

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIII

WARSZAWA, 6 SIERPNIA 1936 R.

Nr. 29-30

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.

(Ordynator: Dr. med. Jerzy Jasieński).

O wartości klinicznej metod czynnościowego badania nerek.¹⁾

Podał

Dr. Jerzy JASIEŃSKI (Kraków).

Temat dzisiejszej prelekcji jest tytułem mojej 13-arkuszowej książki, która jeszcze nie opuściła druku²⁾. Książki, szczegółowo omawiającej wyłącznie wartość kliniczną wszystkich znanych metod badania, zarówno ogólnej sprawności czynnościowej, jak i sprawności czynnościowej poszczególnych nerek, nie wydano dotychczas nietylko w języku polskim, ale również i w językach obcych, a zbyt rzadko byłoby uzasadniać jej potrzebę. Wyrobienie sobie właściwego sądu co do wartości praktycznej poszczególnych metod na podstawie olbrzymiego piśmiennictwa, obejmującego doniesienia, częstokroć pozostające ze sobą w rażącej sprzeczności, natrafia na olbrzymie trudności, i książka ma na celu zaoszczędzenie klinicyście mozolnej i mało produkcyjnej pracy.

Djagnostyce czynnościowej nerek poświęcono w ciągu ostatnich kilku dziesiątków lat wiele pracy. Wiele w tym czasie wyjaśniono, wiele wszakże kwestyj z fizjologii i patologii nerek pozostało jeszcze nadal niejasnych. W poszukiwaniu odpowiednich metod, pozwalających na możliwie dokładny wgląd w zawiły problemat pracy nerek, różnemi kroczo drogami; już sama ich mnogość świadczy o ograniczonej wartości poszczególnych metod. Na podstawie tych badań sądząc, wydawałoby się mogło, że nerka posiada bardzo liczne funkcje częściowe, liczniejsze prawdopodobnie, niż w rzeczywistości, nie pozostające ze sobą w związku tak ścisłym, aby z upośledzenia jednej z nich można było wnioskować o stanie innych funkcji.

To też piśmiennictwo lat ostatnich, poświęcone metodyce badań schorzeń urologicznych, świadczy wy-

rażnie o tem, że przewartościowano wiele wartości. Badania te, mające na celu jaknajdokładniejsze rozpoznanie cierpienia z uwzględnieniem miejsca, w którym się toczy proces chorobowy, jego rozległości i charakteru anatomicznego, skierowane są dziś głównie ku wykorzystaniu metod klinicznych, endoskopji i promieni Roentgena. Zaznacza się w tej dziedzinie pewien wyraźny zwrot ku myśleniu anatomicznemu. Djagnostyka czynnościowa nerek zatrzymała się bowiem na martwym punkcie. Badania czynnościowe okazały się niezadawające, niewystarczające w przypadkach, w których, mimo normalnej czynności nerek, istnieją dolegliwości niewątpliwie nerkowe. Z drugiej zaś strony, abstrahując od innych źródeł błędów, okazało się, że upośledzenie czynności nerki może być tylko przejściowe i niejednokrotnie ustępuje po usunięciu właściwej przyczyny chorobowej. Fakt więc, że nerka w czasie badania źle funkcjonowała, niezaświera pozwala na wniosek, że zaszły w niej zmiany nieodwracalne, że należałoby ją usunąć, czy też, że ze względu na jej schorzenie nie należy usuwać drugiej nerki, choćby ta wymagała zabiegu doszczętnego.

Stąd uzasadnienie dla nowego rozdziału, który wprowadziłem, a o którym dziś nie będę miał czasu wspomnieć, rozdziału, poświęconego metodom czynnościowo - anatomicznego badania nerek. Za pierwszą tego rodzaju metodę uważam pyelografię dożylną Lichtenberga i Slicka, za drugą — swoją kombinowaną próbę z czerwienią indygową i trypanową, którą przedstawiłem na ostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu³⁾.

Mówiąc o badaniach czynności obydwu nerek, jako jednego organu wydalniczego, a więc o metodach pośrednich, nie wnikaających w czynność każdego z tych narządów parzystych w szczególności, muszę na wstępie wyjaśnić pewne nieporozumienie, z którym do dziś

³⁾ Jasieński J. Nowa kombinowana próba barwikowa dla czynnościowego badania nerek. „Polski Przegląd Chirurgiczny“, t. XII, z 5—6, 1933 r. i „Nowiny Lekarskie“, zes. 22, 1934 r.

Jasieński J. Une nouvelle épreuve colorante combinée pour l'exploration du fonctionnement rénal. „Journal d'Urologie“, t. 38, N. 6, 1934.

¹⁾ Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 18 grudnia 1935 roku.

²⁾ Książka, wydana nakładem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „Delta“, opuściła druk w maju b. r.

jeszcze niejednokrotnie się spotykamy. Badania te uważane są przez wielu za wyłączną niemal domenę medycyny wewnętrznej jedynie z tego względu, iż z potrzeb chirurgji wynikło wprowadzenie badań specjalnych, uwzględniających pracę każdej z nerek w szczególności. Interniści przyznają, że metody czynnościowego badania nerek posiadają dla nich główną wartość nie dla rozpoznawania różnorodnych schorzeń, ani też dla rokowania (pozwalają na pewne, ograniczone, zresztą, tylko wnioski, lecz dla leczenia, przyczem leczenie to polega przedewszystkiem na dostosowaniu do każdego poszczególnego przypadku odpowiedniej diety. Nic więc dziwnego, że w szeregu schorzeń narządu moczowego, wymagających leczenia chirurgicznego, w szczególności tych, w których chodzi o usunięcie jednej nerki, badanie ogólnej sprawności czynnościowej okazało się zupełnie niewystarczające, zbyt mało dokładne i pewne. Już nawet rozpoznanie tych przypadków wymaga specjalnych metod badania. Rokowanie zaś i wskazania lecznicze są bardzo odpowiedzialne wobec tego, że chodzi przeważnie o usunięcie jednego z narządów tak ważnych dla życia, i każdy błąd, pod tym względem popełniony, ma efekt tragiczny niemal doraźny. Dlatego też należało szukać dróg innych, metod bardziej pewnych, i znaleziono je, zużytkowując wprowadzone do diagnostyki wzornikowanie pęcherza wraz z cewnikowaniem moczowodów.

Temniemniej jednak i badanie ogólnej sprawności czynnościowej nerek jest dla chirurga zupełnie niezbędne, toteż powszechne znalazło ono zastosowanie. Niejedną też zasługę przypisać należy chirurgom w opracowaniu i ocenie krytycznej wielu spośród tych metod badania czynnościowego, jak również wprowadzeniu metod nowych. Wynikło to znów z konieczności, gdyż rozstrzygać one również w wielu przypadkach musiały o grożącej choremu ciężkiej, decydującej o życiu, ostatecznej próbie, jaką przedstawia szereg zabiegów na drogach moczowych, i jej wyniku szczęśliwym, czy też fatalnym.

Przedewszystkiem znalazły one zastosowanie w przypadkach schorzeń chirurgicznych dolnych dróg moczowych, w których nie chodzi o porównanie pracy obydwu nerek, lecz o wykazanie ogólnej ich sprawności, czy też niewydolności. Znajomość ogólnej sprawności czynnościowej nerek jest konieczna we wszystkich przypadkach przerostu sterczu. Chodzi o rozstrzygnięcie, czy nerki są zdrowe, jeśli zaś tak nie jest, to czy zmiany anatomiczne, jakie w nich zaszły, wpłynęły na ich czynnościową sprawność; na tej podstawie tylko bowiem możemy wykluczyć istnienie utajonej niedomogi nerek, a przez to możliwość wystąpienia pooperacyjnej ich niedomogi jawnej, określić rokowanie, ustalić wreszcie właściwe postępowanie lecznicze i wskazania operacyjne. Mówiąc o sprawności czynnościowej nerek, uszkodzonych pod wpływem rozwijającego się gruczolaka, zauważyć należy, że badania te decydować musiały o rokowaniu i leczeniu w każdym poszczególnym przypadku przerostu sterczu i warunkować uzyskany wynik leczniczy. Jak ważną odegrały one rolę w chirurgji przerostu sterczu, miałem to sposobność niedawno podkreślić⁴⁾.

⁴⁾ J a s i e ń s k i J. „Nerki w przerście sterczu“, Polski przegląd Chirurgiczny, t. XII, z 5—6, 1933, i t. XIII, z. 5—6, 1934 r.

J a s i e ń s k i J. „Niedomoga nerek przy przerście sterczu“. Nowiny Lekarskie, z. 7, 1935 r.

Badanie ogólnej sprawności czynnościowej jest też niejednokrotnie konieczne i dla chirurgji nerek. I to nie tylko dlatego, że wiele schorzeń należy niejako do pogranicza obydwu specjalności, gdyż różne cierpienia nie wyłączają się wzajemnie, i schorzeniu chirurgicznemu nerki towarzyszyć może nerczyca, sprawa zapalna, bądź też marskość nerki drugiej. Niezbędne jest ono w szeregu tych przypadków schorzeń czysto chirurgicznych, w których musimy upewnić się przed zabiegiem o tem, czy czynność nerek, jako narządu wydalniczego, jest wystarczająca.

Wprawdzie, w większości przypadków chodzi o sprawy jednostronne. Przy pomocy specjalnych metod badania czynnościowego, powszechnie w chirurgji stosowanych, stwierdzamy, że jedna nerka funkcjonuje dobrze, druga zaś źle. Wiemy zaś o tem, że nerka zdrowa obejmuje czynność obydwu nerek po usunięciu chorej; choremu więc nie grozi pooperacyjna niedomoga ze strony nerki zdrowej. W dość znacznej wszakże liczbie przypadków sprawa przedstawia się bardziej zawiłe: badania czynnościowe świadczą o upośledzeniu sprawności czynnościowej obydwu nerek, a badanie urologiczne wyjaśnia nam, że obydwie nerki są chore. Im gorzej przytem funkcjonuje jedna z nerek (zwłaszcza, gdy nie funkcjonuje ona niemal zupełnie), tem pewniej na podstawie wyniku badania czynnościowego wnioskować można o tem, że pozostała nerka sprosta po zabiegu oczekującym ją zadaniom. Zwykle wszakże można tylko określić, która strona jest silniej schorzeniem dotknięta, która nerka powinna być usunięta ze względu na rozległe jej zniszczenie, nieuleczalność schorzenia i szkodliwy wpływ, wywierany na nerkę drugą. Musimy wówczas zupełnie zdecydowanie rozstrzygnąć, czy po zabiegu druga nerka, również chora i gorzej, niż normalnie, funkcjonująca, będzie w stanie przejąć czynność obydwu nerek. Spotykamy się z tym problemem w niektórych przypadkach obustronnej kamicy nerkowej, w ropnerczu po jednej stronie i ciężkim ropnem zapaleniu miedniczki nerkowej i nerki po stronie drugiej, wreszcie w daleko posuniętej gruźlicy jednej nerki i rozpoczynającym się schorzeniu po stronie przeciwnej. We wszystkich tych przypadkach niezbędna jest ocena ogólnej sprawności czynnościowej nerek, na niej opiera bowiem chirurg rokowanie i decyzję operacyjną.

Jeśli o badanie ogólnej sprawności czynnościowej nerek chodzi, to wiemy, że nerki chore wydają na ogół mniejsze od nerek zdrowych ilości substancji stałych. Przy pomocy więc szeregu fizykalno - chemicznych metod badania, uwzględniających wydalanie przez nerki poszczególnych części składowych moczu, spodziewano się uzyskać dokładny wgląd w czynność wydalniczą nerek i wnioskować stąd o ich sprawności. Oznaczano więc ilość wydalanych poszczególnych substancji, względnie obliczono je sumarycznie, badając ciśnienie osmotyczne i zagęszczenie drobinowe moczu. Oceniano przytem zdolność wydalniczą nerek w warunkach normalnych, jak również po sztucznem obciążeniu ich pracą przez uprzednie wprowadzenie do ustroju nadmiernych ilości substancji, których wydalanie następnie badano, spodziewając się, że w ten sposób wybitniej zaznaczy się niedomoga nerek. Usiłowano tą drogą wykazać, czy, oprócz wystarczającej sprawności czynnościowej w danej chwili i w warunkach zwykłych, nerki posiadają dostateczne

J a s i e ń s k i J. „L'insuffisance rénale chez les prostatiques et les prostatectomisés“. Journal d'Urologie, 39, Nr. 2, 1935.

sily zapasowe, czy zachowana jest spotykana normalnie zmienność ich czynności wydalniczej, czy są one w stanie przystosować swą pracę do nadmiernego zapotrzebowania ze strony ustroju. Obciążano więc nerki pracą, stawiano je wobec zadań, które w pewnych warunkach winne były wypełnić, i, w zależności od tego, czy i w jaki sposób mogły im sprostać, wnioskowano o ich sprawności czynnościowej, czy też niewydolności. Podano liczne metody tego rodzaju, szereg prób obciążenia, wartość praktyczna wszakże wyników, przy ich pomocy uzyskanych, okazała się przeważnie wątpliwa. Okazało się, że metody, uwzględniające wydalanie z moczem substancji stałych, mniejszą posiadają wartość od metod, wykazujących nagromadzenie się we krwi nadmiernej ilości substancji moczowych, że dla oceny ogólnej sprawności czynnościowej nerek retencja posiada większe znaczenie. Badano bowiem nietylko to, co nerki wydalały, lecz i co zatrzymują — i na podstawie szeregu fizykalno - chemicznych badań krwi wnioskowano o sprawności czynnościowej nerek, względnie o jej zaburzeniu. Wychodząc z założenia, że główne zadanie nerek na tem polega, aby wydalić z moczem przedostające się do krwi produkty przemiany materii ustroju i utrzymać ciśnienie osmotyczne i skład krwi na stałym poziomie, co jest konieczne dla normalnego przebiegu przejawów życiowych — na podstawie badań krwi i moczu, równocześnie przeprowadzanych, spodziewano się uzyskać dokładny wgląd w pracę nerek. Starano się wnioskować o sprawności czynnościowej nerek na podstawie obliczeń, ile dzięki ich pracy rzeczywiście zostaje wydanych z moczem, a ile zatrzymanych we krwi substancji moczowych. Skoro bowiem nerki funkcjonują niedostatecznie, skoro mamy do czynienia z ich niedomogą, mniej muszą one wydalac z moczem produktów przemiany materii, wskutek czego te ostatnie gromadzą się we krwi w nadmiernej ilości.

Zwrócono się wreszcie do innych jeszcze metod. Badano wydalanie przez nerki różnych substancji ustrojowi obcych, sądząc o sprawności czynnościowej nerek na podstawie ich przepuszczalności dla tych substancji, ich zdolności syntetyzującej, bądź też zdolności rozszczepiania pewnych związków, oddziaływania na pewne środki farmakologiczne itd.

Już sam fakt, że posiadamy tak wiele metod czynnościowego badania nerek, i że wciąż jeszcze z różnych stron polecane są metody nowe, rzekomo pewniejsze i czulsze od poprzednich, dowodzi, że żadna z tych metod sama przez się nie osiąga celu, nie jest wystarczająca. Zdania co do wartości praktycznej czynnościowego badania nerek są podzielone. Obok gorących zwolenników, przypisujących głównie tym badaniom cały postęp w leczeniu chorób dróg moczowych, spotykamy przeciwników, którzy próby, uznane ogólnie za wartościowe, uważają za нефизjologiczne i przeczą ich wartości. I w samej rzeczy — metody, fizjologicznie uzasadnione, jak kryoskopja krwi i oznaczanie reszty azotowej, nie są w stanie sprostać stawianym im zadaniom, nie pozwalają bowiem na pewne rozstrzygnięcie, czy nerki są sprawne, czy też mamy do czynienia z ich niedomogą. Metody zaś, nie posiadające właściwie uzasadnienia fizjologicznego i nieścisłe — jak próba z czerwienią indygową i florydzynowa — nietylko zyskały największą popularność, lecz, co szczególne, dały najlepsze wyniki praktyczne. Drugim paradoksem jest to, że poszczególne metody mają być wskaźnikami dla czynności, których wcale bezpośrednio nie badają. Jedna z czynności ma

świadczyć jakgdyby o wartości całego narządu. Voelcker widzi bowiem wartość próby z czerwienią indygową w tem, że jest ona wyrazem ogólnej sprawności czynnościowej nerek. Temi samemi słowy charakteryzuje Voelhard próbę wodną, mówiąc, że pozwala ona na dobry wgląd w sprawność czynnościową całego narządu. W miejsce więc rzeczywistości szereg autorów posługuje się i zadawała symbolami. Zresztą, między poszczególnymi autorami pod każdym względem panuje wielka niezgodność. Każdy uważa najczęściej podaną przez się metodę, lub własną modyfikację innej metody za najdokładniejszy i najpewniejszy odczyn, jaki posiadamy dla badania czynnościowego nerek. I każda metoda ma swych zwolenników, którzy przyznają jej wartość, i przeciwników, którzy jej zaprzeczają. Ze względu na te sprzeczności ma się wrażenie, że nietylko chodzi o samą metodę, jaką stosować należy, ile o doświadczenie osobiste każdego z autorów, nabyte z pewną metodą, że wybór tej, czy innej próby w znacznie większym stopniu zależy od doświadczenia i przyzwyczajenia badającego, niż od jej rzeczywistej wartości.

Dalej bodaj jeszcze od sceptyków zachodzą obrońcy wartości badań czynnościowych nerek. Twierdzą oni, że rozbieżność między teorią a praktyką tem się może tłumaczyć, że nie wszystkie przejawy życiowe przebiegają według pewnych teorii, gdyż i teorie niezawsze są pewne i częstym ulegają zmianom. To, że pewne próby pozwoliły niektórym badaczom na podstawie wieloletnich doświadczeń na wniosek nietylko o funkcji częściowej, lecz na ocenę ogólnej sprawności nerek, uważaćby można równie dobrze za istnienie poważnej luki między teorią a praktyką, przyczem praktyka wyprzedziła teorię. Toteż djaгностиyka czynnościowa nerek, trudna do opanowania, wymagająca wielkiego doświadczenia i krytycznej oceny, ma być, ich zdaniem, bardzo wartościowa.

Prawda, jak zwykle, wydaje się leżeć pośrodku, i słusność mają ci, co przestrzegają zarówno przed przecenianiem, jak i niedocenianiem wartości czynnościowego badania nerek.

Niektórzy uważają dokładną ocenę czynności nerek za bodajże niemożliwą, a w każdym razie za znacznie trudniejszą od oceny czynności poszczególnych nerek. Porównanie bowiem wyniku próby, przeprowadzanej oddzielnie po każdej stronie, w tych samych warunkach i przy tych samych błędach metody, ma znacznie łatwiejsze zadanie, mówi bowiem już tylko o różnicy, zachodzącej między czynnością obydwu nerek. Inni badaniom ogólnej czynności nerek wielkie przypisują znaczenie i wartość, i nawet do oceny czynności poszczególnych nerek przechodzą dopiero po wyłączeniu istnienia względnej ogólnej ich niedomogi.

Wartość poszczególnych metod badania czynnościowego nerek oceniana jest bardzo niezgodnie. Zdaniem niektórych, dwie kategorie metod mają posiadać szczególne znaczenie: metody, obejmujące możliwie szeroki zakres pracy nerek, jak próba wodna i zagęszczania, z metod zaś, uwzględniających wydalanie z ustroju poszczególnych substancji, te tylko, które dotyczą ciał ważnych dla życia. Inni większe znaczenie przypisują próbom нефизjologicznym — wydalaniu przez nerki ciał ustrojowi obcych. Jedni poprzestają na przeprowadzeniu jednej tylko próby, uważanej przez nich za najlepszą i najpewniejszą; inni stosują równocześnie obok siebie szereg metod, przyczem wybór ich jest również indywidualny, różni autorzy różne bowiem stosują próby. Trud-

no zorientować się w całym tym chaosie każdemu, kto niema wyrobionego własnego zdania, rozstrzygnąć, kto ma rację, a kto błądzi.

Sprzeczności, zachodzące w ocenie przez różnych autorów wartości klinicznej poszczególnych metod czynnościowego badania nerek, mają szereg przyczyn. W badaniach, zmierzających do wszechstronnego wyświetlenia tego problemu, napotkano liczne trudności, popełniono szereg błędów.

Niewątpliwie nawet dokładna znajomość schorzenia nerek, rozpoznanie zaszłych w nich zmian anatomicznych, nie tylko nie wyłącza, lecz przeciwnie, czyni koniecznym przeprowadzenie badań czynnościowych. Zmiany czynnościowe bowiem nie przebiegają zupełnie równoległe do zmian anatomicznych. Często nieznaczne uszkodzenie nerek wywołać może znaczne upośledzenie ich sprawności, i odwrotnie — przy dużych zmianach sprawność nerek może się okazać względnie dobra. Niestety, o tych regułach zapomina się zbyt często. Naogół nerki chore gorzej funkcjonują od zdrowych. Spodziewano się stąd niesłusznie, że ze stopnia uszkodzenia sprawności czynnościowej nerek można będzie wnioskować o stopniu i rozległości zaszłych w nich zmian anatomicznych. Przypuszczano istnienie całkowitej niemal równoległości między zmianami anatomicznymi a czynnością nerek. Dobra sprawność czynnościowa oznaczać miała zdrowie anatomiczne nerek, zła — świadczyć o ich chorobie, o istnieniu ciężkich zmian anatomicznych, i z tego względu wyłączać możliwość przeprowadzenia większego zabiegu chirurgicznego na drogach moczowych. Poglądy te, jak się tego spodziewać było można, okazały się nieusprawiedliwione i niesłuszne.

Nerka chora może być czynnościowo sprawna. Tego rodzaju obserwacje, że nerki, wykazujące różnorodne zmiany anatomiczne, dotknięte mniej lub więcej rozległym zniszczeniem, funkcjonowały sprawnie, spotykane są zbyt często, aby można je było zaliczać do wyjątków. W przypadkach guzów nerkowych dobra sprawność czynnościowa nerek jest bodaj regułą. Spotykamy się z tem również we wczesnych okresach szeregu innych schorzeń. Okazało się, że nawet niewielkie odcinki utrzymanego zdrowego mięszu nerkowego wydalać mogą wystarczającą ilość stałych części składowych moczu, utrzymywać normalne jego stężenie, normalnie wydalać barwniki i cukier po florydzyne. Nawet w toczącej się w nerkach rozległej sprawie ropnej — na podstawie wyniku badania czynnościowego niepodobna sądzić o tem, jak znacznemu zniszczeniu uległ miąższ nerkowy. Wobec braku równoległości między zmianami anatomicznymi a pracą nerek nie możemy więc na podstawie upośledzenia ich sprawności wyciągnąć wniosku o rozległości zaszłych w nich zmian anatomicznych. Sprawność czynnościowa nie dowodzi bezwzględnie pewnie zdrowia nerek, nie pozwala na stanowcze wyłączenie ich schorzenia. Co więcej jednak — znaczne nawet upośledzenie sprawności czynnościowej nerek nie świadczy zupełnie niezbicie o ciężkim anatomicznym ich schorzeniu. Okazało się bowiem, że czynność nerek anatomicznie zdrowych, nie wykazujących zmian makro-, ani mikroskopowych, dość znacznie może być niekiedy upośledzona. Istnieje niewątpliwie postać toksycznego zapalenia nerek, zapalenia więcej w znaczeniu czynnościowym, niż anatomicznym. Wiadomo też, że nerka chora może wywierać hamujący wpływ na czynność nerki drugiej, anatomicznie zdrowej. Toż znane są przypadki, w których bardzo znaczne upośledzenie sprawności czynnościowej

nerki ustąpiło niemal natychmiast po usunięciu nerki chorej, i nerka pozostała w rzeczywistości okazała się czynnościowo sprawna. Przyczyną tego rodzaju upośledzenia sprawności czynnościowej nerek w przypadkach, w których zmiany anatomiczne, znajdujące w mięszu, bynajmniej jej nie tłumaczą, mają być wpływy nerwowe na sekrecję nerkową. Zdaniem niektórych, odgrywają one z pewnością większą rolę, niż to dotychczas przyjmowano. Mechanizm powstawania tego rodzaju zaburzeń czynności nerek nie jest nam dokładnie znany; prawdopodobnie różnorodne czynniki nerwowe okazują wpływ na nerki na drodze naczynioruchowej. Wynika stąd, że zły wynik tej, czy innej próby czynnościowej nie zawsze musi świadczyć o schorzeniu nerek i o stopniu ich niedomogi.

Faktów tych nie można wszakże uważać za zawody czynnościowego badania nerek, ograniczające jego wartość. Badanie czynnościowe mówi tylko o sprawności nerek, wyciąganie więc na jego podstawie wniosków o tem, na jakim tle powstało zaburzenie czynności nerek, i o stopniu ich uszkodzenia anatomicznego, jest niedopuszczalne. Ze względu zaś na to, że stan anatomiczny nerek i ich czynność nie łączą się ściśle ze sobą, znajomość sprawności czynnościowej nerek jest dla chirurga tembardziej nieodzowna.

Djagnostyce czynnościowej nerek stawiano jeszcze inne nadmierne żądania. Miała ona na celu wykazać w każdym poszczególnym przypadku istnienie niedomogi nerek, już nawet w pierwszym okresie względnej ich niedomogi, i określać jej rodzaj i stopień. Posiada to dla chirurga szczególne znaczenie dla rozstrzygnięcia, czy chory znieśie oczekujący go zabieg operacyjny. Zbyt wiele się wszakże po niej i pod tym względem spodziewano. Okazało się szczerem, że zadania te napotykają znaczne trudności, których początkowo nie doceniano należycie, a które obecnie ogólnie się przyznaje. Dążono do tego, aby móc wyrazić w cyfrach, a więc ze ścisłością matematyczną, przy jakim stopniu zaburzenia czynności nerek możliwe jest utrzymanie ustroju po tym, czy innym zabiegu chirurgicznym, przeprowadzonym na drogach moczowych, w równowadze dla życia koniecznej. W tym celu usiłowano wyrazić czynność nerek przy pomocy cyfr i formuł matematycznych, jakgdyby cyfry te mogły być niejako wyrazem ilości sprawnie funkcjonującego mięszu nerkowego, czy też czynnych komórek nerkowych. Rychło jednak przekonano się o tem, że wyniku tej, czy innej próby nie można uważać zarówno za wyraz matematycznie ścisły sprawności czynnościowej nerek, jak i ilości sprawnego mięszu nerkowego, a więc, że oceniano je błędnie. Czynności nerek, jak i żadnego innego przejawu życiowego, nie można mierzyć w sposób matematycznie ścisły przy pomocy cyfr, ani wyrażać jej przy pomocy formuł matematycznych. Dokładna miara pracy nerek jest niemożliwa. Chodzi przecież o próby biologiczne, przeprowadzane na narządach, których czynność jest bardzo zmienna, które różnie pracują w różnym czasie i w różnych warunkach, zależnie od obciążenia i zmiennego zapotrzebowania ze strony ustroju. Każde, zresztą, badanie czynnościowe mówi tylko o pracy nerek w chwili jego wykonania, uwzględnia tylko pewną fazę tej pracy, jest jakgdyby jednym zdjęciem migawkowym tej pracy.

Wprawdzie, jeśli prawidłowa sprawność czynnościowa nerek nie przedstawia wielkości stałej, lecz cechuje ją szczególna zmienność, to zgoła inaczej przedstawia się sprawa w ich niedomodze — czynność nerek

tem mniejszym bowiem może ulegać zmianom, im silniejsza jest niedomoga. Rozróżniamy wszakże różne stopnie niedomogi nerek. Nagromadzenie się nadmiernej ilości produktów przemiany materji w ustroju jest już jej okresem końcowym, jak ostatecznym jej wyrazem jest mocznica. Wykazanie tych stanów na podstawie wyniku szeregu metod badania czynnościowego nie przedstawia żadnych niemal trudności i bezsprzecznie wielkie posiada znaczenie. Ważniejsze jest wszakże dla chirurga rozpoznanie nie tylko okresu, bezpośrednio poprzedzającego mocznicę, lecz również okresu, w którym nie ma jeszcze wyraźnej niedomogi nerek, jednak grozi choremu wystąpienie jej w przyszłości, w którym nerki nie są w stanie całkowicie sprostać pewnym tylko zapotrzebowaniom ze strony ustroju, możnaby więc mówić o ich niedomodze względnej. Okazało się jednak, że nasuwa się przytem cały szereg poważnych trudności. W okresie tym czynność nerek cechuje znaczna jeszcze zmienność. Dalej, praca nerek jest procesem bardzo złożonym, składa się z wielu funkcji częściowych, z których poszczególne tylko w różnych sprawach chorobowych ulegają zaburzeniu. Stwierdzono wreszcie, że, obok stanu samych nerek, zarówno na wydalanie z moczem, jak i na gromadzenie się we krwi nadmiernej ilości tych substancji, okazuje wpływ zupełnie nieobliczalny szereg czynników pozanerkowych, jak również, że ustrój posiada szereg przysposobień obronnych.

Wiemy, że czynność każdego narządu już w warunkach normalnych stałym ulega zmianom, że szczególnie wybitne różnice zachodzą między stanem spokoju a obciążeniem pracą. Dotyczy to przede wszystkim nerek, które pracują stale, praca ich jest jednak zmienna, w zależności od przyjmowanych pokarmów i od wpływu szeregu czynników — innych narządów i ich układów; są one bowiem tym narządem regulującym, który ma za zadanie utrzymanie stężenia drobinowego krwi na stałym poziomie dla normalnego przebiegu czynności życiowych. Również zaburzenia czynności nerek w przebiegu toczącej się w nich sprawy chorobowej cechować musi znaczna zmienność, a to z tego względu, że sprawa może postępować dalej, uspokoić się, względnie co-

fać, że zmiany anatomiczne, jakie zaszły w nerkach, rozszerzają się, przyjmują ten, czy inny charakter, względnie ustępują; niektóre z nich są bowiem odwracalne. Wiadomo choćby, jak znacznym zmianom może ulegać czynność nerek w różnych okresach ich zapalenia, że zatrzymanie w ustroju wody, chlorków, czy azotowych produktów przemiany materji w różnym czasie, niemal z dnia na dzień, waha się dość znacznie. Ze względu na tę zmienność i na to, że wynik badań czynnościowych mówi wyłącznie tylko o pracy nerek w chwili badania, jeśli chodzi o toczącą się w nerkach sprawę zapalną, nie może być mowy o różnicowaniu między różnymi jej postaciami na tej podstawie. Jednorazowe badanie nie mówi też nic właściwie o rokowaniu. Powiedzieć tylko można, że schorzenie w danej chwili cechuje się pewną mniejszą wartościowością nerek. Wynik próby mówi tylko o tem, jak przedstawia się czynność nerek w danej chwili, i bynajmniej niezawsze pozwala przewidzieć, jak wpłynie na nią to, czy inne postępowanie lecznicze. Nie posiadamy dotychczas metody, która pozwalałaby z całą stanowczością na wnioski o tem, czy czynność nerek pod wpływem szkodliwych czynników uległa tylko przejściowemu zaburzeniu i będzie się w stanie poprawić po ich usunięciu, czy też zmiana czynności nerek jest już nieodwracalna. W szeregu wszakże przypadków staramy się określić, czy stwierdzone zaburzenie czynności nerek jest tylko przemijające, czy też trwałe i niezdolne do poprawy. Nie możemy przytem jednak opierać się na wyniku jednorazowego badania, lecz musimy po pewnym czasie powtórzyć te same próby i na podstawie tego, czy stwierdzamy pogorszenie, czy też poprawę uzyskanego wyniku — wnioskować o rokowaniu. Zdarzyć się wszakże przytem może, że przepowiednia zawiedzie nawet przy zachowaniu wszelkich ostrożności — i nie można się temu zbyt dziwić. Nie wyniki prób, lecz oparte na nich rokowanie może wypaść błędnie. Wszystkie więc uzyskane przy badaniu czynnościowym nerek wartości muszą być pod tym względem uważane za wskaźnik względny i zmienny.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z I Oddziału Wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. A. Kobryner)

i

Z Oddziału Rentgenologicznego tegoż Szpitala.
(Kierownik: Dr. N. Mesz).

W sprawie rozpoznawania lewostronnych ropni podprzeponowych.

Podali

A. KOBRYNER, N. MESZ i S. SZMERNER (Warszawa).

Ropnie podprzeponowe należą do jednostek chorobowych dość trudnych do rozpoznania. Na oddziałach szpitalnych schorzenia te spotyka się wcale nierzadko; lecz tylko dokładna obserwacja kliniczna chorego oraz znajomość zespołu objawów, towarzyszących temu schorzeniu, pozwala ustalić rozpoznanie.

Odsetek ropni podprzeponowych u mężczyzn i u kobiet jest jednakowy. Najczęściej ropnie są umiejscowione po stronie prawej; z tych 17% powstaje na tle zapalenia wyrostka robaczkowego, reszta jako powikłania wrzodów żołądka i dwunastnicy, ropnego zapalenia wątroby, pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych.

Lewostronne ropnie dzielimy na przednie i tylne. Przednie powstają wskutek zapalenia otrzewny w przypadkach wrzodów żołądka lub przedziurawienia ściany żołądka, w schorzeniach lewego płata wątroby (ropień, *cholangitis ascendens*), w schorzeniach śledziony (dur brzuszny, zimnica, posocznica).

Tylne ropnie występują przeważnie w przebiegu schorzeń trzustki i nerek. Niekiedy powstają ropnie po urazach klatki piersiowej; również postrzały mogą być powodem powstania ropnia podprzeponowego. Rzadko ropień rozwija się w przebiegu przewlekłego nieżyty jelit grubych; jeszcze rzadziej na okolicę podprzeponową rozprzestrzeniają się sprawy ropne, toczące się w opłucnie, co łomaczy się odwrotnym kierunkiem prądu limfy (z jamy brzusznej do klatki piersiowej).

Objawy kliniczne ropnia podprzeponowego są różne, zależnie od przebiegu ostrego lub przewlekłego. Przebieg ostry cechuje wysoka ciepłota, dreszcze, złe samopoczucie, bóle w górnej części brzucha w czasie oddychania i kaszlu oraz leukocytoza obojętnochłonna, bóle, promieniujące z podżebrza do ramienia lub łopatki. Na zasadzie li tylko bólów nie można określić, czy sprawa

chorobowate, tęczy się nad lub pod przeponą, oba bowiem tereny są unerwione przez wspólną gałąź nerwów międzybrzowych.

W postaci przebiegającej choroby przez dłuższy czas mają samopoczucie dobre, ciepłota gorączkowa, obraz krwi nie odlega od normalnego, jak w sprawie ostrej, lecz słabsze. W przednich ropniach stwierdza się uwypuklenie nadbrzusza i wrażliwość na ucisk. Bardzo ważnym zespołem objawów jest, zdaniem naszym, opuszczenie lewego płata wątroby i śledziony i uniesienie dolnych granic płuca lewego w górę.

Podczas fizykalnego badania klatki piersiowej stwierdza się przytłumienie nad dolną częścią płuca lewego oraz słabą przesuwalność jego dolnej granicy, zaś codzienne, kliniczne badanie chorego wykazuje stopniowe pozorne zwiększanie się lewego płata wątroby i śledziony, wskutek zepchnięcia tych narządów przez narastający ropień.

Badanie rentgenologiczne stwierdza wysokie ustawienie przepony, osłabienie lub zniesienie jej ruchów, przemieszczenie żołądka (dna) naprawo i ku dołowi.

Niżej podane 3 przypadki lewostronnych ropni podprzeponowych rozpoznane zostały głównie na zasadzie wyżej podanego zespołu, a mianowicie: obniżania się lewego płata wątroby oraz śledziony, uniesienia granicy płuca ku górze oraz przesunięcia górnego bieguna żołądka na R-gramach.

Przypadek I.

Chory A., lat 48, przybył na oddział ze skargami na bóle w okolicy prawego podżebrza, promieniujące ku prawej łopatce, żółtaczkę, ogólne osłabienie i bicie serca. Od ośmiu tygodni miewa co pewien czas bóle w okolicy prawego podżebrza, ciepłotę podwyższoną, wahającą się w granicach: 39,5—37,2, żółtaczkę, świąd ciała, moczu o barwie piwnej i stolce odbarwione. Objawy te utrzymywały się 5—7 dni; w przerwach zaś czuł się dobrze. Chory podaje, że od kilku lat miewa bóle w okolicy dolka podsercowego, niezależne od przyjmowania pokarmów, występujące zwłaszcza w nocy. Chorób wenerycznych miał nie przechodzić; żonaty, ma kilkoro dzieci; żona nie ronila.

St. Praes.: Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, skóra i błony śluzowe blade, o odcieniu żółtawym, język nieobłożony, wilgotny, migdałki niepowiększone; żrenice równe, okrągłe, na światło i akomodację reagują prawidłowo. W płucach brak zmian patologicznych. Serce o wymiarach prawidłowych, tętno głośnie. Tętno miarowe, miernie wypełnione — 72 na 1'; ciśnienie — 120/70 mm. Jama brzuszna: znaczna bolesność na ucisk w okolicy prawego podżebrza. Wątroba wystaje zpod łuku żebrowego w linii sutkowej prawej na szerokość dłoni, o brzegu ostrym, bolesnym; brzeg zaś lewego płata wątroby wyczuwa się nad wyrostkiem mieczykowatym na trzy palce; wyczuwa się pęcherzyk żółciowy wielkości pomarańcza, tkliwy, twarzą śledzioną wystaje na półtora palca zpod łuku żebrowego. Moczu przezroczysty, o odczynie zasadowym. Białko (—), cukier (—), bilirubina (+), urobilina (+). W osadzie nic patologicznego. Zawartość mocznika we krwi = 0,54‰.

Odczyn H. v. d. B e r g h a we krwi: bezpośrednio — szybko występuje, pośrednio — 1,8 jednostek. K r e w : cz. c. 4.200.000; Hb. 78; b. c. 10.000; w z ó r : neutr. — 75, pal. — 6, limf. — 19. Kał — zawiera barwniki żółciowe.

Na zasadzie tego zespołu objawów rozpoznano *cholecystitis et cholangitis*. Po dwutygodniowej, odpowiedniej kuracji (okłady, wstrzykiwania urotropiny, mieszanaka Karlsbadzka) stan chorego znacznie się poprawił: stwierdzono zmniejszenie się prawego płata wątroby, pęcherzyk żółciowy niewyczuwalny. Natomiast z dnia na dzień coraz niżej wyczuwał się

dolny brzeg lewego płata wątroby oraz dolny biegun śledziony; stłumienie nad dolną częścią lewej połowy klatki piersiowej od tyłu i przodu narastało. Po kilku dniach lewy płat wątroby sięgał do pępka, śledzioną wystawała z pod łuku żebrowego na 4 palce, dolna granica płuca lewego słabo ruchoma. Temperatura niekiedy dochodziła do 37,5, dreszczy nie było, zaś ponowne badanie krwi nie wykryło zmian (brak leukocytozy). Ten nowy zespół objawów nasunął przypuszczenie, że mamy do czynienia ze sprawą chorobową, która toczy się pod przeponą lewą, unosząc ją ku górze, odsuwa jednocześnie lewy płat wątroby oraz śledzionę ku dołowi; przypuszczaliśmy, że istnieje guz lub ropień pod przeponą. Wylączaliśmy kiłę, gdyż W. a. był ujemny, również po prowokacji; *cholangitis* lewego płata, gdyż nie było podwyższonej temperatury, leukocytozy i dreszczy; ropień wątroby, gdyż przebieg był zbyt łagodny i brak było urobilinogenu w moczu, dreszczy i leukocytozy we krwi. Kilkakrotne nakłucie opłucny dało wynik ujemny. Nagle chory dostał silnych bólów w okolicy lewego podżebrza, wymiotów i nudności; tętno — 110'. Następnego dnia po napadzie stwierdziliśmy znaczne zmniejszenie się śledziony oraz lewego płata wątroby; przestrzeń T r a u b e g o i lewe płuco od tyłu zyskały wypuk jawny, dolny brzeg lewego płuca znacznie się obniżył. Ta szybka poprawa w ciągu 24 godzin przemawiała za ropniem podprzeponowym, który uległ opróżnieniu. Powstało więc pytanie, dokąd opróżnił się domniemany ropień. Ropień ten mógł się przebić do jamy brzusznej i dawać objawy otrzewnowe, do jamy opłucnej lub do płuc z objawami ze strony tych narządów. Brak objawów otrzewnowych, płucno-opłucnowych i jelitowych skłonił nas do przypuszczenia, że ropień przebił się do żołądka. Wprowadziliśmy zgłębnik dwunastniczy i rzeczywiście wydobyliśmy dwie szklanki ropy, co całkowicie potwierdziło nasze przypuszczenie. Należało teraz ustalić patogenezę ropnia. Chory podawał, że od kilku lat miewał dolegliwości w dolku podsercowym. Cierpienie to mogło być spowodowane przez ukryty wrzód żołądka, który w następstwie dał zrosty (*perigastritis*). Pod wpływem infekcji, która wywołała zapalenie pęcherzyka i dróg żółciowych, wytworzył się w miejscu zrostów, jako *locus minoris resistentiae*, ropień, który przebił się do żołądka prawdopodobnie w tem samym miejscu, gdzie był wrzód. Szereg rentgenogramów potwierdził rozpoznanie, przebieg i patogenezę ropnia podprzeponowego. Musimy podkreślić, że przypadek ten przebiegał bez leukocytozy i dreszczy, jedynie ze stanem podgorączkowym. Rozpoznany został ten przypadek dzięki dokładnej obserwacji klinicznej, objawów uniesienia przepony ku górze i opuszczenia lewego płata wątroby i śledziony. Przypadek nader ciekawy z tego względu, że na oddziale obserwowaliśmy powstanie, rozwój i likwidację ropnia podprzeponowego.

Badanie rentgenologiczne w dniu 27.III.1934 r. stwierdziło zupełne zaciemnienie w dolnej części lewego pola płucnego, sięgające prawie do 4 żebra z przodu; cień ten stale się powiększał, znajdował się pod uniesioną i napiętą przeponą, zupełnie nieruchomą. Ryc. 1 (a)

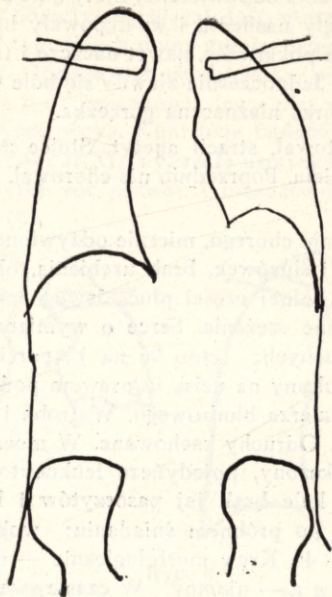


a) 4.IV.34 r.

Ryc. 1.

b) 27.IV.34 r.

Żołądek przesunięty naprawo i ku dołowi przez ropień podprzeponowy wypełnił się treścią kontrastową tylko w części wypustowej. Część wpustowa i trzon nie zarysowały się wcale. Ryc. 2.



Ryc. 2.
10.IV.34 r.

Ten obraz rentgenowski zmienił się radykalnie po przebiegu się ropnia podprzeponowego do żołądka.

Lewa przepona od razu zniżyła się z powrotem prawie do normy. Ruch jej, aczkolwiek ograniczony i opaczny z powodu zrostów, uwidocznił się doskonale. Powyżej przepony zarysowała się wyraźna, solidna smuga zrostowa, ułożona poprzecznie. Ryc. 1 (b)

W 10 dni po opróżnieniu się ropnia do żołądka smuga cieniowa nad przeponą zmniejszyła się, ruch opaczny przepony znikł, pozostało tylko ograniczenie ruchów ostro zarysowanej przepony, uniesionej w środkowej części przez zrost opłucnowy. Badanie kontrolne żołądka w 2 tygodnie po samoistnym opróżnieniu się ropnia wykazało miejsce przedziurawienia na dużej krzywiznie części wpustowej w postaci ubytku cieniowego już w stojącej pozycji chorego. W pozycji leżącej ubytek cieniowy występował jeszcze wyraźniej. Ryc. 3.

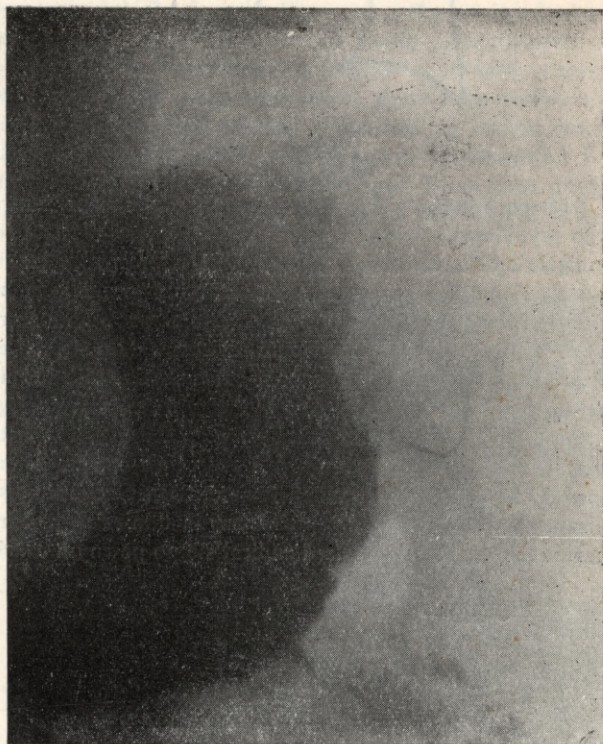
Przypadek II.

Przypadek drugi dotyczy chorego, który przybył na oddział ze skargami na bóle w lewym boku, wzmagające się podczas kaszlu i głębokiego oddechu, na duszność, gorączkę, bóle głowy i ogólne osłabienie.

Choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami bólami w lewym boku i ciepłotą do 40 stopni. Ponieważ ciepłota nie obniżyła się, chory został skierowany do szpitala. W 1930 r. przebył grype, chorób wenerycznych miał nie przechodzić; anamneza rodzinna bez znaczenia; żonaty, ma jedno dziecko. Mocz i stolce oddaje prawidłowo.

St. Praes: Budowa prawidłowa, odżywianie mierne; skóra i blony śluzowe o odcieniu bladawym, język wilgotny i obłożony; migdałki niepowiększone. Zrenice równe, okrągłe, na światło i akomodację reagują prawidłowo. Klatka piersiowa miernie długa, przestrzenie międzyżebrowe dość szerokie. Płuca: po stronie lewej dolna granica nieruchoma, przytłumienie od 8 żebra w dół; nad przytłumieniem drżenie głosowe osłabione; oddech pęcherzykowy, osłabiony; pojedyncze wilgotne rżenie drobno-bąbkowe. W przestrzeni T r a u b e g o również stwierdza się stłumienie i oddech osłabiony. W pozostałych częściach płuc oddech pęcherzykowy, wypuk jawny. Serce

kształtu mitralnego, tony czyste, tętno miarowe, miernie wypełnione, 110 na min. Ciśnienie 110/70. Jama brzuszna: wątroba niemacalna, śledziona wystaje z pod łuku żebrowego na dwa palce, w układzie nerwowym brak zmian. Badanie moczu: c. g. 1025, odczyn zasadowy; białko (—); cukier (—); bilirubina (—); krew (—); diazo (—); urobil. (+).



Ryc. 3
2.V.1934 r.

W osadzie: pojedyncze leukocyty. Badanie krwi: cz. c. 4.300.000; Hb. 80; ind. 0,9; b. c. 15.000; w z ó r : neutr. — 75%; pał. 8%; limf. 17%; Wa. (—). W płwocinie K o c h (—).

Chory ciągle gorączkował, codziennie miał dreszcze, gorączka podnosiła się do 40 stopni i po godzinie spadała do 37.

Różnicowaliśmy pomiędzy posocznicą, dudem brzuszny i ropniem zapaleniem opłucny.

Niejednokrotne badania bakteriologiczne i serologiczne w kierunku posocznicy i duru brzuszego wypadły ujemnie (mocz, krew, kał). Kilkakrotne nakłucia opłucny nie dały nic pozytywnego. Objawy, które wystąpiły w dalszym przebiegu choroby, pozwoliły nam ustalić właściwe rozpoznanie. A mianowicie: z dnia na dzień stwierdzaliśmy coraz niższe ustawianie się dolnego brzegu lewego płata wątroby, który wreszcie sięgał do pępka; natomiast prawy płatek wystawał na dwa palce z pod łuku żebrowego; śledziona na półtora palca. Fizyczne objawy ze strony klatki piersiowej nie uległy zmianom. Ten zespół objawów przemawiał za tym, że pod przeponą toczy się proces, który odsuwa wątrobę ku dołowi, zajmuje przestrzeń T r a u b e g o i unosi przeponę ku górze. Wysoka gorączka wraz z leukocytozą obojętnochłonną oraz ciężki stan chorego przemawiał za sprawą ropną.

Rozpoznaliśmy ropień podprzeponowy lewostronny. Badanie rentgenologiczne potwierdziło nasze rozpoznanie.

Dwukrotne badanie rentgenologiczne klatki piersiowej 4 i 18.IX.1934 r. stwierdziło wysokie ustawienie lewej przepony, jej zgrubienie i unieruchomienie, objawy, przemawiające za istnieniem ropnia podprzeponowego. Ryc. 4.



Ryc. 4.
18.IV. 34 r.

Badanie żołądka w 10 dni później wykazało brak kontrastowego wypełnienia dużej krzywizny w części wpustowej, przesunięcie zniekształconego dna żołądka naprawo z zazębieniem zarysu małej krzywizny przemieszczonego odcinka żołądka. Trzon i część odźwiernikowa żołądka zarysowały się prawidłowo. Ryc. 5. Wysokie ustawienie przepony dało się stwierdzić jeszcze w 1 i 1½ miesiąca po 1-em badaniu. Nie ulegało wątpliwości, że w tym przypadku był wrzód żołądka (*perigastritis*) punktem wyjścia całej sprawy ropnej. W części wpustowej powstał ropień podprzeponowy o przebiegu ostrym z temperaturą do 40 stopni, dreszczami, leukocytozą. Chory wypisał się ze szpitala, a jak wynika z późniejszych doniesień rodziny — zmarł w Szpitalu Dz. J., dokąd zapisał się po pewnym czasie.



Ryc. 5.
28.IX.34 r.

Przypadek III.

Chory Sz. P., lat 54, z zawodu kamasznik, zgłosił się do szpitala 28.VIII.1934 r. ze skargami na bóle w dolku i nadbrzuszu, na odbijania i podwyższoną ciepłotę.

Choroba rozpoczęła się przed rokiem bólami w dolku w 1—2 godziny po jedzeniu, przeważnie po ciężkostrawnych pokarmach.

Po zastosowaniu odpowiedniej diety bóle zmniejszyły się, lecz z czasem uległy nasileniu i występowały bez względu na czas przyjmowania pokarmów, nawet naczczo i trwały od kilku minut do godziny. Jednocześnie zjawily się bóle w lewym boku klatki piersiowej oraz nieznaczna gorączka.

Nie wymiotował, stracił apetyt. Stolce zaparte naprzemian z rozvolnieniem. Poprzednio nie chorował. Żona 1 raz rodziła.

Przy oglądaniu chorego, miernie odżywionego, stwierdzono bladosc skóry i sluzówek, brak użebienia, obłożony język. Ciepłota 38,2. W dolnej części płuca lewego od tyłu oddech osłabiony i nieliczne rżenia. Serce o wymiarach prawidłowych, tonach głuchych; tętno 96 na 1', parcie krwi 125/75. Brzuch wzdęty, bolesny na ucisk w prawym podżebrzu oraz w okolicy prawego talerza biodrowego. Wątroba i śledziona niewyraźnie macalne. Odruchy zachowane. W moczu ślad białka, urobilinogen zwiększony, pojedyncze leukocytozy i walczki w preparacie. W kale brak jaj pasorzytów i krwi utajonej. W treści żołądka po próbnym śniadaniu: wolny HCL—26, ogólna kwasota — 46. Krew morfologicznie — norma; odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny. W czasie swego 4-tygodniowego pobytu na oddziale chory prawie stale miał stan podgorączkowy i odczuwał bóle w brzuchu, głównie jednak po prawej stronie. Wobec podejrzenia sprawy żołądkowej dokonano w dniu 18.IX.34 r. badania Rg., które wykazało: skrzywienie kręgosłupa grzbietowego; nacieczenie szczytów; trójdzienny żołądek o kształcie rogu, ułożony skośnie wzdłuż brzegu wątroby z przewężeniami w częściach trzonowej i przyodźwiernikowej. Po częściowym opróżnieniu treści kontrastowej pozostawia wyraźne plamy barowe na tylnej ścianie części wpustowej (*perigastritis*). Czynność ruchowa upośledzona. Lewa przepona ustawiona nieco wyżej, niż prawa.

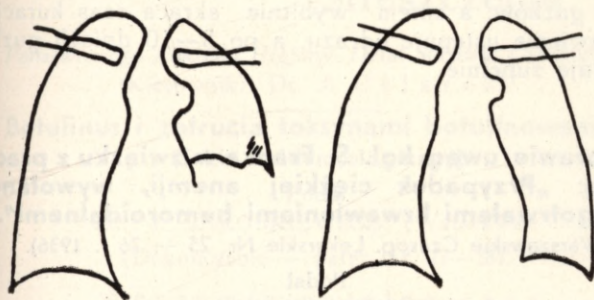
Chory wypisał się wówczas na własne żądanie z nieznaczną poprawą. Po miesiącu wrócił z temi samymi objawami.

Nad płucem prawem wypuk jamy, oddech pęcherzykowy, nad dolnym płatem nieliczne rżenia drobnobańkowe. Nad płucem lewym od tyłu: dolna granica na wysokości ½ łopatki, ruchomość zachowana, w obrębie stłumienia od ½ łopatki wdół — oddech zniesiony, nieliczne rżenia drobnobańkowe. Od przodu w przestrzeni T r a u b e g o wypuk znacznie skrócony; poniżej — stłumienie z odcieniem bębnowym. Oddech od przodu pęcherzykowy, osłabiony. Serce o granicach prawidłowych, tonach głuchawych, tętno 116 na 1' — miarowe. Brzuch wysklepiony, wypuk stłumiono-bębnowy. Lewy płat wątroby macalny na wysokości pępka, prawy — 2 palce pod łukiem żebrowym. Śledziona wystaje zpod łuku na półtora palca. Odruchy zachowane. M o c z: b+0,3%, c (—), ubg. (+ +), w osadzie 5—10 erytrocytów w p. w. K a l: próba benzydynamowa — ujemna. K r e w: Hb. 68%. Cz. c. 3.800.000. B. c. 13.600, N 78%, L 19%, M 2%, E 1%. Nakłucie opłucny lewej dało wynik ujemny. Porównyując stan chorego zprzede miesiąca z obecnym, stwierdziliśmy, że zaszły zmiany następujące: dolna granica płuca lewego uniosła się ku górze, przestrzeń T r a u b e g o znikła, lewy płat wątroby nisko ustawiony, śledziona macalna oraz stłumienie z odcieniem bębnowym w nadbrzuszu lewym. Ten zespół objawów przy stanach podgorączkowych i poprzednim rentgenologicznym stwierdzeniu zmian w żołądku (*perigastritis*) kazał nam myśleć o istnieniu ropnia podprzeponowego lewostronnego. Naskutek tego dokonane zostało w dniu 2.XI.34 r. zdjęcie Rg. klatki piersiowej, które wykazało: przepona po stronie lewej uniesiona ku górze i prawie nieruchoma. Nad przeponą przysicenne, trójkątne za-

ciemnienie (*abscessus subphrenicus sinister*). (*Pleuritis sympatica*). Ryc. 6 (a)

Podczas przeszło 3-miesięcznego pobytu chorego w oddziale stan subiektywny ulegał tylko nieznacznym wahaniom, natomiast stan obiektywny ulegał dość znacznym zmianom.

Już po 2 tygodniach dolna granica lewego płuca obniżyła się do X żebra. Oddech stał się słyszalny, wypuk w przestrzeni *T r a u b e g o* bębnowy, lewy płat wątroby uniósł się o 3 palce powyżej pępka. Kontrolne badanie rentgenologiczne w tym okresie (20 i 27.XI) wykazało ustawienie lewej przepony nieco tylko wyżej, niż prawej, i nieznaczne ograniczenie ruchów. Ryc. 6 (b)



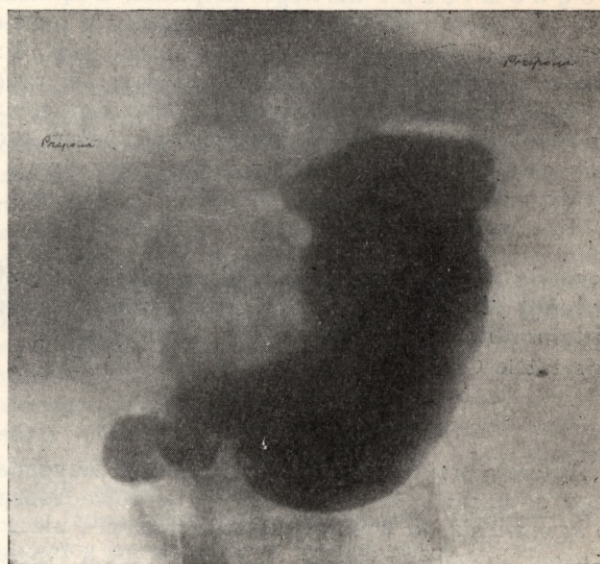
a) 2.XI.34 r.

Ryc. 6.

b) 27.XI.34 r.

Taką zmianę w stanie obiektywnym musieliśmy traktować jako zanik ropnia (powtórne przebicie do żołądka?); jednak próba na krew utajoną w kale dała wynik ujemny. Podczas dalszej kilkotygodniowej obserwacji stan obiektywny zmianom nie ulegał. Chory przeważnie nie gorączkował, waga wykazywała dalszy nieznaczny ubytek. Zdjęcie Rg. w dniu 5.XII.34 r. wykazało, iż przepona lewa jest ustawiona nieco wyżej, niż prawa, i jest mniej ruchoma. Kąty żebrowo-przeponowe zaciemnione. Wobec tego, iż wkrótce potem stwierdziliśmy w kale krew utajoną, to objaw ten przy braku guzków krwawnicowych w odbytnicy mógł do pewnego stopnia przemawiać za obstrużeniem się sprawy żołądkowej. Ponownie dokonane zdjęcie Rg. w dn. 18.XII.34 r. wykazało: przepona lewa nieco wyżej ustawiona od prawej. Kąt żebrowo-przeponowy lewy zaciemniony. Żołądek duży, hipertoniczny, wypełnia się kontrastowo nierównomiernie, tworząc ubytek cieniowy na krzywiźnie dużej i częściowo małej. Śluzówka zarysowana, fałdy nierówne, przerywają się. Czynność ruchowa upośledzona. Zmiany na tylnej ścianie trzonu. Ryc. 7 i 8. Po pewnym czasie, gdy chory czuł się stosunkowo dobrze i poza odbijaniem, na nic nie narzekał, zaczął nagle gorączkować do 38,2°, a jednocześnie uległ zmianie stan obiektywny, a mianowicie: w płucu lewym od tyłu stwierdzało się stłumienie od VIII żebra w dół (poprzednio od X żebra), oddechu w miejscu stłumienia prawie wcale nie było słychać, w przestrzeni *T r a u b e g o* ponownie wystąpiło stłumienie, wątroba, poprzednio macalna na 3 palce nad pępkiem, obecnie wymacawała się tuż nad pępkiem. Badanie rentgenologiczne potwierdziło badanie fizykalne. Lewa przepona znów uniosła się wyżej, kąt żebrowo-przeponowy nadal zaciemniony. Ruchy przepony opaczne. Wystąpiło przemieszczenie części wpustowej żołądka naprawo i ku dołowi, spowodowane obecnością płynu pod przeponą, zniekształcenie bańki powietrznej u trzonu żołądka, nierówność zarysu dużej krzywizny, mniej małej wskutek zrostu — *perigastritis* — z zaznaczeniem trójdzielności. Fałdy śluzówki przerywały się, zostawiając plamę na tylnej ścianie części wpustowej. Sprawa ta trwała 6 dni, poczem temperatura spadła do normy, dolna granica płuca obniżyła się do X żebra, oddech stał się słyszalny, w przestrzeni *T r a u b e g o* zjawiał się wypuk jawno-bębnowy, a wątroba ponownie uniosła się o 2—3 palce powyżej pępka. Krwi w kale wówczas nie stwierdzono. Po kilku dniach

jednak, przy stanie bezgorączkowym i skargach na bóle w lewym podżebrzu ponownie podniosła się granica dolna płuca lewego, wątroba obniżyła się do pępka, w przestrzeni *T r a u b e g o* znowu zjawiało się stłumienie. To pogorszenie było tylko krótkotrwałe, po upływie kilku dni wszystko wróciło do stanu poprzedniego i utrzymywało się aż do chwili wypisania się chorego ze szpitala. W międzyczasie dokonano zgłębnikowania żołądka i stwierdzono po próbnym śniadaniu: wolny HCL—8, ogólna kwasota—38, próba benzydynamowa ujemna. Po przeszło 3-miesięcznym pobycie w oddziale chory wypisał się w stanie podgorączkowym, skarżył się jeszcze na ściskanie w dołku. Nad płucami stwierdzał się wypuk jawny na całej przestrzeni i oddech pęcherzykowy. W przestrzeni *T r a u b e g o* wypuk bębnowo-przytłumiony. Tony serca głuchawe. Prawy płat wątroby macalny 2—3 palce pod łukiem, lewy płat — 2 palce nad pępkiem.

Ryc. 7.
18.XII.34 r.Ryc. 8.
18.XII. 34 r.

W przypadku tym obserwowaliśmy zatem okresy zbierania się płynu pod przeponą i związane z tem objawy unoszenia się przepony i opuszczenia lewego płata wątroby i śledziony oraz przemieszczenia dna żołądka naprawo i ku dołowi naprzemian z okresami wysysania się płynu, zniknięcia

objawów patologicznych. Ponieważ płyn podprzeponowy to zjawiał się, to znikał, jesteśmy skłonni przypuszczać, że w ostatnim przypadku mieliśmy do czynienia nie z ropnym zapaleniem otrzewny podprzeponowej, lecz z surowiczym zapaleniem ograniczonym podprzeponowem, za czym przemawiałaby i ta okoliczność, że nie było wysokiej temperatury, a raczej stany podgorączkowe.

W miarę tego, jak płyn surowiczy wysysał się, znikwały objawy ropnia podprzeponowego i odwrotnie (*abscessus subphrenicus intermittens*).

Wszystkie 3 obserwowane przez nas przypadki dotyczyły mężczyzn w wieku średnim; ropnie znajdowały się po stronie lewej i powstawały wskutek owrzodzeń na tylnej ścianie żołądka. We wszystkich przypadkach stwierdzaliśmy objawy kliniczne, które pozwalają ustalić rozpoznanie. Objawy te, naszym zdaniem, są patognomiczne dla tego cierpienia, a są niemi: wysokie ustawienie przepony z przesunięciem dolnych granic płuc, opuszczenie lewego płuca wątroby, a często i śledziony, wreszcie przemieszczenie dna żołądka naprawo i ku dołowi, stale stwierdzane na obrazach rentgenowskich.

W sprawie artykułu: „Przypadek ciężkiej anemii wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi”. J. Skłodowski i S. Dobryczycki.

(Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 25 — 26 1936 r.).

Podał

S. FRANK (Warszawa).

Autorzy przytoczyli bardzo ciekawy przypadek chorego z guzami krwawniczymi — doprowadzonego przez krwawienia do wybitnej niedokrewności i uleczonego zastrzykowaniami metodą B e n s a u d e a i przez podawanie *Ferrum reductum* do 2 gm. dziennie. W końcu swego artykułu autorzy zachęcają do leczenia zachowawczego hemoroidów metodą B e n s a u d e a, jakoby u nas przed autorami nie stosowanej.

Z powodu powyższego artykułu pragnę zaznaczyć, iż w roku 1928 w Nr. 4 „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” ogłosiłem pracę: „O leczeniu guzów krwawniczych sposobem B e n s a u d e a” z opisem wyniku leczenia tą metodą u 60 chorych z dokładnym opisem samego zabiegu.

W r. 1925 odwiedziłem B e n s a u d e a w jego szpitalu, gdzie przestudjowałem dokładnie jego metodę leczenia — wobec tego przypuszczam, iż zabiegi wykonywałem „we właściwej formie”.

Na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego w maju r. b. kolega D o b r y s z y c k i demonstrował chorego, opisanego w powyższym artykule.

W dyskusji zabrałem głos i zaznaczyłem, iż od 3-ich lat zarzuciłem leczenie guzów krwawniczych metodą B e n s a u d e a, stosując zastrzykiwania Antiphlebiny*), która zawiera również stężony roztwór chininy wraz z domieszką środka znieczulającego; ostatnio stosuję Nodithrombinę — środek wiedeński — wprowadzony przez Z w e i g a do kliniki. Zawiera on prócz chininy — jeszcze glicerynę i alkohol — które to środki wzmagają jeszcze działanie chininy — i jest również

niebolesny w stosowaniu. Metodzie B e n s a u d e a zarzucam głównie długotrwałość jej stosowania, wymagającego co 8—10 dni zastrzykiwania 5 ccm płynu do guzka. Zastrzykiwać należy czasami 6—8 razy, a w przypadku autorów nawet 10 razy; leczenie trwa zatem od 2—3 miesięcy. Zastrzykiwania sprawiają często choremu ból — z powodu dużej ilości zastrzykiwanego płynu. Wobec tego zacząłem stosować Antiphlebinę oraz Nodithrombinę, które zawierają również chininę, lecz w bardziej stężonej formie, co umożliwia zastrzyknięcie do guzka od 2 do 4 kropel płynu — specjalną sprycą — co daje możliwość wykonania zabiegu jednorazowo do 2—3 guzków, a zatem wybitnie skraca czas kuracji. Krwawienie ustępuje odrazu, a po 8—10 dniach guzki zanikają zupełnie.

W sprawie uwag kol. S. Franka w związku z pracą naszą: „Przypadek ciężkiej anemii, wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi”.

(Warszawskie Czasop. Lekarskie Nr. 25 — 26 r. 1936).

Podał

S. DOBRYSZYCKI (Warszawa).

Metoda B e n s a u d e a polega na zastrzykiwaniu 5% roztworu *chinini bimuriatici carbamidati* pod śluzówkę nad guzkiem krwawniczym.

W pracy swej (Warsz. Czasop. Lekarskie Nr. 4 r. 1928 „O leczeniu guzków krwawniczych sposobem B e n s a u d e a”) kol. F r a n k pisze: „Lek wprowadza się do tkanki łącznej pod śluzówkę”. Tylko tyle. Nie można z tego wnioskować — czy nad guzkiem.

W uwagach swych do naszej pracy kol. F r a n k pisze już wyraźnie: „... Metodzie B e n s a u d e a zarzucam zastrzykiwanie 5 ccm. płynu do guzka”.

Wobec tych okoliczności nie uważamy za niesprawiedliwioną naszej wzmianki, że u nas w kraju przed nami nie stosowano metody B e n s a u d e a we właściwej formie.

Wprawdzie B e n s a u d e a początkowo wprowadzał roztwór chininy wprost do guzka, lecz jeszcze wcześniej, niż kol. F r a n k, odstąpił od tego sposobu (La Presse Medicale N. 45 1928).

Już w roku 1928 podczas 8-miesięcznego pobytu mego na oddziale B e n s a u d e a zastrzykiwano wymieniony wyżej roztwór chininy wyłącznie nad guzkiem.

Na podstawie spostrzeżeń na ogromnym materiale u B e n s a u d e a oraz własnych stwierdzić możemy, że ta ostatnia metoda naogół jest zupełnie niebolesna.

Obecne twierdzenie kol. F r a n k a, że zastrzykiwania metodą B e n s a u d e a sprawiają „często” choremu ból, musieliśmy tłumaczyć wprowadzaniem właśnie leku wprost do guzka krwawniczego.

Zaznaczam, że kol. F r a n k przedtem (patrz Warsz. Czasop. Lekarskie Nr. 4. r. 1928) utrzymywał, że „... zastrzykiwania... chininy z mocznikiem dają... zupełnie wyleczenie, a są przytem niebolesne i bezpieczne”.

A teraz słów parę o wprowadzaniu leków o dużej stężeniu w ilości zaledwie kilku kropel (a więc również Antiphlebiny i Nodithrombiny, które stosuje kol. F r a n k) wprost do guzka.

Metoda ta wprawdzie skraca czas kuracji, wymaga jednak naogół zakładania aparatu ssącego dla wyciągnięcia guzków nazewnątr, bardziej subtelnej tech-

*) Artur Glaser, Berlin. Schmerzlose Verödung von Haemorrhoiden in einer Sitzung beim ambulanten Patienten. Medizinische Klinik, N. 34, 1931 r.

niki zastrzykiwań (bardzo stężone leki) i łatwiej narażać może chorego na powikłania (martwica i t. d.), zatrzymując go na pewien czas w łóżku. Często zabieg musi być poprzedzony podawaniem narkotyków (Glaser podawał czopki pantoponu) lub miejscowym znieczuleniem.

Wszystko to znacznie zmniejsza wartość zastrzy-

kiwań, stosowanych wprost do guzków, jako metody ambulatoryjnej.

Toteż wielu autorów francuskich (Bensaude, Oury, Rachet i inni), którzy od kilkunastu lat zajmują się leczeniem hemoroidów zastrzykowaniami, wprowadzają rozmaite leki stężone do guzka tylko w rzadkich przypadkach.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Ł Państwowego Zakładu Higieny. Dział Surowic i Szczepionek.
(Kierownik: Dr. J. Celarek).

Botulinus i zatrucia toksynami botulinowymi.*) (Szkic epidemiologiczny).

Podał

Dr. J. JAKÓBKIEWICZ (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 27—28).

Anatomia patologiczna

Van Ermengem i Mesnil za najbardziej istotne uważają przekrwienie mózgu, posunięte czasem aż do małych wylewów krwi. Podobne przekrwienia można znaleźć i w innych organach, jako to: w wątrobie, śledzionie, nerkach, płucach, również w narządach przewodu pokarmowego, w narządach oddychania i krążenia krwi. Czasami powstają nawet wybroczyny, zwłaszcza na osierdziu i w oskrzelach. Co do przewodu pokarmowego, to najczęściej śluzówka zostaje silnie przekrwiona i pokryta śluzem, a do takiego stopnia zmiękczona i cienka, że się rozrywa nawet przy ostrożnym dotknięciu (Schrievens). Zauważyliśmy to również i na otrzewnie żołądka.

Badania mikroskopowe stwierdzają znaczne rozszerzenie naczyń i ogniskową martwicę mięszu wątroby, a w bardzo ostrych zatruciach tłuszczowe zwyrodnienie wątroby. Z polskich lekarzy większe prace nad badaniem specjalnie wątroby przeprowadził Komoczek w Instytucie Pasteura w Paryżu, a potem w Uniwersytecie Kijowskim i K. Bross w Uniwersytecie Poznańskim.

O rozpadzie, chromatolizie i niszczeniu ciała Nissla pisze Marinesco.

Dickson opisał przypadki licznych krwotoków w oponach mózgowych, mózgu i rdzeniu oraz tworzenia się zakrzepów i zamknięcia światła małych naczyń, uważając objawy wymienione za najbardziej charakterystyczne dla schorzenia; dodaje przytem, że zwykle występuje przekrwienie nie tylko mózgu, ale również narządów jamy brzusznej i płuc.

Największe powinowactwo toksyn botulinowych do tkanek mózgowych jest podkreślane przez większość autorów.

Wybitnie małą wrażliwością natomiast na toksynę odznacza się śluzówka przewodu pokarmowego. Muszą zachodzić w niej zmiany chyba minimalne, gdyż śluzówka np. morskich świnek zmarłych skutkiem zatrucia toksyną botulinową nie przepuszcza nawet *b. coli*

*) w/g odczytu wygłoszonego w Państwowym Zakładzie Higieny.

**) *Clostridium Botulinum* będziemy nazywali lasecznikami botulinowymi.

do krwiobieg, co stwierdziłem na kilkudziesięciu sekcjach, w których wysiewy z krwi pobranej z serca, wątroby i nerek były jałowe.

Leczenie.

Od czasu przygotowania surowicy anti-botulinowej, za najbardziej skuteczny środek leczniczy uważane są domięśniowe zastrzykiwania surowicy wielowartościowej Anti-A i Anti-B. Surowica jest tem skuteczniejsza, im wcześniej zostaje zastosowana. Po ukazaniu się groźniejszych objawów surowica może być mało skuteczna. Podawanie natomiast jednowartościowej surowicy Anti-A lub Anti-B może być zupełnie nieskuteczne, co potwierdzają przypadki, opisane przez K. Brossa (Med. Praktyczna, str. 37, r. 1927 i Nowiny Lekarskie, rocznik 34, zeszyt 6). Naturalnie, jest bezskuteczne zalecane dawniej, przed ukazaniem się surowicy swoistej, wstrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej (K. Bross „Przypadek otrucia jadem kiszki po spożyciu wędzonej szynki” Med. Praktyczna, r. 1929, zeszyt 7).

Jednakowoż podanie swoistej wielowartościowej surowicy nawet później, jak np. na 8-my dzień po zatruciu, choremu, znajdującemu się w stanie już bardzo groźnym, może okazać się zbawienne, jak to opisuje naprz. K. Bross w przypadku ciężkiego zatrucia wędzoną szynką 53-letniego mężczyzny (Med. Praktyczna, zeszyt 5, r. 1930).

Pożyteczne, oczywiście, będzie przepłukiwanie żołądka i jelit, zwłaszcza w okresach wcześniejszych.

„Zalecane bywa rozcieńczenie, względnie zmniejszanie znajdujących się w ustroju trucizn przez dożylną wlewanie roztworu fizjologicznego i energiczne upusty krwi (Semerau-Siemianowski).

Wypada zwrócić uwagę na to, iż w naszym fachowym piśmiennictwie odczuwa się brak polskiego materiału opisowego, dotyczącego stosowania surowicy swoistej w przypadkach zatrucia toksynami botulinowymi i wogóle dotyczącego opisów samych zatruc na terenach Polski.

Semerau-Siemianowski w Nr. 1 Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego z r. 1921 pisze, że na naszych terenach „botulizm wcale nie jest taki rzadki, jak to wogóle mniemają”. K. Bross w jednej ze swoich prac o zatruciach botulinowych nadmienia, że „u nas, gdzie ludność rolnicza przeprowadza ubój w domu i pekluje mięso w warunkach niezawsze odpowiednich, botulizm prawdopodobnie nie jest zachorowaniem rzadkiem”.

Do tych uwag należy dodać jeszcze jedną, mianowicie, że w ostatnich czasach coraz bardziej zwiększająca się u nas ilość konserw mięsnych, rybnych, warzywnych i owocowych zwiększa możliwości zatrucia

toksynami botulinowemi. Te wszystkie sprawy, na jakie słuszenie zwracają uwagę Siemianowski i K. Bross, jak również zwiększająca się u nas konsumpcja żywności konserwowanej wskazują na to, iż sprawie zatruc toksynami botulinowemi należałoby poświęcić więcej uwagi, niż to zrobiono dotąd. Należałoby również przewidzieć na wypadek większego neurodzaju w kraju lub też zawieruchy wojennej wzrost spożywania przez szersze masy ludności konserw z puszek i wogóle przetworów konserwowanych, co z natury rzeczy zwiększy możliwości zatruc toksynami botulinowemi. Wówczas zarówno sprawa zapobiegania tym zatruciom, jak leczenia zatruc toksynami staną się z konieczności bardziej aktualne. W warunkach powyższych szczególnie łatwo mogą uchodzić uwadze mało z temi sprawami obeznanych lekarzy zatrucia odosobnione, zatrucia pojedynczych osób, a zwłaszcza zatrucia lekkie, nie dające większych objawów botulizmu. Niemniej są to zatrucia szkodliwe, bo, osłabiając ogólną odporność organizmu, robią go przez to bardziej podatnym na uleganie innym chorobom. Daje się to łatwo zauważyć w doświadczeniach na zwierzętach laboratoryjnych.

Przy należytej obserwacji łatwe staje się zarówno zapobieganie tym zatruciom, jak i skuteczne ich leczenie przy pomocy surowicy swoistej.

Profilaktyka poza ogólnym podniesieniem poziomu umiejętności przechowywania wszelkiego rodzaju przetworów żywnościowych, polegać powinna jeszcze i na tem, aby zawczasu zorganizować należytą kontrolę nad wyrobem rozmaitego rodzaju konserwowanej żywności, przede wszystkim zaś konserw w puszkach. Nasi sąsiedzi zajmują się temi sprawami już od szeregu lat. W laboratorjach Rosji Sowieckiej np. prowadzą specjalne badania artykułów spożywczych celem ustalenia warunków, w jakich zjawiają się botulinowe toksyny w żywności, oraz celem wykrycia rodzaju toksyn, zróżniczkowania ich własności, jakoteż i samych laseczników *Botulinusa*. Przeprowadzają tam np. badania nie tylko konserw mięsnych, ale i świeżych przetworów oraz żywych ryb. O tych pracach znajdujemy wzmianki w protokołach narady „anaerobowej brygady” z dnia 26 stycznia 1933 roku. Według informacji, podanych w referacie Kolesnikowa, skontrolowano szereg fabryk konserw i stwierdzono w jednej, gorzej jakoby od innych prowadzonej pod względem sanitarnym, brak laboratorium badawczego. Z tego powodu używane w tej fabryce produkty do przeróbki, jak i same fabrykaty badane były „na oko”. Stwierdzono np., że zwykle istniejące na powierzchni grochu domieszki w postaci kawałeczków ziemi, słoneczników, wici i t. p., pozostają i po dokonaniu sortowania grochu. Podczas następnego przemycania grochu zimną wodą, kawałeczki ziemi na powierzchni grochu pozostają w całości i dopiero pod wpływem nagrzewania w autoklawie w puszkach miękną, pęcznieją i oddzielają się od powierzchni, ale już pozostają, oczywiście, w puszcze z fabrykatem. Sterylizacja przygotowanych produktów odbywa się w temperaturze 115—117°C przy 0,7—0,75 atm. w przeciągu 80 minut. W jednej z fabryk pewnego dnia 50% przygotowanych puszek konserw dały wzdęcia. Z ogólnej liczby tych puszek wzięto do zbadania 10. Wszystkie zawierały bakterie i toksyny botulinowe. Z 10 wyodrębnionych szczepów laseczników 9 szczepów dało toksyny. Same laseczki o prostej osi i równoległych bokach wyglądały, jak grube pałki od 4 do 6 mikr.

grubości (według Topleya wymiary są: 4—6 na 0,9 mikronów).

W wyniku identyfikacji ustalono, że 6 szczepów należało do *Botulinus B.*, jeden szczep do *Botulinus A* i jeden lasecznik podobny do typu C.

Z pozostałych wyodrębnionych dwóch szczepów jeden toksyczny i jeden nietoksyczny zostały nieokreślone. Najmniejsza dawka śmiertelna toksyny szczepów zjadliwych (czyli DLM) dla morskich świnek wagi 280 do 300 gramów wynosiła 0,0001 do 0,00001 cm³. Wnioski z powyższych badań brzmiały, jak następuje: Konieczne jest: 1) zajęcie się badaniem przyczyn wzdęcia rozmaitych rodzajów konserw roślinnych, owocowych, wędzonych dla ustalenia mikroflory wzdętych puszek; 2) zbadanie antygenów szczepów wyodrębnionych; 3) połączenie pracy przygotowywania surowic antybotulinowych z wynikami badań dlatego, by przygotować surowicę przeciwko szczepom częściej spotykanym w ZSRR.

Drugi referat Charkowskiego Instytutu im. Miecznikowa pod tytułem „Bakteriologia i epidemiologia zatruc rybami” stawia za cel podjętych prac: 1) zbadanie etiologii zatruc rybami, 2) zbadanie źródła zakażenia ryb. Badania te zostały przeprowadzone na materiale zatruc rybami, które miały miejsce w mieście Sumy w r. 1930 i w Charkowie w roku 1932. Na 5 zbadanych przypadków zatrucia, w trzech zostały wyodrębnione czyste hodowle toksycznych szczepów *Clostridium Botulinum*. Z tych 3 szczepów 2 zostały określone jako typ A, jeden natomiast nie został zidentyfikowany. Po zestawieniu klinicznego obrazu choroby z danymi bakteriologicznymi, badacze doszli do wniosku, że w tych przypadkach miały miejsce nie zwykłe same intoksynacje, lecz połączone z rozmnażaniem się wtórnem bakterij w przewodzie pokarmowym i z następczą intoksykacją. (Obserwacja wyjątkowa i badaje odosobniona w zakresie wniosku, iż toksyny botulinowe powstawały w jelitach osób chorych z rozmnażających się tam laseczników). W związku z powyższymi badaniami przebadano treść przewodu pokarmowego 182 żywych ryb. Z nich 64 należało do ryb czerwonych typu „sewriuga” — 118 ryb należało do gatunków rozmaitych, jak np. „tarań”, „czebak”, „sudak” i inne. Z 60 uzyskanych mieszanych hodowli bakteryjnych 5 hodowli zabijało morskie świnki, dając charakterystyczne dla *Botulinusa* objawy. Wszystkie wymienione hodowle były wyodrębnione z czerwonej ryby „sewriuga”. Z wyodrębnionych czystych szczepów toksycznymi okazały się 2 szczepy, ale tylko w okresie pierwszych generacji. Wobec tego, że w ostatnich latach ogłoszono informacje o wydzielaniu z toksycznego pożywienia szczepów nietoksycznych laseczka *Botulinus*, wyodrębnione szczepy zostały wypróbowane na aglutynację ze specyficznymi surowicami, przygotowanymi przy pomocy laboratoryjnych szczepów *Botulinusowych A i B*, utrzymanych z Instytutu Rockefellerowskiego. Na 56 sprawdzonych aglutynacyjnie hodowli 17 dało pozytywne wyniki z typem *Botulinus A* i tylko kilka słabych aglutynacji z typem *Botulinus B*. Wszystkie te hodowle były wyodrębnione z gatunku czerwonych ryb „sewriuga”.

Ponieważ Polska importuje ryby z Rosji Sowieckiej, badania powyższe mogą interesować nasze instytucje naukowe i handlowe.

W ostatnim zacytowanym referacie zwraca szczególną uwagę wniosek o powstawaniu botulinowych toksyn w jelitach chorego człowieka. Wniosek ten stoi

w sprzeczności z poglądami większości autorów, wypowiadających opinię, że *Clostridium Botulinus* nie rozwija się i nie wytwarza toksyny w przewodzie pokarmowym człowieka jakoby dlatego, że optimum wzrostu bakteryjnego i powstawania toksyn botulinowych odbywa się w ciepłocie o wiele niższej, niż ciepłota przewodu pokarmowego. Według tych poglądów, zatrucia botulinowe odbywają się zawsze skutkiem przeniknięcia toksyny z zewnątrz do ustroju, nigdy zaś skutkiem powstawania toksyn w samym ustroju.

Przypuszczenia te, a raczej samo umotywowanie nie wydają się całkowicie słuszne. W naszym laboratorium stwierdziliśmy mianowicie, iż posiadane przez nas szczepy *Clostridium Botulinus* A i B, rozmnażają się i wytwarzają (produkują) mocne toksyny przy dość rozmaitych ciepłotach, zarówno przy 30° — 32° C, jak przy 37° — 39° C i nawet przy 40° C, jak i przy dość znacznym rozpięciu Ph. Wobec tego przyczyna nierozwijania się i niewytwarzania przez *Clostridium Botulinus* toksyn w przewodzie pokarmowym człowieka musi stanowić nie sprawę jedynie temperatury. Muszą być tego inne powody, może związane z metabolizmem ustroju człowieka. Potwierdzenie przytoczonych obserwacji i wniosków Charkowskiego Instytutu im. Miecznikowa może wnieść nowe oświetlenie do tego zagadnienia.

Na podstawie informacji, jakie przypadkowo otrzymałem o przebiegu kilku śmiertelnych zatruc w Polsce, odnoszę wrażenie, że w niektórych miejscowościach na prowincji niewątpliwie zatrucia jadem botulinowym, szczególnie pochodzące od ryb, niezawsze zostają rozpoznawane. Coprawda, przypadki zatrucia słabego stopnia toksynami botulinowymi nastroczają pewne trudności rozpoznawcze. Wypada nieraz przeprowadzać rozpoznanie różniczkowe, czasem dość skomplikowane, w którym przeciętny lekarz niezawsze się łatwo zorientuje. Te wszystkie trudności wynikają jednak bardziej z braku przygotowania i zainteresowania sprawami zatruc botulinowych. Zdarzają się następnie przypadki, kiedy po trafnym rozpoznaniu botulizmu chory umiera z powodu braku na miejscu surowicy lecz-

niczej. (Opisuje taki przypadek K. Bross). Ogłaszając taki przypadek w 7-mym zeszycie „Medycyny Praktycznej” z roku 1929., K. Bross zwraca uwagę władz sanitarnych, na „konieczność zarządzenia, by surowica przeciwiwielbasiana mogła być w razie potrzeby natychmiast dostarczona przez aptekę. Przynajmniej jedna z aptek w każdym województwie powinna mieć tę surowicę na składzie, a lekarze powinni być o tem poinformowani; przeprowadzono to w innych krajach”.

Celem wyjaśnienia obecnej sytuacji u nas w sprawie zatruc botulinowych, bardzo pożyteczne byłoby zebranie opisanych przypadków zatrucia botulinowego na naszych ziemiach. Materiał odnośny z byłego zaboru niemieckiego, nawet dość obfity, istnieje w literaturze niemieckiej. Na terenach pozostałych może dałoby się wyszukać odpowiedni materiał i we własnym piśmiennictwie i w dawniejszym piśmiennictwie zaborców, oczywiście, przy bardzo starannym poszukiwaniu tych materiałów. Dla zapoczątkowania takiej statystyki podaję krótkie zestawienie tych kilku przypadków botulizmu, których odszukanie nie nastroczyło mi większych trudności.

W ostatnich czasach zjawily się nowe prace, m. in. francuskich i rosyjskich autorów, w których proponowane jest podawanie w celach leczniczych anatoksyny łącznie z leczniczą surowicą swoistą. Podawanie anatoksyny łącznie z surowicą swoistą wydaje się mało celowe lub zgoła zbyteczne ze względu na to, że przecież podanie samej surowicy swoistej jest zupełnie wystarczającym środkiem leczniczym. Anatoksyna również nie może zastąpić surowicy swoistej, jako środka leczniczego. Należy pamiętać, że działanie anatoksyny jest bardzo powolne, że konieczne jest zastrzykiwanie w różnych odstępach czasu wzrastających dawek anatoksyny, i że efekt, jeżeli się osiągnie, to conajwyżej w parę tygodni po ostatnim zastrzyknięciu. Doświadczenie w naszym laboratorium wykazało, że podawanie koniom całej serji anatoksyny — czyli zaczynając od 2—3 cm³ dawkami stopniowo większymi aż do 800 cm³ anatoksyny — dobrze przygotowuje konia do szczepienia samymi toksynami. Jednak po takiej kompletnej serji

WYKAZ PRZYPADKÓW BOTULIZMU NA TERENACH POLSKI

Rok	Miejscowość	Nazwisko lekarza, który obserwował zatrucie.	Liczba osób spożywających	Zatrute pożywienie	Liczba chorych	Liczba zmarłych	% śmiertelności	Na który dzień od początku objawów zastosowano surowicę	Ilość surowicy.	U w a g i
1910	Tomaszów Mazowiecki	M. Landsberg	4	Ryby	4	4	100%	Nie stosowano	—	
1920	Leszno	K. Rzętkowski	8	Czarne jagody smażone i konserwy	5	1	20%	Nie stosowano	—	
1920	Lwów	H. Sochański	4	Ryba nieświeża	4	1	25%	Nie stosowano	—	
1924	Warszawa	Leśniowski	21.	Mięso nieświeże	1	0	—	Nie stosowano	—	
1929	Czarnków w. Poznańsk.	K. Bross	2	Szynka	2	1	50%	Nie stosowano	—	
1930	Kuślin woj. Poznańsk.	Haasem i K. Bross	1	Szynka wędzona	1	0	—	Na 8 dzień	30 cm ³ wieloważnej PZH Warsz.	Mimo groźnych objawów zatrucia wyleczenie.
1931	Poznańskie	M. Siemianowski	6	Wędliny, kiełbasy, szynka	6	0	—	Nie stosowano	—	

szczepienia konia anatoksyną przy podaniu w ostatniej dawce 800 cm³ anatoksyny, a więc w całej serii blisko 2 litrów anatoksyny uzyskuje się w 1 cm³ surowicy konia zaledwie kilka jednostek antytoksycznych. Surowica lecznicza natomiast powinna zawierać conajmniej 200 jednostek antytoksycznych *anti* — B i 500 jednostek antytoksycznych *anti* — A w 1 cm³ surowicy.

W rosyjskim czasopiśmie „Żurnal bakterjologii i epidemiologii” z roku 1935 omawiana jest sprawa czynnego uodparniania ludzi przeciw zatruciom botulinowym przy pomocy anatoksyny. Oczywiście, iż w tym celu anatoksyna nie może być zastąpiona surowicą swoistą i posiada całkowitą wartość jako antygen. Niezrozumiałe jednak jest podjęcie prac tego rodzaju, jak uodparnianie po kilkadziesiąt osób naraz, gdyż sprawa uodparniania przeciw botulizmowi, zdawałoby się, nie może stanowić zagadnienia praktycznego. Coprawda, iż w rozmaitych pracach swoich Rosjanie niejako sugerują możliwość użycia toksyn botulinowych podczas wojny. Z wielu względów nie wydaje się nam to możliwe, i dlatego nie będziemy nawet omawiali sprawy uodparniania ludzi przeciw botulizmowi przynajmniej w tem miejscu. Sprawa ta może posiadać znaczenie chyba tylko naukowo-doświadczalne i dlatego może być opisana przy omawianiu specjalnych doświadczeń laboratoryjnych.

Sprawa botulizmu, niestety, nie wyczerpuje się na materiale wyżej opisanym. Istnieje jeszcze zagadnienie zatruc toksynami botulinowymi zwierząt domowych, jak koni, bydła, psów i t. d., oraz ptactwa domowego. Znane są tak zwane przez Anglików „limber neck” miękkie szyje indyczek i kur skutkiem zatrucia botulinowego, oraz opisane były zatrucia paszą koni i bydła. Nie będziemy jednak omawiali tej sprawy, gdyż to zbyt rozszerzyłoby ramy niniejszego opisu. Nadmienimy jedynie, iż istnieje różnica zdań co do wrażliwości na toksyny botulinowe psów i szczurów. Niektórzy angielscy i francuscy autorzy twierdzą, że psy są wrażliwe na toksyny botulinowe, gdy większość autorów wśród za Van Ermengemem, przeciwnie, uważa, że psy są niewrażliwe tak samo, jak i szczury. Tak kategorię różnice zdań może dałoby się wytłumaczyć tem, że prawdopodobnie niewrażliwe na toksyny botulinowe są te psy i szczury, które od szeregu pokoleń żywią się przeważnie padliną. Może więc u nich wstępować czynne uodpornienie, uzupełnione odnośną selekcją przez szereg generacji. Natomiast te psy rasowe, które od szeregu pokoleń nie żywią się niezawodnie padliną, tracą stopniowo uodpornienie swych przodków i stają się wrażliwe na toksyny botulinowe. Ponieważ w Anglii zwłaszcza, oddawna istnieją starannie hodowane rasy psów, badacze mogli na osach tego rodzaju przeprowadzać swoje badania i stąd wydać opinię o wrażliwości psów na toksyny.

Gdy w naszym laboratorium wstrzyknęliśmy toksyny białym szczurom, wszystkie padły i od toksyn A i od toksyn B. Szczury białe, hodowane u nas wyłącznie jako zwierzęta laboratoryjne, już od szeregu pokoleń widocznie nie stykały się z padliną, a więc nie podtrzymywały czynnej odporności i stopniowo mogły ją utracić w zupełności. Inaczej poszło nam w doświadczeniach z psami. Ponieważ nie mamy specjalnej rasy laboratoryjnej psów, zwróciłem się o pomoc w przeprowadzeniu zamierzonych doświadczeń na psach do D-ra M. Łabędzia, lekarza weterynarii, który uzyskał możliwość przeprowadzenia doświadczeń na psach w Zakładzie Utylizacyjnym Magistratu m. st. Warszawy.

Użyte zostały psy młode od 2 do 4 lat: 1 wilczur, 2 foksterjery i 7 kundli, razem 10 psów. Podano im domięśniowo, dootrzewnowo, dożylnie, doodbytniczo i doustnie po 5 cm³ toksyny *Botulinus* B, serii 10/35, czyli po około 1/2 miliona śmiertelnych dawek dla morskich świnek. Wszystkie psy nie tylko pozostały przy życiu, ale nawet nie chorowały, z wyjątkiem jednego, który przez 2 doby wykazywał jakby pewną niedyspozycję i ociężałość w ruchach, co, oczywiście, mogło pochodzić i z innego powodu. Psy te były naogół zabiedzone, w pożywieniu ich nieraz mogła znajdować się padlina i zepsute mięso, miały więc możność podtrzymywania czynnej odporności swoich dawniejszych generacji *). Nie udało się powtórzyć doświadczenia na takich psach, w których pożywieniu od kilkunastu pokoleń nie mogła z całą pewnością znajdować się padlina, gdyż tego rodzaju psy dostać dla doświadczeń nie jest rzeczą łatwą.

Na zakończenie uważam za wskazane poruszyć sprawę nazwy polskiej „jad kielbasiany”.

Nazwa spolszczona, która do pewnego stopnia już utarła się „jad kielbasiany”, chociaż stanowi mniej więcej dokładne tłumaczenie nazwy łacińskiej, jednak jest do pewnego stopnia niefortunna. Staje się ona niemal zupełnie paradoksalna w przypadkach zatrucia toksyną botulinową, gdy pochodzi ono z zatrucia rybą lub konserwami owocowymi, względnie warzywnymi. Przeciętnej publiczności, nawet inteligentnej, nie przyjdzie do głowy, że „jad kielbasiany” znajdować się może w gruszkach konserwowanych lub w rybie. Nazwa ta już do pewnego stopnia przyjęła się w naszej literaturze, i używane są takie terminy, jak np. surowica przeciwkielbasiana. Taka nazwa samą treścią swoją niefortunnie skupia uwagę laików na kielbasach, w których toksyna botulinowa spotyka się o wiele rzadziej, niż w zepsutem mięsie, w rybach, konserwach owocowych i w rozmaitych ekstraktach roślinnych.

Może byłoby słusznem proponować zmianę tej niepotrzebnie spolszczonej nazwy „jadu kielbasianego” na bardziej odpowiednią nazwę, chociażby zupełnie ogólnikową, np. zatruc pokarmowych lasecznikami, względnie zatruc kiszkoce, której to nazwy używają Semerau-Siemianowski i Celarek. Z pewnych względów byłoby może korzystniejsze zachowanie nazwy łacińskiej, jako międzynarodowej: „toksyny botulinowe”. Mimo, że łacińska nazwa pochodzi od słowa „*botula*”, co znaczy tylko mniej więcej kielbasa, bardziej dokładnie zaś samo jelito (stąd ma swoje uzasadnienie wyraz kiszkoce), to jednak u szerokiego ogółu asocjacje o wiele rzadziej będą łączyły słowo „*botulinus*” z kielbasami, niż tak kategorię wyraz polski „jad kielbasiany” i jeszcze bardziej niebezpieczny pod tym względem wyraz „surowica przeciwkielbasiana”.

PISMIENNICTWO.

1. Bengston Ida. Amer. Journ. of Public. Health. 1921, II, p. 352.
2. Boyd Mark F. Preventive Medicine. Philadelphia — London. 1928.
3. Bross Kaz. Nowiny Lekarskie. 1922/34. Str. 210—216.
4. Bross Kaz. Nowiny Lekarskie. 1923/35. str. 726—733.
5. Bross Kaz. Zdrowie. 1923. Nr. 5.
6. Bross Kaz. Medycyna Praktyczna. 1930. Zesz 5.
7. Bross Kaz. Medycyna

*) Przy tej sposobności wyrażam podziękowanie p. D-rowi M. Łabędziowi za jego uprzejmą interwencję w Magistracie i pomoc dokonaną w doświadczeniach na psach w Zakładzie Utylizacyjnym Magistratu.

Praktyczna. 1930. Zesz. 5. 8. Bross Kaz. Patologia. Rok 1930. Zeszyty 2—3. 9. Celarek J. Surowice i szczepionki. 1931. Warszawa. 10. Gunnison J. B. Journ. of Immunology. Rok 1934. Nr. 1. 11. Komocki. Virch. Arch. 206. 1911. str. 179. 12. Leśniowski. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 119, str. 39. 13. Rosenau M. Milton. Preventive Medicine and Hygiene. 1925. 14. Sbornik Trudow Gosudarstwiennago Naucz. Kontrolnago Instituta. Pod redakcją W. A. Lubarskiego i Ł. M. Hatenewera. Rok 1934. 15. Semerau - Siemianowski Prof. Lwowski. Tyg.

Lek. 1921. Nr. 1. 16. Semerau - Siemianowski Prof. Medycyna. 1931, str. 814. 17. Topley W. W. C. and Wilson G. S. The Principles of Bacteriology and Immunology. Wyd. 1929 r. 18. Wait H. Herbert. Diseases prevention. 19. Wheeler M. W. Journ. of Immunology Vol. VII, Nr. 6, rok 1923. 20. Weliknow. Żurnal Mikrobiologii i Epidemiologii. Nr. 3. 1934. 21. C. Jeramec. Revue d'Immunologie T. 2. Nr. 3 z r. 1936. 22. J. Jakóbkiewicz. Medycyna Doświadcz. i Sp. Zeszyt 1—2 z b. 1936 r. (Tom XXI).

Oceny książek

Dr. Helmut BREDE ECK. *Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung.* (Część I, Lipsk, S. Hirzel 1936, str. 101).

Piśmiennictwo, dotyczące witamin i hormonów, wzmożło się ogromnie w ostatnich latach, ponieważ badacze wszystkich krajów postawili sobie za cel zbadanie budowy chemicznej tych ciał. Książka H. Brederecka reasumuje wyniki tych usiłowań. W części I-szej, która się ukazała, autor podaje krótki zarys witamin i hormonów, ich budowę chemiczną i drogi syntezy, kładąc przytem główny nacisk na stronę chemiczną zagadnienia, a bardzo pobieżnie traktując stronę fizjologiczną i lekarską. Niechemicy zatem napotkają pewne trudności śledzenia na podstawie wzorów chemicznych toku rozumowania chemicznego, ale trud się opłaci, gdyż poznanie budowy chemicznej tych dla życia ważnych ciał wyjaśni ich działanie i wzajemne związki, co jest tembardziej ważne, że substancje te są potrzebne nie tylko do normalnego przebiegu funkcji życiowych, ale prócz tego posiadają bardzo duże znaczenie terapeutyczne.

Zofja Kołodziejska.

Dr. med. Henryk MIERZECKI — *Dla twego zdrowia (o chorobach wenerycznych).* Z 11 rysunkami w tekście; wydanie II. (Książnica-Atlas).

Popularnie przedstawiona wiedza współczesna o chorobach wenerycznych. Autor systematycznie i barwnie podaje całokształt zagadnień z dziedziny chorób wenerycznych, mogących zainteresować sfery, dla których książeczka jest przeznaczona. Pomimo popularno-pedagogicznego nastawienia wykla-

dy są poważnie opracowane, a co najważniejsze, częstokroć oparte na własnych dociekaniach i cennych pracach naukowych autora (opublikowanych dawniej w piśmiennictwie naukowym). Zwłaszcza są bardzo interesujące zebrane dane statystyczne, dotyczące zarówno Polski, jak i zagranicy. Na treść składają się między innymi następujące rozdziały: o szkodach, wyrządzanych gospodarstwu społecznemu przez choroby weneryczne; o prostytucji, jako głównym źródle chorób wener.; o anatomii i fizjologii narządów płciowych; o istocie chorób wener.; o tem, jak umierają wenerycznie chorzy; o uleczalności chor. wener.; o chor. wenerycznych w armii. Merenlender.

Prof. Dr. Stefan BOROWIECKI i Dr. Józef HANDELSMAN. *Z rozwoju psychiatrii polskiej.* Warszawa 1936 r.

Z okazji 15-lecia istnienia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Redakcja „Rocznika Psychiatrycznego“ wydała jako odbitkę „Rocznika“, odczyty dwóch wybitnych psychiatrów polskich, którzy od szeregu lat biorą czynny udział w życiu psychiatrii polskiej. Dr. Handelsman w szkicu historycznym przedstawia proces kształtowania się współczesnej polskiej myśli psychiatrycznej oraz dorobek psychiatrii polskiej zarówno na polu naukowym, jak i społecznym. Prof. Borowiecki usiłuje sprecyzować oblicze ideologiczne psychiatrii polskiej oraz wytknąć jej cele i zadania poprzez analizę potrzeb i bolączek. Broszura, informująca o wysiłkach na odcinku, gdzie ogniskują się troska i walka o zdrowie psychiczne, zainteresuje nie tylko psychiatrów i lekarzy, ale wszystkich, komu drogie są losy nauki i kultury polskiej.

Wl. Matecki.

Wskazówki praktyczne

W przypadkach *slabych bólów porodowych* polecają Vetter i Winkler *Calcium-Chinin Sandoz*. Zastrzykuje się domięśniowo 4 ctm³, a w razie potrzeby daje się w ciągu godziny 2—3 ctm³ raz lub kilka razy. (M. m. W. 1936, N. 21).

—o—

Chiray i Rosanoff zwracają uwagę, że *rak grubej kiszki* w początkowych okresach często nie daje typowych objawów. Należy przeto w każdym podejrzanym przypadku poddawać chorego badaniu promieniami Rentgen. (Presse méd. 1936, N. 87).

—o—

Huber poleca w *opieszalej czynności jelit Prostigmin* (Hoffmann — Laroche). Dawka: 1/2—3 ctm³, zależnie od wieku i ciężkości przypadku, podskórnie lub domięśniowo. Ruchy robaczkowe wzmagają się zwykle już po upły-

wie 15 minut. Po 30 minutach ławatywa z 300 ctm³ 50% gliceryny. W razie niedostatecznego działania powtórne zastrzyknięcie po upływie 4—6 godzin. Ten sam lek dał dobre wyniki w przypadkach *kamieni moczowodowych*: w 5 z 7 przypadków kamienie odeszły. (M. m. W. 1936, N. 14).

—o—

Przeciwno bólowi gardła w anginie i błonicy poleca G. Lotheissen *rozpylanie 1/2% chlorku anestetyny*. Ponieważ chlorek anestetyny nie jest już fabrykowany, więc trzeba samemu sobie roztwór powyższy sporządzić w ten sposób, że nalewa się na 0,5 anestetyny 100 gr. ciepłej wody destylowanej i dodaje się kroplami kwasu solnego rozwodnionego (*dilutum*), najwyżej 20 kropeł, wstrząsając zawartość aż do rozpuszczenia anestetyny. Ten sam roztwór można przed jedzeniem dawać do picia łyżeczkami. (W. m. W. 1936, N. 17).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

XXI posiedzenie wspólne z Oddziałem Pol. Tow. Pedjatrzyznego w dniu 18.XI.1935 r.

Przewodniczący; Prof. Dr. Wacław Jasiński.

Obecných 50 osób, w tem: członków 19, gości 31.

I. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Pokazy chorych:

Dr. J. Kucharski przedstawił chorą w wieku lat 70, którą przyjęto na oddział chirurgiczny Szpitala św. Ja-

kóba z powodu bólów w dolku podsercowym, występujących w pół do jednej godziny po jedzeniu i codziennie powtarzających się wymiotów. Przy badaniu stwierdzono żołądek, sięgający do linii pępkowej i guz w nadbrzuszu wielkości jaja gęsiego, ruchomy. Przy zabiegu operacyjnym stwierdzono, że guz ten wychodzi z żołądka, *pylorus* i *prepylorus* cylindryczny, tylna ściana żołądka zrośnięta z *mesocolon transversum*. Wykonano resekcję żołądka z częściowym wycięciem poprzecznicy. Przebieg pooperacyjny bez większych odchyśleń od normy. Histologiczne badanie stwierdziło *adenocarcinoma*.

III. Referaty:

Prof. Dr. W. Jasiński. Sprawozdanie z prac V Zjazdu Pediatrów Polskich w Łodzi.

Dr. H. Kaulbersz - Marynowska i Dr. E. Gerlé. *Przemiana wodno-mineralna u niemowląt* (referat przeznaczony do druku).

Dr. W. Prażmowski. Sprawozdanie z prac VI-go Zjazdu Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich w Łodzi w dniach 1, 2 i 3. XI. 1935 r.

(Streszczenie).

Posiedzenia w I-ym dniu Zjazdu były wspólne z V. Zjazdem Pediatrów Polskich i dotyczyły tematów, omówionych w sprawozdaniu Prof. Jasińskiego.

W II-im dniu Zjazdu Doc. Przesmycki (Warszawa) wygłosił referat główny „*Mikrobiologia błonicy*”. Referent omówił prace badaczy angielskich, dotyczące podziału zarazka błonicy na typy *gravis*, *mitis* i *intermedius*. Podstawę dla podziału na typy stanowią cechy morfologiczne, biologiczne (zachowanie na pożywkach, zjadliwość) i serologiczne. Ustalone w ten sposób typy ma być równoważnikiem klinicznego przebiegu schorzenia. Przeprowadzone badanie na materiale Warszawskim wykazało wśród 107 wyhodowanych szczepów maczugowca błonicy 55 szczepów typu *gravis* i 52 *mitis*. Typu *intermedius* nie stwierdzono. Dla ustalenia przebiegu klinicznego błonicy, wywołanej przez omawiane szczepy, równorzędnie byli obserwowani chorzy w Szpitalu im. Karola i Marii. Uzyskane wyniki referował Prof. Szenajch. Referat Goliborskiej (W-wa) „*Porównanie zjadliwości szczepów błonicych typu gravis i mitis*”. Okazało się, że typ laboratoryjny zarazka zgadzał się z przebiegiem klinicznym zaledwie w 35,5%, w 28,1% uzyskano wyniki pośrednie, a w 36,4% wyniki sprzeczne. Tego rodzaju niezgodność została już obecnie stwierdzona w szeregu innych państw. Tak więc sprawa podziału maczugowca błonicy na typy wymaga dalszych badań, szczególnie związanych z poszczególnymi terenami.

Z dalszych prac, dotyczących błonicy, Zajdel (Warszawa) omówiła próby przygotowania anatoksyny błonicy z dodatkiem alunu. Kwestia ta wiąże się z usiłowaniami uzyskania anatoksyny, której jednorazowe zastrzyknięcie spowodowałoby mogło uodpornienie. Dotychczasowe próby wypadły pomyślnie. Brano anatoksynę, oczyszczoną ultrafiltracją, i dodawano alunu, który, jak sądzą, wpływa na powolne wysysanie się anatoksyny. W ten sposób przygotowana anatoksyna, brana jednorazowo w ilości 15 jednostek antytoksycznych, pozwoliła osiągnąć ten sam rezultat, co trzykrotne szczepienia normalną anatoksyną. Próbné badanie przeprowadzono na 200 dzieciach szczepionych. Odczynu poszczepiennego prawie nie stwierdzono. Prof. Szenajch referował przebieg błonicy u szczepionych anatoksyną. Materiał zebrany obejmował 41 dzieci szczepionych. Dla porównania równocześnie badano przebieg błonicy u nieszczepionych. Uzyskano następn. wyniki: Lekki przebieg błonicy wystąpił u nieszczepionych w 46,3%, u szczepionych w 64,8%, średni przebieg u nieszczepionych w 24,1%, u szczepionych w 18,9% oraz ciężki u nieszczepionych w 29,6%, u szczepionych w 16,3%. Różnica w przebiegu błonicy na korzyść osób szczepionych jest wielka, jednakże nie 100%-wo zadawalająca. Niezbędne jest gromadzenie dalszych obserwacji w tym względzie.

Również omawiana była sprawa sposobu badania materiału dla ustalenia maczugowca błonicy. Najwyższy odsetek wyników dodatnich udaje się osiągnąć, siejąc materiał na podłożu *Clauberga*. Jednakże ze względu na szybkie psucie się pożywki nadaje się ona do badań masowych (na nosicielstwo). Podłoże *Loefflera* pozwala również zwiększyć odsetek wyników dodatnich przy badaniu pożywki po 48 godz. od chwili posiewu.

Drugi temat dotyczył grupy beztlenowców. Wygłoszono dwa referaty główne: 1) Doc. Owczarewicz (W-wa) „*Bakteriologia zakażeń przyrannych*” i 2-gi Doc. Ławrynowicz: „*Bakteriologia i systematyka beztlenowców*”. 1-szy z referatów podniósł sprawę ważności zagad-

szenia w okresie wojennym. Poza referencje stwierdzili wielkie braki w systematyce beztlenowców. Często te same drobnoustroje omawiane są przez różnych autorów pod odmiennymi nazwami. Nasuwa się konieczność uporządkowania tego działu bakteriologii.

W dyskusji poruszono sprawę systematyki drobnoustrojów wogóle, przytem podnoszono sprawę konieczności oparcia się przy podziale na odmiany jedynie na głównych cechach biologicznych.

Zjazd postanowił powołać specjalną komisję dla podjęcia prac nad systematyką beztlenowców.

Ponadto wygłoszono szereg luźnych referatów.

W sprawie wyosabniania laseczek durowych wynika, że niemal wszystkie większe pracownie posiłkują się obecnie pożywkami *Müllera-Kaufmanna* i *Szustowej*. Pożywka Endo daje jednak w pewnych pracowniach wyniki zadawalające. Pożywka prof. Podlewskiego ze względów technicznych (duże płytki *Petrie*) nastęrcza trudności w praktyce użycia.

Brill, Brokman i Friendzlowa (W-wa) podali dotychczasowe wyniki stosowania odczynu biologicznego w ostrym goście stawowym. Odchylenie dopełniacza z zastosowaniem przez autorów antygenem (wyciąg z watroby zmarłych na ostry gościec stawowy) w przeszło 40 badanych przypadkach dało wynik pomyślny. Stosowane kontrole wypadły ujemnie.

Kilka referatów dotyczyło sposobu wyosabniania toksyn.

W zakresie duru plamistego *Zwier* (Brześć nad Bugiem) omówił sprawę stwierdzania zarazka duru plamistego u szczurów. W ogniskach endemicznych autorowi udało się wykryć szczury, prawdopodobnie dotknięte durem plamistym. Prace powyższe są w toku.

Prażmowski (Wilno) omówił zastosowanie odczynu *Weil-Felixa*, stwierdzając jego dostateczną czułość i specyficzność w przebiegu duru plamistego.

Hetman (Wilno) przedstawił zależność epidemii duru plamistego od wahań temperatury.

Mimo nieprzybycia na Zjazd kilku referentów czas, przeznaczony na posiedzenia, był całkowicie wypełniony. Szereg poruszonych tematów stwarza podstawy dla podjęcia dalszych prac badawczych.

W okresie Zjazdu uczestnicy mieli możność zwiedzenia Zakładów Manufaktury Widzewskiej oraz budujący się wodociąg miejski.

Sekretarz:

(—) Dr. Jan Zienkiewicz.

XXII posiedzenie z dnia 25.XI.1935 r.

Przewodniczący: Dr. Gustaw Sztolcman.

Obecnych 60 osób, w tem 17 członków i 43 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Referaty:

Dr. S. Fedosewicz przedstawia (z pokazem preparatu anatomo - patologicznego pod mikroskopem) *chorą ze Stacji Gruźlicy Skóry* przy Wil. Wojew. Tow. Przeciwgruźliczej, w wieku 25 lat, pochodzącą z okolic Swira, w pow. Święciańskim, skierowaną do Poradni Przeciwgruźliczej. Lekarce, do których chora zwracała się ze swoim cierpieniem, rozpoznawali bądź gruźlicę, bądź kiłę trzeciorzędową (kilaki).

Chora podaje, iż od roku występują u niej nawrotowe bolesne „guzki”, dające owrzodzenia w nosie, jamie ustnej i gardle oraz ostatnio na wargach sromowych, samoistnie gojące się w ciągu paru tygodni, nie pozostawiając po sobie blizn. Dodaje przytem, iż gorączkuje, szczególnie przy zjawianiu się nowych „guzków”, T^o waha się od 37,4 (rano) do 38,6 (wieczór), pozątem miewa bóle brzucha i biegunki.

Przebyła krztusiec, odrę, zapalenie płuc, czyrączność oraz grype. Dziedzicznie nie obciążona.

Przy badaniu przedmiotowym stwierdza się, iż podstawowym elementem zmian chorobowych, lokalizujących się na przegrodzie nosowej, na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła oraz na wargach sromowych, jest pęcherz, miejscami jeszcze zachowany, o treści surowiczo-ropnej. Pęcherze te jednak przeważnie uległy już pęknięciu, powodując powierzchowne nadżerki, wyglądem swoim przypominające afty, miejscami zlewające się, kształtu okrągłego i nieprawidłowego. Na obwodzie świeższych nadżerek widoczne są strzępy pękniętych pęcherzy. Niektóre nadżerki otoczone są różowoczerwoną obwódką. Gruczoły szyjne, podszczękowe i pachwinowe powiększone. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono.

Odczyn P i r q u e t a (+—) (wątpliwy), zaczerwienienie o średnicy poniżej 2 mm., odczytany po 48 godz. od czasu wykonania.

Odczyn W a s s. we krwi przed i po prowokacji ujemny (—).

Mocz składników patologicznych nie zawiera.

Badanie krwi: a) cytolog. ciał czerwonych 3.750.000; ciał białych 10.000; Hb. 69%; b) wzór S c h i l l i n g a:

B. E. Ml. Mł. P. W. L. M. W. p = 0,32
0 0 0 0 19 58 21 2

77

Odczyn B i e r n a c k i e g o: 24 mm.

Histopatologiczne badanie pod mikroskopem preparatu z wyciętej schorzałej tkanki z języczka: wielowarstwowy płaski nabłonek zgrubiał, zrogowaciały i oddzielający się; miejscami uległ rozpadowi i zniszczeniu, powodując naruszenie ciągłości, tworząc ubytki — owrzodzenia, przykryte gdzieśniedzie na powierzchni krwawym strupem. Pod nabłonkiem spotykają się wolne przestrzenie, jamy, pęcherze. Tkanki rozluźnione, obrzękłe, przekrwione, naczynia miejscami silnie rozszerzone, lecz nie wszystkie wypełnione. Stwierdza się rozlany naciek zapalny. W warstwach powierzchownych drobnokomórkowe nacieczenie składa się przeważnie z leukocytów obojętno - chłonnych wielojądrowych, w warstwach zaś głębszych z domieszką komórek plazmatycznych. Widoczny jest rozrost włókien tkanki łącznej. Włókna mięsne są w stanie zapalnego zwyrodnienia. Światło gruczołów śluzowych rozszerzone, gruczoły są w stanie czynnym, komórki napęczniałe, wydzielają dużo śluzu, miejscami śluz sięga aż do samej komórki już zwyrodniałej się i rozpadającej: dookoła gruczołów śluzowych widoczne drobnokomórkowe nacieczenie przeważnie z leukocytów obojętno-chłonnych.

Biorąc pod uwagę przytoczone dane, charakter zmian chorobowych na skórze i błonie śluzowej oraz obraz anatomopatologiczny, należy rozpoznawać w danym przypadku pęcherzycę (*pemphigus*), co potwierdza p. Prof. S z m u r ł o, który szczegółowo badał chorą i wyciął kawałek schorzałej tkanki do badania histo-patologicznego. Za wskazówki i pomoc w badaniu wyrażam na tem miejscu p. Profesorowi gorące podziękowanie.

W dyskusji zabiera głos Prof. S z m u r ł o.

Prof. Dr. J. S z m u r ł o wygłosił odczyt p. t. „Twardziel a gruźlica”.

W całej Europie środkowej, zwłaszcza na ziemiach słowiańskich: w Czechosłowacji, Jugosławii, w Polsce i w zachodnich dzielnicach Z. S. S. R., a więc na Białorusi i Ukrainie, daje się po wojnie stwierdzić ogromny wzrost liczby przypadków twardzieli. Spowodowało to w sferach naukowych ogromne zainteresowanie twardzieli i na Międzynarodowym Zjeździe Otolaryngologów w Kopenhadze w r. 1928 postanowiono utworzyć Komitet do badań nad twardzieli, który miał przygotować dokładny i wszechstronny referat na Zjazd Międzynarodowy w Madrycie w 1932 r. Przedstawiony materiał, złożony z szeregu poszczególnych referatów, opierał się na 2.589 przypadkach, zebranych ze wszystkich krajów Europy, a po części Ameryki i Azji. Z tej ostatniej dostarczyli badania lekarze holenderscy na Sumatrze, gdzie wykryto ognisko z 52 chorymi. Na samym Kongresie referent z Kolumbii przedstawił pracę o obserwowanych tam 120 przypadkach. W ten sposób im bardziej pogłębia się wiedza o twardzieli i im więcej zwraca się uwagi na badanych chorych, tem liczba chorych na twardziel okazuje się większa. Jednocześnie badania dokładniejsze oraz autopsja zmarłych na twardziel coraz bardziej przemawiają za tem, że choroba ta nie jest tylko miejscowym cierpieniem górnego odcinka dróg oddechowych, ale może przenosić się na głębsze części dróg oddechowych, oskrzela, gruczoły węzkowe. a nawet na przewód pokarmowy i t. d., i że można już obecnie mówić o niej jako o cierpieniu ogólnym, które powoli, ale stopniowo może przy sprzyjających warunkach zakazić cały ustrój.

O gruźlicy w twardzieli autorzy wspominają niekiedy z powodu trudności rozpoznawczych, mało jednak znamy przypadków gruźlicy, towarzyszącej twardzieli. Najwięcej pod tym względem dają przypadki sekcyjne osobników zmarłych na twardziel. W 26 przypadkach takich sekcji znalazł N o w i c k i 7 razy przewlekłe zmiany gruźlicze. Podostre przypadki gruźlicy w przebiegu twardzieli opisali dawniej N e u m a n n, G a n g h o f n e r, J u f f i n g e r, w ostatniem zaś dwudziestolecu H. N i n g e r, H y b a s c h i H e i n b e r g. Następnie autor podaje opis dwóch własnych przypad-

ków, gdzie w jednym u chorego, 38-letniego, z bliznowatemi zmianami twardzielowemi i zrostami podniebienia, łuków tylnych z tylną częścią gardła, po operacji ustalenia połączenia nosa z gardłem rozwinęła się róża. W jej następstwie wystąpiły objawy obustronnego nieżyty szczęk, a potem nacieczeń w płucach, które dały na zdjęciu rentgenowskim obraz rozwijającej się gruźlicy, która po 2-ach latach doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

W drugim przypadku 16-letniego chłopca z twardzieli krtani i tchawicy, leczzonego rozszerzeniami za pośrednictwem bronchoskopu, a następnie naświetlaniami promieniami Roentgena u chorego w końcu serii naświetlań wystąpiły objawy stopniowo rozwijającego się zapalenia opon mózgowych. W płynie mózgowo-rdzeniowym w ostatnich dniach życia wykryto laseczniki K o c h a. Sekcja zaś wykazała gruźlicę prosówkową, opon podstawy czaszki i brzozy S y l w i u s z a.

W końcu prelegent wypowiada następujące wnioski. Coraz szersze i dokładniejsze badania wykazują, że twardziel nie jest bynajmniej miejscowym schorzeniem nosa i górnego odcinka dróg oddechowych, ale że może zakażać oskrzela, gruczoły chłonne szyjne i węzkowe, a nawet jelita.

Współistnienie twardzieli z gruźlicą zdaje się nadawać tej ostatniej przebieg łagodny.

Ostre cierpienie, jak róża w przebiegu takiego powikłania lub naświetlania promieniami radu lub X mogą wywołać wybuch utajonej lub przygasłej sprawy gruźliczej i być przyczyną śmierci.

Dr. J. Z i e n k i e w i c z: Próby wywołania odporności przeciwkrztuscowej u królików. (Przeznaczone do druku.).

Sekretarz:

(—) Eugeniusz G e r l é e.

XXIII posiedzenie wspólnie z Wil. Kółem Tow. Internistów Polskich z dnia 2.XII.1935 r.

Przewodniczący w części pierwszej — Prof. A. J a n u s z k i e w i c z.

W drugiej — Dr. G i r s z o w i c z.

Obecnych 23 członków i 41 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. A. K a p ł a n — *Przepuklina przeponowa a zwątlenie przepony.*

Prelegent omawia przypadek przepukliny przeponowej, jaki obserwował w Miejskim Szpitalu Żydowskim w Wilnie. Dotyczył on chorego w wieku 37 lat, blacharza, który po przebytej appendektomji przez czas dłuższy cierpiał na szereg wędrujących ropni. Przybył do szpitala z powodu uporczywych wymiotów krwawych, w stanie bardzo ciężkim, w styczniu b. roku. Przypadek był traktowany jako wrzód krwawiący żołądka. Po tygodniu opuścił szpital. Przybył ponownie do tego szpitala w marcu b. roku już w daleko lepszym stanie, gdyż wymioty występowały rzadziej i nie zawierały już domieszki krwi. Po raz pierwszy wtedy dokonano prześwietlenia przewodu pokarmowego promieniami R o e n t g e n a i stwierdzono, że część żołądka i jelit leży w jamie opłucny ponad przeponą lewą, i że wskutek tego żołądek ma postać klepsydry. Rozpoznano przepuklinę przeponową. Po raz trzeci zgłosił się chory na oddział prelegenta w październiku b. r. Na zdjęciu rentgenowskim stwierdzono istnienie nadal przepukliny, postać żołądka natomiast uległa zmianie, gdyż nie tworzyła już klepsydry.

W dalszym ciągu prelegent omawia kliniczne i rentgenologiczne objawy przepukliny przeponowej oraz zwątlenia przepony. Obraz kliniczny tych stanów chorobowych jest tak skąpy i niewyraźny, że nie pozwala na dokonanie ścisłego rozpoznania, w obrazie zaś rentgenowskim istnieje kilka cech, jak paradoksalne przemieszczenie oddechowe przepony, przemawiające za jej zwątlaniem, lub też krzyżowanie się linii żołądka i poprzecznicy, przemawiające za przepukliną przeponową, które li tylko z pewnem prawdopodobieństwem pozwalają na przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego.

W dyskusji Prof. A. J a n u s z k i e w i c z, określając przypadek, jako b. rzadki, wyraża żal, że nie został on dostatecznie opracowany pod względem rentgenologicznym dla zebrania w ten sposób materiału dowodowego, potwierdzającego rozpoznanie, bo przedstawione w tym celu dwa zdjęcia nie są wystarczające.

W odpowiedzi Dr. K a p ł a n zaznacza, że warunki materialne chorego nie pozwoliły na zebranie odpowiedniej

kolekcji zdjęć, a ograniczono się przeważnie do badania radioskopowego, na którym głównie oparto rozpoznanie.

3. Prof. A. Januszkiewicz omówił przypadek choroby Adamsa Stokesa, który dotyczył 38 l. kupca, cierpiącego od 2 lat na napady utraty przytomności. Prelegent demonstrował zdjęcia elektrokardiograficzne, dokonane na tym chorym, ilustrujące blok całkowity, oraz zdjęcia, otrzymane w czasie napadów, jakim chory podlegał podczas pobytu w Klinice. Te ostatnie wykazywały dłuższe przerwy w czynności komory, z nich najdłuższa trwała 29 sekund.

Omawiany przypadek należy do rzadszych ze względu na to, że zespół objawów Adamsa Stokesa występował tutaj nie w związku z blokiem przedsionkowo-komorowym częściowym, jak to przeważnie bywa, lecz w związku ze stałym zupełnym rozkojarzeniem czynności przedsionków i komór, a więc jako blok w bloku.

4. Prof. M. Eiger przedstawił rozwój nauki o prądach czynnościowych w sercu i o znaczeniu krzywych elektrokardiograficznych od pierwszej chwili powstania tych zagadnień.

Nauka polska zajęła się temi badaniami przed wielu laty (1898 r.) dzięki znakomitemu fizjologowi N. Cybulskiemu. Już w pierwszym swem doniesieniu Cybulski przedstawił zjawiska elektryczne, zachodzące w mięśniach, jako wyraz zmian biochemicznych. Współpracując z Cybulskim, prof. Eiger 25 lat temu pierwszy wypowiedział myśl, że zjawiska elektryczne w sercu mogą być spowodowane do zjawisk elektrycznych w mięśniach poprzecznie prążkowanych. Krzywą elektrokardiograficzną serca ludzkiego należy rozpatrywać jako sumę algebraiczną krzywych, jakiegoś rodzaju serca, prawe i lewe — dekstrogram i lewogram. Prelegent, starając się rozwiązać zagadnienie pochodzenia wychylenia T., spostrzegł na krzywych, otrzymanych przy szybkim przesuwaniu taśmy elektrokardiograficznej, że każdy odcinek serca żaby, mający własny automatyzm, dawał elektrokardiogram taki, jaki daje komora, a więc składający się z szybkiego (wysokiego) wychylenia początkowego (R) i powolnego (niskiego) wychylenia końcowego (T). W elektrokardiogramach, otrzymanych przy zwykłym powolnym ruchu taśmy fotograficznej i zwykłej czułości strunowego galvanometru wychylenia te, stosunkowo małe, stają się niewidoczne. Jeżeli każdy poszczególny odcinek serca może dać bardzo podobne do siebie wykresy, najprościej wytłumaczyć wychylenia R i T jako zjawiska zależne od procesów biochemicznych, które zachodzą w mięśniu sercowym wskutek katabolizmu i anabolizmu.

Elektrogram mięśnia poprzecznie prążkowanego wykazuje dwie fazy: 1-ą — kataboliczną, 2-ą anaboliczną. Prof. Eiger dowiódł, że, jeśli mięsień krawiecki żaby podrażnić jednocześnie z dwóch końców, to przy właściwym odprowadzeniu otrzymuje się elektromiogram podobny do elektrokardiogramu komory żabiej: wychylenie 1-e elektromiogramu odpowiada załamkowi R., wychylenie 2-ie w fazie S (nieidentycznej ze zjawiskiem wychylenia S dwukomorowego serca) oraz prócz tego po pewnym czasie dwufazowe wychylenie odwrotne do poprzedniego, analogiczne do dwufazowego załamka T (a więc T¹ i T), które to wychylenia otrzymać można stale z komory żabiej przy odpowiednim umiejscowieniu elektrod. To doświadczenie Eigera potwierdził Gärten. Wziąwszy zjawisko to za podstawę, można objaśnić wszystkie wychylenia zarówno w kawalku mięśnia sercowego, drażnionego sztucznie, jakoteż zjawiska elektryczne, obserwowane w komorze żaby oraz w poszczególnych częściach serca żabiego, a co najważniejsze, zjawiska algebraicznego zsumowania się prądów czynnościowych w dwukomorowych sercach zwierząt i człowieka. Całkowite wyjaśnienie sprawy tej ogłosił Eiger w roku 1914 w wydawnictwach Akademii Umiejętności p. t. „Krzywa elektrokardiograficzna jako wyraz sumy algebraicznej prądów czynnościowych w sercu jednokomorowym i dwukomorowym”. Aczkolwiek w tymże roku August Hofmann, klinicysta, ogłosił wspólnie z fizykiem Seleniem wyjaśnienie elektrokardiogramu ludzkiego, potwierdzające słusność poglądów prelegenta, jednakże Hofmann przypisuje zjawisko T skurczowi, chociaż wiadomo, że szereg autorów otrzymywał elektrokardiogramy serc niekurczących się. Wszelkie próby objaśnienia zsumowania się prądów, jak np. w sercu człowieka — próby Levisa, de Boera, Grödeli i t. d., jako nieoparte na ścisłych anatomicznych i fizjologicznych faktach (jak to stwierdza słusznie Lutena i t. d.), nie są w stanie należycie wyjaśnić powstawania wychyleń grupy T, które, jak wiadomo od czasów Nicolai, mogą wykazywać trzy wychylenia (a więc T₁ T i T₂ = Finalgruppe Nicolai).

Prelegent zapomocą specjalnych modeli wykazuje, że jego objaśnienie zsumowania się algebraicznych prądów czynnościowych wyjaśnia powstawanie wszystkich załamków, zaobserwowanych i zebranych w znanym schemacie Nicolai. Doświadczenia Eppingera i Rotberga, którzy przecinali w komorach wiązki Hisa i Tawary, sprawdzone przez prelegenta, pozwalają najlepiej stwierdzić słusność poglądów prelegenta na elektrokardiogram ludzi, zarówno prawidłowy, jak i nienormalny.

Na zakończenie prelegent wyjaśnia, co skłoniło go do zwrócenia specjalnej uwagi na część elektrokardiogramu, oznaczoną przez niego jako S T wraz z załamkiem T i nazwaną przez niego okresem biochemizmu, towarzyszącego czynności mechanicznej serca. Sprawę występowania zmian w okresie tym uważał prelegent i uważa za tak ważną w dziedzinie elektrokardiografii, że postanowił zwrócić specjalną uwagę badaczy i klinicystów na ten okres (1914).

Prof. Eiger uważa cały elektrokardiogram za wyraz prądów czynnościowych, ściśle mówiąc, zgodnie z tezą Einta i t. d., — za sumę wszystkich różnic potencjałów, które w danej chwili powstają w sercu i występują w galvanometrze w zależności od warunków odprowadzenia. Prelegent ilustrował swój odczyt wielką liczbą tablic, modeli, przyrządów i pokazów na zwierzętach.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Paryżu z dnia 7 listopada 1935 r. (Paris méd. Nr. 2/1936) J. A. Chavany i J. Lemański pokazywali przypadek zaniku rdzeniowego mięśni na tle kiłowym (amyotrophia spinalis syphilitica). Przypadek ten dotyczył 66-letniego mężczyzny, u którego w grudniu 1934 r. wystąpiło nagle porażenie korzonkowe lewej kończyny górnej (typ Erb-Duchenne'a). Później zaczął się uskarżać na lewe ramię, a w kilka miesięcy później lewa kończyna górna zaczęła chudnąć. We wrześniu 1935 r. wystąpiły o wiele dyskretniejsze zmiany prawej kończyny górnej. Po stronie lewej objaw Babińskiego. W surowicy wybitnie dodatni odczyn Bordet-Wassermanna. W płynie mózgowo-rdzeniowym wyraźny odczyn oponowy, odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Prelegenci podkreślają znaczenie semiologiczne triady Brissauda, którą stwierdza się w pokazywanym przypadku: stosunkowo ostry początek schorzenia, poprzedzające zanik porażenia całkowite, bóle. Podkreślają oni również fakt zatrzymywania się lipodolu na wysokości zmian rdzeniowych, zatrzymywania się, które stanowi przedmiotowy wyraz znaczenia zapalenia opon w tych przypadkach. Przypadki te są pod względem anatomicznym zapaleniem opon rdzeniowych i rdzenia o naczyniowym punkcie wyjścia i stanowią poronne postaci przerostowego kiłowego zapalenia opony twardej rdzenia szyjnego. Zaniki rdzeniowe mięśni naprawdę pochodzenia kiłowego są mniej częste, niż się o tem mówi.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 20 grudnia 1935 r. (Wien. klin. Wschr. Nr. 1/1936). L. Teleky mówił o zatruciu tlenkiem węgla i jego leczeniu. Prelegent uważa za konieczne zwracanie uwagi już studentom na możliwość myślenia o zatruciu tlenkiem węgla w przypadkach nagłej śmierci. Jeżeli wogóle myśleć o tej możliwości, to postawienie rozpoznania jest bardzo łatwe zapomocą wykrycia tlenku węgla we krwi. Istnieją rozmaite postacie zatrucia tlenkiem węgla: bardzo szybko powstające wskutek wzięcia dużych ilości tlenku węgla, w których bardzo szybko powraca przytomność, jeżeli zatrutego znajdzie się jeszcze oddychającym; powolniej powstające, w których głęboka utrata świadomości może się utrzymywać godzinami i dniami, chociaż oddychanie nie wykazuje żadnych zaburzeń. W leczeniu najważniejsze jest stosowanie sztucznego oddychania i zadzielenie na serce (masaż serca). Sztuczne oddychanie należy prowadzić przy zachowanym swobodnym dostępie do dróg oddechowych dostatecznie długo, t. j. albo do powrotu samoistnego oddychania, albo do wystąpienia początku zeszytnienia pośmiertnego, które można stwierdzić przeważnie już w godzinę po śmierci w ten sposób, że opadnięta stopa stawia opór przy próbach zgięcia grzbietowego. Ręczne prowadzenie sztucznego oddychania jest bardzo trudne i uciążliwe, lepiej przeprowadzać je zapomocą urządzeń maszynowych, które powinny się stale znajdować w rozmaitych zakładach, w których należy się liczyć z możliwością zatrucia tlenkiem węgla (ciężki przemysł, kopalnie), w towarzystwach dożarnej pomocy, straży ogniowej i t. d. Prelegent omawia wady i zalety odpowiednich przyrządów (Inhabad, Pulmotor, Biomotor), podkreślając jednocześnie, że właśnie w zatruciu tlenkiem węgla rokowanie przywracania życia jest bardzo złe.

Z j a z d y.

Na zjeździe Niem. Towarzystwa Badań narządu krążenia i sekcji lekarskiej Niem. T-wa Ochrony Pracy w Nauheim (16—18 kwietnia 1936) omawiano szereg doniosłych w tej dziedzinie zagadnień.

Zaznacza się coraz bardziej kierunek *s c a l a n i a* nauk i działań różniczkowanych bardzo daleko przez poszczególne gałęzie medycyny specjalnej. Problem konstytucji, wpływu ośrodka i czynnika ludzkiego na rynku pracy wymagają skojarzenia wielu specjalnych zagadnień, działań i metod (Reiter).

Z punktu widzenia „Dziedziczenia chorób narządu krążenia (Weitz) należy wrodzone wady serca uznać za przeważnie dziedziczne. Wiele wad serca nabytych, spotykanych masowo w rodzinach, polega na rodzinnej skłonności do angin i gośćca stawowego. Natury dziedzicznej jest również konstytucyjna niedosprawność serca i nadciśnienie tętnicze. Alkohol, nikotyna, ciężka praca fizyczna i szkodliwości natury psychicznej przyczyniają się do wystąpienia już istniejącego stanu patologicznego. Znaczenie etjologiczne można przypisywać jedynie wadliwemu odżywianiu. Przy rodzinnej skłonności do nadciśnienia pożądane jest dla ukształtowania odpowiedniego trybu życia wczesne poradnictwo lekarskie (ogólne i przedślubne), które wybuch zachorowania i załamanie się zdolności do pracy zdolne jest opóźnić.

„Statystyka chorób narządu krążenia“ (Koller) poucza, że choroby te są przyczyną 25% zejść śmiertelnych, a zmiany patologiczne w narządzie krążenia występują u każdego trzynastego człowieka. Miażdżyca tętnicy głównej występuje u każdego osobnika w średnim wieku. Zmiany patologiczne narządu krążenia stwierdzono u poborowych w 7,5%, żylaki w 6%. Udział chorób n. krążenia w statystyce przyczyn zgonów wzrósł od końca ubiegłego stulecia po dzień dzisiejszy z 10% do 25%. Przyczyny należy doszukiwać się we wcześniejszym starzeniu się człowieka. Należy jednak mieć na uwadze, że wyższy poziom współczesnej diagnostyki powoduje zmniejszenie się rubryki przypadków śmierci wskutek „starości“ lub „puchliny wodnej“ i t. p. na rzecz rubryki ściślej określonych chorób narządu krążenia, raka i t. d. Jak daleko w ramach statystycznego wzrostu sięga istotny wzrost chorób narządu krążenia, trudno określić. Ścisłe określenie wpływu zawodu również jest trudne, gdyż konstytucja odgrywa rolę zarówno przy wyborze zawodu, jak i w rozwoju tych stanów patologicznych, co powoduje zatarcie związku przyczynowego. Każdy człowiek, który osiąga pewien wiek, zostaje według największego prawdopodobieństwa dotknięty chorobą narządu krążenia. Koszty i straty, spowodowane przez te choroby, są b. duże, gdyż — poza kosztami leczenia — z czasu pracy wszystkich pracowników, liczących ponad 40 lat, około 2% przepada na nieprzepracowane dni.

Ważny dział stanowią „Uszkodzenia narządu krążenia wskutek zatrucia zawodowych“ (Koelsch). Nima prawie zatrucia, które w tej, czy innej formie nie mogłoby uszkodzić tego narządu, a szczególnie chodzi o ołów, fosfor, arsen, fosgen, siarkowodór, amoniak, kwas solny, siarkowy i azotowy, lotne związki azotowe, tlenek węgla i t. d. Tlenek węgla wywołuje nie tylko dłuższe czynnościowe zaburzenia (stenokardje i bicia serca, osłabienie serca), ale i zmiany anatomiczne (ostre rozszerzenie serca, krwotoki do mięśni brodawkowych, ogniska rozmiękania i t. d.). Różnorodny jest sposób działania i następstwa zatrucia trującymi organicznymi.

Co się tyczy „Mechanicznych uszkodzeń narządu krążenia“ (Loehr), to poza bezpośrednimi zranieniami serca, które zaraz lub po pewnym

czasie prowadzą do śmierci, musimy mieć na uwadze, że wskutek wielkiej elastyczności klatki piersiowej mogą występować ciężkie wewnętrzne rozerwania tkanki serca, bez widomych znaków zewnętrznych. W lekkich zranieniach może wystąpić suche miejscowe zapalenie osierdza i *haemopericardium*. Ustalono ostatnio zespół objawów „*commotio cordis*“, o którym mówimy, gdy bezpośrednio i zaraz po urazie spada ciśnienie tętnicze, i występują zaburzenia w rytmie serca, skurcze nadliczkowe lub migotanie przedsionków i zaburzenia przewodnictwa. Przepelnienie żył szyjnych przemawia w przypadkach omdlenia przeciw wstrząsowi, a za *commotio cordis*.

Badania „Narządu krążenia młodocianych robotników z punktu widzenia wyboru zawodu“ (Fuerst) nabrały aktualności po wojnie światowej. Zrazu odgrywały główną rolę szkodliwości w stanie odżywiania młodocianych, a następnie zmiany w układzie kostnym. Obecnie na plan pierwszy wysunęły się czynnościowe zaburzenia krążenia i układu nerwowego (*tachycardia* w stanie spoczynku, chwiejność tętna, szmery nieorganiczne i t. d.), które wzrosły podwójnie w porównaniu ze stanem poprzednim i wynoszą 10—12%. Wyniki badania poborowych zgadzają się tu z wynikami badań szkolno-lekarskich. U młodocianych, wykazujących takie zaburzenia już w chwili wstępowania do zawodu, spodziewać się należy wystąpienia objawów przedwczesnego upadku sprawności i wczesnego inwalidztwa. Zasady, że nie powinni oni być dopuszczani do ciężkich zawodów, nie przestrzega się należycie przy dzisiejszej organizacji badań dla nowowstępujących. Dzisiejszy dobór pracowników określa raczej tylko specjalną zdatność do tego lub owego zawodu, ale nie określa, czy zdatność ta jest trwała. Jestto konieczne choćby przy zastosowaniu najprostszych metod badania. Niezbędna jest organizacja lekarsko-szkolnego i lekarsko-zawodowego badania i poradnictwa dla stworzenia koniecznej ciągłości ocen, przyczem należy stosować szeroko badania fizjologiczne. Szkolenie uczniów winno z jednostronnego kierunku pedagogicznego zwrócić się ku kierunkowi więcej biologicznemu.

Przy rozważaniu „Chorób narządu krążenia w związku z zawodem“ (Weber) należy mieć na uwadze, że dziś na choroby serca i naczyń umiera więcej ludzi, niż na gruźlicę i raka razem wzięte. Możemy tu rozróżnić 4 grupy: 1° choroby narządu krążenia wrodzone, które z reguły prowadzą do śmierci przed urodzeniem lub do 4-go roku życia po urodzeniu, 2° choroby na tle gośćcowem i infekcyjnym, które częściowo prowadzą do zgonów, a częściowo do powstawania stanów patologicznych, których prognoza życiowa zależy od obciążenia w zawodzie; przeoczone dekomensacje prowadzą naogół do przedwczesnego inwalidztwa, 3° grupę chorób narządu krążenia na tle kiłowym, która zdaje się zmniejszać i 4° grupę schorzeń konstytucjonalnych, szczególnie nadciśnienie i miażdżycę tętnic wieńcowych, których rokowanie zależy od fizycznego i psychicznego obciążenia w zawodzie. Do oceny tej kategorii potrzebne jest posługiwanie się elektrokardjografią.

Ujęcie całokształtu tematu nie byłoby kompletne, gdyby aparat medycyny pracy nie został oddany również na usługi rozwijającego się lotnictwa. Śród wielu zagadnień, z którymi tam się spotykamy, poruszano zagadnienie „Wytrzymałości ustroju na siłę odśrodkową w lotnictwie silnikowym“ (v. Diringshofen). Spostrzeżenie, że przy gwałtownych zmianach kierunku lotu występują zaburzenia wzroku i świadomości, tłumaczy się tem, że wskutek „negatywnego przyspieszenia“ powiększa się waga

ciała (do 6,5 razy więcej), i wskutek tego powstają dalej idące zmiany w rozmieszczeniu krwi. Serce w tych warunkach nie jest zdolne wtłaczać dostatecznej ilości krwi w kierunku dogłowym, tak, że zaburzenia tłumaczą się anemią mózgu. Doświad-

czenia wskazują na to, że wytrzymałość ustroju można zwiększyć przez odpowiednią pozycję ciała, która pozwala na zmniejszenie różnicy poziomów między sercem a głową.

J. H o z e r (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Polikliniki Chorób Nerwowych i Instytutu Anatomji Mózgu przy Uniwersytecie Żyryskim.

(Kierownik: Prof. M. M i n k o w s k i).

Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice.¹⁾

Podał

Prof. Mieczysław MINKOWSKI (Zurych).

Wielce Szanowny Panie Prezesie! Szanowne Panie i Panowie!

Przedewszystkiem pragnę podziękować serdecznie Szanownemu Zarządowi Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej za tę sposobność przemawiania w Warszawie, w gronie członków i gości Towarzystwa, jaką Mu zawdzięczam. Przemawiałem wprawdzie już w niejedynej stolicy Europy, ale jednak ogarnia mnie zawsze osobliwe wzruszenie, kiedy mogę zabrać głos w mieście rodzinnem, w którym się urodziłem i młodość spędziłem, gdzie żyli moi przodkowie, a żyją nadal rodzice, bliscy i przyjaciele, i podzielić się wynikami badań lub rozmyślań z rodakami. Pozatem dzisiaj, w okresie szerzącej się autarkji nie tylko gospodarczej, ale i duchowej, kiedy między obywatelami i uczonymi różnych państw, a nawet i tego samego państwa wznoszone są nieraz nieprzeparte i bolesne przegrody, wydaje mi się czemś pocieszającym i uspakajającym, kiedy ponad granice poszczególnych państw i uczelni ujawniają i zacieśniają się jednak węzły solidarności duchowej i uczuciowej, i myśl naukowa, zrzucając z siebie więzy ograniczeń lokalnych i czasowych, wznosi się do wolnego lotu po wolnych przestworzach i, uogólniając swe tendencje i zdobycze i pogłębiając je zarazem, znajduje swój najwyższy wyraz i swe dokonanie.

Koleady, którzy znają bliżej moją dotychczasową pracę naukową, będą może zdziwieni, że, jako przedstawiciel neurologji o przeważnie organicznym, t. j. anatomico-fizjologicznym i — patologicznym kierunku, zabieram dzisiaj głos w kwestji nerwic i to w związku z warunkami współczesnej kultury i życia społecznego. Wpływa to z kilku przyczyn. Przedewszystkiem z faktu ogólnego i niezaprzeczonego, że w s p ó ł c z e s n a m e d y c y n a c o r a z b a r d z i e j n a b i e r a c h a r a k t e r u s p ó ł c z n e g o, t. j. coraz więcej ma do czynienia z zagadnieniami i czynnikami społecznymi, i że te coraz więcej sięgają do kształtowania się i przebiegu poszczególnych przypadków, a nieraz i postaci chorobowych. W mojej własnej działalności lekarskiej, zwłaszcza przy Poliklinice Chorób Nerwowych w Zurychu i w charakterze rzeczoznawcy w sprawach pourazowych z zakresu ubezpieczeń społecznych, stykałem się też coraz bardziej z temi czynnikami w dziedzinie cierpień nerwowych i to nie tylko w nerwicach, ale i w organicznych cierpieniach układu nerwowego. Po-

zatem w ostatnim okresie odegrały też rolę pod tym względem pewne bodźce zewnętrzne. Otóż Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej „Oze“, którego bardzo aktywną częścią składową jest Towarzystwo „Toz“ w Polsce, zwróciło się do mnie w r. 1934-tym z prośbą o wygłoszenie na ogólnym zjeździe Towarzystwa w Paryżu referatu na temat urazów psychicznych, związanych z kulturą współczesną. To pobudziło mnie do bardziej systematycznego zajmowania się odnośniami kwestjami i ich literaturą. Wskażę wreszcie, że w czasie Wojny Światowej byłem świadkiem zwrotu osobistego w tym kierunku, który nie pozostał bez wrażenia i na mnie. Widziałem, jak mój nauczyciel Konstanty M o n a k o w, wielki neurolog, który do tego czasu zajmował się głównie neurologją organiczną, a zaniedbywał nerwicę, i pozostawiając ich badanie i leczenie asystentom, wówczas zmienił zupełnie swoje nastawienie, przestał się prawie zupełnie interesować przypadkami organicznymi i całą swoją uwagę skierował właśnie na nerwice, mówiąc odtąd godzinami z neurotykami. Odczuwał widocznie, że zagadnienie nerwic jest osobliwie związane z wypadkami dziejowymi, zwłaszcza w okresie wielkich kataklizmów i kryzysów dziejowych, i szukał w niem rozwiązania dla tych ogromnych i zatrważających pytań, jakie te wypadki nasuwały.

Rzeczywiście, między ruchem życia kulturalno-społecznego a nerwicami, względnie zjawiskami psychopatologicznymi, egzystuje istotny związek. Związek ten jest dwojakiego rodzaju, jak na to wskazuje np. Birnbaum w wydanym przez siebie doskonałym słowniku podręcznym Psychologji Medycznej. Z jednej strony dają się stwierdzić niewątpliwe wpływy czynników psychopatologicznych w sztuce i literaturze, w rozmaitych ruchach religijnych, społecznych i politycznych, zwłaszcza, kiedy chodzi o okresy rewolucyjne lub przejściowe. Z drugiej strony codzienne doświadczenie lekarskie poucza o wielorakich wpływach i oddziaływaniach warunków kulturalnych i społecznych w dziedzinie objawów lub zespołów psychopatologicznych, t. j. u nerwowych, neurasteników, psychopatów i psychicznie chorych. Zaznaczam tu zaraz, że, jako biolog i lekarz, będę się tu głównie zajmował tą drugą dziedziną i tylko pobieżnie poruszę i pierwszą.

Zanim przejdę do poszczególnych kwestyj, uważam za wskazane powiedzieć parę słów ogólnych o nerwicach, zwłaszcza, że zwracam się do szerszego koła, które składa się nie tylko ze specjalistów. Pierwszy, który mówił o nerwicach, był, o ile mi wiadomo, szkocki lekarz C u l l e n w r. 1776-ym. Rozumiał on pod tą nazwą rozmaite zaburzenia nerwowe lub psychiczne, których natura nie była jeszcze bliżej znana. W późniejszym okresie, w miarę jak anatomja patologiczna czyniła coraz większe postępy również i w dziedzinie chorób nerwowych, jako nerwice rozumiano coraz bardziej takie zaburzenia, w których nie znajdowano zmian anatomicznych w mózgu, ani w innych ośrodkach nerwowych, i które z natury swojej miały charakter

¹⁾ Podług odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w Warszawie dn. 2-go kwietnia 1936 r.

przejściowy, z zasadniczą możliwością powrotu do normy. W dalszym rozwoju tej kwestji zaznaczyły się różne prądy, które, jak słusznie wskazują M o n a k o w , B u m k e i inni w swych rozważaniach nad historją tej dziedziny, z pewną regularnością i kolejnością następowały po sobie. Tak np. B r i q u e t w swem monumentalnym dziele o histerji (1859) podkreśla w stosunku do jej etjologii i przebiegu wielkie znaczenie czynników psychicznych i moralnych, dotyczących głębokich warstw osobowości ludzkiej. Wspomnę też o S z k o l e z N a n c y (L i é b a u l t , B e r n h e i m), o B r a i d z i e w Anglii, o F o r e l u w Szwajcarii, którzy zajmowali się problemem hipnozy i sugestji i ich wpływem na przebieg nerwicy. Szkoła ta również wysuwa momenty socjalno-psychologiczne, mianowicie stosunek pomiędzy sugestjonującym a tym, który podlega sugestji, stosunek, który w znanych zjawiskach sugestji masowej może przybrać osobliwą postać.

Dalszy szczebel stanowi s z k o ł a C h a r c o t a , zajmuje się ona głównie h i s t e r j ą lub, jakbyśmy dzisiaj raczej powiedzieli, historycznymi reakcjami i mechanizmami, które w założeniu istnieją i u zdrowych, ale dopiero przy patologicznym spotęgowaniu nabierają szczególnego znaczenia, przyczem rozmaite afekty i inne stany psychiczne uzewnętrzniają się przez objawy somatyczne (cielesne), jak paraliże, bóle, znieczulenia albo przeczulice, rozmaite napady, i t. d. Mechanizmy takie mają charakter p s y c h o g e n i c z n y , t. j. czerpią swe źródło ze sfery psychicznej, jednocześnie są one natury f u n k c j o n a l n e j albo czynnościowej, t. j. nie są związane ze stałymi zmianami anatomicznymi w podłożu nerwowym i mogą cofać się aż do przywrócenia normy.

C z y n n i k p s y c h i c z n y w dziedzinie nerwicy podkreślał szczególnie D u b o i s , psychoterapeuta berneński, który pierwszy mówił o p s y c h o n e r w i c a c h , potem J a n e t , twórca pojęcia o psychastenji, w której obniżenie sprawności i napięcia psychicznego stoi na czele obrazu klinicznego.

Kilka słów należy tu powiedzieć o n e u r a s t e n j i . Pojęcie to zostało stworzone przez amerykańskiego lekarza B e a r d a (1880), podkreśla ono znów bardziej stronę somatyczną albo fizjo-patologiczną zaburzenia w nerwicach — w odróżnieniu od kierunków wyżej wymienionych, które kładą nacisk na ich elementy psychiczne i na psychogenezę. Ucisk w głowie, bezsenność, prędkie męczenie się, rozmaite przemijające objawy sercowe, żołądkowo-kiszkowe, naczynio-ruchowe, seksualne i t. d. — oto główne składniki tego zespołu, jaki opisywał B e a r d , a które najwidoczniej są związane z dysfunkcją w obrębie spółczulnego układu nerwowego i narządów wewnątrz-wydzielniczych. B e a r d uważał neurastenję za cierpienie, związane ze współczesną kulturą, tłómacząc ją życiem wielkomięjskim, postępami techniki, wiecznym pośpiechem i niepokojem, jakie cechują szczególnie życie amerykańskie. Momenty psychiczne były przytem względnie zaniedbane, i ogólnym czynnikom kulturalno-społecznym przypisywane było bezpośrednie oddziaływanie na funkcje fizjologiczne z pominięciem instancji psychicznych.

Ważny etap w rozwoju nauki o nerwicach w związku z czynnikami ogólnej kultury stanowi p s y c h o a n a l i z a , zainaugurowana przez F r e u d a . Nauka ta posiada niewątpliwie t e n d e n c j e b i o l o g i c z n e , centralne miejsce w niej zajmuje dziedzina nieświadomego z działającymi w jej obrębie instynktami i popę-

dami, które reprezentują najbardziej istotne interesy jednostki i gatunku. Istotne dla psychoanalizy jest również podkreślenie konfliktu między różnymi popędami, szczególnie trudnym do zaspokojenia popędem seksualnym a sferą wyższych tendencji kulturalno-etycznych — podług teminologii psychoanalitycznej ponad-jaźnią, która reprezentuje w psychicznej organizacji jednostki całości kształt rodzinnych, społecznych i kulturalnych wymogów, znajdujących się nieraz w sprzeczności z instynktami pierwotnymi.

O ile taki konflikt, który często łączy się z bardziej ostrymi urazami, nie znajduje rozstrzygnięcia, to następuje t. zw. regresja, t. j. bezwiedny powrót do dawniejszego, prymitywniejszego poziomu psychicznego, przyczem nerwica względnie jej poszczególne objawy stanowią swego rodzaju kompensatę za poniesione straty psychiczne. Przez to pozornie bezsensowny zespół objawów nerwicy nabiera wewnętrznego znaczenia i nadaje się do interpretacji psychologicznej. Bardzo ważne jest też podkreślenie momentów genetycznych, które w analizie nerwicy sięgają daleko wstecz w historii rozwoju indywidualnego i nawet poza ten — do historii gatunku.

Przy całym uznaniu dla tej nauki, która bezsprzecznie posunęła nas znacznie naprzód i ożywczo podziałała nie tylko na psychopatologję i psychologję, ale wogóle na neuropsychjatrję, chciałbym, jako biolog, dorzucić też parę u w a g k r y t y c z n y c h . Otóż sądzę, wraz z M o n a k o w e m , że czynnik seksualny w psychoanalizie mimo całej jego doniosłości dla psychiki normalnej i patologicznej jest jednak nieco jednostronnie przeceniany. Biologiczne elementy teorii psychoanalitycznej mają nieraz zbyt ogólny i nieokreślony charakter, który nie odpowiada istotnie rzeczywistemu poziomowi dzisiejszej wiedzy biologicznej, tak, że mają one poniekąd raczej parabiologiczny, niż właściwie biologiczny charakter. Sfera nieświadomego i instynktów, która zajmuje pośrednie stanowisko pomiędzy zjawiskami fizycznymi a psychicznymi, nabiera może zbyt samodzielnego znaczenia wobec psychofizycznej jedności rzeczywistych zjawisk życiowych, nie rozwiązując istotnych trudności tego problemu.

Psychoanaliza, zresztą, sama coraz bardziej zdaje sobie sprawę z tych trudności i usiłuje je przewyciężyć w kierunku większej syntezy i eklektyzmu. Śledząc rozwój piśmiennictwa analitycznego, można np. stwierdzić, że psychiczny uraz z okresu dzieciństwa, szczególnie natury seksualnej, nie posiada już tego znaczenia, co pierwotnie. Nie jest on już więcej uważany za konieczny warunek wszelkiej nerwicy; zresztą, samo pojęcie urazu się zmieniło. N u n b e r g np. w swojej książce o ogólnej teorii nerwicy („Allgemeine Neurosenlehre“) z r. 1932, którą sam F r e u d poleca jako najkompletniejsze przedstawienie teorii psychoanalitycznej zjawisk nerwicznych, określa uraz psychiczny jako podrażnienie tego rodzaju i tej wielkości, że nie może ono być opanowane w pewnym określonym czasie, indywidualnie właściwym dla każdej jednostki. Takie podrażnienie nie musi też być nagłe, aby spowodować nerwicę, może ono narastać stopniowo, zanim osiągnie taki stopień, że jednostka nie może go już normalnie opanować. Wynika stąd, że to, czy dany uraz lub łańcuch urazów psychicznych wywoła nerwicę, czy też nie, zależy nie tylko od samych urazów, lecz też od sposobu reagowania na nie osobnika albo od jego konstytucji. Tak np. w dziedzinie seksualności jeden może znosić wszelkie nieregularności, zawody, abstynencję i t. d. dłużej, niż drugi. Zależy to od zdol-

ności trzymania w zawieszeniu niezużytej energii psycho-seksualnej, „libido” podług Freuda, albo też jej sublimowania. Nerwicową dyspozycję N u n b e r g określa jako wzmożenie reakcji na niebezpieczeństwa i lęku w związku z wadliwym ustosunkowaniem się wzajemnym różnych sfer popędowych, jak sfery seksualnej, samozachowawczej i innych. Z drugiej strony psychoanaliza dochodzi też do wniosku, że stosunek ten, względnie konstytucja może jednak ulegać pewnym zmianom pod wpływem wrażeń zewnętrznych w związku z warunkami natury gospodarczej, społecznej, kulturalnej i t. d.

Jeśli jednak konstytucja jest miarodajnym czynnikiem, od którego zależy, czy w danych warunkach dochodzi do objawów nerwicowych, czy też nie, to wpływy zewnętrzne, oczywiście, tracą na znaczeniu, i akcent przesuwają się z zewnętrznych czynników na wewnętrzne, endogeniczne, jak to odpowiada ogólnemu prądowi w medycynie współczesnej. W rezultacie przychodzimy do wniosku, że konstytucja biologiczna, świat otaczający, przeżycia i normalne lub nerwicowe reakcje na nie stanowią skomplikowany i zmienny zespół, który w każdym poszczególnym przypadku wymaga specjalnej analizy.

O innych teoriach, względnie autorach, którzy przyczynili się do dalszego rozwoju psychopatologii, mogę tu mówić tylko zupełnie pobieżnie. Tak więc wymienię naukę Adl e r a, który wskazuje na znaczenie mechanizmów kompensacji i nadkompensacji, wpływających ze słabości, a znanych z życia codziennego, jak np. agresja z niepewności i bezgraniczne fikcje z braku pewnego gruntu w rzeczywistości. Wskażę na J u n g a, który przez swoją tendencję zasadniczą, przez pojęcie nieświadomego zbiorowego wprowadza do rozpatrywania zjawisk psychologicznych i psychopatologicznych bardzo istotne czynniki pozaosobowe i filogenetyczne i ogólne siły kształtujące oraz podkreśla stosunki nerwicy do myślenia archaicznego, do mitów i symboli, do prądów religijnych i fantazji artystycznej, chociaż poszczególne jego wywody budzą poważne wątpliwości. Wymienię takich autorów, jak Hellpach, Stekel, Schilder, Eliasberg, Kronfeld, Birnbaum, Fribourg-Blanc, którzy specjalnie studjowali stosunek elementów psychopatologicznych do życia zbiorowego, jak K r e t s c h m e r, który zwrócił szczególną uwagę na pewne istotne związki między konstytucją somatyczną a psychiczną, jak Eugenjusz M i n k o w s k i, któremu zawdzięczamy postępy w dziedzinie psychologii i psychopatologii strukturalnej. Z autorów polskich zagadnieniem nerwic w związku z warunkami kulturalno-społecznymi i dziejowymi zajmowali się zwłaszcza Artwiński, Falkowski, Piltz, Borowiecki, Gustaw Bychowski, Stefan Kramsztyk i inni.

Jako przedstawiciel Zuryskiej Szkoły Neurobiologicznej, muszę powiedzieć słów parę o zasadniczym poglądzie na nerwic założyciela jej, wielkiego mistrza neurologii współczesnej Konstantego Monakowa. Pogląd ten można scharakteryzować jako neuro-biologiczny przy szerokiemu wzięciu w ogólnym ujęciu czynników fizjo-patologicznych, genetycznych i dynamicznych. Jego szczególna zaleta w porównaniu z poglądami, o których mówiliśmy dotąd, polega na tem, że posiada on charakter syntetyczny i że usiłuje ująć całokształt zjawisk psychologicznych i psychopato-

logicznych w ścisłym związku z biologią, a w szczególności z anatomją, fizjologją i rozwojem układu nerwowego i funkcji nerwowych.

Według Monakowa, nerwica może być określona jako przeważnie przewlekła psychicznie-afektywna reakcja osobowości na silne poruszenia i wstrząsy sfery instynktów, t. j. najistotniejszych interesów jednostki i gatunku, które, działając zazwyczaj w ciągu jednego lub kilku okresów życia, kumulują się w swych skutkach. Przytem chodzi nie tylko o urazy z dziedziny seksualności, na które psychoanaliza kładzie szczególną wagę, ale też o takie, które dotyczą osobistości, jej fizycznej, psychicznej i społecznej nietykalności, prestiżu i honoru, o uchybienia etyczne, o uszkodzenie przez choroby i t. d. Z punktu widzenia fizjo-patologicznego wchodzi tu w grę kilka momentów. Przedewszystkiem pewna dyspozycja konstytucjonalna w związku z przyrodzoną chwiejnością lub niesprawnością aparatu wegetatywno-endokrynnego, t. j. społecznego układu nerwowego w ścisłym współdziałaniu z narządami wewnątrzwydzielniczymi, oraz t. zw. bariery mezo-ektodermicznej lub hemato-encefalicznej (Lina Stern, Monakow, Walter, Kafka i inni). Pod tem nowszym pojęciem należy rozumieć skomplikowany układ narządów i błon filtracyjnych, wydzielniczych i ochronnych, które regulują wymianę między krwią, płynem mózgowo-rdzeniowym a tkanką nerwową, otaczając zwłaszcza tę ostatnią szczególną obroną przeciwko substancjom i oddziaływaniom szkodliwym. Do elementów tej bariery należą zwłaszcza ściany naczyn, przestrzenie okołonaczyniowe, glej, sploty naczyń, którym Monakow przypisuje szczególne znaczenie w patologii zaburzeń psychicznych, wyściółka i tkanka podwyściółkowa i t. d.

Spółczulny układ nerwowy, narządy wewnątrzwydzielnicze oraz elementy bariery hemato-encefalicznej stanowią skojarzony układ funkcjonalny, na który oddziałują w pierwszym rzędzie podrażnienia, insulty, wstrząsy i urazy, które dotyczą sfery instynktów i posiadają wobec tego duże napięcie afektywne. Oddziaływanie to może być fizjologiczne albo i patologiczne w razie przyrodzonej słabości i chwiejności tego układu lub szczególnie intensywnych podrażnień. Istotnie, działanie intensywnych podrażnień psychicznych względnie afektów na czynności różnych narządów, znajdujących się pod wpływem układu społecznego, jak serca i naczyń, gruczołów potowych, żołądka, jelit, na unerwienie mięśni, postawę ciała i t. d., znane nam są z obserwacji codziennej. W tym samym kierunku idą wyniki rozmaitych badań doświadczalnych nad zwierzętami, z których najbardziej znane są w nowszych czasach badania Cannona w Ameryce i Hessa w Zurichu.

Pojedyncze intensywne przeżycie lub wstrząs psychiczny, oczywiście, nie stanowi jeszcze nerwicy, zmiany fizjologiczne, jakie mu towarzyszą, są w zasadzie, natury przejściowej, i powrót do normy jest możliwy. Jednak tam, gdzie chodzi o powtarzające się i długotrwałe obrażenia sfery instynktów, i gdzie ich działanie

spotyka grunt konstytucjonalnie osłabiony i chwiejny, ze zmniejszoną zdolnością przystosowania i wyrównania chwilowych uchybień, tam mogą łatwo powstawać odchylenia z początku lekkie i nieuchwytne, zczasem jednak sumujące i kumulujące się aż do powstania stałych zaburzeń w obrębie układu wegetatywno-endokrynnego i banjerę hemato-encefaliczną, o których mówiłem wyżej. Można też przypuszczać, że każda zmiana chroniczna w jednej części tego układu powoduje wtórne zmiany korelatywne w innych jego częściach, tak, że zczasem powstaje nowy patologiczny stan równowagi, odrębny od normalnego.

Osobiście nie znam innej teorii, któraby była oparta na tak szerokich podstawach biologicznych i pozwalaby obejmować tak syntetycznie całość objawów psychopatologicznych z dziedziny nerwic — czy to nerwic o charakterze przeważnie aktualnym, jak neurastenja lub

nerwica lękowa, czy takich, w których są szczególnie zaznaczone czynniki psychogeniczne i urobienie psychiczne przeżyć, jak histerja (lub raczej reakcje histeryczne), albo nerwica natręctwa. Teoria ta przewyższa jednostronne przecenianie seksualności lub jakiegokolwiek innej dziedziny, przewyżcza też, przynajmniej w znacznym stopniu, sztuczne rozszczepienie elementów fizjologicznych i psychicznych, pozwala łączyć w sposób naturalny normalne z patologicznym, funkcjonalne z organicznym, traumatyzujące wpływy świata otaczającego z przyrodzoną konstytucją i jej sposobem reagowania, wpływy, płynące ze źródeł seksualnych z działaniem innych sfer instynktowych. W świetle tej teorii możemy też, zdaniem mojem, najlepiej rozpatrywać działanie ogólnych warunków kulturalnych i społecznych w dziedzinie nerwic, do czego teraz przechodzę. (C. d. n.)

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	31 V— 6 VI	7 VI— 13 VI	14 VI— 20 VI	21 VI— 27 VI
Ospa	0	0	0	0
Zap. mózg. śpiączk.	1 (1)*	0	0	0
Dur brzuszny	188 (15)	160 (6)	177 (14)	233 (10)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	89 (3)	85 (4)	45 (3)	33 (5)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	14 (1)	14 (0)	14 (1)	21 (1)
Plonica	279 (4)	298 (14)	320 (16)	364 (12)
Błonica	284 (17)	246 (12)	277 (16)	247 (14)
Zapal. op. mózg.	22 (3)	27 (5)	33 (9)	21 (3)
Odra	1011 (8)	624 (10)	736 (3)	555 (4)
Róża	98 (2)	103 (2)	105 (4)	102 (3)
Krztusiec	223 (5)	292 (13)	285 (9)	240 (16)
Malarja	13 (0)	21 (0)	23 (0)	6 (0)
Posoczn. polog.	24 (7)	17 (5)	34 (9)	35 (9)
Choroba Bantiego	0	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	470 (194)	499 (178)	556 (197)	563 (192)
Jaglica	586 (0)	652 (0)	848 (0)	790 (0)
Waglik	2 (0)	1 (0)	1 (0)	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	16 (0)	3 (0)	0	0
Wścieklizna	0	0	0	0
Zatr. jąd. kielb.	0	0	0	0
Chor. Heine-Medina	0	0	0	4 (1)
Twardziel	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Związek Terapeutyczny — Stowarzyszenie Międzynarodowe, założone w 1934 r. Doroczne Walne Zebranie Międzynarodowego Związku Terapeutycznego odbędzie się pod przewodnictwem prof. Loepera w środę 14 października b. r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Paryskiego. Posiedzenie poranne zacznie się o godz. 9 w sali Rady. Porządek obrad: 1) Organizacja kontroli środków leczniczych — prof. Dautrebände (Leodjum); 2) Leczenie djetetyczno - insulinowe w cukrzycy — prof. Luigi Zoja (Medjolan); 3) Kwas askorbinowy. Podstawy biologiczne i kliniczne dla wskazań leczniczych — prof. Mouriquard i A. Coeur (Lugdun); 4) Metody przywracania życia — prof. A. Cordier; 5) Pyretoterapia w powikłaniach wewnętrznych wiriów — prof. T. Richet i M. Facquet i 6) Leczenie chirurgiczne niewydolności serca przez całkowite usunięcie tarczycy — M. Welty i R. Leven (Paryż). O godz. 15 odbędzie się Walne Zebranie Związku i Towarzystwa Terapeutycznego Paryża w amfiteatrze Vulpiana z następującym porządkiem obrad: Temat główny: „Migre-

ny”: 1) Leczenie dokrewne — prof. Maranon (Madryt); 2) Kurcze naczyń i doniosłość ich leczenia — prof. Parhon (Bukareszt); 3) Leczenie wątrobowe — prof. Auburtin (Bordeaux) i 4) Leczenie zapomocą zmian humoralnych — prof. Pasteur-Vallery-Radot, Haguenau i dr. Hamburger. Zapisy należy kierować do Sekretarza Generalnego: dr. G. Leven, Paryż VIII-e, rue de Téhéran 24. Członkowie Związku, którzy przed 15-ym września zwrócą się w tej sprawie do Sekretarza Generalnego, korzystać będą ze znizowanych opłat kolejowych. Członków z zagranicy uprasza się o zaznaczenie stacji wjazdowej do Francji.

— Nakładem Komitetu organizacyjnego lekarskich kursów wakacyjnych w Ciechocinku wyszedł z druku Pamiętnik VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1935. Na pięknie wydany tom o 246 stronicach i licznych ilustracjach składają się następujące wykłady: Prof. Jana Mazurkiewicza. Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania. Prof. Kazimierza Pelczara. Zagadnienie gościa u dorosłych w świetle nowszych poglądów ze szczególnym uwzględnieniem leczenia zdrojowskiego. Doc. Adolfa Wojciechowskiego. Leczenie zdrojowskie w chirurgji. Prof. Bolesława Kowalskiego. Kilka uwag o leczeniu niektórych ważnych schorzeń macicy i zapalenia jej przydatków. Doc. Antoniego Sabatowskiego. Balneoterapia w praktyce codziennej. Doc. Henryka Brokmana. Gościec w wieku dziecięcym i jego leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowskiego. Prof. S. Schillinga-Siengalewicz. Wpływ kąpieli solankowej ciecho-cińskiej na podstawową przemianę materji. Prof. Józefa Latkowskiego. O nerwicach serca. Doc. Gustawa Sulca. Metabolizm wzrostu i starzenia. Doc. Jakóba Węgierki. Znaczenie djetetyki w chorobach przemiany materji. W końcu podany jest spis produktów i przetworów, wystawionych przez Państwowy Zakład Higieny i firmy chemiczno-farmaceutyczne. — Nazwiska prelegentów i treść wygłoszonych przez nich wykładów świadczą o wysokim poziomie Ciechocińskiego Kursu Wakacyjnego.

— Zarząd Główny Związku Księgarzy Polskich za pośrednictwem Koła Małopolsko-Wołyńskiego we Lwowie przystępuje do opracowania i wydania drukiem serji katalogów działowych na wzór niemieckich „Kompendien Kataloge”. Z. K. P. zwraca się niniejszem do wszystkich zainteresowanych, a zwłaszcza do P. T. Wydawców - Księgarzy, Wydawnictw, Wydawców prywatnych o najdalej idącą współpracę i poparcie, które umożliwiłyby i ułatwiły szybkie wykonanie zamierzonego przedsięwzięcia w spo-

sób najkompletniejszy. Zbytecznem jest uzasadniać potrzebę i celowość wydania takich katalogów. Praktyka codzienna udawadnia na każdym kroku, jak bardzo wykonywanie zawodu księgarskiego uzależnione jest od istnienia przejrzystych i kompletnych katalogów i jak często niewyzyskane bywają możliwości zbytu z powodu braku katalogów i skorowidzów w szczególności do literatury zawodowej lub działów specjalnych. Biorąc pod uwagę, że działy Techniki i Rolnictwa zostały ostatnio opracowane w dość kompletnych katalogach, wydanych przez księgarnie specjalne, Wydawnictwo Katalogów działowych postanowiono rozpocząć od wydania katalogu działu medycyny i farmacji. O terminie wyjścia z druku katalogu, jako też o cenie pojedynczych egzemplarzy — zawiadomienia rozsyłane będą później. Sekretariat Kola Mał. Wołyńsk. Związek Księgarzy Polskich. Lwów, ul. Ossolińskich Nr. 13.

— Komunikat. W dniach od 12 do 22 Października r. b. odbędzie się w Oddziale Chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza pod kierownictwem prof. Dr. M. Semerau-Siemianowskiego kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny chorób układu krążenia. Kurs obejmować będzie 75 godzin, z których 30 godzin przeznaczają się na wykłady teoretyczne, a 45 godzin na zajęcia praktyczne. Na program kursu składają się będą: 1) wykłady kliniczne z wybranych dziedzin układu krążenia, ważnych dla lekarza — praktyka (stany niewydolności krążenia i ich leczenie, nadciśnienie samoistne, hipotonja konstytucjonalna, dławica piersiowa, zawały serca, wady serca a ciąża i t. d.), 2) wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z najważniejszych sposobów badania układu sercowo-naczyniowego (elektrokardjografia, rentgenodjagnostyka, oscylometria, kapilaroskopia, czynnościowe badanie serca, flebometria i t. d.), 3) seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza-praktyka. Opłata za kurs wynosi zł. 60.—, z których zł. 10.— płatnych przy zapisie. Zapisy na kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela Dr. Edmund Zera — oddział chorób wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza, ul. Książęca 2, w Warszawie.

— W czasie od d. 16 do d. 19 września r. b. odbędzie się w Marienbadzie Zjazd, poświęcony syntetycznemu badaniu spraw życiowych, w którym wezmą udział wybitni lekarze, biologowie, filozofowie i psychologowie. Zapisy do d. 20 sierpnia pod adresem: Marienbad Kuramt. Informacji w sprawach naukowych udziela prof. Dr. Sikle, Ryga, Elizabetesle 63, w sprawach administracyjnych i technicznych zakład zdrojowy (Kuramt). Wpisowe wynosi 50 koron czeskich. Mieszkania będą do dyspozycji uczestników bądź bezpłatnie (w razie wczesnego zgłoszenia się), bądź po cenach przystępnych. —

— Tegoroczny zjazd niemieckich towarzystw, zajmują-

cych się badaniem spraw wypadkowych oraz medycyną ubezpieczeniową i opieką społeczną, odbędzie się w Hamburgu w piątek, dn. 18 września i w sobotę, dn. 19 września 1936 r. Przewidziane są następujące tematy główne: I. *Choroby dziedziczne a ubezpieczenie*. Aschoff (Freiburg), Weitz (Hamburg), Bauer (Wrocław), Demme (Hamburg). II. *Uszkodzenia płuc*. Bürkle de la Camp (Bochum), Ceelen (Bon). III. *Wpływ ubezpieczenia na przebieg leczenia*. Erb (Królewiec), Gebhardt (Hohenlychen). Przewodniczący: Prof. Dr. zur Verth (Hamburg 36, Esplanade 42). Zgłoszenia referatów i pokazów wraz z tytułem i streszczeniem należy kierować do przewodniczącego najpóźniej do 1 sierpnia 1936 r. Aparaty projekcyjne do dyspozycji. Dla pań przewidziane są oprowadzania (Hala sztuk pięknych, muzeum etnograficzne, Hagenbeck i Blankensee). Na niedzielę, 20 września 1936 r., przewidziana jest wycieczka na Helgoland, lub Travemünde lub do Kilonji. Nieczłonkowie wykupują kartę wstępu w biurze kongresowem w cenie 5 RM lub u skarbnika. D-ra Hörniga, Berlin — Schlachtensee, Ahrenschooper Zeile 18.

ZMARLI.

Wiktor Gosiewski, zastępca dyrektora Zakładu Ubezpieczeń Społecznych — w Warszawie.

Stanisław Władyczko, emerytowany prof. neurologii Uniw. Stefana Batorego — w Wilnie.

Mieczysław Goldbaum, internista i neurolog — w Warszawie.

Résumé des articles originaux.

A. KOBRYNER, N. MESZ et S. SZMERNER. *A propos du diagnostic des abcès sousdiaphragmatiques gauches.*

Les auteurs décrivent trois cas des abcès sousdiaphragmatiques gauches reconnus grâce aux symptômes qu'ils considéraient comme pathognomiques pour cette maladie; à savoir: le haut placement du diaphragme, suivi d'un déplacement des limites inférieurs des poumons, l'abaissement du lobe gauche du foie, souvent aussi de la rate, avec un déplacement du fond de l'estomac en bas et à droite constatable à l'examen rentgenologique.

S. FRANK. *A propos de l'article: Un cas d'anémie grave d'origine hémorroïdaire traité par les injections sclérosantes selon la méthode de Bensaude — par J. Skłodowski et S. Dobryszczycki.*

L'auteur rappelle, qu'il a publié un travail sur ce sujet déjà en 1928. Dernièrement il pratique des injections d'antiphlébine et de nodithrombine qui sont moins douloureuse et mènent au but plus vite.

S. DOBRYSZYCKI. *A propos des remarques du Dr. Frank.*

L'auteur préfère la méthode de Bensaude parce que les injections sont faites au dessus des boutons et non dans les boutons, ce qui exige une technique plus compliquée.

TREŚĆ: J. JASIEŃSKI. O wartości klinicznej metod czynnościowego badania nerek. — A. KOBRYNER, N. MESZ i S. SZMERNER. W sprawie rozpoznawania lewostronnych ropni podprzeponowych. — S. FRANK. W sprawie artykułu: „Przypadek ciężkiej anemii, wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi” — J. Skłodowski i S. Dobryszczycki. — S. DOBRYSZYCKI. W sprawie uwag kol. S. Franka w związku z pracą naszą: „Przypadek ciężkiej anemii, wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi.” — J. JAKÓBKIEWICZ. Botulinus i zatrucia toksynami botulinowymi (szkic epidemiologiczny). (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. MINKOWSKI. Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. JASIEŃSKI. Sur la valeur clinique des méthodes d'exploration de la fonction rénale. — A. KOBRYNER, N. MESZ et S. SZMERNER. A propos du diagnostic des abcès sousdiaphragmatiques gauches. — S. FRANK. A propos de l'article: „Un cas d'anémie grave d'origine hémorroïdaire traité par les injections sclérosantes selon la méthode de Bensaude” — par J. Skłodowski et S. Dobryszczycki. — S. DOBRYSZYCKI. A propos des remarques du Dr. Frank. — J. JAKÓBKIEWICZ. Botulinus et intoxication par les toxines botuliniques. (Rev. gén. fin.). — M. MINKOWSKI. Conditions contemporaines de culture et de vie sociale et névroses.