

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XII

WARSZAWA, 9 MAJA 1935 R.

Nr. 18

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka i kiszek *).

Podał

Prof. H. STRAUSS (Berlin).

Postępy w dziedzinie chorób żołądka i kiszek interesują nas z dwóch względów. Przedewszystkiem dlatego, że, jak wykazałem przed blisko trzema laty w „Medizinische Klinik” (Nr. 40 z r. 1932), liczba przypadków chorób żołądka i kiszek od czasów wojny znacznie się zwiększyła. Tak, na przykład, wrzód żołądka stwierdza się obecnie prawie cztery razy częściej, niż przed wojną; dalej liczba przypadków innych przewlekłych schorzeń żołądka i kiszek (z wyjątkiem raka) stała się mniej więcej trzy razy częstsza. To samo dotyczy schorzeń wątroby i dróg żółciowych. Następnie zaś w żadnej prawie innej dziedzinie medycyny nie poczyniono w ciągu ostatnich trzech dziesiątków lat tak wielkich postępów, jak w zakresie chorób żołądka i kiszek.

Pozostają one w związku z ogromnym rozwojem metody rentgenowskiej i udoskonaleniem chemicznych metod badania; nie można wreszcie pominąć również pogłębienia naszych rozważań klinicznych. Natomiast gastroskopia zdobyła sobie dotychczas odpowiednie stanowisko tylko w stosunkowo wąskim zakresie, w przeciwieństwie do prokto-sigmoidoskopji, która w ciągu ostatnich 30 lat stała się metodą, stosowaną w szerokich kołach lekarzy. Również postępy chirurgji, które poczyniono w ostatnich 30 latach w tej dziedzinie, wywarły rozstrzygający wpływ na nasze postępowanie lecznicze.

I. Choroby żołądka.

Wśród chorób żołądka i dzisiaj jeszcze należy uważać za najważniejszą z praktycznego punktu widzenia wrzód żołądka i dwunastnicy. Badaniu tej właśnie choroby poświęcono w ostatnich trzech dziesiątkach lat wiele pracy. Pomimo to wiadomości nasze o patogeniezie wrzodu żołądka i dwunastnicy nie poczyniły takich

postępów, jakichby można było spodziewać się na zasadzie ogromnego nakładu pracy. Jeślibyśmy chcieli być zupełnie szczerzy, musielibyśmy się, niestety, przyznać, że wiadomości nasze o patogeniezie choroby wrzodowej, pomimo poznania wielu bardzo ciekawych szczegółów, i dzisiaj jeszcze nie wiele dalej się posunęły, niż za czasów Virchowa. Albowiem i dzisiaj jeszcze musimy uwzględniać w powstawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy zasadniczo dwa odrębne momenty, a mianowicie: 1) powstawanie wrzodu żołądka i dwunastnicy i 2) zahamowanie jego gojenia się.

Jeżeli chodzi o powstawanie wrzodu żołądka, musimy obecnie również myśleć jeszcze przede wszystkim o procesach naczyniopochodnych, przyczem ostateczna przyczyna zmian, prowadzących do miejscowych zaburzeń odżywiania, musi być w poszczególnych przypadkach różna. Przyszko do gojenia się wrzodu musimy dzisiaj wciąż jeszcze upatrywać przede wszystkim w procesach peptycznych, a mianowicie, na tej podstawie, że *ulcus „rotundum”* powstaje prawie wyłącznie w przestrzeni peptycznej, t. j. w żołądku, w dolnych częściach przełyku, w górnych częściach dwunastnicy, zaś po wykonaniu zespolenia żołądkowo - jelitowego w tych częściach jelita cienkiego, które leżą naprzeciw otworu gastroenterostomijnego. Jeżeli Konjetzny uważa wrzód żołądka i dwunastnicy za następstwo nieżyty żołądka, względnie dwunastnicy, nasuwa się bardzo uzasadnione pytanie, czy pogląd ten jest słuszny we wszystkich przypadkach, i czy pewne przypadki „okołowrzdowego nieżyty żołądka” (*gastritis perulcerosa*) nie stanowią jedynie następstwa i zjawiska, towarzyszącego powstałemu w inny sposób wrzodowi. Ten ostatni pogląd wyraziłem już przed 20 laty, a jednocześnie dałem wyraz przekonaniu, że zagadnienie bólu we wrzodzie żołądka zależy głównie od istnienia lub znikania tego „okołowrzdowego” nieżyty żołądka. Poza tem już w roku 1911 wystąpiłem również z poglądem, że czysto miejscowe rozpatrywanie zagadnienia choroby wrzodowej jest niewystarczające, lecz, że należy w tej dziedzinie uwzględniać jeszcze pewien czynnik ogólny w znaczeniu szczególnej

*) Według odczytu, wygłoszonego w Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej w Warszawie w dniu 15 stycznia 1934 r.

„skłonności” (dyspozycji) lub „skazy”. Do tego przekonania doszedłem dlatego, że już wtedy uderzyła mnie częstość występowania dziedzicznie - rodzinnego oraz ta okoliczność, że choroba wrzodowa szczególnie chętnie nawiedza osobników z budową asteniczną. Ze poza tem choroba wrzodowa uprzywilejowuje pewne grupy wieku, jest faktem oddawna znanym. Te rozważania skierowały swego czasu mą uwagę na znaczenie czynników konstytucyjnych. Lecz tam, gdzie jest mowa o konstytucji, myśli się również o czynnikach wewnątrzwydzielniczych. W nowszych czasach z różnych stron zwrócono uwagę na zaburzenia ogólne, jako na najważniejsze warunki powstawania choroby wrzodowej, jak np. na zaburzenia ze strony roślinnego układu nerwowego lub na zaburzenia równowagi kwasowo - zasadowej. Już przed wielu laty genewski fizjolog S c h i f f wykazał w doświadczeniach na zwierzętach, że za pomocą uszkodzenia określonych miejsc ośrodkowego układu nerwowego można wywołać powstanie wrzodu. Wypowiedziana swego czasu przez B a l i n t a hipoteza, że tkanki chorego z wrzodem odznaczają się wyższym stopniem kwasoty, aniżeli tkanki zdrowego, nie uzyskała jednolitego potwierdzenia.

Jeżeli rozpatrywać zagadnienie choroby wrzodowej, jako całość, dochodzi się do wniosku, że w powstawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy ma się do czynienia z procesem złożonym, i że drogi powstawania przewlekłego wrzodu nie są w poszczególnych przypadkach jednakowe.

Postępy w dziedzinie rozpoznawania były, na szczęście, większe, niż w zakresie dociekań patogenetycznych. Jako wielki postęp należy określić już ten fakt, że od 20 mniej więcej lat rozpatrujemy wrzód żołądka i dwunastnicy z jednolitego punktu widzenia. Szczególnie duże postępy w tej dziedzinie mamy do zawdzięczenia metodzie rentgenowskiej. Jeżeli spoczątku musieliśmy się tutaj zadawać przeważnie objawami pośrednimi, to wkrótce w t. zw. „objawie nyży”, a ostatnio również w wynikach badań nad przebiegiem fałd uzyskaliśmy cenne kryteria dla rozpoznawania wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Również badanie chemiczne treści żołądkowej i jelitowej poszczycić się może znacznymi postępami. Tak przedewszystkiem dzięki badaniu kału na utajone krwawienie, następnie zaś również dzięki udoskonalonemu badaniu pracy żołądkowej. Jeżeli wierzono przez pewien czas, że dzięki frakcjonowanemu zgłębnikowaniu po podaniu płynnego posiłku próbnego uzyska się znaczny postęp, to jednak w tej dziedzinie żywione początkowo nadzieje nie spełniły się w przypuszczanych pierwiastkowo rozmiarach. Ponieważ na ten temat wypowiedziałem się już obszernie w opracowanej wspólnie z H. S t e i n i t z e m broszurze, która ukazała się jako zeszyt 2 w X tomie wydawanych przez mnie „Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten” (1917), ograniczę się tutaj jedynie do uwagi, że wprawdzie frakcjonowane zgłębnikowanie również dzisiaj może jeszcze oznaczać w poszczególnych przypadkach postęp, że wydaje mi się jednak, iż zastosowanie płynnego posiłku próbnego również bez stosowania zgłębnikowania frakcjonowanego posiada znaczne zalety. Od 12 lat stosuje się zasadniczo, zamiast pierwiastkowego próbnego śniadania B o a s a - E w a l d a, próbny napój, składający się z 300 cm.³ herbaty, który wydobywam zapomocą zgłębnika po upływie 35 minut. Wartości

wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty są wprawdzie nieco niższe, niż przy zwykłym stosowaniem śniadaniu próbnym, lecz postępowanie to posiada tę nieocenioną zaletę, że w wydobytej treści widzi się natychmiast, bez uciekania się do jakichś metod pomocniczych, patologiczne części składowe, pochodzące ze ściany żołądka, patologiczne pozostałości wskutek osłabionej czynności ruchowej żołądka albo też domieszkę krwi, żółci i t. p. Wskutek tego taka próbna herbata może nam dostarczyć nie tylko takich wiadomości, jakie otrzymujemy zapomocą zwykłego śniadania próbnego, lecz jednocześnie również tego wszystkiego, co może nam dać zgłębnikowanie, względnie płukanie naczno. Próbna herbata, którą dlatego przekładam nad napój alkoholowy oraz nad wprowadzony później do djaognosyki napój kofeinowy, że przedstawia ona fizjologiczny pokarm, oszczędza nam zatem specjalnego zgłębnikowania naczno, przyczem zakładam, jako samo przez się zrozumiałe, że ewentualne cząstki zalegające — co zresztą czynię już oddawna — ogląda się również drobnowidzowo. Przy stosowaniu próbnej herbaty można używać zresztą również cienkich zgłębników żołądkowych, takich, jakie znajdują zastosowanie w zgłębnikowaniu dwunastnicy. Pomimo wszelkich postępów w tej dziedzinie umiejętne zbieranie wywiadów i zagłębianie się w szczegóły kliniczne zachowało w rozpoznawaniu choroby wrzodowej również obecnie całkowite swoje dawne znaczenie. I pomimo to pozostaje jeszcze cały szereg przypadków, w których pomimo zastosowania wszystkich istniejących metod badania i jaknajdokładniejszego zbadania, nie udaje się wyłaczyć wrzodu. Wskutek tego już przed wojną, lecz szczególnie od czasów wojny, podczas której między innymi prowadziłem specjalny lazaret chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji, wprowadziłem do swego wykazu rozpoznawczego obok pojęcia wrzodu jeszcze pojęcie „podejrzenia wrzodu”. Tej zasadzie pozostałem wierny aż do chwili obecnej, ponieważ mam coraz mocniejsze przeświadczenie, że w przypadkach, wątpliwych pod względem rozpoznawczym, nie przynosi ona choremu szkody, jeżeli czasami niesłusznie rozpoznaje się wrzód, że natomiast wyrządza się choremu często krzywdę, jeżeli nie rozpozna się rzeczywiście istniejącego wrzodu.

Postępy lecznicze w dziedzinie choroby wrzodowej mamy do zawdzięczenia głównie chirurgom, dzięki którym uzyskaliśmy stopniowo ściśle wskazania do postępowania operacyjnego. Zabieg chirurgiczny jest jednoznacznie wskazany w przedziurawieniu oraz już w razie podejrzenia o przedziurawienie. W przypadkach tego rodzaju należy wykonać bezzwłocznie operację, gdyż wyniki operacyjne są w tych pierwszych 6—12 godzinach bez porównania lepsze, aniżeli w przypadkach, w których przystąpiono do operacji dopiero po upływie 24 godzin. Dalej zabieg chirurgiczny jest wskazany w tych przypadkach, w których pomimo wielokrotnych, prawidłowo przeprowadzonych kuracyj wrzodowych nie można zahamować przewlekłego krwawienia. Rozstrzygająca przy stawianiu wskazania jest tutaj ilość hemoglobiny. W przewlekłych krwawieniach nawrotowych należy operować, zanim ilość hemoglobiny spadnie do 50%, a liczba czerwonych ciałek krwi — do 2—2½ miliona. Natomiast w ostrych krwawieniach obfitych jeszcze obecnie, podobnie jak przed 20 laty, stoję na stanowisku postępowania zachowawczego. Wskazanie do operacji istnieje następnie w takich przypadkach zwężenia odźwiernika, spowodowanego przez

wrzód, względnie przez bliznę, w których 14-dniowe systematyczne leczenie wewnętrzne nie wykazuje poprawy, i wreszcie jeszcze w owej grupie przypadków choroby wrzodowej, które chciałbym określić jako „oporne” pod względem leczniczym. Przytem pod tą nazwą ujmuję nie jakieś określone zmiany anatomiczne, lecz oporne zachowanie się w stosunku do kilkakrotnych kuracji wrzodowych, przeprowadzonych *lege artis* i wystarczająco długo. Przyczyny oporności nietylko są różne w poszczególnych przypadkach, lecz czasami wogóle można je dokładniej ujawnić dopiero podczas operacji.

O takich powikłaniach, jak: żołądek klepsydrowaty, ropnie okołożołądkowe, wytworzenie się zrostów i t. p. nie będziemy tutaj mówili.

Z zabiegów operacyjnych, wchodzących tutaj głównie w rachubę, zespolenie żołądkowo-jelitowe jest prostsze i bardziej oszczędza z zasady chorych, aniżeli wycięcie. Natomiast trwałe wyniki zespolenia żołądkowo-jelitowego pozostawiają wiele do życzenia. Albowiem, jak podaje między innymi H a b e r e r, w 20—40% przypadków można stwierdzić t. zw. dolegliwości resztkowe. Liczba trwałych wyników jest jednakże w wycięciu znacznie większa. Określają ją na 85—95%. Z drugiej strony wszelako śmiertelność operacyjna w wycięciu jest naogół nieco większa, aczkolwiek w ostatnich czasach poczyniono w tej dziedzinie postępy. Kwestja jednak, czy w konkretnym przypadku wycięcie jest wskazane, czy też tylko możliwe, zależy nietylko od doświadczenia i nastawienia odpowiedniego chirurga, lecz w dość znacznym stopniu również od rodzaju zmian, które wywołał wrzód w żołądku i jego otoczeniu. Zgodnie z metodą postępowania F i n s t e r e r a, przywiązuje się obecnie między innymi jeszcze wagę do tego, żeby oprócz odźwiernika i jamy wycinać również znaczną część samego żołądka, aby wyrzucić w ten sposób silniejszy wpływ hamujący na wydzielanie kwasu

solnego w żołądku. Pomimo tego wszystkiego nie udało się usunąć całkowicie powstawania wrzodów trawienych jelita czczego po wycięciu żołądka, aczkolwiek stały się one znacznie rzadsze, niż po wykonaniu zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Postępy w zakresie wewnętrznego leczenia wrzodu polegają głównie na pogłębieniu zasady oszczędzania i przedłużeniu czasu trwania leczenia. Odkąd ja sam w związku z doświadczeniami P a w ł o w a na zwierzętach wykazałem na ludziach, że w tłuszczu mleka, a zwłaszcza w śmietance i maśle posiadamy silny środek, uśmierający wydzielanie soku żołądkowego, i dowiodłem, że nie hamuje on bynajmniej czynności ruchowej żołądka w tak silnym stopniu, jak przypuszczano dawniej, zaleciłem celowo „djetę tłuszczową” nietylko w leczeniu nadkwaśności i nadmiernego wydzielania, lecz również w leczeniu wrzodu żołądka, przyczem stosowałem w tym celu pożywienie, bogate w śmietankę i masło. Jest rzeczą oddawna znaną, że prócz tego, zależnie od okresu wrzodu, należy podawać spoczątku tylko pokarmy płynne lub papkowate; znana jest również konieczność unikania substancji, pobudzających wydzielanie kwasu, w pożywieniu chorego z wrzodem. Ponieważ jednak poszczególne przypadki wrzodu znacznie się między sobą różnią, nie chciałbym przytaczać tutaj żadnego ze zwykłych schematów djet wrzodowych, podam jedynie układ, który ogłosiłem już mniej więcej przed 20 laty w trzecim wydaniu mego „Leczenia djetetycznego chorób wewnętrznych” w postaci „systemu trijad” celem elastycznego stosowania w leczeniu choroby wrzodowej. Układ ten przytem rozpatruję jedynie jako przykład, zaś trzydniowe okresy żywienia wybrałem dlatego, że pozwalają one, zależnie od sposobu, w jaki wrzód odpowiada na leczenie djetetyczne, na szybsze lub powolniejsze stopniowe rozszerzanie, a w razie potrzeby również ograniczanie diety.

D z i e ń		I 1—3	II 4—6	III 7—9	IV 10—12	V 13—15	VI 16—18	VII 19—21	VIII 22—24	IX 25—27
Lawatwy odżywcze	45 gr. cukru gronowego	+	+	—	—	—	—	—	—	—
	250 gr. buljonu	+	+	—	—	—	—	—	—	—
Doustnie	Śmietanka	—	125	125	125	125	125	—	—	—
	Mleko	—	175	300	500	750	750	750	750	750
	Cukier Maizena	—	10	20	20	30	40	40	40	40
	Cukier trzcinowy	—	15	20	50	50	50	50	50	50
	Żółtko jaja	—	2	—	—	—	—	—	—	—
	Kleik	—	—	300	400	400	400	400	400	400
	Jaja	—	—	2	4	4	3	3	3	2
	Masło	—	—	20	40	60	60	80	80	80
	Papka z mondaminy	—	—	—	200	—	—	—	—	—
	Biały ser	—	—	—	—	100	100	100	100	—
	Papka z manny	—	—	—	—	300	300	300	150	150
	Sucharki	—	—	—	—	—	2	3	5	5
	Papka z jarzyn	—	—	—	—	—	—	100	200	200
	Papka z cielęciny	—	—	—	—	—	—	—	—	100

Ciepłotki	405	685	1085	1992	2817	2818	3158	3652	3533
Białko	4,0	16,4	34,7	62,4	102,0	97,1	48,6	97,5	92,2
Tłuszcze	2,0	19,8	62,1	107,6	142,2	136,8	170,0	193,4	184,4
Węglowodany	89,6	82,5	89,1	158,3	198,8	206,0	250,1	298,7	286,3
Obciążenie cm. ³	—	340	780	1350	około 1750	około 1780	około 1775	około 1750	około 1720
Cena MK.	0,18	0,58	0,68	1,16	1,45	1,36	1,40	1,50	1,65

Ponieważ zakrój każdej kuracji wrzodowej musi nosić charakter indywidualny, nie potrafiłem się nigdy szczególnie entuzjasmować tak schematyczną kuracją, jaką przedstawia np. kuracja *Sippyego*. Oprócz diety oszczędzającej z jednoczesną dążnością do zmniejszenia wydzielania, dla każdej kuracji wrzodowej domagać się należy fizycznego a także psychicznego spokoju. Jedynie w bardzo rzadkich przypadkach, wyjątkowych i to tylko wtedy, gdy objawy chorobowe są bardzo słabo wyrażone, decyduję się na przeprowadzenie kuracji wrzodowej w ten sposób, że chory nie leży w łóżku.

Aczkolwiek leczenie dietetyczne i spokój stanowią najważniejszą część kuracji wrzodowej, to jednak nie można się obejść zupełnie bez leków. Nawet bez stwierdzenia nadkwaśności i nadmiernego wydzielania — objawy te stwierdzamy w Berlinie tylko w trzeciej części przypadków — podaję atropinę, ażeby możliwie jak najbardziej zmniejszyć wydzielanie. O zalecanem w ostatnich czasach leczeniu *Larostidina* (20 wstrzykiwań wśródmięśniowych po 5 cm.³, wykonywanych co drugi dzień), nie mogę wydać jeszcze ostatecznego sądu, lecz ta metoda lecznicza rokuje, jak się zdaje, duże nadzieje. Natomiast nadzieje, pokładane swego czasu w leczeniu *Novoprotina*, spełniły się tylko częściowo. Mówiąc o leczeniu wrzodu, nie można pominąć milczeniem zasad. Stosuję je jednak tylko wtedy, gdy istnieją odpowiednie wskazania, to znaczy dopiero wtedy, gdy występują dolegliwości kwasowe, przytem najchętniej w postaci preparatów magnezowych. Za rzecz bardzo ważną uważam uregulowanie stolca i w razie potrzeby stosuję w tym celu zamięłowanie sól karlsbadzką.

Przed 20 laty zgórą *Einhorn* zalecał żywienie chorych z wrzodem przez cienki zgłębnik, wprowadzony do dwunastnicy, ostatnio zaś inni autorzy zalecają kilkotygodniowe żywienie chorych przez zgłębnik, wprowadzony do jelita czczego. Jednakże postępowanie takie nietylko jest bardzo skomplikowane, lecz według nowszych sprawozdań z kliniki lipskiej, nie daje ono tak dobrych wyników, by istniały uzasadnione przyczyny do narażania chorego na niedogodności, związane z tą metodą leczenia.

Niestety, zapomocą rozmaitych wewnętrznych metod leczenia wrzodu osiąga się tylko chwilowe wyniki w wysokości 80—90% i trwałe wyniki w wysokości około 60%. Dlatego też jest najzupełniej usprawiedliwione dążenie do poprawienia tych wyników. Jeżeli w rachubę wchodzi wczesne rozpoznanie, sądzę, że do tego celu zbliżyliśmy się już bardzo znacznie przez przestrzeganie zasady, że schorzenia, podobne do choroby wrzodowej, należy zupełnie tak samo leczyć, jak istotne wrzody; dalej wydaje mi się, że spotęgowałem skuteczność kuracji wrzodowych dzięki temu, że już od wielu lat znacznie przedłużam czas trwania leczenia. Krwawiący wrzód wymaga leczenia 2—3 miesięcznego — najlepiej klinicznego, — lecz w cięższych przypadkach wrzodu kurację należy przeprowadzać w ciągu 6—8 tygodni. Przecież i ftizjolodzy poprawili swe wyniki wskutek tego, że wprowadzili długotrwałe kuracje. Dalszym, mojem zdaniem, również ważnym warunkiem jest postulat bardzo długotrwałego gruntownego następczego leczenia dietetycznego. Jak długo powinno ono trwać zależy, przytem, od stanu każdego poszczególnego przypadku. Pomimo wszystkich poczynionych tutaj zastrzeżeń leczenie choroby wrzodowej i to zarówno wrzodu żołądka, jak i wrzodu dwunastnicy jest bardzo wdzięczne,

Obok choroby wrzodowej interesuje nas, z praktycznego punktu widzenia, przewlekły nieżyt żołądka. Rozpoznajemy go obecnie częściej, niż dawniej. Wprawdzie najpewniejszą drogą do jego stwierdzenia stanowi gastroskopia, jednak jest to metoda, którą niekażdy może stosować. Osobiście używam obecnie gastroskopu *Wolfa-Schindlera*. Z tego względu lekarz - praktyk wymaga prostszych metod postępowania dla rozpoznania nieżytów żołądka. Już od dziecięciu lat zgórą, to znaczy od chwili, kiedy zamiast „próbego śniadania“ stosuję „próbną herbatę“ dla stwierdzenia zawartości śluzu w treści żołądkowej obok oglądania drobnowidzowego wydobytej zgłębnikiem „próbnej herbaty“, posiłkuję się również określeniem tak zwanej „liczby przepływu“ (*Durchlaufszahl*). Przy stosowaniu bowiem próbnej herbaty już spoczątku uderzyło mnie, że poszczególne treści żołądkowe sączą się niejednakowo: jedne — bardzo szybko, inne — bardzo wolno. Jeżeli, na przykład, wylewam 15 cm³ wydobytej przez zgłębnik próbnej herbaty na mały sącdek (którego wielkość powinna być zawsze jednakowa), to w normalnych warunkach w ciągu 30 minut przesączy się około 8 cm³. Jeżeli treść żołądkowa jest lepka, co bywa z zasady spowodowane głównie przez domieszkę śluzu, to w ciągu pół godziny przesączy się tylko około 2—3 cm³. Dlatego też uważam „liczbę przepływu“ sposobu prostoty metodyki za najzupełniej zasługujący na zalecanie w codziennej praktyce miernik zawartości śluzu, zwłaszcza, jeżeli oprócz tego ogląda się jeszcze treść żołądkową pod drobnowidzem, jak tego wymagam i oddawna czynię. Chociaż w ten sposób można rozpoznać tylko przypadki śluzowego nieżytu żołądka (*gastritis mucipara*), to jednak i z tem ograniczeniem opisaną metodę uważać należy także za cenną pomoc w rozpoznawaniu.

W śluzowym nieżycie żołądka zaleca się również obecnie zdawien dawna stosowane leczenie podawaniem zrana alkalicznych wód mineralnych, ażeby zapomocą tego swego rodzaju „samopłukania“ żołądka usunąć nalot śluzowy z powierzchni. Jeżeli chodzi o dietę, obowiązują te same zasady, jakie podałem dla drugiej połowy lub kilku wcześniejszych „trijad“ kuracji wrzodowej.

Dalej, ponieważ znaczna liczba przypadków bezsoku jest wywołana przez przewlekły nieżyt żołądka, należy tutaj wymienić, jako postęp w badaniu wydzielniczej wydolności żołądka, również próbę histaminową, która nam pozwala odróżniać zupełny i niezupełny bezsok żołądkowy. Jest to dość ważne dla zagadnienia podawania kwasu solnego. Lecz w związku z tem na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w ostatnich czasach *Bence* z Budapesztu wykazał, iż czynnik przeciwniedokrewnościowy, który podajemy chorym z niedokrewnością złośliwą w postaci wyciągów wątrobowych, zostaje wytworzony nie w wątrobie, lecz w błonie śluzowej żołądka, wątroba zaś go tylko magazynuje. Dzięki stwierdzeniu tego faktu żołądek należy zaliczyć do narządów hormonotwórczych.

Jeżeli chodzi o inne schorzenia żołądka, to w sprawie opadnięcia żołądka i trzew my sami zajmujemy od trzech dziesiątków lat zgórą to stanowisko, że istnieje postać konstytucyjna i nabyta. Przypadki pierwszego rodzaju zaliczamy obecnie do grupy „konstytucyjnej astenji“, leczenie zaś opaskami, pasami ograniczamy tylko do przypadków nabytej, a więc wtórnej postaci.

Również nerwice żołądkowe nie znikły zupełnie

z powierzchni i nie znikną też całkowicie z dżagnostyki, aczkolwiek odpowiednio do postępów, które poczyniliśmy w rozpoznawaniu organicznych schorzeń żołądka, nie rozpoznaje się ich już tak często, jak dawniej. Stany chorobowe, jak np. wymioty w migrenie, wzdęcie rdzenia, guzach mózgu i t. p. i zbyt często, niestety, pozostające nierozpoznanymi przejawy ciężkich psychicznych depresyj w postaci utraty łaknienia, ściskania w okolicy żołądka i t. p., zapewniają nerwicom na stałe miejsce w patologji żołądkowej.

Poczyniliśmy również postępy w rozpoznawaniu raka żołądka. Jeżeli chodzi o metodę rentgenowską, są one nawet znaczne. Jednakże dalecy jeszcze jesteśmy od „wczesnego rozpoznania” raka żołądka. W tym stanie pozostaniemy też jeszcze długo, gdyż możliwość rozpoczęcia dokładnego badania naszych chorych uzyskuje-

my dopiero wtedy, gdy zaczynają się oni uskarżać na podejrzaną dolegliwość. Rak żołądka jednak wykazuje tak długo okres utajenia, że dolegliwości występują wyraźnie często dopiero na szczycie choroby, a czasem nawet dopiero w daleko posuniętym okresie schorzenia. Z tego powodu też wyniki leczenia chirurgicznego pozostawiają w tej dziedzinie jeszcze wiele do życzenia. Naogół chirurgiczne stawianie wskazania musi odbywać się jeszcze obecnie w poszczególnych przypadkach na podstawie najzupełniej indywidualnych rozważań.

Jeżeli będziemy jednak rozpatrywali całokształt wszystkich postępów, któreśmy poczynili w ciągu ostatnich 30 lat w omawianej dziedzinie, nie będziemy mieli wprawdzie żadnego powodu do zarozumiałości, jednak mamy prawo być najzupełniej zadowoleni.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Chirurgicznej II U. W.

(Dyrektor: Prof. Dr. med. Z. R a d l i ń s k i).

**Doświadczenia Kliniki Chirurgicznej II U. W.
nad uspianiem dożylnym*).**

Podali

J. RADLIŃSKA i St. SZENICER (Warszawa).

W lutym 1934 r. przystąpiliśmy do stosowania uspiania dożylnego. W tym celu porozumieliśmy się z firmą L. S p i e s s i Syn, która dostarczyła nam swojego preparatu, p. n. Sennarcol, identycznego pod każdym względem z oryginalnym niemieckim preparatem Evipan - Natrium.

Evipan - Natrium jest pochodną kwasu barbiturowego o silnie zasadowym oddziaływaniu, którego ważniejsze własności są następujące: jest to biały proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie, przyczem w stanie rozpuszczonym jest nietrwały. Z tego też względu nie należy używać roztworów starszych ponad 2 godziny, a najlepiej przygotowywać roztwory *ex tempore*, to znaczy do ampułki, zawierającej 1 gram preparatu, dodać 10 cmc wody jałowej i przekroplonej, uzyskując 10% -wy roztwór. Zauważyliśmy również, że krew, wessana do strzykawki z roztworem preparatu, przez dłuższy czas nie krzepnie. Te same własności posiada preparat krajowy Sennarcol. Uzyskawszy preparat krajowy, wypróbowany na zwierzętach, postanowiliśmy rozpocząć naszą pracę od praktycznego osobistego przebadania przebiegu uspiania przy zastosowaniu najpierw preparatu niemieckiego.

Praca nasza oparta jest na 120 przypadkach, z czego 30 uspian przypada na Evipan - Natrium oryginalny (niemiecki), reszta — 90 przypadków na preparat krajowy¹⁾.

Przypadków nie dobieraliśmy. Wiek pacjentów wahał się od lat 15 do 66. Wyłączyliśmy z naszych doświadczeń: dzieci poniżej lat 15 oraz chorych w stanie ciężkiego zatrucia ogólnego, względnie niedomogi wątroby (*ileus, icterus, cirrhosis hepatis* i ciężkie postaci *morbus Basedowi*).

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 4.12.34 r.

¹⁾ Od chwili wygłoszenia odczytu przeprowadziliśmy uspiania dożylna zapomocą Sennarcolu jeszcze w 20 przypadkach.

Zebrany przez nas materiał przedstawia się, jak następuje:

Operacyj na głowie 8, w tem: wyluszczenie gałki ocznej, operacja plastyczna nosa z wolnem przeszczepieniem chrząstki żebrowej, wycięcie szczęki górnej, wyluszczenie nowotworu szczęki dolnej, wyrwanie zęba (amb.), wycinek próbny guza podniebienia twardego, wargę zajęcza, wilcza paszcza.

Operacyj na szyi 7, w tem: wyluszczenie guzów podżuchwowych, wole obojętne i z nieznaczniemi objawami toksycznymi, nacięcie ropowicy.

Operacyj na klatce piersiowej 24, w tem: doszczętne odjęcie sutka, odjęcie sutka zwykłe, wyluszczenie guzów łagodnych sutka, wycięcie żeber.

Operacyj brzusznych 46, w tem: wycięcie żołądka, zespolenie żołądkowo - jelitowe, założenie przetoki żołądkowej, próbne otwarcie brzucha, usunięcie woreczka żółciowego wraz z nacięciem torbieli trzustki lub też z usunięciem wyrostka robaczkowego, usunięcie wyrostka w zapaleniu ostrem i przewlekłym, nacięcie ropnia okołowystkowego i ropnia okołoworeczkowego, operacje przepukliny pachwinowej sposobem B a s s i p i e g o, operacja plastyczna przepukliny w bliźnie, operacja przepukliny udowej sposobem K a d e r a R a d l i ń s k i e g o, odbył sztuczny.

Operacyj na narządach moczopłciowych 10, w tem: nacięcie nerki, usunięcie nerki, nacięcie miedniczki nerkowej, usunięcie jądra, operacje z powodu wad rozwojowych cewki, operacje wodniaka jądra sposobem B e r g m a n n a - W i n k e l m a n n a, wycięcie żyłaków powrózka nasiennego.

Operacyj na odbycie 8, w tem: rozciągnięcie zwieracza sposobem R e c a m i e r a i wstrzyknięcie chininy do guzków krwawniczych, przetoka odbytu.

Operacyj na kończynach 17, w tem: odjęcie uda, wycięcie stawu kolanowego, wyluszczenie kaletki krętarzowej, paluch koślawy (op. D u r a n t e), wycięcie guza złośliwego uda, wyluszczenie palców w stawach, wyprostowanie stawu kolanowego przy przykurczu, wyluszczenie gruczołów chłonnych pod pachą (amb.) i na udzie, nacięcie ropowicy ramienia i pachy, podkrętarzowe przecięcie kości udowej, operacja plastyczna ręki, otwarcie ropnia kostnego.

Ogółem 120 przypadków²⁾.

²⁾ Obecnie 140 przypadków.

Postępowaliśmy w ten mianowicie sposób, że każdy przypadek protokółowaliśmy na oddzielnym schemacie, uwzględniającym: wiek pacjenta, wagę, jego pleć, konstytucję, alkoholizm, nikotynizm, ciśnienie i tętno przed zabiegiem, stan serca i płuc, przebyte ewentualne schorzenia wątroby, wynik badania moczu, rozpoznanie choroby obecnej oraz rodzaj zabiegu.

Uwzględniając wyżej wymienione czynniki, obliczaliśmy dawkę należną według tabel K ö s t e r a oraz (S p e c h t a, poczem przystępowaliśmy do uśpienia bez uprzedniego specjalnego przygotowania pacjenta. Stosowaliśmy uśpienie dożylnie w paru odmianach:

1) Uśpienie wyłącznie dożylnie: przy przeciętnej dawce jednorazowej, dla człowieka dorosłego w dobrym ogólnym stanie wynoszącej 8 cm, czas trwania uśpienia wynosił przeciętnie 15 minut; największa dawka jednorazowa wynosiła w dwóch przypadkach po 10 cm, przyczem była ona dlatego tak wysoka, że mieliśmy tu do czynienia z małą wrażliwością, a może nawet z brakiem wrażliwości na preparat, ponieważ w obu przypadkach uśpienie nie wystąpiło; najdłuższy czas trwania narkozy przy jednorazowym zastrzyknięciu wynosił 34 minuty, przyczem wstrzyknięto 7 cm.

2) Druga odmiana polegała na dostrzykiwaniu; największa liczba dostrzykiwań powtarzała się 4 razy w czasie jednej narkozy; najdłuższy czas trwania narkozy wynosił 72 minuty; najwyższa dawka 14 cm.

3) Trzecia odmiana: przedłużanie uśpienia dożylnego zapomocą narkozy inhalacyjnej (eter lub chlorek etylu), przyczem, o ile tę ostatnią rozpoczynaliśmy już przy pierwszych objawach budzenia się pacjenta, to ilość narkotyku inhalacyjnego była znacznie mniejsza, niż w warunkach zwykłych. Jeżeli zaś zbyt opóźniliśmy się z rozpoczęciem narkozy inhalacyjnej, to ilość eteru nie tylko się nie zmniejszała, ale była niekiedy większa, niż przeciętnie przy uśpieniu wyłącznie inhalacyjnym.

4) Czwarta odmiana polegała na rozpoczęciu operacji w znieczuleniu miejscowym i uzupełnianiu go — zwłaszcza w momentach bolesnych manipulacji — uśpieniem dożylnym.

W trakcie narkozy protokółowaliśmy: ilość czasu, która upłynęła od momentu wstrzyknięcia preparatu aż do chwili pierwszego objawu snu, t. j. utraty świadomości, a następnie objawy, charakteryzujące poszczególne stadia uśpienia, mianowicie: zapadnięcie się szczęki, zniknięcie odruchu spojówkowego oraz rogówkowego, zachowanie się odruchów: żrenicznego, kaszlowego i wymiotnego, jako też stan napięcia mięśni kończyn i powłok brzucha; określaliśmy również liczbę tętna i oddechów na minutę oraz ciśnienie krwi; notowaliśmy wreszcie w naszych protokołach, jakie wrażenie sprawia twarz chorego w poszczególnych okresach uśpienia dożylnego.

W omawianym okresie naszych badań stosowaliśmy następującą technikę: po obliczeniu dawki należnej przystępowaliśmy do wstrzykiwania z szybkością: pierwsze 4 cm w ciągu jednej minuty, każdy następny zaś centymetr — w ciągu 10 sekund. Obserwując uważnie chorego, zastrzykiwaliśmy całą należną dawkę, polecając choremu liczyć, ażeby uchwycić moment utraty przytomności. Pacjent nie doliczał zwykle do 30 i zasypiał jeszcze podczas zastrzykiwania. Niekiedy spostrzegaliśmy mniej lub więcej silnie wyrażone drżenie kończyn, jako wyraz pewnego pobudzenia. Pierwszym objawem wystąpienia narkozy było opadnięcie żuchwy.

Z chwilą zniknięcia reakcji na ból, t. j. w drugiej — trzeciej minucie od rozpoczęcia iniekcji, przystępowano do zabiegu operacyjnego. Ta niezwykła szybkość występowania narkozy skłaniała do ukończenia wszelkich uprzednich przygotowań, jak umycie się i ubranie operatora oraz przygotowanie pola operacyjnego, przed przystąpieniem do wstrzykiwania narkotyku.

Odruchy oczne zachowywały się inaczej, niż przy uśpieniu inhalacyjnym; mianowicie, źrenice na początku znacznie się rozszerzały, odruchy spojówkowe zniknęły, rogówkowe zaś utrzymywały się najdłużej, a ustępowały dopiero w okresie najgłębszego uśpienia, kiedy źrenice były wąskie i zlekka reagowały na światło. Spostrzegaliśmy również odmienne zachowanie się mięśni, niż przy uśpieniu eterowym; a więc mięśnie powłok brzucha wiotczały wcześniej, niż mięśnie kończyn, te zaś ulegały rozluźnieniu dopiero przy bardzo głębokiem uśpieniu.

Oddech przyspieszał się zwykle znacznie — do 40 na minutę, po początkowym chwilowem zatrzymaniu, niezawsze zresztą występującem. Tętno również bardzo się przyspieszało, przeciętnie od 80 do 120 na minutę, ale zdarzało się tak znaczne przyspieszenie, że tętno trudno było policzyć. Ciśnienie zazwyczaj spadało przeciętnie o 15 mm, ale mieliśmy przypadek, dotyczący chorej lat 59 z *ca mammae*, o wadze 57 kg. u której po wstrzyknięciu 7 cm (obliczonych według wspomnianych tablic) wystąpił tak znaczny spadek ciśnienia, że tętno na tętnicy promieniowej nie było wyczuwalne. Po zastosowaniu CO₂, kamfory z kofeiną pod skórę, adrenalinę dożylnie, a wreszcie glukozy z oabiną i koraminą również dożylnie, stan chorej się poprawił, operację — gdzie warunki techniczne były ciężkie i same mogły przyczynić się w pewnym stopniu do spotęgowania zapaści — doprowadzono do końca, a przebieg pooperacyjny był gładki. Szczęśliwego zakończenia tego przykrego incydentu nie przypisujemy bynajmniej zastosowanemu środkom ratowniczym, lecz samorzutnie i szybko odbywającemu się procesowi rozkładu narkotyku w wątrobie oraz względnej wydolności serca pacjentki. Musimy tu zaznaczyć, że nie mieliśmy ani jednego przypadku śmierci, który byłby następstwem uśpienia dożylnego.

W okresie budzenia się stosunkowo często występowało silne podniecenie: chory zrywał się, krzyczał, niekiedy musiał być przytrzymywany przez 3 pielęgniarki i niepokoił otoczenie swoim wyglądem. Zaznaczamy, że samopoczucie chorych po odzyskaniu przytomności było zawsze bardzo dobre, a mianowicie, często nie zdawali sobie sprawy, że operacja już się odbyła, mile wspominali moment zasypiania, nie wymiotowali, z wyjątkiem 2-ch, i dość długo po zabiegu nie odczuwali bólu. Dalsze nasze obserwacje w okresie pooperacyjnym dotyczyły ewentualnych powikłań ze strony dróg oddechowych, których po narkozie wyłącznie dożylniej nie spostrzegaliśmy, oraz zachowania się składników patologicznych w moczu, jako wyrazu ewentualnych zmian w wątrobie i nerkach. Przekonaliśmy się na całym szeregu przypadków, że uśpienie dożylnie zapomocą używanego przez nas preparatu nie wpływa na zjawienie się białka, cukru, wałeczków, krwinek czerwonych, urobiliny, urobilinogenu oraz barwników żółciowych tam, gdzie ich przed operacją nie było, ani też na wzmoczenie się tych składników w przypadkach stwierdzenia ich obecności przed zabiegiem operacyjnym.

Ta serja naszych badań doprowadziła nas do następujących wniosków:

1) Preparat krajowy firmy L. S p i e s s i Syn pod nazwą Sennarcol nietylko w niczem nie ustępuje w swych zaletach preparatowi niemieckiemu, lecz w pewnej mierze nawet go przewyższa, gdyż, stosując go, rzadziej spotykaliśmy się z drżeniem kończyn w okresie zasypiania.

2) Metoda uspiania dożylnego stanowi cenne wzbogacenie naszego zasobu środków i sposobów usypiania, dzięki miłemu uczuciu chorego przy usypianiu, szybkości występowania narkozy, prostocie stosowania tej metody, wreszcie dzięki brakowi wymiotów i innych przykrych sensacji w okresie budzenia się.

3) Musieliśmy jednak uwzględnić duże wahania indywidualne w stopniu oddziaływania na narkotyk dożylny. Chodzi nam mianowicie o to, że w pewnych przypadkach, nawet po przekroczeniu dawki, wyliczonej według tabel, nie uzyskiwaliśmy snu bądź wcale, bądź też, co bywało częściej — sen niedostateczny, a w innych przypadkach dawka, przewidziana przez tabelę, okazywała się bliska dawce toksycznej i dawała bardzo niepokojące objawy.

Inne jeszcze nasuwały nam się refleksje: jeśli nie obliczamy zgóry należytej dawki narkotyku wziewnego, to dlaczegoż ma to nie dotyczyć preparatu dożylnego, o ile tylko jest to możliwe?

Poza tem słuszny wydawał się nam zarzut niemożności przerywania uspiania dożylnego w dowolnym momencie — w przeciwstawieniu do uspiania wziewnego. Wreszcie doszliśmy do przekonania, że w razie wystąpienia objawów zatrucia preparatem, a w szczególności w razie zadziałania jego na ośrodek oddechowy nie możemy zastosować odpowiednich środków, przeciwdziałających szkodliwym następstwom przedawkowania; nie widzieliśmy bowiem wyraźnego w tym względnie wpływu koraminy, wstrzykiwanej dożylnie w ilości 5 cm, dalej lobeliny, adrenaliny, kofeiny, uznaliśmy więc za konieczne obrać taką metodę, któraby pozwoliła przy zachowaniu zalet tej narkozy usunąć jej momenty przykre oraz objawy niepokojące, dając nam tem samem *maximum* bezpieczeństwa przy jej stosowaniu. Metoda, którą opracowaliśmy, nie jest naszym oryginalnym pomysłem, stosowali ją przed nami inni. Nasze zadanie polegało tylko na jej dokładnem przestudjowaniu i porównaniu z metodą, uprzednio przez nas używaną.

Przedewszystkiem odrzuciliśmy wszelkie dawkowanie zgóry według różnych tabel i schematów, kierowaliśmy się natomiast — podobnie jak przy uspianiu wziewnem — spostrzeganiem objawów narkotycznych w czasie trwania uspiania. Powtórę, zwolniliśmy szybkość wstrzykiwania do 1 minuty na każdy centymetr roztworu środka usypiającego. Wreszcie w przypadkach, gdzie przewidywaliśmy dłuższy czas trwania uspiania dożylnego lub też większą oporność danego osobnika na preparat (siłni młodzi ludzie), a więc tam, gdzie zamierzaliśmy zużyć większą ilość niż 10 cm. 10%-wego roztworu, podawaliśmy na $\frac{1}{2}$ godziny przed zabiegiem 0,01—0,02 morfiny, ewentualnie z dodatkiem 0,0005 — 0,001 atropiny.

Ta serja spostrzeżeń, obejmująca 30 przypadków³⁾ uspiania, była tak wyrazista, że pozwoliła nam ocenić niewątpliwą wyższość tej metody nad poprzed-

nią. Uzyskiwaliśmy, mianowicie, odtańd uspienie spokojne i równomierne, mogąc przeprowadzać narkozę wyłącznie dożylną, trwającą do 90 min. (zużywając przytem 18 cm roztworu 10%) i pozwalając sobie na dojście do 20 cm roztworu, a uzyskując w tym przypadku uspienie w ciągu 62 minut. Przez cały czas trwania zabiegu bądź nie wyjmowaliśmy igły z żyły, bądź też, jeśli nakłucie żyły nie nastęrczało trudności, igłę wyjmowaliśmy i zastrzyknięcie ewentualnie ponawialiśmy parokrotnie. Zaznaczamy, iż nie widzieliśmy żadnych szkodliwych następstw (np. zakrzepów w żyłach) wskutek przetrzymywania igły w żyłach, ani też — dzięki długotrwałemu niekrzepnięciu krwi, naciągniętej do roztworu Sennarcolu — nie zachodziła obawa wstrzyknięcia do krwiobiegu drobnych skrzepów krwi. Podstawową zaletą tej metody jest możność bardzo subtelnej dawkowania, opartego na łatwej, a temniemniej ściślejszej obserwacji chorego. Przy sposobie tym, racjonalnie przeprowadzonym, nie może być mowy o przedawkowaniu, a tem samem umożliwiające jest przerywanie uspiania w każdej chwili. Wreszcie przykre i niepożądane z wielu względów stany pobudzenia w okresie budzenia się przy metodzie tej nie występują.

Tak przeprowadzone uspienie odpowiada naszym pojęciom, opartym na narkozie inhalacyjnej, i analogicznie do niej może być nazwane *u s p i e n i e m d o ż y l n e m k r o p e l k o w e m*.

Gdybyśmy spróbowali wytłumaczyć sobie, dzięki czemu uzyskujemy omówione zalety tej metody w porównaniu z poprzednią, to musielibyśmy uwzględnić parę czynników: a więc podanie morfiny, jako przygotowanie do uspiania; powtórę, zwolnienie szybkości wstrzykiwania, dzięki czemu możliwa jest dokładna obserwacja objawów narkotycznych, a tem samem racjonalizowanie dawkowania. Być może też, ma tu zastosowanie wprowadzone ostatnio przez H e n s c h e n a prawo tachyfilaksji. H e n s c h e n, mianowicie, twierdzi na podstawie swoich doświadczeń, że jeśli przed właściwym znieczuleniem miejscowem lub ogólnem, jakkolwiekbyśmy je zastosowali drogą, podamy nieznaczną dawkę tego samego środka znieczulającego tą samą drogą, to uzyskujemy nastawienie ustroju tego rodzaju, że przy lepszym znieczuleniu możemy użyć mniejszej dawki narkotyku, względnie środka znieczulającego, unikając jednocześnie niepożądanego działania ubocznego tego środka. Zjawisko to nazwał H e n s c h e n tachyfilaksją, a tych, którzy wstrzykują Eviplan — Na bardzo wolno, uważają za mimowolnie, a nieświadomie wykorzystujących zjawisko tachyfilaksji.

Przebieg w ten sposób przeprowadzonego uspiania dzielimy na cztery okresy:

I okres — utraty świadomości występuje w 1—3 minuty od chwili rozpoczęcia wstrzykiwania, a więc po zastrzyknięciu 1—3 cm roztworu 10% Sennarcolu; w okresie tym szczęka jest podciągnięta, a wszystkie odruchy są zachowane; podniecenia psychicznego lub ruchowego niema; nikłym jego wyrazem jest czasem większa wymowność pacjenta oraz — z objawów ruchowych — lekkie drżenie rąk i nóg, które po pewnym czasie ustępuje. Chory w okresie tym oddziałuje na ból i wykonywa ruchy obronne. Zauważyliśmy, że jeśli w tym okresie sprawić choremu ból, np. przypięciem serwetki do skóry, to dalszy przebieg uspiania jest mniej równomierny, a nie tak spokojny, niż kiedy okres ten przejdzie w następny.

II okres — uspiania dożylnego występuje zwykle

³⁾ Obecnie 50 przypadków.

po zastrzyknięciu 3—4 cm. roztworu 10%-ego, a więc w 3—4 minucie, licząc od chwili rozpoczęcia zastrzykiwania. Różni się on od poprzedniego tem, że szczęka, dzięki rozluźnieniu żwaczy, opada, co jeszcze bynajmniej nie nakazuje natychmiastowego uniesienia jej i przytrzymywania w obawie zapadnięcia się języka; przeciwnie, zabiegu tego nie trzeba wykonywać prawie nigdy. Okres ten doskonale nadaje się do wykonywania zabiegów krótkotrwałych, — czy to w obrębie jamy ustnej (np. usunięcie zęba), — zwłaszcza dzięki zachowaniu w tym okresie odruchów kaszlowych i wymiotnych, czy też gdziekolwiek indziej (np. nacięcie ropnia). Chory śpi wówczas powierzchownie, na ból reaguje ruchami obronnymi, ale po obudzeniu się ma całkowitą niepamięć samego zabiegu, a nawet nie chce wierzyć, że zabiegu już na nim dokonano. Jeśli potrzebne jest głębsze uśpienie, to i teraz jeszcze nie niepokoi my chorego jakimiś przykreimi manipulacjami, tylko pozwoli wstrzykujemy dalej, poczem następuje:

III okres, m. w. w 5—10 minut od chwili rozpoczęcia zastrzykiwania; okres ten charakteryzuje zwiotczenie mięśnia unoszącego powiekę, zniknięcie odruchu spojówkowego przy zachowaniu rogówkowego i przy wąskich, zlekka oddziaływających na światło źrenicach; w okresie tym wiotczą mięśnie powłok brzucha, a dopiero po nich mięśnie kończyn. Okres ten nadaje się do wykonywania wszelkich zabiegów, przy których nie jest konieczne zupełne zwiotczenie mięśni kończyn. Jeżeli zaś zależy nam na tem ostatniem, to dostrzykujemy dalsze ilości środka nasennego, aż uzyskujemy:

IV okres, okres najgłębszego uśpienia dożylnego, którego cechą charakterystyczną jest zniknięcie odruchu rogówkowego i zupełne zwiotczenie mięśni kończyn. Źrenice zachowują się, jak wyżej. W okresie tym nie wolno dostrzykiwać narkotyku pod groźbą przedawkowania i porażenia ośrodka oddechowego.

W trakcie trwania uśpienia mogliśmy stwierdzić, iż tętno zwykle się przyspiesza (np. z 80 do 100 uderzeń na minutę), ale często pozostaje prawie niezmiennione, jeśli natomiast bywało przed rozpoczęciem uśpienia przyspieszone, to wówczas nawet się uspokajało i zwalniało; dzięki temu ciśnienie, jeśli wskutek przyspieszenia tętna było zbyt niskie, nieco się poprawiało, jeśli zaś było prawidłowe, to albo nie obniżało się wcale, albo zaledwie o 5—15 mm rtęci i jedynie w przypadkach hipertensji spadek ciśnienia wynosił do 30 mm. Stwierdziliśmy dalej, że oddech się przyspiesza do 28 na minutę, ale pozostaje miarowy, mniej lub więcej głęboki. Twarz przeważnie jest różowa, jedynie przy bardzo dużych dawkach nieco blednie. Czasem występuje krótkotrwała czkawka.

Z każdego z opisanych okresów możemy przejść do okresu budzenia się, poprostu przerywając wstrzykiwanie. Zarówno przejście z jednego okresu w następny, jakoteż każdego z nich w okres obudzenia odbywa się łagodnie, bez jakichkolwiek przykrych objawów, a przy dokładnej obserwacji i zachowaniu przepisów daje narkotyzatorowi poczucie bezpieczeństwa opisanej tu metody dożylnego uśpienia.

Opracowany przez nas materiał przedstawia się cyfrowo zbyt skromnie, ażeby pretendował do rzędu statystyki. Temniemniej jednak sądzimy, iż dokładność jego opracowania pozwala nam na ujęcie naszych doświadczeń w pewne zarysy wskazań i przeciwwskazań do tego sposobu usypiania.

A więc uśpienie to jest wskazane wszędzie tam, gdzie inny sposób znieczulenia jest niedostępny lub niemożliwy, czy to ze względu na stan psychiczny pacjenta, czy na rodzaj schorzenia, czy też wreszcie ze względu na teren tego schorzenia, uniemożliwiający nam znieczulenie miejscowe, przewodowe lub lędźwiowe. Wskazania te wysuniemy tylko wtedy, jeżeli nie zachodzą przeciwwskazania: a więc zbyt młody wiek, wybitna niedomoga wątroby (daleko posunięte zmiany miażdżowe, żółtaczką), niedrożność jelit, rozlane zapalenie otrzewny, być może—choroba B a s e d o w a, ogólnie mówiąc, ciężkie stany zatrucia. Nie stanowią natomiast przeciwwskazania stany wyniszczenia, schorzenia, przebiegające z wysoką temperaturą oraz podeszły wiek; we wszystkich tych przypadkach ilość zużytego narkotyku będzie tylko znacznie mniejsza.

W poczynionych przez nas obserwacjach nie tylko że nie dostrzeżliśmy innych przeciwwskazań, ale więcej jeszcze, spostrzegliśmy przypadek, który wydaje nam się godny przytoczenia.

Chodziło, mianowicie, o pacjentkę, chorą od dłuższego szeregu miesięcy na przewlekłe zapalenie zastawek serca, z objawami niedomogi mięśnia sercowego, obrzękami, wątroba, sięgającą do poziomu pępka, sinicą, przyspieszeniem tętna przy niskiem ciśnieniu, z podanym w wywiadach zawalem płuc i dwoma ropniami przerzutowymi — na pośladku i na udzie, pacjentkę, którą przywieziono do Kliniki z powodu daleko posuniętej zgorzeli kończyny dolnej, powstałej wskutek zatoru — jeźdźca na rozwidleniu tętnicy brzusznej. Chorej tej dokonano odjęcia kończyny w połowie uda, który to zabieg trwał 18 minut i wykonany został w uśpieniu dożylnem zapomocą Sennarcolu, rozpuszczonego w 10% roztworze glukozy. Ogólna ilość narkotyku zużytego wynosiła nie więcej, niż 1¼ ccm roztworu 10% Sennarcolu, przyczem chora zniosła zabieg bardzo dobrze. Nie możemy też nie zwrócić uwagi na to, że, gdybyśmy się trzymali dawkowania opartego na wieku, wadze i płci, to nawet po uwzględnieniu pięćdziesięcioprocentowej poprawki ze względu na ciężki stan ogólny chorej, mielibyśmy prawo — (i niewątpliwie skorzystalibyśmy z niego) zastrzyknąć chorej przeszło dwukrotną dawkę narkotyku, narażając, być może, pacjentkę na poważne niebezpieczeństwo.

Poza wskazaniami i przeciwwskazaniami natury ogólnej kierujemy się jeszcze względami natury tereno-

Tak więc uśpienie dożylnie godne jest polecenia w zabiegach na głowie (z wyjątkiem operacji mózgowych, gdzie operujemy najchętniej w znieczuleniu miejscowym), a zwłaszcza w jamie ustnej — tembardziej, że wystarcza tu uśpienie powierzchowne, nie znoszące odruchów kaszlowych.

Dalej, nadaje się uśpienie dożylnie do zabiegów na szyi, z wyjątkiem choroby B a s e d o w a, gdzie właściwszą wydaje się nam narkoza awertynowa (krajowy równoważnościowy preparat: Narcotyl—S p i e s s).

Na klatce piersiowej wykonywać można w uśpieniu dożylnem wszelkie, nawet najcięższe zabiegi, jak doświetne usunięcie sutka w raku, plastyka klatki piersiowej.

Z operacji w jamie otrzewny doskonale można wykonać usunięcie wyrostka zarówno w ostrym, jak i w przewlekłym jego zapaleniu, operacje przepuklin, wszelkie, nawet najcięższe zabiegi na żołądku; mniej nadawać się będzie uśpienie dożylnie do hemikolektomji, gdzie raczej wolimy znieczulenie lędźwiowe, za-

pewniające nam „silence abdominal”, jakiej zazwyczaj narkoza, zwłaszcza dożylna, nie daje.

Wreszcie uważamy omawianą metodę uspiania za bardzo dogodną we wszelkich operacjach na narządach moczopłciowych oraz na odbycie, z zabiegów na kończynach natomiast tylko w operacjach prostych, nie wymagających zupełnego zwiótczenia mięśni, a więc wskazana jest ona przy odjęciu kończyny, wyluszczeniu, nacięciu, a z poważniejszych — tylko w operacjach kostnych, nie jest zaś wskazana w takich, jak plastyka ścięgien, przeszczepianie mięśni i szew nerwu.

Z Uniwersyteckiej Kliniki Lekarskiej „La Pitié” w Paryżu.
(Kierownik: Prof. Marcel L a b b é).

Wpływ na podstawową przemianę oddechową ciała, działających wybiórczo na układ nerwowy obokwspółczulny *).

Podał

Dr. med. M. RUBINSZTEJN (Wilno).

Zagadnienie wpływu układu nerwowego roślinnego na przemianę oddechową spoczynkową posiada doniosłe znaczenie, zarówno kliniczne — praktyczne, jak i teoretyczne. Z jednej strony bowiem, pewne schorzenia, cechujące się nienormalnym stanem przemiany podstawowej oddechowej, przedewszystkiem choroba B a s e d o w a, znamionują się także i zaburzeniami ze strony układu nerwowego roślinnego; powstaje więc pytanie, w jakim stopniu zaburzenia ze strony układu wegetatywnego już same przez się mogą się przyczynić do zmian przemiany podstawowej, i czy, odwrotnie, przez podziałanie na układ roślinny można wpłynąć na poziom tej przemiany. Z drugiej znowu strony wiadomem jest, że układ nerwowy współczulny i obokwspółczulny wywierają znaczny wpływ na przemianę węglowodanową, białkową i tłuszczową. A przecież przemiana oddechowa jest właśnie wypadkową wszystkich tych przemian. Jest więc rzeczą ciekawą zbadać bezpośredni wpływ układu nerwowego roślinnego na przemianę oddechową.

Wpływ na przemianę oddechową ciała, działających wybiórczo na układ współczulny, badaliśmy już w naszych poprzednich doświadczeniach¹⁾. Stwierdziliśmy, że podrażnienie układu współczulnego wzmacnia bardzo silnie tę przemianę, i że porażenie działa w kierunku przeciwnym. Jednakże szczególnie ważnem wydawało się nam zbadać (np. w chorobie B a s e d o w a) wpływ na przemianę podstawową ciała, działających wybiórczo na układ obokwspółczulny. Jeśli bowiem choroba B a s e d o w a jest połączona ze stanem sympatykotonji i jeśli podrażnienie układu współczulnego silnie podnosi przemianę podstawową, to już sama przez się nasuwa się myśl o możliwości obniżenia przemiany w tem schorzeniu przez podziałanie na układ antagonistyczny obokwspółczulny. Badania te przedstawiamy w pracy niniejszej.

W badaniach naszych²⁾ nad wpływem układu

*) Doniesienie tymczasowe z tej pracy ogłosiliśmy wspólnie z Prof. M. L a b b é. C. R. Soc. Biol. 112, 1939, 1933; 112, 947, 1933; 112, 1040, 1933.

¹⁾ M. L a b b é et M. R u b i n s t e i n. C. R. Soc. Biol. 112, 637; 112, 1152, 1933; Arch. Mal. Appar. Dig. 1934, tom 24, str. 561 — 589.

²⁾ Polskie Archiwum Med. Wew. 1934.

współczulnego na przemianę podstawową mieliśmy możliwość stwierdzenia, że adrenalina podnosi poziom tej przemiany w bardzo wybitnym stopniu. To podniesienie poziomu przemiany podstawowej jest proporcjonalne do działania adrenaliny na ciśnienie krwi, będąc wybitniejsze u osób sympatykotonicznych. Działanie adrenaliny na przemianę oddechową zostaje osłabione, czasem zniesione przez uprzednie porażenie zakończeń układu współczulnego zapomocą ergotaminy. Doświadczenia te dowodziły, że układ nerwowy współczulny podnosi przemianę oddechową podstawową.

W dalszym ciągu badaliśmy wpływ na przemianę podstawową ciała, działających wybiórczo na układ obokwspółczulny. Badania te przeprowadziliśmy przeważnie u tych samych chorych, u których poprzednio badaliśmy działanie adrenaliny. Chodziło nam bowiem także i o to, czy działanie tych ciał będzie zależało od stanu układu nerwowego roślinnego, od sympatykotonji lub wagotonji osób badanych. Czy więc osobnik, reagujący silnie wobec adrenaliny, będzie słabo reagował wobec podrażnienia układu obokwspółczulnego, i czy stosunki te będą odwrócone u osobników wagotonicznych? Badaliśmy więc:

I. Czy istnieje antagonizm pomiędzy układem współczulnym i obokwspółczulnym również w zakresie przemiany oddechowej; czy podrażnienie układu obokwspółczulnego (pilokarpina i t. d.) będzie miało działanie przeciwne temu, jakie wywiera porażenie tego układu (atropina).

II. Czy i w jakiej mierze działanie badanych ciał zależy od stanu układu nerwowego roślinnego, od sympatykotonji lub wagotonji osobników badanych. Stan układu nerwowego roślinnego badaliśmy przez określenie odruchu oczno-sercowego oraz na podstawie prób farmakologicznych, badając zachowanie się ciśnienia krwi, tętna i t. d.

M e t o d y k a. Badania nasze przeprowadzaliśmy najczęściej, po półgodzinnem leżeniu odpoczynkowym. Przemiana podstawowa była oznaczana metodą, zwykle stosowaną w klinice Prof. M. L a b b é g o: maska kauczukowa z klapą T i s s o t a, gazometr T i s s o t a, eudjometr L a u l l a n i e g o. Po pierwszym (często kilkakrotnym, dla pewności) oznaczeniu przemiany podstawowej zastrzykiwaliśmy badane ciało (pilokarpina, acetylcholina, ezeryna, atropina), poczem dalsze oznaczania następowały co pewien okres czasu (zwykle w odstępach 10 — 30 minutowych) w ciągu 3 lub więcej godzin. Określaliśmy oddzielnie ilość CO₂ wydzielanego i O₂ pochłanianego, jak również objętość oddechową. Powierzchnię ciała obliczaliśmy, posługując się tablicami D u b o i s a, i wyniki wyrażaliśmy w odsetkach przemiany podstawowej normalnej teoretycznej.

Badania nasze przeprowadzaliśmy u osobników, dotkniętych różnymi schorzeniami, lecz zawsze byli to chorzy niegorączkujący.

Celem podrażnienia układu obokwspółczulnego stosowaliśmy acetylcholinę, pilokarpinę, ezerynę; jako środek, porażający ten układ, stosowaliśmy atropinę.

I. P i l o k a r p i n a.

Zastrzykiwaliśmy domięśniowo 0,01 gr. chlorowodoru pilokarpiny. Doświadczenia te przeprowadziliśmy u 10 różnych chorych. Podamy kilka przykładów typowych.

T a b l i c a 1.

Działanie pilokarpiny na przemianę oddechową podstawową.
(zastrzyknięcie 0,01 g chlorowodorku pilokarpiny)

Nazwisko	Rozpozna- nie	Wiek	Waga w kg.	Wzrost w cm.	Czas w minutach po zastrzykn.	Przemiana podstawowa w % prze- miany nor- malnej teoretycznej	Współ- czynnik oddechowy	Objętość oddechowa w litrach na minutę	Tętno na minutę	U w a g i
M. Pich...	Zdrowy	19	56.3	165.5	Przed	+ 3,5	0.86	5,38	76	Ślinotok Zmniejszenie ślinotoku Ustąpienie ślinotoku
					10	+ 21.1	0.747	5,05	76	
					40—50	+ 8,0	0.864	5,2	74	
					80	— 3,3	0.834	4,3	72	
					105	— 4,3	0.84	4,4	74	
M-me Cop...	Dychawica oskrzelowa	56	71	158	Przed	+ 28	0.88	8,3	80	Słaby ślinotok Ustąpienie ślinotoku
					8	+ 30,5	0.9	8,9	78	
					35	+ 6,8	0.765	4,75	74	
					65	+ 8,0	0.77	5,73	72	
					105	+ 15	0.78	5,88	76	
M. Div.	Cukrzyca (lekka, bez zaburzeń w przemianie azotowej)	44	61.3	158	Przed	+ 10	0.806	5,0	78	Ślinotok Słabszy ślinotok
					8	+ 17,4	0.88	5,4	—	
					25	+ 2,5	0.75	4,38	76	
M. Pri...	Wyleczone zapalenie opłucny (tbc?) Ch. Basedowa w wywiadzie	25	67.6	159	Przed	+ 30	0.88	9,8	80	Ślinotok; pocenie Osłabienie ślinotoku Ustąpienie ślinotoku
					10	+ 40	0.96	10,63	70	
					40	+ 22	0.775	6,47	76	
					90	+ 18,5	0.76	5,89	68	

Działanie pilokarpiny na przemianę podstawową dzieli się na dwie fazy: 1) początkową fazę wzrostu oraz 2) następną fazę spadku przemiany podstawowej poniżej poziomu początkowego. Pierwsza faza wzrostu trwa od 25 minut do 1 godziny. Wtórny spadek przemiany podstawowej da się jeszcze stwierdzić w 2 godziny po zastrzyknięciu.

Początkowy wzrost przemiany podstawowej wynosił w naszych doświadczeniach od 7% do 20%, w stosunku do wartości początkowej; późniejszy spadek wahał się pomiędzy 6% a 18%. Pierwsza faza była najwybitniej zaznaczona w jednym przypadku choroby P a r k i n s o n a, maksimum zaś 2-giej fazy (najwybitniejszy spadek przemiany podstawowej) było stwierdzone w przypadku dychawicy oskrzelowej. Jest to ciekawe do podkreślenia z tego względu, że właśnie w tych samych przypadkach otrzymaliśmy w naszych poprzednich doświadczeniach przeciwne działanie adrenaliny (słabe działanie adrenaliny w dychawicy oskrzelowej, silne w chorobie P a r k i n s o n a). Co do choroby P a r k i n s o n a, to zauważymy, że wzmocnienie drżaczki, stwierdzone po zastrzyknięciu pilokarpiny, może być także przyczyną podniesienia przemiany podstawowej.

Współczynnik oddechowy zmniejszał się w ciągu 2-iej fazy, w czasie spadku przemiany podstawowej. Często zmniejszenie współczynnika oddechowego (wynoszące od 0,054 do 0,153) zaczyna się jeszcze podczas 1-szej fazy wzrostu przemiany podstawowej. Często, mniej więcej w połowie przypadków, spadek współczynnika oddechowego był poprzedzany przez przemijające jego podniesienie w ciągu pierwszych 10 minut po zastrzyknięciu. Co do współczynnika oddechowego, pilokarpina wykazuje więc antagonizm względem adrenaliny, która stale podnosi współczynnik oddechowy.

Zmniejszenie współczynnika oddechowego po pi-

lokarpinie może nasuwać przypuszczenie o osłabieniu spalań węglowodanów. W związku z tem przypomnijmy, że pilokarpina powoduje hiperglikemję, i że ta hiperglikemja, jak to stwierdzaliśmy w kilku doświadczeniach, nie jest połączona ze wzrostem różnicy poziomu cukru we krwi tętniczej i włosowatej. Jak wiadomo, różnica poziomu cukru we krwi żyłnej i tętniczej (różnica tętniczo-żylna Rtż), lub żyłnej i włosowatej (Rwż; różnica włosowato-żylna), świadczy o stopniu zużycowania cukru przez tkanki (F o s t e r, C o r i i C o r i i t. d.). Brak wzrostu Rtż po pilokarpinie, pomimo istniejącej hiperglikemji, świadczyłby więc o słabym stopniu utylizacji węglowodanów (Tablica II), z czem się zgadza obniżenie współczynnika oddechowego.

Zmiany objętości oddechowej przebiegają naogół równoległe do zmian przemiany podstawowej, wykazując początkowy wzrost (do 0,8 litra na minutę), oraz późniejszy spadek, wynoszący od 0,6 do 3,6 litra na minutę. Tylko w jednym przypadku brak było początkowego wzrostu objętości oddechowej.

Znane objawy podrażnienia układu obokwspółczulnego przez pilokarpinę, jak zwolnienie tętna, ślinotok, pocenie, były wyrażone w różnych przypadkach w różnym stopniu. Zdaje się, że spadek przemiany podstawowej w 2-giej fazie jej ewolucji po pilok. jest proporcjonalny do zwolnienia tętna, podczas gdy 1-sza faza zdaje się być proporcjonalna raczej do innych objawów działania pilokarpiny (ślinotok, pocenie).

Jak zobaczymy, działanie pilokarpiny na przemianę oddechową jest odwróceniem działania atropiny: zarówno pierwsza, jak i druga faza są odwrócone. Można więc przypuszczać, że chodzi tu o wpływ antagonistyczny tych ciał na układ obokwspółczulny, i że stwierdzone zmiany w przemianie oddechowej miałyby rzeczywiście powstawać naskutek podrażnienia lub pora-

Streszczenia pojedyncze.

Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka Lekarska.

Gregory PINCUS, Elliott P. JOSLIN i Priscilla WHITE. **Wiek a cukrzyca.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, Nr. 1).

Praca autorów oparta jest na materiale Joslina z lat 1898 — 1933, obejmującym 9853 przypadki cukrzycy. Opracowano statystycznie częstość występowania cukrzycy oraz śmiertelność z jej powodu. Największa skłonność do wystąpienia cukrzycy istnieje w 6-em dziesięcioleciu, wiek 51 lat wśród mężczyzn, 55 lat wśród kobiet stanowi szczyt. Stosunki u kobiet i mężczyzn są wogóle nieco odmienne. Do 6-ej dekady są szanse kobiet na zachorowanie na cukrzycę mniejsze od szans mężczyzn, później większe. Po 6-ej dekadzie skłonność do powstania cukrzycy maleje, dlatego należy uważać, że cukrzyca nie jest chorobą wieku starczego. Największe natężenie czynników, wywołujących cukrzycę istnieje między 40-tym a 60-tym rokiem życia. Śmiertelność na cukrzycę wzrasta stale. Czem człowiek staje się starszy, tem ma więcej szans na to, by umrzeć spowodu cukrzycy. Długość trwania choroby tłumaczy tę rozbieżność między wiekiem występowania choroby a wiekiem, kiedy następuje śmierć. Przeciętnie cukrzyca trwa 10 — 12 lat, u kobiet nieco dłużej niż u mężczyzn.

H. M a k o w e r.

John R. PAUL, Elizabeth R. HARRISON, R. SALINGER i G. K. De FOREST. **Społeczna częstość występowania gościcowej choroby serca.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, Nr. 3).

Autorzy przeprowadzali statystykę chorób serca na tle gościcowem u dzieci różnych szkół w New Haven i okolicy. Dzieci te miały od 5 do 18 lat, zbadanych zostało 5758 dzieci przez nauczycieli szkolnych, 758 dzieci przez autorów. Gościcowa choroba serca w szkole jednej z najbiedniejszych dzielnic miasta występowała u 48,1% dzieci, t. zn. 1½ razy częściej niż w szkole powszechnej jednej z lepszych dzielnic miasta, ale aż 8 razy częściej, niż wśród dobrze usytuowanych uczniów szkół prywatnych. Częstość występowania chorób sercowych w szkołach powszechnych miejskich była 2 razy większa niż wśród uczniów podobnej grupy wieku ze szkół podmiejskich i wiejskich. Aczkolwiek autorzy nie chcą generalizować spowodu niedostatecznie ścisłych metod pracy, wydaje im się jednak bardzo prawdopodobnem, że częstość występowania choroby gościcowej serca u dzieci jest funkcją ich stanowiska społecznego; jest to przedewszystkiem choroba dzieci biednych.

H. M a k o w e r.

H. KNAUS. **Regulacja urodzeń na drodze naturalnej.** (Wien. kl. Wschr. Nr. 1/1934).

Materiał faktów, na którym buduje autor swą regulację urodzeń, polega na następującem. Jajo pozostaje po opuszczeniu pęcherzyka Grafa tylko przez kilka godzin zdolne do zapłodnienia. Plemniki wszystkich ssaków z jądrami w worku mosznowym tracą swą zdolność do zapłodnienia w ciągu mniej, niż 48 godzin. *Corpus luteum menstruationis* posiada autonomiczną czynność, trwającą prawidłowo 14 dni. Pęknięcie pęcherzyków odbywa się niezależnie od długości cyklu miesięczkowego prawidłowo i samoistnie w piętnastym dniu przed wystąpieniem następnej miesiączki. Bodziec do utrzymywania się czynności ciała żółtego miesięczkowego ponad normalny czas, co stanowi prawidłó, jeżeli nastąpi ciąża, wychodzi z hormonów zagnieżdżonego jaja. Okres czasu trwania zdolności do poczęcia trwa wobec tego w zupełnie prawidłowym 26-dniowym cyklu (jajeczowanie w dwunastym dniu po rozpoczęciu się ostatniej miesiączki) od dziewiątego

do dwunastego dnia. Zdolność do zapłodnienia rozpoczyna się 3 dni przed i trwa jeszcze przez 1 dzień po jajeczowaniu. W 28-dniowym cyklu prawidłowym (jajeczowanie czternastego dnia) od jedenastego do piętnastego dnia, w 30-dniowym cyklu prawidłowym (jajeczowanie szesnastego dnia) od trzynastego do siedemnastego dnia. W cyklu, wahającym się od 24 do 27 dni (jajeczowanie między dziesiątym a trzynastym dniem) zdolność do zapłodnienia trwa od siódmego do czternastego dnia. Kobiety z nieprawidłowym cyklem miesięczkowym muszą przez rok prowadzić dokładne notatki co do czasu występowania miesiączki. Na podstawie wiadomości, podanych przez kobiety, można opracować dla nich w celowy sposób kalendarz ich zdolności do zajścia w ciążę. Poza temi okresami niema niebezpieczeństwa zajścia w ciążę.

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

Farmakologia i Toksykologia.

J. E. NADLER, Henry GREEN i Arthur ROSENBAUM. **Wstrzykiwania dożylnie błękitu metylenowego u ludzi i wywoływane przez nie objawów toksycznych i zmian elektrokardiograficznych.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, Nr. 1).

Błękit metylenowy stosuje się coraz częściej w przypadkach otrucia cjanami i tlenkiem węgla. Autorzy postawili sobie za zadanie zbadać wpływ dożylnych wstrzykiwań dużych dawek tego barwnika u ludzi zupełnie zdrowych, gdyż ocena jego ewentualnego działania toksycznego u otrutych, znajdujących się przeważnie w stanie bardzo ciężkim, nie jest możliwa. 18 wolontariuszom wstrzykiwano przeciętną dawkę leczniczą, t. zn. 50 cm.³ 1% roztworu. Przeciętnie wstrzykiwanie trwało około 10 minut. Wszystkich osobników badano elektrokardiograficznie przed, podczas i po wstrzyknięciu. Fala T we wszystkich przypadkach ulegała obniżeniu, często stawała się izoelektryczną, a niekiedy nawet ujemną. Również fala R wykazywała zwykle obniżenie. Zwykle już po 2 godz. zmiany te ustępowały. Szybkość akcji serca na ogół zmianom nie ulegała, jak również nie było zmian w przewodnictwie. Chodzi więc tu o zadziałanie błękitu metylenowego bezpośrednio na mięsień sercowy. W czasie wstrzykiwania odczuwano zwykle opresję w klatce piersiowej, niekiedy tępy ból w okolicy serca; wytwarzał się niepokój, drżenie włókienkowe twarzy i kończyn. Stale powstawało uczucie „palenia“ w ustach i gorąca w żołądku, czasami nudności i wymioty. Wymiociny, jak również ślina, były niebieskie. Niekiedy powstają bardziej przykre i niepokojące objawy, jak zapaść, silne bóle, podniecenie. Większa część barwnika zostaje wydalona z moczem, na co trzeba 3 — 5 dni. Mocz staje się drażniący, powstają bóle przy jego oddawaniu, palenie, pollakiuria. Trzeba uważać na bardzo dokładne wstrzykiwanie do żyły, gdyż błękit metylenowy bardzo drażni tkankę podskórną. Działanie błękitu polega w części na przemianie hemoglobiny w methemoglobinę, jednakże ta methemoglobinemja jest zbyt mała, żeby w ten sposób (poprzez anoksemję) wytłómaczyć można było zaobserwowane działanie toksyczne tego leku. Wobec powyższych wyników autorzy radzą stosować błękit metylenu z ostrożnością, ponieważ może się on okazać niebezpiecznym dla chorych.

H. M a k o w e r.

George W. SCUPHAM. **Wpływ teobrominy na choroby naczyń obwodowych. Obserwacje kliniczne.** (Arch. Intern. Med 1934, t. 54, z. 5).

Dla obiektywnego stwierdzenia działania teobrominy i jej pochodnych w schorzeniach naczyń obwodowych posługiwał się autor przedewszystkiem mierzeniem ciepłoty skóry

kończyn. Badane były przypadki miażdżycy tętnic z objawami chromania przestankowego lub zaburzeniami odżywiania tkanek, przypadki *thrombo-angiitis obliterans* z tą samą symptomatologią oraz zaburzenia czynnościowe, jak np. choroba Raynaua i akrocjanoza. W tych ostatnich przypadkach teobromina nie wykazała żadnego działania dodatniego. Natomiast w wielu przypadkach anatomicznego schorzenia tętnic wyniki były znacznie lepsze. Zwłaszcza ma to ważne znaczenie u ludzi starszych, u których nie można stosować bardziej energicznych metod leczniczych. Teobromina i jej sole, z których zwłaszcza zbadano sól sodowo-octową, działają rozszerzająco na naczynia. Dlatego obserwowano ich dodatnie działanie przede wszystkim w tych przypadkach chorób tętnic, w których istniał znaczny element angiospazyczny. Dowodzi tego między innymi przypadek chromania przestankowego, w którym rentgenologicznie stwierdzono plamiste zwężenia naczyń w nodze chorej, podczas gdy w nodze, w której nie było objawów chorobowych, zwężenie było prawie jednolite. Właśnie w tego rodzaju przypadkach według Scuphama teobromina ma być szczególnie korzystna. W przypadku cytowanym temp. skóry z 28,9°C podniosła się pod wpływem teobrominy do przeszło 31°, po jej odstawieniu spadała; zmiany martwicze palucha zaczęły się cofać, paznokieć odrósł, stan chorej uległ znacznej poprawie; w przypadku tym nastąpił zgon spowodowany zakrzepem tętnicy wieńcowej. Niestety nie we wszystkich przypadkach, gdzie można było się spodziewać poprawy po teobrominie, okazał się lek ten skutecznym. W szczególności u miażdżycy u chorych cukrzycowych nie miała teobromina żadnego skutku.

H. Makower.

Choroby zakaźne.

E. H. PLACE i L. E. SUTTON. *Erythema arthriticum epidemicum* (Haverhill Fever). (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, Nr. 5).

W styczniu 1926 r. wybuchła niewielka ale intensywna epidemia nowej choroby w stanie Massachusetts, w miejscowości Haverhill. Lekarze, wzywani do chorych, byli uderzeni jej nagłością występowania, niezwykle wysypką i znacznym zajęciem stawów. Place i Sutton zostali zaproszeni przez Departament Zdrowia do zbadania tej sprawy; dokładne badania bakteriologiczne zostały ogłoszone już w r. 1926 przez Parkera i Hudsona. Wydaje się, iż epidemia podobnej choroby była obserwowana poprzednio tylko raz jeden: w maju i czerwcu 1925 r. w mieście Chester, w stanie Pensylwania. Została ona opanowana przez Armstronga i Wooda; autorzy ci nie doszli do ostatecznego wniosku co do istoty tej choroby. W tymże r. 1925 zjawilo się doniesienie Levaditi, Nicolau i Poincloux, którzy opisali chorobę jednego ze swych współpracowników, o przebiegu podobnym do gorączki z Haverhill; ze krwi chorego wyhodowali oni bakterję, *streptobacillus moniliformis*, którą uważali za czynnik etiologiczny tej choroby. Później Levaditi, Selbie i Schven znaleźli ten sam drobnoustrój u myszy, chorych na zapalenie stawów. Hazard i Goodkind w r. 1932 wykryli we krwi chorego na gorączkę Haverhillską zarazek o cechach *streptobacillus moniliformis*. W 11 z 17 przypadków epidemii w Haverhill znaleźli Parker i Hudson we krwi chorych oraz w 2 przypadkach w płynie ze stawów drobnoustrój, który nazwali *Haverhillia multiformis*. Należy on do rodziny *Mycobacteriaceae*, do rzędu *Actinomycetales*. Surowica chorych zlepiła Haverhillię w rozcieńczeniach 1/50 — 1/100, surowica zdrowych najwyżej do 1/20. Próby doskórne 4 — 5 mies. po przebytej chorobie były dodatnie w 15 z 18 przypadków, natomiast u 10 osobników kontrolnych były

ujemne. *Haverhillia multiformis* jest bardzo różnokształtna, występuje przeważnie w postaci pałeczek. Autorzy uważają rolę etiologiczną Haverhilli w *erythema arthriticum epidemicum* za dowiedzioną. W czasie epidemii w Haverhill zachorowało w ciągu 3 tygodni 86 osób (39 rodzin). Wiek chorych wahał się od 8 mies. do 54 lat. 59% chorych było płci żeńskiej. Niewielki okręg miasta (500 × 1500 metrów), w którym wybuchła epidemia, prawie dokładnie odpowiadał rozległości zaopatrywania w mleko przez jedną z obór mlecznych. Z 231 osób, należących do rodzin, które otrzymywały to mleko, zachorowało 84, czyli 36%. W wielu przypadkach zachorowały tylko te osoby, które piły mleko; 1 kobieta używała tylko mleko gotowane i uniknęła zakażenia. 27 stycznia nakazano pasteuryzację mleka, epidemia została natychmiast przerwana. Nie wystąpiły żadne przypadki zakażenia przez kontakt. Również w epidemii poprzednio opisanej zakażenie występowało za pośrednictwem mleka. Okres inkubacyjny trwa zapewne 1 — 3 dni. Istnieje prawdopodobieństwo, że mleko było zanieczyszczane przez odchody myszy lub szczurów, u których często znajdowano drobnoustroje o typie *Haverhillia* wzgl. *Streptobacillus moniliformis* lub *Streptothrix muris-ratti*. Prawdopodobnie są to tylko różne szczepy tego samego gatunku. Obraz kliniczny choroby jest następujący: zwykle nagle powstają dreszcze, wymioty lub ciężki ból głowy; u małych dzieci mogą wystąpić drgawki; po 2 — 5 dniach gorączka zwykle spada, ażeby po dalszych 2 — 3 dniach znów się podnieść, jednocześnie zostają zajęte wszystkie stawy; wysypka występuje zwykle już w czasie pierwotnej gorączki, podczas nawrotu jej nasila się. Gorączka powstaje i spada bardzo ostro. Drugi okres trwa od kilku dni do kilku tygodni, zależnie od nasilenia sprawy stawowej. Maksymalna ciepłota wynosiła 40,5°C. Wykwity były nieprawidłowe, okrągławe, plamisto-grudkowe, czerwone, o 1 — 4 mm. średnicy, przeważnie o typie różyczkowym, niekiedy — odrowym. Najsilniejsza była wysypka na obwodowych częściach kończyn, zwłaszcza po stronie prostowników; w okolicach stawów specjalnie silnie wykształcona. Wysypka wzmagala się w ciągu 1 — 3 dni, trwała 1 — 14, średnio 6 dni. W najbardziej toksycznych przypadkach były wybroczyny na stopach, niekiedy na podudziach i ramionach. Po 5 min. ucisku górnej części ramienia udziały się wybroczyny w wykwitach dolnej jego części. Wysypka była obserwowana w 80 z 86 przypadków (93%); we wszystkich przypadkach obserwowanych osobiście przez autorów. Najbardziej typowym objawem było zajęcie stawów, które rozpoznano się 2 — 13 dnia i zwykle szło w parze z nawrotem gorączki. Zwykle zajętych było wiele stawów, w przeszło połowie przypadków więcej niż 6. Często występowały remisje i nawroty. Często były bóle całych kończyn, nie ograniczone tylko do okolic stawowych. Stawy miały niekiedy wygląd prawidłowy, niekiedy były wyraźnie obrzmiałe i zaczerwienione. Bolesność stawów była bardzo wielka, zmuszając chorych do przebywania w łóżku. Stawy były zajęte od 2 dni do szeregu miesięcy. W okresie nawrotu częste były bóle gardła. Badanie krwi wykazywało w wielu przypadkach leukocytozę z neutrofilją. Rozpoznanie w okresie epidemii nie nastęrcza trudności. Najbardziej jest podobne *erythema arthriticum epidemicum* do dengue, niema jednakże bolesności przy ruchach gałek ocznych, zaczerwienienia twarzy, leukopenji z limfocytozą, krwawych wymiotów i żółtaczk. Ważne są wreszcie wyniki posiewu krwi i stosunki epidemiologiczne (dengę przenosi *Aedes aegypti*, gorączkę Haverhillską mleko). Nicco pokrewna z gorączką Haverhillską jest *febris morsus ratti* („ratbite fever”), a mianowicie te jej przypadki, które wywołane zostają przez *Streptothrix muris-ratti*; w rozpoznaniu różniczkowym trzeba jeszcze brać pod uwagę inne choroby wysypkowe (odrę, różyczkę, płonicę, rumień zakaż-

ny, rumień wielokształtny wysiękowy), grype, gorączkę Maltańską. Rokowanie jest dobre, w dotychczasowych epidemjach nie było ani jednego przypadku śmierci. Po 2½ latach tylko 3 chorych miało jeszcze pewne objawy. Dla zapobiegania chorobie konieczna jest pasteuryzacja mleka. Leczenia swoistego nie znany. Stosowano preparaty salicylowe bez wielkiego skutku. Stawy unieruchamiano za pomocą poduszek. Należy wystrzegać się odleżyn. H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

H. R. CRAIG i P. D. WHITE. **Etjologia i objawy choroby asthenia neurocirculatoria.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 5).

Asthenia neurocirculatoria (a. n.) została dokładniej poznana w czasie wojny światowej; synonimami jej są „zespół wysiłkowy” („effort syndrome”), irritable heart, soldiers heart i *neurosis vasomotoria*. Większość prac o a. n. tyczy się żołnierzy. Z 3000 chorych z objawami sercowymi stwierdzili White i Jones u 10% a. n. bez organicznego schorzenia serca, u 2% i jedno i drugie; z 2315 chorych na organiczną chorobę serca w 3% stwierdzono a. n. W obecnej pracy autorzy przeprowadzili analizę 100 przypadków a. n. u chorych cywilnych; w połowie przypadków była organiczna choroba serca. Dla porównania zbadali w podobny sposób 25 chorych neurastenicznych i 25 psychoneurotyków. Wiek chorych wahał się między 12 a 69 latami, średnio 35¾ lat. Kobiety były znacznie więcej niż mężczyźni (69%). Pod względem budowy konstytucjonalnej przeważali osobnicy dobrze rozwinięci i odżywieni (81%), tylko w 9% stwierdzono typ asteniczny. Z przyczyn wywołujących najważniejszymi są przebyte zakażenia lub inne choroby, operacje, długotrwała praca, zmęczenie, czynniki natury neurogenicznej. Natomiast kawa, herbata, alkohol i tytoń wydają się nie mieć wpływu na powstanie a. n. Z objawów przedmiotowych a. n. najczęściej występują 4: bicie serca, uczucie duszności, niepokój lub ból w okolicy serca, wreszcie wyczerpanie ogólne. Znaczenie rzadziej występowało omdlenie, bezsenność, ból i zawroty głowy, pocenie się, drżenie, czerwienienie się lub bledność. Objawy te występowały w mniej-więcej jednakowym odsetku u osobników z organiczną chorobą serca lub bez. Organiczna choroba serca nie zmienia oblicza a. n. Z objawów kardynalnych a. n. bicie serca, połączone z tachykardią lub bez niej, było odczuwane przez chorych w różnych okolicznościach, zwłaszcza po zdenerwowaniu lub wysiłku, niekiedy tylko podczas leżenia, w nocy; nadskurcze występują rzadko. „Duszność” chorych z a. n. przeważnie nie ma objawów kardynalnych a. n. bicie serca, połączone z tachykardią. Przeważnie duszność jest odczuwana po — nawet niewielkich — wysiłkach fizycznych. Chorzy mają uczucie braku powietrza w płucach, pomagają sobie przez głęboki wdech, często połączony z westchnieniem. To „oddychanie z westchnieniem” jest objawem w znacznym stopniu potwierdzającym rozpoznanie a. n. Stwierdzono je w 35%, w innej serii 100 chorych, opisanych przez White’a i Hahna występowało ono nawet w 80%. Ból lub niepokój w okolicy serca (84% u chorych z organicznym schorzeniem serca, 64% w drugiej grupie) często promieniuje do lewego ramienia, pachy, barku, łopatki; przeważnie bywa odczuwany w okolicy koniuszka lub z lewej strony klatki piersiowej. Ból ma albo charakter tępy albo palący, czasami podobny jest do krótkotrwałego ukłucia szpilką. Spotykana często przeczulica skóry w okolicy serca stanowi ważny objaw, potwierdzający rozpoznanie. Chorzy łatwo się męczą, mogą odczuwać zmęczenie stałe. Z innych objawów dość często spotykali autorzy

omdlewanie (38%), głębokie omdlenie rzadziej (19%). Pocenie się występowało u 18% chorych, drżenie u 23%, czerwienienie się u 10%, blednięcie u 8%. Bezsenność, na którą chorzy bardzo się skarżyli, stwierdzono u 30% chorych. Częste były czynnościowe zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (44%). Ciśnienie krwi u chorych z a. n. i z organiczną chorobą serca odpowiadało temu, jakie zwykle stwierdza się u chorych z analogicznymi schorzeniami serca bez a. n.; w grupie bez schorzenia serca odpowiadało stosunkom normalnym. Rokowanie *quoad vitam* jest dobre, *quoad valetudinem* niezupełnie. U chorych na a. n. istnieje tendencja do inwalidyzmu. Leczenie opiera się głównie na czynnikach psychicznych; zdobycie zaufania chorego, przekonanie go, że objawy nie są zależne od choroby serca ale od a. n., która nie jest cierpieniem groźnym dla życia; w pewnych przypadkach wskazana jest psychoterapia specjalistyczna. Oczywiście konieczne jest wypracowanie odpowiedniego trybu życia, usunięcie zbyt silnych podnieci, męczącej pracy, etc. Lek, prócz niekiedy łagodnych środków uspokajających, nie są wskazane.

H. M a k o w e r (Łódź).

J. K. LEWIS. **Rodzaj i znaczenie tonów serca i uderzeń koniuszka w bloku gałazki.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 51).

Autor zbadał 20 chorych z blokiem gałazki i 3 z „nie-typowym” blokiem, zapisując tony serca i kardiogram koniuszkowy; stwierdził objawy dwojakiego rodzaju: u 9 chorych rytm cwałowy przedskurczowy (u 3 z nich jednocześnie przedskurczowe uniesienie koniuszka), u 5 chorych rozdwojenie 1 tonu, całkowicie skurczowe; u 1 chorego było podwójne skurczowe uderzenie koniuszkowe. Rytm cwałowy przedskurczowy był naogół tego samego rodzaju, jaki stwierdza się u osób bez bloku gałazki. Ton dodatkowy pochodził ze skurczu przedsionków. Obecność rytmu cwałowego w bloku gałazki można tłumaczyć tem, że obydwie te zjawiska występują w chorobach serca tego samego typu i wśród tych samych okoliczności, natomiast nie można go odnieść do samego bloku, względnie do niesynchronicznego skurczu komór. Objawy fizyczne, obecne w bloku gałazki — wbrew zdaniu Kinga i McEacherna — nie mogą stanowić dostatecznych podstaw do klinicznego rozpoznania bloku gałazki.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby narządów trawienia.

Paul S. BARKER, Frank N. WILSON i Frederick A. COLLIER. **Choroby narządów jamy brzusznej symulujące niedrożność tętnicy wieńcowej.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, Nr. 2).

Przed poznaniem obrazu ostrej niedrożności tętnicy wieńcowej często rozpoznawano zamiast niej ostre sprawy brzuszne; zdarzało się, że chorzy tacy dostawali się na stół operacyjny. Obecnie istnieje raczej tendencja do zbyt częstego rozpoznawania ostrej sprawy wieńcowej, przez co czasami popełnia się omyłki rozpoznawcze w przeciwnym kierunku. Barker, Wilson i Collier opisują 4 przypadki, rozpoznane pierwotnie jako ostre zakrzep tętnicy wieńcowej, a w których sprawą istotną okazały się ostre schorzenia brzuszne. W 2 przypadkach była kamica żółciowa, w 1 pęknięcie wrzodu trawinnego żołądka; w 1 kamica żółciowa, zapal. pęcherzyka żółciowego i dławica piersiowa. W tym ostatnim przypadku w czasie operacji wyjęcia woreczka żółciowego lub tuż po niej powstał zakrzep (niewielkiej zapewne) tętnicy wieńcowej, dający odpowiednie cechy elektrokardiograficzne; po ustąpieniu objawów ostrych chory więcej na bóle dławicowe nie skarżył się. W innych przypadkach elektrokar-

djogramy były naogół prawidłowe, ułatwiając przez to wyłączenie sprawy wieńcowej. Ciekawe jeszcze było stwierdzenie w przypadku pęknięcia wrzodu żołądka tarcia osierdziowego, którego powstania autorzy nie umieją wytłómaczyć. W 1 przypadku kamicy żółciowej bóle ustąpiły po *amylum nitrosum*, a więc i do testów terapeutycznych należy odnosić się ostrożnie.

H. M a k o w e r.

F. EISLER. O postęпах w rozpoznawaniu wrzodu i raka żołądka. (Wien. kl. Woch. Nr. 4/1934).

Przy silnem wypełnieniu żołądka uwidacznia się grubsze zmiany błony śluzowej, osiągnięty zapomocą słabszego wypełnienia obraz reljefowy pozwala wejrzeć w delikatniejsze szczegóły fałdów błony śluzowej. Do oznak wyleczenia wrzodu należy promienista zbieżność fałdów. Obraz reljefowy w raku na podłożu wrzodu żołądka wykazuje obok wyży osadzone naksztalt stopni nieprawidłowo ograniczone wręby, dalej wiadać, że obok wyży ten lub inny fałd błony śluzowej nagle się urywa, dalej fałdy błony śluzowej są nierówne, a kierunek ich ulega zmianie. Obok tych charakterystycznych zmian błony śluzowej widać, że wyża jest nieprawidłowo duża i stale się utrzymuje albo w czasie bieżącej obserwacji powiększa się. Zbieżność fałdów może występować również w pierwotnym raku. W obrazie reljefowym można wykazać najdrobniejsze raki, przyczem ma się tutaj często do czynienia z wczesnem rozpoznaniem nowotworu; jeżeli reljef błony śluzowej jest nietknięty, istnienie nowotworu można wykluczyć prawie z zupełną pewnością. Pomimo dużych postępów rentgenowskiej djagnostyki chorób żołądka wyniki badania rentgenowskiego można jednak oceniać jedynie w ramach pozostałego badania klinicznego.

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

ROZENDAAL, COMFORT i SNELL. Lekka i utajona żółtaczka. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 5, 1935)

Autorzy poddali analizie 214 przypadków, w których zawartość bilirubiny we krwi wynosiła 2.0 milligrm. w 100 ccm. surowicy i więcej i w których pośredni odczyn v a n d e n B e r g h a wypadł dodatnio. Z materiału tego w 76 przypadkach była żółtaczka hemolityczna. Zwiększenie zawartości bilirubiny we krwi przy braku żółtaczki hemolitycznej dowodzi dysfunkcji wątroby. Dysfunkcja ta może być charakteru konstytucjonalnego lub też być wtórną następstw uszkodzenia wątroby. Niesłuszne jest zdanie, że wyłącznie hemoliza w przebiegu żółtaczki hemolitycznej jest odpowiedzialna za bilirubinemię; pewien udział i w tem schorzeniu przypisać należy uszkodzeniu i dysfunkcji wątroby. Dysfunkcja wątroby może być jedynym przejawem zadziałania jakiegoś toksycznego momentu, który działa wybiórczo na wątrobę. W przypadkach konstytucjonalnej dysfunkcji wątroby, spotrzeganej przeważnie już u osobników młodych, zaznacza się tendencja do rozwoju schorzenia woreczka żółciowego; odsetek spółistnienia schorzenia woreczka żółciowego jest coraz wyższy w późniejszym wieku. Mechanizm wytwarzania bilirubiny jest regulowany na drodze nerwów czuciowych; wpływa na nie wzruszenie oraz zaburzenia w obrębie układu społecznego. Bilirubinemia może być jedynym laboratoryjnym dowodem dysfunkcji wątroby. Wykrycie jej pozwala stwierdzić łagodne czynnościowe i organiczne zaburzenia w wątrobie oraz wyodrębnić grupę chorych, stanowiących szczególnie typy konstytucjonalne, skłonne do zapadalności na cierpienia woreczka żółciowego.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. BERGEL i O. SCHARF. W sprawie kliniki prosówkowego lupoidu Bocka. (Wien. kl. Woch. Nr. 41/1933).

Autorzy podają opis przypadku, w którym objawy skórne wykazywały charakterystyczne zmiany histologiczne, ze strony zaś narządów wewnętrznych istniało uogólnione powiększenie gruczołów chłonnych, powiększenie wątroby i śledziony oraz zmiany w płucach, które udało się wykryć dopiero zapomocą badania rentgenowskiego. Ponieważ zmiany skórne często występują dopiero późno (postaci wielkoguzkowe ogniskowe lub drobnoguzkowe rozsiane albo rozlane naciekające), rozpoznanie może nastroczać trudności. Wyleczenie następuje czasami samoistnie; podaje się arsen i naświetla śledzionę, płuca i skórę promieniami R o e n t g e n a.

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

W. RICHTER. Nowy sposób leczenia tarczicy. (Münch. med. Woch. 1934, Nr. 17, str. 644).

Autor leczył tarczycę i rumień stwardniały bazinowski (*erythema induratum* B a z i n) zapomocą Ektebiny. Chociaż liczba całkowicie wyleczonych przypadków jest stosunkowo mała, czuje się autor upoważnionym do ogłoszenia swej metody i do zachęcenia do dalszych badań. Sposób leczenia jest łatwy i tani. Nowy ten sposób leczenia opiera się na założeniu, że przez miejscowe stosowanie tuberkuliny w połączeniu z naświetlaniem słońcem górskim biologiczne i czynnościowe procesy lecznicze nabierają maksymalnej aktywności.

X.

T. BUTTERWORTH, J. KLAUDER. Złośliwe czerniaki, powstające ze znamion macierzystych. (The Journ. of the Am Med. Assoc. T. 102, Nr. 10, 1934).

Materiał autorów obejmuje 50 przypadków złośliwych czerniaków; sprawa zwykle rozpoczyna się od nagłego rozrostu znamienia macierzystego, wzrostu natężenia pigmentacji i krwawienia; nieco później dołączają się przerzuty do gruczołów. Sprawa częściej występuje u mężczyzn, głównie rasy białej; nowotwór szerzy się złośliwie bezpośrednio oraz drogą krwi i limfy. Stwierdzenie w moczu melanin nie jest patognomoniczne, gdyż barwniki te można stwierdzić w moczu chorych na marskość wątroby. Wiadomo, że chirurgiczne usunięcie czerniaka we wczesnym okresie niekiedy powoduje szybką generalizację sprawy nowotworowej. Liczni autorzy sądzą, że przerzutów można uniknąć przez szerokie i wczesne wycięcie czerniaka aż do zdrowej skóry wraz z wszystkimi okolicznymi gruczołami chłonnymi; jednak po tego rodzaju zabiegu w 20% powstaje nawrót w czasie od paru tygodni do kilkunastu lat. Autorzy uzyskali lepsze wyniki, stosując leczenie kombinowane, polegające na rozległym zabiegu operacyjnym z następczem naświetlaniem radem. Wobec złośliwości czerniaka należy szybko decydować się na amputację, jeśli zlokalizowany jest na kończynach. Autorzy opisują parę przypadków, gdzie miejscowo histologicznie stwierdzono *melanocarcinoma*, a jednak chorzy potem byli obserwowani przez długie lata i nie wykazywali postępu choroby; niektórzy z tych chorych zmarli spowodowani innej przypadkowej choroby — na autopsji nie stwierdzono przerzutów czerniaka. Z materiału autorów wynika, że naogół rokowanie nawet przy leczeniu kombinowanym jest niepomyślne. Wszelkie manipulacje stale podrażniające znamiona macierzyste, są przeciwwskazane, grożą bowiem przeobrażeniem niewinnego skupienia barwnika w złośliwe nowotworowe bujanie. Moment konstytucjonalny niewątpliwie odgrywa ważną rolę, gdyż tylko bardzo nieznaczny odsetek znamion ulega bujaniu nowotworowemu złośliwemu.

Jakób P e n s o n.

T a b l i c a II

Działanie acetylcholino na przemianę podstawową.

W rubryce „przed” są podane wartości, otrzymane naczczo bezpośrednio przed zastrzyknięciem acetylcholino.

W rubryce „po” są podane wartości otrzymane w 1—1½ godz. po zastrzyknięciu acetylcholino.

Nazwisko	Rozpoznanie	Wiek	Waga w kg.	Wzrost w cm.	Przemiana podstawowa			Współczynnik oddech.		Objętość oddychowa w litrach na minutę		Tętno		Odruch okosercowy
					Przed	Po	Obniż. p.p.w. % wart. począt.	Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po	
M. Sch.	Dychawica oskrzelowa	22	58	170	+11,5	+0,5	9,9	0,85	0,87	8	8,9	76	68	++
M-me Cap.	Dychawica oskrzelowa	56	71	158	+19,9	+0,3	17	0,89	0,89	6,4	7,0	64	60	—
M-me Que.	Nieżyt żołądka	39	50,3	161	+18	+6,3	9,8	0,793	0,714	5,1	5,8	80	72	++
M-me Web.	Zwężenie odźwiernika; Wrzód żołądka	56	57	158	+23,9	+12	10,5	0,7	0,673	5,5	6,3	88	76	++
M-me Roy.	Ostry gościec stawowy wyleczony	20	54,9	153	+1,5	+1,8	±0	0,85	0,83	5,44	5,8	80	76	+

żenia tego układu. Spadek przemiany podstawowej w 2-iej fazy działania pilokarpiny byłby wyrazem podrażnienia układu obokwspółczulnego w przeciwieństwie do podniesienia tej przemiany po adrenalinie (podrażnienie układu współczulnego) lub do podniesienia jej w 2-giej fazy działania atropiny (porażenie układu obokwspółczulnego).

Trudniej jest zrozumieć podniesienie przemiany podstawowej w pierwszej fazy działania pilokarpiny. Może chodzi tu o początkowe przemijające podrażnie-

nie układu współczulnego (jak to pewni autorowie przyjmują dla pilokarpiny), lub o wtórne wydzielanie adrenaliny, spowodowane przez pilokarpinę (czem niektórzy autorowie, jak L e G r a n d, tłumaczą np. hiperglikemję, stwierdzaną po pilokarpinie). Może też chodzi tu o pobudzenie przez pilokarpinę czynności wydzielniczej różnych gruczołów (ślinowych, potowych i t. d.), w wyniku czego mogłaby wzrastać przemiana podstawowa.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Rzut oka na patogenę zakażenia gruźliczego.

Podala

Hanna PETRYNOWSKA (Warszawa).

Przez długi czas nie istniały żadne spory co do wrót infekcji gruźliczej. Opierając się na stwierdzonym powszechnie fakcie, że gruźlica atakuje najintensywniej płuca, uważano je oczywiście za miejsce pierwotnego zakażenia, a wtedy drogi oddechowe, jako punkt wejścia prątków, nasuwały się same przez się. Opierając się na tej teorii najczęstszego szerzenia się gruźlicy przez inhalację prątków zadawała wszystkim. O możliwości zakażenia gruźliczego na innej drodze wiedziało, ale uważano takie przypadki za wyjątkowo rzadkie.

Dopiero w drugim dziesiątku obecnego stulecia spotykamy w piśmiennictwie coraz liczniejsze wątpliwości, podważające początkowo nietylę możliwość, a nawet częstość podobnego wnikania do ustroju infekcji gruźliczej, ile wyłączność tego rodzaju zakażenia. Wszakże nawet przyjmując teorię aerogenną, czyż konieczną jest rzeczą, aby wdychane prątki musiały dopiero w płucach rozpocząć swoje działanie? Czy nie mogą choć częściowo zatrzymać się w jamie nosowogardzielowej i dostać się do układu chłonnego przez

błonę śluzową nosa, gardła, a przede wszystkim migdałków, tak łatwo ulegających zewnętrznemu zakażeniu? Czy obok wchłonięcia nie mogą zostać połknięte i zaatakować ustrój drogą jelit? A kwestja wrót infekcji nie jest obojętna zarówno ze względów zapobiegawczych, jak i dalszych losów chorego. Wykazują to między innymi niedawne badania N i n n i e g o, który, szczepiąc świnkom dogruźliczowo gruźlicę ptasią, wywoływał u nich ostrą posocznicę, podczas gdy zastrzyknięcie podskórne pozostawało bez wyniku.

Skoro nasunęła się myśl, że łaseczniki K o c h a mogą być wessane przez migdałki, zwrócono uwagę na fakt niezmiernie częstego swoistego chorowania gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych przy braku zmian klinicznych i nawet rentgenicznych ze strony płuc. Ogłaszany przez wielu autorów materiał sekcyjny zarówno zmarłych z gruźlicy, jak z innych przyczyn, dowiódł, że nie płuca, ale gruczoły chłonne, jako zespół, są przede wszystkim atakowane przez zakażenie gruźlicze. P a g e t - L e p a g e i M a i r w roku 1913 ogłosili wyniki sekcji 150 dzieci zmarłych na gruźlicę i stwierdzili, że gruczoły nie były zajęte tylko w 11% przypadków; procent byłby zapewne mniejszy, gdyby materiał gruźliczy wysiewano. Natomiast wyłącznie

gruźlicę płuc bez zajęcia gruczołów znajdowano bardzo rzadko, co być nie mogło, gdyby płuca były jedyną drogą do wtargnięcia infekcji. Paget-Lepage i Maier podkreślają też (co jednak nie zgadza się z wynikami sekcji innych autorów), że gruczoły krezkowe w ich materiale były zajęte częściej niż przyoskrzelowe w stosunku jak 71 do 55. W 30% przypadków źródłem zakażenia zdawały się być jelita (między innymi na 107 przypadków gruźlicy gruczołów krezkowych w 10% znajdowali oni zmiany i w płucach). Z przypadków, które wykazywały zajęcie gruczołów przyoskrzelowych, w 28% nie było żadnych zmian w płucach, a z przypadków gruźlicy gruczołów krezkowych w 32% nie stwierdzono żadnych zmian w jelitach.

Aufrecht pisał w tym samym roku, że niezrozumiałym dla niego jest fakt częstego stwierdzania zajęcia gruczołów przyoskrzelowych bez jakichkolwiek zmian ze strony płuc oraz fakt, że niemal nigdy nie bywa odwrotnie. Opierając się na badaniach Krüchmanna, (który w 2 przypadkach gruźlicy migdałków nie stwierdził zajęcia płuc, a więc współistniejące tam schorzenie gruczołów szyjnych musiało pochodzić z migdałków), zaczął sam badać wycięte migdałki i znalazł w nich żywotne prątki w 20% przypadków. Dieulafoy szczepił świnkom morskim częsteczki przerosłych migdałków oraz wyrosli adenoidalnych, otrzymując wynik dodatni w kierunku gruźlicy również w 20%. Sekcje Gördelera, wykonane na bardzo małych dzieciach, wykazały w szeregu przypadków bądź wyłączne zajęcie migdałków, bądź również i gruczołów szyjnych oraz śródpiersiowych bez jakichkolwiek zmian ze strony płuc. Zachęcony temi badaniami Aufrecht przeprowadził doświadczenia na 7 królikach, którym wtarał w okolicę migdałków części zserowaciałych gruczołów, poczem w 5 przypadkach stwierdził powstanie gruźlicy gruczołów i płuc. Aufrecht skłonny był nawet sądzić, że prątki, które wtargnęły przez migdałki, łatwiej dają wyłączne schorzenie płuc, niż prątki, które się dostały do ustroju na innej drodze, a które wywołują wtedy raczej sprawę uogólnioną. Aufrecht uważa, że gruczoły szyjne oraz oskrzelowe zakażają się głównie przez błonę śluzową jamy ustnej względnie poprzez migdałki. Wszystkie inne wrota wejściowe są zdaniem jego mniej ważne. Natomiast droga (nie wrota) infekcji jest zawsze ta sama: poprzez gruczoły i naczyńia chłonne do *ductus thoracicus*, żył, prawej komory serca, a potem do naczyń płucnych. Baczmeister (1911) zarażał gruźlicą króliki, którym poprzednio, gdy rosły, zakładał obręcz drucianą w celu zwężenia górnego otworu klatki piersiowej. Zastrzykawszy im dożylnie emulsję prątków, z łatwością wywoływał gruźlicę uciśniętych szczytów, to samo udawało mu się przy zakażeniu gruczołów pachwinowych, a natomiast nie udało się na drodze oddychowej. Stąd wyprowadza wniosek, że pierwszym etapem rozwoju zakażenia są gruczoły, a płuca zagrożone są o tyle, o ile znajdują się w stanie ucisku z powodów nabytych lub dziedzicznych (wrodzona wąskość klatki piersiowej).

Calmette (1920) rozpatruje bardzo obszernie wszystkie wrota zakażenia. Możliwość infekcji przez skórę z przypadkowej rany, przy obrzezaniu u dzieci żydowskich, nawet przy tatuowaniu była znana już dawno. Doświadczenie stwierdzono, że można zakazić zwierzęta prątkami, wcieraniem w skórę (Babes,

Riegler, Courmont) i że infekcja ta może nie zostawić żadnych śladów, nawet lokalnego zajęcia gruczołów, a jednak doprowadzić do generalizacji.

Zakażenie może iść również przez spojówkę oka. W doświadczeniach, wykonanych wraz z Gryseze, Calmette wpuszczał świnkom do oka kroplę emulsji żywotnych prątków i otrzymywał zajęcie gruczołów, a po 4—5 tygodniach rozsianie sprawy, przyczem prawie zawsze prócz gruczołów były dotknięte i płuca. Ten rodzaj infekcji tak początkowo przypomina skrofule, że trudno się oprzeć, zdaniem Calmette'a, przypuszczeniu, że i u ludzi w przypadkach skrofulew droga infekcji jest ta sama. Nos może być siedliskiem prątków (Strauss w roku 1894 wykrył żywotne prątki w nozdrzach 9 na 29 badanych zdrowych osobników!), ale z powodu obfitości wydzielanego śluzu rzadko udaje się przenikać drobnoustrojom głębiej; nie bywa też nos, według Calmette'a, miejscem pierwotnego zakażenia, a np. gruźlica wilkowa nosa jest już sprawą reinfekcyjną.

Jama ustna stawia dla infekcji ten sam opór, co jama nosowa, z wyjątkiem łatwo dających się przenikać migdałków, z których prątki mogą przedostać się do krążącej limfy i dać znaczne powiększenie gruczołów tylnej ściany gardła, szyjnych i podprzyuszczykowych, a następnie przyoskrzelowych i płuc.

Ognisko pierwotne nieraz mieści się w migdałku, przyczem dochodzi do serowacenia i wrzodzenia.

Narządy moczowo-płciowe zakażają się zazwyczaj na drodze krwi, ale w pewnych wypadkach mogą ulec bezpośredniemu zakażeniu (kateter, irygator, stosunki płciowe).

Rozpatrzywszy drugorzędne wrota infekcji, przechodzi Calmette do najważniejszych: drogi oddechowej i pokarmowej.

Prątki do płuca mogą wniknąć z wdychanem powietrzem lub jak do każdego innego narządu drogą krwi. Ten ostatni przypadek, zdaniem Calmette'a, zdarza się o wiele częściej. Wprawdzie stwierdzona jest zaraźliwość płwocin zwłaszcza wilgotnych (wysuszone według innych autorów mają być prawie nieszkodliwe), ale nie znaczy to, aby w normalnych warunkach ta forma zakażenia była najczęstsza. Calmette twierdzi, że długość tchawicy i oskrzeli, odruchy kaszlu i kichania oraz obfitość śluzu są jakby mechanizmem obronnym przeciw dostaniu się infekcji do płuc tą drogą. Wielu autorów (Müller, Klipstein i inni) stwierdziło, że zdrowe płuca są prawie zawsze aseptyczne, a również i w tchawicy zabijanych zwierząt (Hildebrand, Becci i inni) nie stwierdzono prawie nigdy bakterij. Calmette powołuje się też na Chausse'a, który twierdzi, że kropelki płwociny w powietrzu są zbyt duże, aby ulec wciągnięciu do płuc, a najdrobniejsze nie zawierają zwykle prątków. Calmette jest zdania, że wrotami infekcji są przede wszystkim jelita, przyczem przebieg zakażenia jest następujący: prątki, wessane w jelitach cienkich przez wędrowne leukocyty, które wnikają między komórki nabłonka walcowatego, wyściełającego jelita, a nawet wewnątrz nich (Renault), dostają się do naczyń chłonnych i płyną z limfą aż do gruczołu krezkowego. Jeśli bakterij jest dużo, lub jeśli miały czas rozmnożyć się w komórce wędrownej i zniszczyć ją, to, jako odczyn, wokoło rozwija się tkanka gruźlicza i powstaje gruźlica gruczołu. Leukocyty mogą jednak pozostać żywe i wędrować dalej aż do chwili zgonu, a wtedy tkanka gruźlicza po-

wstaje w miejscu rozpadnięcia się leukocyta, a często bardzo daleko od punktu wejścia. Tak więc przy infekcji niezbyt obfitej, którądykolwiekby weszła, stwierdzamy często odosobnioną gruźlicę jakiegoś narządu, ale przedewszystkiem płuc, jako zawierających najobfitszą sieć naczyń włosowatych o najwolniejszym krążeniu. Stąd wielka częstość gruźlicy płuc, uważanej za pierwotną, ponieważ jest pierwszym objawem zakażenia, które jednak mogło nastąpić już dawno, nieraz nawet przed kilku laty. Większość gruźlic, — twierdzi z naciskiem Calmette — poczynając od najmłodszego wieku, pochodzi z infekcji trzewiowej, czasem dawnej, czasem świeżej, mniej lub więcej żywotnej i nie pozostawiającej śladu w gruczołach bliskich punktowi wejścia (wbrew prawu Cohnhema, które zdaniem Calmette'a ma znaczenie tylko przy infekcjach masowych np. doświadczalnych), chyba że ilość i jakość prątków zmuszą ustrój do rozwinięcia odrazu akcji komórkowej obronnej, co ma zazwyczaj miejsce u osób już zarażonych i częściowo odpornych. Calmette przytacza szereg przykładów na to, że najczęstszą drogą infekcji są jelita, mimo, że zmiany gruźlicze w nich białych są stosunkowo rzadkie. Między innymi podaje przypadek Rogera i Garniera: kobieta, mająca prosówkę, zmarła w 17 dni po porodzie, karmiła dziecko przez 2 dni, poza tem nie miała z niem kontaktu. Dziecko zmarło po 6 tygodniach, a sekcja wykazała rozsiane zmiany gruźlicze w gruczołach krezkowych, wątrobie, nerkach i śledzionie. Mimo, że niewątpliwie wrotami zakażenia były jelita, nie wykryto w nich żadnych zmian chorobowych nawet mikroskopowo.

Zdanie tak wybitnego uczonego, jak Calmette, choć bardziej może umotywowane negatywnie, t. j. przez spychanie na drugi plan wszystkich innych wrót zakażenia, niż pozytywnie, nie pozostało bez echa, i będąc z nowym zapalem zajęli się rozważaniem tej, zdawałoby się, poprzednio przesądzonej kwestji. Nikt nie przeczył możliwości zakażenia przez jelita, wielokrotnie potwierdzonej doświadczalnie, ale zachodziło pytanie, kiedy i w jakich warunkach człowiek połżyka większe ilości prątków. Tu szybko nasuwała się myśl o mleku, pochodzącym od zakażonych krów, a w takim razie przy stwierdzeniu infekcji drogą jelit powinnyby przeważać prątki gruźlicy bydlęcej. I rzeczywiście na to zgadzają się niemal wszyscy badacze. Gehrels jeszcze w roku 1919, opisując pierwotną gruźlicę gruczołów krezkowych u dzieci, podaje, że przeważają tam prątki *typi bovini* (Hast i Rabinowicz z znaleźli przy tem cierpieniu 83% *typi bovini*).

Opie stwierdza: „Badanie w kierunku gruźlicy dorosłych, którzy zmarli z przyczyn, nie mających nic wspólnego z gruźlicą, wykazało, że miejsce pierwotnego zakażenia daje się wykryć w gruczołach krezkowych u jednego na czterech młodych anglików, chociaż podobne zmiany rzadko się zdarzają w Ameryce. Większa częstość gruźlicy u bydła w Anglii nasuwa się, jako wyjaśnienie. Należy zaznaczyć, że u tych, którzy mają zmiany w gruczołach krezkowych, zmiany w płucach są niewielkie lub nieobecne”.

Tu nie od rzeczy będzie przytoczyć zdanie Dahlena, który twierdzi, że łagodna infekcja jelitowa, zwłaszcza jeżeli chodzi o *typus bovinus*, może być nawet pożyteczna ze względów immunobiologicznych.

Następnie Opie (1922) stwierdza stanowczo, że główną drogą infekcji jest przewód oddechowy. Pierwotna gruźlica jelit pochodzi najczęściej z prątków gruźlicy bydlęcej i ma miejsce przeważnie u dzieci. Większość zwierząt zaraża się łatwiej przez drogi oddechowe niż przez pokarm, i to samo należy przypuścić co do ludzi.

Ghonna na podstawie 184 sekcji, a następnie Ghon i Winternitz na podstawie 608 badań sekcyjnych twierdzą, że 97% ognisk pierwotnych znajduje się w płucach głównie pod opłucną. Rijssell na podstawie sekcji zwłok 776 dzieci, z których 187 było gruźliczych, uważa, że pierwotna gruźlica jelit jest rzadkością, a to samo stwierdzają Wollstein i Spence. Myers i Lodmell opisują szereg przypadków, w których stwierdzali ogniska pierwotne w płucach na zdjęciach. Krause zwraca uwagę na częstość gruźlicy migdałków, wykrytej w 5% przypadków i podkreślając, że zajęcie gruczołów szyjnych jest najczęstszym objawem gruźlicy w wieku między 3 a 10 laty, uważa, że już ten wysoki procent stwierdzonego zachorowania gruczołów wskazuje na migdałki, jako na miejsce pierwotnej infekcji.

Hübischmana uznaje niemal wyłącznie infekcję oddechową. Bruno Lange (1934) stwierdza, że infekcja oddechowa wynosi około 90%, że zakażenie prątkami bydlęciami nie przenosi 2% wszystkich przypadków gruźlicy i że infekcja pokarmowa jest rzadka, a i wtedy drogą przenikania są często migdałki, nie jelita. Lange zwalcza również zdanie Flüggego, podzielane i przez Calmette'a o zaraźliwości infekcji kropelkowej. Uważa on, że płwocina wysuszona przedstawia większe niebezpieczeństwo niż wilgotna i że należy wystrzegać się kurzu z ubrań i pościeli ludzi chorych na gruźlicę. A zatem stwierdzić należy, że przeciwko zdaniu Calmette'a wypowiedziała się większość badaczy niemieckich, angielskich i amerykańskich. Nie da się zaprzeczyć, że już fakt niezmiernie rzadkiego pierwotnego zachorowywania jelit, które mają być przecież naprzód atakowane przez prątki, nieco nadwyręza tę teorię. Opinia większości autorów w tej sprawie dałaby się krótko ująć, odwracając zdanie, które sam Calmette wypowiedział o infekcji oddechowej: że prątki mogą wnikać i tą drogą jest rzeczą nie podlegającą wątpliwości, ale nie zdaje się, aby to zdarzało się w normalnych warunkach naturalnej infekcji.

Ze jednak jelita, zwłaszcza u dzieci, łatwo mogą być wrotami zakażenia, a następnie rozsiania, na to wskazuje tak świeża jeszcze w naszej pamięci smutna historia niemowląt, zaszczepionych omyłkowo w Lubec żywotnymi prątkami gruźlicy. Z dzieci tych zmarła blisko połowa, przyczem wykazywały one na sekcji obraz zmian rozsianych we wszystkich narządach wewnętrznych.

(Dok. nast.).

Oceny książek

Prof. BUCHNER, Prof. WEBER, dr. HAAGER. **Koronarinfarkt und Koronarinsuffizienz.** (Nakład Georg Thieme. Lipsk 1935. stronic 104).

Książka przedstawia studjum elektrokardjograficzne o wielkiej wartości naukowej. Badania autorów opierają się na opisie 43 przypadków cierpień sercowych. Wszystkie przypadki były szczegółowo zbadane w Klinice i we wszystkich dokonano sekcji. Krótki opis każdego przypadku składa się z 4 części: klinicznej, elektrokardjograficznej, anatomo-patologicznej i epikryzy. Każdy przypadek ilustrują piękne zdjęcia elektrokardjograficzne oraz fotografie preparatów anatomo-patologicznych, uwidaczniających zmiany sercowe, które stały się przyczyną zejścia śmiertelnego, oraz schematyczny rysunek zmian w naczyniach wieńcowych. Dążeniem autorów było przedstawić w sposób porównawczy zmiany elektrokardjograficzne i odpowiadające im zmiany morfologiczne serca, aby w umyśle lekarza wytworzył się żywy obraz wzajemnej zależności tych dwóch czynników. Ścisła współpraca klinicystów i anatomo-patologa umożliwiła doskonale rozwiązanie tego trudnego zagadnienia. W rozważaniach teoretycznych, poprzedzających opisy przypadków, autorzy omawiają wielkie znaczenie krążenia wieńcowego dla wydolności serca i wprowadzają określenie niedomogi wieńcowej, jako niezdolności naczyń wieńcowych dostosowywania się do zmiennej pracy serca. Niedomogi wieńcowej nie należy jednak utożsamiać z dławicą piersiową. Zmiany w ukrwieniu serca muszą się odbywać szybko i w znacznych granicach. Jeżeli ukrwienie serca przez naczynia wieńcowe zawodzi, to mięsień sercowy ulega bardzo szybko uszkodzeniu. Najczęstsze poważne cierpienie serca, przewlekła niedomoga, jest przede wszystkim wyrazem pogorszenia ukrwienia serca. Elektrokardjografia umożliwia w tej ważnej dziedzinie zapoznanie się szczegółowe za życia człowieka z istotą zmian chorobowych i pozwala na wyciągnięcie uzasadnionych i dość daleko idących wniosków rozpoznawczych i rokowniczych. Ostry zawał mięśnia sercowego, blizna pozawałowa, niedomoga wieńcowa na tle niedokrwistości, niedomoga wieńcowa pochodzenia kilowego lub miażdżycowego w niedomykalności zastawek tętnicy głównej, w miażdżycy naczyń wieńcowych, w nadciśnieniu tętniczym, w patologicznym obciążeniu komory prawej — oto szereg cierpień mięśnia sercowego, w których badanie kliniczne i elektrokardjograficzne umożliwiło autorom za życia chorego dokładne rozpoznanie morfologiczne, potwierdzone następnie sekcyjnie. Praca autorów stanowi niewątpliwie nowy ważny postęp w szczegółowym rozpoznawaniu schorzeń mięśnia sercowego na podstawie krzywych elektrokardjograficznych. J. T y p o g r a f.

LANDOIS. **Lehrbuch der Physiologie des Menschen.** W opracowaniu Dr. Med. i Dr. Fil. Prof. R ROSEMANNA. (Nakł. Urbana i Schwarzenberga, Berlin-Wiedeń. 1935).

Podręcznik fizjologii Landois wychodzi obecnie w 21-m wydaniu, co już wskazuje na wielką jego wartość. Podręcznik Landois został przetłumaczony na język angielski w Anglii i Ameryce, jęz. francuski, włoski, rosyjski, hiszpański, a nawet japoński. Podręcznik ten ma specjalne zadanie, którego nie posiadają inne podręczniki fizjologii, a mianowicie, ma nauczyć i przypomnieć podstawy fizjologii medycynie praktycznej. Dlatego też jest on odpowiednio skonstruowany. Książka zawiera wszystkie działy współczesnej fizjologii, bez faworyzowania poszczególnych, gdyż wszystkie są jednakowo dobrze i równomiernie opracowane z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy fizjologii. Książka jest opatrzona wstępem chemicznym, w którym

Rosemann, mówiąc o białkach, streszcza najnowsze poglądy na ich własności fizyczno-chemiczne, a omawiając cukry, wyprowadza ich budowę, w myśl badań Hawortha, z pierścienia pyranowego lub furanowego. Na końcu każdego działu fizjologii mamy krótkie dane, dotyczące jego patologii oraz pewnych objawów klinicznych, co w znacznym stopniu ułatwia praktykom zrozumienie prawidłowej czynności narządów. W takich danych przytaczane są nawet poszczególne jednostki chorobowe, które wynikają z zaburzeń czynności fizjologicznych, oraz powiązanie zasad fizjologicznych z kliniką. Poza tem każdy dział jest opatrzony rysem historycznym, skądinąd bardzo ciekawym, dającym pogląd na rozwój danego działu fizjologii, a częściowo i medycyny, z uwzględnieniem dat i nazwisk badaczy od najdawniejszych czasów. Podręcznik zawiera przy poszczególnych działach fizjologii rozdziały fizjologii porównawczej, posunięte nawet w niektórych działach do fizjologii roślin. Wielką zaletą podręcznika jest bardzo treściwie, ale mimo to dość wyczerpująco podana metodyka chemiczna i fizjologiczna z uwzględnieniem kliniki przy każdym poszczególnym dziale fizjologii, czego przeważnie brak w innych podręcznikach. Jeszcze jedną zaletą podręcznika jest jego konstrukcja, mianowicie, uwzględniane są rzeczy najważniejsze, o druku wyraźniejszym, mniej ważne podawane drukiem drobnym, ale i tu również są podkreślane ważniejsze rzeczy. Jako zaletę bardzo ważną podręcznika, należy podkreślić szczegółowe opracowanie literatury po każdym poszczególnym dziale fizjologii, nie tylko starszej, ale nawet najnowszej. W dążeniu do zmniejszenia objętości podręcznika, a tem samem uprzystępnienia go ostatnie wydania zostały przez Rosemanna pozbawione szeregu rysunków. Tak więc wydanie 16-te zawiera 283 rysunki i 967 stronic, zaś ostatnie 21-e wydanie zawiera tylko 168 rys. i 858 str. Oszczędność ta odbija się ujemnie na przejrzystości wykładu. Podręcznik składa się z następujących działów: I) Wstęp ogólny. II) Przegląd chemiczny składników ciała. III) Fizjologia krwi. IV) Fizjologia krążenia. V) Fizjologia oddychania. VI) Fizjologia trawienia. VII) Fizjologia wchłaniania. VIII) Fizjologia przemiany materji, w tem przegląd środków odżywczych. IX) Fizjologia wydzielania z rozdziałami: wydzielanie moczu, czynności skóry i wydzielanie wewnętrzne. X) Fizjologia ciepła zwierzęcego. XI) Fizjologia narządu ruchu z rozdziałami: o staniu, siedzeniu, chodzeniu, bieganiu i skakaniu oraz z rozdziałem o głosie i mowie. XII) Fizjologia układu nerwowego ogólna i elektrofizjologia. XIII) Fizjologia nerwów obwodowych. XIV) Fizjologia układu nerwowego ośrodkowego. XV) Fizjologia zmysłów z rozdziałami fizjologii wzroku, słuchu, powonienia, smaku, czucia. XVI) Fizjologia rozrodu. Książka ta, jak już sam autor podkreśla w tytule, jest przeznaczona dla medycyny praktycznej, a dlatego powinna się znaleźć na biurku każdego lekarza, który pragnie głębiej wniknąć w zagadnienia patologji, na podstawie dokładnego zrozumienia praw i zjawisk fizjologicznych. Dla łatwiejszego przyswojenia przedmiotu byłoby ze wszech miar pożądaną, aby ten właśnie podręcznik fizjologii został przetłumaczony na język polski, na wzór przekładów angielskich, francuskich, włoskich i t. d.

Dr. Julian W a l a w s k i.

Priv. Doz. Dr. Paul LIEBESNY. **Kurz- und Ultrakurzwellen. Biologie und Therapie.** Sonderbände zur Strahlentherapie Bd. XIX. (Nakł. Urbana i Schwarzenberg, Berlin-Wien. 1935).

Wobec coraz szerszego stosowania krótkich i ultrakrótkich fal w lecznictwie należy z uznaniem powitać ukazanie się wymienionej w tytule książki, tembardziej, że auto-

rem jej jest jeden z najlepszych znawców tego przedmiotu. O autorytecie, jakim *L i e b e s n y* cieszy się w świecie naukowym, najlepiej świadczy zaproszenie go przez Akademię Nauka w Rzymie na szereg wykładów o krótkich falach. Bogałe doświadczenie nauczyło autora, że działanie krótkich fal nie polega na wywoływaniu przez nie efektu cieplnego, a nawet, że w pewnych, zwłaszcza ostrych stanach zapalnych i w schorzeniach naczyniowych przegrzewanie działa wręcz szkodliwie. — Książka *L i e b e s n y e g o* zawiera bardzo szczegółowe wiadomości, dotyczące fizyki krótkich fal *H e r t z a*, ich działania na ustrój ludzki i zwierzęcy oraz na drobno-ustroje; dalej idzie dział terapeutyczny, w którym jest mowa o stosowaniu krótkich i ultrakrótkich fal w najrozmaitszych stanach chorobowych ostrych i przewlekłych z uwzględnieniem techniki. Na szczególną uwagę zasługują badania autora nad wpływem działania na drobnoustroje krótkich fal w zależności od ich długości. Tak np. fala 15-metrowa sprzyja rozwojowi promienicy, gdy 4-metrowa ją zabija. — Książka *L i e b e s n y e g o* daje czytelnikowi dokładny wgląd w naukę o krótkich falach i jest niezbędnym doradcą w mogących się nastęczyć wątpliwościach przy stosowaniu tej

metody leczniczej. Kto chce dziedzinę tę opanować doszczętnie, ten musi dzieło *L i e b e s n y e g o* przestudjować sumiennie. Równie dobrych usług żadne inne źródło mu nie odda. S.

L. GALLAVARDIN et A. TOURNIAIRE. *Les névroses tachycardiques*. (120 pages. Masson et Cie Éditeurs 1935. 17 francs. Paris).

Krótką broszura na 120 stronicach omawia szczegółowo nerwice częstoskurczowe, ich cechy funkcjonalne i organiczne, rytm sercowy, niestalość ciepłoty, ciśnienie tętnicze, objawy sercowe, czynność vegetatywnego węzła zatokowego, ortodiagram, elektrodiagram, formułę krwi, testy farmakodynamiczne i kliniczne, patogenezę myokardjalną, tyreotoksyczną i wagosympatyczną. Z postaci klinicznych podkreślone są: 1) type avec grandes oscillations rythmiques, quotidiennes et périodiques, 2) type inverse rythmique. Autorzy, interni kliniki lyońskiej, cytują 283 prace z ostatnich lat kilkunastu, traktujących sprawę częstoskurczów, i ilustrują swój własny materiał obficie diagramami.

H. Higiér.

Wskazówki praktyczne

Prontosil, grupa małe trujących związków Azo, odznacza się brakiem jakiegokolwiek działania na paciorkowce *in vitro*, natomiast w doświadczeniach na zwierzętach (myszach, świnkach morskich) wykazuje potężne działanie na zakażenie paciorkowcami i gronkowcami; mysz zakażona dawką paciorkowców, zabijających ją w ciągu 24 godzin, zostaje przy życiu po zastosowaniu *Prontosilu* doustnie lub podskórnie. Spostrzeżenia kliniczne *R ö m e r a* ustaliły następujące wskazania do użycia *Prontosilu*: ciężkie anginy, ropnie okolomigdałkowe, także zakrzepy żyłne i zapalenia gruczołów chłonnych, róża, zapalenie wśierdzia ostre i wrzodziejące, posocznica powolna, ostre i przewlekłe zapalenie stawów. Dawka: 3 razy dziennie po 0,3 doustnie, względnie 1—2 razy 10—20 ctm³ roztworu 0,25% dożylnie. (D. m. W. 1935. N. 7).

—o—

Doświadczenia A. S. K o r d o b y wykazały, że zawartość we krwi *hormonu tarczycznego* ma dobroczynny wpływ na *gojenie się ran i na odporność względem zakażeń*. Brak tego hormonu działa w tym kierunku ujemnie. (Arch. Klin. Chir. T. 179. Z. 4).

—o—

W uporczywych przypadkach zimnicy poleca B. L a q u e u r: *Rp. Chinin. mur.* 0,2; *Méthylblau* 0,1; *Acid. arsenicosi* 0,001; *Camphor. trit.* 0,1. *M. f. pulv. D. t. d. N.* XI! 3 razy dziennie po 1 proszku, lub: *Rp. Sol. Chin. mur.* 1%—200,0; *Trae Jod., Methyblau* aa 1,0. *M.D.S.* 3 razy dzien. po łyżce stol. Zarazem pigułki arsenikowe po 0,001 trzy razy dziennie. W razie idiosynkrazji względem chininy ten sam przepis bez chininy. (Ther. Gegenw. 1934. N. 3).

—o—

W ciężkich przypadkach gruźlicy stosowanie *insuliny*, według M. A l l e n a może przyczynić się do podniesienia wagi i wzmocnienia sił chorego, a także wpływać dodatnio na jego psychikę. (Journ. Amer. med. assoc. T. 101. N. 23).

—o—

W leczeniu zapalenia płuc chwali T h o m a s *Solvochinę* (25% wodny roztwór chininy). W powikłaniach narządu oddechowego (ropne zapalenie płuc, ropień lub zgorzel płuca) ma być skuteczniejsza *Transpulmina* (chinina + kamfora w olejkach eterycznych) w małych dawkach. (M. m. W. 1935. N. 11).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 29 stycznia 1935 roku.

Początek o godzinie 20 min. 10. Obecnych 32 członków i 29 gości.

1. Odczytane protokoły posiedzeń z dnia 15.1.35 r. oraz z dn. 22.1.35 r. przyjęto.

2. K o l. P r e z e s podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. K o l. G o e b e l Fr. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „*Wątroba a przemiana cholesterolowa*”.

A s c h o f f L., B a c k m e i s t e r i inni uważają wątrobę za główny narząd wydalniczy w stosunku do cholesterolu.

Zawartość tego lipoidu w żółci ma być zależna według powyższych autorów od poziomu cholesterolu we krwi.

Badania doświadczalne, przeprowadzone na psach, nie potwierdzają tego przypuszczenia.

Okazało się, że zarówno u psów z przetokami żółciowymi częściami, jak i całkowitemi, ilość cholesterolu w żółci nie jest wprost proporcjonalna do cholesterolomii. W żółci mamy często obniżanie się zawartości cholesterolu, podczas gdy we krwi zjawia się wysoki poziom tego lipoidu. Wobec tego należy przyjść do wniosków następujących:

1) Wydalanie cholesterolu z żółcią nie zależy bezpośrednio od poziomu tego lipoidu we krwi.

2) Nie można uważać wydalania cholesterolu z żółcią za bierne usuwanie ze krwi tego lipoidu.

3) Należy przyjąć, że wątroba posiada własny automatyzm wydalania drogą żółci tylko niepotrzebnego już ustrojowi cholesterolu.

Z żółcią odchodzi prawdopodobnie cholesterol, powstały z rozpadu krwinek.

W rozprawach przemawiali:

Kol. Kol.: R o g u s k i J., G u t o w s k i B., W ę g i e r k o i G o e b e l Gr.

4. Kol. Galinowski — członek T-wa, omówił: „Badania nad przemianą purynową w chorobach miąższu wątrobowego”.

Po naszkicowaniu danych piśmiennictwa, dotyczącego tego działu, prelegent omawia własne badania, wykonane w I Klinice Wewnętrznej U. W., polegające na porównaniu przemiany purynowo-białkowej u 4 zdrowych i 9 chorych z cierpieniami wątroby (żółtaczka nieżyłowa, marskość sercowa i przerostowa, rak przerzutowy wątroby). Badani byli pozostawieni na diecie bezpurynowej; codziennie w przeciągu 2—26 dni oznaczano w moczu dobowym azot ogólny, mocznik, amoniak, P_2O_5 , kwas moczowy i zasady purynowe. W zestawieniu danych wg. liczb średnich i bezwzględnych z całego okresu badań prelegent wyciąga następujące wnioski: 1) w chorobach miąższu wątrobowego wydalanie kwasu moczowego endogenicznego jest przeciętnie wyższe niż u zdrowych; 2) zachowanie się kwasu moczowego cechuje w okresie poprawy zdrowia spadek wartości wydalania i wzrost — podczas pogarszania; wartości moczu, NH_4 , mocznika, NH_4 i P_2O_5 nie wykazują przytem jednolitości w swych wychyleniach; 3) poziom kwasu moczowego jest we krwi całkowitej niski, pozwalając przypuszczać obniżenie progu nerkowego dla tego związku chemicznego.

Dla przekonania się, w jakiej mierze skłonność do retencji wody i niedomoga nerek, często rozwijające się w chorobach miąższu wątroby, mogły zaważyć na wzajemnem ustunkowaniu się badanych w moczu składników azotowych oraz dla ustalenia, jak zachowuje się u chorych ilość gromadzonych w ustroju zasobów rezerwowych kwasu moczowego, prelegent na tymże materiale doświadczalnym przerobił serię badań nad oddziaływaniem na zachowanie się moczu leków moczopędnych: kofeiny, eufiliny, neptalu oraz (w 8 przypadkach) — atofanyli.

Po przedstawieniu wyników doświadczeń, opierających się na wahaniami diurezy i składników azotowych w moczu i krwi, autor stwierdza co następuje:

1) Działanie moczopędne kofeiny, eufiliny i neptalu u chorych z cierpieniami miąższu wątrobowego zaznacza się wyraźniej, niż u zdrowych, wskazując pośrednio na skłonność chorych do zatrzymywania wody w ustroju.

2) Podawanie metyloksantyny wywołało przesunięcia w biegu wydalania resztek azotowych stosownie do wahań diurezy, przy braku równoległości liczb dobowych moczu a azotu ogólnego, mocznika, amoniaku i fosforanów.

3) W żółtaczce nieżytowej neptal wywiera wpływ hamujący na czynność wydalniczą nerek w stosunku do azotu ogólnego, mocznika i fosforanów. W przypadkach marskości wątroby i u zdrowych zjawisko to przebiegało niestale.

4) Kofeina i eufilina u zdrowych wywołują zahamowanie wydalania i produkcji kwasu moczowego w ustroju. W okresach silnie wyrażonych objawów chorobowych żółtaczki nieżytowej zaznacza się działanie odmiennie, przemawiając za pobudzającym przemianę nukleinową wpływem metyloksantyny.

5) Neptal wywiera działanie wzmagające wydalanie kwasu moczowego w ustroju; mechanizm tego działania polega w pierwszym rzędzie na swoistem podrażnieniu czynności wydalniczej nerek.

6) Ustrój, dotknięty cierpieniem miąższu wątroby, zdradza upośledzenie do gromadzenia zasobów kwasu moczowego; zjawisko to, obok przypuszczenia nadmiernej produkcji kwasu moczowego w rozpadających się komórkach wątroby schorzałej, tłumaczyć może wzmocnienie wydalania kwasu moczowego u chorych z żółtaczką wątrobo-pochodną.

W rozprawach przemawiali:

Kol. Kol.: Goebel Fr., Fidler A. i Galinowski.

5. Kol. Biernacki A. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ salirganu na wydzielanie żółci wątrobowej”. (Streszczenie własne).

Praca doświadczalna, wykonana na psach, ma na celu zbadanie wpływu salirganu, podawanego dożylnie na wydzielanie żółci wątrobowej. Ponieważ oddawna już stwierdzono, że podawane leki rțciowe, łącznie z salirganem, wydzielają się w znacznej ilości z żółcią, pojawiło się pytanie, czy salirgan nie ma wpływu na czynność wydzielniczą wątroby, zwłaszcza, że wywołuje on poza tem duże zaburzenie w gospodarce wodnej i chlorowej ustroju.

Doświadczenia wykonano na psach z przetoką żółciową, zakładaną metodą Węgiełk i, t. zn. z wycięciem całkowitem pęcherzyka żółciowego i wszyciem przewodu pęcherzykowego w powłoki brzuszne, bez podwiązki prze-

wodu wspólnego. a więc z zachowaniem prawidłowego obiegu żółci.

W wyniku 6 doświadczeń okazało się, że po wstrzyknięciu psu dożylnie 1 cm.³ salirganu, w żółci wątrobowej zachodzą następujące zmiany: a) ilość wydzielanej żółci wzrasta w 1-ej godzinie średnio o 89%, w 2-ej godzinie o 39% i powraca w 3-ej godzinie do stanu poprzedniego.

b) Salirgan wywiera działanie żółciotwórcze, jak tego dowodzi zwiększenie ilości bezwzględnej wszystkich składników żółci po jego wstrzyknięciu.

c) Jednocześnie z tem, salirgan w niewielkim stopniu rozcieńcza żółć, jak o tem świadczą zmiany zarówno wskaźnika załamania światła, jak i ciężaru właściwego i pozostałości suchej.

d) Odsetkowa i całkowita ilość chlorków wzrasta po wstrzyknięciu salirganu.

e) Stężenie jonów wodorowych, napięcie powierzchniowe, zasób zasad, ilość bilirubiny, żółcianów, azotu całkowitego pozabiałkowego ulegają tylko niewielkim wahaniom.

f) Zawartość cholesteroliny pozostaje niską, zwykle niżej 50 mg. w 100 cm.³ żółci.

Jeżeli psu wstrzykiwać większe dawki salirganu, to zaczyna on działać hamująco. Przy wstrzyknięciu 3 cm.³ to działanie hamujące występuje bardzo wyraźnie i połączone jest z zagęszczeniem żółci.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 40.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 12 lutego 1935 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 10.

Obecnych na posiedzeniu 73 członków i 51 gości.

Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 5 lutego 1935 r. — protokół został przyjęty.

Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły książek, nadesłanych do biblioteki T-wa.

Część I. Administracyjna.

a) Kol. Prezes zawiadamia o wyniku konkursu im. Giellera w. Zapomogę przyznano Kol. St. Muter milchowi.

b) Kol. Prezes podaje do wiadomości, że do Zarządu fundacji im. ś. p. D-ra W. Pawłowskiego zostało wybranych 5 członków: Kol. Leśniewski, kol. Filiński, Kol. Mazurek, Kol. Ryłko i Kol. Paszkiewicz. Wybór przyjęto.

Część II. Naukowa.

Kol. Chodkowska S. z powodu choroby nie miała pokazu p. t. „Przypadek zwężenia cieśni tętnicy głównej”.

Odczyty z cyklu „Choroby trzustki” wygłosili:

a) Kol. Konopacki M. — członek T-wa — „Anatomia i histologia trzustki”. (Streszczenia nie nadesłał).

b) Kol. Czubański Fr. — członek T-wa: „Fizjologia trzustki w świetle obcych i własnych badań”. (Streszczenia nie nadesłał).

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 20.

Dyskusji nie było.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Zastępca Sekretarza Doroczny: Józef Gackowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 13 lutego 1935 r. (Presse méd. N. 17/1935) R. Leriche i R. Fontaine mówili o stosowaniu wstrzykiwań wśród-tętnicznych nowokainy w bolesnych postaciach uniedrażniającego zapalenia tętnic. Po próbach stosowania wstrzykiwań okółotętnicznych nowokainy bez adrenaliny i nasiękowem znieczuleniu pnia lędźwiowego nerwu współczulnego zastosowali prelegenci wśródtętniczne wstrzykiwania 1% roztworu nowokainy. Wstrzykiwania robiono do tętnicy udowej poniżej więzadła Pouparta. Metoda ta, pozbawiona niebezpieczeństw, przynosi ulgę choremu, powoduje podniesienie ciepłoty kończyn. Ułga trwa 24 do 36 godzin.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 13 lutego 1935 r. (Presse méd. N. 17/1935) A. Holz i A. G. Weiss zdawali sprawę z leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy histydyną na podstawie dwuletniego doświadczenia klinicznego. Codzienne wstrzykiwania podskórne 1 cm.³ 4% roztworu chlorowodoru histydyny radykalnie zapobiegają występowaniu doświadczalnego wrzodu i ostrego nieżytu dwunastnicy i jelita czczego. Spadek sił, który towarzyszy z za-

sady występowaniu objawów ze strony przewodu pokarmowego, zjawia się późno. Psy żyją dłużej. Działanie troficzne histydyny na błonę śluzową jest tak silne, że badanie histologiczne żołądka zwierzęcia, zabitego w czwartym tygodniu, wykazuje nadzwyczaj daleko posunięty zanik błony śluzowej. Prelegenci leczyli 42 chorych wyłącznie wstrzykiwaniami histydyny, 18 chorych zaś było operowanych, po zabiegu zaś przechodziło okresowo leczenie histydyną. Dawka histydyny była jednakowa dla wszystkich chorych i wynosiła 5 cm.³ 4% rozczynu. Serja składała się z 21 codziennych wstrzykiwań. W razie bólów wykonywano znowu serję wstrzykiwań. Lepiej jeszcze przeprowadzać stale 2 lub 3 kuracje w ciągu roku. W znacznej liczbie przypadków ustąpiły objawy czynnościowe i radiologiczne wrzodu. W pewnych przypadkach lecze-

nie nie dało wyniku. Bywają wyniki umiarkowane tak, że dolegliwości utrzymują się. Ze względu na bezpośrednie wyniki, które histydyna daje prawie stale w okresach pogorszenia wrzodu, wpływa ona bardzo pomyślnie na rytm napadów i ich natężenie pod warunkiem, że się ją będzie stosowało w sposób wyżej podany. Histydyna wywiera działanie troficzne hormonu lub witaminu na błonę śluzową przewodu pokarmowego. Sprzyja ona zabliźnianiu się wrzodu, jak o tem świadczą niezaprzeczalne fakty doświadczalne i pewne ścisłe spostrzeżenia w dziedzinie patologii ludzkiej. Sposób podawania i stosowania dawki nie są, być może, najlepszymi; bardzo możliwe, że później znajdzie się lepszy sposób podziału dawek. Jednak histydynę należy uważać za podstawowe leczenie choroby wrzodowej.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Higiena psychiczna w zastosowaniu do dziecka w Europie Zachodniej i w Polsce.

Podala

Dr. Zofja ROSENBLUM (Warszawa).

Na przełomie stulecia, które Ellen K e y nazwała stuleciem dziecka, rozwija się nieomal we wszystkich krajach Europy Zachodniej akcja, mająca na celu nie tylko troskę o zdrowie fizyczne młodego pokolenia, lecz i o jego stan psychiczny. Powstaje szereg instytucji opiekuńczych dla dzieci epileptyków, zacofanych umysłowo, zagrożonych moralnie. Instytucje te, czerpiące przeważnie swe utrzymanie ze źródeł charytatywnych, zawdzięczają swój byt inicjatywie jednostek prywatnych, instytucji społecznych, rzadziej samorządowych lub państwowych.

Po wojnie kurs polityki sanitarnej zmienia się radykalnie: na pierwszy plan występuje konieczność zorganizowania akcji profilaktycznej, mającej na celu zabezpieczenie zdrowia fizycznego i psychicznego licznym zastępom dzieci i młodzieży, stworzenie im normalnych warunków życia, sprzyjających rozwojowi ich najlepszych cech charakteru, zapewnienie najodpowiedniejszych warunków wychowawczych, aby zapobiec rozwojowi nerwowości i innych anomalij psychicznych.

Młodzież bowiem i dzieci z okresu wojny, wyczerpane przejściami lat wojennych, wymagały najczujniejszej opieki, której rodzina, często rozbita, nie mogła im zapewnić.

Dobitnie podkreśla to stanowisko dr. H e g g, kierownik poradni pedologicznej z Zurichu w następujących słowach: „Jest zasadniczym obowiązkiem Poradni Pedologicznej dać rodzicom zdrowych dzieci odpowiednie wskazówki, jak dojść do najlepszych wyników wychowawczych. Tak samo jak stacje opieki nad dzieckiem są instytucją profilaktyczną, przeznaczoną dla dzieci zdrowych, tak samo poradnie leczniczo - wychowawcze winny być przede wszystkim instytucjami zapobiegawczymi”.

Niniejszy referat ma na celu wykazać, jakimi drogami poszczególne kraje na Zachodzie dążyły do urzeczywistnienia swego celu, i w jakiej fazie znajduje się walka o zdrowie psychiczne młodzieży. Szczupłe ramy pozwalają tylko na podkreślenie najważniejszych posunięć w tej dziedzinie.

Pod nazwą „Higiena psychiczna w zastosowaniu do dzieci” będziemy rozumieli te zespoły warunków, które pozwolą ustrzec dziecko przed zaburzenia-

mi psychicznymi, zachować w równowadze jego zdrowie psychiczne, wyleczyć istniejące uchylenia od normy i umożliwić mu najpełniejszy rozwój psychofizyczny.

Zmienione warunki życia rodzinnego, kryzys, bezrobocie, nerwowa naprężona atmosfera życia, szybkie tempo pracy — oto czynniki, które wpłynęły do tego stopnia na pogłębienie nerwowości dzieci i wykołajenie młodzieży, że zagadnienie, jak wychować dziecko normalne, aby wydobyć z niego jaknajwiększe wartości, i jak pokierować dzieckiem trudnym, aby je uspołecznic i przystosować do życia, wymagało powstania szeregu placówek doradczych fachowych, t. zw. poradni leczniczo - wychowawczych lub pedologicznych. Istniejące instytucje okazały się niewystarczające, zamało zróżniczkowane, i powstanie coraz to nowych placówek stało się koniecznością chwili.

Poradnie pedologiczne obejmują opieką dziecko przedszkolne, szkolne, młodzież normalną, trudną do prowadzenia, zaniedbaną moralnie lub umysłowo i przestępczą. Zależnie od typu pacjentów i od kierunku pracy mogą one mieć charakter leczniczo - wychowawczy, o ile na czele ich stoi lekarz czysto - wychowawczy lub czysto - psychologiczny. Największy rozwój poradni pedologicznych w Europie stwierdza się w Niemczech i Austrii.

Nieomal jednocześnie przed 30 laty powstaje jedna poradnia leczniczo - wychowawcza w Berlinie, założona przez dra F ü r s t e n h e i m a i także, powstała dzięki Judge B a k e r Foundation, w Bostonie. O ile jednak poradnictwo pedologiczne Stanów Zjednoczonych rozwijało się w tempie imponującym zarówno pod względem liczby, jak i różnorodności instytucji, o tyle w Europie rozkwit jego przypada dopiero na okres powojenny.

W 1917 r. H o m b u r g e r zakłada w Heidelbergu poradnię leczniczo - wychowawczą przy klinice pediatrycznej prof. M o r o, uważając, że względu na odrębności psychiki dziecka, graniczenie tej placówki z kliniką psychiatryczną za niewłaściwe.

Dwukrotnie w 1921 i w 1933 r. prof. P o t o c k i z Berlina motywuje konieczność ścisłej współpracy pediatry z psychiatrą i psychologiem na polu higieny psychicznej dziecka i podkreśla konieczność wyłonienia specjalności „psychiatrii dziecięcej”, któryby jednoczył wykształcenie psychiatryczne z równorzędnym wykształceniem pediatrycznym. Przedstawicielami takich pediatrów dziecięcych są: L a z a r i F e l d n e r w Wiedniu, V i l l i n g e r w Hamburgu,

Collin, Heueyr, Beley, Robin we Francji.

Poradnie pedologiczne rozwijają troskliwą akcję przede wszystkim na terenie przedszkoli, spełniając poważne zagadnienie wczesnego rozpoznania anomalii psychicznych dziecka i umiejętnego pokierowania jego wychowaniem. Im bowiem rozpoznanie jest wcześniejsze, tem istotniejsza jest jego wartość ze względu na plastyczny umysł dziecka, zdolny do przystosowania się i odpowiedniego odreagowania na metody wychowawcze i lecznicze.

Na terenie przedszkoli w Austrii, Niemczech i Szwajcarii pracują przedszkolanki, psychologicznie wykształcone, adeptki Freuda i Adlera. Wnikliwe prace nad strukturą psychologiczną małego dziecka, nad zaburzeniami charakterologicznymi w związku z urazami podświadomości i konfliktami, przeżytemi w najwcześniejszym dzieciństwie, rzucają ciekawe światło na genezę pewnych zespołów klinicznych i przejawów społecznych. Prace te drukowane są przeważnie na łamach pism fachowych, jak: *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, *Zeitschrift für Kinderforschung* i t. d.

Wzorem Ameryki w poradnictwie pedologicznem Europy dominującą rolę odgrywa praca opiekunki społecznej, która musi dotrzeć do środowiska dziecka, zapoznać się z jego warunkami życia, umiejętnie wydobyć najaw wszystkie urazy i przeżycia, które mogły wpłynąć na spaczenie lub załamanie psychiki dziecka. Do opiekunki społecznej należeć też będzie nawiązywanie kontaktu z rodzicami, szkołą, podtrzymywanie kontaktu między rodziną, dzieckiem a poradnią, szerzenie hasła higieny psychicznej i czuwanie nad ich wykonaniem.

W Ameryce poradnie pedologiczne rozporządzają sztabem wykwalifikowanych pracowników społecznych, t. zw. social-workers. W Europie w ostatnim 10-leciu służba społeczna spoczywa w rękach personelu wykwalifikowanego i płatnego. W Polsce pielęgniarki społeczne zaczynają się ostatnio kwalifikować i w dziedzinie higieny psychicznej. Niestety, ze względów materialnych poradnie pedologiczne polskie dotychczas są skazane przeważnie na siły bezpłatne i niefachowe, na czym bardzo cierpi strona społeczna profilaktyki psychicznej.

W 1930 r. było w Wiedniu 30 poradni pedologicznych, z nich kilka leczniczo-wychowawczych, 5 psychoanalitycznych, a reszta Adlerowskich (1—2 w każdym okręgu). W Niemczech istnieje w każdym mieście od jednej do kilku poradni pedologicznych, w Berlinie przy każdym z 20 Jugendamtów jest poradnia leczniczo-wychowawcza. W Austrii, Niemczech, Szwajcarii i na Węgrzech w poradnictwie pedologicznem dominujący jest kierunek psychologiczny. Szkoła Adlera, Freuda, Charlotty Bühlera, a przede wszystkim ojca pedagogiki leczniczej Heilera nadały myśli psychologicznej kierunek, sięgający daleko poza ojczyznę ich twórcy; ostatnio w pracach szkoły wiedeńskiej przejawia się coraz intensywniejszy wpływ kierunku socjologicznego w zagadnieniach wychowania, co się ujawnia, np. w pracach Hildegard Hetter „Kindheit u. Armut” i t. p.

We Francji i Belgii poradnie pedologiczne mają kierunek raczej kliniczny. Pokutuje w nich tendencja doszukiwania się we wszystkich anomaljach psychicznych dziecka czynników endogennych i blastoforycz-

nych. Poradnie dla dzieci, umysłowo zacofanych, prowadzi w Paryżu Rubinowitch. Czołowe miejsce w psychiatrii francuskiej dziecięcej zajmuje ostatnio Gilbert Robin, którego praca „La paresse est elle un défaut ou une maladie” zasługuje na uwagę ze względu na oryginalne podejście do zagadnienia.

W Anglii, poza siecią przychodni dla dzieci normalnych i odchylających się od normy, należy zwrócić uwagę na poradnie lotne, założone przez Cyryla Burt'a, których zadaniem jest docieranie do najbardziej zapadłych wiosek celem dokonania selekcji dzieci i udzielenia odpowiednich rad pedagogicznych. Poradnie lotne, mieszczące się w samochodzie lub specjalnie na ten cel urządzonym wagonie, a obsługiwane przez lekarza, psychologa i opiekunkę społeczną, znajdujemy poza Anglią — w Ameryce.

W Polsce powstała I poradnia w 1919 roku przy Polskiej Macierzy Szkolnej z inicjatywy dra Jaroszyńskiego. Poradnia ta istniała do 1921 r.

W 1924 r. powstaje z inicjatywy Tow. Przyjaciół Dzieci poradnia pedologiczna o typie klinicznym. Zarówno ta poradnia, jak i poradnia, założona w 1927 r. przy I Miejskiej Stacji Higieny Zapobiegawczej, oraz poradnia, założona w 1933 r. przy Stacji Neuropsychiatrii dziecięcej, są zorganizowane na wzór amerykańskich Child guidance clinic i oparte na najściślejszej współpracy lekarza, psychologa i opiekunki społecznej. Na wspólnej naradzie, wzorem amerykańskiego staffu, ustala się rozpoznanie i udziela opinii rodzicom, szkołom, zakładom opiekuńczym, sądom. Przy Poradni Tow. Przyjaciół Dzieci istnieje Koło Opieki Społecznej, które, jako instytucja wykonawcza, stoi na straży wypełnienia zleceń organu opiniodawczego. Przez poradnię pedologiczną Tow. Przyjaciół Dzieci przeszło w ciągu 10 i pół lat istnienia około 3000 dzieci, przez poradnię pedologiczną przy I. M. Ośr. Zdrowia około 1800.

W 1932 r. została założona przy Patronacie nad więźniami Poradnia przeznaczona specjalnie dla dzieci podsądnych, która obejmuje swą opieką i dzieci, przebywające w więzieniu. Poza tem istnieją w Warszawie 2 poradnie dla dzieci wieku przedszkolnego, kilka poradni psychologicznych oraz 2 poradnie, przeznaczone wyłącznie dla dzieci szkół powszechnych.

W ostatnich latach na terenie szkół średnich warszawskich rozwija intensywną działalność Koło Psychologów Szkolnych, których można porównać do analogicznych instytucji visiting teacher w Ameryce, z tą różnicą, że polscy psychologowie szkolni mają znacznie głębsze podstawy psychologiczne do sprawowania opieki nad psychiką dziecka, niż średnio wykwalifikowany visiting teacher amerykański.

Opiekę nad dziećmi szkół powszechnych na terenie Warszawy, poza wyżej wymienionymi poradniami, wykonywa 3-ch psychologów szkolnych. Poradnie psychologiczne istnieją w Łodzi, Krakowie, Lwowie, Białymstoku, Wilnie i Katowicach.

W ubiegłym roku prof. Radlińska zainicjowała szereg ciekawych badań nad środowiskiem dzieci w związku z odraczaniem dziecka do szkoły i z problematem drugoroczności.

Poradnia pedologiczna, jako instytucja opiniodawcza, musi mieć do dyspozycji szereg instytucji wykonawczych, przede wszystkim stacje obserwacyjne i zakłady wychowawczo-lecznicze.

Stacje obserwacyjne.

Prym bierze przy tym względem Wiedeń z wspaniałą Uebnahmstation, zorganizowaną przez burmistrza T a n d l e r a. Obserwacje i badania psychologiczne spoczywają w rękach Charlotty B ü h l e r i jej szkoły. Poza tą stacją obserwacyjną klinika P i r q u e t a posiada obszerny oddział neuropsychiatrii dziecięcej, którego kierownikiem był w ciągu długich lat prof. L a z a r, oraz wzorowo postawiony zakład obserwacyjny Wilhelminerenberg pod Wiedniem.

W Niemczech każde większe miasto ma oddział neuropsychiatrii dziecięcej oraz oddziały obserwacyjne poza szeregiem prywatnych placówek.

W Paryżu istnieje wzorowa klinika neuropsychiatrii dziecięcej, prowadzona przez C l a u d a i H e u y e r a przy Patronage de l'Enfance et Adolescence.

W Genewie poradnia pedologiczna jest w ścisłym kontakcie z Zakładem Wychowawczym „Maison de Charmilles”, gdzie są umieszczane dzieci, wymagające obserwacji.

To samo w Valais, gdzie poradnia pedologiczna podlega władzom szkolnym, ale jest oparta o klinikę, w której są obserwowane przypadki czysto psychiatryczne. Obie te instytucje prowadzą szeroko zakrojoną psychoterapię, pozostawiając dzieci na terenie rodziny.

Ciekawym typem zakładu obserwacyjnego jest zakład w Moll w Belgji, przeznaczony dla dzieci trudnych do wychowania. Zakład ten jest wyposażony we wszystkie zdobycze naukowe pod kierunkiem dra R o u v r o y, cechuje się przez ciekawą metodę obserwacji dziecka. Pupil zostaje w zakładzie od 1 do 3 miesięcy i w ciągu tego czasu jest poddany stałej obserwacji: podczas nauki, w warsztacie, w okresie zabawy, snu, sportu. Notowane są odruchy społeczne dziecka, jego stosunek do otoczenia, zdolność przystosowania się, tempo pracy, reagowanie na przyjemności i przykrości, odruchy patriotyczne i t. p. Na podstawie tych danych decyduje się o losie pupila, przeznaczając go do jednego z licznych zakładów wychowawczych.

W Polsce w zakładach psychiatrycznych (Tworzy, Choroszcz, Rybnik) istnieją oddziały dla dzieci. W Warszawie od 2-ch lat został założony zakład neuropsychiatrii dziecięcej pod kierunkiem dra D a b r o w s k i e g o i prof. B a l e y a, gdzie się skierowuje materiał patologiczny. Od kilku miesięcy zaczął funkcjonować przy szkole specjalnej dla chłopców trudnych do prowadzenia niewielki ośrodek obserwacyjny. Dotkliwie daje się odczuć natomiast brak odpowiednio zorganizowanego pogotowia opiekuńczego, na którego terenie można by przeprowadzać selekcję dzieci do szeregu zakładów, które muszą być do dyspozycji poradni psychologicznych.

Zakłady wychowawczo-lecznicze.

A. Zakłady dla psychopatów.

Tylko w Niemczech i Austrii problemat dzieci psychopatycznych wydaje się być rozwiązany należycie. W Berlinie powstaje w 1919 r. Liga niemiecka dla opieki nad młodymi psychopatami, która w 1933 r. podaje spis 80 zakładów wychowawczych, jakimi rozporządza na terenie państwa. Na kongresach pedagogii

leczniczej coraz częściej podkreśla się, że pojęcie psychopatii w odniesieniu do młodocianych nie jest pojęciem statycznym, endogennym. Zarówno A d l e r, jak B u m k e, C i m b a l, P e r i t z i wielu innych czołowych psychiatrów podkreślają, że na zespół psychopatii dziecięcych składają się nie tylko czynniki endogenne i dziedziczne, lecz i przeżycia podświadome oraz szereg czynników zewnątrzpochodnych. Dotarcie do tajników psychiki dziecka i zastosowanie odpowiedniego wczesnego postępowania leczniczo-wychowawczego jest podstawą obecnego kierunku leczniczego wobec nieletnich psychopatów.

Zakłady dla psychopatów stosują terapię pracy, sport, unormowane gry, rozgrywki, wycieczki przyrodoznawcze, dążąc do przesublimowania popędów stenicznych w energię twórczą i do pobudzenia jednostek biernych do aktywnej pracy.

Poza Niemcami i Austrią, wykazującymi głębokie zrozumienie dla problemów psychopatii dziecięcej, nie znajdujemy w innych krajach zakładów, dostatecznie zróżniczkowanych. Dzieci psychopatyczne umieszcza się w zakładach dla dzieci trudnych do wychowania, moralnie zaniedbanych, czasem cofniętych umysłowo, ewentualnie w prywatnych rodzinach.

W Polsce niema ani jednego zakładu dla nieletnich psychopatów mimo kilkakrotnych rezolucyj Zjazdów Psychiatrycznych, które od kilku lat, doceniając palącą potrzebę takiego zakładu, rokrocznie energicznie domagają się jego utworzenia.

B. Zakłady i sanatoria dla dzieci wyczerpanych nerwowo.

Problemat nerwowości dziecięcej łączy się ściśle z problemem wyczerpalności. Nadmiernie szybkie tempo życia, zbyt wielka ilość wrażeń, przeciążenie programów szkolnych, przełudnienie uczniów w klasach, w pomieszczeniach mieszkalnych, hałas — oto czynniki, dzięki którym nerwowość dziecięca w ostatnim 10-leciu wzmożła się tak zatrażająco, że liczne prace, pomieszczane w najpoważniejszych organach, jak: Zeitschrift für Kinderforschung, Pro juventute i innych, z coraz większą trwogą podkreślają to zjawisko.

Mimo to nie znajdujemy w żadnym kraju celowych zarządzeń profilaktycznych. Kolonie letnie, zimowe, szkoły leśne i sanatoria nie rozwiązują w dostatecznym stopniu tego zagadnienia — przeznaczone są bowiem przedewszystkiem dla dzieci o cierpieniach somatycznych. Brak prewentyj dla dzieci, nerwowo wyczerpanych, oraz sanatoriów dziennych tłumaczy się kryzysem finansowym.

Toteż zagadnienie dziecka nerwowego, któremu się należy częściowy wypoczynek, nie zostało należycie rozwiązane w żadnym kraju, jeśli nie brać pod uwagę najróżnorodniejszego typu Kinderheimów i Maison de repos, gdzie między innymi umieszczane są i dzieci nerwowe. Są to przeważnie jednak instytucje prywatne i płatne.

W Polsce nie mamy ani jednego zakładu społecznego, przeznaczonego dla dzieci, wyczerpanych nerwowo, w którym dziecko, obciążone tikiem, dotknięte bezsennością, brakiem łaknienia, wyczerpane po płasawicy, mogłoby dojść do zdrowia.

C. Zakłady dla dzieci opóźniających.

Po wielkiej epidemii *encephalitis lethargica*, która tak głęboko odbiła się na psychice dzieci, dając

szereg powikłań neuropsychicznych powstało kilka zakładów dla dzieci pośpiączkowych.

Przedewszystkiem powstał duży zakład w Chemnitz w Niemczech. Zakład ten jest ciekawy ze względu na zastosowaną w nim metodę wychowawczo-leczniczą. Poza szerokiem uwzględnieniem gimnastyki leczniczej, pacjenci są w ciągu całego dnia ujęci w żelazne karby sportu, pracy ręcznej, pracy w warsztatach, w ogrodzie, w szkole, rozrywek, wycieczek, pracy w szkole. Kierownik zakładu podkreśla, że celowo zorganizowana praca, brak t. zw. wolnego czasu i niemożność wyładowania się w chwilach wolnych od zajęć znakomicie wpływa na wyrobienie mechanizmów hamujących, i że

wyniki wychowawcze są naogół dobre. Zakład dla dzieci pośpiączkowych istnieje także w Anglii.

D. Zakłady dla epileptyków.

Zakłady dla epileptyków, jako bardzo specjalne, zajmujące się wyłącznie dzieckiem chorem, nie wchodzi tu w rachubę. Należy tylko podkreślić, iż w Polsce istnieje duży oddział dla dzieci epileptycznych w Rybniku na Śląsku, i że na ostatnim Zjeździe szkolnictwa szkół specjalnych w r. 1934, dr. W e n d l o c h a przedstawił dobre wyniki leczenia młodocianych epileptyków odma czaszkową.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— Na stanowisku ordynatora oddziału chorób skórnych i wenerycznych w Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie został zatwierdzony kol. Józef M e r e n l e n d e r, członek Redakcji naszego pisma. Winszujemy kol. M e r e n l e n d e r o w i tego ze wszech miar zasłużonego odznaczenia i życzymy mu owocnej pracy na objętym stanowisku.

— Tegoroczny XV Międzynarodowy Lekarski Kurs dokształcający w Karlsbadzie ze szczególnym uwzględnieniem Balneologii i Balneoterapii odbędzie się w czasie od 8 do 14 września. Informacyj udziela Dr. Edgar G a n z w Karlsbadzie, Haus „Pelikan“, Alte Wiese.

— W czasie od 26 do 31 sierpnia r. b. odbędzie się w Lozannie I Międzynarodowy Zjazd Lekarzy - Przyjaciół Wina. Zjazd ten ma na celu wykazanie uczestnikom, jakie miejsce zająć powinno wino w odżywianiu zdrowego człowieka i jakie są wskazania i przeciwwskazania do jego użycia u człowieka chorego. Program obejmuje 3 następujące punkty: 1) Witaminy wina (Prof. B a g l i o n i — Rzym); 2) Rola wina w zaburzeniach odżywiania (Dr. W e i s s e n b a c h — Paryż); 3) Wino w psychiatrii (Dr. A n g l a d e — Bordeaux). Bliższych informacji udziela Dr. D o n a r c h e, Sekretarz generalny Zjazdu, Paryż VII, Place du Palais Bourbon. N. 1.

— Od 8 do 10 sierpnia r. b. odbywać się będzie w Brukseli I Międzynarodowy Zjazd Gastroenterologów. Bliższych informacji udziela sekretarz generalny Dr. Georges B r o h e e, 64, rue de la Concorde,

Bruxelles. Na liście członków patronatu Zjazdu figuruje Polskie Towarzystwo Gastrologiczne, a do prezydium honorowego należeć miał niedawno zmarły prof. Antoni G l u z i Ń s k i z Warszawy.

ZMARLI.

Alfred G o l d s c h e i d e r, prof. i były dyrektor II Kliniki wewnętrznej uniw. berlińskiego, znany z wielu prac naukowych, zwłaszcza z dziedziny neurologii — w Berlinie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

7.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Z d r o j e w s k i Z. O leczeniu zatruc HCN wywołaniem methemoglobinemii. 2. L a n d a u A., S t e f f e n E. i W a j s m a n J. Rzadka postać kliniczna ostrego septycznego, śródmiąższowego zapalenia nerek, przebiegającego z ciężką azotacją i kwasicą, z zejściem pomyślnym. 3. O p a l s k i A. Nauka o lokalizacji w ośrodkowym układzie nerwowym w świetle najnowszych poglądów.

13.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

1. A. Ł a w r y n o w i c z. Niektóre zagadnienia mikrobiologii i epidemiologii duru brzuszego w świetle nowych badań. 2. M. L a n d s b e r g. Rzut oka na klinikę duru brzuszego w r. 1935. 3. M. L a n d s b e r g. O niektórych wskazaniach do opoterapii wątrobowej poza niedokrewnością złośliwą (doniesienie tymczasowe).

Résumé des articles originaux.

J. RADLIŃSKA et St. SZENICER.

Les auteurs présentent les résultats de leurs expériences sur l'anesthésie intraveineuse, faites dans la II Clinique Chirurgicale de l'Université de Varsovie, se basant sur 140 cas.

Dans 90 cas on fit usage du produit allemand Evipan-Na; dans 50 — du produit polonais Sennarcol — Spiess.

Les conclusions sont suivantes:

1) Le produit polonais Sennarcol—Spiess n'est pas différent dans son action du produit allemand Evipan-Na.

2) Le dosage du remède calculé d'avance et injecté à la fois est à rejeter.

3) Le plus rationnel est de continuer l'injection intraveineuse pendant toute la durée de l'opération à mesure qu'il le faut, selon les symptômes de l'anesthésie.

L'observation de ceux-ci est possible quand on injecte très lentement (1 cm. de solution 10% dans 1 min.).

4) En finissant les auteurs discutent les indications et contre-indications pour l'anesthésie intraveineuse par les moyens sus-dits.

TREŚĆ: H. STRAUSS. Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka i kiszek. — J. RADLIŃSKA i ST. SZENICER. Doświadczenia Kliniki Chirurgicznej II U. W. nad uspianiem dożylnym. — M. RUBINSZTEJN. Wpływ na podstawową przemianę oddechową ciał, działających wybiórczo na układ nerwowy obokwspółczulny. — H. PETRYNOWSKA. Rzut oka na patogenę zakażenia gruźliczego. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. ROSENBLUM. Higiena psychiczna w zastosowaniu do dziecka w Europie zachodniej i w Polsce. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STRAUSS. Les progrès dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac et des intestins. — J. RADLIŃSKA et ST. SZENICER. Les expériences de la II Clinique Chirurgicale de l'Université de Varsovie sur la narcose intraveineuse. — M. RUBINSZTEJN. Le système parasymphatique et les échanges respiratoires. — H. PETRYNOWSKA. Coup d'oeil sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse (Rev. gén.). — S. ROSENBLUM. L'hygiène psychique de l'enfant en Europe et en Pologne.