

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, 21 GRUDNIA 1933 R.
	Nr. 51

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Patologia rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

M. ABRAMOWICZ (Warszawa).

W pracy niniejszej chcielibyśmy zanalizować właściwą patologię tych przypadków, które były rozpoznane i operowane jako zapalenie wyrostka robaczkowego, lecz w ostatecznym wyniku miały efekt ujemny. Wobec tego, że znajdowane podczas tych operacji minimalne zmiany charakteru mikroskopowego lub makroskopowego na powierzchni lub wewnątrz wyrostka, niedostatecznie wyjaśniają przyczynę objawów klinicznych, powstaje kwestja znalezienia powodów, które skłoniły chorego do poddania się operacji. Sam fakt, że ani w polu operacyjnym, ani też w najbliższych narządach nie znaleziono zmian chorobowych, kieruje naszą myśl do mniemania, że gdzieś jednak w ustroju danego pacjenta musi być pewne schorzenie, lecz że nie jest ono tak łatwo dostępne dla naszej obserwacji klinicznej. Wiadomo, że bardzo często objawy kliniczne, uważane za zespół objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, bywają pochodzenia refleksyjnego na skutek schorzenia dalej leżącego narządów. Lecz i o tych schorzeniach nie będziemy mówili; interesują nas tu te schorzenia, które z łatwością mogą ująć naszej uwagi, a trudno powiązać je przyczynowo z naszym obrazem klinicznym. Do nich, na przykład, należą: nienormalny układ w jednym z gruczołów dokrewnych lub też w całym ich systemie, większe lub mniejsze uchylenia anatomiczne i t. d.

Na czele tych schorzeń postawiłbym zmiany w t. zw. stanach statycznych narządów jamy brzusznej. Choć mało brane pod uwagę przy rozważaniu rozmaitych chorób, stany statyczne odgrywają w życiu naszym wielką rolę, a odmienne jej fazy zaciemniają lub zmieniają obraz choroby, a co najważniejsza, wywołane przez nie objawy kliniczne, doprowadzamy pod rubrykę innych chorób, które mimowoli zostają wadliwie rozpoznane i leczone. Mamy tu właśnie na myśli te objawy, które upewniają lekarza, że ma w danym przypadku do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Stany statyczne są ostatnio przedmiotem wielu badań i dociekań. Przeważnie robiono doświadczenia na zwierzętach, ale jak się okazuje, doświadczenia te nie mo-

gą być przeniesione z dziedziny zwierząt nawet najwyższego gatunku na człowieka, gdyż pionowa pozycja tego ostatniego zmienia wiele w ułożeniu narządów jamy brzusznej. Ta niewielka stosunkowo ilość czasu, odkąd człowiek zaczął stałe przebywać większą część dnia w pozycji pionowej, filogenetycznie pozostawia ślady na wzajemnym ustosunkowaniu się narządów pewnych osobników, co wyraża się w schorzeniach, dla których nie mamy ścisłych wyjaśnień patologicznych. Bezprzyczynowe opuszczenie się nerki, okrężnicy, żołądka, wielka liczba przepuklin są właśnie spowodowane odchyleniami w stosunkach statycznych jamy brzusznej.

Dla zrozumienia tych stanów statycznych uważać będziemy jamę brzuszną jako worek mięśniowy, mający punkty oparcia na kościach miednicy, stosu piersiowego i łuków żebrowych. Narządy, znajdujące się w tym worku, spoczywają jedne na drugich, jakby złożone do naczynia cylindrycznego. Władza niektórych narządów mają albo znaczenie podłoża dla naczyń krwionośnych i nerwów, albo też wstrzymują większe przesunięcie się narządów. Ściany brzuszne stawiają opór ciężarowi narządów, ale nie wywierają na nie żadnego ucisku. Doświadczenia wykazują, że z chwilą powiększenia się objętości żołądka lub kiszek słabnie ściana brzuszna i rozciąga się o tyle, aby utrzymać równowagę wewnątrzbrzuszego ciśnienia powietrza. Ściany brzuszne są w stanie rozciągnąć się tak, że objętość jamy brzusznej może się powiększyć do znacznych rozmiarów, poczem wraca do normy.

B r u n s objaśnia ten proces wpływami układu nerwowego, którego czynność rozpoczyna się od wewnętrznej ściany żołądka przez *plexus gastricus* następnie przez *ganglion semilunare* i *n. splanchnicus* dociera do n. współczulnego, skąd trafia do rdzenia. Gdy mięśnie brzucha stale są rozciągnięte, jak to ma miejsce po ciąży, narządy jamy brzusznej opadają i pociągają za sobą przeponę. Kształty brzucha w poziomej i pionowej pozycji ciała dobitnie wykazują zmiany w stosunku ciężaru narządów do ściany brzusznej, regulowanym drogą fluktuacji w ciśnieniu wewnątrzbrzuszem.

Rozumie się, że wszelkie zmiany w ciśnieniu zmieniają położenie przepony, która odpowiednio spłaszcza się lub uwypukla, pociągając lub unosząc dolny brzeg

żeber. Odbija się to na narządzie oddechowym i krwiobiegu.

Wzajemne ustosunkowanie się narządów do ciśnienia wewnątrzbrzusznego, jakoteż do ścian brzusznych przedstawiają najwyraźniej nerki. Według Delicyna i Wołkowa ich pozycja niezależna jest od więzadeł. Leżą one w specyficznych niszach, odpowiadających swą formą kształtom tego narządu. Otaczająca tę niszę torbka tłuszczowa nie zupełnie wystarcza, aby utrzymać nerkę w jej zwykłej pozycji. Jeżeli, na przykład, postawimy trupa i otworzymy jamę brzuszną, nerki poczynają opadać. Częściowo pokrywająca nerkę otrzewna brzuszna też mało ją fiksuje. Również i samo ciśnienie nie utrzymuje nerki w otoczkach, jak ma to miejsce z główką uda w panewce. Wystarczy bowiem zwiększyć ciężar nerki za pomocą zastrzyknięcia rtęci, aby już zwisała. A zatem nerki utrzymują się w położeniu swoim w sposób następujący: Mięśnie ściany brzusznej przytrzymują nerkę w jej niszy, ale wtenczas tylko, gdy narządy pomiędzy ścianą a nerką działają jako peloty. Działają tu opór ściany brzusznej i statyczne ciśnienie boczne, które wywierają leżące przed nią narządy. Przytem wchodzi w grę waga nerki wraz z jej otoczką tłuszczową. Ta ostatnia odgrywa rolę jakby pasa korkowego podczas pływania: zmniejsza ona bowiem właściwą wagę nerki. Rozumie się, że cała ta kombinacja zmienia się, gdy jeden z tych czynników ulega jakimkolwiek odchyleniom. Gdy w ustroju zanika tłuszcz a zarazem i w otoczce nerki, ta ostatnia opada, i odwrotnie, unosi się w górę z chwilą, gdy tłuszczu zaczyna przybywać. To samo będzie miało miejsce, gdy jelita lub żołądek powiększają lub zmniejszają swą zawartość. A więc po przeczyszczeniach, po zastosowaniu ścisłych diet, pewnych specyficznych kuracji pozycja nerki zmienia się wskutek zmian w zwykłym statycznym ciśnieniu oraz zmian w otoczce tłuszczowej.

Przytoczyliśmy tu nerki jako wyraźny przykład wzajemnej zależności narządów jamy brzusznej. Zmiana ogólnych warunków ustroju odbija się również i na położeniu innych narządów.

W Niemczech robiono podczas wojny europejskiej spostrzeżenia co do zmian topograficznych jelit w związku z głodem. Wskutek stałego głodowania następowało zakłócenie równowagi pomiędzy narządami jamy brzusznej. Sekcje tych wycieńczonych ludzi, którzy nie doczekali się zmian warunków żywnościowych, wykazywały zwisanie narządów jamy brzusznej, trzymających się z trudnością na wychudzonych więzadłach. Nic więc dziwnego, że wygłodniał ludzkie, którzy stracili nieraz przeszło 50 kilo swej wagi, mieli silne bezustanne bóle, nie mogli się poruszać, ani wykręcić się z boku na bok wskutek tych bólów. Jednak, jak tylko warunki żywnościowe się zmieniły, cały stan chorobowy zniknął u nich w ciągu kilku tygodni. Rozciągnięte zaś ponad miarę więzadła wraz z nerwami i naczyniami krwionośnymi, przechodzącymi wzdłuż nich, dostosowywały się stopniowo do nowego układu warunków ciśnienia i wzajemnego działania na siebie narządów. Były zresztą gdzieindziej robione w tym kierunku inne doświadczenia. Na pewnej liczbie żywych ludzi i trupów drogą zdjęć rentgenowskich skonstatowano, że u lepiej odżywionych osób zwykle ułożenie trzew jest normalne, a u wychudzonych ulegają te stosunki dużym odchyleniom.

Różne przyczyny sprawiają, że w organizmie tłuszcz zanika i powraca, co wywołuje stan rozciągania

się i ściągania więzadeł. Te wahania powodują obniżenie statycznej wydolności narządów jamy brzusznej. Tyczyć się to będzie, zależnie od okoliczności, poszczególnych narządów albo pewnej ich grupy. Niewydolność pewnego narządu będzie tem większa, im więcej jest on skłonny do przemieszczeń wskutek swego większego ciężaru lub innych osobliwości: Zdarza się to zwłaszcza z kątnicą, która zmienia swoje położenie w związku z wiekiem jakoteż ogólnym stanem odżywiania. O ile u dzieci znajdujemy jej dolny brzeg na poziomie *cristae ossis ilei*, o tyle z biegiem czasu opuszcza się wciąż niżej w kierunku do miednicy, gdzie go normalnie znajdujemy w wieku 40 — 50 lat. Pozatem kątnica nie u wszystkich ludzi rozwija się jednakowo wzdłuż i wszerz, a co najważniejsza, nie jednakowo są u wszystkich rozwinięte mięśnie tej kiszki. Powoduje to ogromną niewydolność tego narządu, a następnie dłuższe zaleganie mas kałowych. Właściwie filogenetycznie kątnica nie u wszystkich ludzi jest dostosowana do pionowej pozycji. To też często wykazuje z tego powodu niewydolność: za wiele poddaje się ciężarowi mas kałowych, opada i sprawia bóle. A jak już wyżej wspomniałem, wystarczy nadmierne przepełnienie tego jednego narządu, aby, jak pokazały doświadczenia na trupach, w tem miejscu już ściana brzuszna uległa osłabieniu. Nastąpi wskutek tego zmiana w ciśnieniu wewnątrzbrzusznej w innych miejscach, narządy inne zmienią swe zwykłe położenie i dadzą t. zw. refleksyjne bóle i dolegliwości.

Tak samo zmiany statyczne na innym odcinku okrężnicy lub w innych narządach jamy brzusznej mogą dać objawy schorzenia kątnicy, choć ta w danej chwili znajduje się w warunkach normalnych.

Z wymienionych powodów najczęściej cierpią dzieci. We wczesnym wieku, gdy organizmowi stawia się niewiele wymagań fizycznych, te odchylenia w kątnicy i w innych narządach nie dają znać o sobie. Lecz, gdy dzieci podrastają, gdy bieganie, ćwiczenia gimnastyczne i inne wysiłki fizyczne zaczynają wchodzić w grę, występują objawy niedomogi funkcjonalnej w rozmaitych częściach brzucha. Dzieci uskarżają się na bóle w okolicy żołądka, esicy, a najczęściej w okolicy kątnicy. Musimy jeszcze wziąć tu pod uwagę niewspółmierność wagi wątroby, która w tym wieku jest jeszcze stosunkowo duża w porównaniu z miernie rozwiniętymi innymi narządami wraz z ich wątłemi więzadłami. Podrastając, takie dzieci przedstawiają t. zw. typ asteniczny o wąskiej, podłużnej klatce piersiowej i o bladych powłokach ciała z niewielką ilością tłuszczu podskórnego.

Te rozważania nasze winny bezwarunkowo być wzięte w rachubę, gdy będziemy zastanawiali się nad schorzeniami narządów jamy brzusznej.

Dolegliwości w brzuchu, z którymi zwracają się pacjenci przy jednoczesnym braku innych pewnych objawów klinicznych, nie powinniśmy od razu zaliczać do szeregu znanych schorzeń, lecz dokładniej wyjaśnić je drogą ściślejszych metod badania, dłuższej obserwacji, drobiazgowych wywiadów, prześwietlenia promieniami Roentgena i t. d.

Często jednak się zdarza, że opisane tu niedomogi nie zostają brane pod uwagę, a zalicza się je do rzędu katarów kiszek lub zapaleń wyrostka robaczkowego. Rozumie się, że w tych przypadkach, jak już mówiliśmy, usunięcie wyrostka robaczkowego nie da pożądanego efektu. Natomiast z biegiem czasu nierozpoznane objawy

niedomogi narządów lub pewnego narządu jamy brzusznej, a najwięcej tyczy się to kątnicy, nieodpowiednio leczone, wzmagają się, zwłaszcza pod wpływem sprzyjających warunków. Półgłodowanie w rodzinach ubogich, ciężka praca fizyczna, wczesne ćwiczenia gimnastyczne u dzieci i inne czynniki sprzyjają właśnie przemieszczeniu narządów w jamie brzusznej i powiększają wadliwą ich

funkcję, wadliwe wzajemne ustosunkowanie się, powiększają bóle, osłabiają zdolność ruchową i t. d.

Chorzy tacy mogą powrócić do zdrowia i bez zabiegu operacyjnego. Odpowiednia zmiana warunków życiowych, terapia fizyczna i dieta, masaż mięśni brzusznych, odpowiednie bandażowanie, spokój i t. d. przywrócić zdrowie pacjentom w wielu przypadkach.

Z klinik, szpitali i pracowni

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. djatermokoagulacja) w chorobach gardła, nosa i uszu na podstawie materiału Kliniki Warszawskiej *).

Podał

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

(Dokończenie — patrz Nr. 50).

W omówionym dziale zmian bliznowych główną część naszego materiału stanowią przypadki twardzieli. Ponieważ kazuistyka terapii blizn potwardzieliowych jest jeszcze w piśmiennictwie lekarskim stosunkowo dość skąpa, pozwolimy sobie omówić szczegółowiej kilka przypadków bardziej charakterystycznych, podając opis zmian bliznowych i przebieg leczenia.

Tadeusz K. lat 28, wieś Chodory pow. Białystok. Zgłosił się do Kliniki 13 listopada 1930 roku z powodu duszności. Stwierdzono obecność wałowatych nacieków podstrunowych, zrost podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli, oprócz okolicy języczka, gdzie pozostawał otwór, wielkości monety jednogroszowej, prowadzący do jamy nosowo - gardzieliowej. Nos niedrożny. Nozdrza tylne w postaci otworków, przepuszczających cienki zgłębnik, pośród wałów naciekowobliznowych.

Od 14 listopada do 23 grudnia 1930 naświetlania promieniami R o e n t g e n a, poczem duszność ustąpiła. Nacieczenia podstrunowe znikły. W ciągu stycznia 1931 r. koagulacja zrostu podniebienia z tylną ścianą gardzieli i blizn, zamykających nozdrza tylne. Po skończeniu zabiegów koagulacyjnych naświetlanie prom. R o e n t g e n a okolic koagulowanych. Ostatnia kontrola w marcu 1933: oddycha przez nos; boczne części podniebienia miękkiego zrosnięte, lecz w części środkowej otwór, przepuszczający swobodnie wskazujący palec.

Jacenty M. lat 36, Krasnystaw. Przybył do Kliniki 30 stycznia 1928 r. z rurką trachealną po przebytej przed rokiem tracheotomji. W Klinice stwierdzono zarośnięcie bliznowate obu nozdrzy przednich, całkowity zrost podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli, nacieki podstrunowe, pozostawiające tylko wąziutką szparę w świetle rury oddechowej; bez rurki nie oddycha.

W czasie od 3 lutego do 17 marca 1928 naświetlanie prom. R o e n t g e n a. Od 19 maja do 26 czerwca 1928 powtórna serja naświetlań. Poraz drugi zgłosił się do Kliniki w marcu roku 1930 i wówczas zastosowana została koagulacja, polegająca na uruchomieniu podniebienia miękkiego i zniszczeniu blizn, zamykających nozdrza przednie.

Po upływie roku stwierdzono nawrót w nozdrzach: wówczas powtórnie koagulacja z założeniem drenów gumo-

wych. W październiku r. 1932, czyli po upływie 2-ch lat, prawe nozdrze drożne dla ołówka średniej grubości, lewe — dla zapalki. Podniebienie pozostaje wolne, oprócz części najbardziej bocznych.

Jan T. lat 37, powiat Łuków. Zgłosił się do Kliniki 9 czerwca r. 1929 z powodu niedrożności nosa, utrudnienia mowy i polykania. Wówczas stwierdzono: guzowate masy ziarninowe wypełniają jamę nosowo - gardzieliową, wypuklając podniebienie miękkie do jamy ustnej. Obie jamy nosa wypełnione podobnymi masami, przebijającymi się na zewnątrz na bocznych powierzchniach nosa w postaci kalafiorowatych tworów wielkości sporej śliwki. Krtań i tchawica bez zmian. Chory ten przebył w ciągu r. 1927 i 1928 naświetlania prom. R o e n t g e n a. Wobec braku skuteczności tego leczenia przystąpiono od razu do zabiegów koagulacyjnych i w ciągu 7 tygodni doprowadzono do zniknięcia guzów zewnętrznych, w których miejscu wytworzyły się lejkowato wciągnięte blizny.

W maju r. 1932 przybył do kliniki powtórnie z kompletnym nawrotem i w dodatku z zajęciem prawej zatoki szczękowej i przebieciem mas ziarninowych na prawy policzek.

Kuźma B. lat 41, powiat Kobryń. Przybył do Kliniki 5 grudnia 1930 r. z powodu zniekształcenia nosa i głuchoty. Stwierdzono: po obu stronach nasady nosa, w okolicy wewnętrznych kątów oczu miękkie, ziarninowe guzowatości, wielkości orzecha włoskiego. Podobne masy wypełniają obie jamy nosa, który jest całkowicie niedrożny. Podniebienie miękkie zrosnięte z tylną ścianą gardzieli. Krtań bez zmian. Światło prawego przewodu słuchowego zewnętrznego wypełnia twór polipowaty, czerwony, o ziarnistej powierzchni. W uchu lewym błona bębenkowa silnie wciągnięta, o cechach zanikowych. Badanie histologiczne tworów, wypełniających prawy przewód słuchowy wykazało typowe cechy ziarniny twardzieliowej. Badanie słuchu stwierdziło upośledzenie aparatu przewodzącego *).

Chory przebywał w Klinice do grudnia r. 1931, leczony zabiegami koagulacyjnymi i trzema serjami naświetlań prom. R o e n t g e n a.

W dniu wypisu: nos drożny, podniebienie miękkie wolne, guzy ziarninowe po obu stronach nosa usunięte, na ich miejscu lekko wciągnięte blizny, prawy przewód słuchowy wolny. Mowa zwykła po stronie prawej jeden metr, podczas gdy w chwili przybycia chorego do Kliniki była zero, zaś mowa b. głośnie była mniej, niż pół metra. Chory, pomimo odpowiedniego polecenia, więcej się nie zgłosił.

Tadeusz K. lat 30, Łuck. W roku 1924 tracheotomia z powodu duszności. W ciągu lat 1925, 1926 i 1927 trzy serje naświetlań prom. R o e n t g e n a, jednakże dekaniulacji nie można było przeprowadzić, gdyż bez rurki bardzo źle oddychał. W ciągu kwietnia i maja roku 1928 znów naświetlania. Podczas pobytu w klinice w maju 1929 stwierdzono bliznowatą przeponę podstrunową z pozostawieniem tylko małej wolnej przestrzeni w tylnej części. Bliznę skoagulowano w obrazie bezpośrednim i w czerwcu t. r. wypisano chorego bez rurki.

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

*) Ogłoszone w Annales d'Oto-Lar.

Pomimo katerycznego polecenia więcej się do Kliniki nie zgłosił.

Paweł P. lat 28, z pod Baranowicz. Przybył do Kliniki w marcu r. 1933 w stanie następującym: bliznowaty zrost wywinętej ku górze wargi górnej z przegrodą i ze skrzydełkami nosa. Bliznowaty zrost nasady i tylnej części trzonu języka z podniebieniem miękkim i częściowo z twardem. Dusznoci nie ma.

Po wykonaniu tracheotomji przystąpiono do zabiegów koagulacyjnych. Rozcięto zrost wargi z nosem, poczem skoagulowano blizny przedsionka nosa. Uruchomienie języka udało się tylko częściowo wobec niezwyklej twardości blizny. Zabieg należało wykonywać bardzo ogłędnie i stopniowo z uwagi na konieczność pozostawienia choremu możności odżywiania się. Wypisany w końcu czerwca z poleceniem zgłoszenia się za trzy miesiące do dalszej obserwacji.

II. Ziarniniaki twardzielowe i nowotwory dróg oddechowych: a) guzki twardzielowe jam nosa; b) guzki twardzielowe i nowotwory tchawicy i oskrzeli głównych; c) brodawczaki błon śluzowych.

Rozrosty ziarniny twardzielowej, powodujące niebezpieczeństwo znacznego zwężenia dróg oddechowych, koagulujemy elektrodą szpilkową, względnie, w postaciach bardziej płaskich, gdzie wklucie igły jest połączone z niebezpieczeństwem uszkodzenia ściany przewodu obdechowego—elektrodą kulkową. Otrzymane rezultaty przewyższają decydująco wyniki wyskrobywania ostnemi łyżkami, gdyż częstym następstwem wyskrobywania było powstanie twardej, zwężającej blizny, po koagulacji natomiast otrzymujemy miękką, nieściągałą bliznę, gładko przylegającą do ściany przewodu.

Co się tyczy nawrotu procesu chorobowego w miejscu skoagulowania, to wyniki nie są pewne. W przypadkach drobnych ognisk rokowanie jest lepsze, w przypadkach zaś rozległych i bardzo wybujałych—niepewne.

Co się tyczy guzów nowotworowych tchawicy i oskrzeli, to koagulację, rzecz jasna, traktujemy tylko jako sposób udrożnienia przewodu oddechowego. Sposób ten ma tę zdecydowaną wyższość nad łyżeczkowaniem, że pozwala uniknąć krwawienia z jego zachłystowemi następstwami.

Brodawczaki błon śluzowych stanowią dość duży odcinek naszej kazuistyki. W przypadkach pojedynczo rozsianych guzków koagulowaliśmy je elektrodą szpilkową w przeciągu paru sekund z doskonałym wynikiem leczniczym i kosmetycznym. W dwóch przypadkach rozległych brodawczaków podniebienia miękkiego posługiwaliśmy się elektrodą płaską w kształcie wąskiego nożyka i wykonywaliśmy zabieg w pierwszym przypadku w dwóch, a w drugim—w trzech seansach, w odstępach 8—10 dniowych z wynikiem bardzo pomyślnym i kosmetycznym.

Inaczej przedstawia się sprawa w brodawczakach krtani. Zaznaczyć musimy, że nasz materiał jest trochę jednostronny, gdyż składa się, oprócz jednego przypadku, wyłącznie z dzieci. We wszystkich przypadkach, po dokonaniu tracheotomji, wykonywaliśmy koagulację elektrodą szpilkową, aplikując ją, w myśl wskazówek Bourgeois i Poyet, przez czas bardzo krótki (2—3 sekundy) i przy prądzie o wysokim natężeniu,

nie przekraczając przytem liczby trzech aplikacji w czasie jednego seansu.

Pomyślnych wyników nie osiągnęliśmy. Nawroty były bodajże taksamo szybkie, jak i po innych sposobach leczenia. Według niektórych autorów (Portmann, Moreau, Bourgeois) w przypadkach brodawczaków krtani dorosłych wyniki mają być lepsze, czego jednak my, w naszym jednym przypadku nie zaobserwowaliśmy.

III. Zarośnięcia przewodu słuchowego zewnętrznego i blizny po operacji doszczętniej ucha środkowego.

W pierwszej grupie przypadków, o ile było całkowite zarośnięcie przewodów, wykonywaliśmy koagulację elektrodą szpilkową, o ile istniał otworek—elektrodą kulkową. Zazwyczaj jeden seans, składający się z 2—3 aplikacji, całkowicie wystarczał.

Blizny po operacji doszczętniej ucha środkowego, które są powikłaniem tak częstym i pogarszającym wyniki pooperacyjne, a które występują zwłaszcza pomiędzy ostrogą i górną ścianą jamy kostnej oraz zwężają okolicę wytworzonego otworu słuchowego zewnętrznego, koagulujemy brzegiem płaskiej, nożykowatej elektrody z szybkim i trwałym wynikiem.

Grupa 3. a) Grzybica migdałków; b) brodawczaki skóry; c) brodawki pospolite; d) guzowatość nosa (*rhinophyma*).

W grzybicy migdałków dała nam djatermokoagulacja szybkie i pewne wyniki. Posługujemy się elektrodą szpilkową, wkluwając igłę w poszczególne ogniska i koagulując z reguły raz jeden w ciągu 2—3 sekund.

Podobną technikę stosujemy w brodawczakach skóry oraz w brodawkach pospolitych, z tem, że guzy większe koagulujemy dłużej—5 do 6 sekund—oraz, ewentualnie, powtarzamy zabieg po ścisłym oddzieleniu się strupa.

Co się tyczy guzowatości nosa (*rhinophyma*) to rozporządzamy dotąd jednym tylko przypadkiem. Stosowaliśmy elektrodę szpilkową, którą wkluwaliśmy w poszczególne zrazy guza, koagulując, zależnie od wielkości zraza, 2 do 5 sekund. Cały zabieg wykonany był w kilku seansach w odstępach 1 do 2 tygodniowych, z osiągnięciem znacznej poprawy kosmetycznej i bez nawrotu w ciągu zgórą trzech lat.

Grupa 4. Przewlekła gruźlica nosa

Niezadawalające, naogół, wyniki leczenia gruźlicy nosa metodami klasycznymi: łyżeczkowanie, kaustyka chemiczna i galwanokaustyka, skłoniły do wypróbowania w tem cierpieniu koagulacji djatermicznej. Liczniejsze obserwacje w tym kierunku zaczęły się pojawiać mniej—więcej od 10 lat.

Co się tyczy doświadczenia naszej Kliniki w stosunku do gruźlicy nosa, to wyniki, pozwalające mówić o wyleczeniu, osiągnęliśmy jedynie w niektórych przypadkach postaci toczniowej, a mianowicie, ograniczonych do małej przestrzeni.

W przypadkach rozrostowych, kiedy jedną, a czasem i obie jamy nosa wypełniają masy miękkiej, krwawiącej ziarniny w takiej ilości, że powodują zupełną niedrożność, otrzymywaliśmy wyniki jedynie doraźne; z reguły występowały nawro-

ty. Natomiast przypadki płaskich, ograniczonych nacieków z tendencją do bliznowacenia przedstawiają pomyślny teren do leczenia koagulacją.

Do koagulacji płaskich nacieków używamy elektrody w kształcie wąskiego nożyka, o tępych brzegach, wykonywując tym tępym brzegiem szereg równoległych pociągnięć, jedno tuż obok drugiego. Drobne, pojedyncze ogniska zarówno w zdrowej tkance, jak i w bliźnie koagulujemy elektrodą szpilkową, wkłuwając ją w ognisko. O ile sprawa toczy się na przegrodzie, należy zachować znaczną ostrożność i wkłuwac bardzo powierzchownie z uwagi na możliwość wywołania obumarcia chrząstki przegrody.

W 8 do 10 dni po zabiegu, to znaczy po oddzieleniu się strupa, badamy chorego powtórnie i, o ile znajdujemy miejsca podejrzanego, koagulujemy je poraz drugi.

W przypadkach, które w stosunku do swego obrazu klinicznego rokują jak najlepsze nawet nadzieje, bezwzględnie wskazana jest długa obserwacja, ażeby mieć możliwość natychmiastowej interwencji w przypadku zjawienia się nowego ogniska. Im wcześniej je spostrzeżemy, tem będzie ono mniejsze i tem lepsze będą szanse radykalnego zniszczenia.

Wnioski.

Djatermokoagulacja jest zabiegiem, nie powodującym żadnego lub prawie żadnego odczynu ogólnego i miejscowego. Powikłania miejscowe, (obrzęki, krwawienia) są bardzo rzadkie. Strup po koagulacyjnym jest uderzająco dobrze znoszony przez ustrój i nie ulega zakażeniu. Blizny są elastyczne, gładkie i nieściągające. Przyrządy, które się posługujemy są proste w użyciu.

Djatermokoagulacja dała nam doskonałe wyniki w guzach naczyniastych, w pewnych typach blizn zarastających i zwężających — oraz w niektórych przypadkach przewlekłej gruźlicy nosa; okazała się zabiegiem bardzo kosmetycznym w brodawkach i brodawczakach skóry. —

Działanie pól elektromagnetycznych na ustroje uorganizowane.

(Doniesienie tymczasowe)

Podał

S. LAUER (Warszawa).

Brak jakichkolwiek dociekań nad wpływem pól elektromagnetycznych zmiennych na ustroje żywe skłonił mnie do pracy w tym kierunku.

Badania nad wpływem tych pól rozpocząłem w listopadzie roku ubiegłego.

Przedewszystkiem stwierdziłem dodatni wpływ pól elektromagnetycznych na rozwój niektórych gatunków roślin. Rośliny, poddawane przez dłuższe okresy czasu wpływowi pól elektromagnetycznych, wykazywały bujny wzrost. Rośliny, traktowane jednocześnie odpowiednimi roztworami soli i polami elektromagnetycznymi, wykazywały znacznie szybszy wzrost, niż rośliny kontrolne, traktowane tylko roztworami soli.

Obserwacje, czynione nad wpływem pól elektromagnetycznych na drobnoustroje, doprowadziły do niezwykle ciekawych spostrzeżeń, że bakterje szybciej ulegają hamującemu wzrost działaniu koloidalnych roztworów metali o odpowiednim stężeniu, jeżeli je jednocześnie umieszczają w polach elektromagnetycznych.

Doświadczenia nad wpływem pól elektromagnetycznych na zwierzęta zdrowe i poszczególne narządy zwierząt zdrowych wykazały brak dających się spostrzec doraźnych efektów fizjologicznych.

Natomiast narządy uszkodzone, umieszczane w polach elektromagnetycznych, wykazywały poprawę swej upośledzonej czynności. Dociekania nad długotrwałym wpływem pól elektromagnetycznych na narządy uszkodzone *in vivo* wykazały dodatnie skutki troficzne w tkankach i niektórych częściach układu nerwowego.

Wyniki te skłoniły mnie do wypróbowania działania powyższych pól na osoby, dotknięte cierpieniami, powstałymi wskutek zmian troficznych i neurogennych. Dodatnie wyniki były dla mnie bodźcem do rozpoczęcia systematycznej dalszej pracy w tej dziedzinie z uwzględnieniem chorób przemiany materji.

Badania odnośnie są w biegu, szczegółowy ich opis będzie w możliwie szybkim czasie podany.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O t. zw. zespole Menière'a.

Podał

Dr. med. Jan SREBRNY (Warszawa).

W r. 1861 lekarz francuski Ménière ogłosił w *Gazette Medicale de Paris* szereg spostrzeżeń nad nieopisaną dotąd jednostką chorobową o następującym obrazie klinicznym: apoplektoidalny napad szumu w uszach, zawrotu i wymiotów, z krótszą lub dłuższą utratą przytomności. Groźne te objawy szybko przemijały, pozostawiając jedynie jako ślad po sobie niepewny, chwiejący się chód, który jednak po pewnym czasie także ustępował, oraz upośledzenie słuchu, często znacznego stopnia. Przy badaniu jednak narządu słuchu nie dostrzegał Ménière żadnych zmian przedmiotowych, żadnymi również środkami leczniczymi nie udawało się wpłynąć na poprawę upośledzonej czynności uszu.

Na podstawie tych przypadków doszedł Ménière do wniosku, że w omawianym cierpieniu idzie jedynie o schorzenie błędnika i rezultat swych spostrzeżeń ujął w następujące punkty:

1. Nie przedstawiający żadnych zboczeń narząd słuchu może stać się nagle siedliskiem zaburzeń czynnościowych, polegających na najrozmaitszych, stałych lub przemijających, subiektywnych objawach słuchowych, występujących łącznie z nagle zjawiającym się, mniejszym lub większym upośledzeniem słuchu.

2. Zaburzenia te dotyczą ucha wewnętrznego i mogą wywoływać napady z objawami, przypominającymi objawy mózgowe.

3. W następstwie tych napadów występuje upośledzenie słuchu, często znacznego stopnia, nierzadko także słuch zostaje zupełnie zniesiony.

4. Wszystko to doprowadza do wniosku, że zmia-

ny organiczne, będące przyczyną tych zaburzeń, mają swoją siedzibę w kanałach półkolistych i ślimaku.

Główną podstawą koncepcji *M é n i è r e a* była obserwacja przypadku, dotyczącego młodej dziewczyny, która, uległszy silnemu zaziębieniu w czasie perjodu, nagle całkowicie ogłuchła. Najdonioślejszym, na pierwszy plan wysuwającym się objawem towarzyszącym był zawrót, tak gwałtowny, że najmniejsza próba poruszenia się wywoływała wymioty. Po pięciu dniach chora zmarła. Na sekcji okazało się, że ośrodkowy układ nerwowy żadnych zmian nie przedstawiał, stwierdzono natomiast świeże zapalenie krwotoczne w kanałach półkolistych.

Publikacja *M é n i è r e a* dała asumpt do ściślejszych obserwacji w tym kierunku i wkrótce już zaczęto ogłaszać szereg przyczynków kazuistycznych, które jednakże zmusiły do rewizji poglądu *M é n i è r e a*.

W przeciwieństwie bowiem do stanowiska francuskiego badacza, że opisane przez niego schorzenie widuje się wyłącznie u osobników, niedotkniętych żadnymi objawami cierpienia usznego, szereg autorów (*Steinbrügge, Jackson, Lucae, Schwabach i in.*) podał przypadki o podobnej symptomatologii, w których istniało przewlekłe schorzenie uszu, schorzenie, które według nich było bardzo prawdopodobną przyczyną opisanych przez *M é n i è r e a* objawów.

W związku z temi, zasadniczo różnymi grupami chorobowymi wystąpił *Politzer* z propozycją, aby termin „choroba *M é n i è r e a*” pozostawić tylko dla tych przypadków, w których omawiany obraz chorobowy występuje u osobników poprzednio zupełnie zdrowych pod względem otologicznym. Jeżeli zaś tego rodzaju objawy występują w przebiegu cierpienia usznego, mówić o „objawach *M é n i è r e a*skich”. Propozycja ta spotkała się jednak z kontrargumentem, że podział ten wtedy tylko dałby się utrzymać, gdyby wszyscy dotknięci „chorobą *M é n i è r e a*” mogli mieć przedtem zbadany narząd słuchu.

Krytyka podziału *Poltzera* doprowadziła do stworzenia nowej koncepcji, mianowicie, do określania omawianego obrazu chorobowego, niezależnie od wyników ewentualnego badania narządu słuchu, jako „zespołu objawów *M é n i è r e a*”. Przyczem przypadki, które zespół objawów *M é n i è r e a* wykazują tylko przejściowo, sporadycznie, wskutek wpływów naczyniowo - nerwowych, histerycznych czy jakichkolwiek innych czynnościowych, zostały przez *F r a n k l - H o c h w a r t h a* określone jako „rzekomo *M é n i è r e a*skie”.

Gromadzenie coraz większej liczby przypadków pouczyło, jak dalece zespół *M é n i è r e a* ulegać może przeróżnym modyfikacjom i odcieniom. Nierzadko np. brak szumu, to znowu upośledzenie słuchu nie występuje wcale lub bardzo nieznacznie. Spostrzeżono, że bardzo często występują objawy towarzyszące, jak podwójne widzenie, a zwłaszcza oczopląs. Zaczęły się zjawiać opisy porażenia, wzgl. niedowładu nerwu twarzowego w przebiegu zespołu *M é n i è r e a* (*Charcot, Oppenheim i in.*).

Oprócz klinicznego roztrząsania przypadków z zespołem *M é n i è r e a* rozpoczęły się dociekania anatomopatologiczne, których celem było ustalenie patogenetyki tego zespołu w tych przypadkach, kiedy brak ropnego schorzenia ucha środkowego. Istnienie bowiem ropienia w uchu środkowym powodować może różne postacie su-

rowiczego lub ropnego zapalenia błędnika, jako wyraz ropienia w sąsiedztwie. Innymi słowy mamy tu do czynienia z próbami wyjaśnienia patogenetyki choroby *M é n i è r e a* w pierwotnym jej znaczeniu.

W znacznym odsetku przypadków sekcyjnych znajdowane wylewy krwawe w błędniku przemawiały początkowo za tego rodzaju mechanizmem powstawania napadu *M é n i è r e a*. Jednakże coraz liczniej gromadzony materiał autopsyjny wykazał, że wylew krwawy w błędniku może być tylko j e d n y m z momentów patogenetycznych zespołu *M é n i è r e a*, istnieją bowiem przypadki, w których cech krwawienia w błędniku nie stwierdzono.

Aboulker sądzi, że *M é n i è r e a*owski zawrót głowy jest następstwem miejscowej, przewlekłej, surowiczej sprawy zapalnej opon, która jest pochodną podostrego, nieropnego zapalenia błędnika i doprowadza do wzmożenia ciśnienia na powierzchnię mózdzku, w okolicy poza kością skalistą. Do tego podłoża odnieść należy też tak często spotykany w zespole *M é n i è r e a* ból uciskowy w okolicy potylicznej.

Thornwall widzi patogenetę w schorzeniu umiejscowionem w okolicy jądra nerwu przedsionkowego. Powołuje się on na to, że cierpienie jest prawie zawsze jednostronne, oraz że słuch w okresach między-napadowych może być prawidłowy, jak również szum całkowicie może ustępować. Typowe napady *M é n i è r e a*owskie występują, według niego, w guzach kąta mózdzkowo - mostowego i nerwu słuchowego.

Hautant wyraża przypuszczenie, że chodzi tu o kurcz naczyń błędnika, jako wyraz pewnej skazy naczyniowo - nerwowej, powstającej w przebiegu przewlekłych schorzeń bądź to żołądkowo - jelitowych, bądź wątrobowych, nerkowych, bądź wreszcie wewnątrzwydzielniczych. Podobną w zasadzie opinię wyraża również *Richter*.

Wittmaack uważa, że nagle występujące przejściowe zwiększenie się wydzielania cieczy błędnikowej, a więc i zwiększenie się ciśnienia wewnątrz-błędnikowego powoduje napad *M é n i è r e a*owski. Stan ten określa jako *hydrops labyrinthi*, widząc w zawrocie typu *M é n i è r e a* niejako „jaskrę ucha”.

Zasługujący na uwagę jest pogląd *Alexandra*. Twierdzi on, że jedyny przypadek, który całkowicie pokrył się z klasycznym przypadkiem *M é n i è r e a*, zdarzył się w jego kazuistyce; w przypadku tym sekcyjnie stwierdzono bardzo ostro przebiegającą białaczkę z wylewami krwawymi do błędnika. Poza tem niema właściwie dwóch ściśle jednakowych opisów zespołu *M é n i è r e a*, a przyczyną tego jest wielka rozmaitość zarówno etjologii, jak i patogenetyki tego zespołu. W związku z tem wyraża *Alexander* przekonanie, wypowiedziane już przedtem przez *Baranęgo*, że nietylko należy zaniechać używania terminu „choroba *M é n i è r e a*”, lecz usunąć także i termin „zespół objawów *M é n i è r e a*” i mówić jedynie o schorzeniu błędnika.

Jednakże pogląd powyższy nie znalazł szerszego uznania, gdyż, słusznie zupełnie, zwrócono uwagę, iż istnieją postacie chorobowe, w których przebiegu występuje zespół *M é n i è r e a*, a które są od układu przedsionkowego anatomicznie zupełnie niezależne. Wiemy bowiem, że w przypadkach guzów tylnej jamy czaszkowej, które nie są związane z układem przedsionkowym obwodowym, występuje słabiej lub silniej wyrażony zespół *M é n i è r e a*.

Tak więc, naogół biorąc, opinia dzisiejsza nie wy-

rzeka się terminu „zespół objawów Ménière'a”. Obserwacja jednak wielkiej liczby przypadków, która stała się przyczyną owej ewolucji, jakiej uległo pojęcie „choroby Ménière'a” w rozumieniu jej twórcy, przyczyniła się także do poczynienia pewnych zmian w symptomatologii tego zespołu, mianowicie, do usunięcia z niego zaznaczonego u Ménière'a objawu „utruty przytomności”, gdyż w tej znacznej liczbie istniejących spostrzeżeń należy on jedynie do sporadycznych. W obecnym więc ujęciu na zespół Ménière'a składają się następujące objawy zasadnicze:

1. **Zawrót**, występujący nagle, apoplekoidalnie, naogół o znacznym nasileniu, wywołującym padanie, mdłości i wymioty. Czas trwania napadu waha się w dość rozległych granicach; zwykle jednak od 24 — 48 godzin, ustępując stopniowo w ciągu kilku do kilkunastu dni.

2. **Szum** o bardzo rozmaitej skali i natężeniu, poprzedzający zwykle napad o kilkanaście sekund, jako swojego rodzaju aura, i towarzyszący całemu okresowi napadu.

3. **Głuchota** często zupełna podczas napadu, następnie stopniowo zmniejszająca się, jednakże ostrość słuchu nigdy prawie nie osiąga swego poziomu z przed napadu. Poza tem każdy napad następny obniża ostrość słuchu coraz bardziej.

Każdy z tych trzech objawów zasadniczych obecnie w krótkości omówimy.

1. Pod nazwą zawrotu głowy rozumiemy następstwo fałszywego orjentowania się co do położenia naszego ciała w przestrzeni oraz co do miejsca, które zajmuje ono w stosunku do otaczających przedmiotów. Osobnik orjentuje się co do położenia swego ciała w przestrzeni dzięki zdolności poznawania prostopadłej, względnie kąta 90°. Poznanie prostopadłej i prawidłowa ocena położenia ciała zależy od współdziałania trzech czynników: 1) błędnika, 2) oka i 3) czucia powierzchniowego i głębokiego.

Zawrót głowy pochodzenia błędnikowego wywołać możemy doświadczalnie, działając na błędnik przez obracanie osobnika lub też przez bodziec cieplny albo elektryczny, albo też zawrót ten powstaje jako zawrót patologiczny, gdzie jako bodziec działa zmiana chorobowa błędnika lub jego nerwów. Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku warunkiem powstania zawrotu jest zachowanie, chociażby częściowe, czynności błędnika. Jeżeli błędnik, którego funkcja wygasa, otrzyma bodziec w jakiegokolwiek postaci, zjawi się wtedy uczucie zaburzenia równowagi, lecz zawrotu głowy przy niepobudliwym błędniku wywołać nie można.

Co się tyczy objawów zawrotu głowy, to dzielimy je na podmiotowe i przedmiotowe. Objawy podmiotowe polegają na ruchu pozornym, który chory przypisuje otaczającym go przedmiotom. Przy silnym zawrocie chory może dokładnie określić kierunek wirowania otaczających przedmiotów; jednocześnie występuje uczucie mdłości. Objawy przedmiotowe polegają na ruchach odczynowych, mających uchronić ciało od grożącego mu upadku, przyczem upadek grozi zawsze w kierunku przeciwnym do pozornego wirowania otaczających przedmiotów. W silnym napadzie chory leży nieruchomo, kurczowo się trzymając jakiegokolwiek przedmiotu w otoczeniu i wymiotując. Wystąpienie zaburzeń świadomości wskazuje, że przyczyną zawrotu nie jest błędnik, a w każdym razie nie tylko błędnik.

2. Zjawisko szumu powstaje dwojako: z jednej strony jako objaw podrażnienia nerwu ślimakowego, a więc towarzyszy odpowiedniej kategorii schorzeń usznych, dopóki trwa podrażnienie, względnie dopóki nerw zachowuje pobudliwość.

Szum tego rodzaju przejawia się pod postacią wysokich tonów ćwierkających, dzwoniących, piszczących i t. p. Z drugiej strony szum jest następstwem chorobowego odczuwania szmerów naczyniowych, które normalnie znajdują się pod progiem świadomości. Przyczyny tego zjawiska powstają bądźto wskutek pewnych zbieżności w topografii takich naczyń, jak żyła szyjna, zatoka esowata i poprzeczna, tętnica szyjna, bądź wskutek wzmoczonego rezonansu w uchu. Rodzaj i nasilenie szumu może ulegać dużym wahaniom, może on także okresowo zupełnie ustępować. Szumy, trwające stale, bez przerw i o niezmiennym nasileniu dają niepomyślne rokowanie: zwykle kończą się wraz z zupełnym ustaniem czynności słuchowej.

3. Do głuchoty w znaczeniu codziennym zaliczamy stan wysokiego upośledzenia słuchu, który może wystąpić w całym szeregu schorzeń tego narządu, głuchota jednak w ścisłym znaczeniu występuje tylko w przypadkach zniszczenia ślimaka, nerwu ślimakowego lub obu korowych ośrodków słuchu w płatach skroniowych. Zniszczenie jednego tylko ośrodka wywoła jedynie upośledzenie słuchu, albowiem każde ucho, wskutek częściowego skrzyżowania dróg słuchowych, związane jest z obydwojema płacami skroniowymi.

Głuchota może także wystąpić u osobników histerycznych, a więc jako sprawa czynnościowa. Niejednokrotnie zjawia się ona wtedy bez żadnej określonej przyczyny zewnętrznej, czasem zaś jest następstwem przestraszenia. Jako cechę charakterystyczną można podkreślić to, że widujemy wtedy przeważnie i inne objawy histeryczne ze strony ucha, jak np. znieczulenie małżowiny albo ból samoistny, wzgl. dotykowy wyrostka sutkowego.

Po zaznajomieniu się z losami „choroby Ménière'a” i z istotą „zespołu Ménière'a” w dzisiejszym znaczeniu, omówimy bliżej te sprawy chorobowe, w których przebiegu z tym zespołem możemy się spotkać.

Sprawy zapalne nieswoiste ucha środkowego. Zespół Ménière'a, który widujemy w przebiegu cierpień zapalnych ucha środkowego jest tu objawem zapalenia błędnika, jako sprawy wtórnej. Zapalenie błędnika może wystąpić zarówno w przebiegu zapalenia ucha środkowego ostrego, jak i przewlekłego. W przebiegu zapaleń ostrych zapalenie błędnika jest przeważnie powikłaniem 3 — 4 tygodnia (Baldenweck), jednakże naogół należy do zjawisk rzadkich. Ogromną większość zapaleń błędnika, a więc i objawów Ménière'owskich widujemy w przebiegu przewlekłych zapaleń ucha środkowego. Zjawiające się tu zapalenia błędnika mogą występować bądź w postaci ograniczonej, bądź też rozlanej, przyczem ta ostatnia może być surowicza lub ropna.

W przypadkach zapalenia błędnika ograniczonego będziemy mieli u osobnika z przewlekłą sprawą uszną napady niezbyt nasilonego zawrotu z szumem, przyczem upośledzenie słuchu utrzymuje się stale mniej więcej na jednakowym poziomie, napady czasem zupełnie łagodne i mało dolegliwe, czasem silniejsze, doprowadzające do mdłości, często znikające na dłuższy czas, wogóle o bardzo nieregularnych okresach. Obiektywnie w ogromnej większości przypadków stwierdzamy objaw przetokowy.

Zapalenie błędnika rozlane surowicze bywa zwykle następstwem zapalenia ograniczonego, może być jednak także pierwszym okresem postępującej, rozlanej sprawy zapalnej. Chorzy tego rodzaju podają zwykle, że już od dłuższego czasu miewali zawroty, połą-

czony z szumem, o nieregularnym przebiegu i naogół o nieznacznym nasileniu. Ostatnio jednak zjawiał się gwałtowny napad zawrotu z niemożnością poruszania się mdłościami, wymiotami oraz silnym szumem i uczuciem zupełnego ogłuszenia. Objawy te ustąpiły po 1—2 dobach, pozostawiając na kilka do kilkunastu dni lekki zawrót z uczuciem ciężaru w głowie. Z objawów towarzyszących znajdziemy zwykle oczopląs w stronę zdrową, jako wyraz upośledzonej czynności chorego błędnika, okres bowiem podrażnienia jest bardzo krótki — kilka do kilkunastu godzin.

Zapalenie błędnika rozlane ropne charakteryzuje się niezwykle gwałtownym napadem zespołu objawów Ménière'a z żywym oczopląsem samoistnym początkowo w stronę chorą, wkrótce potem w stronę zdrową, słabnącym stopniowo w ciągu kilku dni, aż do zupełnego wygaśnięcia. Jednocześnie stwierdzamy po stronie chorej zupełną niebudliwość przedsionkową i zupełną głuchotę.

Na zakończenie tego działu dodamy jeszcze, że w zwykłych nieżytych sprawach trąbki Eustachiusza możemy się niekiedy spotkać z zespołem Ménière'a w postaci napadów lekkiego zawrotu, połączonego z szumem i uczuciem ogłuszenia. Typowy obraz błony bębenkowej oraz natychmiastowe niemal ustąpienie wszystkich objawów po wprowadzeniu powietrza do jamy bębenkowej — ustalają rozpoznanie.

Sprawy zapalne swoiste. 1. Kiła. Napady zespołu Ménière'a występują w związku z kiłą nabytą ucha wewnętrznego, jako wyraz swoistej sprawy zapalnej nerwu VIII. Większość przypadków należy do t. zw. okresu drugiego, zdarzają się jednak i w przebiegu kiły późnej, a więc w okresie kilkowym.

Kiła nabyta ucha wewnętrznego przebiega naogół, pod dwiema postaciami: jedną nagłą, drugą bardziej postępującą.

Pierwsza jest o tyle typowa, że, u osobnika nie dotkniętego żadnym widocznym cierpieniem usznym, przytem zwykle osobnika młodego, nagle, bez żadnych zwiastunów zjawia się silny zawrót, uniemożliwiający chodzenie i doprowadzający do wymiotów, gwałtowny szum i zupełne ogłuchnięcie na jedno ucho. Charakterystyczną cechą napadu Ménière'a na tle kiłowego zapalenia błędnika jest, oprócz jego intensywności, także jego długotrwałość, gdyż znaczne pierwotne nasilenie może się utrzymywać do dwóch tygodni, a nawet i dłużej. Głuchota przy tem jest zupełna, bezwzględna, żywy oczopląs w stronę zdrową, błędnik zupełnie niebudliwy.

W postaci postępującej objawy są mniej wybitne, zwłaszcza w zakresie słuchu, zmniejsza się on bowiem stopniowo i rzadko tylko dochodzi do głuchoty całkowitej. Wrażliwość na tony niskie jest zazwyczaj zachowana. Długość napadu jest znacznie krótsza, niż w postaci poprzedniej: kilkanaście godzin do paru dni. Badanie błędnika wykazuje często osobliwe, a dość znamienne rozszczepienie: stwierdza się, mianowicie, że błędnik jest niebudliwy w stosunku do próby cieplnej, pobudliwy zaś, a w każdym razie względnie pobudliwy w stosunku do próby obrotowej.

2. Gruźlica. Gruźlica ucha wewnętrznego, ona bowiem daje nam w swym przebiegu zespół Ménière'a, powstaje z reguły przez przejście sprawy z otoczenia, mianowicie z ucha środkowego lub kości skroniowej, w rzadkich przypadkach z opon mózgo-

wych. Objawy, jakie tu wystąpią, mają naogół ten sam charakter, co i objawy nieswoistego zapalenia błędnika. Cechą jednakże charakterystyczną sprawy gruczołowej ucha wewnętrznego jest jej bardzo powolny, pełzający rozwój. Napady szumu, zawrotu i postępującej głuchoty są wyrażone w stopniu niegwałtownym i ciągnąć się mogą nieokreślenie długi czas. Poza tem podkreślić należy, że zawrót jest w tym zespole objawem bardzo niestalym, znane są bowiem przypadki, gdzie brak go zupełnie lub prawie zupełnie, i odwrotnie — gdzie dzięki swej intensywności wysuwa się na plan pierwszy. Słuch zanika powoli, stopniowo, wreszcie jednak dochodzi do zupełnej, bezwzględnej głuchoty, jako wyrazu zniszczenia ślimaka. Opisane przypadki częściowego powrotu słuchu (Herzog, Zange) muszą być uważane za zupełnie wyjątkowe. Również i pobudliwość przedsionkowa ustaje dopiero po długim przebiegu. Oczopląs jest zjawiskiem bardzo częstym; skierowany jest zazwyczaj ku stronie zdrowej, czasem ku obu stronom. Oczopląs ku stronie chorej w spostrzeżeniach licznych autorów jest zupełnie nienotowany.

Guzy kąta mózdzkowego o mostowej. Kliniczne objawy guzów tej okolicy dają się ująć jako objawy początkowo podrażnienia, a następnie porażenia nerwu słuchowego oraz porażenia nerwu twarzewego. Mamy więc tutaj napady zawrotów z mdłościami i wymiotami, szum i upośledzenie słuchu przy jednoczesnym jednostronnym porażeniu twarzy, często z towarzyszeniem przejściowej utraty przytomności. Okres podrażnienia jest zwykle krótki, szybko przechodzący w porażenie, a więc w bezwzględną głuchotę i niebudliwość przedsionkową.

Niezawsze jednak obraz chorobowy jest tak wyraźny, gdyż zdarzają się przypadki, w których brak zarówno bezwzględnej głuchoty, jak i porażenia nerwu twarzewego, a więc objawu bardzo ważnego, często rozstrzygającego o umiejscowieniu guza. Dla tego rodzaju wątpliwych przypadków istnieje objaw różniczkowo-rozpoznawczy, podany przez szkołę amerykańską i, według niej, zupełnie swoisty dla guzów kąta mózdzkowego-mostowego. Objaw ten cechuje błędnik strony przeciwnej i polega na tem, że kanały pionowe wykazują przy próbie kalorycznej zmniejszoną pobudliwość w stosunku do kanału poziomego. Jednakże istnienie tego objawu bynajmniej nie jest uznawane powszechnie, chociażby z tych względów, iż znaczna liczba autorów kwestionuje możliwość otrzymywania za pomocą próby kalorycznej wyników dla poszczególnych kanałów, uważając ją za próbę sumaryczną błędnika jednej strony.

Zapalenia nerwu słuchowego. Zapalenia nerwu słuchowego mogą dotyczyć tylko nerwu ślimaka, tylko nerwu przedsionka, bądź też obu nerwów jednocześnie. Zaburzenia słuchowo-przedsionkowe w sprawach zapalnych odpowiednich nerwów mają w swej symptomatologii pewne cechy charakterystyczne o niewątpliwem znaczeniu różniczkowo-rozpoznawczem.

A więc co się tyczy nerwu ślimaka, to, o ile, oczywiście, sprawa chorobowa nie znosi czynności nerwu w zakresie całego przekroju, występuje utrata słuchu, zwłaszcza w stosunku do tonów środkowych. Poza tem utrata przewodnictwa kostnego jest w tych przypadkach szczególnie szybka i wybitnie zaznaczona. Co się tyczy nerwu przedsionka, to również w przypadkach niecałkowitego zniesienia jego czynności znajdziemy pewne

cechy charakterystyczne. Po pierwsze, oczopląs samoistny, który w schorzeniach części statycznej błędnika ma wyraźną tendencję do znikania z biegiem czasu, tu tendencji tej nietylko że nie wykazuje, lecz, przeciwnie, może się nawet wzmacniać. Po drugie, występuje wybitna pobudliwość w stosunku do próby galwanicznej.

W przypadkach zapalenia obu składników nerwu słuchowego w obrazie chorobowym zjawiają się napady zespołu *M é n i è r e a*. Jakież są cierpienia oprócz kłó, o której już wspominaliśmy, powodujące stan zapalny nerwu VIII, a stąd mogące mieć w swym obrazie klinicznym interesujący nas zespół?

Przedewszystkiem wymienimy guzy nerwu słuchowego. Guzami nerwu słuchowego (*tumor acustici*) nazywamy te z grupy guzów kąta mózdkowo - mostowego, których punkt wyjścia znajduje się w głębi wewnętrznego przewodu słuchowego (*H e n s c h e n*). Klinicznie jest cechą dość znamioną tych guzów, że okres, poprzedzający zupełne wygaśnięcie czynności nerwu, jest stosunkowo długi. W ciągu tego okresu panują nad obrazem chorobowym gwałtowne napady zespołu *M é n i è r e a* z padaniem i wymiotami, a czasem i z przejściową utratą przytomności.

Dużą grupą schorzeń, prowadzących do zapalenia nerwu VIII z napadami *M é n i è r e a* są zapalenia opon mózgowych, przedewszystkiem zapalenie opon mózgowych nagminne, tak często prowadzące do głuchoty i zupełnego wypadnięcia czynności błędnika. Również w przebiegu niektórych schorzeń zakaźnych ogólnych, jak np. duru, grypy dochodzi do stanów zapalnych nerwu słuchowego, a stąd do napadów zawrotu z szumem i głuchotą, przyczem ta ostatnia jest często trwałym następstwem przebytego cierpienia. Także w t. zw. *zoster oticus*, w którego etiologię nie będziemy bliżej wchodzić, widział *H a y m a n* mniej-więcej w połowie przypadków, przebiegających z upośledzeniem słuchu, jednostronne zaburzenia błędnika, wyrażające się zawrotami i szumem.

Wreszcie zapalenie nerwu słuchowego z napadami zespołu *M é n i è r e a* widzimy w szeregu zatruc zarówno zewnątrz — jak i zewnątrzpocho-dnych. Do pierwszych zaliczyć należy arsen, chininę, rtęć. Zwłaszcza w zatruciu rtęcią, które odgrywa dużą rolę w przemyśle, jako zatrucie zawodowe, widuje się pełny obraz napadów *M é n i è r e a*. Poza tem w tej grupie wymienić należy alkohol w okresie zatrucia przewlekłego oraz nikotynę. Za czynniki toksyczne wewnątrzustrojowe, wywołujące zapalenie nerwu słuchowego, uważane są kwas moczowy, mocznik, aceton, zatrucia jelitowe.

Zaburzenia w krążeniu usznem i w ciśnieniu wewnątrz błędnikowem. W dziale tym przedewszystkiem należy wymienić wylew krwawy w błędniku z tego chociażby względu, że on był przyczyną klasycznego przypadku *M é n i è r e a*. Wylew krwawy, oprócz przypadków urazowych, jest przedewszystkiem domeną wszelkich schorzeń krwi i naczyń. Tu na pierwszym miejscu należy postawić białaczkę.

Występujące w związku z tem cierpieniem niewielkie, ograniczone krwawienia mogą przebiegać zupełnie niemal bez objawów, jednakże w większości przypadków krwawienie występuje nagle i w sposób rozlany, stając się przyczyną typowego, nader gwałtownego napadu zespołu *M é n i è r e a*. Opisano przypadek (*L i n d t*), w którym głuchota, występują-

ca pod postacią napadu *M é n i è r e a* była pierwszym objawem białaczki szpikowej. Również i uszkodzenia nerwu słuchowego w jego przebiegu ośrodkowym mogą klinicznie występować jako zespół *M é n i è r e a*. W przebiegu t. zw. zieleniaka (*Chloroma*), którego stanowisko w grupie chorób krwi nie jest jeszcze całkowicie sprecyzowane, widuje się, jako rezultat krwawienia w błędniku, napadowo występującą głuchotę z towarzyszeniem objawów *M é n i è r e a*. Powodem krwawień błędnikowych może być także anemja złośliwa. Wreszcie wszelkie t. zw. skazy krwotoczne (plamica goścowa, choroba *W e r l h o f f a*, gnilec) mogą dawać powód do krwawień błędnikowych, z nieodłącznym od nich napadem gwałtownego zawrotu z padaniem i wymiotami, szumu i głuchoty.

Krwawienie może jednakże wystąpić i w przypadku niezmiennego układu naczyniowego, a mianowicie, wskutek pęknięcia naczynia, jako następstwa gwałtownej różnicy ciśnień. Tego rodzaju krwawienia, a wśród nich i krwawienie w błędniku widuje się w t. zw. chorobie kesonowej.

Poza schorzeniami, dającymi powód do wylewów w błędniku, ucho wewnętrzne może być siedzibą innych chorób krwi i układu krążenia, które klinicznie mogą wystąpić pod postacią zespołu *M é n i è r e a*. Wymienimy tu miażdżycę, której wprowadzie jedną z cech charakterystycznych jest skłonność do dawania wylewów, jednakże wylewy natury miażdżycowej w błędniku należą do zupełnie wyjątkowych. Naogół objawem miażdżycy ucha wewnętrznego jest stopniowo zwiększająca się głuchota, często z towarzyszeniem szumu i zawrotu. Zawrót i szum mogą jednak występować napadowo, przyczem niektórzy podają, że w tych przypadkach szum, synchronicznie z tętnem, naprzemian zwiększa i zmniejsza swe natężenie.

W przebiegu zapalenia wsierdzia może wystąpić zator w gałązkach tętnicy słuchowej. Zator naczyń, zaopatrujących ucho wewnętrzne doprowadza bez zwa-stunów, pod postacią zespołu *M é n i è r e a* do zupełnej głuchoty. Istnieją spostrzeżenia napadowych zawrotów z szumem w chorobie *V a q u e z a* (*polycythaemia rubra*).

Częstą wreszcie przyczyną napadowych zawrotów z szumem i głuchotą jest kurcz naczyniowy w zakresie tętnicy słuchowej wewnętrznej. Napady te cechują się prawidłowym stanem błędnika w okresie międzynapadowym, przy jednoczesnej częstotliwości napadów. Dodać tutaj należy, że oprócz typowego zespołu *M é n i è r e a*, istnieją na tle naczyniowo - krwotocznych napadów rozpoczynające się od upośledzenia słuchu, poczem dopiero występuje zawrót z szumem, ale jednocześnie słuch się poprawia. Zjawisko tego rodzaju zostało opisane po raz pierwszy przez *L e r m o y e z* i nazwane przez niego „zawrót, który pozwala słyszeć” (*vertige qui fait entendre*).

Niezależnie od zaburzeń w krążeniu przyczyną napadów *M é n i è r e a* mogą być także zmiany w ciśnieniu wewnątrz błędnikowem. Ciepłowod, przytykający szczególnie do błony bębenkowej, zwłaszcza o ile do przewodu zewnętrznego przedostanie się woda, wywiera ucisk na łańcuch kosteczek słuchowych, wciskając strzemiączko do okienka owalnego. Powstające stąd wzmożenie ciśnienia w błędniku staje się powodem napadu zawrotu z szumem i uczuciem ogłuszenia. Wszelkie poza tem wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo - rdzeniowego, wywołując wzmożenie

ciśnienia cieczy błędnikowej, stać się może przyczyną napadu zespołu Ménière'a.

Obniżenie ciśnienia wewnątrz błędnikowego również może wywołać powstanie napadu Ménière'owskiego, jednakże przypadki te należą do znacznie rzadszych, niż poprzednie. Do tej grupy należy zaliczyć wykrwawienie znacznego stopnia, powodujące napady zawrotu z szumem, poza tem objawy tego rodzaju spotykamy u osobników, dotkniętych hipotonją tętniczą, wreszcie po wielokrotnych lub bardzo obfitych upustach płynu mózgowo-rdzeniowego.

Urazy ucha wewnętrznego. Bezpośrednie urazy ucha wewnętrznego powstają z reguły w ten sposób, że ostre, cienkie narzędzia trafiają błędnik poprzez przewód słuchowy, błonę i jamę bębnową, względnie uszkodzenie zadane zostaje podczas zabiegu trepanacyjnego na uchu środkowym. W tego rodzaju przypadkach występuje natychmiast ostry napad zespołu objawów Ménière'a, cofający się stopniowo w ciągu kilku do kilkunastu dni; jedynie głuchota może pozostawać jako objaw stały.

Postrzały kości skroniowej, nietrafiając nawet wprost w błędnik, który w takich razach ulega zwykle zupełnemu zmiażdżeniu, stają się często przyczyną uporczywych napadów zawrotu z szumem i głuchotą. Objawy te zależą (Voss) od drobnutkich, mikroskopowych szczelin w błędniku kostnym, umożliwiających krwawienie do przestrzeni perilimfatycznej.

Urazy mechaniczne pośrednie spotykamy najczęściej w przypadkach złamań podstawy czaszki. Około ¼ wszystkich złamań podstawy doprowadza do uszkodzenia jednego lub obu błędników. Objawem będzie tu znowu gwałtownie wyrażony zespół Ménière'a, którego przyczyną jest krwawienie wewnątrz błędnikowe.

PISMIENNICTWO.

Z bardzo obszernego piśmiennictwa, ograniczonego jednak w znacznej większości do przyczynków, poruszających tylko poszczególne momenty omówionego zagadnienia, przytoczę ważniejsze prace i dzieła monograficzne, na których się oparłem.

Gruher. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1888. Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1882. Denker. Kähler. Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. 1926. Alexander u. Marburg. Handbuch der Neurologie des Ohres. 1925. Baldeuwec. L'exploration de l'appareil vestibulaire. 1928. Moulouget. Les vertiges labyrinthiques. 1927. Lucie. Meniere'sche Krankheit w Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde t. 15. 1897. Güttich. Der labyrinthäre Schwindel. Med. Klin. Nr. 32. 1923. Baldeuwec. Etats labyrinthiques avec syndrome de Meniere sans inflammation suppurée. Arch. intern. de laryng. etc. t. 2. Nr. 2. 1923. Ref. Centrbl. t. 7. z. 6. Alexander. O zawrocie głowy pochodzenia błędnikowego. W. Czas. Lek. Nr. 3. 1924. Parrisius. Anomalien des periphersten Gefäßsystem als Krankheitsursache sp. bei Meniere und Glaukom. Münch. Med. Woch. Nr. 8. 1924. Hautant, Durant, Aubry. Trois cas de vertige de Meniere traites chirurgicalement. Ann. des maladies de l'oreille etc. t. 44. nr. 10. 1925. Richter. Zur Ursache des Menierschen Symptomenkomplexes. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. z. 12. 1926. Cambrelin. Vertige de Meniere. Scalpel nr. 7. 1927. Ref. Centrbl. t. 10. z. 14. Wittmacker. Zur Theorie des Menierschen Symptomenkomplexes. Tagung der niedersächsischen Nasen etc. Ärzte in Hamburg. Marzec 1927. Ref. Centrbl. t. 10. z. 13. Abouik. Pathogénie et traitement chirurgical du vertige de Meniere. Presse méd. Nr. 93. 1927.

Streszczenia pojedyncze.

Djagnostyka.

BARBARO-FORLEO. Powstawanie bąbla żółtego skóry w stanach żółtaczkowych po podaniu histaminy. (Policlinico Sez. Med. 1933 r. Nr. 3).

Klein zaobserwował, że doskórne podanie 0,1 — 0,2 cm. histaminy wywołuje w stanach żółtaczkowych powstanie bąbla żółtego. W 12 — 30 minut po wstrzyknięciu uzyskujemy najsilniejsze zabarwienie bąbla. Autor podjął badania nad powstawaniem bąbla w różnych stanach chorobowych. Materiał jego dotyczy 160 przypadków. Próbe histaminową łączył z badaniem bilirubiny we krwi. Nieznaczne zwiększenie bilirubiny we krwi (1,5 mgr.%) powoduje wystąpienie bąbla żółtego, po podaniu histaminy. Przy pomocy tej próby można rozpoznawać wczesne okresy podżółtaczkowe, względnie żółtaczkę utajoną, przyczem próba wypada bardziej intensywnie w przypadkach żółtaczki pochodzenia mechanicznego i zakaźnego, mniej intensywnie zaś w przypadkach żółtaczki pochodzenia dynamicznego. Powstawanie bąbla jest związane z większą przepuszczalnością włosniczek, wzmożonym dopływem chłonki oraz zakłóceniem tkankowej przemiany materii.

H. Zeldowicz.

PANAGIA A. Znaczenie odczynu zaczynowego (enzymoreakcja) w rozpoznawaniu nowotworów złośliwych. (Policlinico Sez. Med. 1933 r. Nr. 4).

Scirori, Rebandi i Menniti stwierdzili w surowicy osobników, dotkniętych nowotworami złośliwymi,

zaczyny, rozkładające tkankę nowotworową. Zdziałanie surowicy, zawierającej zaczyny, na tkankę nowotworową, odpowiednio spreparowaną, powoduje rozkład tej ostatniej na kwasy aminowe. Powyższe działanie zostało nazwane odczynem zaczynowym (enzymoreakcja) i ma służyć do wczesnego rozpoznawania nowotworów. Autor przeprowadził badania nad odczynem zaczynowym surowicy w 38 przypadkach. Stwierdził przytem, że różne tkanki nowotworowe ulegały rozkładowi zarówno przy działywaniu surowicą osobników zdrowych, jak i surowicą osobników, dotkniętych nowotworami. Konkluduje więc, że odczyn zaczynowy nie posiada właściwości specyficznych dla rozpoznawania nowotworów złośliwych.

H. Zeldowicz.

J. BRINCK i RODRIGUEZ OLLEROS. W sprawie djagnostyki zaczynowej trzustki. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 6).

Autorzy przeprowadzali u zdrowych i chorych oznaczenia zawartości diastazy we krwi metodą Ottensteina. Jako graniczną wartość przyjmuje autor zawartość diastazy we krwi, pobranej naczecz, wynoszącą 200 mgr.%. W schorzeniach dróg żółciowych oraz we wrzodach żołądka i dwunastnicy można było wykazać przejście procesu chorobowego na trzustkę. Metodyka Ottensteina okazuje się czulszą w rozpoznawaniu powstałych w ten sposób zapaleń trzustki, aniżeli stosowane dotychczas zwykle metody, zwłaszcza czulszą, niż oznaczanie diastazy w moczu metodą Wohlgemutha.

Henryk J. Landau.

O. ZIMMERMANN. **Wartość próby wodnej Kauffmanna jako metody badania czynnościowego serca.** (Med. Klin. Nr. 43/1933).

Próba diuretyczna wypadła u pacjentów z zaburzeniami krążenia, będących w stanie lekkiej niedomogi serca, prawie równie często dodatnio, jak ujemnie, podczas gdy odwrotnie pewna liczba pacjentów, u których badanie kliniczne pozwalało wykluczyć bez wahania jakiejkolwiek oznaki niewydolności sercowej, wykazywała dodatni wynik próby diuretycznej. Zarzucenie wysokiego ułożenia kończyn dolnych nie wpływało również często zupełnie na dodatnie wyniki, przeciwnie, czasami pomimo ujemnego zrazu wyniku próby przy wysokim ułożeniu nóg, dawała ona po kilku dniach dodatni wynik u tego samego pacjenta bez wysokiego ułożenia kończyn dolnych. Tak samo dowolne przesunięcie okresu czasu, zużytego na obliczenie przeciętnych wartości dwugodzinnych, mogło często zamienić ujemny wynik próby w dodatni albo też odwrotnie. Tak samo obliczanie przeciętnych wartości trzygodzinnych dawało często wprost przeciwne wyniki, niż obliczanie przeciętnych wartości dwugodzinnych w tem samym doświadczeniu i u tego samego pacjenta. Zupełnie dowolne wyniki prób, wykonanych przez autora, pozwalające prawie zawsze na wszelką podmiotowo dowolną interpretację, zmusza autora do odrzucenia próby diuretycznej K a u f f m a n n a jako metody czynnościowego badania układu krążenia jako nazbyt zależnej od zjawisk przypadkowych i zupełnie niepewnej.

Henryk J. L a n d a u.

CAVAZZENI M. **Badanie czynnościowe nerek metodą Rehberga.** (Policlinico Sez. med. 1933 r. Nr. 5).

R e h b e r g, opierając się na teorii L u d w i g a - C u s h n y o czynności wydzielniczej nerek (przesączanie w kłębuszkach, wchłanianie w kanalikach nerkowych), opracował metodę dla określenia ilości przesączu kłębuszkowego w jednostce czasu oraz ilości moczu wchłanianego w kanalikach. Metodę swą opiera na wydzielaniu kreatyniny, która nie wchłania się w kanalikach. Stosunek zawartości kreatyniny we krwi do zawartości w moczu oraz ilość moczu wydzielonego pozwala określić ilość przesączu kłębuszkowego i stopień jego stężenia w kanalikach. Podług R e h b e r g a i H o l t e n a ilość przesączu wynosi 116 — 186 cm.³ na minutę, a stopień jego stężenia wynosi 97 — 99°. Przy pomocy tej metody różni badacze podjęli badania nad wpływem środków moczopędnych na czynność wydzielniczą nerek. (Diuretyna, Salyrgan, Novasurol). Doszli przytem do wniosku, że środki moczopędne nie wpływają na ilość przesączu kłębuszkowego, lecz działają hamująco na zdolność wchłaniania kanalików. Autor podjął badania nad wpływem środków rozszerzających i zwężających naczynia na czynność wydzielniczą nerek. Nie uzyskał wyników jednolitych ani dla zachowania się przesączu kłębuszkowego, ani też dla zdolności stężania kanalików. Wnioskuje więc, że metoda R e h b e r g a w chwili obecnej nie pozwala na wyciąganie konkretnych wniosków o stanie czynności nerek i wymaga dalszego opracowania.

H. Z e l d o w i c z.

Gruźlica.

A. B. SZWARC. **W sprawie kliniki początkowych naciekowato-zapalnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych.** (Wopr. Tuberk. Nr. 12/1931).

Wśród ogromnej masy gruźlików, zapelniających sanatorium, wydzielić należy w oddzielną grupę te początkowe postaci, w których proces powstaje z nacieku wczesnego. Cechy charakterystyczne postaci naciekowych polegają na tem, że rozwijają się one według typu świeżego ponownego zakażenia (reinfekcja) pozornie w zupełnie zdrowym płucu, najczęściej poniżej obojczyka przy niezmiennym szczycie. W cyklu

rozwojowym nacieku wczesnego odróżniać należy takie postaci przewlekłe, w których dane kliniczne i pato-morfologiczne są odbiciem stanu odpornościowo-biologicznego ustroju: nacieki stałe, kiedy ostre objawy minęły, nacieki okołogniskowo-zapalny wessał się, i gdzie istniejącą równowagę odpornościowo-biologiczną naruszają poszczególne wybuchy, i nacieki zakończone, w których ta równowaga przyjęła charakter stały wskutek przewagi procesów reparacyjnych. Postacie naciekowe mają własność dawania przerzutów oskrzelowo-pochodnych, prowadzących do postępowania procesu; największe niebezpieczeństwo pod tym względem przedstawiają ogniska rozmiękania i wczesne jamy. W przypadkach, w których ognisko rozmiękania nie wykazuje skłonności do gojenia się lub przechodzi w jamę, metodą leczenia z wyboru powinna być odma sztuczna. Do początkowych, aczkolwiek rzadziej spotykanych postaci gruźlicy płuc u dorosłych należy również płatowe zapalenie płuc (*lobitis*), w którym uczulenie ustroju osiąga wysoki stopień, a które ze względu na swe umiejscowienie, przebieg cykliczny i rokowanie powinno być wydzielone w samodzielną grupę. Leczenie uciskowe w gruźliczych zapaleniach płuc daje wynik tylko w początkowym okresie rozwoju, stąd wypływa ważność ich wczesnego rozpoznawania. Płatowe zapalenia płuc w okresie marszczenia się oraz przy pojawianiu się przerzutów po drugiej stronie do leczenia odma sztuczną nie nadają się.

Henryk J. L a n d a u.

N. A. DANIŁOW. **W sprawie serowatego zapalenia płuc w związku z zagadnieniem o postaciach rozwoju nacieku wczesnego.** (Wopr. Tuberk. Nr. 12/1931).

Należy odróżniać, zdaniem autora, dwie postaci procesów o charakterze serowatego zapalenia płuc, a mianowicie: a) serowate zapalenie płuc w ścisłym znaczeniu jako samodzielną postać ostrej i złośliwej gruźlicy i b) proces serowato-zapalny jako mniej lub bardziej rzadką postać złośliwego rozwoju nacieku wczesnego. Dla właściwego serowatego zapalenia płuc charakterystyczny jest obraz anatomo-patologiczny wybitnie wyrażonego serowacenia bez zapalenia okołogniskowego (lub ze słabo wyrażonym); obraz zaś kliniczny tej postaci serowatego zapalenia płuc może być rozmaity i przypominać obraz nacieku wczesnego. Procesy serowato-zapalne jako wynik złośliwego rozwoju nacieku wczesnego mogą być rozmaite zarówno ze względu na przebieg kliniczny, jak i obraz anatomo-patologiczny (rozmaite przejścia od nacieku wczesnego do typowego serowatego zapalenia płuc). Pożądane jest opracowanie symptomatologii rozmaitych postaci klinicznych procesów serowato-zapalnych. Spostrzegany przez autora w procesach serowato-zapalnych objaw — paradoksalne zjawienie się oddechu oskrzelowego po nałożeniu odmy sztucznej i po otrzymaniu wyraźnego pęcherza gazowego — wymaga sprawdzenia na dużym materiale.

Henryk J. L a n d a u.

KALBFLEISCH. **Powstanie przewlekłej gruźlicy płuc przez zaostrzenie starego zespołu pierwotnego.** (D. m. W. Nr. 10/1933).

Autor omawia, w niniejszym artykule sprawę możliwości zaostrzenia się starego ogniska pierwotnego płuc. Zasadniczo ten mechanizm szerzenia się gruźlicy należy do wielkiej rzadkości, opisano kilka takich przypadków. Aby mieć pewność, że gruźlica płuc powstała wskutek rozdmuchania sprawy chorobowej w starym i nieczynnym zwapniałym ognisku pierwotnym musi istnieć: po 1-e zachowane stosunki czasu, 2-e poza ogniskiem pierwotnym brak zupełny stałych zwapniałych ognisk w płucach lub też jam, 3-e okoliczne gruczoły limfatyczne nie mogą zawierać świeżych zmian, 4-e w narządach związanych z krążeniem wielkiem nie może być żadnych zmian gruźliczych. W czasie systematycznie przeprowadzo-

nych badań sekcyjnych, autor widział nieliczne przypadki, które odpowiadały wyżej wymienionym zastrzeżeniom i doprowadziły powstania sprawy swoistej w płucach z ognisk stałych. Dla ilustracji przytacza dwa takie przypadki.

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

A. CALMETTE. O zapobiegawczem szczepieniu doustnem za pomocą B. C. G. osób młodych niealergicznym (La Pr. Méd. Nr. 20 - 1933).

Autor zastanawia się nad możliwością szczepienia zapobiegawczego przeciw gruźlicy osób młodych do lat 20. Do szczepienia nadają się jedynie ci, którzy nie zetknęli się bliżej z infekcją gruźliczą, a więc nie reagujący na tuberkulinę, czyli nie wykazujący alergii. We Francji 97% ludzi dorosłych reaguje na tuberkulinę; młodzież szkolna natomiast w 65 — 70% nie wykazuje alergii. Doświadczenie wykazało, że nie tylko b. młode, ale i dorosłe zwierzęta można skutecznie szczepić za pomocą BCG. drogą doustną. Pierwsze próby szczepienia dorosłych ludzi były robione pod kierunkiem autora w Instytucie Pasteura w Afryce równikowej, gdzie przeważna ilość tubylczej ludności nie wykazuje alergii gruźliczej. Szczepiono doustnie za pomocą BCG 149 uczniów i uczenic, którzy przed szczepieniem nie reagowali na tuberkulinę; po 3 miesiącach 55% szczepionych (82 osoby) wykazywały stan alergii. Pozostałe 63 osoby szczepiono powtórnie — po 3 miesiącach 16 z nich dały dodatnią próbę tuberkulinową. Autor sądzi, że należy tę metodę przenieść i do Europy i szczepić młodzież w wieku szkolnym oraz wśród personelu pomocniczego i lekarskiego w sanatoriach dla gruźlików i wśród studentów medycyny. Tego rodzaju pracę wykonali w Oslo (Norwegia) — S c h e l i H e i m b e c k. Autorzy ci wśród personelu zakładów dla gruźlików wykonali próbę tuberkulinową; okazało się, że 454 osoby dały wynik dodatni, a 253 nie reagowały na tuberkulinę; dalsza obserwacja wykazała, że z 454 osób alergicznych zachorowało 12 na gruźlicę o lekkim przebiegu (2,6%), a wśród 253 nie alergicznych stwierdzono po pewnym czasie 75 przypadków ciężkiej gruźlicy (29,6%). Wobec tych faktów zaczęto od 1927 r. wszystkich młodych kandydatów, wykazujących ujemną reakcję tuberkulinową, szczepić za pomocą jednorazowego wstrzyknięcia BCG. Na 104 uczniów, którzy po szczepieniu stali się alergiczni tylko trzech padło na b. lekką postać gruźlicy; wśród 60 niealergicznym i nieszczepionych w tym samym czasie zachorowało na średnią i ciężką gruźlicę 16 uczniów. Na zasadzie tych badań H e i m b e c k sądzi, że kandydaci do służby w sanatoriach gruźliczych z ujemną reakcją P i r q u e t a nie powinni być dopuszczani do pracy, póki przez szczepienie za pomocą BCG nie staną się alergiczni. S c h e l i badał nowowstępujących studentów medycyny w Oslo i stwierdził znacznie większą zachorowalność wśród niealergicznym. Autor sądzi, że wszystkich nowowstępujących studentów medycyny należy badać na odczyn tuberkulinowy. Jeśli odczyn wypadła ujemnie, nie wolno dopuszczać do pracy szpitalnej, dopóki nie uzyskają alergii przez szczepienie za pomocą BCG drogą doustną, która okazała się równie skuteczna jako podskórna i dośkórna.

Jakób P e n s o n.

Choroby narządów trawienia.

WILKIE. Wyniki cholecystektomji. (Nutrition 4—1932.)

Nim lekarz narazi pacjenta na skutki operacji, należy zważyć po jednej stronie skutki pozostawienia chorego pęcherzyka, po drugiej — skutki jego usunięcia. Wskazania do operacji są następujące: 1) ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, zamkniętego kamieniem tkwiącym w przewodzie lub szyjce, a grożące wypełnieniem się pęcherzyka śluzem i ropą; 2) powracające napady kolki żółciowej z objawami lub bez objawów infekcji; 3) przewlekłe objawy dyspepty-

czne, które powstały przez chorobę pęcherzyka; 4) objawy wtórnie toksyczne w sercu, stawach, nerkach. Skutki pooperacyjne grupy I były dobre odnośnie do objawów miejscowych i ogólnych. Ustąpiły objawy gośćcowe, neurytyczne, przekrwienie płuc u podstawy płuca prawego. W grupie II zupełne wyzdrowienie dało 71%. Poprawę z zachowaniem objawów dyspeptycznych 20%, nieznaczna poprawa w 9%. Objawy, które pozostają to głównie wzdęcie, niezdolność trawienia pokarmów tłustych, duszność i napady żółciowe z bólami głowy. Prawie wszyscy operowani tej grupy byli otyli, używali mało ruchu, mieli zaparcie; cierpienie żółciowe trwało u nich długo. W przeszło połowie przypadków z nieznaczną poprawą pęcherzyk nie zawierał kamieni, ale ściana jego była zgrubiała, cholecystografia wykazywała upośledzenie jego czynności. W tej grupie wiele objawów zależy od uszkodzenia samej wątroby, a leczenie wewnętrzne powinno uzupełniać zabieg chirurgiczny. W grupie III większość chorych cierpiała poza to na zmiany w 12-cy i wyrostku robaczkowym, który jednocześnie usuwano podczas zabiegu. Dolegliwości polegały głównie na dyspepsji fermentacyjnej, wzdęciu bolesnem nadbrzusza, bólach w dolnych żebrach po stronie prawej, na zaparciach na zmianę z biegunkami, tkliwością w podżebrzu prawem; ostatnio u chorych ze źle funkcjonującym pęcherzykiem. Znaczną poprawę dał zabieg u tej grupy w 76%. Naogół stwierdza się, że im cięższe są zmiany w pęcherzyku, tem lepsze są wyniki pooperacyjne. Najlepsze u chorych z jednoczesną zmianą w 12-cy, wyrostku robaczkowym. Najmniej poprawy wykazali chorzy, którzy przedtem przebyli cholecystitis bez kamieni; uskarżali się nadal na nietrawienie pokarmów tłustych, na wzdęcie, nadkwasność. 6% wykazało zupełną uderzającą poprawę wszystkich objawów dyspeptycznych. Ich pęcherzyki zmienione były nieznacznie. W grupie IV z dolegliwościami sercowymi były dwa typy chorych: osoby względnie szczupłe z nawrotami objawów żółciowych i wyraźnymi dolegliwościami ze strony mięśnia sercowego; inni budowy mocnej (kobiety), skarżący się na kołatanie i duszność, wynikającą z otłuszczenia serca. U chorych pierwszego typu usunięcie pęcherzyka, jako źródła intoksykacji dało wyniki zadawalające, przywróciło zdolność do pracy. U osób drugiego typu przeprowadzenie kuracji dietetycznej i fizycznej przed i po operacji jest niezbędne dla osiągnięcia efektu samej cholecystektomji. Na usunięcie infekcyjnego pęcherzyka i ustąpienie z tem objawów reumatycznych zwrócili uwagę referenta sami chorzy. Uważa, że cholecystitis może mieć znaczenie „focal infection“. Uderzający jest również wpływ operacji na nerki. Usunięcie pęcherzyka w okresie obrzęków i białkomoczu oraz puchliny wpłynęło na zupełne ustąpienie niedomogi nerek. W niektórych jednak przypadkach poszczególne objawy jak napady żółciowe t. j. okresowe bóle głowy i wymioty (bilous attacks) żółcią pozostały po zabiegu, co tłumaczy się niedomogą samej wątroby. Nietrawienie tłuszczu, zwłaszcza gotowanego pozostaje często po operacji. Wzdęcie ustępuje lub zmniejsza się prawie zawsze. Nawróty kolki spostrzegano w bardzo małej liczbie przypadków. Zależały raz od kamieni w ductus choledochus, dwa razy od skurczów zwieracza O d d i. Zrostów pooperacyjnych nie spostrzegano. Przepukliny w miejscu blizny pooperacyjnej wystąpiły w 6% przypadków przeważnie u osób tęgich, z bronchitem, po drenażu.

T u r y n.

DONNET. Patogeneza pozostałości po cholecystektomji. (Nutrition 4—1932.)

O d d i był pierwszy, który usunął pęcherzyk żółciowy trzem psom w roku 1888. W ciągu pierwszych tygodni po zabiegu psy miały częste, śluzowe i gnilne wypróżnienia, dużo barwików w moczu. Łaknienie i waga psów pozostawały

dobrze. Na sekcji 1, 2 i 3 miesiące po operacji znalazł rozszerzenie dróg żółciowych, zwłaszcza kikutu *d. cysticus*, proporcjonalne do czasu między operacją a sekcją. Wielu badaczy stwierdza później to samo i podkreśla dążenie ustroju do przywrócenia układu dróg żółciowych elastycznego zbiornika, regulującego ciśnienie prądu żółci. Według C a n a v e r r o rozszerzenie tworzy się w ciągu 30 — 35 dni, a po trzech miesiącach przenosi się na przewody wewnętrzne — wątrobowe. Jaki jest mechanizm rozszerzenia? — Według N a u n y n a ciśnienie prądu żółci wynosi normalnie 25 mm Hg, a po cholecystektomii 50 / 55 mm Hg. Nadciśnienie to wynika z nadmiernej kurczliwości zwieracza O d d i, który zatrzymuje żółć. Kurczliwość spowodowana jest uszkodzeniem splotu nerwowego pęcherzyka. Nadciśnienie żółci nie zmienia miąższu wątroby. Kikut przewodu pęcherzykowego zamienia się po mniej więcej 6-ciu tygodniach w uchyłek przypominający nowy pęcherzyk, wypełniony żółcią. Uważano to za odtwarzanie się pęcherzyka, ale W a l z e l (1921) dowiódł, że jest to rozszerzenie bierne, a nie pęcherzyk, ma odmienną budowę i nie spełnia żadnej funkcji; zawiera żółć wątrobową. Nabłonek przewodów żółciowych marszczy się po operacji, aż do utworzenia kosmków, łuszczy się, w błonie podśluzowej i warstwie mięśniowej ma miejsce odczyn włóknisty. Błaski tkanki łącznej zanikają, oddzielają się i łamią. W miarę czasu tkanka łączna zajmuje wszystkie elementy, tkanka elastyczna zanika, komórka wątrobowa pozostaje bez zmian. J u d d i M a n n znaleźli, że ciśnienie w przewodzie wspólnym w początku większe, czasem opada do 0. Wypływ żółci do 12-cy odbywa się rozmaicie, stale lub z przerwami, napięcie zwieracza O d d i jest małe. Wskazuje to na głębokie zmiany wywołane operacją. 12 ca i drogi żółciowe są po operacji wyjątkowo zakażone bakteriami jak *streptococcus viridans*, *b. coli commune*. Infekcja jest uporczywa. *B. coli* jest o wiele bardziej złośliwe w jelitach po operacji niż przed nią. Drogi wewnątrzwątrobowe są zawsze jałowe. Niewiadomo jednak, dlaczego flora jelitowa staje się po cholecystektomii bardziej złośliwa. Wydzielanie kwasu solnego nie zmienia się po operacji. Znacznie wzrasta ilość pepsyny w żołądku. Natomiast pogarsza się trawienie trzustkowe i jelitowe widoczne w gorszym przyswajaniu tłuszczów i białek. Hiperpepsja może być ekwiwalentem osłabionego wydzielania trzustki. W trzustce jednak nie ma zmian mikroskopowych.

T u r y n.

GOSSET i PETIT-DUTAILLIS. Wskazania operacyjne w pozostłościach po cholecystektomii. (Nutrition 4—1932.)

Odpowiedzialną za cierpienia przy chorobie pęcherzyka żółciowego jest również i wątroba z jej drogami żółciowymi oraz trzustka. Te dodatkowe objawy ustępują w 50 — 60% przypadków po operacji. Należy rozróżniać czy zaburzenia pooperacyjne znajdują się w związku z wątrobą lub drogami żółciowymi. Czasami jest to *appendicitis chronica*; usunięcie wyrostka usuwa dolegliwości. Innym razem jest to opuszczona nerka, jej kamica, *pyelonephritis*, *periduodenitis*, *gastritis*, *ulcus ventriculi*. Cięcie poprzeczne u osób otyłych daje ewentualnie z opuszczeniem wątroby, jej przekrwieniem, bolesnością. Lepsze jest cięcie środkowe. Najczęstsze są zaburzenia pooperacyjne zależne od stanu wątroby i dróg żółciowych, występujące w 30—40% przypadków. Przedstawiają się jako wzdęcia w nadbrzuszu, częste odbijania, ucisk i ciężar w okolicy wątroby. Występują codziennie, częściej z przerwami; towarzyszą im *crise bilieuses* z wymiotami żółcią i biegunkami. Zaburzenia jelitowe to zaparcie, skłonność do biegunek, silne parcie na stolec, palenie w okolicy odbytu. Dolegliwości te występują w 6 tygodni po operacji; łagodzi je opium. Biegunki zależą od porażenia i nietrzymania zwieracza O d d i. Bóle nieznaczne, klucie, szarpnięcie na po-

ziomie blizny, przy chodzeniu, unoszeniu ramion, częściej bóle tępe, głęboko w podżebrzu prawym, z uczuciem nabrzmienia wątroby, po posiłku, o typowym promieniowaniu zależą od przekrwienia wątroby. Inni miewają napady trwające 30 do 60 minut, bez temperatury. Zależne są one od skurczów zwieracza O d d i. 3% chorych miewa bóle poprzeczne w nadbrzuszu, promieniujące do lewej łopatki (trzustkowe?). Powyższe dolegliwości tłumaczy się zmianą warunków krążenia żółci. Ale są one często i przed operacją i wtedy przypisywane są błędem dietetycznym. Wynikają ze zrostów wątroby i 12-cy, z *hepatitis*, *choledochitis*, *pancreatitis*. Nie wymagają powtórnej operacji. Zaburzenia poważniejsze, wymagające często ponownej operacji: 1) nawroty kolki, kamicy w 5 — 10% przypadków, o charakterze typowym, jak przed operacją, stają się stopniowo coraz rzadsze. Czasami idą z żółtaczką. Mogą ustąpić po leczeniu wewnętrznym. Powstają na tle infekcji. Wskazanie do zabiegu dają przypadki z żółtaczką, odbarwieniem stolców, podwyższoną t° , gdy objawy utrzymują się czas dłuższy, a powstają na tle raka dróg żółciowych, trzustki, na tle kamicy przewodu wspólnego, *choledochitis*, *pericholedochitis*, *pancreatitis*. Kamień w *choledochus* jest rzadki, najczęściej pozostaje zapomniany przy pierwszej operacji. Czasami jednak kamyczki wewnątrzwątrobowe wysuwają się do *choledochus*. Można uniknąć ich przez dokładne obejrzenie dróg żółciowych przy operacji. *Pericholedochitis* ze zrostami, ściskającymi przewód żółciowy, jest bardzo trudne do usunięcia; przeważnie należy zadowolnić się częściowym uwolnieniem *ductus choledochus*. Najczęstszą przyczyną nawrotów bolesnych z żółtaczką jest *pancreatitis*. J u d d i w 17 na 24, G o s s e t i P e t i t - D u t a i l l i s w 3 na 5 znajdowali powiększenie głowy trzustki i jego zrosty. Mechanizm jest jednak niejasny, gdyż *choledochus* jest wtedy wolny i drożny. Przypuszczają *hepatitis*, która pewnie jest przyczyną tam, gdzie niema zmian ani w trzustce ani w *choledochus*. Poza *hepatitis* może być *angiocholitis*. *Choledochitis stenans* jest rzadkie, częstsze są ostre obrzęki. Stenozy nie przechodzą na *ductus hepaticus*. Zrosty około przewodu wspólnego dają obraz *pseudocalculosis*, wtórne zabiegi są bardzo często technicznie trudne. Radzą w tych przypadkach choledochotomię i długotrwale (3 — 6 tygodni) drenowanie przewodu wątrobowego i trzustkowego. Poza tym można napotkać raka i *choledochitis stenans*. Wobec raka głównego przewodu lub trzustki — *choledochoduodenostomia*. Czasem niema raka, tylko *pancreatitis*. Wyniki bezpośrednie i późne po tych zabiegach są dobre. Trwale przetoki żółciowe pooperacyjne są rzadkie, wynikają z przypadkowego nacięcia przewodu wspólnego. Przebiegają z żółtaczką i odbarwieniem stolca. Należy wtedy połączyć otwór przetoki z 12-cą z pominięciem *d. choledochi*. Powikłanie ciężkie, śmiertelność operacyjna duża. Zrosty 12-cy są bardzo rzadkie. O ile obok istnieją inne objawy nie należy ich wiązać ze zrostami, gdyż występują i bez zrostów. U 5% operowanych mogą zrosty dać cięższe dolegliwości w czynności 12-cy lub okrężnicy. Zrosty te to dalszy ciąg *pericholecystitis*. Zrosty około-12-cze wymagają zabiegu; ich uwolnienie jest możliwe w małej części przypadków. Zrosty zamurowujące nie nadają się do operacji; lepsza jest *gastroenterostomia*. *Cholecystectomia* daje różne wyniki zależnie od zmian anatomicznych w pęcherzyku. *Cholecystitis calculosa* bez ropy, ze znacznymi zmianami w ścianie pęcherzyka, nawet ze zrostami daje 55% zupełnego wyzdrowienia. *Cholecystitis suppurativa* — 84%. *Hydrocholecystitis* z kamieniem wklinowanym w przewód pęcherzyka 50%. Naogół wyniki nie zależą od stanu pęcherzyka, tylko od stanu samego chorego. Największą ulgę daje *cholecystectomy* u chorych z kolkami. Na objawy dyspeptyczne wpływu nie ma. W *cholecystitis chronica* bez kamieni wyzdrowienie notuje się w 62% przypadków. Dla

uniknięcia przykrych skutków cholecystektomji należy operować w cięciu środkowym, które chroni przed ewentracją i uważać by nie zranić przewodu wątrobowego.

T u r y n.

Choroby kobiet i położnictwo.

I. A. BAKSZT. O wynikach brzuszno cięcia cesarskiego. (Gin. i Akusz. Nr. 1/1932).

Śmiertelność po zakończeniu porodu za pomocą brzuszno cięcia cesarskiego pozostaje wysoka (okoliczność, nakazująca ustanowienie ścisłych wskazań w każdym poszczególnym przypadku. Operacja ta w rzucając nie tylko nie jest metodą z wyboru, lecz daje wysoki odsetek śmiertelności. W łóżysku przodującym operacja pozostaje w ramach właściwej śmiertelności operacyjnej zasadniczo zależy od samej metody. W ciężkich przypadkach można stosować brzuszno cięcie cesarskie pomimo całej jego niedoskonałości, gdyż metody pochwowe dają w tych warunkach również wysoki odsetek śmiertelności macierzyńskiej i nieporównanie gorsze wyniki dla dzieci. Przy układaniu statystyk zakończenia ciąży cięciem cesarskiem z powodu rzucajki można z pełnym prawem położyć 75% przypadków śmierci na rachunek choroby zasadniczej, natomiast w łóżysku przodującym należy przeprowadzić o wiele ostrożniej analogiczną redukcję.

L. J. H.

H. HAGELBERG. Dwa przypadki samoistnego pęknięcia macicy. (Zbl. Gynaek. Nr. 40/1932).

Samoistne pęknięcie macicy jest tak rzadkiem wydarzeniem, że autor uważa za wskazane ogłosić swoje dwa przypadki. Pierwszy przypadek dotyczył 28-letniej pacjentki, która przeżyła dwa porody: jeden zakończony z powodu rzucajki cesarskim cięciem, drugi w 3 lata później *per vias naturales*. W chwili wydarzenia pacjentka była w końcu normalnie przebiegającej dotąd ciąży, gdy przy schyłku się celem włożenia bucika nastąpiło pęknięcie macicy. Pęknięcie w chwili schyłku się w momencie wkładania buta nastąpiło wskutek zwiększenia się ciśnienia wewnątrzmacicznego. Zasluguje na podkreślenie fakt, że drugi poród w 3 lata po cesarskim cięciu przebiegał zupełnie normalnie, i że dopiero po upływie dalszych 2 lat przy trzecim rozwiązaniu nastąpiło pęknięcie bez poprzedzających bólów porodowych podczas nieznacznego urazu. W drugim przypadku chodziło o 29-letnią kobietę, której przed 2 laty z powodu lewostronnego pęknięcia jajowodu usunięto jajowód z klinowem wycięciem kąta jajowodu. Przedtem nie było porodów, ani poronień. W chwili wypadku pacjentka była w końcu ciąży, przebiegającej dotąd bez żadnych dolegliwości. Pod wieczór pacjentka poczuła silne ruchy dziecka, poczem nagle ustaly one, wieczorem odczuwała ciągnięcie w brzuchu, następnego dnia rano silne bóle. Podczas operacji z powodu podejrzenia o pęknięcie macicy, podejrzenie to potwierdziło się. Badanie mikroskopowe wykazało, że pęknięcie nastąpiło w lewym kącie jajowodowym tam, gdzie swego czasu wycięto pęknięty ciążarny jajowód, i że tutaj wskutek bliznowato-łącznotkankowych zmian mięśniówki macicy powstał *locus minoris resistentiae*.

L. J. H.

G. MOHNHAUPT. Porody zakończone cesarskim cięciem w ciągu ostatnich 10 lat. (Zbl. Gynaek. Nr. 40/1932).

Skutki cięcia cesarskiego są dla kobiety pod względem zdrowotnym dość nieznaczne. Jeżeli idzie o płodność, to dzięki cięciu wiele kobiet osiąga szczęście macierzyńskie, któreby inaczej były zupełnie pozbawione. Nie może być mowy również o „bezpłodności jednodziecięcej“ (Einkindersterilität). Wyniki są również pomyślne, o ile chodzi o dzieci. Ażeby je jeszcze poprawić, należy się wcześniej zdecydować na cięcie, jeżeli się ma do czynienia z przypadkiem, w którym

wchodzi w rachubę rozwiązanie za pomocą cięcia cesarskiego. Skutki zatem dla matki nie są tak złe, aby zachodziła potrzeba dalszego ograniczenia rozszerzonych wskazań, jeżeli pozostają one, oczywiście, w umiarkowanych granicach. Ze względu na dzieci niema tembardziej przyczyn po temu. Dziesięcioro dzieci wykazywało w porównaniu z normalnie rozwiniętymi dziećmi tego samego wieku niedorozwój pod względem wzrostu, wagi i ogólnego wyglądu. Autor kierował się przy ocenie wzrostu i wagi tablicami, ułożonymi przez C a m e r e r a i v. P i r q u e t a. W wywiadach tych dzieci można było po większej części wykazać długi czas trwania porodu, również większość tych dzieci przychodziła na świat w zamartwicy. Przemawiałoby to za żądaniem, ażeby nie czekać zbyt długo na rozwój porodu samoistnego. Tylko troje z tych dzieci było wcześniakami, pozostałe były mocnymi dziećmi. Należy też uwzględnić, że sześciu z tych dzieci było dziećmi nieślubnymi, zaś autor nie może się pozbyć tego wrażenia, że za niedorozwój ponoszą również winę złe warunki domowe.

L. J. H.

J. F. BILENKO. W sprawie uszkodzeń pochwy sub coifu. (Zbl. Gynaek. Nr. 42/1932).

Autor podaje opis 3 przypadków uszkodzenia pochwy w czasie spółkowania, z których jeden skończył się śmiertelnie. We wszystkich przypadkach istniało u mężczyzny silne podniecenie płciowe podczas aktu płciowego. Wskutek rozmaitych przyczyn akt musiał być przerywany. W tych warunkach zrozumiałe jest dążenie mężczyzny do jak najszybszego osiągnięcia *orgasmus*, oraz wskutek tego również szczególnie energiczne wprowadzanie prącia. Ze strony kobiet istniało szczególnie silne uczucie wstydu i obawy przed obcymi świadkami. Autor uważa w swych 3 przypadkach stan psychiczny kobiety i jej nieprawidłowe położenie podczas spółkowania za moment etiologiczny uszkodzenia pochwy. Prócz tego, okazuje się, że nawet zupełnie nieznaczne uszkodzenia pochwy mogą być niebezpieczne dla życia kobiety, jeżeli służą one za wrota wtargnięcia dla zarazków chorobotwórczych.

J. L. H.

Choroby dróg moczowych.

STRAUSS. 30 lat azotu pozabiałkowego w rozpoznawaniu i rokowaniu cierpień nerek. (D. m. W. Nr. 21, 1933).

W chwili obecnej mija 30 lat od czasu wprowadzenia przez autora określenia azotu pozabiałkowego w chorobach nerek, jako wskaźnika w ich rozpoznawaniu i rokowaniu. Zasady jakie wówczas autor wygłosił, do dziś nie straciły ze swej aktualności, pomimo oczywiście nowego ujęcia tych spraw w latach ostatnich. Podwyższenie poziomu azotu pozabiałkowego tłumaczono wtedy utratą zdolności nerek do wydalania azotu, a stan ten, jako charakterystyczny dla mocznicy. Takie postawienie sprawy pozwoliło na nieco dokładniejsze zróżnicowanie postaci chorobowych nerek, zwłaszcza że podkreślano konieczność zestawienia otrzymanych wyników ze spostrzeganiem klinicznym i próbą stężenia i rozcieńczenia, oraz badaniem barwnikowym nerek. Podkreślenie ważności określenia azotu pozabiałkowego przeniosło punkt ciężkości badania nerek z moczu do krwi i stało się dziś zdobyczą powszechnie uznaną. Kwestja zatrzymania azotu w tkankach nie odkrywa tak wielkiej roli, co potwierdzają liczni badacze i praktycznie w grę nie wchodzi. Wyodrębniony ostatnio zespół mocznicy wskutek zmniejszenia się zawartości chloru, ponieważ powstaje w zupełnie innym zespole, w pewnych tylko warunkach może korzystać z określenia poziomu azotu pozabiałkowego, jako pomocniczej metody badania, zwłaszcza, że ostatnie prace doświadczalne (B r a n d t) wskazują na podniesienie się poziomu nie tylko kwasu moczowego w tych przypadkach, ale i indykanu. To zaliczałoby mocznicę chloropochodną do specjalnej formy zatrzymania azotu. Jeśli cho-

dzi o technikę samego badania to w międzyczasie została ona w znacznym stopniu udoskonalona, również nie wymaga się obecnie tak wielkiej ilości potrzebnego materiału. W Ameryce i w Niemczech określają głównie azot pozabiałkowy, podczas gdy w krajach romańskich, dzięki szkole V i d a l a, głównie posługują się badaniem zawartości mocznika we krwi. Jakkolwiek mocznik jest najważniejszym składnikiem resztki azotowej, to jednak, zdaniem autora, określanie azotu oddaje nam znacznie większe usługi. Wprowadzenie stałej A m b a r d a nie jest, zdaniem S., tak ważnym postępem. Próba wodna jakkolwiek jest ważnym badaniem, ustępuje określeniu azotu, gdyż orjentuje nas co do stanu nerek w dniu badania, podczas gdy poziom azotu mówi o kilkudniowych zmianach, jakie zaszły w organizmie. Należy przypomnieć, że w wydalaniu azotu z organizmu przyjmują udział nie tylko nerki ale także: sok żółdkowy, soki ustrojowe jakie znajdują się w dwunastnicy, trzustka i pot. Niezmiernie ciekawe zagadnienie, z czego głównie składa się zatrzymana reszтка azotowa, nie znalazło decydującego rozwiązania po 30 latach. Na zasadzie pewnych badań wolno przypuszczać, że na zatrzymany azot pozabiałkowy w przypadkach nerek marskich, wypada mniej niż 50% mocznika, a przy cierpieniach kanalików więcej niż 50% zatrzymanego azotu stanowi mocznik. Mocznica dochodzi do skutku dzięki zatrzymaniu w ustroju pewnego zespołu ciał, i trudno jest przypisać decydujące znaczenie jakiemuś jednemu związkowi, zwłaszcza o ile uwzględniamy warunki indywidualne, stan układu nerwowego. W ten sposób osiągnięte zdobycze w zakresie chorób nerek zachowały się i utrwaliły nie tylko w medycynie wewnętrznej, ale i w chirurgii dróg moczowych i stały się udziałem całego świata kulturalnego. Metoda zaś badania azotu pozabiałkowego zachowała się tak długo, dopóki nie wynajdzie się lepszej i prostszej.

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

Gerhard WÜLLENWEBER. W sprawie zwrotnego prądu moczu (Reflux). (Zeitschrift für Urologie Tom 24, 1930).

Autor przedstawia 4 przypadki zwrotnego prądu moczu, pierwszy u osobnika z niedokrewnością złośliwą, mającego objawy ze strony rdzenia kręgowego; drugi i trzeci u osobników z rozsiałym stwardnieniem (*sclerosis multiplex*), czwarty u chorego cierpiącego na próchnicę kręgow. Zwrotny prąd moczu (z pęcherza do moczowodu) u zdrowych ludzi nigdy się nie spotyka. Spotykany natomiast bywa w uśpieniu, przy cewnikowaniu moczowodu, po zabiegach operacyjnych w nerce lub w okolicy, przy przerzucie gruczołu krokowego, przy gruczolicy pęcherza moczowego, guzie pęcherza wraz z jednoczesnym przewlekłym zatrzymaniem moczu, przy uszkodzeniu pęcherza środkami chemicznymi, wreszcie w organicznych schorzeniach dolnych odcinków rdzenia kręgowego. W pracy swej autor omawia mechanizm powstawania zwrotnego prądu moczu. W warunkach prawidłowych w czasie skurczów moczowodu ciśnienie w moczowodzie jest większe od ciśnienia pęcherzowego, skutkiem czego mocz przechodzi z moczowodu do pęcherza; w czasie rozkurczu dolnego odcinka moczowodu, zwieracz zamyka się, co wyłącza zwrotny prąd moczu. Natomiast *reflux* ma miejsce wówczas, o ile rozkurczowe ciśnienie w pęcherzu większe jest od skurczowego w moczowodzie, wówczas otwiera się ujście moczowodu (skurcz długiej muskulatury moczowodu), ciśnienie pęcherzowe staje się większe od moczowodowego, skutkiem czego mocz z pęcherza wpada częściowo do moczowodu. Jest rzeczą ciekawą, że u trupa, gdzie ciśnienie w moczowodzie równe jest zeru, przy biernym napełnianiu pęcherza nigdy nie powstaje *reflux*, ponieważ brak jest czynnej ruchomości dolnego odcinka moczowodu. Zwrotny prąd moczu zdarza się zwłaszcza w procesach chorobowych dolnego odcinka moczowodu. Często się zdarzają, jak przytacza sam autor, na podłożu neurogenem. Leczenie jest

niebardzo wdzięczne; dążyć należy do niedopuszczenia dużego ciśnienia w pęcherzu, stąd wskazane są częste cewnikowania.

Alfred G a l e w s k i.

Otto KREISE. Pierwotny rak moczowodu. (Zeitschrift für Urologie Tom 24, 1930).

Pierwotny rak moczowodu jest schorzeniem bardzo rzadkiem, autor przedstawia dwa przypadki. Rozpoznanie nastrocza poważne trudności. Najważniejsze objawy stanowią: krwimocz, ból i guz. Krwimocz nie jest objawem znaczącym, gdyż spotyka się w wielu innych schorzeniach. Ból jest także objawem niestłym i zjawia się wówczas, gdy guz prowadzi do wodonercza; niezależnie od tego często zjawiają się bóle w okolicy nerwu kulszowego wskutek ucisku guza na splot, obydwaj rodzaje bólów są dla guza moczowodu niecharakterystyczne. Guz moczowodu ogromnie rzadko daje się wymacać. Ogromnie ułatwia rozpoznanie obecność mas nowotworowych, wychodzących ze światła moczowodu do pęcherza (cystoskopia), trudniej przedstawia się sprawa, o ile badanie pęcherza i moczowodu nie wykazuje, z powodu silnego krwawienia. Autor zwraca uwagę na częste badanie moczu na obecność komórek nowotworowych. Badanie rentgenowskie i pyelogramy nigdy według autora nie mogą wykluczyć obecności kamienia w moczowodzie. Przy cewnikowaniu należy szczególną uwagę zwracać na to, czy cewnik natrafia na przeszkodę, czy cewnikowany z nerki mocz zawiera komórki nowotworowe i czy cewnik wywołuje silne i długie utrzymujące się krwawienie. Poza tym autor radzi dokonać w wątpliwych przypadkach pneumopyelografię, względnie pneumoureteriografię. W końcu zwraca uwagę na objaw, polegający na masowaniu moczowodu (w okresie kiedy chory nie krwawi) i jednoczesnego obserwowania cystoskopem krwawienia, spowodowanego tym masażem. W przypadkach stwierdzonego pierwotnego raka moczowodu autor radzi bezwzględnie dokonać całkowitego usunięcia nerki i moczowodu jednocześnie.

Alfred G a l e w s k i.

E. REMETE. W sprawie patogenety i terapii tak zwanego *ulcus simplex vesicae*. (Zeitsch. f. Urol. Tom 24, 1930).

Autor przedstawia przypadek 32-letniej pacjentki, która od kilkunastu lat skarży się na dolegliwości przy oddawaniu moczu (bóle), które wystąpiły w czasie ciąży. Mocz mętny, zawiera sporo ropy, wylugowane i świeże krwinki czerwone, mnóstwo pałeczek okrężnicy i niewielką ilość ziarenek. Cystoskopia wykazuje: pojemność pęcherza 150 cm.³, na ścianie pęcherza widoczny pas długości 3,5 — 4 cm. i szerokości 4 — 9 mm., w którym tkwi 16 różnej wielkości wrzodów. Autor, wykluczając tło kilowe i gruczolice, stawia rozpoznanie: *Ulcus simplex vesicae*. Jeśli chodzi o patogenetę tego schorzenia, autor przypuszcza, iż w czasie ciąży chora przechodziła *cystopyelitis*, nastąpiło zaciopowanie naczyń doprowadzających do pęcherza skutkiem ucisku, w następstwie czego powstały owrzodzenia. Całą tę sprawę uważa jako ograniczone, wrzodziejące, naciekające zapalenie pęcherza — *cystitis circumscripta infiltrans ulcerosa*. Leczenie tego obrazu chorobowego polega na zwalczaniu infekcji; w tym celu zaleca płukania pęcherza roztworem rivanolu 1 : 2000 i podawanie urotropiny. Poza tym stosuje autor elektrokoagulację ściany pęcherza, zawierającej owrzodzenia; zaleca bardziej elektrokoagulację niż elektroaustykę ze względu na niesłuszność zabiegu. Stosując tę metodę, autor doprowadził chorą w krótkim czasie do zupełnego zdrowia.

Alfred G a l e w s k i.

Medycyna Sądowa.

MUELLER. Charakterystyczne zmiany na rękach w przypadku samobójstwa przez postrzelenie. (D. Z. Gericht Med. Bd. 21).

Znaleziono martwego mężczyznę z dwiema ranami po-

strzałowemi: jedna nad prawą brwią była powierzchowna, i kula, którą znaleziono pod poduszką, tylko drasnęła kość, druga rana w okolicy prawej skroni drążyła włąb; mózg został przestrzelony wpoprzek. Pozatem na grzbietowej powierzchni lewej ręki u podstawy drugiego palca znaleziono ranę tłuczoną średnicy 5 mm., kość śródręcza w tem miejscu uległa uszkodzeniu; pomiędzy 2-im a 3-im palcem tej ręki znajdowała się rana tłuczona średnicy 3 mm. Na powierzchni dłoniowej 1-go i 3-go palca lewej ręki stwierdzono ślady prochu, znaleziono również proch na 2-im palcu prawej ręki. Analizując powstanie opisanych uszkodzeń, autor przychodzi do wniosku, że na lewej ręce powstały one w następujących warunkach: strzelając po raz pierwszy denat spowodował sobie ranę nad prawą brwią, przytem zgiętą lewą ręką przyciskał broń od tyłu; w tym momencie wystąpiło „zasadzenie” palców tej ręki (przy strzałach z automatycznej broni bardzo rzadko występuje powalanie rąk sadzą), a wskutek gwałtownego przesunięcia się ku tyłowi mufy broni powstały wspomniane ranki pomiędzy 2-im a 3-cim palcem lewej ręki. Następnie denat wystrzelił po raz drugi, przyciskając tylną część broni grzbietem lewej ręki; wtedy powstała rana tłuczona na jej grzbiecie. W konkluzji autor przyszedł do wniosku, że miał tu miejsce przypadek samobójstwa.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

HEY. Działanie rtęci metalicznej na organizm ludzki (zamach samobójczy). (D. Z. Gericht. Med. Bd. 21).

35-letnia pielęgnarka zastrzyknęła sobie do żyły łokciowej w celu pozbawienia się życia 2 cm³ (27,2 gr.) metalicznej rtęci. Przez pierwsze 3 dni stan chorej był dobry, na czwarty dzień wystąpiło uczucie ściskania w okolicy serca, parcie na stolec, rozwolnienie, zapalenie dziąseł; po kilku tygodniach objawy te ustąpiły, lecz ukazały się ponownie po nacięciu ropnia, który utworzył się w okolicy łokcia. Po wygojeniu się ropnia wszystkie dolegliwości definitywnie znikły. Przy prześwietlaniu promieniami R o e n t g e n a

(a następnie przy badaniu pośmiertnym) w obrębie całych płuc, u podstawy prawej komory serca, w lewej nerce znaleziono liczne drobne ziarenka rtęci metalicznej. Denatka zmarła z powodu gruźlicy; autor nie ustalił związku pomiędzy tem cierpieniem a zatruciem rtęcią.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

MAY. Zabójstwo męża przez żonę za pomocą powieszenia. (Monatsschrift für Kriminalpsychologie etc. Bd. 24).

Pewnego dnia żona jednego robotnika przybiegła do sąsiadów, mówiąc, że mąż jej powiesił się, podała przytem, że, gdy weszła do stodoły, zauważyła go wiszącego na sznurze, który przecięła i próbowała męża ratować, lecz bez skutku. Wobec tego, że denat już poprzednio próbował się powiesić, przyjęto, że miało tu miejsce samobójstwo, tembardziej, że bródza wisielcza była zupełnie typowa, że nie było żadnych śladów walki, uszkodzeń i t. p. Zachowanie się żony zmarłego wzbudziło jednak pewne podejrzenia; przyparta do muru, wyznała, że powiesiła swego męża i chciała ukryć zbrodnię, przedstawiając sprawę, jako samobójstwo. Badana przez władze, podała, że zawczasu przyniosła do stodoły sznur, zrobiła pętlę i zarzuciła sznur na jedną z poprzecznych belek na wysokości 180 cm. od podłogi, następnie kazała mężowi przynieść drzewa, które było złożone w tej stodole, a gdy mąż poszedł po nie, idąc za nim, wszczyła z nim sprzeczkę i naciskając go swem ciałem, zmusiła do posunięcia się tam, gdzie wisiała pętla; narzuciwszy mu ją na szyję, mocno pociągnęła za sznur; wszystko poszło bardzo łatwo, mąż się nie bronił i zmarł szybko. Zabójstwo przez powieszenie dorosłej osoby, niezmiernie rzadkie w praktyce, w tym przypadku okazało się możliwe przedewszystkiem dlatego, że denat cierpiał na hebefrenję i znajdował się w tym okresie w stanie zupełnej obojętności w stosunku do świata zewnętrznego. Sprawczyńni, znając stan męża, z pewnością liczyła się z tem, że nie będzie się on bronil, i że łatwo da mu radę.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

Oceny książek

Streiflichter über den Krebs. Eine Sammlung moderner Anschauungen über das Krebsproblem. (Verlag der Praktischen Karzinomblätter, Dr. Alfred Neumann. Wien. 1933).

W niewielkiej książce zebrano cały szereg prac i przyczynków z dziedziny nowotworów złośliwych. Poszczególne prace, napisane przez autorów o znanych w tej dziedzinie nazwiskach, poruszają w dość przystępny sposób zagadnienia, dotyczące biologji, etjologji i możliwości leczniczych nowotworów złośliwych. Bardzo interesujący jest artykuł W i n t z a o możliwości samowyleczenia raka. Dużo ważnego materiału znaleźć można w pracy F i n s t e r e r a o rokowaniu w rakach przewodu pokarmowego. Zagadnienie przyszości walki z rakiem porusza L i e c k. O możliwościach leczniczych piszą M a i s i n, F i g a r i i S i v o r i i A s c h n e r. W tych ostatnich pracach coraz wyraźniej zarysowują się wysiłki, zmierzające do leczenia nowotworów złośliwych przy pomocy łączenia dotychczas oddzielnie stosowanych metod, oraz przy pomocy środków i zabiegów, działających na cały ustrój. Książka jest przeznaczona nie tyle dla specjalistów w dziedzinie raka, ile dla lekarzy praktyków, którzy przeciw z chorymi na raka ciągle się stykają i którzy w wymienionych pracach znaleźć mogą dużo ważnych, praktycznych szczegółów i wskazówek. Byłoby bardzo pożądané, ażeby i w polskim piśmiennictwie lekarskiem zjawiały się zbiorowe lub periodyczne monografie o nowotworach złośliwych z szczególnem uwzględnieniem postępów w rozpoznawaniu i w leczeniu.

M. P ł o ŋ s k i e r.

F. MOERCHEN. Der nervöse Mensch unserer Zeit. Verlag Otto Gmelin, München. S. 64. 1933.

Broszurka, poprzedzona polecającym wstępem głośnego klinicysty prof. L. K r e h l a z Heidelbergu, stanowi jeden z zeszytów wydawnictwa: Der Arzt als Erzieher. Przeznaczona dla lekarza - praktyka, nie specjalisty, poucza ona, jak przystąpić do rozpoznania pierwszych zwiastunów, dolegliwości i zachorzeń natury funkcjonalnej, wśród publiczności znanych ogólnie pod nazwą „nerwowości”. Kryje to pojęcie liczne newrozy i neuropsychozy w zarodku, zwłaszcza neurastenję, histerję i psychopatję. M ö r c h e n, neuropsychjatra wiedeński, porusza popularnie zasadnicze podstawy charakterologii, choroby woli, choroby z urojenia, egocentryzm, wrzekomy idealizm, moral insanity, alkoholizm, sen, sny i środki nasenne, częstsze błędy dagnostyczne i zapobiegawcze, leczenie, partactwo, sekciarstwo terapeutyczne i t. p. — słowem, pewne *mixtum compositum*, uwzględniające najbardziej ulubione wśród publiczności tematy, najbardziej en vogue będące bolączki, siejące zamęt, częstokroć postrach (nierządki dzięki lekarzom! Ref.) wśród sfer mniej uświadomionych. Mile zdziwiony też byłem, czytając tę broszurę, przeznaczoną dla inteligentnej publiczności, że nie znalazłem w niej, np. popularnego wykładu, bez którego u nas praktycy się obejść nie mogą, *pro usu delphini*, o ciśnieniu, sklerozach i nerwicy serca.

H. H i g i e r.

Jean TROISIER et Yves BOQUIEN. La spirochétose meningée. Masson et Cie, pages. 187. 1933; Fr. 34.

Spirochety zajmują, jak wiadomo, miejsce pośrednie

między bakterjologją (bakterje) a protistologją (protozoarje), bardziej zbliżone do tej ostatniej grupy. Obok znanej najdawniej spirochety O b e r m a i e r a, zwanej niesłusznie spirilla, a reprezentującej ostrą chorobę (*febris recurrens*), i najbardziej głośnieją spirochetą bladej S c h a u d i n - H o f f m a n n a (*lues chronica*), znajduje się cały szereg mniej znanych odmian, dających tu i owdzie zachorzenie wątroby, nerek, układu nerwowego. Wśród nich według T r o i s i e r a i B o q u i e n a powinna zająć ważne miejsce spirocheta, grasująca to jakoniewinny saprofit, to jako drobnoustrój chorobotwórczy, a znana pod różnymi nazwami (*spirochaeta ictero-haemorrhagica*, *spirochaeta l n a d o - l t o*, *spirochaeta aequalis*, *spirochaeta W e i l i*). Ciekawa jest postać spirochetozy, posiadającej wybitne powinowactwo do opon (spirochetoza oponowa), dająca tu i owdzie — piśmiennictwo zna około 20 przypadków — obraz klasycznego, łagodnego, trudno rozpoznawalnego zapalenia opon, które przebiega to jako *meningitis cerebrospinalis epidemica*, to jako *recurrens* z objawami ze strony nerek i wątroby. Choroba ta eksperymentalnie daje się przenieść na królika, świnkę morską, psa i małpę. W sprawie patogencji słuszny zdaje się być pogląd autorów, że ma tu miejsce pierwotne elektywne zajęcie tkanki oponowej, na które następnie reaguje płyn mózgoworodzeniowy, za czym przemawia identyczny obraz cytologiczny w spirochetozie czystej, żółtaczkowej, krwotocznej, nerkowej. Początek choroby jest zazwyczaj ostry, od bólu głowy, kregów i mięśni, dreszczów, wysokiej gorączki, wymiotów i zaparcia. Nadwrażliwość skóry, drętwica karku, przekrwienie łącznie z bolesnością gałek i światłowstrętem, zwolnienie tętna uzupełniają obraz. W $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ przypadków wyprysk warg, krwawienie z nosa, bolesność okolicy wątroby, wyczuwalność śledziony i białkomocz są stałe. Płyn jest wodojasny, zawiera na początku komórki wielojądrzaste, następnie jednojądrzaste i limfocyty z pewną dissociation cyto-albuminiquę. Nawroty są częste w meningite pure (70%), prawie stałe w meningite ictero-haemorrhagique w przebiegu 3-go tygodnia, trwające po 6 do 12 dni. Wyjątkowo jest tych nawrotów 2 — 3. W rozpoznaniu różniczkowo - rozpoznawczem wchodzi w rachubę: *meningitis meningococcica*, *gonococcica* i *pneumococcica*, *meningitis acuta syphilitica* i *tuberculosis*, *meningitis herpetica* i *zosterica*, *meningitis parotitica*, *lymphocytaris benigna* i *poliomyelitis*, *febris recurrens*, fièvre jaune, akijami czyli gorączka jesienna, japońska gorączka siedmiodniowa, spirochetoza Sumatry czyli gorączka pięciodniowa, szkurza soduku japończyków, Schlammbieber niemieckiego Pomorza. Dla ostatecznego potwierdzenia diagnozy pożądane są: poszukiwanie spirochet w płynie i urynie, serodjagnostyka, szczepienie mocz i krwi na królika, psa i świnkę morską, biologiczne badanie aglutynin i immunizyn, odczyny fiksacji i neutralizacji. Biblijografia obejmuje całe 10 stron, na których miłośnik opon znajdzie dużo dla siebie nowego. H. H i g i e r.

Prof. Carl OPPENHEIMER Dr. Phil. et Med. Berlin. **Chemische Grundlagen der Lebensvorgänge.** (Georg Thieme Verlag Leipzig, 1933).

W tej stosunkowo niewielkiej (290 stron liczącej) monografii postawił sobie autor niezwykle trudne zadanie, które

sam w przedmowie określa, jako umożliwienie szerokim masom studujących medycynę, chemję i nauki przyrodnicze a także lekarzom, asystentom, nauczycielom szkół wyższych i średnich i t. d. zorientowania się w chaosie zjawisk, hipotez i zawiłych dyskusyj, które stanowią treść współczesnej biochemji. Z tego względu w podtytule swej pracy umieścił nazwę „wstęp do podręczników biologji“ (eine Einführung in biologische Lehrbücher). W jakim stopniu udało mu się wypełnić swój zamiar? Oczywiście, że niepodobna w krótkiej notatce sprawozdawczej pokusić się choćby o pobieżne streszczenie tego rodzaju książki, na której niezmiernie bogata, acz podana w postaci ogromnie skondensowanej treść składają się tak specjalne i ściśle dyscypliny naukowe, jak chemja organiczna, fizyczna i biologiczna (właściwa biochemja) komórki żywej i jej składników. Autor omawia tu budowę chemiczną i stereochemiczną poszczególnych składników żywej substancji, istotę procesów przyswajania i rozpadu w komórce, niezmiernie dużo uwagi poświęca tak aktualnej dziś sprawie zaczynów komórkowych, wyczerpująco omawia najnowsze teorie, związane z ich działaniem (teorię W i e l a n d a i W a r b u r g a, zaczyny utleniające, w szczególności zaś t. zw. oddechowy zaczyn W a r b u r g a i t. d.), zatrzymuje się dłużej nad zasadami fizyczno - chemicznymi wymiany i przemiany energii w ustroju żywym. Niezwykle sumienne i, jak na skromne rozmiary książki, wyczerpujące omówienie wymienionych zagadnień, utrzymane na najbardziej współczesnym poziomie wiedzy i przedstawione, trzeba przyznać, z wielkim obiektywizmem, stanowi niewątpliwie wielką zaletę pracy O p p e n h e i m e r a, szczególnie dla czytelnika, który porusza się swobodnie w sferze najnowszych pojęć fizyczno - i biochemicznych i który otrzymuje tu krótki, a treściwy przekrój współczesnego stanu wiedzy w tej dziedzinie ze wszystkimi jej wątpliwościami, czekającymi jeszcze rozstrzygnięcia, oraz hipotezami, wymagającymi potwierdzenia. Dla przeciętnego jednak czytelnika, nie posiadającego specjalnego przygotowania w zakresie wymienionych dyscyplin naukowych, książka O p p e n h e i m e r a jest, być może, zbyt mało popularna. Ogrom poruszonych tu zagadnień, ujętych nieraz w sposób zbyt skondensowany, nieraz znów w sposób zbyt specjalny, stanowić może pewne utrudnienie, jeżeli chodzi o wytworzenie sobie przez takiego czytelnika jakiegoś własnego poglądu, czy syntezy. Mimowoli pozostaje wrażenie jakiegoś niezgłębionego ogromu wzorów chemicznych, formulek matematycznych, faktów, teorii i hipotez, które, jak to autor ciągle ze swą niezwykłą skrupulatnością i sumiennością podkreśla, nie są jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Czytając więc tę niezwykle interesującą i o niezwykle bogatej — zbyt może bogatej — treści pracę, przekonywamy się, jak wiele jeszcze w procesach życiowych nie wiemy, i jak niedostępne nam jeszcze jest zrozumienie najbardziej nawet zasadniczych i podstawowych procesów chemicznych. Temniemniej książka O p p e n h e i m e r a bezwzględnie warta jest przeczytania, choć dla przeciętnego lekarza przeczytanie jej połączone będzie z niemalym wysiłkiem myślowym — wysiłek ten jednak sowiecie się opłaci. M. F e j g i n.

Wskazówki praktyczne

H a n s e leczy astmę za pomocą Pyriferu, środka wywołującego gorączkę, składającego się z apatogennych szczepów bakteryjnych. Ta sztucznie wywołana gorączka spowodza prawie kompletne ustanie napadów astmatycznych. Zastrzykuje się 30 jednostek N. 1 (fabr. R o s e n b e r g we Freiburgu). (Ther. Gegenw. T. 74. str. 255).

—o—

J o r d a n zwraca uwagę, że nawroty aft u dorosłych mogą być w związku z ukrytą kłą i z urazem w jamie ustnej (wyrwanie zęba). Jako środek leczniczy poleca J. szczepionkę własną (autowakynę). (Arch. Dermat. 1933. T. 168. str. 330).

—o—

W powstawaniu bólu głowy według H. S c h w a h n a, często bierze udział niewydolność wątroby, jako narządu od-

truwającego. Wychodząc z tej zasady S. radzi stosować *wątrobę surową*, wzgl. wyciągi z wątroby. W razie wstrętu do wątroby surowej dawać można pastylki Degalolu (1 — 3 dziennie) w połączeniu z Dekstropurem (3 — 5 łyżeczek). Leczenie to ma dawać poprawy zdumiewające. (Med. Welt. 1933. N. 38).

—o—

Znaczenie rozpoznawcze opadania krwinek czerwonych w chorobach zakaźnych ostrych według C u r s c h m a n -

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 20 czerwca 1933.

Początek o godz. 20-tej.

Obecnych członków T-wa 39.

Wprowadzonych gości 19.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 czerwca 1933 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał list kol. Zembrzuskiego Ludwika w sprawie 7. Międzynarodowego Zjazdu Historyków w Warszawie.

3. Kol. S e k r e t a r z S t a ł y wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Czesławie S a d k o w s k i m (streszczenie własne).

Urodził się w Wierzbicy Szlacheckiej w powiecie Płońskim byłej guberni Warszawskiej 18 października 1865 roku. Naukę początkową pobierał w domu, 1877 wstąpił do gimnazjum w Płocku, które ukończył w roku 1885. W tymże roku wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego i ukończył go w roku 1891 ze stopniem lekarza.

Po ukończeniu studiów lekarskich wykonywał w ciągu roku praktykę lekarską w Drobinie w b. guberni Płockiej, następnie pół roku w Płocku, gdzie pracował w szpitalu św. Trójcy, a następnie w tym samym roku przeniósł się do Płońska. Tam w ciągu trzech lat oddawał się praktyce prywatnej oraz pracował w ambulatorium dobroczynnym, poczem przeniósł się na stały pobyt do Warszawy.

Tu od roku 1896 do 1899 był prywatnym asystentem Dr. Mikołaja R e j c h m a n a. Od roku 1899 do 1903 był najpierw nadetatowym, ostatnie zaś dwa lata etatowym ordynatorem kliniki Terapeutycznej w szpitalu św. Ducha. Po wyjściu z kliniki w roku 1903 zaczął zajmować się praktyką z zakresu chorób wewnętrznych.

Pisywał do „Medycyny”. W roku 1910 ogłosił drukiem pracę zatytułowaną „Wskazania i przeciwwskazania do przepłukiwań żołądka”.

Od roku 1913 aż do końca żywota pozostał w Warszawie, zajmując się praktyką prywatną. Do roku 1929 przyjmował chorych ubogich w przychodni szpitala św. Rocha z chorobami wewnętrznymi. Od roku 1926 do 1929 był konsultantem w Organizacji pomocy lekarskiej magistratu m. st. Warszawy w zakresie chorób przewodu pokarmowego. Na dwa miesiące przed opuszczeniem Warszawy przez Rosjan prowadził lazaret zorganizowany przez komitet obywatelski. W tymże czasie wobec braku lekarzy w Warszawie przyjmował chorych w przychodni szpitala dla dzieci przy ulicy Kopernika w ciągu około półtora roku, jednocześnie miał w opiece dom dzieci Marji przez cały czas trwania wojny światowej. W roku 1919 został lekarzem szkolnym gimnazjum im. Zamoyńskiego, gdzie pracował do chwili, kiedy z powodu insulitu mózgowego był zmuszony zaniechać wszelkiej pracy.

Brał czynny udział i w życiu społeczno - lekarskim: był członkiem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Towarzystwa Gastrologicznego, Koła Lekarzy im. Marcinkowskiego od chwili założenia tych instytucji.

Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego był od roku 1913. Pracowity swój żywot zakończył w dniu 12 czerwca 1933 roku.

Cześć Jego pamięci!

Zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc i jednogłosem ciszą.

4. Kol. M i c h a ł s k i Zdz., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „W sprawie polskiej prasy lekarskiej”.

W rozprawach przemawiali: G r o t t, S z u m l a Ń s k i, M i k u ł o w s k i, C i e s z y Ń s k i i M i c h a ł s k i.

5. Kol. B l o c h M. wygłosił odczyt „O samowyleczalności i uleczalności jam gruczolanych”. (Streszczenie własne).

n a: W schorzeniach dnawych i w chorobie B a n g a opadanie krwinek w pierwszych tygodniach jest prawidłowe lub nawet opóźnione; w płonicy przyspieszone i wraca powoli do normy, jeżeli niema powikłań; w odrze — spada szybko po zniknięciu wysypki; w anginie i błonicy — w pierwszych dniach — powolne opadanie, na szczycie choroby zaś i w dalszym przebiegu — przyspieszone i zachowuje się tak, jak liczba leukocytów. (M. m. W. 1933, N. 45).

Współczesna anatomia patologiczna stoi na stanowisku, że samoistne wyleczenie jam jest zjawiskiem wyjątkowo rzadkiem i może ono mieć miejsce tylko wówczas, gdy jama nie przekracza wielkości śliwki.

Po szczegółowym rozpatrzeniu stanowiska rozmaitych klinicystów, referent dochodzi do wniosku, że współczesna klinika również powinna stać na stanowisku, że ogromna większość jam nie ulega samoistnemu zagojeniu się, że w olbrzymiej większości przypadków jama staje się punktem wyjścia dla wszystkich znanych powikłań jamowych i że bez interwencji chirurgicznej prawdziwych klinicznych wyleczeń można oczekiwać najwyżej w 10 — 15%. Referent podkreśla, że o ocenie rokowniczej jam gruczolanych powinna decydować nie statyka, t. zn. stan chorego z jamą w danej chwili, a świadomość b. złego zejścia przypadków jamowych spostrzeganych dynamicznie t. zn. również i na dalszy dystans.

Nikłym możliwościom samoistnego wyleczenia się jam, referent przeciwstawia możliwość uleczenia jam zapomocą interwencji czynnej, w pierwszym rzędzie zapomocą odmy piersiowej.

Według danych statystyki światowej, zapomocą leczenia odma udaje się osiągnąć 3 — 4 lepsze wyniki, aniżeli przy leczeniu zachowawczem. Referent uwypukla jednak różnice w osiągniętych wynikach zapomocą odmy, w przypadkach jam przestarzałych, a jam świeżych.

Podczas gdy światowe statystyki, nie uwzględniające tej różnicy, podają 30 — 40% wyleczeń jam zapomocą odmy, wczesne stosowanie odmy umożliwia osiągnięcie dodatniego wyniku aż w 70 — 80%. Poza odpowiednim piśmiennictwem autor powołuje się na własne doświadczenie oparte na stosowaniu odmy wczesnej w 128 przypadkach.

Celem więc racjonalnego zwalczania jam gruczolanych, odma powinna być zastosowana jaknajwcześniej. Wyczekiwanie w przypadkach wczesnie rozpoznanej jamy, raczej doprowadzi do powstawania zrostów, uniemożliwiających później stosowanie odmy, aniżeli do wyjątkowo rzadko zdarzającego się samoistnego wyleczenia jamy. Odma wczesna ułatwia naturalną dążność tkanki płucnej do wykorzystania jej sprężystości i wypełnienia istniejących w niej ubytków w postaci jam. Zrosty zaś, powstające wskutek zwlekania z zastosowaniem w porę odmy, tej naturalnej dążności płuca przeciwdziałają, nie mówiąc już o tem, że z biegiem czasu ściana jamy twardnieje, stając się mniej podatną na ucisk.

Przez stosowanie odmy wczesnej nie tylko zapobiega się przerzutom do drugiego płuca, ale i ilość i jakość powikłań, związanych z samym zabiegiem (np. wysięki opłucne) zostaje sprowadzona do minimum.

Na licznych przykładach, ilustrowanych serjowem zdjęciami rentgenowskimi referent udowadnia wyższość czynnego ustosunkowania się do jam gruczolanych (odma, wyrwanie n. przeponowego, plastyka) nad wyczekiwaniem szczęśliwego przypadku ich samowyleczalności. Bo jeżeli ostatnie zjawisko w wyjątkowych wypadkach jest nawet możliwe, to, pomijając już jego nadzwyczajną rzadkość, cała trudność polega na braku przedmiotowego kryterium dla wyeliminowania tych właśnie przypadków.

Zła opinia o wynikach leczenia odma, spotykana jeszcze nierzadko wśród lekarzy, wytwarza się głównie na podstawie materiału szpitalnego, który, jako materiał przeważnie późny, nie może być miarodajny dla oceny wyników odmy wczesnej. Stosowanie odmy dopiero jako „ultimum refugium” po odpowiednim czekaniu nie wytrzymuje krytyki. Skuteczniejszego sposobu zwalczania jam gruczolanych, jak wczesna odma we wczesnie rozpoznanych przypadkach gruczolicy rozpadowej, narazie nie posiadamy.

Zebranie zakończono o godzinie 22 minut 35.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z
Sekretarz Doroczny: Karol C h o d k o w s k i.

Szpital fund. małż. Poznańskich w Łodzi.

Posiedzenie kliniczne oddziałów wewnętrznych im. Seweryna Sterlinga.

Protokół posiedzenia z dnia 25-go września 1933 r. Przewodn. Kol. Szyfman.

Porządek dzienny: Pokaz chorych.

Z oddziału A. (Ordynator: L. Szyfman).

1. Kol. Hertz przedstawia przypadek *złośliwego nowotworu płuc z przerzutami do wnęki, miednicy i kręgow.* U chorej B. K. (Nr. Ks. Szp. 835/33), lat 58, zamężnej, dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala wystąpiły: krwiotłucie, bóle w lewym boku, bóle kończyn dolnych, zwłaszcza kolan. Od 25 lat cukrzyca. *St. praes.*: zmniejszona ruchomość dolnych granic płuc, trochę rzężeń nad dolnymi częściami płuc, osłabienie szmerów oddechowych pod lewym kątem łopatk, pozatem w narządach wewnętrznych brak zmian. Odruchy kolanowe i Achillesa zniesione, zaznaczony z obu stron dodatni Lassegue. Szybkość opadania krwinek 23 minuty. W assermann ujemny. Ciśnienie krwi 135 — 75 mm. Hg. W Roentgenie zrosty opłucnowe lewostronne. W moczu ciężar 1042, cukru 4,8%, obecne aceton i kwas octowy. Ilość dobową moczu 1500 cm., ilość dobową cukru — 72 gr. Cukier we krwi 249 mgr. %. Zjawia się chrypka, która nasila się z każdym dniem. Laryngoskopia: *paresis chordae vocalis sin. (nervus recurrens sinister)*. La s s e g u e silniej zaznaczony.

Po 3-tygodniowym pobycie w szpitalu wystąpił stan podgorączkowy, bóle i krwiotłucie nasiliły się, nad płucami wystuchiwało się więcej rzężeń, płwocina przybrała wygląd galaretki malinowej, wystąpił obrzęk lewej ręki, bóle przy najmniejszym poruszeniu się chorej, później zjawily się odleżyny w okolicy kości krzyżowej i wzdęcie brzucha. W Roentgenie: w dolnej części płuca lewego szereg bladych cieni, powiększenie gruczołów węzkowych po stronie lewej, w talerzu biodrowym lewym, tuż przy piątym kręgu lędźwiowym wyjaśnienie ze ścięciem istoty korowej; obraz przemawia za nowotworem; piąty krąg lędźwiowy niekształcony; lewe pole płucne zwężone. Krwiotłucie, ze względu na wiek chorej, od początku budziło podejrzenie nowotworu płuc, jednak Roentgen przy kilkakrotnej kontroli, zmian w płucach nie stwierdzał. Dalszy przebieg kliniczny przemawiał jednak za istnieniem nowotworu płuc, szerzącego się w kierunku śródpiersia (chrypka, obrzęk lewej kończyny górnej). Dopiero w późniejszym okresie zdjęcie płuc potwierdziło rozpoznanie. Roentgen potwierdził również przypuszczenie, że chodzi tu także o przerzuty nowotworowe do kości.

Dyskusja: Uryson, Grynberg, Szyfman.

2. Kol. Gliksmann przedstawia przypadek *skrobiawicy wątroby i nerek u chorej na suchoty płuc.* Chora G. S. (Nr. Ks. szp. 951/33), lat 46, anamneza rodzinna bez znaczenia. Przed 8 laty zapadła na gruźlicę płuc z objawami dychawicy oskrzelowej. Kilka lat w sanatoriach niemieckich i szwajcarskich. W dniu przyjęcia do szpitala (7 czerwca 1933 r.) stan był następujący: budowy prawidłowej, odżywiania dobrego, płuco prawe: rżenia dźwięczne rozsiane na całej przestrzeni z przodu i z tyłu; pod obojczykiem oddech dzbanowy (rentgenologicznie w tem miejscu 2 jamy). Płuco lewe: rżenia dźwięczne nad górnymi 3/4 płuca z objawami jamowemi pod obojczykiem.

Serce — granice normalne; 1 ton nieczysty nad koniuszkiem; szmerów brak, tętno 84 miarowe. Wątroba olbrzymia, wypełniająca prawie całą prawą połowę jamy brzusznej i górną część lewej połowy aż do linii pachowej lewej, twarda, gładka, nieco tkliwa. Znaczne obrzęki podudzi. Ciśnienie tętn. krwi 140/80 Hg. Diureza 1200 — 2000. Badanie moczu (kilkakrotne) białka od 2—8‰, ciężar wł. 1013—1017; pojedyncze wałeczki szkliste pojedyncze krwinki. Dno oczu bez zmian chorob. Próba Kongo+. Mocznik we krwi 28 mg. %.

Stwierdzenie u chorej z długotrwałą rozpadową gruźlicą płuc: dużej twardej wątroby, przy braku objawów niedomogi serca, braku żółtaczki, braku puchliny brzusznej lub innych oznak zastoiny na obszarze żyły wrotnej — z jednej strony; stwierdzenie znacznego białkomoczu przy normalnem ciśnieniu krwi, normalnej zawartości mocznika i ciał ksantoproteinowych we krwi, normalnem dnie oka oraz dodatni wynik próby Kongo — z drugiej strony — pozwalają rozpoznać klinicznie skrobiawicę wątroby i nerek.

Dyskusja: Uryson, Grynberg, Szyfman.

3. Kol. Wajnsztock przedstawia przypadek *niedomykalności zastawek t. głównej* (prawdopodobnie na tle kily) u osobnika z przewlekłym zapaleniem nerek o łagodnym przebiegu (trwającym 18 lat.).

Chory R. M. (L. Ks. Szp. 1440/33, lat 46. Przybył do szpitala z powodu napadów bólu za mostkiem, występujących od tygodnia (1 do kilku razy dziennie). krótkotrwałych, ustępujących po nitroglicerynie. W dzieciństwie dur brzuszny. W 1913 r. rzeżaczka; kilę zaprzecza. W 1915 r. zapalenie nerek. W 1928 r.: białkomocz; krwinki w moczu. W roku 1932: *nephritis chronica, dilatatio aortae* (rozpozn. w innym szpitalu). W 1933 r. subjekt. stan dobry, aż do ukazania się objawów duszniczych bolesnej. W dniu przyjęcia do szpitala: W płucach brak zmian chorob. Serce: uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrowo słabo wyczuwalne na małej przestrzeni, lewa granica — 1 palec na zewnątrz od l. sutkowej; prawa — na prawym brzegu mostka. Szmer skurczowy nad koniuszkiem. W II prawym międzyżebrowo przy mostku szmer skurczowy i rozkurczowy o słabym natężeniu. Tętno miarowe, 70; słabo zaznaczone tętnienie tętnic obwodowych i tętno włoskowate (na czole). Pp. — 160 55 min. (innym razem 145 — 45). — Roentgen serca: nadmiernie zaznaczona talja, przemieszczenie lewej granicy w lewo, nadmierne zaokrąglenie koniuszka. Tętnica główna nieco rozszerzona. Wyraźne tętnienie całej tętnicy głównej — O.B.=145 minut. Mocznik: białka 1.1‰, pojed. krwinki wylugowane, pojed. wał. szkl. i ziarn. W assermann we krwi ujemny (2 razy). (Prowokacji nie robiono ze względu na stan nerek).

Na nakłucie lędźwiowe nie uzyskano zgody chorego. Dno oczu bez zmian chorob. Mocznik we krwi 42 mg. %. Próba dwugodzinna czynności nerek: c. wł. 1022 do 1005. Przebieg: napadów duszniczych bolesnej powtarzają się codziennie; bóle ustępują po podaniu nitrogliceryny.

A zatem, u osobnika z zapaleniem nerek przewlekłym, ale b. łagodnym (pomimo trwania od 18 lat, brak niedomogi nerkowej: dostateczne stężenie, prawidłowa ilość mocznika we krwi, nadciśnienie mierne) stwierdzamy dusznicę bolesną, niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, tętnienie tętnic obwodowych, duże Pp i Rtg. (oraz rozszerzenie tętnicy głównej (Rtg). Pomimo ujemnego W assermanna tło tych zmian stanowi najprawdopodobniej kila (*mesaortitis luica* z zajęciem naczyń wieńcowych i zastawek półksięż. t. głównej). Tło miażdżycowe jest mniej prawdopodobne u chorego poniżej lat 50. Podobne zmiany rzadko zdarzają się i na tle gościcowem (gościcowe zapal. wsierdza, przechodzące na t. główną) ale zazwyczaj u ludzi młodszych, przyczem objawy bywają inne, mianowicie, objawy znacznego przestępu lewego serca (z rozlanem podnoszącym uderzeniem koniuszkowem). Istniejące oddawna schorzenie nerek chyba nie zależy od kily, która zwykle powoduje nerczyce (rzadko pierwotną marskość). Leczenie swoiste ograniczamy (na razie) do małych dawek jodu, mając się na ostrożności ze względu na objawy duszniczy bol. i na sprawę nerkową.

Dyskusja: Kocen (w kile OB jest zwykle znacznie więcej przyspieszony), Fajwlewiec, Gliksmann, Kryszek, Trepmann, Liniecki, Szyfman.

Z oddziału B. (Ordynator: H. Kryszek).

1. Kol. Wołczyńska przedstawia przypadek *wstrząsu posalwarsanowego*. Chory N. K. (L. Ks. Szp. 781, 33); w 25 roku życia infekcja kilowa. Leczenie rozpoczęto natychmiast. II kuracja w 1927 r.; III w 1931, leczony preparatami arsenowemi oraz bizmutem, po których żadnych zaburzeń nie było. W maju 1933 r. rozpoczęto IV kurację. Tuż po ambulatoryjnym zastrzyknięciu 0,15 neosalwarsanu wystąpiły zawroty głowy, nudności i sinica. Zastosowano adrenalinę. Po 2 godzinach stan chorego uległ poprawie; chorego jednak skierowano na oddział wewnętrzny. Z objawów patologicznych stwierdzono: 1. zmianę daleko posuniętą w narządzie słuchu — *Otitis internaluetica* (Kol. Mazur).

2. Wątroba powiększona — 2 palce poniżej łuku, twarda, tkliwa;

3. W moczu: białka 0,033‰, pojed. wałeczki szkliste. W układzie nerwowym poza wzmożoną pobudliwością nerwową (drżenie, tachikardia, niepokój), brak objawów zmian patologicznych. Skargi chorego: bóle głowy, nienokój, bezsenność, okresowo klucie w okolicy serca. Biorąc pod uwagę, że chory dotąd wykazywał dobrą tolerancję na preparaty salwarsanowe, i że zmniejszona tolerancja w maju mogła powstać bądź wskutek wadliwego preparatu, bądź na skutek przypadkowo przebytej infekcji, i licząc się z postępującymi

zmianami w narządzie słuchu, przystąpiono do ostrożnego podawania neosalwarsanu. Chory otrzymał 0,05 neosalwarsanu w roztworze glukozy i calc. chlorat. Tuż po zastrzyknięciu wystąpiły następujące objawy: zaczerwienienie skóry i błon śluzowych, obrzęk twarzy, niepokój i zawroty głowy, uczucie strachu; po 3 — 4 minutach wybitna bledność nosa, podbródka, policzków, obfite wymioty, stopniowe zanikanie tętna. Ciśnienie dotąd 125 — 130 Hg spadło do 90/65 Hg; po 30 minutach dreszcze. Badanie krwi: leukocytów 2.200, w tem 77% limfocytów. Po zastosowaniu adrenaliny, efetoniny, glukozy z kardiazolem dożylnie — stopniowa poprawa. Dnia następnego tętno dobrze napięte. Ciśn. krwi 110/70 Hg; bad. krwi: 7.600 leukocytów oboj. 80,5%; p. młod. 1%; pal. 10,5; segm. 69,5; kwas 7%, zas. 0,5; limfoc. 11%; monoc. 1%.

A zatem przypadek, który dawniej wykazywał dobrą tolerancję na preparaty salwarsanowe, a którego tolerancja w przebiegu leczenia gruntownie się zmieniła.

Dyskusja: Gliksmann, Szmirgield, Pikielný, (neo w glukozie nie zabezpiecza przed wstrząsem), Fajlewicz, Uryson (trzeba dać powąchać neo; jeśli to wywoła nudności, nie wstrzykiwać).

2. Kol. Rabinowicz-Ginsbergowa przedstawia przypadek *biataczki szpikowej*. Chora B. G. (L. ks. Szp. 929/33) lat 60, wdowa, zgłosiła się do szpitala dn. 30 V. 33 r. ze skargami na ogólne osłabienie, bóle w lewym podżebrzu i ubytek (10 kg. w ciągu roku) na wadze. Choroba rozpoczęła się przed 2-laty od swędzenia całego ciała, wysypki i bólów w lewym boku. Chora odżywienia lichego, słuszki blade. Serce aortalne, nad mostkiem długi szmer skurczowy. Ciśnienie tętn. 145/85, przy tętnie 100. Wątroba niewyczuwalna; śledziona — dłoń poniżej łuku żebrowego, twarda, bolesna. Dno oczu b. zn., objaw opaskowy ujemny. W moczu — pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste; kryształy kwasu moczowego. Wa—. Badanie krwi wykazywało: czerw. c. 4 miliony, 55% hemoglobiny, 98.000 leukocytów, w tem 6% promielocytów, 10% myelocytów i 5% komórek tucznych. Od lipca 1932 r. nasilenie anemii; czerw. c. 2.850.000, hemoglobiny 58%; liczba leukocytów wzrasta do 325.000, w czem 4% myeloblastów, 3% promielocytów i 22% myelocytów. OB = 105; zaznaczony słupek białych ciałek krwi. 5 VI-33 r. dokonano nakłucia szpiku kostnego — szpik kostny wykazuje silne bujanie elementów szpikowych (duża liczba promielocytów i zasadochłonnych myelocytów). Celem określenia współczynnika purynowego chorej przepisano dietę Nemo w a (400,0 kartofli, 200,0 mięsa, 200,0 chleba, 25,0 masła i 2 jajka). Po rozpoczęciu kuracji 14 VI przystąpiono do nasświetlań Roentg. (kol. Barcicki), rozpoczynając od okolicy prawej nerki małymi dawkami. Dokonano 8 nasświetlań w odstępach 3 — 4 dniowych. W przebiegu leczenia liczba białych ciałek krwi stopniowo spadała (19 VII — 175.000, 24.VIII — 140.000, 9.VIII — 19.800) przy braku myeloblastów, promielocytów i myelocytów i przy 21% komórek tucznych. OB. = 275. Śledziona zmniejszyła się o połowę, bóle ustąpiły, samopoczucie i apetyt poprawiły się. Ilość kwasu moczowego we krwi stale zwiększona (65mg%, 50 mg%, 47 mg%, 57 mg%) natomiast ilość kwasu moczowego w moczu zmniejszona (0,44 gr.; 0,24 gr, 0,28 gr, 0,26 gr w litrze). Współczynnik purynowy wyższy zatem od normy: 15 — 20 (norma 6 — 6,6). W 3 tygodnie po wyjściu ze szpitala ogólny stan dobry, zdolna do pracy, przybytek na wadze 3 kg. Liczba czerwonych ciałek krwi wzrosła z 2.850.000 do 4.700.000, ilość hemoglobiny do 75%, natomiast znów 85.000 leukocytów; zjawily się znów myeloblasty, 3% promielocytów i 15% myelocytów. W przypadku tym pod wpływem leczenia promieniami X dość szybko wystąpiła poprawa zaznaczająca się zmniejszeniem śledziony, przywróceniem na wadze, zwiększeniem liczby czerwonych ciałek krwi, ilości hemoglobiny oraz przejściowym, dość znacznym spadkiem białych ciałek krwi przy małej liczbie myeloblastów i niedoirdzałych myelocytów; zastanawia jednak wysoki współczynnik purynowy, stanowiący według Naegeli'ego i Nemo w a — złw znak rokowniczy.

Dyskusja: Fajlewicz.

3. Kol. Trachtenherc przedstawia przypadek *mesaortitidis lueticae*; obraz pełnosymptomatyczny,

w odróżnieniu od oligosymptomatycznych (Schlesinger). Chora D. T. (L. Ks. Szp. 1707/33) lat 37, zamężna od 20 lat; 2 dzieci zdrowych, 1 poronienie przed 7 laty. Od 5 lat skarży się na dolegliwości w okolicy serca. W ostatnich tygodniach przed przybyciem do szpitala wystąpiły bóle ścisające w górnej części mostka, promieniujące w l. rękę oraz w przestrzeń międzyłopatkową. Stwierdza się objawy patognomiczne dla schorzenia: 1. Szmer skurczowy nad aortą, 2. tamże zaakcentowanie II tonu, przejściowo z metalicznym przydźwiękiem, 3. ciśnienie w granicach max. 130 do 100. Rtg: wypuklenie aorty wstępującej. Pozatem Wass. 4-ry+; we krwi limfocytoza (46 — 33% przy 6.000 leukocytów), podgorączkowe stany, którym odpowiada szybkie opadanie (15). Obraz kily naczyniowej, uzupełniony jeszcze przez znaczne powiększenie wątroby i śledziony.

Złą prognozę przypadku pogarsza wystąpienie w czasie drugiego pobytu szpitalnego, po miesiącu, duszności. Swoiste leczenie konieczne. Sprowadza się ono do podawania w pierwszych 2 tygodniach małych dawek jodu; następnie iniekcje bismutu (2—3 tygodniowo). Po 3 tygodniach bismutu małe dawki neosalwarsanu, poczynając od 0,05.

Dyskusja: Kocen, Gliksmann, Szylfman (leczenie musi być ostrożne, nawet jod bywa niekiedy niebezpieczny), Kryszek (Jagić, Schlesinger i inni są za leczeniem swoistym).

Sekretarz: Krasowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na Kongresie niedomogi nerkowej w Evian w dniach 18 do 20 września 1933 r. (Presse méd. N. 83, 1933) Castaigne i S. Chaumerliac mówili o *azociach pochodzenia pozanerkowego*. Czysta azocia pozanerkowa bez uszkodzenia nerek zależy od zmniejszenia się diurezy, będącego zjawiskiem wtórnym w stosunku do niedomogi naczyniowej lub przekrwienia wątroby. Obok poprzednich faktów należy wyróżniać azocie pochodzenia pozanerkowego, towarzyszące świeżym i lekkim schorzeniom nerek; zależą one od chloropenji lub nadmiernego rozpadu tkanek azotowych w ustroju i cofają się pod wpływem właściwego leczenia. Wyodrębnić należy dalej azocie pozanerkowe, „wskutek przyrostu”, nakładające się na azocie zasadnicze, powstałe wskutek uprzednich zmian nerkowych; są one wynikiem rozmaitych przyczyn przylączających się do niedomogi nerkowej: dechloruracji, błędów dietetycznych, leków nie w porę podanych, niedomogi sercowej i t. d. Leczenie tych rozmaitych odmian azocji pozanerkowej polega przede wszystkim na pobudzeniu diurezy zapomocą leczenia skapomoczem o tyle, o ile jest to możliwe. Dwie metody lecznicze stoją na pierwszym planie: metoda rechloruracji (chlorowania) i metoda pobudzania diurezy. Obie mają swoje wskazania i ściśle przepisy techniczne.

Na Kongresie niedomogi nerkowej w Evian w dniach 18 do 20 września 1933 r. (Presse méd. N. 83, 1933) M. Villaret, L. Justin-Besancon i R. Fanveit referowali sprawę *roli mechanicznej wątroby w przechodzeniu i rozmieszczeniu wody w ustroju*. „Etap wątrobowy” krążenia wody w ustroju jest jednym z najważniejszych. W pierwszej części doniesienia swego podają oni wyniki badań nad „układem tam wątrobowo-wrotnym”, który gra ważną rolę w kontroli nad przechodzeniem wody. Doświadczenia ich nad obarczeniem krążenia i próby farmakodynamiczne, poczynione nad mechanizmem tam, doprowadzają ich do wniosku, że układ wątrobowo-wrotny odgrywa dominującą rolę w regulacji mechanicznej wymiany wodnej, i że ta czynność regulująca jest faktem czynnego mechanizmu fizjologicznego: układu zwieraczy wątrobowych. W drugiej części przystąpili autorzy do badań fizjopatologicznych nad tym mechanizmem u człowieka. Poddali oni doświadczeniom krytycznym metody kliniczne badania tam wątrobowo-wrotnych i opisują nowe kombinowane próby diurezy, w tym celu stworzone, oraz pierwsze wyniki tych prób u wątrobowo chorych: globalny skapomocz ze skłonnością do wydalania zaległości. Rozpatrują oni rolę układu tam wątrobowo-wrotnych w całym szeregu stanów patologicznych. W szczególności podkreślają autorzy ważne znaczenie tam wątrobowych w wyrównywaniu zmniejszenia się ilości krwi krążącej i we wstrząsach.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Robotnicze Uniwersytety Zdrowia na Ukrainie.

Podala

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Dwa lata temu Ludowy Komisarjat Zdrowia Ukrainy przystąpił do organizacji robotniczych uniwersytetów ochrony zdrowia. Uniwersytety te powstawały w szeregu miast większych i mniejszych, czasem nawet na wsi w liczniejszych i lepiej zorganizowanych „kołchozach”, lub „sowchozach”, jako oddziały uniwersytetów miejskich i obecnie, ogólna liczba placówek wynosi około 60. Siłą rzeczy, jednak, na pierwszy plan wysunęły się instytucje założone w trzech czołowych ośrodkach życia umysłowego Ukrainy: w Odesie, Kijowie i Charkowie. Zadaniem nowopowstałych instytucji jest wychowanie ze środowiska robotniczego, głównie spośród młodzieży, działaczy w zakresie opieki nad zdrowiem. Obawy, żywione początkowo przez organizatorów, że uniwersytetom zdrowia brak będzie słuchaczy, ponieważ robotnicy zatrudnieni w przemyśle, będą woleli poświęcać swój wolny czas raczej na studia z dziedziny techniki, okazały się płonne. Już w pierwszym roku po założeniu uniwersytet w Odesie np. miał powyżej 900 słuchaczy w wieku od 18 do 50 lat.

W roku bieżącym w trzech największych uniwersytetach zdrowia ukończył swe studia pierwszy rocznik. Dyplomy otrzymało 400 słuchaczy, w czym było 85% robotników, którzy podczas całego pobytu na uniwersytecie stale zatrudnieni byli w przemyśle. Poziom ogólnego wykształcenia słuchaczy w znacznej większości przypadków zamykał się w obrębie pierwszego stopnia nauczania (4 lata), zaledwie 10% ukończyło pełną siedmioletnią szkołę powszechną. Poza tem uczęszczała na wykłady niewielka grupa ludzi z wyższym wykształceniem (nauczyciele, prawnicy, agronomi), mająca na celu, mówiąc obrazowo — „likwidację swego analfabetyzmu w sprawach zdrowia”.

Zainteresowanie studjami utrzymywało się na wysokim poziomie. Pomimo, iż wykłady odbywały się wieczorem i trwały codziennie przez 4 godziny, a słuchacze mieli poza sobą cały dzień pracy, obecność na wykładach i ćwiczeniach wynosiła przeciętnie od 70 do 75% ogólnej liczby słuchaczy.

Z czterech godzin zajęć dwie pierwsze były zwykle przeznaczone na wykłady, dwie dalsze na pokazy (szerokie zastosowanie znalazł tu kinematograf), zajęcia praktyczne w zakładach naukowych miasta lub rozmowy wykładowców ze słuchaczami, na co zwracano szczególną uwagę.

Całość kursu trwała 3 semestry i obejmowała łącznie 1200 godzin. Uwzględniony był podział na przedmioty: ogólnokształcące (pierwsze 6 miesięcy nauczania) ze szczególnem uwzględnieniem historycznego oraz dialektycznego materializmu i metodologii Marks a i L e n i n a; lekarsko - higieniczne (następne 6 miesięcy), na kursie tym wykładano biologię, anatomję, fizjologję, higienę i zdrowie publiczne, wreszcie ostatnie 6 miesięcy słuchacze poświęcali studjom w zakresie obranej specjalności. Ten ostatni semestr poza 60 g. wykładów był poświęcony prawie wyłącznie ćwiczeniom praktycznym. Podczas ćwiczeń słuchacze zaznajamiali się z pracą laboratoryjną, brali udział w szczepieniu ospy,

w oczyszczaniu miasta, byli czynnymi członkami tak zwanych „najazdów organizacji społecznych i prasy na instytucje służby zdrowia”, których treścią jest zwiedzanie, połączone z kontrolą społeczną, wreszcie wykonywali pewne prace w agendach zdrowia publicznego, w „jaczekach” zdrowia, organizowanych przez „Towarzystwo uzdrowotnienia warunków pracy i bytu w zakładach przemysłowych”, oraz w jadłodajniach, łaźniach, herbaciarniach i t. d.

Zdaniem ciał nauczycielskich, wyniki tak pomyślanych ćwiczeń praktycznych były bardzo dodatnie. Ćwiczenia te, poza niewątpliwym pożytkiem, jakie przyniosły słuchaczom, pozwoliły wykładowcom na dokładne wyrobienie sobie poglądu nie tylko co do zapasu wiadomości, zdobytych przez słuchaczy, ale również co do ich zdolności organizacyjnych. Szereg słuchaczy, występujących w roli „brygadjerów kierujących napadem na instytucje sanitarne”, potrafił zorientować się w stanie zwiedzanych zakładów (współdzielni mieszkaniowych, szpitali, przychodni, poliklinik, łaźni, jadłodajni i t. d.), wykazać istniejące braki oraz następnie dopilnować uprządkowania sprawy.

Po przejściu na trzeci semestr każdy słuchacz miał możność obrania sobie specjalności. Dodać należy, iż istniały znaczne różnice w wyborze tej czy innej dziedziny pomiędzy poszczególnymi robotniczymi uniwersytetami — przeważnie odgrywały tu rolę warunki lokalne i możność otrzymania odpowiedniej posady. W Odesie np. przeważająca większość słuchaczy obrała sobie za przedmiot specjalnych studjów zagadnienia odżywiania oraz uzdrowisk. Na to ostatnie posunięcie wpłynął niewątpliwie fakt, iż Odesa posiada szereg uzdrowisk na brzegu morskim, znane limany czarnomorskie.

Robotnicze uniwersytety zdrowia podlegają sekcji nauki i nauczania ludowego Komisarjatu Zdrowia w Charkowie, która posiada specjalną komisję, zajmującą się zagadnieniami metodologii. Bezpośrednią władzę stanowią dyrektor oraz rada naukowa, składająca się z wykładowców, przedstawicieli organizacji zawodowych i partyjnych, oraz delegatów młodzieży. Zagadnienie specjalizacji słuchaczy i stanowisk, które mają oni zajmować nie jest jeszcze dokładnie ustalone, znajduje się w fazie rozwoju i żywej bardzo dyskusji. Nie można uważać jej za wyczerpaną, pomimo, iż w r. 1932 na zjeździe dyrektorów robotniczych uniwersytetów zdrowia przyjęto następującą formułkę: „absolwent robotniczych uniwersytetów zdrowia ma prawo do pracy w charakterze inspektora sanitarnego, instruktora sanitarnego, organizatora opieki nad zdrowiem, zastępcy dyrektora zakładów badawczych lub leczniczych, zarządzającego domami wypoczynkowymi, domami kultury zdrowia, uzdrowiskami, żłobkami, jadłodajniami i t. d. Najzdolniejsi i chętni winni mieć możność dalszych studjów w dziedzinie medycyny lub zdrowia publicznego”.

Z czterystu słuchaczy, którzy ukończyli robotnicze uniwersytety zdrowia w roku bieżącym, wszyscy otrzymali odpowiednie posady — 10 po pomyślnem złożeniu przepisanych egzaminów na wydziale lekarskim będzie uczęszczało na fakultety sanitarno - higieniczne, opieki nad matką i dzieckiem oraz uzdrowisk. Jednakże istnieje wyraźna tendencja, aby robotnicze uniwersytety zdrowia nie stawały się przedszkolami wydziałów lekarskich, aby, odwrotnie, spełniały właściwą sobie rolę wychowa-

nia z szeregów robotniczych działaczy sanitarnych, którzy, pozostając wśród szerokich mas ludności w warsztatach fabrycznych i na uprzemysłowionej wsi, odgrywaliby rolę czynnych wyznawców i szerzycieli zasad nowego bytu.

Poza pełnym kursem odeski uniwersytet zdrowia urządza jeszcze szereg krótkotrwałych cyklów wykładów (od 3 do 6-ciu miesięcy). Są one przeznaczone dla robotników, zatrudnionych w przedsiębiorstwach komunalnych dla służby w hotelach, łaźniach, fryzjerniach, oraz pracowników w sklepach produktów spożywczych. W dalszym biegu prac mają być zorganizowane kursy dla milicji sanitarnej, społecznych inspektorów zdrowia,

dezynfektorów, dozorców domowych i t. d. Wszyscy ci pracownicy po przesłuchaniu odpowiedniego kursu, są bardzo poszukiwani i lepiej płatni od swych kolegów, którzy przeszkolenia nie przeszli.

Pomimo dodatnich wyników pracy robotnicze uniwersytety zdrowia walczą z całym szeregiem trudności. Do nich zaliczyć należy: trudności, napotymane przy wyborze słuchaczy, odpadanie liczby słuchaczy, którzy odchodzą na początku studjów, niedość określony zakres studjów specjalnych, brak własnych lokali, trudności finansowe, brak odpowiednich podręczników, obiektów pokazowych, filmów, a wreszcie w całym szeregu uniwersytetów i odpowiednich sił wykładających.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	5/XI — 11/XI	12/XI — 18/XI	19/XI — 25/XI	26/XI — 2/XII
Dżuma	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	346 (22)*	316 (13)	257 (24)	244 (17)
Dur rzekomy	0	1 (1)	0	2 (0)
Dur osutkowy	41 (0)	21 (2)	24 (5)	51 (4)
Dur powrotny	0	0	0	0 (1)
Czerwonka	9 (0)	6 (1)	4 (1)	2 (0)
Płonica	631 (11)	704 (16)	585 (19)	580 (22)
Błonica	448 (20)	553 (30)	457 (26)	511 (29)
Zapal. op. mózgu	4 (0)	4 (0)	9 (1)	3 (1)
Odra	1331 (5)	1177 (11)	1269 (13)	1488 (17)
Róża	97 (6)	100 (8)	88 (4)	108 (2)
Krztusiec	118 (5)	473 (3)	283 (4)	262 (4)
Malaria	2 (0)	0 (1)	1 (0)	0
Posoczn. poług.	20 (7)	31 (7)	37 (5)	30 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	244 (0)	243 (0)	277 (0)	309 (0)
Waglik	0	6 (0)	1 (0)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	1 (0)	1 (0)	0
Wścieklizna	0 (2)	0	0	0 (3)
Zatr. jad. kielb.	12 (0)	0	0	1 (0)
Chor. Heine-Medina	1 (0)	1 (1)	1 (0)	0
Twardziel	0	0	0	10 (0)
Inne choroby zakaźne	60 (3)	36 (1)	64 (2)	131 (0)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W ślad pisma okólnego z dnia 22 lutego 1933 r. i okólnika Nr. 18/33 z dnia 6 kwietnia 1933 r. wyjaśniam, iż za dostatecznie przygotowanych lekarzy z zakresu ratownictwa przeciwgazowego należy uważać tych, którzy a) ukończyli dwu lub jedno-tygodniowe kursy, urządzone przez Związek Kas Chorych w Warszawie; b) ukończyli jeden z kursów, organizowanych przez Polski Czerwony Krzyż według programu zatwierdzonego przez Ministerstwo Opieki Społecznej z dnia 20 kwietnia 1933 r.; c) wykażą się świadectwem z ukończenia kursu ratownictwa przeciwgazowego w czasie odbywania służby wojskowej, względnie dłuższymi specjalnymi kursami z tej dziedziny. Lekarzy, którzy nie ukończyli żadnego kursu, względnie ukończyli kursy niewyszczególnione w ustępie poprzednim, należy uważać za niedostatecznie przygotowanych. Lekarze tacy, w celu uzyskania odpowiedniego świadectwa, winni poddać się egzaminowi. W tym celu powołuję Wojewódzkie Komisje Egzami-

nacyjne dla lekarzy z zakresu rat. san. OPL. biernej. Każda Komisja Egzaminacyjna składa się z przewodniczącego i dwóch członków. Na przewodniczących Komisji Egzaminacyjnych wyznaczam zasadniczo naczelników wydziałów Zdrowia w Urzędach Wojewódzkich (Komisarz Rządu m. st. Warszawy). W województwach, w których naczelnicy wydziałów zdrowia nie ukończyli odpowiednich kursów, przewodniczyć będą zastępczo odpowiednio przeszkoleni inspektorzy lekarscy. Z pozostałych dwóch członków Komisji powoła Pan Wojewoda (Komisarz Rządu m. st. Warszawy) jednego w porozumieniu z władzami wojskowymi, drugiego zaś w porozumieniu z władzami lokalnymi PCK. Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej ustali terminy egzaminacyjne oraz listę lekarzy, którzy obowiązani są poddać się egzaminowi. Każdy z lekarzy, obowiązany złożyć egzamin, winien być o tem zawiadomiony przynajmniej na trzy miesiące przed datą egzaminu. Do egzaminu należy wezwać przede wszystkim lekarzy powiatowych, lekarzy zdrojowych zarówno ze zdrojowisk państwowych jak i prywatnych, lekarzy sejmikowych, dyrektorów szpitali, kierowników ośrodków zdrowia i przychodni, lekarzy miejskich (sanitarnych), kierowników - lekarzy przytułków, burs i t. p. Egzaminować należy według programu Polskiego Czerwonego Krzyża dla kursów z ratownictwa i obrony przeciwgazowej dla lekarzy, zatwierdzonego przez Ministerstwo Opieki Społecznej dnia 20 kwietnia 1933 r. Względem uchylających się od egzaminu, lub niedostatecznie przygotowanych, proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy) zastosować rygory przewidziane w okólniku Nr. 18/33 z dnia 6 kwietnia 1933 r. Nr. ZW/6/33. Lekarze, którzy zdadzą z pomyślnym wynikiem egzamin, otrzymają świadectwa według załączonego wzoru. Świadectwa takie będą równoznaczne ze świadectwami, jakie uzyskają absolwenci kursów wymienionych w ustępie pierwszym okólnika. W celu ułatwienia lekarzom należytego opanowania przedmiotu, proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy) o wydanie stosownych poleceń celem urządzenia na obszarze podległego Mu Województwa (Komisarzatu Rządu m. st. Warszawy) odpowiednich kursów, pokazów, odczytów i t. p. W województwach, w których uruchomienie kursów może napotkać na znaczne trudności, należy umożliwić lekarzom korzystanie z kursów, jakie będą się odbywać w sąsiednich Województwach. Do akcji zarządzanej tym okólnikiem proszę przystąpić natychmiast. O wynikach swych prac Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnych będą nadsyłać sprawozdania na 1 każdego miesiąca, poczynając od 1 marca 1934 r. W sprawozdaniu należy podać: a) imienny wykaz lekarzy, powołanych do egzaminu, b) imienny wykaz lekarzy, którzy uchylili się od egzaminu, c) liczbę i ja-

kość zorganizowanych kursów, pokazów i odczytów, d) uwagi o poziomie przygotowania lekarzy.

Minister:

(—) Dr. St. H u b i c k i.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Wojewodów: Białostockiego, Kieleckiego, Krakowskiego, Lubelskiego, Lwowskiego, Stanisławowskiego, Tarnopolskiego, Poznańskiego i Warszawskiego. Inspekcje zakładów zdrojowych dokonywane w bieżącym roku przez delegatów Ministerstwa Opieki Społecznej stwierdziły szereg istniejących usterek. W szczególności: 1) W niektórych uzdrowiskach lekarze uzdrowiskowi przebywają na miejscu tylko w okresie sezonu, a i w tym czasie w tak znacznym stopniu oddają się zawodowej praktyce lekarskiej, że nie są już w możności dla braku czasu wypełniać swych obowiązków, wynikających ze stanowiska lekarza uzdrowiskowego. Większość uzdrowisk nie może dać tym lekarzom takiego uposażenia, by mogli oni wyłącznie poświęcić się sprawom sanitarnym uzdrowiska i lekarze ci z natury rzeczy mają jeszcze inne zajęcia zarobkowe, jednak zajęcia te nie mogą być tak liczne, by przeszkadzały im w ścisłym wykonywaniu czynności lekarza uzdrowiskowego, a zwłaszcza w stałym nadzorowaniu stanu sanitarnego uzdrowiska i działalności, mającej na celu podniesienie tego stanu. Do czasu wydania instrukcji dla lekarzy uzdrowiskowych przez Ministerstwo Opieki Społecznej na podstawie art. 39 ustawy o uzdrowiskach, obowiązki lekarza uzdrowiskowego winna określać instrukcja uchwalona przez Komisję uzdrowiskową. W razie niewypełniania obowiązków przez lekarza uzdrowiskowego winni PP. Wojewodowie po uprzednim upomnieniu przedstawiać wnioski Min. Opieki Społecznej o wezwanie Komisji uzdrowiskowej na podstawie art. 39 ustawy o uzdrowiskach do ustanowienia innego lekarza uzdrowiskowego. 2) W komisjach określonych w okólniku z dn. 16 lutego 1923 Nr. U. 8967/329/23, mających na celu badanie stanu sanitarnego uzdrowisk winni z reguły brać udział lekarze uzdrowiskowi. Pomijanie lub usuwanie się lekarza uzdrowiskowego od udziału w tych komisjach prowadzi niejednokrotnie do wydawania rozbieżnych zarządzeń, co obniża ich powagę. 3) W niektórych zdrojowiskach nie przywiązuje się należytej wagi do szkolenia personelu przygotowującego kąpiele i zabiegi. Skutkiem tego kąpiele i zabiegi nie są wykonywane ściśle według zlecenia lekarskiego, ze szkodą dla zdrowia kuracjusza. Ministerstwo uważa za konieczne, by właściciele zdrojowisk i lekarze zakładowi stale organizowali corocznie przeszkolenie swego personelu kąpielowego. O wydanych zarządzeniach zechce Pan Wojewoda donieść Ministerstwu.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

(—) Dr. J. A d a m s k i.

— W dn. 8 — 13 stycznia 1934 r. odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny VIII z kolei kurs alkoholologii, przeznaczony głównie dla działaczy społecznych i nauczycielstwa. Program ujmuje zagadnienie powyższe z punktu widzenia lekarsko-społecznego, jak również podkreśla wpływ alkoholizmu na sprawność fizyczną i wartość zawodową i społeczną jednostki. Wykłady odbywać się będą w Państwowej Szkole Higjeny, codziennie od godziny 9 — 1 i od 16 — 19. Kurs jest bezpłatny — wpisowe wynosi 5 zł. Informacji udziela i przyjmuje zgłoszenia Sekretariat Kursu — Warszawa, Chocimska 24.

— IX Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”. Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i Wydziału Lekarskiego U. W. specjalny Kurs uzupełniający dla lekarzy mających się po-

święcić pracy na polu walki z gruźlicą. Kurs trwać będzie 7 tygodni a mianowicie od dnia 15 stycznia do dnia 3 marca 1934 r. i uwzględnii w pierwszym rzędzie studia praktyczne jak również 35 godz. wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Każdy ze słuchaczy odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w szpitalu i sanatorium oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych, pracując kolejno w trzech poradniach przez cały czas trwania kursu. Podania o przyjęcie na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (Gmach Państwowej Szkoły Higjeny) najpóźniej do dnia 3 stycznia 1934 r. Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji, delegującej lekarza na Kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum w wysokości 350 zł. Z ukończenia Kursu wydane będzie każdemu słuchaczowi specjalne zaświadczenie.

— II Kurs Teorii i Praktyki z dziedziny Radiologii Lekarskiej, który odbyć się miał w czasie od dn. 25.IX. do dn. 15.X.1933 roku, odbędzie się w czasie od dn. 8.I. do dn. 28.I.1934 roku. Zgłoszenia na kurs przyjmowane będą do dn. 15 grudnia r. b.

— Kursy fachowe dla polskich lekarzy przy uniwersytecie wiedeńskim. W myśl propozycji Warszawskiego Oddziału Komisji Ruchu Turystycznego Wiednia i Dolnej Austrii biuro kursów przy wiedeńskim wydziale medycznym, projektuje urządzenie kursów fachowych dla lekarzy polskich. Kursy trwałyby w czasie od 5 — 24 marca 1934 roku, dziennie 6 godzin, prócz niedziel i świąt (które są wolne dla wycieczek i ewentualnych innych imprez), razem 90 godzin wykładowych przy zgłoszeniu co najmniej 50 uczestników. Honorarium wraz z wpisem wynosi Schillingów 120 dla każdego uczestnika, płatne zgóry. Uczestnik otrzymuje kartę uczestnictwa, opiewającą na nazwisko słuchacza oraz legitymację, która upoważnia do korzystania z następujących ulg: 1) z bezpłatnej wizy austriackiej, ważnej również dla każdego członka rodziny, towarzyszącego uczestnikowi. Gdyby członkowie rodziny (żona lub dzieci) posiadali osobny paszport, otrzymują oni z biura kursów również bezpłatną legitymację. 2) z 50% zniżki kolejowej na austriackich kolejach związkowych przy powrotnej drodze do jakiegokolwiek austriackiej stacji granicznej, lecz tylko dla samego słuchacza. II. Kurs ten, który przeznaczony jest dla praktykującego lekarza, obejmuje dziennie 2 — 3 godziny wykładów promiowanych wykładców wiedeńskiego oddziału medycznego, resztę godzin przeznacza się na ćwiczenia praktyczne, które odbędą się pod nadzorem wykładców, podzielone na małe grupy, by każdy słuchacz miał możliwość badania chorych i t. p., przyczem uwzględnione zostaną ewentualne życzenia indywidualne. Przewidziane jest również zwiedzanie klinik, szpitali oraz interesujących urządzeń placówek zawodowych. Na życzenie biuro kursów urządziłoby specjalny kurs dla działów medycyny specjalnej. Współpracę przyrzekli niżej podani wykładowcy (zmiana zastrzeżona): A. Medycyna wewnętrzna: D-rzy: Julius i Richard Bauer, Eppinger, Falta, Jagic, Luger, Wilhelm Neumann, Hermann i Wilhelm Schlesinger, Weltmann. B. Medycyna socjalna: D-rzy: Engler, Gleser, Goetzl, Grassberger, Jellinek, Oppenheim, Max Sternberg. C. Chirurgja: D-rzy: Blum, Böhler, Demel, Denk, Finsterer, Ranzi, Rubritius, Schnitzler, Schoenbauer, Spitzky. D. Ginekologja: D-rzy: Adler, Bucura, Halban, Latzko, Weibel, Werner i t. d. Można by również urządzić kurs rentgenologiczny. Po ostatecznem wypowiedze-

niu się ze strony polskich uczestników, na jaki temat kładą oni nacisk, biuro kursów wypracuje program, oraz szczegółowy rozkład godzin. Ostateczny termin zgłoszeń upływa z dniem 21 stycznia 1934 r. Kurs może się odbyć przy minimalnej liczbie 50 uczestników. Zaleca się, aby uczestnicy zgłosili swój udział w biurach podróży „Orbis” do dnia 15 stycznia 1934 r., podając równocześnie, do którego z wyżej podanych kursów zechcą należeć.

— Na miejsce przechodzącego w stan spoczynku prof. A. Loe wyego do Szwajcarskiego Instytutu badań klimatu górskiego i gruźlicy w Davos wybrany został Dr. Ch. F. Roulet z Colombier, uczeń Rössle’a.

— IV Międzynarodowy Zjazd Radiologów odbędzie się w Zurychu od d. 24 do 31 lipca r. 1934 pod przewodnictwem prof. H. R. Schinza. Sekretariat (sekr. gen. Dr. H. E. Wallher, Zurich, Gloriastrasse 14) rozesłał przeszło 8000 zaproszeń, liczba zapisów już jest znaczna. Zjazd otworzy Prezydent Konfederacji d. 25 lipca r. 1934, a prof. Gösta Forsell na tem posiedzeniu wygłosi odczyt o organizacji walki z rakiem w ogólności. Inni prelegenci zreferują sprawę walki z rakiem w swoich krajach. Program posiedzeń plenarnych obejmuje: radjodjagnostykę nowotworów kości, obraz radjologiczny gruźlicy płuc, radjoterapię raka macicy, radjoterapię raków jamy ustnej i gardzieli, radjogenetykę, promieniowanie mitogenetyczne, zagadnienie i ujednastanie dawki w rentgeno- i curie-terapii, promienie gamma twarde, prom. kosmiczne i prom. pochodzenia ziemnego. Krótkie fale w lecznictwie. Termin zgłaszania odczytów na posiedzenia sekcyjne upływa z dniem 1 Stycznia 1934 r. Przewidywane są rozrywki, między innymi prezentacja strojów narodowych i tradycyj rozmaitych Kantonów.

— XIX Wielkanocna wycieczka morską francusko-belgijską po morzu Śródziemnym i Czarnym. Wycieczka trwać będzie dni 16, rozpocznie się w Marsylii 24 marca i zakończy się d. 10 kwietnia r. 1934 w tymże porcie. Uczestnicy zwiedzą Malte, Pireus (Ateny), Konstantynopol, Konstancę, Bukareszt, Sinaję, Odesę. Cena od 3.900 fr. belg. Wczesne zgłoszenia uprasza się wysyłać pod

adresem Section des Voyages de Bruxelles, — Médical, 29 Boulevard Adolphe Max, Bruxelles. Zgłaszający się otrzymają plan podróży i inne informacje.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

16.XII. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

I. Część Kliniczna: 1. M. Szour i M. Płoński. Przypadek zespołu wątrobowo-sledzionowego pochodzenia zakrzepowego. 2. M. Szour i M. Płoński. Przypadek nierozpoznanego raka płuc. 3. P. Barow i A. Stańczyk. Przypadek przewlekłego ropnego zapalenia trzustki z kamicą trzustkową. 4. J. Węgierko. Rak przełyku z objawami klinicznymi wyłącznie płucnymi. 5. W. Markert i B. Kampioni. Epikryza przypadku zwyrodnienia torbielowatego nerek z pokazem preparatu anatomicznego. 6. J. Węgierko i Leon Endelman. Cukrzyca nietypowa w przebiegu guza przysadki mózgowej(?). II. Część Administracyjna: 1. Sprawozdanie sekretarza z działalności Koła za rok 1933. 2. Sprawozdanie skarbnika i Komisji Rewizyjnej. 3. Wybory Zarządu Koła na 1934 r.

20.XII. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy. S. Frank. Przypadek owrzodzenia żołądka u 14-letniego chłopca. Odczyty: M. Abramowicz. O rzekomych zapaleniach wyrostka robaczkowego (patologia). A. Fryszberg. Z pogranicza chorób kobiecych i przewodu pokarmowego.

20.XII Polskie Tow. Psychiatryczne

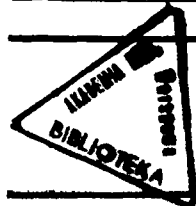
1. Dr. M. Żebrowska. — Wrażenia z Ameryki z zakresu badań na polu higieny psychicznej. 2. Dr. W. Kamiński. — Przypadek zaburzeń psychicznych w przebiegu organicznego cierpienia układu nerwowego.

21.XII. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1. Sprawy bieżące. 2. Dr. Bitnerowa. Praca higieniczna w Kole Młodzieży Czerwonego Krzyża.

TREŚĆ: M. ABRAMOWICZ. Patologia rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego. — J. SREBRNY. Koagulacja prądem o wysokiej częstotliwości (t. zw. djatermo-koagulacja) w chorobach gardła, nosa i uszu na podstawie materiału kliniki warszawskiej (Dok.). — S. LAUER. Działanie pól elektromagnetycznych na ustroje uorganizowane (Doniesienie tymczasowe). — J. SREBRNY. O t. zw. zespole Ménière’a (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Robotnicze Uniwersytety Zdrowia na Ukrainie. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. ABRAMOWICZ. La pathologie de la pseudoappendicite. — J. SREBRNY. La diathermo-coagulation dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles d’après le matériel de la clinique varsovienne. (fin.). — S. LAUER. L’action des champs électromagnétiques sur les corps organisés. — J. SREBRNY. Sur le syndrome de Ménière (Rev. gén.). — St. ADAMOWICZ. Les Universités ouvrières de la santé en Ukraine.



WARUNKI PRENUMERATY:

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

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. tel. 8-34-48.



Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009822

