

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XV

WARSZAWA, 17 LUTEGO 1938 R.

Nr. 7

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału IV-go wewnętrznego Szpitala na Czystem.
(Ordynator: M. Landsberg)

Insulina a miażdżyca układu krążenia.

Podał
Jakub PENSON.

Od czasu wprowadzenia insuliny do leczenia powstało zagadnienie stosunku cukrzycy i insuliny do miażdżycy układu krążenia. Przed erą insulinową 64% diabetyków ginęło na śpiączkę cukrzyczą; obecnie śmiertelność z powodu śpiączki spadła dzięki insulinie do 6%, natomiast około 60% chorych na cukrzycę ginie w późniejszym wieku z powodu zmian miażdżycowych układu krążenia, głównie — miażdżycy naczyń wieńcowych serca.

Powstaje zagadnienie, czy miażdżyca stanowi przyczynę cukrzycy, czy też, przeciwnie, cukrzyca usposabia ustrój do rozwoju spraw miażdżycowych.

Przeciwko I-mu pogładowi przemawiają następujące dane: 1) w miarę starzenia się chorego cukrzyca często łagodnieje pomimo postępu spraw miażdżycowych; 2) liczba zachorowań na cukrzycę zmniejsza się w 6-ej dekadzie życia.

Na korzyść II-go poglądu przemawiają przede wszystkim obserwacje nad młodocianymi diabetykami, którzy dzięki insulinie „dożyli” do okresu zmian miażdżycowych. Wystarczy przytoczyć następujące fakty: 1) u 80% zmarłych diabetyków stwierdza się na autopcji rozległe zmiany miażdżycowe nawet u osób 15 — 20 letnich; przy czym, im dłużej trwała cukrzyca, tym rozleglejsze okazywały się te zmiany; 2) u młodych osób, cierpiących dłużej czas na cukrzycę, obserwowano niejednokrotnie napady duszniczy bolesnej i zawały mięśnia sercowego: np. Joslin opisuje zawał mięśnia sercowego u 20-letniego mężczyzny, chorującego od 10 lat na cukrzycę; 3) schorzenia miażdżycowe serca i naczyń występują u diabetyków znacznie częściej, niż w przypadkach innych schorzeń, wyniszczających ustrój.

Mechanizm powstawania wczesnych procesów miażdżycowych w przebiegu cukrzycy jest nieznany. Joslin sądzi, że główną rolę odgrywa wzrost lipemii w cukrzycy, i wyraża nadzieję, że przy obecnym kierunku diety, obfitej w węglowodany, a ubogiej w tłuszcze, być może, miażdżyca występować będzie rzadziej, jednak dopiero po wieloletniej obserwacji będzie można wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski w tej sprawie.

I.

Jak wspomnieliśmy wyżej, doświadczenie poucza, że, im dłużej trwa cukrzyca, tym rozleglejsze są zmiany miażdżycowe. Powstaje zagadnienie, jak leczyć cukrzycę wieku podeszłego, i czy wymagane są tu jakieś specjalne ostrożności?

Cały szereg danych przemawia za tym, że niewłaściwe stosowanie insuliny wyrządzić może niepowetowaną szkodę układowi krążenia. Middleton i Ouatw a y pierwsi zwrócili uwagę na to, że w okresie hipoglikemii poinsulinowej występują zmiany EKG., wskazujące na uszkodzenie mięśnia sercowego. Joslin i inni opisują napady duszniczy bolesnej i zawały sierdza w czasie hipoglikemii. Szereg dokładnych badań nad działaniem insuliny u diabetyków w starszym wieku przeprowadzili autorzy amerykańscy (Soskin, Strouse, Rubinfeld). W szeregu przypadków cukrzycy u osób starszych ze zmianami miażdżycowymi wykonali dość brutalną próbę, polegającą na wstrzykiwaniu na czczo dużej dawki insuliny (30 — 40 jedn.), doprowadzającej do wstrząsu hipoglikemicznego; w okresie tym stwierdzali prawie we wszystkich przypadkach niemiaryowość zatokową, migotanie przedsionków, napady duszniczy bolesnej oraz zmiany EKG., świadczące o uszkodzeniu mięśnia sercowego. Na uwagę zasługuje fakt, że po dożylnym wstrzyknięciu glukozy objawy powyższe dość szybko cofały się włącznie z odchyleniami w EKG.

O tym, że wstrząs hipoglikemiczny wywołuje zaburzenia przewodnictwa nawet w względnie zdrowym narządzie krążenia, mieliśmy możność przekonania się w oddziale na następującym przypadku.

Przyp. 1. 13-letni diabetyk L. P. przybył do oddziału w styczniu 1937 r. z cukrzycą, trwającą dopiero od 2 miesięcy. Choremu wstrzyknięto na czczo 20 jedn. insuliny i badano glikemię co ½ godz. (Rys. 1).

Po 3-ech godzinach wystąpiło bicie serca, tętno niemiaryowe koło 200 na min. Badanie musiano przerwać; podano choremu glukozę, po czym wymienione objawy szybko się cofnęły.

Obserwacje wielu autorów wykazały, że długotrwałe stosowanie dużych dawek insuliny u diabetyków w starszym wieku prowadzi często do pogorszenia się objawów sercowych nawet przy niezbyt wielkim obniżeniu poziomu cukru we krwi — jest to t. zw. hipoglikemia względna. Stan ten staje się jasny, jeśli uzmysłować sobie, że na wstrząs poinsulinowy składają się, poza

należy stopniowo dawkę insuliny zmniejszać, co prawie zawsze się udaje.

Obserwowaliśmy b. liczne przypadki łagodnej cukrzycy u osób starszych, u których w okresie powikłań z gorączką trzeba było stosować 100—120 jedn. insuliny dziennie; obecnie chorzy ci od paru lat obywają się bez insuliny i czują się dobrze pomimo niewielkiej hiperglikemii i glikozurii.

Zaznaczyć należy, że powikłaniem, zmuszającym do zastosowania lub do zwiększenia dotąd stosowanej dawki insuliny, są nie tylko sprawy gorączkowe, lecz np. stany depresji psychicznej, przebiegające z wychudnięciem, brakiem apetytu i bezsennością. Dla przykładu przytoczę następujący przypadek.

Przyp. 3. Chory A. L., lat 60, od blisko 10 lat wykazuje nieznaczny cukromocz przy otyłości i dobrym samopoczuciu. Przed paru laty przechodził różę; cukromocz wtedy znacznie się zwiększył, i musiano stosować insulinę. Po powrocie do zdrowia podawanie insuliny przerwano. Od kilku lat chory skarży się na bóle dusznicowe. Przed paru miesiącami wystąpił stan silnej depresji psychicznej z brakiem apetytu, znaczną utratą wagi, bezsennością i zupełną niezdolnością do pracy; cukromocz nieznacznie wzrósł (2—3% przy $1\frac{1}{2}$ l. moczu na dobę). Leczenie wstrzykiwaniami strychniny i hormonami nie dawało żadnych wyników; szybka poprawa wystąpiła dopiero po zastosowaniu insuliny.

Reasumując — insulina w cukrzycy z miażdżycą serca i naczyń winna być stosowana tylko tam, gdzie są po temu bezwzględne wskazania, przy czym zaczynać należy od małych dawek. Dieta winna być niezbyt obfita z przewagą węglowodanów. W razie powikłań należy stosować duże dawki insuliny, jednak przez możliwie krótki przeciąg czasu.

II.

Stosunek insuliny do schorzeń miażdżycowych serca łączy się ściśle z zagadnieniem, na które po raz pierwszy zwrócili uwagę w 1929 r. autorzy amerykańscy (Levine i Brown). Autorzy ci zaobserwowali, że blisko w 40% zawałów serca u osób, które nigdy na cukrzycę nie chorowały, stwierdza się w pierwszych dniach po zawale hiperglikemii i cukromocz różnego stopnia. Objawy te przeważnie cofają się bez insuliny i bez specjalnej diety; przy następnym zawale zwykle ponownie występuje hiperglikemia i cukromocz. Stopień hiperglikemii i glikozurii nie idzie w parze z ciężkością zawału i nie ma znaczenia w rokowaniu.

W ciągu ostatnich paru lat obserwowaliśmy 5 przypadków niewątpliwego zawału serca z hiperglikemią i cukromoczem u osób, które dotąd nie cierpiały na cukrzycę (w jednym przypadku — siostra chorego cierpi na cukrzycę). Objawy te bez insuliny i specjalnej diety cofały się w szybkim tempie po ostrym okresie zawału. W 2 przypadkach po powtórny zawale (po 1 i $1\frac{1}{2}$ rocznej przerwie) wystąpiła ponownie hiperglikemia i cukromocz. Na specjalną uwagę zasługuje przypadek, który miałem możność dokładnie obserwować w ciągu przeszło 3-ech lat.

Przyp. 4. Chory A. N., lat 64, zapadł nagle wśród typowych objawów zawału serca; nazajutrz gorączka, wielomocz, cukier we krwi 250 mg%, w moczu — 7%. W ciągu 8 dni bez insuliny glikemia cofnęła się do normy, a cukromocz zginął. Po roku wystąpił ponowny zawal serca z cukromoczem do 3%. W międzyczasie wielokrotne badania wykazywały normoglikemii i brak cukromoczu pomimo wolnej diety. Stopniowo stan chorego pogarszał się, objawy niedomogi mięśnia sercowego narastały, chory dwukrotnie przechodził zawały płuc. dołączyły się objawy marskości nerek, i chory zmarł; w końcowym okresie choroby nie stwierdzano hiperglikemii, ani cukromoczu.

Mechanizm wyżej opisanego zjawiska jest dotąd nieznany. Jedni (Edelman, Scherf, Gottsegen) sądzą, że mamy tu do czynienia z utajoną cukrzycą, która wyzwała się pod wpływem zawału serca. Nagły spadek ciśnienia krwi, towarzyszący zawałowi, powodować ma złe ukrwienie patologicznie zmienionej trzustki (cukrzyca utajona), co pogarsza jej wydolność i pociąga za sobą hiperglikemii i cukromocz. Gottsegen przypisuje przejściową niedomogę trzustki kurczowi miażdżycowo zmienionych tętnic trzustki w następstwie ogólnego wstrząsu po zawale serca. Autorzy amerykańscy (Rabbi i Blake) nie zgadzają się z tym ujęciem; sądzą, że omawiane powikłania spowodowane są nagłym zaburzeniem ośrodków vegetacyjnych; hiperglikemia i glikozuria występować mają tu podobnie, jak po wstrząsach i wylewach krwi do mózgu. Za poglądem tym przemawia stwierdzany niejednokrotnie na autopsji obrzęk mózgu i rdzenia przedłużonego u osób, zmarłych na zawal serca.

Przeciwko koncepcji cukrzycy utajonej przemawiają również krzywe glikemii po obciążeniu glukozą; okazało się, że tylko w ciągu pierwszych dni po zawale krzywe przebiegają, jak w cukrzycy, natomiast w późniejszych okresach zupełnie nie odbiegają od normy (Rabbi, Rabinowitz).

Przypadki, obserwowane przez nas (zwłaszcza chory A. N.), przemawiają raczej za słusnością poglądu autorów amerykańskich. Przejściowość zespołu, szybkość, z jaką hiperglikemia i glikozuria znikają, ponowne zjawienie się cukromoczu przy następnym zawale, brak cech cukrzycy jawnej lub utajonej w okresie międzyzawałowym pomimo występowania innych ciężkich powikłań, jak zawały płuc, postępująca niedomoga serca, marskość nerek — wszystko to raczej wskazuje, że hiperglikemia i cukromocz stanowią swoiste powikłanie zawału serca, a nie zależą od cukrzycy utajonej.

Nie zagłębiając się w rozważania teoretyczne, podkreślić należy z naciskiem, iż doświadczenie kliniczne poucza, że nieogłędne stosowanie insuliny w omawianych powikłaniach zawału przynieść może ustrojowi niepożądane szkody. Niektórzy (Giyon, Nicety, Edmondson) twierdzą, że nawet średnie dawki insuliny niewątpliwie były niejednokrotnie bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego w zawale serca. Hiperglikemia i cukromocz, jak mówiliśmy, samoistnie się cofają, a insulina, w tych warunkach stosowana, b. łatwo prowadzi do wstrząsów hipoglikemicznych, które dla mięśnia sercowego ze świeżym zawałem są nader niebezpieczne. Wynika stąd b. ważny wniosek praktyczny; jeśli w przebiegu zawału serca u osoby, która dotąd nie chorowała na cukrzycę, stwierdza się hiperglikemii i cukromocz znacznego nawet stopnia, nie należy zbyt pochopnie stosować insuliny, zwłaszcza w dużych dawkach, lecz zająć stanowisko wyczekujące; zwykle po paru dniach sytuacja się wyjaśnia, gdyż hiperglikemia i cukromocz samoistnie i szybko się cofają.

Na zakończenie podkreślić muszę, że bynajmniej nie jesteśmy przeciwnikami stosowania dużych dawek insuliny; przeciwnie, w oddziale stosujemy nawet b. duże dawki, ale tylko w tych przypadkach, gdzie są do tego bezwzględne wskazania.

Pięknie wypowiada się o tym Joslin w ostatnim wydaniu swego podręcznika. Mówi mianowicie, że cukrzyca osobnika młodego jest tak samo elastyczna, jak jego naczynia krwionośne; zbyt duża dawka insuliny może wprawdzie doprowadzić do wstrząsu hipoglikemicznego, ale młody ustrój zaburzenie to szybko regu-

luje i wraca do równowagi, podobnie, jak lalka gumowa, zgięta we dwoje, szybko się rozprostowuje. Inaczej sprawa przedstawia się u osób z miażdżycą; nie ma tu elastyczności naczyń, ani zdolności ustroju do opanowywania nagłych zmian; praca serca nastawiona jest od lat na pewien, niekiedy nawet wysoki poziom glikemii, ulega głębokim zaburzeniom, jeśli ta glikemia zostaje nagle obniżona; dlatego z miażdżycowo zmienionym sercem postępować należy bardzo ostrożnie; jest ono, jak mówi Joslin, podobne do starej szafy, stojącej od lat na jednym miejscu; próba brutalnego przeniesienia jej kończy się często katastrofą — szafa się rozpada.

Insulina odpowiednio stosowana i dawkowana, jest niewątpliwie jedną z największych zdobyczy leczniczych ostatnich dziesięcioleci; bezkrytyczne jednak szafowanie tym bezcennym lekiem wyrządzić może choćem niczym nie dające się naprawić szkody. Rozpię-

tość dawki leczniczej jest b. duża. Istnieją stany, w których ogromna dawka insuliny okazuje się zbyt małą (śpiączka cukrzycza); w sprawach miażdżycowych nawet mała dawka insuliny może okazać się za duża i wręcz szkodliwa.

PIŚMIENICTWO.

1. K. W. Blake: The Journal of the Am. Med. Assoc. Nr 6, 1937. 2. A. Edelman: Wien. Klin. Woch. Nr 6, 1934. 3. E. P. Joslin: The treatment of the diabetes mellitus. 1935. 4. E. P. Joslin. H. F. Root, P. White, A. Marble: The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 105, Nr 5, 1935. 5. H. Lande: The Journ. of Am. Med. Assoc. T. 101, Nr 1, 1933. 6. A. P. Raab, M. A. Rabinowitz: The Journ. of Am. Med. Assoc. T. 106, Nr 20, 1936. 7. S. Soskin, L. Katz, S. Rubinfeld: Arch. of. Int. Med. T. 51, Nr 1, 1933. 8. S. Strouse, S. Soskin, L. Katz, S. Rubinfeld: The Journ. of Am. Med. Assoc. Nr 20, 1932.

Z klinik, szpitali i pracowni.

O uchyłkach pęcherza moczowego *).

Podał

S. LEWINSON (Warszawa).

Pojęcie uchyłka pęcherza moczowego jest dość dawno znane w piśmiennictwie. Już w połowie zeszłego stulecia Civiale, Chopart, Virchow i Rokitański opisali przypadki pęcherza podwójnego, pęcherza głównego i dodatkowego, oraz przepuklin wewnętrzz-pęcherzowych.

Dopiero Durrice określa ściśle pojęcie uchyłka (*diverticulum*): uchyłek jest to jama, ściśle połączona z jamą pęcherza, powstała przez wypięcie się części ściany pęcherza. Otwór stanowi rodzaj zwieracza, gdyż posiada okężne włókna mięśniowe. Uchyłek jest wysłany śluzówką pęcherza.

Etiologia cierpienia nie jest dostatecznie wyjaśniona. Próbowano, podobnie jak w uchyłkach przełyku, rozróżniać uchyłki pęcherza, powstałe z pociągania (*e tractione*) i ze wzmożonego ciśnienia wewnątrz-pęcherzowego (*e pulsione*).

Zdaniem niektórych autorów, przyczyną powstawania uchyłków jest stała przeszkoda w oddawaniu moczu, i wszystkie uchyłki są sprawą nabytą. Są jednak uchyłki, stwierdzane już u noworodków, oraz u osobników, nie mających żadnej przeszkody w oddawaniu moczu.

Pagenstercher twierdzi, że wrodzony nadmiar tkanki zarodkowej powoduje powstanie fałd śluzówki, z których następnie powstaje uchyłek.

Blum w swej obszernej monografii łączy te dwa poglądy. Według autora, skłonność do tworzenia się uchyłka jest sprawą wrodzoną, a dopiero nabyte przeszkody w odpływie moczu powodują powstanie uchyłka.

Nasze przypadki stanowią wyraz obu poglądów.

Przykład pierwszy dotyczył 48-letniego mężczyzny, który od roku miewa trudności przy oddawaniu moczu. Mocz odchodzi po większym wysiłku wąskim strumieniem. Od miesiąca częste parcia, oraz ból podczas oddawania moczu, brak łaknienia, pragnienie. Od tygodnia krwimocz.

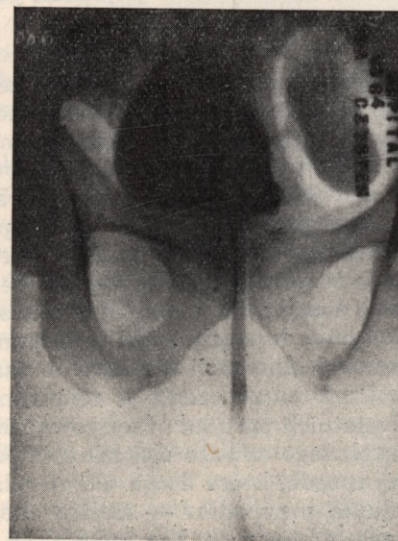
Przy badaniu stwierdziliśmy: stan ogólny zadowalający, ciepota ciała 37,2°—37,4°. Mocz krwawy, zawierał liczne skrzepy. W osadzie liczne krwinki i leukocyty. Gruczoł krokowy, badany przez odczynnik, niepowiększony. Narządy płciowe bez

zmian. Wziernikowanie pęcherza wykazało zaleganie 150 ccm krwawego moczu, znaczne przekrwienie śluzówki pęcherza. Ujście moczowodów bez zmian. Pęcherz beleczkowaty. Ponad ujściem lewego moczowodu *oedema bullosum*.

Z powodu bólów i małej pojemności pęcherza zaniechano dalszego badania.

Powtórne wziernikowanie wykazało powyżej ujścia lewego moczowodu otwór, charakterystyczny dla ujścia uchyłka.

Zdjęcie kontrastowe pęcherza moczowego wykazało, że płyn wypełnia dwie jamy, połączone wąską szyjką (p. ryc. I).



Ryc. 1.

Uchyłek usunęliśmy sposobem, który podamy niżej, ale przetoka pęcherza nie zamykała się.

Dopiero po usunięciu gruczołu krokowego udało się zamknąć przetokę.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z bezwzględnie nabytym uchyłkiem pęcherza moczowego, powstałym z powodu przerostu gruczołu krokowego.

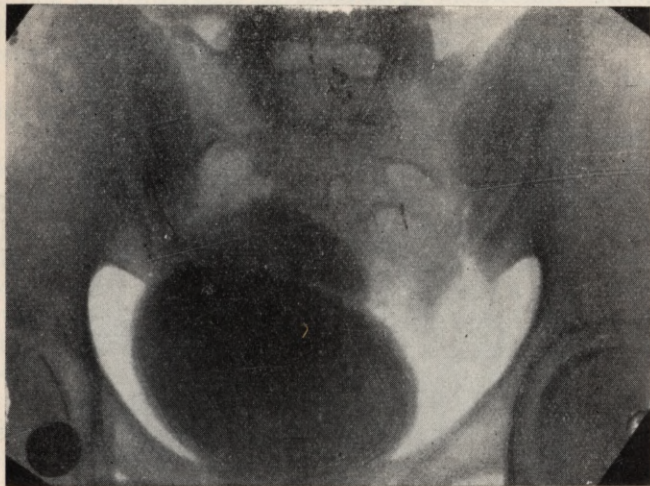
Drugi przypadek dotyczy chorego lat 21, który zgłosił się z powodu stałego ropomoczu po przebytej rzeżączce.

Od szeregu lat w parę minut po opróżnieniu pęcherza zauważał, iż musi jeszcze raz oddać moc. Zawsze był zdrow. Przed 10-ma laty był operowany z powodu spodziectwa (*hypospadii*).

Badanie chorego nie wykazało zmian w narządach klatki piersiowej, ani jamy brzusznej. Nerki niemacalne, okolica nerek

*) Odczyt wygłoszony w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

niebolesna. Mocz ropny. Badanie bakteriologiczne moczu wykazało obecność pałeczek okrężnicy. Zdjęcie promieniami Roentgena nie wykazało uchwytanych zmian w obrębie nerek. Wziernikowanie pęcherza wykazało na lewej ścianie



Ryc. 2.

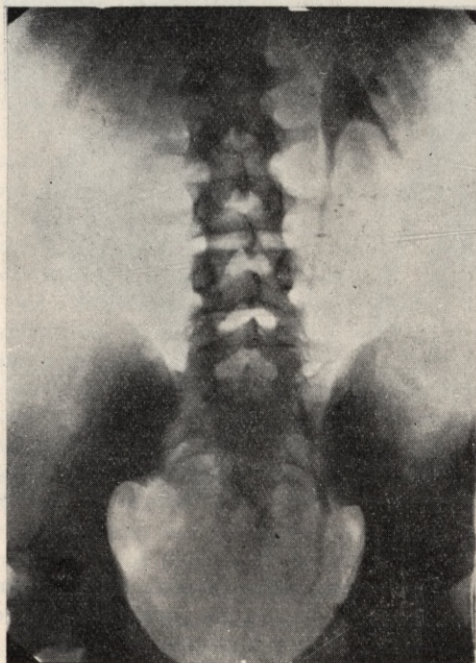
otwór charakterystyczny dla ujścia uchylka. Ujście prawego moczowodu bez zmian, ujście lewego moczowodu niewidoczne.

Po samoistnym opróżnieniu pęcherza stwierdza się zaleganie około 300 ccm moczu.

Zdjęcie kontrastowe pęcherza moczowego wykazało na lewej górnej ścianie uchylek wielkości mandarynki (p. ryc. II).

Celem sprawdzenia, czy lewy moczowód nie ma swego ujścia w uchylku, wykonaliśmy zdjęcie odlewowe nerek i moczowodów, które wykazało niewielkie rozszerzenie prawej miedniczki nerkowej, oraz zupełny brak lewej nerki (p. ryc. III). Badanie układu nerwowego zmian nie wykazało.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z wieloma wa-



Ryc. 3.

dami rozwojowymi: brak jednej nerki, rozszczepienie kręgów krzyżowych, spodziectwo.

Przypadek ten przemawia za teorią wrodzonego powstawania uchylków.

W trzecim przypadku chodziło o mężczyznę lat 58-u, który zgłosił się z powodu trudności przy oddawaniu moczu, trwających od kilku lat.

Podczas badania stwierdziliśmy zaleganie 650 ccm ropnego moczu.

Gruzoł krokowy przy badaniu przez odbytnicę niepowiększony. Mocznik w surowicy 0,2%. W składzie nerwowym brak uchwytanych zmian.

Wziernikowaniem stwierdziliśmy beleczkowaty przerost mięśniówki pęcherza moczowego. Gruzoł krokowy niepowiększony. W okolicy ujścia lewego moczowodu, powyżej i ku tyłowi, otwór charakterystyczny dla ujścia uchylka.

Zdjęcie kontrastowe pęcherza wykazało uchylek, wielkości mandarynki z lewej strony pęcherza. Zdjęcie z wprowadzonym do lewego moczowodu cewnikiem kontrastowym wykazało, że moczowód nie przebiega w ścianie uchylka. (p. ryc. IV).

W przypadku tym chodziło o stwardnienie szyjki pęcherza (maladie du col Marion), schorzenie nabyte.



Ryc. 4.

We wszystkich przytoczonych przypadkach uchylki znajdowały się przy ujściu lewego moczowodu.

Cały szereg autorów podkreśla częste umiejscowienie uchylka przy ujściu moczowodów. Frank, Hinmans, Krasi, R. Paschkis i inni zwracają uwagę na osłabienie ściany pęcherza przy ujściu moczowodów.

Wynika ta sprawa z anatomicznej budowy dolnych odcinków moczowodów, które przebiegają skośnie w ścianie pęcherza, nie łącząc się z mięśniówką tegoż. Powstaje tu luka w podłużnej warstwie mięśniówki pęcherza. W tych osłabionych miejscach ściana pęcherza wypukla się, nie będąc w możności stawiać opór wzmożonemu ciśnieniu wewnątrzpęcherzowemu.

Próbowano rozpoznawać nabyte uchylki w przypadkach, w których ściana uchylka miała wszystkie warstwy, odpowiadające normalnej ścianie pęcherza. Jako wrodzone natomiast określano uchylki, w których nie stwierdzono wszystkich warstw, tworzących ściankę pęcherza.

W pierwszym opisanym przypadku nie stwierdziliśmy w usuniętym uchylku warstwy mięśniowej, aczkolwiek chodziło o schorzenie nabyte.

Postępowanie w przypadkach uchylków zależne jest od ich umiejscowienia.

Najczęściej spotykamy uchylki w okolicy omoczki (od szczytu pęcherza ciągnący się w kierunku pęka stożkowaty twór z podstawą przy pęcherzu). Są to

wrodzone zmiany, powstałe na skutek niezupełnego zamknięcia się omoczek.

Podobne uchyłki powstają w górnej ścianie pęcherza po operacjach cięcia nadłonowego w miejscu blizny pooperacyjnej.

Drobne uchyłki spotykamy w każdym przypadku przerostu gruczołu krokowego.

Nierzadko spotykają się uchyłki przy ujściach moczowodów. Rzadziej tworzą się uchyłki w zachyłku pozasterczowym na tylnej ścianie pęcherza.

Podobny przypadek mieliśmy możność obserwować. Chodziło o mężczyznę lat 63, który zgłosił się z objawami przerostu gruczołu krokowego.

Podczas badania stwierdziliśmy duże zaleganie ropnego moczu, we wzorniku znaczny przerost środkowego płata gruczołu krokowego.

Dwuczasowo usunięto gruczoł krokowy. Na 15-ty dzień po drugim zabiegu wystąpiły objawy mocznicy i posocznicy moczowej (*urosepsis*).

Badając chorego, stwierdziliśmy poza niszą po usuniętym gruczole krokowym uchyłek wielkości małej pięści, w którym zalegał ropny rozkładający się mocz, dający się wycisnąć od strony odbytnicy.

Uchyłki mogą nie dawać żadnych objawów. Niekiedy istnieją objawy przerostu gruczołu krokowego, ew. niezbyt pęcherza moczowego. Dość typowym objawem jest tak zwane dwuczasowe moczenie. Chory po oddaniu moczu czuje natychmiast lub w chwilę później ponowną potrzebę oddania moczu, przy czym oddaje mocz bardziej ropny (*Tuffier*).

Objaw ten zależy od mechanizmu moczenia: chory podczas oddawania moczu przepycha część moczu do uchyłka, resztę zaś wydala na zewnątrz.

Po mikcji przechodzi mocz z uchyłka ponownie do pęcherza, powodując parcie na mocz, i następuje wydalanie drugiej porcji moczu.

Takie ciągłe „urynowanie do uchyłka” powoduje stopniową jego rozstrzeń. W uchyłku wzrasta zaleganie moczu, który ulega rozkładowi, powstaje zapalenie ścian uchyłka — *diverticulitis*, które przechodzi na pęcherz i daje obraz zapalenia pęcherza (*cystitis catarrhalis, purulenta, gangraenosa*). W tym okresie często tworzą się w uchyłku złogi, które mogą wypełniać całe światło uchyłka i nawet wystawać częściowo do pęcherza, tworząc t. zw. złogi fajkowe. Czasem możemy rozpoznać przyżyciowo nowotwory uchyłka. Opisane zostały w uchyłkach: brodawczaki, raki, mięsaki. Bliżni opisał przypadek naczyniaka jamistego.

Mieliśmy możność obserwowania niezwykle ciekawego przypadku nowotworu uchyłka. Przypadek ten dotyczył chorego lat 72, który zgłosił się z powodu trudności podczas oddawania moczu, bolesnego i częstego parcia na mocz.

Badanie chorego wykazało zaleganie około 300 ccm. ropnego moczu. Wziernikowanie i kontrastowe zdjęcie wykazało obecność dużego uchyłka (p. ryc. V.).

Stan ogólny chorego nie pozwalał na wykonanie doszczętnego zabiegu operacyjnego, na założenie przetoki chory nie zgodził się.

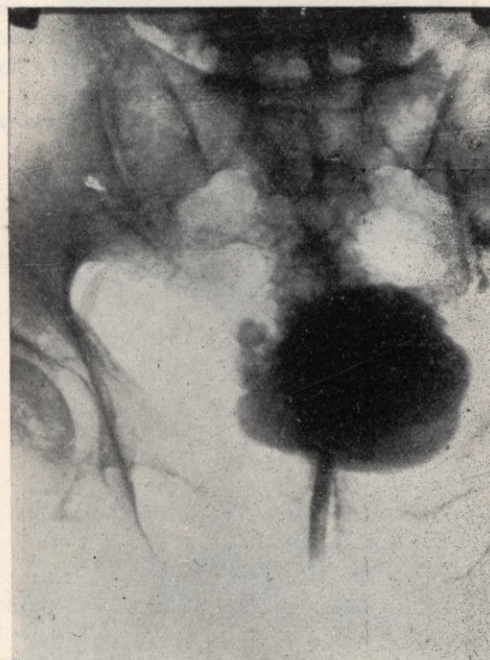
Po upływie kilku miesięcy chory zgłosił się z powodu krwimoczu. Podczas wziernikowania stwierdziliśmy brak zalegania moczu w pęcherzu, z ujścia uchyłka sterczał guz, z którego wydobywała się krew. Po elektrokoagulacji krwawienie ustąpiło. Od owego czasu chory zgłaszał się kilkakrotnie co pewien czas, za każdym razem przyżęgliśmy część guza, wystającą z uchyłka do pęcherza. Na kontrastowym zdjęciu widzimy, że uchyłek został szczelnie wypełniony przez guz. (p. ryc. VI.).

W tym przypadku nastąpiło samowyleczenie uchyłka, lecz kosztem innego schorzenia.

Rozpoznanie uchyłka opiera się na danych badania klinicznego, rentgenologicznego i bezpośredniego wziernikowania pęcherza.



Ryc. 5.



Ryc. 6.

Wziernikowanie pęcherza przy istniejącym uchyłku jest bardzo utrudnione na skutek obfitego często ropomoczu. W takich przypadkach korzystamy ze zdjęcia po wypełnieniu pęcherza płynem kontrastowym.

Podczas wziernikowania widzimy otwór uchyłka, otoczony fałdami śluzówki, przy dłuższej obserwacji można zaobserwować grę zwieracza uchyłka (*Buenger*). Ujście uchyłka reaguje na dotyk skurczem (*Reynard*).

Wykonywając zdjęcie kinematorentgenologiczne,

możemy przy wypełnieniu pęcherza płynem kontrastowym obserwować objaw „urynowania do uchyłka“, czyli powstawania dwuczasowego moczenia.

Pyelografia dożylna pozwala rozpoznawać uchyłki bez wprowadzenia narzędzi do pęcherza oraz stwierdzić, czy ujście moczowodu nie znajduje się w ścianie uchyłka.

Leczenie uchyłków jest możliwe jedynie na drodze operacyjnej.

Zachowawczo traktujemy jedynie przypadki, w których wykonanie jakiegokolwiek zabiegu jest przeciwwskazane ze względu na stan ogólny chorego.

Zabieg operacyjny polega na doszczętnym usunięciu uchyłka. Dostęp wybieramy w zależności od umiejscowienia uchyłka. Idealnym zabiegiem jest pozaotrzewnowe usunięcie uchyłka bez otwarcia światła pęcherza (sposobem tym możemy operować uchyłki dna pęcherza, oraz uchyłki okolicy omoczek).

Uchyłki okolicy ujść moczowodów musimy operować, otwierając światło pęcherza, nieraz nawet poprzezotrzewnowo.

W pierwszym przypadku wykonaliśmy zabieg w uspieniu ogólnym. Po wypełnieniu pęcherza płynem pozostawiono w pęcherzu cewnik Nelatona na komornym, przedtem wprowadzono do lewego ujścia moczowodowego cewnik pozostawiając go na stałe, aby upewnić się, czy lewy moczowód nie przebiega w ścianie uchyłka.

Cięciem w linii środkowej po rozsunięciu mięśni prostych obnażono pęcherz moczowy przez odciągnięcie otrzewnej. Z lewej strony pęcherza wyłonił się worek, wielkości jabłka, wypełniony płynem.

Worek ten dał się dość łatwo oddzielić od pęcherza oraz od szyi, łączącej go z pęcherzem. Obawiając się pęknięcia ścienki dalej bardzo szyi uchyłka, otworzyliśmy go. Wprowadziwszy palec do uchyłka, przekonaliśmy się, że moczowód nie przebiega w ścianie uchyłka, oraz że środkowy płat gruczołu krokowego jest powiększony. Na palcu wydzieliliśmy uchyłek, odcinając go.

Ściankę pęcherza i powłoki częściowo zaszyliśmy, pozostawiając dren gumowy w pęcherzu i sączki w łożysku po usunięciu uchyłka.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Przetoka pęcherza nie zamykała się, chory pęcherza nie opróżniał całkowicie.

Dopiero po usunięciu gruczołu krokowego chory wyzdrowiał.

Kontrolne zdjęcie kontrastowe pęcherza moczowego wykazało prawidłowe stosunki. (p. ryc. VII.).

W drugim opisanym przypadku dotarcie do uchyłka, jak w poprzednim. Uchyłek był ułożony po lewej stronie pęcherza, drażąc poza pęcherz.

W czasie manipulacji pękła ściana uchyłka w okolicy szyi. Przez powstały otwór wprowadziliśmy palec, na którym wydzieliliśmy uchyłek ze zrostów, odcinając go.

Przez otwór, powstały po odcięciu uchyłka, drenowaliśmy pęcherz, sączkując jednocześnie łożysko po uchyłku. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Przetoka pęcherza moczowego zamknęła się po upływie 27 dni. Chory opróżnia całkowicie pęcherz moczowy. Ropomocz ustąpił.

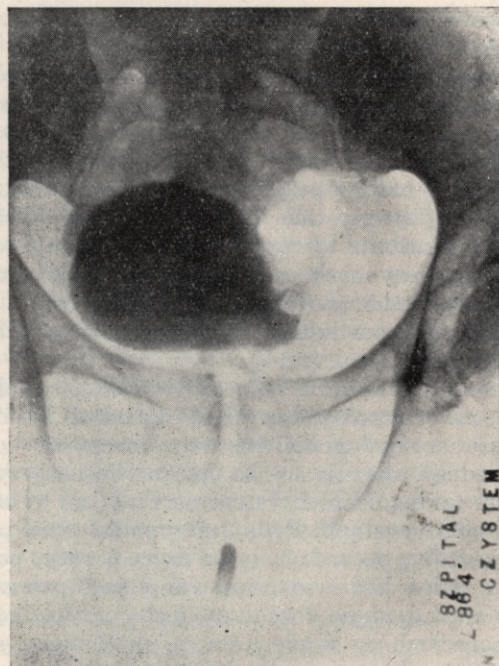
W trzecim operowanym przypadku dotarcie, jak poprzednio (cięciem w linii środkowej pozaotrzewnowo). Pęcherz wypełniono przed zabiegiem płynem. Uchyłek łatwo dał się wydzielić. Po nałożeniu zaciskadła na szyję usunęliśmy uchyłek, nie otwierając światła.

Po usunięciu części szyi pęcherza moczowego założyłem dren Mariona przez otwór po usuniętym uchyłku. Powłoki zostały częściowo zaszyte.

Przebieg pooperacyjny gładki, bez gorączki. Na 18-y dzień

po zabiegu nastąpił nagły zgon z objawami zatoru tętnicy płucnej.

Przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego musimy zawsze sprawdzić, czy moczowód nie przebiega w ścianie uchyłka, w tym przypadku należy doko-



Ryc. 7.

nać przeszczepienia moczowodu, po czym usunąć uchyłek.

Uchyłki tylnej ściany operował Pagens talcher drogą krzyżową, nie otwierając otrzewnej po uprzednim przecięciu kości krzyżowej. Przy tej metodzie operujemy w małym polu operacyjnym oraz w znacznej głębi.

Yong, Sralach, nacinają ujście uchyłka od wewnątrz, łącząc w ten sposób obie jamy w jedną.

Pousson proponuje wyłuszczenie uchyłka i zaszywanie ujścia, twierdząc, że ściany się zrosną.

Wybór zabiegu zależy od:

- 1) umiejscowienia uchyłka,
- 2) stosunku do sąsiadujących narządów oraz
- 3) wielkości uchyłka.

PIŚMIENNICTWO.

Polskie: N. Nowicki: Nowiny Lekarskie, 1912. J. Świątecki: Przegląd Chirurgiczny, 1901. Z. Radliński: Przegląd Lekarski, 1909. Laskownicki: Polska Gazeta Lekarska, 1926. D. Szenkier: Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 1928. A. Graber: Polski Przegląd Chirurgiczny, 1934. Lenko: Przegląd Lekarski, 1906. Oberländer: Sprawozdanie Lwowskiego Tow. Lekarskiego, 1928. Stojalowski: Polski Przegląd Chirurgiczny, 1931. Obce: Orth: Mischbildungen der Harnblase. V. Blum: Chir. Pathologie u. Therapie d. Blasendivertikel, 1929. Bogusławski i Rabinowicz: Urologia, 1927. Michelson: Prace I-go Zjazdu Urologów Z. S. S. R. w 1927. Anczelewicz: Urologia, 1939. R. Paschkis: Blasendivertikel, Handbuch der Urologie. G. Marion: Traité d'Urologie t. I. Legueu, Traité Chir. d'Urologie, 1910. H. L. Kretschmer and K. E. Barber, Carcinoma in a bladder Diverticulum, 1929. Darget, Raymond: Diverticule du bas fonds vesical... J. d'Urologie, 1924. Gayet et Cibert: Quelques cas de diverticules de la vessie J. d'Urologie, 1925. Papin: Cancer de la vessie coexistent avec un diverticule J. d'Urologie, 1925. Wossidlo Erich. Invaginiertes Blasendivertikel, Ztschrft für Urologie.

Z *Przychodni Warszawskich.*

O zapobiegawczym leczeniu tężca przyrannego.

Podał

M. ABRAMOWICZ (Warszawa).

Sprawa tężca przyrannego dość często była omawiana, ale niedostatecznie wszechstronnie oświetlana. Przypadki tężca w czasie pokoju, jako też w ostatnich wojnach, dowodzą, że przyczyna występowania objawów tego schorzenia nie może być doprowadzona pod pewną rubrykę reguł. Częściej tężec okazuje się niespodzianką bardzo przykrą dla pacjenta i lekarza.

Z jednej strony tam, gdzie możemy przewidywać możliwość zakażenia tężcem, nie konstatujemy go i, odwrotnie, bywamy zaskoczeni jego obecnością w tych przypadkach, gdzie podług przyjętych danych i na zasadzie licznych spostrzeżeń uważamy jego wystąpienie za niemożliwe.

Wszelkie zakażenia rany zawartością, znajdującą na ziemi, na brukach ulicznych, w ogrodach i t. d., dają największe prawdopodobieństwo obecności zarazka tężca, a jednak okazuje się, że opisano liczne przypadki, w których takiego zanieczyszczenia rany nie było, a pomimo to tężec wystąpił. Podają przypadki tężca po ukąszeniu pszczoły, po zadrażnieniu kolcem róży, po przytłuczeniu palca bez widocznej rany pod paznokciem. Co ważniejsza, podano dość dużą liczbę przypadków tężca po operacjach na stopie i stawie skokowym, zwłaszcza plastycznych, z powodu stopy szpotawej.

Mauclair cytuje własny przypadek tężca po operacji usunięcia blizny w kilka lat po zagojeniu się rany.

Podano również przypadek tężca z powodu zdarcia naskórka pod opatrunkiem gipsowym.

Małe zadrażnienie skóry u dziecka na kolanie skomplikowało się tężcem, gdy tymczasem tysiące dzieci kilkakrotnie dziennie ranią sobie nóżki i rączki bez żadnych powikłań.

Fauquez (Bull. chir. des accidents du travail, mars 1931) podaje dość ciekawe liczby.

W pewnej wielkiej fabryce metalurgicznej na 150.000 ran spostrzeżono 7 przypadków tężca, czyli 1 na 21.000.

W kopalni przy Pas-de-Calais na 25.000 ran tylko 1 przypadek.

Bastin podaje, że na 30.000 chorych z ranami z fabryk i kopalń nie miał ani jednego przypadku tężca.

Lagoutte, Lecat, Fauquez, Bastin i inni, którzy cytują obserwacje setek tysięcy uszkodzeń na rękach i nogach bez stosowania surowicy przeciw-tężcowej, podają tylko znikome liczby przypadków tężca.

Z mojego doświadczenia mogę podać, że w ciągu ostatnich 12 lat na 125.000 chorych w rozmaitych przychodniach Ubezpieczalni Społecznej, miejskiej i t. d. miałem rannych koło 45.000. Z tych tylko u jednego wystąpił tężec, i to już po zdjęciu klamerek.

Zasadniczo wiemy, że tylko bardzo szerokie, szarpane, skomplikowane rany mają skłonność do zakażenia tężcem, a jednak, jak wyżej podałem, małe ukłucia i zadrażnienia mogą również spowodować to schorzenie.

Ta dość kapryśna kazuistyka wymaga głębszego zastanowienia się.

Rzecz prosta, lekarz najłatwiej wywiąże się w przypadku skomplikowanej rany, kiedy na zasadzie wywiadów łatwo jest przypuścić możliwość zakażenia tężcem.

Należy pomyśleć nie tylko o swoistym leczeniu, ale i o odpowiednim ustosunkowaniu się do rany.

Wielu chirurgów podczas wojny i pokoju stosuje doszczętne oczyszczanie rany, usuwanie nie tylko widocznych dla oka zanieczyszczeń, ale wszelkich zmiażdżonych części oraz podejrzanych miejsc w głębi rany.

Myśmy się nie przekonali, żeby podobne podejście do ciężkiej rany podczas ciężkiego w pierwszej chwili ogólnego stanu (wstrząs, zapaść, silne krwawienie i t. d.) było słuszne i dawało dobre wyniki.

W mojej pracy o leczeniu chorób chirurgicznych w przychodniach (Kwart. Klinicz. Szpit. Staroz. T. XI, zesz. 3, r. 1932) podałem już, że na b. dużym materiale mam prawie stuprocentowo dobre wyniki, stosując najogólniejsze traktowanie ran, zwłaszcza w pierwszym dniu. Usuwanie powierzchownie znajdujących się obcych elementów, bez przyżegań bolesnych jodyną i t. p., bez sprawiania większych bólów dało dobre wyniki, i, jak już pisałem, tylko w 1 na 45.000 ran stwierdziłem tężec, i to wskutek tego, że na zasadzie wywiadów nie można go było przypuścić.

Następnie powstaje kwestia stosowania surowicy przeciw-tężcowej.

Nasuwa się pytanie, jak zabezpieczyć chorych, u których żadną miarą nie moglibyśmy spodziewać się wystąpienia tężca. Mamy na myśli nie tyle te tysiączne przypadki zadrażnień, ale raczej te, które zdarzają się po operacjach, wykonanych w warunkach ścisłej aseptyki.

Można tylko dojść do wniosku, że do każdej rany wypadkowej i operacyjnej należy zapobiegawczo zastrzyknąć surowicę przeciw-tężcową. Jak jednak później podamy, nie jest to rzecz tak łatwa i prosta, pomijając kwestie materialne i techniczne.

Sprawa ta jest dość zawiła. Nie wystarczają założenia teoretyczne, które zazwyczaj dotąd braliśmy pod uwagę. Nasuwa się myśl, że prawdopodobnie zakażeń tężcem bywa więcej, niż nam się zdaje. Również przypuścić należy dwie nasuwające się koncepcje.

Bywają, po pierwsze, zakażenia, które przebiegają bez uchwytnych objawów i albo mijają bez śladu, albo też pozostawiają zarodniki w stanie utajonym. Ta okolicznością łatwo wyjaśnilibyśmy przypadek Mauclaira, gdzie po usuniętej bliznie wystąpiły objawy tężca. Również częściowo objaśnilibyśmy sobie przypadki tężca po aseptycznych operacjach. Po wtóre, przypuścić należy możliwość pewnej immunizacji lub wrodzonej odporności ustroju.

O ile sprawa immunizacji jest poniekąd pociesającym momentem, o tyle trudno nam myśleć o walce z utajoną infekcją. Ale podkreślenie tego faktu może stanowić jednak podstawę rozstrzygnięcia w sprawach sądowych, kiedy winę nieustrzeżenia od możliwości wystąpienia tężca, zwłaszcza pooperacyjnego, przypisuje się li tylko operatorowi.

Poza tym wobec powyższych przypuszczeń zastanowić się potrzeba, czy zakażenie tężcem następuje li tylko w miejscu zranienia.

Otóż okazuje się, że nie jest wyłączone zakażenie drogą doustną. Zwrócono uwagę na to, że na wsi, gdzie stykanie się z ziemią, nawozem i t. d. bardzo często się zdarza, jednak tężec rzadko się stwierdza, chociaż rolnicy często kaleczą swoje kończyny; w dodatku rzadko kiedy opatrują sobie te rany. Należy więc mniemać, że pałeczki tężca przedostają się do przewodu pokarmowego, zwłaszcza we wsiach, gdzie ludność stoi na niskim

poziomie kultury. Rzadko albo wcale nie myją rąk przed jedzeniem, nawet po pracy przy nawozie i t. p.

Zbadano kał u 50 wieśniaków. W 20 przypadkach znaleziono zarodniki tężca, w 13 — laseczniki i zarodniki. Razem otrzymano 40% dodatnich wyników u ludzi, którzy na tężec nie chorowali. Dalsze badania wykazują, że normalny sok żołądkowy hamuje wzrost, tworzenie się zarodników i toksyn, lecz zarodniki nie giną w tym soku. Żółć i sok kiszki sprzyjają wzrostowi laseczników oraz wydzielaniu toksyn. Znane są poza tym następujące doświadczenia. Karmiono szczury chlebem, zakażonym albo hodowlą jadowitych laseczników lub ich zarodników. W pierwszym przypadku otrzymano wynik ujemny. O ile kiszki obfitowały w te laseczniki, o tyle w innych narządach wcale ich nie było. W drugim przypadku szczury zginęły przy objawach krwawych stolców i ogólnej posocznicy. Prawie wszystkie narządy obfitowały w laseczniki.

Widzimy zatem, że nasze przypuszczenia mają dość ważne podstawy. Musimy też przypuszczać, że ludzie mogą być nosicielami tężca, że w sprzyjających warunkach tężec nie szkodzi ustrojowi, że jest możliwa immunizacja ustroju, że zachorowanie na tężec nie jest spowodowane li tylko zakażeniem większej lub mniejszej rany.

Sprawa leczenia tężca przedstawia się też dość poważnie.

Stwierdzono, że w wielu przypadkach nie ustalono należycie, czy śmierć nastąpiła wskutek niereagowania ustroju chorego na surowicę przeciwtężcową, czy też wskutek pogorszenia się stanu ogólnego po jej zastrzyknięciu.

Pierre B a z y, który pierwszy wprowadził do kliniki metodę zapobiegawczego leczenia tężca surowicą i miał do czynienia z licznymi przypadkami tej choroby, uważa, że zapobiegawcze zastrzykiwania surowicy, nawet dokładnie wykonane, nie wykluczają możliwości złych następstw w lżejszej lub cięższej formie, a nawet mogą być śmiertelne.

G o d l e w s k i (Enquête sur le tétanos et la sérothérapie antithétanique. Méd. gen. franc. 1931) podaje liczne przypadki śmiertelnej anafilaksji po zastrzykiwaniach surowicy przeciwtężcowej.

H a r d o u i n (Soc. nationale de chirurgie, 22 nov. 1933) podaje 15 przypadków śmierci po tymże zabiegu. Objawy przedśmierne: wymioty, bóle brzucha, bledność powłok, zimne poty, spadek tętna, asfiksja i zapasć w kilka minut, godzin lub kilka dni przed śmiercią.

Podług M a c k e n z i e g o i H a n g e r a ciężkie objawy po zastrzykiwaniach surowicy zdarzają się w 1 na 20.000, a śmierć w 1 na 50.000 zastrzyknięć.

P f a u n d l e r, którego statystykę cytuje H a r d o u i n, podaje 3 śmierci na 110.000 zastrzyknięć przeciwtężcowych.

Dużo pisał o anafilaksji B e s r e d k a, który radzi zachowanie wielkich ostrożności.

A zatem zapobiegawcze leczenie przeciwtężcowe wymaga wiele uwagi i staranności. O skłonności do anafilaksji możemy czasami dowiedzieć się z wywiadów, jeżeli chory miał kiedyś zastosowaną jakąkolwiek surowicę. R o u x radzi wystrzegać się tych zastrzyków u ludzi, którzy żywią się koniną. Złe znoszą surowicę ludzie, którzy mają dusznicę, zwłaszcza sienną.

Wobec tego zastrzykiwania podskórne należy rozpoczynać od $\frac{1}{4}$ cm³ surowicy i po przeczekaniu 5 mi-

nut zastrzyknąć dalsze $\frac{1}{4}$ cm³, po kwadransie możemy dać większą ilość surowicy, o ile nie nastąpiły objawy anafilaksji. Większe przerwy stosujemy przy zastrzykiwaniach domięśniowych, a jeszcze większe przy dożylnych.

B e s r e d k a (Anaphylaxie et antianaphylaxie) zaleca robić zastrzykiwania w uspieniu chloroformowym lub eterowym celem uniknięcia wstrząsu.

L e h m a n (Journal méd. fr. 1931) radzi stosować ogólne uspienie wraz z kroplowym dożylnym wlewaniem surowicy.

Na zasadzie przytoczonych danych dochodzimy do wniosku, że w przypadkach lekkich skaleczeń, choć możliwość zakażenia tężcem nie jest wyłączona, unikać będziemy stosowania surowicy. W bardzo ciężkich przypadkach będziemy jej unikać, by nie pogorszyć ogólnego stanu. W ciężkich przypadkach należałoby rozważać wszystkie *pro* i *contra* i z wielką ostrożnością stopniowo dawkować surowicę z przestrzeganiem przerw, niezbędnych dla każdego przypadku.

Nowe prace rosyjskie dają pewną nadzieję polepszenia wyników stosowania surowicy, jeżeli zamiast antytoksyny dawać będziemy anatoksynę.

M i c h a j ł o w a i W i e l i k a n o w a (Sow. Wracz. Gaz. 3/35) podają, że przez zadziaływanie formaliną na toksynę otrzymują anatoksynę, która ma, podług tych autorek, następujące właściwości:

1) nie daje szkodliwych następstw; 2) im dłuższe przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami anatoksyny, tym znaczniejsza odporność; 3) odporność, którą się otrzymuje, jest trwała; 4) należy dążyć do podniesienia jakości anatoksyny celem uzyskania lepszej odporności już po jednorazowym zastrzyknięciu.

Nie ulega wątpliwości, że anatoksyna rokuje dobre wyniki, ale byłibyśmy pewniejsi jej skutków, gdyby wyniki dotyczyły setek tysięcy przypadków.

Niestety, ostatnio w pracach niektórych autorów przebiega się wielki sceptycyzm: T z a n k, C a r l i n f a n t i, K l o t z i inni przytaczają przypadki białkomoczu, azotemii, ciężkiej białaczki, jako skutki stosowania anatoksyny.

To też z uznaniem trzeba odnieść się do ostatnich prób leczenia ran, podejrzanym o obecność tężca, metodą prostą i dającą pono wysmienite wyniki. Jak nam zakomunikował prof. B e s r e d k a, będąc przejazdem w Warszawie, Instytut P a s t e u r a zaproponował leczenie małych ran maścią, składającą się z mieszanki wazeliny i lanoliny, do której dodaje się takąż ilość surowicy przeciwtężcowej. Metoda ma raczej charakter leczenia zapobiegawczego. Rozumie się, do większych ran ustosunkowanie się pozostaje w ramach dotychczasowych, pełnych komplikacji.

Prasa francuska podaje wielkie zainteresowanie się świata lekarskiego niebezpieczeństwami, połączonymi ze stosowaniem surowicy przeciwtężcowej. Za dowód może posłużyć oficjalne posiedzenie z dnia 8 czerwca 1936 r. w Tow. Sądowej Medycyny Francji, na którym po obszernych referatach C o u r t o i s - S u f f i t a i F. B o u r g e o i s postanowiono:

1. Tylko lekarz wydaje sąd co do wskazań do zastosowania zapobiegawczego leczenia surowicą przeciwtężcową.

2. Komplikacje, występujące po zapobiegawczym zastrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej, winny być rozważane jako konsekwencja urazu pierwotnego i nie podlegają odszkodowaniu (indemnités) z punktu widzenia medycyny sądowej.

Wreszcie przytoczymy system *Ramona*, który w *Presse méd.* 17.X.36 proponuje w nagłych przypadkach połączyć natychmiastowe zabezpieczenie i trwałość na przyszłość. W tym celu radzi autor zastrzyknąć

1 cm³ anatoksyny; po upływie kwadransa 10 cm³ surowicy przeciwczwęcowej; po 2-ch tygodniach 1½ cm³ anatoksyny, po 3-ch tygodniach następnych 2 cm³ anatoksyny.

Z teki Lekarza Praktyka.

Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych.

Podał

Dr. Izidor Józef MERENLENDER

Ordynator Oddziału Dermatologicznego Szpitala na Czystym w Warszawie.

Pragnąłbym tu podać aforystycznie najniezbędniejsze proste sposoby leczenia, którymi powinien lekarz praktyk posługiwać się, aby pomóc skórno-wenerycznemu choremu, aż do zasięgnięcia porady u specjalisty (w bardziej uporczywych przypadkach).

Sposoby lecznicze, wymienione w następującej serii artykułów, są wybrane spośród najskuteczniejszych metod, wypróbowanych zarówno w długoletniej praktyce prywatnej, jak i przy łóżku chorego w szpitalu. Sądzę, że niewielka, co prawda, liczba sposobów leczniczych, zwięźle poniżej podanych, w zupełności wystarczy, aby lekarz praktyk mógł poprowadzić leczenie w większości swych przypadków.

—o—

I. Leczenie swędzenia.

Przed przystąpieniem do leczenia świądu skóry należy się zastanowić, czym w danym przypadku dolegliwość ta jest uwarunkowana.

Swędzenie bowiem występuje jako objaw następujących grup schorzeń skóry:

A) uwarunkowanych przyczynami wewnętrznymi (które wykryć często można);

B) uwarunkowanych przyczynami wewnętrznymi (mniej lub więcej, względnie wcale nieuchwytnymi; t. zw. *pruritus sine materia*);

C) uwarunkowanych zmianami anatomicznymi.

—o—

A. Uwzględnienie przyczyn wewnętrznych swędzenia.

Cukrzyca jest często przyczyną swędzenia (w każdym przypadku niewyjaśnionego swędzenia należy pamiętać o badaniu moczu, a nawet krwi na zawartość cukru); niekiedy leczenie insuliną usuwa swędzenie w przypadkach, w których badania w kierunku cukrzycy wypadły ujemnie (możliwość istnienia cukrzycy skóry t. zw. *glycohistechiae*); niewydolność wątroby, żółtaczka (nasylenie krwi kwasami żółciowymi) oraz zaburzenie czynności nerek (*azotemia*) również sprzyjają powstawaniu swędzenia. Następujące sprawy patologiczne są ponadto znane jako przyczyny świądu: zaburzenia trawienne (*colitis*, *appendicitis*), *pyorrhoea alveolaris*, *pyelitis*, *prostatitis*, schorzenia cewki moczowej, narządów rodnych kobiecych, otyłość, choroby krwi (niekiedy jako objaw zapowiadający), nowotwory złośliwe, zatrucia (nikotyna, kawa, wyskok); niektóre leki w nadmiarze (morfina, belladonna, arsenik, rtęć, salvarsan) oraz pasczyty wywołują również swędzenie; kiła, a szczególnie wiać różienia mogą również — czasami — dawać dolegliwości świądowe (ekwiwalent świądu dla bólów drązących).

B. Uwzględnienie przyczyn (swędzenia) trudno uchwytnych.

Tu należy świąd (często fizjologiczny) u starców (*pr. senilis*) i u ciężarnych. Zaburzenia wewnątrzwydzielnicze (niewydolność wielogruźcowa, zaburzenie czynności gruczołu tarczowego); uszkodzenie układu sympatycznego (przez czynniki toksyczne nerwowe); a zwłaszcza przyczyny psychogenne (np. odraza do chorób skórnych, spostrzeganych u bliskich, uczucie swędzenia po przebytej świerzbie — t. zw. *mnemodermia*) wywołują nieraz wybitne swędzenie. Neurotyczne swędzenie u ludzi neuropatycznych: tu należy t. zw. projekcja uczucia swędzenia z innych narządów chorych (*gastritis*, *nephritis*, *endometritis* i t. p.) na skórę (np. dookoła odbytnicy). W świadzie sromu, a zwłaszcza w marskości mamy prawdopodobnie do czynienia ze skojarzeniem czynników wewnątrzwydzielniczych, neurotycznych, psychogennych z przyczynami miejscowymi.

C. Usunięcie przyczyn (swędzenia) wynikłych na skutek zmian anatomicznych.

Przeprowadzamy w schorzeniach skóry za pomocą miejscowego leczenia objawowego, usunięcia wysięku w wyprysku, łusek w łuszczycy, grudek w liszaju czerwonym, zmian w chor. *Dühringa*, albo przez zadziaływanie na unerwienie skóry.

—o—

W postępowaniu leczniczym należy, oczywiście, przede wszystkim mieć na uwadze wyżej wymienione czynniki, powodujące swędzenie; najlepszych wyników spodziewamy się od leczenia przyczynowego.

Poza tym stosujemy: 1) ogólne środki przeciwswiądowe: dieta mleczno-jarska, autohemoterapia, lekkie leczenie bodźcowe, środki uspokajające i narkotyczne; *Natrium bromatum* 10% dożylnie (w dawkach 6—10 cm³, co drugi dzień; 10—15 wlewań), *Calcium*, *Głukoza* (20%) dożylnie; kąpiele (27—28°) z dodaniem krochmalu, otrąb i t. p.; niekiedy *Acekolina* (0,05 — 1 ccm) domięśniowo 5—10× powoduje ustępowanie swędzenia. W wielu przypadkach uzyskałem ustąpienie ogólnego swędzenia — u mężczyzn w wieku starszym — po zastosowaniu leczenia hormonem męskim (np. „Testohormina“ *Spießsa*, „Hombreol“ *Organon*) i t. p. w dawkach: 3 × po 4 jednostki, 9 × po 20 j. — domięśniowo co II dzień.

2) Środki bezpośrednio działające: najchętniej stosujemy w oddziale maści obojętne, wzgl. chłodzące, jak np.:

- | | |
|---|---|
| a) <i>Sol. acid. borici</i> (3%)
(albo <i>Aq. plumbi</i>)
<i>Lanolini</i> āā 10,0
<i>Vaselini</i> 5,0 | c) <i>Acid. borici pul.</i> 2,5
<i>Zinci oxyd.</i>
<i>Glycerini</i> āā 5,0
<i>Vaselini</i> ad 50,0 |
| b) <i>Zinci oxyd.</i>
<i>Talci</i> āā 10,0
<i>Ol. olivar</i>
<i>Aq. calcis</i> āā 15,0 | d) <i>Zinci oxyd.</i>
<i>Talci</i> āā 20,0
<i>Glycerini</i> 30,0
<i>Aq. destil.</i> ad 100,0 |

Streszczenia pojedyncze.

Bakteriologia i Serologia.

V. LAVERGNE i H. ACCOYER. Odosobnione zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wywołane przez *spirochaeta icterohaemorrhagiae*. (Revue d'Hyg. 1937, T. 59, Nr 5, str. 339—352).

W r. 1916 Costa i Troisier opisali ostre zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o łagodnym przebiegu, którego czynnik etiologiczny stanowi *spirochaeta icterohaemorrhagiae*. Jest to schorzenie rzadkie, obserwowane prawie wyłącznie we Francji. W r. 1935 wybuchła mała epidemia tej choroby w pewnym okręgu nad Sekwaną. Źródłem zakażenia tak samo jak w typowej chorobie Weila, atakującej, oprócz opon mózgowych, wątrobę i nerki — jest mocz szczurów (mocz chorego człowieka nie odgrywa takiej roli, gdyż zarazki znajdują się w nim nie stale i w małej ilości). W epidemiologii ma znaczenie tylko mocz rozcieńczony — kwaśny odczyn działa zabójczo na krętki. Zarazki znajdują się w ściekach, wodzie rzek i basenów, ale tylko tam, gdzie Ph jest wyższe od 7. W swej pracy autor zastanawia się nad przyczyną, która powoduje to szczególnie umiejscowienie się choroby Weila. Fakt, że płyn mózgowo-rdzeniowy chorych na krętkowe zapalenie opon wywołuje klasyczne objawy cierpienia Weila u świnki morskiej, wyłącza przypuszczenie zmniejszonej zjadliwości zarazki, jego specjalnego powinowactwa do opon lub odrębności gatunkowej. Epidemiologiczny charakter zachorowań wyłącza indywidualną predyspozycję opon mózgowo-rdzeniowych. Wrota zakażenia także nie są dla tej choroby charakterystyczne. Badania laboratoryjne wreszcie — wykazały tożsamość sprawy chorobowej bez względu na to, czy dotyczy ona wyłącznie opon, czy też atakuje również wątrobę i nerki. W obu przypadkach daje się stwierdzić (próbą biologiczną) obecność krętków we krwi i ich wydzielanie z moczem; zmiany chemiczno-cytologiczne w płynie mózgowo-rdzeniowym są takie same; wreszcie zawartość aglutynin jest jednakowa: we krwi o wiele wyższa (osiąga mianowicie 1:1.000.000) niż w płynie (najwyżej 1:100). Autor dochodzi do wniosku, że we wszystkich przypadkach choroby Weila najpierw rozwija się okres posocznicy, potem drogą krwi zostają zakażone wrażliwe narządy. W obecnym stanie wiedzy nic nie wyjaśnia szczególnego umiejscowienia się tej spirochetozы. Jako rzecz charakterystyczną podaje autor, że ostatnio opisywane są przypadki rozdzielenia się zespołu oponowo-wątrobowo-nerkowego choroby Weila na swe części składowe, a nawet występowania tej choroby pod postacią stanu gorączkowego bez żadnych innych objawów. L. F e n i g s z t e i n ó w n a.

J. STAHN. Doświadczenia nad suchym odczynem krwi na kiłę według Chodiaka. (Centrbl. für Bakt. 188—193, 37).

W zakładzie higieny miasta Bremy przy badaniach krwi na kiłę za pomocą odczynu Wassermann'a i Kahna przeprowadzano jednocześnie badania krwi mikrometodą według Chodiaka. Suchy odczyn krwi na kiłę według Chodiaka, zalecany przez Dahra, dzięki taniości i możliwości szybkiego wykonania służyć może jako środek orientacyjny przy rozpoznaniu tego schorzenia. Istota odczynu polega na pobraniu kropli krwi na odfłuszczone szkiełko podstawowe, rozcieraniu tej krwi w ciągu około 30 sekund brzegiem drugiego szkiełka. W ten sposób odwłókni się i rozciera się krew na szkiełku. Do wysuszonej krwi dodaje się 0,03 cm³ 3,5% roztworu NaCl, który nie powinien stać dłużej niż 3 dni. Po dodaniu roztworu soli trzęsie się szkiełko w lejku rozdzielczym; po 1/2-godzinnym trzymaniu szkiełka w wilgotnej komorze w ciepłocie pokojowej można odczytać wynik odczynu. Stwierdzenie pod mikroskopem drobnej brązowej ziarnistości przemawia za ujemnym wynikiem, w dodatnym odczynie widzi się w czerwono-brązowym płynie duże czarne kłaczkі. Na zasadzie liczego zbadanego materiału autor dochodzi do wniosku, że suchy odczyn krwi jest nie wystarczającym przy rozpoznaniu kiły i że

każdy dodatni wynik suchego odczynu krwi musi być sprawdzany za pomocą odczynu Wassermann'a i innych. Suchy odczyn krwi na kiłę służyć może jako środek orientacyjny i pomocniczy, szczególnie przy wykonywaniu dużej liczby badań S. A f t e r g u t.

Farmakologia i Toksykologia.

GREENE J. A., PAUL W. D. i FELLER A. E. Wpływ eufiliny na ciśnienie żyłne i na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w niedomodze serca oraz na zwężenie oskrzeli w astmie oskrzelowej. (Journ. of Amer. Medic. Assoc. 109, 1712, 1937).

W. G. H a r r i s o n jr. wykazał wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego u pacjentów z niedomogą serca i dodatni wpływ nakłucia lędźwiowego w tym stanie chorobowym. Wobec tego, że eufilina usuwa niejednokrotnie duszność w niedomodze serca, szczególnie zaś jego części lewej, autorzy zapragnęli się przekonać, jak się zachowuje ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem dożylnego zastrzyknięcia eufiliny, oraz czy istnieje równoległość między spadkiem ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego i ciśnienia żylnego. Oznaczano też dodatkowo działanie eufiliny na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach jego wzrostu wskutek spraw wewnętrzczaskowych oraz na objętość życiową płuc w napadzie astmy oskrzelowej. Zastrzykiwano dożylnie 0,48 g eufiliny w 30 cm³ soli fizjologicznej, przy czym zastrzyknięcie trwało od 3 do 5 minut. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i ciśnienie żyłne oznaczane były metodą zwykłą w milimetrach słupa wody. Zbadano ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego u 5 zdrowych, u 15 chorych z nadciśnieniem i miażdżycą tętnic, ale bez niedomogi narządu krążenia, u 6 chorych z niedomogą serca, wywołaną nadciśnieniem i miażdżycą tętnic, i u 4 pacjentów ze zmianami wewnątrzczaskowymi, powodującymi wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Ciśnienie żyłne oznaczane było u 5 zdrowych i u 9 chorych na niedomogę serca. W 6 przypadkach niedomogi narządu krążenia badany był jednocześnie wpływ eufiliny na ciśnienie żyłne i na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wreszcie zbadano działanie eufiliny w 5 przypadkach astmy, skojarzonej z przewlekłą chorobą płuc, i 11 przypadkach astmy na tle alergicznym. Zastrzyknięcie eufiliny we wszystkich przypadkach sprowadzało spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego stosunkowo najwybitniejszy u pacjentów ze zmianami wewnątrzczaskowymi. Spadek ciśnienia żylnego zaznaczał się przede wszystkim w niedomodze narządu krążenia. Obniżenie się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego u chorych na niedomogę krążenia następowało równoległe ze spadkiem ciśnienia żylnego. W napadzie duszności na tle astmy oskrzelowej, niezależnie od tego, czy astma skojarzona była z przewlekłą chorobą płucną, czy też chodziło o czystą formę alergiczną, dożylnie podanie eufiliny powodowało znaczny wzrost objętości życiowej płuc. Działanie eufiliny zaznaczało się najsilniej po wstrzyknięciu 20 do 25 cm³ wspomnianego roztworu, towarzyszyło mu zaś zmniejszenie się duszności i ustąpienie oddychania typu Cheyne-Stokesa. Spostrzeżenia autorów potwierdzają opinię Harrison'a, że pomiędzy wzrostem ciśnienia żylnego i ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego istnieje w niedomodze serca ścisły związek. Spadek obu tych ciśnień może być wywołany dożylnym podaniem eufiliny i wywiera dodatni wpływ na duszność. Eufilina zmniejsza również zwężenie oskrzeli w napadzie astmy oskrzelowej. Wyniki te rzucają pewne światło na działanie eufiliny w niedomodze narządu krążenia, ale mechanizm tego działania w dalszym ciągu nie jest jasny. Autorzy spodziewają się, że nowe badania, które już obecnie są w toku, dostarczą dodatkowych danych w tej sprawie.

Anna P i n e s o w a.

A. BAUDOUIN i J. LEWIN. **Przewlekłe stosowanie insuliny u człowieka; poszukiwania dawki krańcowej.** (C. r. Soc. Biol. 1936, Nr 121).

Minimalna dawka insuliny, wywołująca u człowieka hipoglikemię, waha się pomiędzy 0,01 i 0,02 jednostki międzynarodowej w ciągu godziny na kilo wagi. Dawka ta u psa wynosi 0,05 jedn. na kilo w ciągu godziny, co może zależeć od stosowania uśpienia w doświadczeniach na psach. S.

Lecznictwo.

Joseph MILLETT. **Dordzeniowe stosowanie rozpuszczalnego prontosisu.** (Journal of Amer. Medic. Assoc. 109, 2138, 1937).

Od czasu, kiedy D o m a g k wykazał lecznicze działanie prontosisu na zakażenia streptokokiem hemolizującym u myszy, dwie pochodne prontosisu, to jest prontosil rozpuszczalny i sulfanilamid, używane są powszechnie przeciwko rozmaitemu rodzajowi zakażeniom u człowieka. Istnieje cały szereg spostrzeżeń doświadczalnych, wykazujących działanie sulfanilamidu przeciwko trzeciemu typowi pneumokoka. W czasie epidemii zapalenia płuc, która miała miejsce w Pittsburgu, zanotowano, że z 9-cio osobowej grupy chorych, którzy otrzymali sulfanilamid, dwóch umarło i 7 żyje, podczas gdy z pozostałych, inaczej leczonych pacjentów, umarło 8, a tylko dwóch udało się utrzymać przy życiu. W szpitalu autora sulfanilamid sprowadził kryzys zapalenia płuc w ciągu 24 godzin od początku choroby, co jest sprzeczne z dotychczasowym doświadczeniem tego samego szpitala. Rozpuszczalny prontosil po wstrzyknięciu domięśniowym lub podskórnym jest wchłaniany bardzo szybko. Long i B l i s s wykazali ten związek w moczu już w 15 minut po wstrzyknięciu podskórnym i odradzają zastrzykiwań dożylnych ze względu na ich toksyczność. Dordzeniowe zastrzykiwania rozpuszczalnego prontosisu stosowane były tylko wyjątkowo. Autor przytacza opis jednego ze swoich poprzednich przypadków, w którym wstrzyknięcie dordzeniowe 60 cm³ rozpuszczalnego prontosisu w 3 dawkach w ciągu 24 godzin wpłynęło dodatnio na przebieg zapalenia opon mózgowych i na zapalenie płuc, wywołane trzecim typem pneumokoka. Równocześnie podawano doustnie sulfanilamid i domięśniowo prontosil rozpuszczalny. W przypadku, obecnie opisanym, stwierdzono u 53-letniej pacjentki zapalenie płuc i zapalenie opon mózgowych, wywołane trzecim typem pneumokoka. Początkowo po nakłuciu lędźwiowym wydobyto gęstą, zielonkawą ropę, w rozmazie zaś stwierdzone 18.500 leukocytów z 99% neutrofilów podzielonych. Jednocześnie wykazano olbrzymią ilość pneumokoka typu trzeciego. Następnego dnia po zastosowaniu 60 cm³ rozpuszczalnego prontosisu stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym zaledwie niewielkie ilości trzeciego typu pneumokoka. Mimo tego leczenia pacjentka umarła. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych uszkodzeń zależnych od zastosowanego środka. W związku z łatwym przenikaniem prontosisu do ośrodkowego układu nerwowego autor zaleca stosowanie rozpuszczalnego prontosisu dordzeniowo, połączone z doustnym podawaniem sulfanilamidu w tych zakażeniach oponowych, o których wiadomo, że reagują na wyżej wspomniane połączenia chemiczne.

Anna P i e s o w a

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

Louis RAMOND. **Owrodzenia języka.** (La Presse médicale Nr 91, 1937 r.).

Autor w związku z klinicznym przypadkiem owrodzenia kilakowego na języku zastanawia się nad różnicowaniem owrodzeń na języku: 1. Owrodzenia pochodzenia zębowego, umiejscowione zwykle na obwodzie języka w pobliżu ułamanych zębów, pienków i t. p., bolesne. 2. Owrodzenia urazowe, w wiadomości jest mowa o oparzeniu, skaleczeniu i t. p. 3. Owrodzenia nowotworowe występują najczęściej u mężczyzn w wieku od 40—60 lat, często u kiłowych z leukoplazjami, sadowią się

na obwodzie języka lub u podstawy w pobliżu migdałków, są twarde, o brzegach nacieczonych, łatwo krwawią, wydzielają ropną, cuchnącą wydzielinę; ważnym objawem jest powiększenie gruczołów podszczękowych (twarde, niebolesne). 4. Owrodzenia gruczołowe występują w gruczołach, sadowią się na środku języka; są miękkie, o brzegach nieregularnych, bardzo bolesne; na dnie owrodzeń nieraz znajdują się t. zw. żółte ziarna Trélat. 5. Owrodzenia kilakowe u osobników — kiłowych, okrągłe, głębokie, o podstawie nienacieczonej, nie sprawiają w ogóle żadnych dolegliwości, tak, że nieraz chorzy nie wiedzą o istnieniu owrodzenia i wykrywają je przypadkowo (tak było np. w przypadku, opisanym przez autora). Gruczoły podszczękowe reagują. Owrodzenia kilakowe bardzo szybko się goją pod wpływem leczenia swoistego. G. K a p ł a n ó w n a.

J. DARIER. **Owrodzenia troficzne jamy ustnej i jam nosowych i zagadnienie nerwów troficznych.** (Annales de Derm. 1937, Nr 7).

Autor opisuje dwa przypadki przewlekłych owrodzeń języka i jamy nosowej; przypadki te dotyczą chorych z wiałem rdzenia i zgodnie z Fournierem nazywa je Darier „mal perforant buccal et nasal“. Zastanawiający był obraz histologiczny: stwierdzono brak odczynu zapalnego, brak nacieku komórkowego, niezmienione drobne naczynia o niezmienionych ścianach i zachowanym świetle—czyli brak odczynu witalnego, zjawisko, które Darier określa mianem abiotrofii. W przypadku trzecim, gdzie chorej dokonano neurotomii nerwu trójdzielnego po zwojem Gassera z następczymi zaburzeniami nerwowymi w postaci zaniku połowy twarzy, zniesieniem czucia dotyku, bólu i temperatury, — powstało owrodzenie na wyrostku zębodołowym. Badanie histologiczne wykazało martwicę części środkowej owrodzenia; w głębi wykryto odczyn zapalny w postaci nacieku komórkowego, co różniło ten przypadek od dwóch poprzednio opisanych. We wszystkich trzech przypadkach chorzy byli dotknięci ciężkim schorzeniem nerwów danej okolicy; należy wnioskować, że na drodze nerwowej doszedł do skutku wpływ anormalny albo też nastąpiła niedostateczność wpływu nerwowego normalnego, od czego zależą zaburzenia troficzne. Autor zastanawia się nad zagadnieniem roli nerwów w trofizmie tkanek, nad mechanizmem czynności troficznej. Wpływ troficzny wywierany jest przez układ nerwowy, częściowo przez nerwy układu mózgowo-rdzeniowego, przeważnie nie zbiega się całkowicie z czynnością naczynioruchową tych nerwów. Co do mechanizmu czynności troficznej, to doświadczenia naukowe ostatnich czasów wykazują, że wpływ troficzny ma egzystencję materialną, gdyż składa się z substancji, którą można oddzielić od włókien nerwowych i przenieść w roztworze. Szkoła angielska na zasadzie doświadczeń fizjologów wykazała, że czynność nerwów polega na mechanizmie chemicznym. Już przed 30 laty Elliot wypowiedział hipotezę, że transmisja pobudzenia nerwowego odbywa się za pośrednictwem pewnej substancji (według Elliota — adrenaliny). Henry Dale twierdzi, że przejście oddziaływania nerwowego z neuronu na komórkę mięśniową, gruczołową lub inny neuron odbywa się za pośrednictwem przekaźników chemicznych. Za to odkrycie otrzymał Dale nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii za rok 1936, jak również i Otto Loewi, którego doświadczenia bardzo proste potwierdziły twierdzenie Dale. Zasadnicze doświadczenie Loewiego jest następujące: gdy będziemy drażnić włókna współczulne lub włókna nerwu błędnego serca żaby, odpowiednio zmieni się rytm uderzeń, ich amplituda itd., i gdy następnie przepłukać to serce płynem Ringera i płyn ten przenieść do innego serca niedrażnionego, wtedy to drugie serce wykaże odpowiednie zmiany rytmu, amplitudy; stąd wniosek, że drażnienie nerwów wyzwala substancje, które w roztworze można przenieść. Czynniki chemiczne, który reprezentuje wpływ nerwów, jest identyczny, według niektórych, z adrenaliną (n. współczulny), lub acetylcholiną (n. błędny). Dalsze doświad-

czenia wykazują, że różne zjawiska biologiczne, jak np. anafilaksja, zależne są od interwencji substancji czynnych, które zdolno wyodrębnić; we wstrząsie anafilaktycznym ta substancja posiada właściwości chemiczne i farmakodynamiczne histaminy (Unger i Parrot). Według Reilly zjawiska alergii i nietolerancji zależą od mechanizmu czynności nerwów współczulnych spełnionej za pośrednictwem sympatiny; identycznej z adrenalina lub do niej zbliżonej. Cytrynik.

Choroby narządów trawienia.

N. A. KWIEDIN i SZICH - MAMIETBIEKOW. Leczenie krwotocznych zapaleń zakaźnych jelita grubego chlorem. (Sow. wracz. żurn. 1936. Str. 1861).

Stosowano wodę chlorową (1:50000) w postaci ławatyw w ilości 600—900 ctm³ na ławatywę. Ławatywy były robione 1—2 razy dziennie po uprzednim przepłukaniu jelita grubego ciepłą wodą. Leczone osób 61, najlepsze wyniki dawało leczenie przypadków ostrych. W 39 przypadkach otrzymano zmniejszenie liczby wypróżnień, w wielu razach nawet dochodziło do zaparcia, krew przestała się pokazywać, ilość śluzu zmalała. Rozwolnienie ustawało po 4—6 ławatywach, dla pewności dodawano jeszcze 2—4 ławatyw. Oprócz stosowania leczniczego ławatywy chlorowe mogą być stosowane przeciwko nosicielstwu i profilaktycznie w miejscowościach, narażonych na zakaźne zapalenia krwotoczne jelita grubego. S.

B. J. ROSIN. W sprawie czynników, usposabiających do powstawania wrzodu żołądka i dwunastnicy. (Wracz. dzieło 1937. Str. 23—27).

A. przestudiował 600 przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy. Większy odsetek stanowili mężczyźni (94%), w tym w wieku 21—45 lat było 83%. Trwanie choroby do lat 4. Pod względem zawodu chorzy, dotknięci wrzodem żołądka lub dwunastnicy, stanowili 1% wszystkich badanych robotników, a spośród nich najwięcej, bo 2% było garbarzy. Praca w temperaturze wysokiej nie miała wpływu na częstość schorzenia. Pod względem kwasoty soku żołądkowego okazało się, że w 13% była podkwaśność, w 26% norma, w 60% nadkwaśność, przy czym stosunki pod względem umiejscowienia wrzodu (żołądek czy dwunastnica) są jednakowe. S.

Choroby płuc.

G. E. BENJAMINS. Odma sztuczna po przedziurawieniu oskrzela ciałem obcym. (Acta otolaryngol. 1937. XXV).

5-letnia dziewczynka aspirowała mały gwóźdź, który tkwił w prawym oskrzelu około 3 miesięcy. Rentgenogram wykazał bezdech średniego i dolnego płata prawego płuca. Koniec gwóźdźa przebił oskrzele. Po usunięciu gwóźdźa drogą bronchoskopii wystąpiła odma na szyi i w ograniczonym stopniu w śródpiersiu. Ażeby zablokować czynność prawego płuca i tą drogą nie dopuścić do dalszego przenikania powietrza do śródpiersia, założono odmę sztuczną z prawej strony. Dziecko wyzdrowiało. Po 6 miesiącach zdjęcie rentgenowskie jeszcze wykazywało retrakcję dolnego płata prawego i rozszerzenia oskrzela. S.

W. ALWENS i W. JORAS. W sprawie zawodowego raka płuc. (Arch. Gew. Path. u. Gew. Hygiene 1936. Str. 532—537).

Opis choroby robotnika, który z przerwami w ciągu 16 lat pracował w przemyśle chromowym, a ostatnie 5 lat w anilinowym. W r. 1933 wystąpiło u niego cierpienie płucne, które było rozpoznane jako zapalenie prawego płata dolnego, następnie od czasu od czasu kaszel i podskok ciepłoty ciała. W r. 1935 rozpoznano rentgenologicznie raka płuc. W r. 1936 — śmierć. W szczegółowym opisie badania pośmiertnego wspomina się o znalezieniu w płucach chromu, którego znaleziono tu 2 mgr. Przypadek ten wszedł do liczby 15, które autorzy przytoczyli w niedawno ogłoszonej pracy jako dowód możliwości rozwoju nowotworu płuc u pracujących długo z chromem. W danym przy-

padku choroba postępowała, chociaż chory już od dłuższego czasu porzucił pracę w przemyśle chromowym. S.

E. TÖNGES i H. KALBFLEISCH. Drugi przypadek marskości płuc w następstwie działania radu u zawodowca. (Frankf. Z. Pathol. 1936. Str. 100—121).

Pierwszy przypadek dotyczył chemika, który po 2 latach pracy z radem zaczął skarżyć się na duszność i po następnych 2 latach zmarł z rozpoznaniem *cirrrosis pulmonum*. W przypadku tym był dowiedziony związek choroby z działaniem radu i anty-sanitarnymi warunkami pracy. W drugim przypadku 24 letnia kobieta od 18 roku życia była zatrudniona w tejże pracowni. Od r. 1933 po zapaleniu płuc grypowym postępujące chudnięcie i podejrzenie gruźlicy. Od r. 1934 duszność. Rentgenologicznie — *cirrrosis pulmonum*, co też potwierdziło badanie zwłok. Określenie ciał radioaktywnych wykryło największą ich zawartość w mleczu piersiowym, żebrach i kościach udowych. W płucach względnie mała zawartość radu, ale więcej, niż w wątrobie, śledzionie i sercu. Autor uważa drogi oddechowe za wrota wnikięcia radu do ustroju. S.

Choroby serca i naczyń.

C. PRIMA. O przyczynach umiejscowiania się zakrzepów. (Zentralbl. f. Chir. Nr 1, 1938).

Jak wiadomo ze spostrzeżeń klinicznych i anatomopatologicznych, zakrzepy mają pewne wybiórcze umiejscowienie się. O ile w zakresie głowy, szyi, kończyn górnych i klatki piersiowej stanowią one rzadkość, są one nader częste w miednicy i w kończynach dolnych, szczególnie w lewej. Dalej wiadomo, że zakrzepy żyłne są trzykrotnie częstsze, niż zakrzepy tętnicze. W/g A s c h o f f a, mają tu odgrywać pewną rolę zwolnienie prądu krwi, uszkodzenie ściany żyłnej i zmiany w składzie krwi. Autor przeciwstawia się temu ogólnie przyjętemu pogładowi i podaje, że zasadniczą przyczyną leży w samej krwi — mianowicie krew żylna zawiera już w warunkach fizjologicznych produkty rozpadowe procesów przemiany materii, z których to produktów zostaje otruta przez wątrobę przy pomocy jonu chlorowego, glutationu, kwasu askorbinowego i t. p. W hipochloremii (częstej właśnie w stanach pooperacyjnych) brak chloru, a ponadto pooperacyjny zastój żylny w obrębie jamy brzusznej potęgują toksyczność krwi basenu żyły wrotnej. Zmieszanie się krwi żyły wrotnej z krwią żyły czczej prowadzi — jak wynika z doświadczeń *in vitro* H a v l i c k a i *in vivo* P a c h o u d a — do zakrzepów. Chodziłoby jeszcze o wykazanie połączenia między tymi obszarami żylnymi; takimi połączeniami układu ż. wrotnej z układem ż. próżnej mają być, w/g autora, spłoty żyłne: krwawniczy górny i dolny, z których górny należy do układu żyły wrotnej, a dolny do żyły próżnej. Ponadto jest połączenie pomiędzy spłotem krwawniczym a krokowym i macicznym oraz pęcherzowym. Wreszcie mają być połączenia pomiędzy spłotem wiciowatym powrózka nasiennego a żyłą esowatą (*v. sigmoidale*) i krezkową i, rzadziej, spłotu krwawniczego z żyłą odpiszczelową i udową. W miejscu połączeń mają być zastawki, które zapobiegają cofaniu się krwi żyły wrotnej do innych układów, ale właśnie momenty sprzyjające, jak np. wzmożona tłocznia brzuszna (kaszel, wymioty i t. p.), wtłaczają, w/g autora, krew do układu żyły próżnej. Zatem warunki anatomiczne tłumaczą i wprost wyznaczają zakrzepom umiejscowienie. Częstsze występowanie po lewej stronie zakrzepów tłumaczy autor właśnie liczniejzszymi zespoleniami żylnymi po stronie lewej. Autor na podstawie swoich spostrzeżeń odnosi się krytycznie do zalecanego ogólnie dla zwalczania zastojów żylnych w kończynach dolnych t. zw. spaceru w łóżku, wychodząc z założenia, że ruchy kończyn dolnych dodają do wzmożonej pooperacyjnej ilości polipeptydów i t. p. ciał rozpadowych krwi żyłnej dalsze produkty zakwaszające (kwas mlekowy), powstające podczas pracy mięśni kończyn dolnych. K. P o l l a k.

Edward V. SWIFT i Harry L. SMITH. Całkowite rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe, skojarzone z zapaleniem płuc i z zapaleniem otrzewnej. (Journ. of the Amer. Medic. Assoc. 109, 2038, 1937).

Jak wiadomo, reumatyczna infekcja jest najczęstszą przyczyną bloku serca. Niektórzy przypisują również znaczenie etiologiczne błonicy, grypie, szkarlatynie, anginie i powolnemu zapaleniu wsierdza. Przypadki bloku serca, występującego w czasie lub bezpośrednio po zapaleniu płuc, spostrzegane były bardzo rzadko. Jednak nawet wielkie istniejące publikacje z tej dziedziny zostały ostatnio zakwestionowane, tak, że Mahaim na podstawie dokładnego przeglądu dotychczasowego piśmiennictwa nie mógł znaleźć ani jednego dowodowego spostrzeżenia. Praca autorów dotyczy dziewczynki lat 15, u której zapalenie otrzewnej wystąpiło jako skutek zapalenia wyrostka robaczkowego. W piątym dniu choroby dotęczyło się zapalenie płuc, obejmujące dolny płat prawego płuca. W ósmym dniu choroby zanotowano spadek częstości akcji serca z 104 do pięćdziesięciu par na minutę. Dokonane badanie elektrokardiograficzne wykazało całkowite rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe, przy czym liczba skurczów przedsionków była nieco niższa od liczby skurczów komór na minutę. Dziesiątego dnia choroby, mimo że zapalenie płuc poczęło ustępować, pacjentka zmarła. Badanie autopsyjne stwierdziło: ostre zapalenie otrzewnej, ostre zapalenie opłucnej odpowiednio do dolnego płata prawego płuca i ślady przebiegłego procesu pneumonicznego. W wysięgu opłucnowym i otrzewnowym wykazano gramodatnie dwinki, ale hodowle nie udały się. Na seryjnych przekrojach układu przewodzącego spostrzeżono niewielkie zmiany w obrębie węzła przedsionkowo-komorowego, które stawały się coraz wyraźniejsze na przebiegu pęczka Hisa i jego gałęzi ku dołowi. Zmiany polegały na obrzmieniu cytoplazmy i na zwyrodnieniu ziarnistym. Stwierdzono także utratę prądkowania i słabsze, niż zwykle, zabarwienie komórek. Prawa i lewa gałąź pęczka Hisa były najbardziej uszkodzone, podczas gdy mięsień przedsionkowy i komorowy wykazywał tylko w niektórych okolicach ten sam typ zwyrodnienia.

Anna Pinesowa.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Erich URBACH. Skóra a wątroba. (Referat wygłoszony na międzynarodowym Zjeździe w Vichy we wrześniu 1937 r. Pamiętnik Zjazdu).

Postępy wiedzy współczesnej w dziedzinie badań składników chemicznych krwi, moczu i tkanek pozwoliły w latach ostatnich dokładniej sprecyzować znaczenie czynności wątroby w ustroju. Wystarczy wymienić z jednej strony wpływ na procesy przemiany białkowej, węglowodanej i tłuszczowej, z drugiej strony produkcję żółci i działanie rozkładające i odtruwające na produkty, wessane w jelicie cienkim, wreszcie rolę wątroby w regulacji przemiany wodnej i witaminowej, by zrozumieć, że najmniejsze zaburzenia w działaniu tego skomplikowanego mechanizmu mogą spowodować zaburzenia i w innych narządach i zmiany skórne. Zaburzenia te ująć można w 3 wielkie grupy: I. Choroby skóry, spowodowane przez uszkodzenie czynności wątroby: a) skutkiem retencji produktów toksycznych, b) skutkiem powstawania w ustroju substancji uczulających. II. Choroby wątroby, będące następstwem chorób skórnych. III. Choroby wątroby i skóry, wywołane przez wspólny czynnik szkodliwy. Ad Ia. Najczęstszym objawem skórny choroby wątroby jest żółtaczka. Z bezpośrednich przyczyn żółtaczki wymienić należy: utrudnienie w odpływie żółci, nadmierną produkcję barwników żółciowych poza wątrobą, uszkodzenie mięszu wątroby. Brugsch odróżnia jeszcze żółtaczkę dermatogenną, której przykładem ma być żółtaczka noworodków, ale sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie wysświetlona. Objawami wtórnymi, towarzyszącymi żółtaczce, są swędzenia, wtórne zakaże-

nia skóry gronkowcami lub łańcuszkowcami, pokrzywka, zliszajowacenia i t. p. Z innych zmian barwnikowych częste są t. zw. „plamy wątrobowe“, polegające na złożach melaniny w warstwie rozrodzkiej skóry, bez obecności barwników w moczu i bez bilirubinemii. Niedomoga wątroby, prowadząca do dostawiania się do krążenia różnych substancji trujących, normalnie rozkładanych i odtruwanych w wątrobie, staje się powodem zmian skórnych, obejmowanych mianem dermatoz. Badania czynnościowe wątroby (Wiedmann) wykazują w tych przypadkach obecność zaburzeń w przemianie węglowodanowej lub białkowej i mają pewne znaczenie diagnostyczne. Na podłożu zaburzeń wątrobowych powstają w wielu przypadkach pokrzywki, swędzenia, wypryski, o czym świadczy fakt, potwierdzany przez licznych badaczy, ustępowania tych zmian pod wpływem insuliny z glukozą i diety ubogiej w tłuszcze i ciała azotowe. Autor cytuje szereg przypadków opornych na inne leczenie, a wyleczonych insuliną i odpowiednią dietą. W przypadkach opryszczki (*hydra vaccinoformis*) stwierdzono zaburzenia wątrobowe, powikłane produkcją porfiry, która uczula skórę na działanie promieni słonecznych. Podłożem tego stanu jest w większości przypadków kiła i alkoholizm. Ciekawe, że uczulenie skóry dotyczy tylko części widma słonecznego, mianowicie fal dłuższych, podczas gdy fale krótkie są zupełnie nieszkodliwe. Perutz stwierdził doświadczalnie na zwierzętach, że wątroba zdrowa przekształca porfiryne w barwniki żółciowe, zaś wątroba zwierzęcia, zatrutego sulfonalem, przepuszcza porfiryne, która zostaje wydalona z moczem. Niedomogę wątroby z porfyrurią stwierdzono poza opryszczką w wyprysku, rumieniu wielopostaciowym i t. p. Sama grupa schorzeń skórnych zależy od zaburzeń przemiany lipidowej wątroby. Tu przede wszystkim wymienić należy t. zw. *xanthelasma* i *xanthelasma-tosis*, występujące nieraz o kilka lat wcześniej od żółtaczki, jako pierwsze objawy zaburzeń wątrobowych. Schaff w swych doświadczeniach na zwierzętach m. in. uszkadzał wątrobę promieniami Roentgena i w następstwie otrzymywał *xanthelasma*. Ad Ib. Według badań Dujardina i Decampsa, wątroba unieszkodliwia albuminy, dostające się do krążenia z przewodu pokarmowego. W niewydolności wątroby albuminy dostają się do krążenia w postaci niezmienionej i, działając jako antygen, powodują powstawanie przeciwciał. Manifestacją tego stanu stają się dermatozy i zaburzenia na narządach wewnętrznych. Taką jest właśnie, wg. autora, patogenne niektórych przypadków pokrzywki i obrzęku Quinkesa, dających się wyleczyć przy pomocy zastrzykiwań z wątroby i odpowiedniej diety. Ad II. Matsuno b w swych obserwacjach na chorych wypryskowych w 30% przypadków stwierdził zaburzenia wątrobowe i przyszedł do wniosku, że pewna część tych zaburzeń jest nie przyczyną, lecz następstwem cierpienia skórno. Tezę tę potwierdziły jego doświadczenia na zwierzętach. Również Tanae, wywołując u królików wyprysk przez zastosowanie *Ol. Crotonis*, stwierdzał następce czynnościowe upośledzenie działania wątroby. Ad III. Działanie wspólnego czynnika szkodliwego na wątrobę i skórę da się zaobserwować w t. zw. diabète bronzé. Wg. badań różnych autorów, tym wspólnym czynnikiem jest wadliwa przemiana materii. Schorzenie charakteryzuje zespół następujący: brunatne zabarwienie skóry, marskość wątroby, cukromocz. Leczenie chorób skóry w wątrobie. Rezultaty są bardzo różnorodne, na ogół dodatnie. Spiehoff otrzymał dobre wyniki w leczeniu zapalenia skóry posalwarsanowego. Niektórzy autorzy nawet sądzą, że stosowanie jednoczesne wyciągów z wątroby podczas kuracji salwarsanowej zapobiega powikłaniom. Również dobre rezultaty otrzymali inni autorzy w leczeniu łuszczycy, opryszczki, wyprysku i t. d. Poza zastrzykowaniami z wyciągów wątrobowych stosowano dietę ubogą w tłuszcze i białka, cukier gronowy dożylnie i insulinę podskórnie do 30 jednostek dziennie.

G. Kapłanówna

Celem spotęgowania działania przeciwświądowego dodajemy do powyższych maści (względnie do t. zw. miękkiej pasty cynkowej: *Zinci oxyd. 9,0 Talci 6,0 Vaseline ad 50*); Anestezynę (5—10%), Bromocol (5—15%), a przede wszystkim przetwory dziegciowe, jak np. Tumenol, *Liq. carbon. deterg.* (1—10%), *Ol. cadini* (1—10) itp; w niektórych przypadkach szybko działa roztwór fenolu (1—2%) w spirytusie, względnie w maści; w przewlekłych przypadkach nieraz korzystnie wpływa chrysarobina (0,1—1%), zarobiona w maści albo wysokoku.

Oczywiście, że wymienione środki mocniejsze mogą być stosowane wyłącznie w przypadkach o skórze nieporażnionej (!)

Należy przede wszystkim zwalczyć stan zapalny (wyprysk, łuszczykę i t. p.), a potem dopiero — według reguł, obowiązujących w dermatologii — stosować leki mocniej działające. Dotyczy to też stosowania lampy kwarcowej, która dodatkowo wpływa na świąd.

Pragnąłbym jeszcze wspomnieć o t. zw. „prasowaniu“ skóry swędzącej (niezmienionej!; w t. zw. „*pruritus sine materia*“) za pomocą płaskiej butelki, wypełnionej wodą gorącą. Prosty ten zabieg objawowy nieraz koi momentalnie.

—o—

Osobnego omówienia wymagają: świąd odbytnicy, wzgl. sromu.

W świądzie odbytnicy — poza ogólnymi przyczynami — należy pamiętać o schorzeniach słuzówki (szczeliny, *fissura ani*, *varices haemor.*); w postępowaniu leczniczym również należy przede wszystkim stosować maści łagodzące, później dopiero przystąpić do środków mocniejszych. Gorące nasiadówki, przecierania (2 razy dziennie) roztworem wodnym sublimatu (0,1%), puder kalomelowy, niekiedy oddają dobre usługi.

Świąd sromu (często prowadzący do marskości — *craurosis vulvae*) uwarunkowany jest — poza już wymienionymi przyczynami ogólnymi — zaburzeniami miesiączkowania, wzgl. życia płciowego, robakami (*oxyuris*), zmianami grzybicowymi, *vaginitis granulosa*, polipami, nowotworami.

Poza wymienionym wyżej postępowaniem leczniczym należy pamiętać o hormonoterapii, która nieraz działa bardzo szybko (*folliculina* co 2-gi dzień w następujących dawkach: 3×1.000 j.; 3×5.000 j.; 3×10.000 j.; 6×50.000 (N.B. należy się spodziewać dobrego wyniku tylko po stosowaniu dawek dużych!))

Serie takie powtarza się ew. kilkakrotnie w odstępach miesięcznych.

W przypadkach rozpaczliwych: postępowanie chirurgiczne (iniekcje alkoholu do dużych warg, rezekcja *nervi praesacralis*, wzgl. *plexus hypogastr. sup.*, a nawet wulwektomia). Stosujemy (zarówno w świądzie sromu, jak i w innych ograniczonych swędzeniach) poza tym naświetlania promieniami Roentgena, wzgl. Buckyego, psychoterapię.

—o—

W przypadkach wybitnego swędzenia graniczącego z bólem (*herpes zoster*, *neurodermitis circumscripta*, *craurosis vulvae*, *pruritus ani*) stosujemy w oddziale leczenia histaminą, wprowadzoną niedawno do lecznictwa dermatologicznego przez autorów francuskich. W kilkunastu przypadkach uzyskaliśmy wyniki zadawalające; w kilku — natomiast leczenie to okazało się bezskuteczne. Stosujemy roztwór 0,005 histaminy w 1 cm wody destylowanej, do której dodana jest 1% nowokaina i 1 kropla adrenaliny 1%. (Histamina wywołuje ból!). Histaminę podajemy we wstrzykiwaniach doskórnych: zakładamy 6—8 ła-bli w obrębie swędzącego ogniska. Zabieg powtarzamy co 2-gi dzień (4—10 razy). Ostatnio stosujemy również t. zw. metodę infiltracyjną, t. j. rozpuszczamy roztwór histaminy (bez znieczulającego dodatku) w 5 cm soli fizjologicznej i wstrzykujemy głęboko pod tkankę.

Aby uniknąć wstrząsu histaminowego (podobnego do hemoklastycznego) — spostrzeganego przez nas rzadko — zaleca się nieprzekraczanie (na jednym posiedzeniu) $\frac{1}{2}$ cm roztworu.

Przeciwwskazane jest leczenie histaminą u wągotoników i osobników z zaburzeniami krążenia.

—o—

Na zakończenie pragnąłbym zwrócić uwagę na niektóre niewłaściwości, popełniane przez lekarzy praktyków:

1) często widujemy u chorych recepty na maści, składające się z wielu (do 10-ciu) składników, prze-ważnie przetworów, w stężeniu dużym. Skutek — wy-bitne podrażnienie skóry!

2) *Mentol*, stosowany na skórę chorą, wywo-luje często podrażnienie skóry.

3) *Kokaina*, wzgl. jej pochodne — często za-pisywana — nie wywiera żadnego działania na skórę (swędzącą) niezmienioną.

4) Należy pamiętać, że kojąco działają środki (maści) najłagodniejsze!!

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Przetaczanie krwi konserwowanej.

Podał

M. SZEJNMAN (Warszawa).

(Dokończenie — patrz nr 6).

Użycie krwi konserwowanej umożliwia zastosowanie odmiennej techniki samego przetaczania, co niekiedy oddaje b. duże usługi. Korzystać można z a) frakcjonowanego przetaczania i b) długotrwałego kropelkowego przetaczania krwi.

a) Zasadą frakcjonowanego przetaczania krwi jest mieszanie do jednej transfuzji dla jednego biorcy

najrozmaitszych rodzajów krwi. Zastosował to po raz pierwszy Bielenkij. Używał on do jednego przetaczania nie tylko krwi przechowywanej przez różne odstępy czasu — ale krwi konserwowanej z krwią świeżą, albo krwi uniwersalnego dawcy z krwią odpowiedniej grupy dla biorącego. Posunął się nawet tak daleko, że łączył krew o różnej przynależności grupowej. Wyniki otrzymywał zawsze dobre, reakcja nie cięższa, niż przy użyciu tylko jednej krwi, powikłań, wstrząsów i t. d. nie widywał. Podkreśla Bielenkij, że powikłania zależą nie od tego, co się przetacza — ale komu się przetacza; chorzy z małopłytkowością samoistną źle reagują na transfuzje.

Sposób łączenia różnych frakcyj krwi ze sobą umożliwi wykorzystanie nawet najmniejszych ilości krwi.

b) Długotrwałe kropelkowe przetaczanie krwi polega, jak nazwa sama wskazuje, na powolnym podawaniu krwi kroplami do żył biorcy. Irygator, wypełniony krwią do przetaczania, podgrzaną w taki, czy inny sposób do t⁰ ciała, umieszczamy powyżej poziomu chorego. Dla uniknięcia opadania krwinek na dno, a gromadzenia się osocza powyżej — przepuszczamy przez krew od dołu stały strumień tlenu ze znajdującego się obok balonu. Filtr, znajdujący się na dnie irygatora, uniemożliwia przedostawanie się cząstkom stałym. Po wypchnięciu powietrza z rurki odprowadzającej irygatora — aparatura gotowa jest do użycia. Dokonywamy wenesekcji, igłą umocowujemy w żyłę, jak zwykle, jedwabiem i łączymy z aparatem.

Uregulowanie szybkości wypływu krwi do 3 cm³ na minutę jest ostatnią czynnością. Czas trwania transfuzji od 48—72 godzin.

Ilość przetoczzonej krwi dochodzić może nawet do 5 l., przeciętnie waha się w granicach od 1 l. do 2—3 l.

Korzyści, otrzymane z tego sposobu przetaczania, są oczywiste. Ostry krwotok wymaga szybkiego podania dużej ilości krwi — ale stany z długotrwałą, powolną utratą krwi, z powoli rozwijającą się, ale b. daleko posuniętą anemią wymagają metody odmiennej.

Układ krążenia takiego chorego nie potrafi przystosować się do nagle zmienionych warunków i załamie się ostatecznie.

Długotrwałe i powolne przetaczanie krwi nie obciąża zbyt serce, a równocześnie stale będzie poprawiało warunki ukrwienia i odżywiania. W ten sposób w trakcie samej transfuzji serce będzie przygotowywało się do przyjmowania co raz to nowych porcji.

Obawy co do powikłań, spowodowanych zakrzepami, zawałami, zatorami powietrznymi, zapaleniem lub martwicą żyły itp., są płonne.

Liczne transfuzje, wykonane w ten sposób zarówno w Anglii (Kewkwick i Kember), jak i w Rosji miały przebieg zupełnie dobry i prawidłowy.

Gukasjan wprowadzał kaniulkę do żył na przeciąg 3 dób — po czym żyłę wycinał i badał histologicznie. Pokazało się, że w odcinkach czasu mniejszych, niż 72 godziny, w żyłach żadnych zmian nie było, dopiero po upływie 72 godzin rozpoczynał się powolny naciek w tkance okołozylnej.

Zestawicnie zostały dotychczas zmiany we krwi, zachodzące podczas jej przechowywania poza organizmem — i chociaż stwierdziliśmy, że na ogół zachowuje ona swoje właściwości — najważniejszym będzie problem — jak ta krew zachowa się w żyłach dawcy, jakim zmianom ulegnie sama przy zetknięciu z żywym organizmem — i jakie zmiany w tym organizmie spowoduje?

Zagadnienie to b. szerokie i wymagające oddzielnego omówienia zostanie tu wyświetlone tylko w najogólniejszych zarysach.

Podstawowe znaczenie dla oceny wartości przetaczania krwi będzie miało zestawienie statystyczne.

Centralny Instytut Przetaczania krwi w Moskwie i jego filie na prowincji wykonały 6.345 przetoczeń krwi konserwowanej, z tego:

2790 konserwowano 6% na. citricum;

2074 konserwowano I. P. K.

1481 innymi środkami konserwującymi.

Judin wykonał przeszło 1000 transfuzji krwi

ze zwłok do r. 1936. 2 zejścia śmiertelne spowodowane były nieodpowiednim określeniem grupy i posocznica ogólną, spowodowaną zakażeniem przyrannym.

Skundina dokonała 167 transfuzji ze zwłok bez powikłań, a Artjunian na 50 przetoczeń miał 2 zejścia śmiertelne u ludzi uprzednio już chorych na nerki. Reakcje na przetoczenie były na ogół łżejsze i rzadsze (według Skundinej 4 razy), niż przy przetaczaniu krwi od żywego dawcy.

Krew łożyskowa przetaczana była przez Malinowskiego, Smirnowa, Bojarszinowa, Tarsanowa, Barenboima, Kapłana zawsze z b. dobrymi wynikami. Danych liczbowych nie znalazłem. Krew ludzi chorych na zapalenie nerek lub z mocznicą przetaczana była przez Spasokukockiego, Grawdowa, który wykonał 142 tego rodzaju transfuzje. Gusewa w 60 przypadkach Derżawca, który ogółem zużył 8 l. tego rodzaju krwi — zawsze z dobrymi wynikami.

Krwia eklamptyczek posługiwała się Pokrowskaja do 49 transfuzji, dokonanych 37 chorym — wyniki, jak podaje autorka, lepsze były, niż przy posługiwaniu się krwią zwykłą.

Krew, pobierana od hipertoniców, od ludzi z urazami czaszki po ucięcie mózgowym, pobierana profilaktycznie przed groźącym zapaleniem płuc lub podczas obrzęku płuc — nie różni się niczym od krwi zwykłych dawców — wyniki więc nie będą odbiegały od normy.

Statystyka na materiale dziecięcym — a więc b. czołym — Szuwilina i Szpringwald. Udris również jest dobra. U nas Zaorski i Urbanczyk podają następujące dane liczbowe: na 277 transfuzji, dokonanych bezpośrednio od dawcy do biorcy 208 dzieciom — nastąpiło 6 wstrząsów. Liczba ogólna zejść śmiertelnych, spowodowanych nie powikłaniami przetoczenia, lecz chorobą podstawową — 105 — a więc blisko 50%.

Zestawiać, oczywiście, tych statystyk nie można ze względu na brak danych sowieckich autorów oraz niejednakowe podstawy zbierania materiału.

Fracjonowane przetaczanie krwi, stosowane było wielokrotnie przez Bieleńskiego, a długotrwałe kropelkowe przelewanie przez Winograd-Finkla, Dulcin, Jurkowską, Sokajana w Rosji, Kewkwicka i Kembera w Anglii, bez poważniejszych powikłań lub zejść śmiertelnych.

Wyniki powyższe — chociaż w b. skromnej mierze — znalazły potwierdzenie i na naszym gruncie. Popielski dokonał 2 przetoczeń krwi ze zwłok z dobrymi wynikami i 10 transfuzji przechowywanej krwi hipertoniców.

Statystyka Hessen-Filatowa, oparta na materiale 5000 transfuzji do 1935 r., podaje, że:

powikłania śmiertelne przy przetaczaniu krwi zwłok wystąpiły w 1,5%;

powikłania śmiertelne przy przetaczaniu krwi konserwowanej wystąpiły w 0,52%.

powikłania śmiertelne przy przetaczaniu krwi świeżej wystąpiły w 0,12%.

Przez pierwsze 3 kwartały 1936 r. nie zostały zanotowane w ogóle żadne powikłania przetaczania krwi.

Marat przedstawia 34 przypadki przetaczania krwi konserwowanej 26 osobom w Warszawie. Technika konserwacji zwykła, czas trwania najdłuższy 20 dni; w jednym przypadku przewieziono krew z Warszawy do Otwocka.

W żadnej z przytaczanych transfuzji powikłań nie było, a przebieg choroby po dokonanych zabiegu i wyniki otrzymane nie różniły się niczym od skutków przetaczania krwi bezpośrednio z żył dawcy.

Działanie fizjologiczne krwi konserwowanej na organizm biorcy nie różni się prawie niczym zasadniczym od skutków przetaczania krwi bezpośrednio od biorcy. Obok działania antyseptycznego, wzmożenia sił opornościowych i odpornościowych organizmu, zatrzymania krwawienia, polepszenia warunków ukrwienia i krążenia zauważono trwałe zmiany we krwi czerwonej i białej: zwiększenie się liczby erytrocytów, % hemoglobiny, neutrofilów, płytek it.d. Nie stwierdzono ani podniesienia poziomu bilirubiny we krwi, ani wzmożenia urobilinogenu w moczu. Jeżeli nawet przyjmujemy, że krwinki krwi przetaczanej podlegały rozpadowi w naczyniach biorcy, to czy przez bezpośrednie zadziałanie na organy krwiotwórcze, czy też za pośrednictwem układu siateczkowo-śródbłonkowego wybitnie wzmagają czynność krwiotwórczą, dostarczając równocześnie materiału do budowy.

Jedna jest tylko poważna różnica, której przyczyny uchwycić dokładnie nie można. Bilans azotowy po podaniu krwi świeżej jest dodatni, chociaż poziom N we krwi obniża się, widocznie organizm gromadzi sobie „rezerwę albuminową”. Podanie krwi konserwowanej powoduje powstanie ujemnego bilansu azotowego, wyrównywanego się po upływie 2 tygodni. W tym jednym przypadku krew konserwowana zachowuje się nie jak krew, lecz jak pozajelitowo pojęte białko.

Próby wytłumaczenia tego zjawiska zwiększeniem diurezy, która jakby wypłukuje N z ustroju, zawiodły; w sumie bowiem ilość moczu pozostaje mniej więcej bez zmian.

Reakcja ustroju na pojęcie krwi konserwowanej i ewentualne powikłania nie różni się niczym od oddziaływania ustroju na krew świeżą.

Odczyn ustroju charakteryzuje się dreszczami i gorączką. Ze względu na nasilenie tych objawów dzieli Bogdasarow odczyny na trzy stopnie: słaby, średni i mocny. Wszystkie inne objawy, występujące w trakcie lub po przetoczeniu, są już nie fizjologiczną reakcją, lecz patologicznym powikłaniem, spowodowanym najczęściej nieprawidłowym określeniem grupy, wprowadzeniem powietrza, stąd zator, zakażenie, podaniem krwi shemolizowanej, zbyt szybkim i raptownym pojęciem krwi itd.

Powikłania te w miarę doskonalenia się techniki i nabierania doświadczenia będą się stawały coraz radsze. Pewien jednak ułamek % tragicznych powikłań pozostanie zawsze jako spowodowany nieuchwytnymi dotychczas zmianami krwi. Czy chodzi tu o niewykryte dotychczas podgrupy, a więc zmiany jakościowe, czy tylko o zmianę miana aglutynacyjnego — a więc zmiany ilościowe — nie wiemy. Postaramy się jedynie pojąć obraz kliniczny i sposób leczenia tych powikłań.

Pierwszymi objawami grożącego wstrząsu, objawami, będącymi wskazaniem do natychmiastowego przerwania transfuzji, są pewne niedomagania ogólne: klucia w skórze, bóle opasujące i w okolicy krzyża (b. charakterystyczne), bóle głowy, wymioty; zaburzenia naczynio-ruchowe, powodujące naprzemian czerwienienia się i blednięcie, przy czym bardziej staje się widoczny odczyn sinawy, w następnych okresach bledność, tętno najpierw przyspiesza się później zwalnia, aż staje się nitkowate, wreszcie zupełnie niewyczuwalne. Przy

objawach gwałtownej duszności i coraz bardziej spadającego ciśnienia krwi następuje zejście śmiertelne.

Jeżeli rozwój zapaści nie jest zbyt szybki, zaobserwować można i odczyn gorączkowy, półpasiec, odczyn ze strony nerek, od krwimoczu począwszy, a na kompletnym bezmoczku skończywszy. Obok tego czasami dają się zaobserwować objawy rozpadu erytrocytów: podżółtaczkowe zabarwienie powłok, powiększenie i bolesność wątroby i śledziony, zwiększona ilość bilirubiny we krwi a urobilinogenu w moczu, podniesienie się ilości K w osoczu przy niezmienionym Ca.

Anatomiczną podstawą zapaści, jak to wykazały dane doświadczenia i kliniczne, jest rozkurcz włósniczek przy maksymalnym kurczu tętniczek. Rozkurcz włósniczek powoduje zgromadzenie się krwi w ich świetle, stąd objawy spadku ciśnienia, duszności itd. Kurcz tętniczek w nerkach powoduje bezmocz. Doświadczenia stwierdziły zmniejszenie objętości nerki i śledziony.

Poglądy na wytłumaczenie powodów i zaklasyfikowanie tego powikłania są rozbieżne.

Szwabauer — Meerson, Gurewicz. Bogomolec wszystkie powikłania potransfuzyjne tłumaczy jako „choc colloido-clastique”. Hesse i jego szkoła (21, 22, 51) rozróżniają następujące podgrupy: 1) nieswoisty odczyn białkowy, 2) wstrząs hemolityczny, 3) zatrucie patologicznie zmienioną krwią, 4) wstrząs anafilaktyczny.

Ze względu na ciężkość przebiegu rozróżniają: 1) ostrą postać sercową, 2) ostrą postać nerkową 3) postać lekką szybko przemijającą, 4) postać późną, b. rzadką.

Zapobieganie wstrząsowi po przetoczeniu sprowadza się do b. powolnego podawania krwi. Po pierwszych 10 cm³ i 50 cm³ robić należy parominutowe przerwy i uważnie obserwować biorcę — czy nie ma jakich zagrożających objawów.

Leczenie poza zwykłymi środkami nasercowymi wymaga wstrzyknięcia do torebki tłuszczowej około-nerkowej 1/2 % nowokainy, oczywiście, bez adrenaliny. Nakłucia dokonywa się najlepiej w okolicę, odpowiadającą rzutowi prawej nerki. Po przebicciu skóry i mięśni igła napotyka pierwszy opór, który należy pokonać. Drugi opór jest już stawiany przez nerkę. Cofnięcie igły pozwala na wlanie nowokainy właśnie do torebki tłuszczowej (80 cm³ 1/2 % nowokainy bez adrenaliny). Nowokaina, dyfundując poprzez torebkę tłuszczową do całej nerki, znosi kurcz tętniczek. Przełamanie kurczu w jednej nerce odruchowo zadziała i na drugą.

Zestawiając wszystko wyżej powiedziane o właściwościach krwi konserwowanej, o sposobach jej przetaczania i ich następstwach, uwzględniwszy przytaczane statystyki, obejmujące kilkanaście tysięcy przypadków — dojdź musimy do wniosku, że metoda przetaczania krwi konserwowanej wytrzymała w zupełności próbę, oparła się krytyce i zasługuje na jak najszersze stosowanie.

Nikłe wyniki, osiągnięte na tym polu u nas, powinny być bodźcem do podjęcia energicznej pracy w tej dziedzinie.

PIŚMIENICTWO.

1. Akkerman, Filatow: Sowjetskaja Chirurgja. Tom. VII. wyp. 2—3. 1934.
2. Aleksandrowicz: Lekarz Wojskowy. 1937. Tom XXIX. 3 i 4.
3. Aleksandrowicz: Polska Gazeta Lekarska 1935 zeszyt 34 i P. G. L. zeszyt 13.
4. Anczelewicz: Sow. Ch. 1936, zeszyt. II.
5. Artjunian i Szwedski: Sow. Ch. Tom. VII. wyp. 2—3

1934. 7. Bogdasarow: *Le Sang*. 5. 1937. 8. Bałachowski, Ginzburg: *Sow. Ch. Tom. VII*, wyp. 2—3. 1934. 9. Barenboim, Kapłan: *Sow. Ch. Tom. VII*, wyp. 2—3. 1934. 10. Bielenkij: *Sow. Ch. 7*. 1935. 11. Bondarenko, Szwedskij: *Sow. Ch. Tom VII*, wyp. 2—3, 1934. 12. Bross, Koczorowski: *Polski Przegląd Chirurgiczny. Tom XVI*, zeszyt 3. 1937. 13. Denn: *Sow. Ch. Tom. VII*, wyp. 2—3. 1934. 14. Derżawiec: *Sow. Ch. Tom VII* wyp. 2—3. 1934. 15. Derżawiec: *Sow. Ch. 8*. 1935. 16. Feodorow, Barulin, Namiaticzew: *Le Sang*. 7. 1936. 17. Fiłatow, Kartaszewskij: *Sow. Ch. Tom VII* wyp. 2—3. 1934. 18. Grazdow: *Sow. Ch. Tom VII*, wyp. 2—3. 1934. 19. Gukasjan: *Sow. Ch. 9*. 1936. 20. Gusew: 7. 1935. *Sow. Ch. 21*. Herse: *Sow. Ch. Tom. VII*. wyp. 2—3. 1934. 22. Herse, Fiłatow: *Sow. Ch. 9*. 1936. 23. Jasiński, Krauzer: *P. P. Ch. Tom XII*. 1937. 24. Juchin: *Przetaczanie krwi ze zwłok człowiekowi*. Paryż. 25. Karawanow: *Le Sang* 7. 1935. 26. Karawanow: *Le Sang* 7. 1935. 27. Kartaszewskij, Fiłatow: *Sow. Ch. Tom XVII*. z. 2—3. 1934. 7. 1935. 29. Kolesnikow: *Trudy Wojenno - Miedicińskiej Akademii*. 3. 1935. 30. Kolesnikow: *Trudy Woj. Med. Akad.* 7. 1936. 30. Landsberg, Kartaszewskij:

Sow. Ch. Tow. VII. wyp. 2—3. 1934. 32. Lindenbaum, Strojkowa: *Sow. Ch. Tom. VII*. wyp. 2—3. 1934. 33. Lurje: *Sow. Ch. 10*. 1935. 34. Malinowskij, Smirnowa, Bojarszinowa, Tarsanowa: *Sow. Ch. Tom. VII*. 1934. 35. Minzew: *Sow. Ch. Tom. VII*, wyp. 2—3. 1934. 36. Nowikowa i Farberowa: *Sow. Ch. 11*. 1936. 37. Petrow, Fiłatow, Bogomołowa, Strojkowa: *Sow. Ch. Tom. VII*. 2—3. 1934. 38. Pokrowskaja: *Sow. Ch. 7*. 1935. 39. Popielski: *P. G. L. 27*. 1936. 40. Popielski *P. G. L. 30*. 1936. 41. Sakajan: *Sow. Ch. 8*. 1936. 42. Skundina, Rusakow, Ginsberg, Boczkarow: *Sow. Ch. Tom. VII*. 2—3. 1934. Skundina: *Sow. Ch. 6*. 1935. 44. Skundina, Ginzberg, Rusakow: *Sow. Ch. 6*. 1935. 45. Spasokukockij: *Sow. Ch. Tom VII*. 2—3. 1934. 46. Szarecki: *Lekarz Wojskowy* 1933. Tom 21. zeszyt 6. 47. Szpringwald, Udrin: *Sow. Ch. 7*. 1935. 48. Szwabauer — Meerson: *Sow. Ch. Tom. VII*. 1934. 49. Szuwilin: *Sow. Ch. Tom VII*. wyp. 2—3. 1934. 50. Tzanck — Dreyfuss: *Le Sang* 6. 1937. 51. Vladoss Meerson: *Le Sang* 4. 1935. 52. Winograd — Finkel, Dulin, Jurkowskaja: *Sow. Ch. 7*. 1936. 53. Zaorski, Urbańczyk, *P. Przegląd. Chir.* zeszyt 4. 1937. 54. Marat. *Chirurg Polski*, 1937 Nr. 3.

O c e n y k s i ą ż e k .

Dr. Eugeniusz ISZORA. *Odżywianie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym*. Wilno 1937. Wydanie Polskiego Towarzystwa Higienicznego (Nr 15). Str. 236.

Praca Dra Iszory wypełnia w piśmiennictwie polskim dotkliwą dotychczas lukę. Wprawdzie posiadamy cenną pracę znakomitego pediatry Kamińskiego p. t.: „Zasady żywienia dzieci“, ale praca ta została napisana w r. 1909 i dawno jest już wyczerpana, poza tym nie spełnia ona wszystkich zadań związanych ze współczesną dietetyką. Dr. Iszora omawia w części ogólnej: zapotrzebowanie energetyczne dziecka, składniki pożywienia, równowagę kwasowo - zasadową, witaminy, strawność pokarmów i technikę karmienia; w części szczegółowej: produkty spożywcze, układanie jadłospisów, przyrządzanie potraw dla dzieci, wreszcie skład produktów spożywczych. Praca stoi na poziomie wymagań współczesnej nauki o żywieniu, a przy tym jest napisana nie tylko dla lekarzy, ale dla wszystkich tych, którzy interesują się sprawą żywienia dzieci; innymi słowy, jest napisana fachowo, a jednocześnie popularnie (żywy, barwny styl!). Nie należy szczędzić trudu na dokładne zaznajomienie się tą b. pożyteczną książką.

A. Festensztat.

G. ICHHEISER. *Zagadnienia selekcji zawodowych*. (Warszawa 1937. Inst. Spraw Społ.).

Wśród zadań lekarza zjawia się teraz często obowiązek decydowania, czy dany zawód odpowiada pacjentowi. Nie rozstrzygnie on tego pytania na podstawie wiadomości, zdobytych w Uniwersytecie lub z podręczników medycznych. Musi sięgnąć do prac specjalnych, poświęconych poradnictwu zawodowemu. W prasie polskiej zagadnienie to zdobywa sobie coraz mocniejsze prawo obywatelstwa. Książka Ichheisera p. t. „Zagadnienia selekcji zawodowej“ poddaje krytyce to wszystko, co dotąd w dziedzinie psychotechniki zostało dokonane. Słusznie podkreśla on, że metody dotychczasowe zajmują się prawie wyłącznie określeniem własności intelektualnych oraz mierzeniem siły woli osobnika, nie zajmują się natomiast poznaniem jego świata uczuć; bez tego zaś nie dociera się ani do „całości“ osobnika, ani do jego „głębi“, które tak bardzo wpływają na całokształt możliwości życiowych jednostki. Toteż autor, mimo że wiele zajmował się psychologią, pozostającą na usługach poradnictwa zawodowego, ujawnia sceptycyzm co do roli praktycznej badań psychotechnicznych, nie ukrywając, że prawie we wszystkich krajach nastąpiło gwałtowne otrzeźwienie w tej sprawie. Sam autor wysuwa postulaty daleko idących reform psychotechniki. Pragnąłby on np. by przy wyborze zawodu kierowano się określeniem nie tylko „zdatości zawodowej“ i życzeń osobnika, ale

również poznaniem jego „skłonności zawodowych“. Pod mianem skłonności rozumie on potrzebę, pęd do wykonywania zawodu, życzenie zaś może zrodzić się sztucznie pod wpływem czynników socjalnych. Nie podobna nie przyznać autorowi racji, kiedy mówi, że metoda testów psychologicznych „powinna tylko stwarzać sposobność systematycznego obserwowania jednostek, a ocena zdatości zawodowej powinna opierać się na tych obserwacjach, nie zaś na owych rzekomo obiektywnych pomiarach“. Jednakże trzeba również podkreślić, że podobne ujęcie sprawy przywraca ważność czynnikowi subiektywnemu, a mianowicie intuicji obserwatora, to jest temu, co autor pragnąłby w zasadzie wyeliminować. W związku z takim ujęciem nie jest obojętna osoba badającego: „Fakt, że posługiwanie się testami nie zależy od żadnego urzędowego zezwolenia, i że pierwszy lepszy może się nimi posługiwać, pomniejsza coraz bardziej ich społeczny prestiż“ pisze F. Baumgartenówna, i pod słowami tymi podpisuje się autor, a wraz z nim, jak sądzę, wszyscy, którzy stykają się ze świadectwami „testowymi“, pozbawionymi wszelkiego psychologicznego pogłębienia. Praca Ichheisera napisana jest żywo, zajmująco, ze znajomością rzeczy zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej, i otwiera szerokie horyzonty przed wzrokiem czytelnika, który przygotowany był na ciasny rozmiar malutkiego podwórka psychologii stosowanej.

N. Zandowa.

Doc. dr. SCHERF. *Klinika i leczenie chorób serca i naczyń*. (Tłumaczenie dr. H. Rasolta. Polskie Wydawnictwo Lekarskie „Ars Medici“. 1938. Stronic 312).

Docent Scherf jest obecnie najwybitniejszym przedstawicielem młodszego pokolenia zasłużonej wiedeńskiej szkoły kardiologicznej. Szczególnie duże znaczenie naukowe mają podstawowe prace Scherfa z dziedziny elektrokardiografii doświadczalnej. Cenne te prace interesują jednak stosunkowo szczupłe grono specjalistów. Książka Scherfa „Klinika i leczenie chorób serca i naczyń“, przeznaczona dla najszerszego koła lekarzy-praktyków, wykazała, że autor jest nie tylko zasłużonym uczonym, lecz również doskonałym klinicystą. Książka ta nie zawiera żadnego balastu pseudonaukowego i dzięki temu, pomimo swoich stosunkowo niewielkich rozmiarów (312 str.), odznacza się niezwykle wprost bogactwem zawartych w niej wiadomości. Ujęcie tematu jest nawskroś oryginalne i oparte na najnowszych zdobyczach nauki. Zwięzła książka Scherfa daje czytelnikowi znacznie więcej ważnych i potrzebnych w praktyce wskazówek, niż grube dzieła starych klasyków. Na szczególne uznanie zasługuje zwłaszcza staranny i dokładny przekład dr. Rasolta, odznaczający się świetnym stylem i czystością języka.

Uprzestępnienie tego wartościowego dzieła polskim lekarzom należy poczytywać firmie „Ars Medici“ i dr. Rasoltowi za wielką zasługę.
J. Typograf.

Wł. DZIERŻYŃSKI. *Zespoły kliniczne wielogruczołowe na tle schorzeń przysadkowo-lejkowych*. Warszawa 1937. Str. 128, ze 100 rys.

Na treść książki składa się nader wyczerpujący opis 49 przypadków zespołów przysadkowych, ilustrowanych fotografiami

mi chorych i zdjęciami rentgenowskimi, podzielonych na odpowiednie grupy i ujętych epikrytycznie. Ten bogaty materiał kazuistyczny rozstrzyga o wartości książki. Autor stale podkreśla, że klasyczne zespoły przysadkowe spotyka się rzadko, częściej natomiast widuje się postacię mieszane i poronne, i słusznie zwraca uwagę na znaczenie występowania poszczególnych objawów przysadkowych. Styl pozostawia dość dużo do życzenia („światły“ rudez i t. p.), również korekta.
H. L.

Wskazówki praktyczne.

J. Veron i H. Pigeaud *otwierają pęcherz płodowy*, gdy usta maciczne są na kilka centymetrów szerokie. To wczesne otwarcie pęcherza płodowego w połączeniu ze środkami przeciwkurczowymi, a w razie słabnących bólów i z hipofizyną korzystnie oddziałują na przebieg i czas trwania porodu. (Rev. franç. Gynéc. 1936, nr 35).

—o—

W sprawie przerwania ciąży u grzecznych radzą F. Dumarest i Ch. Leonardi kierować się następującymi wskazówkami: 1) wypróbować najpierw wszelkie środki konserwatywne, 2) sądzić o możliwości pogorszenia z przebiegu całości sprawy, 3) wykonać przerwanie ciąży nie później, niż na początku 4 miesiąca. (Bull. méd. 1936, str. 487).

—o—

R. L. Rochat radzi w przypadkach poronień, przebiega-

jących bez gorączki, *wyskrobanie*, w innych, zwłaszcza w kryminalnych — *leczenie zachowawcze*. Jeżeli w tym ostatnim razie krwawienia powtarzają się, to należy wyczekać przynajmniej do 8-dniowego okresu bezgorączkowego, zanim się przystąpi do wyłyżeczkowania. (Leç. Clin. Tarnier 1937, nr 13).

—o—

B. Stroganoff i O. Dawidovitch starają się *zapobiegać rzucawce porodowej* za pomocą *narkotyków* (siarczan magnezu i morfina) i za pomocą dowozu tlenu ograniczać produkcję toksyn i ułatwiać ich wydzielanie. Z dobrym skutkiem również stosują sztuczne opróżnienie pęcherza płodowego nawet wtenczas, kiedy usta maciczne muszą być rozszerzane przy pomocy rozszerzań Hegara. Postępowanie to przyspiesza poród i zmniejsza liczbę napadów. (Gynéc. et Obstétr. 1937 nr 35).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 16 listopada 1937 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godzinie 19.00. Obecnych 49 członków T-wa. 1. Odczytany protokół posiedzenia. 2. Kol. Wiceprezes podaje doniesienia z nabytków biblioteki T-wa.

3. Kol. L. a u b e r J., czytał odczyt p. t. „O pracach III Zjazdu Międzynarodowego Lekarskiego w Berlinie“. (Streszczenie własne).

Na Zjeździe zapoznaliśmy się ze stanem dokształcania lekarzy w różnych krajach europejskich i pozaeuropejskich, z dążeniami rozwoju dokształcania lekarzy i z programami w tej dziedzinie, a w szczególności z programem Rzeszy Niemieckiej.

Dla należytego zrozumienia najważniejszych zagadnień dokształcania lekarzy w Niemczech zapoznano uczestników Zjazdu z organizacją pracy lekarskiej w Niemczech. Istnieje jedna Izba Lekarska, która obejmuje wszystkich lekarzy w liczbie 40.000. Izby regionalne stanowią li tylko filie tej Izby Lekarskiej. Na czele lekarzy stoi Reichsaerztführer, mianowany przez wodza partii i kanclerza Rzeszy. Jest mężem zaufania wodza i posiada dość wielkie wpływy. Ponieważ na skutek wojny Niemcy stracili kolonie, wszystkie kapitały zagraniczne, całą flotę handlową oraz zapłacili wysokie odszkodowanie, bogactwo kraju może polegać tylko na pracy. Dla uzyskania wysokiego poziomu zdolności do pracy potrzebny jest wysoki poziom zdrowotności, i dlatego lekarze mają wielkie zadania i także posiadają wielkie wpływy. Stanowisko ich w porównaniu do czasów przedwojennych znacznie się podniosło. W ciągu krótkiego czasu ma być przeprowadzone badanie całej ludności z punktu widzenia zdrowotnego. Izbie Lekarskiej podlegają także lekarze pracujący w Ubezpieczalni Społecznej. Lekarze ci podlegają pod względem dyscyplinarnym umowie z Ubezpieczalnią i wynagrodzeniu od kierownika grupy lekarzy Ubezpieczalni, co oznacza, że są odpowiedzialni nie wobec ubezpieczalni, lecz wobec własnych władz lekarskich. Niezależnością to ich w wysokim stopniu od ubezpieczalni. Ubezpieczeni mają prawo wolnego wyboru lekarza, przez co się podkreśla znaczenie zaufania w stosunku pomiędzy lekarzem i chorym a także i zdrowym. Ubezpieczalnia wydaje rocznie 3—4 miliardów Rm., a w ciągu ostatnich lat powojennych wydała około 58 miliardów marek na sprawy zdrowotne.

W szeregu krajów istnieją wprawdzie możliwości dokształcania lekarzy, oparte na inicjatywie Towarzystw Lekarskich, Izby Lekarskich, Zakładów Naukowych, Zakładów Ubezpieczalni Społecznych, specjalnych fundacji z mniejszym lub większym poparciem czynników rządowych. W większości kra-

jów dokształcanie lekarzy zależy li tylko od dobrej woli i zrozumienia potrzeby dokształcania przez samych lekarzy. Tylko w niewielu krajach dokształcanie lekarzy zorganizowane jest na szeroką skalę oraz jest wymagane przez czynniki rządowe lub partyjne, czyli staje się obowiązkowe lub przymusowe.

Co do zakresu dokształcania lekarzy istnieją dążności do kształcania w różnym kierunku. Poszczególni przedstawiciele specjalności lekarskiej kładli nacisk na dokształcanie we własnym fachu, jak np. w psychiatrii, w leczeniu schorzeń wypadkowych, w medycynie sportowej, schorzeń zawodowych i t. d. Szczególne znaczenie przypisuje się zagadnieniu raka w dokształcaniu lekarzy, co wypływa choćby z tego, że temu tematowi poświęcono oddzielne posiedzenie. Na tym posiedzeniu omawiano niedociągnięcia w walce z rakiem, który jeszcze w wielu przypadkach zostaje rozpoznany za późno dla skutecznego leczenia, a sposoby lecznicze nie zawsze bywają odpowiednio stosowane. Dotyczy to zarówno raków przewodu pokarmowego, jak szczególnie raka macicy. Osobne posiedzenie było poświęcone chorobom zawodowym, którymi się zajmuje osobny zakład w Berlinie, wcielony do Uniwersytetu. Tej sprawie stałe poświęca się także wiele uwagi w innych krajach, szczególnie w Anglii. Okazuje się jednak, że nawet w krajach, gdzie dokształcanie lekarzy stoi na najwyższym dotychczas osiągniętym poziomie, nie istnieje zamiar dokształcania każdego lekarza w każdym fachu, lecz pozostawia się jemu pewną swobodę wyboru przedmiotu stosownie do jego położenia społecznego i działalności lekarskiej w pewnym zakresie. Jednakże w tych krajach, a przede wszystkim w Niemczech, odpowiedzialne czynniki dbają o przygotowanie możliwości dokształcania lekarzy w każdej dziedzinie medycyny. Ponieważ największą liczbę uczestników w Zjeździe stanowili Niemcy, którzy Zjazd przygotowali i byli gospodarzami, a zatem mogli wpłynąć na program, rozkład referatów i odczytów oraz nadać im kierunek, nie można się temu dziwić, że na czele wszystkich krajów stał program niemiecki, zastrzegający na szczególną uwagę także z tego powodu, że pod względem dokształcania lekarskiego Niemcy dziś bezwarunkowo zajmują pierwsze miejsce. Okoliczność ta stoi w związku z organizacją całego życia narodu przez narodowy socjalizm, z jego programem i z kierunkiem myśli narodu niemieckiego. Pod wpływem narodowego socjalizmu partia oraz rząd uważają za jedno z najważniejszych zadań podniesienie zdrowotności fizycznej i moralnej całej ludności do najwyższego poziomu. Dla osiągnięcia tego celu potrzebna jest nie tylko możliwość jak najlepszej opieki nad chorymi, lecz także wyzyskanie wszystkich możliwości dla zapobiegania powstawaniu chorób. Opieka zostaje rozłożona nad osobnikiem nawet przed jego poczęciem. Wysoki poziom ćwiczeń cielesnych, przymusowy dla całej młodzieży i prowadzony pod nadzorem leka-

rzy, ma jako jeden z celów wysoki poziom zdrowotności młodzieży, czyli przyszłych ojców i matek. Wyłącznie przez nakazy eugeniczne możliwych szerzycieli chorób dziedzicznych, zapobiegania domieszkom krwi obcej (żydowskiej), zdaniem miarodajnych osobistości, szkodliwej dla zdrowia narodu, opieka nad matką i dzieckiem, nad dziećmi szkolnymi, nad młodzieżą są innymi środkami zapobiegawczymi. Dozór lekarski roztacza się na wszystkich pracowników, tak że przeszło 50% ludności jest włączona do ubezpieczalni społecznych; istnieje instytut dla chorób zawodowych przy uniwersytecie berlińskim, istnieje instytut dla chorób podzwrotnikowych w Hamburgu; szpital Rudolfa H e s s a w Dreźnie dla studium leczenia przyrodowego. Wciągnięta jest w zakres badań homeopatii i medycyna ludowa, ponieważ postanowiono wykorzystać wszystkie możliwości nie tylko naukowej allopatii, dla uzdrowienia człowieka i uodpornienia jego. Narzędziem tej pracy nad zdrowotnością ludności są lekarze, których w Niemczech jest 40.000, z nich 25.000 należy do partii narodowo-socjalistycznej i współpracuje z kierownikami zdrowotności z przekonania. Dla usprawnienia lekarzy powstał program ich dokształcania, na którego podstawie każdy lekarz do lat 60 z wyjątkiem docentów, profesorów i lekarzy urzędowych, musi co 5 lat przechodzić przeszkolenie przynajmniej 3-tygodniowe. Zorganizowano dotychczas 300 ośrodków dokształcania w 68 miejscowościach. Do nich należą kliniki uniwersyteckie, wielkie szpitale i t. d. Oprócz tego istnieją 4 akademie dla dokształcania lekarzy w Berlinie, Hamburgu, Dreźnie i Monachium. Lekarze przechodzą szkolenie nie tylko w postaci wykładów, lecz są przydzielani do poszczególnych oddziałów, gdzie pracują jako asystenci i wolontariusze. Rozpoczęto pracę od przeszkolenia lekarzy wiejskich oraz pracujących w małych osiedlach, potem zabrano się do przeszkolenia lekarzy miejskich. Rocznie dokształca się 4800 lekarzy; w taki sposób staje się możliwe utrzymanie ich na poziomie, odpowiadającym współczesnemu rozwojowi leczenia. Żeby umożliwić dokształcanie wszystkim lekarzom, wyznacza się tym z nich, którzy mają trudności materialne, 15 Rm. dziennie na czas trwania kursu jako zapomóg dla nich i ich rodzin. Szczególne trudności przedstawia dokształcanie w niektórych dziedzinach, jak np. w chirurgii i położnictwie. W chirurgii przypatrywanie się operacjom, pomijając w ogóle filmy kinematograficzne, jest niedostateczne, ponieważ, przypatrując się operacji, nie można wszystkich szczegółów zobaczyć. Dlatego też celowe jest używanie lekarzy dokształcających się jako asystentów przy operacji, co wprawdzie znacznie utrudnia pracę samemu chirurgowi. W dziedzinie położnictwa polegają trudności na tym, że żaden zakład nie może rozporządzać taką liczbą porodów, jaka by była potrzebna dla praktycznego przeszkolenia większej liczby lekarzy. Dlatego korzysta się szeroko z tak zwanej polikliniki. Nie jest ona wyłącznie przychodnią, jest ona poradnią dla ciężarnych, z których zostają przyjmowane do zakładu przypadki, w których przewiduje się powikłania podczas porodu, natomiast poród normalny odbywa się w domu ciężarnej, która wzywa lekarza kliniki. Przy dokształcaniu udaje się do mieszkania prywatnego lekarza zakładowy wraz z jednym albo dwoma lekarzami, biorącymi udział w kursie dokształcającym. Przez to nie tylko się powiększa materiał, służący do nauczania, lecz jednocześnie przedstawia się pracę w postaci codziennego życia, i lekarze muszą się dostosowywać do różnych warunków, często znacznie odbiegających od istniejących w zakładach. W związku z tym jeder z przedstawicieli Holandii wskazał na to, że w jego kraju położne, przechodzące kurs tryletni, co trzy lata muszą przechodzić przeszkolenie, szczególnie w zakresie anty- i aseptyki i nowych postępów położnictwa, co by się mogło przydać niejednemu lekarzowi. Co się tyczy rentgenologii, wskazywano na ukazanie się na rynku tanich aparatów rentgenowskich, umożliwiających nabycie ich większej liczbie lekarzy. Odzywały się głosy, wskazujące na potrzebę posiadania aparatu R o e n t g e n a dla każdego prawie lekarza, natomiast inne, wskazujące na trudności techniczne i rozpoznawcze stosowania rentgenologii przez lekarzy niedostatecznie wykształconych, co może spowodować poważne pomyłki rozpoznawcze.

We Włoszech partia faszystowska także się zajęła zagadnieniem dokształcania lekarzy, dla których urządzane są, nawet w małych osiedlach, przedpołudnia dokształcające w niedzielę, a oprócz tego kursy dokształcające w większych środowiskach. W żadnym innym kraju dokształcanie lekarzy nie jest przymusowe, lecz istnieje szereg krajów, jak np. Stany Zjednoczone, Anglii, Australia, Japonia, które w znacznym stopniu rozwinęły możliwości dokształcania dla swoich lekarzy a także dla lekarzy zagranicznych, dla których i w Niemczech stworzone zostały ośrodki, jak np. kursy dokształcające dla lekarzy, mówiących po hiszpańsku w Hamburgu.

Z wyników Zjazdu można wnioskować, że sprawa dokształcania lekarzy jest uznawana we wszystkich krajach cywilizo-

wanych za zagadnienie pierwszorzędnej wagi i posiada nadzwyczaj wielkie znaczenie dla zmniejszenia chorobowości, dla rozwoju siły pracowniczej oraz sprawności wojskowej.

Jak referent mógł podać na Zjeździe, zagadnienie to znajduje należyta ocenę także w Polsce i czynnikami miarodajne Ministerstwo Opieki Społecznej, Ministerstwo Spraw Wojskowych, Ubezpieczalnia Społeczna oraz Naczelna Izba Lekarska wraz z Uniwersytetami i towarzystwami naukowymi w zakresie swoich możliwości starają się popierać i organizować dokształcanie lekarzy. Oby zapoznanie się z programami zagranicznymi ożywiło ruch dokształcania lekarzy w naszym kraju!

O ile było ciekawe i pouczające zaznajomienie się ze stanem spraw dokształcania lekarzy w poszczególnych krajach i zamiarami rozwoju pracy w tym kierunku, o tyle zostali delegaci zdziwieni i zaskoczeni przez wniosek organizacji Zjazdu utworzenia Akademii Międzynarodowej dla Dokształcania Lekarzy z siedzibą w Berlinie. Podług wniosku prezydium Akademii, na czele tej akademii miałyby stać prezes, wybierany przez wszystkich delegatów, obok którego miałyby urzędować kierownik pracy ze stałą siedzibą w Berlinie, który by mianował sekretarza i skarbnika; obok tego wybieranoby szereg wiceprezesów, należących do różnych krajów. Po żywej dyskusji wniosek ten przyjęty został, przy czym przedstawiciele Polski i Szwecji, do której się później przyłączyła i Szwajcaria, wstrzymali się od głosowania, ponieważ w tak ważnej sprawie nie mogli działać bez upoważnienia delegujących władz albo organizacji lekarskich. Komitet organizacyjny ma przedstawić wszystkim krajom swoje wnioski w bliskiej przyszłości.

Rozprawy: kol. S ł o n i m s k i, kol. L a u b e r.

4. Kol. G o r e c k i, czł. T-wa, wygłasza odczyt p. t. „Parę uwag o powstawaniu rozszerzeń oskrzeli i ich leczenie”. (Streszczenie własne).

Prelegent zaznacza, że dotychczasowe poglądy na powstawanie rozsz. oskrz. są niewystarczające. Obok rozsz. oskrz. niewątpliwego pochodzenia wrodzonego (ale tylko u dzieci) oraz rozsz. oskrz., powstałych wskutek współistnienia marskości płuc i zrostów opłucnej (postać płucno-opłucna) — istnieją jeszcze inne przyczyny powstawania tej choroby i inne postaci kliniczne.

Zarówno obserwacja kliniczna większej liczby przypadków tej choroby od szeregu lat, jak i badania, przeprowadzone w klinice prelegenta, przemawiają za tym, co skłoniło prelegenta do przedstawienia własnych poglądów w skrócie przed dwoma laty w Łucku (P. Arch. Med. Wewn. 1935, t. XIII, z. 3).

Postać wczesna (młodzieńcza) powstaje w wieku pokwitania na skutek kilku przyczyn. A mianowicie: fizjologicznego obniżenia się w tym czasie przepony, nieraz rozciągnięcia tkanki płucnej (atonia płuc — według podziału prel. dotyczącego rozedmy płuc: P. A. M. W. 1932, t. X, z. 3), następnie prawdopodobnie wskutek zaburzeń wydzielniczych przysadki mózgowej. W wieku pokwitania nieraz widzimy długie kończyny, duże dłonie i stopy, które po tym harmonizują się z resztą ustroju lub też pozostają, znamionując typ przysadkowy. Ta mała patologia wieku młodzieńczego (którą prel. nazywa: *dyschormonosis juvenilis*, a która może mieć rozmaite cechy) przypomina w tej postaci duże zespoły przysadkowe, jak akromegalia i gigantyzm i stoi, być może, blisko rozszerzeń paliczek i „taczowych” paznokci w rozsz. oskrz. Można by twierdzić, że wzrost przysadki przedniego płata przysadki (nadczynność), tym bardziej, że choroby ci wykazują współcześnie okresy bardzo szybkiego wzrostu. Dobre odżywienie tych chorych, nieraz nieco nadmierne, co dotyczy głównie tułowia, jak to widzimy w tyfloci przysadkowej, również za tym przemawia. Prel., opierając się na badaniach swej kliniki (Ł a n i e w s k a), stwierdza nadto, że istnieją stany zwiotczenia mięśniówki oskrzeli, na co dotychczas nie zwracano uwagi — i wskazuje na dane, że zwiotczenia te współistnieją z rozszerzeniami innych oskrzeli i, być może, je poprzedzają. Wskazywałoby to na współudział (niedoczynność) tylnego płata przysadki, który wydziela hormon, zwiększający napięcie mięśni gładkich. Również znane bogate ukrwienie rozszerzonych oskrzeli i ich skłonność do krwawień przemawia za współudziałem tylnego płata przysadki, gdyż w niej powstaje hormon, zwołujący naczyń włosowate. Według doświadczeń, ostatnio przez prel. przeprowadzonych, pituitryna wywołuje istotnie raczej skurcz mięśniówki oskrzeli u astmatyków. Ponadto w powstawaniu rozsz. oskrz. typu młodzieńczego grają rolę czynniki dodatkowe, jak: szczególne mechaniki oddechowej, zwłaszcza przepony (częstość rozsz. oskrz. w dolnych płatach płuc, szczególnie po stronie lewej) oraz powtarzające się nieżyty oskrzeli.

Postać późną (rozedmową) spotyka się u osób starszych dotkniętych postacią nieżytową rozedmy płuc (podział prel.), wskutek zwiotczenia mięśniówki oskrzeli i utraty sprężystości tkanki płucnej (jako objawów, spotykanych w wieku później-

szym, jak zwiotczenie skóry, atonia jelit i t. p.), kaszlu i nieżytych oskrzeli. Rozsz. oskrz. tego typu są zazwyczaj niewielkiego stopnia i kształtu walcowatego. Powiększenia płucne (marskość) sprawdzają obie te postaci do obrazu klinicznego późnego, w którym odróżnienie ich od postaci płucno-opłucnowej jest już niemożliwe.

Powyższy sposób ujęcia patogenety rozsz. oskrz. ma to wielkie znaczenie praktyczne, że stwarza możność zapobiegania. Zapobieganie w postaci wczesnej polega na starannym badaniu młodzieży, zwłaszcza w odniesieniu do ćwiczeń fizycznych, w szczególności zaś ćwiczeń oddechowych. Muszą one być ściśle kontrolowane, gdyż mogą u osobników skłonnych wywołać powstanie rozedmy płuc i rozsz. oskrz. nieodwracalnych. Należy tu zwrócić uwagę na nieżyty oskrzeli, a zwłaszcza nieżyty górnych dróg oddechowych i na szkodliwość kaszlu dla tkanki płucnej i dla oskrzeli, co prel. od wielu lat podkreśla. Zapobieganie postaci rozedmowej polega na starannym leczeniu powyższych powikłań i unikaniu przyczyn, wywołujących natężone oddychanie.

Prel. podkreśla, że nieżyty oskrzeli w rozsz. oskrz. są czynnikiem, wywołującym chorobę, i zarazem powikłaniem — ale nie są istotą choroby, która jest nieuleczalna. Leczenie wewnętrzne polega przede wszystkim na 1) zapewnieniu odpływu wydzieliny oskrzelowej, 2) wzmocnieniu ogólnym ustroju łącznie z leczeniem bodźcowym i wstrząsowym, 3) leczeniu nieżytych gardzieli i oskrzeli, ropotoków i innych powikłań.

Po omówieniu różnych leków wykrztuśnych, których wartość jest niewielka, prel. podkreśla wartość leczniczą wstrzykiwań dożylnych alkoholu, który nieraz działa też przy wprowadzeniu doustnym, lecz nie tak wyraźnie, gdyż brak czynnika bodźcowego, który powstaje wskutek zetknięcia się wstrzykiwanego alkoholu bezpośrednio z białkami krwi. Następnie poleca stosowanie dużych dawek będzwinianu sodu (*benzoinum*) nie tylko we wstrzykiwaniach dożylnych, ale też doustnie, po 4—8—10 g i więcej dziennie w dawkach frakcyjnych na pełny żołądek, co zostało wypróbowane w klinice prelegenta (T r e p k o w s k i). Wreszcie prel. pierwszy zastosował inhalacje u chorych z ropotokiem cuchnącym i to przeważnie z wynikiem dodatnim (inhalacje po 10—15 minut kilka razy dziennie). Zalecić też można ostrożne przegrzewania diatermią krótkofalową, co prel. od paru lat stosuje (możliwość krwotoku). Wreszcie prel. wspomina krótko o metodach zabiegowych rozsz. oskrz. (sztuczna odma opłucnowa, wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka, plombacja pozaopłucnowa, pulmotomia, pulmektomia, lobektomia), podając ich ocenę ze stanowiska internisty).

Rozprawy: kol. Reicherówna, kol. Biernacki A.

5. Kol. Biernacki A., czł. T-wa, wygłasza odczyt p. t. „Badania porównawcze składu morfologicznego szpiku kostnego.” (Streszczenie własne).

Według ogólnie przyjętego poglądu, różnice w składzie morfologicznym szpiku, badanego metodą A r i n k i n a, mogą być wywołane różną domieszką krwi krążącej, jaką naciągamy do strzykawki wraz z właściwą miazgą szpikową. Aby bliżej zbadać to zagadnienie, autor wykonał u 10 chorych operowanych (torakoplastyka) badania porównawcze, przygotowując rozmazy ze szpiku żebrowego, pobranego zażyciowo nakłuciem, i z tego samego szpiku po wycięciu żebra. Okazało się, że odsetek podzielonych, pałeczkowatych i limfocytów jest większy w nakłuciu zażyciowym, co przemawiałoby za domieszką krwi krążącej,

jednak zachowanie się erytroblastów przeczy takiemu prostemu tłumaczeniu. Prawie we wszystkich przypadkach odsetek erytroblastów był w nakłuciu zażyciowym powiększony, podczas gdy powinien być zmniejszony. Wynikałoby z tego, że skład morfologiczny krwi zatok i włosniczek szpikowych nie jest taki sam, jak we krwi obwodowej, a jest składem pośrednim między krwią obwodową i właściwą tkanką szpikową. Według tych badań, za pora szpikowa znajduje się nie tylko na granicy tkanki szpikowej i naczyń, ale obejmuje i właściwą sieć naczyń i zatok szpikowych.

Rozprawy: kol. Michałowski, kol. Galinowski, czł. T-wa, i kol. Biernacki.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 5.

Zastępca Sekretarza Dorocznego:

(—) Michał Z a b c z y Ń s k i.

Wiceprezes:

(—) Marian G r z y b o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 29 października 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr 45/1937) M. Oppenheim pokazywał 5-letnie dziecko, które miało w pochwie monetę dwugroszową jako ciążoobce. Matka przeprowadziła dziecko do prelegenta z powodu cuchnących upływów z pochwy i zapalenia zewnętrznych narządów rodnych jako podejrzanę o rzeźnię. Prelegent stwierdził obfite, rzadkie upływy i pierścieniowate obrzmienie oraz lekką nadżerkę warg. Otwór odbytniczy nie był zmieniony zapalnie, z cewki moczowej nie wypływała żadna wydzielina, tak, że prelegent myślał o ciążoobcym w pochwie, aczkolwiek przy badaniu bakteriologicznym znaleziono odmiany prątków błoniczych. Faktu tego nie uważał prelegent za ważny, gdyż wargi były blade, i brak było owrzodzeń. Aczkolwiek błona dziewicza była nietknięta, poszukiwał prelegent zgłębnikiem ciała obcego w pochwie i usunął z niej przed tygodniem brązowo-zieloną monetę dwugroszową, po czym nastąpiło szybkie wyleczenie. Dodatkowo podała matka, że chora często wraca z przedszkola z papierkami w przewodach słuchowych i otworach nosowych, tak, że widocznie ma ona zwyczaj wprowadzania ciał obcych do otworów ciała. Ciało obce należy stwierdzać w pochwie za pomocą endoskopii i badania zgłębnikiem. Tutaj oddałoby dobre usługi również badanie rentgenowskie. Nierozpoznanie ciał obcych w pochwie może pociągać za sobą bardzo ciężkie następstwa.

Na posiedzeniu pokazowym Polikliniki Powszechnej w Wiedniu z dnia 22 maja 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr 46/1937) pokazywał M. Schur przypadek ciężkiej niedokrewności wskutek braku żelaza w przepuklinie przeponowej. 46-letnia kobieta z ciężkim skrzywieniem tylnobocznym kręgosłupa wykazywała ciężką niedokrewność: S a h l i 26%, czerwonych ciałek krwi — 2 300.000. Badanie kału po diecie beźmiesznej wykazało dużą zawartość krwi utajonej, obok tego zaś jąja *trichocephali disparis*, pasożyta, który, jak wiadomo, może być przyczyną utajonego krwawienia. Przeprowadzone prócz tego badanie rentgenowskie wykazało dużą przepuklinę przeponową, w której, jak wiadomo, nader często występują krwawienia z żyłek lub owrzodzeń. Dalsze badania wykazały, że przyczyna krwawienia leżała w żołądku. Pomimo powtarzających się ponownych krwawień dzięki stałemu podawaniu żelaza udało się utrzymać wartości składników krwi chorej na względnie normalnym poziomie.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z zagadnień nauczania na Wydziałach Lekarskich w Z. S. R. R.

Kształcenie lekarzy w Rosji Sowieckiej należy do Komisariatu Zdrowia. Prowadzone jest ono w t. zw. Instytutach Medycznych. Instytut w naszym pojęciu oznacza fakultet, składający się z 3-ch wydziałów: ogólnolekarskiego, sanitarno-higienicznego i pediatricznego. Ogólna liczba Instytutów Medycznych w 1937 r. w R.S.F.S.R. wynosiła 35; słuchaczy na wszystkich wydziałach było 94.600. Podział studentów według specjalności wskazuje, iż wydziały sanitarno-higieniczny, a zwłaszcza pediatriczny, są mniej uczęszczane, niż ogólnolekarski.

Na Oddziale ogólnolekarskim plan nauczania

obejmował w r. 1937 2.216 godzin wykładów. W porównaniu z odpowiednią liczbą godzin na fakultetach lekarskich przedwojennych oznacza to spadek o 47%. Zmniejszenie liczby godzin dokonane zostało przede wszystkim kosztem podstawowych przedmiotów wykształcenia lekarskiego — anatomii patologicznej i patofizjologii, farmakologii, anatomii topograficznej z chirurgią oraz wykładów klinicznych.

Wpłynęły na to, poza zmniejszeniem ogólnej liczby godzin, przeznaczone na wykłady teoretyczne: a) nadmierna liczba wykładanych przedmiotów; b) przeznaczenie zbyt wielkiej liczby godzin na obowiązkowe zajęcia praktyczne.

Program nauczania zalicza do kursu obowiązują-

cego przedmioty, które właściwie powinny być uważane na wydziale medycznym za fakultatywne i poprzedzone przesłuchaniem podstawowego kursu lekarskiego (urologia, stomatologia, epidemiologia, higiena pracy, wychowanie fizyczne), nie mówiąc już o studiach doktryn filozoficznych i politycznych, o językach obcych i t. p. Zwraca również uwagę przerost godzin wykładowych, poświęconych chorobom zakaźnym i gruźlicy. Z ogólnej liczby 435 godzin, przeznaczonych na choroby wewnętrzne na 4-ym i 5-ym roku nauczania, 105, czyli 24%, przypada na choroby zakaźne.

Obowiązkowe zajęcia praktyczne zajmują godzin 3024, czyli 60% ogólnego planu nauczania. Ponadto 5-letni plan studiów lekarskich przewiduje 966 dni (z obliczenia po 6 godzin pracy dziennie) na samodzielną pracę studentów oraz rezerwuje 300 godzin na przygotowanie do egzaminów państwowych. Stanowi to łącznie 1.266 godzin, czyli około roku pracy.

Co do egzaminów, to z każdego przedmiotu obowiązuje *colloquium* u asystenta i egzamin u profesora. Na *colloquium* w większości przypadków wymagane jest nie tylko wykazanie się wykonaniem zadań praktycznych, ale i znajomością zagadnień teoretycznych, co stanowi właściwie dwukrotny egzamin z tego samego przedmiotu. Na 4-ym roku np. obowiązuje 17 *colloquiów* i 17 egzaminów.

Wydziały sanitarno-higieniczne, istniejące już od 8-iu lat, znajdują się dotąd w stadium organizacji. Cele nauczania i programy zajęć ulegają stale zmianie, zwłaszcza w zakresie przedmiotów klinicznych. Na początku podkreślano wyraźnie, iż wydziały sanitarno-higieniczne nie przygotowują swych słuchaczy do wykonywania praktyki lekarskiej. Mają one za zadanie dać przyszłym higienistom ogólne przygotowanie biologiczne i dostateczną znajomość podstaw patologii, umożliwiającej zrozumienie procesów, zachodzących w zdrowym i chorym organizmie ludzkim, i oparcie na tej podstawie działalności praktycznej.

Znajomość przedmiotów klinicznych miała ułatwiać zorientowanie się w tym, jakie należy wydać zarządzenia w zakresie zapobiegania; przygotowanie studenta do samodzielnego postawienia rozpoznania i leczenia chorego wcale nie wchodziło w grę.

Ten punkt widzenia nie wytrzymał jednak próby życia, ulegał stałej ewolucji, przy czym dyscypliny kliniczne zdobywały sobie coraz szersze prawa obywatelstwa. W planach nauczania zaczynamy spotykać określenia, iż słuchacz wydziału sanitarno-higienicznego winien umieć samodzielnie rozpoznać najważniejsze choroby, a w dalszym biegu wypadków liczba godzin, poświęcona studiom klinicznym, stale wzrastała, wynosząc 780 w 1930 r. i 1.458 w 1937 r.

Pogląd, iż wiadomości z patologii nie są lekarzowi sanitarnemu potrzebne ze względu na to, iż ma on do czynienia nie z jednostką, lecz ze zbiorowością, należy już do przeszłości. Odwrotnie, twierdzi się z całą stanowczością obecnie, iż nie może być mowy o uzdrowotnieniu zbiorowości bez znajomości procesów patologicznych, zachodzących w chorym człowieku, bez wyrobienia umiejętności lekarskiego myślenia.

Szkolenie kliniczne na wydziale sanitarno-higienicznym natrafia na wiele trudności. Ograniczona liczba godzin wymaga ześrodkowania uwagi na najważniejszych zagadnieniach i umiejętnego doboru tematów. Przy pokazach chorych należy zwracać uwagę na okresy początkowe chorób oraz na postacie poronne, których umiejętność rozpoznania ma specjalne znaczenie

dla lekarza sanitarnego, co jest niemożliwe bez dokładnej znajomości przypadków typowych. Wreszcie konieczne jest ścisłe zespolenie w wykładach lecznictwa z zapobieganiem.

Niedobór sił naukowych — profesorów, docentów, asystentów odczuwany jest we wszystkich instytutach (wydziałach lekarskich), zwłaszcza, jeśli chodzi o katedry teoretyczne, katedry kliniczne z natury rzeczy mają zadanie ułatwione. Sytuacja, która się wytworzyła, jest wynikiem lekceważenia potrzeb teoretycznego kształcenia lekarzy w ciągu pewnej liczby lat, braku placówek pracy teoretycznej, braku środków na prace badawcze, na zaopatrzenie bibliotek pod tym względem. Toteż szereg katedr albo nie posiada odpowiednich kierowników, albo nie ma ich wcale.

Ze szczególnymi trudnościami walczą katedry fizjologii patologicznej, histologii, chemii biologicznej, farmakologii, higieny i epidemiologii. Brak tu zarówno profesorów, jak docentów i asystentów. Toteż po wprowadzeniu instytucji aspirantów, przygotowywanych do działalności naukowej, Komisariat Zdrowia udzielał stypendiów na dalszą pracę wyłącznie kończącym medykę, decydującym się na specjalizację z przedmiotów teoretycznych. Obecnie daje się zaobserwować pewną poprawę w sytuacji. Wpłynęło na to wprowadzenie stopni i tytułów naukowych, wzrost sum, przeznaczonych na prace badawczo-naukowe, wyposażenie nowych gmachów dla katedr teoretycznych. Wobec pewnej zmiany w nastawieniu młodzieży, medycy, wykazującej wybitne zdolności kliniczne, są już dziś, w drodze wyjątku, pozostawiani przy katedrach klinicznych.

Z dyskusji, jaka się toczy na łamach prasy sowieckiej, można wnioskować, iż przygotowanie kandydatów, ubiegających się o stopnie i tytuły naukowe, pozostawia wiele do życzenia. Do tych braków prasa lekarska Z.S.R.R. zalicza: a) nieodpowiedni wybór tematów przez profesorów, co sprawia, że nie należy do wyjątków fakt, iż kandydaci po stracie wielu miesięcy muszą temat dysertacji porzucić, jako nie nadający się do opracowania; b) przyjmowanie prac, posiadających charakter nie badania, lecz pracy referatowej szkolnej; c) przedstawianie dla zdobycia stopni naukowych prac sprzed wielu lat, lub nie mających nic wspólnego z pojęciem dysertacji: podręczników, szeregu drobnych artykułów na rozmaite tematy i t. d.; d) obronę dysertacji w nieodpowiednich warunkach, w gronie przypadkowym, nie zaś, jak to przewiduje rozporządzenie, na radzie profesorów. Członkowie rady, z wyjątkiem oficjalnych oponentów, albo nie przychodzą na posiedzenia, albo też, choć są obecni, prac nie znają. Wymownym dowodem istniejących braków jest spotykająca się od czasu do czasu konieczność dopełnienia i przerobienia prac już po obronie.

Za niezdrowy objaw uważać należy współzawodnictwo pomiędzy instytutami (wydziałami lekarskimi) co do liczby dysertacji, opracowanych w pewnym okresie czasu. Na przykład Leningradzki Instytut doskazywania lekarzy zobowiązał się dla uświetnienia 20-jej rocznicy rewolucji październikowej doprowadzić do obrony w r. 1936/37 — 103 dysertacji.

Wreszcie nie można pominąć milczeniem faktu, iż cały szereg osób otrzymał stopień naukowy za zasługi na polu pracy społecznej lub organizacyjnej w dziedzinie zdrowia publicznego, z pracą naukową nic nie mających wspólnego.

Z uwagi na ten stan rzeczy Rada Komisarzy zobowiązała Komisariat Zdrowia przysługujących im do-

tań praw rozdawania stopni naukowych, przenosząc te uprawnienia na wybrane Instytuty (wydziały lekarskie), które będą wykonywały swe uprawnienia pod kontrolą ogólnozwiązkowego Komitetu Spraw Szkół Wyższych.

Następną sprawą, wywołującą żywą wymianę zdań, jest pytanie, czy aspiranci mają być kształceni we wszystkich instytutach, czy też szkolenie winno być skoncentrowane w kilku największych. Kształcenie w najlepiej postawionych instytutach posiada tę stronę ujemną, iż znakomici profesorowie są zazwyczaj tak zajęci, że sprawie szkolenia nie mogą poświęcić wiele uwagi. Ponadto koncentracja młodych sił w kilku instytutach wpływa na dążenie aspirantów do pozostania za wszelką cenę przy instytutach, w których specjaliza-

wali się, utrudniając zaopatrzenie innych katedr. Natomiast kształcenie aspirantów w mniejszych instytutach wpływa na podniesienie poziomu tych placówek naukowych, stwarzając kadry młodych sił, z daną instytucją związanych. Obecnie zgodnie z decyzją Komisarjatu Zdrowia szkolenie aspirantów ma się odbywać w 26-iu z ogólnej liczby 35 instytutów medycznych R. S. F. S. R.

Ogółem w 1937 r. pozostawiono w instytutach (wydziałach lekarskich) celem przygotowania do pracy naukowej 300 medyków, którzy ukończyli całkowicie w tym roku studia i zdali egzaminy lekarskie.

Internów w klinikach jest obecnie około 700. Okres pobytu ich w klinikach trwa 3 lata. Interni rekrutują się przeważnie z lekarzy praktykujących. S. A.

Wiadomości bieżące.

— Odbył się urządzony przez zarząd Związku miast polskich, zjazd naczelników wydziałów opieki społecznej wszystkich większych miast w Polsce. Zjazd zagał dyr. M. Porowski. Na przewodniczącego zjazdu powołano dyr. wydziału opieki społecznej i zdrowia publicznego Z. M. w m. st. Warszawie p. J. Starczewskiego. Referaty wygłosili: dyr. St. Zbrożyna na temat nowelizacji ustawy o kosztach leczenia oraz dyr. Starczewski o ustawodawstwie opiekuńczym. Uczestnicy zjazdu zwiedzili instytucje opiekuńcze w stolicy.

— Celem zapoznania lekarzy domowych ubezpieczalni społecznych z nowoczesnymi metodami rozpoznawania i leczenia chorób wenerycznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych zorganizował dokształcający kurs dla lekarzy domowych ubezpieczalni społecznych. Na kursie wykładali profesorowie uniwersytetów polskich. W uroczystości zakończenia kursu wziął udział dyrektor ubezpieczeń społecznych Dr. Dybowski, dyrektor Państw. Szkoły Higieny b. min. Chodźko i dyrektor naczelny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Ligocki. Imieniem uczestników przemówił p. Dr. Winsch, który podkreślił korzyści z urządzenia tego kursu dla samych lekarzy, jak i dla podniesienia poziomu lecznictwa ubezpieczalnianego.

— Robotnicy, którzy przebyli 200 tygodni składkowych w ubezpieczeniu po 1 stycznia 1934 r., nabyli prawo do dalszej pomocy leczniczej z ubezpieczenia emerytalnego robotników po wyczerpaniu 26-tygodniowego okresu zasiłkowego i leczenia w ubezpieczeniu chorobowym, jeśli są nadal chorzy na tę samą chorobę. Dalszej pomocy leczniczej w tej samej chorobie na rachunek ubezpieczenia emerytalnego robotników udziela Ubezpieczalnia Społeczna tak długo, jak długo jest ta pomoc konieczna. Umieszczenie chorego w szpitalu lub w sanatorium wymaga uprzedniej zgody Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

— Komunikat nr 1 Polskiego Towarzystwa Higienicznego. XI Zjazd Higienistów Polskich, poświęcony zagadnieniom zdrowotnym wsi, odbędzie się dn. 29 i 30 czerwca 1938 r. w Lublinie. Przewidziane są trzy tematy główne: 1. Pomoc lecznicza na wsi (lekarze, personel pomocniczy, szpitale i t. p.) 2. Medycyna zapobiegawcza na wsi (zwalczanie chorób zakaźnych i społecznych). 3. Sprawy sanitarno-porządkowe na wsi (budownictwo wiejskie, zaopatrywanie w wodę, usuwanie nieczystości i t. p.). Uprasza się o zgłaszanie referatów, względnie koreferatów, do dn. 1 kwietnia 1938 r. do Biura Polskiego T-wa Higienicznego w Warszawie, ul. Karowa 31. Szczegółowy program Zjazdu i warunki uczestnictwa podane zostaną do wiadomości w następnych komunikatach.

— Międzynarodowe Zrzeszenie Zawodowe

Lekarzy. (Assotiation professionnelle internationale des medecins). — A. P. I. M. jest zrzeszeniem międzynarodowym zawodowych ugrupowań lekarskich poszczególnych narodów. Ma ono za cel stworzenie ośrodka informacji i wzajemnego porozumienia między ugrupowaniami zawodowymi lekarzy oraz dla studiów nad licznymi zagadnieniami, które dotyczą życia jednostkowego i społecznego lekarza. Organem kierującym zrzeszenia jest Rada Główna A. P. I. M.-u. W skład jej wchodzi członkowie korespondenci, mianowani przez ugrupowania zawodowe lekarskie poszczególnych narodów. Każdy związek narodowy ma prawo mianować jednego tylko członka korespondenta, niezależnie od liczby swych członków. Prace i badania A. P. I. M.-u są ześrodkowane w sekretariacie, kierowanym przez Sekretarza Generalnego, obecnie Dra F. Decourt. A. P. I. M. istnieje od lat 13-u. Przeprowadził on do lipca 1937 r. trzydzieści dziewięć ankiet międzynarodowych i jest od chwili założenia w stałym kontakcie z Międzynarodowym Biurem Pracy i Ligą Narodów. Z ramienia Związku Lekarzy Państwa Polskiego członkiem korespondentem A. P. I. M.-u mianowany został redaktor naczelny „Nowin Społeczno-lekarskich“, Dr. Franciszek Rodziejewicz.

— Przy okazji Zjazdu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów w Wiedniu w dniach 19 do 22 września r. b., oddział belgijski żeglugowych kompanii francuskich organizuje wycieczkę śródziemnomorską i po morzu Czarnym z przedłużeniem lądowym po Rumunię, Węgry, Austrię i Czechosłowację. Odjazd z Marsylii d. 3 września r. b. Marszruta obejmuje: Marsylię, Neapol, Pireus, Konstantynopol, Odesę, Konstancę, Bukareszt, Budapeszt, Wiedeń i Paryż. Cena, 9500 franków belgijskich, obejmuje wszystkie koszty z Marsylii do Paryża z wyjątkiem napiwków na pokładzie statku, napojów w hotelach i wagonach restauracyjnych oraz w Wiedniu śniadań i kolacji. Nieczłonkowie Międzynarodowego Tow. Chirurgów i ich rodziny za opłatę wpisu członkowskiego mogą uczestniczyć w wymienionej wycieczce. Program szczegółowy wysła bezpłatnie: L'Office Belge des Compagnies Françaises de Navigation, 29, Boulevard Adolph Max, Bruxelles.

— Berlińska Akademia Kursów dokształcających dla lekarzy organizuje w r. b. wykłady następujące: 1. Patologia konstytucjonalna i medycyna kliniczna — od d. 21 do d. 26.II, honorarium M. 50. 2. Częste błędy w rozpoznawaniu i leczeniu i ich unikanie — od d. 28.II do d. 5.III, hon. M. 50. 3. Dieta człowieka zdrowego i chorego — od d. 7 do 12.III, hon. M. 50. 4. Kurs gruźlicy w berlińskim szpitalu dla gruźliczych — od 14 do 19.III, hon. M. 50. 5. Kurs dokształcający dla lekarzy chorób gardła, nosa i uszu — od 28.II do 12.III, hon. M. 150, wzgl. 100. 6. Kurs dla lekarzy ocznych — od 21 do 26.III, hon. M. 75. 7. Kurs dla chirurgów — od 25 do 30.IV, hon. M. 70. 8. Nowe zdobycze w dziedzinie leczenia napromienianiem — od 2 do 7.V, hon. M. 60. 9. Propedeutyka, wzgl. Kurs homeopatii — od

25.IV do 21.V, hon. M. 75. 10. Kursy specjalne dla małych grup i privatissima, hon. M. 10 za każde 2 godziny.

ZMARLI.

Kamler Antoni, członek Rady Lekarskiej Ubezpieczalni Społecznej i długoletni lekarz tejże Ubezpieczalni — w Warszawie. Szlagier Leon, gastrolog — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

15.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) M. Płoński: Pokazy anatomopatologiczne. 2) M. Fejgin, J. Rosenberg, Morgensternowa: Przyczynę do patogenezy i leczenia nerwic naczynioruchowych (z powodu przypadku choroby Reynaud). 3) J. Mackiewicz: Przypadek rachischisis cervicalis. 4) L. Justman: Przyczynki do dietytyki ogólnej.

15.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wacław Markert. Guzy obu stron nerek wraz z pokazem chorego. 2. Roman Kozakiewicz. Kiła wrodzona rodzeństwa. 3. Bronisław Szerszyński i Jerzy Klimkiewicz. a) Torbiel urazowa trzustki. Zespolenie jej z żołądkiem. Wyleczenie od 5 lat. b) Trzy lata trwająca przetoka trzustkowa po marsupializacji torbieli. 4. Julian Walawski. O humoralnej regulacji czynności gruczołów trawiennych. 5. Zofia Bohdanowiczówna, Aleksander Ławrynowicz i Janina Szymańska. W sprawie patogenezy i epidemiologii zgorzeli gazowej.

16.II. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: M. Masiukiewicz. 2 przypadki schorzeń dróg żółciowych. Fr. Nie wiadomski. Przypadek samoistnego przedziurawienia przełyku. L. Manteuffel. Wada wrodzona żołądka. S. Vogt. Ziarnica złośliwa żołądka. B. Kryński. Przypadek białowca wątroby. B. Kryński. Przepuklina przeponowa prawostronna. B. Wejnert. Rak żołądka o niezwyklej przebiegu. Odczyt: L. Dmochowski. Dieta przy nowotworach złośliwych.

Résumé des articles originaux.

J. PENSON. L'insuline et la sclérose de l'appareil circulatoire.

Le diabète prédispose l'organisme au développement de l'artériosclérose. L'auteur examine la question du traitement du diabète à l'âge avancé. L'application de petites doses de l'insuline doit être le mot d'ordre principal, ainsi que la diète abondante en hydrocarbonates, car l'hypoglycémie relative et absolue est nuisible au muscle cardiaque malade. Une insignifiante hyperglycémie et glycosurie sans symptômes d'épuisement général

ne servent pas d'indication pour l'application de l'insuline. La relation entre l'insuline et l'artériosclérose des vaisseaux coronaires est liée à l'hyperglycémie et glycosurie, observée dans 40% de cas d'infarctus du myocarde. Il s'agit notamment de l'hyperglycémie et glycosurie de différents degrés d'un caractère passager chez des personnes qui n'étaient jamais malades du diabète. L'auteur décrit 5 cas de ce genre et arrive à la conclusion, que ce syndrome ne dépend guère de la délivrance du diabète latent, mais consiste en complications spéciales d'infarctus du coeur. Une imprudente application de l'insuline dans ces cas peut porter un préjudice irréparable et même causer une issue tragique.

S. LEWINSON. Sur les diverticules de la vessie urinaire.

L'auteur fait une étude détaillée de l'étiologie, de la clinique et du traitement des diverticules de la vessie urinaire en rapport avec des cas observés par lui. Les effets opératoires sont satisfaisants surtout dans les cas des diverticules acquis après enlèvement des obstacles dans l'écoulement de l'urine. De 5 cas observés trois ont été opérés avec un bon résultat. Un malade est décédé après l'intervention à la suite d'une embolie de l'artère pulmonaire. Dans un cas il s'ensuivit un remplissement du diverticule par un néoplasme. Le diagnostic des diverticules de la vessie urinaire n'est pas toujours facile. Un examen complet du malade avec l'application des méthodes des recherches auxiliaires rend le diagnostic possible.

A. P.

M. ABRAMOWICZ. Sur le traitement préventif du tétanos causé par plaies et blessures.

L'auteur présente une intéressante statistique des cas du tétanos, qui sont très variables et capricieux. La cure préventive n'est pas si facile à cause des complications très graves. L'auteur propose des méthodes du traitement des blessures et expose les nouvelles méthodes du traitement préventif de cette maladie.

I. J. MERENLENDER. Ce que le médecin-praticien doit savoir en matière de traitement des maladies vénériennes et de la peau.

L'auteur annonce la publication d'une série d'articles ayant pour sujet les questions des maladies vénériennes et de la peau les plus communes dans la pratique du médecin non-spécialiste. Comme premier objet de ces questions l'auteur discute le problème de démangeaison.

S. A. Quelques remarques sur l'enseignement de la médecine en U. R. S. S.

L'auteur donne un bref aperçu sur: 1) l'état actuel de l'organisation générale de l'enseignement de la médecine en Russie Soviétique, 2) l'enseignement des matières cliniques dans les Facultés Sanitaires et Prophylactiques, ainsi que, 3) la formation du corps enseignant.

TREŚĆ: J. PENSON. Insulina a międzyca układu krążenia. — S. LEWINSON. O uchyłkach pęcherza moczowego. — M. ABRAMOWICZ. O leczeniu zapobiegawczym tężca przyrannego. — J. MERENLENDER. Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych. — M. SZEJNMAN. Przetaczanie krwi konserwowanej (Str. pogl. Dok.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — S. A. Z zagadnień nauczania na Wydziałach Lekarskich w Z.S.R.R. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. PENSON. L'insuline et la sclérose de l'appareil circulatoire. — S. LEWINSON. Sur les diverticules de la vessie urinaire. — M. ABRAMOWICZ. Sur le traitement préventif du tétanos causé par plaies et blessures. — J. MERENLENDER. Ce que le médecin-praticien doit savoir en matière de traitement des maladies vénériennes et de la peau. — M. SZEJNMAN. Sur la transfusion du sang conservé (Rév. gén. fin.) — S. A. Quelques remarques sur l'enseignement de la médecine en U. R. S. S.

WARUNKI PRENUMERATY Kwartałnie: w Warszawie 12 zł., na prowincji 14 zł., zagraicą 16 zł. Prenumeratę prosimy wpłacać w przedpłacie na konto P.K.O. 86-96 (nie czekając na przybycie inkasenta).

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka tytułowa złotych 300.— Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście rezerwowane: cała strona złotych 160.—, pół str. zł. 85.—, ćwierć zł. 45.—

Ogłoszenia na miejscach nierezerwowanych: cała str. zł. 140.—, pół str. zł. 75.—, ćwierć str. zł. 40.—, ósma część str. zł. 25.—

Załączenie do całego nakładu wkładki reklamowej do wagi 20 gr. zł. 150.—