

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, 26 WRZEŚNIA 1935 R.

Nr. 36

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Płuco krztuścowe,

Podali

Z. KURLANDSKI i B. KRYŃSKI (Warszawa).

Nie tak odległe są czasy, kiedy krztusiec uchodził za cierpienie nieswoiste, mogące rozwinąć się z innej choroby, jak, na przykład, odry, gruźlicy, grypy i t. p.

Jeszcze w 1908 roku tak wytrawny klinicysta, jak Czerny, uważał, że krztusiec nie jest odrębną jednostką chorobową, a raczej zespołem objawów, mającym różnorodną etiologję, a mogącym rozwinąć się na podłożu nerwicy. Czerny w poglądach swoich o nieswoistości krztuśca, jako choroby zakaźnej, nie był odosobniony. Cały szereg autorów negował pojęcie krztuśca jako swoistej jednostki chorobowej.

Dosyć wspomnieć nazwisko węgierskiego pediatry Szontagh'a, który twierdził, że krztusiec jest tylko pewnym objawem skazy neuroartretycznej. Dziś krztusiec uważany jest za odrębną chorobę zakaźną, wywołowaną przez swoisty gramujemny lasecznik, wykryty w 1926 r. przez Bordet i Gengou. Prawdopodobnie ten daje się wykryć w płwocinie chorych, zwłaszcza przy użyciu metody, podanej przez Chievitza i Meyer'a, a polegającej na nakasływaniu płytek w ciągu 15 sekund w odległości 10 cm. od ust. L. W. Sauer i L. Hambricht wywołali doświadczalnie krztusiec u małej drogą inhalacji laseczka Bordet-Gengou.

Cały szereg danych przemawia za tem, że krztusiec jest ogólną chorobą zakaźną, atakującą cały ustrój. Zmiany w obrazie krwi, występujące już w okresie nieżyłowym (leukocytoza z limfocytozą), zmiany w oponach mózgowych i tkance mózgowej w postaci zaniku komórek nerwowych i włókien rdzeniowych, zwłaszcza w rogu Amona oraz w jądrach podstawowych (Nurath, Husler, Spatz), wybroczyny na śluzówkach i skórze, obrzęki kończyn, powiek i t. p. — wszystko to jest wynikiem działania jadu krztuścowego.

Główne jednak zmiany chorobowe w krztuścu umiejscowione są w drogach oddechowych i to przeważnie w płucach i dają według Pospischilla całą szereg charakterystycznych objawów fizykalnych.

Opierając się na materiałach, obejmujących przeszło 25 tysięcy przypadków krztuśca, ten wybitny znawca

chorób zakaźnych dochodzi do wniosku, że na podstawie zmian wysłuchowych w płucach udaje mu się wcześniej rozpoznać krztusiec, niż na podstawie typowego kaszlu. „Uniezależniłem się zupełnie od objawu kaszlowego”, pisze Pospischill w swojej monografji, „nie męczę dzieci różnemi sposobami, by wywołać kaszel, wystarcza, abym przyłożył ucho, przeczekał jeden wdech i mam pewne rozpoznanie krztuśca”. Autor ten wprowadził nawet pojęcie „płuco krztuścowe” — „Pertussislunge”, oznaczając w ten sposób swoiste zmiany, stwierdzone w płucach w krztuścu. Zdaniem Pospischilla, „płuco kokluszowe” jest pod względem diagnostycznym nie mniej pewnym objawem, niż charakterystyczny kaszel krztuścowy. Punkt ciężkości kokluzu nie leży w kaszlu, który jest tylko jednym objawem choroby, ale w płucu. Z polskich autorów zdanie Pospischilla całkowicie podziela Mikulowski. Utarte zdanie, które stało się niemal regułą, iż brak zmian w płucach przy silnym i uporczywym kaszlu przemawia za krztuścem, traci w ten sposób na wartości. Dokładne badanie płuc pozwala prawie w każdym przypadku kokluzu stwierdzić pewne zmiany fizykalne, nieraz dyskretne i niestale utrzymujące się.

Najczęstszym i może najbardziej charakterystycznym objawem, spotykanym w krztuścu, są drobnobańkowe rżenia o specyficznym przydźwięku, tak zwane „półdźwięczne”, które wysłuchuje się u podstawy płuc.

Według Pospischilla swoiste te rżenia są patognomiczne dla krztuśca, i samo stwierdzenie ich upoważnia już do rozpoznania kokluzu. Bardzo często udawało się jednemu z nas (Kurl.) na podstawie tego objawu już wcześniej rozpoznać krztusiec. Bogaty i barwny obraz kliniczny kokluzu daje jeszcze cały szereg rozmaitych objawów wysłuchowych i wypukowych. W zależności od stopnia ciężkości przebiegu danego przypadku stwierdza się dosyć często, poza zmianami u podstawy płuc w postaci półdźwięcznych rżeń, takie same rżenia, mniej lub więcej gęsto rozsiiane w obu płucach z zaznaczonym bębenkowym odgłosem opukowym i wreszcie dalej w bardziej ciężkich przypadkach oddech oskrzelowy słyszalny jakby z głębi, nieraz o charakterze jamistym, przyczem jest on najczęściej zjawiskiem przemijającym. Bardzo często bywa nawet tak, że,

podczas gdy jeden stwierdza oddech oskrzelowy, badający zaraz potem inny lekarz już go nie może wykryć. To zjawisko niestałości, a raczej lotności objawów fizykalnych jest może najbardziej charakterystyczną cechą „płuca kokluszowego”.

Objawy fizykalne, dające się tak często stwierdzić w płucu kokluszowym, są istotnie odzwierciedleniem zmian anatomopatologicznych, które powstają w każdym przypadku krztuśca. Ważne pod tym względem są poszukiwania Teyrtera, który badał sekcyjnie płuca dzieci chorych na koklusz, a zmarłych z powodu spraw pozapłucnych. Dzięki tym badaniom udało się stwierdzić, że już we wczesnych okresach krztuśca rozwijają się w płucach wytwórcze zmiany zapalne znacznego stopnia w postaci nacieczeń okołooskrzelowych i okołonaczyniowych.

Podczas gdy Teyrter twierdzi, że punktem wyjścia dla tych spraw zapalnych jest głównie *endobronchitis* i *endobronchiolitis*, to odwrotnie, zdaniem Erösa i Götthel, oskrzela i oskrzeliki biorą bardzo mały udział w rozwoju tego procesu zapalnego. Szerzy się on, według nich od gruczołów węzkowych drogami chłonnymi i przechodzi często na tkankę śródmiąższową. Podobne zmiany anatomopatologiczne otrzymywał Hayakawa w płucach królików po dożylnym wstrzyknięciu małych dawek endotoksyny lasecznika Bordet-Gengou.

Oprócz tych wytwórczych zmian natury przewlekłej powstają w „płucu kokluszowym” nierzadko ostre procesy zapalne, obejmujące jeden lub kilka płatów. W obrazie anatomopatologicznym ostre te sprawy dają się wyraźnie odgraniczyć od zmian przewlekłych wytwórczych, stanowiących cechę charakterystyczną „płuca kokluszowego”. Zmiany anatomopatologiczne w koklusz znane były wprawdzie już dawniejszym patologom, uważane były jednak za powikłania. Dzięki nowszym badaniom wiemy, że krztusiec, jako taki, sam przez się wywołuje w płucach już we wczesnym okresie przewlekłe zmiany zapalne charakteru wytwórczego.

W ciągu ostatnich lat „płuco kokluszowe” było również przedmiotem badań pod względem rentgenowskim. W literaturze starszej znajdują się tylko skąpe wzmianki i to mimochodem w związku z gruźlicą węnek. Opisy te ograniczają się tylko do stwierdzenia, że cienie węnek w koklusz są powiększone i rozgałęzione, i że powiększenia węnek nie należy traktować zawsze jako gruźlicę, może ono występować również w innych sprawach, jak np. w krztuścu.

Nowsze badania zajmują się już obszerniej tem zagadnieniem i podają niektóre osobliwości obrazu rentgenowskiego krztuśca, starając się nawet ustalić pewne cechy dające diagnostyczne. Götthel i Möller stwierdzili w swoich przypadkach koklusza u niemowląt swoisty rysunek przepony, polegający na jej niskim ustawieniu z wierzchołkami, dającymi obraz dachowaty o stromych bokach. Obraz ten występuje jakoby już w okresie nieżyłowym i służyć może przeto jako wczesny objaw rozpoznawczy. Ze względu na występowanie tego objawu, będącego wyrazem rozedmy płuc, jeszcze przed okresem kaszlu napadowego powstanie jego nie może być wytłomaczone momentami czysto mechanicznymi, toteż autorzy ci przypuszczają, że rozedma w krztuścu powstaje wskutek zadziałania jadu krztuścowego na układ roślinny. W naszych przypadkach nie udało się nam ani nam stwierdzić tego objawu przeponowego, mającego być charakterystycznym dla krztuśca i ułatwiającego nawet rozpoznanie.

Zgadza się to, zresztą, z wynikami badań Götthel, który, pomimo specjalnie zwróconej w tym kierunku uwagi, również nigdy nie stwierdzał tego objawu. Tego samego zdania jest również i Daken. W niektórych naszych przypadkach natomiast stwierdziliśmy zgodnie z innymi autorami (Boditch, Götthel i Möller) pewne rozlane zmętnienie obrazu rentgenowskiego, jako wyraz zmniejszonej powietrzności płuc. W przypadkach Boditcha zmętnienie to najwyraźniej zaznaczone było w obrębie prawego dolnego płata. Przeprowadzając seryjne badania „płuca kokluszowego”, Götthel przychodzi do wniosku, że krztusiec w okresie nieżyłowym nie daje żadnych zmian rentgenowskich i pod tym względem rentgenolog nie może pomóc klinicyście w ustaleniu wczesnego rozpoznania. Zmiany w obrazie rentgenowskim zjawiają się dopiero z początkiem okresu napadowego, najwyraźniej jednak występują w 5 — 7 tygodniu od początku choroby. Zmiany te polegają przede wszystkim na symetrycznym powiększeniu cieni obu węnek. Wślad za tem bardzo szybko zjawia się cały szereg cieni powrózkowatych, ciągnących się od węnek przebieżnie ku dołowi. Powrózki te, według Pinchele, często załamują się w swoim przebiegu i nie wykazują jednolitego nasycenia. Cienie te stają się coraz bardziej intensywne i biegną z prawej strony do kąta sercowo-wątrobowego, z lewej — wzdłuż cienia serca, nieraz widoczne są poza cieniem serca. W niektórych przypadkach obraz ten utrzymuje się przez cały okres napadowy, nie wykazując tendencji do dalszego rozwoju; w innych zaś przypadkach zmiany rentgenowskie stają się jeszcze bardziej rozległe: cień rozszerza się nad przeponą przeważnie symetrycznie, sięgając kąta przep. — żebr. staje się jeszcze bardziej wysycony i zlewa się nawet z cieniem serca. W ten sposób w obrazie rentgenowskim powstaje rodzaj trójkąta, którego wierzchołek sięga kręgosłupa w okolicy węnek, a którego podstawę tworzy przepona. Trójkąt ten Götthel stwierdził w 40% swoich przypadków i nazwał go „trójkątem podstawowym” — „basales Dreieck” i uważa go za charakterystyczny dla obrazu rentgenowskiego „płuca kokluszowego”. Im dziecko jest młodsze tem trójkąt jest węższy, tak, że u niemowląt przybiera on postać długiego trójkąta („langes Dreieck”). Cofanie się zmian rentgenowskich trwa często bardzo długo. Nieraz wiele tygodni po zupełnym ustąpieniu kaszlu można jeszcze stwierdzić zmiany w obrazie rentgenowskim.

Z materiału naszego wyprowadzamy następujące wnioski:

1) nie ulega najmniejszej wątpliwości, że krztusiec znajduje swój odpowiednik w obrazie rentgenowskim płuca, z tem zastrzeżeniem, że mogą się zdarzyć podobne obrazy i w innych postaciach chorobowych (parawertebralne zap. płuc, rozstrzenie oskrzeli). Decyduje współpraca klinicysty i rentgenologa;

2) większość przypadków dotyczy I i II okresu zmian rentgenowskich (węnki, powrózkowate pasma o symetrycz. układzie);

3) wytworzenie trójkąta zaliczyć należy do rzadkości, i zachodzi pytanie, czy trójkąt ten nie jest zejściem nieuchwytnego klinicznie zap. pł. na tle krztuśca;

4) co się tyczy zap. pł. w przebiegu krztuśca, to i tu zaznaczyć należy, że obraz jego rentgenowski różni się od innych typów i polega na wytworzeniu b. licznych rozsianych drobnych ognisk o dużym nasyceniu, zliżonych obrazowo do spraw swoistych.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. chir. 2-B Szpitala Żydowskiego na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. A. S o l o w i e j c z y k).

Przyczynę do leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej.

Podał

A. GRABER, St. asystent oddziału (Warszawa).

Od czasu, kiedy L a n g e n b u c h i przedstawiciele jego szkoły z K e h r e m na czele wprowadzili całkowite usuwanie pęcherzyka żółciowego do leczenia chirurgicznego schorzeń dróg żółciowych, zabieg ten znajdował coraz to szersze zastosowanie, stając się w ostatnich czasach metodą wyboru.

Powszechnie stosowane dotąd cięcie pęcherzyka i wszywanie go do rany powłok brzusznych pozostawiono wyłącznie dla przypadków ciężkich, zaniedbanych, połączonych z ropniem lub ropowicą pęcherzyka. Zabieg ten traktowano jako paljatywny.

W leczeniu chirurgicznym kamicy żółciowej jako zabieg klasyczny uchodzi całkowite usunięcie pęcherzyka. Dobre wyniki, na tej drodze osiągnane, przyczyniły się do stałego rozszerzania wskazań, uwieńczonego wprowadzeniem *cholecystectomy idealis* w początkowych okresach cierpienia, gdy tylko wystąpią objawy, zezwalające na rozpoznanie kamicy. Jest to stanowisko analogiczne do postępowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego kiszkę ślepej. Czyni się tu jednak błąd zasadniczy. Wyrostek robaczkowy, jako narząd szczątkowy, nie ma w gospodarce ustroju roli zasadniczej w przeciwieństwie do pęcherzyka żółciowego, który ma w organizmie określoną czynność fizjologiczną, a zatem brak jego oddać się musi na biologii ustroju.

Najpoważniejszym przeciwnikiem usuwania pęcherzyka żółciowego był T a i t. Zdanie jego podzielało jednak niewielu tylko zwolenników i dopiero przypadki nawrotów kamicy po usunięciu pęcherzyka żółciowego oraz przypadki kolki bez kamieni skłoniły chirurgów do rewizji dotychczasowego stanowiska.

Zaburzenia czynności dróg żółciowych po usunięciu pęcherzyka ująć się dadzą w dwie grupy. Do jednej zalicza się nawroty kamieni w drogach żółciowych, do drugiej — zakażenia przewodów, kanalików żółciowych i zmiany miąższowe wątroby, które występują pod postacią obrzęku narządu, zmętnienia otoczki ze świeżymi nalotami włókniaka, zlepanami i zrostami. Badanie mikroskopowe daje typowy obraz dla zapalenia drobnych naczyń żółciowych ze zwyrodnieniem komórek i martwicą. Po dłuższym czasie trwania zaburzeń zaczyna się bujanie łącznotkankowe, poprzedzające marskość.

Wtórne powstawanie kamieni wiąże się z pozostawieniem złożeń po pierwszym zabiegu. Celem ich uniknięcia z reguły kontroluje się dokładnie drogi żółciowe i zapewnia dobry odpływ żółci do dwunastnicy.

W latach ostatnich, na podstawie prac doświadczalnych i dokładnych badań klinicznych, usiłowano ustalić, z jakiej przyczyny i w jakim miejscu dróg żółciowych tworzą się kamienie. Sprawa ta dotąd nie została wyjaśniona.

Zwrócono też uwagę na znaczenie wypadnięcia czynności fizjologicznej pęcherzyka w etiologii zaburzeń po operacjach dróg żółciowych. Czynność tę przez długi

czas sprowadzano wyłącznie do regulacji ciśnienia żółciowego. R o w s i n g, H a r t m a n n, W e s t p h a l, N u b o e r i inni wykazali, że jest to tylko jedna z wielu czynności pęcherzyka, z których nie wszystkie są nam dotąd znane. Regulacja ciśnienia żółciowego odbywa się na zasadach otwartego zbiornika, a ciśnienie zmienia się w zależności od otwierania i zamykania prowadzącego doń przewodu. Zbiornikiem jest tu pęcherzyk żółciowy, a zaworę zamykającą stanowi zwieracz O d d i e g o.

Ilość wydzielanej żółci jest bardzo zmienna. Odpływa ona do dwunastnicy lub też zbiera się w pęcherzyku. Przekonywa nas o tem doświadczenie następujące. Przez rurę, wprowadzoną do przewodu wspólnego tak, aby jej koniec znalazł się poza brodawką V a t e r a, żółć wydziela się okresami bardzo obficie, okresami zaś ustaje zupełnie. Tłumaczy się to grą zwieracza. W warunkach normalnych pęcherzyk musi pomieścić całkowitą ilość żółci, która podczas doświadczenia wydziela się nazewnątrz. Masa żółci stanowi o wzmożeniu ciśnienia, jego wahania regulowane są przez czynność zwieracza. Kurcz zwieracza, trwający ponad normę, sprowadza zaburzenia w odpływie żółci. W warunkach fizjologicznych do spazmu pobudza spożywanie bardzo zimnych napojów i obfitego w tłuszcz pożywienia. O sile kurczu zwieracza przekonać się można podczas sondowania brodawki V a t e r a. Trafiamy tu zwykle na znaczny opór, który z trudem daje się przewyciężyć, a gdy napięcie ustępuje, przeprowadzenie nawet szerokiego instrumentu staje się łatwe. Dren, wprowadzony z łatwością podczas rozluźnienia mięśnia, zostaje w chwili kurczu tak uciśniony, że poruszanie go jest niemożliwe.

Badaniem doświadczalnym stwierdzono, że siła kurczu zwieracza powiększa się znacznie po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Zwieracz O d d i e g o i pęcherzyk żółciowy mają zatem połączenie nerwowe o charakterze przewodnictwa lub włókien skojarzonych. Fali skurczowej pęcherzyka towarzyszy zwolnienie napięcia mięśnia zwieracza analogicznie, jak to ma miejsce w czynności przełyku i zwieracza wpustu, mięśni pęcherza i zwieracza cewki i t. p.

Czynność zwieracza O d d i e g o obserwować można podczas badania promieniami R t q. przy pomocy płynów kontrastowych. O ile mi wiadomo, pierwsze spostrzeżenie pochodzi od P r i b r a m a. Masa kontrastowa niekiedy przez długi czas zalega w drogach żółciowych, po zastrzyknięciu 1 mmg. atropiny lek przechodzi do dwunastnicy.

Czas trwania kurczu zwieracza jest zazwyczaj krótki. W warunkach patologicznych po usunięciu pęcherzyka żółciowego kurcz zwieracza może być trwały.

Niedawno miałem możność spostrzegania przypadku odnośnego. U chorej po rozległej operacji na drogach żółciowych z konieczności drenowano przewód wątrobowy. Wytworzyła się przetoka. Wielokrotnie z pomocą lipjodolu wykonywane zdjęcie wykazywały, że komunikacji z dwunastnicą niema. Stan taki trwał przeszło 3 miesiące, poczem ponownie wykonane zdjęcie wykazało warunki normalne.

Przyczyna kurczu mięśnia jest podrażnienie nerwowe. Jeżeli więc po usunięciu pęcherzyka skurcz taki powstaje, przypuścić należy, że tu właśnie przebiegają odnośne włókna nerwowe. Obawa starszych autorów przed usuwaniem pęcherzyka nabiera tedy słuszności, aczkolwiek powodowało ją błędne przypuszczenie, że w braku miejsca na przechowywanie kamieni powstawać

one będą w drogach żółciowych, co dla organizmu byłoby jeszcze gorsze.

Sprawa wytwarzania się kamieni w drogach żółciowych nie jest dotąd rozwiązana. Jest to dla t. zw. nawrotów kamicy bez znaczenia, gdyż wtórne otwarcie jamy brzusznej w większości przypadków nie ujawnia żadnych złożeń w drogach żółciowych. Przez długi czas zagadnienie to pozostawało niewyjaśnione. Dopiero przypadki, przebiegające jako klasyczna kamica żółciowa, w których operacyjnie stwierdzano pęcherzyk rozstrzenny, atoniczny, niezawierający kamieni, spowodowały mianowanie odrębnej postaci chorobowej jako „kamicy żółciowej bez kamieni”. Dokładne badania ujawniły jako jej przyczynę zaburzenia w czynności motorycznej pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego.

Mimowoli nasunęła się myśl, że powikłania pooperacyjne spowodowane być mogą również zaburzeniami czynnościowymi. W większości przypadków nawrotów kamieni nie spostrzega się. O mechanicznej niedrożności, spowodowanej zamknięciem światła od wewnątrz, nie może być mowy, a przypuszczenie niedrożności z ucisku od zewnątrz (zapalnie zmieniony gruczoł limfatyczny) nie znalazło potwierdzenia.

W latach ostatnich miałem możność spostrzegania na Oddziale kilku przypadków, które stoją w związku ze sprawą powikłań pooperacyjnych i zagadnieniem kamicy bez kamieni. Poniżej przytaczam streszczenia kart szpitalnych odnośnych chorych.

H. D., lat 53 k. Lkg. 5401/512/33 od 3-ch miesięcy po nagłym napadzie bólów brzucha z gorączką i wymiotami miała stałe dolegliwości pod prawym łukiem żebrowym i pod łopatką. Dotąd nigdy nie chorowała. Cztery porody normalne. Przed czterema tygodniami ponowny atak z dużą gorączką. Rozpoznano zapalenie pęcherzyka żółciowego na tle kamicy i skierowano chorą do szpitala, dokąd zgłosiła się w 2 dni później.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie dobre, ciepłota 37,8; tętno 84. Płuca i serce bez zmian. Brzuch miękki, mierznie wysklepiony. W prawym podżebrzu ból, zwłaszcza w miejscu, gdzie na skórze znajdują się ślady po pijawkach. Wątrobę wyczuwa się na półtora palca pod łukiem; pęcherzyk macalny, bolesny.

Operacja. Cięciem równoległym do łuku żebrowego, na 2 palce poniżej tegoż otwarto jamę brzuszną. Pęcherzyk zgrubiał, zmieniony zapalnie, zawierał nieco ropastej żółci, kamieni nie było. Przewód wspólny drożny. Pęcherzyk usunięto. Szew powłok z pozostawieniem drenu i sączków w łożysku. Opatrunek. Wieczorem po zabiegu ciepłota 37, tętno 84, język suchy. Nazajutrz wyraźna żółtaczka, pomimo, że z rany wydziela się żółć w obfitej ilości. W ciągu 3-ch dni stan bez zmian. Czwartego dnia wydzielanie żółci nazewnątrz wzmogło się, żółtaczka trwa. Dopiero po dwóch tyg. zabarwienie twarówek i skóry normalne. Przebieg gojenia się rany dobry.

F. J., k. lat 38. Lkg. 878/46/34 przed kilku dniami poraz pierwszy atak gwałtownych bólów brzucha pod prawym łukiem żebrowym, promieniujących między łopatki; dreszcze, wymioty. Zabarwienie skóry i twarówek normalne. Ciepłota 38,8. Tętno 96. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne. W płucach i w sercu bez zmiany. Pod prawym łukiem żebrowym znajduje się okrągły twór wielkości pięści, bolesny przy dotyku, ruchomy wraz z oddechem. Stan chorej pod wpływem leczenia zachowawczego poprawił się szybko, i w dwa tygodnie później przystąpiono do zabiegu. Cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto otrzewną. Poza zrostem pęcherzyka z wstępnicą nie stwierdzono innych zmian. Pęcherzyk zawiera nieco śluzu i drobnych kamieni. Wyłoniono go pod-

otrzewnowo, drogi żółciowe sprawdzono, przewód pęcherzykowy podwiązano i pokryto szwem otrzewny. Małe sączki do łożyska, szew warstwowy powłok, opatrunek. Nazajutrz w ciągu dnia stan dobry, wieczorem typowy atak kamicy z dreszczami, gwałtownym bólem i żółtaczką. Stan ten trwał 36 godzin, poczem nastąpiła poprawa. Dalszy przebieg pooperacyjny bez powikłań.

P. Ch., lat 55, k. Lkg. 5652/515/34, cierpi na kamice żółciową od kilkunastu lat. Od kilku miesięcy zauważyła wygórowanie prawej połowy brzucha tuż pod łukiem żebrowym. Cztery porody. Od 9-ciu lat menopauza. Ostatnio bardzo ze szczyplą.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie łąche. Płuca bez zmian. Serce: tony głuche, rytm regularny. W prawym podżebrzu guz wielkości 2-ch pięści, mało ruchomy przy oddychaniu. Badanie czynnościowe nerek: pojemność pęcherza około 300 cm³; dożylnie zastrzyknięty indygoкармин wydziela się z lewego moczwodu dobrze po 3 minutach, z prawego — słabo po 9 minutach. Pyelografia wstępująca: prawa miedniczka mała, zmian patologicznych nie spostrzega się. Po 3-ch tygodniach pobytu na oddziale guz znacznie się zmniejszył.

Rozpoznano zapalenie woreczka żółciowego na tle kamicy. W tydzień później przystąpiono do zabiegu. W uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto otrzewną. Pęcherzyk w zrostach z otoczeniem, zmieniony zapalnie. Podczas oddzielania krucha ściana urwała się, a w pęcherzyku znaleziono gęstą żółć z ciemną śluzą, ropy i nielicznymi drobnymi kamieniami. Kontrola przewodów żółciowych nie wykazała złożeń. Drożność dobra. Pęcherzyk usunięto. W łożysku zostawiono paski gazy. Szew warstwowy powłok brzusznych. Opatrunek. Przez 3 dni stan ogólny niezły. Następnie atak bólów, gorączka i żółtaczka, która ze zmianem nasileniem trwała 3 tygodnie. Większe lub mniejsze nasilenie żółtaczki następowało w zależności od wydzielanej nazewnątrz żółci. Stolec cały czas odbarwiony. Po dalszych 3 tygodniach wyzdrowienie.

W. B., k. lat 32. Lkg. 5201/538/34 chora od 15 lat na kamice żółciową. Wielokrotne ataki w połączeniu z żółtaczką, trwające kilka dni. Przed 10 tyg. ostry atak bólów z gorączką, dreszczami, ciągnący się przez kilka tygodni. Przed 3 tyg., pomimo leczenia, ponowny atak z żółtaczką.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, skóra i twarówki żółte. Płuca i serce bez zmian. Wątroba wyczuwalna na trzy palce pod łukiem, o brzegu twardym, zaokrąglonym. W okolicy wcięcia guz wielkości małego jabłka. Śledziona macalna. W moczu urobilina, barwniki żółciowe bez kwasów. We krwi: mocznik 0,32 gr. ‰, kwas moczowy 32,5 mmg. ‰, bilirubina po 30' wzrasta do 7,5 JHB, cholesterolina 212 mmg. ‰. Reakcja Wa i odczyn cytocholowy ujemne. Czas krwawienia 2—3 minut, czas krzepnięcia — 8 minut. Białe ciała krwi 7000 (kwasochłonnych 2%, pałeczkowatych 2%, segmentowanych 55%, limfocytów 39%, młodych 2%). Próba M e l t z e r - L y o n a wypadła ujemnie. Diastazy na 24 godz. 1600, trypsyny 800 J W o h l g e m u t h a. Po 4-ch tygodniach pobytu na oddziale wewnętrznym wobec braku poprawy, z rozpoznaniem *icterus mechanicus recidivans ex obturatione d. choledochi; cholelittiasis, cholecystitis* skierowana na oddział chirurgiczny. W uśpieniu eterowym cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto otrzewną. Bardzo mały pęcherzyk żółciowy pokryty jest siecią i znajduje się w rozległych zrostach z narządami obocznymi. Kamieni nie znaleziono ani w pęcherzyku, ani w drogach żółciowych. Przewód wspólny drożny. Pęcherzyk usunięto, do przewodu wątrobowego wprowadzono dren, w łożysku zostawiono paski, jamę brzuszną zamknięto szwem piętrowym. Opatrunek. Po zabiegu bardzo obfita wydzielina żółci nazewnątrz. Powolna, ale stała

poprawa. Po 3 tygodniach żółtaczka znikła. Chora wypisana z wyzdrowieniem.

K. Ch., k. lat 46. Lkg. 6521/589/34, od ośmiu lat cierpi na kamice żółciową o typowym przebiegu. Żółtaczki nie miała. Miesiączkuje regularnie.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie dobre, skóra i śluzówki zabarwione normalnie. Na lewym sutku dwie blizny po operacji ropnia. Płuca i serce bez zmian. Brzuch obwisły. Wątroba na półtora palca pod łukiem. Śledziona nie macalna. Kątnica tkliwa. Nieznaczny obrzęk u kostek stóp.

W uśpieniu eterowym cięciem równoległym do łuku żebrowego otwarto otrzewną. Pęcherzyk mały, w silnych zrostach, o ścianie zgrubiałej, nie zawiera złogów. Drogi żółciowe wolne, drożne. Pęcherzyk usunięto, w łożysku zostawiono paski, szew warstwowy powłok. Opatrunek. Nazajutrz stan dobry. Dnia następnego typowy atak bólów, żółtaczka. Stan ten trwał ze zmiennym nasileniem przez kilka tygodni. Wydzielina żółci nazewnątrzną duża, stolce odbarwione. Rana zagoiła się, pozostała przetoka. Po 4 tyg. żółtaczka znikła, stolce pozostały jednak odbarwione, przetoka trwa. Naświetlanie prom. R t g. nie dało wyniku. W 6 miesięcy po zabiegu ogólny stan dobry. Przetoka trwa; wydziela się z niej żółć w różnej ilości, z czym związane jest zabarwienie stolców. Zatkanie przewodu przetoki sprowadza bóle i podniesienie ciepłoty. Celem leczenia zastosowano wypełnienie kanału przetoki gazą. Po 3 miesiącach leczenia przetoka zamknęła się.

K. L., k. lat 22. Lkg. 1198/71/34, chora od kilku dni. Ostry atak bólów w prawym podżebrzu, dreszcze, gorączka, żółtaczka. Objawy nasilają się.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, gorączka, język suchy. *Facies abdominalis*. Tętno 120 na 1', słabo napięte. Niepokój. Żółtaczka skóry i twardówek. Brzuch bardzo bolesny, zwłaszcza pod prawym łukiem żebrowym, gdzie wyczuwa się duży pęcherzyk. Pod wpływem leczenia zachowawczego poprawa. Po 3 tygodniach w uśpieniu ogólnym, cię-

ciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto otrzewną. Pęcherzyk żółciowy o ścianach zgrubiałych, w luźnych zlepkach z otoczeniem, zawiera dużo żółci i nieznaczną liczbę drobnych kamieni. Podotrzewnowe wylonienie nie udało się. Pęcherzyk usunięto, drogi żółciowe drożne. W łożysku zostawiono paski, szew powłok, opatrunek. Nazajutrz po operacji zapaść, chora bardzo blada, tętno na tętnicach promieniowych niewyczuwalne. Przetoczenie 250 cm.³ krwi obcej. Poprawa. Tętno bardzo nagle, przyspieszone. Z rany wydziela się bardzo dużo żółci. Na czwarty dzień przy ogólnym stanie lepszym wystąpiła żółtaczka. W dalszym ciągu poprawa coraz wyraźniejsza, rana goi się dobrze. Żółtaczka trwa. Po 4 tygodniach żółtaczka ustąpiła, rana zagoiła się. Chora wypisana w stanie dobrym.

D. J., k. lat 38. Lkg. 46/878/33, od kilku lat typowa kamica żółciowa. Ostatnio bóle nasiliły się, a atakom towarzyszą dreszcze i gorączka.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywianie dobre, skóra i śluzówki zabarwione normalnie. W płucach i w sercu zmian niema. Brzuch bolesny pod prawym łukiem żebrowym, gdzie wyczuwa się twór wielkości pomarańczy, ruchomy przy oddechu wraz z występującą na półtora palca wątrobą.

W uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto otrzewną. Pęcherzyk żółciowy w zrostach z otoczeniem, pokryty jest nalotem włóknika, zawiera masę ciastowatą; kamieni nie wyczuwa się. Podotrzewnowe usunięcie pęcherzyka. Drogi żółciowe wolne. W łożysku zostawiono paski, szew warstwowy powłok. Opatrunek. Nazajutrz stan zupełnie dobry. W 2 dni później z rany zaczęły sączyć się ropa i żółć w obfitej ilości, poprzedzone gwałtownym atakiem bólów z wymiotami i żółtaczką. Ataki powtarzały się w ciągu następnych dwóch tygodni, poczem pozostało nieznaczne zażółcenie twardówek. Badanie po kilku miesiącach wykazało stan zupełnego zdrowia.

(Dok. nast.)

Z Zakładu Fizjologii Uniw. Stefana Batorego w Wilnie.
(Kierownik: Prof. Dr. M. Eiger).

Wpływ układu przedsionkowego na ciśnienie krwi.

Podał

Dr. M. RUBINSZTEJN (Wilno).

(Dok. — patrz Nr. 35).

Wyniki doświadczeń.

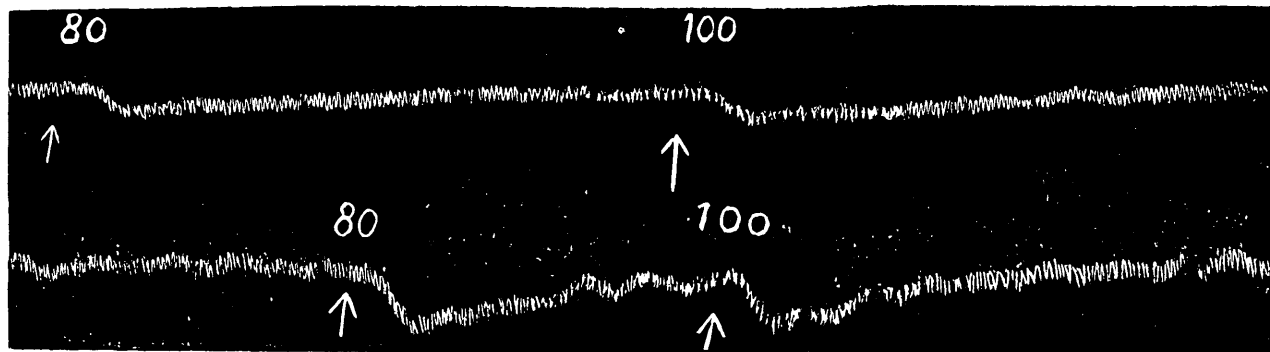
I. Drażnienie błędnika u zwierząt normalnych.

1. Drażnienie galwaniczne błędnika wywołuje u królika bardziej lub mniej wyraźny spadek ciśnienia

krwi. Spadek ten następuje prawie od razu po zamknięciu prądu stałego i trwa jeszcze przez pewien czas po jego ustaniu (czasem do 30 sek.). Niekiedy po spadku stwierdza się wzrost (zwykle słaby) ciśnienia krwi powyżej poziomu początkowego.

W y k r e s I.

Stwierdzaliśmy zjawisko, przypominające zjawisko znużenia: przy szybko i często następujących po sobie podnieciach spadek ciśnienia krwi staje się coraz słabszy.



Ryc. I.

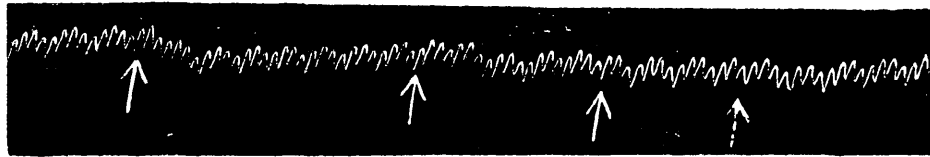
Drażnienie galwaniczne błędnika.

Doświadczenie z dnia 20.V.35; Królik X, ♂, 2,7 kg; wykresy ciśnienia krwi w art. carotis.

Wykres górny — przed przecięciem nerwów błędnych.

Wykres dolny — po obustronnym przecięciu nerwów błędnych na szyi i zamknięciu prądu stałego.

Wykres II.



Ryc. II.

Częste stosowanie podniet galwanicznych (coraz słabsze działanie)

Doświadczenie z dnia 21.V.35; królik XI, ♂, 2, 6 kg; uśpienie uretanowe ↑ zamknięcie prądu stałego; jednakowa siła prądu przy każdorazowym stosowaniu; nerwy błędne zachowane.

Wspomnijmy, że to samo zjawisko stwierdza się także przy wywoływaniu innych odczynów błędnikowych, jak np. oczopląsu lub skrętu głowy. Istotnie, badając w pracy wspólnej z doc. Hurynowiczówną chronaksję błędnika dla tych odczynów, mieliśmy możliwość stwierdzenia, że zarówno oczopląs, jak i skręt głowy są coraz słabiej zaznaczone w miarę ich częstego wywoływania.

Co do innych, jednocześnie ze spadkiem ciśnienia krwi powstających objawów podrażnienia błędnika, to oczopląs ustawał jeszcze zanim ciśnienie krwi powracało do swego poziomu normalnego, podczas gdy początek ich występowania był mniej więcej jednoczesny.

Wykres ciśnienia krwi, otrzymany w naszych doświadczeniach przy drażnieniu galwanicznym błędnika, jest naogół podobny do wykresów, jakie podają w swojej pracy Spiegel i Démontrades, którzy celem wzmocnienia efektu wprowadzali elektrody do ucha środkowego (po odpowiednim postępowaniu chirurgicznym). W naszych doświadczeniach, przeprowadzonych w warunkach możliwie fizjologicznych (elektrody wprowadzaliśmy tylko do przewodów usznych zewnętrznych), musieliśmy stosować prądy o dość wysokim woltażu. Zwykle napięcie prądu stałego (reobaza), potrzebne do wywoływania spadków ciśnienia krwi, było mniej więcej równe napięciu, potrzebnemu do wywołania u tegoż królika oczopląsu galwanicznego.

Przedmiot naszych dalszych badań stanowić będzie określenie ilościowe pobudliwości (chronaksja) układu przedsionkowego w stosunku do wywoływania spadku ciśnienia krwi oraz porównanie tej chronaksji z chronaksją, ustaloną dla innych odczynów błędnikowych (odczyny oczne i skręt głowy).

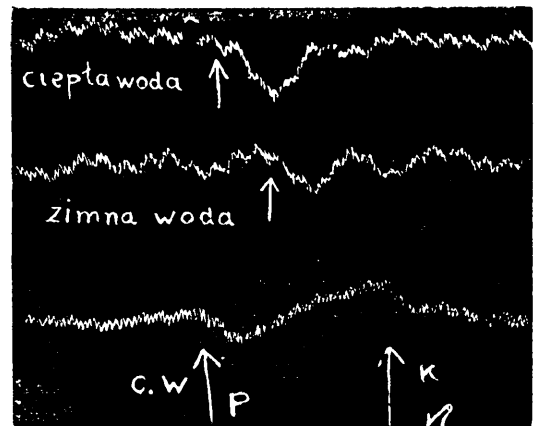
2. Zachodzi pytanie, czy w tych doświadczeniach z przepuszczaniem prądu galwanicznego chodzi rzeczywiście o podrażnienie błędnika. Wskazaniem więc było zbadać zachowanie się ciśnienia krwi przy stosowaniu bardziej swoistych bodźców błędnikowych, przede wszystkim przy drażnieniu bodźcami kalorycznymi.

Po przestrzykiwaniu ucha wodą ciepłą, a w znacznie mniejszym stopniu po przestrzykiwaniu wodą zimną otrzymywaliśmy obniżenie ciśnienia krwi, podobnie jak po drażnieniu galwanicznym.

Wykres III.

Wzrost ciśnienia krwi, jaki się często stwierdza obok jego spadku po drażnieniu cieplnym błędnika, należy, być może, przypisać podrażnieniu powierzchni czuciowej skóry. Stwierdzaliśmy bowiem wzrost ciśnienia krwi (ale bez spadku) już po samym dotknięciu ciepłą szprycą skóry ucha. Wzrost ten występuje również po zakrapianiu ciepłej wody

do spojówki oka (przez podrażnienie nerwu trójdzielnego, Spiegel i Démontrades).



Ryc. III.

Drażnienie kaloryczne błędnika przy zachowanych nerwach błędnych.

Wykresy górny i dolny: doświadcz. z dnia 20.V.35; królik X; ↑ przestrzykiwania ucha wodą ciepłą (górny wykres) i zimną (wykres dolny), Uśpienie uretanowe.

Bodźcem najbardziej swoistym dla błędnika, swoistszym niż drażnienie galwaniczne lub kaloryczne, jest próba obrotowa. Wspomnijmy więc, że i w tej próbie, jak to stwierdzili Spiegel i Démontrades, jednocześnie z oczopląsem poobrotowym następuje również i obniżenie ciśnienia krwi. Stwierdzenie tego faktu stało się możliwe dzięki temu, że wymienieni autorowie zastosowali specjalną aparaturę, pozwalającą zapisywać ciśnienie w tętnicy szyjnej w czasie obracania zwierzęcia.

Stwierdzenie spadku ciśnienia krwi, poza próbą galwaniczną i kaloryczną, również i w próbie obrotowej świadczy o tem, że chodzi tu istotnie o podrażnienie błędnika, jako odczyn, wywołujący ten spadek. Jak wspominaliśmy, Spiegel i Démontrades starali się określić dokładną drogę anatomiczną jak również i ośrodki nerwowe, przez które odbywa się działanie błędnika na ciśnienie krwi. Stwierdzono przede wszystkim, że odbywa się ono w zamózgowie (*Rhombencephalon*) i że chodzi tu o przeniesienie podrażnienia z nerwu przedsionkowego do położonych tam ośrodków naczynioruchowych. W wyniku tego ma nastąpić rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwłaszcza w okolicy tętniczej, unerwionej przez nerw trzewiowy. Spiegel i Démontrades uważają, że to rozszerzenie naczyń jest przyczyną obniżenia ciśnienia krwi po drażnieniu błędnika.

II. Drażnienie błędnika po przecięciu nerwów błędnych.

Zachodzi pytanie, jakie znaczenie przypada nerwom błędnym w powstawaniu spadku ciśnienia krwi przy drażnieniu układu przedsionkowego. Czy i w jakiej mierze chodzi tu o działanie nerwu błędnego na serce?

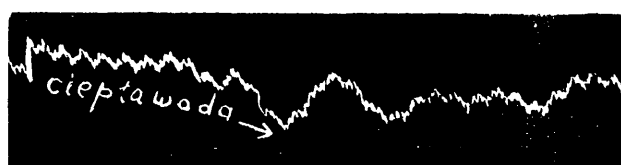
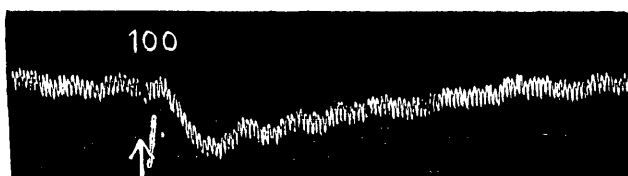
Istotnie, wielu autorów przyjmuje możliwość przenoszenia bodźców z błędnika na nerw błędny. Kohnsta m przyjmuje takie tłumaczenie dla szeregu objawów podrażnienia błędnika, jak wymioty, pocenie się, ślinotok. Spiegel i Dêmétríades, badając wpływ układu przedsionkowego na czynność przewodu pokarmowego, wykazali, że wpływ ten odbywa się za pośrednictwem nerwu błędnego. Do podobnego wniosku dochodzą również Le Heux i Kleyn, którzy badali czynność żołądka i jelit po usunięciu błędnika. Czy więc i działanie błędnika na ciśnienie krwi

jest zależne od nerwu błędnego? Marinesco, Draganesco i Kreindler przypuszczają taką zależność, jeśli chodzi o „odruchy przedsionkowo-roślinne” w zakresie układu krążenia człowieka. Należało więc wyświetlić to zagadnienie i na drodze doświadczalnej.

W tym celu w doświadczeniach naszych drażniiliśmy błędnik po przecięciu, jednostronnym lub obustronnym, nerwów błędnych. Porównywaliśmy wyniki otrzymywane przy stosowaniu jednakowych podniet galwanicznych i kalorycznych przed i po przecięciu tych nerwów.

Przekonaliśmy się, że po przecięciu nerwów błędnych następuje przy drażnieniu błędnika także same obniżenie ciśnienia krwi, jak przed przecięciem. Zarówno drażnienia galwaniczne (wykresy I i IV), jak i kaloryczne zachowują swoje działanie na ciśnienie krwi po przecięciu obustronnym nerwów błędnych. (Wykresy I i IV).

Wykres IV.



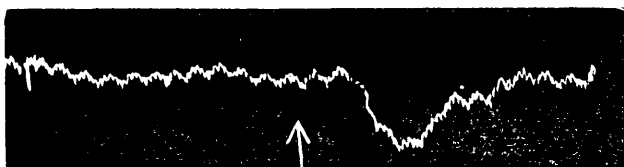
Ryc. IV.1

Doświadcz. z dnia 20.V.35, królik X.

Wykres z lewej strony: drażnienie galwaniczne błędnika; ↑ zamknięcie prądu stałego;

Wykres z prawej strony: drażnienie kaloryczne błędnika; przestrzykiwania ucha ucieplą wodą (50°C).

Fakt ten zgadza się ze wspomnianymi zapatrywaniem Spiegel i Dêmétríadesa, utrzymujących, że spadek ciśnienia krwi po drażnieniu błędnika nie jest pochodzenia sercowego, lecz naczynioruchowego, będąc wynikiem przeniesienia podrażnienia do ośrodków naczynioruchowych (w *substantia reticularis*).



Ryc. V.

Drażnienie kaloryczne błędnika po przecięciu prawego nerwu błędnego.

Dośw. z dnia 20.V, królik X.

↑ Przestrzykiwania ucha prawego wodą ciepłą 50°C

Wnioski.

I. Drażnienie błędnika bodźcami galwanicznymi (prąd stały, doprowadzany elektrodami, umieszczonymi w przewodach usznych zewnętrznych), lub kalorycznymi (przestrzykiwania ucha wodą ciepłą lub zimną) wywołuje przemijający spadek ciśnienia krwi. Czasem po tym spadku stwierdza się bardziej lub mniej wyraźny wzrost ciśnienia krwi. Przy drażnieniu błędnika podnietami kalorycznymi spadek ciśnienia krwi był wyraźniejszy po przestrzykiwaniach ucha wodą ciepłą, aniżeli zimną.

II. Spadek ciśnienia krwi po drażnieniu błędnika występuje jednocze-

śnie z oczopląsem, lecz trwa zwykle dłużej od niego.

III. Przecięcie jednostronne lub obustronne nerwów błędnych naszy nie znosi działania błędnika na ciśnienie krwi zarówno przy drażnieniu kalorycznym, jak i galwanicznym.

PISMIENNICTWO.

- Allers i Leidler. Kl. Wochenschr. 1908, 1923; Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie 202, 278, 1924. — Bechterew. Leitungsbahnen, 1899, wg Spiegel i. c. — Bourguignon. C. R. Acad. Sciences 193, 250, 1931; Le Journal Médical Français 20, 1931. — Bourguignon i Déjean. C. R. Acad. Sciences 184, 1927; Revue Neurologique 1017, 1927. — Bourguignon i Eliopulos. C. R. Acad. Sciences 192, 379, 1931. — Camis. Arch. de Biologie 57, 439, 1912. — Cantele. Arch. ital. otol 44, 163, 1933. — Finkelnburg. Münch. med. Wochenschr. 238, 1906. — Held. Passow-Schäffer Beitr. z. Anat. u. Physiologie des Ohres, 19, 305, 1923. — Hitzig. Gesammelte Abhandlungen Teil I Untersuchungen über das Gehirn 388, 1904. — Hurynowiczówna — praca w druku. — Hurynowiczówna J. i Rubinsztejn M. — praca w druku. — Iwamoto, wg Berichte Physiologie 74, 329, 1934. — Kaplan. Arbeiten d. Wiener Neurol. Institutes 25, 1924. Karplus i Kreidl. Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie 129, 135, 1909; 135, 401, 1910; 143, 109, 1911; 171, 192, 1918. — Kannstamm. Wg Grahégo w Bethe-Bergmann Hand. d. norm. u. pathol. Physiologie, XI, str. 925 i 954. — Kremer. Wg Magnusa i Kleyna w Bethe-Bergmanns Hand. norm. u. pathol. Physiologie XI, str. 907 i 908. — Le Heux i Kleyn. Wg Berichte d. Physiologie 72, 91, 1935. — Ludwig. Wg Spiegel i. c. — Magnus i Kleyn. Bethe-Bergmann Handbuch d. norm. u. path. Physiologie XI, 891. — Müller L. R. Lebensnerven und Lebensstricke, Springer, Berlin 1931. —

Miodoński. Odczyny galwaniczne układu przedsionkowego, Kraków, 1931. — Marinesco, Dragonesco, Kreindler. C. R. Soc. Biologie 106, 1930. — Marinesco, Dragonesco, Kreindler i Bruch. C. R. Soc. Biol. 106, 103, 1930; 109, 784, 1932. — Nollisen. W/g Grahe w Bethe-Bergmann Handb. d. Physiologie XI, 978. — Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der nerv. Zentralorgane, Deuticke, Wiedeń, 1912. —

Skrzypińska. Acad. Polonaise des Sciences et de Lettres, 1935. Spiegel i Demetriades. Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie 196, 185, 1922; 205, 329, 1924; Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngorhinologie 58, 1, 1924. — Wallenberg. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 41, 8, 1911. — Wodak. Monatschr. f. Ohrenheilk. 55, 582, 1921. — Wolitzka. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. 5, 480, 1924.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O leczeniu głodem*).

Podał

Tadeusz SOKOŁOWSKI (Warszawa).

Od czasów najdawniejszych stosowano leczenie głodem, a w wieku 17 i 18 było ono bardzo rozpowszechnione, chociaż zaznaczała się silna reakcja przeciw nadużywaniu tej terapii.

Wr. 1848 pisał C. A. Wunderlich: „Dietą i spokojem można wyleczyć większość wogóle uleczalnych chorób”, a dzisiaj Brugsch mówi, że „kuracja głodowa jest leczniczo najpotężniejszym środkiem w ręku lekarza, niczem nie dającym się zastąpić”.

Spostrzeżenia nowsze, szczególnie lekarzy, którzy na sobie samych wypróbowali działanie dłuższego głodzenia się, wykazały, że ustrój, w warunkach równowagi fizjologicznej, może powstrzymać się od pobierania pokarmu bardzo długo bez szkody dla zdrowia. Za przykład mogą służyć posty ścisłe lekarzy, jak dra Tanner, dra Pennyego, stud. med. panny de Servallin.

Przed paru laty Karol Richey ogłosił rozprawę p. t. „Cudowne posty”, w której zajmuje się Teresą Neumann, znaną stygmatyczką z Konnersreuth. Zaczęła ona pościć w r. 1922, przyjmowała tylko płyny, a od września 1927 r. nie pije nawet wody, którą jej podawano po komunji. Mimo to waga jej pozostała normalna, wynosi 55 kg. Od 13 do 28 lipca 1927 była poddana ścisłemu badaniu. Nie przyjmowała wtenczas nawet wody, a ta którą jej podawano do płukania ust, była ważona przed i po użyciu. Waga jej ciała ulegała wielkim zmianom. Jednego dnia zmniejszyła się o 4 kg, drugiego o półtora kg, natomiast pewnego dnia przybyło jej nagle 3 kg, a drugiego półtora kg. Ostatecznie waga utrzymała się na pierwotnej wysokości.

Podobny objaw spostrzegałem u chorej P., której od 7 — 10 dnia głodówki przybyło 837 gr., a w ciągu następnych dwu dni jeszcze 260 gr., poczem waga obniżała się normalnie.

Kobieta L. była w domu Richey nauczycielką. Liczyła lat 29, bardzo inteligentna, bez żadnej skłonności do porażeń, żadnej anestezji, niepodatna prawie zupełnie na sugestję. Cierpiała na zupełny brak apetytu i bała się przyjmować pożywienie, bo natychmiast po posiłku występowały u niej nieznośne bóle. Obecnie (r. 1930) cieszy się zdrowiem doskonałym i żywi się normalnie. Richey w ciągu 58 dni ważył dokładnie wszystko, co chora spożywała. Było to: tłuszczu 414 gr., białka 1064 gr., węglowodanów 2722 gr., razem 20052

kaloryj, czyli 346 kal. na dzień. W tym czasie waga zmniejszyła się o 2 kg. Trzeba przypuścić, że chora zużyła 2 kg. własnej materji, w czem w przybliżeniu 50% tłuszczu, co równa się 9400 kal., tak, że cała liczba kaloryj wynosi 29452. Na dzień zatem wypada 510 kal. Liczba to fenomenalnie niska.

Naczelna pielęgniarka w Charité, kobieta 35-letnia, według P. Jantza, żywiła się przez kilka miesięcy tylko jedną szklanką mleka na dobę. Poddano ją bardzo ścisłemu badaniu. 16.4. ważyła 37 kil. 873 gr., a w dniu 12.5. stwierdzono, że straciła w ciągu 27 dni zaledwie 606 gr. Pożywienie jej w ciągu tego okresu: 4690 gr. mleka, 1065 gr. buljonu, 100 gr. piwa, co, przełiczone na kalorie, daje 7 kal. na dobę i kilogram.

„Stoimy więc, pisze Richey, wobec faktów szczególnych i paradoksalnych, których normalna, klasyczna fizjologia wytłumaczyć żadną miarą nie zdoła”.

Definicja „leczenie głodem — głodówka” nie jest właściwie odpowiednią. Proponuję określenie „leczenie postem ścisłym albo bezwzględny”.

Fizjologia stanu głodowego.

Wyniki badań wielu autorów są często różne, czasem sprzeczne, co może zależeć od tego, czy opierają się na głodzeniu ludzi i zwierząt, czy otrzymane są podczas głodówki dobrowolnej leczniczej.

Ustrój głodujący żyje na koszt własny, zużywa najpierw tłuszcz, potem glikogen, następnie białko. Strata na wadze, przy której następuje *exitus*, waha się między 20 i 50%. Przemiana materji u człowieka jest dość stała, wynosi dobowo około 30 kal. na 1 kg. Głodujący zużywa na dobę według Voita i Pettenkoffa 80 gr. mięśni i 216 gr. tłuszczu. Strata wagi według wielu autorów wykazuje największy ubytek tkanki tłuszczowej — do 97%, mięśni do 50%, śledziony przeciętnie 67%; podobnie zachowuje się wątroba, miedzy sercowy 27%, płuca 25%, narząd nerwowy 2—3%. Wartości te, wyjąwszy dla tłuszczu i mięśni, są niestale. Z reguły narządy najważniejsze dla ustroju żyją na koszt mniej ważnych. Ciepłota obniża się istotnie dopiero w późniejszych stadiach. Liczba oddechów zmniejsza się równolegle z postępującą inanicią. Przemiana podstawowa spada tylko nieznacznie, w krótkich postach ścisłych, według reguły Rubnera, zużycie energii spada proporcjonalnie do wagi ciała, w dłuższych występuje przybór produkcji ciepła na kilogram wagi ciała. Po ukończeniu głodowania szybko dochodzi przemiana podstawowa do normy, a nawet ją przewyższa o 3 — 6%.

W obserwacji Tigerteda strata wody wynosiła dobowo 506 gr. Ubytek zatem wagi ogólnej jest uwarunkowany częściowo przez stratę wody. Śmierć

*) Według referatu, wygłoszonego w Polsk. Tow. Medycyny Społecznej d. 14.III.1935 r.

głodowa następuje znacznie wcześniej przy zupełnym postrzymaniu lub niedostatecznym dowozie wody.

Zanik podściółki tłuszczowej jest nierównomier-ny; według *Günthera* i *Marfana* postępuje w porządku następującym: okolica górna brzucha, następnie dolna, pośladki, ramię, przedramię, podudzie. W krwi dopiero po dłuższym głodowaniu obniża się zawartość wapnia i chloru, zwiększa się zawartość węglanów, jako wyraz samozatrucia. Występuje hipoglikemia, ilość mocznika i kwasu moczowego się zwiększa, tak samo ilość tłuszczu w krwi może się zwiększyć o 50—100%, ilość cholesteryny się wzmacza. Przy dłuższym jednak głodzeniu wartości te ulegają stałemu obniżeniu. Ilość krwi ulega zmniejszeniu, gęstość, lepkość i zawartość hemoglobiny pozostają zwykle normalne. *Berr* i *Wainberger* po 27-dniowej głodówce nie znaleźli u człowieka żadnych zmian morfologicznych w krwinkach czerwonych. W przewodzie pokarmowym i tkankach sąsiednich zauważyć można wybitną leukocytozę. Ilość moczu zmniejszona, kwasota zwiększona, chociaż obserwowałem niejednokrotnie obrazy odwrotne.

Wzmaga się wydzielanie fosforu, w późniejszych okresach stwierdzić można urobilinurję, indykanurję i albuminurję, wałeczki ziarniste i szkliste w ilościach niewielkich. Kał słabo kwaśny, wytwarza się stale w ilości około 20 g.

Zmiany w narządach.

Czynność i objętość wątroby maleje. Według *Demanta* zapas glikogenu szybko się wyczerpuje w pierwszych dniach głodzenia, poczem utrzymuje się na pewnym poziomie. W wątrobie ma miejsce infiltracja tłuszczowa. Żołądek wykazuje hipersekreję i niekiedy kurcze t. zw. głodowe. Ilość adrenaliny w nadnerczach po 3 tygodniowym głodzeniu spada do jednej trzeciej. *Watrin* spostrzegał 4 — 5-krotne powiększenie wyspepek *Langersa*. Gruczoły płciowe reagują obniżeniem funkcji, w paru jednak przypadkach zauważyłem u mężczyzn starszych wzmoczenie działalności. U kobiet spostrzegano ustanie miesiączki (amenorrea głodowa), w kilku przypadkach obserwowałem menstruację przyspieszoną i wzmoczoną. Ciśnienie krwi może spaść o 30 — 40 mm., rytm serca się zwalnia (bradykardja głodowa). Skóra, mięśnie i narząd nerwowy są silniej ukrwione. Narząd nerwowy zwykle bez zmian. Niepokojące objawy ze strony układu nerwowego, występujące zresztą rzadko w czasie postu śc., jak podniecenie z następczą depresją, halucynacje, bezsenność, podniecenie szalone, płaczliwość, to znowu euforia, tłumaczy *Bernheim* tem, że poszczący cierpią na nerwice. Post śc. zatem ujawnia niedomagania narządu nerwowego, które uchodzą uwadze chorego, a nawet lekarza, jako trwające w stanie latencji, tymczasem, wyłuskane niejako przez głodówkę, dają możliwość ich oceny i leczenia.

W czasie głodowania bezwzględnie nie występuje awitaminoza. Ustrój oszczędza zapasy witamin. Należy zaznaczyć, że u osobników, pozbawionych przez czas dłuższy witamin, wątroba może ulec niewydolności magazynowania witamin i w tym przypadku dłuższy post śc. może doprowadzić do awitaminozy. (Spostrzeżenie *Thiroux*). Zauważyłem parokrotnie zjawienie się pleśniawek w czasie głodowania, co było prawdopodobnie następstwem braku witamin A i C i wskazywaniem do przerwania leczenia.

Znaczenie konstytucji.

Zwierzęta zimnokrwiste znoszą głód znacznie dłużej, niż ciepłokrwiste, np. żaby, pijawki 1 rok, węgorz około 2 lat. Widziałem odmienca jaskiniowego, który, będąc 7 miesięcy bez pokarmu, zachowywał się normalnie. Pluskwa wytrzymuje około 6 lat, mysz 6 dni, królik 6 — 7, gołąb 11 — 13, pies ponad 60 dni. Zato psy, karmione wyłącznie mięsem gotowanym, giną po 4 — 6 tygodniach, jak podaje *Demant*. *Dr. J. Pellerg* i *n* obserwował w menażerii Muzeum w Paryżu głodzenie pytona. *Boa* ten 17.11.1899 r. ważył 75 kg., zdechł po 2 latach, 5 miesiącach i 3 dniach, straciwszy 48 kg. U człowieka najdłuższy znany post śc. zakończony śmiercią, obserwowano u sławnego burmistrza *Corku*, *MacSwineya*; trwał on 75 dni.

W warunkach zwykłych spostrzeżenia *Hornowska* i *ego* wykazały, że głodzenie ma 3 okresy. w pierwszym nie da się dostrzec zmian w metabolizmie, następnie ustrój przystosowuje się do *minimum* przemiany, wreszcie zaczyna się silniejszy rozpad ciał białkowych z gorączką, poczem ustrój ginie głównie spowodowany samozatruciem niedopałkami białkowymi ze zmniejszeniem zasadowości i osłabieniem utleniania. *Günther* różni podobnie trzy okresy.

1. Stadjum odczuwania głodu 1 — 3 dni.
2. Stadjum kompensacji fizjologicznej.
3. Stadjum inanicji patologicznej.

Po poście śc. zjawia się często reakcja na pokarmy, okres „nadkompensacji”, którą *Wenger* nazywa zasadą *Sziwy*, gdyż ten jest zarówno bogiem zniszczenia, jak odbudowy, a *Determann* mówi: „Wskutek nadkompensacji wydaje się, że ustrój jest po poście silniejszy i sprawniejszy, niż przedtem”.

Działanie leków i trucizn może być spotęgowane lub osłabione. *Riedel* podaje, że czas odtruwania ustroju po awertynie jest u królików głodzonych 5 — 6 razy dłuższy, niż u żywnych normalnie.

Post śc. wywołuje przestrojenie metabolizmu; czy jednak oddziałuje ten proces na zmianę konstytucji ustroju? Konstytucję można określić, jako jedność, całość psychofizyczną, uwarunkowaną rodzicielskimi gametami. Całostka ta jest zatem wynikiem dyspozycji dziedzicznych, rodu i gatunku. Może ona ulec dzięki wpływom zewnętrznym pewnym zmianom — mutacjom, ale w stopniu niewielkim, tak, że jest czemś stałym, zasadniczo niezmiennym. Z drugiej strony, niektórzy autorowie, jak *Kraus*, *Krehl*, *Brugsch* i in., zapatrują się na konstytucję, jako na coś ciągle zmieniającego. Wiadomo także, że w pewnych stanach ulega psychokonstytucja zmianom zasadniczym, jak w rozdwojeniu osobowości (np. klasyczny przypadek *miss Beauchamp*), co nie może nie mieć wpływu na somokonstytucję. Czy post leczniczy może zmodyfikować konstytucję, jest kwestią badań przyszłych.

Patologja stanów głodowych wykazuje zjawiska następujące:

1. W okresie inanicji może wystąpić zmniejszenie odporności na niektóre choroby zakaźne.
2. W tym okresie objawy chorobowe są wynikiem samozatrucia, uszkodzeń narządu krwionośnego i gruczołów dokrewnych.
3. Śmierć głodową powoduje wygaśnięcie funkcji ustroju wskutek braku dowozu energii, a nie zanik czynności narządów.

Metody i wskazania.

Leczenie postem śc. wchodzi w zakres djetetyki. Dzięki temu mamy do czynienia z dużą różnorodnością i różnorakimi modyfikacjami postępowania, jak: głodówki krótkie 1 — 3 dniowe, dłuższe 10 — 14 dni i b. długie od 2 do 6 tygodni; lekarze amerykańscy dochodzą do dni 50. G u e l p a poleca posty 3 — 5 dniowe kilka razy do roku. Na kilku tysiącach przykładów stwierdził on zbawienne skutki tej terapii, szczególnie w chorobach żołądka, kiszek, wątroby, serca, nerek i niedokrewności. W gruźlicy S a b o u r i n i G u e l p a mieli wyniki zachęcające. T a r n a w s k i w Kosowie stosuje głodówki umiarkowane, połączone z zabiegami fizjoterapeutycznymi. Dalszą modyfikacją jest t. z. regime sec. djeta sucha, znana pod nazwą kuracji S c h r o t t a. Czynnikiem rozstrzygającym we wskazaniach zdaje się być stan ogólny ustroju chorego, konstytucja indywidualna i nastawienie pacjenta i lekarza. *Vis medicatrix naturae* w czasie postu, pozostawiona sama sobie, gdyż ta metoda używa leków w ilości minimalnej, ma do rozporządzenia pewien nadmiar energii wskutek oszczędności, uzyskanej na trawieniu, które, jak wiadomo, jest pracą niebyłą. Ta energia może przypuszczalnie być bronią w ręku sił kierowniczych ustroju w walce z chorobą. Pytania, czy ta hipoteza jest słuszna, narazie rozstrzygnąć nie można. Według M o r g u l i s a „leczenie głodem ma pewną podstawę w fakcie biologicznym, że części najsłabsze organizmu w czasie inanicy najpierw są usuwane i podlegają zniszczeniu”. G u n t h e r jednak uważa, że wprowadzanie takich, raczej teleologicznych zasad kryje w sobie niebezpieczeństwo minięcia się z podłożem ścisłych faktów biologicznych.

Zaznaczyć tu wypada, że teleologizm ma więcej znaczenia w biologii, niż się zdaje. Dzisiaj wiemy, że maksyma: *contra experimentum nullum argumentum* nie jest słuszna, ponieważ jak stwierdziła fizyka, sama nasza obserwacja wpływa na zmianę stanu atomu, a więc i na przebieg doświadczenia. Nie jest zatem obojętne, z jakim celem, z jakim nastawieniem przystępujemy do eksperymentu, czy wogóle do jakiegokolwiek zamierzonej czynności.

Niektóre choroby serca (*myocarditis, sclerosis coronaria*), szczególnie u osób źle odżywianych, wyniszczonych, są przeciwwskazaniem absolutnym do postu dłuższego. Występujące w czasie postu stałe wymioty, bradykardja, arytmja, bezsenność z uczuciem stałego głodu są wskazaniem do przerwania leczenia.

Spostrzeżenia własne opierają się na materiale i pracy ambulatoryjnej, mają więc naogół wartość subiektywną.

Stosując leczenie postem śc., należy wziąć pod uwagę trzy okresy.

Pierwszy to stadium przygotowawcze, trwające od paru dni do tygodnia, kiedy poleca się szczupłą dietę lekkostrawną, aby ustrój przyzwyczaić do pewnych ograniczeń.

Drugi okres polega na wstrzymaniu się bezwzględnie od wszelkiego pożywienia, z wyjątkiem niewielkiej ilości płynów obojętnych, i stosowaniu zabiegów, oczyszczających przewód pokarmowy, hidropatycznych i t. p.

Po ukończeniu leczenia następuje okres trzeci, kiedy stosujemy dietę ściśle określoną przez czas krótki,

poczem przechodzimy do żywienia normalnego, zmodyfikowanego, stosownie do potrzeb danego ustroju.

Na samopoczucie chorych należy wpływać metodami psychoterapeutycznymi.

W y n i k i.

W dniu i gościcu przewlekłym bardzo dobre. Bóle i obrzęki ustępowały szybko, niektórzy chorzy ze znacznym ograniczeniem ruchów odzyskiwali sprawność zupełną. W kamicy nerkowej stan ogólny poprawiał się niewątpliwie. Chory M. po ośmiodniowym poście wydał kilkanaście gramów piasku, bóle trwające od lat kilku ustały natychmiast. Trudno jednak rozstrzygnąć, czy głodówka ma wpływ jakiegokolwiek na skazę, jako taką.

W kamicy żółciowej B r u g s c h poleca głodówkę, jako terapię najodpowiedniejszą. Spostrzegałem u chorej K. wydalanie kilkudziesięciu kamieni po kilkakrotnych postach. Kamienie były miękkie i składały się z czystej cholesteryny.

W kile posty w połączeniu z wywarem gwajaku i sarsaparylli były używane od wieków. Stosowałem metodę O s b e c k a kilkakrotnie z wynikiem dodatnim (w przypadkach, gdzie inne środki zawodziły).

W gruźlicy, o ile się zdaje, można liczyć na poprawę tylko w stadiach początkowych. Liczba prątków się zmniejsza. W przypadku P. w polu w. prątków 30 — 50, po tygodniu postu 40 — 60 i znowu po tygodniu 5 — 6.

W dwóch przypadkach dusznicy bolesnej, wyjątkowo uporczywej, dłuższe posty dały efekt b. dobry, napady ustały, ciśnienie obniżyło się w jednym przypadku z 200 do 160 i, o ile mi wiadomo, utrzymuje się na tym poziomie.

Wszyscy prawie autorzy zalecają posty śc. w chorobach żołądka i kiszek. Zauważyłem dobre rezultaty w nieżytych przewlekłych. Pasożyty ulegają wydalaniu zwykle po 10 dniach postu.

Leczenie padaczki głodem wznowili G u e l p a, M a r i e i lekarze amerykańscy. W kilku przypadkach, według zeznań chorych, napady spoczątku leczenia liczniejsze, były później coraz rzadsze i mniej intensywne.

Leczenie migreny daje wyniki b. dobre.

D e M o r g a n, M o r e s c h i i J a w o r s k i mówią o wygłodzeniu nowotworów. Doświadczenia wykazały, że niedożywianie ma wpływ ujemny na wzrost raków.

Na podstawie dotychczasowych badań klinicznych i doświadczalnych należy uznać leczenie postem ścisłym za wskazane w wielu przypadkach. Warunkiem *sine qua non* jest ścisła kontrola lekarska i szczególne uwzględnienie indywidualności chorych. Postulatem koniecznym do spełnienia: utworzenie oddziałów klinicznych, poświęconych badaniu i praktyce postów ścisłych. Słusznie wyraził się H i s: „Niema posterunków gdzieby można się nauczyć tych rzeczy”, a M o r g u l i s: „Wartość praktyczna leczenia głodem może wtedy dopiero uzyskać pełne znaczenie, gdy tak laicy, jak lekarze pozbędą się instynktownej obawy przed głodem. Doświadczenia lat ostatnich usuną z biegiem czasu zupełnie nieuzasadniony strach przed dłuższym powstrzymaniem się od jedzenia”.

Streszczenia pojedyncze.

Bakterjologia i Serologia.

REEVES. **Zakażenia gazotwórczymi anaerobami.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 7, 1935).

Palczkwowce, rosnące bez tlenu i tworzące zarodniki, stanowią rodzinę *Clostridium*, z której dotychczas wyodrębniono 100 różnych szczepów. Wszystkie one w pewnych warunkach posiadają zdolność wytwarzania gazu. Przestało to jednak być cechą, odróżniającą je od innych palczkwowców, ponieważ stwierdzono, że i tlenowce z grupy *b. coli* oraz paciorkowce również mogą wytwarzać gaz. Z wyodrębnionych 100 szczepów około 17 posiada znaczenie chorobotwórcze dla zwierząt, a tylko 7 — dla człowieka. Najważniejszy jest *clostridium tetani*; potem *clostridium botulinum*, czynnik odpowiedzialny w pewnych zatruciach pokarmowych; pozostałe 5 szczepów rozwijają działanie chorobotwórcze w złośliwych zakażeniach ran, które cechują obrzęk, martwica, toksemia i gromadzenie gazu. Zakażenia takie spostrzegano często podczas Wojny Światowej. Z ostatnich 5 szczepów najważniejszy jest *B. Welchii*, znany również pod nazwą *b. perfringens* i palczkwowca gazotwórczego. Drugi jest w kolei siły toksyczności *Vibrio septique (clostridium toxicum)* *Pasteura*, który jest prawdopodobnie identyczny z *b. oedematis maligni* *Koch*a. Pozostałe 3 szczepy: *clostridium oedematis (B. novyi)*, *histolyticum* i *fallax*. Gangrena gazowa stanowi jednostkę kliniczną, opisaną przez *Maissonneuve*a (1853), której etiologię podał *Welch* (1893). Obraz i przebieg zależy od wrót wejściowych i od złośliwości szczepu. W zakażeniu pologowym *b. Welchii* daje 95% śmiertelności. Rany zakażone kończyn dają 50% śmiertelności. Zejście śmiertelne następuje w 50% już po 48 godzinach. Toksyny *Clostr. Welchii*, wprowadzone do szpiku kostnego u królików, dają niedokrwistość złośliwą. Znajdowano go dość często w stanach zapalnych w woreczku żółciowym i w wyrostku robaczkowym, pozątem w objawach toksemii naskutek zaparcia. Mają pasorzytować w wątrobie i mięśniach u psów. Zdaniem autora, około 30% przypadków, opisanych i leczonych, jako zakażenie *b. Welchii*, było spowodowanych innymi anaerobami i dlatego antytoksyna *Welchii* zawiodła, a nawet szkodziła. Prędzej były to przypadki *gangraena putrefacta*, nadające się do leczenia zachowawczego. W ranach, zakażonych kurzem ulicznym, należy zapobiegawczo stosować antytoksynę dla gangreny gazowej.

Jerzy Fajwlicz (Łódź).

M. PETZAKIS. **Działanie chorobotwórcze pewnego szczepu *Streptothrix* na białe myszy i białe szczury.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, r. 1934).

Wyosobniony szczep *streptothrix* pochodził z płynu z opłucny, z przypadku streptotrykozy płucnej, hodować się on dawał jedynie w warunkach beztlenowych. Szczep ten, zastrzyknięty białym myszkom i białym szczurom, wywoływał posocznice, która trwała 10—15 dni, chorobie towarzyszyły stale wtórne zmiany płucne, jako to stany zapalne z przekrwienia oraz z krwotokami. Niekiedy zauważyć można było ropne zapalenie otrzewny, przyczem w preparatach bezpośrednich stwierdzić można było obecność *streptothrix*, a hodować je można było, podobnie jak wyjściowy, jedynie w warunkach beztlenowych.

J. Seydel.

F. NITTI. **W sprawie samoistnej rozpuszczalności paciorkowców, wyodrębnionych z płwociny chorych na astmę i na chroniczne zapalenie oskrzeli.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, 1934).

Autor wyodrębnił z płwociny chorych na astmę i na przewlekłe zapalenie oskrzeli szczepy paciorkowców, które po-

siadały zdolność samoistnego rozpuszczania się. Zjawisko to występowało w hodowli buljonowej, z płynem wysiękowym, oraz w wodzie peptonowej z dodatkiem 3% glukozy i wyciągu z krwinek. Po drugim i trzecim pasażu na tych pożywkach, paciorkowce już po 24 godz. zatracaly swój wygląd typowy. W preparacie barwionym zauważyć można było bezkształtny detryt i liczne gramoujemne ziarniaki. Własności chorobotwórcze tych hodowli stopniowo zmniejszały się, a po 5 dniach całkowicie zniknęły. Przeszczepianie na nowych podłożach nie przywraca paciorkowcom zdolności wzrostu. Autor przypuszcza, że dłuższe przebywanie w drogach oddechowych spowodowało, że drobnoustroje te zatraciły zdolność wzrostu na podłożach sztucznych.

J. Seydel.

R. DEBRÉ i M. PERRAULT. **Stan rozproszenia pr. Kocha na zasadzie badań bakterjologicznych i histologicznych narządów i tkanek pobranych post mortem. Wyniki otrzymane u dorosłych chorych na gruźlicę płuc.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 118. 1935).

W czasie sekcji pobrano jałowo małe wycinki narządów lub tkanek oddalonych od ogniska gruźliczego. Materiał ten służył do badań histologicznych, bakterjologicznych i do szczepienia świnek. Na 40 prób, pobranych od 6 osobników (skrzep krwi z prawej komory, mięśnie, wątroba, nerki, nadnercze, mózg, gruczoł łędźwiowy) posianych i szczepionych, było 10 wyników dodatnich, nawet przy ujemnych badaniach histologicznych. W dwóch przypadkach szczepienie dało wyniki dodatnie przy ujemnym wyniku posiewów. Na 10 prób z wynikiem dodatnim 6 razy stwierdzono gruźlicę ostrą z dużymi i małymi gruzelkami, gdzie rozproszenie zarazków było widoczne. W pozostałych czterech dwa razy wykryto prątki *Koch*a w skrzepie z serca (przy zupełnie jałowych narządach), raz w nerkach, raz w nadnerczach. Na zasadzie otrzymanych wyników, autorzy wyprowadzają następujące wnioski: 1) badania ich nie przemawiają za posocznicią u chorych na gruźlicę płucną, 2) u dorosłych gruźlików (zwykła rozwojowa gruźlica płuc) różne narządy i tkanki nie zawierają pr. *Koch*a, lub zawierają je w tak małej ilości, że wykryć je można dopiero przez posiewy i szczepienia świnek.

J. Seydel.

Radjologia.

L. KRENN. **Co daje badanie rentgenowskie wyrostka robaczkowego?** (Wien. kl. Woch. Nr. 25/1935).

U 234 pacjentów, u których istniało podejrzenie co do zapalenia wyrostka robaczkowego, tylko w 66% przypadków znaleziono zmiany rentgenowskie w wyrostku. 10% z niedających się przedstawić w obrazie rentgenowskim wyrostków robaczkowych było bez zmian. Wszystkie wyrostki robaczkowe, w których badanie rentgenowskie wykazywało wprawdzie wypełnianie się, lecz równocześnie zmiany (krótkotrwałe wypełnianie się, zrosty, bolesne punkty uciskowe), były rzeczywiście chore. Spośród wszystkich wyrostków robaczkowych, podejrzanych rentgenologicznie w kierunku zapalenia, tylko 9% było niezmienionych. Wysoki odsetek błędnych rozpoznań, które zdarzały się w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego przed wprowadzeniem badania rentgenowskiego, udało się obniżyć do 9%.

A. Neumann (Baden-Wien).

ALLEN i CAMP. **O arterjografji.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 8, 1935).

Głównym zadaniem tętnic jest transport krwi. Czynność ta zależy od średnicy naczynia i od tego, czy jego światło jest wolne. Tak samo, jak w sercu wydolność mięśnia sercowego może być zupełna mimo istnienia wady zastawkowej, w koń-

czynnie krążenie tętnicze, jako całość, może być niezmienione mimo zmian chorobowych w którymś ze składników tego krążenia. Istnieje cały szereg metod dla określenia wydolności krążenia w kończynie: mierzenie ciepłoty skóry, znieczulenie rdzeniowe, blokada nerwów obwodowych, palpacja naczyń i t. p. Sposoby te wystarczają, gdy chodzi o zbadanie krążenia, jako całości, zawodzą jednak, gdy chodzi o zbadanie któregoś ze składników tego krążenia. Badanie to przeprowadzić można tylko przez uwidocznienie tętnic, co daje się skutecznie przez arterjografię. Użyta może być substancja możliwie nieprzenikliwa dla promieni rentgenowskich, której wstrzyknięcie nie powoduje bólu, ani objawów toksycznych. Stosowano do arterjografii różne substancje: jodek i bromek sodu, potasu i wapnia, białkowe sole srebra, jodowany olej, skiodan, diotrast, neo-iopaks, emulsję jodowanego oleju, sole *thorium-dioxid*. Autorzy stosowali sole *thorium-dioxid*, które zawierają wogóle 19 — 20% *thorium-dioxid*. Przy użyciu tego preparatu objawy toksyczne są łagodne, stopień nieprzenikliwości dla promieni rentgenowskich jest bardzo duży, wreszcie jest bardzo powoli wydzielany i do zupełnego jego wydalenia potrzeba lat. Naczynia kończyny górnej można uwidocznnić po wstrzyknięciu 5 — 12 ccm. preparatu, a więc około 10% tej ilości, jaką się wstrzykuje dla uwidocznienia wątroby i śledziony. Dla kończyn dolnych ilość musi być większa. Pod kończynę podkłada się film, możliwie blisko barku zakłada się mańkiet sfigmomanometru, nakłuwa się żyłę ramieniową, napienia się mańkiet powyżej maksimum parcia krwi, poczem wstrzykuje się płyn kontrastowy, usuwa igłę i natychmiast robi się pierwsze zdjęcie. Potem powietrze z mańkietu wypuszcza się na przeciąg 2 — 4 uderzeń tętna do poziomu parcia rozkurczowego, potem znów go się szybko napienia i robi drugie zdjęcie i potem w tych samych warunkach trzecie.

Jerzy Fajlewicz (Łódź).

W. HAUSMANN i F. M. KUCK. **O biologicznym działaniu promieni pozafajolkowych, odbitych od rozmaitego rodzaju powierzchni.** (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1934).

Odbicie promieni pozafajolkowych przez śnieg i lód przyczynia się niezwykle silnie do zubożenia w drobnoustroje znajdujących się nad nimi blisko nad ziemią warstw powietrza, dlatego więc odbicie to należy rozpatrywać jako ważny czynnik higieniczny.

A. Neumann (Baden-Wien).

P. PETRAS. **Leczenie rentgenowskie nadczynności tarczycy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 22/1934).

Leczenie nadczynności tarczycy naświetlaniami promieniami Roentgena prowadzi w 2/3 przypadków do wyleczenia.

A. Neumann (Baden-Wien).

Lecnictwo.

R. HOME. **Stosowanie Coraminy w zamartwicy noworodków.** (Münch. Med. Woch. 1935. Nr. 21).

Autor stosował coraminę w 21 średnio-ciężkich i ciężkich przypadkach zamartwicy noworodków. W 15 przypadkach wstrzyknięto domięśniowo 1—2 cm³, w 6 ciężkich zaś 1/2—1 cm³ do żyły pępkowej. Rezultat był zdumiewający i błyskawiczny: jeszcze igła leżała w żyłę, gdy wystąpił głęboki wdech, który wkrótce przeszedł w normalne oddychanie. Także serce, którego bicie w 4 przypadkach nie można było stwierdzić, a w innych było ledwie dostrzegalne, prawie natychmiast zaczynało pracować normalnie. W jednym tylko przypadku wynik był ujemny — sekcja wykazała wylew krwawy do mózgu. U jednego noworodka z ciężką zamartwicą przy braku akcji serca omyłkowo wstrzyknięto zawartość całej ampulki czyli 1,7 cm³ do żyły pępkowej; po 30 sekundach oddech i krążenie wróciły do normy, niebawem jednak trzeba było wstrzyknąć jeszcze 2 cm³ domięśniowo. Autor wyraża przekonanie, że duże dawki coraminy nie przedsta-

wiają żadnego niebezpieczeństwa dla noworodka. W 15 średnio-ciężkich przypadkach zamartwicy stosowano najpierw zabiegi cucące, dopiero gdy one zawiodły, wstrzykiwano coraminę domięśniowo. Efekt zjawiał się po 1—2 minutach; z ubocznych objawów stwierdzono jedynie kichanie, które autor tłumaczy wydzielaniem się coraminy przez słuzówkę nosa. Na zakończenie autor opisuje technikę wstrzykiwania coraminy do żyły pępkowej.

W. Kurowski.

E. SCHRT. **Cucenie topielców.** (Med. Welt, Nr. 19 1935).

Autor omawia w krótkości najnowszy stan wiedzy, dotyczący fizjologii utonięcia i zabiegów cucenia topielców. W leczeniu zamartwicy topielców autor przypisuje duże znaczenie zabiegowi sztucznego oddychania, który powoduje ruch krwi w naczyniach, a ponadto mechanicznie drażni wsierdzie i śródblonek naczyń. W t. zw. sinicy śliwkowej wskazany jest upust krwi, infuze soli kuchennej i cukru grenowego są przeciwwskazane. Na brzegu rzeki niekiedy możliwy jest upust krwi, przedewszystkiem jednak w grę wchodzi tu środki pobudzające, mianowicie masaż serca i rozciąganie m. zwieracza odbytu, będące silnym bodźcem dla przepełnionych krwią naczyń brzusznych. Naparstnica i lobelina są absolutnie nieskuteczne. Najbardziej wskazane są wstrzykiwania dużych dawek coraminy (5 cm³, 3—4 razy w odstępach 10—15 minut), która nie tylko drażni obwodowe żyły i wsierdzie, ale przedewszystkiem powoduje uruchomienie tlenu, który w znacznej ilości istnieje we krwi przeladowanej CO₂. Wstrzyknięcie coraminy do żyły lub do serca działa nie tylko błyskawicznie w bez nadziejnych wypadkach zatrucia tlenkiem węgla, ale także w zatruciach dwutlenkiem węgla, powstających przez utonięcie.

W. Kurowski,

J. ROSKAM, **Nowe spostrzeżenia w leczeniu krwawień.** (L'Echo Méd. du Nord, Tom 8, 1934).

Od czasu Hippokratesa istnieje mniemanie, że zimno ma własność tamowania krwawień. Autor wziął sobie za cel obalenie tego mniemania badaniami doświadczalnymi. Doświadczenia były dokonywane na uchu królika według specjalnej techniki. Okazało się, że czas krwawienia przy normalnej temperaturze ciała jest najkrótszy, i że ciepota poniżej 32° (szczególnie między 10° i 0°) oraz powyżej 45° (szczególnie powyżej 48°) przeciwdziałają samoistnemu tamowaniu krwi. W następnej serii doświadczeń autor obserwował wpływ środków, zwanych „haemostatica“ na czas krwawienia. Technika była następująca: Na uchu królika dokonano możliwie jednakowych nacięć i ustalano czas krwawienia przez zmywanie badanym środkiem, przez nacieczenie podskórne okolicy rany i przez wstrzyknięcie domięśniowe, bądź dożylnie. Badane były roztwory żelatyny, wyciągi z płuc (clauden), cytrynian sodu, adrenalina, efedryna, ergotamina, różne surowice i t. p. Żaden z wymienionych środków nie skracał czasu krwawienia u normalnego królika. Prawdziwe działanie, tamujące krwawienie, wykazał Coagulen, wyciąg z tylnego płata przysadki oraz lekko zakwaszona woda. Coagulen skracał czas krwawienia o 29% przy zmywaniu rany, o 29% przy nacieczeniu podskórnym okolicy rany i 31% przy wstrzyknięciu dożylnym 3% roztworu.

W. Kurowski.

Choroby zakaźne.

R. DEBRÉ, M. LAMY i H. BONNET. **Stan obecny problemu immunologicznego płonicy.** (Rev. d'Immunol. 1935, t. 1, 2, 3).

Autorzy są zwolennikami paciorkowcowej etiologii płonicy, wysuniętej przez małżonków Dicków. Teoria toksallergiczna nie opiera się, ich zdaniem, na mocnych podstawach. Toksyna i antytoksyna płonicza są nieco odrębne. Z właściwości toksyny, które mogą być użyte w celu jej miaręczkowania, najważniejszą jest zdolność wywoływania rumienia

u osobników wrażliwych („*propriété érythroène*“). Do powstania przypadku płonicy konieczna jest obecność drobnoustroju, wydzielającego jad o własnościach rumienio-twórczych, oraz stan wrażliwości danego osobnika, zależny od nieobecności w jego osoczu antytoksyny płonicej, manifestującej się dodatnim odczynem *D i c k a*. W innych przypadkach te same paciorkowce mogą wywoływać sprawy ropne, nie mogą jednakże spowodować płonicy. Odczyn *D i c k a* posiada dużą wartość kliniczną i naukową. Dla zapobiegania szerzeniu płonicy przez ozdrowieńców ważniejszą rzeczą od kwarantanny zgóry ustalonej jest kierowanie się wynikiem kilkakrotnych badań bakteriologicznych gardzieli na obecność paciorkowców hemolitycznych. Surowica lecznicza daje dobre wyniki, chociaż we Francji jest stosunkowo mało stosowana (przedewszystkiem ze względu na łagodny tam przebieg płonicy). Nie wszystkie surowice, znajdujące się w obiegu, mają dostateczną zawartość antytoksyny. Do celów zapobiegawczych lepsza jest surowica ozdrowieńców. Szczepionki formalinowe dają w dużym odsetku przypadków ochronę przed zakażeniem i powinny być więcej stosowane niż dotychczas.

H. M a k o w e r.

E. NEUBER. Dalsze przyczynki do swoistego leczenia i alergicznych odczynów promienicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 23, 1934).

Autor podaje opis przypadku promienicy, który pomimo upadku sił cielesnych dużego stopnia, wykazywał dodatni odczyn miejscowy, ogniskowy i ogólny. Jak wynika z doświadczenia autora, dla zachowania swoistości odczynu używać należy autoszczepionki, a przynajmniej szczepionki wieloważnej. Po 10 szczepieniach szczepionki (w dawkach wzrastających od 0,1 do 0,9 cm³) chory wyzdrowiał.

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

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

GUILLETT. Leczenie bólu w półpaścu pituitryną. (The Lancet, Nr. 6/II, 1934).

S i d l i c k w r. 1930 na ogólną liczbę 54 przypadków *herpes zoster* w 4 przypadkach stosował pituitrynę z dobrym wynikiem w sensie łagodzenia bólu. *N i l e s* w 1932 r. stosował to leczenie w 16 przypadkach i zwłaszcza we wczesnych okresach otrzymywał nie tylko łagodzenie bólu ale i skrócenie czasu trwania schorzenia. Autor podaje własne 3 przypadki, w których wszelkie środki dla łagodzenia bólu zawiodły, a pituitryna dała doskonałe wyniki.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

CHARGIN, LEIFER i HYMAN. Zastosowanie kroplówek dożylnych w leczeniu wczesnej kily. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 11, 1935).

W chemoterapii otrzymuje się najlepszy wynik leczniczy, o ile wprowadza się specyficzny czynnik leczniczy w ilości, wystarczającej do zniszczenia noksy bakteryjnej, by jednak ilość ta nie uszkadzała komórek organizmu, dotkniętego schorzeniem. W przebiegu kily leczenie dawkami maszynem napotyka na duże trudności, ponieważ w grę wchodzi momenty takie, jak idiosynkrazja i cały szereg odczynów od łagodnych, przemijających zaburzeń do śmiertelnego zatrucia. Autorzy wykazali, że przeszkody te w postaci różnych objawów ubocznych dają się uniknąć, jeżeli specyficzny czynnik leczniczy wprowadza się dożylnie bardzo powoli, i w tym celu stosowali t. zw. kroplówki dożylne. W przypadkach wczesnej kily stosowali w ten sposób maszynne dawki arsphenaminy, zbliżając się do ideału „*sterilisatio magna*“. W ciągu pierwszej godziny stosowano kroplówkę dożylną z 5% roztworu dekstrozy z szybkością 100 ccm. na godzinę, poczem dodawano roztwór

0.1 gr. neoarsphenaminy w 50 ccm. 5% dekstrozy; i tak kolejno dawano dekstrozę samą, potem z neoarsphenaminą, aż podawano całą dawkę dobową. W ten sposób w ciągu 15 godzin chory mógł otrzymać 1½ litra 5% dekstrozy i 1 gr. neoarsphenaminy. Kroplówkę rozpoczynano zazwyczaj około 8—9 rano i zostawiano igłę w żyłę w ciągu dnia. Chorzy pozostawali przez ten czas w łóżku, otrzymując pożywienie półpłynne, obfite w wodany węgla, które razem z podawanymi dożylnie miały zapobiec uszkodzeniu wątroby przez arszenik. Do leczenia tego wybrano wyłącznie mężczyzn, dobrze zbudowanych, z wczesną kilą. Chorzy w liczbie 25 otrzymywali tą drogą około 4 gr. neoarsphenaminy w ciągu 5-ciu dni, a więc dzienna ilość neoarsphenaminy wynosiła 0.8 gr., czyli 160 mg. arszeniku. Zwykle pierwszego dnia podawano tylko 0.5 gr. celem poznania odczynu chorego na ten lek. Obserwowany zazwyczaj skok ciepłoty uważają autorzy za swego rodzaju odczyn *H e r x h e i m e r a*. Otrzymywali dodatni wynik leczniczy zarówno serologiczny, jak i kliniczny. Metoda ta posiada olbrzymie znaczenie społeczno-ekonomiczne, wymaga bowiem od chorego tylko 5-ciodniowego pobytu w szpitalu dla przeprowadzenia całej kuracji, co zarazem znacznie zmniejszałoby możliwość szerzenia infekcji.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Josef SELLEI. Dysfermentozy i terapia zaczynowa. (Klin. Woch. Nr. 48, 1934).

Przy badaniach nad *scleroedema adultum* i *scleroderma verum*, które należy odróżniać od *akrosclerosis* stwierdzono zaburzenia czynnościowe trzustki (*S e l l e i* 1928). Najprawdopodobniej do dysfermentoz należy także zaliczyć chorobę *D u h r i n g a*, niektóre hemocyderozy, może i *anaemia perniciosa* oraz pewne postaci pellagry. Potwierdza się znacznie prognostyczne obrazu krwi w m. *D u h r i n g i*, co nasuwa przypuszczenie, że przyczyna schorzenia działa na układ hemopoetyczny, lub że zmniejsza się zdolność katalityczna ustroju względem żelaza. W cierpieniach tych leczenie zaczynami może dać wyleczenie wzgl. poprawę. W istocie rzeczy chodzi tu o wprowadzenie systemu chemicznego, składającego się z zaczynów, witamin i katalizatorów metali. Leczenie zaczynami ma za zadanie nie tylko substytucję pewnego narządu, ale i wyrównanie zaburzeń następczych, występujących w oddalonych narządach wskutek zmian czynności gruczołu, wytwarzającego zaczyn.

Alfred E t t i n g e r.

CUMMING i BURHANS. Doświadczenia z przesączem gonokokowym Corbus-Ferry. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 3, 1935).

Wspomniany przesącz, stosowany śródskórnie, jest jedynym antygenem pośród kilku wypróbowanych przez autorów, który działa, jako specyfik leczniczy, w przypadkach rzeżączki i jej powikłań. Wiąże się to może z zagadnieniem roli skóry dla odporności organizmu. Szczególnie dobre wyniki lecznicze otrzymuje się, stosując przesącz gonokokowy, jako *adjuvans* do łagodnego leczenia miejscowego. Autorzy stosowali go w przebiegu ostrej i przewlekłej rzeżączki u mężczyzn, kobiet i u dzieci, oraz w przebiegu wszelkiego rodzaju powikłań. Rozpoczynali od dawki 0.1 ccm. przesączu, podnosząc ją co tydzień o 0.05 ccm., kierując się odczynem miejscowym skóry, odpowiednich gruczołów chłonnych i schorzałego narządu. W żadnym innym schorzeniu powikłania nie mają tak dużego znaczenia, a zagadnienie oceny zupełnego wyleczenia i wyłączenie możliwości nawrotu jest bardzo trudne. Wspomniany przesącz gonokokowy i tu oddaje duże usługi, ponieważ zastosowanie go w dużej jednorazowej dawce (0.1 — 0.4 ccm.) pozwala na stwierdzenie dzemięcej infekcji.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby nerwowe i psychiczne.

H. CLAUDE. **Surowicze zapalenie opon mózgowych.** (Rev. Neur. T. I. Nr. 6. 1933).

Tematem tegorocznego XIII Zjazdu Neurologicznego w Paryżu (30—31 maja) było niezmiennie ważne zagadnienie surowiczego zapalenia opon. Claude był jednym z pierwszych, którzy głosili istnienie tego cierpienia, jako jednostki autonomicznej, na zjeździe był więc głównym referentem tematu. Klinicznie odróżnia on zapalenie surowicze opon od postaci mieszanej, na którą składa się obok wymienionego cierpienia jeszcze i wodogłowie. Wśród czynników etiologicznych wylicza on: uraz, cierpienia zakaźne ogólne, cierpienia narządów sąsiadujących z oponami (jak uszy, nos), wreszcie liczy się z możliwością istnienia zarazka ultra, analogicznego do tego, jaki wywołuje nagminne zapalenie mózgu, sadowiającego się wśród opon i powodującego zapalenie surowicze. Zresztą zgadza się z Cl. Vincentem, iż zapalenie samej tkanki korowej mózgu może wywołać gromadzenie się płynu mózgowordzeniowego, wskutek zahamowania odpływu z powierzchni mózgu w jego głąb. Zaburzenia naczynio-ruchowe wrodzone odgrywać tu również mogą rolę etiologiczną. Co się tyczy anatomii patologicznej, to autor daje jej opis na podstawie wyglądu *in vivo* stwierdzanego podczas zabiegów operacyjnych. „Tkanka mózgowa przedstawia się jakby pokryta warstwą żelatyny, naczynia korowe — są nastrzyknięte. Po otwarciu opony twardej najczęściej napotyka się wyraźną pajęczynówkę, po rozcięciu której wylewa się płyn mózgowordzeniowy całkowicie normalny lub zlekka krwawy. Powierzchnia mózgu w tych miejscach jest przekrwiona i obrzękła”. Symptomatologia nie jest, zdaniem C., tak wybitnie zbliżona do nowotworów mózgu, jak to zazwyczaj jest podkreślane. W surowiczym zapaleniu opon rozwój wypadków następuje daleko ostrzej, aniżeli w nowotworach. Ciśnienie płynu, mierzone w części lędźwiowej, może nie wykazywać wzmożenia, również nie zawsze istnieć musi tarcza zastoinowa. Obie te cechy występują w przypadkach, powikłanych wodogłowie wewnętrznym. Zjawiskiem do pewnego stopnia paradoksalnym jest spadek białka w płynie mózgowordzeniowym poniżej normy. Objawy błędnikowe świadczyć mogą o umiejscowieniu torbieli oponowej w tylnej jamie czaszkowej lub o rozszerzeniu się procesu ze sklepienia na resztę obszaru. Umiejscowienie torbieli w części przedniej mózgu objawia się zaburzeniami piramidowymi. Proces, umiejscowiony w bruzdzie Rolanda, nie daje zazwyczaj objawów podrażnieniowych, lecz jedynie wypadnięcie funkcji. Częste są tu bóle głowy typu migrenowego, niekiedy nawet z zaburzeniami psychicznymi. Zjawiskiem rzadkiem jest torbiel lityłko podstawy mózgu, okolicy nerwów wzrokowych. Cechą jej charakterystyczną jest szybki upadek wzroku bez zastoiny oraz koncentryczne zwężenie pola widzenia o konturach zygzakowatych. Nigdy połowicznie niedowidzenie nie ma tu miejsca. Siodło tureckie nie bywa poszerzone. Nagromadzenie płynu w tylnej jamie czaszkowej daje rozmaite zespoły: najczęściej występuje ból potylicy oraz sztywność karku. Upośledzenia nerwu twarowego i nerwu trójdzielnego wyprzedzają upośledzenie VIII pary. O ile proces rozciąga się na most, objawy obustronne występują na widownię. Trudności rozpoznawcze w tem cierpieniu obrazuje przypadek, przytoczony przez autora: 50-letni mężczyzna doznaje ogólnego osłabienia przy braku wszelkich innych wyraźnych objawów. Stan ogólny szybko upada i po kilku dniach występuje utrata przytomności ze sztywnością karku, zaś po 4 dniach chory umiera. Na sekcji stwierdzono torbiel na górnej powierzchni lewej półkuli mózdzkowej. Komory nie były poszerzone. O ile sprawa u podstawy mózgu

nabiera cech sprawy rozlanej, dołączają się objawy z III komory. Obraz przypomina ten, jaki widzimy w nowotworze wodociągu Sylwiusza oraz komory IV. Vincent podkreśla w podobnym zespole objawy porażenia zwieraczy. Niekiedy przeważają zaburzenia psychiczne. Przebieg kliniczny surowiczego zapalenia mózgu cechuje pierwszy epizod oponowy tuż po zadziałaniu momentu etiologicznego, poczem następuje okres zacisza, następnie zaś ostre lub podostre pojawienie się objawów charakterystycznych o zmiennym trwaniu. Całość obrazu przesłania powikłanie ze strony nadciśnienia płynu w komorach, t. j. pojawienie się wodogłowie wewnętrznego. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem surowiczym opon, otorbielonem w obrębie kory mózgowej, a nowotworem mózgu opiera się na: 1) braku nadciśnienia płynu; 2) na przebiegu skokami, nie zaś miarowym narastaniem objawów, jak to jest w nowotworach; 3) na normalnym składzie płynu mózgowordzeniowego lub na zmniejszonej w nim zawartości białka (Lewy) oraz wzmożeniu cukru. Rentgenogram nie może być pomocnym przy rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy torbielą a nowotworem, w przeciwstawieniu do encefalografji, która wyjaśnia sprawę w pewnej mierze, o ile wpuszcza się dostateczną ilość powietrza (40—80 cmc.). Lewy radzi czynić to oddzielnymi porcjami. Dane kliniczne ze strony ucha również nie oddają wielkich usług, zwłaszcza tam, gdzie cała sprawa wywodzi się z cierpienia ucha. Słuch w zapaleniu surowiczym bywa dobrze zachowany w odróżnieniu od nowotworów tej samej okolicy, t. j. kąta mostowo-mózdzkowego. Brak nadciśnienia tętniczego gałki ocznej, a nawet obniżenie jego jest cechą zmienną sprawy surowiczej. Tarcza zastoinowa jest tu rzadsza, niż w nowotworach mózgu. W konkluzji autor podkreśla niepewność każdego z poszczególnych momentów rozpoznawczych i radzi kierować się raczej całokształtem zjawisk klinicznych. N. Z. Z.

L. R. MÜLLER. **Stosunek układu współczulnego do przywspółczulnego.** (Münchener medizin. Wochenschr. 1935 Nr. 17).

Odczyt, wygłoszony na fakultecie lekarskim Lejdy holenderskiej. Autor omawia pobieżnie agonizmy, synergizmy i antagonizmy wzajemne obu układów ze stanowiska anatomicznego i histologicznego, fizjologicznego i farmakologicznego, klinicznego i terapeutycznego, załącza króciutki rzut oka historyczny, krocząc od Winsłowa, który stworzył nazwę n. sympatycznego, przez Bichata, twórcę nazwy système de relation oraz vie de nutrition, Flourence'a, ojca nazwy noeud vital, do Langleya, który skojarzył wszystkie nerwy vegetatywne pozasympatyczne pod nazwą autonomicznych, przywspółczulnych. Nawiązuje autor w zakończeniu ciekawego szkicu do spraw wagotonji i sympatykotonji oraz sfery czucia i bólu wewnątrznarządowego. L. R. Müller wypowiada się kategorycznie za siedliskiem i przewodnictwem zmysłu bólowego przez nerw sympatyczny. Dziwi mnie tylko, że jako dowód tego przytacza jedynie i wyłącznie fakt istnienia pasów hiperalgetycznych Heda w zachorzeniach narządów wewnętrznych. A mógłby Müller, jeden z lepszych znawców układu sympatycznego, redaktor i główny współpracownik wielkiej tysiacciastonicowej monografji „Lebensnerven“, znaleźć o wiele więcej dowodów siedliska czucia bólowego choćby w odczycie moim, jednym z pierwszych na ten temat w piśmiennictwie, wypowiedzianym już przed blisko 10 laty na Zjeździe Polsk. Przyrodników i Lekarzy i w pracy ogłoszonej w r. 1926 w Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde pod tytułem: Ból obwodowy jako objaw sympatyczny. H. Higier.

Oceny książek

Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI, adiunkt II Klin. Chir. U. W., kierownik Oddz. chir. Inst. Radow. w Warszawie. **Chirurgja.** 661 ryc. w tekście, stron 854. Z przedmową Prof. D-ra Zygmunta RADLIŃSKIEGO, dyrekt. II Klin. Chir. U. W. T. I. Polskie Wydawn. Lek. Ars Medici. Warszawa 1935.

Z wiosną 1935 r. ukazał się na półkach księgarskich podręcznik chirurgji opracowany przez doc. dr. Jerzego Rutkowskiego. Pisanie podręcznika nie jest pracą wdzięczną. Ustawiczny pęd po nowe, w kole rozbudowy coraz innych metod, spycha szybko książkę — podręcznik w cień, by ją zaliczyć do historii. Przytem ułożenie podręcznika wymaga dużo doświadczenia, obiektywności w stosunku do cudzych metod, ogromnego nakładu pracy i systematyczności. Zwykle opracowania podręcznika podejmują się specjaliści, stojący na zachodzie swej pracy zawodowej. Innym razem zrywają się do tego zadania młodzi. Posiadamy już próbki podręczników chirurgji w naszej literaturze. Niestety, urwały się one na I tomie, a nawet I zeszyt. A szkoda, że nie zostały ukończone, gdyż ich niektórzy autorzy należą do czołowych przedstawicieli naszej chirurgji. Niestety, rozpoczętego za młodu podręcznika nigdy już nie ukończyli. Jerzy Rutkowski jest chirurgiem, który dochodzi do południa swej pracy fachowej. W książkę swą włożył cały ogrom pracy, układając ją systematycznie i ujmując w jasnym wykładzie. Doświadczenie własne oparł na zasadach kliniki, z której wyszedł, tak ściśle, że, studiując podręcznik, widzi się, jak na dłoni, rozwój 2 kliniki chirurgicznej U. W. Może stało się to bezwiednie, ale duch szkoły Radlińskiego jest tak wnikliwy, a zarazem tak pozbawiony zawodowej zazdrości, że udziela się swym uczniom bez reszty, na ich wyłączną własność. Ten wpływ szkoły wychodzi na korzyść podręcznika, który w ten sposób zyskuje jednolity charakter i solidne podejście do zagadnień chirurgicznych. Tom I dzieli się na XIV rozdziałów. W nich autor wprowadza nas, poprzez czystość chirurgiczną (R. I), uśpienie i znieczulenie (R. II), zakażenie (R. III), do wiadomości ogólnych o urazach mechanicznych (R. IV), urazach

ciepłych, chemicznych, elektrycznych i energii promienistej (R. V), złamaniach i zwichnięciach (R. VII), nowotworach (R. VIII), ważniejszych schorzeniach chirurgicznych poszczególnych tkanek (R. IX), zgorzeli, owrzodzeniach i przetokach (R. X), cukrzycy i niedomodze wątroby (R. XI). W rozdziale V są szeroko omówione opatrunki, w XII technika mniejszych zabiegów chirurgicznych, w XIII przetaczanie krwi, by wreszcie w XIV podać schemat wywiadów i badania chirurgicznego. Bardzo cenną zaletą podręcznika Rutkowskiego jest jego całość, gdyż, wydając tom I, rozpoczął równocześnie druk tomu II. Jako zasługę dalszą należy podkreślić, że autor stara się posługiwać rycinami, wziętymi z prac polskich autorów, szkoda tylko, że poza tem zamieścił dużo obcych rysunków. Pewne zastrzeżenia nasuwa rozdział o nowotworach. Wprawdzie w treści rozdziału autor zastrzega się, że „jeszcze dotychczas w leczeniu nowotworów na pierwszym miejscu stoi nóż“, to jednak z ułożenia rycin, zawierających fotografię zakładu radowego z dokładnym adresem, następnie dużej stosunkowo liczby fotografii chorych, leczonych d o d a t n i o energją promienistą, czytelnik mógłby nabrać wręcz odmiennego przekonania. Jest to prawdopodobnie wynik współpracy autora w tym zakładzie, sądzę jednak, że w omawianym rozdziale należałoby wyraźniej podkreślić zasięg metody operacyjno-leczniczej. W rozdziale o przetaczaniu krwi możeby było bezstronniej wspomnieć o innych przyrządach do przetaczania krwi, którymi wszyscy się obecnie posługujemy. Są to jednak drobne, subiektywne uwagi na marginesie, których wymienienie nie ma zamiaru umniejszyć wartości dzieła. Strona zewnętrzna podręcznika przedstawia się okazale. Papier dobry, odbitki wykazują dbałość o rysunek i wierność obrazów; język poprawny, określenia i opisy jasne. Jednem słowem, można powiedzieć, że Jerzy Rutkowski, wydając swój podręcznik, dobrze się zasłużył chirurgji polskiej, — gdyż sięgnie doń zawsze uczący się student, a nierzadko znajdzie wskazówkę praktykujący chirurg.

Jan Z a o r s k i.

Wskazówki praktyczne

D. Kling zwraca uwagę na *oparzenia*, powstające skutkiem bezkrytycznego i nieumiejętnego stosowania *djatermji krótko- i ultrakrótkofalowej*. Oparzenia te, nawet 3-go stopnia, powstają skutkiem: 1) podniesienia się temperatury skóry z powodu nieodpowiednich elektrod; należy dbać o pozostawienie warstwy powietrza pomiędzy elektrodą a skórą i o wybór materiału, nie rozgrzewającego się zbyt (specjalne szkło lub ebonit); 2) niewłaściwej wielkości elektrody: im mniejsza jest elektroda, tem większy jest efekt cieplny; 3) działania napotnego: pot zawiera elektrolity, stąd intensywniejsze działanie cieplne; wystąpienie potu może wywołać nagłe oparzenie; 5) najłatwiej powstają oparzenia na częściach ciała, wystających nad powierzchnią: nos, uszy, występy na kończynach. (Journ. Amer. med. Assoc. 1935, N. 23).

—o—

Zator tętnicy wieńcowej, zdaniem Coockleya, nie jest tak niebezpieczny, jak to się ogólnie przypuszcza, jeżeli zachować długotrwale leżenie w łóżku, bezwzględny spokój i oszczędzanie się. Na 53 chorych miał C. 32, którzy pozo-

stawiali przy życiu od 1 do 13 lat, a 25 z nich mogło powrócić do pracy. (Journ. Amer. med. Assoc. 1935, N. 23).

—o—

L. Lockie i R. Hubbard spostrzegali przy *obfitej djecie tłuszczowej* wzrost ilości kwasu moczowego. U dotkniętych dną obfity dowóz tłuszczów wywoływał ciężkie napady dny. Usunięcie z diety tłuszczów wywołało szybkie ustąpienie bólów i powolny spadek kwasu moczowego. (Journ. Amer. med. Assoc. 1935, N. 23).

—o—

Dial w stanach pobudzenia i niepołoj u małych dzieci poleca L. Billes. Stosuje się w kroplach doustnie i w ampulkach do zastrzykiwań podskórnych we wszelkich stanach, wymagających działania uspakajającego, nasennego i narkotycznego. Osedom daje się 7—12 kropeł, ewent. po 2 do 4 godzinach jeszcze raz mniejszą dawkę; dzieciom małym 20—25 kropeł. Do zastrzykiwań 1/2—1 ctm³, nieco starszym dzieciom 1 1/2 ctm³. (Schweiz. med. Woch. 1935, N. 25).

—o— www.dlibra.wum.edu.pl

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Protokół posiedzeń klinicznych oddziałów wewnętrznych im. Seweryna Sterlinga Szpitala fund. Poznańskich w Łodzi.

Marzec 1935 r.

Z Oddziału A. (Ordynator: L. S z y f m a n).

1. Kol P i k przedstawia *przypadek Ca oskrzela*.

Chory S. B., lat 57, L. 1109. Chory przybył do szpitala z powodu kilka tygodni trwającego krwioplucia i bólów w okolicy łędźwiowej. W szpitalu stwierdzono: płuca — objawy rozlanego zapalenia oskrzeli; serce — bez zmian; wątroba i śledziona niemacalne; sinica twarzy; ciśn. 145/80; W a —; OB — szybkie; moc — ślad białka.

Morfologia 19.1 — erytr. 6.620.000, Hb — 100%, Ind. — 0,75, białych ciałek 11.600, leuk. obojętnochłonnych 65%, pałeczk. 12%, segment. 53%, kwas. 8,5%, zasad. 0,5%, limfocyt. 20%, monocyt. 6%.

30.1. — erytr. 4.860.000, Hb — 84%, Ind. 0,87%, biał. 10.900, leuk. obojęt. 87%, promielocyt. 0,5%, młode 3%, pałeczki. 13%, segment. 70,5%, kwas. 1,5%, limfocyt. 8%, monocyt. 3,5%.

R t g. kręgosłupa — bez zmian. R t g. klatki piersiowej — zaciemnienie przywnekowe o granicach nieostrych, naciekowych po stronie prawej. Wnęka prawa guzowato powiększona i zaciemniona. Bronchografii ze względu na stałe krwioplucie nie dokonano. Obraz powyższy przemawiał za Ca oskrzela. U chorego zastosowano naświetlania R o e n t g e n e m, w trzecim tygodniu odoskrzelowe zapalenie płuc; wśród objawów niedomogi sercowej chory zmarł.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na brak objawów opukowych i osłuchowych w płucach. Jedynym objawem, mogącym nasunąć podejrzenie nowotworu, było stałe utrzymujące się krwioplucie.

2. Kol. H e r t z i G o l d r y n g przedstawia *przypadek Situs aortae inversus*.

Chora Z. L., lat 53. Chora przybyła do szpitala z powodu guza macicy. W szpitalu stwierdzono: płuca — bez zmian; serce — zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej; EKG wysokie P₁ i P₂, T₁ i T₂ płaskie, T₃ brak, W a —; Hg 230/110, 190/70; OB — 150; moc —; R t g. serca: znaczne powiększenie lew. komory, pozatem powiększone w całości, konfiguracja mitralna; aorta szeroka, ciemna, t. zw. guzek aorty po stronie prawej, również po stronie prawej biegnie aorta zstępująca. Przelyk znajduje się ku przodowi i w lewo od aorty. W przypadku tym mamy zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej u osoby z przemieszczeniem aorty.

Z Oddziału B. (Ordynator: H. K r y s z e k).

1. Kol. R o b i n z o n przedstawia *przypadek ucisku żyły częściej górnej przez nowotwór oskrzela prawego*.

Chory J. K., lat 43. L. 1113. Choruje od 15 mies.; z początku dominowały bóle w prawym podbrzuszu, traktowane jako kamica żółciowa lub nerkowa. Mimo leczenia bóle nie ustępowały. W jednej z klinik warszawskich rozpoznano: *susp. tbc. fibrosa lobi super. pulm dextr.; cholelithiasis*. Po kilku tygodniach w klinice wiedeńskiej wystąpiły objawy ucisku na V. cava super., które przemawiały za złośliwą sprawą w płucach. W szpitalu u chorego stwierdzono: znaczne wyniszczenie, bledność powłok skórnych, obrzęk prawej kończyny górnej. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzucha rozszerzone naczynia żyłne, biegnące wzdłuż linii sutkowych; żyły na wysokości D₃ tętniący kłębuszek naczyń żylnych. Płuca: prawe — całkowite stłumienie od góry do dołu wraz ze zniesieniem szmerów oddechowych; lew. — pod grzebieniem łopatk stłumienie z osłabieniem szmerów oddechowych; w sercu poza głuchymi tonami i zaakcentowaniem drugiego tonu nad tętnicą płucną żadnych zmian nie stwierdzono. R t g. jednolite zaciemnienie prawego pola płucnego. Nakłucie opłucny — białka 0,25%, odczyn R i v a l t y dodatni, w osadzie liczne limfocyty. Wobec danych klinicznych i rentgenologicznych przyjęto ucisk na żyłę częściej górną na wysokości D₃—D₄, ponieważ na tej wysokości rozgałęzia się tętnica; ucisk mógłby być spowodowany przez nowotwór, tkwiący w prawym oskrzeli. Sekcja zwłok (kol. H u r w i c z) potwierdziła rozpoznanie.

2. Kol. W o ł o ż y ń s k a, K o c e n i H u r w i c z przedstawia *przypadek anemii aplastycznej*.

Chory U. S., L. 1023. Choruje od 4 miesięcy, stale postępujące osłabienie. W szpitalu stwierdzono: OB — 14 m., W a —, Ciś. — 105/60, treść żołądkowa — *anaciditas*; krew — bilirubina 0,17 mg., cholestearyna 100 mg.; moc — urobilinogen nieznacznie zwiększony, w osadzie pojedyncze leukocyty; objaw opaskowy+, posiew ze krwi —, na dnie oczu wybroczyny; badanie laryngologiczne — obrzęk śluzówki lewej chrząstki nalewkowej; EKG — trzepotanie przedsionków; badanie szpiku kostnego — normoblastów 7, myelocytów 4, myeloblastów 16, młodych 4, pałeczk. 2, segment. 19, kwas. 5, limfocytów 50; stale zmniejszające się liczby retikulocytów 11 — 8,5%. Uderza w przypadku tym morfologiczny obraz krwi: erytrocyt. 1.200.000, Hb 24%, nieznaczna anizocytoza, wybitna poikilocytoza, białych ciałek 1950, limfocytów 60%, segment. 24%, pałecz. 5%, młodych 3%, myelocyt. 3%, promielocyt. 1%, myeloblast. 1%. Po miesiącu — liczba erytrocyt. 1.170.000, Hb 19%, Ind. 0,8%, białych ciałek 3.300, czas krwawienia 8, krzepliwość 4,5, płytek 18.000. Po pierwszej transfuzji przejściowa poprawa subiektywna, lecz bez kryzy retikulocytarnej. Podawanie dużych dawek żelaza i wątroby bez wpływu. Wśród objawów nasilającej się duszności i zamroczenia chory zmarł.

Przypadek, traktowany jako anemja aplastyczna samostanna, gdyż wywiady, badania kliniczne i sekcyjne nie przemawiają za przebytą infekcją. Na sekcji stwierdzono: zwyrodnienie włókniste szpiku kostnego; mikroskopowo — nieznaczne komórki układu leukocytnego, przewaga myelocytów i eozynofili; pojedyncze erytroblasty. W wątrobie, nerkach i mięśni sercowym zmiany tłuszczowe.

Sekretarz: Dr. W. M i l l e r.

Kwiecień 1935 r.

Z Oddziału Wewnętrznego A. (Ordynator: Dr. Leon S z y f m a n).

1. Kol. P o z n a ń s k i przedstawia *przypadek prawostronnej frenikoekshairezy z uszkodzeniem kręzenia*.

U chorej J. A., lat 30 (L. ks. szpit. 1133) stwierdzono obok nieznacznych zmian w środkowym polu lewym rozległe wytwórcze - wysiękowe zmiany w górnym i środkowym polu płuca prawego z jamą w okolicy przywnekowej wielkości śliwki. Stosowanie odmy utrudnione z powodu wzrostu opłucny. Wyrwanie nerwu przeponowego, które dało znakomity efekt w postaci znacznego uniesienia przepony z następczym zniknięciem jamy, w kilka godzin po zabiegu powoduje duszność w połączeniu z sinicą i przyspieszeniem tętna, które łagodzi jedynie podawanie tlenu. Naparstnica nie wpływa na zmniejszenie duszności. Po 3-ch miesiącach chora umiera, wykazując w ciągu ostatnich dni rytm cwałowy. EKG, wykonany po wyrwaniu nerwu, wykazał obecność zmian mięśniowych. Stąd wniosek, by w każdym przypadku, kwalifikowanym do wyrwania nerwu przeponowego, tam, gdzie to jest możliwe, wykonywać EKG i w razie stwierdzenia zmian w mięśni sercowym zaniechać stosowania tego zabiegu.

2. Kol. W a r h a f t i kol. Ż a d z i e w i c z przedstawia *przypadek obustronnej gruźlicy płuc o charakterze przeważnie włóknistym, powikłanej gruźlicą nosa i krtani*.

Chory S. J., (L. k. szpit. 1171).

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na dodatni efekt leczniczy sprawy swoistej w krtani i nosie po zastosowaniu naświetlań zimną lampą kwarcową.

Z Oddziału Wewnętrznego B. (Ordynator: Dr. Henryk K r y s z e k).

1. Kol. W o ł o ż y ń s k a przedstawia *przypadek spondylarthritisa na tle gośćcowym*.

Chory K. Ch. (L. k. szpit. 1070), lat 35. Bóle w okolicy stawów łędźwiowych od kilku miesięcy; w ciągu ostatnich tygodni nasilenie objawów bólowych. Ruchy bierne i czynne znacznie ograniczone. Podczas chodzenia zachowuje lordozę, chód kołyszący. W obrazie rentgenowskim brak zmian. OB — 15' — 20'. Po leczeniu piramidonem i wstrzykiwaniami własnej krwi znaczna poprawa.

Różniczkowo wchodziły w rachubę: *spondylitis tbc., spondylarthrosis*, choroba S t r ü m p e l l - B e c h t e r e w a i schorzenie na tle gośćcowym. Badanie EKG wykazało przedłużenie przewodnictwa (PR = 0,22). W danym przypadku przedłużenie przewodnictwa, patognomiczne dla gościa, ustaliło rozpoznanie w kierunku gośćcowym.

2. Kol. R o s e n b e r g i kol. M a z u r przedstawiają

przypadek przejściowego porażenia nerwu zwrotnego w przebiegu wady zastawkowej serca.

Chora S. G., lat 24 (L. k. szpit. 922). Od 5 lat stwierdzone zwięźnienie i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Od 2 miesięcy, równocześnie z pogorszeniem się stanu serca wystąpiła chrypka. U chorej stwierdza się duże mitralnie konfigurowane serce ze znacznym powiększeniem przedsionków. EKG wykazuje migotło-trzepotanie. Badanie laryngoskopowe wykazuje porażenie lewego nerwu zwrotnego. Po zastosowaniu leczenia naparstnicą chrypka ustąpiła. Istnieje prawdopodobieństwo zależności chrypki od ucisku rozszerzonej tętnicy płucnej na nerw zwrotny.

3. Kol. F a j w l e w i c z przedstawia przypadek choroby Gaucher.

Chora lat 32 (M. I., L. k. szpit. 1083) we wczesnym dzieciństwie przechodziła chorobę gorączkową z osutką skórną; w 11 roku gościec stawowy o szczególnie nasileniu w lewym stawie barkowym. Obecnie cierpienie datuje się od 6-ciu lat i objawia się złem samopoczuciem, postępującym wyniszczeniem i osłabieniem. Rozpoznanie choroby G a u c h e r ustalono w naszym szpitalu w r. 1932 na podstawie ambulatoryjnego wyniku badania punktatu szpikowego i śledzionowego, w którym stwierdzono typowe komórki G a u c h e r (kol. K o c e n). W ciągu ostatnich kilku lat wielokrotnie pobyt w szpitalu. Obecnie stwierdzono: wątrobę i śledzionę gładkie, twarde, niebolesne, sięgające dolnym brzegiem poniżej poziomu pępka. W sercu niestale nadskurcze. Częste krwawienia z dziąseł i nosa. Pigmentacje na twarzy. Na skórze dolnych kończyn rozległa pyodermia z objawami wtórnej melanozy. OB—36. WaR we krwi ujemny. W moczu zwiększony urobilinogen. We krwi — leukopenia (2000 b. c.); czas krwawienia 3', krzepliwości 4,5 min.; mocznika 42; ksantoproteiny 28; cholesteroliny 90; wapnia 9,0 mgr%; bilirubiny 0,3; po galaktozie brak jej w moczu. Próba Kongo — stosunek stężenia barwnika we krwi po 4' i 60' wynosi 2,25 (4,5 : 2,0). Krzywa glikemiczna po próbie Kongo wykazuje nieznaczny spadek. Postępująca poprawa podmiotowa po parenteralnym i doustnym stosowaniu preparatów wątrobowych.

4. Kol. K r y s z e k przedstawia przypadek dławicy piersiowej na tle reumatycznym.

Chory M. K. (L. k. szpit. 1053), lat 24, przed 10-ciu laty przebył gościec stawowy. Przed 4-ma laty stwierdzono wrzód dwunastnicy. Od marca 1933 r. napadowe bóle o charakterze stenokardjalnym z promieniowaniem w okolicę lewego barku i lewej ręki. Podczas jednego z napadów bólowych w szpitalu stwierdzono skok parcia krwi ze 150 do 210 — 220 mm. słupa rtęci. Od 2-ch lat wie o wadzie serca. Objawy zwięźnienia zastawki dwudzielnej i niedomykalności zastawek tętnicy głównej z dominowaniem tych ostatnich. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi ujemny. Szybkość opadania — długa. Objaw S c h m i d t a dodatni. Tętno na tętnicy promieniowej chybkie. Parcie krwi max. 150, min. 40 mm Hg. Ze względu na wywiady goścące, młody wiek, dwuletnie trwanie napadów bólowych, nie ustępujących po zastrzyknięciach euphyliny, przypadek traktować należy, jako dławicę piersiową na tle gościcem. Przewidziane w celach leczniczych znieczulenie przykręgowé i leczenie piramidonem.

5. Kol. F a j w l e w i c z przedstawia przypadek obrzęków poaurosanowych.

Chora F. Sz. (L. k. szpit. 1055), lat 17, przybyła na oddział szpitalny z rozpoznaniem zapalenia pęcherzyka żółciowego. Przed trzema laty apendektomia, poczem długi okres bezobjawowy. W szpitalu stwierdzono objawy przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Szybkie OB (20.) nakazywa-

ło szukać innych zmian chorobowych. Stwierdzono klinicznie i rentgenologicznie zmiany włóknisto - wysiękowe w płucu lewym. K o c h +. W moczu niezwiększony urobilinogen. Hypaciditas treści żołądkowej. W obrazie krwi mierna leukocytoza (13.750) z nieznacznym przesunięciem wlewo, przy 5.200.000 ciałek czerwonych, 60% hemoglobiny. Odma napotyka trudności z powodu zrostów. Chora nie zgadza się na irenikoeskizację, wobec czego zastosowano aurosana w dawkach kolejnych: 2 razy po 0,05, potem 2 razy po 0,1, raz 0,2, wreszcie 0,25, stale w odstępach tygodniowych przy stałej kontroli moczu, zachowania się ciepłoty, wagi, zmian fizykalnych w schorzałym odcinku płuca i objawu opaskowego. Po ostatniej dawce aurosana obrzęki kończyn dolnych przy wydołnem sercu i braku zmian nerkowych i niezwiększonym urobilinogenem. Wobec jednoczesnego wystąpienia dodatkowego objawu opaskowego i upośledzenia gospodarki wodnej — traktowano obrzęki, jako powikłanie poaurosanowe. Przemawia za tem również zmniejszenie się leukocytozy do 5.500 (toksyczne zadziaływanie aurosana na czynność krwiotwórczą szpiku) i spadek liczby ciałek czerwonych do 3.400.000. Po odstawieniu aurosana obrzęki w ciągu kilku dni ustąpiły.

Sekretarz: Dr. H. H a l p e r n - W i e l i c z a ŋ s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Styryjskich w Gracu z dnia 26 października 1934 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 31/1935) E. L o r e n z pokazywał przypadek choroby Schneller-Christiana. Dwuletnia dziewczynka przybyła na klinikę spowodu istniejącego od około 5 miesięcy, a nie poddającego się zupełnie dotychczasowemu leczeniu guza w okolicy lewej kości czołowej, który wystąpił w związku z urazem czaszki. W ostatnich czasach nastąpiło silne wychudnięcie, zjawiała się bledosc, dziecko straciło łaknienie. Przy przyjęciu stwierdzono bardzo znaczny obrzęk twarzy, tułowia i kończyn, bledosc (silna niedokrewnosc), powiększenie gruczołów chłonnych po obu stronach szyi. Na skórze głowy, dalej na piersiach i brzuchu znajdowały się liczne żółtawo-brązowe wyniosłe guzki wielkości mniej więcej lebka od szpilki (małe kępki żółte). Obok nich, zwłaszcza na głowie, stwierdzono obficie strupki i luski. Prawa galka oczna była wyraźnie wypchnięta (protrusio bulbi), lewa odepchnięta ku dołowi przez guzowate masy na lewej kości czołowej. Stwierdzało się zapalenie błony śluzowej jamy ustnej z rozchwianiem większości zębów i następem wypadnięciem pierwszego prawego zęba trzonowego mlecznego. Wątroba i śledziona były twarde, przekraczały łuk żebrowy o cztery, względnie trzy poprzeczne palce, nie były bolesne. Badanie kliniczne i rentgenowskie układu kostnego wykazało istnienie licznych ubytków czaszkowych wielkości od ziarna soczewicy do dłoni dziecięcej, przedewszystkiem w zakresie kości czołowej i ciemieniowej. Poza tem istniały liczne ubytki kostne do wielkości szylingów w kości biodrowej (w jej tale-rzu), w kościach piszczelowych i kości udowej, tutaj z jednocześnie silnym zgrubieniem okostny i okostnowym nowotworzeniem kości. Obraz chorobowy należało uważać za typową chorobę Schueller-Christiana. Poziom cholesteroliny we krwi wahał się od 200 do 300 mgr. %, był więc znacznie zwiększony. Próbné wycięcie szczytnego gruczołu chłonnego (zbadanego w Zakładzie Anatomo-Patologicznym w Gracu) nie dało dotąd pewnych danych co do ziarnicy lipidowej (xanthomatosis). Bardzo znaczne zmiany układu kostnego kształtują w tym przypadku rokowanie bardziej niż wątpliwe. W leczeniu obok środków ogólnych (djęty wzmacniające, kuracji arsenowych), próbować należy naświetlań szkieletu promieniami R o e n t g e n a.

Krytyka lekarska

Geneza i istota idei wszechświatowego języka lekarskiego*)

Wobec niezwykle bujnego ustawicznego wzrastania zasięgu współczesnej myśli lekarskiej, kwestja

*) Część materiału do niniejszego artykułu zawdzięczam uprzejmości PP. dra Corret (Paris), prof. Vanverts (Lille) oraz prof. Uniw. Cesarskiego w Tokio N i s h i.

wszechświatowego języka medycznego staje się z dnia na dzień bardziej aktualna.

W samym Z. S. S. R. ukazuje się rocznie powyżej 11.000 dzieł i artykułów lekarskich, zamieszczanych w 230-u pismach¹⁾.

Niemniej potężny jest rozwój medycyny japońskiej. Świetna organizacja zakładów eksperymental-

¹⁾ Nauczna Litieratura S. S. S. R. 1928 (1931).

nych (Instyt. Bad. Raka w Tokio i inn.) sprzyja intensywniej pracy naukowej.

Liczba czasopism japońskich przekracza 200.

Jednocześnie wzrasta też udział Polski, Czechosłowacji i innych młodych państw we współczesnym życiu umysłowym. W wyniku: literatura lekarska samej Europy jest 25-języczna, wobec czego przeważna jej część nie jest dostępna dla większości badaczy.

Nic więc dziwnego, że np. wydana przez G a r r i s o n a w r. 1933 w Baltimore bibliografia historii medycyny nie zawiera żadnej pozycji polskiej, a jedną tylko rosyjską, pomimo, że dorobek historiograficzny tych języków jest dość pokaźny²⁾.

Prof. I. T u r podaje, że był zmuszony cały miesiąc stracić na zrozumienie cennej rozprawki holenderskiej³⁾! Ale i takie uciążliwe przewyżnianie trudności językowych ze słownikiem i gramatyką w ręku możliwe jest tylko przy ś w i a d o m e m opracowywaniu źródeł. Istotna jednak twórczość naukowa, jak to znakomicie przedstawia H. P o i n c a r é w „Nauce i metodzie“⁴⁾, często nie jest świadoma. Przypadkowo przeczytana praca, nie mająca pozornie nic wspólnego z zagadnieniem, interesującym badacza, zapładnia jego myśli i nagle w chwili odpoczynku na skałach nadbrzeżnych lub wśród huku ulicy, olśniewa go rozwiązanie zagadnienia, które jest wynikiem skojarzenia pozornie odległych idei.

Tej właśnie zdolności zapładniania są niemal pozbawione prace, ogłaszane w językach mało rozpowszechnionych. Im dalej sięgają myśli twórcze — niby nasiona, rozsiane wiatrem — tem prędzej mogą trafić na podatny grunt, poza którym wszelkie kiełkowanie, nawet płodnych idei ustaje.

„La clinique“⁵⁾ podaje, że stosowanie preparatów wątroby w anemii B i e r m e r a, za które M i n o t o w i przyznano w r. 1934 nagrodę N o b l a, było już znacznie wcześniej gorąco zalecane przez prof. Alfonso P i r e r a z Neapolu (Il Tommasi, 26—30. IX. 1912). Gdyby praca jego mogła trafić do szerszych kół uczonych zagranicznych, nieznanego włoskiego, dalsze spostrzeżenia przyspieszyłyby może rozpowszechnienie tej cennej metody leczniczej. Tak samo pozostała niezauważona polska praca dra P e c h k r a n c a, który jeszcze przed F r ö h l i c h e m opisał zespół dystrofji tłuszczowo-płciowej.

O tłumaczeniu, a nawet podawaniu w wydawnictwach centralnych i czasopismach streszczeń w s z y s t k i c h prac, zawierających pewne myśli twórcze, nie może być mowy, trudno bowiem przewidzieć, jakie, na razie drobne na przód, fakty staną się w przyszłości podstawą do nader rozległych uogólnień. „Toute l'histoire de l'univers est écrite sur les ailes d'une mouche...“ (A. G i a r d). Kiedy d e K r u i f w r. 1930 wziął do rąk w Bibl. Nowojorskiej Akad. Lek. ogłoszoną przed 43 laty pracę W a g n e r a - J a u r e g g a, która się stała podwaliną heterobakterjoterapii, kartki tej niezwykłej książki były nawet nierozcięte („Walka nauki ze śmiercią“)...

Trudności językowe wzmagają się jeszcze bardziej na zjazdach lekarskich, zwłaszcza, jeśli chodzi o bezpośredni kontakt przedstawicieli różnych narodo-

wości, pracujących w tej samej dziedzinie (rozmowy pozazjazdowe i t. d.).

Rzecz medycyny stawia lekarzowi coraz większe wymagania lingwistyczne, którym jednak trudno sprostać ze względu na ciągle rozszerzanie się zakresu studiów lekarskich w innym zgoła kierunku. W lepszych collegeach St. Zj. przedłużono już ostatnio wstępne studia przyrodnicze do 4-let. We Francji projektowano nawet wprowadzenie do P. C. N. kursu matematyki, opanowującej coraz bardziej biologię (H. R o g e r). Niejednokrotnie też podnoszono potrzebę pogłębienia wykształcenia humanistycznego (nie lingwistycznego!). E. R o u x skarżył się, że nowi, nawet niewątpliwie utalentowani pracownicy Instytutu P a s t e u r a nie umieją zredagować artykułu naukowego, że brak im poczucia kompozycji⁶⁾.

Prof. A. E. H o c h e w artykule p. t. „Die zunehmende Unbildung der Mediziner“⁷⁾ przytacza następujące zdania, pochodzące z poważnych czasopism niemieckich: „Die Dauer der Krankheit beträgt 10—30 Jahre u. endet... mit „Exitus letalis“, „per os und per subkutan“ i t. d.

W przygotowawczych studiach lekarskich niema zatem miejsca na opanowanie kilku języków obcych, których doniosłość dla kształtowania umysłu przyszłego lekarza jest zresztą conajmniej wątpliwa. Jak pisze wybitny lingwista A. M e i l l e t⁸⁾, „Au fur et à mesure que la civilisation devient plus une, les langues sont conduites à exprimer par des procédés matériels différents, mais parallèles de choses qui sont le mêmes (s. 2). „On n'a pas enrichi le trésor intellectuel de l'humanité, on a multiplié des manières banales de dire les mêmes choses“ (s. 241).

Rozważania powyższe prowadzą niechybnie do wniosku, że jedynym wyjściem z wytworzonej sytuacji byłoby przyjęcie przez świat lekarski języka powszechnego.

Oddawna są czynione próby przywrócenia tej godności łacinie. Ideę jej odrodzenia krzewi wychodzące w Brooklinie „Auxilium Latinum“. Zaś monachijska „Societas Latina“ propaguje jej stosowanie na kongresach międzynarodowych, w literaturze naukowej, nawet w radjo...⁹⁾. W kołach lekarzy francuskich M i c h a u t propaguje łacinę uproszczoną („Romanal“).

Ruch ten jednak napotyka potężny opór ze względu na niezmierną trudność łaciny, związaną z jej nieregularną budową, obfitością homonimów (Ave, ave, avesne esse aves? — Witaj, dziadku, czy zyczysz sobie ptaszków) i słów o sprzecznych nieraz znaczeniach (invocatus — powołany, niepowołany; formidolosus — bojaźliwy, straszny), przedewszystkiem zaś wskutek braku wyrazów łacińskich na określenie wszystkich pojęć nowoczesnych¹⁰⁾.

Zwolennicy łaciny klasycznej usiłują ominąć trudności, związane z brakami słownika, przez żmudne opisywanie. Frak więc nazywają „vestis caudata“, zaś francuskiego ministra oświaty: „qui hodie adolescentibus erudiendi publice in Gallia praeest...“

⁶⁾ Pol. Gaz. Lek. 1934, nr. 16.

⁷⁾ D. med. W. 1930, nr. 14.

⁸⁾ „Les langues dans l'Europe nouvelle“, Paris, 1928.

⁹⁾ Latein als Hilfssprache der Weltmedizin“, M. med. W. 1932, s. 1018.

¹⁰⁾ V a n v e r t s. „Pouvons nous choisir le latin comme langue internationale“, Pr. méd. 25 septembre 1929, nr. 77.

²⁾ Wł. Szumowski, Pol. Gaz. Lek. 1934, nr. 20.

³⁾ „Nauka i uczone“, 1917, s. 130.

⁴⁾ Przekładu polsk. s. 35.

⁵⁾ maj, 1929. Cyt. wg. Internacia Med. Rev. 1929, nr. 4.

Przystosowanie łaciny do potrzeb współczesnej nauki wymaga radykalnych reform. Któż tej olbrzymiej pracy dokona? Czyż filolodzy, staczający krwawe boje o drobne szczegóły ortograficzne, na wzór liliputów Gullivera, walczących nieustannie wskutek rozbieżności poglądów na to, przy którym biegunie należy rozbić skorupę jaja?

Nie jest również rzeczą obojętną, że młodzieży współczesnej (nawet poza Z. S. S. R., Japonją, Chinami i t. d.) brak sentymentu dla łaciny.

Zresztą, łacina jako język międzynarodowy — to powrót do średniowiecza; przeciw takiemu językowi wystąpiłaby przewidywana przez Komenskiego „*latina pauperorum*” — język międz. mas, żądających dostępu do kultury¹¹⁾.

Nawet najpoważniejszy argument, przemawiający za łaciną, a mianowicie, powszechne używanie łacińskiej terminologii lekarskiej, jest chwiejny. Terminologia ta nie jest jednolita (np. „*Ferrum sulfuricum oxydulatum crystallisatum*” w Polsce, Niemczech i t. d. odpowiada *Sulfas ferrosus crystallisatus* w St. Zjedn. lub Anglii). Zresztą, nie posiada ona niemal nic wspólnego z łaciną klasyczną; tworzą ją nie filolodzy, lecz lekarze, a nawet aptekarze i fabrykanci, którzy Cicerona nie czytali (tak powstała nazwa preparatu „*antipyrinum salicylicum*” i mnóstwo innych).

Niemniej nierealne są wszelkie próby umiędzynarodowienia jednego z języków współczesnych. Zawsze godzą one w czyjąś ambicję językową (której dobitnym wyrazem jest np. podwójny tekst oficjalny traktatu wersalskiego).

Ponadto każdy język współczesny nastrocza zbyt dużo trudności gramatycznych, ortograficznych i fonetycznych (san, sand, sang, sangs, sans, sant, saens, sam, sen, sent, sens, sem, scen, cen, cent, cents, cens — brzmią w jęz. franc. niemal jednakowo...).

Pozostaje do rozważania jedna jeszcze możliwość, mianowicie, przyjęcie neutralnego języka sztucznego, pozbawionego wszelkich pokładów, nawarstwionych w ciągu stuleci, garbów i zakamarków języków naturalnych. Ideę używania języka sztucznego w medycynie krzewi założony w r. 1907, Wszechświatowy Związek Lekarzy Esperantystów (T. E. K. A.), którego organem jest „*Internacia Medicina Revuo*” (Uccle - Bruxelles).

¹¹⁾ „Wiadomości Literackie” 1930, nr. 10.

Praca nad esp. terminologią lekarską datuje się od chwili wydania przez C. Boucharda „*Anatomia Vortaro*” (Paris, Hachette, 1906). Pionierami ruchu esp. byli: Broca, Richet, Calmette, Roux, Vierordt, Bujwid, Wrzosek, Pirquet.

Richet w dziele „*L'âge d'or et l'âge de l'or*” zalicza Esperanto do czynników, mających „wiek złoty” w „złoty wiek” przemienić.

Jednakże i ten ruch nie jest pozbawiony przeciwników. Wielu dopatruje się w języku pewnego elementu życia (żołnierze franc. opowiadali, że zima r. 1812 była tak surowa, iż słowa zamarzały... wobec czego rozmowy były utrudnione), uważa, że nie można go stworzyć sztucznie, taksamo, jak nie można otrzymać syntetycznych drzewa, ani istoty żywej.

Istotnie, nie potrafimy np. stworzyć konia, fabrykujemy jednak miliony przewyższających go w wielu okolicznościach samochodów. (L. Pfaunder).

Ludzie, ubolewający nad monotonią (brakiem wyjątków?) języka sztucznego, przypominają owego chłopczyka szwajcarskiego, który z litości rozplakał się, gdy ujrzał w swej wiosce człowieka obcego bez wola.

Poważniejsza krytyka języka Esperanto, zawarta w dziele zbiorowym „*Weltsprache und Wissenschaft*”¹²⁾ opiera się na przesłankach, przeważnie wyteoretyzowanych; pewne zaś istotne, drobne zresztą, niedokładności, podkreślone przez O. Jespersena, dadzą się niewątpliwie stopniowo usunąć.

Bądźco bądź, Esperanto wykazało już w praktyce (na zjazdach, w piśmiennictwie) wszystkie zalety, wymagane od języka nauki. Jego precyzyjna budowa sprzyja wyrobieniu najistotniejszych dla adepta nauk ścisłych właściwości umysłu¹³⁾.

Z językiem powszechnym medycyny wiąże się mnóstwo zagadnień ogólnych, których wyświetlenia można się spodziewać wyłącznie od nieustannego stosowania jednej z jego postaci w praktyce. Każdy ujawniony przytem błąd staje się punktem wyjścia nowych udoskonaleń. Esperanto jest właśnie wcieleniem kinetycznej idei języka międzynarodowego. Chociażby dlatego zasługuje na uwagę.

Emanuel Epsztajn (Wilno).

¹²⁾ Jena, 1913 (Wyd. II).

¹³⁾ Podniósł to jeszcze Broca w liście do dra Corret, ogłoszonym w „*Utilité et possibilité de l'adoption d'une langue internationale auxiliaire en médecine*” (P. Corret), Paris, 1908.

Przegląd terapeutyczny

W sprawie leczenia przewlekłych schorzeń stawów zapomocą nieswoistej terapii bodźcowej.

Podał

Dr. Maksymiljan JURIM (Lwów).

Przewlekłe schorzenia stawów, tak bardzo rozpowszechnione, stanowią duży odsetek przypadków, leczonych przez każdego chirurga. Cierpienia te oddziaływały nieraz bardzo słabo na rozmaite sposoby leczenia lub zgola są odporne leczeniu i stawiają chirurga przed zadaniem trudnym i przykrem. Dlatego uważam za usprawiedliwione podzielenie się wynikami leczniczymi, jakie uzyskałem na 18 pacjentach, których miałem ostatnio sposobność leczyć bądź to w praktyce prywatnej,

bądź też w Ambulatorjum Chirurgicznem Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie (Prymarjusz Dr. Ryszard Rodziński), Yochinol-Caseiną, produkowaną w kraju przez fabrykę Kławe.

Przed przeszło ćwierć wiekiem wprowadził Bier terapię bodźcową w leczeniu przewlekłych schorzeń stawów i tem samem rozpoczął nową erę w tej dziedzinie. Przez wstrzyknięcie ciała białkowego pozajelitowo wywołuje się podwyższoną ciepłotę i zapalenie, które to czynniki działają leczniczo. Przytem leczenie to opiera się na prawie Arndta i Schulza, mianowicie, że podniety słabe pobudzają czynności życiowe, średnie wzmagają je, a bardzo silne je znoszą. Odróżnia się od czyn miejscowy, t. j. w miejscu wstrzyknięcia, ognisko-

wy, czyli w miejscu chorem, i ogólny, przejawiający się między innymi podwyższoną ciepłotą. Należy podawać dawki małe, takie, które przy wyraźnym odczynie ogniskowym dają nieznaczny odczyn ogólny, i dawki te stanowią *optimum* (Schwellenreiztherapie, t. j. dawki, dające próg działania). W sprawach ostrych wskazane są małe dawki, w przewlekłych większe. Ciała te niekoniecznie muszą być białkowe w prawdziwym tego słowa znaczeniu, mogą to być ciała chemiczne, mniej lub więcej złożone, jak siarka, jod, terpentyna, yatren i t. d. W połączeniu z ciałem białkowym można tylko spotęgować korzystne działanie każdego z tych ciał.

Inaczej tłumaczą istotę działania leczniczego ciał białkowych Weichardt i Schittenhelm. Uważają oni ją za aktywowanie plazmy. Wszystkie komórki (i narządy) ustroju, posiadającego jeszcze pewne siły obronne, oddziałują na podanie pozajelitowe białka, zwiększając swoją czynność. Nie tworzą się wówczas żadne nowe ciała w ustroju, lecz zwiększa się siła obronna ustroju. Zmiany, powstające pod wpływem leczenia bodźcowego, nie są więc jakościowe, lecz ilościowe. Małe dawki działają lepiej, gdyż wielkie wyczerpują szybko siłę obronną ustroju.

Stosowałem dawniej w leczeniu spraw przewlekłych stawów zastrzykiwania wyjałowionego mleka, ostatnio używałem preparatów złożonych, mianowicie Yochinol-Caseiny. Preparat ten jest roztworem 2,5% (słaby) wzgl. 5% (mocny) kazeiny w 3% roztworze soli sodowej kwasu jodoksychinolinowo-siarkowego.

Leczyłem powyższym preparatem 18 przypadków podostrych i przewlekłych schorzeń stawów. Przypadki te chcę podzielić na dwie grupy. W pierwszej stosowałem leczenie kombinowane, jak leczenie bodźcowe w połączeniu z zastrzykiwaniami Atophanylu lub Arthrosanu, szczepienie Cutivaccyną oraz leczenie fizykalne. Do drugiej grupy zaliczam przypadki, leczone wyłącznie Yochinol-Caseiną.

Przytoczę kilka historyj chorób:

Grupa pierwsza:

Przyp. 1) Kobieta starsza. Od dłuższego czasu chodzi gorzej, męczy się i odczuwa ból w kolanie lewym. Od kilku dni bardzo znaczne pogorszenie, tak, że musi pozostać w łóżku. Podczas badania stwierdziłem: Ustawienie szpotawe kolana lewego, obrzęk i silna bolesność przy dotyku i próbie ruchów biernych. Ruchy czynne niemożliwe. Zdjęcie rentgenowskie: Kłykie kości udowej i goleniowej lewej spłaszczone. Brzęgi ich nierówne z licznymi, drobnymi wyniosłościami. Podobne wyniosłości widoczne są na wewnętrznej powierzchni rzepki. Na tylnej powierzchni kłykcia przysiadkowego w miejscu przyczepu ścięgien mięśniowych łukowaty płaski nalot. Szpara stawowa zwężona, zwłaszcza w części obwodowej. Z powodu silnej bolesności zastosowałem z początku 12 zastrzyknięć domięśniowych Atophanylu, co drugi dzień. Nieznaczna poprawa. Następnie 12 zastrzyknięć Yochinol-Caseiny à 1 cc., 6 słabych i 6 mocnych, co drugi dzień. Po każdym zastrzyknięciu łagodny odczyn ogniskowy, poczem zawsze poprawa. Po czterech tygodniach chora zaczęła chodzić. Później otrzymała jeszcze 6 szczepień Cutivaccyną.

Obecnie stan chorej tak dalece się poprawił, że na letnisku robiła wycieczki po kilka kilometrów pieszo.

Przyp. 2) Przed 4 laty leczony przeze mnie z powodu silnej bolesności stawu barkowego prawego. Ruchy były wówczas silnie bolesne i ograniczone, zwłaszcza skracanie i odwodzenie ramienia. Zdjęcie rentgenowskie wykazało odwapnienie w okolicy tub. maius oraz dziobowate wyciągnięcia tegoż, odpowiadające zmianom zniekształcającym stawu barkowego. Leczyłem pacjenta zastrzykiwaniami Atophanylu oraz

środkami fizykalnymi, jak kąpiele elektryczne, djatermja, przez cztery tygodnie szyną odwodzącą, poczem masażami. Z początku nieznaczna poprawa. Następnie 12 zastrzyknięć Yochinol-Caseiny. Poprawa 1/2 roku od rozpoczęcia leczenia.

Ten sam pacjent zgłosił się do mnie w jesieni ub. roku z podobnymi zmianami po stronie lewej. Tym razem nie zastosowałem leczenia fizykalnego, lecz naprzemian Arthrosanu i Yochinol-Caseina. Ogółem tego ostatniego preparatu otrzymał 18 zastrzyknięć, 6 słabych i 12 mocnych, od 1/2 cc. do 1 cc. Po 12 zastrzyknięciach Yochinol-Caseiny bardzo znaczna poprawa, poczem po dalszych 6 zastrzyknięciach zniknięcie bólów.

Grupa druga.

Przyp. 3) Córka pacjentki, wymienionej jako przypadek 1. Od kilku miesięcy obrzmienie kolan i ból podczas chodzenia. Przedmiotowo. Zatarcie zarysów obydwu stawów kolanowych, lekki przykurcz w obydwu stawach. Ograniczona bolesność na dotyk, bolesność przy ruchach. Zdjęcie rentgenowskie: Str. prawa: Drobną ubytek w konturze kości goleniowej. Str. lewa: Na końcu stawowym kości udowej oraz goleniowej ubytki kostne (bujanie torebki stawowej). Leczona wyłącznie Yochinol-Caseiną. Ogółem 24 zastrzyknięć od 0,2 cc słabej do 1 cc mocnej. Po każdym zastrzyknięciu bardzo łagodna reakcja. Przykurcze ustąpiły zupełnie, obrzęk bardzo znacznie. Pacjentka brała udział w wycieczkach pieszych wraz ze swoją matką.

Przyp. 4) Od kilku tygodni silne bóle w obydwu kolanach, utrudniające chodzenie w wysokim stopniu chodzenie oraz pracę zawodową (jest krawcową i szyje na nożnej maszynie do szycia). Przedmiotowo trzaski i tarcia w obydwu stawach kolanowych. Leczenie Yochinol-Caseiną. Ogółem 12 zastrzyknięć, 6 słabych i 6 mocnych, po 1 cc, 2 razy w tygodniu. Po każdym zastrzyknięciu łagodny odczyn ogniskowy, poczem wybitna poprawa. Po 3 zastrzykiwaniach bóle znikły zupełnie, po 6-ciu bardzo dobrze chodzi i bez bólów. Po następnych 6-ciu zastrzykiwaniach Yochinol-Caseiny mocnej; nie miewa żadnych dolegliwości, szyje i chodzi jak dawniej.

Przyp. 5) Od pewnego czasu bóle w obu kolanach. Nie może z tego powodu spać. Przedmiotowo bóle przy ruchach i trzeszczenia. Lekki przykurcz obydwu stawów kolanowych. 6 zastrzyknięć po 1 cc Yochinol-Caseiny słabej oraz 6 mocnej. Po każdym zastrzyknięciu mierny odczyn ogniskowy. Po 4 zastrzykiwaniach tak znaczna poprawa, że pacjentka przychodzi do leczenia pieszo ze wsi, oddalonej kilka kilometrów.

Stosowałem zazwyczaj dawki małe, od 0,2 cc Yochinol-Caseiny słabej, dochodząc stopniowo do 1 cc mocnej. Nigdy na pierwszy raz nie stosowałem więcej, niż 1 cc. słabej, nigdy zaś nie przekraczałem dawki 2 cc. Yochinol-Caseiny mocnej. Odczyny po tych dawkach były łagodne, ale wyraźne. Po wygaśnięciu odczynu zazwyczaj poprawa. Zastrzykiwania powtarzałem 2 — 3 razy w tygodniu. Wyniki zestawilem w następującej tabelce:

wynik	h. dobry	dobry	bez zmiany
st. bark.	4	4	2
st. kol.n.	5	—	—
wielostaw.	1	1	1

Na podstawie tych wyników doszedłem do następujących wniosków:

1. Terapia bodźcowa nieswoista jest ważnym czynnikiem w leczeniu podostrych i przewlekłych schorzeń stawów.
2. Małe dawki działają korzystniej od dużych.
3. Schorzenia ostre oddziałują najgorzej, podostre lepiej, a najkorzystniej przewlekłe.
4. Schorzenia wielostawowe oddziałują gorzej

od schorzeń jednostawowych, wzgl. umiejscowionych w dwóch analogicznych stawach.

5. Schorzenia stawów kolanowych oddziałują lepiej od innych np. od barkowych.

6. W preparacie Yochinol-Casein K l a w e mamy doskonały środek do leczenia bodźcowego nieswoistego schorzeń stawów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Odżywianie i zdrowie publiczne.

(C. d. — patrz Nr. 35).

Standardy fizyczne.

Ocena stanu odżywiania jest bardzo trudna. Samo pojęcie „stan odżywiania” jest różnorodnie pojmowane. Sir George Newman pojmuje pod tem określeniem „dobre samopoczucie i dokładne funkcjonowanie całości organizmu”. Niemieccy autorzy wyrazem Ernährungszustand określają stan powłoki mięśniowej, co praktycznie sprowadza się do oceny tuszy. Wielu autorów angielskich i amerykańskich daje też samo wąskie znaczenie pojęciu State of nutrition. Przy badaniu w szkole zwykle określamy aktualny stan odżywiania, tymczasem trzeba by uwzględnić i przeszłe stany, wpływające na obecny.

Ocena może być w stosunku przeciętnej i do optymalnej. Oceniać można: a) w stosunku do ustalonych standardów, b) opierając się na obrazie klinicznym, c) opierając się na testach klinicznych, bardziej dokładnych i zmierzających do stwierdzenia wydajności fizjologicznej i do wynalezienia śladów niedożywiania w przeszłości.

Wzrost jest stałym wskaźnikiem stanu odżywiania, według niektórych autorów jest to cecha dziedziczna, choć trudno przypuścić, żeby długotrwałe wadliwe odżywianie nie odbiło się na wzroście. To samo dotyczy wagi. Tempo i regularność wzrostu, wzięte za dłuższy okres czasu, mają większe znaczenie. Porównywanie stanu zdrowia jednostki na podstawie wzrostu i wagi w stosunku do standardu może dać wrażenie błędne, można jednak porównywać na tych podstawach dwie grupy dzieci tej samej rasy i pochodzenia.

Stosunek wagi do wzrostu, niekiedy z uwzględnieniem wieku, jest szeroko stosowany. W Ameryce dzieci, będące 10%, a niekiedy 7% poniżej przyjętych standardów, są traktowane jako źle odżywiane.

Stosowane wskaźniki odżywiania:

$$\text{Quetelet: } \frac{\text{waga}}{\text{wzrost}^3} \text{ albo } \frac{\text{waga}}{\text{wzrost}^{2,5}} = N$$

$$\text{Livi (index ponderalis): } 10 \times \frac{\text{waga w gr.}}{\text{wzrost w ctm.}^3} = N$$

$$\text{Pignet (współczynnik siły):} \\ \frac{\text{wzrost} - (\text{obwód klatki piersiowej w ctm.} + \text{wzrost w ctm.})}{3} = N$$

$$\text{Pirquet (pelidisi):} \\ \frac{\sqrt[3]{\text{waga} \times 10 \text{ (w grm.)}}}{\text{wysokość w poz. siedz. (w ctm.)}} = N$$

Badanie kliniczne mogłoby dać duże wyniki, gdyby nie było tak wielkich różnic pomiędzy badaczami. W Anglii, gdzie ocenia się dzieci szkolne głównie na podstawie badań klinicznych, widzimy takie różnice: Miasto Bootle wykazuje 12 razy więcej dzieci niedożywianych niż Liverpool, choć jest jego integralną częścią. Leed i Wigan, mające oba ludność robotniczą, wykazują 31 i 9 na 1000 dzieci źle odżywianych, a Twickenham, pomimo zamożności, 10 na 1000. Metoda Pirquet'a „sacratama” opiera się na kolorze skóry, podkładzie tłuszczowym, ilości płynów w tkankach i stanie mięśni. W Ameryce stosuje się metodę Franzena ACH (arm-chest-hip). Testy fizjologiczne, jak ciśnienie krwi w stosunku do tętna, zmęczenie także nie dały najlepszych wyników. Być może, iż niektóre objawy awitaminozy (A, C) mogłyby służyć za wskaźniki, gdyż zjawiają się stosunkowo wcześnie. W obecnych warunkach najlepiej jest łączyć badania antropometryczne z klinicznymi i fizjologicznymi.

Aprowizacja.

Rodzaj odżywiania zależy w dużym stopniu od położenia geograficznego. Spożywane są te środki żywności, które mogą być najłatwiej w danych warunkach wyprodukowane, zależnie od gleby, klimatu i organizacji społecznej. Naprzykład, w krajach Dalekiego Wschodu podstawą odżywiania jest ryż, jedyna, zresztą, roślina zbożowa, nadająca się tam do uprawiania. W tych krajach reforma odżywiania musiałaby polegać raczej na „uzupełnianiu” ryżu, ażeby otrzymać żywność dostateczną ilościowo i różnorodną, niż na sprowadzaniu zboża z Kanady lub Australji. Produkcja prawie wszystkich krajów nie jest dostateczna pod względem różnorodności. W krajach o kulturze prymitywnej i dużym załudnieniu, gdzie większość terenów jest zajęta pod uprawę zbóż i innych roślin jadalnych, słaba jest produkcja mięsa. W Chinach żyzne doliny są całkowicie zużytkowane pod uprawę, i hodowla bydła jest zbytkiem, na który nie może sobie pozwolić liczna ludność, potrzebująca przede wszystkim zbóż i jarzyn; w rezultacie chińczycy spożywają mało mięsa i mleka.

Istnienie nadwyżki produktów żywnościowych w pewnych okresach i w pewnych krajach nie jest bynajmniej dowodem, że świat produkuje za wiele, ani nawet, że produkuje dostateczną ilość. Niewątpliwie w chwili obecnej odżywianie wielkich mas ludności jest, według norm, przyjętych przez fizjologów, niedostateczne. Największa część ludności karmi się głównie produktami zbożowymi; tymczasem odżywianie, składające się prawie wyłącznie z tych produktów, jest niewystarczające, brak w niem licznych pokarmów podstawowych, szczególnie nie zapewnia ono w dostatecznej mierze z racji swych składników rozwoju istot młodych. Liczne badania stwierdzają, że tak właśnie odżywia się ludność

Indyj, Chin, Japonii, Cejlonu, Porto-Rico, Filipin, różnych okolic Afryki i innych krajów ubogich.

Wiadomości, jakie posiadamy o światowej produkcji żywności, są ogólnikowe i niedokładne. Nie mamy więc dostatecznych podstaw do przypuszczania, że racjonalny podział nadwyżek tej produkcji rozwiązałby wszystkie problemy żywnościowe świata. Przeciwnie, jest rzeczą prawdopodobną, że produkcja światowa jest wybitnie niższa od potrzeb racjonalnego odżywiania całej ludzkości.

Należy oczekiwać, że biologia i technika zwiększą z czasem znacznie produkcję środków żywności. Jednak ten wzrost nie usunie odrazu i automatycznie złego odżywiania na całym świecie. Często wzrost produkcji wpływa na zwiększenie ludności, a nie podnosi jej poziomu życiowego. Poprawa odżywiania mas ludzkich na całym świecie jest niemożliwa do osiągnięcia bez racjonalnej, planowej gospodarki narodowej i międzynarodowej, opartej na danych naukowych.

Rozwój komunikacji i transportu jest najpotężniejszym czynnikiem, łagodzącym różnice odżywiania, wynikające z położenia geograficznego. Poza tem pozwala on na nieodczuwanie różnic sezonowych i spożywanie w ciągu całego roku jarzyn, owoców, ryb, mięsa i t. d. To ułatwienie rozdziału środków żywności jest ograniczone następstwem przeszkód natury finansowej i politycznej. Najuboższe kraje mogą najmniej importować. Inne kraje tworzą bariery celne, systemy izolacji i autarkii.

Dzisiaj, kiedy tylko część ludności żyje w kontakcie z ziemią i spożywa żywność, przez siebie wyprodukowaną, sprawa przechowywania pokarmów stała się szczególnie ważną. Konserwowanie ułatwia aprowizację, jak również zapewnia różnorodność odżywiania w ciągu całego roku. Wydaje się, że naogół konserwowanie nie zmniejsza w większym stopniu wartości odżywczej produktów żywnościowych. Trzeba jednak tu zaznaczyć, że nasze wiadomości i w tej dziedzinie nie są kompletne. Witamina C ulega zmianom pod wpływem gorąca, szczególnie w środowisku alkalicznym, i jeśli jest dostęp powietrza, pozwalający na utlenianie. Jednak przy zastosowaniu warunków właściwych jest możliwe wyławianie owoców i jarzyn przez ogrzewanie, bez zniszczenia witaminy C. Mniej więcej to samo dotyczy witaminy B₁. Konserwy należy uważać jako dodatek, jako nieraz niezbędne uzupełnienie, ale nie jako podstawę odżywiania.

Ciekawą jest rzeczą rozpatrzenie niektórych związków, zachodzących między odżywianiem a zagadnieniami gospodarczymi.

Nie ulega wątpliwości, że wartość odżywcza mąki z otrębami jest większa od mąki, dobrze oczyszczonej; fizjologowie i higieniści prowadzą już oddawna kampanię na korzyść chleba pełnowartościowego. Jednak niektóre osoby o trawieniu wadliwym znoszą dobrze tylko chleb biały. Ponadto biała mąka lepiej się przechowuje i przewozi. W sprawie tej powinny więc rozstrzygać ogólne właściwości odżywiania danego kraju; jeśli odżywianie jest obfite i różnorodne, niższość białego chleba może być w ten sposób zrównoważona.

Produkcja i spożycie zboża wiążą się z licznymi zagadnieniami gospodarczymi. W niektórych krajach jest nadwyżka produkcji nad spożyciem z powodu niedostatecznego spożycia. We Francji spożycie zboża zmniejsza się: w 1914 r. przypadało na głowę 224 kg., w 1922-23 — 195 kg., tymczasem światowe spożycie zboża wzrasta.

Zdaniem niektórych fizjologów mięso powinno zajmować miejsce podstawowe w odżywianiu ludzi, zajmujących się pracą lekką i prowadzących siedzący tryb życia. Wzrost spożycia mięsa na 1 mieszkańca idzie ze Wschodu na Zachód. Mięso jest pokarmem drogim, ponieważ, aby go wyprodukować, trzeba dużo ziemi i dużo pracy. 2,85 milionów ha ziemi, uprawionych pod ziemniaki, wystarczy na zaopatrzenie pod względem kalorycznym 50 milionów ludzi, a tylko dla 6 milionów, jeśli ziemniaki zastąpimy hodowlą świń. Twierdzono często, że zamiana pokarmów roślinnych na zwierzęce jest marnotrawstwem. Tak nie jest: na tej zamianie można stracić na kalorjach, ale zyskać na wartości.

Spożycie masła i margaryny, produktów, rywalizujących z sobą na rynku europejskim, ma olbrzymie znaczenie gospodarcze. Spadek spożycia masła na korzyść tańszej margaryny jest uważany za groźbę dla hodowli i rolnictwa. W celu zwiększenia spożycia masła ustanowiono obowiązkowe dodawanie pewnej jego części do margaryny: 10% we Francji, 25% w Holandji (w Niemczech jest to wzbronione).

Nie wszystkie tłuszcze są równoważne z punktu widzenia łatwości trawienia i wartości odżywczej. Jednak rządy państw zdają się w tej dziedzinie brać bardziej pod uwagę sprawy ekonomiczne, niż troskę o zdrowie, szczególnie o rozwój dzieci. Ostatnio w niektórych krajach sprzedawana jest margaryna, której wartość odżywcza jest wyższa dzięki sztuczemu dodawaniu witamin, rozpuszczalnych w lipidach.

Mleko jest pokarmem o wartości wyjątkowej dla dzieci, doskonałym dla dorosłych, a zwłaszcza dla starców. Spożycie mleka wzrasta obecnie w Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych A. P.; największe jest w Szwecji, Danii, Norwegii i Stanach Zjednoczonych. W każdym kraju produkcja i spożycie zależy od licznych czynników. W Niemczech w 1933 r. ta sama ilość białka zwierzęcego kosztowała 2 razy więcej w postaci mięsa, niż w postaci mleka, a ta sama liczba kalorii w postaci mięsa — 5 razy więcej. Mleko nie jest produktem drogim, jednak w krajach, w których dostarczanie mleka jest zorganizowane doskonale z punktu widzenia sanitarnego (Dania), cena jego jest zbyt wysoka, ponieważ pośrednictwo jest bardzo kosztowne.

Niemcy zamierzają podnieść wydajność roczną 10 milionów krów z 2300 litrów na sztukę na 3000. We Włoszech rozpoczęto wykonywanie planu dziesięcioletniego, zmierzającego do zwiększenia m. in. spożycia mleka. Z punktu widzenia higieny publicznej mleko jest pokarmem o tak wielkiej wartości, że wszelkie zarządzenia w tej dziedzinie winny mieć na uwadze przede wszystkim zdrowie ludności, a nie względy natury gospodarczej.

Duży wpływ na odżywianie wywiera stan zażyłości. Ubóstwo uniemożliwia przede wszystkim zakupienie dostatecznej ilości pokarmów, następnie powoduje kupowanie produktów tańszych, zawierających mniej białka zwierzęcego, mniej witamin i soli mineralnych. Wreszcie ubóstwu często towarzyszy nieumiejętność wykorzystania posiadanych środków.

W Nowym Yorku w 1933 r. dokonano badań nad 277 rodzinami (Wiehl). Rodziny o dochodzie niższym, niż 4 dolary tygodniowo, spożywały o 20% kalorii poniżej normy (3000 na osobę dziennie); rodziny, otrzymujące pomoc w produktach żywnościowych, — o 10% mniej; rodziny, wspomagane przez dostarczanie pracy — o 20% mniej. Singer i Russ na podsta-

wie badań, przeprowadzonych w Czechosłowacji, doszli do wniosku, że rodziny ubogie mogą zakupić sobie dostateczną ilość pokarmów tylko za cenę ich jakości, i że dawanie wskazówek, zmierzających do polepszenia tego stanu rzeczy, było w tych warunkach bezcelowe.

Crowden, McGonigle i Rogers kładą

nacisk na pogorszenie odżywiania wskutek drożyzny mieszkań. W ten sposób przeniesienie ubogich rodzin do nowych domów o wyższym komornem może wpłynąć ujemnie na stan ich zdrowia przez konieczność odżywiania gorszego i mniej wartościowego.

K.
(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— O k ó l n i k w sprawie XI Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Łucku. Do JWPanów Dyrektorów Szpitali i Klinik. S z a n o w n y P a n i e D y r e k t o r z e! Uprzejmie prosimy o łaskawe podanie do wiadomości Panów Lekarzy Klinik i Szpitali w sprawie XI Zjazdu Tow. Int. Pol. w Łucku co następuje: 1) XI Zjazd T. I. P. w Łucku odbędzie się w oznaczonym terminie, t. j. w dn. 26 — 28 września b. r. 2) Normalna opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi 20 zł., osoby towarzyszące opłacają tylko 10 zł. Uczestnicy Zjazdu: asystenci klinik i szpitali oraz lekarze nie zajmujący stanowisk samodzielnych mogą korzystać z opłaty ulgowej wynoszącej po 10 zł. od osoby. 3) Opłatę za uczestnictwo w Zjeździe należy przysyłać za pomocą przekazu pocztowego na imię Skarbnika Komitetu Miejscowego p. D-ra Jana Wińskiego: Łuck, ul. Żeromskiego 8. 4) Ze względu na specjalne warunki miejscowe uprasza się o jaknajwcześniejsze listowne zamawianie kwater zwracając się w tej sprawie do p. D-ra Jana Wińskiego: Łuck, ul. Żeromskiego N. 8. 5) Przy zamawianiu kwatery należy zaznaczyć: a) na jakie dni Zjazdu ma być zarezerwowana kwatera, b) czy ma to być pokój osobny, czy też może być i wspólny, c) czy należy zarezerwować pokój w hotelu, czy też w domu prywatnym, d) czy Uczestnik Zjazdu życzy sobie skorzystać z bezpłatnej kwatery. 6) Komitet Miejskowy w Łucku gwarantuje pomieszczenia dla wszystkich Uczestników Zjazdu, którzy zgłoszą swój przyjazd przed 20 września b. r. 7) Opłata za kwatery wynosić będzie od pokoju jednoosobowego 4 zł. — 5 zł. dziennie, zaś w dwuosobowym około 3 zł. od osoby. 8) Szczegółowy program obrad wraz z odznaką Zjazdową otrzymają Uczestnicy Zjazdu na dworc w Łucku. 9) Ze względu na ograniczony czas obrad i dużą liczbę zgłoszonych referatów uprasza się Panów Referentów o treściwe opracowanie tematów tak — by wygłoszenie odczytu nie przekraczało 10 minut. 10) Wieczór zapoznawczy odbędzie się w środę dn. 25 września o godz. 22-iej w Sali Klubu „Ognisko“ przy ul. 3-go Maja N. 2. 11) W czwartek dn. 26.IX. b. r. o godz. 20-iej Zarząd m. Łucka wydaje bankiet powitalny dla Uczestników Zjazdu. 12) Komitet Miejskowy w Łucku uprasza wszystkich Uczestników Zjazdu o wzięcie udziału i wczesne zapisywanie się: a) na składkową wieczerzę koleżeńską w piątek dn. 27.IX. o godz. 20-iej. b) na zwiedzanie zabytków m. Łucka w przerwach obradowych w dn. 27 i 28.IX. (bezpłatne). Zbiórka w Muzeum Wołyńskim o godz. 14-iej — ul. Sienkiewicza N. 31. c) na wycieczki autobusami w niedzielę dn. 29.IX: I do Olyki i do Równego na Targi Wo-

łyńskie (opłata 6 zł. oraz II do Dubna i Krzemieńca (opłata 8 zł.). 13) Dyrekcja Kolejowa w Radomiu przyznała Uczestnikom Zjazdu zniżkę 33,3% ceny normalnego biletu, która przyznawana będzie w drodze powrotnej. Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich.

— X Zjazd niemieckich Towarzystw zajmujących się medycyną wypadkową, ubezpieczeniową i świadczeniową (Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin), odbędzie się 18 i 19 października 1935 r. w Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin N. W. 7. Luisenstrasse 58/59. Programowe referaty obejmują: 1) Dopuszczalność operacji i niebezpieczeństwo usypiania w medycynie wypadkowej i ubezpieczeniowej (Sen. Prez. Dr. Dersch, Berlin; Prof. Dr. Hübner, Berlin; Prof. Dr. Schmidt, Remscheid). 2) Wypadek i czynniki pozawypadkowe; doświadczenia z regulowaniem na zasadzie Szwajcarskiego prawa ubezpieczeniowego od wypadków (Prof. Dr. Zollinger, Zurych). 3) Choroby płucne i gruźlica w medycynie ubezpieczeniowej. (Prof. Dr. Störmer, Dresden-Weisser Hirsch). O karty uczestnictwa należy zwracać się do skarbnika: Dra Hörniga, Berlin — Schlachtensee, Ahrenshosper Zelle 18. Cena karty 5 RM.

— W roku 1934 studjowało w wyższych uczelniach niemieckich 91480 tuziemców, w tem 1316 niearyjczyków i 656 żydów wyznania mojżeszowego, t. j. ogółem 2,1%. Na pierwszym semestrze tegoż roku było 6189 tuziemców, a w tem tylko 24 niearyjczyków, co stanowi 0,4%. Ustawowo może być dopuszczonych do wyższych uczelni w Niemczech 1% niearyjczyków.

— W Dzienniku Urzędowym Austriackim (Bundesgesetzblatt N. 91) ogłoszono d. 3 sierpnia 1935, że na wydziałach lekarskich O g ó l n a p a t o l o g j a d o ś w i a d c z a l n a przestaje być obowiązującym przedmiotem wykładowym, a egzamin z tego przedmiotu znosi się od 1 paźdz. 1935. Jest to reforma, której domagają się wszędzie związki lekarzy antywiwisekjonistów, wychodząc z tego założenia, że niewolno zmuszać studentów do czynów, niezgodnych z wymaganiami kultury i etyki, obowiązującej każdego kulturalnego człowieka względem istot niższych. Przeciwnicy medycyny wiwisekcyjnej, których dziś już liczy się na tysiące, domagają się tej reformy we wszystkich krajach i uniwersytetach.

ZMARLI.

Djonizy H e l l i n, lekarz chorób gardła, nosa i uszów, prof. Wolnej Wszechnicy Polskiej — w Warszawie.

Résumé des articles originaux.

S. KURLANDSKI et B. KRYŃSKI. Le poumon de coqueluche.

1. Il n'y a aucun doute, que la coqueluche a son équivalent dans le tableau roentgenique; 2. la majorité de cas concerne la 1-ère et la 2-me période des altérations roentgeniques; 3. la formation d'un triangle est une rareté et c'est possible, que ce triangle est une terminaison d'une pneumonie impossible à diagnostiquer cliniquement; 4. le tableau roentgenique de la pneumonie au cours de la coqueluche présente plusieurs foyers dissimulés ressemblants aux foyers spécifiques.

M. RUBINSZTEJN. Action de l'appareil vestibulaire sur la tension artérielle.

C'est G. Bourguignon, qui a, le premier, montré que le nerf vestibulaire est par sa chronaxie apparenté au système nerveux végétatif. En effet, les travaux de ces derniers temps ont mis en évidence l'importance de l'appareil vestibulaire dans nombre des processus végétatifs et dans la vie émotive. C'est en suivant ces idées que nous nous sommes proposé d'étudier l'action exercée par l'appareil vestibulaire sur la tension artérielle.

Avant nous Spiegel et Démétriades ont constaté une chute de la tension artérielle chez le lapin après l'excitation vestibulaire, ce qui a été ensuite retrouvé par Wolitzka chez l'homme. Par ailleurs, Bourguignon a trouvé que l'excitation des centres vasomoteurs cérébraux par la diélectrolyse déclenche des réactions différentes suivant la grandeur de la chronaxie vestibulaire chez le sujet examiné. Marinesco, Droganescio, Kreindler et Bruch ont étudié la réaction vestibulaire chez des sujets atteints de différentes affections et ont conclu à des réflexes vestibulaires végétatifs s'effectuant probablement par l'entremise du système nerveux végétatif.

Pour éclaircir ce dernier point nous avons dans l'étude présente recherché l'action de l'appareil vestibulaire sur la tension artérielle avant et après une vagotomie bilatérale ou unilatérale. En plus, nous avons comparé les variations de la tension artérielle avec l'apparition d'autres signes de l'excitation vestibulaire, comme le nystagmus. Nous avons poursuivi cette étude simultanément pour les excitations galvaniques et caloriques de l'appareil vestibulaire.

Les expériences ont été effectuées sur les lapins endormis à l'uréthane, l'une des carotides étant mise en communication avec un manomètre à mercure. Les excitations galvaniques ont été réalisées par un courant stable dérivant de l'appareil chronaxique de Bourguignon - Walter, les deux électrodes auriculaires étant introduites dans les conduits auditifs externes. En ce qui concerne l'excitation calorique, nous avons pratiqué les épreuves de Bárány à l'eau chaude et froide.

Dans tous les cas nous avons vu une chute plus ou moins considérable de la tension artérielle survenant à la suite des excitations vestibulaires. Cette chute est parfois suivie d'une légère élévation au-dessus du niveau primitif.

Le chute de la tension artérielle apparaît simultanément avec le nystagmus; mais celui-ci disparaît généralement avant que la tension ne remonte à son niveau initial.

En ce qui concerne l'excitation calorique, l'épreuve à l'eau chaude s'est montrée plus efficace que celle à l'eau froide.

La vagotomie, même bilatérale, pratiquée au niveau du cou ne supprime pas l'action de l'appareil vestibulaire sur la tension artérielle.

Il ressort donc de ces constatations que la chute de la tension artérielle après l'excitation vestibulaire est due à des causes autres que l'action inhibitrice du vague sur le cœur.

Ce fait s'accorde avec la supposition de Spiegel qui pense à une action vestibulaire sur les centres vasomoteurs.

E. EPSZTEJN. La genèse et l'essentiel de l'idée de la langue médicale internationale.

L'unique et complète solution de la question importante d'une langue médicale internationale c'est l'acceptation d'une langue neutre artificielle.

M. JURIM. Au sujet de la thérapie stimulante non-spécifique des arthrites chroniques.

Parmi les préparations stimulantes non-spécifiques dans le traitement des arthrites l'auteur considère l'Yochimol-Casein Klawe comme une des plus efficaces.

TREŚĆ: Z. KURLANDSKI i B. KRYŃSKI. Płuco krztuścowe. — A. GRABER. Przyczynę do leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej. — M. RUBINSZTEJN. Wpływ układu przedsionkowego na ciśnienie krwi (Dok.). — T. SOKOŁOWSKI. O leczeniu głodem. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — E. EPSZTEJN. Geneza i istota idei wszechświatowego języka lekarskiego. — M. JURIM. W sprawie leczenia przewlekłych schorzeń stawów zapomocą nieswoistej terapii bodźcowej. — K. Odżywianie i zdrowie publiczne (C. d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. KURLANDSKI et B. KRYŃSKI. Le poumon de coqueluche. — A. GRABER. Contribution à la thérapie chirurgicale des calculs biliaires. — M. RUBINSZTEJN. Action de l'appareil vestibulaire sur la tension artérielle (fin). — T. SOKOŁOWSKI. Sur la cure de jeûne (Rev. gén.). — E. EPSZTEJN. La genèse et l'essentiel de l'idée de la langue médicale internationale. — M. JURIM. Au sujet de la thérapie stimulante non-spécifique des arthrites chroniques. — K. L'alimentation et la santé publique (suite).

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.—

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

Rentgenogram do artykułu D-rów Kurlandkiego i Kryńskiego będzie dołączony do numeru następnego.