

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIII

WARSZAWA, 23 KWIETNIA 1936 R.

Nr. 16.

PRACE ORYGINALNE Wykłady kliniczne

Z 1-go oddziału chirurgicznego Szpitala Starozakonnych
na Czystem w Warszawie.

(Kierownik: Dr. A. Wertheim).

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym.

Podał

Dr. I. BORKOWSKI (Warszawa).

W piśmiennictwie coraz częściej spotykamy wzmianki o odrębności przebiegu klinicznego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników powyżej 50 lat; znaczną śmiertelność pooperacyjną wiąże się z rozbieżnością w poglądach na sprawę postępowania leczniczego (Arnold, Bumm, Floercken, Krecke i in.).

W naszym piśmiennictwie zagadnienia te poruszane nie były; na zjazdach zaś tylko przygodnie sprawom tym poświęcano uwagę (XXVI i XXVIII Zjazd Chirurgów Polskich).

Celem pracy niniejszej jest omówienie tych zagadnień na podstawie materiału, spostrzeganego w naszym oddziale od r. 1925 do 1935 włącznie, oraz danych z dostępnego mi piśmiennictwa.

Praca moja oparta jest jedynie na 36 przypadkach, operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przypadków, rozpoznanych klinicznie, a nieoperowanych, nie biorę w rachubę.

Zmiany anatomiczno-patologiczne wyciętych wyrostków robaczkowych w wyżej wymienionych przypadkach były następujące: przeważały postaci zgorzelinowe oraz martwicze z rozległym ostrem zapaleniem otrzewny bez przedziurawienia wyrostka. Znaczny odsetek wczesnych powikłań w postaci ropnego zapalenia otrzewny wśród przypadków w 7 i 8 dziesiątku życia, mianowicie 43%, przemawia przeciwko rzekomej skłonności starszego się ustroju do otarbiania śródtrzewnych ognisk zapalnych pochodzenia wyrostkowego.

Na szczególną uwagę zasługuje skłonność starszego się ustroju do nacieków okołowystkowych o zewnętrznych cechach nowotworu, nader opornych na leczenie zachowawcze; jest to t. zw.

„appendicite à forme neoplasique“ autorów francuskich.

Wbrew utartemu mniemaniu ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym nie jest cierpieniem rzadkiem. Stanowi ono bowiem od 2,7 do 8,9% wszystkich przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (Arnold). Nasza statystyka potwierdza w zupełności dane powyższe. Od 1925 do 1935 r. włącznie operowaliśmy 641 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego; wśród nich 36 chorych liczyło powyżej 50 lat; stanowi to 5,6%.

Uderzająca jest przewaga mężczyzn; świadczą o tem zgodnie wszystkie zestawienia współczesne (Arnold, Bumm, Floercken). W naszych operowanych przypadkach na jedną kobietę przypadło 6 mężczyzn (31 mężczyzn i 5 kobiet).

Wczesne rozpoznawanie w przypadkach, o których mowa, następcza niekiedy znaczne trudności wobec odmiennego zazwyczaj charakteru objawów klinicznych – „forme spéciales“ autorów francuskich. Objawy ogólne, jak podwyższona ciepłota, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, wymioty, wzdęcia, bóle brzucha, są przeważnie słabo zaznaczone.

Wywiady dostarczyć mogą niekiedy pewnych punktów zaczepnych w postaci przebytej przed laty ostrej sprawy zapalnej brzucha, ale też często zupełnie zawodzą. Zpośród 36 naszych przypadków zaledwie 8 podało dawne napady bólowe w prawym dole biodrowym.

Początkowe niedomagania kładzie się chętnie na karb niestrawności, zaparcia, kolki nerkowej, bądź wątrobowej. Dopiero po pewnym czasie, zwykle po 2 dobach, występują bardziej typowe objawy miejscowe, jak tkiwość uciskowa oraz napięcie powłok brzusznych.

Obraz kliniczny cierpienia jest niejednorodny.

Większość naszych przypadków przebiegała wśród ciepłoty zaledwie podwyższonej, u starców nawet normalnej, pomimo rozwijającego się zapalenia otrzewny. Przyczyna tego zjawiska tkwi, być może, — w zakłóceniu regulacji cieplnej skut-

kiem uposłedzenia ukrwienia i zaniku naczyń, będącego wyrazem zmian wstecznych skóry oraz tkanki podskórnej starców (Propping i Schlesinger). Dlatego też należy regularnie mierzyć ciepłotę w odbytnicy. W przypadkach wątpliwych różnica wynosi przeciętnie $1,5^{\circ}$, a w jednym przypadku, wadliwie rozpoznany jako nowotwór, stwierdzono nawet $2,3^{\circ}$ (Arnold).

Również zachowanie się tętna niezawsze pozwala na jakiegokolwiek wnioski. Spostrzegaliśmy przypadki, powikłane ciężkiem rozlanem ropnem zapaleniem otrzewny, bądź z rozległemi ropniami przywrostkowemi, z zaledwie przyspieszonym tętnem. 80—90 tętna w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u starców należy uważać za przyspieszone. Nawet w przypadkach ciężkiego powikłania ropnem zapaleniem otrzewny rzadko spostrzegano bardziej przyspieszone tętno (Floercken i Riemann).

Bóle brzucha stanowią jeden z pierwszych objawów stałych. Zdawałoby się, że nasilaniu się sprawy zapalnej powinny towarzyszyć bardziej wybitne dolegliwości. W rzeczywistości tak nie jest. Spostrzegaliśmy przypadki zgorzeli wyrostka robaczkowego, powikłanej ciężkiem ropnem zapaleniem otrzewny, z zaledwie zaznaczonymi dolegliwościami podmiotowemi; przeważali tu osobnicy w 7 i 8 dziesiątku życia.

Także umiejscawianie bólu odbiega od normy, a to naskutek przemieszczenia wyrostka robaczkowego przez sprawę zapalną, przebytą we wczesnej młodości.

Wymioty i nudności spostrzegaliśmy w 45% naszych przypadków. Philippowicz podaje je w 15,1% przypadków zgorzeli wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem.

Również czynność ruchowa jelit rzadko kiedy odbiegała od normy. Zaledwie w 4 przypadkach spostrzegaliśmy biegunki. Przypadki uporczywego zaparcia należą do rzadkości.

Bębnicę stwierdziliśmy w 19 przypadkach, a mianowicie: w 8 przypadkach ropnego zapalenia otrzewny, w 2—ropni przywrostkowych oraz w „nie drożności objawowej”.

Leukocytoza, ogólnie podkreślana jako środek rozpoznawczy, zawodzi. Jednakże liczby od 12 do 15 tysięcy w przypadkach rozpadowego zapalenia wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem oraz 20 do 40 tysięcy w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewny nie należą do rzadkości (Floercken).

Charakterystyczna ograniczona żywa tkliwość uciskowa oraz napięcie powłok prawej połowy brzucha występują późno. Zwraca uwagę niestałość tych objawów u osobników nadmiernie otępłych pomimo postępów sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego.

Do osobliwości przebiegu klinicznego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym należą ostra całkowita niedrożność jelit, jako pierwszy objaw, oraz naciekowe zapalenie wyrostka o zewnętrznych cechach nowotworu.

Piśmiennictwo, dotyczące ostrej całkowitej niedrożności jelit, jako pierwszego objawu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wie-

ku podeszłym, jest skąpe, rodzime zaś nie wspomina o tej postaci niedrożności zupełnie.*)

Oдноśne spostrzeżenia nasze opierają się na 9 przypadkach. Materiał, na pierwszy rzut oka nader skromny, stanowi jednakże 25% przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym, operowanych przez nas.

Przypadki nasze dotyczyły głównie mężczyzn, a mianowicie: 7 mężczyzn i 2 kobiet w wieku od 54 do 72 lat.

Ta niedrożność „objawowa”, przebiegająca klinicznie, jak niedrożność mechaniczna, bądź porażenna, utrzymuje się zwykle przez 2 doby, po czym występują inne objawy, bardziej charakterystyczne dla ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Co się tyczy mechanizmu powstawania tej niedrożności „objawowej”, to przypuszczać należy, że w jednych przypadkach ograniczone zapalenie otrzewny prowadzi do porażenia jednej, bądź kilku pętli jelita, które działają, jak zapor mechaniczna dla zawartości, przesuwanej przez wyżej ułożone pętle. Tę postać niedrożności „objawowej” cechują widoczne ruchy robaczkowe jelit oraz dźwięczne przelewania.

Częściej jednak niedrożność „objawowa” występuje jako typowa niedrożność porażenna całego przewodu pokarmowego, bądź naskutek toksycznego porażenia układu mięśniowego jelit, bądź też przez zatrucie ośrodka naczynioruchowego nerwów trzewnych jadami, płynącymi z ogniska zapalnego.

Ustalenie przyczyny niedrożności „objawowej” niekiedy bywa wręcz niemożliwe nawet po dłuższej obserwacji chorego. Ułatwiają rozpoznanie dokładne wywiady co do przebytych spraw brzusznych, jak to miało miejsce w 3 naszych przypadkach, które przytaczam.

1. Nr. ks. oddz. 1531 r. 1934. 65-letni rzemieślnik skarży się na zatrzymanie wiatrów i stolca od 3 dni, na trudności w oddawaniu moczu oraz na nieznaczne bóle w dole brzucha; brak nudności; odbijania i wymiotów; nie gorączkował. Podobne dolegliwości, acz lżejszego stopnia, miała od kilku miesięcy; przed 25 laty przechodził jakoby ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Stan obecny: ciepłota $36,8^{\circ}$; tętno 78, miarowe; chory chodzi; brzuch: wzdęty, opukowo-odgłos bębnowy na całej przestrzeni, niebolesny przy obmacywaniu; nieznaczny odruch Blumberga na całej powierzchni; osłuchowo — zupełna cisza; przy badaniu przez odbytnicę brak zmian. Rozpoznajemy niedrożność naskutek nowotworu okrężnicy. Podczas operacji, wykonanej po 2 dobach, stwierdzono rozlane ropne zapalenie otrzewny naskutek przedziurawienia zmartwiałego wyrostka. Chory zmarł.

2. Nr. ks. oddz. 83 r. 1935. 58-letni handlujący zachorował nagle; od 3 dni objawy niedrożności całkowitej przewodu jelitowego, którą poprzedzały gwałtowne bóle brzucha; w 3 dniu bóle umiejscowiły się w prawym dole biodrowym; gorączkuje; w podobnym napadzie przed 3 miesiącami bóle trwały 2 dni i minęły bez śladu.

Stan obecny: ciepłota 38° , tętno 110, miarowe i dobrze napięte; wybitna tkliwość uciskowa w miejscu kątnicy; powłoki brzuszne — napięte; żywy odruch Blumberga na całej powierzchni; osłuchowo — zupełna cisza; leukocytoza 9200. Rozpoznajemy ostrą niedrożność objawową przypuszczalnie naskutek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Podczas ope-

*) p. również XXVIII Zjazd Chirurgów Polskich.

racji, wykonanej doraźnie, stwierdzono ostre zgorzelinowe zmiany wyrostka robaczkowego oraz surowiczopne zapalenie otrzewny. Chory wyzdrowiał.

3. Nr. ks. oddz. 1526 r. 1935. 54-letni handlujący; po nieokreślonych dolegliwościach brzusznych, jak stałe lekkie bóle w dołku, mdłości i odbijania, całkowita niedrożność przewodu jelitowego, utrzymująca się od 3 dni; gwałtowniejsze bóle w prawym dole biodrowym, uporczywe wymioty oraz wzdęcie brzucha wystąpiły w dniu dzisiejszym.

Stan obecny: ciepłota 37,8°, tętno 108, miarowe i dobrze wypełnione; powłoki brzuszne napięte, wybitna tkliwość uciskowa w prawym dole biodrowym; żywy odruch Blumberga na całej powierzchni brzucha; brzuch kopulasto uwpuklony. Rozpoznajemy ostrą niedrożność objawową na skutek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Podczas operacji, wykonanej doraźnie, stwierdzone ostre surowiczopne zapalenie otrzewny na skutek zgorzeli wyrostka. Chory wyzdrowiał.

A więc charakterystyczne objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego osobników w wieku podeszłym, jak niestała, ograniczona wrażliwość uciskowa w prawym dole biodrowym, zazwyczaj słabo zaznaczony opór mięśniowy, zwykle nieznaczne podwyższenie ciepłoty przy mało zmienionym tętnie, występują w tych przypadkach po 2 dobach. Nie możemy potwierdzić doniosłego znaczenia rozpoznawczego ograniczonego bólu uciskowego prawej strony dołu Douglasa przy badaniu przez odbytnicę; nie spostrzegaliśmy go ani razu.

Przechodzę z kolei do omówienia drugiej osobliwości przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym.

Z piśmiennictwa znane są przypadki, w których jedynym objawem toczącej się sprawy zapalnej są rozległe nacieki o zewnętrznych cechach nowotworu.

Rozpoznanie różniczkowe nastręcza tu niejednokrotnie znaczne trudności. W tych przypadkach stwierdzamy częstokroć na miejscu kątnicy twarde, guzowaty, mało bolesny i mniej lub więcej ruchomy twór, rozwijający się po nieokreślonych, zazwyczaj szybko przemijających dolegliwościach brzusznych (Arnold).

Takie 2 przypadki, spostrzegane przez nas, pozwolę sobie opisać.

1. Nr. ks. oddz. 1404 r. 1925. 55-letni handlujący; choroba obecna rozpoczęła się przed 14 dniami nagle, gwałtownymi bólami brzucha; nudności, odbijania i wymiotów nie było; po tygodniu chory wymacał bolesny na ucisk, twarde guz w prawym dole biodrowym.

Stan obecny: ciepłota prawidłowa, tętno 76, miarowe, dobrze wypełnione i napięte; miejsce kątnicy zajmuje guz wielkości dużej pomarańczy, przesuwalny na boki, o spistości twardej, bolesny; rentgenogram przemawia za nowotworem końcowej pętli krętnicy. Podczas operacji stwierdzono nacieki okołowystokowy; wśród przylegających, mocno zrośniętych pętli jelit cienkich tkwił częściowo zmartwiał wyrostek.

2. Nr. ks. oddz. 23 r. 1927. 72-letni handlujący przed rokiem przebywał w szpitalu z powodu dolegliwości wątrobowych; wypisany został zdrów. Przed 4 tygodniami, po nieokreślonych krótkotrwałych dolegliwościach brzusznych, wymacał w prawym dole biodrowym guz; nie gorączkował; zaburzeń wypróżnienia nie miał.

St. obecny: ciepłota normalna; tętno — 74, miarowe; twór wielkości głowy dziecięcej, dobrze odgraniczony, twarde, niebardzo ruchomy i mało bolesny, o nierównej powierzchni, wypełniający miejsce kątnicy, skłania do rozpoznania nowotworu,

przerastającego kiskę. Podczas operacji stwierdzono nacieki okołowystokowy; w przylegającej przerośniętej i skawalonej sieci tkwił zmartwiał wyrostek robaczkowy.

Jak widzimy, stałość objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym, zwłaszcza wziętych oddzielnie, jest niewielka. Przeważna część przypadków trafia na stół operacyjny z ogólnikowym rozpoznaniem ostrej niedrożności jelit, ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, bądź trzustki, wreszcie nowotworu okolicy z objawami niedrożności.

Rokowanie w przypadkach nieoperowanych jest wątpliwe. Przypadki wczesne, operowane doraźnie, dają rokowanie dobre. W przypadkach opóźnionych zależy ono od zasięgu sprawy zapalnej, odporności osobnika, towarzyszących zmian chorobowych w narządach wewnętrznych, wreszcie od rodzaju zabiegu. Przypadki, powikłane rozlanym ropnym zapaleniem otrzewny, kończą się zazwyczaj zejściem śmiertelnym.

Bezpośrednia śmiertelność pooperacyjna w przypadkach wczesnych, t.j. operowanych w ciągu pierwszych 48 godzin po wystąpieniu objawów, dochodzi do 9,6%; w przypadkach opóźnionych wynosi od 21,3 do 38%, zaś w przypadkach, powikłanych ostrym ropnym zapaleniem otrzewny od 60 do 80% (Arnold, Floercken, Krecke).

Zdawałoby się, że wobec nader wątpliwych wyników leczenia zachowawczego w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym oraz znacznej śmiertelności pooperacyjnej (do 80%) w przypadkach, powikłanych ostrym ropnym zapaleniem otrzewny, świadomość konieczności doraźnego wkroczenia czynnego powinna przeniknąć do szerokich kół lekarzy-praktyków, i że również chirurdzy powinni byli przechylić się na stronę zwolenników zabiegu wczesnego, jako postępowania zasadniczego. W rzeczywistości tak nie jest; nie brak i obecnie wśród lekarzy-praktyków zwolenników postępowania zachowawczego, i tylko znikomym odsetek chorych trafia na stół operacyjny w okresie jeszcze wolnym od powikłań ze strony otrzewny.

Nasz oddział zajął pod tym względem zdecydowanie czynne stanowisko. Sądzymy, że samo już podejrzenie ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobnika w wieku podeszłym stanowi dostateczne wskazanie do doraźnego wywiadowczego otwarcia jamy brzusznej. Wyczekiwanie na pierwsze pewne objawy, zwykle połączone już z postępującym zajęciem otrzewny uważamy za niewłaściwe. Jedynie w przypadkach, powikłanych poważnymi zaburzeniami krążenia, wadliwą czynnością płuc, bądź nerek, wskazane jest krótkie wyczekiwanie do 6 godzin, a to celem wyjaśnienia rozpoznania oraz przygotowania chorego do zabiegu. Natomiast przypadków, cierpiących na cukrzycę, marskość wątroby oraz przebiegłą nercycę, operować nie należy.

Aby wyczerpać sprawę leczenia czynnego, pozostają jeszcze do omówienia nowsze zdobycze w zakresie poprawy wyników operacyjnych, uzyskane przez całkowite zaniechanie uspienia ogólnego, pobudzenie odporności ustrojowej oraz podnoszenia sprawności krążenia w przypadkach, powikłanych ropnym zapaleniem otrzewny.

Uspienie ogólne, zwłaszcza w przypadkach

ropnego zapalenia otrzewny w wieku podeszłym, jest dla chorego zabójcze. Staramy się przeto operować te przypadki w znieczuleniu miejscowym, najchętniej przez nacieczenie powłok 0,5% roztworem nowokainy, rzadziej w znieczuleniu łądźwio-wem.

Uodparnianie ustroju przeciwko jadom bakteryjnym, płynącym z ropnego zapalenia otrzewny, zapoczątkowali autorzy amerykańscy. Dożyłne, bądź dootrzewnowe podanie 30 do 60 ccm. surowicy wielowartościowej przyspiesza odtrucie ustroju oraz ułatwia oddzielanie się tkanek martwiczych i zgorzelinowych.

Na uwagę zasługują także najnowsze próby Havliczka w kierunku pobudzenia oraz usprawnienia krążenia, obezwładnionego przez ropne zapalenie otrzewny. Havliczek po otwarciu i możliwym osuszeniu jamy brzusznej naświetla kilka pęteli jelit cienkimi promieniami pozafiołkowymi, wydzielanymi przez lampę swego pomysłu Laparophos. Promienie tej lampy mają wyzwalać z krwi układu żyły wrotnej związane w niej acetylcholinę oraz histaminę. Acetylcholina i histamina pobudzają do czynności bezpośrednie połączenia żylna-tętnicze przewodu jelitowego, regulujące ciśnienie, a obezwładnione przez toksyny bakteryjne, i zmuszają do wyrzucenia zalegającej krwi żyłnej przez wątrobę do krwiobiegu. Serce zaś po otrzymaniu normalnej ilości krwi z obwodu wznowia swą czynność prawidłową.

Wyzwolona histamina ma również pobudzać ruchy robaczkowe jelit oraz wybitnie łagodzić bóle, naświetlania zaś mają przeciwdziałać odległym zakrzepom pooperacyjnym, wzgl. zatorom oraz dodatnio wpływać na ogólny przebieg pooperacyjny w przypadkach ostrego rozlanego ropnego zapalenia otrzewny. Wyniki Havliczka zostały potwierdzone przez Breitnera, Paschoud, Clairmonta i in.

Jeszcze kilka słów o leczeniu pooperacyjnym. Należy dbać usilnie o rychłą poprawę krążenia przez wzmocnienie czynności serca oraz zapobieganie zastoinom w obwodowym układzie żylnym. Kładziemy przeto nacisk na nasycenie płynem ustroju, co osiągamy przez stosowanie kroplówki stałej z 4% roztworu cukru gronowego i podskórne wlewa-

nia roztworu Ringera 2 razy dziennie po 300 g. Zwracamy przytem uwagę na pewien — na pierwszy rzut oka — błąd szczegół, a mianowicie: chorzy winni unikać zimnego mleka i zimnej wody, które nadmiernie pobudzają ruchy robaczkowe jelit.

Nasze wyniki operacyjnego leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym przedstawiają się, jak następuje: z 36 operowanych zmarło 10, t. j. 28%; odsetek znaczny.

Rozpaczliwie przedstawia się śmiertelność w naszych przypadkach, powikłanych ostrem ropnem zapaleniem otrzewny (90%).

Wyniki leczenia czynnego poszczególnych autorów są pomyślniejsze. Śmiertelność pooperacyjna w przypadkach wczesnych wynosi od 6,2 do 9,6% (Arnold).

W przypadkach opóźnionych jest ona już znaczna. Autorzy amerykańscy podają dla przypadków bez zajęcia otrzewny, a liczących od 60 do 70 lat — 20,5 do 25% bezpośredniej śmiertelności pooperacyjnej i 42,2 do 50% — dla osobników starszych (W. Fischer).

Są to liczby bardzo przekonujące, które zachęcają do wczesnego operowania nawet osobników w bardzo podeszłym wieku.

Swemu szefowi, D-rowi A. Wertheimowi, składam serdeczne podziękowania za zachętę do pracy niniejszej.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Arnold W.—Die akute Appendicitis im vorgerückten Alter. Brunn's Beitr. z. klin. Chir. T. 158, r. 1933.
- 2) Floercken H.—Ueber die akute Appendicitis im Alter. Deut. med. Woch. 1930 r.
- 3) Havliczek H.—Anatomische und physiologische Grundlagen der Thrombosenentstehung und derer Verhütung. Brunn's Beitr. z. klin. Chir. T. 160, r. 1934.
- 4) Kirschner M. und Nordmann O.—Die Chirurgie. T. V.
- 5) Krecke A.—Ueber die Operationsanzeige bei kranken im höheren Alter. Münch. med. Woch. 1931 r.
- 6) Schneider E.—Richtlinien zur Serumbehandlung im Kampf gegen die Bauchfellentzündung. Ztbl. f. Chir. 1934. Nr. 6.
- 7) Sehnert E.—Fortschritte in der Thrombose — und Peritonitisfrage Med. Klin. 1935. Nr. 2 i 3.
- 8) Sprengel O.—Appendicitis. Stuttgart 1906 r.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z II-go oddziału gruźliczego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: dr. B. Jochweds).

Przyczynę do mechanizmu działania wyrwania nerwu przeponowego.

Podał
Benedykt GLASS (Warszawa).

Wyrwanie nerwu przeponowego jest jednym z zabiegów, stosowanych bardzo często w leczeniu gruźlicy płuc. Jednak do dnia dzisiejszego nie znamy mechanizmu działania tego zabiegu. Uniesienie się przepony oraz zmniejszenie objętości płuca i jego ruchomości, a więc efekt mechaniczny, nie stoją w żadnym związku z efektem leczniczym, widzi się bowiem często wyleczenie przy nieznacznym uniesieniu przepony, a brak poprawy przy podniesieniu się przepony na szerokość dłoni. Decydująca

rolę odgrywają, oczywiście, charakter i natężenie zmian gruźliczych w płucu oraz stopień odporności organizmu. Ale oprócz tych czynników istnieje jeszcze jeden, dotychczas nam nieznany, którego znaczenie jest, zdaje się, nie mniejsze od efektu mechanicznego tego zabiegu.

Niezmierznie ciekawy jest przypadek, któryśmy obserwowali ostatnio na oddziale dra Jochwedsa. 20-letnia robotnica zachorowała wśród objawów grypy z wysoką gorączką w marcu 35 roku. Następny skok gorączkowy w sierpniu. W październiku i w listopadzie szereg krwotoków płucnych, które sprowadziły chorobę na nasz oddział. Stwierdziliśmy u niej rozległy naciek w dolnej części górnego płata prawego płuca z jamą, opierający się o brzość międzypłatową, z prątkami w płwocinie. Założyliśmy odmę sztuczną, która odlepiła jedynie dolny płat, nie uciskając chorego odcinka płuca. Z tego też względu zrezygnowaliśmy z leczenia odmowego, zaleciliś-

my natomiast wyrwanie nerwu przeponowego. Zabieg ten został wykonany 16-go grudnia ub. r. Chirurg nie znalazł jednak typowego nerwu przeponowego, a usunął jedynie parę cm. cienkich gałązek nerwowych, idących od spłotu w dół do obojczyka uważając je za nietypową odmianę nerwu przeponowego. Ani w czasie wykonywania zabiegu, ani też później chora nie odczuwała typowych sensacji, jak bólu w boku, w łopatkę oraz przejściowej duszności. Badanie rentgenowskie, wykonane w parę dni po zabiegu, wykazało jedynie zmniejszenie ruchomości przepony w porównaniu z jej ruchomością poprzednią. W 2 tygodnie później nie stwierdziliśmy już prątków w płwocinie, a zdjęcie, wykonane w 4 tygodnie po zabiegu, wykazało jedynie niewielki naciek w okolicy szpary międzypłatowej bez obrazu jamy.

Drugi podobny przypadek obserwowałem przed paru laty na oddziale d-ra Landaua w szpitalu Wolskim. Był to mężczyzna chory od lat 3-ich, u którego stwierdziliśmy jamę na poziomie obojczyka prawego z obecnością prątków w płwocinie. Odmy nie udało się założyć z powodu obecności zrostów, chory dostawał złoto i tuberkulinę. Stan płuc nie ulegał jednak zmianie. Zaleciliśmy wtedy wykonanie frenikoekserezy. Chirurg nie znalazł nerwu przeponowego w miejscu typowym i wyciął 2 cm. nerwu odchodzącego ze spłotu barkowego w mniemaniu, że usuwa nerw przeponowy o nietypowym przebiegu. Po zabiegu chory nie mógł unieść ręki do poziomu, a ruchomość przepony nie zmieniła się i była tak samo słaba, jak poprzednio. W miesiąc później chory przestał prątkować i nie prątkuje do dnia dzisiejszego, badanie rentgenoskopowe nie stwierdziło już obecności jamy, a badanie kontrolne, wykonane w niespełna 4 lata później, w maju 35 roku w pracowni rentgenologicznej Warsz. Tow. Przeciwigruźl., stwierdziło jedynie pasmowate włókniste zmiany w górnych częściach płuc oraz ograniczenie ruchomości przepony. Chory odzyskał ruchy ręką już w 3 miesiące po zabiegu. Zaburzenie w ruchomości nastąpiło bądź wskutek przerwania włókien ruchowych, bądź też wskutek uciśnięcia spłotu barkowego w czasie zabiegu przez haki.

Trzeci podobny przypadek został opisany przez Bonafégo z sanatorium w Hauteville. Był to chory, u którego wykonano przed przybyciem do sanatorium jakoby wyrwanie nerwu przeponowego, po którym to zabiegu nastąpiła znaczna poprawa kliniczna. Mianowicie, chory przestał kasłać i płuć, ustąpiły objawy fizykalne. Nie stwierdzano się jednak porażenia przepony, i Bonafé, pomimo uzyskania poprawy klinicznej, zalecił wykonanie powtórne frenikoekserezy. Tym razem chirurg z łatwością znalazł i usunął nerw przeponowy, nie wykazujący, zresztą, żadnych odchyśleń od normy „w swym przebiegu. Po zabiegu okazało się, że przepona uległa porażeniu zaś w stanie chorego nastąpiła dalsza poprawa.

W 3 powyższych przypadkach mieliśmy do czynienia ze znaczną poprawą stanu płuc, która nastąpiła bezpośrednio po zabiegu, który nie spowodował porażenia przepony, a nawet, jak to było w przypadku Bonafégo, po usunięciu z całą pewnością nie nerwu przeponowego. Poprawy tej nie można kłaść na karb t. zw. wyleczeń samoistnych, ponieważ wszyscy ci chorzy byli poprzednio przez dłuższy lub krótszy czas leczeni metodami innymi, oraz ponieważ wyleczenie samoistne, co się tyczy szczególnie moich chorych, nie występuje niemal nigdy w warunkach szpitalnych. Należy zatem przyjąć, że wyleczenie, uzyskane w tych 3 przypadkach, nastąpiło dzięki wejściu w grę tego nieznanego czynnika, o którym już poprzednio wspominałem.

Część autorów jest zdania, że wyrwanie ner-

wu przeponowego powoduje zmiany ukrwienia płuc. Według badań Rousseaux i Michela oraz zdaniem Sergenta nerw przeponowy zawiera włókna współczulne. Natomiast Ungar i Brincourt twierdzą, iż nerw przeponowy zawiera włókna, rozszerzające naczynia, i że zatem działanie frenikoekserezy polega na zwężeniu naczyń i na zmniejszeniu ukrwienia płuca. Możliwe jest też, że w nerwie przeponowym przebiegają zarówno włókna nerwu współczulnego jak i błędnego.

Jak widać z powyższego, działanie nerwu przeponowego nie polega jedynie na uniesieniu i unieruchomieniu przepony. Czynniki nerwowe, zmieniające ukrwienie płuca, posiadają prawdopodobnie nie mniejsze znaczenie, i rzeczą dalszych badań będzie ustalenie jakości zmian w unerwieniu i ukrwieniu płuca, sprzyjających wygojeniu ognisk gruźliczych.

PIŚMIENNICTWO.

Roloff: Die künstliche Zwerchfellähmung bei Lungentuberkulose. Erg. d. ges. Tbkforschung. Band VI. Thieme, Leipzig, 1934. Rousseaux et Michel: ref. Zbl. Tbkforschung 33. Sergent: Arch. méd. chir. App. resp. 9, 1934. Ungar et Brincourt: Pr. Méd. 1076, 1934. Bonafé: Pr. Méd. 1604, 1933.

Z Oddziału Oto-laryngologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. B. Karbowski).

Zastosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji.

Podał

Dr. Emma MOŚCISKER (Warszawa).

Wiadomą jest rzeczą, że zaburzenia głosu na tle mutacji powstają w ten sposób, że błędne mechanizmy mięśniowe, które w okresie pokwitania występują przemijająco, stają się nawykowe. Szybki wzrost i zmiana warunków funkcjonalnych powoduje pewną nieomogę mięśni krtani, a zwłaszcza mięśnia głosowego, tak, że niekiedy wyłącznie mięsień pierścieniowo-tarczowy napina struny głosowe, a ponieważ skurcz tego mięśnia powoduje bardzo silne napięcie, powstaje bardzo wysoki i cienki głos czyli fistuła.

Niedostateczna jest w niektórych przypadkach czynność mięśnia poprzecznego, tak, że w obrazie laryngoskopowym widoczny jest długi, wąski „trójkąt mutacyjny”.

Niedomoga mięśniowa może jednak też dotyczyć większej liczby mięśni. Tego rodzaju warunki zachodzą w przypadku, który ze względu na obraz laryngoskopowy i stosowaną terapię omówię nieco szczegółowiej.

Pacjent ma lat 16. Mutacja głosu rozpoczęła się przed dwoma laty. Pacjent skarży się, że rano po przebudzeniu się przez godzinę wogóle nie może wydobyć głosu; stan ten też w ciągu dnia powtarza się kilkakrotnie. Głos wyjątkowo wysoki, bardzo słaby. Laryngoskopia: głośnia szeroko rozwartą, struny głosowe zaczerwienione.

Celem terapii było przede wszystkim zamknięcie głośni i w tym celu stosowane były ćwiczenia udarowe.

Ćwiczenia udarowe (Stossübungen) wprowadził do logopedji Fröschels. Polegają one na

tem, że ramiona, podniesione do wysokości brodawki sutkowej, podczas artykulacji poszczególnych głosek wykonywają silne, trącające ruchy w kierunku ku dołowi. Należy przytem unikać błędu zbyt wczesnego lub późniejszego wydawania głosu, t. j. zanim gwałtowny ruch się rozpoczął lub po jego ukończeniu. Każdy z wysiłkiem wykonywany ruch może powodować wypromieniowanie impulsu, tak, że występują ruchy towarzyszące, które zazwyczaj są nieświadome i często mają charakter synergiczny. I odwrotnie, świadomie wykonany ruch towarzyszący może odbić się na pierwotnie zamierzonej czynności. Silny impuls, który organ woli wysyła podczas ruchów trącających ramion, przenosi się też na jądra mięśni artykulacyjnych i fonacyjnych, i tę właśnie okoliczność wyzyskał Fröschels dla celów terapeutycznych.

Ćwiczenia udarowe pierwotnie stosowane były w przypadkach porażenia podniebienia miękkiego z tak dobrym skutkiem, że wszelka inna terapia, jak obturator, faradyzacja, okazały się zbędne.

Zachęceni pomyślnym wynikiem Fröschels i Weiss zaczęli stosować ćwiczenia te w przypadkach fiksacji strun głosowych po strumektomii. W przypadkach tych, pomijawszy głos, poprawiała się addukcja a także abdukcja, tak, że dolegliwości oddechowe zmniejszały się.

Gertrud Lasch z dobrym wynikiem stosowała ćwiczenia udarowe, skombinowane z ćwiczeniami oddechowymi, w niektórych przypadkach rezeastenji.

W przypadkach długoletniego porażenia mięs-

nia poprzecznego udało mi się za pomocą ćwiczeń udarowych zamienić szept w dźwięczny głos.

W różnych postaciach hysterji ćwiczenia udarowe również oddają cenne usługi.

Dany przypadek dotyczył niedomogi wszystkich adduktów. Gdy pacjent się wysilał, by wydobyć głos, napinał mięsień pierścieniowo-tarczykowy. Objawy zapalne, jak zaczerwienienie strun głosowych, grudki gęstego śluzu, należy uważać za objaw wtórny, za następstwo błędnej czynności.

Celem ćwiczeń było — jak już wspomniałam — przede wszystkim zamknięcie głośni. Pomyślny wynik zjawiał się bezwzględnie, a podczas silnych ruchów trącających rozlegał się głos piersiowy. Ćwiczenia udarowe wykonywane były zaledwie na dwóch posiedzeniach. Uwagi godna jest okoliczność, że coup de glotte był przytem słyszalny, tak, że należało ćwiczyć miękkie wprowadzenie głosu (weicher Stimmeinsatz). Po upływie 4-ch tygodni pacjent opuścił Warszawę. Głos jego był zupełnie prawidłowy, w obrazie laryngoskopowym widoczne były zaczerwienione struny głosowe, które głośnie w przedniej części zupełnie zamykały; w tylnej części głośni widoczny był wąziutki długi trójkąt.

W przypadkach, w których usunąć należy wyłącznie zbyt silne napięcie strun głosowych, terapia — t. j. ćwiczenia głosowe, trzęsienie żuchwą, ucisk, wywierany na chrząstkę tarczową w płaszczyźnie frontalnej lub też z obu stron — polega na odprężeniu. W danym przypadku jednak, w którym zaburzenie było bardziej rozległe, z doskonałym skutkiem stosowany był silny impuls. Upragniony wynik dało zatem postępowanie, które stanowi zupełne przeciwieństwo wspomnianych, ogólnie stosowanych metod.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Występowanie witaminu C w tkankach zwierzęcych.

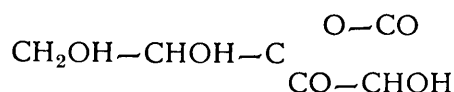
Podał

Roman MICHAŁOWSKI (Warszawa)

demonstrator Zakł. Histol.-Embrjol. U. J. P. w Warszawie.

W ostatnich czasach na czoło nauk lekarskich wysunął się nowy dział zagadnień o dodatkowych składnikach pożywienia, zwanych witaminami, a z nich najbardziej szczegółowo zbadany pod względem struktury chemicznej jest witamin C. Brak tego składnika w pożywieniu powoduje u ludzi i zwierząt występowanie schorzeń tego rodzaju, co szkorbut, u dzieci zaś chorobę Möllera-Barlowa. W chronologii badań należy wymienić cykl prac Bezsonoffa i jego współpracowników, którzy witamin C uważali za hydrochinon, ciało z grupy fenoli. W tym samym kierunku idą badania Rygha nad wyciągiem polifenoli z soku niedojrzałych pomarańczy, w których wyniku wyodrębnia alkaloid, dobrze dziś znany pod nazwą narkotyny, przypuszcza, że jest to witamin C, występujący w formie prowitaminu, co okazuje się jednak mylne. Dopiero ostatnie lata przynoszą nowe odkrycia. Profesor uniwersytetu w Szegedzie Szent-Györgyi, biorąc za punkt wyjścia zdolność oksydacyjną witaminu C, wykrywa w liściach kapusty obecność czynnika redukującego. Jednocześnie Tillman wykazuje istnienie w roślinach ścisłej paraleli między własnościami redukującymi a an-

tyszkorbutowemi. Niedługo później Szent-Györgyi w klinice braci Mayo w Rochesterze wyodrębnił, początkowo z nadnercza, później z wielu roślin, ciało krystaliczne, przypominające wszystkimi własnościami witamin C. Badania chemiczne wykazują właściwości kwaśne, a nadewszystko redukujące (redukcja chinonu, nadmanganianu potasu, azotanu srebra), zdolność tworzenia osazonów oraz dodatnia reakcja Molischa (naftol — kwas siarkowy), pozwala zaliczyć go do grupy cukrów. Składnik ten, nazwany kwasem askorbinyowym, poraz pierwszy zostaje zastosowany w leczeniu szkorbutu u świnki morskiej; codzienne podawanie 1 mgr. choremu zwierzęciu sprowadza momentalne prawie wyleczenie. Wszyscy autorowie: von Euler, M-me Randoin i inni potwierdzają własności antyszkorbutowe kwasu askorbinyowego, który okazuje się niczem innym, jak witaminem C. Zkolei Herberts, Hirst, Hawthorth ustalają formułę chemiczną:



Niedługo potem Harris, Ray, Huszak, von Euler znajdują ten sam czynnik w tkankach zwierzęcych, posługując się w badaniach bądźto metodą biologiczną, bądźto chemiczną Tillmana (opartą na oksydacji 2—6 dichlorofenolindofenolu). Ostatnio

Giroud i Leblond precyzują nową metodę, pozwalającą wykryć najdrobniejsze ilości kwasu askorbinowego w tkankach.

W tym celu wykorzystują własności redukcyjne kwasu askorbinowego. Do badań używają 10% roztworu azotanu srebra o PH 4 (zakwaszony 1% kwasem octowym), stosując go w dwojaki sposób: dożylnie lub domięśniowo po uprzednim zabiciu zwierzęcia. W metodzie redukcyjnej Giroud i Leblonda możemy wyróżnić trzy stadja: 1) eliminacja chlorków z ustroju przy pomocy płynu izotonicznego, najczęściej lewulozy 50%. 2) zastrzyknięcie donaczyniowe 10% kwaśnego azotanu srebra (w ciemności), 3) przemycie naczyń krwionośnych po azotanie srebra siarczynem sodowym. W ten sposób przygotowany materiał można kroić od razu na mikrotomie zamrażającym lub też przeprowadzić do parafiny.

Niewszystkie narządy i tkanki, poddane redukcyjnemu działaniu azotanu srebra, zachowują się jednakowo: jedne żadnej nie dają reakcji, inne znów reagują bardzo silnie, zależnie od ilości kwasu askorbinowego, znajdującego się w danym narządzie. Do grupy tkanek, w których nie obserwuje się żadnej reakcji, należy zaliczyć gruczoły o sekrecji wewnętrznej, jak tarczycę, przytarczyczkę, grasicę, wysepki *Langerhans'a*, a z pozostałych narządów: żołądek, płuca i trzustkę egzokrinową. Brak wyraźnej reakcji daje się również zauważyć we wszystkich postaciach tkanki mięsnej, jakoteż w tkance łącznej.

Naczynia i czerwone ciała, mimo pewnego pokrewieństwa histologicznego do narządów, wyżej wymienionych, zachowują się zupełnie odrębnie. Szczególniej na uwagę zasługują erytrocyty, wybarwiające się od azotanu srebra całkowicie na czarno. Część rdzenna nadnercza pozostaje prawie niezabarwiona, nieliczne tylko ziarenka gromadzą się wokół jąder komórkowych, imitując swem ułożeniem aparat siateczkowy Golgi-Kopscha, także wątroba nie daje zbyt silnych reakcyj mimo, że za życia jest organem zbiorczym, zarówno dla witaminu C, jak i innych substancji ustrojowych. Mamy więc zespół narządów o niewielkiej zawartości kwasu askorbinowego. Giroud i Leblond umieszczają jeszcze w tej grupie nabłonek jelit i kanalików nerkowych, gdzie zjawisko redukcji nie występuje zbyt wybitnie.

Niedawne badania Giroud i Bulliarda nad obecnością substancji o grupie SH w naskórku wykazały istnienie pewnej wspólności w występowaniu między kwasem askorbinowym a glutatjonem.

Szerę obserwacji i doświadczeń (Giroud, Leblond, Ratsimamanga), przeprowadzonych na utworach rogowych, np. kopyto konia, stwierdziły wyżej wspomnianą korelację. Z badań tych wynika, że kwas askorbinowy, podobnie jak glutatjon, występuje tylko w warstwie rozrodzkiej naskórka, niewielkie ilości w skórze właściwej, brak go zupełnie natomiast w warstwie zrogowaciałej (*stratum corneum*) i w warstwie jasnej (*str. lucidum*), gdzie tylko czasem spotykamy ślady.

Wreszcie elementy bogate w kwas askorbinowy o silnych własnościach redukcyjnych. Zaliczamy tu korę nadnercza, ciało żółte jajnika, komórki Leydiga w jądrze (tkanka śródmiąższowa) oraz płat gruczołowy przysadki.

Co do kory nadnercza, to wybarwia się ona w sposób dość ciekawy. Albowiem redukcja azotanu srebra zachodzi tylko w warstwie pasmowatej (*zona fasciculata*) i siateczkowej (*zona reticularis*), podczas gdy war-

stwa kłębkowata (*zona glomerulosa*) stale pozostaje niezabarwiona. Fakt ten tłumaczono sobie rozmaicie. Obecnie istnieje pogląd, wysunięty przez Mulona, że *zona glomerulosa*, jako warstwa rezerwowa kory, przeznaczona do zastąpienia zużytych elementów, chwilowo znajduje się w stadium zupełnego spoczynku, co charakteryzuje się brakiem funkcji witaminowej i dodatnim odczynem redukcyjnym. Elementy gruczołów płciowych (ciało żółte jajnika i tkanka śródmiąższowa jądra) intensywnością reakcji nie ustępują nadnerczu. Ostatnim wreszcie narządem z tej grupy jest płat gruczołowy przysadki; zarysowują się tu dwie okolice części przedniej i pośrodkowej, gdzie występują wyraźnie silnie wybarwione elementy chromofilne na jasnym tle komórek chromofobnych. Wyniki powyższe znacznie odbiegają od dawniejszych, potwierdzając doskonałość i precyzję metody Giroud i Leblonda. We wszystkich komórkach zjawisko redukcji zachodzi tylko w cytoplazmie, jądro pozostaje niezabarwione, są to ziarenka, wypełniające cały obszar komórkowy niezależnie od rozłożenia wakuoli lipoidalnych. Układem takim przypominają obraz mitochondrialny. Należy stąd wnioskować, że impregnacji ulega *chondrioma*, jako organ komórkowy najbardziej bogaty w witaminę C. W innych znów przypadkach ziarenka substancji redukującej mogą się koncentrować wokół jądra, impregnując aparat siateczkowy Golgi-Kopscha. Dlaczego tak się dzieje, czy zachodzi adsorpcja kwasu askorbinowego przez chondriomę lub aparat siateczkowy, trudno jeszcze dziś o tem powiedzieć, nie znając dobrze natury impregnowanych elementów.

Jak wynika z badań Randoine, Giroud i Leblonda, u zwierząt, żywionych specjalnie (bez witaminu C), ilość kwasu askorbinowego w ustroju stopniowo maleje. Już na 9 dzień od chwili rozpoczęcia diety awitaminowej daje się zauważyć brak kwasu askorbinowego w nadnerczu, w rezultacie zwierzę, pozbawione witaminu C, ginie wśród objawów szkorbutu.

Idąc z postępem nauk o witaminach, Giroud, Leblond, Ratsimamanga i Rabinowicz obliczają normalny poziom witaminu C w ustroju, t. j. taki, przy którym zwierzę nie zapada na szkorbut. Dla tych samych narządów u różnych zwierząt liczby przedstawiają się podobnie. Zbierając wyniki, otrzymane przez von Eulera, Klussmana, Harrisa, Swirbeleya, otrzymamy następujące wartości: najmniejsza ilość kw. askorbinowego dla nadnercza (u wołu, barana, królika, szczura, psa i myszy żywionych normalnie) wynosi przeciętnie 1,77 mgr., dla wątroby u tych samych zwierząt 0,25 mgr., dla mięśni (szkieletowe, sercowe) 0,024 mgr. Podobne wyniki otrzymali Giroud i Leblond, posługując się swoją metodą. Liczby te *ui generis* są niezbędne dla prawidłowej funkcji tkanek.

W ten sposób na podstawie analizy chemicznej możemy określić stan danego narządu, a w następstwie stadium choroby. Gdy poziom witaminu C w nadnerczu spadnie poniżej 1 mgr. (na 1 gr. świeżej tkanki), ustrój staje się podatny na schorzenie, nie powoduje to jeszcze jednak zmian klinicznych. Dopiero niższe wartości kwasu askorbinowego wywołują lekkie zmiany anatomiczne, aby z chwilą, gdy przejdą w minimalne, doprowadzić do wystąpienia objawów szkorbutu.

PISMIENICTWO.

Bezssonoff Z. 1925. Sur la nature du principe antiscorbutique. C. R. Acad. Sc. t. LXXX str. 970. Giroud A. i Leblond C. 1934. Localisation de la vitamine C au niveau de la glande

génitale mâle, C. R. Soc. Biol. t. CXV str. 841. 1934. Recherches histochemique sur l'acide ascorbique ou vitamine C. Bull. d'hist. Nr. 9 str. 365. 1934. Detection histochemique de l'acide ascorbique ou vitamine C. Bull. d'hist. Nr. 9 str. 3375. 1934. Etude histochemique de la vitamine C dans la glande surrenale. Arch. d'anat. micr. t. XXX str. 105. Giroud A. et Leblond C. P. 1935. L'acide ascorbique dans la cellule. Bull. d'hist. Nr. 2 str. 49. Giroud A. et Giroux M. 1934. La vitamine C dans l'ovaire et le corps jaune, Seance du 26 fevrier 1934. Giroud A. et Bul-

liard H. 1935. Les substances à fonction sulfhydryle dans l'épiderme. Arch. d'anat. microsc. t. XXXI str. 272. Giroud A. et Rabinowicz. 1934. Repartition de la vitamine C dans l'organisme. C. R. Soc. Biol. t. CXV str. 1088. Giroud A., Leblond C., et Ratsimamanga R. 1935. La vitamine C (acide ascorbique) dans la peau. C. R. Soc. Biol. t. CXVIII str. 321. Giroud A., Leblond C., Ratsimamanga R. et Rabinowicz M. 1935. La teneur normale de l'acide ascorbique dans l'organisme. C. R. Soc. Biol. t. CXX str. 414.

Oceny książek

A. BICKEL. *Biologische Wirkungen des Alkohols auf den Stoffwechsel.* (Wydawnictwo Georg Thieme, Lipsk, 1936 Str. 31. Cena R. M. 0.90).

Broszura przedstawia wyniki badań doświadczalnych, wykonanych w pracowni, kierowanej przez autora, nad wpływem alkoholu na przemianę materji, nad wykorzystaniem alkoholu przy pracy mięśniowej, nad zależnością stanu oszłomienia od zawartości alkoholu we krwi, nad leczeniem zatrucia alkoholowego wstrzykiwaniami insuliny i nad blokadą komórek zwojowych przez insulinę. Zawartość alkoholu we krwi oznaczano mikrometodą Widmarka, jedyną dotychczas znaną dokładną metodą. Z wniosków praktycznych zasługuje na uwagę leczenie zatrucia alkoholowego wstrzykiwaniami insuliny, które mają znacznie skracać czas trwania zamroczenia alkoholowego. H. J. Landau.

Erik LYSHOLM. *Das Ventrikulogramm.* I część. (Acta Radiologica, Stockholm 1935, stron druku 74, ilustracji 74).

Mamy przed sobą pracę o wypełnieniu powietrzem i płynem kontrastowym komórek mózgowych, poświęconą technice badania i anatomji komór w obrazie rentgenowskim. Autor posługuje się do zdjęć aparatem własnej konstrukcji, bardzo wprawdzie celowym, lecz i bardzo skomplikowanym. Praca wyposażona jest w pierwszorzędny materiał zdjęciowy. Zdjęć serjowych autor nie wykonywał, uważając, iż dwa zdjęcia, dokonane pod kątem prostym, dają rozleglejsze możliwości umiejscowienia sprawy chorobowej. B. Kryński.

O. LOEW. *Hohes Alter und Gesundheit.* (Wydawnictwo Hans Pusch, Berlin, str. 30).

92 lata liczący i czujący się zupełnie dobrze, pracujący jeszcze naukowo autor, profesor fizjologii roślin uniwersytetu w Monachjum, dzieli się z czytelnikami tajemnicą zachowania do tak późnego wieku zdrowia fizycznego i pełni władz umysłowych. Podaje on zasady higieny życia codziennego, kładąc szczególny nacisk na znaczenie wapnia dla zachowania zdrowia. Niemile wrażenie robi zachwalanie preparatu wapniowego Calzan, który został wprowadzony do handlu właśnie z ini-

ejatywy autora, który go zaczął wytwarzać, co może budzić zastrzeżenia co do bezinteresowności puchwał autora.

H. J. Landau.

Theodor BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin.* (Dritte umgearbeitete Auflage in zwei Bänden. Urban und Schwarzenberg, Wien, 1936).

Nowe wydanie znanego podręcznika prof. Brugscha stanowi uzupełnioną i całkowicie zmodernizowaną próbę wydań poprzednich. Jednolitość i zwartość dzieła, wykonanego przez autora, tak bardzo, jak prof. Brugsch, nadającego się do spełnienia tego olbrzymiego zadania, jakie przedstawia napisanie podobnego podręcznika, precyzyjność i jasność wykładu i wyczerpująca treść przy niezwiększonych nógół rozmiarach książki stanowią o wielkich jej zaletach. Stanie się ona niewątpliwie pierwszorzędnym źródłem rzeczowych i ścisłych informacji z każdej dziedziny medycyny wewnętrznej, niezbędnych zarówno dla specjalisty, jak i dla każdego wogóle lekarza. Wyodrębnienie ogólnych zasad leczenia w osobnym rozdziale z uwzględnieniem balneo-, hidro- i termoterapii, mięsienia, elektro- i światłolecznictwa, z uwzględnieniem nawet tak ultranowoczesnej metody leczniczej, jak krótkofalowa djatermia, stanowi wielką zaletę omawianego dzieła, szczególnie dla lekarzy-praktyków. Zupełnie nowoczesnemu opracowaniu uległ także rozdział o chorobach krwi, szczeg. w zakresie niedokrwistości, oraz rozdział o schorzeniach narządu krążenia, szczególnie — tak aktualna obecnie sprawa zawałów sierdza, wreszcie — awitaminozy i choroby przemiany materji. Bardziej schematycznie natomiast potraktowane zostały schorzenia gruczołów wkrwennych, chociaż i tu uwzględnione są — nazbyt pobieżnie być może — zespoły chorobowe, opisane już w najnowszych czasach, jak choroba Faltz (multiple Blutdrüsensklerose), zespół Cushinga, chor. Recklinghausena i t. d. Niepodobnieństwem byłoby wyliczenie wszystkich godnych uwagi rozdziałów tej książki — należałoby omówić je wszystkie. Niewątpliwie dzieło to posiada olbrzymią wartość praktyczną i cieszyć się będzie zasłużonym powodzeniem. M. Fejgin

Wskazówki praktyczne

K. Peters zachwala Prokliman „Ciba“ w dolegliwościach okresu przekwitania. Zwykła dawka: 2 pastylki dziennie w ciągu 3 tygodni. Szczególnie dobrze działa prokliman na objawy naczynioruchowe, które już po 10 dniach leczenia ulegają poprawie. (D. m. W. 1935 Nr. 42).

—o—

Berger i Schulz polecają jako środek wykrztuśny w grypie: Rp. Inf. rad. Seneg. 10:150; Acedicon. 0,005; Ephedrin. 0,5; Cardiasol. 0,5; Syr. cort. Aurant. 20,0. M. D. S. Co 2—4 godz. po łyżce stołowej. (Ther. Gegenw. 1935).

—o—

W przypadkach wymiotów i przelomów żołądkowych

przepisuje Detmar: Rp. Rad. Ipec. 1,0—1,5; Tart. stib. 0,1; Oxymel. Scillae 20,0; Syr. Rub. Id. 20,0; Aq. font. 40,0. MDS. Co kwadrans łyżkę stołową. (Hippokrates 1935).

—o—

E. Klawnsen stosuje leczenie zapobiegawcze obfitego miesięczkowania i krwotoków macicznych insuliny. Stosownie do wieku, wagi ciała i poziomu cukru we krwi naczeczko zastrzykuje się 10—20 jednostek insuliny dziennie w ciągu kilku dni przed oczekiwaniem krwawieniem. Również i w przypadkach braku miesięczki leczenie to daje dobre wyniki.

(Ztbl. Gyn. 1935 Nr. 26).

—o—

Nahrath stosuje w przypadkach *przerostu sterczu* częściowe wycięcie przy pomocy elektryczności drogą przez cewkę. Zabieg ten, wykonywany w znieczuleniu lędźwiowym,

wystarcza do przywrócenia swobodnego oddawania moczu. Objawy zapalne ustępują w ciągu 10 dni.

(M. m. W. 1936 Nr. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1936 r.

Przewodniczący: dyrektor H. Hoyer.

Czł. K. Orzechowski przedstawia pracę p. A. Opalskiego p. t. *O powstawaniu komórek Alzheimera*.

Przy badaniu 32 mózgów, pochodzących z przypadków dziecięcych chorób zakaźnych, znalazł autor małe komórki Alzheimera w 7 przypadkach.

W 4 z tych mózgów opisuje autor w jądrach Alzheimera kuliste lub owalne wtręty o szklistym wyglądzie i różnej wielkości, osiagające nieraz prawie połowę przekroju jądra. W miarę powiększania ich rozmiarów natężenie zabarwienia stopniowo słabnie, aż w końcu twory te rozplywają się całkowicie. Takie same wtręty małych rozmiarów spotykał autor również w jądrach makrogleju. Autor stwierdza, że wtręty powstają z chromatyny, a powiększanie się ich prowadzi do stopniowego ubytku substancji chromatynowej jąder makrogleju. W komórkach makrogleju stopniowo zanikają wypustki. Opisane fazy zmian jądrowych odtwarzają cykl przemiany makrogleju na jądra Alzheimera. Stąd też autor wnosi, że przynajmniej w pewnych przypadkach małe jądra Alzheimera nie powstają jako twory bezchromatynowe w chwili rozpoczęcia się procesu chorobowego, ale są końcową fazą przeobrażeń, dokonujących się w zwykłych komórkach makrogleju.

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego, J. Hano i E. Taschnera p. t. *Działanie farmakologiczne ftiokolu oraz innych chinonów*.

Autorowie zajęli się zbadaniem własności farmakologicznych 2-metylo-3-oksy-1,4-naftochinonu, ciała chemicznego, otrzymanego przez Andersona i Newmana z pratków gruźliczych i nazwanego przez tych ostatnich ftiokolem.

W dawce 0,2 gr/kg ftiokol, wstrzyknięty podskórnie myszom, wywołuje śmierć poprzedzoną drgawkami klonicznymi, a spowodowaną porażeniem ośrodkowego oddechowego.

Ftiokol pobudza, a następnie poraża ośrodkowy układ nerwowy. Średnie dawki tego ciała deprymują, a następnie pobudzają oddech u ssaków.

Ftiokol wywiera stosunkowo słabe działanie na narządy krążenia u ssaków. Wywołuje on nieznaczne zmiany ciśnienia tętniczego, skurcz wyosobnionych naczyń jelit kota i królika oraz rozszerzenie naczyń kończyn tych zwierząt. Ftiokol zwiększa objętość jelit kota oraz działa słabo depresyjnie na serce tego zwierzęcia *in situ*. Jedynie bardzo duże koncentracje ftiokolu działają depresyjnie na wyosobnione serce żaby.

Chinon ten zmniejsza nieznacznie wpływ żółci u królika. Wstrzyknięty dożylnie hamuje u królika wydzielanie moczu, wstrzyknięty podskórnie działa słabo moczopędnie. Wstrzyknięty dożylnie ftiokol przechodzi do moczu, wstrzyknięty podskórnie utlenia się w ustroju zwierzęcym, tak, że do moczu przechodzą jego produkty rozpadu, ciemniejące na powietrzu.

Ciało to silnie obniża ciepłotę u szczurów, nieznacznie zaś obniża ciepłotę u królików. U królików wywołuje obniżenie zawartości kwasu mleczowego we krwi, na poziom cukru we krwi wywiera nieznaczne działanie.

U królików i u szczurów ftiokol obniża współczynnik oddechowy. U szczurów wywołuje duże obniżenia przemiany gazowej; przeciwnie u królików podwyższa tę przemianę.

Ciało to zwiększa oddychanie krwinek królika i mięśni myszy. Obniża natomiast oddychanie mózgu myszy, a nie działa wyraźnie na oddychanie wątroby i nerek tego zwierzęcia.

Ftiokol obniża napięcie (*tonus*) wyosobnionych jelit królika, przyczem zwiększa skurcze robaczkowe jelit grubych, a obniża te skurcze w jelitach cienkich.

Wstrzyknięty dożylnie nie działa ftiokol na jelito grube królika *in situ*, oraz wywołuje nieznaczne skurcze i pobudzenie ruchu robaczkowego jelit cienkich.

Małe stężenia tego chinonu zwiększają skurcze wyosobnionej macicy szczura, większe stężenia obniżają te skurcze.

W małych stężeniach ftiokol podnosi napięcie (*tonus*) wyosobnionego przełyku żaby i zwiększa skurcze wyosobnionej

kloaki tego zwierzęcia. Większe stężenia tego ciała obniżają napięcie i hamują ruchy tych narządów.

Podobnie jak ftiokol, lecz parokrotnie silniej działają: 2-metylo-1,4-naftochinon oraz alfa i beta-naftochinony.

Antrachinony: alizatyna, chinizaryna i emodyna aloesowa działają nieco inaczej. Ciała te zwiększają przemianę gazową u szczurów, oraz wywołują skurcz jelit u królika i macicy u szczura.

Z Zakładu Farmakologii U. J. w Krakowie.

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę p. J. Hano p. t. *Własności farmakologiczne solaniny i solanidyny*.

Badania autora, dotyczące solaniny i solanidyny t. z. *solanum tuberosum*, dowodzą, że solanina zarówno w ustroju zwierzęcym, jak i *in vitro* uszkadza ciałka czerwone krwi, wywołując hemolizę. Działanie hemolityczne solaniny związane jest z zawartością cholesterolu; im więcej znajduje się w krwinkach cholesterolu tem silniej hemolitycznie działa solanina. Barwik krwi przechodzi do moczu jako hemoglobina i methe-moglobina. Jad ten wywołuje równocześnie daleko posunięte zmiany zapalne i zwyrodnienia w miąższu nerek.

Natomiast solanidyna w ustroju zwierzęcym nie wywiera działania hemolitycznego. W doświadczeniach *in vitro* w większych stężeniach hemolizuje solanidyna ciałka czerwone krwi, w stężeniach mniejszych aglutynuje je.

Ciepłota krwi oba te ciała obniżają, a następnie wzmagają. Spadek ciśnienia krwi trwa bardzo krótko i zależy prawdopodobnie od kilku sekund trwającej depresji serca, wywołanej przez przejściowy skurcz naczyń wieńcowych serca i przez powstałe stąd chwilowe gorsze odżywienie serca; zależy on także od rozszerzenia naczyń krwionośnych jelit. Wtórne długotrwałe wzniesienie ciśnienia krwi są, jak się zdaje, pochodzenia częściowo naczyniowo-sercowego, częściowo ośrodkowego.

Solanina wywołuje skurcz naczyń wieńcowych serca, naczyń mięśniowo-skrónych i naczyń nerkowych ssaków, a także zwężenie naczyń krwionośnych żaby, natomiast rozszerzenie naczyń płucnych i jelitowych. Nie wywiera żadnego działania na naczynia wątrobowe.

Solanidyna wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych płuc i jelit, zwężenie, a następnie rozszerzenie naczyń nerkowych; wywołuje zwężenie naczyń wieńcowych serca i naczyń mięśniowo-skrónych, nie wywiera działania na naczynia krwionośne wątroby.

Na wyosobnione serce żaby i ssaków działa solanina depresyjnie. Także solanidyna działa depresyjnie na wyosobnione serce ssaków. Natomiast na serce ssaków *in situ* zarówno solanina, jak i solanidyna w małych dawkach działają pobudzająco, przyczem działanie to zbliżone jest nieco do działania glukozydów naparstnicowych. Duże dawki tych ciał uszkadzają serce ssaków i zatrzymują zarówno przedsionki, jak i komory serca w skurczu.

Solanina i solanidyna silnie pobudzają ośrodek oddechowy. Jednorazowa dawka tych ciał, wprowadzonych dożylnie, wywołuje kilkakrotnie powtarzające się okresy przyspieszenia i pogłębienia oddychania. Duże dawki porażają ośrodek oddechowy.

Na narządy zbudowane z mięśni gładkich działają badane ciała pobudzająco, zwiększając ich ruchy robaczkowe i podnosząc napięcie toniczne. Solanina i solanidyna t. działają tu wprost na mięśnie gładkie tych narządów.

Solanina wywołuje przykurcz mięśni prądkowanych; w wystarczająco dużych stężeniach znosi wrażliwość i kurczliwość tych mięśni, wywołując zupełną denaturację białek mięśni prądkowanych.

Solanina działa przeciwmoczopędnie, hamuje ona wydzielanie moczu, a to albo wskutek skurczu naczyń krwionośnych nerek i zmniejszenia przepływu krwi przez nie, albo też wskutek zmian anatomicznych w miąższu nerkowym. Solanidyna na wydzielanie moczu nie wywiera wpływu.

Obydwa badane ciała w małych dawkach podnoszą ciepłotę ciała, w dawkach większych wywołują spadek ciepłoty.

Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Dyrektor: prof. dr. J. W. Supniewski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 12 listopada 1935 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 10.

Obecnym na posiedzeniu 30 członków i 31 gości.

1. Odczytany protokół z dn. 5.XI r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje nowości biblioteczne do wiadomości.

3. Kol. Mikulowski Wł. — czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t. „Zagadnienie koklusu na tle kryzysu współczesnej medycyny”. (Streszczenie własne).

Nauka o kokluszu wiąże się z nazwiskiem Pospischilla. Autor ten uważał koklusz, wbrew utartym poglądom, nie za chorobę kaszlu, ale dopatrywał się istoty choroby w procesach płucnych pod postacią spraw zapalnych oskrzeli, płuc, opłucny, których przebieg jest zwykle przewlekły, często utajony, nawracający pod wpływem zakażeń mieszanych.

Odkrycie Pospischilla było dziełem obserwacji klinicznej i kontroli anatomo-patologicznej. Nauka ta wymagała sprawdzenia nie tylko przy pomocy tych samych metod badania, ale także przy zastosowaniu współczesnych metod myślenia fizjopatologicznego i współczesnych środków kliniczno-laboratoryjnych. Referent przyczynił się również do rozszerzenia i pogłębienia perspektywy problemu, poruszonego przez Pospischilla. Na bogatej kazuistyce referent wykazał, jaki stosunek zachodzi między kliniką koklusu, a kliniką ostrych i przewlekłych zakażeń.

W szczególności wykazał bliskie podobieństwo i trudności różniczkowo-rozpoznawcze między gruźlicą a kokluszowym zapaleniem płuc. Śledząc za metodą różniczkowo-rozpoznawczą, dowiódł w 1923 bakterjoskopijnie, a w r. 1928 — biologicznie, że podział kliniczny gruźlicy na zamkniętą i otwartą jest konwencjonalny i niezgodny z faktami laboratoryjnymi.

Referent demonstruje na posiedzeniu szereg klisz, dowodzących podobieństwa rentgenologicznego gruźlicy i pneumopatii kokluszowych, w szczególności podobieństwa prosówki gruźliczej i prosówki kokluszowej.

Referent przyczynił się do przebudowy poglądów Pospischilla na patogenę niektórych encefalopatii kokluszowych i rozstrzeni oskrzelowych, poruszając rolę kili konstytucjonalnej w tym problemacie. Raz chodzi o uczulenie układu nerwowego przez krętek kili, drugi raz o zakażenie kilą gruczołów dokrewnych (przysadki) i wskutek o niedomogę elastyczną oskrzeli. Teoria referenta z r. 1931 o patogenie rozstrzeni oskrzelowych u dzieci kilowych, zgłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 14.IV.1931, wychodziła z założenia, przyjmującego płuca za narząd neurowaskularny i neuromuskularny. W świetle dzisiejszych poglądów na dynamikę płucną procesów zapalnych narządu oddechowego, hipoteza ta wyprzedza pod względem czasu o 3 lata pojęcie pneumonii wagotonicznej Reinhardta z r. 1934. Ponieważ klinika koklusu rozwija się pod znakiem t. zw. repery w kaszlu i pod znakiem skurczu krtani — łatwo zrozumieć, że współczesne teorie o dynamice płucnej (Luisada) znajdują w tej chorobie zastosowanie fizjopatologiczne.

Referent wykazał powinowactwo koklusu z hematologią wieku dziecięcego, stwarzając w r. 1933 pojęcie „białaczki kokluszowej” (a. l.). Zagadnienie utajonego przebiegu koklusu, znajdujące liczne analogie nie tylko w klinice gruźlicy. W klinice mikrobizmu utajonego ran wojennych (Policard, Desplat), w klinice opryszczki powrotnej, gośca, czyracości, posocznicy gronkowcowych, a także w klinice kili, której cała profilaksja kobiety ciężarnej polega na fakcie częstotliwości kili utajonej u kobiet. Na wzór zakażeń „nieujawnionych” Nicollea wprowadził Mouriquand przed rokiem do kliniki awitaminoz podobne pojęcie dystrofii nieujawnionych, budzących się pod wpływem urazów fizjologicznych lub patologicznych (beri-beri).

Nauka Pospischilla znalazła wyraz płodności w fakcie zwiększonej częstości rozpoznania koklusu w szpitalu Karola i Marii. Gdy w dieściecioleciu 1913—23 śmiertelność z koklusu była oceniana na 0,2%, to w następnych 8 latach procent tylko sekcyjnego materiału śmiertelności z koklusu wzrósł do 6%. t. j. 30 razy.

Nauka Pospischilla o kokluszu stwarzała nowe fundamenta leczenia aeracją pneumopatii dziecięcych oraz nowe zasady profilaksji zakaźnej tak w stosunku do ambulatoriów dziecięcych, jak i w stosunku do zagadnienia zapobiegania zakażeniom śródszpitalnym. Ideje te znalazły wyraz w agitacji referenta za potrzebą reformy ambulatoriów dziecię-

cych (1923) i za potrzebą zastosowania aeracji, jako racjonalnego środka do walki z zakażeniami śródszpitalnymi (1929).

Klinika współczesna przechodzi przesilenie z powodu odwrótu od hasła Virchowa ku myśleniu fizjologicznemu i z powodu rozrostu biologii z następową tendencją ku kierunkom humoralno-patologicznym w klinice. Kryzys współczesnej medycyny grozi niebezpieczeństwem symptomatycznym, którego najczystszym wyrazem jest: 1) tendencja zadawania się treścią doktryn globalnych humoralno-patologicznych bez wysiłku obserwacji klinicznej; 2) tendencja „rozwiązywania” problemów przy pomocy schematyzacji i rejestracji, które z lekarza obserwatora czynią urzędnika; 3) tendencja przesadnego kultu dla techniki specjalistycznej kosztem obserwacji klinicznej.

Nauka o kokluszu może służyć za przykład, jak utalentowana i pracowita obserwacja kliniczna jest płodna w skutkach i w jakim stopniu służy za narzędzie zdobywania prawdy w medycynie. Pojęcie nowe, zdobyte obserwacją, znajduje rozszerzenie i pogłębienie ze strony anatomii, fizjologii, laboratorjum, rentgenologii i prowadzi w skutku nie do nowej, symbolistycznej, globalnej doktryny, ale do zdobycia jednego szczytu prawdy. Brak cech uniwersalnej doktryny, brak zaspokojenia w „prosty sposób” wszystkich wątpliwości bakterjologicznych, biologicznych i patologicznych w nauce o kokluszu nie jest słabością tej nauki, ale dowodem świadomości, że potrzeba zachować rezerwę w okresie przeżywanego obecnie kryzysu patologii i bakterjologii w związku z nauką o zarazkach niewidzialnych. Ten kryzys wiedzy bakterjologicznej, nie obalając głównych praw Pasteura o specyficzności gatunków, niemniej dowodzi, jak genialna doktryna Pasteura, dawniej dla patologii wystarczająca, jest dziś dla nas właśnie z powodu zbyt wąskiej prostoty, — za ciasna.

Rozprawy: Kol. Deringowa, Kol. Kotarska-Dettloff, Kol. Falencik W. i Kol. Mikulowski Wł.

4. Kol. Zawodźński T. wygłosił odczyt „Próby określenia stanu hormonalnego w przypadkach mięśniaków macicy”. (Streszczenie własne).

W pierwszej części niniejszej pracy stwierdzono, że krążenie krwi w przypadkach mięśniaków macicy ma pewne cechy podobne do krążenia w stanach nadczynności tarczycy.

W obecnej pracy próbowano określić stan czynnościowy gruczołów dokrewnych, związanych z narządem rodzimym a więc jajnika. przysadki mózgowej (jej przedniego płata) i tarczycy.

Czynność jajnika starano się określić, oznaczając hormon rujowy (oestrinę) we krwi. Stosowano przy tem zmodyfikowaną przez Truszkowskiego metodę Franka i Goldberga, oraz metodę Macheboeufa. Z 24 przypadków mięśniaków macicy raz jeden tylko stwierdzono zawartość oestriny we krwi: u kobiety 49-cio letniej w 2 dniu miesiączki.

Jako materiał kontrolujący służyło 48 przypadków, bez mięśniaków macicy. W grupie tej otrzymaliśmy 3 wyniki dodatnie: 1) na 30 dzień 35-cio dniowego cyklu miesięczkowego. 2) w przypadku raka jajnika i 3) na 22-gi dzień po poronieniu.

Wyniki powyższych 72-ch badań znać należy naogół za ujemne. Z moczu oestriny nie określano ze względów zasadniczych, a mianowicie z powodu braku ustalonych norm wydzielania tego ciała z moczem. W kilku badaniach w ten sposób przypadkach stwierdzono we wszystkich obecność oestriny w moczu (przy użyciu 1 litra moczu). U kobiet niemiesiączkujących (7) z reguły oestrina z moczu wypadła ujemnie.

Tak zwany hormon gonadotropowy przedniego płata przysadki mózgowej we krwi nie dał się wogóle wykryć: w moczu zaś (przy użyciu 1 litra metodą Tunka, zmodyfikowaną przez Truszkowskiego), wykryto w 17 przypadkach mięśniaków macicy w jednym t. zw. III reakcję dodatnią (punkty krwawe), w dwu innych słabo dodatnią reakcję I-a.

W 6 przypadkach, przeznaczonych do kontroli, ani razu nie wypadł dodatnio odczyn na t. zw. prolan.

Jak wiadomo, odczyn dodatni na t. zw. prolan, czy na t. zw. hormon gonadotropowy p.p.p.m. następuje przy braku anatomicznym lub czynnościowym jajników, względnie przy ich bardzo osłabionej czynności. U zdrowej, prawidłowo miesiączkującej kobiety, ciała tego zazwyczaj się nie wykrywa.

Próby bezpośredniego oznaczenia hormonu tarczycowego lub tyreotropowego czy to za pomocą próby na amerykańskich jaszczurkach (axalottach), czy na wzmożeniu podstawowej przemiany materii myszek, aparatem Supniewskiego, czy na drodze badań mikroskopowych tarczyc myszek (spodziewaliśmy się stwierdzić zmniejszenie ilości koloidu i po-

większenie nabłonków) — wszystkie te próby zawiodły w zupełności.

Wobec powyższego wykonaliśmy w 22 przypadkach mięśniaków macicy określenie podstawowej przemiany materii aparatem Krogha, określając jako granicę błędu od -12 do $+12\%$.

W wyniku tych badań stwierdziliśmy w 13 przyp. wzmożenie podstawowej przemiany materii.

Uwzględniając równoczesne nasze badania pracy i wydajności tętnic sfigmologometrem Sahliego, spostrzegaliśmy zastanawiającą koincydencję wzmożonej przemiany materii ze wzmożeniem pracy tętna.

Rozpatrując dalej objawy, jakie dawały mięśniaki w poszczególnych przypadkach, zauważyć można, że w grupie przypadków ze wzmożoną przemianą materii, oraz ze zwiększoną pracą tętnic przeważało krwawienie jako objaw naczelny schorzenia, w grupie — z normalną przemianą materii i niewiększoną pracą tętna objawem głównym przeważnie był ucisk guza.

Jasne jest, że w ostatnio wspomnianych przypadkach mięśniaków jedynie leczeniem przyczynowym może być operacyjne wycięcie nowotworu. Natomiast w poprzednio wspomnianej grupie przypadków, gdzie na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia czynnościowe, wskazane jest leczenie czynnościowe. Niestety, dotychczas nie znamy właściwego leczenia czynnościowego mięśniaków, nie dających objawów anatomicznych. Dotychczas stosowane rentgenowskie naświetlanie jajników wyłącza ostatecznie jajniki ze sfery działania wkrewnego, a co za tem idzie nie jest obojętne dla całego ustroju.

Badania nasze miały na celu zwrócenie uwagi na stosunki hormonalne w przypadkach mięśniaków w nadziei, że może na tej drodze uda się znaleźć sposób leczenia czynnościowego tego, tak często istotnie czynnościowego schorzenia.

Rozprawy: Kol. Bartoszek T., Kol. Węgielko R. i Kol. Zawodziński T.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 20.

Prezes: w/z (—) J. Skłodowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: (—) J. Gackowski.

Posiedzenie z dnia 19 listopada 1935 r.

Początek o godz. 20 min. 10. Obecnych 39 członków i 26 gości.

1. Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac, nadesłanych ostatnio do Biblioteki T-wa.

3. Kol. Offenberg J. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „Z teorii i praktyki kurczu wpustu“ (*Cardiospasmus*): Nowe fakty z anatomii i fizjologii wpustu. Patogeneza „kurczu wpustu“. (Streszczenie własne).

Przypadek kurczu wpustu, pozostający w mej obserwacji od 25 lat, przebiegał od chwili powstania swego ze stopniowym narastaniem trudności połknięcia. Gdy sprawa doszła do zupełnego zamknięcia wpustu, miano wykonać operację Mikulicza, ze względu jednak na stwierdzenie kamienia, uwięzionego w przewodzie żółciowym wspólnym oraz licznych kamieni w pęcherzyku żółciowym, ograniczono się tylko do usunięcia kamieni w przypuszczeniu, że kurcz wpustu — o pochodzeniu odruchowym — ustąpi po usunięciu jego przyczyny. Wyleczenie nastąpiło jednak nie zaraz po operacji, a dopiero po zastosowaniu metodycznego rozciągania wpustu za pomocą balonu Geissler-Gottsteina.

Rozglądając się w nagromadzonym niezmiernie bogatym materiale naukowym, dotyczącym anatomii, fizjologii, patogenezy, kliniki i leczenia „kurczu wpustu“, spostrzegamy wielką rozbieżność poglądów, szczególnie w zakresie patogenezy.

Po zestawieniu i zbadaniu tych poglądów dałoby się w sposób następujący ująć t. zw. „*Cardiospasmus*“:

Jest to cierpienie, polegające na trudności przechodzenia pokarmu z przełyku do żołądka wskutek napotykania we wpuscie przeszkód natury czynnościowej. Przyczyny tego zaburzenia szukać należy w stanie kurczowym wpustu lub w nadmiernym napięciu tonicznym mięśni gładkich zwieracza, spowodowanego brakiem odruchu otwierania się zwieracza (*Achalasia cardia*). Stan ten pozostaje w związku ze schorzeniem obwodowego układu nerwowego (spłotu Auerbacha i Openchowskiego), albo też układu vegetatywnego, szczególnie nerwu błędnego. „*Cardiospasmus*“ w dalszym swym rozwoju prowadzić może do powstania rozszerzenia przełyku nie raz w stopniu tak wybitnym, że się staje niejako odrębną jednostką chorobową. „*Cardiospasmus*“ nie jest chorobą miejscową, jest on wyrazem chwilowej równowagi układu vegetatyw-

nego pochodzenia konstytucyjnego lub nabytego z przewagą wagotonii. Wskutek tego „kurcz wpustu“ współistnieć może z innymi chorobami, mającymi podłoże wagotoniczne.

Leczenie „kurczu wpustu“ w razie nieskuteczności Atropiny, Papaweryny, Adrenalinu — polega na metodycznym bezkrwawym rozciąganiu wpustu za pomocą skonstruowanych *ad hoc* rozszerzaczy lub na operacji.

W nauce o „kurczu wpustu“ figuruje zaszczytnie kilka nazwisk polskich (Openchowski, Mikulicz, Jurasz i inni).

Mimo wielkich postępów w dziedzinie bliższego poznania zjawiska t. zw. „*Cardiospasmus*“ — pozostaje jeszcze wiele stron z tego zagadnienia ciemnych, niewyjaśnionych i wymagających dalszych poszukiwań.

Rozprawy: Kol. Kol.: Gerner K., Higier H., Skłodowski J. i Offenberg J.

Kol. Mitrinowiczowa A. wygłosiła odczyt p. t.: „Film jako metoda badań zaburzeń głosu“ (z przeżyciami). (Streszczenie własne).

Badanie funkcjonalne głosu pozwala nam na wytłumaczenie anomalii w tych wypadkach, w których badanie laryngoskopowe nie daje żadnego wyniku pozytywnego. Mam tu na myśli schorzenie czynnościowe krtani, jakim jest np. fonastenia. W cierpieniu tem nie spotykamy mechanicznego uszkodzenia w aparacie głosu, jako pierwotnej ani wtórnej przyczyny tego cierpienia. Do charakterystycznych objawów fonasteny zaliczamy oprócz skarg podmiotowych w postaci hyper- i parestezji oraz znużenia głosu, zmiany przedmiotowe, a mianowicie zmiany dźwięczności głosu, obniżenie skali głosowej oraz chrópkę. W takich przypadkach, gdzie obraz anatomiczny krtani jest prawidłowy, a jednak występuje zaburzenie głosowe, badanie czynnościowe krtani staje się niezbędnym. Do metod badania głosu zaliczyć należy film.

Badanie krzywych głosu zarówno w stanach fizjologicznych, jak i w stanach patologicznych daje nam pewne wyjaśnienie natogenezy objawów.

Naibardziej odbiega od normy głos w przypadku głuchoniemoty wrodzonej. Krzywa głosu jest jednostajna i jakby szereg stożków połączonych ze sobą. Mowa głuchoniemych jest bezbarwna i monotonna. W przypadku głuchoniemoty nabytej, a więc tam, gdzie upośledzenie słuchu po przebytej chorobie sprowadza powolny zanik mowy, krzywa głosu wykazuje wprawdzie pewne różnicowanie, ale odbiega od normy. Film głosowy w przypadkach fonasteny charakteryzuje się występowaniem dziwacznych fal, niezbyt regularnych rytmu i regularności. Poszczególne fale różnią się zarówno wysokością amplitudy, jak i czasem trwania poszczególnych fal. Poza tem spotykamy też fale grube iako wyraz wyczerpywania się i zwolnienia vibracji strun głosowych.

Aparatem, służącym do zwolnienia vibracji strun głosowych, jest stroboskop. Głos ludzki daje od 81 do 1094 = Ca drgań na sekundę. Siatkówka naszego oka nie jest w stanie tych drgań zarejestrować i w rezultacie drgań tych przy zwykłym larngoskopowaniu nie widzimy. W stroboskopie staje się to możliwym dzięki temu, że oświetlenie krtani może być przerywane dowolną liczbą razy. W ten sposób vibracja zostaje niejako rozrzedzona.

Badanie stroboskopowe w przypadku fonasteny wykazuje, że vibracja strun głosowych jest nierównomierna: raz jedna, raz znowu druga struna wibruje wolniej. W rezultacie powstają duże fale, które ulegają interferencji i otrzymujemy krzywe nieregularne, niesprawdliwe. Tem się tłumaczy nieczyśćność tonu w przypadku fonasteny. Głos jest chropowaty, chrząpiący. Chrząpka zatem powstaje nie tylko w stanach zapalnych, czy też porażennych krtani, ale także jako wyraz zaburzeń czynnościowych krtani spowodowanych niesprawnością motoryczną strun głosowych.

Schorzenia funkcjonalne wymagają niejednokrotnie opracowania nowych metod badania, rzucających światło na sposób ich powstawania i będących wskazówką dla terapii.

5. Na prośbę Kol. Reichera E. — członka T-wa referat ten odłożono do następnego posiedzenia.

Koniec godzina 22-ga.

Wice-Prezes: (—) Józef Skłodowski.
Sekretarz Doroczny: (—) Al. Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 26 listopada 1935 r.

Początek o godz. 20 m. 10; obecnych 43 członków i 24 gości.

1) Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia zebranych, że od kol. Zakrzewskiego nadszedł list, w którym

kol. Zakrzewski prosi o przełożenie odczytu na najbliższe przyszłe posiedzenie.

3) Kol. Offenberg J. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Z teorii i praktyki kurczu wpustu (cardiospasmus): klinika i leczenie. Próba rozwiązania sprzeczności w nauce o „kurczu wpustu“. (Streszczenie w poprzednim protokole).

Rozprawy: Kol. Kol.: Kryński L., Mikulowski Wl., Sławiński Zdz., Czarkowski H., Zaorski J. i Kol. Offenberg J.

4) Kol. Reicherówna E. — członek T-wa, wygłosiła odczyt p. t.: „Polska placówka w Chinach“. (Streszczenia nie nadesłała).

Rozprawy: Kol. Kol.: Szenajch Wl., Cieszyński Fr.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 45.

Prezes: (—) Józef Skłodowski.

Sekretarz Doroczny: (—) Józef Gackowski.

Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1935 r.

Początek o godz. 20 m. 10.

Obecnych 44 członków i 41 gości.

1. Ze względów technicznych odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia odłożono do następnego posiedzenia.

2. Kol. Zakrzewski Z. wygłosił odczyt p. t.: „Zagadnienie odporności przeciwko nowotworom złośliwym“. (Streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy: Kol. Laskowski J.

3. Kol. Kol. Fejgin M., członek T-wa, Mesz N. i Dworecki J. omówili „Niezwyczajny przypadek rozległych złogów wapniowych w ustroju“. (Streszczenie własne).

Autorzy omawiają przypadek, w którym w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek z daleko posuniętą ich niedomogą u 19-sto letniej pacjentki zjawiły się guzki wielkości od grochu do małego jabłka w tkance podskórnej okolicy nadobojczykowych, pod skórą czaszki, w okolicy łopatki prawej oraz w okolicach okółstawowych stawów mostkowo-obojęczykowych i międzypaliczkowych kciuka prawego.

Guzki te przy badaniu histochemicznym wycinka i za pomocą promieni rentgenowskich okazały się złogami soli wapnia. Zdjęcia rentgenowskie wykazały ponadto rozległe odwapnienia kości długich i płaskich oraz zwapnienia licznych naczyń krwionośnych, które dawały obrazy, przypominające arteriografię. Objawom tym towarzyszyło wzmocnienie zawartości wapnia we krwi (przy kilkakrotnym badaniu) przy prawidłowej zawartości fosforu, nie zwiększonej wydajności dobowej wapnia w moczu, braku alkalozji i prawidłowej pobudliwości elektrycznej mięśni. Zastanawiając się nad patogenezą i mechanizmem wyżej opisanych objawów, autorzy dochodzą do wniosku, że zależą one od nietypowo przebiegającej postaci nadczynności gruczołów przytarczycznych, zapewne na tle gruczolaka u osobnika, dotkniętego niedomogą nerek. Analogiczne przypadki gruczolaków przytarczycznych z niedomogą wydzielniczą nerek opisywane były przez autorów amerykańskich, oraz inn. przez Albrighta, Bellina, Gershwina i inn., a także przez J. A. Lièvre'a w jego monografii „L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques“.

Rozprawy: Kol. Kol.: Szokalski K., Higier H. i Kol. Fejgin M.

4. Kol. Kondratowicz W. i Laskowski J. pokazali i omówili „Przypadek nabłoniaka kosmówkowego u mężczyzny“. (Streszczenie własne).

Przypadek dotyczył 18-letniego mężczyzny. Początek choroby został zaobserwowany przypadkowo w okresie wczesnym przerzutów płucnych przy badaniu radiologicznym.

Cierpienie cechowało się szybkim przebiegiem. Zejście śmiertelne spowodowało krwotok do jamy opłucnej lewej i do jelit.

Obraz sekcyjny: punkt wyjścia jądro, przerzuty: do gruczołów zaotrzewnowych i śródwątrobowych, do wątroby, nerek i jelit, płuc i mięśnia sercowego, wrastanie mas nowotworowych do żyły pniowej dolnej. Obraz mikroskopowy w przerzutach: typowy nabłoniak kosmówkowy, w jądrze zaś domieszka składników potworniakowych.

Rozprawy: Kol. Kol.: Roguski J., Higier H., Płonkier i Laskowski.

Zakończono posiedzenie o godz. 22 min. 20.

Prezes: (—) Józef Skłodowski.

Sekretarz Doroczny: Józef Gackowski.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

XIV Posiedzenie z dnia 27.V 1935 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.

Przewodniczący Prof. Jasicki przy udziale Prof. Januszkiewicza.

Obecnych 15 członków i 24 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Prof. A. Januszkiewicz wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Prof. A. Głuzińskim.

3. Dr. Łobza i Dr. Śmigiełski: *Spodylo-arthritis ankylopoetica i Spodyloarthritis deformans* (z pokazem chorych). (Rzecz przeznaczona do druku).

4. Dr. Gołczyński: *Przypadek ostrego nieżytu jelita grubego wywołanego przez balantidium coli*. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Dr. Łukowski podał, że spostrzegał przypadek *balantidium coli* u chłopca 10-letniego, syna rolnika. Chłopiec był bardzo wyniszczony, uczuwał bóle w okolicy kątnej, i przypuszczano początkowo gruźlicę kątnej, dopiero badanie kału wyjaśniło sprawę. Charakterystyczna była wstrętna woń stolców. Niestety, rodzice zabrali dziecko do domu przed zakończeniem leczenia (emetyną). Następnie Dr. Łukowski zwraca uwagę prelegenta na ogłoszony przez Dr. Tarasiewicza przypadek z Kliniki prof. Z. Orłowskiego, drukowany w Wil. Pam. Lekarskim. Dr. Łukowski proponuje wydawanie przy Pamiętniku Wil. Tow. Lekarskiego spisu piśmiennictwa za dziesięcioletnie okresy czasu.

Dr. Krzemiński, nawiązując do leczenia nieżytów jelita grubego yatrenem, radzi podawać w ciągu pierwszego tygodnia 2 — 3 gr. *Yatreni puriss.* dziennie, a potem jeden gr. dziennie w ciągu 2—3 tygodni, spostrzegał też dobre skutki po zastosowaniu autohemoterapii.

E. Gerlicz

Sekretarz.

XV Posiedzenie w dniu 3 VI. 1935 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Wacław Jasicki.

Obecnych 120 osób w tym 42 członków i 78 gości.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

Prof. Pedczar omówił następujące punkty:

1) *Cukrzyca jest schorzeniem nie tylko trzustki, lecz ze spolem.*

2) *Teoretyczne podstawy leczenia djetetycznego* (streszczenia nie dostarczono).

Dr. Frydman. Po wyliczeniu rozmaitych, stosowanych z powodzeniem w cukrzycy djet, w których wyczerpane są wszelkie możliwe kombinacje ważniejszych składników, t. j. węglowodanów, białka i tłuszczu, prelegent wskazuje na pracę, dowodzącą szkodliwego wpływu każdego z tych składników na t. zw. „tolerancję węglowodanów“. W tych przypadkach, kiedy udaje się uniknąć stosowania insuliny (a tych jest znacznie więcej, niż przeważnie się sądzi), djetę chorego na cukrzycę należy oprzeć na następujących zasadach ogólnych:

1) Ograniczenie ogólnej liczby ciepłostek z uwzględnieniem powierzchni ciała pacjenta i jego wagi optymalnej.

2) Ograniczenie ilości dobowej tłuszczu w posiłkach do 70—80 gr., pozostałą ilość ciepłostek uzyskać ze zbilansowania możliwie największej ilości węglowodanów z białkiem, które szybciej prowadzi do nasycenia.

3) Podzielić cały pokarm dobowy na możliwie największą (6—8) liczbę posiłków dziennie, żeby wykorzystać całą insulinę, którą ustrój jeszcze może wyprodukować. W nieświadomości zastosowaniu tej ostatniej zasady („prawdziwe ćwiczenie trzustki“) prelegent widzi przyczynę powodzenia pozornie tak rozmaitych djet, jak białkowa, tłuszczowa, i jarynowa, które powoli tylko wyzwalają w ustroju węglowodany i przez to pozwalają na całkowite ich wykorzystanie.

W dyskusji:

Prof. A. Januszkiewicz podkreśla, że chodzi się najzupełniej z tym ujęciem referentów, w jakim przedstawili sprawę cukrzycy ze strony teoretycznej oraz praktycznej, a jeżeli zabiera głos, to tylko dla dorzeczenia kilku uwag.

Pomimo wprowadzenia insuliny leczenie djetetyczne cukrzycy nie tylko utrzymuje się nadal jako metoda podstawowa, ale coraz bardziej rozszerza się i urozmaica, jak to już zostało podkreślone. Sposoby djetetyczne mnożą się, niektóre jak gdyby sobie przeczą, i w związku z tem sprawa wyboru

i zastosowania staje się coraz trudniejsza, a nieraz niezrozumiała. Winien tu poczęści brak dostatecznej znajomości patologii cukrzycy.

Z dawniejszych statystyk wiadomo, że w 30% przypadków cukrzycy sekcja zwłok nie ujawniała wyraźnych zmian w trzustce. Toż samo znajdujemy w ostatniej pracy L a b b é i jego współpracowników, którzy w wielu przypadkach nie mogli wykryć najmniejszych zmian mikroskopowych w układzie wysepkowym, naogół zaś stwierdzali objawy zwyrodnienia u osobników młodych, zaś zmiany sklerotyczne u osobników starszych. Nasilenie tych zmian nie odpowiadało obrazom klinicznym. Czy winne są temu braki metody mikroskopowego badania tkanek, czy ma to być dowodem rozmaitego pochodzenia cukrzycy? W sprawie działania trzustki na gospodarkę węglowodanową wszyscy, zdaje się, zgodnie przyjmują, że insulina sprzyja magazynowaniu glikogenu i ogranicza jego rozpad do koniecznego *minimum*, co zaś do wpływu jej na spalanie cukru — zdania są rozbieżne, bo nie wszyscy przyjmują hipotezę zmniejszonego spalania cukru w tkankach u cukrzycowych.

Prof. Januszkiewicz zaznacza, że w cukrzycy naogół zwraca się zbyt mało uwagi na stan wątroby. Jest ona przedewszystkiem tym terenem, na którym zwalczają się wzajem antagonistyczne wpływy, z jednej strony hormonu trzustkowego, z drugiej hormonów nadnercza przy udziale tarczycy i przysadki oraz najpewniej i ciała żółtego, tutaj ujawnia się z jednej strony magazynowanie, z drugiej błędne na komórkę wątrobową, z drugiej wpływ pobudzający nerwu sympatycznego. Czy gospodarka węglowodanowa komórki wątrobowej, regulowana przez wyliczone powyżej czynniki, może odbywać się niezależnie od stanu samej komórki? przy złożonej czynności wątroby pewne jej niedomagania muszą się odbić na sprawności w regulowaniu przemiany materii, — rozmaić w stosunku do rozmaitych środków pokarmowych.

Stąd najpewniej pochodzą spostrzeżenia co do lepszych wyników, jakie daje w cukrzycy dieta, składająca się z 2-ch lub nawet z jednej substancji spożywczej.

Mnogość rozmaitych postaci cukrzycy i mnogość odmiennych zaleceń dietetycznych dla poszczególnych przypadków stwarza olbrzymie trudności w zakresie praktycznego ujęcia sprawy. Toteż koniecznym jest, aby lekarze posługiwali się pewnymi szablonami, przynajmniej dla zaznajomienia się narazie z każdym nowym przypadkiem cukrzycy, co powinno być punktem wyjścia dla dalszego postępowania. W końcu swego przemówienia Prof. J a n u s z k i e w i c z zaznacza zebranych z tykami diet, stosowanych w jego klinice, oraz z przepisami co do posługiwania się nimi.

W dyskusji Dr. K l u k o w s k i poruszył sprawę wpływu alkoholu etylowego na przemianę węglowodanową ustroju. Po omówieniu wyników badań Benedikta, Töröka, Munka, Kolty i Pawłowskiego przytoczył wyniki swych badań, zgodne z wynikami wyżej wymienionych autorów, że podanie alkoholu etylowego powoduje u osób zdrowych wzrost poziomu cukru we krwi, spadek zaś cukru u osób, cierpiących na cukrzycę. Wpływ alkoholu tłumaczy się tem, że wychwytuje on chęć tlen, zahamowuje rozpad białka i tłuszczów u chorych na cukrzycę, i uniemożliwia przez to tworzenie się cukru z białek i tłuszczów, gdyż proces taki wymaga dużej ilości tlenu. Wreszcie podał, że w Klinice Wewnętrznej jest stosowane z dobrymi wynikami podawanie alkoholu etylowego chorym na cukrzycę w małych dawkach, do 20 gr. dziennie.

Dr. M. R u b i n s z t e j n. W związku z poruszoną zagadnieniem co do spalania węglowodanów w cukrzycy wspomnę o badaniach, dotyczących zachowania się współczynnika oddechowego w tem cierpieniu. Współczynnik oddechowy bowiem można przyjąć jako wskaźnik poziomu spalenia węglowodanów. Jak to wynika z prac, ogłoszonej wspólnie z Prof. M. L a b b é, współczynnik oddechowy bywa obniżony tylko w części przypadków cukrzycy, wykazując często wartości normalne (0,75—0,81); świadczyłoby to o tem, że cukrzyca nie jest koniecznie związana z obniżoną zdolnością spalania węglowodanów.

Co do działania obwodowego insuliny, możnaby myśleć o wzmożeniu spalania węglowodanów w tkankach. Tymczasem wykazano, że u ludzi zdrowych insulina nie wywiera stałego działania na współczynnik oddechowy: może tu wystąpić zarówno podniesienie, jak i spadek, lecz zmiany te naogół są słabe. Trudnoby więc na tej podstawie mówić o podniesieniu poziomu spalenia węglowodanów przez insulinę.

Z drugiej strony stwierdzono (E o s i, Förster,

L a b b é i t. d.), że insulina powiększa różnicę tętniczo-żylną, która to różnica ma świadczyć o stopniu zużyciwania cukru przez tkanki. Jak to zauważał Prof. Januszkiewicz, może chodzi tu tylko o magazynowanie cukru w tkankach, podczas gdy poziom spalania jego może pozostać ten sam.

Dr. B u r a k. Należy sprostować, że P o r g e s i A d l e r s b e r g w swej djecie podają, nie jak podał prelegent, 20 gr. tłuszczów, lecz 40—50 i więcej, licząc nie tylko tłuszcz, podany oddzielnie, lecz również zawarty w innych pokarmach. Chociaż wieczór dzisiejszy nie jest poświęcony insulinie, pozwól sobie zwrócić uwagę, że osobom wychudzonym nie można podawać diety małoenergicznej, lecz należy zastosować dietę obfitą w białko i węglowodany, jednocześnie wstrzykując insulinę. Z chwilą poprawy stanu odżywiania zmieniamy dietę i usuwamy insulinę. Przed 2 laty P o r g e s i A d l e r s b e r g podali sposób szybkiej poprawy tolerancji; podają oni dużo insuliny w djecie obfitej w węglowodany i białko w ciągu 8—10 dni, a potem, wracając do diety zasadniczej, uzyskują znaczną poprawę. Jest to ważne dla szpitali i Ubezpieczalni Społecznej, kiedy chodzi o szybką skuteczność leczenia. W związku z odczytem Prof. P e l c z a r a przypominam koncepcję Falty o „Gegenregulation“, ta regulacja przeciwna ma tłumaczyć, według Falty, przypadki odporne na insulinę. N o o r d e n natomiast uważa, że w tych przypadkach usunięcie tłuszczów z diety usuwa oporność i poprawia tolerancję.

w z. Prezesa

E. Gerlée
Sekretarz.

A. Safarewicz
Sekretarz stały

XVI Posiedzenie w dniu 17 VI. 1935 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wacław Jasiński.

Obecnych 37 osób, w tem członków 15, gości 22.

Przewodniczący powiadamia zebranych, iż Biblioteka Towarzystwa może być przekazana do depozytu Biblioteki U. S. B. Następnie zaś informuje zebranych o zamiarach połączenia sali dolnej z górnym pomieszczeniem, na co uzyskuje zgodę zebranych.

Uchwalony został wniosek Przewodniczącego o asygnowaniu 500 zł. na remont, związany z połączeniem obydwu lokali.

Prof. Dr. K. Pelczar i Stefan Murza-Murczicz wygłaszają referat pod tytułem: *O fosforach ustrojowych* (ręcz przeznaczona do druku). W dyskusji zabiera głos: Dr. Jasiński, Doc. Dr. Wasowski i Dr. Makow. Docent Bagiński wygłasza referat na temat: *Therapia sterilisans magna, a układ siateczkowo-śródbłonkowy* (ręcz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabiera głos Prof. Dr. Pelczar.

XVII. Posiedzenie w dniu 7 X. 1935 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Wacław Jasiński.

Obecnych: 111 w tem członków 41 gości 70.

Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

Prof. Dr. Michejda wygłasza referat na temat „*Rozpoznanie ostrej niedrożności jelit*”. Referent na wstępie mówi o wysokiej śmiertelności, spowodowanej niedrożnością jelitową. Jako przyczynę podaje opóźnione rozpoznanie, które decyduje o losie chorego. Następnie referent wyczerpująco omawia objawy niedrożności, pośród których na czołowym miejscu jest ból i wymioty. Stawianie się jelit należy do objawów niestających, objaw ten świadczy, że zapalenie otrzewny jeszcze nie nastąpiło. Następnie referent wspomina o takich objawach, jak szmery jelitowe, napięcie ścian brzusznych. Omawia również znaczenie badania chorego *per rectum* i przy pomocy promieni rentgenowskich. Powyższe sposoby nie przynoszą zbyt wielkiej korzyści postawienia właściwego rozpoznania. Na zakończenie referent podkreśla, iż w dobie obecnej nie mamy nowych metod wczesnego rozpoznawania niedrożności. Dotychczas opieramy się na starych klasycznych objawach, które nie są dostatecznie oceniane.

Prof. Dr. Schilling-Siengalewicz wygłasza referat pod tytułem: „*Znaczenie badań chemicznych w rozpoznawaniu ostrej niedrożności jelitowej*”. Referent zaznacza, że toksykoza, która powstaje w ostrej niedrożności jelit, jest związana ze zmianami w przemianie wodnej, mineralnej i azotowej. Zmiany te polegają na anhidremji, hipochloremji, zmniejszeniu lub zwiększeniu ilości wapnia, powiększeniu ilości potasu i fosforu. Azotemja jest spowodowana rozpadem białka i niewydalnością nerek.

Następnie referent wspomina o zmianach w równowa-

dze kwasowo-zasadowej, najpierw w kierunku alkalozy, zaś w okresach agonalnych w kierunku acidozy.

Dalej referent zastanawia się nad mechanizmem powstawania powyższych zmian, przytaczając poglądy autorów polskich i japońskich.

Prof. Janusz kiewicz zaznacza, że zgadza się w zupełności ze wszystkim, co powiedział prof. Michejda. Podkreśla jednak, że życie podsuwa nam przypadki niekласyczne. Różniczkowanie bywa jednak nieraz bardzo trudne. Przedewszystkiem należy brać pod uwagę kolkę nerkową, która daje częstokroć objawy podobne, jak i niedrożność jelitowa.

Co do referatu Prof. Siengalewicz, mówca zgadza się, że są to rzeczy bardzo ciekawe, lecz zmiany te mogą występować również i w innych cierpieniach, więc praktycznego znaczenia nie mają.

Dr. Zarzyn zapytuje, czy niemożność wydalania kału nie wpływa na powstawanie zatrucia ustroju? — następnie wspomina o trudnościach rozpoznawczych, które napotykamy w zapaleniach otrzewny, spowodowanych zapaleniem wyrostka robaczkowego, i gdzie objawy ze strony wyrostka są zatuzowane przez objawy ze strony otrzewny. Podkreśla również, że powinna istnieć współpraca pomiędzy chirurgiem a internistą.

Prof. Eiger zwraca uwagę na doniosłe znaczenie flory bakteryjnej jelitowej, która nieraz jest pożyteczna dla ustroju, nieraz zaś szkodliwa. Próby wytłumaczenia zatrucia jedynie jadem muszą podlegać krytyce, dla wytłumaczenia potajemnej toksykozy przy niedrożności jelitowej można dużo oczekiwać od badań krwi, odpływającej z jelit, doświadczenia te należy przeprowadzać na zwierzętach.

Prof. Jakowicki podkreśla trudności rozpoznawcze niedrożności jelitowej u kobiet ciężarnych, zwłaszcza w okresie czynności porodowej, i zwraca uwagę na wysoką śmiertelność w tym okresie.

Prof. Jasiński mówi o trudnościach rozpoznawczych u niemowląt, w których nie możemy korzystać z objawów subiektywnych. Badania chemiczne krwi u dzieci mają znaczenie, zwłaszcza kiedy chodzi o niedrożność jelit, wysoko ustawioną. Badanie krwi daje również wskazówki co do stosowania roztworów soli dla uzupełnienia brakujących składników mineralnych.

Prof. Pelczar, nawiązując do poruszonych przez Prof. Eigera badań Kleckiego, mówi o trudnościach wyciągania wniosków z badań flory jelitowej.

Prof. Michejda podkreśla propagandowy cel swego odczytu.

Prof. Siengalewicz zaznacza, iż w referacie swoim nie miał na względzie strony praktycznej. Badania chemiczne nie mogą być wskaźnikiem czasu dokonania zabiegu. Niezbędne jest zdawanie sobie sprawy, w jakim stanie zatrucia chory się znajduje.

Przewodniczący dziękuje prelegentom za wygłoszone referaty, wyraża przekonanie, że cel tych odczytów został całkowicie osiągnięty.

Sekretarz (—) Dr. E. Garlée.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Departamentu Dolnego Renu z dnia 30 listopada 1935 r. (Presse méd. Nr. 6/1936) Gunsett mówił o oddalonych wynikach leczenia choroby Basedowa promieniami Roentgena. Prelegent opiera się na materiale 100 chorych z chorobą Basedowa, leczonych promieniami Roentgena w czasie od 1919 do 1931 r. Z tych 100 chorych 44 zjawili się osobiście do kontroli tak, że można ich było zbadać bardzo dokładnie wraz z podstawową przemianą materji. Wśród tych 44 chorych 26 było całkowicie wyleczonych, a zatem 59%. Do tej kategorii zaliczono tylko tych chorych, którzy nie wyrażali absolutnie żadnych skarg podmiotowych, a u których badanie przedmiotowe wykazało ustąpienie wszelkich zaburzeń, związanych z chorobą Basedowa, oraz całkowicie normalną podstawową przemianę materji. Poza temi 26 przypadkami sześciu innych chorych było również w znakomitym stanie ogólnym, nie wykazywało najmniejszych śladów objawów klinicznych choroby Basedowa, lecz ich przemiana podstawowa była zwiększona o przeszło 30%. Temi ziemni chorych ci prowadzili od szeregu lat swój całkowicie normalny tryb życia. Jeżeli doliczyć tę grupę do poprzedniej, otrzymuje się 72,7% wyleczeń. Ośmiu spośród 44 chorych uległo tylko poprawie. Są to chorzy, którzy, uważając się za całkowicie wyleczonych od wielu lat, mają jednak jeszcze lekkie zaburzenia choroby Basedowa (nerwowość, bóle głowy, palpitacje serca, lekki wytrzeszcz). W czterech przypadkach spośród 44 leczenie zawiodło: są to chorzy, u których podstawowe objawy kliniczne nie ustąpiły. 56 innych chorych (spośród 100) nadesłało listownie wiadomości o sobie. Z tych 56 chorych 42 znajduje się w stanie zupełnego zdrowia, t. j. 75%. W 4 innych przypadkach nastąpiła jedynie poprawa, u 10 chorych leczenie zawiodło. Wszystkie te przypadki stanowiły ciężką postać choroby Basedowa, po części nawet bardzo ciężką. W żadnym z tych przypadków nie stosowano jodu.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Medycyny Wojskowej w Paryżu z dnia 12 grudnia 1935 r. (Presse méd. Nr. 7/1936) Bonnet, Hugonot, Gorsse i Parnet pokazywali przypadek ropnia wątroby napozór pierwotnego. Opierając się na rozważaniach natury epidemiologicznej (chorzy przebywali od 2 lat zgórą w środowisku marynarzy i żołnierzy kolonialnych) i leczniczej (pomyślny wpływ emetyny), na wyglądzie i jakości ropy, prelegenci przypuszczają pochodzenie pelzakowe ropnia pomimo braku pasożytów w ropie wątrobowej i w stolcach, kładą oni nacisk na znaczenie nakłucia próbnego w tych przypadkach, gdzie pierwotny pozornie charakter sprawy ropnej pozbawia diagnostycę jej zwykłych elementów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Walka społeczna z gruźlicą — jej blaski i cienie.

Podał

Dr. JÓZEF MIRABEL (Otwock)

W roku 1928 w Polsce umieralność z gruźlicy wynosiła 60 969 t. j. 20,1 na 10.000 mieszkańców, przy ogólnej umieralności 167,1 na 10.000 mieszk., czyli że co 7-my, 8 my zgon następował z powodu gruźlicy.

W Warszawie umieralność z gruźlicy dawała w latach 1900—1932 liczby następujące:

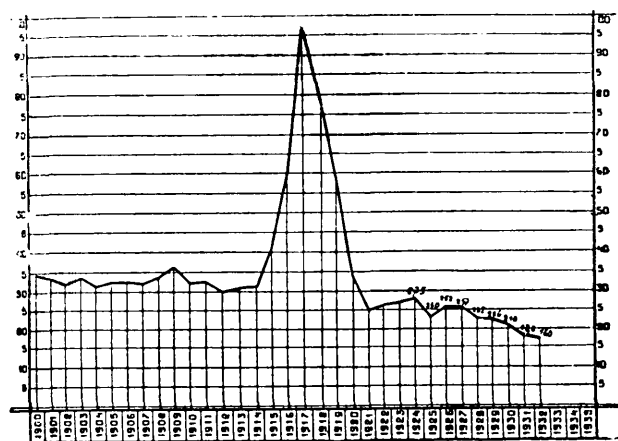
Rok	1900	1910	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1925	1930	1933
zgonna na gruźlicę na 10.000	35,7	32,4	41,1	60	97,4	78,4	59,3	34	22,5	20,5	18,4
Ogólna śmiertel. na 10.000	214	191	258	245	443	317	220	206	138	127	123

W latach wojny, w związku z głodem, ciasnotą mieszkaniową, życiem w ciągłym napięciu nerwowym, nastąpił ogromny wzrost śmiertelności z gruźlicy, wyprzedzający wzrost umieralności ogólnej. W latach 1916—1918 co 4-ty zgon następował z powodu gruźlicy.

Odkrycie zarazka gruźlicy przez Kocha w r. 1882 stanowi przełomową datę w sprawie walki społecznej z gruźlicą. Odkrycie to udowodniło, że gruźlica jest chorobą zakaźną, i walka z nią ma polegać na możliwie wczesnem wykrywaniu zakażenia, wczesnem leczeniu chorych gruźliczych i na usilnem zapobieganiu szerzeniu się zarażenia na otoczenie chorych gruźliczych.

W podobny sposób ujmowana walka społeczna z gruźlicą została najpierw podjęta w Anglii przez lekarza szkockiego Sir Roberta Philipa, który w wyniku jedenastoletniego doświadczenia z działalności poradni przeciwgruźliczej w Edynburgu

ogłosił w r. 1898 zasady t. zw. systemu edynburskiego walki z gruźlicą.



Tabl. Nr. 1 Śmiertelność na gruźlicę w Warszawie.
(Według D-ra Łackiego)

W systemie edynburskim jądrem organizacyjnym jest poradnia przeciwgruźlicza, wokół niej grupują się sanatoria, szpitale, prewentoria, kolonie i t. d. Poradnia jest też ośrodkiem propagandy przeciwgruźliczej i pozostaje w łączności z obywatelskimi organizacjami społecznymi, prowadzącymi akcję przeciwgruźliczą. System edynburski został uznany za najbardziej odpowiedni i jako taki przyjęty przez wszystkie kraje.

W Polsce, dopiero po wojnie wraz z odzyskaniem niepodległości rozpoczął się rozwój akcji przeciwgruźliczej. Liczba poradni zaczęła szybko wzrastać i z 30 w r. 1920 podniosła się do 352 w r. 1932.

W działalności poradni przeciwgruźliczej można wyróżnić trzy zasadnicze zadania 1) Rozpoznanie, 2) leczenie gruźlicy bądź w samej poradni, bądź przez kierowanie do odpowiednich zakładów leczniczych, 3) zapobieganie szerzeniu się gruźlicy.

W poradni lekarz ftizjolog na podstawie anamnezy, badania fizykalnego, rentgenologicznego i badań laboratoryjnych (plwocina, odczyn Bierackiego i t. d.) ustala rozpoznanie. W razie stwierdzenia gruźlicy zaraźliwej pielęgniarka-wywiadowczyni robi wywiad w mieszkaniu chorego i śledzi go do poradni wszystkich współmieszkańców chorego. Tą drogą często udaje się wykryć najwcześniejsze okresy gruźlicy, dające się całkowicie wyleczyć przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia. Osoby, pozostające w styczności z chorym na gruźlicę, podlegają co pewien czas badaniu w poradni. Dzieciom robi się też próbę tuberkulinową, pozwalającą wykryć wczesny okres zakażenia dziecka gruźlicą.

Niejednolite są poglądy na to, czy poradnia oprócz działalności rozpoznawczej i zapobiegawczej ma się zajmować również leczeniem chorych gruźliczych. W Polsce z wielu względów praktycznych poradnia zajmuje się również lecnictwem, stosując wszystkie metody, dające się przeprowadzić ambulatoryjnie. Leczenie odmą sztuczną, ze względu na świetne wyniki, jakie daje ta metoda, zajmuje pierwsze miejsce. Dzięki odmie zatrzymuje się i cofa przebieg procesu płucnego, i chory

przy dobrej odmie przestaje w krótkim czasie prątkować. Poradnia przeciwgruźlicza powinna mieć bezwzględnie co najmniej jednego lekarza, dobrze obeznanego ze stosowaniem odmę. W zrozumieniu tego zadania Polski Związek Przeciwgruźliczy urządza corocznie kursy dokształcające dla lekarzy z zakresu walki z gruźlicą i stosowania odmę. Tylko 75 z ogólnej liczby 341 poradni w r. 1933 stosowało odmě, bądź z braku lekarza, dostatecznie wykwalifikowanego, czy odpowiedniego lokalu i niemożności korzystania z aparatu rentgenowskiego. Na 341 poradni tylko 35 posiadało własny aparat rentgenowski; możliwość okresowego kontrolowania odmę promieniami Roentgena jest jednym z warunków racjonalnego stosowania tego leczenia. Poradnia przeciwgruźlicza winna pozostawać w łączności z sanatorium, oddziałem szpitalnym dla gruźlików i innymi zakładami przeciwgruźliczymi, dokąd mogłaby kierować chorych. Odpowiedni dobór chorych, nadających się do leczenia sanatoryjnego, jest jednym z ważniejszych zadań poradni. Jeżeli w sanatorium lub szpitalu zastosowano odmě sztuczną, to dalsze leczenie odmą odbywa się w poradni, niekiedy również ambulatoryjnie w szpitalu lub sanatorium, jeśli chory nadal zamieszkuje w bliskości odpowiedniego zakładu. W Warszawie przy ul. Miodowej istnieje założona przez Warsz. Tow. Przeciwwgr. specjalna stacja odmę sztucznej, jako pierwsza w Polsce tego typu placówka, która odciąża znacznie poradnie warszawskie, pozostawiając im więcej czasu dla działalności rozpoznawczej i zapobiegawczej. Poradnia musi mieć możliwość skierowania chorego na oddział chirurgiczny celem przeprowadzenia wskazanego zabiegu chirurgicznego, jak wyrwanie nerwu przeponowego, plombacja, torakoplastyka i t. d.

Działalność zapobiegawcza poradni ma za punkt wyjścia fakt, że gruźlica jest chorobą zakaźną i zwalczanie jej polegać musi, obok wykrywania i leczenia, przede wszystkim na zapobieganiu szerzeniu się zarażenia. Lekarz poradni poucza chorego z otwartą gruźlicą, jak ma się zachowywać, aby uchronić otoczenie od zarażenia. Na podstawie wywiadu, dokonanego przez pielęgniarkę w mieszkaniu chorego, lekarz zapoznaje się z warunkami rodzinnymi, materialnymi i higienicznymi chorego. Pielęgniarka podczas wywiadu w mieszkaniu chorego udziela wskazówek choremu i otoczeniu, zwraca uwagę na przestrzeganie higieny ogólnej, stwierdza, czy chory ma oddzielne łóżko, ile osób, zwłaszcza dzieci, znajduje się w jednej izbie z chorym, dokąd chory odpływa, czy ma osobne naczynia do jedzenia, czy te naczynia są oddzielnie zmywane i odkażane i t. d. Jeżeli chory znajduje się w ciężkich warunkach materialnych, zamieszkuje w jednej izdebce z liczną rodziną i dziećmi, szerzenie się choroby na otoczenie jest nieuniknione. Chorego należałoby umieścić, zależnie od stanu choroby, w sanatorium, czy szpitalu. Dzieci, nie wykazujące jeszcze objawów otwartej gruźlicy, wyniszczone, z objawami gruźlicy utajonej, należałoby umieścić w prewentorium, czy kolonii lub półkolonii za pośrednictwem instytucji opieki nad dzieckiem.

Poradnia przeciwgruźlicza powinna współdziałać w akcji szczepień ochronnych przeciw gruźlicy metodą Calmette'a. Szczepienie polega na

podawaniu niemowlętom, w okresie pierwszych 10 dni po urodzeniu, trzech dawek doustnych szczepionki podawanych co 2-gi dzień. Warunkiem koniecznym jest najściślejsza izolacja od styczności z gruźlicą niemowląt szczepionych od chwili urodzenia i conajmniej w ciągu 6 tygodni po szczepieniu. Izolację szczepionych noworodków przeprowadza się w izolatorach przy zakładach położniczych, bądź specjalnych.

Propaganda przeciwgruźlicza poradni scharmonizowana jest z działalnością propagandową P. Zw. Przeciwiwr., będącego w Polsce centralną organizacją dla walki społecznej z gruźlicą. Miejscowe Towarzystwa Przeciwiwr., których liczba z 14 w r. 1918/20 wzrosła do 206 w 1930 (w 1933 spadła do 189), łączą się w Związki wojewódzkie, będące bezpośrednimi członkami Polskiego Zw. Przeciwiwr.

Polski Zw. Przeciwiwr. prowadzi przy pomocy miejscowych towarzystw przeciwiwr. i poradni najszerzej zakrojoną akcję propagandową i uświadamiającą za pomocą odczytów, wydawnictw, plakatów, książek, broszur ulotek, filmów i t. d. Akcja ta jest szczególnie silna w okresie „dni przeciwgruźliczych”, t. j. od 1.XII do 10.I każdego roku. Kwota osiągnięta ze sprzedaży nalepek, wynosząca około 40% sum wydatkowanych przez Państwo na walkę z gruźlicą, dała w r. 1929/30 Zł. 419.225.— w r. 1931/2 Zł. 243.435.

Polski Zw. Przeciwiwr. urządza kursy dla lekarzy, higienistek-wywiadowczyń, organizuje zjazdy ogólnopolskie i jako członek Międzynarodowego Związku Przeciwiwr., reprezentuje polski ruch przeciwgruźliczy na międzynarodowych zjazd. przeciwgruźliczych.

Zdawałoby się, że tak doskonały system walki z gruźlicą, jak system edynburski, z poradnią, jako jądrem, i całym zespołem instytucji i zakładów, powinien przyczynić się do bardzo szybkiego zaniku zachorowań i zgonów z gruźlicy. Tak byłoby, gdyby piękny plan walki z gruźlicą nie napotykał przy wykonaniu braku środków pieniężnych. Brak funduszy na cele walki z gruźlicą stał się bardziej dotkliwy w ciągu lat ostatnich z powodu stałego kryzysu gospodarczego. Tylko szczęśliwszy zpośród ubogich chorych, zakwalifikowanych przez poradnię, dostaje się do sanatorium na koszt opieki społecznej i jakże często na okres zbyt krótki. Dziesiątki tysięcy gruźlików umiera w domu, w izdebce w otoczeniu licznej rodziny i dzieci. Za mało jest miejsc w szpitalach dla gruźlików, i niema środków na pokrycie kosztów leczenia.

Według projektu, opracowanego przez dra Grodeckiego i dra Sielickiego z P. Zw. Przeciwiwr., Polska powinna posiadać 58.860 łóżek szpitalnych, a posiada 3461, łóżek sanatoryjnych 39 240, a posiada 5219. W przybliżeniu powinniśmy mieć tyle łóżek szpitalnych dla gruźlicy, ile jest rocznych zgonów na gruźlicę. Niektóre państwa przekroczyły tę liczbę. Nikła, w stosunku do przodujących krajów, liczba łóżek sanatoryjnych jest w Polsce niedostatecznie wykorzystana. W r. 1932 przeciętnie każde łóżko sanatoryjne było wolne przez 4 miesiące, a liczba pacjentów umieszczanych w szpitalach i sanatorjach, była mniejsza, niż w latach poprzednich. Polska ma za mało miejsc w prewentyoriach i szkołach na otwartym powietrzu, a sanatoryjów dziennych i nocnych nie posiada wcale.

Pomimo to wydatki Państwa na walkę z gruźlicą od r. 1929 wciąż maleją. W r. 1929-30 wydatki wyniosły Zł. 1.019.000. —, a w 1932/33 już tylko Zł. 492.000. — Wraz ze zmniejszeniem wydatków Państwa na walkę z gruźlicą zmniejszyła się liczba poradni z 352 w r. 1932 do 341 w r. 1934, oraz liczba łóżek sanatoryjnych z 5561 w r. 1930 do 5219 w 1934 r.

Kryzys ekonomiczny, bezrobocie w miastach i na wsi z głodem, bezdomnością, zanikiem higieny — prowadzą nadal dzieło niszczenia zdrowia szerokich warstw ludności i sprzyjają szerzeniu się gruźlicy.

Bezrobocie i nędza wśród ludności wiejskiej, której Polska, jako kraj przeważnie rolniczy, ma 73%, dotyczy bezrolnych i małorolnych. Według spisu 1921 r. w Polsce było 1.109.000 gospodarstw do dwóch hektarów, liczba ta przy dużym w Polsce przyroście naturalnym, pociągającym za sobą dalsze rozdrobnienie gospodarstw, wzrosła z pewnością znacznie.

W pracy Jerzego Michałowskiego, wydanej przez Instytut Spraw Społecznych, pod wymownym tytułem „Wies nie ma pracy”, znajdziemy opis bytu ludności wiejskiej jednego z powiatów Małopolski, powiatu Rzeszowskiego. Powiat ten ma około 60% gospodarstw niżej 2-ch hektarów, a blisko 95% nie osiąga 5 ha. Podaję dosłownie za autorem:

W okresie mojej bytności t. zn. w mies. sierpniu 1934 r. a więc w miesiącu największego dostatku, konsumpcja ludności chłopskiej wyglądała następująco: żywność: ciepły posiłek raz dziennie, — gotuje się barszcz jarzynowy . . . i ziemniaki. Do barszczu dolewają w niektórych gospodarstwach mleko odtłuszczone — dla koloru. Ziemniaki spożywane są bez tłuszczu, czasem z maślanką. Chleb konsumowany powszechnie na jesieni, w przeważającej większości małorolnych gospodarstw 1—2 morgowych od nowego roku do żniw jest rzadkością. . . . Jaja w gospodarstwie przeznaczone wyłącznie na sprzedaż. Mięsa nie spożywają chłopi wcale, zgodnie z ludowym powiedzeniem „chłop je kurę, gdy jest chory, lub gdy kura jest chora”. Cukier na wsi nie istnieje. Większość dzieci nie widziała go nawet nigdy. Sól używa się obecnie szarą, nieraz nawet czerwoną bydłęcą; na wiosnę w okresie przednowką, w braku gotówki nawet na te najgorsze gatunki, stosuje się kilkakrotne gotowanie ziemniaków w tej samej raz osolonej wodzie. Poza tem niektórzy wygotowują beczki po śledziach i tak otrzymany wywar dodają „do smaku”. Jeżeli chodzi o wartość odżywczą, to przy dość dużej nawet objętościowo ilości pożywienia w okresie jesiennym, nie jest ona dostateczna, ze względu na niewielką ilość białka, tłuszczu i soli. Zwłaszcza brak białka w niepełnowartościowym pożywieniu, jakie dziś stanowi podstawę egzystencji chłopów, wpływa w dużym stopniu na jego fatalny stan fizyczny, co odbija się na zdrowotności wsi i na wyglądzie zewnętrznym ludności, zwłaszcza dzieci. Według obserwacji jednego i praktykującego wyłącznie na wsi lekarza $\frac{3}{4}$ dzieci, które bada, a conajmniej połowa ogółu dzieci jest chora na gruźlicę, wszystkie mają powiększone gruczoły, a krzywica zdarza się niezmiernie często“.

Niski poziom bytu wsi, związany ze spadkiem cen produktów rolnych, rozdrobnieniem gospodarstw oraz z rosnącym bezrobociem na wsi, — przyczynia się do ciągłego obniżania zdrowotności wsi i do rozwoju gruźlicy *).

*) P. minister Opieki Społecznej J a s z c z o ł t w mowie, ogłoszonej dn. 22.II 36 r. w Sejmie, powiedział: „poza

Ponury jest obraz życia bezrobotnych w ośrodkach przemysłowych. Głód, nędza mieszkaniowa i bezdomność, zanikanie higieny przyczyniają się w potężnym stopniu do rozwoju i szerzenia się gruźlicy.

Tadeusz Kopeć opisuje w *Gazecie Polskiej* w lutym 1936 r. p. t. „Miasto bezrobotnych” jedno z wielu miast na Górnym Śląsku.

W Siemianowicach, położonych o 15 minut drogi od Katowic, na 13.000 ludzi, zdolnych do pracy, około 9.000 ludzi jest bez pracy. Z 39.000 mieszkańców ma jakie-takie utrzymanie 12 tys. osób, reszta zaś 27 tys. skazana jest na pomoc socjalną państwa i samorządu miejskiego. Rodzina, składająca się z 6 osób, otrzymuje w najlepszym wypadku 60 groszy dziennie, trzy porcje zupy i 4 do 5 dkgr. chleba. Kawaler 13 groszy dziennie, pół litra zupy i $\frac{3}{4}$ dkgr. chleba. Większość bezrobotnych jest bez pracy od 4 do 5 lat. W niektórych mieszkaniach ludzie siedzą bez bielizny, lub bez ubrania, śpią na słomie niezmięionej od kilku lat, przegniłej i śmierdzącej straszny odorem, a połamane krzesło lub stół stanowią ich jedyne umeblowanie.

Okropne są warunki mieszkaniowe i higieniczne ubogiej ludności wielkich miast. Sutoryń ciemne, wilgotne lub niskie facjatki, tłocznie zaludnione—oto przeważnie mieszkania ludności robotniczej wielkich miast. Statystyki umieralności wielkich miast w zależności od dobrobytu poszczególnych dzielnic wykazują 3—4 krotnie wyższe liczby zgonów w dzielnicach ubogich w porównaniu z dzielnicami bogatymi.

Zagadnienie pracy gruźlików, w szczególności opuszczających sanatoria, usiłowano rozwiązać w niektórych krajach. Chorzy na gruźlicę, jeżeli są zdolni do pracy, to praca ich winna odbywać się w odpowiednich warunkach higienicznych i stosownie do wydolności organizmu gruźlika. W przeciwnym razie następuje pogorszenie się stanu zdrowia gruźlika i powtórna utrata zdolności do pracy. Warunki pracy gruźlika winny być kontrolowane przez poradnię przeciwgruźliczą, która ma roztaczać swoją opiekę nad gruźlikiem również na terenie jego warsztatu pracy. Niekiedy zachodzi potrzeba zmiany zawodu pacjenta na zawód bardziej odpowiadający wydolności jego organizmu.

Pierwsze osiedle-sanatorium, w którym chory znajduje obok opieki lekarskiej odpowiednią pracę, powstało w 1915 r. z inicjatywy Sir Varier Jonesa w Papworth w Anglii. We Francji powstały kolonie rolnicze, ogrodnicze i hodowlane dla gruźlików. Podobne zakłady powstały również w Holandji, Stanach Zjednoczonych. Pacjentów, których stan płuc na to pozwala, zaprawia się do pracy pod kontrolą lekarską.

W jak odległej perspektywie jest racjonalne, najszersze przeprowadzenie tych zasad, wynika już z samego faktu, że umiławania te robione są w państwach, mających milionowe zastępy bezrobotnych zdrowych; w tych warunkach zaś troska o wyśzukanie odpowiedniej pracy dla chorych, jest trudnością niewykonalną. Taksamo trudna wydaje się kontrola warunków pracy gruźlików, zwłaszcza

oficjalnie zarejestrowanymi 400—500 tys. bezrobocia miejskiego, kryje się nieujęta liczbowo, w każdym razie idąca w miliony, a z roku na rok rosnąca rzesza rąk do pracy „zbędnych” na wsi”.

w drobnych warsztatach, które b. często są zupełnym zaprzeczeniem wszelkich podstawowych warunków higieny pracy.

Określenie, czy chory gruźlik jest zdolny do wykonywania zawodu, jest zadaniem b. poważnym, wymagającym obserwacji lekarskiej chorego oraz dokładnej znajomości warunków jego pracy i jej oddziaływania fizjologicznego na organizm. Niektóre zawody można uznać za bezwzględnie szkodliwe dla gruźlików, należy je odrzucić i dążyć w tym wypadku do przekwalifikowania chorego w kierunku odpowiedniejszej dlań pracy. Szkodliwe dla gruźlików są: 1) wszelkie prace, związane z dużym wysiłkiem fizycznym (np. tragarza, kowala), 2) prace, wykonywane pod ziemią, 3) praca w warunkach pyłu mineralnego, metalowego, tytoniowego, tkackiego, 4) prace w atmosferze szkodliwych substancji chemicznych oraz 5) praca w wysokiej temperaturze (hutnictwo).

Zmiana zawodu gruźlika zdolnego do pracy, ale prątkującego, jest konieczna też wówczas, jeżeli, przy wykonywaniu zawodu, chory jest niebezpieczny dla otoczenia. Chorzy z gruźlicą otwartą nie powinni pracować w przemyśle i handlu spożywczym, w szkolnictwie, we wszelkich zakładach dla dzieci, w zakładach położniczych, jako fryzjerzy i lekarze dentyści. Powyższe zasady nie mogą być zawsze przeprowadzone przy panującym bezrobociu. Pierwszym warunkiem ich jaknajszerszego zastosowania byłby obowiązek społeczeństwa dostarczenia pracy.

Walka społeczna z gruźlicą obejmuje jeszcze jedno, bardzo doniosłe zagadnienie — zwalczanie gruźlicy z zwierząt domowych, których produkty, spożywane przez człowieka, są źródłem zakażenia.

Najczęstsza jest gruźlica krów. Według statystyk rzeźni, zebranych przez urząd zdrowia Prus, stwierdzono w latach 1904—1910 od 18 do 22% krów, zarażonych gruźlicą. Mleko krowy z gruźlicą, umiejscowioną w wymionach, co spotykamy u 6—10% krów gruźliczych, może zawierać do 100.000 prątków gruźlicy w 1 ccm. Krowe z gruźlicą płuc kaszląc, rozsiewa prątki, które też przy udoju mogą się dostać do mleka. Zakażenie produktami mlecznymi, pochodzącymi od krów gruźliczych, ma kolosalne znaczenie. Park i Krumweide, na podstawie statystyk, zebranych z różnych krajów w r. 1911, ustalili, że dzieci do lat 5-ciu, chorujące na gruźlicę gruźlicową, w 58% są zarażone gruźlicą typu bydłowego.

Zwalczanie gruźlicy krów odbywa się drogą dozoru sanitarno-higienicznego nad oborami. U wszystkich krów należałoby stosować próbę tuberkulinową; krowy z gruźlicą otwartą należy przeznaczać na ubój lub izolować. Obory winny być odpowiednio urządzone i utrzymywane. Mleko należy spożywać tylko gotowane lub pasteryzowane. Pasteryzacja mleka ma tę przewagę nad gotowaniem, że mleko pasteryzowane zachowuje więcej witamin i ciał uodparniających, zawartych w mleku.

Na zakończenie warto omówić postępy w walce z gruźlicą w innych krajach. Zaczę od Danji, kraju o najmniejszej śmiertelności z gruźlicy. Według danych, przytoczonych przez dr. Begtrup-Hansena na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwn. z r. 1934 w Warszawie, było w Danji w r. 1932

2485 zgonów na wszystkie postacie gruźlicy, t. j. 7,1 na 10 tys. mieszk., Danja ma 3784 łóżka dla gruźlicy, t. zn. zgórą 1,5 na 1 zgon. W r. 1933 przyjęto w Danji ustawę, mocą której każdy mieszkaniec ulega ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ubezpieczenie to daje prawo do korzystania z lekarza i odpowiednich zakładów, których liczba w Danji jest zupełnie wystarczająca. Ponadto każdy mieszkaniec w razie potrzeby korzysta z renty inwalidzkiej i starczej.

Norwegja. Kraj, w którym śmiertelność w latach 1896 — 1900 wynosiła 31 na 10.000, dzięki ulepszonej organizacji walki z gruźlicą, uzyskał zmniejszenie śmiertelności do 15,6 na 10.000 w r. 1928, czyli prawie o 50%. Parlament norweski przyjął w r. 1900 ustawę przeciwgruźliczą, której art. 6 przewiduje przymusowe izolowanie w zakładach gruźliczych tych chorych, zaraźliwych, których warunki mieszkaniowe sprzyjają szerzeniu się zarażenia. Przymus izolacji nie może być zastosowany wobec małżonków, którzy pragną zostać razem. Chorzy przymusowo izolowani, zostają umieszczeni w domach dla gruźlików. Koszt pobytu pokrywa wspólnie państwo i samorząd. W tych warunkach artykuł 2-gi ustawy, przewidujący obowiązkowe zgłaszanie przez lekarza każdego przypadku gruźlicy otwartej, — jest celowy, gdyż istniejąca w każdym przypadku możliwość izolacji przyczynia się do zwalczania zarażenia.

We Francji, która ma bardzo mały przyrost naturalny, wynoszący w r. 1933 — 0,5 na 10.000, społeczeństwo kładzie wielki wysiłek na zapewnienie jaknajwiększej opieki matce i dziecku. Instytucja, znana pod nazwą *Oeuvre Grancher*, zajmuje się ochroną dziecka, pochodzącego z otoczenia gruźliczego. Działalność tej instytucji polega na umieszczaniu dzieci znajdujących się w otoczeniu gruźliczym, w specjalnym zakładzie lub w rodzinie zdrowej na wsi. Francja ma 145 prewentoriów na 10.807 łóżek i 145 szkół na otwartym powietrzu. Każde dziecko, rodzące się w otoczeniu gruźliczym, podlega szczepieniu metodą *Calmette'a*. Dzięki tej akcji śmiertelność dzieci, pochodzących od rodziców gruźliczych, spadła z 40% do 0,1%.

Włochy zaprowadziły w r. 1927 przymusowe ubezpieczenie na wypadek zachorowania na gruźlicę. Jest to jedyne we Włoszech ubezpieczenie społeczne, które miało być początkiem dalszych ubezpieczeń, a mianowicie: ogólnego ubezpieczenia na wypadek choroby, niezdolności do pracy i starości. Duże sumy, wpływające z obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek gruźlicy, były przeznaczone na budowę zakładów rozpoznawczych, leczniczych i zapobiegawczych. Wojna, prowadzona przez Włochy w Afryce, pociągając za sobą kolosalne koszty i wyczerpanie całej ludności, napewno nie przyczyni się do realizacji tego programu.

W Niemczech w latach wojny i bezpośrednio po wojnie, wskutek głodu i wyczerpania ludności, nastąpił okropny wzrost umieralności z gruźlicy. Dzięki b. wysokiemu poziomowi organizacji zwalczania gruźlicy udało się już w r. 1926 obniżyć umieralność do 9,8 na 10.000. Niemcy mają 2 tysiące poradni przeciwgruźliczych. Samych łóżek sanatoryjnych, według danych z 1928 r., było

51.581, nie licząc łóżek szpitalnych w 494 szpitalach dla gruźlików. Arsenal przeciwgruźliczy potężny, ze znakomicie wyszkolonym personelem lekarskim i pielęgniarskim. Pogorszenie się położenia ludu niemieckiego przez wprowadzenie racji żywnościowych na mięso, tłuszcze, jakoteż droższą żywność, przyczynia się bardzo do pogorszenia się stanu zdrowotnego szerokich warstw ludności i do wzrostu zachorowań i śmiertelności z gruźlicy.

Sowiety odziedziczyły po Rosji carskiej znikomy, w stosunku do olbrzymiego terytorjum, załazek akcji przeciwgruźliczej. Plan walki przeciwgruźliczej, podobnie jak plan produkcji przemysłowej, objęty jest programem pięcioletnim.

W Rosji Sow. liczba poradni wzrosła z 4 w 1918 r. do 404 w 1933 r. Liczba łóżek dla gruźlicy wzrosła w okresie pierwszej pięcioletki z 28.346 do 40.676. Na Ukrainie Sow. liczba poradni z 75 w r. 1927 wzrosła do 191 w r. 1934. W Sowietach jedynym przedsiębiorcą jest państwo, ono też ponosi straty z tytułu niezdolności do pracy gruźlików, którym musi zapewnić leczenie i rentę. Dlatego zrozumiałe są wielkie wysiłki państwa w kierunku ochrony zdrowia pracujących.

Ze swoistych urządzeń w Sowietach należy wymienić. Kontrolę poradni przeciwgruźliczej nad pracą gruźlików na terenie ich warsztatów i dbałość o stworzenie odpowiadających ich zdrowiu warunków pracy. Urządzenie restauracji dietetycznych dla gruźlików przy wielkich zakładach przemysłowych. Różnicę kosztów droższego odżywiania pokrywają organizacje zawodowe, które dysponują funduszami ubezpieczeniowymi. Z poradnią przeciwgruźliczą są związane sanatoria nocne, w których gruźlik spędza całkowity czas wolny od pracy, we wzorowych warunkach higienicznych, korzystając z opieki lekarskiej, leżalni i z kuchni dietetycznej. Nocne zmiany robotników korzystają z sanatorium dziennego w tymże lokalu. Również rozpowszechnione są w Sowietach sanatoriaienne i nocne dla dzieci.

Liczba zakładów przeciwgruźliczych uważana jest w Sowietach za daleko niedostateczną, i drugi plan pięcioletni przewidywał dalszy ich wzrost.

W innych państwach rozpowszechnienie gruźlicy zależne jest od tych samych przyczyn:

1. Na pierwszym miejscu należy postawić stopę życiową szerokich mas ludności i poziom ich kultury.

Gruźlica jest chorobą w pierwszym rzędzie proletariacką. Szerzeniu jej sprzyja złe odżywianie, brudne, ciasne, wilgotne, ponure mieszkanie, ciemny, niehigieniczny, ciasny, brudny, źle przewietrzany warsztat pracy.

Liczyby umieralności z gruźlicy zmniejszały się stopniowo, jeżeli ominąć wzrost, wywołany przez wojnę, dzięki poprawie stopy życiowej świata pracy, w porównaniu z jej poziomem w zaraniu rozwoju kapitalizmu, kiedy to jeszcze panował 12-godź. dzień pracy, przy braku wszelkiego ustawodawstwa, chroniącego pracę. W krajach, gdzie stopa życiowa szerokich warstw pracujących była stosunkowo wysoka, jak w Anglii (9,7), Szkocji (7,1), Stanach Zjednoczonych (8)* — umieralność jest

*) W nawiasach podane są liczby umieralności z gruźlicy na 10000 mieszk., w r. 1928.

znacznie niższa w porównaniu z krajami, które już osiągnęły najwyższy poziom rozwoju kapitalizmu, pozostawiając świat pracy na niskim poziomie życiowym, jak np. w Japonii (18,6), gdzie dotychczas panuje 12-godz. dzień pracy w przemyśle, i płace zarobkowe są kilkakrotnie niższe od płac zarobkowych robotników w krajach, wyżej wymienionych. Umieralność w Japonii wynosi 18,6, czyli jest 2—3 krotnie wyższa, niż w tych krajach, gdzie stopa życiowa warstw pracujących jest stosunkowo wysoka,

To samo widzimy w krajach przeważnie rolniczych. Z jednej strony Danja (8,1), Kanada (8,4), Holandia (9,5) — z drugiej Bułgaria (31,3), Węgry (24), Polska (20,1).

2. Drugi czynnik, od którego zależy stopień szerzenia i śmiertelności z gruźlicy, to stan organizacji walki z gruźlicą.

Wysoki nawet poziom organizacji walki z gruźlicą nie był w stanie w latach wojny europejskiej powstrzymać rozpaczliwego wzrostu gruźlicy, uwarunkowanego niedożywianiem, pogorszeniem warunków mieszkaniowych i pracy, życiem w ciągłym napięciu nerwowym. Wzrost zaznaczył się w krajach, prowadzących wojnę, a nawet w krajach neutralnych, oczywiście, w nie tak silnym stopniu.

Podobnie kryzys gospodarczy z chronicznym bezrobociem i pogorszeniem się bytu ludności, nawet w krajach o najlepszej organizacji walki z gruźlicą, — obniża coraz bardziej stan zdrowotny ludności i przyczynia się do rozwoju gruźlicy.

Tylko trwałe pokój i wzrastający stale dobrobyt warstw ludności wraz ze stałym rozwojem organizacji walki z gruźlicą może dać nieprzerwaną, postępującą spadek zachorowań i zgonów z gruźlicy.

Wiadomości bieżące.

— Komunikat informacyjny Instytutu Spraw Społecznych. Zagadnienie bezpieczeństwa i higieny pracy przedmiotem obrad na Naradzie Gospodarczej. Wśród rezolucyj, powziętych przez Komisję II t. zw. „Komisję Obciążeń Publicznych“, wyłonioną podczas Narady Gospodarczej, znajduje się między innymi następująca uchwała: „System opłat na rzecz ubezpieczeń wypadkowych należy tak przepracować, aby skłonił zakłady pracy do podjęcia energicznej akcji, mającej na celu zwiększenie bezpieczeństwa pracy, co w konsekwencji winno być jednym z elementów potaniania ubezpieczeń wypadkowych“. Powyższa rezolucja dowodzi, że nasze sfery gospodarcze rozumieją już, że jednym z najważniejszych środków, prowadzących do obniżenia t. zw. „ciężarów socjalnych“, jest podjęcie akcji profilaktycznej w dziedzinie wypadkowości w przemyśle oraz, że zrealizowanie tą drogą poważnych oszczędności dla naszego życia gospodarczego zależy przede wszystkim od ustosunkowania się do tej sprawy samego przemysłu. W toku dyskusji, jaka toczyła się nad powyższym zaagndnieniem, wysunięta została również teza, że nie mniejsze znaczenie dla zmniejszenia obciążeń społecznych posiada profilaktyka w dziedzinie chorobowości, wynikającej z niedostatecznych warunków higienicznych, w jakich pracują robotnicy w wielu naszych zakładach przemysłowych. Z tezą tą wszyscy uczestnicy komisji zgodzili się, należy więc żałować, iż została ona pominięta w ostatecznych rezolucjach złożonych przydyjdu Narady Gospodarczej.

— Prof. Dr. Ludomir Korczyński odznaczony został rumuńskim krzyżem sanitarnej zasługi I klasy.

— Przy Uniwersytecie Poznańskim otwarta została Klinika Ortopedyczna, której tymczasowym kierownikiem jest Doc. Dr. Fr. Raszeja.

ZMARLI:

W 31-ym roku życia zmarł dr. Jakób Wajsmann, asystent-wolontariusz oddziału wewnętrznego D-ra Anastazego Landaua w Szpitalu Wolskim w Warszawie. Dr. Jakób Wajsmann studia wyższe odbywał początkowo, jako student wydziału elektrotechnicznego na Politechnice w Rydze i w Warszawie, poczem przeniósł się na wydział lekarski Uniw. Stefana Batorego w Wilnie, który ukończył w roku 1930. W czasie pięcioletniej pracy szpitalnej Dr. Jakób Wajsmann dał się poznać jako niezmiernie pracowity i sumienny

lekarz, zamilowany badacz naukowy. W rozstrząsaniu zagadnień wiedzy lekarskiej odznaczał się łatwością i jasnością rozumowania obok matematycznej ścisłości. Rozległą wiedzę przyrodniczą umiał spożytkować zarówno w pracy przy łóżku chorego, jak i w laboratorium, — chętnie też i umiejętnie przekazywał swoje wiadomości innym kolegom. Wynikiem Jego skrzętnych badań klinicznych i laboratoryjnych jest szereg wydrukowanych prac oraz rękopisy, które zostaną ogłoszone. Cichy, skromny i niestrudzony pracownik, entuzjasta umiłowanej sztuki lekarskiej, życzliwy i uczynny kolega — z wielkim spokojem zniósł ciężką chorobę, która położyła kres Jego życiu. Cześć Jego pamięci.

NADESLANE DO REDAKCJI.

E. Sonnenberg. Neuf ans du traitement préventif bismuthique de la syphilis. Bullet de l'Acad. de Méd. T. 114. Nr. 35, r. 1935.

St. Clair Thomson. Cancer intrinsèque du larynx Guérison durable dans 76% de cas de laryngo-fissure. Ann des Malad. de l'Oreille et du Larynx. 1929. Nr. 11.

Ten z e. The defences of the air passages. Odb. z „Journ. of Laryng. and Otology“. 1936. Nr. 1.

Dr. med. Tadeusz Bok. Choroby serca młodzieży w wieku szkolnym. Odb. z „Nowin Społeczno-Lekarskich“. 1936. Nr. 4.

A. Sézary, L. Chwatt et Georges Lévy. L'hypersensibilité cutanée du cobaye au novarsénobenzol. Odb. z „Ann. de Dermat. et de Syphil.“ 1935. Nr. 11.

Doc. Dr. med. Remigjusz Stankiewicz, dyrekt. Warsz. Szpit. dla dzieci. Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Szpitala dla dzieci przy ul. Kopernika za okres 1934/35 r. Warszawa 1936.

The Quartz Lamp. 1936. T. V. Nr. 2.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Wadliwe zapisywanie recept. Odb. z „Praktyki Lekarskiej“, dodatku do „Polsk. Gaz. Lek.“ z ark. 2 i 3. Rok 1936.

Sprawozdanie z X-go roku działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego 1934/35. Warszawa.

Dr. Stanisław Sielicki. Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w roku 1934. Warszawa 1936.

Schweizerisches Forschungsinstitut für Hochgebirgsklima und Tuberkulose in Davos. Jahresberichte für die Betriebsjahre 1933/34 und 1934/35.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

24.IV. Polskie Lek. T-wo Radjolog. i Fizjoterapeutyczne.

1) Masiukiewicz M. i Rogalski M.: Przypadek rozplemowego i zwięzającego zapalenia odbytnicy (z oddz. doc. Rutkowskiego i prac. radjol. Szpitala Dz-ka Jezus). 2) Lachowicz Al.: a) uchyłki części przywypustowej żóładka, b) rzadki przypadek nerki zrośniętej (1-szy Szpital Okr.). 3) Kamieńska Z.: Przypadek przetoki przelykowo-oskrzelowo-płucnej (prac. radjol. Szpitala Św. Ducha). 4) Trzetrzewiński Wł.: Rozszerzenie tętnicy płucnej. 5) Kochanowski J.: Pokazy przypadków kostnych (prac. radjol. Szpitala Św. Ducha).

24.IV. Walne Zebranie Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Internistów Polskich.

1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Sprawozdanie Komisji dla reorganizacji Wydziału Lekarskiego Poznańskiego To-

warzystwa Przyjaciół Nauk oraz jej wnioski w sprawie przekształcenia Wydziału Lekarskiego na samodzielne towarzystwo lekarskie. 4) Wykład Dr. W. Tomaszewskiego „Zagadnienie wpływu adrenaliny i acetylcholino na tonus serca” (z przeżroczami). 5) Wykład Dr. St. Wawrzyniaka i Dr. B. Hanaśa: „Blok częściowy z okresami Wenkebacha w obrazie klinicznym i elektrokardiograficznym”.

27.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

1. Odczytanie sprawozdania Sekcji Klinicznej za rok 1935. 2. Wybór Prezydium Sekcji Klinicznej. 3. H. Higier: Rzadka postać jamistości rdzenia pacierzowego. 4. W. Sterling i J. Pinczewski: Zespół kurczowy o niezwykle umiędłowieniu powikłany objawami narkoleptycznymi, somnambulicznymi i anankastycznymi. 5. Dyskusja nad odczytem Emila Landaua. O zespole klinicznym zawału mięśnia sercowego. 6. H. Brokman, J. Brilli J. Frenszlowa: Wyniki rocznego doświadczenia z własnym odczynem B. B. F. (odchylenie dopelniacza) w chorobie gośćcowej.

Résumé des articles originaux.

J. BORKOWSKI. L'appendicite aiguë chez les gens âgés.

Sur 641 cas opérés d'appendicite aiguë 36 malades étaient âgés de plus de 50 ans, ce qui présente 5,6%. La prédominance du sexe masculin est frappante. L'évolution clinique se caractérise par une occlusion intestinale aiguë complète, c'est le premier signe de l'affection — occlusion symptomatique, ainsi que par une vaste infiltration appendiculaire simulant une tumeur néoplasique—appendicite à forme néoplasique des auteurs français. Le service du Dr. Wertheim se prononce nettement pour une intervention chirurgicale; la seule présomption d'une appendicite perforative chez un individu âgé constitue l'indication pour une laparotomie exploratrice d'urgence. Le diabète, la cirrhose du foie, la néphrose chronique sont des contre-indications. Voici les résultats du traitement opératoire: sur 36 opérés 10 sont morts — 28%, un pourcentage énorme. La mortalité des cas compliqués d'une péritonite purulente aiguë est désespérante — 90%. Ce sont des chiffres convaincants qui incitent à l'intervention précoce même chez les vieillards.

A. P.

B. GLASS. Considération sur le mécanisme d'action de la phrénicectomie.

Observation de 2 cas de tuberculose excavée du lobe supérieur droit, dans lesquels après l'intervention ayant pour but l'excision du phrénique qu'on ne trouva pas en place typique, le diaphragme ne fût pas paralysé, et la caverne a disparu 3—4 semaines après l'opération. Les malades sont guéris. Ces observations sont identiques à celle de Bonafé, publiée il y a deux ans dans la Presse Médicale. Il faut alors admettre, que la disparition des cavernes après la phrénicectomie survient non seulement grâce à l'ascension et l'immobilisation du diaphragme, c'est-à-dire grâce à l'effet mécanique, mais aussi probablement grâce à la modification de l'innervation et de la circulation sanguine du poulmon.

M-lle E. MOŚCISKER. Traitement par les exercices de choc de Fröschels d'un cas de trouble de la voix cause par la mutation.

L'insuffisance touchant tous les adducteurs. La fonction phoniatrice n'y est réalisée que par le muscle crico-thyroïdien. On a institué avec succès les exercices de choc (Stossübungen) de Fröschels, qui consistent dans l'emploi d'une forte impulsion. Cette méthode s'oppose aux méthodes employées dans les autres cas qui ont pour but un relâchement des cordes vocales.

J. MIRABEL. Lutte sociale contre la tuberculose.

L'auteur rapporte le taux de mortalité tuberculeuse qui démontre un accroissement considérable de la tuberculose pendant la guerre. Ensuite il décrit l'activité des institutions groupées d'après le système édimbourgeois, en premier lieu l'activité des dispensaires antituberculeux. Après un développement rapide des institutions antituberculeuses en Pologne depuis la restitution de l'indépendance, on note dans les dernières années de la crise l'arrêt de l'augmentation et même une diminution des centres antituberculeux. Le nombre des lits d'hôpital et de sanatorium dont nous disposons est loin de répondre à nos besoins, ce qui montre quelle distance nous sépare de autres pays qui marchent en première ligne de la lutte antituberculeuse. La misère des chômeurs dans les villes et à la campagne augmente le taux de la mortalité et de la morbidité tuberculeuse.

À la fin de son travail, l'auteur note les succès de la lutte sociale contre la tuberculose dans les autres pays et arrive aux conclusions suivantes. La décroissance de la mortalité et de la morbidité tuberculeuse dépend non seulement de l'ampleur de la lutte antituberculeuse, mais surtout de l'amélioration du standard de la vie des vastes couches de la population dans les conditions d'une paix durable. A. P.

TREŚĆ: J. BORKOWSKI. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym. — B. GLASS. Przyczynę do mechanizmu działania wyrwania nerwu przeponowego. — E. MOŚCISKER. Zastosowanie ćwiczeń uderowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji. — R. MICHAŁOWSKI. Występowanie witaminu C w tkankach zwierzęcych. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. MIRABEL. Walka społeczna z gruźlicą — jej blaski i cienie. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. BORKOWSKI. L'appendicite aiguë chez les gens âgés. — B. GLASS. Considération sur le mécanisme d'action de la phrénicectomie. — E. MOŚCISKER. Traitement par les exercices de choc de Fröschels d'un cas de trouble de la voix causé par la mutation. — R. MICHAŁOWSKI. Vitamine C dans les tissus animaux. (Rev. gén.). — J. MIRABEL. Lutte sociale contre la tuberculose.

Następny numer ukaże się dnia 7 maja b.r.