

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 4 WRZEŚNIA 1930 R.

Nr. 36

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O angiospazmach oraz ich znaczeniu dajagno- stycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych *).

(Istota zaburzeń w krążeniu krwi w cerebropatiach, psycho-
zach, newrozach i t. zw. nadciśnieniu samolstnem.)

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).
(C. d. patrz № 35).

Z dalszych chorób mózgowych, na pograniczu funkcjonalnem znajdujących się, wymienić należy rzucawkę (*eclampsia*) i mocznicę (*uraemia*) przeważnie ciężarnych, gdzie angiospazmy siatkówkowe wybitną bardzo odgrywają rolę.

Hinselman przed kilku laty pierwszy dowiódł, że nie tylko bóle porodowe wywołać mogą rozsiane skurcze naczyń, ale że też angiospazmy — prawdopodobnie pochodzenia endotoksycznego — stanowią poniekąd regułę u hipertoniczek w ciąży i stwierdzić się dają kapillaroskopowo na skórze, a podczas porodu przy cięciu cesarskiem i na macicy. Analogiczne przerwy krążenia w naczyniach włosowatych z zatrzymaniem dopływu krwi i zastojem wywołują wadliwe unaczynienie i innych narządów, jak nerek (nefroza z oligo- i albuminurją funkcjonalną), mózgowia (napady eklamptyczne) i siatkówki (ślepoty napadowe).

Obok zmiennego wydłużania i kurczenia się pętlis kapillarnych skóry, żłobka paznogiowego i innych terytorjów naczyniowych (*insufficiencia capillaris* — Hinselman, *insufficiencia terminalis* — Ricker) obserwowali Mylius i Haselhorst przy cogo-
dzinnem oftalmoskopowaniu i fotografowaniu siatkówki eklamptyczne zwężenie naprzemian z rozszerzeniem się naczyń, naprzemienne wahania kalibru, przemijające zniekształcenia tętnic spastyczne, toniczne i tężcowe, jedno- i obustronne, rozsiane i ogniskowe, kilkusekundowe i kilkuminutowe. Jeszcze po miesiącach stwierdza się analogiczne zmiany wziernikowe podczas napadów krótkotrwałej ślepoty. Późna *retinitis nephritica et albuminurica* jest poniekąd synonimem wczesnej *retinitidis angiospasticae*, jednocześnie z nerzycą rozwijającej się, nie zawsze dając, jak dawniej przypuszczano, absolutnie ciężką prognozę wskutek zniszczenia odnośnej tkanki.

*) Odczyt programowy, wygłoszony 4 maja 1930 r. na Zebraniu Dorocznem Warsz. Tow. Neurolog.

Jest przeto bardziej niż prawdopodobne, że naczynia mózgowe, w ścisłym związku z siatkówką będące, analogicznie się zachowują, kurczą, korę anemizują i drgawkotwórczą czynią.

Śluszenie podkreśla Mylius, że angiospazm mieści w sobie pojęcie czegoś przejściowego, w czasie ograniczonego, gdyż nie znamy stałego skurczu mięśni gładkich. Stan stałego przykurczenia muskulatury wkracza w dziedzinę zaburzeń napięcia (tonus), t. j. hipertencji. „Spastycznie-tężcowo uwarunkowane zmiany wypełniają sobą dział uchyleń funkcjonalnych”. Napięcie mięśniówki podlega regulacji ze strony komórek zwojowych ściany naczynia, obficie rozsianych między *muscularis* a *adventitia*. Hipertonja w rzucawce i ostrej mocznicy według Pála, który rozróżnia czynność kinetyczną czyli normalną i toniczną czyli patologiczną ściany tętniczej, zależy i stoi w związku z przełomem ciśnieniowym (*Gefäßskrise*), który się charakteryzuje skurczem napadowym wszystkich tętniczek (*temporäre Kontraktionsstürme aller Arteriolen*).

Natura czynnościowa eklamptyczno-uremicznego angiospazmu mózgowego jest już i z tego względu wielce prawdopodobna, że i nerka eklamptyka, tak często dotknięta w tej chorobie i dokładniej zbadana, obfituje w pierwotne, degeneracyjne, do wyrównania zdolne zaburzenia (*tubulo — et glomerulonephrosis*) bez zmian anatomicznych w tętniczkach — jako skutek częstych napadów skurczowych przypuszczalnie pochodzenia toksycznego. Volhard pierwszy podkreślił, że wspomniane zachorzenie nerek nie jest przyczyną, lecz skutkiem wzmożonego stałego ciśnienia, że *hypertonia gravidarum*, nerkę ciężarną sprowadzająca, jest prawdopodobnie pochodzenia pozanerkowego, białkomocz oraz bezmocz są wtórne, zaś jad, we krwi krążący, wywiera swój wpływ niszczący nie bezpośrednio, lecz drogą okólną, odruchową, poprzez drobne tętniczki, poprzez końcowe terytoria krwiobiegu.

Stąd też i podział nowszy na: 1) uremję rzeczywistą, nerkową, azotemiczną czyli od wadliwej przemiany białka zależną i 2) uremję wrzekomą, pozanerkową, angiospastyczną, czyli od skurczów naczynioruchowych zależną. Klinicznie cechuje się uremja eklamptyczna licznymi objawami mózgowymi, jako to

bólami głowy, przemijającymi drgawkami i porażeniami, niepokojem ruchowym, stanami psychotycznymi (urojeniowe, pomroczone, majaczeniowe, amencyjne, amnestyczne, afektywne) i typowymi psychozami psychoruchowymi (maniakalne, depresyjne i schizofreniczne), o których podłożu anatomicznym — mimo natury angiospasytycznej — niżej będzie mowa.

Charakterystyczne są we wszystkich tych sprawach obok wszędobytności — przelotności i wyrównawczości objawów ogniskowych, gdziekolwiekby występowały, przyczem jasną jest rzeczą, że *doigts morts* na obwodzie u chorego z *morbus Raynaud* są mniej wrażliwe od tkanki siatkówkowej lub nerkowej, sercowej lub kiszkiowej, zaś te ostatnie mniej od delikatnej i subtelnej substancji mózgowej na wpływ przemijającej ischemji, warunkującej często zespoły ubytkowe nie tylko przelotne, ale i stałe.

Sprawy aktualnej, czy dłuższa ischemja angiospasytyczna może wywołać zmiany stałe, nie poddające się odbudowie i regeneracji w naczyniach obwodowych i nerce, siatkówce i mózgu, nie zamierzam w tem miejscu bliżej dyskutować.

Jeszcze bardziej zbliżamy się do terenu właściwego tematu, t. j. do mózgu, gdy przystępujemy do rozważania padaczki ze stanowiska nauki o angiospazmach, zwłaszcza padaczki samoistnej, cierpienia *par excellence* przewlekłego i endogenne, a jednak patogenetycznie wielce zbliżonego do omawianej ostrej mocznicy i wrzeczki mocznicy (*pseudouraeimia*) oraz przewlekłej rzucawki.

Klasyczny napad padaczki powstaje prawdopodobnie dzięki nagłej wazokonstrykcji, niedopływowi krwi do mózgu i anemizacji tegoż. Przemawiają za tem liczne spostrzeżenia kliniczne i obserwacje fizjologiczne. Przedewszystkiem widzimy w niektórych postaciach padaczki (w padaczce wzruszeniowej Bratz—Oppenheima, w ekwiwalencie zawrotowym psychopatów, w omdlewaniu i *syncope* padaczkowatych) jako pierwszy i stały objaw ze strony *vasomotorium* blednienie i spocenie twarzy, tu i owdzie typową aurę naczyniową w postaci plam czerwonych, zarumienienia całej głowy, rzadziej połowy ciała. Niemniej uderza u tych osobników zachowanie się sfery naczynioruchowej w okresach wolnych, między napadami, obecność pewnej gotowości naczynioskurczowej, pewnego rodzaju diatezy angiospasytycznej u epileptyka i w jego rodzinie bliższej i dalszej: łatwa zmienność zabarwienia skóry, skłonność do zimnych i sinych dłoni i stóp, silna reakcja skóry na zmiany temperatury, na ukłucia owadów, przelotne dreszcze nerwowe na skutek skurczu masykulatury naczyniowej i włosounoszącej, rodzinno-dziedziczna skłonność do akroparestezji, migreny, dusznicy oskrzelowej i t. p.

Takąż *labilitas vasomotoria* podejrzewa nie bez słuszności lekarz i w mózgu, tembardziej, jeśli natrafia tu i owdzie podczas trepanacji czaszki epileptyka lub nieepileptyka na atak padaczkowy z momentalną ischemją całej kory. O wiele częściej ma tę sposobność fizjolog, wywołujący przez ucisk tętnicy szyjnej i niedopływ krwi padaczkę (Kussmaul), zaś na drodze farmakologicznej angiospazm mózgowy (Hering) z padaczką, lub klinicysta, hamujący takież napad preparatem naczyniorozszerzającym (Cousot), lub chirurg, doprowadzający przez *sympatectomia periarterialis art. carotidis* do wybitnego zwężenia

naczyń mózgowych i wtórnego napadu epileptycznego (Lériche) i t. p. Jedno jest pewne i wielokrotnie stwierdzone, że przednapadowe zwężenie naczyń i anemja mózgu z wyraźnym skurczeniem się jego objętości stanowią jeden z ważniejszych czynników padaczkotwórczych (*irritative epileptogene Noxe*—Foerster).

Inna jest rola, bliżej nas w tem miejscu nie interesująca, skutków, jakie prowadzi za sobą następny zastój żylny z sinicą i rozszerzeniem się objętości mózgu.

Jeśli słówkiem wspomnimy o migrenie, w której już przed wielu laty rozróżniano 2 postaci: angiospasytyczną i angiodylatacyjną, a styczne punkty z padaczką wielokrotnie podkreślano, to o wiele trudniej u niej uchwycić przy kapillaroskopji i wzieraniu angiospazmy. Podejrzewa się nie bez słuszności (Richter, Pal) okresy wzmożonej sympatykotonji w *ganglion cervicale inf.*, dającej skurcz przebiegający w *art. cerebri post.*, która unaczynia płaty potyliczne, międzymózdze i opuszkę.

* * *

Nim przystąpię do omówienia wpływu angiospazmów w cierpieniach mózgowych, *par excellence* organicznych, uważam za stosowne słówko poświęcić aktualnej od szeregu lat i wielokrotnie (Fahrenkamp, Ricker, Alkan) przez mniej i więcej powołanych dyskutowanej sprawie t. zw. „psychopochodnych organopatji anatomicznych” (*anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache*). Według niektórych autorów naczynia mogą wykazać drobne lub żadne zmiany anatomiczne, a prowadzić jednak do ciężkich stanów somatycznych głównie przez częste wahania w świetle naczyń wskutek bodźców psychicznych (intelekt, wola, popędy, wzruszenia), które oddziałują pośrednio na wyższe, względnie niższe ośrodki wazomotoryjne lub bezpośrednio poprzez układ roślinny na peryferję.

Autorzy ci są skłonni uważać hipertonię esencjalną za samoistną jednostkę chorobową, za psychogenną nerwicę narządową (*emotionelle Neurose der Arteriolen*) bez tła anatomicznego, w której zasadniczą rolę odgrywają: usposobienie do angiospazmów, wrodzona, rzadziej nabyta gotowość napięciowa (*Tonusbereitschaft*), wybitna już jako nadciśnienie napadowe w młodym wieku w obrębie drobnych tętniczek, spotęgowana wrażliwość afektywna, upośledzenie równowagi psychicznej, słowem, czynniki czysto funkcjonalne, które z czasem prowadzą do bardzo ciężkich, początkowo przemijających zaburzeń funkcjonalnych (zawroty i bóle głowy, niepokój, lęki, bezsenność, ekstrasystole), następnie po latach do uszkodzeń stałych (rozszerzenie łuku aorty, zwyrodnienie naczyń, przerost komory, dusznica bolesna, nerka ziarenkowata, udary mózgowe).

Jak świeże, młodociane przypadki sekcyjne dowodzą, *hypertonia essentialis permanens* może prowadzić (Rühl, Heucker) do zmian morfologicznych w tętniczkach narządowych, do arteriosklerozy wtórnej, czyli zwyrodnienia włókienek, wskutek starczej imbibicji osoczem ciągle kurczącej się angiospasytycznie mięśniówki tętniczek. Postać szklistowo-tłuszczowej degeneracji *mediae* drobnych tętniczek ma być charakterystyczna dla młodzieńczej hipertonii, podczas gdy rozmiękczenie *elasticae* większych na-

czyń oznaką starczej sklerozy. Niektórzy anatomicopatolodzy (Ricker) posuwają się o krok dalej i uważają, iż bodźce nerwowe natury psychicznej wywołują stopniowo zmiany nie tylko w drobnych tętniczkach (*arteriolofibrosis*), ale typową arteriosklerozę dużych naczyń, w której zwolnienie krążenia zmienia nie tylko mięśniówkę, ale i *intima*. Wielce ciekawe jest stanowisko, jakie wobec angiospazmów mózgowych zajmują klinicyści i fizjolog w rzadkiej postaci porażenia połowicznego, od lat wielu znanej jako hemiplegia bez tła anatomicznego (*Hemiplegie ohne anatomischen Befund* niemieckich autorów). Wtajemnicząc się w nowoczesną, bardziej precyzyjną anatomję patologiczną omawianych wyżej w części ogólnej funkcjonalnych neuro-, psycho- i cerebropatyj, wkracza się stopniowo w dziedzinę ledwie tkniętą, gdzie anatom dla stwierdzenia obecności hipotetycznych zaburzeń naczynioruchowych musi wedłóg słów Spielmeiera „własną drogą kroczyć i własną metodyką się posługiwać”.

* * *

W tej drugiej części swego tematu, części szczegółowej, do której przechodzę, uważam ze względów praktyczno-dydaktycznych za wskazane rozpocząć przegląd od jednostek nozologicznych, które oddawna uważa się mniej lub więcej słusznie jako funkcjonalne (padaczka, mocznica, rzucawka, zatrucia), i przejść stopniowo do tych, które słyną od wieków jako organiczne (zator, zakrzep, wylew), a których patofizjologia i anatomja patologiczna od wielu dziesiątek lat stanowią aksjomat, nie podlegający wogóle dyskusji. Okaże się jednak w toku rozważań, że punkty styczne obu tych grup są bardzo intymne i o wiele liczniejsze, niż się naogół przypuszcza, a co je zbliża, to są właśnie angiospazmy czyli czynnik funkcjonalny. Szkoła monachijska, która od lat kilku zgłębianiem tych spraw się zajmuje, obrała słusznie jako punkt wyjścia te nierzadkie spostrzeżenia, w których uderza zasadniczo niezgodność między niepokalanym stanem naczyń a wielce uszkodzoną substancją mózgową.

Gdy poddajemy dokładnemu badaniu mózgi epileptyka, eklamptyka i uremika, które według dawnych metod badania służyły jako nie uszkodzone histologicznie, to stwierdzamy z reguły (Spielmeier, Klarfeld) ischemiczne i homogenizujące procesy degeneracyjne w komórkach, rozsiane nieprawidłowo i ogniskowo po całej powierzchni mózgu, anemję kory i zwężenie naczyń, których ściany są naogół wolne od bujania komórek, zwyrodnienia i złogów.

Jasna rzecz, że zajęcie jednego naczynia jest przy tak rozlanem umiejscowieniu mało prawdopodobne, że raczej nasuwa się myśl o napadowym skurczu wszystkich naczyń mózgu, tembardziej, że, jak widzieliśmy wyżej, osobniki te wykazują liczne objawy kliniczne t. zw. *labilitas vasomotoria*, zaś na obwodzie podczas napadów, a często i w okresach międzynapadowych stany spastyczne w kapillarach peryferycznych skóry i w naczyniach siatkówki. Jad hipotetyczny, ów czynnik naczyniozwężający, upośledza mniej samo naczynie, niż jego czynność, czyli zaopatrzenie w krew oraczącej istoty mózgowej.

Jako prawidłło uważać musimy, że nagłe zwężenie i powstrzymanie dopływu krwi przedewszystkiem rujnuje subtelną tkankę nerwową, a w drugim dopiero rzędzie i znacznie rzadziej i później — jeśli wogóle

to czyni — bardziej odporną mezenchymalną ścianę naczyńową. Po skurczu następuje na tymże końcowym terenie naczyniowym stan zwiótczenia ściany, *angioparalysis* z t. zw. *stasis i praestasis* (Ricker), który to zastój może przy częstem powtarzaniu się angiospazmów prowadzić wreszcie do powstania zakrzepu i następczego zorganizowania czopu. Pytanie, co jest w tych sprawach pierwotne, a co wtórne, niezawsze jest łatwe do rozstrzygnięcia anatomicopatologicznego bez wywiadów i znajomości przebiegu klinicznego.

Tenże obraz anatomiczny widzimy i tenże mechanizm patogenetyczny suponujemy w licznych psychozach i stanach psychotycznych, przebiegających z dużym niepokojem ruchowym (*mania*), i w wielu ostrych zatruciach, działających na ośrodki mózgowe, korowe lub podkorowe. Czynnik toksyczny w postaci substancji zmęczeniowej (*Ermüdungsstoff*), jako wytworu patologicznej przemiany materji mięśniowo-nerwowej w psychozie szałowej, lub w postaci jadu farmakodynamicznego w intoksykacji (*chloroform, pantopon, ołów, gaz świetlny*) wywiera swój wpływ fizjologiczny stale drogą okólną poprzez angiospazmy, jak tego dowodzą odnośne badania histologiczne (Weimann, Hiller, Meyer, Jakob, Bodechtel, Metz).

Identyczne obrazy drobnowidzowe komórek udało się istotnie wywołać u zwierząt przy wstrzymaniu dopływu krwi do mózgu i sztucznej anemizacji kory.

Ponieważ wzmiankowane obrazy anatomicopatologiczne stwierdzono nie tylko w postaciach dynamiczno-funkcjonalnych zaburzenia krwioobiegu, ale też tu i owdzie w sprawach organicznych ze zmianami w naczyniach, to powstały dwa zasadnicze pytania:

1) Czy służy nam prawo wszędzie i zawsze mówić o angiospazmach, gdy mamy rozsiane zniszczenie komórek mózgowych obok nietkniętego układu naczyniowego?

2) Czy jako skutek funkcjonalnego zaburzenia krwioobiegu traktować należy wyłącznie przypadki z nie naruszonym układem naczyniowym czy też i uszkodzonym, powiedzmy, sklerotyczno-ateromatycznym?

* * *

Z tych dwu zasadniczych pytań, zdaje się, wychodziły prace anatomiczne szkół niemieckich z lat ostatnich i uładały się ich drogi i kierunek, ich granice i cele, gdy dotyczyły owe prace, wielokrotnie kontrolowane, nie tylko omawianych wyżej nerwic wegetatywnych, intoksykacji i psychoz czynnościowych, ale i t. zw. kateksochen organicznych chorób mózgowych, jak zatoru, zakrzepu i wylewu. Zwracało uwagę niejednego badacza doby ostatniej przedewszystkiem swoiste i niełatwo wytłumaczalne zachowanie się odległych od ogniska chorobowego terytorjów w mózgu.

Spotykało się niezależnie od głównego ogniska rozsiane wysepki zanikowe i nekrozy koagulacyjne np. w przebiegu zatorów, zarówno od serca pochodzących, jak sztucznie u zwierząt wywołanych, zatorów tłuszczowych (w złamaniach kości) i powietrznych (w krztuscu, poronieniu), słowem, przy tętnicy uprzednio zupełnie zdrowej bez zwężeń materialnych i zwyrodnień. A zmiany te odległe i rozlane jedynie angiospazmem odruchowym najlepiej tłumaczyć się dają, spazmem całego układu naczyniowego mózgu, który przez wstrząs zatorowy wywołany został, jak w mocznicy przez jad toksogenne. Rozległy skurcz

angiospastyczny pozostawia tu i owdzie oddzielne, mniejsze lub większe ogniska, lub angażuje większe odcinki a nawet całą półkulę. Blade ogniska, na skutek ledwie dostrzegalnego rozpadu ischemiczno-nekrobiotycznego elementów nerwowych powstałe, wyjątkowo ulegają rozmiękczeniu zupełnemu, gdyż trwanie skurczu jest zazwyczaj zbyt krótkie, a zatamowanie krwioobiegu zbyt małe, aby tkanka kompletnemu uległa zniszczeniu.

Naogół więc i tu, jak na obwodzie w nerwicach wegetatywnych, cechuje całą sprawę insultu angiospastycznego przelotność i wyrównawczość. „Z charakterystycznej morfologii wnioskujemy tutaj o funkcji patologicznej” dodaje Spielmeier.

Nie wszędzie każde ognisko angiospastyczne przechodzi kolejno wszystkie trzy stadia (*spasmus*, *vasostasis*, *vasoparalysis*), jak w chorobie Raynaua. To też w daleko posuniętym okresie wszystkie te wazomotoryjne obrazy mózgowe są prawie identyczne: drobne blizny lub pozbawione struktury histologicznej wysepki swoiste w korze i substancji podkorowej, miejsca wyświetlone w górnych warstwach substancji szarej, nekrobiozy w postaci skupiska komórek glejowych.

Bardzo ciekawie wypadły też odnośne badania nad, pozornie zupełnie dobrze zrozumiałemi ze stanowiska patogenetycznego, napadami udarowemi w przypadkach zakrzepów i wylewów mózgowych, samoist-

nych i urazowych. Rosenthal, Böhme i Neubürger opisali ostatnio szereg przypadków, gdzie klasyczny udar apoplektyczny z następczem rozmiękczeniem, z zawałem białym (zakrzep) lub czerwonym (wylew), przy autopsji zdemaskować się dał jako zupełnie niezależny od zmian w naczyniu miejscowem.

Rosenthal na zasadzie danych statystycznych posuwa się nawet do twierdzenia, że ani stwardnienie tętnic (*atherosclerosis*), ani też klasyczne tętniaki prosówkowe Charcota, ani wreszcie głośnie ongi zwyrodnienie włókniste tętniczek i naczyń włosowatych (*capillarofibrosis*) nie tłumaczą samego napadu, ani krwawego, ani też bezkrwawego, który jest często natury angiospastycznej, i że ta właśnie ischemiczno-wazomotoryjna odmiana, dotąd mało znana, pod względem częstości nie ustępuje — nawet przy współistnieniu arteriosklerozy — dawnym odmianom, wylewowej i zakrzepowej.

Godnem zaznaczenia jest w tem miejscu, że „*hypertonia essentialis*” nie zawsze idzie w parze z arteriosklerozą, że *hypertonia* jest wyrazem wzmożonego napięcia, *hypertensio* wzmożonego ciśnienia naczynia, że twardość tętnicy, imponująca jako miażdżycy, stanowi o wiele częściej wyraz wzmożonego napięcia muskulatury, niż anatomicznych zmian degeneracyjnych ściany.

* * *

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Wewn. Szpitala Wolskiego
(Kierownik: Dr. A. Landau)

Z kazuistyki szpitalnej

Przypadek czerwienicy Vaqueza, leczony fenilhydrazyną z oznaczeniem ilości krwi krążącej.*)

Podali

A. LANDAU, T. GOLIBORSKA i Marja MARKSON (Warszawa).

Przypadek dotyczył chorej w wieku lat 53. Choroba obecna datuje się od trzech lat, t. zn. od menopauzy. Od tego czasu chora miewa uderzenia krwi do głowy, duszność wysiłkową, zawroty głowy, czasami szum w uszach. Bardzo często występują sensacje wzrokowe w postaci dwojenia, barwnych plam przed oczami, mroczków. Chora zauważyła, że twarz jej stopniowo staje się czerwono-siną. Z innych dolegliwości uskarża się na łatwe męczenie się przy chodzeniu. Przed 2 laty chorowała na zapalenie płuc, i od tego czasu samopoczucie jej stale się pogarsza: miewa dolegliwości sercowe w postaci niepokoju i bicia serca. Ostatnio zjawilo się uczucie wzdęcia i pełności w brzuchu, a od kilku tygodni bóle w lewej okolicy ciała, zwłaszcza w okolicy lewego podżebrza, zaznaczone przy zmianie położenia. Pozostałe wywiady bez znaczenia. T⁰, stan bezgorączkowy. Tętno 80. Oddechów 20. Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiana dość dobrze. Waga 54,1 kg. Skóra na twarzy o zabarwieniu wybitnie czerwono-siną, prawie szkarłatną. Na policzkach znaczne naskrzyknięcie naczyń. Obręzków nie stwierdza się. Na skórze karku i szyi rozlane plamy czerwono-sinawe, wielkości dłoni, błędne przy ucisku. Dłonie i stopy sinawe, stopy zimne. Błona śluzowa jamy ustnej, gardzieli i łuków podniebiennych mocno naskrzyknięta; również spojówki są zaczerwienione. Gruczoły chłonne i gruczoł tarczowy niemacalne. W płucach

z objawów patologicznych stwierdza się obecność wilgotnych rżężeń u podstawy lewego płuca. Bad. rentgenologiczne wykazało wyższe ustawienie przepony lewej i mniejszą ruchomość lew. płuca, poza tem brak zmian. Serce opukowo bez zmian. Tętno u wierzchołka ciche, czyste. U podstawy I cichy, II-e nieco akcentowane. Max. 130, Min. 90, PP. 40.

Bad. jamy brzusznej. Brzuch wzdęty, poziom znacznie powyżej poziomu kl. piersiowej. Obecności płynu nie stwierdza się. Wzdęcie oraz obfita podściółka tłuszczowa w znacznym stopniu utrudniają obmacywanie brzucha. Przy głębszem obmacywaniu w linii środkowej ciała pod wyrostkiem mieczykowatym wyczuwa się ostry brzeg dość spoistego twor, sięgającego do połowy odległości pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Powierzchnia twor gładka. Twór ten nie jest wyraźnie przesuwalny przy oddechu, robi wrażenie lewego płata wątroby; lewy brzeg tego twor biegnie w kierunku lewego podżebrza, dochodząc prawie do przedłużenia linii sutkowej, w tem miejscu wyczuć się daje rowek, oddzielający ten twór od drugiego, wypełniającego lewe podżebrze, kształtem i spoistością przypominającego śledzionę; dolny jej brzeg sięga prawie do l. pachowej tylnej. Górny brzeg śledziony na VIII żebrze. Prawy płat wątroby wymacuje się na 2 palce poniżej kąta łuku żebrowego. Układ nerwowy bez zmian. Badanie dna oka wykazało silne przekrwienie obu tarcz oraz wężykowate rozszerzenie żył aż do obwodu dna oka. Rozpoznanie okulisty brzmiało: *cyanosis retinae*.

Z badań wykonaliśmy badanie moczu, które poza śladem białka oraz cukru prawoskrętnego nic nie wykazało. Badanie kału — norma. Bad. treści żołądkowej. Naczecz nic, po próbnym śniadaniu 60 cm³ treści. L. 45 A. 80 (nadmocność). Bad. krwi. Mocznik 400 mg 0/100, kw. moczowy 29 mg 0/100, krea-

*) Wedł. pokazu w Kole Warsz. Tow. Intern. Polskich

tynina 17 mg $\frac{0}{100}$, cholesteryna 1,6 mg $\frac{0}{100}$, Cukier we krwi 0,95 mg $\frac{0}{100}$. Odczyn Wassermann'a ujemny. Krzepliwość według metody Achar'd-Bineta 6 minut (Norma 10—14). Czas krwawienia 3 min. Liczba płytek 220.000. Objaw opaskowy ujemny. Bilirubina: odczyn bezpośredni ujemny, ilościowo $\frac{1}{2}$ jednostki. Białko w surowicy $7\frac{0}{100}$.

Bad krwi morfologiczne. Hb. 92 (Sahli) = $115\frac{0}{100}$. Liczba białych ciałek 11.000. Liczba czerwonych ciałek 6.400.000. Stosunek poszczególnych postaci białych ciałek do siebie: bazochłonnych 0, eozynofiliów 0, pałeczkowatych $4\frac{0}{100}$, segmentowanych $85\frac{0}{100}$, limfocytów $9\frac{0}{100}$, monocytów $2\frac{0}{100}$. Wśród czerwonych krążków $1\frac{0}{100}$ normoblastów. Bad. podstawowej przemiany materji — $4,8\frac{0}{100}$.

Wywiady, wygląd chorej, bad. obiektywne oraz bad. laboratoryjne zwróciły natychmiast naszą uwagę w kierunku czerwienicy. Rozpoznanie mogło się wahać między chorobą Vaqueza, chorobą Geisböcka oraz czerwienicą wtórną.

Przeciwko czerwienicy wtórnej przemawia: 1. ujemna próba tuberkulinowa, dokonana dwukrotnie¹⁾, wyłącza ona gruźlicę śledziony, 2. brak cierpienia ze strony serca, bądź płuc, powodujących duży zastój z wtórną czerwienicą, 3. brak wszelkich objawów uciskowych na drogi oddechowe, zarówno na układ żylny, co mogłoby powodować utrudnienie w utlenianiu i wtórną czerwienicę, 4. powiększenie śledziony, kt. nie stwierdza się w czerwienicy wtórnej, 5. brak nadciśnienia oraz splenomegalja przemawiają przeciwko chorobie Geisböcka.

Za chorobą Vaqueza przemawia: 1) wywiady: uderzenia krwi do głowy, zawroty głowy, zaburzenia wzrokowe, 2) dane obiektywne: wygląd chorej, duża śledziona, *cyanosis retinae*, 3) badania laboratoryjne: b. krwi morfologiczne oraz oznaczenie ilościowe krwi krążącej.

Oznaczenie ilości krwi krążącej. Posługiwaliśmy się metodą Keith, Geraghty, Rowntree, którą w Niemczech spopularyzowali Seydlerhelm i Lampe. Na zasadzie rozcieńczenia barwnika w osoczu oznaczaliśmy ilość osocza w ustroju. Naczczo przed badaniem pobieramy 20 cm³ krwi ze szczawianem amonu; we krwi tej po dokładnem odwirowaniu w hematokrycie oznaczamy stosunek krwinek do osocza. Następnie wstrzykujemy dożylnie 10 cm³ 0,8 $\frac{0}{100}$ czerwieni trypanowej w 0,5 $\frac{0}{100}$ NaCl. Po 3 i 6 minutach pobieramy po 10 cm³ krwi. Po odwirowaniu, odciegamy osocze i, porównyując z wzorem, sporządzonym z osocza, pobranego przed wstrzyknięciem barwnika, oznaczamy w kolorymetrze typu Dubosque'a rozcieńczenie barwnika w krwi. Barwnik wydala się ze krwi b. powoli, i zawartość jego $\frac{0}{100}$ we krwi po 3 i po 6 min. jest prawie taka sama. Z rozcieńczenia barwnika obliczamy ilość osocza u danego osobnika, a ze stosunku krwinek do osocza ilość krwi krążącej.

Normalnie na 1 kg. wagi przypada około 44 cm³ osocza, 83 cm³ krwi całkowitej; stosunek krwinek do osocza przeciętnie 45%.

Nasza chora, ważąc 54 kg. powinna była mieć 4480 cm³ krwi krążącej, tymczasem badanie wykazało: osocza na 1 kg. wagi 53 cm³, krwi całkowitej 122 cm³, stosunek krwinek do osocza wynosił $56\frac{0}{100}$, ilość krwi krążącej 6580 cm³, czyli o 2 litry za dużo.

Chora była leczona fenilhydrazyną (chlorkiem fenilhydrazyny) $2\frac{0}{100}$ w roztworze wodnym. Lek ten był stosowany dawniej na naszym oddziale, i wyniki badań nad stosowaniem tego leku były ogłoszone w r. 1926 przez drów Landaua i

Helda. Do leczenia wprowadzili ten lek w r. 1918 Eppinger i Kloss.

Pod wpływem tego leku liczba krwinek zmniejsza się o $25\frac{0}{100}$, poziom bilirubiny we krwi zwiększa się, i zjawia się odczyn bezpośredni opóźniony, odporność krwinek zmniejsza się, w moczu zjawia się w nadmiernej ilości urobilinogen i urobilina, w kale urobilina. Liczba płytek we krwi wzrasta, w $50\frac{0}{100}$ przypadków występuje eozynofilja. Na wątrobę lek ten w dawkach leczniczych nie działa szkodliwie, co było sprawdzone za pomocą próby z galaktozą.

Myśmy tych spostrzeżeń nie sprawdzali, zwróciliśmy natomiast uwagę na zachowanie się ilości krwi krążącej, na morfologję i bilirubinę.

Chora dostawała w ciągu 10 dni $2\frac{0}{100}$ roztwór fenilhydrazyny domięśniowo w dawkach wzrastających pierwsze 2 dni po 1 cm³, następne 2 dni po 2 cm³ i t. d. w ciągu 10 dni, tak, że ostatnie 2 dni po 5 cm³, ogółem 0,6g. czystej fenilhydrazyny. Poza tem stosowaliśmy upusty krwi 4 razy po 250 cm³ w odstępach 2 dniowych. Po 10 dniach zbadaliśmy morfologję krwi. Hb 77 Sahli — $93\frac{0}{100}$. Białych ciałek 10.000, czerwonych ciałek 4,300.000. Pałeczkowatych $5\frac{0}{100}$, segmentow. $80\frac{0}{100}$, limfocytów $13\frac{0}{100}$, monocytów $2\frac{0}{100}$, $1\frac{0}{100}$ normoblastów. Bad. bilirubiny wykazało odczyn bezpośredni opóźniony, ilościowo 1 jednostka. Białko refraktometrycznie w surowicy $6,7\frac{0}{100}$. Ilość krwi krążącej 5500 cm³, zmniejszyła się o przeszło litr, a stosunek krwinek do osocza z $56\frac{0}{100}$ spadł do $46\frac{0}{100}$; ilość osocza z 53 cm³ na 1 kilogram wagi spadła na 52,5 cm³ — została prawie bez zmiany. Krwinki ze 122 cm³ na 1 kilogram wagi spadły na 96,5 cm³.

Widzimy, że poprawa wystąpiła kosztem krwinek, które ze 122 cm³ na kilogram wagi spadły na 96,5 cm³, ilość osocza nie uległa prawie zmianie, z 53 na 52,5 cm³ na kilo wagi.

Widzimy, że fenilhydrazyna wybitnie niszcząco działa na krwinki. Niestety, działanie to jest przemijające.

Jak już zaznaczyliśmy, mamy w naszym przypadku do czynienia z czerwienicą pierwotną typu Vaqueza. Podstawowym objawem każdej czerwienicy, czy to będzie pierwotna, czy wtórna, jest zwiększona liczba czerwonych krążków krwi i hemoglobiny. Liczby te w naszym przypadku nie były nadmiernie wygórowane, bowiem liczba krwinek była 6.400.000 w 1 mm³, Hb 115%, w innych przypadkach czerwienicy liczby te dochodzą do 10 i więcej milionów, a Hb do 150%.

Jaki jest mechanizm tego podstawowego zjawiska? Zawartość czerwonych krążków i Hb. jest wypadkową dwu zasadniczych czynników: nowotworzenia się czerwonych krążków w szpiku kostnym oraz rozpadu ich — hemolizy w całym układzie śródbłonkowo-siateczkowym, głównie w śledzionie. Te dwa czynniki są w warunkach normalnych ściśle do siebie dopasowane i hormonalnie regulowane. Jeżeli opierać się na zawartości bilirubiny we krwi oraz urobilinogenu w moczu (bilirubiny w kale nie oznaczaliśmy), a te właśnie odczyny chemiczne są sprawdzianem hemolizy w ustroju, to musimy powiedzieć, że rozpad erytrocytów odbywał się w naszym przypadku w granicach normy, tak bowiem się zachowywały bilirubinemia i urobilinurja. Wynika stąd, iż istoc policytemji Vaqueza u naszej chorej poleg na nadmiernej produkcji czerwonych ciałek, prawidłowej mniej więcej czynności układu matolicznego.

Po kuracji fenilhydrazyną ilość Hb i czerwonych ciałek spadła do normy, a s' wzmoczonego rozpadu krwinek wzmogła

¹⁾ próbę tuberkulinową wykonaliśmy 2 krotnie podskórnie po uprzedniem 3 dniowem mierzeniu ciepłoty co 2 godziny. Za pierwszym razem wstrzyknięto 0,0002 alttuberkuliny Kocha, a po 3-ch dniach 0,001 mg; i^o po obu wstrzyknięciach nie przekroczyła 37° .

krwi bilirubina z $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ jednostki, oraz zjawił się w nadmiarze urobilinogen w moczu. Przypuścić należy, iż ten sam mechanizm poliglobulji, o jakim jest mowa w chorobie Vaqueza, występuje również w chorobie Geisböcka oraz w czerwienicach wtórnych. Choroba Geisböcka od choroby Vaqueza różni się tylko obecnością nadciśnienia i często brakiem splenomegalji. Jest to według klasyfikacji Volharda t. zw. typ *hypertensio rubra*. Prawdopodobnie taki sam jest mechanizm czerwienic wtórnych. Różnią się one jednak od czerwienic pierwotnych tem, że gdy w chorobach Vaqueza i Geisböcka zupełnie nieznany nam jest czynnik chorobotwórczy, gdy zupełnie nie wiemy, co wyprowadza z równowagi harmonijne współdziałanie układów krwiotwórczego i krwiobójczego, to podstawową przyczyną czerwienic wtórnych, czy to będzie czerwienica u chorego z rozedmą płuc, czy u chorego z wrodzoną wadą prawego serca — we wszystkich tych stanach czynnikiem chorobotwórczym jest anoksemja krwi tętniczej, niedobór w niej tlenu, który jest silnym bodźcem drażniącym dla układu krwiotwórczego w szpiku kostnym. Tyle co do mechanizmu powstawania czerwienic.

Do niedawna, mówiąc o czerwienicy, miano na myśli wyłącznie zachowanie się Hb i czerwonych krążków. Metoda Rowntreego pozwoliła ustalić, iż zwiększa się również ilość krwi krążącej, mamy tutaj do czynienia z t. zw. *plethora vera*.

Ilość krwi krążącej u naszej chorej była wyraźnie zwiększona, zamiast 4,5 litra, odpowiadających jej wadze, miała ona 6,5 litra. Dokładna analiza tej pletory, oddzielne obliczenie ilości osocza i krwinek wykazały, że nadmiar krwi w danym przypadku odbył się kosztem nadmiaru krwinek, ilość osocza w chorobie Vaqueza ulega tylko nieznacznemu zwiększeniu lub zostaje niezmieniona.

Wkońcu zwrócić musimy uwagę na wielką skuteczność stosowanych przez nas zabiegów: fenilhydrazyny i upustów krwi.

Z doświadczenia jednak wiemy, że poprawa u tych chorych jest krótkotrwała, trwa tak długo, jak kuracja. Po paru tygodniach chory wraca do stanu poprzedniego.

Fenilhydrazynę stosowaliśmy w zastrzykiwaniach domięśniowych, ostatnio za przykładem Amerykan można ją stosować również doustnie.

PIŚMIENICTWO

Kraus i Brugsch 1920, Matthes *Differentiale Diagnostik d. inn. Krankh.* S. Hurwitz E. Lewitin *Am. J. Med. Sciences* t. 177 r. 1929. Landau, *Held Gaz. Lek.* № 25 1926 r. Piechowska *Polsk. Arch. Tom VI zeszyt IV.* Seyderhelm, *Lampe Ergebn. der inn. Med. und Kinderherkunde.* 27, 245. 1925. Eppinger *Hepatosplenale Erkr.* Seyderhelm *Lampe Zeitschr. f. G. Exp. Med.* 341 1924. Erns *Wollheim Zeitschr. f. kl. Med.* 108 r. 1928. Leonard Rowntree & George E. Brown. *Studies in Blood Volume with the. Dye. Method. Selected Papers of the Mayo Clinic* XX 1928.

Z praktyki prywatnej.

Oprawa próbna „Oculus”.

Podał

Inż. Wilh. MAGER (Berlin).

Celem zadośćuczynienia nowoczesnym wymaganiom oprawa próbna powinna być tak skonstruowana, aby również i przy całkowicie niesymetrycznym ustawieniu oczu możliwe było ściśle środkowe nastawienie szkła próbnego. Przy dobieraniu okularów, stosuje się w tym celu w oprawiu „Oculus” przegrodę, zaopatrzoną w otwór 15 mm. Dzięki tej przegrodzie unikamy błędnego określenia refrakcji, jak również niezborynych pęczków, które powstają przy skośnem spojrzeniu poprzez szkła, nieosłonięte przegrodą. Dobre osadzenie i mała waga posiadają również duże znaczenie.

Oprawa próbna „Oculus” jest tak skonstruowana, że odpowiada wszelkim wymaganiom. Przedewszystkiem jest wyrabiana z duraluminium. Oprawa została wykonana w kilku odmianach odpowiednio do poniżej podanych wyjaśnień.

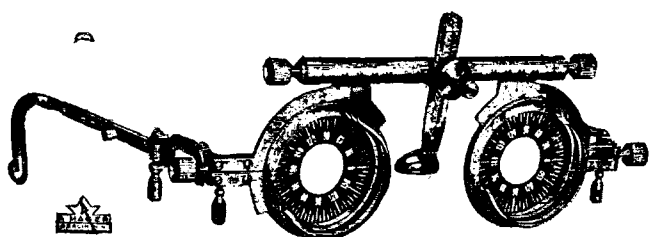


Figura 1.

Odległość zrenic ustawia się dla każdego oka oddzielnie przy pomocy gwintu wrzecionowatego, umieszczonego wewnątrz rurki poziomej, co zabezpiecza ją przed zanieczyszczeniem i przedwczesnem starciem. Nastawienie osi walcowatej skutecznie się za pomocą guziczków bocznych, obracających sprężyny, w które zakłada się szkła próbne. Dodana jest również śruba kleszczowa, która przeciwdziała mimowolnym skrętom. Skala do odczytywania, która jest jednocześnie przegrodą, została podzielona według schematu Tabo i posiada białe znaki na czarnem tle. Kreski, wskazujące oś szkła walcowatego, znajdują się nad podziałkami skali, co umożliwia dokładne odczytywanie nachylenia osi. Odpowiednia śruba i pręciak zębaty umożliwiają ustawienie wysokości mostka nosowego. Wysokość odczytuje się na skali z podziałką milimetrową. Przy pomocy obrotu mostka nosowego naokoło głównej osi skutecznie się w modelu tym przedstawienie nasady nosowej dla zgięcia mostkowego (Rys. 1 i 2). Przedstawienie to ma tę korzyść, że nasada nosowa otrzymuje za pomocą jednego chwytu żądany kierunek. Lekki obrót środkowej śruby kleszczowej unieruchamia mostek.

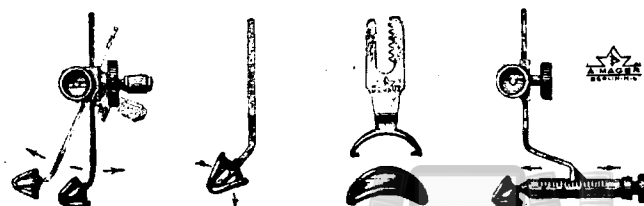


Figura 2, 3 i 4

Nasada nosowa, ułożona ruchomo w stawie widelkowatym (Rys. 3) dostosowuje się sama przez się do każdego kształtu nosa. Nasada ta znajduje się w równowadze stałej dzięki założeniu punktu obrotowego ze strony zewnętrznej, co jednocześnie przeciwdziała niespodziewanym przechyleniom lub nawet wahaniom.

Dzięki tej konstrukcji oprawa zostaje osadzona mocno i nie wywiera żadnego ucisku.

Rys. 4 przedstawia inne wykonanie mostka nosowego — w nim nasada nosowa przesuwana się w kierunku poziomym dzięki umieszczonego wewnątrz wrzecionku. Z obu stron rurki, zawierającej wrzecionka, została umieszczona milimetrowa podziałka dla zmierzenia zgięcia mostkowego. Zmiana wysokości odbywa się w sposób wyżej wspomniany.

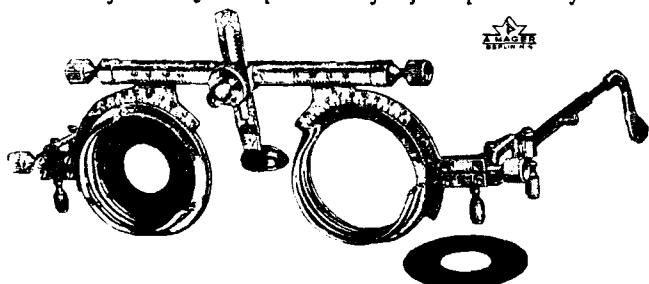


Figura 5.

Wyżej podany rysunek przedstawia oprawę „Oculus” z przegrodą do wyjmowania i zewnętrzną podziałką. Podziałka umieszczona została na łuku półkolistym i zaopatrzona w stopnie o odstępach 5°-owych. — Liczby zostały zastosowane według schematu „Tabo”. Specjalne żądania mogą być uwzględnione.

Przy silniejszych szklach określenie odległości szkła od zasówki ma duże znaczenie. Do mierzenia odległości służy otwór, zrobiony w rozszerzonym ramieniu zawiasowym — podziałka służy do pomiarów wyżej podanej odległości. Przy używaniu pozostałych sprężyn należy wziąć pod uwagę pozostałą różnicę.

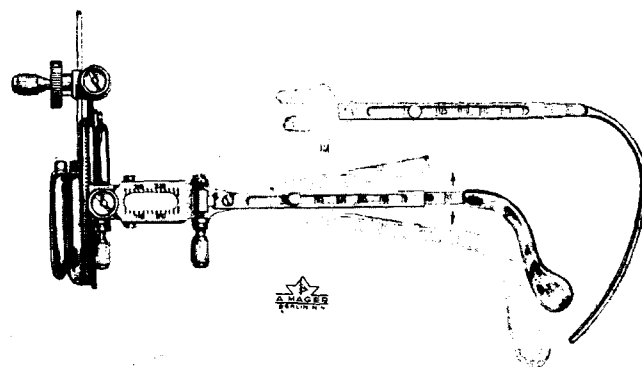


Figura 6.

Ramiona uszne posuwają się za pomocą odpowiednich guziczków ku górze lub ku dołowi i przedłużają się od 90 do 126 mm. Ramiona rogowe mogą być zastąpione sprężynami niklowymi.

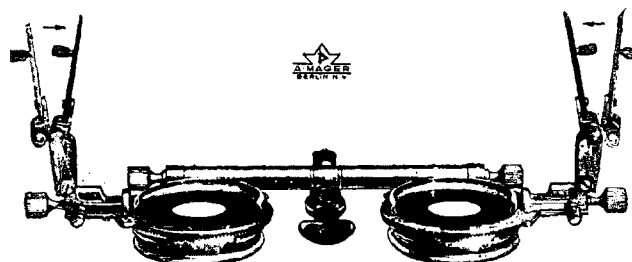


Figura 7.

Łożyska, w których założone są śruby, posiadają u góry zamki sprężynowe. Dzięki konstrukcji stawowej ramiona przylegają łagodnie do głowy.

Wszystkie części wykonane zostały z precyzją i wykazują celowość konstrukcji.

Wytwórcą jest firma A. Mager. Zakład wytwarzania specjalnych instrumentów oftalmologicznych. Berlin N. 4. Chausseestr. 8.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych.

Podał

Henryk LANDAU (Warszawa).

(Dok. patrz Nr. 35).

Odrzuwająca czynność wątroby jest związana, poczęści wynika z jej zdolności wydalania obcych dla ustroju substancji z żółcią. Do badania tej czynności wątroby nadają się na zasadzie do tychczasowych prób tylko barwniki, gdyż takie związki, jak np. urotropina, przechodzą do żółci u ludzi zarówno ze zdrową, jak i chorą wątrobą.

Na obserwowaniu wydalania przez wątrobę, wprowadzonych do ustroju barwników polega metoda badania czynnościowego wątroby, zwana chromodjagnostyką.

Pierwszym krokiem do zastosowania chromodjagnostyki było stwierdzenie przez Brauera i Bürkera faktu wydzielania się błękitu metylenowego i indygokarminu z żółcią.

Rosenthal i Falkenhausem stwierdzili, że w przypadkach schorzenia miąższu wątrobowego błękit metylenowy, zastrzyknięty podskórnie, zjawia się w żółci, otrzymanej za pomocą zgłębnika dwunastniczego, wcześniej, niż normalnie (norma wynosi 55—95 minut) wskutek zwiększonej przepuszczalności dla tego barwnika uszkodzonych komórek wątrobowych.

Natomiast indygokarmin, wprowadzony do mięśniowo lub dożylnie, ukazuje się w żółci osób z chorą wątrobą później, niż normalnie (norma wynosi 15—60 minut). Opóźnienie wydzielania indygokarminu stwierdzono w żółtaczce nieżytowej, salwarsanowej, septycznej, mechanicznej, marskości wątroby z żółtaczką i bez niej, w wątrobie muszkatułowej, rozległych przerzutach nowotworów do wątroby. Natomiast w niepowikłanej kamicy żółciowej, zapaleniu woreczka żółciowego, lekkiej zastoinie i bąblowcu wątroby, kile wątroby bez żółtaczki, nielicznych przerzutach nowotworów do wątroby wydalenie barwnika nie odbiegało od normy (Lepehne, Hatiéganu, Hesse i Wörner). W przypadkach upośledzonego wydalenia barwnika z żółcią stwierdza się zwiększone jego wydalenie z moczem (Einhorn i Laporte).

Wyniki chromodjagnostyki za pomocą błękitu metylenowego i indygokarminu nie są pewne, gdyż barwniki te są głównie synuryczne, t. j. ulegają wydalaniu z ustroju głównie przez nerki.

Użyta po raz pierwszy przez Bennholda czerwień kongo, której zatrzymanie w ustroju znaleziono w zaniku żółtym, marskości i śródmiąższowem zapaleniu kiłowem wątroby, nie nadaje się do badania czynnościowego wątroby, gdyż usuwanie jej ze krwi odbywa się przez układ siateczkowo—śródbłonkowy, a nie przez komórki wątrobowe (Bennhold, Lepehne, Schellong i Eisler, Adler i Reimann). Ponieważ czerwień kongo barwi przyżyciowo zmienione skrobiowato tkanki, próba ta ma ważne znaczenie w rozpoznawaniu skrobiawicy.

Wprowadzona dożylnie czerwień bengalowa znika u człowieka bardzo szybko ze krwi, którą należy pobierać do badania po upływie 4 i 8 minut od chwili zastrzyknięcia. Zatrzymaniu ulega barwnik w żółtaczkach mechanicznych, marskości i silnie wyrażonych uszkodzeniach miąższu wątrobowego (Kerr, Delprat, Epstein i Duniewitz).

Azorubina S, wprowadzona przez Tadę i Nakashimę, jest barwnikiem nawskroś syncholicznym, gdyż wydala się z żółcią w ilości do 95 proc., natomiast z moczem u ludzi zdrowych zaledwie w ilości do 18 proc. Po zastrzyknięciu dożylnem 4 cm³. 1 proc. roztworu azorubiny S. zjawia się barwnik po upływie 15—50 minut w treści dwunastniczej, w której utrzymuje się przez 2—5 godzin. Jeśli po tym czasie wprowadzić przez zgłębnik do dwunastnicy 60 cm³. 15 proc. roztworu siarczanu magnezowego, okazuje się, że i druga porcja żółci zawiera azorubinę S. W przypadkach patologicznych zjawia się azorubina S. w treści dwunastniczej dopiero po 2 godzinach, a może w niej zupełnie nie występować. W moczu zjawia się normalnie azorubina S. po 30 minutach i znika po 3—9 godzinach; w schorzeniach wątroby cała ilość wprowadzonego do ustroju barwnika może ulec wydalaniu przez nerki. Upośledzone wydalenie azorubiny S. z żółcią stwierdza się w rozlanych zmianach zapalnych i zwyrodnieniowych miąższu wątrobowego (ostrej, zanik żółty i kiła wątroby, żółtaczka nieżytowa), natomiast w cięższych nawet, lecz umiejscowionych schorzeniach wątroby i dróg żółciowych (marskość wątro-

by, zapalenie woreczka żółciowego i t. d.) wydalenie barwnika z ustroju odbywa się normalnie. Fenstermann tłumaczy to tem, że eliminowanie barwnika odbywa się przez komórki wątrobowe; natomiast Schellong uzależnia wydalenie barwnika z żółcią czy też z moczem od koncentracji azorubiny S. we krwi i od stanu układu siateczkowo—śródbłonkowego i odmawia wskutek tego próbie azorubiny wszelkiego znaczenia dla badania czynnościowego wątroby.

Zapoczątkowane przez amerykańskich autorów (Abel, Rowntree, Hurwitz, Bloomfield, Mc. Neil, Piersol i Bockus) badanie czynnościowe wątroby za pomocą barwników, pochodnych fenoltaleiny (fenoltetrachlorftaleiny) początkowo mało się przyjęło, gdyż określanie ilościowe barwnika w kale i treści dwunastniczej nasuwa duże trudności techniczne. Wobec tego z rozmaitych stron zaproponowano określanie zawartości tetrachlorfenoltaleiny we krwi w oznaczonym czasie po jej wprowadzeniu dożylnem do ustroju. Rosenthal pobiera krew w 1 i 2 godziny po zastrzyknięciu i bada ją na zawartość barwnika, dodając do 1 cm. sz. surowicy parę kropeł rozcieńczonego ługu; w razie obecności w surowicy tetrachlorfenoltaleiny występuje czerwono—fioletowe zabarwienie. Kunfi zmodyfikował próbę Rosenthala w ten sposób, że zakwasza surowicę kilku kroplami 3 proc. kwasu solnego i nawarstwia 5 proc. ługiem sodowym: obecność barwnika ujawnia powstający na granicy płynów pierścień niebieski aż do intensywnie czerwonego. Bogen określa kolorymetrycznie zawartość barwnika we krwi. Reiche bada również moczu w 1, 2 i 3 godziny po zastrzyknięciu na zawartość tetrachlorfenoltaleiny. Faltitschek i Krasso używają zamiast tetrachlorfenoltaleiny soli sodowej tetrajodfenoltaleiny (Jod—Tetragnost „Merck”), która nie powoduje objawów ubocznych, jak tetrachlorfenoltaleina; krew, w której obecność barwnika stwierdza się próbą pierścieniową Kunfięgo, pobiera się co 15 minut od chwili zastrzyknięcia tak długo, póki próba nie wypadnie ujemnie. Normalnie związki tetrafenoltaleinowe znikają ze krwi po godzinie, najwyżej po dwóch. Retencję barwników tej grupy stwierdzano w żółtaczce nieżytowej i salwarsanowej, ostrej żółtaczce zastoinowej, marskości wątroby, wątrobie zastoinowej, rozległych przerzutach nowotworów do wątroby, rzucawce porodowej (Rosenthal, Lepehne, Faltitschek i Krasso, Gilbert i Coury, Friedenwald i Morgan, Naujoks, Ottenberg, Rosenfeld i Goldsmith, Friedrich, Kähler, Pentz, Baetzner); normalnie wypada próba w żółtaczce hemolitycznej, pierwotnych guzach wątroby, niepowikłanej kamicy żółciowej, zapaleniu woreczka żółciowego (Rosenthal, Faltitschek i Krasso). Wielu autorów (Reiche, Walters, Schellong, Reimann, Adler i Edel, Bauer i Nyiri) uważają za zbędne wykonywanie próby Rosenthala w przypadkach zastoiny żółci, gdyż wtedy barwnik wraz z żółcią dostaje się do krwi, a dodatni wynik próby nie świadczy o upośledzeniu czynnościowym wątroby. Schellong, a poczęści i Reimann, Adler i Edel ustosunkowują się ujemnie do próby Rosenthala, gdyż,

ich zdaniem, w eliminacji związków tetrafenoltaleinowych bierze wybitny udział układ siateczkowo-śródbłonkowy. Niektórzy wreszcie (Franke, Greenbaum i Brown, Bloomi, Rosenau, Maurer i Gatewood) odrzucają próbę, gdyż nie daje ona pewnych wyników, a zastrzykiwania tetrachlorfenoltaleiny wywołują objawy uboczne, jak: bóle głowy, osłabienie, omdlenia, dreszcze, bóle ręki, zakrzepy w żyłach.

Na badaniu której z tak licznych funkcji wątroby polega padana przez Loepera, Michaux i de Séze próba winna (*l'épreuve du vin*), trudno odpowiedzieć. Istota jej polega na tem, że osobie badanej podaje się wino w ilości 5 cm. sz. licząc na kilogram wagi. Wino wywiera działanie pobudzające na czynność wątroby, wyrażające się w przypływie żółci do dwunastnicy, zmianach współczynnika azotemicznego, współczynnika Mailarda i utleniania siarki. Wątroba, reagująca słabo lub źle, jest wątrobą, patologicznie zmienioną lub wyczerpaną. Wątroba, obniżająca swe współczynniki, jest chora. Być może, że próba ta posiada pewne znaczenie prognostyczne, jak chcą jej autorzy; o korzyściach rozpoznawczych dotąd trudno mówić.

Do badań, oddających często cenne usługi w rozpoznawaniu chorób wątroby i dróg żółciowych, należy badanie odporności czerwonych ciałek krwi na działanie płynów hipotonicznych (żółtaczka hemolityczna!), badanie morfologiczne krwi i badanie jej na odczyn Wassermann'a, co wobec częstości zmian kiłowych wątroby jest szczególnie ważne. W ostatnich czasach zwraca uwagę Szour na rolę kiły w zapaleniach dróg żółciowych (*cholangitis paraluica*).

Zestawienie niniejsze nie byłoby zupełne, gdyby nie wspomnieć choć w paru słowach o rentgenowskim badaniu wątroby i dróg żółciowych. Uwidocznienie się woreczka żółciowego i znajdujących się w nim ewentualnie kamieni na zwykłym zdjęciu należy do rzadkości wobec małej różnicy w pochłanianiu promieni między wątrobą, woreczkiem żółciowym, kamieniami cholesterynowymi i barwnikowemi z jednej, a sąsiednimi narządami z drugiej strony. Jedynie kamienie wapniowe lub mieszane z otoczką wapniową można odróżnić na zwykłym zdjęciu. Nieco lepsze wyniki można osiągnąć, jeśli przed zdjęciem lekko rozdać kışkę grubą (Meyer — Betz, Haenisch).

Dalszy postęp w radjodjagnostyce wątroby i woreczka żółciowego przyniosło wprowadzone przez Schittenhelma i Welsa *pneumoperitoneum*: dzięki obecności gazu w jamie otrzewnej wątroba, a czasem i woreczek żółciowy odcinają się wyraźniej od otoczenia. Burkhardt i Müller nakłuwali woreczek żółciowy i wprowadzali doń substancje kontrastowe (kollargol), aby go uwidocznili. Obie ostatnie metody nie są obojętne dla badanych, a nawet przedstawiają znaczne niebezpieczeństwo. Aby uzyskać obraz rentgenowski woreczka żółciowego, należało znaleźć substancje, któreby: 1. zatrzymywały promienie Roentgena, 2. dawały się wprowadzić do woreczka żółciowego inną drogą, niż przez jego nakłucie. Ciałami, czyniącemi zadość pierwszemu warunkowi, są halogeny: jod i brom; związkami zaś, wydzielającemi się z żółcią, są po-

chodne tetrafenoltaleinowe. Opierając się na badaniu czynnościowym wątroby za pomocą tetrachlorfenoltaleiny, wprowadzonem przez Rosenthala, zadanie uwidocznienia woreczka żółciowego w obrazie rentgenowskim rozwiązali Graham i Cole przez użycie tetrabromfenoltaleiny i tetrajodfenoltaleiny, kładąc w ten sposób podwalinę pod cholecystografię. Ponieważ połączenie bromowe tetrafenoltaleiny jest bardziej toksyczne, niż jodowe, zaniechano wkrótce używania go, tak że dzisiaj większość używanych do tego celu preparatów stanowi tetrajodfenoltaleina. Tetrajodfenoltaleinę można wprowadzać doustnie, doodwunastniczo, doodbytniczo i wśródżylnie. Doustnie podaje się tyle gramów tetrajodfenoltaleiny, ile razy po 10 kg. waży badana osoba, w świeżo keratynizowanych pigułkach lub kapsułkach żelatynowych, gdyż inaczej pod działaniem kwaśnego soku żółdkowego barwnik przechodzi w nierozpuszczalną i niewchłaniającą się postać. Zdjęcie robi się po raz pierwszy po 12 godzinach, a następnie w odstępach czterogodzinnych tak długo, aż się otrzyma ostry cień; jeśli do 24 godzin woreczek się nie uwidoczni, należy zrezygnować z dalszych zdjęć. Zdarza się to, niestety, dość często, gdyż podane doustnie i doodwunastniczo kapsułki nie ulegają rozpuszczeniu i ukazują się niezmienione w kale; czasem znów wskutek biegunk po doustnem i doodwunastniczem podaniu barwnika wchłanianie się w jelitach jest niedostateczne. Brugsch i Pribram starają się udoskonalić technikę doustną przez użycie bilofenu, zawierającego tetrajodfenoltaleinę z domieszką kwasów żółciowych, ułatwiających resorbcję barwnika. Adelfang radzi stosować przez dwa dni przed podaniem tetrajodfenoltaleiny dietę węglowodanową, a przez 15—18 godzin po niem głodówkę; dobre wyniki, osiągnięte tą metodą, tłumaczy on wzmożeniem cholerezy i zmniejszeniem odpływu żółci przez węglowodany, wskutek czego zwiększa się adsorbcja barwnika w woreczku żółciowym. Landau uważa, że pod wpływem diety węglowodanowej bardziej wydolna wątroba wydała szybciej barwnik, wskutek czego zwiększa się jego koncentracja w woreczku żółciowym. Przy doodbytniczem podawaniu środka kontrastowego w ławatywie kroplowej (Stegemann) wchłanianie jego bywa również często niewystarczające. Zupełnie pewna jest jedynie metoda dożylna. Dożylnie wprowadza się 3—4 gr. (zależnie od wagi badanej osoby) tetrajodfenoltaleiny, rozpuszczonej w 40 cm. sz. wody przekroplonej, które należy przesaczyć i wyjałowić przez piętnastominutowe gotowanie. Ze względu na uszkodzanie ściany naczyniowej przez barwnik i możliwość wstrząsu należy zastrzykiwać bardzo wolno, a po wprowadzeniu barwnika zastrzyknąć przez tę samą igłę, pozostawioną w żyłę, 20—40 cm. sz. roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Pierwsze zdjęcia robi się po 12 godzinach, choć niektórzy autorzy próbują wcześniej; gdyby obraz nie był wyraźny lub zupełnie nie wystąpił, należy powtarzać zdjęcia co 2 godziny. Zaproponowana przez Pribrama do doustnej cholecystografii biloptina (t. j. dwujodoatofan) pozwala wprowadzić na otrzymywanie dobrych zdjęć (Pribram, Presser), ale okazała się silnie toksyczna, powodując nawet zejścia śmiertelne wskutek ostrego zaniku żółtego

wątroby (Hitzenberger), tak, że musiano zaniechać jej używania.

Jeśli cholecystografia dożylna nie pozwala na otrzymanie cienia woreczka żółciowego, to przyczyny tego, pomijając względy natury technicznej (otyłość osoby badanej, niedobry aparat, zła ekspozycja), mogą być następujące:

- 1) Schorzenie mięszu wątrobowego, dające się z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić lub wykluczyć przez jednoczesne wykonanie próby Rosenthala (Faltitschek i Krasso);
- 2) zapalenie nieżyłowe dróg żółciowych ze zwężeniem lub zamknięciem ich światła (Erbsen);
- 3) niedrożność przewodu pęcherzykowego, spowodowana przez kamień, nowotwór, przegięcie lub skurcz; ten ostatni można wykluczyć, powtarzając cholecystografię po uprzednim podaniu atropiny (Erbsen);
- 4) w przypadkach marskości woreczka żółciowego (Schrumpfgallenblase), kiedy ściana jego traci zdolność do wystarczającego zagęszczania preparatu (Erbsen).

Wypełniony normalny woreczek żółciowy daje intensywny i ostro odgraniczony cień o kształcie gruszki lub śliwki. Nieostre, słabe, czasem zabębione kontury cienia dowodzą zmian zapalnych lub nowotworowych ściany woreczka żółciowego, wypełnienie niejednolite, jakby marmurkowane — obecność kamieni w woreczku.

Chiray i Pavel, zwracając uwagę na to, że środki, służące do uwidocznienia woreczka żółciowego, muszą przejść przez wątrobę, przypuszczają, że w ten sposób da się również wątroba uwidocznić w obrazie rentgenowskim, i że będziemy wkrótce mówili o hepatografii, jako o jednej z metod badania klinicznego.

Reasumując, musimy powiedzieć, że dla lekarza — praktyka tylko niektóre wyżej podane próby są dostępne i tylko niektóre z nich posiadają znaczenie rozpoznawcze; należą do nich badanie moczu na urobilinogen, bilirubinę i kwasy żółciowe, badanie treści dwunastniczej na barwniki żółciowe, urobilinogen, białko i osad, badanie kału na urobilinogen, barwniki żółciowe i tłuszcze, badanie krwi morfologiczne, na odczyn Wassermann'a i bilirubinę, badanie odporności czerwonych ciałek krwi, próba R. Bauera na galaktozurję, cholecystografia w połączeniu z próbą Rosenthala. Inne próby (badanie gospodarki białkowej, wodnej, czynności odtruwającej i t. d.) są zbyt złożone, a pod względem rozpoznawczym dają niewiele.

PIŚMIENNICTWO

Eppinger. Die hepatolienalen Erkrankungen. — Schellong w Klin. Labor. Brugsch — Schittenhelm. — Lepehne. Funktionsprüfung innerer Organe. — Hyjmans van der Bergh. Der Gallenfarbstoff im Blute. — Roger. Physiologie de foie. — Adler i Meyer. Kl. W. ch. 258-1923. Brauer, M. m. W. 1003-1901; — Deloch i Gorke, Grenzgb. 35-1922. — Deloch. Arch. f. Verd. — Krankh. 30-1922. — Einhorn, Arch. f. Verd. — Krankh. 29-1923. 31-1923, D. m. W. 1206-1924. — Eppinger i Charnas, Z. f. kl. Med. 78-1913. — Falta, Höglér i Knobloch. M. m. W. 39-1921. — Fiessinger i Walter, Cts. r. d. sde la soc. de biol. 90-1924. — Filiński, P. G. Lek. 7-1922, 40-1922 — Filiński i Proszowski, P. Arch. Med. Wewn. t. I z. I. — Frank i

Szour, W. Cz. Lek. 7 1924. — v. Friedrich, Med. Kl. 31 i 32-1922. — Herzfeld, D. A. f. Kl. Med. 139-1922. — Hyjmans van den Bergh i Snapper, D. A. f. kl. Med. 110-1923. — Jünger, D. A. f. Kl. Med. 149-1926. — Labbé, Mon. Méd. 749-1929. — Kalk i Schöndube, Kl. W. 47-1924. — Landsberg, P. Cz. Lek. 12-1921. — Grott i Trzebiński, Med. War. 4, 5 i 6-1929. — Lepehne, Kl. W. 41 1922, D. m. W. 20 i 27-1923, D. A. f. Kl. Med. 137-1921. Langauke, Kl. W. 6-1922. — Loeber, M. m. W. 21-1923. — Lyon, Proc. of. path. soc. of. Phil. 23 i 25-1921. — Meli, Kongr. Zbl. 38-1925. — Meyer, D. A. f. kl. Med. 147-1925, Kl. W. 28-1923, — Pribram, Kl. W. 34-1923. — Reue, Kl. W. 16-1923. — Retzlaff, Verh. d. D. G. f. inn. Med. 34-1922, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 34-1923. — Rutkowski, Przegl. Chir. 1923. — Stepp, Ztsch. f. Klin. Med. 89-1920. — Stepp i Düttmann, Kl. W. 34-1923. — Strisower, W. A. f. inn. Med. 3-1922. — Vogel i Zins, Med. Kl. 667-1922. — Weiss, Erg. d. inn. Med. 22-1922. — Weltmann i Löwerstein W. A. f. inn. Med. 6-1923. — Garnier i Rudaux, Ann. de Med. 3-1930. — Mann i Magath, Arch. of nt. Med. 30-1922. — Erdelyi, Ztsch. f. phys. Chem. 90 1914. — Kähler, Med. Kl. 1295 1925. — Elek i Goldgruber, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 45-1925. — Külz, Pfl. Arch. 24-1881. — v. Gierke, Das Glykogen. — Fischler, M. m. W. 645 1925. — Isaac, Med. Kl. 1207-1920. — Strauss, D. m. W. 757-1901 i 1780-1913. — Sachs, Ztsch. f. kl. Med. 38-1899. — Draudt, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 72-1913. — Klein i Lang, M. m. W. 187-1926. — Hetényi, D. m. W. 420, 770 i 1200-1922. — Offenbacher i Hahn, Arch. f. Verd. — Krankh. 29 i 30-1922. — Tachau, D. A. f. kl. Med. 104-1911. — Staub, Ztsch. f. Kl. Med. 91-1921, 93-1922. — R. Bauer, D. m. W. 1505-1908, B. Kl. W. 1498-1912, W. A. f. inn. Med. 80-1914. — Sabatowski, Gaz. Lek. 50, 51 i 52-1906. — Wagner, Ztsch. f. kl. Med. 80-1914, — Uhlmann, Arch. f. Verd. — Krankh. 21-1915. — Kähler i Machold, W. Kl. W. 1922-1914. — Beckmann, Kl. W. 2229-1927. — Hesse i Havemann, Kl. W. 42 i 52-1922. — Feigl i Luce, Bioch. Ztsch. 90-1918. — Widál, Abrami i Jancovesco, Pr. Méd. 91-1920, Cpt. r. d. s. de l'ac. de sc. 171. 1920. — Gottschalk i Nonnenbruch, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 96-1922 i 99-1923. — Mann i Magath, Erg. d. Phys. 23-1924. — Falkenhausen i Siwon, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 106-1925. — Münzer, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 33-1894. — Morawitz i Kahn, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 58-1908. — Kisch, Kl. W. 1452-1923. — Frey, Ztsch. f. Kl. Med. 72-1911. — Weintraud, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 31-1893. — Zandén Ztsch. f. Kl. Med. 94-1922, — Neuberg i Richter, D. m. W. 499-1904. — Schweriner, Ztsch. f. exp. Path. u. Ther. 21-1920. — Glässner, Ztsch. f. exp. Path. u. Ther. 4-1907. — Kinnberg, Med. Kl. 1236-1919. — Rusznyak, Barat i Kürthy, Ztsch. f. Kl. Med. 98-1924. — Isaac — Krieger i Hiege, Kl. Woch, 1067 1923. — Klopstock, Med. Kl. 1156-1923. — Nolf, Erg. d. inn. Med. u. Kindhlk. 10-1913. — Junkersdorf, Pfl. Arch. 186, 187 i 192 1921, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 30-1922. Zacharowa — Sidlarewskaja, Par. Méd. 15-1930. — Holler, Kl. W. 1168-1924. — Stransky, D. m. W. 1255-1921. — Glaser, Med. Kl. 331 i 462-1922, Kl. W. 1598-1923, M. m. W. 674-1924. — Storm van Leeuwen, Bien i Varekamp, The J. of. exp. Med. 1922. — Hoff i Sievers, M. m. W. 293-1924. — Embden i Wirth, Bioch. Ztsch. 27-1910. — Hayos, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 45-1925. — Fischler i Kossow, D. A. f. kl. Med. 111-1913. — Mauthner W. A. f. inn. Med. 7-1924. — Mauthner i Pick, M. m. W. 1141-1915, Bioch. Ztsch. 127-1922. — Muller i Pick, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 97-1923, 107-1925. — Landau i Pap, Kl. W. 1399-1923. — Lamson i Roca, J. of. ph. a. exp. th. 17-1921. — Saxl i Donath, Kl. W. 1397-1924. — Jochweds, W. A. f. inn. Med. 11-1925. — Adler, Kl. W. 1980-1923. — Hess, W. kl. W. 9 1930. — Pollitzer i Stolz, W. A. f. inn. Med. 8-1924. — Händel, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 42-1924, 47-1925. — Szour, W. Cz. Lek. 8-1930. — Steyskal i Grünwald, W. Kl. W. 30-1909

-- Szmid, Ann. de Méd. 13-1923. — Händel i Rosenzweig, D. m. W. 320-1926. — Szour i Rozengartenówna, Kw. Klin. 1-1927. — Rosenthal, Kl. W. 1657-1924. — Rosenthal i Krüger, B. Kl. W. 382-1921. — Münch, M. m. W. 945-1923. — Munter, Arch. f. exp. Path. u. Phar. 109-1925. — Příbram, Kl. W. 2150-1924. — Hummel, Kl. W. 1573-1924. — Abel i Rowntree, J. of. ph. a. exp. th. 1-1909. — Bätzner, Med. Kl. 1-1926. — Adler i Reimann, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 47-1925. — Bauer, W. Kl. W. 13-1926. — Bauer i Nyiri, Kl. W. 39-1926. — Bennhold, D. A. f. kl. Med. 142-1923. — Bloom i Rosenau, Arch. of. int. med. 34-1924. — Bogen, J. of. lab. a. cl. med. 8, Nr. 9. — Brauer, Ztsch. f. phys. Chem. 40-1903. — Bürker, Pfl. Arch. 83-1901. — Delprat, Arch. of. int. med. 32-1923, 34-1924. — Einhorn i Laporte, Arch. f. Verd. — Krankh. 32-1924. — Falitschek i Krasso, W. Kl. W. 14 i 23-1926. — Fensterman, M. m. W. 21-1926. — Franke, Kl. W. 1-1926. — Friedenwald i Morgan, Ann. of. cl. med. 4-1925. — Friedrich, M. m. W. 50-1926. — Greenbaum i Brown, J. of. the Am. m. ass. 82-1924. — Hatiéganu, Ann. de Méd. 142-1923. Hesse i Wörner, Kl. W. 3. 42 i 52-1922. — Kähler, Med. Kl. 35-1925. — Kerr, Delprat Epstein i Dumieuitz, J. of. the Am. m. ass. 85-1925. — Kunfi Kl. W. 39-1924. — Maurer i Gatewood, J. of. the Am. m. ass.

84-1925. — Mc. Nail. kongr. — Zblt. 21-1922. — Nanjoks, Zbl. f. Gyn. 49-1925. — Öttenberg, Rosenfeld i Goldsmith, Arch. of. int. med. 34-1924. — Pentz, Ned. Tiid. v. Gen. 7-1925. — Piersol i Bockus, J. of. the Am. m. ass. 83-1924. — Reiche, M. m. W. 1-1926, Med. Kl. 8-1926. — Reimann, Adler i Edel, Med. Kl. 33-1926. — Rosenthal i Falkenhausen, B. kl. W. 44-1921, Kl. W. 17-1922. — Rosenthal, J. of. the Am. m. ass. 79-1922. — Rowntree, Hurwitz i Bloomfield, Arch. f. Verd. — Krankh. 9-1913. — Schellong, Med. Kl. 45-1926. — Schellongi Eisler, Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 45-1926. — Tada i Nakashima, The J. 83-1924. — Loeper, Michaux i de Seze, Pr. Méd. 90-1929. — Szour, Arch. f. Verd. — Krankh. 5-6-1930. — Meyer — Betz w Leheb. d. Rontg. Schittenhelma. — Haenisch-Fortsch. d. Rontg. 21-1926. — Schittenhelm i Wels, Lehrbuch der Rontgendiagnostik. — Burkhardt i Müller, D. Ztsch. f. Chir. 3-4-1921. — Graham i Cole, J. of. the Am. m. ass. 82-1924. — Adelfang, W. Cz. Lek. 47-1929. — H. Landau, Kw. Klin. 3-4-1929. — Presser, W. kl. W. 713-1926. — Hitzemberger, W. Kl. W. 205-1927. — Stegemann, M. m. W. 47-1925. — Erbsen w klin. Laborat. Brugscha — Schittenhelma. — Chiray i Pavel, Par. Méd. 10-1930.

Streszczenie pojedyncze i oceny książek

Anatomia normalna i patologiczna.

Herbert WEBER. Ziarnica złośliwa płuc. (Zieglers Beiträge. R. 1930. T. 84, z. 1, s. 1—32).

Płuca są niezmiernie rzadko siedliskiem ziarnicy złośliwej. Pobudką do napisania niniejszej pracy prócz rzadkość tej sprawy była chęć podania wyników badania mikroskopowego zmian ziarnicznych w płucach. Własny materiał, obejmujący siedm przypadków, dzieli autor na dwie grupy. Do pierwszej zalicza 3 przypadki, w których zmiany ziarniczne ograniczały się tylko do płuc, do grupy drugiej należą 4 przyp. — z typowymi zmianami ziarnicznymi w innych narządach i z wybitnymi zmianami w płucach. Materiał własny autora dotyczy 5 mężczyzn i 2 kobiet. Wiek osobników wahał się od 24 do 73 lat.

Szczegółowo omówiono dane badania sekcyjnego i mikroskopowego, uwzględniono dane z wywiadów i przebiegu klinicznego. 12 jednobarwnych rycin, najprawdopodobniej mikrofotografii, stanowi dopełnienie tekstu.

Wyniki badań są zestawione w sposób następujący:

Tylko w dwu przypadkach klinicznie rozpoznano ziarnicę dzięki dodatniemu wynikowi badania mikroskopowego wyciętego gruczołu limfatycznego. W czterech rozpoznano: suchoty płucne [z nich w jednym prócz tego guz śródpiercia], w jednym — zapalenie płuc. Prątki gruczłowe wykryto w płwocinie tylko w dwu przypadkach (sekcyjnie stwierdzono również gruczłowe płuc). We wszystkich przypadkach stwierdzono silny kaszel ze znaczną ilością płwocin; w trzech zmianom chorobowym płuc towarzyszyło zapalenie opłucny ze znaczną wypociną; w dwu — były typowe palce pałczkowate. Długość cierpienia wahała się od 2 do 8 lat; najdłuższy przebieg stwierdzono w przypadkach, w których za życia stosowano lecznicze naświetlania promieniami Roentgena. Rozpoznanie rentgenologiczne ziarnicy płuc jest bardzo trudne, w wielu przypadkach niemożliwe. Rentgenologicznie ziarnicę płuc dzieli Lenk na 4 grupy: 1) Pakiety ziarniczo zmienionych gruczołów wnękowych z zachowaną lub już zniszczoną otoczką gruczołową; 2) podprosówkowe lub prosówkowe ogniska w płucach; 3) duże ogniska śródplucne 4) zmiany ziarniczne, ograniczające się niemal wyłącznie do drzewa oskrzelowego. Tylko ta ostatnia, naogół jednak naj-

rzadsza postać (Lenk) może być z dużym prawdopodobieństwem rozpoznana rentgenologicznie. Jest ona jednak najrzadsza.

Zmiany anatomiczne płuc były następujące: a) w przypadku I i VII sprawa ziarnicza szerzyła się wzdłuż drzewa oskrzelowego, b) w przyp. III, IV i VI zmiany ziarniczne imitowały nowotwór, zajmując niemal cały płat płuca, c) w przyp. II i VII płuca były usłane licznymi guzkami małymi lub średniej wielkości, d) w przyp. V w guzie ziarnicznym stwierdzono dużą jamę o gładkich ścianach. Budowa zmian ziarnicznych na przekroju jest zróżnicowana i posiada znaczenie rozpoznawczoróżniczkowe. Naświetlanie lecznicze promieniami Roentgena zmienia wspomniany obraz makroskopowy — rozwijają się zmiany bliznowate oraz ogniska rzekomożółciakowe (pseudoksantomatyczne). Jednoczesne istnienie ziarnicy i gruźlicy utrudnia lub wręcz uniemożliwia rozpoznanie makroskopowe. Ziarnica, szerząca się podobnie, jak rak, wzdłuż oskrzeli, zwęża ich światło; w jednym przypadku powstała przetoka tchawiczno-przelykowa (przyp. VII).

Budowa histologiczna była typowa, odchylenie od niej stanowi przyp. III z bardzo licznymi komórkami olbrzymimi. W przypadkach, naświetlanych za życia promieniami Roentgena, rozwijała się w nadmiarze tkanka łączna bliznowata ze zmianami szklistymi, oraz tworzyły się następnie skupienia komórek rzekomożółciakowych. Duża jama w guzie ziarnicznym (przyp. V) prawdopodobnie jest wynikiem zmian wstecznych, powstałych po naświetlaniu promieniami Roentgena, i wtórnego zakażenia.

Wysoko charakterystyczne jest stwierdzenie szeregu zmian, często spostrzeganych w gruźlicy, a mianowicie: a) niezbyt złączający pęcherzyków płucnych na obwodzie ognisk ziarnicznych, b) zapalenie ziarniczne płuc — w postaci swoistej tkanki ziarnicznej w świetle pęcherzyków płucnych, przegrody międzypęcherzykowe były bądź zachowane (barwienie włókien sprężystych), bądź zniszczone, c) rozwój drobnych ognisk ziarnicznych w błonie wewnętrznej naczyń — mięśniówka była niezmienną, d) wrastanie tkanki ziarnicznej poprzez ścianę do światła dużych żył i tętnic.

Ziarnica szerzyć się może w tchawicy i oskrzelach a) w śluzówce, b) w warstwach ich ściany, c) niszczy ścianę

i wypełnia całkowicie światło odnośnego oskrzela, najdłużej opiera się zniszczeniu chrząstka.

W. Czarnocki.

SYSAK i MENIOWITSCH. Zmiany patologiczne w doświadczalnym zatruciu jadem kleśbasianym. (Frankf. Zeits. für Pathol. 1929. T. 38, z. 1—2, s. 261—265).

Do doświadczeń użyto: 11 świnek morskich, 3 królików i 1 psa. Podano opis stosowanej techniki doświadczałnej. Wszystkie zwierzęta zginęły po upływie 10 godzin do 5 dni.

Makroskopowo stwierdzono tylko znaczne przekrwienie. Najwybitniejsze zmiany mikroskopowe dotyczyły ośrodkowego układu nerwowego i wątroby. Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym występowały: 1) w ziarnistościach Nissla, 2) w jądrach komórek zwojowych: szarej istoty rogów przednich, jąder rdzenia przedłużonego, zwojów ośrodkowych przeważnie w dnie komór—w postaci hiperchromatozy jąder pozątem stwierdzono 3) wyraźną neurcnofagję i 4) w pojedynczych przyp. drobne ogniska zapalne.

Zmiany, spostrzegane w wątrobie, mogą być zaliczone do trzech typów:

I typ:—znaczne zmiany zwyrodniające i ogniska martwicze w komórkach wątrobnych, komórki gwiazdkowate, bardzo nieznacznie zmienione. Spostrzegano je u świnek morskich. Ustrój nie może unieszkodliwić działania toksyn.

II typ: — powiększenie się komórek gwiazdkowatych i nieznaczne ich złuszczenie się. Nieliczne nacieki drobno-okrągłokomórkowe w tkance śródniaższowej. Zmiany te spostrzegano u królików. Są one wyrazem pewnego nastawienia obronnego ustroju. Komórki U. S. S. uległy uczynnieniu.

III typ: — (u psa): Rozplem komórek gwiazdkowatych, guzki śródbłonkowe w ścianie żył wątrobnych (*endophlebitis hepatica*), znaczne nacieki drobno-okrągłokomórkowe w podścielisku. Zmiany te wskazują na zdolność do znacznej oporności na działanie jadu.

W. Czarnocki.

POLISSADOWA i BJELOSOV. Nietypowe bujanie nabłonka w przeszczepionej tkance gruczołu mleczonego. (Virch. Arch. T. 272. 1929).

Autorzy przeszczepiali u psów gruczoły mleczone (chodziło o auto- i homeoplastykę). Ogółem dokonano 20 przeszczepień. W rozmaitym przeciągu czasu od chwili przeszczepienia—tkanki wszczepione poddawano badaniu makro- i mikroskopowemu. W 3-ch przypadkach, po 2—3 tygodniach od czasu przeszczepienia, znaleziono rozplem komórek nabłonkowych gruczołów i wrastanie ich w otaczającą tkankę łączną; komórki, ulegające rozplemowi, wykazywały dosyć znaczną nietypowość, a w wielu z nich dostrzeżono figury podziału, często nieprawidłowego. Obrazy takie znajdowano tylko w gruczołach badanych w parę (2—3) tygodnie po przeszczepieniu. W gruczołach, wszczepionych na długo przed badaniem—rozplem takiego nie było. Autorzy widzą w tych zmianach podobieństwo morfologiczne z nowotworzeniem—rakiem; jednakże rozplem ten trwa tylko czas krótki, poczem wzrost zostaje zahamowany.

Należy zaznaczyć, że powyższe zmiany przypominają rozplem, spostrzegany w hodowlach tkankowych gruczołów sutkowych królików przez Maximowa („krebśähnliche Verwandlung”): największemu rozplemowi ulegały komórki nabłonkowe przewodów gruczołowych w miejscu przecięcia przewodów; w rozrastających się komórkach Maximow znalazł również liczne figury podziału nieprawidłowego. Oprócz bodźców mechanicznych i chemicznych, w rozplemie grają rolę prawdopodobnie także swoiste własności nabłonka gruczołów sutkowych.

J. Stein.

Histologia i Embrjologia.

∞ **STÖHR P.** Handbuch der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen mit Berücksichtigung der mikroskopischen Technik. 22 wydanie, opracowane przez W. v. Möllendorffa. Jena, G. Fischer, 1930, str. 522 (z 446 częściowo kolor. rycinami).

Podręcznik Stöhra można śmiało nazwać jednym z najbardziej popularnych podręczników histologii i to nie tylko w Niemczech. Obecne wydanie (już 22 z kolei) zostało opracowane przez wytrawnego badacza prof. Möllendorffa z Freiburga. Nowy redaktor, przygotowując po raz piąty wydanie tego podręcznika, i tym razem wprowadził cały szereg uzupełnień, zarówno rzeczowych, jak i ilustracyjnych. Specjalna uwaga została zwrócona na podniesienie strony ilustracyjnej książki, która w poprzednich wydaniach niezawsze była szczęśliwą. Poraz pierwszy w podręcznikach niemieckich wprowadzono do rozdziału o podziale komórki oryginalne ryciny, przedstawiające podział komórki ludzkiej. Całkowicie przerebione zostały rozdziały o budowie układu moczowego (zupełnie nowe ujęcie budowy nerki) i oddechowego, a całość starano się ująć, zgodnie z wynikami ostatniej doby.

Podręcznik Stöhr-Möllendorffa jest napisany b. przejrzysto i posiada zwięzłe a współcześnie opracowany dział techniki mikroskopowej.

Podkreślić w końcu należy, iż w przeciwieństwie do ogromnej większości książek niemieckich, cena jego jest dość przystępna (ok. 20 m. n.).

Piotr Słoniński

Choroby narządów trawienia.

D. A. KOGAN. O badaniu krwi w schorzeniach żołądka. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 44 № 5:6 1929).

W przypadkach, w których zachodzą trudności rozpoznawcze, badanie morfologiczne krwi może niekiedy przyczynić się do rozstrzygnięcia wątpliwości.

Różniczkowanie na zasadzie obrazu krwi może być pomocne w przypadkach zwykłych owrzodzeń żołądka i dwunastnicy z jednej strony lub bliznowatego wrzodu oraz raka z drugiej.

W zwykłych sprawach wrzodowych istnieje tendencja do policytemji, w przypadkach nowotworów — przeciwnie — do zmniejszenia się liczby czerwonych ciałek oraz ilości hemoglobiny.

Zarówno w jednych jak i w drugich sprawach daje się zauważyć limfocytozę, która zależy prawdopodobnie od czynnej sprawy chorobowej w ustroju lub też od ciągłego krwawienia.

Aczkolwiek powszechne jest mniemanie, iż w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy mamy do czynienia z nerwicą układu parasympatycznego, to z badań autora, który eozynefilję spotykał u chorych na wrzód żołądka tylko wyjątkowo wynika, że eozynefilja nie jest wskaźnikiem wago-tonji, albo, że wago-tonja nie jest momentem decydującym w powstawaniu wrzodu żołądka.

Limfocytoza, zdarzająca się często w przypadkach raka żołądka — jest stosunkowo rzadka w przewlekłych przypadkach bliznowatych wrzodów żołądka.

B. Goldstein

G. STERN. Badania nad czynnością żołądka i trzustki po rozległych wycięciach żołądka. (Wien. kl. Woch. 49/1929).

Na oddziale Schnitzlera, z którego pochodzi praca, stosowano metodę Billrotha I i modyfikację Krönleina-Mikulicza operacji Billrotha II. U większości operowanych wycinano $\frac{3}{4}$ żołądka. Badania obejmowały czynność wydzielniczą i ruchową żołądka (określanie stosunków kwa-

sowych, ilości pepsyny, podpuszczki i trypsyny w treści, otrzymanej naczczo i po próbnym śniadaniu; badanie rentgenowskie), czynność wydzielniczą trzustki (określanie ilości trypsyny i diastazy) oraz krew.

W 96% przypadkach operowanych niezależnie od metody operacyjnej stwierdzano zupełny brak kwasu solnego, w 4% — niedokrewność. W 50% przypadków ilość pepsyny i podpuszczki bywa znacznie zmniejszona, przytem w większości przypadków zmniejszenie ilości obu zaczynów przebiega równolegle. Związku między stopniem kwasoty a ilością powyższych fermentów nie udało się ustalić. Natomiast między zawartością trypsyny i kwasu solnego w treści żółdkowej zachodzi stosunek odwrotnie proporcjonalny: wyższym wartościom kwasowym odpowiadają niższe wartości zaczynu.

Na czynność trzustki rozległe wycięcie żółdka zdaje się większego wpływu nie wywierać, gdyż w 84% przypadków ilość trypsyny i diastazy w treści dwunastniczej okazuje się niezmienną i to niezależnie od metody operacyjnej.

Kontrola rentgenowska stwierdziła naogół średnio-szybkie opróżnianie się kikutu żółdkowego, a tylko w jednym przypadku zaburzenia ruchowe w postaci zalegania wstecznego w przelyku.

Na obraz krwi wycięcie żółdka żadnego ujemnego wpływu nie wywiera. Wyniki operacji były zupełnie zadowalające z 74 operowanych 63 pozbyło się zupełnie swych dolegliwości. Z jedenastu pozostałych dziesięciu skarżyło się na ściskanie i uczucie pełności po obfitych posiłkach, jeden cierpiał wskutek wymiotów po jedzeniu. We wszystkich przypadkach udało się usunąć te dolegliwości przez specjalną dietę: w trzech przypadkach przez oddzielne podawanie płynów i pokarmów stałych, co by przemawiało za tem, że przyczyną dolegliwości jest utrata zdolności uwarstwiania pokarmów przez resekowany żółdek; w pozostałych przez ustalenie odpowiedniej diety w drodze empirycznej, przytem żadnego schematu ustanowić nie można. Trawienie białka w żółdku zależy tylko od obecności w nim trypsyny i odbywa się jedyne tam, gdzie w treści żółdkowej znajduje się trypsyna. Zmydlanie tłuszczów rozpoczyna się nie w dwunastnicy, jak normalnie, lecz już w kikucie żółdka. Trawienie węglowodanów nie ulega po wycięciu żółdka żadnej zmianie.

Henryk Landau.

H. SALOMON. O znaczeniu stolców tłuszczowych, dla rozpoznawania schorzeń trzustki. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 46 Nr. 3-4).

Znaczenie fermentów soku trzustkowego dla trawienia i przyswajania pokarmów jest ogólnie znane. Brak ich odbija się ujemnie na całym procesie trawienia, zaś szczególnie źle odbija się ta sprawa na trawieniu tłuszczów. Widać to zawsze jeżeli choremu podać dostateczną ilość tłuszczu, który w przeciwstawieniu do zdrowego ustroju nie zostaje przyswojony.

Typowym stolcem trzustkowym jest tak zw. stolec masłowy, różniący się wybitnie od stolców maziowych lub gliniastych.

Ten stolec masłowy jest do dziś dnia pewną oznaką schorzenia trzustki organicznego, gdyż dotychczas nie opisano ani jednego przypadku takiego stolca innego pochodzenia.

Do otrzymania typowego stolca masłowego potrzebna jest znacznie większa ilość tłuszczu, aniżeli powszechnie używana do tych prób.

Co się tyczy zagadnienia dokrewnego wydzielania trzustki wobec trawienia tłuszczów, to dotychczas niema danych pozytywnych, któreby mogły świadczyć o tem.

Okoliczność niewystępowania typowych stolców masłowych w sprawach czynnościowych trzustki świadczyć ma

przeciwko istnieniu czynnościowej niedomogi wydzielniczej trzustki.

B. Goldstein.

K. BAHN i RUSCHEN. O wynikach leczenia wrzodów żółdka i dwunastnicy. (Arch. f. Verd. Krankh. T. 45 Nr. 5/6).

Omawiając zagadnienie leczenia zachowawczego wrzodu żółdka i dwunastnicy, autorzy na zasadzie zebranego materiału przychodzą do wniosków następujących. Jeżeli podzielić wyniki na grupy, to stosunki się ułożą następująco:

1) Zupełne wyleczenie — o ile pacjenci nie mają żadnych skarg żółdkowych, nie przestrzegają diety i przytem pracują w swoim zawodzie.

2) Wyleczenie faktyczne — brak objawów, nieznaczne ograniczenia dietetyczne, zdolność do pracy.

3) Znaczna poprawa — dieta ściślejsza — lekkie bóle przy wykroczeniach dietetycznych, zdolność do pracy zachowana.

4) Brak wyraźnej poprawy — przy ściślejszej diecie — objawy trwają. Zmniejszona zdolność do pracy.

5) Brak jakiegokolwiek poprawy — bóle, mimo ściślejszej diety. Niezdolność do pracy.

Zestawienie wyników daje cyfry następujące: Na ogólną liczbę 440 przypadków — grupa I — 101, grupa II — 97, grupa III — 92, IV — 59, i V — 63.

Razem przypadki z poprawą stanowią 290 na ogólną liczbę 440, czyli około 66%.

Wyniki te zgadzają się z danymi innych klinik i mogą być uważane za miarodajne.

Na zasadzie powyższego autorzy uważają, że zwykłe przypadki wrzodu żółdka i dwunastnicy należą do zakresu leczenia zachowawczego, i że nie należy się nigdy spieszyć z zabiegiem chirurgicznym.

B. Goldstein.

H. STRAUSS. Transfuzje w leczeniu *colitis gravis*. (Arch. f. Verd. Krankh. Tom 45 Nr. 5/6 1929).

Autor w kilku uporczywych przypadkach ciężkiego wrzodziejącego nieżytu kiszek zdołał otrzymać poprawę po transfuzji krwi.

Chorzy ci, którym nie można było użyć żadnymi środkami — poczuli się znacznie lepiej po transfuzji — nie tylko pod względem ogólnym, lecz także pod względem jelitowym — gdyż biegunki ustają, stolce stają się sformowane.

Naskutek tych pomyślnych wyników autor uważa za wskazane dalsze wypróbowanie tej metody leczniczej.

B. Goldstein.

Choroby oczu.

ZAMKOWSKI. Oleum chaulmoograe w leczeniu jaglicy. (Zeits. für Augenh., kwiecień 1929).

Na wstępie swego artykułu autor zaznajamia nas z opinią wielu wybitnych specjalistów co do skuteczności leczenia jaglicy zapomocą oleum chaulmoograe. Można ich podzielić na 3 grupy. Pierwszą grupę tworzą bezwzględni entuzjaści, którzy w ol. chaul. widzą pewny środek przeciwko jaglicy we wszystkich jej 3 okresach bez równoczesnego stosowania innych środków. Nawet w przypadkach z powikłaniami ze strony rogówki przedstawicielka tej grupy Delanoë w Marokko osiągnęła zupełne wyleczenie już po 6—10 dniach, w przypadkach zaś 1 i 2-go okresu po 2—3 masażach spojówki. Do drugiej i najliczniejszej grupy należą względni zwolennicy tego środka. Ci widzą w ol. chaulm. środek pomocniczy, pogłębiający działanie innych równocześnie stosowanych środków. Trzecia grupa nieliczna ustosunkowała się negatywnie do jakiegokolwiek specyficznego działania ol. chaulm. na jaglicę

Ci przypisują względnie dobre lub bardzo dobre wyniki raczej sposobowi stosowania *ol. chaulm.*, niż mianowicie mniej lub więcej silnemu masowaniu spojówki. Natomiast wszyscy są zgodni, że w przypadkach z objawami skrofulicznymi *olaum chaulm.* działa ujemnie. Sposób stosowania jest u wszystkich jednakowy. Wacikiem zamoczonym w tym ciele nacierają przez 1–2 minut, dopóki wacik przybierze kolor lekko-różowy. Na podstawie własnych doświadczeń, przeprowadzonych na 2 grupach po 10 chorych wszystkich okresów w ten sposób, że jedno oko było leczone zapomocą *ol. chaulm.*, a drugie masowane środkiem obojętnym, autor dochodzi do wniosku, że wyniki są identyczne. Zdaniem autora wyniki leczenia zależą od tego, jak często, silnie i długo się masuje.

S. Hamer.

ZIRM. O przednim zewnętrznym cięciu twardówki w jaskrze. (Klin. Monatsbl. f. Aug., — Styczeń 1929.)

Autor stosuje systematycznie cięcie twardówki od zewnątrz we wszystkich przypadkach jaskry. Po zastrzyknięciu 20% nowokainy z suprareniną pod spojówkę i wytworzeniu płata spojówkowego aż do rogówki, wykonywa cięcie nożem Graefego albo skalpelem prostopadłe do gałki, tuż przy rąbku rogówki. Oprócz cięcia głównego, przed całkowitem przebicciem twardówki, robi cały szereg cięć równoległych dodatkowych powierzchniowych. Po wykonaniu cięcia wycina szeroko tęczę. Dzięki kierunkowi prostopadłemu do powierzchni gałki, tęczę z łatwością może być wycięta u samej nasady, na co autor kładzie szczególny nacisk. Następnie płat spojówkowy przymocowuje się 2–3 szwami.

Jedynie w przypadkach jaskry prostej operacja ta nie daje wyniku zadawalającego, jak zresztą i każdy inny zabieg. W przypadkach jaskry przewlekłej cięcia dodatkowe w powierzchniowych warstwach twardówki mają zastąpić sklerektomię i działają, jak nacięcia krzyżowe Wicherkiewicza.

Dzięki możliwości bardzo obwodowego wycięcia tęczy operacja ta nadaje się również do irydektomii optycznej w przypadkach, gdzie rogówka zachowała przezroczystość jedynie przy samym rąbku.

A. Zamenhof.

COLRAT. Cierpienia oczu zawodowe w przemyśle jedwabiu sztucznego. (Archives d'ophtalmologie, juillet 1929 r.)

Autor dzieli cierpienia oczu w przemyśle sztucznego jedwabiu na 2 grupy: zapalenia spojówek i rogówki i wypadki przy pracy. Pierwszą grupę autor dzieli na 2 części: na przypadki lżejsze i cięższe. Do pierwszych należą lekkie zapalenia spojówek powiek i gałki, nieduże łzawienie i słaby światłowstręt; do drugich należą zapalenia spojówek, powiek i gałki w mocnym stopniu przy jednoczesnym punkcikowaniem, powierzchownym zapaleniu rogówki, dużym łzawieniu i światłowstręcie. Jak w pierwszych, tak i w drugich przypadkach następuje dość rychłe wyzdrowienie, o ile chory jest zwolniony od pracy w ciągu kilku dni, przy jednoczesnym leczeniu miejscowym: neutralną maścią i okładami. Te cierpienia oczu powstają wskutek żrących i drażniących oczu substancji, używanych w tym przemyśle: kwas siarczan, soda, celuloza itd. Do wypadków przy pracy autor zalicza wpadanie do oka kropelek kwasu siarczanego i sody; ale ciężkich skutków te wypadki nie wywołują, ponieważ kwas siarczan i soda są używane w bardzo słabych roztworach. Jako środek zapobiegawczy autor zalicza specjalne ochronne okulary (Stroebi).

Hindes

Adolf BLANK. O zarazkach, znajdujących się na normalnych rogówkach. (v. Graef. Arch. für Ophtalm. 122 B 1929).

Do zdjęcia treści, znajdującej się na rogówce, B. uży-

wa wacików, nawiniętych na cienką, szklaną pałeczkę, które są przechowywane jałowo w probówkach. Wacikiem ściera się powierzchnię rogówki i macza wacik w buljonie.

Posiewy były badane po 12 – 24 godzinach. B. nie czekał na zmętnienie pożywki, gdyż badania wykazały, że szybko rosnące gronkowce hamują wzrost pneumokoków. Ogółem zbadano 100 przypadków. Badanie treści wykazuje, że zgadza się ona b. często z zawartością worka spojówkowego, jednak wzrost kolonii jest mniej obfity, niż w posiewach ze spojówki.

Badania wykryły, że prócz gronkowców znajdują się na rogówce jako saprofity i paciorkowce, jednak trudno je wykryć w wielu przypadkach.

W. Arkin.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ Salomon HENSCHEN. Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirne. Część VIII, Lichtsinn und Farbensinnzellen im Gehirn. Eine Studie. Stockholm. (Selbstverlag. 1930).

Z pewnym pietyzmem i podziwem dla pracowitości, systematyczności i sumienności autora przystępuje czytelnik do skromnego studium, a jednak bardzo poważnej monografii, prawdopodobnie ostatniej pożegnalnej pracy prof. Salomona Henschena, słynnego ze swych dawnych klasycznych prac, głośnych na cały świat nad ośrodkami wzrokowymi mózgowia.

W nim, jako uczonym neuropatologu, odbija się częściowo i odzwiercadla poniekąd historia ostatniego półwiecza cerebriologii. Liczne podstawowe prace morfologiczne, histologiczne i embriologiczne poprzedziły ukazanie się jego pierwszych tomów o sferze psychooptycznej kory, których rozgłos był powszechny, a namiętna dyskusja i gorące polemiki trwały długi szereg lat.

40 lat pracując nad swym tematem i zgłębiając go, wypuszcza Henschen w świat na schyłku życia tom VIII-y pięknie wydanej pracy, nader bogato obfitej i z olśniewającym przepychem 30-tu kilku ogromnymi tablicami i 40 ilustracjami. Prawdopodobnie pieśń łabędzia sędziwego autora! Z wstępu widzę, że przepracowany umysłowo 83 letni starzec przechodził ostatnio resekację żołądka, uległ niedawno złamaniu sterczu szi kości udowej, a jak mi prywatnie komunikuje, życzyłby sobie doczekać się nie tylko oceny, ale i kontroli tej pracy, gdyż wskutek dużego krwotoku siatkówkowego niemiłosierni lekarze zmuszają go do oszczędzenia pozostałej zdrowej siatkówki i do zaniechania kontroli. A właśnie w siatkówce i jej reprezentantce korowej leży cały program pracy i tragedia życia tego uczonego, który wbrew twierdzeniu wielu znakomitych fizjologów i klinicystów (Goltz, Monakow, Flechsig), odrzucających projekcję siatkówki na korę mózgową stwierdził nieodwołalnie w swych dawnych pracach istnienie ośrodka wzrokowego na wewnętrznej powierzchni mózgowia, w *fissura calcarina*, jego związek ścisły z *corpus geniculatum*, *stria Gennari*, *macula lutea*, stosunek do hemianopsji jedno i obu stronnej, przebieg torów podkorowych i wewnątrzczłonowych, jednolitość t. zw. *Area striata* u ludzi i zwierząt.

Jeden problemat pozostał nierozwiązany: stosunek anatomofizjologiczny percepcji światła i barw. Jeśli na peryferji narządu zmysłowego, w siatkówce komórki pałeczkowate rządzą percepcją światła, zaś czopki percepcją barw, to odpowiednik tej dyferencjacji musi się znaleźć i w korze mózgowej.

W r. 1926, pracując nad nową precyzyjną metodą barwienia, stwierdził autor po raz pierwszy istotnie dwie odmiany komórek w ludzkiej szczelinie ostrogojowej o odrębnym rozwoju, formie, budowie i rozmiarze. Wkrótce potem przekonał się na odnośnym materiale doświadczalnym, że nocna

małpa (*Perudicticus Potto*) w swoim ośrodku wzrokowym wykazuje stale jeden rodzaj komórek, zaś dzienna (*Pithecia*) dwa. Bliski przeto nasuwał się wniosek, że większe komórki, obu małpom wspólne, są to rządzące percepcją światła, natomiast drobniejsze, wyłącznie u dziennych małp stwierdzone, percepcji barw służą.

Metoda kolorymetryczna Coxa dowiodła, że różnice między obu rodzajami są wybitne i łatwo uchwytne, zarówno przy zwykłym, jak maksymalnym (do 2000 razy) powiększeniu, nie tylko u wspomnianych małp, ale i u licznych innych gatunków, jak Orangutang, Rhesus, Szympan, Cercopithecus, Lemur, Nicticebus, Galago, Hapalidae, Cebidae i Macacos.

Okazało się pozatem, że komórki świetlne podlegają pewnym prawom onto — i filogenetycznym: są większe u młodych osobników, u niższych gatunków małp i w pewnej odległości od samego ośrodka wzrokowego. Zgodność organizacji anatomicznej ośrodka korowego, ciał kolankowatych i siatkówki oraz bliskie pokrewieństwo komórek „świetlnych” i „barwnych” są uderzające i w preparatach ludzkich.

Z innych wniosków autora podkreślić wypada, że małpy nasze niezupełnie pozbawione są zmysłu barw. i że obwód siatkówki jest w słabym stopniu barwno-wrażliwy, że tory przewodnictwa są oddzielne dla światła i barw — że kumulacja komórek znajduje się w centrum ośrodka wzrokowego, gdzie też reprezentowana jest maksymalna siła widzenia plamki żółtej, i że organizacja anatomiczna aparatu wzrokowego u człowieka najbardziej się zbliża do tejże organizacji małp-antropoidów.

Że w dziedzinie omawianej Henschen przytacza i analizuje obok własnych hipotez teorie innych autorów (Monakow, Wilbrandt, Minkowski, Kleist, Ramon Taboada, M. Schultze, Kries, Edridge-Green), jest jasne.

Materiału do badań częściowo mu dostarczał Cecil Vogt z Berlińskiego instytutu Neurobiologicznego, tablice fotografował Isaac Marcus, pracę wydał własnym nakładem Henschen, a przepych niezwykle i obfiteści tablic tłumaczy się częściowo zapomogą z funduszy legatu Nobla dla Instytutu Karolińskiego w Sztokholmie. (Zdaniem referenta przypadki wrodzonej ślepoty barw, histologicznie dokładnie zbadane w obrębie siatkówki, *corporis geniculati i fissurae*

calcarinae w pierwszym rzędzie nadałyby się do kontroli podstawowych wyników klasycznej pracy Henschena).

H. Higier

∞ Prof. F. JAHNEL. Die Progressive Paralyse, ihre Pathogenese, ihre Diagnose nad Therapie. Berliner Klinik, Fischers Med. Buchhandl. Lipsk. 1930.

Krótką (32str.) monografia Jahnela, przeznaczona dla lekarza-praktyka, nie specjalisty, uwzględnia tem niemniej szczęśliwie wszystkie zasadnicze zagadnienia kliniczne porażenia postępującego. W przedstawieniu sprawy widać znowisto badacza, którego prace przyczyniły się w znacznej mierze do wzbogacenia naszej wiedzy o tym przedmiocie, i który — między innymi — jest odkrywcą podstawowej metody wykazania krętków błędnych w mózgowiu.

G. Bychowski.

BARRAQUER-FERRÉ, Przyczynek do nauki o odruchu podeszwowym patologicznym. (Rev. Neur. 1930 T. I. Nr. 2)

Odruch Babińskiego, zdaniem autora, nie zawsze polega na rozgięciu palucha i palców. Barraquer-Roviralt zwrócił w swoim czasie uwagę na rzadkie przypadki, w których patologiczny odruch podeszwy ujawnia się w nadmiernym zginaniu palców. Obecnie autor (syn poprzedniego) podkreśla, że taka odmiana odruchu Babińskiego zdarza się w przypadkach wysokiego uszkodzenia szlaków piramidowych, na poziomie odcinka korowo-tęskowego oraz że występuje ona w późniejszym przebiegu cierpienia, a nie na początku.

Obok odwrócenia objawu Babińskiego autor notuje w niektórych przypadkach odwrócenie objawu Gordona, polegające na zgięciu palucha zamiast rozgięcia.

N. Z. Z.

BENEDEK i KULESAR. O odruchu nosowo-wargowym. (Rev. Neur. T. I. Nr. 2 1930)

Odruch polega na ściąganiu ust w trąbkę przy uderzeniu w koniuszki nosa. Autorzy postrzegali go w porażeniu rzekomo-opuszkowym. Brak go u ludzi zdrowych oraz w nerwicach czynnościowych.

N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne.

Wyciąg z mięśni, Myol 111, według Turteltauba, wpływa bardzo dodatnio na ból w *dławicy piersiowej* (*angina pectoris*): intensywność ich słabnie, z czasem bóle znikają w zupełności. Wzmoczone ciśnienie hipertonicznych spada, u hipotonicznych ciśnienie lekko podnosi się, a ciśnienie prawidłowe pozostaje bez zmiany. Rytm serca ulega zwolnieniu. (M. m. W. 1930 Nr. 31).

—o—

Leczenie oparzeń, według Schreiner'a: Nacięcie pęcherzy i opatrunek na rany z 10% maści cykloformowej; następnie pierwsze zastrzyknięcie 500 ctm.³ fizjologicznego roztworu soli z dodatkiem 0,5—1 ctm.³ adrenaliny (1:1000). Jeżeli chory nie wymiotuje, to natychmiast zaczyna się stosowanie naparstnicy. Po uspokojeniu się otrzymuje chory obfitą lawatę, pozatem tylko zimną herbatę i sok cytrynowy. W razie potrzeby powtórne zastrzyknięcie roztworu soli, ewentualnie także środki nasercowe. Opatrunek zmienia się raz na dzień. Gdy na 3 lub na 4 dzień rozpoczyna się ropienie, stosuje się odżywcze lawaty kroplowe w celu podtrzymania sił. Jeżeli stan ogólny jest dobry, to od 5 dnia daje się 15-minutową kąpiel. Leczenie chirurgiczne ran — tylko w razie absolutnej konieczności. Jeżeli oparzeliny znajdują się w pobliżu sta-

wów, to zawczasu rozpocząć należy ćwiczenia ruchowe. (W. kl. W. 1930 Nr. 28).

—o—

Nowy środek przeciwbólowy Optalidon „Sandoz” jest kombinacją, złożoną z 0,05 Sandoptalu (kwas isobutylalilbarbiturowy) + 0,125 dimetylaminafenazonu + 0,025 kofeiny. Nussbaum stosował go z powodzeniem przed drobnymi rękoczynami oraz w przypadkach bólu głowy, cierpienia jam obocznych nosa, nerwobólu nerwu trójdzielnego. (D. m. W. 1930 Nr. 28).

—o—

Rasapon, wyciąg z *Rad. Saponariae* z dodatkiem anyżu, stosuje Hintzmann, jako dobry środek wykrztuśny w ostrych i przewlekłych zapaleniach oskrzeli, w grypie, zapaleniu płuc odoskrzelowym i t. d. Rasapon jest dobrze przez chorych znoszony i niewywołuje żadnego działania ubocznego. W schorzeniach, połączonych z objawami kurczowemi, dodatek efetoniny działa pomyślnie. (D. m. W. 1930 Nr. 28).

—o—

Perkaina, dobry środek znieczulający (derywat chininy), w roztworze 2% równa się w działaniu 10% kokainie. Baer stosuje ją do przekłuwania błony bębenkowej i innych drobnych zabiegów w kombinacji następującej: *Percoina* 1.5; *Hydrat*.

Chloral 8.5; *Phenoli*, *Menthol* aa 10.0; *Sol. Adrenal.* 0.03. Do płukania w przypadkach anginy: *Acid. salicyl.* 1.0; *Perkain.* 0.5, *Spir. dil. ad.* 50.0, *Mds.* 10 kropeł na szklanke wody. (Schw. m. W. 1930 Nr. 18).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 8. IV. 1930 r.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecných członków Towarzystwa 74, wprowadzonych gości 95.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 1 kwietnia przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki.

3. Kol. Z. Radliński wygłosił odczyt p. t. „*Leżenie chirurgiczne gruźlicy płuc*”. (Streszczenie własne).

Zasadniczym czynnikiem w leczeniu gruźlicy jest zapewnienie choremu narządowi spokoju i, o ile to możliwe, wyłączenie go z czynności. Oddawna stosowany w leczeniu t. zw. gruźlicy chirurgicznej, czynnik ten w odniesieniu do gruźlicy płuc znalazł urzeczywistnienie w t. zw. odnie sztucznej (Forlanini 1888). Odma sztuczna jednak niezawsze może być wykonana, ponieważ mogą zrosty płuca z opłucną ścienną przeszkadzać zapadnięciu się płuca, a nawet wprowadzeniu gazu. Niejednokrotnie zrosty takie powstają właśnie po licznych nakłuciach odnowych, i wtedy ustaje możność stosowania odmy aż do końca leczenia. Dla tych przypadków w razie schorzenia jednostronnego lub w najgorszym razie przy b. nieznacznych zmianach drugostronnych, wchodzi w grę leczenie chirurgiczne. Leczenie to, po nieudanych i zaniechanych próbach usuwania chorych płatów płuc polega obecnie na wywołaniu zapadnięcia się chorego płuca (*collapsus*). Odzyskujemy to albo na drodze wyrwania nerwu przeponowego (*phrenicoxaeresis*), albo torakoplastyki zewnątrzopłucnowej, wreszcie przez skombinowanie obu sposobów, co w ostatnich czasach wykonywane jest tak, że najpierw robi się wyrwanie nerwu, a potem — po paru tygodniach — torakoplastykę.

Należy tu wspomnieć i o tem, że zaproponowane było i bywa stosowane wziernikowanie opłucny i przecinanie pod kontrolą wzroku zrostów galwanokauterem (Jokobaeusa) aby przywrócić warunki odpowiednie dla odmy. W metodzie tej nie mam doświadczenia osobistego, i na ogół jest ona mało stosowana.

Wyrwanie nerwu przeponowego jest zabiegiem drobnym, wykonanym ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym. Spowodowane przez unieruchomienie i uniesienie przepony zmniejszenie pojemności klatki piersiowej jest b. znaczne i wpływa korzystnie nie tylko na ogniska w dolnych odcinkach płuc, ale nawet na sprawy szczytowe. Wskazanie do tego zabiegu jest częstsze, niż do torakoplastyki, ponieważ nie stanowią przeciwwskazania obecność zmian po stronie drugiej i chorzy łatwo się zgadzają na jego wykonanie.

W mojej klinice i przez moich asystentów poza kliniką wykonano tych zabiegów prawie 200. Wynik jednak nie jest kompletny, i w większości przypadków, do tego się nadających, a więc jednostronnych, zachodzi wskazanie do torakoplastyki. Torakoplastyka w tej postaci, jak się ją obecnie stosuje, jest torakoplastyką zewnątrzopłucnową przykręgową. Z cięcia, biegnącego równoległe do kręgosłupa w odległości 6—8 cm. od linii wyrostków kolczastych, odsłania się żebra i wycina z nich podokostnowo kawałki możliwie największe — 8—12 cm. z każdego, razem 100—150 cm. Ze względu na rozmiary zabiegu dobrze jest rozłożyć go na dwa akty: w pierwszym wycina się żebra dolne, w drugim — po 3—6 tygodni. — górne. Ja wycinam zawsze również odcinek lub cały obwodowy kawałek żebra XII, by nie przeszkadzało ono zbliżeniu się przekrojów żebra XI i wyższych, przez co wynik się potęguje. Zapadnięcie płuca po takiej torakoplastyce, zwłaszcza poprzedzonej wyrwaniem nerwu przeponowego jest bardzo znaczne, i wyniki tych zabiegów dają się określić, jako 30—40 proc. wyleczeń i drugie tyle popraw, a przeciętnie chodziło o chorych, nie nadających się już do leczenia odmą. Zagranicą statystyki wykazują już serie po 300—400 przypadków — u nas ta sprawa jest dopiero w zaczątku.

4. Kol. Kaz. Dąbrowski wygłosił odczyt p. t. „*Pleuroskopia i jej znaczenie w klinice*” (Streszczenie własne).

Prelegent w pierwszej części odczytu podał technikę pleuroskopji, t. j. oglądania jamy opłucnej za pomocą wziernika Jacobaeusa (patrz „*Medycyna Warszawska*” 1930 r. Nr. 4).

Druga część odczytu poświęcona była zastosowaniu praktycznemu pleuroskopji, a mianowicie przepalaniu zrostu w odmie sztucznej. Zabieg ten ma doniosłe znaczenie w przypadkach, gdy zrosty opłucny uniemożliwiają ucisk jam gruźliczych w odmie sztucznej. Usunięcie tych zrostów za pomocą żegadła wpływa skutecznie na przebieg leczenia i doprowadza do pomyślnego wyniku odmy. Przyrządy potrzebne do wykonania tego zabiegu są następujące: 1) pleuroskop, 2) dwa trójkątne i 3) żegadło proste lub krzywe, zakończone pętlą platynową o wyglądzie haczyka. Przyrządy powyższe należy przechowywać w naczyniu zamkniętym, zawierającym kilka pastylek formalinowych.

Na pół godziny przed zabiegiem choremu wstrzykuje się 0.01 pantoponu lub morfiny. Chorego układa się na boku zdrowym, na walcu ze zwiniętej mocno kołdry, dla rozszerzenia przestrzeni międzyżebrowych po stronie odmy. Wybór miejsca nakłucia dla wprowadzenia pleuroskopu zależy od umiejscowienia zrostów. Bywają one u wierzchołka płuca, na obwodzie i u podstawy, najczęściej jednak u wierzchołka. Badanie rentgenologiczne wykrywa umiejscowienie zrostów, długość ich i kierunek. Gdy zrosty są u wierzchołka, to pleuroskop wprowadza się od tyłu w 4-tej lub 5-tej przestrzeni międzyżebrowej. Upřednio skórę odkaża się jodyną, znieczula się 1/2 proc. kokainą i nacina małym nożykiem. Po wykryciu pleuroskopem zrostu, nakłuwają się w odpowiednim miejscu kłatkę piersiową dla wprowadzenia żegadła, które winno być skierowane ku zrostom. Dokładne obejrzenie zrostów upoważnia do ich przepalenia. Zależnie od liczby i umiejscowienia zrostów zabieg trwa od pół do 2-ch godzin. Powikłania bywają następujące: rozedma podskórna lub śródpiersiowa, wysięk surowiczo-włóknikowy lub ropny, krwotok z przepalonego naczynia.

Prelegent przedstawił własne spostrzeżenia i odnośne rentgenogramy.

5. Kol. A. Wojciechowski wygłosił odczyt p. t. „*Kilka uwag o leczeniu gruźlicy chirurgicznej na wsi*” (Streszczenie własne).

Sprawa leczenia gruźlicy kostnowastawowej w Polsce jest szczególnie paląca ze względu na jej częstotliwość, brak odpowiednich urządzeń i ogólne zubożenie. Liczba chorych takich, skromnie liczona, wynosi co najmniej 50000, co wymagało pokrycia całego kraju gęstą siecią odpowiednich zakładów leczniczych. Jednak, pomimo jednomyślnej uchwały w tym kierunku na XIX Zjeździe Chirurgów Polskich na wniosek doc. Łapińskiego, dotychczas bardzo niewiele działo pod tym względem. Powagę sytuacji wzmacnia okoliczność, że gruźlica kostnowastawowa w 14 proc. pozostawia po sobie kalectwo i niezdolność do pracy (Kosiński), oraz, że długotrwałość leczenia przekracza możność płatniczą szerszych warstw społecznych i uniemożliwia trzymanie chorego w szpitalu przez cały czas trwania leczenia. Z tych względów, zwłaszcza u nas, wobec przewagi ludności wiejskiej nad miejską i bardzo częstej łączności tej ostatniej ze wsią (krewni, znajomi) i wobec braku odpowiednich urządzeń leczniczych, zwrócić należy większą uwagę na możliwość leczenia gruźlicy kostnowastawowej na wsi w warunkach domowych, możliwych do zastosowania nawet u ludności biednej. Podług obecnych zastrzeżeń gruźlica leczy się wszędzie, a nie tylko w górach lub nad morzem. Dalej podaje W. szereg praktycznych uwag o leczeniu gruźlicy kostnowastawowej na wsi pod okresową kontrolą lekarską. W najogólniejszych zarysach doradza W. unieruchomienie za pomocą gipsu lub gipsu z wyciągiem, omawia obszerniej tryb życia chorego, jego ułożenie, zajęcia, pożywienie, kształcenie ogólne i zawodowe, stosowanie leków (jod i wapń metodą Finikowa, tran i t. d.) oraz szczegółowo

omawia technikę stosowania heljoterapii w naszym klimacie i powyższych warunkach, podkreślając, że i u nas można korzystać ze słońca cały rok i w większym zakresie, niż się powszechnie przypuszcza. Przeprowadzenie ściśle w ciągu kilku lat takiego leczenia w sferach mniej majątnych i w miejscach, gdzie nie ma blisko lekarza, jest możliwe tylko przy pomocy odpowiednio przygotowanych pielęgniarek—wizytek, odwiedzających chorego 1—2 razy w tygodniu; wtedy wystarczy, jeżeli lekarz, zależnie od przypadku, sprawdzi stan rzeczy i postępy leczenia raz na miesiąc lub nawet rzadziej. Tęby się dało osiągnąć nawet już obecnie w większej części kraju, jedynie na przeszkodzie stoi brak oświadczenia ludności, brak odpowiednio wykształconych pielęgniarek rozjazdowych i wreszcie małe obeznanie się z praktyczną stroną leczenia zachowawczego gruźlicy kostnowawowej wśród większości lekarzy prowincjonalnych ogólnych praktyków. Jednak przeprowadzenie na szerszą skalę wyżej naszkicowanego planu byłoby względnie niekosztowne i możliwe do szybkiego urzeczywistnienia przy odpowiedniej pomocy i propagandzie Związku Przeciwgruźliczego. System ten pozwoliłby w szybszym tempie opanować gruźlicę kostną, aniżeli czekanie na budowę, nie dla wszystkich dostępnych, sanatoriów, pomniejszyłby liczbę kalek i nieszczęśliwych, odciałyby już istniejące zakłady lecznicze, których działalność powinna być zarezerwowana dla leczenia przypadków najcięższych lub wykonywania ew. zabiegów operacyjnych, a przedewszystkiem skierowana na kształcenie lekarzy i personelu pomocniczego do walki z gruźlicą chirurgiczną i na poradnictwo lekarsko—zawodowe, w którychby wyleczony gruźlik pod kontrolą zakładu kształcił się w rzemiośle lub zajęciu, szczególnie dla niego, ze względu na pozostałe po gruźlicy zmiany, odpowiednim. Na czele takich poradni stać powinni lekarze, obznajomieni z chirurgią kostną i ortopedją, i muszą mieć do pomocy odpowiedni personel nauczycielski.

6. Dyskusja.

Kol. Kryński. Leczenie chirurgiczne opiera się na zasadzie, głoszonej jeszcze przez Hippokratesa, iż choremu narządom należy dać warunki spokoju. Dążenie to wyraża się przez 3 główne metody postępowania: odma, torakoplastyka i freniektomia. Uwzględniwszy potrzebę indywidualizowania chorych, najlepsze wyniki osiągnąć możemy przez leczenie skombinowane. Przepalanie zrostów może wtedy się udać, kiedy mają one postać pasemek lub fałdów; najczęstszą jednak postacią zrostów są zrosty powierzchniowe, których przepalanie jest niebezpieczne ze względu na możliwość krwotoku. Jedną z częstszych przyczyn krwotoków jest wadliwe przekłuwanie przestrzeni międzyżebrowych (dolny brzeg żebra zamiast górnego). Mówca uważa za zbędne wycinanie przy torakoplastyce XII żebra. Do osiągnięcia dobrych wyników leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc niezbędna jest współpraca internistów z chirurgami.

Kol. S. Rudzki. (Streszczenie własne). Podkreśla doniosłe znaczenie postawienia na porządku dziennym w najpoważniejszym polskim Tow. Lekarskim sprawy leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc.

Osobiście od 6 lat gorąco propaguje w odczytach, wygłaszanych w Sekcji Sanit. Tow. Wiedzy Wojskowej (Tow. lek. Wojskowych) i w innych Towarzystwach lekarskich, konieczność włączenia chirurgicznych zabiegów do repertuaru leczenia gruźlicy płuc. Jak dotąd jednak, poza kliniką krakowską, gdzie prof. Rutkowski zdobył znaczne doświadczenie osobiste w stosowaniu torakoplastyki, większość chirurgów naszych mało interesowała się tą dziedziną. Dzięki temu chorzy, u których były wskazania do poważniejszych zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc, szukali pomocy przeważnie zagranicą.

Przechodząc do oceny własnych przypadków, kol. Rudzki stwierdza, że obecnie już nie tylko odma sztuczna, lecz i wyrwanie nerwu przeponowego staje się zabiegiem do pewnego stopnia banalnym i bywa stosowane u nas w Warszawie coraz częściej. Mnogo się również przypadki oleotoraksji.

Natomiast znacznie rzadsze są wskazania do przepalania zrostów opłucnowych i do torakoplastyki.

Zrosty, ujawniane przy leczeniu odmą w większości przypadków same stopniowo rozluźniają się i rozrywają pod wpływem ciśnienia wprowadzonego powietrza, i ze sztucznym przepalaniem ich zawsze lepiej zacząć przynajmniej przez pierwszych kilka miesięcy dopielniania odmy. Zabieg bowiem Jacoba eusa niewątpliwie należy do poważnych i często wywołuje groźne powikłania, a nawet spowodować może śmierć. Poza tem jest to rękoczyn, wymagający dużego osobistego doświadczenia lekarza, który się go podejmuje.

Z własnych przypadków kol. Rudzki zakwalifikował

do torakoplastyki około 30 pacjentów gruźliczych. Z tych chorych — po szczegółowej obserwacji w różnych klinikach i sanatoriach zagranicznych — zaledwo 2/3 przypadków zostało poddanych zabiegowi. Efekt u kilku chorych był nadzwyczaj pomyślny, i uciśnięcie jam, dotąd nieosiągalne, było zupełne; w innych przypadkach wyniki były mniej efektowne.

Co do torakoplastyki kol. Rudzki — poza licznymi przypadkami widzianymi w Krakowie oraz w różnych sanatoriach zagranicznych (Dania, Szwajcaria, Francja, Włochy, Niemcy), spostrzegł osobiście kilkunastu chorych, którzy bądź to już uprzednio mieli stosowany ten zabieg, bądź byli przezeń skierowani na tę operację. Śmiertelność u tych — zresztą samych przez się b. ciężkich przypadkach — wyniosła około 50%. Efekt pooperacyjny w kilku własnych przypadkach był doskonały, i chorzy już 2 do 4-let są zupełnie zdolni do pracy i mogą być uważani za klinicznie wyleczonych.

Chorzy ci operowani byli w 2 przypadkach w kraju, poza tem zagranicą (Francja, Niemcy, Szwajcaria).

Według obliczenia autora, do torakoplastyki nadaje się najwyżej 10% chorych gruźliczych.

Uważając dzisiejsze odczyty w Tow. Lek. Warsz. za znamienny zwrot w poglądach na leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc o nas, kol. Rudzki sądzi, że obowiązkiem wszystkich naszych fizjologów jest dopomóc kolegom polskim do zdobycia i w tej dziedzinie jaknajwiększego osobistego doświadczenia, wobec czego nawołuje do skierowywania odpowiednich przypadków do tych klinik, sanatoriów i szpitali naszych, w których, jak się dowiadujemy, zaczęto stosować powyższe zabiegi chirurgiczne w leczeniu gruźlicy płuc.

Kol. B. Sawicki krytykuje stosowanie wyciągu w warunkach domowych. Wyciąg wymaga stałej, wykwalifikowanej pielęgniarki.

Należy stworzyć chociażby jeden zakład, któryby się stał centralną szkołą postępowania w gruźlicy chirurgicznej dla całego kraju. Takie uzdrowisko szkoliłoby lekarzy i pielęgniarki, którzy rozchodząc się po kraju stanowiliby materiał wyrobiony, mogący szkolić nowe zastępy pracowników. Przy większej liczbie wyszkolonego personelu lekarskiego łatwiej można by przeprowadzić tresurę chorych, dla których pobyt w zakładzie w ostrym okresie choroby jest niezbędny. Na wieś można puszczać chorych w odpowiednio zbudowanym aparacie. W związku z tem należy zorganizować wytwarzanie tanich aparatów ortopedycznych, których nabycie w obecnych warunkach jest w przeważnej liczbie przypadków niemożliwe z powodu nadmiernie wysokich cen.

Kol. K. Dąbrowski (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem profesora Z. Radlińskiego go Kazimierz Dąbrowski podaje, iż wyrwanie nerwu przeponowego wykonano na jego oddziale w 84 przypadkach, a mianowicie w 75 — gruźlicy płuc, w 9 przypadkach rozstrzeni oskrzeli. Co się tyczy gruźlicy płuc, to według przeprowadzonych wywiadów w połowie przypadków otrzymano poprawę, natomiast w rozstrzeni oskrzeli samo wyrwanie nerwu przeponowego jest niewystarczające i winno być uzupełnione wycięciem żeber w odpowiedniej okolicy.

Kol. Szczepański. W leczeniu gruźlicy płuc za pomocą unieruchomienia uchodziła dawniej odma za wskazaną na pierwszym miejscu. Dziś stosuje się najpierw wyrwanie nerwu przeponowego, wpływ tego zabiegu może być tak korzystny, że wykonywanie odmy może się okazać zbędnym. Freniektomję powinien robić internista sam (mówca wykonywał ją własnoręcznie); byłoby również pożądanym, aby internista robił sam torakoplastykę. Przyczyną rzadkiego wykonywania tego ostatniego zabiegu jest w znacznej mierze trudność w uzyskaniu zgody ze strony pacjenta. Mówca, mimo, iż wielokrotnie wykonywał torakoskopję, nie odważył się nigdy przepalać zrostów, gdyż rzadko widział zrosty, nadające się do tego zabiegu. W obustronnej gruźlicy płuc mówca stosuje zakładanie plasterów unieruchamiających na stronę bardziej chorą i otrzymuje bardzo dobre wyniki.

Kol. W. Orłowski. Jeżeli chirurdzy mają stosunkowo mało przypadków do chirurgicznego leczenia gruźlicy, to najważniejszą tego przyczyną jest trudność w wyborze chorych. Chory, zakwalifikowany do torakoplastyki, musi posiadać zmiany gruźlicze jednostronne, włókniste, serce jego musi być sprawne, odżywianie musi być dobre, a śródpiersie niezbyt podatne. Takich chorych, nadających się do torakoplastyki, którym ani odma, ani wyrwanie nerwu przeponowego nie pomogło, jest niewiele, a jeśli się znajdują, to trudno ich jest nakłonić do operacji. Gdy się chory już na zabieg zgadza, to jedzie do Wiednia i nie da sobie wytłumaczyć, że i w Polsce można ten zabieg wykonać. Gdy zwiększy się liczba sanatoriów, to trudność w wynajdywaniu przypadków do to-

rakoplastyki się zmniejszy; w klinikach i oddziałach szpitalnych o odpowiedni materiał jest trudno. Na wyrwanie nerwu przeponowego mówca patrzy, jako na wstęp do torakoplastyki.

Kol. Z. R a d l i ŋ s k i podkreśla, iż wpływ wycięcia XII żebra na zmniejszenie pojemności klatki piersiowej jest wydatny. Wyraża życzenie, aby słowo „gruźlik” znikło z języka lekarskiego; należy mówić: „chory na gruźlicę”.

Kol. A. Wojciechowski stwierdza, iż prof. Sawicki uwydatnił jego myśl przewodnią. Powinno być kilka załączników, szkolących personel lekarski; chory po wypisaniu winien pozostawać pod stałą kontrolą lekarską.

Posiedzenie zamknięto o godz. 11 min. 10.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Sekretarz doroczny: Jan R o g u s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na odkładanie się soli wapniowych w płucu królików zdrowych i gruźliczych pod wpływem wysokich dawek *ergosterolu naświetlanego* zwracają znow uwagę Simonnet i Tanret na posiedz. czerw. paryskiej Akademii Nauk (Pr. méd. № 56). Okazuje się nawet, że królik gruźliczy jest w stanie powiększyć pięciokrotnie swą zawartość wapnia w płucu.

Gabriel Petit i Kfoury zdawali na posiedz.

paryskiej Akademii lekarskiej sprawę (Pr. méd. № 56) z swych doświadczeń z wywoływaniem *gruźlicy płuc u koni*. Za pomocą własnej metody udało im się u siedmiu koni wywołać typową gruźlicę płuc ludzką bez tendencji do generalizacji. Prątki były wprowadzane przez sondę.

Na posiedzeniu tow. lek. szpit. paryskich (Pr. méd. № 58) Bo id in, F a y o t i B e l n i s omawiali przypadek *choroby Hodgkina z szczególnie wyrażonymi objawami nerwowymi*. Chora w przebiegu cierpienia wykazywała objawy korzonkowe, sięgające do korzonków szyjowych, przemijające porażenie nerwu podjęzykowego lewego, a następnie paraliż — wywołane przez ucisk ze strony mas gruczolowych, poniekąd nawet przechodzących na kości.

Pięć przypadków *guzów mózgu, operowanych jako zapalenia wyrostka* cytuje się na tem samem posiedzeniu tow. lek. szpit. paryskich (Pr. méd. № 58) H a g u e n a u. Objawy ze strony narządu trawienia i wczesne wymioty były przede wszystkim przyczyną błędów rozpoznawczych w tych przypadkach.

Bonafé, Mollard i Jadlowkerówna spostrzegali u 42 chorych z *odmą sztuczną* na 100 *chudnięcia w ciągu pierwszych trzech miesięcy leczenia*. U 19-stu można było znaleźć inną przyczynę dodatkową tego chudnięcia, w pozostałych jednak przypadkach, w których utrata wagi wahała się od 1/2 do 3 kilogr., tylko odmą mogła być przyczyną chudnięcia.

Korespondencja

Korespondencja balneologiczna o Truskawcu.

Truskawiec, dn. 24 Lipca 1930 r.

Z powodu położenia, klimatu, różności źródeł i urządzeń Truskawiec wśród zdrojowisk i uzdrowisk polskich zajmuje tak wyjątkowe miejsce, że powinien być dobrze znany każdemu lekarzowi u nas. Dlatego uważałem za zbędny szczegółowy opis Truskawca i jego źródeł w „Czasopiśmie Lekarskim”. Ponieważ jednakże ostatnia poważniejsza praca balneologiczna o Truskawcu, a mian. d-ra Tadeusza Praszčila „Truskawiec, Zakład zdrojowo-kąpielowy w Galicji”, Drohobycz 1909, pochodzi jeszcze z ery przedwojennej, a od tej pory dużo się zmieniło w balneologii i w Truskawcu, chciałbym przypomnieć niektóre ważniejsze dane, uzupełnić je i poczynić kilka uwag balneologicznych.

Zdrowisko i uzdrowisko Truskawiec, znane od 100 lat, leży na pięknym podgórzu Karpackiem, na wysokości 400 metrów nad poziomem morza, u stóp łańcucha gór Karpackich, otoczone lasami przeważnie szpilkowymi. Jego klimat nazwałbym orzeźwiającym, średnio wilgotnym, nie pozbawionym łagodnych, przeto latem przyjemnych wiatrów. Amplituda wahań ciepłoty w ciągu doby jest dość rozległa, przeto wieczory, a zwł. ranki bywają dość chłodne. Ciśnienie barometryczne równa się koło 750 mm. Hg. Ilość opadów niezbyt niska, nie jest dokuczliwa z powodu przepuszczalności gruntu i konfiguracji terenu. Klimat ten, b. dobry dla ludzi zdrowych, ozdrowieńców, chorych nerwowych, sercowych, dotkniętych cierpieniami narządów trawienia i przemiany materji; krwi i t. p., mojem zdaniem, dla chorych płucnych, ciężko chorych wogóle, zwł. dotkniętych ciężkim gościem stawcym, ciężką rwą kulszową, dalej posuniętem zapaleniem nerek, nie jest wskazany.

Położenie Truskawca w środku nader bogatej w skarby ziemne okolicy, obok salin Stebnika i Drohobycza, olbrzymich obszarów naftowych Borysławia i Tustanowic, kopalni wosku ziemnego, galmanu i cynku, tłumaczy ogromną obfitość i różność jego wód leczniczych i źródeł. Leczniczych wód do picia dostarcza 5 źródeł, a mianowicie: Marja, Zofja, Bronisława, Józia i zwł. słynna i najważniejsza co do działania Naftusia

I. Źródło Marja jest wodą słono-glaubersko-żelazi-

stą, o T^0 9,6 C, zawiera 8⁰⁰/₀₀ składników stałych, w tem 4,6⁰⁰/₀₀ chlorku sodu, nadto siarczanu sodu, wapnia, magnezu, ślady bezwodnika krzemowego SiO₂, bromków, jodków i t. d. Źródło Marja przypomina swoim składem źródło Luciusa w Taraspo w Szwajcarii i źródło w Grenzach.

II. Źródło Zofja jest wodą słono-gorką zimną, o T^0 7,8⁰ C, zawiera według ostatnich rozbiórów Prof. Marchlewskiego 13⁰⁰/₀₀ składników stałych, w tem 9,5⁰⁰/₀₀ NaCl, 2,5⁰⁰/₀₀ siarczanów wapnia i magnezu, ślady SiO₂, soli jodowych, litowych i t. d. Przypomina on słynny źródło „Rakoczy” w Kissingen i „Salztrinkquelle” w Pymont.

III. Źródło Bronisławy jest wodą słono-ziemną, zimną, o T^0 8,2⁰ C, zawiera 16,5⁰⁰/₀₀ składników stałych, w tem 11,46⁰⁰/₀₀ NaCl, nadto dużo siarczanów wapnia, magnezu, dwuwęglanów, ślady SiO₂, soli litowych, strontowych i t. d.

Powyższe źródła stosowane zostają z dobrym skutkiem w cierpieniach narządów trawienia, zwł. żołądka, jelit i wątroby, zastojach brzusznych, hemoroidach i t. d.

IV. Źródło Józia jest szczawą alkaliczno-ziemną, o T^0 9,4⁰ C, C. g. 1,0003 i mocnej promieniotwórczości, która według prof. Marchlewskiego wynosi 1928 jednostek Machego. Należy więc do najsilniejszych, dotąd znanych wód promieniotwórczych w Polsce.

V. Najważniejszem według powszechnego mniemania opartego na stuletniem doświadczeniu, źródłem do picia w Truskawcu jest Naftusia. Jest to szczawa alkaliczno-ziemna, pod względem składu chemicznego, właściwości fizycznych i działania unikatem balneologicznym. Naftusia jest wodą o odczynie alkalicznym, T^0 8,8⁰ C., ciężarze właściwym 1,00025. Obniżenie punktu krzepnięcia wynosi Δ 0,0415⁰, a przewodnictwo wł. elektryczności $K = 0,0005696$.

Jest ona w wysokim stopniu hipotoniczna odnośnie do soków ustrojowych, bo ilość stałych składników w 1000 gr. Naftusi wynosi tylko 0,46 gr. według prof. Marchlewskiego. Są to węglany wapnia, sodu, potasu i magnezu, chlorek magnezu, siarczan magnezu, bezwodnik krzemu, ślady soli żelaza i litu, wszystko w znikomych ilościach, oraz wolny bezwodnik węglowy. Nadto wymienia prof. Marchlewski ślady lotnych ciał organicznych, siarkowanych lotnych węglodorów, którym zawdzięcza prawdopodobnie swój smak i za-

pach, przypominający siarkowódór. Do nich się trzeba dopiero przyzwyczaić, co rychło następuje.

Swoim niskim ciężarem gatunkowym i małą zawartością stałych składników Naftusia przypomina źródła „Gastein” a docent Marischler porównywał ją do źródła „Grande Source” w Vittel. Radu, ani jego emanacji w Naftusi nie znaleziono. Radowi więc nie można przypisać fizjologicznego, ani leczniczego jej działania. Pod tym względem chemik fizjologiczny dr. Juliusz Flasz en w pracy, dotychczas jeszcze nie ogłoszonej, zwraca na to uwagę, że Truskawiec leży geologicznie na formacji mioceniczej, bogatej w ily solonośne. Posiadają one dużą zdolność adsorbującą dla radu i jego emanacji, stanowiąc dla nich filtr. Gdyby więc nawet wody Naftusi zawierały rad lub jego emanację, to musiałby je tym ilom oddać. Działanie fizjologiczne Naftusi, a zwł. lecznicze, stwierdzone przez niezliczone rzesze chorych i ich lekarzy w ciągu kilkudziesięciu lat, nie jest jeszcze dostatecznie opracowane ani wyjaśnione. Wszak nie można zaniedbywać faktu, że z tych kilkunastu tysięcy kuracjuszków, którzy w ciągu sezonu w ostatnich latach do Truskawca przyjeżdżali, większość część przyjeżdża głównie dla Naftusi, a są to chorzy, nie tylko dotknięci chorobami dróg moczowych (pęcherza, miedniczek nerkowych, zapaleniem nerek, piaskiem i złożami, przerostem gruczołu krokowego i t. d.) oraz dną, lecz też wielu innymi postaciami chorobowymi. Widziałem wśród nich chorych, dotkniętych chorobami serca i naczyń (zwł. miażdżycą), narządów trawienia (żołądka, kiszek oraz wątroby i pęcherzyka żółciowego), narządów ruchu, błędną i innymi postaciami niedokrewności, skóry, nerwobólami, nerwicą, dychawicą, a zwł. cierpieniami przemiany materii (artretyzm, cukrzyca). Dziwić się należy, że dotychczas lekarze truskawieccy nie opracowali wyniku działania Naftusi w poszczególnych grupach chorobowych. Stosunkowo najzrozumialsze i najlepiej opracowane jest działanie Naftusi w chorobach dróg moczowych. Zwracam uwagę na obszerną pracę drów Monisa i Flasz ena p. t. „Chemisch-physiologische Betrachtungen über die „Naftaquelle” (Naftusia) in Truskawiec und ihre Anwendung bei Krankheiten der Harnwege” (Zeitschrift für Urologie Bd 24. Heft 6 r. 1930). Otóż Naftusia jest wodą w wysokim stopniu moczopędną. Zawdzięcza ona to działanie zawartym w niej solom: dwuwęglanowi sodu, siarczanowi magnu, wolnemu bezwodnikowi węglowemu, ale też innym niewyjaśnionym jeszcze czynnikom. Dzięki alkalicznemu odczynowi alkalizuje zbyt kwaśny mocz; tem niemniej dzięki zawartym w niej substancjom żywicznym, znajdującym się w rozkładzie alkaliczny mocz dezynfekuje i zakwasza. Nadto według świadectwa tutejszych lekarzy i chemików, podobnie jak emanacja radowa, której wszak nie zawiera, Naftusia ma dodatnio działać w sensie przemiany związków kwasu moczowego z trudno rozpuszczalnych kwaśnych soli w łatwiej rozpuszczalne obojętne. To tłumaczyłoby jej dodatnie działanie w chorobach narządów moczowych, dnie i kamicy. Zrozumiała jest też korzyść z podawania Naftusi jako wody hipotonicznej a przy tem mocno moczopędnej w chorobach serca i naczyń (zwł. miażdżycy). Może ślady połączeń krzemowych przytem okazują niejaka korzyść. Co do działania zaś w reszcie wymienionych cierpień, to chciałbym na to zwrócić uwagę, że Naftusia zawiera niewątpliwie w małej ilości połączenia siarkowe, lotne siarkowane węglowodory, jak powiada prof. Marchlewski. Otóż doświadczenia homeopatów, od Hanemana począwszy, a zwł. jego zwolennika, prof. farmakologii Uniwersytetu z Gryfji (Greifswald) Schulza i tegóż uczniów były robione z siarką w dawkach homeopatycznych, przyczem stwierdzono wielkie jej działanie fizjologiczne oraz lecznicze w licznych postaciach chorobowych. Na zasadzie między innymi i owych doświadczeń zostało zbudowane t. zw. podstawowe prawo bio-

logiczne, noszące w nauce nazwę prawa Arndt-Schulza. Ale w ostatnich czasach dopiero dzięki pracom Weicharda, Schmidta i innych dotyczącym proteinoterapii, jest dla nas zrozumiałe, że nie tylko parenteralne wprowadzenie białka przez swoje działanie bodźcowe może wywołać przestrojenie ustroju. Wiemy obecnie, że wszelkie zabiegi balneologiczne; czy to kąpielowe, czy też picie wód, należą do działań bodźcowych.

Powołuję się w tym względzie na wygłoszony przeze mnie w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w styczniu 1925 r. odczyt pod tytułem: „Balneoterapia = proteinoterapia.”*)

Otóż siarka w dawkach minimalnych zawarta w Naftusi, musi pod względem działania bodźcowego mieć szczególne znaczenie, bo na to wszak tylokrotnie zwracają od stu lat uwagę homeopaci.

Czy owo działanie siarki, a specjalnie w Naftusi, działanie owych śladów lotnych siarkowanych węglowodorów sprowadza się do ich działania jako katalizatorów, podobnie jak rad, jak tego chce Dr. Flasz en, wymaga jeszcze dalszych badań.

Niemniejsze znaczenie, niż wody mineralne do picia, odgrywają w Truskawcu kąpiele. Są to kąpiele solankowe, siarczane, borowinowe, szlamowe, zimno-basenowe i sztuczne impregnowane kwasowęglowe (na solankach).

I. Kąpiele solankowe pochodzą ze słonego źródła, zwanego „Surwica” z szybu Ferdynand, źródła, zawierającego prawie 25% soli kuchennej, nadto siarczan sodowy, wapniowy i t. d. i wolne gazy CO₂, H₂S, prócz tego ze źródeł słonych ze słynnych szybów na „Pomiarkach truskawieckich” pod Truskawcem. Zawierają one około 10% chlorku sodu. Tamże na „Pomiarkach” w odległości 3 km. od Truskawca (dojazd autobusami) urządzony został w r. b. basen z 10.000 metrów sześć. solanki 20% o T° 17° do 20° C. ze sztuczną plażą.

II. Kąpiele siarczane z szybu Edward, położonego w parku zdrojowym, i z szybów Emanuela i Anny na Lipkach. Źródła te zawierają według prof. Radziszewskiego 3,8 stałych składników na 1000 części wody, w tem 2,50% siarczanów (słynne Piszczany zawierają ich według Kisch a 0,90% i 0,08% wolnego siarkowodoru (Piszczany zaś 0,024%)).

III. Borowiny truskawieckie pochodzące ze znacznych pokładów w pobliżu źródła Zofji, na „Podkamieniu”, „Horodyszczu” i t. d. Są one oddawna zbadane dokładnie pod względem chemicznym, wybitnie żelaziste (tlenku żelaza od 7,5 do 32,7%) i zawierają w 100 częściach wysuszonych:

części mineralnych	od 50 do 83 %
„ organicznych	od 16 do 50 %
w tem ciał huminowych	od 7,5 do 20%
azotu	od 0,1 do 0,9%
innych połączeń organicznych	od 9,0 do 26,5%

Sto części wysuszonej borowiny wiąże od 70 do 155% wody.

Równie ważne jest, że borowina, zanim bywa użyta do kąpeli, zostaje b. długo wietrzona na wolnem powietrzu, starannie przygotowana i spreparowana. Używa się jej w trojakiem zgęszczeniu (rzadka, średnia i gęsta).

IV. Ważne znaczenie posiada też na muł czyli szlam truskawiecki, czerpany z osadów, tworzących się stale w źródłach słonych i siarczanych. Przeto są dwójakie szlamy. Zawierają prócz skoncentrowanych składników samych źródeł też ich połączenia z pokładami ziemi i są b. mocne i skuteczne. Dodaje je się do kąpeli lub jako lecznicze okłady. Dla pełności opisu środków leczniczych nadmienię, że Truskawiec posiada też wziewalnię solankową, nowoczesnie urzą-

*) Dr. Med. Aleksander Simon. „Balneoterapia = proteinoterapia” Polska Gazeta Lekarska r. 1925.

dzoną, prywatne sanatorium dla chorób dróg moczowych i chirurgii, sanatorium dietetyczne. Frekwencja kuracjuszków wynosiła w roku 1929 przeszło 15.000, w roku bieżącym zaś do dnia 24 lipca prawie 7000.

Jeden ważny zarzut pod względem higienicznym uczynić muszę Truskawcowi, zarzut, który znajduje się w rażącym

dysonansie do reszty, jak na nasze stosunki, wzorowych urządzeń i który domaga się prędkiej i gwałtownej naprawy. Truskawiec dotychczas prawie nie jest skanalizowany i brak mu wodociągów. Wodę czerpie się z licznych studzien, prawie w każdym domu.

Aleksander Simon (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Francji.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa)

(Ciąg dalszy — p. № 37).

Walka z chorobami wenerycznymi, rozpoczęta jeszcze przed wojną przez prof. Fourniera, spotęgowana w czasie wojny, obecnie należy może do najszybciej wzrastających, najszerzej rozwiniętych i najlepiej zorganizowanych. Ogranicza się ona głównie do kampanii przeciw kile, prowadzona jest tak samo przez władze państwowe, jak i przez organizacje społeczne. Ideą przewodnią walki jest udostępnienie leczenia wszystkim dotkniętym chorobą. Tu właśnie zrobiono bodaj że jedyny wyłom w zasadzie nieleczenia w poradniach przez wprowadzenie do akcji społeczno-higienicznej leczenia i w potrzebie bezpłatnego. Ośrodkami walki z chorobami wenerycznymi są poradnie, których liczba wynosi 560. Wszystkie miasta i większe skupienia ludności są pod tym względem dobrze zaopatrzone. Przytem poradnie korzystają naogół z dobrych sił fachowych i mają ułatwione badania serologiczne. Tam zaś, gdzie nie ma poradni, rozdawane są lekarzom praktykom bezpłatnie lekarstwa dla chorych niezamożnych. Jeżeli chory nie może pokryć honorarium, nawet lekarza opłaca państwo. Niema więc chorego na kilę, któryby nie mógł się leczyć, jak należy, a dzięki dobrej akcji propagandowej, uświadomienie jest, ogólnie biorąc, zadawalające.

Poza poradniami drugim ośrodkiem walki z kilą są instytucje opieki nad matką i dzieckiem, w których wszyscy pensjonariusze są badani klinicznie i serologicznie, a w razie potrzeby — leczeni. Obecnie tego rodzaju organizacja, prowadząca pracę systematycznie, istnieje już w 583 instytucjach. Wreszcie w większości więzień (w 163) każdy przybywający na stałe jest przymusowo badany i leczony. Naturalnie, w wojsku walka z chorobami wenerycznymi prowadzona jest jaknajenergiczniej.

Propaganda, jak już wspomniałem, jest prowadzona szeroko i zmierza: 1) do uświadomienia młodzieży co do życia płciowego, 2) do zapobiegania zakażeniu, 3) do skłonienia każdego chorego, by w porę zwrócił się o pomoc lekarską. Literatura propagandowa, drukowana poza francuskim w językach najliczniej reprezentowanych emigrantów, rozdawana jest bardzo obficie, plakaty są liczne i niezłe. W propagandzie zwrócono wielką uwagę na duże ośrodki robotnicze, skupienia emigrantów i na miasta portowe. Każdy marynarz, tak francuz jak i cudzoziemiec, przybywając do portu, otrzymuje, między innymi, plan miasta ze wskazaniem poradni przeciwwenerycznej.

Kampanja przeciw rzeżączce jest zorganizowana znacznie słabiej, niż przeciw kile. Wspecjalizowane oddziały przeciwrzeżączkowe istnieją tylko w wielkich miastach. Obecnie jest takich oddziałów 76.

Tak szeroko pomyślana walka z chorobami wenerycznymi jest bardzo kosztowna, to też państwo asygnowało w ostatnim roku budżetowym 20 milionów franków (7 milionów złotych) na kampanję przeciwweneryczną. Naturalnie, tylko rozporządzając takim funduszem, można było w instytucjach przeciwwenerycznych dokonać roboty, którą mogą poszczycić się organizacje francuskie. W roku 1928 udzielono ogółem 2.081.170 porad, zbadano 110.703 chorych, w tem 15.879 przypadków świeżej kily, badań serologicznych wykonano 357.772, zastrzykiwań — 1.343.525, ogłoszono około 1.000 artykułów popularnych w prasie, afiszów i druków rozdano 841.000. O wynikach kampanii przeciwwenerycznej trudno powiedzieć coś dokładnie, bo trudno sprecyzować, w jakiej mierze obecny stan rzeczy jest wynikiem prowadzonej kampanji. W każdym razie, wzięwszy całą Francję, kilę stopniowo się zmniejsza. Dwa dowody, dające się ująć liczbowo, są tu dość jaskrawe, mianowicie — kilę w wojsku i liczba martwourodzonych: w roku 1920 na 1.000 żołnierzy przypadało 6,43 pierwotnych zakażeń kilowych, w roku 1929 — 1,97; liczba martwourodzonych w 1920 roku na 1.000 noworodków wynosiła 44,7, a w 1928 spadła do 36,7. Co do rzeżączki, sytuacja jest mniej wyraźna, i wyniki nagół mniej pomysłne.

Pod względem prawnym walka przeciwweneryczna nie jest dostatecznie ugruntowana i wymaga uregulowania. Warto też wspomnieć, że Francja dotąd trzyma się jeszcze systemu reglamentacji prostytucji. Domy publiczne, gdzieindziej nietolerowane, odgrywają i tu coraz mniejszą rolę w szerzeniu chorób wenerycznych, ale upadają one drogą zupełnie naturalną — wskutek braku popytu; rozwija się natomiast prostytucja tajna, podobnie jak i w krajach, hołdujących idei abolicjonizmu.

Opieka nad matką i dzieckiem we Francji winna być rozpatrywana z dwóch punktów widzenia: lekarskiego i społecznego, ściślej mówiąc, ekonomicznego. Z pierwszego, który nas głównie interesuje, sprawa przedstawia się znacznie gorzej, niż z drugiego, niezwykle rozbudowanego, więcej, niż w jakimkolwiek innym państwie.

Ze zrozumiałych powodów matka i dziecko tworzą całość, ale możnaby prawdopodobnie bez wielkiej przesady powiedzieć, że matka korzysta z opieki tylko dzięki dziecku, sama bowiem zbyt mało jest brana w rachubę.

Poradnie dla matek ciężarnych dawniej istniały przy zakładach położniczych, obecnie zaś dzięki subwencjom państwowym powstają niezależnie w całym

kraju, choć nie są one dziś jeszcze wystarczające nawet liczbowo. Ciekawą próbę wprowadzono ostatnio w paru departamentach, a mianowicie, rozdawanie kobietom w ciąży „bonów na 3 porady u lekarza, dowolne wybranego. Warto na to zwrócić uwagę, szczególnie w warunkach wiejskich, gdzie niezawsze jest możliwe zorganizowanie poradni; jednocześnie zaś wskazuje to na dążenie do takiego rozwiązania pomocy społeczno-lekarskiej, aby na tem nie cierpały interesy lekarzy praktykujących.

Poradnie dla niemowląt rosną liczbowo i rozwijają się również dzięki subwencjom państwowym. Władze miejscowe dają często tylko lokal, ze źródeł zaś państwowych lub innych jest opłacany personel. Zasluguje na podkreślenie że poradnia dla niemowląt nie są prawie nigdy umieszczane wspólnie z innymi poradniami. Publiczność sama nie zgodziłaby się na przyniesienie dziecka do pokoju, w którym przebywał inny chory, szczególnie gruźliczy. Zdarza się, że przyjęcia odbywają się w merostwach. Ażeby rozwinąć umiejętność pielęgnowania wśród ogółu ludności, w starszych klasach szkół powszechnych dziewczynki, mające lat 10—13, uczą się puerikultury, pozatem przy niektórych seminarjach nauczycielskich (ecoles normales) urządzane są poradnie dla niemowląt, ażeby wciągnąć do tej pracy nauczycielki.

Arsenał opieki nad dzieckiem wygląda, jak następuje:

Przeznaczenie zakładu:	liczba zakładów:
Poradnie dla kobiet ciężarnych	433
Zakłady położnicze	191
Poradnie dla matek i niemowląt	3162
Szpitala dla niemowląt (tylko departamentu Sekwany)	35
Inne zakłady:	
Domy macierzyńskie i przytulki	81
Krople mleka	227
Zakłady dla Puponier	114
Placówki opiekuńcze nadzorowane	59

Rozwinięta jest opieka nad dzieckiem, wychowywaniem nie przez matkę (loi Roussel), szczególnie nad dzieckiem opuszczonym, ale to dotyczy raczej opieki społecznej. Ta ostatnia, jak wspominałem, jest niezwykle szeroko ujmowana i stale rozwija się. Najpierw, kiedy dziecko przychodzi na świat, matka może się uciec o pomoc materialną niezależnie od swej zamożności. Następnie matka otrzymuje zapomogę, jeżeli dziecko karmi, dalej, jeżeli ma dzieci kilkoro, korzysta z różnorodnej pomocy materialnej i ulg nawet w sprawie mieszkaniowej. Państwo, władze miejscowe, przemysłowcy robią wszelkie wysiłki, aby pomóc rodzinie, obciążonej dziećmi. Jedną z najwydatniejszych pomocy tworzą zasiłki rodzinne tak wysokie (allocations familiales), że kobieta, mająca kilkoro dzieci, może otrzymywać zasiłki większe, niżby wyniósł jej normalny zarobek. Niewątpliwie całość tych zabiegów przyczyniła się znacznie do szybkiego stosunkowo obniżenia umieralności niemowląt we Francji.

Walka z rakiem, rozpoczęta niedawno, ale wysuwająca się ostatnio na czoło zagadnień sanitarnych, rozwija się szybko i pomyślnie. Po wojnie zaczęto tworzyć ośrodki regionalne do walki z rakiem, stawiając im za zadanie: 1) opiekę nad dotkniętymi rakiem i umieszczanie ich w szpitalu, 2) nauczanie i informowanie lekarzy, studentów i publiczności w sprawie tej wielkiej klęski społecznej, 3) przeprowadza-

nie badań nad rakiem. W niektórych departamentach prócz tego rodzaju ośrodków istnieją poradnie, zmierzające do jaknajwcześniejszego rozpoznania choroby, przeprowadzające klasyfikacje chorych i ich leczenie, tak chirurgiczne, jak i za pomocą radu.

Ośrodków tych poza Paryżem jest 11, dwa są w trakcie organizacji oprócz tego w Paryżu w 6 szpitalach istnieją specjalne oddziały dla rakowatych wraz z poliklinikami, tworząc w ten sposób ośrodki przeciwrakowe. Zgodnie z nakreślonym planem w obrębie Paryża (region parisienne) organizuje się jeszcze 6 nowych ośrodków. W roku 1927 na te ośrodki Państwo wydało 4 miliony franków.

Ostatnio w roku 1926 sprawę walki z rakiem posunięto jeszcze dalej naprzód przez utworzenie w Paryżu Instytutu Rakowego. Instytut posiada 2 sekcje: naukową wraz z licznymi pracownikami i szpitalną. Sekcja naukowa Instytutu, rozwijająca coraz szerzej swoją działalność, ma już obecnie 6 oddziałów (anatomji patologicznej, chemji fizycznej, chemji, biologji, bakterjologii i medycyny doświadczalnej). Sekcja szpitalna utrzymuje oddział na 150 łóżek, prócz tego prowadzi poradnie z radjoterapią i curieterapią. Według projektu w przyszłości Instytut ma stać się ośrodkiem walki z rakiem dla okolic Paryża. Kierunek naukowy zapewnia Instytutowi jego ścisły związek z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu; tę łączność z uniwersytetami posiadają i inne ośrodki przeciwrakowe, tworzone dlatego też zwykle w miastach uniwersyteckich.

Wreszcie w Paryżu istnieje jeszcze Instytut Radowy imienia Curie, posiadający liczne i dobrze urządzone pracownie, prowadzący również lecznictwo w szerokim zakresie. Cała ta działalność poparta jest szeroką propagandą. Wyniki walki z rakiem dotąd ocenić trudno, głównie z powodu niedokładności danych statystycznych. Wprawdzie według ogłaszanych sprawozdań umieralność na raka stale wzrasta, bo od roku 1906 do 1927 absolutna liczba zmarłych na nowotwory złośliwie podniosła się z 27.306 do 38.508 (na 100.000 mieszkańców z 70 na 95), ale w jakiej mierze tłumaczy się to ulepszeniem statystyki, a może i zmianą ludności według grup wieku, określić nie możemy.

Walka z alkoholizmem we Francji jest słabo rozwinięta i nosi specyficzne zabarwienie, gdyż jest skierowana przeciw napojom mocnym i destylowanym, podobnie jak i w innych krajach południowych, gdzie spożycie wina weszło w przyzwyczajenie, i gdzie niejednokrotnie wino jest traktowane narówni z chlebem. Pozatem Francja jest potężną wytwórczynią wina na eksport i z tych też względów trudno liczyć na wielką i pomyślną akcję antyalkoholową tak ze strony państwa, jak i społeczeństwa. Jednak w dziedzinie walki z napojami wysokoalkoholizowanymi może się Francja poszczycić wielkim bardzo postępem od początku wojny. Konsumpcja spirytualij (bez wina i piwa) spadła o połowę, wynosząc bowiem w 1911 roku 4,17 litrów, obniżyła się w roku 1927 do 2,32 litrów czystego alkoholu na głowę. Dodać należy, że w tym samym roku 1927 konsumpcja wina wyniosła 60,469.000 hektolitrow, konsumpcja piwa 11,700 hektolitrow. Z aktów państwowych w tej dziedzinie o większej doniosłości warto wspomnieć: 1) o zakazie dotyczącym wyrobu, przewozu i sprzedaży absyntu wydanym jeszcze w roku 1916 i 2) o zniesieniu ogra-

niczeń, obejmujących domowy wytwór alkoholu dla własnego użytku również z roku 1916.

Opieka sanitarna (l'assistance sanitaire) we Francji nie jest o typie zapobiegawczym i albo ma wyraźny charakter lecznictwa, albo należy w rzeczywistości do działu opieki społecznej, w obu wypadkach pośrednio tylko wpływa na polepszenie stanu sanitarnego. Szczegółowe omawianie tych kwestyj z punktu widzenia chwili obecnej nie byłoby racjonalne, gdyż całość spraw opieki społecznej wraz z lecznictwem została ostatnio radykalnie zreformowana dzięki dopiero co uchwalonej (30 kwietnia 1930 roku) ustawie o ubezpieczeniach społecznych. Nowa ustawa jest bardzo szeroko pomyślana i obejmuje wszelkie niemal ryzyka: chorobę, macierzyństwo, inwalidztwo, starość, bezrobocie, śmierć. Dziś trudno jest jeszcze coś powiedzieć o tej ustawie, gdyż weszła ona w życie dopiero 1 lipca b. r. należy jednak zaznaczyć, że jest to krok niemal rewolucyjny, i że z jego dobrodziejstw będzie korzystał olbrzymi odsetek ludności. Niektóre kwestje, jak np. system leczenia, częściowe opłacanie przez chorego pomocy lekarskiej (15 — 20 proc.) i lekarstw (15 proc.), ochrona macierzyństwa i szereg innych warte są przestudjowania.

Poza wspomnianymi ubezpieczeniami w dziedzinie opieki lekarskiej zasługuje na wzmiankę prawo o bezpłatnej pomocy lekarskiej, datujące się jeszcze z roku 1893. Zgodnie z tem prawem każdy francuz, a w razie wzajemności objętej umową i cudzoziemiec, pozbawiony środków własnych, ma prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej, której koszty pokrywa rząd i samorządy. Prawo dotyczy leczenia (pomocy ambulatoryjnej) w domu, pobytu w szpitalu, lekarstw i aparatów. Po wojnie wobec znacznego zubożenia ludności i wzrostu kosztów utrzymania liczba uprawnionych do korzystania z lecznictwa, opłacanego z funduszy publicznych, wzrosła niepomniernie, przyczem tu i owdzie stwierdzono rażące nadużycia. Jako

przykład, można przytoczyć miasto nieprzemysłowe i naogół zamożne — Montpellier, gdzie w 1920 roku 29% ludności było wniesionych na listę niezamożnych. Wówczas powstała idea, znajdująca coraz szersze zastosowanie, podziału na stopnie niezamożności i, co temu odpowiada — częściową bezpłatność lecznictwa. Taki system uwzględnia obywateli całkowicie niezamożnych i leczonych bezpłatnie i takich, którzy, nie mogąc pokryć wszystkich wydatków, związanych z ich leczeniem, opłacają część.

Dla przykładu załączam uchwałę przyjętą przez Kongres Szpitali w roku 1924:

Zarobki rodziny.

Poniżej 15 franków dziennie	— leczenie bezpłatne
Od 16 do 18 „	„ — opłata $\frac{1}{4}$ kosztów
„ 18 do 21 „	„ — „ $\frac{1}{2}$ kosztów
„ 21 do 25 „	„ — „ $\frac{3}{4}$ kosztów
Powyżej 26 franków	„ — całkowite koszty.

Uwzględniona jest przytem, jak we wszystkich podobnych sytuacjach, liczba dzieci w rodzinie, i np. rodzina, mająca 5 dzieci, nawet przy 30 frankach dziennego zarobku nic nie płaci.

Kierownictwo sprawami pomocy lekarskiej, jakby dla zasady, znajduje się w zasadzie w rękach nielekarzy.

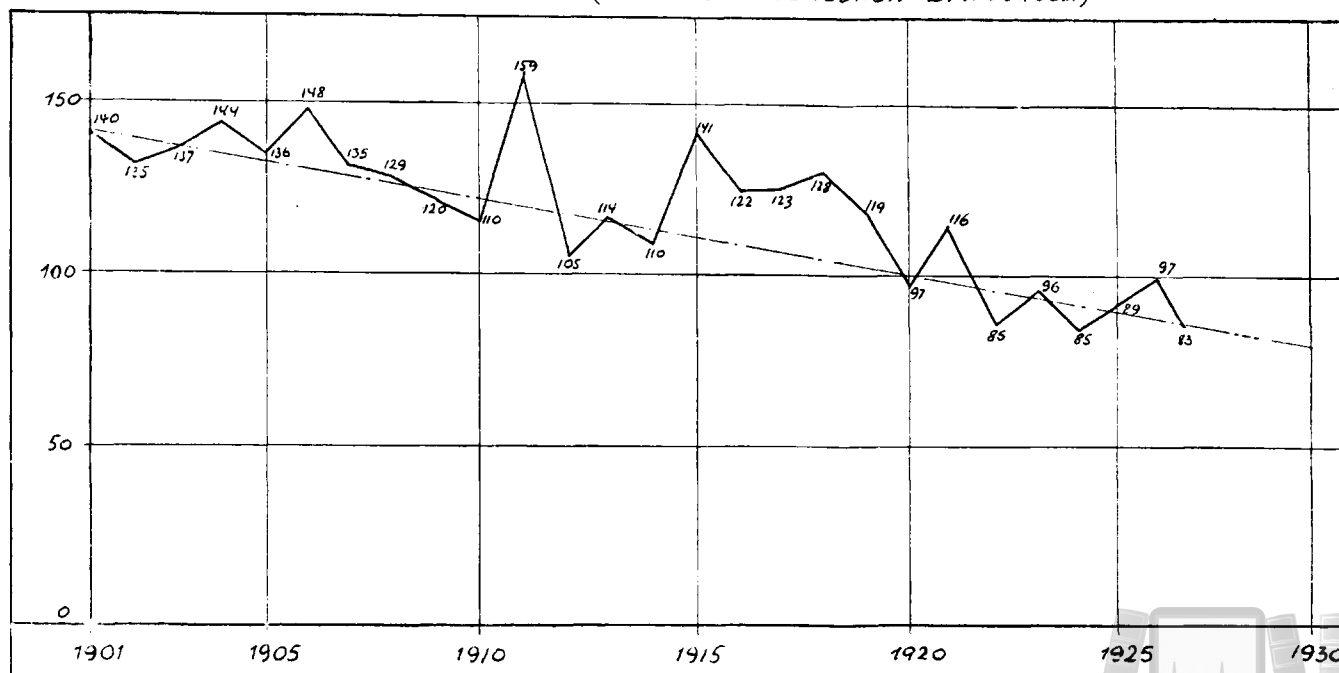
Dla leczenia chorych niezamożnych i roztoczenia opieki nad kalekami, niedołężnymi i t. p. rozporządza Francja w departamentach 1073 zakładami publicznymi (szpitale i przytulki), 87 w Paryżu. Liczba łóżek dzieli się, jak następuje:

Łóżka dla ludności cywilnej	103,294
„ „ wojskowych	11,417
„ „ starców, kalek i ieu leczalnych	85,627
„ w zakładach opiekuńczych dla dzieci (enfants assistés)	11,867

Po wyłączeniu zakładów dla umysłowo chorych i przytułków liczba łóżek szpitalnych na 1.000 ludności waha się w poszczególnych departamentach w gra

Umieralność niemowląt we Francji

LICZBA ZMARŁYCH (NA 1000 NOWORODKÓW ŻYWOUDZ.)



nicach od 0,9 do 8,2 przeciętnie zaś wynosi 3. Wobec dążenia poszczególnych gmin do tworzenia szpitali istnieje 111 szpitalików z liczbą łóżek poniżej 10. a 399 rozporządza skromną liczbą od 10 do 40 łóżek, (Rok 1928).

Pod względem gmachów, urządzeń i organizacji wewnętrznej zakłady lecznicze są bardzo różnorodne, ale naogół wymagają wielu ulepszeń, które możnaby objąć jednym wyrazem „unowocześnienia”. Najbardziej może to jest widoczne w szpitalach zakaźnych, szczególnie tak licznych małych. Szpitale tworzą instytucje publiczne, posiadają własne statuty, umo-

żliwiające im działalność bardzo różnorodną, np. leczenie chorych w domu, tworzenie i prowadzenie zakładów dla kalek, nawet budowę tanich domów. W większości jednak przypadków komisje szpitalne większej działalności nie przejawiają.

Działalność szpitali jest kontrolowana przez gminy i władze rządowe. Kierownictwo szpitalami znajduje się najczęściej w rękach nielekarzy. Dodajmy jeszcze jeden szczegół, że Francja i dziś jeszcze należy do krajów, w których ludność okazuje najmniej chęci do korzystania ze szpitali.

(D. n.)i

Wiadomości bieżące

— Komunikat Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kursu wyszkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 1 października 1930 r. do dnia 30 czerwca 1931 r., w czym 6 miesięcy studjów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą obowiązek, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum wynosić będzie 300 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie stypendyści, a w miarę możliwości i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 1 września r.b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należyście uwierzytelnionych), stwierdzających:

- wiek kandydata,
- posiadanie obywatelstwa polskiego,
- ukończenie studjów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i
- stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinii o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którym była mowa wyżej.

O przyznaniu stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej lat 35.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński

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

— Okólnik Nr. 47 z 1927 r., zalecający, aby w aptekach sporządzanie odpisów recept było powierzane wyłącznie farmaceutom, miał na celu, aby odpisy te były dokładne, aby była zachowana tajemnica chorego i aby recepty podlegały kontroli również przy ich przepisywaniu.

Wobec projektowanego przez Ogólnopolski Związek Kas Chorych wprowadzenia podwójnej kontroli odpisów recept, jaką będą wykonywać w aptekach kasowych, i wobec tego, że cały personel Kas Chorych w myśl przepisów art. 77 ustawy z dnia 19 marca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) jest obowiązany do zachowania tajemnicy chorego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych nie widzi dostatecznych podstaw do wymagania, aby mechaniczną czynność przepisywania miały pełnić tylko osoby z fachowem wykształceniem, i dlatego zgodziło się, aby tytułem próby w aptekach Kas Chorych czynność tę mogły wykonywać siły techniczne.

Załączając odpis okólnika, jaki Ogólnopolski Związek Kas Chorych rozesłał do poszczególnych Kas, a jaki normuje sposób kontroli odpisów recept, które mogłyby być sporządzane przez personel techniczny, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o polecenie inspektorowi farmaceutycznemu, aby przy rewizjach aptek Kas Chorych zwracał uwagę, czy kontrola odpisów recept odbywa się w sposób, ustalony przez wymieniony Związek.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński

— Okólnik Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych w Polsce do Zarządów i p.p. Komisarzy Kas Chorych, posiadających własne apteki.

W celu zapewnienia w aptekach Kas Chorych dostatecznej kontroli przy sporządzaniu odpisów recept (t. zw. sygnatur), Ogólnopolski Związek Kas Chorych w Polsce wzywa Zarządy, względnie p.p. Komisarzy wszystkich Kas Chorych posiadających własne apteki, do wydania zarządzeń, aby kierownicy aptek przestrzegali ściśle w aptekach kasowych następującego trybu postępowania:

1) Każda recepta przy przyjmowaniu winna być sprawdzona przez przyjmującego farmaceutę, czy dopuszczalne dawki nie są przekroczone, jak również czy niema żadnych wątpliwości co do jasnego brzmienia przepisanych środków leczniczych.

2) Przed przystąpieniem do wykonania recepty należy sporządzić jej odpis, który wraz z oryginałem recepty należy oddać na łóż (stół recepturowy).

3) Farmaceuta, sporządzający receptę, winien sprawdzić zgodność odpisu recepty z oryginałem i postawić swe inicjały tak na oryginalnej recepty, jak i na odpisie, a odpis przymocować do opakowania lekarstwa.

4) Farmaceuta, wydający receptę, winien sprawdzić

czy odpis recepty został doklejony do opakowania właściwego leku zgodnie z brzmieniem oryginału recepty i stwierdzić to, swemi inicjałami na oryginale recepty.

5) W aptekach większych, w których przy sporządzaniu odpisów recept zatrudnionych jest na jednej zmianie więcej; aniżeli 3 siły niefachowe, kontrolę nad temi odpisami recept winien sprawować kontroler farmaceuta, który narówni z przyrządzającym lekarstwo ponosi odpowiedzialność za prawidłowe sporządzenie odpisu.

Powyższy tryb postępowania został zaaprobowany przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych pismem z dnia 10 lipca 1930 r., Nr. Z. F. 2523/30.

(—) Brokowski

w z. Komisarz rządowy.

— W dniu 6 i 7 września 1930 r. odbędzie się w Inowrocławiu pod Protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Profesora Dr. Ignacego Mościckiego I. Polski Zjazd w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu.

Doniosłe znaczenie schorzeń reumatycznych, jako zagadnienie społeczne, skłoniło organizatorów Zjazdu do podjęcia pierwszych kroków w czynnej walce z tą klęską. Naczelnym zadaniem stała się konieczność poznania tej grupy chorób, która wśród kuracjuszy naszych zdrojowisk przeciwreumatycznych w Polsce stanowi olbrzymi odsetek, tem więcej że rzesze leczących się w Zdrojowiskach Polskich rekrutują się coraz to częściej z tych warstw społecznych, które najdotkliwiej cierpią pod ciężarem objawów gośćcowych.

Zjazd zapoczątkuje zbiorowe i wszechstronne rozpatrywanie ściśle określonego problemu z punktu widzenia naukowo lekarskiego oraz społeczno-statystycznego.

TREŚĆ: H. HIGIER. O angiospazmach oraz ich znaczeniu dagnostycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych. (C. d.). — A. LANDAU, T. GOLIBORSKA i M. MARKSON. Przypadek czerwienicy Vaqueza, leczony fenilhydrazyną z oznaczeniem ilości krwi krążącej. — W. MAGER. Oprawa próbna „Oculus”. — H. LANDAU. O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. KACPRZAK Z zagadnień sanitarnych Francji. (C. d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Sur les angiospasmes et leur valeur diagnostique et pathogénique dans les maladies du cerveau. (Suite). — A. LANDAU, T. GOLIBORSKA et M. MARKSON. Un cas de maladie de Vaquez, traité par phenylhydrazine avec définition de la quantité de sang courant. — W. MAGER. Monture d'essai „Oculus”. — H. LANDAU. L'examen fonctionnel du foie et le diagnostic des maladies du foie et des voies biliaires. (Rev. gén. fin.). — M. KACPRZAK. A propos des problèmes sanitaires en France (Suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 150.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8ej do 11ej r.

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.