

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 19

WARSZAWA, 9 MAJA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O zaburzeniach ośrodkowo-nerwowych w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych¹⁾

Podał

L. E. BREGMAN (Warszawa)

Związek przyczynowy pomiędzy sprawami patologicznymi w układzie ośrodkowo-nerwowym a zaburzeniami gruczołów dokrewnych oparty jest przede wszystkim na warunkach unerwienia tych gruczołów. Są one unerwione bezpośrednio przez układ roślinny, który wysyła bodźce, pobudzające gruczoły do wydzielania specjalnych hormonów. W kierunku dośrodkowym odnośne toru układu roślinnego idą ze zwojów współczulnych i paska granicznego do jąder współczulnych w bocznych płatkach rdzeniowych i do rdzenia przedłużonego, do ośrodków, mieszczących się w tworze siatkowatym. Wyższe ośrodki roślinne mieszczą się w śródmózdzu, w okolicy podwzgórkowej i na dnie III komory. Zadaniem tych ośrodków jest skoordynowanie zawiązków czynności roślinnych, a przede wszystkim przemiany materji w ustroju. Następny z rzędu wyższy ośrodek znajduje się w ciele prążkowanym, najwyższy zaś w korze mózgowej.

Z drugiej strony gruczoły dokrewne za pośrednictwem hormonów wpływają niewątpliwie na układ nerwowy. Tworzy się tym sposobem zamknięte koło: układ ośrodkowy wpływa na produkcję hormonów, hormony zaś na układ roślinny i ośrodkowy. Stosunek ten wskazuje nam możliwe sposoby wzajemnego na siebie oddziaływania wymienianych narządów: a) schorzenia układu nerwowego powodują zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych - zaburzenia wewnętrznej dziel-

nicze neurogenne, b) schorzenia gruczołów dokrewnych powodują zmiany w układzie nerwowym - sprawy ośrodkowo-nerwowe powstałe na tle endokrynnie toksycznym.

W praktyce w przypadkach powikłania zespołu endokrynnego zespołem ośrodkowo-nerwowym orzeczenie, czy zachodzi między nimi związek przyczynowy, i która z przytoczonych powyżej możliwości ma w danym przypadku miejsce, naraża częstokroć duże trudności. Ścisłejszy związek przyczynowy jest prawdopodobny 1) gdy zespoły obu kategorii częściej się ze sobą wikłają, 2) gdy obie grupy objawów jednocześnie się rozwijają albo równolegle się nasilają lub zmniejszają, 3) gdy leczenie-operacja mózgowa, wyłączenie gruczołu, przeszczepienie go, opoterapia - wpływa pożywnie na oba zespoły, 4) gdy się udaje doświadczać związek przyczynowy udowodnić np. wyłączenie gruczołu wywołuje objawy podobne do obserwowanych i zmiany w ośrodkach, 5) wreszcie kierujemy się obrazem klinicznym: jeśli do zespołu mózgowego lub rdzeniowego przyłączają się pojedyncze objawy endokrynne, to skłonni jesteśmy uważać sprawę za pierwotnie nerwową, i odwrotnie, jeśli w zespole endokrynnym znajdujemy pojedyncze objawy ośrodkowo-nerwowe, traktujemy je jako toksyczno-endokrynne.

Przechodząc do rozpatrzenia pojedynczych gruczołów dokrewnych zaczynamy od gruczołu tarczowego, przyczem oddzielnie omawiać będziemy zaburzenia z nadmierną czynnością gruczołu (*Hyperthyroidismus*), a oddzielnie zmniejszoną czynność (*Hypothyroidismus*).

Najczęstszą postacią hipertyroidyzmu jest choroba Basedowa. Wikła ona się często różnorodnymi sprawami nerwowymi. Skojarzenie to bywa niekiedy przypadkowe, w pewnej części jednak przypadków zachodzi niewątpliwie związek ścisły. Dzielić odnośne spostrzeżenia na dwie grupy - schorzenia pierwotnie nerwowe i pierwotnie tarczycowe, zastrzegamy z góry, że podział ten nie daje się zawsze ściśle przeprowadzić.

¹⁾ Skróć referatu, ogłoszonego na Pierwszym Zebraniu Dorocznym Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego w dn. 24 III 1929 r.

W pierwszej grupie — chorób ośrodkowo-nerwowych, wnikających się objawami choroby Basedowa, wymienimy w pierwszej linii chorobę Parkinsona: powikłanie, opisane przez b. licznych autorów. Pozatem d. często zarówno w chorobie Parkinsona, jak i w parkinizmie pośpiączkowym spotyka się pojedyncze objawy choroby Basedowa. Przypadek współistnienia objawów Parkinsona i Basedowa spostrzegłem niedawno. Objawy powstały prawie jednocześnie i stopniowo się rozwijały. Gruczoł tarczowy zmian nie przedstawiał. Przypuszczaliśmy sprawę destrukcyjną na podstawie czaszki, która przez zajęcie ośrodków roślinnych wywołała objawy choroby Basedowa.

Dalej zasługuje na uwagę stosunek, jaki zachodzi między płasawicą, cierpieniem, które obecnie także umiejscawiamy w jądrach podstawnych, a chorobą Basedowa. Odpowiednie spostrzeżenia dotyczą przede wszystkim dzieci.

Co się tyczy spraw w trzonie mózgowym i rdzeniu przedłużonym, należy wspomnieć o dawniejszych doświadczeniach (Filehne, Durdufi, Bienfait), w których po przecięciu ciała powrózkowego otrzymywano objawy, przypominające chorobę Basedowa. Odpowiednie przypadki kliniczne zaliczone zostały przeważnie do spraw wtórnych toksycznych, będzie o nich mowa poniżej.

Niejednokrotnie spostrzegano powstawanie choroby Basedowa bezpośrednio w następstwie wzruszenia. Biorąc pod uwagę niewątpliwie bliski stosunek szarych jąder podstawnych do afektów, należy przypuszczać, że w tych razach zaburzenia czynnościowe tych jąder spowodowały nadmierną czynność tarczycy.

Wreszcie w grupie tej wspomnieć musimy o kilku przypadkach, w których objawy choroby Basedowa powstały na tle urazu nerwu współczulnego szyjnego. Dalej o licznych spostrzeżeniach współistnienia Basedowa z wiałem rdzenia: ponieważ wiał rdzenia uszkadza częstokroć ośrodki rdzenia przedłużonego, możliwe jest powstanie neurogenne zaburzeń tarczycznych. W końcu pewne postaci Basedowa wyodrębnione zostały przez autorów, jako powstałe na tle neuropatycznym, ponieważ objawy nerwowe wyprzedzają w nich objawy choroby Basedowa i pozostają po ew. wyleczeniu tych ostatnich.

Przechodząc do drugiej grupy — zaburzeń ośrodkowo-nerwowych pochodzenia toksycznego należy zauważyć, że już w obrazie typowym choroby Basedowa widzimy cały szereg objawów nerwowych i psychicznych; te ostatnie niekiedy nasilają się do stopnia prawdziwej psychozy, która np. w dwóch spostrzeganych przeze mnie przypadkach (w jednym powodem było zaproponowanie leczenia operacyjnego) miała przebieg niezmiernie gwałtowny, zakończony śmiercią. Niejednokrotnie spostrzegano w chorobie Basedowa zespoły mózgowe — porażenie połowicze, niedowidzenie połowicze (Higier), które, ze względu na wiek chorego, przebieg przejściowy i brak zmian w układzie naczyniowym, miały cechy spraw toksycznych. Klien opisał objawy opuszkowe a później typowy parkinizm. Po zabiegu operacyjnym na tarczycy zarówno objawy choroby Basedowa, jak i ośrodkowe poprawiły się, potem i jedno i drugie się po-

gorszyły; po drugiej operacji znowu poprawa wszystkich objawów. Kilka przypadków porażenia opuszkowego, wnikającego chorobę Basedowa opisał Kappis.

Dość liczne są spostrzeżenia zajęcia w chorobie Basedowa n. wzrokowego, najczęściej w postaci zapalenia pozagąłkowego, ale i tarczy zastoinowej. Zapalenie pozagąłkowe widziano także po forsownym leczeniu tyroidy. Częściej jeszcze opisywano porażenia mięśni ocznych u nas Prusak).

O zadziałaniu toksycznym na rdzeń posiadamy materiał b. skąpy. Schilling opisał niedawno przypadek, dotyczący młodej dziewczyny z typowym Basedowem, w którym rozpoznał zapalenie pęczkowe (*myelitis funicularis*), Mięśowicz — przypadek Basedowa, powikłany zanikami mięśni, pochodzenia rdzeniowego.

Ciekawe są dane o zmianach anatomicznych w układzie nerwowym w chorobie Basedowa. Kraus pisze, że w każdym przypadku zbadać należy cały układ ośrodkowy od rdzenia przedłużonego aż do ciała prądkowanego. Zmiany są po części degeneracyjne, po części naczyniowe, dlatego Klien nadaje im nazwę *Encephalopathia thyreo-toxica*. Najczęściej znajduje się zmiany w nerwie i zwojach współczulnych. Reinhardt przypisuje im rolę pierwotną w powstawaniu choroby Basedowa i, opierając się na badaniach doświadczalnych, zastosował leczenie operacyjne, polegające na wyłuszczeniu całego nerwu współczulnego szyjnego, które w większości przypadków dało dobre wyniki. Simchowicz, podając królikom tyroidy, otrzymywał zmiany zwyrodnieniowe, najwybitniejsze w rdzeniu, mniejsze w rdzeniu przedłużonym, moście Varola, jądrach śródmózdzia i mózdku, najmniejsze w korze mózgowej.

Hypotyrydyzm i Atyreoza. Badania doświadczalne wykazały, jak wielkie skutki ma wyłuszczenie tarczycy dla układu ośrodkowego. Rasdolsky otrzymywał u zwierząt po wyłuszczeniu tarczycy wybitne zmiany w korze mózgowej, zwł. zwyrodnienie komórek zwojowych, mniejsze zmiany w jądrach rdzenia przedłużonego i mostu Varola, zwojach współczulnych i przywspółczulnych. Uczłowieka hypotyrydyzm występuje w paru postaciach: 1) wrodzona lub wcześniej nabyta *thyreoaplusia*. Tu duży niedorozwój umysłowy zależy przede wszystkim od braku tarczycy (tyroidy wpływa dodatkowo), ale prawdopodobne są także pierwotne zmiany w mózgu; 2) to samo dotyczy kretyzmu endemicznego; 3) obrzęk śluzakowaty i 4) *cachexia strumipriva*. W ostatnich dwóch postaciach zaburzenia psychiczne polegają głównie na spowolnieniu procesów psychicznych, tak samo jednak, jak w chorobie Basedowa, zdarzają się i tu prawdziwe psychozy.

Söderbergh i Lundborg zwrócili uwagę na spostrzegane w szeregu przypadków obrzęku śluzakowatego objawy organiczno-nerwowe, wskazujące przeważnie na zajęcie mózdku i jąder podstawnych, które to objawy znikają po zastosowaniu tyroidy. Przypadek podobny spostrzegłem w r. z. Obok typowych objawów obrzęku śluzakowatego stwierdziłem objawy mózdkowe, słabe zaburzenia połowicze i wreszcie objawy stryjne. Chora przez szereg lat była dotknięta cierpieniem wątroby, po operacji przez 3 lata była zdrowa, poczem

nastąpiło pogorszenie i postępujące wycieńczenie, przypuszczając zrosty, operowano chorą po raz drugi, ale już przedtem zaczęły się rozwijać objawy obrzęku śluzakowatego. Pod wpływem tyroidy ustąpiły zarówno obrzęk, jak i zaburzenia ośrodkowe. Do powstania hipotyroidyzmu przyczyniło się wycieńczenie chorej, ale i choroba wątroby mogła tu mieć znaczenie etiologiczne.

Pozatem w pojedynczych przypadkach obrzęku śluzakowatego spostrzegano zanik nn. wzrokowych, zaburzenia słuchowe, napady padaczkowe i skurcze toniczne, podobne do tęcza; we wszystkich tych przypadkach związek z tarczycą ujawniał się przez dodatnie działanie tyroidy.

W tem miejscu wspomnieć muszę o sklerodermji, wzgl. sklerodaktylii, która powstaje wskutek zaburzeń w układzie roślinnym, a niewątpliwie ma bliski stosunek do gruczołu tarczowego. Sklerodermja, tak samo jak choroba Basedowa spowodowana być może bezpośrednio przez sprawę mózgową. Tomassi spostrzegał w następstwie nagminnego zapalenia mózgu parkinsonizm wraz z twardziną skóry i objawami niedomogi tarczycy. Powikłanie sklerodermji, wzgl. sklerodaktylii sprawą rdzeniową spostrzegałem u 8 l. chłopca, u którego obie grupy objawów rozwijały się równolegle od lat 4. Dowodem organicznej sprawy rdzeniowej były odruchy patologiczne, kloniczne odruchy ścięgnowe oraz zaburzenia w oddawaniu moczu i kału.

Nadnercze. Choroba Addisona jest typem sprawy, polegającej na hipofunkcji nadnerczy i w większości przypadków powstaje wskutek pierwotnego schorzenia tego gruczołu. Jednakowoż w 30% przypadków nadnercza są zdrowe, natomiast wykrywa się zmiany w układzie roślinnym zwł. w *plexus coeliacus*; w tych przypadkach przyjmujemy postać neurogeną choroby Addisona. Przez wyluszczenie królikowi splotu żywotowego udawało się wywołać objawy choroby Addisona. W typowym obrazie tej choroby, tak samo jak w chorobie Basedowa, nie brak objawów nerwowych i psychicznych, rzadziej występują cięższe zaburzenia psychiczne. Obok całkowitego cięższego zespołu Addisona istnieje jeszcze postać łagodna, o rokowaniu wzgl. pomyślnem (*insuffisance surrenale*). Przypadek taki, powikłany zresztą ciężkimi objawami psychicznymi i padaczką, spostrzegałem przed paru laty.

Chora przybyła do szpitala w stanie wielkiego podniecenia; po zastrzykiwaniach adrenaliny uspokoiła się. Na schorzenie nadnerczy wskazywały zmiany barwnikowe na skórze, zmniejszone ciśnienie krwi, adynamja, zwiększona tolerancja wzgl. cukru. Chorej w 15 r. życia podczas operacji wyrostka robaczkowego usunięto cały pr. jajnik i część lewego. Menstruacja zawsze nieprawidłowa; bezdzietna. Od 8 miesięcy typowe napady padaczkowe.

W przypadku tym mieliśmy sprawę wielogruczołową, górowała jednak zmniejszona czynność nadnerczy, czego dowodem, że chora po zastosowaniu adrenaliny i suprareniny całkowicie wyzdrowiała.

Obraz kliniczny zwiększonej czynności nadnerczy, nie jest jeszcze dostatecznie wyodrębniony: najważniejszym objawem jest wysokie ciśnienie krwi, zaś w dziedzinie układu nerwowego podawano nerwowość, podniecenie, ból głowy, po-

większenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego i t. d.

Przysadka mózgowa. Gruczoł ten wraz z lejkiem i guzem szarym stanowi pod wzgl. anatomicznym i fizjologicznym jeden aparat niezmiernie ważny dla kierownictwa czynnościami układu roślinnego. Z bliskiego sąsiedztwa przysadki z podstawą mózgu wynika wzajemne oddziaływanie tych narządów w sprawach zapalnych i nowotworowych. Sprawy te, również jak i szereg zaburzeń wzrostu ciała i przemiany materji, wynikających z korelacji przysadki z innymi gruczołami, nie wchodzi w zakres dzisiejszego referatu. Wielekroć w schorzeniach przysadki występują zaburzenia psychiczne, co do których jednak trudno orzec, czy są one bezpośrednim następstwem uszkodzenia aparatu przysadkowego, czy też (najczęściej są to przypadki nowotworów) skutkiem wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego, zajęcia sąsiednich części mózgu albo towarzyszącego wodogłowia. O objawach ośrodkowych, wywołanych przez zadziaływanie hormonów przysadki, dotąd nic pewnego nie wiemy.

Trzustka. Od czasu odkrycia wysepek Langerhansa zaliczona także do gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Głównem zadaniem jej jest regulowanie przemiany węglowodanów w ustroju, dlatego odgrywa najważniejszą rolę w patogenezie cukrzycy. Choroba ta wikała się często sprawami nerwowymi, zwł. w zakresie układu obwodowego. Sprawy ośrodkowe powstają częstokroć wskutek zmian w układzie naczyniowym, towarzyszących cukrzycy. Bezpośrednio toksyczne działanie widzimy w śpiączce cukrzyczej. W okresie przedśpiączkowym występują niekiedy ciężkie objawy psycho-nerwicowe, czasami zaburzenia poważniejsze — podniecenie, bredzenie, urojenia. Rzadka jest postać wrzekowo paralityczna (*pseudoparalysis diabetica*). Niekiedy występują objawy mózgowo, porażenie albo niedowidzenie połowicze, które nie mają cech ostrej sprawy naczyniowej, częstokroć przechodzą bez śladu i prawdopodobnie powstają na tle toksycznym. Sprawy ogniskowe w rdzeniu jako powikłanie cukrzycy, spostrzegane bywają nader rzadko. W ostatnich latach spostrzegałem dwa takie przypadki, w obu sprawa umiejscowiona była w części grzbietowej, w pierwszym już samo zejście pomyślnie czyniło pochodzenie toksyczne sprawy prawdopodobnem; to samo dotyczy drugiego przypadku, aczkolwiek tu o zejściu ostatecznem nie posiadam wiadomości.

W tym miejscu godzi się wspomnieć o zaburzeniach ośrodkowych w następstwie stosowania insuliny. Mniej ważne są objawy (np. porażenie mięśni ocznych) przypisywane niedostatecznemu leczeniu. Znacznie poważniejsze zaburzenia, t. z. zespoły hipoglikemiczne powstają skutkiem leczenia zbyt forsownego; występują one w dwóch postaciach: 1) ogniskowe objawy mózgowo, w szczególności objawy stryaryne — sztywność mięśni, zahamowanie i ubóstwo ruchowe, powolna mowa, płacz i śmiech przymusowy, a obok tego oczopląs, agrafja, apraksja, podwójne widzenie i t. d., niekiedy także zaburzenia roślinne, 2) przejściowe psychozy. Te ciężkie zespoły spostrzegane bywają tylko w przypadkach ciężkich cukrzycy, po za-

stryknięciu dożylnem cukru gronowego objawy ustępują, pozostawiając po sobie zupełną amnezję.

Wątroba. Wpływ jej na powstawanie zaburzeń nerwowych polega nie tylko na wydzielaniu dotąd jeszcze nie wyodrębnionego hormonu, nie tylko na korelacji z innymi gruczołami dokrewnymi, lecz przede wszystkim na odtruwaniu produktów przemiany materji i zawartości przewodu pokarmowego, które zostają do niej doprowadzone przez żyłę wrotną. Spostrzeżenia doświadczalne i kliniczne dowodzą, że uszkodzenia wątroby powodować mogą sprawy chorobowe w układzie ośrodkowym. Fuchs, Lewy-Pinkussen, Kirschbaum i Wilemi, Mahaim po zabiegach doświadczalnych na wątrobie lub drogach żółciowych otrzymali zmiany degeneracyjne lub zapalne w mózgu, w szczególności w jądrach podstawnych. Spostrzeżenia kliniczne są b. liczne i dotyczą zarówno spraw lżejszych nerwicznych, zaburzeń psychicznych i ciężkich cierpień mózgowych, które były opisywane w różnych sprawach wątrobowych. Łapiński podaje, że przyczyną cierpień wielu chorych, którzy uchodzą za neurasteników, i u których przeważają objawy wisceralne, jest niedomoga wątroby: leczenie wątroby usuwa zaburzenia nerwowe.

Najważniejszą sprawą, która wykazała olbrzymie znaczenie dokrewne wątroby, jest wyłoniona w ostatnich latach sprawa leczenia niedokrewności złośliwej przez podawanie chorym wątroby. Działanie tego narządu jest w tych razach całkiem swoiste, dostarcza on ustrojowi hormonu, który w sposób jeszcze niezupełnie ustalony wpływa na sprawę wytwarzania i rozpadu hemoglobiny. Niedokrewność złośliwa wikła się często objawami ośrodkowymi, mózgowymi, a w szczególności rdzeniowymi. Stwierdzono, że leczenie wątroby wpływa dodatnio zarówno na obraz krwi, jak i na objawy ośrodkowe. W przypadku, przeze mnie spostrzeganym, zaburzenia rdzeniowe — niedowład i ataksja k. d. ze zniesieniem odruchów — wystąpiły wprawdzie już po rozpoczęciu leczenia wątroby, atoli dalsze stosowanie tegoż samego leczenia wpłynęło dodatnio na oba zespoły.

Sprawa stosunku pomiędzy schorzeniem wątroby a cierpieniami mózgu została jaskrawo oświetlona przez chorobę Wilsona i pseudosklerozę Westphala i Struempella. W obu tych sprawach ciężkie objawy mózgowe, wywołane schorzeniem zwojów podstawnych, w szczególności jądra soczewkowatego, wikłają się marskością wątroby. Co się tyczy interpretacji związku między obiema sprawami, istnieją trzy teorie: 1) obie sprawy są współzależne, powstałe na tle wspólnego czynnika patogenetycznego; 2) sprawa mózgowa jest pierwotna, schorzenie wątroby wtórne; teoria ta opiera się przede wszystkim na badaniach Karplusa i Kreidla, dowodzących zależności wątroby od okolicy podwzgórkowej; 3) trzecia teoria głosi, że schorzenie wątroby jest pierwotne, toksyny, spowodowane niedomogą tego narządu, wywołują cierpienie ośrodkowe. Na korzyść tej teorii świadczą przytoczone powyżej spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne. Oprócz tego w chorobie Wilsona i pseudosklerozie spostrzega się często objawy endokrynne, a pierścień Fleischera, patognomoniczny dla tych spraw, polega na nie-

ustalonym jeszcze zaburzeniu przemiany materji. W pewnej mierze przemawia za tym poglądem także umiejscowienie sprawy w mózgu. Łatwiej jest przedstawić sobie, że w pierwotnej niedomodze wątroby toksyny oddziałują specjalnie na pewne części mózgu, a zwł. na te części, które, jak nas przekonały dzisiejsze wywody, zostają z dużą predylekcją dotknięte także i w wielu innych sprawach gruczołów dokrewnych, aniżeli przypuścić, że pierwotna sprawa mózgowa wywołuje specjalnie uszkodzenie tych ośrodków, które wpływają na czynność wątroby.

Przytarczyca. Zmniejszenie czynności przytarczycy powoduje powstanie tężyczki. W tężyczce, występującej po wyluszczeniu przytarczycy, (przy operacji wola), Urechija i Elekies wykazali współistnienie objawów ze strony zwojów podstawnych, co zostało potwierdzone przez badanie anatomiczne.

Na uwagę zasługuje spostrzeżenie Zondeka: u chorego po zapaleniu nagminnem mózgu, obok innych zaburzeń przemiany materji, stwierdzono wahania, a zwłaszcza obniżenie poziomu zawartości wapnia we krwi; przy ogrzewaniu ciała żarówkami, poziom wapnia jeszcze się obniżał, i nastąpił napad tężyczki: mamy tu dowód oddziaływania sprawy mózgowej na obniżenie czynności przytarczycy.

Oprócz tężyczki usiłowano tłumaczyć schorzeniem przytarczycy szereg innych spraw. Lundborg przypisuje hipofunkcji tego gruczołu chorobę Parkinsona, miotonję i mioklonję, hiperfunkcji zaś miastenję i okresowe porażenie rodzinne. Co się tyczy choroby Parkinsona, to powszechne jest obecnie mniemanie, że sprawa ta polega na pierwotnem schorzeniu jąder podstawnych. W chorobie Erba-Goldflama przypuszczenie sprawy toksycznej jest wysoce prawdopodobne, dotąd jednak nie można było ustalić, jakiemu gruczołowi należy przypisać powstanie tej choroby. Najwięcej danych przemawia za grasicą, dalej wymieniano tarczycę, przytarczycę, przysadkę, trzustkę, nadnercza i narządy płciowe. Marinesco kładzie nacisk na schorzenie układu roślinnego, które, zdaniem jego, jest powodowane przez zmiany gruczołów dokrewnych, zwł. nadnerczy. Na uwagę zasługuje pogląd, że zarówno w miastenji, jak i w dystrofji miotonicznej (wikłającej się często objawami endokrynnymi) zaburzenia polegają na nieprawidłowej reakcji sarkoplazmy, która otrzymuje swe unerwienie z układu roślinnego.

Gruczoły płciowe. W wielu sprawach, powyżej opisanych, brały także udział gruczoły płciowe bądź wskutek korelacji między gruczołami, bądź dlatego, że sprawa odrazu miała cechy sławnej wielogruczowej. Pierwotne wypadnięcie gruczołów płciowych powoduje perturbację w przemianie materji, psychicze, a zwł. w układzie współczulnym. W życiu człowieka gruczoły płciowe odgrywają rolę wybitną, z ich rozwojem, czynnością i zanikiem związane są najważniejsze okresy życia, czynność ich jest sprzężona z czynnością innych gruczołów, układu roślinnego i mózgu, a zaburzenia tych czynności powodują zaburzenia w dziedzinie układu roślinnego i psychicznego, których opis wychodzi poza ramy dzisiejszego referatu.

W końcu wspomnę jeszcze w kilku słowach o znaczeniu gruczołów dokrewnych w powstawaniu padaczki i psychoz. Co się tyczy padaczki, to przynajmniej w niektórych postaciach tej choroby związek przyczynowy z czynnością gruczołów jest bardzo prawdopodobny. Natomiast próby określenia ściślejszego gruczołu, którego zaburzenia dają powód do powstawania napadów, spełzły dotąd na niczem. Obwiniano najczęściej tarczycę, przytarczycę, przysadkę, gruczoły płciowe, a zwł. nadnercza. Stosunek padaczki do czynności gruczołów płciowych jest powszechnie znany. Przypuszczenie związku z przytarczycą opiera się przede wszystkim na tężycie, występującej po wyluszczeniu przytarczycy, do której przyłączają się częstokroć napady padaczkowe; drugim łącznikiem zaś jest eklampsja dziecięca, która z jednej strony ma pewien stosunek do spazmofilji (będącej w związku z przemianą wapniową, a zatem i z przytarczycą), z drugiej strony zaś bywa zwiastunem późniejszej padaczki. W sprawie udziału przysadki zasługuje na uwagę, że wydzielina tylnego płata znajduje się w płynie mózgowo-rdzeniowym epileptyków rzadziej i w mniejszej ilości, niż u innych osobników (Altenburger i Stern). Wreszcie, co się tyczy nadnerczy, to Fischer wyraził przypuszczenie, że padaczka powstaje wskutek wzmożonej czynności nadnerczy, i na tej zasadzie proponował usunięcie jednego nadnercza dla leczenia padaczki. Operacja ta, wykonana przez Brünninga i in., zaledwie w kilku przypadkach osiągnęła wynik i to bardzo krótkotrwały. Przytoczony powyżej przypadek mój niedomogi nadnerczy z napadami padaczkowymi stoi w sprzeczności z teorią Fischera, atoli taką samą sprzeczność spostrze-

gano także w stosunku do innych gruczołów dokrewnych, i nie obala ona bynajmniej możliwości powstania padaczki wskutek wpływów endokrynych: dlatego w każdym przypadku tej choroby szukać należy wskazówek w tym kierunku i w razie ich istnienia zastosować opoterapię.

O psychozach endokrynych możemy powiedzieć to samo, co o padaczce. Niewątpliwie pewna część ich powstaje w związku ze schorzeniem gruczołów dokrewnych, ale i tu trudno ustalić, który gruczoł powoduje psychozę, i czy przyczyną jej jest wzmożona czynność, czy też niedomoga gruczołu. Różne postacie chorób endokrynych wikłają się zaburzeniami psychicznymi różnego rodzaju, a z drugiej strony we wszelkich psychozach wykryć można zaburzenia wewnątrzwydzielnicze. Wszelkie próby określenia pewnej postaci psychozy, właściwej dla tego lub owego gruczołu, albo zaburzeń gruczołowych, właściwych pewnym psychozom, całkowicie zawiodły. W wielu przypadkach stosunek psychozy do schorzenia endokrynnego jest oczywisty, ilustruje to doskonale podany przypadek niedomogi nadnerczy: zaburzenia psychiczne powstały równocześnie z objawami gruczołowymi i ustąpiły wraz z nimi po zastosowaniu opoterapii.

Pod względem praktycznym niezmiernie ważnem jest, ażeby w każdym przypadku psychozy poszukiwać skrzętnie punktu oparcia dla przypuszczalnej etiologii wewnątrzwydzielniczej, wtedy oczekiwać można pomyślnych wyników leczenia opoterapeutycznego. W szczególności nadają się do tego leczenia psychozy, powstałe w okresie dojrzewania płciowego i przekwitania.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze Szpitala dla chorych zakaźnych w Częstochowie

O wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzuszego.

Podał

Ignacy KONIECPOLSKI (Częstochowa).

Dur brzuszny jest u nas chorobą endemiczną, występującą to z większem, to z mniejszem nasileniem. Według danych statystycznych Szpitala dla chorych zak. w Częstochowie, największe nasilenie stwierdzamy w miesiącach letnich i jesiennych, co zresztą, jest zgodne ze statystykami i innych szpitali.

Nie wdając się w ocenę pojedynczych objawów, występujących w durze brzuszny, ani też nie omawiając całokształtu tych objawów, pragnę tylko zatrzymać się nad odczynem Widala, który w djagnostyce duru brzuszego już oddawna zyskał prawo obywatelstwa. Cały szereg klinicystów podkreśla, że niekiedy odczyn zlepný niewystępuje ani podczas całego przebiegu procesu chorobowego, ani też podczas nawrotów, aczkolwiek pod względem właściwego rozpoznania nie było wątpliwości. Inni zaś autorzy podkreślają częste

późniejsze występowanie odczynu w przebiegu duru brzuszego, tak np. Leube mógł stwierdzić odczyn zlepný dopiero w 18 dniu zachorowania, Lenz w 3 — 4 tygodniu i t. d. Niejednokrotnie odczyn zlepný występował jednocześnie z krwotokiem kiszczowym. Hösslin opisuje przypadki duru brzuszego, w których badanie krwi i kału dało wyniki dodatnie, odczyn zaś zlepný wypadł u tej grupy chorych stale ujemnie. Zwykle, jak wiemy, odczyn Widala występuje w 7 — 10 dniu choroby, aczkolwiek nierzadkiem zjawiskiem jest, że odczyn ten występuje i wcześniej. Również i my mieliśmy możność stwierdzić na dość dużym materiale szpitalnym, szczególnie w zeszłorocznej epidemji tyfusowej, u pewnej części chorych, u których przebieg chorobowy bezwzględnie przemawiał za zakażeniem tyfusowem, że odczyn zlepný wypadł ujemnie. Bardzo często zjawiał się dopiero podczas nawrotów w rozcieńczeniu 1 : 50, jako słabo dod. — (Badania Państwowego Zakładu Higjeny w Łodzi).

Jako przykład mogą służyć następujące przypadki¹⁾.

¹⁾ Żałować należy, że w przypadkach poniższych nie wykonano badania na laseczniki Ebertha (Red.).

Przypadek I. W. R. 44 l. W domu stale gorączkowała w ciągu 3 tygodni. 1.XI.1928 skierowana do Szpitala z rozpoznaniem: dur brzuszny. Odczyn Widala w 4 tyg. choroby sł. dod. 1:50. W szpitalu wystąpiło obustronne zapalenie ucha środkowego. Wyzdrowienie.

Przypadek II. B. B. 18 l. Przywieziony do Szpitala z Przyrowa z rozp.: dur brzuszny. W domu stale gorączkował w ciągu trzech tygodni. Odczyn Widala w 4 tyg. ujemny. Wyzdrowienie.

Przypadek III. H. C. lat 28. W domu wysoka ciepłota w ciągu 10 dni. Widala w końcu 2 tyg. ujemny. Podczas nawrotu 1:50 sł. dod. Wyzdrowienie.

Przypadek IV. B. J. 27 l. W domu silnie gorączkowała przeszło 2 tyg. Przywieziona 9.XI.28. Rozpoznanie szpitalne: dur brzuszny. Widala w 3 tyg. 1:50 +. Ciężki przebieg z powikłaniami ze strony płuc. Wyzdrowienie.

Przypadek V. R. A. 16 lat. Początek choroby b. ciężki.

Rozp.: dur brzuszny. Widala w końcu 2 tyg. 1:50 +. Przebieg b. ciężki. Wyzdrowienie.

Przypadek VI. K. W. lat 29. Przybyła do szpitala 23.VIII.1928. Chora od tygodnia. W domu i szpitalu ciepłota stale około 40° z nieznaczными remisjami. Przebieg b. ciężki. Powikłania ze strony płuc i opon mózgowych. Odczyn Widala w końcu 2 tygodnia ujemny. Obfite krwotoki kiszki. *Exitus*.

Przypadek VII. N. A. wstąpiła do szpitala 20.IX.1928. W domu gorączkowała w ciągu 2 tyg. Odczyn Widala w 3-im tyg. ujemny. W przebiegu choroby wystąpiła *thrombophlebitis* l. kończyny. Wyzdrowienie.

Przypadek VIII. G. R. 16 l. wstąpiła 12.IX.1928 chora od 3 tyg. Ciepłota stale około 40°, ze znacznymi remisjami. Odczyn Widala w 4 tyg. ujemny. Przebieg bardzo ciężki z powikłaniami ze strony płuc. Wyzdrowienie.

Przypadek IX. S. J. lat 22, wstąpił do szpitala z rozpoznaniem: dur brzuszny. Stan ogólny b. ciężki. W domu były krwotoki kiszki. Widala w 4 tyg. od zachorowania ujemny. Przebieg w Szpitalu b. ciężki. Wyzdrowienie.

Przypadek X. N. Sz. lat 28 wstąpił do szpitala z rozpoznaniem dur brzuszny. Widala w 2 tyg. ujemny. Przebieg ciężki. Wyzdrowienie.

Ograniczam się do podania tych przypadków, aczkolwiek mógłbym analogicznych przypadków przytoczyć więcej, kiedy odczyn zlepnny w typowych i ciężkich postaciach duru brzuszego albo wcale nie występował lub też występował w bardzo słabym stopniu. Przeglądając historię chorób, mimowoli musieliśmy zatrzymać się nad tem zjawiskiem, że w niewątpliwych przypadkach duru brzuszego brak odczynu zlepnego, lub też niski

jego stopień bardzo często przemawiał za ciężkim zakażeniem durowym. Często w tych przypadkach stwierdzaliśmy powikłania ze strony płuc i opon mózgowo-rdzeniowych z wystąpieniem krwotoków kiszki.

W przeciwieństwie do tej kategorii chorych spotykaliśmy również chorych tyfusowych, u których proces chorobowy przechodził mniej burzliwie, w większości przypadków bez poważniejszych powikłań, odczyn zlepnny zjawiał się wcześniej, przy czym w stopniu wysokim, jak np. 1:400+ 1:800+.

Za przykład może służyć przebieg choroby Kol. Sz., który przed 3 miesiącami przebył lekką postać duru brzuszego bez powikłań, przy czym okres chorobowy trwał w przybliżeniu 3 tyg. Rozpoznanie nasze nasuwało w tym przypadku pewne wątpliwości, gdyż dobre samopoczucie chorego, brak jakichkolwiek powikłań, ciepłota 38° — 38°5' niezupełnie przemawiały za drem brzuszny; z drugiej zaś strony wysoki odczyn zlepnny stwierdzony już we wczesnym okresie 1:800 +. (Dr. Eisenberg) — miał decydujące znaczenie. W drugim przypadku u synka kol. Z. również obserwowaliśmy wzgl. lekki przebieg, bez poważniejszych powikłań, odczyn zlepnny 1:800+.

Pomijając duży odsetek przypadków duru brzuszego, kiedy odczyn zł. występuje wzgl. prawidłowo i w natężeniu, jak 1:100, 1:200 i t. d., widzimy tutaj 2 rodzaje chorych tyfusowych. U jednej kategorii chorych, gdzie rozpoznanie, pod względem klinicznym nie ulegało wątpliwości, przebieg był bardzo ciężki, z powikłaniami — odczyn Widala występował często ujemnie, lub też w bardzo słabym stopniu, jak 1:50 w późniejszych okresach zachorowania. Z drugiej zaś strony widzimy również tutaj chorych, u których odczyn występuje bardzo wcześnie i w stopniu wysokim; okres chorobowy trwa 3 — 4 tyg. bez powikłań i nawrotów. Kraus podkreśla tę niewspółmierność niskiego odczynu zlepnego z ogólnym ciężkim stanem chorego i uważa objaw ten za prognostycznie niepomyślny.

Współczesny stan nauki o odporności nie wyświetla nam należycie poruszonego zagadnienia. Trudno jest nam dziś odpowiedzieć, dlaczego w jednym przypadku niewątpliwego duru brzuszego odczyn Widala wcale nie występuje lub też występuje w b. słabym stopniu, objaw prognostycznie niedobry, w drugim zaś przypadku o lekkim przebiegu klinicznym odczyn Widala występuje we wczesnym okresie i w stopniu wysokim.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Postępowanie chirurgiczne w zapaleniach błędnika w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego.

Podał

Dr. E. WEINKIPER (Warszawa).

Potrzeba skonkretyzowania i sklasyfikowania pojęć, dotyczących postępowania chirurgicznego

w przypadkach zajęcia błędnika czyli ucha wewnętrznego w przebiegu zapalenia ucha środkowego okazała się widocznie dość dojrzała, skoro posłużyła za temat referatów, postawionych na porządku dziennym w r. 1927 przez otologów francuskich, niemieckich i skandynawskich. Lecz, podczas gdy otolodzy francuscy zajęli się kwestją postępowania chirurgicznego w stosunku do ostrego zapalenia błędnika, powstałego wyłącznie w prze-

biegu ostrego zapalenia ucha środkowego, na zjazdach otologów niemieckich i skandynawskich rozpatrywane były wogóle zagadnienia, związane ze stanem zapalnym błędnika.

Na posiedzeniu otologów francuskich 23 marca 1927 r. referat wygłosił Ramadier, a w dyskusji brali udział między innymi Bourgeois, Lemaître, Baldenweck i in. Na zjeździe otologów niemieckich 2-4 czerwca 1927 r. referat wygłosili Ruttin i Zange. W prasie skandynawskiej zabierali głos Lund, Schmiegelow, Holmgren, Vigoschmidt, Barany.

Że nie każdy proces zapalny błędnika wymaga bezwzględnej interwencji chirurgicznej i niezawsze prowadzi do groźnej komplikacji w postaci ropnego zapalenia opon mózgowych wynika dobitnie z porównania, uczynionego przez Lemaître'a, który porównał pierwszy okres stanu zapalnego błędnika z pierwszym okresem ostrego zapalenia wyrostka sutkowego w trakcie ostrego zapalenia ucha środkowego.

Nawet przy dość gwałtownych objawach ze strony wyrostka ograniczamy się przecież w pierwszych dniach jedynie do paracentezy i dobrego drenowania i często stwierdzamy, że objawy ustępują i do trepanacji wyrostka nie dochodzi. In-

czej się zachowamy w późniejszym okresie tego schorzenia. W obu przypadkach kierujemy się zmianami anatomo-patologicznymi, leżącymi w podstawie obu procesów, zachodzących w wyrostku. Dlatego też Ramadier za podstawę swej klasyfikacji klinicznej wziął dane anatomo-patologiczne, które pozwoliły mu odróżnić dwie postaci: ostre zapalenie błędnika w ostrem zapaleniu ucha środkowego i ostre zapalenie błędnika w przewlekłym zapaleniu ucha środkowego. W ostrem zapaleniu ucha środkowego dookoła ogniska zapalnego rozwija się stan przekrwienia obocznego które, obejmując i błędnik, powoduje objawy jego podrażnienia. I nie tylko ze strony błędnika, lecz i ze strony opon mózgowych może wystąpić taki stan podrażnienia.

W przewlekłym zapaleniu ucha środkowego rola zapalenia obocznego jest znacznie słabiej wyrażona, ustępując miejsca zmianom w kości w postaci *osteitis*, dzięki czemu infekcja z ucha środkowego będzie miała bezpośrednią drogę do ucha wewnętrznego i będzie przedstawiała rzeczywiste niebezpieczeństwo dla opon. Z tych przesłanek anatomicznych widać, że rozmaite będzie rokowanie, a zatem i postępowanie w obu takich przypadkach.

TABLICA Nr. I.

Tablica ostrych schorzeń zapalnych błędnika powstałych w trakcie ostrego zapalenia ucha środkowego według klasyfikacji Ramadier.

POSTAĆ CHOROBY		OBJAWY	Zabieg operacyjny w uchu środk. lub wyrostku	Zabieg operacyjny na błędniku	UWAGI
<i>Labyrinthitis ac. partialis</i> (serosa — innych autorów)	<i>Labyrinthitis ac. circumscripta</i>	Zachowanie czynności jednej części błędnika (słuchowej lub statycznej).	Paracenteza. Drenowanie. Dalsze postępowanie stosownie do wskazań,	Nie wskazany.	Zajęcie ślimaka stanowi postać groźniejszą niż zajęcie przedsionka.
	<i>Labyrinthitis ac. diffusa non completa</i>	Oslabienie czynności obu części błędnika	Jak wyżej.	a) Nie wskazany. b) w daleko posuniętym osłabieniu czynności Holmgren radzi operować.	Zajęcie błędnika może przebiegać skrycie, być niezauważonym przez chorego i być stwierdzonym dopiero przy badaniu
<i>Labyrinthitis acuta diffusa completa</i>	<i>Labyrinthitis scarlatinosa</i> a) <i>benigna</i> b) (<i>necroticans</i>) <i>maligna</i>	Całkowite zniesienie czynności błędnika	Stosownie do wskazań ze strony ucha lub wyrostka	a) Nie wskazany b) po części wskazany	Ruttin uważa, że po części należy otwierać błędnik
	<i>Labyrinthitis ac. praecox</i> (w 1-ym tyg. ot. m. ac.) <i>benigna</i> <i>maligna</i>	Całkowite zniesienie czynności błędnika	Stosownie do wskazań	Nie wskazany	
	<i>Labyrinthitis ac. tarda</i>	Całkowite zniesienie czynności błędnika	Stosownie do wskazań	Pewna część otologów operuje błędnik z chwilą zupełnego zaniku jego czynności. Ewentualnie można oczekiwać w ciągu 8—10 dni przy codziennym badaniu płynu mózg.-rdz., nie podwyższ. się cięploty.	Operować należy tylko w znieczuleniu miejscowym

Postępowania lecznicze w stosunku do ucha wewnętrznego opiera się przede wszystkim na jego stanie, stwierdzanym przez zbadanie jego czynności.

Wypadnie więc określić, czy wogóle mamy doczynienia z zajęciem błędnika, i, jeżeli błędnik okaże się zajęty, to w jakim stopniu.

Ramadier proponuje odróżniać 2 postaci: całkowite zniesienie czynności błędnika — *labyrinthitis diffusa completa* i częściowe zniesienie funkcji błędnika — *labyrinthitis partialis*. W pierwszej postaci znika całkowicie czynność obu części błędnika — słuchowej i statycznej. W drugiej postaci należy odróżniać *labyrinthitis diffusa incompleta* (osłabienie funkcji obu części błędnika) i *labyrinthitis circumscripta* (osłabienie lub zniesienie funkcji jednej tylko części błędnika — bądź to aparatu słuchowego, bądź aparatu przedsionkowego). Należy podkreślić, że zajęcie błędnika może przebiegać zupełnie skrycie (Mauthner i Ruttin).

Słuch bywa zwykle i tak bardzo upośledzony z powodu zapalenia ucha środkowego. Należy więc dobrze wyjaśnić, czy mamy do czynienia z zajęciem aparatu recepcyjnego. Ramadier radzi przeprowadzać badanie słuchu stroikiem C₄₃₅.

Co się tyczy aparatu przedsionkowego, to za najczulszy przejaw jego czynności uważany jest Ny samoistny. Kierunek Ny samoistnego niezawsze jest stały, szczególnie w *labyrinthitis circumscripta* (Ruttin): w *labyrinthitis serosa* bywa skierowany w stronę zdrową, w *labyrinthitis destructiva* również w stronę zdrową po okresie nader krótkim w stronę chorego ucha.

Badanie funkcji błędnika przeprowadzamy za pomocą odczynu kalorycznego (wodą lub powietrzem za pomocą aparatu Dundas-Granta). Należy stale badać ucho na objaw przetokowy gdyż, na przykład, Nysten stwierdził go już w I tygodniu *otitis acuta* na tle przetoki jednego z okienek błędnika. Baldenweck wskazuje również na konieczność badania aparatu kamyczkowego, który często, jako bardzo czuły, może być zajęty przed aparatem kanałów półkolistych.

Badanie błędnika da nam podstawy do określenia, z jaką postacią zajęcia błędnika mamy do czynienia.

W przypadkach *labyrinthitis partialis* prawie stale wstrzymujemy się od interwencji chirurgicznej na błędniku. Ramadier przytacza statystyki Lunda i Otto Boserupa z kliniki Schmiegelowa, które podają 4 przypadki zapalenia opon na 242 przypadki *labyrinthitis partialis* (*labyrinthitis circumscripta* i *serosa* = *diffusa incompleta*). Nawet znani interwencjonisci jak Hinsberg, i powagi tej miary, co Barany, Tapia, Dench, zgadzają się z tą taktyką. Jedynie Holmgren podkreśla, że w przypadkach *labyrinthitis diffusa incompleta*, gdy mamy znacznie osłabioną funkcję błędnika, należy dobrze uważać, gdyż obserwował on niejednokrotnie przypadki komplikacji ze strony opon podczas takiego przebiegu.

Reasumując wszystkie zdania, dotyczące się tej postaci, Ramadier wypowiada się za wstrzymaniem się od wszelkiej interwencji operacyjnej na błędniku w przypadkach *labyrinthitis acuta circumscripta* lub *labyrinthitis acuta diffusa incompleta*, gdy błędnik posiada jeszcze znaczne pozostałości swej

funkcji; przypadki *labyrinthitis acuta diffusa incompleta*, gdy funkcja błędnika uległa bardzo znacznemu osłabieniu, należą do tej kategorii, co i przypadki *labyrinthitis acuta diffusa completa*, nad którymi należy roztoczyć baczną uwagę i ewentualnie operować. Prócz tego, jak to podkreślił Bourgeois, w przypadku *labyrinthitis circumscripta* zajęcie części ślimakowej jest groźniejsze od zajęcia części przedsionkowej.

Lecz ten czy inny stosunek do interwencji na błędniku w niczem nie powinien zmieniać naszych wskazań co do postępowania z uchem środkowym i wyrostkiem sutkowym — a więc przecięcie błony w przypadku słabego odpływu ropy z ucha lub trepanacja wyrostka w przypadkach odpowiednich.

Co się tyczy operacji na wyrostku, to Ramadier zaleca, stosownie do wskazań Baranyego, operowanie w znieczuleniu miejscowym, używanie przeważnie frezy, utrzymywanie rany szeroko otwartej.

W przypadkach leczenia zachowawczego zalecić należy absolutny spokój, unieruchomienie głowy, lód na okolicę ucha, morfinę.

Co się tyczy postaci *labyrinthitis acuta diffusa completa*, w której stwierdzamy całkowity zanik czynności błędnika, to szkoła wiedeńska nie odróżnia postaci powstającej w przebiegu *otitis media acuta* od powstającej w przebiegu *otitis media chronica* pod względem postępowania, uważając, że i w jednym i w drugim przypadku należy błędnik trepanować. Podobne postępowanie zaleca Barany, Holmgren i Schmiegelow. Mimo to Ramadier, opierając się na statystyce, uważa, że nie przemawia ona całkowicie na korzyść ani kierunku interwencyjnego, ani też kierunku zachowawczego, i w poszukiwaniu nowych kryteriów proponuje użycie kryterium ciężkości przypadku, a do sądzenia o niej opieranie się na etiologii danego schorzenia. Na tej zasadzie odróżnia on: *labyrinthitis scarlatinosa*, *labyrinthitis praecox*, *labyrinthitis tarda*.

Większość autorów uważa przypadki *labyrinthitis scarlatinosa* za łagodne. z wyjątkiem tych schorzeń w których mamy do czynienia z postacią wyraźnie nektrotyczną, o przebiegu złośliwym (zniszczenie błony bębenkowej, obnażenie promontorium, objaw przetokowy, zmiany w wyrostku sutkowym, stwierdzone podczas trepanacji). Postępowanie nasze będzie zależne od postaci, z jaką mamy do czynienia. W przypadkach ciężkich (nektrotycznych) postępowanie chirurgiczne, stosownie do zmian, jakie stwierdzimy. Pewne wskazówki może nam dać również badanie bakterjoskopowe ropy, gdyż obecność, na przykład, *streptococcus mucosus* uważana jest jako wskaźnik pewnej złośliwości schorzenia, dającego często groźne powikłania.

Labyrinthitis acuta diffusa completa praecox powstaje w pierwszym tygodniu schorzenia ucha środkowego. Gdy powstaje po tym terminie zaliczamy ją do postaci *tarda*.

Voss, Ruttin i Zange utrzymują, że postać *labyrinthitis praecox (serosa)* może być uważana za postać łagodną.

Z 19 przypadków, należących do tej grupy i zebranych przez Ramadier, w 2 przypadkach była dokonana *labyrinthectomy*, zakończona zapaleniem opon i śmiercią. Co się tyczy przypadków, kończących się *quo ad vitam* pomyślnie należy pod-

kreślić powstającą często głuchotę, mimo iż sprawa się cofnęła, gdyż, jak wykazały badania anatomiczne Zange, wystarczy wpływ toksyczny do zniszczenia czynności słuchowej ślimaka. W innych znów przypadkach *labyrinthitis praecox* sprawa zapalna tak szybko się posuwa, iż bezpośrednio po zajęciu błędnika występuje zapalenie opon i wkrótce śmierć.

Dlatego też Ramadier tak określa postępowanie: *labyrinthitis praecox*, powstająca w przebiegu *otitis media acuta* (w pierwszym tygodniu schorzenia ucha) jest najczęściej komplikacją łagodną; postacie złośliwe przebiegają z taką szybkością, że zabieg zwykle bywa spóźniony, a zatem bezcelowy — czyli w obu postaciach należy wstrzymać się z zabiegiem chirurgicznym.

Bourgeois w dyskusji ujął swój stosunek do postępowania terapeutycznego w tej postaci zapalenia błędnika w sposób następujący: uważa on, że *labyrinthitis*, powstająca w trakcie ostrego zapalenia ucha środkowego bez objawów oponowych nie wymaga zabiegu chirurgicznego. Należy jedynie utrzymywać otwór w bębunku lecz nie należy trepanować wyrostka.

Natomiast w przypadku *labyrinthitis praecox*, której towarzyszą najłżejsze objawy zajęcia wyrostka, należy bezwzględnie wykonać mastoidektomję, lecz nie należy otwierać błędnika.

Labyrinthitis acuta diffusa completa tarda.

W miarę tego, im w późniejszym okresie ostrego zapalenia ucha środkowego występuje zajęcie błędnika, zmieniają się warunki anatomiczne tej komplikacji.

Zapalenie oboczne, nie septyczne, stanowiące podłoże anatomiczne zapalenia błędnika w pierwszych dniach ostrego zapalenia ucha środkowego ustępuje w okresach późniejszych miejsca procesowi zapalnemu w kości (*osteitis*), który prowadzi do bezpośredniego przenikania zarazków z ucha środkowego do ucha wewnętrznego.

Mając do czynienia z tą postacią zapalenia ucha wewnętrznego, otolodzy coraz częściej skłaniają się do stosowania zabiegu operacyjnego na błędniku, nie wyczekując zbyt długo, w obawie przed wystąpieniem objawów oponowych. Lecz, gdy szkoła wiedeńska trepanuje z chwilą stwierdzenia, że czynność błędnika całkowicie wygasła, szkoła nowa stara się ustalić dane, na których podstawie można byłoby, wyczekując, w porę uniknąć niebezpieczeństwa ze strony opon.

Lund wysuwa znaczenie wahań ciepłoty, zaznaczając na podstawie obserwacji, że podwyższenie ciepłoty wieczornej do 37,8–38,4 świadczy o zbliżaniu się zapalenia opon i wymaga interwencji Schmiegelow, Knick, Lund, Zange zwracają również baczną uwagę na stan płynu mózgowo-rdzeniowego. Należy odróżniać stan podrażnienia opon od ropnego zapalenia opon. Już w razie podrażnienia opon występują pewne objawy oponowe: sztywność karku, Kernig, bóle głowy, podwyższenie t^0 , jak również nieznaczna hiperlimfocytoza i hiperalbumoza.

Ten okres — „stade intermediaire d'irritation meningée” prowadzi następnie do ropnego zapalenia opon, lecz jest rzeczą rzadką, według Ramadier, by *labyrinthitis* przeszła od razu w *meningitis*, nie powodując owego okresu przejściowego.

W takich przypadkach pewne wskazówki może dać nam kilka kolejnych nakłuć rdzeniowych. Co się tyczy zagadnienia, jaką ilość elementów uważać w płynie za objaw patologiczny, to zgodności pod tym względem niema: Lund przyjmuje, że stwierdzenie powyżej 2 elementów przemawia za zajęciem opon, a Knick sądzi, że liczba elementów ponad 5 — 10 daje prawo do sądzenia o zapaleniu opon.

Ramadier uważa opieranie się jedynie na danych płynu m-rdz. za niedostateczne kryterium, gdyż często nakłucie lędźwiowe nie odzwierciedla stanu opon, wskazując czasem o 50% mniej elementów, niż jednoczesne nakłucie podpotyliczne. Ramadier uważa również, że nieznaczna hiperlimfocytoza nie uprawnia do zabiegu chirurgicznego, i uważa, że nie należy trepanować w przypadkach *labyrinthitis partialis*, *labyrinthitis praecox* lub *scarlatinosa* (postać nienekrotyczna), choćby nakłucie wykazało nieznaczną hiperlimfocytozę.

Reasumując zdania, dotyczące się postępowania terapeutycznego w przypadkach *labyrinthitis acuta diffusa completa*, Ramadier przytacza pogląd obu kierunków:

1. Zwolennicy interwencji chirurgicznej operują błędnik, gdy tylko wyjaśnia się, że nastąpiło całkowite zniesienie czynności błędnika, bronią swego stanowiska statystyką wyzdrowień pooperacyjnych i dlatego nie zwracają specjalnej uwagi na stan płynu.

2. Lecz w przypadku, gdy otolog chce zająć stanowisko wyczekujące, winien baczną uwagę zwrócić na stan płynu m-rdz. kierując się: a) liczbą elementów w milim. płynu m-rdz. przy codziennym powtarzanych nakłuciach (wskazane są nakłucia podpotyliczne), b) objawami błędnikowymi w ciągu 8 — 10 dni wyczekiwania.

W dyskusji Bourgeois zaliczył się do zwolenników bezwzględnego operowania błędnika w przypadku *labyrinthitis ac. diffusa tarda completa*, z chwilą zniesienia całkowitej czynności błędnika.

W tym referacie Ramadier rozpatrzył tylko przypadki ostrego zapalenia błędnika jako komplikację ostrego zapalenia ucha środkowego. Wnioski swoje wyprowadzał on głównie na podstawie stanu błędnika i stanu zapalnego ucha.

Blżej tą kwestią zajęli się w swych referatach Ruttin i Zange. Ruttin odróżnia następujące postacie schorzeń zapalnych błędnika: 1) *labyrinthitis circumscripta*, 2) *labyrinthitis diffusa serosa*, 3) *labyrinthitis acuta purulenta diffusa manifesta*, 4) *labyrinthitis purulenta chronica diffusa latens*.

Ograniczone zapalenie błędnika — *labyrinthitis circumscripta* — rozpoznaje się łatwo dzięki objawowi przetokowemu. Przetoka najczęściej powstaje naskutek perlaka. W przypadkach *labyrinthitis circumscripta* nie należy operować błędnika.

Zange odróżnia dwie postacie ograniczonego zapalenia błędnika: postać niepostępującą i postać postępującego zajęcia błędnika o rokowania poważniejszym z postępującym zanikiem czynności ślimaka i przedsionka.

Należy pamiętać o tem, że u kobiet, cierpiących na przewlekłe zapalenie ucha środkowego, może powstać w czasie ciąży objaw przetokowy czyli wytworzyć się ograniczone zapalenie błędnika. Z obawy przed *labyrinthitis diffusa*, która może się

TABLICA Nr. 2.

Tablica schorzeń zapalnych błędnika według klasyfikacji Ruttina.

POSTAĆ CHOROBY	OBJAWY	Zabieg operacyjny w uchu środkowym lub wyrostku	Zabieg operacyjny na błędniku	UWAGI
<i>Labyrinthitis circumscripta c. fistula</i> a) postać stacjonarna postać postępująca b) postać skomplikowana ciążą c) postać powstająca jako komplikacja bezpośrednio po operacji ucha d) postać powstająca jako komplikacja po operacji ucha (w późniejszym okresie po operacji)	Objaw przetokowy	Stosownie do stanu ucha lub wyrostka	Nie wskazany Należy operować	Należy mieć na widoku ewentualność zabiegu. Ewentualne przerwanie ciąży (Neumann)
<i>Paralabyrinthitis</i>	Objawy podrażnienia błędnika bez objawu przetokowego z zachowaniem czynności błędnika	Stosownie do wskazań ze strony ucha	Nie wskazany	
<i>Labyrinthitis diffusa serosa secundaria</i>	Objawy podrażnienia błędnika. Objaw przetokowy. Zachowanie w mniejszym lub większym stopniu czynności błędnika		Nie wskazany	Powstaje jako komplikacja <i>lab. circumscr.</i> po przypaleniu lub usunięciu polipów albo ziarniny z ucha środk.
<i>Labyrinthitis tuberculosa</i>		Nie wskazany	Nie wskazany	
<i>Labyrinthitis diffusa serosa</i>	Objawy podrażnienia błędnika (wymioty, zawroty głowy, zaburzenia równowagi) przy zachowanej czynności błędnika	Paracenteza lub trepanacja wyrostka	Nie wskazany	Obie te postaci szczegółowo omówione są w tablicy Nr. 1 Im w późniejszym okresie zapalenia ucha środk. wystąpił, tem więcej danych przemawia za operacją błędnika
<i>Labyrinthitis diffusa purulenta manifesta</i> w trakcie <i>otitis acuta</i> w trakcie <i>otitis chronica</i>		Stosownie do wskazań	Nie wskazany Wskazany	
<i>Labyrinthitis diffusa purulenta latens</i>		Jeżeli są wskazania do operacji na wyrostku, należy jednocześnie otworzyć błędnik		

wywiązać, Neumann proponuje nawet przerwanie ciąży, szczególnie w przypadkach, gdy przetoka była już przed ciążą. Inni otolodzy obserwowali znikanie objawu przetokowego po porodzie.

Naogół obecność przetoki nie jest wskazaniem do operacji błędnika poza następującymi okolicznościami:

1-o rozwija się zapalenie opon, które powstało z *labyrinthitis circumscripta*;

2-o utworzył się ropień podoponowy lub ropień mózdzku;

3-o w przypadkach, gdy podejrzewamy ropień mózdzku, którego diagnostyka jest niewyraźna i trudna; wtedy trepanujemy błędnik, i, jeżeli po 15 dn. Ny zamoisty znika — niema ropnia mózdzku, a jeżeli Ny samoistny pozostaje, to mamy do czynienia z ropniem mózdzku;

4-o w przypadkach, gdy długotrwałe zawroty głowy stały się dla chorego zbyt uciążliwe; jest to jednak wyjątkowy przypadek, gdyż chorzy przyzwyczajają się do swego stanu, a operacja błędnika związana jest z niebezpieczeństwem;

5-o gdy stwierdzamy przetokę i martwak; lecz w takich przypadkach należy, według Ruttina, zacząć, aż zniknie czynność błędnika.

Ruttin uważa, że powstające bezpośrednio po operacji doszczętnej (w przypadku z przetoką) zanikanie czynności błędnika należy odnieść na karb *neuritis toxica* VIII pary, i nie należy operować błędnika; jeżeli jednak objawy utraty czynności ucha wewnętrznego występują po kilku tygodniach po operacji na wyrostku, i wyciek pozostaje w dalszym ciągu obfity i cuchnący, to nie należy zwlekać z trepanacją błędnika, gdyż mamy wtedy do czynienia z *labyrinthitis diffusa*.

Dlatego też w przypadkach *otitis media*, powikłanych przetoką błędnikową należy uważnie śledzić stan błędnika, gdyż zanikanie czynności błędnika przebiegać może skrycie dla chorego. Ruttin wskazuje na następującą kolejność zanikania czynności ucha wewnętrznego: utrata słuchu, zanik odczynu cieplnego, następnie obrotowego; ostatni znika objaw przetokowy.

Ruttin upomina, by podczas dokonywania operacji doszczętnej nie łyżeczować, nie sondować okolicy przetoki gdyż sprowadzić to może *labyrinthitis diffusa*.

W przypadkach z przetoką należy operować w znieczuleniu miejscowym. Ruttin wyodrębnia osobną postać — *paralabyrinthitis*, w której obserwujemy objawy podrażnienia błędnika bez zmian w jego czynności; podczas operacji na wyrostku nie należy w tych razach trepanować błędnika, gdyż mamy do czynienia jedynie z zajęciem ściany kostnej błędnika.

Labyrinthitis diffusa serosa secundaria. — Ta postać powstaje jako komplikacja zapalenia ograniczonego błędnika (z przetoką). Charakteryzuje się zawrotami głowy, wymiotami, zaburzeniami równowagi, oczopląsem (Ny) samoistnym w stronę zdrową i trwaniem objawu przetokowego. Czynność błędnika pozostaje w większym lub mniejszym stopniu

zachowana. Trepanować błędnika nie należy. Również nie należy operować błędnika w przypadkach *labyrinthitis tuberculosa*. W przypadkach, gdy po zabiegu w uchu środkowym (usunięcie lub przypalenie kwasem ziarniny, polipa usznego) powstaje podrażnienie błędnika, nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, czy będziemy mieli do czynienia z postacją zapalenia surowiczego czy ropnego, gdyż obie mogą przebiegać bez podwyższeń ciepłoty. Należy w takich razach z zabiegiem czekać. Ruttin zaleca dla ulżenia choremu, dotkniętemu zapaleniem błędnika, przemywanie zdrowego ucha zimną wodą w ciągu 3 — 5 minut co 3 godziny.

Labyrinthitis diffusa serosa — powstaje na tle obrzęku lub zapalenia obocznego naskutek przenikania produktów toksycznych do błędnika. Przebiega z wymiotami, zawrotami głowy, zaburzeniami równowagi, lecz bez objawu przetokowego i przy zachowanej czynności błędnika.

Nie należy operować błędnika, lecz wskazane jest dokonanie paracentezy lub trepanacji wyrostka — stosownie do objawów.

Labyrinthitis diffusa purulenta manifesta. Postać ta może wystąpić w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Im później w ostrym zapaleniu ucha środkowego wystąpi zajęcie błędnika, tem ściślejsze mamy wskazania do zabiegu na błędniku.

Ruttin radzi również operować błędnik w ostrych zapaleniach ucha wewnętrznego, powstałych podczas poszkarlatynowych zapaleń ucha. Ostre ropne zapalenie błędnika może przebiegać bez bólów głowy, podniesienia ciepłoty, pleocytozy w płynie mózgo-rdź. Objawy te są charakterystyczne dla sprawy w uchu środkowym, w wyrostku i na oponach. Nigdy, podkreśla Ruttin, nie należy czekać na wzniesienia ciepłoty, gdyż ich wystąpienie będzie wskazywało na przejście sprawy zapalnej na opony. W przypadkach z tej grupy nie należy nigdy zadawać się jedynie wykonaniem zabiegu na wyrostku, uzależniając sprawę operacji błędnika od wyników dalszej obserwacji. Zawsze należy, zdaniem Ruttina, wykonywać jednocześnie operację doszczętną i labiryntektomję.

W przypadkach ostrego rozlanego zapalenia błędnika, powstałego po operacji ucha, należy uważnie śledzić czynność błędnika, i, jeżeli stwierdzimy zanik słuchu, ujemny wynik próby cieplnej i ujemny objaw przetokowy, bezwzględnie wskazany jest zabieg na błędniku.

Labyrinthitis diffusa purulenta latens. Obserwujemy czasem chorych, którzy niegdyś przebyli ostre ropne zapalenie błędnika. Jeżeli stwierdzamy całkowity zanik czynności błędnika, a objawy ze strony ucha wymagają zabiegu, należy zawsze, według Ruttina, jednocześnie trepanować błędnik, gdyż mogą tam się znajdować ogniska zapalenia kości lub perlakowe, stanowiące stałe niebezpieczeństwo dla opon.

W przypadkach, gdy dawny proces zapalny w błędniku już całkowicie wygasł, obserwujemy, według Ruttina, Ny obrotowy kompensacyjny, o czasie trwania 5"—15". Obecność jego może służyć jako objaw różniczkowy dla odróżnienia sprawy zapalnej zakończonej od czynnej.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Gruźlica.

∞ Olgierd SOKOŁOWSKI. Gruźlica. Wykład kliniczny. Biblioteka okręg. Związku Kas Chorych w Krakowie „Lekarz — Praktyk”. Kraków 1929 str. 37.

Bardzo ruchliwy Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie nie zadawała się pracą zapobiegawczo-uświadamiającą, przejawiającą się między innymi w wydawaniu broszur popularnych, przeznaczonych dla publiczności i skrupulatnie notowanych na łamach naszego pisma. Ostatnio ukazało się nawet drugie wydanie świetnej broszury Jaqueroda o leczeniu gruźlicy płuc. Obecnie leży przed nami zeszyt IV biblioteki „Lekarz — Praktyk”. Idzie więc o udostępnienie wiedzy lekarzom, a przede wszystkim zapewne lekarzom Kas Chorych pracującym często w bardzo ciężkich warunkach zdala od ośrodków wiedzy. Świadczy to o trosce kierowników Związku, by poziom naukowo-lekarski w Kasach utrzymać na pewnej wysokości.

Zeszyt IV jest wykładem klinicznym o gruźlicy. Ma on być z natury rzeczy zaledwie skrutem, ewentualnie zachęcającym do bliższego przestudjowania pewnych szczegółów w odpowiednich źródłach, wymienianych przez autora w dopiskach. Wykład taki jest, jeśli idzie o gruźlicę, bardzo na czasie, gdyż coraz to nowsze przyczynki do sprawy gruźlicy wymagałyby wprost periodycznego zaznajamiania szerszych sfer lekarskich nie specjalistów z nowymi poglądami. Świetne *compendium* Sterlinga winno się już było ukazać w nowym wydaniu. Wykład Sokołowskiego stara się uczynić zadość tej potrzebie, omawiając i oświetlając społecznie sprawy powstawania gruźelki, odczynu ustroju, znaczenia układu mimowolnego, konstytucji, serodjagnostyki, tuberkuliny i t. p. Wszystko, rzecz jasna bardzo krótko, stylem telegraficznym, jak sam autor w przedmowie zaznacza. Systematyka i dajnostyka szczegółowa mają znaleźć omówienie w następnym studjum. Lekarz praktyk nie studjujący specjalnie gruźlicy, znajdzie w broszurze sporo cennych dla siebie szczegółów. Uderza jednak zupełny brak jakiegokolwiek wzmianki o tak obecnie żywotnej i tak mogącej zawazyć na naszych poglądach na gruźlicę sprawie zarazka przesączalnego. Wprawdzie autor nie mówi wcale o zarazku, jako o takim, wprawdzie sprawa zarazka przesączalnego nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta, to jednak, sędzę, w wykładzie, mającym odzwierciedlać współczesny stan nauki o gruźlicy, winna by się znaleźć wzmianka o tych naszych poglądach. O ile fakt ten utwierdzi się ostatecznie w nauce, pociągnie za sobą konieczność rewizji całego szeregu naszych pojęć obecnych. Nieustalone są, zresztą, i inne nasze pojęcia o biologii gruźlicy, a znajdują, i słusznie, omówienie w bardzo interesującej poza tem broszurze autora. Broszura, wydana jak i inne wydawnictwa biblioteki związkowej, na dobrym papierze i ze zwykłą starannością, przyda się bez wątpienia każdemu lekarzowi, nie mającemu czasu na dokładne studjowanie sprawy gruźlicy w całej rozciągłości.

M. Gantz.

∞ Zofja KUNCEWICZ. Postęp w poglądach na patogenę gruźlicy płuc.

Halina POPLAWSKA. Lasecznik Kocha w świetle nowych badań.

Feliks WASILEWSKI. Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc. (Wileńskie T-wo Przeciwigruźlicze. Wydawnictwo własne. Serja 7. Pod redakcją D-ra med. Antoniego Borowskiego. Wilno 1929, str. 50).

Są to trzy sprawozdania pogładowe z dodaniem w trzecim pewnych szczegółów, opartych na doświadczeniu poradni

wileńskiej. Te właśnie szczegóły, np. w odniesieniu do wartości określania chyżości opadania krwinek, dałyby nawet pewien materiał do dyskusji, której w tem miejscu, rzecz jasna, przeprowadzać nie można. Może niektóre wnioski są zbyt kategorycznie wyprowadzane, zwłaszcza, że broszurka ta przeznaczona jest dla lekarzy — praktyków, niemogących zazwyczaj sprawdzać na większym materiale, czy też na podstawie innych danych z literatury słuszności owych twierdzeń.

Wszystkie trzy sprawozdania podkreślają najważniejsze strony poruszanych zagadnień, czyniąc to w bardzo dostępnej i dobrze zrozumiałej formie.

Wydawnictwo jest jednocześnie dowodem, że Wileńskie T-wo Przeciwigruźlicze ma, poza swymi bezpośrednimi zadaniami, jeszcze i dbałość o rozwój nauki polskiej na celu.

M. Gantz.

SCHWALM. O grypie i gruźlicy. (D. m. W. Nr. 3. 1929)

W dziesięciu przypadkach gruźlicy, spostrzeganych przez autora, dało się w wywiadach ustalić przebieg przed 2—6-ciu miesiącami jakiejś sprawy z gorączką, krócej lub dłużej trwającej, z kluciem w piersiach i kaszlem, która nie tylko przez chorych, ale i przez lekarzy określana była jako grypa. Sprawa swoista w płucach w przypadkach autora występowała pod postacią wczesnego nacieku z jego następstwami. Nie spostrzegano natomiast ani razu łagodnie przebiegającej gruźlicy szczytowej. We wzajemnym stosunku „grypy” i wczesnego nacieku dopatruje się autor specjalnego związku. Spostrzegał przypadek, w którym, pod ścisłą kontrolą rentgenowską, udało się ustalić, iż podniesienia temperatury i inne objawy „grypy” zależały od ponowienia się stanu zapalnego w obrębie wczesnego nacieku, przyczem objawy wysłuchowe i opukowe były podczas całego przebiegu słabo wyrażone. Natomiast, jako ważny objaw, wystąpiły w płwocinie prątki Kocha.

Jeżeli się zwróci uwagę na tego rodzaju przypadki, to niejednokrotnie będzie można już we wczesnym okresie postawić właściwe rozpoznanie i zastosować odpowiednie leczenie.

S. Luxemburg.

WEDEKIND TH. Dożylnie wstrzykiwanie zawiesiny pyłu węglowego w celach leczniczych w gruźlicy płuc. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Tom 163, Z. 3—4, 1929.)

Zachęcony dodatkami wynikami dożylnego podawania węgla królikom, zakażonym gruźlicą, autor zaczął stosować tę nową metodę leczniczą u ludzi chorych na gruźlicę.

Z podanych 25 przypadków widzimy, że często po wstrzyknięciu już 1 cm³ zawiesiny węgla gorączka po krótkotrwałym skoku spadała do normy, szybkość opadania krwinek znacznie się zmniejszała, chorym przybywało na wadze, pałeczki Kocha zniknęły z płwociny, wygląd i samopoczucie chorych wybitnie się poprawiały, i w ciągu kilku tygodni Roentgen wykazywał w płucach znaczne zmiany włókniste zamiast wysiękowych, stwierdzanych przed podaniem węgla.

Ten świetny wynik leczniczy możliwy jest jednak wtedy, gdy niezbyt wielkie obszary tkanki płucnej uległy rozpadowi, i gdy ustrój nie jest jeszcze zbyt wyniszczony. Najbardziej nadają się do tej terapii sprawy stosunkowo niedawno trwające.

Objawów intoksykacji lub pogorszenia istniejącego stanu autor nie zauważył.

Wpływ wstrzykniętego pyłu węglowego na przebieg gruźlicy tłumaczy autor uczynnieniem układu siateczkowo-śródbłonkowego i mobilizacją histjocytów płuc.

DUNNER i HEILBORN, Leczenie obustronnej gruźlicy płuc za pomocą odmy sztucznej i frenikotomji. (D. m. W. N. 3. 1929).

Panująca powszechnie niewzruszona zasada, iż jedynie jednostronna sprawa płucna nadaje się do leczenia odmą sztuczną lub frenikotomją, siłą rzeczy uniemożliwiała leczenie chirurgiczne sprawy obustronnej.

Zdaniem autorów, założenie odmy piersiowej dwustronnej z ilością powietrza nawet do 500 cm.³, jest jednak zupełnie możliwe, bez ujemnego wpływu na oddychanie i akcję serca; w przypadku takim pilnie należy przestrzegać zasady, iż ciśnienie w jamie opłucny nie może być dodatnie, a dobrze jest nie przekroczyć ciśnienia —1 przy wydechu. Naturalnie, że leczenie powyższe wymaga odpowiednio starannej pielęgnacji chorego oraz przeprowadzenia tych wszystkich zabiegów leczniczych, które w wydatny sposób poparłyby leczenie chirurgiczne (leżenie, odżywianie, i t. p.). Do założenia odmy dwustronnej nadają się przypadki, w których już jest założona odma jednostronna, a sprawie chorobowej o charakterze postępującym uległo drugie płuco, a także chorzy z obustronną sprawą płucną. W tych ostatnich przypadkach najpierw zakłada się odnę po stronie cięższej chorej, w 2—3 posiedzeniach, przy ciśnieniu wydechowym —3 a po 2—3 tygodniach po stronie drugiej. Dopełnienia traktujemy, jak przy odmie jednostronnej.

Odmę piersiową jednostronną i frenikotomję drugostronną zakładamy wówczas, gdy z jakichbyś powodów, np. topograficznych, nie udaje się założyć odmy. Autorzy podkreślają, iż frenikotomia jest nieraz lepszą i skuteczniejszą od odmy, i zabieg ten uważają za metodę leczniczą, która coraz więcej zdobywa sobie uznania, a doświadczalnie przekonali się, iż może być zastosowana w połączeniu z odmą sztuczną drugostronną.

Po odpowiednich badaniach doświadczalnych odważyli się autorzy zastosować frenikotomję obustronną w jednym przypadku z wynikiem zupełnie dobrym i uważają, iż możliwość chirurgicznego traktowania gruźlicy obustronnej jest dziś dużym postępem.

S. L u x e n b u r g.

Choroby narządów trawienia.

K. M. RUTKIEWICZ. O klinicznym rozpoznaniu przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego. (Archives Mal Digest. N. 5. 1928).

Autor uważa, że nie można odróżnić bólów, spowodowanych przez przewlekłe zapalenia pęcherzyka żółciowego od bólów, wywołanych przez wrzód dwunastnicy, czy żołądka, czy też inne sprawy zapalne jamy brzusznej.

Rozpoznanie nie może się opierać na jednym objawie, zaś palpacja pęcherzyka jest przeważnie utrudniona (napięcie powłok brzusznych).

T. zw. punkt Guéneau de Murssy nie jest czemś stałym w sprawach pęcherzyka, jak zresztą inne punkty bolesne opisywane dotychczas. Wszystkie one mają wartość bardzo względną.

Bolesność dolnego brzegu wątroby w okolicy mięśnia prostego występuje we wszystkich sprawach pęcherzykowych i zależy prawdopodobnie od zrostów okołopęcherzykowych.

Zmiany położenia dolnego brzegu wątroby wywołują zmiany także w położeniu pęcherzyka żółciowego, który przy akim obrocie osi wątroby przemieszcza się ku linii środkowej, zbliżając się jednocześnie do prawego mięśnia prostego.

B. Goldstein.

I. W. HELD i M. H. GROSS. Leczenie wewnętrzne schorzeń wątroby i dróg żółciowych. (Arch. f. Verdauungskr. Kwiec. 1928. Tom 42).

Autorzy opierają leczenie wewnętrzne schorzeń wątroby i dróg żółciowych na odpowiedniej diecie. Djeta ta winna po-

legać głównie na podawaniu węglowodanów z dodatkiem dostatecznej ilości jarzyn i owoców. Ilość białka spożywanego nie powinna przekraczać 60 do 70 gramów na dzień.

W stanach ostrych w obecności żółtaczki poleca się zastrzykiwania śródżylnie cukru gronowego, a w przypadkach cięższych nawet insuliny.

U chorych astenicznych wskazane jest podawanie atropiny, jeśli chodzi o czynnościowe zaburzenia dróg żółciowych.

U osobników natomiast typu hipertonicznego lepiej jest zastrzykiwać wyciągi przysadki mózgowej, które opróżniają pęcherzyk.

Zmiany organiczne należą do chirurga.

Co do podawania tłuszczów, to mimo że wywołują one opróżnienie pęcherzyka, lepiej jest ich unikać, gdyż obciążają one wątrobę.

Częste małe posiłki są odpowiedniejsze od większych a rzadszych.

B. Goldstein.

K. BECKMAN. Nowa metoda niszczenia drobnoustrojów w drogach żółciowych (*cholangitis, cholecystitis, bacteriocholia*) (Münch. med. Woch. N. 48. 1928).

Dobre wyniki lecznicze zalecanej przez autora metody zmiany odczynu w zakażeniach dróg moczowych nasunęły mu myśl wypróbowania tego sposobu w celu zniszczenia drobnoustrojów w drogach żółciowych.

Ponieważ zakwaszenie żółci jest rzeczą b. trudną, przeto autor silnie ją alkalizował.

W tym celu podawał chorym 3 r. dziennie 50 cm.³ 5% roztworu węglanu sodu (lub 3 × po 5 kapsulek gelod., zawierających po 0,5 węglanu sodu — dwuwęglan sodu jest znacznie mniej skuteczny). Terapia trwa 3 — 4 dni.

Badanie żółci wykazało zupełny brak drobnoustrojów (paciorkowców pałeczek okrężnicy, paraduru B.), prócz tego wystąpiła wyraźna poprawa stanu ogólnego i znikły objawy chorobowe.

Ponieważ granica PH, przy której rozmnażają się drobnoustroje, waha się między 7.8 — 8.0, stąd wnosi autor, że PH żółci pod wpływem jego kuracji dochodzi do 8.5, co niszczy drobnoustroje. Liczby powyższe potwierdzili również w swych pracach Carnot i Gruzevska.

R — t.

E. STARR JUDD. Odciażające operacje w przypadkach żółtaczki mechanicznej. (J. Am. Med. Ass. Tom 91, N. 5. r. 1928).

Operacje zespoleniowe (odciażające) pomiędzy drogami żółciowymi a przewodem pokarmowym są wskazane w przypadkach zamknięcia przewodów żółciowych natury łagodnej lub złośliwej.

Przytoczone są dane z 212 zabiegów operacyjnych tego rodzaju w klinice Mayo.

Ryzyko operacyjne, t. j. śmiertelność bezpośrednia wskutek operacji jest wcale duża ze względu na tę okoliczność, że pacjenci poddawani są zabiegowi w stanie ciężkim.

Jednakże ostateczne wyniki zarówno w przypadkach złośliwych, jak i łagodnych usprawiedliwiają operację w zupełności, gdyż pacjenci mają przeważnie spokój przez czas długi.

W niektórych przypadkach łagodnych zachodziła potrzeba drugiego zabiegu, który zazwyczaj przebiegał pomyślnie.

Dokładne badanie objawów klinicznych w przypadkach przytoczonych wykazało, że w rozpoznawaniu różniczkowym zbyt dużo znaczenia przypisuje się objawom takim, jak np. bóle.

Bóle, kolki, względnie obydwie te czynniki częściej występowały w przypadkach nowotworów złośliwych raczej, niż w zwykłych żółtaczkach.

Chorzy z żółtaczką, przebiegającą bez bólów, winni być wszyscy dokładnie zbadani, o ile tylko żółtaczka trwa dość długo, by można było wyłączyć nieżyt dróg żółciowych.

Zastrzeżenia przeciwko zespoleniu są zupełnie niesłuszne. Badania, bowiem, doświadczalne wykazały niezbicie, że obecność żółci w żołądku nie wpływa bynajmniej na przebieg trawienia, ani też nawet na chemizm, kwasota bowiem zarówno wolna, jak i związana nie cierpi na tem prawie wcale. To samo wykazały badania kliniczne, sprawdzone ostatnio bardzo dokładnie przez *Beavera*.

Badania doświadczalne wykazały dalej, że zakażenie niechybnie występuje w przypadkach operacji zespoleniowej. Zakażenie to wywołuje nieuchronne zmiany definitywne w ścianach przewodów żółciowych, pęcherzyka, a nawet w istocie wątroby.

Jest rzeczą możliwą, że ta właśnie okoliczność daje niekiedy dreszcze, gorączkę oraz przemijające żółtaczkę po zabiegu operacyjnym. Klinicznie zakażenie to nie jest tak widoczne, jak w warunkach doświadczalnych.

W przypadkach nieusunięcia pęcherzyka żółciowego, oraz drożności przewodu wątrobowego operacją najbardziej celową jest zespolenie pęcherzyka z żołądkiem zapomocą przyszywania. Jest to zabieg stosunkowo nietrudny i prawdopodobnie niezbyt narażający chorego na zakażenie.

W przypadkach łagodnych niedrożności dróg żółciowych, kiedy istnieje już przetoka żółciowa, droga ta (przetokowa) może być zużytkowana do celów wytworzenia nowego przewodu.

W większości przypadków łagodnego zwężenia najlepiej jest połączyć pęcherzyk z dwunastnicą.

B. Goldstein.

D. C. LUTTON. Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby po podaniu preparatów cynchofenowych. (J. A. M. A. N. 5, Tom 91).

Autor przytacza przypadek gościa stawowego, leczzonego przetworami cynchofenowemi (atofan); w trakcie leczenia wystąpiły objawy ostrego żółtego zaniku wątroby z zejściem śmiertelnym.

B. G.

Choroby dróg moczowych.

E. G. BANNICK i N. M. KEITH. O leczeniu cierpień nerek, powikłanych obrzękiem. (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 25 r. 1928).

W *glomerulonephritis acuta* przede wszystkim trzeba dbać o ciepło i spoczynek w łóżku. Dieta musi być skąpa i zawierać jaknajmniej soli, białka i płynu. Stopniowo wraca się do diety i życia normalnego.

Środki moczopędne potrzebne są tylko w okresie ostrym. Czasem stosuje się upust krwi, ewentualnie z zastrzykiwaniem dożylnym roztworów hipertonicznych (cukier gronowy).

Specjalną uwagę trzeba zwrócić na oligurię, względnie anurię i drgawki. Myśli się wtedy ewentualnie o dekapulacji.

W przypadkach silnego krwawienia trzeba pomyśleć także o usunięciu ogniska pierwotnego zakażenia (migdałki, zęby i t.p.).

W przypadkach przewlekłych dieta musi być, siłą rzeczy, nieco liberalniejsza. Białko jest dopuszczalne w ilościach 40 — 60 gr. dziennie, płyny także w nieco większej ilości. Środki moczopędne są zupełnie na miejscu. Przy niepodwyższonym moczniku można podawać chlorek i azotan amonu (5 — 10 gr. dziennie w wodzie miętowej). W przypadkach z zatrzymaniem mocznika trzeba się uciec do preparatów rtęciowych oraz chloru wapnia lub też do pochodnych ksantyny. Skądinąd zalecają także podawanie dużych ilości zasad celem wyrównania obniżonego zasobu zasad.

Leczenie nefrozy przewlekłej jest podobne, jednakże różni się ono pod pewnemi względami. Chodzi mianowicie o białko

Epstein zaleca duże ilości białka i tłuszczu w nefrozach. Białka daje się 120 — 140 gr., tłuszczu 20 — 40 gr. Płynu do 1500 cm.³, a także nieco soli dla smaku.

Autor również jest za podawaniem białka w ilościach dostatecznych, t. j. ok. 1 gr. na kilo wagi i może jeszcze nieco więcej.

Zmniejszenie tłuszczów w diecie wywiera bardzo mały wpływ na koncentrację lipidów we krwi.

Środki moczopędne są wskazane ze względu na duże obrzęki. Wchodzi tu w grę mocznik, a jeszcze lepiej chlorek i azotan amonu. Bardzo silną diurezę wywołują często organiczne związki rtęci (*novasurol*, *salirgan*).

Pochodne ksantyny także mają działanie dobre, szczególnie u dzieci.

Preparaty tarczycy dają niekiedy świetne wyniki, szczególnie przy kontroli przemiany podstawowej można je stosować szeroko.

B. G.

J. M. HAYMAN i J. T. PRISTLEY. O znaczeniu diurezy w zatruciu chlorkiem rtęci. (Am. Journ. Med. Sciences Tom 176, Nr. 4. 1928).

Autorzy opisują przypadek zatrucia chlorkiem rtęci (2,4 gr.) zbadany w 2 godziny po zażyciu. Odrazu rozpoczęto leczenie *Lamberta*.

Po 80 godzinach zupełnej anurji obie nerki były obnażone i mały skrawek kory nerkowej został usunięty dla celów badania.

Mała ilość moczu została wydzielona zaraz po operacji, poczem nastąpiła 2 dniowa przerwa, w ciągu której stan był niezły. W ciągu następnych 2 tygodni ilość dobową moczu stopniowo wzrastała z 600 do 2200 cm.³, natomiast chory stawał się coraz bardziej podrażniony, aż wystąpiły wyraźne objawy uremji.

Azot mocznikowy stopniowo wzrósł do 247 mg.‰. Wówczas odstawiono kurację *Lambertowską* i podawać zaczęto roztwory soli kuchennej. Leczenie to spowodowało spadek mocznika, wzrost ilości moczu i polepszenie stanu ogólnego.

Wbrew radom lekarzy chory wypisał się po 6 tygodniach z mocznikiem 85 mg.‰. Po kilku miesiącach badanie kontrolne nerek nie wykazało żadnych zmian.

B. Goldstein

G. F. CAHILL i H. N. GILE. Anurja na tle kamicy nerkowej. (J. A. M. A. Tom 91, N 25 r. 1928).

Autor tłumaczy mechanizm anurji na tle kamicy w sposób następujący: 1) obie nerki zostały zajęte jednocześnie z powodu kamicy obustronnej; 2) jedna nerka, pracująca dotychczas, została zajęta, druga była oddawna nieczynna; 3) obie nerki mają jeden wspólny moczowód, zatłoczony kamieniem; 4) jedna nerka została zajęta — druga zaś odruchowo przestała wydzielać moc.

Leczenie jest siłą rzeczy operacyjne; z chwilą zajęcia nerek i anurji występuje coraz większa mocznica. Po zabiegu operacyjnym czynność zostaje przywrócona, mocznica się zmniejsza. Niebezpieczeństwo stanowi krwotok nerkowy.

B. G.

Choroby dzieci.

Th. STEINFORTH. Los wcześniaków w pierwszym i późniejszym okresie życia i ich pielęgnowanie (Ztschr. f. Geburtsh. 94, 123 1928).

Około 1/3 wcześniaków, przeważnie o wadze niżej 1400 gr., umiera w okresie 10 dniowym po urodzeniu, około połowy pozostaje przy życiu po ukończeniu roku. Po upływie roku od urodzenia widoki dalszej egzystencji wcześniaków nie są gorsze, niż dzieci normalnie urodzonych. Wzrost z początku

wstrzymany, około 3 roku życia zostaje wyrównany, waga ciała po 7 roku życia dochodzi do liczb normalnych. Chorobę Little'a spostrzegł autor tylko raz jeden. Pielęgnowanie powinno mieć na widoku przede wszystkim trzymanie dziecka w cieple. Karmienie małemi, ale częstemi porcjami zapobiega asfiksji.

S.

O. HERZ. Leczenie niedokrewności osesków wątroby. (Monatsschr. f. Kindhlk. 1928, T. 40).

Na niedokrewność wtórną osesków i małych dzieci, zwłaszcza na niedokrewność wcześniaków doskonale wpływa proszek wątrobiany Mercka. Wyleczenie następuje przeciętnie po upływie 4 tygodni. Wzrost hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi odbywa się stale i stopniowo. Odżywianie poprawia się szybko. Objawów ubocznych nie spostrzega się nigdy. Szczególnie dobre wyniki lecznicze daje kombinacja proszku wątrobianego z wigantolem. Na niedokrewność w następstwie zakażeń lub nowotworów złośliwych wątroba wpływu nie wywiera.

S.

M. OPPENHEIM i A. FESSLER. Leczenie kiły wrodzonej, szczególnie kiły osesków, spirocidem (stowarsolem). (Arch. f. Dermat. 156. 549. 1928).

Autorzy podnoszą niezawodność działania spirocidu u osesków, u których w bardzo krótkim czasie otrzymywali znikanie wysypek. We wrodzonych schorzeniach kiłowych oka działa w kombinacji z bismutem równie dobrze, jak salwarsan. Odczyn serologiczne poddają się dobrze działaniu spirocidu. Co się tyczy dawek, to autorzy zalecają małe dawki pojedyncze, których suma ogólna powinna być zastosowana do wieku. Ostrożne dawkowanie zapobiega występowaniu szkodliwego działania ubocznego.

S.

BURGHARD. W sprawie rozpoznawania wgłobienia jelita u osesków (D. m. W., 28, 1928).

Autor podaje dwa przypadki wgłobienia u osesków, które w pierwszych dniach choroby miały wszystkie objawy zapalenia opon mózgowych. Z tego więc powodu zabieg operacyjny okazał się spóźniony, gdyż dopiero na trzeci dzień po rozpoczęciu się objawów chorobowych zwrócono uwagę na wyraźnie zarysowującą się *facies hippocratica*. Przeprowadzone badanie odbytnicy wykazało krew ze śluzem. W jednym przypadku w okolicy pępka wyczuwał się guz, w drugim guza nie wyczuło. Obydwaj pacjenci zmarli po operacji, która była wykonana za późno wskutek mylnie zrozumianych początkowych objawów pseudomeningealnych.

J. P o m p e r.

Choroby kości i stawów.

∞ Dr. J. ZAREMBA. Technika zakładania opatrunków gipsowych. (Kraków 1929. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych. Str. 91 rys. 51).

Nasze piśmiennictwo lekarskie, niestety, ubogie jeszcze jest we wszelkiego rodzaju podręczniki. Lekarz praktyk i student zmuszeni są sięgać po wiedzę i wskazówki praktyczne do książek obcych. Nieznający języków znajdują się w położeniu dosyć trudnym. To też z radością należy powitać każdą książkę lekarską, wydaną po polsku. Podręcznik doktora J. Zaremby czyni zadość ostrej potrzebie w dziedzinie techniki leczenia unieruchamiającego za pomocą opatrunku gipsowego. W części ogólnej autor zaznajamia ze sposobami zakładania opatrunku gipsowego, w szczególowej zaś mówi o opatrunkach na poszczególne części ciała, wskazaniach do nich, błędach i niebezpieczeństwach. Książkę można zarzucić tylko pewne usterki językowe. Nigdy nie zgodzimy się z nazwą opaska m u l o w a, gdyż to jest germanizm, zamiast niej należy używać opaska

g a z o w a. Podręcznik wydany został bardzo starannie, na dobrym papierze, dobrym drukiem i opatrzony licznymi i dobrymi rycinami.

J. R.

R. LERICHE et A. POLICARD. Pewne zasady fizjologiczne, potrzebne do zrozumienia patologii kości. (La Presse Médicale N. 81 str. 1282).

Od czasu wprowadzenia badania promieniami Roentgena choroby układu kostnego oparte są na morfologii, a zbyt mało jest uwzględniana fizjologia kości. Autorzy artykułu wysuwają 4 zasady fizjologiczne, o których należy pamiętać w badaniach nad patologią układu kostnego.

1. Kość jest nie tylko podporą dla części miękkich, lecz tkanka kostna służy za rezerwę mineralną, z której w razie potrzeby ustrój czerpie wapń, używając do tego mechanizmu fizjologicznego przekrwienia czynnego.

Wszystkie choroby ogólne lub miejscowe, które powodują przekrwienie czynne w kościach, pociągają za sobą ich odpawianie.

2. W rozwoju anatomicznym chorób układu kostnego panują prawa reparacyjnego odradzania się kości u dorosłych:

a) źródło każdego kostnienia leży w przekrwieniu czynnym;

b) przekrwienie czynne pociąga za sobą z jednej strony rozrzedzenie kości i uwalnianie wapnia, z drugiej strony obrzęk tkanki łącznej otaczającej, rozrost jej i odkładanie się w jej sokach wapnia, ponieważ we krwi ilość jego jest stała. W ten sposób powstaje model kostna. Kostnienie jest zjawiskiem ostatecznym, które poprzedza rozrzedzenie sąsiednich odcinków kostnych, wywołane przekrwieniem czynnym. Znając przyczynę przekrwienia, można rozróżnić naturę i pochodzenie tej lub innej choroby kostnienia. Nawiasem autorzy przypominają ciekawe zjawisko fizjologiczne, a mianowicie, że obecność leukocytów przeszkadza kostnieniu, w miejscu ropienia kość się nie wytwarza.

3. Kość jest siedliskiem szpiku kostnego, narządu krwiotwórczego.

Zmiany w szpiku kostnym we wczesnych okresach życia nie zostają bez znaczenia dla patologii niektórych spraw układu kostnego.

4. Mechanizm wzrostu kości na długość jest pochodzenia czysto chrząstkowego i zależy od scharmonizowania się 2 zjawisk, następujących jedno po drugim:

a) rozrostu chrząstki;

b) niszczenia jej i zastępowania przez tkankę kostną.

Brak rozrostu chrząstki lub powolny jej rozrost, zarówno jak brak wytwarzania się tkanki kostnej pociąga za sobą zahamowanie wzrostu. Śmierć i życie chrząstki podlega wpływom gruczołów dokrewnych. Wydzielina tarczycy pobudza do stałego odradzania się, gruczoły płciowe mają wpływ hamujący. Wycięcie narządów płciowych w młodym wieku przed okresem dojrzewania pociąga za sobą przedłużenie okresu wzrostu chrząstki.

Niedomoga lub niedorozwój tarczycy pociąga za sobą brak odradzania się chrząstki, przedwczesny jej zanik.

J. Dą b r o w s k a.

BURCKHARDT. O gruźliczych i niegruźliczych przewlekłych schorzeniach stawów. (Chirurg Nr. 4.)

Przez długi czas, jako gruźlicę traktowano chorobę Perthesa (*osteochondritis juvenilis coxae*) i różne lokalne stany zmięknienia w kościach, jak choroba Kienböcka (zmięknienie kostki księżycowatej nadgarstka), I-sza choroba Kóhlera (zmięknienie kości łodkowatej stopy), II-ga choroba Kóhlera (zmięknienie główki II kości śródstopia). Dopiero Röntgen rzucił snop światła na te jednostki chorobowe, wydzielając je z grupy gruźlicy.

II-ga duża grupa chorób obejmuje urazy wewnątrzstawowe. Lekarz, nawet najbardziej doświadczony, staje tu wobec znacznych trudności diagnostycznych; obrazy chorobowe przypominają częstokroć początkową gruźlicę stawów. Wspólną cechą całej grupy jest geneza urazowa, pod której wpływem delikatny mechanizm stawu ustaje uszkodzony. Wystarczy by jedna z części składowych stawu uległa odchyleniu od normy, żeby maziówka wpadła w stan podrażnienia z jego skutkami: wysiękiem, ograniczeniem ruchów, bólem. Chorzy tej grupy należą do ludzi skądinąd zdrowych, rekrutują się przeważnie spośród sportowców.

Należą tu będą takie schorzenia, jak urazy łąkówek, urazy więzadeł krzyżowych, choroba Büdingera (zmięknienie chrząstki rzepki), choroba Hoffy (skleroza ciał tłuszczowych st. kolanowego). Röntgen jest tu przeważnie bezsilny i diagnozy nie ułatwia. Zpśród stawów dotkniętych na plan pierwszy wysuwa się st. kolanowy, a następnie łokciowy.

W 3-ciej grupie spotykamy się z takimi jednostkami chorobowymi, które dziś, dzięki dokładniejszym badaniom rentgenologicznym, nie sprawiają większych trudności rozpoznawczych: a więc dna, kiła, zniekształcające zapalenie stawów, jednosta wowa postać gośńca przewlekłego.

Natomiast ostatnio często opisywane przewlekłe zapalenie szpiku kostnego nasad przystawowych może łudząco przypominać początkowe stany gruźlicy. I nawet rentgenogram wątpliwości rozwiązać nie może, brak bowiem w tych przypadkach charakterystycznego odczynu wytwórczego. Rozpoznanie może na właściwe tory skierować pewien zmysł kliniczny, a potwierdzić go zabieg operacyjny. Zwraca bowiem uwagę, że stan ogólny chorego jest wyjątkowo dobry, kończyna mimo długotrwałej choroby funkcjonalnie sprawna.

Wreszcie w 4-ej grupie chorób, obejmujących przewlekłe zapalenie maziówki (*synovitis chr.*), spotykamy się z przypadkami tak łudząco przypominającymi gruźlicę, że ani Roentgen, ani objawy kliniczne, ani operacja wreszcie zagadki rozwiązać nie może. Dopiero badanie histologiczne i bakterjologiczne wyłącza gruźlicę. I tu najczęściej dotknięty chorobą jest st. kolanowy.

N. P.

Choroby nerwowe i psychiczne.

C. VINCENT. Diagnostyka nowotworów płata czołowego. (Rev. Neur. 1928.)

Na dorocznym IX Międzynarodowym Zebraniu Neurologów w Paryżu (3—4 lipiec 1928 r.) omawiany był temat: „Rozpoznanie i leczenie nowotworów mózgu”. Referent wybrał sobie symptomatologię nowotworów płata czołowego. Jako objawy kardynalne wymienia on: 1) zaburzenia psychiczne (zmienność nastroju, apatię, stan zwany „moria”, dezorientację, senność). Zmiany te świadczą o wybitnej roli psychicznej zawojów czołowych. 2) Dalej objawem ważnym są zaburzenia równowagi podobne do zaburzeń mózgowych. Zmiany te mają być następstwem uszkodzenia pęczka czołowo-mózdkowego. Na 3-m miejscu znajdować się ma upośledzenie mimiki, na 4-em zwolnienie mowy. Na podstawie doświadczenia własnego autor do objawów wymienionych dołącza: 5) porażenie nerwu twarzonego oraz 6) niemotę słowną. Najczęstsze omyłki rozpoznawcze są czynione w kierunku cierpień umysłowych: bezwładu postępującego oraz hysterji; statystyka Stanów Zjednoczonych notuje, iż 20% osób w Zakładach dla umysłowo chorych okazuje się dotkniętymi nowotworami mózgu. Wyjątkowe przypadki rozmiękczenia mózgu z zastoiną tarcz wzrokowych mogą również dać powód do fałszywego rozpoznania.

Pomyłki, dotyczące topografji nowotworów czołowych, są czynione w kierunku umieszczania ich w zawojach Rolanda. Na korzyść umiejscowienia czołowego przemawiają drgawki typu Jacksona, po których brak niedowładu. Od nowotworów przysadki mózgowej różnią się nowotwory czołowe brakiem ob-

jawów akromegalji, zwyrodnienia tłuszczowo — płciowego oraz niedowidzenia połowiczego.

Nowotwory przedniej części płata skroniowego mogą z łatwością symulować nowotwory czołowe. Cushing daje pewne wskazówki diagnostyczne — różniczkowe, pozwalające je rozpoznać: a mianowicie, w nowotworach skroniowych istnieć może hemianopsja jednoimienna w postaci sektora.

Nowotwory mózdkowe przypominać mogą całkowicie nowotwory czołowe. Wynikać to ma z ucisku, jaki rozszerzone komory wywierają na drogi mózdkowe lub na sam mózdek.

N. Z. Z.

L. ZWEIF. Znaczenie i zastosowanie nakłucia podpotylicznego dla lekarza praktyka. (D. m. W. Nr. 5. 1929 r.)

Autor podkreśla konieczność częstszego, niż dotychczas, badania płynu mózgowordzeniowego dla ustalenia rozpoznania i oceny wyników leczniczych kiłv. Przykre następstwa nakłucia lędźwiowego, jak bóle głowy, konieczność zachowania spokoju i wynikające stąd trudności ambulatoryjnego stosowania tego zabiegu, stara się usunąć za pomocą nakłucia podpotylicznego.

Zabieg wykonywa się igłą 8 cm-ową z mandrynem. Chory leży na prawym boku, na poziomym stole, przyczem kręgosłup i głowa stanowią linię poziomą. Miejsce nakłucia — pomiędzy wyniosłością potyliczną zewnętrzną a drugim kręgiem szyjnym w linii środkowej ciała. Igłę wprowadza się początkowo skośnie do kręgów w dół, a następnie obniża się zewnętrzny koniec igły, idąc dalej w głąb poziomo i przebijając *membrana atlantooccipitalis*. Przy pewnej wprawie przekłucie wykonać można wprost w linii poziomej.

S. Luxenburg.

NOICA i PARVULESCO. Przypadek obrzęku twarzy o przebiegu ostrym. (Rev. Neur. Nr. 5. 1928.)

Żołnierz 22-letni wykazywał obrzęk twarzy z kategorii cierpienia Quinckego, powtarzający się co pewien czas już to w obrębie prawej połowy twarzy, już — lewej. Jako szczegół osobliwy należy podkreślić, iż chory odczuwał w obrębie obrzękłego policzka ból, przypominający oparzeliznę skóry. Badanie czucia na skórze zmienionej wykazuje obniżenie czucia wszystkich rodzajów. Odruch rogówkowy po tej stronie jest również osłabiony. Zespół Quinckego ze zmianami czucia, nie jest zjawiskiem znanym.

N. Z. Z.

Choroby oczu.

ELSCHNIG. O jaskrze. (Graefes Arch. für Ophthalmologie 120 T. 1928 r.)

E. podaje swą dawniejszą klasyfikację jaskry, którą dzieli na 2 grupy: jaskry kompensowanej i niekompensowanej. Do pierwszej zalicza przypadki, w których bez żadnego leczenia nie występowały inne objawy, prócz zagłębienia tarczy n. wzrokowego, do grupy drugiej przypadki, w których spostrzega się ciężkie nieraz zaburzenie krążenia i odżywiania oka (jaskra zapalna).

Zrosty w kącie przesłania E. objaśnia inaczej niż Kmes-Weber. Nie następują bowiem zrosty zapalne w kącie przesłania, lecz winę ponosi wzmożone ciśnienie, które panuje w tylnym odcinku gałki i powoduje zagięcie tęczy i jej przyciśnięcie do kąta przesłania.

W okresach wczesnych jaskry niema w oku żadnych zmian zapalnych, które występują dopiero w okresach późniejszych.

Powstanie zagłębienia tarczy n. wzrokowego E. tłumaczy w inny sposób, niż to przyjęto ogólnie. W n. wzrokowym znajdują się liczne sploty naczyń chłonnych, które łączą się z siatkówką, a poczęści i całkiem szklistym. Przy nagromadzeniu cieczy w oku zostaje ona poczęści wchłonięta przez te naczynia chłonne nerwu, powodując początkowo jego obrzęk. Ponieważ płyn ten zawiera mało białka, następuje pęcznienie włókien

nerwu, a w następstwie ich rozpuszczenie z wytworzeniem się jamistości w wzrokowego, które prowadzi do zaniku tarczy nerwu i jej zagłębienia. Proces ten z jednej strony jest dla oka pożyteczny, gdyż wchłanianie płynu przez naczynia chłonne nerwu zapobiega nagromadzeniu się jego w oku, później jednak wskutek zniszczenia przez płyn nerwu jest szkodliwy. Operacje gałkowe przeciw jaskrze, wywołując podrażnienie odcinka przedniego, tem samem powodują odczyn zapalny i w odcinku tylnym, co ma znaczenie dla wstrzymania postępującego rozpadu nerwu, gdyż zmiany zapalne uszczelniają błonę graniczną i przez to zmniejszają wchłanianie przez nerw płynu. Tem tłumaczy E. zbawienny wpływ operacji przeciwwąglkowych nawet wtedy gdy ciśnienie wewnątrzgałkowe nie powróciło do normy.

Arkin.

A. INCZE. Przyczynek do teorii Scheerera o patogenezie zakrzepu żyły centralnej siatkówki. (Klin. Monatsbl. f. Aughlk. t. 81. Sierpień — Wrzesień 1928).

Autor podaje opis przypadku klinicznie rozpoznanego zakrzepu żyły centr. siatkówki. Wskutek wtórnej jaskry oko uległo wyluszczeniu i zostało anatomicznie zbadane. Stwierdzono zgrubienie ścian obu naczyń we wszystkich warstwach z zanikiem włókien elastycznych.

Światło tętnicy pozostaje niezmienione na całym badanym odcinku, natomiast światło żyły na miejscu zatoru zmniejsza się do $\frac{1}{11}$ jej średnicy, nie znikając jednak doszczętnie; wszędzie można było dojrzeć szczeliny, pokryte obrzętym śródbłonkiem.

Stwierdzono tu zatem zamknięcie światła naczynia, spowodowane zgrubieniem ścian na skutek bujania łącznotkankowego i wynikającą z tego uciskiem twardej tętnicy na żyłę.

Wyniki te zgadzają się z twierdzeniami Scheerera który, w przeciwieństwie do Coatsa, uważa, że nie zaczopowanie, lecz schorzenie ścian naczyń wywołuje obraz kliniczny zakrzepu żyły centr. siatkówki.

Utrzymuje on dalej, że zamknięcie następuje tylko w okolicy blaszki sitowej wskutek istniejących tam specjalnych warunków anatomicznych: tętnica i żyła leżą obok siebie bezpośrednio, bez oddzielającej tkanki łącznej, i spłaszczają się nawzajem.

Z tym ostatnim wywodem nie zgadza się autor, który na zasadzie wykonanych pomiarów ścian i światła naczyń, potwierdzając dane anatomiczne w blaszce sitowej, uważa, że zamknięcie może nastąpić i w dalszym odcinku, jeżeli zmiany chorobowe w obu naczyniach znajdują się na jednym poziomie.

Katz-Silbersteinowa.

Wskazówki praktyczne.

K. Dalichow stosował wstrzykiwania *aristosanu* (błękit metylenowy z kwasem mrońkowym) w ostrym gościcu stawowym i nerwobólach. Wstrzykiwań zwykle robił 2 — 3, najwyżej 12, domięśniowo w dawkach po 2 cm³. W 70% przypadków bóle ustępowały w bardzo krótkim czasie, w reszcie przypadków prędzej, niż po stosowaniu innych środków. Szkodliwego działania ubocznego nie spostrzegali.

(Münch. m. Woch. 1928, Nr. 45).

O leczeniu guzów krwawniczych za pomocą *Rektoserolu* wyraża się dodatnio W. Vermehren. W rektoserolu tłuszcz zamieniony został przez serwatkę, która łatwo wchłania się w kiszce. Środek ten wprowadza sobie do kiszki sam pacjent za pomocą odpowiedniej rurki, zaopatrzonej w klucz, którego kręcenie wypycha lek do kiszki.

(Ztbl. f. inn. Med. 1929, N. 13).

O. Fliegel otrzymał dobre wyniki leczenia gruźlicy stawów z ropieniami i przetokami, opornymi względem innych zwykłych metod leczniczych, za pomocą *karminia śledziony*. Pomyślne działanie tej diety wyrażało się w spadku gorączki, zmniejszeniu się wydzieliny, oczyszczeniu się owrzodzeń gruźliczych, ustąpieniu obrzęków okooprzetokowych, oraz bólów stawowych, jako-

też w uderzającej poprawie stanu ogólnego. Dieta śledzionowa w ilości dziennej 50 — 100 gr. śledziony cielęcej (w postaci kotletów smażonych na tłuszczu lub skrobanki w zupie) stosowana była w ciągu 4 tygodni, po których następowała przerwa 2 — 3 tygodniowa, poczem znowu rozpoczynało kurację, jak wyżej.

(D. m. Woch. 1928, N. 49).

Praktyczny sposób przekonywania się, czy po zabiegu chirurgicznym nie został w brzuchu tampon, stosuje Döderlein. Mianowicie, w tamponach gazowych znajduje się kawałek drutu brązowego, który może być łatwo wykryty za pomocą prześwietlenia rentgenowskiego.

(Münch. m. Woch. 1928 N. 49).

A. Fuchs zwraca uwagę na ważność natychmiastowego przetoczenia krwi w przypadkach utraty wzroku po krwotokach. Rokowanie w tych przypadkach jest wogóle niepomyślne, a natychmiastowe przetoczenie krwi daje wynik dobry. Czy możliwa jest poprawa wzroku i po późnej transfuzji, dopiero doświadczenie może pokazać.

(Wien. m. Woch. 1928, Nr. 45).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne. Oddział Warszawski.

Sprawozdanie z działalności za rok 1928/29.

W roku sprawozdawczym (od 29/II, 1928 do 13/III, 1929) Oddział Warszawski odbył 8 posiedzeń.

Pierwsze posiedzenie 17 marca 1928 było poświęcone uczczeniu trzydziestoletniej pracy naukowej prof. Dr. Jana Tura. W maju odczyt wygłosił prof. Dr. Etienne Rabaud z Paryża.

Na posiedzeniach wygłoszono ogółem 11 referatów naukowych oraz 7 sprawozdawczych.

Referentami byli pp. Dr. Bilewicz, Dr. Chodkowski, Dr. Dehnel, p. Dębski, Dr. Gawarecki, Dr. Grzybowski, prof. Dr. Janicki, prof. dr. Loth, Dr. Poplewski, prof. dr. Roszkowski, Dr. Ruszkowski, Dr. fil. i med. Słonimski, prof. Dr. Tur, Dr. Zakolska.

Posiedzenie 1. — 17/III 1928:

W. Roszkowski: Prace naukowe prof. Jana Tura.

Posiedzenie 2. — 25/IV 1928:

E. Loth: Wrażenia z zakładów anatomicznych we Włoszech.

R. Poplewski: s. p. prof. Zygmunt Laskowski.

J. Grzybowski: Wrażenia ze zjazdu anatomów w Pradze.

Cz. Gawarecki: Rzadka odmiana mięśnia dloniowego długiego.

Posiedzenie 3. — 23/V 1928:

E. Rabaud: La teratogénese et l'adaptation.

Posiedzenie 4. — 28/XI 1928:

J. Tur: *Trzechsetlecie Harveya*.G. Dehnel: *Spostrzeżenia nad rozwojem sójki (Garrulus glandarius L.)*.St. Bilewicz: *W sprawie wielkości absolutnej układów zarodkowych złożonych*.J. Dębski: *Nowy typ anomalii medozermy w rozwoju kureczenia*.

Posiedzenie 5. — 12/XII 1928:

J. Tur: *Potwory nieskoordynowane i zjawiska eliminacji materiału zarodkowego*.J. Tur: *Próba klasyfikacji prowizorycznej zarodkowych potworów bezpostaciowych*.E. Loth: *O Międzynarodowej Komisji badania części miękkich*.

Posiedzenie 6. — 30/I. 1929.

K. Janicki: *Cykl rozwojowy Amphilina foliacea, pasorzyta sterleta Wołgi, w/g. badań i eksperymentów na Stacji Biologicznej w Saratowie*.K. Chodkowski: *Anomalia serca u noworodka*.

Posiedzenie 7. — 27/II. 1929.

P. Słonimski: *Z badań nad komórkami wrzecionowatemi krwi kręgowców*.J. Ruszkowski: *O kilku instytucjach naukowych w Brazylii*.

Posiedzenie 8. — 13/III. 1929.

Z. Zakolska: *Przypadek partenogenetycznego podziału jaja w jajniku szczura*.

Zwyczajne posiedzenia odbywały się przy udziale 35 do 80 członków i gości.

Większość referatów wydrukowana została w czasopiśmie specjalnych.

Wzrost zainteresowania Towarzystwem zaznaczył się także zgłoszeniem 11 nowych członków; obecnie Oddział Warszawski liczy 72 członków.

Przewodniczący

(—) Prof. Dr. L. Kryński

Sekretarz

(—) Dr. J. Ruszkowski

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

XXV posiedzenie naukowe z dnia 30 listopada 1928.

prezes — Drozdowicz

sekretarz — Adelfang

I. Bruner E. *Leczenie chorób skóry promieniami t. zw. pogranicznymi*.

Autor stosował promienie „pograniczne” w 200 przypadkach najróżnorodniejszych schorzeń skórnych i ani razu nie mógł stwierdzić wyższości działania terapeutycznego powyższych promieni X., od promieni zwykle używanych w rentgenoterapii dermatologicznej.

Badania biologiczne autora nad wpływem naświetlań promieniami pogranicznymi, promieniami X oraz UV, roztworów ornitobenzaldehydu, jakoteż badania nad spadkiem obwodowym leukocytów pod wpływem naświetlań skóry ludzkiej promieniami pogranicznymi oraz prom. X zdają się stwierdzać, że działanie biologiczne promieni „pogranicznych” w niczem się nie różni od działania prom. X.

Zdaniem autora, ta nowa metoda rentgenoterapeutyczna przedwcześnie wyszła poza obręb badań w pracowniach klinicznych oraz szpitalnych. Niektórzy z autorów niemieckich stosują wielokrotną dawkę rumieniową prom. pogranicznych, co może być w przyszłości przyczyną uszkodzeń późnych skóry.

W dyskusji Sabat zaznacza, że sprawa większej skuteczności promieni pogranicznych Buckyego nad prom. R. o fali krótkiej nie jest rozstrzygnięta. Znaczna rozbieżność zapatrywań zależna jest, podług Kirscha, od różnicy w dawkach, jakie otrzymuje się w jednakowych warunkach, od różnych lamp i aparatów. Dawka ta zależna jest w dużym stopniu od grubości okienka Lindemanna. Różnica zaś skutków biologicznych promieni pogranicznych i Roentg. o fali krótkiej okazuje się już w tem, że okres utajenia odczynu biologicznego, jaki wywołują prom. pogr., jakkolwiek wyglądem swym są bardzo podobne do wrzodów rentg., są w przeciwstawieniu do nich bez porównania mniej złośliwe, znacznie mniej bolesne, goją się same łatwo i szybko z pozostawieniem po sobie nieznacznych tylko śladów na skórze. Jest to zaletą prom. pogranicznych. Nad badaniem ich skuteczności leczniczej warto jeszcze nadal pracować przy ścisłych pomiarach dawek.

Rubinrot jest zdania, że działanie biologiczne promieni pogranicznych w niczem nie różni się od działania prom. pozafioletkowych.

Mes z zgadza się z ref., że prom. pograniczne, przy dzisiejszym stanie techniki, nie dają lepszych wyników od prom. R.

W odpowiedzi Bruner podkreśla, że w chwili obecnej prom. pograniczne nie posiadają żadnej wartości klinicznej. Badania naukowe nad działaniem tych promieni oraz dalsze próby kliniczne nad zastosowaniem ich praktycznym nie powinny być zaniechane. Należy tylko przestrzec przed wprowadzeniem już dzisiaj prom. pogranicznych do arsenału leczniczego zwłaszcza lekarzy nie specjalistów oraz należy zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa, które mogą wynikać z racji stosowania prom. bardzo miękkich.

W odpowiedzi Rubinrotowi autor zaznacza, że działanie biologiczne prom. pogr. różni się zasadniczo od działania prom. UV. Badania autora nad naświetlaniem roztworu ortonitrobenzaldehydu potwierdzają to zapatrywanie.

2. Sitkowski W. *Przypadek pseudotumoru przysadki mózgowej*.

Ref. demonstrowa rentgenogramy czaszki 54-letniego chorego ze znacznie poszerzoną siodłem tureckim. Objawy kliniczne przemieniały się guzem przysadki. Po pewnym jednak czasie wszelkie objawy kliniczne zginęły zupełnie. i zdjęcie rentg. dokonane u brata chorego, wykazało prawie takie same siodło tureckie.

W dyskusji Sabat zwraca się przeciw nazwie „pseudotumor hypophyseos”. Powiększenie siodła tureckiego przy zachowanym jej konturze lub przy zniszczeniu częściowem, lub nawet całkowitem bywa objawem nie tylko guza przysadki mózgowej, lecz również może być spowodowane przez rozmaite sprawy chorobowe podstawy czaszki, jak guzy trzonu kości klinowej, kilaki kości klinowej, włókniaki nosowo-gardzielowe, dalej przez wodogłowie III komory mózgowej, a także może być jednym z objawów przewlekłego ogólnego wzmocnienia ucisku mózgowego. W przypadku opisanym przez kol. Sitkowskiego, powiększenie wejścia do siodła i przemijające niedowidzenie, które wystąpiło przy pochyleniu się pacjenta, nasuwa podejrzenie torbieli lejka przysadki (*cystis infundibuli hypophyseos*) lub wodogłowia wewnętrznego (*hydrocephalus ventr.*) lub może torbieli wodnej pod oponą twardą (*hydrocephalus pachymeningiticus partialis*).

Mes z uważa, że nie można postawić rozpoznania guza przysadki li tylko na zasadzie powiększonego siodła tureckiego, które może być powiększone z powodów najróżnorodniejszych.

3. Grynkrut B. i Lewenfisz H. *Przypadek torbieli języka rozpoznanej rentgenologicznie i potwierdz. operacyjnie*.

Ref. demonstrowa zdjęcia rentg. chorej, której zastrzyknięto lipjodol do cysty języka i otrzymano tym sposobem ścisłe wymiary i konfigurację cysty.

W dyskusji Sabat zaznacza, że w przypadku G. badanie rentgenologiczne szczegółowo stwierdziło położenie i wielkość torbieli. Dane te chirurgowi niewątpliwie ułatwiłyby operację.

Adelfang — badanie rentgenologiczne w powyższym przypadku dało maximum ścisłości w określaniu wymiarów i konfiguracji torbieli i nie mogło być zastąpione żadną inną metodą badania klinicznego.

4. Herman E, Mes z N. i Neuding P. a) *spina bifida occulta cervicalis c. tetraplegiae*, b) *spina bifida occulta cervicalis et sclerosis multiplex*.

Ref. demonstrowa dwa następujące przypadki: pierwszy dotyczy starszego mężczyzny, który po urazie (upadek z wozu) dostał nagle porażenia wszystkich kończyn. Drugi dotyczy chorej z typowymi objawami klinicznymi *sclerosis multiplex*. W obu przypadkach badanie rentgenologiczne stwierdziło *spina bifida occulta cervicalis*. Referenci omawiają możliwość związku przyczynowego między powyższymi chorobami i *sp. bif. oc. cerv.*

W dyskusji Grudziński zaznacza, że istnieje często związek między rozszczepieniem kręgow i innymi wadami rozwojowymi kości, zwłaszcza żebrami sztywnym i sakralizacją. W przypadkach *spina bifida myelomelia* zastrzyknięty lipjodol zatrzymuje się tuż nad rozszczepionym kręgiem.

Adelfang jest zdania, że rozszczepienie kręgow lędźwiowych dolnych i krzyżowych spotyka się bardzo często, i nie należy przypisywać mu większego znaczenia. Natomiast rozszczepienie kręgow górnych lędźwiowych i piersiowych zwykle połączone bywa ze zmianami chorobowymi organicznymi. A. obserwował dwa przypadki rozszczepienia kręgow piersiowych u kilkunastoletnich chłopców. U jednego sprawa ta połączona była z niedowładem kończyn dolnych i niedorozwojem umysłowym, u drugiego — z wstępującym niedowładem Landryego.

Sabat: stwierdzono, że w przypadkach mimowolnego moczenia rozszczepienie kręgosłupa spotyka się znacznie częściej, niż u ludzi ze zdrowym pęcherzem moczowym. Z polskich auto-

rów stwierdził to Rotfeld, opierając się na materiale rentgenologicznym mówcy. Czy mimowolne moczenie jest w związku z rozszczepieniem kręgosłupa, czy niedowład pęcherza jest objawem zwyrodnienia, które istnieje współzależnie z rozszczepieniem kręgow, podobnie jak często towarzyszące mu inne wady rozwojowe, nie wiemy. Zapatrywanie Grudzińskiego, że owłosienie na skórze grzbietu w przypadkach ukrytego rozszczepienia kręgosłupa zawsze świadczy o istnieniu grubszej zmiany rdzenia, (jak *myelocoele*, *meningocoele*), jest przynajmniej obecnie nieuzasadnione.

Lubelczyk stwierdzał często *enuresis nocturna* w przypadkach rozszczepienia kręgow.

Głowacki widywał owłosienie na skórze w okolicy lędźwiowej.

Adelfang

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Neupert przytacza na posiedzeniu berlińsk. tow. chirurgów w lutym r. b. przypadek *ciężkiego obcego w ductus choledochus*. Po operacji na przewodzie przy usuwaniu drenu w kształcie litery T oderwał się kawałek drenu. Przetoka narazie zamknęła się. Po upływie 4 miesięcy przy objawach dreszczów wstrząsających znów wystąpiły silne bóle, które ustąpiły pod wpływem leczenia wewnętrznego przy braku wiadomości o fakcie, wyżej wzmiankowanym. Po 4 latach wskutek upadku nowe pogorszenie. Roentgen wykazał obecność drenu w miejscu poprzednim. Zabieg operacyjny zakończył się śmiercią. Badanie pośmiertne stwierdziło zaczopowanie *a. iliaca comm.*, re-

nalis i lienalis. Kanał żółciowy był nienaruszony, natomiast przewody żółciowe były pełne kamyków.

(D. m. W. N. 16).

Crouzon i Horowitz omawiają na posiedz. kwietniowym paryskiej akademii lekarskiej przypadek *zakażenia zawodowego śpiączką w fazie parkinsonizmu*. Chora od lat 9 miała stały ślinotok. Pielęgniarka, która od 3 miesięcy opiekowała się chora, dostała typowych objawów śpiączki. Okazuje się tedy, że parkinsonicy pośpiączkowi mogą być niebezpieczni dla otoczenia w ciągu całego szeregu lat. Zjawia się więc potrzeba izolowania tego rodzaju chorych. (Pr. méd. N. 32).

O skuteczności szczepienia przeciwbłoniczego przekonywał na tem samem posiedzeniu akademii Lereboullet na zasadzie materiału, obejmującego od r. 1924 do 1928 17000 dzieci. W r. 1928 wraz z Gournay stworzył L. ośrodek zapobiegania błonicy. Doświadczenie, uzyskane w szpitalu dla dzieci w owym ośrodku i w rozmaitych innych środowiskach, przekonywa autora o nieszkodliwości anatoksyny Ramona z jednej strony, zaś o skuteczności szczepienia z drugiej, skoro wśród dzieci szczepionych trzykrotnie, odnotowano tylko 4 łagodne przypadki, gdy natomiast u dzieci, szczepionych jednokrotnie, spostrzegano liczne przypadki.

Przypadek *nieskuteczności leczenia wątroby anemii żółtliwej* spostrzegł Emile-Weil. Gdy samo leczenie wątroby nie dało poprawy, i gdy przetaczanie krwi i insulina zostały bez skutku, przystąpiono do jednoczesnego stosowania tych metod leczenia. Skutek narazie był wybitny (przybytek wagi 9 funtów, wzrost liczby krwinek z jednego do 2.7 milionów), lecz po 6 tygodniach pobytu na wsi nastąpiło pogorszenie, które nie ustępowało żadnemu leczeniu i zakończyło się śmiercią.

(Tow. lek. szpit. paryskich — Pr. méd. N. 32).

Z j a z d y.

VI-y Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Rzymie.

Odbytą się co 2 lata międzynarodowe Zjazdy przeciwwgruźlicze dają obraz najnowszych poglądów na gruźlicę pod względem biologicznym, klinicznym i społecznym.

Siedzibą Zjazdów są kolejno główne miasta różnych państw, występujących wobec całego świata z przeglądem swych urządzeń przeciwwgruźliczych.

Zjazd ostatni odbył się w Rzymie przy niezwykle licznych współudziale wszystkich krajów cywilizowanych: na liście uczestników zapisanych było 1104 członków, reprezentujących 38 państw; po Włochach, których było 431, następne miejsce zajmowali Polacy (201), potem Francuzi (121), Niemcy (57), Czesi (53), Kanadyjczycy (38), Szwajcarzy (36), Amerykanie (24), Anglicy (16) i t. d. Łącznie z rodzinami towarzyszącymi liczba uczestników przekroczyła 1500 osób.

Zjazd był obesłany bardzo poważnie i zgromadził najwybitniejszych znawców gruźlicy z całego świata.

Włochy reprezentowane były przez najwybitniejszych swych fizjologów, jak prof. Maragliano, prof. Ascoli M., prof. Ascoli V., prof. Benedetti, prof. Mendes, prof. Morelli, prof. Ronzoni, prof. Ilvénio, dr. Borchetti (energiczny sekretarz Zjazdu, wielki przyjaciel Polaków).

Z Francji przybyli między innymi prof. Calmette, prof. Arloing, Armand-Delille, prof. Berard, prof. L. Bernard, prof. Bezançon, Courcoux, Dumarest, Durand, Poix, Rist, Valtis, Vaudremer. Z Wielkiej Brytanii słynny prof. Robert Philip, ze Stanów Zjednoczonych — prof. Opic, Maher, znakomity bakterjolog Petroff; z Austrii — Hamburger; z Belgii — Dewez; z Brazylii — Fontès; z Czech — Brzesky, prof. Jedliczka, prof. Kimla, Szymek, prof. Vesely; z Danii — prof. Faber; z Egiptu — Burnard; z Hiszpanii — Espino da Capo Verdes, Montenegro; z Japonii — Furumi; z Jugosławii — Cepulitch, Stojanovitch. Bardzo liczna i wyjątkowo dobrana była delegacja z Niemiec, które poraz pierwszy po wojnie światowej wystąpiły na Zjeździe przeciwwgruźliczym, jako przyjęte do Ligi Narodów; przybyli tedy z niemieckich uczonych: prof. L. Brauer, Blumel, Hamel, Kayser-Petersen, Kirchner, Kleinschmidt, Lange B., Rabinowicz-Kempner Lydia, Selter, Wiese. Dalej

z Norwegii byli Harbitz, Heimbeck, Heitmam; z Szwajcarii — Bachmann, Jaquerad, Vogel-Eysner; z Szwecji — Neander, Cederkrantz, Walgreen; z Turcji — prof. Tefvik-Selim pasza, prof. Nazim Chakir bey, prof. Abdul Kadir bey; z Węgier — prof. Koranyi.

Z Polski przybyli: reprezentantka Dep. Zdrowia M. S. W. dr. Skokowska-Rudolfowa i członkowie Rady Polskiego Związku przeciwwgruźliczego: dr. H. Dąbrowski, dr. Górski, płk. dr. Stefan Rudzki, doc. Sterling-Okuniewski, dr. Węgrzynowski; prezes Warszawskiego Tow. Przeciwwgruźliczego doc. Bogucki i wiceprezes Fr. Karpiński; z Komisarjatu Rządu st. m. Warszawy — naczelny lekarz Eberhardt; kierownik centr. przychodni przeciwwgruźliczej — dr. Martyszewski; z Ligi Szkolnej Przeciwwgruźliczej — dr. Magnuszewska i dr. Mioduszeński Cz. kilku lekarzy klinik warszawskich, jak dr. Landsberg, Rytel i inni; prof. Rosner z Krakowa; dr. Danielski, dr. M. Selzer, dr. Schneider, dr. Tomanek ze Lwowa; dr. Szulc T., dr. Wierusz z Poznania; dr. Marciszewska i dr. Zórawska z Sanatorium w Rudce; dr. Cybulska z Sanatorium w Hołosku; dr. Szaniawska z Buska i wielu innych lekarzy interesujących się fizjologią. Poczesne miejsce wśród uczestników Zjazdu zajmowały przedstawicielki pielęgniarek polskich: panie Nagórska i Żmudzka z Warszawy, Dębska i Mańkowska ze Lwowa.

Zjazd poprzedzony został w d. 24 września 1928 r. posiedzeniem Komitetu Wykonawczego (Comite Exécutif) któremu przewodniczył Prezes Zjazdu prof. Paolpecci, wybitny działacz faszystowski, i wiceprezes Izby Deputowanych; w skład Komitetu Wykonawczego wchodził dotąd przedstawiciel Wielkiej Brytanii, Francji, Włoch, Belgii, Norwegii i Stanów Zjednoczonych — po jednemu z każdego z tych państw; tegoż dnia popołudniu odbyło się posiedzenie Rady Zarządzającej (Conseil de Direction) do której prócz Komitetu Wykonawczego należą członkowie doradcy (Membres Conseillers) ze wszystkich państw, wchodzących w skład Związku; z polaków brali udział w posiedzeniu dr. Dąbrowski i dr. Rudzki. Ze sprawozdania Sekretarza generalnego prof. L. Bernarda dowiedzieliśmy się, że od czasu Zjazdu w Waszyngtonie w 1926 r. sześć nowych państw przystąpiło do Związku (Niemcy, Finlandja, Bułgaria, a ostatnio Filipiny, Kuba i Egipt), obecnie tedy w skład Związku wchodzi 38 krajów (w tem 12 Rządów i 26 stowarzyszeń narodowych). Do Rady Zarządzającej wchodzi 90 członków.

Następny Zjazd uchwalono odbyć za dwa lata w Oslo, wobec czego prezydentem Związku na okres 1930 — 32 obrany został prof. Harbitz. Z innych państw, które nadesłały zaproszenie do Związku odbycia Zjazdu w ich stolicach, wymieniono Holandję, Danię i Czechosłowację. Zaproszenie ze strony Polski, ustnie zgłoszone w lecie 1927 r. przez prezesa dra. Wroczyńskiego na posiedzeniu Rady w Paryżu, nie zostało jeszcze oficjalnie potwierdzone przez Rząd Polski co staje się konieczne w bliskim czasie ze względu na historyczną kolejność zgłoszeń, mającą znaczenie w wyborze miejsca Zjazdów. Do Komitetu Wykonawczego dobrani zostali prof. Opic z Filadelfji (na miejsce ustępującego z Rady prof. Th. Smitha) oraz dr. Hamel prezydent Niemieckiego Komitetu Centralnego; ten ostatni przeszedł przy wstrzymaniu się od głosowania przez kilku delegatów. Natomiast jednogłośnie wybranych zostało 36 nowych członków tytularnych, (Membres titulaires), zaproponowanych przez swe Stowarzyszenia Narodowe. W ten sposób liczba tych członków Rady doszła do 531. Z Polski nowoobrani zostali: dr. W. Bogucki, dr. K. Dłuski, doc. T. Janiszewski, prof. K. Jonszer, prof. W. Orłowski, dr. K. Górski, dr. M. Skokowska, doc. A. Sabatowski, dr. S. Sterling, prof. A. Januszkiewicz. Z innych krajów: z Niemiec — dr. Braeuning i prof. Sauerbruch; z Austrii — prof. Löwenstein; z Francji — dr. Ameuille, prof. Bérard, M. Guérin i inni. Następnie ustalono sposób współpracy Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego z Ligą Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i przyjęto ujednolajnienie emblematu walki z gruźlicą w postaci podwójnego Czerwonego Krzyża.

Wieczorem 24. IX. dla wszystkich członków Zjazdu wydane zostało przyjęcie przez prezesa „Włoskiego Związku Narodowego Faszystowskiego dla walki z gruźlicą”. We wspólnych apartamentach hotelu Excelsior zgromadzili się liczni uczestnicy Zjazdu wraz z wyborowe towarzystwo Rzymskie. Na przyjęcie przybył też na krótko prezes Rady Ministrów Mussolini, któremu przedstawiono niektórych szefów delegacji obco-krajowych.

Uroczyste otwarcie Zjazdu nastąpiło 25 września o godz. 10 m. 30 na Kapitolu pod przewodnictwem honorowym Szefa Rządu Mussoliniego i w obecności J. Kr. Wys. Księżny d'Aosta, bratowej królewskiej, jeneralnej Inspektorki pielęgniarek Włoskiego Czerwonego Krzyża. Inauguracja międzynarodowego Związku pielęgniarek jednocześnie z otwarciem Zjazdu przeciwgruźliczego zgromadziła w wielkiej sali Kapitolu tak liczne tłumy, że pomieścić się one nie mogły, i znaczna część stała na schodach, na sali zaś w tłoku nastąpiły liczne omdlenia. Zjazd otworzył Gubernator Rzymu książę Boncompagni; poczem przemawiali Sekretarz Generalny Związku prof. L. Bernard, prezes Związku prof. Paolucci, wreszcie wygłosił po francusku dłuższe przemówienie B. Mussolini. Podkreślił on, że Zjazd odbywa się w chwili decydującej dla walki z gruźlicą, gdy stanęli do wspólnego szeregu uczeni, higieniści, prawodawcy i filantropi. Mówca zaznaczył, że okoliczności obecne sprzyjają powodzeniu, gdyż „wojna przeszła jest dość daleka, a kryzys powojenny przechodzi; prawie w całej Europie stwierdza się stabilizację porządku politycznego i ekonomicznego i wyszliśmy z ruchomych piasków niepewności pieniężnej; pracujemy na terenie bardziej stałym”. Mówiąc o planie systematycznej akcji przeciwgruźliczej, Mussolini zaznacza, że „jedynie Państwo, dzięki władzy i środkom, któremi rozporządza, ma możliwość podjąć tę walkę w kadrami centralnej organizacji”. Stwierdzając, że Rząd faszystowski jest bardzo dbały o zdrowie i przyszość rasy, Mussolini zapowiada walkę z gruźlicą, pochłaniającą we Włoszech 120 tys. ofiar rocznie; program polega na różnych środkach ustawodawczych, pozwalających mówcy patrzeć spokojnie w przyszłość.

Po otwarciu Zjazdu Gubernator Rzymu podejmował gości w pałacach Kapitolu Vermuth d'honneur.

Korzystając z krótkiej przerwy, złożyliśmy wizytę naszemu Ministrowi pełnomocnemu p. Przędzieckiemu, który przez cały czas Zjazdu bardzo interesował się pracami jego, a zwłaszcza organizacją wystawy.

Naukowa część Zjazdu rozpoczęła się 25 września po południu. Na pierwszym tem posiedzeniu przewodniczył prof. V. Ascoli, wiceprezesami byli prof. Opic, prof. Faber i Espina y Capo. Biologiczny odczyt programowy wygłosił prof. Calmette z Paryża o składnikach przesączalnych jadów gruźliczych. Fontès z Rio de Janeiro pierwszy odkrył w 1910 r., że cząsteczki chromo-chłonne prątków gruźliczych, które Strauss wykrył w 1895 r., a które Much w 1908 opisał, jako ziarenka gram — dodatnie, — mogą przejść przez świecę Berkefelda, przesącz zaś, wstrzyknięty śwince morskiej, powoduje powolny przerost gruczołów chłonnych ze

zjawieniem się w ich mięszu typowych prątków Kocha bez widocznych zmian gruźliczych. W 1922 r. Vaudremer, badając różne odmiany kwaso—odporności prątków Kocha, stwierdził również, że wśród najrozmaitszych postaci atypowych tego zarazka są składniki przesączalne przez świecę Chamberlanda L 3.; z przesączu tego na podłożach pewnych można było otrzymać hodowle kwasoodpornych bakterji, barwiących się podług Ziehla. Od 1923 r. Valtic w pracowni Calmette'a rozpoczął prace w kierunku sprawdzenia dawnych doświadczeń Fontès'a, i Calmette'owi wraz z jego uczniami udało się stwierdzić, że wyniki uczonego brazylijskiego z 1910 r. były zupełnie słuszne. Po przytoczeniu wyników dalszych badań ze swej pracowni oraz licznych prac innych badaczy z całego świata, prof. Calmette stwierdza, że wiele jeszcze jest luk w stanie obecnym naszej wiedzy o własnościach biologicznych i patogenicznych zarazka gruźliczego w okresie jego rozwojowym, gdy jest on niewidzialny przy najsilniejszych powiększeniach mikroskopowych, a przesącza się przez świecę z porcelany porowatej; nie wiemy jeszcze, dlaczego tak trudno jest na sztucznych podłożach otrzymać hodowle tego jadu i przemianę składników przesączalnych na bakterje normalne; nie wiemy, dlaczego w ustroju osobników zakażonych młodych lub dorosłych, normalne bakterje, barwiące się podług Ziehla, a pochodzące ze składników przesączalnych, są tak mało zjadliwe i wyjątkowo tylko powodują zmiany gruźlicze i również nic jeszcze nie wiemy o mechanizmie powodowania przez ten ultravirus i bakterje z niego pochodzące śmierci płodów lub dzieci w pierwszych latach po urodzeniu; jest to zapewne działanie toksyczne, lecz nie jesteśmy w stanie tego udowodnić.

Narazie tedy Calmette dochodzi do następujących wniosków:

1^o W produktach gruźliczych, w ropie, płwocinie (nawet nie zawierającej prątków Kocha, a pochodzącej z gruźlicy tak zwanej zamkniętej), w wysiękach opłucnowych lub otrzewnowych, w płynie z *pyopneumothorax* w moczu osobników, chorych na gruźlicę nerek i t. p., jak również w hodowlach prątków Kocha na podłożach płynnych, istnieją składniki zjadliwe niewidzialne przy najsilniejszych powiększeniach mikroskopowych, a przesączalne przez świecę Berkefelda, Chamberlanda L 2 i L 3 oraz Liliput.

2^o Te składniki zjadliwe przesączalne, posiane na różnych podłożach sztucznych, nie dają hodowli bakterji Kocha, lecz zastrzyknięte pod skórę, do żył lub do otrzewny zwierząt wrażliwych, takich, jak świnka morska, powodują zmiany gruczołowe, na ogół bardzo dyskretne, w których uważne i dłuższe poszukiwania pozwalają wykryć typowe bakterje Kocha, odosobnione lub w skupieniach, najczęściej w towarzystwie ziarenek, z których część jest kwasoodporna.

3^o Te same składniki zjadliwe przesączalne spotykają się we krwi osobników, dotkniętych ciężką gruźlicą, jak również we krwi miesiączkowej kobiet gruźliczych.

4^o Po zastrzyknięciu zwierzętom wrażliwym te przesączalne składniki wykazują najczęściej słabą żywotność, zmniejszoną życiowość, która utrudnia powstanie hodowli na sztucznych podłożach i zazwyczaj nie jest w stanie wywołać zmian gruźliczych serowatych; w wyjątkowych przypadkach udaje się powiększyć ich żywotność i powrócić im właściwości bakterji gruźliczych dzięki stopniowemu przejściom przez organizm świnki morskiej.

5^o Zwierzęta, zaszczepione składnikami przesączalnymi, stają się wrażliwe na tuberkulinę. Występuje u nich fenomen Kocha pod wpływem powtórnych szczepień w odpowiednich odległościach czasu; w surowicy ich zjawiają się normalne przeciwciała gruźlicze, dające odczyn Bordet-Gengou. O ile zwierzęta te nie padną w pierwszych dniach po zaszczepieniu, to, jak się zdaje, stają się one bardziej odporne, niż zwierzęta nowe, na próby zakażenia zjadliwego, o ile próby te nie są zbyt gwałtowne.

6^o Niewidzialne składniki prątków Kocha, wyodrębnione przez filtrowanie produktów gruźliczych, krwi chorych na gruźlicę, lub z hodowli, mogą przechodzić przez łożysko podczas ciąży kobiet lub samicy gruźliczych. Mają one wtedy zdolność wywoływania śmierci płodu lub dziecka w pierwszych tygodniach po jego urodzeniu. W ustroju takich płodów lub dzieci nie stwierdzamy na oględzinach pośmiertnych żadnych widocznych zmian gruźliczych, lecz znajdujemy ultravirus zdolny do ponownego zaszczepienia, a poszukując starannie wykrywamy elementy bardziej rozwinięte, ziarenka i postaci bakteryjne kwasoodporne, mające wszelkie cechy morfologiczne normalnego prątków Kocha.

7⁰ To przejście ultravirusu gruźliczego przez łożysko kobiet gruźliczych, będących w ciąży, lub znajdowanie się jego we krwi chorych na gruźlicę jest, zdaje się, bardzo częste, wtedy gdy zakażenie łożyskowe lub bacillemja, spowodowana postaciami normalnymi prątka Kocha, jest stosunkowo rzadka. Ultravirus wyjątkowo tylko bywa niebezpieczny dla płodu lub dla noworodka. Dzieci, urodzone z matek gruźliczych, po przekroczeniu wieku kilku tygodni, o ile się zdaje, już nie zapadają na tę odmianę chorobową. Cierpienie to nie uczuła ich przeciwko *reinfectio exogenes* ani w stosunku do sztucznego szczepienia ochronnego zapomocą B. C. G.

8⁰ Nowe wiadomości, które zdobyliśmy co do ultravirusu gruźliczego, nie zmieniają w żadnym stopniu prawideł nowoczesnego zapobiegania przeciwgruźliczego. Profilaktyka ta musi być stale oparta z początku na szczepieniu ochronnym czyli uoparnianiu, a następnie na niezwolecznym oddzielaniu we wszelkich przypadkach, gdzie to jest możliwe, każdego noworodka od jego matki gruźliczej, — a to ażeby uniknąć zakażeń i wtórnych zakażeń prątkami żywotnymi, które wywołują ciężką gruźlicę u niemowląt.

Głęboki i świetnie wypowiedziany odczyt prof. Calmettea, zawierający rewelacyjne i niezmiernie ważne dane, wywołał ożywioną dyskusję, w której zabierało głos około 40 mówców, w tej liczbie najwybitniejsi znawcy i współtwórcy poglądów o przesączalności zarazka gruźliczego. Pierwszy przemawiał Fontès, opisujący wyniki największych swych doświadczeń z końca 1926 r.; dalej prof. Arloing; Kirchner; Bruno Lange; Armand Delille, Saenz i Bertrand;

Petroff; prof. Weichardt; prof. Ottolenghi; prof. Casagrandi; prof. L. Lange; prof. Kimla; Valtis; prof. Lydja Rabinowicz-Kempner; prof. Selter; Vaudremer; Durand; Mantoux i inni. Z polaków zabierał głos doc. Sterling-Okuniewski, który udowodniał na mocy swych badań doświadczalnych na zwierzętach oraz biologicznych na ludziach, iż postaci przesączalne niewątpliwie istnieją i wywołują nietypowe zmiany anatomopatologiczne niezmiernie różnorodne w zależności od dróg wejścia i sposobu zakażenia. Ogromna większość mówców przychyliła się do wniosków prof. Calmettea lub rozwinęła i uzupełniła je; na stanowisku takim stanęli uczeni francuscy, włoscy, południowo-amerykańscy. Niemcy zajęli naogół stanowisko oględne, a często negatywne; również znany Petroff (Saranac Lake, Stany Zjednoczone) wypowiedział się ujemnie, twierdząc, że nie udało mu się otrzymać hodowli bakterji gruźliczych z przesączów dostarczonych przez przesączanie czystych hodowli bakterji gruźliczych lub płwociny z wielką liczbą prątków; u dorosłych świnek morskich, szczepionych przesączami, spostrzegł on ziarenka kwasoodporne w 36%, lecz u 33% zwierząt normalnych powierzchownie, które nigdy nie były szczepione przesączami, również znajdował on składniki kwasoodporne; dodatnie wyniki innych autorów tłumaczy Petroff różnicami technicznymi w filtrowaniu i przechodzeniu wyjątkowo pewnych organizmów przez filtry Berkefelda. Przeciwno tym hipotezom ostro zaprotestował jeden z najbliższych współpracowników Calmettea — dr. Valtis.

(C. d. n.).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

(Dokończenie—p. N. 16, 17 i 18).

Sprawy szpitalne w związku z rozporządzeniem Prezydenta o zakładach leczniczych. (Dr. Przywieczerski).

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382) weszło w życie stosownie do art. 88 w 3 miesiące po ogłoszeniu, t. j. od dn. 26 czerwca r. ub. Powyższe rozporządzenie przewiduje wydanie rozporządzenia wykonawczego, którego projekt jest już opracowany, ale jeszcze niezgodniony.

Rozporządzenie przewiduje ponadto w art. 12, 36 i 77 uregulowanie niektórych spraw specjalnymi ustawami; wreszcie rozporządzenie przewiduje, iż w załatwieniu niektórych spraw winny być wydawane specjalne zarządzenia bądź samego Ministra Spraw Wewnętrznych, bądź w porozumieniu z innymi zainteresowanymi Ministrami. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej nie obowiązuje na terenie Województwa Śląskiego, przyczem termin wejścia w życie na obszarze województw małopolskich zostanie oznaczony oddzielnym rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych, a to ze względu na to, że mogłyby powstać specjalne trudności, gdyż według art. 83 samorządy powiatowe i miasta wydzielone muszą przejąć szpitale, o ile je fundowały, a że ustrój szpitalnictwa małopolskiego, oparty na ustawie galicyjskiej 1897 r., a szczególnie pokrywanie kosztów leczenia, regulowane ustawą z 1875 r., są odmienne, wprowadzenie więc w Małopolsce w życie rozporządzenia o zakładach leczniczych w tak krótkim terminie bez uprzedniego przygotowania się samorządów i ujednolajnienia ustawy o kosztach leczenia, która jest koniecznem

uzupełnieniem rozporządzenia o zakładach leczniczych, odbiło się ujemnie na normalnem funkcjonowaniu szpitali małopolskich i mogłoby spowodować niekorzystny wstrząs, a nawet czasowy przejściowy ich upadek.

Ministerstwo, zdając sobie z tego położenia należyta sprawę, zwróciło się do wojewodów w Małopolsce, aby przygotowywali samorządy powiatowe do obowiązków, mających na nie spaść w związku z przejściem szpitali, a także przystąpiło niezwłocznie do opracowania nowego projektu ustawy o kosztach leczenia, jednolitej dla całego Państwa. Tezy do powyższego projektu ustawy były tematem obrad Państwowej Rady Samorządowej w dniu 25. I. r. b. Tezy te zostały przekazane do szczegółowego rozpatrzenia specjalnie wybranej w tym celu komisji, poczem zostaną opracowane w formie projektu ustawy. Jedną z naczelnych zasad projektu tego będzie przepis, że koszty leczenia ubogich chorych na długotrwałe choroby będą w zasadzie pokrywane przez wyższe związki samorządowe, gminy zaś będą pokrywały tylko część tych kosztów i przez ograniczony okres czasu.

Wobec rozporządzenia z dnia 16. I. 1928 r. o zniesieniu Tymczasowego Wydziału Samorządowego. Departament Służby Zdrowia wystąpił z wnioskiem o przekazanie czasowe, t. j. do chwili wejścia w życie rozporządzenia o zakładach leczniczych, 38 publicznych powszechnych szpitali w Małopolsce — wojewodom stosownie do terenu, na którym się znajdują. W tym celu fundusz, przeznaczony na pokrywanie kosztów leczenia ubogich chorych w nich, byłby odpowiednio proporcjonalnie podzielony i przekazywany do dyspozycji wojewody.

4 państwowe szpitale: św. Łazarza, Lwowski, Kulparków i Kobierzyn, według tego wniosku, pozostałyby do utworzenia samorządu wojewódzkiego

w bezpośredniej administracji Ministerstwa, z tem jednak, że do załatwiania większości spraw upoważnieni zostaliby wojewodowie.

Sprawa statutów zakładów leczniczych w myśl powyższego rozporządzenia przedstawia się jak następuje: stosownie do art. 86 wszystkie zakłady lecznicze winny przedłożyć właściwym władzom statuty do zatwierdzenia bez względu na to, czy dotychczas zakłady te statuty posiadały. Obowiązek ten winien być wykonany w stosunku do szpitali i lecznic w ciągu 12 miesięcy, licząc od dnia wejścia w życie rozporządzenia, w stosunku do przychodni w ciągu 6-ciu miesięcy.

Chcąc ułatwić poszczególnym szpitalom układanie statutu i mając na względzie pewną jednolitość a także i to, żeby statut szpitala w pełni i dokładnie przedstawiał jego zakres działania i organizację, Departament Służby Zdrowia opracował wzór statutu szpitalnego. Składa się on z 8-miu rozdziałów.

Pierwszy rozdział określa nazwę, rodzaj i zadania szpitala; drugi — ustrój wewnętrzny szpitala; trzeci — traktuje o środkach na utrzymanie i prowadzenie szpitala; czwarty — ustrój zarządu szpitalnego; piąty — omawia skład rady szpitalnej, jej zakres działania; szósty — kategorie pracowników, ich prawa i obowiązki; siódmy rozdział określa opłaty dzienne i dodatkowe; wreszcie ósmy zawiera postanowienia szczególne.

Pozatem każdy statut szpitala musi obowiązkowo posiadać, jako załącznik do niego, specjalny rozdział, który jest w ten sposób ułożony, aby dawał obraz ze stanu szpitala, t. j. jego zalet i braków w danym czasie, i przedstawiał historię założenia. Załącznik ten w zrozumieniu Departamentu Służby Zdrowia jest konieczny, gdyż z jednej strony będzie on służył za poważny materiał, przedstawiający obecny stan szpitalnictwa, z drugiej da on możność po pewnym czasie porównania, czy dany szpital rozwija się, inwestuje i idzie po drodze postępu, czy też zarząd jego nie przejawia żadnej akcji i dbałości o rozwój.

Oprócz wykazu rozdziałów i ustępów będzie dodana do niego instrukcja, objaśniająca sposób jego sporządzenia. Ponadto w drugiej części instrukcji będzie opracowany w całości statut dla jednego ze szpitali powiatowych, który będzie mógł służyć za wzór przedstawienia treści statutu, zgodnej z przepisami rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych i rozporządzenia wykonawczego do niego, którego opracowanie jest na ukończeniu.

Stosownie do art 17 oprócz statutu każdy szpital publiczny winien mieć regulamin porządku wewnętrznego i instrukcję służbową, określającą szczegółowo obowiązki służbowe poszczególnych kategorii pracowników szpitala. Regulamin i instrukcje wydaje władza, zatwierdzająca statut, na wniosek dyrektora szpitala, uchwalony przez Radę szpitalną. Dla ułatwienia i te materiały Departament Służby Zdrowia zebrał i ujął w odpowiednie rozdziały i ustępy.

W dyskusji na powyższy temat poruszono sprawę dodatkowych opłat za leczenie w szpitalach. Zebrani w zasadzie wypowiedzieli się przeciwko utrzymaniu w szpitalach dodatkowych opłat za wykonanie specjalnych zabiegów lekarskich,

w razie zaś koniecznym należałoby wprowadzić wyższe wynagrodzenie dla lekarzy; w każdym razie dodatkowe opłaty winny wpływać do kasy szpitalnej.

Poruszona została również sprawa wydania specjalnego regulaminu dla szpitali i to na wzór regulaminu z r. 1846, który należałoby wskrzesić.

W dyskusji zaznaczono, iż sprawa przekazania gmachów szpitalnych samorządom dotychczas nie jest załatwiona. Sprawa ta, jako pilna, wymagałaby szybszego rozpatrzenia.

Została poruszona również sprawa najszybszego rozciągnięcia mocy obowiązującej rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych na województwa małopolskie, a to w celu należytego uregulowania stosunków szpitalnych w Małopolsce.

Zwrócono uwagę na trudności, jakie są związane z budową nowych szpitali przez samorządy, a to ze względu na trudności uzyskania kredytu długoterminowego.

P. Dr. Karpf. Nadzór nad żywnością i przedmiotami użytku w związku z ustawą o nadzorze nad temi artykułami.

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych o organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku ma na celu rozbudowę aparatu dozoru. Projekt określa w szczególności władze i organa, powołane do pełnienia dozoru nad żywnością, oraz zakres, w jakim ten dozór przez te władze i organa ma być wykonywany. Władzami dozoru są wojewódzkie i powiatowe władze administracji ogólnej oraz władze samorządu gminnego, działające w zakresie, poręczonym przez swoje organa. Organami dozoru są organa sanitarne jednych i drugich władz oraz fachowi funkcjonariusze Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku oraz komunalnych pracowni badania żywności. Rozporządzenie to normuje dalej wewnętrzną organizację oraz tryb postępowania Państwowych zakładów i pracowników komunalnych, stosunek Zakładów do władz dozoru oraz do komunalnych pracowni i obowiązki jednych, zarówno jak i drugich.

Podane zostały również do wiadomości zamierzenia Rządu w dziale dozoru nad żywnością na najbliższy okres, a są niemi prace w kierunku legistycznym i organizacyjnym. Legislacja obejmuje szereg już opracowanych projektów rozporządzeń (o mleku i jego przetworach, o tłuszczach i olejach jadalnych, o barwnikach do barwienia artykułów żywności i przedmiotów użytku, o opłatach za badanie żywności). Organizacja obejmuje tworzenie nowych placówek kontrolno-badawczych w punktach, najwięcej odczuwających ich brak, jak np. Wilno, Lwów.

W dyskusji nad powyższym referatem poruszono sprawę wydania rozporządzeń porządkowych, w tym zakresie zwrócono uwagę na konieczność uzgodnienia ustawodawstwa sanitarnego z ustawodawstwem innych dziedzin (np. z dziedziny przepisów budowlanych).

Dr. Jarniński. Państwowa pomoc lekarska dla urzędników państwowych.

Największy wysiłek w organizacji państwowej

pomocy lekarskiej został zwrócony na zwalczanie gruźlicy.

W związku z powyższem projektowane nowe rozporządzenie o państwowej pomocy lekarskiej specjalnie zwraca uwagę na zwalczanie gruźlicy i w tym celu wprowadza możliwość leczenia się członków rodzin funkcjonariuszów państwowych chorych na gruźlicę kości i dróg oddechowych na okres czasu do 6 miesięcy, pozatem możliwość naświetlania lampą kwarcową w tych wypadkach niezależnie od pory roku.

Co do kwestji opłat, to projekt rozporządzenia przewiduje system opłat jednostkowych w wypadkach leczenia u lekarzy wolnopraktykujących, niezaangażowanych w organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych.

Projekt rozporządzenia normuje pozatem kwestję udzielania pomocy lekarskiej wszystkim dzieciom funkcjonariuszów państwowych, niezależnie od pobierania na nich dodatku ekonomicznego. Rozszerzono również pomoc lekarską w wypadkach porodu.

Dyskusja stwierdziła, iż państwowa pomoc lekarska przybiera coraz to doskonalsze formy; na przeszkodzie stoi jednakże brak dostatecznych kredytów.

Dr. Sęczyński. Zwalczanie chorób zawodowych.

Zagadnienie zwalczania chorób, wywołanych pracą zawodową, wysunęło się w ostatnich czasach na jedno z czołowych miejsc w rzędzie zagadnień medycyny społecznej i ochrony pracy. Złożyły się na to przyczyny natury sanitarnej i gospodarczej.

Z momentów sanitarnych wymienić należy fakt, że śmiertelność z chorób zawodowych jest większa, aniżeli z chorób, powstałych skutkiem działania wszelkich innych miejscowych lub socjalnych czynników szkodliwych. Fakt ten przejawia się tem jaskrawiej, im większego rozmachu nabrała rozbudowa przemysłu.

Częstotliwość chorób zawodowych i spowodowana przez nie niezdolność do zarabkowania czyni z nich pozatem kapitalne zagadnienie gospodarcze tudzież dominujący przedmiot w zakresie ochrony pracy, tembardziej, że urządzenia higieniczne zakładów przemysłowych i stosowanie odpowiednich środków ochronnych może skutecznie zapobiec rozwojowi pomienionych chorób.

Walka z chorobami zawodowymi szła dotychczas głównie w kierunku leczenia osób, niemi dotkniętych, a to na podstawie ustawy z dnia 19. V. 1920 o obowiązkiem ubezpieczenia na wypadek choroby. Natomiast akcja zapobiegawcza napotykała na wielkie trudności z powodu braku ku temu podstawy prawnej. Podstawę tę otrzymaliśmy w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22. VIII. 1927 o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676) oraz w dotyczącem rozporządzeniu wykonawczem z dnia 17 grudnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 5 poz. 50).

Wspomniane rozporządzenia pozwalają rozwinąć działalność kodyfikacyjną co do nakazu stosowania środków zapobiegawczych przeciw poszczególnym chorobom zawodowym i co do zakazu używania niektórych surowców i metod pracy, pozatem pozwolą uregulować nadzór sanitarny nad zakła-

dami przemysłowemi, wykonywany przez administrację ogólną łącznie z inspekcją pracy.

Jako ważne uzupełnienie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. VIII. 1927 należy wymienić rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16. III. 1928 o bezpieczeństwie i higienie pracy (Dz. U. R. P. Nr. 35 poz. 325), gdyż wkłada ono na pracodawców obowiązek dostarczania środków ochronnych, których stosowanie nakazane zostało na podstawie rozporządzenia o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu, pozatem obowiązek zapewnienia robotnikom higienicznych warsztatów pracy i takichże mieszkań.

Nie będę omawiał wszystkich zasadniczych postanowień, zawartych w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22. VIII. 1927, poruszę tylko te postanowienia, których wykonywanie obarcza w wybitnej mierze personel sanitarny, mianowicie lekarzy powiatowych. Zdaję sobie przytem sprawę, że wogóle wykonywanie rzeczono dekretu wymaga od lekarza powiatowego i całego urzędowego personelu lekarskiego intensywniejszego, niż dotychczas, zajmowania się higieną przemysłową. Chodzi tu o artykuły 7 i 8.

Art. 7 postanawia, między innemi, że lekarz powiatowy, otrzymawszy zgłoszenie o chorobie zawodowej, przeprowadza dochodzenie celem ustalenia jej rozpoznania i jej źródła, że w tym celu nadto bada towarzyszy pracy, poczem łącznie z inspektorem pracy bada stosunki higieniczne zakładu przemysłowego, narzędzia, surowce i warunki pracy.

Odpowiednia procedura lekarza powiatowego i inspektora pracy została w sposób więcej szczegółowy sprecyzowana w rozporządzeniu wykonawczem z dnia 17. XII. 1928 r.

Art. 8 postanawia, że w zakładach pracy, w których zatrudnienie naraża pracujących na jedną z chorób zawodowych, badanie stanu zdrowia robotników tudzież badanie stosunków higienicznych zakładu, badanie narzędzi, surowców i warunków pracy winno być przeprowadzane niezależnie od otrzymanych zgłoszeń przypadków choroby zawodowej w zakresie i terminach, zależnie od stopnia, w jakim praca zagraża zdrowiu, w miarę możliwości jednak conajmniej raz do roku.

Biorąc pod uwagę li tylko choroby, podlegające zgłaszaniu, i ich częstotliwość, należy przypuszczać, że badania, związane z wykonywaniem art. 7, nie będą stanowiły nadmiernego obarczenia dla lekarza powiatowego.

Natomiast zadania, wypływające z art. 8, który nakazuje przeprowadzanie periodycznej kontroli sanitarnej zakładów przemysłowych, mogą w miastach, względnie powiatach, więcej lub wysoce uprzemysłowionych, okazać się niewykonalnemi.

Ażeby wykonalność art. 8 należycie ocenić, trzeba by stwierdzić, ile w poszczególnych powiatach mamy zakładów przemysłowych, jakiego rodzaju są te zakłady, a mianowicie, ile wśród nich wymaga częstszych i dokładniejszych badań.

Biorąc przykładowo przemysł drzewny, chodzi tu przeważnie o środki bezpieczeństwa, zaś w hutach ołowiu, warsztatach malarskich, wytwórniach akumulatorów, drukarniach i innych zakładach przemysłowych, w których zachodzi niebezpieczeństwo zatrucia ołowiem, przeważa potrzeba

stosowania środków higienicznych, wszelako oczywiście tylko względem pracowników, którzy na zatrucie istotnie są narażeni.

Co do garbarni należy odróżniać między warsztatami o urządzeniu prymitywnym, w których np. są w użyciu komory gnilne, i w których różne prace, połączone ze stosowaniem środków żrących, są wykonywane ręcznie, a zakładami nowoczesnymi, w których wszelkie szkodliwe dla zdrowia prace wykonywane są mechanicznie, tak, że wogóle narażenie zdrowia robotnika nie zachodzi i t. p.

Przy uwzględnieniu tych przesłanek czynności nadzorcze ulegną poważnej redukcji.

Otrzymawszy powyższe dane, będziemy mogli

ocenić, gdzie jesteśmy w stanie wykonywać nadzór sanitarny nad zakładami przemysłowymi o własnych siłach, to znaczy przez lekarzy powiatowych, a gdzie zachodzi potrzeba współdziałania lekarzy komunalnych lub przekazania im tej służby wogóle. W każdym razie musi ona być wykonywana przez władze administracji ogólnej, gdyż Państwowa Służba Zdrowia nie może się wyrzec nadzoru nad tak ogromnie ważną dziedziną zdrowia publicznego.

W dyskusji zaznaczono, iż celem umożliwienia sprostania zadaniom, włożonym powyższą ustawą na lekarzy powiatowych, należy powiększyć liczbę lekarzy powiatowych, ewentualnie dodać im pomocników.

Wiadomości bieżące.

— Miesięcznik „Czystość” pod redakcją Lekarza-D-ty Michała Grejnieca rozpoczął drugi rok swego istnienia. Czołowy artykuł D-ra med. St. K o p c z y ń s k i e g o. Głównego Wizytatora Higieny przy Minist. W. R. i Ośw. Publ., porusza Historję Higieny Szkolnej w Polsce.

Dr. O s m o l s k i podaje i opisuje sprawy sportu na Wystawie Powsz. w Poznaniu.

Ciekawy art. „O raku i jego leczeniu” zamieszcza prof. Paweł G a n t k o w s k i z Poznania.

Red. Lekarz D-ta Michał Grejniec zapowiada szereg artykułów o pielęgnowaniu uzębienia u dzieci.

W dziale „Czystości” czynu społecznego znajdujemy ciekawy opis śmierci bohatera Ks. Padro d'Agillas.

W Kronice omawiane są różne kwestje higieny, szczeg. zaś uwagę zwrócono na partactwo w lecznictwie i zębolecznictwie, które się u nas, niestety rozpanoszyło.

W koresp. z m. Łodzi, Częstochowy Krynicy, Katowic i t. d. poruszane są wszelkie kwestje higieny w tych środowiskach. Adres Redakcji w Warszawie, skrz. poczt. Nr. 729.

— Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. Dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych pracowników w zakresie różnych specjalności na posady: lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakteriologicznych, pielęgniarzy do dyżurów dziennych i nocnych, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże i t. p. zabiegi.

Zapotrzebowania nadsyłać pod adresem: Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. Warszawa, ul. Chałubińskiego 5 lub telefonicznie pod Nr. 114-86.

— Instytut farmakoterapeutyczny uniwersytetu w Lejdzie (Holandia) urządza w dniu 21, 22 i 23 maja r. b. kurs dla lekarzy p. t. Rozpoznawanie i leczenie chorób alergicznych. Wykładać będą profesorowie: Storm van Leeuwen, Rost, Brauer, Rondoni i Dekker. Obok wykładów teoretycznych — zajęcia praktyczne (przygotowywanie wyciągów, wykonywanie odczynów skórnych, oglądanie wolnych od alergenów instalacji w mieszkaniach prywatnych, zwiedzenie kliniki chorób alergicznych i przedstawienie chorých). Wykłady odbywać się będą w języku niemieckim. Honorarium 30 marek niemieckich.

NADESŁANC DO REDAKCJI

Dr. Ludwik Justman. Gruźlica a przewód pokarmowy. Odb. z „Gastrol Polsk.” Nr. 2 rok I.

A. K r a k o w s k i. Leczenie płasawicy dożylnymi wstrzykiwaniami adrenaliny. Odb. z „Kwartaln. Kliniczn.” T. VIII. Z. 1, rok 1928.

L. E. B r e g m a n i P. S z p i l m a n - N e u d i n g o w a. W sprawie rozpoznawania schorzeń rdzeniowych za pomocą lipiodolu. Odb. z „Neurologji Polsk.” T. XI, Z. 1, r. 1928

L. E. B r e g m a n u. P. S z p i l m a n - N e u d i n g o w a. Zur Lipiodoldiagnose bei Rückenmarkskrankheiten. Odb. z „Dtsch. Ztschr. f. Nervenhlk.” T. 103, Z. 5 i 6.

L. E. B r e g m a n u K. P o n c z. Enzephalitis nach Masern. Odb. z „Wien. Med. Wochenschr.” Nr. 9, 1929.

L. E. B r e g m a n i H. G l e i c h g e w i c h t o w a. Przyczynę do myoklonji. Myoklonja z padaczką na tle alkoholizmu. Myoklonja częściowa na tle trazu. Odb. z „Kwartaln. Kliniczn.” 1928 r.

Prof. Dr. J. S t a s i ń s k i. „O arteriosklerozie” dno oka w świetle osobistych spostrzeżeń i klinicznych doświadczeń. Odb. z „Klin. Ocznej”, Zesz. IV, 1928.

Doc. Dr. Stanisław Klejn. Żółtaczka hemolityczna. „Medycyna w monografiach, wykład. kliniczn. i poglądowych pracach naukowych”. Zesz. XIII, Warszawa 1929.

M. B. G r y n k r a u t. Sur une surprise de radioscopie: une fistule cesophago-pulmonaire méconnue. Odb. z „Journ. de Radiologie et d'Electrologie”. T. XIII, Nr. 1, 1929.

B. G r y n k r a u t et H. L e w e n f i s z. Sur un cas de kyste dermoide de la langue, examen radiologique lipiodolé et contrôle opératoire. Odb. z „Bulet. et Mémoires de la soc. de Radiol. médicale de France”. Styż. 1929.

B. G r y n k r a u t. Sur un procédé d'exploration des sommets pulmonaires „en oblique”. Odb. z „Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. méd. de France”. Maj 1927.

S. A d a m o w i c z o w a. Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia publicznego. Odb. ze „Zdrowia” 1929 Nr. 3. Łódzkie Towarzystwo zwalczania raka. Sprawozdanie 1927 i 1928.

Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1928 r. Kraków, 1929.

H. R a s o l t. Ueber den Einfluss der Kammerfrequenz auf den Blutdruck bei einem Falle von instabilem Block. Odb. z „Wien Arch. f. inn. Med.” T. XVII, Z. 1 — 2-1929.

S. L e w i n s o n. Demonstration einiger Präparate von Nierenmissbildungen. Odb. z „Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Urologie”. VIII. Kongr. (26 — 29. VII, 1928).

TREŚĆ: L. E. BREGMAN. O zaburzeniach ośrodkowo-nerwowych w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. — I. KONIECPOLSKI. O wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzuszego. — E. WEINKIPER. Postępowanie chirurgiczne w zapaleniach błędnika w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. E. BREGMAN. Sur les troubles du système nerveux central causés par les troubles des glandes endocrines. — I. KONIECPOLSKI. Sur la valeur pronostique de la réaction de Vidal au cours du typhus abdominal. — E. WEINKIPER. L'intervention chirurgicale dans les labyrinthites au cours de l'otite moyenne aiguë et chronique. (Revs gén.). — L'action du Département de Santé (fin.)

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.

