

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 30 MARCA 1939 R.

Nr. 12

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z III Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr B. Jochweds).

Badania kliniczne nad szybkością krwioobiegu metodą sacharynową Liana i Facqueta*).

Podali

B. JOCHWEDS i A. WAJNGOT**).

(Dokończenie — patrz Nr 11).

Kazuistyka.

Poniżej podajemy kilka przykładów, charakteryzujących zachowanie się cz. sach. w przebiegu niedomogi krążenia na tle miażdżycy i wad serca, jak również wpływ wysiłku i różnych metod leczniczych.

Przyp. 18. Chory Sz. l. 59. Rozpoznanie: *myodegeneratio atheromatosa, hypertrophia exc. cordis totius. Insuff. circul. gr. maj. Venostasis pulm. et hep. Oedemata sacri et pedum. Arrhythmia completa. Tachycardia parox. ventricularis.*

Wymieniony chory przebywał pod naszą obserwacją przez dłuższy czas. W okresie od 12.XII.36 do 30.XII.36 wykonaliśmy 7 badań cz. sach. w różnych warunkach. Po raz pierwszy, w ciężkim stanie chorego, stwierdziliśmy cz. sach. = 42 sek. w dn. 12.XII. Tegoż dnia wstrzyknięto 1 amp. Novuritu. W ciągu doby chory miał obfitą diurezę (ok. 3 litrów), nazajutrz czuł się nieco lepiej, tętno wolniejsze, duszność i obrzęki mniejsze; wykonana próba sach. dała wynik 37 sek. W ciągu następnych czterech dni ponowne nasilenie niedomogi; dnia 18.XII. cz. sach. 45 sek., dnia 19.XII. stan groźny, chory niemal się dusi, cz. sach. = 75 sek. (!).

Dokonano upustu 300 cm³, po którym nastąpiła w ciągu 15 minut wybitna poprawa, —cz. sach. spadł do 45 sek. Wstrzyknięto ¼ mgr. strofantyny. Nazajutrz stan bez zmian. Po dwóch dniach ponowne pogorszenie. Dnia 26.XII. ostatnie badanie cz. sach. dało wynik 62 sek.; pomimo stałego codziennego stosowania strofantyny. Dnia 30.XII. chory wypisał się *in extremis*, dn. 1.I.37 zmarł w domu.

W przypadku niniejszym uderzają bezwzględnie wysokie liczby cz. sach., z góry przesądzające rokowanie.

Przyp. 37 Ch. N. l. 35. Obserwacja z praktyki prywatnej. Rozpoznanie: *Insuff. v. aortae et mitralis. Hypertr. cordis totius exc. Insuff. circulat. maj. gr. Venostasis organorum. Dyspnoë.*

Chory ten przed 10 laty, pomimo wady serca, odbył służbę wojskową i przez szereg lat czuł się dobrze. Ostatnio stan jego pogorszył się znacznie; cz. sach. 31 sek., po 2 tyg. 37 sek. Prawdopodobnie nasilenie się niewydolności zależne było od nie za-

chowania przez chorego przepisów lekarskich (pomimo ciężkiego stanu dalej pracował).

Przyp. 9. Chory L. l. 15. Rozpoznanie: *Stenosis ostii ven. sin. et insuff. mitr. in st. decomp.* Dnia 24.XI.36 r. sinica, duszność, obrzęki, skąpomocz. Cz. sach. 32 sek., powtórne badanie 26.XI. — 32 sek. Od 24.XI. otrzymuje naparstnicę do dn. 19.XII. Wybitna poprawa kliniczna, cz. sach. 18 sek. Dn. 23.XII. cz. sach. 18 sek., jednak już dnia następnego zaznacza się pewne pogorszenie, tętno przyspiesza się, i ponownie zjawia się duszność. Powrócono do naparstnicy, którą podawano do wypisania się chorego ze szpitala.

Dn. 2.I.37 r. cz. sach. 17 sek. Dn. 4.I.37 r., przy względnie dobrym stanie chorego (tętno 72/min., oddechy 18/min.), brak objawów zastoinowych. Wykonano próbę wysiłkową; jako wysiłek zastosowano spacer 150 m. po płaszczyźnie.

Wynik próby wysiłkowej:

	Tętno	Ciśnienie	pr. sach.
przed wysiłkiem:	100	100/60	18 sek.
w 3 min. po wys.:	128	115/85	25 sek.

Przypadek ten jest typowy dla stanu przemijającej kompensacji względnej, ograniczonej do leżenia w łóżku. Znaczny wzrost powysiłkowy „czasu sacharynowego“ i bez innych danych stanowi o złej prognozie, zgodnie zresztą z wybitnie niepomysłnym zachowaniem się liczby tętna, ciśnienia minimalnego i ciśnienia tętna.

Przyp. 30. Chora W. l. 56. Rozpoznanie: *Myodeg. atherom., hypertr. excentrica et decomp. cordis totius (cor bovinum), venost. pulm. et hepatis. Oedemata pedum.*

W tym przypadku b. ciężkiej niedomogi serca przeważały dolegliwości, wynikające ze znacznego zastoinu w płucach. Pomimo intensywnego leczenia różnymi środkami nie udało się osiągnąć wybitniejszej poprawy. Pomimo ciężkiej niewydolności badania wykazywały stale cz. sach. 30 sek., a raz nawet w ½ godz. po wstrzyknięciu strofantyny — 26 sek.

Przyp. 33. Chory P. l. 56. (z praktyki prywatnej). Chory od 2 lat; jakoby wówczas miał przeżyć zawał m. sercowego. Rozpoznanie: *Myodeg., hypertr. exc. et decomp. cordis praecip. dextri. Venostasis organorum.* Dn. 12.I.37 r. cz. sach. = 20 sek., po 10 dniach pomimo leczenia naparstnicą nie poprawia się, cz. sach. 27 sek., po tygodniu zmarł wśród objawów narastającej niedomogi. Przypadek powyższy ilustruje narastanie niedomogi pomimo leczenia i zgodny z tym wzrost cz. sach.

Przyp. 9. Chory R. l. 23. Rozpoznanie: *Polyarthritus rheum. chr. sec. Insuff. vv. aortae.* Chory przybył z powodu miernej duszności i kołatania serca; przy badaniu przedmiotowym nie stwierdza się objawów zastoinowych. Dn. 15.XII. 36 r. cz. sach. 17 sek. Do dn. 29.XII. otrzymywał leki uspokajające i leżał w łóżku. Stan ogólny poprawił się znacznie; tegoż dnia wykona-

*) Wygłoszone w Zrzeszeniu Lekarzy R.P. dn. 24.I.39.

**) Doniesienie I patrz W. Cz. Lek. 1937, Nr 31—2.

na proba sacharynowa dała wynik 14 sek. Gdyby w tym momencie wykonano tylko statyczną próbę sacharynową, moglibyśmy ulec złudzeniu dobrego stanu krążenia. Próba czynnościowa natomiast wykazuje, że prawidłowa liczba spoczynkowa (14 sek.) zależna jest wyłącznie od rodzaju wady (patrz rozdział poprzedni). Jako wysiłek zastosowano zejście i wejście na jedno piętro.

	Tętno	Ciśnienie	pr. sach.	
	przed wys.	88	140/30	14 sek.
w 3 minuty po wys.	108	150/40	19 „	

Przyp. 13. Chora R. l. 29. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sin. in st. decomp.*

Próba czynnościowa: wysiłek — 10 skłonów w łóżku.

Tętno		Ciśnienie	pr. sach.	
przed wys.		100	110/65	22 sek.
w 3 min. po wys.	136	120/75	26 „	

Zawał serca.

Na podstawie naszego doświadczenia, opartego, co prawda, tylko na 7 przypadkach, uważamy próbę sacharynową za cenny wkład do diagnostyki tego schorzenia. Jak mogliśmy się przekonać, przy pomocy tej próby można niekiedy uzyskać potwierdzenie przypuszczalnego, a wątpliwego rozpoznania.

Próba sacharynowa uwidacznia bowiem zwolnienie krążenia, a więc istniejącą nieomogę nawet w tych przypadkach, w których badaniem fizykalnym nie stwierdzamy żadnych odchyśleń od normy (brak objawów zastoinowych), a innych prób czynnościowych narządu krążenia, jak np. wysiłkowej, wodnej K a u f m a n n a, nie można przeprowadzić z powodu ciężkiego stanu chorego.

Nie udało się nam ani razu dokonać pomiaru szybkości krążenia w ciągu pierwszych godzin po wystąpieniu zawału, jeszcze w okresie, charakteryzującym się przede wszystkim zapaścią bez nieomogi serca. Z badań F i s h b e r g a w y n i k a, iż w tym okresie „czas sacharynowy“ nie jest przedłużony, co jest w zgodzie z naszymi badaniami nad obwodową nieomogą krążenia pochodzenia niezawałowego.

Jeżeli chodzi o nasze osobiste spostrzeżenia, zastosowaliśmy próbę sacharynową w 7 przypadkach zawału w okresie od kilku dni do tygodni, miesięcy, a nawet lat po jego wystąpieniu, przy czym w każdym przypadku badaliśmy czas krążenia wielokrotnie.

Dla obrazu nieomogi pozawałowej charakterystyczne są następujące przypadki:

Przypadek 4. Chory F. l. 57. Przybył do szpitala 4.XII.36 r. w cztery dni po wystąpieniu typowego bólowego zespołu zawałowego. Objawy: wybitna sinica, duszność, obrzęki stóp, granice serca powiększone w lewo i w prawo, tętno 120/min., miarowe, ciśnienie krwi 110/65. Po trzech dniach pobytu wykonano badanie Ekgficzne, które wykazało zawał w obrębie lewej komory oraz p. s. z wynikiem 31 sek. W ciągu tygodniowego leczenia naparstnicą chory poprawił się znacznie, objawy niewydolności krążenia cofnęły się, a cz. sach. skrócił się do 23 sek.

Po dwóch tygodniach zadowalającego stanu wynik ten sam. Dnia 23.XII.36 r. napad częstoskurczu z dusznością, w dole płuc nieliczne rżenia, chory niespokojny, narzeka na ból w okolicy przedsercowej, prom. do lewego barku. Podejrzanie świeżego zawału; wykonana natychmiast pr. sach. dała wynik 45 sek. W ciągu następnych trzech dni podawano choremu strofantynę dożylnie, po czym tętno zwolniło się, duszność i sinica poczęły ustępować; odpowiednikiem tej poprawy było skrócenie cz. sach. do 39 sek.

Od 27.XII.36 r. do 3.I.37 r. otrzymywał naparstnicę, po czym objawy nieomogi niemal zupełnie zniknęły przy bezwzględnym spoczynku; pr. sach. — 27 sek. Drugi zawał pogłębił nieomogę

serca, pozostała po pierwszym; środki sercowe i spoczynek wzmocniły serce, jednak nie do stanu z przed drugiego zawału.

Ostatnie badanie pr. sach. 27 sek., po czym chory wypisał się do domu, gdzie zmarł po czterech miesiącach w nieznanych nam okolicznościach.

Przyp. 8. Chory K. l. 50 (przypadek, opisany przez J o c h w e d s a, P ł o Ń s k i e r a, K e l n e r a i G o l d s t e i n a w „W. Czas. Lek.“ r. 1937, Nr 19 pt. „Przypadek mnogich bezbólowych zawałów serca“). Tu podajemy tylko w skróceniu przebieg jednego z zawałów. Dn. 8.XII.36 r. przy braku bólów silna duszność, niepokój, lęk przed śmiercią. Tętno 120/min., drobne, RR — 95/75. Rozpoznano bezbólowy zawał serca; dla potwierdzenia rozpoznania wykonano pr. sach. — wynik 26 sek. Dopiero dn. 9.XII. stwierdzono tarcie osierdziowe, wzmogłą leukocytozę, przyspieszenie opadania krwinek. 11.XII. EKG — ram wykazał zawał u podstawy prawej komory od tyłu.

W przypadku tym, w którym objaw kardynalny zawału — ból — w ogóle się nie zjawiał ani na chwilę, zwolnienie cz. sach. potwierdziło b. wcześniej, przed dokonaniem badań laboratoryjnych, właściwe rozpoznanie, oparte poprzednio jedynie na obserwacji klinicznej.

Przytoczone przypadki ilustrują: 1) równoległość zmian szybkości krążenia i niewydolności serca w przebiegu choroby zawałowej, co ma znaczenie dla rozpoznawania sprawy w warunkach nieklinicznych, 2) ocenę skuteczności powziętej metody leczenia.

Przypadek 22. Chory H. l. 50 (z praktyki prywatnej). Od trzydziestu lat nadciśnienie samoistne. Przed dziesięcioma tygodniami zawał, potwierdzony Ekg-ficznie. Obecne skargi (25.XI. 36 r.): częste bóle stenokardyczne po najmniejszym wysiłku, z objawów nieomogi tylko lekka sinica. Stale na leczeniu spoczynkowym, farmakologicznym i dietetycznym. W ciągu 1937—38 r. bóle tylko po większych wysiłkach, objawów nieomogi nie stwierdza się. Pracuje i dobrze znosi mierne wysiłki.

Próby sacharynowe dały wyniki następujące:

26.XI.36 r. — 24 sek.

15. I.37 r. — 21 „

4.IV.37 r. — 19 „

W przypadku tym pr. sach. niezbyt zwolniona w 10 tygodni po ciężkim schorzeniu serca pozwalała na rokowanie dobre, co potwierdziła również dalsza obserwacja (w grudniu 1938 roku stan dobry).

Przyp. 103. Chory L. l. 55. Po raz pierwszy wykonano próbę sacharynową z wynikiem 22 sek. dn. 12.III.37 r.; w 6-ym tygodniu zawału, potwierdzonego badaniem Ekg-ficznym i badaniami krwi. W ciągu miesiąca kwietnia chory nie ma żadnych objawów nieomogi serca, chodzi, pracuje, skarży się tylko na ból w okolicy przedsercowej przy nieznacznym nawet wysiłku (przyspieszenie kroku). Przy chodzeniu powolnym bólów nie odczuwa. Po sześciu następnych tygodniach stan chorego dobry, bóle nie powtarzają się, cz. sach. 19 sek.

W rok później chory zmarł nagle, z powodu nowego zawału serca.

Oba ostatnie przypadki mają wiele cech wspólnych. Dotyczą chorych, którzy po przebyciu zawałów w krótkim czasie uporali się z nieomogą krążenia, potrafili też do pewnego stopnia wyrównać upośledzenie krążenia wieńcowego i nie doznawali poważniejszych dolegliwości. Cz. sach. przekraczał normę tylko nieznacznie. Pomimo to nagłe zejście śmiertelne jednego z nich nie pozwala przecieć na inne, niż wątpliwe, rokowanie w podobnych przypadkach nawet na podstawie względnie dobrego cz. sach., a to ze względu na niedającą się przewidzieć możliwość nowego zaczopowania tętnic wieńcowych pomimo dobrego stanu krążenia. Natomiast przypadki poprzednie (przyp. 4-y i 8-y), w których utrzymywały się liczby wyższe, wskazują, według na-

szych spostrzeżeń, na rokowanie złe ze względu na postępującą niedomogę krążenia. (Patrz również zestawienie wad serca i schorzeń mięśnia sercowego).

W pozostałych trzech przypadkach liczby cz. sach. zachowywały się również równolegle do stopnia wydolności serca.

Niedomoga obwodowa.

W tej grupie przypadków umieściliśmy następujące schorzenia: sinicę kończyn (*acrocyranosis*) — 3 przypadki, chorobę B ü r g e r a (3 przypadki) i ciężką zapaść obwodową (8 przypadków). Żadnych odchyśleń od normy w cz. sach. nie stwierdziliśmy, pomimo ciężkich niekiedy objawów ogólnych i miejscowych; musimy się jednak zastrzec, iż bynajmniej nie negujemy miejscowego zwolnienia krążenia w obrębie naczyń kończyn, udowodnionego innymi metodami (np. próba K a h l e r a z chlorkiem wapnia, badania zawartości O₂ i CO₂ we krwi tętniczej i żyłnej tej samej kończyny itd.), jednakże próba sacharynowa nie nadaje się do jego wykrycia.

Przypadki ciężkiej zapaści obwodowej dotyczyły 3 chorych durowych, 3 — z toksyczną postacią odoskrzelowego grypowego zapalenia płuc, 1 zatrucia alkoholem, 1 zapaści nieustalonego pochodzenia. Poza tym stwierdzaliśmy również mniej lub więcej wyraźne objawy porażenia krążenia obwodowego (bładość, zimne pory, częste drobne tętno, brak wypełnienia żył szyjnych) u 10 chorych durowych, 6-u chorych na zapalenie płuc płatowe lub odoskrzelowe i u 5 gruźlików w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy rozpadowej. We wszystkich tych przypadkach, jak również w 37 przypadkach duru i 55 gruźlicy, w których powyższych objawów nie stwierdzono, cz. sach. był prawidłowy. Podkreślić należy doniosłość tego spostrzeżenia, pozwalającego na zasadzie dotychczasowych naszych spostrzeżeń na odróżnienie przy pomocy próby sacharynowej niedomogi obwodowej i mięśniowo-sercowej w ich czystych postaciach. Natomiast dołączająca się do obwodowej centralna niewydolność krążenia (sinica, zastój w płucach, obrzęki) powoduje z reguły wydłużenie cz. sach.

Ciąża, poród, narkoza inhalacyjna.

Badaliśmy szybkość krążenia u 10 rodzących (sala porodowa oddz. położniczo-ginekologicznego ord. D-ra A l t k a u f e r a), nie budzących wątpliwości co do dobrego stanu narządu krążenia i stwierdziliśmy tuż przed porodem prawidłowe wartości cz. sach. Bezpośrednio po porodzie liczby były we wszystkich bez wyjątku przypadkach nieco mniejsze (o 1—2 sek.). Różnica 1—2 sek. mogłaby być uważana za granicę błędu doświadczalnego, zastanawia jednak stałość wyników we wszystkich bez wyjątku przypadkach. Wyniki powyższe są zgodne ze spostrzeżeniami A n t h o n y i H a n s e n a, a zależą prawdopodobnie od obniżenia przepływu po porodzie i ułatwienia warunków krążenia.

Przytoczyć należy również 6 obserwacji, dokonanych u operowanych pod narkozą (3 przyp. appendicektomii, 2 — herniotomii, 1 — wycięcia przetoki odbytniczej) w oddz. III chir. ordynatora D-ra S z p e r a.

Badania przeprowadzaliśmy tuż przed operacją i natychmiast po powrocie chorego do przytomności. Narkoza była zawsze eterowa, przeciętny czas jej trwania — około ½ godziny. Żadnych różnic w cz. sach. przed- i pooperacyjnym nie zanotowaliśmy. Późniejsza

obserwacja potwierdziła brak pooperacyjnego uszkodzenia narządu krążenia.

Schorzenia tarczycy.

Zmiany czynności tarczycy wpływają na szybkość krwioobiegu w sposób wydatny; nadczynność przyspiesza krążenie, niedoczynność — zwalnia. Obserwacje te zgodne u wszystkich badaczy zarówno w zakresie kliniki, jak i u zwierząt doświadczalnych, również i na naszym materiale znalazły potwierdzenie. Przeprowadzenie badań seryjnych pr. sach. pozwoliło kontrolować postęp leczenia i stanowiło — niezależnie od innych kryteriów ściśle klinicznych — namiastkę określenia podstawowej przemiany materii. Zgodność z danymi klinicznymi była wyraźna.

Ogółem obserwowaliśmy 13 przypadków nadtarczyczności, 1- parabasedowa i 1- podtarczyczności.

Przeciętnie czas sacharynowy przy wydolnym sercu wynosił 9—13 sek., co na podstawie kilku przeprowadzonych badań przemiany podstawowej odpowiada zwykle o 50 do 20%.

W przebiegu leczenia cz. sach. zwalniał się, dochodząc do wartości prawidłowych w tych przypadkach, w których uzyskiwano poprawę kliniczną i laboratoryjną (przemiana podstawowa, cholesterolemia) na drodze leczenia zachowawczego lub operacyjnego.

Rzecz jasna, wypadkowa szybkości krążenia u chorych z zaburzeniami łącznymi tarczycy i serca może przybierać najróżniejsze wartości, co nakazuje szczególną ostrożność w interpretacji wyników w tych przypadkach.

Jako przykład podajemy nast. przypadek:

Przyp. 12. Chora L. l. 58. Choroba B a s e d o w a, znaczna niewydolność krążenia; obrzęki nóg i wątroby, duszność nawet spoczynkowa, objawy zastoinowe w płucach. Pr. sach. dała wynik 17 sek. Wobec wzmoczenia przemiany podstawowej w tym przypadku o 100% czas należny powinien wynosić 6—8 sek. Na tej zasadzie, podobnie jak L i a n, orzekliśmy niepomysłne rokowanie, co sprawdziło się w całej pełni, gdyż chora zmarła na czwarty dzień pobytu w szpitalu pomimo wszelkich wysiłków leczniczych wśród objawów niedomogi krążenia.

Przypadek ten wskazuje, jak wartościowa jest pr. sach. dla oceny stanu narządu krążenia w nadczynności tarczycy w przypadkach, kierowanych do zabiegu. Już nieznacznie zwolniona, a nawet prawidłowa szybkość krążenia przy znacznie wzmoczonej przemianie podstawowej świadczy o upośledzeniu czynności mięśnia sercowego.

W 7 przypadkach wola koloidalnego rozlanego i guzowatego bez objawów nadczynności tarczycy (*Struma non toxicum*) wartości cz. sach. nie odbiegały od normy.

Przyp. 81. Chory S. l. 28. Choroba B a s e d o w a. Przem. podst. 52%, cholesterolemia — 130 mgr%, cz. sach. 9 sek. Leczone jodem, chinidyną, naświetlaniem nadnerczy, insuliną, dietą węglowodanową, po trzech tygodniach poprawił się znacznie (przybytek na wadze, zwolnienie tętna, ustąpienie drżenia rąk, potliwości, bezsenności, niepokoju itd.). Przem. podst. + 7%, cholesterol we krwi 190 mgr%, cz. sach. 13 sek.

Przypadek 105. Chory H. l. 35. Choroba B a s e d o w a. Tętno 140/min., miarowe, przemiana podstawowa + 50%, cholesterol we krwi 110 mgr%, cz. sach. 8 sek. Po przygotowaniu jodem: *strumectomy subtotalis*. Po zabiegu bardzo znaczna poprawa, tętno 80/min., cholesterolemia 170, brak objawów niedomogi krążenia; cz. sach. 12 sek., przemiana podstawowa + 5%.

W przypadku h i p o t y r e o z y z przemianą podstawową — 20% i bez objawów niedomogi krążenia cz. sach. wynosił 21 sek.

Zaburzenia czynnościowe układu krążenia.

W 15 przypadkach „nerwic sercowo-naczyniowych” różnego nasilenia, w których zwykła próba wysiłkowa, badanie Ekg-liczne oraz dalszy przebieg choroby nie wykazywały podłoża organicznego, również zachowanie się próby sacharynowej w spoczynku i po wysiłku nie wykazywało odchyżeń od normy. Ze względu na swą prostotę i łatwość wykonania próba ta była nam wielce pomocna przy różniczkowaniu schorzeń organicznych i czynnościowych układu krążenia.

Częstota tętna, zarówno według jednogłosnej opinii wszystkich badaczy, jak i na zasadzie naszego materiału, nie wywiera sama przez się żadnego wpływu na szybkość krążenia. Zarówno przy tętnie 120 — 140/min., jak i 54—60/min. uzyskiwaliśmy liczby całkowicie prawidłowe, jeżeli tylko stan mięśnia sercowego i poziom przemiany podstawowej materii nie odbiegał od normy.

W dwóch przypadkach bloku serca, obserwowanych ostatnio w oddziale, z tętnem 30 i 36/min., cz. sach. wynosił 31 i 33 sek., co jednak zależało niewątpliwie od współistniejącej ciężkiej niedomogi serca. Zachowania się cz. sach. w bloku przy wydolnym sercu nie mieliśmy możliwości spostrzeżenia.

Schorzenia płuc.

Wykonaliśmy szereg badań nad wpływem zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc na szybkość krążenia. Z 60 chorych gruźliczych wielu miało zmiany bardzo duże, znacznie redukujące ilość miazdy czynnego oddechu. Poza tym przeprowadziliśmy pr. sach. w szeregu przypadków wysiękowego zapalenia opłucnej, odmy samoistnej i sztucznej (nawet dwustronnej), rozległych zapaleń płuc, dużych guzów płuc, marskości płuc, dychawicy oskrzelowej różnego stopnia i wtórnych stanów kurczowooskrzelowych. W żadnym z wymienionych schorzeń przy klinicznie stwierdzałnej wydolności krążenia czas sacharynowy nie przedłużał się powyżej granic prawidłowych.

Fakt ten wyzyskujemy w oddziale, jako metodę pomocniczą przy różniczkowaniu między dusznością wyłącznie płucną i dusznością sercową, względnie sercowo-płucną.

Inne schorzenia (23 przypadki).

W przebiegu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, w przypadkach kamicy żółciowej i nerkowej, nowotworach jamy brzusznej i innych cz. sach. nie odbiegał od normy. W 6 przypadkach choroby wrzodowej powtarzaliśmy badania kilkakrotnie, stwierdzając zupełny brak wpływu poprawy klinicznej i rentgenologicznej na wynik próby sacharynowej.

W znacznej nawet niedokrewności (wtórnej lub Biermerowskiej) „czas sacharynowy” nie był skrócony wyraźnie — wbrew doniesieniom innych autorów — i nie wydłużał się w miarę poprawy hemogramu.

W 1 przypadku choroby Vaqueza z 7,5 mil. czerwonych ciałek w mm³ i znacznym powiększeniem granic serca czas sacharynowy wynosił 36 sek.

Wnioski ostateczne.

1) Autorzy sprawdzili wartość kliniczną próby sacharynowej Liana i Facqueta w 310 przypadkach.

2) U osobników zdrowych oraz u chorych, nie obciążonych niewydolnością krążenia, szybkość krążenia wynosiła 12 do 16 sek.

3) Czas ten przedłużał się znacznie w niedomodze krążenia pochodzenia sercowego; w miarę poprawy skracał się, ale nawet w okresie względnej niedomogi był dłuższy, niż u osobników zdrowych.

4) Zwolnienie krążenia w przebiegu rozlanych, zwyrodnieniowych, wzięcie zapalnych schorzeń mięśnia sercowego było z reguły wydłużniejsze, aniżeli w przebiegu niewyrownanych wad serca.

5) W przypadkach odosobnionej niedomogi lewokomorowej — zarówno ostrej, jak i przewlekłej — szybkość krążenia wykazywała liczby prawidłowe, ewentualnie nieznacznie tylko odbiegające od normy.

6) Wysiłek u chorych z niedomogą serca zwalniał bardzo znacznie szybkość krążenia, u zdrowych natomiast wartości powysiłkowe nie różniły się wiele od wartości spoczynkowych, względnie wykazywały nieznaczne wahania w jedną lub w drugą stronę.

7) W przebiegu leczenia naparstnicą lub strofantyną zachowanie się szybkości krążenia posiadało duże znaczenie rokownicze oraz ułatwiało ocenę stosowanej metody leczenia.

8) Niedomoga krążenia pochodzenia obwodowego (zapaść obwodowa, choroba Bürgera, *acrocyanosis*) bez równoczesnego schorzenia mięśnia sercowego nie przedłużała „sacharynowego” czasu krążenia.

9) W nadciężności szybkość krążenia w przypadkach z wydolnym mięśniem sercowym wynosiła 8—9 sek., z niewydolnym 15—18 sek. Po zabiegu operacyjnym lub skutecznym leczeniu internistycznym szybkość krążenia wracała do normy. W jedynym spostrzeganym przypadku podciężności cz. sach. wynosił 20 sek.

10) Badanie szybkości krążenia bezpośrednio po porodzie wykazało jedynie nieznaczne przyspieszenie w stosunku do wartości z okresu poprzedzającego poród.

11) Narkoza eterowa przy prawidłowym uśpieniu i braku bezpośrednich powikłań sercowych nie wpływała na wynik próby sacharynowej.

12) Ograniczenie powierzchni oddechowej płuc (odma, płyny w jamie opłucnej, rozległa gruźlica, guzy płuc, dychawica oskrzelowa) pozostawało bez wpływu na wynik próby sacharynowej. Toż samo spostrzeżenie poczyniliśmy w przebiegu duru brzuszego, choroby wrzodowej, kamicy, niedokrewności — oczywiście, o ile nie współistniało schorzenie mięśnia sercowego.

13) W niektórych przypadkach o niejasnej symptomatologii klinicznej próba sacharynowa posiadała wartość pomocniczą dla rozstrzygnięcia wątpliwości rozpoznawczych w następujących sprawach: a) duszność płucna i sercowa, lub sercowo-płucna, b) objawy sercowe w przypadkach „nerwic naczyniowo-sercowych”, c) zapaść sercowa i obwodowa, d) obrzęki sercowe i nerkowe.

14) Jak wynika z powyższego, próba sacharynowa bywa nieraz metodą pomocniczą dla potwierdzenia rozpoznania, ustalenia rokowania i oceny stosowanego leczenia.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Blumgart. La medecine 1931, Nr 10. — 2) Bornstein. Kongr. f. inn. Med. 1912, Nr. 29. — 3) Cossio, Berconsky, Del Castillo. Bul. hop. Paris 1937, Nr 6. — 4) Fishberg, Hitzig, King. Arch. Int. Med. 1935, str. 997. — 5) Frank i Alvens. Münch. Med.

Woch. 1919, str. 950. — 6) Godel i Chehale. La presse med. 1936, Nr 3. — 7) Gurewicz. Probl. tuberk. 1937, Nr 1. — 8) Hitzig. Am. Heart. Journ. 1935, Nr 8. — 8a) Godard. Monde méd. 1939, Nr 930. — 9) Jochweds i Wajngot. Warsz. Czas. Lek. 1937, Nr 31—32. — 10) Kahler. Wien. Arch. f. kl. Med. 1929—30, t. XIX. —

11) Klein. Journ. clin. investig. 1927, Nr 4. — 12) Klein. Journ. clin. investig. 1928, Nr 5. — 13) Lian i Facquet. Bull. hop. Paris, Nr 6, 1930. — 14) Lian i Facquet. Bull. hop. Paris, Nr 9, 1935. — 15) Lian i Facquet. Bull. hop. Paris 1936, Nr 10. — 16) Szebanow. Probl. tuberk. 1937, Nr 1.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z pracowni analitycznej Szpitala Starozakonnych na Czystem w Warszawie.

(Kierownik: Dr J. Dworecki).

W sprawie formułowania wyników ilościowych badań laboratoryjnych.

Podał

Dr I. DWORECKI (Warszawa).

Do naczelných zadań współczesnej medycyny należy scharmonizowanie tendencji odśrodkowych, które ujawniają się w nieograniczonej niemal specjalizacji, z zasadniczo najistotniejszą dośrodkową tendencją, z dążnością do syntetycznego oraz możliwie indywidualistycznego ujmowania zjawisk chorobowych. Zgodnie z tym założeniem dążyć należy między innymi i do tego, żeby badania laboratoryjne, których mnogość i różnorodność wzrasta niemal z dniem każdym, stały się żywym pierwiastkiem codziennego rozumowania lekarskiego. Poto, by wyniki różnych analiz przestały być dla szerszego ogółu lekarzy tylko zbiorem suchych liczb lub mało mówiących faktów, należy w sposób konsekwentny udostępniać lekarzom praktykom kliniczną interpretację stwierdzanych przez pracownię odchyleń od norm fizjologicznych. Mimochodem zaznaczę, że wypływa stąd celowość syntetycznego ujęcia całego odnoszącego się tu (a bardzo obszernego) materiału faktycznego w postaci odrębnego przedmiotu uniwersyteckiego nauczania, który można byłoby określić, na przykład, jako „diagnostykę laboratoryjną”. Sprawy tej na tym miejscu nie poruszam.

Celowo natomiast znacznie zwięźam temat, pragnąc w tym artykule zwrócić uwagę na jedną tylko okoliczność natury czysto formalnej, która przyczynia się jednak niemało do „niestrawności” wyników analiz dla lekarzy-praktyków.

Chodzi tu o wyniki badań, wyrażane w liczbach. Przyjęte jest, na przykład, obok oznaczonych stężeń mocznika, cukru, chloru itp. we krwi — podawać dla porównania rozpiętość norm fizjologicznych. Postępowanie takie podyktowane jest słusznym założeniem, że przy niezwykle rozległych obecnie zespołach rozmaitych wartości liczbowych, podawanych przez pracownię analityczną, byłoby rzeczą zawodną polegać wyłącznie na pamięci lekarzy-praktyków w omawianej dziedzinie. Dość powszechnie przyjęty zwyczaj takiego właśnie formułowania wyników analiz posiada jednak pewne wady.

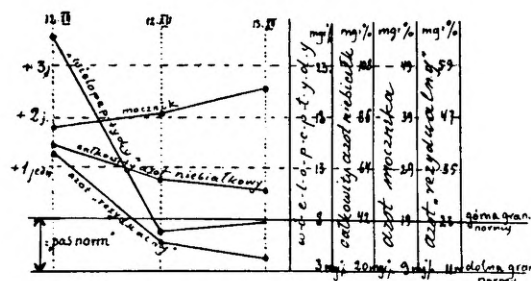
Przedewszystkim same wartości — jeśli chodzi, na przykład, o badania chemiczne krwi — podawane są w sposób niejednokrotny: bądź w gramach na litr, jak to czynią przeważnie Francuzi, bądź w miligramach na 100 cm sz. krwi (mililitrów), bądź w miligr. na 100 gr krwi, czy surowicy. Dla uniknięcia zbędnych przeliczeń należałoby oznaczać stężenie wszystkich składników jednakowo: na przykład, w miligramach % (liczbę miligramów w 100 mililitrach krwi). Znacznie ważniejsza, aniżeli ta czysto formalna kwestia, jest duża rozbieżność liczb, podawanych przez różnych autorów dla prawidłowych stężeń tego, czy innego składnika.

Wystarczyłoby przytoczyć dla przykładu choćby stężenie mocznika we krwi — składnika, zdawałoby się, tak doskonale przez klinikę przebadanego: gdy rozpiętość norm według Widala znajduje się między 15 a 50 mg%, inni autorzy podają dla tego samego składnika liczby odmienne: Berglund: 21—37 mg%, Volhard: 20—40 mg%, Strauss: 30—50 mg%, F. Rappaport: 21—32 mg%, Hammet-Folin: 21—47 mg%, Mc Key: 18—38 mg% itd. itd. To samo powtarza się w stosunku do długiego szeregu innych składników: stężenia amino-kwaców, kwasu moczowego, kreatyniny, cukru, ciał nieorganicznych, fermentów i składników cytologicznych krwi itd. itd. Podnoszone tu różnice liczbowe zależne są po części od tego, że substrat, poddawany badaniom ilościowym, nie zawsze był identyczny (na przykład, w stosunku do krwi w grę wchodzi albo surowica, albo osocze, w różny sposób uzyskane, albo krew całkowita). Główną zaś przyczyną tych różnic była niejednorodność stosowanej metodyki oznaczeń. Wystarczy bliżej zaznajomić się z tą dziedziną techniki laboratoryjnej, żeby uprzytomnić sobie, jak liczne sposoby — w stosunku do każdego niemal składnika — współzawodniczą ze sobą, a różnią się wzajemnie bądź teoretycznym założeniem, bądź techniką oznaczenia końcowych produktów reakcji (analiza wagowa, miareczkowa, kolorymetria, foto-, wzgl. spektrofotometria lub nawet elektrofotometria, potencjometria itp.), bądź wreszcie rozmaitymi, pozornie małymi, lecz istotnie ważnymi modyfikacjami w aparaturze. Stąd łatwo jest zrozumieć, że ostateczne wyniki określonych ilościowych są zależne w znacznym stopniu od tych szczegółów metodologicznych i technicznych, a same liczby „norm” — niekiedy tak niejednakowe w rękach różnych badaczy, — są niejako nierozzerwalnie związane z metodyką ich pracy. Liczby te więc częstokroć wymagają dalszego systematycznego ich uzgadniania na drodze równoległych porównawczych prac metodologicznych. Oczywiście, wszystkie te zawiłe sprawy nie powinny w najmniejszym stopniu zaprzatać uwagi lekarza-praktyka. Dla klinicznej bowiem interpretacji analiz rzeczą najważniejszą jest nie wartość bezwzględna stężenia tego, czy innego składnika, lecz stopień odchylenia tej wartości od normy „in plus” lub „in minus”. Jeśli więc — przy takim ujmowaniu zadań pracowni w stosunku do kliniki — wyniki oznaczeń ilościowych będą podawane głównie jako liczby względne, charakteryzujące stopień odchylenia od norm, to od razu odpadną następujące omówione powyżej źródła dotychczasowego chaosu, które niemało przyczyniły się do „nieprzystawalności” wielu analiz ilościowych dla szerszego ogółu lekarzy: 1) konieczność pamięciowego opanowania tabeli norm, jeśli nie są one zawsze załączane przy odnośnych liczbach, ewentualnie konieczność każdorazowego porównania z tą tabelą wyników, uzyskanych w danym przypadku, 2) omówiona powyżej, często dezorientująca rozbieżność liczb, odnoszących się do norm fizjologicznych. Albowiem — jeśli chodzi o liczby względnych odchyleń od normy — różnice poszczególnych metod — z natury rzeczy — niwe-

lują się w znacznym stopniu, a uzyskane wyniki stają się całkowicie porównywalne.

Po tych rozważaniach ogólnych wypada zastanowić się nad sposobem obliczenia tych właśnie względnych odchylen od normy. Jeśli za „normę” przyjąć jedną jakąś wielkość przeciętną, stanowiącą, na przykład, średnią arytmetyczną wyników wielu analogicznych pomiarów fizjologicznych, to procentowe obliczenie odchylen jest rzeczą bardzo łatwą. W ten sposób przyjęte jest postępować, na przykład, przy podawaniu wyniku oznaczenia podstawowej przemiany: uzyskana liczba dobowej wartości kalorycznej tlenu (zużywanego dla spalenia tkankowych przez osobnika badanego) różnić się może od wartości „nałężnej” (obliczonej z tablic norm dla danego wieku, wagi, wzrostu i płci) o *plus* 20, 40, 80% lub o *minus* 10, — 15—30%. Oczywiście, byłoby niesłuszne za „normę” uważać jedną tylko stałą wielkość przeciętną: w stosunku do każdej wartości, oznaczanej w diagnostyce laboratoryjnej, istnieje pewien zakres wahań fizjologicznych dookoła tej liczby przeciętnej. Tak w omawianym tu przykładzie badania przemiany gazowej odchylenia + 15% i — 10% jeszcze nie posiadają znaczenia patologicznego. Co jednak jest rzeczą ważniejszą dla poruszanego tu tematu, to właśnie ta okoliczność, że procentowa rozpiętość wahań fizjologicznych w stosunku do liczby przeciętnej jest wysoce różna w ustroju żywym. Jeśli, na przykład, zawartość azotu niebiałkowego krwi waha się w granicach od 20 do 42 mg%, a cukru od 70 do 120 mg%, lub tłuszczu obojętnego nawet od 0 do 160 mg%, to dla innych wartości ta rozpiętość wahań jest znacznie mniejsza: naprz., dla stężenia wody w surowicy od 90 do 92 mg%, dla magnezu 2,3 do 2,8 mg% itp., a dla pH krwi granice liczb prawidłowych zakreślone są jeszcze bardziej wąsko przez wartości: od 7,33 do 7,39. Toteż, gdybyśmy zamierzali rozszerzyć na inne dziedziny oznaczeń ilościowych sposób formułowania wyników, przyjęty obecnie dla badań przemiany podstawowej, to taka reforma okazała by się niecelowa z tego powodu, że w stosunku do każdej oznaczanej wartości należałoby uwzględnić specyficzny zakres fizjologicznie dopuszczalnych procentowych odchylen od jednej „sztywnej” normy — przeciętnej; pomijam tu już trudności, związane z ustaleniem tej powszechnie obowiązującej wartości. Z powyższego wynika, że w obliczaniu stopnia względnych odchylen od normy nie możemy przyjmować za punkt wyjściowy dla obliczeń jakiejś jednej liczby; czy to przeciętnej wartości, wyśrodkowanej z wielu oznaczeń fizjologicznych (jak to ma miejsce w oznaczaniu przemiany podstawowej), czy też górnej lub dolnej granicy normy. Za punkt wyjściowy dla tych obliczeń należałoby raczej obrać cały zakres wahań fizjologicznych dla danej wartości, przyjmując go za pewną jednostkę, i porównywać uzyskany wynik z tym właśnie „zakresem normy”. Dla uzmysłowienia — tej przeze mnie proponowanej — zasady formułowania wyniku pozwolę sobie przedstawić, jak kształtowałoby się jej zastosowanie, na przykładzie konkretnym. W pracy nad zachowaniem się różnych ciał azotowych we krwi pod wpływem kortyny rozwiązaliśmy to zadanie w sposób następujący. Dla każdego ze składników azotu niebiałkowego krwi — dla mocznika, wielopeptydów, amino-kwasów, kreatyniny, kwasu moczowego, indykanu i tzw. „azotu nieokreślonego” — przedstawiamy graficznie jego „zakres normy” poziomym pasem tej samej szerokości (p. tabl. Nr I-a). Szerokość ta (na tablicy równa 10 mm) dla moczni-

TABLICA I.



ka oznacza rozpiętość od dolnej granicy normy, odpowiadającej 9 mg% azotu mocznikowego, do górnej granicy normy = 19 mg%, a więc amplituda wahań fizjologicznych (czyli „jednostka normy”) dla azotu mocznika odpowiada 10 mg%. W tej właśnie skali graficznie wyznacza się wszelkie wzmożenia azotu mocznika ponad górną granicę normy: wzmożenie o 1 jednostkę odpowiada stężeniu: $19 + 10 = 29$ mg%, o 2 jednostki — $19 + 20 = 39$ mg% itd. Punkty pośrednie, mierzone już częściami jednostek (a więc położone pomiędzy + 1 i + 2, lub między + 2 i + 3 itd.), oczywiście, ściśle odpowiadają na wykresie liczbie mg% azotu mocznika według odnośnej skali. Na tej samej tablicy dla „azotu wielopeptydowego”, o fizjologicznej rozpiętości stężeń od 3 do 8 mg%, szerokość „pasa normy” oznacza więc tylko 5 mg% amplitudy wahań fizjolog. i w tej specyficznej znów dla wielopeptydów skali wyznaczone zostały punkty krzywej „azotu wielopeptydowego”. W ten sam sposób — prócz widocznych na tablicy I-ej krzywych „całkowitego azotu niebiałkowego” i „azotu rezydualnego” — kreślone były krzywe stężeń wszystkich pozostałych frakcji azotu, które to wykresy (różnobarwne) zostały tu na tablicy pominięte gwoli uproszczenia rysunku. Dzięki zilustrowanemu tu doborowi skal dla graficznego formułowania wyników liczbowych otrzymuje się całość, logicznie konstruowaną i bardzo plastyczną. Jakkolwiek dzięki skali ruchomej, innej dla każdego z badanych składników, krzywe ich stężeń absolutnych są wzajemnie niewspółmierne, to względny stopień odchylenia stężeń tych składników od norm fizjologicznych (a więc to, co dla patologii i kliniki jest najważniejsze) jest symbolizowany w sposób zupełnie identyczny: mianowicie, odchylenia te na wykresie mierzone są odległością w górę i w dół od wspólnego dla wszystkich oznaczalnych wielkości „pasa norm”, a liczbowo mogą być również w sposób ujednolajniony ujmowane w tzw. „jednostkach zakresu normy”. Zwłaszcza badania zespołowe, polegające na wielu oznaczeniach równoległych (a więc analogiczne do przytoczonych tu powyżej w charakterze przykładu), — takie właśnie badania, co raz większe zyskujące znacznie w klinice, stanowią wdzięczny obiekt dla stosowania nowej metody formułowania analiz diagnostycznych. Wystarczy bowiem rzucić okiem na ten uproszczony według mego projektu wynik analizy zespołowej, żeby zorientować się, jaki z badanych składników, własności, ciał itp. znajduje się w „pasie normy”, a w jakim odcinku i w jakim stopniu zaznacza się odchylenie od normy w górę lub w dół. Wysuwana tu metoda postępowania formalnego może mieć bardzo szeroki zasięg stosowania w diagnostyce laboratoryjnej.

(Dok. nast.).

Z Zakładu Rentgenowskiego Ubezpieczalni Społ. w Łodzi.

Rentgenoterapia łagodnych schorzeń narządów rodnych kobiety.

Podał

Dr Marek LEWENFISZ (Łódź).

Rozpocznię od guzów łagodnych macicy, a więc włókniaków. Obejmujemy tą grupą również mięśniaki, włókniakomięśniaki i gruczolakomięśniaki. Częstość występowania tych guzów jest niezwykła, bo pomiędzy 30 a 50 rokiem życia spotykamy je u 15—20% wszystkich kobiet. Naświetlając włókniaki, promienie Roentgena działają przede wszystkim na jajniki.

Makroskopowo stwierdzamy już po upływie dwóch tygodni po naświetlaniu zmniejszanie się jajników; po 5—6 miesiącach ich objętość wynosi zaledwie 1,5 poprzedniej.

Mikroskopowo działanie promieni „X” jest cytolytyczne i elektywne na pęcherzyki Graafa. Promienioczułość pęcherzyków nie jest jednakowa i wzrasta w miarę ich dojrzewania. Gruczoł śródmiąższowy zanika wolno nie tyle pod wpływem bezpośredniego działania promieni, ile wtórnie, na skutek zaniku pęcherzyków. Dojrzałe ciało żółte jest na działanie promieni rentgenowskich odporne, natomiast w okresie tworzenia się jest ono stosunkowo promienioczułe. Promienie „X” nie wstrzymują jego rozwoju, lecz po uformowaniu się ulega ciało żółte szybkiemu zwyrodnieniu. Nowe ciała żółte nie wytwarzają się już wskutek zaniku pęcherzyków.

Gdy wszystkie pęcherzyki Graafa zostały przez promienie Roentgena zniszczone, mamy definitywną kastrację, natomiast, gdy pewna liczba pęcherzyków pierwotnych ocalała, to rozwijają się one nadal, i kastracja będzie tylko czasowa.

Włókniaki macicy posiadają cechę, która tylko tym guzom jest właściwa. Ich geneza i rozwój ściśle są związane z czynnością jajników. Zniesienie czynności jajników może być powodem samowyleczenia włókniaka.

Poza opisanym wpływem na jajniki promienie Roentgena wpływają również na sam guz. Tutaj należy zaznaczyć, że większość autorów niemieckich neguje ten wpływ, utrzymując, że działanie rentgenoterapii na guz jest pośrednie, przez swój wpływ na jajniki. Wychożą oni z założenia, że kastracja rentgenowska jest jakby bezkrwawą owariektomią, który to zabieg operacyjny był jedną z pierwszych stosowanych metod operacyjnych z powodu włókniaków.

Szkoła francuska natomiast podkreśla, że działanie promieni rentgenowskich na jajniki w przypadkach włókniaków jest podstawowe, lecz poza tym promienie działają bezpośrednio na sam guz. Na poparcie tej tezy należy przytoczyć: 1) zmniejszanie się guza po rentgenoterapii występuje znacznie prędzej, aniżeli w okresie przekwitania; 2) często zmniejszanie się włókniaka widoczne jest już po pierwszych naświetlaniach, dużo wcześniej, niż widoczny jest wpływ ich na periody i krwawienia; 3) znane są przypadki włókniaków, które powiększały się przez szereg lat po fizjologicznym przekwitaniu i które pod wpływem promieni rentgenowskich ulegały regresji; 4) również znane są przypadki włókniaków, rozwijających się po owariektomii, które były skutecznie leczone promieniami „X”, wreszcie 5) wyniki leczenia włókniaków napromienianiami są znacznie szybsze i efektywniejsze, niż po okresie menopauzy, czy też po operacyjnym usunięciu jajników.

Reasumując, stwierdzić należy, że działanie promieni Roentgena na naświetlany włókniak jest podwójne: a) działanie troficzne, pośrednie na guz, przez usunięcie czynności jajników; b) działanie bezpośrednie, cytolytyczne, na samą tkankę guza.

Stąd wnioski: 1) pole naświetlań obejmować winno macicę i jajniki; 2) dawki stosowane powinny być znacznie większe od dawek kastracyjnych i muszą uwzględniać wielkość guza.

Nie będę wyłuszczał wszystkich stosowanych metod naświetlań, ograniczę się do stwierdzenia, że jestem zwolennikiem metody dawek frakcjonowanych. Naświetlam z 2—3-ch pól, zależnie od wielkości guza, każde pole raz tygodniowo; każdorazowo 250 r; ogólna dawka na pole 1500—1800 r, a gdy guz jest bardzo duży, to i więcej. W kilku przypadkach zmuszony byłem zastosować nawet dwie serie naświetlań.

Zazwyczaj w pierwszych miesiącach po leczeniu guz zmniejsza się szybciej, później tempo zmniejszania się jest wolniejsze, trwa jednak długo, 10—12, a nawet i więcej miesięcy po ustąpieniu periodów. O ile krwawienie utrzymuje się dłużej, niż trzy miesiące po ukończeniu naświetlań, należy mieć zastrzeżenia, czy guz naświetlany jest rzeczywiście włókniakiem, ewentualnie może to być włókniak podśluzówkowy, a te na naświetlania zazwyczaj nie reagują.

Przejdę obecnie do omówienia wyników naświetlań. Pashetta w monografii swojej (1934 r.) na podstawie 160 leczonych promieniami Roentgena przypadków podaje następujące wyniki:

redukcja	zupełna	włókniaków	— 119	przypadków	— 74,37%
„	o $\frac{3}{4}$	— 23	„	— 14,37%	
„	o $\frac{1}{2}$	— 10	„	— 6,25%	
„	o $\frac{1}{4}$	— 3	„	— 1,87%	
Włókniak	nie zmniejszył się	— 5	„	— 3,12%	

Przez redukcję zupełną rozumiemy zanik włókniaka niemal całkowity, nie znaczy to jednak, że mamy wyleczenie w sensie histologicznym, i że w trzonie macicy nie znajdziemy tkanki guza. Macica w tych przypadkach jest mała, zanikowa, twarda, o powierzchni nierównej.

Z wyżej przytoczonej tablicy wynika, że w $\frac{3}{4}$ przypadków wynik naświetlań był znakomity; w pozostałych przypadkach, z wyjątkiem ostatnich pięciu, które omówię poniżej — mniej lub więcej dobry; guz, aczkolwiek nie znikł zupełnie, był dobrze znoszony i nie sprawiał żadnych dolegliwości.

Tutaj należy zaznaczyć, że w przypadkach guzów małych, odpowiadających wielkością 3-miesięcznej ciąży, włókniak zanika zupełnie w 100% przypadków. W guzach większych efekt leczniczy jest gorszy, bo spada np. do 40% we włókniakach, wielkością swoją odpowiadających 6-miesięcznej ciąży. Stąd wniosek, że powinniśmy naświetlać włókniaki, gdy są małe.

Wiek pacjentek naświetlanych odgrywa mniejszą rolę, aczkolwiek wyniki leczenia są nieco lepsze u kobiet młodych, to jednak różnice nie są wielkie.

Istnieje pewna współzależność między wiekiem pacjentek i wielkością włókniaka. Mianowicie: u kobiet młodych spotykamy przeważnie małe włókniaki, natomiast u kobiet starszych liczba włókniaków, sięgających do wysokości pępka i wyżej, jest znacznie większa. Muszę jednakże dodać, że zasadniczo małe włókniaki, odpowiadające 3—4-miesięcznej ciąży, stanowią znaczną większość, bo niemal 80—85% wszystkich przypadków.

Ciekawa poniekąd jest statystyka Strassmanna (1928), profesora kliniki ginekologicznej w Berlinie, a więc chirurga. Z 503 przypadków, naświetlanych w okresie 1918—1926 r., przekontrolował on 386 przypadków i stwierdził wyleczenie u 367 (92,7%). W 29 przypadkach wyniku nie uzyskał. Te ostatnie wszystkie zostały zoperowane. Zarówno zabieg operacyjny, jak i przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Poruszam to dlatego, że wielu lekarzy niepokoi zagadnienie, czy rentgenoterapia utrudnia zabieg operacyjny, gdy zachodzi jego konieczność. Podnoszono, że wskutek naświetlań wytwarzają się zrosty dookoła guza, że sam zabieg jest bardziej krwawy wskutek utrudnionej hemostazy; że gojenie się pooperacyjne trwa dłużej wskutek zmniejszonej żywotności naświetlanych tkanek. Otóż obawy te przy obecnej technice rentgenoterapeutycznej i umiejętnym dawkowaniu są nieistotne. Podkreśla to, zresztą, cały szereg wybitnych chirurgów.

Uważam za bezcelowe przytaczanie dalszych statystyk, dotyczących rentgenoterapii włókniaków. Jest ich cały szereg w różnych krajach, i wszystkie one są podobne. We własnym materiale, obejmującym 72 przypadki, wyleczenie zupełne po rentgenoterapii uzyskałem u 68 chorych.

By odpowiedzieć na pytanie, w jakich przypadkach rentgenoterapia nie daje efektu, przytoczę, że w wyżej wspomnianej statystyce Pashetty z 5-ciu przypadków, w których włókniak się nie zmniejszył, w 4-ch — stwierdzono włókniaki podśluzowe, zaś w piątym przypadku duży włókniak podotrzewnowy uszypułowany. W 29 przypadkach Strassmanna — o których wyżej wspominałem — bez efektu naświetlanych, ustalono podczas zabiegu operacyjnego:

17 włókniaków podśluzowych; 4 włókniaki z jedno-
czesnymi guzami jajnika; 3 mięsaki; 2 włókniaki nekro-
tyczne; 1 włókniak zwapniały; 1 gruczolakomięśniak
macy; 1 włókniak limfatyczny (?).

W zależności od usadowienia rozróżniamy cztery grupy włókniaków, przy czym mogą one kombinować się ze sobą: 1) podśluzowe — znajdują się w jamie macicy, odznaczają się dużą krwawością; 2) śródściennne — rozwijają się w samej ścianie macicy, mogą symulować ciążę; 3) podsurowicze — napinając otrzewną, często powodują bóle; 4) wychodzące z macicy i rozwijające się w węzadle szerokim (*ligamentum latum*) pod postacią guzów pozaotrzewnowych. Ulegają często uwięzieniu i wywołują objawy uciskowe.

Włókniaki podśluzowe są zazwyczaj promieniooporne. Pomimo zastosowania nawet dużych dawek w przypadkach tych krwawienie nie ustępuje. Współistnienie po rentgenoterapii objawów wypadowych i silnych krwawień jest charakterystyczne dla tych włókniaków. Wszystkie one niemal kwalifikują się do zabiegu operacyjnego. Pozostałe włókniaki należy naświetlać, oczywiście, z wyjątkiem przypadków skomplikowanych, jak włókniaki uwięzione, skręcone na szypule, ze zmianami nekrotycznymi, włókniaki zwapniałe, wreszcie w tych przypadkach, w których podejrzewamy współistnienie sprawy złośliwej. Te ostatnie przypadki mogą być często nierozpoznane, i, by uniknąć tej przykrej niespodzianki, trzymać się należy zasady nie przystępowania do naświetlań włókniaków bez uprzedniej abrazyj eksploracyjnej i ewentualnej biopsji.

Nestor rentgenologów francuskich A. Beclère na podstawie wieloletniego doświadczenia twierdzi, że poza włókniakami podsurowiczymi, wyraźnie uszypu-

łowanymi, które są łatwe do usunięcia operacyjnego, oraz niektórymi włókniakami podśluzowymi, nie znają żadnych przeciwwskazań do rentgenoterapii. Gdyby, pisze dalej Beclère, histerektomia totalna lub subtotalna poza różnymi komplikacjami, które powoduje, nie stanowiła żadnego niebezpieczeństwa dla życia, mogłaby ona wchodzić w grę, jako zalecana metoda leczenia. Jednak, zdaniem J. L. Faurea, śmiertelność pooperacyjna po leczeniu chirurgicznym włókniaków macicy waha się jeszcze dzisiaj w granicach 5%. Komplikacje pod postacią zakrzepów żylnych i zatorów płucnych po zabiegu zdarzają się u chirurgów nawet najbardziej doświadczonych, wytrawnych i ostrożnych. Odwrotnie, rentgenoterapia, należycie stosowana, nie stanowi nawet minimalnego niebezpieczeństwa i nie odrywa chorych od ich pracy codziennej. Wintz z Erlangen podaje, że na 100 przypadków włókniaków nieselekcionowanych zaledwie 5 lub 6 wymaga zabiegu operacyjnego. Jeśli chodzi o nasze lokalne stosunki, to muszę zaznaczyć, że duży odsetek włókniaków jest wciąż operowany. Charakteryzuje poniekąd stanowisko naszych ginekologów fakt, że w przypadkach włókniaków, skierowanych do naświetlań, uważają za potrzebne podać motywy, które stanowią wyraźne przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego, jak cukrzyca, otyłość, przebyte zakrzepy, schorzenia serca. Wsnąć stąd można wniosek, że wszystkie pozostałe przypadki są operowane. Widzimy więc, jak daleko jeszcze jesteśmy od tezy Beclèrea, że naświetlanie rentgenem w przypadkach włókniaków powinno być zasadą, zaś zabieg operacyjny wien być wykonywany tylko wyjątkowo.

Jak stopniowo wskazania do rentgenoterapii stają się coraz bardziej szerokie we Francji, dowodzi statystyka Ducuinga:

1912 — 1919 r.	90%	włókniaków	operowanych
1919 — 1929 „	60%	„	„
1929 — 1934 „	30%	„	„

wszystkie nieoperowane przypadki były naświetlane rentgenem z dobrym wynikiem.

Teoretycznie biorąc, rozpocząć naświetlania najlepiej tuż po ukończeniu periodu, bądź w pierwszej połowie okresu międzymenstruacyjnego. Wiemy, że, gdy period się kończy, zaczyna dojrzewać pęcherzyk Graafa. Jest on promienioczuły, i, gdy zostanie zniszczony promieniami Roentgena przed wytworzeniem się z niego ciątka żółtego, menstruacje szybko ustępują. Jednakże przy stosowaniu metody frakcjonowanej sprawa ta jest drugorzędna, oczywiście, jeśli nie mamy możliwości wyboru. Wreszcie bardzo często u tych chorych trudno nam się zorientować, czy mamy do czynienia z periodem, czy też z krwawieniem, obserwujemy bowiem w przypadkach włókniaków menometrorragie. Niektóre chore podczas naświetlań krwawią tak silnie, że należy często poprzedzać naświetlania kastracyjne naświetlaniami okolicy sledziony, by czasowo choćby przerwać krwawienia (technika — patrz niżej).

Objawy wypadowe po rentgenoterapii metodą frakcjonowaną na ogół mają przebieg znacznie łagodniejszy, niż po kastracji chirurgicznej. Tłumaczy się to tym, że kastracja rentgenowska występuje znacznie wolniej, wobec czego organizm ma możliwość łatwiejszego przystosowania się.

Często w okresie przekwitania obserwujemy u kobiet wzmożone ciśnienie tętnicze, a ponieważ włókniak sam przez się również może wpływać na podniesienie się ciśnienia, stąd, gdy występuje on u kobiety w okresie przejściowym, ciśnienie wzmagą się jeszcze bardziej.

Powoduje to dolegliwości ze strony serca i powiększenie się jego wymiarów. Gdy włókniak pod wpływem promieni rentgenowskich zanika, ciśnienie zmniejsza się, co pomyślnie wpływa na układ krążenia.

Otuszczenie po rentgenoterapii nie jest zasadniczo częstsze od spotykanego w okresie przekwitania. *Libido* i *voluptas* są zupełnie zachowane. A jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne, to jest to tylko przesada, który błąka się w niektórych umysłach. Na materiale własnym, obejmującym z górą 400 przypadków kastracji rentgenowskiej, nigdy zaburzeń takich nie obserwowałem, ani też nieznane mi są z literatury najpoważniejszych statystyk podobne komplikacje.

Zatrzymam się jeszcze na gruczolakowatości macicy (tzw. endometriomach). Występują one u kobiet dojrzałych, nie są spotykane u młodych dziewcząt i znikają prawie że zawsze w okresie przekwitania. Obraz histologiczny tego nowotworu przypomina błonę śluzową macicy („uterus aberrans“, jak nazywają stan ten Francuzi). Ciekawe zaś są dlatego, że spotkać te guzy możemy nie tylko w narządach rodnych kobiety, lecz również w odbytnicy, esicy, jelitach cienkich, w wyrostku robaczkowym, w pęcherzu moczowym, w węzłach macicznych, gruczolach limfatycznych miednicy, w ścianie jamy brzusznej, zwłaszcza w okolicy pępka. Wreszcie nieraz rozwijają się w bliznach pooperacyjnych na kilka miesięcy, a nawet na kilka lat po zabiegu.

Endometriomy nie są nowotworami w sensie histologicznym, lecz dzięki swym właściwościom naciekania i proliferacji. Rozróżniamy trzy rodzaje: 1) typ jajnikowy, który charakteryzują miesiączki bolesne i krwotokowe, towarzyszą im mdłości i wzdęcia brzucha, temperatura do 38—38,5; 2) typ odbytniczo-pochwowy. Zaburzenia odbytnicy (uczucie ciężkości, bolesne defekacje) zaostają się podczas periodu; spółkowanie bolesne, menorrhage; wreszcie 3) typ ścienny, źle odgraniczony guz, powiększający się i bolesny w okresie miesiączkowania; często, gdy jest powierzchowny, w okresie periodu krwawienia.

Otóż endometriomy reagują w sposób wyjątkowo dobry na naświetlania promieniami Roentgena. W kilku przypadkach, naświetlanych przeze mnie, wyleczenie zupełne. Naświetlałem z 2—3-ch pól, na każde pole 2000 — 2500 r; po 250 r dziennie (180KV filtr 1 Cu + 1Al; FH = 40 ctm).

Poza ciążą i jej komplikacjami, poza nowotworami łagodnymi i złośliwymi narządów rodnych kobiety istnieje grupa krwawień macicznych o charakterze czynnościowym, znanych pod nazwą *metropathia haemorrhagica*. Rozpoznanie tych krwawień opiera się na badaniu ginekologicznym, ewentualnie uzupełnionym histologią i obrazem; na badaniu ogólnym i wyłączeniu schorzeń serca, wątroby i nerek, ew. schorzeń ogólnych: kiły, cukrzycy, gruźlicy. Wreszcie, zaburzenia gruczolów dokrewnych również winny być wzięte pod uwagę.

Podzielić możemy te krwawienia, jeśli chodzi o ich etiologię, na wywołane: 1) zmianami błony śluzowej macicy (różnego rodzaju zapalenia macicy); 2) schorzeniami przydatków (np. zapalenie torbielowate jajników, w którym występuje przerost błony śluzowej macicy); 3) zaburzeniami gruczolów dokrewnych. Jeśli wyłączymy tarczę i nadnercza, to uwzględniemy w tej grupie dysfunkcje i nadczynność jajników (*hyperfolliculinaemia*), jak również krwawienia pochodzenia przysadkowego na skutek nadmiernego wydzielania prolau A; 4) schorzeniami krwi (hemofilie).

Postępowanie nasze będzie uzależnione od momentu

etiologicznego i od wieku pacjentek. U kobiet młodych chodzi nam o zachowanie czynności jajników, rozpoczynamy od naświetlań okolicy śledziony (przypuszczalnie pobudzamy przez to zdolność antykoagulacyjną śledziony, przez powiększanie ilości hemoblastów). Stosujemy 3—4 naświetlania, raz tygodniowo po 150—225 r. O ile leczenie to zawodzi, naświetlamy okolicę przysadkową (by zmniejszyć czynność stymulacyjną przysadki na jajniki). Dokładnie opisałem wpływ tych naświetlań w pracy swej pt. „Rentgenoterapia okolicy przysadkowej w schorzeniach ogólnych“, która ukazała się w październiku 1937 r. w „Warsz. Czas. Lekarskim“. Stosujemy 6 naświetlań à 150 r, dwa razy tygodniowo. Uzupełnić możemy te naświetlania diatermią okolicy przysadkowej, która w kilku moich przypadkach podziałała w sposób zastanawiający. Dopiero, gdy i to leczenie da również wynik negatywny, przystępujemy do naświetlań okolicy jajników. Z początku stosujemy małe dawki z większymi przerwami, ew. naświetlamy nieco intensywniej jednostronnie (jeden jajnik).

U kobiet starszych możemy stosować podobne leczenie, a ponieważ nie potrzebujemy się liczyć z zachowaniem czynności jajników — stosujemy kastrację definitywną. Tutaj pozwolę sobie zaznaczyć, że jestem zwolennikiem kastracji metodą frakcjonowaną i we wszystkich przypadkach, w których warunki pozwalały na to, nie stosowałem kastracji jednorazowej. Kastracja metodą frakcjonowaną jest lepiej znoszona przez chore, objawy wypadowe znacznie słabsze, wyniki naświetlań pewniejsze.

Co do kastracji czasowej, ograniczę się do stwierdzenia, że jest ona bardzo trudna do przeprowadzenia i łatwo może okazać się definitywna. Wchodzi tu w grę szereg momentów indywidualnych, jak wiek pacjentki i jej tusza, aktywność płciowa, stan humoralny ustroju itp. Dawka wynosi 28% H E D dla kobiet powyżej 35 lat i 30% H E D dla kobiet młodszych. Dajemy tę dawkę w ciągu jednego, ew. dwóch seansów.

O stosowaniu rentgenoterapii w braku miesiączkowania p. „Warsz. Czas. Lek.“ marzec 1935 pt. „Przyczynę do rentgenoterapii układu wegetatywnego i gruczolów dokrewnych“.

O zaburzeniach pokastracyjnych i okresu przekwitania p. „Warsz. Czas. Lek.“ Nr 37 z 1937 r. „Rentgenoterapia okolicy przysadkowej w schorzeniach ogólnych“.

Przejdę obecnie do omówienia rentgenoterapii spraw zapalnych narządów rodnych kobiecych. Jeszcze przed dziesięcioma laty panował dogmat, że zapalenia w obrębie miednicy małej stanowią przeciwwskazania do stosowania rentgenoterapii. Obawiano się komplikacji ze strony otrzewnej oraz rozszerzenia się infekcji. Obecnie wiemy już, że tak nie jest. Rentgenoterapia łagodzi objawy ogólne, wpływa na lokalizację infekcji, następnie, o ile jest wcześniej stosowana, przyspiesza wchłanianie nacieku zapalnego, w późniejszym zaś okresie przyczynia się do wytworzenia odgraniczonego ropienia, które daje się chirurgicznie opróżnić. Infekcje przewlekłe, zapalenia macicy i przydatków, również na tle gonokokowym zapalenie jajowodu i jajnika, a zwłaszcza zapalenie przymaciczne (*parametritis*) reagują dobrze na naświetlania. Stosujemy 30—40—50 r co 3—4 dni. Nieraz stosujemy sterylizację jednostronną, a więc jednego jajnika — tzw. hemikastrację (ogólna dawka 1000 r, stosowanych po 100 — 150 r każdorazowo), to znów uciekamy się do kastracji czasowej lub definitywnej. Przy stosowaniu naświetlań trzymać się musimy za-

sady, że wielkość stosowanych każdorazowo dawek winna być odwrotnie proporcjonalna do ostrości infekcji.

Wspomnę jeszcze o stosowaniu rentgenoterapii w dawkach małych (50—100 r) w bartolinitach. W niektórych przypadkach uporczywych widziałem szybkie i trwałe wyniki.

Ostatnio również rentgenoterapia znalazła zastosowanie w ostrych sprawach zapalnych w obrębie miednicy małej. D a n i e l, który niedawno ogłosił pracę na ten temat, stosuje tzw. mikrodozy, nie przekraczające 10 r na dawkę, a w stanach ostrych posocznicznych — tzw. infra-mikro-dozy w granicach 1/10 r, a nawet i mniej. Nie mam jeszcze osobistego doświadczenia, by móc się o tej metodzie wypowiedzieć.

Rentgenoterapia gruźlicy narządów rodnych kobiety.

Rozpoznanie gruźlicy narządów rodnych kobiety jest na ogół trudne, nie ma bowiem specjalnie charakterystycznego przebiegu, który by ją odróżniał od banalnej infekcji. Jeśli chodzi o lokalizację gruźlicy w narządach rodnych kobiety, to najczęściej (85% przypadków) mamy zapalenie przydatków macicznych (*adnexitis tbc*). Badanie histologiczne jajowodów i jajników ma duże znaczenie. W/g niektórych autorów, 8—10% zapaleń jajowodów (*salpingitis*) jest na tle gruźliczym. Działanie korzystne rentgenoterapii jest bardzo szybkie. Zwrócić należy uwagę, że przed wystąpieniem poprawy zaobserwować możemy odczyn wczesny (*pré-reaction*) pod postacią przekrwienia i obrzęku bolesnego naświetlanego ogniska; ropienie wzmacnia się, temperatura podnosi się.

Rentgenoterapia w dawkach kastracyjnych jest najbardziej wskazana, jeśli wziąć pod uwagę, że zapalenie przydatków macicznych jest zazwyczaj obustronne.

Duże zastosowanie w schorzeniach gruźliczych ma rentgenoterapia w komplikacjach pooperacyjnych, jak przetoki.

Co do techniki naświetlań, stosujemy dawki na ogół słabe, w granicach 100—150 r jednorazowo. Co do rytmu naświetlań, to przerwy między poszczególnymi naświe-

tlaniami będą tym większe, im rozleglejsze są zmiany chorobowe. Wyniki naświetlań są bardzo dobre. Osobiście często uzupełniam rentgenoterapię lokalnymi naświetlaniami lampą kwarcową.

Świąd pochwy i sromu.

Oczywiście, w tych przypadkach należy pamiętać o wyłączeniu cukrzycy. Zwłaszcza w przypadkach *eczema seborrhoicum* i *eczema lichenoides* naświetlania działają bardzo szybko. Są one często prawdziwym zbawieniem dla chorych, u których zawodzą nieraz wszystkie inne metody lecznicze. Technika naświetlań 100 — 120 KV. 3mA. 5—6 mmAl, 100 r na dawkę. Ogółem trzy naświetlania, raz tygodniowo. W razie potrzeby po miesiącu dajemy jeszcze jedną serię. Gdy naświetlania te zawodzą, stosujemy rentgenoterapię korzonkową na okolicę lędźwiowo-krzyżową (150 — 180 KV. 0,5 Cu—1Cu + 1Al. 150 — 200 r na dawkę, naświetlania co drugi dzień, liczba naświetlań 6—7).

W kilku uporczywych przypadkach u kobiet w okresie wieku przejściowego uzyskałem poprawę, naświetlając okolicę przysadki mózgowej.

Marskość sromu.

Na zakończenie pragnę wspomnieć w kilku słowach o marskości sromu (*kraurosis vulvae*). Występuje ona nieraz na skutek kastracji chirurgicznej, czy też rentgenowskiej. Również kile i niedomodze jajników przypisują pewną rolę w etiologii tego cierpienia. Błona śluzowa ulega zanikowi, staje się sucha, mogą występować rogowacenia białe (*leucoplakia*), które łatwo pękają, i wytwarzają się nadżerki (*rhagades*). Pamiętać musimy, że na podłożu tak zmienionej błony śluzowej sromu nieraz rozwija się rak. Rentgenoterapia lokalna na ogół nie daje poprawy. Nieraz osiągnąć możemy pewien efekt leczniczy, stosując naświetlania rentgenowskie na okolicę kręgosłupa lędźwiowego. Chodzi tu o zadziałanie na układ współczulny i naczynioruchowy (150 — 180 KV. 1Cu+1Al. OS = 30—40 ctm. 100—160 r na dawkę, 6—8 naświetlań).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Fizjopatologia przemiany cholesterolu.

Podali

Edward KOSMAN i Antoni WAJNGOT (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr 11).

Schorzenia układu krążenia.

M i a ż d ż y c a n a c z y ń. Cholesterol odgrywa niewątpliwie bardzo ważną rolę w rozwoju miażdżycy naczyń. Wielu badaczy zwraca uwagę na to, że z wiekiem podnosi się cholesterolemia, a jednocześnie rozwijają się i nasilają zmiany miażdżycowe. W cukrzycy zmiany miażdżycowe mogą rozwinąć się dosyć wcześnie, jeżeli cholesterolemia jest wysoka.

Hipercholesterolemia nie jest jednak wyłączną przyczyną miażdżycy. Przede wszystkim zmiany miażdżycowe nasilają się z wiekiem i nie cofają się nigdy. Natomiast hipercholesterolemia nie zawsze podnosi się z wiekiem, a nawet może wykazywać wahania. Miażdżycę doświadczalna królików, wywołana przez przekarmianie cholesterolem, różni się zasadniczo od miażdżycy ludzkiej, ponieważ zmiany u królika doświadczal-

nego mogą się cofać, u człowieka zaś nie cofają się. W dzisiejszym stanie wiedzy trzeba przyjąć, że miażdżycę powstaje pod wpływem działania hipercholesterolemii na naczynia, które były już uprzednio zmienione. Nie można przy tym przesądzać sprawy, czy pierwotne uszkodzenie naczyń następuje pod wpływem działania adrenaliny (*Venulet*), czy innego czynnika, czy — jak np. w cukrzycy — pod wpływem hiperglikemii (*Labbé*).

Zmianom miażdżycowym w naczyniach towarzyszą często inne objawy, świadczące o hipercholesterolemii, jak np. kępki cholesterolowe (*xanthelasmata*), jednak codzienne doświadczenie kliniczne poucza, że hipercholesterolemia w miażdżycy naczyń nie jest ani objawem stałym, ani proporcjonalnym do natężenia zmian w tętnicach.

Badania doświadczalne nad związkiem cholesterolemii z procesem miażdżycowym mają swoją historię. W r. 1903 J o s u é wywołał doświadczalną miażdżycę u królików przy pomocy adrenaliny i wywnioskował z

tego, że miażdżycza ludzka jest wywołana przez długotrwałe nadciśnienie. Był to wniosek błędny, gdyż zmiany u królika dotyczyły wyłącznie mięśniówki i przypominały raczej stwardnienie tętnic typu Mönckeburga, sprawę, spotykaną w klinice ludzkiej rzadko i dotyczącą przede wszystkim tętnic obwodowych. Dziś jednak, zgodnie z poglądami Virchowa i Aschoffa, wyodrębnia się prawdziwą miażdżycę naczyń (*atherosclerosis*) spośród innych postaci stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis*). Zmiany kaszowate nie mają nic wspólnego z nadciśnieniem, lecz wiążą się ściśle z gospodarką cholesterolową, co wykazali głównie badacze ze szkoły rosyjskiej (Anitschkow i in.). Rozwój doświadczalnych zmian kaszowatych w tętnicach przedstawia się następująco (Leary): w błonie wewnętrznej tętnicy zjawia się tuż pod śródbłonkiem nacieczenie cholesterolowe, a niedługo potem napływają makrofagi, komórki, obciążone estrami cholesterolu; komórki te tworzą skupienia, wystające do światła naczynia. Część komórek ulega martwicy, wskutek czego uwalniają się krople estrów cholesterolu, które następnie rozszczepiają się: uwalnia się z nich cholesterol, który zalega w ognisku w postaci kryształków. Trzeba jednak pamiętać, że doświadczone zmiany u królika nie są identyczne ze zmianami, spotykanymi u człowieka. Tak np. „owrzodzenia” blaszek miażdżycowych, dość częste w klinice ludzkiej, wyjątkowo tylko dają się uzyskać u królików.

Pomimo braku bezpośrednich dowodów klinicznych doświadczenia powyższe stały się punktem wyjścia dla niektórych metod leczenia i zapobiegania miażdżycy, jak np. dieta bezcholesterolowa.

Zakrzep i zapalenie tętnic. Heitz poświęcił tej sprawie obszerną monografię, w której przedstawił wyniki swych badań nad grupą kilkudziesięciu chorych, dotkniętych zakrzepowym zapaleniem tętnic kończyn. U wszystkich stwierdził wysoki poziom cholesterolonii, przy czym współistnienie cukrzycy nie zaznaczało się skłonnością do wyższych liczb.

Boucomont miał w swym materiale klinicznym dwie grupy przypadków. W jednej z nich postępująca ewolucja uszkodzenia tętnic szła wyraźnie w parze z wzrostem poziomu cholesterolu w krwi, w drugiej zaś panowała zupełna rozbieżność obu zjawisk.

W chorobie Bürgera, występującej przeważnie u osobników młodych, cholesterolonia jest prawidłowa. U osobników starszych, spośród których rekrutuje się największa liczba chorych z zakrzepami miażdżycowymi w tętnicach, cholesterolonia jest najczęściej podwyższona. Jak jednak wyżej zaznaczono, natężenie zmian miażdżycowych nie zawsze idzie w parze z poziomem cholesterolu w krwi.

Powyższe uwagi mogą w pewnej mierze tłumaczyć niejednorodność wyników różnych autorów.

Ciśnienie krwi i cholesterolonia. P. Schmidtmann wywoływała doświadczalnie u królików nadciśnienie, karmiąc je cholesterollem. Autorka ta uważa, że cholesterol uczuła tętnice na jakieś ciała presoryczne. Jeżeli chodzi o nadciśnienie u ludzi, to Westphal stwierdził w 71% przypadków nadciśnienia samoistnego hipercholesterolemię. Carrière i Huriez twierdzą również, że istnieje pewna równość między ciśnieniem a cholesterolonią. Większość jednak autorów nie udało się ustalić żadnego związku między nadciśnieniem samoistnym a poziomem cholesterolu. W świetle obfitego materiału Heitza i Boucomonta wielkości te wydają się zupełnie niezależne.

W przeciwstawieniu do nadciśnienia panuje zgodność badaczy co do związku pomiędzy spadkiem cholesterolonii a podciśnieniem. Fakt ten można łatwo zrozumieć, gdyż te same przyczyny, które obniżają poziom cholesterolonii, działają również hipotensyjnie. Należą do nich zakażenia i ciężkie choroby wyniszczające oraz niedokrewności.

Jeżeli chodzi o podciśnienie tzw. samoistne lub konstytucjonalne, nie udało się stwierdzić żadnej równowagi między jego wielkością a poziomem cholesterolu we krwi.

Niewydolność krążenia. Boucomont, określając poziom cholesterolu we krwi chorych, cierpiących na wady serca, nie znajdował żadnego związku między tą wielkością a rozmiarami, umiejscowieniem i ewolucją schorzenia. Liczby otrzymane wahały się w pobliżu normalnych. Natomiast w okresie niewyrównania tenże autor stwierdzał nieznaczny wzrost cholesterolonii (np. z 163 do 197 mg%). Wskazuje on na dwa momenty, które mogą ten stan usprawiedliwić: pierwszym z nich jest zastój w płucach, które, zdaniem Soula, wychwytyują cholesterol z obiegu i magazynują go w swych śródbłonkach; zastój ma upośledzać to działanie. Drugim czynnikiem jest zastoinowe uszkodzenie wątroby, która gorzej gromadzi zapasy cholesterolu.

Choroby wątroby.

Pierwszym autorem, którzy stwierdzili hipercholesterolemię w schorzeniach wątroby, a mianowicie Chaffardowi i jego współpracownikom, wydało się, iż w tym zaburzeniu biochemii ustroju leży klucz do zrozumienia różnych stanów patologicznych w obrębie omawianych narządów. Jakże bowiem zachęcająco układała się w harmonijną całość owa nadwyżka poziomu cholesterolu we krwi w zestawieniu ze składem chemicznym kamieni żółciowych! Nawet trudno się dziwić, że szkoła Chaffarda wystąpiła ze swą hipercholesterolemiczną teorią kamicy, która przecież okazała się zupełnie niewystarczająca dla wyjaśnienia do dziś nieustalonej patogenezy tego cierpienia.

Jednakowoż wydaje się prawdopodobne, że rzeczywiście istnieją pewne zależności między cholesterolonią a kamicią żółciową. Przemawiają za tym spostrzeżenia kliniczno-statystyczne, wg których kamica żółciowa zbiega się często z chorobami, w których stwierdza się stale hipercholesterolemię, jak miażdżycza i cukrzyca. Kamica występuje też często w okresie połogowym. Hipercholesterolemia warunkuje wzmocnienie poziomu cholesterolu w żółci, co prowadzić może — przy współdziałaniu czynników dodatkowych (zapalenia, zastój itp.) — do wypadania złogów cholesterolowych, które skupiają się w większe twory — kamienie. Czyste kamienie cholesterolowe są pojedyncze, wielkości wiśni, wykazują na przekroju powierzchnię tłustą i budowę promienistą, są jasne i dość miękkie. Kamienie mieszane (z wapniem i barwnikami) są ciemne, twarde i o wyraźnej warstwowej budowie.

Żółtaczk mechaniczna. Mechaniczne zatrzymanie żółci powoduje wzrost cholesterolonii. Stosunek cholesterolu zestryfikowanego do całkowitego w początku schorzenia jest prawidłowy, następnie powoli zaczyna się zmniejszać, co Bürger i Habs tłumaczą w ten sposób, że do krwi przechodzi tylko wolny cholesterol (bo zestryfikowanego żółć nie zawiera). Tannhauser i Schaber przypuszczają upośledzenie czynności estryfikacyjnej komórki wątrobowej, Wendt

zaś twierdzi, że w przypadkach tych przedostaje się z żółci do krwi zaczyn — cholesteraza, która rozszczepia estry. Bürger i Habs przypuszczają także, że czasem może wchodzić w grę zmniejszona ilość kwasów tłuszczowych, skutkiem czego brak jest tworzywa dla estrów.

Żółtaczkamiąższowa. W przeciwstawieniu do poprzedniej stwierdza się tu obniżenie cholesterolemii i od samego początku — współczynnika estryfikacji. Chcąc tę okoliczność wykorzystać dla celów różniczkowo-rozpoznawczych, należy jednak pamiętać, że w żółtaczce mechanicznej współczynnik estryfikacji jest prawidłowy tylko w początku schorzenia, a z drugiej strony w lekkich przypadkach żółtaczki miąższowej i cholesterolemia i ten współczynnik mogą przez cały czas choroby pozostawać w granicach prawidłowych. Natomiast w żółtaczce mechanicznej długotrwałej, prowadzącej do ogólnego wyniszczenia, upadku sprawności czynnościowej wątroby i upośledzenia wchłaniania tłuszczów — współczynnik może się obniżyć do 0,33 (norma 0,66). (Petrynowski, Epstein).

W ostrym żółtym zaniku wątroby, który jest najjaskrawszą postacią żółtaczki miąższowej, i cholesterolemia i współczynnik estryfikacji spadają bardzo znacznie.

W marskościach wątroby stwierdza się przeważnie normalny poziom cholesterolu i estrów. Dopiero w końcowych okresach cholesterolemia i współczynnik estryfikacji obniżają się, co Fiessinger tłumaczy anegią wątroby. W marskości wątroby obarczenie, wg Bürgera i Habsa nie wywołuje wzrostu cholesterolemii.

Choroby dróg żółciowych. W przewlekłym zapaleniu przewodów żółciowych bez zastoju żółci cholesterolemia przewyższa poziom prawidłowy; wartość ta jednak bynajmniej nie idzie w parze z ciężkością schorzenia i w żadnym razie nie może służyć za test kliniczny.

Choroby nerek.

Darraspen i Florio stwierdzili dość znacznego stopnia równoległość między wzrostem azotemii

i spadkiem cholesterolemii. W końcowych stanach mocznicy prawdziwej bez względu na jej patogenезę znajdowano tak niskie liczby cholesterolu we krwi, jakie występują jedynie w stanach daleko posuniętego wyniszczenia ustroju. Liczby te wykazywały wyraźną korelację z obniżeniem zasobu zasad. Natomiast badania Orłowskiego wykazały brak wszelkiego związku między poziomem cholesterolemii i nasileniem białkomoczu, nadciśnienia, azotemii i innych objawów nerkowych.

W czystej nerczycy poziom cholesterolemii jest znacznie podwyższony, nieraz do 1000 mg%. Zjawisko to tłumaczy (Fishberg i in.) w sposób następujący: utrata białek w moczu powoduje zubożenie w nie surowicy (*hypoalbuminaemia*), a to prowadzi z kolei do lipemii. Podobne zjawisko widuje się również po wykrwawieniu (zarówno po utracie krwi *in toto*, jak również po zubożeniu w samo osocze — *plasmapheresis*). Odkładanie się lipidów dwułomnych w kanalikach nerkowych i przechodzenie ich do moczu jest wynikiem hipercholesterolemii. Miejscem przechodzenia cholesterolu jest prawdopodobnie kłębuszek (Bing), a zwrotne wysysanie się estrów do kanalików prowadzi do ich odkładania się i stwarza obraz, który jest nie tyle „zwyrodnieniem“ komórki kanalikowej w ścisłym znaczeniu, ile raczej zaciemnieniem jej histologicznego obrazu przez złogi. W myśl takiego poglądu należałoby wyłączyć istnienie nerczycy lipidowej jako odrębnej jednostki anatomo-klinicznej i uważać ją jedynie za wyjątkowo nasiloną nerczycę zwykłą.

Poglądy powyższe znalazły swe odbicie w postępowaniu leczniczym: oryginalna dieta Epstein'a zawiera mało tłuszczu (20—40 g na dobę). Spośród stosowanych w nerczycy leków tyreoidyna obniża poziom cholesterolu. Schally widział w kilku przypadkach poprawę po wyciągu wątrobowym z równoczesnym spadkiem cholesterolemii.

W nerczycy, przebiegającej z wyniszczeniem ogólnym, cholesterolemia jest niepodwyższona. Prawie z reguły fakt ten występuje w skrobiawicy nerek.

(Dok. nast.).

Oceny książek.

Samuel WRIGHT DONALDSON. *The roentgenologist in court.* Springfield III. U. S. A. 230 str.

Z tytułu tej książki można by sądzić, że intencją autora było dać zarys rentgenologii sądowej, a więc wskazówek w interpretacji obrazów radiograficznych itp. Tak jednak nie jest, autor analizuje bowiem na wstępie dokładnie wzajemny stosunek pomiędzy lekarzem a pacjentem, po czym omawia dość szczegółowo te przypadki, w których konieczne jest dokonanie zdjęcia rentgenowskiego przez lekarza po to, by uchronić się on w przyszłości od bezpodstawnych pretensyj lub skarg ewentualnie niezadowolonego pacjenta. Autor przytacza kilka wyroków sądów amerykańskich, w których nastąpiło skazanie lekarza za to, że nie zrobił powierzonymu swej pieczy choremu zdjęcie rentgenowskiego, w innych sądy amerykańskie oddały pretensje rzekomo poszkodowanych przez zastosowane przez lekarza promieni Röntgena. Tak np. autor cytuje wyrok sądu najwyższego stanu Wisconsin, w którym tenże oddał skargę chorego, który doznał poparzenia przez zastosowane w celach leczniczych promieni Röntgena, wobec których pacjent był nadwrażliwy. Sąd ustalił w tym przypadku, że lekarz nie ma praktycznie możliwości stwierdzenia, czy u kogoś zachodzi stan wrodzonej lub ewentualnie może poprzednio nabytej nadwrażliwości wobec tych promieni. W dalszym ciągu autor prze-

chodzi do dokładnego omawiania roli lekarza w sądzie w ogóle, do znaczenia zeznań świadka i biegłego. Zeznania lekarza przed sądem są czymś uprzywilejowanym — jak wiadomo lekarza obowiązuje tajemnica, której bez ważnej przyczyny zdradzić mu nie wolno. Wyłania się z kolei pytanie, jakie należy zająć stanowisko, gdy w przebiegu jakiegoś sporu sądowego jedna ze stron wniesie o przedłożenie sądowi zdjęcia rentgenowskiego przeciwnika jako dowodu na pewną okoliczność, która mogłaby mieć znaczenie w danym procesie. Czy dokonane zdjęcie Röntgena objęte jest również tajemnicą lekarską? Autor przytacza szereg wyroków w takich sprawach w których sądy najwyższe w Stanach Zjednoczonych zasadniczo oddały takie wnioski. Tak więc w sprawie przed sądem najwyższym stanu Washington o odszkodowanie za spowodowanie uszkodzenia ciała w katastrofie samochodowej pozwany w celu obrony wniosł o przedłożenie sądowi rentgenogramu, dokonanego przez lekarza poszkodowanego zaraz po wypadku. Sąd wniosek ten oddalił, motywując swoją decyzję, że zdjęcie rentgenowskie zostało dokonane przez lekarza domowego powoda, że jest tym samym czymś, o czym lekarz dowiedział się w czasie wykonanego przez siebie dowodu, wobec czego nie może być użyte jako materiał dowodowy przez kogokolwiek, będąc również objęte tajemnicą lekarską. Takich przykładów autor podaje więcej. Nie od razu

obrazy rentgenowskie zdobyły sobie prawo obywatelstwa w sądzie. W Anglii po raz pierwszy przedłożono sądowi rentgenogram w roku 1896 w sprawie, która się toczyła przeciw pewnej aktorce o niedotrzymanie kontraktu, a która przez nieostrożność skaleczyła się w nogę, przy czym kostki śródstopia doznały przemieszczenia. Fotografia ta całkowicie przekonała sąd o niezdolności do pracy aktorki. Również i w Ameryce w tym samym roku po raz pierwszy przedkładano sądom rentgenogramy. Wywoływało to bardzo ostre protesty — tak np. jeszcze 2 grudnia 1896 zjawił się w „Chicago Legal News“ gwałtowny artykuł, którego autor, występując przeciw zasadzie dopuszczania zdjęć rentgenowskich jako dowodów rzeczowych w postępowaniu sądowym, opierał się na tym, że są to fotografie rzeczy niewidzialnych, a więc tym samym nie dających się stwierdzić naocznie. Autor zastanawia się również nad tym, kto posiada prawo własności do zdjęć rentgenowskich. W Ameryce ustaliła się zasada, przynajmniej w odniesieniu do fotografii zwykłej, że negatyw pozostaje własnością osoby, która dokonała zdjęcia, oczywiście, z pewnymi zastrzeżeniami co do prawa powielania i dalszej sprzedaży kopii. Każdy bowiem, kto udaje się do fotografa, spodziewa się przede wszystkim obrazu pozytywnego, a nie kliszy, tak, że ta ostatnia zazwyczaj pozostaje własnością fotografa. W stosunku do rentgenogramu ta zasada nie dałaby się w całości utrzymać. Istnieją bowiem zakłady rentgenologiczne, w których wykonywa się prześwietlenia chorych na polecenie innych lekarzy, gdzie więc zdjęcia wręcza się choremu, z drugiej strony ze zdjęć radiograficznych wyjątkowo tylko robi się odbitki. Gdy się jednak zważy, że zdjęcie rentgenowskie przeznaczone jest przede wszystkim dla lekarza, i że właściwie jemu tylko zdjęcie to coś mówi, należy przyjąć, że prawo własności do zdjęcia posiada w pierwszym rzędzie lekarz, który dokonał zdjęcia, względnie zakład. Taki też punkt widzenia przyjęło Amerykańskie Towarzystwo Radiologiczne. Sąd najwyższy stanu Michigan, doceniając ważność rentgenogramu, orzekł, że zdjęcie takie winno się znajdować stale i zawsze w danym zakładzie, względnie w innych odpowiedzialnych rękach, gdyż na podstawie zdjęcia rentgenowskiego niejednokrotnie może się udać w przyszłości uratować czyjąś dobrą sławę, zdolność do wykonywania pewnego zawodu, udowodnić kłamstwo

itp. W roku 1913 jeden z wybitnych amerykańskich rentgenologów, oceniając podobną sprawę wobec sądu w Kansas, wyraził opinię, że chory posiada jedynie prawo własności wobec diagnozy, względnie orzeczenia rentgenologa, nigdy jednak wobec samego filmu lub kliszy. Na zakończenie swej książki autor dochodzi do wniosku, że rentgenolog jest właściwie w dość dziwnej sytuacji wobec sądu. Nie tylko bowiem musi on dźwigać własny ciężar odpowiedzialności swej pracy zawodowej, będącej udziałem jego specjalności, lecz, co więcej, pomaga wydatnie swym kolegom innych specjalności w ich pracy i wspólnie z nimi ponosi odpowiedzialność również i za ich przypadki. Jest on zarazem osobą pomocniczą eksperta, choć nie da się wyłączyć, że, być może, za kilka lat rentgenolodzy występować będą w sądzie coraz częściej samodzielnie jako biegli.

E. Strohal.

Prof. W. WEIBEL. *Lehrbuch der Frauenheilkunde*. Tom 2-gi 1939 r. Wydaw. Urban i Schwarzenberg. Berlin i Wiedeń.

Drugi tom podręcznika, zwięźle omawiający tylko choroby kobiece, zawiera niecałe 400 stron. Liczne rysunki (531) i kolorowe tablice (16) pomagają bardzo w zorientowaniu się w anatomicznych stosunkach cierpień narządu rodowego. Autor, prof. kliniki uniwer. w Wiedniu, omawia kolejno fizjologię, patologię, wady rozwojowe, guzy, zmiany położenia oraz stany zapalne narządu rodowego kobiety. Krótki rozdział poświęcony został sprawie niepłodności i wyjałowienia. Omówiony jest też dział chorób z pogranicza, a więc schorzenia przewodu moczowego, ilustrowane dobrymi zdjęciami rentgenowskimi, sprawa wyrostka robaczkowego, wyczerpana w 14 zaledwie wierszach, oraz zmiany kostne, powodujące ból krzyża. Na całość książki składają się prócz tego diagnostyka, leczenie energią promienną, inne sposoby leczenia, a zwłaszcza technika ważniejszych typowych zabiegów operacyjnych. Podręcznik jest dobry, ale raczej nadaje się dla lekarza, który chce sobie przypomnieć pewne działy ginekologii, niż dla studenta. Dla studentów byłby to cokolwiek za krótki, za zwięzły i za mało schematyczny podręcznik. Na uwagę zasługuje staranne wydanie.

W. Szenwicz.

Wskazówki praktyczne.

Palazzoli i Lewinson stosowali w leczeniu rzeżączki nowy związek sulfamidowy α - p. amino-benzeno-sulfamidopirydyne, czyli Dagenan. Na 100 chorych otrzymano wyleczenie u 72 w stosunkowo krótkim czasie (przeciętnie w ciągu 7 dni). Dawkowanie było następujące: pierwszego i drugiego dnia po 3 g w 6 dawkach (co dwie godziny), trzeciego i czwartego dnia po 2 g w 4 dawkach (co trzy godziny), piątego i szóstego dnia po 1 g w 2 dawkach (rano i wieczorem). Przeciętna ilość przyjętego leku wynosiła 12,8 g, najmniejsza 8 g, największa 30 g. Ponadto autorzy obserwowali 30 chorych, którym stosowano przepłukiwanie, zmniejszając jednocześnie dawkowanie w ten sposób, że Dagenan podawano tylko w ciągu 3 dni, wobec czego całkowita ilość preparatu wynosiła 6 g (3 g, 2 g, 1 g). W ten sposób osiągnięto wyleczenie w 90% w ciągu 3 dni. Obserwowane objawy uboczne były nieliczne i nieznacznie stopnia. (Ann. des Malad. Vener. 1938, Nr 10).

Dr Olenderczyk.

Bohuss stosował w leczeniu przeciwkiłowym Medobis (Chinoin), preparat o wysokiej koncentracji bizmutu w postaci roztworu, a nie zawiesiny. Na 198 leczonych przypadków u połowy stosowano leczenie kombinowane medobisowo-arsenoben-zolowe. U chorych, leczonych wyłącznie Medobisem, zniknęły krętki z wrzodu pierwotnego po 2—3 zastrzyknięciu, naciek cofał się po 3—4 zastrzyknięciu, po 6—8 zastrzykiwaniach epitelizacja była na ukończeniu, naciek cofał się. (Nowiny Lekarskie 1938, Nr 2).

—o—

Salitówna przeprowadziła badania nad Alucolem w chorobach żołądka z normalną i zwiększoną kwasotą. Stwierdziła umiarkowane i nieupośledzające trawienia obniżenie kwasoty. Alucol nie działał, jak zasada, i mógł być stosowany wszędzie tam, gdzie było przeciwwskazane alkalizowanie ustroju. Alucol, stosowany naprzemian z alkalią, dawał w szczególnie ciężkich przypadkach dobre wyniki. (P. Gaz. Lek. 1939, Nr 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 25 października 1938 r.

Obecnych: członków 38, gości 33.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej min. 10.

1. Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia, z poprawką kol. Melanowskiego przyjęto.

I. Część kliniczna.

2. Kol. Jan Zaorski wygłasza odczyt pt. *Rentgenogramy przed- i pooperacyjne nerki ruchomej*, ilustrowany przezroczami. (Streszczenie własne).

Przedstawiam chorą lat 40, która podaje, że od kilkunastu lat cierpi na nieokreślone bóle brzucha, zjawiające się zaraz po

jedzeniu. Chora umiejscawia ból w dołku podsercowym. Ostatnio wymienione bóle nasiliły się szczególnie w pozycji leżącej: chora straciła apetyt; stolec: biegunka naprzemian z zaparciem; moc oddaje prawidłowo; miesiączka prawidłowa; chora roniła raz; była dwukrotnie operowana: usunięcia wyrostka robaczkowego i plastyka krocza.

Badanie chorej wykazuje brzuch prawidłowo wysklepiony. Wątroba wystaje na 2 palce spod łuku żebrowego. Wypukuje się obniżony żołądek i poprzecznicę. Tuż powyżej pępka wyczuwa się guz wielkości pięści, ruchomy o 2 palce na wszystkie strony, niebolesny, niedający się wymacać w ułożeniu kolanowo-łokciowym. Zresztą, w innych narządach zmian chorobowych brak. Ładanie moczu dało obraz normalny, tak samo krwi. W kale krew obecna, prątków brak. Obraz radiologiczny przewodu pokarmowego guza nie stwierdza (Roentgen Ubezpieczalni). Zacięniowanie dożylnie nerek tenebrylem (Dr K o w a l e w s k i) uwiłdociło miedniczki obu nerek w lewej połowie jamy brzusznej. Wydzielanie moczu zaczyna się w obu nerkach równocześnie w prawidłowym czasie. Uwidocznione miedniczki i kielichy mają kształt prawidłowy. Jedna miedniczka leży wysoko, w miejscu, odpowiadającym lewej nerce. Niżej na wysokości trzonów L₃ i L₄ położony po stronie lewej — widać cień miedniczki nerki prawej. Wobec tego ustalono rozpoznanie: *gastro-colo-ptosis, ren mobilis dexter* (Dr B r a t k o w s k i).

Jak wiadomo, schorzenie określone nazwą nerka ruchoma, dotyczy częściej kobiet, niż mężczyzn (85:15). Powody mogą być różne. Najważniejsze: raptowne schudnięcia, przebyte cięża. Nerka ruchoma może nie dawać żadnych objawów. Innym razem powoduje ból, szczególnie wtedy, kiedy podczas opuszczenia się występuje zbytne zagięcie moczowodu, co utrudnia opróżnianie się miedniczki, odpływ moczu, przejściowe wodonercze. Ustalenie nerki w tym położeniu może doprowadzić z czasem do zupełnego zamknięcia moczowodu, stałego wodonercza, w razie zakażenia roponercza ze wszystkimi ich następstwami. O ból, pochodzący od nerki ruchomej, niejednokrotnie obwiniamy inne narządy, dokonując usunięcia wyrostka robaczkowego, przydatków, nawet macicy (K ü m m e l) — bez polepszenia. Dopiero odprowadzenie i umocowanie nerki opadniętej na jej właściwym miejscu uwalnia tych chorych od bólów. K ü m m e l zauważył, że niejednokrotnie samo uniesienie opadniętej nerki znosi ból, co autor ten wiąże z uciskiem na naczynia nerkowe wskutek ich zagięcia. W przeciwstawieniu do tych dobrych wyników niektórzy chęcy, szczególnie bardziej nerwowi, cierpią nadal mimo najlepszego odprowadzenia i umocowania ruchomej nerki. Ponieważ nigdy niewiadomo, jak sprawa bólów będzie się kształtowała po operacji, szczególnie tam, gdzie chory narzeka na rozmaite inne nieokreślone dolegliwości (chora nasza była już dwukrotnie operowana), ustosunkowujemy się do umocowującej operacji nerki dosyć wstrzemięśliwie. Ponieważ nie stwierdziliśmy zaburzeń ani w wydzieleniu ani w składzie moczu naszej chorej zaleciliśmy noszenie pasa, oszczędzanie się w pracy fizycznej i skierowaliśmy ją do domu. Po dwóch miesiącach chora powróciła, skarżąc się na wciąż nasilające się bóle.

Stan ogólny od czasu poprzedniego badania bez zmian. W osadzie moczu wystąpiły wałeczki ziarniste i czerwone ciążka krwi po kilka w preparacie; obraz krwi bez zmian; ciepłota i tętno normalne. Wobec nieustępowania bólów i wobec zjawienia się składników chorobowych w moczu zdecydowaliśmy się na zabieg.

Znane są rozmaite sposoby umocowania ruchomej nerki. Najradkalniejszym i, jak się zdaje, najpewniejszym jest sposób przysycia nerki do 12 lub 11 żebra odpowiedniej strony. Nie zawsze jednak daje się to przeprowadzić. Szczególnie tam, gdzie nerka jest mniej ruchoma i jest ustalona po przeciwnej stronie jamy brzusznej, a nie u dołu. W tych razach musimy poprzestać na mniej radykalnych sposobach. U naszej chorej zabieg wykonaliśmy (15.VII.38 r.) w uśpieniu ewipanowym. Po dotarciu pozaotrzewnowym do nerki uruchomiliśmy ją od zrostów i podciągnęliśmy ku górze. Niestety, nie udało się jej daleko przesunąć. Nie można było myśleć o dociągnięciu do żebra. Zadowodowaliśmy się (z obawy zbytnej naciągania naczyń) przeprowadzeniem jej na stronę prawą jamy brzusznej i po umyślnym poranieniu (*scarificatio*) mięśnia lędźwiowo-udowego prawego i nacięciu torebki nerki (J. L l o y d) przyszyliśmy nerkę w tym miejscu szwami catgutowymi, drażącymi częściowo przez jej miąższ (Bassini). Po pozostawieniu sączą gazowego ranę zaszyliśmy szczelnie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora w kilka dni po zabiegu nie odczuwa już zupełnie dawnych bólów nawet w pozycji leżącej.

Badanie rtg., wykonane w dłuższy czas po zabiegu, wykazało, że nerka leży po prawej stronie kręgosłupa (tam, gdzie została przyszyta), a miedniczka jej cieniuje się na trzonach kręgow, przy czym górny jej biegun znajduje się trochę wyżej w porównaniu ze zdjęciem przedoperacyjnym.

Chora w trzy tygodnie po operacji opuściła szpital bez jakichkolwiek dolegliwości.

1. Historia choroby naszej chorej wskazuje, że, operując w tych razach, nie zawsze potrafimy odbudować ściśle topograficzne ułożenie nerki. 2. U chorych, u których nie możemy tego dokonać, należy dążyć przynajmniej do poprawy położenia nerki. 3. Ze ten niedostateczny pod względem anatomicznym zabieg niejednokrotnie uwalnia chorych od ich dokuczliwych cierpień.

W dyskusji zabiera głos kol. D a t y n e r. (Streszczenie własne).

W związku z pokazem docenta Z a o r s k i e g o chciałbym poruszyć sprawę rozpoznawania nerek ruchomych. W przypadku, którego rentgenogramy doc. Z a o r s k i pokażą, rozpoznanie nie nastęczało trudności, skoro nerka prawa była wyczuwalna na kręgosłupie i tak dalece ruchoma, że na zdjęciu pyelograficznym cień jej widoczny jest na lewo od kręgosłupa na jednym prawie poziomie z nerką lewą. Natomiast w wielu przypadkach nerki ruchomej rozpoznanie natrafia często na trudności. Wielu z obecnych na sali kolegów na pewno spostrzegło przypadki, które dłuższy czas leczone były z powodu jakoby schorzenia żołądka i głównie wyrostka robaczkowego i nawet operowane z tego powodu. Brak poprawy w stanie zdrowia i dalsze bóle u chorych po zabiegu operacyjnym nasuwały dopiero myśl schorzenia nerkowego, którego rozpoznanie nie należy często do łatwych. Mianowicie opuszczenia nerki i nawet ruchoma nie zawsze jest wyczuwalna i zwyczajny rentgenogram daje często wynik ujemny. Badania urologiczne, jak, na przykład, cystoskopia lub czynnościowe badanie nerek — chromocystoskopia — zmian w przypadkach zwykłych nie wykazują; pyelografia wstępująca lub dożylna, dokonana w pozycji normalnej — poziomej w przypadkach, w których nie ma jeszcze zmian anatomicznych (zagięcia moczowodu, rozszerzenia miedniczki nerkowej itd.), może również do celu nie prowadzić. Uważam, że w przypadkach tych zdjęcie rentgenowskie nerek w pozycji pionowej może od razu sprawę wyjaśnić. Najlepiej nadaje się do badań tych stoł rentgenowski ruchomy, skonstruowany u nas m. in. przez D-r a S i t k o w s k i e g o. Widziałem niedawno w klinice urologicznej w Rzymie stoł do badań tych systemu jednego z asystentów kliniki, d-r a B l a s u c c i; model i opis szczegółowy stołu tego podałem w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym (Z. 9. T. XVII. R. 1928). Dla nas urologów stoł ten ma między innymi tę wygodę, że posiada wszystkie urządzenia, niezbędne do badań urologicznych i radiologicznych (cystoskopii, pyelografii itd.), i pozwala jednocześnie wykonywać wszelkie badania bez potrzeby poruszania i przenoszenia chorego ze stołu na stoł. Obserwowałem w ostatnich czasach kilka przypadków, leczonych gdzieindziej dłuższy czas z powodu jakoby schorzenia przewodu pokarmowego lub ginekologicznego, i dopiero badanie rentgenowskie za pomocą pyelografii wstępującej w pozycji najpierw poziomej i później pionowej wykazało w przypadkach tych obecność nerki ruchomej, która była jedyną przyczyną dolegliwości u tych chorych. Uważam, że powyższy sposób badania stanowi dużą zdobycz wśród metod rozpoznawczych w urologii.

3. Kol. Prezes wita obecnego na sali przedstawiciela Ministra pełnomocnego królestwa Holandii.

II. Część odczytowa.

4. Kol. Ludwik Zembrzusk i, czł. T-wa, wygłasza odczyt pt. „Herman Boerhaave Praeceptor totius Europae“. Z powodu dwuchsetnej rocznicy zgonu. (Streszczenie własne).

Kiedy w 17 wieku powstały 2 szkoły lekarskie o charakterze teoretycznym — jedna mechanistyczna, druga chemiczna, nastąpiła reakcja przeciw ich jednostronności w postaci utworzenia szkoły lekarskiej praktycznej, klinicznej. Najwybitniejszym przedstawicielem tego kierunku praktycznego w klinice był profesor Uniwersytetu holenderskiego w Leidzie — Hermann Boerhaave (1668—1738). Syn pastora miał zamiar początkowo poświęcić się stanowi duchownemu, lecz z czasem zmienił zamiar i po studiach lekarskich uzyskał dyplom d-ra med. w Hardewijk. Niezależnie od medycyny otrzymał wykształcenie w matematyce, filozofii i historii. W r. 1701 otrzymał katedrę medycyny w Leidzie i piastował ją przez lat 30.

Zasługi główne Boerhaave'a polegały na jego pracy dydaktycznej, wprowadził bowiem po raz pierwszy do nauczania klinicznego studentów bezpośredni ich kontakt z chorymi, badania i ćwiczenia praktyczne, gdy poprzednio uczono medycyny tylko z książek. Metoda nauczania B. stała się odtąd wzorem kształcenia lekarzy na wszystkich fakultetach medycznych. B. stał się tak sławny, a klinika jego przyciągała ze wszystkich krajów studentów i lekarzy, że nazwano go „praeceptor totius Europae“. Jako uczony i autor, zasłynął wydaniem wielu dzieł wartościowych, lecz głównie Aforyzmów, w których zawarł swe poglądy na wszystkie wówczas znane choroby i ich leczenie. B. nie hołdował jednemu systemowi, lecz wybierał z różnych doktryn lekarskich to, co uważał za najkorzystniejsze dla dobra

chorych. Jako lekarz-praktyk, odznaczał się bystrością i spostrzegawczością, ścisłym i sumiennym badaniem chorych, dobrocią, filantropią i wysokim poziomem etycznym. W stosunkach z kolegami kierował się niezwykłym taktem. Gdy pewnego razu został wezwany do chorego króla pruskiego, odmówił wyjazdu do Berlina, tłumacząc, że uważa swoją poradę za zbyt cenną, skoro leczy króla tak świetny lekarz, jak kolega prof. Hoffmann z Jeny.

B. ubóstwiany był przez chorych, wysoce poważany i ceniowany przez kolegów oraz zyskał sobie niezwykłą miłość i szacunek ze strony całego holenderskiego społeczeństwa, które wystawiło mu w Leidzie szereg pomników i do tego czasu otacza jego postać żywą pamięcią.

W dziejach medycyny B. odegrał poważną i piękną rolę.

W dyskusji zabiera głos kol. Melanowski, czł. T-wa. (Streszczenie własne).

Boerhaave ma wielką zasługę wprowadzenia wykładów okulistyki do Uniwersytetu. Jego wykłady w Leidzie, słuchane m. in. przez sławnego Hallera, zawierają już dość systematyczny, w porządku anatomicznym wykład o chorobach oczu. Dzieli je Boerhaave na zewnętrzne i wewnętrzne. Do zewnętrznych zalicza choroby powiek, choroby narządu łzowego — podając opisy przetok łzowych oraz zapalenia i raka gruczołu łzowego, oftalmie, które uważa za zapalenie spojówki i rogówki. Do badania korzysta z lupy. Leczy oftalmie najpierw upustem krwi, potem środkami czyszczącymi, wreszcie — przyszydłem między łopatkami. Ustalenie chorób wewnętrznych oka uważa za bardzo trudne. Wady wzroku radzi badać za pomocą określania odległości najlepszego widzenia. Do poprawy krótkowzroczności zaleca dobranie szkła dwukwadratowego, którego promień odpowiada odległości najlepszego widzenia. Do badania przerwy w polu widzenia zaleca ustalanie wzroku badanego oka na jednej literze słowa i wskazywanie braków w widzeniu innych liter, wymierzając w ten sposób odległość przerwy do punktu fiksacji. Slepotę oka radzi stwierdzać z nieruchomości żrenicy. Przyczyna ślepoty zależeć może od zmian w siatkówce, w n. wzrokowym, szlakach i ośrodku mózgowym. Zaćma — to zmętniona soczewka (P. Brisseau (1708). Krótkowzroczność zależy od zbyt długiej odległości oka, albo zbyt wielkiej krzywizny rogówki.

Kol. Lóth, czł. T-wa, wyraża przypuszczenie, iż lista Polaków, studiujących w Leidzie podana przez dziekana wydziału lekarskiego na prośbę kol. Zembruskiego, nie jest wyczerpana. Między słuchaczami Boerhaave'a byli profesorowie Szkoły Gdańskiej, nie zapisani jako studenci, którzy w okresie kiedy Akademia Zamojska i Uniwersytet Krakowski chyliły się ku upadkowi (na schyłku XVII i początku XVIII wieków), przyczynili się niemało do przenikania nauki Boerhaave'a do Polski.

5. Kol. Ludwik Zembruski, czł. T-wa wygłasza odczyt pt. „Sprawozdanie z XI Międzynarodowego Kongresu Historii Medycyny”.

Dyskusji nie było.

6. Kol. Adam Huszcza, czł. T-wa, wygłasza odczyt pt. „Zespoły objawów tzw. choroby kesonowej i warunki jej powstawania”, ilustrowany przeobrażeniami. (Streszczenie własne).

Na wstępie daje prelegent zasadnicze pojęcia o konstrukcji kesonów i o warunkach technicznych wykonywania w nich robót kesonowych, rzucając przy tym na ekran kilka ilustrujących obrazów. Przechodzi następnie do przedstawienia słuchaczom krótkich opisów różnych postaci schorzeń kesonowych w ich najbardziej charakterystycznych zespołach. A więc: 1) bóle mięśniowe, stawowe i nerwowe; 2) obrzęk skóry i rozedma podskórna; 3) bolesne wzdęcie brzucha; 4) dusznica kesonowa; 5) zawroty typu Ménière'a; 6) udar mózgowy; 7) porażenia typu rdzeniowego; 8) uszkodzenie błony bębenkowej. Wyjaśnia etiologię chorób kesonowych i mechanizm ich powstawania, opierając się na ich badaniach licznych autorów, a zwłaszcza niemieckich i angielskich z pierwszego lat dziesiątka bież. stulecia. Przedstawia na ekranie ilustracje zmian anatomo-patologicznych, stwierdzonych u ludzi i zwierząt, poddawanych działaniu wysokich ciśnień atmosferycznych, a następnie zbyt szybkiemu obniżeniu ciśnienia, czyli tzw. dekompresji. Stąd właściwa nazwa tych chorób — *aëropathiae* albo choroby od dekompresji. Podkreśla natomiast, że samo przebywanie pod wysokim ciśnieniem w komorze kesonu, czy w skafandrze nurka i wykonywanie w nich pracy fizycznej nie powoduje żadnych szkodliwych następstw ani zmian w organizmie — z wyjątkiem często stwierdzanych objawów tzw. anemii kesonowej. Ma ona charakter niedokrwistości wtórnej i ustępuje zazwyczaj szybko po zaprzestaniu pracy w sprężonym powietrzu. Przytacza wyniki badań sanitarno-statystycznych przy dokonywaniu robót kesonowych, które dowodzą niezbicie, że statystyka zapadalności wśród robotników kesonowych polepsza się wprawdzie w miarę ulepszania prze-

pisów sanitarnych, obowiązujących przy tego rodzaju pracach, nie zdołano jednak dotychczas osiągnąć zupełnego usunięcia niebezpieczeństwa chorób kesonowych. Wątpliwe jest, zdaniem referenta, aby to niebezpieczeństwo mogło być w zupełności usunięte, i dlatego sądzi, że choroby te powinny być zaliczone do rzędu chorób zawodowych, a prace w kesonach powinny być otoczone staranną i czujną opieką lekarską.

W dyskusji zabiera głos: a) kol. Szmurło, podkreślając, iż w chorobie kesonowej wybitne znaczenie należy przypisać zmianom anatomicznym, stwierdzanym w różnych narządach, a mniejszą zatorom azotowym. Najczęściej w przypadkach choroby kesonowej spotykamy ze strony organu słuchu — wydobywamy krwawe w uchu wewnętrznym, pęknięcie błony bębenkowej itd., czego następstwem jest: osłabienie lub utrata słuchu. Mówca przypuszcza, iż zaburzenia ze strony organu słuchu są częstsze, niż podaje kol. Huszcza, w przypadkach chorób kesonowych, spotykanych u robotników. Zawroty głowy, zespoły objawów choroby Ménière'a itd. mają podkład anatomiczny w postaci przekrwień i pęknięcia drobnych naczyń krwionośnych. Zespół objawów choroby kesonowej przypomina cierpienia, jakie występują u lotników i uczestników wypraw wysokogórskich. Z dziedziny chorób usznych i zależność ich od zmian ciśnienia zewnętrznego istnieją prace prof. Laskiewicza, który stwierdzał obecność zmian anatomicznych w organach słuchu u doświadczalnych zwierząt w przypadkach przejścia od wysokiego ciśnienia zewnętrznego do niskiego.

b) Kol. Gądzikiewicz zaznacza, iż objawy choroby kesonowej występują również u nurków i marynarzy łodzi podwodnych. W piśmiennictwie lekarskim brak jest wyczerpujących prac na powyższy temat, więcej uwagi w tym kierunku poświęca temu zagadnieniu prasa techniczna. Prelegent zapytuje, czy przejście osobnika z ciśnienia atmosferycznego do wyższego ma jakieś znaczenie w patologii ludzkiej, i czy w chorobie kesonowej nie gra roli zmiana ciśnienia cząsteczkowego tlenu we wdychanym powietrzu?

c) Kol. Huszcza w odpowiedzi ostatniemu przedmówcy wyjaśnia, że szkodliwe działanie tlenu występuje dopiero przy jego ciśnieniu parcjale, równym 3—4 atm. Znaczna część tlenu powietrza łączy się z hemoglobina krwi, tworząc oksyhemoglobina, i wskutek tego nie wywiera on szkodliwego wpływu na ustrój, gdyż nie zostaje pochłonięty fizycznie przez płyny ciała, jak to się dzieje z azotem. Tę właściwość tlenu wykorzystano przy leczeniu rekompresyjnym chorób kesonowych, wprowadzając w skład powietrza, wdychanego podczas leczenia, dużą ilość tlenu, co wpływa dodatnio na szybkość wyeliminowania wolnych pęcherzyków azotu z tkanek ciała. Ostatnio próbowano także zastąpić w komorze leczniczej (rekompresyjnej) azot powietrza helem, gdyż współczynnik pochłaniania przez krew tego gazu jest dwa razy mniejszy, niż dla azotu.

Odpowiadając kol. Szmurło, prelegent podaje, że powstająca pod wpływem niskiego ciśnienia atmosferycznego choroba górska ma swą przyczynę w zjawisku anoksemii czyli niedotlenienia krwi. To ostatnie zaś powstaje skutkiem spadku ciśnienia parcjale tlenu, co powoduje objawy senności, zamroczenia, mdłości, zawrotów, a w końcu zupełnej utraty przytomności i nawet śmierci, jak to się zdarzało niejednokrotnie podczas wlotów balonowych lub przy zdobywaniu wysokich szczytów górskich, jak np. Mount Everest w Himalajach.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22-ej min. 55.

Zastępca sekretarza dorocznego: (—) Tadeusz Hinz.

Prezes: (—) Marian Grzybowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Bazylei z dnia 1 grudnia 1938 r. (Med. Klin. Nr 3/1939) mówił M. Luedin o objawach rentgenowskich w schorzeniach trzustki. Powiększona trzustka powoduje zarówno przesunięcie, jak i objawy uciskowe ze strony sąsiednich narządów. Szczególnie wybitnie występuje to w obrazie rentgenowskim w torbielach trzustki, przy czym prelegent odróżnia *species hepatica*, *species retroventricularis* i *species gastrocolica*. Duże guzy całej trzustki powodują silne przesunięcie sylwetki żołądkowej. Powiększenie głowy trzustki daje uciśnięcie dolnego kolana dwunastnicy, z następowym zastojem w dwunastnicy, uciśnięcie *flexurae duodenjejunalis*, rozszerzenie łuku dwunastniczego, wpuklenie części przedodźwiernikowej lub całkowite uciśnięcie części odźwiernikowej żołądka. Ostrożnie należy oceniać widoczne na zdjęciach profilowych rozszerzenie przestrzeni pozażołądkowej. Cenny jest ten objaw u chudych chorych. Objawy uciskowe ze strony żołądka i dwunastnicy spostrzega się również w zapaleniu trzustki. Częściowy kurcz żołądka stwierdza się zarówno w tym cierpieniu, jak i w kamicy trzustkowej. W przewlekłym zapaleniu

trzustki odsiebna część krzywizny małej żołądka może przebiegać poziomo i mieć nieprawidłowy zarys brzegów wskutek procesów zapalnych w trzonie trzustki. Prelegent podkreśla etiologiczne znaczenie uchyłków dwunastniczych w zapaleniu trzustki. Jako odległy objaw wymienia prelegent zapalenie opłucny

i niedodmę lewego płuca. Pokazuje on cztery przypadki kamicy trzustkowej, rozpoznane za życia, w których rozpoznanie to zostało potwierdzone sekcyjnie. Wśród 700 preparatów trzustkowych znaleziono za pomocą badania rentgenowskiego w 5% żłogi.

Z j a z d y.

W dniu 19 lutego 1939 r. odbył się w Państwowej Szkole Higieny II Zjazd Trachomatologiczny zorganizowany przez Sekcję Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Zjazd otworzył Prof. Dr J. Lauber, prezes Sekcji Jaglicy. W Zjeździe wzięli udział: profesorowie okulistyki, okuliści lekarze przychodni przeciwjagliczych, lekarze Ubezpieczalni Społecznej oraz Państwowej i Samorządowej Służby Zdrowia ze wszystkich dzielnic Polski. Obrady odbywały się podług następującego programu.

Pierwsze posiedzenie poświęcone leczeniu jaglicy rozpoczęło się o godzinie 9.45 rano.

Zagajenie — Prof. Dr J. Lauber, Prezes Sekcji Jaglicy
Wybory prezydium.

Wygłoszone zostały następujące referaty:

1) Dr J. Neuman — Leczenie jaglicy z uwzględnieniem nowych sposobów.

2) Dr B. Kulczycka — Leczenie jaglicy w Klinice krakowskiej.

3) Dr J. Szmyt — Metody i środki leczenia jaglicy.

4) Dr M. Zachert — Zastosowanie antystreptyny w leczeniu jaglicy.

5) Dr T. Malinowski — Kilka spostrzeżeń własnych o metodach operacji przeciwjagliczych.

6) Dr L. Rostkowski — Operacje przeciwjaglicze w świetle pracy Kolumny Instrukcyjnej przeciwjagliczej M. O. S.

7) Prof. Dr W. H. Melanowski — Zmiany czynnościowe narządu łzowego w późnych okresach jaglicy.

8) Prof. Dr I. Abramowicz — Jaglica płata śluzówki, przeszczepionego według Deniga.

9) Dr E. Podworski i Dr A. Kulczycki — Z badań nad cytologią spojówek jagliczych.

10) Dr Z. Okołów-Hryniewiczowa i Dr M. Dolowiczowa — Jaglica fałdu półksiężycowego i mięska łzowego.

11) Dr M. Mądrozskiewicz i Dr Z. Przybyłkiewicz — O domózwym i śródoczym szczepieniu materiału jagliczego u zwierząt.

12) Dr P. Radło i Dr L. Rostkowski — Badanie nad odczynnikami serologicznymi w jaglicy. (Tymczasowe doniesienie).

Drugie posiedzenie rozpoczęło się o godz. 16-ej i poświęcone było omówieniom „Metod Zwalczania Jaglicy“.

Prof. Dr K. Majewski — Zagajenie.

1) Prof. Dr E. Godlewski — Problem leczenia Zakładowego i w przychodniach z punktu widzenia organizacji.

2) Prof. Dr J. Lauber — Otwarta i zamknięta opieka lekarska w jaglicy.

3) Dr Z. Galewska — Cel i zadanie Oddziału jagliczego Kliniki U. J. P.

4) Dr W. Kapuściński — Kursy regionalne Trachomatologiczne w Poznaniu i ich znaczenie.

5) Dr L. Rostkowski — Zwalczanie jaglicy jako zagadnienie higieny wsi.

6) Dr M. Horodniczyna — Zwalczanie jaglicy na Wileńszczyźnie.

7) Dr Z. Okołów-Hryniewiczowa — Punkty okulistyczne P. C. K. na Wileńszczyźnie.

8) Dr S. Altenberger — O czołówkach operacyjnych P. C. K. i ich znaczeniu.

Odbyły się dwa posiedzenia jak to widać z powyższego programu.

Tematem głównym posiedzenia pierwszego, przedpołudniowego, było leczenie jaglicy. Na posiedzeniu tym zostało wygłoszonych 12 referatów. Referat główny o leczeniu jaglicy wygłosił Dr J. Neuman. Poszczególne zagadnienia dotyczące leczenia lekowego i operacyjnego omówili w swoich referatach Dr M. Zachert, Dr T. Malinowski i Dr L. Rostkowski. Poza tym zostało wygłoszonych szereg referatów dotyczących badań histopatologicznych, rozpoznawania i przebiegu oraz etiologii jaglicy przez Prof. Prof. Melanowskiego i Abramowicza, Doktorów Podworskiego i Kulczyckiego, Doktor Hryniewiczowej i Dolewiczowej; Doktorów Mądrozskiewicza i Przybyłkiewicza oraz Doktorów Radło i Rostkowskiego.

Tematem głównym posiedzenia drugiego, popołudniowego była organizacja Zwalczania Jaglicy. Zagadnienie otwartej i zamkniętej opieki lekarskiej w jaglicy naświetlili wycepujący Profesorowie Godlewski i Lauber. Różne dziedziny zwalczania jaglicy przedstawili w swoich referatach Doktorzy Z. Galewska, W. Kapuściński, L. Rostkowski i Horodniczyna.

Sprawy organizacji i pomocy okulistycznej na wsi przy współudziale P. C. K. przez punkty stałe i ruchome czołówek operacyjne P. C. K. omówili w swych referatach Dr Okołów-Hryniewiczowa i Dr S. Altenberger.

Na zakończenie Zjazd wyrażając uznanie dla dotychczasowej akcji przeciwjagliczej stwierdził niedostateczność środków przeznaczonych na walkę z tą klęską i postanowił zwrócić się za apelem do czynników miarodajnych o zwiększenie dotychczasowych środków na zwalczanie jaglicy, celem umożliwienia prowadzenia tej akcji na dotychczasowych zasadach ale ze znacznie większym zasięgiem działania, odpowiadającym rozmiarom tej klęski społecznej.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Zwalczanie duru plamistego na terenie województwa wileńskiego *).

Podał

Dr Władysław PRAŻMOWSKI (Wilno).

(Dokończenie — patrz Nr 11).

Po zapoznaniu się z charakterem epidemii, występujących na terenie wojew. wileńskiego postaramy się

rozpatrzyć możliwości racjonalnego zwalczania duru plamistego w terenie. Podstawowymi metodami zwalczania ostrych chorób zakaźnych są: izolacja, dezynfekcja, względnie dezynsekcja oraz wzmoczenie odporności ustroju ludzkiego. W walce z drem plamistym dotych-

*) Uzupełniony referat wygłoszony na Zjeździe Lekarzy Powiatowych wojew. Wileńskiego w dniu 23 września 1938 r. w Głębokiem.

czas tylko 2 pierwsze metody zostały na szeroką skalę zastosowane. Izolacja w tym schorzeniu jest dzisiaj 100-tu procentowo zapewniona w szpitalach, bądź też w organizowanych w razie potrzeby miejscowych izolatoriach. Okres ukrywania chorych znikł całkowicie dzięki wprowadzeniu w życie zasady leczenia chorych na dur plamisty i brzuszny na rachunek Wydziałów Powiatowych. Warunek ten przyczynił się również do wcześniejszego wykrywania ognisk.

Nie mniej ważną akcję dezynsekcijną wykonywują w terenie kolumny epidemiczne, względnie również tzw. pogotowia epidemiczne, tj. kontrolerzy sanitarni przy starostwach. Województwo wileńskie posiada w chwili obecnej 7 kolumn epidemicznych, których działalnością zajmujemy się nieco bliżej. By dezynsekcja była owocna, musi odpowiadać pewnym warunkom ogólnym: musi być jak najwcześniej po ujawnieniu zachorowań wykonana, musi być bardzo dokładnie i szybko przeprowadzona przy użyciu pewnego w działaniu środka dezynsekcyjnego, za jaki obecnie uważamy cyjano-wodór. Personel kolumn epidemicznych winien być zarówno teoretycznie, jak i praktycznie przeszkolony w zakresie zwalczania ostrych chorób zakaźnych. Przy zachowaniu wyżej wymienionych warunków przeprowadzonej dezynsekcji i dotychczas panujących poglądów na rolę wszy w epidemiologii duru plamistego, należałoby się spodziewać szybkiego wygasania ujawnionych ognisk. Teoretycznie po 3 do 4 tygodniach po dezynsekcji nie powinny się zdarzać przypadki nowych zachorowań. Jednakże, obserwując pod tym kątem widzenia zachorowania na dur plamisty w latach 1936/37 i 1937/38, stwierdzamy, że poza 45% przypadków sporadycznych tylko 18% ognisk nie trwało dłużej, niż 3 tygodnie, w 9% nie udało się okresu tego ustalić, natomiast 25% ognisk były to ogniska o znacznie dłuższym okresie trwania, przy czym niektóre dochodziły do kilku miesięcy. Specjalnie dotyczy to epidemii większych, o czym mogliśmy się przekonać z opisów wyżej umieszczonych. Należałoby wyjaśnić, czy w tych przypadkach przyczyna długiego trwania epidemii tkwi w nieodpowiedniej pracy kolumn, czy też zależna jest od danych epidemiologicznych, dzisiaj nam nieznanych. Jeśli chodzi o pracę kolumn, to chociaż nie są one bez zarzutu, to jednak pracują stale coraz lepiej, i nadzór oraz instruowanie, w formie wizytacji lekarza epidemicznego, są coraz ściślejsze. Czy jednak przy najskrupulatniejszym spełnianiu swych obowiązków kolumny mogą pracę swą we właściwym okresie praktycznie wykonać? Zasadniczo każdy nowy przypadek, zjawiający się na nowym terenie, musi być przez władze sanitarne identycznie traktowany, chociaż nie jest wyłączone, iż większość z nich będą to przypadki sporadyczne, bez dalszych następstw. Otóż przypadków na zupełnie nowych terenach w roku 1936/37 było 86, a w 1937/38 — 116. Ponadto przypadki te nie były równomiernie rozmieszczone w okresie rocznym, lecz wystąpiły w czasie od 5 do 25, względnie 30 tygodnia. Ponadto w poszczególnych tygodniach zęszczenie ich było bardzo znaczne. Tak więc

w roku 1936/37					w roku 1937/38				
w 2 tyg. wypadło po 0 ognisk					w 2 tyg. wypadło po 0 ognisk				
w 3	"	"	"	1	w 3	"	"	"	1
w 4	"	"	"	2	w 4	"	"	"	2
w 5	"	"	"	3	w 6	"	"	"	3
w 4	"	"	"	4	w 1	"	"	"	4
w 2	"	"	"	5	w 3	"	"	"	5
w 1	"	"	"	7	w 4	"	"	"	6
					w 3	"	"	"	7

Czy w tygodniach, w których w różnych miejscowościach, niekiedy odległych od dotychczasowego postoju kolumn, zjawiało się po 4 do 7 nowych ognisk, mogły one być objęte odpowiednią, a więc zgodną z istniejącym regulaminem działalnością kolumn? Przyjmujemy przy tym, że w wymienionym okresie nasilenia duru plamistego kolumny jedynie mają na widoku akcję skierowaną przeciwko zwalczaniu duru plamistego. Teoretycznie przy uwzględnieniu jednotygodniowego okresu pracy w ognisku oraz idealnej ruchliwości kolumn w terenie wydawałoby się to możliwe. Praktycznie jednak dalecy jesteśmy od tego ideału. Kolumny nie są zmotoryzowane, co, zresztą, w warunkach zimowych na naszych terenach nie na wiele by się przydało, a ponadto warunki komunikacyjne w okresie roztopów wiosennych lokomocję kołową zwalniają niepomniernie. Równocześnie prócz działalności w nowopowstałych ogniskach duru plamistego kolumny muszą przeprowadzać obserwację w wygasłych ogniskach, jak również śledzić przez pewien okres ich sąsiedztwo. W tych warunkach liczba 7 kolumn nie może wystarczyć. Lekarzowi powiatowemu, jako kierownikowi kolumny epidemicznej, nie pozostaje więc nic innego, jak tylko kolumny podzielić na poszczególne osoby, tj. dezynfektora i higienistkę, i użyć osobno w terenie. W ten sposób aparat działający ulega zdwojeniu. Ten tryb postępowania w okresie nasilenia duru plamistego jest niemal z reguły stosowany. Kolumna epidemiczna pozostaje jednostką jedynie administracyjną, natomiast w terenie działają pojedyncze osoby. Zbędne staje się podkreślenie, że działalność przeciwepidemiczna musi na tym ucierpieć. W wielu przypadkach praca staje się niesystematyczna, personel po szybkiej i niekiedy niezakończonych pracy zostaje przerzucony na nowy teren, przy czym wiele czasu traci się na rozjazd w terenie. Dowody takiej działalności znaleźć można w przedstawianych sprawozdaniach kolumn epidemicznych, w których niekiedy trudno się zorientować. Z pewnością w wielu przypadkach fakty powyższe sprzyjają utrzymywaniu się epidemii w terenie. Jednakże dzisiejsze dane epidemiologiczne pozwalają również przypuszczać i inne przyczyny przeciągania się epidemii. Przyjmując stosunkowo słabsze działanie cyjano-wodoru na Rickettsię, niż na samą wesz, należy przypuścić możliwość następczych zakażeń z kału wszy, zawartego w odzieży (Starzak). Przypadki tego rodzaju należą jednak najprawdopodobniej do wyjątkowych.

Przejdźmy obecnie do omówienia akcji zwalczania duru plamistego na drodze uodparniania ludności. W tym zakresie szczyt osiągnął prof. Weigla na większą skalę nie udało się przeprowadzić. Liczba 13 tys. szczepionych na ogólną liczbę przeszło miliona 300 tys. mieszkańców województwa stanowi zaledwie 1,3% ogółu mieszkańców. Dążąc do uzyskania materiałów dowodowych co do skuteczności działania szczepionki, jeszcze w roku 1934 zaprojektowano przeszczenie terenu pow. mołodeckiego i części wołyńskiego. Niestety, brak szczepionki stanął temu na przeszkodzie, i dotychczas nie udało się przeszczenie całkowicie nawet jednej gminy. Ponadto niezbędną rewakynacji w okresach rocznych czyni szczepionkę prof. Weigla, jak dotychczas, nie aktualną w masowym użyciu. Natomiast niezbędne staje się stosowanie szczepionki w kategoriach ludności, specjalnie na zakażenie dorem plamistym narażonych. Należy tu zaliczyć personel lekarski i pomocniczy, nauczycielski, policję, pracowników urz. gminnych itd.

Były również przez poszczególnych lekarzy powiatowych przeprowadzane szczepienia w osiedlach, wykazujących częste przypadki duru plamistego, a więc podejrzanych jako ogniska endemiczne. Tak np. we wsi Ścianki w 1935 roku zaszczepiono 119 osób, w Dziedzinie w 1936 roku 25 osób, we wsi Niwki w roku 1934 — 395 osób, w Siwicy w 1934 — 371 osób. W niektórych z tych miejscowości dur plamisty po szczepieniach dotychczas się nie zjawił (Niwki, Siwica), w innych zdarzyły się pojedyncze przypadki także wśród szczepionych (Ścianki). Nie posiadając w chwili obecnej bliższych danych ludnościowych, dotyczących powyższych wsi, wstrzymujemy się od wyciągania jakichkolwiek wniosków.

Poza działalnością szczepienną w akcji zapobiegawczej, szczególnie w ostatnim roku, zwrócono uwagę na działalność kolumn w kierunku podniesienia stanu sanitarnego i zdrowotnego osiedli. Został opracowany w tym względzie specjalny plan działania, którym przede wszystkim zostały objęte miejscowości, silniej nawiedzone dudem plamistym i brzuszny

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa zwalczania duru plamistego w najbliższej przyszłości. Akcja dezynsekcijna pozostanie jako podstawowy element działania kolumn epidemicznych w terenie. W zakresie organizacyjnym dla uniknięcia podziału kolumn, przede wszystkim racjonalnych w pracy zespołowej, a jednocześnie objęcia działaniem wszystkich czynnych ognisk duru plamistego, należałoby bądź to zwiększyć liczbę kolumn epidemicznych, bądź też stworzyć dodatkowy jednoosobowy aparat, którego zadaniem byłoby nadzorowanie starych ognisk, jak również prowadzenie wywiadów i obserwacji w terenie. W najgorszym razie należałoby przeprowadzić praktycznie już istniejący podział kolumn na pojedyncze osoby i wyposażać je w odpowiedni sprzęt przeciwepidemiczny.

W akcji szczepiennej nadal aktualna winna być sprawa badań w kierunku ustalenia jakości szczepionki, przy czym prace musiałyby być systematyczne i przewidywać z góry odpowiednie ilości szczepionek. Wymagałyby również potwierdzenia wnioski dr R a d ł y w zakresie skuteczności stosowanej szczepionki prof. Weigla w postaci dawki zmniejszonej. Rezultaty pozytywne stworzyły podstawę dla działalności zapobiegawczej.

Równocześnie w działalności w terenie pewne ośrodki, jakoteż specjalne kategorie ludności winny być przede wszystkim wzięte pod uwagę. Do takich ośrodków należy przede wszystkim zaliczyć te, które podejrzewamy, że są endemiczne dla duru plamistego. Pod specjalnym nadzorem winny się również znaleźć osiedla w których ostatnio notowano przypadki duru plamistego, a także osiedla bezpośrednio z nimi sąsiadujące. Analiza bowiem terenowa ognisk epidemicznych w latach 1936/7 i 1937/38 wykazuje, że na 159 ognisk w ośrodkach wiejskich — 7, tj. 4,5%, wystąpiło rok po roku, oraz jedno tj. 0,7% w tymże roku, lecz po kilkumiesięcznej przerwie. Ponadto 15 ognisk, tj. 9,4%, zjawiło się w bezpośrednim sąsiedztwie miejscowości, w której przed rokiem notowano dur plamisty, a w 4 przypadkach, tj. 2,5%, tegoż roku po kilkumiesięcznej przerwie. Sumując powyższe, możemy stwierdzić, że w 17% nowe ogniska wykazują łączność z uprzednimi epidemiami na danym terenie. Zjawiska te, być może, dają się, w myśl badań M o s i n g a, wytłumaczyć długim okresem życia wszy po zakażeniu się w ogniskach endemicznych.

W akcji zapobiegawczej duże znaczenie mogłoby

mieć stwierdzenie predylekcji do zapadania na dur plamisty poszczególnych grup ludności. Jeśli chodzi o płeć i wiek, to zachorowania w latach 1936/7 i 37/8 wystąpiły następująco:

Zachorowania na dur plamisty w/g płci i wieku

rok 1936/7

L. p.	Powiat	Liczba zachorowań							
		kobiety		mężcz.		Razem		Razem	
		15	15	15	15	15	15		
1	Brasławski	3	9	1	4	4	13	17	
2	Dziśnieński	22	23	20	32	42	55	97	
3	Mołodecki	6	10	4	4	10	14	24	
4	Oszmiański	21	20	21	24	42	44	86	
5	Postawski	9	28	13	15	22	43	65	
6	Święciański	8	9	4	15	12	24	36	
7	Wilejski	7	4	8	7	15	11	26	
8	Wil-Trocki	10	16	13	20	23	36	59	

rok 1937/8

1	Brasławski	9	6	5	9	14	15	29
2	Dziśnieński	7	26	15	18	22	44	66
3	Mołodecki	6	14	6	12	12	26	38
4	Oszmiański	11	13	14	21	25	34	59
5	Postawski	12	12	9	13	21	25	46
6	Święciański	1	5	2	5	3	10	13
7	Wilejski	11	18	24	16	35	34	69
8	Wil-Trocki	16	29	28	32	44	61	105
razem		159	242	187	247	346	489	835
		401		434		41%	59%	
		48%		52%				

Jak z załączonych tablic wynika, na 835 przypadków zachorowań 48% wystąpiło wśród kobiet oraz 52% wśród mężczyzn. Jeśli uwzględnimy, że w wojew. wschodnich na 100 mężczyzn przypada 106 kobiet, stwierdzimy, że wśród mężczyzn zachorowania na dur plamisty są o 14% częstsze, niż wśród kobiet.

Również częściej przebiega dur plamisty wśród dzieci. Na 835 przyp. zachorowań 41% wystąpiło wśród dzieci do lat 15, a 59% powyżej tego wieku. Uwzględniając stosunek ludności w/g wieku do lat 15 równy 35,6%, a 64,4% w wieku starszym, stwierdzamy wśród dzieci o 20% częstsze zachorowania na dur plamisty. Fakt ten jest zrozumiały ze względu na nabytą odporność wskutek przechorowania na dur plamisty przez dużą liczbę ludności wieku starszego.

Pożądane byłoby również wyjaśnienie wyrażanego niekiedy poglądu, że często epidemie rozpoczynają się wśród dzieci, a dopiero wtórnie przenoszą się na dorosłych. Dociekania w tym kierunku są bardzo utrudnione, gdyż zwykle początkowe przypadki, jako atypowe, trudne są do uchwycenia. Przybliżone jednak dane wykazały, że w roku 1936/7 na 86 ognisk — 76% rozpoczęło się wśród dorosłych, a zaledwie 24% wśród dzieci. Również w roku 1937/8 na 116 ognisk w 80% epidemia rozpoczynała się wśród dorosłych, a w 20% wśród dzieci. Jednakże zaznaczyć należy, że dzieci za pośrednictwem szkoły w wielu przypadkach stają się rozsładnikiem duru plamistego na otoczenie.

Poza działalnością zwalczania duru plamistego prowadzone są również obecnie prace epidemiologiczne. Tak np. ostatnio zostały wprowadzone specjalnie opracowane ankiety dla miejscowości, w których zjawiły się przypadki duru plamistego, jak również ankiety, dotyczące poszczególnych osób chorych. Jednakże dla umożliwie-

nia bardziej systematycznej działalności w zakresie badań epidemiologicznych niezbędne byłoby wydzielenie specjalnej kolumny dla tych celów. W tych warunkach

można by mieć nadzieję, że szereg zjawisk dotychczas niejasnych w epidemiologii duru plamistego, być może, dałoby się w przyszłości wyświecić.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych: 1. Fundusz im. Dra Teodora Boryssowicza. Zapomoga w wysokości zł 470 dla młodego lekarza polaka z pierwszeństwem dla członka Tow. Lek. Warsz., zajmującego się specjalnie ginekologią, w celu dalszego kształcenia się w klinikach specjalnych w kraju lub zagranicą. Do podania o stypendium dołączyć należy: 1) curriculum vitae, 2) zaświadczenie ordynatora ośnośnego oddziału o zaletach kandydata. Termin składania podań upływa dn. 15 maja 1939 r. 2. Fundusz zapomogowy „Bezimienny dla lek. prowincjonalnych”. Zapomoga w wysokości zł 900 dla młodych lekarzy, udających się na prowincję a pragnących uzupełnić w Warszawie swoje wykształcenie kliniczne na oddziałach szpitalnych. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r. 3. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Marii i Jana Giellerów. Zapomoga w wysokości zł 3.000 dla lekarzy polaków, wyznania rzymsko-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku. 4. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. D-ra Józefa Grodzkiego. Zapomoga w wysokości zł 1.000 dla młodego lekarza, Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, który nie później jak w 2 lata po ukończeniu studiów uniwersyteckich, przed rozpoczęciem praktyki, będzie się doskonalił w swoim zawodzie. Kandydaci ubiegający się o powyższą zapomogę winni złożyć podanie ze szczegółowym życiorysem. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r. 5. Fundusz nagrodowo-wydawniczy im. D-ra M. Halperna. Nagroda w wysokości zł 1.400 dla lekarza polaka, za najlepszą pracę napisaną w języku polskim, przedstawioną w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu z dziedziny przemiany materii lub innej gałęzi medycyny teoretycznej. Suma przyznana przeznaczona jest w połowie na nagrodę, w połowie na wydanie pracy nagrodzonej. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r. 6. Fundusz nagrodowy im. D-ra Józefa Jaworskiego. Nagroda konkursowa w wysokości zł 110 za prace oryginalne, w języku polskim, nadesłane w rękopisie, lub drukiem ogłoszone z dziedziny położnictwa i ginekologii, a w braku takich z dziedziny patologii ogólnej. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku. 7. Fundusz nagrodowy im. D-ra med. i chirurgii Leona Konica. Dwie nagrody w wysokości zł 1.900.— każda za najlepszą pracę oryginalną w języku polskim, poświęconą li tylko chorobom kobiecym i akuszerii, ogłoszoną drukiem w książce oddzielnej, w czasopiśmie lekarskich lub w rękopisie złożoną Towarzystwu. Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne, jak i laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, a także podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych w ogóle. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r. 8. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Dra Stanisława Kopcia. Zapomoga w wysokości zł 800.— dla młodego lekarza, polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające. Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, niż przed 3-ma laty, i niemniej roku pracowali jako asystenci szpitali pod kierunkiem doświadczonych

ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania: 1. curriculum vitae, 2. bieg studiów dotychczasowych, 3. ewentualne odbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem, 4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku. 9. Nagroda konkursowa, ufundowana przez Towarzystwo Warszawskie „Motor” sp. Akcyjna, Chemiczno-Farmaceutyczna (jako pozostałość konkursowa z r. 1929) w poczuću potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem poczyną i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej. Nagroda wynosi zł 1.000.— Nagroda konkursowa będzie przyznana za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie. Termin składania podań wraz z życiorysem upływa z dniem 15 maja 1939. 10. Fundusz nagrodowy im. Grzegorza Piramowicza. Nagroda konkursowa w wysokości zł 400.— na cele popierania higieny szkolnej za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę, złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiegokolwiek dziedziny higieny szkolnej — w braku zaś takiej pracy, nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinii władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higieny szkolnej. Do podania o nagrodę dołączyć należy życiorys i ośnośną pracę. Termin składania podań upływa dnia 15 maja 1939 r. 11. Fundusz stypendialny im. Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy. Stypendium w wysokości zł 5.000.— dla polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, pracującego tak w kraju jak i zagranicą, na polu biologii i medycyny doświadczalnej. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku. 12. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Dra Alfreda Sokołowskiego. Zapomoga w wysokości zł 1.000.— na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego jednej z osób wymienionych poniżej dotkniętej poczynającą się gruźlicą, której stan pozwala rokować wyleczenie, a przynajmniej odzyskanie sprawności zawodowej. Do zapomogi mają prawo przede wszystkim lekarze w ciągu lat 10-ciu po ukończeniu uniwersytetu, a między nimi pierwszeństwo przysługuje asystentom szpitali cywilnych warszawskich. W braku odpowiednich kandydatów z zapomogi korzystać mogą inni lekarze, również i studenci medycyny z 2-ch lat ostatnich kursów, bez różnicy uniwersytetu, wszyscy tak lekarze jak i studenci bez różnicy wyznania i płci. Zapomoga przyznana służy na opłatę bezpośrednio przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie należności za leczenie w sanatorium, przede wszystkim w Rudce, według uznania Zarządu Tow. Lek. Warsz. Zapomoga ma charakter warunkowo zwrotny. Do podania o stypendium dołączyć należy: 1. curriculum vitae, 2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku. 13. Fundusz stypendialno-nagrodowy im. Dra F. Sommera. Stypendium względnie nagroda w wysokości zł 1.700.— dla polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym lub na nagrodę za nową nienagrodzoną pracę w powyższym zakresie, przedstawioną w rękopisie lub druku. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania: 1. Życiorys, przebieg studiów i zamierzenia na przyszłość, 2. Pra-

cę przeznaczoną do konkursu (należy wyraźnie wymienić, którą pracę zgłasza autor do konkursu). 3. Spis prac i ew. odbitki prac najważniejszych.

Podania wraz załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Kr. Belgów Nr 7) do dnia 15 maja 1939 roku. Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

Sekretarz Stały:

(—) Dr med. Tadeusz Kopeć.

— Nowy zeszyt „Acta Vitaminologiae“, wydawanych pod redakcją E. Lelesza, profesora Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, zawiera 3 prace oryginalne: 1. Prof. Supniewskiego i Dra Serafin - Gajewskiej. Własności farmakologiczne aminopirydyn. 2. Doc. Przeździeckiej. Znaczenie witaminu A dla funkcji rozrodczych samicy. 3. Prof. Lelesza. Badanie zawartości witaminów we krwi (W. A. we krwi zwierząt hodowlanych). Poza tymi pracami oryginalnymi znajdujemy streszczenia publikacji oraz nowych wydawnictw oraz spis prac, nadesłanych do Redakcji.

ZMARLI:

Władysław Szymonowicz, prof. histologii i embriologii Uniwersytetu J. K. — we Lwowie. Franciszek Kmielowicz (starszy) działacz na polu zdrojownictwa polskiego, szczególnie zasłużony dla Krynicy — w Krynicy.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

28.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Jerzy Rutkowski. Przypadek moczołki prostej leczony przeszczepieniem przysadki. 2. Janusz Zeyland. Nacieczenie a niedodma płuc u dzieci gruźliczych.

28.III. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) Dyskusja nad referatami Zajdłówny R. i Bera A. wygłoszonymi na 278 posiedzeniu klinicznym kom. Nauk. 2) Józ B. Zmiany w układzie kostnym w schorzeniach tarczycy, przysadki i gonady. 3) Glass B. Naciek wczesny gruźliczy skutecznie leczony odmą sztuczną u 58-letniego. 4) Trybel J. Z kazuistyki elektrokardiograficznej oddz. II wewn. Szpitala Starozakonnych na Czystem: zaburzenia przewodnictwa 5) Goldkorn L. O sprawdzianach skuteczności benzoterapii w zespołach bronchopneumonicznych.

Résumé des articles originaux.

B. JOCHWEDS et A. WAJNGOT. **Recherches cliniques sur la valeur de l'épreuve saccharinique selon la méthode de Lian et Facquet.**

Les auteurs ont vérifié la valeur clinique de l'épreuve saccharinique de Lian et Facquet sur 310 personnes saines et malades, dont 105 étaient des cardiaques. Chez les individus sains ainsi que chez les malades dépourvus d'insuffisance circulatoire, la vitesse de la circulation sanguine était de 12 à 16 sec. Cette durée est nettement prolongée chez les malades atteints d'insuffisance circulatoire d'origine centrale; au fur et à mesure de l'amélioration de l'état du coeur elle se raccourcit,

mais dans la période d'insuffisance même relative elle est plus longue, que chez les individus sains. Le ralentissement de la circulation au cours des lésions diffuses du myocarde était régulièrement plus accentuée, qu'au cours des vices du coeur non compensés. L'insuffisance isolée du coeur gauche, aussi bien aiguë que chronique, démontrait les chiffres normaux ou bien légèrement exagérés. L'effort des malades avec l'insuffisance cardiaque ralentit la vitesse circulatoire d'une façon évidente; au contraire, chez les individus dépourvus de toute lésion cardiaque les „durées sacchariniques“ après les efforts ne différaient de celles d'avant l'effort, ou bien démontraient de légères oscillations. Au cours du traitement par la digitale, soit par la strophantine l'attitude de la vitesse circulatoire est d'une grande valeur au point de vue de pronostic et facilite l'appréciation de la méthode thérapeutique administrée et on en peut dégager des conclusions cliniques ultérieures. L'insuffisance circulatoire d'origine vasculaire (collapsus périphérique, la maladie de Bürger, l'acrocyanose) sans lésions concomitantes du myocarde ne prolongeait pas la „durée saccharinique“. Dans les hyperthyroïdies avec le myocarde intact la vitesse circulatoire était de 9 à 11 sec., dans l'atteinte du myocarde — 15 à 18 sec. Après l'intervention chirurgicale ou après le traitement interne efficace la vitesse circulatoire revenait à la valeur normale. Dans les états d'hypothyroïdie la „durée saccharinique“ était ralentie. L'examen de la vitesse circulatoire fait immédiatement après l'accouchement ne démontrait qu'une légère accélération par rapport à la période précédant l'accouchement. L'anesthésie à l'éther n'avait aucune influence sur les résultats de l'épreuve saccharinique. La réduction de la surface respiratoire pulmonaire (le pneumothorax, même bilatéral, les épanchements pleuraux, la phtisie et les tumeurs des poumons) n'influe pas la vitesse circulatoire, pas plus que la fièvre typhoïde, les ulcères gastriques et duodénaux, la lithiase biliaire et rénale, les anémies diverses — abstraction faite évidemment de toute lésion du myocarde coexistante. Dans certains cas d'une symptomatologie confuse l'épreuve à la saccharine présentait la valeur auxiliaire au fin de trancher les doutes diagnostiques dans de diverses maladies.

M. LEWENFISZ. **Radiothérapie des affections bénignes de l'appareil génital de la femme.**

Fibromyomes. Les rayons X ont une action double: 1) une action sur les ovaires: 2) une action directe sur les tumeurs elles-mêmes. L'auteur a irradié 72 fibromes. Il a obtenu une réduction complète dans 68 cas. Ensuite l'auteur donne des indications et contre-indications du traitement radiothérapique. La technique d'auteur consiste à étaler la dose totale sur un nombre de séances réparties sur plusieurs semaines. Ménorragies et métrorragies. L'auteur utilise dans la stérilisation la méthode de la dose fractionnée et envisage la rentgénéthérapie splénique et hypophysaire. Affections inflammatoires — technique, résultats. Tuberculose utéro-annexielle — technique, résultats. Affections vulvo-vaginales (*kraurosis vulvae*, prurit vulvaire, bartholinite) — technique, résultats.

W. PRAŻMOWSKI. **La lutte contre le typhus exanthématique dans le gouvernement de Vilno.**

L'auteur discute la question de dislocation du typhus exanthématique dans le gouvernement de Vilno, qui est un des principaux foyers de cette maladie.

TREŚĆ: B. JOCHWEDS i A. WAJNGOT. Badania kliniczne nad szybkością krwioobiegu metodą sacharynową Liana i Facqueta (Dok.). — I. DWORECKI. W sprawie formułowania wyników ilościowych badań laboratoryjnych. — M. LEWENFISZ. Rentgenoterapia łagodnych schorzeń narządów kobiecych. — E. KOSMAN i A. WAJNGOT. Fizjopatologia przemiany cholesterolu (Str. pogl. C. d.) — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazd. — W. PRAŻMOWSKI. Zwalczanie duru plamistego na terenie województwa wileńskiego. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: B. JOCHWEDS et A. WAJNGOT. Recherches cliniques sur la valeur de l'épreuve saccharinique selon la méthode de Lian et Facquet (fin). — I. DWORECKI. Sur la définition des résultats quantitatifs des analyses de laboratoire. — M. LEWENFISZ. Radiothérapie des affections bénignes de l'appareil génital de la femme. E. KOSMAN et A. WAJNGOT. La physiopathologie du métabolisme du cholestérol (Rev. gén., suite). — W. PRAŻMOWSKI. La lutte contre le typhus exanthématique dans le gouvernement de Vilno. (fin).