

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 IX

WARSZAWA, 8 WRZEŚNIA 1932 R.

Nr. 36

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Dz. Jezus.
(Ordynator: Dr. Józef Skłodowski).

O jodzie.

(Zachowanie się jodu w ustroju i działanie lecznicze).

Podał

A. W. KAPŁAN (Warszawa).

Jod stosuje się z pożytkiem pod różnemi postaciami w lecnictwie od bardzo dawna. Świadome zastosowanie jego datuje się od chwili odkrycia tego pierwiastka przez C o u r t o i s (1811 r.). Były okresy, gdy stosowano go bardzo dużo, okresy, gdy używano go mniej. Do dziś dnia nie wiemy jednak, jak działa ten środek. Wiadomości nasze, dotyczące zachowania się jodu w ustroju, jego roli fizjologicznej są niedostateczne, a do niedawna bardzo nikle. Również farmakologiczna ocena działania jego całkowicie zawiódła. Nie znamy więc dotąd przyczyny skuteczności tego leku.

Oddawna znane są przypadki szkodliwego działania tego środka. W praktyce od czasu do czasu spotykamy przykłady jakby doświadczalnego zatrucia jodem. Stąd zrozumiała jest niechęć niektórych lekarzy do stosowania tego środka.

Chcąc więc stosować jod, niekiedy nader pożyteczny, musimy w konkretnym przypadku opierać się wyłącznie na doświadczeniu klinicznym. Jedynie ono, obok ścisłej obserwacji chorego, daje nam pewne wskazania.

Naogół stosujemy jod chętnie w jawnej kile oraz w stanach o napięciu wagotonicznym, jak np. w dychawicy oskrzelowej, gdzie nawet duże dawki dobrze są znoszone. W przewlekłych rozstrzeniach, w bronchiolich skutek jest niepewny, często ujemny. To samo dotyczy i miażdżycy naczyń lub nadciśnienia, powikłanego miażdżycą, gdzie małe dawki zdają się być skuteczne; często jednak, zwłaszcza u ludzi nerwowych, jak i przy wadach, powstałych wskutek przebytego zapalenia wsierdza, jod bywa źle znoszony. W niektórych przypadkach ujawnia się wpływ dodatni lub ujemny napozór minimalnych dawek. Wogóle działanie jego jest kapryśne i nie daje się zgóry przewidzieć.

Badania ostatnich lat, zwłaszcza dzięki ulepszonej metodyce F e l l e n b e r g a, umożliwiające dokładne określenie nawet minimalnych ilości tego pierwiastka oraz dzięki systematycznym pracom V e i l a i jego współpracowników, S t u r m a, P a u l s e n a, L u n d a, A b e l i n a i innych znacznie rozszerzyły nasze wiadomości, dotyczące obiegu jodu w przyrodzie oraz zachowania się jego w ustroju. Badania te, aczkolwiek narazie nie stały się podwaliną terapii jodowej, wytlómaczyły nam jednak szereg objawów i zaburzeń, obserwowanych przy stosowaniu tego środka. Wskazane jest więc omówienie zagadnienia jodowego w całości.

Jod, jak wspomnieliśmy, został odkryty przez C o u r t o i s w roku 1811. Cechuje go nadzwyczajna skłonność do sublimowania i parowania. Prężność jego pary jest 200 razy większa niż rtęci. To też najmniejsza ilość jodu, czy to w postaci stałej, czy rozpuszczonej w wodzie, ulatnia się w powietrze. Związek jodu z jonem wodoru jest bardzo chwiejny, stąd żywa przemiana jego — szereg oksyreakcyj — i działanie katalityczne. Natomiast połączenia jodu organiczne, zwłaszcza tłuszczowe, są bardzo trwałe i jod z nich z trudem się odszczepia.

W przyrodzie jod znajduje się wszędzie; w dużych ilościach w głębi ziemi, w otaczającej zaś nas przyrodzie w ilościach minimalnych. Przez wietrzenie pokładów kamienia w wysokich górach jod przenika do wody, stamtąd częściowo zostaje pochłonięty przez żyjące w wodzie rośliny i zwierzęta, po części ulega dalszej przemianie i dostaje się do powietrza. Względnie największą ilość jodu posiada morze. Odgrywa tu rolę nietylę większa koncentracja tego pierwiastka (3—4 razy większa niż w rzekach), lecz okoliczność, że wraz z roślinami morskimi, magazynującemi jod, dostaje się on do ciała zwierząt i do mułu morskiego. Duża powierzchnia morza powoduje znaczne parowanie tego pierwiastka, co tłumaczy większą jego ilość w okolicach nadbrzeżnych. Rośliny lądowe pobierają potrzebny im jod z ziemi i z powietrza, zwierzęta także z roślin. Powietrze miast zawiera więcej jodu niż wiejskie.

Z roślin morskich najwięcej jodu jest w g a b c e (zawiera ona jodosponginę, pokrewną tyroksynie), al-

gach i poroście. W pożywieniu najwięcej jodu zawierają liście jadalne roślin, sok cytrynowy, oliwa, mleko, jaja. W roślinach jod nagromadza się w liściach, w rybach zaś morskich — w ich wątrobie (tran), u zwierząt w tarczycy. Zawartość jodu w roślinach nie jest stała, waha się nieraz znacznie w zależności od pory roku; największa jest na jesieni.

Człowiek pobiera jod z pożywienia i z powietrza, wydziela go głównie z moczem, w małej ilości z kałem, potem itd. Dzienna przemiana jodu jest bardzo mała (oblicza się ją w gammach, gamma równa się 0,001 mg.) i zależy od położenia geograficznego. Tak w pewnych okolicach Szwajcarii (w pobliżu Emmenthal), gdzie wole panuje endemicznie, wynosi 15 gamm, w środkowej Europie, np. Jenie, 90 gamm, w Bordeaux — 120 gamm, na wybrzeżach Norwegii do 200 gamm.

Wpływ leczniczy morza lub pewnych stacyj klimatycznych zależy nie tylko od picia i wzięwania wód słonych i kąpeli, lecz też na samem przebywaniu w bogatym w jod środowisku. Jako przykład może posłużyć obserwowany przez jednego z lekarzy przypadek. Wychowawczyni, która przyjechała z dzieckiem do Rabki, a sama żadnej kuracji nie pobierała, wkrótce po przybyciu tam dostała typowej jodicy (katar, wysypka etc.).

Przemiana jodu u człowieka.

W porównaniu np. do soli kuchennej, która znajduje się w ustroju w ilości około 200 gr., ustrój ludzki zawiera jodu wszystkiego około 50 mgr. Największa jego koncentracja jest w tarczycy, która stanowi centralną stację regulującą dla przemiany jodu w ustroju. Piąta część jodu ustrojowego, mianowicie od 1 do 10 mg., zależnie od położenia miejscowości, jest w niej zawarta. Podług danych P a u l s e n a zdrowa tarczyca w Norwegii może zawierać w 100 gr. świeżej substancji do 60 mg. jodu (przeciętna waga tarczycy około 25 gr.).

Część jodu znajduje się w tarczycy w postaci nieorganicznej, a więc zjonizowanej. Większa jednak część tworzy związki organiczne, z których dokładniej znane są dotychczas 2: tyroksyna i diiodotyroksyna. Z nich najważniejsza jest tyroksyna, uważana za główny składnik hormonu tarczycy — z nią bowiem jest związane t. zw. działanie tyreotoksyczne. Działanie pokrewnej jej diiodotyroksyny jest nieznanie; i według nowszych badań A b e l i n a, dodana do tyroksyny, łagodzi jej działanie toksyczne. Jod zawarty w tyroksynie stanowi mniej więcej siódmą część jodu tarczycy. Stosunek tyroksyny do innych składników jodowych nie jest stały. Wynika stąd, że z samej zawartości jodu w tarczycy nie można sądzić o jej aktywności i że działanie terapeutyczne tarczycy, a działanie tyroksyny lub działanie jodu nie są identyczne.

Również i w innych gruczołach dokrewnych, zwłaszcza w jajnikach, stężenie jodu jest większe niż w innych organach. Poziom jodu jest ściśle związany z czynnością tych gruczołów, a więc zmniejsza się on wybitnie w jajnikach po okresie pokwitania. Połowa jodu ustrojowego zawarta jest w mięśniach, koncentracja jego jest jednak tu niewielka, (pg. S t u r m a 100 razy mniejsza niż w tarczycy). Nie zmniejsza się ona i po wycięciu tarczycy i w głodówce — uważa się więc, że wiązanie jodu ma tu być inne niż w gruczołach dokrewnych i we krwi.

Jodemja.

Bardzo stałą wielkością jest poziom jodu we krwi; jest to stała fizjologiczna, jak glicemja lub chlo-

remja i różni się od nich tylko swoją wielkością. Poziom ten wynosi w 100 gr. krwi 12,5 gamma, w tem $\frac{2}{3}$ w postaci organicznej; jest on niezależny od otoczenia i dowozu — naprz. po wprowadzeniu większej dawki jodku potasu po dobie wraca do normy, — jest taki sam u ludzi, zamieszkujących zarówno okolice, ubogie w jod, jak i obfitujące w ten składnik wybrzeża nadmorskie. Poziom jodu we krwi jest regulowany przez tarczycę. W stanach nadczynności tarczycy (tyreotoksykozach) jest on stale znacznie podwyższony; w stanach niedostatecznej czynności jej (obrzęk śluzowaty) wybitnie obniżony. Zmiany te dotyczą przedewszystkiem frakcji organicznej jodu.

Usunięcie tarczycy.

Przy doświadczalnem usunięciu tarczycy jod nie znika całkowicie ze krwi; odpada wtedy wpływ regulujący tarczycy i poziom jego zależy tylko od dowozu.

Wahania jodemji.

Fizjologicznie poziom jodu u ludzi waha się w zależności od pory roku — jest najniższy w styczniu (8,5 γ), a najwyższy w czerwcu (13 γ). Również wzrasta podczas menstruacji i w końcowych okresach ciąży. Pozatem jodemja ulega wahaniom przejściowym w zależności od pobudzenia układu sympatycznego lub parasympatycznego.

Jod a układ roślinny.

Między napięciem układu sympatycznego lub błędnego a czynnością tarczycy, względnie poziomem jodu we krwi (frakcji nieorganicznej) istnieje ścisły związek. Pobudzenie układu sympatycznego za pomocą adrenaliny podnosi poziom jodu we krwi. To samo można osiągnąć przez porażenie nerwu błędnego atropiną. Po okresie hiperjodemji następuje okres hipojodemji.

Pobudzenie układu parasympatycznego (błędnego) przez naparstnicę, cholinę, chininę, pilokarpinę, powoduje hipojodemję z następczą hiperjodemją.

Przy przyspieszeniu tętna stałem lub przemijającym stwierdza się zawsze wyższy poziom jodu. Hiperjodemja nie jest tu w związku z niedomogą serca, bo przy niedomodze serca lub arytmji i wolniejszym tętnie nie ma jej; nie pozostaje ona również w związku ze stanem tarczycy, jej nadczynnością. Przyczyny hiperjodemji należy szukać tu w zachowaniu się układu roślinnego, a mianowicie, jak twierdzą w swoich doświadczeniach V e i l i S t u r m, w braku hamującego wpływu nerwu błędnego.

Badania porównawcze nad jodemją uwydatniają antagonistyczne działanie poszczególnych gruczołów dokrewnych.

Tak w zachowaniu się jodu i cukru we krwi uwydatnia się antagonizm tarczycy i trzustki. Wszystkie środki, obniżające lub podnoszące poziom jodu, jednocześnie obniżają lub wzmagają poziom cukru i odwrotnie (insulina, adrenalina); a więc insulina, wzmagając czynność trzustki i obniżając glicemję, hamuje tarczycę i obniża jodemję, odwrotnie adrenalina. Zmiany jodemji dotyczą tylko jodu nieorganicznego.

W skomplikowanej grze hormonów, gruczołów dokrewnych i układu roślinnego, jony jodu odgrywają rolę narówni z jonami Na K, Ca. Wogóle zaś działanie jodu jest podobne do działania adrenaliny. Widzimy to na przykładzie dychawicy oskrzelowej, gdzie jod, adrenalina i atropina dają podobny efekt leczniczy.

W o l e.

W otoczeniu ubogiem w jod, jak naprz. w pewnych okolicach Szwajcarii, tarczycza u niektórych ludzi powiększa się; zawiera ona wtedy procentowo mniejszy odsetek jodu, ogólna jednak zawartość w niej jodu może być ta sama, co w zdrowej tarczycy, a nawet często ją przewyższa. Wole takie, jak wiadomo, często jest wrażliwe na jod.

Powstawanie wola uważane jest przez wielu za objaw kompensacyjny — gruczoł, który celem produkcji i magazynowania hormonu musi wyciągnąć jod z krwi rozcieńczonej, dostosowuje się do tego przez powiększenie swej powierzchni czynnej oraz rozszerzenie swych naczyń. W razie przygodnie większego dowozu jodu ogólna ilość jego w takiej tarczycy może powiększyć się ponad normę.

Hipoteza ta, aczkolwiek posiada szereg zastrzeżeń, — spotykamy bowiem wole i na bogatych w jod wybrzeżach morskich — posłużyła za podstawę stosowania soli jodowanej w celach profilaktycznych tam, gdzie napuże wole nagminne, a jodu w otoczeniu jest mało.

Co się tyczy wola toksycznego — czynnego — a więc przebiegającego z objawami tyreotoksykozy, to zawiera ono, jak wykazały zgodne badania wielu autorów, znacznie mniej jodu niż wole zwykłe. Według P a u l s e n a i jego współpracowników wole toksyczne w Norwegii zawiera średnio 6,5 mg. zamiast normalnych 68 gm. w 100 gr. świeżej substancji. Natomiast poziom jodu we krwi jest w tych przypadkach znacznie większy i wynosi 30—40 γ zamiast normalnych 12 γ . Powiększenie to dotyczy zarówno frakcji organicznej (aktywnej), jak i frakcji nieorganicznej. Według V e i l a i S t u r m a wyższa jodemja jest tak dalece patognomoniczna dla choroby B a s e d o w a, że w wypadkach wątpliwych, nawet przy wyższej przemianie podstawowej, brak podwyższonej jodemji czyni rozpoznanie tej choroby wątpliwem.

Po wprowadzeniu zaś w tych przypadkach małych terapeutycznych dawek jodu nieorganicznego (naprz. w postaci kropli L u g o l a) zmniejsza się tu równoległe z polepszeniem stanu ogólnego poziom jodu organicznego we krwi, przyczem zawartość jego w tarczycy znacznie się powiększa; oczywiście, że poziom jodu nieorganicznego we krwi znacznie się powiększa. Przeladowanie więc krwi jodem nieorganicznym powoduje jakby zatrzymanie jodu organicznego (czynnej frakcji B.) w tarczycy i zmniejszenie się tejże frakcji we krwi.

Również pod wpływem jodu, wprowadzonego w minimalnych dawkach, często zmniejsza się wole, zaarówno toksyczne jak i zwykłe. Jak wykazały porównawcze badania mikroskopowe skrawków, wyciętych podczas operacji u chorych na B a s e d o w a, leczonych i nie leczonych jodem, pod wpływem tego leczenia daje się zauważyć stopniowy powrót zmienionej tarczycy do wyglądu normalnego. W pęcherzykach zaczyna gromadzić się koloid, zamiast małych obficie rozgałęziających się pęcherzyków widać pęcherzyki o kształcie i wielkości normalnej, nabłonek cylindryczny zamienia się w nabłonek jednowarstwowy płaski. Jednocześnie zmniejsza się znacznie ukrwienie tarczycy (badania Z o n d e k a, C a t e l l a, J o n d e n a z kliniki M a y o, G o e b e l e i innych).

Z badań tych możnaby sądzić, że poszczególne postacie anatomiczne wola — w ocenie ich panuje pewien chaos — nie różnią się między sobą zasadniczo i mogą być tylko fazami w rozwoju tej samej sprawy.

Widzimy więc, że przemiana jodu i tarczycza są ze sobą ściśle związane. W warunkach normalnych w równowadze, gdy jod dostaje się do ustroju jako stały składnik codziennego pożywienia, przemiana ta, regulowana przez tarczycę, obraca się w ciasnych granicach, nie przekraczających średnio 100 gamm czyli 0,1 mgr. na dobę. Przemianę tę fizjologiczną nazywają też z z e w n ą t r z p o c h o d n ą.

Od czasu wyodrębnienia jodu przez przemysł w czystej postaci możemy wprowadzić do ustroju ilości jego kolosalne w stosunku do przemiany endogennej. Tak, podając 2 gr. dziennie, wprowadzamy ilość przewyższającą 20.000 razy normalne zapotrzebowanie ustroju. Przemiana wchodzi wtedy na tory nie fizjologiczne — nazywają ją z z e w n ą t r z p o c h o d n ą.

Zazwyczaj u człowieka zdrowego obie te przemiany przebiegają niezależnie od siebie. Fakt zadziwiający, jeśli uwzględnić aktywność tego pierwiastka i zastosowane dawki. W stanach chorobowych u ludzi z wolem zarówno zwykłym, jak i toksycznym, u ludzi o pobudliwym układzie naczynioruchowym, między innymi u niektórych hipertoniców wprowadzenie już małych względnie ilości jodu wybitnie wpływa na zależną od tarczycy przemianę zwewnętrzną.

Odróżnienie tych dwóch typów — ludzi wrażliwych i niewrażliwych na jod jest w praktyce niezmierznie ważne. Nie czekając na rozwój objawów tyreotoksycznych lub żmudne i na praktyce niedostępne badania laboratoryjne, musimy w poszczególnym przypadku szybko na podstawie klinicznej oceny zorientować się, gdy mamy do czynienia z działaniem przemiany egzogennej na endogenną. Należy w porę zwrócić uwagę na wszelkie nieznaczne (dyskretne) objawy ze strony krążenia lub ogólnego samopoczucia, jak np. większą pobudliwość serca, przyspieszenie tętna, większą amplitudę ciśnienia, zmianę wyglądu, usposobienia, snu, niepokój itp.

Jak zachowuje się jod po wprowadzeniu go do ustroju w większej ilości?

O ile wprowadzamy np. 0,5 gr. jodku potasu (zachowanie się jodu organicznego jest zasadniczo takie same, lecz działanie znacznie wolniejsze), to, niezależnie od sposobu wprowadzenia, jod bardzo szybko dostaje się do krwi, poziom jego tam szybko wzrasta, osiągając już po 1—2 godz. swe *maximum* i dochodząc do ± 1500 gamm zamiast normalnych 13 gamm w 100 gr. krwi. Poziom ten utrzymuje się na tej wysokości przez 2—3 godziny, poczem stopniowo opada. Jednocześnie z narastaniem jodemji zaczyna się wydzielanie jodu nazewnątr, głównie z moczem (70%), w mniejszym stopniu innymi drogami (potem, kałem, śliną etc.). Krzywe stężenia jodu we krwi i w moczu przebiegają równoległe; po 9 godz. prawie cały jod zostaje wydalony, po dobie osiąga normę. (Nie dotyczy to przypadków z marskością nerek, przy których jod źle się wydziela i zostaje czas dłuższy zatrzymany we krwi). W tkankach jod nigdzie nie zostaje zatrzymany; tylko w tarczycy zostaje zmagazynowana mała jego ilość, przez co zawartość jej w jod nieorganiczny może 3—4 krotnie się powiększyć.

Inaczej u ludzi drugiego typu. Obecny we krwi jod nieorganiczny początkowo jakby hamuje czynność wydzielniczą tarczycy, a więc zmniejsza się ilość wyrzucanego przez nią do obiegu jodu organicznego. Jednocześnie ze wzrostem jodu nieorganicznego we krwi następuje, jak podaliśmy wyżej, równoległy spadek poziomu jodu organicznego. Okoliczność ta, jak wiadomo,

wykorzystana jest w celach leczniczych w chorobie *B a s e d o w a*. Stan ten jednak trwa krótko. O ile utrzymuje się dalszy dowóz jodu i zawartość jego w tarczycy dalej się powiększa, następuje znaczne pobudzenie tarczycy, zaczyna ona wydzielać hormon swój w nadmiernej ilości i klinicznie mamy wtedy znany obraz tyreotoksykozy, względnie jej pogorszenie. Ustrój wydala wtedy więcej jodu niż otrzymuje. To samo może nastąpić, gdy tarczyca, jak np. przy wolu koloidalnym, poprzednio wzbogaciła się w jod. Późniejsze nawet małe dawki trafiają na grunt jakby uczulony; niekiedy nawet przerwanie dowozu nie powstrzymuje wystąpienia tyreotoksykozy.

Dlaczego jod działa inaczej u ludzi I-szego i II-go typu, nie wiemy. Ma tu odgrywać rolę zachowanie się układu roślinnego.

Pobudzenie tarczycy do nadmiernej produkcji hormonu przy większym poziomie jodu w obiegu odbywa się przy udziale układu sympatycznego.

O ile przeciwdziała temu wzmożone napięcie antagonistycznego układu nerwu błędnego, jod może być dobrze znoszony. Wiadomo, że astmatycy znoszą duże dawki jodu.

Również tkanki zapalne, na przykład w kile, gruźlicy, przyciągają większe ilości jodu; w stanach zapalnych następuje przemieszczenie jodu w kierunku do ogniska i wzbogacenie się tego w jod kosztem tkanek zdrowych. Większa zawartość jodu ma więc pewne znaczenie dla spraw zapalnych. Obecność podobnych stanów zapalnych chroni tarczycę od uszkodzenia.

Na czym polega działanie jodu?

Z zachowania się jodu w ustroju, z jego przemiany wynika, że jest on składnikiem niezbędnym naszego pożywienia, nie jest natomiast środkiem odżywczym w właściwym znaczeniu tego słowa. Minimalne dawki, niezbędne dla równowagi i prawidłowego przebiegu czynności życiowych, upodabniają go raczej do witamin; odgrywa on w ustroju rolę katalizatora ważniejszych procesów życiowych. O roli jego możemy sądzić pośrednio z zaburzeń w chorobie *B a s e d o w a* i obrzęku śluzowatym, cierpieniach, związanych z zaburzeniami czynności tarczycy, a tem samem gospodarki jodowej.

Istotę cierpienia w chorobie *B a s e d o w a* upatrujemy w zmienionej, a przede wszystkim wzmożonej czynności tarczycy. Hormon tarczycy, zawierający tyroksynę, krążąc we krwi w nadmiernej ilości, powoduje przyspieszenie procesów utleniania. Zapotrzebowanie tlenu w spoczynku znacznie się podnosi. Obserwujemy znaczny rozpad białka i tłuszczu, gorsze zużytkowanie węglowodanów, wzmożony ruch wody, spadek wagi. Również i najprostsza praca mięśni wymaga znacznie większego zużycia tlenu. Praca mięśni staje się wysoce nieekonomiczna. Już lekkie wysiłki powodują zużycie tej ilości tlenu, jaką zużywa człowiek zdrowy przy ciężkiej pracy. Dlatego też we krwi u cierpiących na chorobę *B a s e d o w a* stwierdzamy zmiany humoralne — nadmiar kwasu mlekowego i innych produktów — podobne do stwierdzanych u ludzi bardzo zmęczonych lub w niedomodze krążenia. Serce, które musi dostarczyć tlenu tkankom, musi dostosować się do większego zapotrzebowania. Przyspieszenie tętna, większy rzut, większa kapilaryzacja, większe ilości krwi krążącej są to objawy nie tyle zatrucia, ile objawy kompensacyjne. Stan układu roślinnego nerwowego, związany fizjologicznie z pewnym poziomem jodu, zmienia się, jak również ulega zmianie stan psychiczny. Nie wchodząc w szczegóły, widzimy, że czynność wszystkich narządów: przewodu pokarmowego, wątroby, śledziony etc. ulega zaburzeniom.

Oczywiście, że mając do czynienia ze związanym ze sobą splotem najróżnorodniejszych zaburzeń we wszystkich narządach, wzajemnie na siebie oddziaływających, trudno ustalić ich kolejność. Przyczyną pierwotną mogły być i zmiany w innych gruczołach dokrewnych lub w układzie nerwowym. Jednakże usunięcie tarczycy całkowite lub częściowe leczy chorobę; podawanie tarczycy lub jodu powoduje stany podobne.

Inaczej w obrzęku śluzowatym; tu mamy hipojodemię, brak hormonu we krwi i zwolnienie wszystkich procesów życiowych; ociężałość ogólną, fizyczną i psychiczną, mniejsze zapotrzebowanie tlenu, zatrzymanie wody i tłuszczu w ustroju etc. Podanie tarczycy lub jej hormonu polepsza stan chorych.

Kilka słów o działaniu farmakologicznym.

Jod, zastosowany na skórę, powoduje, poza działaniem antyseptycznym, miejscowe przekrwienie i leukocytozę, co przyspiesza resorpcję produktów zapalnych. Podobne jest jego działanie resorbcyjne przy zastosowaniu do wewnątrz w cierpieniach zapalno-infekcyjnych, jak przedewszystkiem w kile, a w pewnym stopniu również i w gruźlicy, grzybicach, pewnych odmianach gośćca; wydzielany przez błony śluzowe, powoduje wzmożoną sekrecję bardziej rozcieńczonej wydzieliny.

Działanie jodu na układ naczyniowy jest nadal niejasne; czem się tłumaczy klinicznie stwierdzony w pewnej części przypadków wpływ dodatni tego leku w miażdżycy i nadciśnieniu? Wsuwa się tu kilka poglądów. Uważano, że jod rozszerza naczynia obwodowe i obniża ciśnienie (*L i a n i n n i*). Ostatnio *G u g e n h e i m e r* z kliniki *G o l d s c h e i d e r a* opisał wpływ dodatni bardzo rozcieńczonego jodu na rozszerzenie naczyń wieńcowych. Badania te jednak nie zostały potwierdzone przez innych badaczy. Jeżeli idzie o ciśnienie, to po jodzie tylko w małej liczbie przypadków obserwuje się przemijający jego spadek (*F r y d m a n*), przeważnie jednak nie zmienia się ono, niekiedy nawet nieco podnosi się jednocześnie z pogorszeniem samopoczucia.

Klinika *R o m b e r g a* w swoim czasie wysunęła jako przyczynę działania leczniczego jodu zmniejszenie lepkości krwi. Twierdzenie to jednak wywołało sprzeciw z wielu stron.

Można myśleć o wpływie przez tarczycę i układ roślinny. Jednak nic konkretnego o tych zmianach nie wiemy.

Wreszcie *K r o g h*, *R i c h a r d* i *R e d e r a c* oraz inni, u nas *S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i* i jego współpracownicy starali się ustalić wpływ jodu na czynność włosniczek, dostępnych badaniu *in vivo*. Badania te wykazały, że przy pewnych dawkach jod może spowodować ożywienie krążenia kapillarnego. Badania te, aczkolwiek nie zakończone, należy uważać za przyczynek do działania jodu.

Widzimy więc, że gospodarka jodu jest bardzo złożona. Wchodzą tu w rachubę minimalne, do niedawna wogóle nie dające się określić ilości. Już minimalna dawka jodu może mieć wielkie znaczenie, a w leczeniu zwykle stosuje się dawki bardzo wielkie. Odczyn jodu przebiega wielofazowo. Wynika stąd trudność orjentowania się w konkretnym przypadku oraz niemożność przewidzenia efektu leczniczego. U ludzi pewnego typu ta sama, nawet najmniejsza dawka, która może pomóc, może i zaszkodzić, w zależności od stanu tarczycy i innych narządów. Badania te wyjaśniają nam

więc kapryśne i często nieobliczalne działanie jodu, zwłaszcza w wolu i tyreotoksykozach. Chociaż nie posłużyły nam one za podstawę stosowania jodu (w konkretnym przypadku bowiem nie możemy opierać się na badaniach, dotyczących przemiany jodowej — pomijając już nawet trudności techniczne) ułatwiły nam jednak zrozumienie zaburzeń, wynikających z jego stosowania.

W leczeniu jodem musimy i nadal opierać się tylko na doświadczeniu klinicznym, indywidualnej obserwacji i ocenie przypadku. Należy przytem pamiętać o możliwości uszkodzeń jodowych, tem ważniejszych, że niezawsze łatwo je od razu rozpoznać *).

*) Sprawę tą poruszy obszerniej w następnym numerze Czasopisma kol. P u s z e t.

Z klinik, szpitali i pracowni

Stosunek obrazu radiologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc.

Podał

Hugon KARWOWSKI (Zakopane *).

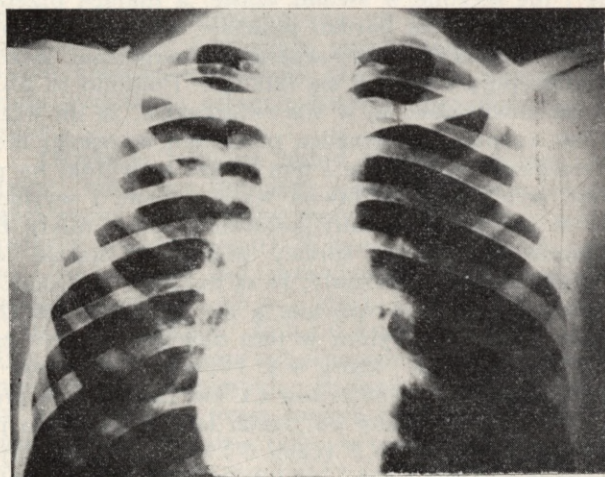
Istnieją postacie gruźlicy płucnej nie rozpoznawane i nie leczone w swoim czasie, a mające przebieg przewlekły i zejście bardzo pomyślnie, podczas gdy inne formy — wcześniej rozpoznane i energicznie leczone stale postępują i kończą się fatalnie. Pomimo to pozostaje do chwili obecnej w sile twierdzenie, że im wcześniej jest rozpoznana gruźlica płuc, tem wcześniej może być zastosowane leczenie i tem lepsze są widoki na pomyślne wyniki. Doniedawna wypatrywano i wysłuchiwało w szczytach zmiany kataralne, które miały być wrzekomo początkiem sprawy płucnej. Ostatnie jednak ściśle badania wykazały, że są to raczej pozostałości po przebytej niegdyś sprawie, a nie sama sprawa chorobowa. Pierwszy wyłom w tem dawnym pojęciu zrobił Bräunig, który w r. 1924 zaobserwował 76 pacjentów w swem sanatorium z t. zw. „zamkniętą gruźlicą” płuc. Z tej liczby po trzech latach wykazało postępujące sprawy tylko 5 (czyli 6.5%). Do podobnych wniosków przyszli i inni, jak Lydtin, podający 3%; przytem z ogólnej liczby przypadków zamkniętej gruźlicy szczytowej z jego obserwacji tylko u 7% rozwinęły się suchoty, z których 6 — 7 z rentgenologicznie stwierdzonych naciekowych lub też rozsianych form, dających objawy fizyczne spraw szczytowych. Redeker i Walter podają 2,9% postępujących spraw szczytowych z ogólnej liczby 5.5% przypadków szczytowych. Kayser-Petersen podaje 7,6%. Dalszy wyłom w tem pojęciu o szczytowem szerzeniu się suchot płucnych zrobił Assmann przez opracowanie i dokładne podanie w r. 1922 i 1924 nauki o naciekach wczesnych przy zupełnie wolnych polach szczytowych. Jak z powyższego wynika — wczesne rozpoznanie nie może się ograniczać do szczytów, a musi być rozszerzone na całe płuca, gdzie często właśnie powstają wczesne zmiany naciekowe bez charakterystycznych płucnych objawów subiektywnych i obiektywnych. Badania Ghona, Albrechta, Ortha, Fr. Müllera wykazały, że drogą przewodu pokarmowego ulega zakażeniu tylko 2 — 10%. A więc najważniejszą i praktycznie wchodzącą w rachubę drogą zakażenia dla gruźlicy płuc jest bez wątpienia, zdaniem Klempera, bezpośrednia droga — droga oddechowa. Przebyte t. zw. „grypy” maskują powstające wczesne nacieki płucne, wykrywane z łatwością tylko badaniem rentgenologicznym. Jak twierdzi

Klemperer, w wielu przypadkach przy braku kaszlu, płwociny, przy normalnym albo słabo tylko cierpieniem samopoczuciu pacjenci wykazują w roentgenie rozległe zmiany, często z rozpadem. W wielu razach tylko przypadkowe badanie rentgenologiczne wykrywa szeroko rozwiniętą sprawę płucną przy braku jakichkolwiek objawów subiektywnych i obiektywnych (zdj. 1). Potwierdza to Wiewiórowski na ogólnie - niemieckim zjeździe przeciwgruźliczym w r. 1929, podając, że przez zbadanie rentgenem 1.309 zupełnie zdrowo czujących się policjantów, pełniących służbę, wykrył 6 przypadków otwartej gruźlicy. Zaznaczyć należy, że najczęściej stwierdza się nacieki wczesne u dobrze zbudowanych osobników z normalnie rozwiniętą klatką piersiową. Hauek podaje, iż pośród jego 396 przypadków bez dysponowanej do gruźlicy klatki piersiowej (jak się wyraża „ohne disponierten Thorax”) 33% zachorowało ze złem rokowaniem, podczas gdy pośród 358 przypadków z tego rodzaju klatką piersiową tylko 23% ujawniło proces płucny, a z tych pojedyncze przypadki z przebiegiem niepomyślnym. Przechodząc do tematu, należy zaznaczyć, że największą rozbieżność między obrazem klinicznym a radiologicznym wykazują szczyty i nacieki wczesne. Jak wyżej wspomniałem, w pierwszej grupie kliniczne badanie wykazuje jakoby większy % zmian, w drugiej sprawa się przedstawia odwrotnie i już bez wątpienia na korzyść rentgena. Fr. Müller tłumaczy to w ten sposób, że określony odgłos wypukowy dla szczytów nie istnieje. Zależnie od formy klatki piersiowej i stanu odżywiania stosunek odgłosu wypukowego nad szczytami do wypuku jawnego nad klatką piersiową jest różny. Stan wdechu i wydechu również odbija się na szczytowym odgłosie wypukowym (jest on wyższy przy wdechu nad zdrowym szczytem — objaw da Costa). Tu należy zaznaczyć, iż ogniska, leżące w polach podobojczykowych i środkowych, fizycznie zazwyczaj dają się stwierdzić w szczytach (podkreślają to Brauer, Romberg, Lydtin, Alexander, Cyhla i inni). Zdaniem Klempera, bezpośrednim źródłem błędów wypukowych i wysłuchowych są szczyty. Każda anomalia podstawy a zwłaszcza najmniejsze napięcie muskulatury barkowej powoduje t. zw. przytłumienie wypuku. Zwrot głowy przy nierównomiernym napięciu mięśni szyi wpływa na wynik wypuku metodą Kröniga i Goldscheidera. Najważniejszym i najczęstszym powodem bywają asymetrie barku skutkiem *kyphosis* lub *scoliosis*. Tu autor zwraca uwagę, że *scoliosis* lekko stopnia nie daje się stwierdzić ani przez oględziny ani przez wymiacywanie, ujawnia się natomiast tylko rentgenem. Schleisinger u 17 — 20 letnich uczniów i uczennic stwierdził skrzywienie kręgosłupa do 24%. Ulrici zaś w 40% stwierdził anomalię w kośćcu klatki piersiowej. Tak wysoki procent

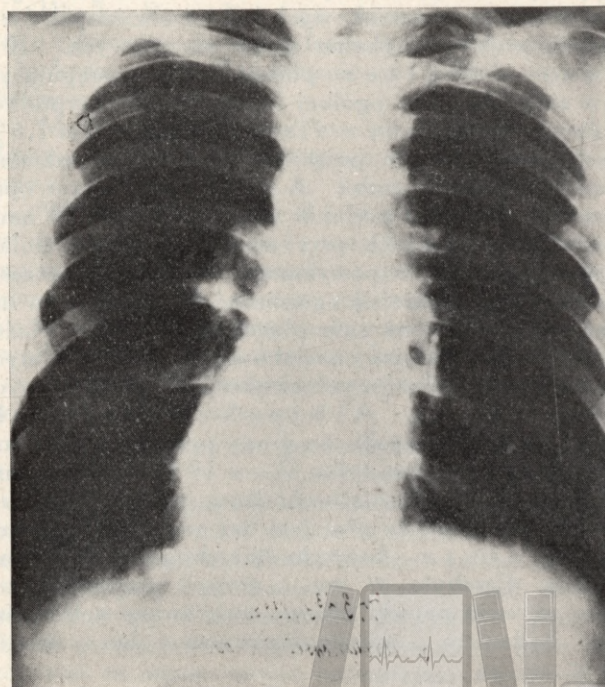
*) Referat wygłoszony na Zjeździe Roentgenologicznym w Warszawie, ilustrowany 47 - miu przezrociami.

wspomnianych anomalij bardzo redukuje znaczenie przytłumienia wypukowego nad szczytami. Rzadko cieńsza, niż 5 cm. warstwa mięśni nad szczytami, wole, obrzęki gruczołów szyjnych, żebra szyjne i t. p. robią bardzo problematycznymi wyniki wypukowe nad szczytami (K l e m p e r e r). Toteż U l r i c i robi wniosek, że samodzielne znaczenia skrócenie odgłosu wypukowego nad szczytami nie posiada. Osłabienie oddechu występuje podobnie, jak i przytłumienie wypuku przede wszystkim przy zbyt rozwiniętych miękkich częściach, przy jednostronnem używaniu rąk, deformacji klatki piersiowej, jednostronnej przeszkodzie oddechowej nosa, przy psychicznych wzruszeniach, w hysterji, neurastenji, w schorzeniach przewlekłych serca, w zapaleniach wyrostka robaczkowego. T u r b a n wskazał na przewodnictwo mostka, obojczyka i żeber, przenoszących rżenie z jednej strony klatki piersiowej na symetryczne miejsce drugiej strony. Pośród rzekomo płucnych rżeń należy wspomnieć skórne, pochodzące od włosów, od mięśni, łopatki, kości i stawów, od tkanki tłuszczowej, od tchawicy i krtani, od przełyku i żołądka (K l e m p e r e r). Wreszcie są t. zw. szmerzy zależne od blizn, powstające w wygojonych częściach płuc, zdaniem A l e x a n d r a, skutkiem przeciągnięć lub zwężenia oskrzeli, skutkiem ograniczonych i zatrzymujących wydzielinę rozstrzeni oskrzeli. T u r b a n wskazuje na rżenia słyszane latami w tem samym miejscu przy braku innych jakichkolwiek objawów chorobowych. S p e n g l e r, S a u g m a n, P o t t e n g e r, S ö d e r b e r g, L ö w e n h j e l m w przypadkach kontrolowanych sekcyjnie nie stwierdzili najmniejszych zmian tam, gdzie słyszeli obfite rżenia. A l e x a n d e r podaje, iż słyszał przez długi czas drobno, średnio i grubo - bańkowe rżenia nawet dźwięczne przy braku jakichkolwiek innych oznak choroby (zdj. 2). To samo potwierdza i T u r b a n, dodając, iż szmerów tych niepodobna odróżnić od powstających na szczycie choroby. W konkluzji K l e m p e r e r i A h l e n s t i e l przychodzą do następujących wniosków: przez wyżej wspomniane źródła błędów i możliwości omyłek — granice rozpoznawcze auskultacji i perkusji silnie się zwały. Zdaniem K l e m p e r e r a, o ile w najlepszym razie uchem stwierdziliśmy zmiany anatomiczne w płucu, to jeszcze metodą wysłuchową i wypukową nie możemy ustalić, czy są to zmiany gruźlicze, a tembardziej, czy są czynne. Tu wskazać należy na szczytowe niedodmy przy utrudnionem oddechaniu nosem (K r ö n i g). Podobnie, jak niegruźliczy szczytowy nieżyt oskrzelowy przy zapaleniach tchawicy, gardzieli i krtani podany przez K ü l b s a. Wspomniane objawy szczytowe niczem się nie różniły od objawów gruźlicy szczytowej, podobnie, jak i objawy lekkiej bronchopneumonji i grypy, są w pewnych warunkach te same, co w rozmiękającym wczesnym nacieku i przy świeżym wysiewie. O ile po bardzo skrupulatnem badaniu stwierdziliśmy wreszcie ognisko szczytowe, to, zdaniem K l e m p e r e r a, jeszcze nic to nie znaczy, gdyż może to być w pojęciu L o e s c h k e g o bardzo ważne ognisko wczesne, jako wyjściowy punkt suchot postępujących, może to być również i bywa częściej wytwórcza i włóknista późna postać szczytowa (R e d e k e r a), mogą być t. zw. ogniska S i m o n a („Spitzen spätmetastase“) lub też marskość szczytu po przebytem pierwotnem czy wtórnem nacięciu (R e d e k e r). W każdym razie nie będzie to wczesne rozpoznanie, a późne. K l e m p e r e r twierdzi, iż zorjentować się, czy rzeczywiście mamy do czynienia z wczes-

ną formą wymagającą leczenia, lub obserwacji — można z pomocą innych metod, pośród których rentgenodjagnostyka zajmuje wyjątkowo ważne miejsce. Rentgenodjagnostyka przede wszystkim umożliwiła powstanie i rozwinięcie się nauki o naciekach wczesnych, z których powstają złośliwe suchoty płucne. Patologoanatomowie w czasie walki, jaka rozgorzała wokoło nacieków wczesnych, wskazywali, iż duży procent drobnych zmian szczytowych, wykrywanych na sekcjach, uchodzi uwagi rentgenologów. Według L o e s c h k e g o 95% sekcji wykrywa zmiany w szczytach. Słusznie na to odpowiada K l e m p e r e r, że zmiany te nie mają praktycznego znaczenia, podobnie, jak i pozytywny P i r q u e t u dorosłych. Kwestja występowania na zdjęciach płucnych cieniów, odpowiadających najdrobniejszym nawet ogniskom, została dostatecznie potwierdzona przede wszystkim przez A s s m a n n a, a następnie przez szereg innych, jak C o h n, H a u d e k, K ü p f e r l e, V e r s é drogą porównywania z wynikami badań patologoanatomicznych. Te ostatnie



Rys. 1.



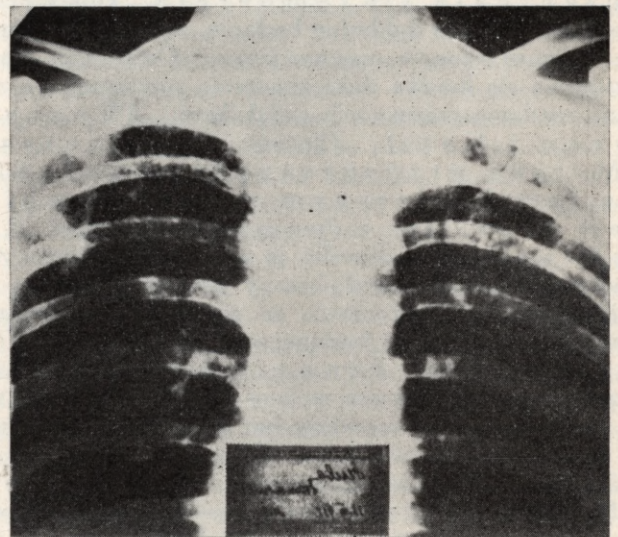
Rys. 2.

dały zupełnie zgodne wyniki z rentgenem co do położenia, formy i wielkości w przypadkach nawet najdrobniejszych ognisk.

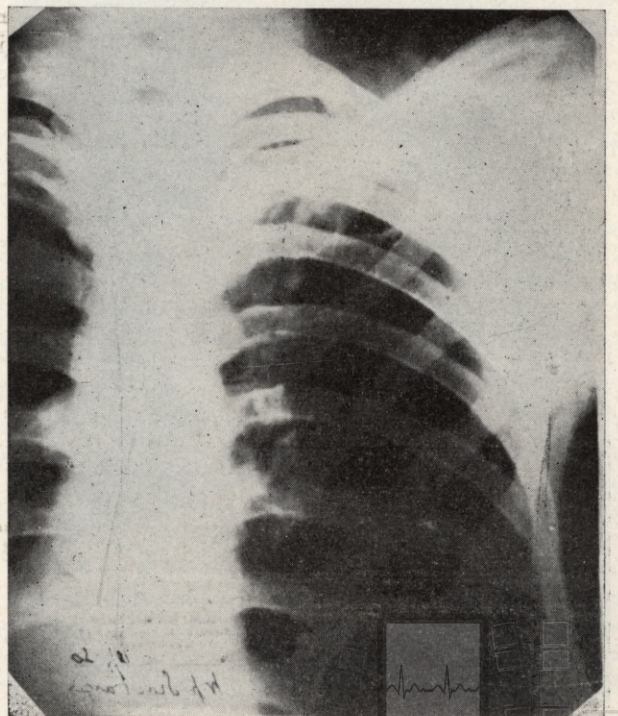
Potwierdza to również K ü p f e r l e i L o r e y. Ta okoliczność, iż w pojedynczych przypadkach drogą rentgena nie można postawić histologicznego rozpoznania, zupełnie nie osłabia znaczenia tej metody dla wczesnego rozpoznania. Zwłaszcza w ostatnich latach — mojem zdaniem najprawdopodobniej skutkiem udoskonaleń rentgeno - technicznych — większość autorów często podkreśla przodującą rolę rentgena przed innymi metodami badań, co zostało dostatecznie ustalone przez Fr ä n k l a, Gr ä f f a, A s s m a n n a, Br ä u n i n g a, H a u d e k a, Gr ö d l a, W a c h t e r a, H ä n i s c h a, R e d e k e r a, L y d t i n a i wielu innych.

Kwestjonariusz, wysłany przez „British Journal of Tuberculosis” do znakomitszych internistów i rentgenologów, którzy porównywali wyniki badań klinicznych i rentgenologicznych, dał zgodne stwierdzenie wyjątkowego znaczenia rentgenografji w djaгностиyce gruźlicy płuc. (Między innymi: Melville, Lynham, Joun g, Guy, Hayes, Croquet, Berry, Pottergill, Dickenson, Watson i Trail). Ten ostatni podkreśla, iż to, co częstokroć przy badaniu fizykalnem stwierdza się jako sprawa szczytowa, w rentgenie występuje wyraźnie jako nacieczenie górnej trzeciej części płuca. (zdj. 3). S t e p h a n i z b a d a ł w krótkim czasie 200 przypadków w celu porównania wyników badania fizykalnego z rentgenem i okazało się 38% zmian gruźliczych niemych „lesions muettes”, w 32,5% słabe objawy, a tylko w 29,5% wysłuchujące się dobrze zmiany. W nowej literaturze, dotyczącej nacieków wczesnych, wszyscy autorowie wychodzą z założenia, że objawy wypukowe i wysłuchowe bywają wyjątkowo znikome. Wypukowych zazwyczaj zupełnie niema. Większa część nacieków bywa rozpoznawana w okresie początkowego albo końcowego rozpadu — w okresie jam wczesnych. Według R e d e k e r a 60% nacieków ulega rozmiękczeniu i to rozmiękczenie klinicznie przechodzi po większej części bez wyraźnych objawów, bez kaszlu, płwociny i temperatury, dzięki czemu rozpoznanie jam staje się wczesnem rozpoznaniem. Zdaniem R e d e k e r a rozpoznanie, czy też wyłączenie nacieku wczesnego drogą wyłącznie kliniczną nawet przy skrupulatnem uwzględnianiu wszystkich objawów subiektywnych i obiektywnych nigdy nie jest pewne. Ostatnie słowo należy zawsze do rentgena. (zdj. 4). Stwierdzenia, czy wyłączenia początkowych zmian gruźliczych, zdaniem R e d e k e r a, nigdy nie należy dokonywać bez rentgena. Z badań R i d e r a i innych a także z przytoczonych przeze mnie przypadków w referacie „O jamach niemych” w r. 1927 niewątpliwie wynika, że jamy mogą być nieuchwytnie dla najtroskliwszego badania fizykalnego: są to t. zw. jamy „nieme” — „cavernes muettes” autorów francuskich (C o l a r d s, A i m a r t s, L ü d e r s i inni (zdj. 4, 5 i 6). Symptomy Wintricha, Gerhardta, Friedreicha, wypuk bębenny, oddech butelkowy, metaliczno - wilgotne rżżenia przeważnie nie występują przy jamach wczesnych. D u n h e m podaje wyniki 100 jam zbadanych w różnych okresach, przyczem w 100% stwierdził skrócenie odgłosu wypukowego, w 65% dźwięczne rżżenia, w 61% bronchofonje, w 44% oddech oskrzelowy, w 22% butelkowy, a tylko w 1% objawy Gerhardta i Wintricha. Zdaniem

K l e m p e r e r a, o ile jama nie bierze udziału w oddychaniu, skutkiem zamkniętego oskrzela lub twardej ścian, to może dać tylko osłabiony względnie zastrzony oddech. Dlatego też, jak powiada U l r i c i, ma swe usprawiedliwienie fakt, że gdy nad całym górnym płatem przy silnem oddychaniu i kaszlu nic nie słyszymy i robimy wniosek, że tam nic niema, może okazać się duża jama (zdj. 5). U l r i c i objaw Wintricha spotykał bardzo rzadko, Gerhardta nigdy. Zdaniem K l e m p e r e r a pewne rozpoznanie wczesnych jam może dać tylko rentgen. Skąpe w porównaniu z rentgenem, zdaniem jego, objawy wypukowe i wysłuchowe występują nietylko w przypadkach wczesnych nacieków, lecz i rozsianych drobnych ognisk w szczycie, z rozpadem lub bez, przy braku również objawów subiektywnych, jak temperatura, poty, a także kaszel i płwocina. (zdj. 3). By uwydatnić

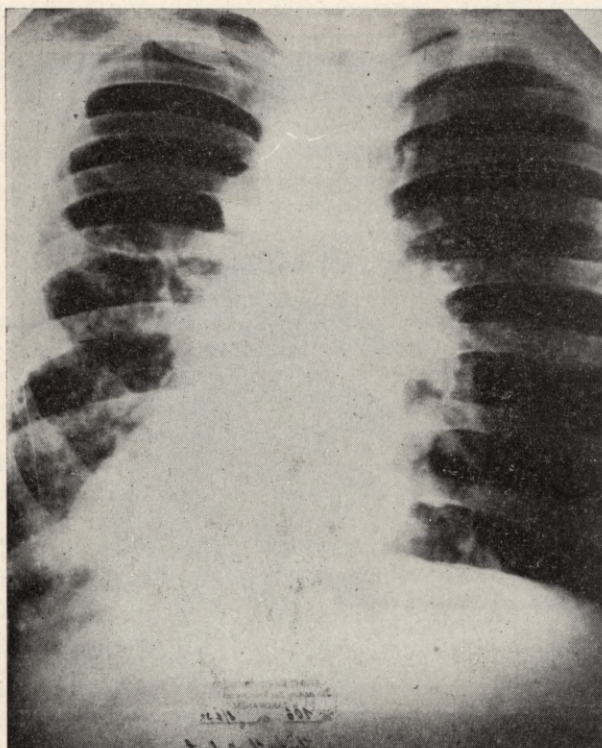


Rys. 3.

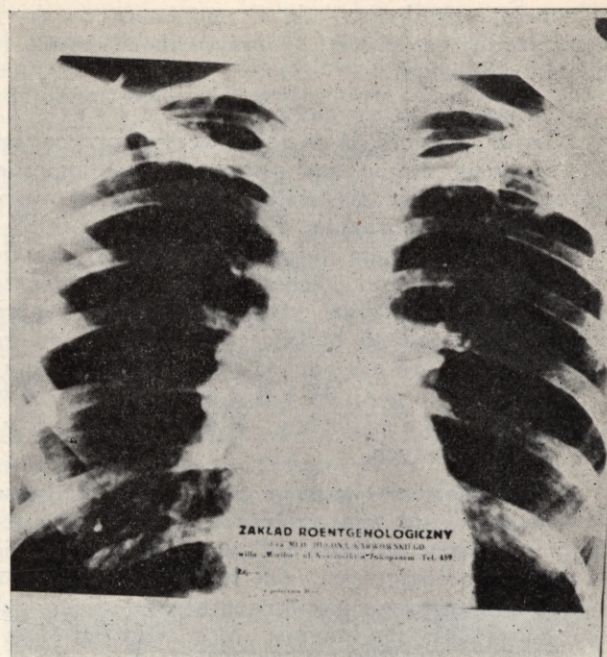


Rys. 4.

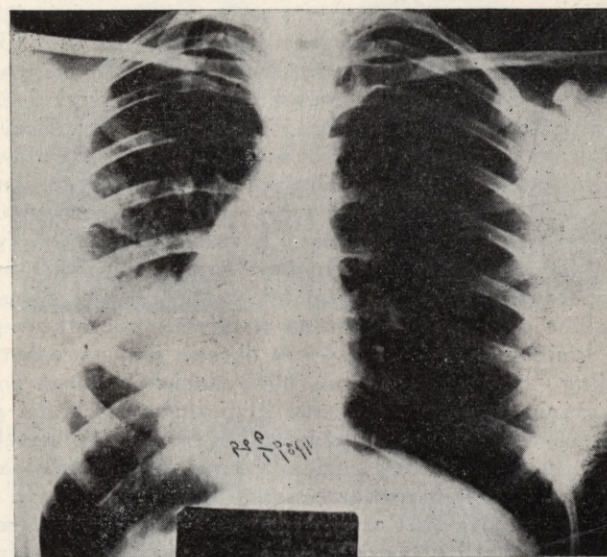
znaczenie rozpoznawcze rentgena, wspomnę tu jeszcze w krótkości o znaczeniu innych pomocniczych metod badania, a mianowicie płwociny na laseczniki i krwi na opadanie czerwonych ciałek metodą *Westergreena* i *Katza*. Co do podwyższonej temperatury, to nietyle posiada znaczenie dajgnostyczne absolutne podwyższenie, co wahania jej u poszczególnych osobników. Swego czasu przywiązywano wagę do t. zw. próby *Penzolda*, polegającej na podwyższaniu się temperatury po godzinnym spacerze do 38% C. *Schröder* i *Brühl* kładli nacisk na trwanie podwyższonej temperatury ponad pół godziny. *Würzen* i *Holten* przeprowadzili próby w tym kierunku na 3.000 chorych i stwierdzili dodatni wynik tylko u 130, czyli w 4.33%. Poty występują i przy wielu innych schorzeniach i zdaniem *Klemperera* są w każdym przypadku tylko ostrzegawczym i budzącym podejrzenie objawem. Badanie krwi jakościowe zdaniem *Rosenthala* i *Klemperera*, którzy przeprowadzili bardzo dokładne badania, posiada znaczenie nie dajgnostyczne, a prognostyczne. Ostatniemi czasy przypisuje się bardzo duże znaczenie rozpoznawcze reakcji opadania czerwonych ciałek krwi. (*Westergreena* i *Katz*). Zdaniem *Klemperera* i *Morala* przyspieszenie opadania nie jest koniecznym wczesnym objawem gruźlicy, z drugiej zaś strony, mówi *Becker*, należy podkreślić, iż przy wyłączeniu innych schorzeń wyraźnie przyspieszony odczyn opadania w najlepszym razie przemawia za czynnością, względnie koniecznością leczenia badanej sprawy. Według *Westergreena*, *Zinna* i *Katza* wysiewy prosówkowe jak również wtórna gruźlica wykazują silne podwyższenie temperatury bez przyspieszenia odczynu opadania. Cytowani przez *Katza* i *Leffkowitza* — *Kersenboom*, *Sedlmeyer* i *Beckmann* zaprzeczają możliwości wnioskowania o postaci gruźlicy z odczynu opadania.



Rys. 5.



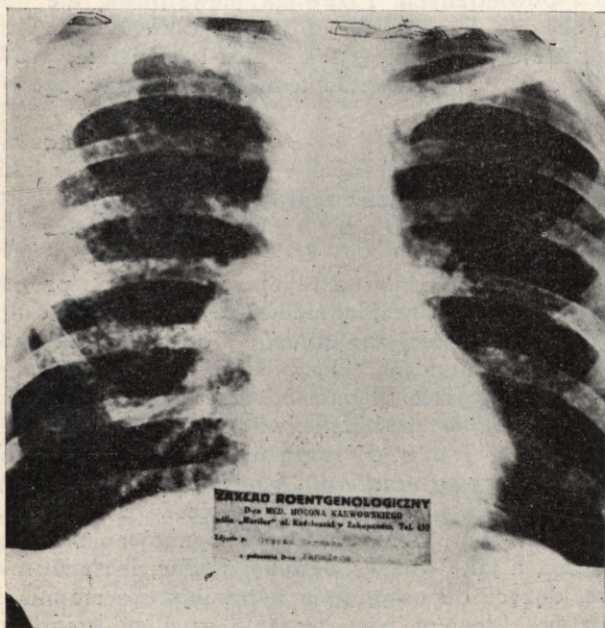
Rys. 6.



Rys. 7.

Formowanie się jam również nie ma wpływu na odczyn opadania, podobnie, jak i jamy „nieme” (*Becker*). (zdj. 8). Ponieważ przyspieszenie odczynu opadania (wedł. *Westergreena*, *Katza*, *Spiesa*), stwierdza się i przy ostrem zapaleniu oskrzeli, cuchnących rozstrzeniach oskrzeli, ropniu płucnym, zgorzeli i zapaleniu płuc, a ponadto według badań *Groedla* i *Huberta* również i u 50% zdrowych na płuca asteników. Reakcja ta, zdaniem *Klemperera*, z konieczności winna być stosowana dla rozpoznawania procesu chorobowego tylko w ramach badania ogólnego. Dzięki rentgenologicznemu badaniu stwierdzono, iż każde świeże ognisko, jak również powstawanie ogniska, z którego rozwijają się suchoty, odbywa się wśród objawów wtórnej alergii, powodującej okołogniskowe zapalenie, występujące na zdjęciu w postaci cienia wielkości odcisku palca, które po wessaniu się pozostawia drobną plamkę, a nie od-

wrotnie: z drobnej plamki nie powstają większe ogniska. To około-ogniskowe zapalenie przedewszystkiem bardzo wcześnie stwierdza się rentgenologicznie jako miękkie, nie ostro zaznaczone przyćmienie. W miarę powiększenia się zapalnego ogniska daje się ono stwierdzić i klinicznie. Przebieg ten występuje przy t. zw. „rzucie” autorów niemieckich i „poussée évolutive” klinik francuskich. Pierwsze stadium zapalnego nacieku jest zawsze wysiękowe, przechodzi następnie w wytwórcze, a wreszcie tworzą się blizny. Przy trzeciorzędnych suchotach włóknisto - wytwórczych objawy tej alergii wtórnej bywają takie słabe i krótkotrwałe, że klinicznie niezawsze są uchwytne. Natomiast łatwo się dają dostrzec na porównawczych zdjęciach rentgena zwłaszcza, o ile zdjęcia te są wykonane w tych samych warunkach technicznych (co do twardości, odległości, i co do kąta padania promieni na klatkę piersiową). Słusznie też twierdzi R e d e k e r, że tylko stała kontrola rentgenowska jest jedynym środkiem zapobiegania rozszerzeniu się złośliwego, względnie stwierdzenia istniejącego już ogniska.



Rys. 8.

Wniosek:

Rentgenodjagnostyka (prześwietlenie i zdjęcie) jest niezastąpioną metodą djagnostyczną w stwierdzaniu lub też wyłączeniu schorzeń klatki piersiowej wogóle, a w gruźlicy w szczególności. Nie da się też zastąpić żadną inną metodą w przebiegu leczenia spraw płucnych, dając możliwość dokładnego kontrolowania, cofania, czy też szerzenia się sprawy chorobowej i wynikających stąd wskazań do radykalnych zabiegów chirurgicznych, jak odma, wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka, i plomba, których bezpośrednie i dalsze wyniki dokładnie również dadzą się ustalić tylko z pomocą rentgena.

Wyjaśnienia załączonych do tekstu zdjęć.

Zdjęcie 1. Chory B. W. (pacjent Sanat. „Odrodzenie” Dyr. Dr. E. Ł o t o c k i). Przed paru tygodniami

przebył grypę. Przed 10-ciu dniami wykonano zdjęcie klatki piersiowej, które żadnych widocznych zmian nie wykazuje. Zdjęcie to bez zarzutu pacjent przedłożył przy wstąpieniu do Sanatorium „Odrodzenie”, gdzie przybył by wypocząć i nabrać sił po grypie.

Prześwietlenie i zdjęcie, wykonane przezemnie w dzień dni po wyżej wspomnianem dało obraz, jak na zdj. 1, a mianowicie:

Naciek podobojczykowy z jaśniejszym środkiem (rozrzedzenie wzgl. wczesna jama). Subiektywnie żadnych wyraźnych dolegliwości.

Badanie fizykalne kilkakrotne i skrupulatne żadnych objawów chorobowych i żadnych zmian wypukowych i wysłuchowych nie wykazuje. K o c h — ujemny. T-ra N. Opad. czerw. ciałek krwi zupełnie normalne. Reakcja S k i b i Ń s k i e g o daje wynik, jak przy zwykłej sprawie gruczolowej: dużo ciał odpornościowych bez objawów uszkodzenia organizmu (bez zwichnięcia równowagi koloidalnej).

Zdjęcie 2: Pacjent M. (Sanatorium Br. Pomocy. Dyr. Dr. St. J a s i ń s k i). Budowa silna, sportowiec i turysta. Pod obserwacją od lat trzech. T-ra max. 37,1. K o c h — minus. Fizykalnie: Stłumienie nad całym prawym płucem i nad górnym płatem lewym. Wysłuchowo: drobnobańkowe rżenia dźwięczne po kaszlu nad górnym prawym płatem od przodu i od tyłu, a nad lewym z przodu po kaszlu — trzeszczące. Samopoczucie b. dobre. Uprawia turystykę. Przybył na wadze 10 klg. Rżenia stale od lat trzech się utrzymują. Rentgenologicznie: bez widocznych zmian ogniskowych.

Zdjęcie 3: Sz. Fr. pacjent Sanat. Pol. Czerw. Krzyża. (Nacz. Lek. Dr. L. F i s c h e r). Tra 37,6—38,0. Opad. silnie przyspieszone: 57 — 90, K o c h — minus. Kaszel bezdźwięczny. Duże zmiany w krtani. Fizykalnie: tylko zaostrzony oddech z chuchającym lekko wydechem bez jakichkolwiek rżeń wilgotnych. Rentgenologicznie: nacieki z rozrzedzeniami w górnych częściach obu pól płucnych. Świeże *cavum* pod lew. obojczykiem.

Zdjęcie 4: Pacjent S. z Sanatorium Pocztców. (Nacz. Lek. Dr. B i a ł y n i c k i - B i r u l a). Przybył w końcu sierpnia 1930. K o c h i włókna sprężyste — plus (G a f k y — III—IV). Opad. normalne: 5 — 10 mm. Fizykalnie: przy wstąpieniu: przytłumienie nad szczytem prawym i tylko pojedyncze rżenia średniobańkowe dźwięczne po kaszlu. W kilka dni później już żadnych objawów wysłuchowych poza lekkim przytłumieniem wypuku się nie stwierdza. Po upływie miesiąca znów dawało się słyszeć kilka niedźwięcznych rżeń. Po upływie miesiąca założono odnę prawostronną z dobrym uciskiem tylko na zasadzie zdjęcia rentgenowskiego, które wykazało jamę wielkości małego jaja kurzego pod praw. obojczykiem.

Zdjęcie 5: Pacjent H. (Sanatorium Pocztców. Nacz. Lek. Dr. B i r u l a - B i a ł y n i c k i). Przybył do Zakopanego „na 4-ro tygodniowy wypoczynek” z powodu wyczerpania nerwowego. K o c h plus. Włókna — obecne. Tra normalna. (Rzadkie pojedyncze skoki do 37,4). Opad. 42—80, po upływie 1 i pół m-ca: 50 — 78. W a s s e r m a n n — ujemny. Ciał ochronnych według odczynu S k i b i Ń s k i e g o — 3 (słaba obrona). Fizykalnie: osłabienie oddechu nad górnym płatem lewym od tyłu do połowy łopatki, a od przodu do 3-go żebra. W dolnych częściach objawy lekkiego podrażnienia opłucnej zwłaszcza po str. lewej. Rentgenologicznie: olbrzymia jama „niema” w górnym lew. płacie.

Zdjęcie 6: W. Cz. w obserwacji kilku tut. lekarzy od paru lat. Tra od 37,3 — 4 do 37,8. K o c h — minus. Opad. krwi nieznacznie przyspieszone, bliskie normy, powtarzające się krwiopłucia, osłabienie, spadek na wadze. Z braku jakichkolwiek objawów wysłuchowych i wypukowych wszystkie skargi przypisywano hysterji. Rentgenologicznie: wyraźna jama pod lew. obojczykiem.

Zdjęcie 7: Pacjentka S. R. (kol. O. Sokołowski). Naciek w dole lew. płuca klinicznie nie daje żadnych objawów. W okolicy podobojczykowej lew. zaledwie słyszalny skrzyp przy głębokim wdechu. Na zasadzie badania fizykalnego można było przypuszczać, że ma się tu do czynienia z przypadkiem rezorbcji nacieku wczesnego. Rentgenologicznie: duży naciek w środkowym i dolnym polu lew. i jama w okolicy podobojczykowej lewej.

Zdjęcie 8: Pacjent G. H. (kol. A. Kamsler). Matka i siostra chore na gruźlicę. W marcu 1930 przybył t. zw. „grype”. W kwietniu powtórnie z trą do 39,0. W czer-

cu przebył 4 tyg. w łóżku. W ciągu lata stany podgorączkowe (*orchitis tbc*). W listopadzie po operacji usunięcia jądra przybył do Zakopanego. Zaostrzenie oddechu w lew. szczytce i pojedyncze drobne rżenia. Nad pozostałymi częściami klatki piersiowej żadnych objawów wysłuchowych ani wypukowych. Po dwóch tygodniach i te nieliczne rżenia zupełnie znikły. Opad. silnie przyspieszone. K o c h — minus. We krwi wyraźna limfocytoza.

Rentgenologicznie: wybitna *tbc miliaris*.

Szanownym Kolegom, którzy łaskawie podali mi wyniki swych badań i spostrzeżeń składam serdeczne podziękowanie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Leczenie gruźlicy kręgosłupa.

Podał

N. PIWKO (Warszawa).

W dobie obecnej ścierają się trzy zasadnicze kierunki w leczeniu gruźlicy kręgosłupa: leczenie sanatoryjne, ambulatoryjne i ambulatoryjno - operacyjne.

Co się tyczy leczenia sanatoryjnego, to należy je dziś uważać za najracjonalniejsze i dające najlepsze wyniki. Pierwszemi pionierami, propagującymi leczenie sanatoryjne w gruźlicy kostnej byli Rollier i Bernharrdt. Pozostanie ich wielką zasługą, że spopularyzowali w świecie lekarskim zasadę, że gruźlica kostnowstawowa nie jest tylko schorzeniem miejscowym, ale chorobą ustroju, a jako taka wymaga leczenia ogólnego.

Wychodząc z tego założenia uważali oni, że leczenie winno iść w kierunku wzmocnienia organizmu i pobudzenia drzemających w nim sił odpornościowych do walki z zakażeniem gruźliczym, niezależnie od tego, gdzie się ono umiejscowiło. Decydujący przytem wpływ wyznaczają heljoterapii górskiej. Powątpiewać jednak należy czy wyniki, jakie osiąga Rollier w Leysin były zależne tylko od działania górskich promieni słonecznych. Prawdopodobnie i inne czynniki, jak doskonałe warunki klimatyczne, dobre odżywianie odgrywają tu niemniej ważną rolę.

Metoda Rolliera stosowana przez innych autorów, ale już w nizinach, nad morzem daje, jak wykazują prace Kisch, Calot, Sorela, Calvé, równie dobre wyniki. Berck s. Mer, która nie odznacza się bynajmniej ani klimatem zbyt łagodnym, ani dużą liczbą dni słonecznych w roku, jest jednak miejscowością posiadającą liczne i kolosalne sanatoria dla gruźlicy chirurgicznej. Mimo warunków wręcz przeciwnych tym, jakie cechują Leysin, Berck zdobyło sobie sławę zupełnie zasłużoną. Statystyki obu tych miejscowości pod względem wyników terapeutycznych są bodaj — że identyczne.

Decyduje więc nie słońce górskie, które nie odznacza się jakimiś specyficznymi własnościami leczniczymi, lecz całokształt warunków, mających na celu podniesienie stanu ogólnego chorego. Warunki takie są osiągalne wszędzie tam, gdzie chory może przebywać na świeżem, czystym powietrzu obok jednoczesnego dobrego odżywiania się. Jeśli pobyt w sanatorium gór-

skim ma pewną przewagę, to tę tylko, że liczba dni słonecznych w roku jest tam większa, co nawer zimą daje choremu możność korzystania z kąpiei słonecznych i powietrznych. Przewaga niewątpliwa, ale przecież, okazuje się, nie decydująca, i dlatego wszystkie drogi, które prowadzą przez słońce i powietrze, prowadzą do celu, t. j. do wzmocnienia organizmu w jego walce z infekcją.

Metodę Rolliera trzeba tylko dostosować do warunków klimatycznych i geograficznych, w jakich chory żyje a wyniki nie będą gorsze. Wszędzie gotuje się woda, powiada Oehlöcker, w górach tylko wcześniej ona wre.

W wielkich miastach amerykańskich problem ten o tyle znalazł uwzględnienie, że na dachach drapaczy urządzono specjalne *solaria* i oddziały dla dzieci z gruźlicą chirurgiczną. Oczywiście, dalekie to jest od ideału, jednak przecież lepsze od przebywania w mieście, przepelnionem wyzwiami cywilizacyjnymi.

Haglund rozróżnia w leczeniu gruźlicy kostnej i stawowej: *indicatio morbi et indicatio orthopedica*, określając jako zadanie pierwsze wszelkimi dostępnymi sposobami dążyć do opanowania infekcji gruźliczej, a jako drugie, niemniej ważne, leczenie miejscowe, dążące do osiągnięcia najmniejszego stopnia inwalidztwa. Ideałem więc leczenia gruźlicy kręgosłupa jest harmonijne współdziałanie leczenia klimatycznego, ogólnego i ortopedycznego. Jednostronność w jakimkolwiek kierunku jest połączona ze szkodą dla chorego.

Sanatoria, w których znalazły uwzględnienie oba wskazania Haglunda, osiągnęły w leczeniu gruźlicy kręgosłupa wyniki istotnie znacznie lepsze, w porównaniu z metodą ambulatoryjną i ambulatoryjno-operacyjną.

Dość wspomnieć, że cyfra śmiertelności, podawana przez rozmaitych autorów, a wahająca się między 50 — 60 proc. spadła przy leczeniu sanatoryjnym do 6 — 8%. Nic dziwnego, że metoda ta zdobywa sobie coraz większą liczbę zwolenników. Mimo tak przekonującej statystyki i zachęcających wyników leczenie sanatoryjne nie wszędzie jednak znalazło powszechne zastosowanie. Ze względu na długotrwałość choroby leczenie to związane jest z dużymi kosztami, przez co dostępne dla niewielkiej liczby chorych. Dla szerokiej rzeszy pozostaje ono w sferze nieosiągalnych ideałów. Tylko akcja społeczna i państwowa, zakrojona na większą skalę, może rozwiązać ten problem. Największą ini-

cyjatywę w tym kierunku dotychczas rozwinęła tylko Francja, która, budując na wybrzeżach swoich mórz kolosalne sanatoria i szpitale, dała możność korzystania z racjonalnego leczenia każdemu prawie choremu z gruczną kością.

My z pośród krajów europejskich, którzy pod tym względem stoimy na szarym końcu, musimy być z natury rzeczy i konieczności wyrazicielami leczenia ambulatoryjnego i ortopedycznego.

Leczenie ortopedyczne, jako leczenie miejscowe, skierowane jest przeciwko trzem zasadniczym objawom gruźlicy kręgosłupa: *gibbus*, ropniom opadowym i paraplegjom.

Nim przejdziemy do omówienia środków, jakimi rozporządzamy w tym celu, chcę słów kilka poświęcić fizjologii patologicznej gruźlicy kręgosłupa.

Istotny początek choroby daleko wyprzedza jego kliniczne uzewnętrznienie się. Dopóki proces chorobowy odbywa się w granicach trzonu, klinicznie trudno jest go stwierdzić. Dopiero przebiecie procesu poza granice trzonu, a więc zaatakowanie w pierwszym rzędzie chrząstki międzykręgowej, zapoczątkowuje tę fazę choroby, w której uwaga pacjenta zostaje skierowana na kręgosłup jako źródło cierpienia. Już w tym względnie wczesnym okresie dokładne badanie pozwala nam postawić właściwe rozpoznanie. Z punktu widzenia fizjologicznego więc — jak twierdzi C a l v é — gruźlica kręgosłupa w swym początku jest chorobą chrząstki międzykręgowej.

Skutkiem niszczącego działania procesu gruźliczego na chrząstkę międzykręgową, jądro (*nucleus pulposus*) ulega unicestwieniu. Temsamem mechanika kręgosłupa zostaje w swym najczulszym miejscu naruszona.

Jądro bowiem odgrywa dla mechaniki i statyki kręgosłupa niezmiernie ważną rolę, którą w krótkości da się w następujący sposób określić:

- 1) jądro posiada swoistą prężność, a będąc pod stałym ciśnieniem działa, jak bufor, osłabiając wszelkie wstrząsy, trafiające w kręgosłup;
- 2) jest elastycznym ogniwem, pośredniczącym w przenoszeniu ciśnień grawitacyjnych z kręgów górnych na dolne, wypadkowa ciśnień przebiega przez jądro;
- 3) jest osią, dookoła której odbywają się wszelkie ruchy trzonów (G a l l a n d).

Przez ognisko chorobowe elastyczna ciągłość kręgosłupa zostaje przerwana. Na tem ujemne skutki zniszczenia chrząstki nie wyczerpują się. Dalszem tego następstwem jest załamanie się kręgosłupa i przeniesienie punktu oparcia kręgu górnego na wyrostek stawowy dolnego kręgu, który staje się nadto osią obrotu na wysokości ogniska. Gdy nie stało z przodu w kolumnie trzonów chrząstki, kręgosłup nachylił się, przez co na wysokości ogniska chorobowego punktem oparcia dla kręgosłupa górnego stał się nietknięty przez sprawę chorobową wyrostek stawowy kręgu dolnego.

O ile przedtem mieliśmy dwie osie, które się wzajemnie dopełniały, względnie hamowały, mianowicie: jedną w kolumnie trzonów, drugą w kolumnie łuków, to obecnie sprawa uległa znacznemu uproszczeniu. Mamy jedną oś. C a l v é określa ten stan obrazowo, „Kręgosłup górny balansuje na wyrostku stawowym jak belka w wagi. Jedynie możliwy na tej wysokości ruch ma charakter zawiasowy, otwarcia i zamknięcia — zgięcia i wyprostowania. Wszelkie ruchy faliste, przebiegające przez kręgosłup, dochodząc do wysokości

ogniska chorobowego, redukują się do wyżej wspomnianego”.

Łatwo domyśleć się, że ta nadmierna ruchliwość na poziomie ogniska, ruchliwość, która, zresztą, nie może być dostatecznie ograniczona przez za długie obecnie więzadła, powoduje ścieranie i ubijanie się powierzchni trzonów, pozbawionych buforu w postaci *nucleus pulposus*. Z kolei musi to, oczywiście, doprowadzić do zniszczenia trzonu, który już pod wpływem samego procesu chorobowego jest mniej odporny, bardziej kruchy i łamliwy.

Jasne, że okres ten jest dla chorego niezmiernie bolesny. Pewną ulgę przynosi mu odruchowy skurcz mięśni długich kręgosłupa. Ruchomość kręgosłupa jest przez samą naturę ograniczona do *minimum*.

W dalszym rozwoju choroby nachylenie coraz bardziej się potęguje, procesowi niszczenia ulega bowiem i trzon, który z biegiem czasu przyjmuje formę klina, o podstawie, zwróconej ku tyłowi. Wyrazem zewnętrznym tego nachylenia jest pojawienie się garbu, zrazu małego, lecz mogącego w miarę zaostrenia się klina oraz wciągania w sprawę wyżej leżących kręgów, znaczenie się powiększać.

Z powyższego krótkiego szkicu fizjologicznego wynika, że garb, jako wyraz zniszczenia trzonów powstaje z dwóch przyczyn:

- 1) niszczącego działania samej sprawy gruźliczej na trzony,

- 2) wpływu mechanicznego ulceracji trzonów, trących się o siebie i uciskających się wzajemnie.

Środki, któremi rozporządzamy, przeciwko działaniu niszczącemu samego procesu chorobowego, są niewystarczające. Wiemy wprawdzie, że spokój i unieruchomienie osłabia i zwalnia rozszerzanie się ogniska gruźliczego, niezawsze jednak może je całkowicie zatrzymać. Mimo, że z łatwością potrafimy unieruchomić chorobą kończynę, to jednak ognisko gruźlicze umiejscowione n. p. w nasadzie kości rozwija się, rozszerza, by wreszcie zaatakować i staw.

To, co daje się zaobserwować na kościach długich, znajduje całkowite potwierdzenie na kręgosłupie, tembardziej, że nie potrafimy go tak dokładnie i bez zastrzeżeń unieruchomić. Mimo najracjonalniejszego postępowania ortopedycznego, niszczenie trzonów może postępować naprzód. Nie dyskwalifikuje to w żadnym razie leczenia ortopedycznego, które winno dążyć przynajmniej do wyeliminowania czynnika mechanicznego w niszczeniu trzonów.

Naczelnem więc zadaniem w leczeniu ortopedycznym będzie:

- 1) unieruchomienie kręgosłupa, przez co zmniejsza się mechaniczne drażnienie ogniska gruźliczego zapewniając mu większy lub mniejszy spokój; zapobiega wszelkim ruchom, szczególnie zgięciu ku przodowi, a co najważniejsze usuwa ból,

- 2) odciążenie kręgosłupa, co zapobiega przenoszeniu ciężaru odcinków górnych kręgosłupa poprzez schorzały.

Oczywiście, najracjonalniejsze i najwłaściwsze będą te środki, które uczynią zadość obu zadaniom, t. j. unieruchomią i odciążą kręgosłup.

Odciążenie kręgosłupa — jeżeli chodzi o odcinki lędźwiowe i dolne piersiowe t. j. części lordotyczne kręgosłupa — otrzymuje się przez reklinację, t. zn. odgięcie kręgosłupa ku tyłowi, bo wtedy tylko odsuwamy od siebie trzony. W częściach kifotycznych zaś

a więc górnej piersiowej odciążenie osiągamy przez zastosowanie wyciągu.

Najidealniej oba te zadania spełni leżenie w łóżku reklinacyjnym L o r e n z a. Metoda ta zapewnia, bowiem, ognisku gruźliczemu spokój, zapobiega załamywaniu się kręgosłupa ku przodowi i usuwa wpływ obciążenia na odcinki chore. Przy stosowaniu zaś gorsetów gipsowych i aparatów ortopedycznych unieruchamia się wprawdzie kręgosłup i zapobiega załamywaniu się kręgosłupa ku przodowi, nie można jednak wyeliminować obciążenia mimo najidealniejszego aparatu ortopedycznego.

Wedle przedstawicieli kierunku sanatoryjnego leżenie jest metodą z wyboru przy leczeniu gruźlicy kręgosłupa podczas całego okresu czynnego, trwającego mniej więcej od 2 — 3 lat, innymi słowy, aż do tej chwili, kiedy uważamy, że proces bliznowacenia jest dostatecznie posunięty.

W praktyce jednak szpitalnej i miejskiej leżenie winno być stosowane tylko przy pewnych ściśle określonych wskazaniach a mianowicie:

1) w ostrem stadium spondylitu, kiedy chory odczuwa silne bóle, uniemożliwiające mu chodzenie, leżenie przynosi natychmiastową ulgę;

2) w przypadkach zjawienia się ropnia opadowego chodzenie nawet w gorsecie wzmaga nabieranie ropnia i ułatwia mu przebiecie się nazewnątrż. Leżenie opóźnia rozwijanie się ropnia, przyczem prędzej należy oczekiwać w tych warunkach samoistnego wessania się;

3) u chorych, których stan ogólny się pogarsza mimo dobrego aparatu ortopedycznego, należy myśleć o rozszerzaniu się procesu gruźliczego względnie o tworzeniu się ropnia,

4) u dzieci do 4 — 5 lat leżenie w łóżku gipsowym jest metodą z wyboru.

Leżenie więc przy pewnych wskazaniach jest środkiem niezastąpionym, niezależnie od warunków i środowiska, w jakim chory przebywa. I o ile względnie krótkotrwale leżenie wywiera wpływ dobroczynny na stan chorobowy, o tyle dłuższe unieruchomienie chorego w pokoju częstokroć w złych warunkach higieny domowej nie pozostaje bez ujemnego wpływu na stan ogólny chorego, leczenie klimatyczne natomiast może w znacznej mierze złagodzić ujemne skutki wieloletniego leżenia. Dlatego w tych wypadkach, gdzie leczenie sanatoryjne z tych czy innych względów nie może być zastosowane, leżenie w łóżku gipsowym należy ograniczyć do koniecznego *minimum* a przejść jaknajrychlej do leczenia ambulatoryjnego gorsetami gipsowymi czy ortopedycznymi.

Aczkolwiek gorsety nie spełniają w dostatecznym stopniu warunków leczenia mechanicznego, to jednak pozwalają choremu na przebywanie na powietrzu, co pobudza organizm do żywszej przemiany. Rezygnujemy z lepszych wyników kosmetyczno - ortopedycznych na rzecz ogólnego stanu chorego.

Nasuwa się tylko pytanie, kiedy można przerwać leczenie łózkami gipsowymi i przejść do leczenia ambulatoryjnego. Ścisłych reguł na to nie mamy. Trzeba indywidualizować przypadki. Pewne linie wytyczne da się jednak wykreślić.

Im wyżej na kręgosłupie umiejscawia się sprawa chorobowa, tem niechętniej przejdziemy do leczenia ambulatoryjnego. Im wyżej — tem trudniej w gorsecie ortopedycznym zapobiec rozwijaniu się garbu. Naogół pacjent sam swoim zachowaniem się da poznać,

że nadszedł czas zmiany leczenia. Początkowo pacjent spokojnie leżący i bojaźliwie omijający wszelkie niepotrzebne ruchy zaczyna się obracać, kręcić w swym łóżeczku a nawet wstawać. Badanie pacjenta musi wykazać, że bolesność uciskowa znikła, że pacjent, postawiony na nogi, stoi swobodnie, nie szukając bojaźliwie podpory. Wreszcie rentgen posłużyć może za kryterjum, wskazujące, że sprawa wykazuje tendencję gojenia się.

Gorset gipsowy, jaki pacjent otrzymuje po wstaniu z łóżka, winien jaknajdokładniej unieruchomić kręgosłup. Odciążenie kręgosłupa w gorsecie jest tylko do pewnego stopnia możliwe — i drogą pośrednią. Osiągamy je przez reklinację, przenosząc częściowo ciężar ciała z kolumny trzonów na kolumnę łuków. Większego jednak znaczenia temu sposobowi odciążenia przypisywać nie należy.

Według H a g l u n d a — lżejsze przypadki gruźlicy kręgosłupa krzyżowego, lędźwiowego, dolnego piersiowego i piersiowego aż do części środkowej, wyjąwszy okresy bardzo bolesne, które mogą wystąpić na każdej wysokości kręgosłupa i wymagać bezwzględnie leżenia, można od początku leczyć ambulatoryjnie, a wyniki kosmetyczne, przy dobrze wykonanym gorsecie, nie będą gorsze od otrzymanych przy kuracji leżącej.

Natomiast gruźlica kręgosłupa piersiowego górnego i szyjno-piersiowego jest okolicą, w której najtrudniej jest zapobiec rozwijaniu się garbu. Nawet metoda leżenia okazuje się niewystarczająca, tembardziej więc chodzenie w gorsecie gipsowym. Na tym odcinku kręgosłupa metoda ambulatoryjna całkowicie zawodzi, bez leżenia obejść się nie da.

Gorsety gipsowe stosować należy tak długo, aż osiąga się konsolidację chorego odcinka, względnie gdy ta zaczęta się już ujawniać. Dalszy i końcowy etap leczenia stanowić dopiero mogą gorsety ortopedyczne, które w stosowaniu są mniej pewne. Gorset gipsowy, mimo wielu stron ujemnych, ma tę przewagę nad aparatem ortopedycznym, że dokładnie unieruchamia kręgosłup a pozatem odbiera inicjatywę z rąk chorego i jego otoczenia, które zbyt swobodnie i dowolnie może manipulować gorsetem ortopedycznym, usuwając się z pod opieki lekarza.

Z całkowitem usunięciem aparatu należy być bardzo ostrożnym. Z początku pozwalamy choremu pozostać bez aparatu kilka godzin w ciągu dnia. Jeżeli to znosi dobrze, pozwalamy mu i na dalsze przebywanie bez podpory, dopiero gdy i ta próba okazała się bez przykrych następstw, należy uważać kręgosłup za wyleczony i aparat można całkowicie usunąć.

Od dawien dawna chirurdzy usiłowali, dążąc różnemi drogami, usunąć garb, powstający przy gruźlicy kręgosłupa. Można odróżniać tu 2 grupy.

Pierwsza, reprezentowana przez znaczną mniejszość, chciała garb prostować przez redressement forcé. Po początkowym okresie zachwytu metodą, szczególnie reklamowaną przez C a l l o t a, nastąpiło tem większe rozczarowanie. Wyniki okazały się bowiem fatalne. Większość chorych zabiegu takiego nie wytrzymała, ginąc z powodu *meningitis tbc*, *tbc miliaris* i t. p.

Przeciwko takiej metodzie postępowania z całą energją wystąpili M e n a r d, D r e h m a n i inni, podnosząc, że przez redresję garbu powstają w ognisku chorobowym luki, które w niezmiernie rzadkich przypadkach wypełniają się tkanką kostną, ponieważ zdolności regeneracyjne kości gruźliczej są wybitnie osłabione. Postępowaniem takim przeciwstawiamy się na-

turalnemu procesowi gojenia się, którego ostatecznym celem jest *ankylosis*. Zrost bowiem nastąpić może wtedy, kiedy trzony stykają się z sobą. Metoda ta dziś już należy do historii, a sam *Callo* odstąpił od niej całkowicie.

Grupa druga, uważając garb — *gibbus* — za konieczne następstwo sprawy chorobowej, stara się go przedewszystkiem przez racjonalne leczenie sprowadzić do jego koniecznych rozmiarów lub zgęty ku przodowi kitotyczny kręgosłup prostować powolnie, delikatnie, etapami, przyczem prostowanie kręgosłupa odbywa się nie w obrębie samego garbu, a odcinków tuż poniżej i powyżej garbu leżących.

Z anatomii patologicznej wiadomo, że naskutek zniszczenia trzonów kręgosłup załamuje się jakby ku przodowi, tworząc kąt, którego wierzchołek znajduje się na wysokości schorzałego odcinka. Wierchołkowi temu odpowiada zewnętrznie ostre uwypuklenie ku tyłowi — *gibbus*. Utrzymanie równowagi w takim ustawieniu kręgosłupa byłoby zupełnie niemożliwe, gdyby natura nie przysłała tu z pomocą przez odchylenie dalej leżących odcinków w stronę przeciwną, przywracając mu jego statykę, innemi słowy — przez tworzenie lordoz kompensacyjnych. I tak kifoza części piersiowej zostaje skompensowana przez lordozę części lędźwiowej i szyjowej, kifoza lędźwiowa — przez lordozę szyjną i lekkie spłaszczenie fizjologicznej kifozy piersiowej.

Samoistnie powstające lordozy kompensacyjne przywracają wprawdzie kręgosłupowi jego równowagę, są jednak brzydkie, nieestetyczne i powiększają jeszcze nadmiernie patologiczne kitozy. I dlatego w naszych usiłowaniach terapeutycznych staramy się przeciwstawić wprawdzie celowemu ale nieestetycznemu procesowi naturalnemu, modyfikując go nieco. Dążymy do otrzymania lordoz kompensacyjnych jaknajbliższej ogniska chorobowego, tuż ponad i poniżej garbu. Przez powolną, stałą i delikatną redresję tych odcinków udaje się wyprostować kręgosłup mniej lub więcej, sprowadzając zniekształcenie do koniecznych jego rozmiarów, nie naruszając jednak samego garbu.

O ile przy *spondylitis lumbalis* niewielki wysiłek wystarcza do otrzymania wyzdrowienia z doskonałym wynikiem kosmetycznym, o tyle na kolosalne trudności terapeutyczne natratiamy przy gruźlicy kręgów piersiowych.

Do rozmaite zachowanie się uwarunkowane jest różnicami anatomicznymi i fizjologicznymi. Według *Calvé* i *Gallanda* w części lędźwiowej szerokie otwory międzykręgowe, pionowo ustawione wyrosty stawowe, przesuwające się względem siebie ruchem szufladkowym, możliwość hiperekstensji na tym odcinku są czynnikami, umożliwiającymi jaknajlepszą samoistną korekcję ogniskową i pozaogniskową. Ta możliwość pionowego przesuwania się względem siebie kręgów powoduje, że, mimo zniszczenia trzonów i chrząstek międzykręgowych, kręgosłup nie nachyla się ku przodowi, nie następuje *gibbus* lecz zapadanie się trzonów. Dopiero gdy ulceracja trzonu posunęła się zbyt daleko i w sprawę wciągnięta została większa liczba trzonów, następuje kifoza, która nie przyjmuje nigdy większych rozmiarów, bo fizjologicznie jest tu lordoza a pozatem łatwo ją skorygować, bo odcinki nad i pod garbem, zdolne do znacznej hiperekstensji, łatwo dają się lordozować. Z powyższego widzimy, że w części lędźwiowej nigdy nie dochodzi do większych zniekształceń. Inaczej w części grzbietowej. Otwory międzykręgowe są tu wąskie, wyrosty stawowe ustawione skośnie.

Zniszczenie chrząstki międzykręgowej powoduje natychmiastowe załamanie kręgosłupa ku przodowi, bo kręgi nie mogą się tu względem siebie posuwać, natrafiając na natychmiastową przeszkodę przez co kifoza występuje tu już bardzo wczesnie. Kifoza wymaga się nadto jeszcze z tego względu, że siła ciężkości przebiega tu przed kręgami, a pozatem już fizjologicznie występuje tu kifoza. Korekcja więc w samym ognisku jest tu niemożliwa. Bardzo trudna jest korekcja pozaogniskowa, bo odcinki paragibbarne, jako niezdolne do hiperekstensji nie dają się prostować. Na niekorzyść gruźlicy kręgosłupa grzbietowego przemawiają jeszcze i inne momenty:

1) trudność konsolidacji, bo trzony małe tworzą niewielkie powierzchnie zetknięcia. Ankiłozą z trudem się tu wytwarza. W części lędźwiowej trzony szerokie, zetknięcie solidne na dużej przestrzeni, doskonale warunki dla powstania ankiłozy;

2) wąski kanał kręgowy sprzyja łatwiej powstaniu paraplegji. Kręgosłup lędźwiowy nie zna tego powikłania;

3) odcinek piersiowy jest stale mobilizowany przez ruchy oddechowe.

Z powyższych rozważań wynika, że leczenie ortopedyczne będzie zasadniczo różne, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z gruźlicą kręgosłupa lędźwiowego czy piersiowego.

Dla kręgosłupa lędźwiowego wystarczy, gdy będziemy pomagać naturalnemu procesowi gojenia, regulując tylko samoistne lordozy lędźwiowe. Wyjawszy bolesne kontraktury, lordozy lędźwiowe — jako fizjologiczne — otrzymać można natychmiast. W gruźlicy kręgosłupa piersiowego leczenie dążyć winno do tego, by wytworzyły się lordozy terapeutyczne a nie fizjologiczne. Oczywiście, lordozy te, jako twory sztuczne, otrzymać można po dłuższym okresie pracy. Srodki mechaniczne, jakimi rozporządzamy do skorygowania zniekształceń, są rozmaite: w części lędźwiowej wystarczy leżenie w łóżku reklinacyjnym *Lorenza* lub noszenie gorsetu, nałożonego w ekstensji i silnej reklinacji. W gruźlicy kręgosłupa piersiowego leczenie należy stosować jaknajdłużej, przyczem używamy tu albo łóżka gipsowego z wyciągiem albo łóżeczka gipsowego, podanego przez *Calvégo*. Zadaniem tego ostatniego jest zapobieganie tworzenia się lordozy lędźwiowej oraz dążenie do otrzymania lordozy, leżącej możliwie jaknajbliższej ogniska chorobowego. Lordozę taką, jako niefizjologiczną, otrzymać można dopiero po dłuższym okresie dzięki działaniu sił małych ale ciągłych.

Leczenie operacyjne. Wobec długiego trwania choroby próbowano zapomocą metod operacyjnych osiągnąć skrócenie jej przebiegu. W ostatnich czasach coraz bardziej zdobywają sobie popularność w świecie lekarskim tak zwane operacje usztywniające, aczkolwiek poglądy są co do tego zabiegu podzielone i niezupełnie jeszcze skryształizowane.

Ponieważ naskutek niszczonego procesu chorobowego trzony zapadają się a wyrostki ościste oddalają się od siebie, wydawało się, że jeżeli się zwiąże wyrostki ościste, to zapobiegnie się dalszemu zapadaniu się kręgów i w najidealniejszy sposób unieruchomi się chore odcinek. Spróbowano przeto zapomocą drutu związać ze sobą wyrostki ościste. Okazało się jednak w praktyce, że taki sposób postępowania całkowicie zawodził. Drut bardzo szybko ulegał rozluźnieniu i unieruchomienie traciło na wartości.

Lange próbował zapomocą płytek stalowych lub celuloidowych ułożonych po obu stronach wyrost

ków ościstych osiągnąć usztywnienie chorobowo zmienionego odcinka. Ujemną stroną obu tych metod, pomimo słusznego założenia, było, że operowano materiałem martwym, alloplastycznym, który przeważnie zawodził. Sztabki wydzielaly się prędzej czy później.

Dopiero dzięki pracom H e n l e g o a szczególnie A l b e e g o, którzy — podjąwszy tę samą myśl — zastosowali w swych zabiegach materiał żywy, autoplastyczny, metoda nabrała znaczenia i stała się przedmiotem większego zainteresowania.

A l b e e rozszczepia wyrostki ościste kręgów chorych oraz 2 kręgów zdrowych powyżej i 2 kręgów poniżej leżących. W szparę w ten sposób powstałą wszczepia beleczkę kostną z kości piszczelowej. Metoda ta z mniejszymi lub większymi modyfikacjami została naogół powszechnie przyjęta.

Transplantat ulega z biegiem czasu przebudowie, przyczem zachodzą tu dwa procesy: rezorbcja szczepu i powolna jej substytucja przez nową tkankę kostną. Na miejsce szczepu, składającego się przeważnie z *corticalis*, tworzy się jednolity most kostny z tkanki kostnej gąbczastej, łączący ze sobą wyrostki ościste. Most ten powstaje z pozostałych cząsteczek obumarłego szczepu i części kostnych, pochodzących z otoczenia.

Most ten ma unieruchomić odcinek chorobowy i odciążyć go. Przez zblokowanie wyrostków ościstych usuwa się ujemny wpływ ruchu zawiasowego na wysokości ogniska chorobowego, zapewniając mu idealny spokój.

Wyniki tego zabiegu okazały się jednak rozmaite: obok wyników wysmienitych są zupełnie nieudane. Temu przypisać, może, należy znaczną rozbieżność zdań co do celowości i skuteczności zabiegu. Obok gorących zwolenników operacji A l b e e g o istnieją liczni przeciwnicy, wśród których figurują nazwiska pierwszorzędnej wagi. Długo nie umiano sobie wytłumaczyć, czemu przypisać tę różnorodność wyników i czemu w jednym przypadku przeszczep przyjmuje się, a w drugim ulega rezorbacji. Dopiero badania D u b o i s rzuciły nieco światła na tę sprawę. Według D u b o i s transplantat ulega znanym prawom, obowiązującym w systemie kostnym, a mianowicie, że ucisk powoduje rozrost kości, natomiast rozciąganie — zanik jej. Przyjęcie się więc płytki kostnej zależne jest od tego, czy pozostaje pod wpływem ucisku czy pociągania. W gruźlicy kręgosłupa stosunki są pod tym względem rozmaite i uwarunkowane wiekiem osobnika oraz miejscem usadowienia się sprawy chorobowej.

U dzieci występuje znaczniejszy rozpad trzonów, a temsamem tendencja do załamania się kręgosłupa jest większa. Płytką kostną, wszczepioną w okresie rozwoju choroby, podlega rozciąganiu przez rozstępujące się wyrostki ościste, na skutek czego podlega zanikowi i substytucji przez tkankę łączną. U osobników dorosłych warunki są o tyle przychylniejsze, że kręgosłup jest tu mniej ruchliwy, a pozbawiony nie dochodzi do znaczniejszego rozpadu trzonów. Płytką kostną łatwiej tu pozostaje pod wpływem ucisku. Nie na każdej jednak wysokości kręgosłupa panują te same stosunki. W części piersiowej trudniej nastąpi przyjęcie się transplantatu, bo, naskutek szybciej występującego garbu, płytka znajduje się pod działaniem sił rozciągających. W części lędźwiowej natomiast, gdzie nigdy nie dochodzi do większego garbu, płytka, pozostająca pod ciśnieniem, łatwiej ulega przebudowie w sensie tworzenia mocnej podpory. Po operacji A l b e e g o stan ogólny chorych poprawia się, a bóle, które przedtem istniały, ustę-

pują. Poprawa jest jednak częstokroć tylko częściowa. I ciekawe, że występuje natychmiast po zabiegu, a więc w okresie, kiedy nie można płytce kostnej przypisywać większego znaczenia unieruchamiającego i odciążającego. Zanikanie bólów i poprawa stanu ogólnego chorych da się, według Z a r e b y, wytłumaczyć reakcją lokalną i zmianą ukrwienia chorego odcinka kręgosłupa, spowodowaną zabiegiem operacyjnym. Wpływ zabiegu operacyjnego na rozwój garbu jest dość ograniczony. Garby małe przy nie postępującym nadal procesie zatrzymują się w swoim rozwoju, natomiast garby większe powiększają się w dalszym ciągu.

Na znikanie ropni i na porażenia zabieg nie ma żadnego wpływu. Można, opierając się na statystyce porównawczej K o e n i g a, dziś już stwierdzić, że osteosynteza stanowi pewien postęp w leczeniu gruźlicy kręgosłupa, ustępuje jednak — a co do tego wszyscy autorzy są zgodni — leczeniu klimatycznemu i sanatoryjnemu.

Ciężkiem powikłaniem w przebiegu gruźlicy kręgosłupa są porażenia. S o r r e l rozróżnia 3 typy porażen: typ 1 i 2 są to porażenia wczesne, szybko występujące. Pierwszy, wywołany przez ropień w kanale kręgowym, drugi przez obrzęk, poprzedzający pojawienie się ropnia. Typ 3 zjawia się późno, w drugim, trzecim roku choroby, przebieg jest powolny, stale się nasilający i nigdy nie przyjmuje tych rozmiarów, co dwa poprzednie. Tu przyczyną porażen jest *pachymeningitis interna*.

Rokowanie w dwóch poprzednich formach jest naogół dobre, t. zn., że przy racjonalnym leczeniu porażenia mogą się cofnąć całkowicie, jednak po długim bardzo okresie leczenia, trwającym od 18 do 24 miesięcy. Prognoza natomiast przy typie 3-cim jest beznadziejna. Wszelkie wysiłki terapeutyczne są bezskuteczne.

W stadiach początkowych zadawalniamy się zazwyczaj leczeniem konserwatywnym i stosujemy leżenie w stałym wyciągu. Wyniki są jednak niepewne, często zawodzą i trzeba wkraczać bardziej radykalnie. C a l v é podaje sposób aspirowania ropnia zapomocą specjalnie skonstruowanej igły poprzez otwory międzykręgowe. C a l v é bardzo chwali ten sposób i widzi po takim zabiegu natychmiastową poprawę.

Autorzy inni, wychodząc z założenia, że mamy tu do czynienia ze wzmożonym ciśnieniem śródkręgowym, stosowali laminektomję. Laminektomia jest jednak zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym, szczególnie w gruźlicy kręgosłupa. Jeśli się zważy, że do znacznych ubytków kostnych z przodu, spowodowanych zniszczeniem trzonów, dołączymy jeszcze operacyjne usunięcie na znacznej przestrzeni tkanki kostnej ztytu, to kręgosłup jest właściwie rozdzielony na 2 części, połączone ze sobą tylko wyrostkami stawowymi. Skąd po takim spustoszeniu oczekiwać można wypełnienia ogromnej luki, powstałej w ciągłości kręgosłupa?

Znacznie celowsza i mniej niebezpieczna jest operacja, podana przez M e n a r d a, t. zw. *costo-transversectomia*. Przy operacji tej usuwa się wyrostki poprzeczne dwóch lub trzech kręgów i rezekuje się 3—4 centymetry z nasad żeber. Po odsunięciu opłucny na tępo otwiera się ropień.

Reasumując powyższe, dochodzimy do wniosku, że:

1) metoda sanatoryjna, która uwzględnia zarówno leczenie klimatyczne i ortopedyczne, daje dziś najlepsze wyniki tak w sensie zmniejszenia liczby śmiertelności, jak i wyników kosmetycznych.

2) Leczenie łózkami gipsowymi w warunkach pozasanatoryjnych jest wskazane w ostrych stadiach gruźlicy kręgosłupa, w przypadkach zjawienia się ropnia opadowego, przy porażeniach i u dzieci do lat 4—5.

3) Metoda ambulatoryjna znajduje zastosowanie w lżejszych przypadkach gruźlicy kręgosłupa krzyżowego,

łędźwiowego i dolnego piersiowego i jako leczenie następce po wygaśnięciu ostrych objawów gruźlicy.

4) Osteosynteza oznacza pewien postęp w leczeniu gruźlicy kręgosłupa, wyniki są lepsze od tych, jakie się osiąga przy metodzie ambulatoryjnej, ustępuje jednak sanatoryjnej.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

H. LAUBER. Nauczyciel kliniczny. (Wien. kl. Woch. N. 18, 1932).

Obejmując katedrę przedstawia autor swoje poglądy na stanowisko i obowiązki nauczyciela klinicznego. Kierownik kliniki musi być uczonym i badaczem. Do obowiązków badacza należy ściśle spostrzeganie nie tylko w klinice, lecz również w laboratorium, gdzie się kładzie teoretyczne podwaliny kliniki zapomocą pewnych technik, jak np.: mikroskopji, bakterjologii, fizyki, chemji. Lecz również matematyka nie powinna być obca okuliście. Ogólne wykształcenie naukowe jest dzisiaj niemożliwym do osiągnięcia, lecz naukowiec powinien posiadać wiadomości z możliwie wielu zakresów, gdyż inaczej staje się on specjalistą. Powinien on utrzymywać łączność z uczonymi wszystkich narodów, gdyż badania każdego kraju noszą charakter jego narodu. Nauczyciel kliniczny wymaga pewnego daru wymowy, w połączeniu ze zdolnościami dydaktycznymi i organizacją nauczania. Nie powinien on psuć słuchaczy, pokazując im wyłącznie przypadki typowe, lecz powinien ich uczyć analizować objawy. Tylko w ten sposób może się lekarz nauczyć rozpoznawania. W praktycznym kształceniu studentów szczególnie ważną rolę odgrywa przykład, który daje sam nauczyciel. Nauczyciel kliniczny powinien ujawniać właściwą mu dobroć, wykazywać cierpliwość, współczucie z cielesnymi i psychicznymi cierpieniami chorego, zrozumienie dla jego stosunków rodzinnych i społecznych. Dzięki właściwemu wykształceniu młodszych pokoleń lekarskich działa on dla przyszłości. Nauczyciel kliniczny powinien być osobistością o szczególnych moralnych i duchowych własnościach, ażeby całkowicie wypełnić swe zadanie. Powinien on rozwijać w przyszłych lekarzach poczucie obowiązku i odpowiedzialności. Powinien on być świadom tego, że przez swoje nauczanie i sposób egzaminowania sam on ponosi odpowiedzialność za swoich uczniów. Na polu naukowym musi się on kierować prawdą i mieć odwagę przyznania się do błędu. Autor przyrzeka, że w miarę najlepszych sił będzie się starał zbliżyć do tego ideału.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

KÖNIG. Spostrzeżenia kliniczne nad mięsakami. (D. m. W. N. 14, 1932).

Stwierdzenie mięsaka w jakimkolwiek narządzie nie przemawia za schorzeniem całego organizmu. Trudności przy ustaleniu właściwego rozpoznania i mały efekt leczniczy zwracają naszą uwagę na mięsaki jako na schorzenie miejscowe. Zwłaszcza trudno jest rozpoznać mięsaki gruczołów limfatycznych, mięsaki narządów głęboko leżących oraz niektóre przypadki mięsaków kości. Nawet badanie próbnego wycinka nie doprowadza czasami do rozpoznania. Dopiero przebieg cierpienia ustala je ostatecznie. W leczeniu mięsaków odgrywa dużą rolę właściwe zakwalifikowanie do zabiegu operacyjnego. Naogół nie operujemy mięsaków limfatycznych, mięsaków migdałków, wola i melanosarkomatów. Wymienione mięsaki jedynie naświetlamy. Mięsaki części miękkich: włóknikowe i wrzecionowe operujemy radykalnie i następnie naświetlamy. Bezwzględnie operujemy mięsaki łopatk, żwaczy, żeber i klatki piersiowej oraz kości dłu-

gich. Rokowanie prawie zawsze jest wątpliwe, gdyż nigdy nie wiemy, czy już nie znajdują się w organizmie przerzuty, i czy przerzuty mają tę samą budowę histologiczną, co guz pierwotny. Naświetlanie mięsaków znacznie poprawiło rokowanie. Przerzuty do płuc i czaszki po naświetlaniach ustępują. Poprawę po zabiegu operacyjnym utrwała następne zapobiegawcze naświetlanie.

Wanda Franzówna.

C. H. BEST. Insulina. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1932, N. 1).

Nie mamy dowodów pewnych, że trzustka nie jest jedynym źródłem insuliny. Wyspy Langerhansa musimy przyjąć za wydzielające insulinę. Stężenie cukru we krwi jest głównym czynnikiem regulującym wydzielanie insuliny a możliwe, że i czynnik nerwowy (n. błędny i *hypothalamus*) odgrywa tu pewną rolę. Insulina zwiększa spalanie cukru, zwiększa odkładanie się glikogenu w wątrobie i mięśniach szkieletowych a prawdopodobnie zmniejsza też tworzenie się cukru z białka i tłuszczów (to ostatnie jest wciąż przedmiotem sporów). Tyroksyna, adrenalina, wydzielina tylnego płata przysadki, zmniejszona rezerwa alkaliczna — oto antagoniści insuliny (spostrzegane często w chorobach infekcyjnych pogarszanie się cukrzycy niektórzy tłumaczą podrażnieniem przez infekcję nadnerczy i tarczycy). W doświadczeniach nad cukrzycą zwierząt, leczoną insuliną, pozytywnym okazało się podawanie doustne świeżej trzustki, która zapobiegała stłuszczeniu wątroby, zjawisku bardzo częstemu u zwierząt z cukrzycą, leczonych insuliną. Okazało się następnie, że lecytyna w zupełności zastępuje świeżą trzustkę, a przypuszczenie, że jest ona tylko przenośnikiem jakiegoś ciała nie zostało potwierdzone przez autora w doświadczeniach nad działaniem oczyszczonej lecytyny. Śmiertelność ludzi chorych na cukrzycę a leczonych stale insuliną i djetą jest według autora bliska śmiertelności u niecukrzyczych.

Finkelstein.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

C. UNGLEY. Leczenie powikłań rdzeniowych niedokrwistości złośliwej mózgiem wołów. (The Lancet N. 5, Tom I — 1931).

Autorzy omawiają wyniki leczenia świeżym mózgiem wołowym powikłań rdzeniowych anemji złośliwej; autorzy stosowali 480 gr. surowego mózgu wołowego dziennie w postaci purée z dodatkiem soków owocowych. W 9 przypadkach anemji złośliwej, uprzednio leczonych wątrobą, autorzy zastosowali djetę mózgową. Przed zastosowaniem mózgu obraz krwi zwykle był dobry, natomiast objawy rdzeniowe nie cofały się, a raczej postępowały. Djetę mózgową u chorych stosowali w ciągu 2 do 6 miesięcy; w 6 przypadkach uzyskali zupełny powrót do zdrowia, w 3 leczenie okazało się bezskuteczne. W okresie podawania mózgu obraz krwi pogarszał się, co zmuszało autora do stosowania wątroby obok mózgu dla zwalczania objawów anemji. W przebiegu anemji złośliwej znane są remisje w stanie ogólnym i obrazie krwi; natomiast samoistna poprawa objawów

rdzeniowych jest bardzo rzadka (Oppenheim, Curschmann), a podług niektórych autorów nigdy nie spotykana. Autor sądzi, że w opisanych przypadkach poprawę przypisać należy działaniu mózgu wołowego, który działa organo-terapeutycznie.

Jakób Penson.

J. CONNERY, L. GOLDWATER. Leczenie niedokrwistości złośliwej przy pomocy wstrzykiwań wyciągów wątroby. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. T. 98, N. 13—1932).

Autorzy opisują wyniki stosowania domięśniowych wstrzykiwań wyciągów wątroby w 50 przypadkach anemii złośliwej; autorzy odróżniają leczenie początkowe i następce. Pod początkowym rozumieją wstrzykiwania wyciągów wątroby chorym z anemią złośliwą, którzy nigdy nie byli leczeni wątrobą; po osiągnięciu wybitnej poprawy drogą leczenia wstępnego, chory przez długi okres otrzymuje wstrzykiwania wyciągów wątroby. Zasadą leczenia wstępnego jest zastrzyknięcie domięśniowe wyciągu wątroby (z 200 — 400 gr. wątroby), stosowane przez 3—4 dni (raz dziennie). Kliniczna poprawa występuje o wiele szybciej, niż przy leczeniu wątrobą doustnie. Przełom retikulocytów następuje między 5 — 8 dniem od pierwszej iniekcji. Szybkość, z jaką następuje poprawa, nie znajduje się w stałym stosunku do podanej dawki wątroby, ani do początkowego poziomu liczby krwinek i zawartości hemoglobiny. Okazało się, że najlepszy efekt uzyskano w tych przypadkach, gdzie retikuloza była wysoka (ponad 20%) i długotrwała. Leczenie następce autorzy rozpoczynają w okresie, kiedy liczba erytrocytów przestaje wzrastać; chorzy w tym okresie otrzymują raz w tygodniu wstrzyknięcie wyciągu wątroby, poczem następuje ponowny wzrost liczby erytrocytów. Kiedy liczba erytrocytów przekracza 4 miliony, leczenie należy przerwać. Jeśli rozwijają się w przebiegu choroby jakieś powikłania, należy iniekcje częściej stosować; autorzy sądzą, że specjalnie energicznie należy wkroczyć w razie powikłań rdzeniowych, gdzie radzą nawet wstrzykiwać codziennie preparaty wątroby i obok tego podawać doustnie wątrobę w dużych dawkach. Pozatem autorzy przekonali się, że codzienne wstrzykiwania wyciągów wątroby w siedmiu przypadkach anemii wtórnej nie dały żadnych wyników dodatnich ani klinicznie, ani w obrazie krwi. Wskazania do stosowania parenteralnego wyciągów wątroby są dość rozległe: 1) uporczywe wymioty, uniemożliwiające stosowanie wątroby doustnie, 2) ciężki ogólny stan chorego, co uniemożliwia spożywanie dużych dawek wątroby, 3) oporność niektórych postaci anemii złośliwej na wątrobę, podawaną doustnie, 4) wstręt do wątroby, rozwijający się często u chorych, 5) taniłość metody wstrzykiwań.

Jakób Penson.

W. SARGANT. Leczenie podostrych zwyrodnień rdzenia w przebiegu anemii przy pomocy dużych dawek żelaza. (The Lancet, N. 5, T. 1 — 1932).

Od 1930 Witts, Castle i szereg innych autorów dowiedli, że achlorhydria łączy się nie tylko z anemią złośliwą, lecz i z obrazem anemii wtórnej. Anemię złośliwą, megaloblastyczną nazywają makrocytową, a wtórną mikrocytową. Castle dowiódł, że sekrecja żołądka ma dominujące znaczenie dla zmian we krwi o typie makrocytowym, gdzie stosowanie wątroby i żołądka daje szybką poprawę, natomiast anemja mikrocytowa dobrze reaguje na duże dawki żelaza. Autorzy opisują cztery przypadki anemii wtórnej mikrocytowej z zupełną achlorhrydrią i ze zmianami rdzeniowymi, gdzie stosowali duże dawki żelaza w postaci pigułek Blauda; w 3 przypadkach rezultat był bardzo dobry w czwartym — znaczna poprawa. Ważne jest wczesne rozpoznanie zmian rdzeniowych; objawy późne są prawdopodobnie nieodwracalne.

Jakób Penson.

A. STRASSER. Jakie rodzaje skaz krwotocznych odróżnia się i jakie leczenie można w nich zalecić? (Wien. kl. Woch. Nr. 17, 1932).

Autor odróżnia za Kretzem przedewszystkiem 2 główne grupy: pierwszą, w której pierwotnie schorzyła jest krew; druga — w której pierwotnie dotknięta zostaje ściana naczyniowa. W obu są liczne podgrupy. Pierwsza podgrupa pierwszej głównej grupy obejmuje niedokrwistość złośliwą, ziarnicę złośliwą, białaczkę i czerwienicę, do drugiej należy małopłytkowość samoistna (*Morbus maculosus Werlhofii*) z silnie zmniejszoną liczbą płytek krwi, przedłużonym czasem krwawienia, brakiem ściągania się skrzepu krwi przy dobrej krzepliwości krwi *in vitro*. Trzecią podgrupę stanowi panmyeloftyza, aleukja Franka, w której wszystkie komórkowe części składowe krwi są zmniejszone w swej liczbie. Etjologicznie wiele z tych przypadków jest wyjaśnionych (septyczne?), niektóre są z pewnością toksyczne (benzol, arsenobenzol i t. d.). Czwartą podgrupą jest krwawiączka (*haemophilia*). Tutaj liczba płytek jest normalna, charakterystyczne jest zwolnienie krzepnięcia *in vitro*. Do drugiej głównej grupy skaz krwotocznych zalicza się plamicy reumatyczną (*purpura rheumatica Schoenlein*), plamicy brzusznej (*purpura abdominalis Henoch*), choroby zakaźne z krwawieniami do skóry, względnie z przewodu pokarmowego. Plamica piorunująca (*purpura fulminans*) przedstawia tylko wzmożoną co do stopnia plamicy reumatyczną. Do innej grupy należą skazy krwotoczne w zapaleniu wsierdza, posocznicy, ospie, płonicy, i innych zakażeniach, w których pogarszają one rokowanie. W trzeciej podgrupie znajdują się skazy krwotoczne w zatruciach zewnątrz i wewnątrzpochońdnych (gnilec, krwawienia w schorzeniach wątroby i w mocznicy, w zatruciach fosforem, arsenem, arsenobenzolem i t. d.). Dalej należą tutaj krwawienia zastoinowe oraz krwawienia uwarunkowane naczynioruchowo, jak również plamica starcza (*purpura senilis*). Są wreszcie przypadki, których nie można zaszerzować do żadnej grupy. Leczenie w ostrym przypadku polega na działaniu hamującym krwawienie (stytycznym): wapń, hipertoniczne roztwory soli kuchennej, strychnon, koagulen, surowica końska, żelatyna. W białaczkach i czerwienicach leczyć należy chorobę podstawową. W małopłytkowości samoistnej robi się przetaczanie krwi, ewentualnie zastrzykuje się osocze zawierające płytki, naświetla się, ewentualnie wycina się śledzionę. W piorunująco przebiegającej panmyeloftyzie (aleukji) zastosował autor w jednym przypadku z dobrym wynikiem naświetlanie hamujące śledzionę, w połączeniu z naświetlaniem pobudzającym kości długich. Pozatem podawał on preparat szpiku kostnego w tabletkach w znaczeniu leczenia zastępczego. W krwawiączce obok przetaczania krwi i osocza w rachubę wchodzi ewentualnie Nafteina (Slopisa). Zapobiegawczo małżeństwo zawierać należy z niepodejrzanym partnerem. W plamicy brzusznej obok leczenia hamującego krwawienie podaje się węgiel zwierzęcy, salol, yatren oraz stosuje się leczenie bodźcowe. W gnilecu podaje się surowe owoce, jarzyny, cytryny, pomarańcze, mleko, masło, jajka, a obok tego preparaty wapnia. Tam, gdzie to jest możliwe, stosuje się leczenie etjologiczne.

A. Neumann (Vöslau - Gainfarn).

H. BRUGSCH. Niedokrwistość hiperchromiczna w przewlekłych schorzeniach trzustki. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 2—3).

W ciężkich przewlekłych schorzeniach trzustki i zaburzeniach jej zewnętrznego wydzielania mogą występować niedokrwistości często ze zwiększonym wskaźnikiem barwnikowym i wzmożoną regeneracją krwi. Obraz kliniczny może wykazywać daleko idące podobieństwo do niedokrwistości złośliwej. Prawdziwe niedokrwistości złośliwe mogą następować czasowo po przewlekłych schorzeniach trzustkowych. Istnieje możliwość, że w tych przypadkach schorzenie trzustkowe stanowi przyczynę wywołującą. Lekkie zaburzenia czynnościowe zewnętrznego

wydzielania trzustki w niedokrewności złośliwej można wykazać zapomocą specjalnych metod badania części, aniżeli się to dotąd przyjmuje. Zmiany anatomo - patologiczne nie są jednak naogół charakterystyczne.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

FERROBOUG, FRIESS, ROLLAND. Dyschromje kiłowe i zmiany nerwowe. (Bull. de la Soc. dermat. 1932, N. 4).

Autorzy demonstrują dwa przypadki, z których pierwszy dotyczy 27-letniego osobnika, chorego na kiłę od trzech lat. Jeszcze przed pół rokiem chory miał objawy kiły skórnej w postaci kłykcin. Objawy te ustąpiły szybko pod wpływem leczenia swoistego, w którego toku chory zauważył zmiany w zabarwieniu skóry. W chwili obecnej na skórze chorego daje się zauważyć cały szereg plam odbarwienia i przebarwienia, nadających choremu wygląd tygrysowy. Przy badaniu neurologicznym stwierdzono pozostałości po przebytem porażeniu nerwu twarzowego, w postaci zatarcia fałdów czołowych, osłabienia mięśnia okrężnego oka, lekkiego skrzywienia kąćka ust i porażenia języczka. Badanie płynu mózgowodzeniowego wykazało: W a s s e r m a n n — dodatni, limfocytów — 5 na mm. sz., białka — 0,15. Przypadek drugi dotyczy osobnika z objawami kiły czynnej w postaci kłykcin odbytu, jednocześnie z którymi pojawiły się zmiany barwnikowe, dotyczące wyłącznie klatki piersiowej. Zmiany te przedstawiają się w postaci siatki, utworzonej z plam przebarwienia i odbarwienia, o niezwykle ostrych i wyraźnych konturach. W a s s e r m a n n we krwi oraz w płynie mózgowodzeniowym — dodatni, limfocytów — 4,5 na mm. sz. białka — 0,3. Występowanie zmian barwnikowych współcześnie z nerwowymi jest znane klinicyście — syfilidologom pod nazwą zespołu T a v a n d a. Zmiany barwnikowe zdają się być zupełnie niezależne od nerwowych. Świadczy za tem ich układ na skórze; gdyby bowiem w powstawaniu zmian barwnikowych odgrywało rolę zajęcie opon, stwierdzanoby wówczas pewną umiarowość w układaniu się barwika, zależną od metamerycznej budowy układu ośrodkowego. Porażenie nerwu twarzowego w przebiegu kiły drugorzędowej nie jest zbyt częstym zjawiskiem, jakkolwiek w myśl badań R a v a u t zmiany w płynie mózgowodzeniowym należą tu prawie do reguły. Są one jednakże zbyt dyskretne i przejściowej natury, aby ujawnić się klinicznie. N i c o l a s przypomina, że w klasycznych podręcznikach kiłowe zmiany barwnikowe związane są najczęściej z wiekiem młodym, dziecięcym, podczas kiedy w przypadkach demonstrowanych mamy do czynienia z osobnikami dorosłymi. Odróżniać należy zmiany barwnikowe prawdziwe, zależne od wpływu procesu kiłowego na rozlokowanie barwika, oraz zmiany barwnikowe rzekome t. zw. leukomelanodermję G a u c h e r a. Te ostatnie są skutkiem przesunięcia barwnika w obrębie wchłoniętych grudek kiłowych.

H i r s z b e r g.

TOURAINÉ, RENAULT, GATE. Uogólnione pęcherzykowate postacie *acrodermatitis continua*. (Bull. de la Soc. dermat. fr. N. 4, 1932 r.).

Przypadki *acrodermatitis suppurativa continua* należą do niezbyt często spotykanych. W całym piśmiennictwie autorzy naliczyli zaledwie 33 podobnych przypadków. Prawie wszystkie dotyczyły chorych, u których cierpienie pozostawało umiejscowione na kończynach, ściślej mówiąc na palcach rąk lub na paluchach. Do wyjątkowych należą te przypadki, gdzie cierpienie rozszerza się na większej przestrzeni, zwłaszcza na odcinkach skóry bardziej oddalonych. Ogółem bibliografia tego rodzaju zdarzeń obejmuje nie więcej, jak 5 — 6 przypadków, jeśli łączyć oczywiście te przypadki, gdzie rozsiew miał charakter zupełnie dobrotny. Przypadek, opisany przez autorów, należy

zaliczyć do postaci cierpienia H a l l o p e a u o przebiegu ciężkim. Rzec dotyczyła 52-letniej kobiety, u której od szeregu miesięcy występowały na palcach rąk nawracające wykwitów pęcherzykowo - ropne. Ścisłejsze umiejscowienie wykwitów dotyczyło przestrzeni przypaznokciowych. Żadne środki lecznicze wyniku nie dawały. Trzy miesiące później chora zauważyła na udach blaszki rumieniowe, które cofnęły się jednakże samoistnie, pozostawiając po sobie obfite złuszczenie płatowe. Dalszy przebieg cierpienia był zupełnie osobliwy; a mianowicie, okresowo, z niedających się przewidzieć przyczyn, na rozmaitych odcinkach skóry występowały bardzo liczne drobne krosteczki, dosięgające wielkością łepka od szpilki. Sposób występowania tych wykwitów miał niejako charakter rzutowy. Cykl rozwoju poszczególnych krostek nie doprowadzał do tworzenia się blizny. Pomimo ciepłoty, która stale wahała się pomiędzy 38 — 39°, stan ogólny chorej był zadawalający. Cukru, ani białka w moczu nie znaleziono. Posiew krwi dał czysty szczep gronkowca białego. W posiewach z krosteczek otrzymano również gronkowce. Ponieważ leczenie miejscowe pozostawało bez skutku, autorzy rozpoczęli leczenie surowicą odpornościową, to znaczy, surowicą osobnika normalnego, który otrzymał uprzednio szereg zastrzyknięć szczepionki gronkowcowej. Trzy podobne transfuzje dały bardzo dobry wynik leczniczy. Nowe ogniska na skórze przestały się tworzyć. Chora jednakże zmarła na skutek odleżyn, które powstały w okolicy krzyża i na nogach. Na sekcji stwierdzono zapal. płuc odoskrzelowe i zawał nerki; nigdzie nie znaleziono ognisk ropnych. Autorzy nie przypuszczają aby mogło być brane pod uwagę rozpoznanie liszajca opryszczkowego lub rumienia wielopostaciowego. Znaleziony we krwi gronkowiec świadczy raczej za posocznicą, wywołaną z ognisk palcowych cierpienia H a l l o p e a u.

H i r s z b e r g.

GATE, CUILLERET, TIRAN. Kiła pierwszorzędowa przedserologiczna bez widocznego stwardnienia pierwotnego. (Bull. de la Soc. dermat. fr. 1932, N. 4).

Przypadki kiły bez owróżdzenia pierwotnego są w piśmiennictwie notowane niejednokrotnie; jednakże przypadek, demonstrowany przez autorów, wyróżnia się cechami szczególnymi. Rzec dotyczy 29-letniej prostytutki, która została odesłana do szpitala z rozpoznaniem *adenopathia inguinalis suspecta*. Nierządem zajmuje się od dwóch lat, przechodziła dwukrotne poronienie. Jedno dziecko 8-letnie — zdrowe. W chwili przybycia na oddział u chorej stwierdzono w obu pachwinach liczne drobne gruczoły o spistości twardej, niebolesne i przesuwające się pod palcami. Jeden tylko gruczoł w pachwinie lewej, znacznie większych wymiarów i twardszej spistości, mógł budzić podejrzenie. Pomimo bardzo starannych poszukiwań owróżdzenia pierwotnego ani na zewnętrznych, ani na wewnętrznych częściach płciowych, nie udało się wykryć. Przy badaniu ogólnem stwierdzono jeden znamieny szczegół, a mianowicie znaczne powiększenie śledziony, która swym dolnym biegunem wystawała z pod łuku żebrowego co najmniej na cztery palce. Dwukrotnie dokonany odczyn serologiczny dał wynik ujemny, natomiast punkcja gruczołu wykazała liczne krętki blade. Autorzy rozpoznają kiłę pierwotną z mikropolyadenopatią pachwinową, ze splenomegalją, bez widocznego stwardnienia pierwotnego — wszystko to w okresie przedserologicznym — i podkreślają znaczenie profilaktyczne podobnych przypadków: jedynie z tytułu procedury pacjentki powzięto podejrzenie co do istnienia kiły; u osobnika konduity normalnej łatwo było przeoczyć podobne rozpoznanie. W rozprawie zabrał głos L a c a s s a g n e, wyrażając przypuszczenie, że stwardnienie pierwotne mogło przebiegać niepostrzeżenie. Osobiście widział stwardnienia, które cofały się samorzutnie w odstępie dwóch wizyt. V i g n e kładzie duży nacisk na opukowe i fonendoskopowe badanie śledziony w kile wątpliwej. Metodę tę wprowadził do kliniki

L u s t; oddaje ona w wielu przypadkach nieocenione usługi. Zdaniem N i c o l a s duża śledziona, nawet bez innych oznak, zawsze budzi poważne podejrzenie co do istnienia zakażenia kilowego. To kliniczne spostrzeżenie stwierdzał doświadczalnie N e i s s e r, znajdując u małą krętki w śledzionie już w kilka dni po zakażeniu. U kobiet najczęściej przeoczone są owrzodzenia pierwotne, które usadawiają się w otworze, lub nieco głębiej w cewce moczowej. To też w każdym podejrzanym przypadku należy bardzo starannie zbadać przednią ścianę cewki, szukając ewentualnych oznak stwardnienia pierwotnego.

H i r s z b e r g.

NICOLAS, LABEUF, CHARPY. *Epidermolysis bullosa*. (Bull. de la Soc. derm. fr. 1932, N. 4).

Przypadek *epidermolysis bullosa*, lub *pemphigus congenitalis chronicus simplex*, cierpienie bardzo rzadkie i ciekawe; dotyczy osobnika 15-letniego bez przeszłości patologicznej, u którego nagle i bez jakichkolwiek widocznych przyczyn wystąpiły w okolicy łokci i kolan wykwyty pęcherzowe o zawartości surowiczo krwawej, bez odczynu zapalnego ze strony skóry okolicznej. Pęcherze te zostały wessane drogą zwykłej ewolucji, lecz już wkrótce na ich miejscu i w sąsiedztwie powstawały świeże o zupełnie identycznym wyglądzie. Na pozostałych odcinkach skóry zmian żadnych nie zanotowano. W miejscach wykwitów wessanych pozostawały zmiany barwnikowe oraz drobne bliznki. Zarówno charakter, a przede wszystkim wybiórcze umiejscowienie w okolicach najczęściej narażonych na powtarzające się urazy, pozwala cierpienie to rozpoznawać, jako *epid. bull.* Brak objawu N i k o l s k i e g o, który ma być patognomiczny dla *epid. bull.*, był tylko złudny, ponieważ dawał się wywołać po ciepłej kąpeli. Objaw ten autorzy tłumaczą niezwykłą uciążliwością naskórka, który znamionuje to cierpienie. Momentów dziedzicznych nie udało się ustalić. Chory nie przypomina sobie, aby przed 15-ym rokiem życia cierpienie to ujawniło się w czemkolwiek. W chwili obecnej autorzy podkreślają jeszcze jeden szczegół, a mianowicie, na obu przedramionach chorego zjawily się od dwóch tygodni bolesne czerwone guzowatości, bardzo przypominające swoim wyglądem rumień guzowaty; zmiany te wystąpiły zupełnie niezależnie od pęcherzycy. Co się tyczy strony etjologicznej *epid. bull.*, to żadna istotna przyczyna podobnej uciążliwości naskórka nie daje się wykryć. Niektórzy autorzy chcą widzieć w kile wrodzonej przyczynę zasadniczą. W przypadku, opisywanym przez autorów, obok dodatniego odczynu W, istnieją takie oznaki, jak wysokie podniebienie, *axyphoidosis*, guzek C a r a b e l l a; do oznak

tych autorzy nie przywiązują jednakże wagi, oraz nie liczą na zniknięcie objawów pęcherzycy po przeprowadzeniu leczenia swoistego. W sprawie tego przypadku zabierali głos N i c o l a s i G a t é. N i c o l a s zgadza się z rozpoznaniem autorów oraz neguje możliwość związku między kilą wrodzoną i *epid. bull.*

H i r s z b e r g.

PILLON, MARMIER, MICHEL. Przypadek *mycosis fungoides* bez zwykłej ewolucji. (Bull. de la Soc. derm. fr. 1932, N. 4).

Autorzy przedstawiają przypadek, dotyczący niewiasty lat 60, bez przeszłości patologicznej, która od półtora miesiąca zauważyła na podudziu półkuli guz wielkości wiśni. Nowotworzenie to, jak twierdzi chora, powstało na skórze zdrowej i zupełnie niezmienionej. Powierzchnia guza, poza drobną sączącą nadżerką, żadnych owrzodzeń nie wykazywała. Barwa guza sinawa, spistość twarda, nieelastyczna. Bolesności lub swędzenia w obrębie guza nie stwierdzono. Okoliczne gruczoły nie były zajęte. Odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny. Z punktu widzenia rozpoznania nasuwały się znaczne trudności. Mogło się ono wahać pomiędzy złośliwym nowotworem typu łącznotkankowego (zaczem mogłaby świadczyć niezwykła szybkość wzrostu) i *mycosis fungoides* „a tumeurs d'emblée”, opisanym przez V i d a l a i B r o c q u e. Ta ostatnia ewentualność wydawała się bardzo prawdopodobną, jakkolwiek rozpoznania mięsaka nie można było od razu odrzucić. Z tego właśnie tytułu, po zastosowaniu naświetlenia promieniami X metodą C o s t e a, to znaczy jedną dawką maszyną bez filtru, dokonano biopsji. Wynik badania histopatologicznego potwierdził przypuszczenie autorów, co do *mycosis fungoides*; w preparatach wykryto bogatą i znamionną dla tej sprawy siateczkę łącznotkankową, w której założona była tkanka granulacyjna o wielkim bogactwie postaci komórkowych (limfocyty, neutrofile, eozynofile i komórki plazmatyczne), wśród których przeważały komórki jednojądrzaste (*mononucleosis*). Tkanka granulacyjna przypominała obraz hematopoezy. Wszystkie te zmiany usadowione były w warstwie brodawkowej skóry właściwej; w warstwach głębszych, natomiast, stwierdzono liczne niecharakterystyczne nacieki. Dalsza ewolucja cierpienia była następująca: guz szybko uległ wessaniu i w ciągu kilku tygodni przekształcił się w owrzodzenie, wielkość którego odpowiadała podstawie guza. Owrzodzenie to o charakterze atonicznym, bardzo bolesne, miało cechy typowego oparzenia popromiennego.

H i r s z b e r g.

Wskazówki praktyczne

E. E d e n s komunikuje, że thymol, podobnie jak jod, może u ludzi wrażliwych wywołać ciężkie objawy *thyreotoxicosis*. W niejasnych przypadkach tego cierpienia należy pomyśleć o możliwości szkodliwego działania tymolu znajdującego się często w wodach do płukania jamy ustnej i pastach do zębów. (Med. Klinik. 1932 I. 477).

W zatruciach *phanodormem*, *luminalem*, *morfina* i *veronalem* W. H. C r o h n podaje dożylnie 5 — 15 cm³. koraminy z dobrym wynikiem. Przewlekający się *sen po pernoctonie* C. szybko przerywa dożylnym zastrzyknięciem 5 cm³. koraminy. (Med. Klin. 1932 I. 118).

H. Z o n d e k i G. K o e h l e r w wyniszczeniu i wychudnięciu *hypophyso - cerebralnem* podają przez okres kilku miesięcy codziennie lub co drugi dzień 100 R. E. prolanu doposładkowo, oraz codziennie 150 — 200 R. E. doustnie — wzrost ciężaru ciała waha się od 5 — 20 kg. Daleko posunięte stany wyniszczenia poprawy nie dają. (Med. Klinik. N. 33. 1932).

W zakażeniu *połogowem* podaje M e s t i r co drugi dzień dożylnie 66 cm³ alkoholu absolutnego w 200 cm³ 37° roztworu soli fizjologicznej. Zastrzyknięcie trwa 10 minut. Po krótkotrwałym stanie podniecenia następuje głęboki sen i spadek ciepłoty. (W. kl. W. 1931 Nr. 43).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 lutego 1932 r.

Początek o godzinie 20-ej punktualnie.

Obecnych członków — 63, wprowadzonych gości — 65.

1. Kol. Prezes wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Arkadiuszu Puławskim. Zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc i minutą ciszy. Zarząd zamierza urządzić uroczystą Akademię ku czci Zmarłego.

2. Protokół posiedzenia z dnia 9. II. 1932 r. przyjęto z następującymi poprawkami: dyskusję nad demonstracją kol. Laubera zamieścić zaraz za streszczeniem, przemówienie w dyskusji prof. Radlińskiego usunąć, za jego zgodą, ponieważ wynikło ono z nieporozumienia.

3. Kol. Prezes odczytuje odezwę Komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę.

4. Kol. Uliński przedstawia „Przypadek bliznowca policzka po wyleczonym toczniu pospolitym” (streszczenie własne).

Młodzieniec lat 17, zgłosił się do ambulatorjum skór-nego szp. św. Ducha z objawami bliznowca na lewym policzku. Od 14 lat miał tocznia lewego policzka. Po długotrwałym niepomysłnym leczeniu maściami, został skierowany przez lekarza Kasy Chorych do Szpitala św. Łazarza, gdzie przebywał od połowy lutego do połowy maja r. z. Leczone go tam maścią Finsena (pyrogallusową) od 3—6 dni, poczem stosowana była maść borna i parokrotne nasświetlania promieniami Roentgena. Powyższe zabiegi powtarzano trzykrotnie. Po wyjściu ze szpitala wytworzył się wkrótce bliznowiec (keloid). Obecnie niema objawów tocznia. Chorego skierowano do instytutu światłoleczniczego przy szpitalu św. Łazarza, gdzie będzie z powodu bliznowca leczony radem.

5. Kol. Lauber J. wygłosił odczyt p. t. „Obrazy wzier-nikowe oka w świetle bezczerwieniem i ich znaczenie dla medycyny wewnętrznej i neurologii” (streszczenie własne).

Po wstępnych uwagach o technice wziernikowania w świetle bezczerwieniem, prelegent podkreśla, że ten sposób badania dna oka uwidatnia włókna nerwowe siatkówki i żółte zabarwienie plamki żółtej. Oprócz tego krew zawarta w naczyniach, czy też w wybroczynach, swoją czarną barwą bardzo dobrze odbija się od zielonego dna oka. Ściany naczyń, których nie spostrzegamy w stanie zdrowym, uwidatniają się w razie zgrubienia. Wziernikowanie w świetle bezczerwieniem jest podstawą rozbioru zmian w samej siatkówce. Daje ono możliwość spostrzeżenia ubytku włókien nerwowych, zatem przedmiotowego stwierdzenia podstaw czynnościowych zmian oka. W wiądzie i pozagąłkowym zapaleniu nerwu wzrokowego, oraz zanie-widzeniu połowiczem można stwierdzić czy i w jakim stopniu powstały ubytki włókien nerwowych w siatkówce. Stwierdzenie takich zmian jest ważne w rozpoznaniu, pozwalając n. p. odróżnić od siebie jednoimienne widzenie połowiczne na podstawie sprawy chorobowej umiejscowionej poniżej, albo powyżej bocznego ciała kolankowego. Jest ważne także w rokowa-niu wykazanie, czy zaszły już poważne zmiany zanikowe w nerwie wzrokowym, czy też jeszcze ich niema. Wskazanie lecz-nicze jest uzależnione od rokowania. Im mniej zmian w war-stwie włókien nerwowych, tem lepsze jest rokowanie i tem energiczniejsze powinno być leczenie, żeby uratować jeszcze istniejące włókna nerwowe od ich całkowitego zniszczenia. Stan włókien nerwowych i plamki żółtej, której dokładne umiejscowienie jest ułatwione zabarwieniem, daje możliwość odróżnienia środkowych mroczków w schorzeniach samej plamki żółtej od mroczków w zaniku wiązki tarczowoplamkowej lub w zmia-nach w okolicy szczeliny ostrogowej (*fissura calcarina*). Wy-raźny kontrast pomiędzy czarnym kolorem krwi w naczyniach i poza niemi umożliwia łatwe znalezienie wybroczyn i spostrze-ganie zmian ściany naczyniowej. Dostrzegalność cienkich roz-gąleń naczyń daje wyjaśnienia co do ich przebiegu i stosun-ku do prawidłowych lub patologicznych tworów dna oka. Ła-twe jest spostrzeganie zmian ściany naczyniowej, oraz odróż-nienie zgrubienia tych ścian kosztem światła naczyń (*endarteritis, endophlebitis*) od zgrubienia obwodowego (*periarteritis, periphlebitis*). Można zatem łatwiej, niż wziernikowaniem w świetle mieszanem rozpoznać schorzenia naczyniowe i poszcze-gólne ich odmiany.

Dyskusja:

Kol. Melanowski W. (streszczenie własne):

Omawia krótkie dane historyczne metodyki — przypo-minając przedewszystkiem, że początkiem metodyki było donie-sienie S. Ma y o n w Lond. Tow. Okul. w 1903 r. Autor ten korzystając z lampy rtęciowej poraz pierwszy pokazał w dwóch przypadkach włókna n. wzrokowego w siatkówce. Po-tem H e l m b o l d (1910) zastosował filtr zielony i wskazał, że z pomocą tego filtru można widzieć zmiany w naczyniach siatkówki; z filtru żółtego obecnie korzysta F r i e d e n s w a l d (1924) i tą drogą widzi drobne naczynka siatkówki a nawet wy-dziela 2 warstwy tych naczyń.

Największą wszakże zasługę ma V o g t, który w 1913 roku wprowadził badanie w świetle bezczerwieniem i tem znacz-nie ufałwił badanie siatkówki z wyłączeniem naczyniówki, to, co było możliwe tylko wyjątkowo w silnem świetle białem, szcze-gólnie u brunetów. Na zasadzie własnego doświadczenia mogą tylko potwierdzić doniosłość znaczenia metody, o której mó-wił prelegent.

Kol. O r z e c h o w s k i K. podkreśla, że dane za-warte w odczycie kol. L a u b e r a są ważne dla neurolo-gów. Badanie dna oka w świetle bezczerwieniem może niekie-dy dawać dodatnie wyniki. Jeżeli zmiany chorobowe toczą się w półkuli prawej, to wtedy nie mamy dodatkowych objawów, które zwykłym badaniem bliżej wyjaśniałyby umiejscowienie (w zmianach toczących się w lewej półkuli występują objawy afazji, aleksji i t. d.). Otóż jeżeli zmiany chorobowe toczą się poza skrzyżowaniem n. wzrokowych, a więc np. w płacie skronio-wym do ciała kolankowego, wówczas w obrazie wzierniko-wym oka wystąpią również, jeśli zaś w płacie potylicznym — zmian w siatkówce nie będzie. Dotychczas jedynym sposobem rozpoznawania takich spraw był odczyn W e r n i c k e g o, trudny do wykonania z powodów technicznych i kosztów aparatu. Zapytuje dlaczego na rysunkach nie widać dokładnie włókien nerwowych, oraz czy łatwo spostrzec w naczyniach krwiono-snych początkowe zmiany miażdżycowe.

Kol. H i g i e r stwierdza dużą doniosłość badania dna oka w świetle bezczerwieniem, np. w pozagąłkowym zapa-leniu n. wzrokowego i zatorze tętnicy środkowej siatkówki. Pod-kreśla ważność oglądania pęczka tarczowo - plamkowego i barwy plamki żółtej. Możliwość spostrzegania obrzęku i wiadu włókien nerwowych ma również niecodzienne duże znaczenie. Naczynia dna oka widuje się i w zwykłym oświetleniu, jednak nie tak wyraźnie. Przypuszcza, że tego rodzaju badania mogą być bar-dzo pomocne w przypadkach historycznych niedowidzeń, w roz-sianem stwardnieniu wieloogniskowym (zanik włókien skronio-wych), wreszcie w chorobie T a y - S a c h s a.

Kol. W e i n g o t zapytuje, czy prof. L a u b e r podziela zdanie D u m e r a i V o g t a, którzy twierdzą, że istnieje zależność pomiędzy barwą soczewki a schorzeniem plamki żółtej. Przez intensywniejsze zabarwienie soczewki plam-ka żółta jest ochraniana przed działaniem promieni ultrafiol-kowych.

Kol. L a u b e r w odpowiedzi wyjaśnia, że w zwykłym świetle włókna nerwowe można widzieć w pewnej odległości od tarczy, tylko przy natężeniu oświetlenia dochodzącem do 3000 świec. Wyraźnie jednak widać je tylko w świetle bezczerwien-niem. Co się tyczy zmian w uszkodzeniu szlaków wzrokowych, to widać je jedynie w wiądzie włókien nerwowych. Można za-razem stwierdzić umiejscowienie zmian. Zmiany jednak pojawia-ją się dopiero po jakichś 6 tygodniach. Dla stwierdzenia ścię-nienia włókien trzeba mieć pewne doświadczenie. Technika wzier-nikowania jest trudna. Posługujemy się wąskim pasmem świat-ła w obrazie prostym. Metoda badania jest na drodze ulepszeń. Zupełnie słuszne jest oczekiwanie pogłębienia naszych wiado-mości o powikłaniach ocznych w schorzeniach nerwów na pod-stawie badań w świetle bezczerwieniem.

W odpowiedzi kol. W e i n g o t o w i stwierdza, że na podstawie własnych obserwacji nie może potwierdzić spo-strzeżeń D u m e r a i V o g t a. Połączenie schorzenia soc-zewki i schorzenia plamki żółtej wcale nie jest rzadkie.

6. Kol. W ę g i e r k o J. wygłosił odczyt p. t. „Wpływ czynników psychicznych, wody, mięsa, węglowodanów i hormonów na wydzielanie i jakość żółci wątrobowej” (streszczenie własne).

Prelegent badał wpływ bodźców psychicznych, wody wo-dociągowej i przekroplonej o ciepłocie 15° C, wprowadzonej do żołądka i do odbytnicy, wody o ciepłocie 50° C, wprowadzo-nej do żołądka, mięsa, słoniny, szmalcu świńskiego, masła, żół-tek jaj, oliwy, cukru, chleba, mleka, soków jarzynowych (bur-aków, kapusty, kalafiorów i ziemniaków). Prócz tego badał

wpływ hormonów (insuliny, pituitrolu, glanduitryny, antefysanu, adrenaliny, owarianu, tyreotoksyny), wprowadzonych „per se” podskórnie i dożylnie, oraz wprowadzonych podskórnie w 15 min. po podaniu mięsa lub oliwy.

Następnie badano ogólne stężenie żółci (wskaźnik załamania światła, pozostałość sucha, ciężar właściwy) oraz poszczególne jej składniki (cholesterol, bilirubina, żółciany, chlorki, azot całkowity i pozabiałkowy), a także napięcie powierzchniowe, Ph i zasób zasad.

Na zasadzie tych badań doszedł do wniosku, że:

1) bodźce psychiczne, woda o ciepocie pokojowej, cukier trzcinowy, wspomniane soki jarzynowe oraz hormony nie wywierają wpływu na wydzielanie żółci;

2) hormony, wprowadzone bądź z oliwą, bądź z mięsem nie zmieniają choleretycznego działania mięsa i oliwy;

3) woda gorąca, tłuszcz, mleko i chleb posiadają działanie choleretyczne o różnym nasileniu;

4) z chwilą zwiększenia się ilości wydzielanej żółci, stwierdzono zmniejszenie się jej stężenia ogólnego, jako też stężenie większości poszczególnych jej składników stałych; napięcie powierzchniowe, Ph i zasób zasad nie ulegają prawie żadnym wahaniom.

Dyskusja: kol. Mańkowski uważa, że wskutek subtelności działania bodźców psychicznych doświadczanie należałoby nieco zmodyfikować. Pokazywanie słodkiego mleka, o którym pies musiał dopiero pomyśleć jest niezaprzeczenie bodźcem zbyt słabym. Doświadczenie należało zorganizować w podobny sposób, jak robiono w szkole Pawłowa. Bodziec psychiczny należy uwzględnić również przy podawaniu pokarmów zgłębnikiem. Trudno mówić o porównaniu wyników podawania mięsa u człowieka i u psa, gdyż warunki doświadczenia nie były takie same (inny rodzaj i inne przygotowanie). Co się tyczy tłuszczów, to wywierają one tem większy wpływ na wydzielanie żółci im niższy mają punkt topliwości i im łatwiej się wskutek tego wchłaniają.

Kol. Czubałski (streszczenie własne).

Prelegent badał przebieg tak zwanego wydzielania psychicznego żółci na psach z przetoką żółciową, pokazując głodnemu psu pokarm. Należy zaznaczyć, że samo pokazywanie pokarmu niepołączone z karmieniem pozornym po założeniu przetoki przełykowej jest bodźcem znacznie słabszym. Trzeba to wziąć pod uwagę w przypadkach z wynikiem ujemnym w tym kierunku, jak to właśnie było w doświadczeniach kol. Węgiełki. Oprócz tego bodziec węchowy - wzrokowy taki, jak mleko i masło, mało się nadaje do podobnych badań. W tych warunkach stwierdzenie braku wydzielania psychicznego żółci nie jest w całej pełni uzasadnione doświadczalnie, zwłaszcza, że brak przetoki żółdkowej u psów badanych nie daje możliwości skontrolowania siły odczynu wydzielniczego gruczołów błony śluzowej żołądka. Trzeba jednak zaznaczyć, że w świetle naszych wiadomości o wpływie nerwów na wydzielanie żółci wniosek kol. Węgiełki o braku wydzielania psychicznego żółci byłby zupełnie usprawiedliwiony. Z tych doświadczeń możnaby również wyciągnąć ciekawy wniosek, że sekretyna, wytwarzająca się niewątpliwie pod działaniem soku żółdkowego, niewpływa pobudzająco na wydzielanie żółci. W warunkach bowiem doświadczenia kol. Węgiełki sok żółdkowy, o ile on się wogóle wydzielal w większej ilości, musiał się przedostawać do dwunastnicy. Gdyby więc kol. Węgiełko otrzymał wynik dodatni w tej części doświadczeń, trudno byłoby jeszcze stwierdzić, że mamy tutaj istotne doczynienia z psychicznym wydzielaniem żółci, to znaczy z bezpośrednim działaniem nerwów na wątrobę, gdyż również mogłoby to być działaniem pośrednie przez sok żółdkowy.

Działanie pobudzające gorącej wody na wydzielanie żółci w przeciwnieństwie do wody zimnej może dałoby się wytłumaczyć większym dopływem krwi do wątroby.

Przebieg krwwej wydzielania po mięsie wskazuje, że nie samo mięso jako takie tutaj działa, lecz zapewne produkty jego trawienia.

W analizie pobudzającego działania tłuszczów należałoby wziąć pod uwagę zawartość kwasów tłuszczowych w danym bodźcu pokarmowym i zbadać, czy właśnie kwasy nie są głównym, jeżeli nawet nie wyłącznym czynnikiem wydzielniczym.

Brak zmian w ilości chlorków oraz w stężeniu jonów wodorowych żółci, wydzielanej z różną szybkością, jest niewątpliwie bardzo interesującym faktem wobec wyników kol. Czubałskiego w tym kierunku, odnośnie soku trzustkowego, które wskazują, że stopień zasadowości soku trzustkowego oraz związane z tem zmiany w ilości chlorków i węglanów stoją w ścisłej zależności od siły bodźca i szybkości wydzielania soku. Zmiany te są odbiciem mechanizmów, regulujących zapas zasad w ustroju. Możliwa jest jednak rzeczą, że wątroba i żółć, która nie jest typową wydzielają ustroju, posiadając również cha-

rakter wydaliny, zachowuje się pod tym względem zupełnie inaczej. Taki przynajmniej wniosek należałoby wyciągnąć z tej części przedstawionych badań.

Metoda, stosowana przez kol. Węgiełkę jest niewątpliwie jedną z najlepszych, gdyż pozwala zbierać całą żółć z wątroby podczas doświadczenia, w okresach zaś między doświadczeniami nie przerywa dopływu żółci do światła jelit, co jest rzeczą ważną. Wyniki badań tą metodą muszą jednak podlegać pewnej korekcie ze względu na to, że jednak podczas długotrwałych doświadczeń dopływ żółci do jelit jest przecież odcięty całkowicie, a wiemy o tem, jak silnym bodźcem wydzielniczym względem wątroby jest właśnie sama żółć i jak znacznym zmianom ulega pod względem chemicznym i fizykochemicznym treść jelitowa, poddana działaniu żółci, co może wpływać na dalszy przebieg wydzielania żółci. Jeżeli nie będziemy się jednak kusić o uzyskiwanie absolutnych danych, co do wielkości wydzielania, a zatrzymamy się na danych porównawczych, metoda ta będzie bez zarzutu.

Kol. Zajdenberg zapytuje, czy prelegent badał wpływ wód truskawieckich i krynickich na wydzielanie żółci, oraz czy stwierdził okres negatywny w żółciopędnym działaniu oliwy.

Kol. Cytronberg nie ma zastrzeżeń co do warunków doświadczenia. Uważa, że sprawa badania odruchów psychicznych była dobrze postawiona. Szkoda, że prelegent nie badał zachowania się lepkości żółci, co razem z badaniem napięcia powierzchniowego daje bardzo dużo.

Dziwne jest natomiast kilka spostrzeżeń, a mianowicie brak wpływu HCl na wydzielanie żółci, dalej brak wpływu soków jarzynowych. Wzmocnienie wydzielania soków kwaśnych wzmacnia wydzielanie soków zasadowych, potwierdzenia czego nie znajdujemy w badaniach prelegenta. Rozewska i Caron o to stwierdzili zależność między wydzielaniem soku żółdkowego a wydzielaniem żółci przez wątrobę. Spostrzeżenia kol. W. są niezgodne z dotychczasowymi badaniami. Niesłuszne jest też bezpośrednie przystąpienie do badania hormonów. Należało przedtem zbadać wpływ ciał dobrze znanych, jak pilokarpina i t. d.

Kol. Orłowski (streszczenie własne).

Badania kol. Węgiełki różnią się od badań innych autorów pod tym względem, że dzięki opracowanej przez siebie metodyce kol. W. miał możliwość zbadać wpływ różnych czynników na wydzielanie żółci wątrobowej bez domieszki żółci pęcherzykowej. Ponadto zaś jego badania są o wiele rozleglejsze, uwzględniają bowiem cały szereg własności żółci. Dodatkowo wyróżniają się badania te spośród wszystkich innych i dlatego, że, poza doświadczeniem, u psów był zachowany wewnątrz obieg żółci. Nie było go w czasie samego doświadczenia, gdy zbierano całą żółć, lecz usunąć tego stanu rzeczy wogóle nie można. W badaniach nad wpływem czynników psychicznych na wydzielanie żółci wątrobowej nie prowadzono doświadczeń na psach z przetoką przełykową, a porzeczono natomiast na drażnieniu głodzonych psów pokarmem, uważając to za dostateczne, gdyż psy na takie drażnienie reagowały silnie, między innymi bardzo obfitem wydzielaniem śliny. Poprzestając na tej metodyce wychodziliśmy ze spostrzeżeń na ludziach, u których można otrzymać bardzo silny żółdkowy sok „psychiczny”, jeżeli po głodzeniu ich przez 12 — 18 godzin drażnić wzrok i węch przygotowywaniem w ich obecności smacznych potraw. Tę samą zresztą metodę stosował w szeregu doświadczeń i prof. Pawłow. Nie mogę się zgodzić, by woda + 15° C. nie wywierała wpływu na wydzielanie żółci wątrobowej, dlatego że wprowadzenie zgłębnika do żołądka było czynnikiem hamującym. W takim bowiem razie pozostawałoby bez wpływu wprowadzenie przez zgłębnik również wody t. 50° C. Ze wydzielanie soku żółdkowego nie wywiera wpływu na wydzielanie żółci wątrobowej, wynika to z licznych doświadczeń z sokami świeżymi jarzyn które, jak wykazały badania Wórowskiego Leparskiego. Bołdyrewa i innych, potężnie pęda sok żółdkowy a nie wpływają na wydzielanie żółci wątrobowej. Niezgodność licznych doświadczeń kol. W. z hormonami z wynikami innych autorów, co podkreśla Doc. Cytronberg, nie obala wyników kol. W. Może ma zależeć od tego, że inni autorowie mieli do czynienia nie z czystą żółcią wątrobową, lecz jednocześnie przemieszaną z żółcią pęcherzykową. Hormony, oczywiście, mogą nie być *choleretika*, natomiast jednocześnie mogą być *cholagoga*. W każdym razie doświadczenia kol. W. są tak liczne i tak dokładne, że nie nasuwają żadnych wątpliwości. Uwaga doc. Cytronberga, że w doświadczeniu z hormonami należało obowiązkowo poprzedzić doświadczeniami na tych psach z adrenaliną, atropiną i histaminą jest niesłuszna, psy były bowiem zupełnie zdrowe i reagowały na różne bodźce pokarmowe w typowy dla każdego pokarmu sposób. Pragnąłbym w końcu zaznaczyć, że doświadczenia kol. W.

potwierdzają niektóre spostrzeżenia kliniczne, ustalone już od dawna. Mianowicie, wiadomo, że wody mineralne gorące dają w chorobach wątroby lepsze wyniki lecznicze, niż zimne. Z innej strony leczenie oliwą oddawna było polecane w kamicy żółciowej. To polecenie znajduje rehabilitację w danych kol. Węgierki.

Kol. Węgierko (streszczenie własne).

Oznajmia, że wodę zimną psy otrzymywały również bez zgłębnika, a jednak wyniki osiągnięto takie same, jak i po wprowadzeniu wody zgłębnikiem. Co się tyczy bodźców psychicznych, to bezwątpienia drażnienie mięsem należy uważać za doświadczenie, z którym trzeba się liczyć, albowiem pokazywał mięso psom głodzonemu do 20 godzin. Psy reagowały wybitnym slinotokiem, a więc był obecny ten bodziec o który mi chodziło. Zaznacza, że w sprawie wpływu kwasu solnego żołądka na wydzielanie żółci nie osiągnięto jeszcze zgody. Zdania poszczególnych badaczy są w tej kwestii nie uzgodnione. Własne doświadczenia stanowiąc przemawiają za tem, że wzmożone wydzielanie soku żołądkowego nie musi prowadzić do chole-rezy. Co do wpływu hormonów na wydzielanie żółci, to przedstawione badanie dały wyniki ujemne. Inni mogli otrzymywać rezultaty inne dlatego, że posługiwali się odmienną metodą zakładania przetoki żółciowej i być może nie wiedzieli, że mają do czynienia z działaniem cholagogicznym, przyjmując je za chole-retyczne.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23.30.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

Prezes: W. O r ł o w s k i

Posiedzenie naukowe z dnia 23 lutego 1932 r.

Początek o godz. 8-mej wiecz. punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 54.

Wprowadzonych gości — 59.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 16.II. 1932 przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. E l e k t o r o w i c z A. wygłosił odczyt p. t. *„Rozpoznanie różniczkowe nowotworów płuc na podstawie obrazów rentgenowskich ze szczególnem uwzględnieniem błędów rozpoznawczych”* (streszczenie własne).

Znaczenie badania radiologicznego w rozpoznawaniu nowotworów płuc uznano powszechnie. Dzięki niemu liczba rozpoznanych za życia nowotworów płuc wybitnie wzrosła. W odczynie omówiono trudności rozpoznania różniczkowego ze szczególnem uwzględnieniem błędów rozpoznania radiologicznego. Przyczyną pomyłek może być: 1) niedokładne zbadanie chorego i nieprawidłowa ocena obrazu radiologicznego, 2) brak współpracy klinicysty z radiologiem, niezajomość wywiadów i obecnego stanu chorego, oraz 3) podobieństwo obrazów radiologicznych w różnych cierpieniach narządu oddechowego. Raki płuc nie dają zupełnie swoistych patognomicznych obrazów, przeto ścisła współpraca klinicysty z radiologiem jest niezbędną. Następnie prelegent przedstawia bogaty materiał zebrany 1) w II klinice Chorób Wewnętrznych U. W. (Prof. Dr. A. G l u z i ń s k i i Prof. Dr. W. O r ł o w s k i) w ciągu 12 lat, częściowo 2) w praktyce prywatnej. Część przypadków była potwierdzona badaniem sekcyjnym; one też mają największe znaczenie.

Obrazy radiologiczne raków płuc są bardzo podobne do obrazów innych schorzeń, głównie gruźlicy, przewlekłego zapalenia, kiły, ropnia, ziarnicy, złośliwej a nawet nowotworów łagodnych i bąblowca. Trudności rozpoznawcze mogą być większe, gdyż wymienione schorzenia mogą się wylać wzajemnie. Często też rak płuca nie jest rozpoznany, z powodu współistniejącej gruźlicy. Również zmiany następujące jak niedodma, zapalenie płuc i rozpad nowotworu mogą zaciemniać obraz złośliwy i prowadzić do błędnego rozpoznania. Tak zwane naświetlania próbne mogą niekiedy ułatwić rozpoznanie. Wzniesienie ciepłoty i szybkie zmniejszanie się cienia wskazuje na mięsaka; nieznaczne wzniecanie ciepłoty i powolne zmniejszanie się cienia, przemawia na rzecz ziarnicy złośliwej, natomiast wzniecanie ciepłoty bez zmiany cienia — na gruźlicę. Gdy zmian w cieplocie nie ma, a cień znika bardzo szybko można myśleć o przewlekłym zapaleniu płuc. Brak jakiegokolwiek odczynu po naświetlaniu próbnym przemawia za rakiem lub nowotworem łagodnym. Prelegent nie stwierdzał dodatnich wyników naświetlań raka płuc. Poprawa następuje często z powodu rozpadu tkanek nowotworu, wiodącego do zmniejszenia lub zniesienia ucisku na oskrzele niedodma się cofa, objawy zapalenia ustępują.

W leczeniu raków płuc promieniami rentgenowskimi należy postępować ostrożnie i oceniać wynik krytycznie. Przedstawiony materiał radiologiczny podzielono na grupy zależnie od

postaci raka i jego umiejscowienia. W każdej grupie prelegent omawia schorzenia płuc, dające podobne obrazy. Przedstawia przypadki raków lub nowotworów łagodnych powikłanych gruźlicą. Zwraca uwagę na częstą obecność jam w rakach, zależnych bądź od rozpadu utkania nowotworowego, bądź od rozwoju raka w rozstrzeni oskrzelowej. Podkreśla, iż zmiany nowotworowe pozapłucne, (raki sutka, mięsak żebra) mogą niekiedy dawać obrazy radiologiczne podobne do obrazów raka płuca.

Oceniając przedstawiony materiał z punktu widzenia klinicznego, należy zwrócić uwagę, iż stale powtarzającym się objawem w rakach płuc jest ból w klatce piersiowej. Bardzo często występowały wzniesienia ciepłoty i krwioplucia, niekiedy krwotoki. W płwocinie spotykano czasami włókna sprężyste. Najwięcej przypadków spostrzegano u chorych w wieku 50 — 78 lat. Objawy fizyczne często są niepewne i mało charakterystyczne.

Z przytoczonego wyżej wynika, iż raki płuc nie dają swoistego obrazu radiologicznego, niema również i klinicznych objawów patognomicznych. Tylko ścisłe łączne spostrzeganie kliniczne i radiologiczne pozwoli ustalić właściwe rozpoznanie.

Dyskusja: kol. Z a w a d o w s k i uważa przedstawione przypadki za bardzo ciekawe i pouczające; zwłaszcza, że były połączone z danymi klinicznymi. Zwraca uwagę na konieczność wykonywania zdjęć i prześwietleń w różnych kierunkach. Często rozstrzyga to o umiejscowieniu nowotworu, głównie śródpiersia i wnęk. Z odczytu wyprowadza wniosek, iż niczem niepowstrzymany wzrost guza wyrażający się powiększeniem cienia w radiogramie świadczy o nowotworze. Niewątpliwym objawem jest zjawienie się przerzutów w śródpiersiu, płucach i narządach odległych (układ kostny). Podkreśla znaczenie badania drzewa oskrzelowego: 70% a nawet większy odsetek zwężeń światła oskrzeli spowodowane jest przez raka (H u g u e n n). Zachowanie się cienia w naświetlaniach leczniczych nie ma dużego znaczenia rozpoznawczego, zależy bowiem od warunków ilościowych dawkowania. Na działanie promieni są wrażliwe nowotwory nie zróżnicowane lub mało zróżnicowane. Nowotwory wysoko zróżnicowane nie poddają się leczeniu promieniami.

Kol. F i l i ń s k i jest przeciwny opieraniu rozpoznania raków płuc wyłącznie tylko na radiogramach. Niema takich cierpień, które dawałyby t. zw. obrazy typowe. Cienie spostrzegane radiologicznie w rakach płuc często nie różnią się niczem od cieni w gruźlicy, kile i promienicy i t. p. W paru przypadkach nie zgadza się z przypuszczalnym rozpoznaniem rentgenowskim; obok cieni uznanych za zależne od nowotworów istniała w ustroju gruźlica. Nie należy myśleć o cierpieniach rzadko spotykanych jak np. torbiele skórzaste, lecz o sprawach częstszych. Cienie wnękowe występują częściej w śródmiąższowym zapaleniu kiłowym płuc niż w rakach. Trudności rozpoznawcze kiły i nowotworów płuc są bardzo duże. Omawia niektóre cechy różniczkowe gruźlicy, kiły i raków płuc, podkreślając znaczenie badania fizykalnego i spostrzeżeń klinicznych. W rozpoznaniu gruźlicy płuc, zwłaszcza prosówkowej, duże znaczenie ma rozedma, która np. różni gruźlicę prosówkową od rakowatości prosówkowej płuc. Ta ostatnia częściej bywa jednostronna niż gruźlica. W rozpoznawaniu nowotworu płuc należy zawsze łączyć badanie kliniczne z rentgenowskim.

Kol. D r o z d o w i c z zwraca uwagę na znaczenie intensywności samego cienia zależnego od nowotworu płuca oraz ostrości jego granic. Podkreśla nasilenie się tych cech cienia w badaniach seryjnych w przypadkach raków przywnekowych. Brak ostrych granic cienia jest przeciwwskazaniem dla rozpoznania nowotworów płuc.

Kol. G l u z i ń s k i omawia objawy kliniczne, wskazujące na obecność nowotworu płuc (raka). Głównymi objawami są: dzwienność kaszel, szmer zwężeniowy pod obojczykiem i blisko kręgosłupa od tyłu (wnęki) oraz przytłumienie przy mostku i od tyłu w miejscu wnęk. Powiększanie się obszaru przytłumienia wskazuje na nowotwór. Zazwyczaj w miejscu przytłumienia niema oskrzelowego szmeru oddechowego, a drzenie głosowe jest słabsze. Ta pewna niezgodność objawów ośłuchowych z opukowaniem zależy od niedodmy płuca z powodu zwężenia lub zamknięcia światła oskrzela przez raka. Trudności rozpoznawcze kiły, nowotworów i gruźlicy niekiedy są bardzo duże, lecz zawsze należy dążyć do rozpoznania bez badania radiologicznego.

Kol. L a s k o w s k i podkreśla duże znaczenie badania radiologicznego. Od chwili jego zastosowania liczba prawidłowo rozpoznanych raków płuc wybitnie wzrosła. Istnieje duża zgodność rozpoznania rentgenowskich i sekcyjnych. Możliwe, iż nie należy to od t. zw. typowości obrazów lecz od prawidłowego rozumowania radiologów. Zwraca uwagę, iż rakowatość prosówkowa płuc najczęściej bywa obustronna, a tylko wyjątkowo jednostronna.

Kol. F i l i Ń s k i twierdzi, iż niema typowych obrazów radiologicznych w nowotworach, kile, gruźlicy i promienicy płuc, przeciwnie wykazują one wiele cech wspólnych. Zwiększenie się cieni w radiogramie nie jest właściwe tylko nowotworom. H u g u e n i n uważa rakowatość prosówkową płuc za sprawę najczęściej jednostronną.

Kol. O r ł o w s k i (streszczenie własne).

Dokładne badanie chorego z uwzględnieniem drobnych, zdawałoby się, szczegółów (mniejszy udział niektórych części klatki piersiowej w oddychaniu, miejscowe rozszerzenia żył, rozprzestrzenienie się skrócenia odgłosu opukowego na rękkość mostka i t. d.) w wielu przypadkach daje możność rozpoznania nowotworu płuc, niejednokrotnie jednak dopiero badanie rentgenowskie czyni je możliwym we wczesnym okresie choroby. *Carcinosis pulmonum* i *tuberculosis miliaris pulmonum* mogą dawać mniej więcej jednakowy obraz, cechujący się bardzo wybitną dusznością, sinicą i bladeścią powłok, a jednocześnie prawie ujemnymi wynikami fizykalnego badania płuc. Odróżniamy te sprawy bez badania rentgenowskiego na podstawie pewnych cech, mianowicie, na korzyść sprawy rakowej przemawia prawidłowy poziom ciepłoty, (o ile niema wtórnego zakażenia), obecność chociażby niedużych gruczołów nadobojczykowych (o ile wyłączają się inne sprawy), oraz krwotocznego zapalenia opłucny, zwłaszcza, gdy wysięk zawiera komórki podejrzane co do natury rakowej. Wybitnie dodatni odczyn dwuazowy przemawia przeciwko *carcinosis*, natomiast wybitnie dodatni odczyn P i r q u e t a przeciwko ostrej prosówce gruźliczej; wreszcie, *carcinosis* płuc jest sprawą wtórną, dołączającą się najczęściej do skrycie przebiegającego raka żołądka.

Kol. E l e k t o r o w i c z przedstawił nie wszystkie spostrzeżenia. Chodziło mu głównie o wykazanie i podkreślenie konieczności ścisłej współpracy klinicysty z radiologiem i odwrotnie. W przedstawionych przypadkach rozpoznanie było tylko prawdopodobne. Trzeba pamiętać o tem, że rozpoznanie pewne może postawić tylko anatomopatolog i to często dopiero po badaniu histologicznym tkanek. Za typowe dla raka płuc trzeba uznać obrazy w tych przypadkach, w których wyniki badań radiologicznego i klinicznego potwierdzono sekeyjnie. Zmiany w prosówkowej rakowatości płuc powstają drogą krwionośną i dla tego są podobne do gruźlicy prosówkowej, chociaż różnią się od niej wielkością plam i natężeniem cienia. Obok rakowatości prosówkowej istnieje jeszcze t. zw. *lymphangitis carcinomatosa*, która daje dość charakterystyczny obraz. Nie

można zgóry odrzucać możliwości współistnienia spraw rzadkich z częstymi np. torbieli skórzastej z gruźlicą. Obrazy radiologiczne w przedstawionych przypadkach bardzo przemawiają za takim współistnieniem. Gruźlica zresztą dość często wikła torbiele skórzaste i potworniaki płuc. Niewątpliwie rozpoznanie można by postawić tylko badaniem pośmiertnem. Znaczenie radiologii w rozpoznawaniu nowotworów wogóle a płuc w szczególności jest bardzo duże. Wskazuje na to wybitny wzrost liczby przypadków prawidłowo rozpoznanych raków płuc (z 3—4% do 50 — 60%). Współpraca kilnicystów z radiologami jest konieczna.

4. Kol. B r o k m a n H. — odczyt odłożono do dn. I.III.1932 r.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 55 wieczorem.

Sekretarz Doroczny: Karol C h o d k o w s k i.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedz. lipcowem tow. lek. w Marsylii A u b e r t P o i n s o i P e u r s i n e s demonstrowali (Pr. méd. N. 68) preparat wyciętej części żołądka, klinicznie uznanego za chorego na raka. Pacjent przeszło 50-letni miał przez dłuższy czas zespół dyspepsji hipostenicznej z typowymi zmianami na zdjęciu i z objawami charłactwa. Badanie części wyciętej podczas zabiegu nie wykazało nowotworu lecz z miany zapalne śródmiąższowe z licznymi plasmocytami i rozwojem tkanki łącznej zbitej. Chory, poddany po zabiegu leczeniu swoistemu wrócił do zdrowia.

Na tem samym posiedzeniu C o r n i l i P a i l l a s przedstawili wynik badania anatomicznego sta w u k o l a n o w e g o, należącego do chorego t a b e t y k a od lat pięciu. Stwierdzili oni zmiany w naczyniach, w otocze i w surowicowce i typowe zmiany kiłowe w okolicy nerwów stawowych. W ten sposób, zdaniem prelegentów, można połączyć koncepcję pochodzenia naczyniowego kiłowego cierpienia stawów tabetycznych (B a b i Ń s k i i B a r r é) z nowszą koncepcją, wysuwaną przez F o i x, A l a j o u a n i n e, F r o m e n t a co do pochodzenia naczynioruchowego.

Również tego samego wieczora C o r n i l, P a o l i i C a r r é g a opisali przypadek c h ł o n i a k o n a b ł o n i a k a m i g d a ł k a, leczonego radem. Po pewnym czasie wystąpiły przerzuty w skórę klatki piersiowej i około ucha.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O masowym zatruciu włośnicą w Tomaszowie Mazowieckim.

Podali

Edward JUWILER i Witold SZYSZKOWSKI (Tom. Mazow.).

Jeżeli postanowiliśmy opisać przebieg masowego zatrucia włośnicą w Tomaszowie Mazowieckim, to nie dlatego, iżby odbiegał on od szablonu, lecz ponieważ rozporządzamy dość obfitym materiałem kazuistycznym, gdyż zarejestrowano 47 wypadków. Postępujemy też w myśl dewizy *repetitio est mater studiorum*, tembardziej, iż przekonaaliśmy się, iż nawet dość poważni lekarze stawiali fałszywe rozpoznanie, zapominając widocznie o egzystencji trychinozy.

W ostatnich dniach czerwca r. b. rozpoznano pierwszy przypadek włośnicy i w ciągu sześciu następnych dni codziennie rejestrowano cały szereg nowych przypadków, co, naturalnie, wywołało zrozumiałą panikę w mieście. Władze sanitarne i policja z całą energią przystąpiły do wykrycia źródła zatrucia; dochodzenie ustaliło, iż prawie wszyscy chorzy (a może i wszyscy — sprawa znajduje się u prokuratora) spożywali wędliny i wieprzowinę, nabywane w jednym z poważniejszych sklepów w mieście. Wobec panującego jeszcze ciągle tajne-

go uboju, mimo represji władz, warto zanotować dość charakterystyczny objaw; pomimo gorącej pory roku i paniki, która ogarnęła mieszkańców miasta, co niewątpliwie w znacznym stopniu zmniejszyło konsumpcję wędlin i wieprzowiny, statystyka rzeźni miejskiej wykazuje znaczny przyrost uboju trzody chlewnej w lipcu: kwiecień 435 sztuk, maj 509, czerwiec 495, lipiec natomiast 641. Jest to tylko jasnym dowodem, iż na skutek wzmocnionej kontroli ubój „ulegalizował się”.

Przechodzimy obecnie do opisu przebiegu samego zatrucia. W poszczególnych tylko przypadkach w ciągu mniej więcej 24 godzin po spożyciu „chorego” mięsa występowało typowe rozvolnienie, a w większości przypadków były niewyraźne objawy dyspeptyczne, przeważnie w postaci mdłości i uczucia niesmaku; po paru dniach względnie niezłego samopoczucia zaczęły występować objawy ogólne, spowodowane jadami, wydzielanymi przez włośnię. Dominującymi objawami były: 1) mniejszy lub większy obrzęk przeważnie powiek, niekiedy zaś całej twarzy (objawu tego nie znaleźliśmy tylko w 1 przypadku); 2) długotrwała dość wysoka temperatura; 3) bóle w kończynach, w szczególności zaś w łydkach, przypominające bóle w gorączce powrotnej; 4) znaczne zwiększenie liczby ciałek kwasochłonnych we krwi i nieznaczna leukocytoza,

Status praesens chorych przeważnie dałby się ująć w sposób następujący:

Chorzy byli bladzi, uskarżali się na silne ogólne osłabienie i sensacje bólowe w całym ciele, przeważnie w kończynach (głównie w łydkach) i w karku. Temperatura w większości przypadków w ciągu paru dni dochodziła do 39° — 40° z pewnymi remisjami w godzinach przedobiednich; była długotrwała — przeciętnie około 4 tygodni, o tendencji do spadku litycznego. W okresie zdrowienia niekiedy przez dłuższy czas stan podgorączkowy. Pozatem przeważnie silne poty. Przewód pokarmowy — objawy dyspeptyczne bardzo wyraźnie zaznaczone: zupełny brak apetytu, a nawet wstręt do jedzenia, niesmak, mdłości i często wymioty, często rozwolnienie z bólami brzucha lub niekiedy skłonność do zaparcia stolca. Język b. obłożony, brzuch wzdęty i bolesny, śledziona i wątroba w większości przypadków niewyczuwalna.

Ze strony dróg oddechowych specjalnych zaburzeń nie stwierdziliśmy. Narządy krążenia: poza przyspieszeniem tętna, idącym współmiernie z podniesieniem t° , pewnem osłabieniem tonów serca i obniżeniem ciśnienia krwi, innych odchyśleń od normy nie zauważyliśmy; nawet u ludzi z chorem sercem nie było pod tym względem momentów krytycznych. Badanie krwi we wszystkich przypadkach wykazało znaczne zwiększenie liczby ciałek kwasochłonnych (do 34%). Ponieważ przeważnie w pierwszych dniach choroby liczba ciałek kwasochłonnych może nie być zwiększona, brak tego objawu na początku choroby nie może przemawiać przeciwko rozpoznaniu włośnicy, i badanie to należy przeprowadzić ponownie po paru dniach. Pozatem prawie we wszystkich przypadkach nieznaczna leukocytoza: od 10 — 16 tysięcy białych ciałek. Ze strony dróg moczowych: stan pewnego podrażnienia nerek z wyraźnymi śladami białka i niekiedy wałeczkami w ilości nieznacznej. Parokrotnie jako komplikacja zapalenie miedniczek nerkowych. Często odczyn dwuazowy dodatni.

Ze strony systemu nerwowego poza uporczywą bezsennością nic szczególnego. Przytomność zupełna.

W okresie zdrowienia bardzo powolny powrót do zdrowia: osłabienie i bóle w mięśniach ustępują stopniowo, dopiero po dłuższym przeciągu czasu, co zresztą jest zupełnie zrozumiałe ze względu na umiejscowienie się włośni. Obrzęk powiek i twarzy przeważnie ustępował w ciągu pierwszych 3 tygodni choroby.

Kwestji różniczkowego rozpoznania nie będziemy szerzej omawiali; objawy tej choroby są tak wyraźne, iż w większości przypadków rozpoznanie nie przedsta-

wia żadnych trudności, o ile się pamięta, iż istnieje ubój potajemny, a więc i możliwość zatrucia trychiną.

Śmiertelnych wypadków nie było, pomimo na ogół dość ciężkiego przebiegu choroby. Obserwowaliśmy również i przypadki o lekkim przebiegu: chorzy ci przez cały czas choroby zajmowali się nawet pracą zawodową (*trichinosis ambulatoria*). Czy wchodzi tu w grę większa odporność organizmu czy też mniejsza ilość spożytego mięsa — trudno rozstrzygnąć. Najprawdopodobniej obydwa czynniki. Godnym zaznaczenia jest fakt, iż chorowało tylko 2 dzieci, a wiemy dokładnie, iż dzieci spożywały wędliny wraz z dorosłymi w wielu rodzinach, których dorośli członkowie chorowali na włośnicę. Tu przejawia się, opisywana zresztą wielokrotnie, mała inklinacja dzieci do trychinozy. I u tych dwojga dzieci choroba miała przebieg bardzo łagodny i trwała zaledwie dwa tygodnie. W kwestji leczenia włośnicy naogół panuje przekonanie, iż należy ograniczyć się do leczenia objawowego. Ponieważ ten system leczenia jest do pewnego stopnia *testimonium pauper-tatis*, probowaliśmy stosować środki, opisywane jako radykalne. Lecz zarówno thymol, który stosowaliśmy tylko w pierwszych dniach choroby w dawkach po 0.5 trzy razy dziennie, jak i neosalvarsan i salyrgan (ten ostatni stosowany na zasadzie pracy z oddziału dra Anastazego L a n d a u a „o leczeniu zatrucia włośnicą novasurollem“) nie dały pożądaných rezultatów. Causythem również nie byliśmy zachwyceni, lecz jako środek, obniżający ciepłotę i wpływający dodatnio na samopoczucie, może być wskazanym. Jeden z nas (S z y s z k o w s k i) w szpitalu w 2 przypadkach — zastosował dożylne zastrzyknięcie preparatów złota: 1 raz aurosana i 1 raz sanokryzynę, — wychodząc z następującego założenia: w ognisku, zajętem przez zarazek gruźlicy, odkładają się sole wapnia; włośnie, usadowiając się w mięśniach, otaczają się torebką wapienną, oba więc te organizmy wykazują *hemotaxis* dodatnią do soli wapnia. Zarazek gruźlicy wykazuje też *hemotaxis* dodatnią do soli złota, które okazały się bakterjobójcze dla tego mikroorganizmu. Analogicznie biorąc, włośnia też może wykazać tę cechę i sole złota mogą je niszczyć. Obaj ciężko chorzy, u których zastosowano złoto, po 2-ch dniach stracili gorączkę i szybko wracali do zdrowia. Czy założenie słuszne — należy dalej sprawdzać.

Lecz przy tak nieobliczalnej i kapryśnej chorobie, jaką jest włośnica, z wypowiedaniem ostatecznego zdania o skuteczności środka leczniczego należy być ostrożnym aby ustrzec się od zarzutu: *post hoc non est propter hoc*.

Wiadomości bieżące

— Ministerstwo Opieki Społecznej wydało okólnik do Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i do wszystkich Panów Wojewodów (z wyjątkiem łódzkiego) w sprawie obrotu eteru etylowego.

W związku z okólnikiem Departamentu V Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. Z. F. 1126/28 z dnia 4 maja 1928 r. Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) zarządza, aby na przyszłość na wzorze zaświadczenia na prawo nabywania eteru etylowego i jego mieszanin (załącznik Nr. 1), przewidzianego w § 11 rozporządzenia o wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego z dnia 22 lutego 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 30, poz. 281), było dodane:

1) Zaświadczenie to jest ważne tylko w ciągu roku bieżącego.

2) Na odwrotnej stronie wymienionego zaświadczenia firma sprzedająca eter jest obowiązana odnotować datę sprzedaży i ilość wydanego eteru etylowego lub jego mieszanin (§ 8 rozporządzenia o wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego z dnia 22 lutego 1928 r. Dz. U. R. P. Nr. 30, poz. 281).

— Ministerstwo Opieki Społecznej wydało następujący okólnik w sprawie sprzedaży bardzo rozpowszechnionego środka „Omnadin“.

Zgodnie z zarządzeniem Ministerstwa Rolnictwa i Reform Rolnych Nr. W. X. 10/27 z dnia 30 lipca 1932 r. szczepionka „Omnadin” do leczenia bodźcowego oraz nosówki psów będzie w przyszłości zaopatrzona na opakowaniu wewnętrznym i zewnętrznym w napis: „Do użytku weterynaryjnego”.

Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) poleca, aby znajdujące się w obiegu zapasy, pozbawione znaków kontroli, przewidzianych w wyżej wymienionem rozporządzeniu, uległy natychmiastowemu zajęciu.

Dr. E. Piestrzyński.
Podsekretarz Stanu.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	17/VII— 23/VII	24/VII— 30/VII	31/VII— 6/VIII	7/VIII— 13/VIII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	1 (0)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	240 (20)*	284 (15)	342 (11)	430 (26)
Dur rzekomy	1 (0)	0	0	1 (0)
Dur osutkowy	15 (1)	11 (1)	9 (1)	7 (0)
Dur powrotny	0	0	2 (0)	0
Czerwonka	34 (2)	78 (9)	65 (5)	114 (9)
Łonica	286 (6)	255 (15)	309 (13)	287 (16)
Łlonica	160 (9)	173 (5)	217 (11)	178 (15)
Zapal. op. mózg. . . .	14 (4)	11 (6)	4 (2)	11 (3)
Odra	327 (5)	244 (2)	226 (6)	154 (1)
Róża	44 (2)	53 (6)	57 (2)	52 (1)
Krztusiec	142 (9)	149 (5)	129 (8)	139 (7)
Malaria	4 (0)	0	2 (1)	1 (0)
Posoczn. połog. . . .	19 (10)	13 (2)	15 (2)	19 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	568 (0)	365 (0)	291 (0)	466 (0)
Waglik	2 (0)	15 (2)	5 (3)	7 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	9 (0)	1 (0)	0	0
Wścieklizna	0	0 (2)	0 (1)	0
Zatr. jad. kiełb. . . .	126 (0)	0	0	11 (1)
Chor. Heine-Medina . .	2 (0)	2 (0)	7 (0)	0
Twardziel	2 (0)	0	0	39 (0)
Inne choroby zakaźne	23 (7)	24 (3)	29 (4)	10 (2)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— W tych dniach ukazała się w druku książka, stanowiąca u nas fenomen dość rzadki. Jest to zbiór prac, które wyszły w ciągu ostatniego 10-lecia z oddziału kol. Anastazego Landaua w Szpitalu Wolskim. Imponująca rozmiarami i treścią książka zawiera 94 prace, drukowane w czasopiśmie polskich, 34 we francuskich, 7 w niemieckich, oraz 1, drukowaną po angielsku. Ten owoc 10-letniej pracy oddziału kol. Landaua poświęcony został pamięci Teodora Dunina, pod którego kierownictwem Anastazy Landau długie lata pracował. O pięknym tym hołdzie, złożonym przez ucznia pamięci swego Mistrza, wkrótce obszerniej napiszemy.

— Komitet organizacyjny 6 Zjazdu Międzynarodowego, poświęconego wypadkom i pracy, ogłosił nagrodę 1000 fr. szw. za najlepszą pracę oryginalną na temat: znaczenie poprzedniego stanu zdrowia dla oceny skutków wypadku przy pracy. Nagroda będzie wydana z okazji przyszłego Zjazdu w Brukseli w r. 1935. Rękopisy w języku niemieckim, angielskim, francuskim lub włoskim winny być przesłane w dwu egzemplarzach Sekretarzowi Generalnemu Zjazdu Drowi Yersinowi w Genewie, rue de la Monnaie 3 do dnia 31 grudnia 1934 r. Rękopis należy zaopatrzyć w godło, które również winno być umieszczone na kopercie, zawierającej nazwisko i miejsce zamieszkania autora.

— Grono lekarzy specjalistów wynajęło w Berlinie wielki dom w bardzo ożywionej dzielnicy miasta, w celu wykonywania w nim praktyki. Poza wspólną poczekalnią każdy lekarz ma dwa pokoje dla siebie. Praktyka wykonywana jest indywidualnie.

— Międzynarodowy Związek Lekarzy zebrał dane co do liczby lekarzy w rozmaitych krajach, które dowodzą, że w większości krajów mamy do czynienia z nadprodukcją lekarzy: W Austrii jeden lekarz przypada na 837 mieszkańców, w Hiszpanii na 1000, w Kanadzie na 1066, w Anglii na 1069, na Węgrzech na 1100, w Szwajcarii na 1140, w Niemczech na 1237, w Ameryce Półn. na 1326, w Danii na 1346, w Belgii na 1460, w Rumunii na 2879, w Bułgarii na 2900, w Polsce na 3100, w Jugosławii na 3450. Zdaniem związku jeden lekarz może wówczas utrzymać się z praktyki, jeśli przypada na 1400 — 1500 mieszkańców, co najmniej zaś na 1000, ale wówczas, jeśli w tej miejscowości niema instytucji, udzielającej porad bezpłatnie.

TREŚĆ: A. W. KAPŁAN. O jodzie. — H. KARWOWSKI. Stosunek obrazu radiologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc. — N. PIWKO. Leczenie gruźlicy kręgosłupa (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — E. JUWILER i W. SZYSZKOWSKI. O masowym zatruciu włośnicą w Tomaszowie Mazowieckim. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. W. KAPŁAN. Sur l'iode. — H. KARWOWSKI. La relation entre l'état radiologique et clinique dans la tuberculose pulmonaire. — N. PIWKO. Le traitement de la tuberculose de la colonne vertébrale (Rev. gén.). — E. JUWILER et W. SZYSZKOWSKI. Sur l'épidémie de la trichinose à Tomaszow Mazowiecki.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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