

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok VIII

WARSZAWA, 15 STYCZNIA 1931 R.

Nr. 3

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza.
(Kierownik: Prof. M. Semerau-Siemianowski).

O raku pierwotnym płuca.

Podał

Jerzy MUSZKATENBLIT (Warszawa).

Nie rzadkość kliniczna tego schorzenia, a raczej coraz bardziej zwiększająca się liczba przypadków nowotworu pierwotnego płuc w ciągu ostatniego dziesięciolecia u nas w kraju i zagranicą skłania mnie do ujęcia w ramki wykładu klinicznego jednostki chorobowej, która przez wzgląd na swą fatalną złośliwość wymaga jaknajbardziej wczesnego rozpoznania, a co poza tem idzie, możliwie wczesnej terapii.

Materiał mój składa się z dwunastu przypadków, przeze mnie obserwowanych częściowo na oddziale szpitalnym, częściowo w praktyce prywatnej. Z tych jednak tylko w przypadkach szpitalnych nastąpiło potwierdzenie sekcyjne; w innych z przyczyn zewnętrznych trzeba było od rozbioru zwłok odstąpić. Wywody więc moje muszą się opierać na obserwacjach licznych autorów, co mi daje jednocześnie możliwość z większą pewnością wysnuwać wnioski z własnych spostrzeżeń.

W krótkich zarysach historia moich chorych:

1) Walenty T., lat 65, dozorca. Przybył do szpitala 20.V.1929 r. ze skargami na silną duszność, dokuczliwe bóle w klatce piersiowej, szczególnie pod prawym obojczykiem i na męczący kaszel o charakterze napadowym. Chory odpluwa dość obfitą zielonkawo-krwawą plwocinę.

Choroba rozpoczęła się, według słów chorego, w lutym tegoż roku męczącym kaszlem, utratą apetytu i postępującym z dnia na dzień ogólnym osłabieniem. Przed miesiącem wystąpiła duszność, która stale potęguje się. W ostatnich dwóch tygodniach chory zauważył guz nad prawym obojczykiem, niebolesny, ale powiększający się stopniowo. Wywiady płucne bez znaczenia — chory cieszył się zawsze dobrem zdrowiem. Kily nie przechodził.

Na pierwszy rzut oka stwierdzamy wybitną sinicę twarzy, uszów i warg; spojówki gałkowe przekrwione; szyja i twarz obrzmiałe. Chory oddycha, charcząc i ze świstami. Klatka piersiowa, szczególnie ze strony prawej, pokryta wybitną siatką żylną; stwierdza się uwypuklenie w prawej połowie klatki piersiowej, przeważnie w górnej części. Skóra klatki piersiowej ciastowata, przeważnie z przodu, kłóczy górne obrzmiałe, sinica na palcach, które nie są zniekształcone. Przestrzeń nadobojczykowa prawa wypełniona pakietem gruczołów, przesuwających tarcząc na lewo; gruczoły twarde, niebolesne. Uwydatnia się objaw Olliver-Cardarelliego.

Drganie głosowe prawidłowe na całej przestrzeni klatki piersiowej. Przytłumienie wyraźne w dole nadobojczykowym prawym i w przestrzeni międzyłatkowej, zaznaczonej uwypukleniem. Oddech pęcherzykowy, osłabiony. W przestrzeni międzyłatkowej, gdzie stwierdza się stłumienie — oddech oskrzelowy o charakterze stenotycznym. Serce powiększone, tony głuche, wyraźny akcent nad tętnicą płucną. R. R. 140-75. Tętno miarowe, 70 na minutę. Ciężota normalna. W innych narządach odchyłań od normy brak. Żrenice zwężone, lecz równe, leniwie oddziałują na światło. Wielokrotne badanie płwociny oprócz krwi nie wykazuje: prątków Kocha lub komórek nowotworowych nie stwierdzano. Rozpoznajemy nowotwór w prawym płucu z zajęciem częściowym śródpiersia. Badanie rentgenologiczne (Dr. E. Brunner) wykazuje zacienienie górnej połowy pola płucnego i śródpiersia. Szczyt prawy wolny, serce nie przesunięte.

Krew wykazuje niewielką hiperglobulię, 5,800,000 czerwonych ciałek, białych ciałek 8,000, obojętnochłonnych 80%. Hemoglobiny 110%. Wassermann ujemny.

Z dnia na dzień stan chorego wybitnie się pogarsza, obrzęk szyi, twarzy i kończyn górnych postępuje, oddech staje się coraz bardziej utrudniony, siatka żylna na klatce piersiowej zarysowuje się coraz mocniej.

30.V. tegoż roku, czyli po dziesięciu dniach pobytu w szpitalu chory zmarł.

Sekcja (Dr. E. Siedlecki) wykazała twardy guz, wychodzący z prawego dużego oskrzela, zajmujący śródpiersie, dający się prześledzić aż do prawego dołu nadobojczykowego. U podstawy górnego płata prawego płuca szereg twardych, zlewających się ognisk, które na przekroju wykazują wszystkie

cechy guza z oskrzeli śródpiersia. Przerzuty nowotworowe do gruczołów prawej pachwiny. Guz uciska i przerasta górną żyłę prężną.

Rozpoznanie histologiczne: *Carcinoma plonocellulare*.

2) Aleksander K., lat 70, 4lusarz. Przybył do szpitala 28.III.29 r. ze skargami na ogólne osłabienie, bóle głowy, bezsenność i zupełny brak apetytu. Twierdzi, że od 6 miesięcy stale traci na wadze, a od 8 tygodni nie opuszcza łóżka. Chory gorączkuje, nie kaszle, żadnego bólu nigdzie nie odczuwa. Na płuca nigdy nie chorował, kily nie przechodził.

Chory wychudzony, o białych, żółtawych powłokach i białych spojówkach; skóra sucha, wiotka, podściółka płucowa minimalna. Stwierdza się pod skórą tułowia i kończyn cały szereg nieprzesuwalnych guzków wielkości fasoli. Klatka piersiowa długa i wąska z widocznym uwypukleniem w lewej dolnej połowie; krążenia zastoinowe na klatce piersiowej, ani na brzuchu nie stwierdza się. Znajdujemy wybitne stłumienie w lewej dolnej części klatki piersiowej od linii łopatkowej do przedniej pachowej w obrębie od 6-ego do 11-ego żebra, poza tem wypuk wszędzie jawny. W obrębie stłumienia oddech niesłyszalny, drżenie i przewodnictwo głosowe zniesione. Gruczoły szyjne, pachowe i pachwinowe niemacalne. Chory nie kaszle, nie pluje, duszności niema. Tętno serca głuchawe; akcja miarowa. R.R. 100/60. Ciepłota wahająca się od 36° do 38°. Nakłucie w obrębie zupełnego stłumienia płynu nie dało. Badanie krwi: WR ujemny; Hb 62,5%; wskaźnik barwnikowy 1,1; czerwonych ciałek 2,760,000; białych ciałek 6,000; obojętnochłonnych 71%; myelocytów (ob. chl. 1%, eozynochl. 1%); myeloblastów 5%; monocytów 3%; limfocytów 19%. Wybitna poikilocytoza, anizocytoza mniej zaznaczona (mikro- i makrocyty). W każdym polu widzenia po kilka jądrzastych czerwonych ciałek oraz polichromatofilnych. Barwieniem przyżyciowym wykrywamy od 2 do 5 ciałek młodocianych jądrzastych w każdym polu widzenia. Badanie treści żołądkowej wykazuje zupełną bezsoczność; posiew z treści dwunastniczo-żołądkowej daje *bacterium coli* i enterokoki. W moczu reakcja na urobilinogen i urobilinę dodatnia, pozatem nic patologicznego.

Zdjęcie rentgenowskie (Dr. E. Brunner) wykazuje ograniczone zacienienie w okolicy nadprzeponowej lewej, zlewające się z cieniem serca. Zdjęcie kręgosłupa żadnych zmian nie wykazuje.

Obraz wtórnej niedokrewności z podrażnieniem szpiku kostnego, badanie fizyczne i Roentgen potwierdzają przypuszczenie nasze w sensie nowotworu płuca.

Od początku choroby aż do samego zejścia śmiertelnego, które nastąpiło 4.V.29 r. poza ogólnymi objawami wahającej się ciepłoty o typie *intermittens* (36°—38,5°) żadnych objawów płucnych poza stwierdzonym stłumieniem nie było.

Sekcja (Dr. E. Siedlecki) potwierdziła istnienie nowotworu złośliwego w dolnym płacie lewego płuca z przerzutami do opłucny, do dwóch żeber (5 i 6) z tejże strony, do górnego płata prawego płuca (na kliszy przerzut niewidoczny). Jednocześnie nowotwór przeszedł na osierdzie i dał przerzuty do mięśnia sercowego. Wychodził on z oskrzela dolnego lewego, zamknął je i spowodował ropne zapalenie otaczającego mięszu.

Rozpoznanie histologiczne: *Carcinoma parvicellulare*.

3) Stanisław F., lat 57, dozorca. Przybył na oddział 29.V.29 z powodu duszności, kaszlu i bólu w klatce piersiowej, głównie po stronie prawej. Chory jest od 4 miesięcy; w ciągu ostatnich 8 tygodni nasilenie doszło do tego stopnia, że przykuło go do łóżka i zmusiło do udania się do szpitala. Przedtem był zupełnie zdrowy, żadnych chorób płucnych nie przechodził, kilę neguje.

Wygląd chorego robi wrażenie ciężkiego cierpienia: twarz obrzękła, uszy, nos i policzki sine; siedząc w łóżku zgięty ku

przodowi, ciężko oddycha, i już zdaleka słysząc charczenie i świsty. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej, a głównie na brzuchu wybitna sieć żylna. Chory mało odpływa; krwi w płwocinie nie stwierdza się, laseczników Kocha brak. Szyja obrzęknięta, również przednia powierzchnia klatki piersiowej ciastowata; w jamie nadobojczykowej prawej stwierdza się duży pakiet twardych gruczołów, wychodzący z pod obojczyka; tchawica przesunięta na lewo. Z tyłu wybitne stłumienie od szczytu do 5 żebra po stronie prawej. Żebra z tejże strony i kręgosłup przy opukiwaniu bardzo bolesne. Drżenie i przewodnictwo głosowe w granicach stłumienia bardzo osłabione. Oddech zlekka oskrzelowy, o charakterze stenotycznym. Tętno serca bardzo głuche, akcja serca przyspieszona, ale miarowa. Tętno 102 na minutę. Ciśnienie tętnicze R. R. 158/80. T⁰ 36,6. Chory od początku choroby nie gorączkował.

Zwracamy uwagę na zwężoną prawą szparę oczną, na głębiej osadzoną gałkę i na zwężoną źrenicę. Na światło źrenice reagują bardzo słabo, szczególnie prawa. W moczu nic patologicznego. Wassermann w krwi ujemny. Badanie krwi wykazało: hemoglobiny 71%, czerwonych ciałek 2,500,000, białych ciałek 19,600; wskaźnik barwnikowy 1,4; obojętnochłonnych 94%, monocytów 1%, myel. 1%, myeloblastów 1%, limfocytów 3%.

Badanie rentgenologiczne (Dr. E. Brunner) wykazuje zacienienie środkowej i dolnej części prawego pola płucnego i zupełne zacienienie śródpiersia. Zarysów i ruchów przepony nie widać. Rozpoznajemy guz złośliwy w prawym płucu i śródpiersiu.

Po zejściu śmiertelnym, które nastąpiło 14.VI.29 sekcja (Dr. E. Siedlecki) wykazała guz, wychodzący z prawego oskrzela dolnego, zajmujący całe śródpiersie, uciskający na górną żyłę prężną i przerastający do środkowego i górnego płata prawego płuca.

Rozpoznanie histologiczne: *Carcinoma cylindrocellulare*.

Następne dwa przypadki dotyczą chorych, obserwowanych na oddziale przez kolegów J. Ty-pografa i E. Żerę, którzy łaskawie oddali materiał swój do mojej dyspozycji.

4) Jan P., lat 53, cieśla. Przybył na oddział 5.V.1930 r. ze skargami na męczący kaszel, duszność i silne wyczerpanie. Choroba rozpoczęła się 3 miesiące temu krwiotętnem, które trwało 4 dni, poczem ustąpił kaszel i duszność. Krwiotętno więcej się nie powtórzyło, duszność natomiast wzmogła się do tego stopnia, że chory w ostatnich tygodniach nie jest w stanie leżeć, a siedzi pochylony ku przodowi, oparty brodą o kolana. Na płuca nigdy nie chorował, również kily miał nie przechodzić. Dalsze wywiady bez znaczenia.

Zastajemy chorego w pozycji siedzącej, z trudem oddychającego, Lekka sinica na twarzy, źrenice prawidłowo reagują na światło i zbieżność. Klatka piersiowa niesymetryczna, uwypuklona ze strony lewej, zapadnięta ze strony prawej. Dolki nad- i podobojczykowe zapadnięte, przestrzenie międzybrowe szerokie. Gruczoły pachowe cokolwiek powiększone. Przy opukiwaniu stwierdza się stłumienie ze strony prawej, z tyłu od kątów łopatek w dół, z przodu od 3-ego żebra w dół. W obrębie stłumienia oddech, drżenie i przewodnictwo głosowe osłabione. Ponad stłumieniem oddech zastoinowy, ze strony lewej dużo furczenia i świstów. Serce w granicach normy, tony czyste, akcja miarowa. Tętno 90—100 na minutę, słabo wypełnione. T⁰ 37,8.

Badanie krwi i moczu odchyłań od normy nie wykazało; w płwocinie, wielokrotnie badanej, prątków Kocha nie znaleziono.

Nakłucie opłucny w obrębie stłumienia płynu nie wykryło.

Badanie rentgenologiczne (Dr. Rosnowska) wykazało silne, jednostajne zacienienie, ostro odgraniczone cieniem, idącym od tyłu sylwetki sercowej, związanym ze śródpiersiem

tylnym i nie oddzielającym się od tegoż. Przepona prawa prawie nieruchoma, kąt przeponowo-żebrowy prawie zupełnie zacieniony, trochę płynu w kacie żebrowym. W pozycji skośnej lewej prawa granica serca w górnej części odsunięta jest od śródpiersia, dolny jego zarys zlewa się z wyżej wymienionym cieniem.

Rozpoznajemy nowotwór w dolnym płacie prawego płuca. Stan chorego z każdym dniem się pogarsza, pojawiają się obrzęki kończyn dolnych, wyniszczenie ogólne postępuje z wielką szybkością; 26. VI. 1930 następuje zgon.

Na sekcji (Dr. E. Siedlecki) potwierdza się rozpoznanie kliniczne. Przytaczam protokół sekcyjny.

Carcinoma bronchi dextri ad pulmonem progrediens cum metastasibus in lymphoglandulis regionalibus. Pneumonia dexterior—cum suppuratione, superior—in carnificationem vertens. Pleuritis productiva dextra. Emphysema vicariens pulmonis sinistri (foci bronchopn. dispersi). Transpositio mediastini ad latus dextrum. Atrophia fusca myocardii et hepatis. Arteriosclerosis universalis. Sectio partialis.

Rozpoznanie histologiczne: *Carcinoma cylindrocellulare.*

5) Jan Urb., lat 58, palacz w kotłowni. Przybył na oddział 19. V. 1930 r. Zachorował, jak podaje, nagle 4 tygodnie temu: dostał bólów w klatce piersiowej i krzyżu, kaszlał, temperatura dochodziła do 40°. Stan był bardzo ciężki w ciągu 2-uch tygodni, poczem temperatura obniżyła się. Leczył się w domu. Obecnie jest bardzo osłabiony, mówi z trudem i szeptem, kaszle, cierpi na silną duszność. Nigdy nie chorował, pił i palił umiarkowanie, kiły miał nie przechodzić.

Chory jest bardzo wyniszczony, skóra pofałdowana, mało sprężysta, mięśnie wykazują odczyn zwyrodnienia. Zrenice na światło i zbieżność reagują dobrze.

Klatka piersiowa długa, przestrzenie międzyżebrowe zapadnięte, dolki nad- i podobojczykowe zapadnięte, kąt międzyżebrowy rozwarty. Dolne granice płuc od tyłu nisko ustawione, mało ruchome. Drżenie głosowe wyraźne po stronie prawej do kąta łopatki, po stronie lewej bardzo osłabione. Stwierdza się stłumienie po stronie lewej, nie wyjaśniające się do połowy łopatki z tyłu i do 3-o żebra z przodu; po stronie prawej przytłumienie sięgające prawie kąta łopatki i wyjaśniające się nad łopatką z tyłu oraz nad szczytem z przodu. Osluchowo wszędzie oddech szorstki zaostrozony, wydech mało słyszalny, z wyjątkiem dolnych odcinków od tyłu, gdzie słychać furczenia, świsty oraz drobno-bańkowe rżenia wilgotne. Serce w granicach normalnych, nad wszystkimi uściami tony czyste, ale głuche. Ze strony innych narządów odchyłeń od normy brak. Gruczoły chłonne niepowiększone.

Chory odpluwa plwocinę ciągnącą się, o zabarwieniu czerwono-żółtym, ale bardzo skąpą. T⁰ — 38,4, tętno 90.

Badanie krwi: Hm. 80%. Wskaźnik barwnikowy 1,1. b. c. 5000, czerwonych 3.500.000. N. 74%. Limf. 22%. M. 2%, kwasochłonnych 2%. W moczu o c. gatunkowym 1022 nic, oprócz odczynu dodatniego na urobilinogen, nie stwierdzono. Prątków Kocha w plwocinie brak.

27. V. zostało wykonane nakłucie w drugiej przestrzeni międzyżebrowej ze strony lewej. Wydobytą minimalną ilość tkanki krwistej odesłano do zbadania do dr. E. Siedleckiego w Inst. Anatomii Patologicznej Uniw. Warsz. Odpowiedź nadesłana 1/VI. stwierdza, że tkanka przysłana najbardziej odpowiada utkaniu raka.

Jeszcze wcześniej przeprowadzone badanie rentgenologiczne (Dr. Rosnowska) wykazuje silne zacienienie szczytu i górnej części lewego płuca, ostro odgraniczone od dołu, nie tętniące, położone bardziej od tyłu. Śródpiersie tylne w górnej części zacienione.

Zastosowana w danym przypadku reakcja odchylenia dopełniacza z antygenem rakowym wypadła dodatnio (+ +).

Chory nadal gorączkuje, stan ogólny z dnia na dzień się pogarsza, duszność się potęguje, i śmierć następuje 12/VI.

Badanie sekcyjne (Dr. E. Siedlecki) daje obraz następujący: *Carcinoma lobi superior. pulm. sin. cum metastasibus ad lymphoglandulas mediastini (et ad unam supraclavicul. sin.), ad pulmon. dextr., ad hepar, ad suprarenalem dextr. Dilatatio cordis dextri. Bronchopneumonia inferior ambilateralis dispersa et confluens superior sin. Atrophia organorum: hepatis, renum, pancreatis, thyreoideae. Anaemia universalis. Arteriosclerosis levi gradu. Inanities. Sectio partialis.*

Rozpoznanie histologiczne: *Carcinoma parvicellulare.*

6) Chory B. Z. lat 62, były ujeżdżacz koni na dworze rosyjskim. Przybył do szpitala 16. V. 1928 r. Pochodził z rodziny zdrowej. Cięższych chorób nigdy nie przechodził. Wyróżniał się wielką siłą fizyczną. Na kiłę nie chorował. Pił i palił umiarkowanie. Obecna choroba, która go sprowadziła do szpitala, rozpoczęła się stopniowo przed pół rokiem. Chory zaczął odczuwać bóle w okolicy prawej łopatki i w prawym ramieniu. Natężenie tych bólów było niewielkie. Po pewnym czasie chory zauważył, że mu puchnie prawa ręka. Początkowo obrzęk zjawiał się i ustępował, później zaś został już na stałe i to właśnie skłoniło chorego do udania się do szpitala. Przebieg choroby był bezgorączkowy. Kaszel niewielki; plwociny chory nie odpluwał. Apetyt dość dobry, stan odżywiania pogorszył się bardzo nieznacznie. W chwili przybycia do szpitala stwierdzono stan następujący: klatka piersiowa typu rozedmowego, mało elastyczna. Na skórze w prawej okolicy podobojczykowej widoczna wyraźna niewielka siatka rozszerzonych powierzchownych żył skórnych. Ruchomość klatki piersiowej na stronie prawej upośledzona. Prawy dołek nadobojczykowy lepiej wypełniony, niż lewy. Gruczoły chłonne niepowiększone. Opukowo zupełnie stłumienie z tyłu do połowy łopatki, z przodu zaś do 4-ego żebra. Na pozostałej przestrzeni oddech opukowy bębnowy. Prawa kończyna górna w całości obrzęknięta, z widocznymi zgrubiałymi żyłami. Ruchy kończyny zachowane. Wysłuchowo w płucach: w miejscu stłumienia osłabienie szmerów oddechowych, rżeń nie stwierdza się; drżenie i przewodnictwo głosowe zachowane — choć osłabione. Serce, narządy jamy brzusznej i układ nerwowy bez zmian. Liczny szereg badań laboratoryjnych krwi, moczu i plwociny odchyłeń od normy nie wykazał. Prześwietlenie rentgenowskie wykazało zupełnie zacienienie w obrębie górnego płata płuca prawego. Rozpoznajemy rak pierwotny płuca. Chory po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu zmarł wśród objawów coraz bardziej postępującego charłactwa. Sekcja (Dr. E. Siedlecki) potwierdziła rozpoznanie kliniczne (protokół zagoni).

7) Chory M. K., lat 63, dozorca domowy. Przybył do szpitala 10 stycznia 1928 r. z powodu suchego kaszlu, bólów w prawym boku, utraty apetytu i postępującego osłabienia. Dolegliwości te rozpoczęły się stopniowo mniej więcej przed pół rokiem. Poprzednio był zawsze zdrow. Na płuca nie chorował. Ostatnio nieznacznie gorączkuje. Nie odpluwa. W chwili przybycia do szpitala stwierdzono stan następujący: chory budowy prawidłowej, bardzo wychudzony, z zupełnym zanikiem tłuszczowej tkanki podskórnej. Klatka piersiowa płaska, długa. Dolki nad- i podobojczykowe zapadnięte. Stwierdza się unieruchomienie i uwypuklenie dolnej części prawej klatki piersiowej. Opukowe stłumienie z tyłu ze strony prawej od 6-ego żebra w dół. Oddech w miejscu stłumienia osłabiony, drżenie i przewodnictwo głosowe zniesione. Po nakłuciu okolicy stłumienia płynu nie dostaliśmy. Zmian w innych narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Ze względu na ciężki stan chorego nie można było go prześwietlić. (Roentgen w szpitalu był wówczas nieczynny). Po 10 dniowym pobycie w szpitalu chory zmarł. Badanie sekcyjne (Dr. E. Siedlecki) wykazało pierwotny nowotwór prawego płuca w dolnym płacie z zajęciem śródpiersia.

W pięciu następnych przypadkach, obserwowanych przeze mnie w praktyce prywatnej, przebieg kliniczny bez najmniejszej wątpliwości przemawiał za nowotworem płucnym. Brak sekcji i badania histologicznego bezwzględnie zmniejsza ich wartość, ale pozwolę sobie przez wzgląd na niektóre momenty natury klinicznej przytoczyć w krótkich zarysach historje tych chorych.

1) W styczniu roku bieżącego zostałem zawezwany do pani A. D. lat 67, malki naszej koleżanki, osoby, którą przedtem leczyłem z powodu stenokardji, miażdżycy tętnicy głównej i dolegliwości sercowych, związanych ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego. Tym razem chora uskarżała się na ogólną słabość, częste stany omdlewania, brak apetytu i bezsenność. Zlekka pokaszliwała, płwociny żadnej nie odpływała. Osoba ta zawsze cieszyła się dobrym zdrowiem, dobrym apetytem i żadnych chorób w życiu nie przechodziła. Przy badaniu stwierdziłem przytłumienie w dolnej części prawego płuca z osłabionym oddechem i osłabieniem drżenia i przewodnictwa głosowego. W sercu, jak zwykle u niej, szmer skarczowy na aorcje. Akcja serca miarowa, tętno 72 na minutę. T^0 —normalna. Po tygodniu, kiedy po raz drugi badałem chorą, objawy obecności płynu wystąpiły zupełnie wyraźnie, i zdecydowałem płyn ten wypuścić, co natychmiast też uczyniłem. Chora od początku choroby nie gorączkowała. Wypuszczony płyn w ilości 1 litra o charakterze surowiczym wykazał własności płynu zapalnego. Rivalta dodatni, białka 5,4⁰₁₀, limfocytoza i dużo zlepków komórek śródbłonkowych w formie „Placards poligonaux”, zawierających protoplazmę zwąkuolowaną, często o dwóch jądrach. Liczne badania tych komórek przez specjalistów nasuwały podejrzenie nowotworu. Wassermann w krwi ujemny. Chora z dnia na dzień upadała z sił, już więcej nie opuszczała łóżka. Wystąpiły dokuczliwe bóle w prawej połowie klatki piersiowej, duszność, męczący kaszel i zupełny brak łaknienia. Płyn coraz częściej z powodu duszności wypuszczałem, ale ulga była tylko chwilowa. Stłumienie stałe utrzymywało się na wysokości grzebienia łopacki. Prześwietlenie rentgenowskie, wykonane na miejscu po uprzednim wypuszczeniu płynu, wykazało tylko wysoki poziom płynu. Choroba w okresie sześciu-

tygodniowym skończyła się zejściem śmiertelnem. Podkreślam, że płyn przez cały czas był surowiczy, ani razu w nim krwi nie stwierdzono.

2) Obserwacja dotyczy pana Fr. R., 43 lata, przedsiębiorcy i pracownika przy robotach asfaltowych. Tego chorego obserwowaliśmy wspólnie z d-r'em Marcelim Landsbergiem. W lutym 1925 r. p. R. zachorował na wysięk w prawej opłucnie. Przedtem fizycznie był zawsze zdrowy; cierpiał od wielu lat na stany psychozy manjakałnej, z powodu której przez pewien czas znajdował się na kuracji w szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie. Na kilę nie chorował. Wassermann w krwi i w płynie mózgowordzeniowym ujemny. Płyn w opłucnie często znikał i znów w niewielkiej ilości się pojawiał; zawsze bez gorączki. Chory uskarżał się na dokuczliwe bóle z prawej strony klatki piersiowej i w prawym stawie barkowym i na kaszel; płwociny nie odpływał. W marcu tegoż roku badanie rentgenologiczne wykazało niewielką ilość płynu w prawej opłucnie. Płyn oprócz reakcji Rivalta i limfocytozy nic nie wykazał. W sierpniu 1925 r. punkcja wykryła płyn tym razem już krwawy, w którym znaleziono zlepy śródbłonkowych komórek o charakterze podejrzanym. Po zupełnym wypuszczeniu płynu z jamy opłucnowej udało się otrzymać na kliszy zacinienie dolnej połowy prawego pola płucnego i śródpiersia. Chory zginął wśród objawów zupełnego wyniszczenia i nieznośnych cierpień z powodu bólów i duszności.

Ostatnie trzy obserwacje dotyczyły 3 osobników, z czego 2 mężczyzn w wieku 65 i 68 lat i jednej kobiety lat 58. Wszystkie te trzy przypadki co do typu klinicznego podobne były do siebie. Osoby te przedtem na płuca nie chorowały. Głównymi objawami były: kaszel, ból w boku, krwiopłucie, duszność i osłabienie ogólne. W krwawej płwocinie u żadnego z powyższych chorych elementów nowotworowych, ani laseczników Kocha nie wykryto. U wszystkich trzech stwierdzało się rentgenologicznie zacinienia w dolnej części prawego pola płucnego. Osoby te zginęły w ciągu pierwszych 6 miesięcy choroby z objawami zupełnego wyniszczenia. Wysięk krwawy bardzo obfity pojawił się na kilka tygodni przed zejściem śmiertelnem u kobiety.

(C. d. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z ambulatorjum Kasy Chorych m. Warszawy.

Stan obecny leczenia żyłaków kończyn dolnych.

Podał

Dr. med. Jakób Konrad SZPILMAN (Warszawa).

Jedną z najczęstszych zmian chorobowych układu żylnego kończyn dolnych są żyłaki — nieprawidłowe rozszerzenia żył o zygzakowato wężykowatych kształtach na mniej lub większej przestrzeni. Zazwyczaj ulegają zmianie chorobowej żyły powierzchowne, ale mogą też i głębsze ulec niedomodzi. Najczęściej jednak zaatakowane są żyły odpiszczelowe podskórne (*V. v. saphenae*) i wpadające do nich mniejsze, nawet włosowate. Ulubione miejsce żyłaków — to podudzie, powierzchnia boczno—wewnętrzna, często tylna — zewnętrzna (łydka). Często wytwarzają się w dole podkolanowym, czasami wyżej na udzie, przechodząc nawet na powłoki brzuszne. Nie-

kiedy widzimy je w okolicy kostek po obu stronach na grzbietach stóp. Znane są żyłaki sznurka nasiennego, klatki piersiowej i szyi (Antonopolus i Rallis). Miałem w leczeniu pacjenta z rozległymi wężykowato zmienionymi żyłakami kończyny górnej — lewego przedramienia. Chora kończyła obrzękła z charakterystycznymi rozszerzeniami żył, tworzącymi miejscami jamiste, bańkowate lub nawet workowate wypuklenia i zgięcia. Skóra blada, sucha, po części pozbawiona włókien elastycznych z upośledzoną podściółką tłuszczową. Niekiedy skóra bardzo ścięczała sinawa i zabarwiona na brązowo z powodu nagromadzonego barwnika, jakby napięta w około goleni. Miejsca te są zwykle siedliskiem owrzodzenia żyłakowego. Tworzenie się owrzodzeń żyłakowych autorzy przypisują różnym przyczynom. Barber Robert i Faud Shatere, amerykańscy autorzy, są zdania, że przyczyna tkwi w niedostatecznym i upośledzonym odżywianiu skóry. Magnus, a zanim Schaefer twierdzą, że zwiększona ilość kwasu węglowego we krwi żyłaków

wywołuje owrzodzenia. K l a p p uważa za przyczynę podwyższone ciśnienie, wywołane niedomykalnością zastawek naczyniowych, i przepojenie krwią zastoinową, zmienioną chemicznie (zwiększona ilość kwasu węglowego i azotu niebiałkowego) w naczyniach żylnych, włosowatych i tkankach otaczających.

Chorzy z żylakami skarżą się na osłabienie w nogach, występujące przy chodzeniu, a zazwyczaj przy stanie. Śwędzenie i pocenie się dokucza dotkliwie. Powierzchnowe ranki, nawet głębsze owrzodzenia powstają często przez drapanie, wywołane świądem w nocy. P o n d o r f f tłumaczy świąd ten następstwem zakażenia prątkami gruźliczymi. Obrzęk, towarzyszący zazwyczaj kończynie chorej, dokucza chorym przeważnie w porze cieplej. Niekiedy obrzęki występujące w stanach zapalnych żylaków, dochodzą do większych rozmiarów, nie ustępują przy dłuższym leczeniu, przypominając słoniowatość pospolitą. Dość często u żylakowatych osobników widzimy płaskie stopy, koślawe paluchy, schorzenia, wywołane prawdopodobnie zwiótczeniem mięśni i więzadeł. Krwawienia, powstałe z powodu pęknięcia żylaka, mogą być czasami poważne, nawet i śmiertelne. Częstość sprzyja tworzeniu się wrzodów. Powstałe owrzodzenia nie sprawiają zwykle dolegliwości, goją się bardzo powoli, leniwie, najczęściej całe lata. W wielu przypadkach mamy przykre bóle, wywołane, jak to niektórzy autorzy tłumaczą, uciskiem na nerw albo na wytwarzające się zapalenie nerwów pod wpływem długotrwałej sprawy zapalnej.

Przyczyna powstania żylaków jest niejasna, różnorodna. Jest kilka teorii.

Najstarsza — to teoria mechaniczna T r e n d e l e n b u r g a. Z tem nazwiskiem związany jest klasyczny objaw: gdy podniesiemy chorą kończynę w górę, ułatwiając w ten sposób odpływ krwi z żył powierzchownych do głębiej leżących, i uciśniemy miejsce ujścia żyły odpiszczelowej do udowej, a następnie chorego postawimy, to przy dodatniej próbie żyła odpiszczelowa natychmiast wypełnia się krwią. Na tem doświadczeniu T r e n d e l e n b u r g buduje swą teorię mechaniczną. Autor przypuszcza, że z powodu nieomogi zastawek, krew obciąża ścianę naczynia, rozszerzając ją. Kołbowato zmienione naczynie z powodu rozszerzenia światła powiększa nieomogę zastawek. Wytwarza się, że tak powiem — *circulus vitiosus*.

S ł a w i Ń s k i na podstawie badań anatomicznych wykazał, że rozszerzenia powstają powyżej zastawek, i że rozszerzeniu częstość ulega nie sama żyła odpiszczelowa, lecz jej odgałęzienia równoległe do niej położone. Autor jest zdania, że liczba zastawek żyły i stan ich nie zmienia się. Pogląd powyższy nie zgadza się z teorią T r e n d e l e n b u r g a. Badania układu żylnego promieniami R o e n t g e n a po wstrzyknięciu środków kontrastowych również nie wyświełają sprawy.

B e n d a przypuszcza, że przyczyna tkwi w ciśnieniu słupa krwi. Fizjologiczne ciśnienie krwi, ta *vis a tergo* — siła popędowa serca — jest bodźcem, wywołującym rozszerzenie ściany żyły.

H a s e b r o c k za przyczynę podaje pewną dysproporcję między odpływem i przyływem krwi. Uważa on również, że pewne znaczenie ma wzmożone ciśnienie krwi tętniczej, zwłaszcza przy wysiłkach mięśniowych. Dalej sprawy, utrudniające i hamujące swobodny odpływ krwi żyłnej na tle mechanicz-

nem, wywołują powyższe schorzenia. Taką mechaniczną przeszkodą w opróżnieniu się żył ma być wszystko, co utrudnia odpływ, względnie podnosi ciśnienie w odcinkach odśrodkowych naczynia, a mianowicie: nowotwory jamy brzusznej, ciąża, wady serca i niektóre zawody, wymagające trwałego obciążenia kończyn dolnych. Jednak pogląd powyższy nie jest słuszny. Mimo olbrzymiej częstości wymienionych czynników szkodliwych choroba żylakowa zdarza się względnie rzadko i występuje niejednokrotnie jednostronnie, i w końcu poważne zmiany anatomiczne nie mogą zależeć wyłącznie od zastojów, spowodowanego czynnikami mechanicznymi. U osobników z dużymi nowotworami jamy brzusznej nie często widzimy żylaki. Przeciw mechanicznej przyczynie przemawia również doświadczenie, zaczerpnięte z patologii żyły biodrowej. Wiemy, że zakrzep lub podwiązanie żyły tej zasadniczo nie wywołuje żylaków.

Ciąża nie jest również jedyną przyczyną powstawania żylaków.

Spodziewaćby się należało powstawania żylaków w końcowych miesiącach ciąży, kiedy powiększona macica, dzięki swej objętości, powiększając ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej, zdolna jest do zaciśnięcia naczyń. Mimo to bardzo często widzimy już rozszerzone naczynia w początku ciąży, kiedy jeszcze nie doszło do ucisku. Nawet często trwające rozszerzenia naczyń żylnych do końca ciąży — po rozwiązaniu znikają zupełnie.

Henri V i g n e s — a za nim S a s s o w e r na podstawie dość dużego materiału doszli do przekonania, że żylaki u kobiet ciężarnych powstają w okresie wczesnym, kiedy macica, tylko nieznacznie powiększona, nie odgrywa roli czynnika mechanicznego w etiologii schorzenia. Powstanie żylaków podczas ciąży raczej należy zaliczyć do ogólnego fizjologicznego objawu rozpluchnienia tkanek. Zauważono również, że podczas miesiączkowania żyły pęcznieją i stają się tklisze, co przemawia za pewnym związkiem między gruczołami rodniemi, ewentualnie dokrewnymi a układem żylnym. Nieomoga tarczycy uważana jest przez V i g n e s a za pewną skłonność do powstawania żylaków.

G a u g i e r, G a u t h i e r poszukują przyczyny zaburzeniach czynności gruczołów dokrewnych. W normalnych warunkach pewne hormony regulują napięcie ścian żył zapomocą nerwów sympatycznych około i wewnątrz-żylnych, działając na włókna mięśniowe. Jeśli tych hormonów brakuje lub jest ich za mało, napięcie zmniejsza się i powstają żylaki.

U kobiet występują żylaki przy niedostatecznym wydzielaniu hormonów jajnikowych, u mężczyzn zaś przy nienormalnem wydzielaniu przysadki mózgowej. Trudno łączyć chorobę tę z hormonami jąder. Niewątpliwie i nadnercze ma pewien wpływ. Powyższe teorie uzupełniają się wzajemnie, nie przecząc sobie. Objawy olbrzymiego wzrostu kości (akromegalia, duże nogi, nos, dolna szczęka), jak i schorzenia całego układu żylnego (guzki krwawnicze, żylakowatość sznurka nasiennego) są również wyrazem związku żylakowatości ogólnej i zmienionych gruczołów dokrewnych.

G e l p k e i S c h l u n k dopatrują się właściwej przyczyny w ogólnej atonji tkanek w „histomalacji“, jak ją nazywa G e l p k e. Inni autorzy widzą przyczynę w astenji nerwowo-krażeniowej.

Ponndorf i Clasen są zdania, że żylaki są następstwem gruźliczego schorzenia żył.

Lehmann wyraża pogląd, że zapalne stany ścian żył, wywołane przez czynniki toksyczne, powodują żylaki. We Włoszech i Grecji panuje przekonanie (Antonopolus, Riemzi), że żylakowatość częstokroć występuje z powodu jądów, zawartych w pokarmach z kukurydzy.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jedną z główniejszych przyczyn powstawania żylaków są wady konstytucjonalne, powstałe z powodu niedomogi gruczołowej, endokrynologicznej, że tak powiem, nie dające się poszczególnie wydzielić, a uzupełniające się wzajemnie.

Opierając się na skromnym materiale, mogę przytoczyć następujące dane: leczyłem w ciągu niespełna dwóch lat 86 chorych, 3-ch mężczyzn i 83 kobiety. Ta mała liczba mężczyzn da się wytłumaczyć warunkami socjalnymi, które nie pozwalają w dzisiejszych ciężkich czasach ludziom pracującym tracić czasu na leczenie chorób niebardzo dokuczliwych. Powstanie choroby waha się pomiędzy 16 a 46 rokiem życia. Na ogólną liczbę 83 kobiet, zapadło na żylaki niezależnie od ciąży 11 osób, w początkowym okresie 49, i w późniejszym 23 osoby. Dość często towarzyszyły żylakom płaskie stopy i guzy krwawnicze. Miałem niedawno w leczeniu matkę i dwie młode córki, co by dawało do myślenia, że może wchodzi w grę nieraz i czynnik dziedziczny. Z powyższych danych i wzięwszy pod uwagę statystykę Vignesa i Sassovera wypływa, że ciąża w pojęciu czynnika mechanicznego nie odgrywa większej roli w powstawaniu żylaków. Zaznaczyć wypada, że powstają one zazwyczaj w początku ciąży, co jest zgodne z teorią Gaugliera, według której wzmożona czynność jajników pozostaje w związku przyczynowym z chorobą żylakową.

Powstawanie żylaków u młodszych dziewcząt nie bez słuszności Kaszubski upatruje w warunkach zewnętrznych. Autor jest zdania, że modne noszenie cienkich pończoszek i krótkich spódniczek zimą sprzyja odmrożeniom i to dość rozległym, a nawet drugiego stopnia. Wskutek odmrożenia zmniejsza się napięcie naczyń skórnych i towarzyszący obrzęk sprzyja powstawaniu żylaków. Również przesadne ćwiczenia sportowe, namiętnie uprawiana gra w piłkę nożną przy skazy konstytucjonalnej jest przyczyną powstawania żylaków.

Wobec powyższych rozważań etiologicznych leczenie chirurgiczne, zarówno jak i chemiczne nie może doprowadzić do doszczętnego wyleczenia choroby. Należałoby leczyć stan ogólny przez wpływanie na czynność gruczołową i w odpowiednich przypadkach indywidualnie stosować kurację miejscową, chirurgiczną, czy też chemiczną.

Leczenie chirurgiczne żylaków było znane już u starych egipcjan, którzy wyrwali żyły. Celsus z wielkim powodzeniem podwiązywał żyły rozszerzone. Najwięcej uprawnionym zabiegiem czasów aseptycznych był zabieg Trendelenburga, dokonywany jeszcze po dziś dzień przez niektórych chirurgów. Polega on na podwiązaniu żyły odpiszczelowej dużej. (*V. Saphena magna*) tuż przy ujściu do żyły udowej. Zabieg winien być dokonany tylko w przypadku z dodatnim objawem autora. Daje nawroty częste (od 50 — 60%), niektórzy autorzy radzą, by

przy podwiązaniu żyły odpiszczelowej wyciąć jej kawałek (10 cm.)

Ledderhose przy rozległych żylakach radzi podwiązać żyłę odpiszczelową w kilku miejscach. Podaje, że miał 100% wyleczonych przypadków.

Dający niby lepsze rezultaty jest zabieg, podany przez Magnusa (w Ameryce zwany O'Connor'a). Autor zachwala swój sposób przy większych żylakach. Operacja polega na podwiązaniu żyły odpiszczelowej przy ujściu do udowej i wycięciu jej na całej długości. Boczne mniejsze żyły, wpadające do żyły odpiszczelowej, winny być dokładnie podwiązane. Szczęśliwy wynik operacji daje bardzo długą bliznę, przeszkadzającą w chodzeniu. Nawroty od 20—30%. Wenzel proponuje okrężne cięcie w 1/3 górnej części uda z podwiązaniem żył podskórnych. Zabieg zarzucony wobec powikłań — przeszkody w krążeniu i słoniowatości.

Najradkalniejszy jest niewątpliwie sposób Rindfleisch'a, rozpoczynający się cięciem spiralnym poprzez skórę i tłuszcz aż do powięzi, przecinając tym sposobem wszystkie napotkane żyły, które zostają podwiązane. Rany powstałe autor nie zaszywa. Szpetne blizny, długotrwałe leczenie, czasami do 14 miesięcy, nie zachęcają nikogo z współczesnych chirurgów do powyższego zabiegu. Zresztą, sam autor opisał nawroty.

Tavel o powyższym sposobie powiedział, że pozostają takie blizny, których chirurg winien się wstydić.

Phelps po podkłuciu podskórnym pnia żyły odpiszczelowej przy ujściu do żyły udowej powtarza ten sam zabieg kilkakrotnie w dalszym przebiegu żyły.

Kocher podkłuwa tylko żylaki i podwiązuje je.

Kuźmik czyni to samo, podkładając między nitkę a skórę kawałek gazy. Schede, miast gazy, podkłada mały kawałek drenu gumowego w celu zabezpieczenia skóry przed martwicą.

Schepelman radził flebekschajrezę, wrywanie żylaków na małych odcinkach.

Klapp robi dyscyzję żylaków za pomocą tenotomu. Efekt zabiegu ma być dodatni i pozostawia bliznę kosmetyczną.

Krüger podwiązuje dość wysoko żyłę odpiszczelową, poniżej przecina ją i wprowadza jedno ramie odpowiednich nożyczek w światła naczynia, przecinając je wraz ze skórą na dłuższej przestrzeni. Zaszewiając ranę przekłuwa również przeciętą żyłę, doprowadzając tym sposobem do jej zaniku.

Delbet podał zespolenie żyły udowej dużej z żyłą odpiszczelową, Coenen zaś z żyłą podkolanową, aby wykorzystać zdrowe zastawki w żyłach głębszych wzamian zastawek wadliwych w żyłę odpiszczelową. Sposób niepewny, niewiadomo bowiem czy zespolenie będzie sprawne, i czy w żyłę udowej są zdrowe zastawki. Zresztą, może się stworzyć w miejscu zespolenia w żyłę udowej skrzeplina, co nie jest obojętne dla kończyny.

Największym uznaniem się cieszy metoda operacyjna Babcock'a. Pomysłowo i kosmetycznie wykonany zabieg ten daje dość dobre rezultaty. W przypadkach bez zakrzepów daje się zabieg powyższy zastosować w niesłychanie prosty sposób. Po dokonaniu niewielkiego cięcia podwiązuje się żyłą odpiszczelową przed ujściem jej do żyły udowej. Przez otwór w żyłę wprowadza się wdół zgłębnik metalowy giętki

z niewielką kulką.¹⁾ Po zrobieniu drugiego niewielkiego cięcia na podudziu podwiązuje się żyłę przed kostką wewnętrzną, przecina się ją, wyprowadza kulkę zgłębnika na zewnątrz i przecina się żyłę odpiszczelową u góry. Poniżej pierwszego górnego podwiązania mocno zawiązuje się nitką jedwabną odcięty górny koniec żyły przed większą kulką na początku zgłębnika i lekko szarpiącymi ruchami wyciąga się całą żyłę, układającą się, jak harmonijka. Krwawienie ustępuje po opatrunku uciskowym i ułożeniu kończyny w pozycji lekko uniesionej.

W przypadkach żyłaków bardzo rozwiniętych, gdzie tworzą się kłęby splątane, należy robić dodatkowe małe cięcia i posługiwać się powyżej podaną techniką.

Schmieden metodę tę zmienił w odwrotnym kierunku, wyciąga on zgłębnik przez górny otwór. Operację powyższą (typowego Babcocka) wykonałem kilkakrotnie z bardzo dobrym wynikiem. Nawrotu dotychczas nie widziałem.

Markus niszczy żyłaki za pomocą diatermii. Zrobiwszy małe cięcie na żyłaku, wprowadza czynną elektrodę do światła naczynia i tym sposobem niszczy żyłak.

Schiassi podał sposób, stojący na pograniczu leczenia operacyjnego i chemicznego. Nakłada podwiązkę na żyłę odpiszczelową przed ujściem do udowej i zapuszcza płyn Lugola, który wycieka przez otwór, zrobiony w najniższym punkcie żyły odpiszczelowej na podudziu. Sposób może być zastosowany w przypadkach z mniej więcej równym przebiegiem żyły odpiszczelowej. W przypadkach w kłęby splątanych żyłaków sposób ten, o ile ma dać jakiś efekt — nie nadaje się w zupełności.

Reasumując to, co wyżej powiedziane, widzimy, że nawet doszczętne zabiegi dają nawroty w dość znacznym stopniu, jednak do najpewniejszych należy sposób Babcocka i jego odmiany. To też od dawnych czasów starano się znaleźć lepszy sposób, dający pewniejsze rezultaty, nie narażający chorego na niebezpieczeństwo, nie odrywający go od pracy zawodowej, bowiem warunki socjalne niezawsze i nie wszystkim ludziom pozwalają na stratę drogiego czasu na leczenie operacyjne, zresztą niezawsze pewne i bezpieczne, a dające nieraz szpecące blizny. Takim sposobem leczniczym okazał się sposób chemiczny za pomocą zastrzykiwań drażniących przetworów do żył, wywołujących skrzep w rozszerzonej żyły. Metodą tą osiągnięto dobre wyniki. Stała się ona bardzo popularna i wyrobiła sobie prawo obywatelstwa na obu półkulach. Zwolennikami jej na początku byli, jak to słusznie Stich i v. Gaza podają, słabo chirurgicznie wyszkoleni lekarze-wenerolodzy. Z biegiem czasu wywołała metoda ta żywe zainteresowanie w świecie lekarskim, zwłaszcza chirurgicznym. Wielka liczba prac doświadczalnych, klinicznych i statystycznych oraz znakomite wyniki lecznicze przyczyniły się do powstania zagranicą, jak i w kraju przychodni i zakładów do leczenia ambulatoryjnego żyłaków sposobem chemicznym.

Z polskich autorów Goldmanówna, Gruca, Sasower i Kaszubski ogłosili drukiem swe bogate doświadczenia.

Myśl leczenia zastrzykiwaniami nie jest nowa. Wynalazca strzykawki Pravaz w 1851 roku zasto-

sował ją poraz pierwszy, wstrzykując do tętniaków, a później i żyłaków chlorek żelaza. Ze względu jednak na stany zapalne, zarzucił tę metodę. Był to jeszcze okres kiedy nie znano aseptyki.

Sicard w roku 1917, zastrzykując dożylnie przy leczeniu kiły luargol, przetwór arsenowy z sodem, zauważył przypadkowo po jakimś czasie, że w temże miejscu występowały zaczerwienienia odpowiedniego odcinka żyły bez bólu i objawów zapalenia. Prawie jednocześnie Linser z Tübingen podał swe spostrzeżenia leczenia żyłaków jednoczynowym roztworem sublimatu. Leczenie omawianym sposobem polega na wywołaniu stanu zapalnego ściany żyły, przypominającego zapalenie żył zakrzepowe pochodzenia drobnoustrojowego, różniącego się jednak zasadniczo tem, że jest sprawą, wywołaną chemicznie, miejscową, ograniczoną do podrażnionego odcinka żyły bez skłonności do przesuwania się ku górze i włąb. Przebiega bez podniesienia ciepłoty, bez objawów miejscowych zapalenia i bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. Dla podkreślenia tej różnicy w postaci zapalenia Sicard stworzył dla omawianego procesu osobną nazwę „venitis”. Wstrzyknięty roztwór chemiczny w dostatecznej ilości i stężeniu wywołuje bujanie błony wewnętrznej, zamknięcie światła naczynia, wtórne powstawanie zakrzepów, organizujących się w krótkim czasie. Badania doświadczalne nad działaniem poszczególnych środków były wielokrotnie przeprowadzane. Gruca i Meisen badali chlorek sodu, Binet, Vernes, Pisarewa, Jenzer i Askenazy badali salicylany; Loewenfeld i Nobel roztwory cukru; Wolf — sublimat. Zmiany, spostrzegane przez powyższych autorów, mało się różnią od siebie. Prawie wszędzie jest przebieg podobny: uszkodzenie śródbłonna, zakrzep i zamknięcie żył. Jest pewna różnica w czasie powstawania zakrzepów w żyły.

Sicard, twórca metody tej we Francji, ujmując zmiany drobnowidzowe, jak następuje: „Śródbłonek podrażniony przerasta. W drugim okresie na wysokości zmienionego śródbłonna odkłada się włóknik krwi. Włóknik przylega całkowicie do podrażnionego śródbłonna, a zatem na przestrzeni bardzo znacznej skrzep włóknikowy jest dosłownie wszczepiony, a możliwość oderwania się jego jest wprost wyłączona. W trzecim okresie zakrzep organizuje się, a w czwartym — następuje skleroza i wessanie się tkanki bliznowej”.

Pierwotnie środkiem do tego celu prowadzącym, stosowanym przez Sicarda, był węglan sodu, a przez Linsera — 1 proc. roztwór sublimatu. Z biegiem czasu obaj autorzy odstąpili od powyższych środków, przechodząc do mniej drażniących. Sicard do salicylanu jodu, Linser do wysokoku, a ostatnio do roztworu chlorku sodu. Cały szereg innych środków, jak dwujodek rtęci, chinina, chinina z uretanem, cytrynian sodu, płyn Pregla, cukier gronowy i t. d. prowadzą do tegoż celu. Różnią się jednak od siebie mniej lub więcej znacznie co do szybkości i pewności działania, jakoteż co do nasilenia odczynu miejscowego, czasem i ogólnego.

Większość autorów francuskich z Sicardem na czele wstrzykuje w pozycji stojącej, bez nakładania jakiegokolwiek opaski poniżej lub powyżej miejsca wstrzyknięcia. Zakładanie opaski w tej pozycji autorzy uważają za zbędne, zgoła niepotrzebne, czasami nawet niebezpieczne, gdyż w tem położeniu krew pły-

¹⁾ Fabryka narzędzi chirurgicznych w Warszawie — Hipolit Amber.

nie ku sercu bardzo powoli. Po wprowadzeniu cienkiej igielki i przekonaniu się, że koniec jej tkwi w żyłę, wstrzykuje się powoli odpowiednią ilość płynu, potem, równocześnie z cofaniem się igły, uciska się miejsce wkłucia przez 3—4 minuty, a następnie kładzie się chorego powoli, by uniknąć żywszych skurczów mięśni kończyny i dostania się płynu do żył głębszych. Sica r d podał nawet specjalny stół, na którym tuż po zastrzyknięciu płynu układa się chorego.

Inna grupa autorów z Linserem na czele wstrzykuje w opróżnioną żyłę pod opaską lub między opaskami w pozycji siedzącej lub leżącej. Meisen wkłupa igłę w stojącej pozycji, wstrzykuje w leżącej również pod opaską. Sprawa szczegółów technicznych ma znaczenie podrzędne, gdyż każdym sposobem dochodzi się do tego samego celu, bez poważniejszych powikłań. Niektórzy autorzy zalecają przy wstrzykiwaniu płynu obnażanie i podwiązanie żył, stosując leczenie kombinowane (Moszkowicz). Unger przed wstrzyknięciem obnaża żyłę odpiszczelową tuż przed ujściem do udowej, nacina ją, wprowadza do światła naczynia cewnik moczowodowy, przy niezmiennym przebiegu żyły cewnik znajduje się często poniżej kolana, a w szczęśliwych warunkach w $\frac{1}{3}$ dolnej części podudzia. Wymacawszy koniec cewnika w żyłę, wkłupa igłę i zastrzykuje 20% sól kuchenną lub roztwór cukru, wyciągając powoli cewnik. Sposób swój bardzo zachwala, twierdząc, że ta metoda nie dała mu nigdy martwicy; stosuje ją od dwóch lat. Sposoby powyższe nie zachęcają zbytnio; chory zostaje oderwany od pracy na kilka dni, może i tygodni, powtórne, podwiązanie nie zabezpiecza przed pewnymi niepożądanymi powikłaniami.

Stosuję sposób podany przez Sica r d a. Technika zastrzykiwań bardzo prosta i łatwa. Zastrzykuję w pozycji stojącej, najlepiej na stole, bez opaski. Pacjent winien mieć oparcie (krzesło z boku ustawione, o które ręką chory się opiera). Zastrzykuję roztwór salicylanu sodu 40 proc. i 25 proc. Lek ten poprostu jest wskazany, ponieważ działa wtórnie, bowiem żyłakowatym chorym dość często towarzyszą spłaszczone i zdeformowane stopy. Bóle, występujące z powodu powyższych zmian anatomicznych, ustępują również po zastrzykiwaniach. Zastrzykiwania zaczynam od najwyżej położonych rozszerzonych żył i żyłaków. Nie powinno się jednak wstrzykiwać zbyt wysoko na udzie, bowiem pień żyły odpiszczelowej w tem miejscu jest o przebiegu mniej więcej równym i rozszerzony lekko w górę, tworząc dobre warunki do powstania dośrodkowych zakrzepów. Na początku leczenia wstrzykuję małe dawki płynu od 2—3 cm³. 25% powoli, zwłaszcza w przypadkach z bardzo rozwiniętymi żyłakami, licząc się z koniecznością wstrzykiwania do każdego pojedynczego żyłaka. Wstrzykiwania dalsze robię po 8-u dniach, przechodząc stopniowo do większej ilości płynu i stężenia. Zastrzykując w najwyżej położony żyłak, jak wyżej podałem, powtarzam zastrzykiwania coraz niżej i doprowadzam do zaniku rozszerzoną żyłę. Zwykle po udanym zastrzyknięciu występuje podczas, a najczęściej dopiero po wstrzyknięciu dotkliwy ból; pieczenie wzdłuż całej żyły, ciężkość kończyny, a czasem kurcze. Powyższe objawy zależą poniekąd od wrażliwości osobniczej i mają różne nasilenie, trwające od 2—3 minut. Często objawy zależą od natury i stężenia wstrzykiwanego płynu. Miejscowo spostrzegamy błędnięcie okolicy żyły i

stwardnienie i kurcz jej. Ból jest według Linsera następstwem gwałtownego skurczenia się mięśni gładkich naczyń pod wpływem silnego podrażnienia chemicznego. Bywa i odwrotnie: chorzy dość często nie odczuwają żadnych dolegliwości. Jeżeli jednak płyn dostanie się do tkanki okolicznej (*periventitis*, *periphlebitis*), następuje gwałtowne pieczenie — ból silny, a w następstwie zaś ograniczona, leniwie gojąca się martwica skóry i głębszych tkanek. Ból ten jest wskaźnikiem, że należy natychmiast przerwać wstrzykiwanie, nawet gdyby krew przez igłę wypływała. Niektórzy autorzy w takich przypadkach zastrzykują wokół podejrzanego miejsca 10 cm³ płynu fizjologicznego, by przy ewentualnym wypłynięciu z żyły płynu zneutralizować go. Osobiście robię dodatkowo gorący okład na powyższe miejsce. Nie stosuję żadnych domieszek znieczulających z racji powyższego objawu. Jednak bywa, że objaw ten u osobników bardzo wrażliwych często zawodzi, gdyż nawet przy najlepszej technice i natychmiastowym i pewnym dostaniu się do żyły odczuwają przykre uczucia, nawet bóle. Aby zapobiec bólowi, powstałemu przez wypłynięcie płynu z miejsca ukłucia i ewentualnemu niebezpieczeństwu powstania zakrzepów w chwili zastrzykiwania i porwania go z prądem krwi, należy przed wyciągnięciem igły miejsce wkłucia dobrze ucisnąć gazą, a po kilku minutach założyć na 24 godziny opatrunek uciskający. Skórę w miejscu zastrzyknięcia oraz igłę wycieram eterem, środkiem odkażającym i znieczulającym. Ze względów kosmetycznych wstrzykuję nie w sam guzek, gdyż organizacja skrzepów w guzkach trwa dłużej, niż w żyłach cienkich. Wstrzykuję zawsze powyżej w ujście węzłowe. W dniu wstrzyknięcia są nieznaczne bóle przy chodzeniu, czasem i samostne. Ciepłota skóry nieco podwyższona, żyła lekko obrzękła i twarda. Następnego dnia bóle ustępują, i chory czuje się lepiej. Przeprowadzam leczenie ambulatoryjnie, chorzy nie przerywają pracy.

W nielicznych przypadkach zdarzają się powikłania. Opiswane są zgorzele kończyny, nawet i przypadki śmierci po leczeniu zastrzykiwaniami. Na samym początku mej praktyki miałem dwa przypadki martwicy skóry na przestrzeni 2 groszy polskich.

Wyniki leczenia omawianym sposobem miałem zachęcające, z wyjątkiem dwóch powyższych powikłań. Z nawrotami chorzy się do mnie nie zgłaszali. Wraz z żyłakami znikły wszelkie dolegliwości.

Mimo to nie wszystkie żyłaki nadają się do leczenia omawianym sposobem. Jednym z najważniejszych przeciwwskazań jest zapalenie żył na tle drobnoustrojowym. Dalej nie należy leczyć ludzi, według Sica r d a, Gaugiera i Hempla, z podwyższonym ciśnieniem tętniczym, niewyrównaną wadą serca, chorobą nerek, krwistością, miazdzącą tętnic kończyn dolnych, dużymi włókniakami macicy, i w czasie ciąży. Żyłaki zbyt znaczne, rozległe i usadowione wysoko, mimo braku przeciwwskazań ogólnych, będą prawdopodobnie nadal leczone operacyjnie.

Mając do wyboru dwa sposoby leczenia: operacyjny i zastrzykiwaniami-chemiczny, wybiorę pierwszy. Muszę powtórzyć słowa Vigy a z o — sympatyczny i pewniejszy jest i pozostaje sposób operacyjny.

PIŚMIENICTWO:

Antonopolus — Rallis: Ref. Zentr. Organ f. d. ges. Chir. 1925. T. 30. Binet et Vernes: Presse Medicale 1925 r. Nr. 45. Bazelis: Med. Klin. 1924 Nr. 94. Bardy: Med. Klin. 1924 Bier—Braun—

Kümmel: Chirurg. Operationslehre. Büdinger: Med. Klin. 1923 Nr. 11. Barber Robert i Faud Shafare: Ref. Zentr. Org. f. d. ges. Chir. 1925 T. 31. Clasen: Varicen — ulcus cruris 1925. Delatere: Presse Medicale 1926 Nr. 44. Fabry: Med. Klin. 1923. Goldmanówna: Pol. Gaz. Lek. 1923 Nr. 12/13. Gruca: Pol. Gaz. Lek. 1926 Nr. 52. Gruca: Pol. Przegl. Chir. T. VII 1928. Grzywa: Zentr. f. Chir. 1925 Nr. 19. Gaugier: Presse Medicale 1926 Nr. 92. Gauthier Presse Med. 1926 Nr. 55. Hohlbaum: Zentr. f. Chir. 1923 Nr. 70. Hygel et Delater: Pr. Med. 1925 Nr. 44. Koller u. Aebly: Zentr. f. Chir. 1922 Nr. 28. Kaszubski: Pol. Prz. Chir. 1926—IX Kaszubski. War. Czas. Lek. 1928 Nr. 5. Leventi: Ref. Zentr. f. Chir. 1927 Nr. 26. Linser: Med. Klin. 1916 Nr. 34. Linser: Ther.

d. Gegenwart 1925 Nr. 1. Moszkowicz: Zentr. f. Chir. 1927 Nr. 28. Magnus: Klin. Wochenschr. 1926 Nr. 32. Meisen: Ref. Zentr. f. Chir. 1927 Nr. 47. Nordmann — Kirschner: Die Chirurgie. Nobl: Med. Klin. 1925 Nr. 32. Perutz: Wien. Med. Wochenschr. 1926 Nr. 13—15—16. Remenowski i Kantor. Med. Klin. 1925 Nr. 27. Schlunck: Med. Klin. 1926 Nr. 32—33. Sicard et Gaugier: Presse Medic. 1926 Nr. 44. Schoenhof, Med. Klin. 1925 Nr. 51. Sassower: Pol. Prz. Chir. T. VII 1928. Tournay: Presse Medic. 1926 Nr. 11. Unger: Zentr. f. Chir. 1927 Nr. 51. Vignes: Prog. med. Ref. Zentr. Org. f. d. ges. Chir. 1925 T. 30. Vaquez et Laconte: Presse Medicale 1921 Nr. 28. Vigyazó: Zentr. f. Chir. 1928 Nr. 2.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Guttadiaphot.

Podał

Sz. FAJGENBLAT (Warszawa).

We współczesnej praktyce lekarskiej badania laboratoryjne są częstokroć czynnikiem decydującym w rozpoznawaniu choroby. Do odczynów laboratoryjnych, wykonywanych w każdym przypadku w warunkach klinicznych, należy odczyn Wassermann'a. Lekarz-praktyk odczuwa bardzo często potrzebę wykonania tego odczynu, co wymaga czasu, wielkiego doświadczenia i odpowiednich warunków, o co znowu trudniej w warunkach domowych. Zdaniem wielu, odczuwa się brak metody, która by pozwoliła w pracy pozaszpitalnej jakimś szybkim, prostym i swoistym odczynem potwierdzić przypadki klinicznie podejranej kiły.

Te oto motywy skłoniły Schillinga, Meyera i Bierasta do opracowania próby *Guttadiaphot*. Próba ta polega na własnościach włosowatości, to znaczy, podziału cieczy na jej części składowe przy przejściu cieczy przez wąskie przestrzenie włosowate, do których należą ciała przepuszczalne, np. papier do sączkowania. W tym celu wspomniani wyżej badacze na specjalnej ramce zawiesili 3 paski papieru do sączkowania koloru czerwonego, zielonego i niebieskiego. Sposób barwienia i zestawiania tych pasków nie jest bliżej podany i stanowi opatentowaną tajemnicę autorów.

Technika tej próby jest następująca: z żyły łokciowej pobiera się niewielką ilość krwi i opuszcza na każdy paseczek kroplę. Ramka musi leżeć poziomo, wysychanie zaś krwi odbywa się w temperaturze pokojowej. Odczytywanie stanu po 6 godz. ma znaczenie orientacyjne, decydujące zaś po 24 godzinach. Na czerwonym pasku kropla krwi zdrowej pozostawia jednostajną plamę z wyraźnie odgraniczoną linią brzezną „Corona” oraz jaśniej zaznaczone ograniczenie, na którym występuje ostro zaznaczony brzeg. W plamce krwi kiłowej brak tych linii brzeżnych, lub są one poprzerywane. Na tle zielonym stwierdza się zblednięcie powierzchni plamy oraz zmianę odcienia hemoglobiny; na niebieskim—zielonkawe zagęszczenie przybrzeżne. Odmienne, lecz charakterystyczne plamy

otrzymuje się z kropli krwi, pochodzącej od chorych na gruźlicę, zakażenia i choroby krwi.

Zdaniem Schillinga próba *guttadiaphot* nie jest odczynem swoistym dla kiły, lecz uważa on, że w tem zabarwieniu zachodzą pewne zmiany nieswoiste, dające się wykryć dzięki *guttadiaphot*, który dla tych zmian jest odczynem bardzo czułym. W tych przypadkach, gdzie np. odczyn Wassermann'a staje się ujemny, *guttadiaphot* daje odpowiedź dodatnią i pozwala w ten sposób na wykrycie utrzymujących się we krwi zmian wprawdzie nieswoistych.

Próba ta była następnie sprawdzana przez wielu badaczy, których wyniki niezupełnie potwierdzają słuszność wspomnianych powyżej autorów.

Doctor na zasadzie 68 przypadków, które poniżej przytaczam:

	Wassermann		Meinicke		Guttadiaphot	
	dodat.	ujem.	dodat.	ujem.	dodat.	ujem.
1. Lues II	32	1	32	1	32	1
2. Lues III	5	2	4	3	4	3
3. Lues lat.	7	9	7	9	10	6
4. Przypadki niekiłowe	—	24	—	24	10	14

doszedł do wniosku, że w przypadkach świeżych wszystkie te metody dają te same wyniki. Duże natomiast różnice wykazuje kategoria chorych, którzy o zarażeniu się kiłą nic nie wiedzą, a objawów kiły nie spostrzegali. W 10 na 24 przypadki wynik *guttadiaphot* nie zgadza się z wynikiem odczynu Wassermann'a i Meinicke. Są to chorzy na gruźlicę płuc lub skóry, rzeżączkę, anginę i kobiety w okresie menstruacji. *Guttadiaphot* wypadł w tych przypadkach nie według typu, określonego przez Schillinga dla gruźlicy; krople miały wygląd charakterystyczny dla kiły. Na tej zasadzie Doctor dochodzi do wniosku, że *guttadiaphot* nie jest odczynem swoistym, któryby mógł poprzeć kliniczne rozpoznanie kiły. Jeżeli odczyn Wassermann'a zawodzi nas bardzo często i, według dzisiejszego stanu wiedzy, nie jest uważany za ściśle swoisty, stanowi on jednak w połączeniu z odczynem Meinicke metodę, przez wiele lat sprawdzaną. Poza tem ocena wyników *guttadiaphot* wymaga dłuższego doświadczenia i w wysokim stopniu zależy od subiektywnej

oceny badającego, przeto nie nadaje się do zastosowania w praktyce prywatnej.

Mohrmann i Blutt przeprowadzili badania na bardzo licznym materiale klinicznym, by sprawdzić, czy metoda ta w obecnej swej postaci nadaje się do użytku praktycznego, i doszli do wniosków, które przytaczam: w przypadkach wątpliwych odczytywanie otrzymanych wyników *guttadiaphot* nawet przez bardzo wprawnych w tej dziedzinie badaczy nastrocza wielkie wątpliwości i nie może uchodzić za miarodajne. Odczyn ten nie jest również swoisty, gdyż wypadał dodatnio w przypadkach: *lupus vulgaris*, *psoriasis* i wszelkich rozległych sprawach zapalnych skóry, jak *erythrodermia*, *dermatitis*, *pemphigus vulgaris*, *dermatitis herpetiformis* i w całym szeregu innych. W 25% przypadków kiłowych *guttadiaphot* wypada ujemnie, trudno więc próbie tej przypisać znaczenie dajagnostyczne, gdyż w przypadkach podejrzanych o kiłę jej wynik dodatni może być następstwem wymienionych poprzednio schorzeń skóry trudnych do wyłączenia. Co się tyczy wyników ujemnych, to skoro ujemne odpowiedzi Wassermann'a bardzo często nie są przekonywujące i uspakajające, coś dopiero mówić o ujemnym wyniku *guttadiaphot*, który w 25% wypada ujemnie tam, gdzie odczyn Wassermann'a jest wybitnie dodatni.

Jak widać z powyższego, wyniki *guttadiaphot* i odczyn Wassermann'a nie idą równolegle, raczej daje się zauważyć równoległość pomiędzy szybkością opadania krwinek a *guttadiaphot*, co przemawia właśnie za nieswoistością odczynu. Z dodatniego *guttadiaphot* domyślamy się raczej istnienia antyciał w ustroju. W konkluzji Mohrmann i Blutt odmawiają *guttadiaphot* wartości w zastosowaniu praktycznym pod postacią, opisaną przez Schillinga. Zdaniem ich, odczyn ten wymaga jeszcze dalszych studiów

i obserwacji klinicznych, które w końcu wzbogacą nasze postępowanie dajagnostyczne.

Blumenthal i Saito wypowiedzieli się jednak przeciw stosowaniu tej próby w praktyce, gdyż jest kosztowna, nie posiada cech swoistych i narazie nie wzbogaca dajagnostyki różniczkowej, aczkolwiek przyznają, że próba ta jest pod względem klinicznym bardzo ciekawa.

Jak widać, zdania różnych autorów, którzy prowadzili badania nad *guttadiaphot*, pokrywają się niemal w zupełności.

W odpowiedzi na zarzuty krytyczne wymienionych autorów Schilling podkreśla, że nigdy nie traktował *guttadiaphot*, jako odczynu swoistego. Wobec dodatniego odczynu, występującego w przebiegu zmian skórnych, *guttadiaphot* nie nadaje się tymczasem wcale do kliniki dermatologicznej. Natomiast ma on wielkie znaczenie w praktyce internistycznej, zwłaszcza w tych ciężkich i nieokreślonych zespołach chorobowych, w których nie znajdujemy obiektywnych objawów kiły; w tych przypadkach ten nieswoisty odczyn ma duże znaczenie. Poza tem wartość tej próby polega na tem, że stanowi ona obiektywny dowód istnienia zmian we krwi, których przyczyny należy szukać klinicznie i przy pomocy odczynów swoistych. *Guttadiaphot* nigdy nie jest dodatni u ludzi zdrowych.

PIŚMIENICTWO

Bierast und Schilling. Deutsche medizin. Woch. 1928—28. Doctor. Medizin. Klin. 1928 — 52. Mohrmann und Blutt. Deutsche med. Woch. 1929 — 6. Meyer, Bierast und Schilling. Zeitsch. für klin. Med. B 109 H 5. Blumenthal und Saito. Mediz. Klin. 1929 — 15. Schilling. Deutsche med. Woch. 1929 — 16. Mohrmann. Deutsche med. Woch. 1929—16. Lorenz. München. med. Woch. 1929 — 32

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Anatomja normalna i patologiczna

GOTTSCHALK A. Badania doświadczalne nad wczesnymi okresami ostrego zapalenia śluzówki żołądka z zadziałania wyskokiem. (Alcoholgastritis). (Ziegler's Beiträ. gepathol. Anat. 84 z I 1930, str. 131 — 154).

Doświadczenia przeprowadzano na kotach (duże podobieństwo budowy śluzówki żołądka u ludzi i u kotów) którym podawano na czczy żołądek po 20 cm. sz. 60 proc wyskoku, następnie zabijano je w różnych okresach czasu od 1/4 godziny do 5 dni. Żołądki badano makroskopowo i mikroskopowo.

Zmiany powyskokowe były zazwyczaj ogniskowe. Najłżejsze zjawiały się już po kwadransie i polegały na ogniskowym pęcznieniu i złuszczeniu się strzępków nabłonka drobnych fałd (listewek) śluzówki. Ubytki pokrywały się nabłonkiem, najpóźniej w parę godzin po uszkodzeniu. Głębsze zmiany dotyczyły nie tylko szczytów drobnych fałd (listewek), lecz i nabłonka doleczków. W podścielisku spostrzegano obrzęk, przekrwienie, wybroczynki oraz skupienia krwinek białych z jądrami wielopłatowymi, które wywędrowały niekiedy do światła żołądka. Gojenie się rozpoczynało się już po 4 godzinach, punktem wyjścia były ocalałe szczątki

nabłonka doleczków. Po 12 godzinach wszystkie ubytki były już pokryte nabłonkiem.

W powstawaniu zmian głębokich należy odróżnić 3 okresy.

Pod wpływem wyskoku powstaje ogniskowy obrzęk w powierzchownych warstwach śluzówki z obrzmieniem i złuszczeniem się nabłonka oraz przekrwienie i skupianie się krwinek białych z jądrami wielopłatowymi na brzegach ognisk uszkodzonych. Na tak zmienioną śluzówkę działa sok żołądkowy i po upływie 12 godzin powstaje nadżerka, najprawdopodobniej wskutek rozpuszczenia uszkodzonej przez wyskok śluzówki. Następnie powstaje martwica skrzepowa (zatrucie) głębszych warstw śluzówki. W końcu ubytek się oczyszcza i nadżerka się pogłębia. Sprawa ta trwa w dniu żołądka około 24 godzin, w części odźwiernikowej — około 3 dni.

Po oczyszczeniu nadżerki zaczynają się goić, a po 5 dniach prawie wszystkie są już wygojone.

Obraz mikroskopowy nadżerek doświadczalnych odpowiada zupełnie nadżerkom, spostrzeganym u ludzi. Z co świadczeń autora wynika, iż zmiany początkowe polegały na uszkodzeniu i złuszczeniu się (ubytki) nabłonka, następnie zjawiał się odczyn zapalny podścieliska [obrzęk, przekrwienie, wybroczyny, nacieki], później odradzanie się nabłonka, wbrew

ilości wyciągu z przedniego płata przysadki jest bezcelowe, gdyż organizm nadmiar wydalą z moczem.

Wanda Franzówna.

HERZFELD. Wpływ preparatów przysadki i innych ciał białkowych na swoiste dynamiczne działanie białka. (D. m. W. Nr. 37, 1930).

Na zasadzie wyników Plaута i Knippinga, którzy stwierdzili wpływ wyciągu z przedniego płata przysadki na swoistą przemianę białkową zostały przeprowadzone badania z prolanem (wyciąg przedniego płata przysadki, stwierdzany w moczu u ciężarnych) u osobników młodych i dorosłych z obniżoną przemianą swoistą białkową. Po 12-14 dniach podawania swoista przemiana białkowa podniosła się do normy. U osobników płci męskiej i żeńskiej działanie było identyczne. U kobiet z niedomogą jajników obniżona przemiana białkowa podnosiła się przy stosowaniu prolanu, preparaty zaś jajnikowe pozostawały bez wpływu. Swoiste działanie dynamiczne białka niezależne od rodzaju białka. Przy podawaniu 200 gr. wątroby zamiast 200 gr. cielęciny otrzymywano nieco niższe dane. Również przy podawaniu 150 gr. sera swoiste działanie dynamiczne białka nie ulegało zmianie.

Wanda Franzówna.

Gruźlica

H. KUTSCHERA-AICHBERGEN. O rozpoznawaniu początkowej gruźlicy płuc. (Wien kl. Woch. Nr. 22-1930).

Rozpoznanie rozpoczynającej się gruźlicy płuc jest szczególnie ważne tam, gdzie chodzi o początek złośliwej gruźlicy, gdyż w tych przypadkach tylko wczesne rozpoznanie i wczesne rozpoczęcie leczenia może zapobiec powstaniu ciężkich później niemożliwych do wyleczenia zmian.

Najczęstszą postacią złośliwej gruźlicy dorosłych są suchoty jamiste (*ptysis cavarnosa*). Zaczynają się one z reguły nie od tworzenia się licznych drobnych ognisk w szczytach płucnych, lecz od pojedynczych większych nacieków zwykle poza szczytami (wczesne nacieki), które dają się stwierdzić rentgenologicznie. Niestety nie we wszystkich przypadkach można przeprowadzić badanie rentgenowskie.

Wśród przypadków złośliwej gruźlicy rozpadowej można odróżnić trzy grupy:

- 1) ostro rozpoczynająca się wysoką gorączką postać, która postępuje wśród powtarzających się gorączkowych posunięć, zwana „postacią grypową“;
- 2) bezgorączkowo lub tylko z nieznacznie podniesieniami ciepłoty rozpoczynająca się postać, cechująca się kaszlem, utrzymującym się miesiącami, i mniej lub bardziej obfitą płwociną, zwana postacią „nieżytoowo-oskrzelową“;
- 3) postać „krwawiąca“, przebiegająca z krwotokami płucnymi.

Do najczęściej spotykanych postaci należą nieżytoowo-oskrzelowe. W późniejszym przebiegu klinicznym nie ma żadnych istotnych różnic między temi trzema postaciami. Również anatomicznie patologicznie nie różnią się one między sobą. Z historii chorób pacjentów, obserwowanych przez autora wynika, że nigdy prawie choroba w początkowych okresach nie była właściwie oceniana przez lekarzy, ani rozpoznawana nawet wtedy, gdy objawy utrzymywały się przez czas dłuższy. Jamiste suchoty wskutek tego są zbyt późno kierowane do klinik i szpitali. Przyczyna tego leży w zbyt lekkim ujmowaniu istniejących objawów chorobowych, jak: kaszel, spadek wagi i t. d. w razie braku „historycznych“ objawów gruźlicy.

Do objawów, które są często uważane za niewymagają-

ce zastanawiania się, jeśli niema jednocześnie „historycznych“ objawów gruźlicy, należą: krótkotrwałe stany gorączkowe, nieznaczne, tylko w rannych godzinach utrzymujące się odpluwanie, osłabienie i spadek wagi. „Historycznymi“ objawami gruźlicy są: długotrwałe stany gorączkowe i podgorączkowe, asteniczna budowa, wyraźne stłumienie w górnych płatach i wyraźne patologiczne szmery oddechowe; pamiętać należy o tem, że brak tych alarmujących objawów nie pozwala w żadnym przypadku wykluczyć istnienia ciężkiej gruźlicy rozpadowej.

Krótkotrwałe stany gorączkowe bez uchwytnej przyczyny bywają bardzo często pierwszym objawem gruźlicy, choć i ciężkie suchoty mogą się rozwijać bez gorączki.

Oslabienie i spadek wagi mają znaczenie, gdy występują obok innych objawów, budzących podejrzenie suchoty; mogą one mieć charakter niestały.

Niespecyficznie przewlekłe nieżytowo-oskrzelowe, poza dychawicą, należą u młodych ludzi do rzadkości. Dlatego kilkumiesięczne tylko pokasywanie u młodych ludzi, winno budzić podejrzenie gruźlicy.

Obecność płwociny jest najważniejszym objawem, budzącym podejrzenie gruźlicy. Często, nawet wtedy, gdy jej ilość jest skąpa, zawiera ona już liczne laseczki Kocha i włókna sprężyste. Badanie płwociny pozwala więc na postawienie właściwego rozpoznania już na początku okresu rozpadowego.

Krwawienie jest tym objawem, który najprędzej alarmuje otoczenie chorego i pozwala na postawienie właściwego rozpoznania. Nie jest ono jednak wczesnym objawem, gdyż ściana tętnic trudniej podlega zniszczeniu, niż miąższ płucny.

Opadanie czerwonych ciałek krwi zwykle bywa silnie przyspieszone w rozpadowej gruźlicy, choć czasem może zostać normalne w okresie tworzenia się jamy.

Objawy fizyczne ze strony płuc mogą być w początkowych okresach bardzo nieznaczne: czasem znajduje się ograniczone do małej przestrzeni lekkie przytłumienie wypukłu i osłabienie oddechu, czasem jednak i tego brak. Wyraźne objawy fizyczne występują dopiero wtedy, gdy choroba już daleko się posunęła.

Określenie pojemności życiowej płuc pozwala rozpoznawać nieuchwytnie nawet dla rentgenologa [zmniejszenie się oddychającej tkanki płucnej].

Henryk Landau

H. STERN. Badania nad gospodarką wodną u chorych z gruźlicą płuc. (Wien. klin. Wschr. Nr. 36-1930).

Spostrzeżeniem, które skłoniło autora do badań nad gospodarką wodną u chorych z gruźlicą płuc, jest fakt, że tacy chorzy, pomimo utraty znacznych ilości wody wskutek silnych potów nocnych, nie wykazują wzmożonego pragnienia w przeciwieństwie do zdrowych, tracących wodę wskutek potów (np. podczas upałów). Dowodzi to, że ustrój gruźliczy jest bogatszy w wodę, niż zdrowy.

Aby się o tem przekonać, przeprowadzał autor badania nad szybkością wchłaniania się bąbli, wywołanych doskórkiem wstrzyknięciem 0,1 cm.³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Im ustrój jest uboższy w wodę, tem szybciej zastrzyknięty płyn się wchłania i bąbel znika i odwrotnie. U ludzi zdrowych bąbel znika po 35—40 minutach, tak samo w przypadkach wyrównanych chorób serca. W niedomodze serca utrzymuje się bąbel dłużej: 70 — 100 minut. U gruźlików wchłanianie się płynów jest również zwolnione: bąble utrzymują się czasem do 100 minut.

Ponieważ chorzy, tacy nie przyjmują zwykle dużej ilości płynów, pochodzenie wody musi być wewnątrzustrojowe, musi być wraz z wzmożonej przemiany materii, wzmożonego

rozpadu białka. W potach nocnych należy upatrywać środek, chroniący ustrój przed nadmiarem wody i powstawaniem obrzęków, które spotyka się tylko w końcowych okresach gruźlicy. Dlaczego skóra, a nie nerki biorą na siebie regulowanie gospodarki wodnej, pozostaje nierozstrzygnięte; gra tu, być może, rolę istniejąca w gruźlicy nadwrażliwość skóry.

Tam, gdzie proces gruźliczy traci swój charakter postępujący ustępują poty nocne, a jednocześnie zmniejsza się czas utrzymywania się bąbla, jak to obserwował autor w przypadkach poprawy, osiągniętej kuracją gamelanową.

Henryk J. L a n d a u

H. MAYRHOFER. Odma sztuczna i tuberkulina. (Wien. kl. Woch. Nr. 29-1930).

Wysiękowe zapalenie opłucny należy do dość częstych i najnieprzyjemniejszych powikłań odmy sztucznej. Powstanie jego zależy niezawsze od czynnika zakaźnego, część tych zapaleń bywa spowodowana przez czynnik mechaniczny. Odgrywa w tem rolę rodzaj narzędzia, odstępy czasu między poszczególnymi dopełnieniami powietrza, ilość wpuszczonego powietrza, wybór miejsca nakłucia. Odstępy czasu między kolejnymi dopełnieniami nie powinny być zbyt krótkie, ale jednak takie, by uciśnięcie płuca było możliwie dobre. Tępe igły zmniejszają wprawdzie groźbę zatoru powietrznego, ale zwiększają za to możliwości zapalenia opłucny. Troskliwy wybór miejsca nakłucia za pomocą słabego opukiwania i umiejętne obchodzenie się z igłą zmniejszają szanse uszkodzenia płuca. Za najodpowiedniejsze należy uważać igły W e n n e k e g o. Jako metoda zapobiegania powstawaniu wysięków opłucny w przebiegu odmy sztucznej stosowana jest na oddziale W. N e u m a n n a jednoczesna kuracja tuberkulinowa, zapobiegająca dość skutecznie powstawaniu wysięków. W razie istnienia wysięku zastrzykiwanie tuberkuliny prowadzi do jego wessania, przyczem wpływ tuberkuliny ujawnia się w błyskawicznie występującej poliurji. Specjalnie wskazane jest leczenie tuberkulinowe w przypadkach gruźlicy, szerzącej się drogą krwionośną (*Tbc. ulcero-fibrosa* N e u m a n n), gdzie można je uważać za leczenie przyczynowe.

Henryk L a n d a u

ALTSCHULER. Autohemoaglutynacja in vitro pod wpływem tuberkuliny. (Munch. med. Woch. № 42—1930).

Krwinki czerwone, pozostawione w cieplarni (37 st.) we własnej surowicy, rozcieńczonej tuberkuliną, podlegają aglutynacji. Zjawisko wypada jeszcze wyraźniej, o ile przedtem poddać krwinki działaniu samej tuberkuliny. Autoaglutynacja występuje tylko we krwi osób, niedotkniętych gruźlicą. U ostatnich nie zjawia się wcale lub w stopniu bardzo nieznacznym. Nie zależy od warunków jałowości. Nie zjawia się w zależności od zmiany w stosunkach albumin i globulin. Dotychczas autorzy stwierdzili brak autoaglutynacji u chorych na suchoty płuc i gruźlicę kostną. Przypisują odczynowi temu znaczenie rozpoznawcze.

Podana szczegółowa metodyka.

F. T u r y n.

JESSEN. Wskazania do wykonywania poszczególnych sposobów unieruchomienia płuc. (D. m. W. № 24 1930).

Unieruchomienie chorego płuca możemy skutecznie za pomocą odmy, przecięcia nerwu przeponowego i torakoplastyki. Rzeczą niezmiernie wagi jest zastosowanie w każdym poszczególnym przypadku właściwego sposobu unieruchomienia w zależności od wskazań, gdyż w ten sposób dążyć się osiągnąć lepsze wyniki w stosunkowo krótkim czasie.

Wskazaniem do wykonywania odmy płucnej są przypadki ze świeżymi jamami w jakimkolwiek płacie płucnym, przyczem sprawy obustronne nie wyłączają tego sposobu leczenia. Przecięcie nerwu przeponowego poleca autor wykonywać przede wszystkim przy stwierdzeniu starych jam w szczytach i w górnych płatach płucnych, jak również przy obecności jam w płatach środkowych i dolnych. Torakoplastykę należy przeprowadzać w przypadkach rozległych zrostów opłucny oraz zmianach łącznotkankowych płuca. Warunkiem dla wykonania tego zabiegu jest dobry stan mięśnia sercowego. Poza tem można łączyć wymienione sposoby unieruchomienia.

Wanda F r a n z ó w n a

Choroby narządów trawienia.

Van Der REISS. Nowoczesne metody badania jelit cienkich i ich znaczenie. (D. m. W. 1930 N. 40).

Badanie dwunastnicy i pozadwunastnicze pozwoliło nam głębiej wniknąć w czynności jelit; pomimo tego istnieje obawa przed sondowaniem dalszych oddziałów przewodu pokarmowego, co, być może, jest przyczyną niektórych naszych błędów. Do badania czynnościowego jelit cienkich należy badanie morfologiczne, chemiczne, badanie fermentów, fizyko-chemiczne i bakterjologiczne. Jednolitość flory bakteryjnej zachowana jest dzięki zdolności autodezynfekującej jelit. Niemalże wpływ wywiera na to zjawisko prawidłowa ilość kwasu solnego w treści żołądkowej. Zmniejszenie ilości flory zależy od nadkwaśności, gdy tymczasem niedokwaśność wpływa na jej zwiększenie. Wędrowka bakterij do innych odcinków jelit może być przyczyną zaburzeń czynnościowych jelit oraz narządów sąsiednich, jak dróg żółciowych i trzustki.

Dla wystąpienia niedokrewności złośliwej ważniejszym czynnikiem jest obecność bakterij jelit grubych w jelitach cienkich, niż zwiększona ilość prątków okrężnicy. Zakażenie jelitowe jest często przyczyną niedokrewności wtórnej. W myśl powyższego leczenie polegać winno na przepłukiwaniu jelit w celu zmiany odczynu i zwalczaniu zapalenia, na zmianie środowiska oraz wprowadzaniu właściwych bakterij jelita cienkiego.

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

HEILMANN P. Pierwotna ziarnica złośliwa jelita. (Fankf. Ztschr. f. Pathol. 1930, T. 40 z. 1 s. 151—155.)

Przypadek dotyczy 50-letniej kobiety, u której stwierdzono w obrębie zastawki B a u h i n a guz kształtu pomidora, o wymiarach 8:6:3 cm. Okoliczne gruczoły przykątne były powiększone (orzech laskowy).

Przypadek ten zasługuje na uwagę, gdyż 1. odosobniona ziarnica złośliwa przewodu pokarmowego jest rzadką. 2. Charakter ziarniczny guza ustalono dzięki badaniu mikroskopowemu (gr. chłonny), wykonanemu w czasie zabiegu operacyjnego. 3. rozwinął się on przypuszczalnie w ciągu 1½—2 lat, na co wskazują dane kliniczne.

W. C z a r n o c k i.

RACHWALSKY. Dalsze doświadczenia z przetaczaniem krwi w colitis ulcerosa gravis. (D. m. W. N. 46 1930).

Poraz 1-y udało się autorowi w 1927 r. doprowadzić do wyleczenia ciężkiego przypadku colitis ulcerosa po zastosowaniu przetoczenia krwi. W ten sposób otrzymał autor dobre wyniki w 14 przypadkach, przebiegających z ciężkim stanem ogólnym, z gorączką przepuszczającą, stolcami śluzowo-krwawymi

biegunkami, trwającymi nieraz do roku. Już po jednym przetoczeniu krwi występowała poprawa stanu ogólnego; liczba stolców zmniejszała się, śluz i krew w wypróżnieniach ustępowały. W kilku przypadkach dla całkowitego wyleczenia przetaczano krew 3 razy w ilości 400—600 cm³. Poprawa występuje tem szybciej, im przypadek jest cięższy. Krew przetaczano za pomocą aparatu Beck'scha. Dobry wpływ tej metody należy tłumaczyć działaniem proteinowym. Wskazana jest obok tego dieta ogólna lekka, nie wywołująca zbyt dużej fermentacji w jelitach.

Wanda Franzówna.

H. HARTMANN. Zwężające nieżyty odbytnicy. (Paris Méd. № 14/1930).

Dawne statystyki wykazywały znacznie częstsze występowanie zwężających nieżytów odbytnicy u kobiet, aniżeli u mężczyzn; nowsza jednak, pochodząca ze szpitali ogólnych, wykazuje taką samą częstość u mężczyzn, co u kobiet.

Najczęstszą etiologię zwężających nieżytów proctitis stanowi kiła (35%), dalej gruźlica, bierna pederastia, szankier miękki odbytu, rzeżączka odbytnicy, curieterapia raków szyi macicy, bilharzioza, mniejsze znaczenie posiada czerwotka, zaparcie nawykowe, guzy krwawnicze.

Podczas gdy zwężenia rakowe umiejscawiają się na rozmaitej wysokości, zwężenia zapalne są położone zwykle dość nisko, przeważnie 2—6 cm. powyżej odbytu; zwężenia mają najczęściej kształt walcowaty, są rozmaitej długości, powierzchnia ich jest nadżarta, a czasem owrzodziła. Poniżej zwężenia śluzówka jest zaczerwieniona, nadżarta, czasem owrzodziła, zgrubiała, pokryta ziarniną i wyrostkami brodawkowatymi, co usprawiedliwia nazwę *proctitis proliferans et stenosans*. W odbycie drążą owrzodzone pęknięcia, oddzielające od siebie wyrostki kłykinowe. Zmiany wrzodziejące powyżej miejsca zwężenia należą raczej do wyjątkowych, częściej spotyka się zaczerwienienia śluzówki z drobnymi nadżerkami, jako skutek zastojów kału. Wokoło odbytnicy widać często przetoki, rozpoczynające się prawie zawsze poniżej zwężenia i otwierające się najczęściej na skórze, rzadziej w przedstonku pochwy, wyjątkowo w samej pochwie.

Zwężenia odbytnicy rozwijają się stopniowo, przez długi czas. Jeśli dokładnie wypytywać chorych, okazuje się, że wystąpienia objawów zwężenia poprzedzały zawsze objawy przewlekłego ropnego nieżyłu odbytnicy (uczucie pełności w odbytnicy, bolesne parcie na stolec, bolesne wydalanie drobnych ilości śluzowo-ropnej treści). Gdy wytworzy się już zwężenie, występuje zaparcie, chorzy mają stolec raz na trzy, cztery, pięć dni, czasem zaparcie występuje naprzemiennie z biegunką. Wydaliny śluzowo-ropne z odbytu mówią o tem, że ma się do czynienia z czemś innem, niż zwykle zaparcie nawykowe; czasem wydaliny zawierają domieszkę krwi. W pewnych przypadkach przeważa ropienie, naogół jednak przeważają objawy zwężenia. Stolce stają się splaszczone, wstążkowate, czasem małe, twarde. Środki przeczyszczające i lewatywy z czasem przestają skutkować, a stolce są połączone z prawdziwym wysiłkiem i bólami, w innych przypadkach stolce są stale płynne. Chorzy cierpią z powodu wzdęcia, kurczenia, kolki. Całkowita niedrożność bywa rzadko spostrzegana, a powoduje ją uwięźnięcie w zwężeniu obcego ciała lub stwardniałej masy kałowej. W późniejszych okresach występują objawy przewlekłego zatrucia kałowego w postaci utraty łaknienia, zaburzeń trawienia, nudności, wymiotów. Czasem przychodzi do zwyrodnienia skrobiowatego trzewa. Chorzy umierają bądź wskutek charłactwa, bądź przypadkowej choroby (grypa, odoskrzelowe zapalenie płuc i t. d.) z powodu zmniejszenia się ich odporności.

Przy oglądaniu odbytu widzi się kłykciny. Przy badaniu *per rectum* palcem stwierdza się suchość i nierówność śluzówek, zgrubienia słupowe, a wyżej palec zostaje zatrzymany przez zwężenie. Rektoskopia wykazuje zaczerwienienie, nierówność, owrzodzenia i wyrostki śluzówki, czasem punkciki bliznowate. Często stwierdza się w otoczeniu otwory przetok. Rzadką, na szczęście, komplikacją jest zapalenie otrzewny bądź ostre, ogólne, bądź przewlekłe, umiejscowione.

Rokowanie jest poważne ze względu na trudności lecznicze i możliwość poważnych komplikacji. Chorzy, stale leczeni, mogą żyć dziesięć, dwadzieścia lat i dłużej.

Leczenie wewnętrzne, łącznie z kuracją swoistą, pozostaje bez wpływu na utworzone już zwężenie. Ogranicza się ono do podtrzymywania sił chorego, wywoływania stolca za pomocą lewatyw i środków przeczyszczających. Właściwe leczenie zwężających nieżytów odbytnicy pozostaje w rękach chirurgów.

Gwałtowne rozszerzanie palcem i specjalnymi rozszerzaczami zostało dzisiaj zarzucone. Stopniowe, łagodne rozszerzanie gumowymi „bougies” o coraz większym kalibrze, robione rano co 2 dni przez lekarza, a po doświadczeniu do wystarczającej szerokości przez samych pacjentów co 8-10 dni, rzadko daje zadowalające wyniki. Elektroliza nie daje trwałych rezultatów. Elektrokoagulacja usuwa tylko wyrostki. *Rectotomia interna* często bywa połączona z ciężkimi krwotokami i rozległymi ropowicami, wobec czego została zarzucona. *Rectotomia externa* nie daje wprawdzie wyleczenia, ale przynosi ulgę chorzy. *Colostomia iliaca* poprawia bezpośrednio stan chorych i daje dobre wyniki. Najlepsze wyniki daje wycinanie zwężenia, które w drodze wewnątrzzwieraczowej nie przedstawia niebezpieczeństwa (4% śmiertelności).

Henryk Landau.

Choroby kobiet i położnictwo.

H. HINSELMAN. Nowe kierunki wczesnego rozpoznawania raka szyi macicznej. (Der Chirurg № 12/1930).

A. stwierdza, że dotychczas stosowanymi 3-ma metodami, a więc oburęcznym badaniem, wzniernikowaniem i badaniem próbnych wycinków z podejrzanym miejsc bl. śluzowej, daje się postawić rozpoznanie nowotworu objętości 1 mm³, i że stosowanymi metodami leczenia: operacją i naświetlaniem Roentgenem lub radem osiąga się czasami dobre wyniki. Wobec tego jednak, że według statystyk, np. pruskiej, śmiertelność z powodu raka szyi macicznej jest niemniejsza, niż z zakażenia połogowego, a uważa za konieczne jeszcze wcześniejsze stawianie rozpoznania.

A. stosuje do badania kolposkop, wzniernik z aparatem optycznym, oświetlającym i powiększającym dziesięciokrotnie i, na zasadzie długoletnich, systematycznych kolposkopij, dochodzi do wniosku, że leukoplakje szyi macicznej są stanem przedrakowym. Na podstawie 200.000 przekrojów ze 140 przypadków a. dzieli leukoplakje na: 1) niedrażące pod nabłonek, 2) drażące pod nabłonek, 3) z typowymi rakowymi kom. naciekami lub nie—w tkankę podnabłonkową. Na zasadzie tych badań a. wysuwa 2 dezideraty:

1) Każda kobieta po 30 r. życia przy każdym badaniu ginekologicznym winna być starannie kolposkopowana, badanie w razie potrzeby winno być powtarzane co 2—3 lata.

2) W każdym przypadku leukoplakji winien być zrobiony próbny wycinek, ewent. płytka amputacja szyi macicznej dla zbadania anat.-patol.

A. ma nadzieję, że w ten sposób b. znaczny odsetek raków da się rozpoznać w tak wczesnym okresie, że terapia będzie naprawdę owocna.

B. Przeworski.

I. REEB. Rozpoznawanie ciąży za pomocą zastrzykiwań dożylnych tylnej części przysadki mózgowej. (Gyn. et. Obs. Nr. 3. T. XXI 1930 r.)

Zdarza się, że rozpoznanie ciąży w pierwszych miesiącach jest bardzo trudne, a w szczególności, gdy ciąża komplikuje się jakimś guzem, który swoją konsystencją nie różni się wiele od macicy ciężarnej.

Metody laboratoryjne: biologiczne, chemiczne, fizyczne i hormonalne są dość niepewne lub niewygodne. Najlepsza i najpewniejsza z nich jest metoda Zondecka i Aschheim'a. Jednakże musi ona trwać kilka dni i w najlepszym razie pozwala rozpoznać tylko obecność ciąży. Dla różniczkowego rozpoznania ciąży skomplikowanej guzem reakcja Zondecka nic nie daje; to samo można powiedzieć o rozpoznawaniu ciąży za pomocą promieni X a także sposobem Alberti (zciemnienie całego jaja płodowego za pomocą jodku potasu).

Jedną z najlepszych metod określenia ciąży w pierwszych miesiącach jest sprowokowanie macicy, ażeby się skurczyła.

Metoda polega na iniekcji do żyły 0,5 cm.³ przysadki mózgowej; po minucie macica się kurczy bardzo intensywnie, pozwalając z jednej strony określić ciążę, a z drugiej strony różniczkować macicę od guza, który ją maskuje.

Twardość macicy autor objaśnia tem, że podczas ciąży włókna mięsne macicy zwiększają się. Unaczynienie jest intensywniejsze; dlatego też macica się kurczy silniej, niż zwykle.

Kobiety znoszą dobrze ten zabieg i nie odczuwają żadnych dolegliwości, oprócz bledności twarzy, która trwa zaledwie trzy-cztery minuty, tak samo, jak i skurcz macicy. Na dzlecko zastrzyknięcie zupełnie nie działa; autor nie widział ani jednego przypadku poronienia po zastrzyknięciu.

Przeciwwskazaniem do tego zabiegu są zaburzenia sercowe i zwiększone ciśnienie, jednakże metodę tę powinno się stosować tylko w tych przypadkach, kiedy rozpoznanie ciąży jest nlewykonalne za pomocą zwykłych metod.

L. Ebin.

M. A. FRUHHOLZ. Zmiana temperatury ciała w początkach ciąży. (Bull. dobst. et de gyn. Nr. 7. 1930).

Autor wskazuje na dość częste zjawisko podwyższenia temperatury ciała o kilka kresek podczas pierwszych trzech miesięcy ciąży. Autor utrzymuje, że u kobiet zupełnie zdrowych kilka dni przed perjem, to jest w czasie rozwijania się ciała żółtego, temperatura może podnieść się o kilka dziesiątych i zwykle nie wyżej, niż do 37. Podczas ciąży czasami przy silniejszym działaniu ciała żółtego temperatura może dojść nawet do 38 st.

Trzeba o tem pamiętać, ażeby nie przypisywać podniesienia się temperatury jakiejś utajonej chorobie i czasami narazić chorą na przerwanie ciąży lub inne zabiegi terapeutyczne.

L. Ebin.

SELIČKI. Płasawica w ciąży. (Gyn. et. Obst. Nr. 4 T. XXI 1930).

Płasawica podczas ciąży zdarza się w niektórych krajach częściej, a w niektórych rzadziej. Dotychczas nie znamy etiologii tej choroby. Autor przyszedł do wniosku, że przyczyną płasawicy w ciąży jest zła przemiana materji i dysfunkcja chemiczna gruczołów dokrewnych. Obecny stan naszej wiedzy przemawia za tem, że płasawica w ciąży powstaje wskutek samozaatrucia.

Potwierdzenie tego znajdujemy w częstem połączeniu płasawicy z eklampsją, białkemoczem, zapaleniem nerek, po-

rażeniem połowiczem, wymiotami ciężarnych, różnemi wysypkami skórnymi, psychozami i t. d.

Rokowanie płasawicy w ciąży jest zawsze poważne. Przerwanie ciąży w stosownym czasie usuwa niekiedy definitywnie płasawicę po kilku lub po kilkunastu dniach. Leczenie tego schorzenia jest bardzo różnorodne.

Autor proponuje surowicę końską, po której widział znaczne polepszenie, tak samo, jak i w innych zatruciach ciężarnych. Sposób zachowania się chorej i dziecka też odgrywa dużą rolę.

Głównie trzeba zwrócić uwagę na zapobieganie chorobie. Kobieta obciążona dziedzicznie, nie powinna wychodzić za mąż, ewentualnie nie zachodzić w ciążę.

L. Ebin.

A. A. ZAMKOFF. Leczenie niektórych schorzeń ginekologicznych za pomocą moczu kobiet ciężarnych. (Gyn. et. Obst. Nr. 5. T. XXI 1930).

Podczas swoich badań nad rozpoznaniem wczesnej ciąży u kobiet za pomocą hormonu przedniego płata przysadki mózgowej, znajdującego się w moczu, autorowi przyszło na myśl wykorzystanie samego moczu, zawierającego hormon do leczenia kobiet, które cierpią na brak tego hormonu.

Nasamprzód autor skonstatował, że mocz nie jest taki toksyczny, jak przypuszczano. Zastrzykiwanie moczu zwierzętom nie wpływa zupełnie na ich samopoczucie. Takie same rezultaty otrzymał autor z moczem ciężarnych kobiet, zastrzykując je mężczyznom lub kobietom. Przyrządzając specjalnie mocz ciężarnych kobiet (autor nazwał ten preparat „Gravidan”), autor w swoich doświadczeniach przyszedł do wprost zdumiewających rezultatów.

Mocz ciężarnych kobiet posiada dostateczną ilość hormonu przedniego płata przysadki mózgowej, ażeby pobudzić zmęczone lub drzemiące narządy rodne.

Po dwóch zastrzyknięciach autor zauważył znaczne zmiany w przemianie materji, a u starych lub kastrowanych chirurgicznie lub rentgenologicznie kobiet, autor zauważył zniknięcie objawów klimakterycznych, lepsze samopoczucie i nawet powrót perjodu.

Taki sam wpływ autor zauważył i u mężczyzn, chociaż doświadczenia na mężczyznach nie są tak liczne. U jednego starca 83-letniego po kilku zastrzykiwaniach zjawila się libido i zupełnie normalne nasienie.

Co do liczby zastrzykiwań, to autor kierował się otrzymanymi wynikami.

Każde zastrzykiwanie zawierało mniej więcej 50 mysich jednostek hormonu.

Wskazaniem do leczenia moczem kobiet ciężarnych jest brak miesiączki na skutek przedwczesnego przekwitania biologicznego, chirurgicznego lub fizycznego.

L. Ebin.

Choroby dzieci.

E. KOVACS. Przyczynę do znajomości obrazu białych ciałek krwi w wieku niemowlęcym. (Jahrb. für Kinderh. 78 tom. 3—4 zeszyt).

Autor badał krew u 25-ciu niemowląt zdrowych, karmionych przeważnie piersią, w celu ustalenia prawidłowego obrazu białych ciałek krwi w wieku niemowlęcym. Wyniki badań były następujące:

Liczba leukocytów waha się od 8250 do 19750 (przeciętnie 14.000).

Wzór: Bazofile 0—1%, eozynofile 0—6%, neutrofile 15—38%, limfocyty 49—81%, monocyty 1—16%. Przesunięcia obrazu wlewo autor nie stwierdził, pałeczkowatych znajdował do 5%, młodocianych postaci do 10% jedynie w 3-ech przypadkach.

Badania krwi u 8-u zdrowych niemowląt 4-ro krotnie w przeciągu dnia naczczo i po posiłkach wykazały dość znaczne wahania zarówno pod względem liczby, jak i obrazu leukocytów. Wahania te pozbawione były jakiegś prawidłowości i występowały niezależnie od pory pobieranych pokarmów.

Obraz krwi wcześniaków i niemowląt ze skazą wysiękową wykazuje większą chwiejność. U wcześniaków liczba leukocytów jest nieco niższa, natomiast liczba neutrofilów i eozynofiliów większa, niż u dzieci, na czas urodzonych; przesunięcie w lewo jest niekiedy dość znaczne. U skazowców występuje często przesunięcie w lewo i eozynofilia. Duże usługi daje badanie obrazu b. c. krwi w nieżytowych schorzeniach dróg oddechowych u niemowląt.

Autor obserwował 104 przypadki. W 65-ciu przypadkach odoskrzelowego zapalenia płuc autor stwierdzał neutrofilozę, limfopenię oraz przesunięcie w lewo. Do pozostałej grupy należały przypadki, w których przy ogólnym ciężkim stanie znajdowano niewielkie zmiany miejscowe. Dzięki badaniu hematologicznemu można było przypadki te podzielić na dwie grupy. W pierwszej (27 przypadków) brak przesunięcia w lewo i nieznaczna neutrofilozę, w drugiej (12 przypadków) zmiany, opisane powyżej w bronchopneumonji. Na zasadzie badania krwi postawiono rozpoznanie odoskrzelowego zapal. płuc przed zjawieniem się objawów rentgenologicznych i fizykalnych.

Badanie krwi jest również ważne pod względem rokowania. Zwiększanie się liczby postaci młodocianych świadczy o ciężkim zakażeniu, zjawienie się myelocytów pogarsza prognozę.

M. Stopnicka

G. N. SPERANSKI. Próby leczenia posocznicy u noworodków i u dzieci w pierwszych tygodniach życia za pomocą hemoterapii. (Jahrb. für Kinderh. t. 78. Z. 1—2).

Na wstępie autor opisuje przebieg posocznicy u niemowląt i podkreśla brak łaknienia jako pierwszy charakterystyczny objaw. Śmiertelność z posocznicy niemowląt jest znaczna, najzłośliwiej przebiegają przypadki, które rozpoczynają się podczas porodu lub w pierwszych dniach po urodzeniu.

Stosując krew matki w przebiegu posocznicy noworodków i niemowląt w pierwszych tygodniach życia, autor wychodził z następujących przesłanek.

1) Septyczne schorzenia niemowląt stoją przeważnie w związku z aktem porodowym i występują często u dzieci, których matki chorowały na zakażenia połogowe; w powyższych przypadkach krew matki zawiera wiele przeciwciał, skierowanych właśnie przeciw tym bakterjom, które są przyczyną posocznicy niemowlęcia.

2) Pod względem biologicznym krew matki najlepiej się nadaje, wyjąwszy przypadki, gdy matka cierpi na malarję lub gruźlicę czynną.

Autor stosował krew z żyły matki, z dodatkiem 2% roztworu *natr. citricum*, w ilości 10—30 cm.³ domięśniowo.

Działanie krwi ujawniło się w znikaniu objawów toksycznych, szybki zaś wpływ pozwalał przypuszczać obecność swolistych przeciwciał. Autor stosował hemoterapię w 5-ciu przypadkach posocznicy, z których 14 skończyło się śmiertelnie.

Autor zaznacza, że, jakkolwiek wstrzyknięcie krwi matki niezawsze bywa skuteczne, jednak w wielu przypadkach osłabiał, dzięki tej metodzie, widoczną poprawę. Hemoterapia nie

powinna być traktowana jako *ultimum refugium*, lecz stosowana możliwie wcześnie w każdym przypadku posocznicy u niemowląt.

M. Stopnicka

E. v. GYÖRGY. Stosowanie transfuzji krwi u dzieci w przebiegu rozmaitych chorób. (Jahrb. für Kinderh. 78 tom 5 - 6 zeszyt).

Autor stosował w ubiegłym roku transfuzję krwi u 67 dzieci, w 61 przypadkach metodą bezpośrednią, w 6-ciu metodą pośrednią.

Transfuzję poprzedzało dokładne zbadanie dawcy, przede wszystkim w kierunku kiły i gruźlicy, oraz oznaczenie grupy krwi.

Transfuzja polegała w większości przypadków na przetaczaniu krwi z dodaniem 0,2% roztworu cytrynianu, jedynie w ciężkiej anemji lub skazie krwotocznej stosowano bezpośrednią transfuzję. Ilość krwi przetoczonej wynosiła 15 ccm. na kilo wagi dziecka, przy uwzględnieniu jednak jego wieku i ogólnego rozwoju.

Po podaniu szczegółowej metodyki postępowania, autor wymienia szereg chorób, w jakich stosował przetaczanie krwi. Dzieli je na następujące grupy:

I. *Anaemia*. II. *Diath. haemorrhagica*. III. *Combustio*. IV. *Empyema thoracis*. V. *Osteomyelitis*. VI. *Sepsis*. VII. *Erysipelas*. VIII. *Pseudodysenteria*. IX. *Bronchopneumonia*. X. Przewlekłe zaburzenia w odżywianiu. XI. *Hyp. gland. peribronch. Infiltr. pulm. incip.* XII. *Ciboria minor*.

Z ujemnych działań ubocznych autor spostrzegał w przypadku odoskrzelowego zapalenia płuc sinicę i osłabienie serca, kilka razy pokrzywkę, w większości zaś przypadków wkrótce po transfuzji dreszcze i ciepłotę 39—40° w ciągu kilku godzin. W każdym razie jednak nieprzyjemne działania uboczne są tak nieznaczne w porównaniu z dodatnim wpływem transfuzji krwi, że nie mogą być przeciwwskazaniem do stosowania tego zabiegu.

Dodatni, niekiedy ratujący życie wpływ transfuzji krwi polega między innymi na przemiękającym zwiększeniu liczby białych ciałek krwi, na zwiększeniu ciśnienia krwi, tamowaniu krwawienia i t. p. Trudne do rozstrzygnięcia jest zagadnienie, w jakich przypadkach transfuzja krwi wywiera wpływ pobudzający na szpik kostny, czy i w jakim stopniu podnosi odporność ustroju?

Na zasadzie swych spostrzeżeń autor jest zdania, że działanie transfuzji krwi jest pośrednie i bezpośrednie. Działanie bezpośrednie ujawnia się natychmiast. Pośrednie jest przedłużeniem bezpośredniego i polega na wzmocnieniu ustroju, wzmoczenia łaknienia i podniesieniu stanu ogólnego. Najlepsze wyniki są wtedy, gdy działanie bezpośrednie przechodzi w pośrednie; tam, gdzie to nie następuje, jest wskazanie do ponownej transfuzji.

Wskazania do transfuzji krwi autor dzieli na względne i bezwzględne. W przypadkach autora wskazanie bezwzględne obejmuje grupy I—III, względne IV—XI. W grupie XII można spróbować transfuzję krwi; autor w dwóch przypadkach płaswicy otrzymał wyleczenie po 3—4 tyg. po zastosowaniu dwukrotnego przetoczenia krwi jako jedynego środka leczniczego.

Zdaniem autora, transfuzja krwi przy pewnej wprawie może być stosowana nawet u niemowląt, jest metodą bezpieczną i powinna być w pedjatrii stosowana w każdym przypadku, gdzie istnieją po temu wskazania.

M. Stopnicka

FRANKONI. Djeta owocowa w ostrych zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci. (D.m. W. Nr. 46. 1930).

W ostrych, podostrych i przewlekłych zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci powyżej 1-go roku życia dobre wyniki otrzymywano przy podawaniu przez kilka dni wyłącznie soków owocowych z pomarańczy lub jagód w ilości 200 gr. lub drobno posiekanych bananów, przetartych przez sitko, wreszcie tartego jabłka. Wymienione soki owocowe oraz jabłka i banany można również podawać jednocześnie. Już po 2 dniach tej diety stolce stają się sformowane, tracą przykry zapach. Łaknienie i stan ogólny poprawiają się, obrzęki znikają; stwierdzamy ubytek na wadze, co tłumaczymy zmniejszoną zawartością soli w owocach. Dla uniknięcia nawrotów przy przejściu na dietę ogólną stosowano po dniach owocowych masłankę niesłodzoną od 100--600 gr. lub mleko migdłowe 100—400 gr. dziennie. Następnie podawano przetarte jarzyny, purée z kartofli oraz pełne mleko kwaśne. Dużych ilości cukru i mleka pełnego zwykłego należy unikać. W przypadkach lekkich już pod koniec 11-go tygodnia można było przejść na dietę mieszaną, w przypadkach przewlekłych stosowano tę dietę miesiącami wraz z dodatkiem wątroby, mięsa, jajek.

U niemowląt otrzymywano przy djecie owocowej zmienne wyniki, w ostrych stanach zapalnych nerek i miedniczek nerkowych djeta owocowa dawała doskonałe rezultaty.

Wanda Franzówna,

Choroby nerwowe i psychiczne.

K. CHEVASSUT. O etiologii stwardnienia rozsianego. (Lancet 15/III. 1930).

Punktem wyjścia dla badań nad czynnikiem etiologicznym stwardnienia rozsianego, przeprowadzonych przez autorkę angielską, były wyniki jej badań nad odczynem ze złotem koloidalnym *Langego* oraz nad czynnością wątroby w tem cierpieniu.

Chevassut znalazła w 77% przypadków stwardnienia rozsianego (przypadków badanych — 188) pewną stałą krzywą odczynu *Langego* (0003222000) nie tylko w płynie m.-rdz., lecz również w surowicy krwi (odpowiednio rozcieńczonej), co by dowodziło, iż ciało, powodujące wypadanie złota, znajduje się również i we krwi. Ciało ta ma, zdaniem autorki, ścisły związek z czynnikiem chorobotwórczym, a nie, jak sądzą inni, ze sprawą rozpadową w tkance nerwowej, gdyż odczyn *Langego* wypada dodatkowo nie tylko w przypadkach daleko posuniętych, lecz również i w świeżych oraz w okresach zwolnień.

Badanie czynnościowe wątroby, przeprowadzone w 86 przypadkach, wykazało upośledzenie czynności tego narządu w znacznym odsetku przypadków.

Oba powyższe spostrzeżenia, jak również charakter swoisty zmian anatomo-patologicznych w *scler. multipl.*, przemawiają, zdaniem *Chevassut*, za istnieniem w tem cierpieniu jakiegoś jadu swoistego, wydzielanego najprawdopodobniej przez drobnoustroje.

W poszukiwaniu ich autorka poddała badaniu bakteriologicznemu płyn m.-rdz. w 188 przypadkach stwardnienia rozsianego w różnych okresach choroby oraz w 269 przypadkach innych schorzeń.

Dzięki bardzo skomplikowanej metodzie udało się jej wyhodować na pożywce *Hartleya* z domieszką świeżej surowicy krwi ludzkiej przy t^0 37° kolonie drobnoustrojów w 176 przypadkach *scler. multipl.*, podczas gdy posiewy z płynów kontrolnych dały wynik ujemny. Badanie drobnowidzowe (w ciemnym polu, przy oświetleniu promieniami pozafioletkowymi, immersja 2 mm.) wykazało, iż kolonie te składały się z two-

rów kulistych, pod względem morfologicznym zbliżonych do drobnoustrojów, które wywołują zapalenie płuc u bydła. Na niektórych z pośród tych tworów widać było drobne ziarenka, jakgdyby ruchome; miejscami udawało się nawet dostrzec nitczkę delikatną, łączącą te ziarenka z drobnoustrojami. Ziarenka te uważa autorka za formę rozwojową tych drobnoustrojów, albowiem z przesączu hodowli, zawierającego wyłącznie tylko ziarenka, przeniesionego na świeżą pożywkę, otrzymywała również owe twory kuliste.

Badanie drobnowidzowe, przeprowadzone w różnych odstępach czasu (po 24, 36, 48 godz. i t. d.), wykazało niewątpliwie wzrost kolonij.

Po upływie 7-miu dni kolonie ulegały zwyrodnieniu.]

Autorka ustaliła pewne właściwości biologiczne drobnoustrojów, przez nią wyhodowanych, a mianowicie: 1) wrażliwość na stężenie jonów wodorowych w środowisku. Ph nie może przekraczać 7, 5 — 7. 6 w okresach początkowych; do dnia 5-go Ph spada, poczem następuje zmiana odczynu na alkaliczny. (Te wahania Ph pozostają w związku z funkcją życiową drobnoustrojów, gdyż występują jedynie w hodowlach, wykazujących wzrost kolonij); 2) wrażliwość na ciepłotę (*optimum* — t^0 37°; większa wrażliwość na t^0 wyższe, niż niskie); 3) lepszy wzrost przy dostępie powietrza, niż w środowisku bezpowietrznym; 4) rozszczepianie cukrów.

Hodowle z surowicy krwi dały wynik ujemny.

Bezpośrednie badanie mikroskopowe płynu m.-rdz. nie wykazało obecności drobnoustrojów.

S. Bau-Prussakowa.

J. PURVES-STEVART. O leczeniu stwardnienia rozsianego szczepionką własną. (Lancet. 15/III. 1930).

Autor podkreśla doniosłość wyników badań swej współpracownicy *K. Chevassut*, wierząc, iż wyhodowany przez nią drobnoustrój (dla którego proponuje nazwę *Spherula insularis*) jest niewątpliwie czynnikiem chorobotwórczym stwardnienia rozsianego.

Hodowlę tych drobnoustrojów zastrzykiwał *P. Stevart* małpom (7) dożylnie lub do zbiornika wielkiego. U jednej z małp, u której wystąpiło porażenie kończyn, stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe (okres *Marchiego*) w rogach tylnych rdzenia oraz w jednym z pęczków rdzeniowo-mózdkowych, u drugiej zaś (nie wykazującej za życia żadnych zmian ze strony układu nerwowego) — takie same zmiany w sznurach przednich oraz bocznych.

Z hodowli *spherulae insularis* sporządzała *Chevassut* szczepionkę, zabijając drobnoustroje 0,5% roztworem kwasu karbolowego i rozcieńczając ją roztworem fizjologicznym soli kuchennej.

P. Stevart poddał 128 przypadków *scler. multipl.* leczeniu szczepionką własną. 70 chorych obserwowano dostatecznie długo, tak, iż wyniki osiągnięte uprawniają już do pewnych konkretnych wniosków.

Szczepionkę stosował autor raz w tygodniu w dawkach wzrastających, począwszy od 1 miliona dochodząc do 150 milionów w serji I, do 1—1½ miliona w serji drugiej. (Naogół dawał 2, a nawet 3—4 serje zastrzyknięć).

Ze względu na okres cierpienia dzielił autor materiał swój (70 przypadków) na trzy grupy. Grupa I-sza — obejmuje przypadki świeże (10), grupa II-ga — przypadki nieco dalej posunięte (27), grupa III-cia zaś — przypadki bardzo daleko posunięte (33).

Poprawa nastąpiła w 9 przypadkach grupy I-ej, w 22 — grupy II-ej, a tylko w 9 grupy III-ej, razem w 57, 14 proc. Jeżeli zatem weźmiemy pod uwagę tylko przypadki pierwszych 2 grup, a zatem niezbyt daleko posunięte, otrzymujemy stosunkowo duży odsetek popraw bo 83, 78 proc.

Równolegle z poprawą pod względem klinicznym ustępowały odczyny patologiczne z płynu m.—rdzeniowego, a w 8 przypadkach (grupy I i II) znikły również drobnoustroje (ujemny wynik hodowli). Surowica krwi chorych, będących w okresie poprawy, hamowała wzrost bakterij na pożywkach. W 27 przypadkach działanie to było wybitnie, swoiste, t.j surowica hamowała tylko wzrost drobnoustrojów, wyhodowanych z płynu m.—rdz. danego osobnika.

Autor sam odnosi się bardzo krytycznie do wyników, osiągniętych do tej pory, biorąc pod uwagę wielką skłonność stwardnienia rozsianego do zwolnień samoistnych. Z przytoczonego zestawienia statystycznego oraz z historii choroby 4 chorych, podanych przez autora, wylania się szereg faktów, które przemawiają za tem, iż osiągniętą poprawę przypisać należy leczeniu szczepionką swoistą, a mianowicie duży odsetek popraw (w przypadkach starych nie można liczyć na *restitutio ad integrum*, lecz co najwyżej na zatrzymanie sprawy chorobowej), ścisły związek czasowy między leczeniem a ujawnieniem się poprawy, wystąpienie poprawy nawet w takim przypadku, w którym objawy utrzymywały się od 2 lat bez zwolnień, wreszcie ustępowanie odczynów patologicznych, a niekiedy nawet znikanie drobnoustrojów z płynu m.—rdzeniowego.

S. Bau-Prussakowa.

R. SCHAEFFER. W sprawie *encephalomyelitis disseminata*. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 167, z. 5-6).

Autor podaje opis szeregu ostatnio często występujących przypadków *encephalomyelitis disseminata*. W związku z ostrymi zakażeniami występują zmiany, szerzące się szybko po ośrodkowym układzie nerwowym i blisko przypominające znane zespoły objawowe. Wydaje się, że przebyte zakażenia przy-

gotowują grunt dla schorzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, działają więc w sensie „aktywacji”.

Częsty współudział oczu (zaburzenia mięśni ocznych, współudział nerwu wzrokowego) budzi przypuszczenie, że droga zakażenia przebiega przez przylegające do oka jamy. Autor uważa wskutek tego za możliwy ten sposób zakażenia, podobnie jak Behr przyjmuje go dla stwardnienia wieloogniskowego na zasadzie doświadczeń na zwierzętach.

Na podstawie danych klinicznych nie uważa autor za usprawiedliwione identyfikowanie *encephalomyelitis disseminata* ze stwardnieniem wieloogniskowym, choć anatomo-patologicznie może chodzi o pokrewne procesy.

Henryk Landau.

WALIŃSKI Fr. Zachowanie się rezerwy alkalicznej we krwi neurasteników i chorych z organicznymi zaburzeniami układu nerwowego. (D. m. W. N. 13. 1930).

W 15 przypadkach neurastenji stwierdzono zmniejszenie rezerwy alkalicznej we krwi wynoszące 0.45 proc. Zachowanie się rez. alkal. u neurasteników pod wpływem wysiłku fizycznego również odbiega od normy. Po 30 przysiadach liczby r.a. spadły o 0.09 proc., podczas gdy normalnie po tym rodzaju wysiłku następowało zmniejszenie r. a. o 0.05 proc.

W 13 przypadkach organicznego cierpienia układu nerwowego ilość zasad osiągała dolną granicę normy lub była niższa, niż dotychczas podawano, co tłumaczyć należy lepszymi metodami badania, jakie obecnie posiadamy.

Zmniejszenie rezerwy alkalicznej we krwi tych chorych należy uważać za stan patologiczny, który tłumaczyć może cały szereg objawów u neurasteników.

W. zaleca podawanie zasad i celowe ćwiczenia sportowe, jako środki lecznicze.

St. Luxemburg.

Wskazówki praktyczne

Łojotok, wyprysk łojotokowy i trądzik leczy Rock z powodzeniem *sulfoformam* według następującego przepisu: *Rp. Sulfoform. 2,0 — 10,0; Ol. Ricin. 3,0 — 6,0, Aq. Rosar. 10,0, Eucerin. anhydr. Beiersdorf 40,0; Lanolin, ad 100,0*. Aby uniknąć podrażnienia skóry, maść nie powinna zawierać ponad 10% sulfoformu. (Dermat. Wschr. 1930 N. 46).

— o —

Blumenthal i Jaffé badali *oddziaływanie skóry na rtęć*. Łatwo rozpuszczalne związki sublimatu i cyanku rtęci wywołują wyraźne zapalenie skóry. Ze związków, które w minimalnej ilości rozpuszczają się w wodzie, drażnią lekko: *Hg. metallic., praecipit. alb. i oxydat rubr.*, wcale nie drażnią: kalomel i salicylan rtęci. W przypadkach nadwrażliwości skórnej mogą jednak najmniejsze ilości tych środków wywoływać silne podrażnienie skóry. (Dermat. Wschr. 1930 N. 45).

— o —

Według Vollmera *naświetlanie lampą kwarcową* w ciągu 4-5 minut z każdej strony raz na tydzień w odległości 80 cm. wystarcza do leczenia krzywicy i zapobiegania jej nawro-

towi; częste naświetlanie dawkami wzrastającymi jest zbyt częste. (Kl. W. 1930 N. 49).

— o —

Wiesbader miał dobre wyniki leczenia *krwawień miesięcznych okresu dojrzewania, miesięczki niedostatecznej i krwotoków miesięczkowych hormanem jajnikowym*. W przypadkach braku miesięczki zastrzykiwano co 2 dzień 1 cm³ Hogivalu aż do wywołania krwawienia. Terapija jajnikowa może liczyć na powodzenie tylko wtenczas, kiedy ustrój rozporządza jeszcze tkanką jajnikową czynną, i kiedy niema schorzenia wielogruzołowego (D. m. W. 1930 N. 48).

— o —

Rozpoznanie dyskinezji płasawiczej ma, według Jogichessa, ułatwiać sposób następujący. Poleca się osobie badanej, aby swojemi rękoma ściśle naśladowała ruchy rąk badającego, wykonywane możliwie spokojnie i jednostajnie. Dotknięty płasawicą nie jest w stanie dokładnie podążać za ruchami badającego. Ruchy chorego albo będą wyprzedzały ruchy badającego, albo będą spóźnione, albo połączone z ruchami dodatkowymi. (M. m. W. 1930 N. 50).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 28 października 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 74, wprowadzonych gości 91.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 X. 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac, nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa, oraz składa podziękowanie Wiceprezesowi kol. L. Paszkiewiczowi za wzbogacenie zbiorów Towarzystwa cennymi дарami.

3. Kol. Higier H. przedstawia przypadek: „*Porażenie mięśni rodzinno-dziedziczne (paralysis musculorum paroxysmalis hereditaria)*”. (Streszczenie własne).

Higier demonstruje członka rodziny, której cztery pokolenia dotknięte są rzadkim cierpieniem, opisanym przed laty przez Westphala jako *paralysis musculorum paroxysmalis*. Jako czynniki wywołujące napad, podkreśla zarówno chory, jak jego bliźni i dalsi krewniacy: zbyt obfite dania wieczorowe, brak ruchu po jedzeniu, białe pieczywo pszenne, dłuższe leżenie, alkohol. Napady lekkie, szybko przemijające są, częste, napady ciężkie z zupełnym porażeniem, brakiem odruchów i pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni nerwów są rzadkie. W tej rodzinie głównie dotknięci są mężczyźni, i to już w wieku dziecięcym. Higier zwraca uwagę, że rozpoznanie tego cierpienia, o ile się je zna, jest bardzo łatwe. Dwa razy spotykał obraz kliniczny podobny do tej myastenii: 1) raz w otruciu barem podczas wojny, gdy fałszowano białą mąkę ciężką solą siarczanu baru, 2) drugi raz przy leczeniu tęcza cieżmi dawkami siarczanu magnezu i wywołaniu tą drogą zupełnej paraplegii z arefleksją i hipotonją bezbolesną, w kilkanaście godzin przemijającą.

Chorobę tę, naogół bardzo rzadką, spotyka się u nas o wiele częściej, niż gdziekolwiek w Europie. Z Japonii sygnalizują w ostatnich latach szereg takich chorób bez tła rodzinno-dziedzicznego. Adrenalina i pilokarpina przeważnie wpływają na hamowanie i występowanie napadów porażennych. Przedstawiali i opisywali u nas tego rodzaju przypadki: Goldflam, Higier, Orzechowski, Puławski i Suchanowicz.

4. Kol. Skłodowski i Sznajderman przedstawia „*Dwa przypadki przewlekłego zapalenia opon niewłado-miej etiologii, leczone odma*”. (Streszczenie własne).

Przedstawione przypadki są przykładami obstrzeń zmian oponowych, w następstwie zastoju płynu w komorach i popraw po ustąpieniu zastoju. Niedrożność systemu komorowego, a następnie przywrócenie drożności zostało ściśle stwierdzone w obu przypadkach zapomocą encefalografji.

Przypadki te dotyczą chorych, przeniesionych na Klinikę Neurologiczną z oddziału Dra Skłodowskiego dla kontynuowania leczenia. Pierwszy dotyczy chorego lat 43, dotychczas zupełnie zdrowego. Zachorował nagle dnia 14 lutego 1930 r. po przespaniu nocy przy mocno zapalonym piecu: obudził się nagle jutro w połprzebudzeniu, z silnymi bólami głowy, z wymiotami, miał mieć wysoką gorączkę oraz niepokój ruchowy. Badanie na oddziale w 2 dni od początku choroby wykazało ciepłotę dochodzącą do 39,8, zwolnienie tętna, senność, nieznaczne zamroczenie oraz silne objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny pod bardzo wysokim ciśnieniem, meningokoków w preparacie, ani w posiewie nie stwierdzono; badanie na próbki Kocha wypadło ujemnie. W płynie same ciała wielojądrowe, 20 lutego przepłukano choremu na 3-cim pawilonie kanał rdzeniowy 50 cm³ płynu fizjologicznego, dnia 22 lutego powtórzono zabieg, ciepłota nieco opadła, lecz na krótko; stan przedmiotowy i podmiotowy pozostawał prawie bez zmiany. Wobec tego dnia 26 lutego wprowadzono choremu drogą do lędźwiową surowicę meningokokową wielowarstwową. Ciepłota opadła, na kilka dni poprawił się również stan podmiotowy. Trwało to jednak bardzo krótko, poczem gorączka podniosła się znów do 39,0, samopoczucie znacznie się pogorszyło, chory był zamroczony i w tym stanie został przeniesiony do Kliniki dla dalszego

leczenia. Stan podmiotowy przedstawiał się następująco: chory zamroczony, narzeka na bardzo silne bóle głowy, euforyczny, ciepłota 39,0, bradykardja, słabo wyrażone objawy oponowe. Dno oka w normie. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny. Ciśnienie 400 (siedząca pozycja), ciepłota 1200 w 1 mm³ (wielojądrowe); białko 15-krotnie zwiększone: Nonne-Apelt (+++). Drogą do lędźwiową wpuszczono choremu 70 cm³ powietrza po uprzednim wypuszczeniu tej samej ilości płynu m.—rdz. Ciśnienie w miarę wypuszczenia płynu opadało. Zdjęcie rentgenowskie wykazało jedynie wypełnienie powierzchni przestrzeni podpajęczynkowych oraz zbiorników, natomiast komory nie uwidoczniły się. Jeszcze trzy dni po odmie trwał chorego taki sam stan, jak poprzednio, dopiero od 4-go dnia datuje się polepszenie: zamroczenie ustąpiło, ciepłota opadła do 37,0, bóle głowy ustąpiły, powtórne zdjęcie rentgenowskie nie wykazywało już śladów powietrza w mózgu. Od tego czasu poprawa u chorego postępuje. 4 kwietnia odma podpotyliczna: płyn przejrzysty w pierwszej porcji 60 ciepłota w 1 mm³ z dwukrotnie wzmożonym białkiem i słabo dodatnim odczynem Nonne-Apelta. Wpuszczono 80 cm³ powietrza po uprzednim wypuszczeniu takiej samej ilości płynu; w ostatniej porcji płynu 28 ciepłota w 1 mm³, dwukrotnie wzmożone białko i słabo dodatni Nonne-Apelt. Bóle głowy przez 2 dni po odmie duże. Zdjęcie poddymowe wykazało teraz wypełnienie komór, wcale nie rozszerzonych. Nakłucie lędźwiowe, wykonane w 5 dni potem, wykazało płyn zupełnie normalny. Chory został po kilku dniach wypisany zupełnie zdrowy. Stan ten trwa do dnia dzisiejszego.

Jak wynika z powyższego, mieliśmy u naszego chorego do czynienia z ostrym zapaleniem opon mózgowych niewładomego pochodzenia. Zapalenie to przewlekło się, jak należy sądzić, z tego powodu, że w przebiegu doszło do zamknięcia przez złejuć odpływowych z komór. W okresie ostatecznej poprawy odma zastała też ujęcia rozwarte. Stąd należy wnosić, że powodem przeciągania się staru zapalnego był zastój płynu m.—rdz. w komorach, a źródłem poprawy — przywrócenie możliwości odpływu. To możemy powiedzieć na pewno. Czy spowodowane to zostało przez wprowadzenia powietrza, tego nie jesteśmy w stanie udowodnić, jednak w klinice obserwowaliśmy już wielokrotnie tego rodzaju opóźnione poprawy, występujące dopiero w kilka dni po wprowadzeniu powietrza.

Przypadek drugi tyczy chłopca lat 17. Początek cierpienia datuje się od sierpnia 1929 roku. W tym czasie chory po raz pierwszy został umieszczony w szpitalu Dzieciątka Jezus, na oddziale Dra Skłodowskiego z powodu silnych bólów głowy i brzucha. Poprzednio miał być zupełnie zdrowy. Badanie przedmiotowe przedstawiało się następująco: ciepłota 38,0, tętno 64, zaznaczone objawy oponowe, bardzo osłabione odruchy ścięgna—okostn., płyn m.—rdz. zawierał 30—40 ciepłota w 1 mm³ (wyłącznie limfocyty), białko 0,2 pro mille. Nonne-Apelt słabo dodatni. Po nakłuciu stan chorego poprawił się. Powtórne nakłucie w 8 dni po pierwszym dało płyn o bardzo wysokim ciśnieniu z 240 limfocytami; kilkakrotne badanie płynu na próbki Kocha dało wynik ujemny, jak również szczepienie płynu świnie morskiej; we krwi stałe leukocytoza obojętnochłonna, wynosząca 17.000 ciepłota. Po 6 tygodniowym pobycie chorego na oddziale Dra Skłodowskiego, chory wypisał się z poprawą. Ponowne nakłucie, wykonane 3 dni przed wypisaniem się, dało 126 limfocytów w 1 mm³. Przez pół roku pobytu w domu chory czuł się zupełnie dobrze i chodził do szkoły. 1 marca 1930 roku chory był znów zmuszony zapisać się do szpitala z powodu silnych bólów głowy i wymiotów. Bóle te stawały się coraz gwałtowniejsze, wymioty uporczywsze, występowały przy najlżejszym nawet ruchu. Przedmiotowo: stan podgorączkowy, tętno 60, objawy oponowe wybitne, znaczna sinica rąk i nóg, płyn m.—rdz. o wysokim ciśnieniu zawierał 50 limfocytów w 1 mm³, 0,25% co. Posiew ujemny. Wassermann we krwi i w płynie ujemny. Leczenie aurosanem bez wpływu. Dnia 6 kwietnia został przeniesiony do kliniki. Chory uskarża się w dalszym ciągu na stałe silne bóle głowy, nasilające się napadami do takiego natężenia, że stawały się niemiżliwe do zniesienia (chory wtedy przeraźliwie krzyczał), występowały one bez powodu, lecz najczęściej przy lekkim nawet ruchu głowy. Wymioty bezustannie. Głowa w przykurczu zgięta ku tyłowi,

Pozatem turgor twarzy, silne uwydatnienie naczyń na skroniach, zastoina na lewym oku, na prawem nieznaczne zatarcie granicy skroniowej tarczy (w odwrotnym obrazie), *visus* 5/6 obuocznie, silnie wyrażone objawy opoizowe, oczopląs parietyczny przy spojrzeniu na boki, głównie na prawo, hipotonja kończyn.

Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie płynu 560—360 (pozycja leżąca), limfocytów 23 w 1 mm³, Nonne-Apelt (††), białko dwukrotnie wzmożone; w kamerze Alzheimera głównie limfocyty. Po nakłuciu stan bez zmiany lecz z czasem zastoina na dnie oka większa, ostrość wzroku 1/2 obuocznie. Chory został poddany naświetlaniom rentgenowskim spłotów naczyniastych. Nieznaczna ulga po naświetlaniach trwała tylko kilka dni.

Dnia 6 maja wykonaliśmy u chorego odnę mózgową. Chory otrzymał drogą dołędźwiową 40 cm. sz. Ciśnienie początkowe 460 (pozycja leżąca). W miarę wypuszczania płynu ciśnienie obniżało się i spadło pod koniec odmy do 80. Bóle głowy w czasie odmy nie spotęgowały się. Zdjęcie poddymowe rentg. nie wykazało powietrza w mózgu. Czwartego dnia po odmie stan chorego uległ radykalnej zmianie: bóle głowy ustąpiły, również wymioty, chory odczuwał jedynie zawroty głowy, łaknienie lepsze. Poprawa stale postępowała. Dnia 22 maja powtórzono odnę, o którą zresztą sam się prosił. W pierwszej porcji płynu m. rdz. 18 limfocytów. Już w czasie odmy chory poczał narzekać na bóle w karku, później w czole, coraz silniejsze. Zdjęcie poddymowe wykazało wypełnione komórki, znacznie powiększone. Następnego dnia po odmie bóle głowy ustąpiły. Stan chorego poprawiał się w dalszym ciągu, co trwa do dnia dzisiejszego.

Jak wynika z powyższego, mamy tu do czynienia z przewlekłym zapaleniem opon z następującymi cechami: skłonność wybitna do remlisji, neutrofilja stała we krwi, pleocytoza limfocytarna w płynie m. rdz., tło niewątpliwie niegruźlicze.

Przez wyłączenie jesteśmy skłonni myśleć o tle wagrowatym tego niezwyklego zapalenia opon. I tutaj stwierdziliśmy zrazu zastój komorowy z trudnością odpływu płynu m.—rdz. z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej. W okresie poprawy zastój tego nie było, co dowodzi, że zastój płynu był właśnie powodem pogarszania się stanu. Ustąpienie tego zastój, oczywiście nie może wpłynąć na stan chorobowy zasadniczy, jeśli chodzi o wagrowatość, w każdym jednak razie dało choremu znakomitą ulgę. W przypadku tym poprawa po odmie nastąpiła dopiero po kilku dniach. Z tego powodu nie możemy z całą stanowczością utrzymywać, że dzięki powietrzu nastąpiło wybicie otworu w zlepek zamykających otwory komorowo—pajęczynówkowe. Jest jednak wielce prawdopodobnem, że powietrze, przemieszczając się ciągle, drenując przestrzenie podpajęczynówkowe jedne po drugich, przebijają ostatecznie obszary podpajęczynówkowe, zatkane plastyczną wypociną koło otworów Magendi i Luschki, i tak przedostaje się dopiero po kilku dniach do komór.

Dyskusja.

Kol. Higier (streszczenie własne), omawiając epi kryzę obu przypadków, zwraca uwagę na brak czynnika etiologicznego natury zapalnej. Mnożą się w ostatnich latach analogiczne przypadki, opisywane na półwyspie Skandynawskim i we Francji. Co do drugiego spostrzeżenia, to wobec nawrotowego przebiegu H. nie wyłączałyby ostatecznie *meningitis cysticercosa* lub sprawy nowotworowej. Odma czaszkowa czyli wprowadzanie powietrza drogą wewnątrz — lędźwiową lub przez *cisterna cerebello—medullaris*, dokonywane u wspomnianych chorych dało wyniki świetne, gdyż powietrze, pod dużym ciśnieniem przedostając się, rozrywa zrosty, wydymuje ropę z uchyłków ukrytych, kanalizuje drogi podoponowo—nadkorowe i przywraca normalne krążenie płynu mózgowo — rdzeniowego. Odnę jako poważną metodę rozpoznawczą (Bingel, Dandy) wykorzystują ostatnio też jako metodę leczniczą, u nas głównie klinika neurologiczna.

Kol. Filiński podaje opis 2 przypadków, obserwowanych przez siebie. W pierwszym — obraz nawrotnego zapalenia opon, z pleocytozą limfocytarną, zakończony podczas nawrotu śmiercią; w drugim — wśród klinicznego obrazu ostrego zapalenia opon, płyn mózgowo — rdzeniowy bez zmian. W obu płyn m.—rdz. okazał się jałowy. Oprócz tego przytacza mówca przypadek z piśmiennictwa, w którym objawy opoizowe stawiano w związku z jadem, wywołującym opryszczkę.

5. Kol. W. Orłowski wygłosił część II odczytu o „*Patogenezie przewlekłej niewydolności układu krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorii obwodowo — mięśniowej Eppingera*” p. t. „*Teoria Eppingera w świetle krytyki*” (streszczenie własne).

Dla uznania teorii Eppingera powinna ona, zdaniem autora, zadość uczynić następującym warunkom: a) opierać się na licznych materiałach, który musi być dobrze opracowany ze stanowiska klinicznego, b) zastosowane metody powinny być możliwie dokładne, a samo ich wykonanie ścisłe, c) powinna być szeroko uwzględniona kontrola badaniami na ludziach zdrowych oraz osobach z sercem zdrowym, cierpiących na choroby innych narządów i układów, d) interpretacja wyników powinna być bardzo ostrożna, e) przesłanki dla teorii powinny być niewątpliwie. Wreszcie należy udowodnić, że zaburzenia przemiany materji w odcinku mięśniowym są przyczyną, nie zaś następstwem niewydolności krążenia. Prelegent szczegółowo analizuje z tego stanowiska prace Eppingera i jego współpracowników. Na podstawie tej analizy danych piśmienniczych oraz badań, wykonanych w II klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego przez Apfelbauma, Cytronberga, Filińskiego, Fiedlera, Goreckiego, Reichera, Sterlinga, — Okuniewskiego, Szczepańskiego i Węgierkę, autor dochodzi do wniosku, że prace Eppingera i jego współpracowników upoważniają narazić tylko do wniosków następujących: 1) zużycie tlenu u chorych sercowych w okresie niewyrównania jest b. często zwiększone już w spoczynku; to wzmożenie wzrasta jeszcze bardziej podczas pracy i pozostaje na wyższym poziomie przez czas dłuższy, niż u osób zdrowych, 2) poziom kwasu mlekowego we krwi tych chorych po pracy jest wyższy przez dłuższy okres czasu, niż u osób zdrowych, 3) nasycenie ich krwi tętniczej tlenem jest prawidłowe, o ile niema większych powikłań ze strony płuc, natomiast 4) wykorzystanie tlenu w mięśniach jest przeważnie gorsze, niż u osób ze zdrowym układem krążenia.

Ostateczne wnioski prelegenta głoszą:

1. Prawidłowy stan krążenia warunkuje harmonijną współpracę serca i szeroko pojętego obwodu krążeniowego.
2. Równowaga krążeniowa utrzymuje się przede wszystkim dzięki przystosowaniu się serca.
3. Wyłączna lub chociażby przodująca rola układu mięśniowego w powstawaniu przewlekłego niewyrównania krążenia u chorych sercowych nie jest udowodniona.
4. W przewlekłych zaburzeniach wyrównania serca główną rolę patogenetyczną odgrywa serce; zmiany na obwodzie krążeniowym i w narządach są następnie i mogą przyczyniać się do podtrzymania niewyrównania. W tym więc okresie przewlekłe niewyrównanie krążenia nie jest samą tylko *myopathia cordis*, ani *myopathia vascularis*, ani *myopathia cardiovascularis*, lecz *organopathia universalis* z punktem wyjścia w sercu.

5. W leczeniu przewlekłych zaburzeń wyrównania należy przede wszystkim skierować uwagę na stan serca. Głównym zadaniem leczniczym powinno być podniesienie jego sprawności zarówno przy pomocy zabiegów, które działają na serce bezpośrednio, jak i przez zmniejszenie przeszkody dla jego pracy (usunięcie obrzeków, przesieków surowiczych i t. d.); w tych warunkach pewną rolę mogą odegrać i zabiegi o działaniu naczyniowym, które same przez się są tu bezskuteczne.

6. W ostrych zapadach główną rolę odrywa obwód naczyniowy; tu więc jest właściwa domena leków naczyniowych, które powodują skurcz drobnych naczyń, zwłaszcza włosowatych, i sprzyjają przez to przyplwowi krwi do serca, mózgu i innych narządów.

Posiedzenie zamknięte o godz. 10-tej.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu grudniowym Paryskiej Akademii Lekarskiej (Pr. méd. Nr. 1—1931) Bezancon, Weil, Delarue i inni cytowali przypadek gośdca gruźliczego z objawami typowymi w stawach i z zaatakowaniem serca. Nietylko w płucach, lecz i w stawach, w sercu i we krwi stwierdzono obecność klasycznego prątka gruźliczego. Zmiany anatomiczne

nie posiadały cech swoistych, były zaś zwykłego charakteru zapalnego. W ten sposób potwierdzono istnienie gościa gruźliczego. W przeciwieństwie jednak do dawniej przez Ponceta wygłoszonego zdania przypadek nie był spowodowany działaniem jądów gruźliczych, ani też jakiejś szczególnej postaci zarazka, lecz był wywołany przez zwykłą pałeczkę gruźliczą.

Na tem samem posiedzeniu Lignières poruszył sprawę wartości surowic przeciwbloniczych. Opleając się na powszechnie znanym fakcie mniejszej skuteczności obecnych surowic, L. nie sądzi, by w grę wchodziły tu takie czynniki, jak opóźnione zastosowanie surowicy, czy też zakażenie mieszane, gdyż te momenty zdarzały się napewno i wcześniej, tembardziej, że obecnie stosuje się o wiele większe ilości, jednostek przeciwi-jadowych. Jeżeli nawet stanąć na tem stanowisku, że zjadliwość prątka bloniczego używanego stale do przygotowywania surowic, nie uległa osłabieniu, to, mimo to, L. skłonny jest doszukiwać się przyczyny osłabienia skuteczności surowicy w samym zarazku, którego „właściwość chorobotwórcza” uległa widocznie zmianie.

Wreszcie na tem samem posiedzeniu Bernardi Poix omawiali wyniki 60 przypadków wyrwania nerwu przeponowego w gruźlicy płuc. Podkreślając konieczność rozleglejszego wyrwania nerwu, zaznaczają oni, że zabieg ten okazuje się szczególnie pożytecznym w przypadkach z tendencją do bliźnowacenia. Bardzo dobre wyniki dają postacie jednostronne wrzodząco-włókniste, mało rozlane i powoli rozwijające się. Zabieg ten ma poza tem zastosowanie w przypadkach zrostów przeponowych i jako wstęp do torakoplastyki.

Na posiedz. grudn. tow. lek. szpit. paryskich (Pr. méd. № 1) Flandrin, Lecoq, Maisson i Thierloix zdawali sprawę z swych prób leczenia gruźlicy złotem, cerem, lantanem i molibdenem. Zdaniem ich, chryzalbina, jak wogóle preparaty złota, może dać objawy zatrucia. Należy stosować dawki małe (0,05 — 0,2 na tydzień); nieźle działa stosowanie *per rectum*.

Lepsze wyniki ma dawać cer lub lantan. Najlepsze jednak działanie spostrzegali autorzy przy stosowaniu molibdenu, który robi wrażenie wprost środka swoistego, co, zresztą, wypowiedziane jest z wielkiem zastrzeżeniem.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z osobnego referatu inżynierji sanitarnej Dep. Służby Zdrowia.
(Kierownik: inż. Z. Rudolf).

Zapotrzebowanie wody na cele użytkowe. *)

Podał

Inż. St. WALDORF-KUBICZEK (Warszawa).

Urządzenia do zaopatrzenia w wodę, a w pierwszym rzędzie wodociągi, mające na celu podniesienie stanu sanitarnego osiedli, winny dostarczać wodę w odpowiedniej ilości. Przytem źródła wody należy tak wybrać, aby spełnić warunek dostarczania odpowiedniej ilości wody w całym okresie amortyzacyjnym (dla wodociągu zwykle 40—50 lat). Wodociąg winien być zaprojektowany oszczędnie i ekonomicznie uzasadniony, gdyż w przeciwnym razie byłby trudny, lub wręcz niemożliwy do zrealizowania. Przeto przy projektowaniu te dwa czynniki: dostarczenie odpowiedniej ilości wody i ekonomja urządzenia, odgrywają dominującą rolę i muszą być poddane szczegółowemu badaniu.

Zwykle dane, zebrane przed założeniem wodociągu, nie mogą być miarodajne, gdyż zużycie wody jest małe z powodu trudności jej dostarczenia. Należy się liczyć ze znacznym wzrostem zapotrzebowania wody z chwilą wprowadzenia wodociągu, o ile temu nie staną na przeszkodzie zbyt wysokie opłaty.

Zużycie wody jest oczywiście nierównomierne zarówno w obrębie roku, jak i dnia. Latem zużycie znacznie wzrasta, a zimą maleje.

Przeciętnie przyjmować można:

na cele domowe	
do picia, gotowania, prania i tp.	40 — 50 litr.
(w tem na pranie 5—15 l. d)	na dobę i miesz-
	kańca

jednorazowe spłukanie ustępu	5 — 7	litr.
kąpiel w wannie	250 — 300	„
natrysk	20 — 35	„
pojenie bydła dużego (koń, wół)	50 ltr. na dobę	i sztukę
pojenie bydła drobnego (cielę, owca)	10 ltr. na dobę	i sztukę

na cele publiczne

w szkołach na ucznia	2 ltr. na dobę
w koszarach na żołnierza	20 „ „ „
„ „ „ konia	40 „ „ „
w szpitalach na chorego	100—150 „ „ „
w kąpieliskach publ.	500 ltr. na 1 wannę
„ „ „	30—40 ltr. na 1 natrysk
trwałe spłukiwanie pisuaru	30—50 ltr. na godzinę
w pralniach na 100 kg. bielizny	400 ltr.
jednorazowe skropienie ogrodów,	1—1,5 l. na m ²
ulic, placów	powierzchni
studzienka-zdrój o stałym wypływie	15—20 m ³ na
	dobę
wodotryski duże	3—100 l. na sekundę
wodotryski małe	0,5—3 l. „ „
hydrant pożarny	5—8 l. „ „
sikawka motorowa	15—20 l. „ „

Dane zużycia wody na cele publiczne wlicza się zwykle do zużycia przeciętnego jakie wypada na dobę i mieszkańca. Na cele pożarowe przyjmuje się działanie 2 — 4 hydrantów w ciągu 2 — 4 godzin każdy o wydatku 5 — 8 litrów na sekundę.

Na cele przemysłowe można przyjąć wg. prof. Nadolskiego

w rzeźniach na sztukę grubą	300—400 ltr.
-----------------------------	--------------

*) Artykuł niniejszy czysto informacyjny umieszczamy ze względu na to, że sprawa zaopatrzenia ludności w wodę jest dziś na porządku dziennym (Redakcja).

w rzeźniach na sztukę drobną	150—200 „
w halach targowych na 1 m ² powierzchni	5 ltr. na dobę
na kolejach parowóz manewrowy	6—8 m ³ na dobę
na kolejach parowóz towarowy	2—3, 6 „ „ „
na kolejach parowóz osobowy	3—3, 6 „ „ „
na kolejach parowóz pośpieszny	3, 4—6 „ „ „
czyszczenie wagonu	1000—1500 ltr.
w gazowniach na 1 m ³ wyprodukowanego gazu	5 — 8 ltr.
w papierniach na 1 kg. wyprodukowanego papieru	400—600 „
w cukrowniach na 1 kg. wyprodukowanego cukru	100 „
w mleczarniach na przeróbkę 1 litra mleka	2 — 6 „
w browarach na 1 l. piwa	3 — 5 „
w farbiarniach i pralniach chemicznych na 1 kl. materiału	100 „
w fabrykach sukna na 1 kg. wełny	1000 „
w cegielniach na wyrób 1000 cegieł	500 „
do zaprawy na wymurowanie 1000 sztuk cegły	700—800 „
beton na 1 m ³	120—150 „

Zapotrzebowanie własne wodociągu jest niewielkie (cele motoryczne, płukanie odżelaziaczy i filtrów). Straty w sieci wodociągowej wskutek nie szczelności nie powinny przekraczać 10%, całorocznego zużycia wody.

Przy obliczaniu przeciętnego zużycia na dobę i mieszkańca przyjmujemy:

dla osiedli do 5000 mieszkańców	40—60 ltr.
„ małych miast (do 30000 mieszk.)	50—70 „
„ średnich miast (do 100000 mieszk.)	60—90 „
„ dużych miast (powyżej 100000 mieszk.)	80—130 „

W projektach wodociągów naszych miast, wykonywanych w ostatnich latach przyjmowano zwykle 50 — 60 ltr. na dobę i mieszkańca, co jest stosunkowo liczbą niewielką a na stosunki amerykańskie prawie niezrozumiałą.

Bardzo duży wpływ na rozbiór wody ma sposób jej dostarczenia oraz wysokość i sposób wymierzania opłat.

Jeśli woda jest pobierana przez mieszkańców osiedla tylko ze studzienek-zdrowi wodociągowych, niezbyt gęsto rozmieszczonych na ulicach i placach należy się spodziewać zużycia nieprzekraczającego 20 — 30 ltr. na dobę i mieszkańca. Oczywiście w miarę przyłączania nieruchomości do sieci wodociągowej zużycie wody będzie wzrastać.

Zbyt niskie opłaty za wodę powodują tylko duże marnotrawstwo, dając złudzenie wysokiego poziomu higienicznego mieszkańców. Najbardziej wypróbowanym sposobem wymiaru opłat za wodę jest stosowanie wodomierzy. Przytem godne zalecenia jest założenie wodomierzy w jakiś czas po uruchomieniu wodociągu,

aby nie hamować normalnego wzrostu zapotrzebowania wody. W międzyczasie opłaty można uzależniać od wysokości komornego lub innej jakiejś wartości stałej, aby umożliwić przedsiębiorstwu wodociągów zestawienie realnego budżetu.

Zużycie wody ulega wahaniom. Stosunek średniego dziennego rozbioru do największego dziennego (dnie upalne latem) waha się w granicach 1:1,2—1:1,8, średnio przyjmujemy 1:1,5. Jeśli przeciętne zużycie dzienne wynosi Q litrów, to maksymalne dzienne $Q_{\max} = 1,5 Q$

Przeciętne godzinowe zużycie wynosi $q = \frac{Q}{24}$,

a największe zużycie godzinowe $q_{\max} = 1,5q = 1,5 \frac{Q}{24}$,

zaś maksymalne zużycie godzinowe w dzień upalny (godzina największego rozbioru wody w dniu upalnym), jako największe zużycie godzinowe w ciągu roku wynosi

$$q_{\max} = \frac{1,5Q_{\max}}{24} = \frac{1,5 \times 1,5 \times Q}{24} = \frac{Q}{10}$$

Przeciętne zużycie godzinowe wynosi 4,17% całodobowego rozbioru przeciętnego i wykazuje wahania w obie strony wzrastając do 6,5 — 7% i obniżając się w nocy do 1,1 — 2,3%. Wodociąg musi być przygotowany na pokrycie największego zapotrzebowania godzinowego czyli na 10% przeciętnego dziennego ($\frac{Q}{10}$)

W ciągu tygodnia największe zużycie wody wykazują soboty, najmniejsze niedziele.

Od chwili uruchomienia wodociągu, naturalnie, zużycie wody silnie wzrasta z roku na rok (około 10% rocznie), potem przyrost stopniowo maleje, ale zużycie stale wykazuje pewną tendencję wzrostu (1,5—2,5% rocznie w większych miastach).

Stały wzrost zapotrzebowania spowodowany jest rozwojem miast. Dla racjonalnego zaprojektowania wodociągu oraz prawidłowej jego eksploatacji należy sprawę przyrostu ludności szczegółowo zbadać, tak aby pierwsze założenie wodociągu wystarczało na najbliższe lat 10 — 15 z możliwością rozbudowy na dalszą część okresu amortyzacyjnego. Zwykle okres ten wynosi 40 — 50 lat. Należy liczyć się ze znacznym wzrostem naszych miast, które wykazują około 30% ogółu ludności, gdy na zachodzie 40 — 76%.

Obliczenie przyrostu ludności opieramy na rachunku procentu składanego, oraz na danych statystycznych. Normalny przyrost ludności dużych miast wynosi 2,7%, średnich 3%, małych 2,2%. Z danych statystycznych o liczbie mieszkańców zbieranych co n lat (zwykle 10) możemy ustalić przyrost roczny:

$$p = 100 \left[\sqrt[n]{\frac{M_n}{M}} - 1 \right] \quad \text{gdzie } M - \text{liczba mieszkańców przed upływem } n \text{ lat, } M_n - \text{po } n \text{ latach, } p - \text{przyrost ludności}$$

A liczba ludności po m latach wynosić będzie

$$M_m = M \left[1 + \frac{p}{100} \right]^m$$

Jednakże do tego obliczenia należy odnosić się z zastrzeżeniem, gdyż mamy często do czynienia

z wpływami ubocznymi, jak rozwój lub zanik pewnych gałęzi przemysłu, komunikacji, epidemie i t.p. Ponadto należy zauważyć, że cała liczba mieszkańców jest rozłożona nierównomiernie na przestrzeni danego osiedla. Dla odpowiedniego zaprojektowania sieci wodociągowej, rozprowadzającej wodę, niezbędna jest znajomość gęstości zaludnienia poszczególnych dzielnic miasta. W przypadku niemożności zebrania na miejscu ściślejszych danych o gęstości zaludnienia, można przyjąć następujące normy Dr. Weyraucha po dokładnem zbadaniu charakteru poszczególnych dzielnic.

Dzielnice bardzo gęsto zaludnione (zwykle dzielnice staromiejskie) lub niektóre dzielnice miast dużych i przemysłowych	700—900 mieszk. na hektar			
dzielnice gęsto zaludnione	400—600	"	"	"
" średnio gęsto zab.	300—400	"	"	"
" o otwartem zabud.	180—280	"	"	"
" willowe	100—180	"	"	"

Wiadomości bieżące.

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

Do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych doszło, iż często zdarzają się wypadki, że osoby, uprawnione do otrzymania zaopatrzenia inwalidzkiego, po otrzymaniu w myśl art. 14 ustawy z dnia 18.III.1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 195) zaświadczenia lekarza powiatowego o stopniu utraty zdolności do pracy, niezadowolone ze stwierdzonego procentu niezdolności do pracy, zwracają się do innych lekarzy powiatowych, gdzie uzyskują wyższy wymiar procentu.

Dla zapobieżenia na przyszłość podobnym niepożądanym zjawiskom zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) polecić podwładnym lekarzom powiatowym, by wydawali wzmiankowane wyżej świadectwa tylko mieszkańcom powiatu, należącemu do ich zakresu działania.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

— Posiedzenie naukowe Pol. Tow. Gastrologicznego odbyło się dn. 17.XII. w sali Zakładu Fizjologii Uniw. Warszawskiego.

Obecnych było 50 osób. Prezes Wejnert wita byłego Rektora Michałowicza jako pierwszego pionera zbliżenia między gastrologami i pediatrami, oraz wyraża życzenie, aby nawiązana niegdyś utrzymała. Profesor Radliński i Dr. Siedlecka przedstawili rzadki przypadek „Glioma pendulum ventriculi”.

Dr. Lubelski przedstawił ciekawy przypadek guza trzustki.

Dr. Kohan z kliniki Prof. Radlińskiego przedstawił wyjątkowy przypadek usunięcia operacyjnego z dwunastnicy 2 widelców i termometru, polkniętych uprzednio przez pacjentkę.

Rektor Michałowicz wygłosił odczyt p. t. Zaburzenia w czynnościach grubego jelita, ich patogeniza i leczenie.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż na posiedzeniu Komitetu Konkursowego fund. im. Grzegorza Piramowicza, przyznana została nagroda D-rowsi Karolowi Mitkiewiczowi, wizytatorowi higieny szkolnej Kuratorium Okręgu Szkolnego Warszawskiego za całą działalność higieniczną, a zwłaszcza za propagowanie idei szerzenia higieny przez szkoły.

Sekretarz Stały
Prof. Dr. med. B. Sawicki.

— Program kursu ogólnodokształcającego dla lekarzy-praktyków przy Wydziale Lekarskim U. W. Kurs odbędzie się od dnia 15.III do dnia 28.III 1931 r. Na kurs złożą się wykłady i zajęcia praktyczne, żywo interesujące lekarzy pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Szczegółowy program będzie doręczony uczestnikom kursu, jak również zainteresowanym pocztą lub osobiście. Posiadający karty uczestnictwa, otrzymane po uregulowaniu należności, mają prawo odbyć internat w Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. W. Uczestnicy kursu korzystają ze zniżek kolejowych w drodze powrotnej, będą mieli zapewnione mieszkanie w Warszawie po cenach umiarkowanych oraz otrzymają zaświadczenia z odbycia kursu. Informacji udziela Dr. R. Peret Nowogrodzka 59, Warszawa.

Wykaz najważniejszych wykładów:

Medycyna wewnętrzna: Doc. dr. W. Filiński — Leczenie klimatyczne w chorobach płuc — 2 godz. Dr. J. Grott — Rozpoznawanie i leczenie cukrzycy w praktyce — 3 g. Dr. J. Misiewicz — Znaczenie odmy w leczeniu gruźlicy płuc — 3 godz. Prof. dr. J. Modrakowski — Wskazania i sposoby stosowania środków sercowych — 2 godz. Prof. dr. W. Orłowski — Leczenie ostrego zapalenia gośćcowego — 2 godz. Dr. E. Reicher — O cierpieniach powstałych na tle zaburzeń układu wegetatywnego z punktu widzenia medycyny wewnętrznej — 1 godz. Prof. dr. M. Semerau-Siemianowski — O zawale wsierdza — 1 godz. i o hipotonji konstytucjonalnej — 2 godz.

Choroby dziecięce: Dr. H. Brokman — Zdiagnozyki gruźlicy płuc u dzieci — 2 godz. Doc. dr. M. Erlichówna — Brak łaknienia u dzieci; przyczyny i leczenie — 2 godz. i ważniejsze rozdziały z patologii i leczenia noworodków — 2 godz. Prof. dr. M. Michałowicz — Zasady odżywiania niemowląt — 4 godz. Dr. R. Stankiewicz — Umiejscowienie zapalenia płuc u dzieci — 2 godz. i Leczenie zapalenia płuc u dzieci 2 godz. Prof. dr. W. Szenajch — Leczenie surowicą błonicy i płonicy — 2 godz.

Położnictwo i Ginekologia: Doc. dr. H. Beck — Leczenie poronienia — 2 godz. i zapalenie miedniczek nerwowych w ciąży — 1 godz. Prof. dr. A. Czyżewicz — Wskazania i technika cięcia cesarskiego — 2 godz. Doc. dr. H. Gromadzki — Ciąża pozamaciczna, jej istota, rozpoznawanie i leczenie — 2 godz. Doc. dr. L. Lorentowicz — Leczenie zachowawcze schorzeń narządów rodnych kobiety — 1 godz. i Istota i leczenie upławów — 1 godz. Doc. dr. Z. Monsiorski — Postępowanie lecznicze w przypadkach krwawień macicznych poza ciążą, porodem i połogiem — 2 godz. i Rzeżączka u kobiet, jej leczenie i przebieg — 2 godz.

Chirurgja: Prof. dr. A. Leśniowski — Leczenie zewnętrznych przetok kałowych — 1 godz. Doc. dr. K. Kaczyński —

Chirurgia jamy brzusznej w przypadkach nagłych — 1 godz. Doc. dr. Mossakowski — Leczenie ropnych nieswoistych zapaleń opłucnej — 1 godz. Dr. J. Perzyński — Leczenie przetok odbytu — 1 godz. Prof. dr. Radliński — Osteomyelitis 1 godz. Doc. dr. Rutkowski J. — Wskazania do zabiegów chirurgicznych na drogach żółciowych 1 godz. Doc. dr. B. Szerszyński — Rozpoznawanie i leczenie kamicy nerkowej — 2 godz. Doc. dr. A. Wojciechowski — Nowe poglądy na leczenie złamań — 1 godz.

Neurologia: Dr. S. Leśniowski — Zapalenie mózgu i jego postacie u dorosłego i u dziecka — 1 godz. Prof. dr. K. Orzechowski — Neurologia ze stanowiska potrzeb lekarza-praktyka — 1 godz.

Rentgenologia: Doc. dr. A. Elektorowicz — Diagnostyka radiologiczna schorzeń narządu moczowego — 2 godz. i Znaczenie diagnostyki radiologicznej w chorobach przewodu pokarmowego — 2 godz.

Okulistyka: Doc. dr. W. Melanowski — Objawy oczne w chorobach wewnętrznych i nerwowych — 2 godz.

Prof. dr. L. Hirschfeld — Współczesny stan wiedzy o grupach krwi — 1 godz.

Dr. C. Wroczyński — Medycyna a praktyka lekarska — 1 godz.

SPROSTOWANIE.

W № 2 „Warsz. Czasop. Lek.” na st. 33, szpalta lewa wiersz 4 od góry, zamiast: Chociaż prace B-go pchnęły medycynę . . . na nowe tory — powinno być: Chociaż prace B-go nie pchnęły medycyny . . . na nowe tory.

ZMARLI:

Bronisław Sawicki, prof. chirurgji Uniw. Warsz., długoletni ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala D-ka Jezus w Warszawie, Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, autor wielu prac naukowych, zasłużony pracownik na polu szpitalnictwa — w Warszawie. Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne podamy w jednym z najbliższych numerów.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

13.I. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

B. P o k a z y:

1) R. Berman i J. Felhendler: Przypadek żylaków olbrzymich rozmiarów. 2) M. Lubelski: Przypadek kamicy żółciowej na tle guza trzustki; choledochogastrostomia.

C. Odczyt: M. Płoński: O współczesnych badaniach nad nowotworami.

TREŚĆ: J. MUSZKATENBLIT. O raku pierwotnym płuca. — J. K. SZPILMAN. Stan obecny leczenia żylaków kończyn dolnych. — Sz. FAJGENBLAT. Guttadiaphot (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. WALDORF-KUBICZEK. Zapotrzebowanie wody na cele użytkowe. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. MUSZKATENBLIT. Sur le cancer primitif du poumon. — J. K. SZPILMAN. L'état actuel du traitement des varices des extrémités inférieures. — Sz. FAJGENBLAT. Guttadiaphote (Rev. gén.). — St. WALDORF-KUBICZEK. Le besoin d'eau pour des buts usagers.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZENI:

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. 834-48

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. 834-48

