

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, 20 PAŹDZIERNIKA 1932 R.

Nr. 42

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Herpes zoster**).

Podali

Bronisław FRENKIEL i Henryk DYNKIEWICZ (Łódź).

Herpes zoster, jednostka chorobowa mało skomplikowana, w czasach ostatnich stał się znowu tematem prac klinicznych i doświadczalnych, prac, które rzuciły nowe światło na związek półpaśca z innymi chorobami, jak ospówka, opryszczka zwykła, czy wreszcie nagminne zapalenie mózgowia. Te ostatnie poglądy specjalnie podkreślone w literaturze francuskiej, postaramy się bliżej tu omówić przy jednoczesnej analizie naszego materiału, liczącego 21 przypadków w ciągu 1930—31 i bieżącego roku.

W przebiegu klasycznej postaci półpaśca, poza ogólnymi objawami chorobowymi, występują objawy skórne i nerwowe. Typowy obraz skórny półpaśca jest następujący: na dotychczas normalnej skórze występują grupami plamki rumieniowe lub pęcherzyki, które początkowo zawierają treść jasno-płynną, później mętniejącą, wreszcie ropną, niekiedy nawet krwawą. Intensywność tych wykwitów może być różna: w niektórych przypadkach ograniczają się one do kilku pojedynczych pęcherzyków, w niektórych zaś są bardzo liczne i zlewają się ze sobą. Półpasiec zajmuje zwykle odcinek skóry, unerwiony przez jeden lub kilka segmentów korzonkowych. W tym ostatnim wypadku zajmuje duży stosunkowo płat skóry, w którym nie uwidacznia się już korzonkowy przebieg wykwitów, przypominających wtedy rozlaną ekzemę. Półpasiec bywa najczęściej jednostronny, jednakże opisano szereg przypadków, w których obok charakterystycznie umieszczonych pęcherzyków po jednej stronie ciała, stwierdzono takie same pęcherzyki symetrycznie ułożone lub porzrucane po drugiej stronie ciała. Takie zmiany rozległe i rozszerzone stanowią już *herpes genera-*

lisatus. W zależności od lokalizacji wykwitów różniamy następujące postaci:

- h. z. frontalis s. ophthalmicus*
- h. z. occipitalis*
- h. z. occipito-cervicalis*
- h. z. pectoralis*
- h. z. cervico-brachialis*
- h. z. intercostalis*
- h. z. dorso-abdominalis*
- h. z. lumbo-inguinalis*
- h. z. sacro-ischiadicus*.

Z objawów neurologicznych należy przede wszystkim wymienić miejscowe bóle, zwiastujące zwykle wybuch w tych miejscach wykwitów. Bóle te mają charakter napadowy, rwący i kaulgiczny, podczas „spokoju” zaś są tępe, głuche, nie opuszczają wcale chorego, a wzmagają się pod wpływem wysiłku fizycznego, zdenerwowania i t. p. Bóle powyższe mogą trwać tygodniami, miesiącami, a nawet latami i występują u ludzi młodych i starców, u dzieci rzadko. Idą one w parze z przeczulicą w tych miejscach skóry na ból, dotyk oraz ciepło. W okresie wykwitów przeczulica ta ustępuje miejsca hipo- lub- anestezji na terenie półpaścowym, zatrzymując jednak swój charakter poprzedni w sąsiedztwie wykwitów.

Aczkolwiek półpasiec jest schorzeniem, atakującym szlaki czuciowe, jednak w jego przebiegu stwierdzono, wprawdzie rzadko, zaburzenia ruchowe, a więc niedowłady z zanikami mięśniowymi również charakteru korzonkowego. Niedowłady powyższe dotyczą głównie mięśni kończyn, chociaż półpasiec występuje najczęściej w obrębie tułowia.

Trudno jest wogóle wykryć niedowłady m. m. międzyżebrowych, co się zaś tyczy dolnych nerwów międzyżebrowych unerwiających mięśnie brzucha, to mięśnie te otrzymują unerwienie ruchowe od kilku korzonków. Zresztą niedowłady jednostronne m. m. brzucha, uwidaczniające się podczas kaszlu i kichania, opisali Martin i Mabeli. Półpasiec jest cierpieniem infekcyjnym, występującym zarówno u ludzi młodych i u starców, opisano nawet półpasiec u niemowlęcia, w kilka dni po urodzeniu

*) Odczyt wygłoszony w dniu 25.V r. b. na posiedzeniu Łódz. Tow. Lekarskiego.

i u 8-10 miesięcznego dziecka. O tem, że półpasiec jest schorzeniem infekcyjnym, wiemy oddawna. Już Trousseau i Wischmann podkreślali jego charakter infekcyjny. Zresztą objawy takie, jak: ogólne niedomaganie i osłabienie, podwyższona ciepłota ciała, zaburzenia jelitowe oraz obrzęk gruczołów chłonnych w okolicy wykwitów świadczą niezłomnie o infekcyjnym pochodzeniu tego cierpienia. Thomas cytuje np. takie dwa przypadki zakażenia się półpasiecem. Pierwszy dotyczył studenta, który dostał *h. z. ophthalmicus* od chorego, dotkniętego w tem miejscu półpasiecem (Bernier), drugi przypadek dotyczył parobka, który przespał się w łóżku chorego na *herpes zoster*.

Epidemie półpaśca nie obejmują wielkich obszarów, jak np. epidemia choroby Heine-Medinea, a zapadają nań zwykle epidemicznie mieszkańcy jednego miasteczka lub chorzy na jednej sali szpitalnej i t. p. Takie epidemie były opisane przez Weissa (15 przypadków), Kaposi (40 przypadków) i t. d. przyczem trwają one niedługo, od 2-ch tygodni do 2-ch miesięcy. Na poparcie wspólnej etiologii infekcyjnej półpaśca z innymi schorzeniami infekcyjnymi przytaczano przypadki jednoczesnego występowania półpaśca z nagminnem zapaleniem opon mózgowych; taka koincydencja była dotychczas rzadko notowana. Netter ogłosił 16 przypadków nagminnego zapalenia mózgowia, w których stwierdzono półpasiec. W 3-ach tylko jego przypadkach zachodziło jednoczesne wystąpienie obu schorzeń tak, że trudno wyciągnąć pewne wnioski na zasadzie tak skąpego materiału.

Opisano szereg przypadków półpaśca w przebiegu kiły; przyczyny jego powstania należy raczej szukać w osłabionej przez kiłę odporności zwojów międzykręgowych, niż w działaniu krętka bladego na sam zwój.

Notowano następnie przypadki jednoczesnego występowania półpaśca międzyżebrowego oraz gruczoły płuc; opisano półpasiec w przebiegu trądu, po szczepieniu szczepionką przeciwtyfusową, podczas leczenia arsenem, bismutem, rtęcią, salicylanem sodu, w zatruciu tlenkiem węgla po urazach. Trudno jednak przypuścić, aby tak różne bakterje i powody były bezpośrednią przyczyną powstania półpaśca, raczej należy uważać, że służą one do przewrażliwienia w pewnym stopniu organizmu, który wtedy przyjmuje infekcję półpaśca (agent provocateur Nettera).

Najwięcej uwagi zwrócono na związek między półpasiecem a ospówką.

Bokay jeszcze w r. 1892 wypowiedział pogląd, że półpasiec i ospówka są wywołane przez jeden i ten sam zarazek chorobotwórczy. Pogląd swój Bokay opierał na spostrzeżeniu, że półpasiec był często punktem wyjścia epidemii ospówkowej i odwrotnie, oraz że istnieje podobieństwo anatomiczne wykwitów obu schorzeń. Netter, który w zupełności podziela zdanie Bokaya o unitarystycznym ujęciu obu jednostek chorobowych, podaje szereg dowodów natury klinicznej, etiologicznej, anatomicznej i biologicznej:

1) Przypadki, w których u tego samego osobnika stwierdzono jednocześnie półpasiec i ospówkę (w 3—4 dni po półpasiecu wykwity ospówkowe). Przypadki, gdy np. w szpitalu lub rodzinie od chorego na półpasiec powstała epidemia ospówkowa

z okresem inkubacyjnym od 2—3 tygodni. Przypadki ospówki u niemowląt, karionionych przez matki, dotknięte półpasiecem. Rzadsze są przypadki półpaśca, poprzedzonego ospówką. Stein uważa uogólniony półpasiec za ogniwo pośrednie między ospówką a półpasiecem.

2) W zawartości pęcherzyków i strupów ospówkowych stwierdzono obecność swoistych antygenów, które z surowicą krwi chorych, jak i ozdrowieńców po ospowce i półpasiecu dawały odczyn odchylenia dopełniacza (metoda Bordet-Gengou). Netter i Urbain wykazali naodwrot, że zawartość pęcherzyka półpaścowego samoistnego czy, tak zwanego, objawowego daje również reakcję odchylenia dopełniacza z surowicą krwi chorego ospówkowego.

Lipschütz, Marinesco, Netter i Kundratitz zdolali w niewielu wprowadzić przypadkach przeszczepić zawartość pęcherzyka z półpaśca na rogówkę królików, wywołując u nich wyraźną *keratitis*. Lipschütz wykrył w tych zmianach t. zw. *Zosterkörperchen*, twory, leżące w jądrach komórek nabłonkowych i łącznotkankowych i barwiące się eozyno-hematoksyliną na czerwono i czerwono fioletowo. Luger i Lauda podobne twory znajdowali w jądrach komórek z krostek ospówkowych. Przeciwnicy teorii unitarystycznej z Comby i Sicardem na czele przytaczają ze swojej strony szereg dowodów, przemawiających przeciw łączeniu półpaśca z ospówką.

1) Bardzo częste występowanie ospówki w stosunku do półpaśca. Na ospówkę zapadają przeważnie dzieci do lat 10-ciu, a na półpasiec chorują ludzie przeważnie w wieku średnim. Znałe są epidemie ospówkowe, podczas których nie zapadają wcale na półpasiec osoby, stykające się z chorymi ospówkowymi. Ospówka nie daje nawrotów. Współistnienie półpaśca z ospówką u tego samego osobnika jest o wiele rzadsze, niż współistnienie ospówki ze szkarlatyną, odrą i t. d. jednak nikt nie łączy tych schorzeń,

2) Lauda i Sielberstein otrzymywali stale wyniki ujemne z antygenem ospówki i surowicą półpaśca.

3) Luger uważa ciała Lipschütza za zmiany zwyrodnieniowe nekrobiotyczne, nie noszące żadnych cech swoistych.

4) Półpasiec zwykle daje pleocytozę oraz zwiększoną ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz limfocytozę we krwi; ospówka zaś wogóle nie daje zmian w płynie a we krwi mamy leukopenję.

Omówimy obecnie związek, jaki zachodzi między opryszczką zwykłą a półpasiecem, związek oparty na danych klinicznych i eksperymentalnych. Są mianowicie niektóre przypadki opryszczki zwykłej, (recyduwującej), jak *h. genitalis*, *h. faciei*, występujące jednostronnie, przyczem lokalizacja wykwitów ma niekiedy przebieg korzonkowy. Wykwity opryszczki zwykłej są poprzedzone również bólami oraz reakcją ogólną (wyczerpanie i osłabienie, podniesienie ciepłoty, obrzęk gruczołów chłonnych). W przebiegu opryszczki zwykłej stwierdzono również objawy oponowe oraz pleocytozę w płynie mózgowo-rdzeniowym. Słowem powyższy zespół neurologiczno-oponowy należy zarówno do opryszczki zwykłej jak i do półpaśca. Jeżeli zaś

chodzi o wygląd pęcherzyków w obu cierpieniach, to w okresie wykwitów trudno je często odróżnić. Później sprawa się o tyle wyjaśnia, że wykwyty opryszczki zwykłej blizn nie dają. *H. simplex* łatwo się przeszczepia na rogówkę królika, przyczem zmiany anatomo-patologiczne, otrzymane w odpowiednim zwoju ocznym, nie różnią się wcale od zmian, stwierdzonych w odpowiednich zwojach w półpaścu.

O wiele trudniej przeszczepia się półpaśca na królika, wywołując u niego również *keratitis*. Zresztą jest to jeszcze kwestja sporna, albowiem wielu wybitnym badaczom doświadczenia te się nie udały.

Zosterkörperchen Lipschütza są wprawdzie podobne do tworów, otrzymanych w doświadczalnym zapaleniu rogówki pod wpływem zaszczepienia królikowi *h. genitalis* lub *labialis*, ale obecność tych tworów nie jest dowodem identyczności. Zresztą podobne twory znajdowano również w jądrach komórek krostek ospówki i w układzie ner-

wowym królików, szczepionych materiałem z *encephalitis herpetica*.

Analiza tych wszystkich danych klinicznych i doświadczalnych wskazuje na pewien związek między półpaścem a ospówką z jednej strony a opryszczką zwykłą z drugiej, mamy jednak za mało bezwzględnych dowodów, aby przy obecnym stanie wiedzy wytłomaczyć sobie dokładnie wszystkie te zjawiska.

Najmniej wyraźny jest związek półpaśca z nagminnym zapaleniem mózgowia, o czym wspominaliśmy już poprzednio. Dotychczas mówiliśmy o półpaścu jako o pewnej jednostce klinicznej, samoistnej. Francuzi nazywają tę sprawę „fièvre zosterienne”. Spostrzeżenia jednak pouczają, że cały zespół półpaśca występować może jako fragment innych chorób natury znacznie ogólniejszej. Taki zespół w przeciwieństwie do fièvre zosterienne nosi nazwę „eruption zosteriforme”.

(Dok. nast.)

Z praktyki prywatnej

Z kazuistyki rentgenoterapii promienicy¹⁾.

Podał

S. RUBINROT (Warszawa).

Schorzenie to, wywołane przez grzybek *actinomyces bovis* ma u człowieka rozmaity przebieg zależnie od umiejscowienia pierwotnego ogniska zakażenia. W związku z tem odróżniamy promienicę jamy ustno - gardzielowej, płuc, przewodu pokarmowego i skóry.

Do jamy ustno - gardzielowej grzybek dostaje się bezpośrednio, najczęściej z branych do ust kłosów i może gnieździć się przez czas dłuższy w ubytkach spróchniałych zębów. W przewodzie pokarmowym najczęstszym siedliskiem pierwotnym bywa kątnica, gdzie choroba ta może przypominać zapalenie wyrostka robaczkowego, i prostopnia, gdzie przebiega, jako zapalenie przyodbytnicze (*periproctitis*). Po przejściu sprawy na otrzewną ropnie mogą przebiegać się bądź nazewnątrż, tworząc liczne przetoki, bądź do jelit, pęcherza moczowego i t. d.

W skórze grzybica ta rozwija się przeważnie wtórnie z głębiej położonego ogniska, jakkolwiek możliwe jest również zakażenie pierwotne przez skałczenie.

Pierwotna promienica płuc powstaje przez wessanie (aspirację) grzybka z jamy ustnej do oskrzeli, skąd przenikać może do wszystkich części płuc. Tu zwykle tworzą się ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc, które przechodzą w marskie stwardnienie, niekiedy z rozpadem pośrodku ogniska. Przejście sprawy na opłucną prowadzi do wysięku, lub też po sklejeniu się listków opłucny sprawa przebiega się nazewnątrż. W ten sposób powstają przetoki oraz zapalne nacieki na żebrach, nad którymi skóra często ulega owrzodzeniu. Z śródpiersia sprawa przechodzi na osierdzie lub wzdłuż kręgosłupa na przepoń, po której przebieguje wędruje do miednicy lub do jamy brzusznej, gdzie mogą tworzyć się ropnie wątroby, śledziony, zapalenie otrzewny i t. d. Możliwe

jest jednak i wtórne zakażenie płuc od dołu bądź przez szerzenie się grzybicy wzdłuż kręgosłupa do tylnego śródpiersia i do oskrzeli, bądź też drogą krwionośną przez żyły płucne.

Rozpoznanie promienicy polega na wykryciu grzybka w ropie, w ubytkach zębów, w płwocinie lub tkankach. W przypadkach, przebiegających w postaci guzów zapalnych, rozpoznanie może być trudne i różniczkować je należy z mięsakami, kilakami, gruczolakami i t. d.

Rokowanie jest zależne od umiejscowienia sprawy. Najpomyślniej przebiega promienica szyjowo - twarzowa z wyjątkiem przejścia sprawy na czaszkę. Inne umiejscowienia prowadzą zwykle do szerzenia się sprawy na ważne dla życia narządy, do rozsiania i charłactwa.

Leczenie grzybicy polega zwykle na stosowaniu zabiegów chirurgicznych, podawaniu jodku potasu, wstrzykiwaniu siarczanu miedzi. Obok tych metod do najpoważniejszych czynników leczniczych należy obecnie rentgenoterapia.

W r. 1908 ogłosił Barącz 4 przypadki leczenia promienicy twarzowo - szyjowej zapomocą wstrzykiwania 1% roztworu siarczanu miedzi, zaproponowanego w r. 1905 przez Bevana. Pojedyncze przypadki zastosowania tej metody z wynikiem pomyślnym ogłosili później Żurkowski, prof. Kryński, Rechniowski. Marcinkowski podawał siarczan miedzi doustnie w przypadkach promienicy brzusznej. Według Rechniowskiego wstrzykiwania siarczanu miedzi są bolesne, po każdym występuje odczyn miejscowy i ogólny w postaci bolesnego obrzmienia, podniesienia ciepłoty, przyspieszenia tętna, uczucia osłabienia i rozbicia. Leczenie trwało od 11 dni do 3 miesięcy.

Już w r. 1904 zalecił amerykanin Bevan stosowanie rentgenoterapii obok zwykłego leczenia promienicy, postępowanie to atoli przez czas dłuższy nie zwróciło uwagi. Dopiero od r. 1916 mnożą się spostrzeżenia wyleczonych przypadków przez Melchiora, Dietricha, Ruety i inn. W r. 1919 podał Jung-

¹⁾ Wygłoszone na posiedzeniu Warsz. Koła P. L. T. Radjol. dn. 20.III. 1932 r.

ling 12 przypadków, z których 11 zostało wyleczonych zapomocą samej tylko rentgenoterapii bez zabiegów chirurgicznych, zaś w 6 nawet bez jodku. W r. 1924 podał J ü n g l i n g 30 przypadków promienicy twarzowo - szyjowej, wyleczonych tylko rentgenoterapią z wynikiem kosmetycznym idealnym.

W r. 1926 ogłosiłem 2 wyleczone przypadki, z których jeden — promienicy twarzy — leczony był siarczanem miedzi i rentgenoterapią, drugi — ciężki przypadek promienicy twarzowo - szyjowej — leczony był tylko rentgenoterapią.

Daleko mniej pomyślny jest wynik rentgenoterapii promienicy przy innym umiejscowieniu, z powodu trudniejszego określenia granic sprawy i zadziałania odpowiednią dawką na całej rozciągłości. J ü n g l i n g podał przypadek promienicy opłucny wielokrotnie bez skutku operowanej, w którym rentgenoterapia spowodowała wyleczenie miejscowe, jakkolwiek nie powstrzymała szerzenia się sprawy w innych miejscach.

Również i w promienicy jamy brzusznej, w której leczenie operacyjne daje wysoką cyfrę śmiertelności, istnieje możliwość pomyślnego zadziałania zapomocą rentgenoterapii. S a t t l e r podał 3 przypadki promienicy krętniczo - kątniczej, leczonej zapomocą skrobania i naświetlania, 2 przypadki zostały wyleczone, jeden zmarł.

Sposób działania promieni na grzybek nie jest dostatecznie wyjaśniony. Doświadczenia K l e e s a t t e l a dowiodły, że posiewy grzybka nie ulegają uszkodzeniu nawet przez 10-krotną dawkę jednostkową. Ponieważ pomyślnie wyniki w rentgenoterapii osiągane są dawkami stosunkowo niedużymi, J ü n g l i n g przypuszcza, że działanie promieni polega na t. zw. przestrojeniu organizmu, jak to ma miejsce w rentgenoterapii gruźlicy. Dzięki temu, jakkolwiek promienie nie zabijają grzybka, jednak wkrótce po naświetleniu sprawa chorobowa przestaje się rozszerzać, ropienie zmniejsza się, wysysają się nacieki, goją owrzodzenia, które pokrywają się delikatną blizną. Zaznaczyć jednak należy, że poprawa kliniczna niezawsze występuje natychmiast. W postaci guzowatej widuje się często szybkie topnienie guzów, natomiast w postaci przetokowej niekiedy przez czas dłuższy niema polepszenia, które może nastąpić dopiero po pewnym czasie.

Technika naświetlania promienicy twarzowo-szyjowej nie przedstawia większych trudności i w przypadkach lżejszych odpowiada t. zw. wzorowi gruźliczemu z zastosowaniem filtru 3 mm. Al. W przypadkach cięższych i głębiej położonych należy dla osiągnięcia korzystnej dawki procentowej w głębi stosować większe napięcie i cięższe filtry. Najbardziej odpowiednia dawka wynosi około 50% DSR. na ognisko choroby; dla ognisk głęboko położonych dawkę tę można łatwo osiągnąć przez stosowanie ognia krzyżowego. W promienicy płuc zaleca J ü n g l i n g postępowanie ostrożne ze względu na rozległe pole pochłaniania promieni; radzi więc postępować, jak przy gruźlicy otrzewny, a mianowicie rozpocząć od dawki niższej, t. j. od 25% DSR, zaś pozostałe 25% rozdrobić na kilka dni, a nawet tygodni. Podobnie należy postępować i przy rozsianej sprawie w jamie brzusznej.

W r. ubiegłym miałem możność spostrzegania ciężkiego przypadku promienicy rozsianej, umiejscowionej również i w płucu. Przypadek ten, znany i leczony przez wielu warszawskich lekarzy, zasługuje na uwagę ze względu na swój przebieg.

Pacjent l. 33, żonaty, bezdzietny, przemysłowiec, stale mieszkający w Warszawie, zachorował mniej więcej w r. 1928, kiedy utworzył mu się wrzód w okolicy odbytu. Po pęknięciu wrzodu powstała przetoka, z którą chory chodził nie lecząc się około 2 lat. Dopiero w lipcu 1930 r. chory zwrócił się do lekarza (kol. R a p i p o r t) z powodu dotkliwego bólu jąder; lekarz ten zebrał ropę z przetoki i dał do zbadania. Analiza ropy (kol. D w o r e c k i) wykryła grzybek promienicy. Wkrótce potem chory był operowany (kol. W e r t h e i m); usunięto przetokę wraz z otaczającymi ją stwardniałymi tkankami, w których badanie mikroskopowe grzybka już nie wykryło. Badanie krwi, dokonane w tym czasie wykazało umiarkowaną leukocytozę 13,000, (eozynofil. 4%), Hb. 75%, E. 3.720.000.

Wskutek niegojenia się rany chory udał się do innego chirurga (prof. L e ś n i o w s k i), który zalecił wstrzykiwanie siarczanu miedzi. Po pierwszym zastrzyknięciu, dokonaniem w uśpieniu (kol. B o r k o w s k i), chory dostał jakoby typowego zrazikowego zapalenia płuc, następne zastrzyknięcia (ogółem 4) wykonywano w znieczuleniu miejscowym. W tym czasie chory został po raz pierwszy poddany rentgenoterapii (kol. K r y n s k i). Wkrótce potem owrzodzenie zagoiło się zupełnie.

Po pewnym okresie lepszego samopoczucia stan chorego znów zaczął się pogarszać. Powróciły bóle jąder i lędźwiowej części kręgosłupa. Badanie urologa (kol. F r y s z m a n) oraz zdjęcia rentgenologów (L u b e l c z y k a i M e s z a) zmian w narządach moczowych wzgl. kręgosłupie nie wykryły. Stopniowo zaczęły występować objawy ze strony narządów klatki piersiowej, a mianowicie uczucie ucisku, duszność, bóle w okolicy serca, silny kaszel z gęstą płwociną, w której jednak składników chorobowych nie znaleziono. Ukazały się gruczoły z początku w pachwinach, później pod pachami. Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej wykonane przez kol. K r y n s k i e g o wykazało zmiany w płucu prawym, rozpoznano je jako promienicę. W tym okresie chorego widział prof. R a d l i n s k i, który skierował go do mojej lecznicy.

Chory przybył do Zakładu w czerwcu r. 1931 w stanie ciężkim; leżał w łóżku z przykurczonemi nogami z powodu bólu w krzyżu, ustawicznie chwytal się za okolicę serca, narzekając na ucisk, brak tchu. T° 37,2, t. 100. Apetyt stosunkowo niezły, śpi mało. W płucach po stronie prawej oddech miejscami osłabiony, nieco rzeżeń i świstów. W jamie brzusznej wymacują się gruczoły różnej wielkości do jaja kurzego, również duże gruczoły w pachwinach. Jądra niepowiększone, ale bolesne na ucisk, bolesność uciskowa również w dolnej lędźwiowej części kręgosłupa. Dokonane przeze mnie badanie rentgenologiczne wykazało zmiany w płucu prawym w postaci rozsianych zacienień; zmiany te były już nieco dalej posunięte niż na rentgenogramie kol. K r y n s k i e g o.

Wobec ciężkiego stanu chorego przystąpiłem do rentgenoterapii. Ponieważ przypuszczałem iż przyczyną doznawanych przez chorego dolegliwości był ucisk tworów zapalnych na korzonki nerwowe — przeprowadziłem w tym kierunku naświetlanie.

W ciągu 16 dni pobytu w Zakładzie naświetliłem kręgosłup, część grzbietową górną, dolną, lędźwiową, krzyż, pachy i pachwiny. Na każdą z tych okolic chory otrzymał 2 naświetlenia, razem 60% DSR., promieniowanie twarde pod ciężkim filtrem.

Stan chorego w Zakładzie zaczął się niebawem poprawiać z dnia na dzień, ustąpił niepokojący go ucisk klatki piersiowej, bóle jąder i krzyża. Apetyt i sen poprawiły się i po 16 dniach pobytu w Zakładzie chory wyjechał na letnisko. Stan jego poprawił się, przybrał na wagę tak, że mógł odbywać nawet dłuższe spacery.

W początkach czerwca czyli po 6 tygodniach chory powrócił do Zakładu z powodu wystąpienia bólów w krzyżu — oraz ukazania się nowych gruczołów. Tym razem przebył w

Zakładzie 3 tygodnie. Naświetlano gruczoły na szyi nad obojczykami, pachy, pachwiny, kręgosłup. Technika naświetlania jak w przypadku pierwszym. I tym razem chodziło głównie o zadziałanie na gruczoły, wywołujące dolegliwości uciskowe. Poza tem naświetlano jeszcze okolicę dołu biodrowego prawego, gdzie chory miał przez pewien czas bóle, przypominające zapalenie wyrostka. Po 2-miesięcznej przerwie, w czasie której stan chorego był znośny, chory pobral 3-ą serję — pierwszą część ambulatoryjnie — następnie wskutek nieregularnego uczęszczania i wzmagającego się osłabienia znów w Zakładzie. Pomimo, że ucisk klatki piersiowej, bóle jąder i inne ustąpiły, — gruczoły znikaly, — wzmagalo się osłabienie i niedokrewność chorego, co skłoniło mnie do zaprzestania kuracji, którą dalej prowadzili kol. L a n d s b e r g i B o r k o w s k i. Po kilku miesiącach chory zginął z powodu wzmagającego się charłactwa.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę zarówno pod względem rozpoznawczym jak i leczniczym. Przebieg anatomopatologiczny zakażenia grzybkim był prawdopodobnie następujący. Po zaszczepieniu grzybka w prostnicę i przebicciu przetoki nazewnątrz sprawa szła, postępując wzdłuż kręgosłupa, wywołując bóle jąder i lędźwi. W ten sposób zarazek przeniknął do klatki piersiowej i do tylnego śródpiercia, skąd szerzył się wzdłuż drzewa naczyniowo - oskrzelowego prawego. Zjawienie się gruczolów w miejscach typowych wskazuje na przeniknięcie sprawy do układu chłonnego wzgl. krwionośnego i rozsianie sprawy.

Rentgenoterapia odegrała ważną rolę w zabliźnieniu się pierwotnego owrzodzenia, następnie w uwolnieniu chorego od dolegliwości uciskowych, na które nie działały już narkotyki. Rzecz oczywista, że przy tak rozsianej sprawie napromienianie płuca było zbyt ciężkie, a nawet mogło być szkodliwe ze względu na dużą powierzchnię wchłaniania. W tych warunkach rentgenoterapia była tylko paljatywem, bardziej jednak skutecznym od innych. Należy jeszcze podkreślić, że pogląd, jakoby leczenie promienicy narządów wewnętrznych wymagało olbrzymich dawek — jest nieuzasadniony: — dawki te, nie będąc w stanie zabić grzybka, poderwałyby już i tak wątłe siły organizmu.

Mam wrażenie, że w przypadku powyższym rentgenoterapia wkroczyła zbyt późno; po wykryciu grzybka należałoby naświetlać miednicę i kręgosłup, co może powstrzymałoby szerzenie się sprawy.

Samoistna odma czaszkowa podtwardówkowa.

(*Pneumocranium subdurale s. pneumocephalus externus s. pneumatocoele extracerebralis*).

Podali

E. HERMAN i A. SPIRO (Warszawa).

Odma czaszkowa, polegająca na sztucznym wypełnianiu powietrzem przestrzeni cieczowych mózgu, czy to bezpośrednio drogą komór (t. zw. *ventriculographia* D a n d y e g o), czy też za pomocą nakłucia lędźwiowego (t. zw. *encephalographia* B i n g l a) należy w ostatnim dziesięcioleciu w wielu przypadkach do nieodzownych metod pomocniczych badania układu nerwowego ośrodkowego, a niekiedy stanowi nawet środek leczniczy. To też zdjęcia rentgenologiczne, uwidaczniające napowietrznione sztucznie komory i przestrzenie podpańczynówkowe mózgu, nie przedstawiają już dzisiaj obrazów szczególnie osobliwych.

Najbardziej wyczerpujące podręczniki neurologiczne, jak O p p e n h e i m a i L e w a n d o w

s k y e g o nic o samoistnej odmie czaszkowej nie wspominają. Ale nawet po wprowadzeniu w r. 1919 przez D a n d y e g o wentrykulografji przypadki samoistnej odmę czaszkowej należą do względnych rzadkości. Dość przytoczyć, że w piśmiennictwie polskim ukazały się dotychczas jedynie 2 spostrzeżenia: jedno ogłoszone w r. 1929 z kliniki neurologicznej prof. Orzechowskiego przez Choróbskiego i Tyczkę (przyp. opisany również przez Petrynowskiego), drugie przez Zawadowskiego w r. 1930*).

Z piśmiennictwa światowego za ostatnie lat 10 udało się nam zebrać 34 prace odnośne, obejmujące 43 przypadki samoistnej odmę czaszkowej (Schloffer, Krogus, Vogl, Bullock, Jousson, Dandy, Siegmund, Sosman, Eggers, Uffenorde, Colle, Lewis, Paschoud, Bromberg, Albrecht, Campbell, Laufenstein, Rand, Conte, Schüller, Neuffer, Guttman, Coryn i Emery, Brunschweiler, Worms i Didié, Albrecht i Seiffert, Lindeberg, Winterstein, Brinton, Miller-Kleumer-Snoke, Geber, Leclere i Roy, Pachner, Masy).

Dandy w pracy swej z r. 1926 o operacyjnem leczeniu samoistnej odmę czaszkowej przytacza z piśmiennictwa 28 przyp., Lewis w publikacji z r. 1928 powołuje się już na 50 przyp. urazowej odmę czaszkowej, a Winterstein w doniesieniu z r. 1930 zestawil ogółem 60 spostrzeżeń.

Skąpe, jak dotychczas, piśmiennictwo tego przedmiotu usprawiedliwia już samo przez się ogłaszanie przypadków kazuistycznych samoistnej odmę czaszkowej. Spostrzeżenie nasze zasługuje na uwagę również i ze względu na ciekawe pochodzenie odmę czaszkowej. Samoistna odma czaszkowa powstaje wówczas, jeśli dochodzi do otwarcia jam dodatkowych: wypełnionych powietrzem zatok czołowych, komórek sitowych, komórek wyrostka sutkowego i kości skalistych, wzgl. b. rzadko kości skroniowej i wyrostka jarzmowego, wypełnionych niekiedy powietrzem w częściach przylegających do kości skalistej.

W zależności od miejsca skupienia się powietrza w czaszce odróżniamy odmę czaszkową czołową, klinową, potylicową, ciemieniową, skroniową.

Zatoki czołowe, jako największe ze wszystkich jam powietrznych, wchodzących tu w grę, stanowią najczęstsze miejsce przedostania się powietrza w obręb czaszki. Stąd przeważnie widzimy odmę czołową. Również i komórki sitowe są punktem wyjścia dla odmę czołowej.

Odma klinowa powstaje, gdy dochodzi do otwarcia zatoki klinowej. Będzie to istotne *pneumocranium sphenoidale*. Odma klinowa może być naśladowana przez nadmierne rozcięcie zatoki klinowej naskutek kopulastego uwypuklenia się dachu zatoki klinowej. Zwrócił na to uwagę Schüller, opierając się na 2 własnych operacyjnych przypadkach i jednym Olivieron'y. Dzieje się to w przypadkach rozwijającego się guza w przedniej lub środkowej jamie czaszkowej.

Schüller mówi o „*pneumocoele des Sphenoids*” i objaw ten ocenia jako lokalizacyjny dla tych guzów.

*) Przyp. Zawadowskiego opracowany został klinicznie przez Nelkena w pracy: Kokainizm i Homoseksualizm. Monografie psychiatryczne Nr. 3, 1931.

Odma potylicowa jest rzadsza od odmy czołowej. Opisano ogółem ponad 20 przypadków odmy potylicowej.

Neuffer i Laufenstein w związku z spostrzeżeniem własnym przytaczają 21 przypadków *pneumatocoele occipitalis* i 9 przyp. *pneumatocoele syn cipitalis*. W *pneumatocoele occipitalis* zachodzi niekiedy jedynie ograniczone skupienie powietrza pomiędzy okostną a kością, wywołane przez wyjście powietrza z komórek wyrostka sutkowego (Laufenstein). Guz taki, rozwijając się z tyłu — od wyrostka sutkowego — może zająć większą część łuski kości potylicowej i może wówczas sięgać aż do zewnętrznego brzegu oczodołu. We wszystkich przypadkach samoistnego *pneumatocoele occipitalis*, chodziło o wrodzoną — ponad miarę normalną rozwiniętą — pneumatyzację kości (Laufenstein). W stanach tych nie mamy właściwie do czynienia z istotną odmą czaszkową (*pneumocranium*), zwł. wówczas gdy dochodzi do wytworzenia guzów powietrznych w miękkich częściach zewnętrznych czaszki naskutek wytworzonego połączenia z przestrzeniami powietrznymi po złamaniu. Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli w następstwie złamania np. podstawy czaszki, powietrze przedostaje się z komórek wyrostka sutkowego lub kości skalistej do samego wnętrza czaszki pod opony, lub nawet do tkanki mózgowej.

Rzadziej powstaje odma czaszkowa w wyniku otwartego złamania sklepienia czaszki (Włodarz, Glenard, Maszy); może ona w odpowiednich warunkach przedstawiać się jako odma czaszkowa ciemieniowa.

Naszkicowany podział odmy czaszkowej na czołową, potylicową, skroniową, ciemieniową i klinową uwzględniła obszar nagromadzenia powietrza w czaszce, nie podaje jednak, w jakiej przestrzeni mózgu ono się znajduje.

Może więc powietrze przedostać się do przestrzeni 1) ponadtwardówkowej (*spatium epidurale*), 2) podtwardówkowej (*spatium subdurale*), 3) podpajęczynówkowej (*spatium subarachnoidale*) i komunikujących z nią komór mózgowych, wreszcie 4) do samej tkanki mózgowej.

W zależności od powyższego odróżniać należy:

- 1) odmę czaszkową nadtwardówkową (*pneumocranium epidurale*),
- 2) odmę czaszkową podtwardówkową (*pneumocranium subdurale*),
- 3) odmę czaszkową podpajęczynówkową i komorową (*pneumocranium subarachnoidale* i *pneumocephalus ventricularis*),
- 4) odmę śródmózgową (*pneumocephalus intracerebralis*).

Oczywiście, iż w jednym przypadku może zająć kombinacja różnych z wymienionych postaci.

Nie przytaczamy tu rozmaitych określeń, jakich dla tych stanów używano; uważamy, że najlepiej mówić o odmie czaszkowej (*pneumocranium*), jeśli powietrze zbiera się w przestrzeniach oponowych (*pneumocranium epi, subdurale et subarachnoidale*) oraz o odmie mózgowej (*pneumocephalus*) jeśli skupia się w komorach lub samym mózgu (*pneumocephalus ventricularis i intracerebralis*).

Samoistna odma czaszkowa nadtwardówkowa (*pneumocranium epidurale*) należy do najrzadziej spotykanej, bowiem twardówka jest ściśle przypośnięta do kości.

Przypadki odmy nadtwardówkowej opisali P o s-

s o w, F r e n t z l, S o s m a n, C h o r ó b s k i i T y c z k a, L i n d e b e r g.

W i n t e r s t e i n wątpi w istnienie odmy nadtwardówkowej. Tego samego zdania jest S c h ü l l e r. C h o r ó b s k i i T y c z k a, tłumacząc możliwość przedostania się powietrza do przestrzeni, sztucznie wytworzonej pomiędzy kością czaszki a twardówką, zwracają uwagę, że zewnętrzna blaszka twardówki niewszędzie przyrasta jednakowo ściśle do kości; pozwala to, zdaniem tych autorów, w pewnych okolicznościach na odklejenie twardówki przez wtłaczane z dużą prężnością powietrze.

Odma czaszkowa podtwardówkowa zachodzi wówczas, gdy powietrze przedostając się pod twardówkę nie narusza pajęczynówki i w ten sposób nie może wnikać do przestrzeni cieczowych mózgu, rozmieszcza się ono w jamie podtwardówkowej (*cavum subdurale*). Spostrzeżenia, dotychczas ogłoszone pod nazwą odmy czaszkowej podtwardówkowej, były, zdaniem naszym, określone błędnie, albowiem towarzyszyła im przeważnie odma komorowa, co już samo przez się wyłącza istotną czystą odmę podtwardówkową; powietrze przedostaje się wówczas z przestrzeni podtwardówkowej przez pękniętą pajęczynówkę do przestrzeni podpajęczynówkowej i stąd drogą normalnych połączeń do komór lub w większych urazach — bezpośrednio przez tkankę mózgową.

(W przypadku naszym, jak to zobaczymy poniżej, mamy do czynienia z czystą postacią odmy podtwardówkowej, należy więc on do wyjątkowo rzadko napotykanych.

Odma czaszkowa podpajęczynówkowa i komorowa naśladuje całkowicie sztucznie napowietrznione obszary cieczowe mózgu i daje obrazy identyczne do otrzymywanych przy encefalografii i wentrykulografii. Należy ona do częstych obrazów samoistnej odmy czaszkowej i mózgowej.

Odma śródmózgową (*pneumocephalus intracerebralis s. pneumatocoele*) zachodzi przy głębokich obrażeniach czaszki, kiedy powietrze poprzez ranę drażącą przedostaje się włąb zniszczonej mechanicznie tkanki mózgowej.

Jaki jest mechanizm powstawania samoistnej odmy czaszkowej? Dla wnikięcia powietrza do jam czaszkowych nie wystarcza samo otwarcie urazowe lub inne, wypełnionych powietrzem jam dodatkowych, lub też otwór w sklepieniu czaszki. Musi tu działać pewien mechanizm tłoczący, bądź ssący - tłoczący.

Zachodzi to wówczas, kiedy podczas kichania, kaszlu, lub czyszczenia nosa powietrze dzięki wzmożonemu ciśnieniu zostaje wtłoczone z jam dodatkowych do jamy czaszkowej lub do mózgu poprzez szczelinę pęknięcia, kanał postrzałowy, wreszcie drogą, utworzoną przez nowotwór czy próchnicę. Momentem, szczególnie sprzyjającym nagromadzeniu się powietrza w jamie czaszkowej, będzie w tych przypadkach wytworzenie pewnego wentylu bądź w samej szczelinie, bądź w kanale, łączącym zatokę z drogami powietrznymi, co umożliwia w chwilach wzmożonego ciśnienia przedostanie się powietrza z zatok do wnętrza czaszki, a nie pozwala na powrotne wydobycie się powietrza nazewnątrz. Wentylem takim bywa zazwyczaj skrzep krwi zorganizowany, przymocowany odłamek kości, lub jak to miało miejsce w przypadku B r u n s c h w e i l e r a — trąbka słuchowa. Otwarcie chirurgiczne zatoki nazewnątrz uniemożliwia kompresję powietrza w niej i paraliżuje tem samem przedostawanie się powietrza do czaszki. Zazwyczaj wytworzonej komu-

nikacji z zatokami powietrznymi a jamą czaszkową towarzyszy wypływ płynu m. rdz. z nosa (*liquorrhoe*), i dlatego w każdym przypadku *liquorrhoe* należy myśleć o istnieniu samoistnej odmy czaszkowej.

Za w a d o w s k i słusznie podnosi, że już samo wyciekanie płynu m. rdz. z nosa może spowodować nagromadzenie się powietrza w czaszce bez zaistnienia mechanizmu wentylowego. Następuje to, zdaniem tego autora, wówczas, jeśli chory siedzi lub chodzi, wtedy bowiem powietrze przenika do czaszki na miejsce wyciekającego w dużej ilości płynu i zajmując jako najłżejsze — miejsce najwyższe pod oponami na półkulach mózgowych, nie może uciec z powrotem. Jeśli po pewnym okresie chodzenia, względnie siedzenia, dodaje Z a w a d o w s k i, chory ułoży się na wznak, wtedy powietrze zbierze się w najwyższej części jamy czaszkowej i wytworzy większy zbiornik w okolicy płatów czołowych.

W niektórych przypadkach urazowej odmy czaszkowej, (B r u n s c h w e i l e r, P a s c h o u d) powietrze wnikało do pochewek naczyń i tą drogą przedostało się do tkanki mózgowej, na co wskazywał delikatnie rozgałęziony rysunek powietrzny na zdjęciach rentgenowskich.

Jakie są przyczyny powstawania samoistnej odmy czaszkowej?

Najczęstszą przyczyną są złamania kości czaszki (urazowe, postrzałowe), obejmujące zatoki czołowe, kość sitową, lub podstawę czaszki wraz z wyrostkiem sutkowym lub kością skalistą.

Na 43 przyp., zebranych przez nas za ostatnie 10 lecie, w 37 zachodziło złamanie czaszki.

C h o r ó b s k i i T y c z k a w pracy swej z roku 1929 przytaczają z piśmiennictwa tylko 4 przyp. samoistnej odmy czaszkowej pochodzenia nieurazowego, a mianowicie jeden C h i a r i e g o, jeden D a n d y e g o i 2 U f f e n o r d e. Odma w tych przypadkach była w związku z ropniem mózgu pochodzenia usznego, a powietrze wypełniało przestrzeń podpajęczynówkową i komory. W przypadku C h o r ó b s k i e g o i T y c z k i guz wychodzący z lewego przewodu noso-

wego i zajmując lewą zatokę czołową przebiegał przegrodę nosową i rozrastał się na prawo, niszcząc napotkane po drodze komórki kości sitowej. Poprzez powstałe w ścianach komórek sitowych, uszkodzonych przez wzrost guza, otwory przedostało się powietrze podczas kichania lub kaszlu z jam dodatkowych do czaszki i nagromadziło się, jak przypuszczają ci autorzy w przedniej jamie czaszkowej ponad twardówką, powodując przeciwny niedowład połowiczny. W dostępnym nam piśmiennictwie udało nam się odnaleźć poza wymienionymi w pracy C h o r ó b s k i e g o i T y c z k i jeszcze 2 następujące spostrzeżenia samoistnej odmy czaszkowej nieurazowego pochodzenia.

W przypadku G u t t m a n a chodziło o torbiel, leżącą wewnątrz istoty mózgowej, nie komunikującą się ani z komorami ani z przestrzenią podpajęczynówkową i wskutek tego określoną przez niego jako *pneumocephalia intracerebralis extraventricularis cystica*.

Sekcja wykazała guz przysadki, który wrażał w prawy zraz czołowy. Guz ten rozpadał się, w wyniku czego powstała torbiel wypełniona powietrzem. Nie jest to zatem czysta odma mózgowa w ścisłym tego wyrazu znaczeniu.

W przyp. S o s m a n a z r. 1927 chodziło o 42 letniego mężczyznę, dotkniętego silnymi bólami głowy, trwającymi od roku. Badanie przedmiotowe wykazało nieznaczny niedowład lewostronny z nieco zaznaczoną niemotą. Zdjęcie wykazało pęcherz powietrzny w lewej części czaszki pod pokrywą w *spatium epidurale*, u podstawy zatoki czołowej i komórek sitowych — duży kostniak. Drogą operacji transfrontalnej usunięto dobrotny kostniak, wychodzący z komór sitowych, który spowodował przebiecie twardówki. Opróżniono *pneumatocoele* i plastycznie zamknięto miejsce przedziurawione. Ponieważ spostrzeżenie to w dużym stopniu przypomina nasz przypadek, umieściliśmy go w końcu. Dla całokształtu obrazu dodać wypada, iż w wyjątkowych przypadkach odmy czaszkową naśladować mogą ropnie gazowe, spowodowane drobnoustrojami wytwarzającymi gazy.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O zapaleniach wielosuwrowiczkówkowych.

Podał

G. ABERDAM - SELIGOWA (Warszawa).

Nazwą „zapalenia wielosuwrowiczkówkowe” oznaczamy współczesne albo prawie współczesne zapalenie dwu lub wszystkich trzech błon surowiczych I-go rzędu.

Zapalenia te dzielimy na dwie grupy: 1) zapalenia swoiste i 2) zapalenia nieswoiste. Każdą z tych grup znów na dwie grupy: 1) na zapalenia występujące jako powikłanie schorzeń narządów, czy też chorób zakaźnych, jak grypa, odra, zakażenia septyczne, ostry gościec stawowy, 2) zapalenia pierwotne, czyli samoistne.

Zapalenia pierwotne nieswoiste uchodziły dawniej za schorzenia częste, a rozpoznawano je wtedy, gdy u osobnika zdrowego nagle wystąpiły wysięki przy towa-

warzyszącym łamaniu w kościach oraz podwyższonej ciepłocie, a sprawa szybko ustępowała pod wpływem leczenia preparatami salicyłowymi.

Dzisiaj patrzymy na tę sprawę inaczej i w tych razach przeważnie rozpoznajemy gruźlicę utajoną, mimo nagłego początku, bólów reumatycznych i dobrotnego przebiegu. Przypisać jednak należy, że pewne zapalenia błon surowiczych nie dają się ująć w najszerzej nawet pomyślane ramy schorzeń gruźliczych. W etiologii tych schorzeń główną rolę przypisują nieznanemu bliżej *virus rheumaticus*, który ma się odznaczać specjalnym powinowactwem do błon surowiczych I i II rzędu. Pomija się jednak milczeniem fakt, że błony surowicze I i II-go rzędu nie stoją genetycznie tak blisko, dalej, że przy gościcem zapaleniu wielosuwrowiczkówkowem nie spotyka się prawie nigdy zajęcia otrzewny. Z tego powodu niektórzy autorowie są raczej skłonni przyjąć za punkt

wyjścia zapalenia gośćcowego błon surowiczych płuca, które jako narząd miąższowy pod wpływem zimna, czy też przegrzania ulegają zmianom, mianowicie powstaje w nich czynny nawal z zajęciem opłucny lub też t. zw. cortico - pleurite. Czy ten zespół jest wywołany przez *virus rheumaticus*? Odpowiedź byłaby łatwa, gdyby był znany jakikolwiek drobnoustroj, wywołujący schorzenia gośćcowe, ale tak nie jest. Faktem jest tylko, że spotykamy się tu z czynnikiem zimna i gorąca, który obok „wilgoci”, gra też poważną rolę w goścu i który, wywołując wstrząs koloidowy wszystkich tkanek, powoduje też zmiany koloidowe w płucach. Zapalenie osierdzia natomiast, wedle tych autorów, powstaje *per continuitatem* z opłucny albo z wsierdzia.

Termin zapalenia wielosuwrowiczkowego reumatycznego stworzył M o s l e r. W 15-tu opisanych przez niego przypadkach chodzi tylko o zapalenie opłucny i osierdzia, bez zmian w otrzewnie. O zapaleniu wielosuwrowiczkowym pierwotnym gośćcowem mówi M o s l e r wtedy, gdy występuje ono samoistnie a zajęcie stawów jest bardzo nieznaczne i schodzi na plan drugi i występuje w przebiegu zapalenia wielosuwrowiczkowego, albo gdy zapalenie stawów w chwili wystąpienia zapalenia błon surowiczych już jest wygojone. W przypadkach, opisanych przez M o s l e r a, początek był nagły wśród kłócia, duszności, tarcia opłucnowego i osierdziowego. Tarcie osierdziowe zwykle utrzymywało się, a w opłucnie występował wysięk. O ile wsierdzie już przedtem było zajęte, sprawa zaostrzała się, a jeśli nie było zajęte, to często występowały szmery.

Rzadko wsierdzie zostawało wolne. Tętno szybko stawało się nieregularne, często występowały objawy zapalenia mięśnia sercowego. Silnie toksyczny charakter takich zapaleń objawiał się też czasem silnem podrażnieniem nerek. Posiew krwi dawał zawsze wynik ujemny. Często występowała silna duszność, której nie można było tłumaczyć ilością płynu w jamach opłucnowych (bo rzadko te wysięki były większe), tylko nalotami na osierdziu, a gdy występował wysięk w osierdziu, duszność zmniejszała się. Nie spotykał on prawie nigdy wysięków w jamie brzusznej. Często występujące w przebiegu tej choroby bóle w okolicy serca tłumaczy przejściem zapalenia na *plexus cardiacus*. W płynach punktowanych znajdował zawsze leukocytozę obojętnochłoną. Choroba trwała 2 — 6 tygodni, zrostów prawie nigdy nie zostawiała. O ile powikłanie z wsierdziem trwało dłużej, pozostawała wada, a o ile było zapalenie mięśnia sercowego, tworzyła się rozstrzeń serca z następczą niedomogą zastawki dwudzielnej. W 15-tu przypadkach M o s l e r a jedno było tylko zejście śmiertelne, a więc zawsze gwałtowny przebieg stał w sprzeczności z dobrem zejściem. 10 przypadków zostało wyleczonych bez pozostałości, w 4 zostały szmery serca. Wiek chorych od 16- do 40 lat.

B a g i ń s k i opisał zapalenia wielosuwrowiczkowe reumatyczne u dzieci. Tu prawie zawsze serce bierze udział i powstaje zrost osierdziowy oraz przerost i rozstrzeń serca, tak że rokowanie u dzieci jest złe.

O wiele częstsze, niż zapalenia gośćcowe, są samoistne zapalenia wielosuwrowiczkowe gruźlicze. Przyjmuje się, że 80 do 90% wysięków surowiczych ma podłoże gruźlicze. Udaje się to przeważnie udowodnić próbą biologiczną. Są jednak przypadki, w których w płynie prątków niema, ale o ile przeważają w nich limfocyty, przyjmuje się, że są gruźlicze. Często dopiero po latach etiologia tych wysięków staje się jasna, gdy rozwija się gruźlica jakiegoś narządu. Powstają one, wedle jednych

autorów, naskutek działania jądów, krążących we krwi, wytwarzanych w jakimś utajonem ognisku, którem są najczęściej gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe lub piersiowe. Tak twierdzi n. p. W i c z k o w s k i, który w 35-ciu, przez siebie obserwowanych przypadkach w płynie surowiczym z przewagą limfocytów nigdy nie znalazł prątków ani w preparatach bezpośrednich, ani w próbach biologicznych. W kilku z tych przypadków, poddanych badaniu pośmiertnemu, nie znaleziono, poza zmianami w gruczołach żadnych innych ognisk gruźliczych. Ponieważ jednak, jak to zaznacza S c h r ö d e r, nikt tych toksyn gruźliczych stwierdzić nie mógł, a często przecież udaje się w tych płynach wykazać prątki, więc inni autorowie przyjmują, że wysięki w *polyserositis* są wywołane przez prątki. Wedle N e u m a n n a, P i r q u e t a, G r a u a i N e u l a n d a gruźlicze zapalenie wielosuwrowiczkowe powstaje naskutek dobrotnego wysiewu krwiopochodnego. (*mitiaria benigna*).

Zaobserwować można, że zapalenia wielosuwrowiczkowe gruźlicze spotykamy częściej w krajach północnych, niż południowych, częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Występują one często rodzinnie u ludzi astenicznych z konstytucją limfatyczną. Anamneza jest często obciążająca pod względem gruźlicy i skazy limfatycznej (częste przeziębienia, zapalenia migdałków, zapalenia brzoju powiek, schorzenia gruczołów i skóry). Spotyka się je tylko w pewnym wieku. U osesków nie spotyka się ich, a więc nigdy nie są pierwszym objawem gruźlicy, nie spotyka się ich także u ludzi z rozwiniętą gruźlicą narządów. Należy więc przyjąć (W a l l g r e n, K u c h e n), że patogenesa tego schorzenia jest następująca: jakiś czas po zakażeniu i powstaniu pierwotnej alergii wchodzi wszystkie błony surowicze w stan przeczulicy. Pod wpływem jakiegoś ogniska znajdującego się pod błoną surowiczą lub pod wpływem zajętych gruczołów przechodzi do podrażnienia błon surowiczych. Wynikiem tej reinfekcji zwewnątrzpochodnej lub toksycznego podrażnienia przeczulonych błon jest silna reakcja w postaci gorączki, wysięku. Reakcja ta wywołana jest albo przez jady (W i c z k o w s k i) albo przez prątki i gruczołki. Po ustąpieniu przeczulicy błon temperatura opada, reakcja się zmniejsza, ale sprawa ma skłonność do nawrotów, przyczem pojedyncze ataki przebiegają stosunkowo łagodnie. Byłby to więc specjalny odczyn całego ustroju u ludzi z konstytucją limfatyczną na zakażenie gruźlicze (K u c h e n). W u n d e r l i c h uważa to schorzenie za rodzaj skrofulozy, występującej poza wiekiem dziecięcym naskutek złych warunków zewnętrznych. R o s n o w s k i, opierając się na pracy W i c z k o w s k i e g o oraz na własnych spostrzeżeniach (10 przypadków sekowanych) przyjmuje, że jest to gruźlica układu limfatycznego, szerząca się w obrębie tego układu naczyniami limfatycznymi z gruczołów *per continuitatem* albo *per contiguum* na skutek niedomogi tego układu. Widzi w tem zapaleniu jeden z etapów walki ustroju z gruźlicą, przyczem przekroczenie układu limfatycznego ma miejsce stosunkowo nieczęsto z powodu znaczniejszej niedomogi.

Takie tłumaczenie gruźlicy surowiczówek przyjmowano i dawniej. G a t t i pierwszy wypowiedział zdanie, że wysięk w gruźlicy błon surowiczych ma działanie bakterjobójcze. G l e p k e przypuszczał, że wysięk ten zawiera antytoksyny. K a r w a c k i, robiąc posiewy jednego i tego samego szczepu laseczników gruźliczych na płynach, pobranych od różnych chorych, stwierdził zupełnie odmienne zachowanie się bakteryj,

które albo ulegały całkowitej bakterjolizacji, lub też trwały tylko na swej żywotności, rozwijały się wreszcie czasami w różnych niezwykle postaciach morfologicznych.

Wobec przewlekłego przebiegu choroby nasuwa się pytanie, czy tę postać gruźlicy wywołuje bakteria typu ludzkiego, czy też bydłowego? Odpowiedź ściśle nie jest możliwa dlatego, bo hodowla bakterij gruźliczych daje czasami typ pośredni (L u b a r s c h), możliwe jest również, że bakterie typu bydłowego, mnożąc się w licznych generacjach, nabierają cech typu ludzkiego. Sprawa wikła się jeszcze bardziej tem, że wyhodowanie zarazka często nie udaje się zupełnie, że wreszcie istnieją postacie bakterij gruźliczych odmienne od prątków K o c h a. Przewlekły przebieg przemawiałby raczej za postacią bydłą, z drugiej jednak strony stopniowo nabyla odporność ludzi chorych na tę postać gruźlicy, tłumaczy możliwość przewlekłej wytwórczej gruźlicy i wobec bakterij typu ludzkiego.

Co do charakteru zapalenia błon surowiczych w *polyserositis tbc*, chodzi tu o 3 postacie, niejednokrotnie powikłane, a mianowicie o zapalenia surowicze, suche i wytwórcze. Często *polyserositis tbc* zaczyna się od schorzenia otrzewny, by następnie zająć opłucną i osierdzie. Możliwe jest jednak rozpoczęcie się sprawy chorobowej na opłucnie lub osierdziu. Początek schorzenia nie da się przeważnie ściśle oznaczyć. Zazwyczaj chory zgłasza się do lekarza ze skargą, że brzuch mu się powiększa, że dokuczają mu duszność, bóle w klatce piersiowej, suchy kaszel, rzadziej wyraźne klucie, osłabienie, poty, niekiedy chorzy sami spostrzegają podniesienie się ciepłoty, u kobiet występują zaburzenia miesiączkowania. Rzadziej chory obwinia czynniki zewnętrzne, jak przeziębienie, uraz, przejściowe zaburzenia żołądkowo - jelitowe. Ciepłota w tych początkowych okresach zazwyczaj nie osiąga wyższego stopnia (do 38°). W dalszym przebiegu cechy kliniczne, wyodrębniające poniekąd powyższy zespół chorobowy, wykazują, w porównaniu do odosobnionych zapaleń błon surowiczych, jedynie te różnice, które wynikają ze współczesności tych schorzeń. *Polyserositis tbc* w swoim przebiegu jest tak dalece pod znakiem gruźlicy, że piętno to nosi każdy jej chorobowy przejaw.

Przebieg sam jest przewlekły, i w dalszym ciągu jego różnorodność objawów łączy się ściśle ze skutkami, jakie proces chorobowy wywołuje na błonach surowiczych. Szczególną wagę posiada postać gruźlicy, która ma skłonność do łączno - tkankowego bujania i zrostów, które, choć są następnie źródłem wielu skarg chorego, a nawet niepożądanych następstw, niemniej jednak pozwalają lepiej rokować, niż postacie czysto wysiękowe. Jedynie wytwórcze zapalenie osierdzia jest pod tym względem wyjątkiem. Dojść może ono do takiego stopnia, że zarasta całkowicie jamę osierdziową, utrudnia czynność serca, hamuje dopływ żylny do serca, co w rezultacie wywołuje zastój krwi i wikła czynniki, wpływające na powstawanie płynu (płyny mieszane). Proces ten, przechodząc na śródpiersie, wywołuje *mediastinitis fibrosa* potęgując objawy. Odbija się to na wątrobie i jej otoczce (Zuckergussleber), gromadzi się płyn prześcżynowy w jamie brzusznej (*pseudo cirrhosis pericardiacae hepatis*). Bujne tworzenie się zrostów na otrzewnie utrudnia przesuwanie się treści jelit w przewodzie pokarmowym i wywołuje długotrwałe bóle w jamie brzusznej. Jako powikłania mogą wystąpić obrzęki na kończynach dolnych, albo jako objaw głodowy wskutek niedożywienia, albo jako skutek utrudnienia krążenia w brzuchu

(ucisk, zakrzep w żyłach, albo też jako skutek uszkodzenia naczyń przez jady), mogą wystąpić nerwobóle skutkiem ucisku na nerwy, ucisk na drogi żółciowe powoduje czasem żółtaczkę. Mogą wystąpić obrzęki stawów i bolesność ich, zwłaszcza w okresie cofania się wysięków. Mimo wszystko postacie wytwórcze dają lepsze rokowanie, niż czysto wysiękowe, lub rozpadowe, które spotykamy przeważnie u osobników młodych i które w paru miesiącach prowadzą w znacznym odsetku do śmierci.

Obraz krwi w *polyserositis tbc* nie jest charakterystyczny. Jedni opisują limfocytozę, inni stwierdzają natomiast brak limfocytozy i tłumaczą to tem, że wskutek schorzenia układu chłonnego wiele ośrodków rozrodczych chłonnych zostaje częściowo lub zupełnie wyłączonych z gospodarki limfotwórczej. W przypadkach wyjątkowo złośliwych obserwowano leukopenję z limfopenją, natomiast w przypadkach pomyślnych eozynofilję, która ma być wyrazem alergicznej reakcji błon surowiczych. W dłuższej trwającej *polyserositis* spotyka się zmniejszenie liczby ciałek czerwonych i zmniejszenie ilości hemoglobiny, a więc obrazy wtórnej lekkiej niedokrwistości toksycznej.

Rozpoznanie zapalenia wielosuwrowiczkowego opiera się wyłącznie na spostrzeganiu klinicznym. Gdy mamy wysięk w kilku jamach surowiczych, należy przede wszystkim wyłączyć etiologję niegruźliczą.

Tylko taki przypadek możemy uważać za niegruźliczy, gdy wszystkie reakcje tuberkulinowe są ujemne, a chory nie znajduje się w stanie anergji. Natomiast taki wysięk uważamy za gruźliczy, gdy reakcje tuberkulinowe są dodatnie, gdy w wysięku można stwierdzić prątki, albo próba biologiczna jest dodatnia, gdy płyn jest limfocytowy i nie przechodzi w ropny (tylko N o b e c o u r t opisał jeden przypadek płynu ropnego z prątkami).

Ważne dla rozpoznania *polyserositis* jest, wedle N e u m a n n a, równoczesne wystąpienie wysięku w kilku miejscach, co wskazuje na to, że powstanie swe zawdzięczają jednemu rzutowi. O ile pacjent zgłasza się z dużymi wysiękami, to o równoczesnem powstaniu wnioskuje się z tego samego wyglądu płynu, pobranego z różnych jam. Mikro- i makroskopowo wyglądają jednakowo, odczyn R i v a l t y jest wszędzie tak samo silny. Inaczej jest, gdy wysięki powstają naskutek *miliaris migrans* wtedy możemy w jednej jamie płucnej znaleźć wysięk surowiczy, w drugiej krwawy i bogatszy n. p. w komórki i t. p. Te przypadki dają złe rokowanie, kończą się gruźlicą opon lub narządów. Złe rokowanie dają też przypadki, w których równocześnie jest *lues*, co, wedle N e u m a n n a, zdarza się dość często. Rokowanie zależy też od czasu trwania gorączki, od czasu trwania choroby, bo im dłużej trwa, tem silniejsze powstają zrosty.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to sprawa ona trudności zwłaszcza w początkach i w przypadkach lekkich. Należy wyłączyć przesieki z powodu wad serca, zrostów osierdziowych, zaburzeń w krążeniu żyły bramnej, z powodu zapalenia nerek, dalej *lues*, marskość wątroby, guzy. U młodych dziewcząt opisał Q u i n c k e *ascites* samoistny, który powstaje naskutek podostrej *peritonitis sicca* przed wystąpieniem regularności; ustępuje on szybko sam, albo po wystąpieniu pierwszej regularności. Zapalenie wielosuwrowiczkowe można pomieszać z chorobą H e r t e r - H e u b n e r a, która też daje powiększenie brzucha z powodu meteo-

ryzmu, zwłaszcza, gdy skutek charłactwa powstał przebieg (przebiega bez gorączki). W rzadkich przypadkach ostrego początku z gorączką, silnymi bólami i biegunką myśleć można o zapaleniu wyrostka robaczkowego. L u n d przy operacji tysiąca przypadków wyrostka robaczkowego widział 12 takich przypadków. *Polyserositis tbc.* można pomieszać z zapaleniem otrzewny, wywołanym przez pneumokoki, które po ostrym początku przybiera charakter przewlekły (jest to jednak zwykle powikłanie zapalenia płuc, a płyn jest ropny). Należy wykluczyć posocznice (polynukleoza), choroby krwi (*purpura*), *sarcomatosis* gruczołów, ciężką grypę, chorobę P i c k a i *perihepatitis chron. hyperpl.* C u r s c h m a n n a. Tu punktem wyjścia jest błona surowicza wątroby z powodu jej schorzenia (*echinococcus*, ropień, *cholecystitis*) — wątroba jest twarda, niebolesna, nierówna, śledziona niepowiększona, gorączki niema, płyn po wypuszczeniu szybko się zbiera.

PIŚMIENICTWO.

R o s n o w s k i: Polskie Archiwum Medycyny Wewn. T. V. Zesz. 11, 1927. G o r e c k i: Schorzenia opłucny w świetle nowych poglądów, 1926. L i e b e r m e i s t e r: Tuberkuloze, 1921. N e u m a n n: Die klinik d. beginnenden Tuberkuloze Erwachsener, 1924. E n g e l u n d P i r q u e t: Handbuch für Kindertuberkuloze, 1930. B a n d e l i e r u. R o e p k e: Die Klinik der Tuberkuloze, 1914. F e j g i n i H e l d: Polska Gazeta Lekarska Nr. 35, 1925. W i c z k o w s k i: Lwowski Tygodnik Lekarski, Nr. 8 i 9, 1909. M o s l e r: Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 7, 1910. S o k o ł o w s k i: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. T. III, cz. I, 1906. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 21, 1928. G o r e c k i: Gruźlica i jej zwalczanie, 1927. N e u m a n n. Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 40, 1927. — Zentralblatt für die ges. Tuberkuloseforschung, Band 25, S. 52, 1926. L i e b e r m e i s t e r: Beiträge klin. Tbk. 64, 1926.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ **Prace kliniczne 1-go Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego w Warszawie.** Anastazy L a n d a u, kierownik Oddziału. Warszawa 1932.

Leży przed nami olbrzymi tom o 1430 stronicach, stanowiący 10-cioletni dorobek naukowy Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego, prowadzonego przez Dra Anastazego L a n d a u a. Dorobek to istotnie imponujący i nader pochlebnie świadczący o wydajności Oddziału, liczy bowiem 136 prac, drukowanych w ciągu lat 1921 — 1931 w pismach lekarskich polskich, francuskich, niemieckich i jednym angielskim, i obejmuje niemal wszystkie dziedziny medycyny wewnętrznej. Zebranie w jednej książce prac, porozrzucanych po rozmaitych czasopismach, znakomicie uwydatnia osiągnięty plon naukowy i ułatwi korzystanie z niego pokoleniu młodszemu. Książka została poświęcona pamięci jednego z najznakomitszych lekarzy polskich, Teodora D u n i n a, którego działalności klinicznej kontynuatorem postanowił sobie być jego wdzięczny uczeń Anastazy L a n d a u. Ze postanowieniem temu został wierny, wydać to z treści zebranych w książce prac, z których każda jest owocem ścisłych badań, stojących na poziomie współczesnej wiedzy lekarskiej. Takiemu ogromowi pracy klinicznej, jak pisze L a n d a u w przedmowie, nie byłby w stanie sprostać jeden człowiek, złożył się więc na nią i wysiłek licznych asystentów kierownika Oddziału. Szata zewnętrzna wydawnictwa przedstawia się nader okazale: zarówno papier, jak druk, a zwłaszcza rysunki nie pozostawiają nic do życzenia. Ukazanie się książki L a n d a u a, jako wyjątkowy u nas, a może i gdzie indziej, fenomen, należy powitać z uznaniem.

Z S r e b r n y.

Historja i Filozofja Medycyny.

■ Dr. med. i fil. Władysław SZUMOWSKI. **Historja medycyny filozoficznie ujęta. Część II. Medycyna średniowieczna.** Kraków, 1932. Wyd. Gebethnera i Wolffa.

Odsyłając czytelnika do recenzji mojej z r. 1930, wstępnej części tego „podręcznika dla lekarzy i studentów”, powtórzyć muszę, że zasadniczo te same zalety i usterki cechują i jego część 2-gą. Oczywiście, że autor, wzorując się między innymi na wielkich dziełach historii medycyny, nie mógł i nie zamierzał dorównać im objętością (H a e s e r — 2000, P u s c h m a n n — 3100, N e u b ü r g e r — 1220 stronic). Poświęca też całej epoce średniowiecza niecałe 250 stronic. Wspomi-

nam na wstępie o tym szczególe, gdyż to przede wszystkim powinno decydować o celowym rozmieszczeniu materiału faktycznego. Zaczyna prof. S z u m o w s k i od XVII rozdziału, na którym zakończył swój tom historii medycyny starożytnej. Słusznie datuje początek średniowiecza za niektórymi historykami od drugiej połowy IV wieku, od ukazania się w Europie Hunnów, Gotów, Wandalów, od wielkiej wędrówki narodów, która w sposób barbarzyński, sposób powszechnie przyjęty podczas wielkich wojen, zniszczyła do ostatnich śladów dawną kulturę grecko-rzymską. Kresląc rolę kościoła, nauk i medycyny we wczesnym średniowieczu z jej wykładami klasztorami i czynnikami teurgicznymi, jak modlitwy i egzorcyzmy, z szkołą w Chartres i Tours, przechodzi autor do medycyny Bizancjum i dalszego Wschodu (obecnie nazywamy to Bliskim Wschodem) oraz jej głównych przedstawicieli (O r i b a s i u s, P a w e ł z E g i n y, A l e k s a n d e r z T r a l l e s, A k a d e m j a D ż o n d i s a b u r). Medycynie Talmudu poświęca S z u m o w s k i słusznie obszerniejszy rozdział, cytując z polskich autorów prace Z a r e m b y, H i g i e r a i F e l s a, zbyt dużo atoli miejsca, prawie 2/3 udziela rytuałowi (miał) (obrzezanie, *circumcisio*), przejętemu przez żydów i mahometan od ludów przedhistorycznych Azji i Afryki. Ta dysproporcja w rozkładzie materiału uderza poniekąd i w medycynie arabskiej, która wypadła zbyt skoncentrowanie. Odlam żydowsko-arabski, niedoceniany dotąd przez większość medykohistoryków, traktowany jest wszędzie nieco po macoszemu. Słusznie podkreśla S z u m o w s k i, że tu chodzi o bardzo doniosłe ogniwo, łączące świat antyczny Greków ze światem łacińskim, a w medycynie tego okresu święci tryumfy racjonalizm spekulacyjny czyli chęć oparcia terapii na ścisłych przesłankach rozumowych, wprowadzając często nie uzasadnionych ani badaniem eksperymentalnym, ani uważną obserwacją kliniczną, lecz dedukcją z filozofji dawnych autorów. Medycyna u Arabów (R h a z e s, A w i c e n n a, M a i m o n i d e s, A w e r r o e s) jest świecka, mimo to dogmatyczna, kanoniczna, nieomylna, jak w Biblii i Talmudzie żydowskim, jak w świecie chrześcijańskim, gdzie spoczywała głównie w rękach duchowieństwa. Dla zrozumienia ducha średniowiecza pamiętać należy, że dwa systemy filozoficzne starożytności główne tworzą ogniwa między filozofją starożytną a średniowieczną: neoplatonizm i stoicyzm. Przemowny wpływ wywierała nauka Ś-go Augustyna z r. 354—430, najślawniejszego z Ojców kościoła, na życie i umysłowość świata chrześcijańskiego, w tem również na filozofję, przyrodoznawstwo i medycynę. Na podstawie legend klasztornych powstają obszerne traktaty demonologiczne, dowodzące z pokolenia w po-

kolenie, że demony sprowadzają nietylko głód i nieurodzaj, ale również choroby u ludzi i zarazy u zwierząt domowych. Wypędzanie demonów za pomocą cudów, przekleństw i egzorcyzmów, krzyża, wody święconej i relikwii staje się przez setki lat częścią składową terapii nietylko opętanych, ale chorych wogóle. A wśród relikwii kolce z korony cierniowej Chrystusa jedno z poważniejszych zajmowały miejsce, a tych autentycznych koron naliczono wówczas aż 560. Setki też lat słynęły cudowne uzdrowienia chorych przy dotykaniu ciała przez panujących jako władców z' bożej łaski, jako pomazańców bożych. W medycynie świata chrześcijańskiego poważne miejsce zajmują nauki K o n s t a n t y n a Afrykańczyka z Kartaginy (XI w.) i Szkoły Salernitańskiej, tego załążka późniejszych uniwersytetów i wyższych szkół naukowych. Z wybitniejszych postaci tego okresu podkreślane są H i l d e g a r d a z Bingen (1098), A l b e r t W i e l k i (1193), V i t e l o z Śląska Polskiego (1220) i A r n o l d d e V i l l a n o v a (1234). Po X-m wieku liczne zakony, męskie i żeńskie, uprawiały lecnicstwo, jak kameduli, cystersi, norbertani, joannici, franciszkanie, dominikanie, karmelici i bernardyni. Jako obrazy z aktów współczesnych autor obszernie omawia, cytując nawet oryginały — co niekoniernie jest w podręczniku — temat djabłów i czarów, a nawet wyczerpująco kreśli historie poszczególnych, słynnych w historii czarownic. Do tego dochodzi obszerne streszczenie wojen krzyżowych, pochodów dzieci Francji i Niemiec z r. 1212/1213, pochodów biczowników z r. 1260 i 1349 z Włoch, udzielających się jako psychozy masowe i zbiorowe prawie całej Europy, nie wyłączając Polski, opis epidemii mistyków, widzących w ekstazie wraz z zahypnotyzowaniem otoczeniem Boga i Najświętsze postacie, i stygmatyków, u których występują na ciele sińce i rany Zbawiciela, a nawet nie brak żywotów kilku z nich. Następne rozdziały książki traktują zasadniczo o teje materji, jak np. o truciznach i zawodowych otruciach skrytobójczych średniowiecza i niektórych lekarzy jego oraz o alchemji, tej mieszaninie mistyki i empirji, marzycielstwa i szalbierstwa, o kamieniu filozoficznym, który zawartością swoją miał leczyć choroby, odmładzać starych, przedłużać życie, oczyszczać duszę, a nawet ożywiać zmarłych. *Panacea, spiritus mundi, tinctura universalis, lumen astrale, aurum potable* itp. reprezentowały środek leczniczy, mający być kondensacją życia i sensem całego kosmosu, gdyż alchemja, astrologia i medycyna tworzyły wówczas nierozłączną całość. Z ważniejszych chorób omawiane są przez S z u m o w s k i e g o trąd, czarna śmierć i choroby nerwowo-umysłowe. Śnać wielkie znaczenie przypisuje autor tej ostatniej grupie — w pewnej mierze niewątpliwie słusznie — poświęcając endemicznemu trądowi i epidemjom czarnej śmierci (*pestis, pestilencia, mór, dżuma, cholera*) niecałe 15 stron, zaś psychonerwicom z górą 100 str. i zaopatruje je nader obficie w ilustracje z prac ówczesnych i nowoczesnych. Osobiście nie apróbowałbym tej preponderancji, mimo iż uprawiam i miłuję neurologję i mimo, iż zgadzam się z autorem, że jest to „temat o znaczeniu nietylko medycznym, ale i ogólnokulturalnym”. Ostatnie rozdziały podręcznika omawiają ważniejsze szczegóły z niektórych specjalnych gałęzi medycyny średniowiecza (krwiouputy, chirurgja, szpitalnictwo, uroskopja) i wczesne hasła odrodzenia (R o g e r, B a c o n, Franciszek P e t r a r k a) z budzącym się krytycyzmem i empiryzmem. Ze książka powstała z wykładów systematycznych dla studentów i słuchaczy medycyny, przekonywa najbardziej ton wychowawczy i uwagi dydaktyczno-pedagogiczne autora, na każdym kroku skierowane do medyka, a szczególnie zakończenie ostatniego rozdziału (Ogólny rzut oka na medycynę średniowieczną), pozornie w luźnym związku znajdujące się z historją medycyny *per se*. „Dla lekarzy stąd płynie głęboka nauka. Jeśli bowiem wpływ psychiki na ciało może być tak wielki, lekarz powinien zawsze wszelkich starań dokładać, dużo większych, niż ich dziś dokłada zazwyczaj, aże-

by nietylko materialnie wpływać na przebieg choroby, ale także psychicznie. Lekarz, który chce osiągnąć *maximum* możliwości w uzdrawianiu chorych, powinien leczyć równocześnie ciało i duszę; za pośrednictwem ciała powinien wpływać na duszę, a za pośrednictwem duszy powinien wpływać na ciało chorego”. I ten drugi tom Historji medycyny chętnych znajdzie czytelników wśród lekarzy i studentów, dla których został przeznaczony.

H. H i g i e r.

■ Sławoj Felicjan SKŁADKOWSKI. Moja służba w brygadzie. (Pamiętnik polowy). Tom I. Warszawa, 1932 r.

Literatura wojenna obfituje w cały szereg pamiętników, opisów poszczególnych bitew, planów operacyjnych, posunięć politycznych państw walczących i neutralnych. Wśród mnóstwa tych wydawnictw nie znajdujemy ani jednej pracy, poświęconej opisowi tych wysiłków, jakie świat l e k a r s k i poniósł w związku z niesieniem pomocy zarówno rannym, jak i chorym nietylko wśród mas wojska, ale także wśród ludności cywilnej, często znajdujące się pod ogniem walczących armij. Podczas wojny lekarze spełnili swój obowiązek nietylko na froncie, ale i na „tyłach”, prowadząc skuteczną walkę z infekcjami, które zagrażały egzystencji niemal poszczególnych narodów. Między „frontem” i „tyłem” istnieje ścisły związek, a walka z infekcjami szła od frontu, prowadzona tam przez lekarzy wojskowych. Z prawdziwą przyjemnością więc wziąłem do ręki książkę D-ra Sławoja Felicjana S k ł a d k o w s k i e g o, w której zapoznaje on nas ze wszystkimi powyżej już poruszonemi zagadnieniami i która z tych względów winna być przeczytaną przez ogół lekarzy. Książka wspomniana i z innych jeszcze względów zasługuje na specjalne zainteresowanie lekarzy polaków, zapoznaje nas bowiem z przebiegiem historycznym rozwoju organizacji służby zdrowia w zawiązku armji polskiej. Etapy rozwoju tej organizacji, które przeszły próbę ognia wojennego, weszły całkowicie do obecnej armji polskiej pod nieco zmienionemi nazwami, dobitniej określającemi czynność poszczególnych jednostek sanitarnych. Ale nietylko lekarze czytać ją winni, czytać ją winni również i medycy, gdyż znajdują w niej opisy pracy swych kolegów, którzy z ławy uniwersyteckiej poszli pracować na froncie i pracę tę wypełniali świetnie, zasługując na najwyższe pochwały dowództwa, niekiedy wykazując nadzwyczajne zalety odwagi np. przez wynoszenie rannych i zabitych nietylko z pierwszej linii ognia, ale nawet z pod okopów nieprzyjacielskich (patrz str. 265). Wymienione zagadnienia nie wyczerpują tematu wspomnianej książki, której bliższa ocena zajęłaby zbyt wiele miejsca. Trudno jednak pominać milczeniem, iż odzwierciadła ona do pewnego stopnia nastroje polityczne, panujące w poszczególnych zaborach, obrazuje tragizm walki bratobójczej, niedolę wygnańców polskich, gnanych bątem kozackim od ognisk domowych, które były palone nietylko przez rosjan, ale i najmitów carskich, przyznających się do polskości. Książka ta, należycie już oceniona przez prasę codzienną, drukującą liczne z niej wyjątki, mogące zainteresować wszystkich obywateli, winna być znana wszystkim lekarzom rezerwy, gdyż zawiera praktyczne zastosowanie teoretycznych wiadomości, które otrzymali oni na ćwiczeniach wojskowych. Dr. S k ł a d k o w s k i, dając nas swą pracą, stanowiącą cenny nabytek dla naszego piśmiennictwa zarówno ze względu na tak wszechstronne ujęcie tematów, nas interesujących, jak również na szereg własnych oryginalnych uwag i spostrzeżeń, dobrze zasłużył sobie na głęboką naszą wdzięczność. Tom zaś drugi zostanie, sędzę, przyjęty z niemniejszym zainteresowaniem. Z uznaniem podkreślić również należy, że książka wydana została przez Instytut badania Najnowszej Historji Polski, który w obecnych ciężkich czasach udostępnił nam pamiętnik wspomniany.

Dr. Aleksander R y t e l.

■ BILIKIEWICZ Tadeusz. *Die Embryologie im Zeitalter des Barocko und des Rokoko. Arbeiten des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig*. Str. 184, rys. XIX. Verlag Georg Thieme. Leipzig. 1932.

Embryologia średniowiecza nosi przeważnie charakter mitologiczny i przyrodniczo-filozoficzny. Nie mogła być inną, póki przystępowano do studiów nad nią bez pomocy lancetu, mikrotomu i mikroskopu. Spekulacyjny sposób myślenia usiłował rozwiązywać problemy zasadnicze i podstawowe powstania organizmów zwierzęcych. Historia embryologii od ojca przyrodoznawstwa A r y s t o t e l e s a do odkrywcę krążenia krwi H a r v e y a — powiada prof. S i g e r i s t a, redaktor wydawnictwa — opracowana została bardzo wyczerpująco w monografii Brunona B l o c h a w 1-m zeszycie „Prac Instytutu”. Nie łatwo było znaleźć chętnego i przygotowanego do ujęcia historii embryologii okresu baroka i rokoka, czyli od H a r v e y a z Folkestanu do Karla Ernsta v. B a e r a z Dorpatu. A stał się do pracy niespodzianie bardzo nadający się lekarz, historycznie, medycznie i filozoficznie dobrze przygotowany, wychowaniec Uniwersytetu Krakowskiego, Tadeusz B i l i k i e w i c z, który po ogłoszeniu odczytu na ten temat w Rzymie podczas Zjazdu Międzynarodowego z Historii Medycyny i po wydrukowaniu monografii odnośnej wrócił do ojczyzny i objął asystenturę i docenturę historii i filozofii medycyny na Wszechnicy Jagiellońskiej. „Cieszę się bardzo — dodaje inicjator monografii, że Polska w dziedzinie medycyny tak wzorowe posiadająca instytucje, dostarczyła pracownika, który potrafił z wielkim talentem kontynuować rozpoczęte wydawnictwo”. Trudno streścić w tem miejscu całość, obejmującą embryologię, a częściowo i anatomję porównawczą, w luźnym tylko związku znajdującą się z medycyną praktyczną i teoretyczną, jako taką. Wystarczyć musi pobieżny rzut oka. Po naszkicowaniu stanowiska embryologii z okresu przed H a r v e y e m, B i l i k i e w i c z w oddzielnych rozdziałach omawia epokę baroka (1580 — 1700), okres przejściowy od baroka do rokoka i okres rokoka (1720 — 1770). Jako przedstawicieli i twórców: 1) teorii dynamistycznej z połowy XVIII wieku wymienia: H a r v e y a, de G r a a f a i N e e d h a m a, 2) teorii funkcjonalno-mechanistycznej: D e s c a r t e s a, B o r e l l i e g o i W i l l i s a i 3) teorii preformacjonistycznej: R e d i e g o, M a l p i g h i e g o, S w a m m e r d a m a, M a l e b r a n c h e a i v a n L e e u w e n h o e k a. W okresie przejściowym do rokoka panują wyłącznie szkoła panspermatystów oraz szkoły owistów i animakulistów, którą to ostatnią ozdabia swoją współpracą między innymi głośny na świat cały Gotfryd Wilhelm L e i b n i t z, znakomity matematyk, filozof i przyrodnik w jednej osobie. W owym czasie słyną też C a m e r a r i u s, znany z oryginalnych studiów swych nad odkryciem płci u roślin, oraz S t a h l, główny szermierz w walce witalizmu z mechanizmem, epigenetyzmu z rewolucjonizmem. U z o r z y XVIII wieku zakwita rokoko. Odradzają się liczne odmiany teorii epigenetyków, którą reprezentują N e e d h a m j r, M a u p e r t u i s, R é a m u r i B u f f o n, następuje renesansonizm. Odrodzenie to odbywa się pod auspicjami fizjologów H a l l e r a, B o n n e t a i S p a l l a n z a n i e g o, adherentów naturalisty-fantasty d'A g o t y e g o i ścisłego obserwatora-lekarza H u m t e r a. W ostatecznym obaleniu ewolucjonizmu i mechanizmu oraz zwycięstwie epigenetyzmu i witalizmu biorą udział głównie Caspar W o l f f, P a t r i n i B l u m e n b a c h. Ciekawym rzutem oka na przyszłość embryologii kończy autor swoją bardzo oryginalną pracę, ozdobioną szeregiem wizerunków, rycin i ilustracji, zaczerpniętych — tu i owdzie jako *rara i curiosa* — z dawnych dzieł embryologicznych roku 1677, 1694, 1701, 1719, 1729, 1749, 1752, 1754, 1758, 1759, 1774 i 1789. Druk, papier, rysunki, oprawa książki wzorowe i wytworne jak na czasy, dla niemieckich wydawców i księgarzy wielce krytyczne. Przy sposobności podnieść należy jako wzór,

godny naśladowania dla katedr historii medycyny w Polsce, żywotność lipskiego instytutu historii medycyny, pod którego opiekuneczi skrzydłami wyszła ta monografia. Instytut ów, stworzony przed kilku laty przez głośnego historyka medycyny S u d h o f f a, a prowadzony obecnie przez S i g e r i s t a, wypuszcza obok rocznika „Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin” i obok periodycznych odczytów „Vorträge des Instituts”, jeszcze prace monograficzne „Arbeiten des Instituts”, z których 1-szy tom, opracowany przez d' l r s a y a, poświęcony został A. v. H a l l e r o w i (1708 — 1777), lekarzowi, botanikowi i poecie, geniuszowi renesansu i epoki oświaty, zaś 2-gi tom właśnie historii embryologii w opracowaniu B i l i k i e w i c z a. Nasze polskie wielce zasłużone „Archiwum historii i filozofii medycyny oraz historii nauk przyrodniczych” pod redakcją niezmordowanego i ofiarnego prof. W r z o s' k a z Poznania walczy wciąż z deficytami i beznadziejnie ugrzęzło poniekąd jeszcze w r. 1931 na 11-ym tomie swego wzorowego wydawnictwa.

H. H i g i e r.

Choroby narządów trawienia.

G. LOTHEISSEN. Jakie są główne przyczyny dolegliwości polykowych? (Wien. kl. Woch. Nr. 20. 1932).

W oparzeniach i ciałach obcych wywiady dają wyraźną odpowiedź na pytanie. Rak powoduje przeważnie dopiero w okresie daleko posuniętym dolegliwości polykowe. Zgłębnikowanie, badanie rentgenowskie, ezofagoscopia prowadzą do postawienia rozpoznania. Uchylki są stosunkowo rzadkie. Charakterystycznym jest zwracanie pokarmów, które zostały spożyte już przed dłuższym czasem. Również tutaj ważnym dla rozpoznania jest badanie rentgenowskie. Wykonany w porę zabieg operacyjny ratuje życie. Stany kurczowe występują we wściekłości, tężcu, płasawicy, padaczce, zimnicy. Znikają one po wyleczeniu cierpienia podstawowego. Również gruźlica krtani może prowadzić do kurczów bądź przy wejściu do przełyku, bądź też przy wyjściu. Dalej kurcze mogą być wywołane przez zupełnie drobne ciała obce, jak: szczecinka szczoteczki do zębów, kawałki emalii z garnka, które należy wtedy usunąć za pomocą ezofagoscopu. Często pozostaje jedynie tylko wywołane przez nie uszkodzenie, pęknięcie drobne, które się zagoi po pędzlowaniu w ezofagoscopie azotanem srebra lub anestetyzną. Lekarz - praktyk każe wypić przed jedzeniem łyżeczkę od kawy lub więcej 1/2 % roztworu anestetyzny w kwasie solnym. Kurcze przełyku mogą być również wyrazem stanu neuropatycznego. W tych razach zgłębnik nie napotyka często na żadne przeszkody, podczas gdy każdy kęs jedzenia zatrzymuje się. Jeżeli skłonność do kurczów powstaje w otworze przełykowym przepoju, to często przychodzi do rozszerzenia się przełyku powyżej niego. Chorych takich często traktuje się jako żołądkowo chorych, ponieważ cierpią oni na wymioty. Obraz rentgenowski jest bardzo charakterystyczny. Pod względem leczniczym najważniejsze jest zgłębnikowanie i rozszerzanie za pomocą rozciągania. A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

J. GUISEZ. Kilka uwag w sprawie uchylków przełyku. (Ann. d'Oto-Laryng. Nr. 8. 1932).

Woreczkowate uchylki (*diverticula e pulsione*) nie zawsze są umiejscowione w dolnej części gardzieli, lecz mogą się znajdować również w przełyku, najczęściej w jego części szyjnej, a nawet czasami w dolnej części tego odcinka przewodu pokarmowego, jak wykazują przypadki, opisywane przez autora. Niezależnie od umiejscowienia uchylków, ich kształtów i rozmiarów, należy przedewszystkiem rozłożyć opiekę nad zmianami przełykowymi, będącymi ich przyczyną, zaś pamiętać należy, że samo tylko wycięcie uchylku niezawsze wystarcza samo przez się, żeby ostatecznie uleczyć chorego.

J. L. H.

R. SZATZKI. Przepukliny otworu przełykowego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 1).

Przepukliny otworu przełykowego nie są wbrew dawnym poglądom rzadkością. Na podstawie 60 własnych przypadków omawia autor patogenezę, dżagnostykę, symptomatologię i leczenie. Większość tych przepuklin jest nabyta. Zwiększenie normalnej ruchomości przełyku i górnych odcinków żołądka w szczelinie przeponowej warunkuje ich powstawanie. Wewnątrzbrzuszne wzmocnienie ciśnienia i pewne zmiany w położeniu działają sprzyjająco przy uwypuklaniu się. Obok tego istnieją rzadsze już wrodzone przepukliny otworu przełykowego. Autor podaje opis 2 mniejszych przepuklin otworu przełykowego typu 3 A k e r l u n d a, w których udało się pewne udowodnienie autoptyczne. Rozpoznawanie jest prawie wyłącznie uzależnione od badania rentgenowskiego, którego technikę w tych przypadkach podaje autor. Większość tych przepuklin przebiega bezobjawowo. Istnieją jednak dolegliwości, zależne od powstania przepukliny. Mogą one naśladować najrozmaitsze schorzenia narządów nadbrzusza, przełyku i serca. Leczenie z wyjątkiem uwiecznionych przepuklin jest zachowawcze.

Henryk J. L a n d a u.

G. FAROY i DERON. Acetylcholina i wydzielanie żołądkowe. (Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition. 1931. Nr. 7).

Autorzy dochodzą do następujących wniosków: 1) U osobników normalnych jednorazowe wstrzyknięcie domięśniowe 0,3—0,4 gr. acetylcholiny nie wywołuje dużego wydzielania kwasu solnego w żołądku, dlatego też nie można zastąpić histaminy acetylcholiną przy próbach na wydzielanie żołądkowe. 2) U osobników z normalnym i z obniżonym wydzielaniem kwasu solnego kilkakrotne wstrzykiwania acetylcholiny (12—15 wstrzyknięć po 0,3—0,4 gr.) zwiększają wydzielanie kwasu solnego. 3) Dwie cechy charakteryzują wzrost wydzielania kwasowego: przedłużony czas trwania i wzrost kwasoty. 4) Leczenie acetylcholiną pozwala podzielić osobników z brakiem kwasu solnego na 2 kategorie: a) jedni reagują, jak osobnicy ze zmniejszoną ilością kwasu solnego, i acetylcholina stopniowo wzmacnia stopień kwasoty żołądkowej, która dąży do tego, aby stać się normalną. F a r o y nazywa ich osobnikami o względnym braku kwasu solnego; b) u innych nie występuje żadna reakcja wydzielnicza — są to osobnicy o rzeczywistym braku kwasu solnego. X.

A. STOILOVIC. W sprawie kliniki choroby Hirschsprunga w starszym wieku. (Wienn. kl. Woch. Nr. 6. 1932).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 66-letniej kobiety, u której spostrzegano głęboko usadowioną niedrożność jelit, która nagle wystąpiła, a która zrazu wzbudziła podejrzenie o raka esicy. Dokładne badanie kliniczne jednakże doprowadziło do rozpoznania choroby H i r s c h s p r u n g a, która aż do późnego wieku przebiegała bez szczególnych objawów klinicznych. Jako leczenie objawów niedrożności okazała się skuteczna kąpiel jelitowa, dzięki zastosowaniu której wrodzona nieprawidłowość przeszła znowu w swą postać utajoną.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

H. HAMPERL. O ostrym nieżycie żołądka. (Wien. kl. Woch. Nr. 17. 1932).

Autor omawia obraz histologiczny nieżyty żołądka z punktu widzenia charakterystycznego dla ostrego nieżyty żołądka rodzaju komórek, leukocytów. Z pośród białych ciałek jeden ich rodzaj, a mianowicie kwasochłonne nie odgrywają żadnej roli w rozpoznawaniu ostrego nieżyty żołądka. Obojętnochłonne leżą w zakresie strefy w kształcie pasa na wysokości szyjek gruczołowych. Te białe ciałka znajdują się widocznie na wę-

drówce ku światłu żołądka. Zasluguje przytem na wzmiankę, że to przesiąkanie białymi ciałkami czasami wyraźnie odpowiada czynnościowemu podziałowi żołądka o tyle, że ogranicza się wyłącznie do drogi pokarmowej żołądka. To rozmieszczenie białych ciałek odpowiada widocznie fizjologicznemu przesiąkaniu trawinnemu, nie przedstawia więc nic chorobowego, lecz w pewnych nielicznych przypadkach nacieczenie błony śluzowej jest wyjątkowo silne i przebiega w parze ze zniszczeniem gruczołów i wysepek nabłonka. Tylko dla tych przypadków nadaje się zgodnie z obrazem histologicznym określenie ostrego nieżyty żołądka. W tym ostrym nieżycie żołądka przychodzi, chociaż rzadko, do powstawania nadżerek w gruczołach i na powierzchni błony śluzowej. O wiele częstsze są natomiast nadżerki, które w swej histologicznej kolejności warstwowej w zupełności przypominają wrzód żołądka, i w których obojętnochłonne leukocyty są nagromadzone wyraźnie tylko w otoczeniu nadżerki. Ponieważ dalej te nadżerki, jak również same owrzodzenia znajdują się w zakresie działania soku żołądkowego, podczas gdy owe nadżerki zapalne również, poza nim, nie znajduje autor żadnego związku między ostrym nieżyciem żołądka, względnie spostrzeganiem w nim rodzajem nadżerek a wrzodem, istnieje raczej związek z drugim rodzajem nadżerek, do tego ograniczają się stosunki między sokiem żołądkowym a wrzodem.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

F. RAMOND, ZIZINE i VANIER. Kilka uwag o aerofagji. (Le progrès méd. Nr. 47, 17. XI. 1931).

Czy aerofagja zasługuje na uwagę klinicysty, czy też jest objawem banalnym, bez większego znaczenia? Autorzy odróżniają dwa rodzaje aerofagji, jedną wolną, drugą zblokowaną. Pierwsza daje szereg objawów przedmiotowych, jak odbijanie głośnie i częste gazami, lecz nie powoduje powstania kieszonki powietrznej w żołądku, widocznej pod ekranem. W postaci zblokowanej powietrze jest uwięzione w żołądku, brak odbijania gazami, widoczna jest kieszonka pod ekranem. Zdaniem autorów tylko ta druga postać zasługuje na uwagę lekarzy, będąc objawem patologicznym. Gazy dostają się do żołądka z powietrza zewnętrznego, które jest polykane wraz z pokarmami lub ze śliną; każdy ślinotok może pociągnąć za sobą aerofagję. Gazy z żołądka przedostają się do jelita cienkiego, posuwają się dalej, zatrzymując się głównie w obydwu kątach *colon* — *aerocolia* następuje po aerogastrii. Drugim źródłem gazów w żołądku jest czynność wydzielnicza gazowa błony śluzowej żołądka, dowiedziona ostatnimi badaniami doświadczalnemi. Powstaje jednakże pytanie, dlaczego gazy zebrane nie zostają wypchnięte w kierunku jamy ustnej, lecz pozostają zblokowane w żołądku? Dotychczas tłumaczono to zjawisko głównie istnieniem przeszkód mechanicznych (zagięcie przełykowo-żołądkowe, zwane *valvula B r a m i*, skurcz wpustu, zniekształcenia przełyku etc.). Autorzy podkreślają przedewszystkiem znaczenie atonji wrodzonej lub nabytej żołądka względnie prawej przepony po przebytem zapaleniu opłucny przeponowej, lub też nasutek uszkodzenia lub przecięcia nerwu przeponowego lewego. Atonja ta powiększa istniejącą *valvula B r a m i*. Skutki kliniczne aerofagji zblokowanej są poniekąd dobrze znane jako niektóre zaburzenia trawienne i oddechowe, inne poniekąd mniej, np. zaburzenia układu krążenia, na które zwracali uwagę V a q u e z i L i a n. Nie należy jednak zapominać o zasadzie V a q u e z a, że zaburzenia krążenia stają się poważne dopiero z chwilą schorzenia mięśnia sercowego. Aerofagja zblokowana jest najbardziej zaakcentowana po przyjęciu pokarmów, a wraz z nimi i nowej porcji powietrza i dlatego też zaburzenia krążenia występują najsilniej w tym momencie, powodując, jak to wykazały doświadczenia autorów, przesunięcia w ułożeniu serca (obrót dokoła osi poziomej przednio-tylnej). Stąd przekrwienie twarzy, uczucie ciężkości głowy, zawroty,

bóle sercowe po jedzeniu. Leczenie aerofagji ma przedewszystkiem na celu zmniejszenie dopływu gazów przez powolne jedzenie, dokładne żucie, picie płynów przez szklaną rurkę oraz, co szczególnie autorzy zalecają, spożywanie pokarmów, utrzymując klatkę piersiową w pozycji prostopadłej; pozycję tę najłatwiej osiągnąć, siedząc na niskim taborecie z wyciągniętymi przed sobą nogami, tak żeby brzeg stołu znajdował się dość wysoko. Następnie należy zwalczyć atonję żołądkowo-przeponową — sprawa długotrwała i trudna, lecz zupełnie możliwa, o ile włókna mięśniowe nie utraciły jeszcze całkowicie swej elastyczności.

H. S z p i d b a u m.

Choroby kobiece i położnictwo.

M. BROUHA. Rozpoznawanie hormonalne ciąży zapomocą próby króliczej. (Strasbourg méd. N. 14, 1932).

Równie swoista, stała i wczesna, jak i inne próby hormonalne ciąży, próba królicza jest nader prosta pod względem technicznym, zaś łatwiejsza do odczytania, niż próba A s c h e i m - Z o n d e k a na samczkach mysich i jest ona szybsza, niż próba na mysich samcach. Próba ta więc zasługuje na rozpowszechnienie w praktyce i zwrócenie na siebie uwagi lekarzy.

Henryk J. L a n d a u.

H. HELLER. O stosunkach między przysadką a kobiecym narządem rodnym. (Wien. kl. Woch. N. 13, 1932).

Z własnych badań autora i danych piśmiennictwa zdaje się wynikać, że zależność pomiędzy tylnym płatem przysadki mózgowej a narządem rodnym występuje jaskrawo dopiero w czasie jego największego wysiłku, to znaczy w czasie ciąży, podczas gdy hormony przedniego płata jako *rimini inter pares* regulują wzrost płodu i narządów rodnych oraz fazowy przebieg życia płciowego kobiety.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

ESCH. Badanie krwi u ciężarnych; jednocześnie przyczynę do sprawy niedokrewności. (D. m. W. N. 17, 1932).

Dawniej niedokrewność u kobiet wiązano z ciążą i zaburzeniami czynności gruczołów płciowych. B. często zmęczenie, brak łaknienia i osłabienie uważano za silnie zaznaczone objawy ciąży. Autor zbadał ogółem 700 ciężarnych: 500 pierwszotek i 200 wielorodek i stwierdził w 54,7% przypadków ilość hemoglobiny poniżej 70%. Wiek ciężarnych, do 35-ciu lat, nie miał żadnego wpływu na stan niedokrewności. Dalsze spostrzeżenia wykazały wzrost ilości hemoglobiny w ostatnich miesiącach ciąży, w 9-ym, a zwłaszcza w 10-ym, przy jednoczesnym zwiększeniu się liczby ciałek czerwonych. W 61 przypadkach, gdzie stwierdzono 50,66% hemoglobiny, badanie szczegółowsze pozwoliło ustalić niedokrewność o typie blednicy. Leczenie tych spraw chorobowych zapomocą żelaza w postaci *ferrum reduci* 1,0 — 1,5 gr. dziennie dało b. dobre rezultaty. Autor jest zdania, że badanie krwi u ciężarnych winno należeć do obowiązków odpowiednich poradni i ośrodków zdrowia.

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

Ch. LAUBRY, Ed. LEVY - SOLAL i A. TZANEK. Dopływ krwi do serca a ciąża. (Paris méd. N. 15, 1932).

Z rozważań nad zaburzeniami w krążeniu podczas ciąży wyciągają autorzy wyraźne wskazówki lecznicze. W stanach wstrząsu należy przeprowadzić: 1) przetaczanie krwi, które przysprzyna jej masę, utraconą podczas krwotoku; 2) ułożenie pochyłe chorej, noszenie uciskowego pasa brzuszego, jak doradza R i v i è r e, wywiera podwójne działanie, sprzyjające odpływowi krwi z jezior zastoinowych ku sercu; 3) zastrzyknięcia adrenaliny, której energiczne działanie naczynioruchowe, zwężające naczynia jamy brzusznej usuwa szybko czynnik osłabienia i porażenia. Objawom nadciśnienia i ostrego obrzęku

przeciwstawiają się rozmaite zabiegi: 1) upusty krwi, które działają nie dzięki obniżeniu poziomu toksycznych składników krwi, lecz przez zmniejszanie masy krwi; 2) środki farmakodynamiczne o działaniu odwrotnym do adrenaliny, z których najbardziej cenną jest morfina. Wszystkie te leki i zabiegi nasunęły się z biegiem czasu dzięki codziennemu doświadczeniu, lecz obecnie uzyskują one dzięki pracy autorów potwierdzenie naukowe, wskutek czego tak się je uświęca, że zastosowanie ich nasuwa się bez dyskusji.

Henryk J. L a n d a u.

A. B. GILLERSON i M. F. MAKAROW. Przedwczesne i spóźnione porody ciężarnych robotnic i urzędniczek. (Gin. i Ak. N. 1, 1932).

Przedwczesne („niedogoty”) i spóźnione („pieriegoty”) porody u pierwiastek robotnic i urzędniczek są częstsze, niż u wielorodek. Wczesne pierwszorazowe badanie ciężarnych robotnic i urzędniczek przez położnika zmniejsza liczbę przedwczesnych i spóźnionych porodów, pozwala na dokładniejsze ustalenie terminu porodu. Regularnego związku między wagą płodu a długością odstępu czasu między faktycznym a przewidywanym terminem porodu nie udaje się ustalić, jednakże przeciętna waga płodu przy spóźnionym porodzie jest wyższa, niż przy przedwczesnym. Celem zmniejszenia liczby spóźnionych i przedwczesnych porodów w stosunku do przewidywanego porodu należy uświadamiać pracownice o ważności wczesnego pierwszego badania przez położnika. Organizacja komisji, wydających urlopy, bezpośrednio przy przychodniach i udział w nich lekarzy-położników pozwoli zmniejszyć liczbę odchyłeń porodów od przewidywanych terminów. Celem określenia częstości tych odchyłeń wskazane jest prowadzenie kartotek i kontroli przez powyższe komisje, co pozwoli na uzyskanie dużego materiału statystycznego.

L. J. H.

G. MUEGEL. W sprawie znieczulenia krzyżowego. (Zbl. Gynaek. N. 32, 1932).

370 kobiet, u których trzeba było wykonać większe i duże zabiegi, znieczulał po odpowiednim przygotowaniu specjalnie w tym kierunku technicznie wyszkolony operator zapomocą zastrzyknięć nowokainy, tutokainy, perkainy i novutoxu do kanału krzyżowego. W 85% przypadków znieczulenie było znakomite. 10,4% kobiet nie wykazywały zupełnego znieczulenia bez zarzutu, które jednak osiągnęto zapomocą zupełnie nieznacznych dawek eteru. W ten sposób 95,4% znieczuleń krzyżowych należy uważać za udane. 94,7% znieczuleń krzyżowych wykonanych dla operacji brzusznych i 96,89% dla zabiegów pochwowych było najzupełniej zadawalających. Po odliczeniu przypadków, w których zastrzyknięcie wogóle się nie odbyło, pozostaje 3,52% przypadków, w których zawiodło ono. Śmiertelność, którą możnaby położyć na karb znieczulenia krzyżowego, wynosiła jeden przypadek, t. j. 0,27%. Przebieg pooperacyjny kształtował się we wszystkich operacjach z czysto krzyżowym znieczuleniem bez nudności i wymiotów, nieżytów oskrzeli i zapaleń płuc. Ubocznego działania o jakimś poważniejszym znaczeniu nie spostrzegano. Napady, przypominające padaczkę, nosiły zawsze najzupełniej przemijający charakter, jedna odleżyła na wygoiła się szybko i gładko. Pozatem nie spostrzegano nigdy ujemnego wpływu na ozdrowienie. Niewątpliwe zalety znieczulenia krzyżowego stanowią: idealne zwiótczenie powłok brzusznych, dobre samopoczucie po operacji, gładki przebieg pooperacyjny bez powikłań ze strony przewodu pokarmowego, serca i płuc.

H. L.

VOGT. Leczenie eklampsji pernoctonem. (Münch. med. Woch. N. 21, 1932).

W okresie, poprzedzającym wystąpienie drgawek, obok zwykłego w takich przypadkach leczenia konserwatywnego, V. wstrzykuje dożylnie pernocton na noc. Pacjentki uzyskują spo-

kojny sen, a następnego dnia, w razie potrzeby, wstrzykuje się jeszcze pernocton domięśniowo. Dzięki temu udaje się po kilku dniach zahamować postęp objawów chorobowych i doprowadzić ciężę do końca. W przypadkach lekkich i średnio ciężkich pernocton przydaje się do zwalczania jedynie objawów chorobowych, a zwłaszcza drgawek. Dawka wynosi 1 cm.³ na 12,5 kg. wagi. Dla wywołania snu wystarcza często mniejsza ilość, a w razie przebudzenia się chorej po kilku godzinach i wzmagania się pobudliwości wstrzykuje się 2 cm.³ pernoctonu domięśniowo. Ostatnią dawkę można w ciągu dnia powtarzać kilkakrotnie. Im cięższy jest stan chorej, tem wolniej należy wstrzykiwać, najlepiej 1 cm.³ w ciągu 1 min. Dla uniknięcia napadów wywołanych samem wstrzykiwaniem, autor stosuje lekkie uspienie

chlorkiem etylu lub kilkoma kroplami chloroformu, trzymając maskę nieco nad nosem. Pernocton nie osłabia czynności porodowej. Dla pobudzenia skurczów w uspieniu pernoctonem nadaje się wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej Orasthin — 0.3 do 0.5 cm.³ domięśniowo. Rzucałki połogowe nie ustępujące po upuście krwi, po morfinie, po luminalu, po nakłuciu lędźwiowem często przechodzą po pernoctonie. W przypadkach opornych należy przejść do zabiegu operacyjnego. Poprzednio wstrzyknięty pernocton skracza okres potrzebny do wywołania uspienia ilością eteru znacznie mniejszą. Pernocton sprowadza długo trwający sen poporodowy. Przeciwwskazań właściwie brak. W dawkowaniu należy kierować się nie tylko wagą pacjentki lecz i jej stanem ogólnym. F. T u r y n.

Wskazówki praktyczne

L i c h t m a n n poleca *Phanodorm* jako doskonały środek nasenny w bezsenności starczej u arteriosklerotyków, wskutek niewyrównanej wady serca, urazu psychicznego z nieświadomej przyczyny. Rozpoczynać należy od ½ pastylki i w razie potrzeby podnosić dawkę do 1, najwyżej do 1½ pastylki. Po 2 — 3 miesiącach daje się przez 14 dni zamiast phanodormu przetwór bromowy, aby potem znów powrócić do pierwotnej dawki phanodormu. (W. m. W. 1932, N. 27).

K. K ü p p e r s stosuje z powodzeniem *Prominal* jako środek przeciwpadaczkowy. Dawka wynosi 0,1, u bardzo drażliwych chorych 0,2 — 0,3 gr., w wyjątkowych przypadkach 0,4 gr. Prominal nie ma własności nasennych. (Med. Klin. 1932, N. 34).

W *nawykawem zaparciu stolca* zwłaszcza pochodzenia kurczowego, otrzymał dobre wyniki. O. S c h l e c k a t, stosując *Endonal*, zawierający: *paraffin. liquid. puriss*, cukier grochowy, bardzo małe ilości phenolphthaleiny, franguli i senesu. Środek ten działa dobrze i w guzach krwawniczych, pęknięciach

odbytu, zapaleniu odbytnicy i t. d. Dawka zwykła wynosi 1 łyżkę stołową wieczorem przed snem. Jeżeli nazajutrz zrana niema wypróżnienia, to bierze się jeszcze 1 łyżkę. Objawów ubocznych, ani przyzwyczajania nie spostrzegano. (Fortschr. Ther. 1932, z. 15).

W przypadkach *biegunki* po cięciu brzuszem, po urazach brzucha, po operacji raka szyi macicznej stosuje M a l u s c h e n z powodzeniem *ephetoninę*. Stosuje się 0,05 podskórnie i zwykle już po pierwszym zastrzyknięciu następuje poprawa, w razie potrzeby daje się drugą dawkę po 8 godzinach. Tylko w bardzo ciężkich przypadkach środek nie działa. (M. m. W. 1932, N. 26).

W. H a l d e r zwraca uwagę na fakt, że w *plynia mózgowo - rdzeniowym, zawierającym krew, tylko ujemny wynik odczynu W a s s e r m a n n a* ma wartość rozpoznawczą w przypadkach z odczynem dodatnim należy wykonać drugie nakłucie. (Schw. m. W. 1932, N. 33).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1932 r.

Początek o godzinie 20-iej punktualnie. Obecnych członków T-wa — 37. Wprowadzonych gości — 44.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 marca 1932 r. przyjęto.

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

3. Kol. P r e z e s zawiadomił o:

a) międzynarodowym kongresie lekarskim w Vichy poświęconym kamicy żółciowej;

b) kursie eugeniki i porad przedślubnych, urządzanych przez Państw. Szkołę Higieny.

4. Kol. S a b a t B r. (członek Tow.) złożył „Sprawozdanie z III Międzynarodowego Kongresu Radiologów w Paryżu” (było drukowane w Czasopiśmie).

5. Kol. M e l a n o w s k i W. H. (członek T-wa) omówił „*Nowe dane, dotyczące przyczyn i leczenia odwarstwienia siatkówki*” (streszczenie własne).

Nowe poglądy na sprawę pochodzenia i leczenia odwarstwienia siatkówki są właściwie rozwinięciem dawnych poglądów A r l t a (1853), H. M ü l l e r a (1857 i 1869), Zasluga współczesnych autorów, jak G o n i n (1906), V o g t (1924) i inni, jest zwrócenie większej uwagi na przedarcia siatkówki i zasklepienie przedarc. Zabieg, proponowany przez G o n i m a (1919), często daje

wydatną poprawę. Nie chroni on jednak od nawrotów, gdyż nie zwiększa odporności siatkówki i nie usuwa skłonności gałki ocznej do rozstrzeni. Operacje S o n i d i l l e a (1923), G u i s t a, L i n d n e r a i in. są raczej pewnymi odmiannami dawnych sposobów, a w szczególności sposobu C h e v a l l e r e a u (1892). Pewna uporczywość leczenia w wielu przypadkach odwarstwienia siatkówki może dać dość długotrwałą poprawę.

Dyskusja: Kol. W e i n g o t t (streszczenie własne).

Wnioskuję na podstawie referatu, iż obecny stan nauki o odwarstwieniu siatkówki jest niezadowolający. Przyczyna powstania odwarstwienia siatkówki jest nieznana. Uraz nie zawsze je powoduje. Również pęknięcia siatkówki nie są przyczyną odwarstwienia, są one raczej wynikiem ich wyleczenia. Przyczyną istotną są zmiany zwyrodniające w samej siatkówce. Zmiany te najczęściej rozwijają się na tle kiły. Obecnie wyniki leczenia są znacznie trwalsze niż dawniej. Metody leczenia oparte są na błędnej zasadzie. Leczą bowiem objaw, t. j. odwarstwienie siatkówki, nie wpływają natomiast na istotę cierpienia, t. j. na zmiany zwyrodniające w samej siatkówce. Należy dążyć do leczenia zmian w siatkówce.

6. Kol. C y t r o n b e r g S. przedstawił „*Obecny stan chemoterapii nowotworów złośliwych*” (streszczenie własne).

W zwięzłym streszczeniu prelegent omówił zasady chemoterapii nowotworów złośliwych oraz wyniki leczenia nowotworów złośliwych różnymi środkami, działającymi na drodze chemicznej i fizykochemicznej. Między innymi wspominał

o metodzie jontoforezy w jej klinicznym i doświadczalnym zastosowaniu i o leczeniu solami metali ciężkich, zwłaszcza ołowiu wg. Blaisa i Bella. Następnie omówił wyniki stosowania leczniczego związków organicznych zwłaszcza barwników z grupy trójfenylmetanowej i związków aromatycznych. Główną uwagę zwrócił na metody Freunda i Kaminnierówny, Opitza, Tolda, Zadicka i inn. a szczególnie Warburga i jego współpracowników, tudzież Fischera, Waselsa. (Praca w całości ukaże się w najbliższym zeszycie Polskiego Arch. Med. Wewnętrz.).

Dyskusja: kol. Flokstrumpf spostrzegł dość dobre wyniki w stosowaniu soli niektórych metali ciężkich, zwłaszcza ołowiu, seleniu i miedzi. Niekiedy wstrzykiwanie tych soli łączono z naświetlaniami. W jednym przypadku, niewielkiego nowotworu złośliwego w którym chory zmarł na zapalenie płuc po zabiegu zamknięcia przetoki, sekcyjnie nie stwierdzono ani śladu nowotworu (zupełne wyleczenie). Działanie tych metali na tkankę nowotworową nie jest wybiórcze. Nie gromadzi się w niej więcej wstrzykiwanego metalu (ołowiu) niż w pozostałych tkankach ustroju. Jest to działanie na układ siateczkowo-śródbłonkowy, dlatego też stosowane środki należy zmieniać.

Kol. Zembruski (członek T-wa) (streszczenie własne), przypomina, że chemoterapia nowotworów złośliwych nie jest pomysłem nowym. Już Arabowie w VIII i IX w. posilkowali się solami ołowiu, miedzi i rtęci dla leczenia powierzchownie położonych nowotworów. Stosowali zaś oni ten sposób nie dlatego, by go uważali za metodę z wyboru, lecz dlatego, że obawiali się zabiegu chirurgicznego, i że Koran zabraniał wykonywania zabiegów krwawych. Obecnie znajdujemy się wszak w innym położeniu. Wskazane byłoby w dobie współczesnej nie tyle poszukiwanie metod leczenia zachowawczego daleko posuniętych w swym rozwoju raków, lecz raczej wynalezienie metod jak najwcześniejszego rozpoznawania tych nowotworów, by je jak najrychlej przekazać chirurgii, dotychczas jedynie powołanej do ich doszczętnego usuwania w początkowym okresie rozwoju.

Kol. Gadek sądzi, iż choroba rakowa rozwija się na podłożu pewnego usposobienia, które zwiększa się z wiekiem. Jest to zatem swego rodzaju skaza. Znajduje to pewne potwierdzenie w badaniach doświadczalnych: zanim rozwinię się rak śmółowy występują zmiany w śledzionie, wątrobie i nerkach. Jednak nie można leczyć skazy. Prawdopodobnie tylko długotrwałe leczenie dietetyczne może dać lepsze wyniki niż bezpośrednie zadziaływanie na tkankę nowotworową.

Kol. Laszkowski (członek T-wa) uważa, iż przedstawione sposoby leczenia oparte są na poglądzie rozwoju choroby raka, jako wyniku zjawienia się w ustroju komórki nowotworowej. Niema na to dostatecznych dowodów. Prawdopodobnie choroba raka rozwija się na tle zmian podłoża, zatem całego ustroju. Jeżeli zaś tak jest, to sposób omawiany przez prelegenta, nie doprowadzi do celu.

Kol. Cytronberg przedstawił tylko praktyczne wyniki stosowanych sposobów leczenia. Nie omawiał przeto zagadnień teoretycznych. Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach sposób ten dał dobre wyniki.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Karol Chodkowski.

Posiedzenie naukowe z dnia 12 kwietnia 1932 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie. Obecnych członków T-wa — 52. Wprowadzonych gości — 55.

1. Protokół posiedzenia naukowego T-wa z dn. 5.IV. 1932 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

Kol. Prezes zawiadomił zebranych o chorobie Sekretarza Stałego. Na wniosek Prezesa zebrani postanowili wyrazić współczucie Sekretarzowi Stałemu z powodu choroby i życzyć Mu jak najszybszego powrotu do zdrowia.

3. Kol. Prezes, wygłosił wspomnienie o s. p. Drze Janie Bączkiewiczu (streszczenie własne).

Dr. Jan Witalis Bączkiewicz urodził się dn. 20 kwietnia 1862 r. we wsi Olszowiec woj. Warszawskiego. Po ukończeniu V-go gimnazjum w Warszawie wstąpił w r. 1881 na wydział lekarski Uniw. Warsz., który ukończył w r. 1886 cum eximia laude. W kwietniu 1887 r. został asystentem w szpitalu Ś-go Ducha, a w 1889 r. lekarzem miejscowym tegoż szpitala. Członkiem czynnym Tow. Lek. Warsz. był od r. 1892. Po kilkuletniej praktyce szpitalnej w kraju wyjechał zagranicę celem doskonalenia się w chorobach dziecięcych. Tej też ga-

łęzi wiedzy lekarskiej poświęcił swą pracę i zdobył w niej wybitne uznanie. Nie ograniczał się jednak tylko do pracy zawodowej, lecz oddawał się z całym zapalem także i pracy obywatelskiej. Już na początku swej działalności odegrał dużą rolę w pracach tajnej organizacji „Białego Krzyża” jako przeciwwstawieniu rusyfikacyjnej działalności ówczesnego „Czerwonego Krzyża”. Wybitnie przyczynił się do powstania i rozwoju jednego z ważniejszych ówczesnych polskich ośrodków leczniczych dla dzieci. Jego staraniem powstał „prywatny zakład leczniczy dla dzieci Dra Jana Bączkiewicza” przy ul. Ogrodowej Nr. 17 w Warszawie. W zakładzie tym czerpało wiedzę i doświadczenie liczne grono lekarzy, rzesze zaś uboższych chorych — pomoc lekarską. W okresie przedwojennym brał wybitny udział, nie szczędząc czasu i środków materialnych, w organizacjach i pracach Tow. Higienicznego, Instytutu Higieny Dziecięcej im. barona Lenvala, w którym był Prezesem Zarządu, Tow. Opieki nad dziećmi, gdzie piastował godność Wice-Prezesa. W czasie wojny światowej pracował w sekcji lekarskiej Komitetu Obywatelskiego i w Komitecie Sanitarnym, mającym na celu ochronę stolicy przed epidemją i skutkami wojny. Za czasów okupacji niemieckiej kierował pracami sekcji Zdrowia Publicznego, aż do chwili jej zniesienia. W odrodzonej Ojczyźnie od czerwca 1919 r. piastował godność członka najwyższej Rady Zdrowia, przez czas jej istnienia t. j. do r. 1923. W r. 1918 organizował Związek Lek. Państwa Polskiego i był pierwszym jego prezesem. Po opuszczeniu tego stanowiska w uznaniu zasług został wybrany członkiem honorowym Związku, następnie był Prezesem Stowarzyszenia Lek. Polskich, a po zorganizowaniu Izby Lekarskich, wybrano go na pierwszego Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. Urząd ten piastował przez lat 6. W Towarzystwie Lek. Warsz. przez szereg lat pracował w Komitecie Bibliotecznym. Poza to brał czynny udział w pracach Tow. Polsko-Japońskiego, którego był wice-Prezesem, a od roku 1928 członkiem honorowym. Mimo tak olbrzymiej pracy społeczno-obywatelskiej nie przerywał pracy naukowej. Ogółem ogłosił drukiem 38 prac naukowych.

Jako lekarza cechowało go gorące umiłowanie swojego zawodu, wybitne zdolności diagnostyczne i terapeutyczne oraz niezwykła dbałość o dobro chorych.

Wszystkie te cechy łączyły Mu niezwykłą wziętość i zasłużoną popularność. W uznaniu wybitnych zasług na niwie pracy społecznej i naukowej Uniwersytet Poznański nadał mu stopień doktora Wszech nauk lekarskich. Rzeczpospolita Polska odznaczyła go komandorją orderu „Polonia Restituta”, Rzeczpospolita Francuska — orderem Legii honorowej, a królestwo Jugosławii — orderem Św. Sawy. W r. 1921 Papież Benedykt XV. nadał mu order Św. Grzegorza Wielkiego, a w 1922 Papież Pius XI mianował go swym szambelanem honorowym.

Tragiczna śmierć umiłowanej żony, której stratę bardzo odczuł, dotknęła go głęboko.

Ubył z naszego grona członek, który dobrze zasłużył się Ojczyźnie i społeczności lekarskiej, stratę Jego odczuje nie tylko świat lekarski, lecz całe społeczeństwo polskie.

Cześć Jego pamięci.

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie i jednominutową ciszę.

4. Kol. Mikulowski Wł. (członek T-wa) przedstawił „Przyczynek do zagadnienia kiłowych parażeń mózgowych u dzieci” (streszczenie własne).

Dziecko zachorowało nagle 28.II. b. r. wśród objawów całkowitego prawostronnego porażenia mózgowego spastycznego z niemotą. Wywiady nie ujawniały związku z ostrą chorobą dziecięcą, stwierdzają natomiast prawdopodobnie pochodzenie kiłowe blizny kostnej czaszki z I roku życia i poronienia matki. Dziecko zahamowane w rozwoju fizycznym na poziomie I roku wykazuje od urodzenia sinicę całego ciała i błon śluzowych. Sinica na obwodzie jest jednolita, — na reszcie skóry tworzy obraz kratkowaty z obwódce sinich, obejmujących partje skóry normalnej. Sinicy towarzyszy wrodzona wada serca z tetralogją Fallota z prawdopodobnym zwężeniem tętnicy płucnej, z pilującym szmerem skurczowym wzdłuż mostka, z polyglobulją (8.000.000 czerwonych ciałek) i hiperglobulją oraz ze zwiększoną lepkością. Odczyn Wassermann na we krwi dziecka dodatni. Wcześniej zastosowane przez lekarza domowego, a prowadzone dalej w szpitalu — leczenie swoiste powoduje: 1) szybkie cofanie się objawów neurologicznych i 2) szybki przybytek na wadze ciała.

Ślączenie rozwoju wrodzonej wady serca zakażeniem kiłowym znajduje może swe uzasadnienie. W przypadku tym kiłowe pochodzenie wady serca zdaje się potwierdzić spostrzeżany obecnie zespół spastyczno-porażenny. Niemożność wykrycia jakiegokolwiek ostrego zakażenia dziecięcego, albo urazu, wiek dziecka, wywiad rodzinny, dodatni odczyn Wassermana

m a n n a we krwi — przebyta sprawa kostna na czaszce i znaczna poprawa po leczeniu swoistem — pozwalają przyjąć wspólne pochodzenie zmian w sercu i mózgu. Referent nawiązuje do opisanego przed 5 latami przypadku porażenia połowiczego u dziecka kilowego, w którym wynik sekcji potwierdził był rozpoznanie anatomiczne, nie potwierdził zaś rozpoznania etiologicznego. Zagadnienie, jak sądzić można z piśmiennictwa, nie jest bynajmniej zamknięte i stanowi przedmiot sporu szkoły niemieckiej i francuskiej.

Referent przedstawia i omawia dodatkowo drugi przypadek sinicy wrodzonej z niedokształceniem małżowiny usznej u 4-letniego dziecka kilowego.

Wywiady stwierdzają kilę nabytą ojca, jedno poronienie u matki, która była leczona swoistie w Szpitalu Św. Łazarza. W 6-tym miesiącu życia dziecka, matka zauważyła u niego wystąpienie wybitnej sinicy całego ciała, i w grudniu 1929 r. oddała je do szpitala dla leczenia. Wzrost wykazywał wówczas 2.56% niedoboru. Badanie stwierdziło niedorozwój języczka, brak wyrostka mieczykowatego, wnetrzość, objaw T o u r e a i n a i D u B o i s i sinicę całego ciała i błon śluzowych — która występuje napadowo po kilka razy na dzień. Poza tym znaleziono poleczkowate palce, duszność po ruchach. Ciepłota prawidłowa, nieobniżona, odczyn P i r q u e t a ujemny, na luotest — dodatni. Tętno 132, ciśnienie 80 mm. Hg. Tony serca — czyste, brak zmian opukowych serca. Rentgenogramy klatki piersiowej — ujemne. We krwi polyglobulia 7.500.000 cz. ciałek, 25.000 b. ciałek, Hb. 95% (S a h l i). Lepkość 10 (H e s s). W a s s e r m a n n ujemny. Dziecko przeżyło w ciągu roku dwie kuracje przeciwkilkowe. Mimo dobrego stanu ogólnego niedobór wzrostu wynosi teraz 8%. Przyczyną sinicy jest choroba błękitna, wrodzona wada serca prawego, a brak szmeru tłómaczyć można istnieniem b. szerokiego połączenia międzykomorowego i jednakową grubością obu komór, powodującą jednakowe ciśnienie i brak prądu z jednej komory do drugiej. Oczywiście nie są wykluczone zniekształcenia głównych pni naczyniowych. Podobny przypadek spostrzegł Juan C o r d o b a z Barcelony w r. 1928.

Dyskusja: kol. G l u z i ń s k i (członek T-wa) nie uznaje kily za najczęstszą przyczynę powstawania wadliwości rozwojowych serca. Rozpoznanie wady wrodzonej serca u dzieci jest bardzo trudne. Sinica bynajmniej nie stanowi o rozpoznaniu. Może ona zależeć nie od zmian w sercu, lecz od szeregu innych przyczyn. Największą jednak sinicę stwierdzamy w przypadkach drożnego otworu owalnego lub ubytku przegrody komorowej, (duże znaczenie rozpoznawcze ma zator skrzyżowany — *embolia paradoxa*). Dzieci w kilę wrodzonej zwykle mają wodogłowię, a w 15 roku życia dostają napadów padaczkowych. Leczenie przeciwkilkowe często usuwa te napady. Okres pokwitania w kilę wrodzonej jest niebezpieczny.

Kol. M i k u ł o w s k i Wł. (streszczenie własne): stwierdza w odpowiedzi, że w obu przypadkach obecność wrodzonej wady serca z tetradą F a l l o t a została udowodniona wykazaniem istnienia zespołu objawów klinicznych, dających się łatwo ujawnić i popartych danymi laboratoryjnymi. Ostre ujawnienie się objawów kily wrodzonej w okresie pokwitania, o czym wspominał prof. G l u z i ń s k i, może zależeć od zakażenia kilowego gruczołów dokrewnych: w tym czasie wykazują one specjalnie wzmogłą czynność, której nie mogą podoleć z powodu zmian chorobowych.

5. Kol. M o c z a r s k i W. (członek T-wa) i Kol. K o t a r s k a -D e t t l o f f H. wygłosili odczyt p. t. „Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego w związku ze stosowaniem odmy sztucznej oraz t. zw. leczenie pracą” (streszczenie własne).

Autorzy w uzupełnieniu poprzednich odczytów, w związku z całokształtem zagadnienia, rozpatrują niezdolność do pracy w gruźliczym zajęciu gruczołów tchawicowo-oskrzelowych. Zasadniczo — chorych tych, zwłaszcza lekko lub umiarkowanie pracujących np. młodzież Uniwersytecka, uważają za zdolnych do pracy — zalecając im tylko oszczędzanie się, dobre odżywianie się, leczenie wapnem, lampą kwarcową — farmakologiczne i t. d. Przypadki ze złym stanem ogólnym, czy też w złych warunkach ekonomicznych, o ostrym przebiegu należy jednak oceniać co do niezdolności do pracy indywidualnie, t. zn. tych chorych zwalniać od pracy ewentualnie wysyłać na leczenie klimatyczne.

Tak samo w przypadkach, gdzie grozi powikłanie ze strony opłucny, czy też uogólnienie się sprawy przez przebiecie zserowaciego gruczołu do naczyń krwionośnych, należy chorych uznawać za niezdolnych, a nawet kierować do miejsc klimatycznych.

Dalej prelegenci zastanawiają się nad orzecznictwem w gruźlicy powikłanej współistniejącą inną chorobą np. kilą —

cukrzycą — pylicą. Pogorszenie rokowania musi zaostriżyć ocenę niezdolności do pracy.

Specjalną uwagę poświęcają kobiecie z gruźlicą w ciąży wogóle, oraz w okresie połogowym, gdzie grozić może wskutek rozprostowania się płuc t. zw. *phthisis puerperalis basalis*.

Szerzej zajmują się autorzy oceną niezdolności do pracy w gruźlicy płuc podczas stosowania różnych zabiegów leczniczych metody uciskowej, zwłaszcza odmy sztucznej.

Rozpatrując różne ukształtowanie się bani powietrznej w przestrzeni międzyopłucnowej w stosunku do uciśniętego płuca np. w t. zw. odmie wybiórczej, nienasyconej, komorowej i t. d. autorzy podkreślają i zaznaczają konieczność różnego traktowania chorego z punktu widzenia orzecznictwa co do niezdolności do pracy.

Występujące w czasie leczenia powikłania np. zapalenie wysiękowe opłucny — zależnie od przebiegu zmieniają często chorych już zdolnych do pracy w niezdolnych, a nawet potrzebujących leczenia szpitalnego lub uzdrowiskowego.

Autorzy zwracają uwagę na konieczność obserwacji chorego, a czasem i zwalnianie od pracy w czasie zaprzestania leczenia uciskowego, kiedy warunki mechaniczne zmieniają się w płucach, a leczenie okazuje się zbyt wcześnie przerwane, wysiłki zaś fizyczne sprzyjają obostrzeniu się już wygasającej sprawy.

Prelegenci stoją na stanowisku, że leczenie odmą sztuczną nie powinno być przeprowadzone w początku stosowania zabiegu ambulatoryjnego, a czas trwania zakazu pracy określają średnio na 4 — 6 miesięcy. Na poparcie swojej opinii przytaczają statystyki porównawcze u chorych, leczonych odmą w doświadczeniach i złych warunkach wypoczynkowych, oraz cytując zdania różnych autorów — podając przeciętną 1/2 roczną niezdolność do pracy; uwzględniają różne odchylenia od szablonu krótszego lub dłuższego terminu niezdolności.

Autorzy podkreślają, że najpiękniejsze wyniki leczenia odmą sztuczną mogą być zniweczone przez wysiłki fizyczne i pracę chorego.

W ostatniej części odczytu prelegenci rozpatrują t. zw. leczenie pracą, jako czynnik pomocniczy w orzecznictwie. Znajomiwszy się na miejscu w Holandji z metodą t. zw. leczenia pracą, zdają sprawozdanie ze sposobu przeprowadzania tej metody leczniczej w uzdrowisku w Hellendoorn i Zonnenstraal. Poza tym wzmiankują o rozwijaniu się tego kierunku w innych krajach — prelegentom nie chodzi o t. zw. leczenie pracą, jako o terapię bodźcową, oraz nie przeceniają oni walorów leczenia pracą, któryaby mogła, choć w małej części, wyprzeć leczenie wypoczynkowe. T. zw. leczenie pracą natomiast wysuwają jako probierczą formę tolerancji pracy. Autorzy podkreślają brak możliwości funkcjonalnego ilościowego stwierdzenia sił wydolnościowych chorego. Leczenie pracą mogłoby przez stopniowany dawkowany wysiłek ułatwić choremu przejście ze spoczynku do pełnowartościowej pracy i złagodzić zbyt brutalny nieraz kontrast, wdrażając powoli organizm dotknięty gruźlicą do zmienionych krańcowo warunków. Niejednokrotnie mogłoby ochronić chorego od złych skutków zbyt wcześnie podjętej pracy dla organizmu, którego progę wytrzymałości nie byłoby w stanie określić w naszym orzecznictwie. Na zakończenie odczytu prelegenci dziękują Prof. Dr. W. O r ł o w s k i e m u za powierzenie im tego tematu i cenne wskazówki pomocnicze.

Dyskusja: Kol. Dąbrowski (członek T-wa) omawia pracę w gruźlicy jako: 1) środek leczniczy, 2) przysposobienie chorego do dalszego wykonywania pracy zawodowej i 3) zagadnienie zarobkowania, umożliwiające choremu życie. Odrzuca wnioski stosowania pracy jako środka leczniczego, zwłaszcza w t. zw. ogniskach A s s m a n n a, gruźliczych zapaleniach płatowych płuc (*lobitis*) i t. p. Zmiany te wymagają zasadniczego warunku leczenia t. j. spokoju. Nawet po wstrzymaniu szerzenia się zmian nie można choremu zalecać pracy. Stosowanie pracy jako czynnika przygotowującego chorego do dalszej pracy zawodowej znane jest w Polsce od dość dawna. (Sanatorium w Leśniczówce). Ma ono swój cel, gdyż drogą stopniowego zwiększenia wysiłków chory może po opuszczeniu Zakładu (sanatorium) podjąć pracę zawodową. Pracę jako środek zarobkowania w gruźlicy płuc jest trudno stosować z różnych względów. Często chorzy, czując się jakby wyłączeni ze społeczeństwa, uciekają z sanatoriów. Dla tych urządził się kolonie rolne. Kraje romańskie naogół nie przyjęły tych sposobów postępowania w gruźlicy płuc.

Kol. S z c e p a ń s k i (członek T-wa) zwraca uwagę na pominięcie stanów po wyrwaniu nerwu przeponowego w gruźlicy płuc. W okresie ostrej gruźlicy czynnej należy bezwzględnie zalecić spokój i zupełne powstrzymanie się od pracy. Chorem w gruźlicy nieczynnej zaleca stopniowane przechadzki, a w niektórych przypadkach lekką pracę w ogrodzie.

Kol. R e i e h e r E. uważa pracę za czynnik leczniczy

czy. Wpływa on bowiem na zwiększenie odporności, aleksyn i t. d.. Po pracy zwiększa się liczba leukocytów i występuje pobudzenie czynności układu wegetatywnego. Przechadzek nie można porównywać z pracą celową. Należy zastanowić się nad stosowaniem pracy jako czynnika leczniczego nie tylko w gruźlicy lecz i w innych chorobach.

Kol. G o r e c k i (członek T-wa) uznaje stosowanie lecznicze pracy za niedopuszczalne w przypadkach, wymagających zupełnego spokoju. Może ono wyrządzić olbrzymie szkody choremu. Praca, jako czynnik leczniczy w gruźlicy, jest swego rodzaju leczeniem bodźcowym podobnym do leczenia tuberkuliną. Z tego względu musi być odpowiednio dawkowana. Dawkowanie pracy jest niezmiernie trudne. Można się oprzeć tylko na doświadczeniu. Ten sposób leczenia gruźlicy może dać dobre wyniki gdy będzie odpowiednio stosowany.

Kol. O r ł o w s k i (członek T-wa) (streszczenie własne).

W Polsce próby stosowania pracy w leczeniu gruźlicy płuc były dotychczas tylko dorywcze, kol. K o t a r s k a natomiast w swoim referacie mówi o pracy, jako czynnika leczniczym w gruźlicy płuc systematycznie stosowanym w okresie ustabilizowania się sprawy chorobowej. Mówca z wielką satysfakcją wita przemówienie kol. G o r e c k i e g o, od roku bowiem 1908 głosi pogląd, że szereg czynników leczniczych w gruźlicy płuc (tuberkulina, kreozot, kampfora i t. d.) działa, jako bodźce, które powodują odczyn zapalny naokoło ognisk gruźliczych, prowadzący po właściwej dawce bodźca do rozwoju tkanki łącznej bliznowacującej. Na tym mechanizmie działania opiera się również skuteczność szeregu fizykalnych metod leczenia. Dość wspomnieć leczenie kumysem, którego działanie tłumaczono przez dłuższy czas wprowadzaniem do ustroju znacznej ilości łatwo przyswajalnego materiału. Okazało się jednak, że chorym w czasie tego leczenia niezawsze przybywa na wadze, przeciwnie nieraz tracą na wadze. Bliższa obserwacja tych chorych wykazuje częste występowanie u nich w początkowym okresie leczenia kumysem odczynu miejscowego w płucach w postaci zwiększenia liczby rzeżeń w chorem płucu lub zjawienia się ich tam, gdzie przedtem ich nie było, wzmożenie kaszlu, zwiększenie ilości płwociny, czasem temu towarzyszy wzmożenie t° , słowem powstaje obraz, analogiczny do odczynu tuberkulinowego. Od stopnia tego odczynu zależy wynik leczenia. Takim bodźcem może być również ściśle dawkowana praca. Ten czynnik może być stosowany, gdy ustąpią już objawy toksyczne. W jednych przypadkach wyzwalając burzliwszą reakcję u chorego ze sprawą, zdawałoby się już ustabilizowaną, praca dostarczy nam dowodu, że leczenie musi być kontynuowane, pomimo ustąpienia toksemii, w innych da możliwość stopniowego wdrożenia chorego do jego zajęć zawodowych i skrócenia mu czasu pobytu w uzdrowisku. Z tego stanowiska wprowadzenie t. zw. leczenia pracą należy uważać jako postęp w traktowaniu przez nas chorych na gruźlicę płuc.

Kol. M o c z a r s k i (członek T-wa) stwierdza, iż w odczynie chodziło nie o to, czy chory w gruźlicy może pracować lecz czy powinien pracować. Ujęcie to jest bardziej życiowe. Ze względów technicznych w odczynie pominięto niektóre zagadnienia (leczenie gomenolem, obustronna odma sztuczna). Zostaną one omówione w druku

6. Kol. H i g i e r St. odczyt odczytano dnia 26 kwietnia b. r.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 52.

Prezes: W. O r ł o w s k i.

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

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

LVII Posiedzenie naukowe z dnia 8.IV. 1932 r.

Przewodniczący: W. Z a w a d o w s k i. Sekretarz: B. G r y n k r a u t. Obecnych 29.

1) G r y n k r a u t B. *Torbiel kostna dwunastego żebr.* (autoreferat).

Przypadek ten dotyczy mężczyzny l. 31, wątłego, narzekającego na ból w okolicy łędźwiowej prawej występujące podczas wstrząsów. Ataków bolesnych nie miewa. Badanie moczu zmian nie wykazuje. Na zdjęciu widoczny jest cień wielkości mandarynki, łączący się za pomocą szypułki krótkiej i szerokiej z dolnym brzegiem 12-go żebra. Rysunek tego cienia odpowiadającego guzowi kostnemu jest ostry i przedstawia podwójny kontur, co mu nadaje wygląd torbieli kostnej. Na brzegu wewnętrzny torbieli znajduje się wyrostek kostny, który tworzy rzekomy staw z wyrostkiem poprzecznym pierwszego kręgu łędźwiowego. Istnienie tego stawu wyłącza rozpoznanie guza złośliwego. Dr. J u d t badał chorego przed 12 laty i wykrył obja-

wy stanu zapalnego na dolnym brzegu 12-go żebra, w postaci nawarstwień okostnej. Na tem samem zdjęciu już wtedy widoczna jest podobnych rozmiarów i kształtów torbiel kostna. Do jakiego stopnia zachodzi związek przyczynowy pomiędzy stanem zapalnym żebra a torbielą kostną, trudno ustalić. Możliwe jest również, że mamy tu do czynienia z ropniem opadowym 12-go żebra, oddawna nieczynnym i skostniałym. Najprawdopodobniej jednakże idzie o sprawę wrodzoną, łagodną.

W dyskusji: E l e k t o r o w i c z uważa guz ten za kostniaki - chrzęstniak. Budowa jego jest dość typowa.

S i t k o w s k i zwraca uwagę na połączenia guza z wzrostem poprzecznym 1-go kręgu łędźwiowego za pomocą stawu; robi przypuszczenie czy nie mamy do czynienia z *osteocondrit* s dodatkowego XIII-go żebra, który dał wzrost z dolną powierzchnią XII-go żebra.

2) K r y Ń s k i B. *Przyczynek do rozpoznawania grzybicy płucnej* (autoreferat).

Prelegent demonstruje następujące trzy przypadki:

I) Promienica prawego dolnego płatu płucnego z przedziurawieniem przepony i wytworzeniem się ropnia podprzeponowego, skierowana do szpitala jako zapalenie opłucny śródpiersiowej lub ropień podprzeponowy, a rozpoznana radjologicznie jako przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc, wywołane prawdopodobnie przez grzybką promienicy, po wyłączeniu klinicznym gruźlicy i kiły (Przyp. sekcynny).

II) Wtórna promienica płuc (ognisko pierwotne w kości ogonowej) z ujemnym wynikiem naświetlań.

III) Mylne rozpoznanie promienicy jedynie wskutek jednorazowego znalezienia grzybka (z ropnia zębowego). Badanie pośmiertne wykazało rzadką postać rozpadową (jamy ropne) przerzutów nadnerczaka. Po intensywnych naświetlaniach każdorazowo znaczna poprawa. Choroba trwała 2½ lata.

Prelegent omawia trudności rozpoznawcze w obrazie radjologicznym i wyniki naświetlań, wybitnie niekorzystnych w promienicy płuc wtórnej.

E l e k t o r o w i c z na podstawie własnych doświadczeń stwierdza, że w jednym przypadku, w którym stwierdzono radjologicznie stan zapalny w śródpiersiu i w następstwie przemieszczenie przelyku z licznymi uchyłkami, stwierdzono dwukrotnie obecność grzybków w płwocinie. Następne badania były jednak negatywne, a sekcja wykazała raka przelyku z następstwem zapalno - ropniem zmianami w śródpiersiu. Wobec podanych przez prelegenta wyników i pomyłek należy być ostrożnym w rozpoznawaniu grzybicy, jeżeli jednorazowo tylko wykryto grzybką promienicy w płwocinie.

W e r k e n t h i n ó w n a wspomina o przypadku promienicy u chorego 25-letniego, który był naświetlany z dobrym wynikiem przez Dra Z a w a d o w s k i e g o z powodu promienicy w częściach miękkich w okolicy 12-go żebra (demonstrowany na posiedzeniu Warsz. K. P. L. T. R.). Z powodu pogorszenia po pewnym czasie i ogólnego osłabienia chorego później leżał w Szpitalu Wolskim. W płwocinie stałe znajdowano grzybką promienicy, pomimo, że zęby i ropnie w dziąsłach zostały wyleczone. W płucach radjologicznie w przeciągu ½ roku nie znajdowano zmian, a jednak w przebiegu dalszym rozwinęła się promienica płuc, z powodu której chory zmarł w Klin. Prof. L e ś n i o w s k i e g o. Promienica została potwierdzona sekcynnie. Zdjęcia dalsze posiada Doc. E l e k t o r o w i c z. Przypadek ten przemawiałby za długim okresem utajenia sprawy chorobowej. Możliwe, że grzybek początkowo był usadowiony tylko w oskrzelach.

R u b i n r o t zwraca uwagę, że klinicznie często nie udaje się stwierdzić obecności grzybka. W przypadku 3-cim, známym również R., u chorego wytworzył się ropień w okolicy kości ogonowej, w którym raz tylko jeden znaleziono grzybką. Po wtórne poszukiwanie ani w ropniu ani w wydzielinie płucnej nie dało wyniku dodatniego. Co do leczenia, rentgenoterapia stanowi dotychczas najskuteczniejszy sposób leczenia, pozwala na przedłużenie życia chorego z łagodzeniem dolegliwości podmiotowych, a nawet okresami wólami od nich.

S i t k o w s k i: H o l f e d e r naświetla 3 pola: pole przednie, boczne i tylne, każde pole otrzymuje 1400 r., rozłożone na 12 dni.

W odpowiedzi na uwagę R u b i n r o t a prelegent podkreśla konieczność poinformowania rodziny chorego o szansach naświetlań promienicy wtórnej. Robienie zbytich nadziei podrywa autorytet promieniolecznictwa.

3) E l e k t o r o w i c z A. *Przypadek złośliwej ziarnicy płuc o niezwyklej przebiegu.*

Prelegent omawia w krótkości grupę schorzeń narządu chłonnego, polegającą na powiększeniu gruczołów, a nazwanych białaczkami rzekomymi. Do grupy tej, nazwanej również aleukemją lub limfadenozą aleukemiczną, należą wszelkie schorzenia narządu chłonnego, rozwijające się nie tylko w gruczołach, ale

w śledzienie, skórze, wątrobie, kościach, jednym słowem wszędzie, gdzie tylko układ ten istnieje. Choroby te tem różnią się od białaczek, że liczba i skład ciałek białych krwi nie ulega wyraźnej zmianie. Z czasem jednak przychodzi do zmian i rozwoju białaczki prawdziwej. Obecnie więc zmiany opisane uważa się jako okres początkowy białaczki. Do grupy tej zaliczona była dawniej i ziarnica złośliwa ze względu na podobne objawy kliniczne i powiększenie gruczołów, przy braku wybitniejszych zmian we krwi. Jednak badania anatomo - patologiczne odsunęły ją z całą stanowczością od tej grupy schorzeń, stawiając ją jako samodzielną jednostkę. We wszystkich białaczkach rzekomych powiększenie gruczołów polega na rozroście tkanki gruczolowej, w ziarnicy zaś widzimy ziarninę zapalną, znaczne bujanie tkanki podścieliskowej i śródbłonnów przy zmniejszeniu i zaniku tkanki chłonnej. Poza tem stwierdza się dość dużą liczbę komórek eozynochłonnych i olbrzymich *Sternberg*a, charakterystycznych dla tego cierpienia. Często też spotyka się zmiany wsteczne w postaci martwic i zmian tkanki ziarninowej w łączną lub szklistą. Klinicznie, oprócz powiększenia gruczołów i ogólnego osłabienia, stwierdza się dość silne podwyższenie ciepłoty ciała, występujące często okresowo, obraz białych ciałek krwi zostaje przesunięty w lewo, z czasem rozwija się niedokrewność. Ziarnica może dawać przerzuty do płuc i do kości, najczęściej usadawiają się one w trzonach kręgów. W przypadkach nieleczonych chorzy umierają w okresie dwuletnim. Etiologia cierpienia tego nie jest dotychczas wyjaśniona, w każdym razie zmian tych nie możemy uważać za pochodzenia nowotworowego. Niektórzy badacze, jak *Sternberg*, przypuszczają tło gruczoliste, znalazłszy w zmienionych gruczołach laseczniki gruczoliste. *Much* i *Fränkel* znaleźli ziarnicę *Much*a gramododatnie. Jednak inni autorzy nie potwierdzili tych spostrzeżeń. W przypadkach zaś, w których znaleziono laseczniki, mogły, znajdując się one w gruczołach zupełnie niezależnie od zmian ziarninowych. Od zmian powstałych na tle gruczolizmy, białaczkowem i ziarninowem należy odróżnić jeszcze zmiany, powstające na tle kiłowem. Najlepsze wyniki lecznicze w ziarnicy daje naświetlanie promieniami X. Pod ich wpływem guzy zmniejszają się znacznie i ulegają zupełnemu zwłóknieniu. Z czasem występują jednak nawroty, obejmujące coraz to liczniejsze gruczoły i powstają przerzuty.

Statystyka (*Holthusen*, *Klewitz*, *Schreiner* i *Mattich*) wykazuje, że mimo stosowania naświetlań i doraźnych wyników leczniczych nie można spodziewać się wydłużenia, a nawet wybitnego przedłużenia życia. Śmierć w naświetlanych, czy też nienaświetlanych przypadkach następuje zwykle po upływie 2 — 3-let. Tylko w pojedynczych przypadkach udaje się uzyskać pozorne wyleczenie na okres kilku, a nawet kilkunastoletni. Nawroty występują zwykle w 2 — 3 miesiące po naświetlaniu. Dawka lecznicza wynosi około 30 — 50% dawki pełnej. W przypadkach opornych lub przy naświetlaniach powtórných zwiększa się ją do 70%. Należy unikać silnych jednorazowych dawek. Nie dają one dobrego wyniku, a nawroty występują wówczas przed rozpoczęciem choroby, a później stale aż do chwili zejścia śmiertelnego.

Chora lat 33 zachorowała przed 4-ma laty na lewostronne wysiękowe zapalenie płuc, po którego przebiegu rozwinięła się gruźlica wysiękowa w dolnym płacie lewym. W styczniu r. 1928 założono lewostronną odemę, stosowaną następnie w ciągu 15 miesięcy. Zdjęcie wykonane następnie, wykazało częściowe cofnięcie się zmian, częściowo zaś ich zwłóknienie. Po 5-ciu miesiącach chora poczęła gorączkować, wystąpiła lekka duszność. Badanie radiologiczne wykazało wówczas cień jednolity, intensywny, obejmujący górną część śródpiersia, silnie wypuklający się w stronę prawą. Zastosowano wówczas naświetlanie. Na zdjęciu, wykonanem 4 miesiące później, widzimy bardzo znaczne zmniejszenie powyżej opisanego cienia. Powstało zaś nowe zacienienie, jednolite, ostro ograniczone, idące skośnie od śródpiersia i obejmujące okolicę podobojczykową prawą. Poniżej tego zacienienia widoczne jest drugie, owalne, wielkości orzecha włoskiego, znajdujące się w dolnej części górnego płatu prawego. (Przerzut).

W dwa miesiące później oba cienie powiększyły się, przyczem górny objął również i okolicę podobojczykową. Po zastosowaniu dalszych naświetlań oba cienie zmniejszyły się znacznie, wykazując jednocześnie pewien pasmowaty rysunek. Po dalszych naświetlaniach (w 6 miesięcy) zacienienie w okolicy podobojczykowej znacznie słabsze, o wybitnym pasmowatym charakterze. Cień dolny znikł prawie zupełnie. Jednak w dwa miesiące później sprawa posunęła się dalej, a zacienienie objęło cały górny płat. W 5 miesięcy później radiologicznie stwierdzono jednolite zacienienie całego prawego pola płucnego przy braku przemieszczenia serca i śródpiersia. Badanie anatomo - patologiczne wyciętego wówczas gruczołu zycznego wykazało zatartą jego budowę. W środku znajdują się

nieregularne masy sercowate otoczone tkanką ziarninową, w której prócz fibroblastów i limfocytów spostrzega się leukocyty eozynochłonne. Obraz nie posiada cech swoistych (*Dr. Dąbrowski*). Chora wśród objawów sinicy i duszności zmarła w sześć dni później.

Sekcja wykazała silne włókniste zgrubienia opłucny w okolicy płata górnego. Również i płuco szczególnie w okolicy nad i podobojczykowej uległo zupełnemu zwłóknieniu. Podobne zmiany stwierdzono również w śródpiersiu. Płat średni i dolny bezpowietrzny, poprzerastany pasmami tkanki włóknistej. Na podstawie zmian makroskopowych nie można było ustalić rozpoznania, dopiero pośmiertne badanie gruczołu pachowego wykazało utkanie ziarnicy złośliwej (liczne komórki *Sternberg*a, duży rozrost tkanki łącznej i drobne ogniska martwicy skrzepowej).

Mész: Nie ulega żadnej wątpliwości, że chorego z ziarnicą złośliwą płuca należy naświetlać promieniami X, chociażby dla tego, że guzy śródpiersia mogą uciskać tchawicę, spowodować duszność i zaburzenia w krążeniu. Jest to wskazanie życiowe i nikt z kolegów nie może kwestjonować potrzeby naświetlań. Zwraca również uwagę, że spostrzegał przypadki, żyjące po naświetlaniach kilka lat.

Rubin opisuje przypadek leczonej promieniami choroby *Hodgkina* trwającej 12 lat. Uważa, że kwestia etyki nakazuje leczyć przypadki beznadziejne.

Kaliciński pyta się o śledzionę, o stan jej i gruczołów chłonnych jamy brzusznej. Co się tyczy komórek *Sternberg*a i ziarniny, nie są one charakterystyczne dla ziarnicy złośliwej.

Zawadowski wskazuje, że zespół śródpiersiowy jest wskazaniem do naświetlań. Wracamy często chorych do życia. Często po naświetlaniach następują zmiany płucne (marskość popromienna).

W odpowiedzi *Elektorowicz* zapytuje, czy należy mówić otoczeniu o dobrym wyniku, gdy wynik jest wątpliwy. Uważa, że nie szkodzimy choremu, gdy go naświetlamy, ani też nie przedłużamy mu życia.

4) *Krzepisz J. Przypadek kości marmurowych czyli choroby Albers-Schönberga* (autoreferat).

Choroba ta cechuje się bardzo silnem miejscowem lub ogólnem przewapnieniem układu kostnego z zupełnem zatarciem budowy beleczkowej i wzmocnioną łamliwością. Schorzenie to rozpoczyna się już w życiu płodowem, a najwyraźniej zaznacza się w okresie pokwitania; często występuje rodzinnie. W przebiegu tego procesu chorobowego dochodzi do zarastania jamy szpikowej z następczą niedokrewnością o charakterze chlorotycznym. Nie znamy etiologii i patogenyzy tego cierpienia.

Przypadek dotyczy chorej lat 21, która przybyła do II Klin. Chor. wewn. U. W. z objawami ze strony przewodu pokarmowego.

Robiąc zdjęcie kontrolne okolicy pęcherzyka żółciowego przed wykonaniem cholecystografii, zupełnie przypadkowo znaleziono zmiany charakterystyczne w kręgosłupie, polegające na przewapnieniu warstw brzożnych (górną i dolną) trzonów kręgów przy zachowanej warstwie środkowej gąbczastej. Na zdjęciu miednicy stwierdzono obecność na talerzach biodrowych szerokich symetrycznych łuków, składających się z wąskich pasków, ułożonych współśrodkowo, a odpowiadających linjom wzrostów. W obrębie czaszki widoczne jest typowe maczugowate rozszerzenie wyrostków pochyłych tylnych oraz zmniejszenie zatok czołowych kosztem zgrubienia ich przedniej ściany.

Górna nasada piszczeli i dolna kości udowej posiada również budowę warstwową, w której smugi ciemne i jasne na zdjęciach ułożone są naprzemian. W kościach krótkich przewapnienie ma charakter szerokiego pasma brzożnego współśrodkowego, to też na zdjęciu stopy kość sześcienna wygląda, jakby grubo konturowana.

5) *Sellig Z.: Rzadka postać wysięku międzypłucowego* (patrz P. Przegl. Radj. tom. VII).

6) *Kochanowski J.: Z kazuistyki rzadkich postaci chorób narządu moczowego w obrazie pyelograficznym.* (ukazuje się w druku).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pediatrycznego w Wiedniu z dnia 9 marca 1932 r. (Klin. Wschr. N. 32) pokazywał *Urbach* przypadek *pokrzywki wskutek zimna* u 5-letniego chłopca. Wystąpiła ona po raz pierwszy po spacerze w umiarkowanie zimnym dniu; od tego czasu powtarza się po każdym wyjściu na powietrze. Zapomocą przyłożenia do skóry próbówki napełnionej lodem można wywołać pokrzywkę w ciągu 5 minut. Prelegent próbował zapobiegać pokrzywce zapomocą podawania

wapnia. Możliwe, że w podłożu pokrzyki leży uczulenie na łańcuszkoce.

Na tem samem posiedzeniu (Klin. Wschr. N. 32) mówił B a a r i B e n e d i c t o *działaniu homologicznych heterologicznych surowic oraz przetwarzania krwi w błonicy*. Jeżeli zastrzyknąć królikowi doskórnie w kilku miejscach jad błonicy, a następnie zastrzykiwać bądź ludzką, bądź zwierzęcą surowicę o tej samej zawartości antytoksyny, ujawnia się przewaga ludzkiej surowicy w jej zdolności zobojętniania jadu błonicy w tkankach. Te same wyniki osiągnięto u dzieci z dodatnim odczynem S c h i c k a przy zastosowaniu ludzkiej i końskiej surowicy przeciwbłonicy. Zastrzyknięta wśródzynie królikowi surowica królicza ujawnia wyższą wartość leczniczą, aniżeli surowica jakiegokolwiek innego zwierzęcia. Należy dążyć do leczenia złośliwej błonicy surowicą ludzką o wysokiem mianie antytoksycznym. Prelegenci donoszą jednocześnie o bardzo pomyślnych wynikach przetwarzania krwi.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Kilonji z dnia 25 lutego 1932 r. (Klin. Wschr. N. 32) mówił B o m s k o w o *o hormonie przytarczycznym i regulacji gospodarki wapniowej*. Prelegent badał zachowanie się krzywej zawartości wapnia we krwi po zastrzyknięciach mieszaniny hormonu z solami wapniowemi. Naogół następuje sumowanie się wyników kalcemicznych obu czynników składowych. W pewnych jednak

warunkach mieszaniny (3 mgr. wapnia na 1 jednostkę hormonu) sumowania tego niema. Poziom wapnia podnosi się dokładnie do tej samej wysokości, co po zastrzyknięciu samego wapnia. Tylko dłużej utrzymujące się podniesienie ujawnia tutaj działanie hormonu. Prelegent przypuszcza, że hormon i wapń zmieniają się chemicznie, względnie wiążą się, i że w mieszaninie pozostaje tylko działanie wapnia, zaś nasycony hormon staje się nieczynny. To tłumaczy, dlaczego tylko w określonym stosunku składników mieszaniny nie następuje sumowanie się działania składników. W tym przypadku cała ilość wapnia zostaje związana przez hormon. Tam gdzie jeden ze składników przeważa, następuje sumowanie się działania. Poziom wapnia we krwi o wiele szybciej reguluje się w razie podawania hormonu przytarczycznego, jeżeli był on zaburzony wskutek dodatkowego podawania wapnia. Takie same działanie wywiera adrenalina. Prelegent przypuszcza wobec tego, że i nadnercza przyjmują udział w regulacji wapniowej. Z doświadczeń na zwierzętach wynikałoby, że przyspieszenie regulacji wapniowej przez hormon przytarczyczny wywoływałby pierwotnie wzmożone wyrzucanie adrenaliny, wskutek którego następowałoby obniżenie poziomu wapnia we krwi. Wtórne działanie podnoszące poziom wapnia we krwi zależałoby od tego, że hormon wiąże chemicznie wapń, przyczem na jedną jednostkę hormonu przypadłoby około 3 mgr. wapnia.

Korespondencja

Kochany Kolego, Redaktorze!*)

Pochłonięty ciężką chorobą Towarzyski życia, nie czytając żadnych prawie pism dziś zaledwo dowiedziałem się o śmierci jednego z najbliższych mi ongiś Kolegów i towarzysza pracy niezapomnianego Samuela G o l d f l a m a. Mówię towarzysza pracy może za śmiało, gdyż wówczas gdy przybył już jako znany lekarz i asystent kliniki prof. L a m b l a ja byłem jeszcze na 4 roku medycyny. Zaznaczę jednak, że wówczas kierunek mój pracy był zupełnie samodzielny — pracowałem nad bakterjologią, a raczej nad odkryciem K o c h a i opracowaniem metod barwienia bakterij gruźlicy. Okazałem mu moje prace nad płwociną i różne formy bakterij spotykanych w chorobach dróg oddechowych. Jakże cieszyliśmy się wspólnie z nim i prof. L a m b l e m, gdy się udało spostrzec coś niezwykłego — a wówczas wszystko było jeszcze nowe i niezbadane. Pierwszy G o l d f l a m przyniósł do Kliniki L a m b l a metodę szybobarwienia prątków gruźlicy — E h r l i c h a.

Długimi wieczorami siedzieliśmy niejednokrotnie barwiąc preparaty wydzielin i skrawki mozolnie brzytwą robione, gdyż środki nie pozwalały na kupno mikrotomu, który później dopiero prof. L a m b l dla G o l d f l a m a sprowadził. Pamiętam Jego zadowolenie, gdy mój sprowadził sprężystą platy-

nową łopatkę do przekładania dużych skrawków rdzenia z jednego płynu barwiącego do innego. Był naszym Mistrzem, moim i moich kolegów w chorobach układu nerwowego i korzystaliśmy wiele z jego wskazówek.

Ja może najmniej, gdyż zajmował mię wyłącznie mój dział i wkrótce też udałem się do pracowni Rob. K o c h a na jego pierwszy kurs bakterjologii.

Ale z G o l d f l a m e m często rozmawialiśmy o nowej nauce. I on wraz z L a m b l e m byli pierwszymi, którzy wróżyli mi katedrę profesorską, o czem ja sam nigdy na serio myśleć nie mogłem i tylko w marzeniach sennych niekiedy.... Aż tu w 1890 roku otrzymuję propozycję z Krakowa! Jednym z pierwszych był On, którego się radziłem, co zrobić, czy przyjąć ten ciężki obowiązek, tak zaszczytny wówczas dla Polaka, a tak trudny choćby ze względu na płacę 1200 zł. reńskich rocznie, gdy się miało rodzinę i aspiracje szerokiej pracy naukowej przy zupełnie lichem uposażeniu pracowni.

Poszedłem jednak za radą G o l d f l a m a.

Drogi, niezapomniany Kolego! Jakże mało zostaje bliskich mi umysłów. Jakże smutno czuć siebie tak bardzo osamotnionym, gdy odeszło tylu najbliższych.

Jesteś jednym z takich Drogi Kolego Zygmuncie, którzy pozostali. Czekamy na swoją kolej. Ale w pracy zapomnienie i ukojenie. Tem się będziemy pocieszać do końca.

Serdeczne uściśnienie i pozdrowienie.

O. B u j w i d.

O d c i n e k

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

Podał

Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 41).

Z obu długich stron wielkiego gmachu (jedna od strony morza — południowo - zachodnia) znajdują się werandy, osłonięte od wiatru. Werandy zawsze pełne. Należy zaznaczyć, że dzieci chore na gruźlicę kręgosłupa leżą nie w łóžeczkach gipsowych, a prawie

wyłącznie na równym podłożu i mają podsunięty pod miejsce garbu wałek wyprostowujący (redresyjny) dostatecznie twardy (z włosia). Plaża roi się od dzieci chodzących, lub będących już na wyzdrowieniu. Bawią się one w piasku, grają w piłkę.

Oddział dla dorosłych wygląda podobnie jak dla dzieci, tylko musi znosić niewygody, gdyż brak mu specjalnych urządzeń, sali do operacyj czystych, kuchni i t. d. Wszystko jest scentralizowane w gmachach, gdzie przebywa większość pacjentów szpitala — dzieci.

Nie będę się wdawał w opis sposobów leczenia

gruźlicy stawów i kości w szpitalu Morskim w Berck. Są to sposoby przeważnie ogólnie znane i ogólnie przyjęte. Okres leczenia jest tu nieco krótszy, niż w gorzych warunkach klimatycznych, ale jednak długi, trwający zależnie od sprawy 2, 3, 4, 5 lat, wyniki leczenia, trwałość — pewniejsze.



Część gmachu głównego Szpitala Morskiego w Berck i dom mieszkalny dla personelu widoczne od strony morza. Na planie przednim dr. A. R i c h a r d i bawiące się dzieci, pacjenci szpitala.

Na zakończenie omówię tylko leczenie operacyjne w szpitalu Morskim w Berck gruźlicy kręgosłupa i gruźlicy stawu biodrowego. Postępowanie w tych sprawach jest obecnie cechą charakterystyczną dla szpitala Morskiego w Berck i jest odzwierciedleniem zapatrywań kierownika Szpitala dr. A. R i c h a r d a.

Większość chirurgów uważa (Congrès français de chirurgie 1930), że operacja usztywnienia kręgosłupa A l b e e u dzieci znajduje wskazania bardzo rzadko, ponieważ gruźlica kręgosłupa w wieku dziecięcym leczy się średnio w ciągu 3 — 4 lat, dając w wyniku mocny zrost kostny i dobry wynik czynnościowy. Operacja A l b e e u dzieci jest niebezpieczna, a zwykle leczenie ortopedyczne w klimacie morskim lub wysokogórskim jest zupełnie wystarczające. Dr. A. R i c h a r d naogół podziela zdanie większości chirurgów, ale uważa, że istnieją przypadki choroby P o t t a u dzieci, które należy operować, a które można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej dr. A. R i c h a r d zalicza przypadki zupełnie odporne na leczenie zwykle (evolution prolongée), które po 5, a nawet 10-u latach nie dają wyzdrowienia. W jednych z nich sprawa utyka na pewnym punkcie, i leczenie nie postępuje, w innych, zamiast poprawy, zauważamy stałe pogorszenie, wreszcie istnieją i takie, które po pozornym wyleczeniu dają wkrótce nawrót cierpienia.

Druga grupa — to dzieci z dużymi zniekształceniami (les déformations importantes), u których garb po rozpoczęciu chodzenia zwiększa się, pociągając za sobą szereg innych ciężkich zniekształceń klatki piersiowej, odbijających się w sposób fatalny na czynności płuc i serca.

Wreszcie do grupy trzeciej będą należały dzieci starsze (13 — 17 lat), których okostna kręgosłupa nie posiada już w tym stopniu, co u dzieci mniejszych, zdolności kostno - wytwórczych, a które typem gojenia się sprawy gruźlicy zbliżają się do starszych (powsolny i niepewny zrost i regeneracja).

Przeciwwskazania do operacji A l b e e u dzie-

ci będą te same, co i u dorosłych: zły stan ogólny i nieodpowiednie warunki miejscowe (złe odżywienie skóry ponad garbem, przetoki, ropnie).

Dawne zarzuty, skierowane przeciwko temu zabiegowi u dzieci, jak duża śmiertelność, częstość wtórnego zakażenia, są raczej teoretyczne.

Dr. A. R i c h a r d na 63 operacje A l b e e u dzieci miał 0 (zero) wypadków śmiertelności. Co do techniki zabiegu, to należy operować nadzwyczaj czysto, uraz operacyjny sprowadzić do *minimum*, nie używać piły elektrycznej, przeszczep wzięty z piszczeli brać z okostną. Dzieci po operacji wstają nie wcześniej jak po 4 — 5 miesiącach, potem długi czas jeszcze (do 6 miesięcy) chodzą w gorsecie gipsowym.

Druga sprawa, którą tu poruszę, to sprawa leczenia operacyjnego gruźlicy stawu biodrowego (*coxitis tbc*). I tutaj dr. A. R i c h a r d jest zwolennikiem usztywnienia pozastawowego na drodze krwawej.

Postępowanie jego polega na tem, że zapomocą cięcia (bagnet nieprawidłowy), które naprzód biegnie wzdłuż przedniej połowy grzebienia kości biodrowej do jej przedniego górnego kolca, od tego miejsca idzie skośnie w dół i ku tyłowi do wierzchołka krętarza wielkiego, stąd wzdłuż bocznej powierzchni krętarza w osi kości udowej ku dołowi na przestrzeni m. w. 2 — 3 ct. Mięśnie zostają przecięte, dostęp uzyskany do pola operacyjnego jest bardzo dobry. Z zewnętrznej powierzchni talerza kości biodrowej, m. w. równolegle do 2-ej części cięcia skórniego, zostaje zapomocą dłuta i młotka wycięty pas (szer. od 2 — 4 cm) blaszki zewnętrznej kości, zachowujący związek z podłożem w dolnej części. Przeszczep ten zostaje przegięty (zwykle nadłamany) z góry w dół i końcem swym włożony w uprzednio rozszczepiony w odpowiedni sposób za pomocą dłuta krętarz wielki.

Szew na mięśnie i skórę, unieruchomienie w gipsie ok. 6 mies. Po kontroli rentg. chodzenie na początku w krótkim gipsie. Przeszczep ponieważ ma związek z podłożem macierzystym przynajmniej za pośrednictwem zawsze niezerwanej okostny, żyje dobrze, stwarza mocny, dobrze uwapniony most pomiędzy udem a miednicą, daje pewne i trwałe unieruchomienie i nie naraża pacjenta na nawrót cierpienia, zdarzający się, niestety, dosyć często po zwykłym leczeniu tylko unieruchomieniem w gipsie lub aparacie.

Jednakże nie we wszystkich przypadkach da się zastosować wyżej opisany sposób. Tam, gdzie gruźlica stawu biodrowego powikłana jest ropniem od przodu, Dr. A. R i c h a r d, idąc śladami E. S o r e l l a, wszczepia mocny gruby kawałek kości wziętej z piszczeli, wzdłuż bocznej strony stawu, umocowując przeszczep między krętarzem wielkim a kością biodrową. W przypadkach ropni, znajdujących się po stronie zewnętrznej (bocznej) stawu lub tylnio - zewnętrznej, cięcie należy poprowadzić od przodu, idąc od kolca przedniego górnego kości biodrowej w dół pomiędzy mięśniami napinającym powięź szeroką od strony zewnętrznej a przednim prostym i krawieckim od strony wewnętrznej. Po odsłonięciu kości biodrowej i krętarza wielkiego przygotowujemy w nich miejsce (blaszki) na umocowanie końców przeszczepu.

W tym przypadku przeszczep wzięty z piszczeli nie może być za gruby, gdyż musi dać się wygiąć, ponieważ warunki umocowania są tu odmienne.

Wyniki usztywnienia stawu biodrowego za pomocą pasa kości uszypułowanego („pont - levis”), jakkolwiek przypadki, w których je stosowano, jesz-

cze są niedawne, zdają się być najlepsze, gdyż kość tutaj ma więcej szans dobrego przyjęcia się, niż w przypadkach przeszczepów wolnych (wziętych z pieszczeli). Na 53 usztywnienia ogółem usztywnień za pomocą kości usztypułowanej wykonał dr. A. R i c h a r d, względnie jego współpracownicy, 34.

Poza wrażeniami osobistymi i źródłami żywymi przy pisaniu powyższej pracy korzystałem jeszcze z następujących źródeł piśmiennych:

1. Plages de La Manches, 1914 — 1915. 2. Bottin — Mondain, 1932. 3. Les Stations françaises (La Mer), Mai, 1932. 4. P. L. V i o l l e. La cure marine. Les stations françaises, Mai, 1932. 5. A. R i c h a r d et J. C a l v e t. Indications des interventions sanglantes dans le Mal de Pott de l'enfant. La Presse Médicale, N. 100, 1931. 6. A. R i c h a r d et A. E l b i m. Indications et techniques de l'arthrodèse pour coxalgie. Journal de Chirurgie, T. XXXIX, N. 1, Janvier, 1932.

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).

(Dokończenie — patrz Nr. 41).

Argentyna posiada przeszło 8 tys. trędowatych. Toczy się tam obecnie kampanja o wprowadzenie systemu mieszanego.

Indje Holenderskie miały w r. 1929 około 50.000 chorych, leprozorjów jest 45, mieszczących od 8 do 600 przypadków. Ze względu na odmienne warunki w różnych miejscowościach stosuje się tam różne urządzenia, przeważa jednak przymusowe izolowanie w zakładach zamkniętych.

Australja stosuje humanitarną segregację, leprozorja są uważane przede wszystkim za ośrodki lecznicze.

Związek Południowo-Afrykański. Wobec wielkiego obszaru i słabego zaludnienia nie można obecnie zarzucić systemu segregacyjnego; dąży się natomiast do złagodzenia przymusowej segregacji i przekształcenia jej w dobrowolną.

W kolonjach francuskich wprowadzono swoistą postać izolacji, mianowicie wioski trędowatych. W wielu krajach przymusowa segregacja hamuje akcję zapobiegawczą przez to, że trędowaci obawiają się utraty wolności i kryją się przed władzami, co stwarza bardzo sprzyjające warunki dla szerzenia się choroby. W raporcie z Indochin za rok 1928 czytamy: „Ta postać hospitalizacji (wioski trędowatych) daje trędowatym niezaprzeczone korzyści: lepsze warunki materialne, normalne życie zbiorowe z poczuciem niezależności, możliwość pracy dostosowanej do sił jednostki, racjonalne leczenie i redukcję wydatków do minimum... Wioski segregacyjne mają charakter rolniczy, stąd też muszą posiadać tereny nadające się do uprawy roli. W administracji bierze udział rada gminna, wybrana przez mieszkańców”.

Wioski trędowatych na Madagaskarze są cytowane, jako przykład bardzo zachęcający i wzór dla innych kolonij. Przykład tych wiosek wskazuje dobitnie, jak bardzo jest potrzebne dostosowanie metod zapobiegawczych do obyczajów i możliwości każdego kraju.

Kolumbia na 8 milionów mieszkańców posiada 7,500 trędowatych izolowanych, pozatem przynajmniej takąż liczbę żyjących na wolności, jest więc jednym z krajów najbardziej dotkniętych

trądem. Chorzy przebywają w 3 dużych leprozorjach.

Chiny stanowią jedno z największych ognisk trądu na świecie; danych statystycznych prawie niema, ale zdaniem miarodajnych czynników liczba trędowatych wynosi co najmniej milion. Choroba nierzadko przybiera charakter epidemiczny pod wpływem suszy, powodzi, głodu, wojen. Maxwell podkreśla rolę emigracji chińskiej w epidemiologii trądu. Najbardziej dotknięte są prowincje południowe. Ustawodawstwo w Chinach właściwie nie istnieje, został jednak opracowany projekt ustawy o obowiązkowym zgłaszaniu, izolacji i dezynfekcji. Cała niemal akcja zapobiegawcza spoczywa w rękach misjonarzy, którzy utrzymują mnóstwo drobnych przeważnie zakładów; jedne z nich stosują leczenie, inne stanowią jedynie przytułki.

Przy przeglądaniu powyższego sprawozdania uderza ogromna rozbieżność stosowanych metod. Jedne kraje, jak Indje Holenderskie i Chiny, nie posiadają wcale ustawodawstwa co do trądu, inne mają całe tomy przepisów (Kolumbia). W Wenezueli, Japonji, podstawą zwalczania tej choroby jest przymusowe zamykanie chorych w leprozorjach, gdzieindziej zarzuca się tę metodę, urządzając stacje lecznicze i przychodnie (Filipiny), wysuwając wolne leczenie na plan pierwszy (Indje Brytyjskie). W Brazylii, Japonji, na wyspach Filipińskich leprozorja są zakładami państwowymi, gdzieindziej są utrzymywane przez misje (Chiny, Indje).

Istnieją leprozorja, gdzie nie stosuje się wcale leczenia, stanowią więc jedynie przytułki dla trędowatych, w innych leczenie stoi na pierwszym planie. Sposoby leczenia również są bardzo różnorodne, zarówno pod względem używanych środków, jak i metody ich stosowania. Wreszcie istnieje cała skala w ustosunkowaniu się władz i opinji publicznej do zagadnienia trądu, od brutalnego zamykania niebezpiecznych osobników, jak w średniowieczu, aż do wprowadzania w życie współczesnych zasad higieny społecznej. W żadnej innej chorobie zakaźnej nie widzimy tak wielkiej rozbieżności pojęć i metod.

Rozwiązanie najważniejszych zagadnień jest ogromnie utrudnione jeszcze przez to, że niema jednolitości w słownictwie klinicznym i technicznym, co uniemożliwia wszelkie porównywanie, nieodzowne przy ocenie osiągniętych wyników. Leprolodzy nie są w zgodzie ani co do klasyfikacji postaci trądu, ani co do określania zmian chorobowych; ta zgoda jest konieczna, podobnie,

jak pewna jednolitość dokumentów klinicznych, epidemiologicznych i statystycznych. Z uznaniem więc powitano inicjatywę Sekcji Higieny Ligi Narodów, która wyłoniła specjalną komisję trądową dla uporządkowania tych spraw. Po zebraniu potrzebnego materiału przez wyżej wspomnianego Dr. Burneta zwołano w grudniu 1930 r. międzynarodową konferencję w Bangkoku. Głównym jej zadaniem było zredagowanie raportu, obejmującego te zasady profilaktyki, które w obecnym stanie naszej wiedzy i doświadczenia można uznać za skuteczne. Raport ten w streszczeniu brzmi jak następuje:

1. Profilaktyka trądu nie jest problemem, dającym się w sposób prosty rozwiązać; środki zapobiegawcze zmieniają się zależnie od warunków geograficznych, ekonomicznych, administracyjnych, finansowych i społecznych oraz od stopnia rozpowszechnienia choroby.

2. Niema skutecznego zapobiegania bez leczenia; leczenie daje tem lepsze wyniki, im jest wcześniejsze.

3. Podobnie, jak gruźlica, trąd, przynajmniej w pewnym okresie, jest chorobą zakaźną, lecz uleczalną w tem znaczeniu, że badanie bakteriologiczne wypada ujemnie i że inne objawy czynnego trądu znikają całkowicie lub na długi okres czasu.

4. Zapobieganie trądowi daje się osiągnąć przez zespół środków natury lekarskiej, wychowawczej i ustawodawczej. Powinno ono uwzględniać odosobnienie i leczenie chorych zaraźliwych, a szczególnie leczenie świeżych przypadków w klinikach i przychodniach; pozatem prócz okresowego badania podejrzanych, trzeba zwrócić uwagę na dzieci trędowatych, jak również na trędowatych praktycznie wyleczonych, bądź w następstwie leczenia, bądź samoistnie.

5. Każdy kraj z trądem endemicznym powinien posiadać przynajmniej jeden zakład do badań nad trądem z pracowniami naukowymi i kursami specjalnymi dla lekarzy i ich pomocników. W razie braku takiego zakładu, lekarze i ich pomocnicy będą odbywali praktykę w zakładzie zagranicznym.

6. Program wydziałów lekarskich powinien obejmować kurs o trądzie.

7. Jest rzeczą konieczną pouczać ludność o trądzie, stosując współczesne metody propagandy i popularnego nauczania.

8. Izolacja zaraźliwych chorych jest nieodzowną częścią w programie walki z trądem, ale nie może być dłużej uważana za jedyny środek zapobiegawczy. Jej ujemne strony powinny być wyrównane przez dodatkowe sposoby. Odosabnianie należy stosować jedynie względem trędowatych, uznanych za zaraźliwych.

9. Dla osiągnięcia wyników zadowalających należy połączyć leczenie specjalne, bez względu na jego rodzaj, z odpowiednim odżywianiem i przestrzeganiem wymogów higieny ogólnej.

10. Środki zalecane do leczenia swoistego są to olejki z grupy chaulmoogra, ich estry i mydła.

11. Profilaktyka trądu musi być oparta na zasadach medycyny zapobiegawczej i higieny społecznej.

Ponieważ niejednokrotnie wysuwano zarzut, że dodatnie wyniki, przypisywane leczeniu swo-

istemu przy pomocy chaulmoogry, są, być może, jedynie skutkiem jednocześnie stosowanego leczenia ogólnego i dietetycznego, konferencja zaleciła przeprowadzenie krzyżowego doświadczenia w ten sposób, żeby utworzyć 2 grupy trędowatych, możliwie jednakowe pod każdym względem, korzystające z tego samego leczenia ogólnego i dietetycznego, z których jedna poddana jest ponadto leczeniu swoistemu, druga nie.

Komisja podkreśliła znaczenie jak najdalej posuniętej współpracy poszczególnych zakładów badawczych, zalecając zorganizowanie międzynarodowej wymiany pracowników tych zakładów, aby zapoznali się oni z metodami, stosowanymi w innych krajach i nawiązali kontakt osobisty między sobą.

Bezpośrednio po tym zjeździe, w styczniu 1931 r., odbyła się konferencja w Manilli, zorganizowana przez „Leonard Wood Memorial for the Eradication of Leprosy”, na którą zostali zaproszeni w charakterze personalnym wszyscy członkowie pierwszej konferencji, tak, że stanowiła ona właściwie jej dalszy ciąg.

Konferencja w Manilli miała na celu przedyskutowanie zagadnień technicznych i wprowadzenie pewnej standaryzacji metod i słownictwa. Przy omawianiu wielu spraw powstawały spory bardzo ożywione, ale w rezultacie uzgodniono i przyjęto cały szereg zasad. Między innymi wprowadzono jednolitą klasyfikację kliniczną, określając, co należy rozumieć przez trąd skórny i nerwowy i dzieląc te dwie postacie na szereg podgrup w zależności od okresu choroby i rodzaju zmian. Przyjęto również podział „administracyjny” trędowatych, dzieląc ich na zaraźliwych, niebezpiecznych dla otoczenia (trąd „otwarty”) i niezaraźliwych (trąd „zamknięty”). Dalej ustalono jednolite metody badania klinicznego i bakteriologicznego, podając szczegółową technikę tych badań. Szczególnie dokładnie zajęto się sprawami dotyczącymi leczenia. Opracowano przepisy technicznego przygotowywania środków swoistych i sposoby oczyszczania surowca. Wreszcie sporządzono wzory kart szpitalnych, ankiet epidemiologicznych, tablic, wykresów i raportów, co ogromnie ułatwi porównywanie wyników.

Konferencja zajęła się pozatem założeniem międzynarodowego stowarzyszenia pod nazwą „The International Leprosy Association” i opracowała projekt statutu. Cele tego towarzystwa określono w sposób następujący:

„Ułatwianie styczności i współpracy między badaczami wszystkich narodowości, którzy zajmują się trądem i koordynacja ich wysiłków; rozpowszechnianie wiadomości o trądzie i sposobach jego zwalczania; popieranie wszelkimi możliwymi sposobami walki z trądem na całym świecie; założenie w tym celu pisma naukowego, poświęconego trądowi; współpraca ze wszystkimi instytucjami i organizacjami, zajmującymi się trądem.”

Wyniki obu konferencji stanowią podstawę do dalszej planowej akcji zapobiegawczej, wiele zagadnień pozostaje jednak nierozstrzygniętych. Wyjaśnieniem ich mają się zająć zakłady badawcze, których liczba ma być w najbliższym czasie powiększona. Najbardziej pilnymi wydają się spr-

wy wynalezienia diagnostycznej metody laboratoryjnej, umożliwiającej wczesne rozpoznawanie (odczyn serologiczny względnie próba biochemiczna), dalej badania porównawcze nad zarazkami, wyhodowaniami z tkanki trądowej, ulepszenie

środków leczniczych, otrzymanych z *Hydnocarpus*, wreszcie możliwie dokładne określanie wyników leczenia, między innymi przez sekcje zwłok osobników klinicznie wyleczonych, którzy zmarli z innych przyczyn.

Wiadomości bieżące

— Ministerstwo Opieki Społecznej rozesłało do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy następujące polecenie:

Przesyłając w załączniku odpis komunikatu, rozesłanego do P. P. Dziekanów Wydziałów Lekarskich oraz do Izby Lekarskich, Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) prosi o możliwie jaknajszersze rozpowszechnienie tego komunikatu wśród innych odpowiednich instytucji na podległym Panom obszarze.

Niezależnie od powyższego Ministerstwo zawiadamia, iż na kurs będą przyjęci ci z pośród praktykantów względnie prowizorycznych (kontraktowych) lekarzy, którzy dotychczas nie odbyli przeszkolenia w Państwowej Szkole Higieny, a którzy dobrowolnie zgłoszą się na powyższy kurs.

Nazwiska tych lekarzy zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) w jak najszybszym czasie podać do wiadomości Ministerstwa.

Praktykanci względnie prowizoryczni (kontraktowi) lekarze, którzy posiadają stopień służbowy niższy od VIII, otrzymują w drodze dodatku stypendjalnego na czas trwania kursu uzupełnienie poborów do VIII st. sł. pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie pozostania przynajmniej przez 2 lata w państwowej służbie zdrowia na zasadach ogólnych, wynikających z ustawy o państwowej służbie cywilnej. Lekarze, posiadający VIII st. sł. i wyższy, dodatków nie otrzymają. Przyjęci na kurs otrzymają zwrot kosztów przejazdu oraz diety za dni przejazdu, nie otrzymają natomiast żadnych innych kosztów.

Ponadto Ministerstwo zapewni wszystkim przyjętym na kurs możliwość otrzymania mieszkania wraz z całkowitem utrzymaniem w bursie Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie (ul. Puławska 91) za opłatą 6 zł. dziennie.

Etaty powołanych na kurs będą pozostawione do dyspozycji Pana Wojewody (Pana Komisarza Rządu) celem ewentualnego zorganizowania zastępstwa.

W końcu Ministerstwo prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o wywarcie wpływu na samorządy, aby te ze swej strony wydelegowały w miarę możliwości swoich lekarzy sanitarnych na powyższy kurs.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

(—) Dr. J. Adamski.

— Organizacja Higieny Ligi Narodów przystąpiła do wydawania Kwartalnika, poświęconego pracom, wykonywanym pod jej auspicjami. Zeszyt I tego wydawnictwa zawiera: 1. Słowo wstępne. 2. Szczepienia przeciwblonnicze. 3. Nauczanie medycyny w Anglii. 4. Zaspokajanie w mleko miast Ameryki północnej. 5. Zapalenie płuc tropikalne. 6. Drugi przegląd analityczny

sprawozdań Instytutu Pasteura w sprawie szczepień przeciwko wściekliźnie. 7. Powodzie w Chinach. Koordynacja walki z epidemiami.

Dalsze zeszyty obejmować będą sprawozdania Komisji technicznych, dotyczące zagadnień następujących: gruźlica, choroby weneryczne, kiła i sprawy pokrewne, higiena wieku szkolnego, nauczanie medycyny, zimnica, odkażanie okrętów, wścieklizna (3 przegląd statystyczny), makowiec (dawkowanie morfiny), rak (leczenie radem).

Wydawnictwo, o którym mowa, wychodzi jednocześnie w języku francuskim p. t. Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène i w angielskim jako Quarterly Bulletin of the Health Organisation.

— Nagroda konkursowa z funduszu im. Dr. Reizesa.

Komitet konkursowy w składzie: Dr. Kotiers, docent dr. Mozółowski, docent dr. Sabatowski oraz dr. Schmeider przyznał pierwszą nagrodę w wysokości 250 zł. drowi Henrykowi Mierzeckiemu ze Lwowa za pracę p. t. „Z badań nad ręką robotniczą”, drugą zaś nagrodę w wysokości 150 zł. drowi Stanisławowi Bühnowi ze Lwowa za pracę p. t. „Wyniki badań nad ilością cholesteryny w surowicy krwi gruźlików”.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19.X. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: St. Dobryszycy: Zwężenie oddzielnika. Dwukrotne zespolenie żołądkowo-jelitowe z niedostatecznym wynikiem. Odczyty: B. Kryński: Zwężenie przewodu pokarmowego (wrodzone) u ośsków. W. Róbin: Truskawice ze stanowiska gastrologicznego.

20.X. Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

1) Sprawy bieżące. 2) Dr. El. Reicher. Zagadnienia kliniczne wychowania fizycznego.

23.X. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

1) Kochanowski J.: a) Przypadek niedrożności jelit, b) Zmiany o charakterze osteochondritis w stawach biodrowych po nastawieniu wrodzonego zwichnięcia, c) Przypadek skostnień przystawowych w stawach łokciowych. 2) Plewniak W.: Przypadek przebiecia wrzodu żołądka do powłok. 3) Werkenthin M. Cienie węglowe prawidłowe i patologiczne. 4) Zawadowski W.: Cienie węglowe w przypadkach nowotworów. 5) Posiedzenie wyborcze: a) Sprawozdanie Zarządu, Sprawozdanie Skarbnika, b) Komisja rewizyjna, c) Wybory.

TREŚĆ: H. DYNKIEWICZ i B. FRENKIEL. Herpes zoster. — S. RUBINROT. Z kazuistyki rentgenoterapii promienicy. — E. HERMAN i A. SPIRO. Samoistna odma czaszkowa podtwardówkowa. — G. ABERDAM-SELLIGOWA. O zapaleniach wielosuwrowiczkowych. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — J. RUTKOWSKI. Talassoterapia i leczenie gruźlicy chirurgicznej w Berck-sur-Mer. (Dok.). — T. SPORZYŃSKI. Trąd i jego zwalczanie. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. DYNKIEWICZ et B. FRENKIEL. Herpes zoster. — S. RUBINROT. Un cas d'actinomyose traité par les rayons X. — E. HERMAN et A. SPIRO. Pneumocranium subdurae. — G. ABERDAM-SELLIG. Sur les polysérosites. (Rev. gén.). — J. RUTKOWSKI. La thalassothérapie et le traitement de la tuberculose chirurgicale à Berck-sur-Mer (fin). — T. SPORZYŃSKI. La lèpre et la lutte contre elle (fin.).

VALIGEN
KROPLE FLAKON 5 LUB 10 GR. PEREŁKI 15 x 0.2 GR.

uspakajaja
nerwice · histerie · wymioty ·
stany podniecenia psychicznego

