

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 X

WARSZAWA, 14 GRUDNIA 1933 R.

Nr. 50

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O utajonem zapaleniu ucha środkowego *).

Podał

Marek KOENIGSTEIN (Warszawa).

Sprawa utajonej postaci zapalenia ucha środkowego od lat 30 nie schodzi ze szpalt literatury otjatrycznej i z porządku dziennego posiedzeń otologicznych w rozmaitych krajach.

Dotychczas jednak etiologia i patogeniza tej postaci chorobowej nie zostały całkowicie wyjaśnione.

Od czasu badań sekcyjnych Goerkego, Doederleina i L. B. Seifertha można uważać, że niektóre przypadki zapalenia ucha środkowego, przy braku objawów przedmiotowych i przy niewyraźnych skargach podmiotowych, przechodzą jakby niespostrzeżenie przed oczyma klinicysty, względnie przechodzą nierozpoznane, prowadząc do zejścia śmiertelnego. Dopiero badanie sekcyjne wykrywa istotną przyczynę śmierci — zapalenie ucha.

Jeśli dodamy że przypadki tego rodzaju za życia były badane, a badanie nic w kierunku zapalenia ucha nie wykryło, to musimy stwierdzić, iż nasze metody badania są jeszcze prawdopodobnie dalekie od doskonałości.

Wprawdzie w ostatnich czasach badanie wyrostka sutkowego zapomocą promieni Roentgena cenne oddaje klinice usługi, lecz nie zawsze i wszędzie może ono być stosowane ze względów technicznych.

Seiferth obserwował 54 letniego mężczyznę, który stale narzekał na bóle głowy w lewej skroni. Obserwując chorego w szpitalu, S. stwierdził bóle gośćcowe mięśni szyjnych, objawy nieżyty trąbki Eustachjusza oraz nieznaczne obniżenie słuchu dla wysokich tonów. Po 10 dniach chory wypisał się ze szpitala z poprawą, by po tygodniu ponownie wrócić ze skargami na bóle głowy z lewej strony oraz uczucie ciężkości w uchu. Bada-

nie ucha wykazało to samo, co stwierdzono za pierwszym pobytom w szpitalu. Po 6 dniach ukazała się skąpa wydzielina z ucha. Po upływie 2 dni otwór w błonie bębenkowej zasklepił się. Ciepłota ciała dochodziła do 39°. Nakłucie lędźwiowe zostało kilkakrotnie dokonane, przyciem płyn za każdym razem był normalny. Na 9 dni przed śmiercią stwierdzono brak odruchu ścięgna Achillesa, zbaczanie wysuniętego języka na lewo, dodatni objaw Kerniga oraz niedowład miękkiego podniebienia. Podejrzewano guz mózgu. Na 3 dni przed śmiercią zdolność słuchowa dla mowy potocznej spadła do 2 m., gdy na początku choroby wynosiła 2 m. dla szeptu. Badanie pośmiertne wykazało: mocno pneumatyzowane komórki wyrostka były całkowicie wypełnione wysiękiem surowiczym. Błona bębenkowa niezmieniona. Dookoła okienka okrągłego surowiczo ropny wysięk, ropny wysięk w ślimaku, zropienie komórek nad zatoką esowatą i opuszką żyły jarzmowej. Zakrzep zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej.

Drugi przypadek Seifertha dotyczył 45 letniego mężczyzny, który po 11 dniowej chorobie (*otitis media acuta*) został wypisany ze szpitala ze „suchem uchem” i doskonałym słuchem. Po 10 dniach chory został przywieziony do szpitala z objawami lewostronnego ropnia zrazu skroniowego, który został wykryty w czasie niezwłocznie dokonanej operacji. Zatoka esowata wyglądała normalnie i dlatego nie została nakłuta. Po 36 godzinach chory zmarł. Sekcja wykazała zakrzep zatoki poprzecznej w stanie rozpadu.

Jeśli sobie teraz zadamy pytanie, dlaczego w pierwszym przypadku Seifertha przebieg był taki niewyraźny i zejście niepomysłne, to odpowiedzi nie znajdziemy, aczkolwiek Seiferth tłumaczy to osłabieniem sił obronnych ustroju wskutek stałego nadużywania napojów wysokich przez pacjenta. Być może, że alkoholizm, zarówno jak i inne ciężkie cierpienia ustroju, mogą usposabiać organizm do utajonej postaci zapalenia ucha. Również i Reverchon uważa, że konstytucja odgrywa rolę dominującą. To jednak nie wyjaśnia

*) Podl. odczytu, wygłoszonego na zjeździe lekarzy w Poznaniu w 1933 r.

nam etiologii, ani też nie daje odpowiedzi na pytanie, w jakich wyrostkach powstaje sprawa utajona.

Taptas jest zdania, że wyrostki twarde, sklerotyczne uspasabiają do spraw utajonych. Że bywają wyjątki, tego dowodzi chociażby mocno pneumatyzowany wyrostek w przypadku Seifertsa.

Z przytoczonych przez nas niżej 5 przypadków w 4-ch był wyrostek sklerotyczny, o piątym zaś trudno cokolwiek pewnego powiedzieć, gdyż był całkowicie zniszczony, a pozostała część w okolicy „antrum” była twarda i sklerotyczna.

Srebrny operował przypadek o wyrostku sutkowym sklerotycznym. Chłopiec 8 letni przeszedł zapalenie ucha środkowego i, zdawało się, zupełnie wyzdrowiał. Po pewnym czasie wystąpiły objawy ropnicy. Badanie wykazało: bębenek o wyglądzie normalnym, wyrostek sutkowy nie bolesny na całej przestrzeni, okolica żyły jarzmowej przy obmacywaniu bolesna, słuch całkowicie zniesiony, pacjent nie słyszał szeptu nawet „ad concham”. Dokonana operacja wykazała zakrzep zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej. Chory wyzdrowiał. Rozpoznanie zostało ustalone z pewnem prawdopodobieństwem na zasadzie: wywiadów, charakterystycznej krzywej ciepłoty oraz braku słuchu — aczkolwiek, jak zobaczymy niżej, ten naogół bardzo ważny dla ustalenia rozpoznania objaw (osłabienie słuchu) w wyjątkowych razach może zawodzić.

Podobne przypadki utajonego zapalenia ucha środkowego opisał u nas niedawno Batawia.

Zanim omówimy szerzej obraz kliniczny tego cierpienia, pozwolimy sobie przytoczyć 5 własnych spostrzeżeń.

P r z y p. I. Kobieta lat 24-ch podobno przed 10-ma dniami narzekała w ciągu 3 dni na ból ucha i bezsenność. Po zastosowaniu ciepłych okładów wszystko się uspokoiło. Po 10 dniach zgłosiła się ze skargami na szum i osłabienie słuchu. Badanie wykazało: bębenek jasny, trójkąta świetlnego nie widać, nieco od tyłu od krótkiego wyrostka młoteczka bębenek zaróżowiony, chora słyszy szept na 20 cm. od ucha; wyrostek niebolesny, na ból głowy nie narzeka, sen dobry. Po przedmuchiściu ucha metodą P o l i t z e r a słuch się nie poprawia. Po przecięciu bębena nieznaczne ropienie, które po kilku dniach ustąpiło. Słuch nieco się poprawił, i chora wyjechała do domu, lecz po 8 dniach wróciła ze skargami na ból głowy i bezsenność. T° 38, wyrostek niebolesny, bębenek matowy, szary, szept = 15 cm. od ucha; po przedmuchiściu poprawy słuchu niema. Nazajutrz operacja. Wyrostek mocno sklerotyczny, żadnych zmian chorobowych nie przedstawia, nad oponą twardą środkowej jamy czaszkowej wykryto s p o r o p i e ń. Przebieg pooperacyjny normalny.

P r z y p. II. Chłopiec 6-letni przebył zapalenie ropne ucha środkowego po szkarlatynie, które wystąpiło w końcu drugiego tygodnia choroby. Po 5-ciu tygodniach ropienie ustało, otwór w bębenu (z przodu, u dołu) zasklepił się, słuch jednak nie wrócił. Badanie, dokonane w trzy tygodnie po ustąpieniu ropienia, wykazało: błona bębenkowa bez szczególnych zmian, zdolność słuchowa b. słaba, szept (10 cm. od ucha), nad wyrostkiem jarzmowym nieznaczny obrzęk skóry. Wieczorami stan podgorączkowy. Rentgenogram (Dr. K r y ń s k i) wykazał zaciśnienie w okolicy jamy sutkowej oraz ropień w wyrostku sutkowym. Aczkolwiek stwierdzono obrzęk w okolicy wyrostka jarzmowego, to jednak ze względu na brak bolesności wyrostka, brak skarg podmiotowych wątpiliśmy, czy rozpoznanie rentgenologiczne odpowiada istotnym zmianom anatomicznym. To

też bardzo byliśmy zdumieni, gdy podczas operacji, po oddzieleniu okostny znaleziono ropień między przewodem chrzęstnym a kostnym, który był przedziurawiony. Wyrostek sutkowy słabo pneumatyzowany, w dolnej części rozmięczony, w jamie sutkowej ziarnina. Komórki jarzmowe rozmięczone i wypelnione ziarniną. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

P r z y p. III. Mężczyzna l. 45 przebył ostre zapalenie ucha środkowego po grypie. Po 3 tygodniach *restitutio ad integrum*. Słuch prawie normalny. Wygląd bębena normalny, z wyjątkiem trójkąta świetlnego, który jest matowy. Po tygodniu zostałem nagle wezwany do chorego, który z powodu bólu głowy nie spał całą noc. Przy badaniu znalazłem: wygląd błony bębenkowej normalny, słuch stosunkowo dobry (szept chory słyszy na 3 m. od ucha), aczkolwiek gorszy, niż przed tygodniem. Wyrostek na całej przestrzeni niebolesny z wyjątkiem jednego punktu w tylnej części wierzchołka (*fossa retromastoidea*), który jest wrażliwy na ucisk. T° 38,4. Zastosowano okłady ciepłe, propidon i aspirynę. Bezsenność, bóle głowy w dalszym ciągu. Z wielkim trudem udało mi się chorego i otoczenie namówić do operacji. Wyrostek naogół twardy i powierzchownych zmian nie przedstawiał, wierzchołek wyrostka całkowicie zniszczony, w jamie sutkowej ziarnina i nieco wolnej ropy.

P r z y p. IV. Pani W., lat 38 zgłosiła się z objawami ostrego prawostronnego zapalenia ucha środkowego. Po 2 dniach przecięcie błony bębenkowej i propidon domięśniowo. Po 4 tygodniach *restitutio ad integrum*. Szept 4 m. od ucha. W tydzień później silne bóle głowy z prawej strony i surowicz - ropny wyciek z ucha. Słuch b. słaby (szept *ad concham*). Bębenek zaróżowiony, nie wypięty, młoteczek i wyrostek krótki widoczne. Wyrostek niebolesny, t° 37,5. Bezsenność, bóle głowy, subiektywne uczucie pulsacji w uchu i w głowie. Operacja. Wyrostek sklerotyczny. W antrum, które dość trudno było znaleźć, wobec bardzo przodującej zatoki esowatej, sporo wolnej ropy i nieco ziarniny. Przebieg pooperacyjny normalny.

P r z y p. V. Kobieta lat 28 przed 3-ma miesiącami zachorowała na zapalenie ucha środkowego. Po zastosowaniu lampy Sollux ból w ciągu kilku dni uspokoił się. Do wycieku nie doszło. Po tygodniu znów zwróciła się do lekarza ze skargami na ból głowy i bezsenność. Od tego czasu chora źle wygląda, sypia źle, od czasu do czasu miewa bóle głowy. Ciepłota ciała normalna. Choroba trwa od 3 miesięcy. Przy badaniu stwierdzono: bębenek szary, matowy, trójkąta świetlnego nie widać, bródka za uchem nieco wygładzona, *fossa retromastoidea* i okolica *antri* bolesna na ucisk. Szept — 2 m. od ucha. Przy operacji znaleziono: cała zatoka esowata obnażona i pokryta grubą warstwą ziarniny, wyrostek cały rozmięczony, nad zatoką b. duży ropień, ropa wydobywa się pod ciśnieniem. Nazewnątrż od zatoki usunięto 2 martwiaki kostne. Badanie ropy na buljonie cukrowym, agarze z krwią i na agarze czekoladowym wykryło: *pneumococcus III mucosus* *).

Na zasadzie powyższych 5 przypadków możemy wysnuć następujące wnioski: wyrostki sutkowe podczas operacji okazały się twarde, sklerotyczne, o bardzo nikłej pneumatyzacji. Bardzo ważnym momentem jest fakt, iż chorzy ci przedtem nigdy w życiu nie chorowali na ucho. A więc sprawa przewlekła jest wyłączona. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem trzeciego, słuch był bardzo słaby. Ten objaw należy uważać jako bardzo ważny i zasadniczy w rozpoznawaniu utajonego zapalenia ucha środkowego. Błona bębenkowa naogół nie przedstawia znaczniejszych

*) Sz. Koleżankom G o l i b o r s k i e j i M a r k s o n ó w n i e za łaskawe dokonanie badania na tem miejscu serdecznie dziękuję.

zmian i może zupełnie normalnie wyglądać, aczkolwiek w niektórych razach może być lekko zaróżowiona w okolicy młoteczka. Wyrostek sutkowy bywa przeważnie nie bolesny, często jednak znaleźć można punkt bolesny w tylnej części wyrostka sutkowego (*fossa retromastoidea*). Zapalenie ucha utajone nie daje zwykłych intensywnych bólów, promieniujących w kierunku zębów, szczęki, gardzieli i nie przedstawia obrazu klinicznego „*otite douloureuse*” francuskich autorów, któremu towarzyszy charakterystyczna ciepłota ciała wraz z ogólnym niedomaganiem. Tu przeważają bóle głowy, bezsenność, a nieraz i zmiany w układzie nerwowym (przyp. Seifertha).

Rozmaici klinicyści niejednakowo zapatrują się na etiologję i patogenezę tego cierpienia. Leidler sądzi, że błonica, gruźlica i dur brzuszny uspasabiają do „*otitis latens*”. Kobrak, Wittmaack, Neumann sądzą, że nieraz „*Mucosus otitis*” przebiega skrycie (patrz nasz przypadek V). U nas jeden przypadek po szkarlatynie przebiegał skrycie.

Jeżeli chodzi o symptomatologję tego cierpienia, to naogół jest ona bardzo uboga. Ważnym punktem oparcia dla rozpoznania są wywiady, względnie stwierdzenie, że chory przebył ostre zapalenie ucha w tej lub innej formie. Wtedy już łatwiej skierować myśl w kierunku takich objawów, jak ból, zawroty głowy, stan podgorączkowy, zły wygląd chorego, bezsenność, co może mieć związek z pierwotnym cierpieniem ucha. Wiadomo wszak, że drobnoustroje w tych razach jakby przeskakują przez jamę bębenkową i rozwijają swoje dzieło zniszczenia w dalszych odcinkach wyrostka sutkowego między kością a oponą i nawet w zatoce poprzecznej i mózgu. Niektórzy autorowie sądzą, że przyczynia się do tego pewne zwężenie i mała pojemność niektórych jam bębenkowych. Prawie stałym objawem bywa osłabienie słuchu, aczkolwiek zdarzają się nieliczne wyjątki (patrz przyp. III.) W przypadku Seifertha chory słyszał szept na 4 m. od ucha, a na stole operacyjnym znaleziono rozległą sprawę wyrostka sutkowego oraz ropień nad zatoką. Wyjątki te jednak w niczem nie obniżają wartości rozpoznawczej stopienia słuchu, co należy mocno podkreślić. Przy wywiadach należy ustalić, jaki chory posiadał słuch przed chorobą.

Błona bębenkowa przedstawia obraz przebytej sprawy zapalnej w postaci przekrwienia nad krótkim wyrostkiem młoteczka, zgrubienia i braku trójkąta świetlnego. W wyjątkowych razach bywa ona zupełnie normalna (I przyp.).

Wyrostek sutkowy jest zazwyczaj mały, o bardzo nikłej pneumatyzacji, sklerotyczny, jak w sprawach ropnych, przewlekłych. W przeważającej liczbie przypadków trudno znaleźć na wyrostku punkt bolesny na dotyk i ucisk, aczkolwiek czasami tylna część wierzchołka (*fossette retromastoidienne*) bywa bolesna na ucisk. Dokładne zdjęcie rentgenowskie, dokonane rozmaitemi metodami, oddać może poważne usługi przy rozpoznawaniu utajonego zapalenia ucha środkowego. Pamiętać należy, że tylko dokładna obserwacja chorego, bardzo ściśle wywiady oraz doświadczenie i intuicja lekarza pozwalają skierować rozpoznanie na należyte tory,

W przypadkach wątpliwych lekarz ma prawo moralne żądać od chorego i jego otoczenia, by się zgodzono na próbne otwarcie wyrostka sutkowego. Nie sądzę, by próbne wydłutowanie wyrostka sutkowego (*mastoidectomy explorativa*) przedstawiało w rękach doświadczonego otologa większe niebezpieczeństwo dla chorego, niż próbną laparotomja. Przeciwnie, otwarcie wyrostka daje mniej szans wniesienia zakażenia do ustroju, niż otwarcie jamy brzusznej. Lecz zabieg taki stanowić może o uratowaniu życia chorego.

Etiologja, w ścisłym tego słowa znaczeniu, jest niewyjaśniona. Alexander sądzi, że choroby wyniszczające u ludzi starych, osesków i młodych dzieci, kiedy, wskutek upośledzonego łykania, ucho środkowe zostaje źle wentylowane, dają pochwop do powstawania utajonych postaci zapalenia ucha. Mechanizm powstawania sprawy ropnej w jamie bębenkowej jest identyczny z powstawaniem wysięku w uchu środkowym w ostrym niezycie trąbki (*catarrhus secretorius*), z tą różnicą, iż nie śluz, lecz wydzielina z jamy nosowo-gardłowej zostaje aspirowana do jamy bębenkowej. Niepoślednią rolę ma odgrywać również słaba pneumatyzacja wyrostka sutkowego, jak tego dowodzą nasze przypadki i liczna kazuistyka odnośnej literatury. Niewyjaśnione zostają sprawa drobnoustrojów, które wywołują tę postać chorobową, oraz ta okoliczność, że drobnoustroje dostawiają się do jamy bębenkowej, rozwijają swą zjadliwość dopiero w samej kości i stąd dają głębsze powikłania. Tak wygląda mniej więcej obraz chorobowy „*otitis latens*”.

Należałoby postać tę podzielić na: „*otitis latens relativa*” oraz „*otitis latens absoluta*”. Pierwsza nazwa byłaby odpowiednia dla przypadków, gdzie na zasadzie wywiadów i badania przedmiotowego można powziąć podejrzenie, że chodzi o zapalenie ucha środkowego, - druga zaś dla przypadków, gdzie zmiany w kości i powikłania stwierdzone zostały dopiero „*post mortem*”, t. j. na stole sekcyjnym.

Nieco odmiennie przedstawia się ta postać chorobowa u osesków i małych dzieci.

Różnica polega przede wszystkim na tem, że tutaj wywiady są bardzo skąpe lub wcale ich nie ma. Przeto pozostaje tylko badanie obiektywne. To ostatnie wskutek swoistej budowy ucha u oseska nie należy do łatwych i wymaga dużej wprawy i doświadczenia nawet ze strony fachowca. Pewne dane, które od matki lub otoczenia wy dostać możemy, nie są bez znaczenia. Tak np. gdy osesek, ssąc pierś po stronie chorego ucha, często zaczyna płakać i puszcza pierś, płacze również, gdy go położyć na stronę chorą, należy podejrzewać zapal. ucha. Dziecko podnosi rączkę odpowiadającą choremu uchu, a gdy oba uszy są chore, to podnosi rączkę odpowiadającą uchu bardziej choremu.

Przystępując do badania, musimy za pomocą bardzo cieniutkich tamponików, najlepiej--zwilżonych wodą przegotowaną, usunąć z przewodu naskórki i woszczek i dopiero wtedy możemy przy dobru oświetleniu dotrzeć okiem do bębienka. Znakomite usługi oddaje nam lupa. W większości przypadków bębenek jest szary, matowy, bez trójkąta świetlnego i niewiele się różni od bębienka

normalnego. Objawów zapalnych na bębenku może nie być, gdyż ropa często toruje sobie drogę przez szeroką i krótką trąbkę Eustachjusza. Sprawa bywa przeważnie obustronna, rzadziej jednostronna. Na ucisk wyrostka sutkowego osesk w tych razach nie reaguje, rzadko zaś reaguje na ucisk na koziółek, aczkolwiek objaw ten, na który Vacher jeden z pierwszych zwrócił uwagę, bywa niestały.

Kiedy szukamy utajonej postaci zapalenia ucha u oseska? Gdy pediatra po kilku dniach obserwacji nie znajduje w narządach wewnętrznych, wzgl. w płucach objaśnienia dla ciepłoty ciała, dochodzącej do 39°—40°, wtedy podejrzewać należy „*otitis latens*”.

Dziecko zazwyczaj w tych razach jest blade, apatyczne słabo reaguje na bodźce zewnętrzne i podniecenie ogólne, charakterystyczne dla jawnej postaci zapalenie ucha, ustępuje miejsca apatii malującej się na twarzy dziecka. Przy dłuższym trwaniu sprawy dziecko chudnie i robi wrażenie atroficznego. Na ten ostatni objaw autorzy francuzcy szczególnie kładą nacisk.

Wychudzeniu ogólnemu często towarzyszą objawy ze strony przewodu pokarmowego, bądź jako powikłanie utajonego zapalenia ucha, bądź też jako skutek tego cierpienia. Wymioty, które często towarzyszą, można kłaść na karb raczej zaburzeń mózgowych (*meningismus*), rzadziej występuje taki objaw, jak krzyk ni stąd ni zowąd. Objaw ten u osesków i małych dzieci zdarza się stosunkowo rzadziej, albowiem przez szeroką i krótką trąbkę Eustachjusza ropa swobodnie spływa do jamy nosowo-gardłowej, nie powodując ucisku na ucho środkowe, wzgl. na bębenek.

Pomimo najdokładniejszych wywiadów, które lekarz od otoczenia zebrać może, rozpoznanie napotyka jednak duże trudności. Doświadczony lekarz, pomimo nikłych zmian w wyglądzie bębena, potrafi wyczuć, że tak powiemy, wysięk w jamie bębenkowej. Próbnę przecięcia bębena rozstrzygnie wszelkie wahania i wątpliwości.

Robert Rendu w 1925 r. na zjeździe francuzkich otolaryngologów demonstrował specjalną szprycę dla dokonania próbnego nakłucia bębena i aspirowania wysięku u osesków i małych dzieci. Jeśli zabieg ten ma na celu otrzymanie ropy dla badań bakteriologicznych, to szprycą tą miałyby raczej bytu, praktyczniej jednak będzie od razu przeciąć bębenek.

Do rzędu utajonych postaci u dzieci zaliczyć należy i te przypadki, gdzie od razu za uchem tworzy się ropień podokostnowy. W tych razach sprawa zapalna w jamie bębenkowej bywa zwykle przeoczona. Sprawa zapalna bardzo szybko omija jamę bębenkową, atakując od razu wyrostek

sutkowy już to w postaci zapalenia okostny i warstw powierzchniowych kości, już to wreszcie w postaci zajęcia całego wyrostka aż do jamy sutkowej włącznie.

Trudniejsze daleko bywa rozpoznanie zapalenia wyrostka sutkowego u osesków i małych dzieci, gdy sprawa nie prowadzi do ropnia za uchem. Tutaj tylko cały zespół objawów, jak wysoka ciepłota ciała, ogólny zły wygląd dziecka, obfite ropienie, zwężenie przewodu lub opuszczenie górnotylnej ściany przewodu słuchowego—stanowiąc może o dokładnym rozpoznaniu.

Naturalnie, należy wyłączyć zapalenie płuc lub cierpienie innych organów wewnętrznych, zanim się ustala rozpoznanie zapalenia ropnego wyrostka sutkowego. Z chwilą zaś, gdy przyczyna choroby całkowicie tkwi w chorym wyrostku, niezwłocznie przystępujemy do operacji. Zabieg rezekcji wyrostka i otwarcia jamy sutkowej u osesków i bardzo młodych dzieci nie należy do zabiegów niewinnych, albowiem cytowane są w literaturze przypadki nagłej śmierci po operacji oraz śmierci w ciągu pierwszych 3 dni po niej, gdzie nawet badanie pośmiertne nie wykryło przyczyny zejścia śmiertelnego. Francuzi mówią o „*Shock toxique*”, inni kładą śmierć na karb narkozy. Przy bardzo ostrożnym i oszczędnym usypianiu za pomocą eteru nigdy nie mieliśmy przypadku śmierci, pomimo, iż mieliśmy do czynienia z oseskami i dziećmi bardzo młodymi. Najmłodsze dziecko, operowane przez nas miało 28 dni.

Klinika i dokładna obserwacja tych, bądź co bądź, przypadków niecodziennych upoważnia nas do następujących wniosków:

- 1) Dokładne wywiady odgrywają rolę pierwszorzędą w rozpoznawaniu zapalenia utajonego ucha środkowego u dorosłych.
- 2) Stępienie słuchu jest objawem, z nielicznymi wyjątkami, stałym.
- 3) Ból w tylnej części wierzchołka wyrostka sutkowego jest objawem częstym.
- 4) W przypadkach wątpliwych należy wykonać próbną operację. (*Mastoidectomy explorativa*).
- 5) Wywiady odgrywają rolę w rozpoznawaniu utajonego zapalenia również i u osesków i małych dzieci.
- 6) U osesków brak obiektywnych danych ze strony bębena nie wyłącza ropnego zapalenia ucha środkowego.
- 7) Dokładne rozpoznanie możliwe jest po próbnym przecięciu błony bębenkowej oseska i małego dziecka.
- 8) W przypadkach ciężkich u osesków i bardzo młodych dzieci nie należy zwlekać z antrotomią.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. W.

(Kierownik: Prof. Dr. F. Venulek).

Wpływ białka, wprowadzonego parenteralnie, na wrażliwość względem insuliny u psów normalnych.

Podał

Dr. med. Jakób GOLDMAN (Warszawa — czasowo Bern).

Zapoczątkowana 30 lat temu przez R. Schmidta i Saxla proteinoterapia jest do-

niosłem zjawiskiem biologicznym, jeszcze niezbadanem całkowicie. Usiłowania wytłumaczenia istoty tego zagadnienia sprowadzają się głównie do teorii pobudzenia czynności życiowych komórek ustroju (Weichardt) przez produkty rozszczepienia białka, wprowadzonego parenteralnie.

Proteinoterapia, w jakiegokolwiek postaci stosowana (nieswoiste szczepionki bakteryjne i surowi-

ce, mleko i jego przetwory), w istocie swej jest leczeniem bodźcowem. Z biegiem czasu okazało się, że rolę bodźców mogą odgrywać również ciała bezbiałkowe, np. lipoidy (omnadyna), a nawet sole metali ciężkich.

Działanie bodźcowe protein rozciąga się na wszystkie komórki ustroju. Za miernik wzmożonej czynności komórek w tych warunkach może służyć wzmożenie zjawisk odpornościowych ustroju w postaci narastania pod wpływem protein miana zlepnego zwierząt uodpornionych (Venulet i inni). Nic więc dziwnego, że terapia bodźcowa znalazła zastosowanie we wszystkich niemal specjalnościach, wystarczy, że wymienię choroby skóry i weneryczne, nerwowe i psychiczne, oczne, ginekologiczne, zakaźne i niezakaźne, o przebiegu ostrym, jak i przewlekłym.

Na szczególną uwagę zasługuje wpływ parenteralnie wprowadzonego białka, ew. innych jeszcze bodźców, na przemianę materji, uwarunkowany zwłaszcza oddziaływaniem wymienionych czynników na gruczoły wkrwne. Wobec pobudzania w tych warunkach funkcji gruczołów, tak dyssymilacyjnych, jak i assimilacyjnych, należy oczekiwać, że wynik ostateczny zadziałania w każdym przypadku musi być zależny od zdolności reagowania poszczególnych gruczołów. Sprawa komplikuje się jeszcze bardziej, gdy jednocześnie z proteinoterapią stosowane są preparaty hormonalne. W otyłości np. osiąga się niekiedy wyniki zadawające dopiero przez połączenie leczenia preparatami tarczycy z proteinoterapią, najlepiej w postaci mleka, gdy każdy z tych zabiegów, stosowany oddzielnie, okazał się nieskuteczny. Proteinoterapia wzmacnia, widocznie, wrażliwość ustroju na hormon tarczycy (J. Bauer). Na podstawie tych faktów możnaby mówić o istnieniu swego rodzaju korelacji między proteinoterapią a gruczołami wkrwnymi.

Co się tyczy znaczenia metody bodźcowej dla przemiany węglowodanowej, to na uwagę zasługuje spostrzeżenie Rocha i du Bois nad działaniem soli niklu i kobaltu, gdyż za pomocą tych metali udało się wzmoczyć wydatnie działanie insuliny w przebiegu cukrzycy.

Większe jeszcze znaczenie mają dla nas wyniki Singera. Posiłkując się proteinoterapią w 92 przypadkach cukrzycy (z powikłaniami) autor stwierdził przebieg pomyślny w 55%, poprawę w 24%, proteinoterapia pozostała bez wpływu w 18%, a w 2, 16% spowodowała nawet pogorszenie stanu chorego. Za miernik proteinoterapii w cukrzycy służył S i n g e r o w i wzrost tolerancji węglowodanowej, niekiedy wybitny. *Optimum* działania występowało zwykle w 2 dni po parenteralnem wprowadzeniu białka, który to okres okazuje się niezbędny do przestrojenia ustroju i ujawnienia działania.

Innego natomiast zdania jest F a l t a. Opierając się na badaniach własnych, jakoteż na wynikach U m b e r a, S t ä h e l i n a, B r a u e r a i M i n k o w s k i e g o, F a l t a zapatruje się sceptycznie na metodę S i n g e r a, a w pewnych przypadkach uważa ją nawet za szkodliwą.

Wobec sprzecznych wyników, jakie dało zastosowanie terapii bodźcowej w cukrzycy, postanowiliśmy zbadać na psach normalnych wrażliwość

względem insuliny pod wpływem parenteralnie wprowadzonego białka. Wykonane już poprzednio w Zakładzie próby nie ujawniły jakichkolwiek wahań w poziomie cukru krwi po iniekcjach samego mleka.

Do doświadczeń użyto 7 psów, trzymanyh stale w jednakowych warunkach, karmionych kaszą z dodatkiem mleka. Po upływie kilku dni u każdego psa naczczo pobierano krew z żyły szyjnej, poczem zastrzykiwano mu podskórnie insulinę angielską A B. w ilości od 1/5 — 1/2 jednostki, najczęściej 1/4 jednostki na kilo wagi. Znowu pobierano krew po upływie pół, 1, 2, 3, 4, 5 godzin. Cukier krwi oznaczano metodą makro M a c L e a n a.

W ten sposób ustaliliśmy dla każdego psa właściwą mu poinsulinową krzywą cukru krwi. Nadmienić należy, że po insulinie wszystkie psy stawały się nieco apatyczne na przeciąg 1 1/2 — 2 godzin; objawów hipoglikemji jednak nie stwierdzono.

Następnie, po dwudniowej przerwie, te same psy, po uprzednim pobraniu krwi otrzymywały takąż dawkę insuliny, poprzedzoną przez podskórną iniekcję mleka. Mleko, świeżo przygotowane, stosowano zwykle w ilości 5 cm³, co nie powodowało widocznych zaburzeń, jak np. podniesienie ciepłoty. Zresztą, mleko jałowe, wolne od jądów bakteryjnych, gorączki nie wywołuje.

Badanie krwi na cukier odbywało się w tych samych odstępach czasu, jak za pierwszym razem.

U niektórych psów po iniekcji mleka powtarzano próbę insulinową jeszcze raz po upływie kilku dni, ew. tygodnia. Innym psom wreszcie podawano mleko po raz drugi, poczem ustalano poinsulinową krzywą poziomu cukru we krwi.

Wszystkie dane liczbowe, otrzymane u poszczególnych psów, są umieszczone na załączonych tablicach. Pozatem dane, tyżące się psów NN 1, 5 i 7 jako bardziej charakterystyczne, zostały utworzone graficznie.

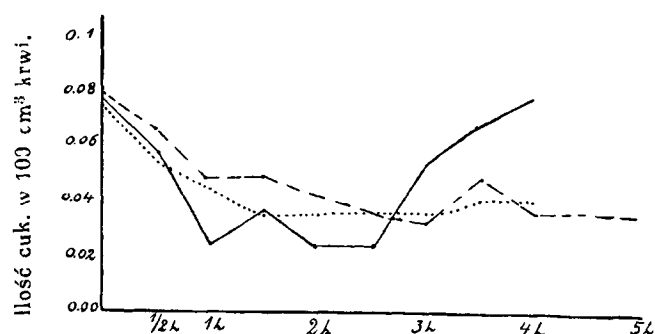
Zestawiając otrzymane krzywe poziomu cukru krwi stwierdzamy u psów normalnych po parenteralnem podaniu mleka wzmożoną w stosunku do insuliny wrażliwość. Przejawia się ona w występowaniu w tych warunkach wybitniejszej hipoglikemji wyjątkowo już w fazie początkowej, głównie zaś w okresie późniejszym, po upływie 2 — 4 godzin, a niekiedy dopiero wtedy. Naogół można powiedzieć, że podskórną wstrzyknięcie mleka opóźnia powrót poinsulinowego spadku cukru krwi do normy. Wpływ mleka na krzywą poinsulinową cukru krwi zaznacza się już nawet w razie jednoczesnego zastosowania obu czynników (psy Nr. 4 i Nr. 6). Wybitną hipoglikemję otrzymaliśmy u psa Nr. 3, podając insulinę w 4 godziny po wstrzyknięciu mleka. Powtórna próba insulinowa u tego psa po 2 dobach wykazała silniejszą hipoglikemję w okresie późniejszym. Toteż stosunkowo najczęściej wrażliwość na insulinę badaliśmy w 2 doby po parenteralnem podaniu białka. Wpływ jego wydatniał się nawet po upływie tygodnia (pies Nr. 1). Insulina, podana w 2 i 3 doby po powtórnej wstrzyknięciu mleka, również wywołuje znaczną hipoglikemję, która jednak dość szybko przechodzi w hiperglikemję (psy Nr. 5 i Nr. 7).

P O Z I O M C U K R U W E

	Przed insuli- ny	Po insuliny 0,5 g	$\frac{g}{\%}$ różn.	1 g	$\frac{g}{\%}$ różn.	1,5 g.	$\frac{g}{\%}$ różn.	2 g	$\frac{g}{\%}$ różn.	2,5 g	$\frac{g}{\%}$ różn.	3 g
Pies Nr. 1 — 22 g.												
11 jedn. insul.	0.077	0.585	24.1	0.025	67.6	0.0365	52.6	0.025	67.6	0.025	67.6	0.0545
11 jedn. ins. w 24 godz. po 5 cm ³ mleka	0.075	0.055	26.7	0.045	40.0	0.036	52.0	0.036	52.0	0.0365	51.4	0.0365
11 jedn. insul. 2 doby później	0.0785	0.0665	15.3	0.0485	38.3	0.05	36.3	0.0425	45.9	0.037	52.9	0.0335
11 jedn. insul. 4 doby później	0.0695			0.0395	43.2			0.0325	53.3			0.031
Pies Nr. 2 — 26.2 kg.												
6 jedn. insul.	0.0805	0.0805	0	0.079	1.9	0.058	28.0	0.051	36.7	0.038	52.8	0.04
6 jedn. ins. w 48 godz. po 5 cm ³ mleka	0.071	0.066	7.1	0.047	33.9	0.0375	47.2	0.027	62.0	0.0325	54.3	0.034
Pies Nr. 3 — 20 kg.												
5 jedn. podskórn ie insul. .	0.0695	0.066	5.1	0.062	10.8	0.060	13.7	0.062	10.8	0.060	13.7	0.071
5 jedn. insul. w 4 godz. po 5 cm ³ mleka	0.073	0.0565	22.7	0.0335	54.2	0.0335	54.2	0.036	50.7	0.047	35.7	0.051
5 jedn. ins. w 48 g. później .	0.066	0.0585	11.4	0.034	48.5	0.0247	62.6	0.0305	53.8	0.0305	53.8	0.034
Pies Nr. 4 — 15.6 kg.												
4 jedn. insul.	0.079	0.0695	12.1	0.0535	32.3	0.043	45.6	0.0455	42.5	0.0535	32.3	0.0545
4 jedn. ins. jednocześnie z 5 cm ³ mleka	0.085			0.0435	48.9			0.041	56.5			0.0635
Pies Nr. 5 — 16,5 kg.												
4 jedn. insul.	0.075	0.0545	27.4	0.0415	44.7	0.040	46.7	0.0455	39.4	0.0525	30.0	0.068
4 jedn. insul. w 48 godz. po 5 cm ³ mleka	0.0845	0.043	49.2	0.0365	56.9	0.0325	61.6	0.0475	43.8	0.0505	40.3	0.053
4 jedn. insul. w 5 dni po pierwszem wprowadzeniu 5 cm ³ mleka	0.077	0.0505	34.5	0.036	53.3	0.034	55.9	0.038	50.7	0.0505	34.5	0.0525
4 jedn. insul. w 3 dni po powtór nie wprow. 5 cm ³ mleka, a 12 dni po pierw- szem podaniu mleka . .	0.0825	0.0675	18.2	0.0375	54.6	0.0415	49.7	0.0345	58.2	0.0345	58.2	0.0415
Pies Nr. 6 — 15 kg. 4 jed. ins.	0.0805	0.079	1.9	0.0675	16.2	0.051	36.7	0.073	9.4	0.073	9.4	0.077
4 jedn. insul. jednocześnie z 5 cm ³ mleka	0.0805			0.073	9.4			0.060	25.5			0.067
Pies Nr. 7 — 19 kg. 4 jed. ins.												
4 jedn. insul.	0.0695	0.051	26.7	0.0415	40.3	0.036	48.3	0.038	45.4	0.047	32.4	0.049
4 jedn. insul. w 48 godz. po 8 cm ³ mleka	0.0785	0.076	4.5	0.0775	2.6	0.042	46.5	0.030	61.8	0.040	49.1	0.0455
4 jedn. insul. w 48 godz. po powtór nie wstrzyk- nięciu 8 cm ³ mleka, a w 5 dni po pierwszem poda- niu mleka	0.0695	0.067	3.6	0.0415	40.3	0.04	42.5	0.051	26.7	0.0545	21.6	0.062
4 jedn. insul. w 9 dni po powtór nie wstrzyknięciu 8 cm ³ mleka, a 12 dni po pierwszem podaniu mleka	0.070	0.0545	22.2	0.036	49.9	0.0325	53.6	0.036	49.9	0.037	47.2	0.049

K R W I (W G R. W 100 Cm³ K R W I)

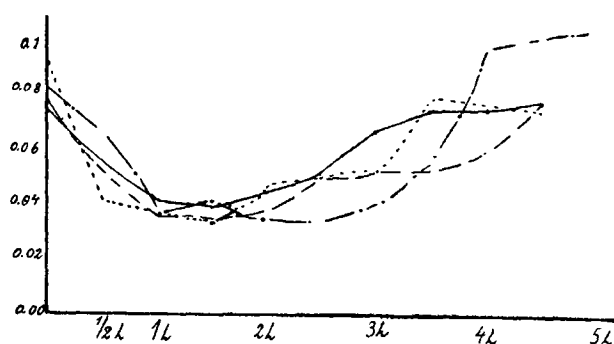
$\frac{0}{0}$ różn	3,5 g	$\frac{0}{0}$ różn.	4 g	$\frac{0}{0}$ różn.	4,5 g	$\frac{0}{0}$ różn.	5 g.	$\frac{0}{0}$ różn.	5,5 g	$\frac{0}{0}$ różn.	6 g	$\frac{0}{0}$ różn.	6,5	$\frac{0}{0}$ różn.	7 g.	$\frac{0}{0}$ różn.	8 g
29.3	0.0695	9.8	0.080	+3.0													
51.4	0.042	44.0	0.041	45.4													
57.4	0.0485	38.3	0.037	52.9													
56.9			0.0435	37.5			0.0665	4.4			0.0715	+2.8					
50.4	0.049	39.2	0.051	36.7	0.064	20.5	0.0675	16.2			0.081	-0.6					
52.2	0.040	43.7	0.043	39.5	0.051	28.2	0.0675	5.0			0.071	0					
-2.1	0.0755	+8.6	0.077	+10.7	0.079	+13.5	0.077	+10.7									
30.2	0.060	17.9															
48.5	0.034	48.5	0.0365	44.7	0.049	25.8	0.060	9.1									
31.1	0.0655	17.1	0.071	10.2	0.079	0	0.0825	+4.4									
25.3			0.077	9.5			0.077	9.5			0.075	11.8			0.0805	6.0	0.079 7.1
9.4	0.075	0	0.075	0	0.078	+4											
37.3	0.079	6.6	0.077	8.9	0.075	11.3											
31.9	0.0525	31.9	0.060	22.1	0.068	11.7											
49.7	0.056	32.2	0.0975	+18.0	0.114	+38.0											
4.4	0.0805	0															
16.8			0.0695	13.7			0.071	11.9			0.073	9.4			0.066	18.1	0.075 6.9
29.5	0.0545	21.6	0.062	10.8	0.0735	-5.0											
42.1	0.049	37.6	0.058	26.2	0.069	13.0											
10.8	0.062	10.8	0.0735	+5.0	0.075	+7.0											
30.0	0.066	14.3	0.0715	+2.1													



Tablica Nr. 1.

Pies Nr. 1 wagi 22.0 kg. 11 jedn. insuliny

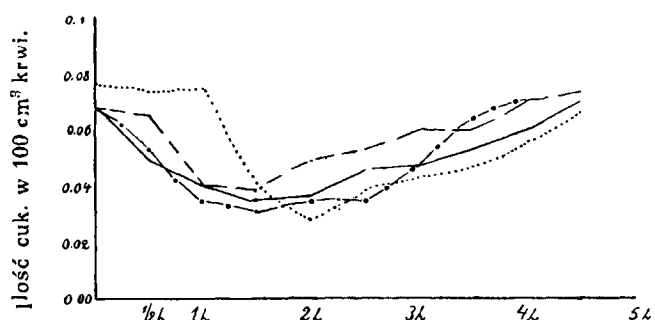
Krzywa, wykreślona grubą linią, oznacza poziom cukru we krwi po insulinie, — linią kropkowaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 24 godz. po wprowadzeniu parenteralnym mleka — linią przerywaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 72 godz. po wprowadzeniu parenteralnym mleka.



Tablica Nr. 2.

Pies Nr. 5 wagi 16.500 gr. 4 jedn. insuliny. Dawka mleka 5 cm³.

Krzywa, wykreślona grubą ciągłą linią, oznacza poziom cukru we krwi po insulinie, — linią kropkowaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 2 dni po wprowadzeniu parenteralnym mleka, — linią przerywaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 5 dni po wprowadzeniu parenteralnym mleka, — linią kropkowaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 3 dni po wprowadzeniu parenteralnym mleka, a w 12 dni po pierwszym podaniu.



Tablica Nr. 3.

Pies Nr. 7 wagi 19 kg. 4 jedn. insuliny. Dawka mleka 8 cm³.

Krzywa, wykreślona linią ciągłą, oznacza poziom cukru we krwi po insulinie, — linią kropkowaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 2 dni po parenteralnym wprowadzeniu mleka, — linią przerywaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 2 dni po powtórnej wprowadzeniu mleka, a w 5 dni od pierwszego podania mleka — linią przerywaną — kropkowaną: krzywą poinsulinową cukru we krwi w 9 dni po powtórnej wprowadzeniu parenteralnym mleka, a w 12 dni po pierwszym zastrzyknięciu mleka.

Na podstawie danych powyższych dochodzi się do wniosku, że pod wpływem bodźców w postaci mleka, podanego parenteralnie, następuje prze-

strojenie ustroju, w rezultacie czego wrażliwość psów normalnych na insulinę naogół się wzmacnia. Przejawem takiej wzmożonej wrażliwości jest spadek poziomu cukru we krwi psów normalnych, bądź większy, bądź też dłuższy, niż wywołany u tychże psów przez samą insulinę. Hipoglikemia poinsulinowa po powtórnej wprowadzeniu mleka przechodzi natomiast w hiperglikemię, co do pewnego stopnia tłumaczyłoby nam pogorszenie, obserwowane w przebiegu cukrzycy ludzkiej w następstwie zastosowania proteinoterapii.

PIŚMIENNICTWO.

1. J. Bauer: Innere Sekretion 1927, str. 426.
2. Singer: W. Kl. Wschr. 1926, str. 28 i Kl. Wschr. 1926, str. 1302.
3. Szczeklik: P. G. L. 1928, Nr. 6.
4. Venulet: Ped. Pol. 1922, T. 2.
5. Mac - Leod. Monogr. o cukrzycy.

Z Kliniki chorób gardła, nosa i uszu Uniw. Warsz.

(Dyrektor: prof. Dr. F. E r b r i c h).

Koagulacja prądem o wysokiej częstotliwości (t. zw. djatarmokoagulacja) w chorobach gardła, nosa i uszu na podstawie materiału Kliniki Warszawskiej *).

Podał

Dr. med. Jan SREBRNY, st. asyst. Kliniki (Warszawa).

Wśród metod leczniczych, stosowanych dzisiaj w chorobach gardła, nosa i uszu, zajmuje djatarmia, zarówno przez prostotę swego stosowania, jak i po myślnie wyniki, coraz wybitniejsze miejsce.

Djatarmia czyli termopenetracja nazywamy sposób leczenia prądem zmiennym o wysokiej częstotliwości, przepływającym przez ustrój i wywołującym w jego tkankach podniesienie ciepłoty. Jeżeli za pośrednictwem aparatu djatarmicznego, t. j. aparatu, który zwykły prąd zmienny, dostarcza do celów oświetleniowych i technicznych, przetwarzając na prąd wysokoczęstotliwy, przepuścimy ów prąd o wysokiej częstotliwości przez ustrój, wystąpi wówczas w tkankach, przez które prąd przechodzi, zjawisko, znane pod nazwą ciepła Joule'a, a polegające na zwiększeniu się ciepła przewodnika, przez który przechodzi prąd elektryczny. Zjawisko to jest pierwotnym efektem działania djatarmji na ustrój.

Ciepło, wzniecone w tkankach przez prąd djatarmiczny, różni się zasadniczo od wszelkich innych metod dostarczania ciepła do ustroju. Gdy bowiem inne metody ogrzewania działając na powierzchnię skóry lub błon śluzowych, wywołują ogrzanie, przenikające wgłąb stopniowo i to w coraz słabszym natężeniu w związku ze złem przewodnictwem tkanek, djatarmia wytwarza ciepło jednocześnie w całej masie tkanki, we wszystkich jej warstwach. Dalszą swoistą cechą djatarmji jest to, że działanie jej możemy ograniczać do pewnych terytoriów tkankowych, wpływać więc na lokalizowanie działania cieplnego. Możemy także, przez dobór odpowiedniej wielkości elektrod, wywoływać wzmożenie działania cieplnego w zakresie mniejszej elektrody i osłabienie w zakresie większej.

Jeżeli będziemy przepuszczali poprzez tkankę (np. bryłkę mięsa) prąd wysokiej częstotliwości

*) Zgłoszone na XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

o określonym natężeniu przez określoną ilość czasu, przekonamy się, że otrzymane zjawisko nagrzewania zmienia się w zależności od tego, czy używamy elektrod o równych wymiarach — małych lub dużych, czy też nierównych. Rozpatrzmy trzy możliwe przypadki.

1. Przepuszczamy prąd djaterymiczny przez tkankę za pośrednictwem elektrod w kształcie dwóch dużych, jednakowej wielkości płyt metalowych. Wówczas przepływ energii elektrycznej odbywa się od jednej elektrody do drugiej w masie tkanki, objętej powierzchniami elektrod. Tkanki te, stawiając opór w tym zamkniętym obwodzie elektrycznym, rozgrzewają się. Oto jest pierwotny efekt djaterymiczny.

2. Jeżeli teraz nie zmieniając innych warunków, zmienimy elektrody na dwa ostrza metalowe, wówczas gęstość elektryczności, która jest odwrotnie proporcjonalna do pola przekroju elektrody, stanie się przy ostrzach elektrod tak znaczna, iż wywoła taką zwyżkę temperatury, że przy prądzie o tych samych elementach, co poprzednio, występuje koagulowanie się tkanki w miejscu jej zetknięcia z elektrodami. Ta postać nosi nazwę djaterymokoagulacji dwubiegunowej.

3. Wreszcie użyjemy elektrod różnej wielkości. Jeżeli różnica w wielkości ich pola przekroju będzie bardzo znaczna, gdy np. jedna elektroda jest płytą o powierzchni kilkudziesięciu cm^2 , druga zaś — cienkim ostrzem, różnica gęstości elektryczności w miejscu zetknięcia się elektrod z tkanką będzie tak znaczna, że, podczas gdy elektroda płytowa wywoła jedynie niewielkie ogrzanie, elektroda cienka zacznie koagulować. Oto jest typ djaterymokoagulacji jednobiegunowej. Ta postać zabiegu jest najszerszej stosowana, i ona też była używana w naszych przypadkach.

Tak więc z dwóch elektrod jedna jest nieczynna w sensie koagulacji, druga zaś czynna, i tę ostatnią nazywamy też elektrodą operacyjną. Rozmaitość elektrod operacyjnych jest bardzo duża, w praktyce jednak sprowadzają się wszystkie one do niewielu typów zasadniczych. Są to mianowicie: 1. Elektrody szpilkowe, o powierzchni przekroju równej cieńszej lub grubszej igły. Ich zdolność koagulacyjna jest bardzo wysoka dzięki właśnie małemu polu przekroju. 2. Elektrody z cienkiego drutu, zakończone kulisto. Ich niezmiernie małe pole zetknięcia się z tkanką pozwala dobrze obserwować pierwsze objawy koagulacji. 3. Elektrody, zakończone płaską tarczką w kształcie nożyka o powierzchni od jednego do kilku milimetrów, o tępych brzegach. 4. Elektrody w postaci noża, służące do rozcinania tkanek, których ostry koniec może być użyty również jako elektroda szpilkowa. 5. Pętla djaterymiczna. Wszystkie elektrody, rzecz jasna, oprawione są w trzymadła z materiału izolacyjnego, które w pewnych przypadkach, jeżeli idzie o operowanie w jamach, muszą być cienkie i długie.

Kwestją, która się nasuwa, gdy mamy przystąpić do wykonania koagulacji, jest pytanie, jak dawkować siłę prądu, by osiągnąć najlepszy wynik zabiegu.

Zaczynamy zawsze od niskiego natężenia, wzmagając siłę prądu bardzo powoli i stopniowo, obserwując tkankę, do której przytknięta jest elek-

troda. W momencie, gdy tkanka pod elektrodą bieleje, co jest oznaką ścinania się białka — koagulacja doszła do skutku, czyli cel nasz został osiągnięty. Im większa, oczywiście, jest powierzchnia elektrody, tem większa musi być siła prądu do wywołania tego samego efektu, co przy elektrodzie małej. Tak więc w djaterymji chirurgicznej nie dążymy nigdy do jakiegś zgóry zamierzonej siły prądu, którą wskaże amperomierz aparatu djaterymicznego, lecz w jej regulowaniu kierujemy się wyłącznie bezpośrednim, widomym skutkiem koagulacji.

Wielkość elektrody stanowi również o głębokości przenikania koagulacji: im większa jest jej powierzchnia, tem głębsze przenikanie.

Ustalenie siły prądu przez obserwację wystąpienia efektu koagulacyjnego nie zawsze jest łatwe, gdyż w bardzo wąskich przestrzeniach widzenie pola operacyjnego może być niedostateczne. Wówczas okazuje nam pomoc obserwacja amperomierza: skoagulowana tkanka przedstawia o wiele znaczniejszy opór dla prądu elektrycznego niż tkanka normalna. W chwili więc wystąpienia koagulacji natężenie prądu spada, co uwiadcza się w cofaniu wskazówki amperomierza.

Prąd więc, którym się posługujemy w djaterymji chirurgicznej, musi być tak silny, by doprowadził do ścięcia się tkanki, nigdy jednak nie powinien wzrastać tak, by doprowadzać do jej zwęglania. Pociąga to za sobą objawy bardzo niepożądane. Przedewszystkiem zwęglona tkanka tak przywiera do elektrody, że przy jej wyciąganiu wyrwywa się części strupa, wskutek czego może powstać krwawienie, podczas gdy jedną z naczynnych zalet prawidłowo przeprowadzonego zabiegu djaterymokoagulacyjnego jest jego bezkrwawość, jako rezultat sprzyjania krzepnięciu krwi przez prądy djaterymiczne. Z drugiej zaś strony zwęglona tkanka stwarza warunki tak złego przewodnictwa, że powoduje iskrzenie, zakłócając przez to prawidłowy rytm drganiowy i zmieniając zasadniczo charakter prądu.

Jakie zmiany następcze obserwujemy w tkance skoagulowanej? W ciągu najbliższych dni po zabiegu okolica skoagulowana pokrywa się strupem o regularnych kształtach i dość gładkiej powierzchni. Strupa tego nigdy nie należy usiłować oderwać, odpada on samoistnie po 6—8 dniach, jeżeli zabieg dotyczył błony śluzowej. Przy zabiegach na skórze okres odpadania strupa jest mniej — więcej dwa razy dłuższy.

Oddzielenie się strupa następuje z reguły bez krwawienia, jednakże pewność co do tego możemy mieć tylko wówczas, gdy okolica skoagulowana nie zawiera większych naczyń. Otoczenie strupa nie wykazuje nie tylko odczynu zapalnego, lecz wogóle tkanki sąsiednie nie przedstawiają żadnych zmian makroskopowych: zarówno ich barwa, jak i spistość pozostają bez zmiany.

Po odpadnięciu strupa pozostaje blizna, przeważnie płaska i elastyczna i przytem wybitnie mało ściągnięta. Ten charakter blizny pokoagulacyjnej wyłomaczyć przypuszczalnie można owym brakiem skłonności do wytwarzania zrostów, jaki cechuje djaterymokoagulację. Możemy przecież koagulować prądem djaterymicznym wśród dwóch bliskich, a nawet stykających się ze sobą po-

wierzchni śluzówkowych bez obawy powstania zrostów.

Co się tyczy powikłań, występujących po djatermokoagulacji, to liczyć się należy z krwawieniem w okresie oddzielania się strupa, lecz zdarza się to jedynie niemal w tych przypadkach, gdzie okolica, poddana zabiegowi, obfituje w naczynia dużego kalibru. I w tych warunkach, zresztą, jest to powikłanie stosunkowo bardzo rzadkie. W każdym razie jednak w przypadku koagulowania okolicy, zawierającej większe naczynia, należy uważać za wskazane podwiązanie głównego pnia zaopatrującego.

Zanim przejdziemy do przeglądu naszych przypadków, musimy podkreślić z naciskiem, że pod żadnym pozorem djatermokoagulacja nie zastępuje chirurgii w chorobach gardła, nosa i uszu. Przeciwnie, wskazana jest ona w przypadkach ściśle określonych, tych, w których postępowanie chirurgiczne zawodzi lub nie daje się zastosować. Z tych też względów nie stosowaliśmy wcale djatermokoagulacji wtedy, kiedy całkowity sukces daje się osiągnąć metodami zwykłymi.

Za wskazanie do djatermokoagulacji uważaliśmy te stany, w których: 1. operowanie grozi ciężkim krwawieniem; 2. wobec których jeżeli idzie o interwencję czynną, byliśmy dotąd mniej lub więcej bezsilni, a więc blizny, których krwawe wycięcie prowadzi zwykle do powstania nowych blizn, często bardziej jeszcze zniekształcających; 3. w których chodzi o zniszczenie ogniska chorobowego, bez uszkodzenia tkanek otaczających; 4. pewne postacie gruźlicy.

Przechodząc obecnie do przeglądu spraw chorobowych, które poddane były w naszej Klinice djatermokoagulacji, podamy typy cierpień, któreśmy spostrzegali, technikę postępowania i wnioski, do jakich doszliśmy na podstawie obserwacji wyników.

Grupa 1. Naczyniaki: a) nosa — przegrody, przedsionka; b) podniebienia miękkiego; c) obwodu krtani i gardzieli dolnej; d) małżowiny usznej.

W djatermokoagulacji naczynek posiłkujemy się z reguły elektrodą szpilkową. Po osiągnięciu koagulującej siły prądu wkłuwamy igłę na głębokość 2—3 mm., koagulując w ciągu 2 do 5 sek. W przypadkach guzów małych zabieg taki jest całkowicie wystarczający. W przypadkach guzów większych wkłuwamy igłę w dwa lub więcej miejsc, ewentualnie powtarzamy zabieg po odpadnięciu strupa.

Osiągnięte wyniki, zwłaszcza, że w kazuistyce naszej mamy dwa naczyniaki dużych rozmiarów: jeden obwodu krtani, a drugi małżowiny usznej*), każą nam uważać djatermokoagulację za metodę wyboru w leczeniu guzów naczyniastych.

Grupa 2. I. Blizny, zwężające lub zamykające światło dróg oddechowych i pokarmowych, bez względu na ich pochodzenie: a) zarośnięcie i zwężenie nozdrzy przednich; b) blizny małżowinowo-przegrodowe; c) zarośnięcie i zwężenie nozdrzy tylnych; d) zrosty podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli; e) przepony językowo-gardzielo-

we; f) przepony międzysrunowe i podstrunowe oraz przepony tchawicy; g) zwężenie i zarośnięcie przełyku.

Leczenie zarośnięcia nozdrzy przednich djatermokoagulacją w wynikach swoich zależne jest ściśle od charakteru sprawy zarostowej. W zarośnięciu wrodzonym, kiedy mamy do czynienia ze skórną przeponą, lub w czystych sprawach bliznowych—wyniki są niezawodne.

Posiłkujemy się z reguły elektrodą kulkową, jedynie w przypadku grubej blizny używamy elektrody, ostro zakończonej, do zrobienia otworu. Jednorazowy zabieg jest zawsze niemal wystarczający.

Inaczej sprawa się przedstawia, gdy mamy doczynienia z czynną sprawą o charakterze przewlekłym zapalnym, częściowo tylko zbliznowaciałą. Wyniki koagulacji są w tych razach niepewne, i często dochodzi do nawrotu, zmuszającego do ponownego zabiegu, który również może nie być ostateczny. Jednakże z dostępnych nam metod wybieramy djatermokoagulację, jako dającą nam największe szanse miejscowego zniszczenia procesu swoistego w sposób najmniej urazowy. Jednocześnie prowadzimy, oczywiście, leczenie ogólne, gdzie, jeżeli idzie o twardziel, naświetlanie promieniami Roentgena ma pierwszorzędne znaczenie w sensie przyspieszania bliznowacenia nacieków, już istniejących, oraz niszczenia w zarodku nowych.

Blizny małżowinowo-przegrodowe natury pooperacyjnej i pourazowej stanowią teren nadwyczaj podatny dla koagulacji i dają się zniszczyć jednorazowym zabiegiem. Posiłkując się izolacyjnym wziernikiem nosowym, przecinamy zrosty elektrodą w kształcie wąskiego nożyka.

Zarośnięcia nozdrzy tylnych, o ile nie są wywołane przewlekłym procesem zapalnym bliznowaciejącym, a więc przede wszystkim twardziela, poddają się djatermokoagulacji bez zastrzeżeń, przyczem wykonywać ją najlepiej elektrodą kulkową. Zarośnięcia, wzgl. zwężenia natury twardzielowej, które stanowią dość dużą grupę naszej kazuistyki, odznaczają się, obok trudności w wykonaniu samego zabiegu, również i skłonnością do nawrotów, często bardzo uporczywych.

Nawarstwienia bliznowato-naciekowe twardzieli w tylnych częściach jamy nosa zajmują zarówno dno jamy, jak również układają się koncentrycznie dookoła nozdrzy tylnych. W związku z tem powstaje więc rodzaj lejka o grubych ścianach, najgrubszych w częściach najbardziej tylnych. Koagulację tego rodzaju mas prowadzimy elektrodą szpilkową, wkłuwając ją w kilku punktach, tworzących obwód koła, odpowiednio do znajdujących się w tyle choany, co przy całkowitem jej zarośnięciu i znacznym zniekształceniu wnętrza nosa przedstawia dość znaczne trudności.

Co się tyczy zrostów podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli, to analogicznie do spraw, omówionych wyżej, dają one jaknajlepsze rokowanie w sprawach czysto bliznowych, a niepewne (w sensie nawrotu) w sprawach zapalnych przewlekłych niewygaśniętych. Do koagulacji, którą przeważnie musimy wykonywać dwu-, a nawet, w przypadku zrostu bardzo mocnego i rozległego, i tymczasowo, najlepiej nadaje się elektroda

*) Ogłoszone w Polsk. Przegl. Oto-Lar.

w kształcie wąskiego, ostro zakończonego nożyka, którą robimy w miejscu zrostu kilka podłużnych otworów. Otwory te potem łączymy ze sobą, koagulując mostki pomiędzy nimi.

Blizny, tworzące przepony językowo-gardzielowe, poddawaliśmy djatermokoagulacji z wybitnym powodzeniem. Wykonywaliśmy zabieg przy pomocy dyrektoskopu elektrodą szpilkową na długiej, cienkiej rączce. Wkłuwaliśmy elektrodę w kilka miejsc dokoła brzegu blizny, w odległości 3 do 4 milim. od brzegu, koagulując w każdym punkcie przez 4 do 5 sekund. Blizny dużych rozmiarów poddawaliśmy tego rodzaju zabiegowi parokrotnie, niszcząc je stopniowo. Nswroty nie występowały. Szczególnie interesujący i przemawiający za djatermokoagulacją, jako metodą najbardziej celową, był przypadek rozległej blizny pointoksykacyjnej z ciężkimi objawami ze strony narządu oddechowego i pokarmowego. W przypadku tym, po chirurgicznej rezekcji blizny wystąpił nawrót prawie że w poprzednich rozmiarach; zabieg koagulacyjny natomiast dał w czterech seansach zupełne i trwałe zniszczenie blizny*).

Równie pomyślne wyniki osiągnęliśmy w przypadkach blizn podstrunowych i blizn tchawicy, jak również i w dwóch przypadkach blizny między-

*) Ogłoszone w „Medycynie”.

strunowej potwardzielowej, zajmującej przedni odcinęk głośni. Uważamy za wskazane podkreślić, że w tych ostatnich zabiegach nie spostrzegaliśmy żadnych zaburzeń w oddychaniu, a więc, że odczyn miejscowy tkanek na zabieg djatermokoagulacyjny jest zupełnie nikły.

Przechodząc do sprawy zwężeń i zarośnień przełyku, musimy odrazu podkreślić, że zbliżowania miękkiej rury, jaką jest przełyk, prowadzą do tak znacznych i nie dających się przewidzieć zniekształceń, że koagulacja staje się w tych warunkach zabiegiem bardzo ryzykownym, który łatwo doprowadzić może do przedziurawienia ściany przełyku i wytworzenia fałszywej drogi z jej wszystkimi następstwami. O możliwości skoagulowania blizny przełyku może być raczej mowa wówczas, gdy, przy istniejącej gastrostomii, możemy wykonać ezofagoskopję wsteczną i, posługując się przy pomocy drugiego ezofagoskopisty jednocześnie dwoma ezofagoskopami, jednym wprowadzonym przez usta, a drugim przez żołądek, uchwycić bliznę pomiędzy światło rur obu przyrządów. Tego rodzaju przypadek, zakończony całkowitem powodzeniem w ciągu jednego seansu djatermokoagulacyjnego obserwowaliśmy w naszej Klinice**).

(Dok. nast.)

**) Ogłoszone w Annales d'Oto-Lar

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Krótkie fale w medycynie.

Podał

Szymon HOPENSZTADT (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 49).

Leczenie krótkimi falami stosujemy w ostrych stanach na początku codziennie, później co 2 dni, przy czym naświetlamy od 15 — 30 minut. Już sam chory zwraca uwagę na znaczne zmniejszenie się, nawet na zupełne ustąpienie bólu. Czasem ulga ta trwa tylko kilka godzin, ale przy dalszym leczeniu bóle ustępują szybko. Nie wiadomo jeszcze, czem należy objaśnić to wyraźne przeciwbólowe działanie terapii krótkofalowej. Nie jest ono zależne od siły ciepła, odczuwanego przez chorego (S a i d m a n), co wskazuje na specyficzne, nie związane z ciepłem działanie krótkich fal. Nawet w tak bolesnej chorobie, jak *arthritus gonoc.*, terapia krótkofalowa przynosi znaczną ulgę, nie dającą się osiągnąć innymi metodami.

Terapia ta jest zupełnie bezpieczna. Nigdy nie stwierdzono przy uważnym obchodzeniu się z aparatem żadnego uszkodzenia. Różni się ona tem od djatermji, która przy nieostrożnem zastosowaniu daje bolesne, trudno gojące się oparzenia. W terapii krótkofalowej nie mamy zresztą bezpośredniego przykładania elektrod do ciała, jak w djatermji; przeciwnie, między elektrodą a ciałem powinna się znajdować warstwa izolująca (powietrze, filc, guma i t. d.). Chory odczuwa przyjemne ciepło, słabsze, aniżeli w djatermji. Objawiamy to tem, że, jak wyżej mówiliśmy, w djatermji głównie rozgrzewa się skóra i tkanka podskórna, gdy w terapii

krótkofalowej mamy równomierne działanie na wszystkie tkanki. Niektórzy autorzy nawet, jak L i e b e s n y i S t i e b ö c k w Austrii, S a i d m a n i C a h e n w Francji, naświetlają tak słabymi dawkami, że chory nie odczuwa wcale ciepła. Twierdzą oni, że w terapii krótkofalowej nie chodzi o działanie ciepła; ważniejsze jest specyficzne działanie energii elektrycznej, wywołujące w każdej komórce pewne procesy biologiczne i fizyko-chemiczne, niezależne od ciepła.

Jedną z pierwszych dziedzin, w których zaczęto stosować, głównie w Niemczech, terapię krótkofalową, były czyraki i karbunkuly. Już podczas naświetlania znika ból; jeżeli sprawa jest świeża, to już zwykle na drugi dzień czyrak znika zupełnie; jeżeli zaś trwa od kilku dni, to szybko następuje zropienie, czyrak pęka i goi się samorzutnie, nie dając blizny, co przy umiejscowieniu na twarzy ma duże znaczenie kosmetyczne. Przeciętny czas wyleczenia trwa około 4 dni. Szczególnie nadaje się terapia krótkofalowa w czyraczności, gdyż, dzięki swemu działaniu bakterjobjęzemu, nie dopuszcza do powstawania nowych ognisk. Czyrak goi się, wprawdzie, samoistnie, ale bezbolesność i szybkość, z jaką sprawa ustępuje, przemawia za leczniczem działaniem fal krótkich.

Leczenie karbunkułu trwa dłużej, w zależności od rozmiaru sprawy, zwykle około 7 dni. Szczególnie wskazana jest terapia krótkofalowa w karbunkulach na tle cukrzycy.

S c h l i e p h a k e podaje przypadek karbunkułu u lekarza, powstałego po skaleczeniu się przy sekcji. Trwał on już 3 tygodnie i pogarszał się, nie bacząc

na dwukrotne nacięcia. Dopiero po terapii krótkofalowej w ciągu ośmiu dni nastąpiło wyleczenie. L i e b e s n y demonstrował na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu przypadek bardzo ciężkiego i uporczywego karbunkułu u chorego na cukrzycę, wyleczonego dopiero krótkimi falami.

Także tak uporczywe schorzenie, jak ropienie gruczołów potowych (*hydroadenitis*), lecz się skutecznie krótkimi falami. Zwykle wystarcza 5 — 10 naświetlań, ażeby przyczynić się do całkowitego wyleczenia. Wiadomo, jak często bezskuteczne są w tej sprawie proteinoterapia lub autoszczepionka, i jak przykre są dla chorego kilkakrotnie czasem powtarzane nacięcia.

Bardzo dobre wyniki otrzymano także w zastrzałach i ropniach. W świeżych przypadkach terapia krótkofalowa wywołuje cofnięcie się sprawy; w bardziej posuniętych mniej bolesne i szybsze zropienie, przygotowując o wiele prędzej chorego do koniecznego często zabiegu chirurgicznego.

W sprawach wyżej wymienionych terapia krótkofalowa ma charakter pomocniczy; wskazana więc jest w tych przypadkach współpraca chirurga z fizjoterapeutą, aby tą drogą dać możliwość choremu uniknięcia niepotrzebnego dlań, a często nawet przez chirurga niechętnie dokonywanego zabiegu (*hydroadenitis*), zwłaszcza gdy zawodzą inne sposoby leczenia, (proteinoterapia, autoszczepionka).

S c h l i e p h a k e, który pierwszy wprowadził terapię krótkofalową w sprawach ropnych, ma około 1000 przypadków, leczonych w ten sposób z bardzo dobrym wynikiem. Autor ten gorąco również zaleca krótkie fale w leczeniu ropnego schorzenia szpiku kostnego.

W jednym przypadku osiągnął wyzdrowienie wówczas, gdy 15-krotnie powtarzany zabieg nie mógł doprowadzić do tego.

Bardzo dobre wyniki otrzymywano także w ciężkich odmrożeniach (P f l o m m, L i e b e s n y). S t i e b ö k uważa za błąd w sztuce lekarskiej niezastosowanie terapii krótkofalowej w *endoarteriitis obliterans* i martwicy na tem tle. Także S c h l e s i n g e r widział na oddziale swym bardzo dobre wyniki w sprawach powyższych i wskazuje na przewagę tej metody nad innemi.

W zakresie chorób wewnętrznych S c h l i e p h a k e zaczął stosować krótkie fale w leczeniu ropni płuc i opłucny. W W. Kl. Wch. 41/33 podaje on, że na dzień się przypadków ropnia płuc, leczonych w szpitalu Charité w Berlinie, nie miał ani jednego z wynikiem ujemnym. Ropnie były różnorodnego pochodzenia; w trzech przypadkach była poza tem zgorzel płuc.

Przebieg leczenia mniej więcej był jednakowy. Po 4 — 5 naświetlaniach — spadek temperatury i poprawa stanu ogólnego. Płwocina ropna przechodzi stopniowo w śluzową. W przypadkach *gangraena pulmonum* przykry zapach ustępował podczas pierwszych 5 — 6 naświetlań. Obiektywnie — miejscowo stopniowa poprawa. To samo w obrazie rentgenowskim. Początkowo ustępuje naciek w okolicy ropnia, później stopniowo zmniejszenie grubości ściany ropnia, którego cień staje się coraz bardziej jasny, aż w miejscu ropnia widoczne są tylko pasmowate nacieki lub zrosty międzypłatowe.

S c h l i e p h a k e cytuje następujący przypadek interesujący.

U jedenastoletniej dziewczynki, skierowanej do terapii krótkofalowej przez prof. I b r a h i m a,

stwierdzono otorbiony międzypłatowy ropień opłucny po grypie. Nakłucie wykazało gęstą ropę z dużą ilością pneumokoków. Z powodu położenia ropnia i ciężkiego stanu ogólnego chirurg nie chciał się podjąć operacji.

Po 4 — 5 dniach leczenia krótkimi falami zupełny spadek temperatury u dziecka, które gorączkowało 2 miesiące. Znaczna poprawa subiektywna; miejscowo i rentgenologicznie — stopniowa poprawa. Po 4-ch tygodniach leczenia — dziecko zupełnie zdrowe.

Podobny był przebieg u 30-letniej kobiety z ropniem opłucny, sięgającym do połowy łopatki. Stan ogólny — ciężki. Po 3-ch dniach naświetlania — spadek temperatury. Stopniowa poprawa subiektywna i obiektywna. Po miesiącu chora wypisana, jako zupełnie zdrowa.

Podobnie widywano dobre wyniki w zapaleniu płuc o przebiegu przewlekłym.

L i e b e s n y demonstrował na posiedzeniu Towarzystwa Internistów w Wiedniu przypadek zapalenia wysiękowego opłucny na tle gruźlicy u 59-letniego kupca, u którego w ciągu roku przed leczeniem krótkofalowym dokonano 7 nakłuć, przyczem wydobyto 8 i pół litra wysięku. Terapia krótkofalowa od października 1931 r. do lutego 1932 r. Po niej znaczna poprawa, przybytek wagi 12 kg.

Inni autorzy podają również dobre wyniki w przypadkach zapalenia wysiękowego opłucny.

Dobrze mają działać fale krótkie w schorzeniach stawowych, zwłaszcza w odosobnionych schorzeniach stawowych, pozostałych po *polyarthriti reumat. acuta*.

W zniekształcającem zapaleniu stawów następuje tak znaczna poprawa subiektywna, że chory może wrócić do pracy zawodowej. Tak znacznej poprawy subiektywnej nie można osiągnąć żadną inną metodą.

Autorzy francuscy (D a u s s e t, R a v a u t, C e c a l d i) gorąco zalecają terapię krótkofalową w *coxitis chronica*, gdzie po 15 — 20 naświetlaniach ma następować, nawet w uporczywych przypadkach, długo utrzymująca się poprawa.

Bardzo dobre wyniki otrzymywano także w nerwobólach. Tutaj ujawnia się wyraźnie analgetyczne działanie krótkich fal, tak, że już po pierwszych naświetlaniach następuje znaczna ulga. S a i d m a n i S t u h l zalecają w tych sprawach słabe naświetlania.

Szczególnie zachęcające są wyniki, otrzymywane w niektórych, opornych na inne sposoby leczenia, przypadkach rwy kulszowej. I tu już po pierwszym naświetlaniu — ustąpienie bólu na kilka godzin.

G r o a g miał widzieć jakoby dobre wyniki w anginach o ciężkim przebiegu klinicznym. Wiadomo jednak, że angina, nawet o przebiegu burzliwym, często ustępuje po 2 — 3 dniach. Autor ten opisuje 2 przypadki *lymphadenitis postanginosa* z temp. 40,2, 38,5, gdzie zaraz po pierwszym naświetlaniu otrzymał spadek temperatury i ustąpienie bólu, a po kilku dniach cofnięcie się gruczołów do normy.

W laryngologii — dobre wyniki otrzymywano w chronicznych ropieniach zatoki czołowej i szczękowej. Nawet przez kilka lat trwająca sprawa, leczona przeplukiwaniami, ustępuje po naświetlaniach. Ropna, cuchnąca wydzielina stopniowo przechodzi w śluzową, ilość jej znacznie się zmniejsza, tak przykre w schorzeniach tych dolegliwości znikają.

Naturalnie, *restitutio ad integrum* nie następuje, gdyż błona śluzowa zatok traci zdolność do regeneracji.

S c h l i e p h a k e podaje przypadek obustron-

nego ropienia zatok czołowych, u 60-letniego profesora, który musiał dziennie zużywać 12 chustek z powodu bardzo obfitej cuchnącej ropnej wydzieliny; po kilku naświetlaniach znacznie zmniejszyła się ilość wydzieliny, która przeszła w śluzową. Po 6-ciu tygodniach chory czuje się zupełnie dobrze.

Ostry i przewlekły nieżyt krtani reaguje dobrze na terapię krótkofalową.

W stomatologii — bardzo dobre wyniki opisywano w paradentozach.

Schliephake stosował terapię krótkofalową w wypryskach różnego rodzaju i otrzymywał bardzo dobre wyniki. Nawet uporczywe, trwające od kilku lat wypryski ustępowały po kilku tygodniach naświetlania; w cięższych przypadkach wystarcza po kilka naświetlań.

Autor otrzymywał dobre wyniki w *acne vulgaris*.

Liczba przypadków, podanych przez Schliephake jest jednak zbyt mała, ażeby wydać ostateczny sąd o działaniu krótkich fal w sprawach powyższych.

Grafz kliniki dermatologicznej w Lipsku chwali bardzo działanie terapii krótkofalowej w *arthritis gonc.* Szczególnie ważna i znamienna jest znaczna subiektywna poprawa, zaznaczająca się już podczas pierwszych naświetlań, a prowadząca w krótkim czasie do zupełnego ustąpienia bólu. Jednocześnie ustępuje obrzęk zapalny; rentgenologicznie powrót do normy. W przypadkach, obserwowanych przez autora, terapia krótkofalowa dała kompletne wyleczenie bez ograniczenia ruchów w stawie w czasie krótszym, aniżeli przy dotychczasowym leczeniu.

Inni autorzy (Pflomm, Schlesinger, Schliephake) podają także bardzo dobre wyniki.

Bardzo skuteczna jest terapia krótkofalowa w zapaleniu przyądrza, gdzie sprawa ustępuje zwykle po kilku naświetlaniach.

W dziedzinie chorób układu nerwowego zaczęto posługiwać się wysoką temperaturą, wywołaną krótkimi falami, w leczeniu porażenia postępującego.

Pierwsi zaczęli to stosować Amerykanie (Curlvan, Pope, Neuman) następnie Francuzi (Halphen, Auclair, Saidman, Bordier). Halphen i Auclair używali głównie fali 25 mtr., dochodząc po trzech kwadransach naświetlania do temp. 40°. Utrzymywali tę temperaturę przez 2 — 3 godziny zapomocą słabego naświetlania przez krótki jeszcze czas, nakrycia chorego kocami, przeniesienia go do mocno ogrzanego łóżka. Przez osuszanie prądem gorącego powietrza (do 60°) usuwali poty u chorych. Autorzy otrzymywali znaczną poprawę stanu psychicznego, tak, że pewna część chorych wracała nawet do zajęć zawodowych.

Francuzi zaczęli także stosować metodę leczenia sztucznie wywołaną gorączką (elektropyreksja) i w innych schorzeniach. Otrzymywali podobno poprawę przykurczów w porażeniu połowiczem już po kilku naświetlaniach.

Także w leczeniu *poliomyelitis* otrzymywali dobre wyniki.

Maignot chwali działanie elektropyreksji w chorobie Parkinsona, gdzie stwierdzał znaczną poprawę przykurczu oraz drżenia.

Auclair otrzymywał tą drogą bardzo dobre wyniki w nadciśnieniu oraz w sprawach gośćcowych. W dychawicy oskrzelowej po kilku seansach elektropyreksji ustępują zupełnie napady.

Na ten nowy sposób leczenia, reaguje dobrze, także migrena.

Elektropyreksja powinna być zasadniczo stosowana w warunkach szpitalnych. Zresztą wyniki tej metody należałoby jeszcze sprawdzić, aby można było ustalić ostateczne dla niej wskazania.

W schorzeniach ginekologicznych — Raab otrzymywał bardzo dobre wyniki w ostrych i przewlekłych zapaleniach przydatków oraz przymacicza. W ostrych przypadkach następował po kilku naświetlaniach spadek temp. i ustąpienie bólu. Wynik ten jest zbyt rewelacyjny i wymaga dalszej obserwacji na większym materiale.

W przewlekłych przypadkach dobrze reagują schorzenia przydatków, gdzie bóle są bardziej zależne od stanu zapalnego, aniżeli od zrostów. Ma to miejsce szczególnie w zapaleniu rzeżączkowym przydatków. Następuje znaczna poprawa, nie dająca się osiągnąć żadną inną metodą (djatermja). Obiektywnie — poprawa następuje o wiele później. Jest to zrozumiałe, gdyż mamy tu do czynienia z głębokimi zmianami zapalnymi. Zwykle stosuje się serię z 20 — 30 naświetlań. Nigdy nie stwierdzono żadnego szkodliwego wpływu na jajniki.

Döderlein, obserwując działanie terapii krótkofalowej na swym oddziale w szpitalu Charité, potwierdza jej dodatnie wyniki, podnosząc szybsze, aniżeli przy dotychczasowym leczeniu (djatermja), ustępowanie bólu.

Także w przypadkach, gdy nam chodzi o głębsze przegrzanie jak *appendicitis chronica, periduodenitis*, w marskości wątroby, terapia krótkofalowa ma przewagę, dzięki głębokości swego działania, nad djatermją.

Ma to miejsce także u osób otyłych, gdzie w djatermji wytwarza się głównie ciepło w tkance tłuszczowej, a nie przenika wewnątrz.

Tak w krótkim zarysie przedstawia się sprawa krótkich fal w medycynie. Osiągnięto tą nową metodą jakoby dobre wyniki w wielu schorzeniach. Jak w każdej nowej metodzie, powstaje i tu odwieczne pytanie, czy *propter hoc*, czy *post hoc*.

Nie jest to niewątpliwie środek uniwersalny, nie jest to również w większości wyżej wymienionych schorzeń środek radykalny; jest to tylko metoda pomocnicza, mogąca w ścisłej współpracy specjalisty z fizjoterapeutą przynieść znaczną pomoc choremu.

Wyniki, powyżej przytoczone wymagają jeszcze sprawdzenia na większym materiale; możliwe, że znaczna część ich się nie potwierdzi ale w wielu schorzeniach osiągnięto jakoby tak pewne i efektywne wyniki, że nie wolno nie znać tej nowej metody terapeutycznej.

PISMIENNICTWO.

1. Schliephake. Kurzwellentherapie, Jena 1932.
2. Rehou, Wangermez, Halphen, Auclair, Dausset, Journ. de Radiologie et electrolologie 9 — 33 r.
3. Liebesny, W. Kl. W. 1933, 18.
4. Liebesny, W. med. W. 1932, 24.
5. Jellinek, W. Kl. W. 1933, 21.
6. Reiter, D. Med. W. 1933, 5.
7. Wagner-Jauregg, W. med. W. 1932, 11.
8. Stieböck, W. Kl. W. 1932, 21.
9. Stieböck, W. Kl. W. 1933, 41.
10. Schliephake, W. Kl. W. 1933, 21 (str. 665).
11. Hutter i Liebesny, W. Kl. W. 1933, 21 (str. 665).
12. Raab, Kurzwellen in der Medizin, Berlin 1933.
13. Saidman i Stuhl, Electrol. 1932, 1.
14. Graff, Derm. Wsch. 1933.
15. Groag i Tromberg, W. Kl. W. 1933, 30 i 31.

Streszczenia pojedyncze.

Anatomja normalna i patologiczna.

ROSE Maksymilian. **Porównawcza cytoarchitektonika mózgowia czołowego oraz stosunek jej do fizjologii i kliniki.** (Fortschritte d. Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. IV, II str. 501-518. 1932).

Zraz czołowy u człowieka zajmuje obszar, ku tyłowi ograniczony przez *sulcus centralis*, ku środkowi przez *sulcus callosomarginalis*, nie tworząc ani ze stanowiska ontogenetycznego ani też porównawczo-anatomicznego jakiejś jednolitej jednostki. Omawiając szczegółowo jego subtelną cytoarchitektonikę (B r o d m a n, V o g t, E c o n o m o - K o s k i n a s, R o s e) i cechy ontogenetyczne oraz biorąc jako podstawę i kryterjum topograficzno-lokalizacyjne dane teorii homologii morfologicznej C. S e g e n b a u e r a i ekwiwalencji anatomicznej O. V o g t a, autor dochodzi do przekonania, że t. zw. *regio frontalis cerebri*, brakująca jeszcze zupełnie u niższych ssaków, rozwija się i różniczuje, poczynając od mięsożernych, i dosięga swego *maximum et optimum* u człowieka, gdzie odgrywa wybitną rolę w sferze wyższych czynności duchowych. Wyniki badań klinicznych dają również podstawę ku temu, wprawdzie nie wykazując ściśle określonych obrębów architektonicznych dla ściśle określonych funkcji psychicznych. Notowano przy zachorowaniach zwojów czołowych zaburzenia w zachowaniu i charakterze, w dziedzinie uwagi i inicjatywy, apatię z depresją lub euforję ze skłonnością do dowcipkowania, zmiany nastroju i wzruszeniowości, zaburzenia mimiki i prakcji, inteligencji i sfery etyczno-moralnej. Istnieje niewątpliwie pewna zgodność, którą przyszłość bliżej określi, między uszkodzeniem poszczególnych warstw morfologicznych kory a postacią chorobową, eksperymentalnie na drodze fizjologicznej (V o g t, O. F o e r s t e r) i naturalnie na drodze nozologicznej (K. K l e i s t) wywołaną. Z licznych warstw zwojów czołowych, klinicznie i fizjologicznie zbadanych, wspomina autor: *Area gigantopyramidalis*, *frontalis media*, *granularis*, *agranularis*, *intermedia*, *frontopolaris*. H. H i g i e r.

Farmakologia i Toksykologia.

G. FRITZ i A. BLAZSO. **Badania farmakologiczne nad „Alcacylem”** (Wien. kl. Woch. Nr. 47/1932).

Autorzy polecają Alcacyl, który przedstawia mieszaninę *Calcium acetylosalicylicum* i Alucolu (= koloidalny wodorotlenek glinu). Dobre wyniki tego preparatu salicylowego ujawniają się w zastosowaniu u nadwrażliwych pacjentów, pacjentów z nadkwaśnością, a przede wszystkim u pacjentów z chorobą wrzodową, gdyż Alucol chroni żołądek przed działaniem kwasu, uwalnia się przytem mało kwasu salicylowego.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

F. STENGEL. **Poziom cukru, azotu resztkowego i bilirubiny we krwi, zatrutych lizolem.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41/1932).

Badania, przeprowadzone w 30 przypadkach, wykazały, że poziom cukru we krwi zachowuje się normalnie, zaś poziom azotu resztkowego i bilirubiny, którą zawsze można wykazać tylko próbą pośrednią, wykazuje przelotnie tylko nieznaczne zwiększenie. Azot resztkowy, określany metodą W e l t m a n n a, oraz bilirubina, oznaczana metodą M e u l e n g r a c h t a, pozwalają jedynie na wyciągnięcie tego wniosku, że w surowicy niema żadnych nieprawidłowych ciał, barwiących na żółto, i że frakcja moczniowa azotu resztkowego nie jest sama tylko jedna zwiększona. Wątroba i nerki nie ulegają cięższym uszkodzeniom, tak samo trzustka.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

H. WEBER. **Przypadek ciężkiego zatrucia fanodormem.** (Die medizinische Welt 1933, Nr. 35).

44-letnia kobieta zażyła wieczorem w celu samobójczym 18 tabletek fanodormu po 0,2 g. Następnego dnia zrana znalazł autor pacjentkę w stanie wielkiej senności przy całkowitem zwióczeniu mięśni. Prawie zupełny brak odruchu żrenic, czynność serca równomierna, tętno przyspieszone, skóra biała i chłodna. Pacjentka oddała mocz pod siebie. Leczenie: środki, pobudzające czynność serca i lobelina. Żołądka nie przepłukiwano, ponieważ minęło 12 godzin od czasu zatrucia. W 20 godzin po zatruciu senność zmniejszyła się, na głosne wołanie pacjentka podniosła powieki i jęczała. W moczu, uzyskanym za pomocą cewnika: białko + cukier + aceton + kwas acetylooctowy +; brak składników krwi. W 40 godzin po zatruciu pierwsza bełkotliwa uwaga o bólu głowy; odruch żrenic jeszcze zwolniony, lecz silniejszy; niema trudności w polykaniu. Pacjentka zaczyna przyjmować pokarmy (płynne). W 55 godzin po zamachu samobójczym szybka poprawa ogólnego samopoczucia, zmniejszenie się patologicznych składników w moczu; 6 dnia stan normalny. Przypadek ten jest z tego powodu bardzo ciekawy, że fanodorm, pomimo znacznego przedawkowania, nie podziałał zabójczo, a przede wszystkim, że zupełnie nie wpłynął ujemnie na istniejącą ciążę. X.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. FALTA i R. BOLLER. **Cukrowy równoważnik insuliny.** (Wien. med. Wschr. Nr. 41, 1932).

Cukrowym równoważnikiem (Glukose - Aequivalent) insuliny nazywa się ta ilość cukru, która pod wpływem jednostki klinicznej insuliny ulega przyswojeniu w ustroju. W moczówce cukrowej u ludzi niema stałego równoważnika cukrowego. Widuje się raczej wszystkie stopnie równoważnika cukrowego od wysokich do niskich. Wysokość równoważnika cukrowego zależy głównie od siły przeciwregulacji. Lecz istnieją inne jeszcze momenty, które wpływają na równoważnik cukrowy insuliny, np. praca mięśniowa. W typowych przypadkach wysepkowych praca mięśniowa obniża równoważnik cukrowy insuliny. W przypadkach insulinoopornych ten wpływ pracy mięśniowej jest o wiele słabiej wyrażony. W pracy mięśniowej, jak się zdaje, odgrywa przeciwregulacja również pewną rolę. Badania te nie są bez znaczenia dla praktyki. Autorzy wykazali, że wpływ rozmaitych zestawień pokarmowych na zapotrzebowanie insuliny jest inny w wysepkowych przypadkach moczówki cukrowej, aniżeli w insulinoopornych. Szczególnie w obecnie tak zwalczanem zagadnieniu ograniczenia tłuszczów dałoby się uniknąć przesady, gdyby uwzględniano fakt, że istnieją rozmaite postacie moczówki cukrowej, i że nie każdej z tych postaci odpowiada ta sama dżeta.

Henryk J. L a n d a u.

M. ZUNZ. **W sprawie regulacji poziomu cukru we krwi.** (Strasbourg méd. Nr. 24, 1932).

Regulacja poziomu cukru we krwi zależy nie tylko od adrenaliny i insuliny, lecz również od wpływu bezpośredniego lub pośredniego hormonów, pochodzących z gruczołu tarczowego i tylnego płatu przysadki. Inne hormony, jak się zdaje, biorą również udział w tej regulacji. Wyciągi z gruczołów przytarczycznych sprowadzają, przynajmniej w pierwszych godzinach po ich zastrzyknięciu wśródzylnem, obniżenie się poziomu cukru we krwi, zwiększając wydzielanie insuliny. Przeciwnie kortyna, otrzymana w wyciągach warstwy korowej nadnerczy, posiada, według B r i t t o n a i S i l v e t t e a, znaczne działanie podnoszące poziom cukru we krwi. Badania, będące obecnie w toku, pozwolą, być może, ustalić

dokładnie jej sposób działania i zdać sobie lepszą sprawę z wzajemnych zależności pomiędzy rozmaitymi wydzielinami wewnętrznymi, które biorą udział w regulacji poziomu cukru we krwi. Pobudzenie zakończeń nerwowych przywspółczulnych wewnątrzwątrobowych i wszystkie czynniki, które zwiększają glikogenolizę w wątrobie, mają skłonność do podnoszenia poziomu cukru we krwi. Czynniki (jak np. strychnina), które zmniejszają zawartość glikogenu w wątrobie i mięśniach, wywołują hipoglikemję, kiedy zasadowość osocza i tkanek się zwiększa, działanie insuliny obniżające poziom cukru we krwi potęguje się, zaś wpływ przecukrzający zmniejsza się. Odkąd ujawni się skłonność do kwasicy, spostrzega się odwrotnie zaakcentowanie przecukrzania krwi, zależnego od adrenaliny, i hamowanie niedocukrzania, wywołanego przez insulinę. Skład osocza wpływa z pewnością na wyniki, bezpośrednie i pośrednie, działania innych hormonów na poziom cukru we krwi. Zachowanie normalnego poziomu cukru we krwi zależy z pewnością od wielu czynników. W wielu okolicznościach zagraża mu dostanie się do krwi nadmiaru kwaśnych lub zasadowych produktów przemiany materii. Leczenie regulacja nerwowa i humoralna dąży natychmiast do tego, ażeby jak najszybciej doprowadzić zawartość cukru we krwi do jej normalnego poziomu.

Henryk J. Landa u.

R. A. GOŁONZKO i J. J. SZAPIRO. **Naświetlanie śledziony promieniami Roentgena w zakażeniu durowo-paradurowemu człowieka.** (Klin. Med. Nr. 9—10 1932).

Naświetlanie promieniami Roentgena śledziony w zakażeniu durowo-paradurowym może wywołać w chorującym ustroju szereg zmian, których charakter i rozmiary są różne u rozmaitych osobników. Najczęstszym przejawem wpływu promieni Roentgena w durze brzusznej jest zwiększenie się liczby białych ciałek krwi. Stopień zwiększenia się nie zależy od stopnia leukopenji przed naświetlaniem. Nierzadkim objawem wpływu promieni Roentgena jest skłonność do spadku ciepłoty i występowanie znacznych remisji zrana, odpowiednio do poprawy stanu ogólnego chorego. Zjawiska te powinny być jednak sprawdzone na większym materiale i we wszystkich okresach choroby. Dla określenia roli układu siateczkowo-śródbłonkowego w durze brzusznej niezbędne są dalsze pogłębione obserwacje kliniczne, biochemiczne i serologiczne. Próba naświetlania śledziony w durze brzusznej powinna znaleźć, chociażby w celach kontrolnych, szerokie zastosowanie w klinice.

Henryk J. Landa u.

D. SANTENOISE, C. FRANCK, L. MERKLEN i VIDACOVITCH. **Wagotonina i regulacja ciśnienia tętniczego.** (Strasbourg méd. Nr. 23, 1932).

Wagotonina, nowy hormon trzustkowy, otrzymany w najczystszej postaci, wpływa, jak się zdaje, na regulację ciśnienia tętniczego, działając w następujący sposób: 1) wzmagając pobudliwość nerwu błędnego, a wskutek tego czynność hamującą serce odruchów obniżających ciśnienie Cyona i Heringa; 2) Zwiększając wyniki obniżające ciśnienie w ścisłym znaczeniu tego słowa pochodzenia nie wagalnego, lecz przywspółczulnego odruchów Cyona i Heringa; 3) Zmniejszając zapomocą pośredniego mechanizmu drogą przywspółczulną i humoralną pobudliwość i napięcie układu współczulnego wogóle, zaś napięcia naczyń ruchowego w szczególności. Regulując w ten sposób aktywność czynnościową rozmaitych ważnych czynników w regulowaniu ciśnienia tętniczego, wagotonina, jak się zdaje, może być ważnym czynnikiem leczniczym naprawę fizjologicznym w pewnych stanach nadciśnienia.

Henryk J. Landa u.

Lecznictwo.

P. LIEBESNY. **Terapia promienna za pomocą krótkich fal elektromagnetycznych i ultrafioletowych.** (Die ärztliche Praxis. VII. 68—73. 1933).

Fale, w nagłówku wymienione, zasadniczo się różnią co do swoich cech fizyczno-chemicznych i co do swoich właściwości terapeutycznych od fal w diatermji czynnych. Ciekawe jest swoiste działanie zabójcze (artspezifisch und wellenspezifisch) na hodowle drobnoustrojów. Ustalone dotąd i przez autora potwierdzone są wskazania do leczenia: spraw zapalnych tkanek i narządów (*panaritium, paronychia*, ropnie gruczołów potowych, *phlegmone, furunculosis, erysipelas, streptococcus*—*et staphylococcus localis*). Poprawę znaczną widziano w *pleuritis i arthritis tuberculosa, gangraena arteriosclerotica, diabetica, refrigeratoria, spontanea juvenilis*. Obszerny wstęp wiedeńskiego elektroterapeuty wprowadza do historii i teorii promieni i fal mało znanych ogółowi lekarzy (Hertz, Lebedew, Arkadiew, Haase, Paulin, Herrmann, Schliephake). Liczne ryciny ozdabiają pracę Liebesnego. Z cierpień nerwowych wspomnieć należy o chromaniu przestankowym, które podobno ustępuje pod wpływem tej terapii. H. Higier.

L. ISLER. **Badania kliniczne nad wartością arsonwalizacji i franklinizacji.** (Medizinische Klinik. 1528—1531. 1932).

Z oddziału terapii fizycznej kliniki wiedeńskiej pochodząca praca usiłuje poddać krytyce i korekcie dawne wskazania do franklinizacji i arsonwalizacji. Zasadnicze poglądy dawnych autorów pozostają w głównych zarysach bez zmian. Działanie obu tych rodzajów prądu jest bardzo zbliżone, w pewnych razach wpływ prądu Arsonwala o wysokiej częstotliwości jest wybitniejszy. Pole wskazań stanowią: nerwobóle miejscowe (*ischias, intercostalgia*), polineuralgie, *meralgia paraesthetica*, akroparezeze klimakteryczne, zaburzenia troficzne skóry, jak *scleroderma, atrophia cutis idiopathica*. Mnij pewne jest działanie na sprawy stawowe. Poprawy w myelopatiach (wiad, *syringomyelia, sclerosis multiplex*) są przemijające, również w hipertoni, dychawicy bolesnej i oskrzelowej. Stały wpływ tych prądów na ciśnienie krwi, na elektrokardiogram serca, na kwasotę żołądka, na pobudliwość mięśniowo-nerwową ustalić się nie dał. Wpływ suggestywny towarzyszy istotnym, obiektywnie stwierdzonym poprawom, co stwierdzono niejednokrotnie. H. Higier.

I. KOWARSCHIK. **Galwanoterapia.** (Die ärztliche Praxis. VII. 97—102. 1933).

Głośny znawca elektroterapii, autor licznych dzieł teoretycznych i praktycznych z tej rozległej dziedziny, wraca w tym artykule do mocno w ostatnim dziesięcioleciu zaniedbanej i postponowanej, nawpół zapomnianej elektroterapii prądem stałym, tak ważnym w elektrodjagnostyce i tak wysoko cenionym przez dawne znakomitości w neurologji (Remak, Duchenne, Erb, Benedict, Bernhardt, Strümpell, Babiński). Nie wchodząc głębiej w różne przez Kowarschika przytoczone szczegóły teoretyczne i techniczne, ani w modyfikacje nowoczesne elektrod, ani w hipotezę rozlicznego przesuwania katjonów i anjonów, podkreślić chcę jedynie różnicę działania galwanizacji od licznych innych metod elektrofizycznych, jak t. zw. Grenzstrahlen, Sollux, kwarcowe. Wszystkie one działają wyłącznie na skórę i drogą odruchową na głębokie tkanki, prąd zaś stały, umiejętnie stosowany, przenika wgląd, działając chemicznie na ognisko chorobowe, przyczem wykreślić należy z dawnego katechizmu odmienne działanie katody i anody, drażniacej względnie łagodzącej. Co do nowoczesnej techniki terapeutycznej — odsyłam do oryginału, podkreślając z praktycznych wskazówek, co następuje. Błędny jest pogląd,

że djatermia wypchnęła zupełnie ze skarbca terapii i zajęła całkowicie miejsce galwanizacji. Djatermia w ostrych i przewlekłych nerwobólach o wiele rzadziej od galwanicznych prądów pomaga, a często nawet szkodzi. Bardzo duże elektrody umożliwiają stosowanie prądów o sile 100 miliamperów w ciągu półgodziny w neuralgjach, myalgjach i zapaleniu nerwu ruchowego i czuciowego. Wdzięczne pole do galwanoterapii stanowi *arthritis deformans*, zwłaszcza u kobiet w okresie przekwitania. (Referent ma w pamięci pacjentkę, stałego bywalca solankowych i błotnych zdrojowisk, której ogromnie się dała we znaki *arthritis deformans* obu stawów kolanowych. Po systematycznym leczeniu—bez jednoczesnych środków farmaceutycznych i zabiegów balneologicznych — galwanizacją pozbyła się na długie lata bólów i niemożności chodzenia). „Niejednokrotnie — pisze autor — galwanizacja świetnie mi daje wyniki, gdzie djatermia i liczne inne nowoczesne metody na całej linii zawiodły”. Do rubryki wskazań galwanoterapeutycznych zalicza K o w a r s c h i k między innymi: chorobę R a y n a u d a, angiospazmy, zbliżającą się zgorzel palców, claudication intermittente, w których dawni neurologi — między innymi B e r n h a r d t, E r b i O p p e n h e i m — święcili triumfy swoim prymitywnym aparatem galwanicznym. (Artykuł jednego z poważniejszych znawców elektroterapii rehabilituje słusznie prawie zapomnianą, poważną wiekiem galwanizację, wypchniętą przez bardziej reklamowane młodzieńcze wiekiem koleżanki. Ref.).

H. H i g i e r

F. SEEBER. O działaniu przeciwgorączkowym efetoniny wzgl. efetonalu (Münch. med. Wochenschr. 1933. Nr. 13).

Autor zauważył działanie przeciwgorączkowe efetoniny, wzgl. efetonalu, podczas leczenia efetoniną zapaści naczyniowej u chorej z ciężkim zakażeniem na tle reżączki. Regularnie po podaniu $\frac{1}{2}$ — 1 tabletki obniżała się temperatura o 1 — 2 stopni przy równoczesnym występowaniu potów. Zachęcony tym korzystnym wynikiem, próbował autor zastosować efetoninę w celu obniżania temperatury podczas innych schorzeń. Także w 4 przypadkach ostrego gościa stawowego działała efetonina wyraźnie, nie różniła się niczem od zwykłych preparatów salicylowych; bóle i obrzmienia ustępowały, tak, że można było wykonywać czynne i bierne ruchy w stawach. Małymi dawkami efetoniny ($\frac{1}{2}$ — 1 tabletki) można uzyskać ten sam skutek, co dużymi; można tym sposobem zapobiec objawom toksycznym i działaniom ubocznym. Także w ostrych schorzeniach zakaźnych (zapalenie płuc, płonica z bardzo znacznym podniesieniem ciepłoty, angina, gruźlica płuc z przebiegiem gorączkowym) występowało wyraźne działanie tych leków; poza działaniem przeciwgorączkowym zauważono w tych przypadkach także korzystny wpływ na krążenie obwodowe. Badano jeszcze działanie przeciwgorączkowe efetoniny u chorych ze sztucznie podwyższoną ciepłotą, a mianowicie, u tabetyków, których leczono podniesioną ciepłotą. Pod wpływem efetoniny temperatura wzrastała w zwolnionym tempie, tak że osiągała znacznie później swój najwyższy poziom.

X.

Znieczulanie.

A. MAUERER. Czy pernokton z bogaca nasz arsenał nasenny? (Wien. kl. Woch. Nr. 6, 1933).

Zalety pernoktonu polegają na łatwości jego stosowania, szybkim i pewnym działaniu i zupełnym braku niebezpieczeństw. Wieczorem w wigilję operacji podaje się wero-nal, godzinę przed operacją 0,005 gr. morfiny, przed operacją (jeszcze na sali chorych) pernokton, a mianowicie 1 cm³ na 12 — 25 kg wagi ciała, u starych ludzi mniej.

A. N e u m a n n (Baden - Wien).

ERNST Max. Ewipannatrium, nowy środek dożylny narkozy ogólnej. (Münchener medizinische Wochenschrift 128—13 u. 1933).

KLIMKE W. Ewipannatrium jako środek usypiający w przekłuciu lędźwiowym. (Psychiatr. neurol. Wochenschrift 89, 1933).

Obaj autorzy, chirurg i neurolog, zachwalają ewipannatrium, środek pochodny grupy kwasu barbiturowego. W krótkotrwałych zabiegach chirurgicznych wystarcza 10%-owy roztwór wodny dożylnie u osobników dorosłych (7 do 9 cctm³) zależnie od wagi pacjentów, przyczem pierwszy cctm. wlewa się w ciągu 15 sekund, następne w ciągu 8 — 10 sekund. Nar-koza ustala się po 5 minutach, a trwa 15 do 20 minut, nie dając powikłań, zwłaszcza niepokoju przed, nudności po narkozie. K l i m k e stosował ewipan przed punkcją lędźwiową u podnieconych psychików, E r n s t u 250 chorych z dziedziny małej chirurgji z wynikiem zadawalającym.

H. H i g i e r.

I. MISGELD. Działanie znieczulające efetoniny. (Schmerz-Narkose-Anaesthesie 1933, zeszyt 1).

Efetonina wywołuje długotrwale i zupełne znieczulenie. Poczyniono korzystne doświadczenia z 3 i 4% roztworami w schorzeniach nosa i jam dodatkowych. Obrzmienia błon śluzowych, wywołane ich stanem zapalnym, zmniejszały się zupełnie tak samo po stosowaniu roztworu efetoniny, jak 5 — 10% roztworach kokainy. Małe zabiegi chirurgiczne (nakłucia) można było dobrze wykonać zapomocą znieczulenia efetoniną. Nie zauważono przy tym sposobie stosowania efetoniny żadnych działań ubocznych, również żadnego podwyższenia ciśnienia krwi. 3% roztwór efetoniny nadawał się również do znieczuleń miejscowych przy usuwaniu kaszaków i brodawek. Działanie toksyczne efetoniny jest znacznie mniejsze od kokainy.

X.

Choroby zakaźne.

K. E. FECHT. Choroby zakaźne a barwnik. (Wien. klin. Woch. Nr. 50, 1932).

Chorzy z gruźlicą, którzy łatwo wytwarzają barwnik, ulegają szybciej wyzdrowieniu, aniżeli ci, u których nie występuje odkładanie się barwnika. Tak samo również i szczególnie w chorobach posocznicznych najcięższy przebieg i najwięcej przypadków śmierci spostrzega się u jasnych blondynów i rudowłosych ludzi. Te spostrzeżenia skłaniają autora do stosowania w gruźlicy, a szczególnie w chorobach posocznicznych sztucznie otrzymanego barwnika ustrojowego w postaci zastrzyków (w posocznicy w połączeniu z naswietlaniem lampą kwarcową). Autor podaje, że otrzymywał dobre wyniki.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

E. STRANSKY. Przyczynę do patologji bliźniąt. (Wien. kl. Woch. Nr. 39—40, 1932).

Autor podaje opis spostrzeżeń, które wykazują niejednakowy przebieg chorób zakaźnych u jednojajowych bliźniąt, z czego należy wnioskować, że nasze dotychczasowe pojęcia niezupełnie odpowiadają faktom.

A. N e u m a n n (Baden - Helenenthal).

P. DAHR. Błonica żołądki, skóry głowy i gardzieli u trojga dzieci jednej rodziny. (Münch. mediz. Wochschr. Nr. 24, 16/VI 1933).

Nietypowe umiejscowienie błonicy jest bardzo rzadkie. Może być rozpoznane tylko przy pomocy badania bakteriologicznego. Autor podaje dwa niezwykle przypadki prawdziwej, lecz nietypowo umiejscowionej błonicy u dwojga dzieci tej samej rodziny. Najprzód zachorował 5 letni chłopczyk na *balanitis diphterica* — etiologia została stwierdzona badaniem bakteriologicznym. W klinicznie zdrowej gardzieli

wykazano również obecność łasieczników Loefflera. Wkrótce potem zachorował braciszek poprzedniego pacjentka na błonicę skóry głowy, a w kilka dni później siostrzyczka na typową błonicę gardzieli. Cztery szczepy wyhodowane z trojga dzieci wykazały identyczne właściwości pod względem hodowlanym, mikroskopowym, a w szczególności w mocy ich jadowitości.

H. Szpidbaum.

I. REIDERMANN. W sprawie nawrotów pierwotnego zespołu płoniczego. (Wien. kl. Woch. Nr. 48, 1932).

Autor podaje opis trzech przypadków, które z najzupełniejszą pewnością wykazują, że występowanie nawrotów pierwotnego zespołu płoniczego w drugim okresie choroby przy bezwzględnej wyłączeniu możliwości zarażenia się, jest najzupełniej możliwe.

A. Neumann (Baden-Helienthal).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

R. T. BEEBE, M. M. WINTROBE. Rozpoznawanie niejasnych przypadków anemii złośliwej. (The Arch. of Int. Med. T. 51, Nr. 4—1933).

Rozpoznanie niedokrewności złośliwej niekiedy następuje z trudności; zdarzają się przypadki an. złośliwej, gdzie na pierwszy plan wysuwają się objawy rdzeniowe, natomiast zmiany we krwi są mało charakterystyczne. Jeśli chory przed przybyciem do szpitala otrzymywał preparaty wątroby lub żóładka, rozpoznanie staje się jeszcze trudniejsze. W tego rodzaju wątpliwych przypadkach nie należy wyczekiwać, aż we krwi ukażą się elementy, typowe dla anemii złośliwej, lecz szybko rozpocząć odpowiednie leczenie, gdyż niekiedy obraz krwi ulega małym zmianom, natomiast zmiany rdzeniowe postępują. Autorzy opisują 2 przypadki anemii, gdzie trudno było rozpoznać na zasadzie objawów klinicznych i obrazu krwi rodzaj niedokrewności. Autorzy dla celów rozpoznawczych posługiwali się t. zw. „objawem C a s t l e a”; chorym z anemią złośliwą podawano mięso, trawione sokiem żóładkowym chorego, podejrzanego o anemię złośliwą; dla porównania temu choremu podawano mięso, trawione sokiem żóładkowym osoby zdrowej. Przypadek pierwszy przedstawiał niewyraźny obraz krwi dla anemii złośliwej; w treści żóładkowej stwierdzono wolny kwas solny; język nie wykazywał żadnych zmian; przyżyciowe badanie szpiku kostnego nie przemawiało za anemią złośliwą. Wobec stwierdzenia rozpoczynających się zmian rdzeniowych, autorzy przeprowadzili badanie soku żóładkowego na obecność t. zw. czynnika wewnętrznego przeciwanemicznego; w tym celu mięso trawione sokiem żóładkowym chorego podawano innemu choremu, cierpiącemu na anemię złośliwą, niewątpliwie rozpoznaną; okazało się, że sok żóładkowy nie wywoływał żadnej poprawy u chorego z an. złośliwą. Natomiast sok żóładkowy osoby zdrowej z dodatkiem mięsa wywołał przełom retikulocytów oraz wzrost Hb i liczby erytrocytów. Pouczający jest drugi przypadek, gdzie przez szereg miesięcy rozwijały się objawy rdzeniowe, stopniowo postępujące, i gdzie obraz krwi nie przedstawiał żadnych odchyśleń od normy. Brak zmian we krwi należy przypisać wpływowi spożywania przez 2 miesiące wyciągów wątroby. Próba C a s t l e a wykazała, że sok żóładkowy jest nieczynny u chorego z an. złośliwą, co potwierdza rozpoznanie anemii złośliwej. Autorzy sądzą, że opisana metoda ma bardzo ważne znaczenie dla wczesnego i pewnego rozpoznawania an. złośliwej w przypadkach, gdzie objawy rdzeniowe dominują w obrazie klinicznym. Energiczne leczenie wątrobą, żóładkiem, drogą doustną i parenteralnie zapobiega dalszemu postępowaniu zmian rdzeniowych.

Jakób Pensón.

GINO PATRASI. Rozsiany rak gruczołów chłonnych, przebiegający pod postacią ziarnicy złośliwej. (Folin haematologica. T. 50, Nr. 1—1933).

Przypadek dotyczy 43-letniego mężczyzny, który zauważył pod lewą dolną szczęką rosnący, niebolesny guz; sprawa stopniowo powiększała się i zajęła całą lewą okolice szyi; podobne guzy zjawiały się w obu pachach i nie zmniejszały się pod wpływem stosowania naświetlań promieniami Roentgena. We krwi wykryto znaczną leukocytozę (12 — 18 tysięcy), limfopenię (15%) oraz stałą eozynofilię (18%). Ogólny przebieg choroby, obraz krwi, powiększenie wątroby i śledziony — przemawiały za ziarnicą złośliwą. Natomiast autopsja i badanie histologiczne wykazały nacieczenie rakowate lewej okolicy szyi z przerzutami systemowymi do wszystkich gruczołów chłonnych górnej części ciała, do wątroby i płuc. Tego rodzaju przypadki należą do b. rzadkich; Heubner określa je jako *lymphocarcinosis* i mówi o specjalnym powinowactwie tkanki limfatycznej do nacieczeń i przerzutów rakowych. Poza tym przypadek poucza, jak trudno niekiedy bywa rozpoznać systemowe schorzenie gruczołów chłonnych, zwłaszcza tam, gdzie nie udaje się stwierdzić pierwotnego ogniska nowotworowego. Na zasadzie samego obrazu krwi nie należy rozpoznawać ziarnicy złośliwej, gdyż nawet stała eozynofilia, jak w danym przypadku, oraz inne cechy krwi, typowe dla ziarnicy, wprowadziły autora w błąd; jedynie miarodajne są systematyczne badania biopsyjne.

Jakób Pensón.

I. BARTA. O czynności leukopoetycznej szpiku kostnego w chorobach infekcyjnych. (Folin Haematologica Nr. 2/3 T. 50—1933).

Zmiany w szpiku kostnym zależą nie tylko od zarazki, wywołującego infekcję, lecz i od zdolności reaktywnej ustroju; reakcja ustroju między innymi wyraża się w morfologicznej zmianie szpiku kostnego. W stanach patologicznych czynność leukopoetyczna szpiku może ulec bujaniu, a we krwi obwodowej można nie stwierdzić żadnych zmian. Autor badał przyżyciowo szpik w 50 przypadkach różnych chorób infekcyjnych. Badania autora wykazały, że liczba leukocytów we krwi obwodowej nie zawsze jest wyrazem zmienionej czynności szpiku; prawdopodobnie ogólna ilość leukocytów zależy od bujania innych narządów krwiotwórczych, poza szpikiem leżących. Poza tym okazało się, że bardzo często istnieje niezgodność między obrazem krwi obwodowej a czynnością szpiku kostnego; zwłaszcza dotyczy to długotrwałej infekcji. W przebiegu płatowego zapalenia płuc stwierdził autor w szpiku typowy obraz regeneracji z przewagą myelocytów; w przebiegu ogólnego zakażenia krwi czynność szpiku bywa wzmocniona lub upośledzona. W chorobach przebiegających z leukopenią (dur brzuszny, agranulocytoza aleukja, niektóre zakażenia ogólne) obraz szpiku jest b. podobny do zatrucia benzolem; szpik jest wtedy ubogi w komórki, stwierdza się znaczne zwiększenie liczby myeloblastów i ogólne upośledzenie dojrzewania komórek. Poza tym autor stwierdził, że bardzo często występuje rozbieżność między eozynofilami szpiku i krwi obwodowej; w niektórych schorzeniach infekcyjnych w szpiku eozynofile znajdują się w normie lub nawet w nadmiarze, podczas gdy we krwi obwodowej stwierdzamy zupełny ich brak. Naogół autor sądzi, że czynność szpiku jest wyrazem obrony ustroju przed infekcją.

Jakób Pensón.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Prof. O. TILMANN. W sprawie wodogłowia. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 232. I. 199—207. 1932).

W wodogłowiu wielką odgrywa rolę, czy płyn w czaszce pod wysokim się znajduje ciśnieniem. O ile to ma miejsce, to zwykle nakłucie lędźwiowe nie wystarcza, lecz wskazana

jest trepanacja dekompresyjna. Wyrównanie różnic uciskowych jest możliwe też przez przekucie spoidła (B a l k e n s t i c h A n t o n - B r a m a n n a), zwłaszcza u osobników młodych. H. H i g i e r.

E. WITKOWER. W sprawie hipertoni psychogen. (Der Nervenarzt VI. 1. 6—13. 1933).

Że hipertonia naczyń przebiega często z hiperplazją *mediae*, bez sklerozy i bez choroby nerkowej i odwrotnie, że duże sklerozy naczyń i zachorzenia nerek prowadzą niezawście do hipertoni, wiemy oddawna. Autor przytacza z kliniki H i s a 10 przypadków hipertoni czyli nadciśnienia esencjalnego, przemijającego i stałego, gdzie moment psychorodny wielką odgrywał rolę, zwłaszcza wzruszenie, katastrofa, lęk, a wpływ spokoju cielesnego i duchowego sprowadzał w ciągu dni lub godzin znaczny spadek. W jednym przypadku współistnienia hipertoni organicznej i psychogennej spadek notowano z 280 na 130 mm. O podobnych spostrzeżeniach nie tylko u neurotyków i psychotyków z poważnych znawców sprawy hipertoni przed laty referował G o l d s c h e i d e r (Okoliczność tę podkreśliłem przed kilku laty, pisząc w tej materji w Warsz. Czas. Lekarsk. dwukrotnie w r. 1925 i 1931). H. H i g i e r.

I. ZAPPERT. Współczesne podstawy zwalczania i leczenia choroby Heine-Medina. (Wiener medizinische Wochenschrift. I. 1—14. 1933).

Najbliższe rozwiązania, dojrzałe poniekąd problematy w sprawie profilaktyki i terapii choroby Heine - Medina są według Z a p p e r t a następujące: 1) Wypracowanie alergicznej reakcji skórnej lub zwykłej próby krwi w celu stwier-

żenia przebytej infekcji względnie nabytej odporności. 2) Wy-nalezienie zapobiegawczej metody szczepienia albo przez wprowadzenie substancji odpornościowej albo też przez inokulację bezpiecznego, osłabionego *virus*, czynnie uodparniającego. 3) Wzmacnianie titra immunizującego surowicy ozdrowieńczej względnie przygotowanie wysoko wartościowej surowicy lecz-nicznej, surowicy zwierzęcej. W obecnej chwili jest do dyspo-zycji pracowni poważny materiał eksperymentalny, umożli-wiający rozwiązanie powyższych spraw. H. H i g i e r.

A. WIEDEMANN. Leczenie padaczki zapomocą „Pro-minalu”. (Wiener med. Wochenschrift 1933, Nr. 32).

Autor leczył zapomocą prominalu epileptyków, którzy z powodu ciężkich napadów nie mogli pozostać pod opieką domową i leczą się w zakładzie. Ciężkie te przypadki ujawniały przeważnie skłonność ku pogorszeniu się stanu chorobowego, występowały pozatem często objawy przytępienia umysłowego. Leczenie odbywało się w ten sposób, że chorzy otrzymywali nadal brom i luminal w zmniejszających się dawkach, a równocześnie powoli i stopniowo prominal. Dawki wahały się pomiędzy 0,1 a 0,4 g. Przeważna część chorych czuła się pod wpływem prominalu lepiej, chorzy byli swobodniejsi i żywsi, niż po luminalu, byli uprzejmiej, przystępniej-si i duchowo bardziej zrównoważeni. Zauważono pozatem, że odpowiednie podawanie luminalu łącznie z prominalem zmniej-sza liczbę napadów. Nie zauważono jakiegokolwiek działania szkodliwego. Stan psychiczny niektórych chorych poprawił się tak widocznie, że prominal zdaje się być odpowiedni nie-tylko jako środek przeciw padaczce, lecz nada się także do leczenia niektórych stanów psychicznych. X.

Oceny książek

M. TRAMER. *Allgemeine Psychohygiene*. Verlag H. A. Gutzwiller. Zür'ch. S. 97. 1931.

Jako wzór ewolucji dawnego pojęcia higieny ducha i jej hodowania T r a m e r, lekarz szwajcarski (nb. mąż pierw-szej psychotechniki polskiej B a u m g a r t e n z Łodzi), przytacza trzy prace niemieckie przez lekarzy pisane: Z i m m e r m a n n a (1763) „Von der Erfahrung in der Arznei-kunst”, F e u c h t e r s l e b e n a (1838). „Diätetik der Seele” i S t r a n s k y e g o (1931) „Leitfaden der psychischen Hygiene”. Ostatnio rozrosła się w Ameryce, poświęcony jej był Zjazd Międzynarodowy w Stanach Zjednoczonych i przy-jęły się głównie nazwa angielska „Mental Hygiene” i rosyjska „Psychohygiene”, której autor poświęca ten szkic. W pierw-szym rozdziale T. podaje bieżące i własną definicję, omawia zdrowie i zachorzenie psychiczne, zadanie higieny duchowej, wpływanie psychiczne, strukturę psychiczną osobowości i prawo biegunowości psychodynamicznej w różnych okresach życia. Drugi rozdział poświęcony jest metodyce zadziałania bezpo-sredniego na ducha i pośredniego przez ciało (*biotonus*, pre-destynacja). Ze specjalnych metod zasługują na uwagę: meto-dy zwykłe (przymus, rozkaz, naśladowanie, zamiłowanie, po-dejście, zaskoczenie, przekonywanie, wyrozumienie) i meto-dy systemowe (sugestia, perswazja, psychoanaliza, psycholo-gia indywidualna, psychagogika tłumu). Trzeci rozdział, pod-dając dyskusji ogólną budowę gmachu psychologicznego w ustosunkowaniu do osobnika i zbiorowości, omawia niektóre poszczególnie sprawy jak np. stanowisko pracy prewencyjnej, kuracyjnej i ewolucyjnej w psychohigienie, linię życiową a ma-sę dziedziczną w życiu zarodkowym, niemowlęcym, dziecięcym, młodzieńczym, męskim, przekwitaniowym i podeszłym. W koń-cowym rozdziale T r a m e r porusza—wprawdzie zbyt ogół-

nikowo—niektóre problematy natury ogólniejszej, społecznej i państwowo - gospodarczej. H. H i g i e r.

GILIS P. *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. Vie de relation et vie végétative*. 2 édition. Paris. Masson et Cie 1932, pages 234, Frcs 24.

Książka prof. G i l i s a z r. 1926, w 2-gim wydaniu przejrzana przez E u z i è r e a z Montpellier, daje lekarzowi, nb. nie specjaliście neurologowi, świetny rzut oka na całość już we wstępie, omawiającym pokrótce embriologję, histo-genezę i histofizjologję całego układu mózgowo - rdzenio-wego. W 2-ch następnych rozdziałach poznaje czytelnik szkic aparatu recepcyjnego czyli odbiorczego i efekcyjnego czyli wysyłającego (*appareil sensible et moteur*), zaczynając od subtelnych zakończeń neuronu obwodowego skóry, po-przez rdzeń i pień mózgu do precyzyjnych rozgałęzień w korze mózgowej. Tu i owdzie autor pedagog, zbytnio schematy-zując na dobro słuchacza lub czytelnika, odnotowuje lub od-rysowuje wśród torów pewnych i ustalonych drogi poszuki-wane i prawdopodobne, ale nie dowiedzione i nie znalezio-ne (np. drogę piramidową nerwów galki ocznej). Aparat odbiorczy składa się z części czuciowej i zmysłowej, aparat ruchowy z woje piramidale, *cérébelleuse*, *striospinale*, extra-piramidale. Tenże rozkład stosuje G i l i s szczęśliwie w ru-chowym i czuciowym obrębie układu autonomicznego, współ-czelnego i przywspółczelnego. Łuk recepcyjny obejmuje mię-dzy innymi serce i trzewia, łuk wysyłający obejmuje włókna ruchowe i wydzielnicze. Dość powierzchownie opracowany jest dział o odruchach wrzekomych, o synapsach, i o czyn-ności „bólowej” w obrębie nerwów sympatycznych i para-

sympatycznych. (Myśl, jaką G i l i s kończy swą rozprawę, myśl o przewadze czynności n. sympatycznego na jawie, zaś n. błędnego we śnie, jest dość ponętna, ale o wiele starsza, niż autor przypuszcza, cytując B o s c a z r. 1923 za

innymi neurologami francuskimi. W każdym razie osobiście omawiałem krytycznie tę koncepcję bardzo szczegółowo przed wojną w monografii swojej „Vegetative oder viscerale Neurologie” już w r. 1913. Ref.).
H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

W. R e c h i F. R a b e r stosowali *Gynergen* (alkaloid sporyszu) w postaci małych ławatyw—15 kropel w 10 cm³ 5% roztworu cukru gronowego po uprzednim opróżnieniu dolnego odcinka kiszek. W ten sposób stosowany *Gynergen* dawał dobre wyniki w przypadkach zatrzymania wydzielin połogowych (*lochia*) i opóźnionej inwolucji macicy. Wartości sporyszu, jako środka zapobiegawczego, dowiodła okoliczność, że ze 100 położnic, którym w 2, 3 i 4 dniu połogu robiono raz na dzień ławatywkę *gynergenową*, u 83 okres połogowy przebiegał bez powikłań, gdy ze 100, nieleczonych zapobiegawczo, tylko u 40 w okresie tym powikłań nie było. (Ztbl. Gyn. 1933, N. 44). (

—o—

W bezsenności u dzieci ze skazą kurczową radzi P e r i t z stosować wapń, tran lub hormon nadnercza. W bezsenności na tle choroby Basedowa lub wyczerpania ogólnego

działać ma dobrze cukier w dużej ilości. (Ther. Gegenw. 1933, Z. 10).

—o—

C. S c h a u f l e r poleca jako dobry środek przeciwniechlorynowy kwas solny: na 1 litr wody bierze się 10 gr. czystego kwasu solnego i 10 gr. czystego chloranu potasu. (Ztbl. Chir. 1933, N. 42).

—o—

W celu zahartowania brodawek piersiowych kobiet ciężarnych poleca H. V i g n e s wcierania lanoliny, masła kakaowego lub innych zawierających tłuszcz substancji. Jeżeli już powstały pęknięcia, to stosować należy maść, zawierającą bismut, które, zresztą, i zapobiegawczo oddają dobre usługi. Obmywanie brodawek alkoholem lub wodą kolońską jest szkodliwe, gdyż, wysuszając skórę, uspasabia ją do pęknięcia. (Journ. des pratic. 1933, N. 1).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 16 maja 1933 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 50, wprowadzonych gości 49.

1. Protokół posiedzenia z dnia 9 maja r. b. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s przedstawia wykaz prac nadesłanych do biblioteki T-wa.

3. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o s. p. J. Laskowskim (Streszczenie własne).

Urodził się w roku 1870. Do gimnazjum uczęszczał w Radomiu, ukończył je w roku 1890, poczem wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Studja lekarskie ukończył w roku 1897.

Po ukończeniu ich w celu dalszego kształcenia się i wyspecjalizowania wstąpił do Instytutu Położniczego Uniwersytetu Warszawskiego w charakterze młodszego ordynatora. Po ukończeniu ordynatury przeniósł się do oddziału ginekologicznego s. p. Dra Zygmunta M o n s i o r s k i e g o w szpitalu wolskim. Czując braki w wykształceniu chirurgicznym, tak niezbędnym dla ginekologa, przeniósł się po paru latach do oddziału s. p. profesora B. S a w i c k i e g o w charakterze asystenta wolontariusza, w roku zaś 1910 do oddziału chirurgicznego Dra Z. S ł a w i ŋ s k i e g o, gdzie pozostawał do chwili wybuchu wojny światowej, kiedy powołano go do służby w armii rosyjskiej.

W czasie wojny w latach 1916 i 1917 był ordynatorem szpitala wojskowego w Odesie, pozatem rozwinął tam bardzo energiczną działalność obywatelską: był lekarzem Komitetu Obywatelskiego pomocy ofiarom wojny, brał czynny udział w tym Komitecie. Był również bardzo czynnym członkiem Związku Wojskowych Polaków w Rosji, przyczynił się dużo do życia społecznego Kolonii Polskiej w Odesie. Za tę swą pracę społeczną został odznaczony krzyżem walecznych.

Członkiem naszego Towarzystwa, był od roku 1908. Napisał jedną pracę naukową pod tytułem: Słów kilka w sprawie zapalenia żył sromu.

Zmarł nagle dnia 22 kwietnia roku 1933.

Cześć jego pamięci!

4. Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) — przedstawia pacjentkę po wstrzykiwaniu alkoholu do zwoju G a s s e r a. (Streszczenie własne).

Pacjentce tej blisko 10 lat temu (5 listopada 1923 r.) zastrzyknął alkohol do lewego zwoju G a s s e r a z powodu ciężkiego obustronnego nerwobólu nerwu trójdzielnego. Po

stronie prawej wyleczenie nastąpiło po parokrotnych wstrzyknięciach obwodowych (ostatnie 24 lutego 1927 r.). Od tego czasu pacjentka nie miewa napadów, czuje się doskonale. Pacjentka ma obecnie 62 lata. Zaczęła chorować, gdy miała 42 lata. Znieczulenie w obrębie gałęzi nerwów, do których zastrzyknięto alkohol, trwa dotychczas, ale nie sprawia pacjentce przykrości. Oko lewe znieczulone zupełnie, odruch spojówkowy zniesiony, pomimo to *keratitis neuroparalytica* nie wystąpiło, oko było i jest zdrowe.

5. Kol. F e j g i n M. (członek T-wa) wygłasza odczyt p. t. „Różniczkowanie, rokowanie i postępowanie w stanach żółtaczkowych”. (było drukowane w „Medycynie”).

W rozprawach przemawiali: K a c z y ŋ s k i, R u t k o w s k i, O r ł o w s k i, Z a o r s k i, L a n d a u L. i F e j g i n.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z.

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

Posiedzenie z dnia 23 maja 1933 roku.

Początek o godz. 20 punktualnie.

Obecnych członków T-wa 41, wprowadzonych gości 29.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16.V. r. b. przyjęto.

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

3. Kol. W a g n e r K. (członek T-wa) — wygłasza odczyt p. t.: „Wskazania i wartości lecznicze Heluanu w Egipcie.”

4. Kol. G o l d m a n M. wygłasza odczyt p. t. „O zachowaniu się wapnia we krwi w złamaniach kości i w niektórych schorzeniach układu kostnego”. (Streszczenia nie nadesłał).

W rozprawach przemawiali: D e b i c k i, L e s n i o w s k i A., K r y ŋ s k i L. i G o l d m a n M.

5. Kol. C h o d k o w s k i K., E l e k t o r o w i c z A. i M a r k e r t W. (członkowie T-wa) wygłaszają odczyt p. t. „Przyczynę do rozpoznawania guzów w klatce piersiowej”. (Streszczenie własne).

Przedstawiono przypadek, który klinicznie i rentgenologicznie posiadał cechy nowotworu płuc, a sekcynie stwierdzono tętniaka tętnicy głównej. Omówiono diagnostykę różniczkową tego przypadku na zasadzie objawów klinicznych i zdjęcia rentgenowskiego i pokazano preparat sekcyny.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 15.

Wice - Prezes: Zdzisław S ł a w i ŋ s k i.

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

Posiedzenie z dnia 30 maja 1933 roku.

Obecnych członków T-wa 33, wprowadzonych gości 27. Początek o godz. 20-tej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia z dnia 23 maja 1933 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Drze Wacławie Goździckim (streszczenie własne).

Urodził się dnia 24 sierpnia 1872 roku. Do wstępnej klasy gimnazjum w Warszawie wstąpił w roku 1882, ukończył je w roku 1893, poczem zapisał się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. W roku 1895 przeniósł się do Uniwersytetu w Dorpacie, gdzie ukończył studia lekarskie w roku 1899.

Od roku 1900 pracował w oddziale szpitalnym pod kierunkiem Dra Chelmońskiego. Od dnia 1.I.1911 do 2.VIII.1914 był asystentem internem, przez resztę czasu - asystentem externem na oddziale Dra Chelmońskiego.

Podczas wojny światowej od dnia 2.VII.1914 do dnia 18.VIII.1915 zajmował stanowisko starszego ordynatora w szpitalu wojskowym w Modlinie. Po upadku tej twierdzy był internowany w Niemczech, jako lekarz jeńców wojennych w obozach koncentracyjnych. Po powrocie z niewoli niemieckiej wstąpił do wojska polskiego. Dekretem z dnia 22 stycznia 1919 został przydzielony do Szpitala Ujazdowskiego w charakterze ordynatora oddziału wewnętrznego. Z wojska został zwolniony w lipcu 1920 r.

Od dnia 15 września 1920 prowadził oddział obserwacyjny w szpitalu Dz. Jezus, od dnia 15 kwietnia 1921 został zamianowany kierownikiem gabinetu terapii fizycznej w tymże szpitalu, gdzie pracował do końca życia.

Od 1921 do 1931 był sekretarzem posiedzeń klinicznych w szpitalu Dz. Jezus. Tyleż lat przygotowywał do druku „Pamiętnik Posiedzeń Klinicznych Szp. Dz. Jezus”. Poza tem pracował jako lekarz szkolny w państwowej średniej szkole kolejowej w Warszawie.

Dr. Goździcki chętnie oddawał się i pracy naukowej — owocem jej są liczne ogłoszone drukiem prace.

Ś. p. Dr. Goździcki był czynnym członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1911.

Obdarzony przez naturę uzdolnieniem poetyckim, ś. p. Dr. Goździcki oddawał się bardzo chętnie twórczości poetyckiej, nie był jednak znany pod tym względem, gdyż tworzył pod przybranym pseudonimem; utwory jego były zarówno pod względem treści, jak i formy dużej wartości.

Zmarł dnia 24 maja 1933 roku. Cześć jego pamięci!

3. Kol. S. a b a t o w s k i A. wygłasza odczyt p. t.: „Morszyn, jego rozwój, produkty i ich działanie oraz wskazania lecznicze”.

W rozprawach przemawiali: Węgierko, Orłowski W., Offenberg i Sabatowski.

4. Kol. Grycewicz M. i Gorecki Zdz. (członkowie T-wa) wygłaszają odczyt p. t.: „Badania kliniczne nad odpornością naczyń włosowatych skóry” (streszczenie własne).

Autorowie omawiają przyrząd do oznaczania odporności naczyń włosowatych skóry, składający się z bańki o 2 cm. średnicy, połączonej gumową rurką z naczyniem A, zawierającym rtęć. Naczynie A połączone jest znowu gumową rurką z naczyniem ruchomym B (na statywie) w ten sposób, że za pomocą podnoszenia i opuszczania naczynia B wytwarza się ujemne ciśnienie w bańce, ustawionej na skórze badanego. Z poziomu rtęci w obu naczyniach (A i B) można odczytać wielkość ciśnienia ujemnego.

Badania, dokonano tym przyrządem u przeszło 100 osób, wykazały słusność badań Leszczyńskiego i późniejszych Menglera, że skóra różnych okolic ciała posiada różną wrażliwość, t. j., że dodatni objaw bańki (wybroczyny) występuje przy różnych ciśnieniach (przy zachowaniu zawsze tego samego czasu trwania bodźca). Według badań autorów najwrażliwszą jest skóra tułowa, potem ramion, najmniej nóg. Następnie autorowie przeprowadzili badania na przedramieniu, w okolicy łokciowej u ludzi zdrowych i chorych i przekonali się, że w tem miejscu występuje odczyn dodatni u ludzi zdrowych dopiero poniżej 30 cm. Hg (między łopatkami 20 cm. Hg.).

Objaw bańki pozwala na ściśle miareczkowanie bodźca naskórnego i na stosowanie go na każdej okolicy skóry ciała, czem przewyższa objaw opaskowy, od którego różni się też mechanizmem powstawania. W celu porównania wyników, uzyskanych u różnych osobników należy uwzględnić okolice skóry, na której dokonano badania.

W rozprawach przemawiali: Landsberger i Grycewicz.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 minut 45.

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

Wice - Prezes: Zdzisław Sławiński.

Posiedzenie z dnia 13 czerwca 1933 r.

Obecnych członków T-wa 25, wprowadzonych gości 19.

1. Protokół posiedzenia z dnia 6 czerwca 1933 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes przedstawia wykaz prac nauczaniych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. Higier H. (członek T-wa) pokazuje chorobę z „Meningitis serosa chronica” (streszczenie własne).

U osoby młodej lat 24-tn, nie obciążonej dziedzicznie, bez anamnezy przymiotowej, gruźliczej i alkoholowej rozwija się stopniowo w ciągu kilku miesięcy bez wiadomej przyczyny obraz kliniczny dosyć poważny i podejrzany: narastające dokuczliwe bóle głowy, zwłaszcza po stronie lewej, z nudnościami, wymiotami, napadowym omdleniem, bezsennością; chód powolny, niepewny, niezborny z padaniem w tył, двоjenie, ślepotą przelotną obok stale postępującego osłabienia siły wzroku. Wielokrotne badanie na dwóch oddziałach szpitalnych stwierdza obok powyższych zjawisk: zwolnienie i wahanie częstości tętna (48 — 90), bolesność uciskową lewej kości ciemieniowej, niedowład i ataksję prawej ręki, hypostezję obu dłoni i stóp na dotyk, ból i ciepło, astereognozję tamże, hemiparę lewej połowy ciała włącznie z twarzą, двоjenie dwu- i jednooczne, arefleksję obu rógówek, obustronną tarczę zastoinową, kilkunastodniową polydipsję. W toku wielomiesięcznej choroby bezgorączkowej notowano: po napadzie omdlenia hemiparę przemijającą prawej strony, w dwa tygodnie później drgawkę prawej nogi i t. zw. *séco usses électriques* lewej nogi. Nie stwierdzono zaburzeń w napięciu mięśni, w odruchach skórnych, okostnych i ścięgowych, w czynności słuchowej i w typie menstruacyjnym. Mocz prawidłowy, krew bez zmian patologicznych. *Pirquet* słabo dodatni, odczyn *Wassermann* ujemny. Częste poprawy krótkotrwałe przy stałym ujemnym radiogramie czaszki i niezależnie od dwukrotnie rozpoczętego i przerwanego leczenia swoistego oraz naświetlań *Röntgen* m. Rozpoznanie brzmiało: *tumor cerebri* bez pewnej lokalizacji i pewnego podłoża. Postanowiono dokonać dekompresję lub operację radykalną w okolicy lewego ciemienia. W 6 miesiącu choroby stale postępującej stan pacjentki stopniowo i niespodzianie zaczął się poprawiać i w ciągu miesiąca chora wyzdrowiała prawie zupełnie. Poprawa trwa już blisko rok, pomijając tu i owdzie zjawiającą się *amylotopia fugax* z następczym kilkuminutowym двоjeniem bez bólu głowy. Higier rozpoznaje t. zw. *pseudotumor cerebri* a za podłoże jego uważa *meningitis serosa chronica essentialis*, cierpienie bardzo rzadkie, nie przez wszystkich neurologów uznawane, mimo iż ostrą postać tegoż (po urazach somatycznych i psychicznych, po udarze słonecznym, po *excessus acutus in Baccho*) aprobuje większość klinicystów. *Etjologia* jest zupełnie ciemna. Kol. Kozłowski, który obserwował chorą na oddziale swoim i zamierzał ją operować, twierdzi, iż widywał podobne samoistne wyzdrowienia w sprawach mózgowych, zależnych od przewlekłej autointoksykacji kiskowej. Co do rokowania tych wyleczonych przypadków Higier poleca ostrożność, gdyż miał cały szereg (demonstrowanych w 1907, 1908, 1909 r.) przypadków dwu i trzykrotnie nawrotnych, z których przed 20 laty pojedynczo obszerniej opisał (*Pseudotumor cerebri recidivans* Gaz. Lek. i Neurolog. Centralblatt 1910; O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego Warsz. Czas. Lek. i Zeitschrift für Neurologie 1927).

4. Kol. Bronowski Sz. (członek T-wa) wygłasza odczyt p. t.: „O regeneracji, czyli odnowie tkanek i na rządów ustroju ludzkiego, ze stanowiska przeważnie klinicznego” (streszczenie własne).

Nasamprzód autor cytuje doświadczenia amerykańskiego uczonego Dra Carrella, z których wynika, że skrawek tkankowy, z zarodkowego serca kury pochodzący o samem li tylko osoczu krwi kury dłużej, niż trzy miesiące, wzrastać i rozwijać się nie może, a śmierć niechybnie prędzej czy później nastąpić musi. — Natomiast dodawanie soków tkanek zarodkowych do osocza znakomicie przyspiesza się do szybkiego i silnego wzrostu masy tkankowej.

Podobnie również działa dodawanie do osocza wyciągu z jakiejś tkanki nowotworowej.

Czynnik podniecający siłę wzrostu skrawka fibroblastów w obu doświadczeniach Carrella w działaniu przypominający raczej enzymy (fermenty), niż ciała o określonym skła-

dzie chemicznym, autor utożsamia z przejawem t. zw. energii życiowej, „vis vitalis” dawniejszych lekarzy i filozofów. — W dalszym ciągu pracy autor w ogólnym zarysie podaje opisy przebiegu 3-ch przypadków chorobowych; na podstawie tych obserwacji wnioskuje, że regeneracja czyli odnowa tkanek i narządów w ustroju ludzkim mieści miejsca i możliwa jest skutkiem działania w ustroju chorym przy pewnych sprzyjających warunkach t. zw. „vis medicatrix naturae”, która niczem innym nie jest, jak tą samą siłą życiową „vis vitalis” w ustroju chorym czynną. — Ogólne wnioski na dociekaniach C a r e l l a oraz na doświadczeniu klinicznym autora oparte:

1) Regeneracja czyli odnowa tkanek i narządów możliwa jest tylko przy zachowaniu warunków ukrwienia, odżywiania i unerwienia odnośnych obszarów. Dlatego, zapewne, niemożliwą jest, regeneracja czyli odrastanie kończyn, pełnych narządów, większych obszarów tych narządów i tkanek.

2) Energia życiowa od zapłodnienia jądra kształtująca i kierująca sprawami regeneracji a z zarodka ustrojowego pochodząca, słabnie ku starości aż do zupełnego jej wygaśnięcia.

3) Oprócz energii życiowej warunkują sprawę wzrostu jak również i sprawę regeneracji nadto zewnętrzne i wewnętrzne warunki bytowania ustroju. Do pierwszych t. j. do warunków zewnętrznych zaliczamy wpływy atmosferyczne, klimatyczne, warunki usłonecznienia, mieszkaniowe, bezpieczeństwa i t. p.; a do wewnętrznych — sprawy odżywiania, oddziaływanie na szkodniki szkodliwe, zadziaływanie czynników psychicznych i t. p.

4) Walka z czynnikami zakaźnymi, czyli wszelkie choroby zakaźne oraz zaburzenia psychiczne w przebiegu swym obniżają bieg regeneracji.

5) Dłuższe leżenie w łóżku oraz spokój fizyczny i psychiczny są warunkami niezbędnymi nieraz dla odnowy tkanek i narządów.

6) Umiarkowany klimat górski, oraz morski przy warunkach obfitego usłonecznienia zdaje się najbardziej sprzyjać sprawom regeneracji.

7) W odżywianiu zupełnie zaspakajającym potrzeby bytowania ustroju nie powinno brakować witamin, a zwłaszcza owoców klimatu południowego.

8) Nasilenie spraw regeneracji winno być w stosunku prostym do nasilenia prawidłowej przemiany materii ustroju; również należy zgóry przewidywać duże różnice osobnicze w zależności od rasy, klasy społecznej i t. p.

W rozprawach przemawiali: M i c h a ł s k i, K r y ś k i, L. S o b i e s z c z a Ń s k i i B r o n o w s k i.

5. Kol. Ś w i a t e c k i Jan (członek T-wa) wygłasza odczyt p. t.: „O wpływie mocznika na naczynia i serce” (streszczenie własne).

Jan Ś w i a t e c k i wykonał w r. 1889—1890 szereg doświadczeń na żabach, psach i kotach nad wpływem mocznika na naczynia i serce i doszedł do wniosku, że mocznik wzma-

ga akcję serca, nie wpływając jednak widocznie na ciśnienie krwi, gdyż naczynia obwodowe jednocześnie się rozszerzają; mocznik jest fizjologicznym bodźcem dla układu naczyniowego i regulatorem krążenia krwi.

Kol. B r o n o w s k i Sz. (członek T-wa) w świetle przytoczonych badań zaznacza się wartość mocznika, jako środka wzmagającego czynność serca i podnoszącego ciśnienie krwi.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 minut 45.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z

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

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 24 października 1933 r. (Presse méd. Nr. 87 1933). M. R o c h, E. M a r t i n i F. S c i e l o u n o f f mówili o wielkiej zastrzykiwaniach wśródzylnej cukru gronowego i ich wpływ na ciśnienie tętnicze. Stosują oni u chorych z nadciśnieniem wlewania wśródzylnej hipertonicznych (20%) roztworów cukru gronowego; przeciętna dawka wynosi 400 cm³, zastrzykiwanych w ciągu trzech kwadransów. Pomimo przestrzegania wszelkich zasad aseptyki mogą występować po kilku godzinach napady gorączkowe, które zależą, być może, od wstrząsu humoralnego. Dostę często w godzinę po zastrzyknięciu odczuwają chorzy uczucie osłabienia i głodu. Dolegliwości, pozostające w związku z okresem odczynowej hipoglikemii, która następuje z kolei po silnej hiperglikemii (4 do 5 gr. w litrze), wywołanej przez zastrzyknięcie. Wniki są bardzo pomysne; wprawdzie diureza i azotemia nie zmniejszają się zupełnie, lecz stan ogólny się poprawia, dolegliwości i duszność ustępują, powracają łaknienie i sen, zastrzykiwania wywołują nawet w chwili, kiedy się robi zastrzyknięcie, tylko lekkie i niestałe zmiany ciśnienia tętniczego, lecz już od pierwszych dni leczenia spostrzega się znaczne i stałe obniżenie ciśnienia, które może się utrzymywać przez kilka miesięcy po ukończeniu serii; ciśnienia, wynoszące np. 265/140 i 210/170, uległy powoli obniżeniu do 155/120 i 120/80. Tego spadku ciśnienia nie można przypisywać zmianom w diurezie; jest możliwe, że główny jego czynnik polega na podrażnieniu trzustki; wiadomo bowiem rzeczywiście, że hormony, wywierające trwały wpływ na układ sercowo - naczyniowy, są wydzielane jednocześnie z insuliną.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 20 października 1933 r. (Presse méd. 88, 1933) J. L a n o s pokazywał przypadek po wycięciu żołądka, wykonanego w znieczuleniu miejscowym z powodu raka odzwiernika z głębokimi owrzodzeniami, u pacjenta, uznanego w kwietniu za nienadającego się do operacji; operowany 4 października pacjent czuje się jak najlepiej. Prelegent podkreśla korzyści, które daje próbne otwarcie jamy brzusznej w znieczuleniu miejscowym; operacja ta nigdy nie jest szkodliwa i przeciwnie może pozwolić na wykonanie pożytecznych zabiegów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zamachy samobójcze w Warszawie.

Podał

St. BAKALOWA (Warszawa).

Jeżeli sądzić z prasy codziennej, to liczba samobójstw w Warszawie wzrosła niepomniennie. Wydaje się naturalnym, że tak ciężki kryzys, jak obecnie przeżywany, musi prowadzić do samobójstwa jednostki wykolejone lub pozbawione kawałka chleba, bardziej chwiejne psychicznie, których życie z przyczyn materialnych zostało załamane. Na szpaltach dzienników czytamy codziennie o rozpaczliwych wypadkach, o targnięciach się na życie wskutek krachu finansowego lub braku środków do życia.

Obiektywne zbadanie tej sprawy nie potwierdza tych przypuszczeń, zdawałoby się, zupełnie słusznych. Liczba zamachów samobójczych w Warszawie w okresie pomyslniej konjunktury gospodar-

czej wyższa jest, niż w latach kryzysowych. Naturalnie, nie należy tu wyprowadzać wniosku, że nie ma żadnej zależności między kryzysem a liczbą samobójstw, stosunek ten jednak nie jest tak prosty, jak to ogół sądzi, i w wyciąganiu wniosków należy tu być bardzo ostrożnym. Na podstawie analizy szczegółowej danych za okres 1927—1932, możemy jednak już dzisiaj ponad wszelką wątpliwość powiedzieć, że kryzys wywarł wpływ dominujący na strukturę wewnętrzną samobójstw.

Jak widać z powyższego zestawienia, współczynnik zamachów w latach kryzysowych 1930—1932 (123 na 100 tys. ludności) odbiega dość znacznie od przeciętnego rocznego z lat 1927—1929 (136). Wprawdzie już w latach 1927—1929 widzimy stopniowe zmniejszanie się liczby zamachów, niemniej jaskrawym faktem pozostaje, że lata kryzysowe charakteryzuje nie wyższa, lecz niższa liczba zamachów.

Tablica 1.

Zamachy i zgony samobójcze.

L a t a	Zamachy samobójcze		Zgony samobójcze		
	Liczba	Na 100 tys. mieszk.	Liczba	Na 100 tys. mieszk.	Na 100 zam. samobójcz.
1927—1929	4 442	136	1.009	31	23
1930—1932	4.268	123	1.105	32	26

Natomiast stosunek liczby zgonów do liczby zamachów przedstawia się inaczej. Procent zamachów z wynikiem śmiertelnym w latach kryzysowych wzrasta: kiedy dla lat 1927—1929 wynosił on 23%, dla lat 1930—1932 podniósł się już do 26%, przytem dla poszczególnych lat kryzysowych wyraża się kolejno w liczbach 27%, 24%, 27%. Wynika, jakoby w latach kryzysowych ludzie popełniają zamachy bardziej zdecydowanie, co jeszcze silniej się uwypukli, gdy będziemy analizowali zamachy samobójcze w związku z płcią, wyznaniem, rodzajem samobójstwa i przyczyną.

Dane o zamachach samobójczych w Warszawie w zależności od płci świadczą, że kobiety częściej popełniają zamachy, niż mężczyźni, co zwłaszcza wyraźnie zaznacza się u kobiet chrześcijanek. Spółczynnik zamachów dla roku 1927 wynosił u mężczyzn 139 na 100 tys. ludności, u kobiet 144, odpowiednie współczynniki dla roku 1932 wyrażają się w liczbach 120, 126. Spadek liczby zamachów w okresie sprawozdawczym zaznaczył się u kobiet począwszy od roku 1928, u mężczyzn występuje on dopiero w latach kryzysowych.

Kobiety częściej, niż mężczyźni, godzą na swe życie, jednak rzadziej umierają z tego powodu. Tłumaczy się to prawdopodobnie mniej rozważnem i mniej zdecydowanem uskutecznianiem samego zamachu, jak również mniej umiętmem jego wykonaniem. Gra tu dużą rolę również rodzaj samobójstwa: kobiety najczęściej w celach samobójczych zażywają trucizn, co przez rychłe zastosowanie antidotum pozwala je w większości przypadków uratować.

Lata kryzysowe wykazują u mężczyzn wyraźny wzrost zgonów w stosunku do liczby zamachów: jest ich u mężczyzn półtora razy więcej, niż u kobiet (33% wobec 20%).

Przechodząc do zamachów samobójczych według wyznania samobójców, stwierdzamy, że Żydzi o wiele rzadziej godzą na swe życie, niż chrześcijanie. Chociaż ludność żydowska stanowi około 30% ludności stolicy, zamachy u Żydów w okresie sprawozdawczym wynosiły zaledwie 13% ogółu zamachów.

Lata kryzysowe 1930—1932 wykazują w porównaniu z latami 1927—1929 spadek zamachów u chrześcijan ze 170 do 152 na 100 tys. ludności. Spadek ten zaznaczył się w silniejszym stopniu u mężczyzn niż u kobiet: u mężczyzn wynosi 13%, u kobiet 8%.

Tablica 2.

Zamachy samobójcze według wyznania samobójców.

L a t a	Zamachy samobójcze		Na 100 tys. mieszkańców	
	Chrześc. i janie	żydzi	Chrześc. i janie	żydzi
1927—1929	3.855	587	170	59
1930—1932	3.704	564	152	55

Podobnie i u Żydów kształtują się analogicznie przeciętne dla obu okresów. Ponadto należy zaznaczyć, iż u Żydów, począwszy już od roku 1929, występuje zupełnie wyraźnie przewaga zamachów samobójczych wśród mężczyzn.

Żydzi rzadziej popełniają samobójstwa, niż chrześcijanie, jednak skuteczniej. Ma to pewien związek z rodzajem samobójstwa: Żydzi częściej niż chrześcijanie stosują, jako sposób pozbawiania się życia, rzucenie się na bruk ze znacznej wysokości oraz powieszenie się, które w przeważnej większości przypadków pociąga za sobą śmierć. Odsetek zgonów samobójczych w latach 1927—1929 wynosił u chrześcijan 22%, u Żydów 30%, w latach kryzysowych wzrost w pierwszej grupie do 25%, w drugiej do 34%.

Brak danych co do obecnej struktury ludności podług wieku, nie pozwala na należyte oświetlenie kwestji samobójstw w związku z wiekiem samobójców. Niemniej widzimy, że niemal połowa zamachów samobójczych (48% dla lat 1927—1929, 45% dla lat 1930—1932) przypada na ludność w grupie wieku od 20 do 29 lat, na drugim miejscu stoi grupa 30—49 lat (25% i 27%), na trzecim 15—19 lat (17%). W porównaniu ze stosunkami procentowymi poszczególnych grup ludności i według wieku ze spisu z roku 1921, liczby, charakteryzujące niektóre grupy wieku samobójców, różnią się między sobą w stopniu wielokrotnie większym, niż liczby procentowe ludności w tych grupach wieku i o wiele wyższym, niż mogłaby się zmienić struktura ludności w międzyczasie.

Lata kryzysowe wykazują pewne przesunięcia w wieku u osób, popełniających zamachy samobójcze: liczebność grup młodszych (poniżej lat 30) maleje, starsze grupy natomiast silniej są obsadzone. Uwidacznia się to szczególnie wyraźnie u mężczyzn, zarówno chrześcijan, jak i Żydów. W porównaniu z odpowiednim odsetkiem zamachów u mężczyzn z lat 1927—1929 odsetek ten dla wieku powyżej lat 30 w latach 1930—1932 wzrasta. Kiedy w latach 1927—1929, wynosił on w grupie wieku 30—49 przeciętnie 29%, w latach kryzysowych wynosi już 33% (kolejno dla poszczególnych lat kryzysowych 33%, 31%, 36%), w grupie wieku zaś 50—69 wzrósł z 8% do 14% w r. 1932.

Najwyższy procent zamachów z wynikiem śmiertelnym przypada na grupy wieku najstarsze, a mianowicie, na osoby w wieku od 50 do 69 lat, (58% dla lat 1927—1929, 68% dla lat 1930—1932), oraz osoby powyżej 70 lat (70%; 66%). Samobójcy

w najsilniej reprezentowanej co do liczebności zamachów grupie wieku 20—29 dają odsetek zgonów stosunkowo niski, gdyż 17% dla lat 1927 — 1929, 19% dla lat 1930 — 1932.

Najwyższy odsetek zamachów samobójczych przypada na osoby stanu wolnego, bez różnicy płci i wyznania, przytem u kobiet niezamężnych jest on wyższy, niż u nieżonatych mężczyzn.

Najczęstszym i najbardziej pospolitym rodzajem samobójstwa w Warszawie, zarówno u jednej, jak i drugiej płci, jest otrucie się, przytem kobiety

częściej niż mężczyźni zażywają trucizny w celach samobójczych. Drugie miejsce zajmują u mężczyzn postrzały, u kobiet rzucenie się z wysokości, trzecie — u mężczyzn zadanie sobie ran ciętych i kłutych, u kobiet — postrzały. U żydów, podobnie jak u kobiet, najczęściej spotykanym (po otruciach się) sposobem pozbawiania się życia jest rzucenie się z wysokości, następnie postrzały i powieszania się. Dość rzadko stosowanym rodzajem targnięcia się na życie, zarówno u chrześcijan, jak i żydów, są samobójstwa przez utopienie się.

T a b l i c a 3.
Zamachy samobójcze według rodzajów samobójstw.

L a t a	Otrucie się	Rzucenie się z wysok.	Postrzały	Rany cięte i kłute	Powieszenie się	Utopienie się	Inne rodzaje
1927 — 1929 %	3275 73,7	306 6,9	306 6,9	260 5,9	155 3,5	87 1,9	53 1,2
1930 — 1932 %	3099 72,6	285 6,7	311 7,3	252 5,9	178 4,2	70 1,6	73 1,7

Lata kryzysowe wykazują w porównaniu z latami 1927 — 1929 spadek u obu płci i w obu grupach wyznaniowych liczby zamachów przez otrucie się, natomiast wzrost skuteczniejszych pod względem wyniku rodzajów samobójstw, jako to: powieszzeń i postrzałów.

Do najsukuteczniejszych sposobów pozbawienia się życia, jak już zaznaczyliśmy wyżej, należą powieszania się, które w latach 1930—1932 w 82,6% dały wynik śmiertelny. Następną grupą co do

pewności wyniku jest rzucenie się z wysokości (60,7%), oraz postrzały (58,5%). Otrucie się, ten najczęściej stosowany rodzaj targnięcia się na życie, daje stosunkowo nieznaczny odsetek zgonów, gdyż tylko 17,3% (w latach 1927—1929 — 14,2%).

W porównaniu z latami 1927—1929 widzimy wzrost zamachów z wynikiem śmiertelnym we wszystkich rodzajach samobójstw, z wyjątkiem samobójstw przez zadanie sobie ran ciętych i kłutych i przez rzucenie się z wysokości (u kobiet).

T a b l i c a 4.
Zamachy samobójcze o przyczynie wiadomej według płci i wyznań samobójców.

	Ciężkie warunki materialne	Nieporozumienia rodzinne	Rozstrój nerwowy	Sprawy sercowe	Stan nietrzeźwy	Choroba nieuleczalna	Niechęć do życia	Inne przyczyny
1927 — 1929 %	571 26,7	593 27,8	376 17,6	185 8,7	155 7,3	90 4,2	57 2,7	108 5,0
1930 — 1932 %	1063 43,8	482 19,9	359 14,8	201 8,3	103 4,3	105 4,3	44 1,8	68 2,8

Ustalenie przyczyn samobójstw jest sprawą bardzo skomplikowaną i natrafia w wielu przypadkach na nieprzewidywane trudności. Niekażdy z samobójców wyjaśnia lub pisze listy, w których tłumaczy pobudki swego rozpaczliwego kroku, nie zawsze też umieją, a często może i nie chcą ujawnić tych pobudek osoby z najbliższego otoczenia samobójcy, jak również nie zawsze odgrywa rolę jedna przyczyna, może ich być więcej, przytem bezpośredni powód często nie daje się odróżnić od właściwej przyczyny.

Stąd też mamy bardzo wielki odsetek przypadków, w których przyczyna samobójstwa nie daje się ustalić i pozostaje niewiadoma. Odsetek ten dla okresu 1927—1932 wynosił w Warszawie 47%.

W ogólnej liczbie zamachów samobójczych, których przyczynę można było ustalić, pierwsze liczebnie miejsce w latach 1930 — 1932, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, u chrześcijan tak samo, jak i u żydów, zajmują samobójstwa, spowo-

dowane ciężkimi warunkami materialnymi, jako to: brakiem pracy i środków do życia, ruiną majątkową i t. d.; stanowiły one 43,8% ogółu zamachów (u mężczyzn 53,1%, u kobiet 35,8%, u chrześcijan 44,2%, u żydów 40,9%).

Drugie miejsce pod względem częstości, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, zajmują zamachy, spowodowane niesnaskami i nieporozumieniami w rodzinie (19,9%, u mężczyzn 13,9%, u kobiet 25,0%), na trzecim stoją zamachy z powodu rozstroju nerwowego (14,8%, u mężczyzn 12,8%, u kobiet 16,6%). Sprawy sercowe, jako to: zdrady, zawody miłosne i t. p. stanowiły 8,3% (u mężczyzn 4,2%, u kobiet 11,9%).

U żydów o wiele częstsze, niż u chrześcijan, są zamachy, popełniane w przystępie rozstroju nerwowego (29,7% wobec 12,8%), jak również częściej godzą oni na swe życie z powodu choroby przewlekłej lub nieuleczalnej (8,9%, u chrześcijan 3,7%); natomiast nieduży odsetek stanowią u żydów za-

machy wskutek nieporozumień rodzinnych (9,9% wobec 21,2% u chrześcijan) i spraw sercowych (4,4% wobec 8,8%).

Wpływ kryzysu, o ile tak można sądzić na podstawie naszego materiału, zaznaczył się we wzroście odsetka zamachów, wywołanych ciężkimi warunkami materialnymi. Uwydatnia się to silniej u mężczyzn, niż u kobiet, u chrześcijan, niż u Żydów.

Znamienny też jest fakt zwiększenia się liczby t. zw. „upartych samobójców”, którzy zamach samobójczy powtarzają kilkakrotnie w ciągu roku (od 2 do 5 razy, jak w roku 1932). Samobójców tego rodzaju zarejestrowano w 1930 roku 3-ch (1 mężczyzna i 2 kobiety), w 1931 roku 19-stu (7 mężczyzn i 12 kobiet), w 1932 r. 24 (11 mężczyzn i 13 kobiet). Na ogólną liczbę 46 „upartych samobójców” 29 popełniło zamachy samobójcze z powodu braku pracy i środków do życia, 7 — z powodu rozstroju nerwowego.

Kto są ci, co popełniają zamachy samobójcze, z jakiej klasy społecznej się rekrutują, oto

pytanie, na które w pewnej mierze rzuca światło podział samobójców w/g zawodu. Otóż w latach 1930—1932 przeszło 52% ogółu zamachów przypadało na pracowników fizycznych, w tem na służbę domową i inne usługi osobiste 17,3% (służba domowa 13,1%), na rzemieślników i robotników, zatrudnionych w przemyśle, 15,1%, na robotników bez bliższego określenia 17,4%, na pracowników kolejowych, pocztowych i innych transportowców 2,2%. Służba publiczna i wolne zawody dostarczyły 7,4% samobójców, kupcy i przemysłowcy 1,8%, pracownicy, zatrudnieni w handlu 4,4%. Na uczącą się młodzież przypada 2,1%, na żywoły wykołone 1,5%, na utrzymujących się bez pracy 20,1% (w tem 19,0% przypada na osoby, będące na utrzymaniu głowy rodziny, której zawód nie jest podany, nie można więc ustalić warstwy społecznej, do jakiej te osoby należą).

Największa liczba samobójstw przypada kolejno na miesiące: maj (135 śr. mies.), kwiecień (130), lipiec (129), czerwiec (126) i listopad (123), najmniej na miesiąc luty (103).

Wiadomości bieżące

— Nakładem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie wyszła „Mapa Uzdrowisk Polskich”, opracowana przez znanego balneologa i klimatologa, prof. L. K o r c z y Ń s k i e g o. Dzięki odpowiedniemu znakowaniu pozwala ona lekarzowi zorientować się w charakterze klimatycznym wszystkich okolic Polski a zarazem rozstrzygnąć kwestję czy dana miejscowość nadaje się dla danego chorego. Na mapie w skali 1 : 800.000 zaznaczone są nie tylko wszystkie uzdrowiska ze źródłami, miejscowości z zakładami wodolecznictwami, lecz nawet lotniska. To nowe wydawnictwo P. T. B. stanowi cenne uzupełnienie niedawno wydanej Klimatologii prof. Korczyńskiego i z pewnością powitane zostanie z zadowoleniem przez każdego lekarza praktyka.

ZMARLI:

Antoni N a t a n s o n, długoletni ordynator oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala Starozakonnych na Czystem, wiceprezes Towarzystwa Kolonij Letnich, działacz społeczny, członek redakcji „Warsz. Czas. Lak.”—w Warszawie.

Christian B ä u m l e r, najstarszy klinicysta niemiecki, b. dyrektor kliniki wewnętrznej — we Fryburgu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

12.XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Zagajenie: M a r z e c k i J. Stanowisko lekarza w przyszłej wojnie. 2. Dyskusja.

13.XII. Towarzystwo Okulistów Polskich.

I. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 22.XI.33 r. II. P o k a z y c h o r y c h: a) D-rzy K. B e i n i A. K w a s k o w s k i. Przypadek białocętkowatego zapalenia siatkówki. III. O d c z y t y: a) Dr. L. E n d e l m a n. Kilka uwag w sprawie leczenia zachowawczego dróg nosowo-łzowych. b) Dr. M. K a r b o w s k i. Energetyka widzenia barwnego.

18.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna

1. L. J e l e n k i e w i c z. O zaburzeniach dyskinetycznych pęcherzyka i pozawątrobowych dróg żółciowych. 2. J. S z p e r. Postępowanie chirurgiczne i wyniki jego w kamicy dróg żółciowych.

21.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Stefan K r a m s z t y k. O patologii kultury.

TRĘŚĆ: M. KOENIGSTEIN. O'utajonem zapaleniu ucha środkowego. — J. GOLDMAN. Wpływ białka, wprowadzonego parenteralnie na wrażliwość względem insuliny u psów normalnych. — J. SREBRNY. Koagulacja prądem o wysokiej częstotliwości (t. zw. djatermo-koagulacja) w chorobach gardła, nosa i uszu na podstawie materiału kliniki warszawskiej. — S. HOPENSZTADT. Krótkie fale w medycynie (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. BAKALOWA. Zamachy samobójcze w Warszawie. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. KOENIGSTEIN. Sur l'otite moyenne latente. — J. GOLDMAN. L'influence de l'albumine, introduite parentéralement, sur la sensibilité envers l'insuline chez les chiens normaux. — J. SREBRNY. La diathermo-coagulation dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles d'après le matériel de la clinique varsoviennne. — S. HOPENSZTADT. Les ondes courtes dans la médecine (Rev. gén. fin.). — St BAKALOW. Les tentatives de suicide à Varsovie.

SAL DIETETICUM
SINE CI' Br' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.