

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, 13 PAŹDZIERNIKA 1932 R.

Nr. 41

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Dok. — patrz № 40)

Oprócz hiperwentylacji d o w o l n e j, którą posługujemy się eksperymentalnie, istnieje jeszcze hiperwentylacja o d r u c h o w a, która powodować może reakcje zarówno padaczkowe jak i tężyczkowe. Wiadomo dobrze, że zimna kąpiel powoduje w sposób odruchowy głębokie oddychanie — i cały szereg przypadków zatonięcia w zimnej kąpeli należy prawdopodobnie nie od porażenia serca, jak się szablonowo przypuszcza, ale od wyzwolonego przez zimno i głębokie oddychanie napadu u t a j o n e j p a d a c z k i. Również i sen powoduje fizjologiczne pogłębienie oddechu, które u niektórych epileptyków może być tak znaczne, że może powodować występowanie napadów przeważnie albo wyłącznie w nocy. Co się zaś tyczy tężyczki, powodowanej przez h i p e r w e n t y l a c j ę o d r u c h o w ą, to postać ta została wyodrębniona przez A d l e r s b e r g a i P o r g e s a pod nazwą „neurotycznej tężyczki oddechowej” (neurotische Atmungstetanie”). Są to wybitne objawy tężyczkowe, występujące u chorych, którzy wskutek swego zasadniczego cierpienia zmuszeni są do głębokiego i forsownego oddychania. Zjawiska te spostrzegane były dotąd w cierpieniach serca z dusznością, w przyspieszeniu tętna pochodzenia historycznego oraz w reakcjach wstrząsu i podniecenia psychicznego z przyspieszeniem oddechu u osobników bardzo wrażliwych po drobnych zabiegach d j a g n o s t y c z n o - c h i r u r g i c z n y c h (cystoskopia, uretroskopia, nakłucie lędźwiowe i t. p.). Ja sam miałem sposobność spostrzegać objawy tężyczki na tle hiperwentylacji odruchowej dwukrotnie: w przypadku dychawicy oskrzelowej i w przypadku zaburzeń oddechowych w parkinsonizmie w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Pod względem klinicznym przejawy neurotycznej tężyczki oddechowej nie różnią się niczem, ani od tężyczki zwykłej, ani od tężyczki hiperwentylacyjnej, jakkolwiek patogeneza tych stanów w świetle wyników badań gazowej przemiany materji jest odmienna.

Ciekawą ilustrację hiperwentylacji odruchowej stanowi przypadek R a s p é g o, dotyczący pacjenta, u którego w przebiegu napadu astmy występowały epileptyczne drgawki: tutaj więc warunki przygotowywane w sposób sztuczny przez hiperwentylację — stwarzane były w sposób patofizjologiczny przez mechanizm napadu astmatycznego.

Oprócz hiperwentylacji w postaci czystej stosowano ją również w połączeniu z podawaniem uprzedniem rozmaitych substancji natury chemicznej - f a r m a k o d y n a m i c z n e j i i n k r e c y j n e j.

F o g M o g e n s i S c h m i d t dokonywali interesujących prób nietylko za pomocą zwykłej hiperwentylacji, ale również hiperwentylacji, połączonej z podawaniem k w a s u w ę g ł o w e g o i t l e n u lub t y l k o t l e n u. U / z 34 pacjentów (z rozpoznaniem padaczki lub drgawek historycznych) za pomocą zwykłej hiperwentylacji lub hiperwentylacji z tlenem zostały sprowokowane zjawiska epileptyczne (drgawki, absence, równoważniki psychiczne). Hiperwentylacja za pomocą kwasu węglowego i tlenu spowodowała zjawiska epileptyczne tylko w jednym przypadku (absence). Za pomocą hiperwentylacji wyłącznie tlenowej można było u większości chorych wywołać mniej lub więcej intensywne zjawiska tężyczkowe. Przy mieszanej hiperwentylacji (kwas węglowy plus tlen) n i e w y s t ę p o w a ł y o b j a w y t ę ż y c z k o w e, z a s o b j a w C h w o s t k a z n i k a ł, o ile istniał uprzednio.

Występowanie napadu padaczkowego po zwykłej hiperwentylacji uzależniają od zmniejszonego napięcia tlenu w tkankach.

Ja sam w pewnej serii obserwacji moich urozmaicałem eksperyment hiperwentylacyjny uprzednim zastrzyknięciem podskórnym albo skopolaminy w dawce 0,003 albo 1 ctm. normalnego roztworu adrenaliny. Dwa te środki farmakologiczne wybrałem dlatego, że według badań R u n g e g o adrenalina wzmacnia napięcie i podrażnienie pochodzenia pozapiramidowego, zaś według niezmiernie interesujących doświadczeń R o s e n f e l d a skopolamina obniża stany hipertoniczne i zmniejsza podrażnienia, płynące z prążkowania, działając natomiast bezpośrednio na układ piramidowy i wzmagając napięcie pochodzenia piramidowego. R o -

senfeld wykazał, że środek ten pozwala na wczesne rozpoznanie rozpoczynających się schorzeń układu piramidowego, powodując już w małych dawkach zgięcie grzbietowe palucha stopy, zaś w większych dawkach objaw Babinskiego — nawet u osobników normalnych. Otóż zaznaczyć muszę, że na powstawanie objawów tężyczkowych w eksperymencie hiperwentylacyjnym uprzednie zastrzyknięcie skopolaminy pozostawało bez wszelkiego wpływu. W tych przypadkach, w których procedura oddechowa nie powodowała odczynu tężyczkowego, odczyn ten nie zjawiał się również i po uprzedniej iniekcji skopolaminy. Iniekcja skopolaminy nie zmniejszała ani nie opóźniała również hiperwentylacyjnej reakcji tężyczkowej. Natomiast wpływ skopolaminy na powstawanie hiperwentylacyjnych objawów padaczkowych był wprawdzie niewielki, ale wyraźny. W 3 przypadkach po uprzedniej iniekcji skopolaminy udało się otrzymać lekkie i krótkotrwałe objawy drgawkowe tam, gdzie sama — nawet bardzo przedłużona — procedura hiperwentylacyjna nie dawała żadnego odczynu padaczkowego, zaś w całym szeregu przypadków skopolamina niewątpliwie przyspieszała wystąpienie drgawek. Co się zaś tyczy adrenaliny, to nie wywierała ona żadnego wpływu na reakcję padaczkową, natomiast w całym szeregu przypadków, w których głębokie oddychanie dawało wynik zupełnie ujemny, uprzednie zastrzyknięcie adrenaliny powodowało szybką i intensywną reakcję tężyczkową.

W związku z tym wynikiem badań moich wspomnę tu, że Faltai i Rüdingery już w 1909 r. za pomocą iniekcji adrenaliny otrzymywali napad kurczowy w ostrej tężyczce. Nawiasem wspomnę, że w znacznej większości cierpień układu pozapiramidowego, w których dokonywałem hiperwentylacji, adrenalina nietylko przyspieszała odczyn tężyczkowy, ale i potęgowała znaczne objawy napięcia pozapiramidowego, a zwłaszcza drżenie.

Dopomagała ona również w ujawnieniu niektórych objawów w t. zw. parkinsonizmie pośpiączkowym np. napadów wejrzeniowych („Crises oculogyres”) napadowego krzyku czyli t. zw. kłazomanji a zwłaszcza palilalii w postaci niedokształconej lub utajonej.

To samo dotyczy również większości badanych przeze mnie przypadków tyreotoksyzmu oraz choroby Basedowa. Wobec sympatykotonicznego charakteru działania adrenaliny można z badań moich wyprowadzić wniosek, że wyzwalanie się objawów tężyczkowych oraz wzmaganie się drżenia pozapiramidowego w eksperymencie oddechowym rozgrywa się na podłożu wzmożonego napięcia w układzie sympatycznym. Wniosek ten jednakże byłby zupełnie błędny, ponieważ z eksperymentów Rosenfelda wynika, że zupełnie analogiczne zjawiska powoduje również fizostygmina, o której wiadomo, że warunkuje wzmożone napięcie w układzie parasympatycznym.

Również i Siegheim spostrzegał po hiperwentylacji łącznie z dożylnym zastrzyknięciem adrenaliny przyspieszony, niekiedy wprost błyskawiczny rozwój pełnego obrazu tężyczkowego — zwłaszcza u osobników z labilnym układem wegetatywnym.

Natomiast w badaniach Heidricha próba zwiększenia pobudliwości drgawkowej przez podawanie adrenaliny albo wyciągów przysadki mózgowej, tarczycy, gruczołów przytarczycowych lub jąder — nie wzmagала ostatecznego efektu hiperwentylacji.

Metodyka hiperwentylacji skojarzonej przyczyniła się również do oświetlenia wpływu procedury hiperwentylacyjnej oraz hiperwentylacyjnego napadu padaczkowego na ciśnienie krwi, zawartości substancji chemicznych w surowicy krwi oraz zdolności załamywania surowej krwi pod wpływem głębokiego oddychania. Według Hendriksena hiperwentylacja powoduje zawsze mniej lub więcej znaczny spadek ciśnienia systolicznego, które natychmiast wraca do normy po przerwaniu hiperwentylacji. Ciśnienie diastoliczne podlega w mniejszym stopniu wpływowi głębokiego oddychania. W większości przypadków jednak przebiega równolegle z ciśnieniem systolicznym. Tętno podczas hiperwentylacji staje się przyspieszone, opada jednak po przerwaniu jej natychmiast do normy. Hiperwentylacyjny napad epileptyczny przebiega zawsze z podniesieniem ciśnienia systolicznego, podczas gdy ciśnienie diastoliczne i tętno wykazują tylko nieznaczne zmiany. W rzadkich wypadkach ciśnienie podnosi się już przed napadem, zazwyczaj jednak dochodzi do punktu kulminacyjnego dość szybko na początku napadu. Ku końcowi napadu ciśnienie wraca natychmiast do normalnej wysokości. Do analogicznych wyników doszli Fogg i Schmidt, którzy, pozatem powodując hiperwentylację za pomocą kwasu węglowego, spostrzegali niekiedy podniesienie ciśnienia krwi, podczas gdy doświadczenia z tlenem dawały takie same wyniki, jak zwykła hiperwentylacja: obie prowadzą do alkalozy krwi.

Badania Sieghemia dotyczyły zachowania się ciśnienia krwi podczas hiperwentylacji po dożylnym podawaniu adrenaliny. Otóż po zastrzyku dożylnym 0,005 — 0,0075 adrenaliny przebiega u osobników niewentylowanych krzywa ciśnienia krwi w 2 fazach — mianowicie z początkowym wzniesieniem się ciśnienia, po którym następuje spadek (H. Zondek i jego współpracownicy). Przy hiperwentylacji z jednoczesnym zastrzyknięciem adrenaliny udało się autorowi stwierdzić, że faza I jest zaledwie zaznaczona lub też brak jej zupełnie, podczas gdy spadek następczy jest znacznie wydatniejszy. Zmienność w działaniu adrenaliny wydaje się zależna od układu wegetatywnego oraz od fizykochemicznego środowiska komórek narządu wykonawczego, hiperwentylacja bowiem wywołuje według autora wpływ, przekształcający koloido - chemiczną strukturę tkanek prawdopodobnie w kierunku alkalozy.

Również i świeże badania Heerna stwierdziły, że hiperwentylacja zmniejsza bardzo szybko niemal do połowy zawartość kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych i powoduje alkalozę krwi tętniczej. Nie może to jednak stanowić jeszcze ostatecznego powodu działania hiperwentylacji, na co wskazuje względnie niski odsetek wywołanych napadów padaczkowych. Również i według Fogg Mogensa i Schmidta zmniejszenie napięcia tlenu w krwi oraz anoksemja w następstwie hiperwentylacji może być uważana tylko za jedną z przyczyn, która przy istnieniu „pogotowiu drgawkowemu” wywołuje napad. Weeber i Schwärzacher na zasadzie ciekawych badań interferometrycznych, w których stwierdzili u 24 pacjentów z padaczką, schizofrenją i t. p. zapomocą metody Hirscha — znaczne zwiększenie zdolności załamywania surowicy krwi, sprowadzają zjawiska te do głębokich, jakkolwiek tylko przemijających zmian w fizyko - chemicznym zacho-

waniu się surowicy. Z badań H o l t z a wreszcie wynika, że w tężycze hiperwentylacyjnej zawartość fosfatów w surowicy krwi jest obniżona do 1/3 normalnej zawartości, podczas gdy zawartość wapnia wykazuje normalną wysokość.

W sprawie p a t o g e n e z y i mechanizmu powstawania objawów hiperwentylacyjnych obracamy się dotąd w sferze hipotez natury fizykalno - chemicznej. Jak dotąd, powszechnym kredytem cieszy się teoria F r e u d e n b e r g a i G e o r g i e g o oparta na badaniach chemicznych w przebiegu tężyczki. Z badań tych wynika, że hiperwentylacja wskutek związanego z nią wzmożonego wydzielania kwasu węglowego prowadzi do zmian chemicznych we krwi w kierunku a l k a l o z y, co powoduje w następstwie zachwianie się równowagi jonów wapnia, przyczem część wapnia przechodzi w stan odjonizowany. W ten sposób wytwarza się niejako eksperymentalnie ubóstwo wapnia, które, jak wiadomo, odgrywa znaczną rolę w patogenezie tężyczki i wobec którego rozmaite terytoria mózgowia wykazują specjalną wrażliwość. Hipoteza ta jednakże nie może być uważana za dostateczną interpretację hiperwentylacyjnych zjawisk padaczkowych, ponieważ u osobników normalnych i u chorych nie epileptyków zmniejszenie się jonizacji wapnia we krwi pod wpływem hiperwentylacji nie powoduje reakcji epileptycznej, lecz tężyczkową. Musi więc w padaczkę hiperwentylacyjnej jak również i w padaczkę samoistnej wchodzić w grę dodatkowo jakiś bliżej nam nieznan moment — patogenetyczny, który zbiega się z propagowaniem przez niektórych neurologów pojęciem „pogotowia drgawkowego”. Być może również, że forsowne i długotrwałe ruchy oddechowe wywierają pewien wpływ bezpośredni na drodze czysto nerwowej np. przez irradację impulsów dośrodkowych i odśrodkowych w centralnym układzie nerwowym na zachowanie się pozostałej muskulatury.

Toteż niebrak w piśmiennictwie głosów, które

wplywu hiperwentylacji doszukują się poza granicami wszelkich zmian natury fizykalnej lub chemicznej. Tak np. F e t t e r m a n n na zasadzie badań swoich doszedł do wniosku, że efekt hiperwentylacji może być spowodowany do częstych i nagłych zmian w ciśnieniu śródmózgowem. Szczególnie jednak interesujące są wywody, które spotykamy w ogłoszonej świeżo pracy duńskiego neurologa M u n c h - P e t e r s e n a. Autor ten stosując hiperwentylację u 50 osób z organicznymi chorobami mózgu i osiągając w ten sposób objawy i wpływy dodatkowe i poboczne, jak zmiany odruchów i napięcia mięśniowego, osłabienie lub wzmożenie istniejących objawów chorobowych — rozpatruje je jako elektryczny objawowy wyraz określonych ognisk chorobowych, który, wzmagając lub zmniejszając objawy istniejące, wydobywać może również objawy dotąd utajone. Dadzą one sprowadzić się do działalności automatycznie lub nawpółautomatycznie funkcjonujących ośrodków, które na pewien okres czasu mogą być dowolnie aktywowane. Otóż ciekawe jest bardzo, że według spostrzeżeń M u n c h - P e t e r s e n a objawy tego rodzaju występują również i wtedy, jeżeli chorzy przez pewien czas silnie mrugają powiekami — i tutaj bowiem występują na jaw zjawiska podobne do spostrzeganych pod dowolnym głębokim oddychaniem. Obie procedury mogą mieć podobne znaczenie rozpoznawcze, gdyż wydobywać mogą na jaw objawy ukryte i potęgują lub zmieniają objawy istniejące.

Wzmiankowane objawy, występujące po hiperwentylacji i po dowolnych ruchach mrugania powiekami w dziedzinie ruchowej, odruchowej i t. p. polegają prawdopodobnie na zmniejszonym zahamowaniu lub irradacji, na wzmożonej wrażliwości zachorzałych tkanek i ośrodków oraz na względnej lub absolutnej tonizacji.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. chorób nerwowych w szpitalu na Czystem.
(Ordynator: Dr. B r e g m a n).

Pozajelitowe wprowadzanie do ustroju białka w rozsianem schorzeniu układu nerwowego.

Podał

A. KR KOWSKI (Warszawa).

Pozajelitowe wprowadzanie obcego białka do ustroju ludzkiego jest stale modnym i żywym tematem, pomimo tego, że od stu blisko lat interesujący lecz niejasny ten problem jest znany przyrodnikom i biologom. Dlatego też zagadnienie to jest przedmiotem licznych dociekań eksperymentalnych. Istota tego pozornie prostego zjawiska zbyt głęboko sięga w procesy życiowe organizmu i komórki, aby mogła otrzymać określoną definicję i dlatego zaburzenia tu zachodzące pozostają jeszcze nadal w sferze luźnych przypuszczeń i licznych hipotez. Myśl biologiczna, bowiem, nie może dotrzeć do najprostszych tajników życia, nie umie ustalić granicy pomiędzy zdrowiem i chorobą, życiem i śmiercią, a tembardziej gubi się w zjawi-

skach, jakie czynniki z zewnątrz pochodzące spowodować mogą w ustroju żyjącym. Dlatego też w doświadczeniu, o którym tutaj mówić będę, oprę się jedynie na obserwacjach i faktach klinicznych, które pod względem praktycznym istotne mają znaczenie.

Stosując dziś tak rozpowszechnioną w leczeniu różnych chorób proteínoterapię, polegającą na parenteralnem wprowadzaniu obcego białka do ustroju, spostrzegłem, że przy podawaniu ogólnie przyjętych dużych dawek w niektórych przypadkach chorób układu nerwowego odczynu wogóle nie spostrzegałem — wprowadzenie pozajelitowe białka dla chorego przechodziło niepostrzeżenie, bezobjawowo, w innych zaś przypadkach odczyn ogólny był słabiej lub silniej zaznaczony.

Zupełnie inaczej rzecz się miała w schorzeniach układu nerwowego, przebiegających pod postacią stwardnienia wieloogniskowego i rozsianego schorzenia mózgu i rdzenia (*sclerosis multiplex i encephalomyelitis disseminata*).

W tych przypadkach zawsze obserwowałem odczyny ogólne o nasileniu b. znacznem, nieraz nawet gwałtowne w swoim przebiegu i intensyw-

ności. Tę stałość odczynu postanowiłem bliżej i dokładniej prześledzić w stwardnieniu wieloogniskowym i, zbliżonym do tego schorzenia, rozsianem zapaleniu mózgu i rdzenia, porównując, celem uniknięcia jednostronności, te odczyny z temi, jakie występują w innych chorobach nerwowych, a nawet w chorobach gorączkowo - infekcyjnych innej natury klinicznej i etiologicznej.

W powodzi licznych preparatów białkowych, w tak nadmiernej ilości produkowanych przez różne firmy, zatrzymałem się na zwierzęcym produkcie białkowym najbardziej rozpowszechnionym, najprostszym, najtańszym oraz najbardziej dostępnym. Jest to mleko krowie. Przekonałem się w moich doświadczeniach, że wszelkie manipulacje fabryczne obniżają tylko wartość tego naturalnego produktu — stąd błędne wyniki a zatem i błędne wnioski kliniczne.

Dla podniesienia własności biologicznych mleka, dla nadania mu pewnej standaryzacji posługiwałem się tylko mlekiem świeżym, które sterylizowałem w kąpieli wodnej przez $\frac{1}{2}$ godziny. Mlekiem w ten sposób przygotowanym, posługiwałem się w moich doświadczeniach.

Rozpocząłem od wstrzykiwania dawki mleka pośredniej w ilości 5 cm^3 , w celach porównawczych i dla ogólnej orientacji, co do liczby procentowej chorych, którzy na tę dawkę mleka reagują ogólnym odczynem. Odczyn ten ujawnia się przeważnie w wysokiej ciepłocie ciała, w złem samopoczuciu ogólnem (ból głowy, brak łaknienia, dreszcze, łamanie, darcie w kościach i mięśniach i t.p.).

Ogólna liczba chorych, dotkniętych różnymi chorobami układu nerwowego, a reagujących na tę dawkę mleka wyżej wspomnianymi objawami wahała się przeciętnie w granicach od 70 do 80%. W pozostałych przypadkach objawy reakcyjne były b. znikome, lub też brak ich było zupełnie. Zmniejszając stopniowo dawkę wstrzykiwanego domięśniowo mleka zauważyłem, że odsetek chorych dotkniętych tą lub inną chorobą nerwową, reagujących na obce białko, nie spada równomiernie ze zmniejszeniem ilości wstrzykiwanego mleka, lecz znacznie szybciej. Dojście zaś do pewnej granicy, którą okazała się stosunkowo mała dawka (1 cm^3 , a nawet jeszcze mniej) dało wynik zastanawiający. Otóż okazało się, że przy zbliżeniu się do 1 cm^3 mleka liczba chorych, oddziaływujących wyżej wspomnianymi objawami, które dla krótkości nazwę „odczynem wstrząsowym”, gwałtownie spada. Wśród chorych, ujawniających ten odczyn okazali się chorzy, dotknięci stwardnieniem wieloogniskowym i rozsianem ostrym zapaleniem mózgu i rdzenia w ich odmianach typowych i w postaciach nieraz daleko odstępujących od klasycznego obrazu klinicznego. Przyczem „odczyn wstrząsowy”, pomimo zredukowania dawki wstrzykiwanego mleka do 1 cm^3 , okazał się, co do nasilenia objawów wstrząsowych, nie mniej jaskrawy, niż go obrazowałem po użyciu dużych dawek. W innych zaś chorobach układu nerwowego, po tak małych dawkach mleka „odczynu wstrząsowego” nie obserwowałem, zastrzyknięcie bowiem, poza miejscową bolesnością, spowodowaną ukłuciem, przechodziło dla chorego niepostrzeżenie, bez wzniesienia się ciepłoty ciała, bez skarg subiektywnych. Chory na stward-

nienie wieloogniskowe natomiast już po kilkunastu godzinach wypowiada liczne skargi ściśle związane z zastrzyknięciem mleka.

Ta mała ilość (1 cm^3) wstrzykiwanego mleka wyróżnia przypadki stwardnienia wieloogniskowego i ostrego rozsian. zapalenia mózgu i rdzenia spośród innych chorób układu nerwowego, ze względu na ich uczulenie względem małych ilości obcego białka, a tem samem nadaje im cechy specyficzne, charakteryzujące właśnie te dwa cierpienia, z pokrewne nie tylko pod względem przebiegu klinicznego, lecz także etiologicznie i anatomicznie. 1 cm^3 mleka jest zatem dawką wybiórczą dla obu tych schorzeń nerwowych.

Dla uniknięcia błędów w obserwacji i wnioskach ostatecznych przeprowadzałem równocześnie liczne badania kontrolne na dużym materiale klinicznym. Dotyczyło to spraw chorobowych natury degeneracyjnej, nowotworowej, ostrych i przewlekłych zapaleń układu nerwowego (*atrophia i dystrophia muscul. progres., sclerosis lateralis amyotrophica*, nowotwory mózgu i rdzenia, *meningitis cerebrospinalis epid., meningitis tbc, poliomyelitis ant. acuta, lues cerebri, tabes dorsalis, spondylose rhizomelique, spondylitis tbc* i t. p.). W tych przypadkach po małej dawce mleka „odczyn wstrząsowy” nie występował. Moment ten tem bardziej nabiera znaczenia diagnostycznego, że powyższe objawy nie ujawniają się nawet w tych przypadkach, gdzie istnieje ognisko zapalne innej natury.

Przekonałem się, że przy istniejącej już gorączce w takich chorobach, jak *polyarthritus rheumatica ac., gonorrh., osteomyelitis, angina, erysipelas* i t. p. po 1 cm^3 temperatura nie wzrastała, powyżej istniejącej.

Na 110 przypadków w 60% „odczyn wstrząsowy” ujawniał się wysoką gorączką, w granicach $38,5-40^\circ$ w 40% temperatura wahała się pomiędzy $37,8-38,5^\circ$.

Podkreślić należy, że przed zastrzyknięciem ciepłota ciała była normalna, lub lekko podgorączkowa.

Objawy pozostałe, w postaci ogólnego osłabienia, złego samopoczucia, łamania, darcia w kościach i mięśniach i t. p., we wszystkich 100% występowały w całej pełni. Stała reakcja w postaci „odczynu wstrząsowego” ujawniała się już nieraz po upływie 2-3 godz., częściej jednak po 4-6, najpóźniej po 8 godz., od czasu dokonania zastrzyknięcia. Podniesiona ciepłota ciała utrzymywała się przez kilka godzin (do 10-ciu) i stopniowo opadała do normy. Objawy subiektywne złego samopoczucia, które w niektórych przypadkach, na pewien czas, przykuwały chorego do łóżka, utrzymywały się w granicach dość rozległych, od kilkunastu godzin do 3-4 dni.

Stałe występowanie w każdym przypadku stwar. wieloog. i rozsianego zapal. mózgu i rdzenia objawów subiektywnych, łączących się ściśle z zastrzyknięciem, jest tak jaskrawe, że można nie zadawać sobie trudu i nie mierzyć gorączki, ograniczając się do pozostałych objawów „odczynu wstrząsowego” patognomicznych tylko dla tych schorzeń. Jednakowy odczyn na tę samą dawkę mleka jest dowodem bliższego powinowactwa tych jednostek chorobowych i zaważyć może poważnie na ustaleniu rozpoznania.

W obu zespołach każdy nowy czynnik dja-gnostyczny ma wyjątkowo ważne znaczenie, gdyż częstokroć mamy do czynienia z nietypowym prze-biegiem klinicznym. Ze względu na poważny od-setek tych chorych na oddziałach nerwowych sprawy te budzą szczególne zainteresowanie. Codzien-ne niemal doświadczenie kliniczne poucza, że roz-poznanie stwar. wieloog. i ostrego rozs. zapal. mózgu i rdzenia w przypadkach typowych należy do najłatwiejszych zadań klinicznych, zaś w od-mianach nietypowych daje b. niejasny obraz kliniczny.

W ciągu ostatnich kilku lat przez oddział d-ra Bregmana przewinęła się b. pokaźna liczba tych chorych, których część mieliśmy spo-sobność przedstawiać na konferencjach neurolog. w Szpitalu oraz na posiedzeniach Tow. Neurol.

W całej galerii tych przypadków widzieliśmy odmiany, przebiegające w formie guza mózgu z pozornym umiejscowieniem w kącie mostowo-mózdkowym, w postaci odosobnionego zajęcia nn. ocznych, jako *neuritis retrobulbaris*, w postaci encephalomyelitis optique, *paralysis bulbaris* lub porażenia typu Landry, w formie *myelitis trans-versa*, guza rdzenia, rwy kulszowej i t. p. Należy przypuszczać, że istnieją jeszcze liczne inne formy i postacie stwar. wieloog. i *enceph. diss.*, których klinika nie zna, lub nie umie rozpoznać, a które ze względu na charakter anatomo-patologiczny tych cierpień mogą naśladować i symulować naj-rozmaitsze nozologiczne jednostki chorobowe — stąd polimorfizm tych chorób układu nerwowego.

W rozpoznaniu tych chorób doniosłą rolę, w myśl licznych obserwacji Goldflama, odgrywa objaw Rossolimo. Inne objawy kli-niczne, uważane dotychczas za patognomoniczne, mogą zupełnie nie ujawniać się przy badaniu, lub występują w formie b. dyskretnej. Pomimo zatem braku tak klasycznych objawów, jak mowa skan-dowana, drżenie zamiarowe, oczopląs, i przy obec-ności odruchów brzusznych wyłączyć można nie-zawsze to cierpienie. Jak zatem widać, powyższe własności upoważniają do szukania nowych cech klinicznych ewent. biologicznych, celem większego ugruntowania rozpoznania. Próba biologiczna z 1 cm³ domięśniowo wstrzykniętego mleka w du-żym stopniu wypełnia tę lukę.

Nie będę tutaj przytaczał historii chorób, objawów klinicznych w poszczególnych przypad-kach, wśród nich licznych przypadków trudnych pod względem rozpoznawczym ze względu na póź-ny wiek chorych, przypadków rodzinnych, przy-padków, gdzie lokalizacja ogniska, wzgl. kilku ognisk kierowała myśl zupełnie na inne tory, jak np. pod postacią *myelitis transversa* z kompletnym porażeniem kkd., z zaburzeniami w urynowaniu, z wyraźnie odcinającą się granicą czucia, lub przypadków *scl. mult.*, które ze względu na roz-szczepienie czucia naśladowały jamistość rdzenia, pozatem tych wszystkich przypadków, o których już wyżej wspominałem. Po kilku tygodniach a na-wet miesiącach obserwacji we wszystkich tych przypadkach rozpoznano *scl. multiplex*.

Już w 1-ych dniach pobytu tych chorych na oddziale próba powyższa wypadła wybitnie do-datnio. Próba ta, ustalając rozpoznanie, zapobiec powinna stosowaniu niezupełnie obojętnych metod

rozpoznawczych (lipjodol), pozwala unikać fałszy-wego rokowania i kieruje terapię na właści-we tory.

Zauważyłem, że w niektórych przypadkach po burzliwym „odczynie wstrząsowym” po 2-3 dniach, samopoczucie chorych ulegało znacznej poprawie, zmniejszały się, a nieraz nawet zupełnie ustępowały dokuczliwe parestezje i bóle.

To dało mi asumpt do kontynuowania zastrzy-kiwań w celach leczniczych. Ze względu na mę-czące chorego „odczyny wstrząsowe”, które wy-wołuje już mała ilość mleka, postanowiłem nie po-większać tej dawki. Stosuję zatem domięśniowo po 1 cm³ mleka codziennie dopóty, dopóki nie nastąpi spadek temperatury poniżej 37°, co jest oznaką odczulenia chorego ustroju na białko mleka krowiego.

Takie niespecyficzne odczulenie chorego orga-nizmu, w swym ostatecznym wyniku, miało nie-rzadko dodatni wpływ na przebieg chorobowy. Poprawa przedmiotowa klinicznie ujawniała się w większej rozległości ruchów dowolnych, w zmniejszaniu się bezładu dynamicznego i statycznego, w obniżaniu hipertencji oraz redukcji innych obja-wów chorobowych (parestezji, bólów i t.p.).

Stosowanie dużych dawek mleka, jak to ogół-nie jest przyjęte, wydaje się mi mniej celowem w *scl. mult.* i *enceph. diss.*, albowiem w tych cho-robach nie należy wykorzystywać nadmiernego od-czynu ustroju i tak b. wrażliwego na obce białko. Zestawienia anamnestyczne wykazują, że chorzy ci ujawniają wyjątkowe uczulenie względem cho-rób zakaźnych; mógłbym przytoczyć niejedną przy-padek, gdzie w wywiadach zanotować można było kilka chorób infekcyjnych, przebytych w dzieciń-stwie lub w wieku późniejszym. Wywiady wska-zują czasami na pewien związek pomiędzy *scl. mult.* i gruźlicą.

W tej samej rodzinie jedna siostra dotknięta jest *meningitis tbc.*, u drugiej w tym samym mniej więcej czasie powstają pierwsze objawy stwardnie-nia wieloogniskowego.

Żadna z metod leczniczych nie zyskała w *scl. mult.* i *enceph. diss.* całkowitego prawa oby-watelstwa. Dlatego też istnieje takie mnóstwo me-tod leczniczych. Leczą je szczepionkami — gron-kowcową, durową (Gross, Dreyfus, Hanan, Schocherl, Marburg i inni), zimnicą i dorem powrotnym (v. Wagner-Jauregg, Sterner, Gross, Dreyfus i in.). Od czasu znalezienia w przypadkach stwar. wieloog. krętków zaczęto stosować preparaty chemoterapeutyczne, dlatego też znalazły zastosowanie takie środki jak neosal-varsan, salwarsan srebrny Albert 102, Germanin i in., to znowu stosują tetrofan, chininuretan, antymon i t.p. Zgodnie z podstawowymi wynikami badania bio-chemicznego płynu mózg-rdzen. uwa-żam za zupełnie uzasadnione stosowanie rentgeno-terapii w *scl. mult.* i *enceph. diss.*¹⁾.

W porównaniu z wynikami terapeutycznymi, obserwowanymi po innych sposobach leczenia, metoda odczulająca niespecyficzna zasługuje na szczególną uwagę.

1) A. Krakowski: Kwasica i alkalozja w patol. ukl. ner-wowego. Neur. Pols. tom XIII 1930.

Wyniki ostateczne upoważniają do dopatrywania się w tej metodzie przede wszystkim dostępnego i prostego sposobu diagnostycznego, który w szybkości orientacyjnej przewyższa inne metody badania.

Niepozbowany jest również ten sposób postępowania i znaczenia leczniczego.

Wysuwa się też tutaj zagadnienie interesujące pod względem praktycznym a mianowicie, że pomiędzy leczeniem specyficznym i terapią nieswoistą nie można ściśle ustalić granicy.

Proteinoterapia swoista może być w swych wynikach równowartościowa z terapią nieswoistą.

Zadna z dotychczasowych teorii nie wyjaśnia całokształtu wpływu leczniczego ciał białkowych na chory ustroj. Zagadnienie to stoi w ścisłym związku z problemem infekcji, odporności i samo-

wyleczeniem ustroju w chorobach zakaźnych. Niezbędny jednak jest tutaj współdział układu nerwowego, w szczególności zaś ośrodków nerwowych, regulujących wszystkie przejawy życia zwierzęcego, czyli ośrodków układu wegetatywnego. Twierdzenie to znajduje tem większe uzasadnienie w stw. wieloog. i roz. zap. mózgu i rdzenia, że w cierpieniach tych układ wegetatywny b. często zostaje wciągnięty w proces chorobowy.

Ustrój chorego na stward. wieloogn. jakieśmy się przekonali, żywo reaguje na b. małe dawki obcego białka dzięki swemu nastawieniu i wrażliwości specyficznej.

Tę właśnie wrażliwość należy przede wszystkim zwalczyć w celach leczniczych, gdyż ona, w myśl badań Schicka, Dicka i Besredki, uczula ustrój na różne czynniki chorobotwórcze.

Z praktyki prywatnej

Jak zmniejszyć liczbę jam niemych *)

Podał

Alfred KAMSLER (Zakopane)

Losy auskultacji jako metody, służącej do rozpoznawania chorób płucnych, są bardzo zmienne. Zrazu auskultacja była podstawą diagnostyki, potem znaczenie jej zmalało w miarę rozwoju radiologii, a obecnie znaczenie jej o tyle się podnosi, że okazało się, iż obie wspomniane metody się nie wyłączają, lecz raczej uzupełniają.

We Francji, w kolebce auskultacji, mnożą się ostatnio prace, które starają się przywrócić znaczenie osłuchiwanie. Między innymi, Giraud ogłosił w r. 1927 bardzo ciekawą pracę, w której poddał rewizji nasze dotychczasowe wiadomości o powstawaniu szmerów płucnych i ich znaczeniu rozpoznawczym. Powołuje się on w owej pracy na Rista i twierdzi, że wszystkie szmery oddechowe, które można wysłuchać, nie wyłączając szmeru pęcherzykowego, powstają w głośni i w okolicy podgłośniowej. Szmer ten, powstały w głośni, ulega modyfikacji przez zetknięcie się ze zdrową względnie chorą tkanką płucną, a zależnie od rodzaju zmian słyszymy oddech pęcherzykowy, pęcherzykowo-oskrzelowy, dzbanowy i t. d. Oddech jamowy jest tego samego pochodzenia. Jama działa jako pudło rezonansowe i powoduje swoiste zmiany oddechu. Wnioski te wyciąga Rist z obserwacji ciężko chorego, u którego musiano przeprowadzić tracheotomię. Z chwilą dokonania operacji wszystkie szmery znikły. Nie chciałbym tutaj rozstrzygać, czy zapatrywania te są słuszne, z pewnością, bowiem, przyjąć można, że oddech pęcherzykowy powstaje samoistnie wskutek rozszerzania się płuca i oddalenia się ścian pęcherzyków płucnych podczas oddychania (Sahli). Sprawa ta nie ma dla nas większego znaczenia.

O wiele ważniejsze są zapatrywania Girauda na powstawanie szmerów dodatkowych. Rozróżnia on trzy grupy: 1) szmery muzyczne, powstają one pod głośnią w tchawicy i oskrzelach

przez uderzenie powietrza w pasemka zgęszczonego śluzu, przyczem śluz odgrywa rolę wibrującej błony. 2) Trzeszczenia, które powstają w pęcherzykach przez nagłe oddalenie się ścian w chwili wdechu przy obecności małych ilości śluzu. 3) Rzężenia bańkowe. Powstają one wtedy, gdy powietrze nie może wtargnąć do oskrzeli, wypełnionych płwociną. Zależnie od wielkości oskrzeli i ilości płwociny można rozróżniać rzężenia drobno-średnio i wielko-bańkowe. Rzężenia te powstają albo w małych oskrzelach, albo w samym miąższu płucnym, w zniszczonych częściach płuc, lub w drenującym oskrzeliu. W pobliżu jamy przybierają one charakter dźwięczny i stanowią dla niego dostateczny objaw jamy. To są rzężenia, które nas będą najbardziej interesować. Trzaski odpowiadają według niego, pojedynczym drobnym dźwięcznym rzężeniom. Na interpretację tę powstawania trzasków trudno się zgodzić i należy raczej podobnie, jak Sahli, przyjąć, że są one szmerami muzycznymi, które powstają dzięki bardzo gęstej i ciągnącej się wydalinie. Zapatrywanie to jest zdaje się słuszniejsze.

Omawiając rzężenia, zwraca się autor słusznie przeciw pojęciu rzeń wilgotnych, gdyż wszystkie rzężenia powstają w gruncie rzeczy dzięki płwocinie i są już przez to wilgotne.

Powyższy podział rzeń zawodzi może poniekąd pod względem teoretycznym, ale jest bardzo praktyczny, gdyż ułatwia interpretację słyszanych szmerów podczas wysłuchiwanie. Zasadniczo najważniejsze jest stanowisko Girauda w sprawie rzeń dźwięcznych, które ujmuje on jako objaw jamy. Przekonamy się później, że jest ono słuszne i że zasługuje na uznanie.

Jak już wspomniałem, z różnych stron podnoszą się w ostatnim czasie głosy, nawołujące do zmiany podziału dotychczasowego rzeń i ich interpretacji. Oeri w Szwajcarii rozróżnia tylko rzężenia metaliczno-dźwięczne i niedźwięczne, a w sprawie jam wypowiada się następująco: „Rozpoznajemy wogóle zamało jam, zdaje się dlatego, że nikt nie odważy się postawić rozpoznania bez stwierdzenia objawów klasycznych”.

W Niemczech Ulrici jest zdania, że od-

*) Według odczytu w Towarzystwie Lekarskim w Zakopanem.

dech dzbanowy i grubo-bańkowe dźwięczne rżenia są pewnymi oznakami jamy. Wypuk bębenny stwierdza się, według niego, tylko przy bardzo wielkich jamach a znane klasyczne objawy Wintricha i Gerhardta nie mają, według niego, żadnego znaczenia.

Objawy klasyczne występują przeważnie wtedy, gdy jama osiągnęła pewną wielkość. Małe i ukryte jamy, których rozpoznanie jest nieraz trudne nawet w obrazie roentgenologicznym, nie dają tych objawów prawie w żadnym przypadku. Często rozchodzi się tutaj tylko o małe ogniska rozpadowe, których rozpoznanie wysłuchowe nie odpowiada dawnym wymaganiom.

Przeglądając jakikolwiek podręcznik medycyny, jest się zdumionym opisem rozpoznawania gruźlicy, a szczególnie rozpoznaniem jamy gruźliczej. Dla pewnego rozpoznania ciągle jeszcze wymaga się przeważnie wypuku bębenkowego, wielko-bańkowych dźwięcznych rżeń i oskrzelowego oddechu. Pewnymi objawami jamy, według tych opisów, są jedynie dźwięki metaliczne. Nawet tak znakomici ftizjolodzy, jak Turban i Staub w swej znanej pracy o samoistnem leczeniu się jam twierdzą, iż dla stwierdzenia jamy należy posługiwać się metodami klasycznymi. Wymagania te są stanowczo przesadzone, gdyż bardzo utrudniają wysłuchowe rozpoznanie jam. Opierając się bowiem na nich, można rozpoznać jamę tylko w nielicznych przypadkach. Według Burnanda 50% jam jest niemych, a Lasar-Maude podaje, że tylko w 17 proc. można jamę wysłuchać.

Dla chorego nie jest obojętne, kto posługuje się klasycznymi metodami wysłuchowymi. Jeśli lekarz w lecznicy uznaje tylko dawne metody i osiąga w ten sposób wielką liczbę jam niemych, to pozostaje to bez większego znaczenia, gdyż oprócz rozpoznania wysłuchowego stosuje on z pewnością również inne metody badania, przy których pomocy może łatwo stwierdzić obecność jamy. Natomiast lekarz praktyk, który opiera się wyłącznie na szkole klasycznej i nie ma do swego rozporządzenia aparatu roentgenowskiego, nie może sobie zdać dostatecznie sprawy ze stanu chorego, gdyż obecność nawet dźwięcznych rżeń nie musi być, według starej szkoły, objawem ciężkiego schorzenia. W ten sposób działa on na szkodę chorego, gdyż poddaje go zapóźno odpowiedniemu leczeniu.

Nie ulega kwestji, że dżagnostyka chorób płuc ma bardzo wiele do zawdzięczenia radiologii, auskultacja jednak, jak wogóle dżagnostyka fizykalna pozostaje podstawą badania lekarskiego. Różne czynniki przemawiają za tem, nie mogą ich jednak omówić tu bliżej z braku czasu.

Chciałbym w kilku słowach podkreślić znaczenie radiologii. Polega ono przede wszystkim na tem, iż radiologia nauczyła nas, że posługując się metodami klasycznymi, można stwierdzić obecność jamy tylko w małej odsetce przypadków, jak to wynika ze zestawień Burnanda i Lasar-Maudego. Dalej porównanie zdjęć rentgenowskich z rozpoznaniem wysłuchowym wykazało, że nie można się opierać tylko na jednej z tych metod, lecz dla dokładnego rozpoznania należy posługiwać się radiologią i auskultacją. Dalsze znaczenie radiologii polega na tem, przekonała nas ona, iż już przy małych zmianach wysłuchowych można

podejrzewać istnienie jamy. Radiologia ftizjologiczna przyczyniła się zatem do lepszego zrozumienia auskultacji.

Wobec tego, iż z wielu stron podnoszą się głosy w sprawie wysłuchowego rozpoznania jam, przejrzałem wszystkie historie chorób z ostatnich lat dla zbadania wspomnianego zagadnienia. Przyznaję, że wyniki każdej statystyki, która się tym tematem zajmuje, mają tylko znaczenie subiektywne, gdyż z jednej strony różni lekarze różnie klasyfikują słyszane dźwięki, z drugiej zaś strony zachodzą wielkie różnice, przy osądzaniu samych zdjęć rentgenowskich. Podobnie jak auskultacja często zawodzi, tak trudno jest nieraz bez uwzględnienia innych objawów klinicznych wydać sąd o zmianach płucnych tylko na podstawie zdjęcia. Pomyłki są częste, a odnosi się to przede wszystkim do interpretacji widzianego obrazu. Na wszelki wypadek należy pamiętać o tem, że obraz, przypominający jamę, można wytłumaczyć zgrubieniami opłucny, odmą samoistną, rozstrzeniami oskrzeli i t. p. Można śmiało powiedzieć, że ponieważ i zdjęcie rentgenowskie ponosi winę w tem, że zapatrywania nasze są nieściśle pod względem jam niemych. Ci, którzy na obrazie rentgenowskim rozpoznają wielką liczbę jam, mają większą liczbę jam niemych, a ci, którzy w osądzaniu jamy na filmie, są ostrożni, mają mniejszą liczbę jam niemych.

Chciałbym podkreślić, że jeśli jama jest na obrazie rentgenowskim niewidoczna, a rozpoznanie wysłuchowe przemawia za jamą, to jama ta niezawodnie istnieje. Dotychczas robiono zdjęcia rentgenowskie przede wszystkim dla kontroli rozpoznania wysłuchowego. Kontrola ta nie jest jednak sawsze miarodajną. W pewnych przypadkach rozpoznanie wysłuchowe daje może dokładniejszy obraz choroby, aniżeli zdjęcie. Można to najlepiej udowodnić, śledząc samoistne leczenie się jam. Ogólnie jest się zdania, i słusznie, że dla stwierdzenia wyleczenia nadaje się przede wszystkim zdjęcie rentgenowskie, na którym najlepiej można śledzić zaciągnięcie się, względnie zanik jam. Są jednak przypadki, choć nieliczne, w których rozpoznanie wysłuchowe jest pod tym względem pewniejsze, aniżeli zdjęcie. Zademonstrowane zdjęcia wykazują znaczne zaciągnięcie się jamy w lewym płucu i zanik rozsianych ognisk, a jednak wysłuchowo nie było żadnej różnicy pomiędzy pierwszym a drugim zdjęciem. Pocieszenie chorego na podstawie wyniku zdjęć byłoby w tym przypadku nie na miejscu. Przypadek ten jest o tyle pouczający, iż ostrzega przed lekceważeniem wysłuchiowania.

Nie chciałbym, ażeby mnie źle rozumiano. Uznaję w zupełności, że zdjęcie rentgenowskie płuc jest w obecnym stanie w każdym przypadku nieodzowne. Zdarza się jednak, że lekarz nie może zawsze zalecić zrobienia zdjęcia bądź z technicznych bądź z finansowych względów i dla tych lekarzy są przeznaczone następujące wywody.

Najważniejszym pytaniem dla mnie było to, przy jakich najmniejszych objawach wysłuchowych można przypuszczać, że jama istnieje? Badając chorego postępuje się tak, że naprzód się go wysłuchuje a później robi zdjęcie, kontrolując w ten sposób rozpoznanie wysłuchowe. Moje postępowanie

nie dla celów statystyki było inne. Naprzód oglądałem, bowiem, zdjęcia, wyszukiwałem na nich jamy i dopiero później porównywałem zdjęcia z rozpoznaniem wysłuchowem. Wynik był ten, że w 85 proc. jam stwierdzonych na zdjęciu mogłem zauważyć następujące objawy wysłuchowe: 1) zmieniony oddech, co najmniej osłabiony lub oskrzelowo-pęcherzykowy, 2) dźwięczne rżenia średnio i grubo-bańkowe, 3) zwykłe bańkowe rżenia, które dawały się usłyszeć razem z poprzedniami. Obojętne jest w jakim wzajemnym stosunku liczbnym pozostają te rżenia. Najważniejsze jest, że ta *trias* istnieje, a przede wszystkim, że dają się słyszeć rżenia dźwięczne. Rozumie się, że wśród tych 85 proc. przypadków pewnych jam były przypadki z rżeniami metalicznymi, trzeszczeniami, piskami, z silnie zmienionym oddechem, z bronchofonią, zmienionym wypukiem i t. d. Nieraz słyszy się liczne rżenia bańkowe i tylko pojedyncze rżenia dźwięczne po kaszlu. Słyszając je, można być prawie pewnym, że jama istnieje. Podkreślić muszę, że podczas badania powinien chory kaszleć pod koniec wdechu, jak tego żądają *Ulrici* i *Oeri*. Nie wolno choremu naturalnie kaszleć za dużo i za silnie, bo wtedy rżenia mogą na pewien czas zniknąć. Jeśli dwóch lekarzy bada chorego równocześnie, jeden z przodu, drugi z tyłu, to może się zdarzyć, że jeden z nich słyszał jamę, a drugi nie. Można by w tych przypadkach powiedzieć, że jama wykaszlała swą zawartość i stała się chwilowo niema.

Jeśli się porównuje wielkość jam z odpowiednim rozpoznaniem wysłuchowem, to można stwierdzić, że w wielkich jamach przeważa zmieniony oddech, a w małych przeważają rżenia. To podlega jednak wahaniu i zależy w wielkiej mierze od topograficznego położenia jamy.

Jeśli przyjmiemy, że powyżej podana *trias* wysłuchowa stanowi najmniejsze zmiany wysłuchowe, przy jakich można stwierdzić jamę, to wynika z tego, że jamy nieme istnieją tylko w 15 proc. W pozostałych rozpoznanie nie było jednak zupełnie ujemne. W jednej trzeciej części słysząc było rżenia bańkowe i różne inne kombinacje wysłuchowe bez rżeń dźwięcznych. W pozostałych dwóch trzecich można było słyszeć rżenia dźwięczne, ale zazwyczaj tylko drobno-bańkowe. Jeżeli wszelkie rżenia dźwięczne odpowiadają istnieniu jamy, to liczba niemych jam spadłaby do 5 proc. Ale dla doświadczonego badacza, nie mówiąc już o początkującym, rozpoznanie jamy tylko na podstawie pojedynczych dźwięcznych rżeń jest bardzo trudne. Można przyjąć, że pojedyncze dźwięczne rżenia są objawem rozpadu ale tak mało, że nie można uważać go za jamę. Jeśli nierozpoznanie jamy może mieć fatalne skutki dla chorego, to należy się oczywiście wystrzegać rozpoznania jamy, tam gdzie jej nie ma. To też twierdzenie *Girauda* idzie nieco zdaleko. Jeśli się chce mimo wszystko rozpoznać jamę na podstawie drobnych dźwięcznych rżeń, to należy wówczas zrobić zdjęcie, aby usunąć w ten sposób wszelkie wątpliwości. Opierając się na kombinacji zmienionego oddechu i rżeń dźwięcznych i bańkowych można, jak już powiedziałem, w 85 proc. ustalić rozpoznanie jamy. Licząc się więc z dokładnem badaniem chorego, osiągnęliśmy w ten sposób pewną względną niezależność od zdjęcia rentgenowskiego. Nie znaczy to, by zdjęcie i w tych przypadkach było zbyt cenne, już choćby z tego powodu, że nie można obecnie leczyć gruźlicy płuc bez zdjęcia, ale chciałbym tylko podkreślić, że już na podstawie nielicznych objawów wysłuchowych można sądzić o istnieniu jamy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O diagnostyce niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki.

Podał

Stefan DOBRYSZYCKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz № 40)

Dopiero wprowadzenie zgłębnika *Einhorna* dało możliwość bezpośredniego otrzymania soku dwunastniczego w stanie niezmienionym.

Zgłębnik zakłada się do dwunastnicy naczczu. Pod wpływem podrażnienia błony śluzowej wydziela się sok dwunastniczy, w którym określa się zaczyny trzustkowe. Metoda ta zapoczątkowała nowy okres prac w tej dziedzinie.

Jednak nadzieje pokładane w tej metodzie w znacznym stopniu zawiodły. Porównując wartości zaczynów trzustkowych, otrzymanych u tego samego osobnika w treści dwunastniczej naczczu w ciągu szeregu dni, przekonano się, że różnice tu są znaczne już u ludzi zdrowych. Jest to zrozumiałe, jeśli zważy się, że treść

dwunastnicza obok soku trzustkowego zawiera jeszcze domieszki soków kiszkowego, żołądkowego oraz żółci. W zależności od zmiennej ilości tych domieszek waha się w szerokich granicach stopień rozcieńczenia soku trzustkowego, a w związku z tem ulega też znacznym wahaniom zawartość w nim zaczynów.

Otrzymywanie różnych wyników zależy nie tylko od zawartości zaczynów trzustkowych, lecz także od szeregu innych czynników: od zmiennej ilości wzmiankowanych domieszek (żółci, tego silnego aktywatora *lipaz*, soli i t. d.), a przede wszystkim od stężenia jonów wodorowych (*Katseh*, *Gubergritz* i inni). Wobec niedoskonałości metodyki badań nie można ustalić ścisłych wartości dla zaczynów trzustkowych w treści dwunastniczej naczczu nawet w przypadkach normalnych.

Niektórzy autorowie ograniczają się do podania liczb minimalnych, spotykanych u ludzi ze zdrową trzustką, [według *Filińskiego*: *Tr* — (metoda *Grossa*) $\frac{38^0}{30} = 200$, *D* — (*Wohlgemuth*) $\frac{38^0}{30} = 160$

$L-(\text{Chiray-Bondi}) \frac{38^0}{24^h} = 1,0$; według *Isaac-Kriegera*: $Tr = 125$, $D = 161$, $L = 1,0$].

Za osłabienie zdolności trawiennej treści dwunastniczej uważa się taką zawartość zaczynów trzustkowych, która będzie wyrażać się liczbami niższymi od wymienionych.

Nie zawsze jednak dla przyczyn wyżej już wymienionych i później przytaczanych liczby, mniejsze od podanych za prawidłowe można uważać za patologiczne.

Stwierdzenie tylko zupełnego braku zaczynów trzustkowych jest ważnym objawem dżagnostycznym, wskazującym na niedrożność przewodu *Wirsunga* lub bezsok trzustkowy.

Badanie treści dwunastniczej naczcho nabrało większego znaczenia od chwili zwrócenia uwagi, że wartości dla oznaczonych zaczynów należy oceniać łącznie z ilością wydzielanego soku dwunastniczego. Skąpy naprzykład zagęszczony sok o dużej zawartości zaczynów trzustkowych posiada taką samą siłę trawienną, jak obficie wydzielany rozcieńczony sok o zmniejszonej zawartości tych zaczynów.

Ilości soku dwunastniczego, wydzielanego w normalnych przypadkach ze względu na rozmaitą ilość domieszek (soków żołądkowego, kiskowego, żółci i t. d.) wahają się w szerokich granicach.

Według licznych autorów (*Gross*, *Włodzin* i inni) wynoszą one przeciętnie od 5 — 30 cm³ pro 15'.

W ostatnich czasach niektórzy autorowie do badania treści dwunastniczej naczcho dołączają bezpośrednio jeszcze próby czynności trzustki pod wpływem środków, wzmagających jej wydzielanie (autorowie ci uważają podrażnienie przez samą oliwkę metalową za niedostateczne). Do tego celu używa się najczęściej słabego roztworu kwasu solnego (według *Delocha* N/10, według *Gubergritza* 0,5%), eteru lub 33% roztworu siarczanu magnezu.

Po wstrzyknięciu do dwunastnicy jednego z tych środków w otrzymanej treści dwunastniczej oznacza się zaczyny. Dopiero porównanie wartości przed i po podrażnieniu, daje możność wyciągnięcia wniosków o czynności trzustki.

Dzięki tej metodzie zmieniły się poglądy badaczy na niektóre zagadnienia.

Do niedawna sądzono, że istnieje ścisła zależność przyczynowa pomiędzy bezsokiem żołądkowym i trzustkowym i podejrzewano wtedy zmiany organiczne trzustki. Nowsze badania, oparte na dopiero co opisanej metodzie wykazują, że czynność wydzielnicza trzustki przy bezsoku żołądkowym bardzo często jest zachowana, a nawet wzmożona.

Świadczy to, że chodzi tu o zaburzenia tylko czynnościowe i przeczy istnieniu stałego związku przyczynowego pomiędzy bezsokiem żołądkowym i trzustkowym (*Chiray*, *A. Landau* i inni).

Gubergritz i jego uczniowie zapoczątkowali jeszcze badania soku dwunastniczego nad zdolnością wydzielniczą trzustki w zależności od diety.

Próba ta opiera się na doświadczeniach *Pawłowa*, czynionych na psach i na klinicznym materiale szkoły *Gubergritza*. Trzustka pod wpływem jednostajnej diety (wyłącznie białkowej, lub tłuszczowej, lub węglowodanowej) z czasem wydziela w większych ilościach zaczyny trawienne odpowiednio do stosowanej diety.

Gubergritz podawał dietę mieszaną, w

której przeważał ten lub inny składnik pożywienia. Pacjent otrzymuje w ciągu pierwszych dwóch tygodni dietę, składającą się z małych ilości białka i węglowodanów i bardzo dużej ilości tłuszczów. W ciągu następnych dwóch tygodni zmniejszoną ilość tłuszczów przy niezmienionej niewielkiej ilości węglowodanów i odpowiednio zwiększonej ilości białka. W trzecim dwutygodniowym okresie normalne ilości tłuszczów i białka i bardzo duże ilości węglowodanów. Dzięki tej metodzie udało mu się stwierdzić nierównomierność w wydzielaniu zaczynów trzustkowych, t. zw. *dyspancreatismus* (*Einhorn*) — zmniejszenie wydzielania tylko jednego albo dwóch zaczynów trzustkowych. Wskazuje to, że należy każdorazowo badać zawartość dwunastnicy na obecność wszystkich trzech zaczynów.

Gubergritz miał sposobność przeprowadzać badania nad czystym sokiem trzustkowym u chorego z przetoką trzustki, powstałą po usunięciu torbieli tego narządu.

Przekonano się tu również o zdolności dostosowania się trzustki do zmiennych wymagań diety.

Podczas badań swych spostrzegał autor ten bardzo cenny objaw dżagnostyczny. Przy podawaniu większej ilości tłuszczów chorzy ze zmianami trzustki uskarżali się na znaczne osłabienie apetytu, jednocześnie też zmniejszała się ilość lipaz w soku dwunastniczym.

Metoda ta ma wykrywać wczesne okresy przewlekłych stanów trzustki. Przewyższa ona, zdaniem *Gubergritza*, pod tym względem wszystkie próby, wyżej omawiane, wykazujące tylko bardzo znaczne uszkodzenia trzustki, lecz wymaga dużo czasu i jest bardzo żmudna.

W poszukiwaniu praktyczniejszych metod dżagnostycznych wprowadzano coraz to nowe sposoby badania. Tutaj przedewszystkiem należy wymienić badania na diastazy i lipazy we krwi i moczu.

Liczni badacze spostrzegali (*Pawłow*, *Wohlgemuth*, *Rona*, *Strauss* H. i inni), że zaczyny trzustkowe z chwilą zahamowania ich dopływu do dwunastnicy, przedostają się do krwi i do moczu, gdzie są wykrywane w zwiększonej ilości.

Stwierdzono to też w ostrych stanach zapalnych trzustki. Odwrotnie zmniejszenie się tych zaczynów we krwi i moczu spostrzega się przy zaniku trzustki.

Miarodajne jest jedynie jednoczesne określanie diastaz we krwi i moczu. Niekiedy bowiem zwiększenie diastaz stwierdza się tylko w jednym ze wzmiankowanych płynów. Zwiększenie diastaz w moczu może być skutkiem li tylko wytwarzania ich przez same nerki. Innym znowu razem zwiększona ilość diastaz krwi może nie przedostawać się do moczu z powodu obniżonego progu przepuszczalności nerek. Zdaniem licznych autorów (*Marten*, *Unger*, *Rosenberg* i inni) stwierdzenie zwiększonych ilości diastaz obok hiperglikemji i glukozurji przemawia za cierpieniem trzustki.

Dotyczy to jednak przedewszystkiem przypadków ostrych.

Wartość dżagnostyczna oznaczania lipaz we krwi jest jeszcze wątpliwa. We krwi bowiem znajdują się lipazy, które pochodzą z różnych narządów. Według *Rona* lipazy trzustkowe cechują się tem, że nie ulegają niszczącemu działaniu atoksylu.

Normalnie we krwi nie wykrywamy ich.

Według licznych autorów (*Katsch*, *Kwilecki*, *Nussbaum* i inni) w cierpieniach trzustki zawartość tych lipaz we krwi jest duża. Jednak nie-

którzy autorowie (K o b r y n e r, G u b e r g r i t z) nie znajdowali w przypadkach podostrych i przewlekłych zwiększenia atoksylopornych lipaz we krwi. Poza tym inni autorowie (H e r z f e l d i E n g e l, K o b r y n e r) twierdzą, że lipazy pochodzące z innych narządów (z tarczycy, wątroby) są atoksyloporne. Nadomiar wszystkiego należy podnieść trudności oznaczania lipaz we krwi wogóle, a atoksylopornych w szczególności, czem się może tłumaczyć rozbieżność wyników.

Drugi kierunek djagnostyki niedomogi zewnętrznej trzustki oparł się na badaniach czynności dokrewnej tego narządu.

Ścisły związek anatomiczny części gruczołowej trzustki z wysepkami L a n g e r h a n s a pozwala podejrzewać, że omawiane tu schorzenia nie pozostaną bez wpływu na czynność aparatu wysepkowego.

Dotychczas nie zdołano metodą bezpośrednią określić stopnia zaburzeń czynnościowych tego narządu. O czynności jego sądzimy według wyników badań przemiany węglowodanowej.

Niedawno S t a u b - T r a u g o t t i P o l l a c k badali krzywą glikemiczną po obciążeniu glukozą. Wprawdzie te próby obciążenia już dawno były czynione w celach djagnostycznych schorzeń trzustki. Lecz jednorazowe obciążenie glukozą powoduje hiperglikemję poza cierpieniem trzustki również w szeregu schorzeń innych narządów, np. wątroby, systemu nerwowego wegetatywnego (H i r s c h h o r n). S t a u b - T r a u g o t t obciążają dwukrotnie glukozą, przyczem glukoza w ilości po 50 gramów podawana jest w ciągu jednej do półtorej godziny. U ludzi ze zdrową trzustką tylko pierwsza dawka cukru wywołuje krzywą przecukrzenia, druga zaś porcja takiej zwyżki cukru we krwi nie daje, gdyż przypada na okres hiperinsulinemji.

Przy cierpieniach trzustki stwierdza się natomiast wzniesienie krzywej glikemicznej również po drugiej porcji, przyczem krzywa ta bardzo powoli wraca do punktu wyjściowego.

Próba ta wykazywać ma niedomogę czynnościową aparatu wysepkowego, a więc i trzustki (P o l l a c k, H i r s c h h o r n). Metoda ta jednak wymaga potwierdzenia na większym materiale u chorych, nie dotkniętych cukrzycą. Sprawą tą u nas zajmował się K r o t o w s k i. Jego zdaniem badanie tolerancji na obciążenie cukrem mogłoby mieć tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze w schorzeniach trzustki, gdyby dało się w jakiś sposób odróżnić zaburzenia tolerancji ustroju na cukier, wywołane schorzeniem trzustki od zaburzenia, wywołanego innymi schorzeniami.

Wychodząc z założenia, że zaburzenie tolerancji na cukier gronowy przy schorzeniach trzustki jest wynikiem niedostatecznej ilości insuliny, albo niedostatecznie sprawnego jej wydzielania, K r o t o w s k i oparł badania swe na porównaniu dwóch krzywych przecukrzenia. Jednej po obciążeniu 50 gramami glukozy, drugiej po podaniu 10 jednostek insuliny i obciążeniu 50 gramami glukozy. Skoro zmniejszenie tolerancji na cukier wywołane zostało niedostateczną czynnością aparatu wysepkowego trzustki, podanie insuliny tolerancję zwiększy, a wtedy przebieg krzywej będzie prawidłowy, albo co najmniej przecukrzenie będzie mniejsze i prędzej nastąpi powrót do poziomu prawidłowego.

K r o t o w s k i przekonał się, że opierając się na tem badaniu można z dużem prawdopodobieństwem stwierdzić, czy w danym przypadku istnieje schorzenie trzustki, czy nie.

Tylko w przypadkach ze schorzeniem trzustki krzywa przecukrzenia, wykazująca zaburzenia przemiany węglowodanowej, po podaniu insuliny szybciej opada, niekiedy nawet do poziomu prawidłowego. Natomiast w innych przypadkach, w których zaburzenia regulacji cukru we krwi nie można było odnieść do schorzenia trzustki, insulina na przebieg krzywej miała wpływ nieznaczny lub nie miała go wcale. Samolistna hiperglikemja względnie glukozurja występuje w przewlekłych cierpieniach trzustki rzadko — do 20% (N a u n y n, N o o r d e n, K r o t o w s k i), tam jednak, gdzie występuje, stanowi cenną cechę rozpoznawczą.

Niektórzy autorowie zaproponowali jeszcze inne próby dla określenia czynności aparatu wysepkowego.

Tak L o e w i spostrzegł w cierpieniach trzustki rozszerzenie źrenic po wkropleniu do oka kilku kropli adrenaliny 1 : 1000. Wydzielina wewnętrzna trzustki ma mieć wpływ hamujący na układ nerwowy sympatyczny. W cierpieniach trzustki z zajęciem aparatu wysepkowego, gdzie więc brak tego czynnika hamującego, adrenalina, jako środek pobudzający układ sympatyczny, wzmacnia odczyn tego układu. To wzmożenie tego odczynu może wyrażać się rozszerzeniem źrenic. Objaw ten L o e w i spostrzegł nie tylko w cukrzycy, ale i w innych cierpieniach trzustki. Inni autorowie twierdzą, że objaw ten nie występuje stale.

To samo dotyczy objawu M o e b i u s a i S t e l l w a g a, polegającego na wytrzeszczu oczu, wskutek następczej nadczynności tarczycy przy niedomodze wewnętrznego wydzielania trzustki.

Co do zaburzeń zewnętrznego wydzielania w cukrzycy prawdziwej zdania badaczy dotychczas były podzielone. Powodem tych różnic zdań być może była niedokładność metody badań. Od czasu zapoczątkowania badań dynamiki czynnościowej trzustki (wlewanie do dwunastnicy środków pobudzających wydzielanie zewnętrzne tego gruczołu) pojawiają się co raz prace, wykazujące prawie zawsze niedomogę zewnętrzną w cukrzycy.

L a b b é twierdzi, że niedomoga ta przebiegać może bez objawów klinicznych i dopiero metody laboratoryjne bardzo często ją wykrywają.

W o ł o d i n (1931) we wszystkich (28) badanych przez niego przypadkach cukrzycy znajdował słabsze lub silniejsze zaburzenia czynności zaczynowej trzustki.

Z przeglądu omówionych tu prób czynnościowych trzustki widać, że wzbogaciły one nasze metody rozpoznawcze jej cierpienia. Wprawdzie ani jedna z metod najczęściej obecnie tu stosowanych nie jest w stanie odpowiedzieć z pewnością na pytanie, czy trzustka bierze udział w danej sprawie chorobowej. Co więcej niekiedy nawet szereg prób nie daje pewnych wyników. W najlepszym razie próby te dają nam możność stwierdzić, czy czynność zaczynowa jest zachowaną, czy też jest zaburzona. Nie pozwalają one jednak na określenie stopnia tych zaburzeń.

Pozatem można wykryć niedomogę zewnętrzną trzustki przy pomocy tych prób dopiero przy zajęciu znacznej części tego gruczołu.

Niemniej jednak wyniki badań laboratoryjnych wespół z danymi czystej kliniki pozwolą nam z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać cierpienie trzustki.

Najważniejsza jest myśl o możliwości schorzenia tego narządu.

PIŚMIENICTWO.

1. A d a m o w i c z. Polska Gaz. Lek. N. 5 i 6, 1926. 2. A n t i ć. Boas Arch. Bd. 39. 3. B e r n h a r d. M. Kl. N. 23, 1930; Kl. Woch. N. N. 28 i 29, 1930. 4. C h i r a y et L e b o m. et insuffisances pancreatiques. 5. C h i r a y et J e a u d e l. Pres. med. N. 58, 1930. 6. C h i r a y, B o r d e t. Arch. d. malad. appar. dig. N. 10, 1931. 7. C o h n. Boas Arch. Bd. 39. 8. E i n h o r n. Le tube duodenal. Boas Arch. Bd. 44. 9. E h r m a n. M. Kl. N. 37, 1930. 10. G u l e k e. Die aussere Sekretion des Pankreas unter pathol. Bedingungen. Handb. d. norm. u. pathol. Physiologie 1926. 11. G o l d s t e i n. Boas Arch. Bd. 48. 12. G u b e r g r i t z. Fortschritte d. funktion. Pankreasdiagnostik. 13. G l ä s s e n e r. Funktionsprüfung d. inneren Organe 1927. 14. H e c h t m a n. Boas Arch. Bd. 39. 15. H i r s c h h o r n, P o p p e r. Kl. Woch. Nr. 11, 1931. 16. I s a a k - K r i e g e r. Boas Arch. Bd. 43; M. Kl. N. 40, 1925. 17. K a t s c h u. v. F r i e d r i c h. Kl. Woch. N. 3, 1922. 18. K a t s c h. Verhandl. d. vierten Tag. f. Verdauungskrankh. 1924. 19. K a c z a n d e r. D. M. W. N. 26, 1931. 20. K w i l e c k i. Boas Arch. Bd. 37. 21. K l i m k i e w i c z. Polsk. Prze-

gląd Chirurg. z. 5/6. Tom X. 22. K o b r y n e r. Polsk. Gaz. Lek. 1927. 23. K r o t o w s k i. Polsk. Przegl. Chirurg. Tom X. 24. A. L a n d a u i R z ą ś n i c k i. Med. i Kronika Lek. Nr. 44. 1913. 25. A. L a n d a u, J o c h w e d s P e k i e l i s. Polsk. Gaz. Lek. 1926. 26. L a b b é e t N e p v e u x. Pres. Med. N. 36, 1931; Arch. d. malad. appar. dig. T. 9. 1925. 27. M a n d e l. Die Paravertebrale Injektion. 1926. 28. M a m i s c h. Boas Arch. Bd. 46, 1929. 29. M a r t e n. M. Kl. N. 5, 1931. 30. N u s b a u m. Polsk. Archiw. med. wewn. Tom VI, 1928. 31. P o l l a c k. Kl. Woch. N. 41, 1927. 32. P o p p e r. D. M. W. N. 41, 1931. 33. R a v i t s c h. Boas Arch. Bd. 46, 1929. 34. R o n a. Kl. Woch., 48, 1922. 35. R o s e n b e r g. Kl. Woch. N. 20, 1931. 36. S a l o m o n. Boas Arch. Bd. 46. 37. S c h m i d t. Klinik d. Darmkrankheiten. 38. S t r a u s s H. Früzeitige Diagnose d. Karzinome d. Verdauungsapparat. 39. S z o u r. Warsz. Czas. Lek. N. 8, 1924. 40. S z p e r. Polsk. Przegl. Chirurg. Tom. X. 1931. 41. U m b e r. Handb. d. inner. Mediz. Bd. III. 42. U n g e r. M. Kl. N. 4, 1931. 43. W o h l g e m u t h. Kl. Woch. N. 27, 1929. 44. W o ł o d i n. Boas Arch. Bd. 49, 1931.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

SCHWARZ. O przewlekłym zatruciu benzyną. (D. m. W. Nr. 12. 1932).

Autor podaje przypadek przewlekłego zatrucia benzyną, używaną doustnie w celu leczenia rzeżączki. Już podczas pobierania benzyny wystąpiło osłabienie, które po 5—6 tygodniach nasiliło się znacznie i zmusiło chorego do szukania pomocy lekarskiej. W szpitalu stwierdzono: osłabienie i zanik mięśni w kończynach dolnych i górnych oraz odczyn zwyrodnienia. W narządach jamy brzusznej i klatki piersiowej zmian nie stwierdzono. Rozpoznano w danym przypadku *polyneuritis*, przyczem objawy nerwowe wysuwały się na plan I-szy. Po odstawieniu benzyny objawy nerwowe powoli ustępowały, i po 7 miesiącach w danym przypadku chory poprawił się całkowicie. Rzadko spotykane przypadki przewlekłego zatrucia benzyną należy uzależnić od odporności organizmu i prawdopodobnie od koniecznego większego nagromadzenia benzyny w ustroju.

Wanda F r a n z ó w n a.

N. P. GOWOROW, A. J. KUZNIECOW i W. W. SAWICZ. O mechanizmie działania kalomelu. (Sow. Wracz. Gaz. N. 14, 1932).

Z doświadczeń na wyodrębnionych kiskach wynika, że kalomel wywiera silny wpływ na wydzielanie soku kiszowego, który skupiając się w kiskach pobudza ich ruchy robaczkowe. W odniesieniu do czynności ruchowej kalomel działa w ten sposób, że po pierwsze wzmacnia wydzielanie soku kiszowego i przez to pobudza perystaltykę kisek, po drugie wzmacnia bezpośrednio czynność ruchową kisek. Henryk J. L a n d a u.

F. LOENING. O anoksemji w ostrym zatruciu arsenowodorem. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 2—3).

W powstawaniu anoksemji w pierwszym groźnym okresie ostrego zatrucia arsenowodorem obok sił, niszczących krew (niszczących hemoglobinę), biorą również zawsze udział siły pozabawiające tlenu (redukujące hemoglobinę). Z niszczenia krwi wynika żółtaczka krwiopochodna i wytwarzanie hematyny, z pozabawiania tlenu przez arsenowodor wynika sinica, obecność dużej ilości „zredukowanej hemoglobiny”. Zubożenie w tlen

krwi, zatrutej arsenowodorem, nie doprowadza do wytwarzania methemoglobiny we krwi, jak to się dzieje przy zadziałaniu innych jądów hemolitycznych. Pod względem kliniczno-objawowym wykazuje ten pierwszy anoksemiczny okres zatrucia arsenowodorem daleko idące podobieństwo z innymi znanymi stanami anoksemji, szczególnie zaś z anoksemją choroby górskiej. Pod względem leczniczym najlepiej, zdaje się, wpływają na anoksemję wielokrotne wśródzylne wlewania zdrowej krwi lub tej samej krwi, uprzednio nasyconej tlenem. Dopiero po przecięciu pierwszego „anoksemicznego” okresu zatrucia wydawać się może teraz wskazanem leczenie, skierowane bardziej na poszczególne narządy; dopóki istniała zagrażająca w równym stopniu wszystkim narządom groźba wewnętrznego uduszenia się, leczenie takie, zdaje się, nie obiecuje żadnych korzyści. Cennymi okazały się w tym drugim okresie schorzenia przede wszystkim: a) zwalczanie chromającej diurezy za pomocą kilkogodzinnej djatermji nerek po uprzednim wypiciu dużej ilości maślanki; b) pobudzenie nowotworzenia krwi za pomocą podawania hematopsonu względnie campolonu, któremu pomaga się częstemi wśródmięśniowemi zastrzyknięciami krwi. Do pierwotnego „anoksemicznego” pobudzenia ośrodka naczynioruchowego z następstwem podniesieniem ciśnienia krwi, jak to z reguły odbywa się w stanach anoksemji nie tak silnego stopnia, w anoksemji zatrucia arsenowodorem nigdy nie przychodzi. Raczej odpowiednio do zaawansowanej sinicy krwi i zubożenia tkanek w tlen wytwarzało się tutaj jedynie jeszcze „zamartwiczo-tkankowe” osłabienie napięcia naczyń i spadek ciśnienia krwi. Pomiędzy tem osłabieniem obwodowego napięcia naczyń w pierwszym okresie anoksemicznym ostrego zatrucia arsenowodorem i spadkiem napięcia, który zawsze wykazuje wycięty preparat tętniczy w sztucznie uczynionej anoksemicznej krwi, istnieje, zdaje się, daleko posunięta analogja. Prawo jednolitego „anoksemicznego zwiócenia napięcia” utrzymywanych przy życiu mięśni gładkich najrozmaitszych narządów zachowuje swą ważność również w całkowicie zubożalym w tlen ustroju, zatrutym arsenowodorem.

Henryk J. L a n d a u.

R. von den VELDEN. W sprawie stosowania kwasu adenosinofosforowego. (D. m. W. Nr. 4. 1932).

Od czasu ogłoszonej przez autora ankiety, nie poczy-

miono żadnych większych spostrzeżeń w sprawie stosowania preparatów hormonalnych krążenia. Ze względu na wiadomy skład niektórych z tych preparatów obserwowano na krzywej elektrokardjograficznej zachowanie się serca pod wpływem kwasu elektrokardjograf wykazywał zaś u zdrowych przyspieszenie 1% wodnego roztworu. Po podaniu tego środka występowało uczucie gorąca, dreszcze, niepokój, poty, głęboki oddech, objawy anginoidalne. To wszystko jednak dość szybko przemijało, elektrokardjograf wykazywał zaś u zdrowych przyspieszenie tętna z następczym zwolnieniem i zmianę wielkości załamków krzywej, które w pewnych wypadkach nie były pozbawione znaczenia: załamek T był spłaszczony, czasami wogóle było go brak na pewien przeciąg czasu. O ile istniały zmiany w mięśniu sercowym E. K. G. wykazywał wydłużenie czasu przewodnictwa i zmiany w wielkości i formie załamków, przypominające EKG. patologiczny. Doświadczenia z amylinitrem pokazały, że nie można mówić o specyficznym działaniu kwasu adenylogowego. Jakkolwiek podobne zmiany w załamku T spostrzegano po stosowaniu naparstnicy (H e r l e s), to jednak przedłużenia czasu przewodnictwa i występowania bigemji nie można zaliczyć do dodatniego wpływu kw. adenosinofosforowego na serce. Pomyślnie wyniki, jakie otrzymano dotychczas przy podawaniu lacarnolu, myostonu i innych tłómaczyć można zubożającym wpływem innych ciał, zawartych w tych preparatach, w odniesieniu do kwasu adenosinofosforowego.

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

Gruźlica.

■ Prof. dr. R. GASUL i doc dr. M. MASTBAUM. Kliniczne i rentgenologiczne omyłki w rozpoznawaniu gruźlicy płuc — przełożył dr. med. H. W a s e r m a n. 1932. Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap”, Warszawa, str. 125.

Mamy przed sobą tom I biblijoteki lekarskiej (*B i b l i o t h e c m e d i c a*) wymienionego wydawnictwa, jak sądzić można z karty tytułowej. Niezaprzeczenie przedmiot, omawiany w tej pierwszej książce biblijoteki, jest pod względem praktycznym bardzo doniosłego znaczenia. Był też już niejednokrotnie poruszany mniej lub więcej obszernie, że wspomnę np. N i c o l a i S c h r ö d e r a, D i d i e r a i innych. Zdaniem autorów, „do pracy w przychodniach przeciwgruźliczych nadaje się nie jednostronny specjalista t. zw. ftizjolog, a raczej lekarz—internista, lekarz — terapeuta w szerokim zakresie, oczywiście, dokładnie obeznany z gruźlicą”. A nieco dalej powiadają „uważamy za rzecz niesłuszną specjalizację lekarza w zakresie ftizjologii, bez uprzedniego gruntownego, ogólnie - terapeutycznego przygotowania”. Wydaje mi się, że w tem zestawieniu widać pewną sprzeczność, skoro ftizjologiem może zostać lekarz odpowiednio uprzednio przygotowany. Trudno na tem miejscu polemizować z autorami, czy specjalność ftizjologa jest słuszną czy niesłuszną. Odesłałbym ich — żeby się nie powtarzało — do pięknego wykładu B e r n a r d a o tem, co to jest ftizjologja. Nie ulega wątpliwości, że ftizjolog musi być odpowiednio ogólnie internistycznie przygotowany. Pozwalam sobie jednak zauważyć, że każdy bez wyjątku specjalista winien dokładnie wykształcić się uprzednio w medycynie wewnętrznej. Lekarz, widzący przed sobą tylko oko, ucho, nos czy inną część ciała ludzkiego i nie orjentujący się w tem, że zaburzenia miejscowe mogą być przejawem czy skutkiem cierpienia bardziej oddalonego czy uogólnionego, nie jest lekarzem w dzisiejszem pojęciu tego wyrazu. Czy jednak nawet podobne przygotowanie ustrzeże nas przed możliwymi błędami w sensie np. rozpoznawania gruźlicy tam, gdzie jej niema, lub nierozpoznawania tam, gdzie ona jest — należy wątpić. Autorzy przyznają to sami również, słusznie podkreślając korzyść, jaka wypływa z poznania przez siebie popełnionych omyłek. Poruszają tedy w omawianej książce cały szereg błędów możliwych w zakresie chorób oskrzeli, płuc i innych narządów. Więcej nieco miejsca poświęcają omyłkom rentgenologicznym. Omówienie tych spraw

jest poprzedzone wymienieniem możliwych błędów, zależnych od techniki badania fizykalnego. Wszystko jest potraktowane poważnie i oparte, między innymi, na własnym doświadczeniu. Nie ulega wątpliwości, że przypomnienie czy nawet przypominanie sobie tych rozmaitych prawd, o których się niejednokrotnie w toku wyczerpującej pracy lekarskiej zapomina, jest bardzo korzystne. Toteż zaznajomienie się z tą książką można zalecić każdemu lekarzowi i nie-ftizjologowi. Nie we wszystkim bym się zgodził z autorami, zwłaszcza jeśli idzie o ich poglądy na objaśnienie różnic w przebiegu gruźlicy w poszczególnych przypadkach, na jadowitość prątków (tak odbiegające od obecnie uznanych za słuszne) — ale są to szczegóły, których na tem miejscu roztrząsać nie można. Grunt, że książka spełnia zadanie, jakie sobie autorzy postawili. Przekład bardzo dobry. Razi mnie trochę wyrażenie „nadkażenie” (*superinfectio*), brzmi ono jakosć dziwnie, ale może trzeba się do niego przyzwyczaić. Forma zewnętrzna bez zarzutu.

M. G a n t z.

■ ALEXANDER und ALEXANDER. Die Arbeitsbehandlung. Zur Reform der Lungenheilstätten. 1932. Georg Thieme. Lipsk. 44 ilustracje, str. 100. Cena mk. niem. 5.

Bardzo interesująca książka, omawiająca zagadnienie pracy w sanatorjach dla chorych na gruźlicę, jako system. Kto zna życie chorych, przebywających w sanatorjach dla gruźliczych z osobistej obserwacji lub, co częściej, z mistrzowskiego opisu M a n n a („der Zauberberg”), ten łatwo zrozumie, jak wielkie znaczenie praca systematyczna może posiadać dla tych nieszczęśliwych, najczęściej całymi dniami beczynnie leżących ludzi, których system nerwowy musi być bardzo mocny, by nie ulec wypaczeniu pod wpływem atmosfery sanatoryjnej. Próby wprowadzenia pracy fizycznej, jako jednego ze środków leczniczych (tzw. autotuberkulinizacja), zapoczątkowane jeszcze przed wojną, naogół się nie przyjęły. Autorzy wprowadzają pracę systematyczną, jako wypełnianie czasu, dla podniesienia wiary w swe siły, dla nieodzwyczajania się od pracy, jako przygotowanie do zajęcia zwykłego, dla osiągnięcia wreszcie jakiegoś zarobku. Mamy tu więc do czynienia z uwzględnieniem czynników rozmaitego gatunku a nie terapeutycznych. Rodzaj pracy musi być przystosowany do zwykłego zajęcia pacjenta, ewentualnie do inteligencji danego chorego. Komu i kiedy pozwolić pracować, jaki rodzaj pracy odpowiada najbardziej danemu choremu i mu nie zaszkodzi, ile czasu dziennie ma poświęcać pracy, jakie przedmioty wolno chorem wyrabiać wogóle, jaka winna być zapłata — oto cały szereg zagadnień, które autorzy starają się wyjaśnić w dalszym ciągu swych rozważań. Liczne ilustracje, odbitki afiszów etc. uwiadcniają dokładnie, jak systematycznie i celowo prowadzone są zajęcia w sanatorjum w Agra, gdzie jeden z autorów jest kierownikiem. Żałuję, że z braku miejsca nie mogę odtworzyć np. kwestionariusza, poświęconego wyborowi pracy, jaki każdy pacjent musi wypełnić w sanatorjum w Agra. Jest tam, między innymi, pytanie, czy pacjent c h c e się czemś zająć. Jako dodatek znajdujemy opis (z ilustracjami) zajęć w poszczególnych zakładach holenderskich, szwajcarskich i niemieckich. Można się rozmaicie zapatrywać na celowość stosowania pracy jako czynnika leczniczego, nikt jednak chyba nie wątpi, że odpowiednio prowadzone i dobrze dobrane zajęcia są prawdziwym szczęściem dla chorych, przebywających w sanatorjach. Niestety, my w Polsce mamy tak niewiele tego rodzaju zakładów! A jednak winniśmy bardzo dokładnie przestudjować książkę omawianą, by wyprowadzić z jej przestudjowania wnioski korzystne nie tylko dla chorych, którzy muszą przebywać w zakładach zamkniętych przez czas dłuższy, lecz i dla tych, którzy odbywają kurację klimatyczną poza zakładami i którym praca s y s t e m a t y c z n a może również przynieść pewną korzyść, chociażby psychiczną. Najgorzej więc polecam książkę uwadze kolegów — ftizjologów. Wydanie, jak zwykle u T h i e m e g o, bez zarzutu.

M. G a n t z.

POPPER. Znaczenie kliniczne wykrycia prątków gruźlicy we krwi. (Dm. W. N. 31, 1932).

Opisana przez L o e w e n s t e i n a metoda wykrywania prątków gruźlicy we krwi nie dawała początkowo w wielu przypadkach wyników pozytywnych. Dopiero ostatnio, w wielu pracowniach na całym świecie udało się uzyskać coraz częściej hodowle prątków gruźlicy. O ile znajdziemy bakterje gruźlicy we krwi, to zachodzi tutaj kilka możliwości: 1° uzyskany wynik nie posiada znaczenia klinicznego i jest odkryciem przypadkowym. Tę możliwość, na zasadzie naszych dotychczasowych wiadomości należy odrzucić. 2° Obecność prątków gruźlicy we krwi jest dowodem istnienia w organizmie procesów swoistych. W tym ostatnim wypadku należy zastanowić się, czy jest to objaw jawnego cierpienia gruźliczego, czy też cierpienia niegruźliczego, względnie o wątpliwej etiologii gruźliczej. Wtedy rozpatrzyć trzeba dwie alternatywy: bacillemja w związku z ostrym cierpieniem i bez niego. O ile przyjmujemy istnienie zależności bacillemji od jakiegoś ostrego schorzenia, to może ona być przyczyną, względnie jego skutkiem. Wielka różnorodność chorób, w jakich wykryto prątki gruźlicy we krwi, nie pozwala na dokładne wypowiedzenie się w tej kwestji. Jednak w stosunku do pewnych cierpień (*polyarthritus*), można wyrobić sobie jaki taki sąd. Z 44 przypadków zakażenia gościcowego w 7 wykryto prątki we krwi. W pozostałych 37 przypadkach grypy posocznicy i innych cierpień, hodowla L o e w e n s t e i n a była 9 razy dodatnia. Autor podaje historję choroby 2 przypadków *polyarthritus*, gdzie stwierdzono we krwi prątki K o c h a i gdzie dokonano badania sekcyjnego. W pierwszym przypadku wykazano badaniem mikroskopowem gruźlicę gruczolów oskrzelowych, w drugim istniała *tuberculosis miliaris*, a hodowla dała wynik dodatni na 7 tygodni przed zejściem śmiertelnym gdy obraz kliniczny niczem nie różnił się od zwykłego gościca stawowego. Autor niemoże się wypowiedzieć w sposób zdecydowany czy bacillemja była tutaj przyczyną, czy też skutkiem *polyarthritus*. W pozostałych przypadkach nie można też przyjąć gruźliczego podłoża dla tych ostrych stanów gorączkowych, jakie spostrzegano. Prątki gruźlicy wykryto także w bezgorączkowó przebiegających przypadkach. We wszystkich przypadkach, jakimi autor rozporządza, jako wspólną cechę należy podnieść istnienie stanów gorączkowych, które, być może, zaktywowały spokojny proces gruźliczy ustroju.

L u x e n b u r g.

EDERLE i KRIECH. W sprawie wyhodowania bakterji gruźlicy ze krwi (według L o e w e n s t e i n a). (D. m. W. N. 1, 1932).

Autorzy starali się sprawdzić wyniki, otrzymane przez L o e w e n s t e i n a za pomocą jego metody, uzyskując hodowle prątków gruźliczych ze krwi. Wybrano przypadki, w których wynik badania powinien być jaknajbardziej pewny. Dodatni rezultat otrzymano w 2 przypadkach gruźlicy prosówkowej i w 2 przypadkach gruźlicy płuc, na ogólną liczbę 49 przypadków. W pozostałych przypadkach gruźlicy pozapłucnej ani razu nie wyrosły bakterje. W jednej z ostatnich prac L o e w e n s t e i n donosi o wynikach badań w 5000 posiewów i jest zdania, iż metoda jego jest tak prosta i dostępna do wykonania, jak odczyn W a s s e r m a n n a w surowicy krwi. Autorzy jednak nie mogą potwierdzić zapatrywania L. i sądzą, iż należy dopiero zdobyć duże doświadczenie w tym kierunku, aby się zdecydowanie wypowiedzieć o wartości metody.

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

OPITZ. Hodowla prątków gruźliczych ze krwi. (D. m. W. N. 11, 1932).

L o e w e n s t e i n o w i udaje się wyhodować prątki gruźlicze ze krwi w większości przypadków gruźlicy płuc oraz

innych narządów, a nawet w przypadkach ostrego gościca stawowego. Dla kontroli wyników L o e w e n s t e i n a autor przeprowadził szereg badań u dzieci z gruźlicą poszczególnych narządów, przesyłając jednocześnie materiał do zbadania L o e w e n s t e i n o w i w kilkunastu przypadkach. Z materiałem pobranym postępowano podług przepisów L o e w e n s t e i n a. W żadnym z 23 badanych przypadków nie stwierdzono bakteriologicznie prątków gruźliczych, gdy L o e w e n s t e i n w 3 przypadkach otrzymał wyniki dodatnie. Inni badacze również otrzymywali w większości przypadków wyniki ujemne. Ta rozbieżność w wynikach wydaje się dziwną. Prawdopodobnie dla dokładnego przeprowadzenia badania nie wystarcza podanie jedynie metody. Jednak i uczeń L o e w e n s t e i n a, P o l l a c k, znajduje prątki gruźlicze we krwi w niewielkiej liczbie przypadków gruźlicy płuc. Dla celów rozpoznawczych nadal ma znaczenie szczepienie materiału podejrzanego o gruźlicę śwince morskiej.

W a n d a F r a n z ó w n a.

J. KONRAD. O wykrywaniu prątków gruźliczych w krążącej krwi (metodą L o e w e n s t e i n a) w chorobach skóry. (Wien. kl. Woch. N. 14, 1932).

Zgodnie z doświadczeniami kliniki K e r l a w gruźliczych schorzeniach skóry, tuberkulidach i toczniu rumieniowatym posiew ze krwi metodą L o e w e n s t e i n a w połowie przypadków wypada dodatnio. Szczególnie wysoki odsetek dodatnich wyników bywa w toczniu rumieniowatym. Szczególną przewagę przypadków o dodatnim wyniku posiewów na wiosnę i latem w porównaniu z jesienią i zimą może autor potwierdzić jedynie na podstawie wyników z roku 1930/31; jeżeli natomiast chodzi o rok 1931/32 określa ją jako wątpliwą. Otrzymane przez autora dodatnie wyniki w jednym przypadku białaczki chłonnej i w jednym grzybicy guzowatej (*Mycosis fungoides*) skłaniają do dalszych badań kontrolnych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

K. SCHREINER. W sprawie hodowania prątków gruźliczych ze krwi w gruźliczych chorobach skóry. (Wien. kl. Woch. N. 16, 1932).

Autor zbadał metodą L o e w e n s t e i n a 29 przypadków rozmaitych gruźliczych schorzeń skóry, jak: *lupus vulgaris*, *erythema nodosum*, *erythema multiforme*, *lichen ruber accuminatus*, *pityriasis rubra*, lecz posiew ze krwi dał dodatni wynik jedynie w jednym przypadku. Autor nie może więc potwierdzić wyników L o e w e n s t e i n a.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

KALLOS. W sprawie bakterjemji gruźliczej w gruźlicy skóry. (Münch. med. Woch. Nr. 45).

K. podkreśla rozbieżność wskazówek, udzielanych w rozmaitych artykułach przez L o e w e n s t e i n a o sporządzaniu pożywki i sposobie posiewu. Naogół stwierdza, że pożywki te nadają się do wzrostu prątków. Stosując się ściśle do przepisów L., autor posiewał krew z 20 przypadków gruźlicy skóry, współistniejącej czasami z otwartą gruźlicą płuc. We wszystkich badaniach posiew wypadł jałowo. Wyniki te są sprzeczne z wynikami L o e w e n s t e i n a, który w gruźlicy skóry miał wyniki dodatnie w około 70%. Badania K. nie potwierdzają wniosków L o e w e n s t e i n a, że gruźlica skóry jest stałą bakterjemją prątków K o c h a.

F. T u r y n.

CALMETTE. Fenomen Kocha a odporność względem gruźlicy. (D. m. W. N. 13, 1932).

Wstrzyknięcie zdrowej śwince prątków gruźliczych wywołuje powstanie w miejscu wstrzyknięcia po 10 — 14 dniach twardego guzka, który wkrótce ulega rozpadowi i tworzy się

wrząd nie gojący się. Wstrzyknięcie natomiast świnie, uprzednio zakażonej gruźlicą, tej samej ilości prątków nie wywołuje tworzenia się guzka, jedynie miejsce wstrzyknięcia twardnieje i ciemnieje, ulega martwicy, tworzy się wrzód, samoistnie gojący się. Powyższe zjawisko, zaobserwowane i opisane przez K o c h a, zostało nazwane „fenomenem K o c h a” — można je również wywołać przez wstrzyknięcie prątków zabitych. K o c h nie wyzyskał opisanego odczynu dla wytłumaczenia mechanizmu odporności przeciwko gruźlicy, jedynie dzięki temu odkrył tuberkulinę, której wstrzyknięcie wywołuje analogiczne zjawisko. Wrażliwość osobników gruźliczych na wstrzyknięcie tuberkuliny od czasów P i r q u e t a nazywa się alergią tuberkulinową. Jest to nic innego, jak fenomen K o c h a. Wskazuje on na obecność infekcji gruźliczej oraz na brak tolerancji względem powtórnego zakażenia, t. j. na odporność względem gruźlicy. Ta odporność jest inna, niż odporność, uzyskana po przebyciu chorób zakaźnych ostrych. W gruźlicy odporność przeciwko powtórnemu zakażeniu istnieje tak długo, dopóki w organizmie znajdują się żywe prątki. Z chwilą gdy organizm jest zupełnie wyleczony, może na nowo ulegać zakażeniu. Powyższy sposób powstawania odporności użytkowano do szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy — podawanie niemowlętom prątków gruźliczych o zjadliwości zmniejszonej (BCG). Po 4—5 tygodniach w organizmie rozwija się odporność, i wówczas organizm jest niewrażliwy na powtórne zakażenie. Nie objawia się ta odporność w występowaniu fenomenu K o c h a, a polega na umiejscowieniu prątków w jakimkolwiek narządzie limfatycznym lub na wydalaniu prątków z normalnymi wydalaminami i wydzielinami na zewnątrz. Odczyn biologiczny, opisany przez K o c h a, posłużył późniejszym badaczom do wprowadzenia szczepień ochronnych BCG.

Wanda F r a n z ó w n a.

Choroby kości i stawów.

R. SIMON, J. WEIL. Zniekształcający gościec stawowy a gruczoły przytarczycy. (La Pr. Medicale N. 22, 1932).

O p e l po raz pierwszy stosował wycinanie częściowe przytarczyczek w przypadkach *arthritis deformans*; wskazaniem do zabiegu była zwykle wysoka cyfra wapnia we krwi. Autorzy zastanawiają się nad faktem, że w opisach podanych przez O p l a, występowała wyraźna poprawa po zabiegu operacyjnym, jeśli nawet badanie anatomo-patologiczne wykazywało, że wycięta tkanka nie była gruczołem przytarczycowym, lecz częścią tarczycy lub kawałkiem tłuszczu. Autorzy wobec powyższego w 2 przypadkach zniekształcającego zapalenia stawów zastosowali zabieg operacyjny, który na początku niczem się nie różnił od operacji O p l a; kiedy jednak gruczoły przytarczyczne zostały wypreparowane, zaszywano ranę, nie naruszając gruczołów. Wyniki zabiegów były bardzo dobre. Autorzy sądzą, że należałoby tego rodzaju zabieg wypróbować na większej liczbie przypadków przewlekłego gościa; metoda jest łatwa i nieszkodliwa dla chorego, gdyż ustrój nie zostaje pozbawiony żadnego narządu, którego brak mógłby okazać się szkodliwy; otrzymana jednak przez autorów poprawa stanu chorobowego była wyraźna i trwała.

Jakób P e n s o n.

K. WEISS. O nowotworowych zmianach stawowych. (Wien. klin. Woch. N. 15, 1932).

Najistotniejsza cecha polega na nowotworzeniu tkanek, którego najczęstszą siedzibę stanowi błona maziowa torebki stawowej, nieco rzadziej jej warstwa włóknista. Lecz także w głębszych warstwach łącznotkankowych torebki mogą powstawać nowotwory, wychodzące z chrząstki, kości, tkanki tłuszczowej i łącznej, wreszcie również w chrząstce i kościach o tyle, o ile należą one do stawu. *Arthrosis neoplastica* nie jest procesem wstecznym, jak *arthritis deformans*, lecz rozpoczyna się nierzadko

pierwotnie nowotworzeniem tkankowym, przeważnie w torebce i może istnieć bez mian powierzchni stawowych. Jest ona niezależna od wieku, jednakże występuje znacznie częściej w młodych latach, przeważnie przed 30 rokiem życia, nierzadko nawet w wieku młodzieńczym. Przy odpowiednim umiejscowieniu może ona przebiegać bez wpływu na czynność, bezobjawowo. W razie istnienia uszypułowanych nowotworów mogą powstawać objawy uwięźnięcia, będące pierwszym objawem. W przypadkach nowotworów powierzchniowych w torebce, spostrzega pacjent, nie odczuwając nawet żadnych dolegliwości podmiotowych, że ruchy stawowe uległy ograniczeniu. Temi cechami różni się *arthrosis neoplastica* od *arthritis deformans*. Powstanie *arthrosis neoplastica* polega na istniejącej w stawie gotowości nowotworowej, która prowadzi albo samorzutnie, albo po przyłączeniu się jakiegoś odpowiedniego czynnika wywołującego do rozwoju typowych nowotworów szczególnego rodzaju. Jako takie wchodzi w rachubę przede wszystkim urazy, dalej zapalne i niezapalne schorzenia stawowe.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

J. KOWARSCHIK. Leczenie schorzeń reumatycznych. (Wien. kl. Woch. N. 19, 1932).

Każde zalecenie lecznicze musi poprzedzać dokładne badanie chorego. Wtedy znajdzie się często związek między zniekształcającym zapaleniem stawu kolanowego (*arthritis deformans*) a otyłością kobiet, szczególnie w okresie przekwitania. Również skaza moczanowa bywa często związana z otyłością. Odwrotnie chorzy z pierwotnie przewlekłym gościem stawowym są przeważnie w bardzo złym stanie odżywiania. Dlatego też zrazu wskazane jest odpowiednie postępowanie. Przestrzec jednak należy przed schematycznym postępowaniem w tym kierunku. Przede wszystkim nie każdemu pacjentowi z chorobami stawami należy przepisywać dietę bezpurynową. Należy ją ograniczyć do prawdziwej skazy moczanowej — dny. Leczenie farmakologiczne znajduje zastosowanie przede wszystkim w ostrych zapaleniach stawowych, zapaleniach nerwów, rwie kulszowej, w których zbyt wczesne leczenie fizyczne często powoduje szkody: podaje się kwas salicylowy i jego pochodne, pyramidon i atofan. Działają one nie tylko usmierzająco na ból, lecz również hamująco na zmiany zapalne i przeciwgorączkowe, ewentualnie można stosować je wóródźlino, szczególnie, jeżeli ma się na celu działanie uderzeniowe. Również stosowanie zewnętrzne smarowań i maści może działać uzdrawiająco (M u n a r i). Odnosi się to jednak jedynie do środków drażniących skórę, gdyż zamiar wprowadzenia większych ilości leków przez skórę do ustroju jest niemożliwy do osiągnięcia. Ważną rolę szczególnie w przewlekłych postaciach gośćcowych odgrywa leczenie bodźcowe, w którym wprowadza się do krwiobiegu obcą dla ustroju substancję: mleko, yatren, terpentynę i t. d. Zbyt duże dawki wywołują niepożądane odczyny i prowadziły dawniej często do pogorszeń, dzisiaj zadawala się zaznaczeniem odczynu (progowo leczenie bodźcowe). Obecnie jest się również ostrożniejszym ze stawianiem wskazań, zasadniczo ogranicza się leczenie bodźcowe jedynie do przypadków przewlekłych i podprzewlekłych. Do leczenia bodźcowego w szerokim znaczeniu tego słowa należy leczenie fizyczne, a mianowicie: 1) energia cieplna, 2) elektryczność, 3) siły mechaniczne i t. d., 4) promienie świetlne. Leczenie cieplne z jednej strony zapomocą przewodzenia, jak: woda, para wodna, gorące powietrze, muł, z drugiej zaś zapomocą promieniowania lamp, jak: Sollux, Profundus i wreszcie zapomocą zastosowania dżatarmji i leczenia krótkimi falami ma na celu miejscowe lub ogólne podniesienie ciepłoty. Również tutaj rozchodzi się o prawidłowe odmierzenie bodźca niezależnie od tego, czy ma się do czynienia z ostrym czy przewlekłym procesem, z osobnikiem młodym czy starym. W przypadku gorączkującym unikać należy wszelkich silnych stosowań gorąca. Już zwykła kąpiel o ciepłocie 37°

— 39° C. stanowi potężny bodziec. Dla laików należy często zgadzać się na dodawanie wyciągów z igieł jodłowych, które same przez się służą jedynie dla celów suggestywnych. Natomiast dodatek soli mineralnych lub soli kuchennej wpływa na czynność ezofilaktyczną skóry, na oddychanie niewidoczne (*perspiratio insensibilis*), na naczynia i autonomiczny układ nerwowy. Kąpiele siarkowe przedstawiają kombinację leczenia fizykalnego i chemicznego, gdyż również najdrobniejsze ilości siarki, wchłonięte przez skórę, wywierają działanie farmakodynamiczne. Wreszcie emanacja radowa stanowi czynny dodatek do kąpiei u chorych gośćcowych, którzy mogą używać tych trzech ostatnich dodatków w odpowiednich uzdrowiskach w naturalnych kąpielach mineralnych. Kąpiele borowinowe i mułowe, jeżeli są stosowane jako kąpiele pełne, stawiają wysokie wymagania sercu i naczyniom i mogą podnieść ciepłotę ciała do 40°. Łagodniejsze są miejscowe owijania mułowe, będące znakomitą pomocą w przewlekłych zapaleniach stawowych, szczególnie w zniekształcającym zapaleniu stawów i urazowych uszkodzeniach stawów, nie w ostrych przypadkach rwy kulszowej i nerwobólów, natomiast świeże schorzenia mięśniowe np. lumbago odpowiadają na nie dobrze. Prądy o wysokiej częstotliwości w postaci deszczu i wyładowań iskier wskazane są w nerwobólach i bólach mięśniowych. Galwanizację w nerwobólach należy przeprowadzać zapomocą dużych elektrod, dużej siły prądu (20 — 100 M. K.) i długiego czasu przepływu prądu (20 — 30 minut). (Elektrody powinny całkowicie przylegać. Referent). Również w zniekształcającym zapaleniu stawów i bólach mięśniowych oddaje ona dobre usługi. Cenną pomoc stanowi także faradyzacja szczególnie automatycznie przerywana lub też

narastająca. Do tego dodać należy jeszcze mięsienie i gimnastykę oraz wreszcie naświetlanie lampą kwarcową polami aż do dawki rumieniowej w przewlekłym zapaleniu pojedynczych stawów i w rwie kulszowej, w której tylną powierzchnię nogi etapami pokrywa się rumieniami.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. SCHWARTZ. Odprowadzenie zwicnięcia barku. (Paris Méd. Nr. 9. 1932).

Przed odprowadzeniem nie należy zapominać o zbadaniu bolesności barku, aby upewnić się, że otoczenie jest nietknięte. Autor widział chorego, który oskarżał profesora chirurgii o to, że ten wywołał u niego porażenie podczas ruchów, związanych z odprowadzeniem. Kończynę górną należy nieco unieruchomić i to tem mniej, im chory jest starszy. Przez dwa lub trzy dni stosuje się unieruchomienie na temblaku M e y a r a, później zostawia się ramię swobodnym podczas dnia, zaś na noc unieruchamia się w ciągu 10 dób, wreszcie pozostawia się je zupełnie wolnym, przyczem chory może się niem posługiwać od chwili, kiedy zaprzestał używania temblaku. Uruchamianie czynne rozpoczyna się od czwartego dnia, do mięsienia ucieka się nieco później, jeżeli jest to korzystne. Należy zalecić djatermję i uprzedzić chorego, szczególnie jeżeli jest on starszy, że jest on narażony na przewlekłe, zapalenie stawu barkowego. Żądać trzeba po odprowadzeniu wykonania zdjęcia rentgenowskiego, jeżeli nie było ono przedtem zrobione, aby się upewnić, że nie ma oderwania guzowatości.

Henryk J. L a n d a u.

Wskazówki praktyczne

O pomyślnych wynikach fizykalnego leczenia *asthma bronchiolae* komunikuje E. W e l l i s c h. Stosuje on jednocześnie diatermję i naświetlania lampą kwarcową okolicy płuc. W okresie 6 — 8 tygodni pacjent dostaje 10 — 30 diatermji, przyczem powierzchnia elektrody wynosi 300 — 400 cm.², przy sile prądu 1 — 1,5 ampera i czasie trwania 10 — 20 minut. Lampą kwarcową naświetla 1 — 2 razy w tygodniu tylko klatkę piersiową aż do wystąpienia zaczerwienienia skóry. (M. Kl. 1931, N. 7).

W nadmiernem poceniu się, szczególnie u chorych gruźliczych E. E s s e n f e l d podaje z dobrym skutkiem 3 — 4 razy dziennie tabletkę *sweatosanu* (*acid. camph. + Calc.*

act. + Extr. sal. sicc. + Acid. tannicum + menthol). (Therapie der Geg. Mai 1932).

W. H. C r o h n poleca nowy *środek nasenny* atempol (pochodny mocznika); działa on szybko nie dając żadnych ubocznych objawów. Dawka 1 — 2 tabletek 15 minut przed snem. (Med. Klin. N. 37, 1932 r.).

W infekcyjnych schorzeniach dróg oddychowych (*bronchitis, pleuritis, bronchoooneumonia, pneumonia*) W. H. C r o h n w zależności od przebiegu, stosuje 3 razy dziennie 1 — 2 tabletek *Calcio - Coramin*. Lek ten łączy działanie środka nasekowego i wykrztuśnego. (Med. Klin. N. 37, 1932 r.).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 1 marca 1932 roku.

Początek o godz. 8-mej wiecz. punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 61.

Wprowadzonych gości — 56.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23.II.1932 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s zawiadomił o wzięciu udziału przez T-wo w obchodzie 50-lecia istnienia Kasy im. Mianowskiego oraz o złożeniu w imieniu T-wa adresu treści następującej:

Z okazji przypadającej dzisiaj 50-tej rocznicy założenia Kasy im. Mianowskiego, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie spieszy życzyć Ci, czcigodna i wielce zasłużona dla kraju Jubilatko, wyrazy najgłębszej czci i uznania za Twą tak płodną i dobroczynną działalność właśnie w czasach największego

ucisku najeźdźcy — w ostatnich dwu dziesięcioleciach wieku ubiegłego i pierwszych dziesięciu latach stulecia bieżącego.

Szerząc wówczas po kraju kult książki, Ty przyczyniłaś się waleń do podtrzymania kultury i nauki polskiej na poziomie, z którego dążył stale spychać je barbarzyński i wrogi nam zaborca.

Cześć Ci i wdzięczność od nas szczególnie za pamięć o nauce lekarskiej w Polsce!

Dzięki Twej trosce i ofiarnej pomocy można było wśród młodzieży lekarskiej szerzyć skuteczniej naukę za pomocą polskiej książki lekarskiej.

Cześć Ci wreszcie za czułą i mądrą opiekę, którą stale otaczałaś ludzi, oddających się w Polsce pracy naukowej.

Twoja niewyczerpana energia, Twoja niezłomna wiara w lepszą dla Polski przyszłość sprawiły niezawodnie, żeś, pomimo ciężkich strat materialnych przetrwała wojnę wszechświatową i jej skutki okropne i doczekałaś się wreszcie oczekiwanego oddawna z utęsknieniem wskrzeszenia ukochanej Ojczyzny.

a z niem nieplonnych nadziei promienniejszej przyszłości dla kultury i nauki polskiej, których byłeś zawsze i będziesz — da Bóg — nadal Orędowniczką niedosięgniętą i niezastąpioną.

Tego zasłużonego rozwoju, tych dojrzałych owoców zbożnej pracy społecznej życzy Ci, Czcigodna Jubilatko, z całego serca w imieniu kultury i nauki polskiej Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

3. Kol. P r e z e s odczytał zawiadomienie o organizowaniu przy Wydziale Lekarskim Uniwer. Warsz. kursu kształcącego dla lekarzy i praktykujących.

4. Kol. S e k r e t a r z Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. Drze med. Czesławie J a n k o w s k i m (streszczenie własne).

W dn. 24 lutego r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Dr Czesław J a n k o w s k i, członek czynny T. L. W. od r. 1905. Urodzony d. 15 lipca r. 1877 w Radzyminie, dawnej gub. Warszawskiej, po ukończeniu IV gimn. w Warszawie, zapisał się w r. 1895 na wydział lekarski Uniw. Warsz. Stopień lekarza uzyskał w r. 1900. Początkowo pracował przez krótki okres czasu na oddziale chorób wewnętrznych, prowadzonym przez ś. p. Dra O. H e w e l k e g o w szpitalu Ś-go Rocha, niebawem zaś, postanowiwszy poświęcić się chirurgii, przeniósł się na oddział ś. p. Dra M a l i s z e w s k i e g o w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Stąd w r. 1902 przeszedł na stanowisko asystenta Kliniki Chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha. W r. 1914 został powołany do armii rosyjskiej, a w r. 1919 stanął w szeregach Wojska Polskiego. W r. 1924 opuścił służbę wojskową ze zdrowiem tak nadwątłym, że już nie mógł myśleć o wzięciu żywszego udziału w życiu zawodowym. Uczcijmy pamięć zmarłego kolegi przez powstanie.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie i jednogłośnie ciszę.

5. Kol. U l i n s k i H. przedstawił „Dwa przypaady a-ocznia rumieniowego twarzy” (streszczenie własne).

Chora, lat 29, zgłosiła się do ambulatorium skórno Szpitala św. Ducha przed 1½ tygodniem. Na grzbiecie nosa — blaszka barwy szarej z różowym odcieniem. Brzegi wykultu są otoczone rozszerzoną naczyńkami krwionośnymi. W obrębie blaszki skóra nacieczona. Na lewej stronie nosa — blizna po zamrażaniu stałym CO₂. Na obu policzkach pod oczami — skóra nacieczona, czerwona z sinawym odcieniem. Gruczoły łojowe są rozszerzone. Choroba trwa od 5½ lat leczyla się w Wilnie maściami i zamrożeniem stałym CO₂. Zamierza skierować chorą do Instytutu światłoleczniczego przy szpitalu św. Łazarza.

Chora, lat 40, zgłosiła się do ambulatorium Szpitala św. Ducha przed 1½ tygodniem.

Na grzbiecie nosa — ostro ograniczona, nieco wzniesiona blaszka barwy brudno — żółtej. Zaopatrzona ona jest w rozszerzone naczynia krwionośne. Naokoło blaszki — skóra obrzmiała, sina chłodna. Choroba trwa, jak chora podaje, od 2½ miesięcy. Nie była leczona. Powyższy zespół objawów H u t c h i n s o n nazwał „Chilblain - Lupus”.

6. Kol. B r o k m a n wygłosił „Pogląd na patogenezę oraz leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniem alergii” (streszczenie własne).

Z różnorodnych przejawów doświadczalnych oraz klinicznych anafilaksji i idiosynkrazji można wyodrębnić wspólne cechy łączące je wzajemnie w postaci stanu alergii oraz zjawiska alergii. Stan alergii sprowadza się do wrażliwości (powinowactwa) tkanki wrażliwej w stosunku do wywołującego (antygeny). Zjawisko alergii jest wynikiem wiązania się komórek wrażliwych z antygenem na podłożu tego powinowactwa i sprowadza się w pierwszym rzędzie do pierwotnego uszkodzenia tkanek. Te podstawowe dwa fragmenty oddziaływania biologicznego w postaci stanu i zjawiska alergii dają się stwierdzić w szeregu niemal wszystkich chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Warunkują one ten lub inny okres wylegania, wrażliwość osobniczą na daną chorobę, charakteryzując jej przebieg oraz wpływając na mechanizm zdrowienia. Ten stan alergii, stanowiącej podłoże patogenetyczne, warunkujące zjawiska chorobowe, ustrój zwalcza zapomocą ciał odpornościowych, przeciwstawiających się czynnikowi bakteryjnemu lub toksycznemu. Występują tutaj na scenę ciała głównie zubożniające (antytoksyny). Wynik ich działania zależy od stopnia aktywności tych ciał, od stosunku, jaki zachodzi pomiędzy powinowactwem tych ciał do jadu z jednej strony, a powinowactwem tegoż jadu (alergii) do komórek wrażliwych ustrojowych z drugiej strony. Stąd widać, że ciała zubożniające posiadają dla wrażliwości na choroby zakaźne, dla łagodniejszego ich przebiegu, wreszcie dla mechanizmu zdrowienia jedynie znaczenie względne. Ustrój posiada jeszcze odmienny sposób uniżenia niekorzystnego dlań powinowactwa do czynnika chorobotwórczego drogą zmniejszenia tego powinowactwa, obojęt-

niejszego ustosunkowania się do czynnika chorobotwórczego. Tak niewrażliwość małych niemowląt na szereg chorób zakaźnych (m. i. na płonicę, zapalenie płuc) zależy w dużej mierze od obojętności tkanek narządowych (skóry w płonicy, płuc w ich zapaleniu) w stosunku do odpowiednich zarazków (paciorkowca płoniczego, pneumokokka). Zdrowienie z choroby zakaźnej, ustępowanie wysypki w przebiegu płonicy zależy, na zasadzie badań własnych, od występującej w tym okresie niewrażliwości skóry na jad paciorkowca płoniczego. Dalej w przebiegu odry towarzyszy słabnącemu odczynowi tuberkulinowemu, (co należy uważać za wyraz mniejszej wrażliwości tkanek do jadów lasecznika gruźliczego) cały szereg objawów klinicznych: sprawy zapalne gruźlicze chwilowo zaczynają się cofać, przetoki wydzielają ropę, występuje pozorna, acz krótkotrwała poprawa.

Ten punkt widzenia daje nam nowe perspektywy w kierunku zapobiegania oraz leczenia chorób zakaźnych. W zakresie zapobiegania winniśmy unikać wszystkich czynników, które są w stanie zwiększyć powinowactwo tkanek ustrojowych do poszczególnych czynników chorobotwórczych; poddawać zaś ustrój działaniu tych, które wpływają nań w sensie odwrotnym. W zakresie leczenia winniśmy uznać za nader ważne stosowanie tych środków swoistych (szczepionek), nieswoistych (proteinoterapia, leczenie wstrząsowe), farmakologicznych i fizykalnych (balneologicznych), które mogą spowodować wytworzenie się stanu obojętności tkanek na czynnik chorobotwórczy. Cały szereg już wprowadzonych do leczenia środków zawdzięcza temu mechanizmowi działania swój efekt leczniczy. Inne winny być badane właśnie z punktu widzenia działania ich na ustrój w powyższym sensie.

Dla rozwiązania tego zagadnienia niezbędne jest skompletowanie metod badania klinicznego z metodami doświadczalnymi anatomii patologicznej, patologii ogólnej oraz farmakologii. W ten sposób pogląd prelegenta na patogenezę chorób zakaźnych, oparty na dziesięcioletniej pracy klinicznej i doświadczalnej, znajdzie głębsze jeszcze uzasadnienie; na tej drodze zostaną, może być, osiągnięte wyniki praktyczne w zakresie zapobiegania oraz leczenia chorób zakaźnych.

D y s k u s j a: Kol. K a r w a c k i (streszczenie własne).

Wydaje mi się, że niema takich ram patogenetycznych, w których można by pomieścić wszystkie choroby zakaźne, nie wyłączając, oczywiście i ram alergii. Obejmowanie wszystkich chorób zakaźnych przez prelegenta pod tym znakiem utrudnia dyskusję, stawiając ją na gruncie ogólnikowym. Przechodząc do rzeczy konkretnych, stwierdzam, że sprawdzian alergiczny, podany przez prelegenta w postaci zapalnych odczynów komórkowych różnego natężenia, nie wydaje mi się dość uzasadnionym. Białko bakteryjne w postaci płynnej jako niskocząsteczkowe, może przechodzić przez błony komórkowe i wywołać w komórkach zmiany, i tak się dzieje niewątpliwie. Gdzie więc tu jest odczyn spowodowany alergią, a nie pierwotną toksycznością białka bakteryjnego? Wydaje się, że w chorobie zakaźnej ostrej prawie niema szans na wytworzenie się stanu uczulenia. Powstaje on natomiast nieuchronnie w chorobach zakaźnych przewlekłych, jako następstwo długotrwałego działania białka bakteryjnego na ustrój.

7. Kol B r o k m a n starał się wyodrębnić pewne podstawowe zjawiska biologiczne i wykazać ich występowanie w całym szeregu chorób zakaźnych nie tylko przewlekłych lecz i ostrych. Takie choroby, jak odra i ospa, są cierpieniami odczynowymi. Objawy wstępują w nich dopiero wtedy, gdy ustrój zostanie uczulony. W innych, np. błonicy niepotrzebny jest okres wylegania, jednak i tu działanie jadowite białka drobnoustrojowego niema znaczenia. Różnica jest tylko pozorna. Niemowlęta są początkowo niewrażliwe na zakażenie błonnicze, stają się jednak wrażliwe prawdopodobnie przez zetknięcie się z zarazkiem błonniczym mniej zjadliwym, który nie wywołał cierpienia, lecz uczulił ustrój. Objawy błonicy wystąpią dopiero wtedy, gdy ustrój zostanie uczulony. Ten stan powinowactwa jest czynnikiem podstawowym, warunkującym wystąpienie objawów chorobowych pod wpływem czynnika zakaźnego.

8. Kol. K o t a r s k a - D e t l o f f H. i M o c z a r s k i W. wygłosili odczyt p. t.: „Ocena niemożności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego Część I. (streszczenie własne).

Prelegenci (M o c z a r s k i) podnoszą doniosłość klinicznego ujmowania oceny niezdolności do pracy w gruźlicy płuc, która jest równocześnie zagadnieniem społecznym. Wskazują, opierając się na statystyce przeprowadzonej w Komisji Lekarskiej Kasy Chorych, jak duży odsetek ocen przypada na cierpienia gruźlicze (na 6910 różnych chorych wewnętrznych i nerwowych 1192 przypadków gruźlicy płuc) z tego zdolnych do pracy 40,16%, niezdolnych 59,84%. Przyjmują w orzec-

nictwie z k a z p r a c y, jako jeden z czynników leczniczych oraz jako środek w dążeniu do uzyskania powrotnie pełnowartościowej lub choćby częściowej zdolności do pracy. Następnie rozpatrują trudności, nasuwające się w ocenie niezdolności do pracy zwłaszcza w gruźlicy, wskutek zdradliwego i podstępного początku oraz różnorodnego przebiegu cierpienia. Zwracają uwagę nie tylko na stan chorego, ale i na warunki, w jakich praca się odbywa. Uwzględniają również rodzaj zajęcia, dzieląc zawody, zależnie od ich ciężkości na 4 grupy.

Wczesne rozpoznanie, możliwie najcisłejsze rokowanie oraz indywidualizacja poszczególnych przypadków są zasadniczymi warunkami trafnej oceny. Opierając ocenę niezdolności do pracy w gruźlicy na gruncie klinicznym, prelegenci podkreślają wartość radiologii i badań pomocniczych, omawiając krótko znaczenie ich zastosowania w orzecznictwie praktycznym. Dla ułatwienia omówienia oceny niezdolności do pracy w poszczególnych postaciach gruźlicy, autorzy przyjmują podział według Sterlinga oraz Bard-Piéry-Neumanna.

W pierwszej części odczytu omówiono ocenę niezdolności do pracy w ostrej i podostrej postaci gruźlicy.

Dyskusja odbędzie się po wygłoszeniu całości.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22 min. 05.

Prezes: W. O r ł o w s k i.

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

Posiedzenie z dnia 8.III. 1932 r.

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków Tow. — 50.

Wprowadzonych gości — 76.

1. Protokół posiedzenia z dnia 1.III. 1932 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o s. p. Drze Janie Sędziaku (streszczenie własne).

W dniu 6 marca r. b. zmarł w Warszawie s. p. Dr. Jan Sędziak, członek Tow. Lek. Warsz. od r. 1888. S. p. Jan Sędziak, urodził się w r. 1861. Po ukończeniu III-go Gimnazjum w Warszawie zapisał się na wydział lekarski Uniwersytetu Warsz., który ukończył w r. 1886 ze stopniem lekarza. Przez 2 następne lata pracował jako asystent na oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu S-go Duchy, prowadzonym przez s. p. Alfreda Sokółowskiego. W latach 1889 i 1890 s. p. Jan Sędziak prowadził systematyczne, poważne studia w uczelniach zagranicznych, przede wszystkim i najdłuższe w Londynie pod kierownictwem najśłynniejszego wówczas laryngologa Prof. Sir M. Mackenzie. Po przeprowadzeniu studiów uzupełniających w klinikach Paryża, Heidelberga, Monachium, Wiednia i Berlina, s. p. Dr. Sędziak powraca do kraju, i tu po pewnym czasie obejmuje stanowisko kierownika ambulatorium oto-laryngologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Po kilku latach opuszcza to stanowisko z powodu nadwątłego zdrowia po przebytej ciężkiej chorobie nerek. Odtąd oddaje się z zapałem i niepodzielną pracą na niwie naukowo-literackiej. Ogłasza drukiem około 170 mniejszych i większych prac z dziedziny otoryno - laryngologii w językach polskim, angielskim, francuskim i niemieckim. Prace te jedną s. p. J. Sędziakowi i duże uznanie i poza granicami kraju oczyszcza, skoro za monografię „O nowotworach złośliwych krtani” otrzymuje we Francji na konkursie międzynarodowym złoty medal i 1.000 franków nagrody. Wkrótce potem zdobywa s. p. J. Sędziak medal złoty na międzynarodowym konkursie lekarskim w Ameryce za pracę: „Etiologia i leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych”. Następnie ogłasza pierwsze w literaturze lekarskiej polskiej „Podręczniki chorób nosa i gardła”. Z dalszej działalności s. p. Sędziaka wymienić należy pracę: „Rozwój laryngologii i ryngologii u poszczególnych narodowości”. Praca ta ogłoszona pierwotnie w języku angielskim spotkała się z tak gorącą i niezwykle pochlebną oceną Prof. Sir F. Semona, że w następnym 1907 r. otrzymał s. p. Sędziak zaproszenie od Akademii Oto - Laryngologicznej w New - Yorku do wygłoszenia odczytu inauguracyjnego na otwarcie III-go kongresu tej instytucji. Kongresy takie odbywają się co lat 3: na pierwszy z nich otrzymał podobne zaproszenie prof. F. Semon z Londynu, na drugi prof. B. Frenkiel z Berlina. W kraju również nie omijają s. p. Sędziaka dowody prawdziwego uznania: w r. 1897 zostaje on powołany na członka korespondenta Tow. Lek. w Krakowie, oraz Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. W maju tegoż roku s. p. J. Sędziak został powołany na katedrę oto-laryngologii, przez Wydział Lekarski Uniwersytetu we Lwowie a w r. 1918 przez Uniwersytet Jagielloński. I tylko okoliczności, dotąd

dostatecznie nie wyjaśnione, stanęły na przeszkodzie do objęcia tych stanowisk. Jak z tego, narazie pobieżnego wspomnienia, wynika, że śmiercią s. p. Dra Jana Sędziaka schodzi ze świata niepowszedniej wartości i niebywalej pracy lekarz wysoko niosący sztandar nauki, któremu przypadało w większym udziale przypominać światu, w najpiękniejszej dziedzinie cywilizacji, o niespożytej, wiecznie żywej wartości Polski. I jak gorąco tę Polskę miłował, dał dowód, gdy, będąc już w podeszłym wieku, cały pozostały mu zarobek ciężkiej pracy umieścił w ziemi Pomorskiej. A ziemię tę oddał nam, Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu, na pożytek społeczności lekarskiej, bo Mu ona naprawdę drogą była. Uczcijmy żywą pamięć Kolegi naszego s. p. Dra J. Sędziaka. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc i minutę ciszy.

3. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

Kol. Prezes zawiadamia: o otwarciu Kliniki Ocznej U. W. w nowym pomieszczeniu w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Na uroczystość tę zostało zaproszone Towarzystwo Lekarskie, które reprezentował kol. Prezes, b) Koło Medyków S. U. W. w dniu 17.III. 1932 r. zakupiło w teatrze Ateneum przedstawienie, z którego dochód będzie przeznaczony na budowę domu Medyków. Bilety w cenie ulgowej są do nabycia w Kole Medyków.

4. Kol. Berdo N. wygłasza odczyt p. t. *Wartość rezorcynowego odczynu Vernesa w gruźlicy płuc* (streszczenie własne).

Przeprowadzono przeszło 1020 badań nad zachowaniem się odczynu Vernesa u 818 chorych z różnymi cierpieniami narządów wewnętrznych (z uwzględnieniem przedewszystkiem gruźlicy płuc) i u 11 klinicznie zdrowych.

Krew pobierano naczcho z żyły z przestrzeganiem wszystkich przepisów, podanych przez Vernesa i jego współpracowników. Po utworzeniu skrzepu surowicę zlewano i wirowano, aż się stała zupełnie przezroczystą. Do 0,6 cm.³ badanej surowicy dodawano 0,6 cm.³ 1,25% roztworu rezorcyny i określano za pomocą fotometru stopień zmętnienia mieszaniny. Następnie pozostawiano mieszaninę w cieplecie 18° — 20° na 4 godziny i ponownie określano stopień zmętnienia. Po odjęciu pierwszej liczby od drugiej otrzymano odczyn Vernesa liczbowo. Liczby ponad 30 uważano za dodatni odczyn Vernesa, poniżej zaś za ujemny.

Wśród 355 chorych z różnymi postaciami gruźlicy płuc ogółem w 86,4% otrzymano odczyn dodatni.

Chorych z innymi cierpieniami narządów wewnętrznych było 463, odczyn dodatni otrzymano w 44,9%.

Na podstawie własnych badań i piśmiennictwa wnioskujemy:

1. Odczyn Vernesa nie jest swoisty w gruźlicy płuc, więc znaczenie rozpoznawcze tego odczynu jest niewielkie.

2. Odczyn Vernesa natomiast ma duże znaczenie w określeniu czynności gruźlicy i jej charakteru postępującego.

3. Odczyn Vernesa może być stosowany, jako kontrola skuteczności leczenia: w przypadkach polepszenia obniża się, w razie pogorszenia lub powikłań — podnosi się.

4. Wobec tego odczyn Vernesa ma znaczenie w rokowaniu w gruźlicy płuc, zwłaszcza jeżeli się przeprowadza badania seryjne. Wtedy krzywa odczynu w olbrzymiej większości przypadków wiernie naśladuje przebieg cierpienia. W wielu przypadkach na podstawie jej można przepowiedzieć dalszy przebieg, przynajmniej na krótki okres czasu.

Dyskusja:

Kol. Dąbrowski K. (streszczenie własne).

Przypomina, że w ciągu ostatnich 10-ciu lat były stosowane 2 odczyny w klinice gruźlicy: 1) odczyn wiązania dopełniacza (z antygenem Besredki, Boqueta i Nègréa, Wassermann, Petroffait. p.) i 2) odczyn kląskowania (Costy, Davanyego, Matteliego, Vernesa i t. p.).

Liczne prace wykazały, że oba odczyny nie są swoiste dla gruźlicy. Wypadają ujemnie w przypadkach niewątpliwie stwierdzonej gruźlicy. Odczyny powyższe posiadają charakter pomocniczy w klinice gruźlicy, zwłaszcza w określeniu nasilenia w przebiegu choroby. Natomiast nie posiadają wartości dajnostycznej.

Kol. Weingot stwierdza, że odczynu Vernesa nie dokonywano u osób zołzowych. Należałoby porównać go z odczynem Pirqueta.

Kol. Moczański uważa, że odczyn Vernesa należałoby stosować w kwalifikowaniu chorych do szpitali i sanatoriów, zwłaszcza w wysiękowym zapaleniu opłucny, które może zależeć od gruźlicy czynnej lub klinicznie wygojonej.

5. Kol. Dąbrowski K. i Gackowski J. wygłaszają odczyt p. t. *Jednoczesna obustronna odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc* (streszczenie własne).

Od 1923 — 1931 roku odnę sztuczną obustronną zastosowano w 65 przypadkach. Wśród chorych, którym stosowano ten zabieg, byli chorzy ze zmianami w drugim płucu, powstałymi w przebiegu stosowania odmy jednostronnej (kategoria I), albo tacy, którzy przybywali już na oddział ze zmianami obustronnymi w płucach (kategoria II).

Zakładając odnę obustronną stwarzało się chorym możliwość korzystania nadal ze skuteczności leczenia uciskowego. W przeciwnym bowiem razie oni byliby skazani na dalsze rozwijanie się choroby i postępujące z tem wyniszczenie. Dobre wyniki otrzymywano, jeśli odnę obustronną zakładano w warunkach odpowiednich i w odpowiednim czasie. Stosowanie odmy sztucznej obustronnej nie nastręcza żadnych trudności i ją stosować można, kierując się ogólnie przyjętymi wskazaniami i przeciwwskazaniami.

Ze spostrzeżeń, jakie dotychczas posiadamy zauważyć można, że odma obustronna daje nieraz znaczną poprawę stanu ogólnego chorego i że choroba nie postępuje tak, jak bez stosowania tego sposobu leczenia.

Dotychczas wśród chorych, leczonych obustronną odną sztuczną zauważono wyniki dość dobre, nawet w przypadkach średnio - ciężkich.

Wnioski:

1. Obustronna odma sztuczna jest zabiegiem nieszkodliwym.

2. Ostrożnie stosowana i często kontrolowana nie daje powikłań.

3. Obustronna odma sztuczna stwarza w płucach lepsze warunki do leczenia gruźlicy płuc.

4. W odpowiednich przypadkach może dać około 50% poprawy.

Kol. S z c z e p a ń s k i. W uzdrowisku w Otwocku spostrzegł 32 przypadki odmy dwustronnej. Naogół odniósł wrażenie niekorzystne. Tylko 3 przypadki od kol. D a b r o w s k i e g o szły dobrze. U jednej chorej nie stwierdzono duszności nawet przy wchodzeniu na schody. Przebiegi gruźlicy na drugie płuco w leczeniu odną jednostronną świadczy o złośliwości przebiegu cierpienia. Pęknięcie płuca stwierdzono 4 razy. Po każdym zabiegu następowało samodopełnienie odmy, które opisują często w przypadkach odmy dwustronnej. Prawdopodobnie pękają pęcherzyki płucne rozdymane w sąsiedztwie zmian chorobowych. Odnę dwustronną robi się w przypadkach bardzo ciężkich. Mimo to niekiedy następuje przemijająca poprawa.

Kol. M i s i e w i c z stwierdza ogromnie dokładnie opracowanie materiału referatowego. Nasuwało się jednak pytanie, czy wobec 40 — 50% poprawy warto tę metodę stosować. Nie można porównywać statystyk odmy jednostronnej i odmy dwustronnej. Nie mamy bowiem dwóch przypadków identycznych pod względem okresu i rozległości zmian patologicznych. Ponieważ doświadczalnie sposób ten nie dawał zachęcających wyników stosowano go wyłącznie w przypadkach ciężkich. Aby odma dwustronna uzyskała prawo obywatelstwa należy stosować ją według prawideł stosowania odmy jednostronnej: to jest we wczesnych okresach gruźlicy i u młodych ludzi. Płyn powstający po pierwszym wprowadzeniu powietrza do opłucny w przeciągu krótkiego czasu nie jest płynem wysiękowym. Jest to płyn zwilżający normalnie listki opłucnowe, który po ich rozsunięciu, zbiera się w dole opłucnej. Duszności w przypadkach odmy dwustronnej, nie powinniśmy się spodziewać, ponieważ pojemność życiowa płuc nie zmienia się tak bardzo.

Kol. G l u z i ń s k i: podkreśla, że był jednym z pierwszych, który w Polsce zastosował metodę F o r l a n i n i e g o. Uważa, że odma dwustronna nie może dać dodatnich wyników leczniczych. Ucisk płuca nie może być zbyt silny, jak tego wymaga leczenie odną. Doświadczenie na psach wskazuje, że odma dwustronna wywołuje znaczne zaburzenie w układzie krążenia i w narządzie oddechowym. Już w odmie jednostronnej u psa naskutek zwężenia koryta tętnicy płucnej serce prawie przestaje. Przedstawianiu się powietrza z jednej opłucnej do drugiej towarzyszą bardzo gwałtowne objawy. To przedostanie się powietrza na drugą stronę u psa zależy od stosunków anatomicznych w śródpiersiu, a mianowicie od miejsc o mniejszym oporze.

Kol. S z c z e p a ń s k i: jego spostrzeżenia dotyczące odmy u psów nie potwierdzają spostrzeżeń prof. G l u z i ń s k i e g o. Odma nie wywołuje przerostu serca prawego. Przy nadmiernym ucisku płuca rentgenologicznie stwierdzamy jakby odnę obustronną.

Zależy to od przesunięcia wiotkiego śródpiersia psa na stronę drugą.

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

Zaznacza, że był pierwszy, który zaczął stosować leczenie gruźlicy płuc odną w Rosji. Idąc za wskazówkami F o r l a n i n i e g o, początkowo doprowadzał ciśnienie wewnątrzopłucnowe do dodatniego, oczywiście, po kilku dopełnieniach. Z bie-

giem czasu przekonał się, że dodatnie ciśnienie nie jest niezbędnym warunkiem skuteczności leczenia, gdyż dobre wyniki otrzymuje się, stosując przez cały czas leczenia ciśnienie ujemne w granicach — 1, — 2, — 6. Od tego czasu nie doprowadza ciśnienia nigdy do dodatniego. Takie postępowanie jest obecnie ogólnie przyjęte. Jego skuteczność wskazuje, że mechanizm działania odmy nie polega na zupełnym unieruchomieniu chorego płuca. Wchodzą tu w grę inne czynniki, przedewszystkiem utrudnienia obiegu krwi oraz chłonki w uciśniętym płucu, co zmniejsza zatrucie ustroju toksynami. Płuco bierze mniejszy udział w akcie oddechowym, wskutek czego aspiracja materiału zakaźnego z chorych części płuc przez zdrowe jest również utrudniona. Od czasu, gdy zaprzestano doprowadzać ciśnienie wewnątrzopłucnowe do dodatniego, rzadziej występują w odmie wklajające wysiękowe zapalenia opłucny. Wspomina o swoich badaniach doświadczalnych na psach, które wykonywał w Klinice pokaźskiej, by wyjaśnić, jaki wpływ wywiera leczenie odną na zdrowe płuca. Przekonał się przy tem, że psy często ginęły, gdy doprowadzał ciśnienie do dodatniego. W tych warunkach bowiem odma u psów szybko staje się obustronną. Zależy to od budowy śródpiersia. Możemy stosować odnę obustronną w gruźlicy płuc, gdy odrazu mamy gruźlicę obu płuc, oraz gdy sprawa gruźlicza jawia się w drugim płucu w czasie leczenia odną jednostronną. W pierwszym przypadku należy rozstrzygnąć przede wszystkim, czy zmiany w obu płucach są czynne; osiągamy to spostrzeganiem chorego łącznie z seryjnymi zdjęciami rentgenowskimi. Jeżeli sprawa jest czynna w jednym płucu, odnę zakładamy tylko po tej stronie, jeżeli natomiast jest czynna w obu płucach, a zmiany nie są zbyt daleko posunięte, należy zakładać odnę po stronie ze zmianami bardziej rozległymi. Nieraz przy podobnym postępowaniu jawia się poprawa ogólna oraz miejscowa również i w płucu drugim. W innych jednak przypadkach jednostronna odma powoduje obojętne zmiany w drugim płucu. L. B e r n a r d poleca w tych przypadkach dalsze leczenie odną z warunkiem rozpoczęcia leczenia odną drugiego płuca, gdy w płucu pierwszym nastąpi poprawa. Jednak, w tych przypadkach nie można ustalić zgóry jednolitego postępowania. Dużo zależy od temperamentu lekarza. Chorego trzeba poddać dokładnemu spostrzeganiu, biorąc pod uwagę nie tylko zmiany w płucach, lecz także stan serca oraz stopień zatrucia jadami (*toxemia*). W każdym przypadku postępowanie powinno być indywidualne. Oczywiście, odma obustronna nie może być nigdy prowadzona pod ciśnieniem dodatnim.

Kol. D a b r o w s k i (streszczenie własne).

W wygłoszonym referacie o stosowaniu jednoczesnej odmy obustronnej w leczeniu gruźlicy płuc nie są podane przypadki z ostatnich miesięcy. Ze tych przypadków zebrano się tak dużo, zadowoliliśmy w znacznym stopniu przychodniom przeciwegruźliczym, które kierują odpowiednich chorych do szpitala Wolskiego. Poza tem są chorzy, którzy z powodu zmian w płucach nie mogli się dostać do żadnego sanatorium i dzięki odmie obustronnej utrzymać ich przy życiu. Najważniejszym wskazaniem do założenia odmy dwustronnej jest zajęcie drugiego płuca w przebiegu leczenia odną jednostronną, zwłaszcza gdy nie można przeprowadzić odpowiedniego leczenia klimatycznego lub gdy nie dało ono pomyślnego wyniku. To zajęcie drugiego płuca w leczeniu odną jednostronną występuje w 25% przypadków w ciągu najbliższych 1 — 2 — 3 lat. Następnie do odmy obustronnej nadają się przypadki gruźlicy czynnej klinicznie i anatomopatologicznie ze skłonnością do rozpadu. Przypadki gruźlicy przewlekłej ze znaczną przewagą zmian włóknistych, z rozedmą zastępczą, niedomogą mięśnia sercowego nie nadają się zupełnie do leczenia odną obustronną. Należy wreszcie pamiętać, że odma obustronna winna być zabiegiem pomocniczym w leczeniu ogólnem gruźlicy płuc. Powikłania podczas odmy obustronnej nie są naogół częstsze, niż w odmie jednostronnej: stały się one rzadsze od chwili stosowania niskich ciśnień końcowych.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 30.

Zastępca Sekretarza Dorocznego

M. K r u s z ó w n a.

Prezes

Witold O r ł o w s k i.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

CLVI posiedzenie Sekcji Klinicznej z dnia 23 kwietnia 1932 r.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

1. Sprawozdanie z działalności sekcji klinicznej za rok 1931 odczytał J e l e n k i e w i c z.

2. Do prezydium sekcji klinicznej na rok 1932 wybrano powtórnie poprzednie prezydium oraz H. J. L a n d a u a.

3. Odczyt:

N. Z a n d o w a. *O objawach nerwowych w gruźlicy utajonej oraz o t. zw. reumatyzmie gruźliczym* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zaznacza S r e b r n y, że wobec istnienia metody L o e w e n s t e i n a hodowania prątków ze krwi należałoby badać krew chorego z reumatyzmem na obecność prątków gruźliczych.

G a n t z nie zgadza się z przedmówcą. Tylko L o e w e n s t e i n był taki szczęśliwy, że udawały mu się posiewy, żaden z jego naśladowców natomiast nie miał tego szczęścia. Kwestja rozpoznawania rozmaitych schorzeń stawowych jest dotąd beznadziejna. Zastrzyknięcia tuberkuliny i występujący po nich odczyn ogniskowy w zajętych stawach potwierdzałyby ewentualnie tło gruźlicze schorzenia. Zresztą nawet badanie anatomiczne niezawsze rozstrzyga definitywnie kwestję. Leczenie klimatyczne i insolacja pomagają i w innych postaciach reumatyzmu, nie tylko w gruźliczym. Samo powstawanie zmian gruźliczych w stawach jest też trudne do wytłumaczenia. Wogóle, w sprawie tej od czasów P o n c e t a niewiele posunęła się medycyna.

K n a p p e zaznacza, że objawy nerwowe i stawowe należą do częstych w przebiegu chorób zakaźnych (czerwonka, dur osutkowy, dur brzuszny, grypa, płonica); w gruźlicy, jak w tylu innych chorobach zakaźnych mogą wystąpić nerwobóle i powikłania stawowe. Zmiany te należy uważać raczej za pochodzenia toksycznego, aniżeli bakteryjnego. Nietylko bakterje i ich toksyny wywołują odczyn stawowe: zastrzyknięcia surowicy też dają na 7 — 10 dzień objawy stawowe.

R u b i n r o t podnosi znaczenie badania rentgenowskiego dla rozpoznawania gruźliczych zmian stawowych. Przypada przypadek, leczony przez długi czas bezskutecznie jako nerwoból, który przy badaniu rentgenowskim okazał się gruźlicą kręgosłupa. Niezawsze jednak daje wyjaśnienie badanie rentgenowskie: np. obrzmienie okostny może powodować *rudiculis*, a badanie radiologiczne nie wykryje go. Dziwi się, że prelegentka, mówiąc o leczeniu, pominęła rentgenoterapię, której domeną są gruźlicze sprawy stawowe.

A. L a n d a u kwestionuje postawienie sprawy gruźliczej stawowej w ten sposób, że wszystkie zmiany przebiegające ze stanem podgorączkowym i dające dobre wyniki przy leczeniu klimatycznym są gruźlicą stawów. Kwestjonuje również tarczycowy zespół tuberkulo - toksyczny. Żaden z tych pre-basodów nie przekształca się w prawdziwą chorobę B a s e d o w a. Kila i reumatyzm wykazują powinowactwo do tarczycy. W żadnym z cytowanych przez prelegentkę przypadków nie było prawdziwego zespołu tyreotoksycznego, były tylko zaburzenia równowagi vegetacyjnej, atakujące wiele gruczołów. Reumatyzm jest drażliwym zagadnieniem. Etiologii przewlekłych spraw stawowych wykrywać nie umiemy, w odróżnieniu od ostrych, które rozpoznajemy jako chorobę B o u i l l a u d a, jako sprawy gonokokowe, pneumokokowe, łańcuszkowcowe i t. d. W przewlekłych sprawach stawowych zajęcie wielu stawów mówi o ich zakaźnym tle. Poprawa pod wpływem leczenia klimatycznego nie dowodzi gruźliczego pochodzenia sprawy stawowej; nie jest również dowodem utrzymujący się stan podgorączkowy. Nawet szczepienie płynów stawowych świnkom morskim niewiele daje, gdyż płyny te rzadko tuberkulinizują świnki. Pewne wskazówki może dać badanie tuberkuliny, wykrycie łańcuszkowców, na co kładą silny nacisk badacze amerykańscy. Sprawy stawowe przedstawiają pewną analogję do zapalenia opłucny pochodzenia gruźliczego. *Spondylitis rhizomyelica* bywa często pochodzenia gruźliczego. Nazwa reumatyzmu, według nomenklatury, dotyczy jedynie choroby B o u i l l a u d a.

H. J. L a n d a u stwierdza, że gruźliczymi zmianami stawowymi zajmowali się również Niemcy. Jeszcze przed L o e w e n s t e i n e m, który prawie we wszystkich przypadkach schorzeń stawowych, nawet w chorobie B o u i l l a u d a hodził prątki gruźlicze ze krwi, W. N e u m a n n uważał przewlekłe sprawy stawowe za pochodzenia gruźliczego; jako dowód podawał on dobre wyniki tuberkuliny (atebanu), zapominając o tem, że może tutaj chodzić nie o leczenie swoiste, lecz o proteinoterapię. Nieprzekonyującym jest brak reakcji na salicyl, jako dowód gruźliczej natury zmian stawowych. Rzekniesz się spotyka się często zmiany stawowe, nawet typowe przypadki choroby B o u i l l a u d a, nie odpowiadające na salicyl; jedni autorzy tłumaczą to wytworzeniem się odporności na salicyl, który w postaci aspiryny przyjmuje się przy bylejakiej okazji, inni (D a n i e l o p o l u) uważają, że się stosuje zbyt małe dawki salicylu. D a n i e l o p o l u podaje 15 gr. salicylu w średnio - ciężkich, 25 gr. — w ciężkich przypadkach dziennie. Tutaj prelegentka nie podała, ile salicylu chorzy otrzymywali dziennie, tak że trudno jest wnosić o oporności na salicyl.

S z p e r stwierdza, że szkoła B r o c a zarzucała P o n c e t o w i wprowadzenie gruźlicy do etiologii spraw stawowych. Teoria P o n c e t a niewiele zresztą pomaga przy łóżku chorego. Rozpoznanie reumatyzmu gruźliczego opiera się

na wrażeniu lekarza. Z rozpoznania tego nie wynikają jakieś szczególne sankcje lecznicze. W gruźlicy stosuje się przeważnie leczenie klimatyczne, unieruchomienie. Dowód salicylowy polega na tem, że gruźlicze zmiany stawowe pogarszają się pod wpływem salicylu, inne — nie ulegają zmianie. W chirurgji stawowej nie odczuwa się naogół potrzeby istnienia gruźlicy stawowej, jako jednostki.

A. L a n d a u dodaje, że w chorobie B o u i l l a u d a czasem nie działa salicyl podany doustnie, działa on natomiast w drodze wśródzylnej.

W odpowiedzi stwierdza Z a n d o w a, że kwestja praktyczna w gruźlicy stawowej jest beznadziejna, prelegentce chodziło zaś przede wszystkim o stronę praktyczną. Gruźlicę leczy wszystko, co jej nie pogarsza. Salicyl w gruźlicy jest szkodliwy. Oparcie rozpoznania na wynikach próby tuberkulinowej jest trudne do przeprowadzenia w praktyce ambulatoryjnej. Rentgenoterapia tych spraw niezawsze daje dobre wyniki. Pseudo - basodów gruźliczy, zdaniem J a n o w s k i e g o, może przejść w chorobę B a s e d o w a, co by było jednak sprzeczne z teorią S t e r l i n g a o roli obronnej tego zespołu w gruźlicy. Wobec możliwości istnienia choroby P o n c e t a należy zawsze o niej myśleć.

Sekretarz: Henryk J. L a n d a u.

Posiedzenie plenarne z dnia 19.5. 1932 r.

Obecnych osób — 62.

1. Dr. Zofja G a r l i c k a. *Zapobieganie ciąży ze stanowiska fizjologii i patologji.*

Pod wpływem oderwania się od natury, życie płciowe zwierząt, a tem bardziej ludzi odbiega daleko od swego pierwotnego biologicznego. Zapobieganie ciąży jest często korygowaniem tych niecelowych odchyśleń i wobec tego, za patologiczne w swej całości uważane być nie może. Patologicznymi są niektóre sposoby, a przede wszystkim zupełna bezpłodność zdrowej kobiety. Macierzyństwo jest konieczne dla pełnego rozwoju psychicznego i fizycznego kobiety. Pewne stany patologiczne organów kobiecych przypisywane są nierodzeniu (R o z n e r, S t o e c k e l). Jeżeli dla zdrowia kobiety potrzebne są odpoczynki od jajczkowania i miesięcznych przekrwień, jakie daje ciąża, oraz spowodowane przez ciążę zmiany hormonalne, fizjologicznym sposobem zapobiegania ciąży było - by czasowe wywołanie ciążowemi hormonami żółtego ciała i łożyska (H e b e r l a n d). U zwierząt metoda ta daje dobre wyniki, bez szkody dla zdrowia matek i późniejszych młodych. U ludzi nie może być jeszcze stosowana z braku odpowiednio silnego i stałego preparatu (H a b e r l a n d) i niemożności ścisłego zbadania stanu hormonalnego kobiety, bez czego mogła - by poważyć zachwiać równowagę hormonalną ustroju (R o d e c u r t). Ostatni zarzut stosuje się również do innych hormonalnych sposobów czasowego wywołania jak hormonem kobiecym w nadmiarze — prolana B. Z o n d e c k a, hormonem gruczołu młecznego, hormonem męzkim. Humoralna sterylizacja spermą jest niebezpieczną dla potomstwa, bo pierwszy po ustaniu jej pomiot jest niedonoszony, przeważnie niedolny do życia. Czasowe wywołanie promieniami R o e n t g e n a kryje w sobie również możliwości niebezpieczeństwa dla dalszych generacji przez uszkodzenie plazmy zarodkowej lub zarodka. U kobiety trudno jest dokładnie obliczyć działanie promieni na komórkę rozrodczą, a więc i czas trwania bezpłodności. Lepiej dostepne dla promieni są gruczoły rozrodcze męskie (Dr. B o r a k). Chirurgiczna czasowa sterylizacja przez przerwanie ciągłości jajowodów z możliwością późniejszej *restitutio ad integrum* jest w okresie prób. Chirurgiczny sposób wycięcia jajowodów jest najlepszy dla wywołania stałego. Doraźne sposoby zapobiegania ciąży są dla niektórych kobiet psychicznie nie do zniesienia. Stosowane bezpośrednio *ante* lub *post coitum* zakłócają fale seksualnej ekscytacji, zwłaszcza *coitus interruptus* powoduje szereg zaburzeń nerwowych i psychicznych, a także chronicznych zmian patologicznych w organach kobiecych. Pamiętać musimy, iż strach przed ciążą również fale zakłóca, często jest przeszkodą dościa do orgazmu. Chemiczne sposoby zmieniają biologję pochwy. Mogą spowodować słabsze potomstwo przez zatrucie niezupełne rozkładającego plemnika. Mechanicznie działają jako ciała obce, mogą, zatrzymując wydzieliny, przyczynić się do powstania katarów. Ze środków, zakładanych przez lekarzy na czas dłuższy wewnątrz, mosiężne przyrządy i krążki, są właściwie środkami poronnymi, nie przeszkadzają zapłodnieniu jajeczka, lecz zagnieżdżeniu się już zapłodnionego. Stwierdzono po nich ciężkie stany zapalne. Fizjologicznym sposobem zapobiegania ciąży, nie wymagającym przełamania wstępu natury estetycznej, było by ustalenie okresów bezpłodności kobiety, i wstrzymanie się poza temi okresami. Nakazana przez własny rozum i wolę nie poniżałoby, lecz uszla-

chetniała. Chroniłaby instynkt płciowy przed zwyrodnieniem, jakie mu może zagrażać zupełne oddzielenie aktu płciowego od rozrodczego i możność natychmiastowego zaspokojenia zaledwie zrodzonego pożądania. Niestety ustalone terminy bezpłodności w cyklu miesięczkowym zawodzą. Nie mamy sposobów zapobiegania ciąży bez zarzutu. Przyszłość zależy chyba od rozszerzenia z jednej strony wskazań do sterylizacji stałej, a rozbudowy z drugiej strony opieki nad matką i dzieckiem.

(Autoreferat).

2. Dr. M. K a c p r z a k: *Folityka ludnościowa a zapobieganie ciąży*. (Ogłoszone drukiem w „Warsz. Czas. Lek.”).

3. Rozprawa:

F r y s b e r g. Z metod zapobiegawczych metody hormonalne są ryzykowne ze względu na ich wpływ ogólny na ustrój kobiety, a dlatego niepewne. Stosowanie promieni R o e n t g e n a jest wysoce niebezpieczne, gdyż dawka niezbędna zagraża niebezpieczeństwem stałej sterylizacji.

Metody operacyjne są niewykonalne, gdyż zmuszają do wielokrotnych zabiegów. Pozatem uspasabiają one do ciąży pozamaciężnej. Co dotyczy środków zapobiegawczych jednorazowych, to idealnych niema: mniej szkodliwe często zawodzą, a pewniejsze są niebezpieczne.

K n a p p e: Jest rzeczą ciekawą stwierdzenie, jaki wpływ na zdrowie osobnika ma stosowanie środków zapobiegawczych. Zdaniem jednych — bezpłodność i zapobieganie ciąży wytrąca ustrój z równowagi, zdaniem innych ciąży nie jest niezbędną dla życia hormonalnego kobiety. Różne kobiety w różnych sposób na to reagują. Kiedy internista powinien radzić zapobieganie ciąży? Niezbędne jest to może u wybitnie nerwowych osobników i przy całym szeregu schorzeń. K n a p p e omawia schorzenia stanowiące przeciwwskazania do zajścia w ciążę, stany chorobowe, związane przyczynowo z ciążą i porodem.

B u d z i ņ s k a - T y l i c k a: Mówimy dziś o jednym z najważniejszych zagadnień społecznego życia. Znaczenie jego kulturalne polega na uświadomieniu sobie odpowiedzialności za danie życia. Rodzenie nieświadome — to przestępstwo społeczne. Instynkt płciowy i rozrodczy muszą być oddzielone od siebie. O wartości środków zapobiegawczych świadczą wyniki warszawskiej poradni: na kilka tysięcy porad, 2 i pół % zawodów. Podczas gdy w Holandji akcja świadomego macierzystwa znajduje poparcie władz, a nawet uzyskała królową jako patrona, a w Berlinie akcję tę przejęły Kasy Chorych, u nas znaczny odłam społeczeństwa zwalcza poradnię, a reszta zachowuje się biernie. Ze spostrzeżeń warszawskich wynika, że w 90 % stosowany jest *coitus interruptus*, metoda niezmiernie szkodliwa, pozatem bardzo często liczne skrobanki, co rujnuje życie i zdrowie naszych kobiet. Są zanotowane przypadki, gdzie jedna kobieta ma za sobą 20 skrobaneł. Poradnia nasza prowadzi walkę z poronieniami, a jednocześnie, badając dokładnie pacjentki, stwierdza u nich zawczasu inne poważne schorzenia kobiece, w tej liczbie i raki. A więc i pod tym względem przynosi wielki pożytek.

G a r l i c k a: Celem poradni nie jest zmniejszenie porodów, a tylko zmniejszenie poronień, dlatego też winniśmy akcję tę popierać.

K a c p r z a k: Nie rozporządzamy zupełnie pewnymi sposobami zapobiegawczymi. Rodzenie jako akt fizjologiczny, może mieć pewne powikłania, nie wolno jednak twierdzić, jakoby był on przyczyną takich lub innych schorzeń.

Sekretarz: J u s t m a n.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu z dnia 22 marca 1932 r. (Klin. Wschr. N. 32) zwracał M u e l l e r - S c h e v e n uwagę na *rozległe nierozpoznawane gruźlice płuc*. W przypadkach istnienia objawów ogólnych, budzących podejrzenie gruźlicy, nie należy ograniczać się do osłuchiwania i opukiwania, lecz należy przeprowadzać badanie rentgenowskie (przynajmniej prześwietlenie), płwociny i opadania czerwonych ciałek krwi. Prelegent odróżnia 3 grupy, w których popełnia się błędy: 1) przypadki, rozpoczynające się od wysiękowego zapalenia opłucny. Nawet jeżeli podczas i po zapaleniu opłucny nie znajduje się żadnych zmian w płucach, konieczne jest w tych razach badanie kontrolne okresowe takich chorych przez czas dłuższy. R e y e wykazał, jak często po zapaleniu opłucny rozwija się gruźlica. Często rozpoznaje się tę gruźlicę po zapaleniu opłucny dopiero wtedy, gdy zniszczyła ona duże połacie płuc i spowodowała dalsze zarażenia. 2) Drugą grupę stanowią przypadki, rozpoczynające się ostro jako grypa, odoskrzelowe zapalenie płuc i t. d., często nawet z nieznacznym krwiopłuciem, w których nie myśli się o gruźlicy. 3) Do trzeciej grupy należą przypadki, w których albo dolegliwości żołądkowe, sercowe lub gośćcowe stoją na pierwszym planie, i dlatego nie zwraca się uwagi na objawy ogólne, wskazujące na płuca, albo też w których istnieją objawy płucne, ujmuje się je jednak jako objawy nieżyty oskrzeli.

Na posiedzeniu Przyrodniczo - Lekarskiego Stowarzyszenia w Heidelbergu z dnia 23 lutego 1932 r. (Klin. Wschr. N. 32, 1932) mówił K. S c h l a p p e r o *torakoskopji i o torakokaustyce*. Leczenie odma sztuczną bez uciśnięcia jamy jest bezcelowe. Uciśnięcie jamy może nie nastąpić bądź wskutek sztywności ścian jamy, bądź wskutek zrostów, które znajdują się najczęściej bezpośrednio nad jamą. Wiek istniejącej gruźlicy jest mniej miarodajny dla rozmiarów zrostów, aniżeli jej umiejscowienie (zwłaszcza w ogniskach położonych pod obojczykiem). Starać się rozzerwać zrosty przez zwiększenie ciśnienia wewnątrzopłucnowego jest poważnym błędem w sztuce. Otwarte przepalenie powrózków zostało znowu zarzucone wskutek dużego niebezpieczeństwa zakażenia opłucny. Wskazanie: każdy przypadek odmy, który nie stał się ujemny po upływie trzech miesięcy, należy endoskopować, a w razie odpowiednich warunków leczyć przyżeganiem, nawet jeżeli rentgenologicznie uciśnięcie wydaje się zupełnem. Co się tyczy prawdziwych stosunków operacyjnych, polegać można tylko na torakoskopji, nawet stereoskopowe zdjęcia rentgenowskie nie są pewne. Szczególnie ważne jest w torakokaustyce zastosowanie słabych rozżarzeń. Leczyć tą metodą można tylko dobrze dające się przyżegać powrózki. Wyniki w razie zastosowania ścisłych wskazań są dobre: 60 — 70 % leczonych w ten sposób chorych traci prątki w płwocinie.

O d c i n e k

Thalassotherapie i leczenie gruźlicy chirurgicznej w Berck - sur - Mer.

Podał

Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

500 lat przed Narodzeniem Chrystusa Eurypides pisał już, że morze leczy pewne choroby. Obecnie wiemy o tem dobrze i posiadamy naukowe uzasadnienie tego, że miejscowość nadmorska jest największym, najwspanialszym i najskuteczniejszym zakładem fizjoterapeutycznym stworzonym przez naturę. Rzeczą człowieka jest umieć wykorzystać te bogactwa.

Leczenie nadmorskie (*thalassotherapie*) jest leczeniem złożonym, wpływającym z własności fizycznych i chemicznych wody morskiej, własności specyficznych atmosfery morskiej, własności słońca i światła, nietylko bezpośrednich ich promieni, ale i promieni

odbijających się w wodzie, ziemi (piasku) i niebie. Cały ten zespół daje w sumie hydroterapię, hydromineraloterapię, klimatoterapię, heljoterapię. Działanie dodatnie kąpeli morskich powstaje wskutek pobudzającego działania wody, dającej rytmiczne uderzenia fal. Powietrze morskie, idealnie czyste, zawiera rozpylone cząstki wody morskiej. Oddychając niem, wchłaniamy przez drogi oddechowe (inhalacja) rozpuszczone pierwiastki chemiczne, posiadające własności lecznicze jak jod, brom i sól. Natężenie światła nad morzem wzmacnia się wskutek załamywania się i odbijania promieni w miliardach małych pryzmatów, utworzonych przez kropelki wody. Atmosfera nadmorska, przesiąknięta promieniami słońca i promieniowaniem własnem gleby, posiada właściwy sobie pewien stan napięcia elektrycznego (P e c h). Wynikiem tego złożonego i bogatego działania na ustrój będzie pobudzenie wszystkich czynności organizmu, podnieta gruczołów dokrewnych, sty-

mulacja układu współczulnego, wzmożenie sił obronnych i zdolności regeneracyjnych, ożywienie i poprawa ogólnej przemiany materji. To wielostronne działanie kuracji nadmorskiej daje szerokie wskazanie do stosowania jej przedewszystkiem u ludzi zmęczonych czy przepracowanych, niedokrewnych, cierpiących na niektóre postaci gruźlicy t. zw. chirurgicznej (gruczołowej, kostnej, stawowej), krzywiczych. Naświetlanie miejscowe ognisk chorobowych ma również i wpływ ogólny: przy naświetlaniu tylko jednej połowy ciała u rachityka, zgrubienia krzywicze kości znikły wszędzie (A r m a n d - D e l i l l e). Badania L e s n é wykazały, że pod wpływem naświetlania (promienie pozafioletkowe) zawartość wapnia i fosforu w surowicy krwi zwiększa się.

Wyzyskanie warunków nadmorskich w leczeniu gruźlicy chirurgicznej jest zdobyczą wielką. Oceniamy ją należycie, nie zmniejszając jednocześnie wartości niczem niezastąpionego leczenia ortopedycznego, a niekiedy i operacyjnego w gruźlicy kostnej i stawowej. Połączenie tych dwóch rodzajów środków leczniczych daje wyniki najlepsze.

Zpośród wszystkich miejscowości nadmorskich, przeznaczonych do leczenia gruźlicy kostnej i stawowej na plan pierwszy wysuwa się Berck - sur - Mer, miejscowość znana na całym świecie.

Berck - sur - Mer (Berck - Plage lub poprostu Berck) jest odległe od Paryża o 223 km., dojazd koleją z dworca północnego w Paryżu (Gare du Nord) do stacji Rang - du Fliers - Verton (216 km. — 2 g. 45 min.), leżącego na linii Paryż — Boulogne — Calais, stąd należy przesiąść się do pociągu miejscowego idącego do Berck (6 km. — 15 min.), lub pojechać ze stacji Rang - du Fliers - Verton autobusem, względnie samochodem prywatnym. Bilet kolejowy tam i z powrotem (aller et retour) kosztuje o 20 — 25% taniej niż w jedną stronę, zależnie od klasy, którą się jedzie.

Berck - Plage jest miejscowością kąpielową bardzo uczęszczaną, pomimo klimatu dosyć zimnego (w porównaniu do mórz południowych) i ostrego (silne wiatry). Woda w morzu nie jest zbyt zimna, do brożenia dla dzieci w celu hartowania nadaje się doskonale; w jeziorach, utworzonych po odpływie morskim ciepłota jej dochodzi do 25°C (B e r g e r o n). Powietrze słone, idealnie czyste, długość plaży wynosi 12 km., piasek bardzo przyjemny, drobnoziarnisty. Liczba mieszkańców zimą wynosi przeszło 14.000, latem zwiększa się do 60.000, nie tylko dzięki kuracjom, ale przedewszystkiem — przybyłym w odwiedziny rodzinom znajdujących się tu na stałej kuracji (paroletniej i dłuższej) dzieci, częściowo, choć w znacznie mniejszej liczbie, dorosłych.

Miejscowość nie jest droga, posiada dużą liczbę szpitali i sanatoriów bądź społecznych, jak to Hôpital Maritime dla dzieci i dorosłych, sanatorium Bouville, Dispensaire Rothschild, Hôpital Nathaniel de Rothschild, Clinique orthopédique de Berck, Institut orthopédique de Berck ou Institut Saint - François - de Sales, bądź czysto prywatnych. W miasteczku istnieją dwa kasyna, kinematograf i inne miejsca rozrywkowe.

Przy wszędzie do Berck uderza brak drzew (po drodze mały mizerny las), które z trudem tu wegetują z powodu silnych wiatrów. Drugą rzeczą, która rzuca się w oczy, jest wielka liczba krążących we wszystkich kierunkach po drogach w Berck wózków i bry-

czek, zaprzężonych w osły lub poney i powożonych przez opalonych na brązowo leżących chorych z gruźlicą kręgosłupa lub stawu biodrowego. W pojazdach tych są umieszczone odpowiednie lusterka, które pozwalają doskonale orjentować się co do wyglądu drogi (tył, przód) leżącym woźnikom. W ten sposób nawet chorzy, których natura cierpienia przykuwa na długo do łóżka, znajdują się prawie cały dzień pod dobroczynnym wpływem klimatu morskiego, gdyż, o ile nie w randują, to leżą zabezpieczeni od wiatru w wózku i zażywają dającej im urozmaicenie wrażeń przejażdżki.

Dzięki miłej uprzejmości Doktora André R i c h a r d, naczelnego lekarza szpitala Morskiego (Hôpital Maritime de Berck), starego znajomego naszej kliniki (prof. Z. R a d l i Ń s k i e g o), zwiedziłem dokładnie ten szpital, zapoznałem się bliżej z jego życiem i metodami leczenia. Szpital Morski w Berck należy do Assistance Publique Paryż, założony został przez Cesarzową Eugenję, wdowę po Napoleonie III, w r. 1867. Od tego czasu został przebudowany i znacznie rozszerzony. Obecnie mieści przeszło 1000 dzieci. W 1923 r. miasto (Paryż) kupiło znajdujący się w dosyć znacznej odległości (ok. 2 km.) od głównego szpitala zakład prywatny na 350 — 400 łóżek, przeznaczony dla chorych dorosłych. Kierownictwo i administracja tych dwóch szpitali, mogących pomieścić razem do 1500 chorych (1100 dzieci i 400 dorosłych) spoczywa w jednych rękach. Oddalenie ich od siebie jest niewygodne i zwiększa koszty utrzymania. Szpital, poza dyrektorem szpitala i jego pomocnikiem administracyjnym (intendentem), ma 850 osób personelu (pielęgniarki, służba przy chorych, kuchnia, rzemieślnicy i t. d.), 3 asystentów chirurgów, 1 lekarza internistę, 4 kierowników laboratoriów (bakterjologia, chemja, anatomja patologiczna, roentgen), 10 studentów (internów), odbywających praktykę.

Szpital przyjmuje chorych z cierpieniami nadającymi się do leczenia w sanatorium morskiem (przedewszystkiem z gruźlicą kości, stawów i gruczołów), dzieci od 4-letnich do 15 lat. Dzieci, przysyłane ze szpitali paryskich, są leczone darmo. Kandydaci są oglądani uprzednio przez internistę (z gruźlicą płuc jawną — wyłączone) i chirurga.

Transport chorych przybywa co miesiąc, w tem ok. 40-u dorosłych i 60 do 90-u dzieci (na jesieni i zimą mniej, wiosną i latem więcej). Świeżo przybyłe dzieci są umieszczane na przeciąg 1-go miesiąca w oddziale izolacyjnym. Tam mają robione odczyny S c h i c k a, D i c k a, W a s s e r m a n n a, próbe tuberkulinową. Po miesiącu, jeżeli nie ujawniła się u nich żadna z ostrych chorób zakaźnych, są przenoszone na oddziały ogólne (po 24 łóżka). W przeciwnym wypadku dzieci chore (płonica, odra, błonica) są przenoszone na oddział dla chorych zakaźnych (oddzielny budynek), gdzie leżą aż do wyzdrowienia w odpowiednich boksach, znajdujących się po obu stronach długiego korytarza i mających szklane przegrody.

Pracownia szpitala jest bardzo dobrze urządzona i doskonale prowadzona przez dra M. M o z e r a, który uprzejmie poświęcił mi więcej czasu, dając wyczerpujące wyjaśnienia. Rozpoznanie bakterjologiczne gruźlicy jest bardzo dobrze postawione. Badanie polega na szukaniu prątków K o c h a bezpośrednio w ropie (po homonizacji jej) czy wysiękach chorobowych, na robieniu posiewów, próbie biologicznej (zakażanie świnki morskiej). W ropie i wysiękach, wziętych z pierwszego nakłucia, odnaleźć prątki udaje się

często (barwienie zwykle sposobem Ziehl-Neelsen). Posiewy są robione na specjalnych pożywkach Petringanaiego (p. n.) w 5-u próbkach z każdego przypadku. Ropy daje się na pożywkę po 3 krople do każdej próbki, płynu surowiczego (wysięki surowicze) po 10 kropel. W okresie 10 — 15 dniowym wyrastają prątki. Metoda ta (posiewy na pożywkach Petringanaiego) daje doskonałe wyniki, w stosunku do próby biologicznej udaje się w 95%, a ma tę wyższość nad nią, że podczas gdy po zakażeniu świnki morskiej na odpowiedź trzeba czekać b. długo (3 — 4 tygodnie) i ponosić koszty dość znaczne (1 — 2 świnki), przy posiewach mamy wynik prędszy i koszty daleko mniejsze.

Dr. M. Moller dał mi przepis na używaną przez niego pożywkę (Petringanaiego), przygotowywaną w sposób następujący. Mieszmamy: 150 cm mleka, 1 gram peptonu, 6 gramów mąki kartoflanej, 1 kartofel wielkości jaja kurzego pokrajany w kawałki. Wszystko to trzymamy w łaźni wodnej, ogrzanej do 60°C., przez 10 minut mieszając, następnie przez godzinę nie ruszając. Potem dodajemy jeszcze do całej mieszaniny 4 jajka całe, 1 żółtko, 12 cm. gliceryny, 10 cm 2% roztworu zieleni malachitowej. Po mocnym skłóceniu filtrujemy otrzymaną mieszaninę przez gazę sterylizowaną. Przesącz rozlewamy do probówek. Otrzymane w ten sposób pożywki wyjaławiamy, ogrzewając najpierw przez 15 minut do 80°C., na drugi dzień przez 10 minut do 75°C, wreszcie trzeciego dnia znów przez 10 minut do 75°C. Ten sposób wyjaławiania nie niszczy witamin pożywki.

Po zwiedzeniu oddziałów izolacyjnego, zakaźnego i laboratorium lekarz naczelny szpitala dr. A. Richard pokazał mi sale operacyjne, zakład Rentgena, salę do nakładania gipsu, sale chorych, kaplicę, salę do nauki dla dzieci chodzących, salę rozrywkową, salę stołową dla dzieci chodzących, kuchnię ze spiżarniami i chłodnią, budynek mieszkalny dla personelu, urządzenia do werandowania, plażę nadmorską. Wresz-

cie zwiedziłem odległy dość od gmachów głównych szpitala oddział dla dorosłych.

Szpital posiada dwie sale operacyjne: aseptyczną i septyczną, urządzone doskonale, zaopatrzone w bardzo wygodny specjalny stół do operacji ortopedycznych, służący jednocześnie do nakładania gipsu bezpośrednio po zabiegu. Jest to model, używany w klinice prof. Ombredana w Paryżu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że szpital ma bardzo duży personel (850 osób prócz lekarzy), wielką liczbę chorych przebywających w nim przez czas dłuższy (3—4—5 lat i więcej), to nic dziwnego, że, oprócz chirurgii specjalnej ortopedycznej, często są tu wykonywane zabiegi ze wszystkich dziedzin chirurgii (wrostki, przepukliny, nowotwory i t. d.). Rentgen, urządzone nowocześnie, jest prowadzony przez specjalistę. Nakładanie opatrunków gipsowych, zamiana starych odbywa się w piątki. W taki dzień „gipsowy” nakłada się od 40-u do 60-u opatrunków. Na wysychanie gipsów jest przeznaczona sala obok sali gipsowej ogrzewana w sposób specjalny (ogrzewanie pod stołami na których leżą chorzy i t. p.). Liczne sale chorych znajdują się na parterze i dwóch piętrach, każda z nich ma po 24 łóżka. Dla leżących chorych są przewidziane sale dolne, dla chodzących — górne. Dzieci chodzące przechodzą systematyczny kurs nauki w specjalnych salach do tego przeznaczonych, chorzy leżący, u siebie na sali. Sala rozrywkowa, upiększona pracami własnymi dzieci (rysunki, malowidła, modele statków, samolotów i t. p.) ma obszerną widownię i scenę. W czwartki odbywają się na niej seansy kinematograficzne.

Dzieci chodzące jadają w dużej sali jadalnej. Obok znajduje się współczesna kuchnia, gdzie gotowanie odbywa się na parze, przyrządzanie potraw (skrobanie, obieranie) — w sposób mechaniczny. Tuż przy kuchni mieszczą się spiżarnie i chłodnie. Personel szpitala niezamężny i nieżonaty mieszka w dużym budynku na terenie szpitala, pozostali — mieszka ją w mieście.

(Dok. nast.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Oddziału Statystyczno-Epidemiologicznego Państwowej Szkoły Higieny.

(Kierownik: Dr. M. Kacprzak).

Trąd i jego zwalczanie.

Podał

Tadeusz SPORZYŃSKI (Warszawa).

Sprawa walki z trądem oddawna interesuje epidemiologów i higienistów zarówno ze względu na jego ogromne rozpowszechnienie, jak również i na wielkie społeczne znaczenie tej choroby, wykreślającej ze społeczeństwa na długie lata setki tysięcy ludzi. W ostatnich czasach daje się zauważyć znaczne ożywienie w dziedzinie badań nad trądem. Znana jest imponująca podróż badacza brazylijskiego de Souza-Araujo, który w ciągu kilku lat objechał wszystkie ważniejsze ogniska trądu na kuli ziemskiej, zbierając ogromny materiał, ogłoszony drukiem w r. 1929¹⁾. Komitet Higie-

ny Ligi Narodów wyłonił specjalną komisję do badań nad trądem, która wysłała swego sekretarza, dr. Burneta, również w podróż naokoło świata dla zapoznania się z metodami walki z trądem w poszczególnych krajach.

Dane Burneta przedstawiają się pokrótce, jak następuje:

W Europie liczba trędowatych wynosi kilka tysięcy; ogromna ich większość przypada na kraje bałtyckie i śródziemnomorskie; Norwegia jest klasycznym przykładem postępującego wygasania trądu przy stosowaniu systematycznego izolowania chorych. W połowie ubiegłego stulecia było ich około 3 tys., w r. 1908—394, w 1915—235, 1920—160, 1929 już tylko 81, przyczem są to prawie bez wyjątku przypadki dawniejsze, świeżych się już nie spostrzega. Izolacja odbywa się w domu pod kontrolą lekarza urzędowego, lub w 2 specjalnych szpitalach w Bergen.

W Estonji również trąd się zmniejsza; w 1900 r. było 554 przyp., w r. 1927—226. Szwecja liczyła w tymże roku 32 trędowatych, Finlandja

¹⁾ H. C. de Souza-Araujo. Leprosy. Survey made in fourty countries, Rio de Janeiro, 1929.

53, Łotwa około 210, Litwa 21. Przepisy w krajach nadbałtyckich są zbliżone do norweskich.

We Francji, dla której trąd stanowi ważne zagadnienie ze względu na szerzenie się jego w kolonjach, przeprowadza się obecnie reformę dawnego systemu. Stévenel stwierdza, że „leprozorja nie dały wyników zapobiegawczych, jakich od nich oczekiwano; powinny one z więzień i miejsc izolacyjnych stać się specjalnymi szpitalami, jak sanatoria przeciwgruźlicze”.

Trędowaci, znajdujący się we Francji, pochodzą prawie wszyscy z kolonij, jakkolwiek opisano parę przypadków zakażenia się w kraju. W samym Paryżu jest ich około 200, przyczem nie stosuje się względem nich żadnych przepisów, mogą krążyć swobodnie po mieście.

W Anglii trędowaci, wyłącznie przyjezdni z kolonij, stanowią nieliczną garstkę. Londyn jest jednak ośrodkiem nowej akcji, rozciągającej się stopniowo na całe imperjum; porzuca się tu również mniemanie, że przymusowe zamykanie jest wyłącznym sposobem walki z trądem, kładzie się nacisk na leczenie w klinikach i przychodniach, złączenie systemu izolacyjnego.

W krajach śródziemnomorskich trąd stale się utrzymuje. Według King Martyna w południowej Hiszpanji znajduje się około 1000 trędowatych. Wszystkie większe miasta hiszpańskie posiadają leprozorja lub specjalne oddziały szpitalne.

We Włoszech było w r. 1923 około 500 chorych. Grecja liczy ich około 600, z tego połowa przypada na Krete. Rumunia, Jugosława również posiadają dość znaczną liczbę przypadków, choć danych dokładnych jeszcze nie opracowano.

Rosja europejska straciła wraz z prowincjami bałtyckimi dużą część trędowatych, ale w okolicach Kubani i Astrachania znajdują się ich setki.

Z krajów pozaeuropejskich Japonia stosuje dotychczas dawny system. Przepisy nakazują obowiązkowe zgłaszanie, dezynfekcję i umieszczanie trędowatych w leprozorjach. Liczba chorych spadła nieco w ostatnich latach. Dane oficjalne w r. 1925 podają 15.351 przypadków, liczbę tę prawdopodobnie należy podwoić. Z tego izolowanych w leprozorjach jest zaledwie 12%, reszta znajduje się w zakładach prywatnych i w mieszkaniach.

Indje Brytyjskie są jednym z największych ognisk trądu. Liczbę chorych ocenia się tam przynajmniej na 700 tysięcy, choć spis z 1921 r. dał tylko około 100.000. Szkoła kalkucka na miejsce systemu administracyjno-policyjnego wprowadza akcję społeczno-higieniczną. Wpływa to zresztą z konieczności życiowych, gdyż segregacja tyłu chorych jest finansowo i społecznie niemożliwa do przeprowadzenia. Na plan pierwszy akcji zapobiegawczej wysuwa się tu leczenie; ponieważ zaś 90% ludności mieszka w wioskach, tworzy się dla nich sieć przychodni, gdzie prowadzi się leczenie ambulatoryjne. Daje to zresztą tę wielką korzyść, że trędowaci zgłaszają się już we wczesnym okresie choroby, nie obawiając się uwięzienia w zakładzie, dzięki czemu wyniki lecznicze są znacznie lepsze. System przyjęty nosi skróconą nazwę „P.T.S.” od początkowych liter słów „Pro-paganda, Treatment, Survey.”

Japonia i Indje reprezentują 2 przeciwne kierunki, które można krótko określić, jako system segregacyjny i system wolnego leczenia. W praktyce najlepsze rezultaty daje system mieszany, zapoczątkowany na wyspach Filipińskich.

Kraj ten wślawił się największą na świecie kolonią dla trędowatych w Culion. Z początku było to dość nędzne trędowisko, gdzie nie stosowano leczenia. Śmiertelność była tam ogromna, warunki fatalne, tak, że największą obawą trędowatych było zamknięcie w Culion. Stopniowo jednak wprowadzono tam szereg zmian, intensywne leczenie wysunięto na pierwsze miejsce. Dobre wyniki terapeutyczne stały się magnesem, przyciągającym chorych z całego kraju, jak do cudownego miejsca. Culion w krótkim czasie straciło swą straszną reputację i w ten sposób segregacja przymusowa przekształciła się w dobrowolną.

Przepisy izolacyjne zostały złagodzone, uzupełniono je akcją higieniczno-społeczną, przez zakładanie stacyj leczniczych, gdzie, poza leczeniem chaulmoogrą, duży nacisk kładzie się na odpowiednie pożywienie, daje się chorym pracę fizyczną, co bardzo dodatnio na nich wpływa. Chorzy przebywają tam 1—2 lata, poczem nieuleczalni są kierowani do leprozorjów, a wyleczeni, u których kilkakrotne badanie bakteriologiczne wypadło ujemnie, są uwalniani, ale pozostają pod stałym nadzorem sanitarnym.

System mieszany przedstawia cały szereg trudności. Leczenie wolne wymaga, zwłaszcza w krajach o niskim poziomie kulturalnym, ścisłego nadzoru epidemiologicznego i opieki społecznej, co pociąga za sobą duże koszty. Dlatego też, przynajmniej częściowo, utrzymuje się w dalszym ciągu segregację, tem niemniej jednak władze sanitarne Filipin kroczą na nowej drodze z godną podziwu wytrwałością i energją, a rezultaty dotychczasowe są tak zachęcające, że wiele krajów wprowadza ten system za przykładem Filipin.

Wspomnieć jeszcze należy, że dla uczczenia niedawno zmarłego gubernatora wysp Filipińskich, bardzo zasłużonego na polu walki z trądem, założono fundację jego imienia „Leonard Wood Memorial for the eradication of Leprosy”. Instytucja ta przyczyniła się już w dużym stopniu do rozwoju leprologii.

Wyspy Hawajskie wykazują duży współczynnik zapadalności. Liczba trędowatych wynosi tam 800 na 250.000 mieszkańców. Ustawa przewiduje przymusowe izolowanie chorych.

W Brazylii liczbę trędowatych ocenia się w grubym przybliżeniu na 30 tysięcy. Istnieje tam 10 leprozorjów w różnych stanach i 4 w projekcie. Brazylija jest jednym z krajów najbardziej zaawansowanych w walce z trądem. Przy Związkowej Dyrekcji Zdrowia Publicznego znajduje się specjalny Wydział trądowy, pozatem w każdym ze stanów akcją profilaktyczną kieruje specjalny szef. Władze związkowe pokrywają połowę kosztów, drugą połowę ponoszą same stany.

Leczenie przeprowadza się w leprozorjach, pozatem w przychodniach i ośrodkach zdrowia. Dzięki stworzeniu Instytutu Trądowego w Rio de Janeiro Brazylija stanęła na jednym z czołowych miejsc wśród państw, zajmujących się badaniami naukowymi nad trądem. (Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

AKADEMJA UROCZYSTA

ku czci Zmarłego D-ra med. Edwarda Flatau

odbędzie się w Niedzielę dnia 16 Października o godz. 12-ej w południe
w Wielkiej Sali Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	14/VIII— 20/VIII	21/VIII— 27/VIII	28/VIII— 3/IX	4/IX— 10/IX
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	653 (33)*	706 (48)	797 (43)	776 (43)
Dur rzekomy . . .	2 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)
Dur osutkowy . . .	2 (0)	6 (0)	5 (1)	3 (1)
Dur powrotny . . .	1 (0)	0	0	0
Czerwonka	113 (10)	192 (15)	239 (19)	234 (11)
Płonica	300 (12)	384 (13)	420 (9)	525 (9)
Błonica	211 (16)	277 (14)	326 (23)	354 (21)
Zapal. op. mózg. .	8 (0)	9 (1)	5 (2)	7 (1)
Odra	136 (2)	142 (1)	165 (5)	134 (1)
Róża	68 (3)	57 (2)	71 (3)	76 (5)
Krzusiec	160 (4)	145 (10)	253 (12)	194 (7)
Malaria	4 (0)	3 (0)	3 (0)	1 (0)
Posoczn. pólóg. .	22 (11)	21 (7)	16 (2)	10 (2)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	264 (0)	409 (0)	372 (0)	348 (0)
Wąglik	2 (0)	8 (1)	2 (1)	4 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna . . .	1 (1)	1 (1)	3 (3)	0
Zatr. jad. kielb. .	0	0	0	0
Chor. Heine-Medina	2 (0)	4 (0)	6 (0)	7 (0)
Twardziel	0	0	1 (0)	0
Inne choroby zakaźne	24 (1)	10 (2)	10 (2)	19 (1)

* Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Polski Komitet Medycyny Pracy zawiadamia o ustanowieniu nagrody, której regulamin brzmi jak następuje:

Nagroda Kongresu Genewskiego.
Regulamin.

art. 1. Komitet Organizacyjny VI Międzynarodowego Kongresu w sprawie Wypadków przy pracy i Chorób zawodowych

(VI Congrès International des Accidents et des Maladies du Travail), który się odbył w Genewie w r. 1931, ustanawia jedną nagrodę w sumie tysiąca franków szwajcarskich dla autora najlepszej pracy oryginalnej i dotąd niedrukowanej na temat następujący:

„Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation d'un accident du travail” (wpływ stanu poprzedzającego wypadek na ocenę skutków wypadku przy pracy).

art. 2. Do udziału w konkursie dopuszczeni są lekarze wszystkich krajów.

art. 3. Nagroda zostanie przyznana w czasie następnego kongresu, który odbędzie się w r. 1935 w Brukseli.

art. 4. Rękopisy odbite na maszynie w dwóch egzemplarzach winny być nadesłane pod adresem Sekretarza Generalnego Kongresu, Dr. Y e r s i n, 3, Rue de la Monnaie, Genève, przed 31 grudnia r. 1934. Winny one być napisane w jednym z następujących języków: francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim.

art. 5. Autor zachowuje prawo własności do swej pracy, lecz zobowiązuje się ogłosić ją w ciągu roku następnego po przyznaniu nagrody.

art. 6. Jury stanowi Biuro Komitetu Organizacyjnego Kongresu Genewskiego.

art. 7. Rękopisy należy przesłać bez podpisu, ale zaopatrzone w godło, powtórzone na kopercie listu zapieczętowanego, zawierającego nazwisko, adres i tytuły autora.

(Za zgodność tłumaczenia — Dr. Brunon Nowakowski, sekretarz Polskiego Komitetu Medycyny Pracy, Państwowa Szkoła Higieny, Chocimska 24, Warszawa).

— „Międzynarodowy Kongres Przeciwréumatyczny odbędzie się 13 — 15 października b. r. w Paryżu. Tematy zasadnicze: Objawy wczesne gościa przewlekłego, gościec a gruźlica, gościec a zawód.

Wpis 200 fr. francuskich dla członków kongresu, po 50 fr. francuskich dla członków rodzin. Kolejne francuskie udzielają zniżki 50% na zasadzie legitymacji, wydanej przez biuro kongresu w terminie do 1 października b. r. Biuro Kongresu na żądanie wysyła również wykaz hoteli. Po informacje szczegółowe należy zwrócić się do Dr. Mathieu - Pierre Weil, Secrétaire General, 60 Rue de Londres, Paris 8.”

TRĘŚĆ: W. STERLING. Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego. (Dok.) — A. KRAKOWSKI. Pozajelitowe wprowadzanie do ustroju białka w rozsiaśnym schorzeniu układu nerwowego. — A. KAMSLER. Jak zmniejszyć liczbę jam niemych. — S. DOBRYSZYCKI. O diagnostyce niedomogi zewnętrznego wzdzielania trzustki (str. zbior. — dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — T. SPORZYŃSKI. Trąd i jego zwalczanie. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. STERLING. L'hyperventilation comme methode d'examen clinique (fin). — A. KRAKOWSKI. L'introduction parenterale d'albumen dans les maladies disseminées du système nerveux. — A. KAMSLER. Comment peut — on diminuer le nombre de cavernes muettes. — S. DOBRYSZYCKI. Le diagnostic de l'insuffisance de la secretion externe du pancréas (Rev. gén. — fin). — T. SPORZYŃSKI. La lépre et la lutte contre elle.

VALIGEN
KROPLE FLAKON 5 LUB 10 GR PIEREŁKI 15 x 0.2 GR

uspakajaja
nerwice · histerie · wymioty ·
stany podniecenia psychicznego

