

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, 27 LISTOPADA 1930 R.

Nr. 48

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Warszawskiego
(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz).

Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy i zapalenia płuc u dzieci.

Podali

H. BROKMAN (Warszawa) i A. FESTENSZTAT (Warszawa).

Kwestja różniczkowego rozpoznania spraw zapalnych miąższu płucnego — o charakterze gruźliczym z jednej strony, o charakterze niegruźliczym z drugiej — stanowi wysoce aktualne zagadnienie w klinice wieku dziecięcego. Zagadnienie to nabiera większej wagi w porównaniu z kliniką dorosłych, ponieważ postaci gruźlicy płuc u dzieci bardzo często wykazują podobieństwo do spraw zapalnych nieswoistych. Podobieństwo to wyraża się: 1) sprawy gruźlicze przebiegają u dzieci dość często ostro lub podostro, co jest charakterystyczne dla pneumonii, 2) częstokroć nieswoiste sprawy zapalne przebiegają przewlekłe, co może nasuwać myśl o gruźlicy, 3) sprawy gruźlicze u dzieci tworzą rozleglejsze ogniska, przyjmując częstokroć charakter zajęcia całego płatu, co u dorosłych zdarza się względnie rzadko, a są charakterystyczne raczej dla zapalenia płuc.

Te właśnie postaci gruźlicy płuc u dzieci, tworzące rozleglejsze ogniska, w zestawieniu z rozległymi sprawami nieswoistymi w płucach, stanowią wyłączny temat naszych rozważań z punktu widzenia diagnostyki różniczkowej. Nie uwzględniamy natomiast zasadniczo spraw rozsianych, jako to *T. b. c. disseminata* i *T. b. c. miliaris*, a również *bronchopneumonia dispersa*. Również materiał nasz nie obejmuje przypadków nacieczenia wczesnego (Frühinfiltrat), jako jednostki chorobowej, we wczesnym dzieciństwie rzadko spotykanej.

Doceniając znaczenie objawów ogólnych, jako to przebiegu ciepłoty, stanu ogólnego, oddechu, ostrego lub podostrego przebiegu sprawy chorobowej, — za cel naszej pracy obraliśmy usystematyzo-

wanie różniczkowania na podstawie metod fizykalnych. Pomimo, iż usiłowania w tym kierunku były już czynione przez poszczególnych klinicystów, i wyniki tych prac przeszły do metod badania klinicznego, tem niemniej w tej chwili staje się aktualną sprawa ponownego rozpatrzenia powyższego zagadnienia i nawet rewizji metod dotychczasowych. Bowiem podstawę różniczkowego rozpoznania musi stanowić znajomość objawów, właściwych każdej z interesujących nas jednostek chorobowych.

W latach ostatnich w obrębie gruźlicy wysunięta została nowa jednostka chorobowa: nacieczenie dookołaogniskowe. Ponieważ cierpienie to uchodziło dawniej ze względu na swój pomyślny przebieg za sprawę niegruźliczą, stąd i objawy fizykalne właściwe temu cierpieniu, odnoszono do spraw natury nieswoistej; dopiero obecnie w związku z postępem wiedzy naszej w tym kierunku jesteśmy w stanie ustalić z dokładnością charakterystyczne cechy fizykalne dla trzech grup schorzeń, które ze względu na zakres naszego zagadnienia będą przedmiotem naszej analizy: nacieczenie dookołaogniskowe, zapalenie płuc serowate (*pneumonia et bronchopneumonia caseosa*) i wreszcie zapalenie płuc nieswoiste (*pneumonia crouposa et bronchopneumonia*). Po ustaleniu tych cech można przystąpić do usystematyzowania rozpoznania różniczkowego.

Toteż pierwszym etapem naszej pracy było dążenie do uświadomienia sobie, o ile każdej z tych postaci chorobowych odpowiadają swoiste objawy fizykalne. W tym celu w przypadkach ustalonych pod względem klinicznym, a potwierdzonych częstokroć i badaniem pośmiertnym, notowaliśmy występujące tutaj objawy fizykalne, jako to 1) obecność stłumienia i jego nasilenie, 2) charakter oddechu, 3) obecność trzeszczeń, 4) obecność rżężeń, 5) przewodnictwo głosu i drżenie. Z góry zaznaczymy, że dla naszych celów trzy pierwsze objawy okazały się posiadającymi największe znaczenie, stąd też one głównie będą przez nas uwzględniane.

Objawy fizykalne zapalenia płuc u dzieci.

Zarówno zapalenie płuc płatowe, jakoteż odoskrzelowe w przypadku, gdy ostatnie zajmuje większy odcinek pola płucnego, dają zasadniczo podobne objawy fizykalne. A więc odgłos wypukowy jest przytłumiony z odcieniem bębnowym; stłumienie zaś intensywne spostrzegamy tylko w tych przypadkach, gdzie jednocześnie występuje odczyn ze strony opłucny*). Oddech ulega wybitnej zmianie w kierunku oskrzelowego, prztem w przypadkach, niepowikłanych zajęciem opłucny, słyszymy głośny oddech oskrzelowy. Trzeszczenia są objawem charakterystycznym dla krupowego zapalenia płuc, co stanowi zjawisko ustalone przez wszystkich klinicystów, natomiast zbyt mało może bywa podkreślane, że bardzo często spostrzegamy je i w zapaleniu płuc odoskrzelowym. Poza temi trzema objawami, które dla różniczkowego rozpoznania posiadają znaczenie decydujące, wspomnimy jeszcze o rżeniach różnego kalibru, wzmożonym przewodnictwie głosu i wzmożonym drżeniu głosowym, które spotykają się w obydwu postaciach zapalenia płuc.

Objawy fizykalne serowatego zapalenia płuc.

Cechy fizykalne tej postaci chorobowej nie są w tym stopniu ustalone, jak to ma miejsce w poprzednio opisanej jednostce chorobowej. W sprawie charakteru odgłosu wypukowego opinia klinicystów jest ustalona; charakterystyczne tu jest intensywne stłumienie. Natomiast w sprawie charakteru oddechu panuje w piśmiennictwie pewna różnica zdań. — O ile Redeker, mówiąc o serowatym zapaleniu płuc w czystej postaci, twierdzi, iż odpowiada jej głośny oddech oskrzelowy, zaś wspominając o postaciach mieszanych (tych, gdzie nacieczenie dookołaogniskowe przechodzi w serowacenie), uważa za charakterystyczny oddech oskrzelowy mniej dobitny, jednak wyraźny; o tyle Feer stawia sprawę zupełnie jasno. — Odróżnia on ostre serowate zapalenie płuc od przewlekłego; pierwsze w wieku dziecięcym bywa rzadkie, drugie częste, a dla wieku dziecięcego charakterystyczne. Pierwsze daje obraz krupowego zapalenia płuc bez głośnego oddechu oskrzelowego, w drugiej postaci, przewlekłej — oddechu oskrzelowego nie stwierdza się, oddech nawet bywa nieznacznie osłabiony przy niezwykle silnym stłumieniu.

Nasze doświadczenie całkowicie potwierdza pogląd Feera: w przypadkach serowatego zapalenia płuc mogliśmy stwierdzić, poza wybitnym stłumieniem, oddech niezmienny, względnie osłabiony. W niektórych przypadkach występował oddech oskrzelowy, lecz tutaj mogliśmy się przekonać na zasadzie badania rentgenologicznego, względnie sekcyjnego, iż w tych przypadkach mieliśmy do czynienia z tworzeniem się jam. W przypadkach znacznego rozpadu tkanki płucnej nawet

stłumienie stawało się mniej intensywne, nabierając odgłosu bębnowego.

O trzeszczeniach w serowatym zapaleniu płuc mówi Neumann, o trzeszczeniach w ostrem serowatym zapaleniu płuc mówi Redeker; Feer podkreśla, iż w przewlekłym serowatym zapaleniu płuc rżenia („Rasselgerausche“) bywają rzadko; specjalnie jednak o trzeszczeniach nic nie wspomina.

W naszym materiale klinicznym ani razu nie stwierdziliśmy obecności trzeszczeń w przypadkach serowatego zapalenia płuc.

Inne objawy, jako to obecność rżeń, przewodnictwo głosu i drżenie głosowe, pomijamy, ponieważ nie mają one większego znaczenia dla rozpoznania różniczkowego.

Objawy fizykalne nacieczeń dookołaogniskowych — nacieczenia pierwotne i wtórne.

Zespół objawów fizykalnych jest tutaj mniej jednolity, aniżeli w opisanych wyżej cierpieniach. Objawem stałym jest tutaj bardzo intensywne stłumienie, przypominające także stłumienie przy obecności wysięku. Należy tu uczynić zastrzeżenie, że objaw ten nie występuje jedynie w tych przypadkach, w których sprawa zapalna odbywa się w głębszych warstwach miąższu, nie dochodząc do opłucny; wtedy nie stwierdzamy intensywnego stłumienia.

Oddech wykazuje dość znaczną skalę wahań: najczęściej w naszych przypadkach spostrzegaliśmy oddech pęcherzykowy niezmienny lub nieco osłabiony; w szeregu przypadków oddech pęcherzykowy był nieco zaostrozony; oddech z odcieniem oskrzelowym spostrzegaliśmy w nielicznych przypadkach, prztem był on osłabiony i odpowiadał t. zw. „*hauchendes Bronchialatmen*“ Engla. Ten charakter oddechu uważany jest przez Engla oraz Redekera za typowy dla nacieczeń dookołaogniskowych. Głośny oddech oskrzelowy stwierdzaliśmy zaledwie dwukrotnie. W obydwu tych przypadkach ognisko było umiejscowione w okolicy wnęki, i oddech oskrzelowy wysłuchiwalimy tuż około mostka. Sądzimy, że, byc może, umiejscowienie sprawy chorobowej w bliskości dużych oskrzeli uwarunkowało wspomniane objawy akustyczne. W każdym bądź razie nasze doświadczenie uczy, że głośny oddech oskrzelowy w przypadkach nacieczeń spotyka się nader rzadko w przeciwstawieniu do zapalenia płuc.

Nasz pogląd na tę sprawę zbiega się może najbardziej ze zdaniem Kleinschmidta, który mówi: „szmer oddechowy w przypadkach nacieczeń dookołaogniskowych jest przeważnie osłabiony, nieraz z odcieniem oskrzelowym, zdarza się jednak i głośny oskrzelowy“.

W sprawie trzeszczeń opinia nasza na zasadzie spostrzeżanego materiału jest jednoznaczna: trzeszczenia w przypadkach nacieczeń nie występują nigdy, co przez żadnego z autorów nie zostało do tej pory podkreślone. Za słuszością naszego poglądu przemawia ten wzgląd, iż w opisie klinicznym odnośnych przypadków u innych autorów nie wspomina się wcale o trzeszczeniach.

*) U dzieci rzadziej, aniżeli u dorosłych, stwierdza się wybitne stłumienie w II okresie (*hepatistio*) płatowego zapalenia płuc.

Rzężenia różnego charakteru w naszym materiale występowały względnie rzadko. Objawowi temu, podobnie jak i przewodnictwu i drzeniu głosowemu, nie przypisujemy zasadniczego znaczenia dla rozpoznania różniczkowego. Naogół należy zaznaczyć, iż, o ile wyłożona symptomatologia fizykalna zapalenia płuc oraz serowatej gruźlicy nie ulega wątpliwości, a to dzięki potwierdzeniu istoty schorzenia na drodze badania pośmiertnego, o tyle symptomatologia nacieczeń dookołaogniskowych znajduje się jeszcze pod większym lub mniejszym znakiem zapytania, bowiem nie posiadamy sprawdzianu sekcyjnego.

Zespoły objawów fizykalnych jako podstawa rozpoznania różniczkowego.

Jak już zaznaczyliśmy wyżej, celem naszej pracy było ustalenie różniczkowego rozpoznania za pomocą metod fizykalnych. Zestawienie objawów chorobowych wykazuje znaczne podobieństwo pomiędzy zapaleniem płuc serowatym i nacieczeniem dookołaogniskowym. I tutaj i tam charakterystyczne jest wybitne stłumienie. Kontrastowo do tego objawu zachowuje się oddech, który jest przeważnie pęcherzykowy, często osłabiony, rzadziej o charakterze, zbliżonym do oskrzelowego; ostatni stwierdzamy w pojedynczych przypadkach nacieczeń oraz w tych tylko przypadkach zapalenia serowatego, którym towarzyszy rozpad. W każdym bądź razie, co pragniemy szczególnie podkreślić, dominującym objawem w gruźliczych stanach zapalnych miąższu płucnego jest stłumienie, wówczas, gdy zmiany w charakterze oddechu ustępują na plan dalszy. Zwykliśmy tutaj mówić — o „przewadze objawów wypukowych nad objawami wysłuchowymi”. Wspólną cechą charakterystyczną dla wymienionych spraw gruźliczych jest również brak trzeszczeń.

Ze względu na tę wspólność objawów nacieczenia dookołaogniskowego i serowatego zapalenia płuc nie jesteśmy w stanie tych dwóch zespołów chorobowych odgraniczyć za pomocą metod fizykalnych. Zresztą, nie to stanowiło zadanie naszej pracy.

Zato charakterystyczny tutaj zespół objawów różni się zasadniczo od tego, jaki spostrzegamy w zwykłych zapaleniach płuc. W tem cierpieniu odgłos wypukowy rzadko kiedy bywa tak dalece zmieniony, przeważnie stwierdzamy przytłumienie, zaś stłumienie występuje jedynie tam, gdzie mamy odczyn ze strony opłucny*). Znów tutaj kontrastowo zachowuje się oddech, gdyż jest on wybitnie zmieniony, przeważnie głosny oskrzelowy. Tutaj mówimy o „przewadze objawów wysłuchowych nad objawami wypukowymi”.

Trzeszczenia w zapaleniu płuc stanowią objaw bardzo częsty i to zarówno w zapaleniu płuc płatowym, jakoteż, co pragniemy jeszcze raz szczególnie podkreślić, w zapaleniu płuc odoskrzelowym.

*) Pozostawiamy tutaj na stronie zagadnienie, czy stłumienie, z reguły towarzyszące sprawom gruźliczym zależne jest od stanu miąższu płucnego, czy też od udziału opłucny.

Rzężenia w zapaleniu płuc, jak wiadomo, spotykają się często, lecz objawu tego, jak wyżej zaznaczyliśmy, nie wyzyskaliśmy dla rozpoznania różniczkowego. Podobnie ma się rzecz z objawem drżenia głosowego oraz przewodnictwa, którym w naszej pracy nie poświęciliśmy specjalnej uwagi, częściowo ze względu na nasuwające się trudności techniczne w czasie badania.

Na zasadzie przeprowadzonej powyżej analizy ustalamy dwa zasadnicze zespoły objawów:

I Wybitne stłumienie przy niezmiennym lub też nieznacznie zmienionym (zlekka chuchającym) oddechu — zespół charakterystyczny dla ognisk natury gruźliczej (przewaga objawów ze strony wypuku).

II Przytłumienie, z głośnym oddechem oskrzelowym — zespół charakterystyczny dla zapalenia płuc (przewaga objawów ze strony oddechu). Do wniosków tych, któreśmy ujęli w formie brzmiejącej nieco schematycznie, doszliśmy po dwuletniem spostrzeganiu całego szeregu przypadków. W myśl tych wniosków przystąpiliśmy od stycznia r. 1929 do różniczkowania wszystkich przypadków, przyjmowanych do kliniki, z powyższego punktu widzenia.

Chcąc ustalić wartość naszego założenia, próbowaliśmy rozpoznawać niewątpliwie przypadki według wspomnianych cech, potem dopiero braliśmy pod uwagę cały zespół kliniczny danego przypadku i kontrolowaliśmy, o ile nasze pierwotne rozpoznanie było właściwe. W zestawieniu naszych przypadków uwzględniliśmy tylko te, w których ostateczne rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, a zostało ustalone bądźto na zasadzie późniejszego przebiegu klinicznego, bądź na zasadzie wyniku odczynu tuberkulinowego, lub badania rentgenologicznego, wreszcie na zasadzie badania pośmiertnego.

Należy zaznaczyć, że podany przez nas schemat nie wyczerpuje wszystkich możliwości klinicznych w zakresie gruźlicy oraz zapalenia płuc, a to głównie ze względu na możliwość występowania powikłań, wpływających na modyfikację objawów zasadniczych. Za przykład może tutaj służyć uwzględnione już wyżej zjawienie się jam w przebiegu serowatego zapalenia płuc, co warunkuje występowanie oddechu oskrzelowego, a w dalszych okresach ustępowanie wybitnego stłumienia (zespół I ustępuje miejsca zespołowi II). Podobnie znów odczyn opłucnowy*), wikłający zapalenie płuc, warunkuje występowanie wybitnego stłumienia, a często i osłabionego oddechu. (Zespół II nabiera pewnych cech charakterystycznych dla zespołu I). Stąd więc nie należy niewolniczo przytrzymywać się schematu, lecz w każdym analizowanym przypadku wnikać w jego treść i zdawać sobie sprawę z możliwości odchylenia. Usystematyzowanie rozpoznania różniczkowego, którego wyrazem jest nasz schemat, stanowi jedynie drogowskaz przy stawianiu rozpoznania.

Materiał nasz obejmuje ogółem 100 przypadków, przyjętych do kliniki od stycznia 1929 r.

*) Mówiąc w naszym artykule o odczynie ze strony opłucny, mamy na myśli nie wysiek, lecz zapalne zgrubienie opłucny, opisane w przyкладzie IX.

Analiza kliniczna przypadków gruźlicy.

Chorych na gruźlicę było 40.

Poniżej podajemy opis kilku przypadków nacieczeń dookołaogniskowych i serowatego zapalenia płuc, posiadających charakterystyczne cechy kliniczne.

Przykład I. Eug. N., lat $3\frac{1}{2}$, od 3 tygodni kaszle, gorączkuje do 38° , traci na wadze. Stan ogólny nie ciężki, duszności brak, odżywianie średnie. Fizykalnie: od tyłu poniżej grzebienia łopatki aż do samego dołu stłumienie intensywne, dochodzące do środkowej linii pachowej; w miejscu stłumienia oddech pęcherzykowy osłabiony. Trzeszczeń brak. Wniosek na podstawie objawów fizykalnych (obecność zespołu I) — brzmiał: sprawa gruźlica mięszu płucnego. Uwzględnienie objawów ogólnych oraz badania uzupełniające potwierdziły wniosek powyższy: powolny początek choroby, względnie dobry stan dziecka przy rozległej sprawie płucnej, wybitnie dodatni odczyn Pirqueta, wreszcie typ cienia na zdjęciu rentgenowskim, przemawiały za obecnością nacieczenia dookołaogniskowego.

Przykład II. Jadzia Z., lat 4, od kilku miesięcy kaszle, gorączkuje do 38° . Stan ogólny niezły; duszności brak. Objawy fizykalne: po stronie prawej od przodu poniżej II żebra do samego dołu, na przestrzeni od mostka do linii pachowej — stłumienie; w tem miejscu oddech zlekka chuchający. Trzeszczeń brak. W tym przypadku nie wystąpił zespół I w typowej jego postaci, jednakże zaznaczyła się wyraźna przewaga objawów wypukowych nad objawami wysłuchowymi. Z uwagi na to, rozpoznanie prawdopodobne brzmiało: gruźlica przywnękowa mięszu płucnego. Dość dobry stan ogólny dziecka, wybitnie dodatni odczyn tuberkulinowy, oraz cień rentgenologiczny w obrębie prawego środkowego płatu, charakterystyczny dla nacieczenia dookołaogniskowego, potwierdziły przypuszczalne rozpoznanie, postawione na zasadzie objawów fizykalnych.

Przykład III. Kazimiera O., lat 10, od miesiąca pokasłuje, gorączkuje, stan ogólny ciężki, duszności brak. Fizykalnie: intensywne stłumienie od połowy prawej łopatki ku dołowi; również w linii pachowej oraz z przodu poniżej IV żebra. Oddech w obrębie stłumienia pęcherzykowy, nieznacznie osłabiony; pojedyncze drobne rżenia. Brak trzeszczeń. Nakłucie próbne opłucny płynu nie wykazało. Rozpoznanie na zasadzie objawów fizykalnych: sprawa gruźlica. W tym przypadku nie otrzymaliśmy całkowitego potwierdzenia ze strony badań pomocniczych. Coprawda, odczyn Pirqueta wypadł dodatnio, jednakże rentgenolog stwierdził obecność cienia z konfiguracją charakterystyczną dla płynu w opłucnie. Natomiast badanie sekcyjne stwierdziło serowate zapalenie płuc.

Przykład IV. Ewa L., niemowlę sześciomiesięczne od 2 miesięcy kaszle i gorączkuje; chudnie. Stan ogólny dziecka dość ciężki, brak duszności, śledziona i wątroba znacznie powiększone. Badanie płuc wykazuje po stronie lewej od przodu poniżej obojczyka do III żebra, na linii pachowej oraz na całej przestrzeni z tyłu przytłumienie. Oddech z odcieniem chuchającym; wysoko pod pachą głośny oskrzelowy z rżeniami dźwięcznymi. Fizykalnie mieliśmy tutaj do czynienia z zespołem objawów niecharakterystycznym dla gruźlicy, a nawet zbliżonym do spotykanego w zapaleniu płuc (przewaga objawów wysłuchowych nad wypukowymi). Jednakże na zasadzie dotychczasowego doświadczenia zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że podobne objawy mogą występować w serowatym zapaleniu płuc, połączonym ze znaczniejszym rozpadem. — Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy nieswoistym przewlekłym zapaleniem płuc a gruź-

licą rozstrzygnęliśmy na korzyść tej ostatniej, a to ze względu na objawy ogólne (brak duszności przy ciężkim stanie i wyniszczenie) oraz dodatni odczyn tuberkulinowy. Badanie rentgenologiczne wykazało jednolite zaciemnienie dolnej części lewego pola płucnego oraz zaciemnienie górnego lewego płatu ze wzmoczoną przejrzystością pośrodku. (*Pneumonia caseosa cum caverna*).

Ogółem, jak zaznaczyliśmy, mieliśmy 40 przypadków gruźlicy z ostatecznie ustalonym rozpoznanieniem.

W 30 przypadkach mogliśmy ustalić rozpoznanie już na zasadzie objawów fizykalnych, a to dzięki obecności przewagi objawów wypukowych nad objawami wysłuchowymi (zespół I), bowiem zespół ten w zapaleniu płuc nie występuje nigdy. W 5 przypadkach gruźlicy wystąpiły objawy charakterystyczne dla zapalenia płuc (zespół II). Były to przypadki gruźlicy rozsianej ze szczególnie gęstym umiejscowieniem poszczególnych ognisk w obrębie jednego płatu, a więc zasadniczo nie należące do kategorii tych postaci, których różniczkowanie było celem naszej pracy. Opieranie się tutaj wyłącznie na objawach fizykalnych byłoby źródłem błędów, toteż raz jeszcze pragniemy zaznaczyć, iż w każdym analizowanym przypadku niezbędne jest porównanie danych fizykalnych z całokształtem objawów klinicznych.

W 5 przypadkach gruźlicy wystąpiły objawy pośrednie pomiędzy zespołem I i II, a więc obok wybitnego stłumienia głośny oddech oskrzelowy. Przypadki te dotyczą wyłącznie gruźlicy płuc serowatej, połączonej ze znacznym rozpadem tkanki płucnej, a więc z tworzeniem się jamy. Jak wyżej wspomnieliśmy ten zespół objawów fizykalnych spotykamy nieraz w przypadkach zapalenia płuc z odczynem ze strony opłucny.

A więc w obecności i tego ostatniego zespołu objawów fizykalnych decydują o rozpoznaniu gruźlicy objawy ogólne i badania uzupełniające.

Analiza kliniczna przypadków zapalenia płuc.

Wśród chorych naszych spostrzegaliśmy 60 przypadków zapalenia płuc niegruźliczego pochodzenia.

Poniżej podajemy przypadki zapalenia płuc z charakterystycznym zespołem dla tego cierpienia.

Przykład V. Tadzio L., lat 8, od 3 tygodni kaszle, przed kilku dniami wystąpiło krwioplucie. Przez cały czas stan podgorączkowy, ale uczęszczał do szkoły. W przeddzień przybycia do kliniki $38,6$. Stwierdzono dobry stan odżywiania, niezły stan ogólny i brak duszności — ciepota 38 in recto. Poniżej prawego kąta łopatki przytłumienie, głośny oddech oskrzelowy, liczne rżenia drobno- i średnio-bańkowe. Już na zasadzie objawów fizykalnych, a mianowicie obecności zespołu II (przewaga objawów wysłuchowych nad objawami wypukowymi) rozpoznaliśmy zapalenie płuc. Coprawda, przebieg ogólny cierpienia o charakterze przewlekłym nasuwał podejrzenie nacieczenia dookołaogniskowego. Jednakże wynik ujemny odczynu tuberkulinowego potwierdził nasze rozpoznanie. Po tygodniu wszystkie objawy, zarówno kliniczne, jak i rentgenologiczne (nieznaczne zaciemnienie u prawego kąta przeponowo-sercowego), ustąpiły.

Przykład VI. Mast., 7 m., przed tygodniem odra; od tego czasu dziecko gorączkuje. Stan ogólny dziecka dość ciężki, duszność znaczna (70 oddechów na minutę); tętno 180. Wypukowych zmian nie stwierdza się, w okolicy

dolnego kąta łopatki oddech oskrzelowy, liczne trzeszczenia. Roentgen wykazał przywłokowe zaciemnienie miąższu płucnego po stronie lewej. Odczyn tuberkulinowy ujemny. W tym przypadku objawy fizyczne pozwoliły rozpoznać poza wszelką wątpliwością zapalenie płuc dzięki obecności zespołu II; wystąpienie jednocześnie trzeszczeń rozpoznanie to potwierdziło jeszcze silniej, gdyż objaw ten uważamy za wysoce patognomoniczny dla zapalenia płuc.

Przykład VII. Michał R., 10 mies., przed 5 dniami wystąpiła gorączka i kaszel. Przy przyjęciu ciepłota 39^o, stan b. ciężki: duszność, oddechów 90, tętno 156. Wątroba powiększona. Nad grzebieniem prawej łopatki przytłumienie, oddech oskrzelowy. Na zasadzie objawów fizycznych postawiliśmy rozpoznanie zapalenia płuc, co było, zresztą, w zgodzie z ogólnym przebiegiem cierpienia i ujemnym odczynem tuberkulinowym. Badanie rentgenologiczne dało wynik ujemny, na co zwrócimy jeszcze później szczególną uwagę.

Przykład VIII. Genowefa M., lat 8, od 5 lat choruje na płuca, stale kaszle, od czasu do czasu miewa krwioplucie. Przed 6 miesiącami przechodziła odrę, przed 2 miesiącami krztusiec. Stan ogólny dziecka dobry, odżywianie normalne. duszności brak. Po stronie lewej od tyłu przytłumienie od połowy łopatki do dołu. W miejscu przytłumienia głośny oddech oskrzelowy; rzęzenia drobno- i średniobańkowe. Przewodnictwo głosu i drżenie głosowe wzmożone. Odczyn Pirqueta dodatni. Badanie rentgenologiczne dało wynik ujemny (poza nieznaczne wzmożenie cienia naczyńowo-oskrzelowego). Na podstawie objawów fizycznych i ujemnego wyniku badania promieniami Roentgena rozpoznaliśmy sprawę niegruźliczą. Wielokrotne badanie płucociny na laseczniki dało wynik ujemny. — Dalsze badania wykazały, że mieliśmy do czynienia z marskością płuca (*cirrhosis*) i związaną z tem rozstrzenią oskrzeli.

W obydwu ostatnich przypadkach przy wybitnych objawach fizycznych, wskazujących na obecność ogniska w płucu, badanie rentgenologiczne dało wynik ujemny. Objawowi temu przypisujemy b. ważne znaczenie dla różniczkowania gruźlicy i zapalenia płuc. Bówiem w spostrzeganych przez nas przypadkach nacieczeń dookołaogniskowych i serowatego zapalenia płuc zawsze objawom fizycznym towarzyszył wybitny obraz rentgenologiczny. Coprawda, Popowski spostrzegał pojedyncze takie przypadki nacieczeń w okresach wczesnych, w których dla objawów fizycznych nie znajdowano odpowiednika rentgenologicznego. W każdym bądź razie przypadki te są rzadkie i dotyczą prawdopodobnie tylko wczesnego okresu, stanowiąc jedynie wyjątek z ogólnego prawa. W przeciwstawieniu do wyżej powiedzianego w przypadkach zapalenia płuc niejednokrotnie otrzymywaliśmy niezmienny obraz rentgenologiczny przy wyraźnych, a nawet wybitnych objawach fizycznych (przykłady VII i VIII). Ten pogląd nasz spotkał się z zarzutem niektórych rentgenologów, którzy twierdzą, iż czuły aparat Roentgena jest w stanie ujawnić każde ognisko zapalenia płuc. Nasze spostrzeżenia kliniczne, w których zdjęć dokonywaliśmy za pomocą promieni o twardości, wynoszącej 45 — 60 kilowatów przy natężeniu prądu od 50 do 60 miliamperów, a czas naświetlania wynosił od 0,1 do 0,4 sekundy, przemawiają na korzyść naszego poglądu. Nie przesądzając zagadnienia akademickiego, natury czysto rentgenologicznej — czy każde ognisko zapalne i w każdym okresie

jego rozwoju może być ujawnione na kliszy — musimy stwierdzić, że przy technice, stosowanej u nas w klinice, ujemne obrazy rentgenologiczne w przypadkach zapalenia płuc spostrzegane były często (16 przypadków), a stąd objawowi temu przypisujemy duże znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze.

Przykład IX. Jasio M., 1 r. 1 m., od tygodnia gorączkuje, kaszle i tchnie. Stwierdzamy stan ciężki, wybitną duszność, oddechów 70 na minutę, tętno 120. Po stronie prawej od grzebienia łopatki do dołu wybitne stłumienie, oddech oskrzelowy i trzeszczenia.

Nakłucie opłucny płynu nie wykazało. Odczyn Pirqueta ujemny. Roentgen wykazał zaciemnienie całego prawego płuca. W tym przypadku objawy fizyczne odbiegały od typowego zespołu charakterystycznego dla zapalenia płuc w tym sensie, iż zamiast spostrzeganego zazwyczaj typowego przytłumienia mieliśmy do czynienia tutaj z wybitnym stłumieniem. Już poprzednio zazaczyliśmy, iż zjawisko to spostrzegamy wówczas, gdy w sprawie zapalnej bierze udział opłucna. Wobec tego ze względu na obecność oddechu oskrzelowego, który w sprawach gruźliczych występuje rzadko, rozpoznaliśmy zapalenie płuc z jednoczesnym zajęciem opłucny. Badanie sekcyjne potwierdziło nasze przypuszczenie i wykazało: duże ognisko w płucu prawym (*bronchopneumonia confluens*), a poza tem bardzo charakterystyczne zmiany na obu listkach opłucny. Opłucna ścienna i opłucna płucna były pokryte nalotem włóknikowo-ropnym grubości 5 milimetrów (anatomopatolodzy nazywają taki nalot kożuszkciem włóknikowo-ropnym), który charakterystyczny jest dla *pleuritis fibrinosa in purulentam vertens*. Zaznaczyć należy, że między innemi zupełnie analogiczny przypadek spostrzegaliśmy u 2 tygodniowego niemowlęcia z podobnym wynikiem sekcyjnym. W przypadku powyższym wystąpił nietypowy zespół dla zapalenia płuc: oddechowi oskrzelowemu towarzyszyło wybitne stłumienie uwarunkowane znacznym odczynem ze strony opłucny.

Jak już zazaczyliśmy, ogółem mieliśmy 60 przypadków nieswoistego zapalenia płuc, ustalonego ostatecznie. W 49 przypadkach rozpoznanie zostało ustalone na zasadzie obecności zespołu II (przewaga objawów wysłuchowych nad objawami wypukowemi). W 24 przypadkach do wymienionych objawów przyłączyła się jako objaw, sam przez się decydujący o rozpoznaniu — obecność trzeszczeń. W 16 przypadkach do zespołu II (z obecnością lub brakiem trzeszczeń) przyłączył się objaw, również sam przez się decydujący o rozpoznaniu — ujemny obraz rentgenologiczny w obecności wyraźnych objawów fizycznych (wysłuchowych i wypukowych). Prócz wymienionych przypadków, których rozpoznanie było łatwe i pewne, spostrzegaliśmy 11 przypadków, w których występowały objawy pośrednie pomiędzy zespołem I a II, a więc obok oddechu oskrzelowego wybitne stłumienie. Przykłady te dotyczą najpewniej tych postaci zapalenia płuc, w których jednocześnie spostrzegano odczyn ze strony opłucny. Ten ostatni zespół objawów, jak wyżej zazaczyliśmy, spotyka się również w serowatym zapaleniu płuc, o ile powikłane ono jest tworzeniem się jam, oraz rzadko w przypadkach nacieczeń dookołaogniskowych.

Wnioski ostateczne.

Reasumując powyższe, pragniemy raz jeszcze ustalić wartość różniczkowo-rozpoznawczą wymie-

nionych tutaj objawów, względnie zespołów objawów. Wśród poszczególnych objawów co do ważności na pierwszym miejscu pragniemy postawić trzeszczenia, których obecność przesądza sprawę w kierunku zapalenia płuc. Równie ważne znaczenie posiadają dwa charakterystyczne zespoły objawów. Zespół I (wybitne stłumienie i niezmieniony lub mało zmieniony oddech) spotyka się niemal wyłącznie w gruźlicy płuc: w serowatym zapaleniu oraz w nacieczeniach dookołaogniskowych. Natomiast zespół II (wybitny oddech oskrzelowy przy nieznacznie zmienionym wypuku) występuje prawie wyłącznie tylko w zapaleniu płuc i nader rzadko w gruźlicy płuc rozsianej.

Prawdziwe trudności różniczkowo-rozpoznawcze nastroczają się w dość licznych, niestety, przypadkach, w których nie występują charakterystyczne zespoły objawów fizykalnych; ogółem w naszym materiale było 21 takich przypadków, z których gruźlicy dotyczyło 10, a zapalenia płuc 11. Dla rozpoznania tych przypadków opieranie się li tylko na objawach czysto fizykalnych nie rozwiązuje sprawy; należy uwzględnić tutaj w pierwszej linii inne objawy chorobowe i badania pomocni-

cze, czego, zresztą, nie należy zaniedbać w żadnym z analizowanych przypadków. Wzięcie pod uwagę możliwych powikłań w gruźlicy płuc z jednej strony, w zapaleniu zaś płuc z drugiej, które to powikłania mogą warunkować wystąpienie zespołu niejako pośredniego pomiędzy zespołami I i II (obecność jam w gruźlicy, odczyn opłucny w zapaleniu płuc) ułatwia właściwe rozpoznanie.

Objawem bardzo cennym, acz nie należącym do rzędu fizykalnych, jest ujemny obraz rentgenologiczny w obecności wybitnych objawów fizykalnych.

W ten sposób następujące obrazy chorobowe dają się z mniejszym lub większym stopniem prawdopodobieństwa rozpoznać na zasadzie objawów fizykalnych. Charakter gruźliczy daje się ustalić z łatwością w przypadkach serowatego przewlekłego zapalenia płuc i w większości nacieczeń dookołaogniskowych. Z równym stopniem prawdopodobieństwa możemy rozpoznać zapalenie płuc, niepowikłane zapaleniem opłucny, i wszystkie przypadki zapalenia płuc, w których występują trzeszczenia, oraz którym odpowiada ujemny obraz rentgenowski.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z III Polikliniki Kasy Chorych w Łodzi.
(Nacz. lekarz: dr. St. Bogusławski).

Przypadek wrodzonej wady serca bez zmian rentgenowskich (Ductus Botalli apertus).

Podali
N. JELENKIEWICZ i I. WEINBERG (Łódź).

Ustalenie charakteru wrodzonej wady serca należy do najtrudniejszych zadań w djaagnostyce narządu krążenia. Obraz kliniczny niezawsze odpowiada zmianom rentgenowskim, zaś kontrola sekcyjna daje często zgoła nieoczekiwane wyniki. Przyczynia się do tego kombinowanie różnych wad wrodzonych.

Przypadek, który obserwowaliśmy, należy do kategorii tych, gdzie rozpoznanie wrodzonej wady nie nasuwa wątpliwości, natomiast rozpoznanie różniczkowe z powodu braku zmian rentgenowskich jest dość trudne.

Biuralista A.K., lat 23, zgłosił się do polikliniki z powodu osłabienia po grypie. Przy badaniu zwróciła uwagę wybitna sinica widocznych błon śluzowych, nosa, palców i uszu. Wywiady: brak obciążenia dziedzicznego. W 4-ym tygodniu życia rodzice zauważyli u badanego sinicę. Żadnych dolegliwości dotychczas nie odczuwał, chorób zakaźnych nie było. *Venus negatur*. Nie pije, nie pali. Jedynie przy wzmó-
nnej pracy doznaje bicia serca.

Status praesens: wzrostu średniego, odżywianie dobre, skrzywienie kręgosłupa piersiowego w stopniu nieznacznym, asymetria klatki piersiowej. Wybitna sinica błon śluzowych, końców nosa i palców, pałeczko-
zgrubienia palców. Płuca opukowo i osłuchowo bez zmian. Serce: uderzenie koniuszkowe macalne w V międzyżeb-
rze po stronie lewej, nierozlane. Granice serca nie odbiegają od normy. W okolicy II i III przestworza międzyżebrowego wysłuchuje się głośny, długi, jednolity szmer skurczowy, przenoszący się ku górze i na

lewo do tętnic dogłowych, słyszalny również w okolicy międzyłopatkowej. Drugi ton nad tętnicą płucną słyszalny. Tętno miarowe, dobrze wypełnione. Ciśnienie według Boullitta — Korotkowa *max.* 100 — *min.* 40. Jama brzuszna prawidłowo wysklepiona. Oporów i punktów bolesnych brak. Okolice wątroby i śledziony niemacalne, nietkliwe, odruchy zachowane.

Badanie krwi: *Polyglobulia*: 7 milj. czerwonych, 8000 białych. Obraz Schillinga-Arnetha wykazuje przesunięcie na lewo, aż do myelocytów. Odczyn Wassermann'a i Meinickego ujemny. Badanie moczu: odczyn kwaśny, ciężar gat. 1022; brak składników patologicznych. Roentgen: normalna sylwetka serca bez uwydatnienia poszczególnych łuków, bez tętnienia wnek. Objaw Valsalvy ujemny. Uderza nas przede wszystkim w tym przypadku brak zmian w obrazie rentgenowskim przy wszystkich innych objawach, przemawiających za wrodzoną wadą serca, jak sinica, zgrubienie pałeczko-
zgrubienia palców, *polyglobulia*, głośny szmer skurczowy w II i III międzyżeb-
rze, wczesne wystąpienie sinicy w 4-tym tygodniu życia. Poza-
tem obraz krwi wykazuje obecność myelocytów, spotykanych dość rzadko, a którą przy-
tacza Weil.

Rozpoznanie różniczkowe nasuwało duże trudności, gdyż stwierdzone u chorego zmiany kliniczne, a przede wszystkim osłuchowe, spotykamy w różnych wadach wrodzonych. *Ductus Botalli apertus*, czy też *stenosis pulmonalis* sama lub zesp-
lona z brakiem w przegrodzie komór, daje szmer w okolicy II i III międzyżeb-
rze, jednakże szmer ten posiada różne cechy w zależności od wady. Przy *Ductus Botalli apertus* szmer przenosi się ku górze i do tętnic dogłowych, jak w naszym przypadku, w zwężeniu tętnicy płucnej zaś szmer przenosi się tylko do obojczyka, a w *stenosis pulmonalis*, połączonej z brakiem w *septum ventriculorum* mamy dwa szmery: jeden o charakterze *Pressstrahlgeräusch* (Müller) w IV międzyżeb-
rze, drugi zaś w drugim międzyżeb-
rze.

Hochsingera przy *D. Botalli apertus* mamy wzmoczenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, a w naszym przypadku drugi ton był jedynie słyszalny. Poza tym mamy przy *D. Botalli apertus*, według Frankego, taśmowate stłumienia w drugim i trzecim międzyżebżu. Jednakże według Kacza i Lehra, zarówno jak i Vaqueza zmiany te niezawsze spotykamy, w naszym przypadku stłumienia tego nie było.

Przechodzimy z kolei do zmian rentgenowskich. W zwężeniu tętnicy płucnej Vaquez i Bordet zawsze znajdują uwypuklenie łuku tętnicy płucnej i powiększenie prawej komory; przy braku w przegrodzie komór (*Maladie de Roger*) — serce kuliste (*coeur globuleux*), zaś w *stenosis pulmonalis*, połączonej z brakiem w przegrodzie komór — uwypuklenie łuku *pulmonalis* i powiększenie serca. *Ductus Botalli apertus*, w d. Frankego, daje uwypuklenie łuku tętnicy płucnej, Stoddart i Carpentier również w poszczególnych przypadkach uwzględniają

te zmiany, natomiast Vaquez nie charakteryzujących dla tej wady nie widział.

Rozpoznanie nasze otwartego przewodu Botalla oparliśmy na istnieniu głośnego szmeru skurczowego w lewym drugim i trzecim międzyżebżu, przenoszącego się na lewo do tętnic dogłowych, sinicy, pałeczkowatego zgrubienia palców i poliglobulji, aczkolwiek zmian rentgenowskich w sercu nie było.

PIŚMIENICTWO:

1) Franke, Diagnostyka chorób narządu krążenia, Lwów 1921. 2) Vaquez, *Maladies du coeur*, Paris 1926. 3) Vaquez et Bordet, *Le coeur et l'aorte*. 4) Katz u. Lehr, *Angeborene Herzklappenfehler*, Deutsche Klinik 1926. 5) Weil Emil, *Note sur les organes hematopoetiques et l'hematopoese dans les maladies congenitales*. 6) Stoddart Sam, *A case of open Ductus Botalli with necropsy*, Arch. of Int. Med., Chicago 1915. 7) Carpentier G. *On congenital heart affections etc.*, The British Journal of Children Diseases, London 1909.

Z praktyki prywatnej

W sprawie wczesnego rozpoznawania schorzeń woreczka żółciowego*).

Podał

Dr. W. RÓBIN (Warszawa).

Kamica żółciowa jest, jak wiadomo, jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób. Według Kehra i innych wytrawnych znawców tego cierpienia, co 10-ty dorosły człowiek ma w woreczku żółciowym ukryte kamienie. Jeśli przyjmiemy pod uwagę, że kobiety są bardziej narażone na to cierpienie ze względu na ciążę i porody, to wyciągniemy wniosek, że co najmniej co 5—6 kobieta posiada w woreczku żółciowym kamienie.

Inna rzecz, czy te kamienie są w stanie czynnym, czy też biernym. Wiemy wszyscy, że bardzo często stwierdza się na autopsjach kamienie żółciowe u osób, które za życia nigdy na nic nie cierpiały i zmarły na skutek innych cierpień.

Kamienie żółciowe w stanie biernym, ukrytym nie dochodzą do internisty dopóty, dopóki nie objawiają się klinicznie, dopóki nie spowodują dolegliwości podmiotowych.

Klinicznie przebiega kamica w 2 postaciach: a) w postaci napadów, inaczej ostrych zapaleń woreczka żółciowego, — wybornie znanych każdemu internście, gdyż są dość charakterystyczne i b) w postaci przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego, przebiegającego skrycie, nietypowo, bez napadów, z objawami, maskującymi inne cierpienia przewodu pokarmowego. Rozpoznanie tej przewlekłej postaci nasuwa nieraz wielkie trudności rozpoznawcze.

Że taka postać przewlekła istnieje, dowodzi dalszy przebieg tych atypowych przypadków, które często po pewnym czasie przechodzą w ty-

powe napady, lub też ulegają powikłaniom (ropienie, żółtaczką, gorączką i t. d.) i często dopiero na stole operacyjnym są rozpoznawane właściwie.

Te przypadki atoli, zwłaszcza w okresie początkowym, często nie dają się rozpoznać, bo objawów podmiotowych brak, a przedmiotowe każą myśleć raczej o innych schorzeniach przewodu pokarmowego, a nie o woreczku żółciowym.

W tym okresie chorzy uskarżają się na szereg dolegliwości żołądkowych, t. zw. dyspeptycznych, a więc: na brak apetytu, niesmak lub gorzki smak w ustach, odbijania puste, nudności, często silną zgagę i uczucie ściskania lub rozpierania w dołku zaraz, lub w 2 godz. po jedzeniu.

Jeśli chory zostaje zbadany zgłębnikiem żołądkowym naczczo i po śniadaniu próbnym, niejednokrotnie stwierdzamy podkwaśność, brak wolnego HCl, większą ilość śluzu. Rozpoznajemy nieżyty przewlekły żołądek i uważamy przypadki za wyjaśnione. Zalecona terapia (djeta, leki) nieraz istotnie dolegliwości podmiotowe usuwa. Sprawa nieżyty ulega poprawie. Ale poprawa ta, rzecz jasna, nie jest całkowita i długotrwała, gdyż nieżyty żołądek jest w tych razach tylko jednym z przejawów współistniejącego ukrytego schorzenia woreczka żółciowego.

Z literatury wiemy, że tym ostatnim schorzeniom często towarzyszy sprawa nieżyty żołądka i dwunastnicy.

Po pewnym czasie sprawa woreczka daje o sobie znowu znać.

Gorzej, jeśli chory kładzie nacisk na zgagę i ściskania w dołku naczczo i na szczycie trawienia. Te ostatnie objawy, tak przypominające owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, niewątpliwie w początkowych okresach spraw woreczkowych występują.

Kuttner np. twierdzi, że ból późny i ból głodowy niezawsze jest oznaką owrzodzenia żo-

*) Rzecz wygłoszona na posiedz. Polskiego Tow. Gastrologicznego 29. X. 30.

łądka i dwunastnicy, gdyż towarzyszy i cierpieniom dróg żółciowych.

W tych razach kierujemy chorego przede wszystkim do rentgenologa, i tu dopiero może wytworzyć się i wytwarza się często nieporozumienie. Promienie Roentgena wykrywają często nisze, plamy w dwunastnicy, zrosty z wątrobą itd., i naskutek tego rozpoznanie rentgenologa brzmi częstokroć: *Ulcus duodeni, ulcus juxta pyloricum, periduodenitis*.

Na zasadzie tedy objawów podmiotowych, dość typowych, jak powszechnie wierzymy, dla owrzdzenia, i naskutek potwierdzenia tego rozpoznania przez badanie rentgenowskie, — ustalamy obecność owrzdzenia, — tembardziej, jeśli badanie chemiczne żołądka wykaże nadkwaśność lub obecność śladów krwi. Chory zostaje poddany leczeniu typowemu, dość uciążliwemu. Leczenie znowu przynosi ulgę, ale tylko na pewien krótki czas. Nic dziwnego, albowiem „kuracja wrzodowa” z leżeniem, okładami i djetą mleczną narazie usmierza sprawę zapalną woreczka żółciowego, która po pewnym czasie wraca i te same bóle nanow sprowadza.

Jeśli nie weźmiemy pod uwagę w tym stanie rzeczy możliwości sprawy woreczkowej, nasunie się nam myśl o sprawie wrzodziejącej głębszej, uporczywej, zrostach, ewentualnie nawet o złośliwym charakterze cierpienia.

Dopiero podczas operacji przekonywamy się, że owrzdzenia niema, że są natomiast daleko posunięte zmiany anatomiczne woreczka żółciowego, który jest zgrubiały, skurczony, zrosnięty z narządami sąsiednimi itd. Po wycięciu woreczka żółciowego cierpienie ustaje.

Widzimy tedy, jak ukryte sprawy woreczkowe mogą maskować inne ukryte cierpienia przewodu pokarmowego. W niedawno ogłoszonej pracy (Róbin i Nusbaum) stwierdziliśmy nawet możliwość krwotoków żołądkowych w przebiegu spraw zapalnych woreczkowych.

Kehr na 1838 osób, operowanych z powodu kamicy żółciowej, spostrzegł 100 razy krwotoki.

Schorzenia wyrostka robaczkowego również niejednokrotnie mogą być w tych razach przedmiotem sporu, zwłaszcza, kiedy bóle umiejscawiają się głównie w prawym dole biodrowym. Znam przypadki, kiedy wytrawni chirurdzy usuwali wyrostki robaczkowe w mniemaniu, że tam tkwi źródło cierpienia, poczem sprawa woreczkowa rozwijała się dalej, nieraz z większym natężeniem.

Pouczający jest przypadek, który spostrzegałem przed kilkoma miesiącami. Znany chirurg zakwestjonował moje rozpoznanie sprawy woreczkowej (napady były nietypowe) i zdecydował przede wszystkim usunąć wyrostek robaczkowy. Ponieważ wyrostek okazał się zdrowym, zrewidował woreczek żółciowy, w którym stwierdził 32 kamienie.

Starałem się wykazać, że w swej postaci nietypowej schorzenia woreczka żółc. stanowią b. często przedmiot błędów diagnostycznych. Rzecz to zresztą znana oddawna.

Pel wyraził się, że „kamica żółciowa jest pro bierzem djagnostyki klinicznej i źródłem grubych błędów rozpoznawczych”.

Już w r. 1784 Pujol („Dissertation sur les maladies de la peau relativement à l'état du foie”)

— pisze: „Mało jest schorzeń wątrobowych, w których nie współcierpi żołądek w mniejszym lub większym stopniu”.

Moynihan twierdzi, że „wiele narządów brzusznych opowiada historję swej choroby w terminach gastrycznych”.

Objawy niestrawności, spowodowane przez kamienie żółciowe, mogą występować na długo przed innemi objawami kamicy i pozostawać jedy-nemi objawami tego cierpienia. Leczenie będzie bezskuteczne, dopóki nie wykryjemy źródła choroby-kamicy.

Kraus*) już w r. 1891 pisze: „w początkowym okresie nie znajdujemy jeszcze żadnych namacalnych lub wypukowych zmian; chorzy narzekają na zmniejszone łaknienie, ucisk w dołku, migrenę. Ale wtedy już napewno istnieje stan kataralny żołądka i jelit, który infekuje drogi żółciowe. Wtedy można byłoby jeszcze pomóc choremu, ale przeważnie nie leczy się on racjonalnie, przyjmuje środki czyszczące, które sprawę pogarszają. Kiedy sprawa kataralna przechodzi na drogi żółciowe, objawy stają się wyraźniejsze, chorzy tracą apetyt, język jest obłożony, występuje *foetor ex ore*, zjawia się wrażliwość nadbrzusza na ucisk, wzdęcie brzucha, wreszcie gastralgia, która często uchodzi za *ulc. ventr.* Następne stadium — to napady kolki”. Godny uwagi jest talent obserwacyjny Krausa, który już około 40 lat temu wyraził pogląd, do którego wracamy dziś, po tylu latach.

Bouveret („Traité des maladies de l'estomac” Paris 1893) pisze: „Często widywałem rozpoznanie nadkwaśności tam, gdzie napadziaki kamicy były niezupełne, krótkie i często się powtarzały. Aż pewnego dnia występowała żółtaczka”.

Pisali o tem Cotte et Bressot (Troubles dyspeptiques biliaires”. Revue de chirurgie-Paris 1912), Chauffard, Loeper, Le Noir, Débrive („Etude Clinique des troubles digestifs de la lithiase biliaire fruste” — „Medicina” 1925).

O trudnościach rozpoznawczych, zachodzących przy różniczkowaniu kamicy żółciowej i owrzdzenia dwunastnicy pisali: Oettinger, Ladevéze, Mathieu.

Kehr w r. 1912 pisze w „M. M. W.”, że po wielu popełnionych błędach, nie ośmiela się stawiać innego rozpoznania w tych razach, jak tylko, że ma do czynienia ze „sprawą chorobową górnej prawej części brzucha”.

Chory Tiltona („N. York Med. Journal” 1913) był leczony w ciągu pięciu lat na crises épi-gastriques przy braku jakichkolwiek oznak sprawy żółciowej. Dopiero operacja stwierdziła woreczek żółciowy, wypełniony kamieniami.

Nie dziw tedy, że oddawna klinika stara się o wczesny objaw rozpoznawczy dla tych ukrytych spraw.

Musimy atoli przyznać, że patognomonicznego objawu lub pewnej cechy dotąd nie posiadamy.

Ani badanie zawartości żołądkowej, ani dwunastniczej, ani obecność urobilinogenu w moczu, ani ilość cholesteryny we krwi, ani liczne próby barwnikowe nie są wystarczające do stanowczego

*) Beiträge zur Path. u. Ther. der Gallensteinkr. 1891.

ustalenia sprawy woreczkowej w okresie utajonym. Promienie Roentgena mogłyby niejednokrotnie sprawę wyjaśnić, ale trudno jest w każdym przypadku nieżyty, skarg dyspeptycznych i owrzodzenia uciekać się do cholecystografji.

Zanim tedy zostanie wykryta czuła i pewna próba wczesna, klinika od wielu lat stara się wyzyskać dane podmiotowe, palpację i perkusję.

Ramond*) np. twierdzi, że do pewnego stopnia charakterystyczną cechą jest fakt, że u chorych na żóładek cierpienie rozwija się stopniowo, gdy w kamicy żółciowej panuje niestałość w objawach, nieporządek, dysharmonja.

Loeper, Lefranc, Robin, Mauban i inni kładą nacisk na wzdęcie brzucha (ballonnement) i uważają ten objaw za dominujący w obrazie klinicznym.

Osobiście śmiem twierdzić, że nie wzdęcie brzucha, lecz uczucie pełności i rozpierania w okolicy żołądka, zaznaczające się zwłaszcza zaraz po przyjęciu nawet niewielkiej ilości pokarmu, choćby płynu, stanowi istotnie jeden z wczesnych objawów klinicznych sprawy woreczkowej.

Palpację i perkusję okolicy wątroby wykonywano w rozmaity sposób i w rozmaitych pozycjach chorego i lekarza. Zwykle bowiem obmacywanie i opukiwanie brzegu wątroby często zawodzi i nie wykrywa nic, jeśli nawet woreczek żółciowy oddawna jest procesem chorobowym dotknięty.

Woreczek żółciowy często chowa się w pozycji leżącej w głąb lub jest przykryty wzdętymi jelitami lub jest położony nieprawidłowo — i wskutek tego nie daje się wymacać.

Mathieu bada chorego w pozycji leżącej i odwraca się plecami do chorego. Glénard siada po lewej stronie chorego. Wiñhof kładzie chorego na brzuchu. Inni sadzą chorego w pozycji, nachylonej ku przodowi, i w ten sposób starają się wymacać wątrobę lub woreczek żółciowy.

Jaworski w r. 1911 zaleca (W. kl. W.) opukiwanie przedniej, bocznej i tylnej powierzchni wątroby za pomocą plesymetru lub młotka w pozycji leżącej chorego, ewentualnie uderzając palcem o palec. Tam, gdzie żadnych danych obiektywnych cierpienia wątrobowego nie mógł wykryć, za pomocą tej metody Jaworski rozpoznawał kamice żółciową. Żałuje tylko, że ból przy takim opukiwaniu nie występuje we wszystkich przypadkach kamicy, gdyż jest tylko objawem zapalenia lub podrażnienia chorego narządu.

Plantier w r. 1913 („Necessité d'exploration du foie dans la station debout”) radzi stawiać chorego na nogi i mocno ucisnąć okolicę woreczka żółciowego („exercer une pression profonde”), aby wywołać tym sposobem wyraźny ból chorego narządu.

Wreszcie Chełmoński w r. 1922 (Gaz. Lek.) pisze o „wstrząsaniu”, jako sposobie rozpoznawania kamicy żół. Wzorując się na metodzie wstrząsania okolicy nerek, zaleconej przez Goldflama, która to metoda przy rozpoznawaniu ka-

micy nerkowej znalazła powszechne uznanie, — Chełmoński radzi wykonywać tę samą manipulację w okolicy wątroby. Uderza pięścią w pozycji stojącej lub klęczącej chorego w podżebrze prawe w linii przymostkowej. W razie obecności kamieni żółciowych wstrząsanie to sprowadza mniejszy lub większy ból. W okresie kamicy utajonej ból jest mniej silny. Chełmoński oznaczał stopień reakcji bólu (R. S.) *Reactio succussus* — przez 1—2 lub 3 plusy. O ile jednak kamień jest tak umiejscowiony, pisze Ch., że wstrząsanie poruszyć go nie może, to mimo obecności kamienia omawiany obraz może nie występować. Z drugiej strony opuszczona nerka, duża wątroba, sprawy zapalne w okolicy podżebrza prawego, sprawy w trzustce mogą stać się przyczyną omyłek. Jeżeli jednak pamiętać o powyższem, to objaw ten niekiedy stać się może jedynym dowodem kamicy, zwłaszcza utajonej.

We wszystkich tych metodach, różniących się pozycją chorego, lekarza i sposobem wykonywania perkusji czy wstrząsu, widzimy jedną myśl przewodnią, mianowicie, aby wywołać uczucie bólu u chorego, jako oznakę istnienia w głębi chorego woreczka żółciowego.

Osobiście stosuję od wielu lat małą modyfikację tych metod. Stawiam chorego na nogi, każę mu pochylić się mocno ku przodowi, wsuwam możliwie głęboko palce na 2—3 cm. poniżej łuku żebr. lewego i lekko uderzam. Jeśli to uderzenie nie wywołuje bólu, czynię to samo ze stroną prawą. Jeśli teraz występuje wyraźny odruch bólowy, staje się wtedy prawdopodobne cierpienie woreczka żółciowego, oczywiście, po wyłączeniu innych możliwości w tym odcinku (nerka, jelita itd.) Jestto jakgdyby połączona metoda Plantier — Chełmońskiego.

Dzięki temu prostemu objawowi wielokrotnie mogłem bardzo wcześniej sprawę woreczkową suponować. Dla umocnienia rozpoznania kieruję chorego w tym właśnie wczesnym okresie do cholecystografji, która niejednokrotnie ku memu zdumieniu stwierdzała rozległą sprawę zapalną woreczka żółciowego, zrosty z żołądkiem, dwunastnicą, jelitami itd.

Dalszy przebieg pozornie wczesnej sprawy przekonywał mnie o słuszności rozpoznania, czynionego na skutek owej prostej próby „uderzenia”.

Jeśli powłoki brzuszne są grube i utrudniają wsunięcie ręki dość głęboko — 2—3 cm. poniżej łuku żebrowego, wówczas układam chorego w pozycji a la vache, podchodzę do niego z boku, aby próbę wykonać w tej pozycji. Nieraz w tej pozycji woreczek żółciowy wysuwa się ku przodowi i dołowi i łatwiej na uderzenie reaguje.

Reasumując wywody powyższe, stwierdzam, że:

a) sprawy woreczka żółciowego mogą przez dłuższy czas przebiegać skrycie, maskując inne cierpienia przewodu pokarmowego;

b) rozpoznanie wczesne ma wielkie znaczenie dla terapii, która, im jest wcześniejsza, tem skuteczniejsza;

c) sprawa woreczkowa może maskować o wrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, co terapię kieruje na niewłaściwe tory;

*) Petits signes de la dyspépsia lithiasique. Presse Méd. 1924.

d) poszukiwanie wczesnego objawu woreczkowego jest konieczne;

e) należy zwracać uwagę na objaw rozpięcia i pełności po przyjęciu pokarmu, gdyż ma on pewne znaczenie przy różniczkowaniu;

f) pewna dysharmonia w przebiegu cho-

roby również ma pewne znaczenie dajagnostyczne;

g) ważny sposób rozpoznawczy wczesnej sprawy woreczkowej stanowi metoda uderzania w okolicę woreczka żółciowego w pozycji chorego nie leżącej, lecz stojącej, pochylonej ku przodowi, ewentualnie w pozycji à la vache.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Zespół kliniczny zawału mięśnia sercowego (Infarctus myocardi).

Podał

Emil LANDAU (Warszawa).

Zawał mięśnia sercowego był doniedawna przedmiotem badań wyłącznie anatomo-patologów. Badania kliniczne ostatnich dwóch dziesiętków lat pozwoliły na ściśle wyodrębnienie zawału serca, jako sprecyzowanej jednostki chorobowej. Liczni autorzy zgodnie podkreślają, że przyczynę późnego wyodrębnienia tej jednostki klinicznej stanowi fakt, iż objawy gwałtownie występującej ciężkiej niedomogi serca, która towarzyszy zawałowi mięśnia sercowego, często dominują nad symptomatami zawału i skupiają na sobie całą uwagę klinicysty.

Hamman w pracy o objawach niedrożności naczyń wieńcowych nadmieniał, że większość poszczególnych objawów zawału sercowego znana była klinicystom wieku ubiegłego, ale nie była przez nich ujęta jako zespół zawału. Huchard wylicza szereg objawów, jakie spotykał u chorych na dusznicę bolesną, mianowicie *status anginosus*, ponapadowa niedomoga mięśnia, *pericarditis*, tętno nikłe, obrzęk płuc, objawy zatorowe, śmierć nagła lub wreszcie wyleczenie; objawy te w znacznej części pokrywają się z symptomatologią zawału mięśnia sercowego.

Obrazcow i Straszko w ogłoszonej w 1910 r. pracy podali ścisłą symptomatologię zawału serca na podstawie obserwacji trzech przypadków, z których w jednym rozpoznanie potwierdzone zostało na stole sekcyjnym. Autorzy ci kładą główny nacisk na *status anginosus*, duszność, ból w nadbrzuszu i objawy niedomogi serca. Sternberg do wyliczonych objawów dodaje jeszcze objaw tarcia osierdziowego, jako wyraz podrażnienia osierdza w miejscu, odpowiadającym zawałowi (*pericarditis episternocardica*). Herrick w r. 1912 ogłasza pracę o niedrożności tętnic wieńcowych, w której rozróżnia 4 kliniczne grupy przypadków:

1. zakończone nagłą śmiercią,
2. cechujące się ciężkim napadem dusznicowym, głębokim wstrząsem i śmiercią, następującą w krótkim przeciągu czasu,
3. przypadki o niejasnym zespole klinicznym, który nie pozwalał na dokładne rozpoznanie,
4. wreszcie takie przypadki, w których wyra-

zistość i natężenie objawów pozwoliły na rozpoznanie przyżyciowe istoty dolegliwości.

Gallavardin podkreśla, że zawał serca często bywa maskowany przez obraz niedomogi lewej komory o swoistym typie (*ictus myocardicus*), dla którego charakterystyczna jest niezmierna gwałtowność i natężenie objawów i znaczny spadek ciśnienia krwi. Wearn, prócz wzmiankowanych symptomów, stwierdzał stale w opisywanych przez siebie 19 przypadkach drobne wzniesienia temperatury, leukocytozę obojętnochłonną (w 16 przypadkach na 19), wreszcie częste objawy zaburzeń gastrycznych.

Lian i Pollet wyodrębnili zespół kliniczny pod nazwą „*etat du mal cardio-gastro-angineux*”, charakteryzujący się ciężkim i nagle występującym stanem dusznicowym, nudnościami, wymiotami i ostrą niedomogą serca; ból w tych przypadkach, zlokalizowany w okolicy mostka i serca, promieniuje do nadbrzusza i bywa zazwyczaj tam najsilniejszy.

Notowane są przypadki błędnego rozpoznania kamicy wątrobowej na zasadzie takich objawów, a nawet (Crichton Bramwell) przypadki błędów dajagnostycznych, prowadzących konsekwentnie do laparotomji. Lian i Pollet uważają zespół „*etat du mal cardio gastro-angineux*” za symptomatyczny dla zawału serca. Jegorow opisuje 8 chorych, u których podejrzywano istnienie zawału sercowego; autor ten podkreśla, że w znacznej większości przypadków dotknięta jest gałązka zstępująca przedniej tętnicy wieńcowej. Pogląd ten zgodny jest z wynikiem licznych badań anatomo-patologicznych, w których stwierdzano, że miejscem predylekcyjnym dla zawału jest przednia ściana serca, unaczyniona przez gałązkę zstępującą przedniej tętnicy wieńcowej. Benedetti uważa, że gałązka ta zachowuje się pod względem czynnościowym, jak naczynie końcowe, pomimo obecności licznych anastomoz pomiędzy gałązkami wieńcowymi.

Pezzi obserwował przypadek kliniczny, w którym typowym objawom zawału serca towarzyszył nagle ujawniający się znaczny obrzęk wątroby; autor rozpoznał w tym przypadku zawał serca, umiejscowiony w ścianie prawej komory. Rozpoznanie zostało potwierdzone autoptycznie; Pezzi sądzi, że nagle ujawniająca się hepatomegalja w zespole objawów zawału serca jest symptomatyczna dla takiego umiejscowienia zawału.

Zawał mięśnia sercowego występuje przewa-

źnie po 40-ym, najczęściej pomiędzy 50-ym a 70-ym rokiem życia, znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Np. na 145 chorych Levine'a było 111 mężczyzn, 99 osobników pomiędzy 50-ym a 69-ym rokiem życia; na 100 chorych (Parkinson i Bedford) 93 mężczyzn, 68 osobników pomiędzy 50-ym a 69-ym rokiem życia. Crighton Bramwell sądzi, że ta statystyka upoważnia do przypisywania wysiłkom fizycznym i umysłowym ważnego wpływu etiologicznego.

Wiek chorych, najczęściej dotkniętych zawałem serca, odpowiada okresowi degeneracyjnych zmian w ustroju. Syfilis, w przeciwstawieniu do ważnej roli etiologicznej, jaką odgrywa w cierpieniach aorty, w zawałe mięśnia sercowego większego znaczenia nie posiada. Wszyscy autorzy zgodnie stwierdzają, że najważniejszą przyczyną zawału serca są zmiany ateromatyczne w naczyniach wieńcowych serca. Liczni badacze spostrzegali, że zawał serca u starców przebiega łagodniej, niż u osobników wieku dojrzałego i u młodych. Mönckeberg, Gross, Pezzi doszukują się wyjaśnienia odmiennego zachowania się serca starców w zawałe mięśnia sercowego w swoistych zmianach unaczynienia serca, występujących z wiekiem, a mianowicie: znaczne zwiększenie się anastomoz pomiędzy poszczególnymi pniami tętnic wieńcowych i nadto połączenia anastomotyczne tętnic wieńcowych z tkankami, bezpośrednio do serca przylegającymi za pośrednictwem tętniczek t. zw. *tela adiposae cordis*.

Opierając się na przytoczonych wyżej obrazach klinicznych, można wyodrębnić objawy zasadnicze oraz dodatkowe, które, wzięte razem, tworzą typowy, kliniczny obraz zawału serca.

Pierwszym zasadniczym objawem, który dominuje nad całym obrazem klinicznym, jest ból. Ból ten występuje zazwyczaj nagle, gwałtownie, przeważnie u osobników dotąd klinicznie zdrowych, bądź też u ludzi, którzy już poprzednio cierpieli na objawy stenokardji, różni się zasadniczo od bólu w dusznicy bolesnej swoim znacznym natężeniem i długotrwałością i może trwać godzinami, a nawet w ciągu całych dni, tworząc istotny *status anginosus*. Umiejscowiony w okolicy mostka, zazwyczaj w jego jednej trzeciej dolnej, promieniuje często do ramienia lewego, do szyi i karku, do żuchwy, do nadbrzusza. W przypadkach, w których bólowi umiejscowionemu w nadbrzuszu towarzyszą nudności, wymioty, odruchowe napięcie powłok brzusznych, łatwo o błąd dajagnostyczny—rozpoznanie ostrej sprawy abdominalnej. Pochodzenie bólu zawałowego według większości autorów przypisuje się martwicy anemicznej ściany mięśnia sercowego, sądząc, że ból trwa tak długo, dopóki nie ulegną zniszczeniu włókna nerwowe w obrębie ogniska zawału. Przeciwko takiemu pogładowi występuje Benedetti; swój sprzeciw motywuje on 1) tem, że zawały w innych narządach wewnętrznych przebiegają bez objawów podmiotowych, i że w przypadkach często powtarzających się napadów bólu prekordjalnego o typie zawału (przypadki Jegorowa) należałoby oczekiwać na stole sekcyjnym licznych ognisk zawałowych, co jest rzeczą bardzo rzadką; 2) nagłe zjawienie się bólu i natychmiastowe osiągnięcie *maximum* natężenia stoi w sprzeczności z utartym po-

głodem na genezę bólu zawałowego, ponieważ wytworzenie się zawału wymaga pewnego czasu. Benedetti sądzi, że ból zawałowy należy łączyć z kurczem naczyniowym w obrębie gałązki zstępującej przedniej tętnicy wieńcowej; zwraca on uwagę, że zawał serca zjawia się najczęściej u ludzi, dotkniętych miażdżycą specjalnie tętnic wieńcowych, że przednia tętnica wieńcowa, a zwłaszcza jej część początkowa, jest miejscem predylekcyjnem kurczów naczyniowych, stąd *circulus vitiosus*: lokalna predyspozycja do kurczów wzmacnia się wskutek zmian miażdżycowych, zmiany zaś miażdżycowe z kolei potęgują skłonność do kurczów. Sądzi on, że różnica pomiędzy zwykłym napadem stenokardji a *status anginosus* polega na niezmiernej intensywności i długotrwałości kurczu naczyniowego, który w tych warunkach prowadzi do nieodwracalnych już zmian w odżywianiu mięśnia sercowego; wytworzenie się zakrzepu jest następstwem stanu angiospastycznego, który powoduje zwolnienie obiegu krwi, oraz zmian ateromatycznych w ścianie naczyniowej.

Drugim objawem zasadniczym zawału serca jest wstrząs naczyniowy. Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają woskową błądź chorego, głęboką prostrację, niekiedy sinicę oraz objaw pierwszorzędnej wagi: nagły i znaczny spadek ciśnienia krwi, przebiegający zarówno *maximum*, jaki *minimum*, niekiedy jednak tylko *maximum*. Crighton Bramwell podaje, że na 24 przypadki obserwowane—w trzech stwierdzono normalne wartości ciśnienia krwi, w siedmiu ciśnienie powyżej 180 po napadzie, w trzech powyżej 200 przed napadem, w siedmiu 110 i niżej, w dwóch (którym towarzyszyły objawy niedomykalności zastawek aorty) wysokie ciśnienie i wreszcie w dwóch ciśnienie 150-115 i 140-110. Autor ten nadmienia, że w niektórych przypadkach, w których stwierdzano wysokie ciśnienie przed napadem, po napadzie ciśnienie nigdy nie osiągało poprzedniej wartości, co można uważać do pewnego stopnia za korzystne dla chorego, zważywszy tło ateromatyczne, na którym cały proces się rozwija.

Trzecim objawem jest podwyższenie ciepłoty. Zjawia się ono zazwyczaj w 24 lub 36 godzin po wytworzeniu się zakrzepu wieńcowego, waha się w granicach 37,5°—38,5°. Jest zazwyczaj krótkotrwałe, lecz obecne zawsze, jeżeli go szukać starannie i wcześnie. Większość autorów wiąże zjawienie się gorączki z procesem wchłaniania produktów rozpadu białkowego w ognisku zawału. Pezzi, Loewenberg, Hauser, Pletniew i Jegorow przywiązują znaczną wagę do tego objawu, upatrując w nim ważny moment różniczkowy pomiędzy zawałem serca a napadem stenokardji. Jegorow natomiast sądzi, że gorączka jest w związku z *thrombo—endocarditis parietalis*, towarzyszącą zawałowi, ponieważ skurcze rytmiczne mięśnia sercowego wyciskają poniekąd z zakrzepu przysięnnego produkty pirogenne, włączając je stale do krwioobiegu. Wyjaśnienie to, zdaniem Benedettiego, jest mało prawdopodobne, ponieważ gorączka zjawia się wcześnie i jest przemijająca, wówczas gdy zakrzep przysięnni wytwarza się później, niż zawał, a procesy autolityczne w jego obrębie toczą się zna-

cznie dłużej. Sternberg dopatruje się związku przyczynowego pomiędzy gorączką a stanem zapalnym osierdzia. Tłumaczenie to jednak wydaje się sztuczne, jeżeli zważyć ograniczoność procesu zapalnego na błonie surowiczej i niewielką jego wagę w porównaniu z głębokimi zmianami, jakie się toczą w mięśniu sercowym.

Libman opisał w przypadkach zawału serca leukocytozę, którą należy uważać do pewnego stopnia za ekwiwalent gorączki. Leukocytoza zjawia się wcześniej, niż gorączka, i daje się wykryć i w tych przypadkach, w których gorączki nie stwierdzono. Waha się w granicach 15—20.000 (leukocytoza obojętnochłonna). Leukocytoza ma znaczenie nie tylko rozpoznawcze, lecz także prognostyczne, ponieważ zazwyczaj winna zniknąć w ciągu kilku dni, jeżeli zaś utrzymuje się na tym samym poziomie lub wzrasta, a nie ma innych objawów, któreby mogły być jej uzasadnieniem, należy po-

dejrzewać wytwarzanie się postępującej martwicy mięśnia sercowego lub zakrzepu wewnątrzkomorowego.

Czwarty objaw niestały, mało uchwytany, stanowi szmer tarcia osierdziowego. Jest on wyrazem odczynowego stanu zapalnego, rozwijającego się na błonie surowiczej osierdzia, w miejscu, odpowiadającym zawałowi. Objawu tego należy doszukiwać się skrzętnie, albowiem posiada on nader ważne znaczenie djagnostyczne; obecność jego stwierdza się jednak względnie rzadko: np. Parkinson i Bedford w 83 przypadkach, badanych następnie sekcyjnie, tylko w 11-u stwierdzili objaw tarcia osierdziowego, Pezzi w 1-y m na 10. Pezzi zwraca uwagę na nienotowany przez innych autorów objaw—czkawkę, która według niego jest wyrazem rozszerzenia się procesu zapalnego na osierdziu i przejścia na nerw przeponowy lewy.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

K. THIEL i W. QUEDNAY. Badania pneumotachograficzne I. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 167, z. 3—4).

Dychawica oskrzelowa cechuje się typowymi zmianami części wydechowej krzywej, które są wyrazem silnego zwężenia oskrzelików. Krzywa i liczby oddechowe ulegają zmianom pod wpływem adrenaliny i atropiny. Pomimo tego, że we wszystkich doświadczeniach spostrzegano podmiotową poprawę, i że zarówno atropina, jak i adrenalina usuwają skurcz oskrzeli, zdaje się, że występujące przytem zewnętrzne zmiany oddechu nie są identyczne. Te różnice należy, być może, objaśnić bezpośrednim wpływem adrenaliny na ośrodek oddechowy.

Henryk Landau.

K. THIEL. Badania pneumotachograficzne II. (Dtsch. Arch. Klin. Med. 167, z. 3—4).

Badania pneumotachograficzne na chorych z wyrównaniem i niewyrównaniem sercem wykazują, że zwiększenie pojemności minutowej, odpowiadające ciężkości niedomogi, odbywa się nie tylko przez zwiększenie częstości oddechów, lecz i przez ich pogłębienie. Chodzi więc tutaj o zwiększenie efektywnego oddychania.

Czas trwania wdechu jest zawsze krótszy, niż wydechu. Często zachodzi również względne wydłużenie wydechu, znajdujące swój wyraz w pogorszeniu się stosunku czasu wdechu: czasu wydechu.

Podczas gdy w wyrównanych przypadkach najwyższa szybkość przepływu powietrza podczas wdechu ustępuje wydechowi, w przypadkach niewyrównanych są one sobie równe, a często zachodzą nawet odwrotne stosunki. W wielu przypadkach wykazują krzywe w swym przebiegu wychylenia, synchroniczne z akcją serca; co do wysokości wykazują one zależność od ilości krwi, wyrzucanej przez serce. Autor tłumaczy je jako sercowo-płucne poruszenia.

Jedną z wielorakich przyczyn dychawicy sercowej są, zdaje się, wywoływane przez pogłębienie oddechów zmiany w ciśnieniu Dondera, działające jako wyrównawczy moment pomocniczy przez wpływ na krążenie płucne.

W niewyrównanych przypadkach przychodzi, zdaje się, nie tylko do wzmoczenia wdechu i przez to do zwiększonego przysysania krwi do prawego serca i żył płucnych, lecz pogłębienie oddechu przedstawia tak wysoki odsetek pojemności życiowej płuc, jaki może być osiągnięty tylko przez wzmoczone wydalenie normalnego powietrza zapasowego płuc. Położenie wydechowe ulega więc obniżeniu poniżej normy, co musi stanowić moment pomocniczy dla opróżniania się prawego serca.

Krzywe pozwalają dostrzec, że wdech odbywa się czynnie, wydech zaś przedstawia kompleks ruchów natury poczęści biernej, poczęści zaś czynnej.

Typowość krzywej wydechu dla dychawicy, podkreślana w poprzedniej pracy, jest cechą charakterystyczną dla wszystkich schorzeń, wymagających forsownego wydechu.

Henryk Landau.

H. WILLI. Surowa djeta roślinna i djeta zwierzęca w doświadczeniu na samym sobie. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 168, z. 3—4).

Przeprowadzona w zakresie 10-o tygodniowym przez autora surowa djeta roślinna (surowe jarzyny i owoce), bogata kalorycznie, bardzo uboga w sól kuchenną okazała się niekorzystną dla ustroju. Bez żadnych korzyści dla organizmu była również stosowana w ciągu 14 dni przeważnie zwierzęca, bogata w białko djeta.

W okresie diety roślinnej spadła waga autora o 2750 gr., w okresie diety zwierzęcej podniosła się o 1600 gr.

Ciśnienie krwi spadło w czasie diety roślinnej ze 122/66 mm. Hg na 90/45 mm. Hg. Podczas diety zwierzęcej nie wykazywało ono żadnych znaczących wahań.

Podczas stosowania diety roślinnej przyszło przejściowo do hipochromicznej niedokrewności, liczba białych ciałek krwi nieco się zwiększyła, a w obrazie krwi uderzała 15% monocytosy. W okresie bogatej w białko diety nie spostrzegano żadnych istotnych zmian w obrazie krwi.

Próby bilansowe wykazały, że wchłanianie się pokarmów w jelitach jest bez porównania lepsze w okresie diety, bogatej w białko, niż w okresie surowej diety roślinnej. Natomiast w pierwszej przemianie pośredniej była wzmocniona, tworzenie się niedopalków i ich wydalenie przez nerki zwiększone. Przemiana podstawowa nie wykazywała wahań patologicznych.

Bilans gospodarki mineralnej w okresie ubogiej w sól kuchenną surowej diety roślinnej wypadł dodatnio, pomimo strat, poniesionych ze stolcem. Również zapotrzebowanie chloru było pokryte przez minimalne ilości, przyczem nie spostrzegano objawów hipochloremicznych. Próby obciążenia solą kuchenną wykazały, że nie zostaje ona natychmiast wydalona z ustroju, jak to się odbywa u dzieci, lecz dopiero w przeciągu 4 dni. Potas wykazał takie same zachowanie się, jak sól kuchenna, pod tym względem, że w razie większej podaży nie ulega zatrzymaniu w ustroju, lecz zostaje z niego w odpowiednim stopniu wydalony.

Badania gospodarki kwasowo-zasadowej wykazały, że między wydalaniem kwasów organicznych a P_{ist} istnieje pewien związek. Podczas surowej diety roślinnej mocza staje się silnie zasadowa, a wydalanie kwasów organicznych znacznie się zwiększa, zwłaszcza po obciążeniu ustroju octanem potasu. Badania te potwierdzają poglądy Fancconiego, że wzmożone wydalanie kwasów organicznych przy znacznej przewodze zasad należy uważać za mechanizm zapasowy, podobnie jak wydalanie amoniaku w stanach kwasocowych. Wydalanie kwasów organicznych przebiega równolegle do wydalania azotu tylko w diecie mieszanej, kiedy P_{H} waha się między 6 a 7, jak to stwierdził Brock. Jeśli P_{H} przesunę się znacznie w stronę zasadową, krzywe azotu i kwasów organicznych rozchodzą się. Współczynniki amoniakalny i zasadowy znajdują się tutaj w odwrotnym stosunku.

Chemiczny skład krwi wykazuje przy wszelkich dietach zadziwiającą stałość.

Henryk Landau.

N. W. KOŁPIKOW. Barjera ochronna układu nerwowego w wągliku. (Med. - Biol. Żurn. z. 1/1929).

Podczas okresu wylegania po zarażeniu wąglikiem zwierząt niema uszkodzenia barjery ochronnej układu nerwowego. Na szczycie zakażenia, gdy istnieją objawy ogólnej posocznicy, odporność barjery ochronnej ulega osłabieniu zarówno w stosunku do krystaloidów, jak i koloidów (błękit trypanowy). Uszkodzenie barjery ochronnej w zakażeniu wąglikiem, wypełniającym naczynia i samą tkankę mózgu swymi drobnoustrojami, jest zasadniczym momentem w mechanizmie śmierci zwierzęcia, warunkującym jego zgon.

Henryk Landau.

W. STEPP i J. SAUER. Badania nad węglem resztkowym krwi ludzkiej zapomocą mikrometodyki. Doniesienie II. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 165, z. 3 i 4).

U cukrzyczych bez kwasicy zastrzyknięcie insuliny powoduje obniżenie się węgla resztkowego całkowitego odpowiednio do obniżenia się poziomu cukru we krwi, podczas gdy węgiel resztkowy pozacukrowy wykazuje minimalne obniżenie się (o 1—7 mgr. $\%$). U cukrzyczych z kwasicą obniżanie się poziomu cukru we krwi po zastrzyknięciu insuliny jest nieznaczne, natomiast węgiel resztkowy całkowity, głównie jednak pozacukrowy wykazuje olbrzymi spadek (do 114 mgr. $\%$). Dowodzi to, że insulina, zanim jeszcze obniży znacznie glikemję, usuwa ciała ketonowe, co tłumi jej wspaniały wpływ na śpiączkę cukrzyczą już w pierwszej chwili działania, choć poziom cukru we krwi zmniejsza się dopiero później pod wpływem większych dawek insuliny. Widocznie insulina wywiera swoje działanie, obniżające glikemję, dopiero wtedy, gdy ciała ketonowe zostaną w większej części usunięte ze krwi.

Henryk Landau

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

L. SIROTA. O wpływie zastrzykiwań wśródzylnych na skład morfologiczny krwi. (Le Sang № 3/1930).

Po zastrzykiwaniach wśródzylnych spostrzega się stale określone zmiany leukocytarne, pozwalające w pewnym stopniu na ocenę wpływu tych zastrzykiwań na skład morfologiczny krwi. Zwraca uwagę ukazywanie się w 10 — 30 minut po zastrzyknięciu wśródzylnym postaci młodocianych (wyjątek pod tym względem zastrzyknięcia uroforminy). Zdaniem Schillinga i Morawitza, wskazują one na pewne zmiany patologiczne w narządach krwiotwórczych. Z drugiej strony, co prawda, tylko w jednym przypadku, co stanowi zbyt mały odsetek, by się na nim opierać, zastrzyknięcie uroforminy wywołało po upływie godziny ukazanie się we krwi znacznej liczby normoblastów — zjawisko bezwzględnie patologiczne (Naegeli, Schilling, Borroff). Należy zauważyć, że poza wahaniami w ciągu pierwszych 10 minut, zastrzykiwania roztworu fizjologicznego soli kuchennej, chlorku wapnia i uroforminy powodują spadek liczby limfocytów z odpowiednim wzrostem liczby segmentowanych i innych. Odwrotne zjawisko występuje, zwłaszcza w ciągu pierwszych 10 minut po zastrzykiwaniach neosalwarsanu, salicylanu sodowego, bromku sodowego. Względne zwiększenie się liczby kwasochłonnych widzi się po zastrzykiwaniach chlorku wapnia, neosalwarsanu, uroforminy; zastrzykiwania surowicy fizjologicznej, bromku i salicylanu sodowego, odwrotnie, powodują spadek liczby eozynofiliów.

Szczególny wpływ neosalwarsanu ujawnia się w postępującym spadku liczby monocytów, podczas, gdy inne środki wywołują tylko nieznaczne wahania w ich liczbie. Liczba pałeczkowatych zwiększa się w pewnym stopniu po zastrzykiwaniach uroforminy, neosalwarsanu i w ciągu pierwszych 10 minut po salicylanie sodowym. Jeśli chodzi o zasadochłonne leukocyty, to spostrzegano je tylko u jednego chorego i to z tak drobnymi wahaniami, że trudno im przypisywać większe znaczenie.

Z faktów wyżej opisanych trudno jest wyciągać kateryczne wnioski. Bez wątpienia, potwierdzają one w pewnym stopniu pogląd, że zastrzykiwania wśródzylne nie są obojętne dla ustroju ludzkiego. Być może, drogą takich badań stworzy się pewną podstawę dla zastrzeżeń, które rozlegają się z wielu stron przeciw nadużywaniu leczenia wśródzylnego.

Henryk J. Landau.

BRANDES. W sprawie zmian kostnych po podawaniu tranu z fosforem. (D. m. W. № 16 1930).

Tran z fosforem ma niewątpliwie duży wpływ na odkładanie się wapnia w układzie kostnym; specjalnie duże znaczenie należy tutaj przypisać fosforowi. Natomiast połączenie tego leczenia z dietą Gerson-Herrmannsdorfera musi być jeszcze poddane dalszym badaniom.

St. Luxemburg

KÜHN. Cholesulina i zachowanie się krzywej cukru we krwi. (D. m. W. № 32 1930).

Celem ułatwienia wchłaniania insuliny przez przewód pokarmowy Stephan zastosował jej połączenie z kwasami żółciowymi w postaci cholosuliny.

Podstawy teoretyczne tego przypuszczenia nie zostały potwierdzone w badaniach cholosuliny *in vitro*. Autor sprawdził również zachowanie się cukru we krwi po podawaniu holosuliny przez czas dłuższy samej, względnie łącznie z insuliną i nie stwierdził istotnego wpływu na przebieg krzywej

glikemicznej. Wobec tego sądzi, że cholosulina nie może zastąpić insuliny nawet częściowo.

Sporadyczne wyniki dodatnie należy odnieść do swoistej tolerancji.

St. Luxenburg.

Claus SCHILLING i SCHULZE. Jak działa chinina w zimnicy? (D. m. W. № 2. 1930).

Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych autorowie sądzą, że działanie chininy nie polega na uczynieniu ciała ochronnych ustroju, lecz na bezpośrednim wpływie produktów przemiany lub rozpadu jej na zarazki malarji. Temperaturę, zjawiającą się zawsze w okresie zwiastunów uzależniają Schilling i Schulze od pozostawania w organizmie części zabitych zarazków zimnicy.

Leczenie w stadium zwiastunów nie daje odporności na powtórne zakażenie.

Stała ilość zarazków malarji we krwi, jaka istnieje w zimnicy tropikalnej i trzecieczce zależy od nagromadzenia się ich w narządach wewnętrznych (śledziona, naczynia limfatyczne i szpik kostny).

Dla wywołania napadu potrzebna jest pewna ilość ciał trujących, wyższa od poziomu tych ciał zawartych we krwi.

St. Luxenburg.

DIÑGEMANRE, DE JONGH, KOBER i LAQUER. W sprawie krystalicznego menhormonu. (D. m. W. № 8. 1930).

Menhormon jest prawdopodobnie czystą substancją hormonu kobiecego. Preparat otrzymano w postaci krystalicznej co jednak nie przyczyniło się do jego zupełnego oczyszczenia. Zawiera C — 78⁰/₀, H — 8,25⁰/₀, i potwierdzono nieobecność N; P; S; punkt topnienia 240⁰. W działaniu swem wykazuje te same cechy, jakie dawały uprzednie wyciągi nieczyste.

St. Luxenburg.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

G. ALEXANDER. Czy operacja ostrego zapalenia wyrostka sutkowego przez zewnętrzny przewód słuchowy jest godna zalecenia? (Monatsschr. f. Ohrhkl. u. Lar.-Rhinol. 1930 Z. 7/8).

Autor już 28 lat temu robił operację radykalną przez zewnętrzny przewód słuchowy, ale zarzucił ją, jako niewystarczającą i niechirurgiczną. Odmawia też wartości tej operacji w ostrem zajęciu wyrostka sutkowego, gdyż w operacjach usznych należy dłużym iść dokładnie po drodze zmian w kości, co jest niemożliwe w razie operowania przez zewnętrzny przewód słuchowy.

S.

LEICHER. Nakłucie przysadki mózgowej przez jamę klinową jako rękoczyn samodzielny. (Monatsschr. f. Ohr. u. Lar.-Rhin. 1930 Z. 7/8).

Za pomocą nakłucia przysadki rozpoznawanie w przypadkach wątpliwych bywa rozstrzygane, również i w celach leczniczych bywa wykonywane. Nakłucie przysadki może być zrobione drogą klinową i czołową. Pierwsza droga była dotychczas często obierana przy dokonywaniu operacji na przysadce; jako rękoczyn samodzielny w celu wyjaśnienia rozpoznania lub wprowadzenia ciał radio-aktywnych do guza przysadki rzadko z niej korzystano. Autor [na zasadzie swoich zdjęć rentgenowskich i wyników czterech nakłuć występuje w obronie nakłucia klinowego, zamiast stosowanego dotychczas nakłucia czołowego.

S.

PAWLOWSKY i LOPATINA. Wpływ oddychania przez nos i przez tchawicę na wentylację płuc. (Monatsschr. f. Ohr. und Lar.-Rhin. 1930 Z. 7/8).

Oddychanie przez nos jest dla ustroju korzystniejsze dlatego, że zapewnia mu rozleglejszą wentylację płuc. Oddychanie przez rurkę tracheotomijną zmniejsza wentylację płuc o 25—30⁰/₀. To zmniejszenie wentylacji płuc powstaje wskutek zmniejszenia głębokości oddechu.

S.

M. G. WORMS. O leczeniu nowotworów wewnątrzkraniowych nożem elektrycznym. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Nr. 8. Sierpień 1930).

Autor podaje swoje pierwsze spostrzeżenia o użyteczności noża elektrycznego w operacji nowotworów wewnątrzkraniowych. Jeden z noży, znany jako aparat lampowy Ch en aille, działający pod wpływem prądów stałych, pozwala na operowanie b. szybkie, jednak bez dostatecznej hemostazy. Wynik więc ten jest podobny do działania zwykłego noża. Brak hemostazy i wytwarzania koagulacji tkanek może powodować rozsianie się komórek rakowych przez otwarte drogi chłonne po całym ustroju.

Drugi aparat H e n n u y, o prądach zmiennych, pozwala przy odpowiedniej zmianie natężenia na operowanie również szybkie przy jednoczesnym wytwarzaniu hemostazy i koagulacji tkanek. Ponieważ w działaniu noża H e n n u y, jak dowodzą badania histologiczne, drogi chłonne zostają obliterowane, mało istnieje obawa co do nawrotu nowotworu. Działanie samego noża stoi na pograniczu działania diatermokoagulacji i aparatu Ch en aille a. W o r m s używa najczęściej noża w formie pętli drucianej, przyczem pole operacyjnej wskutek szybkiej hemostazy, było w jego przypadkach zawsze czyste i suche.

Ważną zaletą aparatu H e n n u y, jest niewytwarzanie martwicy tkanek i chrząstek, tak często spotykanej podczas używania promieni X lub radu. Autor wykonał cztery zabiegi wewnątrzkraniowe: 3 raki struny głosowej i jeden nabłoniak struny głosowej, sięgający aż do kąta przedniego. W znieczuleniu miejscowym, po uprzedniej tracheotomji, autor otworzył krtań i nożem H e n n u y usunął guz, który się okazał daleko większy, niż wykazywał obraz laryngoskopowy. albowiem sięgał aż do okolicy podgłośniowej. Za pomocą pętli o wysokim napięciu objęta została en masse tkanka nowotworowa i usunięta wraz z tkanką zdrową aż do chrząstki tarczycowej i nalewkowej prawie bez krwawienia. Rana operacyjna pozostała otwartą, do rany założono sączek. Następnego dnia usunięto sączek i rurkę tracheotomijną. Rana zagoiła się szybko, pozostawiając estetyczną bliznę. W razie zakażenia rany sprawa likwiduje się po 2-3 dniach po kilkakrotnym użyciu aparatu rozpylającego L. Ch a m p i o n n i e r e a. Autor uważa, iż tylko ten sposób operowania ma widoki powodzenia i bezpieczeństwa.

Ludwik K o e n i g s t e i n.

Choroby serca i naczyń.

G. HENKEL. Napadowe zaburzenia w wytwarzaniu i przewodzeniu bodźców w sercu ludzkim. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 167, z. 3—4).

Autor podaje opis przypadku napadowych zaburzeń w wytwarzaniu i przewodzeniu bodźców. Heterotopyczne wytwarzanie bodźców odbywało się we wszystkich odcinkach serca, stwierdzano skurcze dodatkowe zarówno komorowe, jak i przedsionkowe rozmaitej formy. Skurcze dodatkowe pochodzenia przedsionkowego występowały w skupieniach i doprowadzały do stanów częstoskurczu napadowego. Prócz tego,

istniały zaburzenia w przewodzeniu bodźców z zatoki do przedsionków i między przedsionkami a komorami.

W przebiegu dłuższego napadu częstoskurczu stwierdzono zmiany zespołu komorowego (zarówno głównego, jak i końcowego wychylenia) zupełnie identyczne z temi, które opisywali Pardze, Rotschild—Mann—Oppenheim, Ettlinger i inni w przypadkach ostrego zamknięcia światła naczyń wieńcowych, lecz przemijającej natury. Wobec tego za przyczynę tych zaburzeń w wytwarzaniu i przewodzeniu bodźców przyjmuje autor skurcze w zakresie naczyń wieńcowych.

Ze stosowanych leków dodatni wpływ na zaburzenia wywierała *Chinidin. bas.*, podczas gdy środki spazmolityczne (nitrogliceryna, moloid) pozostawały bez wpływu.

Henryk Landau.

HERING. Napięcie nerwów serca i naczyń a nadciśnienie. (Münch. med. Woch. I—1930).

Czynność serca jest pod stałym wpływem napięcia nerwu błędnego (napięcie hamujące serca) i przyspieszającego. Układy te nie są antagonistyczne; po przyspieszeniu tętna zwolnienie go i szybkość tego zwolnienia odbywa się dzięki napięciu n. błędnego. Większemu napięciu nerwów przyspieszających towarzyszy obniżenie napięcia w układzie błędnym i odwrotnie.

Podobnie naczynia znajdują się pod wpływem napięcia zwężającego i rozszerzającego, które działają synergetycznie, t. j., większe napięcie w jednym układzie idzie w parze ze zmniejszeniem w drugim. Nerwy rozszerzające znajdują się w miejscu rozgałęzienia tętnic szyjnych (*sinus caroticus*). Po usunięciu tych nerwów i nerwów t. głównej przyspiesza się akcja serca i podnosi ciśnienie krwi. Nerwy te posiadają więc napięcie, które w sercu podnosi napięcie n. błędnego i obniża napięcie przyspieszające; w naczyniach podnoszą napięcie rozszerzające, obniżają zwężające. Innemi słowy pobudzają napięcie n. błędnego i rozszerzających, hamują zaś układ przyspieszający i zwężający. Wobec tego, że gra tych nerwów odbija się najbardziej na ciśnieniu krwi, autor nazwał je hamującami ciśnienia krwi. O ile z jakiejś przyczyny ciśnienie krwi się podnosi, nerwy te obniżają je, z drugiej strony, nie dopuszczają do jego spadku. Jest to odruchowa samoregulacja ciśnienia krwi.

Do jednego z zaburzeń wymienionej regulacji należy nadciśnienie. H. zwraca uwagę na zbyt mało zwolnione tętno w tej chorobie. Gdyby w przebiegu nadciśnienia zmianie ulegało tylko ciśnienie, akcja serca byłaby wolniejsza; ponieważ tak nie jest, H. przyjmuje istnienie współczynnika przyspieszającego, częściowo hamowanego nadciśnieniem, które pobudza układ hamujący ciśnienie częściowo jeszcze sprawny, jak to wykazują badania odruchów u hipertoniców ze splotów zatoki szyjnej (*sinus caroticus*).

F. Turyn.

R. SCHOEN i E. DERRA. Sinica wskutek przewlekłego zastoiny w krążeniu płucnym, zwłaszcza w zwężeniu ujścia żyłnego lewego. (Dtsch. Arch. klin. Med. Nr. 169, z. 3—4).

W przewlekłym zastoiny w krążeniu płucnym powstaje sinica tętnicza wskutek utrudnienia dyfuzji gazów przez ścianę pęcherzyków.

T. zw. „pneumonoza” daje się wykazać w czystej postaci w wyrównanych zwężeniach ujścia żyłnego lewego z sinicą, w których brak jest widocznych powikłań płucnych i zaburzeń oddechowych.

W razie współistnienia innych przyczyn niedostateczne go nasycenia tętniczego tlenem trudno jest określić stopień udziału zaburzeń dyfuzji. Mianowicie, założenie polega na tem

że napięcie pęcherzykowe tlenu nie jest obniżone w żadnym odcinku płuc.

Zaburzenia dyfuzji odbijają się zrazu tylko na tlenie, albowiem jego szybkość dyfundowania jest nieznaczna w porównaniu z kwasem węglowym. Tem tłumaczy się brak zaburzeń oddechowych.

Przez wdychanie czystego tlenu (zwiększenie napięcia pęcherzykowego tlenu i obniżenie się dyfuzji) można przywrócić normalne nasycenie tętnicze tlenem i usunąć sinicę.

Henryk Landau.

P. PERRIN i P. DROUET. Elektrokardjogram w przebiegu odmy sztucznej. (Arch. des Mal. du coeur Nr. 6/1930).

Z 30 przypadków odmy sztucznej (16—prawostronnej 13—lewostronnej, 1—obustronnej) nie stwierdzono w żadnym zmian, mogących budzić podejrzenie uszkodzenia mięśnia sercowego. Dość często spostrzegano niskie, lecz będące jeszcze w granicach normy wychylenia R i T w odprowadzeniu I. Odma ma jednak wpływ na wygląd elektrokardjogramu, przypominającego elektrokardjogram serca, ułożonego pionowo: wychylenie R obniża się w odprowadzeniu I; staje się wyższe w odpr. III. W odmie prawostronnej stwierdza się często (w połowie przypadków) w elektrokardjogramie przewagę prawostronną, w lewostronnej—dość rzadko (w 16% przypadków) przewagę lewostronną. Przemieszczenie śródpiersia nie powoduje prawie żadnych zmian elektrokardjogramu.

Henryk Landau.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

ZIMMER. Wyniki leczenia choroby Basedowa krwią zwierzęcą. (D. m. W. № 15. 1930).

W klinice Biera od 1923 r. do 1930 r. stosowano wstrzykiwanie krwi zwierzęcej 120 chorym z chorobą Basedowa; całkowite leczenie przeżyły 62 osoby. Wstrzykiwano domięśniowo odwołkioną krew baranią i cielęcą w ilości 3—5 cm³. Chorzy przyjmowani byli na klinikę tylko na kilka dni dla dokonania wstrzyknięcia, innemu leczeniu nie byli poddawani. Przeciętnie po ukończeniu leczenia obserwowano ich 11—12 miesięcy. Rezultaty leczenia były bardzo dobre: podstawowa przemiana materji zmniejszała się w zależności od ciężkości przypadku (z + 74% spadała do + 35%, z + 42% — do + 21%, z + 25% — do + 10%), częstość tętna również zmniejszała się, na wadze chorzy przybywali od 15—22 funtów. Ustępowały poty, drżenie rąk, biegunki, wypadanie włosów. Nie ulegały poprawie: wytrzeszcz i blask oczu, wielkość gruczołu tarczowego oraz toksyczne uszkodzenie mięśnia sercowego.

Gwałtowny spadek wagi przy podawaniu jodu jest przeciwwskazaniem do stosowania wstrzykiwań krwi zwierzęcej. W takim przypadku należy przeprowadzić najpierw kurację insuliniową, następnie zaś wstrzykiwania krwi zwierzęcej.

Wanda Franzówna.

HIS. Wyniki leczenia choroby Basedowa wstrzykiwaniami krwi zwierzęcej. (D. m. W. № 15. 1930).

Bier wprowadził leczenie choroby Basedowa wstrzykiwaniami krwi zwierzęcej i miał dobre wyniki. Sposób ten polega na wstrzykiwaniu domięśniowo 5 cm³ krwi baraniej, następnie na zmianę wstrzykuje się krew cielęcą i baranią, ogółem chorzy otrzymują 2—5 zastrzyknięć. Metoda ta została wypróbowana przez autora u 2 mężczyzn i 16 kobiet w średnio ciężkich przypadkach Basedowa. Innemu leczeniu chorzy nie byli poddawani. W jednym przypadku przerwano leczenie, gdyż po I-em wstrzyknięciu wystąpiła wysypka na całym ciele

z obrzmieniem gruczołów chłonnych i bólami. W pozostałych przypadkach przeprowadzono leczenie ściśle podług metody Biera i żadnej poprawy nie otrzymano.

Waga, częstość tętna oraz podstawowa przemiana materji utrzymywały się na poziomie dotychczasowym.

Wanda Franzówna.

B. BREITNER. Leczenie chirurgiczne nadczynności tarczycy. (Wien. klin. Wschr. № 34 1930).

Za rzeczywisty postęp w leczeniu operacyjnym nadczynności tarczycy uważa autor przygotowywanie chorych do zabiegu lugolem obok dotychczas stosowanych metod (leżakowanie, djeta mleczno-roslinna, chinidyna, fosforan sodu, zmiana środowiska i t. d.).

Najodpowiedniejszym sposobem znieczulania jest, zdaniem autora, kombinacja znieczulenia miejscowego z uspianiem gazem rozwesalającym, względnie uspianie awertynowe.

Zabiegi na szyjnym nerwie współczulnym nie przyjęły się. Podwiązanie naczyń jest cenną metodą w cięższych przypadkach. Częściowe wycięcie zostało zarzucone. Najlepszą metodą jest rozległe wycięcie wola z pozostawieniem wąskiego rąbka mięszu na tylnej ścianie gruczołu; przytem tylną gałąź górnej tętnicy tarczycowej zostaje niepodwiązana.

Jako postępowanie pooperacyjne zaleca się podawanie przez 2—3 dni po zabiegu lugola (ewentualnie doodbytniczo).

Henryk J. Landau.

H. STOCKER. Kombinowane leczenie tężyczkii pooperacyjnej tyroksyną i parathormonem. (Wien. klin. Wschr. Nr. 36/1930 r.)

Dzięki kombinowanemu leczeniu tyroksyną i parathormonem został wyleczony ciężki przypadek tężyczkii, powstałej po operacji wola. Parathormon poprawił w krótkim czasie

ciężkie zaburzenia w gospodarce wapniowej; tyroksyna uregulowała hiperfosfatencję, na którą pozostał bez wpływu parathormon, tak, że oba preparaty nawzajem się uzupełniły. Równoległe z poprawą przemiany materji uderzająco szybko ustąpiły objawy tężyczkii, przyczem silnie osłabione przez parathormon skurcze ustąpiły całkowicie po dodaniu tyroksyny.

Te spostrzeżenia na chorych potwierdziły doświadczenia, poczynione przez autora na zwierzętach.

Henryk J. Landau

PUCSKO. Wpływ leczniczy cukru i insuliny na kwasicę djabetyków. (Münch. med. Woch. № 44. 1930).

Hamujące działanie przeciwketoniczne glukozy występuje wkrótce po jej podaniu, wpływ lewulozy objawia się nieco później i jest mniej energiczny. Lewuloza musi być stosowana w większych ilościach. Wstrzyknięte dożylnie, obydwa cukry działają prędzej. Lewuloza, podana doustnie, jest pierwotnie magazynowana pod postacią glikogenu w wątrobie i dopiero po osiągnięciu pewnego zapasu pozostała część lewulozy, zamieniona na glukozę, zostaje zużyta. Glukoza nie podlega tym przemianom i spala się wcześniej.

Cukier inwertowany ma własności obydwu cukrów. Użyte go u chorych z kwasicą wykazuje rzeczywiscie działanie szybkie glukozy i łatwiejsze magazynowanie cukru, pochodzącego z lewulozy, w wątrobie. Zalet tych nie posiada cukier trzcinowy, z którego przez hydrolizę otrzymać można cukier inwertowany.

Połączenie ostatniego z insuliną wpływa nie tylko na zmniejszenie cukromoczu i ustąpienie kwasicy, ale daje znaczny przyrost wagi. Wobec wysokiej ceny cukru inwertowanego autor poleca znacznie tańszy miód pszczeli, jako naturalny cukier inwertowany.

F. Turyn.

Wskazówki praktyczne.

W celu zabezpieczenia skóry od podrażnień po naświetlaniu promieniami Roentgena stosuje Welsch maść Raderma (fabr. Obermeyer et Cie), składająca się z rozmaitych tłuszczów i olejków, działającą łagodnie i lekko przeciwnilnie. Staranne stosowanie tej maści zapobiega tworzeniu się barwnika, telangiektazji i stwardnień, a wytworzone już po naświetlaniu podrażnienie skóry leczy szybko i skutecznie. (M. m. W. 1930 Nr. 35).

—o—

Czyracność przewlekłą leczy Marten z doskonałym wynikiem zastrzykiwaniami dożylnymi środka Datoxin (fabr. J. A. Wülfing-Berlin), otrzymywanego z naskórka z obfitą zawartością organicznie związanej siarki i aromatycznych kwasów aminowych. (Dermat. Wochschr. 1930 Nr. 38).

—o—

Zdarzające się czasem bardzo bolesne zapalenia łącznicy po naświetlaniu promieni pozafioletkowymi (w razie niedostatecznego zabezpieczenia oczu) usuwa skutecznie B á r a n y obiftem podawaniem wapnia (9 — 12 pastylek Kalzanu naraz). (Schweiz. med. Wschr. 1930 Nr. 39).

—o—

Albert Herz podnosi, jako nowe zdobycze wiedzy, następujące środki w leczeniu chorób krwi: uzupełnienie leczenia wątroby przez stosowanie vigantolu w niedokrwoności złośliwej, przetwórkę witaminową „Nateina“ w leczeniu krwawiączki, rozciągnięcie wielkiego przetaczania krwi na wszelkie (pierwotne i wtórne) choroby krwi. (W. m. W. 1930 Nr. 42).

—o—

Wobec stwierdzonej częstej etiologii gruźliczej gośdca stawowego należy, według Reittera stosować w celach rozpoznawczych odczyn tuberkulinowy (0,0002 starej tuber-

kuliny) i hodowlę z krwi (krew żylną w 30% roztworze cytrynianu sodu). Leczenie w tych razach powinno polegać na ostrożnem dockórnem stosowaniu tuberkuliny. (W. m. W. 1930 Nr. 42).

—o—

Skuteczność leczenia odżywczego (Sauerbrucha i Hermannsdorfera) gruźlicy skóry i tocznia, zdaniem Köhlera, nie ulega wątpliwości. Również dodatnie są wyniki tego leczenia w lekkich i średnio ciężkich postaciach gruźlicy kości i stawów. O wpływie na gruźlicę płuc jeszcze ostatecznego sądu wydać nie można. (M. m. W. Nr. 43).

—o—

Rothe sprawdzał odruch palcowy Grünfeldera w zapaleniu ucha środkowego u dzieci. Odruch ten polega na zgięciu dorsalnym wielkiego palca (Babiński) z równoczesnem wachlarzowatym rozstawieniem reszty palców, po ucisku na wkłesłe punkty potylicy (punkt przecięcia suturae lambdoideae, sutura mastoidea occipitalis i sutura mastoidea parietalis). Rothe znalazł ten odruch w przeważającej liczbie badanych przypadków, w których nie było lub jeszcze nie było przedziurawienia błony bębenkowej, przyczem obecność tego odruchu przemawiała za udziałem kości w sprawie chorobowej. (D. m. W. 1930 Nr. 43).

—o—

W mocno swędzących i zapalnych schorzeniach skóry otrzymywał Apel dobre wyniki od zastrzykiwań dożylnych 40% inwertowanego roztworu cukru „Calorose“ (fabr. Güstrow). Kilka takich zastrzyknięć, zupełnie dobrze znoszonych, wystarcza do wyleczenia. Zastrzykiwania powinny być robione powoli, płyn ogrzany. (Derm. Wschr. 1930 Nr. 36).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Z Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności.

Posiedzenie w d. 13 października 1930 r.

Przewodniczy Dyrektor Wydziału Krzyształowicz Czł. A. Beck przedstawia pracę p. Bożydara Szabuniewicz a p. t. *Dodatnie spolaryzowanie mięśnia a przykurcz mechaniczny.*

Pod wpływem bardzo różnorodnych czynników pojawia się w mięśniu stan specjalny, nazwany przykurczem polaryzacyjnym. Jest to reakcja żywych mięśni na wszelkiego rodzaju czynniki szkodliwe, znamionująca się tem, że mięsień jest przykurczony, a na powierzchni jego stwierdzić można charakterystyczne rozmieszczenie potencjału, który wzrasta od obwodowej części mięśnia ku dośrodkowej, t. j. spolaryzowanie dodatnie. Są to zmiany, które zachodzą mogą nawet tylko w części przebiegu włókien mięsnych, niekoniecznie w całym. Są one nieodwracalne. Pojawiają się nie tylko pod działaniem substancji chemicznych, przyczem działanie ich możnaby uważać za bezpośredni wpływ na substancję mięśniową, lecz również wskutek nacinania mięśnia, ogrzania do ciepłoty 50° C., przypiekania pod działaniem prądu indukcyjnego, przyczem wchodzić musi w grę reakcja samego mięśnia. Tak zwane przykurcze chemiczne również są przykurczami polaryzacyjnymi, a również przy skurczu weratrynowym i innych stwierdzić można takie zmiany potencjału, jak przy przykurczu polaryzacyjnym.

Badanie rozmieszczenia i zmian potencjału w mięśniu w czasie skurczu pojedynczego wykazuje, że w prawidłowym, niespolaryzowanym mięśniu, zmiany potencjału odbywają się jednocześnie na całej powierzchni mięśnia tak, że o żadnej fali zmian elektrycznych w tem znaczeniu, jakie podaje Hermann, mowy być nie może. Po krótkim okresie utajonym występują w mięśniu zmiany, dające się podzielić na dwie części. Najprzód następuje bardzo silne i szybkie spolaryzowanie ujemne całego mięśnia, poczem kierunek polaryzacji gwałtownie się zmienia, otrzymujemy również silne i krótkotrwałe dodatnie spolaryzowanie mięśnia. Rozmieszczenie potencjału w czasie trwania drugiej części zmian jest zupełnie analogiczne i posiada tenże sam kierunek, co potencjał mięśnia w przykurczu polaryzacyjnym. W czasie pierwszej części zmian otrzymujemy rozmieszczenie potencjału o charakterze podobnym, ale kierunek spolaryzowania jest przeciwny. W mięśniu spolaryzowanym zmiany potencjału przedstawiają się w czasie skurczu pojedynczego o tyle inaczej, że występuje tylko pierwsza faza zmian. Drugiej fazy nie ma, lub też jest bez porównania słabsza od prawidłowej. Ta zmiana w krzywych, uzyskanych z mięśni spolaryzowanych, znajduje swe wytłumaczenie w spolaryzowaniu powierzchniowej warstwy włókien kurczliwych.

Przez zapisywanie jednocześnie zmian potencjału i zmian mechanicznych w mięśniu, stwierdzić można interesujący fakt, że pierwsza część zmian potencjału zachodzi całkowicie w tym czasie, gdy długość mięśnia nie ulega jeszcze żadnym zmianom. Natomiast prawie jednocześnie przypada początek ujemnego spolaryzowania i początek skurczu mechanicznego. Spolaryzowanie poprzedza stale o ułamek o zmiany mechaniczne. Wiążąc to prawie równocześnie powstawanie skurczu ze spolaryzowaniem dodatnim, oraz te dane, jakie poprzednio uzyskane zostały o jednoczesności i charakterze zmian elektrycznych i mechanicznych w przykurczu polaryzacyjnym, z danymi o tem, że w skurczu, a także pod działaniem czynników chemicznych oraz urazów i ciepła powstaje w mięśniu kwas mleczny, należy przyjąć, że przykurcz polaryzacyjny i skurcz pojedynczy są spowodowane przez te same procesy. Tylko w prawidłowych warunkach zmiany te są odwracalne, a w przykurczu polaryzacyjnym przebiegają w warunkach patologicznych i odwrócić się nie dają.

Czł. Fr. Krzyształowicz przedstawia pracę p. M. Grzybowski p. t. *Badanie ilości lipaz w surowicy kilowych.*

Autor badał zdolność rozszczepiania tłuszczu (tributyryny) przez surowicę osobników kilowych. Do doświadczeń swych użył metody stalagmometrycznej Rony i Michaelisa. Skład badanego płynu i warunki doświadczenia były takie

same, jak w poprzedniej pracy autora; jedynie sposób określenia chwili, w której 50% tributyny zostało przez badaną surowicę rozszczepione — uległ pewnej zmianie, a mianowicie nie posługiwał się autor krzywą przeciętną, lecz dla każdego doświadczenia określał ten czas w doświadczeniu wstępnym; w ten sposób uzyskano dane ściślejsze.

Autor zbadał 146 surowic chorych na kiłę i dla porównania 20 surowic osób niekilowych. Okazało się, że wahania siły lipolitycznej surowicy w poszczególnych przypadkach są dosyć znaczne, że utrzymują się one mniej więcej w takich samych granicach, jak wahania siły lipolitycznej surowicy osób niekilowych.

Nie udaje się stwierdzić wyraźnych różnic w zdolności lipolitycznej surowicy u kilowych w zależności od czasu trwania choroby, od jej okresu, postaci klinicznej, rozległości zmian, poprzedzającego leczenia lub w związku z istnieniem zmian serologicznych.

Niektóre przypadki, wykraczające poza granice wahań, zazwyczaj stwierdzanych u kilowych i u niekilowych, są tak nieliczne, tak nieznacznie wykraczają poza te granice, że na podstawie ich nie można mówić o istnieniu w niektórych postaciach kiły odchylen w zdolnościach lipolitycznych surowicy.

Czł. Fr. Krzyształowicz przedstawia pracę p. Adama Straszyskiego p. t. *O zmianach histologicznych w skórze i w tkance podskórnej niemowląt w przypadkach daleko posuniętego samowyniszczenia.*

Zmiany histopatologiczne, dotyczące skóry wyniszczonych niemowląt, nie zostały dotąd opracowane.

W 14 przypadkach samowyniszczenia niemowląt stwierdził autor w skórze następujące zmiany histologiczne:

1) W naskórku: zgrubienie i rozluźnienie warstwy rogowej, ścieńczenie i pofałdowanie wszystkich warstw naskórka.

2) W skórze właściwej: jej ścieńczenie, nitkowatą budowę wiązek włókien klejodajnych (co według autora jest następstwem zagęszczenia kolagenu z powodu utraty znacznej ilości wody przez wyniszczony ustroj niemowlęcia).

3) Najcharakterystyczniejsze zmiany histologiczne stwierdził autor w tkance podskórnej wyniszczonych niemowląt: na miejscu zanikłej podściółki tłuszczowej stwierdził cały szereg zrazikowato zbudowanych tworów kształtu owalnego lub pasmowatego, złożonych z siatki naczyń włosowatych i z gęstych skupień jader. Wśród tych ostatnich stwierdzić można zapomocą barwienia sudanem tylko tu i ówdzie drobniutkie kulki tłuszczu.

Badając budowę tych zmienionych zrazików tłuszczowych w tkance podskórnej wyniszczonych niemowląt w silniejszym powiększeniu, stwierdzić można, że ich podściółko tworzy tkanka analogiczna do tkanki siateczkowej śledziony, gruczołów chłonnych i szpiku. W oczkach siateczkowatego podściółka tych zmienionych zrazików spostrzega się rozgałęzione gwiazdkowate komórki o gąbczastej plazmie i dużym owalnym jądrem. Komórki te łączą się ze sobą wypustkami.

Opisana siateczkowata budowa zmienionych zrazików tłuszczowych w tkance podskórnej wyniszczonych niemowląt przypomina utkanie narządów krwiotwórczych i na tej zasadzie możnaby było uznać za F. Wassermannem, że zraziki tłuszczowe są narządami siateczkowato-śródbłonkowymi, przeznaczonymi do przemiany tłuszczowej. W stanach samowyniszczenia niemowląt dochodzi do zniknięcia tłuszczu z tych narządów i występuje wyraźnie ich siateczkowate utkanie, podobne do utkania pierwotnych zawiązków zrazików tłuszczowych płodu. Spotyka się przytem skupianie się jader w zmienionych zrazikach w miarę znikania w nich tłuszczu i stąd możnaby przypuszczać mnożenie się jader, co według autora, możnaby było uważać za odczyn obronny tkanki mezenchymalnej w stanach samowyniszczenia niemowląt.

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę p. Stefana Sterling-Okuniewskiego i p. Zofji Pęskiej p. t. *O wpływie emanacji radowej na pewne właściwości biologiczne surowic ludzkich.*

W celu sprawdzenia, czy emanacja radowa wpływa na właściwości surowic *in vitro*, poza ustrojem, p. Sterling-Okuniewski i p. Pęska przeprowadzili szereg badań (6 seryj oraz 10 badań pojedynczych surowic) nad odchyleniem do

pełniacza (odczyn Wassermann'a). Głównie zwrócono uwagę na surowice ludzkie, dodatkowo badano również surowice zwierzęce, wreszcie poddano działaniu emanacji radowej dopełniacz świnek morskich, używany do odczynu.

Technika polegała na tem, że w każdej grupie doświadczeń wybierano jedną lub więcej surowic zupełnie ujemnych i wybitnie dodatnich, nie poddawanych ogrzewaniu (ale pobranych już przed kilku dniami, a więc w zasadzie nieczynnych) oraz poddanych ogrzewaniu (przez 30 min. w 56°). Do próbek, zawierających około 1 cm³ surowicy, wkładano małe kieliszki z 6—8 milicurie świeżo przygotowanej emanacji radowej, którą pozostawiano od 3 do 72 godzin. Surowice badano nieraz dwukrotnie, bezpośrednio po naświetlaniu i po raz wtóry, po kilku dniach, do tygodnia.

Ponieważ wiadomo z serologii, że dodanie cholesteryny potęguje własności surowicy co do wrażliwości na odchylenie dopełniacza, przeto w pewnej serii badań starano się sprawdzić, czy dodanie do surowic cholesteryny, wzgl. lecytyny, zwłaszcza wobec zmniejszania się lub zwiększania w równych stanach chorobowych tych składników krwi prawidłowej, może wywrzeć jakiś wpływ po naświetlaniu na własności surowicy. Dodawano do 1 cm³ surowicy 2 krople roztworu lecytyny 1 : 1000, lub roztworu cholesteryny 1 : 10.000.

Streszczając wyniki, dochodzą autorowie do następujących wniosków:

1) Naświetlanie nieogrzewanych surowic ludzkich, dających ujemny odczyn Wassermann'a, energią świetlną (emanacją radową) dostatecznie długo i silnie, wiedzie często do zjawienia się w surowicy własności częściowego odchylenia dopełniacza, który nawet w miarę czasu (np. w ciągu 7—10 dni) od chwili przerwania naświetlania jeszcze bardziej się potęguje. Ogrzewanie tak zmienionych surowic niszczy ową nabytą właściwość.

2) W surowicach poprzednio już ogrzanych nie udaje się pod wpływem naświetlania wywołać zmian co do odchylenia dopełniacza z antygenem kiłowym. Czasami nieznacznie potęguje się dodatni odczyn z surowicami kiłowymi, ale po powtórnie ogrzaniu surowicy powraca odczyn znowu do poprzedniego miana.

3) Dodanie cholesteryny (w rozt. 1 : 10.000) lub lecytyny (w rozt. 1 : 1000) do nieogrzanej surowicy ludzkiej wiedzie po dostatecznie długim i silnym naświetlaniu przeważnie do zjawienia się w ujemnej uprzednio surowicy częściowo dodatniego odczynu Wassermann'a. Ogrzewanie niszczy tę właściwość.

4) Naświetlanie dopełniacza nie wpływa na zmianę siły dopełniacza.

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę p. Wincenego Wróblewskiego p. t. *Morfologia mikroba zarazy płucnej bydła na sztucznych podłożach*.

Autor stwierdza co następuje:

1) Mikrob zarazy płucnej jest przesączalny we wszystkich swoich stadiach rozwojowych przez filtry Chamberlanda L¹, L¹ bis L².

2) Mikrob zarazy płucnej w preparatach niebarwionych jest niewidzialny. W preparatach barwionych jest widzialny we wszystkich swoich stadiach rozwojowych. W preparatach, przygotowanych z osadu po odwirowaniu płynnej hodowli, barwi się mikrob zarazy płucnej łatwo barwikami anilinowymi. W preparatach, przygotowanych z płynnego podłoża, barwi się po zastosowaniu odpowiedniej zaprawy.

3) Mikrob zarazy płucnej należy do grzybów, które się rozwijają z zarodników. Zarodniki kielkują i wytwarzają grzybnie z endosporami (mycelium). Z grzybni wyrastają konidja z egzosporami od 2—6, endospory i egzospory mają zdolność kielkowania i wytwarzają grzybnie.

4) Mikrob zarazy płucnej jest konsystencji śluzowatej i morfologia mikroba łatwo ulega przekształceniu: nie tylko przez odwirowanie, ale już przez wstrząsanie płynnej hodowli nitki rwą się na odłamki.

5) Cykl rozwojowy mikroba zarazy płucnej na odpowiednim płynnym podłożu trwa około 6 dni. W pierwszych dniach występuje opalescencja, w 3—4 dniu zaczyna się tworzyć na powierzchni nadzwyczaj delikatny korzuszek, w starszych buljonowych hodowlach tworzy się osad z zarodników mikroba.

6) Mikrob zarazy płucnej okazuje na podłożu płynnym taką samą morfologię, jak na podłożu stałym.

7) Najwięcej charakterystycznymi dla morfologii mikroba zarazy płucnej elementami są konidjalne pierścienie, od których odchodzą wypustki z egzosporami. Postać tych tworów przypomina gwiazdkę, z tego względu najodpowiedniejszą byłaby nazwa: „*Asteromyces peripneumoniae bovis*.”

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Zdzisława

Goreckiego p. t. *Badania działania kofeiny, strychniny, kardiazolu, koraminy i oliwy kamforowej na narząd krążenia i oddychania u chorych z niewyrównaną czynnością serca*.

Roczyny kofeiny, strychniny, kardiazolu i koraminy przepuszczano przez żabi preparat Trendelenburga (zapomocą kaniulki wpuszczano roztwór leku do tętnicy brzusznej i liczone krople, wypływające z żyły brzusznej). W tych doświadczeniach rozcieńczenia leków, odpowiadające wysokim dawkom ludzkim, nie wywierały wpływu na naczynia żaby (jako dawkę ludzką kardiazolu przyjęto: 5 cm³ roztworu fabrycznego roztworu, jako dawkę koraminy: 5 cm³ roztworu fabrycznego, kofeiny (n-benz.): 0.5 gr., strychniny: 0.005 gr.). Rozcieńczenia, odpowiadające 10-krotnej dawce ludzkiej, również nie wpływały na liczbę wypływających kropli, z wyjątkiem koraminy, która w 3 doświadczeniach na 7 wywoływała spadek liczby wypływających kropli prawie do połowy.

Badania na 12 chorych (wady zastawkowe serca, zmiany w mięśniu sercowym w okresie ciężkiej niedomogi mięśnia sercowego u 10 chorych i lżejszego stopnia u 2 chorych), którzy przez parę dni nie otrzymywali żadnych leków i przebywali w jednakowych warunkach (leżenie w łóżku, odpowiednia dieta i t. p.) dały następujące wyniki po jednorazowym wstrzyknięciu danego leku (oznaczanie przed wprowadzeniem leku i 20—40 minut po wstrzyknięciu):

1) Liczbę tętna wyraźniej zwalnia kardiazol i koramina; 2) ciśnienie skurczowe podnosi (niezawsze) kofeina, obniża (nieznacznie, lecz rychło) kamfora; 3) ciśnienie rozkurczowe podnosi (niezawsze) kofeina obniża (nieznacznie, lecz często) kamfora; 4) ciśnienie palcowe tylko kamfora nieraz raczej obniża; 5) wskaźnik oscylometryczny tylko kofeina czasem podwyższa; 6) ciśnienie najkorzystniejsze nie ulega wpływom żadnego ze stosowanych leków; 7) ciśnienie tętna najczęściej nie ulega zmianom, jedynie koramina i kofeina podwyższyły je w połowie doświadczeń, lecz w nikłym stopniu i przejściowo; 8) warunki sprzyjające przyspieszeniu krążenia częściowo tylko stwarza kofeina, a może i strychnina; 9) liczba oddechów na minutę ulegała wahaniom w obu kierunkach niezależnie od rodzaju stosowanego leku; 10) przeciętna głębokość oddechów zwiększa się często, ale nieznacznie po strychninie, rzadziej, lecz wyraźniej po kardiazolu; 11) wentylację minutową zwiększa kofeina i koramina, jeszcze częściej strychnina, natomiast prawie stale obniża kamfora; 12) odsetek CO₂ w wydychanym powietrzu, prawie we wszystkich badaniach, podwyższyła kofeina i kamfora; 13) ilość minutową wydalonego CO₂ dość często zwiększa kofeina, nieco rzadziej strychnina. — Naogół żaden ze stosowanych leków nie zaznaczył swego wpływu w sposób wybitny i stały.

Przy przewlekłym podawaniu wymienionych leków (oczywiście podawano wyłącznie jeden lek) obserwowano: 1) objawy kliniczne, 2) liczbę tętna na minutę, 3) liczbę oddechów na minutę, 4) wagę ciała, 5) ilość moczu na dobę i 6) jego ciężar właściwy. Nie stwierdzono żadnego wpływu po żadnym z podawanych leków.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Seweryna Cytronberga p. t. *Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą jelita cienkiego*.

Autor przeprowadził szereg badań na psach z przetoką jelita cienkiego i doszedł do wniosków następujących:

1) Po różnych rodzajach pożywienia, podawanego w ciągu kilku do kilkunastu dni z rzędu, spostrzega się pewną zmianę ilości i jakości soku jelitowego. Zmiana ta przejawia się szczególnie wyraźnie bezpośrednio po przejściu z jednego rodzaju pożywienia na drugi. Jeżeli natomiast pomiędzy okresami różnego pożywienia jest dłuższa przerwa, to charakterystyczna różnica niekiedy się zaciera.

2) Obok pożywienia wpływają na ilość i jakość wydzieliny jelitowej w dużym stopniu własności osobnicze ustroju. Grają tu rolę przypuszczalnie: wiek, płeć, rasa, waga ciała, gruźlica dokrewna, układ vegetatywny, stopień ukrwienia naczyń brzusznych, czynniki psychiczne, nerwowo odruchowe i t. d.

3) Cechy fizyczno-chemiczne odwirowanego soku jelitowego, t. j. wskaźnik refraktometryczny, napięcie powierzchniowe, lepkość i pH, mają dość stałe wartości. Wszelako najbardziej stałą cechą fizyczno-chemiczną soku odwirowanego jest lepkość. Jelito jest jednak zdolne zwiększyć w miarę potrzeby lepkość swej wydzieliny, a to przy pomocy śluzu oraz składników morfotycznych (limfocytów i leukocytów, stłuszczonych nabłonków i t. d.).

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Seweryna Cytronberga p. t. *O współdziałaniu czynności wydzielniczej jelita cienkiego w utrzymywaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju*.

W celu zbadania roli czynności wydzielniczej jelita cienkiego w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju przeprowadził autor szereg różnych doświadczeń na psach z przetoką Thiry-Vella i doszedł do wniosków następujących:

1) Zasadowość soku jelitowego zmniejsza się lub wzrasta zależnie od nadmiaru wartości kwaśnych lub zasadowych w „środowisku wewnętrznym” ustroju. Śluzówka jelita współdziała zatem w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju.

2) Kwas jest silnym bodźcem miejscowym dla wydzielania jelitowego w ogólności i dla wydzielania zasad przez śluzówkę jelita w szczególności. Wobec tego wydzielina jelitowa jest tem obfitsza, a jej zasadowość tem większa, im kwaśniejsza jest zawartość j-lita. In vivo kwaśność miazgi pokarmowej zależy przede wszystkim od nasilenia kwaśnego wydzielania żołądkowego. Czynność więc wydzielnicza żołądka wpływa na wydzielanie jelitowe na drodze dvojaki: a) na drodze ogólnej, ponieważ przyrost zasadowości krwi, wywołany przez wydzielanie kwasu solnego, wywołuje sam przez się przyrost zasadowości soku jelitowego (p. 1) i b) na drodze miejscowej, albowiem nadmiar kwaśności miazgi pokarmowej wywołuje wzmocnienie się ilości i kwaśności soku jelitowego. Z tych względów współdziałanie wydzielania jelitowego w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju powinno przejawiać się szczególnie dobitnie w usuwaniu „alkalozy pokarmowej”, wywołanej przez wydzielanie żołądkowe.

4) Średnie dawki podskórne adrenaliny wywołują mniej lub więcej wyraźne zmniejszenie się ilości wydzieliny, jej napięcia powierzchniowego, pH i zasobu zasad obok wyraźnego przyrostu zawartości składników morfotycznych, zwiększenia się wskaźnika refraktometrycznego oraz stężenia chloru w płynnej części soku.

5) Hipofizyna, wstrzyknięta podskórnie, wywołuje niezbyt znaczny krótkotrwały spadek ilości ogólnej oraz zawartości składników sformowanych wydzieliny obok nieznacznego zmniejszenia się stężenia chloru w części płynnej soku. Wpływ hipofizyny na cechy fizyczno-chemiczne soku jelitowego jest (w danych warunkach doświadczalnych) niewyraźny.

6) Umiarkowane dawki podskórne insuliny powodują wyraźny przyrost ilości ogólnej soku przy jednoczesnym zmniejszeniu się zawartości składników sformowanych. Ogólne stężenie części płynnej soku nie ulega zmianie. Napięcie powierzchniowe, pH i zasób węglanów wzrastają, lepkość i stężenie chloru zmniejszają się. Atropina, wstrzyknięta w ciągu trwania działania insuliny wywołuje przedewszystkiem bardzo znaczne zmniejszenie się ogólnej ilości wydzieliny oraz dalsze znaczne zmniejszenie się stężenia chloru.

7) Tyreoidyna działa niejednolicie.

8) Inne badane przetwory różnych hormonów (z jajników, jąder, gruczołu przytarczycznego i t. d.) nie wykazały żadnego wyraźnego działania na ilość lub jakość wydzieliny jelitowej.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Seweryna Cytronberga p. t. *O przebiegu wchłaniania cukru gronowego i owocowego w jelicie cienkim*.

Autor wprowadzał do wydrębnionych pętli jelita cienkiego swoich psów rozmaite stężone roztwory cukru gronowego oraz owocowego i śledził przebieg wchłaniania tych roztworów przy pomocy metody nieco odrębnej od dotychczas stosowanych. Wnioski jego przedstawiają się, jak następuje:

1) Wprowadzenie do jelita hipotonicznych roztworów (cukru) wywołuje z początku szybki, a potem nieco wolniejszy przyrost wskaźnika refraktometrycznego zawartości jelita, aż do wartości, odpowiadających mniej więcej wskaźnikowi refraktometrycznemu soku jelitowego badanego psa.

2) Ten przyrost jest w stopniu nieznacznym następstwem wydzielania składników nieorganicznych (chlorków, dwuwęglanów i t. d.), głównie zaś skutkiem wydzielania śluzu, białka, ciał tłuszczowatych i t. d. przez śluzówkę jelita pod wpływem jej chemicznego i mechanicznego podrażnienia przez wprowadzony płyn.

3) Po wprowadzeniu roztworów hipertonicznych stwierdza się naodwrot spadek wskaźnika refraktometrycznego, z początku bardzo gwałtowny, a następnie bardziej powolny. Spadek ten trwa dopóty, aż zostanie osiągnięta wartość wskaźnika refraktometrycznego soku jelitowego.

4) Rozcieńczanie wprowadzonych roztworów hipertonicznych odbywa się na drodze dvojaki, a mianowicie: a) na drodze szybkiego wysysania nadmiaru ciała, rozpuszczonego we wprowadzonym płynie, b) drogą wydzielania przez jelito pewnej ilości płynu. Wydzielanie przez jelito stwierdza się wówczas, kiedy płyn wprowadzony jest szczególnie silnie stężony.

5) Wobec tego, że wskaźnik refraktometryczny jest wyrazem ogólnego stężenia krystaloidów i koloidów, rozpuszczonych czy też rozproszonych w danym płynie, powyższe spostrzeżenia dowodzą, że przy wchłanianiu jelitowym czynny jest mechanizm, regulujący ogólne stężenie koloidów i krystaloidów zawartości jelitowej w tym kierunku, żeby ono odpowiadało łącznemu stężeniu tych ciał w soku jelitowym.

6) Nie udaje się stwierdzić równoległości pomiędzy regulacją ogólnego stężenia zawartości jelitowej a regulacją stężenia samych krystaloidów t. j. ciał czynnych osmotycznie. Nie ulega więc wątpliwości, że w wymienionym mechanizmie regulującym stężenie zawartości jelitowej, obok zjawisk osmotycznych wielką rolę grają jeszcze inne czynniki.

7) Z poprzedniego wynika ponadto, że przy wprowadzaniu do jelita roztworów krystaloidów należy uwzględnić nie tylko ciśnienie osmotyczne tych roztworów, ich napięcie powierzchniowe (Traube i jego szkoła), szybkość dyfuzji, ciał w nich rozpuszczonych (Schade, Bechhold i t. d.), rozpuszczalność tych ciał w lipidach i t. d., lecz także wpływ koloidów, wydzielonych przez śluzówkę jelita pod wpływem jej podrażnienia przez płyn wprowadzony. W myśli prawa Mc Donnana o równowadze błonowej wchłanianie wprowadzonych roztworów krystaloidów powinno zależeć w dużym stopniu od ilości i jakości tych koloidów. Wobec tego jest zrozumiałe, że przebieg wchłaniania nie tylko może, lecz powinien wykazywać swoiste odrębności, których niepodobna wytłumaczyć, jeżeli uwzględni się tylko ciśnienie osmotyczne płynów wprowadzonych, zdolność przenikania krystaloidów w nich rozpuszczonych i t. d.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Marii Goldmanowej i p. Seweryna Cytronberga p. t. *O wydaleniu chloru i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocy doświadczenia*.

W celu zbadania wpływu azocy na czynność wydzielniczą jelita cienkiego autorowie wywołali (przy pomocy zatrucia uranylem octowym) ciężką, ostro przebiegającą azocię u dwóch psów z przetoką jelitową, przyczem spostrzegli co następuje:

1) Stężenie chloru w soku jelitowym wzrasta początkowo niezbyt znacznie, pozostaje jednak stale na poziomie niższym, niż stężenie chloru w osoczu krwi.

2) W miarę posuwania się ogólnej azocy, stężenie mocznika i azotu pozabiałkowego w soku jelitowym wzrasta bardzo znacznie.

3) Przyrost stężenia tych ciał przebiega równoległe do przyrostu ich stężenia w osoczu krwi; niemniej jednak stężenie mocznika (ściślej mówiąc, wszystkich ciał azotowych, ulegających rozszczepieniu przy zetknięciu się z podbromianem ługu, przyczem zwalnia się azot) oraz ogólna zawartość azotu pozabiałkowego w soku jelitowym są stale mniejsze niż w osoczu krwi.

4) Z powyższego wynika, że w stanach azocicowych czynność wydzielnicza jelita cienkiego gra jedynie rolę podrzędną i bierną jako błona przepuszczalna dla wymienionych ciał azotowych, odznaczających się znaczną szybkością dyfuzji. Pod tym względem czynność wydzielnicza jelita cienkiego różni się zasadniczo od „zwnętrznego” wydzielania wątrobowego. Jak to bowiem wykazał już dawniej Cytronberg, wątroba gra w stanach azocicowych bardzo ważną i czynną rolę w sprawie zastępczego usuwania odpadków azotowych.

5) Powyższe wnioski dotyczą wyłącznie jelita cienkiego. Rola czynności wydzielniczej jelita grubego w stanach azocicowych wymaga oddzielnych dokładnych badań.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na 21 Zjeździe medycyny francuskiej we wrześniu r. b. Aubertin wygłosił referat o *wskazaniach do stosowania insuliny poza moczówką cukrową*. Wymienia on tu przede wszystkim stany niedokarmienia przewlekłego u niemowląt, aczkolwiek dodaje, że wyniki w atrepsji istotnej stwierdza się wyjątkowo; lepsze są one natomiast w hipotrepsji, w zastoju wagowym, w opóźnieniu wzrostu, o ile przyczyna nie leży w trwałym procesie zapalnym. Bądźco bądź stosowanie insuliny w tych razach nie jest obojętne ze względu na hipoglikemję. Dużą korzyść przynosi insulina u dzieci w wymiotach okresowych z acetonurją, a także w przypadkach uporczywego braku apetytu. Wyśmienite i stałe wyniki daje insulina u dzieci starszych i u dorosłych w przypadkach wychudnięcia, zwłaszcza, jeśli idzie o wychudnięcie konstytu-

cyjne z astenią. Niestale i niezawsze do przewidzenia wyniki widuje się od insuliny w przypadkach psychoz, choroby Basedowa, większości cierpień organicznych narządu trawienia, w wychudnięciu starcem, w zakażeniach powolnych niegruźliczych. Stosowanie insuliny u chorych na gruźlicę ma swych przeciwników ze względu na krwioplucie i pogorszenia sprawy chorobowej, stwierdzone w czasie leczenia insuliną. Postacie gorączkowe nie nadają się do leczenia tego rodzaju. W postaciach ustabilizowanych, zwłaszcza nasłutek leczenia odma, można otrzymać niezłe wyniki od insuliny, stosowanej z dużą ostrożnością. Dobre, ale niezawsze pewne działanie przejawia insulina w leczeniu ran i owrzodzeń przewlekłych. Niektórzy autorzy opisywali wreszcie dobre wyniki stosowania insuliny w przypadkach owrzodzeń dwunastnicy, co jednak, zdaniem A., należy przyjmować

z wielką rezerwą ze względu na częste w tem cierpieniu poprawy, wywołane byle jakim leczeniem.

Wytłumaczenie wyników wspomnianych nie jest proste. Jedni sądzą, że odgrywa tu rolę wpływ troficzny wyciągów trzustkowych niezależnie od wpływu na przemianę cukrową. Inni są zdania, że oba te czynniki wspólnie przejawiają swe działanie. Należy przypuszczać, że i uczynnienie metabolizmu węglowodanowego odgrywa tu dużą rolę. W przyroście wagi nie należy winić tylko zatrzymania wody pod wpływem insuliny, gdyż daje się w tych razach stwierdzić jeszcze zatrzymanie azotu i wytwarzanie tłuszczu.

W każdym razie rozmaite strony działania insuliny na przemianę materii ustroju, a i jej wpływ troficzny umożliwiają jej stosowanie w szeregu cierpień poza moczwą cukrową. (Pr. méd. № 85).

Przegląd terapeutyczny

W sprawie leczenia kataru pogrypowego.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa.)

Być może, jako przejaw „meteorotropizmu”, w związku z panującym jednocześnie „frontem cyklonowym” ¹⁾ u zachodnich brzegów Europy zaczęła we wrześniu grasować epidemia grypy. Posiada ona, przynajmniej o ile chodzi o dzieci, wyraźnie zaznaczoną osobliwość przebiegu, która w roku ubiegłym została szczegółowo zanalizowana przez Noeggeratha ²⁾ Idzie o drugi okres grypy, który właśnie zaznaczył się dobitnie podczas pandemii, klinicznie przez Noeggeratha obserwowanej. Ta „dwufazowość” grypy przedstawia się albo w postaci dwóch następujących po sobie podskoków ciepłoty do 39–40°, albo też przebiega z niewielkimi podniesieniami temperatury. Wiadomo powszechnie, że komplikacje grypowe występują bardzo często w sposób charakterystyczny dla danej epidemii. Tak np. niedawno mieliśmy grypę, której cechą charakterystyczną była tendencja powodowania zapalenia ucha środkowego.

Obecnej epidemii towarzyszy przeważnie silny katar nosa, który występuje w drugiej fazie choroby wraz z niewielkimi, przeważnie nie dochodzącymi do 38° podniesieniami ciepłoty. Przytem bardzo często katar ten zjawia się wtedy, gdy w pierwszym okresie choroby wyraźnie była zaz-

naczona suchość znajdujących się w stanie zapalnym błon śluzowych. Objaw ten, podkreślony obecnie przez Noeggeratha, opisany był dawniej już przez Heubnera. Otóż ten katar nosa odznacza się znaczną uporczywością i słabo poddaje się leczeniu miejscowemu (protargol, mentol, adrenalina). Tymczasem zastosowany w szeregu przypadków Buljon przeciwkataralny, przygotowany na sposób Besredki („Antivirus”) i wprowadzony do otworu nosowego z umaczanym w nim wacikiem — dał nadspodziewanie dobre wyniki. Buljon ten ³⁾ otrzymywany jest z następujących drobnoustrojów: gronkowce złociste, białe i woskowe, paciorkowce hemolityczne i niehemolityczne, ziarenkowce kataralne, pneumokoki, pneumobacille Friedländera i laseczniki ozeny, laseczniki okrężnicy, enterokoki, odmienne (protaeus), laseczniki rzekomo-błonicze, rozmaite nieokreślone laseczniki i ziarenkowce — wszystkie wyhodowane z jamy nosowej i nosowo-gardzielowej przy katarach.

Jeżeli idzie o działanie przesączów wg. Besredki, to można dzisiaj z całą pewnością twierdzić, że działanie to oparte jest na zasadzie swoistości, jak tego dowodzą liczne już prace doświadczalne. Dość znaczna wielowożność Buljonu przeciwkataralnego jest prawdopodobnie przyczyną tego, że daje on tak dobre wyniki w przeważnej liczbie przypadków. Stosowany również w okresie przedgrypowym Buljon okazuje się skuteczny.

Metoda leczenia kataru przesączem swoistym zasługuje w zupełności na to, aby znalazła uwzględnienie i rozpowszechnienie.

3) Wyrabiany przez firmę D. Magister Klawe.

1) Por. de rudder „Atmosphäre und Krankheit“ Klin. Wochenschr. 1929. Nr. 49.

2) „Beobachtungen und Versuche bei der diesjährigen Grippe“ Klin. Woch. 1929, Nr. 40.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Błonica w r. 1930.

Podał

Dr. H. PALESTER (Warszawa).

Naczelnik Wydziału chor. zakażn. Dep. Służby Zdrowia.

W przebiegu błonicy za okres od 1919 r. obserwujemy stały wzrost nasilenia.

w roku 1919 zarejestr. 1815 przyp. zachor. 219 przyp. śmierci

„ 1920	„ 3178	„ „ 387	„ „
„ 1921	„ 4130	„ „ 544	„ „
„ 1922	„ 4228	„ „ 414	„ „
„ 1923	„ 3694	„ „ 426	„ „
„ 1924	„ 4838	„ „ 494	„ „
„ 1925	„ 5888	„ „ 567	„ „

w roku 1926 zarejestr.	6826	przyp.	zachor.	226	przyp.	śmierci
" 1927	8640	"	"	824	"	"
" 1928	10460	"	"	863	"	"
" 1929	11977	"	"	776	"	"

W roku 1930-ym liczba zachorowań w porównaniu z r. 1929-ym wzrasta z tygodnia na tydzień. Za okres 44 tygodni, tj. do dnia 1-go listopada r. b., zarejestrowano w roku bieżącym o 4865 przypadków więcej, niż za ten sam okres czasu w r. 1929. Zjawisko wzrostu nasilenia błonicy obserwuje się i zagranicą, jak o tem świadczy dołączona tablica.

Zachorowania.

Państwo	1926	1927	1928	1929
Niemcy	30.299	33.890	46.905	49.053
Anglja	51.069	52.011	61.134	62.773
Austrja	3.761	6.666	8.173	10.657
m. Gdańsk	72	88	442	744
Szwajcarja	1.930	2.398	3.193	3.723
Danja	5.097	5.315	5.781	4.698
Francja	13.348	14.289	18.898	20.493
Węgry	789	1.053	1.085	1.187
Włochy	14.923	18.879	19.247	23.632
Rumunja	1.950	2.585	2.810	3.238
Czechosłowacja	5.343	7.713	12.770	17.291
Jugosławja	1.876	2.244	2.398	5.053
Rosja Sowiecka	42.512	45.683	46.496	50.995
Polska	6.826	8.640	10.460	11.977
Stany Zjednoczone Ameryki Północnej	93.425	106.192	91.407	80.041

Natomiast śmiertelność z błonicy stopniowo się zmniejsza. Gdy w r. 1921 śmiertelność wynosiła 13,2% (najwyższa śmiertelność za cały okres od r. 1919), w r. 1929 już tylko 6,1%, a w 1930-ym za okres do dnia 1 listopada r. b. 5,41%.

Według zestawień za rok 1929 największe nasilenie błonicy miało miejsce w m. Warszawie, Łodzi, Poznaniu, Krakowie, Lwowie, tudzież w Województwie Śląskiem, Łódzkim i Poznańskiem, tj. w województwach najwięcej uprzemysłowionych, o największym skupieniu ludności. Surowica przeciwbłonicza, stosowana na szeroką skalę leczniczo, obniżyła wprawdzie bardzo znacznie śmiertelność, ale nie wpłynęła wcale na rozpowszechnienie się tej choroby, a ponadto zaczęła nawet w ostatnich czasach zawodzić, gdyż wobec zjadliwości zarazka, występują często przypadki toksyczne, w których stosowanie surowicy przeciwbłoniczej nie daje należytego efektu.

W anatoksynie błoniczej posiadamy natomiast zupełnie pewny środek ochronny przed zachorowaniem na błonicę. Departament Służby Zdrowia jeszcze w r. 1925 okólnikiem Nr. Z. Z. 5606/25 z dnia 5 października usilnie zalecał stosowanie szczepień zapobiegawczych przeciwko błonicy. Akcja ta jednak nigdzie nie przyjęła u nas większych rozmiarów.

Wobec wzrostu zapadalności na błonicę wydał w końcu ubiegłego roku Departament Służby Zdrowia ponownie okólnik Nr. 276 Nr. Z. Z. 6782/29 z dnia 4 grudnia, zalecający gorąco przeprowadzenie szczepień przeciwbłoniczych na szeroką skalę, polegając na doświadczeniach innych

państw, w których szczepienia te są już od dłuższego czasu stosowane i to z bardzo dobrym skutkiem. Najszerze zastosowanie znalazły szczepienia przeciwbłonicze w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie obecnie większa część dzieci szkolnych podlega szczepieniu temu, a w samym Nowym Jorku szczepi się rocznie około 125.000 dzieci tak, że odsetek uodpornionych dochodzi tam od 80—90%.

We Francji liczba dzieci zaszczepionych ochronnie w ostatnim czasie, przekroczyła już obecnie miljon.

W Berlinie zaszczepiono ostatnio około 100.000 dzieci.

Wedle dotychczasowych sprawozdań zachorowalność wśród szczepionych jest o 300% niższa, niż wśród nieszczepionych, a ponadto szczepienia te nigdy nie wywołują jakiegokolwiek powikłania w ustroju szczepionym.

Jeżeli się ponadto zważy, że dzieci, uodpornione szczepionką błoniczą, zachowują tę odporność na całe życie, a więc niema potrzeby powtarzania tego szczepienia po pewnym czasie, jak to ma miejsce przy zaszczepieniach duru brzuszego, płonicy i ospy, to dopiero wtedy zrozumie się korzyści tych szczepień.

Według danych, wprawdzie niedokładnych, za rok 1929 zarejestrowano u nas dzieci zaszczepionych 26663.

W roku 1930 Państwowy Zakład Higieny wydał do końca września:

szczepionki BP	171940 gr.
anatoksyny błoniczej	49110 "
ogółem	221050 gr. szczep. przeciwbł.

tj., licząc przeciętnie po 2,5 gr. szczepionki na osobę, na 88020 dzieci. Akcja zatem szczepień przeciwbłoniczych w roku bieżącym w porównaniu z r. 1929 znacznie się wzmogła.

W m. Warszawie, w Łodzi powstają Komitety szczepień przeciwbłoniczych, które organizują specjalne kolumny szczepienne i kierują całą akcją. W akcji biorą udział władze państwowe, magistraty i zarządy Kasy Chorych. Akcja szczepień trwa obecnie przez cały rok. Na akcję szczepień przeciwbłoniczych w m. Warszawie i Łodzi Departament Służby Zdrowia dawał po 500 zł. miesięcznie, a ponadto i bezpłatnie potrzebną szczepionkę.

Według dotychczasowych danych kolumny szczepienne w m. Warszawie dokonały:

odczynów Schicka	13706
wśród tych stwierdzono wrażliwych, a więc Schick +	5010
zaszczepiono poraz 1-y	5400
zaszczepiono z powyższej	
liczby po raz 2-gi	4365
odczynów kontrolnych	
Schicka po szczepieniach	1118
zaszczepiono poraz 3-ci	206
24795 zabiegów razem	

Ogółem uodporniono 70% wszystkich szczepionych.

W Państwowym Zakładzie Higieny:

uodporniono do lat 5-ciu	54%
" " " 7-miu	64%
" " " 10-ciu	69%

W Skierniewicach dokonano odczynów Schicka 2351, w tej liczbie Schick dodatni 792, odczynów Dicka 319, uodporniono 57%.

Według dotychczasowych sprawozdań Komitetu m. Łodzi dokonano:

w ciągu miesiąca stycznia	2810 zabiegów
" " " lutego	3266 "
" " " marca	2589 "
" " " kwietnia	2945 "
" " " połowy maja	3006 "
ogółem	14616 zabiegów.

Podział zabiegów, dokonanych przez kolumny szczepienne, przedstawia się jak następuje:

odczynów Schicka przed szczepieniem dokonano	4330
zaszczepiono anatoksyną błoniczą po raz 1-y	3468
" z powyższej liczby po raz 2-gi	1759
" " " " " 3-ci	473
" szczepionką BP po raz 1-y	2756
" z powyższej liczby po raz 2-gi	1412
" " " " " 3-ci	28
" szczepionką (Gabryczyński) 1-krotnie	113
" " " " " 2-krotnie	140
odczynów Schicka po szczepieniu dokonano	137
ogółem dokonano zabiegów	14616

Akcja ma być wznowiona w październiku r. b. i objąć wszystkie dzieci z pierwszych oddziałów szkół powszechnych i nowoprzyjęte dzieci z zakładów opiekuńczych. Dzieci najmłodsze szczepione będą w domach prywatnych. Akcja ma potrwać około dwu miesięcy.

Obowiązkiem naszym jest dążyć do tego, by akcję szczepień zapobiegawczych przeciw błonicy przeprowadzić jak najszerzej nie tylko w szkołach, ale i w przedszkolach, przytułkach i ochronach, tudzież wśród ogółu dzieci mniejszych, pozostających w domach, a wtedy usuniemy groźbę tej choroby i uratujemy rok rocznie całą masę dzieci, które padają ofiarą tej epidemii.

Wiomości bieżące

— Z Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności.

Wyszedł z druku pierwszy zeszyt miesięcznego „Biuletynu międzynarodowego” Wydziału lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności za miesiąc październik. Zeszyt ten obejmujący 10 arkuszy druku i ilustrowany tablicami, zawiera następujące prace (w językach obcych): 1) R. Weigl: O istocie i postaci zarazki duru osutkowego. — 2) R. Weigl: Sposoby czynnego uodparniania przeciwko durowi plamistemu. — 3) J. Lenartowicz: Badania kily eksperymentalnej. — 4) S. Ciechanowski i K. Ścieszński: Badania nowotworów smołowych. I. (Ciechanowski): Założenia, plan i metoda badań. II. (Ciechanowski i Ścieszński): Spostrzeżenia dotyczące wpływu natężenia czynnika zewnętrznego na powstawanie nowotworów smołowych. III. (Ciechanowski): O wpływie budowy smołowanej części skóry na powstawanie i rozwój nowotworów smołowych. IV. (Ścieszński): Wpływ maści i rasy królików na powstawanie i przebieg nowotworów smołowych. V. (Ciechanowski i Ścieszński): Nowotwory smołowe a ciąża.

Oprócz tego wyszedł pierwszy zeszyt „Comptes rendus des Séances de l'Académie polonaise des Sciences et des Lettres, classe de Médecine”, obejmujący krótkie streszczenia prac, przedstawionych i przyjętych do druku na październikowym posiedzeniu Wydziału, a nieco obszerniejsze polskie streszczenie tych prac wyszło w październikowym zeszycie „Sprawozdanie z posiedzeń Polskiej Akademii Umiejętności”. Rozpoczął się również druk pierwszego tomu „Rozpraw” Wydziału w języku polskim.

Warunki przedstawiania Wydziałowi prac naukowych i ich druku w wydawnictwach Wydziału są następujące:

Autorowie pragnący przedstawić swe prace Akademii, zechcą nadsyłać je pod adresem: „Polska Akademia Umiejętności, Kraków, ul. Sławkowska 17, dla Sekretariatu Wydziału lekarskiego”. — Nadesłane prace przedstawiają referenci, wyznaczeni przez Dyrektora Wydziału, na miesięcznych posiedzeniach naukowych, a o przyjęciu pracy do druku rozstrzyga Wydział na posiedzeniach administracyjnych zwyczajnych (§ 11 Statutu, i § 7 Regulaminu P. A. U.).

Wydział lekarski P. A. U. posiada następujące wydawnictwa: 1) „Rozprawy Polskiej Akademii Umiejętności, Wydział lekarski” w języku polskim, 2) „Bulletin international de l'Académie, w którym pomieszczane są prace w językach obcych (francuskim, angielskim, niemieckim) nie przekraczające 3 arkuszy druku, 3) „Mémoires de l'Académie”, dla prac w językach obcych powyżej 3 arkuszy druku, 4) „Comptes rendus mensuelles des Séances de l'Académie”, w językach obcych. Praca, którą przyjęto do druku, może być ogłoszona: 1) albo po polsku w „Rozprawach” Wydziału IV, przyczem musi obowiązkowo wyjść także w języku obcym w „Biuletynie”, 2) albo tylko w języku obcym w „Biuletynie”.

Prace ogłaszane po polsku w innym czasopiśmie mogą za zgodą Wydziału IV P. A. U. być ogłoszone w języku obcym w „Biuletynie Akademii”.

W razie ogłoszenia pracy po polsku i w obcym języku jeden z tekstów (polski lub obcy) musi być przedłożony w skróceniu.

Akademia nie przyjmuje żadnej pracy, ogłoszonej poprzednio gdzie indziej w obcym języku, może jednak zezwolić na publikację w obcym języku pracy, już ogłoszonej w „Biuletynie Akademii”.

Prace przedkładane Akademii muszą być napisane czytelnie (najlepiej na maszynie) po jednej stronie, jak do druku

a jeżeli mają wyjść w dwóch tekstach (polskim i obcym), to oba teksty muszą być o d r a z u nadesłane. Nadto do każdej pracy musi być o d r a z u dołączone streszczenie polskie najwyżej 45 wierszy druku (dla ogłoszenia w „Sprawozdaniach z posiedzeń” Akademji) i streszczenie w języku obcym, najwyżej 100 słów (dla ogłoszenia w „Comptes rendus”). Teksty prac i streszczeń w języku obcym muszą być zupełnie poprawne. Rysunki, wykresy i t. p., należy dołączać na osobnych kartach (n i e wśród tekstu).

Akademja zastrzega sobie prawo żądania skróceń nadesłanej pracy przed przyjęciem do druku, oraz prawo ograniczenia liczby tabel i ilustracji. Korekty autorskie są uwzględniane tylko wtedy, jeżeli zostaną zwrócone Sekretarzowi Wydziału najdalej do 10 dni od daty wysłania ich autorowi. Koszt takich zmian tekstu w korekcie, które wymagają ponownego przełamywania wierszy, ustępów lub stronic, ponosi autor.

Honorariów autorskich Wydział IV P. A. U. narazie nie przyznaje. Autorowie otrzymują bezpłatnie najwyżej 100 odbitek swej pracy w języku polskim i obcym.

—VI Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”.

Przy poparciu Min. Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciugruźliczy przystępuje do organizacji 3 miesięcznego Kursu Uzupełniającego dla lekarzy — mającego za zadanie przygotowanie lekarzy dla akcji przeciugruźliczej, zwłaszcza lekarzy mających pracować w poradniach przeciugruźliczych.

Obecny Kurs uwzględni w pierwszym rzędzie studia praktyczne jak również obejmie cały szereg wykładów teoretycznych z dziedziny lecznictwa gruźlicy (zwracając uwagę na zabiegi jak odma sztuczna, phrenicoexeresis i t. p.) oraz metod walki z gruźlicą. — Każdy ze słuchaczy Kursu będzie miał możność praktycznego zapoznania się z kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u), w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej, w Klinikach Uniw. Warszawskiego i na oddziałach szpitalnych. — Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich poradniach przeciugruźliczych. — Dla ułatwienia odbycia Kursu zostaną przyznane dla 10 lekarzy stypendja zwrotne w terminie 5 lat w wysokości 500 zł. dla każdego. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze delegowani przez Min. Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia), Kasy Chorych oraz Towarzystwa Przeciugruźlicze.

Wykłady teoretyczne będą dostępne dla ogółu lekarzy, bez żadnego ograniczenia i bez opłat. — Kurs rozpocznie się dnia 15-go stycznia 1931 r.

Podania należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście w biurze Związku Przeciugruźliczego — ul. Chocimska 24 (Państwowa Szkoła Higjeny) od godz. 10-ej do 3-ej, od dnia 1-go stycznia 1931 r.

Do podania należy dołączyć: 1) Krótkie *curriculum vitae*, z podaniem dotychczasowej działalności. 2) zaświadczenie instytucji, która lekarza delegowała i 3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata.

O przyjęciu na Kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna, poczem natychmiast wszystkim kandydatom wysłane będzie zawiadomienie.

Z ukończenia Kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzednim złożeniu końcowego egzaminu.

Komisja Organizacyjna Kursu zwraca uwagę na konieczność dokładnego przestudjowania przez kandydatów na Kurs książki p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”, wydanej pod redakcją prof. Dr. S. Ciechanowskiego przez P. Z. P. w r. 1927.

Dokładne przestudjowanie tego dzieła umożliwi słuchaczom Kursu wykorzystanie należyte wykładów oraz zajęć praktycznych.

— Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich niniejszem podaje do wiadomości swych członków i ogółu lekarzy, że XXVI Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się dnia 13, 14, i 15 kwietnia 1931 r. w Warszawie.

Tematy programowe:

1-o Obecne poglądy na zapalenie wyrostka robaczkowego i na jego leczenie. Referent prof. Dr. Jan Glatzel (Kraków); koreferenci prof. Dr. Antoni Jurasz (Poznań) i prof. Dr. Kornel Michejda (Wilno).

2-o Leczenie raka odbytnicy. Referent prof. Dr. Antoni Leśniowski (Warszawa); koreferent prof. Dr. Maksymilian Rutkowski (Kraków).

Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich niniejszem uprasza swych członków o zgłaszanie na przyszły Zjazd odczytów oraz przemówień w rozprawach nad wymienionymi tematami programowymi. Termin zgłoszeń na ręce Sekretarza Zarządu Dr. Tomasza Wiśniewskiego (Warszawa — Jerozolimka 51) upływa w dniu 20 marca 1931 r.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż na posiedzeniu Komitetu Konkursowego z daru firmy „Motor”—Zakł. Chem. Farm. w Warszawie, przyznana została nagroda Drowi med. Zdzisławowi Goreckiemu z Warszawy, za pracę p. t. „Badania nad działaniem kofeiny, strychniny, kamfory, kardiazolu i koraminy na układ krążenia i oddychania u chorych w okresie niewydolności krążenia pochodzenia sercowego”.

Sekretarz Stały:

Prof. Dr. med. B. Sawicki.

— Klinika Neurologiczno-Psychiatryczna U. J. w Krakowie (Kopernika 48) zawiadamia, że Oddział Kliniki dla dzieci wyjątkowych został ponownie uruchomiony. Na oddział przyjmuje się chłopców od lat 5 do 15 z wadami wymowy, oraz dzieci nerwowe, trudne pod względem wychowawczym.

— VII międzynarodowa wycieczka lekarska, organizowana przez Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie od d. 26 grudnia r. b. do 8 stycznia r. 1931. Punkt zborny w Marsylii d. 26. XII, następnego dnia zwiedzenie portu, przyjęcie przez wydział lekarski, po południu zwiedzenie Aix. W dalszym ciągu podróż obejmuje: Touion, Hyères, Giens, San-Salvador, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Antibes, Juan les-Pins, Cannes, Nizze, Monte-Carlo, Mentonę. Przewidziane są liczne wycieczki górskie ze sportami zimowymi. Władze włoskie przyjmą uczestników podróży w San Remo i Bordigherze, gdzie podczas uroczystości urzędowej zostanie nadane jednej z ulic nazwisko Pasteura na pamiątkę jego pobytu w tem mieście. Następnie przez Ospedaletti, Grimaldi, Roquebrune, Cap Martin, Monako i Beaulieu powrót do Nizy, gdzie podróż będzie zakończona.

Na żądanie dostatecznej liczby uczestników zorganizowana zostanie wycieczka na Korsykę.

Przewidziane są przyjęcia na przemian z pokazami naukowymi i zwiedzaniem ciekawych miejscowości. Kolejne żelazne francuskie i włoskie ofiarują 50% zniżkę na przebieg miesiąca. Liczba miejsc jest ograniczoną. Życzący sobie wziąć udział w wycieczce lekarze i ich rodziny zechcą informować się listownie jaknajwcześniej pod adresem: Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, Nice.

— Redakcja wychodzącego w Paryżu międzynarodowego pisma „Index Analyticus Cancerologiae” prosi wszystkich P.P. autorów, którzy w ostatnim kwartale r. 1930 ogłosili w języku polskim prace dotyczące nowotworów, — o przysłanie streszczeń w języku francuskim (ewentualnie polskim) pod adresem: Dr. Wejnert, Marszałkowska 73. Warszawa, lub Doc. Dr. Sterling-Okuniński Marszałkowska 41, Warszawa.

— Nr. 21 dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: Prof. dr. Stefan Szuman „Chwytywanie jako ważny etap w rozwoju niemowlęcia”, M. Beniśławska „Kultura uczuć”, M. Morzkowska „Przetwory z warzyw i owoców”, Z. Brykańska „Matki nie wierzące w medycynę”, Dr. Z. Michejdzina „Co trzeba przygotować dla niemowlęcia”, Dr. Adolf Klęsk „Jak lekarz powinien postępować z dzieckiem, zwłaszcza przed zabiegiem operacyjnym”, Dr. H. Weissman „Stany kataralne”. Wyprawa dla niemowląt, mody dziecięce, odpowiedź redakcji na listy rodziców (bezpłatna poradnia dla czytelników), nowela A. Maliszewskiego „Pierwsze litery”, wiersz Skwarczyńskiej „Wtórny ślub” oraz liczne ilustracje z życia dzieci czytelników uzupełniają numer. Redakcja i Administracja — Warszawa, Plac Zamkowy 9.

— Nr. 11 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Emil Kipa. W rocznicę. Karol Husarski. Dramat powstania listopadowego. Konstanty Wolicki. Poselstwa do Francji i Stambułu. Dr. Zdeněk Hájek. Życie

więźniów polskich w twierdzy spielberskiej. Dr. Anna Min-kowska. Nastroje w Powstaniu listopadowym. Wacław Husarski. Powstanie listopadowe w sztuce. Bibliografia roku 1830—31.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

25.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. L. Karwacki. Epidemia duru rzekomego C w oddziale wojskowym. 2. S. Cytronberg. Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego. Doniesienie III. Wpływ niektórych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej.

27.XI. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne

1. Demonstracja chorych. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. W sprawie walnego zebrania.

29.XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Sekcja kliniczna.

L. Jelenkiewicz. Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów.

TREŚĆ: H. BROKMAN i A. FESTENSZTAT. Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy i zapalenia płuc u dzieci. — N. JELENKIEWICZ i J. WEINBERG. Przypadek wrodzonej wady serca bez zmian rentgenowskich (Ductus Botalli apertus). — W. RÓBIN. W sprawie wczesnego rozpoznawania schorzeń woreczka żółciowego. — E. LANDAU. Zespół kliniczny zawału mięśnia sercowego (Infarctus myocardi). (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. KRAMSZTYK. W sprawie leczenia kataru pogrypowego. — H. PALESTER. Błonica w r. 1930. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. BROKMAN et A. FESTENSZTAT. Le diagnostic différentiel de la tuberculose et de la pneumonie chez les enfants. — N. JELENKIEWICZ et J. WEINBERG. Un cas de vice congénital du coeur sans symptômes radiologiques. (Ductus Botalli apertus). — W. RÓBIN. A propos du diagnostic précoce des maladies du sac biliaire. — E. LANDAU. Syndrome clinique de l'infarcté du myocarde. (Rev. gén.). — St. KRAMSZTYK. A propos du traitement du coryza postgrippé. — H. PALESTER. La diphthérie en 1930.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300.—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, mieści się w 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 3-ej do 4-ej pp.

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

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