prowadzącym do odmy samoistnej, jest odrywanie się płuca u przyczepu zrostu. Zrosty te mogą być bardzo delikatne i często — zwłaszcza przy niewielkiej odmie — niewidoczne na rentgenogramie. Rzecz jasna, że do pęknięcia tych zrostów dochodzi przeważnie dopiero po założeniu sztucznej odmy, a więc gdy zrosty uleg-

ną już pewnemu napięciu. Momentem wyzwajającym bywa często gwałtowny napad kaszlu. Prześwietlając chorych w dzień lub dwa po założeniu odmy, stwierdzamy nieraz powiększenie się płaszcza powietrznego w stosunku do jego wymiarów zaraz po założeniu odmy. Większość autorów tłumaczy to zjawisko drobnym skaleczeniem płuca podczas zabiegu (Dumarest i jego uczniowie). Prawdopodobnie jednak w wielu przypadkach tłumaczenie to jest niesłuszne, a istotną przyczyną tkwi w drobnych odmach samoistnych, powstałych skutkiem jednego z wyżej omówionych czynników. W przypadkach tych uprzednie założenie odmy sztucznej staje się momentem wyzwajającym odnę samoistną.

Wracając do opisanych przez nas chorych, przypuścić należy, że w przypadku drugim i trzecim przyczyną odmy samoistnej było najprawdopodobniej bądź pęknięcie zrostu, bądź induracyjnie zmienionego odcinka opłucnej. W przypadku pierwszym przyczyną mogło być również pęknięcie rozedmowego pęcherza podopłucnowego.

We wszystkich omówionych przez nas przypadkach odma samoistna, bez względu na jej mniej lub więcej burzliwy początkowo przebieg, spowodowała likwidację ropnia płuc. Mała liczba przedstawionych przypadków nie pozwala nam na wyciąganie jakichkolwiek wniosków terapeutycznych. Odma samoistna w przebiegu ropni płuc jest z reguły powikłaniem fatalnym, zaś nasze trzy przypadki są tylko rzadkimi wyjątkami, które nie powinny służyć jako argument ani zwolennikom ani przeciwnikom leczenia ropni płuc sztuczną odną.

PIŚMIENNICTWO.

Biały cyt. według Kaniaka. — Kaniak J.: Odma samoistna. Warszawa, 1937 r. — Schmincke Zbl. f. Tbc. 1931, t. 30. — Fischer-Wassels: Zeitschr. f. Klin. Med. 1922, t. 95. — Argaud et Pesque: Revue de la Tbc. 1935. — Argaud C. R.: Societe de biologie. 1919. — Dumarest, Lefevre, Mollard, Pavie et Rougy: La pratique du pneumothorax thérapeutique. Paris, 1936. — Gorecki: Polskie Arch. Med. Wewn. 1935.

Z teki lekarza praktyka.

Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych*).

VI. Leczenie chorób pasożytniczych skóry.

Podał

J. MERENLENDER (Warszawa),

Ordynator Oddz. Dermatologicznego Szpitala na Czystem.

Przed przystąpieniem do właściwego leczenia każdego ze schorzeń pasożytniczych należy uprzednio usunąć tak często towarzyszące im objawy wtórne: wypryskowe zapalenie skóry oraz pyodermię.

A więc, według reguł wymienionych w odnośnym rozdziale (p. *Eczema*): należy zastosować okłady na ogniska sączące albo też maści łagodząco-ściąające na ogniska podostre.

A. Leczenie schorzeń wywołanych przez pasożyty zwierzęce.

Wsawica głowowa.

U mężczyzn należy po uprzednim ostrzyżeniu skórę uspokoić — w razie istniejącego wtórnego zapalenia wypryskowego za pomocą jednej z maści następujących

Acid. salicyl. 0,5
Bismuti subnitr. 2,5
Zinci oxyd. 7,5
Arungiae suillae
benzoat. ad 50,0

Acid. salicyl. 1,0
Hg. oxyd. rubri 0,2—0,5
Sulfur pp. 2—5,0
Zinci oxyd. 7,5
Arung. suil. benzoat. ad 50,0
(przy towarzyszącej pyoderмии)

U kobiet należy — celem rozmiękczenia, względnie usunięcia strupów — nałożyć opatrunek (pod ceratką) z 5% *Salicyl. Ol. Olivar*.

Przy często współistniejących chrbziastych gruczolach chłonnych karkowych, względnie szyjnych, należy zastosować

Camphorae trit. 1,0
Ichthyoli 2,5—7,5
Vaselini (Dermitrini) ad 50,0
Ungt. Hg. cinerei
c. Dermolano
(Wenda)

Po ustąpieniu zapalnych objawów wtórnych należy wetrzeć jeden z następujących płynów:

Sublimati 0,1
Aceti Sabadillae
Aceti communis
aa ad 100,0
Xylol. 50,0
Spir. vini
Aether. sulfur.
aa 25,0

Balsami peruv. 10,0
Ol. Olivar. 20,0
Petrolei ad 100,0

*) p. NN 7, 21/22, 27/28, 34, r. 1938.

Duże znaczenie ma założenie właściwego opatrunku zarówno w zwalczaniu wtórnego spryszczenia, jak i samej wszawicy. Po obfitym wcieraniu jednego z powyższych środków należy nałożyć kapę płócienną na 24—48 godzin.

Wszawica łonowa.

Warunkiem skutecznego leczenia jest ogolenie uwłosienia w całej okolicy łonowej.

Dopiero wówczas należy stosować co najmniej w ciągu 4-ch dni (1 raz dziennie) wcierania jednego z następujących leków:

<i>Sublimati</i> 0,3—0,5	<i>Xylol.</i> 50,0
<i>Aether. sulfur.</i>	<i>Spir. vini</i>
<i>Acet. communis</i>	<i>Aether. sulfur.</i>
<i>aa</i> 15,0	<i>aa</i> 25,0
<i>Spir. vini</i> (70%)	
ad 100,0	

<i>Formalini</i> (40%) 10,0
<i>Acid. acet.</i> 5,0
<i>Spir. colon.</i>
ad 100,0

Można też zastosować (według Bernhardta) *Ungt. Hg. pp. albi* 5—10%; natomiast nie doradzam stosowania maści szarej, po której widywałem bardzo poważne następstwa uszkodzenia w postaci nie tylko długotrwałych i nawracających wyprysków, ale nawet uogólnionego ciężkiego zapalenia skóry. Przy rzadkim, co prawda, umiejscowieniu wszawicy we włosach pachowych postępowanie nie różni się od opisanego; natomiast przy umiejscowieniu w brwiach, względnie rzęsach, należy stosować łagodniejsze maści:

<i>Ungt. Hg. pp. albi</i>	<i>Ungt. Hg. oxyd. flavi</i>
2—5%	1—2%
(brwi)	(rzęsy)

Jeżeli chodzi o *maculae coeruleae* (towarzyszące wszawicy łonowej), to nie wymagają one specjalnego leczenia i ustępują zazwyczaj (co prawda, po dłuższym czasie) wraz z wszawicą.

Wszawica ubraniowa.

Jeżeli chodzi o skórę, to leczenie jest tu łatwe i szybkie. Po uspokojeniu i usunięciu zmian zapalnych wtórnych chętnie posługuję się następującymi maściami (które działają raczej zapobiegawczo).

<i>Naftalini</i> 0,5—1,5	<i>Acidi carbolicli liq.</i> 0,25—0,5
<i>Vaselini</i>	<i>Vaselini</i> ad 50,0
ad 50,0	—
	<i>Kresoli</i> 3,0
	<i>Talci</i> ad 100,0

Najważniejszym i wyłącznie leczącym czynnikiem jest dobrze przeprowadzona dezynsekcja ubrania (najlepiej w odpowiednim zakładzie dezynfekcyjnym), dostateczne uświadomienie pacjenta co do zwalczania zawszenia, które może być plagą, trapiącą go nawet przez długie lata, zwłaszcza, jeżeli nieodpowiednie warunki higieniczne temu sprzyjają.

Świerzba.

Cierpienie to tak bardzo pospolite, a zdarzające się nawet w wyższych warstwach społeczeństwa, wymaga bardzo umiejętnego potraktowania leczniczego. Najczęściej mamy tu do czynienia również z towarzyszącym wtórnym wypryskiem, który, zwłaszcza w przypadkach zaniedbanych, może przyjąć kształty zastraszające, a przyciemniające cierpienie zasadnicze.

Po uprzednim zwalczeniu objawów wyprysko-

wych przystępujemy do postępowania następującego, które jest rękojmią szybkiego wyleczenia:

a) chory wciera w ciągu 20-tu minut w całą powierzchnię skóry oczyszczone mydło szare, a najlepiej mydło płynne „Sapol” (Motor);

b) następuje kąpiel — 20-minutowa;

c) po osuszeniu się chory wciera energicznie dokładnie w całą (!) powierzchnię skóry jedną z następujących maści:

<i>B. Naphtoli</i>	<i>Acid. salicyl.</i> 2,0
<i>Cretae albae aa</i> 10,0	<i>Sulfur. pp.</i> 20,0—30,0
<i>Saponis viridis</i> 50,0	<i>Dermitrini</i> ad 100,0
(ew. „Sapol”—Motor)	
<i>Vaselini</i> 100,0	

<i>Flor. sulfur.</i> 20,0
<i>Balsami peruv.</i>
<i>Saponis virid. aa</i> 15,0
<i>Vaselini</i> ad 100,0

<i>Balsami peruv.</i>
<i>Spir. vini aa</i> 50,0

d) wcierania są powtarzane w ciągu 4-ch dni 1 raz dziennie (zalecam zapudrowanie obfite po wcieraniu maści);

e) 5-go dnia następuje oczyszczająca kąpiel, zmiana bielizny osobistej i pościelowej.

W warunkach specjalnych (np. podróż, obóz itp.) wcierać kilka razy dziennie *Sulfur. depurat. pulveris.* (w ciągu 3-ch dni).

U dzieci stosujemy łagodniejsze maści, np.

<i>Acid. salicyl.</i> 1,0
<i>Kalii carbonici</i> 2,0
<i>Sulfur. pp.</i> 10,0—20,0
<i>Vaselini</i> ad 100,0

Ubranie powinno być dezynfekowane za pomocą kilkudniowego wywieszania na powietrzu albo wyprasowania.

NB. Nie zalecam maści Wilkinsona ze względu na zapach zdradliwy i plamienie bielizny; metoda rosyjska, polegająca na wcieraniu 20 i 40% *Natr. hyposulfuro.* — okazała się po zastosowaniu w oddziale mało skuteczna.

W klinikach Oppenheima (Wiedeń), Mieschera (Zürich), Dostrowskiego (Jerozolima) widziałem przeprowadzenie jakoby „szybkiego” leczenia świerzby, polegające na następujących zabiegach: 1) wcieranie mydłem, 2) wcieranie jedną z wspomnianych maści i pozostawienie na sobie na przeciąg 2—3 godzin, 3) kąpiel, 4) posmarowanie maścią borną; podczas tej procedury ubranie chorego podlega dezynfekcji.

Osobistego doświadczenia w tym kierunku nie mam; ale w tychże klinikach widziałem pacjentów, zgłaszających się z szybkimi nawrotami; z tego wnioskuję, że metoda ta niezupełnie jest pewna.

Należy pamiętać, że już po wyleczonej świerzbie u niektórych osobników (szczególnie wrażliwych) świąd ciała może się przez dłuższy czas jeszcze utrzymywać.

W przypadkach takich stosuję w razie istnienia podejrzanych galerii świerzbowych — powtórzenie kuracji świerzbowej, ewentualnie łagodniejszej np. Maść Hardy.

W przypadkach jednak, gdzie wyłączona jest obecność jakichkolwiek jeszcze śladów świerzby, stosuję maści łagodzące (p. rozdział świądu).

B. Leczenie schorzeń wywołanych przez pasożyty roślinne (grzyby).

I. Grzybica naskórna.

Już sam ustrój potrafi zwalczyć inwazję pasożytniczo-grzybicową; za pomocą odczynu skóry w postaci gwałtownego zapalenia ginie większość chorobotwórczych grzybów; tym się tłumaczy fakt, że często nie wykrywamy obecności grzybów pomimo rozległych zmian chorobowych, przez nie spowodowanych.

Najszybciej ustępują — zwłaszcza pod wpływem leczenia — grzybice powierzchniowe (np. łupież pstry), natomiast uporczywsze i trudniejsze do zwalczenia są grzybice głębsze, tj. gdy grzyby wkraczają do samego włosa i powodują poważny odczyn zapalny dookoła terebki włosowej (ropienie, nacieki).

Z reguły należy przed przystąpieniem do właściwego leczenia każdej grzybicy usunąć wtórne zmiany ostro-zapalne (sączenie, strupy itp.). W przypadkach umiejscowienia grzybicy w mieszkach włosowych (i we włosach) należy przede wszystkim usunąć uwłosienie. Czynimy to zazwyczaj za pomocą epilacyjnego naświetlania prom. Roentgena, które powodują — po 2—3 tygodniach — całkowite wypadanie włosów. Zasadniczo należy więc pacjenta skierować do najbliższego ośrodka rozporządzającego aparatem Roentgena. W wyjątkowych tylko przypadkach, gdy doprowadzenie do naświetlań Roentgena jest niemożliwe, możemy zastosować — wyłącznie u dzieci do lat 8-miu — *talium aceticum* (0,008 pro kilo wagi) na cukrze w $\frac{1}{4}$ szklanki wody, albo mleka; niektórzy autorzy polecają się skojarzeniem $\frac{1}{2}$ dawki octanu talu i $\frac{1}{2}$ dawki Roentgena; jest to metoda bezpieczniejsza. Wypadanie włosów następuje również po 2-tygodniach; niekiedy mogą jednak wystąpić objawy uboczne, które są krótkotrwałe i charakteru łagodnego (*myalgia, arthralgia, zaburzenia przewodu pokarmowego* itp.).

Przestrzegam przed częściowym tylko naświetlaniem epilacyjnym. Mam na myśli metodę niektórych dermatologów, którzy przy istnieniu np. kilku ognisk grzybicy strzygącej na prawym policzku zarządzają naświetlania epilacyjne tylko tych miejsc. Wychodząc z założenia, że niekiedy drobne ogniska mogą być przeoczone, zarządzam zazwyczaj w takich przypadkach naświetlania całej twarzy (również i miejsc uwłosionych na wardze górnej, pomimo rzadkiego tu umiejscowienia grzybicy).

Leczenie wyjąłwiające przeprowadzamy od pierwszej chwili, a najważniejsze jest dopilnowanie leczenia antyseptycznego po epilacji.

Grzybica strzygąca.

Przy umiejscowieniu w skórze nieuwłosionej stosujemy codziennie smarowania następującymi mieszankami:

<i>Chrysarobini</i> 1,25—2,5	<i>Acid. salicyl.</i> 2,5
<i>Traumaticini</i> ad 25,0	<i>Spir. sapon. kalin.</i>
S. 2× tyg. wcierać	4 × dziennie w ciągu
	3-ch dni wcierać.

T-rae jodi 10,0

S. wcierać co II dzień

Nie zapominamy o odkażaniu zdrowego sąsiedztwa za pomocą Np. 0,1% roztworu sublimatu w 60% wyskoku.

W skórze uwłosionej twarzy — po przeprowadzeniu epilacji te same mieszanki; przy istnieniu głębokich nacieków i ropni (*Kerion*

Celsi) rozgrzewające okłady (ewentualnie kataplazmy) z wodnego roztworu sublimatu 1/1000, rezorcyny $\frac{1}{2}$ —2%, ichtyolu 2—5%; później maści siarkowe (5—10%), cynobrowa, ichtyolowa (5—10%). Celem przyspieszenia leczenia stosujemy często wstrzykiwania dożylne (a ostatnio również domięśniowo) płynu Lu-gola (technika p. rozdział schorzenia bakteryjne).

Przy umiejscowieniu grzybicy strzygącej na głowie uwłosionej u dorosłych (bardzo rzadkie zdarzenie!) należy epilować; natomiast u dzieci epilowanie jest zbyt ciężkie (z wyjątkiem dzieci w przytułkach ze względu na możliwość przenoszenia masowego), a wystarczy zwykłe leczenie antyseptyczne.

<i>Acid. carbol. liquef.</i>	<i>Anthrarobin.</i> 2,0
(<i>B. Naphtol</i>) 5,0	<i>Tumenol.</i> 8,0
<i>Ol. Olivar. ad</i> 100,0	<i>T-rae benzoës</i> 30,0
	<i>Aether sulfur.</i> 20,0

mycie głowy: *Spir. sapon. kalin.*

Przy umiejscowieniu w paznokciach wskazane jest usunięcie chirurgiczne paznokci, a później dopiero przeprowadzenie leczenia odkażającego.

Niekiedy udawało mi się wyleczenie grzybicy paznokci wyłącznie za pomocą skojarzonego leczenia promieniami Roentgena oraz kuracji trichofitynowej.

Trichofitynę stosujemy (zresztą również w głębokich postaciach grzybicy strzygącej twarzy i głowy uwłosionej) w postaci doskórnych wstrzykiwań: posługujemy się roztworami (w płynie fizjologicznym) 1/50, 1/30, rzadziej 1/10; co tydzień wstrzykujemy jedno stężenie: 2 razy tygodniowo każdorazowo po 3 ąbale.

Poza wyżej podanymi sposobami stosujemy w grzybicy paznokci jednocześnie następujące maści:

<i>Acid. salicyl.</i> 1—1,5	<i>Acid. salicyl.</i> 1,0
<i>Pyrogallol.</i> 2,5—5,0	<i>Sulfur. pp.</i> 5,0
<i>Vaselini ad</i> 50,0	<i>Frodermini</i> 10,0
	<i>Vaselini ad</i> 50,0
<i>Acid. salicyl.</i> 0,4	<i>Sublimati</i> 1,0
<i>Chrysarobini</i> 2,0	<i>Spir. vini ad</i> 100,0
<i>Traumaticini ad</i> 20,0	

Pożyteczne są również kąpiele w następujących płynach:

<i>Jodii puri</i> 1,0	szare mydło
<i>Kalii jodati</i> 2,0	albo
<i>Aq. destil. ad</i> 1000,0	ług (2%)

Grzybica woszczykowa (*Favus*).

Po opanowaniu względnie usunięciu powikłań (wypuszczeń, liszajców, strupów, ropni) np. następującymi maściami:

<i>Acid. salicyl.</i> 5,0	<i>B. Naphtol</i> 1,0
<i>Zinci oxyd.</i> 15,0	<i>Ol. Olivar. ad</i> 100,0
<i>Ol. Olivar. ad</i> 100,0	

przeprowadzamy epilację za pomocą prom. Roentgena; rzadziej posługujemy się talem; w międzyczasie, tj. do chwili wypadania włosów, zalecamy codziennie mycie głowy (mydłem szarym albo dziegciowym) i smarowanie maściami siarkową, cynobrową, dziegciową, ichtyolową (p. leczenie spraw łojotokowych).

Gdy wypadanie włosów po naświetlaniu prom. Roentgena nie jest całkowite (tj. pozostają na skutek wadliwej techniki naświetlania pojedyncze kępkę włosów), nakładamy tzw. kapę (procedura dość przykra); jest to masa według następującej recepty:

Collofonii 1030,0
 Parafini 500,0
 (nisko topliwej)
 Camphorae 50,0
 Talci
 Zinci oxyd. aa. 25,0
 (rozgotować i dać zastygnąć)

gotuje się ją do spoistości papki; po ostygnięciu nakładamy na głowę uwłosioną w postaci czapki; po 5-minutowym przeczekaniu zdejmujemy stwardniałą kapę wraz z przylegającymi nieepilowanymi włosami.

Najważniejsze zadanie lecznicze czeka nas właśnie po epilacji, gdyż nie wystarcza samo usunięcie włosów, naszpikowanych grzybami; musimy jeszcze usunąć grzyby z mieszków. Czynimy to za pomocą wcierania codziennego (aż do całkowitego odrośnięcia nowego uwłosienia!) maści następujących:

Acid. salicyl. 1,0 Pyrogalloli 2,5—10,0
 Hydrarg. oxyd. rubr. 0,25—0,5 Vaselini ad 50,0
 Sulfur. pp. 2,5—5,0
 (Liq. carbon. deterg.) 2,5—7,5
 Vaselini ad 50,0

albo też jodynujemy w ciągu 10 dni (codziennie smarujemy tylko 1/2 powierzchni skóry sklepienia czaszki), a później zalecamy codzienne wcierania leków antyseptycznych w wysokoku.

Gdy już włosy odrosły, stosujemy wcierania leków wzmacniających (p. rozdział schorzenia łojotokowe) oraz naświetlania lampą kwarcową lub „Perihelium“ celem przyspieszenia odrastania włosów.

Grzybicę woszczynową paznokci leczymy analogicznie, jak grzybicę strzygącą paznokci.

Wspomnę jeszcze o tzw. Mykidaeh (trichofitydy, fawidy, epidermofitydy) — uogólnionych osutkach rumieniowych, rumieniowo-złuszczających i pęcherzykowych — bardzo rzadko występujących w przebiegu schorzeń grzybicowych, a będących odczynem alergicznym skóry. Leczenie tych spraw jest objawowe (tak jak zapalenia wypryskowego) w skojarzeniu z trichofityną.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O zatruciu benzolem.

Podał

Dr Henryk RABINOWICZ (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 7)

Reasumując, na obraz zatrucia benzolem składają się następujące najczęstsze objawy: nietypowe skargi na zmęczenie i osłabienie, duszność, objawy skazy krwotocznej, krwawienia z dziąseł, nosa, macicy, wybroczyny do skóry i śluzówek i wreszcie typowe i postępujące zmiany we krwi — spadek liczby białych ciałek krwi, odwrócenie wzoru krwi w postaci neutropenii i względnej limfocytozy, dalej spadek hemoglobiny, zmniejszenie liczby czerwonych ciałek krwi i płytek, przedłużenie czasu krwawienia i zmniejszenie krzepliwości krwi. Te dane o stanie krwi w zatruciu benzolem, a zwłaszcza leukopenia i neutropenia, jeszcze do niedawna uchodziły za niewzruszony pewnik i za najważniejsze ogniwo w rozpoznaniu. Pierwsza wniosła do tej sprawy pewne wątpliwości słynna toksykologiczka amerykańska Hamiltón w roku 1931, mianowicie przeglądając opisane w literaturze przypadki zatrucia benzolem, zwróciła uwagę, że w bardzo wielu brak pewnych danych co do zachowania się krwi, czy to podana jest liczba leukocytów, czy to erytrocytów, czy to brak wzoru krwi itd. Dwa lata później, bo w r. 1933 ogłosił swą pracę uczony holenderski Lignaac. Badania jego rzuciły zupełnie nowe światło na możliwości działania benzolu na krew. Mianowicie, wprowadzając myszom pod skórę w ciągu 7 lat co tydzień niewielkie dawki benzolu, otrzymywał u nich białaczkę limfoblastyczną, myelosis, mięsak chłonny Kundraa, aleukemię itd., tj. zamiast aplazji lub hipoplazji szpiku kostnego — hiperplazję. Ze to nie był przypadek, może świadczyć fakt, że ani u jednej z 1466 myszy, zmarłych śmiercią naturalną, nie stwierdzono białaczki. Również i Szilowa (cytowana u Mytnika), wprowadzając królikom pod skórę 0,05 — 0,1 cm³ benzolu na 1 kg wagi

w ciągu 11—15 miesięcy, otrzymywała zamiast leukopenii — leukocytozę, wzrost liczby płytek i hiperplazję szpiku kostnego. Prace te przeczą istniejącym dotąd zapatrywaniom na jednostronne działanie benzolu, wyrażające się w agranulocytozie i aplastycznej anemii. Okazuje się, że benzol może działać również i pobudzająco na tkankę krwiotwórczą. I w zależności od sposobu działania jego otrzymujemy raz anemię aplastyczną, innym razem leukocytozę, białaczkę lub białaczkę rzekową, czy też jaką inną postać schorzenia krwi. Spostrzeżenia kliniczne potwierdziły te doświadczenia i w czasach ostatnich notujemy, choć, jak dotąd jeszcze rzadko, nietypowe przypadki zatrucia benzolem. Spornym jedynie pozostaje, co tu działa: czy sam benzol, czy jego domieszki, czy indywidualny odczyn organizmu. Tak Sosnowik przypuszcza, że różnorodność obrazu krwi zależna jest od działania całego zespołu węglowodorów (benzol + domieszki), a przewaga w zespole tego, czy innego składnika (nie przesadzając który) wywołuje taki, a nie inny obraz krwi. Carozzi uważa, że we wczesnych okresach zatrucia, benzol wywołuje podrażnienie narządów leukotwórczych z krótkim okresem leukocytozy. Nie byłoby to jednak zgodne ze spostrzeżeniami klinicznymi wielu innych autorów. Mytnik widzi przyczynę w indywidualnych różnicach organizmu, a zwłaszcza jego aparatu krwiotwórczego. Na ostatnim międzynarodowym kongresie wypadków i chorób zawodowych (Frankfurt, wrzesień 1938) sprawę tę poruszyli Penati i Vigliani, wedle których przewlekłe wdychanie benzolu w małych dawkach wywołuje formy hemopatyczne, które mogą być połączone pod nazwą myelopatii benzolowych, ponieważ dominują w nich następstwa bezpośrednie zmian szpikowych. Myelopatie, wedle swego wyglądu kliniczno-hematologicznego, mogą być uważane za: myelopatie aplastyczne, pseudo-aplastyczne lub pseudo-leukemiczne (białaczka benzolowa). Według Viglianiego, benzol posiada bezpośrednią zdolność wywoływania białaczki. P. E. Weil uważa, że benzol może wywoływać

wedle dawki i wrażliwości osobniczej bądź procesy aplastyczne (niedokrewność złośliwa, stany krwotoczne), bądź procesy hiperplastyczne (białaczka limfatyczna lub szpikowa). Jak z tego wszystkiego widać, zagadnienie czynnika, decydującego o tej czy innej postaci zmian hematologicznych w zatruciu benzolem, jest jeszcze w dużym stopniu niejasne.

Duvoir zwraca uwagę, że formy lekkie zatrucia benzolem spotykamy najczęściej w fabryce. Obok zaburzeń w trawieniu i neuro-psychicznych stwierdza się lekką niedokrewność ze skłonnością krwotoczną. Klinicznie błądność powłok i śluzówek oraz lekką duszność wysiłkową. We krwi zauważa się zmniejszenie liczby krwinek i neutropenię. W szpitalu spotykamy zwykle formy ciężkie, przebiegające najczęściej w postaci zespołu niedokrewno-krwotocznego nieraz łącznie z zespołem nerwowym na tle niedokrewności. Rzadko spotykamy się z zespołem leukemicznym.

Zatrucie benzolem a płęć. Zagadnienie wrażliwości kobiet na zatrucie benzolem jest szczególnie ważne ze względu na wielką liczbę kobiet, pracujących w tych działach (aczkolwiek ustawodawstwa wielu krajów czynią w tym względzie pewne ograniczenia). Do niedawna jeszcze panował w tej sprawie pogląd, że kobiety są szczególnie wrażliwe na działanie benzolu i specjalnie łatwo ulegają temu zatruciu. Tak Hogan i Schrader oraz Meda uważają, że szczególnie wrażliwe są kobiety ciężarne. Loewy podkreśla podatność kobiet do zatrucia benzolem i powinowactwo sfery płciowej kobiecej do benzolu. Dziś pewność tych twierdzeń jest już mocno zachwiana. Jeżeli w niektórych dziedzinach przemysłu zapadają wyłączenie, czy też prawie wyłącznie kobiety, to należy zawsze zwrócić uwagę, czy w danej dziedzinie nie pracują właśnie wyłącznie, czy też prawie wyłącznie kobiety. Inna rzecz, że niebezpieczeństwo krwawień macicznych u kobiet, zatrudnionych przy benzolu, jest niewątpliwe, tak samo, jak oczywiste jest, że niebezpieczeństwo to jest większe u ciężarnych, ale nie jest to jeszcze dowodem, że kobiety są wrażliwsze na działanie benzolu od mężczyzn. Względna częstość zatruc przewlekłych u kobiet jest niewiększa, niż u mężczyzn, ale w zatruciu u kobiety możemy zawsze oczekiwać krwawień macicznych, co, zwłaszcza u kobiet ciężarnych, może wpływać niepomyślnie na dalszy przebieg ciąży. Zanger zwraca uwagę, że wiele kobiet, zatrutych benzolem, leczonych jest wyłącznie ginekologicznie na krwawienia. Nierozpoznanie istotnej przyczyny tego zjawiska może nieraz być nawet przyczyną śmierci.

W czasach ostatnich niektórzy autorzy podnoszą indywidualne różnice w częstości poszczególnych objawów zatrucia między kobietami i mężczyznami: Jagick-Khaum znajdowała u kobiet częściej niedokrewność, u mężczyzn — leukopenię. Podobnie Weil, Perles i Aschkenazy stwierdzali u kobiet częściej niedokrewność i eozynofilię, u mężczyzn — przedłużenie czasu krzepnięcia krwi, zaburzenia o typie hemofilicznym i leukopenię.

Rozpoznanie: Skoro wiadomo, że robotnik narażony jest na działanie benzolu, bóle głowy, zawroty, duszność (która często zmusza robotnika do przerwy, a duszność, są to ważne objawy ostrzegawcze. Dla form podostrych i przewlekłych zatrucia charakterystyczne są krwawienia do skóry, z nosa; u kobiet menorrhagia, stan krwi, zabarwienie czerwono-wiśniowe śluzówek i brak sinicy. Badanie krwi, wykazujące zmniejszenie krzepliwości i leukopenię neutrofilną, to,

jak pisze Carozzi, rzecz najcenniejsza w rozpoznaniu wczesnym, dodając do tego następującą charakterystyczną uwagę, „lecz lekarz doświadczony nie oprze się tylko na tym“. Na czym więc ma oprzeć się lekarz w stawianiu tak ważnego rozpoznania wczesnego? Piśmiennictwo lekarskie w czasach ostatnich wciąż przynosi nam w tej dziedzinie nowe projekty, próby i sposoby. Tak Kacman uważa za wczesny objaw *gingivitis*, Nikulina i Titowa małopłytkowość, która ma występować przed niedokrewnością, rozwija się równoległe do niej, lecz jest objawem stalszym. Szereg innych autorów (Vigliani i Giannini, Wayt, Schrenk i Patty), opierając się na badaniach Yanta, Schrenka, Sayersa, Horvatha i Reinhardta, że produkty rozkładu benzolu wydzielają się z organizmu w postaci związków z kwasem siarkowym, uważają, że pod działaniem benzolu zawartość w moczu nieorganicznych kwasów siarkowych powinna zmniejszać się, a organicznych powiększać. Zmiany w moczu mają występować przed innymi. Próbę tę niektórzy autorzy w odpowiedni sposób modyfikują.

Borman uważa, że w zatruciu benzolem, i to proporcjonalnie do stopnia ciężkości jego, zmniejsza się we krwi % zawartość witaminy C, Friemann znowu stwierdzał deficyt witaminy C w moczu, Hagen twierdzi, że zmniejszenie zawartości witaminy C w moczu występuje jeszcze przed zmianami we krwi. Weil, Perles i Aschkenazy stosowali nakłucie mostkowe z następnym wykonaniem myelogramu, który wykazuje wyraźną skłonność szpiku do aplazji, u mężczyzn nadto często odczyn limfoidalny.

Zaden jednak z wyżej podanych sposobów nie zyskał sobie jeszcze pełnych praw obywatelstwa, toteż rozpoznanie wczesne zatrucia benzolem wciąż jeszcze należy do rzeczy nie zawsze łatwych. Mytnik zwraca uwagę, że skargi subiektywne mają tylko względne znaczenie dla rozpoznania wczesnego, badanie kliniczne jest zwykle niecharakterystyczne. Najważniejszym objawem jest stan krwi.

Reasumując, możemy powtórzyć za Hausserem, Molitorem i Arnoldsonem: objawy kliniczne zatrucia benzolem są późne, zwodne i niestałe. Jediną wartość bezsporną posiada tylko badanie krwi. Dodajmy do tego wielką wagę wywiadu (styczność z benzolem), który często w przypadkach wątpliwych przy różnicowaniu przechyla szalę na rzecz rozpoznania zatrucia benzolem.

Rozpoznanie różniczkowe: Plamica Werlhofa nie daje charakterystycznych zmian ze strony krwi białej. W agranulocytozie nie mamy trombopenii i skazy krwotocznej, a w większości przypadków, jak twierdzi Matthes, nie ma również i niedokrewności. Przeciwno niedokrewności złośliwej przemawia, według Mytnika, brak charakterystycznych objawów ze strony krwi czerwonej: nadbarwliwości (hiperchromia) i zjawiska silnej hemolizy oraz brak zapalenia języka (*glossitis* Huntera). Dla zatruc nitropochodnymi benzolu charakterystyczna jest sinica warg, koniuszków palców, nosa, uszu i śluzówek.

Leczenie. Podstawowym warunkiem wszelkiego leczenia jest usunięcie chorego spod działania benzolu. W bardzo lekkich przypadkach wystarcza to, co potwierdziły niedawno badania Jagick-Khaum z Wiednia. Sosnowik często stwierdzał już po samym usunięciu z pracy subiektywną poprawę stanu ogólnego, powrót do normy łaknienia i snu, zanik róż-

nych przykrych uczuć i szybki wzrost wagi. W ogólności wskazane jest pożywienie, obfitujące w tłuszcz i witaminy, stosuje się żelazo, wyciągi z wątroby i śluzówki żołądka, obfite podawanie witaminy C, przeczyszczenie krwi. *Freidemann* zaleca naświetlanie nasad kości długich dawkami drażniącymi promieni *Roentgena*. *Vigliani* zaleca preparaty jądrowe (nukleotydy). Natomiast zalecana przez autorów amerykańskich splenektomia nie spotkała się z uznaniem w Europie, jako zabieg zbyt ryzykowny, a nawet i szkodliwy (*Th. Naegeli, Denecke, Vigliani*).

Rokowanie. Oględne. Wyleczenie możliwe jest bez następstw lub z następstwami, często przewlekłymi. Przypadki ciężkie, a nawet i lekkie, o przebiegu zaciągającym się, mogą dać zejście śmiertelne. *Duvoir* uważa, że spadek leukocytów już do 1.200 daje rokowanie bardzo złe.

Zapobieganie. *Stassens* domaga się, by wreszcie rozstrzygnąć zasadniczo, czy benzol jest istotnie nie do zastąpienia.

Tam, gdzie to jest możliwe, benzol powinien być zastąpiony przez substancje nieszkodliwe lub mniej trujące (nafta, benzyna), względnie należy zmniejszać jego zawartość procentową. Używanie benzolu winno odbywać się w warunkach, uniemożliwiających przedostawanie się pary do powietrza zupełnie lub możliwie

tylko w ilościach minimalnych (hermetyzacja procesów roboczych, mechanizacja, wentylacja). Robotnicy mogą być dopuszczeni do pracy z benzolem tylko po uprzednim badaniu lekarskim. Przeciwwskazaniem są gruźlica, choroby krwi, nerek, zaburzenia w układzie dokrewnym itd. (Badania *Sosnowika* wykazały, że u cierpiących na inne choroby, pod działaniem benzolu, zauważa się narastanie objawów cierpienia zasadniczego, pogorszenie stanu ogólnego, wyczerpanie nerwowe, wychudnięcie i sub- lub dekomensację cierpienia zasadniczego). *Hausser* uważa, że przebycie zatrucia benzolem jest przeciwwskazaniem do dalszego podejmowania pracy z nim. Robotnicy winni znajdować się pod stałym nadzorem lekarskim i poddawani systematycznemu badaniu krwi. Jako zasada praca z benzolem winna być tylko czasowa w okresowym przenoszeniem tam, gdzie to jest możliwe, do innych robót. *Stassens* domaga się obok stosowania środków higieny osobistej, zakazu mycia rąk benzolem (szoferzy). Wreszcie należy przypominać zarówno robotnikom, jak i pracodawcom, że benzol jest łatwo palny, a tym samym grozi niebezpieczeństwem wybuchu i pożaru.

Ustawaodawstwo polskie. Wykaz chorób zawodowych (patrz *Warsz. Czas. Lek. NN 27—30 r. 1938*) obejmuje również i zatrucie benzolem i jego pochodnymi, które podlegają zarówno obowiązkowemu zgłaszaniu jak i obowiązkowi ubezpieczenia.

Oceny książek.

ROTSTADT Julian. Choroba Heine-Medina (Poliomyelitis anterior acuta) jako zagadnienie wodolecznicze. Warszawa 1939.

Autor, kierownik oddziału fizykoterapeutycznego jednego z większych szpitali stołecznych miejskich, zamierzając podzielić się z kolegami swoim wieloletnim doświadczeniem terapeutycznym w obszernym podręczniku hydroterapii, uważał za stosowne jeden, teoretycznie ciekawy, a praktycznie ważny rozdział omówić bliżej w specjalnej broszurze: hydroterapię w porażeniu dziecięcym, gdzie wodolecznictwo na pierwszy wysuwa się plan w różnych choroby okresach. Trzeba było pokonywać znaczne trudności — mówi autor, — aby z całością złożonej terapii poszczególnych chorób wyodrębnić rolę wodolecznictwa i uwypuklić wybitne znaczenie jego w zwalczaniu objawów klinicznych ostrych i przewlekłych. Słusznie ostrzega *Rotstadt* przed pesymizmem właśnie w leczeniu wodą: albowiem i po 6-ciu tygodniach i po roku, a niekiedy i po dłuższym okresie czasu, wciąż jeszcze wraca i wzmocnić się może sprawność, prężność włó-

kien w poszczególnych pęczkach mięśni jednoznacznych w ruchu, wzgl. i całych mięśni pojedynczych tej lub innej grupy zginaczy lub rozginaczy zrazu łącznie niedowładnych. Należy w możliwość tego wierzyć i umieć na to czekać! Broszurka, uwzględniająca i polskie piśmiennictwo, zasługuje na uważne przeczytanie.

H. Higier

Dr J. OBERHOLZER. Röntgendiagnostik der Gelenke mittels Doppelkontrastmethode. Stron druku 128, ilustracji 134, nakładem *Georg Thieme, Leipzig 1938*.

Autor podaje wyniki wypełnienia stawu biodrowego, łokciowego i barkowego jednocześnie *Abrodilem* i filtrowanym tlenem. Do wypełnienia służy specjalny aparat, skonstruowany wedle wskazówek *Birchera*. Na całym szeregu bardzo dobrych obrazów autor demonstruje anatomie tych stawów oraz szereg obrazów chorobowych (w stawie kolanowym: uszkodzenie łąkotek i więzadeł krzyżowych, choroba *Hoffy*, uszkodzenia chrząstkowo-kostne).

Dr. B. Kryński.

Wskazówki praktyczne.

W 125 przypadkach operacyjnie traktowanych schorzeń urologicznych stosował *Lorenz* dożylną *narkozę sennarkolową*. Wiek chorych wynosił od 19 do 72 lat, czas trwania zabiegów wahał się od 15 do 90 minut, a ilości zużytego *Sennarcolu* wynosiły 3,5 — 15 cm³ 10%-owego roztworu. Z doświadczeń swoich nad tego typu uspianiem jest autor zadowolony, podkreślając przy tym specjalnie dobre wyniki, uzyskane u ludzi starszych i wyniszczonych. Materiał operacyjny obejmował stosunkowo dużą liczbę przypadków usunięcia nerek gruźliczych (39) oraz wyłuszczenia gruczołu krokowego (24). (*Med. prakt. 1938. Nr 18*).

Dr *Olenderczyk*.

K. Heden poleca w leczeniu wrzodów goleni maść insulinową. Spośród 32 tą maścią leczonych chorych wyzdrowiało 20, trzech było prawie wyleczonych, 5 doznało poprawy, 4 pozostało bez zmiany. Długość trwania kuracji odpowiada rozmiarom

owrodzenia. Ubocznych objawów nie spostrzegano. Maść zawiera 10 do 40 jednostek insuliny na 1 gram. Dłuższe przechowywanie maści nie wpływa na nią ujemnie. (*M. m. W. 1938 Nr 24*).

P. Ginzburg otrzymał dobre wyniki leczenia rzeżączki kobiecej zastrzykiwaniami domięśniowymi 1% roztworu *Ovocytyny*. W krótkim czasie uzyskano wyleczenie zarówno ostrej, jak i przewlekłej rzeżączki. Bóle i nacieki ustępują szybko. Rozmazy w krótkim czasie były wolne od gonokoków. (*Akusz. i Ginek. 1936. Nr 91*).

Winy kamień (Antimonium) stosuje *Derkač* w jaglicy ostrej w postaci *Neb-Kibosanu* lub *Fuadinu* obydwa w zastrzykiwaniach domięśniowych lub dożylnych. (*Monatsbl. Augenhk. T. 101. Z. 9*).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 4 października 1938 r.

Obecnych czł. T-wa 35, gości 46.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 m. 7.

1. Odczytany protokół z dnia 20 września przyjęto.

Część kliniczna.

2. Tadeusz Ciombor omawia przypadek guza nowotworowego poprzeczny. (Streszczenie własne).

W marcu b. r. zgłosiła się do naszego oddziału chora F. W. lat 54 ze skargami na częste wzdęcia brzucha oraz zaparcia stolca. Objawy te datują się od kilku miesięcy i stopniowo nasilały się. Na inne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego nie uskarża się, natomiast zwróciła uwagę, iż w przeciągu kilku ostatnich tygodni zaczyna tracić na wadze. Poza tym wywiady bez znaczenia. Stan obecny: chora budowy prawidłowej, odżywienie upośledzone, ciepłota 36,6, tętno 80 na minutę. Płuca nie przedstawiają zmian opukowo, jak również wysłuchowo. Serce w granicach prawidłowych, tony nieco głuche. Jama brzuszna prawidłowo równomiernie wysklepiona i ruchoma. Nad całą jamą brzuszną wypuk bębenkowy. Wątroba i śledziona nie wyczuwa się. Badając esicę i zstępnicę, wyczuwa się jej wyraźnie w kształcie wałków grubości 2 poprzecznych palców, bolesności nie stwierdzono. Poprzeczny badaniem nie wyczuwało się, natomiast tuż przy pępku po stronie lewej stwierdzono guz wielkości małej mandarynki, twardy, nierówny, wyraźnie odgraniczający się od otoczenia, ruchomy we wszystkich kierunkach i nieco bolesny. Badania dodatkowe: morfologia krwi wykazała stosunki prawidłowe, w stolcu próba na krew utonąłą wypadła ujemnie, zdjęcie rentgenowskie przewodu pokarmowego z wlewką barytową przez odbytnicę wykazało upośledzenie drożności światła poprzeczny, mniej więcej w środku jej przebiegu. Wynik wywiadów i badań (wzdęcie brzucha, obecność guza, badanie rentgenowskie, chudnięcie chorej) skłonił nas do rozpoznania nowotworu złośliwego okrężnicy. Przeciwno guzowi nowotworowemu przemawiało nietypowe umiejscowienie na przebiegu poprzeczny. Wobec powyższych danych po odpowiednim przygotowaniu chorej przystąpiono do zabiegu operacyjnego (docent Rutkowski). W uśpieniu Sennarcoleem z dodaniem pod koniec zabiegu operacyjnego narkozy inhalacyjnej eterowej, cięciem J. A. Guiera lewostronnym otwarto jamę brzuszną. Po wyłonieniu poprzeczny stwierdzono na jej przebiegu mniej więcej po środku guz wielkości mandarynki, twardy, o nierównej powierzchni, związany ze ścianą kiszki. W krezce stwierdzono obecność powiększonych gruczołów limfatycznych niezbyt twardych. Dokonano rezekcji poprzeczny na przestrzeni ok. 40 cm. wraz z odcinkiem krezki, w której znajdowały się powiększone gruczoły limfatyczne, po czym założono zespolenie końcowe i szew warstwowy powłok, zamykając jamę brzuszną na głucho. Guz w całości wraz z usuniętą częścią poprzeczny i jej krezką odesłano do zbadania do Zakładu Anat. Patolog. U. J. P. Badanie anatomo-patol., wykonane przez p. Dr Chodkowską, stwierdziło, że w części środkowej guza tkwi ość, dookoła niej zaś są tkanki wytworzone w przebiegu przewlekłego procesu zapalnego. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, gojenie postępowało przez rychłozrost, po 2 tygodniach zdjęto szwy, po 3 tygodniach chora została wypisana jako wyleczona. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na to, że przebieg kliniczny oraz wynik badań (obecność guza, zdjęcie rentgenowskie) przemawiały za rozpoznaniem guza nowotworowego, dokonany zaś zabieg operacyjny oraz badanie anat.-patol. wykazało stan istotny. Pochodzenie guza w naszym przypadku jest jasne: chora połknęła rybią ość, ość przebiła ścianę poprzeczny, dookoła zaś ości wytworzył się przewlekły stan zapalny, który dał początek rzekomemu guzowi nowotworowemu.

W dyskusji:

Kol. Jerzy Rutkowski, czł. T-wa, nawiązując do pokazu kol. Ciombora, wspomina o przypadku, w którym połknięta igła przebiła żołądek i przedostała się do torby sieciowej (*bursa omentalis*), skąd ją wydobyto — chora wyzdrowiała. J. R. pokazuje rentgenogram chorej ze znacznym zwężeniem odcinka esicy, gdzie wszelkie dane przemawiały za obecnością nowotworu, otwarcie jamy brzusznej wykazało jedynie zrosty w obrębie esicy i zbliznowacenie krezki. Zabieg operacyjny polegał na uwolnieniu kiszki ze zrostów i przecięciu blizn — dolegliwości ustąpiły. J. R. wspomina jeszcze o dwóch identycznych przypadkach, zwracając uwagę na możliwość podobnych omyłek rozpoznawczych.

Część odczytowa.

3. Kol. Włodzimierz Mikułowski, czł. T-wa wygłasza odczyt pod tytułem „Badania doświadczalne: biologiczne i histopatologiczne nad rolą witaminy C w przebiegu zatrucia błoniczego u świnki morskiej“ (z pokazami).

W rozczynach witaminy C 0,5% — 10% w soli fizjologicznej zasiewano bakterie błonicze z 12—24 godzinnych hodowli, wstawiano je do cieplarki i w określonych odstępach czasu przesiewano je na odpowiednich podłożach. Zawartość witaminy C w zawiesinie była oznaczana na początku i na końcu doświadczenia za pomocą 0,01 n. roztworu jodu.

Witamina C działa bakteriobójczo na pałeczkę błoniczą w rozcieńczeniu 2% i wyższym przy pH ośrodka 4,7 do 7,3. Równocześnie i równoległe pałeczka błonicza, bądź żywa, bądź zabita przez ogrzanie, ma zdolność niszczenia witaminy C. Nie zauważono, aby istniała korelacja między stopniem chorobotwórczości danego szczepu błoniczego dla człowieka a między stopniem i szybkością zahamowania wzrostu bakterii błonicy lub stopniem i szybkością zniszczenia witaminy C w ich wzajemnym zetknięciu ze sobą. Nie zauważono zmian morfologicznych w ciele pałeczek błonicy, wystawionych na działanie witaminy C. Świnki, zatrute podwójną dawką śmiertelną toksyny błoniczej (2 d. m. l.), giną w 100% w czasie od 30—72 godzin. Waga ich ciała ulega obniżeniu o 13%. Waga nadnerczy powiększa się i stosunek wagi nadnerczy do wagi ciała wzrasta. (Przeciętnie 1 : 993, gdy u zwierząt normalnych 1 : 2159). Zawartość kwasu askorbinowego nadnerczy obniża się (przeciętnie 88,4% poniżej normy). Zawartość kwasu askorbinowego w wątrobie, jądrze, jajniku, mózgu, jelicie cienkim, nerce i mięśniu uda obniża się (przeciętnie 50% — 66% poniżej normy). Podwójna dawka śmiertelna toksyny błoniczej (2 d. m. l.), zmieszana z różnymi dawkami zubożonej witaminy C *in vitro* (Redoxon), wstrzyknięta śwince morskiej, obniża jadowitość wobec zwierząt. Na 20 świnek tak zatrutych 5 padło, 15 pozostało przy życiu. Druga seria 20 świnek, w ten sposób zatrutych, była w różnych odstępach czasu zabijana i również wykazywała tendencję do dłuższego przeżycia. Ubytek na wadze ciała był nieznaczny. Zawartość kw. askorbinowego w nadnerczy i w innych narządach przedstawiała odchylenie 52% poniżej normy. Witamina C, wstrzyknięta świnkom równocześnie, ale osobno w drugą stronę brzucha *in vivo* — z podwójną dawką śmiertelną toksyny błoniczej (2 dml.) zwiększa tylko nieznacznie odporność zwierząt na zatrucie. Zwierzęta wykazywały w 10% zdolność przeżycia 8—10 dni. Obniżenie zawartości kw. askorbinowego w nadnerczy i w innych narządach było podobne, jak u zwierząt kontrolnych, zatrutych toksyną (2 dml.). Świnki, które przez okres 8 dni nasycano dużymi dawkami witaminy C, padły w przeciągu 48 godzin po zatruciu podwójną śmiertelną dawką toksyny błoniczej. Próba wywołania uodpornienia świnek na zatrucie małą dawką toksyny błoniczej (1/50 — 1/500 dml doskórnie), po uprzednim nasycaniu ich przez 8 dni z rzędu różnymi dawkami witaminy C, wypadła słabo dodatnio. Odczyny skórne były mniej intensywne, niż u świnek kontrolnych.

Świnki, którym wstrzykiwano podskórnie małą dawkę zubożonej witaminy C (5 mg), zmieszanej z małą dawką toksyny błoniczej (1/3 dml.), wykazywały znacznie większą tolerancję wobec trującego działania małej dawki toksyny, niż zwierzęta kontrolne. Zawartość kwasu askorbinowego w nadnerczy i w innych narządach była u świnek tej grupy obniżona, ale w mniejszym stopniu, niż u zwierząt kontrolnych.

Badania histologiczne nadnerczy świnek morskich kontrolnych, zatrutych jadem błoniczym (2 dml), wykazywały we wczesnym okresie zatrucia w 70% obecność znacznych zmian zmartwiających w komórkach istoty korowej, w 30% obecność drobnych zmian poczynających się martwienia. Badanie histologiczne jest więc bardzo cennym, ale nie bezwzględny i jedynym kryterium dla oceny stopnia zatrucia błoniczego we wczesnym okresie.

Badanie histologiczne nadnerczy świnek, którym wstrzykiwano zubożoną witaminę C w różnych dawkach zmieszanej *in vitro* z toksyną błoniczą (2 d. m. l.), stwierdzały w 40% znaczne martwienie, 20% — rozpoczynające się martwienie i w 40% brak zmian chorobowych.

Badanie histologiczne nadnerczy świnek morskich, którym jednocześnie ze wstrzyknięciem toksyny błoniczej (2 d. m. l. w jedną stronę ściany brzusznej) wstrzyknięto witaminę C w różnych dawkach *in vivo* (w drugą stronę ściany brzusznej) — wykazywało w 50% dużą martwicę w istocie korowej, w 40% mniejszą, w 10% — brak zmian.

Witamina C w dawce 5 mg, zmieszana *in vitro* z małą daw-

ką toksyny błoniczej (1,3 d. m. l.), wstrzyknięta świnkom morskim, zabijanym w odstępach od 24 godz. do 168 godz., wywierała swój wpływ hamujący na obraz mikroskopowy nadnerczy. Zmiany zwyrodniające w istocie korowej nadnerczy były mniej częste i mniej intensywne, niż u zwierząt kontrolnych. Objaw zagęszczenia jąder występował rzadziej i mniej intensywnie. Toksynie błoniczej w małej dawce (1/3 d. m. l.) przypada rola jadu jądrogubnego (Dustin) wobec komórek istoty korowej nadnercza. Witamina C nie ma tego działania.

Z określenia zawartości kwasu askorbinowego w nadnerczach zwierząt, zatrutych toksyną błoniczą (2 d. m. l.) samą lub z dodatkiem witaminy C *in vitro* albo *in vivo*, wynika, że istnieje korelacja między ciężkością zmian histologicznych w istocie korowej, a zawartością kw. askorbinowego w nadnerczach. Na ogół znacznemu martwieniu odpowiadało znaczne obniżenie zawartości kw. askorbinowego w nadnerczu. To samo tyczy się zwierząt, zatrutych małą dawką toksyny błoniczej (1/3 d. m. l.) samej lub zmieszanej z witaminą C (5 mg). Określenie zawartości kw. askorbinowego w nadnerczach stanowi metodę pomocniczą dla oceny stopnia zatrucia jadem błoniczym zwierzęcia w tych przypadkach, gdy badanie histologiczne nadnercza zawodzi.

Wyniki badań doświadczalnych nad wpływem witaminy C na obraz anatomiczny nadnerczy w przebiegu zatrucia błoniczego u zwierząt nie mogą stanowić zasadniczego precedensu dla wniosku praktycznego na temat leczenia błonicy u dzieci. Mogą jedynie inspirować lekarzowi potrzebę szukania metod ogólnoleczniczych błonicy poza metodą swoistą antytoksyczną (a więc zastosowanie wyciągu kory nadnercza z dodatkiem witaminy C lub tp.).

Referat uzupełniono pokazami przezroczy i preparatów mikroskopowych.

W dyskusji: Kol. Borkowski podaje, że bada w klinice dermatologicznej U. J. P. działanie kwasu askorbinowego na chorych na gruźlicę skóry. Śledząc piśmiennictwo z tej dziedziny, odniósł wrażenie, że na niektóre pytania mające związek z praktycznym zastosowaniem w leczeniu kwasu askorbinowego już można odpowiedzieć. Ramberg i Wendt w roku 1935 w pierwszych swych próbach nad działaniem kwasu askorbinowego uzyskali dobre wyniki. Procent śmiertelności w błonicy przy zastosowaniu leczenia witaminą C był znikomy. Ostatnie doniesienia w „Klinische Wochenschrift“ obalają te wyniki. Opierają się one na 90 przypadkach błonicy, które podzielono na dwie grupy, przy czym w pierwszej grupie chorych podawano wyciągi z nadnerczy i witaminę C. W obu grupach procent śmiertelności był ten sam. Prowadzono również badania na świnkach morskich. Jednej grupie świnek wstrzykiwano podwójne dawki śmiertelne błonicy plus witaminę C i hormon kory nadnerczy, drugiej wstrzykiwano samą błonicę. Śmiertelność w obu grupach świnek była jednakowa; przytem przekonano się, że działanie witaminy C i hormonu kory nadnerczy objawia się wówczas, gdy witamina krąży we krwi; z chwilą, gdy zostanie zatrzymana w tkankach, jest bezowocna. Według ostatnich doniesień z literatury gruźlica atakuje osoby, które mają hipowitaminozę C. Występuje najczęściej w tej porze roku, w której mamy do czynienia z hipowitaminozą pokarmową np. na wiosnę, kiedy ilość witamin w pokarmach jest najmniejsza. Ostatnie badania histologiczne wykazały, że w miejscu, w którym usadawiają się prątki gruźlicy, skupia się witamina C, jak gdyby starała się je zniszczyć. Prace te mają duże znaczenie praktyczne, o ile, oczywiście, wyniki ich okażą się istotne. Wydaje się, że stoimy w przededniu wprowadzenia nowego środka do terapii gruźlicy.

Kol. Słonimski, czł. T-wa podaje, że z zagadnieniem tym spotkał się w pracach swoich nad tworzeniem się krwinek czerw. i melanoforów. Porusza sprawę utleniania się kwasu askorbinowego, który łatwo zamienia się na dehydroaskorbinowy. Aby uniknąć utleniania się kwasu askorbinowego szereg autorów dodaje glutation. Następnie zaznacza, że inni autorzy pracowali nad wpływem kwasu askorbinowego na zarzek błonicy, jednak prelegent nie wspominał o tych pracach (streszczenie tych prac ukazało się w Warsz. Czasop. Lek.). W wykrywaniu obecności kwasu askorbinowego w komórkach lepsza jest modyfikacja Tonnutiego.

3. Pokaz filmu naukowego, dźwiękowego pod tyt. „Krew“.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 m. 45.

Sekretarz Doroczny:

Michał Zabczyński.

Prezes:

Marian Grzybowski.

Posiedzenie z dnia 18 października 1938 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-tej min. 15.

Obecnych: członków 33, gości 30.

1. Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Część kliniczna.

2. Kol. Jerzy Rutkowski, czł. T-wa wygłosił odczyt pt. *Wielorakie złamanie jedenastu żeber u 72-u letniego chorego. Wyleczenie.* (Streszczenie własne).

Chory W. W. lat 72 spadł dnia 27 maja 1936 r. z rusztowania budowlanego z wysokości 1-go piętra na twardą ziemię. Przytomności nie stracił, wystąpiła duszność, przy każdej próbie głębszego wdechu uczuwał ostry ból, miał wrażenie, jak gdyby zebra jego po stronie prawej kłuły płuco. Podczas badania stwierdzono objawy odmy podskórnej na całej przestrzeni klatki piersiowej po stronie prawej. Cała ta połowa jest bardzo bolesna przy próbie obmacywania. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, wykonane w Zakładzie dra- M. Zaleskiego, wykazało złamanie wszystkich żeber po stronie prawej z wyjątkiem żebra pierwszego. Zebra 2-e i 12-e są pęknięte bez przemieszczenia. Zebra 8,9 i 10-e złamane są w swych odcinkach przykręgowych, zebra 3-e i 11-e w odcinkach przykręgowych i śródkowych, 4, 5, 6 i 7 w częściach przykręgowych, śródkowych i w okolicy pachowej. Ciężota chorego wynosiła 38^o, tętno 120/min. Chory odpluwa krew.

Na prawą połowę klatki piersiowej chorego założono w wydechu zachodzący za linię środkową unieruchamiający opatrunek z przylepca, nie tylko obejmujemy chorą połowę klatki piersiowej, ale zawieszony na szelkach z plastra, biegnącego przez oba barki. Opatrunek ten pozwolił choremu zaraz po założeniu na wykonywanie bez bólu głębszych wdechów. Ciężota, która w 3-im dniu od złamania podniosła się do 38,7^o, zaczęła w ciągu tygodnia powoli spadać do normy, chory czuł się coraz lepiej. Przylepiec po dwóch tygodniach został zdjęty. Chorego widziałem niedawno, ma on obecnie 74 lata, czuje się bardzo dobrze, oddycha swobodnie, na nic się nie skarża.

Złamanie naraz tylu żeber, i to niektórych z nich w paru miejscach, jest rzeczą rzadką, w wieku zaś starszym grożąca śmiertelnym powikłaniem, zapaleniem płuc. Dobre unieruchomienie, znoszące ból i pozwalające na prawidłowe oddychanie, może zapobiec temu powikłaniu. Takie dokładne unieruchomienie złamanych żeber daje stosowany przeze mnie opatrunek przylepcowy, zawieszony na barkach. W naszym przypadku odma podskórna, często wnikająca złamanie żeber, nie była niebezpieczna, gdyż nie przekraczała granic klatki piersiowej. W razie przejścia na szyję grozi ona zaduszeniem, wówczas należy powietrze wypuścić przez nacięcie skóry ponad obojczykami.

Dyskusji nie było.

II. Część odczytowa.

3. Kol. Jan Roguski, czł. T-wa wygłosił odczyt p. t. „Gospodarka wodna, chlorowa i białkowa w przewlekłej niewydolności krążenia.” (Streszczenie własne).

Na zasadzie swych badań, wykonanych w 2 Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego (Dyrektor Prof. Witold Orłowski) w 59 przypadkach przewlekłej niewydolności krążenia, 20 zdrowych oraz wielu innych. autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Przewlekłą niewydolność krążenia cechuje: a) przesunięcie wody z osocza do krwinek; b) obniżenie w osoczu zawartości albumin przy zwiększonym poziomie globulin; c) obniżenie krzywej wiązania tlenu przez hemoglobinę w odcinku płucnym.

2. Cechy te zaznaczają się wyraźnie również w wyrównanych chorobach serca.

3. Istnieją różnice pomiędzy przewlekłą niewydolnością krążenia, powstałą na tle wady serca, a niewydolnością u chorych bez wad, wyrażające się: a) niewielkim zasobem zasad i nieznacznym tylko wzrostem lub brakiem wzrostu objętości % krwinek w wadach serca, b) wyższym zasobem zasad i większą objętością % krwinek u chorych bez wad serca, co zależy od istnienia w tej grupie chorych z rozedmą i zniekształceniami klatki piersiowej, c) w miarę poprawy stanu krążenia w wadach serca następuje wzrost zasobu zasad, a u chorych bez wad — obniżenie.

4. W przeciwstawieniu do obrzęku nerkowego obrzęk sercowy jest wyraźnie hipochloremiczny i jest raczej obrzękiem komórkowym, natomiast woda w chorobach nerek jest nagromadzona w osoczu.

5. W przebiegu przewlekłej niewydolności krążenia mogą ulegać zatrzymaniu duże ilości chloru w ustroju.

6. Naparstnica jest przede wszystkim środkiem chlorkopędnym; działaniem to może się ujawnić nawet przy braku działania moczopędnego.

7. Wstrzyknięcie dożylnie przetworu naparstnicy doraźnie wywołuje wzrost zasobu zasad w osoczu. Dłużej trwające leczenie naparstnicą niewydolności krążenia u chorych z niskim zasobem zasad wywołuje wzrost zasobu zasad.

8. Wdychanie tlenu czystego lub z domieszką CO₂ wywołuje lekkie zmniejszenie się objętości krwinek.

9. Ucisk ramienia wywołuje bardzo znaczne zagęszczenie krwi kosztem utraty przez osocze wody wraz z rozpuszczonym w niej chlorem i azotem niebiałkowym, przy czym woda utraczona może zawierać białko.

10. Zastój, wywołany uciskiem, nie odtwarza warunków, panujących w przewlekłej niewydolności krążenia.

Dyskusja: a. kol. Fidler wspomina o pracach ostatniego zjazdu internistów, poświęconych patogeniezie przewlekłej niewydolności krążenia, i zaznacza, że praca kol. Roguskiego stanowi cenny przyczynek do dalszych badań w tym kierunku. 125 lat temu, kiedy właściwej anatomii patologicznej, jako nauki, nie było, cierpienia grupowano według objawów klinicznych, nie dopatrując się zmian w poszczególnych narządach. Anatomii patologicznej zawdzięczamy poszukiwania zmian w narządach krążenia w przypadkach chorób serca i objaśnienia objawów klinicznych dla poszczególnych zmian. Po wojnie światowej w pracach, poświęconych chorobom serca, zauważyć się daje wyraźna tendencja do uniezależnienia objawów klinicznych od podłoża anatomicznego, — zjawia się pojęcie przewlekłej niewydolności krążenia. Szereg prac na temat przewlekłej niewydolności krążenia był przeprowadzony w II-iej klinice chorób wewnętrznych U. J. P. Prace te potwierdziły brak cech biologicznych, któreby charakteryzowały poszczególne jednostki anatomiczne. Przewlekła niewydolność krążenia jest jednostką chorobową, nie znajdującą odbicia w obrazie anatomiczno-patologicznym. Są przypadki z dużymi zmianami anatomicznymi w sercu przy nikłych objawach klinicznych i odwrotnie. Praca kol. Roguskiego ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne, i to w tej części, która mówi o działaniu napastrnicy. Chlorkopędne działanie tego leku w przewlekłej niewydolności krążenia, zdaniem mówcy, zostało po raz pierwszy stwierdzone przez kol. Roguskiego. Napastrnica w dawkach skutecznych nie wywiera wybiórczo działania skrzepiającego na mięsień sercowy, a sięga głęboko w przemianę materii. b. Kol. Melanowski porusza zagadnienie niewydolności krążenia z punktu widzenia zainteresowań okulisty. Pracując nad zmianami dna ocznego, zauważył prelegent, iż zmiany oczne, odpowiadające tzw. *neuroretinitis nephritica seu albuminurica*, występują często przy pozornie zupełnie zdrowych nerkach. Ponieważ zmiany dna ocznego występują w identycznej formie tak przy niewydolności krążenia na tle schorzeń serca, jak i w schorzeniach nerek, prelegent zapytuje, czy na zasadzie badań kol. Roguskiego można ustanowić granice obu tych schorzeń, tj. niewydolności krążenia na tle schorzenia serca i nerek. c. Kol. Apfelbaum (streszczenie własne) podaje, że niewydolność krążenia w postaci rozwiniętej jest zespołem niezależnym od czynników etiologicznych, jest do pewnego stopnia jednostką chorobową. Nasilenie poszczególnych objawów zależy przede wszystkim od zmian fizyczno-chemicznych ustroju. Należyta ocena tych zmian jest najprostszą drogą poznania patogenyzy niewydolności krążenia. Przykładem znaczenia klinicznego badań ścisłych jest zespół niewydolności krążeniowej u osób starszych. Stwierdzony przez prelegenta w tych przypadkach wzrost zasobu zasad oraz odsetkowej zawartości hemoglobiny ma swoją kliniczną wymowę. Mechanizm zachodzących tu zmian jest następujący: wskutek złego przewietrzania płuc i utrudnienia procesów dyfuzyjnych następuje wewnętrzne zagazowanie CO₂. W celu utrzymania równowagi kwasowo-zasadowej ustrój gromadzi we krwi ładunek zasadowy. Jeżeli uwzględnić wyniki badań prelegenta w zakresie obręku krwinkowego, stanie się jasne, że powstałe na tej drodze zagęszczenie krwi, krążącej w nadmiarze, jest poważnym czynnikiem, obciążającym pracę serca. Ciekawym momentem patogenetycznym jest stwierdzenie przez autora w większości przypadków niewydolności krążenia objaw rozwodnienia krwinek. Mówca podkreśla, że zwiększenie gęstości krwi tj. objętości procentowej krwinek ma swe źródło nie tylko w ich rozwodnieniu, lecz i w zwiększeniu ilości hemoglobiny. Wytwarzana wyrównawczo w nadmiarze, podobnie jak to się dzieje podczas przebywania w górach, hemoglobina ulega przypuszczalnie przestrojeniu kompleksów białkowych, i z tego powodu krwinki brzękna. Dokładne rozejrzenie się w opracowanym przez prelegenta

materiale rzuca światło na wiele podstawowych zagadnień z zakresu przemiany materii w niewydolności krążenia. Stwierdzony przez niego obniżony przebieg krzywej wiązania tlenu w odzinku płucnym dowodzi nie tylko zaburzeń w oddawaniu CO₂, lecz w pobieraniu tlenu. Jednakże obniżenie to, zdaniem mówcy, nie wpływa na utlenianie krwi tętniczej ze względu na poziomy przebieg krzywej dysocjacji tlenu. Stany, będące w związku z zaburzeniami gazowymi, a przede wszystkim z przenoszeniem i wydalaniem CO₂, mają swoje wytłumaczenie w badaniach prelegenta z zakresu przemian jonowych. Ciężka groźna kwasica osocza jest częściowo wyrównywana przez przesunięcie chloru z osocza do krwinek. Można by tu wymienić wiele innych danych, uzyskanych w badaniach prelegenta. Kol. A. porusza tu fragmentarycznie tylko istotne czynniki fizyczno-chemicznej niewydolności krążenia, a to w celu podkreślenia, że badania ścisłe z zakresu przemiany materii otwierają szerokie horyzonty w poznawaniu patogenyzy niewydolności krążenia. d. Kol. Roguski zaznacza w odpowiedzi kol. Melanowskiemu, że na zasadzie przebadanych przypadków definitywnej odpowiedzi dać nie może. Metody badań, którymi posługiwał się przy pisaniu niniejszej pracy, są zbyt złożone, by mogły być oddane do rąk klinicyście. W odpowiedzi kol. Fidlerowi, kol. Roguski zaznacza, iż badania z zakresu chlorkopędnego działania napastrnicy były zapoczątkowane przed 20-u laty na ludziach zdrowych przez Vait i Hajmera. O przewędrozywaniu chlorków z osocza do czerwonych krwinek wspominają w swych pracach Oszaccki i Gorecki.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21-iej min. 55.

Zastępca Sekretarza Dorocznego:

Tadeusz Hinz.

Prezes:

Marian Grzybowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Zwickau z dnia 12 kwietnia 1938 r. (Med. Klin. Nr 51/1938) mówił St. Litzner o *nader cstrym zapaleniu nerek*. 26-letnia kobieta zachorowała wśród zupełnego zdrowia, wykazując złe samopoczucie, a wkrótce potem drgawki i utratę przytomności. W kilka godzin potem nastąpiła śmierć wśród objawów bardzo ciężkiej niedomogi krążenia. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego 340, 11/3 komórki, odczyn Pandyego dodatni. We krwi 8,8 mgr% kwasu moczowego, mocznik i azot resztkowy niezwiększone. Mocz nie zawierał białka, ani patologicznych składników morfologicznych. Rozpoznanie pośmiertne: ostre zapalenie nerek (postać wewnątrz włosowata), przekrwienie i obrzęk mózgu, rozszerzenie lewego serca. Dalsze spostrzeżenie dotyczyło 7-miesięcznej dziewczynki. Była ona przed obiadem nieco senna, poprawiała się jednak pod wpływem cardiazolu. W nocy wystąpiły nagle napady drgawek i utrata przytomności. W godzinę później dziewczynka nie żyła. Rozpoznanie anatomiczne: ostre zapalenie nerek (postać wewnątrz włosowata) po części z wysiękiem do torebki, przekrwienie mózgu (bez obrzęku). Oba przypadki stanowią typowe przykłady nader ostrej postaci przebiegu rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek, która różni się od ostrego zapalenia nerek nagłym występowaniem wśród zupełnie dobrego samopoczucia, bardzo ciężkim stanem chorobowym z utratą przytomności i drgawkami i zejściem śmiertelnym w ciągu kilku godzin lub dni, wobec którego stoimy dotąd zupełnie bezsilni. Czasami obrzęk ten poprzedza nieswoisty okres wstępny z kaszlem, katarą lub bólami brzucha z wymiocinami lub biegunką. W większości przypadków rozpoznaje się udar sercowy, zapalenie mózgu lub zatrucie. Również badanie pośmiertne nie zawsze wykrywa natychmiast zapalenie nerek. Ponieważ może nie być naciśnienia, ani białkomoczu, nie myśli się o nim za życia. Rzucawka na za tło obrzęk mózgu, często jednak stwierdza się tylko przekrwienie, włosowate krwawienia do mózgu lub nawet zupełny brak zmian w mózgu, a zatem wystarczają już czynnościowe zaburzenia ukrwienia, by wywołać utratę przytomności i drgawki. Ma się tutaj, zdaniem prelegenta, do czynienia z ogólnym uszkodzeniem naczyń z zaburzeniami ukrwienia mózgu, serca i nerek, które występuje najczęściej u dzieci i młodych ludzi (nie widziano chorych w wieku powyżej 40 lat).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Opieka higieniczno-lekarska w szkołach powszechnych Warszawy a Ośrodki Zdrowia. *)

Podał

Prof. h. Uniw. S. B. Dr Jan SZMURŁO (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 7)

W tak celowo, zgodnie i z dobrymi wynikami pracującej organizacji opieki zdrowotnej na terenie szkolnictwa miejskiego Zarząd Miejski po 15 latach działalności Sekcji Higieny Szkolnej przeprowadza gruntowną reformę. Sekcja Higieny Szkolnej przy Wydziale Oświaty i Kultury zostaje skasowana, przy Wydziale Służby Zdrowia zostaje utworzony referat higieny szkolnej, prowadzący dział statystyczny, odbierający miesięczne raporty lekarzy naczelnych O. Z. sporządzane przez higienistki szkolne i biorący poza tym bardzo słaby udział w działalności lekarzy szkolnych, ci zaś wraz z higienistkami szkolnymi zostają oddani pod kierownictwo lekarzy ośrodków zdrowia. Jako pobudkę takiego kroku Sekcji Opieki Zdrowia Dr S t y p u ł k o w s k i, autor pracy pt. „Organizacja i Administracja Wielkomiejskiego Ośrodka Zdrowia“ podaje w niej następujące usprawiedliwiające uwagi. „Szczegółowy przegląd programu pracy lekarza szkolnego i higienistki szkolnej wyjaśnił, że działalność ich na terenie wyznaczonych szkół w znacznym stopniu ma charakter pracy lekarza sanitarnego i kontrolera sanitarnego. Powstała stąd myśl powiązania pracy lekarza szkolnego i higienistki szkolnej z pracą instytucji macierzystej (dla kogo, boć nie dla higieny szkolnej?), na której czele stoi lekarz higienista dzielnicowy, lekarz sanitarny“. A więc dla powiązania z instytucją sanitarną pracy, która już od samego początku istnienia lekarzy sanitarnych i Sekcji Higieny Szkolnej została zawiązana i zupełnie sprawnie była prowadzona, trzeba było zdeorganizować i częściowo zniszczyć organizację, która przez 15-lecie swego istnienia wykazała zupełną celowość; trzeba było zerwać więź, zadzierzgniętą między lekarzem szkolnym i ciałem nauczycielskim i wychowawczym i wzmocnioną przez wspólne należenie do Wydziału Oświaty i Kultury. Praca lekarza została wielce utrudniona; zamiast porozumiewania się z Sekcją Higieny Szkolnej, która jego potrzeby od razu załatwiała i za niego porozumiewała się z lekarzem sanitarnym, z opieką szkolną, lekarz szkolny musi teraz wciąż sam porozumiewać się i z lekarzem sanitarnym i z opieką i to nieraz nie z jednym, ale z dwoma, a nawet trzema, jeżeli ma szkoły rozrzucone w różnych dzielnicach, i z tylomaż opiekami dzielnicowymi. Tak samo higienistka szkolna, oddana niby pod zwierzchnictwo lekarza szkolnego i obowiązana spełniać jego rozporządzenia, zostaje uzależniona również od starszej pielęgniarki O. Z. i jej również składa raporty, pod jej przewodnictwem bierze udział we wspólnych naradach pielęgniarek Ośrodka, poza tym składa jeszcze miesięczne raporty lekarzowi naczelnemu O. Z. Sek. Sł. Zdr.

Oddanie lekarza szkolnego pod zwierzchnictwo lekarza sanitarnego O. Z. dlatego, że na terenie szkoły zdarzają się przypadki chorób zakaźnych, nie jest niczym usprawiedliwione. We współczesnych wielkich miastach cała procedura jest teraz w podobnych przy-

padkach tak uproszczona, że wystarcza jednego zawiadomienia organów szkolnych do puszczenia w ruch całej maszyny, regulującej całą sprawę. Natomiast szczepienia ochronne masowe nie powinny być przedsięwzięte na terenie jednej szkoły, jak o tym wspomina obecny regulamin lekarza szkolnego, a tylko w większych zgrupowaniach szkolnych, a nawet we wszystkich szkołach i przedszkolach miejskich. Chodzi bowiem wówczas o zakłócenie porządku w życiu szkolnym; dlatego sprawa szczepień musi być przeprowadzana po porozumieniu z władzami szkolnymi, z Państwowym Zakładem Higieny. Więc i tu konieczny jest organ centralny, który całą sprawę przeprowadzi i ze wszystkimi czynnikami uzgodni.

Pozostaje ogromny zakres pracy lekarza szkolnego, nie mający nic wspólnego z zagadnieniami sanitarnymi, a nadzwyczaj ważny w działalności higieniczno-lekarskiej. Sprawa ławek szkolnych, sprawa oświetlenia, sprawa ustępów, natrysków, sprawa badań, sprawa konferencji z rodzicami, sprawa pogadank klasowych z dziećmi, sprawa gimnastyki, sprawa wychowania fizycznego, tworzenia oddziałów na świeżym powietrzu, mało interesujące lekarza sanitarnego, zavalonego, zresztą, pracą w innym kierunku, dla lekarza szkolnego mają dużą doniosłość. Wielu tych spraw, zresztą, instytucja dzielnicowa, jaką jest Ośrodek Zdrowia, nie załatwi, a tylko Wydział Oświaty. Brak styczności z tym Wydziałem utrudnia pracę i czyni wiele usiłowań i trudów bezowocnymi. Tak samo sprawa lokali szkolnych. I tu w dobie wzmoczonego budownictwa szkolnego nieobecność lekarza higienisty szkolnego przy projektowaniu budynków szkolnych i rozpatrywaniu planów jest karygodnym zaniedbaniem i mści się później lata całe na zdrowiu młodzieży. A jak architekci pod tym względem mogą być nieraz nieuważni, jeżeli na ich planach nie spocznie oko higienisty, można przytoczyć wiele przykładów z naszego życia.

Tylko zupełnym brakiem ingerencji lekarza szkolnego do spraw budownictwa szkolnego można objaśnić takie niedopuszczalne z punktu widzenia higieny szkolnej fakty, jak wprowadzanie do wielu szkół powszechnych trzykrotnej zmiany uczniów, przy tym dla każdej zmiany następuje ciągle przestawianie godzin pracy szkolnej.

Zresztą, lekarz sanitarny ma tak ogromny zakres działania, taką masę widzi przed sobą zagadnień higienicznych z życia miejskiego, że obciążanie go inną dziedziną higieny, mało poza chorobami zakaźnymi związaną z zagadnieniami sanitarii, jest w istocie jakimś wielkim nieporozumieniem. Wystarczy spojrzeć na spis tytułów z dziedziny sanitarii w dziele Dra S t y p u ł k o w s k i e g o o Ośrodku Zdrowia, ażeby się przekonać o ogromie pracy lekarza sanitarnego. A i w tym spisie widać jeszcze bardzo dużo braków z dziedziny higieny miast, higieny pracy, higieny fabrycznej. Nie widać tam zupełnie dozoru sanitarnego nad warunkami pracy setek tysięcy robotników i rzemieślników, pracujących na terenie Warszawy, czy to w wielkich zakładach fabrycznych miejskich lub prywatnych, czy w warsztatach rzemieślniczych, czy w ciemnych norach chałupniczych. A dozór sanitarny nad czystością ulic, tramwajów zapluty, zwłaszcza w wozach dla palących, i wszelkich pomieszczeń publicznych. Czy nie do sanitariatu również powinno należeć czuwanie nad zmniejs-

*) Wygłoszone w P. T. M. Sp. z Stycznia br.

szaniem hałasu w mieście, walka z nadmierną szybkością jazdy w miastach, powodująca, że więcej mamy z tego powodu wypadków śmierci i kalectw, aniżeli wskutek ciężkich chorób zakaźnych, tworzenie punktów nagłej pomocy dla ofiar wypadków przy Ośrodkach Zdrowia itd. Ale tu trzeba wywalczać sobie nowe pola działalności, trzeba przekonywać, trzeba wreszcie zwalczać indolencję, zaszczerpioną wiekami pracy ludzkiej w warunkach najniehigienicznych. I gdyby twórcy Wielkomińskiego Ośrodka Zdrowia, zamiast wcielać do swego zakresu działań higieny, który wytworzył sobie właściwy kierunek i stworzył dobrą celową organizację, pogłębili i rozszerzyli pracę w dziedzinie naszej sanitarii, stworzyliby dzieło piękne i zyskałyby uznanie u społecznych i u potomności.

Lekarz Naczelny Ośrodka Zdrowia rychło się przekonał, że działalność lekarza szkolnego tylko w drobnej części wkracza na teren pracy sanitarnej, a w ogromnym zasięgu ma własny zakres i metody działania, kiedy przyszło do układania regulaminu pracy lekarza szkolnego i higienistki szkolnej, dawno już opracowanych przez Knappego, a potem przez Sekcję Higieny Szkolnej. Tutaj nie wystarczyła własna kompetencja, a trzeba było powoływać do współpracy lekarza szkolnego. I tu właśnie wyłoniła się potrzeba czuwania nad higieną budynku szkolnego, nad przeprowadzaniem w szkole remontem, nad czystością w pomieszczeniach szkolnych i nad rozmieszczaniem dzieci w szkole. Wypłynęła potrzeba porozumiewania się i konferencji z kierownikami szkoły, pogadanek dla nauczycieli i rodziców i szereg innych zagadnień.

Nie mam zamiaru zajmować się analizą nie jednego, lecz dwóch nawet regulaminów dla lekarza szkolnego, jednego regulaminu dla higienistki i jednego dla kierownika szkoły, zaznaczę tylko, że one to właśnie najlepiej stwierdzają, że O. Z. nie jest dość kompetentny w sprawach higieny szkolnej, i że ten dział, posiadający nadzwyczaj doniosłe znaczenie dla zdrowia młodszego pokolenia, powinien znajdować się w rękach instytucji centralnej, całkowicie kompetentnej w tej dziedzinie,

Wiadomości bieżące.

— Ogłoszenie: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu zapomogi stypendialnej z funduszu im. Marii i Jana Giellerów D-rowsi Manteufflowi-Szoëge Leonowi i Doc. Mysłkowskiemu Edmundowi za pracę naukową w szpitalach warszawskich.

Sekretarz Stały

(—) Dr med. Tadeusz Kopeć.

— Ogłoszenie: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu stypendium z funduszu im. małż. Sieragowskich: D-rowsi Krajewskiemu Franciszkowi, Doc. Walawskiemu Julianowi, Doc. Ostrowskiemu Władysławowi, D-rowsi Drohockkiemu Zenonowi, D-rowsi Tokarskiemu Stanisławowi, Doc. Goebłowi Franciszkowi, D-rowsi Scheuringowi Hermanowi, D-rowsi Górskiemu Marianowi, Dr Bięnce Emerykowi i D-rowsi Szczepańskiemu Czesławowi.

Sekretarz Stały

(—) Dr med. Tadeusz Kopeć.

— Współpracowniczką naszego pisma pani Dr med. Matylda Biehler, w uznaniu prac na polu pediatrii, została mianowana członkiem korespondentem Paryskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

pośredniej między Wydziałem Zdrowia a Wydziałem Oświaty i z tym ostatnim ściślej zespolonej, instytucji, która by brała udział we wszystkich sprawach, związanych z życiem szkoły i z zagadnieniami nauczania na terenie st. m. Warszawy, gdyż wszystkie te zagadnienia związane są z higieną szkolną. Stolica jest przecież wzorem dla całego kraju, dla wszystkich gmin miejskich, dla większych miast w Polsce i powinna świecić przykładem w należytych rozwiązaniach tak doniosłej dla naszej przyszłości sprawy opieki zdrowotnej nad dźwiatwą i młodzieżą szkół powszechnych, średnich i przedszkoli.

Streszczając swe rozważania, dochodzę do następujących wniosków:

Sprawa higieny szkolnej w szkolnictwie miejskim na początku działalności samorządowej m. st. Warszawy zaraz po opuszczeniu stolicy przez Rosjan była odrazu postawiona we właściwej płaszczyźnie i na należytej wysokości. Ześrodkowana w Sekcji Higieny Szkolnej przy dawnym Wydziale Szkolnym wysunęła się na należyte jej miejsce przy rozpatrywaniu wszystkich spraw, związanych ze szkolnictwem miejskim, a więc w budownictwie szkolnym, w zaopatrywaniu w sprzęt szkolny, w opiece zdrowotnej nad szkołami miejskimi powszechnymi, średnimi i przedszkolami.

Reformę higieny szkolnej na terenie m. st. Warszawy, polegającą na rozbiciu całej dawnej organizacji i wytworzeniu poszczególnych ognisk higieny szkolnej w poszczególnych miejskich ośrodkach zdrowia, włączonych do Wydziału Służby Zdrowia, należy uznać za szkodliwą dla rozwoju tego wielkiego i poważnego działu higieny, dla zdrowia dźwiatwy i młodzieży szkolnej i dla jej zainteresowań w przyszłości do spraw higieny.

Konieczna jest nowa reforma, która by przywróciła zagadnieniom opieki higienicznej na terenie szkoły dawne znaczenie i stworzyła nową, celowo pomyślaną centralną organizację higieny szkolnej albo w związku z Wydziałem Oświaty, albo przy Zarządzie Miejskim, jednak ściśle związaną z działalnością Wydziału Oświaty.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

20.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Prof. Dr Gaetano Boschi. Artrite chronique, neuroartrisme et leur traitement diacéphalorachidiens.

21.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 2. Komunikaty Zarządu i Komisji naukowej. 3. Jesiotr M. Przypadek gruźlicy uogólnionej. 4. Glass B. 2 przypadki niegruźliczych schorzeń górnych płatów płuc. 5. Bielenki A. i Salamón M. Z kazuistyki bronchitis fibrinosa (pokazy zdjęć). 6. Gelbfisz J. W sprawie leczenia grzybic promieniami Rtg.

27.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

Pokazy: 1. N. Alter. Przypadek rozległych owrzodzeń gardzieli i jamy ustnej (postać gruźlicy Isamberta?). 2. B. Karbowski i S. Flaumenbaum. Posocznica usznego pochodzenia powikłana wodogłowiem. 3. H. Krupiński i I. Moszkowska. Białaczka szpikowa przy współistniejącym guzie nerki u niemowlęcia. 4. E. Herman i I. Merenlender. Acrocyanosis i hypertrichosis jako zespół roślinno-dokrewny. 5. E. Herman i S. Krzewski. Przypadek zespołu Cushinga (pokaz powtórny z dalszymi spostrzeżeniami).

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XLII. Krwiotok czy krwotok?

Przerwanie ciągłości naczyń krwionośnych, drążące na

zewnątrz lub do jamy ciała, pociąga za sobą wyjście krwi na zewnątrz nacynia w postaci fontanny, mniej lub więcej szerokiej fali lub sączenia, zależnie od kalibru uszkodzonego nacynia i jego fizjologicznej wartości: fontanną bije krew z tętnicy, falą płynie z żyły, sączy się z uszkodzonych włóściczek. Zjawisko to zwie się po grecku *αιμορρορραγία*, po łacinie „*haemorrhagia*“, po polsku „krwotok“. Nazwa ta uarta się od dawna, i nie widzę żadnej istotnej potrzeby wprowadzania nowej, całkiem zbędnej nazwy.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

M. FEJGIN. Quelques problèmes importants de la physiopathologie et de la clinique de la glande thyroïde.

Après un bref rappel de la pathogénie de divers goîtres avec hypo- et hyperthyroïdisme et après avoir décrit les syndromes de Graves - Basedow et de Plummer, l'auteur étudie le problème de métabolisme de l'iode dans l'organisme sain et chez les malades avec l'hyperthyroïdisme et traite ensuite la question de la structure chimique de la hormone thyroïde ainsi que la théorie du cycle thyroïdien de Marin. Il discute ensuite la question de l'emploi thérapeutique de l'iode et émet l'opinion qu'il n'y a aucune raison plausible d'opposer le syndrome de Graves - Basedow à celui de Plummer comme entités morbides distinctes: ce sont plutôt diverses formes de réaction individuelle vis à vis de stimulants morbides chez divers individus menant à l'hyperthyroïdie parce que aussi bien de point de vue clinique que thérapeutique les différences entre ces deux groupes s'effacent grâce à l'existence d'une série de formes intermédiaires. En étroite liaison avec ce problème reste la question de soit — disant Jod — Basedow dont l'existence est mise en doute par certains auteurs. La dernière partie du travail est consacrée au traitement du l'hyperthyroïdisme par les rayons X et par les procédés chirurgicaux. L'auteur rapporte quelques cas personnels et de grands statistiques américaines. Une conclusion s'impose que malgré que le traitement „concentrique“ conservateur par l'emploi simultané de l'iode, des irradiations par le rayons X et autres remèdes auxiliaires donne en général des résultats qui ne sont plus mauvais que ceux obtenus par la chirurgie contemporaine, il paraît néanmoins que dans l'avenir le plus proche la méthode chirurgicale deviendra aussi chez nous une méthode de choix en raison de la rapidité des résultats obtenus ce qui n'est pas sans importance du point de vue social. Une collaboration étroite entre le chirurgien et le médecin s'impose quant à l'indication et la préparation des malades à l'acte opératoire

A. P.

PINES. Recherches expérimentales sur l'embolie massive des poumons.

L'auteur a injecté l'air dans les veines jugulaires ou bien dans l'oreillette gauche des chats, des lapins et des chiens, et se basant sur ses expériences il arrive aux conclusions suivantes: 1. Dans l'embolie massive des poumons la mousse sanguineuse qui se forme dans le ventricule droit n'arrive pas à pénétrer dans la partie gauche du coeur et, en oblitérant l'artère pulmonaire et ses ramifications, amène la mort à la suite de l'interruption de la circulation petite. On peut appeler une telle mort: étranglement interne. Si toutefois l'oblitération des vaisseaux n'est que partielle, interviennent des processus secondaires qui visent à débarrasser la partie droite du coeur de son barrage excessif. Ces processus secondaires sont les suivants: une por-

tion d'air injecté pénètre dans l'oreillette gauche, une autre est résorbée par le sang et une autre encore sera repoussée à travers les vésicules pulmonaires. Les conséquences de l'embolie qui, dans ces conditions, apparaissent dans la grande circulation sanguine sont généralement de courte durée. 2. La pénétration de l'air dans les artères coronaires peut avoir pour l'organisme des suites d'une extrême gravité. Mais la plupart du temps, l'oblitération des artères coronaires cède rapidement et l'activité du coeur s'améliore. Lorsqu'on considère les expériences de l'auteur et leurs résultats, il faut tout de même tenir compte du fait que les coeurs des animaux chez diverses espèces sont inclinés dans une mesure inégale à la fibrillation ventriculaire. 3. La fréquence des systoles du coeur, ainsi que la tension artérielle indiquent qu'il faut tenir compte, lorsqu'on procède à l'injection de l'air, des réflexes de la paroi de l'artère pulmonaire: ceci concerne l'injection dans les veines jugulaires: quand on injecte l'air dans l'oreillette gauche, il faut tenir compte des réflexes du sinus carotidien.

B. JOCHWEDS et A. SZTAJNBERG. Pneumothorax spontané bénin au cours des suppurations pulmonaires.

Les auteurs relatent trois cas, dans lesquels les pneumothorax spontanés ont eu une influence favorable sur l'évolution des abcès pulmonaires. Après avoir créé un état grave dans les premières heures après l'apparition du pneumothorax, l'état des poumons s'améliorait et les abcès pulmonaires ont vite évolué vers la guérison. Dans un de ces cas le pneumothorax a apparu primitivement, tandis que dans les deux autres il est venu compléter un pneumothorax thérapeutique. Les auteurs prouvent que dans ce dernier cas il ne s'agissait pas d'un traumatisme artificiel du poumon (piqûre d'aiguille), mais d'une rupture spontanée du tissu pulmonaire. Dans un cas seulement on a vu apparaître un épanchement pleural, stérile d'ailleurs. Après avoir souligné la grande rareté de la benignité des pneumothorax spontanés au cours des suppurations pulmonaires les auteurs discutent leur pathogénie.

J. SZMURŁO. La surveillance médico-hygiénique dans les écoles primaires de Varsovie et les Centres de Santé.

L'auteur donne un court aperçu historique de la hygiène scolaire en Pologne, spécialement à Varsovie, et vient à la conclusion que cette branche de la science hygiénique y a atteint avant la guerre mondiale un grand essor. Ensuite il envisage la question de la surveillance médico-hygiénique dans les écoles primaires de Varsovie et son organisation en 1916 sous l'occupation allemande de la capitale et, puis, dans la Pologne ressuscitée. Elle constituait alors une Section spéciale qui se trouvait en contact étroit avec un Département Municipal de l'éducation et de la culture. La réforme qui avait suivi en 1933 produisit un changement profond de toute l'organisation. Les médecins hygiénistes scolaires furent soumis à la direction des médecins en chef des centres de santé qui ne s'y intéressaient qu'aux questions sanitaires et aux épidémies scolaires. Des problèmes hygiéniques scolaires d'importance primordiale restent négligés au préjudice des écoliers. L'auteur se prononce contre une telle réforme et propose une réorganisation de la surveillance médico-hygiénique se basant sur l'union étroite de cette dernière avec le Département Municipal de l'éducation et de la culture, la surveillance formant une section spéciale soumise directement aux ordres du chef de la municipalité de la capitale.

TRĘŚĆ: M. FEJGIN. Ważniejsze zagadnienia z fizjopatologii i kliniki gruczołu tarczowego (Dok.) — I PINES. Badania doświadczalne nad masywnym zatorem powietrznym płuc (Dok.) — B. JOCHWEDS i A. SZTAJNBERG. „Dobrotliwa” odma samoistna w przebiegu ropni płuc. — J. MERENLENDER. Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych. — VI. Leczenie chorób pasożytniczych skóry. — H. RABINOWICZ. O zatruciu benzolem (Str. pogl. Dok.) — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. SZMURŁO. Opieka higieniczno-lekarska w szkołach powszechnych Warszawy a Ośrodki Zdrowia (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. FEJGIN. Quelques problèmes importants de la physiopathologie et de la clinique de la glande thyroïde. (fin.) — I. PINES. Recherches expérimentales sur l'embolie aérienne massive des poumons (fin.) — B. JOCHWEDS et A. SZTAJNBERG. Pneumothorax spontané bénin au cours des suppurations pulmonaires. — J. MERENLENDER. Maladies bactériennes de la peau. — H. RABINOWICZ. Le benzénisme ou l'intoxication par le benzène (benzol) (fin.) — J. SZMURŁO. La surveillance médico-hygiénique dans les écoles primaires de Varsovie et les Centres de Santé (fin.)