

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. 8-24-48.

Rok XII

WARSZAWA, 22 SIERPNIA 1935 R.

Nr. 31-32

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Wiedeńskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr. H. E p p i n g e r).

Rola skrzywień kręgosłupa w powstawaniu choroby wrzodowej odcinka żołądkowo-dwunastniczego.

Podał

Dr. med. Ignacy PINES (Warszawa).

Choroba wrzodowa odcinka żołądkowo-dwunastniczego jest jedną z tych dziedzin patologii ludzkiej, w których klinika współczesna prawie nie może się obejść bez badania chorego promieniami Roentgena. Badanie to umożliwia nie tylko postawienie ścisłego i pewnego rozpoznania; pozwala ono określić siedziwę i rozmiary ubytku śluzówki żołądka lub dwunastnicy, stwierdza nieraz postęp i przebieg choroby, dostarcza poważnych danych dla rokowania i ewentualnie wskazań do zabiegu operacyjnego (zwężenie odźwiernika), wreszcie orientuje chirurga jeszcze przed zabiegiem co do kierunku i rozmiarów operacji. Jeżeli weźmiemy pod uwagę również i ten fakt, że badaniu rentgenowskiemu zawdzięczamy olbrzymie postępy anatomii topograficznej i fizjologii żołądka, to wysiłki rozmaitych autorów w kierunku wyjaśnienia przy pomocy badania rentgenowskiego skomplikowanych warunków i przyczyn powstawania choroby wrzodowej staną się zupełnie usprawiedliwione.

Jak dobrze wiadomo, próby syntetycznego ujęcia patogenetycznego sprawy wrzodowej, mimo kolosalnej liczby obserwacji i prac eksperymentalnych, nie zostały jeszcze dotychczas uwieńczone powodzeniem. Do tego stanu rzeczy przyczynia się przede wszystkim mnóstwo napotykaných w tem zagadnieniu niejasnych i niezawsze pozostających ze sobą w związku przyczynowym problemów.

Nawet najbardziej rozpowszechniona i stosunkowo najlepiej ugruntowana teoria nerwowo-spazmogennej Bergmanna, Katscha i Lichtenbelta nie może uwzględnić wszystkich wchodzących w grę czynników przyczynowych i zspolic ich w jednolity obraz patogenetyczny. Twórcy tej teorii wyszli z założenia, że normalna i dobrze unaczyniona śluzówka jest całkowicie odporna na działanie soku żołądkowego.

U chorych na wrzód okrągły stwierdzamy z rozmaitych przyczyn, głównie jednak z powodu zmian w układzie nerwowym ośrodkowym i roślinnym, usposobienie do kurczów muskulatury gładkiej, do zaburzeń ruchomości i czynności wydzielniczej żołądka. Na tle tych zmian w układzie nerwowym, najczęściej pochodzenia konstytucjonalnego dochodzi z jednej strony do kurczów i zamknięcia naczyń (niezależnie od tego, czy kurcze te dotyczą samych naczyń, czy też mięśni śluzówki, względnie właściwej muskulatury żołądka), z drugiej zaś do podwyższenia kwaśności soku żołądkowego oraz zaburzeń nerwowo-troficzných w żołądku. W ten sposób powstaje ostra sprawa wrzodowa, która z kolei, podrażniając zakończenia nerwów czuciowych żołądka, sprowadza dalsze kurcze i przyczynia się do rozszerzenia i pogłębienia wrzodu oraz do jego przejścia w postać przewlekłą.

Teoria nerwowo-spazmogennej jest więc w stanie wyjaśnić konstytucjonalną dyspozycję do sprawy wrzodowej i rodzinne występowanie tej choroby. Tłumaczy ona jednocześnie niektóre pozytywne wyniki zabiegów na splocie trzewnym i na nerwach błędnych, uderzającą częstość występowania wrzodów żołądka w zatruciu ołowiem, w wiaździe rdzenia i t. d. oraz w chorobach innych narządów, np. jamy brzusznej (odruchowy kurcz naczyń — Rössle). Niepodobna jednak nie dostrzec na pierwszy rzut oka, że istnieją w tej teorii uderzające braki. Jeżeli przyjmujemy nawet za pewnik „dysharmonię nerwowo-vegetatywną” u chorych na wrzód żołądka, to takąż samą dysharmonię bodaj z przewagą nerwu błędnego wykazuje wielu ludzi, którzy na żołądek nigdy nie chorowali; odczyn żołądka, jako organu odbiorczego, na nieprawidłowe bodźce powinien jeszcze zależeć od czynników miejscowych. Wrzody żołądka lokalizują się prawie zawsze w określonej części żołądka, t. j. na krzywiźnie małej lub w odźwierniku, w innych zaś miejscach należałoby do rzadkości, co również w teorii nerwowo-spazmogennej nie uległo dostatecznie uwzględnieniu i wyjaśnieniu. Wrzody żołądka posiadają zazwyczaj określony kształt i określone ułożenie w stosunku do jego osi. Bardzo często spotykamy wrzody okrągłe ściśle w tych miejscach żołądka, które z jakichś powodów uległy nadmiernemu uciskowi. Przeciwnie teorii nerwowo-spazmogennej

przemawia również negatywny wynik doświadczeń wielu autorów.

Może nietylko samo powstawanie wrzodu okrągłego żołądka, ile jego forma oraz charakterystyczny,ciągający się przebieg zależy chyba od czynników lokalnych. W ostatnich czasach nawet główni przedstawiciele teorii nerwowo-spazmogennej przestają lekceważyć znaczenie tych czynników. G. H a u s e r przypuszcza, że wrzody okrągłe żołądka mogą się rozwijać w pewnych warunkach pod wpływem ucisku zzewnątrz. Za udziałem czynników mechanicznych w powstawaniu wrzodu okrągłego żołądka przemawiają liczne statystyki i spostrzeżenia, które datują między innymi z czasów dość dawnych. Już M o r g a g n i wypowiedział myśl, że ucisk sznurówki u kobiet, udzielający się żołądkowi za pośrednictwem żeber i wątroby, wywołuje, względnie uspasabia do rozwoju wrzodu okrągłego. W wieku XIX podnoszono nieraz uderzającą częstość występowania wrzodu w pewnych zawodach (np. u szwaczek, szewców, krawców i t. d.), wymagających długiego siedzenia w postawie zgiętej, w której sztywna dolna część klatki piersiowej nakłada się na brzuch i uciska żołądek. R a s m u s s e n zwrócił uwagę na ucisk, wywierany przez gorset za pośrednictwem wątroby i lewego łuku żebrowego na żołądek. Bródka w żołądku biegnie od środka krzywizny małej do krzywizny dużej. W miejscu bródki wykazuje śluzówka żołądka lekki zanik. We wszystkich przypadkach blizn wrzodowych, badanych w tym kierunku przez R a s m u s s e n a, były one symetrycznie ułożone po obu stronach krzywizny małej ściśle w miejscu, gdzie przebiegała bródka żołądkowa, wywołana uciskiem sznurówki na lewy łuk żebrowy. W jednym przypadku płat wątroby uciskał tak silnie na żołądek, że miano tu do czynienia z prawdziwą martwicą uciskową.

Spostrzeżenia te zostały potwierdzone przez A c k e r m a n n a, ujęte zaś liczbowo w statystykach C o h n a i B r i n k m a n n a. Na podstawie tych statystyk trzeba by przyjąć, że w 25,7%, względnie w 41,1% wrzodów żołądka znaleziono wątrobie gorsetową. Wprawdzie inne statystyki podają liczby odmienne (S t a c h e l h a u s e n 3%, S c h e u e r m a n n 7,3%, K r u g 15,1%, K o s s i n s k y 15,9%), ale różnice polegają prawdopodobnie na tem, że ostatni autorzy nie uwzględnili w swych statystykach cięższych przypadków wątroby gorsetowej, które C o h n i B r i n k m a n n zaliczyli do swego materiału (H a u s e r). Tych i innych spostrzeżeń, podkreślających wpływ czynników mechanicznych na rozwój wrzodów okrągłych żołądka, było bardzo dużo (między innymi i P o t a i n). Posiadały one jednak tylko znaczenie kazuistyczne. Dopiero A s c h o f f i jego szkoła oparły te spostrzeżenia na ścisłych badaniach anatomicznych i włączyły je w ramy jednolitej teorii mechaniczno-funkcjonalnej. S c h w a r z i H i t z e n b e r g e r potwierdzili teorię mechaniczno-funkcjonalną przy pomocy badań rentgenologicznych żołądków chorych i zdrowych; podobne wyniki daly badania stosunków anatomo-topograficznych w górnej części jamy brzusznej (H i t z e n b e r g e r i R e i c h, C. R o h d e).

Teoria mechaniczno-funkcjonalna odróżnia ściśle powstawanie pierwotnego ubytku śluzówki żołądka i wrzód okrągły, jako chorobę przewlekłą. Ubytki pierwotne, t. zw. Primärdefekty, tworzą się w rozmaitych miejscach żołądka pod wpływem bardzo różnych czynników i naogół goją się bardzo prędko. Do czynników, wywołujących ubytki pierwotne, należą momenty ura-

zowe, krążeniowe, miejscowo-zapalne, ogólnie-infekcyjne, toksyczne, spastyczne, chemiczne i t. d. Zagadnienie pierwszorzędnej wagi stanowi dopiero powód przekształcania się niektórych z tych ubytków w przewlekłą chorobę wrzodową. Ponieważ ubytki przechodzą we wrzód okrągły żołądka najczęściej wówczas, jeśli są one zlokalizowane w określonych częściach żołądka, muszą istnieć odrębne przyczyny anatomiczno-mechaniczne, które w tych miejscach nie sprzyjają gojeniu się.

Wrzód okrągły lub blizny po nim występują, jak wiadomo, najczęściej na krzywiznie małej żołądka, mniej więcej w okolicy jego kąta, oraz nieco przed lub za odźwiernikiem. Co się tyczy krzywizny małej, wrzody lokalizują się zwykle nie na samej krzywiznie, ale no obu jej stronach, szczególnie na tylnej ścianie żołądka. Ponieważ wrzody górnej części dwunastnicy spotykamy również na jej ścianie tylnej, z drugiej zaś strony widzimy na krzywiznie małej tuż u ujścia przełyku lub nawet w samym przełyku typowe wrzody okrągłe, przeto cały ten odcinek przewodu pokarmowego: ujście przełyku, krzywizna mała, tylna ściana górnej, poziomej części dwunastnicy, może być uważany jako anatomicznie usposobiony do choroby wrzodowej. Wychodząc z tego założenia, postarali się twórcy teorii mechaniczno-funkcjonalnej wyjaśnić: 1. czemu należy przypisać predyspozycję wymienionego odcinka przewodu pokarmowego do wrzodów okrągłych, 2. jakie istnieją przyczyny anatomiczne, ułatwiające lokalizację wrzodów specjalnie w niektórych miejscach tego odcinka, np. w pobliżu odźwiernika lub kąta żołądka.

Istnieje cały szereg spostrzeżeń, potwierdzających odrębność krzywizny małej w stosunku do pozostałych części żołądka. Już Anders R e t z i u s (1855) zauważył w górnej części krzywizny małej nagromadzenie włókien mięsnych, tworzących z tego odcinka krzywizny coś w rodzaju zamkniętej rynny (*sulcus gastricus sive salivalis*). Dane te zostały potwierdzone przez K a u f m a n n a i H a s s e - S t r e c k e r a.

W a l d e y e r wyizolował przedłużenie tego rowka, jako odrębną część żołądka, biegnącą wzdłuż krzywizny małej aż do odźwiernika i oddzieloną od pozostałych części przez dwie wysokie fałdy śluzówki (Magenstrasse). „Ulica żołądkowa” obejmuje przytem nie tylko krzywiznę małą, ale też małe części ściany przedniej i tylnej (A s c h o f f); jest ona zaznaczona poza śluzówką w muskulaturze, gdzie biegnie zamknięty pęczek włókien mięsnych (S p a l t e h o l z) i w podśluzówce przez bardzo nieznaczną ruchomość w stosunku do podściółki. Jest to najbardziej ufiksowana część żołądka: w górze do wpustu, w dole do dwunastnicy, przyśrodkowo do sieci mniejszej. S c h m i d t i B l o c h zwracają przytem uwagę na niezwykle ubóstwo krzywizny małej w fałdy, które do pewnego stopnia tłumaczy niemożność nasunięcia się śluzówki na uszkodzone jej części i uchronienia ich w ten sposób od długotrwałego kontaktu z drażniącym ubytki, przez swą kwasność i zawartość pepsyny, sokiem żołądkowym.

Odrębnej budowie krzywizny małej, respective „ulicy żołądkowej” odpowiadać mają odrębne jej funkcje fizjologiczne. W a l d e y e r uważa tę małą rynienkę za przedłużenie światła przełyku, które to przedłużenie ma za zadanie przeprowadzać pokarmy płynne też w razie całkowitego wypełnienia żołądka. O. C o h n h e i m wykazał specjalne znaczenie tej części żołądka (*sulcus salivalis* + Magenstrasse) w eksperymencie; cieśń ta przeprowadza płyny, niez mieszane z treścią wypełnionego psiego żołądka.

F o r s s e l l przypuszcza, że „ulica żołądkowa” w skurczonym żołądku jako pierwsza przyjmuje pokarmy i służy za punkt wyjścia dalszego rozszerzania się narządu.

S c h e u n e r t i S t r o m e y e r znajdowali nadżerki przedewszystkiem w „ulicy żołądkowej” w przypadkach zatruc małemi ilościami kwasów. Też same zmiany znajdował tu D e c k e r u psów po karmieniu gorącą strawą. R o t h po podaniu w pokarmach odłamków drzewa.

F l e i n e r w przypadkach kardjospazmów widywał na ekranie rentgenowskim rurkę, wklęsłą od strony przysrodkowej, długości od 10 do 15 cm., odpowiadającą prawdopodobnie przebiegowi „ulicy żołądkowej”. H i t z e n b e r g e r i R e i c h wydzielili przy pomocy odlewów stearynowych na zwłokach ryńienkę, biegnącą wzdłuż krzywizny małej i oddzieloną od reszty żołądka; badania ich zostały potwierdzone przy pomocy tej samej metody na żołądkach noworodków przez V o g t a.

R o t h wskazuje na bierność małej krzywizny, uciskanej w przebiegu ruchów żołądka przez pokarmy, przesuwające się po niej pod wpływem pracy trzonu i dużej krzywizny. Wydaje się więc, że istotnie rowek ślinowy i jego przedłużenie, „ulica żołądkowa”, stanowi odcinek funkcjonalnie i anatomicznie niezależny od pozostałych części żołądka. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę niezwykle ubóstwo tej części w fałdy (4 duże, silnie napięte fałdy — A s c h o f f), silne umocowanie krzywizny małej i napór pokarmów na nią w czasie pracy żołądka oraz słabe unaczynienie tej okolicy przez naczynia niewielkie i nie posiadające gałęzi ubocznych, wybitna predylekcja krzywizny małej do sadowienia się w jej obrębie chronicznych wrzodów żołądka, jakoteż brak tendencji do ich gojenia się, staną się z punktu widzenia anatomii i mechaniki zupełnie jasne.

Również bez większych trudności można wytłumaczyć charakterystyczną lokalizację wrzodów w ściśle określonych miejscach krzywizny małej. A s c h o f f zauważył na zwłokach nagle zmarłych żołnierzy wybitne zwężenie żołądka, które odpowiadało nazewnictwu powierzchni t. zw. jego kątowni (*angulus ventriculi*). Cieśń ta ma od kilku do kilkunastu centymetrów długości i posiada prawdopodobnie duże znaczenie dla prawidłowej funkcji żołądka; reguluje ona przechodzenie treści z trzonu do części odźwiernikowej, odgrywając tu rolę podobną do roli odźwiernika dla całego żołądka. Większe i zbitniejsze kawałki treści są zatrzymywane przez wysokie fałdy rynny żołądkowej i miażdżone, części drobne i płynne przechodzą bezpośrednio do odźwiernika po „ulicy żołądkowej”. W ten sposób dostaje się do odźwiernika wyłącznie treść płynna. Odpowiednio do zwiększonej pracy w czasie silnego wypełnienia żołądka cieśń ta zaznacza się przez większe wciągnięcie (*incisura angularis*), której na wewnętrznej powierzchni żołądka odpowiada występ fałdy — *plica angularis*.

Jeżeli zatem okolica cieśni żołądkowej, jak również ze zrozumiałych powodów i odźwiernik, są dzięki swej wytężonej i trudnej pracy czynnościowo najbardziej usposobionemi częściami żołądka do wrzodu okrągłego, to usposobienie to jest jeszcze bardziej podkreślone przez ich budowę histologiczną. Gruczoły odźwiernika sięgają na krzywiznę małej o wiele wyżej, niż na krzywiznę dużej (O r a t o r i K. P a s c h k i s). Odcinek ulicy żołądkowej, przypadający właśnie mniej więcej na okolicę cieśni, wyłożony jest t. zw. przejściowymi gruczołami, nie zawierającymi ani komórek okładzinowych, ani głównych. Odporność

względem trawienno działającego soku żołądkowego jest związana zdaje się głównie z komórkami specyficznymi, t. j. okładzinowymi i głównymi. O s h i k a w a zwrócił uwagę, że wrzody w linii wpustu — odźwiernik są ograniczone przez gruczoły odźwiernikowe, względnie przejściowe i przez gruczoły trzonu żołądka. Spostrzeżenie, że wrzody gromadzą się głównie w obrębie nabłonka niespecyficznego, potwierdzili też B ü c h n e r, K o n j e t z n y i P u h l. Ciekawą jest rzeczą, że również we wpuscie w okolicy ujścia przełyku, gdzie spotykamy nieraz wrzody okrągłe, stwierdzono nabłonek, silnie przypominający wyglądem gruczoły odźwiernikowe. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że w pobliżu wpustu żołądka, w odźwierniku, w dwunastnicy (gruczoły B r u n n e r a), ale również i w cieśni kąta żołądka śluzówka posiada stosunkowo tylko nieznaczną odporność na działanie trawienne soku żołądkowego.

Z punktu widzenia zatem teorii mechaniczno-funkcjonalnej lokalizacja wrzodów okrągłych w obrębie t. zw. „ulicy żołądkowej” i to na ściśle określonych miejscach jej przebiegu byłaby dostatecznie wytłumaczona. Tylko te z pierwotnych ubytków śluzówki, które powstały właśnie w tych miejscach, narażone są na dalsze działanie bodźców termicznych, chemicznych i urazowych; wobec znacznego napięcia i ubóstwa fałd nie mogą one być chronione od kontaktu z czynnikami szkodliwymi; i tu wprawdzie istnieje silna tendencja do gojenia się, ale grube wały tkanki ziarninowej, powstające w czasach słabszej działalności wydzielniczej żołądka, za każdym razem, gdy aktywność soku żołądkowego się wzmacnia, ulegają ponownie rozpadowi (w zgodzie z tem są zmienne obrazy dna wrzodu, stwierdzone przez A s k a n i a z e g o). W ten sposób ujnuje teoria mechaniczno-funkcjonalna moment najstalszy ze wszystkich charakterystyk wrzodu okrągłego, t. j. jego lokalizację.

Na poparcie teorii mechaniczno-funkcjonalnej można przytoczyć fakt, że budowa górnego poziomu odcinka dwunastnicy, który również nader często jest siedzibą choroby wrzodowej, powoduje jego ścisły związek z krzywizną mniejszą. Śluzówka ma nieznacznie liczbę fałd, jest prawie zupełnie gładka, silnie umocowana do tkanki podśluzowej i mało przesuwalna, a więc posiada cechy, ułatwiające kontakt ewentualnie uszkodzonych części z kwaśną treścią, wydostającą się z żołądka.

Pars superior dwunastnicy jest też uderzająco źle ukrwiona. W tem miejscu mniej więcej przypada granica terytorjum *arteriae coeliacae* i *mesentericae*, przy czem *pars superior* unaczyniona jest wyłącznie przez skąpe i wąskie, posiadające mało odgałęzień, naczynia, biegnące z *art. coeliaca*. Na podkreślenie zasługuje może również i to, że w *pars superior* występują liczne grudki limfatyczne, pokryte cienką warstwą nabłonka, w których łatwo osiadają bakterje (K e i l i n g).

Odpowiednio do różnego ułożenia żołądka u kobiet i u mężczyzn i stąd różnych warunków mechanicznych, można wyjaśnić różnice, zachodzące u obu płci w częstości występowania wrzodu okrągłego żołądka lub dwunastnicy.

U kobiet krzywizna mniejsza przebiega stromo ku dołowi i przedewszystkiem narażona jest na urazowe działanie przyjmowanych pokarmów. U mężczyzn bardziej poziomy przebieg krzywizny mniejszej zabezpiecza ją do pewnego stopnia od tych czynników szkodliwych, ale nie stanowi owego momentu ochronnego dla części położonych przyodźwiernikowo, w których też najczęściej w tych warunkach sadowi się wrzód okrągły.

Widzimy zatem, że teoria mechaniczno - funkcjonalna, która wyszła z dość luźnych spostrzeżeń nad uciskiem na żołądek czynników, zewnątrz żołądka położonych; zajęła się przedewszystkiem rozpatrzeniem wpływu budowy żołądka, jako czynnika, uspasabiającego w pewnych miejscach do rozwoju wrzodu okrągłego.

Prace i obserwacje ubiegłego stulecia brały jednak głównie pod uwagę ucisk, wywierany na żołądek przez czynniki zewnętrzne w czasie określonych zajęć zawodowych lub też przez czynniki, związane z pewnymi nawykami, modą i t. d.

Jak już poprzednio wyluszczyliśmy, istnieją statystyki, biorące pod uwagę częstość występowania wrzodu okrągłego u ludzi, wykonywających swój zawód w pozycji zgiętej, lub w przypadkach wątroby sznurowej. Nie uwzględniano jednak prawie zupełnie stałych momentów anatomiczno - topograficznych, które, jak się wkrótce okazało, mają niewątpliwą związek z powstawaniem w pewnych przypadkach wrzodu okrągłego lub z jego uporczywym, przewlekłym przebiegiem. Tak np. R e i s s opisał przypadek, w którym trzustka, wysunię-

ta do przodu przez skrzywiony kręgosłup, wpukła się bardzo silnie w obręb tylnej ściany dwunastnicy, i ściśle na szczycie tego wypuklenia znajdował się wrzód okrągły. Dowodem znacznego ucisku, wywieranego na dwunastnicę w tym przypadku, było splaszczenie śluzówki w miejscu, położonem naprzeciw wrzodu. K ö r t e stwierdził u jednego ze swych chorych wrzód dwunastnicy w miejscu, gdzie w razie wybitniejszego wypełnienia żołądka dochodziło do ucisku dwunastnicy przez zawarte w pęcherzu żółciowym kamienie.

Powstanie wrzodu okrągłego w przypadku H a r t a należy, jak się zdaje, również wytłumaczyć przyczynami mechanicznymi, t. j. uciskiem, wywieranym na żołądek przez zgięty kręgosłup: wrzód żołądka znaleziony był na autopsji ściśle w tem miejscu, w którym kręgosłup uciskał najsilniej na żołądek. Podobny ucisk, sprzyjający wytworzeniu się wrzodu okrągłego, może być spowodowany też i przez guz większych rozmiarów, rozwijający się w okolicy żołądka (N e t t e r). Inne przypadki jednoczesnego występowania skrzywienia kręgosłupa i wrzodu okrągłego opisał L ü t z e r e r.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala Zapasowego w Łodzi.
(Ordynator: Dr. Bron. F r e n k i e l).

Stwardnienie wieloogniskowe a nakłucie lędźwiowe.

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Utarło się mniemanie, że chorzy na stwardnienie wieloogniskowe źle znoszą nakłucie lędźwiowe. O ile faktem jest, że u chorych na guz mózgu po nakłuciu lędźwiowym, wykonanem z zachowaniem wszelkich środków ostrożności, często występuje znaczne pogorszenie objawów, że u neurasterików po nakłuciu lędźwiowym objawy podrażnienia opon uporczywie trwają nieraz całemi tygodniami, o tyle nie stwierdziłem ani razu ujemnego wpływu nakłucia na stan chorych na stwardnienie wieloogniskowe. Poniżej przytaczam przypadek tego schorzenia, wykazujący, przeciwnie, pomyślny wpływ nakłucia na przebieg choroby.

M. B., lat 24, przyjęty na oddział chorób nerwowych Szpitala Zapasowego 11-go stycznia 1935 r.

W y w i a d y. Miesiąc temu zaczęła cierpieć kończyna górna lewa, po kilku dnach zesztyniała kończyna dolna lewa. Od tygodnia moczu oddaje tylko raz na dobę w nocy, od 4 dni nie miał stolca. Przedtem był zdrowy, z wojska był zwolniony na oczy. Żonaty 5 lat, żona i dziecko zdrowe. *Coitus interruptus*.

St. pr. Krzepkiej budowy. W płucach i brzuchu zmian widocznych brak. Granice serca: górny brzeg IV żebra, l. mediana. Szmer skurczowy.

Mięśnie twarzy i języka sprawne, ruchy galek ocznych prawidłowe, oczopląs lekki obustronny przy patrzeniu w strony. Zrenice szerokie, prawa cokolwiek szersza, na światło i zbieżność oddziałują cokolwiek wolno. Odruchy śluzówkowe zachowane. Siła k. k. górnych normalna, napięcie mięśniowe również. Kończyna dolna lewa sztywnie wyprostowana, zgiąć jej nie może ani sam chory, ani badający nawet przy użyciu dużego wysiłku. Napięcie mięśniowe k. d. prawej wyraźnie wzmożone. Znaczny niedowład spastyczny kończyny dolnej lewej, nieznaczny k. d. prawej. Odruchów brzusznych brak, nosidłowy prawy normalny, lewy słaby, obustronny objaw B a b i Ń s k i e g o, znacznie wydatniejszy ze strony

lewej. Stopotrząs prawostronny. Odruchy ścięgnowe i okostnowe, k. k. górnych zachowane, kolanowe wzmożone, stopowych wywołać nie można z prawej, spowodu natychmiast występującego stopotrząsu, z lewej spowodu sztywnego ustawienia szpotawo-końskiego. Objawy R o s s o l i m o brak. Osłabienie czucia powierzchownego kończyny dolnej prawej od L₁, lekkie osłabienie czucia głębokiego palców stopy lewej. Usiąść sam nie może, wstać z łóżka, ani chodzić nie może. Mowa lekko zacinająca się. Lekkie drżenie zamiarowe przy próbie palec - nos lewą ręką. Psyche normalna. Hemthysal 5 ccm. dożylnie: 1) 15.I. Hemthysal 5 ccm. inj., 2) 16.I. Hemthysal 5 ccm. inj., 3) Mocz oddaje już kilka razy dziennie. Nakłuciem lędźwiowym wypuszczono 8 ccm. wyciekającego pod dużem ciśnieniem bezbarwnego przezroczystego płynu.

17.I. Zgina sam kończynę dolną lewą, drżenie zamiarowe lewej ręki przy próbie palec-nos mniejsze. T° normalna, mdłości, wmiotów, bólów głowy, sztywności karku niema. Hemthysal inj. 4). We krwi odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a i citochołowy ujemne. (Dr. Z a ł ę s k i).

18.I. Hemthysal inj. 5).

19.I. Hemthysal inj. 6). Kończyna dolna lewa znów całkiem sztywna.

21.I. Hemthysal inj. 7). Nakłuciem lędźwiowym wypuszczono 6 ccm. wyciekającego kroplami bezbarwnego przezroczystego płynu.

22.I. Hemthysal inj. 8). „Płyn jest przejrzysty, bezbarwny, — błonki pajęczkowej nie wytworzył. Białko jest w ilości 0.45%, odczyn P a n d y ++. W osadzie 5 -- 10 krwinek świeżych w polu widzenia, liczne białe ciała. Odczyn W a s s e r m a n n a z 2-ma antygenami daje zarówno z płynem czynnym, jak unieczynnionym w dawce 1.0 wyniki ujemne“ (Dr. W i l n e r).

24.I. Hemthysal inj. 10). Zgina i podnosi k. d. lewą.

28.I. Podnosi swobodnie do linii pienowej i zgina k. d. lewą. Chętnie chodzi po sali. Neosalutan 0.15 inj. 1).

31.I. Neosalutan 0.15 inj. 2).

4.II. Cylotropin 5 ccm. inj. 11)

5.II. Cylotropin 5 ccm. inj. 12)

7.II. Cylotropin 5 ccm. inj. 14)

9.II. Cylotropin 5 ccm. inj. 10). Wypisuje się ze znaczną poprawą.

Przytoczyliśmy historję choroby 24-letniego młodeńca, u którego jako pierwszy objaw choroby wystąpiło pozagłokowe zapalenie nerwów wzrokowych, poczem w ciągu miesiąca szybko rozwinął się całkowity prawie obraz stwardnienia wieloogniskowego z mniej częstym w tem schorzeniu zespołem *Brown-Séquiera*. Zesztywnienie kończyny dolnej lewej było tak znaczne, że nietylko uniemożliwiało chodzenie, lecz nawet siadanie.

Po 1-szem nakłuciu lędźwiowem nietylko nie było żadnych dolegliwości, lecz wystąpiło znaczne zelzenie sztywności kończyny dolnej lewej, tak, że chory mógł sam siadać i podnosić i zginać tę kończynę. Poprawa ta, która wystąpiła już nazajutrz po nakłuciu, trwała 2 doby. Wobec tego w 5 dni po 1-szem nakłuciu wykonałem powtórne, przyczem wypuściłem już tylko 6 ccm płynu, wyciekającego już pod niskim ciśnieniem. Tym razem sztywność kończyny dolnej przeszła tak dalece, że chory nietylko poruszał nią w łóżku swobodnie, lecz z własnej inicjatywy zaczął się podnosić i prawie cały dzień był na nogach. Poprawa ta nie była już tak krótkotrwała, jak po pierwszym nakłuciu, przeciwnie, miało się wrażenie trwałego polepszenia, utrzymującego się w pełni jeszcze w 19 dni po 2-gim nakłuciu, t. j. w dzień opuszczenia szpitala. Naturalnie, w przebiegu stwardnienia wieloogniskowego samoistne remisje nie są rzadkością. W naszym jednak przypadku łączność między zmniejszeniem się sztywności a nakłuciem lędźwiowem jest tak oczywista, że uprawnia do stwierdzenia związku przyczynowego między jednym a drugim.

Wniosek i. 1. Nakłucie lędźwiowe jest w stwardnieniu wieloogniskowym zabiegiem niewinnym. 2. Nakłucie lędźwiowe może okazać dobroczynny wpływ na przebieg stwardnienia wieloogniskowego, konieczna jest jednak wielokrotność zabiegu.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala Zapasowego w Łodzi.
(Ordynator: Dr. Bron. Frenkielel).

Kilka słów o nakłuciu podpotylicznem.

Podał
Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Nakłucie podpotyliczne, wykonane po raz pierwszy w r. 1920 przez Ayera w Chicago, było wkrótce, bo już po 3-ach latach, spopularyzowane przez Sica i rda, który wraz z uczniem swym Forestierem zastosował je do celów rozpoznawczych: wprowadzał tą drogą 40% lipiodol dla uwidocznienia górnego brzegu ewentualnego guza, uciskającego rdzeń. Metoda Sica i rda okazała się b. płodna, gdyż nietylko uwidaczniała górny brzeg ew. guza, lecz umożliwiała rozpoznawanie zapalenia pajęczynówki, które nieraz symulowało guz, uciskający rdzeń; w innych przypadkach dzięki tej metodzie udawało się wczesne rozpoznanie gruczłowego zapalenia kręgow, wzgl. innych schorzeń kręgosłupa. W leczeniu zapalenia opon mózgoworodzeniowych nakłucie podpotyliczne stało się metodą z wyboru: wprowadzania surowicy u chorych dorosłych, jak stało się nią u niemowląt i małych dzieci nakłucie komór. Ponieważ objawy podrażnienia opon, spotykane, zdaniem badaczy angielskich i francuskich, aż w 25% ogółu przypadków nakłuć lędźwiowych*), nie zdarzały się wogóle u chorych, poddanych nakłuciu podpotylicznemu, zaczęto stosować to ostatnie dla otrzymania płynu móz-

gowego do zbadania. Rawa i Richon i Bocage wkrótce przekonali się, że nakłucie podpotyliczne rzeczywiście wolne jest od przykrych następstw, częstych po nakłuciu lędźwiowem. Rawa i obecnie stosuje nakłucie podpotyliczne systematycznie i jako szczególną jego zaletę wymienia możność wykonywania go ambulatoryjnie i nieprzerywania przez chorego pracy zawodowej. Technika nakłucia podpotylicznego, inaczej zwanego nakłuciem cysterny, jest bardzo prosta. Wkłada się igłę prostopadłe w linii środkowej w połowie odległości między *protuberantia occipitalis externa* a wyrostkiem kolczastym 2-go kręgu szyjnego, wyjmując się mandryn i stałym, lecz delikatnym naciskiem posuwa włąb. Jeżeli igła natyka się na kość potyliczną, wtedy należy ją nieco wyciągnąć, opuścić jej koniec lekko ku dołowi, unosząc nieco nasadę ku górze i dalej posuwać się włąb. W ten sposób przebija się kolejno *ligamentum nuchae*, *membranam atlanto-occipitalem* i nakoniec oponę twardą, po której przebicciu ręka odczuwa nagle ustanie oporu. Wtedy zwykle płyn zaczyna po 1" — 2" sam wyciekać z igły; czasem jednakże trzeba nasadzić strzykawkę i lekko aspirować. Niezawsze po przebicciu opony twardej wyczuwa się wyraźnie ustanie oporu. Należy wtedy po pogrążeniu 4—5 ctm. igły u dorosłych aspirować co kilka milimetrów. Naturalnie, podczas wykonywania nakłucia głowa chorego musi być *ad maximum* przygięta do piersi. Postępując w ten sposób, możemy być całkiem spokojni, że nie uszkodzimy ani dna IV komory, ani naczyń. Świadomość jednak bliskości ważnych ośrodków, znajdujących się na dnie IV komory, działa bardzo denerwująco na lekarzy. Sam byłem świadkiem kilka lat temu bardzo dramatycznego przebiegu nakłucia podpotylicznego u chorego szpitalnego. Lekarz, mający je wykonać, był bardzo zdenerwowany i trzęsącą się ręką wkłuł igłę bez żadnej, zresztą, reakcji ze strony chorego, posuwał się ostrożnie włąb stale, oczekując ukazania się płynu. Nagle chory drgnął, zsiniał i przestał oddychać. Igłę natychmiast usunięto, zastosowano sztuczne oddychanie przez 45', kamforę, kofeinę i w końcu chory szczęśliwie zaczął oddychać. Okazało się, że lekarz w swem zdenerwowaniu zapomniał po wkłuciu wyciągnąć mandryn z igły. Kilka dni temu w innym szpitalu nastąpiło w przebiegu nakłucia podpotylicznego zejście śmiertelne. Jestem pewien, że przy ścisłem przestrzeganiu powyżej podanej techniki nakłucia, zabieg ten okaże się całkiem niewinny.

PISMIENNICTWO.

1. G. H. Monrad-Krohn. Technique clinique d'examen complet du système nerveux. 2. J. A. Sicard. Nouveau Traité de Médecine. F. XVIII. 3. A. Ravina. L'année thérapeutique 1033. 4. R. A. Marquézy. Thérapeutique médicale. F. VIII.

*) Ta zdumiewająca częstość przykrych odczynów po nakłuciu lędźwiowem skłoniła autorów angielskich G. - V. Kulehara i Allan D. Kinga do doustnego stosowania środka pokrewnego gardenalowi, mianowicie izoamyletylobarbituranu sodu. Zastosowany przed nakłuciem, środek ten uspakaja chorego, znosi całkiem prawie ból nakłucia i zmniejsza częstość podrażnienia opon z 25% do 13%. Osobiście uważam stosowanie tego preparatu za całkiem zbyteczne, gdyż ból nakłucia jest minimalny, a podrażnienia opon po nakłuciu lędźwiowem ani w praktyce szpitalnej, ani w praktyce prywatnej wogóle nie zdarza mi się obserwować. Uniknąć podrażnienia opon po nakłuciu lędźwiowem jest bardzo łatwo: po nakłuciu chory musi przez 3 doby leżeć całkiem poziomo — ambulatoryjnie nakłucia lędźwiowego wykonywać nie wolno,

Z praktyki prywatnej

Przypadek torbieli nasiennej (spermatocele)

Podał

Dr. med. Aleksander FRYSZMAN.

O ile na sekcji od czasu do czasu spotkać można torbiel nasienną, o tyle klinika rzadko ją rozpoznaje.

Miałem możność obserwowania i operowania torbieli nasiennej. Chory, lat 59, zauważył przypadkowo powiększenie jakoby prawego jądra. Od jak dawna i z jakiej przyczyny to rzekome powiększenie jądra istnieje, sprawy sobie zdać nie może, albowiem chorób wenerycznych nie przechodził, urazu nie doznał.

Przy badaniu moszny po stronie prawej wyczuwa się poprzez skórę guz wielkości niewielkiego jaja kurzego, gładki, niebolesny, napięty, robił on wrażenie guza, wypełnionego płynem, podobnego do wodniaka jądra, z tą różnicą, że płyn w nim zawarty, był mniej przezroczysty.

Po nakłuciu otrzymano płyn w ilości 150 cm.³ lekko mętny, w którym przy badaniu drobnostwidowem wykazano ogromną liczbę plemników. Po opróżnieniu zawartości guza można było wymacać jądro i najądrze, które nie wykazywały żadnych zgrubień, ani nacieczeń. Po nakłuciu chory przez kilka miesięcy czuł się dobrze i zjawiał się ponownie z objawami podobnymi do poprzednich, a więc z powiększeniem prawej połowy moszny, zawierającej płyn. Wobec nawrotu cierpienia chory zgodził się na dokonanie operacji. Po nacięciu skóry błony kurczliwej moszny i wspólnej wyłonił się guz torbielowaty, przeświecający wielkości małej gruszki. Guz ten o charakterze torbieli, o bardzo cienkich powłokach, przeświecający, zrośnięty był z otoczką jądra. Oddzielając ostrożnie zrosty od błony właściwej, udało mi się torbiel w całości wyłuszczyć. Samo jądro i najądrze zmian nie wykazały. Po wyłuszczeniu torbieli nałożono szwy na błonę wspólną, kurczliwą moszny i skórę. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rana zagoiła się przez rychłozrost. Z usuniętej torbieli wyciągnięto igłą część zawartości i poddano badaniu, które wykazało, że płyn o ciężarze gatunkowym 1007 zawierał nieliczne leukocyty i mnóstwo plemników; posiew płynu okazał się jałowy.



Mamy tu do czynienia z torbielą nasienną o niezna-nej etjologii. Pierwszy wprowadził pojęcie torbieli nasiennej (*spermatocele*) M o r g a n, który upatrywał przyczynę powstania torbieli, obrzmienia jądra i najądrza w nadmiernym gromadzeniu się w nim cieczy nasiennej. Odkąd L i s t e n i L o y d wykryli obecność plemników w płynie torbieli, ustalonym zostało, że w mosznie zdarzać się mogą torbiele, wypełnione nasieniem, które komunikują się z drogami wyprowadzającymi i ciecżą nasienną.

Według V i r c h o w a torbiele nasienne powstają na skutek torbielowatego rozciągnięcia zarodkowych tworów cewkowych, które z jednej strony kończą się ślepo, a z drugiej komunikują się ze światłem kanalików nasiennych. Do tworów takich należą:

1) *Hydatid Morgagni* albo *appendix testis*, twór, od wielkości ziarna prosa do wielkości pestki wiśni, przylegający do górnego bieguna jądra pod główką najądrza i komunikujący się z kanalikami nasiennymi najądrza. Jest to pozostałość przewodu M ü l l e r a.

2) *Appendix epididymis* (szypułowaty twór *hydatid Morgagni*), jako mały twór, łączący się za pomocą szypuły z główką najądrza pochodzący z *ductuli deferentes*.

3) *Vasa aberrantia* (*ductuli aberrantes*)—ślepo zakończona cewka w okolicy najądrza, która odsznurowała się od przewodu najądrza [również i w główce najądrza spotkać można kanalik, połączony z *rete testis* (L a n g e, T o l d t)].

4) *Paradidymis* albo narząd G i r a l d e s a — grupa małych pęcherzyków i cewek, znajdujących się ponad główką najądrza; są to resztki ciała W o l f f a, komunikujące się z przewodami najądrza i zawierające plemniki.

Torbiele nasienne klinicznie bardzo rzadko są rozpoznawane. Dzielimy je na zewnątrzpochwowe (ekstravaginalne) i wewnątrzpochwowe (intravaginalne) w zależności od stosunku ich do błony właściwej (*tunica vaginalis propria*).

Torbiele zewnątrzpochwowe biorą początek z *vasa deferentia* i *aberrantia* i dochodzą do dużych rozmiarów, często są wielokomorowe. Etjologia jest niejasna. Niektórzy dopatrują się związku z abstynencją płciową i nadmierną pobudliwością. Niekiedy przyczyną bywa rzeżączka lub uraz. Ściana torbieli składa się z tkanki łącznej, pokrytej nabłonkiem wielowarstwowym kostkowym; zawartość torbieli podobna jest do zawartości wodniaka jądra, różni się jednak od niego obecnością licznych plemników, niskim ciężarem gatunkowym i obojętnym odczynem. Niekiedy płyn ma wygląd mleczny (*galactocoele*), spowodowany rozpadem komórek tłuszczowych i plemników.

Objawy kliniczne.

Torbiel nasienne rozwija się b. powoli. Objawy występują w późnym wieku. Guz nie osiąga tak dużych rozmiarów, jak w wodniaku jądra, co najwyżej, dochodzi do wielkości jabłka. Dolegliwości występują wówczas, kiedy torbiel przybiera duże rozmiary. Najczęściej przebiega niepostrzeżenie. Chorzy doznają uczucia napięcia i ciężaru w jądrze, albo bólów w pachwinie, wzmagających się przy podnieceniu płciowym i spółko-

waniu. Zarówno wodniak, jak i torbiel nasienna przeświecają. *Galactocela* nie prześwieca z powodu zawartości kulek tłuszczowych.

Rozpoznanie może być dokonane tylko na podstawie nakłucia torbieli. Zawartość ogromnej liczby plemników, niski ciężar gatunkowy oraz chętny odczyn przemawiają za torbielą nasienną.

Leczenie może być zachowawcze w postaci nakłucia i wpuszczania nalewki jodowej (K o c h e r); metoda ta jednak wobec częstych nawrotów nie przyjęła się.

Inni, jak V o l k m a n n, proponują nacięcie torbieli, przysycię do powłok i sączkowanie. Najwłaściwszą jednak metodą jest doszczętne wyłuszczenie torbieli.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Uwagi o istocie i rozpoznaniu różniczkowym ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiety.

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 29-30).

II.

Jak sądzić można z wyżej przytoczonego — zadanie lekarza-praktyka — dobrze rozpoznać i odpowiednio postąpić w nagłych schorzeniach — staje się coraz trudniejsze. O ile przedtem szukano u łóża chorego przede wszystkim zmian organopatologicznych — obecnie przy niedostatecznej samokrytyce można wpaść w drugą krańcowość — grozi nam bowiem niebezpieczeństwo przeoczenia choroby organicznej. Toteż, uwzględniając w pewnym stopniu nowe prądy w medycynie, których hasło naczelne brzmi: leczyć chorego, nie chorobę! — powinniśmy jednak o tem pamiętać, iż anatomja i histologia patologiczna są i nadal narazie będą kamieniem węgielnym, jedynie narazie realną podstawą naszych dociekań o istocie i przebiegu choroby... Lekarz zatem zawezwany do cierpiącej, która nagle dostała silnych bólów w okolicy prawego talerza biodrowego, połączonych z podniesioną ciepłotą, przede wszystkim powinien pomyśleć tu o ostrem zapaleniu wyrostka rob. Rozpoznawanie jednak *ap. ac.* jedynie tam, gdzie występuje ona w klasycznej postaci w wymiotami, podniesioną ciepłotą i przyśpieszonym tętnem, wrażliwym punktem M c. B u r n e y a, obroną mięśniową lub miejscowym porażeniem jelit, byłoby doprawdy błędem nie do darowania (D e m e r). Wg. G r a s m a n a lekarz, wezwany do przypadku, podejrzanego w kierunku ostrego zapalenia wyrostka, winien zadać sobie 3 zasadnicze pytania: 1) czy ma do czynienia w danym przypadku ze schorzeniem chirurgicznym, 2) czy niezbędny jest natychmiastowy zabieg i dopiero 3) jaki narząd jest chory? Źródła większości mylnych rozpoznań szukać należy w nast.: 1) w nieumiejętnie zbieranej albo źle ujmowanej anamnezie, 2) w fakcie, iż podmiotowe skargi nie zgadzają się z przedmiotowymi i zwykle uważane bywają za przejaw nadwrażliwości, 3) nawet w klasycznych — zdawałoby się — postaciach zachorowania na *ap. ac.* nigdy nie powinno się zaniedbać dokładnego zbadania płuc, serca, nerek, nie mówiąc już, rzecz prosta, o konieczności zbadania ginekologicznego. Ważne jest stwierdzenie danych co do stolców i, dalej, czy chora wymiotowała, jeśli tak, to kiedy to miało miejsce: przed bólami, czy też po nich. Albowiem w zaburzeniach żołądkowojelitowych mdłości i wymioty występują przed

bólami, natomiast w zapaleniu wyrostka po bólach. Pamiętać należy, iż do najbardziej zbliżonych do zapalenia wyrostka schorzeń należy ostry nieżyt żołą.-jelitowy, który b. często „wciąga“ wyrostek do sprawy chorobowej, czyniąc okolicę kątnicy b. wrażliwą na ucisk. Bez względu na to ważne jest obejrzenie klatki piersiowej i brzucha. Należy zwrócić uwagę, czy obie strony jednakowo poruszają się w czasie oddychania. Nierzadko w zapaleniu wyrostka prawa dolna część brzucha nie bierze udziału w akcji oddychania (M i n c). Rzecz prosta, iż bez zbadania: punktów M c. B u r n e y a, L a n c a, objawów R o w s i n g a i B l ü m b e r g a nie może być wogóle mowy o dokładnym zbadaniu chorego. Obmacywanie brzucha p ł a s k o położoną ręką daje możliwość dotarcia do *linea terminalis* w nieżycie jelit, bębniczem rozdęciu brzucha, przeczulicy powłok brzusznych, przemijającym napięciu powłok, spowodowanem skurczami jelit, podczas gdy chora otrzewna, powodując odruchowo obronę mięśniową, będzie się temu opierała. Praktyczna uwaga co do techniki obmacywania powłok brzusznych: Nie powinno się badać końcami palców bezpośrednio miejsca zboląlego — przy takim ucisku i zdrowy człowiek mimowoli opiera się i pręży mięśnie. Jedynie delikatne obmacywanie całą powierzchnią dłoni, przy jednoczesnym uspokajaniu pacjentki (ta) i poczynając od miejsca oddalonego od domniemanej siedziby zachorowania może wykryć prawdziwą obronę mięśniową. F r a n q u é podaje następujący sposób celem stwierdzenia, z jakim bólem mamy do czynienia — czy pochodzi on ze schorzałych narządów jamy brzusznej, czy też powstaje w skórze lub mięśniach brzucha. Badamy początkowo chorą w pozycji leżącej. Jeżeli ucisk powłok brzusznych sprawia ból, polecamy chorej unieść się lekko bez pomocy łokci. Podczas unoszenia tułowia powłoki napinają się do takiego stopnia, że ucisk nawet mocny skóry nie przenosi się na narządy wewnętrzne, chociażby te narządy były chore. Inaczej mówiąc, znikanie bólu podczas podnoszenia się świadczyć będzie o schorzeniu jakiegoś organu wewnętrznego. Nieraz jednak wszystkie, najbardziej pewne — zdawałoby się — objawy ostrego zapal. wyrostka robaczkowego zawodzą. Miarodajny zwykle objaw obrony mięśniowej zależny wszak jest w niemałym stopniu od indywidualnej wrażliwości cierpiącego. Toteż D e m m e r chce oprzeć rozpoznanie początkowego okresu zapalnych zmian otrzewny w *ap. ac.* na przedmiotowym, b. czułym i dość niezawodnym czynniku — na t. zw. odczynie otrzewnowym. Badania włoskiego uczonego S a n t a S a l i e r i e g o wykazały, iż w zapaleniu wyrostka otrzewna zazwyczaj oddziałuje wyjątkowo

szybkim i znacznym podniesieniem ciepłoty miejscowej. Długoletnie doświadczenia Demmerra, dotyczące rozpiętości ciepłoty, mierzonej pod pachą i w odbytnicy (objaw Lennandra), przekonały go, iż różnica ta, przekraczająca 6—8 podziałek, przemawia zwykle za ostrym zapaleniem wyrostka, są to przypadki, w których i otrzewna już wciągnięta została do sprawy zapalnej. Różnica zaś 8—10 podziałek, czy wyżej świadczy o daleko posuniętych zmianach w wyrostku. Właśnie na początku sprawy zapalnej różnica ta jest wyjątkowo stałym objawem — przyczynić się zatem w stanie jest do stwierdzenia miejscowego zapalenia otrzewny. Osobiście stosuję często ten łatwy a prosty sposób, który dał mi możliwość wyłączenia ap. ac. w kilku przypadkach, gdzie wszystko — zdawałoby się — przemawiało za rozpoznaniem zapal. wyrostka. Objaw ten Lennandra, w swoim czasie dość popularny, poszedł obecnie w niepamięć — stało to się z dużą szkodą dla lekarza-praktyka. Dobrze zatem czyni Machniewicz, przypominając go w swoim artykule p. t. „Czy nie za dużo operacji?” Słusznie się zastrzegając, iż sam tylko objaw ten nie jest znamieny i rozstrzygający w rozpoznaniu *peritonitis incipiens*, M. uważa go jednak za stałe występujący w sprawach otrzewnowych. Obecność tego objawu, sądzi autor (z odrobiną, może, przesady!), chroni nas z całą pewnością od przeoczenia ostrej sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego, zwłaszcza postaci nietypowych. Jest to b. ważne, gdyż właśnie obawa lekarza oddziałowego (M. jest lekarzem wojskowym), żeby nie przeoczyć ostrego zapal. wyrostka rob. i tem samem nie spóźnić się z odesłaniem chorego do szpitala, powoduje — jego zdaniem — zbyt częste kierowanie chorych na operację. Nawet przy szkoleniu sanitariuszów wpaja im M., jako zasadę, konieczność porównywania ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej w przypadkach skarg na bóle brzucha, a w razie, jeśli różnica ciepłoty przekracza 0,3 C. (Liebermeister uważa za normalną różnicę — 0,5!), poleca im traktować takich chorych z należytą ostrożnością i odstąpić w takich razach od tak pochopnie stosowanej przez niższy personel sanitarny zasady: od góry aspiryna, od dołu jodyna, a od wewnątrz — rycyna. M. przytacza przypadek, świadczący o wartości objawu Lennandra. Został raz wezwany do chorego, który skarżył się na bóle brzucha. Z powodu silnego wzdęcia trudne było dokładne zlokalizowanie bólów. Ciepłota pod pachą poniżej 37° C., a w kiszce stolcowej 37,5° C. M. wyraził podejrzenie w kierunku zapalenia wyrostka robaczkowego, zapowiadając jednocześnie powtórne zbadanie chorego za 3 godziny i — o ile wtedy nie będzie poprawy — chory będzie musiał jechać do szpitala na operację. Przy powtórznym badaniu ciepłota pod pachą wynosiła 37,5, a w kiszce stolcowej 38,5, objawy ze strony brzucha — niewyraźne. Chory przypominał sobie wtedy, że już raz przed kilku miesiącami miał podobne bóle brzucha. Wysłano natychmiast chorego do szpitala, gdzie nie został poddany operacji, gdyż objawy ze strony jamy brzusznej były niewyraźne, ustąpiły nawet zupełnie po kilku dniach pobytu w szpitalu. Chory jednak sam prosił o operację, którą wykonano. Przy badaniu makroskopowem stwierdzono *empyema proc. vermiformis*... Umyślnie dłużej zatrzymałem się na objawie Lennandra, gdyż uważam znajomość tego objawu za konieczną tak dla lekarza-praktyka, jak i dla klinicysty. Duże znaczenie Demmer przypisuje dalej jednoczesnemu podniesieniu się ciepłoty oraz przyśpieszeniu się tętna badanych, możliwie kilkakrotnie w ciągu 3—6 godzin

przed ukończeniem 48-mio godzinnego okresu od początku zachorowania — świadczyć to ma o sprawie zapalnej, toczącej się w jamie brzusznej; znaczna natomiast niewspółmierność sygnalizuje tu szybko postępujący proces destrukcyjny lub złośliwy przebieg procesu zapalnego otrzewnowego... Gramann, wychodząc z założenia, iż 1) zapalenie otrzewny najintensywniej występuje w miejscu początkowego zachorowania — jako punkt bolesny, 2) iż punkt ten tkliwy (o ile nie jest przykryty siecią) daje się wyróżnić już w samym zaraniu choroby (później dopiero bolesność ogarnia dalsze tereny) — próbuje go wykryć zapomocą opukiwania. Rzeczywiście, w wielu przypadkach opukiwanie (nieraz zapomocą nawet plesymetru) oddaje dobre usługi w wątpliwych przypadkach, przyczyniając się do wykrycia początkowej siedziby choroby... Konieczne jest zbadanie ginekologiczne — stwierdzenie dziewictwa, nawykowego zaparcia, braku żółtozielonych upławów i dolegliwości przy oddawaniu moczu przemawia — przy nagłości zachorowania — raczej za zapaleniem wyrostka. U kobiet, które już żyły płciowo, przy badaniu ginekologicznem przesuwamy część pochwową do góry, przodu, na lewo, naprawo, ku tyłowi — o ile ruchy przy poruszaniu są bardzo bolesne (poruszać powinno się silnie, lecz nie gwałtownie) — mamy zwykle do czynienia z zapalną sprawą przydatków (*cave*, kobiety typu astenicznego!). P-g Rosnera — w tym celu należy uchwycić część pochwową pomiędzy dwa palce, wprowadzone do pochwy i nadać jej szybki ruch wahadłowy z boku na bok. Manewr ten wprowadza w ruch trzon macicy, a z nim i trąbki. W razie zmian zapalnych w przydatku doznaje chora silnego bólu, w przeciwnym razie ruch ten nie sprawia żadnego bólu lub minimalny. Sposobu tego — zaznacza Rosner — używam od dłuższego czasu i nabrałem przekonania, że zawodzi on bardzo rzadko. Bolesność, ew. zgrubienie bolesne więzów krzyżowomaciczych świadczy również o sprawie zapalnej przydatków. Zmiany pozatem, stwierdzone w przypadkach, zazwyczaj b. bolesnych w świeżych sprawach zapalnych, rzeźączka w anamnezie — przyczyniają się do ostatecznego wyświeetlenia sprawy. Wogóle w nagłych schorzeniach brzusznych u kobiety rozpoznanie różniczkowe powinno się wahać przedewszystkiem między zapaleniem wyrostka i sprawą zapal. przydatków, gdyż obrazy chorobowe obu cierpień są nieraz ogromnie podobne do siebie. Trudności różniczkowania polegają na bezpośrednim sąsiedztwie obu organów, umieszczeniu wyrostka u kobiet w 50—60% w małej miednicy, możliwości wzajemnej infekcji *per continuitatem* oraz możliwości jednoczesnego chorowania obu narządów. Rozpoznanie różniczkowe ułatwia tu poczęści odmienny charakter bólów. Bóle w zapaleniu przydatków promieniują zwykle ku kończyźnie dolnej, natomiast w innych sprawach zapalnych jamy brzusznej — ku górze i ku łopatom (Rosner). Wg. Zacherla — dla rozpoznawania różniczkowego ważne są następn. objawy: 1) charakter bólu — kurczowy, napadowy, to narastający, to zmniejszający się — bywa w zapaleniu przydatków, zaczyna się w dole biodrowym wprost nad kością łonową, pod więzłem Pouparta, idzie dalej w kierunku uda, promieniując do kolana. W zapal. wyrostka jest wręcz odwrotnie: ból bardziej równomierny, zaczyna się w okolicy pępka zazwyczaj sięga w kierunku do fossa iliaca nie przekraczając Pouparta. 2) Ból w zapaleniu narządów rodnych kobiecych zwykle jest głębiej umiejscowiony, sięga w dół, przybierając na sile w kierunku małej miednicy. 3) Obrona mięśniowa (odruchowo po-

wstająca nieraz i w zapaleniu przydatków) przy zapaleniu wyrostka bywa wcześniej i wyraźniej zaznaczona. Można jeszcze to dodać, iż w *adnexitis* i *pyelitis* tętno zasadniczo odpowiada ciepłocie, podczas gdy częstość jego w *appendicitis* niewspółmiernie przewyższa odpowiednią ciepłotę... Nie należy nigdy zaniechać w wątpliwych przypadkach zwłaszcza — badania przez odbytnicę, gdyż przez pochwę i prostnicę najbliższej dochodzimy do schorzałej otrzewny. L e n a n d e r, K r e c k e, G r o s s m a n n i in. zasadniczo wymagają dokładnego zbadania *per rectum* we wszystkich sprawach zapalnych narządów jamy brzusznej (małej miednicy). Badanie takie z łatwością wykryć może tak ważne np. schorzenie, jak ropień w jamie D o u g l a s a, krwistek w krwawieniach wewnątrzbrzusznych. W zapaleniu wyrostka — przy jego położeniu w miednicy — można go, jako bolesny opór w jamie D o u g l a s a, wymacać już w pierwszym nieraz dniu zachorowania i w ten sposób od razu prawidłowo rozpoznać (K r e c k e).

Zapalenie otrzewny miedniczej przebiega dość często u kobiet z b. burzliwymi objawami — z podwyższoną ciepłotą, przyspieszonym tętnem do 140, wzdęciem brzucha, a nieraz i wymiotami. W odróżnieniu jednak od zapalenia wyrostka — brak zwykle obrony mięśniowej, M c. B u r n e y a, cały brzuch natomiast jest bolesny, poruszenie części pochwowej jest nader bolesne, w anamnezie — żółte upławy, zakażenie tryprowe, kłucie lub pieczenie przy oddawaniu moczu, cierpienie zwykle zbiega się z okresem miesięczkowym. Poza tym — ogólny wygląd chorej, mimo groźne objawy cierpienia, nie budzi jakoś obawy o niebezpieczną tu chorobę. Różnica ciepłoty, mierzonej pod pachą i w kiszce — niezbyt duża.

Dla ciąży zamacicznej — w razie pęknięcia trąbki ciążarnej charakterystyczne są objawy ostrej niedokrewności — błądność twarzy, zapaść, nitkowate, miękkie, trudno wyczuwalne tętno (w każdym razie b. podejrzana jest wybitna niewspółmierność między normalną zazwyczaj ciepłotą a drobnym tętnem!). Wylana do jamy brzusznej krew, będąca dla otrzewny ciałem obcym, wywołuje jej ostre podrażnienie (G r o m a d z k i). Objawami otrzewnowymi są tu: nudności, ew. wymioty, napadowo występujący w nadbrzuszu ból, ból w okolicy łopatek przeważnie po stronie prawej, nieraz z towarzyszeniem silnego parcia na stolec. Jednocześnie nagłemu wystąpieniu dwóch ostatnich objawów — przy pęknięciu więc jajowodu ciążarnego — niektórzy ginekolodzy przypisują duże znaczenie rozpoznawcze — w niejasnych zwłaszcza przypadkach. Wg. L o r e n t o w i c z a — bóle oddalone, występujące w barkach (przeważnie w prawym) oraz ramieniu, piersi, łopatek — w przypadkach pękniętej ciąży jajowodowej, w obecności krwisteku — mogą być cennym objawem rozpoznawczym. Staje się wielokrotnie krzykiem alarmowym, nakazującym natychmiastowy zabieg operacyjny. Lecz zawsze oznaki krwawienia do jamy brzusznej są tak wyraźne. Nieomylną natomiast jest wskazówką, gdy z macicy wydzielili się samorodnie błona (*Cave!* błony przy poronieniu i miesiączkowaniu błoniastem). Wogóle, dokładnie i szczegółowo zebrany wywiad (dane co do prawidłowego lub nieregularnego miesiączkowania, przebyte przez chorą sprawy zapalne przydatków, długoletnia bezpłodność wtórna, po jednym porodzie lub poronieniu, szczegóły, dotyczące konstytucji ogólnej pacjentki) — jak słusznie zaznacza G r o m a d z k i — ma pierwszorzędne znaczenie dla diagnostyki ciąży zamacicznej. A więc następujące objawy są charakterystyczne dla roz-

poznania poronienia jajowodowego ewent. krwisteku pozamacicznego: 1) wystąpienie przewlekłych i nie podających się leczeniu krwawień macicznych, wzgl. brunatnych odchodów z macicy po jedno- lub dwurazowym niezjawieniu się normalnego krwawienia miesięcznego. 2) Jednostronne, powtarzające się w nierównych odstępach czasu, nieraz bardzo gwałtowne bóle kurczowe, połączone przeważnie ze stanami omdlenia, a nawet zapaści. 3) Stwierdzenie badaniem dwuręcznym guza, wypełniającego zatokę D o u g l a s a, o spoistości miękkiego pęcherza, o powierzchni nierównej obok jednocześnie powiększonej macicy ma dużą wartość rozpoznawczą (*cave!* uwięzła w tyłozgięciu macica ciążarna!) 4) Wyraźne umiarkowane wzdęcie brzucha. W a g n e r stosuje w krwawieniach w celach rozpoznawczych codziennie w ciągu kilku dni zastrzykiwania domięśniowe preparatu tylnego płata przysadki mózgowej. Krwawienia pokwitaniowe, przekwitaniowe oraz na tle zapalnych spraw przydatków potem ustają na czas dłuższy, występujące natomiast w związku z ciążą zamaciczną trwają nadal.

W przypadku prawostronnego skrętu torbieli jajnikowej stwierdzamy przy badaniu pochwowym i przez odbytnicę guz ruchomy obok niezmięnionej macicy, brak gorączki i ogólny stan dobry (w przypadkach nieskomplikowanych). Pęknięcie pęcherzyka G r a a f a w okresie jajeczkowania może dać objawy podobne do ostrego zapalenia wyrostkowego. Z powodu nieznacznego wylewu krwi do jamy otrzewny niezawsze mamy tu do czynienia z typową niedokrewnością, jak w pękniętej ciąży trąbkowej — badanie *per vaginam* i *per rectum* wykryje jednak uwypuklenie zatoki D o u g l a s a. Zabieg chirurgiczny jest natychmiast i tu wskazany.

W różniczkowaniu pomiędzy *ap. acuta* a kamicą nerkową, ew. moczowodową decydujące znaczenie odgrywa charakter dolegliwości w związku z oddawaniem moczu. Objaw G o l d f l a m a w *ap. acuta* zwykle bywa ujemny. W kamicy stwierdzamy parcie na mocz również i w nocy oraz uczucie bólu przy ukończeniu aktu oddawania moczu. W *ap. ac.* oddawanie moczu w początku jest utrudnione, chora często cierpi na zatrzymanie moczu, który trzeba wypuścić kateterem. Początek normalnego oddawania moczu w zapaleniu wyrostka znamionuje początek przesilenia, rekonwalescencji. Bez względu na wskazane tu jest kilkakrotnie zbadanie moczu. Domieszka krwi, widoczna nieraz nawet gołym okiem, świadczy najprawdopodobniej o kamicy, gdyż b. rzadko krwimocz spotyka się jako początkowy objaw w zapal. wyrostka (B o r c h a r d t). Ból w kamicy — gwałtowny, promieniuje zwykle wzdłuż moczowodów, pęcherza w okolicę ud albo dużych warg, d. często bólowi towarzyszą silne dreszcze.

W zapaleniu woreczka żółciowego — ból typowo umiejscowiony, szerzy się do barku prawego, w anamnezie — napady kolki żółciowej. Mimo braku żółtaczki nie można od razu wykluczyć rozpoznania *cholecystitis*, gdyż duży odsetek najcięższych nawet postaci zapalenia woreczka żółciowego przebiega bez żółtaczki. Również błędne jest przypuszczenie, iż każdy woreczek żółciowy wraz z zakażeniem musi koniecznie stać się macalny. Poza tym przy ogólnym opuszczeniu trzew (*typus asthenicopototicus!*) również i woreczek żółciowy może sięgnąć aż do więz P o u p a r t a. To samo daje się powiedzieć o woreczku wodniakowym. O ile zakażenie dotyczy takiego woreczka, powstaje *chole-* i *pericholecystitis*, gdzie objawy podrażnieniowe otrzewnowe lokalizować się mogą w okolicy kątnicy, okolica łuku żebrowego zostaje

wtedy „pominięta“. Powstaje wtedy możliwość błędnego rozpoznania *periappendicitis*... Omyłka rozpoznawcza również nie jest wyłączona w późniejszym okresie ciąży, a to z powodu wysokiego umieszczenia wyrostka. Lecz przy dokładniejszym zbadaniu brzucha prawidłowe rozpoznanie nie nastręczy zbyt wielu trudności. Chodzi przecież o to, iż u ciężarnych, osób zazwyczaj młodych, woreczek żółciowy dość rozciągliwy powiększa się pod wpływem infekcji i daje się wtedy wymacać wraz z wątrobą jako miejsce bolesne. Daje się również stwierdzić oddechową przesuwalność oporu woreczkowego w nadbrzuszu; twór (opór) wyrostkowy natomiast nie daje się przesunąć. Wogóle podczas ciąży — twierdzi B o r c h a r d t — we wszystkich stanach zadrażnieniowych otrzewnowych w okolicy między prawym łukiem żebrowym a okolicą wyrostka winno się myśleć i umieć wyłączyć — *pyelitis*, *cholecystitis* i *appendicitis*. Zwłaszcza co do zapalenia wyrostka podczas ciąży twierdzi słusznie P i n a r d (cyt. wg. A. R o s n e r a), iż ani macica, ani objawy ze strony układu roślinnego nie maskują — przy uważnym badaniu — zasadniczych objawów *appendicitis*. W przypadkach, które znam — twierdzi — nie brakowało ani bólu, ani obrony mięśniowej. Wszelka bolesność brzucha podczas ciąży musi zwrócić na siebie uwagę, szczególnie jeśli zjawia się i trwa stale w okolicy dołu biodrowego prawego. Jeśli bolesność ta nie jest wywołana przez kurcze macicy, czyli jeśli nie grozi poronienie, lub poród przedwczesny, co zresztą rozpoznać nie jest trudno, natychmiast trzeba myśleć o zapaleniu wyrostka. Również wymioty u ciężarnej mają cechę charakterystyczną, t. j. że nie towarzyszy im gorączka, ani nie przychodzi wślad za niemi. Nawet w *hyperemesis* — przy przyspieszeniu tętna — temperatura pozostaje normalna. Tak więc trzeba się mieć na baczności w każdym przypadku żołądkowej niedyspozycji z wymiotami i podniesieniem ciepłoty u kobiety ciężarnej i myśleć w każdym takim przypadku o zapaleniu wyr. rob. Niewątpliwie może ciąża, zwłaszcza daleko posunięta, utrudnić dokładne rozpoznanie, a mianowicie, wykazanie oporu, wysięku, stłumienia odgłosu wypukowego i t. d., ale wobec groźnego niebezpieczeństwa, jakie każda *appendicitis in grvida* w sobie mieści, musimy w niejednym przypadku rzec się tej dokładności.

Najważniejszą rzeczą jest mieć na myśli, pamiętać stale o możliwości tego cierpienia, jaknajwcześniej rozpoznać chorobę (A. R o s n e r)... Początek zapalenia płuc można mylnie wziąć za zapal. wyrostka. Ból w okolicy nerwów międzyżebrowych może drogą promieniowania dać refleks (drogą *nn. ileoinguinalis, ileohypogastricus*) w punkcie M c B u r n e y a, odruchowo powstaje napięcie powłok brzusznych. W ostrem zapaleniu wyrostka można oglądaniem nieraz stwierdzić podczas oddychania brzuszego powłóczenie powłok brzusznych nad talerzem biodrowym prawym (zwłaszcza podczas głębokich oddechów), w *pleuritis diaphragmatica* zaś, jako objawie rozpoczynającej się pleuropneumonii stwierdzamy powłóczenie chorą połówą klatki piersiowej. Dalej w *ap. ac.* występuje często podczas głębokich oddechów silny ból w okol. kątnicy, lub też następuje nasilenie już istniejącego. Znamienny jest tu objaw O r ł o w s k i e g o. Zaleca się choremu(cej) kilkakrotnie zakasać albo mocno przeć jak podczas oddawania stolca. Jednocześnie ręka przesuwa zawartość jamy brzusznej ze strony lewej ku środkowi. W *ap. ac.* chora wskaże najbardziej bolesne miejsce w okol. nad prawym talerzem biodrowym. Istota objawu tego polega na tem, iż podnosi ciśnienie wewnątrzbrzuszne, zmniejsza po-

jemność jamy brzusznej, uwydatniając w ten sposób siedzibę schorzonego narządu. Na tem również polega objaw R o w s i n g a. Niekiedy polecamy chorej podnieść prawą nogę do góry, umyślnie przeszkadzając jej w tem — wówczas również zjawiać się może ból w okol. kątnicy. Jest to objaw J a w o r s k i e g o. Powstały ból tłumaczy się napięciem mięśnia lędźwiowo-biodrowego i podrażnienia leżącego na nim chorego wyrostka, ew. kątnicy (R u t k o w s k i). Wogóle biorąc, w nietypowej pneumonii, imitującej zapalenie wyrostka, zastanawia niewspółmierność pomiędzy ciężkim stanem chorej a nieznacznymi objawami brzuszными — chora siada o własnej sile, porusza się z boku na bok, dokładne opukiwanie i osłuchanie może wykręcić niebawem cierpienie... Nie sposób tu wymienić schorzeń, symulujących *ap. ac.* B o r c h a r d t i C l a i r m o n t podają ich liczbę do 80-ciu, a nawet i więcej. Starałem się przytoczyć najważniejsze — te, mianowicie, z którymi lekarz-praktyk w swojej pracy codziennej może się zetknąć, a które powinien umieć różniczkować.

Reasumując: 1) Nowe poglądy, nurtujące obecnie w medycynie i słusznie uwydatniające rolę czynników konstytucjonalnego, hormonalnego, czynnościowego i psychonerwowego w powstawaniu szeregu schorzeń — znacznie jednak przyczyniają się do wzmożenia niebezpieczeństwa przeoczenia choroby organicznej, którą lekarz gotów jest wziąć za schorzenie natury czynnościowej. 2) Błędy rozpoznawcze dotyczyć zwłaszcza mogą kobiety z jej bardziej chwiejnym układem nerwowym, skłonnością do stanów zwiotczenia (napady ostrego i chronicznego wyczerpania astenicznego P. M a t h e s a), usposobieniem do ostrych i przewlekłych spraw zapalnych (*diathesis inflammatoria* B. A s c h n e r a). 3) Postęp w rozpoznawaniu nagłych schorzeń narządów jamy brzusznej polega nie tyle na rozpoznaniu organicznym, ile na wykryciu początkowego okresu ewentualnego wciągnięcia otrzewny do sprawy zapalnej — a to w celu skierowania natychmiastowego do szpitala — na zabieg operacyjny. 4) Konieczne jest parokrotne chociażby skontrolowanie w ciągu 3 — 6 godzin przed ukończeniem 48-io godzinnego okresu od początku zachorowania — w celu stwierdzenia — równoległości, względnie niestosunku podnoszenia się ciepłoty i przyspieszenia się tętna oraz rozpiętości ciepłoty, mierzonej pod pachą i w kiszce. 5) Powinno się — w miarę możliwości — bezwzględnie korzystać ze wszystkich pomocniczych środków (leukocytoza, R o e n t g e n, Z o n d e k - A s c h h e i m, B r o u g h - F r i e d m a n, nie mówiąc już, rzecz prosta, o konieczności badania moczu, stolca i t. d.).

Jesteśmy obecnie o wiele skromniejsi, niż dawniej. Cieszymy się z możliwości poznania i wejrzenia w to wielkie i cudowne laboratorium, jakim jest żyjący organizm (L i e k). Wiele już poznaliśmy, o wiele więcej pozostaje nam do poznania. Droga zaś, wiodąca skutecznie ku temu, idzie nie przez najściślejsze bodaj badania laboratoryjne, chemicznofizyczne, lecz przez szczegółowe studjowanie najważniejszego czynnika biologicznego — żywego cierpiącego człowieka — a to na tle jego dziedziczności, konstytucji organizmu, otoczenia i warunków socjalnych, w których on przebywa.

PIŚMIENNICTWO.

M. Abramowicz. Patologia rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego (Warsz. Czas. Lek. 51/1933). — Borchardt M. Zur Differentialdiagnose d. acuten Appendicitis M. Klin.

1932. — Demmer F. Zur Indikationsstellung bei der akuten Appendicitis (W. Klin. Wochenschrift, 2/1930). — Franke F. (Z. f. Gin. 5/1933). — M. Grasman. Zur Diagnose u. Differentialdiagnose akuter Bauchkrankungen (Münch. Med. Woch. 52/2932). — Gromadzki H. Rozpoznanie ciąży pozamacicznej (Medycyna N. 9/1933). — F. Hlasko. W sprawie powikłań i rozpoznania zapalenia wyrostka u kobiet i t. d. (Ginekol. Polska 1928). — H. Hoesslin. Über multiple Neigung zu Spasmen u. ihre Beziehung zur Allergie (Münch. Med. Woch. 47/1934). — Jaschke Rud. Th. Zur Differentialdiagnose gynecolog. Erkrankungen gegenüber Appendicitis u. anderen chirurg. Erkrankungen (Der Chirurg. 1929). — Krecke. Über die

Ursachen und d. Wesen. d. Appendicitis (Münch. Med. Woch. 8/1933). — Krecke. Der Gang d. Untersuchung bei d. Appendicitis (Münch. Med. Woch. 14/1933). — Klotz. Über Reizzustände im vegetativen Nervensystem — ein Beitrag zur Appendicitisfrage. (Klin. Wechschrift. 1927, str. 2355). — Leriche R. (Deutsche Zeitung f. Chirurgie 1934). — Liek. Irrwege d. Chirurgie. München 1929. — Machniewicz. Czy nie za dużo operacji? (Lekarz Wojskowy, 11/1934). — A. Rosner. Appendicitis w położnictwie i ginekologii (Przegląd Chirurgiczny — 1904). — Sokolowski. Czy nie za dużo operacji wyrostka robaczkowego? (Lek. Wojskowy, 1933). — Talamon Ch. O zapaleniu wyrostka robaczkowego i kiszki ślepej. (1891).

O c e n y k s i ą ż e k

Dr. med. i fil. Wł. SZUMOWSKI, prof. Uniw. Jag. **Historja medycyny filozoficznie ujęta**. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Część III, **Medycyna nowożytna**. Kraków 1935. Skład główny: Gebethner i Wolff. Cena 9 zł.

Książkę swą autor zaczął pisać w r. 1920, z rozpoczęciem wykładów o historii i filozofii medycyny na wydziale lekarskim Uniw. Jag. W październiku r. 1928 Konferencja polskich profesorów historii i filozofii medycyny poruciła mu napisanie polskiego podręcznika historii medycyny. Część I, medycyna starożytna, wyszła w r. 1930, część II, medycyna średniowieczna, w r. 1932, obecnie wyszła część III i ostatnia, medycyna nowożytna. Autor wywiązał się ze swego zadania idealnie, tworząc dzieło wzorowe i znakomite. Pierwsze dwie części tej historii były też wszędzie z zachwytem przyjęte i oceniane z najwyższym uznaniem; ostatnio przetłumaczone zostały przez docenta historii medycyny w Budapeszcie na język węgierski, w którym to języku niebawem wyjdzie cały podręcznik. W części trzeciej autor osiągnął szczytu swego dzieła, jest ona bezsprzecznie najlepsza. Historia medycyny Szumowskiego jest to prawdziwy biblos, książka nad książkami medycznymi, w której każdy lekarz powinien się rozczepić, a uczyni to niewątpliwie zawsze z prawdziwą radością i wewnętrznym zadowoleniem. Jest bowiem pisana stylem klasycznym, wyniosłym, a prócz historii medycyny daje nam historję filozofii i niejako przegląd kultury, gdyż każdorazowa medycyna przedstawiona jest zawsze na tle przyrodniczym, kulturalnym i filozoficznym okresu, na którym wzrastała. Czytałem już niejedną historję medycyny, książkę jednak Szumowskiego uważać należy za wspaniałe dzieło, podobne do dzieła Juliusza Petersena: Hauptmomente in der geschichtl. Entwicklung der medizinischen Therapie (Kopenhaga 1877), albo też do J. H. H. B. B. a s: Geschichte der Medizin u. des heilenden Standes (Stuttgart 1876), które to książki wywarły w swoim czasie olbrzymie wrażenie. Historia medycyny Szumowskiego jest takim epokowym dziełem, napisanym 60 lat później. Autor w swym ujęciu przedstawia rezultaty badań wszechstronnych do czasów najnowszych. Ujął wszelkie kierunki rozwoju medycyny, zapatrywania wszelkich okresów, spory historyczne, nie opuszczając czytelnika bez nowoczesnego trafnego rozstrzygnięcia tych sporów, wytłumaczenia ich znaczenia i wpływu na dalszy rozwój nauki medycznej. Po mistrzowski przedstawione są obrazy dawnych epidemii i chorób, spór o rozszerzeniu się syfilisu w Europie, czytelnik otrzymuje jasne wyniki wszystkich badań i nie będzie dalej błędził w zrozumieniu dawnych zespołów chorobowych. Mamy wytłumaczenie rozmaitych sekt i doktryn medycyny od mesmeryzmu do medycyny tybetańskiej, przytem wytłumaczenie logiki i objaśnienie terminów filozoficznych (racjona-

listyczny i racjonalny, ontologiczny w przeciwieństwie do fizjologicznego pojęcia choroby i t. d.). Misternie utrzymana jest ciągłość opowiadania i łączenie epizodów ze sobą, przytem język płynny, gładki, wzorowo klasyczny. Toteż czyta się tę książkę bez znużenia, z nieustającym zainteresowaniem, bez przerwy. Niema nużących zestawień dat literackich wśród tekstu, uwagi zawierają ciekawe daty, zdarzenia i myśli. Życiorysy sławnych lekarzy i filozofów, historie odkryć medycznych, streszczenia epokowych dzieł i znaczenie myśli i wynalazków spokojnych są dokładnie opisane i jasno przedstawione. Historia medycyny, filozoficznie ujęta, zapoznaje nas z głównymi systemami filozoficznymi, gdyż dawniejsi mistrze i twórcy medycyny byli prawie wszyscy filozofami, a medycyna do połowy wieku XIX rozwijała się zawsze równolegle z filozofją, w ramach każdorazowych jej kierunków i systemów. W połowie XIX wieku nastąpił rozłam pomiędzy filozofją a przyrodoznawstwem i medycyną, która przyjmuje wówczas pogląd przyrodniczy. Gdziekolwiek historia medycyny styka się z Polską i Polakami, przy wyliczaniu wybitnych lekarzy i badaczy czasów nowszych, opisuje autor wszystkie te zdarzenia w swym dziele, cytując lekarzy Polaków rozsianych po całym świecie, nie ujmując nic z należnego uznania lekarzom innych narodowości, jak Rosjanom i Węgom. Przedstawiony jest dokładnie i zajmująco rozdział medycyny w uwzględnieniu potrzebnych dziś i ważnych jej gałęzi, jakoteż odrębnych działów specjalnych od chirurgji do higieny szkolnej. Pochodzenie nazw chorób i organów, związane z ich pierwszymi spostrzegaczami i odkrywcami, jest należycie przedstawione. W końcu są jeszcze rozdziały ogólne o historii medycyny, jej znaczeniu i roli dla lekarzy, objaśnienie pojęcia historii medycyny, t. j. medyczne oświecenie różnych zdarzeń w historii, działalności osób, twórczości pisarzy, polityków, artystów itp. „Historja medycyny, powiada autor, ma ważny argument pedagogiczny. Historia nauki, historia medycyny ma ciągle do czynienia z twórczością wybitnych jednostek. Ich życiorysy, ich radości i smutki mają wybitne znaczenie kształcące i wychowawcze dla młodych pokoleń. Lekarze mają i mieć powinni kult dla nauki i dla wielkich ludzi“. Cała książka pisana jest językiem pięknym, zawiera liczne ilustracje i portrety sławnych badaczy; papier doskonały, druk wyraźny. Sam autor jest pod tym względem b. wymagający, dał więc przez swój podręcznik wzór godny naśladowania, jak wydana i wydrukowana być powinna książka naukowa. Wzorowe jest też końcowe zestawienie bibliografji, skrowidz nazwisk i rzeczy. Kończąc, nadmieniam, że autor stworzył dla studentów medycyny podręcznik, którego młodszemu pokoleniu my, starsi, możemy tylko pozazdrościć *et vos, collegae medici, legite hunc librum et eritis beati*.

F e l s (Lwów).

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. (Rok 1934, t. XIII. Nakładem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, str. 274).

Jak zwykle, tak i w tym roku Pamiętnik zawiera nadzwyczaj bogaty materiał, na który składają się artykuły, omawiające zagadnienia balneologiczne z najrozmaitszych punktów widzenia, zarówno teoretyczno, jak i praktyczno-lekarskiego, gospodarczego, społecznego, historycznego itd. Blisko połowa materiału wyszła z pod pióra prof. L. K o r c z y ń s k i e g o, który zamieścił cztery swoje artykuły, a mianowicie: „Etapy rozwoju polskiej balneologii i klimatologii od początku XIX wieku”, „Wpływ klimatu górskiego na narząd krążenia”, „Zastrzeżenia i zalecenia klimatologii przy wyborze uzdrowisk dla leczenia schorzeń narządu krążenia”, „Podział klimatów”. Balneoterapii schorzeń układu krążenia poświęcił swój artykuł „Zasady nowoczesnej balneoterapii schorzeń układu krążenia” W. S p y c h a ł a. Z kliniki praskiej prof. P e l n a r a pochodzi praca prof. E. C m u n t a i J. T e i s i n g e r a p. t. „Wpływ pitnego leczenia karlowarskiego na regulację równowagi kwasowo-zasadowej i na poziom wapnia we krwi”. Dalej znajdujemy artykuły A. M a s t e r a: „O wartości leczniczej borowiny niemirowskiej w schorzeniach gośćcowych”, J. J a p y: „Badania bakteriologiczne borowiny żegiestowskiej”, A. T a r n a w s k i e g o: „O kuracji winogronowej”, St. S r o c z y ń s k i e g o i K. S a w i c z a: „Znaczenie inhalatorów i emanatorów zdrojowych z uwzględnieniem własnych doświadczeń w Inowrocławiu”, A. K o r c z y ń s k i e g o i J. P i e n i a ż k a: „Wskazania, mechanizm działania i wyniki leczenia zdrojowiskowego w Niemirowie”, T. C h r a p o w i c k i e g o: „Dotychczasowa działalność w Parku Zdrowia i jego dalsza rozbudowa”, W. S p e k t o r o w a: „Szkoly-sanatoria dla dzieci „trudnych”, A. K a c z y ń s k i e g o: „Hygienistki przyrodolecznicze”, J. G i n e t t - W o j n a r o w i c z o w e j: „Droga do udostępnienia kąpielisk i uzdrowisk dla szerokich mas”, St. L e s z c z y ń s k i e g o: „Wapienne, zdrojowisko siarczane”, S. G r a b i a n k i: „O promieniotwórczości wód polskich”, H. D o r n f e l d a: „Z V. Dydaktycznej wykładki Balneologicznej”. Poza tym bogaty dział informacyjny. Już z tego wykazu artykułów widać, jak bogaty materiał, zwłaszcza jeżeli chodzi o uzdrowiska polskie, zawiera „Pamiętnik”. Chociażby z tego tytułu powinien się on znaleźć w rękach każdego lekarza.

H. J. L a n d a u.

Reichs-Medlinal-Kalender für Deutschland 1935. Verlag Georg Thieme Leipzig 1935. R. M. 2.85.

Ślusznie prof. von den Velden, redagujący głośny od lat 56-ciu Kalendarz Lekarski, podkreśla, że tegoroczny zmienił poważnie swoje szaty, mimo, iż głównym leitmotiwem jego została teza: „dla praktyka wiadomości praktyczne”. Brewiarz terapeutyczny został opracowany zgodnie z biegiem i rozwojem lecznictwa. Z 8 działów zasługują na szczególną wzmiankę dwa wstępne V e l d e n a o postępach terapii w internie (*incl.* neurologii i psychiatrii) i O p i t z a o postępach w terapii noworodków i dzieci oraz ostatni rozdział, traktujący o uzdrowiskach kuracyjnych i zdrojowiskach balneologicznych i klimatycznych. Cztery kwartalne zeszyty Kalendarium zostały załączone.

H. H i g i e r.

PASTEUR VALLERY-RADOT et Lucien ROUQUÉS. Les phénomènes de choc dans l'urticaire (Étude clinique et thérapeutique), pages 232. 1934. Editeurs Masson et Cie. Prix 35 francs. Paris.

Po wstępie, omawiającym historię anafilaksji i jej stosunek do koloidoklazzji (W i d a l, A b r a m i, B r i s s a u d), charakteryzują autorzy liczne odczyny skórne i międzyskórne.

W 1-szym rozdziale klinicznym dyskutowane są w kolejnym porządku postacie pokrzywki pokarmowej, pasorzytnicznej, lekowej, emocyjnej, wysiłkowej, termicznej, czynniki pomocnicze koloidoklazzji pokrzywkowej, stosunek pokrzywek do innych odmian wstrząsu. Drugi rozdział poświęcony jest wyłącznie terapii: metody lecznicze skeptofilaksji czyli antianafilaksji czasowej, metody lecznicze stałą zmiennością humorálną, metody terapeutyczne, działające na czynniki pomocnicze skazy koloidoklastycznej, metody lecznicze o niewyjaśnionej dotąd interpretacji fizjologicznej. Kończy ciekawą monografię terapia specjalna poszczególnych postaci pokrzywki.—Studjum to dowodzi, jak dalece płodna była koncepcja W i d a l a, oparta na danych klinicznych, eksperymentalnych i terapeutycznych. Wraz z niedawną monografią E. J o l t r a i n a „Les urticaires” w wydaniu D o i n a wyczerpuje pracę powyższą prawie całkowicie od lat wielu en vogue będący temat z pogranicza interny, dermatologii i neurologii.

H. H i g i e r (Warszawa).

Dr. Fritz KÜHLMANN. Die Durchleuchtungstechnik z przedmową prof. Dr. F. G u t z e i t a. Nakładem Urbana & Schwarzenberga 1935. Wien—Berlin, stron druku 104, ilustracji 68.

Technikę prześwietlania poszczególnych narządów wyrabia sobie każdy badacz na podstawie fizjologii i patologii danego narządu w obrazie rentgenowskim i własnego doświadczenia. Jest ona dostosowana do własnych wymogów. Od czasu do czasu komunikują poszczególni badacze swe spostrzeżenia w kierunku nowych jakichś przejawów, spostrzeganych przy prześwietlaniu, i komunikaty te stają się niekiedy dobytkiem ogólnym. Inaczej czyni jednak autor, który chce nam podać standardyzowaną technikę, opierając ją jednak wyłącznie tylko na swym doświadczeniu. Z tego rodzajem postawieniem kwestji zgodzić się nie mogę. Są naprzykład, wskazówki, które uważam wręcz za błędne. Tak np. podaje K ü h l m a n n, iż prześwietlenie płuc rozpocząć należy od obrazu przy minimalnie zmniejszonej djafragmie. Nie można sobie wyobrazić trudniejszej orientacji. Chłodzi wszak przedwzrostkiem o ogólne wrażenie, a następnie dopiero o przestudjowanie szczegółów. Są jednak w książce i ciekawe spostrzeżenia, które świadczą o doświadczeniu autora. Najtrudniejsze może jest zagadnienie, dla kogo przeznaczona jest książka? Autor zaznacza, iż nie dla początkującego, i słusznie, gdyż nie daje ona całokształtu badania, doświadczony zaś rentgenolog obeznany jest naogół z poruszaniem zagadnieniami. Książka zawiera liczne, naogół dobre obrazy.

B. K r y ń s k i.

Hans HELLMER. Röntgenologische Beobachtungen über die Ossifikation der Patella. Acta Radiologica, Stockholm 1935, stron druku 82.

Na podstawie literatury i rozległych systematycznych (głównie serjowych) badań autor omawia zagadnienie kostnienia rzepki i przychodzi do wniosku, iż w warunkach zwykłych odbywa się ono z kilku punktów centralnych. Kostnienie to przechodzi pewne ściśle ujęte okresy, które u dziewcząt następują szybciej, niż u chłopców. Liczba dodatkowych jąder kostnienia w górno-zewnętrznej części rzepki jest większa, niż przypuszczano. Naogół jądra dodatkowe zlewają się z jądrem centralnem. W zastosowaniu obserwacji swych do patologji rzepki przychodzi autor do wniosku, iż opisane w literaturze przypadki choroby K ö h l e r a i S v e n J o h a n s s o n - S i n d i n g - L a r s e n a w rzepce polegają na zwykłej pomyłce rentgenologicznej. Postacie choroby K ö h l e r a odpowiadają obrazowi zwykłego przebiegu kostnienia, a choroba J o h a n s s o n - S i n d i n g a jest postacią li tylko kliniczną bez danych w obrazie rentgenowskim. Oma-

Streszczenia pojedyncze.

Bakterjologia i Serologia.

M. EISLER. **Gotowe do użycia wysuszone surowice wzorcowe M i N.** (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1934).

Z powodu wzrastającego zainteresowania surowicami, służącymi do określania czynników M i N we krwi ludzkiej, przygotowuje autor gotowe do użytku surowice wzorcowe. Nadają się one do przechowywania i są pewne. Ampułki wypełnia się surowicą, która ulega w nich wysuszeniu dzięki stworzeniu próżni. Przed użyciem suchą pozostałość rozpuszcza się w przekroplonej wodzie, w ilości, odpowiadającej pierwiastkowej objętości.

A. Neumann (Baden-Wien).

G. RAMON. **Uodparnianie doświadczalne żywymi pr. błoniczymi. Porównawcze badanie doświadczalne własności chorobotwórczych i uodparniających pr. błoniczy.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, 1934 r.).

Ramon podaje bardzo prostą metodę doświadczalnego uodparniania królików przeciwko błonicy. Zastrzykuje on jednorazowo podskórnie małą ilość żywych i chorobotwórczych pr. błoniczych w lanolinie. Po miesiącu zwierzęta posiadają dużą odporność, gdyż znoszą duże dawki jadu błoniczego, a surowica ich w ilości 0,01 cm. zobojeźnia ilość jadu, odpowiadającą 25 dawkom śmiertelnym dla świnek. Lanolina wzmacnia zdolność rozmnażania się pr. błoniczych, wytworzony przez nie jad przenika powoli do tkanek ustroju, co pobudza do ciągłego produkowania antytoksyn. Metodę z lanoliną zastosował autor przy badaniu związku między własnościami chorobotwórczymi i uodparniającymi pr. błoniczych. Zdaniem Ramona chorobotwórczość pr. błoniczych jest funkcją dwóch własności zasadniczych: a) „zjadliwości miejscowej” (zdolność rozmnażania się w miejscu wtargnięcia) i b) zdolności jadotwórczych. Technikę stosowano następującą: 24 g. hodowlę szczepu błoniczego, zmytą 1 cm. soli fizjologicznej, zmieszano z 3 cm. jałowej lanoliny i w celu ułatwienia wstrzyknięcia dodano 6 gr. oliwy. Mieszaninę tę wprowadzono trzem królikom po 1 cm. do podskórnej tkanki łącznej. Trzem królikom kontrolnym zastrzyknięto tę samą dawkę pr. błoniczych w soli fizjologicznej. Po miesiącu zbadano krew na obecność antytoksyn i ponownie zastrzyknięto po 2 cm. tej mieszaniny. W 10 dni po drugim wstrzyknięciu wzięto powtórnie krew do badania. Surowica królików uodpornionych szczepem M o z e r posiadała 0,25 J. A. po I-szem wstrzyknięciu i 2 J. A. po II-gim wstrzyknięciu. W surowicy królików uodparnianych szczepem Park William w lanolinie, zarówno i królików kontrolnych, antytoksyn nie wykryto. Króliki, którym zastrzyknięto tę samą mieszaninę pr. błoniczych, lecz z dodatkiem 6 J. A., lub którym zastrzyknięto mieszaninę lanoliny z pr. błoniczymi, ograniczonymi przez 1/2 godz. w 56/58°, antytoksyn nie wytworzyły. Doświadczenia te wykazują, że jedynie szczep błoniczy o wybitnych własnościach chorobotwórczych, zmieszany z lanoliną, może rozwijać, przy udziale stanu zapalnego, w miejscu zastrzyknięcia swoją „zjadliwość miejscową”. Wówczas dopiero dzięki swym własnościom jadotwórczym może wywoływać antytoksynę swoistą i rozwój odporności przeciwbłoniczej.

J. Seydel.

A. BOQUET. **Uwagi dotyczące pewnego szczepu kwasoodpornego.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, 1934 r.).

Szczep ten (Bac. C) pochodził z płynu mózgowo-rdzeniowego 2 1/2 letniego dziecka, które nagle dostało ostrych objawów nerwowych. Objawy te nigdy więcej nie powtórzyły się. Dziecko to przebywało w towarzystwie ojca, chorego na gruźlicę. Pobrany płyn m.-rdz., posiany na podłoża wybiórcze, nie dawał wzrostu pr. kwasoodpornych. Świnki, zakażane tym

płynem i zabite po 4 miesiącach, nie wykazywały zmian makroskopowych ani w miejscu szczepienia, ani w narządach. Jednakże posiewy z gruczołów pachwinowych i łędźwiowych tych świnek dały wynik dodatni. Szczep ten (Bac. C) posiada słabe własności chorobotwórcze, jednakże jego własności antygenowe (zdolność wywołania alergii i wytwarzanie tuberkuliny) zbliżają go raczej do szczepów gruźliczych niż rzekomo-gruźliczych. Szczep Bac. C przypomina odmianę S prątków gruźlicy ssaków, zwłaszcza z okresu, gdy one się uwsteczniły po kilku pasażach na podłożach sztucznych.

J. Seydel.

Ch. DUPREZ. **Odporność przeciwgruźlicza otrzymana u świnek, przez często powtarzane zastrzykiwania w małych dawkach szczepu BCG.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, 1934 r.).

Podskórne zastrzyknięcia w liczbie 60-ciu szczepu BCG w dawkach 0,01 mgr., stosowane w przerwach tygodniowych, wywołują w ustroju świnek stan bezwzględnej odporności na wstrzyknięcie 0,001 mgr. bardzo zjadliwego szczepu gruźliczego.

J. Seydel.

Ch. DUPREZ. **Związek między alergią i odpornością w zakażeniach gruźliczych.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, 1934 r.).

Szczep BCG., zastrzyknięty podskórnie w małych dawkach (0,01 mgr.) w przerwach tygodniowych, wywołuje u świnek bezwzględną odporność na zastrzyknięcie 0,001 mgr. zjadliwego szczepu gruźliczego. Przyczem jedne świnki szybko, bo po 3—4 miesiącach, przestają reagować na tuberkulinę, inne zaś dopiero po roku, lub nawet po 2 latach. Niezależnie jednak od tego, czy świnki są wrażliwe lub niewrażliwe na tuberkulinę, wszystkie są w jednakowym stopniu odporne na zastrzyknięcie zjadliwego szczepu gruźliczego. Można by zatem przypuścić, że alergja nie odgrywa roli w procesach obronnych ustroju przeciwko gruźlicy, jest ona raczej miejscową odpowiedzią na obecność drobnoustrojów chorobotwórczych.

J. Seydel.

Choroby serca i naczyń.

G. C. GRIFFITH, C. T. CHAMBERLAIN i J. R. KITCHELL Jr. **O praktycznym znaczeniu ciśnienia żylnego u zdrowych i chorych wraz z przeglądem piśmiennictwa.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, 187, Nr. 5).

Metoda mierzenia ciśnienia żylnego, zaproponowana przez autorów, a będąca modyfikacją metody Moritz'a i v. Tabora, nadaje się do szerokiego stosowania przez lekarzy praktyków, którym może oddać cenne usługi. Praca niniejsza poświęcona jest praktycznej stronie zagadnienia, które z tego punktu widzenia było w piśmiennictwie mało opracowane. Jako poziom normalny przyjmują autorzy 60 — 120 mm. wody, wartości powyżej 140 mm. i poniżej 40 są zawsze patologiczne. Przed rozpoczęciem badania chorzy muszą być przynajmniej przez 15 minut w spoczynku. Między ciśnieniem tętniczym a żylnym niema wyraźnego związku. W żyłę udową ciśnienie jest zwykle o 10 — 40 mm. wyższe aniżeli w żyłę ramieniową. Według Evans'a otyłość wzmacnia, wycieńczenie obniża ciśnienie żyłne. Według Eystera w niedomodze serca ciśnienie żyłne przewyższa możność poradzenia sobie przez serce ze zwiększoną podażą krwi żyłnej — a więc zawsze przy niedomodze serca prawego (skombinowanej z niedomogą serca lewego lub nie) ciśnienie żyłne jest wzmożone, przyczem to nadszciskanie żyłne przynajmniej o kilka godzin poprzedza objawy kliniczne niedomogi serca. Wobec tego w przypadkach, w których podejrzewa się istnie-

nie niedomogi serca lub też grozi jej powstanie, badanie ciśnienia żylnego ma duże znaczenie rozpoznawcze i lecznicze. Wyjątkowo ważne dla rozpoznania niedomogi serca jest ciśnienie żyłne w zapaleniu płuc, gdzie zwykle objawy niedomogi przekrwiennej są trudne do stwierdzenia ze względu na skombinowanie ich z objawami utrudnionego oddychania, spowodowanego przez zmiany płucne. Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym ciśnienie żyłne jest ważne przy odróżnieniu duszności i sinicy, występujących w astmie alergicznej, w pylicy płuc, w rozedmiu i w przewlekłym zwłóknieniu płuc, od tych objawów na tle ostrej niedomogi prawego serca; we wszystkich wyżej podanych schorzeniach ciśnienie żyłne jest w granicach normy (w dychawicy oskrzelowej często stwierdza się jej górną granicę). W szeregu przypadków nagłych, gdzie rozróżnienie między ostrą niedomogą serca a astmą allergiczną było bardzo trudne, natychmiastowe zmierzenie ciśnienia żylnego oddało autorom nieocenione usługi. Pod względem rokowniczym ciśnienie żyłne pozwala na ocenę stopnia i rozwoju niedomogi serca; gdy ciśnienie jest powyżej 200 mm. wody, dalsze jego wzniesienie oznacza rokowanie złe, spadek — dobre (C l a r k). Stale wysokie ciśnienie żyłne z tętnem powyżej 120 jest złą oznaką w zapaleniu płuc, niskie ciśnienie z tętnem poniżej 120 daje dobre rokowanie (K a s t l i n i M a c l a c h l a n). Duże znaczenie ma również ciśnienie żyłne dla leczenia niedomogi serca; przy wytwarzaniu się wyrównania ciśnienie żyłne spada i pozostaje przez cały czas wyrównania na poziomie normalnym. Badanie ciśnienia żylnego (co 2 — 3 dni) daje dobry wskaźnik skuteczności leczenia naparstnicowego; w okresie wyrównania należy je powtarzać (rzadziej), ażeby móc wykryć rozpoczynającą się dekompensację w okresie, kiedy nie ma jeszcze jej objawów klinicznych. Ciśnienie żyłne powyżej 200 mm. jest wskazaniem do upustu krwi (C l a r k), który powinien być obfity (co najmniej 500 cm.³, M e e k i E y s t e r). Prócz niedomogi serca tylko jeszcze mechaniczne utrudnienie odpływu żylnego wzmacnia ciśnienie żyłne — utrudnienie miejscowe (łatwo dające się stwierdzić przez badanie na obydwu kończynach) lub sercowe (*pericarditis adhaesiva*, *concretio cordis*; ważne tu jest pooperacyjne obniżenie ciśnienia). Płyn w jamie brzusznej wywołuje wzmocnienie ciśnienia żylnego na udach (E v a n s), wypuszczenie płynu powoduje spadek ciśnienia do normy (E v a n s) lub do poziomu wyższego od normalnego (autorzy). Niskie ciśnienie żyłne jest mało opracowane, autorzy stwierdzili występowanie jego w szeregu przypadków (wyniszczenie nowotworowe, zator tętnicy płucnej, ostre sprawy wieńcowe); w czasie poprawy ciśnienie żyłne się podnosiło.

H. M a k o w e r (Łódź).

S. P. SCHWARTZ i A. JEZER. **Studia nad przejściowym migotaniem komór. I. Obserwacje zmian rytmu serca, poprzedzających napady omdlenia u pacjenta z rytmem zatokowym prawidłowym.** — S. P. SCHWARTZ i L. HAUSWIRTH. **II. Obserwacje zmian rytmu serca, poprzedzających napady omdlenia u kobiety z przejściowym rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowym.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, 187, Nr. 4).

I. Autorzy opisali przypadek zapalenia rdzenia kręgowego z napadami zespołu A d a m s - S t o k e s a, przed którymi rytm z 90 wzrastał na 150, poczem po pewnym czasie uderzenia przedwczesne miały rytm podstawowy. Początkowo zjawiała się one po każdym 4-em uderzeniu normalnym, potem występowały naprzemiennie z prawidłowymi. Od czasu do czasu dołączały się grupy zespołów komorowych, które nie dochodziły do obwodu, dając przerwę w tętnie. Gdy trwały one 8 — 10 sek. następowała utrata przytomności i błądność, gdy trwały 20 — 40 sek. — głębsze omdlenie, po przeszło 40 sekundowym trwaniu — typowy napad A d a m s - S t o

k e s a z utratą przytomności, drgawkami padaczkowymi, oddawaniem moczu i kału, oddechem charczącym, kończącym się w bezdechu i znacznej sinicy. Te grupy zespołów komorowych przedstawiają krótkie odcinki trzepotania komór, które zjawiały się i znikaly wielokrotnie. Opisane zjawiska spostrzegano w dniu śmierci młodocianego (17 letniego) chorego.

II. U 56-letniej chorej z napadami A d a m s - S t o k e s a normalny rytm zatokowy przed napadami ustępował, zjawiało się rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe. Po pewnym czasie występowały uderzenia przedwczesne, dając bi-, tri-, i kwadrigeminę. Kiedy w ten sposób akcja serca stawała się szybszą — występowały szybko po sobie następujące, różnokształtne i różnorodne zespoły komorowe, w czasie których zjawiała się przerwa w tętnie, brak tonów serca, zapaść. Gdy zjawisko to trwało przeszło 40 sek. — występował typowy napad A d a m s - S t o k e s a. Jest to przypadek powstania choroby A d a m s - S t o k e s a na tle trzepotania i migotania komór (krzywa B5 wykazuje typowy dla migotania przebieg).

H. M a k o w e r (Łódź).

G. BICKEL, J. MOZER, F. SCIELOUNOFF. **Szybkość opadania krwinek w przebiegu zawału mięśnia sercowego.** (Arch. Mal. du Coeur, Nr 2—1935).

Autorzy opisują trzy typowe przypadki zawału mięśnia sercowego; w przebiegu schorzenia i przez długi czas po ustąpieniu objawów, typowych dla zespołu zawałowego, autorzy badali wielokrotnie szybkość opadania krwinek; przyspieszenie opadania krwinek jest objawem późnym, zjawia się dopiero w 3 — 4 dni po napadzie, dochodzi do szczytu po 5 — 6 dniach, cofa się b. wolno; wraca do normy dopiero po paru tygodniach. Zdaniem autorów, szybkość opadania krwinek ma b. ważne znaczenie rozpoznawcze w przebiegu przypadków wątpliwych, zwłaszcza, jeśli niema możliwości wykonania krzywej elektrokardiograficznej; specjalnie ważną rolę odgrywa odczyn B i e r n a c k i e g o w rokowaniu, wiadomo bowiem, że podwyższona temperatura i leukocytoza, towarzyszące zawałowi mięśnia sercowego, szybko przemijają i niema objawu, któryby świadczył o tem, że proces martwicy w mięśniu sercowym uległ zabiżnieniu; przyspieszone opadanie krwinek, jak poucza obserwacja kliniczna, jest właśnie odbiciem wysysania się produktów nekrotycznych, powstających po zawał mięśnia sercowego. Autorzy starali się wytłumaczyć mechanizm przyspieszenia opadania krwinek w przebiegu zawału serca; liczni autorzy (F a r k a s, Z a r d e y) szukali powodu szybkiego opadania krwinek we właściwościach samej krwi i wykazali, że ważną rolę odgrywa poziom fibrinogenu w osoczu. Autorzy badali krew chorych z zawałem mięśnia sercowego na zawartość albumin, globulin i fibrinogenu; okazało się, że równoległe do zmian szybkości opadania krwinek przebiega poziom fibrinogenu w osoczu; za rolę fibrinogenu przemawia również fakt, stwierdzony przez autorów, że krew chorego na zawał serca, wykazująca bardzo przyspieszone opadanie krwinek, traci tę właściwość po uprzednim odwłóknieniu. W okresie szybkiego opadania krwinek poziom fibrinogenu wzrasta do 12.5% (norma 5—6 gr. %); wraz z poprawą chorego szybkość opadania krwinek wraca do normy i poziom fibrinogenu obniża się.

Jakób P e n s o n.

DALLDORF i RUSSELL **Wpływ zastrzykiwań kwasu cewinaminowego na odporność naczyń włosowatych.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 19, 1935).

Względna łamliwość naczyń włosowatych skóry jest zjawiskiem zwykłym. Stwierdzić ją można u osobników w każdym wieku bez jakichkolwiek zmian gnilca (skorbutu). Tem niemniej u takich osobników zwiększenie walorów antyskorbutowych w pożywieniu podnosi odporność naczyń włosowatych. To graniczące z gnilcem zaburzenie w odżywianiu otrzymało nazwę gnilca podklinicznego (subclinical scurvy). U osob-

ników takich stwierdza się zazwyczaj pewne nieznaczne odchylenia od zdrowia normalnego. Autor mierza do określenia wartości leczniczej kwasu cewitaminowego w tych warunkach. Preparat ten stosował dożylnie w ilości 100 mg. rozpuszczonych w 10 cm. wody przekroplonej. Wstrzykiwania należy robić powoli. Po wstrzykiwaniach nie stwierdzał autor żadnych zjawisk odczynowych. Odporność kapillarów była mierzona własnym resistometrem. Określonej wielkości bańka, z której małą pompką zostaje usunięte powietrze, jest w ciągu jednej minuty przyssana do ramienia. Odporność kapillarów mierzy się najmniejszym ciśnieniem ujemnym, potrzebnym do uzyskania mikroskopijnych petechij. U 14 osobników, u których stwierdzono zmniejszoną odporność kapillarów, zastrzyknięto 100 mgr. kwasu cewitaminowego, poczem zaznaczyło się zwiększenie odporności kapillarów, które utrzymywało się najmniej w ciągu 24 godzin. Przed wstrzyknięciem odporność kapillarów wyrażała się liczbą przeciętną 24 cm. ujemnego ciśnienia rtęci, po wstrzyknięciu — 35 cm. Pierwsza liczba spotykana jest u osobników, których pożywienie zawiera skąpe ilości owoców i jarzyn, druga liczba jest normalna dla prawidłowo odżywianych osobników. Efekt działania kwasu cewitaminowego posiada charakter swoisty, na co wskazuje czas trwania tego efektu; nie chodzi o działanie kwasu, jako takiego.

Jerzy Fajlewicz (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

STRAUSS, SOLOMON, SCHNEIDER i PATEK. **Podostre zwyrodnienie rdzenia kręgowego w przebiegu niedokrewności złośliwej.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 18, 1935).

Istnieje duża różnica zdań w sprawie wpływu leczenia preparatami wątroby na zmiany zwyrodnieniowe w rdzeniu. Autor w swej pracy zamierza wyjaśnić: 1) czemu różni klinicyści otrzymywali różne wyniki; 2) przedstawić krytycznie 26 przypadków niedokrewności złośliwej z objawami rdzeniowymi, leczonych w ciągu 3 lat preparatami wątroby; 3) wyjaśnić, czemu wśród 8-miu przypadków niedokrewności złośliwej, leczonych również przez 3 lata preparatami wątroby, nie zaobserwował ani razu objawów rdzeniowych, które zwykle po takim okresie czasu występują w przypadkach nieleczonych. Zdaniem autora, dobroczynny wpływ leczenia wątrobą na proces rdzeniowy nie polega na cofaniu się zmian zwyrodnieniowych w tych elementach nerwowych, które zostały zniszczone, lecz na zahamowaniu postępu zmian zwyrodnieniowych. Wtórna poprawa warunków neurologicznych zależy więcej od poprawy ogólnego stanu zdrowia, od poprawy niedokrewności, której objawy przedtem akcentowały i może wyolbrzymiały istotne objawy neurologiczne. Pewnem jest, że nerwy obwodowe są zdolne do zmian regeneracyjnych tak długo, jak odpowiadająca im komórka rdzeniowa zachowała żywotność, i stwierdzana przytem poprawa jest niesłusznie wiązana z poprawą zmian rdzeniowych. Różne wyniki zależą czasami od stosowania różnych preparatów, różnych dawek i różnego czasu obserwacji. W swoich 26 przypadkach z zaawansowanymi zmianami rdzeniowymi stosował autor wyciąg wątroby domięśniowo przez 34-miesiące, przyczem we wszystkich bez wyjątku przypadkach stwierdził zahamowanie postępu zmian zwyrodnieniowych w rdzeniu. W 8 przypadkach bez objawów rdzeniowych w ten sam sposób leczonych, objawy rdzeniowe nie wystąpiły. Parenteralne stosowanie preparatów wątroby jest więc w stanie zahamować lub zapobiec wystąpieniu zwyrodnieniowych zmian rdzeniowych.

Jerzy Fajlewicz (Łódź).

G. GOTTSEGEN. **Nowe badania nad działaniem wyciągów wątrobowych w niedokrewności fenyldryazynej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 15, 1934).

Od czasu odkrycia leczenia wątrobowego w niedokrewności złośliwej poszukuje się odpowiedniego sprawdzianu dla

badania skuteczności wyciągów wątrobowych. Autor na podstawie swych badań doszedł do wniosku, że wprowadzanie preparatów wątrobowych do wstrzykiwań pozostaje bez wpływu na powstawanie i ciężkość niedokrewności, wywołanej przez fenyldryazynę u królików i u psów. U tych ostatnich powstawanie niedokrewności ulega tylko kilkodniowemu opóźnieniu. Na tej drodze nie można osiągnąć standaryzacji preparatów wątrobowych.

A. Neumann (Baden-Wien).

H. DRUNNEL i E. PRE'SZ. **W sprawie kliniki i leczenia agranulocytozy.** (Wienn. kl. Woch. Nr. 15 1934).

Autorzy podają opis dwóch przypadków, w których obraz krwi odpowiadał obrazowi w agranulocytozie: w jednym przypadku znaleziono 90, w drugim — 132 obojętnochłonne białe ciała krwi, a w których inne zewnętrzne objawy kliniczne wystąpiły krótko przed zwrotem na lepsze, względnie zupełnie nie wystąpiły. Znajomość takich przypadków jest ważna, gdyż dowodzą one, że objawy zewnętrzne posiadają drugorzędne znaczenie. Leczenie ma za zadanie pobudzić tkanki krwiotwórcze do wytwarzania białych ciałek krwi i nie dopuszczać do wtargnięcia wtórnego zakażenia. Przetaczanie krwi ma niepewne działanie, naświetlanie drażniące promieniami Roentgena szpiku kostnego, słabemi dawkami promieni Roentgena lub radu (około 1/20 H E D) zasługuje na zalecenie. Jeden przypadek wyleczono adrenaliną.

A. Neumann (Baden-Wien).

Irving SHERMAN, **Autohemaglutynacja.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4)

Autohemaglutynacja jest zjawiskiem rzadkiem. Autor stwierdził je tylko 3 razy na blisko 2000 transfuzji w ciągu lat 7. Przeważnie występuje w chorobach zakaźnych gorączkowych. Zlepianie krwinek własnych oraz krwinek wszystkich 4 grup odbywa się poniżej temperatury krytycznej, zwykle między 30 a 31,5°C. Zależne ono jest od obecności specjalnych aglutynin w surowicy. W 2 z 3 przypadków opisanych Sherman wykonał przetaczanie krwi — i to nawet kilkakrotnie — z wynikiem dobrym. Dla większej pewności ogrzewał odbiorców krwi ogrzewaczem elektrycznym. W 1 przypadku zbadano własności zlepne po wyleczeniu: surowica nie zlepiała już krwinek w cieplecie pokojowej, czyniła to natomiast w lodu.

H. Makower.

Choroby dróg moczowych.

J. NAVRATIL. **Cibalgina w praktyce urologicznej.** (Praktyk. Lekar. 1935, N. 15).

Po wielu zabiegach operacyjnych morfina jest niechętnie stosowana, nie ze względu na niebezpieczeństwo przyzwyczajenia, lecz ze względu na objawy uboczne, jak: wymioty, wysypki, nieregularna akcja serca i t. d. Zaczęto więc chętnie stosować cibalginę szczególnie w postaci czopków, ponieważ w tej postaci omija się przewód pokarmowy, oszczędza przykrości wstrzykiwania, resorbcja natomiast i przejście do krwioobiegu następuje bardzo szybko. Autor stosował czopki cibalginy na oddziale klinicznym po operacjach gruczołu krokowego w celu uspokojenia bólów, w zapaleniu pęcherza moczowego, najądrza i w raku sterczu. W tem ostatniem cierpieniu czopki cibalginy dawały szczególnie dobre wyniki. Autor gorąco poleca stosowanie cibalginy w czopkach nie tylko w praktyce urologicznej, ale wogóle, gdyż działa prędko, ubocznych objawów nie wywołuje i dobrze jest znoszona przez pacjentów. Cibalginę w czopkach należy zapisywać w dawce 0,25—0,5 na czopek.

F. Mikulsk.

W. R. JORDAN, K. H. CRABTREE. **Porażenie pęcherza moczowego w przebiegu cukrzycy.** (Arch. of Int. Medecine T. 55, N 1, 1935).

Autorzy opisują 8 przypadków cukrzycy, powiklanej porażeniem pęcherza moczowego; w 6 przypadkach stwierdzo-

no obok porażenia pęcherza objawy *neuritis diabetica*. Niektórzy autorzy sądzą, że długotrwałe zapalenie nerwów prowadzić może do zmian rdzeniowych, od których uzależniają porażenie pęcherza. Rokowanie naogół jest złe. Leczenie polega na zwalczaniu cukrzycy i infekcji dróg moczowych.

Jakób P e n s o n.

D. M. GOMEZ. Wpływ wyciągów kory nerek na azotemję. (La Presse Médicale N. 12—1935 r.).

Autor stosował w 37 przypadkach mocznicy nieznaczniego stopnia wstrzykiwania wyciągów kory nerkowej; w przeważnej liczbie przypadków stwierdził znaczny spadek azotemji wraz z równoległym obniżeniem się ciśnienia krwi. W przypadkach nadciśnienia pochodzenia pozanerkowego wyciągi kory nerkowej nie działały. W ciężkiej mocznicy autor nie uzyskał efektu leczniczego; w lekkiej natomiast mocznicy notował wyraźną poprawę podmiotową wraz ze spadkiem azotemji. Autor wstrzykiwał codziennie 3—4 cm wyciągu kory nerkowej; wyciąg winien być przechowywany w zimnie, gdyż ciepło ujemnie wpływa na jego skuteczność.

Jakób P e n s o n.

V. BLUM. Wczesne rozpoznawanie gruźlicy nerek. (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1934).

Gruźlica nerek wykazuje występowanie rodzinne, dlatego też wywiady należy prowadzić zarówno w tym kierunku, jak i w kierunku poszukiwania schorzeń gruźliczych, zwłaszcza chirurgicznych (gruczołów chłonnych, kości, stawów) u samego pacjenta. Podejrzane są jednostronne rozlane lub o charakterze kolki bóle w okolicy nerkowej, gdy mocz zawiera białko i ropę. To samo dotyczy bólów w okolicy kątnicy. Mocz bywa podejrzany, jeżeli poza białkiem i ropą zawiera makroskopowo lub drobnoustrojowo krew, nie zawiera natomiast drobnoustrojów i jest kwaśny. Również w dolegliwościach zapalnych ze strony pęcherza moczowego należy w tych samych warunkach myśleć o gruźlicy nerek. Jeżeli proste barwienie osadu moczowego metodą Z i e h l - N i e l s e n a nie daje wyniku, należy się uciec do posiewu metodą L o e w e n s t e i n a lub do szczepienia jałowo pobranego moczu świnie morskiej. Rozstrzygające znaczenie posiada fachowe badanie urologiczne zapomocą cystoskopu oraz badanie rentgenowskie.

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

H. G. PLESCHNER. Jak długo można prowadzić bez niebezpieczeństwa leczenie zachowawcze kamieni moczowodowych? (Wien. kl. Woch. Nr. 15/1934).

Leczenie zachowawcze kamieni moczowodowych jest tak długie dozwolone, aż kamień samoistnie wyjdzie, jeżeli tylko nie wystąpią szczególne okoliczności. Za takowe uważa autor długotrwałe bóle, które bywają wówczas wywołane nietyle przez kamień, ile przez zastój. Dalszą przyczyną do wkroczenia chirurgicznego upatruje autor w krwawieniu, jeżeli pozostaje ono w związku z ujawnionym kamieniem. Trzecie wskazanie stanowi zakażenie z mętym moczem i podniesieniem ciepłoty. Aby usunąć kamień, każe się chorym dużo pić obojętne, czy wody karlsbadzkiej, marjenbadzkiej czy gasteineńskiej, lub tej podaje się co godzinę łyżkę stołową mieszaniny 100 gr. gliceryny z 20 gr. syropu, którą popija się za każdym razem półlitrem wody. Drugą kurację stanowi podwodna kąpiel jelitowa (enteroeleaner) w połączeniu z podawaniem preparatów przysadki mózgowej lub dużych dawek papaweryny. Jeżeli w ten sposób nie się nie osiągnie, należy przekazać przypadek specjalście.

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

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

ROSS. Wartość aerocystografji. (The Lancet, Nr. 3/II, 1934).

Aerocystografia posiada dużą wartość w rozpoznawaniu wewnątrzpęcherzowego przerostu gruczołu krokowego. Jako

metoda rozpoznawcza jest prostsza od cystoskopji. Metoda ta pozwala łatwiej odróżnić, czy cień w pęcherzu moczowym zależy od obecności łagodnego czy złośliwego guza. Łatwo można zlokalizować kamienie w świetle pęcherza moczowego. Wreszcie łatwo jest tą drogą oznaczyć pojemność pęcherza i grubość jego ścian. Metoda ta jest zbyt rzadko stosowana.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

R. M. BOHNSTEDT. Badania nad wydalaniem prolanu A i follikuliny w moczu skórno chorych. (Klin. Wschr. Nr. 47/1934).

W rozmaitych schorzeniach skóry stwierdza się wzmożone wydalanie prolanu, względnie follikuliny. Większe znaczenie można by jednakże przypisywać prolanurji, względnie follikulinurji tylko w *acne rosacea*, gdyż większość przypadków tego cierpienia wykazywała ją. Wzmożone wydalanie prolanu A stwierdzono w moczu dwóch chorych z *dermatitis dysmenorrhoea symmetrica*. Natomiast u 4 pacjentek z wypryskiem, które wykazywały pogorszenie się objawów skórnych podczas miesiączki, nie stwierdzono prolanurji, ani follikulinurji. W niedomiedze jąder bądź wskutek zapalnych ich schorzeń (*orchitis fibrosa*), bądź wskutek ich zakazu może występować prolanurja.

H. L.

L. M. PAUTRIER. Przewlekłe zliszajowacenie grudkowe ograniczone. Obecność neuroma. (Annales de derm. et de syphil. — październik 1934).

Omawiane cierpienie było opisywane w literaturze także i pod nazwami: *lichen ruber obtusus corneus*, *prurigo nodularis* i *urticaria perstans*; przeciw tym nazwom autor wypowiada się. Klinicznie sprawa charakteryzuje się obecnością dużych, ściśle ograniczonych, twardych i wystających półokrągłych grudek, rozsianych głównie na kończynach. Zmianom towarzyszy bardzo silne swędzenie, występujące napadowo. Cierpienie trwa przez 10—15—20 lat. Badania histologiczne, wykonane przez autora z własnych i nadesłanych przypadków wykazały ogromny przerost tkanki nerwowej. Wśród nacieku rozrzuconego ogniskowo w skórze i składającego się głównie z histjocyty i limfocytów stwierdzono obecność wielkiej liczby nerwów dobrze wykształconych, złożonych z dużej liczby włókien nerwowych. Liczba znalezionych nerwów była proporcjonalna do obfitości i rozległości nacieków; nerwy miały przeważnie dobrze wykształcone otoczki S c h w a n n a. Opierając się na objętości i wybitności otoczki nerwów, autor zalicza je do układu mózgowo-rdzeniowego. Poza tem zwraca uwagę liczne naczynia krwionośne, rozgałęzione i rozszerzone o śródbłonku wystającym do światła. W naskórku wyraźna hiperkeratoza i hiperakantoza. Autor podkreśla, że w innych postaciach zliszajowacenia nie stwierdza się przerostu tkanki nerwowej.

Alfred E t t i n g e r.

Paul RAVAUT, SALLER i BONS. Ustępowanie liszaja czerwonego płaskiego i odpornej pokrzywki pod wpływem chloroformu, eteru i chlorku etylu. (Bull. de la Soc. Franç. de derm. et de syphil. — lipiec 1934)

W związku ze spostrzeżeniem E. W e i l l a (refer. Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego Nr. 42) autorowie wyrażają przypuszczenie, że niektóre schorzenia skórne mogą ustępować pod wpływem narkozy. W 3 przypadkach liszaja czerwonego i jednym odpornej pokrzywki stosowali wlewania dożylnie roztworu fizjologicznego chloroformowanego (1/2%) w dawkach od 5 do 30 cm³ co 1—4 dni, a u pięciu chorych z *lichen ruber* podawano wodę chloroformowaną *per os*. Po wlewaniach dożylnych nastąpiło wyraźne zmniejszenie swędzenia, zmiany skórne zaczęły ustępować; woda chloroformowana dała wyniki podobne, ale po dłuższym okresie stosowania.

Alfred E t t i n g e r.

wiając wreszcie złamanie rzepki, stwierdza autor, iż często obrazy te nie dają się w pierwszej chwili odróżnić od obrazów, spotykanych przy kostnieniu, i tylko dalszy przebieg może sprawę tę wyjaśnić. B. K r y ś k i.

Józef LOBEL. Zbawcy ludzkości. Opowieści detektywistyczne z dziejów medycyny. Przełożył dr. Karol Klein. Lwów 1935. Wyd. „Semafor”.

Książka, którą laik przeczyta z zachwytem, medyk z dużym zainteresowaniem. Laik zostaje wprowadzony do tajnego gabinetu, gdzie przygotowują cudowne eliksiry na ludzkie dolegliwości — a robota taka ciekawa i zajmująca! Autor na nerw publicystyczny; przykuwa uwagę czytelnika od początku do końca, że od książki oderwać się trudno. Stylem dowcipnym i uwagami, wplecionymi z dziedziny literatury pięknej, snuje swoje opowiadanie, wtajemniczając czytelnika w arkana laboratoryjne; urządza dyskusje pomiędzy lekarzem a osobą postronną — niczem wywiad. A w tym wywiadzie odczyt, raz o cukrzycy, to znów o kile, wreszcie o detektywach mikrobów. Doskonale przytem zdając sobie sprawę, jak ujęć czytelnika, pracę swoją nazywa: „detektywistyczne opowieści z dziejów medycyny”. Za cel obrał sobie walkę człowieka z wrogami, pasorzytującymi w jego ciele, bądź z truciznami, w niem powstającymi. Opowieść swoją ujął w trzy najciekawsze rozdziały: pierwszy nazwał „cukrzycą”, drugi — „pallida”, trzeci — „ochotnikiem w wojnie z bakterjami”. Dr. Löbel nie jest jedynym, który sztandar medycyny popularyzatorskiej dźwizga wysoko i każe tłumom podziwiać go. Paweł de K r u i f, Rudolf T h i e l, nawet Axel M u n t h e — wszyscy oni w formie przystępnej, ciekawej i łatwej do strawienia uczą, bawiąc zarazem. Ale ważniejsza ich misja — ukazanie nam lekarzy-bohaterów i pomocników lekarskich, których wyczyny z pewnością niemniej są doniosłe, niż sportowców, bijących pierwszorzędne rekordy. W walce z winowajcami chorób takich, jak: cukrzyca, kiła, autor detektywistycznych opowieści wykazuje, jak wiele przypadek zaważyć może na epokowych odkryciach. Oskar M i n k o w s k i, jako asystent prof. N a u n y n a w Strasburgu, na pozabawionym trzustki psie wykrywa jej znaczenie dla regulacji cukru we krwi. W a g n e r - J a u r e g g ze spostrzeżeń na żołnierzach bośniackich stacjonowanych w Wiedniu, zapadających u siebie w domu masowo na malarję, a prawie wcale na *paralysis progressiva*, wysnuwa wniosek, o niszczącym wpływie plasmidji na *spirochaete pallida*. Nie umniejsza to znaczenia obserwacji i eksperymentów, które po wielu mozolach i trudach (E h r l i c h) szczęśliwie doprowadzają do odkryć o znaczeniu epokowym. W pierwszej „opowieści”, w której detektywem jest Amerykanin z Toronto, B a n t i n g, odkrywca insuliny, wygrywa młoda Ameryka rekord ze starą Europą. Tam inicjatywa, rozpęd, praktyczny interes; w starym świecie — ociężałość, brak przedsiębiorczości, teoretyczne dążenie do zdobycia prawdy, do dociekania przyczyny przyczyn. Insulina jako hipoteza istniała w Niemczech od 1910 roku, a rozwiązanie problemu przez B a n t i n g a przypada na rok 1921. W drugiej opowieści łączy się mozografja N i e t s c h e g o, nagły wybuch u niego ataku, związanego z porażeniem postępującym, z wykryciem przez S c h a u d i n a w 1901 r. krętka bladego, z wynalezieniem salwarсанu przez E h r l i c h a i leczeniem porażenia postępującego malarją, zapoczątkowanym przez W a g n e r - J a u r e g g a. Zajmujący wywiad z lekarzem zapoznaje czytelnika ze wszystkimi fazami infekcji kilowej i jej zwalczania. Ta część książki będzie dla zwykłego czytelnika prawie objawieniem, ale i ciekawostką literacką, jako poruszająca wpływ kili na twórczość, na sztukę. Dotkniętych było nią wielu wybitnych pisarzy: N i e t s c h e, Oscar W i l d e, B a u d e l a i r e, M a u p a s s a n t, H e i n e i wielu, wielu innych.

Najbardziej artystyczna jest opowieść trzecia. Tytuł jej: „Jako ochotnik w wojnie z bakterjami”. Napisana w formie listów, przeprowadzonych przez trzy pokolenia lekarzy — ojca, syna i wnuka, kreśli obraz zmieniających się poglądów na wiedzę medyczną. Na gruzach szkoły poprzedniej powstaje nowa, aby znów ulec swojej *ananke* i pójść w niepamięć, choć bywają i nawroty, i nawet nierzadkie. Autor przeprowadza swojego „ochotnika” przez laboratorja P a s t e u r a i K o c h a, z którym „ochotnik” jedzie na cholera do Egiptu i Indyj. Następnie spotykamy go w londyńskim szpitalu u L i s t e r a. W żywy, fascynujący sposób zapoznaje się czytelnik z rolą drobnoustrojów na świecie, z wywołaniami przez nie fermentacjami, z rozkładem, a wreszcie z bakterjami człowieka i zwierząt. Ładnie przedstawiono współzawodnictwo narodów o naukowe wawrzyny. Z jednej strony Niemcy: L ö f f l e r, G a f f k y, E h r l i c h, B e h r i n g; z drugiej — Francja: R o u x, Y e r s i n, M i e c z n i k o w, idą w zapasy nie jako przeciwnicy, ale jako sprzymierzeńcy, budując pospół gmach medycyny przyszłości. Ale nie tylko oni. Pierwsze pokolenie — to ludzie abstrakcji, filozofowania, tworzenia teorii; drugie pokolenie — ludzie eksperymentów i ścisłego naukowego myślenia. Ale to trzecie pokolenie robi im zarzut, że, zaślepieni w poszukiwaniu bakcyli, stracili z oczu człowieka. Obecne pokolenie biologów i lekarzy mniej zajmuje sprawy indywidualne, jednostkowe; przechodzi ono do spraw bezosobowych, zbiorowych. Zdrowi ludzie potrzebują lekarza. Wyśnuwa się na czoło nauka o człowieku, o badaniach nad jego konstytucją. Rodzi się i rozkwita medycyna społeczna. Gdyby przekład książki dr. L ö b l a był tak dobry, jak zajmująca jest rzecz sama, możnaby zaliczyć dzieło do najlepszych, najciekawszych półpoważnych książek, wydanych obecnie. Ale, niestety, spotykamy się z całą armią przeróżnych lapsusów, zwrotów obcych duchowi języka polskiego, błędnie lub fałszywie użytych wyrażen. Wyłowimy dla przykładu kilka: „popadł w ton wykładowy” (str. 15); „wypełniło go radosne szczęście” (str. 27); „padły podwaliny pod odkrycie” (31); „w poszukiwaniu za psami” (38); „nauka rozbiła się po całej Europie za pewnem lekarstwem” (43); „wyznawali się nieźle na diecie” (86); „pokaż co tu jest na rzeczy” (100); „czy naprawdę było coś na rzeczy?” (141); „obżera się aż do rozpuku” (185) i t. d. Zwalić wszystko na karb regionalizmu lwowskiego byłoby chyba przesadą. S. C.

Dr. Fr. R. FELCHER (Chicago). **Zahnärztliche Porzellanarbeiten.** (Tłum. dr. E. Thalhammer). Wiedeń—Berlin, Urban & Schwarzenberg 1935. Str. 296, rys. 253.

Porcelana ma w protezach dentystycznych coraz to większe zastosowanie i to nie tylko ze względów estetycznych. Jej bardzo gładka glazurowana powierzchnia nie wywiera na dźwiał ujemnego wpływu, czego, niestety, o żadnym innym używanym do tego celu materiale powiedzieć nie można. Jeśli np. najidealniej wykonany most złoty dotyka się w pewnych miejscach do dźwiała, zawsze tam po pewnym czasie powstają typowe odleżyny. Porcelana zaś nigdy tego nie daje. Istnieją już dość dawno specjalnie dostosowane do bezpośredniego ustawiania na dźwiał porcelanowe zęby „Pontic”, i pod nimi żadnych podrażnień, ani przekrwień śluzówki wcale się nie spotyka. Nie dość na tem: pewna odmiana tych zębów przeznaczona jest do wprowadzania do zębodołów zaraz po dokonaniu ekstrakcji, a to w celu zachowania jaknajdłużej normalnego kształtu szczęki. W mostach przednich ten typ zębów stosuje się dość często, i w tych razach porcelana w zetknięciu z raną znoszona jest doskonale. Jest to wielka zaleta porcelany. Nic więc dziwnego, że obecnie istnieje dążność do jaknajszerszego stosowania tego materiału w protetyce dentystycznej, pomimo że pozostaje do opanowania dużo przeróżnych trudności, wpływających z cech istotnych tego materiału. Autor, jako doskonały znawca przed-

miotu, w omawianym podręczniku rzecz ujął bardzo szeroko. Wychodząc z założenia, że ta gałąź wiedzy technicznej mało stosunkowo jest specjalistom znana, na wstępie podaje wiadomości ogólne z zakresu ceramiki, od cegły palonej począwszy, a kończąc na barwnej porcelanie chińskiej. Tak szerokie ujęcie ma tę wielką zaletę, że czytelnik najpierw poznaje zasady ogólne, które w jego bardzo zresztą skomplikowanej robocie mają stałe zastosowanie. Potem zaś dopiero, mając już o przedmiocie dobre ogólne pojęcie, wchodzi w istny labirynt przeróżnych drobiazgów, stanowiących właściwą treść ceramiki dentystycznej. Treść książki jest tak ułożona, że studjujący przerabiając kolejno wszystkie opisane czynności, nietylko uczy się wykonywać roboty porcelanowe, ale nabiera również dostatecznej w tym wprawy. Dodać trzeba, że autor mówi wyłącznie tylko o porcelanie. Czytelnik więc musi już być dobrze zaawansowanym protetykiem, obznajmionym dokładnie z projektowaniem robót technicznych, z zagadnieniami zgryzu, sposobami i podstawami umocowania protez i t. p. Omawiana praca posiada wszystkie zalety prac amerykańskich, poświęconych technice: jest przede wszystkim bardzo drobiazgowa, daje np. takie wskazówki, jakimi ruchami pendzelka należy nakładać przy modelowaniu masę porcelanową, by otrzymać dokładne kontury, jak trzymać w ręku model, by sobie tę trudną pracę ułatwić, i setki podobnych, dla praktyka bardzo ważnych detali. Obfitość fotografii obrazowo przedstawia, jak te wszystkie drobiazgowe czynności trzeba wykonywać: w niektórych działach ma się wprost wrażenie, jakgdyby sfilmowanego pokazu tych robót. Całość ujęta jest przeważnie z punktu widzenia praktyki. Autor pragnie kunszt ceramiczny wśród dentystów jaknajbardziej rozszerzyć i, przekonany jestem, że mu się to uda — tak bowiem jasno i prosto najzawilsze przedstawia zagadnienia. Nie zastrasza czytelnika trudnościami, ale, wprost przeciwnie, jak dobry wypraktykowany nauczyciel, od rzeczy łatwych do najtrudniejszych stopniowo do roboty go wdraża. Dodać należy, że uważny czytelnik znajdzie w tej książce dużo materiału, po raz pierwszy ogłoszonego drukiem: autor ma sporo własnych pomysłów, szczególnie w dziedzinie nadawania porcelanie wyglądu naturalnego za pomocą dowcipnie obmyślanych sposobów barwienia. Wszystkim pp. stomatologom i dentystom gorąco trzeba tę książkę polecić, tembardziej, że nie posiada ona wcale często spotykanych wad tłumaczenia: język niemiecki nie został angielszczyzną skażony, co trzeba na dobro tłumaczki zapisać.

Leopold Brenneisen.

A. E. Wolfgang MAGNUSSON. Skin cancer with special reference to radium treatment. (Acta Radiologica. Suppl. XXII. str. 287. Sztokholm, 1935. Cena Kor. szw. 20).

Badania autora opierają się na 1611 przypadkach raka skóry, leczonych w czasie od 1910 — 1929 r. w instytucie radowym w Sztokholmie (Radiumhemmet) i zgrupowanych według podziału histologicznego D a r i e r a na raka kolczasto-komórkowego, podstawno-komórkowego i postaci nietypowej o charakterze mieszanym i pośrednim. Jako czynniki, które wpływają na powstawanie tego nowotworu, autor omawia czynniki wewnętrzne (wady rozwojowe skóry, *xeroderma pigmentosum*, skóra osobników rudych) oraz zewnętrzne, jak działanie światła słonecznego. Posiada ono w powstawaniu raka kolczasto-komórkowego znacznie większe znaczenie, niż wszystkie inne czynniki, razem wzięte. Postać ta umiejscowiona jest na twarzy w tych okolicach, w których najsilniejsze jest działanie promieni słonecznych. W zakresie cecch klinicznych autor kładzie nacisk na te, które posiadają znaczenie dla leczenia radiologicznego. Interesuje się np., w jakim okresie rozwoju raki przechodzą na głębiej położone tkanki, kiedy szerzą się w dalszym otoczeniu, jak często dają przerzuty i w jakim okresie rozwoju guza pierwotnego. W najważniejszej części swej pracy autor zajmuje się leczeniem radowym, roz-

wojem jego techniki i omówieniem metod, stosowanych w Radiumhemmet. W omawianiu wyników autor zatrzymuje się na 3-letniej obserwacji, gdyż po tym terminie nawroty zdarzają się zupełnie wyjątkowo. Dane liczbowe pozostają pod znacznym wpływem zejść śmiertelnych z powodu innych cierpień, gdyż przeciętny wiek chorych jest bardzo późny i stosunkowo rzadko przyczyną śmierci jest rak skóry. Liczby wyleczenia podlegają więc dużym zmianom z przeciętnym wiekiem leczonych i przeciętną długością życia w danym środowisku. Aby wpływ ich zubożyć, autor uważał za stosowne włączyć do liczb 3-letniego wyleczenia tych, którzy zmarli z powodu innych cierpień po wprowadzeniu poprawki, polegającej na odjęciu liczby prawdopodobnych nawrotów po trzech latach. Z 1502 przypadków, leczonych radiologicznie, 1041 czyli $69,3 \pm 1,2\%$ było wyleczonych i żyło w ciągu przeszło 3 lat. Jeśli do liczb tych doliczyć osobników zmarłych z powodu innych cierpień bez objawów nawrotu — wyleczonych po upływie 3 lat było $80,7 \pm 1,0\%$. Po doliczeniu przypadków operowanych (zwykle elektrochirurgicznie) z powodu nawrotów lub na początku leczenia liczby poprzednio dane zwiększają się do $73,6 \pm 1,1\%$, względnie do $86,0 \pm 0,7\%$. Różne typy histologiczne nie wykazywały różnic w liczbach wyleczenia. Wyleczalność za pomocą promieni (*radiocurabilitas*) zależy przede wszystkim od wielkości i rozległości nowotworu. W rakach powierzchownych prognoza staje się nieco gorsza, jeżeli powierzchnia nowotworu przekracza 9 cm^2 . Jeżeli głębsze tkanki są nacieczone, liczby wyleczenia są znacznie gorsze, niż w rakach powierzchownych. Wyniki leczenia elektrochirurgicznego są lepsze, niż radiologicznego w rakach, rozwijających się na bliźnie. Przypadki, poprzednio już w jakikolwiek sposób leczone, dają wyniki gorsze, niż przypadki świeże. Wraz ze zwiększającą się grubością filtrów wyniki leczenia radowego w zastosowaniach powierzchniowych stawały się coraz lepsze wskutek coraz to większego ujednoludnienia dawki. Leczenie wbijaniem igieł radowych okazuje się znacznie skuteczniejsze, niż stosowanie radu zewnętrznego, przyczem wynik kosmetyczny nie był gorszy. Wbijanie igieł zaleca autor we wszystkich tych przypadkach, w których rozległość nowotworu może być dokładnie określona. W pozostałych rakach wskazane jest zastosowanie radu zdalnego (tele-radium). Częstość nowotworów była nieco większa w rakach podstawnokomórkowych, niż w kolczastokomórkowych. Gdy zjawi się nawrót w okolicy, wykazującej zmiany zanikowe, wywołane działaniem promieni, należy go leczyć za pomocą djatermokoagulacji. W przeciwnym razie wskazane jest leczenie radiologiczne. W serii raków, omawianych przez autora, ani jeden przypadek nawrotu typu kolczastokomórkowego nie dał się wyleczyć żadną z zastosowanych metod. Nawroty raka typu pośredniego natomiast okazują wrażliwość na promienie. Omawiając powikłania, autor zaznacza, że radjonekroza powstać może po zadziałaniu urazu, po zakażeniu lub po odmrożeniu. Zdaniem autora, po zastosowaniu właściwej techniki każdy przypadek raka skórno-powierzchnowego może być trwale wyleczony. Jeśli nowotwór nacieka głębsze tkanki i jest niezbyt wielki, wynik leczenia jest najczęściej dobry. Natomiast w raku bardzo rozległym i naciekającym wyniki leczenia pozostawiają jeszcze dużo do życzenia. Zastosowanie radu zdalnego w ulepszonej technice nadaje się najbardziej w tych razach i daje niekiedy wyniki znakomite, lecz tylko w pojedynczych przypadkach.

W. Z a w a d o w s k i.

Hugo E. AHLBOM. Mucous and salivary gland tumors. (Acta radiol. Suppl. XXIII. Str. 452. Cena Kor. szw. 20).

Autor omawia przedmiot swej obszernej i wyczerpującej pracy na podstawie 254 przypadków, leczonych w instytucie radowym w Sztokholmie. Jak wiemy, walka z rakiem w Szwecji prowadzona jest w warunkach bardzo pomyślnych

na podstawie wytycznych, ustalonych przez F o r s s e l l a. Te ostatnie żądają centralizacji całokształtu leczenia nowotworowego w dużych ośrodkach, rozporządzających wszystkimi nowoczesnymi sposobami rozpoznania i leczenia. Ośrodek w Sztokholmie, słynny Radiumhemmet, zorganizowany przez P o r s s e l l a, a prowadzony obecnie przez B e r v e n a, rozporządza obfitością radu, doskonałymi urządzeniami rentgenowskimi oraz djatermo-chirurgicznymi i ma zapewnioną współpracę najznakomitszych sił chirurgicznych. W ten sposób każdy przypadek może być leczony którąkolwiek ze wskazanych w danym razie metod. Praca niniejsza kładzie nacisk największy na leczenie radjoterapeutyczne. Leczenie chirurgiczne oraz radio-terapia równocześnie z chirurgią wskazane są w przypadkach postaci nowotworowych mniej promienioczułych lub promienioodpornych, o ile mamy do czynienia z okresem operacyjności. Wszystkie postaci promienioczułe oraz te przypadki promienio odporne, w których okres nadawania się do operacji został przekroczony, należą do zakresu działania radjoterapeutycznego. Autor na podstawie swych doświadczeń jest gorącym zwolennikiem napromieniania przed- i pooperacyjnego i to nawet w przypadkach guzków małych, powierzchownie położonych i otorbionych, które dają się z wielką łatwością usuwać chirurgicznie i przedstawiają się jako nowotwory łagodne lub stojące na pograniczu. Do napromieniania przedoperacyjnych skłaniają go 3 motywy: 1) Guzki dają się łatwiej usuwać. 2) Napromieniania prawdopodobnie zapobiegają nawrotom. 3) Naskutek omyłki rozpoznania guzów łagodnych może się okazać przecież nowotworem złośliwym, którego przedoperacyjne napromienianie jest niezbędne. Naświetlanie pooperacyjne jest wskazane w każdym przypadku dla zapobiegania nawrotom. Jeśli ma zastosowanie sama radjoterapia, a guz okaże się w znacznym stopniu promienioczuły, wtedy serja naświetlań trwa aż do osiągnięcia właściwej dawki leczniczej. Autor kładzie wtedy nacisk na ciągłe okresowe sprawdzanie stanu zdrowia chorego. Pozwolił on, w razie mimo wszystko niedostatecznego wyniku radjoterapii, uciec się jeszcze na czas do zabiegu operacyjnego, który w tym okresie trafia jeszcze na korzystne warunki. Stwierdzenie wyleczenia pierwotnego jest niekiedy trudne, jeśli mamy do czynienia z umiejscowieniem w oczodole, w okolicy szczękowo-sitowej, w ścianie tchawicy lub w uchu środkowym. W takich przypadkach autor stosuje radjoterapię przeważnie jako napromienianie przedoperacyjne, z wyjątkiem jedynie guzów o bardzo znacznym stopniu promienioczułości. Przerzuty gruczolowe w omawianych nowotworach są stosunkowo niezbyt częste, i należy je leczyć zasadniczo według tych samych zasad, co nowotwory pierwotne. Omawiając leczenie chirurgiczne, autor podkreśla konieczność usuwania we wszystkich guzach całkowitej i nienaruszonej otoczki guza. W nowotworach gruczolu przysusznego ważne jest oszczędzanie nerwu twarzowego. W czasie zabiegu należy wykonywać pośpieszną biopsję, aby chirurg mógł powziąć decyzję co do rozległości zabiegu na podstawie ścisłej wiadomości o budowie histologicznej guza i o jego złośliwości. Zabieg elektro-chirurgiczny korzystny jest szczególnie w przypadkach guzów podniebienia, okolicy szczękowo-sitowej i ucha środkowego, a także i w innych umiejscowieniach. W radjoterapii przed- i pooperacyjnej napromieniania zewnętrzne są najprostsze w wykonaniu i najodpowiedniejsze, przyczem rad i promienie X są jednakowo skuteczne. Motywy fizyczne przemawiają za uciekaniem się do promieni X w przypadkach guzów dużych, głęboko położonych i w nowotworach w pobliżu oka. Zastosowanie radu zdalne (teleradium) ma miejsce, jeżeli guz jest stosunkowo mały i powierzchownie położony. W rentgenoterapii dawki należy dzielić, zaś cała dawka w czasie serii nie powinna przekraczać 1000 — 2000 r wraz z promieniowaniem wtórnym; w leczeniu radowym dawką wynosi 300 —

400 Jmc — godzin (Jmc = mc natężenia według określenia S i e r v e r t a). W razie przekroczenia tych dawek występują zbyt silne zaburzenia w gojeniu się ran operacyjnych. W radjoterapii bez zabiegu operacyjnego na pierwszym miejscu stoi zewnętrzne napromienianie radem. Wkluwanie igiełek radowych stosowane jest niekiedy jako leczenie uzupełniające resztek nowotworowych, gdyż pozwala na zadziatanie bardzo wielkimi dawkami. Dawka promieni rozkładana jest na 1 — 4 tygodni i powinna wywołać zniszczenie naskórka z sąsiednictwem. Wynosi ona dla promieni 3000 — 4000 r, dla radu 600 — 800 Jmch. Autor sądzi, że guz miernie promienioczuły powinien otrzymać 10 — 20 dawek rumieniowych. Leczenie radjochirurgiczne daje wyniki bardzo dobre w postaciach łagodnych nowotworów gruczolów śluzowych i ślinianek. Nowotwory półłagodne, jakkolwiek często są tylko pierwszym okresem nowotworów złośliwych, dawały autorowi podobnie dobre wyniki. W postaciach złośliwych los chorych nie jest beznadziejny, gdyż autor potrafił osiągnąć wyleczenie bezwzględne po 5 latach w 25% przypadków. Rokowanie w nowotworach złośliwych dużych ślinianek jamy ustnej jest nieco gorsze, niż w innych umiejscowieniach. W latach ostatnich rozwój radjoterapii pozwolił zwiększyć częstość wyleczenia pierwotnego czyli początkowego. Należy się przeto spodziewać, że w przyszłości i trwale wyniki będą lepsze, gdy jak to F o r s s e l l wykazał, trwałość wyleczenia zapomocą promieni conajmniej dorównywa trwałości wyleczenia chirurgicznego.

W. Z a w a d o w s k i.

Ergebnisse der ges. Tuberkuloseforschung. (I. VII, r. 1935, pod redakcją Assmanna, Beitzkego i Bräuninga. Nakł. Georg Thieme, Lipsk).

Znów nowy tom tego pożytecznego wydawnictwa, już poprzednio omawianego na łamach Czasopisma. Beitzke zestawia na wstępie wszystkie dane, dotyczące wrodzonego zakażenia gruźliczego. Wnioski są bardzo wstrzemięźliwe, zwłaszcza w stosunku do liczbowego przedstawienia sprawy. Autor skłania się do zdania Brauna i Hofmeiera, Dubois, Rietschela i inn., że „wrodzone zakażenie gruźlicze praktycznie nie odgrywa jakiejś większej roli ze względu na rzadkość i najczęściej przebieg śmiertelny”. Geissler omawia przyczyny spadku śmiertelności z gruźlicy w krajach kulturalnych. Badania nowsze zmuszają do wnioskowania, że i w gruźlicy, jak i w innych epidemjach, gra rolę dobór naturalny, że gruźlica przenosi się do krajów, dotąd przez nią nietkniętych, gdzie stopniowo narasta w miastach niemal do epidemii, by znów z biegiem czasu przejść w stan endemiczny. Gęstość zaludnienia i opieka nad zdrowiem są czynnikami wielkiego znaczenia w sensie rozpowszechniania i zduszenia gruźlicy. Rehberg rozpatruje dokładnie wszelkie istniejące podziały gruźlicy płuc (m. inn. Sokółowskiego, Sterlinga) i próbuje odpowiedzieć na pytanie, „jaki podział gruźlicy płuc nadaje się najbardziej dla celów praktycznych statystyki”; wyraźnej odpowiedzi w pracy nie znajdujemy. Gruźlica oka i jej stosunek do gruźlicy ogólnej i płuc jest przedmiotem następnej pracy pióra Urbanka z Wiednia. Autor podkreśla ścisłą łączność między płucami i gruźlicą oka, na co dziś jeszcze zbyt mało zwracano uwagi. Podobnie i zolowe cierpienia oka mają gruźlicę za podstawę. Caffier omawia niemniej ważną dziedzinę — gruźlicę ginekologiczną wraz z anatomją patologiczną tej postaci gruźlicy. W poszczególnych rozdziałach jest rozważana i terapia. Przedstawiając w następnej pracy „jamę gruźliczą w płucu z punktu widzenia anatomo-patologicznego”, Gräff sądzi, że przesłanki anatomo-patologiczne zmuszają do wnioskowania,

iż dobór konstytucyjny i ewentualne szczepienia zapobiegawcze nie zahamują wydatnie gruźlicy. Jedynie wyeliminowanie zarazka gruźliczego, to znaczy okazji zakażenia zewnętrznego, może, zdaniem autora, wpłynąć na wybitne zmniejszenie się zachorowywania na gruźlicę i śmiertelność. Osobnik z jamą jest najpierwszym siewcą gruźlicy. Najtańszy i najprostszy sposób zwalczania gruźlicy polega na unieszkodliwieniu tego rodzaju nosicieli. Z punktu widzenia klinicznego jama gruźlicza płuc jest przedstawiona przez Staub a z Davos. Zaznacza on, że jama gruźlicza nie jest bynajmniej zawsze tylko objawem późnym, że, jak dziś dobrze wiemy, zdarza się, niestety, już w samych początkach gruźliczego cierpienia płuc. Cały szereg czynników, jak wielkość, momenty mechaniczne, warunki ustrojowe i zewnętrzne, wpływa na przebieg kliniczny jamy. Należy też wszelkimi możliwymi sposobami dążyć do uchwycenia przypadków świeżych, zanim jeszcze wytworzy się jama. Wreszcie dwie prace są poświęcone gruźlicy kości i stawów, a mianowicie: K o n s c h e g g a — a n a t o m j i p a t o l o g i c z n e j i L a n g e g o (z ortopedycznej kliniki monachijskiej) klinice. Podobnie, jak w poprzednich, i w tym tomie bogactwo tematów i dążenie do całkowitego wyczerpania przedmiotu na podstawie nauki współczesnej są cechami, charakteryzującymi dodatnio wydawnictwo, które, zresztą, zdążyło już wywalczyć sobie imię wśród wydawnictw lekarskich.

M. G a n t z.

K. TURBAN. *Lebenskampf. Die Selbstbiographie eines Arztes.* (Georg Thieme, Lipsk 1935).

Tak modne w ostatnich latach życiorysy wybitnych ludzi mają niekiedy wielką wartość nie tylko pod względem artystycznym, jeśli są dobrze napisane, lecz i pedagogicznym w obszernym znaczeniu tego wyrazu, jeśli tylko są niezbyt da-

lekie od prawdy. Życiorysy wybitnych lekarzy byłyby pożądane i z tego jeszcze względu, że szersza publiczność (a i świat lekarski) mało wie o ciernistej drodze, po jakiej kroczyli liczni lekarze, chcąc pomóc cierpiącym. Z wielkim talentem napisane przez K r u i f a życiorysy wybitnych lekarzy i opisy wielkich odkryć z zakresu medycyny dowiodły, że zapoznanie się z niemi szerszych kół publiczności jest co najmniej tyle warte, co poznanie życia jakiegoś wybitniejszego dyplomaty czy wojskowego. Z tem większym zaciekawieniem bierze się do ręki autobiografię tak wybitnego lekarza, jakim jest Turban, zasłużony badacz w dziedzinie gruźlicy. Opis długiego życia autora, urodzonego w r. 1856, obfituje w mnóstwo szczegółów tem ciekawszych dla czytelnika lekarza, że, zamiast zwykłych dat chronologicznych z życia osobistego, jest odzwierciedleniem kształtowania się kariery lekarza-praktyka, który, poza umiłowaniem muzyki, oddał się całkowicie (może i niezupełnie dobrowolnie) leczeniu chorych na gruźlicę. Ta właśnie choroba autora w zaraniu jego działalności przyczyniła się do tego, że ją obrał za swą specjalność. Gdy dziś żyje samotnie w dolinie (a już nie w Davos, gdzie spędził większą część swego życia), dokąd zmuszony był, jak pisze, się przenieść skutkiem ciężkiej bezsenności, i gdy spogląda wstecz na swe długie i bogate życie, stwierdza z pewną dumą, że niejedną cegielkę dołożył do potężnego dziś gmachu fizjologii w zakresie sprawy dziedziczenia gruźlicy, rozpoznawania i leczenia tej choroby, że poza tem pracą swą zawodową uratował zdrowie i życie wielu chorym, że usiłował skierować walkę z gruźlicą na właściwe tory i wreszcie wykształcił spory zastęp lekarzy-specjalistów. Życiorys obfituje w bardzo słuszne i cenne uwagi, oparte na osobistym doświadczeniu, o wartości np. porównawczej badania fizykalnego i rentgenowskiego, o samogojeniu się jam itp.

M. G a n t z.

Wskazówki praktyczne

Przeciwko *brakowi laktacji* u dzieci przepisuje Ham b u r g e r: *Rep. Orexin. tann.* 1,0; *Extr. Colae* 1,5; *Tinct. Gent.* 5,0; *Tinct. amar.* 15,0. *M. D. S.* 3 razy dziennie po 5 kropel bezpośrednio przed posiłkiem. W przepisie tym należy robić zmiany w związku z wiekiem, środowiskiem i indywidualnością dziecka. (W. m. W. 1935, N. 32).

—o—

A. J o s e p h radzi usuwać *torticollis acuta* za pomocą *pendzlowania nosa jedną kroplą 2% Pantocainy*. J. przeprowadził to leczenie u 4-letniego dziecka z natychmiastowym wynikiem pomyślnym. (Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1935, N. 7).

—o—

M i l a n o v i c poleca *Ephetoninę* w *dychawicy oskrzelowej, przewlekłym nieżycie oskrzeli i zapaleniu płuc grypowym*. Ephetonina ma działanie podobne do działania adrenalinu, ale występuje prędzej i trwa dłużej, a poza tem może być

stosowana doustnie. Ephetonina działa też przeciwgorączkowo (Ljeonicki Vjestnik 1935, N. 1).

—o—

Przeciwko *strachowi nocnemu (pavor nocturnus)* Ham b u r g e r przepisuje: *Rp.: Eumydrin.* 0,003; *Tinct. Gent.* 5,0; *Syr. Diacod.* 20,0; *Syr. Aurant.* 140,0. *M. D. S.* Łyżeczkę od kawy wieczorem przed snem (W. m. W. 1935, N. 32).

—o—

Za pomocą 200.000 — 300.000 mysich jednostek *follikulin* można, według Buschbecka, wywołać *miesiączkę* u kobiety kastrowanej. Takie leczenie spowodowało w 2-eh przypadkach nieprawidłowego miesiączkowania *zajście w ciążę*. W kombinacji z wapniem wyniki pomyślne w świadcze sromu (po 800.000 jednostek w ciągu 6 tygodni wyleczenie). (Monatsschr. Gyn. 1935, N. 2).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Sekcja kliniczna

CC posiedzenie z dnia 14-stycznia 1935 r.

Obecnych 120.

Przewodniczył G a n t z.

Odczyty:

1) H. S t r a u s s (Berlin). *Najnowsze zdobycze w dziedzinie chorób narządu pokarmowego.* (Było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.”).

Dyskusji nie było.

2) K o n o r s k i i M i l l e r. *Nerwice doświadczalne.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

L i p s z y c zapytuje, czy stany nerwowe, wywołane doświadczalnie u psów i określane przez prelegentów jako nerwica, są rzeczywiście nerwicą czy też tylko odmianem zachowaniem się psów, mającym na celu ucieczkę od warunków nienormalnych, wytwarzanych przez doświadczenie. Zapytuje też, czy koniecznym jest w tych przypadkach poda-

wanie bromu, czy też wystarczy przerwać doświadczenie, by opanować nienormalny stan nerwowy psów.

H. Higier omawia znaczenie odruchów warunkowych w patologii ludzkiej. Ze swego doświadczenia lekarskiego nie uważa, by brom był skutecznym środkiem w leczeniu nerwicy.

W odpowiedzi K o n o r s k i uzasadnia nazwę „nerwicy” dla stanów nerwowych, doświadczań wywoływanych u psów. Najszybszym sposobem opanowania nerwicy doświadczałym jest podawanie bromu.

CCI posiedzenie z dnia 28 stycznia 1935 r.

Obecnych 99.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

P o k a z y:

1) Benedykt G l a s s. *Odma samoistna, czy torbiel gazowa płuc?*

U chłopca 11-letniego utrzymuje się od lat 5 obraz rentgenowski, rozpoznawany jako odma samoistna. Poza wyraźnym niedorozwojem fizycznym nie stwierdza się żadnych objawów chorobowych. Na zasadzie dokładnej analizy zdjęcia rentgenowskiego i wywiadów chorego, prelegent rozpoznaje w danym przypadku torbiel gazową płuc, analogicznie do przypadku D e b r é g o, ogłoszonego w *Presse Médicale*. Na zdjęciu rentgenowskim torbieli płucnej brak rysunku płucnego oraz brak zarówno kikuta płucnego, jak i granicy wyraźnej między uciśniętym płucem a jamą opłucnową, co zazwyczaj widzimy w obrazie rentgenoskopowym odmy. Torbiel płuc jest wadą rozwojową, stanowiącą ostatni etap wady, której najniższym stopniem są rozstrzenie oskrzelowe. Ściany torbieli posiadają wszystkie cechy ścian oskrzeli. Kozpoznanie za życia torbieli jest ważne z tego względu, iż stanowi ona bezwzględne przeciwwskazanie do jakichkolwiek zabiegów rozpoznawczych (nakłucie jamy opłucnowej, bronchografia, torakoskopia). (Streszczenie własne).

D y s k u s j a:

A. S p i r o ma wrażenie, że przypadek nie nasuwa trudności rozpoznawczych dzięki danym radiologicznym. Po pierwsze widzimy wyraźnie na kliszy odgraniczenie torbieli w postaci łukowato przebiegającego pasemka. To pasemko ciemnowe występuje wyraźniej w dolnej części torbieli, ale widać je również w części górnej od strony śródpiersia. Drugą cechą charakterystyczną, odróżniającą torbiel od odmy, jest brak uciśniętego kikuta płuca, co właśnie zaznacza się w tym przypadku. Od czasu, kiedy myślimy o możliwości istnienia torbieli płucnych, okazuje się, że te sprawy spotykają się, i możliwe, że część przypadków, rozpoznawanych jako odma samoistna bez określonej etiologii, okaże się przy bliższym zanalizowaniu torbieli płuca. Mówca obserwował niedawno przypadek torbieli wielokomorowej płuca lewego u osobnika 22-letniego. Na rentgenogramie wyraźnie widać, że całe płuco lewe od góry do dołu składa się z licznych jam, oddzielonych cienkimi przegódkami. Ta postać wielokomorowa jest łatwa do rozpoznania, gdyż obraz jest bardzo charakterystyczny. Jest to w szeregu wad rozwojowych płuca jakgdyby postać przejściowa pomiędzy największym stopniem nasilenia, jakim jest duża torbiel, a drobnymi rozstrzeniami oskrzelowymi, jakie często spotyka się u dzieci. (Autoreferat).

2) E. H e r m a n i A. P o t o k. *Dwa odmienne przypadki początkowego kurczu torsijskiego, kurcz napadowy i kurcz stały. Pokazy encefalogramów.*

Chora Bela H., lat 14 (Nr. 126/1934) przybyła na oddział dnia 24.XI.1934 r. Jest 3-cią z 7-ga rodzeństwa, z bliźniąt. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Do 3-go roku życia krzywicą, z powodu której nie chodziła. Obecna choroba od półtora roku, wystąpiły bóle w lewej stopie, jednocześnie podczas chodzenia skracanie stopy lewej do wewnątrz naskutek kurczów. Stopniowo kurcze potęgowały się, tak, iż niebawem zaczęła stać na zewnętrznym brzegu stopy. W miarę, jak kurcz ustępował, chodziła prosto. W czerwcu z polecenia lekarza na mięsiecie zastosowano but ortopedyczny, co wywarło jakoby o tyle ujemny skutek, że stopa ustaliła się w ułożeniu dowewnątrz. Kilka miesięcy przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby grypa w ciągu tygodnia z ciepłotą podwyższoną bez dwojenia, bez zaburzeń snu.

Badanie przedmiotowe: w narządach wewnętrznych, ze strony nerwów czaszkowych, kończyn górnych i prawej kończyny dolnej zmian nie wykazało. Stopa lewa, skrócona dowe-

wnątrz i przywiedziona pod kątem prawie 90°. Chodzi, opierając się głównie na zewnętrznym brzegu stopy skróconej, przyczem palce, a zwłaszcza paluch znajdują się w rozgięciu i wykonują ruchy mimowolne. Gdy chora pozostaje w spokoju nawznak, wówczas w stopie spostrzega się bardzo powolne, wciąż nasilające się torsyjne skracanie, sprawiające, iż stopa powoli rozgina się i ulega przywodzeniu oraz częściowemu skręceniu dokoła osi podłużnej. Ruch ten jest niezmiernie powolny i nasila się w miarę jego trwania, poczem stopa powraca do swojej poprzednio ustalonej pozycji. Niekiedy na ten ruch torsyjny stopy nawarstwiają się kurczowe ruchy palucha i palców. Napięcie mięśni podudzia lewego wzmożone, wyprowadzenie bierne stopy z jej pozycji przywodzenia i skręcenia jest trudne, ale możliwe, podobnie czynne wyprostowanie stopy. Chora nie może czynnie przez czas dłuższy utrzymać stopy w pozycji nawprost. Odruch Achillesa lewy nie zawsze się wywołuje, należy przewyciężyć kurcz i unormować pozycję stopy. Dla terapeutycznych celów, w mniejszym stopniu rozpoznawczych, zastosowano encefalografię, wypuszczając frakcjami 30 cm.³ płynu i wpuszczając 20 cm.³ powietrza. Na rentgenogramach wprowadzone powietrze nie wypełniło całkowicie komory bocznej prawej, lecz jedynie jej tylny róg. To niejednokrotne napowietrzenie komór widać szczególnie na zdjęciach tylnych - przednich.

Wybitnie torsyjny charakter kurczu, ograniczającego się do jednej kończyny, wskazuje na początkowy okres kurczu torsijskiego. Za tem przemawiają też dodatkowe kurcze palców, nawarstwiający się na kurcz torsyjny. Przypadek zasługuje na szczególną uwagę ze względu na zastosowaną odmę czaszkową, która w kurczu torsijskim dokonywana była przez niezliczonych bardzo autorów, oraz ze względu na niezwykle wynik zdjęć odmowych. Obrazy otrzymane przypominają zupełnie obraz encefalograficzny w guzie mózgu, zwłaszcza zrazą czołowego, względnie jąder podstawnych. Powstrzymując się narazie od wniosków, bowiem dla całkowitego wyłączenia błędów technicznych należałoby odmę ponownie wykonać, podkreślić musimy, iż patologiczny stan komory bocznej zgadza się z przypuszczalnym ogniskiem chorobowym. Zaznaczyć należy, iż makroskopowo w kurczu torsijskim w przypadkach opisanych anatomicznie zmian nie stwierdzono, zwłaszcza w komorach. L a r u e l l e i D i v r y, którzy dokonali odmę w kurczu torsijskim, wpuszczając zaledwie 10 cm.³ powietrza, nie znaleźli różnicy w ukształtowaniu się komór, natomiast osiągnęli jakoby wynik leczniczy. W naszym przypadku żadnego wpływu na stan kurczu odma nie wywarła.

Przypadek 2-gi dotyczy 16-letniej chorej Blimy G. (Nr. 154/1935), która przybyła na oddział 16.I.35 r. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Choroba obecna wystąpiła przed dwoma laty, otoczenie zwróciło uwagę, iż chora przy chodzeniu zarzuca lewą stopę. Stan ten pogarsza się, początkowo mogła opanować ten ruch mimowolny, obecnie nie jest w stanie. Przedmiotowo w układzie nerwowym brak zmian. Stopa lewa nieznacznie skrócona nazewną. Podczas chodzenia co kilkanaście kroków występuje obszerny, mimowolny ruch unoszenia kończyny dolnej lewej i zarzucania stopy lewej w sposób zygawkowaty i karykaturalny, najpierw dółwewnątrz, a potem nazewną. Ruch ten jest stereotypowy. Zarazem występuje rozgięcie palucha lewego, które utrzymuje się przez czas dłuższy.

Kurcz torsyjny, opisany w 1908 r. po raz pierwszy przez S c h w a l b e g o, a potem w 1910 przez Z i e h e n a oraz w 1911 przez O p p e n h e i m a, w całej swej okazałości doprowadza do nadmiernej lordozy kręgosłupa, stąd nazwa, podana przez O p p e n h e i m a, „*dysbasia lordotica progressiva*”. Cechą charakterystyczną jest zmniejszenie napięcia mięśni, dotkniętych w postaci hipertonji i hipotonji, pociągającej za sobą dyslokację odcinków kończyn, stąd druga nazwa O p p e n h e i m a „*dystonia musculorum deformans*”. Ponieważ najbardziej znanymi jest torsyjny kurcz, dlatego F l a t a u i S t e r l i n g w klasycznym swym opisie z r. 1911 podali nazwę: postępujący kurcz torsyjny. Nazwa ta zyskała w nauce prawo obywatelstwa. Przypadki nasze zasługują na szczególną uwagę ze względu na początkowy okres, zazwyczaj trudny do rozpoznania, na odmienne ukształtowanie się — w pierwszym przypadku kurcz stały, w drugim kurcz napadowy, powodujący ruchy groteskowe — oraz ze względu na zastosowaną odmę czaszkową i wynik zdjęć encefalograficznych. Podobny przypadek początkowego kurczu torsijskiego ogłosił jeden z pierwszych w r. 1912 B r e g m a n, który stwierdził również reakcję myotoniczną w kurczu torsijskim. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Bregman uważa tylko pierwszy przypadek za pewny, drugi natomiast za wątpliwy, gdyż tylko groteskowe pozycje ciała są charakterystyczne dla kurczu torsyjnego, a nie ruchy groteskowe. Pierwszy przypadek jest typowy. Kurcz torsyjny ogranicza się spoczątku do jednej kończyny. Są postaci samoistne i objawowe kurczu torsyjnego; te ostatnie powstają na tle zapalenia mózgu, alkoholizmu. Mówca zaleca stosowanie aparatów ortopedycznych na podstawie jednego przypadku, w którym otrzymał w ten sposób poprawę. Przypadki ze zmianami zwyrodnieniowymi mózgu źle znoszą wszelkie zabiegi na mózgu, a więc i encefalografję. Padaczkę leczą autorzy wiedeńscy odmą czaszkową, która dała dobre wyniki również w przypadkach, opisywanych przez autorów łódzkich. Encefalogram jest bardzo ciekawy i być może, kurcz torsyjny powstał rzeczywiście na tle guza.

J. Mackiewicz podkreśla, że są przypadki kurczu torsyjnego, znacznie się różniące od klasycznych, opisanych przez Flatau a Sterlinga. Są postaci szczytkowe i stacjonarne, mogące imponować jako histerja i wprowadzać w ten sposób w błąd. Encefalografja wymaga zbyt dużych ilości wprowadzonego powietrza, aby pozwolić na pewne rozpoznanie, lecz już małe ilości powietrza mogą budzić podejrzenie np. guza mózgu. Ogniskowe objawy ze strony mózgu powinny zawsze budzić podejrzenie jego guza. Leczenie ortopedyczne ma sens tylko w przypadkach stacjonarnych, w przypadkach postępujących nie prowadzi cno do celu. W tych ostatnich przypadkach stosuje się naświetlania promieniami Roentgena w małych dawkach (900 R, t. j. 1/6 dawki guzowej). Przed naświetlaniem robi mówca wstrzykiwania hipertonicznego roztworu soli kuchennej i skopolaminy.

G. Bychowski stwierdza, że postaci monosymptomatyczne pozostają niemi przez długie lata, ale nigdy niewiadomo, jak to długo będzie trwało tak, że trudno jest przeprowadzać leczenie ortopedyczne.

H. Higier uważa, że typową dla kurczu torsyjnego jest groteskowość i zmienność ruchów przymusowych (jak *crampus mobilis*, *athetosis* u dziadów przed kościołem). Drugi przypadek nie jest napewno kurczem torsyjnym, gdyż dla tej sprawy typową jest zmienność kurczów. Leczenie nie w tej sprawie nie daje.

W odpowiedzi zaznacza Herman, że przypadki te będzie pokazywał w Towarzystwie Neurologicznem, gdzie będzie się odbywała dyskusja lineyjna. Tutaj chodziło mu o pokazanie ogółowi lekarzy postaci szczytkowych, które mogą nastręczać duże trudności rozpoznawcze tak, że nie myśli się o możliwości kurczu torsyjnego. Prelegent podtrzymuje swe rozpoznanie. Czy kurcz torsyjny jest zespołem objawowym, czy jednostką neurologiczną, niewiadomo. Przypadki autora otrzymywały skopolaminę i były naświetlane promieniami Roentgena.

Odczyt:

3) Al. Lejwa. O hormonach tropowych przedniego płata przysadki mózgowej. (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

J. Sosnowski stwierdza, że hormony niejednokrotnie działają na rozmaite gatunki zwierząt. Tak np. różne jest działanie tarczycy na rozmaite ptaki. Kura traci pod wpływem tyroksyny upierzenie. Kaczki są natomiast niewrażliwe na tyroksynę (znoszą do 34 gr. tarczycy). Badania anatomiczne wykazały, że kaczki mają wyjątkowo duże gruczoły przytarczyczne. Gdy u kur drogą doświadczalną zwiększano gruczoły przytarczyczne, wzrastała ich tolerancja na tyroksynę. Możliwie, że hormon przytarczyczny jest hormonem antytyreotropowym. Być może, przysadka mózgowa stanowi centrum hormonalne ustroju.

Posiedzenie plenarne z dnia 17 stycznia 1935 r.

Obecnych 30.

Przewodniczył W. Knappe.

W zastępstwie nieobecnego prezesa dr. Srebrnego, który nie mógł przybyć na posiedzenie spowodu niedyspozycji, powitał dr. Knappe gości, publicystę p. Hansa Morawitza z Wiednia, emerytowanego prezesa sejmiku ludowego, byłego posła na sejm. P. Morawitz z postawił sobie za zadanie spopularyzowanie ciekawych odkryć profesorów Knapusa z Gracu i Ogino z Niżgatu narazie w sferach lekarskich.

Regulowanie urodzeń stało się obecnie aktualnem zagadnieniem na całym świecie. Kryzys gospodarczy, który,

zdaje się, jest kryzysem cywilizacji, dowiódł, że cierpimy na przeludnienie. Znaczny przyrost ludności obudził czujność sfer ekonomicznych. Niewiadomo, co począc z wielką masą ludności, która musi być wyżywiona i domaga się pracy.

Jest to zwłaszcza poważna kwestja w Polsce, przede wszystkim po wsiach, w których mamy na 100 hektarów uprawnej ziemi 70,7 osób, podczas gdy we Francji tylko 57,9, w Niemczech — 50,4, a w Danii nawet tylko 35,8. Stosunek ten pogarsza się w Polsce z roku na rok, ponieważ wśród wszystkich państw europejskich Polska wykazuje największy przyrost ludności. Wynosił on w latach 1920—1931 18,2%. Jeżeli przyrost ten zmniejszył się nieco w ciągu dwóch ostatnich lat, zjawisko to zależy od chwilowej przyczyny. Nie należy jednak zapominać, że emigracja, która poprzednio pochłaniała znaczną część nadwyżki ludności, obecnie zupełnie ustala. Zaznaczyć również należy, że największy przyrost ludności mamy w najmniej uprzemysłowionych okęgach Polski Wschodniej, na Ukrainie, na Białorusi i Małorusi, a więc w najuboższych dzielnicach. Uregulowanie urodzeń jest przeto niezwykle ważną sprawą w Polsce, jak niemniej i we wszystkich krajach kulturalnych.

Zagadnienie to było już niejednokrotnie poruszane w Polskiem Towarzystwie Medycyny Społecznej. Ma ono swoich zwolenników, ma i przeciwników, zwłaszcza wśród tych, którzy opierają się na etyczno-religijnej podstawie. Zagadnienie militaryzacji na wypadek wojny ustąpiło obecnie na dalszy plan. Co się zaś tyczy stanowiska etyczno-religijnego, to i tu widzimy tendencję przystosowania się do współczesnych poglądów, powołać się można na zdanie biskupa angielskiego, przytoczone na str. 7 pracy Morawitza.

Mówca przewiduje, że wkrótce kraje europejskie zaczęną się szczyć małym przyrostem ludności, jak dotąd szczyły się dużym.

Odczyt:

H. Morawitz (Wiedeń). Naturalna regulacja urodzeń według Knapusa - Ogino. (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusji nie było.

Posiedzenie plenarne z dnia 28 lutego 1935.

Obecnych 51.

Przewodniczył dr. Knappe.

Odczyt:

Dr. T. Kaszubski. O lekarzu domowym w ubezpieczalniach. (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Dr. Budzyńska - Tylicka uważa referat za niepelnny, niesmiały, oportunistyczny. Niebezpieczeństwo conięcia się wtył grozi nie tylko lekarzowi i ubezpieczonemu, lecz i zdrowiu. W stosunku do lekarzy nie obowiązuje ochrona pracy. Według obowiązujących ustaw pracownik fizyczny może pracować 8 godzin dziennie, pracownik umysłowy powinien pracować krócej, a obecnie każe się lekarzowi w Ubezpieczalni Społecznej pracować po 10 godzin na dobę i więcej, każe mu się zajmować administracją, wydawać świadectwa i t. p. Przeciwno wprowadzanemu systemowi powinny wystąpić wszystkie organizacje lekarskie. Niestety, lekarze są niesolidarni, nieuspoleczeni, niezdolni do walki o swe prawa. Toczy się walka o godność i o chleb, a ze strony lekarzy walki tej nawet nie podjęto. W obecnych warunkach lekarz nie będzie miał dla siebie ani chwili wolnej. Nadomiar złego rekrutuje się lekarzom ich własne mieszkania. Ustawa o zakładach leczniczych mówi o tem, że ambulatorjum nie może się znajdować przy mieszkaniu prywatnem, a tutaj stwarza się 250 niehigienicznych lecznic i to w dobie obecnego głodu mieszkaniowego. Trudno sobie wyobrazić, jak się będzie odbywało przyjęcie np. u pediatry: ambulans taki stanie się rozsądnikiem chorób zakaźnych. A co będzie z rodzinami lekarskimi? Jakimi konsekwencjami grozi to im? Nie rozumie, dlaczego ogół lekarzy Kasy Chorych nie zdołał się na protest, na strajk.

Dr. Pompejowa uważa, że atak na lekarzy i ubezpieczonych zaczął się od ustawy scaleniowej. Atak ten jest w pierwszym rzędzie wymierzony przeciwko ubezpieczonemu, a następnie przeciwko lekarzom, jako pracownikom. Podkreślić należy, że nazywa się to umową o dzieło, a nie o pracę. Lekarz będzie obowiązany wydawać środki lecznicze. Kierowanie do specjalistów ma być ograniczone. Zastanawiająca jest również forma zawierania umów; nie określa się w nich godzin pracy, umowę zawiera się na mie-

siąc. Dziwne jest stanowisko w tej sprawie Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych: nawołuje ono do bojkotu posad przez lekarzy, niezatrudnionych w Ubezpieczalni, a jednocześnie nie interesuje się lekarzami, nie pracującymi w tej instytucji, bezrobotnymi, którzy częstokroć przymierają głodem. W Zrzeszeniu są lekarze, kumulujący posady, nie dbają oni o tych, którzy tych posad nie mają. Jeżeli się domaga od kogoś ofiary, należy się zainteresować losem tych, od których żąda się ofiary. Walkę należy prowadzić w porozumieniu ze związkami zawodowymi, które reprezentują ubezpieczonych.

Dr. Knappe podkreśla, że prywatny lekarz domowy jest zupełnie czemś innym, niż lekarz domowy w Ubezpieczalni Społecznej. Przedewszystkiem niema tutaj wolnego wyboru. Użycie tego terminu przez Ubezpieczalnię jest perfidją, wykorzystaniem niewłaściwie użytego terminu. Chodzi tutaj jedynie i wyłącznie o oszczędności na lekarzach. Lekarz będzie musiał prowadzić całą administrację, lecz mimo to liczby urzędników się nie zmniejszą, przeciwnie — zwiększą. Natomiast lekarz stanie się ofiarą chroniczów, neurasteników itp., sam się stanie wkrótce neurastenikiem.

Prof. Szymański nie rozumie ani istoty, ani celu dyskusji. Niema tutaj tego, z kimby można było dyskutować. Wszystko się wali. Jest w kraju półmiljona bezrobotnych, wieś umiera z głodu, a lekarze chcieliby utrzymać i godność, i zarobki. Położenie ich odpowiada ogólnemu stanowi w Polsce. Wszyscy znajdujemy się na równi pochyłej. Medycyna stanie się wkrótce dostępną tylko dla bogaczy. Steśunek większości lekarzy do Kas Chorych w chwili ich zakładania był przychylny, jedynie Alfred Sokółowski zrozumiał ich wagę. Nikt z lekarzy nie bronił Ministerstwa Zdrowia. Lekarze są rozbiici. Należy dbać o solidarność lekarzy, a dyskutować z kim innym.

Dr. Knappe wyjaśnia, że zebranie zwołano w tym celu, by ustalić opinię lekarzy wobec instytucji lekarzy domowych w Ubezpieczalni Społecznej.

Dr. Kaszubski stwierdza, że liczył na koreferaty. Nie poruszał spraw zawodowych, gdyż te sprawy stanowią przedmiot zainteresowania innych organizacji. Podkreśla, że za uczciwość się nie płaci, za nielamanie bojkotu niewolno żądać nagrody. Zgadza się na ogół z тезami kol. Budzyńskiego i Tylickiego. Podaje tylko genezę pojęcia „lekarza domowego“ w Ubezpieczalni Lekarze Ubezpieczalni przeprowadzili walkę o prawa lekarzy. Nie należy wpadać w przesadę i szermować niewłaściwymi argumentami. Rzeczywiście lekarze w Wilnie, Łodzi, Grodnie, Białymstoku są przepracowani. W Warszawie wystąpiono z walką o prawa lekarzy i odniesiono w 75% zwycięstwo. Wywalczone w Warszawie poprawki polegają na tem, że lekarz domowy nie będzie przyjmował we wszystkich specjalnościach. Lekarz będzie przyjmował tyle godzin, ile wyznaczy. W nocy będzie obsługiwał ubezpieczonych pogotowie. Poza tem w obwodach będzie istniała rezerwa lekarska, którą będzie mógł wyzywać przepracowany lekarz domowy. Norma dzienna (obliczona przeciętnie na podstawie danych rocznych) ma wynosić 15—20 chorych w domu i 4½—6 na miesiąc. Lekarz ma zagwarantowane zastępstwo. Na lokal ma otrzymywać lekarz specjalne pieniądze. Może również wynajmować specjalny lokal na przyjęcia.

Prof. Szymański przypomina, że lekarze domagali się rządów w Kasach Chorych. Lecz mogliby nimi dobrze rządzić również laicy, gdyby wiedzieli, kogo się mają radzić.

Dr. Knappe stwierdza, że walczył z koncepcją, a nie z referentem.

Prof. D. Hellin ma wątpliwości, czy nowy ustrój ma na celu polepszenie lecznictwa, czy też oszczędności. O polepszeniu lecznictwa przy nowej organizacji nie może być przeczeń mowy. Ubezpieczalnia wydala na lekarzy 23 miliony (spośród 190 milionów), na administrację zaś — 83 miliony. Na lekarzach można oszczędzić co najwyżej 1—2 miliony, na administracji zaś, która cierpi na przerost — dużo więcej. O przeroście administracji w Ubezpieczalniach świadczą następujące liczby: urzędników jest w Warszawie 3.600, lekarzy zaś — tylko 500.

Dr. H. J. Landau uważa, że systemy Kas Chorych, przytoczone przez prelegenta, nie wyczerpują wszelkich możliwości. Trudno nazwać wolnym wyborem lekarza system ambulatoryjny, przy którym ubezpieczony ma dostęp tylko do ograniczonej liczby lekarzy, zatrudnionych w przychodniach. Prawdziwym wolnym wyborem lekarza jest system, przy którym ubezpieczony ma dostęp do każdego lekarza, który wy-

razi zgodę na przyjmowanie ubezpieczonych w jego prywatnym gabinecie. System taki, przy którym ubezpieczony korzysta z pomocy tego lekarza, do którego ma zaufanie, istnieje w Austrii, Niemczech i t.d.

W sprawach osobistych zabierają głos dr. Pompe, ówna, dr. Koćmowa, dr. Szereszcwska. Odpowiada dr. Kaszubski.

Posiedzenie plenarne z dnia 14 marca 1935 r.

Obecnych 23.

Przewodniczył dr. Kacprzak.

Odczytano memoriał Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sprawie lekarzy domowych.

Odczyt:

Dr. T. Sokółowski. *O leczeniu głodem.*

Prelegent podaje dane z fizjologii i patologii stanów głodowych (privation d'aliments) i zastanawia się nad wpływem głodzenia na konstytucję ustroju. Podaje sposoby leczenia głodem i wskazania, wkońcu wyniki lecznicze różnych autorów i swoje własne. W rezultacie wyraża przekonanie, że leczenie głodem jest wskazane w wielu schorzeniach. Postulat koniecznym do spełnienia jest utworzenia oddziałów klinicznych, poświęconych badaniu omawianej sprawy. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Dr. Knappe podkreśla, że głodówka przeważnie częściowa pod postacią dni mlecznych lub owocowych chętnie bywa stosowana przez lekarzy i samych pacjentów celem zwalczania otyłości. Tu należy zaznaczyć, że głodzeniem można skutecznie leczyć otyłość, powstałą wskutek przekarmiania, natomiast zupełnie bezskuteczne jest leczenie głodem otyłości konstytucjonalnej, zależnej od dysfunkcji gruczołów dokrewnych. W tych przypadkach skuteczną okazuje się opoterapia. Prelegent wspominał o doświadczeniach Richeta, polegających na zamorzeniu głodem 40 psów. Doświadczenie to, zupełnie bezcelowe, a przytem wyjątkowo okrutne, jest doskonałym atutem w rękach przeciwników wiwisekcji. Przeciwno tym doświadczeniom protestowano we Francji w pismach codziennych, tylko prasa lekarska milczała. Tego rodzaju doświadczenia kompromitują lekarzy i poniżają medycynę, która powinna być humanitarna. Mówca nawołuje lekarzy do zapisywania się do Towarzystwa Walki z Wiwisekcją, którego jest inicjatorem i prezesem (autoreferat).

Dr. Narkiewicz uważa, że metoda ta znalazłaby zastosowanie podczas wojny, gdyby było brak produktów. Szczęsem dziedzina ta zdobędzie sobie prawa obywatelskie. W zakładzie dra Tarnewskiego w Kosowie postępowanie jest nabyt schematyczne.

W odpowiedzi stwierdza dr. Sokółowski, że głodówka nie jest *panaceum*. Jest rzeczą znaną, że ilość pokarmów może być znacznie zmniejszona, a sprawność ustroju na tem nie ucierpi (np. zmniejszenie dobowej ilości białka do 70 gr.). Są ludzie, którzy się żywią tylko chlebem i kartoflami.

W części administracyjnej przewodniczącym obrano dra Narkiewicza.

Dr. Knappe odczytał protokół Walnego zebrania z r. 1934 (3), który został przyjęty.

Dr. Knappe odczytał sprawozdanie z działalności Zarządu w roku 1934, które zostało zatwierdzone.

Do Zarządu wybrano ponownie dra Adamskiego, dra Kacprzaka i dra Knappego.

Posiedzenie plenarne z dnia 11 kwietnia 1935 r.

Obecnych 61.

Przewodniczył dr. Kacprzak.

Odczyt:

1) Dr. Z. Rożenblumówna. *Higiena psychiczna w zastosowaniu do dziecka w Europie Zachodniej i w Polsce* (było drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“).

2) Dr. J. Nelken. *Z dziedziny psychoneurologii dziecięcej w Rosji Sowieckiej* (było drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“).

Dyskusja:

Dr. Dąbrowski prosi o określenie terminu higieny psychicznej. Chodzi mu szczególnie o jedną cechę określenia psychohigieny. Pewnych neuropatyj nie powinniśmy wogóle leczyć, np. poczucia niższości. Przystosowanie się do otoczenia nie zawsze jest celem i potrzebem. Metoda mi-

nimalnych zahamowań jest trudna. Ważne jest hartowanie afektywne. Sanatorja dla dzieci nerwowych są mniej ważne, niż przygotowanie dobrze wyszkolonego personelu dla kolonii.

Piotrowska uważa, że zespół niższości ma podłoże biologiczne. Przystosowanie się do życia jest zawsze normą. Zespół niższości może być czasami twórczym, czasem zaś źródłem popędów społecznych. Ważne jest wychowanie społeczne.

Dr. Tombak przypomina, że badania nad nerwowością u dzieci doprowadziły do wniosku, iż nerwowość powstaje wtedy, jeżeli dzieciom zabrano pewne ich właściwości. Nerwowość powstaje np., jeżeli dzieci są pozbawione możliwości zabaw; należy wobec tego dostarczać dzieciom momentów do zabawy. Ułatwienie dzieciom brania udziału w zabawie usuwa często ich nerwowość. Istnieją różne grupy nerwowości, które wymagają odpowiednich określeń (nerwica A, B, C).

Dr. Dąbrowski uważa, że ustosunkowanie się do nerwic w ten sposób, żeby usunąć nerwowość, nie jest naukowem przystępowaniem do sprawy. W zagadnieniu tem chodzi głównie o przystosowanie nerwowych do otoczenia tak, by nie odbierali sobie życia, a także o to, żeby wyzyskać ich zdolności dla korzyści ogółu.

Dr. Tombak zapytuje, jak się odbywa selekcja dzieci.

W odpowiedzi dr. Rozenblumówna wyjaśnia, że cała akcja poradni polega na uczeniu rodziców, metoda ta daje doskonałe wyniki. W poradni prowadzi się systematyczne wykłady (p. Olszewska) dla rodziców; ostatnio wykładów słuchało 100 matek. Selekcja uwzględnia umysłowość, uczucia społeczne dziecka itp.

Posiedzenie plenarne z dnia 23 maja 1935 r.

Obecnych 10.

Przewodniczył dr. Kacprzak.

Odczyt:

Dr. W. Odrzywolski. *Problem wolnego wyboru lekarza w świadczeniach na wypadek choroby.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja.

Dr. Szwarec stwierdza, że lekarze wykazują apatię i bezczynność tak, że zamiast nich pracować muszą sztaby. Zagadnienie bezrobocia wśród lekarzy można rozwiązać, obejmując pomocą lekarską całą ludność. Nieszczęście chce, że ubezpieczenia na wypadek choroby stały się terenem rozgrywek partyjnych. W r. 1929 ubezpieczenia społeczne pochłonęły ogromną sumę 464 milionów. Należy się domagać oddzielenia ubezpieczeń na wypadek choroby od innych ubezpieczeń. W Rosji ubezpieczenia na wypadek choroby są także wyodrębnione i poddane kontroli Komisarjatu Zdrowia. Lekarze winni również żądać przywrócenia Ministerstwa Zdrowia.

Dr. Rodziewicz uważa, że prelegent był wyrazicielem młodszych lekarzy. Dla prelegenta wolny wybór lekarza jest problemem, dla mówcy — aksjomatem. To samo odnosi się do chorych, którzy nie chcą być pozbawieni swobody dysponowania swem zaufaniem. Wolny wybór lekarza stanowi bodziec do doskonalenia się lekarzy. Dotychczas było „leczenie na manowcach“, obecnie zaczyna się odwrót od centralizacji zaopatrywania ludności w zdrowie. Nastąpiła chwila, kiedy lekarze muszą jasno wystąpić ze swymi żądaniami. W Ubezpieczalni wszvstko powinno być naginane do interesów ubezpieczonego. Ubezpieczeni płacą i dużo płacą, wobec czego mają prawo żądać. Z trudem znoszą oni przymusową niankę w postaci systemu leczenia, a przedewszystkiem do wprowadzenia wolnego wyboru lekarza. Ewentualne nadużycia, o których wspominał prelegent, mogą być tylko drobne; zdarzają się one zresztą i przy obecnym systemie.

Dr. Knappe stwierdza, że nie słyszał od prelegenta nic o kalkulacji względem lekarzy, o uposażeniu lekarzy. Lekarz ma takie samo prawo do życia, jak chory. Należy skalkulować wynagrodzenie lekarzy, bronić go, pokazać pięść i zęby.

Prof. Hellin zaznacza, że nadużycia apteczne są możliwe i przy obecnym systemie. Do zwalczania lażików wystarczy wprowadzenie nawet drobnych płac za poradę od ubezpieczonych. Ubezpieczalnia wydaje 100 zł. na chorego

rocznie. W Niemczech otrzymują lekarze 20–25% przypisu, u nas — tylko 13%.

Dr. Huszcza podkreśla, że poza wojnym wyborem lekarza istnieje wolność zawodu lekarskiego bez kontroli władz z zachowaniem tajemnicy zawodowej. O zachowaniu tajemnicy zawodowej w Ubezpieczalni, gdzie każdy urzędnik grzebie się w papierach chorego, niema mowy. Wolny wybór lekarza jest nieodłączną cechą zawodu lekarskiego i nieodłącznym prawem każdego chorego. Jeżeli mogą być zastrzeżenia co do medycyny zorganizowanej, to wynikają one tylko z warunków, w jakich pracuje medycyna zorganizowana w Polsce. We Francji każdy chory może się zwrócić do każdego lekarza według taryfy minimalnej lub za wypłaceniem zwykłego honorarium, chory zaś otrzymuje z Kasy Chorych sumę, jaką przeznaczają ona na honorarium. System ten nie spotyka się z żadnym sprzeciwem ani ze strony ubezpieczonych, ani ze strony Kas Chorych. We wszystkich innych krajach do ostatnich czasów był zachowany wolny wybór lekarza. Zasada wolnego wyboru lekarza nie pozostaje w sprzeczności z medycyną zorganizowaną. Ten system, jaki jest u nas, jest wyrazem dążeń statystycznych, wyrazem traktowania lekarza jako zwykłego najemnika. Obniża to powagę praktyki i tych, którzy tę praktykę wykonują, t. j. stanu lekarskiego. Wolny wybór lekarza na terenie całej Rzeczypospolitej i dla całej ludności, będzie musiał natrafić na wyjątki, gdyż istnieją małe miejscowości, w których mieszka jeden tylko lekarz. Lekarze są zbyt pochopni do rezygnowania z zasad i wysokich ideałów, jako słudzy chorych, ludności i Państwa. Dlatego nie bronimy należycie swych praw, nie powinno się jednak przekraczać prztem pewnych granic, gdyż lekarz, źle uposażony, nie będzie mógł należycie spełniać swych czynności. Lekarze polegają na pomocy sił nadprzyrodzonych lub innych ludzi, zamiast bronić się samym przed zakusami i zamachami na swe prawa. Należy wciągnąć do tej walki ogół lekarzy, który chyba już dojrzał do samoobrony i zorganizowania się w masę, zdolną do stawienia oporu.

Dr. Knappe stawia wniosek, by organizacje lekarskie zajęły się jak najszybciej opracowaniem minimalnej taryfy jednostkowej i ryczałtowej, poniżej której lekarzowi nie wolno pracować.

Dr. Rodziewicz wyjaśnia, że przy prowadzeniu pertraktacji z rozmaitymi instytucjami, zatrudniającymi lekarzy, gdy dochodzi się do kwestji wynagrodzenia, słyszy się zwykłą śpiewkę: „jak Pan nie chce, to znajdzie się inny, kto będzie za tę cenę pracował“. Trzeba najpierw zorganizować cały świat lekarski, nim się zacznie walkę. W jaki sposób ściągnąć wszystkich lekarzy do Związku? Musi on być jedyną organizacją, mogącą zawierać umowy o dzieło. Również we Francji jest niezadowolenie z Ubezpieczalni, choć system, tam stosowany, jest dobry. Zdarzają się i tam nadużycia, gdyż chorzy wchodzą w zmwę z lekarzami. Idealny system polegałby na tem, by udzielać ubezpieczonym w razie choroby zapomóg, którymi chory mógłby sam dysponować.

Dr. Szwarec wyjaśnia, że istnieje minimalna taksa, lecz nikt się do niej nie stosuje.

Dr. Sobanski uważa, że sprawę tę należy przekazać Związkowi Lekarzy Państwa Polskiego, który od 18 lat śpi.

W odpowiedzi stwierdza dr. Odrzywolski, że musi odgraniczyć zagadnienia zasadnicze od materialnych. Jeżeli podzielić sumy, wydawane na leczenie w medycynie zorganizowanej, pomiędzy ogół lekarzy (12.000), wypadłoby na każdego lekarza 166 złotych miesięcznie. Stworzenie lecznictwa społecznego ma podłoże rozwojowe i stanowi przedmiot zainteresowania Państwa. Wszyscy zgadzamy się z tem, że w medycynie zorganizowanej istnieje przerost administracji. Poza tem niesłusznie połączono ubezpieczenia na wypadek choroby z innymi kategorjami ubezpieczeń społecznych. Wolny wybór lekarza napotyka na trudności ze względu na czynnik administracyjny i inne. Zadanie lecznictwa społecznego polega na podniesieniu ogólnego poziomu zdrowia. Należy wobec tego zrezygnować tutaj z pewnych rzeczy pod warunkiem objęcia pomocą lekarską całej ludności Państwa.

Posiedzenie plenarne z dnia 19 czerwca 1935 r.

Obecnych 30.

Przewodniczył dr. Kacprzak.

Odczyt:

Plk. dr. Jerzy Babicki. *Rzeczpospolita czarnych—Liberja.* (Z wrażeń lekarza). (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Dr. Korał zastanawia się, jakie znaczenie może mieć Liberja dla Polski pod względem ekonomicznym. Nadmiar ludności Polski możnaby ewentualnie kierować do tego kraju.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 21 czerwca 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 27/1935) B. D a t t n e r mówił o *lecniczym działaniu połączeń pięciowartościowego arsenu w kile układu nerwowego*. Leczenie związkami trójwartościowego bywa często bezskuteczne w porażeniu postępującym, wadzie rdzenia i późnej kile ze zmianami w płynie mózgowordzeniowym. Natomiast preparat pięciowartościowego arsenu, tryparsamid, zastosowany już w r. 1923, okazywał bardzo dobre wyniki w porażeniu postępującym i późnej kile ze zmianami w płynie mózgowordzeniowym. Wstrzykuje się wśródźylnie raz tygodniowo 3 gr. tryparsamidu, rozpuszczone w 10 cm.³ wody. Kuracja trwa 8 tygodni. Po krótkiej przerwie kurację powtarza się tak, że leczenie tryparsamidem można prowadzić latami. Jednakże przez cały czas leczenia należy jaknajdokładniej kontrolować wzrok chorego. Prelegent stosuje od r. 1931 w leczeniu początkowego porażenia postępującego, wadzie rdzenia i późnego przymiotu ze zmianami w płynie mózgowordzeniowym stovarsol (spirocid) w kombinacji z jodem i thyreosanem z dobrymi wynikami. Ponieważ jednak stovarsol (spirocid) można podawać tylko doustnie, a zatem kuracja zależy od dobrej woli lub widzimisię chorego, zaczął prelegent stosować leczenie wstrzykiwaniami soli sodowej stovarsolu (stovarsol sodique) w dawce zrazu 0,5 gr., później 1,0 gr. w 10% roztworze trzy razy tygodniowo wśródźylnie aż do ogólnej dawki 21 gr., najwyżej 30 gr. Leczenie to jest przeciwwskazane w zupełnie rozwiniętym wadzie rdzenia, w kile ze zmianami nerwu wzrokowego, u alkoholików, w chorobach wątroby i nerek. W razie najmniejszych zaburzeń wzrokowych leczenie należy przerwać. Po miesięcznej przerwie kurację się powtarza; następnie po przerwie 1½ miesięcznej przeprowadza się znowu kurację i wreszcie po przerwie 1½ miesięcznej po raz czwarty. W drugim roku leczenia przerwy pomiędzy poszczególnymi kuracjami wynoszą po dwa miesiące. Prelegent prowadził dalsze leczenie tylko wówczas, gdy wpływ na zmiany w płynie mózgowordzeniowym był niewystarczający. Stovarsol sodique wyświadczył prelegentowi dobre usługi. Ostatnio próbował prelegent solvarsin, połączenie stovarsolu z etanolaniną. Preparat ten znajduje się w handlu w gotowych do wstrzykiwań podskórnych i wśródźylnych ampulkach po 2 cm.³, 3 cm.³ i 5 cm.³. Prelegent wstrzykiwał mężczyznom dwa razy po 5 cm.³ lub trzy razy po 3 cm.³ tygodniowo, ko-

bietom dwa razy tygodniowo po 3 cm.³. Ogólna dawka na kurację wynosiła u mężczyzn 100 cm.³, u kobiet 80 cm.³. Prelegent leczył solvarsiną zrazu chorych ze zmianami kilowymi, opornymi dotąd na leczenie; nie stosował przytem żadnych innych środków, aby wyrobić sobie pogląd na ten preparat. Ponieważ pierwsze wyniki były nader zadawalające, dla przyspieszenia działania zastosowano u chorych z początkowym porażeniem, wadzie rdzenia i późnym przymiotem ze zmianami w płynie mózgowordzeniowym kombinowane leczenie solvarsiną i bizmutem. Wyniki były tak pomyślne, że prelegent spodziewa się znacznej poprawy wyników leczniczych po kombinacji leczenia gorączkowego z bizmutem i pięciowartościowym arsenem. W oponowo-naczyniowych postaciach kily układu nerwowego preparaty trójwartościowego arsenu (neosalvarsan itp.) są tak skuteczne, że niema podstaw do zarzucania ich. Solvarsina zasługuje na pierwszeństwo przed tryparsamidem, gdyż ten ostatni musi się wstrzykiwać wśródźylnie, przed stovarsol sodique, gdyż trzeba go rozpuszczać przed wstrzyknięciem, wymaga zaś on większej ilości rozpuszczalnika.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 28 czerwca 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 28/1935) M. W e i l przedstawił 2 pacjentów, *uzdrowionych z dychawicy oskrzelowej zapomocą leczenia nosowego*. Pierwszy przypadek dotyczył 25-letniej kobiety, cierpiącej od trzeciego roku życia na sapkę sienną z silnymi objawami ocznymi, od 5 zaś lat na ciężkie napady dychawicze. Chora nie mogła tygodniami i miesiącami wychodzić z domu. Wszystkie metody leczenia (wapń, lampa kwarcowa, wstrzykiwania rozmaitych wyciągów roślinnych, djatarmja krótkofalowa itp.) pozostały bez skutku. Prelegent usunął zrazu skrzywienie przegrody nosowej bardzo silnego stopnia, gdyż tylko w ten sposób można było dotrzeć do punktów dychawiczorodnych i leczyć je miejscowo. Od dnia operacji, po której przeprowadzono przyżegania błony śluzowej nosa, chora jest wolna od dolegliwości. Drugi przypadek dotyczył 9-letniego chłopczyka, który przebył przed 5 laty zapalenie płuc. Od tego czasu ma dolegliwości dychawicze, które od 3 lat uległy natężeniu. Gimnastyka oddechowa, wzięwanie rozmaitych wyciągów pozostały bez skutku. Wstrzykiwania astmolizyny usmierały napady zaledwie na przeciąg 2 godzin. Od r. 1934 dychawica trwa prawie stale. 25 lutego 1934 r. prelegent operował chorego spowodu wyrosła gardzielowych, obok których istniał zanikowy nieżyty nosa. Po operacji wystąpił jeszcze jeden silny napad. Do czerwca 1934 r. (5 przyżegań) miał pacjent jeszcze kilka poronnych napadów. Podczas gdy w roku szkolnym 1933/34 pacjent opuścił spowodu swej dychawicy 100 dni szkolnych, w bieżącym roku nie opuścił ani jednego dnia. Prelegent opowiada o jeszcze jednej chorej, u której po jeździe koleją w wagonie z otwartymi oknami wystąpiły ciężkie napady kichania.

Z j a z d y

IX Kongres Stowarzyszenia Ginekologów i Akuszerów Francuskich.

(Algier, dnia 15, 16 i 17 kwietnia 1935 r.).

Na porządku dziennym były cztery zasadnicze pytania:

- 1) Obrzęki ciążynych.
 - 2) Wskazania i technika leczenia przewlekłego zapalenia szyi macicznej.
 - 3) Pomoc akuszerska w Kongo belgijskim.
 - 4) Pomoc akuszerska w Afryce francuskiej.
- Pierwsze pytanie omawiali profesorowie: Edmund L e w y - S o l a l — badanie fizjologiczne i Ernest G u e i s s a z — badanie kliniczne.

Jedynie teoria tylnego płata przysadki mózgowej może nam wyjaśnić obrzęki ciążynych, gdyż inne teorie, jak zatrzymanie chlorków w organizmie, zbrocenia naczyń krwionośnych lub t. p., nie mogą nas zadowolić, bowiem w praktyce widzimy czasami coś wręcz przeciwnego. Leczenie tych obrzęków, jak wynika z badań klinicznych, jest tem skuteczniejsze, im prędszej je rozpoczęto. Przedewszystkiem zapomocą diety bezsolnej, tarczycy, a czasami i przerwania ciąży.

W przypadkach obrzęków patologicznych, t. j. w połą-

czeniu z innymi objawami patologicznymi (nefropatja, eklampsja, hipertonia) leczenie jest mniej pewne. Wskazane są wtenczas: upust krwi, dekapsulacja nerek, cw. przerwanie ciąży.

Drugie pytanie omówili profesorowie: R. L a b r y i J. V i l l a r.

Chroniczne zapalenia szyi macicznej bywają różnych rodzajów. Czasami nie zdradzają się żadnymi objawami, a czasami wywołują bóle i inne komplikacje, działające na cały organizm kobiety. Niepłodność i ryzyko powstania raka na chronicznie zmienionej szyi macicznej są najważniejszymi komplikacjami, których się trzeba obawiać. Różnorodność sposobów leczenia dowodzi sama przez się trudności ich przeprowadzenia. Niektórzy leczą tylko sposobami chemicznymi, fizjoterapeutycznymi, a niektórzy tylko chirurgicznymi. Pytanie, jakie leczenie jest lepsze, zostaje narazie otwarte.

Trzecie pytanie omówił V. C o c q i Fr. M e r c k e n, a czwarte A. L a f f o n t i H. F u l c o u i s.

Postęp pomocy akuszerskiej w kolonjach francuskich i belgijskich jest znaczny. Byłby o wiele znaczniejszy, jeżeliby państwa kolonialne nie miały, oprócz trudności finansowych, do czynienia z zabobonami tych dzikich lub półdzikich plemion, które zamieszkują Afrykę.

L E b i n.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Uwagi do pracy D-ra Franciszka Witaszka „Zarys Orzecznictwa Inwalidzkiego”

Podał

Dr. Stanisław RUDZIŃSKI (Warszawa).

Do bardzo ważnych, a zarazem bardzo trudnych zadań lekarza należy orzekanie w sprawie zdolności do wykonywania zawodu lub pracy osób, zgłaszających się do niego czy to w związku z roszczeniem o odszkodowanie od pracodawcy lub instytucji ubezpieczeniowej z tytułu niezdolności zupełnej lub tylko częściowo obniżonej zdolności do pracy, czy też w związku ze zgłoszeniem się badanych do ubezpieczenia, czy też wreszcie z innych przyczyn.

W takich wypadkach lekarz ma orzec, czy badany jest zdolny, lub też w jakim stopniu obniżyła się jego zdolność w porównaniu z osobami zdrowymi o tem samym uzdolnieniu zawodowym, czy to obniżenie jest trwałe, czy też przejściowe, kiedy ono powstało i t. p. Udzielenie odpowiedzi na te pytania, a w szczególności określenie procentowej utraty zdolności jest, jak zaznaczono, bardzo trudne, częstokroć niemożliwe, a prawie zawsze względne i sztuczne, niema bowiem żadnego miarodajnego sprawdzianu, któryby pozwalał w ten sposób określać sprawność żywego organizmu, jakim jest człowiek, którego istnienie i funkcjonowanie zależy od niezliczonych i często niezbadanych czynników. Gdy więc tego sprawdzianu niema, nie można nigdy z pewnością twierdzić, że badany utracił np 45%, a nie 55%, 65%, a nie 70% zdolności do pracy. Tymczasem te 5—10%-owe, a nawet mniejsze różnice decydują częstokroć dosłownie o życiu badanego, gdy przyznanie mu świadczenia (renty) zależy od tego, czy utracił on powyżej 50% zdolności do wykonywania zawodu (u pracowników umysłowych) lub powyżej 2/3 zdolności do pracy (u pracowników fizycznych). — Wohec tego, że określanie w procentach utraty zdolności jest względne i sztuczne, że z tego powodu często jest przyczyną niesprawiedliwego przyznania lub odmowy świadczenia, należałoby zastanowić się, czy nie lepiej byłoby określać stan zdrowia i zdolność badanego o p i s o w o, a nie w procentach, jak dotychczas. Wydaje się bardziej naturalne i zrozumiałe określanie stanu zdrowia i badanego, dajmy na to, w terminach: lekki, ciężki lub bardzo ciężki, utratę zdolności w stopniach lekkim, ciężkim i bardzo ciężkim, udzielanie zaś świadczenia uzależnić od stwierdzenia jednego z tych stanów.

Obecnie szczególnie trudna jest ocena stopnia utraty zdolności do pracy tam, gdzie obniżenie zdolności jest spowodowane powolnym fizjologicznym zużyciem organizmu lub jest następstwem długotrwałej przewlekłej choroby, np. miażdżycy tętnic, gdy powoduje ona zmiany w całym ustroju, trudne do ustalenia i sprawdzenia zwłaszcza przy jednorazowym badaniu. Znacznie łatwiejsze jest orzekanie w tych razach, gdy obniżenie zdolności powstało na skutek jednorazowego urazu zewnętrznego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, gdyż z większym prawdopodobieństwem można obliczyć skutki tego urazu na ustrój ludzki, zwłaszcza, gdy uszkodzony został jeden organ, np. złamanie lub rana kończyny lub t. p. Wówczas łatwiej sobie można wyobrazić procentowe określanie narastającej zdolności w

miarę gojenia się rany lub zrostania się złamanej kończyny. Dlatego też, o ile w orzecznictwie wypadkowym, t. j. przy określaniu stopnia niezdolności do pracy w następstwie wypadku, możliwy i jako tako zrozumiały jest pewien schemat, ustalający procentowo utratę dla wszelkich uszkodzeń danego rodzaju, o tyle w orzecznictwie inwalidzkim (ocena utraty zdolności niezależnie od wypadku) jest to prawie niemożliwe; w tych razach konieczna jest ocena każdego poszczególnego wypadku jaknajbardziej indywidualnie. Ten stan rzeczy jest zapewne przyczyną, że literatura, omawiająca orzecznictwo wypadkowe, jest znacznie bogatsza, niż traktująca o orzecznictwie inwalidzkim. Jeżeli nawet w Niemczech, gdzie ubezpieczenia społeczne istnieją przeszło pół wieku, orzecznictwo inwalidzkie pozostawia jeszcze dużo do życzenia, to cóż mówić o Polsce, gdzie ubezpieczenia istnieją jeszcze niedługo, i gdzie z tego powodu orzecznictwem lekarskim mało się interesowano. Są wprawdzie prace, w krótkości omawiające poszczególne działy chorób, brak jest jednak pracy, któraby obejmowała całość kształtu orzecznictwa. Brak takiej pracy daje się bardzo odczuwać, zwłaszcza dziś, kiedy z każdym rokiem wzrasta liczba ubezpieczonych, ubiegających się o świadczenia z ubezpieczeń społecznych, lub ludzi, zgłaszających swe pretensje do instytucji i osób o odszkodowanie z tytułu niezdolności do pracy. Dlatego też należy powitać z całą życzliwością każdą pracę, któraby choć w pewnym stopniu mogła zapełnić lukę w naszym piśmiennictwie lekarsko - ubezpieczeniowym. Tę lukę usiłuje zapełnić p. Dr. Franciszek W i t a s z e k, wydając w Poznaniu własnym nakładem: „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego”.

Praca składa się z dwóch części, poprzedzona zaś jest interesującym wstępem prof. d-ra G a n t k o w s k i e g o. Część pierwsza pracy zaznajamia lekarza z obowiązującym ustawodawstwem ubezpieczeniowym w tych jego punktach, które winien znać lekarz orzekający. Pozatem w tej części podaje autor dużo cennych wskazówek, w jaki sposób należy przeprowadzać badania w celach orzeczniczych. W części drugiej na 42 stronach (rozmiaru 1/4 arkusza) autor omawia poszczególne jednostki chorobowe, grupując je według narządów. Zapewne szczupłość miejsca nie pozwoliła autorowi rozszerzyć tematu, wskutek czego niektóre narządy i grupy chorobowe nie zostały zupełnie lub prawie zupełnie omówione. Np. chorobom narządów zmysłów poświęca autor tylko półtorej strony, poruszając w kilku słowach niektóre jednostki chorobowe nawet mniej ważne, nie wspominając natomiast ani słowem o ważniejszych.

Najwięcej miejsca poświęca autor chorobom narządów krążenia i oddychania. Jest to zupełnie słuszne, gdyż te cierpienia są najczęstszą przyczyną niezdolności i przedstawiają duże trudności rozpoznawcze i orzecznicze. Autor omawia każdą jednostkę chorobową zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i orzeczniczego. Jednak wskutek tego, że opisowi poszczególnych chorób poświęcono zbyt mało miejsca, nie wszędzie wypadł on dostatecznie ściśle i jasno. Doświadczony klinicysta nie zawsze zgodzi się z autorem na przedstawiony obraz kliniczny, zaś mniej doświadczony lekarz, przyjmując opis mniej krytycznie, może popełnić łatwo błąd, rozpoznając chorobę tam, gdzie jej niema. Np. opisując „chroniczną

niedomogę mięśnia sercowego", autor podaje subiektywne dolegliwości chorego, które właściwie są bardziej, a w każdym razie w równym stopniu charakterystyczne dla zaburzeń czynnościowych. Lecz pomijam już opis kliniczny, gdyż z nim wraze nasuwających się wątpliwości czytelnik może ostatecznie zapoznać się dokładnie z licznymi i doskonałymi pracami z tej dziedziny, ogłoszonymi także w języku polskim. W pracy, omawiającej orzecznictwo inwalidzkie, czytelnik szukać przede wszystkim będzie oceny poszczególnych chorób i metod badania z punktu widzenia orzeczniczego. Tymczasem podane przez autora metody badania mają wartość bardzo względną, zaś ocena, choć podana w formie stanowczej, jest mimo to nie zawsze przekonująca. Np. w celu sprawdzenia sprawności narządu krążenia autor poleca wykonać próbę chwilowego obciążenia, każąc badanemu wykonać dziesięć przysiadów. Pominąwszy to, że autor nie podaje dokładnie, co jednak przecież jest ważne, w jakim czasie te 10 przysiadów należy wykonać, budzą zastrzeżenia wnioski, jakie z tej próby wyciąga. Autor pisze: „przy wyrównanych schorzeniach przypieszony po pracy (— po 10 przysiadach) oddech i tętno wracają do normy już po minucie. W częściowo wyrównanych schorzeniach przyspieszenie oddechu i tętna utrzymuje się przez dłuższy czas. Jeśli tętno po 10 przysiadach podniesie się o 20 uderzeń na minutę i więcej, to osobnik taki będzie mógł wykonywać najwyżej lekkie prace (pracownik umysłowy np. prace biurowe). Jeśli po dalszych 10 przysiadach tętno podwyższy się jeszcze więcej, to osobnik taki nie będzie mógł wykonać nawet lżejszych prac". Tymczasem nie należy zapominać, że wielki wpływ na wyniki tej próby ma cały szereg czynników, a przede wszystkim przyzwyczajenie badanego do tej lub innych prób rodzaju. Inaczej zareaguje na duży jednorazowy wysiłek fizyczny serce sportowca, inaczej człowieka, nie zajmującego się sportem. Decydujący wpływ ma trening, o tem powiedzieć może każdy lekarz, zajmujący się badaniem lekarskim sportowców. Dlatego też niesłusznie przywiązuje autor do tej próby decydujące znaczenie i swem twierdzeniem łatwo wprowadzić może w błąd niedoświadczonego czytelnika. Oczywiście, badając sprawność narządu krążenia, można przeprowadzić i tę próbę, lecz jej wyniki należy przyjmować bardzo krytycznie. Na dobrą sprawę, niema niestety, prób czynnościowych, któreby były miarodajnym sprawdzianem sprawności narządu krążenia; decydującym

więc momentem dla oceny pozostaje tylko suma wyników badania przedmiotowego w postaci danych, stwierdzonych osłuchowo i opukowo, a w przypadkach wątpliwych przy pomocy Rentgena, elektrokardiografu i t. d. Te właśnie dane pozwolą lekarzowi ocenić krytycznie wartość danych, otrzymanych z wywiadów, zwłaszcza dotyczących skarg badanego i w rezultacie dadzą pojęcie o sprawności narządu krążenia.

Podana przez autora ocena stopnia niezdolności w przypadkach poszczególnych cierpień nie zawsze jest przekonująca i zrozumiała. Np. zdaniem autora „w przypadkach pierwotnego, jak i wtórnego chronicznego gościa wielostawowego zaleca się zawsze leczenie w uzdrowiskach i przyznaje się rentę przejściową. Leczenie w uzdrowiskach jest konieczne do dokładnego wyśledzenia i unieszkodliwienia pierwotnego ogniska infekcyjnego, które jest często powodem schorzenia”.

Nie jest dostatecznie jasne dlaczego „zawsze” należy przyznać przejściową rentę, pożądaną byłoby podanie, w jakim okresie choroby, i czy naprawdę do wyśledzenia przyczyny choroby konieczne jest uzdrowisko, czy nie odpowiedniejszy byłby szpital?

Mimo usterek, których kilka dla przykładu przytoczono wyżej, mimo, że praca d-ra Witaszka nie wyczerpuje tematu, który jest ponad siły jednego autora, jednak przynieść ona może (jej część pierwsza) pewną korzyść czytelnikowi.

Należałoby sobie życzyć, aby autor, który tak interesuje się orzecznictwem i tak żywo odczuwa brak prac z tej dziedziny w naszej literaturze lekarskiej, zajął się szerszym rozwinięciem tego tematu. Jednak, moim zdaniem, wysiłek jednego autora zawsze będzie tu niewystarczający, lepsze wyniki dać powinna praca zbiorowa doświadczonych klinicystów, zajmujących się orzecznictwem, z których każdy opracowałby swój dział. Tylko szerokie i dokładne omówienie każdej jednostki chorobowej ze strony klinicznej, podkreślenie wartości stwierdzonych objawów z punktu widzenia orzeczniczego dla lekarzowi możliwość powzięcia dokładnego sądu o chorobie i o jej wpływie na zdolność badanego do pracy.

Taka praca, taki podręcznik orzecznictwa oddać może usługi każdemu lekarzowi: klinicyście, który nie jest obowiązany znać orzecznictwo nauczy się orzekać, lekarz orzecznik zaś, który równocześnie powinien być dobrym klinicystą, pogłębić może swą wiedzę kliniczną.

Wiadomości bieżące

— Z Państwowej Szkoły Higieny. Kurs dla lekarzy z zakresu Eugeniki ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higieny i Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, rozpoczyna się w Państwowej Szkole Higieny dn. 30 września i trwać będzie do dn. 19 października 1935 r. Zgłoszenia przyjmuje i informacyjdziela Sekretariat kursu: Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24

— W uzupełnieniu wiadomości o Kongresie Transfuzji Krwi w Rzymie donosimy, że na Kongresie tym wygłosi Pulk. Dr. Tadeusz Sokółowski referat p. t. „Zastosowanie przetaczania krwi w armjach”.

— XV Międzynarodowy Kurs Dokształcający dla Lekarzy ze specjalnem uwzględnieniem balneologii i balneoterapii w Karlsbadzie. Tegoroczny kurs odbędzie się w czasie od 8 — 14 września. Wybitni klinicyści i teoretycy różnych narodowości wygłoszą 24 referaty na najważniejsze i aktualne tematy z dziedziny medycyny. Z Polski będzie miał wykład prof. K. Jonscher z Poznania. Uczestnicy kursu będą mogli zapoznać się z wszystkimi urządzeniami leczniczymi pod fachowem kierownictwem. Wpisowe wynosi 100 Koron czeskich, dla osób towarzyszących — 30 K. cz. Uczestnicy kursu są uważani za gości podczas wszystkich imprez urządzanych przez miasto. Kolejne czeskosłowackie udzielają uczestnikom kursu 33% zniżki od granicy do Karlsbadu i zpowrotem. Pamiętnik kursu zostanie przesłany uczestnikom bez-

płatnie. Wszelkich informacji udziela przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Dr. Edgar Ganz w Karlsbadzie.

— Zjazd międzynarodowy poświęcony sprawie niedomogi wątrobowej, odbędzie się w Vichy w dniach 16, 17 i 18 września r. b. pod przewodnictwem prof. Loepera, członka Akademii medycyny. Przewidziane są 2 sekcje: medycyny i biologii oraz leczenia wewnętrznego, chirurgicznego i zdrojowiskowego.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	7/VII— 13/VII	14/VII— 20/VII	21/VII— 27/VII	28/VII— 3/VIII
Ospa	1 (0) *)	1 (1)	0	0
Zap. mózg. śpiączk. . .	0	0	0	0
Dur brzuszny	228 (13)	263 (16)	294 (12)	331 (20)
Dur rzekomy	0	1 (0)	0	0
Dur osutkowy	52 (3)	41 (5)	34 (1)	33 (2)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	16 (0)	32 (2)	20 (3)	34 (3)
Plonica	230 (4)	204 (2)	245 (6)	251 (4)
Błonica	198 (7)	210 (13)	193 (13)	195 (5)
Zapal. op. mózg. . . .	13 (0)	23 (7)	14 (2)	9 (2)
Odra	309 (2)	320 (2)	174 (3)	169 (1)
Róża	77 (4)	89 (2)	89 (3)	61 (3)
Krztusiec	93 (3)	148 (0)	99 (4)	137 (1)
Malaria	19 (0)	22 (0)	26 (0)	11 (0)
Posoczn. połog. . . .	27 (7)	28 (7)	27 (5)	33 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	480 (0)	323 (0)	311 (0)	233 (0)
Wąglik	5 (0)	0	5 (3)	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0	0 (1)	0
Zatr. jad. kielb. . . .	1 (0)	8 (0)	7 (0)	5 (1)
Chor. Heine-Medina . .	0	0	3 (0)	0
Twardziel	2 (0)	0	0	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

SPROSTOWANIE.

W N. 29—30 „Warsz. Czasop. Lek.” str. 557, szp. lewa w wierszu 11 od dołu zamiast wyrazu „lamliwość plazmy kobiecej” winno być: ranliwość (vulneritas) plazmy kobiecej.

Résumé des articles originaux.

St. JUSTMAN. Sclérose en plaques et ponction lombaire.

Conclusions: 1. La ponction lombaire dans les cas de sclérose en plaques n'est pas un procédé dangereux. 2. La ponction lombaire peut produire un bon effet sur la marche de la sclérose en plaques, mais le procédé doit être bien des fois répété.

St. JUSTMAN. Quelques mots à propos de la ponction sous-occipitale.

La ponction sous-occipitale est une manoeuvre tout-à-fait inoffensive à condition de se tenir rigoureusement à la technique décrite et élaborée spécialement par J. A. Sicard et ses collaborateurs.

A. FRYSZMAN. Un cas de spermatocèle.

L'auteur a opéré chez un homme de 52 ans un cas de spermatocèle à l'étiologie inconnue: pas de traumatisme, pas de blennorrhagie. Le kyste était de grandeur d'une poire et contenait dans son liquide une grande quantité de spermatozoïdes.

Comme le traitement conservatif restait sans effet, l'auteur a pratiqué une énucléation totale kyste avec un bon résultat.

St. RUDZIŃSKI. Remarques à propos du travail du Dr. François Witaszek: „Précis de compétence d'invalidité”.

Critique du travail.

TREŚĆ: I. PINES. Rola skrzywień kręgosłupa w powstawaniu choroby wrzodowej odcinka żołądkowo-dwunastniczego. — St. JUSTMAN. Stwardnienie wieloogniskowe a nakłucie lędźwiowe. — St. JUSTMAN. Kilka słów o nakłuciu podpotylicznym. — A. FRYSZMAN. Przypadek torbieli nasiennej. — E. BIRZOWSKI. Uwagi o istocie i rozpoznaniu różniczkowym ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiety. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — St. RUDZIŃSKI. Uwagi do pracy D-ra Franciszka Witaszka „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego”. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: I. PINES. Rôle des courbures de la colonne vertébrale dans la formation de la maladie ulcéreuse de la partie stomaco-duodénale. — St. JUSTMAN. — Sclérose en plaques et ponction lombaire. — St. JUSTMAN. Quelques mots à propos de la ponction sous-occipitale. — A. FRYSZMAN. Un cas de spermatocèle. — E. BIRZOWSKI. Remarques sur l'essence et le diagnostic différentiel de l'appendicite aigue chez la femme. (Rev. gén. fin). — St. RUDZIŃSKI. Remarques à propos du travail du Dr. François Witaszek: „Précis de compétence d'invalidité”.

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300. — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała str. zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200. — do 400.—