

GRUŻLICA

DWUMIESIĘCZNIK

ORGAN POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZEGO

KOMITET REDAKCYJNY

Dr ANDRZEJ BIERNACKI (Warszawa) Dr ANTONI BOROŃSKI (Wilno) B. m. in. dr WITOLD CHODŹKO (Warszawa). Prof. dr STANISŁAW CIECHANOWSKI (Kraków) Dr KAZIMIERZ DADEJ (Zakopane). Dr MIECZYSLAW GANTZ (Warszawa) Prof. dr ZDZISŁAW GOŁECKI (Warszawa). Dr STANISŁAW HORNUNG (Lwów). Prof. dr TOMASZ JANISZEWSKI (Warszawa). Prof. dr ALEKSANDER JANUSZKIEWICZ (Wilno). Prof. dr WINCENTY JEZIEŃSKI (Poznań). Prof. dr KAROL JONSCHER (Poznań) Prof. dr LEON KARWACKI (Warszawa). Prof. dr JÓZEF KOSTRZEWSKI (Kraków). Dr ANTONI KUĆZEWSKI (Zakopane). Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ (Kraków). Doc. dr FRANCISZEK ŁABENDZIŃSKI (Poznań). Dr ANNA MARGOLISOWA (Łódź). Dr STANISŁAW MEYSNER (Smukala). Prof. dr MIECZYSLAW MICHAŁOWICZ (Warszawa). Dr JANINA MISIEWICZ (Warszawa). Dr EDWARD MITTELSTAEDT (Łódź) Dr GUSTAW NOWOTNY (Zakopane). Prof. dr WITOLD ORŁOWSKI (Warszawa). Prof. dr ZENON ORŁOWSKI (Wilno). Doc. dr WŁADYSŁAW OSTROWSKI (Warszawa). Doc. dr EUGENIA PIASECKA-ZEYLANDOWA (Poznań) Dr MARIAN PIASECKI (Warszawa). Dr HIERONIM REITEROWSKI (Łódź). Prof. dr ROMAN RENCKI (Lwów) Dr STEFAN RUDZKI (Warszawa). Doc. dr ANTONI SABATOWSKI (Lwów). Dr ZDZISŁAW SKIBIŃSKI (Otwock). Dr OLGIERD SOKOŁOWSKI (Zakopane). Dr ZDZISŁAW SZCZEPAŃSKI (Warszawa). Prof. dr JAN SZMURŁO (Warszawa). Dr MICHAŁ ŚWIDA (Wilno). Dr MICHAŁ TELATYCKI (Otwock). Dr MARYLA TOMASZEWSKA (Łódź). Dr LESŁAW WĘGRZYŃOWSKI (Lwów). Dr CZESŁAW WROCZYŃSKI (Warszawa). Doc. dr JANUSZ ZEYLAND (Poznań).

REDAKTOR NACZELNY

Dr STEFAN RUDZKI

Zastępca Redaktora Naczelnego

Dr ANDRZEJ BIERNACKI

TREŚĆ

Doc. dr Zdzisław Michalski — Leczenie gruźlicy płuc glikokolanem miedzi	1
Dr Zofia Chrepińska — Przyczynek do przebiegu klinicznego przewlekłych postaci krwiopochodnej gruźlicy płuc u dzieci	14
Dr Józef Mirabel — Przyrząd przenośny do odmy sztucznej konstrukcji własnej	32
Dr Aleksandra Obuchowicz — Opieka pozaszpitalna nad suchotnikami w Wilnie w latach 1935-38	35
Piśmiennictwo polskie i obce	48
Polskie Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą	79
Wiadomości bieżące	85

W A R S Z A W A

Druk ukończono 6 kwietnia 1939 r.



Leciferrina

Nr. rej. 1520.

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy
i wzmacniający

stosowany:

w osłabieniach, blednicy,
anemii, neurastenii i w
rekonwalescencji.

Flakon ca. $\frac{1}{1}$ 500,0 Zł. 4.70
" " $\frac{1}{2}$ 250,0 " 2.70

SCOTT & BOWNE, Sp. Akc. Warszawa, ul. Okopowa 21/23

PREPARAT
KRAJOWY



HEMOSTYL

D-RA ROUSSELA

SPOTĘGOWANA ODWŁÓKNIONA KREW HEMOPOETYCZNA

ANEMJA • KRWAWIENIA • REKONWALESCENCJA

FLAKONIKI - AMPULKI - SYROP

FARM. ZAKŁADY PRZEM. ALEKSANDER WIENIEWICZ • WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88

ENTERAKTIN

POŁĄCZENIE CHLORAKTINU Z WĘGLEM AKTYWOWANYM *w opłatkach*

ODKAŻA PRZEWÓD POKARMOWY,
ZWALCZA PROCESY GNILNE i FERMENTACYJNE

POCHŁANIA PRODUKTY ROZKŁADU
i GAZY

LECZY NIEŻYTY JELIT, CZERWONKĘ,
OWRZODZENIA JELIT, ZATRUCIA
POKARMOWE

DAWKOWANIE: 3 — 6 razy dziennie, po
jedzeniu, 1 opłatek

L. NASIEROWSKI

*Chem. Farm. Zakłady Przem. Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9*



HEPAMUSCOL

WYCIĄG ZE ŚWIEŻEJ WĄTROBY CIEŁĘCEJ
POŁĄCZONY Z WYCIĄGIEM Z MIĘŚNI WOŁU

*pobudza czynności układu krwiotwórczego,
wzmaga hemopoezę i siły obronne ustroju,
powoduje szybką poprawę stanu ogólnego.*

WSKAZANIA:

WSZELKIE POSTACIE NIEDOKRWISTOŚCI

Wyczerpanie. Okres zdrowienia po chorobach zakaźnych. Gruźlica.

DAWKOWANIE:

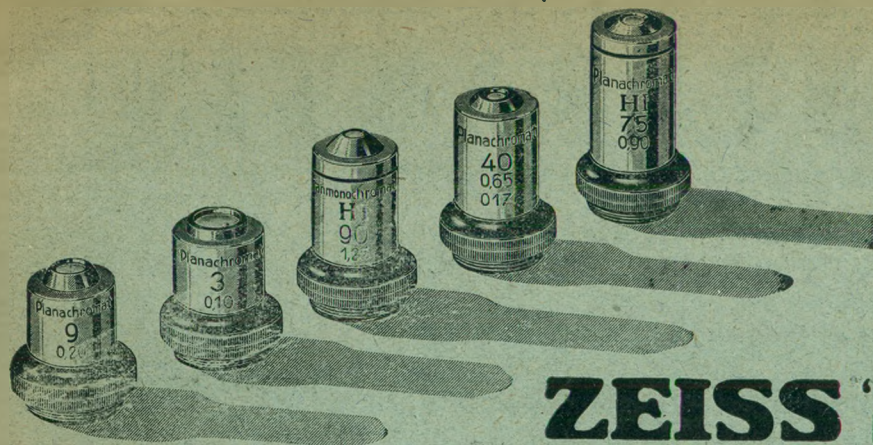
Dorośli: 3 razy dziennie po 1 — 3 łyżek stołowych. Dzieci odpowiednio mniej.

L. NASIEROWSKI,

*Chem. Farm. Zakłady Przemysł. Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9.*



WIELKĄ ZDOBYCZ w MIKROSKOPII i w MIKROFOTOGRAFII
STANOWIA



ZEISS Planachromat

obiektywy, dające w mikroskopie pole widzenia położone na płaszczyźnie. Obrazy, otrzymane przy ich pomocy, są ostre nawet na brzegu pola widzenia. Układy suche i immersyjne.

Prospekty i informacje w firmie **CARL ZEISS, JENA**
i w Generalnym Przedstawicielstwie na Polskę **Inż. Wł. LEŚNIEWSKI**

Warszawa 22, Al. Niepodległości 210, tel. 8.16-06 i 8.16-46

Katowice, Kościelna 6, tel. 3.20-45

Poznań, Słowackiego 22, tel. 77-85



Nowe preparaty krajowe:

ETIOPIRYNA

— kwas oksychinolinosulfochiniziniopięciooksykapronowy. Tabletki a 0.5 g. i proszek do receptury. ETIOPIRYNA jest wybitnym środkiem przeciwgorączkowym, przeciwreumatycznym oraz uśmierzającym.

ANACOT FORTE

zawiera prócz normalnych składników Anacotu, 0.05 g. pochodnej sulfamidu, jest więc bardzo energicznym ŚRODKIEM CHEMOTERAPEUTYCZNYM stosowanym w przypadkach stanów zapalnych jamy ustnej i gardła, anginy i t. p.

ARHEINA

maść przeciw katarowi nosa o oryginalnym składzie; przez swoje działanie ściągające, dezynfekujące i przeciwzapalne, ARHEINA powoduje szybkie zmniejszenie się nadmiernej wydzieliny z błon śluzowych nosa.

Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna
Dr A. WANDER, Spółka Akcyjna Kraków

GRUŻLICA

PRACE ORYGINALNE

Ze Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Ordynator Z. Michalski

Doc. dr ZDZISŁAW MICHALSKI

LECZENIE GRUŻLICY PŁUC GLIKOKOLANEM MIEDZI

„Miedź w gruźlicy jest tym,
czym rtęć w kile“ — Luton.

Przed trzema laty podaliśmy swe pierwsze spostrzeżenia nad stosowaniem glikokolanu miedzi w słabych rozczynach od 0,1^{0/00} do 1^{0/00} dożylnie¹. Te pierwsze badania kliniczne skierowały naszą uwagę na zastosowanie tego taniego i niezłożonego przetworu w gruźliczym zakażeniu.

Omawiając w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim leczenie gruźlicy płuc w ostrych postaciach, wyraziłem przypuszczenie, iż miedź w podanej wyżej postaci, przy zastosowaniu dożylnym, może okazać wpływ leczniczy nawet przy rozpoczynającym się serowaceniu².

W tymże roku na posiedzeniu klinicznym naszego szpitala przedstawiłem przypadek ostro postępującej gruźlicy płuc, gdzie rozwój choroby został powstrzymany wstrzykiwaniami dożylnymi glikokolanu miedzi. Ponieważ załączone klisze dotyczą właśnie omawianego przypadku, przytaczam treść pokazu jako przedruk z pamiętnika szpitalnego³.

Przypadek *phthisis florida*, leczony wstrzykiwaniami dożylnymi glikokolanu miedzi.

Przypadek dotyczy studenta, lat 21, z rodziny gruźliczej i lekarskiej. W sierpniu r. b. choroba rozpoczęła się ostro, wysoką gorączką. Wczesne wystąpienie krwotoków płucnych i stwierdzenie w płwocinie prątków gruźliczych ustaliło rozpoznanie. Na konsylium w obecności czterech kolegów potraktowano przypa-

Referat wygłoszony w Warszawskim Tow. Lekarskim 7/II.1939 r.

1) Z. Michalski i W. K. Massalski. O niektórych własnościach farmakologicznych glikokolanu miedzi. *Medycyna* Nr. 7, 1936 r. — 2) Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z r. 1936. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 29.IX.1936. — 3) Protokół posiedzenia naukowego lekarzy szpitala Przemienienia Pańskiego z dnia 29.X.1936 r.

1946 K. 2578.

WYDZIAŁ LEKARSKI - CHOROBY

dek jako stracony i przyjęto moją propozycję zastosowania próby leczenia glikokolanem miedzi. Wstrzykiwania dożylnie co drugi dzień glikokolanu miedzi w rozczynnie cukru gronowego w dawkach od 1 do 7 mg dały w wyniku powrót początkowo wysokiej ciepłoty do poziomu prawidłowego i całkowite ustąpienie odpluwania. Obraz radiologiczny nie tylko w danym przypadku nie uległ wyjaśnieniu, lecz odwrotnie, nie rozszerzając się, nabrał jakby silniejszej intensywności. Prelegent zastanawia się, czy nie wpłynęło na to odkładanie się miedzi w ogniskach serowatych.

Diskusja. Kol. Tippelt prosi o wyjaśnienie rentgenogramów. Uważa poza tym, że przypuszczenia prelegenta o możliwości odkładania się miedzi w płucach należałoby potwierdzić doświadczalnie na zdrowych.

Kol. Mossakowski. Prątek gruźliczy stoi morfologicznie blisko grzybów i pleśni. Opierając się na swoistym działaniu miedzi przy promienicy możnaby spodziewać się podobnego działania i na prątek gruźliczy.

Kol. Stankiewicz pokazuje zdjęcia rentgenologiczne wycinków śledziony i wątroby po wstrzyknięciu kontrastu torowego. Na kliszy widać znaczną inkrustację torem, a mimo to zdjęcia jamy brzusznej cieni tych narządów nie wykazały. Z tej też przyczyny kol. Stankiewicz nie uważa za możliwe, aby odkładanie się miedzi w płucu mogło uwidocznić się na zdjęciu.

Kol. Wejroch uważa, że działanie miedzi może być pośrednie przez układ siateczkowo-śródbłonkowy.

W odpowiedzi kol. Michalski: ogniska serowate są pozbawione ukrwienia, poza jodem nie znamy środków chemicznych, przenikających do mas serowatych. Być może, że miedź ma właśnie powinowactwo do tkanek serowatych.

Chory wypisany ze szpitala podlegał kolejno leczeniu klimatycznemu (w Otwocku), domowemu i ponownie przez krótki czas był w szpitalu w prowadzonym przeze mnie oddziale. W tym czasie przebył dwa groźne ostre obostrzenia sprawy gruźliczej, jednak w zasadzie z krótkimi przerwami stosowane były u chorego wstrzykiwania glikokolanu miedzi po 8 mg jednorazowo, początkowo co drugi dzień, później dwukrotnie w tygodniu. Po wygaśnięciu, krótkotrwałych zresztą, stanów gorączkowych, poprawa wyrażała się wzrostem wagi, stopniowym zmniejszaniem się plwociny aż do całkowitego ustąpienia odpluwania; stosunkowo wolno cofały się objawy fizyczne chorobowe w postaci szmerów dodatkowych i dużego ogniska oddechu oskrzelowego poniżej wnęki prawej (miejsce odpowiadające jamie w obrazie rentgenowskim). Dokonane jesienią kontrolne zdjęcie rentgenowskie dało wynik rewelacyjny. Dzięki uprzejmości asystentki Zakładu Rentgenologicznego naszego Szpitala, koleżanki Piętnikówny, pozwalam sobie załączyć opis szeregu klisz w przebiegu obserwacji chorego do ostatniej kliszy, którą nazwałem rewelacyjną.

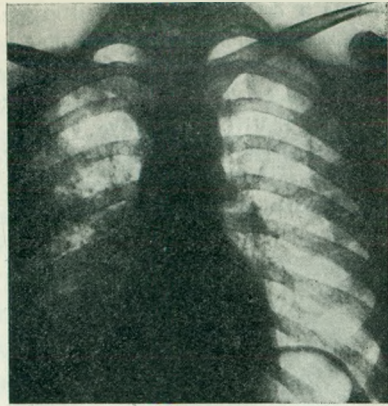
1) 3.IX.1936 r. 38144. Ob. K. lat 21. (Ryc. 1).

Intensywne, grubopłamiste zagęszczenia w dolnej części płuca prawego, zlewające się ze sobą w jego podstawie z rozjaśnieniami w II i III-iej przestrzeni międzyczłobowej w linii środkowej pola (jamy?). Przepona niewidoczna. Pozo-

stała część pola płucnego pokryta mniej licznymi, drobnoplamistymi zagęszczeniami. Po stronie lewej: dość liczne drobniutkie plamiste zagęszczenia, bardziej skupione na poziomie III przedniego żebra i przy lewym zarysie serca w 2/3 dol-



Ryc. 1



Ryc. 2

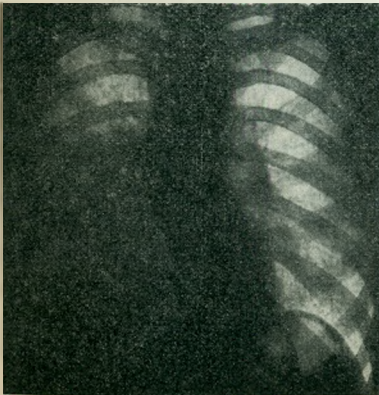
nych części płuca. Szypuła naczyniowa nieco szersza. Cień serca lekko przemieszczony w prawo.

2) 17.X.1936 r. (Ryc. 2).

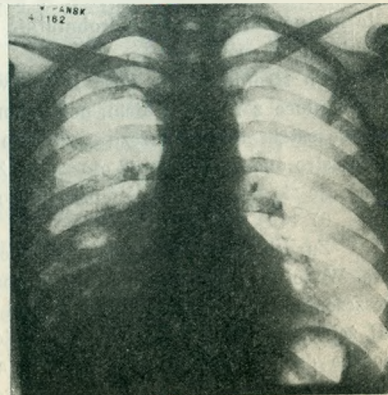
W dolnej części prawego pola płucnego obraz mniej zlewający się. Zarys przepony lekko widoczny w bocznej części. Poza tym zagęszczenia drobnoplamiste rozsiane w pozostałych częściach obu pól.

3) 6.XI.1936. 38519. (Ryc. 3).

W porównaniu z badaniem ostatnim obraz radiologiczny płuć uległ pogorszeniu; widoczne bardzo intensywne zagęszczenia, zlewające się ze sobą w dol-



Ryc. 3



Ryc. 4

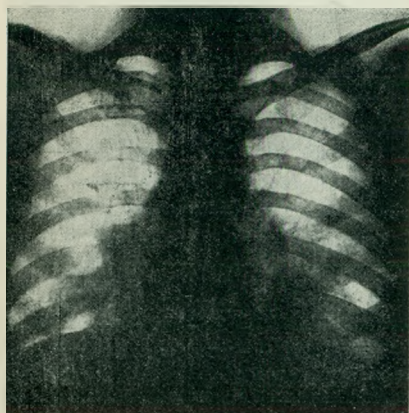
nej połowie pola z rozjaśnieniami (jama?) w okolicy III-ej przestrzeni międzyżebrowej przedniej. Zarys przepony niewidoczny. Po stronie lewej: wzmocnienie rysunku płucnego w okolicy podobojczykowej. Znaczne zagęszczenie cienia wątkowego. Bardzo liczne zagęszczenia przy lewym zarysie serca.

4) 24.III.1937 r. 40162. (Ryc. 4).

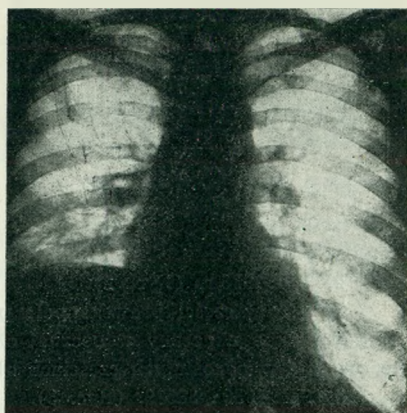
Przepona prawa uniesiona ku górze na półtora palca, wykazuje lekkie ruchy paradoksalne. W dolnej połowie prawego płuca występuje znaczne przejaśnienie zagęszczenia z zarysem jamy wewnątrz. Pozostała część pola płucnego usiana b. drobnymi plamistymi zagęszczeniami. Po stronie lewej: większa grupa zagęszczeń drobnoplamistych wzdłuż zarysu lewej komory z podejrzanym o jamę rozjaśnieniem. Poza tym dość liczne zagęszczenia w dolnych 2/3 części pola płucnego. Cień wnęki nieco mniej zagęszczony z drobnym zwapnieniem wewnątrz.

5) 13.VIII.1937 r. (Ryc. 5).

Rozległe zagęszczenia dolnej połowy płuca prawego w dalszym ciągu ustępują. Pozostały większe zagęszczenia nad przeponą i w kącie sercowo-przecopowym. Na wysokości IV przedniego żebra zarys dość dużej jamy (wielkości śliw-



Ryc. 5



Ryc. 6

ki) z szeroką obwódką cieniową. W górnej części płuca liczne (jednak mniej obfite niż na zdjęciu 40162) drobnutkie plamkowate zagęszczenia. Znaczne zagęszczenia cienia wnękowego.

Po stronie lewej: dość intensywne zagęszczenie w dolnej przyśrodkowej części płuca z rozjaśnieniem, podejrzanym co do jamy przy lewym zarysie serca. Pozostała część miąższu wykazuje liczne, drobne plamkowate zagęszczenia, dość ostro odcinające się od otoczenia. Zarys przepony prawej dobrze widoczny — znajduje się na poziomie VI przedniego żebra; lewy zarys zatarty.

6) 14.IX.1938 r. (Ryc. 6).

Znaczne uniesienie zarysu przepony prawej ku górze do poziomu do V żebra. W dolnej części płuca prawego pozostały obecnie dość liczne smugowate zagęszczenia z zarysem jamki wielkości wiśni — na poziomie przedniego końca III żebra. Dookoła jamki widoczna dość szeroka otoczka cieniowa. Poza tym widoczne drobne smugowate zagęszczenia w II-iej przestrzeni międzyżebrowej — liczniejsze w kącie obojczykowo-mostkowym.

Po stronie lewej: drobnutkie plamkowate zagęszczenia pod obojczykiem — przeważnie smugowate i gwiazdkowate zagęszczenia obfitsze dookoła cienia wnękowego.

Reasumując przebieg i wynik stwierdzić należy, że u młodego człowieka z ostro postępującą sprawą gruźliczą, po zastosowa-

niu początkowo — jak z załączonych klisz wynika — zupełnie nieskutecznego zabiegu wyrwania nerwu przeponowego prawego (zabiegu dokonał kol. Piasecki), po stwierdzeniu klinicznym i rentgenowskim rozległych zmian serowatych, po dwuletnim stosowaniu dożylnym małych dawek glikokolanu miedzi, udało się otrzymać kliniczne wyleczenie, wyrażające się: 1. ciepłotą prawidłową, 2. ustąpieniem odpluwania, 3. wagą powyżej normy, 4. ustąpieniem objawów klinicznych czynności sprawy gruźliczej (całkowite ustąpienie szmerów dodatkowych), 5. dobrym stanem sił.

Co razem wzięte skłoniło mnie do zezwolenia pacjentowi na powrót do studiów uniwersyteckich.

Nie jest rzeczą przesądzoną, że sprawa nie całkowicie wygasła i że pod wpływem zewnętrznych bodźców nastąpi nawrót; osiągnięte jednak wyniki stanowią maximum tego, co lekarz w wyniku jakiegokolwiek leczenia w tak ciężkim przebiegu gruźlicy mógłby pragnąć.

Nie było dla mnie zrozumiałym, czym można tłumaczyć sobie korzystne podniesienie przepony dopiero w dwa lata po dokonanym zabiegu.

Po odczycie w Towarzystwie Lekarskim jeden z kolegów wyraził przekonanie, że uniesienie przepony należy traktować jako wtórną retrakcję dolnego płatu płucnego wobec braku oporu wskutek uprzedniego usunięcia nerwu.

Ponieważ omówienie tej obserwacji jest szóstym kolejnym doniesieniem ogłoszonym drukiem^{4, 5} w sprawie moich badań nad wpływem glikokolanu miedzi na zakażenie gruźlicze, ponieważ poza tym — o ile mi wiadomo — jestem pierwszym w polskiej medycynie, który podniósł i przeprowadził doświadczenia nad leczniczym działaniem miedzi, uważam za słuszne przytoczyć nieco ogólnych danych o dotychczasowym zastosowaniu miedzi w lecznictwie, a w szczególności w lecznictwie gruźlicy.

Miedź w lecznictwie jest oddawna znana. Szeroko stosował miedź jeden z twórców sekt lekarskich — Rademacher (1792 — 1850), lekarz reński, który uznawał trzy podstawowe środki: miedź, żelazo i saletrę. Na ogół jednak miedź nie jest dotychczas używaną powszechnie w lecznictwie. Zastosowanie jej w wieku ubiegłym miało miejsce głównie zewnętrzne, dzięki jej własnościom żrącym, wyjątkowo wewnętrznie jako środek wymiotny (me-

4) H. Skwarczewska - Stypułkowska. Przypadek pleuro-peritonitis tuberculosa leczony zachowawczo. Medycyna 1938, Nr. 5. — 5) A. Krysztof. Glikokolan miedzi w leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej. Polska Gazeta Lekarska 1938, Nr. 51.

łoda lecznicza współcześnie zarzucona). W ostatnich latach zwrócono uwagę na działanie krwiotwórcze miedzi. W tym zakresie wysunięto szereg koncepcyj co do roli miedzi.

Tak więc: 1. znaczny wzrost niedokrwistości złośliwych starano się związać z wycofaniem, poprzednio powszechnie używanych kuchennych naczyń miedzianych; 2. skuteczność działania krwiotwórczego preparatów żelaza uzależniano od minimalnych domieszek miedzi — jednym słowem w leczeniu niedokrwistości najskuteczniejszymi przetworami żelaza okazały się preparaty źle oczyszczone, z przypadkową domieszką miedzi; 3. działanie lecznicze wątroby i wyciągów wątrobowych w niedokrwistościach złośliwych próbowano tłómaczyć obecnością miedzi w wątrobie, która ze wszystkich narządów zawiera najwięcej miedzi.

Niezależnie od przypuszczalnego działania przeciwanemicznego miedzi, co było i jest źródłem badań na moim oddziale, w latach po wojnie światowej przeprowadzono próby nad działaniem leczniczym różnych preparatów miedzi prawie we wszystkich jednostkach chorobowych, a zwłaszcza w chorobach pochodzenia zakaźnego.

W wielkim dziele „Handbuch der Experimentellen Pharmakologie“ Hefftera i Heubnera z r. 1934 — Eichholtz z Heidelberga poświęca związkom miedzi 43 strony. Autor ten uważa, iż w stosunku do leczniczego działania rozpuszczalnych soli miedzi, obowiązuje stara zasada Rademachera, że każda postać miedzi jest dobra i skuteczna. Miedź, jeśli chodzi o jej działanie na żywy organizm, pozostaje zawsze miedzią i można ją pedawać pod każdą postacią.

Najskuteczniejsze, zdaniem Eichholtza, winny być te przetwory miedzi, które się łatwo jonizują w roztworze wodnym. Wbrew temu stosowany przeze mnie glikokolan miedzi jonizuje się bardzo mało i ma bardzo małe przewodnictwo elektryczne. Z drugiej jednak strony toksyczność przetworów miedzi wzmagają się wprost proporcjonalnie do ich rozpuszczalności. Działanie bakteriobójcze soli miedzi podaje wyżej wymieniony autor: 1. dla streptokoków — 0,8% siarczan miedzi zabija w 15 minut, 2. dla stafilocoków 2% — w 45 minut; 1:10.000 roztwory różnych soli miedzi hamowały rozwój stafilocoków, bac. prodigiosus, pyocyaneus, vibrio Miecznikowa i prątków tyfusu mysiego. Cholera ginie według Fowlera już pod wpływem 1:60.000 roztworu siarczanu miedzi.

Bakteriobójcze działanie wykazane zostało w stosunku do hodowli prątków błonicy i tyfusu in vitro. Natomiast próby dzia-

łania bakteriobójczego przy doświadczalnym tyfusie u królików zupełnie zawiodły.

Pozostawiając na zakończenie badania doświadczalne nad stosowaniem różnych preparatów miedzi w gruźlicy, pozwolę sobie wymienić pojedyncze jednostki chorobowe i niektóre preparaty miedzi w tych sprawach stosowane (według „Jahresbericht“ E. Mercka).

Choroby zakaźne: 1. Posocznica strepto- i stafilocokowa — cuprum sulfuricum dożylnie od 0,005 do 0,02 gr. 2. Dur brzuszny: dimetyl — glikokol — cuprum dożylnie, bez wyników. 3. Promienica: — miejscowo i dożylnie cuprum sulfuricum. 4. Kila: Cu-Denevan — złożony związek; cuprum—natrium—sulfat. 5. Trąd: cuprum cyanatum — domięśniowo i dożylnie. Z chorób niezakaźnych: 6. Nowotwory złośliwe: elektrocuprol — cuprum colloidalne. 7. Niedokrwistość: cuprum sulfuricum.

Co się tyczy postaci podawania miedzi, istnieje duża ilość preparatów. Począwszy od miedzi metalicznej, stosowanej przez homeopatów w padaczce w rozcieńczeniu D₆, stosowano dawniej miedź doustnie w pigułkach (cuprum aceticum) i w zawiesinie (cuprum phosphoricum), w maściach zewnętrznych w różnych chorobach skóry i w najbardziej rozpowszechnionej postaci wstrzykiwań, głównie dożylnych.

• Są to preparaty¹⁾: 1. Cuprum sulfuricum — stosowany dożylnie w roztworze 1—3‰ co drugi dzień w ilości do 10 cm³. 2. Cuprum sulfuricum ammoniatum — również dożylnie w 4‰ roztworze. 3. Miedź kolloidalna—elektrokuprol. 4. Cuprum - oxyd - dijod - salicyli - aldehyd (tbc.) nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszczalny w tłuszczach, do wstrzykiwań domięśniowych. 5. Cuprum cyanatum (tbc.). 6. Cuprum morrhulicum — roztwór w tranie — domięśniowo po 0,001 gr Cu co 2—4 dni. 7. Cuprum — cholesterin — do wstrzykiwań domięśniowych. 8. Cuprum benzoicum (tbc.) autor Th. M. Stephani; dość niebezpieczny preparat, 2% zejść śmiertelnych. 9. Cuprum chaulmogrivicum (tbc.) stosowany w Południowej Ameryce. 10. Cuprum - Denevan — preparat handlowy stosowany w kile, złożony związek cuprum-natrium-sulfat. 11. Dimetyl-glikokol-cuprum (tbc.) w 5‰ roztworze domięśniowo lub naskórnio jako maść w gruźlicy chirurgicznej. 12. Cuprum kalium-cyanatum dożylnie po 0,01—0,015 gr. 13. Cupronat — białczan miedzi. 14. Cuprum-salvarsan-natrium. 15. Cuprum-jod-cholesterin (tbc.) domięśniowo. 16. Lecithin-cu-

1) przy preparatach stosowanych w gruźlicy dodają w nawiasie tbc.

prum (tbc.). 17. Preparat Tsuruki: Kupfer-sulfonatrium-salicylsaure-calcium (tbc.), okazujący silne hamujące działanie na wzrost prątków gruźliczych, stosowany w 3,5% roztworze dożylnie. 18. Cuprum formicicum 0,1% roztwór (tbc.), stosowany dożylnie od 1 cm³ do 10 cm³ co 3—5 dni, powodujący reakcje gorączkowe do 38°C—40°C. 19. Cuprum bichloratum (tbc.). 20. Cuprum-kalium-tartaricum (tbc.) dożylnie, 1%—2% w roztworze od 0,5 do 2,0 cm³.

Dlaczego w tej powodzi preparatów, oczywiście tylko częściowo przytoczonych, pominięto jedno z najprostszych i najtańszych połączeń miedzi, tj. glikokolan miedzi — nie rozumiem. W dostępnym dla mnie piśmiennictwie znalazłem wiadomość, że tylko J. Almkrist¹ stosował glikokolan miedzi miejscowo przy szankrze. Przypuszczam, że stanęła temu na przeszkodzie mała rozpuszczalność glikokolanu miedzi, który już w roztworach powyżej 5‰ wytrąca się. Łącznie z W. K. Massalskim latem r. ub. próbowaliśmy zastąpić glikokolan innymi aminokwasami, jednak próby nasze nie powiodły się. Ponieważ po trzyletniej pracy klinicznej doświadczalnej nie widziałem większych korzyści z wyższych dawek miedzi, nie znajduję powodu do korzystania z preparatów lepiej rozpuszczalnych, jednak niewątpliwie i bardziej toksycznych. Odczuwam natomiast niekiedy brak preparatu miedzi do wstrzykiwań domięśniowych.

Toksyczność preparatów miedzi

Toksykologia życia codziennego nie zna przewlekłego zatrucia miedzią. (O. Schmiedeberg, Eichholtz). Doświadczalne zatrucie zwierząt przetworami miedzi prowadzi do zejść nie wskutek zatrucia, lecz wskutek przewlekłego przypalania kanału pokarmowego, co doprowadza, w związku z niedostatecznym odżywianiem, do zejścia śmiertelnego.

Ostre doświadczalne zatrucie zwierząt laboratoryjnych powoduje zejście wskutek porażenia mięśni w ogóle, a mięśnia serca w szczególności.

Jako dawkę śmiertelną dla królika podaje Harnack² 50 mg, dla psa — 500 mg przy wstrzyknięciu podskórnym, i 10—15 mg dla królika przy wstrzyknięciu dożylnym, a 250 mg dla psa. W omawianych doświadczeniach stosowany był tlenek miedzi (CuO).

W doświadczeniach przeprowadzanych wspólnie z Massal-

1) Dermatologische Wochenschrift. 1914, Nr. 5, str. 142. — 2) Cyt wg. Schmiedeberga.

skim, przy stosowaniu glikokolanu miedzi, ustaliliśmy jako dawkę maksymalną dla myszy wagi 15 gr przy wstrzyknięciach podskórnych 0,3 mg glikokolanu miedzi. Miedź wprowadzona dożylnie łączy się prawdopodobnie z hemoglobina czerwonycy ciała.

Na podstawie naszego doświadczenia klinicznego stwierdzamy, że chorzy, u których przez czas dłuższy stosowano dożylnie glikokolan miedzi, zyskują poprawę obrazu krwi czerwonej, szczególnie zaś poprawia się odżywianie skóry. Zupełnie wyjątkowo (dwa przypadki w moich spostrzeżeniach) występuje wysypka, jak po solach złota. Żadnych powikłań ze strony nerek, wątroby i kanału pokarmowego nie stwierdziłem.

Przechodzę do omówienia prób leczenia zakażenia gruźliczego przetworami miedzi. Miedź została wprowadzona do leczenia przeciwgruźliczego w nowszych czasach przez A. i E. Lutona, ojca i syna, w roku 1885.

Podaję rozdział poświęcony próbom leczenia gruźlicy miedzią z pracy Lydii de Witt¹ w prawie dosłownym tłumaczeniu.

W roku 1885 A. Luton i później jego syn E. Luton, ogłosili monografię, przedstawiającą miedź jako środek swoisty w gruźlicy. Twierdzą oni, że miedź powoduje miejscową i ogólną reakcję identyczną do odczynów wywołanych przez tuberkulinę i że jest ona tym samym w gruźlicy, czym rtęć w kile. Na podstawie spostrzegania 57 przypadków gruźlicy, leczonych fosforanem i octanem miedzi, twierdzą oni, że w obecnym stanie wiedzy jest w tym coś realnego, a wnioski ich znalazły echo w pracach von Linden i jej współpracowników Meissena i Straussa. Von Linden rozpoczęła swe publikacje w r. 1912 i z przerwami prowadzi je dotychczas. Ostatnia jej publikacja jest pewnym wycofaniem się w stosunku do tego, co mówiła ona w poprzednich swych doniesieniach: że 0,002 mg miedzi rozpuszczone na podłożu jest dawką dostateczną do zabicia 1 mg prątków gruźliczych; że zielone zabarwienie bakterij w hodowli, zawierających miedź w stosunku 1 : 1,500,000, jest swoistym dla bakterij gruźlicy i nie stwierdza się przy hodowlach innych bakterij. Von Linden sądzi, że jest to spowodowane związaniem miedzi przez woskową otoczkę, zawierającą kwasy tłuszczowe. Również świnki morskie leczone miedzią wykazują przebieg choroby gruźliczej bardziej przewlekły, niż nie leczone, a zakażone świnki, u których zastosowano z początku wielką dawkę miedzi (3 do 5 mg miedzi) nie podlegały chorobie i nie ginęły od gruźlicy. W ciężkich zakażeniach doświadczalnych u świnek mor-

1) The chemotherapy of tuberculosis, r. 1923, III cz. dzieła The Chemistry of tuberculosis.

skich 12 wstrzyknień, odpowiadających w sumie 10 mg miedzi, wystarczało do kompletnego wyleczenia, „choć znajdowano pojedyncze otorbione jałowe ogniska“. Aczkolwiek von Linden korzystała z licznych preparatów miedzi, najwyżej stawiała tzw. Lecutyl, który był połączeniem lecytyny z miedzią. Strauss przytacza szereg przypadków tocznia skóry leczonych z powodzeniem miedzią i z dobrymi wynikami kosmetycznymi.

Meissen podaje swoje doświadczenie w leczeniu 47 przypadków średnio ciężkich gruźlicy płuc, gdzie w 80% otrzymał dobre wyniki po leczeniu miedzią, wyraźnie lepsze, niż w podobnych przypadkach otrzymywano przy zwykłym leczeniu. Selter, Mayer, Pekanovich, Kaiser, Moewes i Jauer, i Egges, prowadząc badania nad zwierzętami i u chorych ludzi stosując miedź w różnych postaciach, lecz przeważnie w zalecanej przez von Linden, doszli do wniosku, że miedź okazuje słabe działanie na gruźlicę i w żadnym razie nie może być uważana za środek swoisty.

Huber stwierdził, że połączenie miedzi z aminokwasami daje ten sam wynik, jak zwykle nieorganiczne sole miedzi, co się zapewne tyczy i przetworu lecytynowego, polecanego przez von Linden. De Witt i Sherman stwierdzili, że dla zabicia prątków gruźlicy wymagany jest 5% roztwór chlorku miedzi, aczkolwiek roztwór 1 : 100.000 hamuje ich wzrost. Corper badał starannie wpływ miedzi na zwierzęta gruźlicze. Króliki z gruźlicą oczu były karmione wielkimi ilościami siarczanu miedzi do 1380 mg miedzi w przebiegu leczenia i zastrzykiwano im siarczan miedzi oraz połączenie miedzi z aminokwasami domięśniowo w ogólnej sumie do 55 mg w przeciągu 90 dni. Mimo to Corper nie znalazł miedzi w oczach dotkniętych gruźlicą i nie widział wpływu na przebieg choroby. Świnki morskie zakażone gruźlicą leczone były przez stosowanie soli miedzi w prostych związkach, ale ani miedzi nie stwierdzono w gruczołach gruźliczych i ropie, ani wyraźnego wpływu na przebieg choroby. Miedź kolloidalna, wstrzykiwana dożylnie królikom gruźliczym, znajdowana była w wątrobie, nerkach i płucach; nie znajdowano jej jednak ani w zdrowych ani w gruźliczych oczach. Tak dalekim, zdaniem Corpera, od swoistości jest działanie miedzi w gruźlicy, że nie znajdowano jej w żadnych tkankach gruźliczych, ani też nie stwierdzano żadnego wpływu na przebieg zakażenia ani u królików, ani u świnek. Jak wynika z doświadczeń Corpera, w jakiegokolwiek postaci podana jest miedź, odkłada się ona nie w postaci soli, lecz jako miedź kolloidalna, co zgodnie z doświadczeniami Wellsa i Hedenburga nie pozwala nam przy-

puszczać możności przeniknięcia jej do zmartwiałych tkanek gruźliczych.

W roku 1916 Koga ogłosił, że świnki morskie zakażone 2 mg hodowli ludzkich prątków gruźliczych i leczone związkiem miedzi zwanym „cyanocuprol“ żyły dłużej, wzrastały na wadze i wykazywały zahamowanie procesów chorobowych. Koga twierdzi, że preparat ten leczy gruźlicę płucną i chirurgiczną w pierwszym i drugim okresie i wykazuje dobroczynny wpływ na chorobę w trzecim okresie. Cyanocuprol według Sugai jest połączeniem dwóch części cjanoku potasu z jedną częścią „cyanourate“ miedzi i występuje pod postacią małych kryształików rozpuszczalnych w alkoholu i w wodzie. Śmiertelna dawka dla psów 5 mg na kilo wagi. Lecznictwo wstrzykują 0,25 do 0,3 mg na kilo wagi co 10 dni. Sugai podaje wyniki korzystne. Tenże autor twierdzi, że wstrzyknięcie tego leku razem z dużą dawką emulsji bakteryj gruźliczych chroni niezawodnie przed zakażeniem gruźliczym, a u zwierząt zakażonych przedłuża życie na czas nieokreślenie długi. Inni badacze japońscy potwierdzają skuteczność cjanocuprolu, ale wszyscy zgadzają się, że środek nie jest swoistym i powinien być rozsądnie stosowany ze wszystkimi innymi metodami poprawiającymi stan ogólny. Ostrzegają również przed stosowaniem wstrzykiwań cjanocuprolu zbyt długo w przypadkach, gdzie poprawa nastąpiła i sprawa chorobowa uspokoiła się.

$K_2Cu(CN)_4$ ma własności podobne do cjanocuprolu; aczkolwiek nie jest ściśle bakterioójczy powoduje, jak wiele innych substancyj, zapalenie okołooogniskowe w tkankach gruźliczych u świńek morskich.

Ellis poleca w leczeniu tocznia i gruźlicy skórnej pastę, składającą się z kwasu pikrynowego i soli zasadowych miedzi i cynku, która niszczy tkankę gruźliczą i wywołuje przekrwienie sąsiednich tkanek. Dla wyniku leczniczego wystarcza trzy-czterokrotne zastosowanie pasty.

Aczkolwiek miedź stosowana pod wieloma postaciami, nie wykazała swoistego działania na gruźlicę, nowi badacze i starzy badacze, polecający nowe połączenia miedzi, zachowują się tak, jakby o terapii miedziowej nikt nie słyszał. Prawdopodobnie, co się tyczy miedzi, działanie jej jest jednakie niezależnie od dodatkowych związków i połączeń, a różne działanie poszczególnych preparatów pochodzi od składników dodatkowych, a nie od miedzi. Miedź posiada, jak wiele innych środków, zdolność wywołania przekrwienia i pobudzania zapalenia około gruzelka, co może w niektórych przypadkach wpływać dodatnio, tak jak to czyni

tuberkulina, ale jest bardziej trująca i mniej skuteczna niż tuberkulina.

Przedstawiając pokrótce stanowisko Lydii de Witt w stosunku do różnych przetworów miedzi w lecznictwie gruźlicy obejmujące odnośne badania do r. 1923 — muszę tylko w stosunku badań Corpera zrobić zastrzeżenia, że gruźlica oka nie nadaje się do badań doświadczalnych nad działaniem środków chemicznych na gruźlicę.

Z badań u ludzi wiemy, iż gruźlica oka poddaje się doskonale leczeniu tuberkulinowemu, leczeniu szczepionkami gruźliczymi (między innymi i zaproponowaną przeze mnie szczepionką „Dememin”), natomiast środki chemiczne nie mają na ogół wpływu na gruźlicze zakażenie oka.

Moje doświadczenie w stosowaniu glikokolanu miedzi u ludzi w różnych postaciach zakażenia gruźliczego dotyczy w chwili obecnej z pewnością kilkuset przypadków.

Pomimo tak rozległego stosowania tego preparatu miedzi polecałem stosunkowo mało faktów drukiem.

Wypływa to z jednej strony z trudności ustalenia najskuteczniejszych dawek, z drugiej z konieczności bardzo długich, wielomiesięcznych, a nawet wieloletnich obserwacji leczenia.

Wnioski, które wysnuła p. Lydia de Witt o działaniu leczniczym miedzi, w stosunku do moich badań w żaden sposób nie dadzą się zastosować. Ostateczny bowiem wniosek referentki, upodabniający działanie miedzi do działania tuberkuliny zupełnie nie odpowiada moim spostrzeżeniom. Małe dawki miedzi przeze mnie obecnie powszechnie stosowane (8—10 mg glikokolanu miedzi na dawkę) nie powodują wcale reakcji charakterystycznych dla wstrzykiwań tuberkuliny, a przede wszystkim ogólnego odczynu gorączkowego.

Odczyn taki rzeczywiście spostrzegałem nawet przy stosowaniu glikokolanu miedzi, ale w dawkach większych od 20 do 40 mg jednorazowo. Nie widząc żadnej przewagi z takiego postępowania ograniczyłem się do dawek małych, nie powodujących odczynów gorączkowych.

W ten sposób przeprowadzony był właśnie przedstawiony przypadek.

Mimo to otrzymując doraźnie, jakby tylko zahamowanie procesów rozpadowych w płucach, długodystansowo po upływie 2-letni lat otrzymano znakomity wynik leczniczy. Otóż czy w tej konieczności długotrwałego działania bodźca leczniczego — kto wie — czy nie leży zagadka dotychczasowych naszych niepowodzeń terapeutycznych w gruźlicy w ogóle, a w szczególności w gruźlicy płuc.

Przytoczyłem w nagłówku swej pracy, jako motto, zdanie Lutona przyrównujące działanie miedzi w gruźlicy do działania rtęci w kile. Ale wszyscy dobrze pamiętamy, iż w owych czasach okres leczenia kiły rtęcią trwał z reguły lat pięć. Tymczasem wszystkie kontrolne badania kliniczne nad proponowanymi metodami chemoterapeutycznymi i biologicznymi ograniczają się również z reguły do tygodni, względnie miesięcy, kończąc się tryumfalnym doniesieniem o niepowodzeniu danej metody. Jest to ujęcie z punktu głębszego rozumienia istoty sprawy gruźliczej dość naiwne i bardzo szkodliwe. W swych badaniach nad leczeniem gruźlicy idę bardzo samodzielnie i z przykrością muszę stwierdzić, że wiele osób mi przeszkadzało, a nikt, poza asystentami, realnie nie pomógł.

Z punktu widzenia leczniczego w gruźlicy płuc należy odróżnić dwa okresy: okres ostry wysiękowy i okres następowy serowacenia. Uważny badacz polski, w skromnym moim doniesieniu z r. 1936 ogłoszonym w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, znajdzie moje rady, co do postępowania w przypadkach ostrej gruźlicy wysiękowej.

Niestety większość przypadków ostrej gruźlicy wysiękowej traktowana jest jako grypa, nieswoiste zapalenie płuc odoskrzelowe i płatowe. Te błędy, tragiczne dla losu chorych, zawdzięczamy usilnej propagandzie nie rozpoznawania gruźlicy, bez stwierdzenia prątków gruźliczych w płwocinie, mimo, że płwociny często chory nie wykrztusza.

Postępujący rozwój chorobowy, doprowadzający do zserowacenia ognisk gruźliczych wraz z wystąpieniem prątków w płwocinie (co według mnie jest już wyrazem rozpadu, wprawdzie mikroskopowego, ale rozpadu) wyjaśnia powszechnie rozpoznanie i zmusza już w tych przypadkach do leczenia na ogół wieloletniego.

Nie omawiając na marginesie jednego przypadku całości chemoterapii gruźlicy — muszę stwierdzić, że środki o niewątpliwym działaniu, nie takim jak początkowo przypuszczano, ale o działaniu niewątpliwym, jak sole złota, nie nadają się, dzięki swej toksyczności, do wieloletniego stosowania.

Nie nadają się prawdopodobnie i różne preparaty miedzi stosowane w dużych dawkach i w związkach dość toksycznych, jak na przykład połączenia cjankowe miedzi, stosowane w Japonii.

Glikokolan miedzi w dawkach małych żadnych ujemnych wpływów nie okazuje, co pozwala na długotrwałe jego stosowanie.

Z Przychodni Przeciwgruźliczej X Ośrodka Zdrowia m. st. Warszawy
i z Warszawskiego Szpitala dla Dzieci
(Dyr. doc. dr R. Stankiewicz)

Dr ZOFIA CHREMPIŃSKA

PRZYCZYNEK DO PRZEBIEGU KLINICZNEGO PRZEWLEKŁYCH POSTACI KRWIPOCHODNEJ GRUŹLICY PŁUC U DZIECI

I

Postać wysiewowa gruźlicy płuc, występująca bądź samodzielnie, bądź też jako powikłanie zmian swoistych już istniejących, jest w ostatnich latach przedmiotem coraz baczniejszej uwagi.

Nieomal wszyscy autorzy dawniejsi twierdzili, że przedostanie się laseczników Kocha do krwi prowadzi do rozsiania ich w całym organizmie i wywołuje kliniczny obraz tzw. ostrej, śmiertelnej prosówki. Natomiast w nowszym piśmiennictwie coraz powszechniej zaczyna panować pogląd na gruźlicę krwiopochodną, jako na schorzenie, mogące dać wszelkie postaci kliniczne, od ostrych, krótkotrwałych przebiegających złośliwie i kończących się zejściem śmiertelnym, do postaci przewlekłych łagodnych, prawie bezgorączkowych. Te ostatnie przebiegają niespostrzeżenie i mogą dawać wyleczenie po mniej lub więcej długim okresie schorzenia.

Według Rankego wysiewy na drodze chłonnej lub krwionośnej z istniejącego już od dawna ogniska gruźliczego (ognisko pierwotne, zmiany w gruczołach śródpiersia itp.) są właściwością II-go okresu alergii. W świetle badań innych autorów, wysiania krwiopochodne mogą mieć miejsce w każdym jej okresie. Tak np. Redeker spostrzegał je w okresie wysiękowego stadium nacieczenia dokoła ogniska pierwotnego, a zwłaszcza w okresie wapienia tegoż ogniska. Hamburger określił je jako wczesne rozsiania („Frühstreungen“), prowadzące w ostrych postaciach do sepsis tbc. acutissima i meningitis tbc. Ostatnie pojęcie pokrywa się z pojęciem „Frühgeneralisation“ Hübschmanna, tj. z postacią ciężkiej pierwotnej gruźlicy prosówkowej i następstwami jej

w organizmie, jeszcze nie posiadającym alergii. Simon i Redeker stwierdzili, że wysiania, nawet w bardzo wczesnym okresie alergii (np. ognisko pierwotne), o pozornym wyglądzie tbc. miliaris, mogą się kończyć pomyślnie i znikać całkowicie lub pozostawiać mniej lub więcej liczne zwapnienia np. w szczytach (ognisko Simona, tbc. discreta Neumanna itd.).

Dziś wiemy, że zarówno w chwili powstawania ogniska pierwotnego, jak i w dalszym rozwoju zespołu pierwotnego i jego następstw, może zakażenie gruźlicze niejako promieniować w postaci limfo-krwio- czy odoskrzelowych wysiewów do organizmu.

I tu słusznym się wydaje twierdzenie Braüninga i Redekera, że „żaden człowiek po przebyciu zakażenia pierwotnego nie może uniknąć wysiewu krwiorodnego w małym krążeniu, i stąd prawie każdy dorosły ma w płucach drobnutki blizny po wygojonym wysiewie krwiopochodnym, bez względu na to, czy są one gołym okiem widoczne, czy nie“.

Jeśli chodzi o wysiania laseczników Kocha do krwi dzieci, to najczęściej źródłem tej tzw. reinfekcji endogennej są, poza ogniskiem pierwotnym, gruźliczo zmienione gruczoły chłonne. Z nich, drogą wysiania, prątki przechodzą do żył płucnych lub tętnicy płucnej oraz z gruczołów przyaortalnych lub pozaotrzewnowych poprzez cysterna chyli — do żyły próżnej dolnej.

Nie zawsze jednak obecność prątków we krwi prowadzi do swoistych zmian tkankowych; laseczki Kocha mogą krążyć we krwi nie usadawiając się w tkankach i dawać przy tym obraz posocznicy gruźliczej (typhobacillosis Landouzy), lub nawet wysiew taki przebiega bezobjawowo, niedostrzegalnie dla otoczenia.

Według Hübschmanna, prątki gruźlicze we krwi są „wyławiane“ na podobieństwo ciał obcych przez komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego i mogą być, w odpowiednich warunkach (konstytucjonalno-kondycjonalnych) przechowywane w tym układzie, jak gdyby zablokowane w nim bez jakiegokolwiek anatomicznego odczynu ze strony tkanek. W takich przypadkach o przebytych schorzeniu świadczą jedynie zmiany biologiczne ustroju (dodatnie odczynu tuberkulinowe). Dopiero w warunkach załamania się lub osłabienia sił obronnych ustroju, nieszkodliwie pasożytujące prątki gruźlicze, stają się złośliwymi, ulegają ponownym wysiewom lub też pobudzają tkanki do anatomicznych odczynów swoistych. W innych przypadkach swoistych wysiewów krwiopochodnych powstać mogą w tkankach zmiany o charakterze zapalnym nieswoistym (phlyctenae, reumatyzm Ponceta), lub swoistym, z powstawaniem gruzelków wysiękowych lub wytwór-

czych, gdyż, jak wiemy podstawą anatomo-patologiczną schorzenia gruźliczego jest gruzełek.

W powstawaniu tych czy innych zmian zapalnych bierze udział, obok ilości i zjadliwości laseczników, szereg innych, bliżej nieznanych konstytucyjno-kondycyjalnych czynników, np. siły immuno-biologiczne ustroju, które muszą współdziałać, by, jak powiada Pagel, z obojętnej bakteriemii powstało schorzenie gruźlicze — morbus tuberculosis.

Ten sam wysiew, zależnie od warunków, może dać obraz przewlekłe przebiegającego schorzenia lub złośliwej, ostrej prosówki. Tak np. Löschke opisał przypadek wysiewu krwiopochodnego, który u matki dał obraz kliniczny łagodnego, przewlekłego schorzenia, natomiast u dziecka, noworodka, będącego w stanie anergii — postać złośliwej prosówki — sepsis tuberculosa acutissima.

Od tych samych czynników zależy również i charakter anatomiczny powstałych zmian. W r. 1810 Bayle stwierdził mikroskopowo 2 rodzaje guzków prosówkowych w płucach: większe, o zabarwieniu żółtawym, oraz drobne, szaro-przezroczyste. Letulle i Bezançon określili bliżej charakter mikroskopowy tych zmian. Według tych autorów, guzki większe, żółtawe, są gruzełkami o charakterze wysiękowo-martwicowym, umiejscowionymi w samych pęcherzykach płucnych (broncho-alveolitis), zaś guzki szarawe są gruzełkami wytwórczymi, umiejscowionymi w zrębie płuca (follicule conjonctif). Grethman i Pagel podkreślają, że gruzełki mogą powstawać zarówno w pęcherzykach, jak i w zrębie płuca, przy czym mogą odrazu powstawać gruzełki wytwórcze z typowymi komórkami nabłonkowymi i olbrzymimi, bez pierwotnego odczynu wysiękowego.

Badania Arnolda, Delarue i Pagela, wykazały, że postać ostrej złośliwej prosówki odpowiada raczej zmiany wysiękowej, zaś przewlekłe wysiewy krwiopochodne mają substrat anatomiczny o charakterze wytwórczym. Jednakże, jak twierdzi Pagel, stwierdzenie podłoża anatomo-patologicznego zmian chorobowych nie stanowi o przyczynie zejścia śmiertelnego, gdyż zmiany wysiękowo-martwicze w prosówce ostrej, z zejściem śmiertelnym, mogą, w wyjątkowych przypadkach, ulec wessaniu i zablźnieniu. Odwrotnie, zmiany wytwórcze w pęcherzykach lub w zrębie płuca, przeważające w przebiegu przewlekłych, łagodnych wysiewów krwiopochodnych, prowadzić mogą: 1) do zejścia śmiertelnego bezpośrednio lub na skutek nowych wysiewów, bądź też 2) do wyleczenia przez wsysanie się ognisk i przerastanie ich tkanką łączną.

PRODUKT KRAJOWY

W

BRONCHICIE CHRONICZNYM

*i wszystkich cierpieniach
dróg oddechowych*

daje najlepsze wyniki

SIROP FAMEL

wyrabiany przez

Chemiczno - Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

Fr. Karpiński w Warszawie Sp. Akc.

WOLNOŚĆ 9

★ **Wystrzegać się naśladownictw.** ★

Dla PP. Lekarzy próbki i literaturę wysyła się
bezpłatnie.

„EMPHYSAL“

Dwujodek kofeino-teobrominowy

Wprowadzony do Lekospisów: Związku Kas Chorych, Szpitalnictwa, Kolei Państwowych i innych.

W S K A Z A N I A :

1. Rozedma płuc. (Emphysema pulmonum)
2. Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chronica)
3. Miażdżycza naczyń obwodowych i wieńcowych serca (Sclerosis)
4. Dychawica sercowa i oskrzelowa (Asthma cardiacum et bronchiale)
5. Przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego (Myodegeneratio musculi cordis)
6. Wzmoczone ciśnienie krwi (Hypertensio)

ZAKŁ. CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE

„V A P O R“

R. i S. HERYNOWSCY

Warszawa, ul. Żelazna 30, Telefon 6.61-39

Kwas moczowy jest skutecznie rozpuszczalny i wydalany z ustroju

przez **URON**

URON zawiera: Ac. chinicum, Ac. citricum, Ac tartaricum, Lithium carbonicum, Lysidinum bitartaricum, piperazinum purissimum, Hexamethylentetramin, Natr. bicarbonicum, Sacchar. album

POSTAĆ. „URON“ przedstawia się w postaci białych ziarenek, dających w połączeniu z wodą musujący płyn o przyjemnym orzeźwiającym smaku

WSKAZANIA. Skaza moczanowa, wszelkie postaci dny, zapalenia zniekształcające stawów, rwa kulszowa, kamica nerkowa i pęcherzowa, zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza, lumbago, wyprysk, świąd skóry, pokrzywki, obrzęk Quinckego, schorzenina wątroby, kamica żółciowa.

DAWKOWANIE. Dla dorosłych po 1 łyżeczce od herbaty na $\frac{1}{2}$ szklanki wody 3—4 dziennie w 2 godziny po jedzeniu. W przypadkach ostrych do 6 łyżeczek dziennie. W przypadkach przewlekłych dla zapobieżenia ewentualnym nawrotom cierpień artretycznych należy powtarzać kurację URONEM przez jeden tydzień w miesiącu w ilości 3 łyżeczek dziennie. Dla dzieci do lat 15—2 łyżeczki od kawy dziennie.

OPAKOWANIE. Flakon zawiera ca 80 gr. ziarenek.

wyrobu Zakładów Chemiczno-Farmaceutycznych

„V A P O R“ R. i S. HERYNOWSCY
Warszawa

II

W spostrzeżeniach klinicystów przewlekłe wysiewy krwiopochodne występują pod nazwą prosówki zimnej, przez niektórych nazywanej prosówką wystygłą (granulie froide autorów francuskich).

Opisy pojedynczych przypadków tego schorzenia spotkać można nawet w dawniejszym piśmiennictwie. W r. 1845 Waller w Niemczech twierdził, że gruźlica prosówkowa nie zawsze kończy się śmiertelnie, zaś Wunderlich (1861) spostrzegał wyleczoną prosówkę na sekcjach ludzi zmarłych z innej przyczyny.

W r. 1873 Burhardt opisał szczegółowo 4 przypadki prosówki o przebiegu przewlekłym, zaś Weigert odróżnił 3 postacie kliniczne prosówki a) ogólną, ostrą (sepsis tbc. acutissima), b) ograniczoną do poszczególnych narządów i c) postać przewlekłą, dającą niekiedy wyleczenie. Według tego autora mogą istnieć, oprócz 3 wyżej wymienionych, postacie przejściowe.

Z autorów francuskich Letulle i Halbron podkreślają, iż obok ostrych postaci prosówki istnieją formy przewlekłe, nie dające się od nich ściśle odgraniczyć, i że mogą również istnieć wszystkie postacie przejściowe. La Torre i Mario, Rist, Roland, Jacob i Hautefeuille opisywali przypadki przewlekłej prosówki u dorosłych i dzieci. W jednym z przypadków opisywanych przez Hautefeuille'a, chory czuł się dobrze przez 7 lat, pomimo okresowo stwierdzanych prątków w płwocinie. Rist opisał 7 przypadków przewlekłej prosówki u dorosłych z obserwacją kilkuletnią — z tych 4 chorych miało wyzdrowieć.

W ogóle trzeba przyznać, że zwłaszcza od r. 1924, tj. od czasu, gdy Burnaud i Sayé wyodrębnili tzw. granulie froides, mnożą się opisy przypadków tego schorzenia, a nawet próby wyodrębnienia tzw. zimnej prosówki jako jednostki nozologicznej. Postępy i rozpowszechnienie radiologii pozwalają na wykrywanie swoistych wysiewów krwiopochodnych lub, co częściej się zdarza, zwapnień po przebytych wysiewach, nawet u ludzi pozornie zdrowych, np. poborowych, dzieci w wieku szkolnym itd. Sayé znalazł prosówkę płuc przy zdjęciach zdrowych, nie gorączkujących studentów. Przypadki tzw. zimnej prosówki są spostrzegane, jak powiedział Fischberg, tym częściej, im częściej robimy zdjęcia klatki piersiowej.

W Polsce przypadki łagodnych wysiewów krwiopochodnych czyli tzw. przewlekłej zimnej prosówki podali: Marczewski, Szczyński, Glass i Gołąb, Margolisowa, Festenstadt i inni. Na uwagę

zasługuje przypadek Festenstadta, w którym u 5-miesięcznej dziewczynki wykryto prosówkę płuc, która po 4 tyg. stanu gorączkowego przeszła w postać przewlekłą, bezgorączkową, z przyrostem wagi i stałą poprawą stanu ogólnego. Seryjne zdjęcia rentgenowskie wykonane po 1, 2½ oraz 3½ latach wykazywały stopniowe cofanie się i znikanie zmian; ostatecznie pozostały tylko zwapnienia w okolicach podobojczykowych.

Tzw. zimna prosówka, czyli wysiewy krwiopochodne przewlekłe, częstokroć występuje i przebiega skrycie przy dobrym stanie ogólnym i samopoczuciu chorego, nieraz rozpoznawana jedynie radiologicznie. Stąd większa jej częstość w przychodniach i ambulatoriach. Najczęściej spostrzegano te postaci u dorosłych w wieku 20—30 lat, niezależnie od płci.

Jak często występuje zimna prosówka u dzieci — trudno określić, gdyż wg. dotychczasowych spostrzeżeń nadal dominuje u nich ostra postać wysiewów krwiopochodnych. Według spostrzeżeń Simona w 75% u dzieci ze zmianami prosówkowymi śmierć następuje po 3—4 tygodniach, zaś zaledwie 9% choruje dłużej ponad 3 mies. Duken, mówiąc o przewlekłej, zimnej prosówce, wyodrębnia, na podstawie przebiegu klinicznego, postaci przewlekłe bezgorączkowe, przebiegające prawie bez objawów fizycznych. W postaciach tych rozpoznanie zostaje ustalone nieraz dzięki przypadkowej rentgenografii. Inaczej rzecz się ma w postaciach podostrych, przebiegających długotrwanie, z podniesioną ciepłotą i wyniszczeniem ustroju. Postacie te są właściwie przewlekającą się odmianą prosówki ostrej i świadczą o możliwości przejścia jednej w drugą.

Przebieg kliniczny przewlekłych, łagodnych postaci wysiewów krwiopochodnych czyli tzw. zimnej prosówki płuc u dzieci i u dorosłych często bywa bezobjawowy. W wywiadach stwierdzamy przebytą sprawę gruźliczą, np. zapalenie opłucnej, gruźlicę kości i stawów, skóry (Margolisowa) lub, co najczęściej się zdarza, zimna prosówka występuje jako powikłanie gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych.

Według danych z piśmiennictwa polskiego prawie w 30% można stwierdzić mniej lub więcej długotrwałą styczość z chorymi prątkującymi. W materiale własnym stwierdziłam ją w 7 na 8 obserwowanych przypadków.

Wśród objawów ogólnych często na plan pierwszy wysuwa się upośledzenie stanu ogólnego i objawy toksemii gruźliczej. Chorzy skarżą się na duszność przy najmniejszym wysiłku, chudną, mają brak łaknienia. Niekiedy występują zaburzenia ze strony

przewodu pokarmowego w postaci bólów brzucha, wymiotów, nudności i biegunek (przyp. 1). Skóra jest szaro-sinawa, mało sprężysta. Według danych z piśmiennictwa, u dzieci starszych i u dorosłych dość często występuje krwioplucie. Kaszel przeważnie jest suchy, niekiedy ze skąpą płwociną, bez laseczników Kocha (w przypadkach niżej opisanych stwierdzano je u jednego dziecka). Objawy fizyczne ze strony płuc są bardzo nikłe. Przeważnie stwierdzamy wypuk jawny z odcieniem bębenkowym, zaostrenie oddechu pęcherzykowego, pojedyncze rżenia, małą przesuwalność granic (ostra rozedma płuc — Stankiewicz).

Neumann duże znaczenie rozpoznawcze przypisuje powiększeniu śledziona — spostrzegalam to u czworga dzieci.

Objawem zasadniczym dla przewlekłej postaci wysiewów krwiopochodnych jest prawidłowa ciepłota, która przyjmuje nieraz tor podgorączkowy, lub okresowo ulega większym podniesieniom (zwłaszcza w przypadkach podostrych).

Pierwszym objawem tzw. gruźlicy prosówkowej zimnej bywa niekiedy wysiękowe zapalenie opłucnej. Po zniknięciu wysięku uwidaczniają się na kliszy rentgenowskiej rozsiane zmiany w mięszu płuc (przyp. 1). Przy długotrwałych sprawach powstać może przerost serca, zwłaszcza prawego, z objawami niedomogi mięśnia sercowego. Na uwagę zasługuje, że prześwietlenie klatki piersiowej nie daje wyraźnych zmian, jedynie zdjęcie rentgenowskie wykazuje typowy obraz rozsiania krwiopochodnego, identyczny z prosówką ostrą. Rozpoznanie radiologiczne należy komentować szerzej i b. ostrożnie, a to ze względu na możliwość omyłek. Należy brać pod uwagę schorzenia nieswoiste, dające obraz ludzaco podobny do wysiewów krwiopochodnych, a mianowicie: pylice płuc, wysiewy po krwiopluciach, rozsiane zmiany wytwórcze niegruźlicze (kiła, nowotwory, periarteriitis nodosa u dorosłych), bronchiolitis capillaris i bronchopneumonia gripposa miliariformis (zwłaszcza u małych dzieci), zmiany zastoinowe na tle niedomogi serca, dychawicę oskrzelową, a ze spraw swoistych — prosówkę układu chłonnego płuc — peribronchitis disseminata tbc. lub też lymphangitis tuberculosa. Jednak te trudności nie zmniejszają wagi badania rentgenograficznego, gdyż pozwala ono wykryć zmiany prosówkowe tam, gdzie ich zupełnie nie podejrzewamy.

Z innych badań pomocniczych w przewlekłych wysiewach prosówkowych należy pamiętać o dodatnich odczynach tuberkulinowych oraz przyspieszonym opadaniu czerwonych ciałek krwi.

Przebieg prosówki przewlekłej jest długi — od 1/2 r. do kil-

ku, a nawet kilkunastu lat — w czasie tego okresu występować mogą ponowne wysiewy, zależnie od skłonności organizmu, rozpoznawane najczęściej jako banalne „przeziębienie“, „grypy“, zapalenia opłucnej itp. — są to wszystko przebudzenia jednej i tej samej skłonności do wysiewów, drzemiącej w starych, pozornie wyleczonych ogniskach i ulegającej nasileniom (poussées évolutives). W tym okresie może zająć całkowity powrót do zdrowia lub załamanie się sił obronnych ustroju i przejście w ostrą postać gruźlicy krwiopochodnej (sepsis tuberculosa, meningitis).

Gojenie się zmian powysiewowych w sensie anatomo-patologicznym, daje obraz resorpcji ognisk lub przerastania ich tkanką łączną, w której nie ma już zazwyczaj cech swoistego zapalenia (podobnie jak w przypadkach gruźlicy odoskrzelowo-pochodnej). W obrazie radiologicznym widzimy znikanie cieni zagęszczeń, pozostają natomiast liczne, nieraz drobne zwapniałe ogniska oraz siateczkowaty rysunek płuc.

Według Schürmanna jednocześnie z procesami gojenia może występować zlewanie się ognisk serowaciejących, skutkiem czego tworzą się jamki o miękkich brzegach. Opisywane są również przypadki rozstrzeni oskrzelowych, jako zejścia gruźlicy płuc rozsianej.

III

Pracując w Przychodni Przeciwgruźliczej X Ośrodka Zdrowia w Warszawie oraz na Oddziale Wewnętrznym Warszawskiego Szpitala dla Dzieci miałam możność spostrzegania wielu przypadków tzw. zimnej prosówki; niektóre z nich podaję:

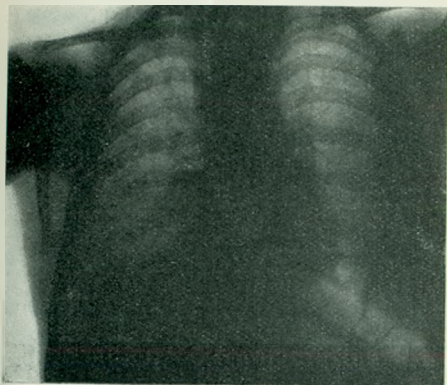
Przypadek I. J. M. chłopiec, lat 8, zgłosił się do Przychodni Przeciwgruźliczej X Ośrodka Zdrowia (L. karty Przychodni 758a/34) z powodu złego wyglądu, bardzo złego samopoczucia, braku łaknienia oraz niewielkiego kaszlu, trwających od 10 dni. Przed 2 tyg. nagle zaczął skarżyć się na bóle brzucha, zaparte stolce — po kilku dniach biegunka. Od 5 dni nieco zamroczony, gorączkuje do 38,9^o. Dotychczas na nic nie chorował. Rodzice młodzi, zdrowi — od 1/2 roku stała styczność ze współlokatorką chorą na gruźlicę płuc, prątkującą.

Stan ogólny średni, dziecko wątłe, robi wrażenie zamrozonego, odżywienie upośledzone. Budowa prawidłowa, wąta, temp. 38,8^o, tętno 140/min., miarowe, dość dobrze napięte i wypełnione. Oddechy miarowe 36/min. Lekka sinica warg i nozdrzy. Skóra bez zmian. Gruczoły chłonne szyi, karku i pach wielkości od ziarnka pieprzu do pestki wiśni, twarde, nieprzesuwalne, niebolesne. Poniżej kąta łopatki prawej wypuk skrócony z pojedynczymi trzeszczeniami. Serce — tony b. głucho. Jama brzuszna — bez zmian. Badanie rtg. klatki piersiowej wykazało płyn w śródpiersiu oraz w obu jamach opłucnych, zwłaszcza po stronie prawej (ryc. 1). Dziecko zostało umieszczone w Klinice Dziecięcej U. J. P., gdzie stwierdzono swoisty charakter wysięków opłucnych (za pomocą próby biologicznej na świnie morskiej). W czasie pobytu w Klinice gorączkował do 38,6^o przez pier-

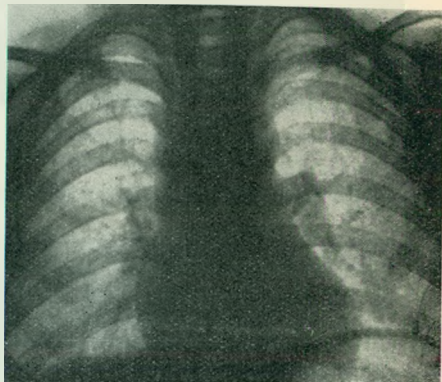
wsze 3 tyg., następnie ciepłota przyjęła tor podgorączkowy. Stan dziecka poprawiał się, jednocześnie cofały się objawy wysięku ze strony jam opłucnych. Wypisany z Kliniki po 2½ mies. z poprawą.

Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało zmiany typowe dla zrostów opłucnowych.

W 2 tygodnie później zgłosił się do Przychodni z objawami duszności i sinicy przy niepodwyższonej ciepłocie. Badanie płuc wykazało znów obniżenie granic i słabą ich ruchomość. W jamie brzusznej stwierdziłam powiększoną śledzionę. Zdjęcie klatki piersiowej wykonane w Pracowni Rentg. Warsz. T-wa Przewietrzalnego wykazało (ryc. 2): „Oba pola płucne pokryte są dość równomiernie w całości drobnymi plamistymi cieniami wielkości ziarenka maku i prosa. Tworzącymi nieco bardziej zbite skupienia w szczycie prawym. W dolnej czę-



Ryc. 1

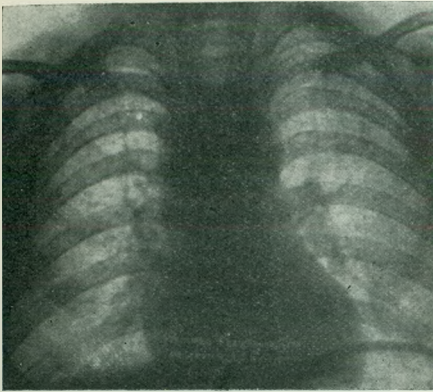


Ryc. 2

ści pola płuca prawego zacinienie nierównomierne odpowiada resztkom płynu w jamie opłucnej wśród zrostów, podobnie i w szczelinie międzypłatowej“ (dr W. Kaliciński).

Dziecko pozostaje przez 3 tyg. w domu poczem wyjeżdża na 2-u miesięczny pobyt do sanatorium. Tam nie gorączkuje, przybywa na wadze 3,5 kg, samopoczucie dobre. Badanie rentgenowskie wykazuje zmiany jak poprzednio. Po powrocie z sanatorium znów pozostaje w styczności z chorą prątkującą. Występuje niewielkie podwyższenie temp. (37,2 — 37,40), duszność, kaszel napadowy, zwłaszcza w nocy. W płucach — wypuk jawny z wyjątkiem okolicy w dole płuca prawego, gdzie jest przytłumienie z oddechem osłabionym. Oddech w obrębie płuc pęcherzykowy, osłabiony, z licznymi drobnymi rżęczeniami i trzeszczeniami. W skąpej płwocinie laseczników Kocha nie znaleziono. Po upływie 2 tyg. dziecko zostaje ponownie umieszczone w sanatorium, gdzie przez pierwsze 4 tyg. następuje poprawa stanu ogólnego i samopoczucia. Następnie jednak po przypadkowym „przeziębieniu“ występuje kilkudniowe podwyższenie ciepłoty, po którym pozostaje suchy napadowy kaszel, nasila się duszność i sinica. Badanie fizyczne i rentgenowskie płuc — jak poprzednio. Serce — tony b. głucho, jama brzuszna — okrągły twardy brzeg śledziony wystaje na 1½ cm z pod łuku żeber. Opad cz. c. krwi znacznie przyspieszony (39 mm/godz., mikro-metoda). Laseczniki Kocha w kale i w płwocinie nieobecne. Po 6 tyg. pobycie w sanatorium wypisany w stanie pogorszenia na żądanie matki.

Wobec niechęci umieszczenia dziecka w szpitalu, obserwowałam je w domu. Nie gorączkował, pomimo widocznego pogorszenia się stanu ogólnego, narastającej sinicy i duszności oraz męczącego napadowego kaszlu i obrzęków, zwłaszcza kończyn. Zdjęcie



Ryc. 3

„Wysianie w miąższu płucnym nie wykazuje zmian w porównaniu z badaniem poprzednim. Natomiast cięń wnękowy i nadoskrzelowy prawy są obecnie intensywniejsze, co przemawia za zwiększonym odczynem zapalnym w obrębie gruczołów (dr Dering-Ossowska). Na 5 dni przed śmiercią wystąpiły objawy rozległych stłumień w dole obu płuc, z oddechem oskrzelowym i pojedynczymi rzężeniami oraz wzmoczeniem przewodnictwa głosu. Jednocześnie

temperatura podniosła się do 39,8°. Zmarł w 1½ roku od początku choroby.

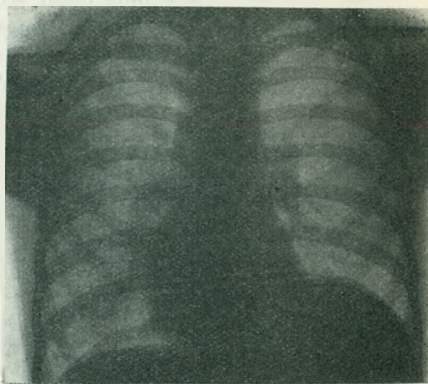
W przypadku tym należy podkreślić długotrwałość walki organizmu dziecka z krwiopochodnym wysiewem swoistym, występującym po raz pierwszy do opłucnych. Przerwanie styczności z prątkującą i poprawa warunków życia skutkiem umieszczenia w klinice, pozwalają osiągnąć chwilową poprawę. Jednakże powrót do poprzednich warunków (dziecko mieszkało w barakach dla bezdomnych na Żoliborzu) i reinfekcja powtórna wyzwalają nowy wysiew również łagodnego, bezgorączkowego typu, tym razem dający rentgenologicznie obraz tbc. miliaris. Przeniesienie chorego do odpowiednich warunków (sanatorium) przynosi znów poprawę stanu ogólnego, jednak powrót do warunków domowych marnuje dorobek kilkumiesięcznego pobytu w uzdrowisku, co nie daje się powetować przez ponowny pobyt w sanatorium. Po długotrwałej walce z powtarzającymi się wysiewami, wobec złych warunków domowych i częstych superinfekcji dziecko umiera wśród objawów „bronchopneumonia caseosa“. O przewlekłym charakterze schorzenia świadczy jego długotrwałość (1½ r.) i, pominiwszy początkowe stadium (zapalenie wysiękowe opłucnej), prawie bezgorączkowy przebieg, dający śmiertelny epilog w postaci bronchopneumonia caseosa.

Przyp. II. (L. karty Przychodni Przeciwgruźliczej 4547/28) Dziewczynka W. M. lat 8, skierowana do Przychodni przez higienistkę szkolną z powodu upośledzenia stanu ogólnego. Jest 5-ym dzieckiem w rodzinie robotniczej; w dzieciństwie rozwijała się dobrze, przed 2 laty przechodziła odrę. Przed rokiem ojciec zmarł na guzlicę płuc.

Stan ogólny średni, dziecko typu oddechowego, blade, odżywienie upośledzone. Ciepłota 36,7^o, tętno 74/min. dobrze napięte i wypełnione. Oddechy miarowe 24/min. Gruczoły chłonne szyi karku i pach wielkości ziarnka grochu, twarde, nieprzesuwalne, niebolesne. Tarczycza, jama ustna i nosogardziel — bez zmian. Płuca i serce opukowo i osłuchowo bez zmian, jama brzuszna — norma. Odczyn Pirqueta dodatni. Opadanie cz. c. krwi — norma (12 mm/godz., mikromet.).

Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje pojedyncze zwapnienia we wnętrzu prawej. Dziecko pozostaje pod opieką Przychodni przez 1/2 roku. Samopoczucie i stan ogólny dość dobre. Przybywa na wadze 1 1/2 kg. W 3 tyg. po zastosowaniu anatoksyny błoniczej w szkole zgłasza się do Przychodni Przeciwgruźliczej z powodu złego samopoczucia i wielkiego osłabienia; według słów matki datuje się to od chwili szczepień przeciwbłoniczych, po których dziecko gorączkowało przez tydzień. Stan ogólny upośledzony, temp. 36,1^o, tętno 112 miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Oddechy miarowe 36/min., lekka sinica warg i nosa. Płuca — wypuk jawny bębenkowy, granice obniżone, słabo ruchome. Oddech pęcherzykowy osłabiony z pojedynczymi drobnymi trzeszczeniami i rżeniami w dole obu płuc. Serce — norma. Brzuch wzdęty, rozlana bolesność w całej jamie brzusznej. Sledziona wystaje na palec z dołu łuku żeber, brzeg dość twardy. Wątroba nie powiększona. Badanie wykrztusiny oraz kału: laseczniki Kocha nie obecne. Badanie krwi: opad cz. c. krwi znacznie przyspieszony (32 mm/godz. mikro-metoda). Hb. 82^o%, c. cz. 4.200.000, c. b. 14.900 w 1 mm³, wzór c. b. segm. 62^o%, pał. 4^o%, mon. 3^o%, limfocytów 31^o%.

Zdjęcie klatki piers. L. 2893/33 — (Pracownia Warsz. Tow. Przeciwgr.) (ryc. 4): „Oba szczyty i pola płucne na całej przestrzeni usiane są drobnymi plameczkami wielkości prosa. Wysianie to jest równomierne i guzki jednakowej wielkości. W śródpiersiu gruczoł okołotchawicy prawy jest znacznie powiększony (wielkości dużej śliwki). Przepona po obu stronach dobrze ruchoma, po lewej uniesiona jest znacznie ku górze, co tłumaczyć można przez powiększenie śledziony (dr Dering-Ossowska).



Ryc. 4

Dziewczynka umieszczona została w sanatorium Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej w Otwocku. Przez cały czas pobytu tam nie gorączkowała. Stan ogólny i samopoczucie nie poprawiły się, a nasilające się objawy ze strony płuc przemawiały za rozpadem, zwłaszcza po stronie prawej. W wielokrotnie badanych płwocinie i kale laseczniki Kocha nieobecne. Po założeniu sztucznej odmy stan dziecka pogorszył się znacznie. Wypisana do domu na żądanie matki; zmarła wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych, po 3 1/2 tygodniowym okresie wysokiej ciepłoty, duszności i kaszlu.

Jest to przypadek przewlekłego, trwającego 8 1/2 mies. wysiewu, skutkiem najprawdopodobniej reinfekcji endogennej z gru-

czołu śródpiersiowego. Bezpośrednim bodźcem dla wysiewu krwio-pochodnego było prawdopodobnie zastosowanie anatoksyny przeciw-włóniczej (?).

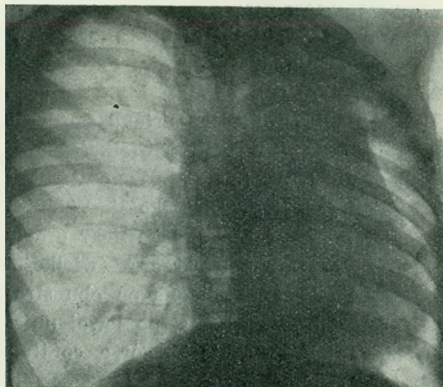
Przyp. III. Cz. J. lat 10, skierowana do Przychodni Przeciwgruźliczej 1.II.35 r. przez higienistkę szkolną z powodu mizernego wyglądu i skarg na bóle w lewym boku, trwających od 1½ r.; pokastuje, ma złe łaknienie i samopoczucie. Przed 6 laty dziecko miało powiększone gruczoły chłonne szyi, przed 3 laty stwierdzono gruźlicę lewego stawu łokciowego. Z chorób zakaźnych przed rokiem przeżyła dur brzuszny, przed 2 laty — odrę. Ojciec dziewczynki przed 5 laty zmarł na gruźlicę płuc.

Stan ogólny dziewczynki średni, dziecko typu oddechowego. Ciepłota 37,40, tętno 88/min. miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Oddechy miarowe 24/min. Lewa połowa klatki piersiowej węższa od prawej. Lewy staw łokciowy zgrubiał, sztywny. Na szyi w okolicy podszczękowej prawej liczne blizny po przetokach gruczołowych. Gruczoły chłonne obwodowe do wielkości ziarnka grochu, dość twarde, nieprzesuwalne, niebolesne. Tarczyca, jama ustna i nosogardzieli bez zmian.

Płuca: po stronie prawej wypuk jawny, granice prawidłowe. Oddech pęcherzykowy z pojedynczymi trzeszczeniami rozlanymi, drżenie i przewodnictwo głosowe — norma. Po stronie lewej wypuk jednostajnie skrócony na przestrzeni całego płuca, oddech osłabiony z licznymi rżeniami poniżej kąta lewej łopatki. Drżenie głosu znacznie osłabione, przewodnictwo wzmożone. Zdjęcie klatki piersiowej (L. 1523/35 Pracownia Rentg. Warsz. Tow. Przeciwgruźl.) (ryc. 5). „Bar-



Ryc. 5



Ryc. 6

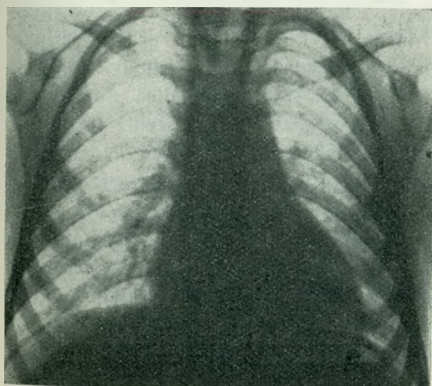
dzo znaczna retrakcja górnej części lewej pola płucnego, z całkowitym przeciągnięciem serca i śródpiersia w tę stronę. Pole płucne lewe prawie w całości pokryte jest przez cień serca. W obwodowej części lewego pola płucnego zgrubienie opłucnej przyściennej szerokości kilku mm. W całym polu płucnym prawym rozsiane drobnutkie ogniska zwapniałe, wielkości łebka szpilki (zejście po wysiewie krwionośnym). Lewa połowa przepony słabo się porusza, prawa — dobrze“ (dr Dering-Ossowska).

Badanie wykrztusiny: laseczniki Kocha obecne, 1—2 w polu widzenia. Badanie krwi: opad cz. c. 22 mm/godz. — mikro-metoda.

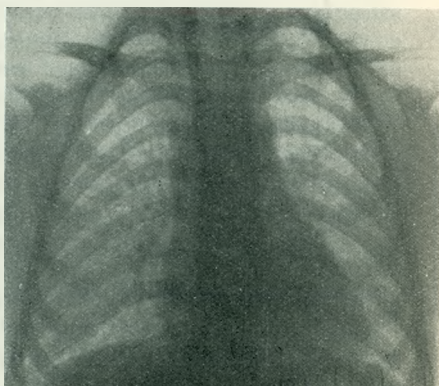
Dziewczynka przebywa przez 6 mies. w sanatorium Ligi Szkolnej Przeciwigruźliczej, gdzie przez cały czas czuje się dobrze, nie gorączkuje, przybywa na wadze (6 kg). Następne zdjęcie klatki piersiowej (Prac. Warsz. T-wa Przeciwigr. L. 8054/35) (ryc. 6): „Bardzo znaczna retrakcja lewostronna z przecignięciem serca i śródpiersia w stronę lewą. W obwodowej części lewego płuca widoczne są drobne plamiste zagęszczenia i zwapnienia. Zrosty opłucne w dole lewego płuca oraz wzdłuż bocznej ściany klatki piersiowej po stronie lewej. W obrębie pola płucnego prawego widoczne są rozszarpane drobniotkie zagęszczenia wielkości ziarenka maku. Prawa wnęka rozszerzona i zagęszczona. Przepona prawa dobrze ruchoma“ (dr M. Goldmann).

Dziewczynka pozostaje pod opieką Przychodni przez 3½ lat. Cały czas nie gorączkuje, przybywa na wadze, nie kaszle. Od 1½ roku uczęszcza do szkoły.

Przyp. IV. (L. karty Przychodni 716/33). Z. J. dziewczynka l. 2½, skierowana do Przychodni Przeciwigruźliczej przez pielęgniarkę Przychodni z powodu chwilowej styczeńności z chorą prątkującą. We wczesnym dzieciństwie rozwijała się dobrze, przed ½ rokiem przechodziła odrę, przed 2 tyg. gorączkowała przez 3—4 dni, po czym wystąpiły czerwone guzy na podudziach i przedramionach. Stan ogólny dość dobry, temp. 36,6°, tętno 74/min., miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Oddechy miarowe 26/min. Odżywienie dobre. Budowa prawidłowa, pomniejszający niewielkie zmiany krzywizy kl. piersiowej (rózaniec). Skóra na tułowiu i twarzy gładka i jędrna, na przedramionach i podudziach po stronie mięśni wyprostnych liczne sino-czerwone wykwitki guzowate, idące w głąb skóry i wystające ponad jej powierzchnię (erythema nodosum). Gruzoły chłonne szyi. karku i pach wielkości ziarna grochu, dość twarde, nieprzesuwalne, niebolesne.



Ryc. 7



Ryc. 8

Tarczycza, mięśnie, kości i stawy, jama ustna — norma. Płuca: wypuk jawny z obu stron, granice ruchome z tyłu na X żebrze w liniach łopatkowych, Oddech pęcherzykowy z dość licznymi rozlanymi trzeszczeniami w obrębie obu płuc. Serce bez zmian. Jama brzuszna — bez zmian, po za powiększoną śledzioną, której brzeg okrągły, dość twardy wystaje na ½ palca z pod łuku żebrowego. Zdjęcie klatki piersiowej (Pracownia Rentg. Warsz. Twa Przeciwigr. L. 952/36) w dn. 27.I.36 r. wykazuje (ryc. 7): „Obydwa pola płucne pokryte są delikatnym rysunkiem siateczkowym, którego zrab utkany jest przez prosówkowate ogniska, bardziej ujawniające się w dolnych odcinkach obydwu płuc, zwłaszcza zaś płuca prawego.

W śródpierśiu po stronie prawej widoczny jest pakiet powiększonych gruczołów, wielkości czereśni. Cień prawej wnęki jest powiększony i zagęszczone. Przepona porusza się dobrze“ (dr M. Goldmann). Badanie płwociny i kału na prątki Kocha dają wynik ujemny. Opad cz. c. krwi nieco przyspieszony (18 mm/godz.). Odczyn Wassermanna ujemny. Stan dziecka b. dobry, nie gorączkuje, samopoczucie, łąknienie i trawienie dobre. Następne zdjęcie kl. piersiowej po upływie 3 mies. (20.III.36 r.) L. p. 2556/36 wykazuje: „W porównaniu z poprzednim zdjęciem nie spostrzega się wyraźniejszych różnic w opisanym poprzednio prosówkowym wysiewie. Pakiet gruczołów w śródpierśiu oraz w prawej wnęcie nie uległ zmianie. Przepona dobrze ruchoma“ (dr M. Goldmann).

Dziecko zostaje umieszczone na oddziale wewnętrznym Warsz. Szpit. dla Dzieci, gdzie podlega przypadkowemu zakażeniu płonicą o b. lekkiej postaci. Po przebyciu płonicy samopoczucie dziecka b. dobre, stan bezgorączkowy, przybiera na wadze (1 kg). Ze strony płuc zmian opukowych i osłuchowych nie stwierdzamy. Zdjęcie klatki piersiowej L. 407/36 (dr M. Kowalewski) wykazuje zmiany jak poprzednio (ryc. 8).

Wypisana do domu po tygodniu zapada na chorobę Dühringa i umiera na oddziale zakaźnym szpitala im. św. Łazarza (ordynator dr B. Michałowski).

W przypadku tym wysiew krwiopochodny u dziecka w b. dobrym stanie ogólnym został wykryty jedynie dzięki badaniu radiologicznemu, wykonanemu na skutek stwierdzenia ru-mienia guzowatego.

Przyp. V. J. Rz. dziewczynka lat 13 (L. ks. gł. Warsza. Szpit. dla Dzieci 1285/35) umieszczona w szpitalu z powodu duszności i podwyższonej ciepłoty nie ustępującej od 5 tyg., od czasu przebytej grypy. Podobną „grype“ z następowym długim okresem gorączkowym, jednak bez duszności i bez sinicy, przechodziła przed rokiem. Ostatnio b. schudła, brak łąknienia. Przed 5 laty przechodziła błonice. Z czworga rodzeństwa starsza siostra od 2 lat choruje na gruźlicę płuc.

Stan ogólny średni, dziecko typu oddechowego, odżywienie mierne. Ciepłota 38,20, tętno 100/min. miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Oddech przyspieszony — 42/min. Gruczoły chłonne szyi, karku i pach powiększone do wielkości ziarna grochu, dość twarde, nieprzesuwalne, niebolesne.

Klatka piersiowa długa, wąska; prawa połowa zwalnia przy oddychaniu. Wypuk bębnekowy z obu stron i oddech pęcherzykowy z wyjątkiem przestrzeni od kąta prawej łopatki w dół, gdzie jest przytłumienie z oddechem osłabionym i licznymi drobnymi rzeżeniami. Takie same rzeżenia słycać niestale w pozostałych częściach płuc. Drżenie i przewodnictwo głosowe na przestrzeni obu płuc niezmiennione.

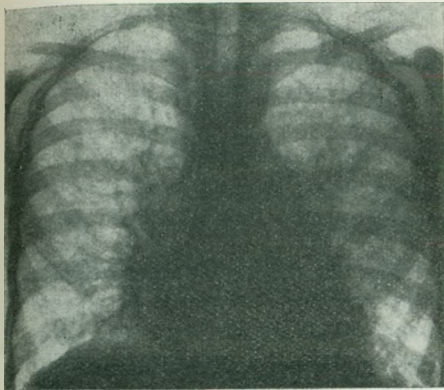
Serce — granice słumienia bezwzględne rozszerzone, zwłaszcza w lewo, tony b. głucho. Jama brzuszna bez zmian poza powiększoną wątrobą, której twardej brzeg wystaje na 3 palce z pod łuku, oraz śledzioną o brzegu okrągłym, twardym, wystającym na 1 palec z pod łuku żeberowego. Układ nerwowy, oczy, uszy, narządy moczowo-płciowe zewnętrzne — norma. Badania dodatkowe: moc bez zmian, krew: Hb. 87⁰/₀, c. cz. 4.820000, c. b. 5.200 w 1 mm³, wzór: s. 65⁰/₀, pał. 4⁰/₀, mon. 3⁰/₀, limfoc. 25⁰/₀, eozyn. 3⁰/₀; Wassermann — ujemny. Opad cz. c. krwi nieco przyspieszony (20 mm/godz.), odczyn Pirqueta ujemny, odczyn Mantoux: 1/10.000 wybitnie dodatni.

Badanie radiologiczne (zdjęcie) wykazało równomierne rozszanie cieni marmurkowatych w obu płucach oraz znaczne powiększenie sylwetki serca, co prze-

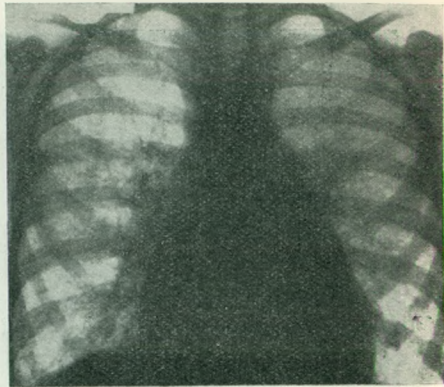
mawiało za zmianami zastoinowymi w obrębie obu płuc, bądź też za krwiopochodnym wysiewem sprawy swoistej (ryc. 9).

Następne badanie radiologiczne wykonane po 10 dniach podawania środków nasercowych przechyliło rozpoznanie raczej w kierunku wysiewu.

W wykrztusinie, kale i treści żołądkowej laseczników Kocha nie znaleziono. Stan dziewczynki w czasie 5-cio miesięcznego pobytu w Szpitalu był bezgorączkowy (od 3—4-go dnia pobytu na sali szpitalnej); łaknienie upośledzone, uhywała na wadze. Przez cały czas pobytu w Szpitalu pobierała środki nasercowe



Ryc. 9



Ryc. 10

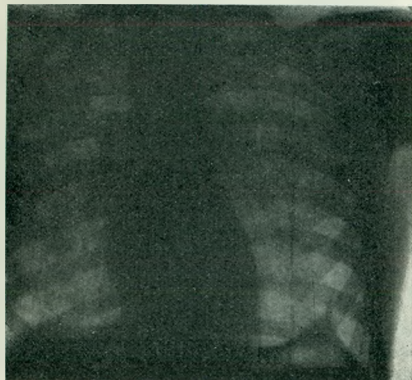
(naparstnicę, strychninę itp.), jednak pomimo to nasilała się duszność, objawy ze strony płuc w postaci niestałych rzeżeń i trzeszczeń nie ustępowały. Wyraźna sinica. Kilkakrotnie powtarzana rentgenografia kl. piers. wykazywała stałe utrzymywanie się zmian, odpowiadających wysiewowi krwiopochodnemu (ryc. 10).

Wypisana do domu, zaczęła gorączkować nazajutrz, a po 6 tyg. zmarła w domu wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Przypadek ten nasuwał duże trudności rozpoznawcze: dziecko przebywające w stałej styczności z chorą na gruźlicę płuc, przechodzi błonicę powikłaną zmianami w mięśniu sercowym i w 12 roku życia ulega najprawdopodobniej zakażeniu lub reinfekcji gruźliczej, przebiegającej pod maską „grypy“; po roku względnie dobrego samopoczucia nowy epizod nasilenia sprawy swoistej z wysiewem do płuc, trudnym do rozpoznania ze względu na możliwość obecności zmian zastoinowych. Jednakże utrzymywanie się zmian na kliszach rentgenowskich, pomimo stałego podawania środków nasercowych, wreszcie końcowe nasilenie się sprawy swoistej, dającej tym razem zespół objawów oponowych, przechyliło rozpoznanie na stronę przewlekłego wysiewu swoistego, krwiopochodnego, tym bardziej, że dziecko przebywało w środowisku gruźliczym.

Przyp. VI. G. Z. dziewczynka lat 10, (L. ks. gł. Warsz. Szpit. dla Dzieci — 173/35). Skierowana do szpitala z powodu spadku wagi, złego samopoczucia, upe-

śledzonego łaknienia, pokasływania i stanów podgorączkowych. Dolegliwości ce trwają od 1/2 roku. Dziecko nie przechodziło żadnej choroby zakaźnej. Stałe skłonna do przeziębień i stanów podgorączkowych. Jedynaczka; rodzice młodzi i zdrowi. Mieszkaniowe warunki złe. Dziewczynka drobna, wątła, typu oddechowego. Ciężota 37,20, tętno 110/min. miarowe. Waga 20,5 kg (—8,3 kg). Budowa prawidłowa. Gruczoły chłonne obwodowe od wielkości ziarnka pieprzu do ziarna grochu, twarde, nieprzesuwalne, niebolesne. Płuca — wypuk jawny, granice prawidłowe, ruchome, oddech pęcherzykowy bez szmerów dodatkowych, drżenie i przewodnictwo głosowe niezmiennione. Serce, jama brzuszna — bez zmian.

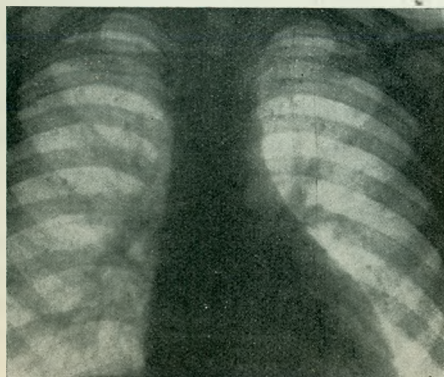


Ryc. 11

Odczyn Pirqueta wybitnie dodatni. Zdjęcie klatki piersiowej (L. 268/35 — dr M. Kowalewski) (ryc. 11): „Pola płucne obustronnie w całości usiane drobnymi okrągłymi ogniskami — wolne pozostają najmniejsze części pól płucnych w okolicy kątów przeponowo-żebrowych. Największe skupienie wspomnianych ognisk znajduje się w środkowych częściach płuc, między II i IV żebrami obustronnie. W obrębie cieni wnękowych wydzielają się okrągławe cienie odpowiadające powiększonym gruczołom. Zrosty u podstawy obu płuc podciągające środkowe części przepony dziobowato do góry“.

W badanych kilkakrotnie kale i płwo-

cinie laseczników Kocha nie znaleziono. Przez czas 1 1/2 mies. pobytu w Szpitalu dziecko nie gorączkuje, przybywa na wadze 1 kg. Lecznictwo stosujemy aurosan. Wypisana do domu po 2 tyg. wyjeżdża na 8 mies. do sanatorium, gdzie cały czas również nie gorączkuje. Powraca w stanie ogólnie b. dobrym, z przyrostem wagi — 2 kg. Po powrocie do domu jest pod opieką Przychodni Przeciwgruźliczej i co rok na 2—3 mies. wyjeżdża do sanatorium i prewenterium. Stan ogólny poprawia się; nie gorączkuje, nie kaszle, nie prątkuje. Od roku uczęszcza do szkoły.



Ryc. 12

Przyp. VII. F. J. chłopiec lat 7, (L. karty Przychodni 398/33) skierowany przez higienistkę szkolną / powodu mizernego wyglądu i pokasływania. Przed 2 lata przechodził odrę, przed 1 1/2 r. przez kilka tygodni przebywał z chorym prątkującym; w tymże czasie przechodził „grype“, chorował 4 tyg. Stan ogólny średni, dziecko typu oddechowego, budowy prawidłowej; odżywienie upośledzone (waga 18,600 kg. zamiast 21). Ciężota 36,80, tętno 112/min. miarowe; oddechy miarowe 24/min. Gruczoły chłonne obwodowe wielkości ziarna grochu, twarde, nieprzesuwalne, niebolesne. Płuca wypukowo i osłuchowo bez zmian. Serce, jama brzuszna — norma.

Odczyn Pirqueta dodatni. Badanie wykrztusiny i kału: prątki Kocha nieobecne. Opad c. cz. krwi — norma (12 mm/godz./mikromet.)

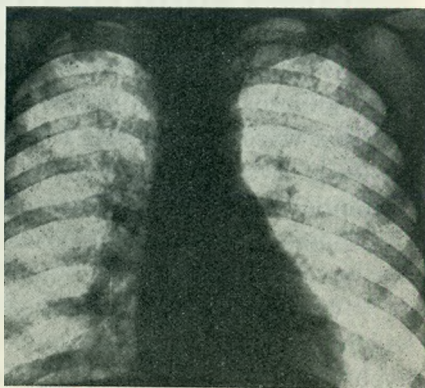
Prześwietlenie klatki piersiowej (L. 5330/33, Pracownia Rentg. Warsz. T-wa Przeciwi-gr.): „W górnych odcinkach obu pól płucnych szereg smug cieniowych, biegnących od wnek ku obojczykowi i liczne zwapniałe ogniska wielkości prosa. Poza tym mięsz płucny bez zmian; przy prześwietleniu przepona ruchoma dobrze, serce prawidłowe“. Chłopiec przebywa $\frac{1}{2}$ roku w sanatorium, gdzie cały czas ciepłota nie przekracza 37,2^o, przybywa na wadze 5 $\frac{1}{2}$ kg. Pod obserwacją Przychodni Przeciwi-gruźliczej pozostaje, pomimo b. dobrego stanu zdrowia. Przez 4 lata nie gorączkuje, przybywa na wadze; od 2 lat uczęszcza do szkoły, uczy się dobrze.

Badanie fizyczne zmian w płucach nie wykazuje, zaś badania radiologiczne dają stale obraz otrzymany na zdjęciu w dn. 24.III.34 r. (dr Dering-Ossowska) z Pracowni Rentg. W. T. P. Przeciwi-gr., odpowiadający zejściu po przebytych wysiewie krwiopochodnym w postaci licznych zwapnień (ryc. 12).

Jest to przypadek wysiewu przebytego prawdopodobnie w 5-ym roku życia (okres styczności z prątkującym). Wysiew uległ wyleczeniu w postaci zwapnień (tbc. discreta Neumanna).

Przyp. VIII. K. S. chłopiec lat 10, (L. karty Przychodni Przeciwi-gr. 328a/34). Zgłasza się do Przychodni z powodu złego samopoczucia, pocenia się i kaszlu, które trwają od czasu przebytej „grypy“ — (przed 2 mies). W dzieciństwie przechodził odrę i krztusiec oraz ropienie gruźliow podszczekowych lewostronnych (przed 4 laty). Ojciec zmarł przed 2 laty na gruźlicę płuc.

Dziecko wątłe, drobne, budowy prawidłowej. Typ oddechowy. Ciepłota 37,1^o, tętno 112/min., miarowe, dobrze napięte i wypełnione, oddechy miarowe 28/min. Odżywienie upośledzone. Lekka sinica warg i nosa oraz końców palców. Gruźliow chłonne szyi powiększone do wielkości grochu; w lewej okolicy podszczekowej liczne bliznowate wciągnięcia skóry i tkanki podskórnej. Płuca — wypuk jawny z obu stron, prawa granica w linii łopatkowej na IX żebrze. słabo ruchoma. Oddech pęcherzykowy osłabiony w dole płuca prawego, z licznymi drobnymi trzeszczeniami w obrębie obu płuc. Serce, jama brzuszna — bez zmian. Odczyn Pirqueta dodatni. Zdjęcie klatki piersiowej (L. 8315/34 Prac. Rentg. W. T. P. G.) (ryc. 13). „Oba szczyty i pola płucne całkowicie usiane równomiernymi ogniskami cieniowymi wielkości prosa, które w prawej okolicy podobojezykowej zlewają się w nieco większe plamistości. Wnęką prawa gęstsza. Kąt przeponowo-żebrowy prawy jest zaciemiony, zewnętrzny zarys przepony niewidoczny, ruchomość oddechowa gorsza — płyn. Serce bez zmian“ (dr Dering-Ossowska).



Ryc. 13

Badanie wykrztusiny i kału — laseczników Kocha nie znaleziono.

Chłopiec przebywa $\frac{1}{2}$ roku w sanatorium, gdzie cały czas nie gorączkuje, stan ogólny poprawia się, przybywa na wadze. Następnie wyjeżdża na wieś do

krewnych w okolicę suchą, lesistą (Hajnówka), gdzie przebywa dotychczas (3½ l.). Według danych z listu rodziny czuje się b. dobrze, stanów podgorączkowych nie miewa, nie kaszle, od 2 lat chodzi do szkoły.

Obserwacje przytoczone obejmują 8 przypadków dzieci w wieku od 2½ do 12 lat. Czas trwania obserwacji wynosił od 8½ mies. do 4 lat. Z dzieci spostrzeganych jedno było w krótkiej styczności z chorym prątkującym, zaś 6 pochodziło ze środowiska gruźliczego. U jednego z dzieci znaleziono w skąpo wydalannej płwocinie pojedyncze laseczniki Kocha, u innego zaś próba biologiczna płynu opłucnego na śwince morskiej wykazała zmiany gruźlicze. Odczyny tuberkulinowe u wszystkich dzieci były dodatnie. Również we wszystkich przypadkach spostrzegałam przyspieszenie opadu czerwonych ciałek krwi lub odczyn Biernackiego zbliżony do normy, zależnie od stanu sprawy chorobowej.

U dwojga dzieci wysiew w płucach poprzedziło wysiękowe zapalenie opłucnej, u 4 — punktem wyjścia wysiewu były najprawdopodobniej gruczoly przyoskrzelowe. W jednym przypadku tzw. zimną prosówką stwierdziliśmy u dziewczynki 10-letniej, która przed kilku laty przebyła gruźlicę podszczękowych gruczolów chłonnych, a następnie gruźlicę lewego stawu łokciowego.

Prawie u wszystkich naszych chorych po krótkim okresie gorączkowym ostrym następowało kilkumiesięczne (może kilkuletnie — w przypadkach, które uważamy za wyleczone) nieomal bezobjawowe stadium bezgorączkowe. W tym okresie jedynie seryjne zdjęcia klatki piersiowej mówiły nam o stanie płuc.

W przypadkach zakończonych niepomyślnie, zejście śmiertelne poprzedzał kilkunastodniowy obraz kliniczny ostrego schorzenia z wysoką gorączką i ogólną prostracją chorego. W 2 przypadkach wystąpiły wyraźne objawy oponowe. W jednym śmierć nastąpiła wskutek ogólnego zakażenia w przebiegu choroby Dühringa. Z przypadków pozostałych w jednym (VII) stwierdzamy wyleczenie, zaś w 3 — poprawę datującą się od 2½ do 3 lat.

W świetle tych spostrzeżeń oraz danych z piśmiennictwa widzimy, iż przewlekła postać wysiewów swoistych krwiopochodnych przejść może w formę ostrą i spowodować zejście śmiertelne wśród objawów ostrej gruźlicy płuc, czy sepsis tbc. acutissima, lub też, po mniej lub więcej długim przebiegu, ulec poprawie lub nawet zupełnemu wyleczeniu.

Początek schorzenia przejawia się klinicznie przejściowym podwyższeniem temperatury i upośledzeniem stanu ogólnego — jest to wysiew, który mobilizuje siły odpornościowe ustroju do walki z inwazją laseczników.

To co spostrzegamy w badaniu rentgenograficznym płuc, jest wyrazem toczącej się sprawy chorobowej. Tkanka płucna odpowiada na wysiew laseczników zmianami rozpadowo-wysiękowymi lub wytwórczymi, włóknistymi, przechodzącymi w okres wygojenia, widocznego na zdjęciach w postaci zwapniałych ognisk wysiewu.

Jednak w następnych wysiewach może nastąpić zachwianie sił odpornościowych ustroju. Wtedy tkanka płucna odpowiada odczynem wysiękowo-rozpadowym, dającym klinicznie postać ostrej gruźlicy płuc, podobną do odoskrzelowej (przyp. I — bronchopneumonia caseosa).

Często wysiewy w płucach uogólniają się w całym ustroju i kończą się gruźliczym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Tak więc to co stanowi podstawę cech charakterystycznych tzw. zimnej prosówki — t. j. stan bezgorączkowy, jest raczej mniej lub więcej długotrwałym okresem uśpienia (Stillstand — autorów niemieckich) między jednym a drugim wysiewem, który może mieć przebieg ostry.

Stąd wniosek, iż różnica między ostrą gruźlicą prosówkową, a tzw. zimną prosówką jest jedynie dynamiczna i zależy, jak już wspomniałam, od warunków konstytucjonalno-kondycyjalnych (siły odpornościowe ustroju i reakcja jego tkanek) oraz zjadliwości laseczników Kocha i intensywności wysiewu.

Z powyższego wynika rokowanie w przypadkach przewlekłych wysiewów krwiopochodnych do płuc.

Nie jest ono beznadziejne, jednak należy pamiętać, iż nawet przy bardzo dobrym stanie ogólnym tkwić może w organizmie skryta skłonność do nowych wysiewów, o przebiegu tym razem mniej pomyślnym.

Leczenie przewlekłych postaci gruźlicy płuc krwiopochodnej nie różni się zasadniczo od leczenia gruźlicy odoskrzelowej przewlekłej. Szerokie horyzonty zdaje się otwierać klimato- i auroterapia, co z powodzeniem stosowaliśmy u naszych młodocianych chorych.

W końcu pracy niechaj będzie mi wolno podziękować dr W. Kalicińskiemu, Kierownikowi Pracowni Rentgenologicznej Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego oraz wszystkim Kolegom, którzy umożliwili mi zebranie powyższych spostrzeżeń.

Dr JÓZEF MIRABEL

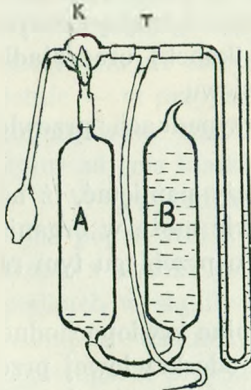
PRZYRZĄD PRZENOŚNY DO ODMY SZTUCZNEJ KONSTRUKCJI WŁASNEJ

(wzór zastrzeżony w U. P.)

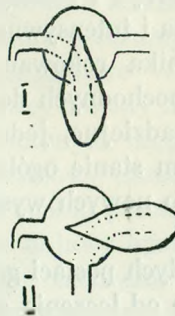
W r. 1928 przedstawiłem na posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lekarskiego przyrząd przenośny do odmy sztucznej konstrukcji własnej, polegający na zastosowaniu pompki do naczyń połączonych stałych.

Przyrząd obecny jest uproszczony, dzięki zastosowaniu jednego tylko kranu jednoprzelotowego, zamiast dwóch poprzednio zastosowanych.

Przyrząd składa się z 2 pipet, kranu jednoprzelotowego, trójdrożnego, wstawki o kształcie litery T, rurki manometrycznej oraz



Rys. 1



Rys. 2

pompki gumowej. Wymienione części szklane są połączone rurkami gumowymi, jak na rys. I, oznaczającym schematycznie cały przyrząd. Rys. 2 oznacza kran w położeniach I i II. Pipety A i B są połączone u dołu rurką gumową, tworząc układ naczyń połączonych, wypełnionych

do połowy płynem. Pipeta A jest kalibrowana i połączona u góry z dolnym wylotem kranu K. Na lewy wylot kranu nasadzona jest pompka gumowa. Wylot kranu prawy łączy się za pomocą wstawki o kształcie litery T z rurką manometru wodnego oraz z rurką gumową, nasadzaną na igłę wklutą do opłucnej.

Kran umożliwia połączenie pompki z pipetą A (rys. 2, I) lub połączenie pipety A z manometrem i opłucną (rys. 2, II). Uchwyt kranu wskazuje kierunek przepływu powietrza: przy ustawieniu I z pompki do pipety A, przy ustawieniu II z pipety A do opłucnej.

Działanie przyrządu: Ustawiając kran w położeniu I, naciśnięciem pompki przepompowujemy płyn z pipety A do pipety B. Wkłuwamy igłę i, po stwierdzeniu odpowiednich wahań manometrycznych, ustawiamy kran w położeniu II. Powietrze z pipety A, wypierane przez płyn z pipety B, dostaje się do opłucnej. Jeżeli przepływ płynu ustał, to, ustawiając kran w położeniu I, naciśnięciem pompki znowu przepompowujemy płyn itd.

Przyrząd może być zastosowany łatwo do wysysania powietrza z opłucnej. Wystarczy przełożyć pompkę na pipetę B, ustawić kran w położeniu I, oraz przepompować płyn z pipety B do pipety A. Przy ustawieniu kranu II następuje wysysanie powietrza z opłucnej.

W zestawieniu z innymi przyrządami do odmy sztucznej, przyrząd nasz ma niezwykle prostą, przejrzystą i zarazem tanią konstrukcję. Obsługa przyrządu przy kranie jednoprzelotowym, jeżeli ponadto uchwyt kranu wskazuje kierunek przepływu powietrza, jest niezwykle prosta. Lekarz, wykonywujący zabieg, może, przytrzymując prawą ręką igłę, skutecznie lewą ręką wspomniane rękoczyny kranem i pompką, bez pomocy asysty. Przy zastosowaniu pipet pojemności 400 cm³, rozmiary przyrządu wraz z skrzynką wynoszą 35×25×10 cm.

Przyrząd daje możliwość wprowadzenia powietrza siłą ssącego działania opłucnej, przez dowolne ustalenie poziomu płynu w obu pipetach. Stałe połączenie z manometrem, podczas wprowadzania powietrza do opłucnej, uwidacznia wahania oddechowe.

Układ naczyń połączonych przy zastosowaniu pompki gumowej był podstawą przyrządów do odmy sztucznej Forlaniniego i Muralt-Saugmana¹. Przyrządy te miały pipety pojemności litrowej, przytwierdzone do deski, i nie były wygodne w przenoszeniu.

W ślad za przyrządami o naczyniach stałych ukazały się przyrządy do odmy o naczyniach przesuwalnych. Przyrząd Küssa składa się z jednego naczynia stałego i jednego przesuwanego. Model przenośny przyrządu Küssa w modyfikacji Dumarest² z Hauteville ma konstrukcję prostą, lecz przesuwanie naczynia za pomocą zębátky wymaga asysty. Przyrząd H. Grassa³, rozpowszechniony w Niemczech, składający się z dwóch naczyń przesuwalnych na blokach i kranu trójprzelotowego, jest duży i ciężki i ma konstrukcję nieprzejrzystą. Przyrząd opisany przez B. Czemplika

1) Handbuch d. Tuberkulose, Brauer, Schr., Blumenf., t. III, str. 189—190. —

2) F. Dumarest. La pratique du pneumothorax thérapeutique 1936. — 3) Opis przyrządu Grassa podaje Ulrici. Diagnostik u. Therapie d. Lungen u. Kehlkopf-tuberkulose, str. 184—187.

(Gruźlica 1935) jest modyfikacją odmiany Diehl'owskiej przyrządu Grassa przez wprowadzenie jednego manometru w zastosowaniu do odmy jednoczesnej obustronnej. Przyrząd Jasińskiego, pomimo dwóch kranów, wymaga przekładania rurek szklanych i unoszenia naczyń, przesuwanym na krążku, z pomocą asysty. Przyrząd Telatyckiego, polegający na zastąpieniu kranów szklanych obracającą się tarczą metalową (zaworem), nasuwa wątpliwości, czy przy dłuższym działaniu nie utraci szczelności. Przyrząd zaopatrzony jest w sterylizator ze strzykawkami, gniazdka na ampulki, nożyczki, lampkę elektryczną i igły zapasowe; stąd nazwa jego „pogotowie odmowe“ (Lekarz Wojskowy 1938).

Fr. Łabendziński podał przyrząd tłokowy, który, jak wszystkie przyrządy tego rodzaju, nie daje możliwości wprowadzenia powietrza przy ciśnieniu ujemnym i otwartym manometrze (Nowiny Lekarskie 1928).

Przyrząd Krysztofa, przy zastosowaniu dwóch kranów kilkoprzelotowych oraz pompki, ma konstrukcję nieprzejrzystą i, na skutek zbyt małych naczyń, wymaga wielu rękoczynów i długiego czasu do wprowadzenia większej ilości powietrza (Medycyna 1936).

Prostota, przejrzystość i taniość konstrukcji oraz łatwość obsługi są zaletą przyrządu do odmy sztucznej. Odna bowiem, jako przodująca broń w zwalczaniu gruźlicy, staje się metodą skuteczną w rękach lekarzy prowincjonalnych najbardziej odległych połaci Rzeczypospolitej. Przyczyniają się do tego coroczne kursy odmy sztucznej organizowane przez Polski Związek Przeciwigruźliczy i Wydziały Lekarskie.

Rozległe udostępnienie tej broni lekarzowi przez przejrzystą konstrukcję, dostępność i łatwość w użyciu, to było naszym celem przy opracowaniu niniejszego przyrządu do odmy.

Dr ALEKSANDRA OBUCHOWICZ

OPIEKA POZASZPITALNA NAD SUCHOTNIKAMI W WILNIE
W LATACH 1935—38.

Organizacja racjonalnej opieki społeczno-lekarskiej nad chorymi prątkującymi stanowi przedmiot wszechstronnych dociekań instytucyj naukowych i społecznych, powołanych do zwalczania gruźlicy. Zagadnienie to jest przedmiotem moich zainteresowań i studiów od czasu objęcia stanowiska lekarza poradni przeciwgruźliczej w Wilnie w 1930 r. W pracy p. t.: „W sprawie warunków hytu chorych na gruźlicę udzielającą się w Wilnie“ (Gruźlica 1931, z. 3) zanalizowałam 469 przypadków gruźlicy udzielającej się, omawiając warunki mieszkaniowe, rodzinne oraz warunki pracy. Doszłam wówczas do wniosku, iż wobec złych warunków mieszkaniowych i przeludnienia koniecznym jest umieszczanie chorych prątkujących w zakładach leczniczych, a wobec ogromu nędzy wielu środowisk gruźliczych konieczne jest udzielenie choremu i jego rodzinie pomocy materialnej w postaci polepszenia warunków zdrowotnych w mieszkaniach, dożywiania dietą i młodzieży szkolnej itd.

Dalsze studia nad celową organizacją opieki nad środowiskami gruźliczymi, których wyniki podałam we wspólnej pracy z dr Borowskim pt.: „Dotychczasowe wyniki pracy Poradni Wil. T-wa Przeciwgruźliczego“ (Gruźlica 1933, z. 5) wykazały, iż liczba łóżek szpitalnych dla udzielającej się gruźlicy w Wilnie jest niedostateczna. Z ogólnej liczby chorych szpitalnych $\frac{1}{3}$ przebywa w szpitalu zaledwie miesiąc. Czas pobytu chorych w szpitalu w większości nie przekracza 3-ch miesięcy (77% ogółem, a 80% zmarłych). Z powodu przepelnienia oddziału 50% chorych umiera w domu. Fakty powyższe wysunęły zagadnienie, jaka kategoria chorych winna być kierowana na leczenie szpitalne? Kwestia ta jest omówiona wyczerpująco w pracy dra Borowskiego i dr Kunczewicz pt.: „Stanowisko nowoczesnego lekarza ftizjologa wobec udzielającej się gruźlicy płuc“ (Gruźlica 1935, str. 370). Materiałem do tej pracy byli chorzy Poradni Wileńskiego Woj. T-wa Przeciwgruźliczego za okres 10-letni (1925 — 1935). Liczba chorych prątkujących w tym okresie wynosiła ogółem 1802 osoby. Praca

poddaje szczegółowej analizie powyższą liczbę chorych prątkujących w ujęciu statystycznym oraz kliniczno-społecznym. Zdaniem autorów dla ustalenia postępowania leczniczego konieczne jest ściśle określenie postaci schorzenia pod kątem widzenia patogenezy i epidemiologii, a dalej zdanie sobie sprawy z warunków bytu i pracy chorego. We współczesnym zwalczaniu gruźlicy decydujące znaczenie ma stopień niebezpieczeństwa, jakie przedstawia chory dla otoczenia. Miernikiem powyższego służy ilość wykrztuszanych prątków, ciągłość i okresowość ich występowania. Ustalenie stopnia zaraźliwości poszczególnego chorego jest tym łatwiejsze, im lepiej lekarz orientuje się w postaciach patogenetycznych gruźlicy. Pod względem postępowania leczniczego autorzy dzielą chorych prątkujących na 3 grupy. Do grupy I-ej należą chorzy, u których obecność prątków w płwocinie jest zjawiskiem przelotnym. Należą tu następujące postaci gruźlicy: zapalenie oboczne (*epituberculosis*), wysiewy dyskretne (*tbc miliaris discreta*) oraz nacieki wczesne (*infiltratio praecox tbc*). Pod względem leczniczym chorzy tej kategorii do czasu zlikwidowania sprawy chorobowej powinni być izolowani od otoczenia bądź w domu, bądź w zakładach leczniczych typu sanatoryjnego. Do grupy II-ej należą chorzy, cierpiący na gruźlicę włóknistą (*tbc fibrosa diffusa*, *tbc fibrosa densa*), oraz chorzy z gruźlicą jamistą niepostępującą (*tbc cavitaria stationaria*). Te postaci gruźlicy cechuje okresowe wykrztuszanie prątków w czasie chwilowych zaostrzeń. W okresach zaciśza chorzy tego typu mogą nie prątkować przez czas dłuższy. Wymagają oni leczenia zakładowego tylko w czasie obostrzeń, a po ich zlikwidowaniu mogą nadal przebywać w warunkach domowych. Grupę III-cią stanowią chorzy prątkujący stale, które to zjawisko jest cechą znamioną dla pcsuniętych postaci suchot płucnych włóknisto- i serowato-wrzdziejających (*phthisis ulcero-fibrosa*, *phthisis fibrosa-cascosa communis confirmata et desperata*). Zdaniem wyżej wymienionych autorów chorzy tej grupy winni być umieszczani w zakładach zamkniętych (specjalne oddziały szpitalne) tylko w okresie całkowitej dekompensacji. Przetrzywanie przez czas dłuższy w oddziałach szpitalnych stale prątkujących chorych w okresie względnej kompensacji nie jest celowe, gdyż odbiera łóżka szpitalne bardziej potrzebującym, a finansowo obciąża nadmiernie instytucje społeczne, powołane do ich utrzymania. Po uzyskaniu względnej kompensacji i odpowiednim uświadomieniu chorzy tej kategorii mogą powrócić do rodziny pod warunkiem specjalnego przystosowania mieszkania do ich pobytu oraz stałej baczej opieki higienistki poradni nad całą ro-

dziną. Zdaniem wyżej wymienionych autorów, opieka otwarta nad tego typu chorymi jest bezwzględnie tańsza i jedynie możliwa z powodu mnóstwa chorych.

Wilno posiada jedyny oddział gruźliczy dla chorych prątkujących na 50 łózek, gdzie mogą być leczeni bezpłatnie niezamożni mieszkańcy miasta. Zakres obowiązków oddziału jest nadal różnorodny. Zmienia on swoje oblicze zależnie od potrzeb bieżących, a mianowicie pełni jednocześnie rolę: oddziału szpitalnego, szpitala-sanatorium i schroniska dla ubogich chorych z niepostępującą gruźlicą. Wobec powyższego wprowadzenie w życie opieki pozaszpitalnej na terenie m. Wilna stało się palącą koniecznością. Z inicjatywy dr Borowskiego, ówczesnego Dyrektora Wileńskiego Woj. T-wa Przeciwgruźliczego, dokonałam szczegółowej analizy stanu materialnego prątkujących chorych, zarejestrowanych w wileńskich poradniach przeciwgruźliczych. Była to praca wstępna, mająca zapoczątkować opiekę pozaszpitalną.

Ogółem pod opieką poradni na dzień 1 grudnia 1935 roku zarejestrowano 569 chorych, z nich 102 z powiatów, niekiedy bardzo odległych, województwa wileńskiego, a nawet sąsiednich województw, najczęściej z daleko już posuniętą gruźlicą płuc oraz z powikłaniami w innych narządach. Po stwierdzeniu stanu zdrowia, po możliwym uświadomieniu przez lekarza i wywiadowczyń, po zaleceniu odpowiedniej kuracji, chorzy tacy wyjeżdżają z powrotem do swych miejsc zamieszkania. Reszta 467 chorych zamieszkuje w obrębie m. Wilna. Co do zagruczczenia poszczególnych dzielnic odsyłam czytelnika do wyżej wspomnianej mojej pracy z roku 1931, gdyż w ciągu tego czasu panujące stosunki widocznym zmianom nie uległy. Celem dokładniejszego zilustrowania sprawy cały materiał podzieliłam pod względem warunków materialnych i mieszkaniowych na trzy grupy.

Pierwsza grupa obejmuje chorych, którzy nie potrzebują ani pomocy materialnej, ani opieki higienicznej. Są to przeważnie ludzie dość zamożni, mają własne łóżka, nawet własne pokoje. Takich rodzin mamy 133, co stanowi 28,4% ogólnej liczby chorych.

Do grupy drugiej zaliczam chorych, niewymagających wprawdzie pomocy materialnej, lecz potrzebujących opieki higienicznej. Praca higienistek w danym wypadku nie da się niczym zastąpić. Tego typu chorych mamy 159, co stanowi 34%. Chorzy tej grupy rekrutują się w większości z pracowników fizycznych o bardzo niskim poziomie kulturalnym, co niezmiernie utrudnia pracę lekarzowi i obniża w znacznym stopniu ostateczne wyniki lecznicze. Pracując w śród tego właśnie elementu, higienistki po-

radni przeciwgruźliczych mogą wykazać swą wartość i wybitną rolę w społecznym zwalczaniu gruźlicy. Dzięki fachowej wiedzy, dzięki dobrej woli i poświęcaniu się, docierają one do rodzin najbardziej opuszczonych, całkiem zaniedbanych i stają się ich doradczyniami nie tylko w sprawach zdrowia lecz i w całokształcie życia. Po pewnym czasie praca higienistek w środowiskach gruźliczych daje wyniki dodatnie i lekarz otrzymuje już podatny materiał, z którym może obcować, który rozumie lekarza i zastosowuje się do jego wskazań.

Wreszcie grupę trzecią stanowią chorzy, wymagający stałej opieki materialnej i stałej opieki higienicznej. Ta grupa jest największa, obejmuje ona 175 rodzin, co stanowi 37,6%.

Przyjrzyjmy się bliżej poszczególnym grupom, biorąc pod uwagę płeć, stan rodzinny, obraz kliniczny, warunki materialne i ubezpieczeniowe.

G r u p y		I	II	III	Razem
Liczba chorych		133	159—34%	175—37,6%	467
Mężczyźni		71—54,1%	80—50,3%	94—53,7%	245
Kobiety		49—36,1%	67—42,1%	75—42,9%	191
Członkowie rodzin		13—16,6%	12—7,6%	6—3,4%	31
Samotni		47—35,3%	15—9,4%	34—19,4%	96
Rodziny do 3-ch osób		—	59—37,1%	57—32,6%	371
" powyżej 3-ch osób		16,6%	85—53,5%	84—48,0%	
Stan materialny	dobry u	48—36,1%	23—14,5%	— —	71
	średni u	85—63,9%	110—69,1%	— —	195
	zły u	— —	26—16,4%	110—62,9%	136
	nędza wyjątkowa u	— —	— —	65—37,1%	65
Obłożnie chorzy		19—14,3%	28—17,6%	50—28,6%	—
Ze względną kompensacją		114—85,7%	131—82,4%	125—71,4%	—
Ubezpiec. w Ubezpiecz. Społecz.		72—54,1%	117—73,7%	20—11,4%	—
" w U. P. (funkc. państw.)		30—22,6%	9—5,6%	— —	—
" w Opiece Społecz.		— —	— —	120—68,6%	—
" w Pośred. Pracy		— —	— —	27—15,4%	—
" prywatnie		31—23,3%	33—20,7%	— —	—
Nie korzystają ze świadczeń		— —	— —	8—4,6%	—
Wymagają opieki pozazakład.:					
częściowej		— —	— —	136—77,7%	—
całkowitej		— —	— —	39—22,3%	—

W grupie I są trzej chorzy, którzy mimo dość dobrych, nie stojących na przeszkodzie, warunków materialnych, nie rozumie-

ją potrzeby i nie dążą do nabycia własnych łóżek, a tym samym przez bezmyślny upór nie chcą się odseparować od reszty rodziny.

W II grupie już 15 (9,4%) chorych nie posiada własnych łóżek. Przy porównaniu grupy I z II jaskrawo rzuca się w oczy wzrost rodzin wielodzietnych z 16,6% w grupie I do 53,4% i obniżenie się liczby chorych samotnych z 35,3% w grupie I do 9,4% w grupie II.

W grupie III już 30,9% chorych nie ma własnego łóżka. Mała stosunkowo liczba członków rodzin tłumaczy się tym, że osobnicy pozostający w ciężkich warunkach materialnych, w bardzo wczesnym wieku idą do pracy i występują jako samodzielne jednostki.

O ile I grupa chorych, dzięki ich dobrym warunkom materialnym i odpowiedniemu rozumieniu niebezpieczeństwa infekcji gruźliczej nie przedstawia się zbyt uciążliwą i niebezpieczną, o ile drugą grupę, dzięki energicznej pracy higienistek, można opanować i uczynić niezbyt groźną dla szerszego otoczenia, o tyle chorzy należący do grupy trzeciej wymagają szczególnej uwagi nie tylko ze strony świata lekarskiego, lecz i ze strony całego społeczeństwa. O niski poziom kulturalny i etyczny osobników, grupy 3-ej, o okropne nieraz warunki materialne, o nędzę rozbijają się wszelkie próby wpływu higienistek. W pierwszym rzędzie stoją na przeszkodzie warunki mieszkaniowe. Mieszkania większości chorych, należących do tej ostatniej grupy, — są to najczęściej sutereny, a nieraz wprost brudne i ciemne piwnice. Wielka liczba osób zamieszkująca w jednej izbie ciasnej i dusznej, ledwie może się pomieścić pokotem, nie mówiąc już o oddzielnych łóżkach. A jeśli u któregoś z tych mieszkańców znajdzie się łóżko, to jest ono jednocześnie miejscem wypoczynku, zastępuje wszelkie meble, — w ogóle służy do najrozmaitszych celów. Ciasnota mieszkaniowa jest tak wielka, że gdy opieka społeczna m. Wilna ofiarowała dla tych rodzin łóżka, z powodu braku miejsca na ich ustawienie, mogły być one wykorzystane w minimalnym stopniu. Warunki takie najbardziej sprzyjają szerzeniu się gruźlicy, której ofiarą padają najczęściej dzieci.

Załączone fotografie mieszkań, w których przebywają nasi chorzy zilustrują w pewnym stopniu ich warunki mieszkaniowe, jakkolwiek nie dadzą zupełnie prawdziwego, barwnego obrazu nędzy ciasnych i dusznych izb, często suteren, do których z trudnością dotrzeć może poprzez małe okienko, zasłonięte murem sąsiedniej kamienicy, rozproszone światło dzienne.

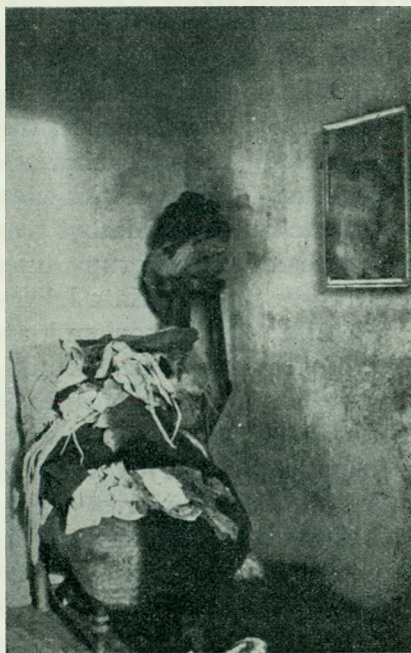
Fotografie te nie są bynajmniej wyszukanyymi przeze mnie

unikatami. Tak, a nieraz jeszcze w gorszych warunkach, mieszka i wegetuje każda z rodzin III-ej grupy, a klisza ma to do siebie, iż zaciera i ukrywa nieraz w cieniu smutną rzeczywistość, którąby tylko mógł należycie odtworzyć w barwach naturalnych pędzel malarza. Wspólną cechą wszystkich mieszkań jest obfita zielona wilgoć, pokrywająca ściany na wzór tapet, pleśń oraz odurzający zaduch.

Ryc. 1. Otwarte okno, zupełnie ciemne, udekorowane brudną, zniszczoną firanką, tuż przy nim stoi łóżko chorego, by ten miał „świeże powietrze“.



Ryc. 1



Ryc. 2

Ryc. 2. Wnętrze mieszkania: w kącie szmaty, reszta przyodziewku licznej rodziny; ...co się dalej ukrywa, to parę zniszczonych sprzętów, które niepodobna opisać.

Ryc. 3 i 4-ta mieszkanie suchotnika D. S. Bardzo stary drewniany dom z wykrzywionymi, trudno dającymi się zamknąć drzwiami. Wejście poprzez kilka schodków prowadzi do małych sionek, a stąd do dość obszernej izby o zniszczonej prawie zupełnie i dziurawej podłodze, o poobijanych z tynku ścianach, która to izba mimo takiego zniszczenia jest wyjątkowo w tym wypadku schludna. Mieści ona składającą się z 7 osób rodzinę i źródło jej utrzymania — warsztat szewski. Co mię zastanowiło, to osobne dla chorego ojca łóżko, do którego dzieciom nie wolno się zbliżać, a tymbardziej korzystać zeń, a to z obawy, jak tłumaczyła matka, przed zakażeniem. Tu też miałam możność stwierdzić, jak

się odżywiają nasi chorzy. Obiad stanowiły gotowane ziemniaki i skrupulatne badania pozwoliłyby stwierdzić, iż były one okraszone tłuszczem. Gromada dzieci, prześcigając się w szybkości, jadła z jednej wspólnej miski, ojciec spożywał tenże sam posiłek osobno.

Ryc. 5-ta daje obraz drewnianego budynku, położonego na peryferiach miasta, niegdyś składu na drzewo, dziś zamienionego na mieszkanie. Dokoła błoto. Brak bruku i światła elektrycznego dopełniają się z nędzą mieszkańców: matki suchotnicy z trojgiem dzieci

Ryc. 6. Ciasny 3 m x 5 m pokój, mieszczący rodzinę, składającą się z siedmiu osób: babki, ojca, matki i czworga dzieci. Smutny epilog: cała rodzina zagruźliczona. Matka chora na suchoty, ojciec też miewa krwiotłucia, dziecko niedawno zmarło na zapalenie opon mózgowych. Rodzina zubożyła na wszystko, a o jakiegokolwiek higienie mowy być nie może. Jedyne łóżko jest miejscem do snu i do odpoczynku dla wszystkich mieszkańców tej izby.

Ryc. 7 przedstawia chorego suchotnika w pokoju dość schludnym, jednak jak inne wilgotnym. Siedzi on na łóżku, udzielonym przez Op. Sp.; po drugiej stronie stoi wspólne łóżko rodziny, mieszczące ubogą pościel i cały dobytek rodziny.

Na szczególną uwagę w grupie III-ej zasługują suchotnicy samotni, których liczba wynosi 34. Są to przeważnie wyrobnicy



Ryc. 3

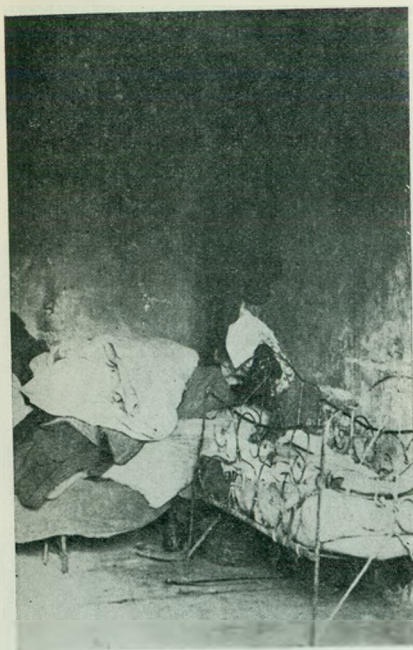


Ryc. 4



Ryc. 5

fizyczni, niezdolni wskutek inwalidztwa gruźliczego do żadnej pracy i niemający żadnych środków do życia — byli więźniowie,

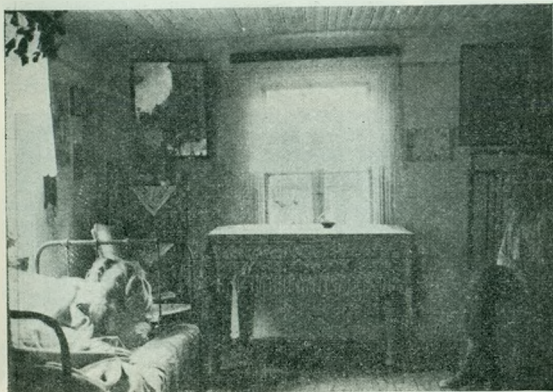


Ryc. 6

żebracy i prostytutki. Ludzie ci nie mając stałego miejsca zamieszkania, włóczą się po całym mieście, szukając schronienia w coraz to nowych rodzinach, w domach noclegowych itp. I to są najgroźniejsi siewcy gruźlicy, stanowiący ważny problem w całokształcie jej zwalczania; nad tym problemem do porządku dziennego przejść nie można.

Wyżej przytoczone dane stwierdzały niezbicie konieczność roztoczenia nad ubogimi chorymi opieki pozazakładowej. To też Wileńskie Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze w porozumieniu z Samorządem m. Wilna rozpoczęło w maju 1935 roku akcję w tym kierunku. Współpraca T-wa z władzami samorządowymi została usta-

lona w sposób następujący. Świadczenia materialne ubogim chorym m. Wilna były udzielane przez wydział Opieki Społecznej.



Ryc. 7

Wstępne badania, określające stopień inwalidztwa chorego, warunki higieniczne środowiska oraz rodzaj niezbędnych świadczeń materialnych, przeprowadzały poradnie przeciwgruźlicze. Dane, dotyczące stanu materialnego pacjentów, były raz jeszcze kontrolowane przez miej-

skich wywiadowców społecznych. Następnie na konferencjach, przeprowadzanych okresowo przez kierowniczkę opieki pozaszpi-

talnej W.W.T.P. z naczelnikiem wydziału samorządowej Opieki Społecznej, kwalifikowano ostatecznie środowiska, potrzebujące pomocy materialnej oraz ustalano jej zakres.

Świadczenia, otrzymane z Samorządu na opiekę pozaszpitalną w okresie sprawozdawczym, obejmującym lata budżetowe 1935/36, 1936/37 i 1937/38, pod względem liczbowym przedstawiają się w sposób następujący:

Wyszczególnienie	1935/36	1936/37	1937/38
Opiekowano się osobami	71	110	86
z tego zmarło	14 (20%)	31 (27%)	24 (27%)
W y d a n o:			
na zapomogi pieniężne	zł. 717.—	zł. 1561.55	zł. 1872.70
na opłatę komornego i opał	" 383.75	" 205.—	" 96.—
na zakup łóżek	" 54.40	—	" 7.—
na pościel i ubranie	" 19.35	" 23.85	" 14.90
na naczynia, na mydło i bielizno	" 19.95	" 9.15	" 5.—
na zmianę lokalu i remont	—	" 8.20	—
R a z e m;	zł. 1194.45	zł. 1807.75	zł. 1995.60
Inne świadczenia:			
Uzyskano dni pracy	102	401	356
" " szpitalnych	1995	3997	3253
" obiadów bezpłatnych	2398	7970	10551
Umieszczono dzieci w ochronach	17	3	4
Zmieniono lokal osobom	8	13	7
Zremontowano lokal na koszt gospodarza	8	13	6
Rozdano łóżek osobom	7	6	7
Wystarano się o zaświadczenia niezamożności	70	109	86

SPRAWOZDANIE FINANSOWE.

Wpływy:

Otrzymano z Opieki Społecznej Zarządu m. Wilna:

od dn. 1.V.35 do 1.IV.36 zł. 1.218.—

od dn. 1.IV.36 „ 1.IV.37 „ 1.818.—

od dn. 1.IV.37 „ 1.IV.38 „ 1.974.—

zł. 5.010.—

Wydatki:

Wydano chorym:

od dn. 1.V.35 do 1.IV.36 zł. 1.194.45

od dn. 1.IV.36 „ 1.IV.37 „ 1.807.75

od dn. 1.IV.37 „ 1.IV.38 „ 1.990.60

Razem wydatkowano Zł. 4.992.80

saldo na dz. 1.IV.38 r. „ 17.20

zł. 5.010.00

Akcja opieki pozaszpitalnej szła w kierunku dostarczania mieszkania i utrzymania samotnym bezdomnym chorym oraz po-

lepszenia warunków higienicznych i materialnych chorym, posiadającym rodziny. Zdając sobie sprawę, iż jedynym racjonalnym rozwiązaniem kwestii mieszkaniowej dla bezdomnych samotnych chorych jest stworzenie domu-schroniska, Wileńskie Wojewódzkie Tow. Przeciwgruźlicze tytułem próby wynajęło dla izolowania wałęsających się po mieście chorych mieszkania prywatne w trzech punktach.

1. Lokal trzy pokojowy przy ul. Obozowej 17 dla 6-ciu kobiet. Był on czynny w roku sprawozdawczym 1935/36. 2. Pokój samodzielny przy ul. Bakszta 3. W roku 1935/36 był on zajmowany przez 2-ch mężczyzn, a w następnym 1936/37 przez 2-e kobiety. 3. Pokój z oddzielnym wejściem, odnajmowany u bezdzietnej rodziny, przy ul. Archanielskiej 56, był zajmowany w 1937/38 r. przez 2-ch mężczyzn.

Ogółem w okresie sprawozdawczym korzystało z powyższych lokali 7 kobiet i 4-ch mężczyzn. Koszt komornego i opału wynosił 684 zł. 75 gr. Udzielono zapomóg pieniężnych pensjonariuszom na sumę zł. 445.45. Łóżka, sienniki i naczynia stołowe kosztowały 92 zł. Chorzy w okresie zaostrzeń chorobowych byli umieszczani na oddziale szpitalnym. Liczba dni szpitalnych dla powyższych 11-tu chorych wynosiła 2278, liczba wydanych obiadów — 4141. Z 11-tu pensjonariuszy 7 osób zmarło, 2 — wyjechały z Wilna 2 — znajdują się nadal pod opieką Poradni.

Powyższa próba wyjaśniła, iż sumy, przeznaczone przez Samorząd na utrzymanie samotnych chorych, są niewystarczające dla zapewnienia im najbarńziej skromnej egzystencji. Przyznane kwoty i świadczenia w naturze wystarczały na wynajęcia pomieszczenia, niedostatecznie opalonego, i zaopatrzenia chorych w łóżka. Na posiłki, uzupełniające szczupłe obiady, wydawane bezpłatnie przez Opiekę Społeczną, oraz na bieliznę i ubranie chorzy musieli dorabiać sami najczęściej w zimie żebraniną, w lecie sprzedają własnoręcznie uzbieranych jagód i grzybów. To też po wymarciu większości pensjonariuszy dalsze umieszczanie chorych w mieszkaniach prywatnych, jako nieracjonalne, zostało zaniechane.

Zakres świadczeń dla środowisk gruźliczych, zmierzających do polepszenia ich warunków higienicznych i materialnych, jak to widać z wyżej przytoczonego sprawozdania, był również nader skromny. Tym nie mniej zarówno chorzy samotni jak i środowiska gruźlicze przyjmowali z wielką wdzięcznością najskromniejsze datki, a możność przyścia z pomocą materialną podniosła znacze-

nie poradni, a w szczególności higienistek społecznych i wzbudziła szacunek do ich zarządzeń.

Poniżej podaję kilka wyciągów z kart społecznych chorych, podlegających opiece pozaszpitalnej. Pozwolą one czytelnikom zorientować się w potrzebach chorych i w trudnościach, któreśmy napotykali przy ich zadośćuczynieniu.

1. Bronisław W. l. 42, szewc. Zarejestrowany w poradni w styczniu 1935 r. z powodu wyniszczających włóknisto-wrzodziejących suchot płucnych.

Wyciąg z karty społecznej (higienistka p. Ewa Libermanowa). „7.I.35. Rodzina W. składa się z żony i 5-ga dzieci w wieku 15—13—11—10—9 lat. Mieszkanie wilgotne i brudne. Chory śpi w sionce, reszta rodziny mieści się w pokoiku $2 \times 2\frac{1}{2}$ m. Stan materialny: nędza. Chory od 3-ich lat z braku sił pracuje dorywczo. Rodzinę W. skierowałam na kontrolę do poradni. Chory wymaga leczenia szpitalnego. 15.I.35. W. jest chory obłożnie, czeka na zaświadczenie ubóstwa, uprawniające do leczenia szpitalnego. 4.II.35. Opieka Społeczna oświadcza, iż choremu nie przysługuje zaświadczenie ubóstwa. 9.III.35. Na skutek interwencji poradni chory został umieszczony w szpitalu. Rodzina jest w nędzy. Konieczne jest dostarczenie matce pracy zarobkowej i zaopatrzenie dzieci w ubranie i obuwie. Badanie dzieci w poradni ujawniło, iż 15-toletni Wacław cierpi na gruźlicę stawu kolanowego. 10.IV.35. Chory po 17 dniowym pobycie opuścił szpital z nieznaczną poprawą samopoczucia. Twierdzi, iż musi zarabiać na rodzinę. 1.V.35. Zaniostałam podanie W. do Opieki Społecznej z prośbą o zapomogę. 17.V.35. Opieka Społeczna odrzuciła podanie, wyjaśniając, iż rodzina W. już dostaje zapomogę. 22.V.35. Sprawdziłam, iż zapomoga z Opieki Społecznej polega na leczeniu chorego Wacława w szpitalu oraz umieszczeniu przez szkołę 9 letniej Aliny na kolonii letniej. Reszta rodziny pozostaje nadal bez środków do życia. 20.VI.35. Chory jest w sytuacji bez wyjścia, z rozpaczą dostaje obłąkania. Grozi, iż wymorduje całą rodzinę. Konieczna jest niezwłoczna pomoc!“

Na skutek ponownej i energicznej interwencji poradni w Opiece Społecznej rodzina W. dostała 20 zł. na przeprowadzkę do innego mieszkania, chory — zaświadczenie, uprawniające na stałe do leczenia szpitalnego, żona chorego — okresową pracę z ramienia Opieki Społecznej, cała rodzina — bezpłatne obiady. Ogółem zapomoga Opieki Społecznej do czasu śmierci chorego, która nastąpiła w październiku 1936 roku wynosiła: gotówką 20 zł., 1030 bezpłatnych obiadów, 135 dni pracy (po 2 zł. dziennie) oraz 74 dni leczenia szpitalnego.

II. Józefa L. l. 62, zarejestrowana w poradni w 1934 roku z powodu gruźlicy włóknisto-wrzodziejącej płuc oraz gruźlicy krtani. Choroba ma przebieg łągodny z długo trwającymi okresami zaostrzeń. Mąż chorej zmarł przed 14-tu laty w 51 roku życia na suchoty. Troje dzieci zmarło we wczesnym dzieciństwie. Jeden z synów cierpi na gruźlicę kręgosłupa, 2-gi, obarczony żoną i trójgiem nieletnich dzieci, cieśla z zawodu, pracuje z braku pracy dorywczo. Wywiad społeczny ustala, iż rodzina mieści się w ciemnym i wilgotnym pokoiku o wym. $2\frac{1}{2}$ m \times 2 m, łucfika brak 6 osób pije z jednego kubka. Synowa chorej nie zgłasza się do poradni na badanie z powodu braku ubrania. Samorząd odmawia pomocy chorej, gdyż posiada ona dorosłego syna, który jest obowiązany opiekować się matką. W okresie sprawozdawczym udało się wyrobić dla chorej zaświadczenie ubóstwa, na skutek czego otrzymała ona pieniędzmi 65 zł., 305 obiadów bezpłatnych oraz 335 dni leczenia szpitalnego. W 1937 roku syn chorej — cieśla zmarł z suchot płucnych. Obecnie cała rodzina nie posiada żadnych środków do

życia. Z trojga wnuków pacjentki, a dzieci zmarłego cieśli, u jednego stwierdzono w poradni gruźlicę kości, u drugiego — gruźlicę skóry.

III. Genowefa N. l. 23, zarejestrowana w poradni w 1930 roku z powodu styczności z chorym mężem, który zmarł w 1931 roku. W 1934 roku, po stwierdzeniu u pacjentki włóknistej zagęszczającej gruźlicy płuc oraz naciekowej gruźlicy krtani, skierowano ją na oddział gruźliczy. Po rocznym pobycie opuściła oddział z powodu wyczerpania prawa do leczenia szpitalnego z poprawą samopoczucia. W 1935/36 roku mieszkała, jako pensjonariuszka, przy ul. Obozowej. W tym czasie otrzymała z Opieki Społecznej gotówką 40 zł., obiadów bezpłatnych 292 oraz 157 dni leczenia szpitalnego. Dorabiała na życie, uprawiając niereżąd. Zmarła w styczniu 1937 roku.

IV. Agata R. l. 36, mężatka od 15-go roku życia. Zarejestrowana w Poradni w 1928 roku z powodu włóknisto-wrzdziejących suchot płucnych. Cierpienie ma charakter przewlekły z długotrwałymi okresami zacisza. Po śmierci męża z suchot płucnych w 1930 roku chora została bez środków do życia. Utrzymuje się z pomocy przy gospodarstwie domowym i z nianżenia drobnych dzieci w rodzinach wyrobników. Wobec sympatycznej powierchowości i miłego charakteru chętnie jest angażowana przez szereg rodzin do powyższej pracy. Jako roznośicielka infekcji została zakwalifikowana na opiekę pozaszpitalną, z której korzystała przez cały okres sprawozdawczy. W 1935/36 roku mieszkała jako pensjonariuszka przy ul. Obozowej, w następnych latach umieszczana była u ludzi samotnych. Świadczenia z Opieki Społecznej w latach 1935/36 i 1936/37 wynosiły gotówką 75 zł. 50 gr. Opłata komornego 76 zł. Udzielono 675 obiadów bezpłatnych i 46 dni leczenia szpitalnego. Od kwietnia 1937 roku do chwili obecnej przebywa stale na oddziale gruźliczym. Stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego. Przebywa w szpitalu jedynie z braku mieszkania i środków do życia. Utrzymanie jej w szpitalu od 21.IV.37 r. do 31.XII.38 r. kosztuje Opiekę Społeczną 2460 zł.!! (600 dni szpitalnych à 4 zł. 70 gr.).

Akcja opieki pozaszpitalnej, prowadzonej, jak już wspominałam wyżej, przez 3-y lata z ramienia Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego, została z dniem 1 kwietnia 1938 roku zlikwidowana przez ówczesny zarząd T-wa, który nie doceniał doniosłości tej formy zwalczania gruźlicy.

Pozytywne wyniki prowadzonej akcji były następujące:

1. Wylimitowanie ubogich suchotników z ogólnej masy pacjentów, słoczonych w ciasnym lokalu Opieki Społecznej, usuwało źródło masowej infekcji, która miała miejsce przy kilkugodzinnej styczności chorych ze zdrowymi.

2. Dokładne określenie stopnia inwalidztwa chorego przez lekarza oraz szczegółowe poznanie warunków życiowych środowisk gruźliczych przez higienistki umożliwiały racjonalny podział świadczeń.

3. Konkretne wyniki pracy higienistek w terenie przez dostarczanie zasiłków materialnych podnosiły autorytet poradni przeciwgruźliczej, a przeto ułatwiały w znacznym stopniu pracę higieniczną w środowiskach gruźliczych.

4. Chorzy i ich rodziny zyskiwali moralnych obrońców swych praw w osobach lekarza i higienistki poradni.

Dla racjonalnego prowadzenia opieki pozazakładowej koniecznym jest:

1. Stworzenie specjalnego schroniska dla eliminowania ciężko chorych z ich środowisk oraz dla izolowania ubogich samotnych chorych.

2. Stworzenie specjalnej jadłodajni, wydającej bezpłatne obiady ubogim chorym i ich rodzinom.

3. Umożliwienie wczesnego leczenia chorym, obarczonym rodziną, a pracującym zarobkowo lub w gospodarstwie domowym, przez dostarczenie pracy zdrowym członkom rodziny i przez zapewnienie niemowlętom i drobnym dzieciom odpowiedniej opieki.

4. Otoczenie specjalną opieką dzieci ze środowisk gruźliczych w wieku przedszkolnym i szkolnym przez stworzenie szeregu prewentoriów dziennych i nocnych w różnych dzielnicach miasta oraz udostępnienie tej kategorii dzieci korzystania z kolonii i półkolonii leczniczych.

5. Asygnowanie jednorazowo większych sum dla zaopatrzenia chorych, zakwalifikowanych na opiekę pozaszpitalną, w niezbędne sprzęty, ubranie i bieliznę.

6. Wydzielenie w budżetach Państwowego Urzędu Pośrednictwa Pracy i Wydziału Opieki Społecznej m. Wilna specjalnych sum na cele walki z gruźlicą.

Bezpośrednia Opieka nad chorym suchotnikiem i jego rodziną w środowisku, w którym chory ten przebywa stale, jest najbardziej właściwą, bo zmierzającą w sedno rzeczy, formą walki z gruźlicą. Kosztuje ona dużo — gdyż i liczba chorych jest duża. Wyniki, osiągnięte przez racjonalnie postawioną opiekę pozaszpitalną będą zdobyczą trwałą. Nabyte doświadczenie daje gwarancję, iż sumy, wydatkowane na tę formę zwalczania gruźlicy, będą użyte celowo. Wieloletnia planowa i systematyczna praca szeregu instytucji naukowych i społecznych w dziedzinie zwalczania gruźlicy pozwala zakończyć okres nieprzemysłanego eksperymentowania i poczynić pozornie efektownych, lecz przy głębszej analizie, dających osiągnięcia nieraz wysoce problematyczne.

Piśmiennictwo polskie i obce

Anatomia patologiczna. Bakteriologia. Biologia. Fizjologia. Patologia doświadczalna.

Uchlinger E. i R. Blangey (Zurych). Badania anatomiczne nad częstością gruźlicy. Doniesienie I. Porównanie z badaniami Naegeliego z roku 1896—1898. (Anatomische Untersuchungen über die Häufigkeit der Tuberkulose. I. Mitteilung. Vergleich mit den Untersuchungen von Naegeli in der Jahren 1896—1898). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 50, z. 4.

Badania autora obejmują 1011 sekcji: 607 mężczyzn i 404 kobiet w wieku od 3 miesięcy do 93 lat. U 69 oseków w wieku od 0—21 dni nie stwierdzono żadnych zmian gruźliczych. W wieku od 3 tygodni do lat 18 było zmarłych 141, ponad 18 lat — 870.

Wyniki tych badań są następujące: Na 141 zmarłych w wieku młodzieńczym stwierdzono u 31=22% zmiany gruźlicze z czego 14=45% zmarło na gruźlicę; u 7-miu=23% stwierdzono gruźlicę czynną, u 10=32% nieczynną. Na 870 zwłok osób dorosłych stwierdzono u 698=80,2% zmiany gruźlicze, z czego 97=14% zmarło na gruźlicę, u 146=21% stwierdzono zmiany czynne utajone i u 455=65% gruźlicę nieczynną.

Wyniki badań Naegeliego za lata 1896—1898 są następujące: Na 66 zwłok osób młodych było 23% ze zmianami gruźliczymi z tego zmarło na gruźlicę 73%; 20% miało czynną gruźlicę; 7% nieczynną. Badanie 284 zwłok osób dorosłych wykazało w 98% zmiany gruźlicze, z czego zmarło z powodu gruźlicy 23%; u 27% stwierdzono zmiany czynne; u 50% nieczynne.

Liczby te dowodzą, że dzisiaj jeszcze szerzy się gruźlica wśród ludności, (do 90%), przy czym nie odgrywają tutaj znaczniejszej roli czynniki ani historyczne ani geograficzne. Liczba osób zakażonych gruźlicą wynosi w 45 roku życia 75%, w 60 roku życia 80%, a w 70 roku 92% osób zmarłych. Również w wieku dojrzałym, szczególnie w latach pomiędzy 18 a 30 rokiem życia należy się liczyć z bardzo licznymi zakażeniami pierwotnymi. Zakażenia te występują prawie wyłącznie na drodze oddechowej. Wiele przypadków gruźlicy u dorosłych (wysiękowe zapalenie płucnej, gruźlica wieku dojrzwania) są dalszym ciągiem zmian płucnych, powstałych na drodze krwionośnej po zespole pierwotnym. Na częstość i postać gruźlicy krwiopochodnej nie mają żadnego wpływu wrota którymi infekcja do ustroju wtargnęła, czy na drodze płucnej, czy jelitowej. Umieszczenie się przerzutów zależne jest od wieku chorego.

Śmiertelność z powodu gruźlicy uległa obniżeniu w stosunku do śmiertelności w ubiegłym stuleciu o 11%, u dorosłych o 9%. Odsetek gruźlicy czynnej uległ obniżeniu o 4%. Dotyczy to wyłącznie młodych roczników. Najczęściej spotykaną postacią gruźlicy czynnej jest ognisko endogenne w gruczołach chłonnych. Odsetek gruźlicy nieczynnej wzrósł tymczasem o 15%, wyłącznie u osób młodych. Proces gruźliczy zupełnie nie wyłącza procesu rakowego. Liczba chorych na gruźlicę postępującą nie jest większa u chorych na raka niż u innych, podobnie nie stwierdzono częstszego występowania gruźlicy u chorych na cukrzycę.

Daniclewski

Baar Kl. (Greifswald). W sprawie powstania gruźlicy prosówkowej. (Zur Entstehung der Miliartuberkulose). Beitr. Klin Tbk. 1937, t. 90, z. 3, str. 268—275.

Przebadano 94 przypadków gruźlicy z mniej lub więcej wyraźnym rozsiewem na drodze krwionośnej, na podstawie protokółów sekcyjnych. Autor odróżniał przy tym typową gruźlicę prosówkową od uogólnionej gruźlicy z nieznacznym rozsiewem na drodze krwionośnej. Poza tym rozważano możliwości powstawania tych postaci z ogniska serowatego, przebitego do układu krwionośnego i z bacylemii. W przypadkach gruźlicy prosówkowej stwierdzono w 85% przebicie się ogniska serowatego, w gruźlicy uogólnionej w 46%. Danielewski

Rozenfeld E. B. Modyfikacja barwienia prątków Kocha. Probl. Tub. 1938, z. 3, str. 112—114.

Autor poleca następujący sposób barwienia na prątki Kocha własnej modyfikacji. Na cienko rozarty preparat z materiału badanego nalewa się na 5 min. fuksynę Ziehla, ogrzaną na łaźni wodnej do 70°, barwik zmywa się wodą i podbarwia 3% wodnym roztworem błękitu metylowego w ciągu 1—1½ godz., następnie błękit zmywa się wodą. Powyższa metoda oszczędza młode postaci prątków i ziarna gruźlicze, posiadające słabą kwasoodporność i zwiększa częstość dodatnich wyników badań. W. Kruszevska

Smith C. R. (Los Angeles). Metoda wzbogacenia do badań płwociny. (The flotation method of sputum examination). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 5, str. 525—532.

Autor stosował metodę Pottengera. Postępuje się w następujący sposób: Płwocinę z 3 dni zbiera się i wstrząsa przez 5 minut w maszynie po dodaniu równej ilości 0.5% wodorotlenku sodu, po czym umieszcza się ją na 30 minut w kąpeli wodnej o temperaturze 55°C. Osad zbiera się pipetą, rozcieńcza w 200 cm³ wody destylowanej i wstrząsa się przez 5 minut z 0.5 — 1 cm³ ksylołu. Po mniej więcej ½ godzinie wytwarza się śmietankowaty nalot, który się wciąga w pipetę. Pipetę ustawia się pod kątem 45°. Zbierający się na spodzie płyn wypuszcza się a kroplę śmietankową przenosi się na szkiełko, ułożone na zamkniętej kąpeli wodnej, o temperaturze 60°C. Po wyschnięciu przenosi się dalsze krople aż otrzyma się warstwę 3—6 krotną o średnicy 1 cm, poczem przystępuje się do barwienia: po przemyciu eterem barwi się przez 10 minut fuksyną karbolową na kąpeli wodnej, odbarwia się przez 1—2 minut 3% kwasem solnym w alkoholu i dla kontrastowego barwienia stosuje się 1% wodny roztwór kwasu pikrynowego.

Autor wykonywał tą metodą oraz równocześnie zwykłym wymazem 1248 badań płwocin 260 chorych. U 19% chorych, gdzie zwykłymi sposobami prątków nie wykryto, otrzymano wynik dodatni w badaniach metodą Pottengera. Metodą tą można było odnaleźć 85 razy więcej prątków kwasoodpornych niż w zwykłych wymazach. Nawet w rozcieńczeniu 0.000.001 mg prątków na 1 cm³ można było wykazać obecność prątków w 10 cm³ płwociny. Autor zwraca uwagę na obecność w płwocinie drobnoustrojów kwasoodpornych niechorobotwórczych i ostrzega przed omyłkami.

Metoda winna mieć szczególne zastosowanie w przypadkach, gdzie liczba wydalonych prątków jest niewielka, np. w czasie leczenia zapadowego.

M. Zelewska-Deżyna

Parish H. J. (Beckenham, Kent). Współczesne wiadomości o tuberkulinie. Artykuł poglądowy. (Critical review. The modern outlook on tuberculin). Tubercle 1938, t. 19, z. 8, str. 337—350.

Autor omawia skład i właściwości oczyszczonej frakcji białkowej laseczników gruźliczych, porównując je z podobnymi frakcjami starej tuberkuliny Kocha. Autor zwraca uwagę, że opisano z różnych stron objawy chorobowe, jak bóle głowy, duszność, pocenie się, nieznaczna gorączka, zmęczenie ogólne, wy-

stępujące u osób, zajętych przygotowywaniem tuberkuliny. Prawdopodobnie objawy tę uważać należy za reakcję na wdychywanie tuberkuliny, wobec czego w laboratoriach należałoby stosować odpowiednio środki zapobiegawcze.

Omawiając wartości diagnostyczne tuberkuliny, autor twierdzi, że wyłącznie odczyn śródskórny Mantoux ma rację bytu, gdyż tylko on pozwala na dokładne dawkowanie i stopniowanie. Ze względu na łatwe przyleganie cząsteczek tuberkuliny do szkła, jest rzeczą konieczną przestrzegać zasady, że strzykawkę używa się wyłącznie do prób tuberkulinowych, a nawet jest wskazane mieć osobne strzykawki do każdego z używanych rozcieńczeń tuberkuliny. Odnośnie do kwestii leczenia tuberkuliną, obecnie prawie zupełnie zaniechanego, autor sądzi, że nie jest to sprawa ostatecznie rozstrzygnięta. Wobec udoskonalonych dziś metod badania należałoby pod ścisłą kontrolą i z lepszym zrozumieniem niebezpieczeństw i granic możliwości leczniczych przystąpić do ponownego zbadania tej dziedziny.

M. Żelewska-Deżyńska

Gernez i Delannoy. Badania cyto-bakteriologiczne wysięków w przebiegu odmy pozaopłucnej. (Recherches cyto-bacteriologique sur les épanchements du pneumothorax extra pleural). *Revue de la Tbc.* 1938, z. 2, str. 215—20.

Autorzy badali wysięki w przebiegu odmy pozaopłucnej w 15 przypadkach. Materiał pobierali kilkakrotnie: podczas zabiegu, w kilka dni, w kilka tygodni i w kilka miesięcy od chwili zabiegu. Dochodzą do wniosku iż kieszeń pozaopłucna sztucznie utworzona zachowuje się w stosunku do zakażenia bakteriami jak jamy opłucne.

D. Aleksandrow

Dufourt. Błędy rozpoznawcze spowodowane obecnością w płwocinie prątków kwasoodpornych niegruźliczych. (Erreurs de diagnostic provoquées par la présence de bacilles acido-résistants non tuberculeux dans l'expectoration). *Revue de la Tbc.* 1938, z. 2, str. 232—36.

Autor przytacza dwa przypadki osobników nie dotkniętych gruźlicą płuc, u których stwierdzono w płwocinie obecność prątków kwasoodpornych. Pod względem morfologicznym różniły się one nieco od zwykłe spotykanych prątków Kocha, posiadały przeważnie kształt przecinka, zaszczerpione świnok morskim nie powodowały gruźlicy.

D. Aleksandrow

Adams Alfred (Liverpool). Działanie środków odkażających na płwocinę gruźliczą. (The efficiency of disinfectants in tuberculous sputa). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 5, str. 208—210.

Autor badał wpływ różnych środków odkażających na płwocinę gruźliczą, a mianowicie: lyzol, rozczyn podchlorynu sodowego, środek D, będący pochodnym ksylenolu, rozpuszczonym w czynniku zmydlającym, środek Za — emulsja parachlor - meta ksylenolu i olejków eterycznych, środek Ze — mieszanina chlorku alkyl - dimethyl - benzyl ammonium o reakcji zasadowej. Wszystkie środki badano w dwóch stężeniach = 2½% i 5%. Płwocinę kilku chorych zmieszano i po skoncentrowaniu potraktowano równą ilością środka odkażającego w dwóch stężeniach przez 30 minut, 1 godzinę i 4 godziny, po czym odwirowano (20 minut), po przemyciu wyjąłowaną wodą destylowaną ponownie wirowano i osadem szczepiono po 3 pożywki Löwenstein - Jensena. Dla kontroli traktowano płwocinę skoncentrowaną 5% roztworem żrącego potasu przez 30 minut, odwirowano i osad zobojętniono kwasem solnym, po czym poddawano go tym samym próbom jak wyżej. Pożywki kontrolowano po 18 i po 30 dniach. Wyniki były następujące: nigdy nie wyrosły kolonie bakterii niegruźliczych. Wyniki były zawsze równe we wszystkich trzech próbach. Czynniki D i czynniki Ze prątków Kocha nie zabijały nawet po zadziałaniu na płwocinę przez 4 godziny w 5% roz-

tworze. Z materiału, traktowanego lyzolem laseczników Kocha nie wyhodowano. Środek Za zarówno w 2¹/₂% jak i w 5% roztworze działał zabójczo na prątki, ale dopiero po upływie godziny, podechloryn sodowy po 4 godzinach. Celem wykrycia laseczników Kocha w plwocinie, kale i t. p. stosowanie 5% roztworu podchlorynu sodowego jest wskazane, zniszczy bowiem inne zarazki, nie naruszając prątków gruźliczych. Najsilniej działały na laseczniki Kocha środki o wybitnych właściwościach zmydlających (lyzol, czynnik Za). Usiłowania idą w kierunku znalezienia środka dezynfekującego, mającego działanie tej siły co lyzol, nie posiadającego jego cech ujemnych (działanie drażniące i toksyczne). Do pewnego stopnia osiągnięto cel w środku Za, podczas gdy reszta środków zawiodła.

M. Żelewska-Deżyńska

Anthony A. J. (Giessen). Objętość płuc a wielkość klatki piersiowej. (Lungenvolumen und Thoraxgrösse). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 222—236.

Autor przeprowadził badania mające na celu wyświetlenie ograniczenia największych dowolnych ruchów oddechowych. Badania te wykazały, że ściana klatki piersiowej i przepona nie osiągają po najgłębszym wdechu ostatecznego położenia wdechowego. Również po najgłębszym wydechu nie dochodzą ani przepona ani klatka piersiowa do granicy wydechowej. U chorych z jednostronną lub oboustronną sztuczną odmą stwierdza się po największym wydechu znacznie większą objętość klatki piersiowej. Powietrze zalegające zmniejsza się tylko nieznacznie. Podczas największego wdechu wzrasta objętość klatki piersiowej, przy czym powiększenie się pojemności wynosić może ponad 2 litry. Wynika stąd, że wprowadzenie powietrza do klatki piersiowej zostaje wyrównane częściowo powiększeniem się klatki piersiowej. Na podstawie swoich badań autor jest zdania, że granice wdechowe i wydechowe klatki piersiowej uzależnione są od stanu napełnienia płuc, który jest regulowany na drodze nerwowej.

Danielewski

Schlomovitz B. H., A. B. Thompson, L. Grant Glickmann (Milwaukee). Próba czynnościowa w przewlekłych chorobach płucnych. (A functional test in chronic pulmonary disease). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 4, str. 369—380.

Autorowie określali zużycie tlenu w ćwiczeniu fizycznym (unoszenie ciężarów) u 62 osobników zdrowych i chorych na zaburzenia tarczycy i serca, na pylicę i rozedmę płuc, obliczając zużycie w stosunku do metra kwadratowego powierzchni ciała. U osób zdrowych zwiększone wskutek wysiłku zapotrzebowanie tlenu jest pokryte w 6 min. po skończeniu ćwiczeń, wracając do normy spoczynkowej. Podobnie się dzieje i u osób z hipo- lub hiperfunkcją tarczycy, u osób z stale przyspieszoną akcją serca oraz u osób, u których liczba uderzeń tętna po wysiłku pozostaje długo wysoka. U chorych na pylicę płuc lekkiego stopnia reakcja na wysiłek jest normalna lub nieco poniżej normy, co się też stwierdza w pylicy średniego stopnia, o ile nie ma zaburzeń sercowo-naczyniowych, gdyż wtedy reakcja wykazuje normalne nasilenie; to samo się dzieje w przypadkach rozległej pylicy. U osób cierpiących na rozedmę płuc reakcja jest słaba; z chwilą natomiast wystąpienia powikłań ze strony serca i naczyń reakcja wraca do wartości normalnych względnie nawet wyższych. Osoby ze schorzeniami układu krążenia bez zaburzeń płucnych wykazują na wysiłek umiarkowany reakcję znacznie zwiększoną w stosunku do normy; jeśli natomiast prócz układu krążenia zaatakowany jest także układ oddechowy, wówczas zużycie tlenu zbliża się do wartości normalnych.

M. Żelewska-Deżyńska

Böhme A. (Bochum). Badania nad największą minutową pojemnością płuc. (Untersuchungen über den Atemgrenzvert). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 237—244.

Oznaczenie największej minutowej pojemności płuc (Atemgrenzvert) pod-

czas maksymalnego oddychania uzależnione jest coprawda od bardzo czynnej współpracy osoby badanej, a tym samym posiada bardzo liczne źródła błędów, tym nie mniej jednak pozwala, szczególnie w badaniach seryjnych, wglądać w możliwości czynnościowe płuc.

Wielkość największej minutowej pojemności płuc zależy u osób zdrowych w dość znacznym stopniu od szybkości oddychania. U osób młodych, zdrowych wynosi ona mniej więcej 100 litrów; zaprawa sportowa powiększa pojemność, lecz bywają osoby zdrowe u których pojemność ta jest znacznie mniejsza. Do 40 roku życia nie zmienia się na ogół wartość największej minutowej pojemności płuc, w 5-tym dziesiątku zmniejsza się pojemność do mniej więcej 88 litrów, w 6-tym dziesiątku do 69 litrów. Mężczyźni w wieku od lat 50—60, którzy brali czynny udział w ćwiczeniach sportowych, wykazali znacznie większą pojemność niż rówieśnicy nie ćwiczący. U osób chorych na zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc i dychawicę oskrzelową stwierdzono znaczne zmniejszenie największej minutowej pojemności płuc, przy czym wzrost liczby oddechów tylko w nieznacznym stopniu pojemność tę zwiększa. Podobne zmniejszenie stwierdzono u chorych po przeżytym zapaleniu płuc. W przypadkach ciężkiej pylicy płuc stwierdzono zmniejszenie się pojemności do 30 litrów, w pylicy średniego stopnia do 55 litrów.

U kobiet największa minutowa pojemność płuc jest znacznie mniejsza niż u mężczyzn, ćwiczenia cielesne powodują jednak u kobiet o wiele większy wzrost pojemności niż u mężczyzn. Szczególnie małą pojemność stwierdzono w przypadkach ciężkiego przekrwienia biernego w płucach w przebiegu chorób sercowych, w przypadkach wyrównanych wad sercowych pojemność ta nie ulega zmniejszeniu.

Danielewski

Wellpott E. (Hamburg - Eppendorf). **Pojemność płuc u chorych na przewlekłe zapalenie oskrzeli i dychawicę oskrzelową.** (Die Lungenvolumina bei Patienten mit chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 245—248.

Materiał autora na którym przeprowadził swoje badania, mające na celu wykazanie istniejących stosunków pomiędzy wiekiem, płcią i przebiegiem choroby, składał się z 76 mężczyzn i 29 kobiet, cierpiących na przewlekłe zapalenie oskrzeli lub dychawicę oskrzelową.

U starszych osób ilość powietrza zalegającego jest znacznie większa niż u osób młodszych. Nie stwierdzono żadnej zależności pomiędzy czasem trwania schorzenia a stopniem rozszerzenia płuc. U kobiet, które krócej chorowały, spostrzeżono na ogół znaczniejszego stopnia rozszerzenia płuc niż u kobiet z dłuższym okresem choroby.

Chorzy, cierpiący na ciężkie napady dychawicy oskrzelowej posiadają nieco więcej powietrza zalegającego w płucach niż chorzy z napadami lżejszymi.

U chorych, którzy miewali długo trwające napady dychawicy, stwierdzono przeciętnie większą ilość powietrza zalegającego niż u chorych, u których napady te trwały krótko.

Danielewski

Bieling R. i Oelrichs L. (Marburg). **W sprawie łączności pomiędzy alergią i odpornością w gruźlicy.** (Ueber die Beziehungen von Allergie und Immunität bei Tuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 6, str. 491—505.

Badania niniejsze miały na celu stwierdzenie powstania przestrojenia ustroju przez wprowadzenie do ustroju zwierzęcego niechorobotwórczych prątków. W tym celu wstrzyknięto 4 seriom królików (po 5 królików z każdej serii) 0,5 cm³ zawiesiny z 1 : 25 żyjących, lecz dla tych zwierząt niezłośliwych, prątków gruźliczych typu ludzkiego do obu jąder. Jako kontrola posłużyło 7 królików.

Po pewnym czasie zakażono wszystkie króliki prątkami typu zwierzęcego 1:1000 dożylnie. Doświadczenia te wykazały, że wzmoczenie alergii po wprowadzeniu prątków gruczliczych do ustroju zwierzęcego występuje wyraźnie po 2 dniach, wzrasta następnie osiągając szczyt już po 12—21 dni. Danielewski

Hensel G. (Berlin). **Wzmoczenie i przedłużenie gruczliczej alergii u świnki morskiej za pomocą zabitych prątków gruczliczych poddanych działaniu wazeliny i lanoliny.** (Erhöhung und Verlängerung der tuberkulösen Allergie beim Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit abgetöten Tuberkelbazillen in Verbindung mit Lanolin und Vaseline). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 4, str. 387—390.

Świnkom morskim podawano 0,0059 zabitych prątków gruczliczych typu bydłeczego w 1 cm³ lanoliny wzgl. wazeliny. Mieszaninę tę wstrzykiwano podskórnice podgrzaną. Badania miejscowej wrażliwości na tuberkulinę badano doskórnym podaniem starej tuberkuliny 0,1 cm³ w rozcieńczeniu 1:5; odczyny odczytywano po 24 i 48 godzinach. Każda grupa badań składała się z 13 zwierząt, 8 zwierzętom podano dla kontroli 0,005 g prątków gruczliczych w roztworze fizjologicznym. Podając świnkom morskim podskórnice zabite prątki gruczlicze osiągnąć można w większości przypadków nieznaczną, szybko przemijającą alergię gruczliczą. Tę swoistą alergię można w znacznym stopniu zwiększyć i przedłużyć używając zabitych prątków gruczliczych w zawiesinie lanoliny lub wazeliny. Autor potwierdza wyniki osiągnięte przez Saenza, Coulauda i Lagrange'a. Danielewski

Duchaiane J. P. (Filadelfia). **Gruźlica bacylemia u królików.** (Tuberculous bacilaemia in rabbits). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 5, str. 507—519, oraz str. 520—524.

1) Bacylemia u zwierząt niealergiczych.

Królikom zakażonym podskórnice lub dożylnie zjadliwymi prątkami gruczliczymi typu bydłeczego wstrzyknięto w różnych terminach po zakażeniu 0,2 cm olejku terpentynowego do jamy opłucnej i spowodowano stan zapalny opłucnej, bez zajęcia miąższu płucnego. Płyn, który się zbierał w jamie opłucnej odciągnięto i po dodaniu 2 — 4 cm 5% roztworu cytrynianu sodowego, odwirowano. Osad posiano na pożywece Loewensteina. Liczbę kolonii powstających podzielono przez ilość płynu opłucnego. Równocześnie sporządzono posiewy z krwi sercowej. Autor wychodził z założenia, że bakterie krążące we krwi będą przechodziły z krwi do sztucznie wywołanego zapalenia w jamie opłucnej. Doświadczenia wykazały, że u zwierząt zakażonych dożylnie bacylemia jest stałą, bakterie stale się znajdowały w płynie wysiękowym opłucnej. U zwierząt zakażonych drogą podskórną bacylemia jest niestałą. Bakterie w płynie wysiękowym opłucnej zjawiały się w niewielkiej liczbie od czasu do czasu w nieregularnych odstępach czasu. Kilka dni przed śmiercią zwierzęcia liczba bakterii we krwi nagle wzrasta.

2) Bacylemia u zwierząt alergiczych.

Alergię wytwarzano u zwierząt przez szczepienie BCG. Poza tym postępowanie różniło się od opisanego powyżej tylko o tyle, że zakażenia dokonano tylko drogą dożylną. U zwierząt alergiczych bacylemia jest niestałą. U 12 z 13 królików alergiczych liczba znalezionych prątków była znacznie mniejsza niż u zwierząt kontrolnych. Bakterie wstrzyknięte do krwiobiegu znikają z krwi zwierząt alergiczych znacznie szybciej (około 24 godz.) niż u zwierząt niealergiczych (około 10 dni). U zwierząt alergiczych wskutek zdolności wychwywania i zatrzymania laseczników niebezpieczeństwo rozsiewu drogą krwi jest mniejsze.

M. Żelewska-Deżyna

Thayer J. D. (Seattle). **Odczulanie w leczeniu gruczliczych świnek morskich.** (Desensitization in the treatment of tuberculous guinea-pigs). Tubercle 1938, t. 19, z. 8, str. 365—374.

Klinika

P. Ruttgers (Montana Valais). **O niektórych nowych pojęciach z ftizjologii** (De quelques notions nouvelles en phtisiologie). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 6, str. 692—724.

Autor stara się fragmentaryczne wyniki ostatnich i dawnych badań z różnych działów fizjopatologii i terapii gruźlicy płuc ująć w praktyczną całość. Z dziedziny radiologii podnosi znaczenie stratigrafii i kimografii, odrzucając stereoradiografię, jako niedostępną przez skomplikowaną i drogą aparaturę. Znanym badaniom spirometrycznym, badaniom wentylacji płuc, współczynnika oddechowego, ciśnienia i powierzchni pęcherzyków płucnych oraz badaniom krwi: Ph, krzywej dysocjacji hemoglobiny itd. autor nadaje nowe, również praktyczne, znaczenie przy ocenianiu zdolności chorego do zabiegów operacyjnych, rokowaniu lub przy sumowaniu dotychczasowej metody leczenia i przejścia z jednego etapu w drugi, np. przy nieskutecznej odmie do torakoplastyki.

Przy opisie znanych metod leczenia uciskowego jest podkreślone, że dobre wyniki w dużej mierze zależą od wyboru zabiegu. Specjalnie wyróżniana jest odma zewnątrzopłucna, jako częstokroć skuteczna operacja.

Rozwadowska Dowżenkowa

J. Troisier, P. Chodourne, Bour. **Gruźlica gruczołowo-płucna typu dziecięcego u dorosłej 45-letniej.** (Tuberculose ganglio-pulmonaire du type infantile chez un adulte de 45 ans). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 5, str. 555—567.

U 45-letniej kobiety leczonej na kiłę wystąpił kaszel i powiększenie gruczołów szyjnych; rentgenologicznie poza dużą wnęką nic nie znaleziono na początku. Chora leczyła się sanatoryjnie i naświetlaniami okolicy gruczołów. Prątków nie znajdowano; świnka zaszczepiona ropą z gruczołów padła. W dalszym przebiegu nastąpił rozsiew prosówkowy w płucach i śmierć wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Na sekcji stwierdzono pod opłucną guzek zserowaciały wielkości orzecha, rozsiew prosówkowy w płucach oraz rozsiewy krwiopochodne w oponach i narządach jamy brzusznej. Zakażenie pierwotne w 45 roku życia nie jest prawdopodobne, autorzy przypuszczają dodatkowe zakażenie masową liczbą prątków.

Rozwadowska Dowżenkowa

Stössel E. (Berlin). **Mięśniowa marskość płuc.** (Ueber muskuläre Cirrhose der Lunge). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5, str. 432—442.

Autor opisuje dwa przypadki mięśniowej marskości płuc. Charakterystyczny jest długotrwały przebieg choroby, a w obrazie klinicznym przeważają objawy uporczywego, przewlekłego zapalenia oskrzeli. Śmierć następuje z powodu niedomogi serca albo wskutek odmy samorodnej, powstałej po pęknięciu pęcherzy rozedmowych. Rentgenologicznie stwierdza się drobnoplamiste cienie, rozszerzenie wnęki płuc, ponieważ gruczoły chłonne są nabrzmiałe. Anatomicznym podłożem choroby są zmiany włóknisto-mięśniowe — bujanie tkanki oskrzelnej i mięsnej — utkania podporowego miąższu płucnego z rozszerzeniem — rozedmą pęcherzyków płucnych i oskrzelików.

Danielewski

Schwatt H. i A. Rest (Spivak, Colorado). **Rokowanie w jamistej gruźlicy płuc.** (Prognosis of the cavity bearer). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 1, str. 65—70.

Na 1524 chorych, którzy opuścili sanatorium, będący warsztatem pracy autorów, w latach 1925-33, u 267 stwierdzono w chwili odejścia rozległe zmiany gruźlicze oraz jamy w jednym lub obu płucach. 104 (77 ♂, 27 ♀) = 38% żyło jeszcze po 3—10 latach obserwacji. Na 163 = 62% zmarłych przypada 121 ♂ i 42 ♀. Przeciętny czas życia ich wynosi 7½ lat od czasu stwierdzenia jamy. 60 osób = 58% pracuje, 44 = 42% nie pracuje.

Spośród osób z jednostronnymi zmianami 70% żyło jeszcze po okresie obserwacyjnym, podczas gdy tylko 30% spośród osób ze zmianami obustronnymi. Im większa przestrzeń płuca była zajęta, tym rokowanie było gorsze. Rokowanie było gorsze przy zmianach przeważnie lewostronnych, zmiany prawostronne okazały się mniej groźne. Spośród osób, które opuściły sanatorium z prątkami w płwocinie, 30% żyło jeszcze po okresie obserwacyjnym, a 72% wśród osób z ujemnym wynikiem badania płwociny w chwili opuszczenia sanatorium. Przypadki powikłane gruźlicą krtani lub jelit mają rokowanie jeszcze bardziej poważne. Żyło jeszcze po okresie obserwacyjnym: 17% przypadków powikłanych gruźlicą krtani, 1% przypadków z gruźlicą jelit, 4% przypadków z gruźlicą narządów rodnych.

Wpływ wieku na długość czasu trwania choroby jest wyraźny. Największą śmiertelność spostrzegano między 20 a 35 rokiem życia; wynosiła ona 32%; między 35 a 65 rokiem życia wynosiła 8%. Rokowanie poprawia się skoro chory przeżył 5 lat po ustaleniu rozpoznania i tak śmiertelność wśród chorych od 1 roku do 5 lat = 40%, wśród chorych od 10—15 lat = 17%. M. Żelewska-Deżyna

Behr C. H. (Kolonja). **W sprawie niedoboru witaminy C w przebiegu gruźlicy płuc.** (Zur Frage des Vitamin C-Defizits bei der Lungentuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 3, str. 253—259.

Autor przeprowadził u 20 chorych na gruźlicę płuc badania nad wydzielaniem witaminy C w moczu w sposób następujący: Po krótkim czasie podawania standardowej diety z przeciętną zawartością witaminy C, oznaczono wydzielanie tej witaminy w moczu w przeciągu 24 godzin. Następnie podawano codziennie dożylnie 300 mg kwasu askorbinowego i badano ilość wydzielonej witaminy. Witaminę C oznaczano w moczu metodą Dewjatana i Doroszenki.

Badania te wykazały, że u chorych z postępującym procesem gruźliczym istnieje ciężki stan hypowitaminozy. Natomiast u chorych z łagodnie przebiegającą postacią gruźlicy, bez gorączki, nie stwierdzono niedoboru witaminy C. Stany psychicznego podniecenia prowadzą do zwiększonego zapotrzebowania ustroju na witaminę C.

Danielewski

McCarthy C. K. (Rutland, Massachusetts). **Krwotoki w gruźlicy płuc.** (Haemorrhage in pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 1, str. 88—92.

Krwotok płucny jest często rzeczą korzystną dla chorego, sprowadza go bowiem do lekarza i przyspiesza rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia. Na 1000 chorych na gruźlicę płuc autor zanotował w 40,4% przypadków jeden lub kilka krwotoków płucnych, przy czym nie mógł stwierdzić sezonowego nasilenia się częstości ich wystąpienia. Obserwacje autora przeczą ogólnie uznanemu zdaniu, że przepracowanie sprzyja zjawieniu się krwotoków. Większość bowiem wystąpiła u chorych leżących w łóżku, i to przeważnie w nocy. Leczenia swoistego nie ma, krwotoki zwykle ustają samoistnie, jednakże dla uspokojenia pacjenta należy prócz spoczynku zaordynować środki uspakajające, jednak w dawkach nie znoszących odruchu kaszlowego. Wartość środków obniżających ciśnienie krwi (nitrogliceryna, okłady z lodem) oraz przyspieszających krzepnięcie krwi (wapń, czerwień kongo, thromboplastin) jest wątpliwa. Leczenie zapadowe zawsze winno być próbowane. Rokowanie w przypadkach krwotoków płucnych jest zawsze poważne; na 1000 przypadków obserwowanych zmarło 179 = 17,9% na skutek krwotoku, a 93 = 9,3% takich chorych, którzy nigdy krwotoku nie mieli.

M. Żelewska-Deżyna

Behr C. H. (Kolonja). **Wartość wskaźnika leukocytoowego Crawford dla oceny gruźlicy płuc.** (Die Brauchbarkeit des Leukocytenindex nach Crawford für

die Beurteilung der Lungentuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 3, str. 276—285.

Zadaniem autora było sprawdzić wartość kliniczną metody Crawforda dla rokowania gruźlicy płuc. W tym celu badał on tylko te przypadki gruźlicy, których przebieg choroby i ostateczny los można było przez kilka lat śledzić. Ogółem przebadano 100 przypadków z ostatnich 3 lat. W wyniku tych badań autor stwierdza, że wszystkie próby ustalenia formułki matematycznej krwinek białych obrazu dla oceny rokowania w gruźlicy płuc nie doprowadziły do zamierzonego celu. Również podany ostatnio przez Crawforda wskaźnik leukocytowy wykazał w 50% wyniki błędne.

Danielewski

Skibiński Z. (Zakopane). Zmiana obrazu krwi pod wpływem zabiegu operacyjnego (przepalanie zrostów opłucnowych u chorych gruźliczych). P. Gaz. Lek. 1939, z. 2, str. 21—26.

We wstępie autor zaznaja, iż ze stanem obecnym hematologii gruźlicy, rolą poszczególnych składników krwi w przebiegu zakażenia, oraz ze sposobami określania stanów ciężkości schorzenia i zmian w równowadze sił obronnych ustroju za pomocą wskaźników i współczynników, ujętych we wzory algebraiczne. Badania obrazu krwi u chorych z gruźlicą płuc przed i po zabiegu Jacobaeusa autor przeprowadził w celu wykazania, w jaki sposób wpływa uraz operacyjny na obraz krwi i stan ogólny chorego. U 20 chorych pobrano krew z żyły na czczo przed zabiegiem i następnego dnia po zabiegu. Badania wykazały, że obraz krwi ulegał zmianom zależnie od ciężkości schorzenia i siły urazu. Stwierdzono wzmożoną leukocytozę po zabiegu w przypadkach lżejszych i przy słabym urazie, w miarę ciężkości schorzenia leukocytoza malała, przechodząc w przypadkach ciężkich w leukopenię. Spadek leukocytów w ciężkich postaciach gruźlicy autor uzależnia od wstrząsu pooperacyjnego. Odczyn limfocytowy wykazywał prostą zależność od ciężkości schorzenia i stopnia urazu, wykazując stały spadek limfocytów w przypadkach cięższych. Autor dochodzi do wniosku, że największą wartość w ocenie równowagi sił obronnych ustroju oraz stopnia zaburzeń pooperacyjnych, posiadają współczynnik opornościowy op. i wskaźnik ciężkości schorzenia Cs.

W. Kruszewska

Trautwein H. (Wehrawald). Odczyn Takata-Ary a gruźlica płuc, równocześnie przyczynek do zaburzeń czynnościowych wątroby. (Takata-Ara-Reaktion und Lungentuberkulose, zugleich ein Beitrag über die Störung der Leberfunktion). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 80, z. 3, str. 219—226.

Autor wykonał u 600 chorych i 50 zdrowych 1000 odczynów Takata-Ary w modyfikacji Osefeleina oraz u 50 chorych dodatkowe badania obciążenia wodą, glukozą i insuliną według Arthansena. Odczyn Takata-Ary wskazuje na zaburzenia w czynności wątroby, oraz na czynność procesu chorobowego. Uszkodzenia czynności wątroby wykazał autor nie tylko odczynem Takata-Ary lecz również Arthansena. Odczyn Takata-Ary wskazuje wspólnie z odczynem Biernackiego i innymi metodami na stopień uszkodzenia całego ustroju, a tym samym jest niedozownym środkiem pomocniczym, szczególnie jeżeli idzie o zabiegi operacyjne.

Danielewski

Rest A. (Spivak, Colorado). Szybkość opadania krwinek w gruźlicy płuc. (The erythrocyte sedimentation rate in pulmonary tuberculosis). Tubercle 1938, t. 19, z. 7, str. 307—312.

Autor stosował metodę Morrisa i Rubina, używając około 2 cm³ krwi, do których się dodaje 0.4 cm³ 3,8% cytrynianu sodowego. Pipeta znaczona jest do 100, co pozwala od razu na odczytanie wyniku w odsetkach. Krew pobrano w godzinę po śniadaniu. Wynik odczytano po 1, 2 i 24 godzinach. Ogółem badano 944 osób, u których wykonano 4867 badań.

Mniej więcej w $\frac{1}{4}$ przypadków gruźlicy płuc wykazano normalne wartości opadu. Szybkość opadania krwinek nie idzie równoległe z rozległością zmian w płucach, na ogół jednak przyspieszenie wskazuje na czynność procesu chorobowego. Chorzy z jamami oraz zakażeniem mieszanym mają na ogół większe przyspieszenie opadu. Szybszy opad spostrzeżono także w postaciach wysiękowych. Zwolnienie opadu, jako objaw anergii, obserwowano w przypadkach szybko postępujących, rozległych zmian. Jeśli u osób ze zmianami, nie wykazującymi klinicznej aktywności opad krwinek jest szybki, to objaw ten należy uważać za wczesną oznakę postępowania schorzenia. Poprawa kliniczna zwykle daje zwolnienie opadu. Wśród chorych z szybkim opadaniem krwinek liczba zgonów jest większa niż wśród chorych z opadem normalnym względnie nieznacznie przyspieszonym. Chorzy ze znacznym przyspieszeniem opadu winni leżeć. Skuteczna terapia zapadowa daje zwykle zwolnienie opadu. Określenie opadu nie jest metodą diagnostyki różnicowej między gruźlicą płuc i innymi schorzeniami płucnymi, pozwala ona wyłącznie na odróżnienie procesu zapalnego od procesu chorobowego niezapalnego. Ropień, zgorzel i guzy płuc powodują także przyspieszenie opadu bez szczególnych cech odrębnych.

M. Żelewska-Deżyna

Vajda L. (Debrecen). **Szybkość opadania krwi mieszanej.** (Geschwindigkeit des Senkang des gemischten Blutes). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5, str. 467—70.

Autor badał opadanie krwinek czerwonych we krwi mieszanej (mieszania różnych grup krwi). Badania te wykazały, że w porównaniu z krwią jednego osobnika, a więc nie mieszaną, opad krwinek krwi mieszanej tej samej grupy zbliżony jest do opadu dawców z niskim opadem, a krwi mieszanej z różnych grup zbliża się do szybkości opadania krwi dawców z szybkim opadem.

Danielewski

Sandberg R. (Hamburg-Eppendorf). **Badanie serca i narządu krążenia u chorych z zapaleniem oskrzeli, rozedmą płuc i dychawicą oskrzelową.** (Untersuchungen über Herz und Kreislauf bei Patienten mit Bronchitis, Emphysem und Asthma bronchiale). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5, str. 423—431.

Na podstawie historii chorób 306 pacjentów autor stwierdza, że ciśnienie krwi u chorych na zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc i dychawicę oskrzelową odpowiadało w ogólności ciśnieniu u ludzi zdrowych. Na podstawie badań klinicznych nie stwierdzono częstszego występowania u tych chorych ogólnej miażdżycy. Również elektrokardiograficznie nie stwierdzono częściej uszkodzeń mięśnia sercowego niż u innych chorych, stwierdzono jedynie więcej przypadków prawogramu.

Danielewski

M. J. Loubeyre (Alger). **Rumień guzowaty u chorego na gruźlicę płuc i malarię.** (Erythème noueux chez un tuberculeux pulmonaire paludéen). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 7, str. 832—836.

W przypadku lobitu leczonego skutecznie odumą opłucną pojawił się tak silny odczyn tuberkulinowy, jak w chwili zakażenia pierwotnego. Chory od dawna cierpiał na malarię; po napadach gorączki wystąpił rumień guzowaty na skórze. We krwi znajdowano *Plasmodium vivax*. Przepuszczalnie mechaniczny uraz poruszył nieczynne prątki płuc. Stosowano zwykłe leczenie. Przypadek zakończony pomyślnie.

Rozwadowska Dowżenkowa

Klöveckorn G. H. **Wykrywanie chorych z gruźlicą skóry i opieka nad nimi w okręgu Renu.** (Die Erfassung und Betreuung der Lupuskranken im Bezirk Rheinland. Ein Rechenschaftsbericht). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 4, str. 307—320.

Ogółem stwierdzono u 1159 osób zamieszkujących okręg Renu z gruźlicą

skóry — a mianowicie u 721 kobiet (62,2%) i 438 mężczyzn (37,8%). Na 1159 chorych przypada:

Rodzaj gruźlicy	Chorych	%	Kobiet	Mężczyzn
Lupus vulgaris	870	75,06	548	322
Tbc. colliquativa	98	8,46	61	37
Tbc. cutis verrucosa	41	3,54	6	35
Erythema induratum	17	1,47	16	1
Lichen scrophulosorum	8	0,69	5	3
Tuberkulid populo-neurotic.	6	0,52	4	2
Sarcoid Boeckea	5	0,43	4	1
Lupus pernio	6	0,52	5	1
Tuberculosis ulcerosa	3	0,26	3	0
Granuloma anul.	2	0,17	2	0
Angiolupoid.	1	0,08	1	0
Lupus erythematodes	102	8,80	66	36

Przeważająca część pacjentów autora rekrutowała się z najbiedniejszej warstwy ludności. U 10% chorych stwierdzono zupełnie nieodpowiednie mieszkanie, 20% chorych dzieliło swój nocleg z innym członkiem rodziny, a chorzy, którzy należeli do wyszkolonych rzemieślników, zaliczali się z powodu niedostatecznego wynagrodzenia do ubogiej ludności.

Danielewski

Martin G. G., Sh. W. Koepf (Buffalo). Gruźlica dziąseł i policzków. (Tuberculosis of the gums and cheeks). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 4, str. 381—393.

Na 3835 gruźlików, przyjętych w okresie czasu 10 lat do szpitala miejskiego w Buffalo, gruźlicę jamy ustnej stwierdzono w 5 przypadkach, t. j. w 0,26%. Wszystkie przypadki dotyczyły osób z gruźlicą płuc; wszyscy chorzy byli płci męskiej. W 2 przypadkach w płwocinie stale brak było prątków, co nasunęło przypuszczenie krwiopochodnego zakażenia jamy ustnej. Uwagę zwróciła mała holesność owrzdzeń. Wygląd zmian był różny: raz owrzdzenie było tylko powierzchowne, raz stwardniałe, podobne do zmian rakowych. W 3 przypadkach zmiany drażyły w głąb kości szczękowej; umiejscowione były w uchyłku szczękowo-policzkowym górnym w okolicy zębów trzonowych i przedtrzonowych.

Autorowie przypisują duże znaczenie higienie jamy ustnej. Po usunięciu np. spróchniałego zęba, którego ostre krawędzie drażniły owrzdzenie gruźlicze, nastąpiła szybka poprawa zmian swoistych. Zwraca jednak uwagę fakt, że gruźlicze zmiany w jamie ustnej występują tak rzadko, mimo złego stanu higieny jamy ustnej, powszechnie stwierdzonego u chorych na gruźlicę. Autorowie nigdy nie spostrzegali związku między powstawaniem zmian gruźliczych w jamie ustnej a usunięciem spróchniałych zębów u osób prątkujących. W jednym z opisanych przypadków wykonano w 3 miesiące przed przybyciem do szpitala usunięcie zęba w znieczuleniu ogólnym. Miejsce po ekstrakcji nie goiło się i stale było bolesne. Pacjent po zabiegu zachorował poważnie, zmiany płucne szybko postąpiły. Zdaniem autorów nie można wykluczyć możliwości istnienia miejscowych zmian gruźliczych już przed zabiegiem, tym bardziej, że dalsze usunięcia zębów, wykonane w czasie pobytu szpitalnego, pozostały bez ujemnych następstw. Za-

biegi były wykonane w znieczuleniu miejscowym. Odrębność reakcji kładą autorowie na karb odmiennych sposobów znieczulania. M. Żelewska-Deżyna

Hurwitz Samuel (San Francisco). Próba Levinsona w gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. (The Levinson test for tuberculous meningitis). *Tubercle* 1937, t. 19, z. 3, str. 127—131.

W roku 1917 Tashiro i Levinson podali próbę, za pomocą której można odróżnić zapalenie gruźlicze od innych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. Próba jest oparta na różnych zmianach Ph w różnych stanach zapalnych opon. Próbę wykonuje się w następujący sposób: Do 2 probówek o średnicy 8 mm daje się 1 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Do jednej z nich dodolewa się następnie 1 cm³ 2% roztworu chlorku rtęci, do drugiej 1 cm³ 3% kwasu sulfosalicylowego. Po potrząsaniu ustawia się probówki pionowo w temperaturze pokojowej. Po 22 godzinach potrząsa się je ponownie, a po 24 godzinach odczytuje się wysokość słupa strątu. Strąt z kwasem sulfosalicylowym występuje zwykle zaraz, jest on raczej zbity i ciężki. Strąt z chlorkiem rtęci tworzy się powoli, jest lekki i przylega do ściany probówki. Próbę oznacza się jako dodatnią, skoro słupek strątu z chlorkiem rtęci ma wysokość 5 mm lub więcej i równy jest podwójnej ilości strątu z kwasem sulfosalicylowym. Autor na podstawie własnych badań (25 przypadków gruźlicy, 189 przypadków innych schorzeń jak kiła, zapalenie mózgu, wodogłowie, guzy mózgu itp.) dochodzi do wniosku, że wynik ujemny próby wyłącza z całą pewnością gruźlicę opon mózgowo-rdzeniowych; wynik dodatni nie jest jednak specyficznym dla tego schorzenia. Autor otrzymał 25 razy wynik dodatni na 189 zbadanych przypadków schorzeń niegruźliczych.

M. Żelewska-Deżyna

Thompson B. C. (Filadelfia) Gruźlica gruczołów chłonnych szyi. Częstość występowania postaci jawnych, ukrytych i wygojonych na 6000 chorych sanatoryjnych. (Tuberculosis of cervical lymph nodes. The incidence of its manifest, latent and obsolete forms in six thousand dispensary patients). *Amer. Rev. of Tbc.* 1938, t. 37, z. 4, str. 410—419.

Podstawą do pracy powyższej było 5000 chorych, przyjętych kolejno w latach 1933—1937 do sanatorium dla płucno-chorych (grupa I) oraz 1000 takich chorych, przyjętych tamże w roku 1907 (grupa II). W ogóle stwierdzono gruźlicę gruczołów chłonnych szyjnych (czynną lub nieczynną) w grupie I — 51 razy = 1.02%, oraz w grupie II — 18 = 1.80%. W grupie I było 17 przypadków = 0.34% czynnej gruźlicy gruczołów, najwięcej przypadków było między 15 a 19 rokiem życia. Nie było różnicy ani co do częstości występowania ani co do przebiegu klinicznego w zależności od przynależności rasowej chorych. Równoczesne zmiany gruźlicze w płucach wykryto u osób z gruźlicą gruczołów nadobojczykowych i pachowych, nie stwierdzono ich natomiast, o ile zajęte były wyłącznie górne, głębiej położone gruczoły chłonne szyi, z czego wnioskować można, że zakażenie tych ostatnich nastąpiło drogą nosowo-gardzielową, podczas gdy pierwszych — drogą płuc.

Powiększenie gruczołów chłonnych szyjnych bez tła gruźliczego stwierdzono u 494 z 2746 chorych, u których rentgenologicznie nie było można wykryć zmian gruźliczych wewnątrz klatki piersiowej. (443 z 2202 = 20.1% dotyczyło osób z dodatnim odczynem tyberkulinowym, 151 z 544 = 27.9% — z ujemnym odczynem). W grupie I stwierdzono u 38 chorych = 0.76% wszystkich badanych, klinicznie wygojoną gruźlicę gruczołów chłonnych szyi, a to 2 razy częściej u chorych wykazujących zmiany gruźlicze płuc typu dorosłych niż u osób z ujemnym wynikiem badania rentgenologicznego. Autor stąd wysnuwa wniosek, że przebyta gruźlica gruczołów chłonnych szyi uspasabia do zachorzenia w następstwie na

postępującą gruźlicę płuc. Porównanie zestawień grupy I i grupy II nie wykazuje istotnych odchyłek; związek między gruźlicą płuc a gruźlicą gruczołów chłonnych szyi nie uległ zmianie w danym czasokresie.

M. Zelewska-Deżyna

Jacob P. Ostra gruźlica prosówkowa po porodzie, jako następstwo ukrytych zmian serowatych jajowodu. (Granulie aigue post-partum consecutive à une tuberculose caseuse des trompes restée latente). *Rev. Tbc.* 1938, t. 4, z. 5, str. 602—604.

U 18-letniej pacjentki nazajutrz po przedwczesnym porodzie (płód urodzony w 6-tym miesiącu wkrótce zmarł) wystąpiły objawy ostrej, rozpoznanej za życia gruźlicy prosówkowej, która w 18 dni zakończyła się śmiercią. Na sekcji znaleziono świeże rozsiewy prosówkowe w prawym płucu, śledzionie i otrzewnej oraz zmiany serowate w jajowodzie, które uznano za punkt wyjścia rozsiewu.

Rozwadowska Dowżenkowa

Glaum Kl. (Kolonia). Przyczynek do tzw. pierwotnej gruźlicy mięśni. (Beitrag zur sogenannten primäre Muskeltuberkulose). *Beitr. Klin Tbc.* 1937, t. 90, z. 3, str. 246—252.

U 41 letniego mężczyzny, który przechodził w dzieciństwie gruźlicę zakażenie pierwotne, pojawiła się równocześnie z prawostronną gruźlicą w górnym prawym płacie płuc gruźlica obu przedramion, powstała na drodze krwionośnej. Z ropy wyhodowano prątki gruźlicze, poza tym rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem histologicznym.

Danielewski

Rolland, Charles i Lemaire. Przypadek pierwotnego zakażenia gruźliczego w jamie ustnej. (Un cas de primo-inoculation tuberculeuse à type gingival). *Rev. Tbc.* 1938, z. 2, str. 213—14.

Opis przypadku nacieku i owrzodzenia gruźliczego w jamie ustnej u 13-letniego chłopca, który był w kontakcie z prątkującym ojcem.

Aleksandrow

Müller E. (Sommerfeld). Obciążenie rodzinne w gruźlicy jelit. (Familiäre Belastung und Darmtuberkulose). *Beitr. Klin. Tbc.* 1937, t. 90, z. 5, str. 391—408.

Praca niniejsza obejmuje 509 sekcji wykonanych od 1930—1936. 467 zmarłych miało otwartą gruźlicę, 193 chorych podało w wynikach częste występowanie w rodzinie gruźlicy, reszta 209 chorych nie podało żadnego obciążenia gruźlicą w wywiadach. Badania autora potwierdzają twierdzenia Bräuninga i Neissena, w myśl których chorzy z gruźlicą płuc, obciążeni rodzinnie, żyją dłużej od nieobciążonych.

Na 467 chorych z gruźlicą płuc stwierdzono u 375 = 80,3% gruźlicę jelit. Odsetek obciążonych gruźlicą był u 2102 chorych taki sam jak u 92 chorych zmarłych z powodu gruźlicy płuc, a u chorych z gruźlicą jelit stwierdzono w 166 = 44,37% przypadków obciążenie rodzinne. Badania chorych z bardzo wielkimi jamami w płucach wykazały, że w procesie swoistym w jelitach sam zarazek nie odgrywa decydującej roli. Prawdopodobnie przyczynia się do powstania zmian w jelitach czynnik konstytucjonalny. Wpływ obciążenia rodzinnego bardzo wyraźnie uwypukla się w rodzaju gruźlicy jelit: na 114 chorych ze zmianami lżejszymi w jelitach było obciążonych 41 = 35,95%; na 122 chorych z ciężkimi zmianami w jelitach — 63 = 51,63%.

W przypadkach gruźlicy krwiopochodnej nie stwierdza się prawie zupełnie gruźlicy jelit. Proces w jelitach można tylko wtedy połączyć w jedną całość z procesem toczącym się w płucach, jeżeli zastosuje się pojęcie równowagi między zarazkiem i ustrojem. Dopóki istnieje równowaga, dopóty nie przychodzi do wystąpienia gruźlicy jelit. Rozległość zmian swoistych w jelitach zależy od stopnia i szybkości z jaką występuje niewyrównanie.

Danielewski

McDougall J. B. (Preston Hall, Kent). **O zastosowaniu tomografu.** (The use of the tomograph). *Tubercle* 1937, t. 19, z. 2, str. 49—61.

Autor, po omówieniu teorii tomografii, podaje opis aparatu, którym pracował (Sanitas Electrical Comp. Berlin) oraz technikę zdjęć. Tomografię stosował autor dopiero po uprzednim prześwietleniu i po wykonaniu zdjęcia zwykłym sposobem. Następnie autor wykonał zdjęcia w trzech płaszczyznach, a mianowicie: w odległości 7 cm od przedniej ściany klatki piersiowej, w połowie odległości od przedniej do tylnej ściany klatki piersiowej i w odległości 7 cm od tylnej ściany kl. p. Na podstawie 3 własnych spostrzeżeń autor ilustruje znaczenie tomografii. Były to przypadki gruźlicy płuc, gdzie dopiero za pomocą tomografii wykryto, względnie ustalono, dokładne położenie jam oraz zrostów opłucnej (w przypadku odmy opłucnej).

M. Zelewska-Deżyna

Maingot G., Etienne Bernard, Jacques Weil. **Badanie tomograficzne przeszerzeni między dwoma żebrami i obojczykiem.** (Analyse tomographique de la zone bicosto-claviculaire). *Rev. Tbc.* 1938, t. 4, z. 7, str. 826—832.

Tomografia nie tylko ujawnia zmiany głębokie, ale także wyjaśnia szczegóły przy położeniu powierzchownym, co jest szczególnie ważne przy bardzo częstym umiejscowieniu w okolicy zakrytej przez kości żeber i obojczyka. W 5-ciu przypadkach badanie tomograficzne ujawniło istnienie jam pod obojczykiem, które na rentgenogramie zwykłym były niewidoczne.

Rozwadowska-Dowżenkowa

Sattler A. (Wiedeń). **O bronchograficznych typach zwężeń z uwagami w sprawie techniki bronchografii.** (Ueber bronchographische Stenostypen mit Bemerkungen über die bronchographische Technik). *Beitr. Klin. Tbk.* 1937, t. 90, z. 3, str. 286—306.

Autor omawia dwie najważniejsze metody bronchografii, przez nagłośnie i przez skórę (transglottica et transcutanea) zwracając uwagę na ich zalety i wady. Na podstawie 130 przypadków bronchografii autor opisuje metodę przez skórę za pomocą przyrządu Sorga. Zdaniem jego metoda ta, przeprowadzona ściśle w myśl wskazówek, nie jest połączona z żadnym niebezpieczeństwem dla chorego, może być przeprowadzona nawet u ciężko chorych. Co zaś do warunków optycznych stanowi ona dotąd najlepszy sposób. W dalszym ciągu opisuje autor różnego rodzaju zwężenia oskrzeli, które podzielił systematycznie według anatomicznych i morfologicznych właściwości.

Danielewski

Leczenie

Zier D. (Lwów). **Wartość lecznicza związków gwajakolowych w schorzeniach dróg oddechowych.** *P. Gaz. Lek.* 1939, z. 3, str. 57—59.

Autor zastosował „Tussinon“ Spiess — guajakolo-sulfonian-dwuetyloaminy — u 36 chorych z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych, w tym 14 — gruźlicy płuc. Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że Tussinon nie posiada działania swoistego w gruźlicy płuc, natomiast, dzięki swym własnościom wykrztuśnym i odkażającym, łatwości przyswajania i braku działania drażniącego, działa dodatnio, zmniejszając kaszel i poprawiając samopoczucie chorych.

W. Kruszevska

Mandi Władysław (Debrecen). **Działanie lecznicze przetworów chemicznych w zwierciadle hematologii. Część I. Działanie kuracji solganolowo-bismosalwanowej na ukształtowanie się obrazu kliniczno-hematologicznego chorych na gruźlicę.** (Chemotherapeutische Wirkung im Spiegel der Haematologie. I. Teil. Die Wirkung der Solganal-Bismosalvan-kur auf die Gestaltung des haemoklinischen Bildes Tuberkulosenkranker). *Beitr. Klin. Tbk.* 1937, t. 90, z. 4, str. 321—338.

nem, neonem oraz mieszkankami gazu. Autorzy zastosowali odmě sztuczną królikom, postługując się mieszkanką $\frac{1}{5}$ helu z $\frac{4}{5}$ azotu, wchłanianie mieszaniny odbywało się wolniej, niż każdego oddzielnie. Podobnie zachowywała się mieszanina $\frac{1}{3}$ helu i $\frac{2}{3}$ powietrza, natomiast hel oddzielnie wchłaniał się szybciej, mieszanina argonu z powietrzem dała podobne wyniki. Szybkość wchłaniania gazu zależy, zdaniem autorów, od przepuszczalności błon zwierzęcych dla danego gazu, rozpuszczalności jego we krwi i chłonce, oraz od stosunku ciśnienia cząsteczkowego na powierzchni opłucnej i poza nią. Autorzy dochodzą do wniosku, że zastosowanie mieszaniny gazów pozwoli uniknąć częstych dopełnień w odmie sztucznej.

W. Kruszevska

Lemberski I. G. O odmie podskórnej w gruźlicy płuc. Probl. Tub. 1938. z. 2, str. 129—132.

Usuwanie igły po wytworzeniu odmę sztucznej może być przyczyną powstawania odmę podskórnej, w następstwie przenikania powietrza przez kanał ukłucia, odma podskórna powstaje również, gdy wpuszczamy powietrze przy igle, pozostającej w przestrzeni przedopłucnej. Autor przytacza podobne przypadki z własnej praktyki; w dwóch przypadkach rozległa odma podskórna i śródpiersiowa, zakończona śmiercią, wystąpiła samorodnie. Warunkiem dla wystąpienia tego powikłania jest brak kureczliwości płuca; pęknięcie serowato zmienionej tkanki płucnej przy obecności zrostów, łączących ze ścianą klatki piersiowej, wytwarza komunikację z przestrzenią podopłucną i tkanką podskórną.

W. Kruszevska

Delannoy, Houcke i Demarez. Odma zewnątrzpłucna. Rozważania nad sposobem zamykania się jamy. (Pneumothorax extrapleural. Considérations sur le mode de fermeture d'une caverne.) Rev. Tbc. 1938, z. 2, str. 220—26

Autorzy opisują przypadek jamy w szczycie płuca prawego, w którym z powodu rozległych zrostów leczenie odmą opłucną nie dawało żadnych wyników, wobec tego zastosowano odmě zewnątrzpłucną. Na 10 dzień od chwili zastosowania odmę chory zmarł wśród objawów obrzęku płuc. Przeprowadzono badanie histopatologiczne płuc. Na marginesie tego przypadku autorzy zastanawiają się nad mechanizmem zaniku jamy. Autorzy przypisują duże znaczenie następującym czynnikom: niedodma tkanki płucnej otaczającej jamę, zamknięciu światła oskrzelek, zapadnięciu jamy, wytwarzaniu włóknika, początkowi organizowania się i rozrostu tkanki łącznej.

D. Aleksandrow

Edwards P. W., J. S. Tod Stevens (Market Drayton). Przecięcie nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc. (Phrenicectomy in the treatment of pulmonary tuberculosis). Tubercle 1938, t. 19, z. 6, str. 252—277.

Obserwacja 1000 przypadków gruźlicy płuc u młodocianych i dorosłych, leczonych przecięciem nerwu przeponowego wykazała:

1) Trwały niedowład przepony osiągnięto u 968 chorych. Dostateczne zapadanie się płuca osiągnięto u 41,9% z 205 chorych, u których przecięcie n. przeponowego było zastosowane jako jedyne leczenie zapadawce, a u 49,8% z 339 chorych, u których prócz tego zastosowano sztuczną odmě.

2) Prątki Kocha znikły z płwociny po zabiegu u 30,4% z 282 chorych, u których przecięcie n. p. było jedynym zabiegiem, a w 49,9% z 647 chorych, u których zabieg połączone z odmą. Szybkość opadania krwinek (według badań seryjnych) u 443 chorych zmniejszyła się w 46,2%, pozostała bez zmian w 42,2%, zwiększyła się w 11,6% przypadków.

3) Powikłania pooperacyjne zaszły w 5,3% przypadków, u 16 chorych doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Śmiertelność wynosiła w ogóle 26,4%.

180 chorych z jamami płuc leczono wyłącznie przecięciem n. p. U 19,4%

jamy się zamknęły, u 33,8% zmniejszyły się, u 7,2% pozostały bez zmian, u 19,4% powiększyły się, u 2,2% zamknęły się, lecz później na nowo się otworzyły. U 331 chorych z jamami, leczonych odną, wykonano dodatkowo zabieg przecięcia n. p. Z nich w 35% przypadków jamy się zamknęły, w 24,1% zmniejszyły się, w 9,8% pozostały bez zmian, w 14,5% zwiększyły się, w 0,8% po uprzednim zamknięciu utworzyły się na nowo.

113 chorych bez jam leczono wyłącznie przecięciem n. p. Z nich 64,6% żyło jeszcze po przeciętnym czasie 3,5 lat, 35,4% zmarło przeciętnie 1,9 lat po zabiegu. 332 chorych bez jam leczonych odną i przecięciem n. p. Z nich 73,7% żyło jeszcze po przeciętnym czasie 3,5 latach, 26,3% zmarło przeciętnie po 2,4 latach.

Autor na podstawie tych danych dochodzi do wniosku, że chociaż przecięcie n. p. samo daje duże możliwości lecznicze w przypadkach, gdzie wytworzenie odmy jest nie wykonalne, to jednak najlepsze wyniki otrzymuje się tam, gdzie stosuje się je wspólnie z odną.

M. Żelewska-Deżyna

Cohen R. V., G. Willauer (Eagleville, Pensylwania). **Obustronne przerwanie nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc.** (Bilateral phrenic-nerve interruption in the treatment of pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. of Tbc. 1938, t. 37, z. 4, str. 420—434.

Na 250 przypadków, w których zastosowano przerwanie nerwu przeponowego, zabieg ten wykonano obustronnie w 11 przypadkach. Podczas drugiego zabiegu wstrzyknięto po odsłonięciu nerwu niewielką ilość nowokainy. W 2 przypadkach zaniechano dokończenia zabiegu wskutek występującej duszności. Trwałych ujemnych skutków nie stwierdzono, z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie po trwałym porażeniu przepony nastąpił zgon wśród objawów niewydolności prawego serca.

Wyniki były następujące: w 2 beznadziejnych przypadkach nastąpiła poprawa wyłącznie podmiotowa, spośród 5 pozostałych, w 3 przypadkach poprawa była wyraźna i nadal postępuje, w jednym przypadku po przejściowej poprawie nastąpił zgon z powodu niewydolności serca. Piąty chory, którego stan był bardzo ciężki, znacznie się poprawił, a prątki znikły z płwociny.

Mimo niebezpieczeństw, jakie może pociągnąć za sobą zabieg obustronnego przerwania nerwu przeponowego, autor uważa stosowanie jego za wskazane w przypadkach nie nadających się do odmy ani torakoplastyki i nie poprawiających się w leczeniu sanatoryjnym zachowawczym.

M. Żelewska-Deżyna

Schmidt Walter (Heidelberg-Rohrbach). **Pneumolysis z następową odną pozaopłucną lub otokiem olejowym.** (Die Pneumolyse mit nachfolgendem extrapleuralen Pneumothorax oder Oleothorax. II. Mitteilung). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 121—200.

Do dnia 1.X.37 wykonał autor 200 pneumoliz z następującym wynikiem zmarło: 25, żyje: 175.

	przypadków	żyje	zmarło
krwotoki	20	20	—
bez wysięku	45	39	6
wysięk	72	66	6
wysięk po otoku olejowym	5	5	—
ropienie jałowe	19	18	1
ropienie gruźlicze	8	5	3
ropienie bakteryjne dobrotliwe	5	4	1
ropienie bakteryjne złośliwe	26	18	8

Metoda wytwarzania odmy sztucznej pozaopłucnej, która, jak to wykazuje

przegląd piśmiennictwa, bynajmniej nie jest nowym wynalazkiem, lecz początek jej sięga ery zakładania plomb, odżyła znowu w czasach obecnych, jednak technika, leczenie pooperacyjne i wskazania do zapiegu uległy znacznym zmianom. Autor, mając do dyspozycji duży materiał szpitalny, podał go do wiadomości, omawiając w niniejszej pracy dokładnie technikę zabiegu, leczenie następowe, powikłania, wskazania do zabiegu, i wreszcie statystykę i kazuistykę swoich 200 przypadków.

Danielewski

Gaubatz Erwin. (Heidelberg-Rohrbach). **Badania czynnościowe przed i po leczeniu uciskowym. Doniesienie II-gie. Badania czynnościowe w przypadkach pneumolysis.** (Ueber Funktionsprüfungen vor-und nach operativer Kollapstherapie. II Mitteilung. Funktionsprüfungen zur Pneumolyse). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 201—221.

W ramach niniejszej pracy autor podaje wyniki badań spirometrycznych, przeprowadzonych u 81 chorych przed i po wykonanym zabiegu (pneumolysis). Wyniki te ustawił autor w 15 tablicach.

W I tablicy zestawione są badania przeprowadzone u 10 chorych w wieku od 15—43 lat, u których dzięki zabiegowi nastąpiło zmniejszenie się czynności płuc; mianowicie stwierdzono zmniejszenie maksymalnej objętości minutowej oddechu, przeciętnie o 9,90%. Tablica II, obejmuje badania przeprowadzone u 12 chorych w wieku od 15—41 lat, bez uchwytnych zmian w czynności oddechowej. Stwierdzono jedynie przesunięcie w stosunku objętości minutowej do maksymalnej objętości minutowej (granice oddechowe) spowodowane zmianami z pobieraniu tlenu wzgl. zmianami w objętości minutowej. W tablicy III zestawiono 13 chorych w wieku od lat 20—45, u których stwierdzono po zabiegu poprawę czynności płuc. U żadnego z tych chorych nie stwierdzono przed zabiegiem ani po zabiegu obwodowego niedoboru tlenu.

Wyniki zestawione w tabl. I, II i III wskazują na to, że czynność płuc jest znacznie mniej upośledzona po pneumolizie niż po górnej plastyce. Można więc w przypadkach pneumolizy mówić o wybiórczym zapadzie odcinka chorego, ponieważ nie stwierdza się, w przeciwieństwie do plastyki wybitniejszego zapadu utkania czynnościowo zdrowego.

W tablicy IV zestawione są wyniki badań czynnościowych przeprowadzonych u 6 chorych w wieku od lat 43—57; u pacjentów tych nie można było wykonać torakoplastyki ze względu na wiek chorych lub z uwagi na charakter procesu. Prawie u wszystkich tych chorych stwierdzono zwiększenie powietrza zalegającego (Residualluft), jako wyraz rozedmy starczej. Względny wskazaniem do pneumolizy jest również proces obustronny; w tych przypadkach nie można by z uwagi na czynność płuc przeprowadzić obustronnej torakoplastyki. Tabl. V obejmuje 5 chorych w wieku od 17—37 lat, z obustronnymi zmianami gruźliczymi, u których przeprowadzono jednostronną pneumolizę. U żadnego z nich nie stwierdzono badaniem czynnościowym jakiegokolwiek ograniczenia czynności płuc powstałego na skutek zabiegu. W tabl. VI zestawiono badania 2 chorych w wieku lat 21 i 23, z przeciwnym zarośnięciem opłucnej i u których nie można było z tej przyczyny wykonać torakoplastyki. Pneumoliza, którą u tych pacjentów wykonano, nie spowodowała najmniejszych zmian czynnościowych. Tabl. VII obejmuje 5-ciu pacjentów z przeciwną odmą sztuczną (chorzy w wieku od lat 19—38). Badania czynnościowe przeprowadzone po pneumolizie dowodzą, że w przypadkach z drugostronną odmą można bez obawy wykonać pneumolizę. Tabl. VIII obejmuje 2 chorych i uwidacznia różnicę w wypadnięciu czynności z jednej strony po pneumolizie, a z drugiej strony u tegoż samego chorego po dopełnieniu odmy na tej samej stronie. Badania przeprowadzone po torakotomii wyka-

zują tętniczy niedobór tlenowy. Podobne wyniki otrzymano u 2-giej chorej. Tabl. IX i X obejmuje 8 pacjentów w wieku od lat 17—37 przed pneumolizą i po pneumolizie, u których wykonano poza tym wyrwanie n. przeponowego. Jak wynika z badań, zabieg ten wpływa, z punktu widzenia czynnościowego i szczególnie z uwagi na arterializację, bardzo niekorzystnie. Dlatego też wyrwanie n. przeponowego należy wykonać tylko w przypadkach bez względnych wskazań i po przeprowadzeniu kimografii. Tabl. XI, obejmuje 2 chorych w wieku lat 16 i 37, u których mimo technicznie dobrze przeprowadzonej pneumolizy nie nastąpił zapad jam, co spowodowało konieczność wykonania torakoplastyki. Po tym zabiegu stwierdzono u obu chorych upośledzenie czynności znacznego stopnia. Tablica ta uwidacznia poza tym dużą różnicę, jaka istnieje pod względem czynnościowym pomiędzy pneumolizą a plastyką górną.

Jeżeli w przebiegu leczenia pneumolizą utworzy się przetoka oskrzelowa, albo przyjdzie do rozległego rozsiewu, wtedy należy się liczyć z takim wypadnięciem czynności, z jakim spotyka się po torakoplastyce. Tego rodzaju przypadki obejmuje tabl. XII. U chorych takich stwierdza się zmniejszenie minutowej maksymalnej objętości płuc o 21,4%. Tabl. XIII obejmuje 10 chorych z obustronną pneumolizą; pomimo obustronnie wykonanego zabiegu stwierdza się jedynie zmniejszenie maksymalnej minutowej objętości o 3—13%. W tabl. XIV zestawiono wyniki badań u 2 pacjentów, u których wykonano drugostronną pneumolizę przy istniejącej już torakoplastyce. Po zabiegu nie stwierdzono żadnych większych odchyżeń czynnościowych. Wreszcie tabl. XV obejmuje wyniki ogólnych badań czynnościowych przeprowadzonych na 77 chorych po pneumolizie jedno lub obustronnej.

Badanie elektrokardiograficzne przeprowadzone u tych chorych wykazało u 67-miu (78%) wyraźną przewagę prawokomorową, a tylko u 18 (22%) przewagę lewokomorową. Elektrokardiogramy wykonane u tych chorych po pneumolizie wykazały zgodnie z badaniami klinicznymi, że pneumoliza wpływa na układ krwionośny w porównaniu z torakoplastyką o wiele mniej niekorzystnie. Uszkodzenie mięśnia sercowego spotyka się tylko w przypadkach powikłań. Nie stwierdza się natomiast pooperacyjnych zaburzeń w układzie krwionośnym, o ile nie nastąpi wylew krwawy do jamy powstałej po pneumolizie.

Zbierając wszystkie wyniki badań należy przyjąć, iż pneumoliza jest z punktu widzenia czynnościowego zabiegiem najkorzystniejszym dla ustroju spośród zabiegów operacyjnych terapii uciskowej.

Danielewski

Bernou A., P. Vėran, M. Merecaux (Nantes). Dobre wyniki torakoplastyki w zmianach po stronie przeciwnej (Effet contro-lateral favorable de la thoracoplastie unilaterale). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 5, str. 579—584.

Przy dobrym stanie ogólnym chorych, w zmianach obustronnych bez skłonności do szybkiego rozwoju, można otrzymywać dobre wyniki przy stosowaniu torakoplastyki. Autorzy podają 9 przypadków zakończonych pomyślnie: utrata prątków, zwiększenie wagi, cofanie się na rentgenogramie zmian przeciwległych; 3 z tych przypadków obserwowano w kilka lat po zabiegu w warunkach czynnego, społecznego życia. Zmiany po stronie przeciwnej zawsze stanowiły jamy.

Rozwadowska Dowżenkowa

Gernez-Rieux Ch. (Lille). Złamanie igły w przypadku apikolizy, wydobycie przy pomocy wziernikowania zewnątrzopłucnej. (Rupture d'une aiguille dans un pneumothorax extra-pleural, extraction par endoscopie extra-pleurale). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 7, str. 804—806.

Podczas płukania kieszonki zewnątrzopłucnej w przypadku wysięku wiłkającego apikolizę złamano igłę. Już po podwyższeniu ciepoty do 40° wydobyto

igłę operacyjnie po uprzednim ustaleniu lokalizacji przez endoskopię, bez szkodliwych następstw dla chorego.

Rozwadowska Dowżenkowa

Olivi. et Monod, García Bengochea. Przypadek odmy zewnątrz opłucnej wykonanej w dwóch etapach. (Un cas de pneumothorax extra pleural en deux temps). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 5, str. 594—598.

Choremu w ciężkim stanie z odmą wewnątrz-opłucną lewą wykonano odnę zewnątrz opłucną prawą w 2 etapach. Najpierw usunięto od tyłu 8 cm żebra 3-go i nie stosowano dopełnień. W 18 dni później również drogą tylną usunięto 10 cm żebra 7-go. Odszukanie pierwszej kieszonki i odklejenie opłucnej poszło łatwo. Uzyskano dobre zapadnięcie płuca i zniknięcie jamy.

Rozwadowska Dowżenkowa

Cybulewska R. G. i Szaklejn I. A. Zmiany w obrazie krwi po wytworzeniu odmy sztucznej. Probl. Tub. 1938, z. 2, str. 132—133.

Spostrzeżenia dotyczą 17 chorych ze świeżymi zmianami naciekowymi lub początkowymi okresami suchot płucnych. Badanie krwi wykonywano przed wytworzeniem odmy dwukrotnie, po tym — w ciągu 3-ch dni, następnie po każdym dopełnieniu w ciągu dwóch tygodni. Stwierdzono niewielkie wahania w liczbie czerwonych krwinek w granicach błędu i niezależnie od przebiegu choroby. Ilość hemoglobiny w odmie skutecznej wzrasta, bezpośrednio po wytworzeniu odmy liczba krwinek białych wzrasta, we wzorze przesunięcie w lewo z równoczesnym zmniejszeniem limfocytów i eozynofilów; w miarę dodatniego wpływu odmy obraz krwinek białych wraca do normy. Obraz krwi odzwierciedla przebieg odmy i pozwala na kontrolę jej skuteczności.

W. Kruszewska

Mordwinkina W. I. Wprowadzenie oliwy do jamy opłucnej w odmie sztucznej jako sposób zapobiegania wysiękom podmowym. Probl. Tub. 1938, z. 2, str. 71—75.

Doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne dowiodły, że wstrzykiwanie oliwy włoskiej do opłucnej sposobem Unferrihta (w czasie 3-go dopełnienia odmy wstrzykuje się 3 cm³ ogrzanej oliwy, po zabiegu chory leży na stole 15—20 min.) zapobiega występowaniu wysięków podmowych. Materiał własny dotyczy 186 chorych (120 mężczyzn, 66 kobiet) z odmą sztuczną (pr. 107, lew. 79). Czas obserwacji 2—4 lat. Bepośrednio po zabiegu u 102 chorych wystąpiły bóle w boku, trwające 1—2 godz., uczucie ciężaru, przyspieszenie tętna. u 2 chorych — objawy wstrząsu opłucnowego z zapaścią, u 38 — wzniesienia ciepłoty do 37,9, u 28 — bóle mięśniowe. Wyniki zabiegu autorka porównuje z 200 chorymi kontrolnymi, leczonymi odmą sztuczną. W grupie doświadczalnej wysięk wystąpił w 33 przyp. t. j. 17,8%, w grupie kontrolnej w 90 t. j. 45%, obostrzenie po stronie przeciwnej — na 33 przyp. w 18, na 90 — w 46. W grupie kontrolnej wysięk występował częściej i w późniejszych miesiącach. Zdolność do pracy utraciło 19 na 33 chorych uodpornionych (10,3%), natomiast odstętek niezdolnych do pracy z grupy kontrolnej, powikłanej wysiękiem, wyniósł 33,7%. Wysięki, wywołane sztucznie, ustępowały szybciej. Autorka dochodzi do wniosku, że zadrażnienie opłucnej oliwą wywołuje jej zgrubienie, i zwiększa odporność na późniejsze odczynny zapalne.

W. Kruszewska

Dufourt A., Despeignes, Despierres. Leczenie niektórych zapakń opłucnej, wywołanych zakażeniem dodatkowym w przebiegu odmy opłucnej leczniczej. (Traitement médical de certaines pleurésies surinfectées du pneumothorax). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 7, str. 795—798.

W trzech przypadkach wysięków, wywołanych przez zakażenia dodatkowe, które powstały po przecięciu zrostów, stosowano z pomyślnym rezultatem leczenia zachowawcze, polegające na płókanii opłucnej oraz podawaniu rubiazolu w przypadkach zakażenia paciorkowcami i anatoksyny przy zakażeniu gronkowcami.

Rozwadowska Dowżenkowa

Lobak I. D. Wpływ wysięków podmowych i sztucznie wywołanych wysięków opłucnych na przebieg gruźlicy. Probl. Tub. 1938, z. 2, str. 63—70.

Spostrzeżenia dotyczą 86 chorych z gruźlicą płuc, leczonych odmą sztuczną, u których w przebiegu leczenia wystąpił wysięk opłucny. Czas obserwacji chorych od kilku tygodni do kilku lat. Do grupy pierwszej autor zalicza 52 chorych, u których z chwilą pojawienia się wysięku wystąpiła wybitna skłonność do gojenia, (odprątkowanie, zdolność do pracy, trwała poprawa). W grupie drugiej — 22 chorych stwierdzono przejściową poprawę z następczym pogorszeniem po stronie przeciwnej. W grupie trzeciej — 12 chorych wysięk opłucny nie wykazał wpływu dodatniego na przebieg schorzenia. Spostrzeżenia wskazują, że wielkość wysięku oraz jego charakter ostry lub spokojny nie mają wpływu na późniejszy przebieg zmian płucnych. Ogółem wpływ dodatni wysięku zaznaczył się w 60% przypadków. Autor zastanawia się nad możliwością wywoływania sztucznych wysięków w celach leczniczych.

W. Kruszevska

Henri Hubert, Gousse, Bilski (Pots). Powtarzające się ostre wzdęcia żołądkowo-dwunastnicze u chorego z odmą opłucną obustronną. (Dilatation aigue gastro-duodenale recidivante chez un malade porteur d'un pneumothorax bilatéral). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 7, str. 811—813.

Chory z odmą lewostronną i wielkim przesunięciem śródpiersia dostał kilkakrotnie po dopełnieniu odmy ostrych bólów i silnego wzdęcia brzucha. W 8 miesięcy później musiano wytworzyć odmě po stronie prawej, która nie uciskała zbyt silnie. W kilka godzin później i po każdym dopełnieniu znów wystąpiły silne bóle i wzdęcia, które zmniejszały się po położeniu chorego na brzuchu. Podczas takich bólów nastąpił zgon. Sekcji nie wykonano. Autorzy próbują wyjaśnić zjawisko zmianami w położeniu śródpiersia. Rozwadowska Dowżenkowa

Banyai Andrew L. (Wauwatosa, Wisconsin). Lecznicza odma otrzewnej. (Therapeutic pneumoperitoneum). Tubercle 1938, t. 19, z. 4, str. 176—180.

Autor stosował odmě otrzewnej u 150 chorych. Stwierdził, że efekt leczniczy w gruźlicy jelit jest wybitny, jak to wynika też ze spostrzeżeń innych autorów. Poza tym autor osiągnął doskonałe wyniki także u chorych na gruźlicę płuc. Uniesienie przepony spowodowało szybkie i łatwe opróżnienie jam i oskrzeli, kaszel stał się mniej męczący. Dało to pacjentowi więcej spokoju we dnie i w nocy, a tym samym poprawę stanu ogólnego. Usuwanie masowe produktów rozpadu z płuc zmniejszyło ich trujące działanie na ustrój. Chorzy bardzo łatwo przystosowali się do wzmożonego ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej, objawy duszności nie zwiększyły się w żadnym przypadku, przeciwnie malały, co autor tłumaczy korzystnym wpływem uniesionej przepony na rozedmę równowaczącą oraz ustąpieniem niedodmy części płuc, uprzednio uciśniętych przez zalegającą wydzielinę.

M. Żelewska-Deżyna

Bruno Besta. Jean Dufrenit (Rzym). Odma otrzewna we współczesnym zastosowaniu leczniczym. (Le pneumo-peritone dans ses recentes applications therapeutiques). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 6, str. 670—691.

Odmę otrzewną bezpieczniej wykonywać przez nakłucie 2 palce poniżej i w lewo od pępka niż przez nakłuwanie w 9-tym międzyżebżu ponad wątrobą. Wprowadza się około 400 cm³ powietrza, dopełnia co kilka dni równą lub nieco mniejszą ilością powietrza niż przy I wytworzeniu odmy.

Statystyki przy leczeniu nieżytych jelitowych gruźliczych podają, zależnie od doboru przypadków, od 80% do 45% dobrych rezultatów; t. j. zmniejszenia bólów, biegunek, zniesienie krwotoków jelitowych, poprawę stanu ogólnego. Dobre działanie obserwowano także przy nieswoistych nieżytach jelitowych, w astmie, rozszerzeniach oskrzeli, gruźlicy płuc i krwotokach. Przy zmianach w płucach

można łączyć zabiegi na klatce piersiowej jak odma opłucna jedno- czy obustronna z odmą otrzewną, a także tę ostatnią z wyrwaniem nerwu przeponowego. Działanie polega prawdopodobnie na mechanicznym ucisku wprowadzonego powietrza.

Rozwadowska Dowżenkowa

Bezanson, Joly, Brunel, Guillaumin (Paryż). Wyniki leczenia tlenem duszności podczas pęknięcia płuca. (Effets de l'oxygénothérapie sur la dyspnée dans les perforations pulmonaires). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 7, str. 814—820.

12 letnie doświadczenie autorów wykazuje dobre wyniki podawania tlenu przy pneumothorax spontaneus w stężeniu około 50% i obecności CO₂ 1—1,5%. Konieczne jest podawanie tlenu przez 4 do 8 dni oraz zwracanie uwagi na okrycie chorego gorączkującego i odpowiednią ciepłotę sali.

Rozwadowska Dowżenkowa

Walka z gruźlicą Szczepienia przeciwgruźlicze Epidemiologia. Statystyka.

Steinmeyer O. (Görbersdorf, Śląsk). **Wyniki jakie uzyskano po wprowadzeniu rozporządzenia państwowej rady zdrowia z roku 1929 i odtąd wydanych rozporządzeń prawnych, odnośnie do zagadnienia nauczyciela, będącego źródłem zakażenia w gruźlicy.** (Auswirkungen der Leitsätze des Reichsgesundheitsrates von 1929 mit der seitdem erlassenen gesetzlichen Bestimmungen auf das Problem des „ansteckend tuberkulösen Lehrers“. Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 4, str. 370—381.

Zdaniem autora dotychczas wydane rozporządzenia są nie wystarczające. Nie wystarcza jednorazowo, przed przyjęciem nauczyciela do pracy, wykonane badanie rentgenologiczne. Badanie takie należy wykonywać corocznie z tym, że po 3 latach można zwolnić nauczyciela od tego obowiązku. Każdy nauczyciel musi się poddać takiemu badaniu, jeśli tego zażąda urząd zdrowia. Badania winny przeprowadzić ośrodki przeciwgruźlicze, fizjologów, względnie urząd zdrowia. Należy zorganizować jednolite szczepienie według Pirqueta dzieci szkolnych, a wyniki tych szczepień odsyłać do urzędów zdrowia.

Przed wszystkim koniecznym jest wydanie rozporządzenia o przymusowej izolacji aspołecznych chorych na gruźlicę.

Danielewski

Bernard E., J. Weil. O odpoczynku zapobiegawczym w okresie zakażenia pierwotnego, nieujawnionego klinicznie. (Sur un répos prophylactique pour les primo-infections cliniquement inapparentes). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 5, str. 567—79.

Klinicznie i rentgenologicznie często nie daje się wyśledzić momentu zakażenia pierwotnego. Pewną jest tylko próba tuberkulinowa, powtarzana, co pewien czas. Okres zmiany odczynu tuberkulinowego powinny dzieci i dorośli spędzać w warunkach zupełnego odpoczynku przez 2—3 miesiące do roku. Śledząc zmianę Pirquet'a w 2 szkołach wypadałoby, że równocześnie z tego odpoczynku korzystałoby tylko 0,6—0,9% dzieci, a w środowisku narażonym na masowe zakażenie 2,4 do 3,6% pielęgniarek.

Okres między zakażeniem pierwotnym a wystąpieniem suchot płuc jest dość krótki. W zbiorowisku gdzie w 15 roku życia było 82% dodatnich odczynów Pirqueta, największe wzniesienie krzywej częstości zachorowań na gruźlicę płuc wypada już przed 20 rokiem życia; tam gdzie w 15 r. ż. było tylko 45% osobników z dodatnim odczynem tuberkulinowym, do maximum liczby zachorowań dochodzi dopiero w 35 roku życia.

W okresie przedalergicznym należy stosować szczepienia BCG., u starszych na drodze parantalnej.

Rozwadowska Dowżenkowa

Balander A. I. Szczepienia przeciwgruźlicze BCG w obecnym stadium. Probl. Tub. 1938, z. 3, str. 68—73.

Szczepienia BCG przeprowadzono u 8 dzieci w wieku $1\frac{1}{2}$ —2 lat, wychodząc z założenia, że zakażenie gruźlicze w tym wieku zdarza się często, a uodpornienie, uzyskane przez szczepienie niemowląt, wygasa. Autor podawał szczepionkę doustnie na czczo w dawce $1\frac{1}{2}$ razy większej od dawki zwykłej, trzykrotnie. U niektórych dzieci po upływie kilku miesięcy szczepienie powtarzano. Próby tuberkulinowe u wszystkich dzieci przed szczepieniem były ujemne mimo, że jedno dziecko po urodzeniu otrzymało dawkę szczepionki BCG. Odczyn dodatni wystąpił u dwojga dzieci. Stwierdzono skuteczność szczepienia doustnego u dzieci starszych, przy tym całkowitą nieszkodliwość szczepionki mimo zwiększenia ilości i wielkości dawek. Autor uważa, że wszystkie dzieci z odczynem tuberkulinowym ujemnym, znajdujące się w żłobku, winny być szczepione. W. Kruszevska

Renaud M. M. (Paryż). Gruźlica późna, jej znaczenie praktyczne i naukowe. (La tuberculose tardive son importance pratique et doctrinale). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 7, str. 784—795.

Zgodne statystyki z różnych źródeł, dotyczące liczby chorych, śmiertelności i materiału sekcyjnego wykazują, że liczba przypadków gruźlicy do 40-go roku życia stanowi około 50% a po wieku 40 lat — około 40% ogólnej liczby dotkniętych czynną gruźlicą.

Stosunek przypadków gruźliczych do ogólnej liczby żyjących w latach późniejszych nawet paradoksalnie się podnosi, ponieważ przed 40 rokiem życia wielu umiera z różnych przyczyn. Badanie pokolenia składającego się z 10.000 osób, śledzonego przez 85 lat wykazały, że największy odsetek zgonów wywołanych przez gruźlicę wypada właśnie między 60-tym a 85 rokiem życia. Największą bezwzględną liczbą śmiertelności z gruźlicy, niezależną od liczby żyjących ustalono między 30-tym a 50-tym rokiem życia. Rozwadowska Dowżenkowa

Hotta Isami (Sendai, Japonia). Związek pomiędzy śmiertelnością na gruźlicę a zarobkowaniem ludności w Sendai. (Ueber die Beziehungen zwischen der Tuberkulosesterblichkeit und dem Einkommen der Bevölkerung von Sendai). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5, str. 409—417.

Autor podzielił ludność miasta Sendai, zależnie od wysokości zarobków na 4 klasy: I klasa z zarobkiem od 100—450 Yen rocznie, II klasa od 450—1000 Yen, III klasa od 1000—2500 Yen, IV klasa od 2500—25000 Yen.

Śmiertelność z gruźlicy w czasie od 4-go do 14 roku Taisko (1915—1925) wynosiła na 10000 ludności przeciętnie:

w I klasie	21,37	w III klasie	26,16
w II klasie	23,70	w IV klasie	24,97

w 10-tym i 11-tym roku Skowa (1935—1936) śmiertelność wynosiła:

w I klasie	25,34	w III klasie	18,50
w II klasie	19,13	w IV klasie	12,44.

Związek pomiędzy śmiertelnością na gruźlicę a wysokością zarobków u mieszkańców miasta Sendai jest prawie taki sam jak u mieszkańców Hamburga, Wrocławia itd. Danielewski

Macklin Magde Thurlow (London, Kanada). Gruźlica wśród pracowników szpitalnych: Zestawienie danych kanadyjskich. (Tuberculosis in hospital workers: A summary of canadian data). Tubercle, 1938, t. 19, z. 5, str. 193—198.

Autorka na podstawie wyników ankiety, rozesyłanej do sanatoriów dla

gruźlików oraz do szpitali z oddziałem gruźliczym w Kanadzie przedstawia sprawę zachorowań na gruźlicę wśród personelu pielęgniarskiego. Na ankietę odpowiedziało 3/4 odnośnych instytucyj, w tym wszystkie większe. We wszystkich szpitalach tych wykonuje się z chwilą przyjęcia do służby pielęgniarki odczyn tuberkulinowe, prześwietlenie względnie zdjęcie rentgenowskie płuc. U osób z odczynem ujemnym powtarza się próby tuberkulinowe co 3 miesiące, a w razie dodatniego wyniku następuje ponowne badanie rentgenologiczne. U osób z odczynem dodatnim powtarza się badanie rentgenologiczne w odstępach rocznych względnie w razie potrzeby częściej, 2/3 z zakładów objętych ankietą woli przyjmując do służby osoby z dodatnim odczynem tuberkulinowym, 1/4 wyłącznie takie angażuje. Nie zawsze da się to przeprowadzić ze względu na wysoki odsetek (30 — 40%) odczynów ujemnych, szczególnie tam, gdzie zgłaszające się osoby rekrutują się przeważnie z środowiska wiejskiego. Szczególnie wielkie niebezpieczeństwo istnieje dla osób z ujemnym odczynem tuberkulinowym, pracujących w zakładach dla umysłowo-chorych, gdzie przebywa zawsze dużo chorych na gruźlicę nierozpoznaną i to u osób niedyscyplinowanych. Jak z odpowiedzi wynika wskazane byłoby przyjąć na stanowisko pielęgniarek gruźliczo chorych osoby po 30 roku życia ze względu na to, że największa liczba zgonów z powodu gruźlicy u kobiet przypada między 20 i 30 rokiem życia. U pielęgniarek niekwalifikowanych, a więc wcześniej rozpoczynających pracę wśród chorych niż pielęgniarki wyszkolone, przypadki zachorowań na gruźlicę są szczególnie częste. Przypadki zachorowań pielęgniarek na gruźlicę są częstsze wśród personelu pracującego na oddziale ogólnym — niegruźliczym, aniżeli w sanatoriach lub na oddziałach dla gruźlików. Przyczyna leży w tym, że na oddziałach gruźliczych technika zapobiegania zakażeniom jest lepsza, warunki pracy są dogodniejsze (więcej odpoczynku, liczba godzin służby jest mniejsza itp.), podczas gdy na oddziałach np. chirurgicznych znajduje się dużo chorych z gruźlicą nierozpoznaną.

M. Żelewska-Deżyna

Geisler Oswald (Karlsruhe). Droga dziedziczenia zapadalności na gruźlicę w jednej zamkniętej gromadzie. Kontynuowanie prac Riifla z chronologicznie zestawionymi tablicami rodowymi według Hugenschmidta. (Der Erbgang Tuberkulosehinfälligkeit in einer geschlossenen Sippe). Beitr. Klin Tbk. 1938, t. 91, z. 1, str. 1—120.

Bardzo obszerna i szczegółowa praca. Konieczne przeczytanie oryginału.

Danielewski

Long E. R. (Filadelfia). Częstość występowania gruźlicy oraz sposoby zapobiegania jej w amerykańskich szkołach i uniwersytetach. (The incidence and prevention of tuberculosis in american schools and colleges). Tubercle 1938, t. 19, z. 6, str. 241—251.

Artykuł oparty jest na badaniach dziesięcioletnich (1924—1934). Wykonano, w myśl programu opracowanego przez związek lekarzy szkolnych wspólnie z towarzystwem przeciwgruźliczym, odczyn tuberkulinowe, badanie rentgenologiczne osób z dodatnim odczynem i badania fizyczne osób, u których badanie rentgenologiczne wzbudziło wątpliwości względnie wykazało zmiany chorobowe. Badania wykonywał zawsze jeden lekarz z pomocą jednej higienistki.

W szkołach powszechnych i średnich zbadano przeszło 400.000 dzieci. Okazało się, że liczba odsetkowa dodatnich odczynów tuberkulinowych stale spada z roku na rok. Spadek ten jest wyraźniej zaznaczony w środowiskach mniej zaludnionych. Po wsiach liczba dodatnich odczynów tuberkulinowych jest niższa, a w obrębie tego samego środowiska liczba odsetkowa jest zależna od poziomu

ekonomicznego, spadając w miarę jego podnoszenia się. Wykonano odczyny tuberkulinowe (Pirquet) u 400.591 dzieci, t. j. u 40% dzieci zapisanych do badanych szkół. Dodatni odczyn otrzymano u 100.025 dzieci, tj. u 25%. Badanie rentgenologiczne, wykonane u 103.462 dzieci wykazało zmiany gruźlicze A) charakteru dorosłych w 261 przypadkach czyli u 0,065% osób u których wykonano odczyn tuberkulinowy, a u 0,261% przypadków z dodatnim odczynem; B) typu dziecięcego w 5620 przypadkach czyli w 1,40% dzieci, u których odczyn tuberkulinowy był wykonany względnie w 5,62% przypadków z dodatnim odczynem. Podejrzanych było 12.323 dzieci t. j. 3,08% zbadanych. Poważniejsze zmiany gruźlicze spotyka się przeważnie dopiero w szkole średniej, częściej u dziewcząt niż u chłopców. Leczenie było potrzebne u około 1% tych dzieci.

Badania studentów amerykańskich wykazały, że około 6 na 1000 ma zmiany gruźlicze typu dorosłych, około 6000 studentów na wszystkich uniwersytetach amerykańskich. Dodatni odczyn tuberkulinowy stwierdzono u 30—35% studentów. Odsetek jest wyższy w uniwersytetach położonych na obwodzie kraju, gęsto zaludnionym (39,5%—46%), niższy w centrum (27,2%). Program kontrolny jest zbliżony do programu opracowanego dla szkół średnich. Kontrola jest jednak jeszcze ściślejsza. Wyniki są o tyle zachęcające, że zmiany wykryte ostanie były w stadiach początkowych. Dla studentów medyków największym niebezpieczeństwem są lata kliniczne. Kontrola i tu jest w zasadzie ta sama jak u innych słuchaczy, winna ona być jednak częstsza, a badanie rentgenologiczne obowiązkowe.

Pielęgniarki, które wstępując do szkoły miały odczyn tuberkulinowy ujemny, przeważnie mają później dodatni odczyn. I u nich badanie rentgenologiczne jest konieczne, które umożliwi wczesne wykrycie zmian. Zachorowalność na gruźlicę u około 1000 pielęgniarek wynosi 2%.

M. Żelewska-Deżyna

Chang We Hynin (Jena). Gruźlica płuc w Jenie w latach od 1930—34. (Die Bewegung der Lungentuberkulose in Jena in den Jahren 1930—34). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 3, str. 260—267.

Praca niniejsza jest dalszym ciągiem pracy Kayser—Petersena i Rädera, która obejmowała materiał od roku 1918—1932.

W roku 1930—34 stwierdzono w Jenie 226 nowych przypadków gruźlicy otwartej w szczególności 148 = 65,5% mężczyzn i 78 = 34,5% kobiet. Zmarło na 226 przypadków 38 = 25,7% mężczyzn i 27 = 27,0% kobiet. W stosunku do lat poprzednich stwierdzono wzrost zachorowalności u kobiet, a spadek u mężczyzn. Stwierdza się wzrost liczby nowych przypadków gruźlicy otwartej w latach 1932 i 33. Liczba chorych na otwartą gruźlicę płuc jest o 5,7 razy większa niż liczba osób zmarłych z powodu gruźlicy w okręgu miasta Jeny. Największą liczbę zmarłych osób na gruźlicę płuc stwierdzono u kobiet w wieku od 21—30 lat, u mężczyzn w latach od 31—40. Śmiertelność spadła z 4,2% w roku 1930 na 3% w roku 1934. Przeciętna śmiertelność wśród chorych w okresach 5-cio letnich wykazuje również spadek, a mianowicie śmiertelność z 41,9% w latach od 1923—27 na 26,2% od 1930—34, a zachorowalność z 33,1% w latach od 1924—28 na 24,1% od 1930—34. Stwierdza się spadek śmiertelności obojga płci w przeciągu ostatnich 2 lat dla osób w wieku 21—30. Poza tym wzrosło leczenie sztuczną odmą w ostatnich 2 latach o 6,8% a w tym samym czasie zmniejszyła się frekwencja chorych w lecznicach o 9,8%. Zdaje się, że w ostatnich latach poprawiło się również rokowanie.

Danielewski

Różne

Dufourt, Reynaud i Muller. Gruźlica płuc a zwężenie ujścia tętnicy płucnej. (Tuberculose pulmonaire et rétrécissement de l'artère pulmonaire). Rev. Tbc. 1938, z. 2, str. 226—31.

W ubiegłym stuleciu uważano, że gruźlica płuc jest częstym powikłaniem zwężenia ujścia tętnicy płucnej. Według dzisiejszych kardiologów zdarza się to wyjątkowo rzadko. Rokitansky w 1845 r. zaprzeczał możliwości współistnienia schorzeń serca z gruźlicą płuc. Większość starszych klinicystów nie podzielała jego zdania uważając, że zwężenie ujścia tętnicy płucnej jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi gruźlicy płuc. Autorzy przytaczają 2 przypadki gruźlicy płuc, u których po dłuższej obserwacji stwierdzono objawy osłuchowe zwężenia ujścia tętnicy płucnej, których poprzednio nie było. Autorzy przypuszczają, że proces gruźlicy o charakterze włóknistym powoduje przemieszczenie serca i należy, w szczególności przemieszczenie tętnicy płucnej, co może dawać zespół objawów osłuchowych charakterystycznych dla zwężenia ujścia tętnicy płucnej.

D. Aleksandrow

Schneiderbanz A. (Lainz). Gruźlica a anemia złośliwa. (Tuberculose und Anaemieperniciosa). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5, str. 418—422.

Autor opisuje przypadek anemii złośliwej przy równoczesnej gruźlicy płuc u 71 letniego mężczyzny zwracając uwagę na rzadkie występowanie takich przypadków.

Danielewski

Jacob P. Przejęciowe nacieki płucne. (Infiltrats pulmonaires labiles). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 5, str. 598—602.

U 26 letniej pielęgniarce, często i starannie badanej poprzednio, zaobserwowano nacieki wzdłuż międzypłat, który zniknął w ciągu kilku dni. Zjawisku temu towarzyszyły również przejęciowe objawy kliniczne: kaszel, wysoka ciepłota, żywy odczyn skórny tuberkulinowy i wzmożona liczba krwinek kwasochłonnych. Eozynofilia jest charakterystyczną zmianą obrazu krwi towarzyszącą podobnym przypadkom, opisanym szczególnie przez Löfflera. Rozwadowska Dowżenkowa

Armando Pareja Coronel M. (Guayaquil, Ekwador). Ciężka niedodma płucna po urazie. (Atelectasia pulmonaire massive post-traumatique). Rev. Tbc. 1938, t. 4, z. 5, str. 605—611.

Niedodma płuc jest następstwem zatkania oskrzeli przez ciała obce, skrzepy krwi lub skurczu odruchowego oskrzela. Między innymi obserwuje się niedodmę płuc po operacjach np. po wyrwaniu nerwu przeponowego. Tym razem chodzi o przypadek dziewczynki, która dostała się między 2 pojazdy uliczne, które przysgniotły jej klatkę piersiową. W pewien czas po wypadku wystąpiły objawy duszności przy chodzeniu. Rentgenogram wykonany w 8 miesięcy po urazie wykazał rozległe zacinienie lewego płuca. Próba lipidolową stwierdzono całkowitą niedrożność dużego oskrzela po stronie lewej.

Rozwadowska Dowżenkowa

Knipping H. W. (Düsseldorf). Przyczynki do racjonalnego odżywiania chorych. (Beitrag zur rationellen Krankenernährung). Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5, str. 479—490.

Autor omawia szczegółowo racjonalne odżywianie chorych na gruźlicę w świetle różnych autorów.

Danielewski

Burridge W. (Lucknow). Epidemia gruźlicy wśród żab. (An epidemic of tuberculosis in frogs). Tubercle 1937, t. 19, z. 2, str. 80.

Autor stwierdził wśród żab, przeznaczonych na użytek laboratoryjny kilkakrotnie gruźlicę. Bliższe dochodzenia wykazały, że wszystkie żaby zakażone, zwierzęta wyjątkowo okazałe, pochodziły z jednego stawu. W stawie tym pewien gru-

żlik prątkujący mył się codziennie, płukał usta i gardło. Krótko po zgonie tego gruźlika znikły też żaby zakażone. Autor uważa, że nie można wyłączyć możliwości zakażenia się żab przez połknięcie cząstek gruźliczej płwociny.

M. Żelewska-Deżyna

Jessel G. Przypadek do rozpoznania. (A case diagnosis). *Tubercle* 1937, t. 19, z. 3, str. 118—119.

Przypadek dotyczy 18-letniego mężczyzny, u którego nagle zjawily się objawy ze strony płuc i opłucnej, które rentgenologicznie wzbudziły podejrzenie gruźliczej jamy. W rozważaniach diagnostycznych brano pod uwagę jeszcze epituberkuliczne zmiany w górnym prawym płacie z zajęciem opłucnej oraz atypowe zapalenie płuc z wysiękiem. Stosowano leczenie zachowawcze jak w gruźlicy płuc. Po 10 miesiącach rentgenogram wykazał tylko ogólne lekkie zaćmienie prawego pola płucnego i nierówność przepouy, zmiany włóknikowe w prawym górnym polu.

M. Żelewska-Deżyna

Rolland, Aubin i Oppenot. Przypadek kiły płuc. (Un cas de syphilis pulmonaire). *Rev. Tbc.* 1938, z. 2, str. 209—12.

Opis przypadku kiły płuc. Autorzy podkreślają rzadkość tego cierpienia.

D. Aleksandrow

Cooke W. E. (Wigan). Pylica w brytyjskich kopalniach węgla. (Silicosis in the British Coalfields). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 7, str. 289—306.

Porównawcze badania 2 środowisk w północnej i w południowej Anglii wykazały znaczne różnice w częstości występowania pylicy u robotników pracujących w tamtejszych kopalniach a mianowicie: na 488.567 pracowników kopalnianych na północy w latach 1932-36 zmarło wskutek pylicy 22 osoby i było niezdolnych do pracy 74, podczas gdy na 127.273 robotników na południu zmarło 210 a było niezdolnych do pracy 482. Różnica ta jest spowodowana odmiennymi warunkami pracy. Robotnicy w południowych okręgach są narażeni na działanie pyłu okrzemkowego, obficie się tam znajdującego w powietrzu wskutek obecności w tych okolicach skał kwarcowych. 90% pyłu, znalezionego w płucach miało rozmiary mniejsze niż 5μ ; średnia wielkość cząstek wahała się od 0,1 do 3μ .

Zasadniczo odróżnia autor 2 postacie anatomo-patologiczne pylicy u robotników kopalnianych: 1) nacieki drobne z nieznaną ilością pyłu w przestrzeniach włóknisto zmienionych (typ pylicy kamieniarzy); chorzy ci są skłonni do zapadania na gruźlicę płuc; 2) płuco czarne, twarde, — prawdziwa silico-anthraxis. W płucu duże masy, twarde o konsystencji ebonitu. Postać ta nie usposabia do zachorowania na gruźlicę płuc, rozwija się bardzo wolno, w 20 do 30 latach, u osób narażonych na działanie pyłu okrzemkowego i węglowego. Wokoło twardych mas następuje rozedma, nieraz pęcherzowa. Mikroskopowo stwierdza się w wczesnych okresach silico-anthraxis bujanie tkanki łącznej okołonaczyniowej z zatrzymaniem tam wielkiej liczby komórek pylicowych. Później drobne guzki się zlewają tworząc masy makroskopowo widoczne. Zarówno drobne jak i wielkie guzy są unaczynione. Wytwarzające się jamy zawierają gęstą ciecz o wyglądzie atramentu, nie mają one połączenia z oskrzelami, nie powodują więc krwiopłucia i nie ulagają wtórnemu zakażeniu.

Celem zapobiegania pylicy winne być dokonane badania pyłu we wszystkich kopalniach. Zastosowanie odpowiednich wentylatorów, zraszanie wodą miejsce pracy, noszenie odpowiednich masek przez pracowników i t. p. w dużej mierze przyczyni się do zmniejszenia liczby zachorowań. Poza tym konieczna jest częsta, okresowa kontrola lekarska pracowników.

M. Żelewska-Deżyna

Adams W. E., L. Escudero (Chicago). Etiologia rozszerzeń oskrzeli. (The aetiology of bronchiectasis). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 8, str. 351—364.

Autorowie spowodowali eksperymentalnie powstawanie rozszerzeń oskrzeli u 26 psów, a mianowicie spowodowali wpięrow zwężenie światła oskrzeli przez drażnienie śluzówki 35% roztworem azotanu srebra, a następnie zakażenie przez wprowadzenie zawiesin różnych bakterii do dróg oddechowych. Jako dodatkowy czynnik stosowano w jednej grupie zwierząt wzmożone ujemne ciśnienie poza oskrzelem, co osiągnięto przez spowodowanie rozległej niedodmy jednego lub więcej płatów płuca przeciwnego. Okazało się, że dwa pierwsze czynniki — niezupełne zamknięcie światła oskrzela oraz zakażenie — są warunkami nieodzownymi do wytwarzania się rozszerzeń oskrzeli, przy czym było zupełnie obojętnym, jaki rodzaj drobnoustrojów ropotwórczych — tlenowców lub beztlenowców — użyto do zakażenia. Nigdy nie powstały rozszerzenia po zupełnym zamknięciu światła oskrzeli. Wzmożone ciśnienie miało wpływ tylko na stopień zmian patologicznych, które były wtedy rozleglejsze.

M. Żelewska-Deżyna

Szour M. (Warszawa). Próba leczenia dychawicy oskrzelowej śródżylnymi wstrzykiwaniami alkoholu etylowego. Warsz. Czas. Lek. 1939, z. 3, str. 46—47.

Próby dożylnego podawania alkoholu etylowego autor przeprowadził u 60 chorych z dychawicą oskrzelową i stanami astmatycznymi. Jednorazowa dawka wynosiła 5 — 10 cm³ 33% alkoholu etylowego w roztworze fizjologicznej soli, wstrzykiwano codziennie lub co 2—3 dni, w ilości 5 do 30 wstrzykiwań na serię. W 30 przypadkach obserwacja trwała 1/2 do 2 lat. W 40% przypadków uzyskano dużą poprawę do wyleczenia włącznie, w 26.66% — poprawę nieznaczną w 33.33% — brak poprawy. Powikłań nie spostrzegano. Przeciwwskazaniem do wstrzykiwań są stany zaburzeń w narządzie krążenia.

W. Kruszevska

Sellers T. Holmes (Londyn). Przypadek wrodzonej torbielowatości płuca, usuniętej operacyjnie. (A case of congenital cystic disease of the lung removed by operation). Tubercle 1937, t. 19, z. 2, str. 65—71.

Przypadek dotyczy 18-letniej dziewczyny, u której klinicznie i rentgenologicznie rozpoznano rozszerzenia oskrzeli w dolnym płacie lewego płuca. Wobec objawów zatrucia ustroju przystąpiono do operacji. Po otwarciu klatki piersiowej okazało się, że głęboko, wzdłuż worka osierdziowego leży ciemna masa, przyczepiona do śródpiersia w okolicy wnęki płucnej. Reszta płuca była powietrzna, o jednolitej konsystencji, niepodzielona na płaty. Owa ciemna masa była więc całym dolnym płatem płuca lewego i usunięto ją. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W 9 miesięcy po zabiegu stan pacjentki po banalnej infekcji dróg oddechowych pogorszył się, a ponowne badanie wykazało lewostronne rozszerzenie oskrzeli w pozostałym górnym płacie; pacjentka na dalsze leczenie odmówiła swej zgody. Usunięty dolny płatek lewego płuca poddano badaniom anatomiczno-patologicznym. Badanie to jest o tyle ciekawe, że obraz schorzenia pierwotnego nie jest przystający wtórnymi zmianami. Makroskopowo widać było, że cały dolny płatek jest znacznie mniejszy niż normalnie; na przekroju można było odróżnić trzy odcinki o odmiennym wyglądzie: część górna składała się z licznych torbieli ze stosunkowo skąpą podściółką; część środkowa miała wygląd galaretowaty i obejmowała główne oskrzela i naczynia krwionośne; część dolna była z tkanki bardziej zbitej, otaczającej nieliczne przestrzenie torbielowe. Badanie drobnostawowe dało wynik następujący: Liczne przestrzenie torbielowe były wyściełane nabłonkiem oskrzelowym; brak zupełnie przestrzeni powietrznych. Przerost względny a może i bezwzględny naczyń krwionośnych, tkanki mięśniowej i sprężystej; nadmiar gruczołów śluzowych oraz nieregularnych cząstek chrząstki w otoczeniu jam; obecność tkanki limfatycznej, tłuszczowej i barwika. Na podstawie tych danych autor dochodzi do wniosku, że przypadek opisany jest typo-

wym przykładem wady rozwojowej małych oskrzeli i oskrzelików — rozszerzenia oskrzeli z rozszerzeniem naczyń krwionośnych (bronchiectasis teleangiectatica), opisane przed laty przez Grawitza.

M. Żelewska-Deżyńska

Pou J. F., R. Charr (White Haven, Pensylwania). **Zakrzep tętnicy płucnej.** (Thrombosis of pulmonary artery). *Americ. Rev. of Tbc.* 1938, t. 37, z. 4, str. 394—409.

Na 150 sekcji zwłok gruźliczych i chorych na pylicę w 6 przypadkach stwierdzono przedśmiertny zakrzep tętnicy płucnej; autorowie przytaczają opis przebiegu klinicznego oraz zmian anatomo-patologicznych makro- i mikroskopowych. Charakterystycznymi objawami klinicznymi zakrzepu tętnicy płucnej są: szybko postępująca duszność i sinica, nabrzmienie żył szyjnych, ból w nadbrzuszu lub w klatce piersiowej, niepokój, rozstrój psychiczny, wytrzeszcz gałki ocznej, zaburzenia wzroku, niskie ciśnienie krwi, oraz lekki obrzęk kostek, występujący w czasie agonii. Objawy te pozwalają odróżnić zakrzep tętnicy płucnej od innych schorzeń jak np. od zapalenia mięśnia sercowego, objawiającego się silniejszą bolesnością lecz mniejszą dusznością i sinicą, od zamknięcia naczyń wieńcowych — brak obfitych potów i szczególnie bladeści, — od zatoru tętnicy płucnej — nagły początek, bladeść, brak sinicy warg, zimne poty, gwałtowne wymioty, utrata przytomności, krwioplucie, — od odmy samorodnej — objawy fizyczne —, od nowotworów złośliwych wewnątrz klatki piersiowej — początek stopniowy, brak niepokoju. Badanie anatomo-histopatologiczne umożliwia odróżnienie zakrzepu od zatoru. Czynniki etiologicznymi, to stopniowo słabnąca praca mięśnia sercowego u osób z rozległymi zmianami płucnymi oraz miażdżycą tętnic. Zakażenie bakteryjne ma znaczenie tylko drugorzędne.

M. Żelewska-Deżyńska

POLSKIE TOWARZYSTWO BADAŃ NAUKOWYCH NAD GRUŻLICĄ

ZEBRANIE NAUKOWE W DNIU 13 CZERWCA 1938 r.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. P. Prof. W. Orłowskiego.

Walenty Hartwig

ALERGOMETRIA W GRUŻLICY DOROSŁYCH

Autor dokonał 289 badań alergometrycznych według Fr. Groëra na 102 dorosłych, dotkniętych gruźlicą płuc w różnych jej okresach, częściowo powikłaną gruźlicą innych narządów. Materiał w zależności od klinicznego przebiegu podzielono na 5 grup. W przypadkach lekkich szczególnie często spostrzegał autor pleoergię i homodynamię, w przypadkach ciężkich częstą była pleoestezja, która powstawała wskutek zmniejszenia się wartości R. Gruźlica płuc, powikłana gruźlicą jelit, z reguły wiodła do anergii. W spostrzeganych przez autora przypadkach, leczonych odmą opłucną, krótki czas spostrzegania nie pozwolił na wyciągnięcie ogólnych wniosków. Z całości kształtu badań wynika, że R i S w odczynach tuberkulinowych wcale nie zależy ściśle od ogólnego stanu ustroju, prawdopodobnie wskutek tego, że skóra ma własne, topograficzne oddziaływanie, często niezależne od procesów rozgrywających się w innych narządach.

W świetle tych badań należałoby przyjąć, że próba Ellermanna - Erlandsena wcale nie ułatwia rozpoznania ogniska czynnej gruźlicy w ustroju i praktycznie ma taką wartość jak i inne próby tuberkulinowe. Alergię spostrzegał prawie wyłącznie u chorych z gruźlicą jelit.

W dyskusji przemawiał dr Stanisław Popowski, którego zdaniem alergometria nie jest metodą, którą można się posługiwać w praktyce codziennej, tym nie mniej jest metodą nie do pogardzenia. W każdym okresie gruźlicy widuje się stałe wahania między alergią drugo i trzeciorzędową. Każdemu rzutowi odpowiada okres pleoestezi, który znów wygasa. Odczyny te jednak nie są całym swoiste.

Prelegent, dziękując przedmówcy za uwagi zauważył, że teorię humoralną w wytłumaczeniu zjawisk alergicznych odrzuca też prof. Lewkowicz. Czy alergometrię w gruźlicy płuc warto wykonywać, należałoby ustalić drogą badań porównawczych.

Aleksander Rytel

WALKA Z GRUŻLICĄ NA TERENIE PAŃSTWA Z. S. S. R.; CZĘŚĆ I. USTAWODAWSTWO

Prelegent zobrazował ustawodawstwo, dotyczące walki z gruźlicą na terenie Rosji Sowieckiej, które przestudiował na podstawie urzędowych danych, uzyskanych podczas swego pobytu w Rosji.

W dyskusji kolejno zabierali głos dr Michał Telatycki, Birula-Białynicki, Maria Skokowska-Rudolfowa oraz Andrzej Biernacki, którzy wskazywali, że ustawa, mająca na celu zwalczanie gruźlicy na terenie państwa Z. S. S. R. jest tylko reklamą, nie mającą urzeczywistnienia w życiu. Nieścisłości jest w niej bardzo dużo, a prawdy doszukać się nie sposób.

Prelegent zgadza się, że realizacja ustawy na terenie Związku Z. S. S. R. pozostawiać musi dużo do życzenia, skoro na olbrzymi teren Rosji przeznaczono tylko około 10 milionów rubli rocznie na cele walki z gruźlicą. Sam okrąg Moskiewski reprezentuje aż 50% wszystkich zakładów służących walce z gruźlicą. Jak się istotnie przedstawia realizacja ustawy, prelegent opowie w części II odczytu p. t. „Organizacja“, który wygłosi po wakacjach.

W części administracyjnej dokonano wyboru nowych członków T-wa w osobach drdr: Eugeniusza Kodejszko (wprowadzili: prof. Witold Orłowski i Andrzej Biernacki); Antoniego Borowskiego, Zofii Kunciewicz i Stefana Bagińskiego—zamieszkałych w Wilnie (wprowadzili: Zdzisław Szczepański i Jan Stopczyk).

ZEBRANIE NAUKOWE W DNIU 3 PAŹDZIERNIKA 1938 R.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. P. Prof. W. Orłowskiego

Dr Walenty Hartwig i dr Julian Zabokrzycki

OTORBIONY ROPNIAK OPŁUCNEJ, CZY ROPIEŃ PŁUC?

Przypadek dotyczy chorej R. S., lat 36, zamężnej, która przybyła do Kliniki z powodu gorączki, suchego kaszlu i nieznacznego kłucia w prawym boku. Choroba rozpoczęła się przed 10 dniami. Rozpoznano wówczas wysiękowe zapalenie prawej opłucnej. Przed 10 laty przeżyła chora zapalenie płuc płatowe, po-

wikłane prawostronnym ropniakiem opłucny, który został wyleczony za pomocą resekcji żebra w ciągu 3-miesięcznego pobytu w szpitalu.

Badanie przedmiotowe wykazało: pod prawą łopatką stara blizna po cięciu chirurgicznym. Prawa połowa kl. piersiowej zwężona, powłóczy podczas oddychania. Opukiwaniem stwierdza się po str. prawej klatki piersiowej przytłumienie od $\frac{1}{2}$ wysokości łopatki, nasilając się ku podstawie płuca. Od przodu dolna granica tegoż płuca nieco podwyższona, słabo ruchoma. W miejscu przytłumienia drżenie piersiowe zniesione, szmer oddechowy pęcherzykowy osłabiony z nieznacznymi rzęczeniami drobnobańkowymi z głębi.

Stan ogólny chorej był ciężki: gorączkowała, miała męczący kaszel i dreszcze. W płwocinie prątków Kocha, ani włókien sprężystych nie stwierdzono. Bronchografia wykazała marskość dolnego i częściowo środkowego płata prawego płuca z rozszerzeniami oskrzeli. W dwa tygodnie po przybyciu do kliniki chora nagle zaczęła odpluwać pełnymi ustami i odkrztusiła łącznie około 1 litra ropnej, lekko cuchnącej płwociny. Po kilku dniach zjawily się objawy osłuchowe znamienne dla jamy w płucu prawym, znajdującej się w bliskim sąsiedztwie starej blizny pooperacyjnej ściany kl. piersiowej. W płwocinie pojawiły się liczne włókna sprężyste, ułożone w kształcie pęcherzyków płucnych. Po kilku dniach blizna w ścianie kl. piersiowej obrzękła, stała się bolesna i zaczerwieniona, stwierdzono chęłbotanie. Niebawem w tym miejscu powstała przetoka obficie sącząca lekko cuchnącą ropą. Powstanie jej nie towarzyszyła ani duszność, ani kaszel, ani sinica lub przemieszczenie narządów śródpiersia. Po wlaniu do przetoki lipiodolu radiologicznie stwierdzono obecność lipiodolu w jamie opłucnej, niezależnie od widocznych jeszcze z poprzedniej bronchografii rozszerzeń oskrzelowych. Dalszy los chorej jest pomyślny, przetoka jest zagojona. Przypadek przedstawiono ze względu na rozbieżność pomiędzy rozumowaniem klinicznym, przemawiającym raczej za ropniem przysięciennym prawego płuca u osobnika z rozszerzeniami oskrzeli, a obrazem rentgenowskim, który ujawnił obecność wolnej jamy opłucnej w miejscu, gdzie wg. wywiadów, przed 10 laty istniał ropniak opłucnej, leczony za pomocą resekcji żebra. Ponadto — stara blizna pooperacyjna winna być uznana za miejsce słabszego oporu, gdyż tu właśnie powstała świeża przetoka. Pokaz uzupełniono serią rentgenogramów.

W dyskusji dr Ostrowski Władysław m. inn. stwierdził, że przebyte uprzednio ropne zapalenie opłucnej niekoniecznie świadczy o tym, że jama opłucna jest całkowicie zarośnięta. Następnie przemawiali dr dr: Michał Telatycki, Jan Stopezyk, Zdzisław Szczepański oraz prelegent, zdaniem którego obecność rozszerzeń oskrzeli u chorej przemawia raczej w kierunku ropnia płuca, a nie ropniaka opłucnej.

Z Sanatorium Wojskowego w Otwocku

Dr Michał Telatycki

POGOTOWIE ODMOWE MAŁY APARAT DO ODMY SZTUCZNEJ KONSTRUKCJI WŁASNEJ

Autor przedstawia nowy typ aparatu do odmy sztucznej swego pomysłu, uzupełniając opis rysunkami ściennymi i szczegółową ilustracją działania aparatu. Przyrząd jest praktycznie wykonany i odznacza się małymi rozmiarami oraz prostotą w użyciu.

W dyskusji zabierali głos dr dr Jan Konopnicki, który zapytuje o cenę aparatu, oraz Andrzej Biernacki, który obawia się, że zbiorniki aparatu są zbyt małe i dopełnianie odmy będzie powolne, wreszcie Jan Stopeczyk i Józef May. Prelegent udzielił wyjaśnień, zaznaczając m. innymi, że aparat kosztuje 85 zł.

Z V i IX Miejskich Ośrodków Zdrowia

Dr Wanda Grundgand

O WYGASANIU NASKÓRNYCH ODCZYNÓW TUBERKULINOWYCH U DZIECI

Przytoczono 19 przypadków, spostrzeganych w Poradni Przeciwwgruźliczej Dziecięcej V i IX-go Miejskiego Ośrodka Zdrowia. We wszystkich przypadkach stwierdzono przemianę dodatniego odczynu tuberkulinowego naskórnego w ujemny. Przypadki można było podzielić na 3 grupy: 1. Odczyn tuberkulinowy wygasał po przebyłym i uspokojonym zakażeniu pierwotnym, 2. Odczyn wygasał po przebyłym i zagojonym nacieczeniu okołogniskowym, 3. Odczyn wygasał po przebytej i ukończonej styczności ze źródłem zakażenia.

Stwierdzono, że wygasanie naskórnych odczynów tuberkulinowych nie jest przypadkowe, lecz zależy od przebiegu zakażenia gruźliczego. Wahaniom alergii gruźliczej, idącym od nadwrażliwości do odporności, odpowiadają u dzieci wahania odczynowości skórnej, kontrolowane odczynem Pirqueta. Zakażenie pierwotne, rzuty wtórne lub nawet klinicznie bezobjawowa nadwrażliwość, spowodowana stycznością z osobnikiem prątkującym, nie pozostawiają trwałej alergii skórnej, jak twierdzono dotychczas, lecz wzmozona odczynowość skórna wygasa równoległe z wygaśnięciem nadwrażliwości. W świetle tych spostrzeżeń należałoby: 1^o zaniechać traktowania dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym jako wolnych od zakażenia gruźliczego, 2^o pod słowem „zagrzuźliczenie“ należałoby rozumieć wzmoznienie wrażliwości, zależne od zakażenia pierwotnego oraz zakażeń wtórnych zewnątrz lub wewnątrzpo pochodnych, wreszcie, 3^o seryjne badania odczynu Pirqueta dzieci z ujemnymi odczynami tuberkulinowymi, zalecane dotychczas, należałoby kontynuować nadal po wystąpieniu odczynu dodatniego. Stwierdzenie przemiany odwrotnej przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych, będzie jednym z dowodów, przemawiających za nastawieniem ustroju raczej w kierunku wytworzenia trwałej przewagi odporności gruźliczej nad nadwrażliwością.

W dyskusji zabierali głos: dr dr Stanisław Popowski, Zdzisław Szczepański oraz prelegentka.

ZEBRANIE NAUKOWE W DNIU 14 LISTOPADA 1938 r.

Dr Aleksander Rytel

WALKA Z GRUŹLICĄ NA TERENIE PAŃSTWA Z. S. S. R.; CZĘŚĆ II ORGANIZACJA

W sprawozdaniu swym prelegent podzielił się wrażeniami, które odniósł, zwiedzając pokazywane mu podczas pohytu w Rosji Sowieckiej instytucje społeczne do walki z gruźlicą, głównie na terenie Moskwy. Na tej podstawie oraz

opierając się na urzędowych danych statystycznych starał się autor odtworzyć rzeczywisty stan realizacji na terenie państwa Z. S. S. R. ustawy przeciwgruźliczej, o której mówił szczegółowo w swym odczycie przedwakacyjnym.

W dyskusji przemawiali kolejno dr dr: Andrzej Biernacki, Janina Misiewicz i prof. Witold Orłowski. Wskazywali oni, że w rzeczywistości walka z gruźlicą na terenie państwa Z. S. S. R. przedstawia się bardzo źle i o wiele gorzej niż to wynika ze sprawozdań obserwatorów, którzy widzą w Rosji najczęściej tylko to, co jest na pokaz i co wolno obejrzeć. Tu i owdzie na łamach prasy lekarskiej sowieckiej uchwycić można wiadomości, z których wynika, że walka z gruźlicą, szczególnie na wsi, przedstawia się w Rosji wręcz rozpaczliwie, a instytucje społeczne do walki z gruźlicą skoncentrowane są tam jedynie w większych miastach lub ośrodkach przemysłowych. Prelegent w odpowiedzi zbiorowej stwierdza, że na terenie jednej tylko Moskwy mieści się wg danych urzędowych około 30% wszystkich urzędzeń z całej Rosji. Zakładów do walki z gruźlicą jest na terenie całej Rosji około 900, łóżek szpitalnych dla gruźlicy zaledwie 15.000, łóżek sanatoryjnych około 34.000. Łącznie łóżek gruźliczych posiada Rosja zaledwie 84.000. W walce z gruźlicą najlepiej jest tam zaopatrzone ciężki przemysł jak również kolejnictwo i służba wodna. Podczas pobytu w Moskwie nie samodzielnie zwiedzić nie można, przeciwdziałają temu agenci G. P. U.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. P. Prof. W. Orłowskiego

Andrzej Biernacki

BADANIA SKŁADU GAZÓW ODMOWYCH

Autor podaje wyniki badań składu gazów odmowych u 48 chorych na gruźlicę płuc, leczonych odumą sztuczną jednostronną i obustronną, powikłaną w 8 przypadkach zapaleniem wysiękowym opłucnej. Wykonano około 300 oznaczeń podwójnych. Wyniki dają się streścić następująco: 1) Gazy w jamie opłucnej, niezależnie od swego pierwotnego składu, dążą do osiągnięcia prężności cząstkowej równej prężnościom O_2 , CO_2 i N_2 we krwi żyłnej. — 2) Jednocześnie z tym biernym procesem dyfuzji odbywa się w jamie opłucnej, po wprowadzeniu do niej gazów, czynna przemiana między gazami a komórkami opłucnej (również komórkami wysięku w odmie powikłanej), którą cechuje wchłanianie O_2 i przenikanie CO_2 do jamy opłucnej. — 3) Skład gazów w jamie opłucnej jest zatem wypadkową tych dwóch procesów i zależy najprawdopodobniej od pewnych osobniczych własności samej opłucnej, które rozstrzygają o nasileniu czynnej przemiany gazowej w opłucnej. — 4) W okresie wchłaniania odmy powikłanej wysiękiem odbywa się dwukierunkowa wymiana gazów: N_2 i CO_2 dyfundują do tkanek, a O_2 dyfunduje z tkanek do jamy opłucnej. — 5) Być może, że taka wymiana dwukierunkowa odbywa się również w niektórych przypadkach odm niepovikłanych. — 6) Wysoką prężność N_2 w odmach opłucnych wywołuje prawdopodobnie różnica współczynników dyfuzji O_2 , CO_2 i N_2 .

W dyskusji zabrał głos dr Stefan Rudzki, który sądzi że z pracy tej dadzą się wysnuć wnioski praktyczne. Nasuwają się pytania: 1^o czy istnieją różnice w składzie chemicznym między gazem zawartym ponad wysiękiem surowiczym i ropnym, 2^o czy zaburzenia w krążeniu odbijają się na składzie gazów oraz 3^o czy toksemia, gorączka itp. mają wpływ na skład gazów?

Dr Żebrowski przypuszcza, że istnieje pewna analogia pomiędzy wymianą

gazową w opłucnej a zjawiskiem Pollitzera, które bywa spostrzegane w uchu środkowym (resorpcja gazów).

Dr Jan Roguski sądzi, że nie bez znaczenia jest przemiana materii, zachodząca w płynie, np. możliwa jest przemiana cukrowców. Dzięki obecności kwasu mlecznego wytwarza się CO₂, który z płynu przechodzi do gazów odnowy.

Na zakończenie przemawiał prelegent, udzielając wyjaśnień na zadane mu pytania.

Z Uzdrowiska dla chorych płucnych „Marpe“ w Otwocku

Dr Michał Bloch

NIEDODMA W GRUŻLICY PŁUC

Rzecz drukowana w całości w „Gruźlicy“ 1938 r., z. 5, str. 417 — 54.

W dyskusji przemawiali kolejno dr dr Andrzej Biernacki, Jan Stopezyk Stanisław May i Michał Telatycki, oraz prelegent.

ZEBRANIE NAUKOWE I NADZWYCZAJNE WALNE ZEBRANIE W DNIU 12 GRUDNIA 1938 R.

Dr Michał Bloch

POKAZ RENTGENOGRAMÓW NIEDODMY W GRUŻLICY PŁUC

Pokaz zdjęć radiologicznych niedodmy w gruźlicy płuc, który wraz z ich interpretacją stanowił uzupełnienie referatu, wygłoszonego na posiedzeniu w listopadzie 1938 r.

Z II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. Prof. A. Wojciechowskiego

Dr Karol Byrkowski i dr Władysław Ostrowski

WIELOKOMOROWY ROPIEŃ OPŁUCNEJ WYLECZONY TORAKOPLASTYKĄ

Prelegenci przedstawili chorą, u której z powodu wielokomorowego ropniaka lewej opłucnej dokonali trzykrotnego otwarcia opłucnej, połączonego każdorazowo z wycięciem kawałka żebra. Mimo zastosowania zamkniętego sączkowania, utrzymującego ujemne ciśnienie w jamie opłucnej, płuco pozostawało zapadnięte i zmiany zapalne w opłucnej nabrały cech ropniaka przewlekłego. Wyleczenie nastąpiło dopiero po dokonaniu przez prelegentów torakoplastyki w trzech etapach, obejmującej łącznie 10 górnych żeber.

Pokaz uzupełniono serią rentgenogramów.

W dyskusji przemawiali dr Władysław Ostrowski.

Na Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu Prezes Twa Zdzisław Szczepański referował projekt zmian w statucie Towarzystwa.

Sekretarz T-wa Jan Stopezyk

Prezes T-wa Zdzisław Szczepański

Wiadomości bieżące

1. - W dn. 12 stycznia 1939 r. odbyło się posiedzenie *prezydium Polskiego Związku Przeciwgruźliczego*. Prezes Związku i dyrektor złożyli sprawozdanie z wykonanych uchwał. Omawiano sprawę ustawy przeciwgruźliczej, Zjazdu międzynarodowego przeciwgruźliczego w Berlinie, Polskiego Zjazdu przeciwgruźliczego w Gdyni. Na przewodniczącego Zjazdu w Gdyni postanowiono zaprosić prof. Gądzikiewicza, na wiceprezesów: dra Hornunga i dra Gruszeckiego, na sekretarza dra Szpakowskiego. Powołano Komisję dla opracowania preliminarza budżetowego Związku na rok 1939/40.

2. - W dn. 24 stycznia zebrała się *Komisja Budżetowa* P. Z. P. w składzie obu wiceprezesów, skarbnika i dyrektora Związku. Przedyskutowano i przyjęto projekt preliminarza na rok 1939/40.

3. - W dn. 23 lutego odbyło się posiedzenie *Komisji Naukowo-Lekarskiej* P. Z. P. z udziałem zaproszonych bakteriologów i pediatrów. Omawiano sprawę rozszerzenia szczepień przeciwgruźliczych B.C.G. na starsze dzieci i młodzież. Zebrani aprobowali w zasadzie projekt zastosowania szczepień B.C.G. nie tylko u niemowląt; wnioski zebrania postanowiono przekazać Ogólnopolskiemu Komitetowi szczepień przeciwgruźliczych.

4. - W dn. 18 stycznia odbyło się posiedzenie *Komitetu Redakcyjnego „Gruźlicy“*. Omawiano Nr 5 „Gruźlicy“ i plan Nr 6-ego. Szeroko przedyskutowano program dalszych prac nad gruźlicą w Polsce i stosunek do nich czasopisma „Gruźlica“.

5. - 1-szy *Kurs przeciwgruźliczy dla lekarzy domowych* Ubezpieczalni Społecznych odbył się w Warszawie od 9 stycznia do 21 stycznia r. b.

6. - Wydział Lekarski *Uniwersytetu Poznańskiego* przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej urządza *kurs uzupełniający dla lekarzy* pt. „Gruźlica i jej zwalczanie“. Kurs ten odbędzie się od 17 kwietnia do 13 maja r. b. i jest przeznaczony dla lekarzy pracujących w ośrodkach zdrowia, ubezpieczalniach społecznych, w szkołach i t. d. Liczba zgłoszeń ograniczona od 12—15 osób. Kurs dzieli się na zajęcia teoretyczne i praktyczne. Na wykłady teoretyczne przeznaczony jest pierwszy tydzień oraz końcowe dni ostatniego tygodnia, na zajęcia praktyczne w szpitalach, ambulatoriach i sanatoriach pozostały czasokres. Przed kursem należy zapoznać się z podręcznikiem prof. Witolda Orłowskiego oraz pracami drów Martyszewskiego i Stankiewicz-Trybowskiej o odmie sztucznej oraz doc. dra J. Zeylanda o gruźlicy płuc u dzieci. Kurs jest bezpłatny. Część słuchaczy może otrzymać stypendia w wysokości 150 zł. zwrotne w okresie 5 lat. Kurs zakończy colloquium, po czym nastąpi rozdanie świadectw. Zgłoszenia na kurs nadsyłać należy do dn. 15 kwietnia b. r. pod adresem: Kursy przeciwgruźlicze dla lekarzy w Polsce, ul. Szkolna 14, II klinika chorób wewnętrznych U. P.

7. - W dniach 27, 28 i 29 maja r. b. odbędzie się w Gdyni *VII Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy*. Prezydium Zjazdu stanowią: prof. dr Witold Gądzikiewicz z Warszawy — przewodniczący; dr Stanisław Hornung ze Lwowa i dr Wojciech Gruszeki z Gdyni — wiceprzewodniczący oraz dr Benedykt Szpakowski z Gdyni — sekretarz. Obrady Zjazdu obejmować będą następujące tematy: I. Temat biologiczny — „Jady gruźlicze i ich działanie na ustrój“ — ref. dr Zdzisław Skibiński z Otwocka. II. Temat kliniczny — „Rozpoznanie różnicowe swoistych i nieswoistych chorób płuc u dzieci i młodzieży“ — ref. doc. dr Janusz Zeyland z Poznania oraz ten sam temat w odniesieniu do dorosłych — ref. mjr. dr Michał Telatycki z Otwocka. III. Temat społeczny — „Walka z gruźlicą na wsi“ — ref.

dr Witold Chodźko z Warszawy; koreferenci: z Wielkopolski — doc. dr Franciszek Łabendziński z Poznania; ze Śląska — dr Zdzisław Mromliński z Katowic; z Małopolski Zachodniej — dr Stanisław Karasiński z Krakowa; z Małopolski Wschodniej — dr Lesław Węgrzynowski ze Lwowa; z Wileńszczyzny — dr Włodzimierz Leśniewski z Wilna; z Województw Centralnych — dr Paweł Martyrowski z Warszawy. — Oprócz powyższych tematów naukowych i dyskusji nad nim program Zjazdu przewiduje dwa odczyty: dra B. Szpakowskiego — „Walka z gruźlicą w Gdyni“ i dra Bernarda Czemplika — „Klimatologiczne wartości polskiego pobrzeża morskiego dla leczenia różnych postaci gruźlicy“.

8. - W dniach 28, 29 i 30 maja r. b. odbędzie się w Sanatorium Dziecięcym „Górka“ w Busku—Zdroju VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatricznego. Wśród tematów zjazdowych w 3-im dniu obrad jest „Stan i potrzeby sanatoryjnego lecznictwa ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień pedagogicznych“. W dniach 29 i 30 maja odbędzie się tamże III Zjazd lekarzy i nauczycieli zakładów leczniczo-wychowawczych. Termin zgłoszenia prac do dnia 15 kwietnia r. b.

9. - W lutym r. b. Komitet sanatorium dla chorych piersiowych w Rudce uczcił 15-letni jubileusz pracy Dyrektora Rudki dra Tadeusza Rechniowskiego. Jubilatowi ofiarowany został podpisany przez wszystkich członków Komitetu następujący adres: „W styczniu r. b. upłynęło 15 lat pracy Pana Doktora w Rudce i dla Rudki, pracy cichej, bez rozgłosu, lecz jakże pożytecznej i ważkiej w historii Sanatorium, którego rozbudowa i rozwój przypadły właśnie w okresie ostatniego piętnastolecia. Doceniając w pełni zasługi dla Rudki Pana Doktora oraz bezcenne zalety Jego charakteru, — Komitet Sanatorium wyraża Mu jaknajbardziej szczerze uznanie i gorące podziękowanie za gorliwą, pełną uznania i życzliwości dla Instytucji i chorych dotychczasową pracę oraz nader lojalną i miłą współpracę z Komitetem i zarazem gorąco życzy Panu Dyrektorowi długich jeszcze lat pracy dla dobra Sanatorium, którego dalszy niesłabnący rozwój tak gorąco nam wszystkim leży na sercu“.

10. - Zarząd Wojewódzki Wileńskiego Wojewódzkiego Tow. Przeciwgruźliczego ogłasza konkurs na stanowisko Inspektora Towarzystwa. Od kandydata wymagana jest co najmniej 5-letnia praca w zawodzie lekarskim, ukończenie co najmniej kursu kształcącego Polskiego Związku Przeciwgruźliczego lub innego równoważnego w zakresie fizjologii, 3-letnia praktyka w poradniach przeciwgruźliczych oraz znajomość rentgenodiagnostyki klatki piersiowej. Do podania należy załączyć: prawo wykonywania praktyki lekarskiej, dowody stwierdzające kwalifikacje w zakresie fizjologii i życiorys. Warunki płacy: 400 zł. miesięcznie i ryczałt w kwocie 400 zł. mies. na podróże służbowe w obrębie Województwa Wileńskiego, co najmniej w ciągu 10 dni każdego miesiąca. Podania należy nadsyłać do dnia 15 kwietnia 1939 r.

11. - *Polskie Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą* odbyło posiedzenia: 16 stycznia r. b. z pokazami dra M. Blocha (Niezwykły twór wewnątrz jamy w płucu), drów A. Biernackiego i E. Kodejszki (Rzadka postać gruźlicy przewodu pokarmowego), dra B. Krzypowa (pokaz aparatu do odmy sztucznej modyfikacji własnej), dra M. Piaseckiego (Plastyka stawu biodrowego w przypadku obustronnego gruźliczego zapalenia stawów biodrowych i dra B. Glassa (Przypadek śmiertelnego krwotoku płucnego rzadkiego pochodzenia) — oraz z odczytem dra M. Telatyckiego (Współpraca wojska i czynników cywilnych w zwalczaniu gruźlicy). — W dn. 6 lutego — z pokazami dra Gutermana (Rubrofen w leczeniu gruźlicy płucnej) i dra Stopezyka (Gruźlica prosówkowa podostra z zespołem objawów podobnym do ziarnicy złośliwej).

12. - Na posiedzeniu *Tow. Lek. Warszawskiego* w dn. 24 stycznia dr K. Byrkowski i doc. dr Wł. Ostrowski omówili przypadek wielokomorowego ropniaka opłucnej leczonego za pomocą rozległej torakoplastyki; w dn. 7 lutego doc. dr Z. Michalski przedstawił rentgenogramy z przypadku rozległej gruźlicy płuc po dwuletnim stosowaniu glikokolanu miedzi, zaś dr B. Sabat wygłosił odczyt o rentgenografii masowej i jej znaczeniu w walce zbiorowej z gruźlicą.

13. - Na posiedzeniu Sekcji Klinicznej Polskiego *Tow. Medycyny Społecznej* w dn. 27 lutego dr N. Alter przedstawił przypadek rozległych owrzodzeń gardzieli i jamy ustnej (postać gruźlicy Izamberta?).

14. - W dniach 11, 12 i 13 kwietnia r. b. odbędzie się w Lille IX *Kongres przeciwgruźliczy francuski*. Na porządku dziennym są następujące tematy: Charakter i rola różnych typów bakteryjnych poza prątkiem ludzkim w zakażeniu gruźliczym (ref. d-rzy Boquet, Gernez i Nègre); Wysięki ropne w odmie leczniczej i ich leczenie (ref. d-rzy Bernou, Fruchaud, d'Hour, L. Kindberg i Monod); profilaktyka przeciwgruźlicza za pomocą systematycznych badań zbiorowych (ref. d-rzy Berthier, Codvelle, Coureoux, Mattei, Olmer i Vancher).

15. - W dniach 5—22 czerwca r. b. odbędzie się w Rzymie „*Kurs kultury lekarskiej dla lekarzy cudzoziemców*“, zorganizowany przez Istituto Nazionale per le Relazioni Culturali con l'Estero“. W programie jest między innymi 6—8 godzinny kurs prof. E. Morelli z zakresu fizjologii. W dniach 15 lipca — 15 października r. b. w Instytucie C. Forlanini w Rzymie odbędzie się dla cudzoziemców kurs fizjologii pod kierunkiem prof. E. Morelli. Dane o powyższych kursach komunikuje dyrektor Istituto Nazionale pod datą 21 lutego 1939 r. (adres: via L. Spallanzani 1 A).

Z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego

KOMUNIKAT

XI Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Berlinie w czasie od 16 do 20 września 1939 r. pod przewodnictwem dr Otto Waltera, Prezesa Niemieckiego Państwowego Wydziału do Walki z Gruźlicą.

Program Zjazdu obejmuje trzy główne tematy:

Temat I. Biologiczny: „Zagadnienie zjadliwości prątków Kocha“. — Referenci główni — dr Boquet (Francja) i dr A. Saenz (Urugwaj). Koreferenci: prof. Bruno Lange (Niemcy), dr K. A. Jensen (Dania), dr Kenneth C. Smithburn (Stany Zjedn.), dr A. Stanley Griffiths (Wielka Brytania), dr William T. Munro (Wielka Brytania), prof. B. Besta (Italia), dr Carlo Cattaneo (Italia), dr Z. Ski-biński (Polska), dr Al. Carvalho (Portugalia), dr C. Vidal (Portugalia) i prof. J. Nedelkowitch (Jugosławia).

Temat II. Kliniczny: „Znaczenie badań systematycznych dla wykrywania gruźlicy płuc u osobników powyżej 15 lat wieku“. — Referent główny — dr H. Eraeuning (Niemcy). Koreferenci: prof. G. Araoz Alfaro (Argentyna), dr R. Vaccarezza (Argentyna), dr Willard B. Soper (Stany Zjednoczone), dr Toivo Ellila (Finlandia), dr P. Braun (Francja), dr A. Coureoux (Francja), dr F. R. Heaf (Wielka Brytania), prof. G. Costantini (Italia), dr H. J. Ustvedt (Norwegia) i prof. V. Tchepulitch (Jugosławia).

Temat III. Społeczny: „Przywrócenie zdolności do pracy chorym na gru-

zlicze". — Referenci główni — sir Pendrill Varrier Jones (Wielka Brytania) i dr E. Bachmann (Szwajcaria). Koreferenci: dr Dorn (Niemcy), dr G. Derscheid (Belgia), dr Kennon Dunham (Stany Zjednoczone), dr L. Guinard (Francja), dr E. Bernard (Francja), prof. F. Bocchetti (Italia), prof. F. Parodi (Italia) i dr W. Bronkhorst (Holandia).

Program Zjazdu przewiduje nadto szereg wycieczek i przyjęć.

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego rzeczywiście i tytułarni są wolni od wpisowego. Proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, lub też bezpośrednio do Komitetu Organizacyjnego Zjazdu w Berlinie.

Osoby nie będące członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, a które pragną zapisać się na Zjazd jako członkowie mogą zgłaszać się jedynie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa, ul. Karowa 31. *do dnia 15 maja r. b.* — Wpisowe na Zjazd wynosi dla członków po 48 zł. od osoby, dla członków ich rodzin — po 30 zł. od osoby. Wpisowe należy wpłacać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego jednocześnie ze zgłoszeniem.

Niemiecki Komitet Organizacyjny zapewnia uczestnikom Zjazdu zniżki kole'owe. O zniżki na kolejach polskich poczyni starania Polski Związek Przeciwgruźliczy, jak również o ulgi paszportowe. W tym celu podany wyżej termin zgłoszenia winien być ściśle przestrzegany.

OD REDAKCJI

Dla ułatwienia i przyśpieszenia druku nadsyłanych prac, redakcja uprzejmie prosi wszystkich autorów o nadsyłanie wyłącznie maszynopisów, z pozostawieniem szerokich interlinii, marginesu oraz miejsca wolnego ponad tytułem dla poprawek i uwag redakcji. Do każdej pracy dołączyć należy krótkie streszczenie w celu przetłómaczenia na język francuski dla prenumeratorów zagranicznych.

Rentgenogramy i fotografie powinny być dostarczone w postaci doskonale technicznie wykonanych odbitek kontaktowych glansowanych, rysunki kreskowe powinny być wykonane piórem i czarnym tuszem na gładkim, twardym papierze. Przy większej ilości ilustracyj część kosztów wykonania klisz ponosi autor.

Przy nadsyłaniu prac uprasza się o zaznaczenie ile odbitek autor zamawia. Autor otrzymuje 25 odbitek bezpłatnie.

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: Polski Związek Przeciwgruźliczy,
Karowa 31. Tel. 277-70

Prenumerata roczna zł. 12, cena zeszytu zł. 3.
Należność za prenumeratę wpłacać na konto czekowe P. K. O. 12 100

Drukarnia W Zajączkowski, Warszawa, Chłodna 37, tel. 6.69-46

B I B L I O T E K A

POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZEGO

Komunikat Nr. 4

Wykaz główniejszych nabytków w II-iej połowie 1938 roku

1. COMPTE RENDU de l'activité de des dispensaires antituberculeux. Année 1936. Rennes 1938. Comité National de Défense contre la Tuberculose. 8^o, str. 19. 2835/II
2. CUCCHIANI ACEVEDO Rodolfo dr. La duración de la colapsoterapia gaseosa y el problema de su interrupción. Tesis de doctorado. Buenos Aires 1938. Univ. Nac. Facultad de Ciencias Medicas 8^o, str. 64, 2 nlb. 2079/III
3. DĄBROWSKI Kazimierz. Co o gruźlicy wiedzieć należy. Podręcznik dla chorych i ich rodzin. Warszawa 1938. Warsz. T-wo Przeciwgr. 8^o, str. 72, 1 nlb. 1972/II
4. DIAGNOSTIC STANDARDS. Tuberculosis of the Lungs and related Lymph Nodes. /New York/ 1938. Nat. Tuberculosis Association. 8^o, str. 32. 1976/II
5. FIDLERÓWNA Anna. Zagadnienie mieszkaniowe. Warszawa 1938. N. 1 „Pracy i Opieki Społecznej“ 8^o, str. 3—11. 2078/III
6. ICKERT Franz dr. zob. 24. Tbkulose-Bibliothek N. 71.
7. JANKER Robert prof. dr. zob. 24. Tbk-Bibl. N. 69.
8. JONESCO-MIHAIESTI C. i in. La vaccination antituberculeuse par le BCG en Roumanie. Dix années de vaccination à Bucarest. Bucarest 1938. Extrait du Bull. de l'Académie de Médecine de Roumanie. 8^o, str. 32. 1982/II
9. KAYSER-PETERSEN J. E. prof. dr. und dr. K. H. GRENZER. zob. 24 Tbk- Bibl. N. 70.
10. KRUSZÓWNA M. i M. MARCIAK. Dwa przypadki odmy samoistnej. Warszawa 1937. Odb. z „Medycyny“ 8^o, str. 10. 1978/II
11. MINUTES and Report of the Proceedings of the Sixth Annual Conference of the Christmas Stamp Fund of the Union of South Africa, held in the City Hall, Durban, on the 4th and 5th July, 1938. /Również w języku holend./ Durban 1938. /Christmas Stamp Fund/. 4^o, str. 33, 33. 3027/IV
12. MIRABEL Józef dr. Walka społeczna z gruźlicą — jej blaski i cienie. Warszawa 1938. Odb. z „Warsz. Czasop. Lek.“ 8^o, str. 16. 1974/II
13. L'OEUVRE féconde du Timbre Antituberculeux en 1937. Utilisation des fonds recueillis dans la 10-e campagne nationale. (1-er Décembre 1936 — 5 Janvier 1937). Paris 1938. Comité National de Défense contre la Tbc. 8^o, str. 66, 1 nlb. 2778/II
14. ONTANEDA Luis E., Egidio S. MAZZEI, Ernesto A. OVIEDO y Marcial V. GONZALEZ. Primo-Infeccion tuberculosa inaparente del Adulto. Comentario basado en el estudio de 81 sujetos de tropa alergizados durante su permanencia en filas del Ejército Hospital Militar Central—Servicio de Clínica Médica. Buenos Aires 1937. N. 1-2 „Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis“. 8^o, str. 16—66. 1971/II
15. OSTROWSKI Władysław/. Pneu-monoliza w leczeniu gruźlicy płuc.

- Technika zabiegów uwalniających płuco od zrostów ze ścianą klatki piersiowej. /Warszawa 1938. Odb. z „Chirurgia Polsk.“/ 80, str. 16.
2080/III
16. PLEBAŃCZYK Piotr. Kwalifikacja chorych na gruźlicę płuc do leczenia sanatoryjnego. Warszawa 1938. Odb. z „Medycyny“ 80, str. 18.
1979/II
17. PLEBAŃCZYK Piotr. O wpływie odmy sztucznej na drugie płuco. Warszawa 1935 Odb. z „Gruźlicy“. 80, str. 18.
1981/II
18. PLEBAŃCZYK Piotr. Witamina D i tran w leczeniu gruźlicy. Warszawa 1935. Odb. z „Gruźlicy“. 80, str. 14.
1980/II
19. RAPPORT du Service de la Statistique. Année 1935. Melun 1936. Comité National de Défense contre la Tbc. 80, str. 105. 2729/II
20. REPORT. The Thirty-seventh Annual Report of the Canadian Tuberculosis Association for the Year 1937. b. m. w. /1938/. Can. Tbc. Assoc. 80, str. 86, tabl. 1. 2726/II
21. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA Maria. Zasady projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Warszawa 1938. N. 1 „Pracy i Opieki Społ.“ 40, str. 33—41.
2078/III
22. TRANSACTIONS of the Twenty-fourth Annual Conference held in the Great Hall, British Medical Association House, Tavistock Square, London. June 29th and 30th. July 1st and 2nd, 1938. London 1938. The Nat. Assoc. for the Prev. of Tbc. 80, str. 215, XXVI, 1 mapa.
2694/II
23. TRANSACTIONS of the Thirty-fourth Annual Meeting. Los Angeles, Calif. June 20, 21, 22, 23, 1938. New York /1938/. Nat. Tbc. Assoc. 80, str. 407. 2708/II
24. TUBERKULOSE - BIBLIOTHEK hrsg von dr. F. Redeker und dr. K. Diehl. Leipzig 1938-9. J. A. Barth. 80.
N. 69. Prof. dr. Robert JANKER. Leuchtschirm-photographie Röntgenreihenuntersuchung. Die Photographie des Leuchtschirmbildes, eine Methode der Röntgenreihenuntersuchung. str. 57, 2 nlb.
N. 70. Prof. dr. J. E. KAYSER-PETERSEN und dr. K. H. GRENZER. Fürsorgerische Beobachtungen über die Anfänge der Lungentuberkulose des Erwachsenen. str. 90, IV, 1 nlb.
N. 71. Dr. Franz ICKERT. Ueber exogene Reinfekte und die Superinfektion bei Tuberkulose. str. 67, IV. 2699/II
25. VERSLAGEN der Tuberkulose-Studie-Commissie van de Nederlandse Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose. XII — (1938). s'Gravenhage /1938/. Ned. Centr. Ver. tot Bestr. der Tbc. 80 str. 81. 2740/II
27. WERNIC Leon dr. Eugenika i jej znaczenie dla wychowania młodego człowieka. Warszawa 1938. Pol. Kom. Op. nad Dzieckiem. 80 str. 44. 2731/II
27. WIESZENIEWSKI Włodzimierz. W odpowiedzi p. dr. Pietraszewskiemu. Warszawa 1938. Odb. z „Lekarza Polskiego“. 80, str. 11
1977/II
28. ZIEGELMAYER Wilhelm dr. Unserere Lebensmittel und ihre Veränderungen. Mit einer Darstellung der Lehre von der Kochwissenschaft. Für Aerzte, Chemiker, Lehrer, Krankenanstalten, und Diätküchen, Landwirtschaft und Nahrungsmittelindustrie. Dresden u. Leipzig 1933. T. Steinkopff. 80. str. 322, XV. 376/II

NADEŚLANO

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych U. S. B. w Wilnie

(Dyr. prof. dr A. Januskiewicz)

Dr E. Salitówna, st. asyst. Kliniki

Alucol jest wodorotlenkiem glinu ($\text{Al}(\text{OH})_3$) w stanie rozproszonym, umożliwiającym łatwo przechodzenie w stan koloidalny i żelatynizację. Alucol odznacza się nadto własnością silnego adsorbowania elektrolitów, a zwłaszcza kwasu solnego oraz bakterii. Ilość zaadsorbowanego kwasu solnego, zależna jest od jego koncentracji, stąd też przy wyższej kwasocie treści żołądkowej, Alucol adsorbuje więcej kwasu solnego, niż przy niższej. Przy normalnej kwasocie peptyzacja i adsorpcja jest taka powolna i znikoma, że tylko minimalna część kwasu solnego zostaje związana i Ph treści żołądkowej wystarcza do trawienia.

Autorka postanowiła — przy pomocy zwykle używanych metod leczniczych oraz prób klinicznych — wykazać wpływ Alucolu na kwasotę treści żołądkowej oraz na trawienie. Równocześnie przeprowadzono doświadczenie kontrolne z dwu-węglanem sodu.

Obserwacje kliniczne przeprowadzono na 25-ciu chorych (ulcus ventriculi et duodeni, gastritis acida et hyperacida, duodenitis, etc.)

Wyniki prób klinicznych autorka reasumuje w następujących punktach:

1. Alucol obniża kwasotę treści żołądkowej, zwykle jednak to obniżenie nie sięga poniżej wartości prawidłowych. W niektórych przypadkach obniżenie kwasoty jest nieznaczne, ale mimo to nastąpiła poprawa przedmiotowa i podmiotowa.

2. Obniżenie kwasoty nie upośledza jednak zupełnie albo prawie zupełnie trawienia żołądkowego, co występuje przy użyciu alkaliów podanych w jakiś czas po posiłku.

3. Zarówno obniżenie kwasoty, jak i zmiany zdolności trawienia są osobniczo zmienne, zarówno *in vitro* jak i *in vivo*.

4. Alucol dodany *in vitro* do kwasu solnego wytwarza tym prędzej galaretkę, im wyższe jest stężenie kwasu. Przy niskich wartościach kwasoty, galareta nie powstaje, a wytwarza się roztwór koloidalny.

5. Ponieważ Alucol nie działa jako zasada, może być użyty wszędzie tam, gdzie przeciwwskazane jest alkalizowanie ustroju, a są objawy nadkwasoty żołądkowej. Wskazany jest również specjalnie przy nieżycie żołądka, nie obniża bowiem tak gwałtownie kwasoty, jak alkalia.

6. Alucol można łączyć z rzewieniem, belladonną, atropiną, itp. a nie należy łączyć z alkaliami, gdyż te przeszkadzają działaniu Alucolu.

7. Stosując leczenie Alucolem naprzemian z leczeniem alkaliami, można nieraz w szczególnie ciężkich przypadkach osiągnąć dobre wyniki.

BALSAM TRIKOLAN-AGE

Reg. M. O.
Sp. Nr. 295

BALSAM TRIKOLAN-AGE C. BIOPHYTOLO

Reg. M. O.
Sp. Nr. 294

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju

W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń pp. Lekarzy, podkreślających dodatnie działanie tych środków, co jest **najlepszym świadectwem ich wartości leczniczej**. Preparaty te na I-ej Wystawie przeciwgruźliczej we Lwowie nagrodzone zostały Złotym medalem.



Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc i t. p.

DOROŚLI: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej,

DZIECI: 3 razy dziennie po łyżeczce do herbaty

Wobec ujawnionych naśladownictw prosimy **WW.PP. Lekarzy** o przepisywanie „**BALSAMU TRIKOLAN**“ tylko w oryginalnym opakowaniu.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

Adolf Gąsecki i Synowie, Spółka Akc.

WARSZAWA 12, Mokotów, ul. Belgijska Nr. 7.

CHEMICZNA FABRYKA dawniej SANDOZ
BAZYLEA, Szwajcaria

„CALCIUM - SANDOZ”

GRANULKI,

zawierają 100% org. zw. wapnia, przeto
niczem nie obciążone, nie są słodkie.

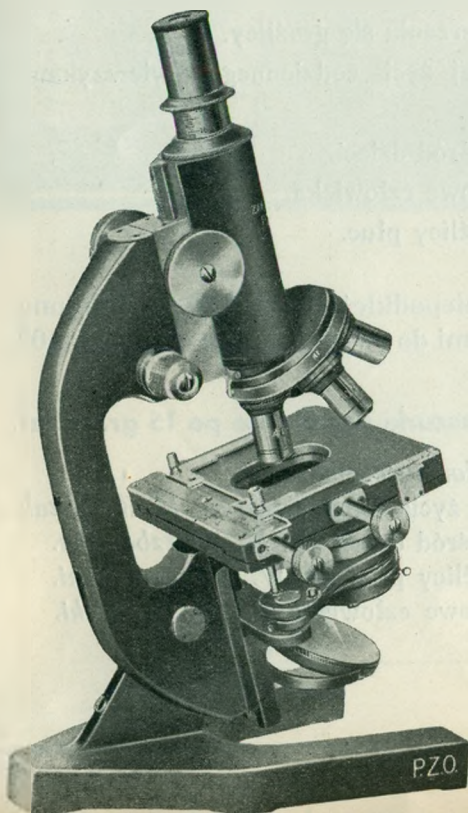
Najbardziej wydajny preparat wapniowy

Z nowości:

BELLER GAL

Wskazania między innymi
w zapobieganiu potem w gruźlicy

Lit. i próby: INŻ. KAROL ANTONI SOMMER
Warszawa — nowy adres: Hoża 42 m. 8, tel. 8-09-36



POLSKIE ZAKŁADY OPTYCZNE
Sp. Akc.
WARSZAWA

ul. Grochowska 35. tel. 5.54.40

MIKROSKOPY

dwuokularowe (binokularowe)
i jednookularowe, laboratoryjne,
metalograficzne, szkolne.

Trychinoskopy, lornety
pryzmatyczne, lupy wszelkich
rodzajów, statywy preparacyjne.

Naprawa wszelkich mikrosko-
pów.

Przyjmują do opracowania
projekty z dziedziny optyki
i mechaniki precyzyjnej.

Zakłady zostały nagrodzone
na wystawach krajowych
i zagranicznych 6-ma złotymi
medalami i dyplomem hono-
rowym.

TABLICE POGLĄDOWE O GRUŻLICY

wielobarwne, o wymiarze 70 cm. × 100 cm.

do nabycia

W POLSKIM ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZYM

WARSZAWA, UL. KAROWA 31 TEL. 2-77-70.

1. Zarazek gruźlicy, jego postać, wykrywanie i hodowla.
2. Krowa chora na gruźlicę jest groźnym źródłem zakażenia.
3. Człowiek chory na gruźlicę jest najczęstszym źródłem zakażenia.
4. Czynniki sprzyjające szerzeniu się gruźlicy.
5. Zasady higieny osobistej życia codziennego z wierszykami Or-Ot'a.
6. Zapobieganie gruźlicy wśród dzieci.
7. Narządy i drogi oddechowe człowieka.
8. Początkowe objawy gruźlicy płuc.

Cena za tablicę niepodklejoną zł. 1,50, podklejoną, na płótnie, z wałeczkami do zwijania—jak mapy, zł. 4,00.

Pozatym są do nabycia broszurki popularne po 15 gr. za szt.

1. Zarazek gruźlicy *St. Adamowiczowa*.
2. Zasady higieny osobistej życia codziennego *Dr. M. Kacprzak*.
3. Zapobieganie gruźlicy wśród dzieci *Dr. M. Wierzbowska*.
4. Początkowe objawy gruźlicy płuc *Dr. W. Wieszeniewski*.
5. Narządy i drogi oddechowe człowieka *Dr. M. Grodecki*.

**Polski Związek
Przeciwgruźliczy**

poleca

**spluwaczki
kieszonkowe**

Do nabycia w aptekach
i składach aptecznych

Zobaczcie prze: Dep. Stołby Zlewno
Min. Spr. W. 1000



POLSKI ZWIĄZEK PRZECIWGRUŻLICZY

Warszawa — ul. Karowa 31, tel. 2 77-70.

(gmach Towarzystwa Higienicznego)

posiada na składzie tabliczki z napisem

PLUĆ TYLKO DO SPLUWACZKI

dla szkół, biur i wszelkich instytucyj publicznych

Higieniczne.

Estetyczne.

Tanie

(dające się zmywać)

Wysła się na zamówienie.

Cena 25 gr. za sztukę.

CALCIUM

CLUCONATUM KLAWE

CALCIUM

CALCIUM

Lek do energicznego uwapnienia ustroju,
stosowany domięśniowo i dożylnie

Gruźlica

Krwotoki wszelkiego rodzaju

Skaza wsiekowa

Zaburzenia układu roślinnego

Schorzenia skóry

Ampułki 10% i 5% po 10 cc. i 5 cc.

Granulki

MOTOFER-

„MOTOR”

Najsukuteczniejszy, najbardziej celowy lek w ogólnym wyczerpaniu organizmu, w stanach rekonwalescencji po ostrych chorobach zakaźnych, we wszelkich postaciach **NIEDOKRWISTOŚCI.**

ZAWIADAMIAMY WSZYSTKICH
NASZYCH KLIENTÓW

o

wprowadzeniu na rynek
BŁON RENTGENOWSKICH
„KODAK SUPERSENSITIVE SAFETY BLUE”

(bezpieczne — niezapalne, o podkładzie niebieskim)

Błony te dzięki podkładowi niebieskiemu odznaczają się wzmożonym kontrastem, wielką plastyką oraz bogactwem szczegółów.

Cena błon RENTGENOWSKICH
„Kodak Supersensitive Safety Blue”
jest identyczna z cenami błon zwykłych przezroczystych.

KODAK Sp. z o. o.
Warszawa, pl. Napoleona 5

GRUŻLICA

DWUMIESIĘCZNIK

ORGAN POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZEGO

VII OGÓLNOPOLSKIEMU ZJAZDOWI PRZECIWGRUŻLICZEMU W GDYNI POŚWIĘCA

REDAKCJA

REDAKTOR NACZELNY

Dr STEFAN RUDZKI

Zastępca Redaktora Naczelnego

Dr ANDRZEJ BIERNACKI

TREŚĆ

J. Walawski — Wpływ zmian gruźliczych w płucach na sprawność fizjologiczną regulacji krążenia	89
M. Dworzaczek i S. Popowski — Allergometria u dzieci w gruźlicy typu dorosłych	101
J. i Z. Skibińscy — O większej zapadalności na gruźlicę osobników, należących do dalszych kategorii w kolejności narodzin	110
St. Hornung i T. Lewicki — Zagadnienie pracy u chorych na gruźlicę	120
Piśmiennictwo polskie i obce	146
Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą	174
Sir Robert Philip — wspomnienie pośmiertne	175
Bronisława Dłuska — wspomnienie pośmiertne	178
Listy do redakcji	179
Wiadomości bieżące	182

WARSZAWA

**W uporczywych biegunkach u gruźlików doskonałe efekty
lecnicze u dzieci i dorosłych daje**

POMONAL-Boryszew

**Preparat o doskonałym smaku otrzymywany
ze świeżych jabłek.**

Pudełka po 50 i 110 g plv
" " 24 tabl. à 2 g.

Odnośne piśmiennictwo kliniczne oraz próby wysyła Oddział Naukowy
Warszawa, ul. Żelazna 56.

Wysoce aktywny preparat wątrobowy

PERMEDIN-Laokoon

bogaty w czynnik przeciwanemiczny i przeciwtoksyczny.

Wzmaga hemopoezę, zwalcza
intoksykację, podnosi siły
obronne ustroju. W przebiegu
gruźlicy stosuje się najczęściej
PERMENDIN I (w stężeniu
normalnym) oraz PERMENDIN
LIQUID. obfitujący w jony Fe,
Cu i Mn oraz witaminy grupy
—— B (B₁B₂B₆) ——

PERMEDIN I 6 amp. po 2 cm³ zł. 6.—
PERMEDIN II (forte) 3 amp. po 1 cm³ „ 9.60
PERMEDIN Liq. Fl. 80 cm³ „ 5.70

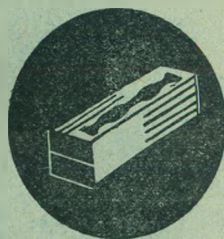
**Zakłady Chemiczne „L A O K O O N“ S. A. Lwów,
ul. Furgalskiego 6—8**

ENTERAKTIN „BORUTA“ OPŁATKI

POŁĄCZENIE CHLORAKTINU Z WĘGLEM AKTYWOWANYM

*Odkaza przewód pokarmowy,
Zwalcza procesy gnilne i fermentacyjne.
Pochłania produkty rozkładu i gazy
Leczy niezłyty jelit, c erwonkę, owrzodzenia
jelit, zatrucia pokarmowe.*

DAWKOWANIE: 3 — 6 razy dziennie, po
jedzeniu, 1 opłatek



HEPAMUSCOL

WYCIĄG ZE ŚWIEŻEJ WĄTROBY CIEŁĘCEJ POŁĄCZONY Z WYCIĄGIEM Z MIĘŚNI WOŁU

*pobudza czynności układu krwiotwórczego,
wzmaga hemopoezę i siły obronne ustroju,
powoduje szybką poprawę stanu ogólnego.*

WSKAZANIA: WSZELKIE POSTACIE NIEDOKRWRWISTOŚCI

*Wyczerpanie. Okres zdrowienia po choro-
bach zakaźnych. Gruźlica.*

DAWKOWANIE:

*Dorośli: 3 razy dziennie po 1 — 3 łyżek
stołowych. Dzieci odpowiednio mniej.*

L. NASIEROWSKI,

*Chem. Farm. Zakłady Przemysł. Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9.*



„EMPHYSAL“

Dwujodek kofeino-teobrominowy

Wprowadzony do Lekospisów: Związku Kas Chorych, Szpitalnictwa, Kolei Państwowych i innych.

W S K A Z A N I A :

1. Rozedma płuc. (Emphysema pulmonum)
2. Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chronica)
3. Miażdżycza naczyń obwodowych i wieńcowych serca (Sclerosis)
4. Dychawica sercowa i oskrzelowa (Asthma cardiacum et bronchiale)
5. Przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego (Myodegeneratio musculi cordis)
6. Wzmoczone ciśnienie krwi (Hypertensio)

ZAKŁ. CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE

„V A P O R“

R. i S. HERYNOWSCY

Warszawa, ul. Żelazna 30, Telefon 6.61-39

Kwas moczowy jest skutecznie rozpuszczalny i wydalany z ustroju

przez **U R O N**

URON zawiera: Ac. chinicum, Ac. citricum, Ac. tartaricum, Lithium carbonicum, Lysidinum bitartaricum, piperazinum purissimum, Hexamethylentetramin, Natr. bicarbonicum, Sacchar. album

POSTAĆ. „URON“ przedstawia się w postaci białych ziarenek, dających w połączeniu z wodą musujący płyn o przyjemnym orzeźwiającym smaku

WSKAZANIA. Skaza moczanowa, wszelkie postacie dny, zapalenia zniekształcające stawów, rwa kulszowa, kamica nerkowa i pęcherzowa, zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza, lumbago, wyprysk, świąd skóry, pokrzywki, obrzęk Quinckego, schorzenina wątroby, kamica żółciowa.

DAWKOWANIE. Dla dorosłych po 1 łyżeczce od herbaty na 1/2 szklanki wody 3—4 dziennie w 2 godziny po jedzeniu. W przypadkach ostrych do 6 łyżeczek dziennie. W przypadkach przewlekłych dla zapobieżenia ewentualnym nawrotom cierpień artretycznych należy powtarzać kurację URONEM przez jeden tydzień w miesiącu w ilości 3 łyżeczek dziennie. Dla dzieci do lat 15—2 łyżeczki od kawy dziennie.

OPAKOWANIE. Flakon zawiera ca 80 gr. ziarenek.

wyrobu Zakładów Chemiczno-Farmaceutycznych

„V A P O R“ **R. i S. HERYNOWSCY**
Warszawa

GRUŻLICA

PRACE ORYGINALNE

Z Zakładu Fizjologii Uniwersytetu J. Piłsudskiego w Warszawie
Kierownik prof. dr Fr. Czubalski

Doc. dr **JULIAN WALAWSKI**

WPLYW ZMIAN GRUŻLICZYCH W PŁUCACH NA SPRAWNOŚĆ FIZJOLOGICZNĄ REGULACJI KRAŻENIA

Układ krążenia i narząd oddechowy są ze sobą ściśle związane i obydwa te układy odgrywają zasadniczą rolę w zaopatrzeniu tlenem tkanek naszego ciała. Jasną więc rzeczą jest, że te dwa układy muszą podlegać regulacji przez wspólne urządzenia i wywierać na siebie wzajemny wpływ, a wszelkie zmiany w układzie jednym prowadzą do zmian w drugim, w stopniu większym lub mniejszym.

Ażeby mieć podejście do zrozumienia wpływu zmian patologicznych, rozgrywających się w narządzie oddechowym, na układ krążenia — zajmiemy się na wstępie wzajemną fizjologiczną zależnością oddychania i krążenia.

I tak: jeżeli zapiszemy metodą krwawą ciśnienie tętnicze w warunkach fizjologicznych, to widzimy na krzywej fale małe, zależące od czynności skurczowej i rozkurczowej serca, jak również fale duże, zależące od oddechu.

Jeżeli zaciśniemy zwierzęciu tchawicę lub lepiej jeszcze wyłączymy sztuczne oddychanie po zatruciu kurarą czy po przecięciu rdzenia kręgowego pod przedłużonym i zwierzę będzie się dusić, to występują wybitne zmiany w czynności układu krążenia. Przede wszystkim znikają rytmiczne fale oddechowe, ciśnienie krwi podnosi się znacznie z powodu zwężenia naczyń pochodzenia ośrodkowego, czynność serca ulega zwolnieniu, później występują rzadkie uderzenia serca o dużej rozpiętości skurczowo-rozkurczowej tzw. „Vaguspuls“, spowodowany drażnieniem ośrod-

ka nerwu błędnego, następnie ciśnienie obniża się i spada do zera a zwierzę ginie z zatrzymania czynności serca. Z drugiej strony — zmiany w krążeniu, spowodowane jego niedomogą, prowadzą znów do wystąpienia duszności, pogłębienia oddechów i wzmożenia ruchów oddechowych z udziałem wszystkich mięśni oddechowych na skutek zastoju krwi w płucach i innych tkankach oraz gorszego jej przepływu.

Jak widzimy z tych prostych przykładów, oddychanie wyraźnie wpływa na krążenie i to w stopniu bardzo dużym, a wpływ ten jest wzajemny.

W jaki sposób wpływa oddychanie na krążenie i jakie mechanizmy warunkują ten wzajemny wpływ?

Już sama topografia serca zamkniętego w klatce piersiowej, świadczy o tym, że oddychanie musi wywierać wpływ na serce i duże naczynia w sposób czysto fizyczny. Ujemne ciśnienie, panujące w klatce piersiowej, wpływa na serce i duże naczynia, a przede wszystkim na naczynia o ściankach cienkich i podatnych, mianowicie na żyły i przedsionki serca. Rytmiczne zmiany ciśnienia w klatce piersiowej, spowodowane rytmicznymi ruchami oddechowymi, wywołują również rytmiczne zmiany ciśnieniowe w przedsionkach i żyłach. Podczas wdechu więc, dzięki zwiększeniu ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej, żyły śródpiersia lepiej się wypełniają, wobec czego zwiększa się ilość krwi dopływającej do prawego serca. Dokładne badania zarysów serca wykazują, że wdech zwiększa wypełnienie serca, wydech zaś zmniejsza je. W związku z tym podczas skurczu serca większa ilość krwi, która przepłynęła przez płuca, zostaje wyrzucona do tętnic, co z kolei pociąga za sobą wzrost ciśnienia w układzie tętniczym. Podczas wydechu zjawisko jest odwrotne, ze względu na zmniejszenie się ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej. Wobec tego wdech powoduje podniesienie ciśnienia krwi w krążeniu dużym, wydech natomiast obniżenie. Punkt jednak najwyższego ciśnienia na krzywej ciśnieniowej nie schodzi się ze szczytem wdechu na krzywej oddechowej, lecz przesuwają się w kierunku punktu wydechowego. Zależy to od tego, że zwiększenie ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej podczas wdechu ułatwia dopływ krwi do serca, natomiast wypływ ze serca w tej fazie oddechowej jest utrudniony ze względu na to, że krew zostaje wyrzucana z okolicy, będącej pod niskim ciśnieniem do okolicy, znajdujących się pod ciśnieniem wyższym. Dlatego najwyższy punkt podniesienia ciśnienia krwi, biorąc jeszcze pod uwagę stosunki czasowe, wypada w okresie już rozpoczynającego się wy-

dechu. Współdziałała w tych zmianach ciśnienia ujemnego obok ruchów klatki piersiowej także ruchy przepony, która kurcząc się zwiększa wymiar podłużny klatki piersiowej i przy torze oddechowym mieszanym wykonuje około 35% ogólnej pracy oddechowej.

Prócz tego oddychanie wpływa na zmianę oporów naczyńowych w płucach, a mianowicie podczas wdechu otwierają się dodatkowe naczynia włosowate i opory naczyniowe są mniejsze, wydech natomiast zwiększa opory dzięki zmniejszeniu ilości czynnych naczyń włosowatych. Wszędzie więc tam, gdzie mamy do czynienia z zapadnięciem się płuca — występuje utrudnione krążenie w tym płucu, a to z kolei pociąga za sobą zmiany w krążeniu małym na drodze mechanicznej.

Oprócz czynników czysto fizycznych, wywierających wpływ na krążenie — istnieją jeszcze wzajemne wpływy chemiczne i nerwowe, działające równocześnie na oddychanie i krążenie. Do czynników chemicznych należy zaliczyć dwutlenek węgla, który wpływa bezpośrednio na ośrodek oddechowy, ośrodek nerwu błędnego i ośrodek naczyniowy główny, jak również na ośrodki naczyniowe niższego rzędu w rdzeniu kręgowym. Normalna ilość dwutlenku węgla we krwi, która waha się około 40% objętości we krwi tętniczej, a 50% we krwi żyłnej, ulega stale pewnym wahaniom w zależności od pracy narządu. Narządy pracujące wytwarzają bowiem więcej dwutlenku węgla, a dlatego większa jego ilość przechodzi do krwi żyłnej, odpływającej z narządów pracujących, co powoduje zmianę odczynu aktualnego krwi. Zmiana odczynu aktualnego krwi w kierunku zakwaszenia prowadzi do podrażnienia ośrodka oddechowego, pogłębienia oddechów, wzmożonej wentylacji płuc i zwiększenia zasadowości krwi. Zrozumiałym więc jest, dlaczego podczas pracy człowiek oddycha głębiej i częściej. Wystarczą już bardzo małe ilości tego gazu do zmiany natężenia oddychania w związku ze zmianą pH krwi. Inne kwasy, jak np. mlekowy, octowy, betaoksymasłowy nie powodują tak znacznych zmian w nasileniu oddychania. Niektórzy autorzy twierdzą, że dwutlenek węgla i tlen zmieniają pH również w samym ośrodku oddechowym i stan rozmaitego pobudzenia tego ośrodka zależy więc nie tylko od odczynu aktualnego krwi, lecz i od zmian pH w samym ośrodku.

Dwutlenek węgla zawarty we krwi wpływa nie tylko na ośrodek oddechowy, ale również na serce, powodując zmiany jego czynności. Zwiększenie zawartości dwutlenku węgla we krwi zwiększa rozkurcz serca, co prowadzi do większego jego wypeł-

nienia, skurcz natomiast staje się słabszy przy równoczesnym przyśpieszeniu czynności serca. Wchodzi tutaj w grę nie tylko sprawa bezpośredniego działania na serce dwutlenku węgla. Działają tu jeszcze wpływy nerwowe z ośrodka nerwu błędnego, z ośrodka naczyniowego, jak również zwiększone wydzielanie adrenaliny, co jest wynikiem pobudzenia tych ośrodków, a być może i nadnerczy przez zwiększoną zawartość CO_2 we krwi. Że obniżenie zasadowości krwi pobudza czynność serca, dowodzą tego badania Czubalskiego, stwierdzając, że drażnienie nerwu błędnego zwiększa zasadowość krwi w sercu, co osłabia czynność tego narządu. Zwiększona zawartość dwutlenku węgla we krwi wpływa również na zwiększenie się ilości adrenaliny we krwi przepływającej. Badania Czubalskiego, który pierwszy stwierdził podczas duszenia adrenalinemię we krwi tętniczej, jak Canon we krwi żyłnej, a także moje własne spostrzeżenia wskazują, że podczas duszenia mamy do czynienia, poza podrażnieniem ośrodka naczyniowego, ośrodka nerwu błędnego i ośrodka oddechowego, jeszcze z podrażnieniem nadnerczy i zwiększonym wydzielaniem adrenaliny, co powoduje podniesienie się ciśnienia krwi. Jeżeli usuniemy nadnercza u zwierząt duszonych, to faza adrenalinowa zwykłego ciśnienia nie występuje. Prawdopodobnie zwiększone wydzielanie adrenaliny jest spowodowane działaniem zwiększonej ilości acetylocholiny w nadnerczu, powstającej jako skutek podrażnienia albo elementów nerwowych w samym nadnerczu, należących do układu cholinergicznego, albo zwojów solaris lub suprarenalis przez dwutlenek węgla, a może i z powodu pobudzenia przez CO_2 nerwu błędnego. Jeżeli zważymy, że każde nadnercze posiada nie mniej niż 33 gałązki nerwowe, odchodzące od zwoju słonecznego przez plexus suprarenalis, to nawet po przecięciu nerwów trzewnych może wyzwolić się dostateczna ilość acetylocholiny, jako skutek zadziałania dwutlenku węgla na zwój słoneczny lub plexus suprarenalis, które pobudza nadnercza do wzmoczonej produkcji adrenaliny.

Wzrost dwutlenku węgla we krwi wpływa również na ośrodek naczyniowy w sensie zwiększenia jego napięcia, co prowadzi do natychmiastowego podniesienia ciśnienia krwi, dzięki zwężeniu naczyń krwionośnych w całym ustroju z wyjątkiem narządów pracujących. Miejscowo bowiem dwutlenek węgla, a zapewne i inne produkty, wytworzone podczas pracy narządów, powodują rozszerzenie naczyń włosowatych, co sprzyja zwiększonemu przepływowi krwi przez narząd pracujący.

Jak widzimy z naszych rozważań, dwutlenek węgla wybit-

nie wpływa na regulację krążenia, a wobec tego, że oddech reguluje nasycenie nim krwi, zrozumiałym się staje, że układ oddychania i układ krążenia są układami wzajemnie się regulującymi.

Nie tylko dwutlenek węgla wpływa na czynność ośrodka oddechowego. Również zmiany ilości tlenu we krwi wpływają na ośrodek oddechowy, prowadząc do okresowości oddychania typu Cheyne-Stokesa. Ten typ oddychania wybitnie zaznacza się przy obniżonej ilości tlenu we krwi, a podawanie wówczas tlenu usuwa objawy okresowości oddychania. Zjawisko to może być uzyskane w celach diagnostycznych szczególnie w przypadkach podejrzanych o dławicę piersiową.

Widzimy z tego, że oddech Cheyne-Stokesa jest objawem anoksemii, względnie zaburzenia w równowadze tlenu i dwutlenku węgla i cechuje osłabienie czynności ośrodka oddechowego. Że ośrodek oddechowy jest mniej wrażliwy na działanie dwutlenku węgla oraz na brak tlenu w oddychaniu typu Cheyne-Stokesa, świadczy długa przerwa w oddychaniu, w czasie której nagromadza się więcej dwutlenku węgla i dopiero większa jego ilość jest silniejszym bodźcem dla ośrodka oddechowego. Ośrodek oddechowy w warunkach prawidłowych nie dopuszcza do wytworzenia tak silnego bodźca, gdyż już przy mniejszych stężeniach dwutlenku węgla we krwi, wzmożone ruchy oddechowe usuwają jego nadmiar.

Oddychanie typu Cheyne-Stokesa występuje w schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, zatruciach, zaburzeniach wymiany gazowej, osłabieniach czynności serca, a fizjologicznie daje się zauważyć tylko podczas głębokiego snu.

Wpływy natury nerwowej, działające na oddychanie i krążenie, dochodzące do skutku za pośrednictwem nerwów błędnych, mogą być wywołane zarówno z ośrodka nerwu błędnego, jak i z zakończeń nerwu błędnego w płucach. Doświadczenie poucza, że jeżeli podrażnimy albo przetniemy nerwy błędne, to występują wybitne zmiany w oddychaniu i krążeniu. Fegler, drażniąc prądem elektrycznym dolne drogi oddechowe, uzyskiwał zahamowanie oddechu, a po przecięciu nerwów błędnych pobudzenie oddechu. Według Feglera zahamowanie oddechu zależy od wpływu nerwu błędnego, pobudzenie zaś od wpływu zakończeń czuciowych nerwów współczulnych. Po przecięciu nerwów błędnych i usunięciu zwojów gwiaździstych oraz sympatycznych dolnych szyjnych, zjawisko hamowania i pobudzenia oddechu już nie występuje.

Prócz tego wiemy, że wdech i wydech są regulowane przez

nerwy błędne i współczulne i to nie tylko na drodze odśrodkowej, ale i dośrodkowej.

Oddychanie wpływa również na rytm serca w sensie jego przyspieszenia lub zwolnienia, co jest zależne od faz oddechowych. I tak podczas fazy wdechowej występuje przyspieszenie czynności serca, a podczas fazy wydechowej zwolnienie. Zjawisko to nazywamy niemiarowością oddechową, która czasami może dojść do bardzo znacznych wahań od 170 do 180 uderzeń serca w fazie wdechowej i 45—60 w fazie wydechowej. Po podaniu atropiny, która przyspiesza czynność serca, dodatkowe przyspieszenie i zwolnienie czynności serca podczas faz oddechowych nie występuje. Na zjawisko niemiarowości oddechowej wpływają zmiany gazowe we krwi, jak również wpływy nerwowo-odruchowe. Fegler na podstawie swoich badań nad niemiarowością oddechową, wywołaną stałym wlewaniem dożylnym adrenaliny, uważa, że niemiarowość oddechowa jest wyrazem chwilowej równowagi napięcia układów współczulnego i obokwspółczulnego. W fazie wdechowej występuje przewaga napięcia układu współczulnego, w fazie zaś wydechowej napięcia układu obokwspółczulnego. Wynikałoby z tego, że faza wdechowa posiada charakter fazy współczulnej, faza zaś wydechowa charakter fazy obokwspółczulnej w czynności oddechowej.

Regulacja oddychania odbywa się również na drodze odruchowej przez wpływy odruchowe z sinus caroticus na ośrodek oddechowy. I tak, jeżeli w oddzielnym od reszty krążenia sinus carolicus sztucznie podniesiemy nagle ciśnienie, to otrzymujemy spadek ciśnienia krwi w całym układzie tętniczym, jak również zahamowanie oddechu. Widzimy z tego, że zmiany ciśnienia w sinus caroticus wpływają odruchowo hamująco na oddychanie po przez ośrodek oddechowy. Badania Bouckaerta, Dautrebande i Heymansa nad rolą sinus caroticus wykazują, że sinus caroticus może być podzielony na dwie części. Część poniżej rozgałęzienia tętnic jest czuła na zmiany ciśnieniowe, ściślej mówiąc mechaniczne, które w równym stopniu wpływają na ośrodek oddechowy, ośrodek nerwu błędnego i na ośrodek naczyniowy. W tym miejscu zakończenia nerwu Heringa znajdują się w głębszej warstwie ścianki naczyniowej. Podrażnienie tych zakończeń przez wzmożone lub obniżone ciśnienie krwi prowadzi do zmiany napięcia ośrodków wyżej wspomnianych, powodując te lub inne efekty.

Druga część sinus caroticus, której miejscem jest górna część tętnicy szyjnej w miejscu rozgałęzienia na arteria carotis externa i interna, jest czuła tylko na bodźce chemiczne, a nerw

Heringa w tym miejscu ma mieć swoje zakończenia w intymie tętnicy czyli zakończenia nerwowe posiadają bezpośredni kontakt z przepływającą krwią. Ciała więc chemiczne, znajdujące się we krwi, drażnią te zakończenia i powodują zmiany oddechowe i krążeniowe. Do ciał chemicznych należy zaliczyć dwutlenek węgla, znajdujący się we krwi, który występując w różnych ilościach wywiera wpływ na oddychanie także na drodze podrażnienia w sinus caroticus miejsca czułego na chemiczne wpływy.

Oddychanie i układ krążenia są regulowane nie tylko ośrodkami głównymi, położonymi na dnie czwartej komory, ale również ośrodkami kory mózgowej, ośrodkami podkorowymi w hipofizie i subthalamus, a także ośrodkami rdzenia kręgowego, które wpływają na harmonijne ruchy żeber przez układ mięśniowy.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że w regulacji krążenia i oddychania współdziałają czynniki chemiczne, mechaniczne, nerwowe i nerwowo-odruchowe, a zaburzenia regulacji w układzie jednym pociągają za sobą zmianę w regulacji drugiego.

Zastanowimy się obecnie, jakie sprawy mogą wywołać zaburzenia w tej fizjologicznej regulacji krążenia. Według Monaldi'ego z Instytutu Forlanini'ego w Rzymie, czynność płuc jest poddana trzem głównym siłom czyli t. zw. dominantom, które powodują ruchy oddechowe. Dominanta górna, to jest mięśnie, podnoszące klatkę piersiową, wywiera swój wpływ na górną część tkanki płucnej; dominanta dolna, to jest przepona wpływa na dolną część płuc. Dominanta trzecia t. zw. antero-lateralna, to jest mięśnie międzyżebrowe, wpływa na środkową część tkanki płucnej. Wspólne działanie tych dominant powoduje rozciąganie się płuc we wszystkich kierunkach. Jeżeli jedna z tych dominant wypadnie ze swej czynności, to płuco w miejscu jej działania nie rozszerza się wcale lub w bardzo nieznacznym stopniu. Jeżeli zaś tkanka płucna zostanie uszkodzona w obrębie jednej z tych dominant, to uzewnętrznia się to na odpowiednich dominantach. Monaldi np. twierdzi, że możemy niejednokrotnie zauważyć na taśmie filmowej zmiany w prawidłowym ruchu poszczególnych żeber, jako wyraz uszkodzenia tkanki płucnej w okolicy działania danego żebra. Zmiana ruchu żebrowego może być zauważona wcześniej, niż uszkodzenie tkanki płucnej.

Nie tylko jednak zmiana czynności mięśni oddechowych powoduje odchylenie w oddychaniu, ale również zmiany kostne klatki piersiowej, jej zniekształcenia, skrzywienia kręgosłupa i t. d., a to z kolei pociąga za sobą mniejszą sprawność czynności układu krążenia, dzięki utrudnieniu krążenia płucnego.

Poza tymi sprawami, wpływającymi na oddech, a przez to i na układ krążenia, wchodzi w grę jeszcze sprawy rozgrywające się w opłucnej i płucach. Z zaburzeń opłucnych należy wymienić wpływ zwiększonego ciśnienia w jamie opłucnej na układ krążenia i oddychania. Przy zwiększeniu ciśnienia w jamie opłucnej dochodzącym do ciśnienia atmosferycznego płuco zapada się i różnica ciśnień na zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię płuc zostaje zniesiona, co pociąga za sobą zaburzenia w krążeniu w takim płucu, przez zwiększenie w nim oporów naczyniowych. Zmiana ciśnienia opłucnego może powstać przez nagromadzenie się w jamie opłucnej płynu lub powietrza, bądź w przebiegu spraw patologicznych, bądź też sztucznie w przebiegu doświadczenia. Występują wtedy zaburzenia w krążeniu, co możemy udowodnić następującym doświadczeniem: Jeżeli psu wprowadzić do opłucnej płyn trudno wchłaniający się i równocześnie zapisywać ciśnienie krwionośne, to przy wprowadzeniu 100 — 150 cm³ płynu — podnosi się ciśnienie żyłne: Ciśnienie tętnicze podnosi się początkowo także, lecz później opada, z powodu osłabienia czynności skurczowej serca. W takim zapadniętym płucu występują duże opory z powodu zapadnięcia się naczyń płucnych, dla przepływu krwi z prawej do lewej komory przez krążenie małe. Z tego powodu powstaje zastój krwi w prawej komorze serca i w żyłach, co sprzyja podniesieniu ciśnienia żylnego, a w konsekwencji doprowadza do powiększenia prawego serca. Na zjawisko podniesienia się ciśnienia żylnego wpływa również zmniejszone ssące działanie klatki piersiowej, spowodowane zwiększonym ciśnieniem w jamie opłucnej. Jednostronne zwiększenie ciśnienia w jamie opłucnej powoduje przesunięcie się serca na stronę przeciwną, co również utrudnia dopływ krwi żyłnej do serca. Jak już wspomniałem, ciśnienie tętnicze początkowo podnosi się ze względu na podrażnienie ośrodka naczyniowego w rdzeniu przedłużonym przez nagromadzony we krwi dwutlenek węgla dzięki zmniejszonej powierzchni oddechowej płuca. Spadek zaś ciśnienia tętniczego zależy od zastojów krwi żyłnej i zmniejszonego dopływu do lewego serca.

Krążenie krwi w płucu zapadniętym nie zupełnie ustaje, lecz osłabia się. Zjawisko to jest niekorzystne dla czynności oddechowej, gdyż krew, która przepłynęła przez zapadnięte płuco, nie została nasycona tlenem i powróciła z powrotem do lewego serca, jako krew żylna. Pociąga to za sobą gorszą arterializację krwi i zaburzenia w oddychaniu tkankowym, powodując duszność.

Podobnie działają również zrosty opłucne, upośledzające ru-

chy klatki piersiowej, a co za tym idzie, upośledzające wentylację płuc, a to z kolei pociąga za sobą zmiany krążeniowe. Szczególne znaczenie mają przypadki zrostów opłucno-osierdziowych. Już małe zrosty powodują mechaniczne zmiany w wypełnieniu serca, duże natomiast prowadzą do bardzo ograniczonych ruchów serca skurczowo-rozkurczowych, wywołując zaburzenia rytmu serca i jego nieomogę z przyczyn mechanicznych. Przykładem tego może służyć następujący przypadek, spostrzegany w osobistej praktyce domowej:

Chora Z. M., lat 51. niezamężna, bez zawodu, zachorowała na gruźlicę jamistą z krwotokami w 16-tym roku życia. Wówczas miała założoną odmě po stronie lewej. W 1914 r. wykonano torakoplastykę po tej samej stronie. Od czasu torakoplastyki sprawa gruźlicza w płucach uspokoiła się, wystąpiły jednak bicia serca, częste napady tego bicia, ból i ucisk w okolicy serca oraz duszność. Objawy te trwają do dziś dnia z większymi lub mniejszymi nasileniami, a poprawiają się po niektórych lekach sercowych. Szczególnie duża duszność zaznacza się podczas chodzenia, mówienia, a także po nieznacznych wysiłkach.

Nie opisując bliżej tego przypadku, zaznaczę tylko, że na sercu wysłuchać można szmer skurczowy, zaakcentowany drugi ton nad tętnicą płucną oraz tarcie osierdziowo-opłucne. Tętno w granicach 86—96 na 1 minutę, ciśnienie krwi 120/80. Czasami występują skurcze dodatkowe komorowe. Wątroba duża, twarda. Tor oddechowy brzuszny, szczególnie po stronie lewej. Ogólna sinica. Prątków Kocha od 0—2 w polu widzenia.

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje całkowite spadnięcie lewej połowy klatki piersiowej w górze i części środkowej. W dole lewa połowa klatki piersiowej znacznie zwężona. Prawe płuco wykazuje umiarkowaną rozedmę, zwłaszcza w górze, wzmożony rysunek i drobne zwapnienia. Dokładnych zarysów serca nie widać. Prawy zarys serca nie przekracza w prawo cienia kręgosłupa, co jest dowodem, że najwidoczniej serce jest albo umocowane w swoim prawidłowym położeniu przez zrosty, albo, co tutaj więcej prawdopodobne, nawet przeciągnięte w lewo, gdyż pomimo znacznego nacisku od strony lewej poprzez torakoplastykę nie jest przemieszczone w prawo. O wielkości serca nie pewnego powiedzieć nie można. W każdym razie nie osiągnęło ono rozmiarów, któreby wyraźnie przekraczały przeciętną normę. Ponieważ mamy równocześnie znaczne wzmoczenie oporów w krążeniu małym, o czym można sądzić na podstawie wzmoczonego rysunku płuca prawego, to możemy wywnioskować o tym, że serce jest objęte przez zrosty.

Elektrokardiogram na ogół nie szczególnego nie wykazuje. Występuje, jak zwykle w gruźlicy płucnej, przewaga elektryczna komory prawej z niskimi i ujemnymi zespołami komorowymi w odprowadzeniu I. oraz spłaszczenie fali T., jako wyraz uszkodzenia mięśnia sercowego nieznacznego stopnia. Wyrażna zmiana występuje w tym przypadku tylko w załamku P, który jest rozdwojony i dość wysoki, jako wyraz powiększenia i nierównoczesnego pobudzenia przedsionków.

Z przypadku tego widzimy, że mimo choroby i stanu toksycznego, trwającego prawie 25 lat, serce nie jest specjalnie uszkodzone, gdyż elektrokardiogram wykazuje zaledwie pierwszy stopień jego uszkodzenia. Objawy jednak utrudnionego krążenia

są duże i zależą od częściowego unieruchomienia serca przez zrosty osierdziowo-opłucne.

Przy tętnie wolnym i w spoczynku chora czuje się względnie dobrze, lecz podczas przyśpieszenia czynności serca, co jest związane z wysiłkiem lub zdenerwowaniem, objawy ciężkiej duszności i sinicy powracają natychmiast. Związane to jest prawdopodobnie z niemożnością wpływu regulatorów krążenia na serce, otoczone zbitymi zrostami, którego wypełnianie i opróżnianie jest z przyczyn mechanicznych bardzo ograniczone. Dochodzi jeszcze do tego gorsza arterializacja krwi, odbywająca się tylko w jednym, prawym płucu, a które również nie jest zupełnie pozbawione zmian. Mamy więc w tym przypadku współdziałanie dwóch czynników, mianowicie zmniejszoną znacznie powierzchnię oddechową i zmniejszoną zdolność czynności serca, objętego przez zrosty, a oba te czynniki uzupełniają się wzajemnie i powodują gorszą wymianę gazową, szczególnie niewystarczającą podczas pracy.

Zmiany chorobowe tkanki płucnej wpływają na oddech i krążenie w zależności od wielkości tych zmian. I tak małe uszkodzenia na niedużym odcinku płuc nie powodują wyraźniejszych odchyłeń oddechowych i krążeniowych, a to dlatego, że powierzchnia oddechowa płuc jest bardzo duża i wynosi od 90 m² do 120 m². Nawet przy zamknięciu pęcherzyków 2/3 całego miąższu płucnego wymiana gazowa odbywa się dostatecznie, a to tym bardziej, że występuje rozszerzenie się pozostałych pęcherzyków płucnych czyli emphysema vicariens. Naturalnie wystarczająca wymiana gazowa może mieć miejsce *tylko w spoczynku*, natomiast przy pracy, a co za tym idzie przy nagromadzeniu się CO₂ we krwi, ta wymiana gazowa jest niewystarczająca, wskutek czego występują zmiany oddechowe i krążeniowe w postaci duszności i przyśpieszenia bicia serca. Zmiany gruźlicze, powstające w tkance płucnej z reguły prowadzą do zmian oddechowych i krążeniowych z powodu przekrwienia tkanki płucnej.

Zwiększone wpływy chemiczne, nerwowe i nerwowo-oddechowe, prowadzą do wyraźniejszych objawów zmienionego oddychania i krążenia u osobników, dotkniętych gruźlicą, a dzieje się to dzięki temu, że adaptacja ustroju chorego zostaje zachwiana. Od zdolności przystosowania się regulatorów oddychania i krążenia będzie zależeć odpowiednia wymiana gazowa i ogólna sprawność ustroju.

Na czoło objawów krążeniowych w gruźlicy płuc występuje przyśpieszenie częstości bicia serca, co nie jest związane z pod-

niesieniem ciepłoty, gdyż zjawisko to spostrzegamy nawet przy ciepłocie prawidłowej. Rozmaici autorzy różnie tłumaczą to zjawisko: jedni twierdzą, że mamy tu do czynienia z wpływami nerwowymi nerwu błędnego, uciśniętego przez powiększone gruczoły. Trudno jednak wyobrazić sobie, by ucisk gruczołów na nerw błędny powodował zniesienie jego hamującego wpływu na serce i dzięki temu powstała tachycardia z przewagi nerwu współczulnego. Inni autorzy tłumaczą przyśpieszenie czynności serca jego małością w przebiegu gruźlicy, a większe zapotrzebowanie ustroju w wymianie gazowej jest kompensowane przyśpieszeniem krążenia, spowodowanym zwiększoną częstością bicia serca. Seme-rau-Siemianowski tłumaczy przyśpieszenie czynności serca czynnikami toksycznymi swoistymi, wpływającymi na sam mięsień sercowy w sensie jego uszkodzenia. Wydaje mi się jednak, że moment toksyczny jest słuszny, ale nie bezpośrednio w jego wpływie na serce. Być może mamy tu do czynienia z mechanizmem odruchowym przez sinus caroticus i to tej jego części, której zakończenia nerwowe są wrażliwe na bodźce chemiczne, a najprawdopodobniej i na bodźce toksyczne. Drażnienie więc jadami gruźliczymi tego odcinka sinus caroticus może powodować zmiany w regulacji krążenia w sensie przyśpieszenia czynności serca. Te wpływy toksyczne prawdopodobnie warunkują niski poziom ciśnienia krwi u chorych na gruźlicę, który jest zależny od wpływów odruchowych z sinus caroticus. Czy wchodzi tutaj w grę upośledzenie wydzielania adrenaliny, trudno jest ustalić. Sam mięsień sercowy w przebiegu gruźlicy nie jest wyraźnie uszkodzony toksynami gruźliczymi. Elektrokardiogram, wykonany u chorych na gruźlicę, nie wykazuje nic charakterystycznego. Często nie spotyka się żadnych zmian w załamkach elektrokardiogramu mimo znacznie posuniętej gruźlicy, czasami już w początkowych okresach gruźlicy możemy zauważyć obniżenie załamek QRS oraz załamek T, a zmiany te są odwracalne. Wobec tego nie można uważać tych zmian za uszkodzenie mięśnia sercowego na tle zwyrodnienia toksycznego. Raczej należałoby je ująć, jako wyraz zaburzeń w równowadze nerwów wegetatywnych na tle toksycznym, co prowadzi do zmian w załamkach elektrokardiogramu, w szczególności zaś załamek T. Wskazują na to badania moje wykonane wspólnie z Rasoltem i Zawadzkiem, które stwierdzają, że różne stopnie zmian w napięciu nerwu błędnego — prowadzą do zmian w załamku T, podwyższając lub obniżając ten załamek.

Zmiany załamek elektrokardiogramu mogą zależeć jeszcze od przemieszczenia serca, spowodowanego odma lub torakopla-

styką. Takie przemieszczenie serca powoduje zmiany osi elektrycznej serca, jak również powoduje zmiany, w wypełnieniu serca, przede wszystkim jego przedsionków, co szczególnie wyraźnie odbija się na załamku P, który może być rozszczepiony, a co świadczy o nierównoczesnej czynności przedsionków.

Jak widzimy z naszych rozważań, wpływy zmian gruźliczych w narządzie oddychania na układ krążenia są bardzo duże, a wpływy te są rozmaite i wzajemnie się uzupełniające. Wpływy mechaniczne, chemiczne, nerwowe i nerwowo-odruchowe, jak również wpływy humoralne, wiążą się ściśle ze sobą i powodują zaburzenia w regulacji krążenia, a dzięki upośledzeniu sprawności mechanizmów regulujących dochodzi w konsekwencji do niewydolności krążenia. Ta niewydolność krążenia jest wynikiem niemożności adaptacji układu krążenia ze względu na utratę sprawności wszystkich mechanizmów regulujących oddychanie i krążenie, które już fizjologicznie na siebie nie mogą wpływać.

Dr M. DWORZACZEK i dr S. POPOWSKI

ALLERGOMETRIA U DZIECI W GRUŹLICY TYPU DOROSŁYCH

Gröer i jego szkoła w pracach o allergometrii w gruźlicy zaznaczają, że pomiary alergii mają rację bytu tylko w gruźlicy drugorzędowej.

W tych postaciach schorzenia gruźliczego stan alergii skóry ma odpowiadać stanowi alergii narządów, w których toczy się sprawa gruźlicza.

Tu ustrój kąpie się w jednym stanie alergii według obrazowego powiedzenia Gröera. W gruźlicy zaś drugorzędowej, czyli w izolowanej gruźlicy narządów zachodzi rozbieżność pomiędzy stanem alergii skóry, a chorych narządów. Skóra przestaje być wykładnikiem alergii narządowej. Allergometria w gruźlicy drugorzędowej, według badań szkoły Gröera, ułatwia przewidywanie dalszego rozwoju sprawy gruźliczej w ustroju, gdyż zmiany występujące w narządach są skutkiem stanu alergicznego, który daje się odczytać za pomocą skórnych prób allergometrycznych.

Jednak wraz z wiekiem gruźlicze sprawy chorobowe coraz bardziej upadabniają się do spraw gruźliczych typu dorosłych. Coraz wyraźniej zarysowuje się typ „phthisis“ — typ „izolowanej gruźlicy“. Ustrój dojrzewając zatracą powoli zdolność reagowania według typu dziecięcego. Postaci typowe dla wieku dziecięcego, charakteryzujące się skłonnością do dużych nacieczeń i do rozległych wysiewów krwiopochodnych, ustępują omal całkowicie miejsca postaciom o dużej skłonności do serowacenia i rozpadu. Odezyny okołogniskowe, tak rozległe, a zarazem tak typowe dla ustroju dziecięcego, zarysowują się coraz słabiej.

O ile jednak poprzednio, wślad za Rankem, sądzono, że gruźlica trzeciorzędowa jest wyraźnie oddzielona od gruźlicy drugorzędowej i że wystąpienie trzeciorzędowej gruźlicy wyłącza już możliwość reagowania według typu II-go, to obecnie należy przyznać słuszność Redekerowi, że granice pomiędzy drugo, a trzeciorzędową gruźlicą nie są tak wyraźnie zaznaczone. Czyli, operując starymi — może przestarzałymi terminami — trzeciorzędowa allergia bynajmniej nie wyłącza możliwości powrotu do drugorzędowej alergii.

Każdy skok chorobowy jest właściwie nawrotem do tej dru-

gorzędowej alergii, lecz gdy ta drugorzędowa аллергия może trwać przez dłuższy czas w typowych przypadkach gruźlicy drugorzędowej, to w przypadkach gruźlicy trzeciorzędowej ustępuje ona szybko miejsca alergii trzeciorzędowej z jej typową skłonnością do serowacenia i rozpadu.

A pomimo to, jak słusznie zaznacza Nicol, nacieczenia okołogniskowe przewijają się czerwoną nicią przez wszystkie rozwojowe okresy sprawy gruźliczej. Poprzedzają one powstawanie zmian tkankowych o typowym utkaniu gruźliczym, czyli mówiąc inaczej, zapoczątkowują one każdy skok chorobowy.

Odpowiednikiem anatomo-patologicznym drugorzędowej alergii jest skłonność ustroju do rozległych spraw wysiękowych, odpowiednikiem zaś allergometrycznym powinno być przede wszystkim zwiększenie susceptibilitas (S) czyli przesunięcie alergii w kierunku pleoestezji.

Odmienność przebiegu, inne zupełnie rokowanie, a wraz z tym i odmienne leczenie zmusza nas do rozumowania kategorią „gruźlica typu dziecięcego“ i „gruźlica typu dorosłych“.

Gruźlica dziecięca jest tak odmienna od gruźlicy dorosłych, że musimy szukać klinicznych i biologicznych sprawdzianów dla odróżniania tych postaci chorobowych.

Szkoła lwowska, wykazując wartość allergometrii w gruźlicy dziecięcej, powstrzymuje się od badań allergometrycznych w gruźlicy izolowanej płuc u dzieci czyli w przypadkach „phthisis“ dziecięcej.

My, rozporządzając względnie dużym materiałem gruźlicy dziecięcej typu dorosłych, przystąpiliśmy do badań allergometrycznych w tych właśnie przypadkach, chcąc na tej drodze znaleźć możliwość przewidywania dalszego przebiegu gruźlicy płuc, jak również chcąc częściowo wnikać w tajniki patogenezy tego cierpienia.

Chorzy nasi na ogół przebywają w sanatorium znacznie dłużej, niż to ma miejsce w innych sanatoriach, dało to nam możność dokonania szeregu określeń stanu alergii u jednych i tych samych chorych w przeciągu szeregu miesięcy. Stan alergii był określany co miesiąc ściśle według wskazówek szkoły lwowskiej. Wysokość R i S były określane metodą Łukasca.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie wszystkie przypadki gruźlicy nadają się do wyciągania daleko idących wniosków co do wartości badań allergometrycznych. Rozpaczliwe przypadki „phthisis“ w stanach daleko posuniętego uszkodzenia całego ustroju, przypadki, które przestają reagować na rozcieńczenia tuber-

kuliny używane przy próbach alergometrycznych, w ogóle nie nadają się do badania.

Poza tym nie ulega wątpliwości, że w pewnych okresach w ustroju mogą jednocześnie toczyć się sprawy o różnym charakterze alergicznym. Tak, na przykład, obok rozpadającego się serowaciejącego ogniska, może jednocześnie powstawać świeży wysiew ze względnie dużym nacieczeniem okołogniskowym, czyli typowe ognisko trzeciorzędowe może istnieć obok ognisk wykazujących typowe cechy ognisk drugorzędowej gruźlicy.

Jaki oddźwięk znajdzie to w stanie alergii skóry, jest trudno przewidzieć, gdyż, jak to potwierdzają nasze badania, każdy z tych sposobów reagowania znajduje odmienny wyraz w alergii skóry. Poza tym należało również być ostrożnym przy wyciąganiu wniosków z badań alergometrycznych u chorych, u których stosowane leczenie mogło zmienić tor alergii. Wreszcie zmiana warunków bytu po przyjeździe do sanatorium mogła wpłynąć na stan alergii ustroju. Wobec powyższego staraliśmy się przy wyciąganiu wniosków posługiwać się przeważnie badaniami dokonanymi po pewnym czasie pobytu chorego w sanatorium, gdy ustrój chorego już do pewnego stopnia przyzwyczaił się do nowego bytu i nowych warunków klimatycznych.

Nie ulega wątpliwości, że pewne przesunięcia w torze alergii były zależne i od pory roku. Sądziliśmy jednak przed przystąpieniem do badań, że znajdzie to znacznie jaskrawszy wyraz w torach alergii naszych chorych, niż to wykazały w rzeczywistości nasze badania. Ten nieznaczny wpływ pory roku, może jednak tłumaczyć się tym, że, jak zaznaczyliśmy poprzednio, chorzy nasi przebywają zazwyczaj przez dłuższy czas w sanatorium. Werandują oni przez cały rok, a więc w większości przypadków wiosna, czyli pora roku, która najjaskrawiej winnaby odbić się na stanie alergii, zastaje już naszych chorych z wytrenowanym układem roślinnym, nie tak łatwo dającym się zachwiać pod wpływem zmian atmosferycznych.

Nasz materiał obejmuje ogółem 70 chorych

W tym:	od 7 - 10 lat	od 10-13 lat	od 13-16 lat	powyżej 16 lat	Razem
Dziewcząt	6	6	27	7	46
Chłopców	1	2	19	5	25

Klinicznie były to przypadki trzeciorzędowej gruźlicy płuc z typową dla tego wieku dużą skłonnością do serowacenia i powstawania nowych ognisk gruźliczych w płucach.

Na 70 przypadków zaledwie 14-tu chorych nie wykazywało większej skłonności do powstawania jam i ujawniało wyraźniejszą skłonność do włóknienia. Obok tego mieliśmy 3 przypadki o charakterze tbc miliaris frigida, z bardzo licznymi obustronnymi wysiewami w płucach, nie wykazującymi przez dłuższy czas skłonności do zlewania się i serowacenia. Badania allergometryczne były przeprowadzane co miesiąc i na ich podstawie były potem wykreślane tory alergii, które były porównywane z historiami chorób i ze zdjęciami rentgenowskimi. Chęć znalezienia typowych cech toru alergii, które pomogłyby nam w rokowaniu na dalszą metę (na szereg miesięcy) zawiodła. Nie należy bynajmniej dziwić się temu, o ile uświadomimy sobie ciężki, w ogromnej większości przypadków beznadziejny przebieg gruźlicy płuc w tym wieku.

Można mówić o pewnych tylko dłuższych okresach uspokojenia się sprawy chorobowej, po którym zazwyczaj znowu na drodze „skoku chorobowego“ sprawa gruźlicza posuwa się dalej. Na ogół na naszym materiale, złośliwie przebiegającym postaciom gruźlicy odpowiada duża odczynowość „R“ wraz z obniżeniem się wrażliwości „S“.

W okresach zaś spokoju pomiędzy „skokami“ chorobowymi, gdy ujawnia się skłonność do bliznowacenia oraz zmniejsza się proces serowacenia, zazwyczaj daje się stwierdzić spadek „R“ wraz z wyraźnym wzrostem „S“. Klinicznymi dowodami uspokojenia się sprawy chorobowej w płucach, były: ustąpienie szmerów dodatkowych, cofnięcie się rozleglejszych cieni rentgenowskich, a często niemożność stwierdzenia laseczników w płwocinie przy stosowaniu pospolicie używanych metod ich wykrywania.

Biorąc jednak pod uwagę dużą chwiejność stanu alergii znajdującą swój wyraz w zygakowatym, a często pozornie bezładnym przebiegu krzywej alergii, nie można, nawet mając paromiesięczny tor alergii, przewidzieć na dalszą metę przebiegu gruźlicy. Również nie udaje się stwierdzić toru alergii typowego dla gruźlicy płuc (phthisis) w poszczególnych grupach wieku. Nie daje się wreszcie stwierdzić wyraźniejszego związku wahań wagi chorych z ich stanem alergii.

Zdawałoby się więc, że „allergometria“ w przypadkach „phthisis“ w ogóle zawodzi, że na tej drodze nie będziemy w stanie ani rokować, ani pogłębić naszych wiadomości z dziedziny patogenezy „phthisis“. Lecz systematyczne badania i zebranie większego materiału zmusza nas do stwierdzenia, że allergometria jest metodą, która nawet i w przypadkach trzyczlorowej gruźlicy płuc

PRODUKT KRAJOWY

w

BRONCHICIE CHRONICZNYM

*i wszystkich cierpieniach
dróg oddechowych*

daje najlepsze wyniki

SIROP FAMEL

wyrabiany przez

Chemiczno - Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

Fr. Karpiński w Warszawie Sp. Akc.

WOLNOŚĆ 9

★ **Wystrzegać się naśladownictw.** ★

Dla PP. Lekarzy próbki i literaturę wysyła się
bezpłatnie.

I C A R O N

Nr. rej. 1834

STANDARYZOWANY PRZETWÓR KRYSTALICZNEGO KAROTENU (PROWITAMINU A)
NOWA I JEDYNA POSTAĆ NATURALNEGO ROSLINNEGO CZYNNIKA ANTIINFEK-
CYJNEGO I WZROSTOWEGO.

WSKAZANIA: Awitaminowy A, spadek odporności choroby infekcyjne i gorączkowe, zaburzenie we wzroście i rozwoju dzieci, okres karmienia. Icaron-zawiera więcej karotenu w 1 cm.³ niż 1 kg. zwykłe przecedzonego soku z marchwi

D E C A R O N

Nr. rej 1835

POŁĄCZENIE K A R O T E N U Z WITAMINEM D₂ CZYNNIKA ANTIINFEKCYJNEGO
I WZROSTOWEGO Z CZYNNIEM UWAPNIAJĄCYM PRZECIWKRZYWICOWYM.

WSKAZANIA: Odwapnienie ustroju, okres wzrostu i rozwoju dzieci, oraz te wszystkie wypadki, w których wskazane jest podawanie tranu, bez jego cech ujemnych.

I C A R O N i D E C A R O N

wytwarzane są we flakonach z kropłomierzem po 10 cm.³ i 25 cm.³ przez

FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE

M g r A. B U K O W S K I

WARSAWA • MARSZAŁKOWSKA 54

wykrywa szereg ciekawych faktów. Przez to bynajmniej nie twierdzimy, że jest to metoda, która może być polecana lekarzowi praktykowi dla celów czysto praktycznych. Allergia w czynnej sprawie gruźliczej nie jest wielkością niezmienną, ulega ona stałym wahaniom i te wahania bardzo wyraźnie ujawniają się w torach alergii. W szeregu torów alergii nie jesteśmy w stanie często znaleźć odpowiednika klinicznego, odpowiadającego temu lub innemu skokowi krzywej alergii. To bynajmniej nie może jednak zmniejszyć naszego „zaufania“ do metody.

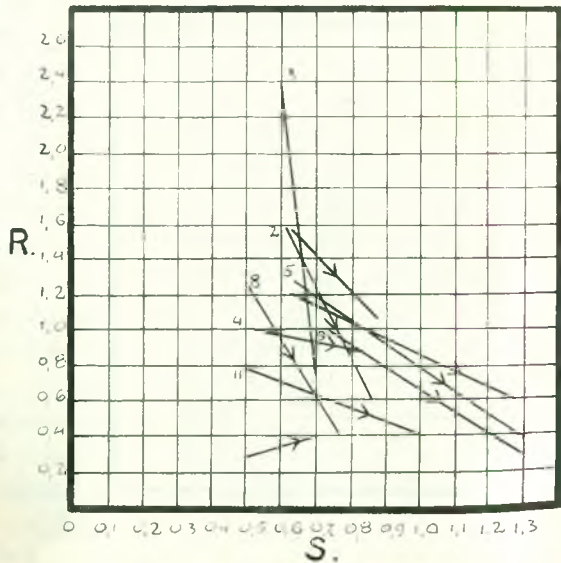
Przebiegu gruźlicy nie można ujmować tylko z punktu widzenia tych lub innych objawów fizycznych lub wystąpienia tych lub innych zmian w obrazie rentgenowskim.

Obok tych uchwytnych zmian istnieją zmiany, które przebiegają poniżej progu wrażliwości naszych metod klinicznych. I tu można mieć żal nie do metody „allergometrii“, lecz do naszych metod badania klinicznego. Możliwym jest, że głębsze poznanie spraw, odgrywających rolę w patogenezie gruźlicy, oraz udoskonalenie naszych metod badania klinicznego zmniejszy pozorny rozdźwięk między wynikami badań alergometrycznych, a klinicznym przebiegiem cierpienia.

Nie chcemy przez to twierdzić, że alergometria w przyszłości nie ustąpi miejsca innym metodom badania, lub przez inne metody nie zostanie uzupełniona. Lecz nie ulega dla nas wątpliwości, że jest to metoda, która stanowczo i

w trzeciorzędowej gruźlicy winna być stosowana jako metoda naukowego poznania. Szereg spostrzeżeń przemawia za tym, że metoda ta daje nam możliwość głębszego wniknięcia w patogenezę tego cierpienia.

Jednym z najciekawszych faktów, jest fakt bardzo wyraźnego przesunięcia się toru alergii w kierunku pleoestezji, czyli zwiększenia się „S“ z jednoczesnym obniżeniem się „R“ w przypadkach,



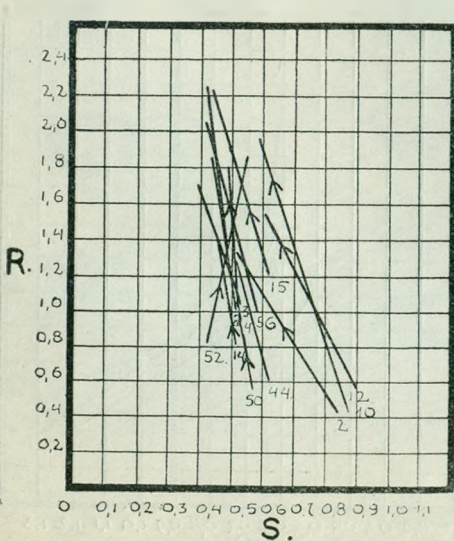
Tabl. 1. — Wystewy bez rozpadu. Wysięki.

w których na naszych oczach powstawały nowe wysiewy w płucach (Tablica 1).

Te wysiewy klinicznie ujawniały się w zjawieniu się objawów fizycznych w płucu poprzednio zdrowym z tym lub innym odpowiednikiem rentgenowskim. Niekiedy klinicznie ujawniały się one w postaci tylko nielicznych rzężeń, nawet bez odpowiednika rentgenowskiego. W pewnych przypadkach było to tylko wyraźne przemijające tarcie opłucnej po stronie dotychczas nie dotkniętej zmianami gruźliczymi. Również bardzo wyraźnie występowały zmiany w torze alergii i to w sensie zwiększenia się pleoestezji w przypadkach występowania wysięków w opłucnej. Przesunięcie „S” było zazwyczaj bardzo wyraźne; skoki „S” naprzykład, z 0,5 do 0,1 — 1,2 — 1,3 bynajmniej nie należały do rzadkości.

Godnym uwagi jest fakt, że duże przesunięcie toru alergii w kierunku pleoestezji (zwiększenie „S”) dawało się często stwierdzić przed wystąpieniem odpowiednika klinicznego i rentgenologicznego.

Te fakty potwierdzają myśl, że stan alergii nie jest skutkiem tych lub innych zmian, dających się stwierdzić klinicznie, lecz zmiana stanu alergii czyli zmiana ustosunkowania się ustroju do zarazka, pociąga za sobą dające się klinicznie stwierdzić zmiany

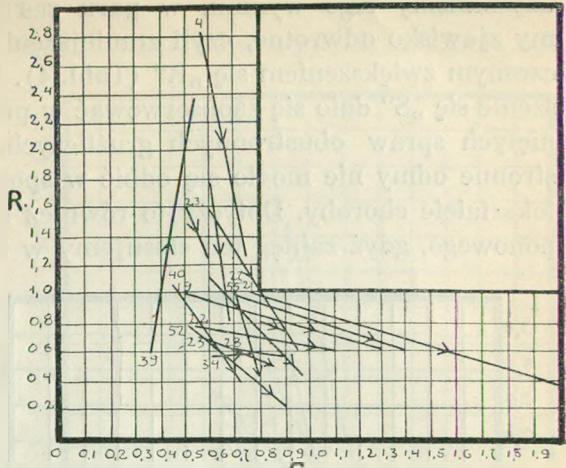


Tabl. 2. — Rozpad. Zlewanie się ognisk.

w narządach. Zaznaczyć należy, że o ile w gruźlicy płuc względnie ustabilizowanej, czyli nie wykazującej w przebiegu dłuższego czasu wyraźniejszych zmian w stanie płuc, napotykalismy często duże wahania „R” bez możliwości znalezienia wytłumaczenia tych skoków; to przesunięcie „S” w większości przypadków miało swój odpowiednik kliniczny. Zaledwie tylko w 2 przypadkach nie byliśmy w stanie wytłumaczyć sobie dużego skoku „S”.

Jednak ta pleoestezja nigdy nie była zjawiskiem długotrwałym, już badanie w następnym miesiącu wykazywało zazwyczaj zwrot do stanu poprzedniego, a niekiedy „S” ulegało obniżeniu w porównaniu z wynikami przed 2-ma miesiącami.

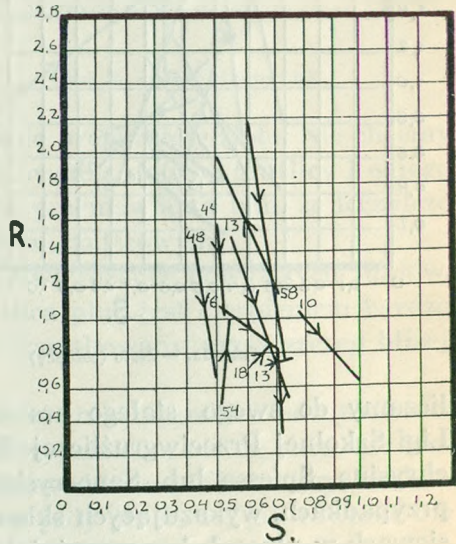
Drugim zjawiskiem ze wszech miar zasługującym na uwagę było zjawisko wręcz odmiennego zachowania się stanu alergii przy rozpoczynającym się rozpadzie (przy powstawaniu nowych jam) lub przy zlewaniu się nowopowstałych ognisk w większe ogniska (Tablica 2). Tu zazwyczaj mieliśmy bardzo wyraźne skoki krzywej alergii w kierunku pleoergii (Duże „R“) z jednoczesnym obniżeniem się „S“.



Tabl. 3. — Odmy uciskające.

Wobec tych 2-ch zjawisk, a mianowicie zwiększania się „S“ (pleoestezja) w okresie powstawania nowych ognisk (czyli w okresie rzutu choroby) a zwiększaniu się „R“ (pleoergia) w okresie serowacenia, jasnym jest, że przy jednoczesnym przebiegu tych 2-ch spraw w płucach możemy uzyskać stany alergii trudne niekiedy do odcyfrowania.

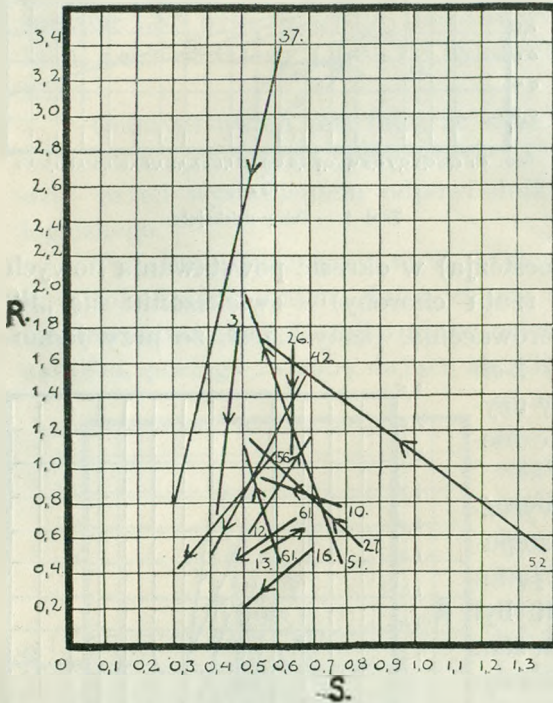
Zjawiskiem bardzo wyraźnie zarysowanym, a występującym omal, że bez wyjątku w naszych przypadkach był wpływ założenia odmy na stan alergii skóry. Wpływ ten uwydatniał się w sposób bardzo wyraźny, jednak tylko w przypadkach gdy założona odma pociągała za sobą uciśnięcie gruźliczo - zmienionej części płuca. Mieliśmy tu wówczas bardzo wyraźnie zaznaczone zwiększenie się „S“, z jednoczesnym dużym obniżeniem „R“.



Tabl. 4. — Odmy nieuciskające. Wyrwanie n. przeponowego.

Otrzymywaliśmy przesunięcie, na przykład z 0,6 do 1,4, a w jednym przypadku nawet z 0,75 do 2,0 (Tablica 3).

W przypadkach zaś, gdy założona odma nie wywierała na skutek wzrostów ucisku na gruźliczo zmienioną część płuca, nie uzyskaliśmy tego wyniku, w paru zaś przypadkach uzyskaliśmy zjawisko odwrotne, czyli zmniejszenie się „S” wraz z jednoczesnym zwiększeniem się „R” (Tabl. 4). Małe stosunkowo zwiększenie się „S” dało się zaobserwować w przypadkach daleko posuniętych spraw obustronnych gruźliczych, gdy założenie jednostronne odmy nie mogło się odbić w sposób wyraźniejszy na całokształcie choroby. Dotyczy to również i wyrwania nerwu przeponowego, gdyż zabieg ten stosujemy w tych przypadkach, gdzie



Tabl. 5a. — Złoto (chłopcy).

Następnym, bardzo jaskrawo zaznaczającym się faktem był wpływ złota. Złoto liczymy do swego stałego arsenału leczniczego w sanatoriach Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej. Posługujemy się zazwyczaj Myochrysiną Spiessa lub Sanocrysiną duńską. Stosujemy złoto w przypadkach, wykazujących skłonność do włóknienia oraz w wysiewach w płucach bez wyraźniejszych skłonności do rozpadu.

Prawie zawsze byliśmy w stanie zaobserwować wyraźne obniżenie się „S”. Przesunięcia te w pewnych przypadkach były bardzo duże. Zmniejszenie się „S” o 0,2—0,3, a nawet i więcej było zjawiskiem omal stałym (Tablica 5a i 5b). Zmiany w „R” były

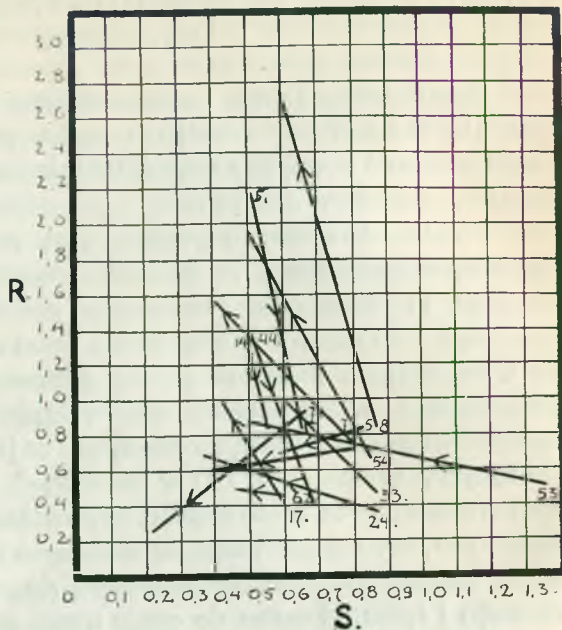
musimy zrezygnować z odmy i zadowolnić się paliatywem.

I tu znówuż musimy zaznaczyć, że wpływ odmy na krzywą alergii był tylko przejściowy. Po 1—2 miesiącach od chwili założenia odmy, nie zważając na to czy odma wywarła, czy nie wywarła uchwytne go wpływu na całokształt cierpienia, krzywa znówu zwracała z powrotem, przy tym „R” również ulegało zwiększeniu.

różne, niekiedy zmniejszenie się „S“ przebiegało wraz ze zwiększeniem się „R“ niekiedy zaś zmniejszeniu „S“ towarzyszyło jednocześnie obniżenie „R“.

Gdy powstawanie nowych wysiewów, wysięki, założenie odmy dawały krótkotrwałe zachwianie stanu alergii, to przy stosowaniu złota można było utrzymać „S“ na niższym poziomie przez dłuższy czas. I tylko zaprzestanie podawania przetworów złota pociągało za sobą wzrastanie z powrotem „S“.

Lecz musimy przyznać, że w przypadkach przewlekłej prosówkowej gruźlicy, pozostających w sanatorium przez 1/3 roku, nie byliśmy w stanie osiągnąć zmniejszenia



Tabl. 5b. — Złoto (dziewczęta).

się „S“ nie zważając na podawanie preparatów złota. Nie chcemy tu wdawać się w dyskusję o stosowaniu złota w gruźlicy i o jego działaniu na ustrój, lecz fakt ten przemawia za tym, że lecznicze działanie złota, nie jest działaniem „bodźcowym“.

Ograniczając się tylko do stwierdzenia powyższych faktów, jeszcze raz powtarzamy, że gruźlica płuc jest cierpieniem bardzo złożonym, którego przebieg jest kształtowany przez szereg bliżej nieznanych czynników.

Zjawiska wrażliwości, jak również zjawiska odczynowości nie są jeszcze w należyty sposób wyjaśnione, nie na razie nie możemy powiedzieć czym są one spowodowane. Nie znamy bowiem przyczyny wrażliwości ustroju na jady gruźlicze, jak również nie znamy przyczyn rozbieżności alergii skóry z alergią narządów wewnętrznych w izolowanej gruźlicy.

Nie mając nawet możliwości dokładnego poznania istoty tych zjawisk, twierdzimy, że allergometria jest metodą, która może rzucić światło na patogenezę gruźlicy.

D-rzy J. i Z. SKIBIŃSCY (Zakopane)

O WIĘKSZEJ ZAPADALNOŚCI NA GRUŻLICĘ OSOBNIKÓW, NALEŻĄCYCH DO DALSZYCH KATEGORII W KOLEJNOŚCI NARODZIN

Zagadnienie, jakim postanowiliśmy się zająć, polegało na tym, aby zbadać, czy istnieje w ogóle, jaka i w jakim stopniu współzależność pomiędzy zapadalnością na grużlicę a kolejnością urodzeń osobników chorych.

Pomimo bowiem, że grużlica jest, praktycznie rzecz biorąc, tak rozpowszechniona, że nie ma człowieka, któryby mógł jej uniknąć, to jednakowoż zakażenie grużlicze nie u wszystkich przebiega jednakowo. U większości ludzi zakażenie ogranicza się do t. zw. zespołu pierwotnego, nie doprowadzając do właściwego schorzenia. U wielu dochodzi do wystąpienia tylko pojedynczych ognisk wtórnych, umiejscowionych najczęściej w gruczołach chłonnych, w opłucnej lub w wierzchołkach płuc; co do zmian tych trudno nieraz rozstrzygnąć, czy należą one jeszcze do zmian opłucnych, czy też już toczą się w samym mięszu płucnym. Zwykle te zmiany nie okazują skłonności do postępowania i dalszego rozwoju i tylko od czasu do czasu mogą uczynniać się i wtedy to za pomocą reakcji serologicznych wykrywamy w organizmie istnienie czynnych ognisk. Tylko mały stosunkowo ułamek spośród zakażonych zapada na właściwą grużlicę płuc, która znów objawiać się może pod rozmaitymi postaciami anatomo-patologicznymi, o mniej lub więcej złośliwym przebiegu i o mniej lub więcej rozległym rozprzestrzenieniu się w mięszu płucnym. U jednych w ciągu całego życia zmiany mogą ograniczyć się do zajęcia tylko jednego pola płucnego, u innych zakażenie postępuje dalej i zajmuje kolejno coraz większą ilość pól, aż w końcu obejmuje cały mięsz płucny.

Od czego może zależeć tak różny przebieg zakażenia grużliczego, z jednej strony zwiększona łatwość, z drugiej strony przeciwnie widoczna trudność szerzenia się zakażenia w organizmie? Niewątpliwie muszą odgrywać tu rolę obok wpływów zewnętrznych, jak odpowiednie warunki życia i odżywiania, pewne właściwości, tkwiące w samym organizmie zakażonym. Na te właściwości składają się czynniki dziedziczne i wrodzone, które warun-

kują podłoże konstytucjonalne organizmu, odbijają się na budowie anatomicznej i sprawności czynnościowej jego narządów. Od tych czynników zależy także kształtowanie się sił odpornościowych ustroju.

Od dawna już zwracano uwagę na większą podatność na gruźlicę organizmów niedorozwiniętych i zwyrodniałych. Tę teorię mniejszej wartościowości konstytucjonalnej osobników, okazujących skłonność do zachorowania na gruźlicę, rozwinął z końcem zeszłego stulecia Reibmayer. Znalazła ona także swój wyraz w spostrzeżeniach Brehmera, który zauważył, że w rodzinach wielodzietnych dzieci, przychodzące później na świat w kolejnym następstwie urodzeń, wykazują większą podatność na gruźlicę, aniżeli dzieci pierwsze, które wcześniej się urodziły z tych samych matek. Mniejsza wartościowość fizyczna dzieci późniejszych ma być przyczyną tego usposobienia do gruźlicy.

Spostrzeżenia Brehmera, o ile nam wiadomo, nie znalazły dotąd dokładniejszego opracowania statystycznego. Aby tę lukę wypełnić, podjęliśmy się przejrzenia i zestawienia materiału chorzych, leczonych w Sanatorium P. C. K. w Zakopanem w latach 1931—1936, przy uwzględnieniu ściślejszych metod statystycznych.

Badania te nie są jeszcze zakończone. W pracy obecnej wzięliśmy na razie pod uwagę tylko zagadnienie stosunku kolejności przychodzenia dzieci na świat do rozległości zmian płucnych. Można się spierać, co daje lepszy obraz podatności na gruźlicę, czy rozległość przestrzenna, na jaką rozszerzyła się sprawa chorobowa, czy też charakter samej sprawy, czyli ciężkość zmian płucnych niezależnie od ich rozprzestrzenienia. W pracy niniejszej uwzględniamy na razie tylko ten pierwszy wskaźnik podatności organizmu na gruźlicę, wskaźnik mierzony rozległością schorzenia, tj. ilością pól płucnych zajętych chorobowo, bez względu na rodzaj tych zmian, czy są to zmiany naciekowe, wysiękowe, serowate, czy włókniste, ogniska rozsiane, czy zlewające się, czy zawierają ubytki, czy też nie.

Materiał nasz rozdzieliśmy na szereg grup:

Grupę O, osobników niegruźliczych, którzy byli leczeni w sanatorium z powodu innych schorzeń. Takich przypadków mieliśmy 679.

Grupę Gr. O., zmian gruczołowo-opłucnych. Tu znaleźli się chorzy, u których badanie rentgenowskie nie wykrywało żadnych zmian w mięszu płucnym a natomiast stwierdzało widoczne zmiany w gruczołach lub w opłucnej, lub też tacy, u których badanie serologiczne dawało wynik dodatni na dowód, że u nich to-

czył się gdzieś w organizmie czynny proces gruźliczy. W tej grupie przypadków było 552.

Grupę W, gdzie sprawa chorobowa była ograniczona do drobnych zmian ogniskowych, usadowionych w wierzchołku płuc nad obojczykiem, np. ogniska Simona lub Aschoff-Puhla, tbc. abortiva Barda, tbc. micronodularis apicis, albo też zmiany płucno-opłucne wierzchołkowe. Tego rodzaju chorych mieliśmy 442.

Wreszcie grupy 1p, 2p, 3p, 4p i 5p właściwych zmian płucnych, wykazujących coraz większe rozprzestrzenienie i zajmujących kolejno 1, 2, 3, 4 lub 5 pól płucnych. Przez pola płucne rozumiemy te odcinki płuc, które powstają na rentgenogramie, gdy

poprowadzimy 2 linie poziome, jedną na wysokości przyczepu 2-go żebra do mostka, drugą na wysokości 4—5 przedniej przestrzeni międzyżebrowej. Wówczas powstanie po obu stronach śródpiersia po 3 pola płucne. Chorych grupy 1p mieliśmy 439, grupy 2p — 411, 3p—478 i grupy 5p—22 chorych. Ogółem więc naszymi spostrzeżeniami objęliśmy 3205 osobników.

Aby przystąpić do zbadania zagadnienia, jakie postawiliśmy sobie w tej pracy, na sam przód zastosowaliśmy metodę, która zwykle jest w medycynie używana, mianowicie sporządziliśmy wykresy krzywych odsetkowych.



Tabl. 1

Diagram nr 1 podaje nam rozmieszczenie ilościowe osobników różnych co do kolejności urodzeń w poszczególnych grupach

chorobowych. Na tym diagramie linia jednolita oznacza ludzi zdrowych, niegruźliczych. Przedstawia ona dość regularną hyperbolę i wykazuje, że wśród zdrowych najwięcej jest dzieci pierwszych, bo prawie 30%, dzieci drugich 22%, 3-cich — 16%, 4-tych — 11%, 5-tych — 7% i tak dalej dość szybko zmniejsza się odsetek dzieci dalszych kategorii. Ta krzywa służyć nam może za normę, względem której porównywać możemy krzywe innych grup o mniej lub więcej rozprzestrzenionym procesie chorobowym. Gdy weźmiemy krzywą grupy 4p, zaznaczoną na diagramie jako linia przerywana, która przedstawia przypadki gruźlicy daleko posuniętej, bo obejmującej 4 pola, to musimy stwierdzić, że począwszy od 3-go dziecka napotkane przez nas przypadki chorobowe występowały w wyższym odsetku w poszczególnych kategoriach dzieci, aniżeli osobnicy zdrowi. Np. osobników zdrowych, będących 5-tymi dziećmi z rzędu, mieliśmy 7,5%, podczas gdy osobników chorych z zajętymi

4-remi polami płucnymi, a będących także 5-tymi z rzędu dziećmi mieliśmy aż 13,5%. Gdyby więc dzieci 5-tej kategorii nie przedstawiały żadnej większej predyspozycji do gruźlicy, to wśród chorych nie powinniśmy znaleźć większego odsetka dzieci 5-tych, aniżeli wśród zdrowych. Wszystkie inne grupy chorych z mniej rozprzestrzenionymi zmianami płucnymi mieszczą się naturalnie pomiędzy krzywą 0 zdrowych a krzywą 4p, naszych najcięższych chorych. Z drugiej znowu strony wśród osobni-



Tabl. 2

ków, którzy należą do kategorii dzieci 1, 2 i 3-cich, przeważają osobnicy zdrowi a mniejszy odsetek stanowią chorzy.

Z diagramu tego możemy zatem wyciągnąć wniosek następujący: Dzieci 1-sze, 2-gie i 3-cie przedstawiają dość wielką oporność względem gruźlicy, która wyraża się w tym, że zakażenie gruźlicze nie wykazuje u nich tendencji do zajmowania większych przestrzeni w płucu. Począwszy zaś od 3-go dziecka skłonność do zapadania na gruźlicę i do szerzenia się procesu chorobowego w płucach wzrasta, co uwidacznia się w tym, że wśród osobników, należących do dalszych kategorii dzieci, jest stosunkowo więcej chorych z rozprzestrzenioną gruźlicą, aniżeli odpowiada to częstości spotykania zdrowych tej samej kategorii dzieci.

W diagramie nr. 2 mamy znów krzywą, która uwidacznia rozdział poszczególnych kategorii dzieci pomiędzy różne grupy chorobowe. Tu widzimy również, że dzieci 1-sze rzadziej występują wśród cięższych chorych w przeciwieństwie do dzieci dalszych (np. krzywa dzieci 7-ych i 10-ych), które znów częściej są reprezentowane w grupach osobników chorych. Znajdujemy tu więc dalsze potwierdzenie tego samego faktu, który wypikał już z 1-szego diagramu, mianowicie, że dzieci dalszej kategorii wykazują większą predyspozycję do gruźlicy, aniżeli dzieci pierwsze.

Dotychczasowe dowody nasze opierały się na odsetkowej częstości występowania osobników różnych kategorii urodzeniowych wśród różnych grup chorobowych. Te dowody są dość przekonujące, możemy jednak w naszych dociekaniach pójść głębiej, stosując ściślejsze metody statystyczne. W tym celu wprowadziliśmy tu miernik, używany w statystyce do badania współzależności pomiędzy dwoma wzajemnie warunkującymi się wielkościami.

Miernikiem tym przez nas wybranym jest tzw. współczynnik odchylenia współzależnościowego „C”. Jeżeli słuszne jest przypuszczenie, że zachodzi współzależność pomiędzy ciężkością schorzenia a kategorią urodzeniową osobników chorych, to cięższe schorzenia powinniśmy spotykać częściej w dalszych kategoriach kolejności urodzeń, aniżeli w pierwszych. Jeżeli zaś nie ma takiej współzależności, to różne kategorie osobników powinny występować jednakowo często we wszystkich grupach chorobowych, jako wynik rachunku prawdopodobieństwa opartego na zwykłej przypadkowości. Różnica pomiędzy stanem spostrzeganym w naszym materiale klinicznym a stanem teoretycznym, wyliczonym rachunkiem prawdopodobieństwa przy założeniu, że nie ma żadnej współzależności pomiędzy schorzeniem a kolejnością urodzenia,

staje się dla nas podstawą do mierzenia napięcia istniejącego związku.

Załączona tabela korelacyjna uwidacznia omawiane stosunki (Tabl. 3).

Kolejność urodzeń	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	N ^o
O	204 163'34	149 138'55	111 119'10	78 88'88	51 64'22	40 43'33	24 23'94	10 12'08	7 11'23	2 4'64	3 3'17	3 2'45	679 619'00
Sro	130 132'39	116 112'64	80 89'31	80 82'54	72 55'46	25 34'45	16 19'46	10 9'12	11 9'15	5 5'19	3 2'58	4 2'24	552 552'01
W	101 106'53	92 89'05	78 82'02	56 57'92	45 44'44	30 27'58	17 15'58	8 7'86	8 7'41	3 5'03	3 2'07	1 1'79	442 441'99
P	110 105'41	86 89'58	79 82'29	60 59'53	43 44'11	27 23'39	16 15'47	8 7'81	5 7'26	4 3'04	—	1 2'05	439 439'00
2p	99 91'31	81 83'81	75 82'45	55 53'16	32 44'29	31 25'65	16 14'49	7 7'34	7 6'80	4 2'82	1 1'92	3 1'67	411
3p	93 114'39	89 91'54	108 84'23	64 62'64	52 40'02	29 19'35	18 16'55	9 8'50	8 7'90	3 3'28	4 2'24	1 1'94	478 478'00
4p	35 43'42	33 37'15	30 32'03	25 23'85	25 18'29	16 11'39	5 6'42	5 3'24	6 3'04	1 1'25	1 0'85	—	182 182'00
5p	2 5'29	8 4'49	4 3'88	2 2'88	2 1'31	2 1'37	1 0'18	—	1 0'39	—	—	—	22 24'99
N ^o	771 771'00	654 653'99	565 565'00	420 410'00	322 312'01	200 200'00	113 113'00	57 57'00	53 53'00	22 21'99	15 14'99	13 13'00	3205 3205'99

$$C = 0,1563 \pm 0,0115$$

Tabl. 3. — Tabela sumaryczna współzależności pomiędzy zapadalnością na gruźlicę a kolejnością urodzeń osobników chorych.

Na tablicy pismem drobnym wypisane są liczby teoretyczne. Wskazują one, jaką ilość przypadków powinniśmy uzyskać w poszczególnych polach tablicy, gdyby rozmieszczeniem osobników różnej kategorii dziecięcej wśród grup chorobowych rządził tylko ślepy przypadek. Liczby te obliczaliśmy, mnożąc sumaryczną liczbę przypadków danej kategorii dzieci przez sumaryczną liczbę przypadków danej grupy chorobowej i otrzymany iloczyn dzieląc

przez ogólną liczbę wszystkich przypadków. Np. dla osobników, będących 2-im dzieckiem z rzędu a cierpiących na zmiany gruczołowo-opłucne, liczba teoretyczna, gdyby nie istniała żadna zależność pomiędzy kategorią dzieci a schorzeniem, powinna wynosić: $\frac{654 \times 552}{3205} = 112,64$, podczas gdy w tej grupie mieliśmy 116 chorych. Pola tablicy, gdzie liczby przypadków spostrzeganych przewyższają liczby teoretyczne, czyli nadwyżki dodatnie, zaznaczone są tłustym drukiem. Pola z nadwyżkami wybitniejszymi otoczone są nadto obwódką. Pola zaś, gdzie liczba przypadków przez nas spostrzeganych była mniejszą od teoretycznej, jaka powinna wynikać z rachunku prawdopodobieństwa, zaznaczone są na tablicy pismem zwykłym.

Tablica ta uwidacznia nam zatem w sposób obrazowy, o ile częściej lub o ile rzadziej osobnicy, należący do różnych kategorii dzieci, zapadają na gruźlicę, wykazującą różne stopnie rozprzestrzenienia. Z tablicy tej, podobnie jak z przebiegu krzywych na poprzednich wykresach, wyciągnąć musimy ten wniosek, że do gruźlicy więcej rozprzestrzenionej mają powinowactwo przede wszystkim dzieci dalszych kategorii, podczas gdy dzieci pierwsze zapadają rzadziej na gruźlicę i to na gruźlicę, która nie doprowadza do wielkiego rozprzestrzenienia się w płucach.

Aby tę podatność na gruźlicę dzieci dalszych kategorii móc wyrazić liczbowo, musimy, wyliczyć wartość współczynnika odchylenia współzależnościowego (C). Współczynnik ten oblicza się według wzoru:

$$C = \frac{S - N}{S}$$

S przedstawia sumę kwadratów liczby przypadków spostrzeganych w obrębie poszczególnych pól tablicy podzielonych przez odpowiednie liczby teoretyczne. N oznacza ogólną liczbę przypadków.

W ten sposób obliczyliśmy wartość „C“ oddzielnie dla każdego rocznika w naszym materiale obserwacyjnym. Przytaczamy, tu tylko tablicę rocznika 1932 (Tabl. 4).

Uzyskane przez nas wartości współczynników odchylenia współzależnościowego dla poszczególnych roczników wynoszą kolejno: C 1931 = 0,3168, C 1932 = 0,4338, C 1933 = 0,3835, C 1934 = 0,3920, C 1935 = 0,3703 i C 1936 = 0,3248. Współczynniki te są dość wielkie, jeżeli się zważy, że współczynnik podobieństwa między ojcem a synem wynosi 0,50, między dziadkiem a wnukiem 0,25 a między małżonkami według ks. Rosińskiego 0,31. Trzeba tu

zaznaczyć, że wartość współczynnika C może się obracać w granicach od 0 do 1. Osiąga ona swoje maximum wtedy, gdy w tablicy korelacyjnej wszystkie klasy obydwu badanych cech posiadają te same liczebności i gdy wszystkie przypadki ześrodkowują się w każdej kolumnie w jednej tylko kombinacji. Wówczas wszystkie liczby lub przynajmniej większość nadwyżek spostrzeganych

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	n
0	33 25 01	18 14 22	15 10 53	10 12 98	5 9 41	5 5 51	4 3 44	2 1 64	— 1 38	1 0 69	1 0 69	1 0 64	95 95 01
gro	16 14 22	9 9 45	5 9 85	9 6 94	6 5 35	4 3 13	2 1 96	— 0 94	— 0 38	— 0 39	1 0 59	2 0 39	53
p	12 14 25	18 11 80	14 11 80	10 1 45	5 6 54	4 3 83	1 2 39	— 1 12	2 0 96	— 0 48	— 0 48	— 0 48	66
2p	16 14 25	7 9 12	9 9 12	9 6 53	6 3 03	— 2 96	— 1 85	1 0 74	2 0 38	1 0 37	— 0 37	— 0 37	51
3p	13 16 75	10 17 04	16 10 44	7 8 19	6 6 34	6 3 70	3 2 32	1 1 08	— 0 78	1 0 91	— 0 44	2 0 46	64
4p	15 13 35	8 9 45	12 9 47	3 6 75	7 5 25	— 3 07	4 1 82	1 0 73	1 0 37	— 0 57	— 0 33	— 0 58	53
5p	4 8 16	4 5 54	3 3 54	5 3 97	7 3 07	3 1 80	1 1 12	2 0 52	1 0 95	— 0 22	1 0 22	— 0 22	31
n ₂	109	74	74	53	41	24	15	7	6	3	3	5	414

$$C = 0,4338 \pm 0,0220$$

Tabl. 4. — Współzależność pomiędzy zapadalnością na gruźlicę a kolejnością urodzeń. Rocznik 1932.

nad liczbami teoretycznymi gromadzi się na przekątnej tablicy, podczas gdy wszystkie inne pola tablicy wykazują bardzo małą ilość przypadków lub, lepiej jeszcze, wcale ich nie wykazują.

Na podstawie wartości współczynników odchylenia współzależnościowego, obliczonych oddzielnie dla 6-ciu roczników, należałoby się spodziewać, że średnia wartość C powinna się obracać w zakresie 0,37. Tymczasem wartość C obliczona dla tablicy sumarycznej, obejmującej wszystkie roczniki razem, jest o wiele

mniejsza, wynosi tylko 0,1563. Tak nieoczekiwany wynik wymaga osobnego wyjaśnienia.

Przed wszystkim musimy stwierdzić, że pomimo iż liczby spostrzeganych przypadków, przypadających na pojedyncze roczniki, są dość wielkie, bo wynoszą ponad 500 przypadków, to jednak w obrębie poszczególnych roczników liczby osobników, należących do kategorii dziecięcej od 6-tej do 12-tej, są o wiele mniejsze, aniżeli liczby osobników, należących do pierwszych 6-ciu kategorii. Skutkiem tego w tablicach rocznikowych wśród spostrzeżeń, odnoszących się do osobników dalszej kategorii dziecięcej, kryć się musi wiele przypadkowości, przywiązanej do małych liczb. Współczynnik C wtedy najwierniej ujmuje stosunki zależnościowe wśród badanych zjawisk, gdy na obu końcach tablicy ilość faktów zaobserwowanych jest jednakowa. Jeżeli ten warunek nie jest spełniony, to wtedy wartość C może ulec przejawieniu tak w kierunku in plus, jak i in minus. W naszych tablicach ta dysproporcja między jednym rogiem tablicy a drugim jest wielka.

Te małe liczby spostrzeganych osobników dalszych kategorii dziecięcych sprawiają, że na jednych polach tablicy rocznikowej wystąpić mogą wielkie nadwyżki ponad obliczenia rachunkiem prawdopodobieństwa, podczas gdy na polach sąsiednich tego samego rocznika wystąpić znów mogą niedobory, leżące poniżej obliczeń rachunkiem prawdopodobieństwa. Natomiast w tablicach innych roczników to rozmieszczenie nadwyżek i niedoborów może wypaść wprost odwrotnie, skutkiem czego zrozumiałą jest rzeczą, że w takim wypadku tablica sumaryczna nie wykaże żadnych odchylenia, tak ku górze, jak i ku dołowi, pod względem częstości spostrzeganych przypadków w porównaniu z częstością, wynikającą z rachunku prawdopodobieństwa. Tak więc te małe liczby osobników, należących do dalszych kategorii urodzeniowych w porównaniu z wielką liczbą osobników, należącą do początkowych kategorii urodzeniowych, obniżają wartość współczynnika „ C “, ale na tym obniżeniu zyskuje prawdziwość wyniku statystycznego. W ten sposób bowiem usuwa się błąd przypadkowości, przywiązany do małych liczb.

Współczynnik odchylenia współzależnościowego „ C “, obliczony dla całego naszego materiału, obejmującego 3205 przypadków, jest mały, wynosi tylko 0,1563, ale jest rzeczywisty, ponieważ przewyższa potrójny błąd prawdopodobny, który dla zestawienia sumarycznego wynosi tylko 0,0115. Wskazuje to, że tendencja do zachorowywania osobników dalszych kategorii urodze-

niowych na gruźlicę bardziej rozprzestrzenioną jest istotną i niezależną od przypadkowości.

Ten mały współczynnik „C“ dowodzi dalej, że pomiędzy schorzeniem a kategorią osobnika co do jego urodzenia nie ma powinowactwa wyłącznego. Temu się nie dziwimy, albowiem zapadalność na gruźlicę musi zależeć od wielu jeszcze innych czynników, aniżeli sam fakt, że dany osobnik przyszedł na świat jako dziecko 5-te lub 10-te.

Klasyfikacja, jaką tu wprowadziliśmy, podziału schorzenia według rozprzestrzenienia nie uwzględniła czynnika czasu. Tymczasem niewątpliwie wielu osobników spośród zaliczonych przez nas do grupy np. 1p z czasem, gdy choroba postąpi dalej, znajdzie się w grupie 4p lub dalszej. Tym się tłumaczy, że np. w grupie zmian gruczołowo-opłucnych, która obejmuje obok osobników, którzy na zawsze w tej grupie pozostaną, także i tych, którzy stoją dopiero u początku tej drogi, którą gruźlica przebiegnie w swym rozwoju, mamy prawie równomierne stosunkowe rozmieszczenie wszystkich osobników pomiędzy wszystkie kategorie urodzeniowe, więc od dzieci 1-szych z rzędu do 12-tych. Natomiast, jeżeli weźmiemy pod uwagę grupę 4p, która obejmuje osobników, dochodzących już do kresu choroby, gdzie więc czynnik czasowy przestaje już odgrywać rolę, to stwierdzimy wyraźną przewagę dzieci dalszych kategorii urodzeniowych. To zjawisko spostrzega się nie tylko w tablicy sumarycznej, ale i we wszystkich tablicach rocznikowych.

Wyciągamy zatem z naszych badań wniosek, nie ulegający wątpliwości, że czynnik wrodzony, zależny od kolejności urodzenia, wywiera wpływ na zapadalność na gruźlicę i przedstawia usposobienie do szerzenia się gruźlicy na większe przestrzenie w płucu.

Można się spodziewać, że ta współzależność wystąpi jeszcze wyraźniej, gdy jako miernik podatności na gruźlicę weźmiemy nie rozległość zmian chorobowych, lecz jakość tych zmian, wywołanych przez sprawę chorobową. Będzie to tematem dalszych naszych badań. W pracy niniejszej zadowoliliśmy się tylko zbadaaniem współzależności pomiędzy kolejnością urodzeń a zapadalnością na gruźlicę, mierzoną stopniem rozprzestrzenienia się zmian chorobowych w płucu.

Na tym miejscu czujemy się do miłego obowiązku złożenia podziękowań prof. ks. Rosińskiemu za łaskawą pomoc w opracowaniu statystycznym naszego materiału.

Dr STANISŁAW HORNUNG i dr TADEUSZ LEWICKI

ZAGADNIENIE PRACY U CHORYCH NA GRUŻLICĘ

(Doświadczenia Domu Posańatorsyjnego studenckiej „Opieki Zdrowotnej“
we Lwowie w latach 1934/35 do 1936/37)

I.

Zagadnienie zdolności do pracy chorych na grużlicę płuc, osobista korzyść chorych i społeczna z włączenia pracy do metod leczenia grużlicy, wpływ pracy na stan fizyczny i psychiczny chorych, wybór rodzaju pracy i jej dawkowanie, wskazania i przeciwwskazania do niej w różnych postaciach i okresach choroby oraz sprawa organizacji praktycznego rozwiązania tych problemów budzi ostatnio żywe zainteresowanie. Dowodem tego są tematy obrad Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgrużliczego w r. 1932 w Holandii, Zjazdu lekarzy Akad. w Leysin w r. 1933, Niemieckiego Zjazdu Przeciwgrużliczego w Wiesbaden w marcu 1937 roku, oraz bardzo liczne publikacje z tego zakresu, a w końcu powtórne wstawienie na porządek obrad Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgrużliczego, mającego się odbyć w r. 1939, sprawy przygotowania do pracy chorych na grużlicę.

Przekonanie, że jednym z warunków skutecznego leczenia grużlicy jest zaniechanie przez chorych wszelkiej pracy, jakoteż statystyczne dowodzenie (Ascher), że bezrobocie wpływa dodatkowo na zmniejszenie się odsetka zachorowalności i śmiertelności na grużlicę, nie opierają się krytyce (Köhler).

Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że pełne oddawanie się chorych, względnie ozdowieńców swojej pracy zawodowej musi się odbić niekorzystnie na stanie ich zdrowia.

J. Hein obserwował takich chorych z jednej z rolniczych dzielnic Niemiec, stwierdzając szybkie występowanie u nich zaostżeń i powikłań, np. pod postacią płynów opłucnych u leczonych odmą opłucną. Chorzy sanatoryjni, według Nicola, wracający bezpośrednio do pełnego wykonywania swoich zajęć zawodowych, już po upływie 3—5 lat tylko w 20% nadają się jeszcze do pracy, względnie znajdują się jeszcze przy życiu.

Warunek nie wymagania pracy od chorego przed uzyskaniem optimum wyników leczenia klinicznego jest też jedną z podstawowych zasad opieki posanatoryjnej, przyjętych przez Komitet Międzynarodowego Związku Przeciwgrużliczego. Licznie po-

DOMIĘŚNIOWA AUROTHERAPIA GRUŻLICY

MYOCHRYSYNA



Tiojabłczan sodowo-złotowy, w postaci subtelnej zawiesiny olejowej

Związek organiczny, łatwo rozpuszczalny w płynach tkankowych, aktywowany siarką, zawiera 50% Au.

**Myochrysyne wsy się łątwo,
nie powoduje ubocznych
objawów.**

Wstrzykiwania bezbolesne.

Wskazania:

Wszelkie postaci gruźlicy płuc i innych
narządów. Schorzenia stawowe.

PRZEM. - HANDL. ZAKŁ. CHEM.

LUDWIK SPIESS i SYN

SP. AKC. — WARSZAWA

REDOXON „ROCHE”

W i t a m i n a C

zwiększa siły obronne organizmu, łagodzi i skraca przebieg rozmaitych chorób. Ma on zastosowanie w przypadkach, w których z reguły istnieje niedobór witaminy C, jak choroby zakaźne i gorączkowe, okres ciąży, karmienia piersią, dojrzewania, starzenia się, schorzenia zębów i t. p.

O p a k o w a n i e:

Rurka zawierająca 20 tabletek po 0,05 g — zł 4,50
Pudełko zawierające 6 ampułek po 0,1 g — zł 4,80
Redoxon forte „R o c h e”
3 amp. po 0,5 g w 5 cm.³ — zł 8,80

Piśmiennictwem oraz próbkami służy:

POLSKA SPÓŁKA WYTWORÓW CHEMICZNYCH „ROCHE” S. A.

Warszawa, ul. Rakowiecka Nr. 19

wstające ostatnio poza granicami naszego kraju placówki Opieki Posańtoryjnej mają właśnie, prócz innych celów i ten, żeby stworzyć stopniowe przejście z zamkniętego leczenia spoczynkowego, z konieczności często niewystarczającego, bo zbyt krótkiego, — do mniej lub więcej, zależnie od wskazań lekarskich, intensywniej pracy.

W rozmaicie organizowanych w poszczególnych krajach, zależnie od panujących tam prądów społecznych, instytucjach Opieki Posańtoryjnej praca, zakazywana do niedawna chorym lub zalecana im conajwyżej dla rozrywki, urasta do cennej pomocniczej metody leczenia.

Dotychczasowe doświadczenia nad leczeniem gruźlicy pracą dotyczą przede wszystkim pracy fizycznej. Przyjęto przy tym zasadę, że praca nie ma posiadać charakteru rozrywki ani amatorsztwa, przeciwnie wyroby winny mieć wartość realną, zaś pracujący kuracjusze winni podlegać zwyczajnej dyscyplinie pracy. Jako szczególnie odpowiednie dla chorych i ozdowieńców okazały się: stolarstwo, meblarstwo, koszykarstwo, zabawkarstwo, drukarstwo, introligatorstwo itp. Zastrzeżenia budzi jedynie praca na roli (E. Dorn). Leczenie odpowiednio dostosowaną pracą zaczyna się już w czasie opieki zamkniętej w tzw. sanatoriach pracy (Trainings-Camps).

W różnych krajach przyjął się kierunek, by wpajać chorym przekonanie, że praca jest dla nich środkiem leczniczym, nie powinni więc za nią otrzymywać wynagrodzenia pieniężnego, przeciwnie, za pobyt w Zakładzie sami muszą płacić, względnie, o ile im przysługuje prawo do świadczeń ze strony ubezpieczeń społecznych itp. organizacji, powinni wiedzieć, że one leżą na ich leczenie.

Z drugiej strony zrozumiałe dążenia odpowiednich Zakładów do osiągnięcia samowystarczalności gospodarczej muszą często ustępować względom zdrowotnym kuracjuszy.

Słusznie przypomina E. Dorn, że praca ma dla chorych nie tylko wartość fizyczną lecz przede wszystkim psychiczną i moralną, nie można więc jej traktować po kupiecku; musi to znaleźć zrozumienie zarówno u chorego jak lekarza.

Nie tylko materialnie niezależni lecz i biedniejsi chorzy muszą w sobie zwalczyć niechęć do narzuconej im pracy, wierząc, że wprowadzenie jej w poczet metod leczenia nie jest jakimś zakonspirowanym zamachem kapitalizmu na chorych spośród warstw pracujących. Muszą sobie uświadomić, że praca według współczesnych pojęć, nie teoretyków i moralizatorów, lecz nawet

zagorzałych bojowników o prawa warstw pracujących, jakim był np. u nas dr J. Zieliński, twórca referatu Higjenu Pracy w Min. Pracy i Opieki Społecznej, — jest nie tylko środkiem do utrzymania życia, lecz warunkiem życia.

„Praca to życie“ — pisze Zieliński. „Praca jako ruch, jako przemiana materii, jako wyładowanie energii fizycznej czy umysłowej, jest naturalnym produktem każdego organizmu, a więc i człowieka, który jest źdźbłem tylko, małym ogniwem w nieskończone długim łańcuchu wszechświata. Praca nie jest tylko środkiem do zaspokojenia niezbędnych potrzeb człowieka, lecz również źródłem jego zadowolenia, jego żądź i pragnień. Kto swej pracy dokonał, kto ujrzał owoc swoich wysiłków i szamotań, ten doznaje uczucia nader przyjemnego, pewnej radości, jak taternik, co pomimo burzy i trudu dostał się na Giewont lub Czerwone Wierchy.“

Dla chorych podleczonej do tego stopnia, że są zdolni opuścić sanatorium i podlegać opiece półotwartej, przeznaczone są osiedla pracy. Tacy kuracjusze otrzymują zwykle na drobne wydatki osobiste „kieszonkowe“, którego wysokość nie pozostaje jednak w żadnej zależności od wartości wykonanej przez nich pracy. Dochody zaś płynące z ich wytwórczości przeznaczają się na cele ogólnej użyteczności mieszkańców Zakładu, przede wszystkim dla zaspokojenia wymogów kulturalnych. Osiedla pracy mają na celu poza dalszą obserwacją i leczeniem także zaprawę do pracy, ocenę stopnia zdolności do niej, a także w razie wskazania do zmiany zawodu, zaprawę do nowego. Na kierowników Zakładów, instruktorów itd. wybiera się zwykle odpowiednich fachowców spośród samych chorych i ozdrowieńców.

Praca, jako w ten sposób zrozumiana metoda leczenia, ma jednak dla chorych jeszcze wartość psychiczną, gdyż pozwala im nie tracić wiary w siebie i w przyszłość. Chorego, pracującego w zakładzie leczniczym nie nurtuje świadomie czy podświadomie troska, o to, czy będzie w stanie zabezpieczyć byt swój i swojej rodziny po opuszczeniu tego zakładu. Wiadomo zaś jest jak doniosły wpływ wywierać może psychiczny stan chorego na przebieg leczenia.

Dalszym jednak tak ważnym ze względów ogólnych celem osiedli jest zatrzymanie tych chorych, którzy mimo długotrwałego nawet leczenia czy to zachowawczego, czy też po leczeniu chirurgicznym, mimo zupełnie dobrego samopoczucia i wyraźnej poprawy klinicznej, w dalszym ciągu jeszcze prątkują. Po 5-cio letnim np. pobycie w osiedlu w Herrenprotsch tylko 30% spo-

śród poprzednio prątkujących uznano za bezpiecznych dla otoczenia (Brieger, cyt. J. Hein).

Opieką otwartą w przychodniach pracy kończy się szereg powyższych metod leczenia pracą.

Postulat, żeby każdy chory rzeczywiście przebył stopniowo wszystkie te trzy metody, jako konsekwentnie po sobie następujące etapy leczenia i to pod tym samym kierunkiem lekarskim, bywa niestety w praktyce rzadko spełniany. Chociaż myśl zajęcia chorych gruźliczych pracą nie należy do nowych, to jednak dopiero próby wprowadzenia pracy, jako systemu leczenia zastosowane przez Vossa w r. 1905 w Hellendoorn w Holandii, stały się właściwym pierwowzorem dla tego rodzaju dalszych poczynań, wywołując wprost przewrót w dotychczasowych poglądach na społeczną organizację leczenia gruźlicy.

Podobną rolę odegrały w Stanach Zjednoczonych Ameryki doświadczenia czynione od roku 1908 przy Szpitalu Bellevue. W r. 1916 tworzy Varrier Jones osiedle pracy w Papworth. Podobne zakłady powstają w r. 1920 w Herrenprotsch w Niemczech oraz w tym samym czasie za inicjatywą Bronkhorsta w Berg-en-Bosch w Holandii. Przekonywujące wyniki i bujny rozwój tych zakładów zachęcają odtąd do coraz liczniejszego organizowania podobnych ośrodków w różnych krajach (Anglia, St. Zjedn., Niemcy, Francja, Szwajcaria, Belgia, Rosja i inne).

Schemat organizacji osiedla pracy przedstawia się na przykład w Papworth Village Settlement, w którym znajduje się obecnie około 1000 mieszkańców, następująco: duszą osiedla jest instytut centralny, zawierający pomieszczenia dla obłożnie chorych oraz zarząd i administrację całości. Podleczeni w nim chorzy po okresie absolutnego spoczynku przechodzą następnie do tzw. sanatorium, które składa się z większej ilości domków drewnianych o powierzchni 4 m², dochodząc do pracy w osiedlu więkskim, które składa się z warsztatów, domków rodzinnych, sklepów, szkół dla dzieci kuracjuszy itd.

Jedną z zasadniczych cech różniących ideę osiedla w Papworth od innych jest to, że mieszkają w nim nie tylko chorzy z otwartą gruźlicą, lecz także nieprątkujący i to wraz ze swoimi rodzinami.

Niektórzy z propagatorów i pionierów systemu leczenia gruźlicy pracą nie widzą przeciwskazań do pracy odpowiednio do stanu chorych dostosowanej, nawet u obłożnie chorych, przeciwnie, uważają, że leczenie to winno się zacząć możliwie najrychlej.

Cortois radzi np. opierając się na swoich wynikach nawet

w rozległej otwartej gruźlicy płuc, przed zastosowaniem innego leczenia próbować leczenia pracą, które często daje tak znaczną poprawę kliniczną, że np. leczenie zapadowe może okazać się zbędne. Zdaniem Pochitonowej, obserwującej 25 chorych na gruźlicę płuc dzieci, które codziennie przez 1 godzinę poddawano pracy, polegającej na heblowaniu, chorzy z naciekami lub odmą mogą pracować, natomiast przy zmianach rozsianych lub rozleglejszych należy spodziewać się pod wpływem pracy pogorszenia zmian w płucach.

Wyniki doświadczeń w osiedlu Tönsheide (J. Hein), wykazują natomiast, że w przypadkach wytwórczo-marskich, leczonych odmą, zwłaszcza zaś w zapaleniach opłucnej, w gruźlicy gruczołów i po dawniej przebytych zabiegach operacyjnych, leczenie pracą daje na ogół wyniki pomyślne. W $\frac{1}{4}$ przypadków nacieków wczesnych zachowawczo leczonych, spostrzeżono już wcześniej zaostrzenia, w pozostałych natomiast przypadkach uznanych za zdolne do pracy zaznaczył się wyraźnie korzystny wpływ leczenia pracą.

Jak widać doniosła, ze względu na dobro, bezpieczeństwo i etykę społeczną, idea leczenia gruźlicy pracą, otwierającą nowe horyzonty przed narodami w walce z gruźlicą, znajduje jak najżyyczliwsze poparcie także z punktu widzenia czysto lekarsko-klinicznego. Jednak badania w tym kierunku należy uważać dopiero za zaczęte.

Trudny zaś przeważnie do przewidzenia przebieg gruźlicy i skłonność jej do zaostrzeń pod postacią skoków, często jednak występujących niespostrzeżenie, lub pod postacią krótkotrwałej grypy, nakłada na lekarza obowiązek wybitnie indywidualnego traktowania i ścisłej a częstej obserwacji chorych leczonych pracą.

II.

Doświadczenia nad leczeniem gruźlicy pracą umysłową dały również wyniki pomyślne przede wszystkim w niektórych sanatoriach akademickich, zarówno ze względu na stan fizyczny jak i psychiczny chorych.

Alexander z Agra w Szwajcarii oświadcza wprost, że mając wieloletnie doświadczenie sanatoryjne przed i po wprowadzeniu pracy do programu leczenia, nie mógłby sobie wyobrazić obecnie leczenia gruźlicy bez korzystania z tej metody.

W sanatoriach akademickich, położonych w znacznej odległości od Ośrodków uniwersyteckich, wyłaniają się jednak szczególne trudności organizacyjne ze względu na różnorodność zaintereso-

wań chorych, rozmaicie zaawansowanych w nauce, a pochodzących z różnych uczelni i różnych wydziałów.

Odkąd myśl założenia międzynarodowej lecznicy-universytetu okazała się dotychczas niemożliwą do urzeczywistnienia, poszczególne ośrodki i sanatoria usiłują we własnym zakresie rozwiązać tę sprawę. W sanatorium w Agra (Alexander) sami studenci opracowują referaty z różnych dziedzin i dyskusje nad nimi albo przydziela się im zadania w postaci tłumaczeń z obcych języków, prac statystycznych itd.

Podobnie dzieje się w sanatorium uniwersyteckim w Leysin (Vauthier). Bacmeister w St. Blasien organizuje natomiast rodzaj kursów uniwersyteckich, wykorzystując bowiem bliskość uniwersytetu, zaprasza jego profesorów do wygłaszania poszczególnych odczytów z różnych dziedzin.

Na tle powyższego krótkiego przeglądu obcych prób, uwieńczonych zachęcającymi wynikami, odbijają się odmiennością podejścia do problemu wyniki pracy na terenie walki z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej we Lwowie.

III.

Wyniki badań klinicznej i akademickiej Przychodni Przeciwgruźliczej wykazały, że częstość występowania gruźlicy u młodzieży akademickiej we Lwowie ustępuje jedynie odsetkowi przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia wśród zgromadzeń zakonnych (Lewicki).

Biorąc pod uwagę tak wybitnie zawodową skłonność młodzieży studiującej do zachorowania na gruźlicę, Opieka Zdrowotna Lwowskich Szkół Akademickich w trosce o studentów chorych na gruźlicę, a przede wszystkim o zdrowie reszty ich kolegów, już w pierwszych planach swojej działalności, poza wprowadzeniem daleko idących zarządzeń społeczno-zapobiegawczych i poza umożliwieniem leczenia sanatoryjnego, czy też klinicznego wyłowionym spośród zdrowego otoczenia chorym — uwzględniała konieczność zorganizowania opieki posanatoryjnej. Świadczą o tym publikacje jak: sprawozdanie z działalności „Opieki Zdrowotnej” za rok 1930/31 oraz artykuł jednego z nas: O zasadach organizacji walki z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej.

Schemat organizacji przeciwgruźliczej na terenie lwowskich szkół akademickich, opracowany przez jednego z nas w r. 1931, obejmował w centralnym punkcie przychodnię przeciwgruźliczą, a jednym z ważnych członów był Zakład Opieki Posanatoryjnej, nazwany Domem „C”.

dzi o opiekę posanatoryjną, przez dłuższy czas do stosowania półśrodków w postaci dorywczej opieki indywidualnej w mieszkaniu chorego, trudnej do racjonalnego przeprowadzenia.

Z zestawień „Opieki Zdrowotnej“, opartych przede wszystkim na wynikach obowiązkowych, zespołowych badań okresowych — okazuje się, że około 10% młodzieży akademickiej we Lwowie dotknięte jest gruźlicą wymagającą leczenia lub obserwacji.

Odsetek ten jest bardzo wysoki, a nabiera on jeszcze większego znaczenia, jeżeli uprzytomnimy sobie, że gruźlica jest chorobą zakaźną, udzielającą się przez kontakt z chorymi, że młodzieńczy wiek studentów jest okresem, w którym — jak wykazują statystyki — istnieje wybitna podatność na zakażenie gruźlicą i to zarówno zakażenie pierwotne, jak dodatkowe, czy ponowne i na wystąpienie objawów chorobowych wywołanych przez gruźlicę.

Z faktem występowania zakażeń pierwotnych nawet wśród starszej młodzieży i dorosłych musimy się bezwzględnie liczyć, gdyż cytowany on jest przez wielu autorów, zwłaszcza zagranicznych (Ustvedt, Peretti, Courcoux, Alibert, Arborelius, Debenedetti), a także został stwierdzony przy masowych badaniach radiologicznych i tuberkulinowych wśród młodzieży akademickiej lwowskiej oraz przez dalszą jej obserwację. Jak wynika bowiem z zestawień jednego z nas, około 13% młodzieży akademickiej we Lwowie ulega zakażeniu pierwotnemu między 17—25 rokiem życia.

Niezaprzezony wpływ warunków mieszkaniowych chorych na przebieg ich schorzenia oraz na stopień zakaźności zwłaszcza względem młodych ich współmieszkańców wymagał zainteresowania się stosunkami mieszkaniowymi zarejestrowanych w Akad. Przychodni Przeciwgruźliczej studentów. Stosunki te obrazują dane cyfrowe, cytowane poniżej, z publikacji J. Batyckiej, dyplomowanej pielęgniarki naszej Przychodni, a szczegółowo omówione przez jednego z nas w osobnej pracy, uzasadniającej konieczność stworzenia Domu Posanatoryjnego dla studentów we Lwowie.

Spśród studentów zarejestrowanych w Przych. Przeciwgr. Akad. we Lwowie.

I. przebywało we Lwowie stale (mieszkanie przy rodzinach)	30,6%
II. mieszkało w odnajętych pokojach mieszkało w Domach Akad.	30,0%
dojeżdżało z poza Lwowa na wykłady i ćwiczenia (nie posiadało mieszkania we Lwowie)	22,9%
	16,5%

Chorzy zakwalifikowani w Przychodni jako niebezpieczni dla otoczenia należeli do grupy I. w 28,8%, do grupy II w 71,2%.

Jedna połowa chorych grupy I-szej zajmowała osobne pokoje, druga mieszkała we wspólnych pokojach z innymi osobami, nawet 5-cioma, dzieląc niekiedy z współmieszkańcami łóżko; $\frac{2}{3}$ chorych niebezpiecznych dla otoczenia a zaliczonych do grupy II-ej zajmowała pokoje wspólne, $\frac{1}{3}$ tylko mieszkała osobno.

Do czasu radykalnej zmiany, jakiej uległy stosunki na tym odcinku pracy „Opieki Zdrowotnej“ z chwilą zapoczątkowania realizacji planu stworzenia Zakładu Opieki Posanatoryjnej dla studentów, który umożliwi obecnie przez skupienie chorych w jednym półotwartym zakładzie wypełnienie pierwszych założeń „Opieki“, postępowano w dwojaki sposób:

Chorym, u których obserwacja wykazała gruźlicę nieczynną płuc i mało rozległą, gdzie nie należało spodziewać się zaostrzeń, zezwalano mieszkać w ogólnych domach akademickich, jednak w bardziej higienicznie położonych pokojach i to pojedynczo lub z kolegą zaliczonym do tej samej grupy zdrowotnej. Ci studenci według wspomnianego wyżej planu w przyszłości mieszkać mają w specjalnych domach akademickich tzw. domach B. (patrz tabl. 1). Domy A pozostawałyby wówczas wyłącznie dla studentów, u których nie stwierdzono żadnych zmian w płucach.

Chorym ze zmianami czynnymi lub niezupełnie wygojonymi, jak i niebezpiecznymi dla otoczenia i wymagającymi leczenia, udzielano po ich powrocie z leczenia zamkniętego (oddział kliniczny, sanatorium) zasiłków na wynajęcie odpowiednich mieszkań w mieście: mieszkania te pozostawały pod stałą kontrolą Przychodni, odwiedzała je często pielęgniarka społeczna i dbała o należyte przestrzeganie zasad higieny. Ponadto studenci otrzymywali zasiłki na dożywianie, zobowiązując się jednak do zgłaszania się w określonych terminach do kontroli w Przychodni.

Jednak fakt, że mieszkania takie porozrzucane były nieraz w różnych odległościach od siebie dzielnicach miasta, oraz częste zmiany mieszkań przez studentów w ciągu roku akademickiego, a także lekkomyślność młodzieńcza chorych, nie stosujących się do poleceń lekarza po ustąpieniu dolegliwości podmiotowych, utrudniała należytą opiekę.

Bardzo ważną przeszkodą w należyтым przeprowadzeniu w ówczesny sposób zorganizowanej opieki stanowiła stosunkowo bardzo duża liczba wymagających tej opieki. Według bowiem naszych obliczeń około 200 studentów we Lwowie winno było znaleźć w tym czasie pomieszczenie w osobnym Zakładzie Opieki Posanatoryjnej.

Doświadczenie naszej poradni wykazało poza tym w szeregu przypadków, że student wracający bezpośrednio z sanatorium do miasta uniwersyteckiego, do złych warunków mieszkaniowych, niedożywiany, dostawszy się w wir zajęć uczelnianych, zarobkowych, a co gorsze niekiedy nadużywając wolności i swobody na zabawy i hulanki, tracił cały kapitał zdrowia uzyskany w trakcie drogiego leczenia zakładowego.

Często widzieliśmy chorych opuszczających zakłady zamknięte ze znaczną poprawą zdrowia, którzy w krótki czas po powrocie wykazywali zaostrzenie i nawroty choroby — wymagające powtórnego wyjazdu w krótkim czasie do sanatorium.

Nasuwała się przeto konieczność zaradzenia złemu. Za najlepsze rozwiązanie sprawy uważaliśmy stworzenie specjalnego zakładu dla chorych na gruźlicę studentów w miejscu odbywania studiów.

O realizacji domu Opieki Posanatoryjnej dla chorych na gruźlicę we Lwowie myślał w ostatnich latach swej działalności przewodniczący „Opieki Zdrowotnej“ śp. prof. H. Halban. W lutym 1933 (L. 1133 ex 1932/33K) opracował śp. Rektor Halban obszerny memoriał w tej sprawie do Ministerstwa W. R. i O. P., w którym uzasadnił konieczność stworzenia osobnego Domu dla studentów chorych na gruźlicę. Na tle istniejących już urzędzeń „Opieki Zdrowotnej“, brak takiego Domu stanowił jedyną godną wypełnienia lukę. Rozważono szereg sposobów realizacji zamierzeń, jak wydzierżawienie obiektu na ten cel i wybudowanie osobnego zakładu na 40 osób. Przygotowano nawet szkicowe plany budynku i przybliżony kosztorys na 150.000 zł. Z uwagi na prowadzenie przez Uniwersytet J. K. od dłuższego czasu budowy Domu Akademickiego przy ul. Poniatowskiego — Ministerstwo W. R. i O. P. nie zgodziło się jednak na przystąpienie do konstrukcji nowego gmachu. Opracowano przeto w r. 1934 plan wykorzystania części Nowego Domu Akademickiego przy ul. Poniatowskiego, położonego w zdrowej dzielnicy, na pomieszczenie studentów chorych na gruźlicę.

Ponieważ wykończenie Nowego Domu Akad. okazało się w bliskiej przyszłości nierealne — szukano innego rozwiązania. Wielką zasługą ówczesnego przewodniczącego „Opieki Zdrowotnej“ prof. E. Bulandy było doprowadzenie do otwarcia Zakładu przez oddanie oficyn Domu Akademickiego im. J. Kasprowicza przy ul. Pijarów 35 na ten cel, z początkiem roku akad. 1934/35.

W dniu 24 listopada 1934 r. odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie prowizorium Domu Posanatoryjnego.

W krótkim stosunkowo czasie przeprowadzono konieczny remont i pewne adaptacje. Przede wszystkim urządzono w budynku, mieszczącym dotychczas wyłącznie pokoje mieszkalne, kuchnię, salkę jadalną, rozmównicę i zaprowadzono łazienki. Odczyszczono następnie gruntownie i odmalowano wszystkie pokoje i korytarze. Część urządzenia wewnętrznego zatrzymano, znaczną jednak część zakupiono. Zakład dysponował 11-ma pokojami 2-osobowymi dla mężczyzn i 4-ma 1-osobowymi dla kobiet. Ogółem było 26 miejsc. Dzięki staraniom następnego przewodniczącego „Opieki Zdrowotnej“ prof. W. Koskowskiego przejęto kolejno również i budynek frontowy Domu im. J. Kasprowicza, wskutek czego liczba miejsc powiększyła się znacznie, dochodząc ostatnio do 78.

Konieczne remonty i przebudowy budynków, oraz zakup inwentarza wewnętrznego pochłonęły dość znaczne fundusze, dostarczone głównie przez Uniwersytet Jana Kazimierza przy poparciu Ministerstwa W. R. i O. P.

Zaznaczyć należy, że środowisko warszawskie posiada również „Osiedle“, położone na Bielanach, w którym przebywają studenci chorzy na gruźlicę.

IV.

Celem Domu Posanatoryjnego „C“ jest stworzenie stałej zakładowej opieki półotwartej nad chorymi na gruźlicę studentami w czasie między jednym, a drugim okresem leczenia szpitalnego, czy też sanatoryjnego. Przyjęto przy tym zasadę, że każda ostra postać gruźlicy i zaostrzenia form przewlekłych winny być leczone w zakładach zamkniętych. Drugą zasadą — to przestrzeganie pierwszeństwa w przyjmowaniu kandydatów do tego domu dla chorych prątkujących, względnie podejrzanych o prątkowanie, jako niebezpiecznych dla otoczenia.

Przez umieszczenie w Domu „C“ studentów prątkujących nie uniknie się wprowadzie kontaktu tych chorych z resztą kolegów na terenie uczelni czy też z szerszym społeczeństwem poza uczelnią, lecz wyłączy się przynajmniej ważny moment kontaktu mieszkaniowego w domach i jadalniach akademickich, względnie z resztą ludności, przez mieszkanie w pokojach prywatnych. Jest to jedynie możliwe w obecnej chwili rozwiązanie problemu, a nie rozwiązanie idealne, jakimby było stworzenie dla tych chorych zamkniętych izolatorów pracy.

Nie mniejsze znaczenie, — jak wykazało dotychczasowe doświadczenie, posiada fakt umieszczenia w Domu „C“ chorych

z tzw. gruźlicą zamkniętą; możliwość bowiem wystąpienia prątków w płwocinie i pogorszenia zmian w płucach niespostrzeżenie dla chorego, u osobnika nawet przez długi czas nieprątkującego, stanowić może niebezpieczeństwo zarówno dla otoczenia, jak i dla samego chorego.

Przez umieszczenie w Domu Posanatoryjnym nie dopuszcza się do zmarnowania wyników leczenia zamkniętego, co musiało by nastąpić w razie dostania się podleczonego chorego bezpośrednio z dobrych warunków życiowych w sanatoriach w nieodpowiednie i do niekontrolowanej przez nikogo pracy, często nietylko naukowej, lecz także zarobkowej, nawet fizycznej.

Odmienne przedstawia się sprawa powyższa u młodzieży zdrowej, u której właśnie cięższe warunki walki o byt mogą nawet okazać się pożyteczne jako czynnik pobudzający jej siły życiowe i zaprawiający jej charakter.

Ścisła obserwacja w Domu „C“ zastępuje często zbyt krótką w sanatoriach, gdyż o długości leczenia sanatoryjnego częściej u studentów rozstrzygają miestety względy ekonomiczne, niż wskazania lekarskie. Tymbardziej, że nawet po dłuższej obserwacji klinicznej czy sanatoryjnej, często trudno ustalić i lekarzowi moment, w którym chory nadaje się rzeczywiście do opuszczenia Zakładu.

Pobyt w Sanatorium Pracy, jakim jest nasz Zakład, pozwala na równoczesne przeprowadzenie odpowiedniego leczenia i studiowanie, które przedstawia dla studenta najważniejszy i najbardziej cenny rodzaj pracy. W ten, najbardziej celowy i ekonomiczny sposób, zostaje rozwiązana sprawa powrotu do pracy kategorii chorych szczególnie cennej, jaką jest młodzież akademicka.

Leczenie w Domu Posanatoryjnym pozwala na skrócenie do minimum czasu znacznie droższego leczenia sanatoryjnego, starając się go ograniczyć przez troskliwą półotwartą opiekę lekarską o ile tylko to możliwe ze względów zdrowotnych, do feryj świątecznych i letnich.

Rzeczywiście, jak wykazało dotychczasowe doświadczenie, tracą nasi kuracjusze w ciągu roku szkolnego tylko 0,6% dni nauki na pobyt w Klinice, zaś na pobyt w sanatorium Akademickim w Zakopanem i w Prewentorium w Mikuliczynie tylko 1,3%.

W ten sposób nie dopuszcza się do zbyt długiego zajmowania miejsc w sanatoriach i klinikach, przez co umożliwia się leczenie innym, co ma też swoje znaczenie społeczne wobec zbyt małej liczby łóżek dla leczenia gruźlicy w Polsce.

Mimo więc umożliwienia chorym kontynuowania dalszego

celowego leczenia, pod ścisłą kontrolą lekarską, zezwala się im jednak nie tylko systematycznie studiować, lecz nawet pracować zarobkowo.

Zarząd Domu „C“ stara się bowiem o odpowiednie zajęcie dla niezamożnych kuracjuszy, o ile tylko stan ich zdrowia na to zezwala (kilku kuracjuszy znajduje stale płatne zajęcie przy opracowywaniu zestawień statystycznych Opieki Zdrowotnej, studenci medycyny zaś otrzymują stanowiska „dyżurnych“ Opieki Zdrowotnej itp.). Pracę zarobkową dostarcza się przede wszystkim tym spośród chorych studentów, którzy dotychczas, zmuszeni koniecznością, pracowali fizycznie na utrzymanie lub mimo, iż mają otwartą gruźlicę, udzielali korepetycyj, zagrażając tym samym zdrowiu młodzieży szkolnej.

Całość organizacji ma więc doniosłe znaczenie wychowawcze, wskazując chorym, że nie powinni się uważać za inwalidów społecznych, lecz za ludzi zdolnych do realnej i korzystnej dla siebie i społeczeństwa pracy.

Opieką Zdrowotną Lwowskich Szkół Akademickich docenia bowiem w swoich założeniach także doniosłe znaczenie stanu psychicznego chorych na przebieg choroby i skutki jej leczenia.

Młodzińczy wiek studentów poza skłonnością do gruźlicy w związku z bujnym rozwojem fizycznym jest także ważnym okresem najbujniejszego kształtowania się konstytucji psychicznej. Zarówno wstrząs psychiczny spowodowany samym odkryciem choroby jak długotrwałe leczenie, polegające do niedawna także u nas na często powtarzającym się, mniej lub więcej długim, przeważnie prawie bezpłatnym pobycie w wygodnych i beztrudnych warunkach życia sanatoryjnego, w bezczynności, ludzi młodych i niemających zwykle dolegliwości podmiotowych, — nie może pozostawać bez wpływu na ich wartość etyczną i społeczną.

Rok rocznie spośród kandydatów na wyższe uczelnie we Lwowie około stu zaprawionych sportowo, często jeszcze opalonych od słońca i wiatru, często zgłaszających się wprost z obozów harcerskich czy P. W., względnie jeszcze w mundurach podchorążych rezerwy, dowiaduje się zupełnie dla siebie niespodziewanie, że są chorymi, zaś około 3-cia część spośród nich, że są nawet niebezpiecznymi dla otoczenia. Mimo zwykle dobrego samopoczucia dowiadują się, że będą musieli leczyć się przez dłuższy czas, że nie wolno im narazie uczyć się, że muszą, jako niebezpieczni dla otoczenia zrezygnować z nadziei zarabiania korepetycjami na życie oraz z mieszkania w domach akademickich albo z posad wychowawców w bursach.

Podobnie tragicznym wstrząsem psychicznym dla wielu studentów są każdorazowe badania domów akademickich oraz badania kończących studia.

Przed załamaniem się fizycznym i psychicznym tej młodzieży, skutecznie stara się ją ochronić całokształt leczenia, jakiemu podlega w ramach organizacyjnych „Opieki Zdrowotnej“.

Studenci, których stan tego wymaga, dostają się bowiem w krąg zamkniętego łańcucha poszczególnych etapów leczenia, podległych jednemu kierownictwu (poza sanatorium w Zakopanem) i mających ścisły związek organizacyjny, a także prawie że terytorialny ze sobą i z uczelniami (tabl. 1).

Spośród członów tego łańcucha na szczególną uwagę zasługuje właśnie Dom „C“, bo w nim chorzy najdłużej przebywają, ażeby pracując leczyć się i kończyć studia.

V.

Obawy, że sam charakter Zakładu, mającego służyć za rodzaj azylu dla gruźliczych (Kattentidt), jakoteż konieczność poddania się w nim pewnym rygorom krępującym częściowo wolność osobistą kuracjuszy, może odstraszyć chorą młodzież od ubiegania się o przyjęcie doń, względnie u już mieszkających może działać ujemnie psychicznie, odrazu w pierwszym roku istnienia Domu „C“ okazały się płonne. Od pierwszej bowiem chwili, aż niestety, do obecnej, posiadamy mniej miejsc, niżby to odpowiadało nietylko wspomnianym naszym obliczeniom, lecz nawet ilości faktycznie ubiegających się o miejsca.

Na tablicy 2. zestawiono liczbę mieszkańców i ilość dni ich leczenia w poszczególnych latach akademickich. Jak widać w Domu „C“ znalazło w r. akadem. 1936/37 pomieszczenie 82 studentów(ek) w ciągu 14,227 dni leczenia.

Tabl. 2

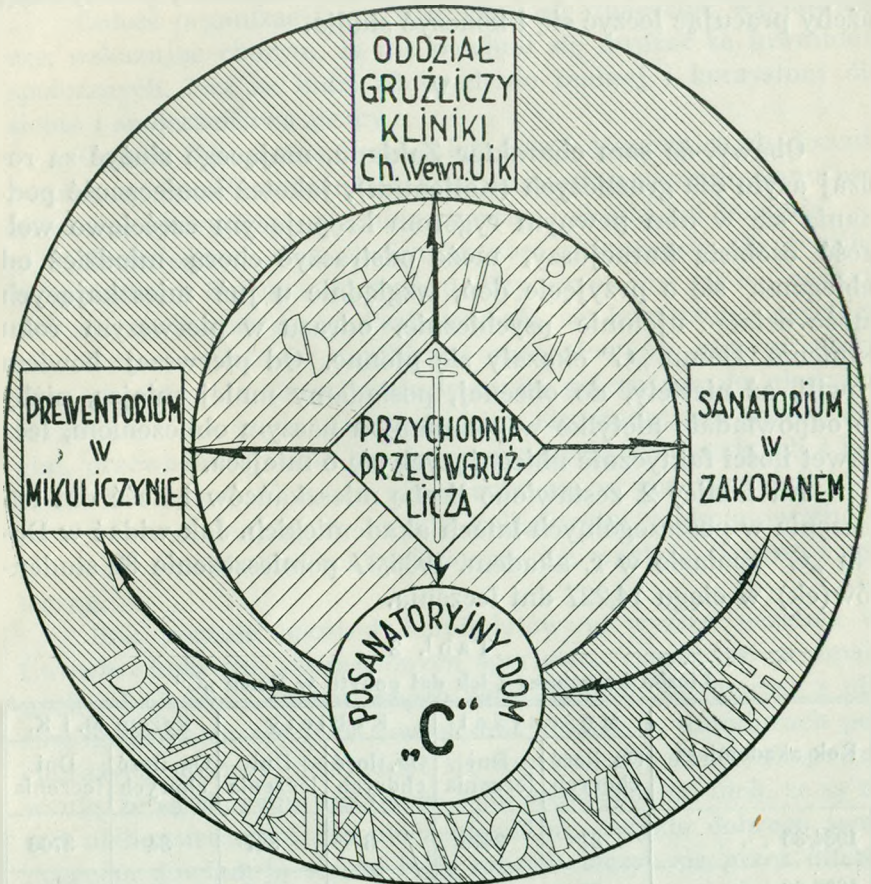
Liczba kuracjuszy i ich dni pobytu w Domu „C“

Rok akademicki	Mężczyźni		Kobiety		Razem M. i K.	
	Og. ilość chorych	Dni leczenia	Og. ilość chorych	Dni leczenia	Og. ilość chorych	Dni leczenia
1934/35	31	3379	3	327	34	3706
1935/36	52	8030	6	1017	58	9047
1936/37	72	12928	10	1299	82	14227
Razem	—	24337	—	2643	—	26980

W toku krążenia przez poszczególne etapy zamknięte w kole, jakie tworzy całokształt opieki nad chorym na gruźlicę studentem we Lwowie, (tabl. 3), przybył do Domu „C” w trzech

Tabl. 3

POSANATORYJNY DOM „C” w organizacji przeciwgruźliczej OPIEKI ZDROWOTNEJ.



pierwszych latach jego działalności za pośrednictwem Przychodni 104 kuracjuszy; w tym wprost z leczenia sanatoryjnego w Zakopanem 19,9%, zaś 4,6% z oddziału gruźliczego Kliniki U. J. K.,

przy 9,2% przybyłych z prewentorium w Mikuliczynie; reszta zaś dostała się do Domu „C“ bezpośrednio na wniosek ordynatorów z Przychodni Przeciwgruźliczej.

Ciekawie przedstawia się również zestawienie, w jaki sposób zostali nasi kuracjusze poraz pierwszy odkryci przez Przychodnię Akademicką. Okazuje się, że największa ilość z nich została ujęta przy obowiązkowych badaniach kandydatów na wyższe uczelnie we Lwowie, bo 51,0%; mniej, bo 22,1% przy okresowych badaniach mieszkańców domów akademickich, dalej idą ci, którzy zgłosili się sami mając dolegliwości podmiotowe ze strony płuc, tworzą oni 11,5%; daleko mniejszy odsetek, bo 8,7% stanowią ci, którzy zostali skierowani przez innych ordynatorów „Opieki“ do Przychodni, najmniejszy bo 3,8% stanowią ujęci przez wywiad Przychodni w środowiskach gruźliczych. 42,3% kuracjuszy przed zamieszkaniem w Domu „C“ korzystało ze wspólnych pomieszczeń ze zdrowymi kolegami w Ogólnych Domach Akademickich.

Wśród naszych kuracjuszy, jak wykazuje poniżej podana tablica 4, znajdujemy reprezentantów wszystkich wyższych lwowskich uczelni, mimo że przymusowe badania kandydatów na nie mają właśnie na celu, między innymi, także wydawanie orzeczenia, czy wybrane studium odpowiada warunkom zdrowotnym kandydatów.

Tabl. 4

Kuracjusze Domu Posańtoryjnego według Uczelni

Uczelnie i wydziały	Rok akademicki					
	1934/35		1935/36		1936/37	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
Uniwersytet J. K.	22	64.7	33	56.9	53	64.7
w tym: wydz. Prawa	9	26.5	14	24.1	25	30.5
" Lekarski	6	17.6	11	19.0	16	19.6
" Oddz. Farmaceut. . .	1	3.0	—	—	—	—
" Humanistyczny . . .	—	—	3	5.2	7	8.5
" Matemat.-Przyr. . . .	6	17.6	5	—	3	3.7
" Teologiczny	—	—	—	—	2	2.4
Politechnika	9	26.5	22	37.9	25	30.5
Akadem. Med. Weter.	—	—	—	—	2	2.4
W. S. H. Z.	3	8.8	3	5.2	2	2.4
Suma	34	100.0	58	100.0	82	100.0

Zasadniczo np. ze względów społecznych, a także dla dobra kandydatów w przewidywaniu odpowiedniej ustawy przeciwgruźliczej dla nauczycieli, odradza się chorym wpisywanie na wydział humanistyczny i matematyczno - przyrodniczy, najmniej może uciążliwy wprawdzie, jeżeli chodzi o siły chorych.

Z drugiej strony przeciwstawiamy się, ze względu na wskazania lekarskie, wyborowi studiów, które wymagają większego wysiłku fizycznego, oraz nieprzerywanego w ciągu roku akademickiego pobytu we Lwowie.

Nie wszyscy kuracjusze Domu „C“ wykazywali obecność zmian gruźliczych w chwili przyjęcia na uczelnię.

Na tablicy 5. zestawiono rozpoznania lekarskie naszych 104 pacjentów w chwili przyjęcia na uczelnię.

Tabl. 5

Rozpoznania mieszkańców Domu „C“ w chwili przyjmowania ich na Uczelnię

R o z p o z n a n i e	Ilość przypadków
Bez zmian gruźliczych	27
Zwapniały zespół pierwotny w płucach	11
Gruźlica płuc wygojona, wymagająca obserwacji	6
„ gruczołów wnekowych, wymagająca leczenia	2
„ płuc, wymagająca leczenia	37
„ płuc, niebezpieczna dla otoczenia (obecności prątków Kocha nie stwierdzono)	5
„ płuc, niebezpieczna dla otoczenia (obecność prątków Kocha stwierdzono)	6
w tym:	
Odma płucna sztuczna	2
Wysiękowe zapalenie opłucnej	1
Niebadani przy wpisie na uczelnię (wpisani przed wprowadzeniem badań obowiązkowych)	10

Okazuje się, że w ciągu pierwszych trzech lat, na 104 dotychczasowych mieszkańców Domu „C“, aż 27 przy wpisach swoich na wyższe uczelnie nie miało żadnych radiologicznie stwierdzalnych zmian w płucach, 11 zaś miało wtedy tylko zwapniały zespół pierwotny, musieli więc ponownie ulec gruźlicy już w czasie studiów.

Z zestawienia tego okazuje się, iż u 6-ciu spośród obecnych mieszkańców Domu „C“ już przy ich badaniu, jako kandydatów na wyższe uczelnie, stwierdzono obecność prątków Kocha w płowcinie.

W myśl uchwał Senatów Lwowskich Szkół Akademickich

W LECIE PODAWANIE
TRANU
JEST WYKLUCZONE

JECOROL

„BUKOWSKI“

Stosowany w gruźlicy
gruczołowej, krzywicy,
stanach wyniszczenia

Polepsza łaknienie i samopoczucie

Zwiększa wagę ciała

Wpływa na poprawę stanu ogólnego

Niezastąpiony w terapii dziecięcej

FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE

Magister **A. BUKOWSKI** suk.

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 54

i zarządzenia Ministerstwa W. R. i O. P. komisja lekarska ma prawo nie pozwolić na wpis studentowi, którego stan przedstawia niebezpieczeństwo dla otoczenia.

Stojąc jednak na stanowisku, że chory prątkujący wymaga natychmiastowego leczenia, sprawę przyjęcia czy też nieprzyjęcia na uczelnę uzależnia się od indywidualnych warunków kandydatów. Często np. w tych właśnie przypadkach przyjęto chorych niebezpiecznych dla otoczenia, ażeby im umożliwić leczenie, któremu by się nie mogli poddać ze względu na to, że nie posiadają żadnych praw do świadczeń ze strony Ubezpieczalni Społecznej, ani środków na leczenie prywatne.

Przyznawanie mieszkań w Domu „C“ odbywa się na podstawie kwalifikacji i na wniosek Akad. Przychodni Przeciwgruźliczej. Rodzaje schorzeń u studentów przyjętych do Domu „C“ zestawiono na tabl. 6.

Tabl. 6

Stan chorobowy kuracjuszy przy przyjęciu do Domu Posanatoryjnego

R o z p o z n a n i e	1934/35		1935/36		1936/37	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
Gruźlica czynna pozapłucna	—	—	—	—	1	1.2
„ pluc wygoj. wymagająca obserwacji	2	5.9	3	5.1	5	6.1
„ grucz. wnęk. wymag. leczenia	1	2.9	—	—	—	—
„ pluc, wymag. leczenia	12	35.3	33	56.9	46	56.1
„ pluc niebezp. dla otocz. (obecności prątków Kocha nie stwierdzono)	8	23.5	11	19.0	17	20.7
„ pluc niebezp. dla otocz. (obecność prątków Kocha stwierdzono)	11	32.4	11	19.0	13	15.9
w t y m :						
Lymphomata colli	2	—	—	—	—	—
Tbc laryngis	—	—	2	—	2	—
St. p. nephrectomiam	—	—	—	—	2	—
Gruźlica kości	1	—	2	—	1	—

Oplata miesięczna za świadczenia, t. zn. mieszkanie z pełnym utrzymaniem oraz opieką lekarską i pielęgniarską, wynosi 75 zł. Zarząd Opieki Zdrowotnej udziela jednak kuracjom indywidualnie, zależnie od danych uzyskanych przez pielęgniarkę-wywiadowczynię Przychodni oraz na podstawie kwestionariuszy wypełnionych przez kuracjuszy, stypendiów zwrotnych lub bezzwrotnych na częściowe pokrycie tej opłaty. W praktyce więc wysokość opłat waha się między 20 a 75 zł. za miesiąc.

Mieszkańcy zobowiązują się do pewnych świadczeń na rzecz Domu, mogą być zapraszani np. do różnych prac pomocniczych w administracji Domem i innych, np. sami kuracjusze, zresztą chętnie i dobrowolnie, prowadzą bibliotekę i czytelnię domową, organizują orkiestry, biorą żywy, kierowniczy, wprost entuzjastyczny udział w organizowaniu akademickich tygodni przeciwgruźliczych itp.

Za samodzielną inicjatywą kuracjuszy odbywają się w Domu co pewien czas posiedzenia referatowe i dyskusyjne na ogólne tematy naukowe, ostatnio zaś wyłoniła się również inicjatywa organizowania rodzaju systematycznych kursów dokształcających, przede wszystkim z zakresu języków obcych.

Zarząd Domu może zmienić rozkład godzin w zajęciach studenta, którego stan wymaga ograniczenia wychodzenia z Zakładu, wyznaczyć werandowanie, polecić położenie się do łóżka itd.

W ogóle zaś każdy mieszkaniec zobowiązuje się do ścisłego poddawania się poleceniom lekarskim, nawet gdyby chodziło o krótszy czy dłuższy trwający urlop zdrowotny celem poddania się leczeniu zamkniętemu, względnie, gdyby istniało wskazanie, do zmiany wydziału czy też Uczelni.

Każdy mieszkaniec przy przyjęciu do Domu „C” przedkłada wypełnioną przez siebie „kartę pracy” ze szczegółowym rozkładem godzin i miejsc swoich zajęć na uczelni, czy też także zarobkowych wraz z przedstawieniem planów, jakie egzaminy i w jakich terminach ma zamiar zdawać w danym roku akademickim.

Po zaaprobowaniu tej karty przez lekarza oddają się kuracjusze swoim zajęciom, pozostając jednak pod ścisłą kontrolą lekarską, szczególnie surową w pierwszych tygodniach obserwacji.

W wielu wypadkach udaje się lekarzom Zakładu dzięki uprzejmości i zrozumieniu kierowników danych studiów i ich sił pomocniczych, zyskiwać wpływ na tok pracy chorych w instytucjach uniwersyteckich.

Szczególnością otacza się kwestię odżywiania kuracjuszy. Zarząd kuchni pozostaje w rękach fachowej dietetyczki. Jadłospisy sporządzone są w porozumieniu z lekarzem domowym celem uwzględnienia każdorazowych indywidualnych wskazań lekarskich (charłactwo, nephropathia, ulcera ventriculi et duodeni, colitis chronica itd.).

Zasadnicza dieta, obfita w witaminy, posiada wartość ilość.

ciową około 4200 kal. na dzień leczenia. Wielu jednak z kuracjuszy korzysta z dożywiania specjalnego, albo tylko z podwójnych dań.

Na ogół większości kuracjuszy w pierwszych tygodniach po zamieszkaniu w Domu „C” przybywa po kilka kg na wadze i przybytek ten utrzymuje się zwykle na tym poziomie przez cały czas pobytu. Zjawisko utraty na wadze, obserwowane nawet u zdrowych studentów w ostatnich tygodniach roku szkolnego i w okresie egzaminów, zaznacza się u naszych kuracjuszy na ogół b. słabo.

Opieka lekarska nad mieszkańcami Domu „C” pozostawała w rękach 3 lekarzy: kierownika lekarskiego i administracyjnego Zakładu, który jest zarazem kierownikiem Akademickiej Przychodni Przeciwgruźliczej, lekarza ordynującego, oraz stale mieszkającego w Domu „C” lekarza domowego. Wszyscy zaś trzej lekarze pracują równocześnie na oddziale gruźliczym II. Kliniki chor. wewnętrznych U. J. K. Opiekę pielęgniarską spełniają 2 dyplomowane pielęgniarki.

O ile nie ma innych wskazań indywidualnych, obserwacja polega poza okresowym badaniem fizycznym na: okresowo powtarzanych a) badaniach radiologicznych, b) odczynu Biernackiego, c) bakteriologicznych, płwociny, — a w razie ujemnego wyniku — treści pobranej z krtani lub sondą z żołądka.

Obłożnie chorzy pozostają w obserwacji w swoich pokojach. Jedynie w razie podejrzenia na ostrą chorobę zakaźną zostają pomieszczeni w osobnym pokoju izolacyjnym do czasu ewentualnego przeniesienia do odpowiedniego oddziału szpitala albo Kliniki. Dla reszty chorych wyznaczone są stałe godziny przyjęć w pokoju lekarskim.

Zabiegi, jak dopełnianie odm płucnych, zakładanie i dopełnianie otoku olejnego, punkcje, płukanie jam opłucnych itp. wykonuje się w Zakładzie. Jedynie, z braku własnego aparatu, prześwietlenia i zdjęcia rentgenowskie wykonuje się jeszcze narazie w Przychodni Przeciwgruźliczej „Opieki Zdrowotnej”. W najbliższym czasie otrzyma Zakład własny aparat rentgenowski.

Do obłożnie chorych sprowadza się natomiast w razie potrzeby przenośny aparat Roentgena, używany stale przez Ruchomą Kolumnę Uniwersyteckiej Przychodni Przeciwgruźliczej.

Odmą piersiową jednostronną leczono w poszczególnych latach 1934/5, 1935/6 i 1936/7 10, 9 i 8 chorych, odmą obustronną 1, 3 i 3 chorych, otokiem olejnym — 2, 1 i 1 chorego. Jako powikłania poodmowe obserwowano mały wysięk w 3, 3 i 8 przypadkach, większy wysięk 1, 1 i 2 przypadkach. Przecięcie zrostów opłuc-

nych według Jacobacusa było wykonane u 1, 2 i 2 chorych. Ponadto przebywali w zakładzie kuracjusze po ukończonym leczeniu odmowym w r. 1934/35 — 1, w r. 1936/37 — 2.

Wyniki lecznicze uzyskane u naszych chorych są na ogół bardzo dobre, choć ściśle ich ujęcie natrafia na trudności, wynikię przede wszystkim z charakteru samego schorzenia i niezbyt długiej jeszcze obserwacji.

Poza przemijającymi zaostrzeniami zmian płucnych stwierdziliśmy tylko w 3 przypadkach wyraźne pogorszenie stanu klinicznego. Jeden dotyczy studenta politechniki z Tbc. ulcero-fibrosa pulm., który w godzinach przeznaczonych na pracę w uczelni w tajemnicy przed Zarządem Domu oddawał się pracy fizycznej w betoniarni. Drugi dotyczy studenta praw z Tbc. fibr.-densa pulm., będącego jedynym przypadkiem niestosowania się do regulaminu Domu i usunięcia z tego powodu z niego. Po zgłoszeniu się po kilku miesiącach chorego do Przychodni z dolegliwościami podmiotowymi, został on przyjęty, z powodu wystąpienia w międzyczasie poważnych zmian w płucach, ponownie do Domu „C“, na własną gorącą prośbę, popartą przyrzeczeniem ścisłego stosowania się do porządku domowego. W trzecim przypadku chodziło o studenta z obustronnymi zmianami włóknisto-naciekowymi oraz z odną powikłaną ropnym wysiękiem leczonym płukaniem i otokiem olejnym. Student ten bez porozumienia się z lekarzem domowym, poza domem poddawał się leczeniu wstrząsowemu z powodu powikłanej rzeżączki.

Podkreślić należy, iż w drugim i trzecim z przytoczonych przypadków wystąpiła jednak w ciągu dalszego leczenia poprawa oraz fakt, iż na 104 dotychczasowych kuracjuszy Domu „C“ nie mamy do zanotowania w ciągu 3 lat ani jednego przypadku śmierci i to nie tylko w czasie pobytu w Domu, lecz także poza nim.

Porównując stan kuracjuszy w chwili przyjęcia ich do Zakładu ze stanem w chwili opuszczania go z końcem roku szkolnego stwierdzamy, iż w poszczególnych latach na 19, 22 i 30 niebezpiecznych dla otoczenia przestało nimi być 0, 2 i 7; w sumie na 71 niebezpiecznych dla otoczenia 9 straciło trwale lub na dłuższy okres czasu możliwość zakażenia otoczenia.

Ponieważ postępy w nauce również mogą być do pewnego stopnia probierzem stanu zdrowotnego studentów, porównaliśmy przeciętne postępy naszych kuracjuszy z postępami studentów zdrowych. Okazuje się, iż nawet kuracjusze skierowani w ciągu roku szkolnego do kilkutygodniowego leczenia zamkniętego w sa-

natorium, czy Klinice, nie ustępują znacznie pod względem postępów w nauce i w składaniu egzaminów w przepisanych terminach, swoim zdrowym kolegom.

W r. akademickim 1934/35 ukończył studia 1 student wydz. matematyczno-przyrodniczego Uniwersytetu i 1 student Akad. Handlu Zagranicznego, w r. 1935/36 — 1 student wydz. prawa i 1 student wydz. humanistycznego, w r. 1936/37 — 4 studentów wydz. prawa, 2 wydz. lekarskiego, 1 student wydz. humanistycznego, 1 politechniki. Ogółem ukończyło studia 12 osób na 104 kuracjuszy.

Zdajemy sobie sprawę, iż tak ciekawe studium, jak obserwacja stanu zdrowia naszych kuracjuszy, ich wartości społecznej i wydajności ich pracy zawodowej, wymaga perspektywy dłuższego czasu, niż nam był dany dotychczas.

VI.

Opieka Zdrowotna Lwowskich Szkół Akademickich uważa za swój obowiązek, by wypróbowane z dodatnim wynikiem założenia organizacyjne walki z gruźlicą na swoim terenie pracy propagować wśród całego społeczeństwa, w trosce o jego stan zdrowotny, oraz związaną z tym stanem ściśle siłą obronną i gospodarczą Państwa.

Jedną z zasad Opieki Zdrowotnej jest propagowanie wśród studentów i reszty społeczeństwa idei, iż zdrowie każdego obywatela jest dobrem ogólnym, iż społeczeństwo w trosce o zdrowie swoich obywateli ma prawo wymagać od nich nawet osobistych poświęceń dla dobra ogółu.

Ostatecznej rozgrywki w walce z gruźlicą nie można sobie właśnie wyobrażać bez wprowadzenia przymusu obowiązkowego leczenia się chorych oraz bez przymusu czasowej izolacji chorych niebezpiecznych dla otoczenia. Najlepszymi izolatoriami są dla takich chorych sanatoria, względnie osiedla pracy.

Leczenie pracą stwarza warunki umożliwiające przedłużenie leczenia do rzeczywistej potrzeby, gdyż w tak wybitnie przewlekłej chorobie, jaką jest gruźlica, leczenie musi trwać długo.

Państwo nasze jest za ubogie, by mogło pozwolić na marnowanie grosza — obojętnie, czy wydanego z prywatnej szkatuły, czy też publicznego na zbyt krótkie, a tym samym niewystarczające i nieracjonalne leczenie. Prócz szkód materialnych, jakie ponosi pracodawca wskutek gorszej wydajności pracy przedwcześnie wracających do niej chorych pracowników, a pośrednio

także społeczeństwo — wyłania się jeszcze przed nim obowiązek troski o byt i zdrowie, w razie wystąpienia nawrotu obłożnej choroby pod wpływem pracy ponad siły u rekonwalescenta, nie tylko jego, lecz także jego rodziny, narażonej na zachorowanie już przez sam kontakt z nienależycie wyleczonym członkiem rodziny.

Dylemat powyższy ma więc wartość nie tylko osobistą dla chorego, lecz również społeczną i to zarówno dla higieny społecznej jak dla gospodarstwa społecznego.

Istniejące w Polsce Ubezpieczalnie Społeczne umożliwiają chorym korzystanie jedynie z krótkoterminowych, nawet często kosztownych świadczeń, nie troszcząc się, według obowiązujących przepisów, po wyczerpaniu się praw chorego do nich, ani o byt i zdrowie chorego, ani jego rodziny.

Pozbawiony pracy i możliwości leczenia się rekonwalescent zasila wraz ze swoją rodziną kadrę bezrobotnych, zwykle nawet wobec słusznego zresztą ze stanowiska lekarskiego nie przyznawania mu zdolności do pracy, pozbawiony praw do korzystania ze świadczeń również ze strony funduszu bezrobocia.

Ludzie ci żyją jednak mimo nędzy i pogorszenia choroby, żyją dłużej lub krócej, dostarczając systematycznie przez ten czas społeczeństwu dalszych kontyngentów chorych spośród swojego otoczenia. Mimo braku zorganizowanej opieki posanatoryjnej przez społeczeństwo żyją ci chorzy jednak właśnie kosztem tego społeczeństwa.

Z beznadziejnie błędnego koła, w jakim się znajdują wszelkie dotychczasowe wysiłki w walce z gruźlicą w tych warunkach, uwolnić się można przede wszystkim przez zorganizowanie racjonalnej opieki posanatoryjnej pod postacią sanatoriów i osiedli pracy. Przecież nawet najbardziej skuteczne wysiłki, zdążające do uświadomienia społeczeństwa o niebezpieczeństwie gruźlicy i sposobie jej udzielania się, ani najlepiej zorganizowane metody skutecznego wykrywania źródeł zarazy, czy to przy pomocy wzorowych przychodni, czy badań masowych, ani nawet skuteczne zarządzenie palącemu u nas brakowi łóżek szpitalnych dla gruźlicy, a tym bardziej obowiązek rejestracji chorych niebezpiecznych dla otoczenia przez lekarzy powiatowych — nie są w możności, ani pojedynczo, ani wszystkie razem wzięte, spełnić swego zasadniczego zadania tj. zwalczyć gruźlicę, jako klęskę społeczną, jeżeli wśród tych wysiłków nie znajdzie się ogniwo niezmiernie ważne. Ogniwiem tym powinna być organizacja zamkniętych i półotwartych zakładów opieki posanatoryjnej.

Samorzutne próby organizowania się społeczeństwa nawet

po wsiach w spółdzielnie zdrowia (Markowa i in.) i ubezpieczenia przeciwgruźlicze (Wileńszczyzna) wskazują zdaje się jedną z właściwych dróg rozwiązania finansowej strony tego zagadnienia.

Muszą się znaleźć oczywiście również odpowiednie fundusze na walkę z gruźlicą w budżecie Państwa.

Problemy godzące jednak tak mocno w byt zdrowotny i gospodarczy kraju, rozwiązane mogą być skutecznie jedynie na drodze ustawowej przez Państwo, zaś wspomniane samorzutne próby mogą świadczyć właśnie, iż społeczeństwo nasze przyjęłoby z należytych zrozumieniem ustawę państwową:

1) O przymusowym powszechnym obowiązku ubezpieczenia się przeciw gruźlicy (na wzór Italii),

2) o przymusowym leczeniu w zakładach zamkniętych chorych niebezpiecznych dla otoczenia, a przede wszystkim społecznych (na wzór Norwegii, Anglii i Niemiec),

3) o przymusowym leczeniu rekonwalescentów w sanatoriach i osiedlach pracy przez okres zależny od wskazań lekarskich,

4) o przymusowym badaniu całych grup ludności, mającym na celu wczesne wykrycie gruźlicy.

Doświadczenia lwowskiej „Opieki Zdrowotnej“, poczynione na jednym odcinku życia akademickiego, wykazały eksperymentalnie, że istnieją warunki do wprowadzenia przymusu poddawania się badaniom lekarskim, jak i przymusu leczenia się chorych na gruźlicę.

Próba rozwiązania pracy naukowej chorych na gruźlicę studentów w specjalnym zakładzie, mogącym nosić nazwę Sanatorium pracy, tak jak to zorganizowano we Lwowie, wskazuje również na realność dążeń do założenia odrębnych czy też połączonych z istniejącymi sanatoriami i szpitalami — zakładów pracy dla pochodzących z innych warstw społecznych chorych na terenie Polski. Sprawa jest tym ważniejsza, że na tym polu zostaliśmy bardzo, a bardzo w tyle poza innymi krajami, mimo, że za wprowadzeniem sanatoriów i osiedli pracy przemawiają nie tylko względy społeczno-zapobiegawcze i etyczne, lecz także wyniki leczenia oraz względy gospodarcze.

Piśmiennictwo

1. Alexander H.: Arbeitsbehandlung tuberkulosekranker Studierender. Stud. Gesundheitsdienst. Bericht über die erste internationale Tagung der Studentenärzte. Leysin 2—4 Juni 1933. — 2. Alexander H.: dyskusja na VIII-ème Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose. La Haye-Amsterdam

1932. — 3. Assistance Médicale sur les Etudiants des Hautes Ecoles à Lwów (Pologne). Publié par l'Université Jean Casimir à Lwów. 1936. — 4. Bachmann E.: The problem of post-sanatorium training in general illustrated by a practical solution in Switzerland. *Tubercle* 1936, t. 17, z. 12. — 5. Bacmeister A.: Ein Jahr Hochschulvorträge für Tuberkulosekranke Studenten in St. Blasien. *Dtsch. med. Wschr.* 1931, t. 1. — 6. Batycka J.: Mieszkanie a gruźlica. *Pielęgniarka Polska* 1935, z. 10. — 7. Batycka J.: Stosunki mieszkaniowe młodzieży akademickiej we Lwowie z końcem roku akademickiego 1933/34. *Zdrowie Publ.* 1935, z. 8. — 8. Brieger E.: Arbeitsfähigkeit und Realwert. *Ergebn.* d. g. Tbk. f. t. VI. — 9. Brieger E.: Koreferat na VIII-ème Conf. de l'Union Internat. contre la Tbc. La Haye-Amsterdam 1932. — 10. Bronkhorst W.: Dyskusja tamże. — 11. Courtois R. et Olbrechts E.: Koreferat na VIII-ème Conf. de l'Union Internat. contre la Tbc. La Haye-Amsterdam 1932. — 12. Courtois R.: Tuberculeux bacillaire a capacité de travail normale. *Rev. belge Tbc.* 1935. 26. — 13. Czeżowska Z., Grabowski W. i Hornung St.: Obowiązkowe badania lekarskie wstępujących na Uniwersytet J. K. i ich znaczenie dla zwalczania gruźlicy wśród młodzieży akademickiej. *Polska Gazeta Lekarska* 1932, z. 12. — 14. Davidson M.: The capacity for work in pulmonary tuberculosis. *Tubercle* 1936, z. 17, z. 12. — 15. Dorn E.: Aufgabe und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen. *Beitr. Klin. Tbk.* t. 89, z. 6/8. — 16. Gross Ch. R.: Post-sanat. care at the Bellevue settlement. *Amer. Rev. Tbc.* 1935, z. 4. — 17. Hein J.: Aufgabe und Ziele. *usw. Beitr. Kl. Tbk.* t. 89, z. 6/8. — 18. Hilton J.: Papworth Village Settlement. *Medycyna i Przyroda.* — 19. Hornung St.: Die Organisation der studentischen Tuberkulosefürsorge. *Studentischer Gesundheitsdienst, Bericht über die erste internationale Tagung der Studentenärzte.* Leysin. 2 — 4. Juni 1933. — 20. Hornung St.: O należyte ujęcie sprawy zwalczania gruźlicy wśród młodzieży akademickiej. *Zdrowie Publ.* 1934, z. 3. — 21. Hornung St.: Zagadnienie mieszkaniowe w walce z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej. *Zdrowie Publ.* 1935. — 22. Hornung St.: Walka z gruźlicą wśród młodzieży. *Polski Związek Przeciwgruźliczy.* Warszawa 1936. — 23. Hornung St.: O zasadach organizacji walki z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej i ich realizacji przez „Opiekę Zdrowotną Lwowskich Szkół Akademickich“. *Gruźlica* t. VIII, z. 5. — 24. Karaffa-Korbut K.: *Ogólna Higiena Pracy.* Instytut Ub. Społ. Kraków 1933. — 25. Kattenfildt: Einführungsvortrag und Aussprache. *Stud. Gesundheitsdienst, Bericht über die erste internationale Tg. der Studentenärzte.* Leysin 2 — 4. Juni. 1933. — 26. Köhler: Arbeitslosigkeit und Tuberkulose nach den Beobachtungen der Tuberkulosefürsorge. *Dtsch. med. Wschr.* 1931, t. 1. — 27. Lewicki T.: Gruźlica płuc w Zgromadzeniach Zakonnych (referat na sekcji higieny, medycyny społecznej i opieki zdrow. stud. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. 1937). — 28. Nicol K.: Das Arbeitsproblem der Tuberkulösen. *Dtsch. Tbk. bl.* 1935, 9. — 29. Pochitonowa M. P.: Wpływ pracy na różne postacie gruźlicy płuc u dzieci. *Problemy Tbk.* 1936, z. 6. — 30. Schreiber L.: Arbeitsproblematorium für Tuberkulosekranke. Zur Frage über die Arbeitstherapie bei Lungentuberkulose. *Moskov. med. z.* 1928, z. 6, ref. *Zbl. Tbk.* 1930/33. — 31. Schreiber L.: A Vinogradov and G. Agracev: Zur Frage der Einführung der Arbeitsbehandlung in den Tuberkuloseheilstätten. *Borba s Tbk.* 1933, z. 12, ref. *Zbl. Tbk.* — 32. Sprawozdanie Komisji Senatu Akad. U. J. K. dla Spraw Młodzieży za lata akademickie 1928/29, 1929/30, 1930/31. — 33. Sprawozdanie Opieki Zdrowotnej Lwowskich Szkół Akademickich za rok Akad. 1931/32, 1933/34 i 1934/35. — 34. Stott L. B.: Capacity for work in pulmonary Tuberculosis. *Tubercle* 1935, t. 17, z. 12. —

35. Stott L. B.: Village Settlement and infective diseases. Papworth Research Bulletin 1935, t. 1, ref. Gruźlica. — 36. Varrier-Jones P.: Dyskusja na VIII-ème Conf. de l'Union intern. contre la Tbc. La Haye - Amsterdam 1932. — 37. Varrier-Jones P.: Papworth and after-care movement in England. Tubercle 1936, t. 17, z. 12. — 38. Voss B. H.: After-Care of the Tuberculous, referat VIII-ème Conf. de l'Union Internat. contre la Tbc. La Haye-Amsterdam 1932. — 39. Zieliński J.: Higiena Pracy. Inst. Gosp. Społ. Warszawa 1929.

Piśmiennictwo polskie i obce

Anatomia patologiczna. Bakteriologia. Biologia. Fizjologia. Patologia doświadczalna.

Lewkowicz Ksawery (Kraków). 1. L'Erythème nouveau en tant que forme fondamentale de la maladie tuberculeuse. Une nouvelle conception du cours des processus tuberculeux. Acta Paediatrica 1937, t. XXII. — 2. Złośliwa wszechgruźlica zapalna. Gruźlicze rozsiane, głównie kłębuszkowe, krwotoczno-ropne zapalenie nerek złośliwe. Gruźlicze krwotoczne zapalenie nerek dobrotliwe. P. Gaz. Lek. 1938, z. 40. — 3. „O gruźlicach zapalnych” P. Gaz. Lek. 1938, z. 23 — 4. Eine eigene Auffassung des Tuberkuloseablaufes, der Rankeschen Theorie gegenübergestellt. Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5. — 5. Knotenerythem als Grundform der Tuberkulosekrankheit. Seine Bedeutung für das Verständnis des Tuberkuloseablaufes. Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 90, z. 5. — 6. Tuberkulokokkoid als Rheumatismuserreger. Verteilung der okkoidtragenden Leukocyten im Verhältnis zu rheumatischen Granulomen (Aschoff'schen Knötchen). Praca w rękopisie.

Cykl prac zawierających nowe poglądy autora na patogenezę gruźlicy.

Jak wiadomo, prątek gruźlicy wywołuje oprócz zmian o utkaniu histologicznym typowym dla gruźlicy, czyli tzw. gruzełków, również nieswoiste, banalne zapalenia, które nie okazują skłonności do rozpadu, a natomiast okazują wybitną skłonność do wchłaniania się i odznaczają się mniej lub więcej zupełną uleczalnością. Prof. Lewkowicz obejmuje sprawy gruźlicze, których podstawą są nieswoiste zapalenia, wspólną nazwą gruźlic zapalnych. Do nich zalicza: zapalenie surowiczno-włóknikowe opłucnej, splenopneumonia tuberculosa, rumień guzowaty, zapalenie pryszczykowe spojówki, zapalenie jagodówki oka i zapalenia gośćcowe, tak stawowe, jak i pozastawowe. Wszystkie te zmiany zapalne na podstawie poglądów i badań prof. Lewkowicza powstają na tle posocznicy prątkowej. Prątki niesione prądem krwi dostają się do wszystkich narządów, ale skutki wysiewu nie występują wszędzie równomiernie. Mogą nie zjawić się żadne objawy kliniczne albo tylko objawy ogólne pod postacią gorączki, albo zmiany miejscowe najczęściej w postaci rumienia guzowatego lub ostrej gruźlicy płuc nawałowej (splenopneumonia Grancher). Prątki pochłonięte przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe lub komórki żerne tkanki łącznej, histiocyty albo klastocyty, zostają początkowo rozbite na kwasooporną substancję ziarnistą, potem na pyłastą, a wreszcie są rozpuszczone w zarodki komórek. Uwolnione przy rozbieciu prątków jady wewnętrzne, endotoksyny, wywołują silną reakcję ze strony uczulonych tkanek, powstają nieswoiste odczyny zapalne, nacieczenia tkanek złożone z leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych.

Jeżeli chodzi o rumień guzowaty, to w przeciwieństwie do autorów skandynawskich (Wallgren), którzy utrzymują, że odczyny tkankowe są przyrody czysto alergicznej, gruźliczo-jadowej, prof. Lewkowicz wykazał, że polegają one na zatorach naczyń włosowatych przez prątki. Zapatrywania o przyrodzie gruźliczej gościa, wysunięte jeszcze w r. 1897 przez Ponceta, są szerzone ostatnio przez Reittera, Löwensteina i Bergera. Przemawia za tym szereg spostrzeżeń. Mianowicie, u osób dotkniętych goścem stwierdza się często sprawę gruźliczą. Równocześnie z goścem pojawia się często zapalenie pryszczykowe rogówki, jagodówki,

zapalenie surowicze opłucnej lub rumień guzowaty. Znane są przypadki przejścia typowego goścécowego przewlekłego zapalenia stawów w zwykłą gruźlicę. Podczas ostrego nasilenia typowego goścécia może panować anergia, w okresie zaś zdrowienia pojawia się alergja lub hiperergja na tuberkulinę. W punktatach stawowych znajdowano niekiedy prątki gruźlicy, a w $\frac{1}{3}$ przypadków otrzymywano wyniki dodatnie przy szczepieniu punktatów na świnkę lub w hodowlach na pożywkach. Zmiany goścécowe na zastawkach sercowych dają w 58% (Coronini i Poper) wyniki dodatnie przy badaniu bakteriologicznym.

W ostatnich czasach wielkim uznaniem cieszy się pogląd, który przyjmuje, że zmiany reumatyczne mogą powstawać na tle hiperergji wobec różnych bakterji, nie wyłącznie tylko gruźliczych, a nawet wobec nieożywionych antygenów białkowych (Klinge). Na tej zasadzie można przyjmować całą mnogość czynników etiologicznych, gdyż rodzaj reakcji alergicznej jest niezależnym od natury alergenu i dzięki temu najrozmaitsze czynniki mogą wywołać jednakowe odzyny tkankowe i objawy kliniczne. Dopiero na tle wszystkich tych badań i poglądów występuje znaczenie odkrycia, jakiego dokonał prof. Lewkowicz. Wykrył on, mianowicie, w komórkach histiocytarnych lub w leukocytach wszystkich postaci gruźlicy zapalnej, ostro przebiegającej, obecność tak nazwanych przez siebie tuberkulokokkoidów. Są to twory od 0,15 μ do 0,5 μ , kwasoodporne, w postaci ziarn lub w postaci przejściowej między kokkoidem, a prątkiem. We wszystkich postaciach gruźlicy zapalnej, jak rumień guzowaty, wszechgruźlica zapalna i ostre zapalenie goścécowe, tuberkulokokkoidy występują zawsze śródkomórkowo. Jest rzeczą charakterystyczną, że w przypadkach przebiegających niepomyślnie jakby na skutek porażenia układu śródbłonkowo-siateczkowego, gdy organizm może posługiwać się tylko mniej skuteczną obroną leukocytarną tuberkulokokkoidy znajdują się nie w histiocytach, lecz w leukocytach. Na podstawie przytoczonych tu faktów prof. Lewkowicz nadaje wszystkim postaciom gruźlicy zapalnej jedno wspólne miano tuberkulokokkoidoz lub krótko kokkoidz i stawia je na równi z inną ogólną nazwą, mianowicie, spraw goścécowych. Najmniejsze tuberkulokokkoidy mogą być uważane za identyczne z ultravirusem gruźliczym.

Z. Skibiński

Szwajcar W. T. Postaci gruźlicy wieku dziecięcego. Probl. Tub. 1938, z. 3 str. 5—12.

Materiał obejmuje 460 przypadków dzieci zmarłych na gruźlicę płuc w wieku od 1 m. do 15 lat. W 313 przyp. stwierdzono zespół pierwotny niezagojony ze zmianami postępującymi (w wieku 1 m. — 1 r.: 97,8%, stopniowo odsetek maleje i w wieku 10 — 15 lat stanowi 37,3%) w 92 przyp. — świeże obstrzenia zmian pierwotnych częściowo zagojonych (najczęstsze u dzieci w wieku 3 do 15 l. — 25 — 32 — 34%) i w 55 przyp. — zespół pierwotny bez ognisk rozmiękania (spotykany dopiero w wieku 3 l. — 5,3%, najczęstszy w 10 — 15 l. — 28,5%). Wyniki spostrzeżeń wskazują, że zmiany uogólnione rozwijają się u dzieci w różnym wieku i powstają z istniejącego już uprzednio ogniska w narządach wewnętrznych. Miejscem wyjścia są najczęściej świeże ogniska zespołu pierwotnego, spotykane przeważnie u dzieci małych, zmiany uogólnione występowały w tych przypadkach pod postacią rozsiewów krwiopochodnych (ostra prosówka 48,6%, pneumonia cas. 25,1%) i odznaczały się złośliwym przebiegiem. Zespół pierwotny podgojony lub zagojony wykazywał mniejszą skłonność do uogólnienia zakażenia gruźliczego, zmiany krwiopochodne występowały w 36,3%, ostre postaci pneumoniczne w 4,3%, natomiast zwiększył się odsetek gruźlicy przewlekłej — 25,3 — 34%. W przypadkach z zespołem pierwotnym podgojo-

nym lub zagojonym miejscem wyjścia śmiertelnych powikłań były zmiany gruźlicze narządów (42.5 — 74.7^o/_o), suchoty płucne (23.9 — 23.5^o/_o) lub obie postaci równocześnie (10.8 — 1.8^o/_o). W miarę rozwoju zmian o charakterze przewlekłym wzrastała liczba powikłań ze strony śluzówek, gardzieli, krtani, kości i stawów, natomiast malała częstość gruźliczego zapalenia opon mózgowych i prosówki uogólnionej.

W. Kruszcwska

Bujwid O. (Kraków). **Ułatwienie szybkiego rozpoznania nosicielstwa gruźlicy.** P. Gaz. Lek. 1939, z. 6, str. 120.

Autor podaje metodę, pozwalającą na wcześniejsze rozpoznanie zakażenia gruźliczego u świnki, przy próbie biologicznej. Powyższa metoda polega na zaszczepieniu śwince morskiej pod skórę brzucha ponad kończyną dolną 2 cm³ wody dest. lub fizjologicznego roztworu z roztartą niewielką ilością płwoeciny lub płynu wysiękowego. Z chwilą stwierdzenia po 2 — 3 tygodniach obrzmiałych twardych gruczołów pachwinowych autor wstrzykuje śwince podskórnie 0.1 cm³ tuberkuliny 5-ciokrotnie rozcieńczonej wodą. Wzniesienie ciepłoty do 39 — 40^o, mierzonej w odbytnicy w 3 godziny po zastrzyku wskazuje na zakażenie gruźlicą.

W. Kruszcwska

Szpanir F. L. **Mechanizm bakteriolizy i immunobiologiczne własności produktów rozpadu prątków Kocha.** Probl. Tub. 1938, z. 3, str 43—48.

Rozpad prątków gruźliczych w ustroju odbywa się pod wpływem czynników komórkowych, których głównym składnikiem jest nukleotidaza — zaczyn z grupy nukleaz. Produkty rozpadu prątków odgrywają, zdaniem autora, dużą rolę w powstawaniu alergii i odporności. Endotoksyny i inne składniki, powstałe z rozpadu prątków typu bydłowego in vitro pod wpływem nukleotidazy, autor nazwał lizat-antygenem i przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach w celu określenia jego własności immunobiologicznych. Posiewy i próby biologiczne wykazały, że lizat-antygen wolny jest od żywych prątków gruźliczych. Jako antygen w odczynie wiązania dopełniacza z surowicą świnek i królików zdrowych i chorych na gruźlicę lizat-antygen wykazał dużą swoistość, lecz mniejszą czułość niż antygen Calmetta. Dodatni odczyn Szwaremana wskazuje na obecność w lizacie endotoksyn gruźliczych. Odczyny śródskórne z lizat-antygenem i tuberkuliną, przeprowadzone u świnek i królików, dały wyniki zbliżone, przy tym odsetek odczynów dodatnich u zwierząt zdrowych był mniejszy przy antygenie niż przy tuberkulinie. Uczulenie ustrojów zwierzęcych na tuberkulinę i późniejsze uodpornienie autor uzyskał, wstrzykując podskórnie świnkom i królikom lizat-antygen. Po 1—3 mies. mniej więcej u połowy zwierząt wystąpiły dodatnie odczyny tuberkulinowe, a u 8 na 26 królików surowica nabyła własności wiązania dopełniacza. Nowa metoda pozwala na wytworzenie alergii i odporności bez wprowadzenia do ustroju żywych lub zabitych prątków lub tkanek gruźliczych. Badania nad własnościami uodparniającymi i leczniczymi lizat-antygeny nie są jeszcze zakończone, jak również zagadnienie roli czynników komórkowych w mechanizmie odporności wrodzonej i nabytej oraz wpływu ich na przebieg gruźlicy czeka nadal na rozwiązanie.

W. Kruszcwska

Steidl J., W. Steenken, F. H. Heise (Trudeau — New York). **Wpływ siarkocyanków na gruźlicę.** (Influence of sulphocyanates on tuberculosis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 50—56.

W trzech przypadkach naciśnienia tętniczego, powikłanych gruźlicą płuc, autorowie stosowali siarkocyank potasu bez jakiegokolwiek ujemnego oddziaływania na sprawę gruźliczą. Badania doświadczałne wykazały, że dodatek siarkocyanku do pożywki nie wywierał żadnego wpływu przyspieszającego wzrost ko-

lonii. Świnki morskie gruźlicze, którym podawano dziennie 0.5 cm³ 25⁰/₀ wodnego roztworu siarkocyanku przez 7 miesięcy nie wykazały żadnej różnicy w przebiegu gruźlicy w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi. M. Deżyna

Dvea W. F. (Colorado Springs). **Promienie X jako czynnik osłabiający zjadliwość prątków gruźliczych typu ludzkiego.** (The alternation by x-rays of the virulence of human tubercle bacilli). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 205—228.

Autor naświetlał przez długi czas promieniami rentgenowskimi hodowlę zjadliwych prątków gruźliczych typu ludzkiego. Zjadliwość prątków znacznie się zmniejszyła, jak się przekonano doświadczalnie na świnkach morskich. Zawsze jednak w każdej hodowli znalazły się jeszcze prątki o nieosłabionej zjadliwości. Nie obserwowano następowego — po zaprzestaniu naświetlań — zwiększenia się raz osłabionej zjadliwości. Nigdy autor nie osiągnął całkowitego zaniku zjadliwości.

M. Deżyna

Beck A. (London). **Bacylemia w gruźlicy doświadczalnej** (Bacillaemia in experimental tuberculosis). Tubercle 1938, t. 19, z. 9, str. 398—402.

Krew zbadana pochodziła od 36 zwierząt zakażonych i od 11 ludzi chorych na daleko posuniętą gruźlicę płuc i prątkujących. Krew zwierzęcą zbadano metodą Löwensteina, krew ludzką częściowo metodą Löwensteina, częściowo Ninni-Breteya. W 10 przypadkach, dotyczących ludzi oraz u 2 świnek morskich badania uzupełniono doświadczeniem na zwierzętach. Krew zwierząt pobrano przez nakłucie serca bezpośrednio po zabiciu zwierzęcia i otwarciu klatki piersiowej. Wyniki były następujące: 11 razy z 36 gruźliczych zwierząt posiew z krwi dał wynik dodatni. Wszystkie posiewy z krwi ludzkiej dały wynik ujemny (bez względu na stosowaną metodę badania); 2 razy z 12 przypadków ujemnych posiewów (10 u ludzi, 2 u świnek morskich) wynik doświadczenia na zwierzętach był dodatni.

M. Deżyna

Clarke E. **Odczyn Mantoux z tuberkuliną rozcieńczoną sposobem Gottschalla i Bunneya.** (Mantoux test with the Gottschall-Bunney diluent for tuberculin). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 270—275.

Autorka wykonała 1648 odczynów Mantoux, porównując odczyny, wykonane świeżo rozcieńczoną w roztworze fizjologicznym tuberkuliną z tuberkuliną rozcieńczoną według metody Gottschalla i Bunneya (0.04⁰/₀ roztwór gumy arabskiej w boraksie, kw. bornym, roztworze soli — Ph = 7.2 — z dodatkiem 0.5⁰/₀ fenolu). Roztwory gotowe według Gottschalla i Bunneya okazały się tak samo czułe jak świeżo przygotowany roztwór i nie tracą w wartości przez miesiąc, o ile przechowywane są w temperaturze pokojowej. Tuberkulina w rozcieńczeniu 1 : 10000, chowana przez 30 dni w temperaturze 37⁰ wykazała w porównaniu z świeżo przygotowanym roztworem pewne odchylenia w reakcji, objawiające się mniej twardym naciekem w dodatnim odczynie tuberkulinowym.

M. Deżyna

Sewall H., G. Dufner (Denver). **Skóra jako narząd dla doświadczalnego zakażenia gruźlicą.** (The skin as an organ of experimental tuberculous infection). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 1—9.

Doświadczenia na świnkach morskich, którym powtórnie wstrzyknięto śródskórnie prątki typu ludzkiego, dały następujące wyniki: Pierwsza reakcja na reinfekcję, która jest podobna do odczynu tuberkulinowego, jest mniejsza w pobliżu miejsca pierwotnego wszczępienia niż w innych miejscach. Tkanki dookoła ogniska pierwotnego są mniej alergiczne. Guzki reinfekcyjne są także, początkowo przynajmniej mniejsze w pobliżu ogniska pierwotnego. Autorowie wnioskują, że doświadczenia ich potwierdzają znany z klinicznych obserwacji fakt, że

istnieje rozbieżność między alergią a odpornością tkanek w różnych częściach ciała
M. Deżyna

Smith R. (Los Angeles). **Porównawcze badania płwociny metodą bezpośredniego rozmazu, rozmazu z skoncentrowanej płwociny, oraz hodowlą.** (A comparison of direct smear, flotation-concentration and culture in sputum examination). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 57—61.

Płwocinę 146 chorych badano 304 razy równocześnie trzema metodami: rozmazem bezpośrednim, rozmazem po skoncentrowaniu oraz posiewem na pożywece Petraganiego. U 63 osób stwierdzono prątki, z tego 28.5% przez rozmaz bezpośredni, 69.8% przez rozmaz skoncentrowanej płwociny a 88.8% przez hodowlę. Na 96 wyników dodatnich badania 19.7% wykazano jako takich w rozmazie bezpośrednim, 62.4% przez skoncentrowanie płwociny i 88.5% przez hodowlę. Metoda badania skoncentrowanej płwociny przewyższa więc metodę bezpośredniego rozmazu, a hodowla góruje nad nią. Co prawda każdą metodą można wykazać prątki, nie wykryte dwiema drugimi metodami. Wskazane jest równocześnie wykonanie badań zawsze co najmniej dwiema metodami.
M. Deżyna

Willis H. S., C. E. Woodruff, R. G. Kelly, M. Voldrich. (Northville, Michigan). **Alergiczne i odczulone świnki morskie.** (Allergic and desensitized guinea pigs). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 10—26.

Wyniki doświadczeń, dokonanych przez autorów na świnkach morskich. były następujące: Uprzednio tuberkulinizowane zwierzęta, zakażone zjadliwym szczepem prątków gruźliczych, tuberkulinizowano następnie dziennymi dawkami do 1 cm³ nierozcieńczonej starej tuberkuliny; u zwierząt tych nie spostrzegano nigdy powstania alergii. Zwierzęta te zginęły na gruźlicę prędzej niż normalne, zakażone zwierzęta kontrolne. Statystyczne dane dotyczące śmiertelności zebrane przez okres wielomiesięczny zdają się przemawiać za tym, że świnki morskie alergiczne i odczulone straciły w porównaniu z zwierzętami alergicznymi dużo z odporności, następującej po zakażeniu pierwotnym. Na podstawie tych wyników autorowie wnioskuje, że nie można, według dzisiejszych wiadomości sądząc, twierdzić, że zjawisko alergii nie jest częścią zasadniczą mechanizmu obrony przed gruźlicą.
M. Deżyna

Crimm P. D., D. M. Short (Evansville). **Wzmoczenie zawartości aglutynin durowych w gruźlicy.** (The increase of typhoid agglutinins in tuberculosis). Tubercle 1938, t. 19, z. 11, str. 491—494.

U 50 osób gruźliczych oraz u 50 zdrowych ludzi autorowie określili zawartość aglutynin durowych i paradurowych i stwierdzili częstsze oraz zwiększone ilościowo występowanie aglutynin w gruźlicy w porównaniu z normalnymi zdrowymi osobnikami.
M. Deżyna

Pines I. (Warszawa). **Badania doświadczalne nad masywnym zatorem powietrznym płuc.** Warsz. Czas. Lek. 1939, z. 7, str. 124—128 i z. 8, str. 144—146.

Poglądy na przyczynę śmierci w następstwie zatoru powietrznego nie są dotąd dokładnie ustalone. Własne prace doświadczalne, polegające na wstrzykiwaniu psom, kotom i królikom powietrza do żył szyjnych i uszka lewego serca, doprowadzają autora do wniosku, że śmierć przy masywnym zatorze powietrznym zależy od nagłego przerwania małego krążenia przez krwawą pianę, następstwem czego jest wewnętrzne uduszenie. Powolne wprowadzanie powietrza do żył powoduje stopniowe wypełnianie się pianą prawego serca, które stara się uwolnić od swej zawartości przez przepychanie do żył próżnych, tętniczek płucnych, a stamtąd do dużego krążenia; część powietrza zostaje wessana. W ten sposób objawy groźne dla życia występują rzadziej i są przemijające, a przy bardzo

powolnym wstrzykiwaniu można wprowadzić do prawego serca duże ilości powietrza; serce lewe jest mniej pojemne. Zaczopowanie przez powietrze tętnicy układu przewodzącego serca lub tętniczki ośrodka oddechowego daje nagłe zejście śmiertelne. Zator powietrzny naczyń wieńcowych serca wywołuje śmierć u psów i niekiedy u człowieka, gdyż komora ich serca ma skłonność do migotania, częściej — zaczopowanie naczyń wieńcowych jest krótkotrwałe i zaburzenia akcji serca są przemijające. Spostrzeżenia nad zmianami w elektrokardiogramie przy wstrzykiwaniu powietrza do żył i lewego uszka doprowadzają autora do wniosku, że występują one na drodze odruchowej jak z tętnicy płucnej, tak i z węzła szyjnego.

W. Kruszevska

Trius M. W i A. S. Holcman. O przesączalnych postaciach zarazka gruźliczego. Probl. Tub. 1938, z. 3, str. 21—42.

Autorzy przeprowadzili badania nad przesączami hodowli prątków gruźliczych i materiału gruźliczego (plwociny, płynu wysiękowego, krwi, łożyska i narządów płodów matek gruźliczych). Ogółem otrzymano 50 przesączów, postługując się świecami Berkefelda, Chamberlena L₅, Jussset i Lejca. W celu sprawdzenia przepuszczalności sączków wykonywano posiewy przesączów na podłoża, wirovano osad i badano na obecność prątków kwasoodpornych. Do doświadczeń użyto 600 świnek, z których 200 zaszczepiono przesączem, a 400 posłużyły do przeszczepeń narządów świnek doświadczalnych. Wstrzykiwano 10 cm³ przesączu podskórnie lub dootrzewnowo. Część świnek zaszczepiono sposobem Deinsse (po uprzednim wywołaniu stanu zapalnego otrzewnej przez wstrzyknięcie soli fosforowych wapnia), który pozwalała na szybsze (2—5 dni) uzyskanie wyników dodatnich. Część świnek padła z przyczyn przypadkowych lub w następstwie zakażenia, resztę zabijano w różnych odstępach czasu. Po 1—2 mies. w narządach świnek szczepionych stwierdzano skupienia komórek o budowie nietypowych gruzełków, makroskopowo obrzmienie gruczołów chłonnych i śledziny oraz ogniska przekrwienia w płucach. W narządach w 1—2 miesiące po zakażeniu znajdowano pałeczki kwasoodporne, natomiast w późniejszych okresach pałeczek nie wykrywano, świadczy to, zdaniem autorów, o szybkim ich wydalaniu lub rozpadzie. Hodowle prątków, uzyskane z narządów, posiadały różną żywotność i jadowitość, występowały postaci nietypowe, cech normalnych prątki nabierały po kilkakrotnych przeszczepeńiach na zwierzętach. Autorzy dochodzą do wniosku, że przesącze zawierają postać przesączalną prątka gruźliczego, postać przesączalna jest tylko odmianą, a nie formą obowiązującą w cyklu rozwojowym. Odmiana przesączalna odznacza się małą jadowitością i jest szybko wydalana z ustroju. Zwiększenie zjadliwości i powrót do postaci kwasoodpornej uzyskuje się przez przeprowadzenie zarazka przez ustroje zwierzęce. Rola odmiany przesączalnej w klinice gruźlicy nie jest dotąd wyjaśniona i wymaga dalszych badań przy ścisłej współpracy bakteriologa z klinicystą.

W. Kruszevska

Bronsztein O. I., M. W. Trius i A. S. Holcman. Próba szczepień według Calmetta ciężarnych samiczek. Probl. Tub. 1938, z. 3, str. 13—20.

Szczepionkę BCG podawano doustnie 32 i podskórnie 18 ciężarnym świnkom, dwu lub trzykrotnie, w odstępach 48 godz., w różnych okresach ciąży. 9 świnek zginęło z przyczyn ubocznych, pozostałe urodziły 78 noworodków, z nich 5 martwych i 1 niedonoszony. Ujemnego wpływu szczepionki na przebieg ciąży nie stwierdzono, noworodki rozwijały się lepiej niż u zwierząt kontrolnych. Odczyn tuberkulinowe śródskórne wypadły dodatnio u 16 samiczek, szczepionych podskórnie i u 27 — szczepionych per os. Z narządów płodów i małych

świnek, które zginęły z przygodnych przyczyn, wyhodowano pałeczki kwasoodporne. W 1—2 mies. po urodzeniu świnki zakażano prątkami Kocha w dawce 6.000001 mgr, wyhodowanymi z płwociny chorych na gruźlicę. Świnki doświadczalne i kontrolne zginęły na uogólnioną gruźlicę, przeciętny czas życia świnek pierwszych wynosił 121 dni, drugich — 89. Wyniki badań wskazują, że szczepienia BCG ciężarnych samiczek wywołują pewne uodpornienie potomstwa na gruźlicę, lecz nie jest ono regularne i wyraźnie występujące. Ze względu na zbyt wielką wrażliwość świnek na gruźlicę doświadczenie nie daje wyników pewnych, zachęca jednak do przeprowadzenia prób na zwierzętach większych i ludziach.

W. Kruszevska

Słobodianik I. A. i A. A. Gilarowskij. Badania doświadczalne nad odma sztuczną. Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 35—44

Szereg badań doświadczalnych na królikach i świnkach morskich miało za zadanie wyjaśnić rolę czynników wewnętrznych i zakaźnych w powstawaniu wysięków i zmian opłucnych w przebiegu odmy sztucznej. W pierwszej grupie doświadczeń zwierzętom zdrowym i zakażonym gruźlicą wytwarzano i uzupełniano odmę sztuczną, wprowadzając duże objętości powietrza. W grupie drugiej poddawano klatkę piersiową zwierząt odmowych działaniu zimna (kąpiel, dwutlenek węgla), w trzeciej — do jamy opłucnej wprowadzano zawieszinę łańcuszkowców, w czwartej — gronkowców, wreszcie w piątej i szóstej — płyn wysiękowy gruźliczy i zawieszinę dwoinek. W pierwszych okresach odmy (1—3 mies. stwierdzano dużą odporność opłucnej na czynniki fizyczne i zakaźne, w miarę trwania odmy odporność ta malała i w późniejszych okresach prześwietleniem częściej wykrywano przemieszane wysięki, a na opłucnej zwierząt zabitych występowało przekrwienie, odkładanie włóknika i leukocytów oraz wypełnienie pęcherzyków płucnych wysiękiem i złuszczonego nabłonkiem. Dalsze badania wykazały wpływ czasu trwania odmy na stan ogólny zwierząt i stan opłucnej. Odma, trwająca 3—4 mies. doprowadzała do znacznego ubytku na wadze, w późniejszych okresach zwierzę wracało do stanu prawidłowego. Badania makroskopowe i mikroskopowe opłucnej w odstępach miesięcznych od 1 do 6 wykazały stopniowe grubienie opłucnej, dochodzące w 6-ym miesiącu do 9—13 μ , zmiany w barwności jąder, zwyrodnienie wodniczkowe zarodki, objawy kariokinezy i rozmnażania komórek nabłonka. Liczba wysięków po 4-ym miesiącu stosowania odmy wyraźnie wzrastała, parokrotnie występowały powikłania bronchopneumonią. Doświadczenie trzecie polegało na wprowadzeniu do opłucnej równocześnie z powietrzem kamfory i mentolu w stanie gazu. W tym celu umieszczano 1 gr kamfory i 0.2 gr mentolu w wacie sączków odmowych. Obserwacja rentgenologiczna zwierząt żywych i późniejsze badania zabitych w odstępach miesięcznych wykazały brak wysięków oraz niewielkie zgrubienia i zmiany zapalne opłucnej. Autorzy dochodzą do wniosku, że mentol i kamfora w stanie gazowym są skutecznym środkiem przeciw powikłaniom w przebiegu odmy sztucznej.

W. Kruszevska

Leitner St. J. (Davos). Doświadczalne przyczynki do leczenia złotem w gruźlicy. Doniesienie II. Działanie terapii złotowej na zawartość opsonin w surowicy zwierząt doświadczalnych. (Experimentelle Beiträge zur Goldbehandlung der Tuberkulose. II. Mitteilung. Di Wirkung der Goldbehandlung auf der Opsoningehalt des Serums im Tierversuch). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 3, str. 356—373.

Badania swoje przeprowadził autor na świnkach morskich i królikach. Metodyka była następująca: Preparowanie leukocytów: śwince morskiej wstrzyk-

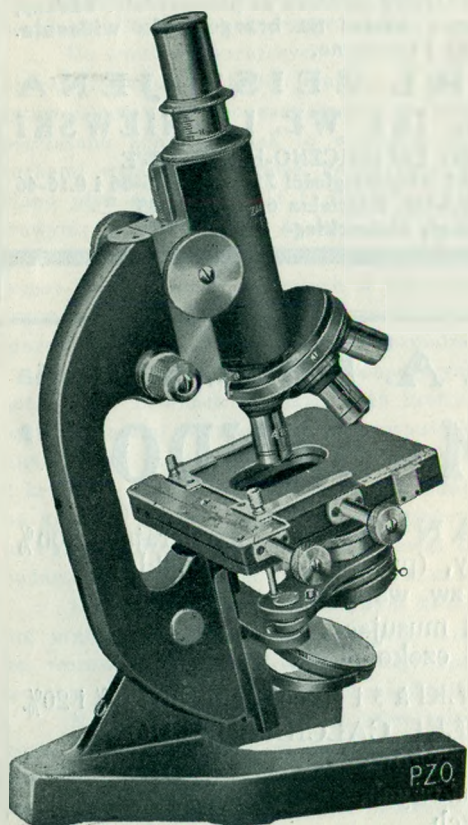
POLSKIE ZAKŁADY OPTYCZNE

Sp. Akc.

WARSZAWA

ul. Grochowska 316, tel. 5-54-40

MIKROSKOPY



dwuokularowe (binokularowe) i jednookularowe, laboratoryjne, metalograficzne, szkolne.

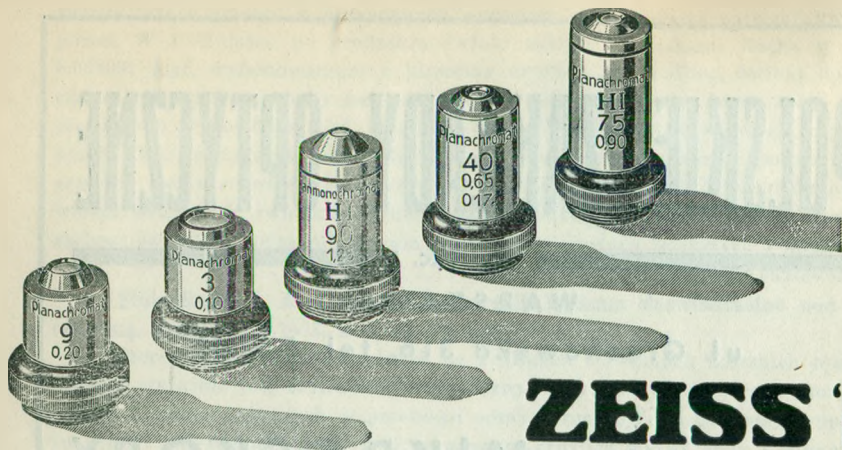
Trychineskopy, lornety pryzmatyczne, lupy wszelkich rodzajów, statywy preparacyjne.

Naprawa wszelkich mikroskopów.

Przyjmują do opracowania projekty z dziedziny optyki i mechaniki precyzyjnej.

Zakłady zostały nagrodzone na wystawach krajowych i zagranicznych 6-ma złotymi medalami i dyplomem honorowym.

**WIELKĄ ZDOBYCZĄ w MIKROSKOPII i w MIKROFOTOGRAFII
STANOWIA**



ZEISS a **Planachromaty**

obiektywy, dające w mikroskopie pole widzenia położone na płaszczyźnie. Obrazy, otrzymane przy ich pomocy, są ostre nawet na brzegu pola widzenia. Układy suche i imersyjne.

Prospekty i informacje w firmie **CARL ZEISS, JENA**
i w Generalnym Przedstawicielstwie na Polskę **Inż. WŁ. LEŚNIEWSKI**



BIURO TECHNICZNO-HANDLOWE
Warszawa 22, Al. Niepodległości 210, tel. 8.16-06 i 8.16-46
Katowice, Kościelna 6, tel. 3.20-45
Poznań, Słowackiego 22, tel. 77-85

SANDOZ S. A. BAZYLEA, Szwajcaria **„CALCIUM-SANDOZ”**

GRANULKI, zawierające 100% czysty, (przeto nie są słodkie)

organ. zw. wapnia;

tabletki musujące,

tabletki czekoladowe.

AMPUŁKI à 5 i 10 cc, koncent. 10% i 20%.

AMPUŁKI „CALCIUM-SANDOZ”

do zastrzyków:

domięśniowych,

dożylnych,

doopłucnowych.

Literatura i próby: Przedstawiciel Biura Naukowego:
Inż. KAROL ANTONI SOMMER,

Warszawa, Hoża 42 m. 8, tel. 8.09.36

nięto 24 godzin przed właściwym doświadczeniem roztwór aleuronatu (szczyptę aleuronatu na 5 cm³ bulionu) do jamy otrzewnej. Po jednym dniu zabito zwierzę i po otwarciu brzucha wiano 5 cm³ izotonicznego, jałowego roztworu cytrynianu sodu po czym mieszaninę tę wciągnięto pipetą. W ten sposób uzyskaną zawiesinę z leukocytów wirowano przez 1—2 minut i przemyto 3-krotnie roztworem fizjologicznym soli. Otrzymane w ten sposób leukocyty można przechowywać w lodówce, należy jednak przed użyciem do badań stwierdzić ich zdolności fagocytarne pod mikroskopem. Leukocyty zdolne do fagocytozy wykazują liczne wypukłości i nibynóżki.

Przygotowanie surowic: krew z świnek morskich pobierano z serca, u królików z żył usznych; uzyskaną krew wlewano do rurek Meinickego, po odstaniu zbierano surowicę, którą co najmniej przez 15 minut wirowano. Zupełnie czystą surowicę wlewano za pomocą pipety Pasteura do czystych próbek Meinickego w ilości 0,1 cm³.

Ważną częścią doświadczenia jest przygotowanie zawiesiny bakterii: Autor używał do tego celu u świnek morskich szczepu ludzkiego, a u królików szczepu bydłowego. 1—2 uszek platynowych kultury bakterii złożono na sączku, wysuszone i wważono, wreszcie roztarto w moździerzu z fizjologicznym roztworem soli. Do doświadczeń użyto zawiesinę, która zawierała 1 mg. wysuszonych bakterii na 10 cm³ fizjologicznego roztworu soli.

Do rurek zawierających 0,1 cm³ surowicy dodano 0,1 cm³ wyżej wymienionej zawiesiny bakterii (1 mg na 10 cm³ NaCl) oraz 0,1 cm³ zawiesiny leukocytów i wstawiono po zamieszaniu do cieplarki. W cieplarce rurek więcej nie potrząsano ponieważ, jak to wykazały badania Boehma, ponowne potrząsanie rurkami wzmacnia fagocytozę. Po upływie 1 godziny wydobyto rurki z cieplarki, zlano płyn z nad osadu i 1 uszko osadu roztarto na czystym szkiełku podstawowym; po wysuszeniu i utrwaleniu alkoholem zabarwiono Ziehl-Neelsenem i oznaczono współczynnik opsoninowy według Wrighta z iloczynu opsoninowego: liczba bakterii zawartych w 100 leukocytach podzielono przez 100. Współczynnik Wrighta równa się iloczynowi opsoninowemu badanej surowicy podzielonemu przez iloczyn opsoninowy normalnej surowicy kontrolnej.

Z preparatów złota użyto sanoeryzynę i solganal B. Badania przeprowadził autor na 6 świnkach morskich i 10 królikach, przy czym badania na świnkach były badaniami wstępnymi. Postępowanie było następujące: 3 królikom wstrzyknięto 1 cm³ zawiesiny prątków gruźliczych typu bydłowego 1 : 100000 dożylnie; 2 królikom zakażonym podawano codziennie dożylnie 0,02 — 0,03 g. Solganal B. na kg wagi (później podawano domięśniowo). Jeden zakażony królik nie otrzymał złota, a jeden zdrowy te same dawki złota jak wyżej. U wszystkich zwierząt badano mniej więcej co 7 dni współczynnik opsoninowy.

Druga seria badań obejmowała króliki, którym zaszczepiono dożylnie $\frac{1}{100}$ mg prątków typu bydłowego, następnie zarażono te same króliki taką samą dawką, wprowadzając prątki do tchawicy. Sposób podawania preparatów złota był ten sam co w doświadczeniach poprzednich.

Na podstawie tych badań, które miały na celu wyświetlenie sposobu działania preparatów złota w ustroju zwierzęcym, autor stwierdził, że zawartość opsonin w surowicy zwierząt zakażonych i leczonych złotem jest znacznie większa niż u zwierząt gruźliczych kontrolnych i u zwierząt zdrowych. Zawartość opsonin była większa u zwierząt zakażonych, którym podawano preparaty złota niż u zwierząt niegruźliczych. Wynika z tego, że sole złota są zdolne podnieść zawartość opsonin w surowicy krwi i że leczenie złotem przebiega w organizmie

na drodze wzmoczenia działalności opsonin w surowicy, które są ważnym czynnikiem w walce z zakażeniem.

Danielewski

Hsu Chien-Liang (Pej-pin; Chiny). **Odosobniona postać gruźlicy płuc.** (Isolated form of pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 162—173.

Autor spowodował powstanie zmian gruźliczych w płucach królików przez wstrzyknięcie 13 zwierzętom do żyły szyjnej kłaczką krwi, zawierającego prątki gruźlicze. Zmiany rozwinęły się u wszystkich zwierząt w zmiennym czasie od 1 do 4 tygodni. Rentgenologicznie zmiany te przedstawiły się jako cienie zlokalizowane, jako pojedyncze plamy bez odczynu wtórnego w przylegającym miąższu płucnym. Badania anatomo-patologiczne wykazały ogniska zlokalizowane i otoczone torebką łącznotkankową. W chorobowo zmienionej tkance znaleziono typowe gruzełki i prątki. Zdaniem autora stwierdzone zmiany, wywołane doświadczalnie, porównać można z niektórymi izolowanymi zmianami płucnymi u ludzi. Doświadczenia rzucają pewne światło na patogenę takich zmian. Przypuszczają należy, że zator zakażony pochodzi czasami ze źródła odległego od tkanki płucnej.

M. Deżyna

Klinika. Radiologia

Troisier Jean (Paryż). **Klinika gruźlicy, wykład inauguracyjny.** (Clinique de la tuberculose, leçon inaugurale). Press. Méd. 1938, z. 98, str. 1793—1798.

Autor charakteryzuje działalność wybitnych badaczy od Chauffarda i Landouzy do nazwisk współczesnych, przypisując im zasługę wznowienia badań nad gruźlicą. Podaje rozwój zdobyczy z dziedziny bakteriologii, radiologii, klasyfikacji, lecznictwa zachowawczego i chirurgii, zapobiegania oraz walki społecznej z gruźlicą, dając syntetyczną charakterystykę znanych i powszechnie przyjętych ostatnich wyników badań ze wszystkich tych dziedzin. Rozwadowska Dowżenkowa

Poix G., E. Vivant (Paryż). **Gruźlica płuc i urazy klatki piersiowej.** (Tuberculose pulmonaire et contusions thoraciques). Press. Méd. 1938, z. 1, str. 1—3.

Gdy wstrząs zadziała na zdrową klatkę piersiową, zbudowaną ze zdrowej, o jednakowej strukturze tkanki płucnej, wypełnionej powietrzem, następują wszędzie jednakowe drgania i pęknięcie nie następuje łatwo. Jeśli budowa tkanki płucnej jest różnicowana przez zwapnienie, zmiany włókniste, np. u wszystkich osobników z dodatnim odczynem Pirqueta, rozerwanie jest częstsze. Pęka najczęściej tkanka dookoła starych zmian, gdzie znajdują się dotychczas nieczynne prątki. Pęknięciu towarzyszy krwotok. Możliwość rozwoju gruźlicy z ran nie wywołanych przez wstrząs są przypadkowe, jeśli rana wytworzy się w okolicy dawnych procesów gruźliczych. Liczba przypadków z rozwojem po urazie wynosi $1\frac{e}{00}$ w stosunku do ogólnej liczby gruźliczych, a także na 1000 urazowych wstrząsów tylko 1 wypada przypadek gruźlicy. Przy orzecznictwie należy brać pod uwagę dokładne badanie, także i radiologiczne z okresu przed urazem.

Rozwadowska Dowżenkowa

Skibiński Z. (Zakopane). **Zespół pierwotny a umiejscowienie zmian płucnych.** Now. Lek. 1939, z. 3, str. 65—68.

Najnowsze poglądy na patogenę gruźlicy płuc uwzględniają podłoże, konstytucję ustroju, jego zdolności odpornościowe wrodzone i nabyte, rolę prątka gruźliczego, wreszcie miejscowe czynniki mechaniczne w płucu. Zespół tych czynników wpływa na różnorodność i przebieg zmian gruźliczych w płucach. Do powyższego autor dorzuca spostrzeżenia własne i wyciąga wnioski o roli

układu chłonnego w patogenezie gruźlicy płuc. Na 79 zdjęć rentgenowskich z ze spółem pierwotnym autor wyodrębnił 50 — z równoczesnymi zmianami w płucach; zmiany jednostronne po stronie zespołu pierwotnego stwierdzał w 48%, jednostronne po stronie przeciwnej — w 10% i obustronne, gdy zespół był jednostronny — w 42%. Na 34 przypadki zmian płucnych, będących po tej samej stronie, co zwapnienia węzłów chłonnych zespołu pierwotnego, w 30 rozpoznawał ograniczone suchoty płucne; natomiast na 16 przypadków zmian płucnych, gdzie zespół pierwotny nie był widoczny, stwierdzał w 10 — postać gruźlicy rozsianej, krwiopochodnej. Autor dochodzi do wniosku, że w powstawaniu suchot płucnych ograniczonych oprócz wrodzonej oporności ustroju odgrywa dużą rolę stan układu chłonnego. Drożność naczyń i węzłów chłonnych ułatwia samooczyszczanie się płuc od prątków w ustrojach opornych na zakażenie; obrona staje się nieskuteczną, gdy odpływ chłonki jest utrudniony. Istnienie zespołu pierwotnego sprzyja w tych warunkach powstawaniu zmian ograniczonych o przebiegu gwałtownym z tworzeniem się ubytków lecz ze skłonnością do gojenia. Wysianie prątków w płucach ustrojów nieopornych przy braku zmian w układzie chłonnym i ułatwionym odpływie chłonki doprowadza do rozwoju zmian rozsianych w obu płucach o przebiegu łagodnym lecz stale postępującym — gruźlicy krwiopochodnej

W. Kruszevska

Gerb E. F. Rola starych zmian gruźliczych w patogenezie suchot płucnych u dorosłych. Probl. Tub. 1938, z. 1, str. 90—93.

Spostrzeżenia dotyczą 165 przypadków gruźlicy płuc zagojonej, pozostających pod obserwacją w ciągu 2 do 15 lat. W okresie tym stwierdzono postępowanie choroby u 23 chorych — 14%. Wśród chorych przeważały zmiany szczytowe lub ograniczone oraz rozsiane ogniska włókniste, zajmujące mniej niż połowę pól płucnych (92 przyp.), u pozostałych stwierdzano dość rozległe zmiany jedno lub obustronne. Częstość zaostżeń zależała przede wszystkim od rozległości zmian i przybierała postać nacieczeń dookoła starych zmian. Autor stwierdza, że suchoty płucne równie często rozwijają się z pierwotnych nacieków wczesnych, jak i nacieczeń wtórnych, powstających ze starych ognisk gruźliczych. W. K.

Paretzky M. (Los Angeles). **Wśródskórny odczyn tuberkulinowy.** (Intracutaneous tuberculin test.) Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 81—95.

Seryjne badania kilkuset odczynów tuberkulinowych służyły autorowi do ustalenia pewnych szczegółów, dotyczących wśródskórnych odczynów. Za pomocą 400 podwójnych odczynów autor wykazał, że reakcja skóry w 2 różnych, nawet symetrycznie ułożonych miejscach na ten sam czynnik nie zawsze jest równa. Dalej ustalono, że tuberkulina nie traci nigdy tyle ze swej wartości, by nie dać zupełnie reakcji na wstrzyknięcie wśródskórne w ustroju zakażonym. Autor zwraca uwagę na to, że tuberkulina niezmiernie silnie przylega do szkła strzykawkę, tak że dla uniknięcia pomyłek diagnostycznych należy używać koniecznie strzykawkę odrębnych dla każdego rozcieńczenia. Rozmiar pęcherzyka po wstrzyknięciu nie ma wpływu na rozległość reakcji późniejszej. Alkohol, używany do oczyszczenia skóry a nie wyschnięty całkowicie, może opóźnić reakcję. M. Deżyna.

Levinson S. A., H. A. Siegal (Chicago). **Próba bromsulfaleinowa i poziom cholesteryny we krwi w przypadkach gruźlicy płuc.** (The bromsulphalein test and blood cholesterol in pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 229—238.

Autorowie wykonali badanie czynnościowe wątroby za pomocą bromsulfaleiny oraz określili poziom cholesteryny we krwi w 28 przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc. Wyniki tych badań zdaniem autorów dają wskazówki do-

tyczące rokowania. Stwierdzenie niskiego poziomu cholesteroliny we krwi w połączeniu z retencją bromosulfaleiny daje rokowanie bardzo poważne. Hypocholesterynemia z zatrzymaniem bromosulfaleiny jest oznaką nadczynności układu śródbłonkowo-siateczkowego, objawiającej się większym zapotrzebowaniem cholesteroliny przez ustrój. Stopień podrażnienia układu śródbłonkowo-siateczkowego można mierzyć ilością zatrzymanego barwika; im większe jest podrażnienie, tym więcej barwika zatrzymuje się.

M. Deżyna

Schuster N. H. (Londyn). **Szybkość opadania krwinek w zależności od liczby erytrocytów.** (Sedimentation rate in relation to the red cell count). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 12, str. 529—541.

Zależność szybkości opadu od liczby czerwonych ciałek określono u 121 osobników. W wstępnych badaniach autorka przekonała się, że dodatek cytrynianu daje stałsze wyniki badań aniżeli dodatek szczawianu. Dla badań porównawczych konieczną jest rzeczą, by rurki były napełnione zawsze do jednakiego poziomu krwią, przy czym średnica oraz objętość rurek ma zupełnie drugorzędne znaczenie.

Polycytemia ma wpływ hamujący na szybkość opadu i może przez to przyczynić się do zamaskowania stanu patologicznego krwi. Anemie przeciwnie, działają przyspieszająco, zwłaszcza, jeśli z powodu innych zmian patologicznych opad jest prędkiej. Nieraz jednakże i anemie hamują szybkość opadu. Zjawisko to nie jest jeszcze wytłumaczone; wiadomo tylko, że nie jest ono specyficzne dla jakiejś określonej postaci anemii. Poprawa stanu anemii w takich przypadkach daje przyspieszenie zwolnionego opadu. Autorka proponuje dla ściślejszych badań skorygować wyniki do liczby 5.000.000 czerw. ciałek jako normy. M. Deżyna

Vortisch R. (Davos). **Stosunek monocytów do limfocytów w procesie gruźliczym ze szczególnym uwzględnieniem zastosowania tego badania w porównaniu z obrazem krwi według Schillinga i szybkością opadania krwinek.** (Das Monozyten—Lymphozyten—Verhältnis bei Tuberkulose mit Besonderer Berücksichtigung seiner Bewertbarkeit im Vergleich zu dem Schillingschen Blutbild und zur Blut-senkungsprobe). *Beitr. Klin. Tbk.* 1938, t. 91, z. 3, str. 337—355.

Autorka przeprowadziła badania nad znaczeniem współczynnika monocytolimfocytowego u 123 chorych na gruźlicę płuc. We wszystkich przypadkach chodziło o chorych w różnych okresach choroby, również z gruźlicą nieczynną. Obserwację chorych przeprowadzono ponad 1/2 roku, badając co pewien czas obraz krwi i szybkość opadania krwinek.

Metodyka: Rozmazy krwi barwiono Giemzą, po czym liczone 200 komórek. Stopień przesunięcia obrazu w lewo oznaczano według Leitnera: 6—8% pałeczkowatych określono jako lekkiego stopnia przesunięcie, 8—12% — w stopniu średnim, a ponad 12% — w stopniu znacznym. Szybkość opadania krwinek: 12 mm po godzinie jako nieznaczne przyspieszenie, do 30 mm — średnio szybkie, ponad 30 mm — znacznie przyspieszone. Oznaczenie współczynnika monocytolimfocytowego: współczynnik 0,17 — normalny, pomiędzy 0,17 a 0,4 — nieznacznie podwyższony, ponad 0,4 — podwyższony w stopniu znacznym. Do oznaczenia współczynnika monocytolimfocytowego posługiwano się barwieniem przyżyciowym według Sabina w modyfikacji Zeylanda. W dalszych jednak badaniach autorka zrezygnowała z tego barwienia, z uwagi na to, że zabarwienie komórek nie jest wyraźne jak to zresztą dowiódł swego czasu Zeyland.

W określaniu obrazu krwi według Medlara posługiwała się autorka jego kryteriami określając obraz z neutrofilją i przesunięciem obrazu w lewo jako septyczny, z monocytozą i limfocytozą (w każdym razie nie z limfopenią) jako hyperplastyczny, a z limfocytozą — jako obraz nieseptyczny.

Powyższe badania przeprowadzono na 123 chorych z gruźlicą płuc, przy czym chorych podzielono na grupy zależnie od ciężkości schorzenia. Grupa I obejmuje 27 przypadków ciężkiej gruźlicy — przeważnie obustronna, wysiękowo-jamista. Grupa II — 58 przypadków średnio ciężkiej — fibrosa densa, nacieki ze skłonnością do przejścia w jamy i inne postaci krwiopochodne. Grupa III obejmuje 22 przypadki lekkiej postaci gruźlicy — nie bardzo rozległa gruźlica włóknista bez jam, wysięki opłucne, wczesne i późne nacieki w okresie zwłóknienia; wreszcie IV grupa obejmuje 15 przypadków gruźlicy nieczynnej.

Wyniki są zestawione w następujących tabelach:

Wskaźnik monocyto-limfocytowy						Obraz krwi wdg. Medlara						
Grupa	znacznie podwyższony		nieznacznie podwyższony		normalny		septyczny		hyperplastyczny		nie-septyczny	
	liczba przyp.	%	liczba przyp.	%	liczba przyp.	%	liczba przyp.	%	liczba przyp.	%	liczba przyp.	%
I (27)	11	40,7	15	55,5	1	3,8	16	59,2	6	22,3	5	18,5
II (58)	13	22,5	34	58,5	11	19,0	14	24,2	15	25,8	29	50,0
III (22)	3	13,6	9	41,0	10	45,4	—	—	3	13,6	19	86,4
IV (15)	—	—	13	86,7	2	13,3	2	13,3	—	—	13	86,7

Przesunięcie w lewo wg. Schillinga								
Grupa	silne		średnie		słabe		brak	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
I (27)	13	48,1	5	18,5	3	11,1	6	22,3
II (58)	11	19,0	12	21,0	21	36,0	14	24,0
III (22)	—	—	2	9,0	8	36,4	12	54,6
IV (15)	—	—	—	—	4	26,7	11	73,3

Opadanie krwinek wg. Westergreena								
Grupa	znacznie przyspieszone		średnio przyspieszone		nieznacznie przyspieszone		normalne	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
I (27)	16	59,2	6	22,3	1	3,7	4	14,8
II (58)	17	29,1	22	37,9	4	7,0	15	26,0
III (22)	1	4,5	8	36,4	3	13,6	10	45,5
IV (15)	—	—	1	6,6	3	20,0	11	73,4

Badania autorki wykazały, że wskaźnik mo/li (monocyto-limfocytowy) według Sabina i Cuninghama prawie w tym samym odsetku odpowiada klinicznemu obrazowi choroby co przesunięcie w lewo w obrazie krwi i odczynu Westergreena. W przypadkach gruźlicy czynnej i nieczynnej większe znaczenie ze względu na swą czułość posiadają zmiany w obrazie krwi według Schillinga oraz odczyn Westergreena niż zmiany w obrazie według metod autorów amerykań-

skich. Z uwagi na to, że w przypadkach gruźlicy czynnej duże usługi oddać może wskaźnik mo/li według Sabina i Cuninghama należy badanie to przeprowadzać częściej niż dotychczas.

Danielewski

Wernli-Haessig (Zurych). **Przypadek późnego zakażenia pierwotnego gruźlicą.** (Ein Fall von später tuberkulöser Erstinfektion). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 3, str. 375—378.

Autor opisuje przypadek pierwotnego zakażenia gruźlicą u 11 letniego chłopca, przy czym źródła infekcji nie dało się stwierdzić. Chłopiec ten zachorował w 2 miesiące po wykonanym i ujemnym odczynie Pirqueta z wysoką gorączką bez uchwytnych zmian w narządach. Chorobę jego określono jako „intoksykację” i z uwagi na to, że w przeciągu kilku miesięcy nie ustąpiła gorączka a istniały objawy ze strony brzucha wykonano appendektomię. Przypuszczalne wtedy rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego nie zostało potwierdzone, stan podgorączkowy utrzymywał się nadal. Cała sprawa została wyświetlona po ponownie przeprowadzonej próbie tuberkulinowej i badaniu rentgenowskim. Zachorzenie z gorączką tak wysoką było zdaniem autora pierwszym objawem zakażenia w sensie dobrotliwej bacillemii według Landouzy.

Danielewski

Carroll W. E. (Meriden, Connecticut). **Wczesna pierwotna gruźlica płuc.** (Early primary pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 190—196.

Na podstawie klinicznego doświadczenia autor żąda, by gruźlicę dzielić zasadniczo na gruźlicę pierwotną — typ pierwszego zakażenia — i na gruźlicę wtórną — typ superinfekcji, przy czym chwila powstania alergii jest momentem przejścia choroby pierwotnej w wtórną.

M. Deżyna

Michon, Chaize, Mollard (Paryż). **Wahania w układzie wago-sympatycznym i oddziaływanie na układ sympatyczny w przebiegu gruźlicy płuc.** (L'instabilité du système vago-sympathique et les interventions sur le système sympathique au cours de la tuberculose pulmonaire). Press. Méd. 1938, z. 44, str. 865—868.

U osobników z przewagą systemu sympatycznego gruźlica płuc przebiega ciężiej i leczy się gorzej niż u wagotoników. Wahania w układzie wago-sympatycznym wywołują zmiany procesów miejscowych, krwotoki oraz zmiany psychiczne. Blokada splotu gwałdzistego i górnych zwojów piersiowych za pomocą wstrzykiwań $\frac{1}{2}$ procentowej nowokainy po 5—10 ml, wywołuje cofanie się lub stabilizację zmian płucnych.

Rozwadowska Dowżenkowa

O'Leary C. (Birmingham). **Zgon dziewięciomiesięcznego niemowlęcia wskutek krwotoku płucnego.** (Death from haemoptysis occurring in an infant of nine months). Tubercle 1938, t. 19, z. 11, str. 513—514.

Dziecko dziewięciomiesięczne z rodziny gruźliczej umiera nagle drugiego dnia po przyjęciu do sanatorium wśród objawów krwotoku z dróg oddechowych. Sekcja ujawniła nacieczenie gruźlicze w górnym i dolnym płacie płuca lewego z jamą w pobliżu wnęki. Uszkodzenie większego naczynia krwionośnego spowodowało wylew krwi do jamy i oskrzela.

M. Deżyna

Rickmann L. (Ziegenhals). „Ustałona” i „nawracająca” odma samorodna („Persistierender” und „rezidivierender” Spontanpneumothorax). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 3, str. 327—329.

Autor opisuje przypadek nie zmieniającej się w przeciągu 10 lat odmy samorodnej i przypadek często powtarzającej się odmy.

Poza tym wymienia podobne przypadki w piśmiennictwie. Danielewski

Borysowicz J. (Wilno). **Rozpoznanie guzów mózgu gruźliczego pochodzenia.** P. Gaz. Lek. 1939, z. 7, str. 137—138.

Dane z piśmiennictwa oraz spostrzeżenia własne (na 44 przypadki guzów mózgu 9 o charakterze gruźliczym, w tym 5 potwierdzonych badaniem histopatologicznym) wskazują, że guzy gruźlicze mózgu spotyka się stosunkowo często, w połowie przypadków występują one w liczbie mnogiej. Schorzenie występuje najczęściej u dzieci i ludzi młodych, u osobników o konstytucji astenicznej z objawami niedomogi wydzielniczej gruczołów płciowych i nadnerczy przy nadczynności tarczycy. Stan psychiczny chorych wykazuje zmienność nastrojów, nerwowość, skłonność do depresji, zależnie od okresów poprawy lub postępowania sprawy chorobowej. Rozpoznanie różniczkowe guzów gruźliczych opiera się na obrazie klinicznym i badaniach pomocniczych (płyn m-rdz., krew, rentgenografia czaszki, nakłucie próbne). Wczesne przyżyciowe rozpoznanie pozwoli na ustalenie rokowania i właściwe leczenie.

W. Kruszevska

Gleich M. (New York). Próba Levinsona w gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. (The Levinson test in tuberculous meningitis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 239—240.

W wszystkich (30) przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych próba Levinsona dała wynik dodatni. W 76.6% przypadków znaleziono prątki w płynie mózgowo-rdzeniowym. W 13 przypadkach niegruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych próba Levinsona była ujemna. Patrz Gruźlica, 1939, z. 1, str. 61.

M. Deżyna

Cheridjian Z., Th. Scielounoff (Genewa). Gruźlica obejmująca jamę nosowo-gardłową i uciskająca na łuki podniebienia miękkiego. (Tuberculose occupant le rhinopharynx et comprimant le voile du palais mou). Press. Méd. 1938, z. 5, str. 76—77.

Opis przypadku 60-letniej kobiety z obciążeniem rodzinnym gruźliczym, poprzednio zdrowej, u której znaleziono za pomocą wziernikowania i badania anatomopatologicznego 4 różne formy wilka w jamie nosowo-gardzielowej. W płucach znajdowały się stare zmiany. W posiewie z płwociny znaleziono prątki.

Rozwadowska Dowżenkowa

Loeper M., R. Lesobre (Paryż). Trzustka gruźlików. (Le pancréas des tuberculeux). Press. Méd. 1938, z. 86, str. 1569—1571.

W przebiegu gruźlicy bóle nieusprawiedliwione zmianami anatomicznymi jelit, przy stolcach czasem ponad 400 gramów, zawierających niestrawione pokarmy, nasuwają przypuszczenie zaburzeń wydzielania zewnętrznego trzustki.

Klinicznie nie obserwowano podczas poprzedniej ciężkiej gruźlicy nagłego zjawienia się cukru w moczu lub zwiększenia jego ilości we krwi. Natomiast w przebiegu diabetes mellitus może rozwinąć się gruźlica płuc. Gdy istnieją 2 choroby równocześnie, śmierć zwykle następuje z powodu gruźlicy a nie choroby cukrowej. Na 71 przypadków gruźliczych 35 miało poziom cukru poniżej 0,85 na 1000, przy czym obniżenie poziomu w lekkich przypadkach obserwowano tylko w 40%, podczas gdy w gruźlicy ciężkiej w 70%.

Anatomopatologicznie nigdy nie obserwowano zmian swoistych w trzustce np. serowacenia, często jednak przy gruźlicy można zauważyć w trzustce zmiany marskie, stłuszczenie, hyperplazję lub zwiększenie liczby wysepek Langerhansa.

Rozwadowska Dowżenkowa

Judkiewicz N. B. i R. O. Drabkina. Zagadnienie zewnętrznego wydzielania trzustki u chorych na gruźlicę. Probl. Tub. 1938, z. 1, st. 129—132.

Badania treści dwunastniczej na obecność zacyznow trzustkowych: diastazy, lipazy i tripsyny przeprowadzono u 21 chorych z gruźlicą płuc, w 14 przypadkach powikłaną gruźlicą jelit. W kale określano stopień strawienia, krew

utajoną i prątki Kocha. Autor stwierdza brak wpływu toksyn gruźliczych oraz zmian swoistych w jelitach na zewnętrzną czynność wydzielniczą trzustki.

W. Kruszevska

Wolpaw S. E. (Cleveland, Ohio). **Isolowana przerostowa gruźlica wrzodząca jelita cienkiego.** (Isolated hyperplastic ulcerative tuberculosis of the small intestine). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 32—49.

W razie niejasnych bólów brzucha oraz przewlekłego zaparcia zawsze należy brać w rozpoznaniu pod uwagę izolowaną przerostową gruźlicę wrzodzącą jelita cienkiego. Ta postać chorobowa jest często przyczyną przewlekłej obstypacji szczególnie u osób między 20 a 40 rokiem życia. Autor podaje opis kliniczny oraz anatomo-patologiczny 3 takich przypadków. Patogeneza tej postaci chorobowej jest jeszcze niewyjaśniona. Nie można wykluczyć możliwości, że powstaje ona drogą pokarmową. Badania pośmiertne wskazują na to, że jest to przykład izolowanej gruźlicy w narządach, powstającej z rozsiewu krwiopochodnego. Leczenie jest przede wszystkim chirurgiczne (resekcja jelita wzgl. enteroanastomoza).

W. Deżyna

Orłowski A. S. **Zastosowanie metody Kelling-Jacobaeusa w rozpoznawaniu gruźliczego zapalenia otrzewnej.** Probl. Tub. 1938, z. 1, str. 58—64.

Autor zastosował laparoskopię w 17 przypadkach wysiękowego gruźliczego zapalenia otrzewnej (w 2 — dwukrotnie), oraz w 9 przypadkach podejrzanym o gruźlicę otrzewnej. W przypadkach z małą ilością płynu przed zabiegiem wykonywano odmę brzuszną. Autor stwierdza dużą wartość zabiegu Jacobaeusa dla ustalenia rozpoznania sprawy chorobowej. Późniejsza obserwacja chorych po zabiegu wykazała wpływ leczniczy laparoskopii. Naświetlania 25—30 min. otrzewnej przy pomocy lampki wzienikowej sprzyjały cofaniu się zmian i pozwalały uniknąć laparatomii.

W. Kruszevska

Reiner W. Müller (Wangen i Allgäu). **Niedodma w gruźlicy gruczołów węzkowych.** (Atelektason bei Hilusdrüsentuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 3, str. 273—316.

Niedodmy przy gruźlicy gruczołów należą do niedodm resorpcyjnych a powstają dzięki temu, że wskutek zamknięcia oskrzela, spowodowanego gruczolem węzkowym, powietrze w tym odcinku płuc ulega wessaniu. Ta resorpcja powietrza prowadzi w pewnym odsetku przypadków do skurczenia się tego odcinka. Dokładne rozpoznanie możliwe jest oczywiście tylko przy badaniu rentgenowskim. Autor opisuje 12 przypadków własnych.

Danielewski

Puder S. (Budapeszt). **Cienie odmowe.** (Pneumothorax shadows). Tubercle 1938, t. 19, z. 12, str. 557—564.

Na podstawie opisu przebiegu klinicznego oraz rentgenogramów i szkieł 3 przypadków chorych z odmą autor ilustruje pochodzenie cieni rentgenologicznych, spotykanych w polu odmowym. Cienie te przeważnie powstają wskutek zgrubień opłucnej, nieraz wskutek otorbionych wysięków. Przeważnie zmiany dotyczą opłucnej ściennej i to tylnych jej części. Podwójne kontury odmy mają swoją przyczynę w wklęsłości uciśniętego płuca.

M. Deżyna

Andrus P. M. (London Ontario Canada). **Patogeneza jam gruźliczych.** (The pathogenesis of tuberculous cavities). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 176—189.

Na podstawie dokładnych obserwacji za pomocą seryjnych rentgenogramów tysiąca jam gruźliczych w płucach autor doszedł do przekonania, że zniszczenie i organizacja tkanki nie wytłumaczają dostatecznie obserwowanych cech jam. Należy zatem przypuszczać, że w grę wchodzi jeszcze czynniki fizyczne, powodu-

jące to rozszerzenie, to zwężenie światła jamy. Jamy uważać trzeba jako pęknięcie mięszu płucnego, są one zatem natury urazowej. Oczywiście jest rzeczą, że pęknięcia takie dotyczą tkanki uprzednio chorobowo zmienionej. Drobne jamki, powstające w większej liczbie jako wynik procesów wykrztuśnych bardzo rzadko przechodzą w jamy rzeczywiste. Okrągły kształt zawdzięczają jamy pociąganiu elastycznej tkanki płucnej, otaczającej jamę, a nie zniszczeniu tkanki lub ciśnieniu gazów. Słuszność tych twierdzeń udowodnił autor przez wytwarzanie sztucznej jamy drogą doświadczalną w płucu ludzkim, wyjętym na stole sekcyjnym. Czynnikiem sprzyjającym powstawaniu jam, to niedodma towarzysząca zawsze naciekom gruźliczym; zwiększa ona znacznie siłę pociągania elastycznego płuca. Zamknięcie się jamy wskutek zablokowania oskrzela i wessania powietrza jest z punktu widzenia fizycznego zupełnie możliwe. Tym nie mniej skurczenie się tkanki niedodmowej około jamy jest czynnikiem prawdopodobnie ważniejszym i częściej spotykanym. Dodatkowo działanie odmy polega przypuszczalnie na tym że ułatwia niedodmowe skurczenie się schorzałej tkanki wraz z jamą.

M. Deżyna

Leczenie

Harper F. R. (Denver). Wyniki leczenia zapadowego w gruźlicy płuc. (Results of collapse therapy in pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 151—161.

Na 275 przypadków gruźlicy płuc stosowano intensywną terapię zapadową (przede wszystkim odmę oraz wyrwanie nerwu przeponowego) w 69% przypadków. W 39.30% tak leczonych przypadków osiągnięto wyleczenie, podczas gdy odnośna cyfra dla całego kraju, gdzie na ogół terapia była mniej intensywna, jest 17%. Autor wnioskuje, że terapia zapadowa winna być stosowana intensywniej.

M. Deżyna

Marek Włodzimierz (Praga). W sprawie rejestracji wychyleń manometru podczas sztucznej odmy. (Zur Registrierung der Manometrausschläge bei Pneumothorax). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 252—261.

Autor badał objaw v. Muralta — szybki spadek ciśnienia w manometrze na 0 podczas bezdechu przy otwartych strunach głosowych w przypadku gdy igła po wkłuciu znajduje się w mięszu płucnym — metodą rejestracyjną Banga, Olmera i Reybanda. Zdaniem autora objaw ten jest teoretycznie dobrze uzasadniony, jego znaczenie praktyczne jednak jest ograniczone.

Danielewski

Hayes J. N., L. Brown (Saranac Lake). Powtórna odma. (Reinduced pneumothorax). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 2, str. 143—150.

Autorowie podają przebieg kliniczny oraz szereg rentgenogramów przypadku obustronnej gruźlicy płuc. Była to niewiasta, u której w 18 r. życia rozpoznano gruźlicę płuc i przystąpiono do terapii zapadowej. W ciągu kilkunastu lat założono u niej z przerwami odmę 5 razy po stronie prawej i 4 razy po stronie lewej z dobrym wynikiem leczniczym. Autorowie wnioskują, że kilkakrotne zakładanie odmy może mieć zastosowanie znacznie częściej niż dotychczas przypuszczano.

M. Deżyna

Glass B. i Z. Świslocki (Warszawa). Gwałtowne wystąpienie przepukliny śródpiersiowej w przebiegu leczenia odmowego. Warsz. Czas. Lek. 1939, z. 6, str. 107—108.

Autorzy opisują przypadek płatowego zapalenia płuc gruźliczego leczony odmą sztuczną, w przebiegu której wystąpiła ostra przepuklina śródpiersiowa. Na-

głe wystąpienie duszności, uczucia dławienia i niepokoju skłaniały do rozpoznania odmy samorodnej. Prześwietlenie rentgenowskie wykryło dużą przepuklinę śródpiersiową. W związku z powyższym przypadkiem autorzy omawiają stosunki anatomiczne, przyczyny i warunki powstawania przepuklin śródpiersiowych.

W. Kruszevska

Pierre - Bourgeois, Mario Lebel (Brévannes). Technika i bezpośrednie rezultaty odmy zewnątrzopłucnej. (Technique et résultats immédiats du pneumothorax extra-pleural). Press. Méd. 1938, z. 41, str. 818—821.

Zabieg wykonuje się w pozycji siedzącej po uprzednim wstrzyknięciu kwasu askorbinowego dla powstrzymania krwawienia. W przypadkach zmian szczytowych i położonych centralnie wykonuje się resekcję odcinka 4-go, 5-go a czasem 6-go żebra drogą tylną w przestrzeni międzyłatkowej, w razie zmian położonych na zewnętrznej okolicy płuca, poniżej szczytu lub z przodu operuje się drogą boczną tj. w okolicy pachowej. Odklejanie opłucnej najbezpieczniejsze palcami. Za pierwszym razem wprowadza się 50—100 ml powietrza, dopełnienia po 100—200 ml są początkowo co dzień, co drugi, dopiero po 3 tygodniach co 8 dni.

Otrzymane dobre uciśnięcie (stwierdzone rentgenologicznie) jest tylko bezpośrednim rezultatem, nie uprawniającym do optymistycznych wniosków. Wskazania do odmy zewnątrz opłucnej są narazie tylko tam gdzie nie ma możliwości wykonania jakiegokolwiek innego zabiegu (odmy wewnątrz opłucnej, torakoplastyki).

Rozwadowska Dowżenkowa

Monod O., J. Garcia - Bengochea, P. Bruce (Champeuil). Wysięki w odmie zewnątrzopłucnej. (Les épanchements dans le pneumothorax extra-pleural). Press. Méd. 1938, z. 58, str. 1131—1134.

Wysięki po wytworzeniu odmy zewnątrzopłucnej występują w 100% przypadków i prawie zawsze łatwo znikają lub dają się wyleczyć. Powodem powstawania są urazy powstające przy uciśnięciu płuca, jak przy odmie wewnątrzopłucnej oraz sam zabieg operacyjny. Dzielimy je na krwiste, ropne, oraz surowicze. Krwiste najczęściej występują wskutek pizerwania naczyń, ropne — jako powikłania przewlekłe lub ostre wskutek zakażenia dodatkowego (pęknięcie zrostu). Płyny krwiste giną po punktowaniu, ropne po płukaniach; pleurotomia jest ostatecznym zabiegiem.

Rozwadowska Dowżenkowa

Poix G., P. Dreyfus-Le-Foyer, R. Etienne (Paryż). Torakoplastyka skojarzona z cdmą opłucną leczniczą. (La thoracoplastie associée au pneumothorax thérapeutique). Press. Méd. 1938, z. 18, str. 329—331.

Przy nieskutecznej odmie opłucnej leczniczej i niemożności jej poprawienia przez przecięcie zrostów lub wyrwanie nerwu przeponowego wykonano w 23 przypadkach częściową torakoplastykę. W 17 przypadkach otrzymano wyleczenie kliniczne, w 4 poprawę. Częściowa torakoplastyka ograniczała się często do wycięcia 1 żebra, czasem 2—3. Odmę opłucną prowadzi się potem, jak zwykle do chwili wyleczenia. Czas do wykonania torakoplastyki najlepszy jest w kilka tygodni po wytworzeniu odmy leczniczej gdy jest pewność, że Jama zije i nie ma jeszcze bilateralizacji. Powikłania możliwe są, jak po każdym zabiegu chirurgicznym; istnieje również dość rzadka możliwość przebiccia w przypadku jamy położonej zupełnie na zewnątrz.

Rozwadowska Dowżenkowa

Cutler J. W. (Filadelfia). Plombowanie w gruźlicy płuc. (Plombage in pulmonary tuberculosis). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 62—80.

Do plomb płucnych autor używał masy, składającej się z agaru, parafiny, sterczku baru, soli, wody i dodatku fenylu-azotanu rtęci. Mimo zachęcających

wyników badań doświadczalnych na królikach i korzystnego wpływu plomby na przebieg gruźlicy w szeregu przypadków u ludzi, autor zaniechał dalszego stosowania masy ze względu na jej drażniące działanie. M. Deżyna

Kielnowski T. (Lwów). Przyczynek do zagadnienia hipowitaminozy C w gruźlicy. P. Gaz. Lek. 1939, z. 7, str. 143—146.

Autor określił niedobór witaminy C metodą Harris'a i Ray'a u 31 mieszkańców Akademickiego Domu Posańatorskiego we Lwowie oraz u 5 członków personelu, którzy otrzymywali to samo pożywienie. Badania wykazały, że niedobór witaminowy u 67% badanych przekraczał 2000 mg. Wahając się w granicach 1500—3300 mg., wykazywał liczby większe w marcu niż czerweu. Ciężkość schorzenia gruźliczego nie miała wpływu na wielkość deficytu. Witaminę C podawano pod postacią Redoxonu f. Roche doustnie w ilości 100 mg dziennie. Podając lek w ciągu miesiąca po wyrównaniu hipowitaminozy, autor uzyskał u większości studentów znaczną poprawę samopoczucia, łaknienia i wagi jednak bez wpływu na przebieg zmian gruźliczych. Autor uważa witaminę C za lek, wzmacniający siły odporne ustroju na zakażenie gruźlicze, lecz nie posiadający działania swoistego na prątki gruźlicze. Preparat witaminowy jest znoszony dobrze i może zastąpić witaminę C przy braku jej lub niedostatecznej ilości w pokarmach. W. Kruszevska

Bauer G. i Vorwerk W. (Honnef). Przyczynek do niedoboru witaminy C u gruźlików. (Beitrag zum Vitamin C — Defizit bei Lungentuberkulösen). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 262—272.

Autorzy badali moczkę chorych na gruźlicę płuc na witaminę C początkowo metodą Martini — Bonsignore później Tillmanna. Badano moczkę świeżo oddaną, przy czym chorzy oddawali moczkę bez względu na porę co 4 godziny. Poza tym przeprowadzali doświadczenia z obciążeniem, posługując się preparatami witaminowymi znajdującymi się w handlu. Wyniki są następujące:

U 13 chorych z odczynem Biernackiego do 15 mm, stwierdzono przeciętny niedobór 1500 mg. Reszta chorych z opadem ponad 15 mm wykazała niedobór witaminy w wysokości 2450 mg.

Co do zastosowania witaminy C w celach leczniczych u chorych z gruźlicą płuc, to na podstawie obserwacji własnych autorzy są zdania, że w pewnych okresach tej choroby podawanie witaminy C wywiera bardzo korzystny wpływ. Poprawę stanu ogólnego i sił obronnych organizmu można bardzo dobrze ocenić na podstawie wzrostu wagi ciała, zwolnienia szybkości opadania krwinek, poprawie w obrazie krwi i spadku temperatury. Nie można pominąć poczucia chorych, które ulega szybkiej poprawie, a które jest w tak długotrwałym schorzeniu niezmiernie ważnym czynnikiem dodatnim.

Na podstawie swoich sprzeczzeń autorzy przypisują witaminie C pewien wpływ leczniczy nieswoisty w gruźlicy płuc. Danielewski

Cotton Cornwall V. (Liverpool). Kadm i jego zastosowanie w lecznictwie gruźlicy; wyniki natychmiastowe. (Cadmium, the immediate results of its use in the treatment of pulmonary tuberculosis). Tubercle 1938, t. 19, z. 12, str. 542—551.

Autor uważa, że sole kadmu mogą zastąpić do pewnego stopnia sole złota w lecznictwie gruźlicy. Kadm działa bardzo mało toksycznie, jest tani w użytku. Autor podawał 1% siarczyn kadmu w jałowej oliwie względnie 1% kolloidalny siarczyn kadmu. Stosowanie jest możliwe bez objawów ujemnego wpływu nawet w daleko posuniętych przypadkach. Podaje się po 1 cm³ domięśniowo, 2 razy na tydzień, ogółem 30 wstrzykiwań na 1 serię. Autor stosował kadm w 42 przypadkach, przeważnie u ciężko chorych. Objawy chorobowe poprawiły się w 13 przypadkach. M. Deżyna

Banyai A. L. (Wauwatosa). **Wdychanie dwutlenku węgla w gruźlicy płuc.** (Carbon dioxide inhalation in pulmonary tuberculosis). Tubercle 1938, t. 19, z. 10, str. 468—469.

Autor stosował u chorych na gruźlicę płuc, u których płwocina była ciągnąca się i powodowała silny kaszel, wdychanie mieszanek dwutlenku węgla (10%) i tlenu (90%). Wyniki były bardzo zadawalniające. Po inhalacjach zwiększyła się wyraźnie głębokość oddechu, poziom przepony podczas wdechu obniżyła się, objętość klatki piersiowej zwiększyła się a uczucie braku tchu ustąpiło, płwocina stała się bardziej wodnista.

M. Deżyna

Klejner I. J. **Leczenie krwotoków płucnych przetaczaniem krwi.** Probl. Tub. 1938, z. 2, str. 121—125.

Przetaczanie krwi wykonano u 33 chorych z gruźlicą płuc (47 razy), w tym u 20 — w celach przeciwkrwotocznych. Całkowite zatamowanie krwotoku uzyskano u 8 chorych bezpośrednio po zabiegu, u 2 — przetoczenie pozostało bez wpływu, u 1 — krwotok powiększył się; w 4 przypadkach krwiopłucie ustąpiło, w 5 — znacznie zmniejszyło się. W 11 przypadkach powtórne krwawienie przebiegało spokojniej i szybciej dało się zatamować. Chorzy z gruźlicą wysiękową znosili zabieg gorzej i w 30% wykazywali pogorszenie. Po ogólnym odczynie, trwającym kilka godzin, poprawa zaznaczała się we wzroście liczby czerwonych ciałek krwi oraz, po okresowym zwiększeniu leukocytozy i przesunięciu obrazu w lewo, powrocie obrazu ciałek białych do stanu prawidłowego. Wynik leczniczy nie pozostawał w związku z ilością przetoczonej krwi, która wahała się w granicach 50 do 300 cm³. Lepsze działanie przeciwkrwotoczne miała krew różnoimienna.

W. Kruszevska

Fajnszmidt B. G. i I. I. Frołow. **Przetaczanie krwi w gruźlicy płuc.** Probl. Tub. 1938, z. 1 str. 65—70.

Przetaczanie krwi wykonano w 23 przypadkach gruźlicy płuc (71 transfuzji). Wynik dodatni uzyskano u 15 chorych (65%), u pozostałych 8-miu poprawy nie osiągnięto, nie stwierdzono również powikłań ani obostrzeń gruźlicy. Wyniki dodatnie dotyczą przede wszystkim chorych leczonych metodą odprężającą, w ropniakach opłucnej, wtórnie zakażonych; pacjentów przed torakoplastyką i w okresie po zabiegu, oraz w niedokrwiistości i krwawieniach. Na 7 przypadków krwotoków płucnych wynik dodatni i przetaczania krwi uzyskano w 5-ciu. Posługiwano się krwią jednoimienną, 2—6-dobową, konserwowaną z dodatkiem sol. magn. sulf. 8.5% w ilości 10 cm³ na 100 cm³ krwi. Jednorazowo wstrzykiwano 150—250 cm³ krwi.

W. Kruszevska

Brenman I. S. **Kongorot w krwiopłuciach płucnych.** Probl. Tub. 1938, z. 2, str. 119—121.

Działanie przeciwkrwotoczne kongorot ma polegać na drażnieniu śródbłonka naczyń, co powoduje zwiększenie wytwarzania trombogenu i trombokinazy i przyspiesza krzepnięcie krwi. Szybkie wchłanianie barwika przez komórki aparatu siateczkowo-śródbłonkowego oraz odkładanie się go w nabłonku otaczającym naczynia włosowate w miejscu krwawienia ma powodować ich pęcznienie i zamknięcie światła włószniczek. Wyniki dodatnie autor otrzymywał w 53 przypadkach gruźlicy płuc. Krwawienie ustępowało po wstrzyknięciu dożylnym 5—12 cm³ 1% roztworu kongorot w roztworze fizjologicznym lub wodzie destylowanej.

W. Kruszevska

Straszyński A. (Poznań). **Powstanie w klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego pierwszego na ziemiach zachodnich Polski nowoczesnego ośrodka leczniczego gruźlicy toczniowej skóry, w świetle pilnej potrzeby zorganizowa-**

nia celowej walki z gruźlicą w Polsce. Now. Lek. 1939, z. 1, str. 15—22 i z. 2, str. 41—47.

Walka z gruźlicą skóry ześrodkowuje się w nielicznych zakładach, posiadających nowoczesne urządzenia lecznicze (lampy Finsena—Lomholta, kwarcowe, aparaty rentgenowskie, rad). Na terenie ziem zachodnich Polski jedynym ośrodkiem, posiadającym od niedawna lampę Finsena, jest klinika dermatologiczna U. P. Dane statystyczne wskazują, że na gruźlicę skóry choruje około 40.000 osób. Liczba chorych z gruźlicą skóry leczonych w okresie 3-ech lat (1935—37) na klinice w Poznaniu wynosi 152 osoby, w tym 131 — z toczniem skóry. Chorzy ci przybywają z daleko posuniętymi zmianami, pozostają w leczeniu zbyt krótko i przeważnie nie powtarzają kuracji z powodu złych warunków materialnych. Autor omawia szczegółowo etiologię, patogenezę gruźlicy skóry, jej przebieg, postaci kliniczne, rokowanie i leczenie. Zwraca uwagę na konieczność wczesnego rozpoznawania schorzenia i szybkiego kierowania na właściwe oddziały szpitalne. Projekt ustawy przeciwgruźliczej nie obejmuje organizacji walki z gruźlicą skóry. Autor podaje projekt własny, w którym walka z gruźlicą skóry ześrodkowuje się w wojewódzkich ośrodkach leczniczych, zaopatrzonych w nowoczesne pomoce terapeutyczne i wyszkolony personel lekarski i pielęgniarski. Do wojewódzkich oddziałów szpitalnych winny być kierowane przypadki świeże, nadające się do finsenoterapii oraz chorzy, którzy przeszli leczenie przygotowawcze (dieta bezsolna, tuberkulina, rubrophen, maście żrące) w prowincjonalnych oddziałach pomocniczych. Specjalny komitet, współpracujący z P. Zw. Przeciwgruźliczym, zarządza i zdobywa środki finansowe ze źródeł państwowych i społecznych, opłaca leczenie chorych niezamożnych, opiekuje się ich rodzinami, organizuje schroniska dla chorych ambulatoryjnych, zajmuje się propagandą przeciwgruźliczą. Postawienie akcji przeciwgruźliczej na właściwym poziomie stwarza konieczność przeszkolenia lekarzy i personelu pomocniczego. Leczenie chorych na tocznia należy uzupełnić stworzeniem dla nich możliwości zarobkowania, gdyż pozostawieni własnemu losowi stają się ciężarem dla państwa i społeczeństwa.

W. Kruszevska

Borkowski E. (Warszawa). Przyczynek do leczenia gruźlicy skóry rubrophenem. Medycyna 1939, z. 2, str. 55—62.

Rubrophen dr Sailera zastosowano w 117 przypadkach gruźlicy skóry, leczonych w ambulatorium lub na oddziale klinicznym U.J.P. Wyleczenie uzyskano w 90% przypadków, dużą poprawę w 71%, brak poprawy w 40%. Rubrophen podawano dożylnie i doustnie pod postacią tabletek (6—8 tabl. dziennie). Kuracja trwała od 2 do 8-iu miesięcy. Wstrzykiwanie stosowano co drugi dzień, w dni wolne podawano lek doustnie. W niektórych postaciach gruźlicy skóry i słuźówek stosowano 5% maść rubrophenową. Lek był znoszony dobrze, jedynie u nielicznych chorych występował ból w okolicy żołądka, wyjątkowo biegunki lub ból wzdłuż żyły w czasie wstrzykiwania. W czasie leczenia spostrzegano miejscowe odczyny; silne odczyny ogniskowe dawały lepsze wyniki lecznicze. Autor dochodzi do wniosku, że rubrophen posiada pewne działanie swoiste i w wielu razach jest dzielnym środkiem pomocniczym w leczeniu gruźlicy skóry. Poza działaniem na ogniska chorobowe, posiada wybitne działanie ogólnowzmacniające (apetyt, waga, krew). Dla uzyskania wyników szybszych autor zaleca leczenie kombinowane (rubrophen + światłolecznictwo). Rubrophen może być stosowany ambulatoryjnie pod warunkiem regularnej i dostatecznie długiej kuracji. Najlepsze wyniki autor uzyskał w gruźlicy rozplywnej. Spostrzeżenia

uzupełnione szczegółowym rozbiorem 17 przypadków i zdjęciami fotograficznymi chorych przed i po leczeniu. W. Kruszevska

Sztejnhauser L. (Wilno). W sprawie chemoterapeutycznego zwalczania gruźlicy skóry. P. Gaz. Lek. 1939, z. 9, str. 187—191.

Autor zastosował leczenie rubrophenem w 23 przypadkach gruźlicy skóry (toczeń pospolity wrzodziejący i gruźlica rozplywowa 2, toczeń pospolity wrzodziejący 7, toczeń pospolity płaski 6, toczeń przewlekły przerostowy 2, gruźlica skóry brodawkowata 2, toczeń rumieniowaty 2, trądzik pospolity głęboki 1, gruźlica wrzodziejąca śluzówki ust 1), przebywających w klinice dermatologicznej U. S. B. U jednego chorego leczenie przeprowadzano ambulatoryjnie. 9 chorych było leczonych wyłącznie rubrophenem, u pozostałych równocześnie zastosowano promienie graniczne Bucky'ego (8), lampę Finsena lub Kromayera (3), diatermokoagulację (2), wstrzykiwania tymolu (1). Rubrophen podawano co drugi dzień 6 past. dziennie doustnie na przemian z wstrzykiwaniami dożylnymi oraz okłady 5% maści rubrophenowej. Przeciętny czas leczenia wynosił 4 mies., po 2 mies. kurację powtarzano. U osobników z niedokwaśnością rubrophen wywoływał biegunki, które po podaniu kwasu solnego ustępowały. Najlepsze wyniki lecznicze uzyskano w toczniu pospolitym wrzodziejącym, gruźlicy rozplywowej i brodawkowatej. Autor zalicza rubrophen do leków skutecznych, wygodnych w stosowaniu; daje on dobre wyniki kosmetyczne i, z chwilą obniżenia ceny, nadawałby się do szerokiego stosowania w początkowych okresach gruźlicy skóry.

W. Kruszevska

Szabanow T. W. Przynerkowa blokada nowokainowa w leczeniu gruźlicy płuc. Probl. Tub. 1938, z. 2, str. 52—58.

Doświadczenia na zwierzętach wskazują na wpływ układu nerwowego na charakter i rozległość zmian gruźliczych. Wyniki dodatnie zabiegów na nerwie przeponowym są zależne, zdaniem autora, nie tylko od mechanicznego ucisku uniesionej przepony lecz od pewnych zmian w drogach neurotroficznym. Opierając się na powyższych spostrzeżeniach, autor zastosował blokadę nowokainową przynerkową w 41 przypadkach chorób płucnych (ropień płuc 5, rozstrzenie oskrzeli 2, gruźlica płuc 34). Wprowadzono w okolice przynerkową 200 cm³ 1/4% nowokainy. Krótkotrwały odczyn ogólny po zabiegu, wpływu ujemnego na przebieg schorzeń nie stwierdzono. Wynik pomyślny zaznaczył się w postaciach ostrych wysiękowych (świeże wysięki podmowe, nacieczenia o charakterze pneumonicznym, świeże ropnie). Uzyskano szybkie cofanie się wysięków, spadek ciepłoty, poprawę opadania krwinek, całkowite wygojenie świeżych ropni (2), oraz wybitne działanie przeciwbólowe. Autor zaleca blokadę nowokainową, jako środek odtruwający w przypadkach gruźlicy ostrej, przed zabiegami uciskowymi. W przewlekłej gruźlicy płuc wyników dodatnich nie uzyskano, jak również w rozstrzeniach oskrzeli i starych ropniach płucnych.

W. Kruszevska

Gerszowicz I. M. Zastosowanie blokady nowokainowej w gruźlicy gardzieli i jamy ustnej. Probl. Tub. 1938, z. 1, str. 110—112.

Blokadę nowokainową okolicy łądzwiowej zastosowano u 41 chorych z gruźlicą płuc, powikłaną gruźlicą jamy ustnej i gardzieli, w tym u 27 chorych gruźlicą krtani. Wstrzykiwano w okolice łądzwiową 100—200 cm³ 1/4% nowokainy, liczba wstrzyknięcia u poszczególnych chorych wahała się od 1 do 6. Odczyn ogólny występował po zabiegu w 2—3 godz. pod postacią gorączki, dreszczów i ślinotoku i trwał 6—8 godzin. Gorączka, utrzymująca się dłużej lub występująca z opóźnieniem, świadczyła o pogorszeniu ze strony płuc. Poprawę zmian w jamie ustnej i gardzieli uzyskano w 25 przypadkach, pogorszenie w 5,

bez zmiany w 11. Całkowite wyleczenie po roku obserwacji spostrzegano w 10 przyp. Równoczesna poprawa ze strony płuc wystąpiła w 8 przyp., pogorszenie w 9, stan bez zmian w 24. Pomyślny wynik leczenia u chorych, leczonych uprzednio bezskutecznie za pomocą przyżegania, galwanokautyki i metodą zachowawczą, świadczą o dużej wartości powyższej metody. W. Kruszevska

Gerszowicz I. M. Leczenie dysfagii w gruźlicy jamy ustnej za pomocą przecięcia n. glosso-pharyng i. Prclbl. Tub. 1938, z. 2, str. 118—119.

Przecięcie nerwu czuciowego (glosso-pharyngei) wykonano w 15 przypadkach gruźlicy krtani i gardzieli w celu usunięcia dysfagii. U 6 chorych przecięto nerw obustronnie, u 9 — jednostronnie oraz nerw krtaniowy górny. U 9 chorych nastąpiło całkowite znieczulenie śluzówki, u 4-ch po zabiegu obustronnym zmiana smaku, u 2-ch — przemijające zniesienie uczucia przełykania. W. Kruszevska

Artwiński E. (Lwów). O chirurgicznym leczeniu gruźlicy mózgu. P. Gaz. Lek. 1939, z. 10, str. 205—206.

Autor opisuje przypadek gruźliczego ograniczonego zapalenia opon mózgowych, leczony operacyjnie, który zasługuje na uwagę ze względu na pomyślne wyniki lecznicze, utrzymujące się w ciągu 14 lat. Opis dotyczy chorego l. 22, u którego z powodu prawostronnych napadów drgawkowych z utratą przytomności wykonano zabieg operacyjny, polegający na usunięciu trzech guzków wielkości prosa z okolicy brzdry Rolanda. Badanie histologiczne guzków wykazało tło gruźlicze schorzenia. W pierwszym roku po zabiegu napady drgawkowe z utratą przytomności i zaburzeniami pamięci powtarzały się kilkakrotnie w odstępach kilkumiesięcznych. W ciągu 5-ciu lat chory czuł się dobrze, w latach późniejszych zjawily się krótkotrwałe i rzadko występujące drgawki kończyn lewych. Autor podejrzewa świeże zmiany gruźlicze o przebiegu łagodnym w okolicy ruchowej prawej. Rozpoznanie różnicowe guzów nowotworowych i gruźliczych oraz ograniczonego zapalenia gruźliczego opon mózgowych nasuwa duże trudności ze względu na podobny obraz kliniczny. Zabieg chirurgiczny daje wyniki lepsze w ograniczonych gruźliczych zapaleniach opon mózgowych niż w guzach gruźliczych mózgu, mimo to autor zaleca usuwanie guza radykalnie. Wniośki swe uważa za tymczasowe ze względu na szczupłość spostrzeżeń.

W. Kruszevska

Walka z gruźlicą. Szczepienia przeciwgruźlicze. Epidemiologia. Statystyka.

Skokowska-Rudolfowa M. (Warszawa). Zagruźliczenie wsi polskiej. P. Gaz. Lek. 1939, z. 6, str. 122—125.

Na podstawie zestawień wyników badań grup ludności wiejskiej, przeprowadzanych przez lekarzy według specjalnych schematów (badania fizyczne, rentgenologiczne, bakteriologiczne i tuberkulinowe) na terenie poszczególnych powiatów, gmin i wsi (województwa centralne, wileńskie, wołyńskie, poznańskie, lwowskie, krakowskie) autorka dochodzi do wniosku, że zagruźliczenie wsi polskiej jest duże i nie ustępuje rozpowszechnieniu zakażenia gruźlicą w mieście. Przypadki gruźlicy zaraźliwej są częste, szerzeniu się choroby sprzyjają złe warunki mieszkaniowe, niski poziom higieny i brak uświadczenia o istocie choroby wśród ludności. Zakażenie gruźlicą wśród dzieci i kobiet jest specjalnie częste. Plan walki z gruźlicą na wsi powinien polegać na stworzeniu poradni przeciwgruźliczych lotnych lub przy ośrodkach zdrowia, obsługiwanych przez kolumny rentgenowskie, zorganizowaniu opieki pielęgniarskiej i lekarskiej w wa-

runkach domowych, ze względu na brak funduszków na leczenie zakładowe, oraz szerokiej akcji propagandowej.

W. Kruszevska

Oszast Z. (Kraków). **Zarys planu organizacji walki z toczniem w Polsce.** P. Gaz. Lek. 1939, z. 9, str. 185—187, z. 10, str. 213—216.

Na podstawie obliczeń P. Zw. Przeciwgruźliczego w Polsce istnieje około 40.000 chorych na tocznia. Dokładnych statystyk brak, leczenie chorych przeprowadzane jest dorywczo, gdyż nie ma organizacji, która miałaby chorych z toczniem w swojej opiece i prowadziła ścisłą ich ewidencję, brak również dostatecznej ilości zakładów leczniczych. Konieczność stworzenia planowej akcji zwalczania tocznia, skłoniły autora do opracowania projektu organizacji, która miałaby za zadanie wykrywanie i rozpoznawanie choroby, opiekę nad chorymi i ich leczenie. Na czele walki z toczniem autor stawia Komitet, złożony z przedstawicieli P. Zw. Przeciwgruźliczego, Min. O. Sp., Ub. Sp., wojska, lekarzy, władz sanitarnych, szkolnych i duchowieństwa, na przewodniczącego komitetu powołuje przedstawiciela Rady Fundacji im. hr. J. Potockiego. Komitet opracowuje plan akcji przeciwtozniowej, organizuje przychodnie przeciwtozniowe przy szpitalach i klinikach, lotne komisje lekarskie (dermatolog, pielęgniarka), buduje centralne luposorium, uposażone w nowoczesne pomoce lecznicze, którego zadaniem poza leczeniem ma być akcja społeczna (szkolenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, odczyty, wystawy, broszury), przeprowadzenie przymusu zgłaszania tocznia na drodze ustawy. Obok komitetu powstaje Towarzystwo Opieki nad chorymi na tocznię, które ma na celu współpracę w stworzeniu podstaw finansowych instytucji, leczenie chorych niezamożnych, opiekę pozazakładową i pośredniczenie w uzyskaniu pracy. W zakończeniu autor omawia obecny stan walki z toczniem na terenie Ubezpieczalni Społecznych oraz stwierdza poprawę w zakresie lecznictwa, dzięki powstaniu nowych oddziałów przeciwtozniowych przy klinikach uniwersytetów w Poznaniu i Krakowie.

W. Kruszevska

Plunkett R. E. (Albany). **Kontrola gruźlicy — obecne niedociągnięcia oraz żądania na przyszłość.** (Tuberculosis control. Present deficiencies — future requirements), Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6, str. 612—624.

Autor zwraca uwagę, że walka z gruźlicą nie powinna tracić na intensywności. Liczba łóżek szpitalnych dla chorych winna w danym okręgu być co najmniej 2 razy większa niż liczba zgonów z gruźlicy. Mniejsze ośrodki leczenia gruźlicy winne być zlikwidowane, by móc za to lepiej wyposażyć ośrodki większe. Najlepsze możliwości lecznicze dają te szpitale dla płucno chorych, które mają ścisły kontakt z szpitalami ogólnymi oraz z sanatorium. Zdaniem autora należałoby lepiej jeszcze wykorzystywać szpitale dla chorych na gruźlicę jako placówki kształcenia lekarzy, pielęgniarek i higienistów. Szersze też winno być oddziaływanie wychowawcze szpitala na ludność okoliczną, jak w ogóle praca w szpitalu winna być nie tylko kliniczną ale w dużej mierze i społeczną, t. zn. współdziałanie szpitala i ośrodków zdrowia winno być bardziej ścisłe. Umożliwiłoby to znacznie wcześniejsze wykrycie spraw chorobowych i wcześniejsze rozpoczęcie leczenia. Teraz bowiem 70% chorych rozpoczyna swe leczenie będąc w stanie prawie beznadziejnym. Autor wspomina także o konieczności ujednostajnienia mianownictwa lekarskiego w dziedzinie gruźlicy.

M. Deżyna

Jullien L. **Znaczenie radioskopii systematycznej w wyszukiwaniu gruźlicy płuc w dużych skupieniach ludzkich.** (La place de la radioscopie systématique dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire au sein des collectivités). Press. Méd. 1938, z. 45, str. 881—883.



Cgl.

FOSFATYNA FALIERA

PIERWSZA PAPKA NIEMOWLĘCIA
W DWOCH POSTACIACH

SPECJALNA	Z W Y K Ł A
BEZ KAKAO	Z DOMIESZKĄ KAKAO
(W NIEBIESKIM	(W Z Ó Ł T Y M
OPAKOWANIU)	OPAKOWANIU)
DO 6-go MIES. ŻYCIA	OD 6-go MIES. ŻYCIA

DAJE SIŁĘ I ZDROWIE

CHOLEKINAZA

H. NIEMOJEWSKIEGO

STOSUJE SIĘ PRZY CHOROBY
WĄTROBY I ZŁEJ PRZEMIANIE MATERII

Dla PP. Lekarzy bezpłatnie próbki i literaturę wysyła
Laboratorium CHOLEKINAZA, Warszawa, ul. Nowy Świat 5

Smaczny, apetyczny, trwały,
pełnowartościowy
preparat tranowo-słodowy

w postaci proszku

JEMALT

zawiera standaryzowane witaminy tranu grupy A i D
oraz witaminy grupy B₁, B₂ i C.

FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA Dr. A. WANDER, S. A.
w Krakowie

AUTUMNOL

łagodnie obniża ciepłotę

Tabletki po 0,5 g Proszek do receptury

Piśmiennictwo i próby lekarskie wysyła

Dział Naukowy Fabryki Chem.-farm. Ap. KOWALSKI S.A.
Warszawa 1, ul. Sienna 39

Radioskopia jest tańsza i daje możność oglądania chorego w różnych pozycjach, to też od niej należy zacząć obserwację rentgenologiczną, chociaż wskutek krótkiego oglądania i ruchu nie uniknione są błędy i dlatego przypadki wątpliwe muszą mieć wykonane zdjęcia. Radioskopia nie stawia tak pewnego rozpoznania gruźlicy, jak znalezienie prątka w płwocinie, pozwala za to śledzić rozwój procesu w płucach. W szkołach pierwszorzędne znaczenie ma obserwacja zmiany odczynu skórniego na tuberkulinę, okres ten jednak musi być starannie śledzony radioskopowo gdyż zawsze istnieje możliwość powstania od razu ostrego procesu u niektórych dzieci, które uległy masowemu zakażeniu (np. dzieci rodziców gruźliczych).

W armii francuskiej po odrzuceniu chorych przy wstępnym badaniu po roku na 51.116 badanych żołnierzy wykryto 66 przypadków gruźlicy. Powinny być przeprowadzane systematyczne badania radioskopowe (krótsze i pewniejsze niż badanie fizyczne) w fabrykach, wojsku, szkołach wyższych, zawodowych i innych skupiskach ludzkich.

Rozwadowska Dowżenkowa

Kereszturi C. (New York). Częstość występowania gruźlicy wśród ociemniałych dzieci szkolnych. (The incidence of tuberculosis among blind school children. Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 38, z. 1, str. 96—105.

Autor wykonał śródskórny odczyn tuberkulinowy (0,01 i 1.0 mg starej tuberkuliny) u 198 ociemniałych dzieci szkolnych (od 5—22 lat) i stwierdził dodatni odczyn u 67, tj. w 34^o/_o przypadków. Jest to cyfra nie różniąca się od tej, którą otrzymuje się u dzieci z wzrokiem dobrym. Następnie poddał autor dzieci badaniu rentgenowskiemu, które wykazało zmiany patologiczne w 22^o/_o przypadków z dodatnim odczynem, tj. 7.5^o/_o z 198, z tego 4^o/_o — 1.5^o/_o z 198 — miało zmiany typu dorosłych. Prątków nie wykryto. Tylko stan jednego z dzieci wymagał leczenia sanatoryjnego.

M. Deżyna

Różne

Sobelman I. Z., M. D. Razanowa, S. W. Walickaja i A. A. Sokołow. Sport i gruźlica. Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 45—59.

Spostrzeżenia wskazują, że leczenie gruźlicy płuc metodą oszczędzającą nie zawsze daje wyniki dobre. Dotyczy to przeważnie osobników, prowadzących życie ruchliwe, zajmujących się sportem. Przerwanie ćwiczeń fizycznych, zalecane przez lekarzy z chwilą wykrycia schorzenia gruźliczego, wpływa ujemnie na stan odporności fizycznej i psychicznej chorego. Autorzy przeprowadzili doświadczenia, polegające na wprowadzeniu gier ruchowych, jako metody leczniczej u sportowców, u większości których gruźlica płuc była wykryta przypadkowo w czasie badań kontrolnych. Materiał obejmuje 255 osobników w wieku od 14 do 45 lat, w tym 198 mężczyzn i 57 kobiet. U 250 chorych stwierdzono prątki Kocha w płwocinie. Gruźlica płuc występowała pod postacią rozległych suchot płucnych z jamami (84), zmian rozsianych z rozpadem (72), nacieków z rozpadem (51) i bez rozpadu (9), ograniczonych zmian z rozpadem (25) i bez (10), wreszcie zmian włóknisto-jamistych (4). W 27 przypadkach jako powikłanie — gruźlica krtani. Do doświadczeń zakwalifikowano chorych w okresie względnej stabilizacji, na granicy wyrównania. Za nienadające się do leczenia uznano przypadki: z rozległymi zmianami jamistymi, gruźlicę ostrą, z powikłaniami ze strony przewodu pokarmowego, nerek, kości, stawów i układu moczowo-płciowego, wreszcie przy niedomodze krążenia lub wyniszczeniu. Małe stany podgorączkowe przeszkody

nie stanowiły. Ćwiczenia fizyczne trwały 1 g. 45 m. do 2 g. 5 razy w ciągu 6 dni i polegały na grach ruchomych z krótkimi przerwami wypoczynkowymi. Na zakończenie choroby otrzymywali 15—20 sek. zimny natrysk. Właściwe ćwiczenia były poprzedzane 10—20 dniowym okresem przygotowawczym. Czas przebywania chorych w zakładzie wynosił w 70% przypadków 80 dni. W 11 przypadkach w czasie leczenia wystąpiło obostrzenie sprawy chorobowej i konieczność przerwania ćwiczeń. U nielicznych chorych występowały okresowe wzniesienia ciepłoty, które szybko mijały po krótkiej przerwie w ćwiczeniach. Obfite krwiopłucia wystąpiły w czasie leczenia zaledwie u dwóch chorych, natomiast u 5-ciu chorych, skierowanych do zakładu z powodu obfitych krwiopłuc i krwotoków, nie ustępujących mimo leczenia sanatoryjnego, po zastosowaniu ruchu osiągnięto znaczną poprawę. Wychodząc z założenia, że krwawienia płucne są następstwem zwiększonej przepuszczalności ścianek naczyń płucnych, a wyjątkowo pęknięcia naczyń, autorzy odrzucili metodę unieruchomienia chorego, zalecając ruch i ćwiczenia fizyczne w celu szybszego doprowadzenia do stanu prawidłowego układu naczyniowego i czynników troficznych tkanki płucnej. Wpływ dodatni ćwiczeń stwierdzono w zachowaniu się tętna i oddechu, odczyn opadania krwinek i wzór krwi ulegał znacznej poprawie, 58 chorych straciło prątki w płwocinie, waga wzrastała, stan psychiczny chorych uległ wybitnej poprawie. Poprawa w obrazie rentgenowskim (zniknięcie jam) wystąpiła w 40 przypadkach zmian świeżych. Po wyjściu z zakładu dalszą poprawę stwierdzano u osobników, którzy nie przerywali treningu, natomiast powrót do oszczędzającego trybu życia wywoływał nawroty. Autorzy podkreślają konieczność indywidualizowania metod leczniczych. Do leczenia oszczędzającego nadają się postaci ostre lub przewlekłe w okresie rzutu, natomiast w pozostałych dobre wyniki można osiągnąć wyżej podaną metodą.

W. Kruszewska

Zivanowicz Theodor (Sarajewo). **Rola czasu w gruźlicy.** (Zeit in der Tuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 3, str. 330—336.

W zakażeniu gruźliczym, jak zresztą we wszystkich chorobach infekcyjnych, dużą rolę odgrywa oprócz liczby prątków, które wtargnęły do ustroju, również czas. Autor ma na myśli czas jaki upłynął od chwili istnienia zakażenia do chwili wybuchu choroby, zależny jednak nie od okresu wylęgania choroby, lecz od innych czynników — odpornościowych, społecznych itd. Dla ilustracji przytacza autor kilka przypadków.

Danielewski

Mitchell Gertrude F. (Northville, Michigan). **Paciorkowcowe zakażenie gardła u dzieci gruźliczych.** (Streptococcus throat infections in tuberculous children). Amer. Rev. Tbc. 1937, t. 36, z. 6, str. 778—786.

Autorka opisuje epidemię paciorkowcowego zapalenia gardła u dzieci gruźliczych w sanatorium. Dotkniętych było 89 na 121 dzieci. Na 91 hodowli z gardła uzyskano w 78 paciorkowce. Przebieg był bardzo podobny do przebiegu, opisanego dla innych grup dzieci, niegruźliczych. Młodsze dzieci chorowały ciężiej i miały więcej powikłań. Odsetka zapalenia ucha środkowego była bardzo wysoka. Zapalenie płuc zdarzało się częściej, niż u dzieci niegruźliczych. Po zakażeniu gardła odsetka dodatnich odczynów Dicków nieznacznie wzrosła. Liczba dzieci (14 na 89), wykazujących rentgenograficznie powiększenie się zmian gruźliczych, była zdaniem autorki większa, niż to zwykle bywa w badaniu równej liczby dzieci w okresie 4 miesięcy.

E. Piasecka-Zeyland

Hillesheim H. (Agra). **Wrodzona wada serca z równoczesną obustronną odmą.** (Angeborener Herzfehler und gleichzeitiger doppelseitiger Pneumothorax). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 3, str. 317—326.

Opis przypadku obustronnej gruźlicy płuc, wysiękowo-wytwórczej, jamiastej, z rozległym rozsiewem do otoczenia u 17-letniej dziewczyny, z wrodzoną wadą serca (zwięźenie t. płucnej) i uszkodzeniem prawego serca (Ekg). U pacjenta tej przeprowadzono, mimo wady serca wrodzonej, skuteczne leczenie odma obustronną.

Danielewski

Jacquelin, Opolon. (Paryż). **Typy morfologiczne z usposobieniem do gruźlicy płuc.** (Les types morphologiques de prédisposition à la tuberculose pulmonaire). Press. Méd. 1938, z. 29, str. 545—547.

Typy „oddechowe“ z przewagą klatki piersiowej, najczęściej o długich końcach kończyn zapadają na ciężkie postaci gruźlicy; typy o harmonijnym stosunku głowy, klatki piersiowej i brzucha zapadają na postaci łagodne, włókniste. Pomiędzy typami oddechowymi większą skłonność do gruźlicy mają typy mózgowe niż trawienne. Czysty typ trawienny jest odporny.

Na podstawie budowy można wnioskować o rozpoznaniu formy gruźlicy i o rokowaniu. Konstytucjonalnie usposobionych do gruźlicy należy otoczyć specjalną opieką, odpowiednio żywić małymi porcjami a pożywnie.

Rozwadowska-Dowżenkowa

Bucwdo B. S. **Zagadnienie leczenia długotrwałych stanów podgorączkowych.** Probl. Tub. 1938, z. 1, str. 53—57.

Autor dzieli długotrwałe stany podgorączkowe na szereg grup etiologicznych — ustalenie etiologii schorzenia jest koniecznym warunkiem właściwego leczenia. Stany podgorączkowe pochodzenia gruźliczego, kiłowego, zimniczego wymagają leczenia choroby zasadniczej. Dłużej utrzymujące się wzniesienia ciepłoty po ostrych chorobach zakaźnych ustępują pod wpływem leczenia wypoczynkowego i środków ogólnie wzmacniających. Usunięcie ogniska ropnego w sprawach świeżych (migdałki, wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy, przydatki) lub leczenie białkowe, autohemoterapia, szczepionki — w przypadkach przewlekłych, dają dobre wyniki, obniżając ciepłotę do stanów prawidłowych. W grupie stanów podgorączkowych, zależnych od zaburzeń w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu (gruczoły płciowe, tarczycy) można uzyskać poprawę przy leczeniu hormonalnym. Zmiana miejsca pobytu i warunków pracy leczy z powodzeniem stany podgorączkowe pochodzenia neurovegetatywnego. Chorych ze stanami podgorączkowymi nie należy traktować jako zdrowych mimo przyznania im zdolności do pracy, lecz zastosować odpowiednie leczenie.

W. Kruszevska

Behrend A. (Filadelfia). **Pooperacyjne następstwa pneumonektomii.** (The postoperative sequelae of pneumonectomy). Tubercle 1938, t. 19, z. 12, str. 552—556.

Autor wykonał badania u zwierząt doświadczalnych oraz u ludzi, których poddano pneumonektomii. Wyniki tych badań nie różniły się zasadniczo u ludzi i u zwierząt. Zniekształcenia nie należą do wybitnych skutków dokonanego zabiegu. Prognoza quo ad vitam jest dla chorych po szczęśliwie dokonanym zabiegu dobra. Chorzy są zdolni do wykonywania swych codziennych zajęć, oczywiście z przestrzeganiem pewnych ostrożności, szczególnie unikania przeziębień. W ogóle rokowanie jest ściśle uzależnione od terminu rozpoznania i dokonania zabiegu, od stopnia złośliwości sprawy chorobowej, od ewentualnego zajęcia gruczołów itp. Psy z jednym płucem żyły 8 lat, poczem je zabito dla badania. Usunięcie jednak chociaż jednego płata z płuca pozostałego spowoduje śmierć wskutek nieomogłości oddechowej.

M. Deżyna

Jochweds B. i A. Sztajenberg. „Dobrotliwa“ odma samoistna w przebiegu ropni płuc. Warsz. Czas. Lek. 1939, z. 8, str. 147—149.

Odma samoistna w przebiegu ropnia płuc występuje w następstwie pęknięcia ropnia do opłucnej lub szerzenia się sprawy ropnej przez ciągłość na opłucną, odmy tego pochodzenia są zwykle zakażone i kończą się niepomysłnie. Autorzy opisują trzy przypadki odmy samorodnej o przebiegu dobrotliwym. W przypadku pierwszym odma samorodna powstała bez wyraźnej przyczyny u osobnika l. 55 z ropniem dolnego płata płuca prawego, zapadnięcie płuca było częściowe, przebieg bez gwałtownych objawów ogólnych. W przypadku drugim i trzecim pęknięcie płuca nastąpiło u chorych z ropniami płuc w krótkim czasie po wytworzeniu odmy sztucznej. Całkowite zapadnięcie płuca u chorego drugiego wywołało ciężki stan ogólny z dusznością. We wszystkich przypadkach powikłanie odmą samorodną przyczyniło się do szybkiego cofania się sprawy chorobowej. Autorzy zaliczają wyżej opisaną postać odmy do typu „dobrotliwych“, nie powikłanych zakażeniem opłucnej, mechanizm jej powstawania polega na pęknięciu pęcherzyków podopłucnowych lub śródopłucnowych, pęknięciu bliznowato zmienionych odcinków opłucnej (membrana limitans externa pleurae) lub oderwania się płuca od przyczepu zrostu.

W. Kruszewska

Geer E. K. (St. Paul, Minnesota). **Zgorzel płuca jako powikłanie gruźlicy płuc.** (Pulmonary gangren complicating pulmonary tuberculosis). *Amer. Rev. Tbc.* 1938, t. 38, z. 2, str. 266—269.

Opis niezwykłego przypadku gruźlicy płuc, umiarkowanie rozwiniętej u 41 letniego mężczyzny, powikłanej następnie zgorzelą, która mimo energicznego leczenia szybko doprowadziła do rozsiewu gruźliczego i zejścia śmiertelnego.

M. Deżyna

Puder S. (Budapeszt). **Pylica jamista.** (Cavernous silicosis). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 11, str. 511—513.

Autor podaje opis choroby 46 l. mężczyzny, u którego rozpoznano pylicę, powikłaną gruźlicą. Rentgenogram wykazał istnienie licznych jam w jednym płucu. Badanie bakteriologiczne oraz biologiczne płwociny prątków gruźliczych nie wykryło. Autor zwraca uwagę na doniosłość faktu uznania (w Węgrzech. Niemczech) pylicy za chorobę zawodową, co stawia ją na czoło chorób tego rodzaju i pociąga za sobą wielkie wydatki ubezpieczeniowe.

M. Deżyna

Stoichitza N. N. i D. Joanesco. **Grzybica płuc wywołana przez cohnistreptothrix Thibiergi z posocznicą i przerzutami.** (Mycose pulmonaire par Cohnistreptothrix Thibiergi avec sépticémie et metastases). *Archives Médico-Chirurg. App. Respir.* 1937, t. 13, z. 1, str. 56—61.

Rozpoznanie grzybicy płuc rzadko udaje się ustalić, gdyż zazwyczaj klinicznie schorzenie to nie przedstawia zespołu odróżniającego grzybice płucne od innych chorób narządu oddechowego. Grzybice obserwuje się w postaci nacieczeń, rozpadu, wysięków opłucnej. Ognisko grzybicy umiejscawia się najczęściej u podstawy płuca lub w okolicy przywnękowej, wyjątkowo w szczycie. W rozwoju grzybicy płucnych można wyróżnić 3 okresy: bronchopneumoniczny, opłucnopiersiowy i okres przetok, przy czym w każdym okresie pasożyt może dawać przerzuty. Badanie rentgenologiczne nie daje również swoistego obrazu. Z punktu widzenia anatomopatologicznego rozróżnia się 3 postaci: postać guzkową, pneumoniczną i mieszaną. Zmiany te są zazwyczaj jednostronne, mogą one ulec rozmiękaniu lub stwardnieniu. W rozpoznawaniu grzybic płucnych należy w pierwszym rzędzie wyłączyć gruźlicę płuc, bowiem te 2 schorzenia przebiegają bardzo podobnie. W rzeczywistości żadna cecha kliniczna i rentgenologiczna nie pozwala na ustalenie pewnego rozpoznania grzybicy. To samo odnosi się do badań

anatomicznych i histologicznych, co jest tym trudniejsze, że spotykamy czasami proces mieszany: gruźlicę z grzybicą. Grzybice płuc można rozpoznać na podstawie seryjnych zdjęć rentgenologicznych po przeprowadzeniu leczenia jodem. Grzybice narządu oddechowego mogą być wywołane przez *cohnistreptothrix*, rosnący na podłożu beztlenowym lub przez *nocardia bovis* rosnący na podłożu tlenowym, przy czym pierwszy występuje w 3 odmianach: Israeli, Thibiergi i Foerstieri. Odmiana Thibiergi, spotykana bardzo rzadko, nie jest szkodliwa ani dla świnki ani dla królika.

Taki rzadko występujący przypadek grzybicy płuc typu Thibiergi obserwowali autorzy. Przypadek ten dotyczył 42-letniego mężczyzny, który zachorował nagle wśród objawów nagłego bólu w okolicy sutka lewego, kaszlu z plwociną krwawą. Całokształt badań klinicznych pozwolił wyłączyć gruźlicę płuc, natomiast badanie ropy, uzyskanej przez nakłucie ropnia podskórnego w okolicy podżebrowej lewej, badanie plwociny i posiewu krwi wykryły grzybicę płuc typu Thibiergi. Chory ten mimo leczenia jodem zmarł po upływie miesiąca wśród objawów znacznego wyniszczenia. W przypadku powyższym ustalenie rozpoznania umożliwione było dzięki obecności ropnia w ścianie jamy przewlekłych schorzeń jego treści. Bez tych danych, rozpoznanie skierowałoby się prawdopodobnie w fałszywym kierunku.

H. Rożnowska

Clairmont P. (Zurych). Promienica płuc. (Die Aktinomykose der Lungen)
Wien. Klin. Wschr. 1937, z. 21.

Promienica płuc nie jest rzadkością w krajach rolniczych — niestety jest nie często rozpoznawana, gdyż objawy jej leżą na pograniczu interny i chirurgii i rzadko kiedy kierują od razu myśl lekarza na właściwe tory. Autor omawia 10 spostrzeganych przez siebie przypadków, podkreślając trudności rozpoznawcze. W jednym przypadku rozpoznanie wahało się przez 22 miesiące, mimo, iż chory był poddawany kilkakrotnym zabiegom i leczony przez doświadczonych lekarzy (Sauerbruch, Frey). Duże znaczenie ma wywiad, dotyczący przewlekłych schorzeń jamy ustnej, dokładne badanie zębów, a w razie dokonywania zabiegów stomatologicznych — posiew z usuniętych korzeni zębowych dla ewent. wyhodowania promienicy. Z licznych badań dokonanych przez autora wynika, że w posiewach tych nigdy nie wyrastały pilśnie promienice u osobników zdrowych, natomiast hodowle były z reguły dodatnie u osobników z promienicą narządów klatki piersiowej. Każdorazowe badanie bakterioskopowe ropy z opłucnej uznać należy również za niezbędne, gdyż pleuritis actinomycotica jest dość wczesnym objawem zakażenia grzybkami promieniczymi. Inne badania dodatkowe nie przynoszą zwykle wyników rozstrzygających: spostrzegamy znaczne przyspieszenie OB, dość dużą leukocytozę, gorączkę, zwykle niewysoką, o przebiegu nieregularnym. Autor zwraca uwagę na trzy cechy rentgenologiczne: 1. umiejscowienie w górnej części prawego pola płucnego, o odgraniczeniu mniej lub więcej wyraźnym (podobnie więc jak i Ca), 2. nieco rzadziej spotyka się podobne zacielenia nadprzeponowo po stronie lewej, 3. charakterystycznym jest wreszcie wczesne zajęcie opłucnej z zaciągnięciem odnośnej połowy klatki piersiowej z rozwijającą się periostitis ossificans costarum w przyległej okolicy. Autor jest zwolennikiem leczenia zachowawczego: rentgenoterapii oraz podawania jodu — odnosi się to również do promienicznych zapaleń opłucnej.

W. Hartwig

POLSKIE TOWARZYSTWO BADAŃ NAUKOWYCH NAD GRUŻLICĄ

DOROCZNE WALNE ZEBRANIE TOWARZYSTWA

*odbyło się dnia 6 lutego rb. pod przewodnictwem prof. Konrada Wagnera.
Przyjęto sprawozdanie sekretarza, skarbnika i komisji rewizyjnej*

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI T-WA W R. 1938

W dniu 26 marca 1938 roku zmarł nieodżałowanej pamięci dr med. Kazimierz Dąbrowski, Prezes Twa, a wyrazem hołdu dla Jego pełnej poświęcenia i zapłału pracy jako Prezesa i dla dużych zasług w różnych dziedzinach życia zbiorowego w Polsce, było uroczyste posiedzenie Towarzystwa, zorganizowane w dniu 9.V.38 r. Na posiedzeniu tym szereg mówców zobrazowało rozległą i różnorodną działalność Zmarłego.

W roku sprawozdawczym 1938 odbyło się 10 posiedzeń naukowych Twa oraz 3 nadzwyczajne Walne Zebrania, poświęcone sprawom administracyjnym i statutowym. Odbywały się one w pierwszy poniedziałek każdego miesiąca o godz. 20.15, oprócz trzymiesięcznej przerwy letniej, w sali wykładowej II kliniki Wewnętrznej U. J. P. Podczas posiedzeń naukowych wygłoszono łącznie 38 referatów, obejmujących 15 odczytów oraz 23 pokazy kliniczne. W części poparto je przedstawieniem odnośnych chorych, pokazami rentgenogramów, przezroczycy, tablic itp.

Wśród odczytów 2 miały charakter teoretyczny, 3 — teoretyczno-doświadczalny, 6 — kliniczny, 1 — kliniczno-radiologiczny i 3 — społeczny. Większość wygłoszonych odczytów ogłoszono drukiem w czasopiśmie „Gruźlica“, streszczenia zaś pozostałej części odczytów oraz streszczenia pokazów, w miarę ich napływania do sekretariatu, zostają zamieszczane wraz z dyskusją w dziale sprawozdań z posiedzeń naukowych Twa w wyżej wymienionym czasopiśmie, którego Naczelnemu Redaktorowi, p. pułk. drowi Stefanowi Rudzkiemu, Zarząd Twa składa serdeczne podziękowanie za okazywaną gotowość i osobisty współdziałanie w tej pracy wydawniczej.

W roku sprawozdawczym przyjęto do Towarzystwa 12 nowych członków w osobach dr dr: Stefana Czubańskiego, Karola Byrkowskiego, Józefa Gutermana, Stanisława Wszelakiego, Wiwy Geysmer-Jaroszewicz, Wandy Grundgand, Elizy Keżłowskiej, Eugeniusza Kodejszko, Antoniego Borowskiego z Wilna, Zofii Kuncewicz z Wilna, Stefana Bagińskiego z Wilna i Jana Roguskiego. Po śmierci Prezesa Twa, ś. p. dra Kazimierza Dąbrowskiego, czynności prezesa od kwietnia 1938 r. pełnił zastępczo wiceprezes dr Zdzisław Szczepański.

Na posiedzeniu w dniu 12.I.39 r. Zarząd Twa ukonstytuował się następująco: Zdzisław Szczepański — prezes, Michał Telatycki — wiceprezes, Stanisław Popowski — skarbnik, Jan Stopczyk — sekretarz, Andrzej Biernacki i Władysław Ostrowski — członkowie.

Podczas kadencji odbyło się 7 posiedzeń Zarządu Twa.

Z ważniejszych spraw w tym czasie przeprowadzono: 1^o przejęcie przez Twa funduszu naukowego im. ś. p. dra Kazimierza Dąbrowskiego w kwocie 6.000 zł, stworzonego przez Jego uczniów, przyjaciół i rodzinę; wyłoniono zarząd funduszu, który opracował regulamin funduszu z uwzględnieniem dezyderatów fundatorów; ogłoszono pierwszy konkurs naukowy na rok 1939 na nagrodę imienia Kazimierza Dąbrowskiego w kwocie 350 zł. za najlepszą pracę w języku polskim z dziedziny gruźlicy z terminem składania prac do dnia 1.IX.39 r. 2^o Opra-

cowanie szeregu zmian w Statucie Twa, umożliwiających zakładanie kół prowincjonalnych. 3^o Ustalenie na wspólnym posiedzeniu z delegatami Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w czerwcu 1938 r. zasad koordynacji pracy pomiędzy Polskim Tow. Bad. Nauk. nad Gruźlicą i Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym. 4^o Komisja mieszana obu powyższych instytucji na wniosek Polskiej Akademii Umiejętności opracowała projekt organizacji, kosztorys oraz przypuszczalny roczny budżet mającego powstać Polskiego Instytutu Badań Naukowych Gruźlicy.

Poza pracą naukową i organizacyjną utrzymywano łączność ze środowiskami innych miast (Wilno, Lwów, Poznań), wynikiem czego było wygłoszenie paru odczytów przez zaproszonych z poza Warszawy gości.

Sekretarz Twa *Jan Stopczyk*

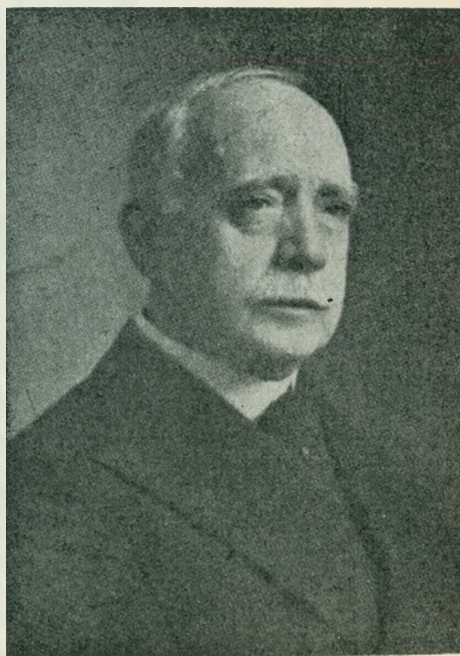
Prezes Twa *Zdzisław Szczepański*

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE Sir Robert Philip 1857 — 1939.

25 stycznia r. b. zmarł w Edynburgu prof. Robert Philip, którego nazwisko ściśle związane jest z nowoczesną walką z gruźlicą. Odszedł jeszcze jeden wielki uczony wszechświatowej sławy, co więcej — nauka o gruźlicy, jako chorobie społecznej, straciła swego twórcę, pioniera i organizatora przyjętej powszechnie metody zwalczania tej choroby.

Robert Philip urodził się 29 grudnia 1857 r. jako syn pastora; nauki pobierał w Edynburgu, gdzie uzyskał stopień lekarski w 1882 r., — roku wiekopomnego odkrycia przez Roberta Kocha zarazka gruźliczego. Odkrycie Kocha wywołało głęboki wstrząs w całym ówczesnym świecie naukowym.

Młody Robert Philip, który pracował wtenczas w pracowni embriologicznej w Edynburgu, żywo zainteresował się publikacją Kocha i podjął się wykonania



szeregu doświadczeń laboratoryjnych celem stwierdzenia słuszności poglądów Kocha. W wyniku swych prac na zwierzętach, którym R. Philip wstrzykiwał wyciągi z płwociny, pobranej od suchotników, R. Philip doszedł do wniosku, że

prątek Kocha jest niewątpliwie przyczyną gruźlicy, śmiertelny zaś wpływ tego zarazka polega na wytwarzaniu przezeń pewnych trujących produktów.

W sprawie etiologii gruźlicy R. Philip ogłosił szereg prac, zaczynając od opisanie nowej metody barwienia zarazka gruźliczego (1886 r.), aż do wydania książki w 1891 r. z podaniem szczegółowym swych badań doświadczalnych.

Pracując od 1885 roku jako lekarz ambulatorium miejskiego New Town Dispensary w Edynburgu, młody uczony bliżej zetknął się z większym materiałem ludzkim chorych na gruźlicę i wtedy to zjawiła się u niego myśl, że nie tylko leczyć trzeba tę chorobę, lecz przede wszystkim zapobiegać jej powstaniu i szerzeniu się za pomocą płwociny suchotników.

W celach tedy głównie zapobiegawczych tworzy on w 1887 roku specjalną poradnię dla gruźliczych — Victoria Dispensary for Consumption and Diseases of the Chest.

Poradnia ta była pierwszą na świecie instytucją tego rodzaju. R. Philip nie tylko stworzył taką poradnię przeciwgruźliczą, lecz zorganizował pierwszą ekipę pielęgniarek-wywiadowczyń, pierwszy „rozszerzył akcję lekarza poza obręb jego gabinetu lekarskiego aż do samego ogniska choroby, poszedł na spotkanie przypuszczalnego suchotnika zamiast tego, żeby oczekiwać na spóźnione jego zgłoszenie się do lekarza“, a potem zaczął grupować koło poradni szereg dalszych ogniw: po 7 latach pracy w poradni dołącza on do niej uzdrowisko ludowe dla leczenia świeżych przypadków gruźlicy; przy uzdrowisku tym tworzy on szkołę dla gruźliczych dzieci, w rok potem pod wpływem R. Philipa miasto Edynburg otwiera osobny szpital dla posuniętych postaci gruźlicy — Royal Victoria Hospital Consumption, wreszcie w 1910 r. powstaje kolonia dla ozdrowieńców po gruźlicy ze szkołą readaptacji.

Tworząc krok za krokiem wszystkie te instytucje przeciwgruźlicze, R. Philip pogłębiał jednocześnie swe poglądy na sposoby walki z gruźlicą i skrytykował je w 1898 roku w słynnym schemacie przeciwgruźliczym, który nosi miano edynburskiego i został przyjęty przez cały świat cywilizowany.

Schemat ten istniejący i wypróbowany w ciągu 40 lat za ośrodek walki z gruźlicą ma poradnię przeciwgruźliczą. Rozwinięcie w całej pełni systemu edynburskiego, ze stworzeniem odpowiedniej do potrzeb ilości zakładów leczniczych i zapobiegawczych, nie wszędzie dało się przeprowadzić; nie mniej jednak wszystkie kraje nie tylko Europy, lecz i całego świata przyjęły i wprowadzają u siebie postulaty, zainicjowane przez Roberta Philipa.

Niezamordowana praca R. Philipa nad gruźlicą uwieńczyła się utworzeniem w rodzinnym mieście jego — Edynburgu — pierwszej na świecie katedry ftizjologii w 1917 r. i powołaniem Roberta Philipa na profesora.

Pedagogiczna działalność i dalsza praca społeczna w dziedzinie gruźlicy wypełniły długie życie prof. R. Philipa, który odtąd aż do zgonu stał na świeczniku wszechświatowym jako największy ftizjolog.

Prof. Philip wydał szereg prac klinicznych w postaci książki p. t. *Collected papers on Tuberculosis* — niestety oczekiwane przez współpracowników i uczniów jego wydanie wykładów uniwersyteckich prof. Philipa nie doszło do skutku.

Prof. Philip osiąga w swej ojczyźnie najwyższe godności naukowe i praktyczne. W 1913 r. zostaje on lordem, przez pewien czas jest honorowym lekarzem króla Szkocji. Od 1898 r. jest członkiem pierwszej rady Narodowego Związku Zapobiegania gruźlicy; zakłada specjalną pracownię naukową w Royal College

of Physicians w Edynburgu, jest członkiem najwyższej Rady Zdrowia, prezesem wielu instytucji naukowych. Wszędzie, gdzie tylko była mowa o walce z gruźlicą w Wielkiej Brytanii, sir Robert Philip był w pierwszej linii powoływany. Przewodniczy on na wszystkich krajowych zjazdach przeciwgruźliczych. Obok ożywionej działalności na terenie Wielkiej Brytanii i zwłaszcza bliższej ojczyzny swej — Szkocji, prof. Philip występuje coraz częściej poza swym krajem, udając się z odczytami o gruźlicy do Stanów Zjednoczonych Północnej Ameryki, do Francji, do Szwajcarii. Należał on do głównych twórców Międzynarodowego Związku Przewodniczącego, który powstał w 1919 r. Przez szereg lat prof. Philip bywał na wszystkich Zjazdach Związku; w 1922 r. na II Zjeździe Międzynarodowego Związku w Londynie jest przewodniczącym i odtąd zasiada stale w prezydium Związku. Niestety stan zdrowia wielkiego starca nie pozwalał mu już brać w ostatnich latach tak żywego udziału, jakby pragnął tego Jego zawsze młody i pełen inicjatywy umysł.

Ostatnie wielkie wystąpienie prof. Philipa na forum międzynarodowym było w 1924 r. w Lozannie, gdzie wygłosił on świetny odczyt na główny temat społeczny (O wynikach organizacji walki przeciwgruźliczej na zmniejszenie śmiertelności w gruźlicy). W mistrzowski sposób zestawił on tu wyniki zainicjowanej przez siebie walki z gruźlicą w Szkocji i Anglii oraz w Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki i na mocy ścisłych danych statystycznych udowodnił niezwykle spadek umieralności z gruźlicy pod wpływem systematycznej i planowej walki z nią.

Jeszcze w 1928 r. na Międzynarodowym Zjeździe Przewodniczącego w Rzymie obecny był prof. Philip i zasiadał w prezydium Zjazdu. Niestety jednak — z powodu nadwątlonego zdrowia — nie mógł on przybyć na następne Zjazdy, czy to w Oslo, czy w Hadze, czy u nas w Warszawie, czy też w Lizbonie.

Do końca życia jednak interesował się on wszelkimi zagadnieniami z zakresu gruźlicy i jeszcze w 1935 r. uczestniczył w obradach Szkockiego Towarzystwa Przewodniczącego nad szczepionką BCG. Prof. Robert Philip, którego łączyły nici szczerzej przyjaźni z prof. Albertem Calmette'em, był gorącym zwolennikiem szczepień ochronnych przeciwgruźliczych i poświęcał im wiele uwagi.

Prof. Robert Philip był nie tylko wielkim uczonym i znakomitym fizjologiem; odznaczał się on również niepospolitymi zaletami osobistymi: niezwykle prosty i przystępny, koleżeńcki i szanujący cudze zdanie, gentleman w każdym calu, cieszył się on zasłużoną wielką popularnością i mirom wśród wszystkich bez wyjątku lekarzy, którzy z nim mieli możliwość zetknąć się czy to na terenie Zjazdów Międzynarodowych, czy też w rodzinnym Jego kraju.

Również i polscy delegaci, którzy mieli szczęście z nim się spotykać, jednogłośnie z zachwytem wyrażali się zawsze o niezwykłych zaletach Jego umysłu i charakteru.

Osobiście poznałem prof. Roberta Philipa w Lozannie w 1924 r., a w Rzymie w 1928 r. przemawiałem na temat rozpoznawania gruźlicy w wieku dojrzewania na posiedzeniu, na którym prof. Philip przewodniczył, demonstrowałem wtedy szereg zdjęć rentgenowskich gruźlicy gruczołów zaotrzewnowych; prof. Philip żywo zainteresował się tą sprawą i po posiedzeniu jeszcze rozpytywał mnie o bliższe szczegóły. W rozmowach naukowych i towarzyskich był on niezwykle interesujący i pomimo swego wieku miał żywość umysłu, której pozdrościć by Mu mogli znacznie młodszy od niego.

W stosunku do Polski zaznaczał on zawsze szczerą sympatię.

Zgon prof. Roberta Philipa okrywa żałobą cały świat naukowy, ftizjologia zaś ogólnościatowa poniosła niepowetowaną stratę. Odszedł wielki człowiek, niepospolity uczony i społecznik, twórca zorganizowanej walki z gruźlicą, walki, której poświęcił on całe swe życie i miał szczęście oglądać wspaniałe wyniki swej inicyjatywy i usilnej pracy.

Dr Stefan Rudzki

Dr med. Bronisława Dłuska

1865 — 1939

W dniu 15 kwietnia r. b. zmarła dr Bronisława Dłuska, wdowa po znakomitym ftizjologu d-rze Kazimierzu Dłuskim, z którym wspólnie pracowała przez długie dziesiątki lat nad zwalczaniem gruźlicy i — po śmierci męża — nie mniej żywy udział brała w akcji przeciwgruźliczej.

Urodzona w Warszawie w 1865 r., dr Bronisława Dłuska pochodziła z rodziny Skłodowskich, która dała tak znakomitych uczonych, jak rodzona siostra zmarłej — Maria Skłodowska-Curie i brat — dr Józef Skłodowski.

Po ukończeniu medycyny w Paryżu i uzyskaniu tam w 1894 r. stopnia doktorskiego na mocy obrony tezy p. t. *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel*, dr Dłuska przez wiele lat wraz z mężem swym prowadziła w Paryżu dom, będący ośrodkiem życia polskiej emigracji.

Po powrocie do Polski, osiadają dr Dłuscy z początku w Krakowie, gdzie oboje nostryfikują swe dyplomy paryskie, a potem w Zakopanem.

Zachęceni przez wybitnych lekarzy polskich, jak prof. Ignacy Baranowski, dr Alfred Sokołowski i inni, dr Dłuski przy wybitnym poparciu ludzi tej miary, jak Ignacy Paderewski i Henryk Sienkiewicz, przystępuje do budowy pierwszego w Polsce Sanatorium dla piersiowo chorych na modłę zachodnio-europejską. W celu praktycznego poznania sprawy budownictwa i organizacji sanatoryjnej, udają się oboje d-rostwo Dłuscy do Davos, gdzie w słynnym sanatorium Turbana pracują przez półroku pod kierunkiem największej ówczesnej powagi w zakresie ftizjologii, jakim był niewątpliwie Turban.

Po powrocie do Zakopanego przystępują dr Dłuscy do budowy w Kościelisku sanatorium i po przezwyciężeniu niesłychanych trudności, w 1902 r. oddają do rąk społeczeństwa polskiego sanatorium, będące dotąd chlubą polskiej medycyny.

We wszystkich pracach wstępnych i w utworzeniu tego sanatorium dr Bronisława Dłuska brała jak najżywszy udział. Po otwarciu sanatorium została ona z początku asystentką zakładu (razem z d-rem Edmundem Brzezińskim), potem zaś obejmuje administrację sanatorium i na tym stanowisku pozostaje przez kilkanaście lat aż do wyjazdu obojga pp. Dłuskich z Zakopanego.

Sanatorium d-rostwa Dłuskich było nie tylko pierwszorzędną placówką naukową, lecz również ośrodkiem prac niepodległościowych, w których oboje pp. Dłuscy brali wybitny udział. Dr Kazimierz Dłuski cieszył się specjalnem zaufaniem Komendanta Józefa Piłsudskiego, który przez pewien czas przebywał na wypoczynku u pp. Dłuskich.

Pani dr Dłuska po powstaniu Legionów Polskich bierze udział w pracach nad aprowizacją legionistów i pracuje w miejscowej Lidze Kobiet w Zakopanem.

W Polsce niepodległej — po przejściu sanatorium w Zakopanem w ręce Wojska Polskiego — osiadają dr Dłuscy na stałe w Warszawie i w tym czasie, gdy dr Kazimierz Dłuski jedzie, jako pierwszy wysłannik Naczelnika Państwa, Józefa Piłsudskiego, do Paryża, dr Bronisława Dłuska rozwija na terenie pookupacyjnym niezmiernie żywą działalność, współpracując z Warszawskim Towarzystwem Przeciwgruźliczym oraz z Robotniczym Towarzystwem Przyjaciół Dzieci.

Temu ostatniemu ofiarowują pp. Dłuscy Dom Zdrowia dla dzieci bojowników o Niepodległość w Aninie nazwany na cześć córki pp. Dłuskich Helenowem.

Następnie organizuje dr B. Dłuska w Świdrze Dom Zdrowia dla lekko chorych na płuca i odstępuje go Warszawskiemu Tow. Przeciwgruźliczemu, które prowadzi ten zakład nadając mu nazwę „Domu Zdrowia im. d-rów K. i B. Dłuskich“.

Należąc do końca życia do Rady tego Towarzystwa, dr Dłuska służy zawsze Towarzystwu swymi cennymi wskazówkami, opartymi na wieloletniej pracy organizacyjnej i administracyjnej.

Niezależnie od powyższych zajęć, ściśle związanych z gruźlicą, dr Dłuska jako główny cel ostatnich lat swego życia obiera pracę w Towarzystwie Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dr B. Dłuska w zespole osób, które przyczyniły się do stworzenia tej tak ważnej placówki, odegrała pierwszorzędną rolę i przyczyniła się znakomicie do powstania tego Instytutu, szpitala dla raka-watych i pracowni naukowych.

Zasługi dra Bronisławy Dłuskiej ocenione zostały należycie przez Rząd Polski, który nadał jej Komandorię Polonia restituta, dwukrotny złoty krzyż zasługi i medal niepodległości. Niepospolita zaś praca długiego życia ś. p. Dłuskiej omówiona została i wszechstronnie wypuklona w licznych przemówieniach nad grobem Jej w dn. 19 kwietnia r. b.

Ze śmiercią ś. p. dra Bronisławy Dłuskiej odeszła jedna z najdzielniejszych postaci kobiecych odradzającej się i odrodzonej Polski, niezwykła organizatorka i działaczka na polu medycyny społecznej.

Dr Stefan Rudzki

Listy do Redakcji

Redakcja „Gruźlicy“ otrzymała 2 listy: 1) w związku z artykułem dra K. Byrkowskiego i doc. W. Ostrowskiego p. t. „Trzy przypadki ropni płuc leczonych chirurgicznie z wynikiem niepomyślnym“ („Gruźlica“ 1938 z. 4, str. 351—355) oraz 2) z oceną książki dra D. Jedwabnika p. t. „Klinika i terapia gruźlicy płuc“ — przez dra A. Biernackiego („Gruźlica“ 1938 z. 6, str. 631—632).

Poniżej przytoczamy rzeczowe ustępy z nadesłanych listów oraz repliki autorów poruszonych prac.

Na tym zakańczamy dyskusję w obu tych sprawach na łamach naszego pisma.

Redakcja

1) W sprawie artykułu d-rów Byrkowskiego i Ostrowskiego pisze Dyrekcja Szpitala publicznego im. Przemysława II pod wezwaniem Św. Trójcy w Kaliszu,

nadsyłając protokół posiedzenia Kaliskiego Tow. Lekarskiego z dn. 5 marca 1939 r. z prośbą o umieszczenie odpowiedniego sprostowania.

Chodzi tu o drugi przypadek opisany w powyższej pracy d-rów Byrkowskiego i Ostrowskiego; referent Kaliskiego Tow. Lekarskiego przytacza odnośny ustęp z artykułu o „skierowaniu chorej po 3 tygodniowym leczeniu domowym do szpitala w Kaliszu, gdzie rozpoznano ropień prawego płuca; chora otrzymywała dożylnie wstrzykiwania alkoholu oraz miała trzy razy zakładaną odmę” (podkreślenie referenta). „Następnie autorzy opisują dalszy przebieg cierpienia oraz zabiegi. W końcowym ustępie znajdujemy następujące zdanie: „Na sekcji stwierdzono, że jama znajdowała się w górnym płacie prawego płuca, opłucna była zrośnięta, z czego wynikało, że odmę zakładano do jamy w płucu” (podkreślenie referenta).

Wobec powyższego referent Kaliskiego Tow. Lekarskiego stwierdza co następuje:

„Chora Z. S., lat 32, Nr. Ks. głównej 2152/37, ks. oddziałowej 387 — została przekazana na oddział wewnętrzny dn. 23 września 1937 r. (ordynator dr Mąka Zygmunt). Badanie wykazało naciek pr. górnego płata. Badanie rentgenowskie (dr Plewniak Wojciech) wykazało jednolite zaciemnienie pr. górnego płata płucnego (demonstracja karty chorobowej oraz rentgenogramów). W przebiegu cierpienia doszło do wytworzenia ropnia płucnego, który próbowano leczyć konserwatywnie. Dnia 15 października 1937 r. wobec nikłych wyników leczenia dotychczasowego, ordynator dr Mąka — po radzie z d-rem Grabowskim Markiem — postanowił spróbować leczenia odmą. Dwukrotna próba dała wynik ujemny, — nie stwierdzono bowiem wolnej przestrzeni opłucnej, wprowadzając igłę w linii pachowej przedniej w IV i V międzyżebżu. Dnia 18 października 1937 r. dr Grabowski wykonał próbę wkłuwając igłę w linii pachowej tylnej w V międzyżebżu. Wobec braku wahań manometru zaniechano prób założenia odmy i wypisano pacjentkę dnia 19 października 1937, do dalszego leczenia w Otwocku“.

Wobec tego referent Kaliskiego Tow. Lek. stwierdza, że autorzy pracy w „Gruźlicy“ „opierali się prawdopodobnie na zeznaniu chorej, która nie odróżniała założenia odmy od próby założenia odmy“. „Co zaś do końcowego ustępu — wyciągnięcia wniosku z zarośnięcia opłucnej o zakładaniu odmy do jamy ropnia“... „wystarczyło przejrzeć rentgenogramy, by stwierdzić, że proces, który obejmował górny płac masywnie — musiał wciągnąć i opłucną, co prawdopodobnie było fizyczną niemożnością interweniowania odmą“...

W odpowiedzi na powyższe sprostowanie Kaliskiego Tow. Lekarskiego, d-rzy Byrkowski i Ostrowski piszą:

„Obecnie w półtora roku po operacji chorej Z. S., a z górą w rok po przesłaniu do Redakcji „Gruźlicy“ pracy p. t. „Trzy przypadki ropni płuc...“, trudno nam dokładnie ustalić okoliczności, które spowodowały, że trzykrotną próbę założenia odmy przez lekarzy w Kaliszu podaliśmy jako trzykrotne zakładanie odmy. Błędne — jak się teraz okazuje — podanie wymienionego szczegółu w opisie przypadku mogło wynikać stąd, że chora ze szpitala w Kaliszu przybyła pod naszą opiekę drogą pośrednią — stąd brak danych z pierwszego źródła. Wysunięte przypuszczenie wprowadzania powietrza do jamy ropnia w płucu oczywiście całkowicie odpada, skoro jedynie próbowano wprowadzić je do jamy opłucnej“.

2) Z powodu recenzji dra Biernackiego, autor książki — dr Jedwabnik nadsyła „odpowiedzi na niektóre pytania i zarzuty“.

Na pytanie „jak często i jakimi sposobami robił autor u swych chorych

badania na prątki Kocha“, twierdzi dr J., że po przeczytaniu uważnym „części poświęconej badaniom laboratoryjnym“ wywnioskować można „w jaki sposób było prowadzone badanie“.

„Łukę w wyłomaczeniu wyników leczenia odmą“ (tablica na 309) uzupełnia autor w ten sposób, że „odmę stosowano albo do możności zaniechania jej (w wypadkach wyników pozytywnych), albo też stosowano ją tak długo, jak długo się dało (w wypadkach wyników negatywnych)“... „Czas obserwacji — do 5 lat“.

„Sprawę niedodmy pominął autor zupełnie świadomie, a to dla tego, że istota niedodmy jest z punktu widzenia klinicznego zupełnie niewyjaśniona, a poglądy sprzeczne“. Dr J. zapowiada, że „wkrótce ukaże się praca jego poruszająca tę sprawę obszerniej“.

„Dział tuberkulinoterapii zawiera: wskazania, przeciwwskazania oraz technikę w sposób skondensowany, ale wystarczający dla lekarza“...

„Rozdział o odmach sztucznych zawiera wszystkie postaci odmy sztucznej. Co się tyczy braku odmy wybiórczej, to autor pominął ją świadomie, ponieważ neguje jej istnienie. Ta „wybiórczość“ powstaje, zdaniem autora, dzięki rozluźnieniu b. cienkich zrostów klinicznie nieujawnionych“...

„Co do obawy recenzenta w dawkowaniu sanokryzyny do 1-go grama“, to dr J. „podkreśla z całą stanowczością, że jego liczne obserwacje okazały możliwość takiego dawkowania bez objawów zatrucia“. „Interesuje go bardzo, na jakich własnych doświadczeniach opiera recenzent swój zarzut o szkodliwości takiego dawkowania“. „Nie wyobraża sobie dr J. aby tylko chorzy z województw wschodnich byli odporni na preparat złota“. Przy tym zaznacza dr J., iż był jednym z pierwszych, którzy w Polsce prowadzili doświadczenia nad sanokryzyną, bo już w 1925 r. otrzymał w laboratorium prof. Möllgaarda preparat celem prowadzenia doświadczeń w sanatorium „Toz“. (Zaznaczamy tu, że Komisja wydelegowana do Danii przez Rząd Polski do zbadania sprawy leczenia sanokryzyną, w składzie prof. Ludwika Hirszfelda, prof. Zygmunta Szymanowskiego, dra Kazimierza Dąbrowskiego i płk. dra Stefana Rudzkiego, w lutym 1925 roku przywiozła do Polski sanokryzynę, z którą rozpoczęto niezwłocznie badania w szpitalach i zakładach Warszawskich. Przyp. Redakcji).

„Niezrozumiałe“ są dla dra J. uwagi recenzenta, który „przytacza ze str. 149 cytaty o obrazie rentgenowskim i ze str. 213 o jamie przy kaszlu“. Autor powołuje się na Hübschmanna „Pathologische Anatomie der Tuberkulose“ i na Curschmanna pracę w 66-ym tomie „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose“.

Wydrukowanie na str. 320-iej swej książki „Graf de. Dresde-Coswig“ tłumaczy autor błędem zecerskim.

Co do zarzutu korzystania „nie z pierwszej ręki“, autor powołuje się na podany w książce „spis literatury, z którego przecież wynika, że niektóre dane opierał na źródłach z drugiej ręki“.

„Najbardziej dotknęła dra Jedwabnika inkryminacja świadomego pominięcia piśmiennictwa polskiego oraz Zakopanego“.

Autor prostuje, że „w spisie literatury figuruje nie 5 polskich nazwisk, ale 12“... „Spis nie jest bibliografią, lecz zawiera tylko tych autorów, na których opierał on swoje wywody“.

„W dziale klimatoterapii nie wspominał o żadnych stacjach klimatycznych, ani polskich ani zagranicznych, za wyjątkiem przy klimacie umiarkowanym“. „Zrobił to zupełnie świadomie, a to dla tego, że Otwock jak i inne za-

graniczne uzdrowiska klimatu umiarkowanego nie zawsze są odpowiednio traktowane, a przecież zaliczenie Zakopanego do klimatu wysokogórskiego nie wymaga specjalnego zaznaczenia“.

Autor nadmienia tu, że „w artykule swym w gazecie „Siewodnia“ z dnia 25 sierpnia 1933 r. podkreślił wielkie znaczenie i zalety polskich stacji klimatycznych, które w niczym nie ustępują zagranicznym“.

„Niezrozumiałym jest dla dra J. zarzut recenzenta o ciągłym powtarzaniu terminów niemieckich (Metastasenstrasse, Hiluskatarrh, Reizhusten). Na ponad 75.000 słów użył 6 wyrazów z terminologii niemieckiej“. Zastrzega się autor stanowczo przeciwko „posądzaniu go w dzisiejszych czasach“ o sympatie do „niemczyzny“.

Na powyższe uwagi i sprostowania dra Jedwabnika dr A. Biernacki nadsyła następującą replikę:

„Pogląd p. dr Jedwabnika na niedodmę i odmę wybiórczą zwalnia mnie z obowiązku odpowiedzi w tych kwestiach; poruszę tylko krótko następujące szczegóły listu:

1. Podawanie sanokryzyny do 1,0 gr. na dawkę, jak zaleca autor, może być bardzo szkodliwe dla chorych. Ani niżej podpisany, ani większość lekarzy nie ma doświadczenia w tym względzie, gdyż chyba nikt obecnie tak wielkich dawek nie stosuje. Były one zalecane początkowo przez samego Möllgaarda (może stąd dawkowanie dr Jedwabnika?), ale obecnie stosuje się powszechnie dawki niewielkie, do 0,2 — 0,3 gr.

2. Autor twierdzi, że obraz rentgenowski czynnego ogniska pierwotnego w płucach to jest, „...mała, wielkości główki od szpilki płamka w mięszu płucnym w pobliżu wnęki“ i obecnie powołuje się nawet na autorytet Hübschmanna. Otóż na str. 160 podręcznika Hübschmanna czytamy, że ognisko pierwotne bywa wielkości „... od łebka szpilki do orzecha włoskiego, a nawet może być większe“. Ognisko pierwotne rzutuje się czasami w Roentgenie w pobliżu wnęki, ale najczęściej znajduje się w mięszu odległym od wnęki.

3. Jama w płucach przy kaszlu powiększa się rzadko (w t. zw. jamach okrągłych); o wiele częściej zmniejsza się. Hans Alexander pisze dosłownie („Die tuberkulöse Kaverne“, str. 14) „Elastische Verkleinerung der Kaverne, die sich beim Husten vor dem Röntgenshirm beobachten lässt, kann für Diagnose und auch Prognose wichtig sein“.

4. Po przeczytaniu zdania autora: „Graf de Dresde-Coswig wprowadził nową metodę leczenia...“ czytelnik pomyśli sobie przede wszystkim, że nazwisko (Walter Graf z Coswig pod Dreznem) zostało przepisane z jakiegoś tekstu francuskiego i dopiero po sprostowaniu dr Jedwabnika wiemy, że to tylko błąd zeoerski.

5. Świadome pominięcie piśmiennictwa polskiego w książce dr Jedwabnika jest niestety niezbitym faktem. Bibliografia autora obejmuje 12 nazwisk polskich. Bibliografia w podręczniku prof. W. Orłowskiego obejmuje 179 nazwisk polskich. Ilustruje to najlepiej charakter książki dr Jedwabnika“.

Wiadomości bieżące

1. - *Prezydium Polskiego Związku Przeciugruźliczego* odbyło posiedzenie 2 marca r. b. Przyjęto preliminarz budżetowy na rok 1939/40 i program prac Związ-

ku na ten rok budżetowy; ustalono terminy posiedzenia Zarządu i Walnego Zebrania; omówiono sprawę odznaczeń; przyjęto do wiadomości sprawozdanie Komisji Naukowo-Lekarskiej.

2. - Posiedzenie Zarządu Związku Przeciwgruźliczego odbyło się 15 marca. Prezes Związku prof. Orłowski odczytał obszernie sprawozdanie z działalności Związku, które Zarząd aprobował i przyjął; omówiono preliminarz budżetowy na rok następny.

3. - W dniu 16 marca odbyło się w Warszawie zwyczajne Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Reprezentowanych było 100 Towarzystw Przeciwgruźliczych z całego obszaru Rzeczypospolitej. Na przewodniczącego zebrania obrano dra Franciszka Wagę z Radomia. Zebrani uchwalili jednogłośnie wystać depeşe do Protpektora Związku Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z wyrazami czci i hołdu oraz do Naczelnego Wodza z oświadczeniem pełnej gotowości na Jego rozkaz służenia wszystkimi siłami dla obrony Ojczyzny. Prezes Związku prof. Orłowski złożył wyczerpujące sprawozdanie, które zostało przyjęte z wielkim uznaniem; uchwalono opublikować to sprawozdanie i rozesłać do wszystkich zainteresowanych instytucji. Przyjęto preliminarz budżetowy Związku na rok 1939/40. Przeprowadzono wybory uzupełniające. Zebranie poleciło przysłemu Zarządowi poczynienie wszelkich starań dla zapewnienia uchwalenia ustawy przeciwgruźliczej przez Izby Ustawodawcze.

4. - W dn. 9 marca pod przewodnictwem wiceprezesa Związku dra Martyńskiego odbyło się posiedzenie Komisji Związku do współpracy z wojskiem. Omówiono wyczerpująco i przyjęto szereg postulatów w tej sprawie.

5. - W dn. 28 marca odbyło się posiedzenie Komisji Naukowo-Lekarskiej Związku pod przewodnictwem wiceprezesa dra Rudzkiego. Na posiedzenie to przybyli specjalnie zaproszeni członkowie Prezydium przyszłego Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Gdyni z prof. Gądzikiewiczem na czele. Omówiono wszelkie szczegóły dotyczące tego Zjazdu.

6. - W dniu 26 marca w gmachu Szpitala Wolskiego przy ul. Płockiej 26 odsłonięto tablicę pamiątkową ś. p. dra Kazimierza Dąbrowskiego. Uroczystość ta odbyła się w obecności najbliższej Rodziny Zmarłego i zgromadziła liczne zastępy lekarzy warszawskich. Przemawiali: wiceprezydent st. m. Warszawy dr W. Graba-Łecki, dyrektor obecny Szpitala Wolskiego dr A. Rytel oraz jeden z najdawniejszych współpracowników Zmarłego dr St. Wąsowicz.

7. - W czasie od dnia 6.II do 18.III r. b. odbył się w Wilnie 6-tygodniowy Kurs z zakresu wiedzy o gruźlicy i walki społecznej z gruźlicą, zorganizowany dla lekarzy instytucji przeciwgruźliczych przez Wydział Lekarski Uniwersytetu S. B. przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej i współudziale Wileńskiego Woiewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Program wykładów i zajęć praktycznych, opracowany przez Komisję Organizacyjną Kursu, której przewodniczył delegat Wydziału Lekarskiego prof. dr A. Januszkiewicz, obejmował 36 godzin wykładów teoretycznych i 165 godzin zajęć praktycznych na 3 oddziałach gruźliczych szpitalnych, w 2 Ośrodkach Zdrowia miejskich i w Poradni Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego.

Z 20 lekarzy, którzy się zgłosili na Kurs, Komisja przyjęła 15, a 9 z nich udzieliła stypendia zwrotne w wysokości od 100 do 200 złotych.

Dla zajęć praktycznych lekarze byli podzieleni na 3 grupy, które pracowały na zmianę po 10 dni w każdym z 3 oddziałów szpitalnych (przed południem)

i w każdej z 3 przychodni (po południu), i dzięki temu zaznajomili się z licznym, i różnorodnym materiałem gruźliczym.

Pierwsze cztery i przedostatni dzień Kursu były przeznaczone na wykłady teoretyczne.

Ostatniego dnia odbyło się Colloquium, po którym uczestnicy Kursu otrzymali zaświadczenia z rąk Dziekana Wydziału w obecności członków Komisji Organizacyjnej i przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej.

8. - W dn. 6 marca odbyło się w *Mieni* I-sze posiedzenie Rady Szpitala Św. Józefa pod przewodnictwem Kuratora Ks. Krygiera. Dyrektor Szpitala dr J. Misiewiczówna przedstawiła stan obecny Szpitala, rozpoczętą przebudowę, plany na rok 1939/40 i analizę budżetu szpitala na rok 1939/40.

9. - W dn. 23 kwietnia odbyło się w *Łodzi* poświęcenie *ruchowej poradni przeciwgruźliczej* i skierowanie jej do Piotrkowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Piotrkowie.

10. - Dr Maria *Krasowska*, zast. dyrektora Lecznicy w Hołosku W. koło Lwowa, z dniem 1 lutego 1939 objęła stanowisko ordynatora w Sanatorium Z.U.S. w *Worochnie*.

11. - Polskie *Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicę* odbyło posiedzenia: 6 marca — odczyt d-rów S. Chodkowskiej, M. Szule-Garmatowej i M. Werkenthin o zmianach drobnoguzkowych w płucach, przypominających gruźlicę prosówkową oraz odczyt doc. dr J. Walawskiego o wpływie zmian gruźliczych w płucach na sprawność fizjologiczną regulacji krążenia; 3 kwietnia — pokaz promienicy płuc przez d-rów E. Lehmana i W. Mieczkowskiego; odczyt dra J. Roguskiego o metodzie graficznej badania ciśnienia w jamie opłucnej; odczyt drów A. Bieleńskiego i M. Salamona o włóknikowym zapaleniu oskrzeli.

12. - W *Tow. Lekarskim Warszawskim* na posiedzeniu 14 marca dr M. Piaśnicki wygłosił odczyt o wynikach leczenia gruźlicy płuc oraz rozstrzeni oskrzeli częściową torakoplastyką; na posiedzeniu z 28 marca doc. dr J. Zeyland z Poznania miał odczyt o nacieczaniu a niedodmie płuc u dzieci gruźliczych.

13. - W Sekcji Klinicznej *Polskiego Tow. Medycyny Społecznej* w Warszawie w dniu 27 marca d-rzy A. Festensztat i I. Kornberg przedstawili przypadek rumienia guzowatego i omówili sprawę etiologii tego cierpienia.

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: Polski Związek Przeciwgruźliczy,
Karowa 31. Tel. 277-70

Prenumerata roczna zł. 12, cena zeszytu zł. 3.
Należność za prenumeratę wpłacać na konto czekowe P. K. O. 12 100

Drukarnia W Zajączkowski, Warszawa, Chłodna 37, tel. 6.69-46

ZAWIADAMIAMY WSZYSTKICH
NASZYCH KLIENTÓW

o
wprowadzeniu na rynek
BŁON RENTGENOWSKICH
„KODAK SUPERSENSITIVE SAFETY BLUE“

(bezpieczne — niezapalne, o podkładzie niebieskim)

Błony te dzięki podkładowi niebieskiemu odznaczają się
wzmocnionym kontrastem, wielką plastyką oraz bogactwem
szczegółów.

Cena błon RENTGENOWSKICH
„Kodak Supersensitive Safety Blue“
jest identyczna z cenami błon zwykłych przezroczystych.

KODAK Sp. z o. o.
Warszawa, pl. Napoleona 5

Ferro-Biophytol

G A S E C K I

Nr. Reg. 1906

FERRO-BIOPHYTOL c. arseno- G A S E C K I

Nr. Reg. 1907

Wskazani: Niedokrwistość, blednica, zolzy, brak lak-
nienia, niedostateczne odżywianie organizmu, gruźlica,
niedorozwój, rekonwalescencja, przemęczenie fizyczne
i umysłowe.

Sposób użycia: FERROBIOPHYTOL używa się w cza-
sie posiłków lub po jedzeniu.

Dorośli: 2 — 3 razy dziennie po 2 — 3 kapsułki.

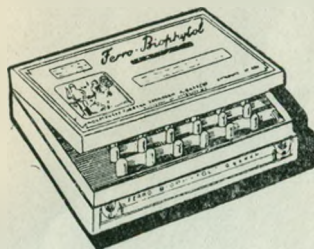
Dzieci: od 2 — 6 lat 1 — 2 kapsułki dziennie,

„ 6 — 10 „ 2 — 4

Można kapsułki polykać lub też wysypać z nich zawar-
tość na łyżkę ciepłego płynu (herbata, mleko, woda,
zupa i t. p.) a następnie wypić.

Opakowanie: 1. Capsulae — 1 pud. zawiera 30 kaps.
a 0,25 2. Pulvis — 1 flakon zawiera 10,0 proszku do
receptury.

FERROBIOPHYTOL c. arseno — jak wyżej.



MOKOTOWSKA FABRYKA
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

ADOLF GASECKI i SYNOWIE ^{Sp. Akc}

Warszawa, ul. Belgijska 7, Oddział Chemiczny w Pruszkowie

CALCIUM

CLUCONATUM KLAWE

CALCIUM

ĆALCIUM

Lek do energicznego uwapnienia ustroju,

stosowany domięśniowo i dożylnie

Gruźlica

Krwotoki wszelkiego rodzaju

Skaza wysiękowa

Zaburzenia układu roślinnego

Schorzenia skóry

Ampułki 10% i 5% po 10 cc. i 5 cc.

Granulki

MOTOFER- „MOTOR”

Najskuteczniejszy, najbardziej celowy lek w ogólnym wyczerpaniu organizmu, w stanach rekonwalescencji po ostrych chorobach zakaźnych, we wszelkich postaciach **NIEDOKRWISTOŚCI.**



Leciferrina

Nr. rej. 1520.

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy i wzmacniający

stosowany:

w osłabieniach, blednicy, anemii, neurastenii, i w rekonwalescencji

Flakon ca. $\frac{1}{1}$ 500,0 — Zł. 4.70
 „ $\frac{1}{2}$ 250,0 „ 2,70

SCOTT & BOWNE, Sp. Akc. Warszawa, ul. Okopowa 21/23

GRUŻLICA

DWUMIESIĘCZNIK

ORGAN POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZEGO

KOMITET REDAKCYJNY

Dr ANDRZEJ BIERNACKI (Warszawa). Dr ANTONI BOROWSKI (Wilno). B. min. dr WITOLD CHODŹKO (Warszawa). Prof. dr STANISŁAW CIECHANOWSKI (Kraków). Dr KAZIMIERZ DADEJ (Zakopane). Dr MIECZYSLAW GANTZ (Warszawa). Prof. dr ZDZISŁAW GORECKI (Warszawa). Dr STANISŁAW HORNUNG (Lwów). Prof. dr TOMASZ JANISZEWSKI (Warszawa). Prof. dr ALEKSANDER JANUSZKIEWICZ (Wilno). Prof. dr WINCENTY JEZERSKI (Poznań). Prof. dr KAROL JONSCHER (Poznań). Prof. dr LEON KARWACKI (Warszawa). Prof. dr JÓZEF KOSTRZEWSKI (Kraków). Dr ANTONI KUCZEWSKI (Zakopane). Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ (Kraków). Doc. dr FRANCISZEK ŁABENDZIŃSKI (Poznań). Dr ANNA MARGOLISOWA (Łódź). Dr STANISŁAW MEYSNER (Smukata). Prof. dr MIECZYSLAW MICHAŁOWICZ (Warszawa). Dr JANINA MISIEWICZ (Warszawa). Dr EDWARD MITTELSTAEDT (Łódź). Dr GUSTAW NOWOTNY (Zakopane). Prof. dr WITOLD ORŁOWSKI (Warszawa). Prof. dr ZENON ORŁOWSKI (Wilno). Doc. dr WŁADYSŁAW OSTROWSKI (Warszawa). Doc. dr EUGENIA PIASECKA-ZEYLANDOWA (Poznań). Dr MARIAN PIASECKI (Warszawa). Dr HIERONIM REITEROWSKI (Łódź). Prof. dr ROMAN RENCKI (Lwów). Dr STEFAN RUDZKI (Warszawa). Doc. dr ANTONI SABATOWSKI (Lwów). Dr ZDZISŁAW SKIBIŃSKI (Ołwoc). Dr OLGIERD SOKOŁOWSKI (Zakopane). Dr ZDZISŁAW SZCZEPAŃSKI (Warszawa). Prof. dr JAN SZMURŁO (Warszawa). Dr MICHAŁ ŚWIDA (Wilno). Dr MICHAŁ TELATYCKI (Ołwoc). Dr MARYLA TOMASZEWSKA (Łódź). Dr LESŁAW WĘGRZYNOWSKI (Lwów). Dr CZESŁAW WROCZYŃSKI (Warszawa). Prof. dr JANUSZ ZEYLAND (Poznań).

REDAKTOR NACZELNY

Dr STEFAN RUDZKI

Zastępca Redaktora Naczelnego

Dr ANDRZEJ BIERNACKI

TREŚĆ

Doc. dr Eugenia Piasecka-Zeyland i prof. dr Janusz Zeyland—Wpływ zakażającej dawki prątków na przebieg gruźlicy	185
Doc. dr Eugenia Piasecka-Zeyland i prof. dr Janusz Zeyland—Wpływ zjadliwości prątków na przebieg gruźlicy	194
W. S. Kochański—Porównawcza wartość podstawowych metod bakteriologicznych w rozpoznawaniu niektórych schorzeń gruźliczych	203
Dr Józef Guterman — Rubrophen w leczeniu gruźlicy pozapłucnej	211
Piśmiennictwo polskie i obce	219
Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą	244
Zjazd Przeciwigruźliczy Francuski	254
Wiadomości	257

W A R S Z A W A

Druk ukończono 15 lipca 1939 r.

IMBIBIUM KRAKOWSKIE W WARSZAWIE
BIBLIOTEKA

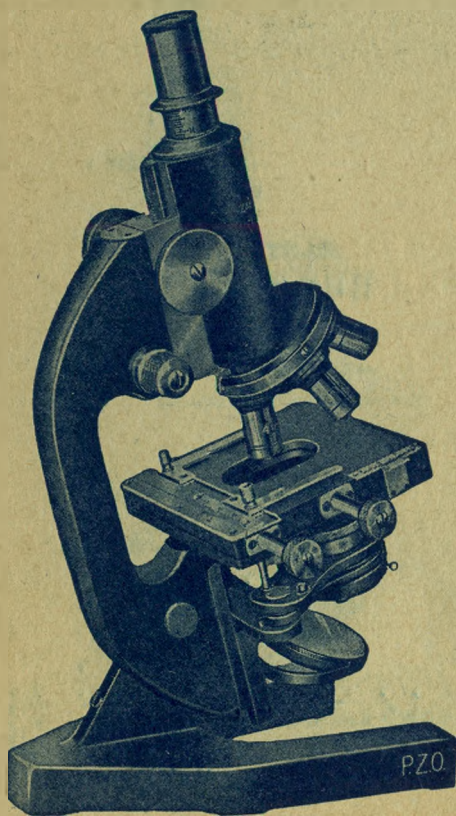
POLSKIE ZAKŁADY OPTYCZNE

Sp. Akc.

WARSZAWA

ul. Grochowska 316, tel. 5-54-40

MIKROSKOPY



dwuokularowe (binokularowe) i jednookularowe, laboratoryjne, metalograficzne, szkolne.

Trychinoskopy, lornety pryzmatyczne, lupy wszelkich rodzajów, statywy preparacyjne.

Naprawa wszelkich mikroskopów.

Przyjmują do opracowania projekty z dziedziny optyki i mechaniki precyzyjnej.

Zakłady zostały nagrodzone na wystawach krajowych i zagranicznych 6-ma złotymi medalami i dyplomem honorowym.

NAPHTARGOL

DRAŻETKI

Sulfonaftenian srebra

Energiczny lek odkażający przewód pokarmowy, ściągający i przeciwzapalny. Nie wywołuje żadnych objawów ubocznych.

WSKAZANIA: Biegunki, szczególnie biegunki gruźlicze, Dur brzuszny, Czerwonka, Zapalenie jelit cienkich i grubych, Niestrawność, Fermentacja jelitowa itp.

DAWKOWANIE: 1 — 3 drażetek trzy razy dziennie w czasie jedzenia.

OPAKOWANIE: Rurki po 20 sztuk i flakony po 40 sztuk.

SARCOLAN

Zomoterapia



Całkowity wyciąg z mięśni wołu, spreparowany na zimno w postaci syropu, zawiera wszystkie niezmiennione czynne składniki

Zwalcza wszelkie postacie niedokrwistości wtórnej, stany wyczerpania i niedożywienia

Przyjemny smak. Idealna konserwacja

CHEMICZNO FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEM. HANDLOWE
WARSZAWA 22, UL. KALISKA 9

L. NASIEROWSKI

ZAWIADAMIAMY WSZYSTKICH
NASZYCH KLIENTÓW

o
wprowadzeniu na rynek
BŁON RENTGENOWSKICH
„KODAK SUPERSENSITIVE SAFETY BLUE“

(bezpieczne — niezapalne, o podkładzie niebieskim)

Błony te dzięki podkładowi niebieskiemu odznaczają się
wzmożonym kontrastem, wielką plastyką oraz bogactwem
szczegółów.

Cena błon RENTGENOWSKICH
„Kodak Supersensitive Safety Blue“
jest identyczna z cenami błon zwykłych przezroczystych.

KODAK Sp. z o. o.
Warszawa, pl. Napoleona 5

Smaczny, apetyczny, trwały,
pełnowartościowy
preparat tranowo-słodowy

w postaci proszku

J E M A L T

zawiera standaryzowane witaminy tranu grupy A i D
oraz witaminy grupy B₁, B₂ i C.

FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA **Dr. A. WANDER, S. A.**
w Krakowie

GRUŻLICA

PRACE ORYGINALNE

Z Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej
i z Ośrodka Przeciwgruźliczego Kliniki Chorób Dziecięcych
(Dyrektor prof. K. Jonscher)
Uniwersytetu Poznańskiego

Doc. dr **EUGENIA PIASECKA-ZEYLAND** i prof. dr **JANUSZ ZEYLAND**

WPLYW ZAKAŻAJĄCEJ DAWKI PRĄTKÓW NA PRZEBIEG GRUŻLICY

Lekarze są skłonni różnicy dawki zakażającej prątków przypisywać duże znaczenie w powstawaniu i przebiegu gruźlicy. Ale właśnie obserwacja kliniczna nie daje podstaw dla dostatecznie ścisłej oceny wielkości dawki zakażającej.

Jedno z nas usiłowało na materiale niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym, znajdujących się w obserwacji Ośrodka Przeciwgruźliczego, ocenić dawkę i częstość zakażenia wyłącznie na podstawie danych, dotyczących chorych, którzy byli źródłem zakażenia dla tych dzieci: a więc obserwacji liczby prątków, stwierdzonych w różnych odstępach czasu w płwocinie, czasu i jakości zetknięcia chorego z dzieckiem, nie wiedząc w czasie ustalania tej oceny nic o dalszym losie tych dzieci. Okazało się, że nie było zupełnie równoległości między określonym w ten sposób rodzajem zakażenia a losem dziecka. Dowodzi to nam, że sama metoda badania jest najzupełniej niedostateczna: nie udaje się nawet w przybliżeniu ocenić wielkości dawki zakażającej i tym bardziej na podstawie tego rodzaju spostrzeżeń nie można wnioskować o wpływie dawki na przebieg choroby gruźliczej dziecka. Lekarze zaś zwykle wtedy mówią o „masowym“ lub „ciężkim“ zakażeniu, jeśli stwierdzają ciężką postać gruźlicy u dziecka i na odwrót w przypadkach lekkiego przebiegu choroby przypuszczają, że chodzi o zakażenie „lekkie“ niewielką ilością prątków.

Wobec zawodności oceny tego związku między dawką zakażającą prątków a postacią i przebiegiem gruźlicy u ludzi, pozostaje tylko droga doświadczeń na zwierzętach. Jednak i ta metoda doprowadziła do bardzo różnych wniosków. Wyrazem rozbieżności zdań są chociażby biegunowo przeciwne poglądy Calmette'a oraz

B. Langego. Calmette na podstawie wykonanych wspólnie z Boquetem i Nègrem doświadczeń na królikach i świnkach morskich doszedł do wniosku, że „średni okres trwania rozwoju doświadczalnej choroby królika jest odwrotnie proporcjonalny do ilości zaszczipionych prątków, pochodzących z tej samej hodowli“. Autorowie jednak nie podają liczby zwierząt, użytych w tych doświadczeniach, mówią tylko o „licznych zwierzętach“, dlatego ocena podanych okresów przeżycia nie pozwalała wyłączyć przypadkowości, ponadto wykazuje ona przecenianie małych różnic, niewątpliwie nieistotnych z punktu widzenia teorii statystyki.

B. Lange zaś sądzi na podstawie samej liczby ognisk pierwotnych płuc u świnek morskich po inhalacji prątków, że w zakażeniu gruźliczym płuc wchodzi w rachubę prawie zawsze „infectio minima“, a wahania ilości prątków nie mogą mieć wpływu na przebieg gruźlicy wobec rozstrzygającego znaczenia naturalnej oporności.

W toku naszych badań nad gruźlicą doświadczalną świnek morskich doszliśmy do przekonania, że najpewniejsza ocena w gruźlicy doświadczalnej polega na uwzględnieniu okresu przeżycia, o ile zastosuje się dostatecznie duże liczby zwierząt (możliwie w każdej grupie 10 świnek morskich, u których różnice osobnicze mniej się zaznaczają, niż u królików), zwłaszcza jeśli zwierzęta, użyte do każdego doświadczenia (dla zmniejszenia do minimum liczby zmiennych) są tego samego wieku, tej samej wagi i z tej samej hodowli (w naszych doświadczeniach hodowla prawie wsobnicza).

Te warunki doświadczalne zastosowaliśmy do rozstrzygnięcia zagadnienia wpływu dawki zakażającej na przebieg gruźlicy świnek morskich.

Doświadczenie 1

Użyto 20 świnek (295—314/35) tego samego wieku, tej samej wagi i tej samej hodowli. 10 świnek morskich otrzymało podskórnie w lewą tylną kończynę dawkę 10^{-2} mg prątków szczepu bydłeczego (1714), a drugie 10 świnek morskich w ten sam sposób dawkę 10^{-1} mg prątków tego samego szczepu.

Okres przeżycia w dniach w zależności od dawki:

(a) 10^{-2} mg 1714	(b) 10^{-1} mg 1714
81	69
90	72
90	76
90	80

(a) 10^{-2} mg 1714	(b) 10^{-1} mg 1714
97	84
100	100
102	116
106	116
116	129
<u>144</u>	<u>136</u>
średnia $102 \pm 5,6$	średnia $98 \pm 7,9$

W powyższym doświadczeniu różnica dawki nie ma zatem wpływu na długość przeżycia.

Doświadczenie 2

W tym doświadczeniu użyto 30 świnek morskich (57—86/36), odpowiadających tym samym warunkom (wiek, waga, hodowla). 10 świnek morskich dostało podskórnie w lewą tylną kończynę 10^{-2} mg prątków bydliczych 1714, druga grupa 10 świnek dawkę 100 razy mniejszą, a więc 10^{-3} mg prątków (w tej grupie padła jedna świnka nie na gruźlicę, lecz na zapalenie płuc), a trzecia grupa 10 świnek otrzymała tę samą dawkę (10^{-3} mg) 7 razy w odstępach 2-dniowych podskórnie w różne miejsca brzucha i kończyn.

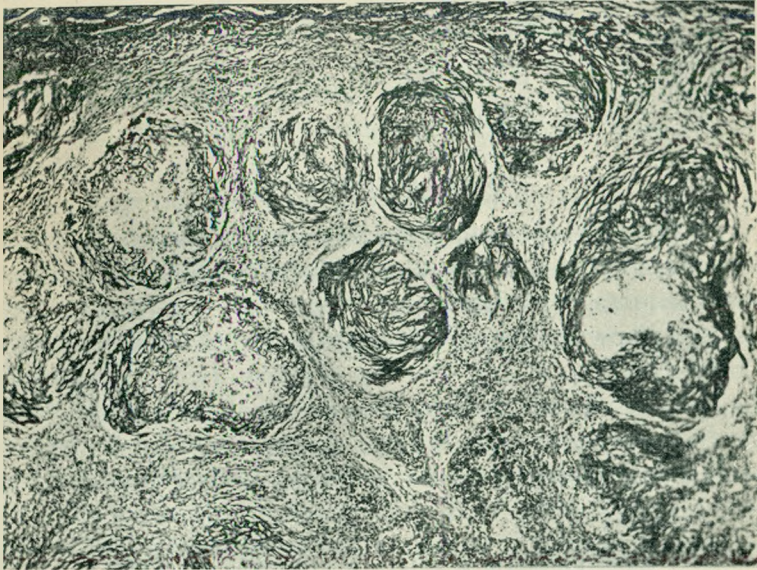
Okres przeżycia w dniach w zależności od dawki:

(a) 10^{-2} mg 1714	(b) 7×10^{-3} mg 1714	(c) 10^{-3} mg 1714
47	54	69
54	99	91
65	101	95
78	107	98
97	135	99
110	161	107
115	161	112
117	175	196
119	180	233
<u>163</u>	<u>198</u>	
średnia $96 \pm 11,3$	średnia $137 \pm 14,4$	średnia $122 \pm 17,2$

Różnica między okresami przeżycia grupy a i grupy c świnek, które otrzymały 100 razy mniejszą dawkę, jest nieistotna (po zastosowaniu rachunku prawdopodobieństwa, mianowicie formuły Fishera). Podobnie bez znaczenia jest różnica między grupą c świnek, które dostały małą dawkę oraz grupą b świnek, które małą dawkę dostały 7 razy. Natomiast okazuje się, że różnica średnich przeżycia między grupą a i b jest istotna (P mniejsze od 0,05). Z tego wynika, że wpływ 100-krotnej różnicy dawek zakażających jest zaznaczony, ale niepewny i niestały.

Doświadczenie 3

Tutaj użyliśmy 51 świnek morskich (134—167/36), odpowiadających wspomnianym warunkom co do wieku, wagi i hodowli, i zastrzyknęliśmy 17 świnkom podskórnie w lewą tylną kończynę



Gruźlica włóknista gruczołu chłonnego lędźwiowego u świnki morskiej 152/36, zakażonej dawką 10^{-6} mg prątków i zabitej po upływie 367 dni, jako jedyna zmiana gruźlicza. W przekroju gruczołu chłonnego widoczne gruzelki zupełnie włókniste i gruzelki nabłonkowe z obwódką włóknistą.

10^{-2} mg prątków tego samego szczepu 1714, dalszym 17 świnkom zastrzyknęliśmy dawkę 10.000 razy mniejszą, mianowicie 10^{-6} mg prątków, a wreszcie 17 świnkom tę małą dawkę 10^{-6} mg przez 7 dni codziennie pod skórę kończyn i brzucha. W ostatniej grupie jedna świnka morska padła przedwcześnie na ropne zapalenie płuc i worka osierdziowego, z dwóch zaś zabitych po upływie 400 dni od zakażenia, wykazała jedna ograniczoną gruźlicę podgojną gruczołów chłonnych, a druga gruźlicę ogólną rozsianą. W grupie świnek, które dostały jeden raz małą dawkę 10^{-6} mg prątków, tylko 8 padło na gruźlicę, cztery natomiast



To samo, co na poprzednim mikrofotogramie ale pod małym powiększeniem.

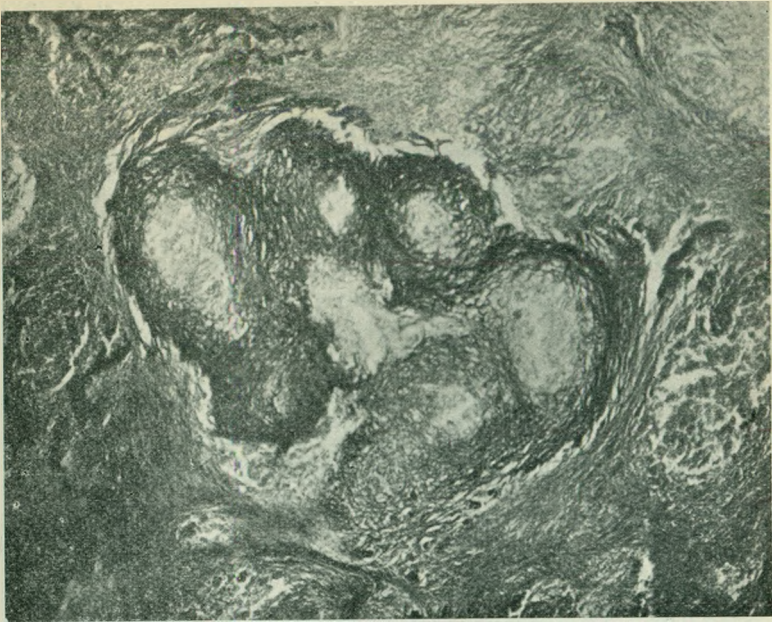
padły z innych przyczyn i wykazały tylko ograniczoną, podgojoną gruźlicę gruczołów chłonnych mimo upływu przeszło 350 dni od zakażenia, a wreszcie z 5 zabitych po upływie 400 dni od zakażenia, 3 miały ograniczoną podgojoną gruźlicę gruczołów chłonnych, a dwie zupełny brak zmian gruźliczych.

Gruźlica ograniczona gruczołów chłonnych u świnek charakteryzowała się wybitnym wzrostem tkanki włóknistej, częściowo szklisto zmienionej, niekiedy bez śladów ziarniny gruźliczej. Dla zobrazowania tej u świnek morskich bardzo rzadkiej postaci gruźlicy, załączamy trzy mikrofotogramy, w których dobrze widoczny jest charakter włóknisty tej gruźlicy gruczołowej świnki morskiej.

W tym doświadczeniu okres przeżycia w dniach w zależności od dawki był następujący (bez uwzględnienia świnek, które zginęły nie na gruźlicę, albo zostały zabite po upływie 400 dni):

(a) 10^{-2} mg 1714	(b) 7×10^{-6} mg 1714	(c) 1×10^{-6} mg 1714
90	102	200
106	157	230
111	176	232
117	178	245
125	179	260
130	190	269
131	214	283
138	227	379
144	227	
145	269	średnia $262 \pm 18,8$
147	282	
153	341	
167	357	
196	378	
199		
199	średnia $234 \pm 21,8$	
206		
średnia $147 \pm 8,5$		

Wynika z tego doświadczenia po zastosowaniu rachunku prawdopodobieństwa (formuła Fishera), że różnice między okresem przeżycia w grupie świnek, które dostały dużą dawkę, a grupami świnek, które dostały małą dawkę czy to jeden raz, czy siedem razy, mają znaczenie. Natomiast różnica między okresem przeżycia świnek, które dostały małą dawkę jeden raz, a okresem przeżycia świnek, które dostały tę dawkę siedem razy, jest bez znaczenia.



Gruźlica włóknista gruczołu chłonnego tchawiczo-oskrzelowego u świnki morskiej 166/36, zakażonej dawką 10^{-6} mg prątków i zabitej po upływie 423 dni, jako jedyny ślad przebytej gruźlicy. W preparacie histologicznym brak zupełnie ziarniny gruźliczej, ciemne włókna są włóknami fuksynofilnymi.

Doświadczenie 4

Tutaj w tych samych warunkach zastrzyknięto 30 świnkom morskim (310—339/36) takie same dawki prątków, jak w doświadczeniu 3, a więc 10 świnek dostało 10^{-3} mg prątków 1714, dalsze 10 świnek 10^{-6} mg, a wreszcie 10 świnek codziennie 23 razy świeżo przygotowanej zawiesiny 3-tygodniowej hodowli prątków 1714 w tej samej dawce 10^{-6} mg.

Otóż wyniki tego doświadczenia nie nadają się do liczbowego ujęcia statystycznego, bo tylko wszystkie świnki, które otrzymały dawkę 10^{-3} mg prątków padły na gruźlicę w granicach 123—264 (średnio $174 \pm 12,3$) dni po zakażeniu. Natomiast w grupie świnek, które dostały 23 razy 10^{-6} mg prątków, dwie padły na gruźlicę (po 191 wzgl. 216 dniach), jedna padła na zapalenie płuc, a resztę zabito po upływie przeszło 383 dni od zakażenia i stwierdzono ograniczoną podgojoną gruźlicę gruczołów chłonnych w 4 przypadkach, a zupełny brak zmian gruźliczych w 3 przypadkach.

Wreszcie w grupie świnek, które dostały tylko jeden raz małą dawkę 10^{-6} mg prątków, dwie padły nie na gruźlicę, a z 8 zabitych po 383 dniach od zakażenia, tylko jedna wykazała ograniczo-

ną podgojoną gruźlicę gruczołów chłonnych, reszta zupełny brak zmian gruźliczych.

Tutaj różnica dawki o tyle występuje wyraźnie, że w przeciwieństwie do śmiertelnej dawki 10^{-2} mg, mała dawka 10^{-3} mg prątków nie wywołała postępującej śmiertelnej gruźlicy zwierząt zakażonych, i to nawet podana 23 razy (z wyjątkiem 2 świnek, które w tej grupie zginęły na ogólną gruźlicę).

Doświadczenie 5

W takich samych warunkach zastrzyknęliśmy 20 świnkom morskim (228—247/37) tej samej hodowli i tego samego wieku ten sam szczep prątków 1714 w lewą tylną kończynę, i to 10 świnkom dawkę 10^{-1} mg, a 10 świnkom dawkę 1.000 razy mniejszą, a więc 10^{-4} mg prątków.

I tutaj wyniki nie nadają się do zestawienia liczbowego o tyle, że tylko świnki morskie, szczepione dużą dawką, zachorowały na gruźlicę. Z nich jedna padła nie na gruźlicę (w okresie zespołu pierwotnego) z powodu zapalenia płuc i opłucnej, a 9 padło na gruźlicę w okresie od 212 do 484 dni (średnia $334 \pm 28,5$) po zakażeniu. Natomiast ze świnek morskich zakażonych tysiąckrotnie mniejszą dawką tego szczepu, żadna nie padła na gruźlicę. Dwie padły na zapalenie płuc i zrostowe zapalenie opłucnej bez śladu gruźlicy, 91-go i 132-go dnia po zakażeniu, jedna na pseudotuberkulozę śledziony i wątroby 278-go dnia, a pozostałe 7 świnek morskich zabito po upływie 484 dni od zakażenia i stwierdzono u jednej ogólną rozsianą gruźlicę, a u 6 świnek morskich zupełny brak zmian chorobowych.

Doświadczenie to przede wszystkim dowiodło nam, że używany dotąd szczep bydłocy 1714 tak dalece zmniejszył swą zjadliwość, że przestał się nadawać do podobnych doświadczeń. Osłabienie zjadliwości tego szczepu występuje już w toku opisanych tu doświadczeń. Mianowicie w 1935 r. po dawce 0,1 mg tych prątków, świnki morskie padały po średnio 98 dniach, w 1937 zaś ta sama dawka powodowała śmierć świnek morskich po średnio 334 dniach. W dawce 10^{-2} mg prątków szczep ten powodował śmierć świnek morskich w 1935 r. po średnio 102 dniach, zaszczepiony świnkom w marcu 1936 r. po średnio 96 dniach (czyli zjadliwość taka sama), a zaszczepiony w lipcu tego samego roku — aż po średnio 147 dniach, a w październiku tegoż roku po średnio 174 dniach.

W dawce 10^{-3} mg prątków szczep ten zabijał świnki morskie w 1936 r. po średnio 122 dniach, a w 1937 r. tylko wyjątkowo po-

wodował zmiany gruźlicze. Wobec takiego osłabienia zjadliwości użyliśmy innego szczepu do następnego doświadczenia, które poza tym jest powtórzeniem doświadczenia ostatnio opisanego.

Doświadczenie 6

Ze względów powyżej wymienionych użyto w tym doświadczeniu szczepu typu ludzkiego 705, wyosobnionego z przypadku śmiertelnej gruźlicy dziecięcej w 1937 r.

Do tego doświadczenia użyto 18 świnek morskich (51—68/38) tego samego wieku i z tej samej hodowli i postąpiono tak samo, jak w poprzednim doświadczeniu 5, a więc 9 świnek morskich otrzymało podskórnie w lewą tylną kończynę 10^{-1} mg prątków szczepu 705, a 9 świnek morskich w ten sam sposób dawkę 10^{-4} mg tychże prątków. Wszystkie świnki szczepione padły na gruźlicę.

Okres przeżycia w dniach w zależności od dawki:

(a) 10^{-1} mg prątków 705	(b) 10^{-4} mg prątków 705
56	78
59	100
69	119
70	121
74	124
84	144
94	177
126	261
163	304
średnia $88 \pm 11,7$	średnia $159 \pm 25,3$

Wpływ 1.000-krotnej różnicy dawki zakażającej jest w tym doświadczeniu zupełnie wyraźny. Zastosowanie formuły Fishera wykazuje, że różnica średnich ma znaczenie.

Streszczając powyższe dane możemy przedstawić w następującym zestawieniu zależność różnicy przebiegu gruźlicy od różnic dawki zakaźnej:

Różnica dawki zakażającej	Różnica przebiegu gruźlicy	Wykazane w doświadczeniu
10-krotna	brak	1
100-krotna	zaznaczona ale niepewna	2
1.000-krotna	wyraźna	5, a głównie 6
10.000-krotna	wyraźna	4, a głównie 3

Wyniki wszystkich 6 doświadczeń zestawiamy w następującej tabeli:

Doświadczenie	Liczba świnek morskich	Szczep prątków	Dawka prątków	Liczba świnek będąca podataką obliczeń	Granica dni przeżycia świnek padłych na gruźlicę	Średnia dni przeżycia	Wzorcowe odchylenie	Wzorcowe odchylenie różnicy	P	Czy różnica znacząca
1 a	10	1714	10 ⁻² mg	10	81 — 144	102 ± 5,6	± 17,8	± 21,67	> 0,6	nie
b	10	"	10 ⁻¹ mg	10	69 — 136	98 ± 7,9	± 24,9			
2 a	10	"	10 ⁻² mg	10	47 — 163	96,5 ± 11,3	± 35,7	a-b : ± 40,95	< 0,05	tak
b	10	"	7 × 10 ⁻⁴ mg	10	54 — 198	137 ± 14,4	± 45,6	b-c : ± 48,76	> 0,1	nie
c	10	"	10 ⁻⁴ mg	9	69 — 233	122 ± 17,2	± 52,1	a-c : ± 44,19	> 0,2	nie
3 a	17	"	10 ⁻² mg	17	90 — 206	147 ± 8,5	± 35,3	a-b : ± 60,47	< 0,01	tak
b	17	"	7 × 10 ⁻⁶ mg	14	102 — 378	234 ± 21,8	± 81,3	b-c : ± 72,88	> 0,3	nie
c	17	"	10 ⁻⁶ mg	8	200 — 379	262 ± 18,8	± 53,3	a-c : ± 41,81	< 0,01	tak
4 a	10	"	10 ⁻² mg	10	123 — 264	174 ± 12,5	± 39,1			
b	10	"	23 × 10 ⁻⁶ mg	2						
c	10	"	10 ⁻⁶ mg	0						
5 a	10	"	10 ⁻¹ mg	9	212 — 284	334 ± 28,5	± 85,54			
b	10	"	10 ⁻⁴ mg	0						
6 a	9	705	10 ⁻¹ mg	9	56 — 163	88 ± 11,7	± 35,1			
b	9	"	10 ⁻⁴ mg	9	78 — 304	159 ± 25,3	± 76,07	± 59,23	< 0,05	tak

Z powyższych badań można wyciągnąć wniosek, że różnice dawek zakażających mają wpływ na przebieg gruźlicy doświadczalnej, ale tylko wtedy, jeśli są to różnice bardzo znaczne.

PISMIENICTWO

Calmette A., Boquet A., Nègre L., C. R. Acad. Sciences 1923, 176, str. 1197. — Fisher R. A. Statistical Methods for Research Workers. Wyd. Oliver and Boyd, Edinburgh-London, 1936. — Lange B. Beitr. Klin. Tbk. 1931, 78, str. 375 i Deutsche Med. Woch. 1934, str. 197.

Z Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej
i z Ośrodka Przeciwgruźliczego Kliniki Chorób Dziecięcych
(Dyrektor prof. F. Jonscher)
Uniwersytetu Poznańskiego

Doc. dr EUGENIA PIASECKA-ZEYLAND i prof. dr JANUSZ ZEYLAND

WPŁYW ZJADLIWOŚCI PRĄTKÓW NA PRZEBIEG GRUŹLICY

Sprawa wpływu zjadliwości (wirulencji) prątków na przebieg gruźlicy nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Wiadomo wprawdzie, że w niektórych postaciach gruźlicy np. skóry (Griffith) spotyka się słabo zjadliwe szczepy prątków, ale nas tutaj interesuje przede wszystkim pytanie, czy różny przebieg gruźlicy płucnej u ludzi zależy między innymi czynnikami także od różnic zjadliwości prątków gruźliczych.

Sprawą tą zajmowano się w ostatnich latach, jednak metody badania różnic zjadliwości nasuwają mniejsze lub większe wątpliwości.

I tak np. w niedawno ogłoszonych pracach (1936, 1938) Bergeron oraz jego współpracownicy Mézière i Normand dla zbadania stosunku między zjadliwością prątków gruźliczych dla świnek morskich a postacią kliniczną gruźlicy płuc u ludzi, zastrzykiwali po 0,2 mg każdego szczepu jednej (!) śwince morskiej i na podstawie dni przeżycia oceniali zjadliwość prątków. W ten sposób autorowie ci doszli do wniosku, że istnieje pewna równoległość między zjadliwością prątków a stanem klinicznym chorych. Same przez się rozumie się, że sposób autorów zupełnie się nie nadaje do oceny zjadliwości prątków, bo nie wyłącza przypadkowości w tych doświadczeniach. Nie będziemy tu wymieniali całego piśmiennictwa i wykazywali braków użytych metod, lecz zatrzymamy się na badaniach B. Langego i tych, którzy zastosowali jego metodę (Opitz i Sherif, Roloff i Pagel, A. de Carvalho), ponieważ ta metoda umożliwia pewniejszą ocenę zjadliwości, aniżeli poprzednio używane. B. Lange zastrzykiwał bowiem śródskórnice, zawsze seriami kilku świnkom morskim równocześnie, stopniowane minimalne dawki prątków różnych szczepów, a ilość prątków zaszczipionych starał się określić przez posiewy na pożywkach takiej samej ilości zawiesiny prątków, jakiej użyto do szczepienia zwierząt. U zwierząt zakażonych określano termin występowania

zespołu pierwotnego, a po 3 miesiącach określano badaniem pośmiertnym rozległość zmian gruźliczych.

Ze względów oszczędnościowych Roloff i Pagel oraz Carvalho użyli pewnej odmiany tej metody (podanej przez B. Langego i Lydtina), zastrzykując równe dawki czterech hodowli temu samemu zwierzęciu. Tą metodą wymienieni badacze doszli do wniosków, że zjadliwość stwierdzona w doświadczeniu na zwierzętach, często wcale nie odpowiada stanowi przypadku chorobowego, z którego wyhodowano prątki (B. Lange), że kliniczna postać gruźlicy dziecięcej nie zależy od zjadliwości prątków (Opitz i Sherif), że między zjadliwością prątków, wyhodowanych z płwociny chorych na t. zw. otwartą gruźlicę płuc, a rodzajem i przebiegiem gruźlicy u chorych brak związku (Roloff i Pagel), a nawet że prątki, wydalone z płwociną chorych, posiadają w przybliżeniu jednakową dużą zjadliwość (Carvalho). Jednak autorowie, stosujący „metodę czterokątową“ u tego samego zwierzęcia zdają sobie sprawę, że tę oszczędność co do liczby użytych zwierząt uzyskują kosztem dokładności badań, a ponadto B. Lange oraz Carvalho podkreślają, że dla stwierdzenia zjadliwości prątków miarodajny jest jedynie przebieg gruźlicy zakażonych zwierząt.

Na podstawie naszych badań doświadczalnych na świnkach morskich (wykonywanych w celu określania działania różnych środków zapobiegawczych i leczniczych w gruźlicy), doszliśmy do przekonania, że najważniejszym sposobem oceny jakichkolwiek czynników w gruźlicy doświadczalnej jest szczepienie jednoczesne dużej liczby (co najmniej 10) świnek morskich z tej samej hodowli i tego samego wieku, użycie takiej samej liczby zwierząt kontrolnych z obserwacją długości życia po zakażeniu gruźliczym i zastosowaniem metod statystycznych. Ta metoda okazała się nam także bardzo dobrą dla oceny wpływu dawki zakażającej prątków, a wyniki te przedstawiliśmy w tymże piśmie (str. 185).

Postanowiliśmy tę samą metodę zastosować do zbadania wpływu zjadliwości na przebieg gruźlicy doświadczalnej. Sposób nasz różni się od stosowanego przez B. Langego użyciem we wszystkich doświadczeniach z wyjątkiem jednego, świnek morskich jednej hodowli (prawie czysto wsobniczej) i jednego wieku (stąd niemożność użycia naraz większej liczby niż 20—30 zwierząt) oraz oceną stopnia gruźlicy nie na podstawie badań pośmiertnych świnek morskich zabitych po upływie 3 miesięcy od zakażenia, lecz na podstawie okresu przeżycia zakażenia, oczywiście z uwzględnieniem badania pośmiertnego celem ustalenia przyczyny śmierci zwierzęcia. Nie podzielamy obaw B. Langego co do częstej zależ-

ności terminu śmierci świnek morskich nie od rozwoju gruźlicy, lecz od przypadkowych schorzeń i sądzimy, że w dobrze urządzonej zwierzętarni możliwości te nie odgrywają takiej roli, aby mogły wpłynąć na przebieg tak planowanych doświadczeń. Przed pomylkami zaś chroni zawsze badanie pośmiertne, połączone w wątpliwych przypadkach z badaniem histologicznym zmienionych narządów.

Chcąc zakazić jednym szczepem prątków jak największą liczbę świnek morskich, a nie mogąc z jednej hodowli naraz otrzymać większej liczby zwierząt jednego wieku, niż 20—30, zmuszeni byliśmy ograniczyć nasze badania zjadliwości szczepów do jednoczesnego porównywania zjadliwości tylko dwóch szczepów prątków. Odpowiednio do interesującego nas tutaj zagadnienia, czy zjadliwość prątków dla świnek morskich odpowiada przebiegowi choroby u ludzi, braliśmy do każdego doświadczenia dwa szczepy: jeden z przypadku gruźlicy łagodnej, drugi z przypadku gruźlicy śmiertelnej. W czterech doświadczeniach dawki prątków były takie same, mianowicie 10^{-4} mg, a w ostatnim doświadczeniu użyto dawki 10^{-2} mg. Przedstawimy pokrótce materiał i wyniki tych doświadczeń:

1 doświadczenie

Użyto 30 świnek morskich (184—216/36), wyjątkowo nie z własnej hodowli, lecz jednakowej wagi. Połowie z nich zastrzyknięto podskórnie w lewą tylną kończynę 10^{-4} mg 3-tygodniowej hodowli prątków szczepu 311 typu bydłowego, uzyskanego po 3 przeszczepach przez świnki morskie z przypadku brodawkowatej gruźlicy skóry u dorosłego. Szczep ten rósł na pożywkach od 21 miesięcy. Druga połowa świnek morskich otrzymała w ten sam sposób taką samą dawkę 3-tygodniowej hodowli prątków szczepu 542 typu bydłowego, uzyskanego po jednym przeszczepie przez świnkę morską, z przepłuczyny żołądkowej chłopca 7-letniego, zmarłego na przewlekłą gruźlicę rozsianą prosówkową, w której badaniem pośmiertnym nie stwierdzono wyraźnego zespołu pierwotnego mimo obecności kilku owrzodzeń gruźliczych w jelicie krętym. Szczep ten hodowano od 8 miesięcy na pożywkach.

Z pierwszej grupy świnek morskich dwie padły nie na gruźlicę, lecz jedna na zapalenie płuc, a druga na ropne zapalenie błon surowiczych; pozostałe zwierzęta na gruźlicę rozsianą, w niczym nie różniącą się od postaci stwierdzonej w pierwszej grupie. Oto okresy przeżycia świnek morskich w dniach:

311 bov. (gruźlica brodawkowa skóry)	542 bov. gruźl. prosówkowa rozsiana)
79	70
84	74
84	78
91	79
103	87
120	93
122	97
122	97
126	98
129	101
144	102
179	103
181	115
	115
	129
średnia $120 \pm 7,7$	
Wzorcowe odchylenie $\pm 26,5$	

średnia $96 \pm 4,5$

Wzorcowe odchylenie $\pm 16,5$

Wzorcowe odchylenie różnicy $\pm 21,7$

P (w tablicy Fishera) $< 0,01$, czyli różnica ta ma znaczenie.

Z badania tego zatem wnosić można, że szczep prątków bydłych, wyosobniony w gruźlicy brodawkowej skóry, jest mniej zjadliwy od szczepu prątków bydłych, wyosobnionego ze śmiertelnej gruźlicy prosówkowej, co jest zgodne z wynikami badań Griffitha.

2 doświadczenie

Tutaj użyto 32 świnek morskich (224—255/36) jednej hodowli i jednego wieku. Połowa z nich otrzymała, podobnie jak w poprzednim doświadczeniu, podskórną w lewą tylną kończynę po 10^{-4} mg 3-tygodniowej hodowli prątków szczepu 155 typu ludzkiego, uzyskanego bezpośrednio z przepłuczyny żołądkowej niemowlęcia z zespołem pierwotnym, który następnie uległ zupełnemu wygojeniu. Szczep ten hodowano na pożywkach od 33 miesięcy. Druga połowa świnek morskich otrzymała w ten sam sposób taką samą dawkę 3-tygodniowej hodowli prątków szczepu 473 typu ludzkiego, uzyskanego bezpośrednio z zawiesiny śledziony i gruczołu chłonnego tchawiczo-oskrzelowego, pobranych podczas badania pośmiertnego dziewczynki 4-letniej, zmarłej z powodu rozsianej gruźlicy prosówkowej w następstwie zespołu pierwotnego płuc. Szczep ten hodowano na pożywkach 14 miesięcy. W każdej z dwóch grup świnek morskich padła jedna świnka nie na gruźlicę. W każdej z grup pozostało 15 świnek morskich, które padły na gruźlicę; dni przeżycia wykazuje następujące zestawienie:

155 hum. (zespół pierw. płuc, później wygojony)	473 hum. (zespół pierw. płuc i śmier- telna gruźlica prosówkowa)
157	113
193	126
207	143
209	162
228	162
228	167
234	173
235	174
249	175
304	181
304	213
309	222
437	236
469	245
600	258
średnia 291 ± 27,8	średnia 183 ± 11
Wzorcowe odchylenie ± 107,3	Wzorcowe odchylenie ± 42,9
wzorcowe odchylenie różnicy ± 81,8	
P < 0,01, czyli różnica ma znaczenie	

Wynik ten pozornie przemawiałby za zgodnością między przebiegiem gruźlicy u dziecka a zjadliwością szczepu prątków, gdyby nie wybitna różnica obu użytych szczepów pod względem hodowli na sztucznych podłożach. Szczep 155, który w tych doświadczeniach okazał się słabszy, był hodowany przez 2½ lat stale na pożywkach, gdy tymczasem drugi szczep był utrzymywany na pożywkach tylko 1 rok. Z własnych obserwacji wiemy wbrew poglądom innych badaczy (zob. Opitz i Sherif), że stale utrzymywanie na sztucznych podłożach bez przeprowadzenia przez zwierzęta może w paru latach osłabić zjadliwość szczepu prątków, na co dowody przytaczamy w poprzednio ogłoszonej pracy o wpływie zakażającej dawki prątków na przebieg gruźlicy.

Wobec tego braliśmy do następnych doświadczeń tylko świńco-żo wyodrębnione szczepy, hodowane na pożywkach jednakowo długi czas.

3 doświadczenie

Tutaj wzięto 20 świnek morskich (3—22/37) jednej hodowli i jednego wieku. Polowa z nich otrzymała podskórnie w lewą tylną kończynę po 10⁻⁴ mg hodowli prątków szczepu 640 typu ludzkiego, uzyskanego bezpośrednio z płwociny dziewczynki lat 11, chorej na gruźlicę płuc typu dorosłych, leczonej obustronną odną

sztuczną i wykazującej obecnie po przeszło 2 latach obserwacji pewne pogorszenie zmian w związku z okresem dojrzewania. Szczep rósł na pożywkach od 3 miesięcy. Druga połowa świnek morskich otrzymała w ten sam sposób taką samą dawkę hodowli prątków szczepu 670 typu ludzkiego, uzyskanego po jednym przejściu przez świnkę morską z przepluczyny żołądkowej dziewczynki lat 12, zmarłej w klinice na rozsianą gruźlicę prosówkową. Szczep ten rósł na pożywkach przez 1 miesiąc.

Z pierwszej i drugiej grupy świnek morskich padła jedna świnka nie na gruźlicę, a reszta padła na gruźlicę. Ich dni przeżycia zakażenia wykazuje zestawienie następujące:

640 hum. (przewlekłe suchoty płuc)	670 hum. (śmiertelna ogólna gruźlica prosówkowa)
68	94
75	94
84	107
115	115
128	130
130	134
136	138
136	173
214	259

średnia $121 \pm 14,7$

wzorcowe odchylenie $\pm 44,1$

średnia $138 \pm 17,2$

wzorcowe odchylenie $\pm 51,6$

wzorcowe odchylenie różnicy ± 48

$P > 0,1$, czyli różnica ta nie ma znaczenia

Z badania tego wynika, że dwa szczepy prątków ludzkich, pochodzących z dwóch zupełnie różnych postaci gruźlicy u dziewcząt jednego wieku, nie wykazały różnic zjadliwości w doświadczeniu na świnkach morskich.

4 doświadczenie

Użyto 20 świnek morskich (67—86/37) jednej hodowli i jednego wieku. Połowa z nich otrzymała podskórną w lewą tylną kończynę po 10^{-3} mg 2-tygodniowej hodowli prątków szczepu 673 typu ludzkiego, uzyskanego po jednym przejściu przez świnkę morską z przepluczyny żołądkowej dziewczynki 10-letniej z naciekiem obojczykowo-wnękowym prawostronnym, który jak wykazała dalsza przeszło 2-letnia obserwacja, uległ wyleczeniu z pozostawieniem drobnych zwapnień. Szczep ten rósł na pożywkach 3 miesiące. Druga połowa świnek morskich otrzymała w ten sam sposób taką samą dawkę 2-tygodniowej hodowli prątków szczepu

647 typu ludzkiego, wyodrębnionego bezpośrednio z gruczołu tchawiczowo-oskrzelowego, pobranego podczas badania pośmiertnego dziewczynki lat 5, zmarłej na ogólną prosówkową gruźlicę w następstwie pierwotnego zespołu płuc. Szczep ten rósł na pożywkach przez 4 miesiące.

Wszystkie świnki morskie padły na gruźlicę, a ich okres przeżycia w dniach przedstawia następujące zestawienie:

673 hum. (naciek płuc)	617 hum. (śmiertelna gruźlica prosówkowa)
47	61
59	73
73	88
74	112
84	138
99	159
107	171
115	196
131	202
139	372
średnia 93 ± 9,7	średnia 157 ± 28,2
wzorcowe odchylenie ± 30,5	wzorcowe odchylenie ± 89,1
wzorcowe odchylenie różnicy ± 66,6	
P < 0,05, czyli różnica ma znaczenie	

W tym doświadczeniu zatem szczep, wyodrębniony ze śmiertelnej gruźlicy prosówkowej okazał się mniej zjadliwym dla świnek morskich, niż szczep, wyodrębniony z przypadku gruźliczego nacieku płuc, który uległ wygojeniu.

5 d o ś w i a d c z e n i e

Użyto 20 świnek morskich (165 — 184/38) jednej hodowli i jednego wieku. Połowa z nich otrzymała podskórnie w lewą tylną kończynę po 10⁻² mg 2-tygodniowej hodowli prątków szczepu 752 typu ludzkiego, uzyskanego po jednym przeszczepie przez świnkę morską z przepłuczyny żołądkowej 2-letniego chłopca z małym naciekiem lewej wnęki, który się cofnął samoistnie. Szczep ten rósł na pożywkach 1 miesiąc.

Druga połowa świnek morskich otrzymała w ten sam sposób taką samą dawkę 2-tygodniowej hodowli prątków szczepu 746 typu ludzkiego, uzyskanego bezpośrednio z gruczołu chłonnego tchawiczowo-oskrzelowego podczas badania pośmiertnego dziewczynki 3-letniej, zmarłej z powodu ogólnej prosówkowej gruźlicy w następstwie pierwotnej gruźlicy płuc. Szczep ten rósł na pożywkach 2½ miesiąca.

PRODUKT KRAJOWY

w

BRONCHICIE CHRONICZNYM

*i wszystkich cierpieniach
dróg oddechowych*

daje najlepsze wyniki

SIROP FAMEL

wyrabiany przez

Chemiczno - Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

Fr. Karpiński w Warszawie Sp. Akc.

W O L N O Ś Ć 9

★ **Wystrzegać się naśladownictw.** ★

Dla PP. Lekarzy próbki i literaturę wysyła się
bezpłatnie.

„EMPHYSAL“

Dwujodek Kofeino-teobrominowy

Wprowadzony do Lekospisów: Związku Kas Chorych, Szpitalnictwa, Kolei Państwowych i innych.

W S K A Z A N I A :

1. Rozedma płuc. (Emphysema pulmonum)
2. Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chronica)
3. Miażdżyca naczyń obwodowych i wieńcowych serca (Sclerosis)
4. Dychawica sercowa i oskrzelowa (Asthma cardiacum et bronchiale)
5. Przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego (Myodegeneratio musculi cordis)
6. Wzmoczone ciśnienie krwi (Hypertensio)

ZAKŁ. CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE

„V A P O R“

R. i S. HERYNOWSCY

Warszawa, ul. Żelazna 30. Telefon 6.61-39

Kwas moczowy jest skutecznie rozpuszczalny i wydalany z ustroju

przez **URON**

URON zawiera: Ac. chinicum, Ac. citricum, Ac tartaricum, Lithium carbonicum, Lysidinum bitartaricum, piperazinum purissimum, Hexamethylentetramin, Natr. bicarbonicum, Sacchar. album

POSTAĆ. „URON“ przedstawia się w postaci białych ziarenek, dających w połączeniu z wodą musujący płyn o przyjemnym orzeźwiający smaku

WSKAZANIA. Skaza moczanowa, wszelkie postaci dny, zapalenia zniekształcające stawów, rwa kulszowa, kamica nerkowa i pęcherzowa, zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza, lumbago, wyprysk, świąd skóry, pokrzywki, obrzęk Quinckiego, schorzenina wątroby, kamica żółciowa.

DAWKOWANIE. Dla dorosłych po 1 łyżeczce od herbaty na $\frac{1}{2}$ szklanki wody 3—4 dziennie w 2 godziny po jedzeniu. W przypadkach ostrych do 6 łyżeczek dziennie. W przypadkach przewlekłych dla zapobieżenia ewentualnym nawrotom cierpień artretycznych należy powtarzać kurację URONEM przez jeden tydzień w miesiącu w ilości 3 łyżeczek dziennie. Dla dzieci do lat 15—2 łyżeczki od kawy dziennie.

OPAKOWANIE. Flakon zawiera ca 80 gr. ziarenek.

wyrobu Zakładów Chemiczno-Farmaceutycznych

„V A P O R“ **R. i S. HERYNOWSCY**
Warszawa

Wszystkie te świnki morskie padły na gruźlicę, a ich okres przeżycia w dniach przedstawia następujące zestawienie:

752 hum. (nacieczenie płuc)	746 hum. (śmiertelna gruźlica prosówkowa)
78	49
92	84
94	92
101	96
106	105
108	109
118	112
122	116
141	118
206	148
średnia $117 \pm 11,4$	średnia $103 \pm 8,2$
wzorcowe odchylenie $\pm 35,99$	wzorcowe odchylenie $\pm 25,8$

wzorcowe odchylenie różnicy $\pm 20,6$

$P > 0,1$, czyli różnica nie ma znaczenia

W tym doświadczeniu oba szczepy, — wyhodowany z przypadku dobrotliwego nacieczenia płuc i wyhodowany ze śmiertelnej ogólnej gruźlicy prosówkowej, okazały jednakową zjadliwość dla świnek morskich.

Streszczenie i wnioski

Dla zbadania zagadnienia korelacji między charakterem gruźlicy u ludzi (w naszych badaniach prawie wyłącznie dzieci) i zjadliwości prątków dla świnek morskich, zastosowaliśmy wypróbowaną przez nas metodę zakażenia jednym szczepem większej liczby zwierząt jednej hodowli i jednego wieku, oceniając zjadliwość na podstawie średniej przeżycia z uwzględnieniem metod statystycznych. W ten sposób wykonaliśmy 5 doświadczeń, porównując za każdym razem dwa szczepy: jeden z łagodnej postaci gruźlicy, a drugi z gruźlicy śmiertelnej.

W tych warunkach eksperymentalno-statystycznych okazało się, że (za wyjątkiem prątków z gruźlicy brodawkowej skóry o względnie mniejszej zjadliwości) szczepy prątków gruźliczych wykazują dla świnek morskich zjadliwość, która nie stoi w żadnym stosunku do postaci i przebiegu odpowiedniego przypadku gruźlicy ludzkiej.

Piśmiennictwo

Bergeron A. i Mézière B. F. *Revue Tbc.* 1936, str. 108. — Bergeron A. i Normand P. *Revue Tbc.* 1938, str. 935. — Carvalho A. *Zschr. Hyg. Inf.* 1932, 114, str. 106. — Griffith A. S. Rozdział w wydawnictwie Med. Res. Council: *A System of Bacteriology in Relation to Medicine.* Londyn 1930. — Lange B. *Zschr. Tbk.* 1930, 57, str. 129 i 209. — Lange B. i Lydtin. *Zentralbl. Bakt. I. Orig.* 1928, 108, str. 22. — Opitz H. i Sherif. *Beitr. Klin. Tbk.* 1929, 72, str. 521. — Roloff W. i Pagel W. *Beitr. Klin. Tbk.* 1929, 72, str. 685.

W. S. KOCHAŃSKI

PORÓWNAWCZA WARTOŚĆ PODSTAWOWYCH METOD BAKTERIOLOGICZNYCH W ROZPOZNAWANIU NIEKTÓRYCH SCHORZEŃ GRUŻLICZYCH

Niektóre metody, służące do opracowania nowych zagadnień z biologii zarazka gruźliczego, a dotyczy to w znacznej mierze zagadnienia przesączalności, mogą okazać się pomocne w praktycznej diagnostyce bakteriologicznej zakażenia gruźliczego. Z licznych szkół badających i starających się ugruntować zagadnienie „ultravirusu“ najbardziej płodną co do pomysłowości różnych metod była szkoła Calmette'a z Instytutu Pasteura w Paryżu. Liczne, wykonywane tam badania doświadczałne, miały wykazać istnienie takiego czynnika, który wprowadzony pozajelitowo do ustroju wpływałby nań w kierunku zareagowania na infekcję zarazkiem przesączalnym silniejszymi objawami klinicznymi. Badania Nègre'a, Valtisa, van Deinse, Beerensa i innych wysunęły zagadnienie podawania wyciągu acetonowego z prątków gruźliczych. Według ich opinii ma to doprowadzić do przyspieszenia zjawienia się uogólnionej gruźlicy świnek morskich. W r. 1932 Nègre, Valtis i van Deinse stwierdzają, że wstrzykiwanie wyciągu acetonowego świnkom, zrodzonym z matek gruźliczych, powoduje u nich rozwój zakażenia gruźliczego. Ponieważ próba kontrolna ze zdrowymi świnkami, bądź też świnkami, którym wyciągu nie wstrzykiwano, okazała się ujemna, wysuwają ci autorzy myśl, że w grę wchodzi postać przesączalna zarazka, która pod wpływem wyciągu acetonowego powoduje normalny rozwój zakażenia. Jednak prątki, znajdujące się w zmienionych gruźliczych tkankach jedynie z trudnością dawały się hodować i miały charakter nieustalony. Potwierdzili to Valtis, van Deinse, Nègre i Bretey, a także i Beerens, który szczepił szereg świnek materiałem podejrzanym o pochodzenie gruźlicze, bądź przesączem tegoż materiału, a następnie wstrzykiwał dodatkowo świnkom kontrolnym wyciąg acetonowy prątków Kocha. Metoda wyciągów acetonowych miała, według Beerensa, Nègre'a i Breteya oraz Valtisa i van Deinse, okazać się bardzo pożyteczną w stwierdzaniu bakteremii gruźliczej.

Bardzo często świnki szczepione wyłącznie krwią osobników gruźliczych nie okazywały zmian histopatologicznych na sekcji, świnki zaś, otrzymujące dodatkowo wyciąg acetonowy prątków Kocha okazywały typowe objawy zakażenia. O własności wyciągu acetonowego, mającego przekształcać zarazek niewidzialny w postać widzialną i kwasooporną, mówią także dalsze prace Valtisa i van Deinse, Boera, Nègre'a i innych.

Zachęcony wynikami badaczy francuskich postanowiłem spróbować czy nie uda się ich wykorzystać dla diagnostyki płynów mózgowo-rdzeniowych pochodzenia gruźliczego. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że zakażenie świnek takimi płynami mózgowo-rdzeniowymi, nawet niewątpliwego pochodzenia gruźliczego, często nie prowadzi do skutku. Po pierwsze dla tego, że wchodzić tu może zbyt mała liczba prątków, po drugie zaś, że wynik w przypadku nawet dodatnim otrzymuje się zbyt późno. Można było się spodziewać, że wyciąg acetonowy pobudzi zjadliwość pojedynczych prątków, znajdujących się w materiale szczepionym, a nie mogących w normalnym przypadku wywołać zakażenia. W grę może również wchodzić działanie wyciągu na tkankę zakażanej świnki. Uważałem, że płyn mózgowo-rdzeniowy chorych podejrzanych o gruźlicze zapalenie opon nadaje się w dużym stopniu do mych doświadczeń. Płyny takie zawierają zazwyczaj bardzo nikłą ilość prątków, a po za tym są pozbawione mikroflory towarzyszącej. Wyłącza to zabiegi homogenizacyjne, które mogłyby wpłynąć szkodliwie na znajdujące się w niewielkiej liczbie prątki gruźlicze. Przed użyciem płynu do doświadczeń orientowałem się co do charakteru płynu na podstawie danych klinicznych i własnych badań laboratoryjnych. Badałem płyn bakterioskopowo, określałem poziom cukru i białka, dalej badałem pleocytozę oraz odczyny globulinowe. Pozostałą po badaniach laboratoryjnych resztę płynu (3—6 cm³) wirowałem około 10 minut na szybkoobrotowej wirownicy (3500 obrotów na minutę). Po ściągnięciu płynu, osad z pierwszej próbki rozprowadzałem na podłożach jajowych, do osadu w drugiej dodawałem 1 cm³ roztworu jałowej soli fizjologicznej i po przemieszaniu starałem się wstrzyknąć po 0,5 cm³ do gruczołu pachwinowego dwóm świnkom morskim. Jedna z nich otrzymywała dwa razy w tygodniu przez przeciąg trzech do czterech tygodni wyciąg acetonowy. Jest to zawiesina wodna wyciągu acetonowego z prątków gruźliczych martwych, którą zechciał mi łaskawie nadesłać dr Nègre z Instytutu Pasteura. Świnki szczepione obserwowałem początkowo do 5 miesięcy. W późniejszych doświadczeniach czas obserwacji znacznie

skróciłem, zwłaszcza przy wystąpieniu typowych objawów zakażenia. Zmiany na sekcji obserwowałem makro i mikroskopowo, w razie potrzeby wykonywałem posiew. Użyłem do prób 24 płynów mózgowo-rdzeniowych i 48 świnek morskich. Rozległość zmian na sekcji stopniowałem 1, 2 i 3 plusami. Wyniki zestawione są w tablicy 1. (Podana w końcu referatu).

Muszę stwierdzić, że oczekiwania nie ziściły się. Nie stwierdziłem bynajmniej wcześniejszego występowania objawów zakażenia u zwierząt szczepionych dodatkowo wyciągiem acetonowym. Często świnki nawet z wybitnie uogólnioną gruźlicą przeżywały cztery miesiące i dłużej, niezależnie czy otrzymywały wyciąg czy nie. Na sekcji świnki otrzymujące wyciąg acetonowy nie okazywały zmian bardziej rozległych aniżeli świnki kontrolne. W jednym tylko przypadku (Tablica 1, przyp. 13) zmiany były bardziej rozległe u świnki szczepionej dodatkowo wyciągiem acetonowym, zaś przeciwnie aż w czterech przypadkach (Tablica 1, przyp. 4, 5, 16, 23) mamy zjawisko odwrotne. Wreszcie jeśli chodzi o wystąpienie zakażenia wyłącznie u jednej z szczepionych świnek, to w trzech przypadkach (Tablica 1, przyp. 1, 2, 15), w tym jeden wątpliwy (przyp. 2 — świnka padła przedwcześnie) wystąpiło zakażenie tylko u świnki otrzymującej dodatkowo wyciąg acetonowy. Wypadek odwrotny mamy jeden (przyp. 11). Wyniki podane w tablicy stwierdzają ponadto fakt, że jednak płyny niewątpliwie gruźlicze (wynik dodatni posiewu), a więc zawierające prątki, choćby i w minimalnej liczbie, czasem nie wywołują zakażenia gruźliczego świnki morskiej (Tablica 1, przyp. 6).

Z moich badań wynikałoby za tym, że metoda wstrzykiwania wyciągów acetonowych nie daje nic ponad zakażenie zwykle. W ostatnich latach zresztą autorzy powyższej metody nie przypisują również takiej wagi wstrzykiwaniom wyciągu acetonowego dla celów rozpoznawczych.

W trakcie mych spostrzeżeń nad diagnostyką płynów mózgowo-rdzeniowych posiłkowałem się, w celach rozpoznawczych, po za odczynem biologicznym na świnie morskiej, posiewem i własnościami chemicznymi płynów. Zupełną jednak pewność rozpoznawczą posiada badanie bakteriologiczne. Wobec gwałtownego zazwyczaj przebiegu schorzenia natychmiastowa odpowiedź badania mikroskopowego ma największe znaczenie. Posiew na podłożu jajowym ma już mniejszą wartość dla rozpoznania klinicznego. Tylko niektóre przypadki szybkiego wzrostu i być może technika podana przez Saenza i Costila (wczesne zeszkrobwanie pod-

łóż) skracają wybitnie czas rozpoznawczy. W własnych próbach podjąłem się, w oparciu o dane kliniczne, ustalenia wartości poszczególnych metod. Ogółem przebadalem 35 płynów mózgoworzeniowych chorych podejrzanych o gruźlicze zapalenie opon. Dane porównawcze bakterioskopii, posiewów i szczepień dwóch świnek morskich przedstawia tablica 1 oraz tablica 2 (druga rubryka). Dane wskazują, że w części przypadków ujemnego wyniku bakterioskopowego wczesny i dodatni wynik posiewów mógł odegrać rolę w rozpoznaniu klinicznym. Wartość posiewu prawie w zupełności dorównała wartości szczepienia świnek morskich, co świadczy o jego równorzędnym znaczeniu w rozpoznawaniu.

Zastosowanie metodyki posiewu dla rozpoznania gruźliczego zapalenia opon było jednym z fragmentów mych prób nad praktycznym zastosowaniem podłoża jajowego.

Zakażenie świnki morskiej nie czyni zadość wymaganiom klinicznym, żądającym szybkiego rozpoznawania. Bakterioskopia opłaca tę szybkość znacznie zmniejszoną czułością i pewnością. Badania ostatnich lat idą w kierunku wykorzystania posiewu dla bakteriologicznej diagnostyki. Różne prace i monografie np. Calmette'a, Valtisa, Piaseckiej-Zeyland, Ławrynowicza z współpracownikami, Saenza i Costila i innych zawierają obszernie i dokładne szczegóły historycznego rozwoju podłoży, ich biochemii oraz przepisy ich przyrządzania. Wobec tego, że pożywka Petragnaniego była w Polsce zalecana w ostatniej monografii Piaseckiej-Zeyland, zaś podobna monografia Saenza i Costila stawia pożywki Petragnaniego i Löwensteina również najwyżej, rozpocząłem wstępne próby z tymi dwoma podłożami. Użyłem drugiej pożywki Löwensteina z r. 1931 i pożywki Petragnaniego z peptonem według przepisu danego przez Piasecką-Zeyland. Orientacyjnie wypróbowałem niewielką ilość posiewów na podłożu Löwensteina i Petragnaniego. Okazało się, że podłoże Petragnaniego nie ustępuje podłożu wiedeńskiemu. Względy już wspomniane oraz większa prostota w przygotowaniu skłoniły mię do zastosowania w dalszych próbach podłoża Petragnaniego. Jak wynika z prac lat ostatnich niektórzy autorzy mogli się przekonać, że lepszym od peptonu źródłem azotu są aminokwasy, a zwłaszcza asparagina. Zmodyfikowana pożywka Petragnaniego, zawierająca zamiast peptonu odpowiadającą mu ilość asparaginy, jest stosowana przez Saenza i Costila we Francji z bardzo dobrym wynikiem. Na pożywkę Petragnaniego z peptonem wykonałem przeważającą ilość 117 posiewów. Przepis jej podany przez Valtisa brzmi następująco:

Do kolby litrowej daje się 150 cm³ mleka krowiego obojętnego, 6 gr mąki kartoflanej, 1 gr asparaginy i kartofelek wielkości jaja, pokrojony w kawałki. Zanurza się kolbę do gotującej wody, wciąż obracając ją w ciągu 10 minut. Gdy mieszanina staje się gęsta, przestaje się obracać i pozostawia się kolbę w gotującej wodzie w ciągu godziny. Następnie wyjmuje się kolbę, czeka się aż temperatura osiągnie 60° i w tym momencie dorzuca się cztery całe jaja i piąte żółtko. Dodaje się 12 gr gliceryny, 10 gr roztworu 2% zieleni malachitowej w wodzie destylowanej. Wstrząsa się mocno, sączy przez sterylizowaną gazę i rozdziela do probówek 22 cm długości po 12—14 cm³. Ścina się 25 min. w 85°. Gdy temperatura opadnie do pokojowej, sterylizuje się tegoż dnia 15 min. w 85°, na drugi i trzeci dzień po 10 minut w 75°.

Na pożywce Löwensteina wykonałem 6 posiewów, na pożywce Petragianiego z peptonem—7. Łączne wyniki 130 posiewów rozmaitych materiałów przedstawia tablica II (podana w końcu referatu). Z tablicy wynika, że w 24% otrzymałem hodowle prątka gruźliczego tam, gdzie bakterioskopia dała wynik ujemny. Świadczy to o wysokiej wartości stosowanej przeze mnie pożywki. Wartość kliniczna wyników dodatnich jest niewątpliwa przy badaniu takich materiałów jak płwociny, mocze, wysięki, ropy czy kał. Szczególne znaczenie ma w szpitalu dziecięcym badanie przepłuczyn żołądkowych niemowląt i dzieci starszych nieodpływających. Co do posiewów krwi, to po dziś dzień nie ma zgodności poglądów, czy za pomocą techniki Löwensteina daje się osiągnąć tak liczne przezeń otrzymane, dodatnie wyniki. Posiew narządów świnek morskich był mi pomocny przy stwierdzeniu zakażenia na sekcji. Rubryka nalot z hodowli wskazuje czy przechowywane szczepy są zdolne po dłuższym czasie do dalszego wzrostu. Wartość posiewów płynów mózgowo-rdzeniowych omówiłem już poprzednio.

Homogenizację stosowałem według schematu Hohna (kwas siarkowy). Dla próbek krwi stosowałem metodą Löwensteina, dla kału — Ogawy. Wzrost zaobserwowałem w szerokich granicach od 5—7 do 32—40 dnia. Przeciętna wzrostu wyniosła 20,1 dnia, procent zanieczyszczeń 13,6%. Niektóre szczepy przechowywałem na kartoflu z gliceryną, najlepiej nadającym się do tego celu. Stanowi on też najlepsze podłoże wyjściowe dla przeszczepienia na bulion glicerynowy. Szereg szczepów obserwowałem w temperaturze pokojowej. Po dłuższym okresie przechowywania wykazały częściową stratę kwasooporności i zwiększenie ilości ziarenek, ujawnianych metodami Kronbergera i Fontès. Zdolność do wzrostu ulegała zahamowaniu.

Stan wilgotności podłoża ma duże znaczenie dla wzrostu. Odwirowany osad badanego materiału po lub bez homogenizacji, rozprowadzałem w zależności od ilości na 2—6 podłożach, po czym korek parafinowałem i owijałem szczelnie ceratką. W okre-

Tabela I

Nr	Bakterioskopowo	Posiew	Wynik w	Zakażenie zwykłe	Wynik w	Zakażenie zwykłe + wyciąg acetonowy	Wynik w
1	dodatni	+++	23 dni	ujemny	—	dodatni	116 dni
2	dodatni	+++	18 "	ujemny	— (?)	dodatni	25 "
3	ujemny	++	25 "	dodatni	+++	dodatni	137 "
4	ujemny	++	26 "	dodatni	+++	dodatni	86 "
5	dodatni	++	24 "	dodatni	+++	dodatni	108 "
6	ujemny	+	21 "	ujemny	—	dodatni	108 "
7	dodatni	+	22 "	dodatni	+++	ujemny	111 "
8	ujemny	+	40 "	dodatni	+++	dodatni	100 "
9	dodatni	++	19 "	dodatni	+++	dodatni	156 "
10	dodatni	++	21 "	dodatni	+++	dodatni	155 "
11	ujemny	+	30 "	dodatni	+++	ujemny	155 "
12	ujemny	—	"	dodatni	+++	ujemny	"
13	dodatni	++	12 "	dodatni	++	dodatni	84 "
14	dodatni	++	24 "	dodatni	++	dodatni	78 "
15	dodatni	++	16 "	ujemny	—	dodatni	71 "
16	dodatni	++	"	dodatni	++	dodatni	61 "
17	dodatni	+++	20 "	dodatni	+	dodatni	61 "
18	ujemny	—	"	dodatni	+	dodatni	70 "
19	ujemny	—	"	ujemny	—	ujemny	"
20	ujemny	++	24 "	ujemny	—	ujemny	75 "
21	ujemny	—	20 "	dodatni	++	dodatni	64 "
22	ujemny	—	"	dodatni	++	dodatni	64 "
23	dodatni	+	20 "	ujemny	—	ujemny	"
24	ujemny	—	"	dodatni	++	dodatni	63 "

sie wzrostu podłoże prawie nigdy nie wysychało. Duże znaczenie ma świeżość podłoża. Nie używałem prawie nigdy pożywki starszej ponad miesiąc, gdyż już po dwóch tygodniach pożywka dawała nieco gorsze wyniki. Warto podkreślić, że pedantyczna staranność w wykonaniu choćby najdrobniejszych manipulacji technicznych może mieć duży wpływ na wynik posiewu.

Wspomniałem już uprzednio, że wartość zakażenia świnki, choć na ogół wysoka, nie przekraczała w mych własnych doświadczeniach wartości posiewu. Ważnym warunkiem jest tu jednak zasianie większej ilości podłoży, podobnie bowiem jak przypadkowe, a przedwczesne zejścia świnki morskiej, tak zaroiście względnie brak wzrostu na poszczególnych próbkach tego samego posiewu może udaremnić otrzymanie wyniku. Staje się wobec tego widocznym, że wykorzystanie posiewów dla celów rozpoznawczych ma duże znaczenie i winno być stosowane jednocześnie z zakażeniem świnki, niekiedy zaś może ten znacznie kosztowniejszy i uciążliwszy zabieg zastąpić. Szczepienie zwierząt doświadczalnych pozostaje jednak niezastąpionym sprawdzianem zjadliwości zarazka i określenia jego typu.

Za miły swój obowiązek uważam złożenie podziękowania płk. dr Żurkowskiemu za cenne rady i wskazówki udzielone mi podczas wykonywania pracy.

Tablica II

Materiał	Ilość całkowita	Bakteriosk. dodatnie	Posiew dodatni	Bakteriosk. ujemne	Posiew dodatni
plwociny	52	12	8	40	1
płyny mózg.-rdzen . .	35	14	13	21	12
mocze	11	1	0	10	1
treści żołądkowe . . .	10	1	1	9	3
wysięki	4	0	0	4	3
krew	4	0	0	4	0
ropy	2	1	0	1	1
kał	1	0	0	1	0
narządy św. morsk. . .	4	2	2	2	1
nalot z hodowli (przeszczepy) . .	7	7	4	0	0
Ogółem . .	130	38	28	92	22
Procent . .	—	100%	74%	100%	24%

Wnioski

1. Droga wstrzykiwań wyciągów acetonowych prątków Kocha zakażonym świnkom morskim nie udaje się ustalić szybszego i pewniejszego rozpoznania w gruźliczym zapaleniu opon.

2. W gruźliczym zapaleniu opon posiew ma duże znaczenie w ustalaniu rozpoznania i nie ustępuje biologicznym odczynom na świnie morskiej.

3. Podłoże Petragnaniego z asparaginą jest dobrą pożywką dla wzrostu prątków gruźliczych, na której otrzymuje się hodowlę przeciętnie po upływie 20 dni, a często mniej niż w dwa tygodnie.

Piśmiennictwo

1. J. Valtis. Le virus tuberculeux. Paris 1932. — 2. E. Piasecka-Zeyland. Bakteriologiczne rozpoznawanie gruźlicy u ludzi. Gruźlica, 1935, z. 2 i 3. — 3. L. Nègre, J. Valtis, F. van Deinse et J. Beerens. Sur les services que les injections sous-cutanées de substances ciro-graisseuses du bacille de Koch peuvent rendre dans le diagnostic de la tuberculose par inoculation au cobaye. Presse Médicale 1932, str. 1947. — 4. L. Nègre, J. Valtis, F. van Deinse. Action de substances ciro-graisseuses du bacille de Koch sur les jeunes cobayes nés de mères tuberculeuses. C. R. Soc. de biol. 1932, t. 110, str. 685. — 5. J. Beerens. Mise en évidence „in vivo“ du virus tuberculeux par les substances ciro-graisseuses du bacille de Koch. Soc. Biol. 1932, t. 110, str. 682. — 6. J. Valtis, F. van Deinse. Sur les propriétés biologiques des bacilles tuberculeux isolés de cobayes inoculés avec de l'ultravirus tuberculeux et traités par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. Soc. biol. 22 octobre 1932, t. 111. — 7. J. Beerens. Mise en évidence du virus tuberculeux dans le sang par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Kocha. Soc. biol. 1933, t. 113, str. 696. — 8. L. Nègre, J. Valtis, F. van Deinse. Sur les caractères des souches de bacilles tuberculeux isolés de cobayes inoculés avec des filtrats de cultures ou de produits pathologiques tuberculeux et traités par des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch. Presse Médicale 1933, z. 76, str. 1471. — 8. L. Nègre, J. Bretey. Mise en évidence du virus tuberculeux dans le sang par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch. Caractères des souches de bacilles tuberculeux ainsi isolés. Annales de l'Institut Pasteur 1935, t. 55, str. 273. — 9. L. Nègre, J. Bretey. Sur la mise en evidence du virus tuberculeux par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. Presse Médicale 1935, z. 92, str. 1798. — 10. A. Saenz, L. Costil. Diagnostic bactériologique de la tuberculose. Paris 1936. — 11. A. Ławrynowicz. Nowe metody bakteriologicznego rozpoznawania gruźlicy. Koreferat na ogólnopolskim zjeździe przeciwgruźliczym w Warszawie 1933. — 12. A. Ławrynowicz, M. Stankowska, E. Wasilewska-Mironowiczowa. Uwagi w sprawie wartości metodyki posiewów w diagnostyce laboratoryjnej spraw gruźliczych. Pol. Gaz. Lek. 1934, nr. 1, str. 13. — 13. A. Ławrynowicz. Wartość porównawcza podstawowych metod diagnostyki laboratoryjnej zakażenia gruźliczego. Medycyna 1934, nr. 3. — 14. Koen i Löwenstein. Klinische Wochenschrift 1931, nr. 21. — 15. Karl Eskuchen. Die Lumbalpunktion 1919. — 16. T. Mogilnicki. Diagnostyczne i prognostyczne znaczenie badania cukru w płynach mózgo-rdzeniowych u dzieci w przebiegu zapaleń mózgo-rdzeniowych. Odbitka z Pediatrii Polskiej 1931, t. 11, z. 3. — 17. J. Ingham. Sodium chloride content of cerebro-spinal fluid in tuberculous meningitis British Med. Journal 1937, 111—114, 3993. — 18. A. Estrada. Le bacille de Koch dans la meningite tuberculeuse. Soc. biol. 1935, t. 121. — 19. Pognats. Mun. Mediz. Wochenschrift 1937, z. 2119, str. 814. (O próbie tryptofano vej).

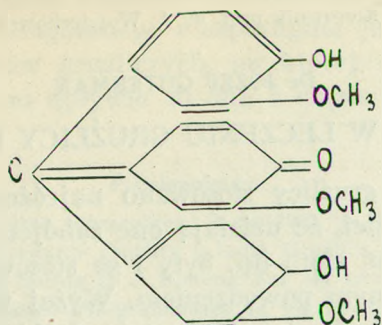
Dr JÓZEF GUTERMAN

RUBROPHEN W LECZENIU GRUŻLICY POZAPŁUCNEJ

W leczeniu gruźlicy stosowano najróżnorodniejsze środki chemiczne w nadziei, że działają one zabójczo na prątki Kocha. Jod, cholina, arsen, złoto itp. były i są stosowane w lecznictwie gruźlicy ze zmiennym powodzeniem. Wyżej wspomniane preparaty powodują jednak niejednokrotnie ciężkie objawy toksyczne, których przy odpowiednim dawkowaniu, szczególnie złota, daje się często uniknąć. O ile stosowanie wyżej wspomnianych preparatów rokuje niekiedy powodzenie w leczeniu gruźlicy płuc, to zawodzi ono najczęściej w zupełności w leczeniu gruźlicy pozapłucnej. Najszybsze wyzdrowienie gruźliczo zmienionych tkanek daje się uzyskać bezsprzecznie leczeniem operacyjnym. Leczenie to jednak zostaje dość często ograniczone okolicznościami nakazującymi zachować jak największą ostrożność przy kwalifikowaniu chorych do zabiegów. Leczenie zachowawcze jest długotrwałe i stanowi potężne obciążenie dla funduszków publicznych i prywatnych. Pomimo długotrwałego leczenia i jak najtroskliwszej opieki otrzymujemy niejednokrotnie mierne wyniki pod względem czynnościowym. Zesztywnienia stawów, zniekształcenia, blizny po przetokach przypominają nierzadko i dość jaskrawie o przebytej chorobie. Ponadto nie wolno zapomnieć, że gruźlica chirurgiczna jest zawsze sprawą wtórną, przerzutową, wskutek czego leczenie wyłącznie miejscowe nie może być uznane za wystarczające, w najlepszym razie bowiem pozostaje nadal możliwość powstania nowych ognisk. Stąd płynie zrozumiałe dążenie do posiadania takiego ogólnego postępowania leczniczego, któreby działało nie tylko miejscowo, ale i w sensie *therapia sterilisans magna*. Zrozumiałe zostaje więc to żywe zainteresowanie, jakie wykazujemy w stosunku do każdego nowego sposobu leczenia, do każdego wartościowego preparatu, mającego zastosowanie w leczeniu gruźlicy pozapłucnej.

Z inicjatywy Kierownika II Klin. Chir. U. J. P. rozpoczęliśmy przed dwoma laty systematyczne stosowanie Rubrophenu.

Rubrophen — trimethoxy-dioxy-oxotritan — jest zasadowym barwikiem o wzorze



Jest to ciało krystaliczne o ciemno-czerwonym kolorze, w wodzie prawie wcale nie rozpuszczalne, w alkoholu bardzo trudno. Do wstrzykiwań dożylnych stosuje się połączenie natrium-bisulfitowe Rubropheny, które jest w wodzie łatwo rozpuszczalne. Preparat ten powstał po wieloletnich przeróbkach chemicznych, mieszaniny jodoformu i guajakolu, i został podany przez Sailera. Rubrophen jest mało toksyczny; dawka śmiertelna wynosi 0.3 g na 1 kg wagi królika przy dożylnym wstrzyknięciu, doustnie może być podawany do 2 gr na 1 kg wagi królika. Dawka lecznicza u ludzi różni się bardzo znacznie od dawki trującej, a ponieważ środek ten zostaje bardzo szybko wydalony przez ustrój, przeważnie przez nerki, więc wskaźnik leczniczy Rubropheny przedstawia się bardzo korzystnie. Działalność i skuteczność jakiegokolwiek środka zwykle badamy doświadczalnie, w tym jednak przypadku ani doświadczenia na zwierzętach na szeroką skalę zakrojone przez Sailera i jego współpracowników, nie dały dotychczas wyników wyraźnie dodatnich, ani doświadczenia w probówce nie potrafiły wykazać bezpośredniego bakteriobójczego działania Rubropheny na prątki Kocha. Należy bowiem ściśle odgraniczyć działanie chemolecznicze od bakteriobójczego. Preparaty o własnościach odkażających hamują rozwój drobnoustrojów, lub zabijają je in vitro, podczas gdy preparaty chemolecznicze z grupą paraaminofenylosulfamidową na czele działają jedynie in vivo i to tylko w zakażonym organizmie. Mechanizm działania preparatów barwиковych nie jest jeszcze dokładnie znany. Wiemy tylko tyle, że prawie wszystkie chemolecznicze preparaty przeistaczają się chemicznie w ustroju i wtedy dopiero upośledzają lub niszczą żywotność drobnoustrojów oraz przyczyniają się do wiązania i unieszkodliwiania toksynów, wytwarzanych przez drobnoustroje. Cechę znaną tych związków stanowi wybitna wybiórczość.

Wszystkie wyżej wymienione własności Sailer przypisuje Rubrophenowi, a badania Pommersheima wykazały, że istotnie na zakażenia gronkowcami i paciorkowcami Rubrophen nie wywiera żadnego wpływu. Równoległe doświadczenie kliniczne poucza nas jednak o wyraźnym działaniu tego leku w sprawach gruźlicy pozapłucnej. Mamy tu dowód wybitnej wybiórczości tego leku w sensie wyłącznie przeciwprątkowym. O ile jego czynność ogranicza się do typus humanus, czy też obejmuje i typus bovinus, trudno powiedzieć, i w naszych warunkach jest to bez większego znaczenia, albowiem u nas gruźlica pozapłucna w przytłaczającej większości przypadków, jak wiadomo, wywoływana bywa przez prątek ludzki.

Zachęteni wynikami samego Sailera oraz innych autorów rozpoczęliśmy w kwietniu 1937 r. w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. stosować Rubrophen na szerszą skalę. Rozmyślnie na razie nie podajemy szczegółowej statystyki, gdyż praca statystyczna musi się oprzeć na długoletnim spostrzeganiu i na bardzo dużym materiale klinicznym, szczególnie gdy chodzi o tak przewlekłe sprawy, jak gruźlica. A jeżeli zważymy wielkie trudności piętrzące się przy ocenianiu wpływu leczenia na przebieg gruźlicy pozapłucnej, to uświadomimy sobie tę ogromną odpowiedzialność, którąby ciążyła na pracy podającej dalej idące wnioski. My pragniemy podzielić się na razie jedynie wynikami naszych dotychczasowych spostrzeżeń i oświetlić rzeczowo doraźne działanie.

Przy stosowaniu Rubrophenu nie stwierdziliśmy dotychczas żadnego poważniejszego ujemnego działania na ustrój, tylko w 8 przypadkach uskarżali się chorzy na zaburzenia żołądkowo-jelitowe i na silne rozwolnienia, uboczne działanie, dość często występujące w spostrzeżeniach i innych autorów. Zaburzenia te w 6 przypadkach zostały usunięte podawaniem pepsyny i kwasu solnego, a w 2 przypadkach zmuszeni jednak byliśmy preparat zupełnie odstawić. Przedstawiając ogólny obraz działania leku wypada podkreślić, że już po stosunkowo niedługim czasie wzmaga się u chorych apetyt bardzo wyraźnie, a waga wykazuje tendencję zwyżkową. Wygląd chorych i ich samopoczucie wykazują wyraźną poprawę. Chorzy lub ich rodzice bardzo energicznie dopominali się zawsze o wydanie „czerwonych pigulek“. Ilość hemoglobiny we krwi wzrasta już po dwóch miesiącach i przekracza nierzadko 100%. Tak samo wzrasta liczba czerwonych ciałek krwi. Odczyn Biernackiego wykazywał często skłonność zniżkową. Przy ocenie tego ostatniego objawu zachowaliśmy zawsze dużą ostrożność, gdyż zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że prócz Rubrophenu u naszych chorych były stosowane i inne metody lecz-

nicze, jak unieruchomienie, odciążenie chorych stawów, naświetlania i leczenie klimatyczne, czynniki, które niewątpliwie wpływały korzystnie na sam przebieg choroby i mogły wpłynąć również na obniżenie wyników odczynu Biernackiego.

Rozpoczęliśmy dawkowanie stosując się do przepisów Saiera, a więc podając dzieciom do lat 10 — 4 tabl., czyli 0.6 g, dorosłym 6 tabl. dziennie, czyli 0.9 g Rubrophenu.

Dawki powyższe stosowano jednorazowo rano na czczo. Od roku mniejwięcej zwiększyliśmy dawkę dla dorosłych do 10 tabl. dziennie, dzieciom do lat 10 — do 6 tabl. dziennie, podając 5, względnie 3 razy dziennie po dwie tabletki po jedzeniu. Mamy poważne podstawy do przypuszczania, że to wzmożone dawkowanie Rubrophenu odbiło się na sprawie chorobowej korzystnie. Wstrzykiwania dożylnie stosowaliśmy tylko u nielicznych chorych, wstrzykując trzy razy tygodniowo 1 ampulkę, zawierającą 0.3 g Rubrophenu. W dniu wolne od wstrzykiwań chorzy otrzymywali po 6 tabletek dziennie doustnie. Chorzy otrzymywali więc razem 0.9 i 3.6 g Rubrophenu, tzn. ogółem 4.5 g. Jest to dawka dla dorosłego, jak się okazało, raczej za mała i została ona u nas od roku mniejwięcej w ten sposób zmieniona, że chorzy otrzymują trzy wstrzykiwania dożylnie tygodniowo oraz cztery razy po 10 tabletek doustnie, czyli razem 6.9 g Rubrophenu tygodniowo. Jest to według Saiera dawka optymalna, przy stosowaniu której już po 8 tygodniach daje się zauważyć działanie lecznicze Rubrophenu na obraz krwi i wagę chorego. W tym to okresie czasu na ogół ani spostrzeganie kliniczne ani badanie rentgenologiczne jeszcze nie wykazują przedmiotowych zmian poprawy.

We wszystkich przypadkach gruźlicy kostno-stawowej stosowaliśmy, rzecz prosta, prócz Rubrophenu, i inne właściwe miejscowe metody leczenia. Wychodzimy bowiem z założenia, że nawet najidealniejszy środek przeciwgruźliczy nigdy nie będzie w stanie zastąpić odciążenia a czasami i unieruchomienia. W przypadkach, gdzie były ścisłe wskazania operacyjne, kierowaliśmy chorych do zabiegu. Traktowaliśmy naszych chorych kostno-stawowych tak, jak gdyby Rubrophenu nie otrzymywali.

Lek ten stosowaliśmy w 70 przypadkach gruźlicy pozapłucnej. Najmłodszy nasz pacjent był w wieku 3 lat, najstarszy — 78 lat. Przeważająca część przypadków była leczona ambulatoryjnie w Przychodni Ortopedycznej i Gruźlicy Kości. Niektóre tylko przypadki mieliśmy możliwość umieścić i spostrzegać na oddziale.

Gruźlica gruczołów chłonnych: z 15 przypadków w 9 istniały mniejsze lub większe przetoki. 14 przypadków

Zgodnie ze stanowiskiem II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. przypadki nasze zostały podzielone ściśle na dwie grupy wiekowe: gruźlica pozapłucna do ukończenia wzrostu i gruźlica pozapłucna po ukończeniu wzrostu.

W grupie I		W grupie II	
Lymphoma colli	12	. . . . .	3
gonitis tbc.	13	. . . . .	5
coxitis tbc.	11	. . . . .	3
spondylitis tbc.	6	. . . . .	4
Tbc. talo-cruralis	3	. . . . .	4
Tbc. cubiti	2	. . . . .	—
Tbc. ossis zygomatici	1	. . . . .	—
Caries manus . . . . .	—	. . . . .	1
Tbc. sterni . . . . .	—	. . . . .	1
Tbc. costae . . . . .	—	. . . . .	1
Ogółem	48	Ogółem	22

leczone podawaniem Rubrophenu w tabletkach, opatrunkami maścią rubrophenową i naświetlaniami lampą kwarcową, w 4 przypadkach dokonaliśmy kilkakrotnego nakłucia. Mniej więcej po trzech miesiącach zdołaliśmy stwierdzić u wszystkich chorych bardzo znaczną poprawę, a w niektórych przypadkach nawet zupełne wygojenie się sprawy. W jednym przypadku zastosowano wyłącznie leczenie Rubrophenem. Chodziło tu o 13-letniego chłopca, u którego szyja w całości była objęta pakietami gruczołów o ogromnych rozmiarach. Chłopiec ten dostał w przeciągu 42 dni 420 tabletek. Choremu przybyło na wadze przez te 6 tygodni cztery i pół kilo, a obwód szyi zmniejszył się o blisko 3 cm. Ażeby w tym przypadku uniknąć zarzutu co do słuszności rozpoznania, zdecydowałem się pobrać wycinek z gruczołów szyjnych i zbadać go histologicznie. Wynik badania wykonany przez dr Siedlecką, jest następujący: w nadesłanym wycinku znajdują się na obwodzie szczątki tkanki limfoidalnej z licznymi gruzelkami typowymi lub zbudowanymi z komórek nabłonkowych. Na dużej przestrzeni tkanka uległa zserowaceniowi. Rozpoznanie: Lymphadenitis tbc. caseosa.

Na podstawie powyższego możemy stwierdzić, że w gruźlicy gruczołów chłonnych szyi działanie Rubrophenu bezsprzecznie przyspiesza okres gojenia. Stwierdzić wszakże należy, że ta kategoria chorych na gruźlicę w ogóle najłatwiej poddaje się leczeniu.

Gruźlica stawu kolanowego. Spostrzegliśmy jej

18 przypadków. Rozchodziło się przeważnie o znacznie posunięte przypadki z przetokami u częściowo bardzo wyniszczonych chorych. 3 chorych po uprzednim przygotowaniu Rubrophenem zostało skierowane do wycięcia stawu kolanowego, przy czym uzyskano zupełne wyleczenie. W 4 przypadkach przetoki zamknęły się po półrocznym leczeniu. W 3 przypadkach stwierdzono wyraźną poprawę. W 2 przypadkach u 14 i 11-letniej dziewczynki stan się pogorszył, leczenie trwa u nich blisko dwa lata, a pomimo to sprawa pogarsza się stale. W 6 przypadkach nie stwierdziliśmy wyraźnej poprawy.

Gruźlica stawu biodrowego: przypadków 14. Były to przeważnie przypadki ciężkie z wielkim zniszczeniem kości. W 8 przypadkach stwierdziliśmy wyraźną poprawę, w 3 przypadkach stan pomimo długotrwałego unieruchomienia i leczenia Rubrophenem nie poprawił się zupełnie. W 1 przypadku gruźlicy stawu biodrowego u 6-letniego chłopca powstała po 4 miesiącach leczenia Rubrophenem sprawa w drugim stawie biodrowym. Chłopiec ten znajduje się w naszym leczeniu przeszło rok i dopiero ostatnio zaznaczyło się znaczne polepszenie. W 3 przypadkach mogliśmy przystąpić do założenia aparatów o wiele wcześniej, niż bywa to możliwe w przeciętnym przebiegu gruźlicy stawu biodrowego. W jednym przypadku u 17 letniej pacjentki stwierdziliśmy ogromny ropień opadowy na prawym udzie. Przy pierwszym nakłuciu wydobyliśmy 300 cm³ ropy gruźliczej, a po nakłuciu wstrzyknęliśmy do jamy ropnia 10 cm³ 3% roztworu Rubrophenu. Te nakłucia i wstrzyknięcia powtarzaliśmy w odstępach 10-dniowych pięć razy. Po dwóch miesiącach ropień opadowy zlikwidował się zupełnie i chora została zakwalifikowana do osteotomii. Ostatni przypadek dotyczy 14-letniego chłopca, u którego choroba trwała podobno 11 lat. Pomimo istniejących dwóch przetok chorego zakwalifikowano do osteotomii, którą dokonano po uprzednim przygotowaniu Rubrophenem. Chory zniósł zabieg bardzo dobrze, a po zdjęciu opatrunku gipsowego stwierdzono zagojenie obu przetok.

Gruźlica kręgow: przypadków 10. W 8 przypadkach spostrzegliśmy wyraźne działanie Rubrophenu, które się objawiło wzrostem wagi i znaczną poprawą stanu ogólnego. W jednym przypadku doszło do wytworzenia się ropnia opadowego podczas leczenia Rubrophenem. Jeden przypadek nie reagował zupełnie na leczenia Rubrophenem.

Gruźlica stawu skokowego: przypadków 7, z te-

go 3 przypadki z przetokami. We wszystkich 3 przypadkach przetoki zamknęły się w okresie czasu od 2 do 5 miesięcy. 2 przypadki bez zmian, u 5 znaczna poprawa.

Gruźlica stawu łokciowego: przypadków 2, jeden przypadek u 4-letniego dziecka, zagojony po 4 miesiącach. W jednym przypadku poprawa.

Gruźlica nadgarstka: jeden przypadek u 78-letniego pacjenta. Pomimo trzymiesięcznego stosowania Rubropheny i unieruchomienia nie stwierdza się żadnej poprawy.

Gruźlica kości jarzmowej: sprawa zagoiła się po trzymiesięcznym leczeniu Rubrophenem i naświetlaniu lampą kwarcową.

Gruźlica żebra: 1 przypadek, po dwóch miesiącach poprawa.

Gruźlica mostka: jeden przypadek, 25-letni mężczyzna, u którego sprawa trwała od roku. Po 40 dożylnych wstrzykiwaniach i leczeniu doustnym sprawa zlikwidowała się w 14 tygodni.

Najogólniej ujmując mamy tedy polepszeń wyraźnych 53, bez wyniku — 13, pogorszeń — 4. Zaznacza się szybszy i wyraźniejszy wpływ na ogniska gruźlicze w drobnych kościach, na postaci początkowe z przewagą zmian wysiękowych. Nie objęto zestawieniem kilkunastu przypadków gruźlicy pozapłucnej, pochodzących z pierwszego okresu naszych badań, co do których mieliśmy wrażenie, że leczenie Rubrophenem jest bezskuteczne i dlatego też przerwaliśmy u nich podawanie Rubropheny. Również pominięte zostały kilka przypadków gruźlicy nerek, w których mieliśmy bardzo pomyślne wyniki.

Na podstawie naszych dotychczasowych spostrzeżeń przy zachowaniu całego krytycyzmu do tego zagadnienia możemy stwierdzić co następuje:

Nawet najściślejsze stosowanie dotychczasowych klasycznych metod leczenia zachowawczego jak i operacyjnego, nie jest ani pewną drogą do wyleczenia, ani też nie pozwala go uzyskać w czasie możliwe szybkim. Długotrwałość sprawy, często podupadły stan ogólny, brak należytej reakcji ze strony ustroju wymagał, wymaga i wymagać będzie zawsze stosowania ponadto dodatkowych środków, mogących wpłynąć pomyślnie na przebieg sprawy i wzmocnić siłę chorego a pośrednio podnieść jego ufność i nadzieję w skuteczność leczenia. Ze wszystkich dotychczasowych środków bezspornie Rubrophen należy do najskuteczniejszych w powyższym zrozumieniu i dlatego należy go uważać za cenne

wzbogacenie naszego arsenału leczniczego w walce z gruźlicą. Stosowanie Rubrophenu w większości przypadków daje poprawę stanu ogólnego, wpływa bardzo dodatnio i na psychikę chorego, który staje się skłonniejszy do ścisłego przestrzegania i innych metod leczniczych. Nie we wszystkich co prawda, lecz w wielu przypadkach zaznacza się ponad to jakby skrócenie i złagodzenie przebiegu, przetoki zamykają się wcześniej, niż zwykliśmy to oczekiwać po stosowaniu innych metod leczenia i obrazy rentgenologiczne przedstawiają się korzystniej, niż w przypadkach nie leczonych Rubrophenem. Przypuszczamy że działanie pomyślne Rubrophenu opiera się na wzmożeniu ogólnym sił obronnych ustroju, co pomaga mu w zwalczaniu sprawy gruźliczej. Licząc się z tym, że gruźlica kostno-stawowa jest sprawą tak częstą, tak kaleczącą i tak długotrwałą, a przez to obciążającą nierządkiem ponad siły możliwości finansowe chorego lub społecznych organizacji, musimy przyznać, że wszystko, co w jakiegokolwiek mierze przyczynić się może do skrócenia czasu leczenia i polepszenia ostatecznych wyników zasługuje na baczną uwagę i szerokie stosowanie. Z tych to względów uważamy za wskazane szersze posługiwanie się Rubrophenem.

Piśmiennictwo polskie i obce

Anatomia patologiczna. Bakteriologia. Biologia. Fizjologia. Patologia doświadczalna.

Crawford A. B. (Beltsville). Badania nad gruźlicą ptasią. (Studies in avian tuberculosis).

1. Prątki gruźlicy ptasiej w uogólnionym schorzeniu u świń. (Avian tubercle bacilli in generalized disease in swine). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6, str. 579—581.

Od paru lat już było wiadome, że w publicznych rzeźniach duża liczba nierogacizny była dyskwalifikowana do spożycia wskutek zakażenia gruźlicą typu ptasiego. Przypuszczano, że choroba ta ogranicza się przede wszystkim do gruczołów chłonnych przewodu pokarmowego. W 1936 r. w rzeźni w Minnesota wykazano (Feldmann) u 24, z 30 ubitych świń z rozsianą gruźlicą, zakażenie typem ptasim. Autor sam stwierdził obecność prątków typu ptasiego w narządach 21 świń z 36 gruźliczych; u reszty, tj. 15, badania wykazały prątki typu bydłęcego.

2. Porównawcze badania zjadliwości prątków typu ptasiego i bydłęcego dla królików i świnek morskich. (Comparative virulence of avian and bovine tubercle bacilli for rabbits and guinea pigs). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6, str. 582—587.

Materiałem uzyskanym z 36 gruźliczych świń zaszczerpiono każdorazowo 2 świnki morskie podskórnie oraz 2 króliki dożylnie, tj. 42 świnki morskie oraz 42 króliki otrzymały zawiesinę z tkanek zakażonych prątkami ptasimi, a 30 świnek morskich i 30 królików — zawiesinę z prątkami bydłęcymi. Prątki typu bydłęcego okazały się daleko bardziej zjadliwe. Z grupy świnek morskich zakażonych prątkami ptasimi żadna nie zginęła; u 8 stwierdzono po zabiciu tylko lekkie zmiany. Wszystkie świnki zakażone prątkami bydłęcymi zginęły na rozsianą gruźlicę w ciągu 2—4 miesięcy. Króliki zakażone prątkami bydłęcymi zginęły wszystkie w 99 dniach, podczas gdy z grupy zakażonej ptasimi prątkami zginęło w tymże czasie tylko 23%. U zwierząt zakażonych typem bydłęcym rozległe zmiany umiejscowiły się przede wszystkim w płucach; w grupie ptasiej umiejscowienie było zmienne, stosunkowo często wykrywano rozległe zmiany w śledzionie.

3. Metoda uczulania dla różnicowania zakażeń prątkami typu bydłęcego i typu ptasiego u świnek morskich i u królików. (Sensitization method of differentiating avian from bovine infection in guinea pigs and rabbits). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6, str. 588—593.

Wykonanie śródskórnych prób tuberkuliną ptasią i bydłecą w 6 tygodni po zakażeniu świnek morskich i królików nie dało u królików żadnych odczynów wyrażnie swoistych. Natomiast świnki morskie oddziaływały wyraźnie swoiście na tuberkulinę ptasią lub bydłecą, zależnie od rodzaju zakażenia. W przypadkach zakażenia mieszanego, zwierzęta oddziaływały zarówno na jedną jak i na drugą tuberkulinę, przy czym reakcja na tuberkulinę bydłecą zwykle była silniejszą. Najmniejsza dawka prątków ptasich, wywołująca uczulanie na swoistą tuberkulinę, wynosi według doświadczeń autora między 0,0001 a 0,00001 mg = = około 10000 prątków.

4. O znaczeniu prątków gruźliczych typu ptasiego w zakażeniu ludzi. (The possible role of the avian tubercle bacillus in infection in man). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6, str. 594—597.

Przypadki gruźlicy ptasiej u człowieka są bardzo rzadkie, co wskazuje na dużą odporność człowieka względem tego typu bakterii oraz na to, że człowiek rzadko jest wystawiony dostatecznie na zakażenie. Najbardziej narażeni są hodowcy drobiu, u których zakażenie może nastąpić zarówno przez spożycie ptaków zakażonych jak również przez wdychanie prątków. Nie można też wyłączyć możliwości zakażenia się ludzi przez spożycie jaj kur chorych na gruźlicę jajo-wodów.

M. Żelewska-Deżyna

Jensen K. A. (Kopenhaga). **Przygotowanie maści tuberkulinowej o stałej sile.** (Preparation of tuberculin ointment of constant strenght), *Tubercle* 1938, t. 19, z. 10, str. 467—468.

Autor podaje sposób przygotowania diagnostycznej maści tuberkulinowej, stosowany przez Państw. Zakład Serologiczny w Kopenhadze. 3.9 gr gumy tragakan-tu uciera się z 8 cm³ 96^o/_o alkoholu i dodaje się 30 cm³ bezwodnej gliceryny. Do tej masy dodaje się powoli i starannie mieszając 150 cm³ starej tuberkuliny oraz 250 mg oczyszczonej tuberkuliny, rozpuszczonej w 40 cm³ roztworu buforowego (pH = 7.38). Maść winna być dobrze zmieszana. Należy unikać mieszania gwałtownego, by nie spowodować powstania pęcherzyków powietrza w maści. Ilość podana wystarczy na około 50 tub, zawierających po 4 cm³ maści. Tuba winna być zupełnie szczelna, nie dopuszczająca powietrza. Przechowywana w zimnym miejscu maść nie traci na wartości przez cały rok. Próby wykonuje się w następujący sposób: Po zmyciu skóry na klatce piersiowej eterem umieszcza się nieco maści pod przylepcem (2.5 cm²); dla kontroli przylepia się w drugim miejscu plaster tej samej wielkości bez maści. Plaster zdejmuje się po 24 godz. a wynik odczytuje się po 72 godz. Odczyn, ew. wykonany dwukrotnie, daje 95^o/_o dodatnich wyników.

M. Deżyna

Jensen K. A., G. Bindslev, S. Möller, A. Hansen, P. Lind (Kopenhaga). **Stara tuberkulina a tuberkulina oczyszczona. Standaryzacja, przygotowanie stałych roztworów.** (Old tuberculin and purified tuberculin. Standardization. Preparation of stable solutions). *Tubercle* 1938, t. 19, str. 385—397 oraz str. 433—447.

Autorom chodziło o uproszczenie odczynu tuberkulinowego Mantoux, a mianowicie w tym sensie, by zamiast 3 dotychczas stosowanych odczynów (z 0.01, 0.1 i 1 mg tuberkuliny) można było zadawałniać się dwoma odczynami, jak to czynią amerykanie, stosując oczyszczoną frakcję białkową tuberkuliny w dawkach 0.01 i 1 mg. Według wskazówek Seiberta autorowie przygotowali oczyszczoną tuberkulinę, którą rozpuścili w roztworze buforowym o pH = 7.38, dodając 0.01^o/_o quinosolu. Dodatek quinosolu nie spowodował powstania strątu. Badania porównawcze starej tuberkuliny standartowej (st. t.) z tuberkuliną oczyszczoną (o. t.) wykazały, że: 1/100 mg st. t. = 1/50.000 mg o. t.; 1/10 mg st. t. = 1/5000 mg o. t., 1 mg st. t. = 1/500 mg o. t. Na podstawie 10000 seryjnych odczynów Montoux, wykonanych w Danii od 1935 roku za pomocą o. t., przekonali się autorowie o możliwości wykonania tylko 2 odczynów z 1/50.000 mg i z 1/500 mg. Nie stwierdzono żadnego szkodliwego oddziaływania. Liczba dodatnich odczynów była mniej więcej równa liczbie otrzymanej uprzednio trzema odczynami ze st. t. Jeszcze silniejsza dawka o. t. — 1/50 mg = 10 mg st. t. — dała tylko nieznaczny odsetek dodatkowo dodatnich odczynów.

Roztwory zawierające 1/50000 mg o. t. w 0,1 cm³, przy pH = 7.38 + 0.01^o/_o quinosolu, nie uległy zepsuciu w ciągu miesiąca, tak że istnieje możliwość przygotowania roztworu w jednym centralnym instytucie i rozesłanie go lekarzom i szpitalom. Zaopatrywanie kraju w jednolitą tuberkulinę usprawniłoby rozpoznanie, zapobiegając błędem w przygotowaniu każdorazowym rozcieńczeń.

M. Deżyna

Zeyland J. i E. Piasecka-Zeylandowa. Siarkocjanki śliny ludzkiej jako czynnik bakteriobójczy w stosunku do prątków gruźliczych. (Thiocyanate als der in Menschenspeichel auf Tuberkelbazillen baktericid wirkende Faktor). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 2, str. 249—251.

Praca drukowana w Gruźlicy 1938 r., z. 1, str. 14.

Hirschberg N., L. Arnold (Chicago). Wpływ ludzkich soków tkankowych na laseczniki gruźlicze. (The effect of human tissue juices on tubercle bacilli). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6, str. 598—611.

Cheąc się przekonać, jakie czynniki odgrywają rolę w powstawaniu względnie dużej odporności niektórych narządów ustroju ludzkiego (mózgu, tarczycy, trzustki) na zakażenie gruźlicze, autorowie badali wpływ soków tkankowych na wzrost hodowli prątków gruźliczych typu ludzkiego, pochodzących od chorego na gruźlicę płuc.

Zbadano działanie krwi i soków tkankowych: płuc, wątroby, śledziony, nerek, mózgu, trzustki, tarczycy i serca. Narządy te pochodziły od zdrowych dorosłych, płci męskiej, w wieku od 35—45 lat, zmarłych wskutek nieszczęśliwego wypadku. Okazało się, że soki niektórych tkanek wywarły wpływ hamujący na rozrost prątków. Nie stwierdzono żadnych oznak działania bakteriobójczego lub bakteriolizy. Siła działania hamującego poszczególnych soków była odmienna, zależnie od narządu badanego, dla danego narządu jednak dość stała. Najsilniej hamowały soki z nerek, mózgu, trzustki, tarczycy i serca; nieco hamowały soki z wątroby i śledziony. Żadnego wpływu nie wywarły soki z płuc, a prawie żadnego krew. Jak z tego widać, wynik badania laboratoryjnego odpowiada ściśle spostrzeżeniom klinicznym. Natura czynnika hamującego nie jest znana; badania wyjaśniły tylko, że nie zależy ona ani od obecności lipaz, przeciwciał lub komplementu, ani od zawartości krwi w danym narządzie. Autorowie są skłonni uważać czynnik hamujący za nieswoisty.

M. Deżyna

Drobotko W. G. Spostrzeżenia nad rozwojem prątka gruźliczego. Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 28—34.

Badania mikroskopowe rozmazów, pobieranych w ciągu pewnego okresu czasu z hodowli szczepu prątków gruźliczych typu ludzkiego, wykazały, że prątek gruźlicy posiada cykl rozwoju: postać pałeczki zwykłej, pałeczki segmentowanej i fazę czarnych ziaren. Rozmnażanie odbywa się drogą podziału, drogą kiełkowania „kokkoidów“, odpowiadającą tworzeniu się zarodników u bakterii zarodnikowych, wreszcie przez tworzenie się czarnych ziaren, z których przypuszczalnie powstają nowe postaci. Charakter i rola czarnych ziaren nie jest dotąd dostatecznie wyświetlona. Na sposób rozmnażania posiada wpływ podłoże oraz bliżej nieznanne czynniki wewnętrzne w ciele drobnoustroju.

W. Kruszewska

Hensel G. (Berlin). Swoista odporność przeciwgruźlicza uzyskana alergizacją za pomocą zabitych i zawieszonych w lanolinie albo waselinie prątków gruźliczych. Przyczynek do zagadnienia ochronnego szczepienia przeciwgruźliczego. (Spezifischer Tuberkuloseschutz durch Allergisierung mit abgetöteten, in Lanolin oder Vaselin eingehalteten Tuberkulosebazillen. Ein Beitrag zum Problem der Tuberkuloseschutzimpfung). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 442—446.

Autor przeprowadził swoje badania na 21 świnkach morskich szczepionych i 10 kontrolnych. Metodyka była następująca. Każde z 21 zwierząt otrzymało 0,005 g zabitych prątków gruźliczych (2 godzinne ogrzewanie do 65°) w 1 cm³ lanoliny wzgl. waseliny pod skórę. Następnie zaszczerpiono tym świnkom oraz 10 kontrolnym doskórnie 1:10000 mg w 0,1 cm³ czterotygodniowej hodowli prątków w prawe tylne udo. Wszystkie zwierzęta zabito po upływie 3 miesięcy. Badania te wykazały, że:

1) Dzięki szczepieniu zwierząt zabitymi prątkami zawieszonymi w lanolinie wzgl. waselinie osiągnąć można u świnek morskich znaczną i długo trwającą alergię.

2) Tego rodzaju szczepienie powoduje u świnki morskiej znacznego stopnia ochronę przed późniejszym zakażeniem. W 3 miesiące po zakażeniu nie stwierdzono u zwierząt doświadczalnych z wyjątkiem jednego, ani klinicznie, ani sekcyjnie jakichkolwiek zmian gruźliczych, gdy tymczasem zwierzęta kontrolne padły wszystkie na gruźlicę.

3) Podstawę tej swoistej odporności w stosunku do gruźlicy stanowi wytworzenie się lokalnej wrażliwości na tuberkulinę.

Danielewski

Rix E. i O. Schedtler (Marburg n. L.). **Wpływ cholesteryny i tłuszczów obojętnych na przebieg gruźlicy doświadczalnej.** (Der Einfluss von Cholesterin und Neutralfetten auf den Ablauf der experimentellen Tuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 5, str. 493—507.

Badania autorów miały na celu wykazać wpływ tłuszczów w pokarmie na przebieg procesu gruźliczego u zwierząt, przy czym autorzy użyli do swoich doświadczeń świnek morskich i królików. Materiał swój podzielili na 4 grupy.

I grupa obejmuje 13 królików, którym podawano codziennie 6 cm³ oleju lnianego albo mieszaniny oleju z cholesteryną (5 na 100), za pomocą sondy żołądkowej. Część tych królików otrzymała podskórnie 4 mg zjadliwych prątków gruźliczych w 0,25 cm³ roztw. soli fizjologicznej. W 4 miesiące po zakażeniu zwierzęta zabito i badano pośmiertnie (również mikroskopowo) na zmiany gruźlicze. Poza tym zwracano uwagę na zawartość we krwi tłuszczów obojętnych i cholesteryny.

II grupa obejmuje 16 królików. Pewną część szczepiono podskórnie prątkami mało zjadliwymi typu bydłeciego w ilości 2 mg na 0,25 cm³ aq. dest., po czym po 3 tygodniach dożylnie tym samym szczepem mieszanym z innym w ilości 3—4 mg na 0,5 cm³ aq. dest. dożylnie. 4 zwierzętom podawano olej lniany, 4 mieszaninę oleju lnianego z cholesteryną, 3 zwierzęta szczepiono gruźlicą, lecz nie podawano oleju, a dwóm zwierzętom podawano olej lecz nie szczepiono. W 1½ miesiąca po pierwszym zakażeniu wszystkie zwierzęta zabito i badano pośmiertnie.

W III grupie użyto 15 świnek morskich. Jedno zwierzę karmiono sondą olejem lnianym, jedno olejem lnianym i cholesteryną (3 cm³ + 7,5%_a cholesteryny), 8 zwierzętom ponadto zaszczepiono gruźlicę (0,5 mg prątków w 0,5 cm³ aq. dest. podskórnie). W 1½ miesiąca po zakażeniu zwierzęta zabito.

IV grupa obejmuje 14 świnek morskich przy czym postępowanie było identyczne jak w grupie poprzedniej z tą różnicą, że użyto innego szczepu prątków.

Reasumując wszystkie wyniki autorzy stwierdzili, że pod wpływem karmienia zwierząt olejem lnianym i mieszaniną oleju lnianego z cholesteryną występuje u nich znaczne pogorszenie przebiegu gruźlicy. Czynnikiem, który wywiera ten niekorzystny wpływ na przebieg gruźlicy jest obok oleju lnianego cholesteryna. Jakie wnioski można wyciągnąć z tego ujemnego działania oleju lnianego na odżywianie tłuszczem chorych na gruźlicę, trudno z całą pewnością na podstawie tych badań powiedzieć, zwraca się jednak uwagę na to, że olej lniany stanowi wśród ubogiej ludności pewnych okolic Rzeszy Niemieckiej środek spożywczy. Zawartość tłuszczów i cholesteryny we krwi zwierząt doświadczalnych wzrasta w miarę posuwania się procesu chorobowego, najbardziej u zwierząt karmionych olejem i mieszaniną oleju z cholesteryną. Opierając się na swoich ba-

daniach autorzy sądzą, że nie można z podwyższonej zawartości cholesterolu w krwi sądzić o względnie dobrotliwym charakterze procesu chorobowego.

Danielewski

Thayer J. D. (Seattle). Dalsze badania nad sposobami odczulania gruźliczych świnek morskich. *Tubercle* 1938, t. 19, z. 7, str. 313—322.

Autor podaje wyniki 4 serii doświadczeń, dążących do znalezienia odpowiedniego antygeny dla odczulania gruźliczych świnek morskich. Jako antygeny stosowano prątki gruźlicze, zabite mieszaną eterowo-chloroformową, prątki zabite kwasem azotowym, starą tuberkulinę, uczuloną tuberkulinę, tuberkulinę, strąconą kwasem trójchloroctowym, wyciąg glicerynowy prątków gruźliczych. Autor przekonał się, że antygeny z bakterii zabitych środkami chemicznymi są czynnikami niedostatecznie odczulającymi. Zarówno uczulona tuberkulina jak i wyciąg glicerynowy powodują odczulanie zadawalające. Stara tuberkulina nie odczula tak skutecznie jak tuberkulina strącona kwasem trójchloroctowym. Metody biologiczne i chemiczne, które zmniejszają zjadliwość tuberkuloprotein dla gruźliczych świnek morskich, powodują zarazem obniżenie jej wartości, jako antygeny odczulającego.

M. Żelewska-Deżyna

Klinika. Radiologia.

Pinner M. (Ithaca). Gruźlica nieserowaciejąca. (Noncaseating tuberculosis). *Amer. Rev. Tbc.* 1938, t. 37, z. 6, str. 690—728.

Autor zebrał liczne piśmiennictwo (217 prac), dotyczące kliniki i patologii schorzeń jak: sarkoidów Boeck'a, *otitis tuberculosa multiplex cystoides*, gorączki tęczówkowo-przyusznicowej, zespołu Mikulicza (symetryczne schorzenia gruczołów łzowych i ślinianek) i dochodzi do wniosku, że są one wszystkie — jak także liczne przypadki schorzeń nieklasyfikowanych — objawem gruźlicy nieserowaciejącej. Główne cechy tej postaci, albo raczej tej fazy schorzenia gruźliczego są: 1) ściśle wytwórczy charakter zmian, 2) rozsiewy krwiopochodne, 3) szczególna skłonność do zajęcia tkanki płucnej, limfatycznej, małych kości, ślinianek i tęczówki, 4) rozbieżność między znacznymi zmianami anatomiczno-patologicznymi a ubogą symptomatologią kliniczną, 5) przebieg przewlekły, 6) często spotykana anergia tuberkulinowa.

Zdanie autora poparte jest zarówno wynikami badań serologicznych i bakteriologicznych (wykrycie prątków) jak i badań histopatologicznych (typowe utkanie gruzełka bez martwicy) oraz doświadczeniem klinicznym (obserwacja przejścia w gruźlicę typową, zniknięcie sarkoidu po rozwinięciu się typowej gruźlicy itp.).

M. Deżyna

Vajda L. (Debrecen). W sprawie działania laktacji na wyleczone zwapniałe ogniska płucne. (Ueber die Wirkung der Laktation auf geheilte, verkalkte Lungenherde). *Beitr. Klin. Tbk.* 1938, t. 91, z. 5, str. 508—514.

Podczas okresu laktacji możliwa jest endogenna reinfekcja ognisk zwapniałych, przy czym odgrywają rolę następujące czynniki: skutek indywidualności ustroju niemożliwe jest dokładne ustalenie tych warunków, które są w normalnych warunkach niezbędne do produkcji mleka i utrzymania organizmu matczynego w warunkach korzystnych dla zwalczenia gruźlicy. Powtórnie organizm matki stara się utrzymać poziom wapnia we krwi i w tym celu uruchamia wapń ze złogów wapniowych. Z uwagi na to, że ogniska zwapniałe, w których istnieje może pewien obieg soków ustrojowych, zawierają zjadliwe prątki gruźlicze, droga do endogennej infekcji jest otwarta.

Danielewski

Szántó J. E. Bernáth Z. i Riedl O. (Budakeszi). Studia nad alergią za pomocą odczynu Groëra ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy dorosłych. (Allergiestudien mit der Groërschen Reaktion im besonderen Bezug auf die Tuberkulose Erwachsener). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 5, str. 533—542.

W roku 1933 opublikował Groër swoją teorię alergometryczną, w myśl której wielkość odczynu skórny jest proporcjonalna do ujemnego logarytmu rozcieńczenia alergenu. Odróżnia się 3 okresy patergii-alergii: homodynamię (stan chwijny), heterodynamiczną pleoergię (dobry stan immunobiologiczny), heterodynamiczną pleoaestezję (zły stan immunobiologiczny). Stany te można określić graficznie z tzw. zdolności odczynowej (Reaktivität) i wrażliwości (Suszeptibilität).

Autorzy przeprowadzili badania nad odczynem Groëra w celu stwierdzenia czy odczyn stoi w łączności z przebiegiem klinicznym i opadem krwinek czerwonych.

Metodyka jakiej używali autorzy była następująca: po $\frac{1}{10}$ cm³ 1:5000 i 1:50000 świeżo rozcieńczonej starej tuberkuliny wstrzykuje się po lewej i prawej stronie doskórnie pomiędzy łopatkami, symetrycznie. Odczyn odczytuje się po 24 godzinach. Wynik oblicza się za pomocą systemu geometrycznego skonstruowanego przez Lukacza.

Badania te przeprowadzone na 65 dzieciach w wieku 3 $\frac{1}{2}$ lat do lat 14 dały następujące wyniki:

Postaci kliniczne	Razem	Pleo- ergia	Opad w mm			Pleoaes- tezja	Opad w mm			Hemo- dyna- mia	Opad w mm		
			20	30	<		20	30	<		20	30	<
Gruźlica nieczynna .	7	7 = 100%	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dobrotliwa postać (gruźlica wnękowa, epitbc., pleuritis) .	21	12 = 57,2%	8	3	1	6 = 28,5%	5	1	3 = 14,2%	1	2	—	—
Złośliwa postać (epitbc. infant., ex- sudat., nodosa diss., Tbc. cavernosa) .	33	15 = 45,5%	3	2	10	12 = 36,3%	2	1	8	6 = 18,2%	—	2	4
Gruźlica pozapłucna	4	1	—	1	—	2	1	—	1	1	—	1	—

Badania przeprowadzone na 318 przypadkach gruźlicy u dorosłych w wieku od lat 15—65 dały wynik następujący:

Postaci kliniczne	Razem	Pleo- ergia	Pleoa- stezja	Homody- namia
Nieczynna gruźlica	21	14 = 66,6%	6 = 28,6%	1 = 4,8%
Dobrotliwa gruźlica wytwórcza . .	169	81 = 47,9%	56 = 33,2%	32 = 18,9%
Złośliwa postać wysiękowa	125	43 = 34,4%	56 = 45,6%	25 = 20,0%
Gruźlica pozapłucna	3	3 = 100%	—	—

Poza tym przeprowadzono jednorazowo badanie u 163 chorych z następującym wynikiem:

Klinicznie	Razem	Pleo- ergia	Opad w mm			Pleoae- stezja	Opad w mm			Homo- dynamia	Opad w mm		
			20	30	<		20	30	<		20	30	<
Gruźlica nieczynna .	14	8 = 57,1%	7	1	—	5 = 35,7%	4	—	1	1 = 7,1%	—	1	—
Dobrotliwa postać wnękowa, nod. fibr. circum., cirrhot., pleuritis	69	32 = 46,4%	18	4	10	27 = 39,1%	12	1	12	10 = 14,5%	7	1	1
Złośliwa postać exsud. cavernosa .	77	35 = 45,4%	8	3	23	27 = 35,1%	3	1	22	15 = 19,5%	—	—	15
Gruźlica pozapłucna	3	3 = 100%	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Autorzy wyciągają następujące wnioski ze swoich doświadczeń: Jeżeli uzyskali u chorego przy kilkakrotnie wykonanym odczynie Groëra pleoaestezję, wtedy uważali to jako wyraz biologicznej dekompensacji, a powtóre jako objaw ogniska wysiękowo-naciekającego. W przypadkach natomiast, gdy uzyskano najpierw pleoestezję, a po pewnym czasie odczyn pleoergiczny, wskazywało to na poprawę stanów biologicznych i tym samym rokowania. Danielewski

Dumarest F. Zespoły „impregnacji” gruźliczej. (Les syndromes d'impregnation tuberculeuse). Rev. Tbc. 1939, t. 5, z. 1, str. 6—10.

Zespoły te opisał Burnand, którego sprostarczenia autor potwierdza. Cechy charakterystyczne omawianego zespołu: 1) Przewaga objawów ogólnych nad miejscowymi. 2) Przewlekłość od początku i stałość objawów. 3) Dobrotliwość objawów i swoista odporność na zwykły rozwój choroby, przy jednoczesnym złym wyglądzie ogólnym. 4) Nieskuteczność leczenia.

Niektórzy z chorych są obciążeni dziedzicznie w kierunku gruźlicy typowej, niektórzy mają objawy gruźlicowe, stawowe, skórne, płucne lub inne, które pozwalają zaliczyć przypadek do kategorii gruźlicy; jeszcze inni nie przedstawiają w ogóle żadnych tego rodzaju odchyłań poza objawami ogólnymi, które jednak drogą różnicowania przez dokładne badania prowadzą do rozpoznania „impregnacji”.

Wielopostaciowość w tych zespołach jest o wiele większa niż w gruźlicy typowej. Autor analizuje zagadnienie, czy kliniczne formy atypowe gruźlicy nie odpowiadają formom typowym zarazka gruźliczego. Już Poncet twierdził, że gruźlica objawiać się może w postaci zmian zapalnych zwykłych, które atakować mogą wszystkie narządy. Obecnie wiele upoważnia nas do włączenia do wielkiej grupy gruźlicy nietypowej zespołów, opisanych przez Burnanda. Autor ten twierdzi, że zarazek gruźlicy pod postacią nietypową wywołuje w tkankach zmiany zapalne zwykłe, nie zaś typowe gruźlicze. Najczęściej zmiany te występują w układzie chłonnym. W związku z tym autor wysuwa sprostarczenie, że stanowi to analogię z zakażeniem pałeczką durową, gdzie aparat chłonny jest często jedynym umiejscowieniem zakażenia. Etiologia durowa tych stanów bywa często tylko domniemana. Wprawdzie zakażenie pałeczką durową różni się ostrym przebiegiem od sprawy gruźliczej, jednak poza tym stany te są klinicznie i anatomicznie bardzo zbliżone. Ta analogia nasuwa autorowi przypuszczenie o

ewentualnej analogii czynnika chorobotwórczego. Szereg autorów wykazał doświadczalnie, że zarazek przesączalny gruźlicy ma specjalne powinowactwo do układu chłonnego. Ustalenie w przyszłości pewniejszych danych co do związku pomiędzy wielopostaciowością zarazka gruźlicy, a wielopostaciowością choroby wyjaśni wiele w tej dziedzinie. Tymczasem przyjąć możemy, że i czynniki konstytucjonalne ustroju odgrywają w tej sprawie dużą rolę. Tucholska

Louria M. R. (Brooklyn). **Okoloścercowe szmery tarcia w odmie samorodnej.** (Precordial friction rub in spontaneous pneumothorax). Amer. Rev. Tbc. 1939. t. 39, z. 2, st. 176—180.

W 2 przypadkach gruźlicy płuc zjawił się krótko po powstaniu odmy samorodnej głośny szmer tarcia przed sercem. Szmer ten prawdopodobnie był pochodzenia opłucnoosierdżowego. Nie towarzyszyły mu, ani nie nastąpiły później, objawy zapalenia osierdza. M. Zelewska-Deżyna

Mariano M., R. Castex i Egidio S. Mazzei. **Postaci bolesne nietypowe odmy samorodnej i samorodnego krwiaka opłucnej.** (Formes douloureuses insolites du pneumothorax et de l'hémopneumothorax spontané). Archives Médico-Chirurg. Appareil Respirat. 1937, t. 12, z. 2, str. 111—21.

W ostatnich latach pojawiają się w piśmiennictwie obserwacje odm samorodnych, rozpoczynających się wśród objawów bólowych nietypowych, dotychczas mało znanych, symulujących różnorodne schorzenia innych narządów. Te postaci nietypowe dadzą się podzielić ia: a) postać zapaściowa i drgawkowa, b) postać dusznicowa, c) bólowa w ramieniu, d) ostra brzuszna, e) przewlekłe postaci brzuszne lub lędźwiowe. Z tych postaci klinicznych najbardziej interesującymi są postacie dusznicowe i brzuszne.

Początek odmy samorodnej zapaściowej i drgawkowej może wystąpić wśród tych samych objawów nerwowych jak w odmie samorodnej, w przebiegu odmy sztucznej. Mechanizm powstawania tych odm jest jednakowy i może być tłumaczony tymi samymi teoriami patogenetycznymi.

Początkowe objawy odmy samorodnej typu dusznicowego mogą przypominać do złudzenia obraz dusznicy bolesnej z bólami w okolicy serca i omdleniem. W postaciach odmy samorodnej z bólami w ramieniu, bóle te nie są nigdy ośobnione i dominujące, lecz towarzyszą im objawy ze strony klatki piersiowej. Postać osierdżowa należy do postaci najmniej częstych, towarzyszą jej objawy gwałtownego bólu w części przednio-dolnej lewej połowy klatki piersiowej z osłabieniem i bladością, podnieceniem, przeczulicą oraz tarciem w okolicy serca. Objawy te są zależne od odmy umiejscowionej w dolnej trzeciej części klatki piersiowej.

Ostre postaci brzuszne mogą dawać zespół objawów naśladujących ostre schorzenia żołądkowo-dwunastnicze, pęcherzykowe lub wyrostkowe, w rzeczywistości są to odruchy rzekomo-żołądkowe, rzekomo-pęcherzykowe i rzekomo-wyrostkowe. Ból może posiadać ten sam charakter co w przebiegu stanów zapalnych powyższych narządów i mogą temu towarzyszyć odczyny napozór otrzewne, jak nudności, wymioty, napięcie lub odruch obronny mięśni, zmiana tętna, ciepłoty itp. Zrozumiałem jest, że w tych przypadkach bardzo łatwo jest popełnić błąd rozpoznawczy zwłaszcza, że objawy te występują nagle wśród pełnego zdrowia bez istnienia gruźlicy płuc. Dlatego też we wszystkich takich przypadkach, przy ustalaniu rozpoznania, należy myśleć i różnicować z odmą samorodną.

Postać brzuszna przewlekła charakteryzuje się objawami brzuszными stałymi, lecz nie gwałtownymi, które ustępują przy wypuszczeniu powietrza z opłucnej, po rozpoznaniu odmy samorodnej.

Patogenezę tych postaci odm samorodnych należy odnieść do odruchów trzewno-czuciowych z punktem wyjścia z opłucnej. H. Rożnowska

Deisz A. (Monachium). **Zapalenie surowicze w gruźlicy.** (Die Entzündung in der Tuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 9, z. 4, str. 427—437.

Autor omawia w niniejszej pracy rolę jaką odgrywa tzw. zapalenie surowicze, wprowadzone do patologii przez Eppingera, w przebiegu gruźlicy. Dla ilustracji podaje 3 przypadki z własnej obserwacji. Danielewski

Waldecker K. (Wrocław). **Zagadnienie tocznia na podstawie zestawień statystycznych.** (Lupusfragen an Hand von statistischen Erhebungen). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 457—482.

Statystyka niniejsza obejmuje 640 chorych na gruźlicę skóry, przeważnie tocznia, leczonych w latach od 1920 — 1937, w Uniwersyteckiej Klinice Chorób Skórnych we Wrocławiu. 609 chorych (95,2%) pochodziło ze Śląska, 31 (4,8%) z innych części Niemiec i z zagranicy (7 Polaków i 7 Czechów). 51,6% chorych zamieszkuje miasta, 48,4% pochodzi ze wsi. Przeważająca część chorych rekrutowała się z robotników, tylko 13 (2%) należało do warstwy umysłowo pracującej (nauczyciele, studenci, oficerowie, profesorowie uniwersytetu). Wśród tych 640 chorych było 289 (45,2%) mężczyzn i 351 (54,8%) kobiet. Ponad 35,9% pacjentów zachorowało w wieku od 1—10 lat; 25,9% w wieku od 11—20 lat; 14,1% w wieku od 21—30; 8,8% w wieku od 31—40 lat; 6,6% w wieku od 41—50 lat; 2,9% w wieku od 51—60 lat; 1,4% w wieku ponad 60 lat.

Na podstawie wywiadów można było u 11 chorych stwierdzić zakażenie zewnętrzne, a mianowicie u 1 chorego wystąpiła choroba po ukąszeniu przez człowieka, w 2 przypadkach po przekłuciu ucha kolczykami, w 1 przypadku po zranieniu przez przypliczą krowę, w 2 przypadkach w następstwie ran wojennych i w 5 przypadkach po urazach.

U 116 chorych stwierdzono powstanie tocznia na drodze rozsiewu krwio-pochodnego, u 9 chorych drogą naczyń chłonnych, a u 94 chorych per continuitatem wzgl. contiguitatem. 137 chorych (21,4%) podało w wywiadach schorzenie gruźlicze u członków rodziny, 27 (4,2%) pochodziło z rodzin, w których panował tocień. Co do umiejscowienia procesu, to na 640 chorych u 410 (64,1%) stwierdzono tocznia na twarzy; a mianowicie u 306 chorych policzki, u 162 zewnętrzne części nosa, częściowo na policzkach, u 33 uszy, u 11 czoło i brwi, u 6 powieki, u 19 wargi, u 10 uwłosione części głowy, u 112 szyja i broda, u 3 kark, u 11 tułów, u 18 pośladki, u 1 części płciowe, u 205 kończyny, u 87 równocześnie twarz i kończyny.

Zachorzenia błon śluzowych stwierdzono u 259 chorych, tj. 40,5%, a w szczególności: u 191 (73,7%) — błon śluzowych nosa, u 41 — jamy ustnej, u 10 gardzieli, u 17 — krtani.

U 144 (22,4%) chorych z toczniem stwierdzono ogniska gruźlicze w płucach, przy czym nie wliczono w tym chorych, u których stwierdzono pojedyncze zwapnienia we wnękach i nieznaczne zmiany pasmowate.

I czynne procesy: 1) otwarta gruźlica jamista przypadków 21, 2) czynny proces wysiękowy zamknięty — 17, 3) czynny proces włóknisty zamknięty — 7, 4) marski proces czynny zamknięty — 11, 5) otwarta gruźlica prosówkowa — 1, 6) przewlekła gruźlica prosówkowa zamknięta — 1; ogółem 58 (9%) przypadków czynnej gruźlicy płucnej.

II nieczynne procesy: 1) stare nieczynne ogniska przypadków 53, 2) stare blizny w szczytach — 3, 3) stara gruźlica wnękowa — 13, 4) stare ogniska zwapniałe większych rozmiarów w płucach — 17; ogółem 86 (13,4%) przypadków.

Na 640 pacjentów stwierdzono u 38 (5,9%) gruźlicze zachorzenie kości, a mianowicie u 9-ciu w kręgosłupie, u 1 — w mostku, w stawie łokciowym u 4-ch, w kościach przedramienia u 2, w rękach u 8-miu, w palcach u 4-ch w kości udowej u jednego, w końcach stopy u 4-ch, a w palcach u nóg u 3.

Poza tym stwierdzono u tych 640 chorych na tocznia następujące zmiany gruźlicze:

1) gruźlicze zachorzenie oczu — 18 chorych (2,8%), 2) gruźlicze zachorzenie ucha — 1 chory (0,1%), 3) gruźlica krtani — 4 chorych (0,6%), 4) zapalenie opłucnej — 1 chory (0,1%), 5) zapalenie opon gruźlicze — 2 chorych (0,3%), 6) gruźlica narządów moczopłciowych — 6 chorych (0,9%), 7) gruźlica pochwek ściegnistych — 1 chory (0,1%), 8) bursitis tbc. olecrani — 1 chory (0,1%).

Anamnestycznie stwierdzono, że 124 chorych przechodziło skrofulozę. Jeżeli idzie o inne choroby skóry, które wystąpiły u chorych z toczniem, autor podnosi rzadkość występowania innych chorób równocześnie z toczniem. Na materiale autora przedstawia się to w sposób następujący:

acne vulgaris — 4 przypadki, psoriasis vulgaris — 2 przyp., acroderm. chronica atroph. — 1 przyp., sclerodermia circumscripta — 1 przyp., epithelioma basocellulare — 2 przyp., granuloma anulare — 1 przyp., lupus erythem. — 1 przyp., lues — 4 przyp.

W przebiegu choroby stwierdzono u 30 chorych carcinoma in lupo, przy czym najmłodszy pacjent miał lat 30.

Wyniki lecznicze przedstawiają się na materiale autora w sposób następujący: u 236 (36,9%) nie stwierdzono po 4 latach po ukończonym leczeniu żadnych objawów chorobowych tocznia.

Danielewski

Delbeck, Garnier i Depasse (S-te-Feyre). Przypadek zespołu Loefflera (przemijający cień rentgenowski z eozynofilią) u chorej na gruźlicę. (Un cas de syndrome de Loeffler — ombre radiologique fugace avec eosinophilie — chez une tuberculeuse). Rev. Tbc. 1939, t. 5, z. 1, str. 57—62.

Autorzy opisują powyższy zespół u chorej na gruźlicę płuca lewego, cierpiącej przejściowo na katar nosa i lekkie zakażenie tchawicy. Stwierdzony cień rentgenowski w płucu prawym nie był ostro odgraniczony i był niejednolicie nasycony. Żadnych zmian osłuchowych w płucu prawym nie stwierdzono. Po tygodniu cień ten zniknął. We krwi stwierdzono przejściową eozynofilię. Chora nie miała nigdy dychawicy oskrzelowej, pokrzywki ani kataru siennego. Pasożytów jelitowych nie stwierdzono. Hiperergii w oddziaływaniu na tuberkulinę ani zaburzenia równowagi nerwów błędnego i współczulnego nie wykazano. Znalezione natomiast hiperergię w oddziaływaniu na histaminę.

Autorzy twierdzą, że cienie rentgenowskie w zespole Loefflera nie wyglądają na niedodmę, gdyż nie są jednolite i nie wykazują topografii płatowej ani zrazikowej. Ponieważ chora w opisanym przypadku miała nieżyt górnych dróg oddechowych na wiosnę, autorzy stawiają pytanie, czy stanom takim nie towarzyszy niekiedy zajęcie płuc, dające tylko obraz rentgenowski.

Tucholska

Gernez-Rieux M. (Lile). W sprawie przemijających nacieków płucnych w przebiegu dychawicy oskrzelowej dziecięcej. (A propos d'infiltrats pulmonaires fugaces observés au cours d'un asthme infantile). Rev. Tbc. 1939, t. 5, z. 1, str. 43 — 50.

Ameuille i Lejard opisali te nacieki w r. 1932, w tym samym czasie były one wykryte przez Loefflera w Zurychu. Chodzi o cienie rentgenowskie, ukazujące się i znikające nagle, przebiegające z eozynofilią we krwi.

Patogeneza tego objawu jest niejasna. Autor przytacza szczegółowy opis

przypadku przemijających nacieków płucnych w przebiegu dychawicy oskrzelowej u dziecka oraz podaje szereg spostrzeżeń innych autorów. Lorenzen stwierdził rentgenologicznie nacieki płucne niegruźlicze u 8% chorych na dychawicę oskrzelową. Inni autorzy stwierdzali objaw ten także w przebiegu innych schorzeń anafilaktycznych, jak choroba posurowicza, uczulenie na niektóre rośliny, pokrzywka itp. Związku objawu tego z gruźlicą nie stwierdzono, a często był on zupełnie wyłączony. Żaden przypadek nie był badany anatomo-patologicznie. Może wchodzić tu w grę niedodma miejscowa wskutek skurczu oskrzela, przemijający obrzęk płuc, zaburzenia w krążeniu. Autor usiłował wywołać doświadczalnie nacieki u psa i królika, jednak bez skutku. Udało się to podobno innym autorom. W każdym razie znajomość tych stanów pozwoli uniknąć wielu błędów rozpoznawczych.

Tucholska

Kapuszczewskiej A. S. Kliniczne postaci masywnej niedodmy w gruźlicy płuc.
Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 84—87.

Rozległa niedodma płuc występuje najczęściej pod postacią, naśladującą przewlekłe zmiany włókniste ze zmianami opłucnymi (fibrothorax). W obrazie rentgenologicznym cechuje ją zmniejszenie i całkowite zacinienie pola płucnego z przemieszczeniem narządów śródpiersia w stronę chorą. Wygląd zewnętrzny klatki piersiowej wykazuje mniejszą deformację niż przy zrostach opłucnych. W rozpoznaniu różnicowym decydujące znaczenie posiada bronchoskopia i badanie ciśnienia śródopłucnego. Niedodma, występująca w przebiegu wysiękowych postaci gruźlicy płuc, przybiera postać nacieczeń cofających się dość szybko. Rozległa niedodma może wystąpić po krwotoku, po torakoplastyce, wreszcie jako postać niedodmowej pneumonii. Cechą charakterystyczną niedodmy, przebiegającej dobrotnie, jest stosunek między rozległością sprawy, a łagodnym obrazem klinicznym. Rozpoznanie niedodmy ma duże znaczenie w kwalifikacji chorych do zabiegów chirurgicznych.

W. Kruszevska

Perszina N. T. O swoistym i nieswoistym zapaleniu oskrzeli w gruźlicy płuc.
Probl. Tub. 1938, z. 5, str. 87—98.

Przeprowadzono badania rentgenowskie i anatomo-histopatologiczne płuc 85 zmarłych na gruźlicę. Stwierdzono w 80 przypadkach zmiany swoiste i nieswoiste w oskrzelach, przy tym w 9 przypadkach występowały zmiany nieżyłowe, w 71 — rozległe zmiany naciekowe z rozpadem i zserowacieniem, obejmujące warstwy powierzchowne i głębokie oskrzeli, zmieniające ich kształt i sprzyjające zaleganiu wydzieliny. Gruźlica oskrzeli, towarzysząca rozległej serowatej ropnej zmianie płucnej, zmienia warunki anatomiczne przewodów oddechowych, wskutek utrudnionemu odpływowi i zaleganiu wydzieliny jest dobrym podłożem dla rozwoju nieswoistych ropnych spraw chorobowych. Zamknięte światła oskrzela przez wydzielinę lub masy serowate wywołuje powstawanie niedodmy poszczególnych odcinków, płatów lub całego płuca. Niedodma, powstająca nagle, może się cofać, doprowadzić do kurczenia się płuca, rozwoju tkanki łącznej i rozszerzeń oskrzeli, wreszcie ulec wtórnemu zakażeniu. Wtórne zakażenie odcinków, objętych niedodmą może być w wielu razach przyczyną zejścia śmiertelnego u chorych na gruźlicę. Autorka zwraca uwagę na obraz kliniczny i radiologiczny niedodmy i przestrzega przed stosowaniem odmy sztucznej ze względu na skłonność tych postaci do ropnych nieswoistych powikłań. Spostrzeżenia wskazują, że przebieg i zejście gruźlicy płuc zależne są w dużym stopniu od wtórnych spraw nieswoistych, toczących się w oskrzelach.

W. Kruszevska

Leczenie

Osiński M. (Poznań). Przyczynek do chemoterapii rubrofenem gruźlicy pozapłucnej u dzieci. Now. Lek. 1939, z. 6, str. 174—179.

Spostrzeżenia dotyczą 9 przypadków gruźlicy pozapłucnej, leczonych rubrofenem (gruźlica jądra i najądrza — 1, ropień czaszki na tle gruźliczym — 1, gruźlica liszajowa skóry — 1, 6 przypadków gruźliczego zapalenia gruczołów chłonnych). Rubrofen podawano w tabletkach lub dożylnie w dawkach, odpowiadających wieku dziecka. Poza przemijającymi zaburzeniami żołądkowymi, które ustępowały po odstawieniu leku i podawaniu kwasu solnego z pepsyną, innych powikłań nie stwierdzano. W niektórych przypadkach występowały przemijające odczyny ogniskowe. Czas leczenia trwał 5 tyg. — 3—6 mies. W 7 przypadkach uzyskano całkowite wyleczenie, w ropniu gruźliczym czaszki nieznaczną poprawę, w 1 przypadku gruźlicy gruczołów chłonnych szyi wyraźną poprawę miejscową i stanu ogólnego. Autor zalicza rubrofen do leków skutecznych i nieszkodliwych.

W. Kruszevska

Marín W. R. i I. G. Fuksman. Próby zastosowania leczniczej „fizykultury” w sanatorium w Dołossy. Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 66—70.

Leczenie „fizykulturą” zastosowano u 38 chorych na gruźlicę płuc, 24 chorych miało zmiany rozpadowe. 33 — prątki Kocha w płwocinie. Do leczenia zakwalifikowano przypadki ze zmianami niezbyt rozległymi, z ciepłotą nie przekraczającą stanów podgorączkowych, z dobrym stanem ogólnym w okresie wyrównania. Do przeciwwskazań zaliczono niedawne krwioplucia, okresy zaostrzeń, rozległe sprawy suchotnicze lub wysiewy krwiopochodne, obejmujące całe płuca. Ćwiczenia fizyczne polegały na grach ruchowych, biegach, gimnastyce, na zakończenie stosowano natryski. Czas leczenia trwał od 3 do 3½ miesięcy. Stwierdzono znaczną poprawę apetytu, wagi, głębokości oddechu, zmniejszenie lub zniknięcie objawów nieżytych, poprawę opadania i wzoru krwi. 8-ju chorych straciło prątki w płwocinie. Ogółem znaczną poprawę wykazało 11 chorych, poprawę — 23, stan bez zmian — 4. Osiągnięte wyniki były lepsze niż przy zwykłych metodach leczenia.

W. Kruszevska

Pinkus I. M. i P. I. Anikiejew. Próba leczenia pracą fizyczną i ćwiczeniami w sanatorium. Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 71—76.

Spostrzeżenia dotyczą 340 chorych, leczonych metodą ćwiczeń fizycznych. Do ćwiczeń wyznaczano chorych z gruźlicą płuc jamisto-włóknisto-wytwórczą, ogniskowymi wysiewami oskrzelowo i krwiopochodnymi, świeżymi naciekami z rozpadem, leczonych metodą uciskową. Do nie nadających się do powyższego leczenia zaliczono chorych osłabionych, z bólami opłucnymi, krwiopluciami, ciepłotą powyżej 37,3°. Chorych podzielono na trzy grupy; słabą, średnią i silną i dostosowywano czas i stopień wysiłku do stanu sił i charakteru schorzenia. Ćwiczenia polegały na biegach, chodzeniu, gimnastyce, grach ruchowych, ślizgawce i jeździe na nartach. W czasie leczenia spostrzegano zaostrzenia, krwioplucia, grypy, lecz okresowe pogorszenia szybko przemijały i nie odbijały się na wynikach leczenia. W wyjątkowych razach ćwiczenia przerywano z powodu ubytku na wadze, osłabienia i złego samopoczucia. U 21 chorych uzyskano odprątkowanie, u niektórych — wyraźną poprawę rentgenologiczną ze zniknięciem jamy. Leczenie przy pomocy wysiłków fizycznych ma za zadanie poprawę krążenia, zwiększa zapotrzebowanie i zużycie tlenu, co sprzyja poprawie wewnętrzznego oddychania tkanek, które u chorych na gruźlicę pozostają w stanie stałego niedotlenienia. Autoryzują zastępują leżakowanie i leczenie farmakologiczne ruchem i ćwiczeniami, przy

pomocy pogadankę wpajają zasady nowej metody leczniczej, w celu dalszego jej stosowania przez pacjentów po wyjściu z sanatorium. W. Kruszevska

Berkowicz E. M. Próba analizy fizjologicznej wpływu „fizkultury” na chorych gruźliczych. Probl. Tub. 1938, z. 4, str. 59—65.

Autor przeprowadził badania nad przemianą gazową u chorych na gruźlicę płuc, leczonych ćwiczeniami fizycznymi. Badania te wykazały, że u większości chorych, u których nowa metoda dawała wyniki dobre, stwierdzano wzrost zużycowania tlenu przez tkanki i odciążenie układu sercowo-naczyniowego. Natomiast w okresie pogorszenia zużycie tlenu przez tkanki maleje i występuje zastępcze wzmoczenie czynności układu krążenia i oddychania. U większości chorych ćwiczenia fizyczne wpływają dodatnio na procesy utleniania tkanek, zawartość tlenu we krwi maleje, następstwem czego jest zmniejszenie współczynnika oddychania i zwiększenie minutowej i skurczowej pojemności serca. Zmniejszone zużycowanie tlenu przez tkanki prowadzi do hiperwentylacji płuc. W. Kruszevska

Puder S. (Budapeszt). Badania doświadczalne nad leczniczym działaniem środków drażniących w schorzeniach płucnej. (Experimental studies on the treatment of pleural affections by counter-irritants). Tubercle 1938, t. 19, z. 10, str. 448—452.

Chcąc się dowiedzieć, czy ulga, jaką dają środki drażniące, zastosowane na skórę w przypadkach schorzeń opłucnej, jest wyłącznie podmiotowa względnie czy ma ona także podłoże przedmiotowe, autor wykonał doświadczenia na 4 królikach. Wychodził on z założenia, że drażnienie skóry powoduje stan zapalny w tkance podskórnej i w opłucnej ściennej, przez co następuje wzmoczenie się liczby komórek siateczkowo-śródbłonkowych. Objaw ten autor pragnął wykazać przez wstrzyknięcie dożylnie barwika kwaśnego, magazynującego się w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Jako barwik użyto błękit trypanowy, jako środki drażniące plaster gorczyczny, maść zawierającą jodynę i jodek potasu, jodynę, mieszanek kwasu mlekowego, kwasu ortofosforowego i lotnych olejków, rozpuszczonych w alkoholu i glicerynie. Przypuszczenia autora, że komórki śródbłonkowo-siateczkowe pochłoną barwik, nie sprawdziły się, może wskutek zbyt krótkotrwałości doświadczeń, wyłączającej możliwość wybitniejszej reakcji komórkowej. Doświadczenia jednak wykazały, że niektóre czynniki, działające na skórę klatki piersiowej, doprowadzają do przekrwienia, przesięku i zastoiny żylny w opłucnej trzewnej i nawet w mięszu płucnym po stronie lezonej. Autor oznacza te zjawiska terminem reakcji skórno-płucnej. Reakcja ta była wybitna po stosowaniu jodyny oraz mieszanki z kw. mlekowym. Tkanki strony lezonej wykazały wyraźniejsze niebieskie zabarwienie niż po stronie przeciwnej. Zabarwienie to powstaje wskutek surowiczego nasiąkania tkanek.

M. Deżyna

Halir O. i E. Stransky (Karlsbad). Gruźlica płuc a kuracja karlsbadzka. (Lungentuberkulose und Karlsbader Trinkkur). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 5, str. 525—532.

Autorzy podają do wiadomości badania nad wpływem wody karlsbadzkiej (Karlsbader Mühlbrunn), którą podawali 17 pacjentom, oprócz leczenia gruźlicy, przez 4 tygodnie w ilości $\frac{3}{4}$ litra. Leczenie to miało na celu by za pomocą podawania tej wody pobudzić gospodarkę mineralną ustroju, a przez to całej przemiany materii. Odnośnie do przeciwwskazań to kierowano się przyjętymi pod tym względem kryteriami a mianowicie, wyłączono przypadki z zachorzeniem nerek szczególnie gruźliczym, stany gorączkowe i ogólne wyniszczenie.

U pacjentów obserwowano zachowanie się procesu płucnego (rentgeno-

logicznie i klinicznie), ciepłoty, wagi, płwociny, obrazu krwi, opadania krwinek; oznaczano zawartość wapnia, magnezu i fosforu nieorganicznego w surowicy krwi przed i po kuracji. Wapń oznaczano metodą Kramer-Tisdalla, magnez i fosfor metodą Zinsacha w fotometryce.

Przyrost wagi wynosił przeciętnie u tych 17 chorych 2,83 kg. w 28 dniach. W większości przypadków stwierdzono dość znaczne wahania liczby leukocytów i erytrocytów. Bardzo znaczne różnice obserwowano w zachowaniu się szybkości opadania krwinek, mianowicie na 17 przypadków znacznie przyspieszonego opadu stwierdzono u 14-tu znaczne zwolnienie po leczeniu. Obserwacje te pokrywają się z wynikami uzyskanymi w doświadczeniach nad wpływem wody karlsbadzkiej na koloidy krwi u zwierząt.

Co się tyczy analiz krwi to we wszystkich 17-tu przypadkach stwierdzono normalną zawartość wapnia przed leczeniem: średnio 11,28 mg⁰%, po leczeniu w 10 przypadkach poziom wapnia we krwi wzrósł, w niektórych przypadkach o 2—3,6 mg⁰%.

Poziom magnezu we krwi wynosił w większości pacjentów około 2 mg⁰%. Po podawaniu wody karlsbadzkiej poziom ten nie uległ żadnej zmianie, nie stwierdzono również żadnej łączności pomiędzy wzrostem Ca i zawartością Mg.

Poziom P podniósł się u 6-ciu chorych po leczeniu, co skłania autorów do przypuszczenia, że równoległe z podniesieniem się poziomu wapnia podnosi się też poziom fosforu.

Badania autorów wykazały, że u chorych na gruźlicę płuc można bez szkody dla chorych przeprowadzić leczenie wodą karlsbadzką. Przeprowadzenie kuracji karlsbadzkiej u chorych na gruźlicę płuc powoduje ogólne pobudzenie przemiany materii na drodze mineralizacji i transmineralizacji. W ten sposób uzyskać można pewnego rodzaju przestrojenie organizmu. Może w niedalekiej przyszłości będzie można pewne postaci gruźlicy płuc poddać tego rodzaju dodatkowemu leczeniu nieswoistemu, mineralnemu.

Danielewski

Trautwein H. (Sanatorium Wehrawald). **Kwas askorbinowy (witamina C) w leczeniu gruźlicy płuc.** (Die Ascorbinsäure (Vitamin C) in der Behandlung der Lungentuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 411—421.

Badania swoje autor przeprowadził na chorych z gruźlicą płuc, w różnych kierunkach. Najpierw badał wydzielanie witaminy C z moczem po podaniu dożylnym 100 mgr. kw. askorbinowego. Deficyt witaminowy wynosił u ciężko chorych 1800—3600 mgr. Ażeby stwierdzić czy witaminie C należy przypisać działanie lecznicze, badano podczas podawania witaminy C zachowanie się krzywej ciepłoty, obrazu krwi, opadania krwinek, odczynu Althausena po obciążeniu insuliną, glukozą i wodą, odczynu Takata-Ary, Meinickego i wreszcie zastosowano metodę kantarydową Gaensslena.

Po podawaniu witaminy C poprawił się znacznie stan ogólny chorych; chorzy czuli się rześcy, apetyt się wzmacniał, co wykazała też waga, która stale wzrastała. Stany podgorączkowe ustąpiły, a nawet wyższe temperatury w przebiegu zapalenia płucnej wróciły w szybkim czasie do normy. Odczyn Westergreena uległ we wszystkich prawie przypadkach poprawie.

Znacznie lepiej można śledzić zmiany w białym obrazie krwi. Co się tyczy erytrocytów to autor stwierdził podobnie jak Seyderhelm i Grebe wzrost liczby retikulocytów, bez zmiany w liczbie krwinek czerwonych i hemoglobiny. W niektórych przypadkach stwierdzono po podawaniu witaminy C wzrost liczby leukocytów, w większości jednak przypadków, po dłuższym podawaniu, nastąpił spadek zwiększonej liczby leukocytów do normy. Biały obraz krwi wykazuje

w przebiegu gruźlicy zmiany charakterystyczne dla przewlekłych chorób zakaźnych: przesunięcie obrazu w lewo, spadek liczby eozynochłonnych i limfocytów. W miarę poprawy autor stwierdził przejściowe zwiększenie się liczby monocytów, następnie limfocytów i eozynochłonnych, w końcu ustąpienie przesunięcia w lewo.

Z uwagi na to, że w przebiegu gruźlicy czynność wątroby ulega mniejszym lub większym zaburzeniom, autor badał czynność tego narządu za pomocą odczynu Takata-Ary i odczynu Althausena. Odczyn Takata-Ary wypadł u chorych leczonych witaminą C w 80% słabiej niż przed podawaniem witaminy. Badania próbą obciążeniową według Althausena wykazały również znaczną poprawę czynnościową wątroby w 45%.

Ponieważ liczni badacze są zdania, że witamina C jest witaminą przeciwważką, wzmagającą procesy odpornościowe i tworzenie przeciwciał, autor badał zachowanie się odczynu Meinickego u chorych leczonych witaminą C; odczyn ten daje pewien wgląd w zawartość przeciwciał we krwi. Odczyn Meinickego wykonano u wszystkich pacjentów przynajmniej dwa razy, tj. przed podawaniem witaminy C i z końcem leczenia. Tylko w pojedynczych przypadkach stwierdzono wyraźniejszą zmianę. Czasami odczyn pierwotnie ujemny zamieniał się w dodatni.

Dalszym problemem jakim zajął się autor było zachowanie się gotowości zapalnej (Entzündungsbereitschaft) organizmu. Posługiwał się metodą Gaensslena w modyfikacji Markcesa. Plaster kantarydowy o wymiarach 4 razy 4 cm przyłożono na zewnętrzną powierzchnię uda i powstały pęcherz otworzono po upływie 22 godzin; oznaczono u pacjenta będącego na czczo zawartość cukru w płynie pęcherzowym i we krwi. Badania te wykonano u pacjentów 2 krotnie: przed i po podawaniu witaminy C. Wynik był następujący: u 65% chorych, którym podawano witaminę dożylnie, wystąpiło nasilenie gotowości zapalnej, u chorych, którym podawano witaminę C do wewnątrz, nie stwierdzono żadnych zmian a nawet w niektórych przypadkach osłabienie gotowości zapalnej. Autor przyjmuje zatem, że kwas askorbinowy, podawany pozajelitowo, wzmacnia w ustroju skłonności do odczynu.

Wszystkie te badania wykazały, że podawanie witaminy C u chorych na gruźlicę płuc wywołuje bardzo korzystne działanie na poczucie, wagę ciała, gorączkę, obraz krwi, odczyn opadania krwinek, na czynność wątroby i siły obronne. Podawanie pozajelitowe witaminy C uważać należy za pewnego rodzaju leczenie bodźcowe. W każdym razie podawanie witaminy C u chorych na gruźlicę jest zupełnie usprawiedliwione.

Danielewski

Czukanow W. A. i T. W. Szepakow. Leczenie ropniaków opłucnej, wikłających oddech sztuczny. Probl. Tub. 1938, z. 5, str. 80—86.

Autorzy dzielą ropniaki opłucnej na czysto gruźlicze i gruźlicze z zakażeniem mieszanym, które mogą być zamknięte i otwarte stale, względnie czasowo (przetoki oskrzelowo-opłucne i opłucno-skinne zewnętrzne). Dane Mosk. Tub. Inst. na materiale około kilkuset przypadków wskazują, że ropniaki gruźlicze opłucnej powstają w 80% w przebiegu sztucznych odm nieskutecznych, ropniaki mieszane występują w tych warunkach w 95%. Część ropniaków powstaje w odmach sztucznych, gdy zmiany płucne mają charakter wysiękowo-serowaty i sprawa chorobowa przechodzi na opłucną. W ropniakach gruźliczych zamkniętych, towarzyszących odmie nieskutecznej autorzy stosują leczenie zachowawcze, mające na celu zahamowanie wytwarzania ropy, przyspieszenie wchłaniania i dezynfekcję, oraz rozprostowanie płuca i zarośnięcie jamy opłucnej. W odmie skutecznej

dobrze wyniki lecznicze uzyskano, stosując doopłucnowo 10—50% alkohol w ilości 20—40 cm³ po uprzednim opróżnieniu z ropy, oraz baktericid prof. Zbarskiego o rozczywie 1:2000 i 1:3000. W przypadkach uporeczywych ropniaków gruźliczych stosowano otok olejny, usuwając ropę i powietrze i doprowadzając do znacznych ujemnych ciśnień; uzyskiwano szybsze rozprostowanie się płuca i zamknięcie jamy opłucnej. Na 69 przyp., leczonych wypuszczeniem ropy, w 28% wystąpiła poprawa, śmierć — w 34%. Leczenie alkoholem (37 przyp.) dało wyleczenie w 60%, poprawę w 18%, brak poprawy w 22%, otok olejny (71) — wyleczenie w 11%, poprawa w 38%, brak poprawy 46%, pogorszenie 5%, baktericid (25) — wyleczenie 68%, poprawa 24%, bez poprawy 8%. Dwa przypadki torakoplastyki z wynikiem dobrym. Ropniaki gruźlicze zakażone zamknięte leczono baktericidem w 50% z wynikiem bardzo dobrym, gorsze wyniki dał alkohol; otok olejny i zwykłe wypuszczenie ropy pozostawały bez wpływu lub dawały pogorszenie. Ropniaki zakażone otwarte leczono drenowaniem i rezekcją żebra bez widocznej poprawy. W wysiękach długotrwałych z utrzymującą się jamą powietrzną stosowano torakoplastykę sposobem Sauerbrucha, Rosé lub Monaldi, zależnie od wskazań. Na 48 przyp., leczonych torakoplastyką, uzyskano w 30% wyleczenie, w 31% — poprawę, brak poprawy w 8% i pogorszenie w 31%. W. Kruszcewska

Sergent E., M. Fourestier i M. Franchel. Dob. czynny wpływ wysięku przeciwnego w przebiegu odmy leczniczej na zmiany miąższowe. (Action favorable, sur les lésions parenchymateuses, d'un épanchement controlateral au cours du pneumothorax thérapeutique). *Archives Medico-Chirurgie. Appareil respir.* 1937, t. 12, z. 2, str. 135—144.

Przytoczony przypadek zasługuje na uwagę ze względu na szybkie zniknięcie jam gruźliczych, oraz na wpływ wysięku opłucnej, który wystąpił w przebiegu odmy sztucznej, na zmiany chorobowe w płucach. Przypadek ten dotyczył 24-letniego chorego ze zmianami gruźliczymi w prawym płucu, u którego po wytworzeniu odmy prawostronnej pojawił się wysięk w opłucnej lewej, w następstwie którego duża jama w płacie górnym prawym zniknęła zupełnie i trwale. Po wessaniu się wysięku i wznowieniu dopełnień odmy prawostronnej wystąpił niewielki wysięk w prawej opłucnej, który nie tylko nie wpłynął ujemnie na stan prawego płuca, ale odwrotnie wywarł dobry wpływ na zmiany prawostronne. Rzeczywiste i trwałe zniknięcie jamy, co wykazały badania kliniczne i rentgenologiczne, nie zależało od czynnika mechanicznego, gdyż nawet przerwa w dopełnianiu odmy w czasie wysięku drugostronnego nie wpłynęła na gojenie się jamy. Również należy odrzucić przypuszczenia czynnego rozprężenia zdrowych płatów lub wyrównawczego przerostu tych płatów ze skurczeniem wybiórczym płata chorego. Czynniki skurczowy odruchowy, odgrywający jakoby rolę w leczeniu odmy sztucznej, należy narazie do dziedziny przypuszczeń. Najbardziej usprawiedliwiony i najbliższy prawdy w powyższym przypadku jest czynnik biologiczny przy uwzględnieniu miejscowych czynników alergii i anafilaksji. W wyżej przytoczonym przypadku bezwątpienia istniały w lewym płucu niewielkie podkorowe zmiany. Wytworzona odma sztuczna prawostronna wywołała zachwianie równowagi biologicznej, co spowodowało wystąpienie lewostronnego wysięku opłucnej. Właściwości tego wysięku, oraz jego przebieg i rozwój każą przypuszczać, że wysięk ten jest wskaźnikiem odczynu alergicznego podobnie jak po wstrzyknięciu surowicy lub tuberkuliny. Możliwe jest, iż pod wpływem odczynu lewej opłucnej wytworzyły się zmiany nawałowe w górnym prawym płacie, co doprowadziło w następstwie do zniknięcia jamy. Wystąpienie wysięku prawostronnego nie tylko nie wpłynęło ujemnie na stan płuca prawego, ale odwrotnie

stanowiło czynnik sprzyjający do trwałego zniknięcia jamy, za czym przemawiało zniknięcie prątków Kocha oraz znaczna poprawa stanu ogólnego chorego. Możliwe jest, że ten drugi wysięk, powstały pod wpływem tego samego mechanizmu biologicznego, utrwalił proces leczenia, zapoczątkowany przez pierwszy wysięk. Powyższa obserwacja zasługuje na uwagę ze względu na specjalną postać wysięków opłucnej; w większości bowiem przypadków wysięki stanowią powikłania niebezpieczne, a czasami wprost rozpaczliwe. Są jednak wysięki w przebiegu których należy myśleć, iż w ustroju wytwarza się zmiana procesów obronnych miejscowych i ogólnych, alergia chorego ulega zmianie i w tych przypadkach stwierdza się poprawę lub wyleczenie procesu gruźliczego. Trudno jest przewidzieć dobry wpływ odczynu opłucnego w przebiegu odmy sztucznej. Jednak do czynników pomyślnych należy zaliczyć: szybkie zniknięcie prątków Kocha w płwocinie, nieobecność prątków Kocha w płynie z opłucnej, bądź też pojawienie się prątków o nieprawidłowych własnościach barwności; obecność w płynie dużej liczby eozynofiliów i śródbłonków, szybkie występowanie i znikanie wysięku, pojawienie się objawów nawałowych okołogniskowych z odkrztuszaniem płwociny pianistej (obrzękowej), czasem z żyłkami krwi, zachowanie dobrego stanu ogólnego mimo wysokiej ciepłoty i zaburzeń czynnościowych, wreszcie wzrost przeciwciał gruźliczych w surowicy i własności bakteriobójczych płynu opłucnego. Wszystkie te jednak objawy są niepewne i nieściśle.

H. Rożnowska

Cohen L., J. V. Błady (Filadelfia). **Prześwietlenie podczas leczenia odmą.** (Fluoroscopy during pneumothorax treatment). Amer. Rev. Tbc. 1938, t. 37, z. 6. str. 634—661.

Autorowie dokonali u 146 chorych, leczonych odmą, badania rentgenowskie w różnych położeniach ciała, oraz 86 razy wytworzyli, względnie uzupełnili odmě pod kontrolą ekranu. Wielkim niedociągnięciem obecnie stosowanych badań rentgenowskich u chorych z odmą jest to, że wykonuje się prześwietlenia w pozycji stojącej, a odmě w pozycji leżącej na boku. Badanie w pozycji leżącej na boku ułatwia często wykrycie przyczyny nieudanych dopełnień odmy. W niektórych wypadkach autorowie uważają zakładanie odmy pod kontrolą ekranu za wskazane, a mianowicie we wszystkich przypadkach wymagających szczególnej ostrożności, o ile nie można trafić do jamy opłucnej, skoro istnieją zrosty w miejscu nakłucia, o ile chory pluje krwią po zabiegu, jeśli chory opuścił dopełnienie odmy względnie, jeśli zapadnięte płuco na nowo się rozwinęło i skoro zaczyna się zarastania jamy opłucnej. Obserwowanie zachowania się szorstącego płuca w czasie stosowania odmy pozwala na łatwiejsze zwalczanie trudności, napotykanych tak często podczas zabiegu.

M. Deżyna

Angéaux J. i P. Meunier-Kuhn. **Zaburzenia głosu, wywołane odmą sztuczną.** (Les troubles vocaux provoqués par le pneumothorax artificiel). Rev. Tbc. 1939, t. 5, z. 1, str. 34—37.

Autorzy opisują 2 przypadki powyższych zaburzeń, obydwa dotyczące odmy lewostronnej. W jednym z nich po próbie odmy, w której natrafiono na przesłrzeń, zamkniętą przez zrosty, wystąpiła u chorej chrypka; jednocześnie stwierdzono rozedmę podskórną nad obojczykiem. Po 6-ciu tygodniach, przy utrzymaniu jej się jeszcze chrypcie, stwierdzono nieprawidłową ruchomość krtani po stronie lewej. Po kilku miesiącach objawy te ustąpiły.

W drugim przypadku chrypka występowała po każdym dopełnieniu odmy oraz po osiągnięciu pewnego poziomu przez płyn wysiękowy w jamie opłucnej. Stwierdzano po dopełnieniach odmy zmiany w napięciu lewej struny głosowej. Przypadki takie są bardzo rzadkie. Prawdopodobnie odgrywa tu rolę uciśnięcie

nerwu zwrotnego przez gruczoł chłonny zmieniony zapalnie, co czyni nerw ten mniej odpornym na działanie mechaniczne odmy, dając jako reakcję zaburzenie czynności nerwu.

Prócz tego w pierwszym z opisanych przypadków odgrywała prawdopodobnie rolę rozedma śródpiersiowa, powstała w czasie zabiegu, w drugim zaś — obecność płynu w jamie opłucnej.

Tucholska

Michetti D. Rozważania o przepalaniu zrostów. (Considérations sur le section d'adherences). Archives Médico-Chirurgic. Appareil Respir. 1937, t. 12, z. 2, str. 145—153.

Opierając się na przytoczonych obserwacjach klinicznych i pleuroskopowych oraz na danych piśmiennictwa, stwierdzających nawroty procesu chorobowego w tym samym miejscu po zaniechaniu odmy skutecznej, prowadzonej w ciągu kilku lat, bądź wreszcie na pokazach anatomicznych, stwierdzających szkodliwy wpływ zrostów na proces zabliznienia zmian w płucach, autor dochodzi do następujących wniosków. Przepalanie zrostów winno się dokonywać nie tylko gdy przeszkadzają one w działaniu odmy, lecz w każdym przypadku, w którym zrosty umiejscowione są w zasięgu lub w sąsiedztwie ognisk gruźliczych, nawet wówczas gdy napózór nie stanowią one przeszkody dla uzyskania dobrej odmy. Zabieg ten należy wykonywać wczesnie. Wyczekiwanie w ciągu długich miesięcy jest nie tylko bezcelowe, lecz wręcz odwrotnie może być szkodliwe. Jednakże przy ustalaniu czasu najkorzystniejszego dla tego zabiegu należy opierać się nie tylko na obserwacji klinicznej i danych rentgenologicznych, lecz uwzględnić również dane dostarczone przez torakoskopię. Tylko ten sposób zdaniem autora daje możliwość dokładnego rozwiązania powyższego zagadnienia.

H. Rożnowska

Matson R. C. (Portland, Oregon). Wewnątrzopłucnowa pneumoliza metodą zamkniętą. (Intrapleural pneumolysis by the closed method). Amer. Rev. Tbc. 1939, t. 39, z. 2, str. 162—168.

Wewnątrzopłucne przepalanie zrostów, zastosowane w czas, oszczędza choremu w licznych przypadkach zabiegów większych. Zdaniem autora czas 3 — 5 miesięcy winien wystarczyć lekarzowi, by ocenić, czy odma działa naleyście. Czekaniem dłuższym na zluźnienie się zrostów można przeoczyć korzystny okres dla ewentualnych zabiegów chirurgicznych, których wykonanie stanie się niemożliwe, skoro proces chorobowy postąpi zbyt daleko. Autor zamiast galwanokauteru zastosował prąd o wysokiej częstotliwości. Obserwacja 350 przypadków przekonała go o słuszności tej metody, dała ona bowiem znacznie mniejszy odsetek powikłań, a mianowicie: wysięki surowicze w 3,9% (20,5%/o), ropne w 2,8% (26,4%/o), krwotoczne 1,6% (10,3%/o). W nawiasach odsetki w przypadkach leczonych galwanokauterem.

M. Żelewska-Deżyńska

Zwirner H. (Tylża). Przyczynek do stosowania odmy otrzewnej. (Beitrag zur Anwendung des Pheumoperitoneums). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 438—441.

Autor zakładał odnę otrzewną w przypadkach niedostatecznego unieruchomienia przepony przy procesach w płatach dolnych, następnie dla polepszenia działania niecałkowitej odmy piersiowej. Poza tym wskazaniem do odmy otrzewnej jest nieskuteczna odma piersiowa w przypadkach wiszącej jamy, a przy niemożliwej kaustyce.

Z uwagi na to, że u kobiet ciężarnych z procesem gruźliczym w płucach następuje po porodzie pogorszenie się stanu chorobowego, autor zaleca założenie odmy otrzewnej bezpośrednio po porodzie, a to w tym celu, żeby przeciwdziałać nagłemu spadkowi ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Dzięki temu zabiegowi można zapobiec nasileniu się procesu gruźliczego w płucach.

Danielewski

Rehberg Th. (Tilsit). **W sprawie leczenia gruźlicy płuc za pomocą pneumolizy pozaopłucnej.** (Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit extrapleuraler Pneumolyse). Beitr. Klin. Tbk. 1928, t. 91, z. 4, str. 483—492.

Zdaniem autora, wprowadzenie pozaopłucnej pneumolizy do lecznictwa gruźlicy płuc oznacza znaczne wzbogacenie tegoż i wypełnia dużą lukę w tych przypadkach, gdzie nie można z dobrym wynikiem przeprowadzić leczenia odną sztuczną, a operacja plastyczna nie może być z tych czy innych względów wykonana. Zabieg powyższy należy do zabiegów technicznie łatwych i nie powoduje poważniejszych zaburzeń w poczuciu i stanie ogólnym chorego, poza tym jednak sprowadza o wiele lepszy ucisk niż zniekształcająca plastyka.

Danielewski

Wegemer E. (Marburg u. L.). **Wyniki elektrochirurgii w leczeniu chirurgicznej gruźlicy.** (Erfahrungen der Elektrochirurgie bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 446—456.

Autor podaje w niniejszej pracy wyniki operacji za pomocą elektrokoagulacji, jakie przeprowadził w przeciągu 6-ciu lat (70 operacji). Zdaniem autora elektrokoagulacja jest bardzo cennym zabiegiem w leczeniu chirurgicznej gruźlicy we wszystkich jej postaciach.

Danielewski

Berard L., M. Dargat i J. Francillon. **Przecięcie obojczyka, operacja dodatkowa torakoplastyki w chirurgii gruźlicy płucnej.** (La cleidoectomie, operation complémentaire de la thoracoplastie dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire). Archives Médico-Chirurgie. Appareil Respirat. 1937, t. 12, z. 2, str. 122—134.

Wycinanie części obojczyka, jako zabieg dodatkowy do torakoplastyki, posiada z jednej strony pewien wpływ dodatni, z drugiej zaś strony zabieg ten stwarza dużo trudności. Operację tę polecają jego zwolennicy, celem udostępnienia dojścia do górnych żeber, jednakże każdy chirurg obeznany z operacjami na klatce piersiowej łatwo uzyskuje dostęp do tych żeber, bez konieczności powyższego zabiegu. Wycięcie obojczyka jest zabiegiem sprzyjającym do zapadnięcia znacznego płuca w kierunku bocznym, co jest bezwątpienia znaczniejsze, niż zapadnięcie uzyskane przy stosowaniu operacji klasycznej. Jednakże do uzyskania zapadnięcia całkowitego płuca konieczna jest całkowita rezekcja pierwszych żeber. Zabieg ten, przedłużając czas operacji, jest bezwątpienia większym wstrząsem, niż inne operacje. Przede wszystkim jednak, mimo spodziewanych korzyści anatomicznych i czynnościowych, fakt zniszczenia jednoczesnego ciągłości łuku obojczykowego i ciągłości przyczepów mięśniowych grzbietowego brzegu łopatki jest z niekorzyścią dla statyki ramienia. Wycięcie odosobnione obojczyka może być stosowane bądź jako zabieg udostępniający operację wewnątrz klatki piersiowej, bądź celem uzyskania uciśnięcia jamy, bądź też przy powtórnej operacji przedniej na żebrach uległych wtórnie skostnieniu, celem uzyskania wybiórczego ucisku. Wówczas operacja ta jest albo odosobniona, albo jako uzupełniająca operację przednią. Zabieg ten jednakże może być zbędny, a przedłuża i czyni cięższą operację, a przede wszystkim zaś powoduje zachwianie równowagi ramienia wówczas gdy towarzyszy temu zniszczenie mięśni tylnych.

H. Rożnowska

Bisgard J. D. (Omaha). **Postępowanie z chorymi, którym grozi skrzywienie kręgosłupa wskutek zmian w klatce piersiowej.** (The management of threatened thoracogenic spinal curvature). Tubercle 1933, t. 23, z. 1, str. 12—23.

Boczne skrzywienia kręgosłupa, powstające skutkiem zmian w klatce piersiowej, są następstwem albo zmian w opłucnej, albo torakoplastyki. Można zapobiec ich powstawaniu oraz leczyć niewielkie skrzywienia. Rozległe i utrwalone skrzy-

wienia zarówno kręgosłupa jak żeber nie nadają się już do leczenia. Skrzywień pochodzenia opłucnego najlepiej się unika przez wczesne leczenie ropni, wzgl. innych stanów zapalnych, dalej przez proste ułożenie chorego, ewentualnie w hiperkorekcyi. Jest to możliwe przez stosowanie odpowiednich klinów oraz łózek gipsowych, ewent. przez wycięcie żeber strony wklęsłej z zniszczeniem nerwów międzyżebrowych dla znieczulenia pola blizny. W przypadkach torakoplastyki stosowanie klinów korekcyjnych powinno się rozpocząć parę dni po zabiegu i trwać conajmniej 6 tygodni.

M. Deżyna

Walka z gruźlicą. Szczepienia przeciwgruźlicze. Epidemiologia. Statystyka.

Kaiser-Petersen J. E. (Jena). Wykrycie gruźlicy płuc przez badania seryjne i badania otoczenia. (The detection of pulmonary tuberculosis by means of serial and environmental investigations). *Tubercle* 1933, t. 23, z. 1, str. 24—33.

Czynna opieka nad chorymi na gruźlicę w Niemczech nie ogranicza się do badania i leczenia chorych, lecz stosuje w jak najszerszym zakresie masowe badania seryjne osób narażonych szczególnie na zakażenie, jak krewnych i otoczenie chorego, personel szpitalny, kolegów i współpracowników chorego, personel pielęgniarstwa, studentów medycyny, dalej osoby, które z racji swego zawodu mogą łatwo stać się rozsadnikami choroby, jak nauczycieli, wychowawców, sprzedawców towarów spożywczych. Badaniu podlegają ci wszyscy, co z racji wieku (dzieci małe, młodzież uniwersytecka, starcy) lub innych niekorzystnych warunków zewnętrznych (złe mieszkanie) są szczególnie narażeni. Seryjne badania wprowadzono do stowarzyszeń młodzieży, służby pracy, towarzystw politycznych, wojska, policji, obozów letnich, w stacjach opieki nad matką i dzieckiem itp.

Doświadczenia autora wykazały, że gruźlicę stwierdzono u osób przekazanych przez lekarzy do dokładniejszego zbadania w 17,9% przypadków, podczas badań środowiska rodzinnego w 12%, pozarodzinnego w 2,9%, przez badania seryjne w 0,8%. W seryjnych badaniach na 1000 „zdrowych“ osób, żyjących w otoczeniu osoby chorej na otwartą gruźlicę płuc, znajdzie się od 100—150 osób potrzebujących leczenia, 20 do 50 z nich to chorzy wydzielający prątki. Odnośne cyfry dla gromady dzieci wynoszą 1 do 2/1000 potrzebujących leczenia, z tego 0 do 1 z powodu otwartej gruźlicy płuc; dla młodzieńców 10 do 20/1000, z tego 3 do 5 z powodu otwartej gruźlicy płucnej; dla dorosłych zależnie od wieku od 2 do 15/1000, w tym 1 do 4 do 8 z gruźlicą płuc otwartą.

Doświadczenia wykazały, że badania seryjne, a przede wszystkim badania środowiska są niezmiernie ważnym czynnikiem w walce z gruźlicą; wychwytyją bowiem liczne przypadki gruźlicy ukrytej, przyczyniając się do wczesnego rozpoznawania, a co zatem idzie do poprawy rokowania.

M. Deżyna

Plunkett R. E. (Albany, New York). Wytropienie przypadków gruźlicy. (Case-finding). *Amer. Rev. Tbc.* 1939, t. 39, z. 2, str. 256—265.

Autor kładzie nacisk na badanie przede wszystkim dorosłych, będących w styczności z chorymi na gruźlicę. Według jego doświadczeń bowiem liczba przypadków gruźlicy wśród dzieci poniżej lat 15, znajdujących się w otoczeniu gruźliczym, jest bardzo niewielka, tak że badanie dzieci — tam, gdzie z takich czy innych względów należy ograniczyć liczbę badanych — można odłożyć na drugi plan. Nacisk należy kłaść szczególnie na badanie mężczyzn, u których znacznie częściej odkrywa się chorobę w stanie dalej posuniętym aniżeli u kobiet.

M. Żelewska-Deżyna

Williams E. (Cardiff). Badania osób żyjących w styczności z chorymi na gruźlicę, wydzielającymi prątki. (Contacts with sputum positive tuberculous cases). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 10, str. 495—510.

Autor zbadał dokładnie 120 osób, mających styczność z chorymi na gruźlicę, wydzielającymi prątki, w tym było 80 dzieci do 16 roku życia włącznie. U dzieci wykonano odczyn Mantoux, rozmaz krwi i następnie badanie fizyczne. Nieliczne tylko dzieci, oddziałujące bardzo silnie na małe dawki tuberkuliny zbadano rentgenologicznie; innych nie badano ze względu na trudności techniczne. Postępowanie u dorosłych było takie same, nie wykonano tylko odczynu tuberkulinowego.

Odczyny tuberkulinowe wypadły dodatnio u wielkiej liczby dzieci, a szczególnie silnie u dzieci małych. Okazało się, że szczególnym niebezpieczeństwem dla dzieci jest matka wydzielająca prątki. Zdjęcia rentgenowskie ujawniły zmiany o charakterze pierwotnego zakażenia, często jeszcze czynne. Wyniki badań krwi (współczynnik monocytowo-limfocytowy, von Bonsdorffa) były zgodne z wynikiem badania klinicznego i rentgenologicznego. U niektórych dorosłych stwierdzono stare zmiany, które będąc czynnymi przed laty mogły być pierwotnym źródłem zakażenia w rodzinie.

M. Deżyna

Jacobs A. L. Poszukiwania gruźlicy wśród studentów skandynawskich. (Investigations upon tuberculosis among students in Scandinavia). *Tubercle* 1938 t. 19, z. 11, str. 481—490.

Autor porównywa wyniki masowych badań nad gruźlicą wśród studentów w Norwegii, Szwecji i Danii, wskazując na punkty zgodne i rozbieżne tych wyników. Wszystkie badania wykazały, że świeże przypadki gruźlicy zdarzają się głównie u tych osób, które uległy pierwotnemu zakażeniu dopiero w okresie obserwacji, tj. w czasie studiów. W ogóle zachorowalność na gruźlicę jest w grupie z pierwotnie ujemnym odczynem tuberkulinowym 5 razy większa, niż w grupie z odczynem pierwotnie dodatnim. Zachorowalność studentów medyków jest większa niż słuchaczy innych wydziałów. Zwraca uwagę różnica w odsetkach pierwotnie ujemnych odczynów tuberkulinowych, które są w Norwegii (Oslo) znacznie większe (50%), niż w Danii (Kopenhaga 25%) i Szwecji (Lund 18%). Pewnym wytłumaczeniem tego zjawiska może być fakt, że w Norwegii nie ma prawie zupełnie gruźlicy bydłowej, która jest dość rozpowszechniona w Danii i południowej Szwecji.

M. Deżyna

Wells C. W., H. H. Smith. Zakażenie gruźlicze w Kingston na Jamajce. (Tuberculous infection in Kingston, Jamaica). *Amer. Rev. Tbc.* 1938, t. 37, z. 6, str. 625—633.

Czynną gruźlicę płuc stwierdzono w 1,87% i w 1,40% ludności dzielnic ubogich, zamieszkałych przez rasę czarną, dalej w 0,95% ludności średnio zarobkowej i w 0,33% ludności mającej. Największy odsetek (3,65%) przypadków zmian gruźliczych ukrytych w szczytach stwierdzono właśnie wśród warstw ludności zarobkowej, gdzie zmiany ukryte typu dziecięcego były rzadkością. Ludność zamożna składa się przeważnie z ludzi białych lub o skórze jasnobrązowej. Autorowie wnioskują, że zakażenie pierwotne wśród warstw zamożnych występuje rzadziej w wieku dziecięcym, a jeśli zakażenie nastąpi w wieku dojrzałym, wykazuje większą skłonność do gojenia się.

M. Żelewska-Deżyna

Cochrane E. Gruźlica w Gujanie brytyjskiej. (Tuberculosis in British Guiana). *Tubercle* 1938, t. 19, z. 9, str. 403—415, oraz z. 10, str. 453—466.

Gujana brytyjska liczyła w 1934 r. 323,171 mieszkańców, z tego po 120,000 przypada na czarnych i na Indian wschodnich, reszta to mieszkańcy, Portugal-

czycy, Chińczycy, Indianie-tubylcy i Anglicy. W stolicy kolonii mieszka przeszło 63 tys. ludzi. Głównym zajęciem ludności to uprawa trzciny cukrowej i wyrób cukru. Nie ma tam większych ośrodków przemysłowych. Walka z gruźlicą datuje się od 1907 r. Gruźlica jest rozpowszechniona w całej kolonii. Pewnym momentem zwrotnym w szerzeniu się gruźlicy był czas zniesienia niewolnictwa Murzynów; od tej chwili liczba zgonów z gruźlicy wzrosła znacznie. Zależność śmiertelności od rasy uwidacznia następujące zestawienie: w latach 1922—1931 zmarło na gruźlicę na 1000: tubylców Indian — 1,9, Murzynów — 1,3, Portugalczyków — 1,2, mieszańców — 1,0, wschodnich Indian — 0,8, Chińczyków — 0,8. Nie stwierdzono wyraźnej różnicy w śmiertelności z gruźlicy u Murzynów mieszkających na wsi i w mieście. Portugalczycy należą do warstwy ludności bardzo ubogiej, podczas gdy standart życiowy Chińczyków jest względnie wysoki. Wśród Murzynów kobiety, których warunki życiowe są znacznie cięższe niż mężczyzn, wykazują wyższy odsetek zachorowań i zgonów z gruźlicy. Podobnie się dzieje u mieszańców. U wschodnich Indian sprawa ma się odwrotnie, prawdopodobnie z powodu ogólnej słabszej ich konstytucji fizycznej. U Indian tubylców także mężczyźni więcej chorują prawdopodobnie dlatego, że są zmuszeni szukać sobie pracy w ośrodkach poza rezerwatami.

Wiek zachorowań jest zmienny zależnie od rasy. U Murzynów krzywa zachorowań wzrasta do 30 roku życia, po czym szybko opada. U wschodnich Indian krzywa trzyma się na mniej więcej równym poziomie do 60 roku życia; jest to przebieg charakterystyczny dla ras będących już długo w styczności z gruźlicą. Ludność Gujany brytyjskiej mieszka przeważnie w złych warunkach, tj. w przebudniowanych mieszkaniach. Najgorsze warunki mieszkaniowe stwierdzono u Portugalczyków, co w dużej mierze tłumaczy częste przypadki gruźlicy. Wpływu diety — bardzo różnorodnej u ludności tej kolonii ze względu na odmienne przepisy religijne mahometan, hindusów i chrześcian — ustalić nie było można.

Autor wykonał w latach 1933 i 1934 538 sekcji zwłok i przekonał się, że ostre postaci gruźlicy spotyka się u wszystkich ras, lecz najbardziej ostro przebiegające oraz większość postaci typu dziecięcego dotyczyły rasy czarnej. Natomiast rzadziej niż gdzie indziej znalazł u czarnych masywne zmiany pneumoniczne oraz rozległe posiewy w narządach jamy brzusznej. Sekcje zwłok dziecięcych, przeważnie murzyńskich, nie wykazały więcej zmian gruźliczych niż i dzieci w ogóle w Wielkiej Brytanii. Dane dotyczące przebiegu klinicznego oraz leczenia, opracowane na materiale 200 chorych, zapisanych do Stacji w Georgetown, nie przedstawiają nic szczególnego. Chorzy byli przeważnie Murzynami. Prawie u wszystkich stwierdzono prątki. Odsetek przypadków śmiertelnych — jeśli brać pod uwagę tylko liczniejsze grupy Murzynów i mieszańców, wynosił u pierwszych 64^o/_o dla mężczyzn, 70^o/_o dla kobiet, a w drugiej 44^o/_o dla mężczyzn i 82^o/_o dla kobiet. Czas życia, licząc od rozpoznania przypadku, waha się od 7,5 miesięcy dla kobiet murzyńskich do 17,1 miesięcy dla mieszańców płci męskiej.

M. Deżyna

Różne

Nowak T. (Kraków). Powikłanie ziarnicy złośliwej gruźlicą. Nieobecność ziarenek kwasoodpornych w zmianach przemawia przeciw gruźliczej przyrodzie ziarnicy. P. Gaz. Lek. 1939, z. 15, str. 321—326.

U chorego l. 11, który zgłosił się do kliniki z powodu duszności, stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych i śródpiersia, wątroby i śledziony. Na

podstawie badania klinicznego, biopsji gruczołu i dalszego przebiegu klinicznego podejrzewano współistnienie ziarnicy złośliwej i gruźlicy. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem pośmiertnym. W płucach i wątrobie stwierdzono zmiany gruźlicze i oddzielne ogniska nacieków ziarnicznych, w nerkach guzki gruźlicze oraz nacieki ziarnicze w śledzionie i gruczołach chłonnych. W obrazie klinicznym schorzenia za gruźlicą przemawiały: przebieg przewlekły z zaostrzeniami, dodatni odczyn Pirqueta, obecność prątków i utkania gruźliczego w wycinku z gruczołu. W obrazie histopatologicznym narządów stwierdzano ściśle odgraniczenie zmian gruźliczych i ziarnicznych, brak faz przejściowych, brak prątków i substancji kwasoodpornej w obrębie zmian ziarnicznych. Powyższe spostrzeżenia świadczą, zdaniem autora, o odrębnej etiologii ziarnicy, której zarazek jest dotąd nieznany. Gruźlica, w danym przypadku była schorzeniem dodatkowym rozwijającym się na podłożu wyniszczenia ziarnicznego. W. Kruszevska

Sellers T. H. (Londyn). **Wrodzona torbielowatość płuca**, (Congenital cystic disease of the lung). *Tubercle* 1939, t. 20, z. 2, str. 49—71 oraz z. 3, str. 114—136.

Wrodzona torbielowatość płuca jest jednostką chorobową wyraźnie odgraniczoną od innych, klinicznie podobnych zmian w płucach. Cechuje ją nienormalna tkanka płucna, w której znajdują się rozszerzenia i torbiele oskrzeli, których powstanie nie można tłumaczyć ani czynnikami infekcyjnymi ani pasożytniczymi. Torbiele mają charakter wybitnie oskrzelowy, to też nazwa choroby winna ściśle rzecz biorąc brzmieć: wrodzona torbielowatość oskrzeli. Odróżnienie wrodzonej torbielowatości płuca (w. t. p.) od nabytych rozszerzeń oskrzeli jest możliwe na podstawie wywiadu a przede wszystkim na podstawie obrazu anatomo-patologicznego.

Częstość występowania w. t. p. trudno określić z pewnością. W literaturze światowej autor znalazł około 400 opisanych przypadków, sam referuje w pracy tej 32 własne. Studiując klinikę w. t. p. zwraca uwagę okoliczność, że większość przypadków została właściwie rozpoznana dopiero po dłuższym okresie choroby. Autor podaje następujący podział spotykanych postaci torbieli: 1. Torbiele pojedyncze — prawie wyłącznie o rozmiarach dużych, a. torbiele balonowate, bardzo duże, dające znaczne objawy uciskowe; b. torbiele mniejsze — wielkości mniej więcej pomarańczy, nierozpoznane zwykle aż do chwili zakażenia.

2. Torbiele mnogie o wielkości rozmaitej, a. torbiele średnie, rozmiarów od czereśni do piłki golfowej, zwykle w grupach po 2—3; b. torbiele małe — do wielkości czereśni. a. o rozmieszczeniu płatowym; poszczególne torbiele są mniej więcej równej wielkości, w rentgenogramie przedstawiają obraz plastra miodu; b. rozsiane, o rozmiarach różnych, zajmują albo jedno albo oba płuca.

Duże torbiele balonowate spotyka się najczęściej u noworodków i małych dzieci, dają bardzo szybko postępującą niedomogę układu oddechowego i krążenia wskutek wentylowego zamknięcia oskrzela doprowadzającego powietrze. Badanie fizyczne daje objawy odmy. Nakłucie i wypuszczanie powietrza sprowadza chwilową ulgę, powodując w następstwie powstanie odmy. Obraz rentgenowski daje dużą jasną przestrzeń powietrzną, nieraz spostrzega się uciśniętą tkankę płucną na obwodzie. Po powstaniu odmy w obrazie rentgenowskim pojawia się delikatny cień obrysów torbieli.

Torbiele mniejsze, wykrywa się często przypadkowo, gdyż są one nieme klinicznie aż do chwili zakażenia i rentgenologicznie nasuwają myśl o odmie ograniczonej, względnie o jamie gruźliczej o cienkich ścianach lub — po zakażeniu — o ropniu płuca. Często w tych przypadkach badanie kliniczne wykrywa jeszcze inne nieprawidłowości rozwojowe, jak wrodzone wady serca, dextrocardię, nerki torbielowate, torbielowatość wątroby i t. p.

Torbiele mnogie, średniej wielkości, są przeważnie klinicznie nieme. Wykrywa się je przypadkowo w każdym wieku, najczęściej u dzieci szkolnych i młodych dorosłych. Ulubionym miejscem to wnęka, szczególnie prawa. Najczęściej zajmuje środkowy płat płuca prawego. Zwykle torbiele te mają szerokie połączenie z oskrzelem, co ułatwia w wysokiej mierze drenaż i tłumaczy fakt, że torbiele, nawet zakażone, pozostają przez długi czas niepostrzeżone.

Torbiele mnogie małe dają klinicznie obraz rozszerzeń oskrzeli. Ciężkość objawów zależy od rozmieszczenia torbieli — w jednym płacie, czy rozsiane obustronnie — od ogólnego stanu chorego i od toksemii, dołączającej się zawsze po zakażeniu.

Powikłania, będące w bardzo licznych przypadkach czynnikiem doprowadzającym chorego do lekarza i do ustalenia rozpoznania, są rozliczne. W ich szeregu pierwsze miejsce zajmuje zakażenie torbieli. Daje ono obraz zależnie od wielkości torbieli, rozszerzeń oskrzeli względnie ropnia płuca. W przypadkach torbieli powierzchownie ułożonych nie rzadko dołącza się ropne zapalenie opłucnej. Umieszczenie torbieli pod opłucną może stać się przyczyną odmy opłucnej. Krwioplucia, krwotoki płucne wskutek nadżerki naczyń przedstawiają powikłania, kończące się często fatalnie.

Rozpoznanie różnicowe winno brać pod uwagę, prócz wspomnianej już odmy i ropnia płuc, jeszcze pęcherze rozedmowe, jamy gruźlicze o ścianach cienkich (brak innych zmian gruźliczych w sąsiedztwie przemawia za torbielą). Nie raz przekroje poprzeczne przez naczynia krwionośne i oskrzela mogą być przyczyną trudności rozpoznawczych, dając w rentgenogramie cienie okrągłe, szczególnie w pobliżu wnęki. Poza tym uwzględnić należy możliwość istnienia przepukliny przeponowej, torbieli skórzastej i t. p.

Leczenie torbielowatości należy do najtrudniejszych zagadnień terapeutycznych. W przypadkach dużych torbieli nakłucie może chwilowo dać ulgę, jest to jednak zabieg o tyle niebezpieczny, że grozi powstaniem odmy. Operacyjne usunięcie lokalne torbieli nie dało żadnego wyniku, co się tłumaczy właściwościami budowy anatomo-histologicznej. Pozostaje więc wyłącznie lobektomia względnie pneumonektomia. W przypadkach zakażonych uprzedni drenaż i t. p. leczenie konserwatywne winno poprzedzić zabieg chirurgiczny.

Obraz anatomo-patologiczny makroskopowy płuc zależy od rozmiarów i rozmieszczenia torbieli. Nierzadko powierzchnia płuca ma wygląd baniek mydlanych, częściej jednak torbiele są zapadnięte. Wyglądem przypomina płuco torbielowate płuco rozedmowe. Na przekroju torbiele są okrągłe, otoczone tkanką zbitą; tam gdzie torbiele są liczne, obrysy ich są bardziej nieregularne, często leżą rzędem. Oskrzelca nie są rozszerzone, chyba, że uległy zakażeniu. W przypadkach zakażenia obraz przypomina rozszerzenia oskrzeli. Od ostatnich odróżnić można torbiele charakterystycznym obrazem histologicznym. Cechą najbardziej znamiennej dla torbieli, to nieuszkodzony nabłonek o cechach oskrzelowych, wystający wewnątrz torbieli. Nabłonek ten bywa jedno lub kilkuwarstwowy, zaopatrzony w rzęsy, nieraz w wyraźną błonę podstawową. Brak zupełnie wyraźnej torebki, otaczającej torbiele. Torbiele łączą się ze sobą wąskimi przesmykami, wystającymi nabłonkami jak torbiele. W niektórych preparatach udało się wykazać łączność torbieli z oskrzelami. Charakterystyczne dla nabłonka torbieli jest jego długotrwała odporność na czynniki zakaźne. Obraz różni się tym samym zasadniczo od obrazu rozszerzeń nabytych oskrzeli, gdzie nabłonek jest zniszczony, miejscami zupełnie. Co się tyczy reszty tkanek, stanowiących normalnie utkanie oskrzela, to w przypadkach torbielowatości znajdują się one w zupełnym nieładzie, bezplanowo roz-

rzucone w przestrzeniach między torbielami. Chrzątka znajduje się w ilości wyraźnie zmniejszonej w porównaniu z normalnym utkaniem oskrzelowym, nieraz brak jej zupełnie, jeśli istnieje, leży nieregularnie rozmieszczona i ukształtowana w pobliżu torbieli. Gruczoły śluzowe bywają wcale nieobecne, często wykazują cechy hipertrofii i hiperplazji, mogą przypominać obraz nowotworowy. To samo można powiedzieć o tkance mięśniowej. Tkanka limfoidalna może być silnie rozwinięta nawet w przypadkach torbielowatości nie zakażonej. Tkanka sprężysta wykazuje względny przyrost. Obraz ten może być pozorny skutek zapadnięcia tkanki pęcherzykowej. Tkanka łączna, wypełniająca przestrzenie między poszczególnymi torbielami nosi cechy bezładu. W przebiegu zapaleń stwierdza się naciski drobnokomórkowe. Naczynia krwionośne i limfatyczne również są nieregularnie rozmieszczone, nieraz hiperplastyczne. Brak pigmentu w płucach zawsze uważano za niezbity dowód, że płuco nie było wentylowane, że zmiany są wrodzone. W przypadkach torbielowatości wrodzonej barwik może być obecny. Niezawsze bowiem jest zajęte całe płuco, względnie cały płat, a pigment może przedostać się w pobliżu torbieli z odległych, wentylowanych części płuca. Normalnie ukształtowane pęcherzyki płucne mogą się znajdować w najbliższym sąsiedztwie torbieli.

W drugiej części swej pracy autor podaje opisy kliniczne i anatomopatologiczne 32 obserwowanych przypadków torbielowatości różnego rodzaju, ilustrując wywody swe licznymi obrazami zdjęć rentgenowskich oraz preparatów anatomopatologicznych.

M. Żelewska-Deżyna

Glaum Kl. (Rosbach—Kolonja). Rozszerzenia oskrzelowe w przypadku całkowitego odwrotnego ułożenia trzew. (Bronchiektasien bei Situs viscerum inversus totalis). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 422—426.

Autor opisuje przypadek (17 letnia dziewczyna) odwrotnego ułożenia trzew z rozszerzeniami oskrzeli i przewlekłym zapaleniem przrostowym nosa i jam bocznych nosa przy zupełnym braku jam czołowych, przy równoczesnym niedorozwoju narządów płciowych. Obecność wszystkich tych zmian potwierdza postawione na podstawie wywiadów rozpoznanie wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych.

Danielewski

Kloos G. i E. Nässer (Davos). Symptomatyka psychiczna gruźlicy płuc. (Die psychische Symptomatik der Lungentuberkulose). Beitr. Klin. Tbk. 1938, t. 91, z. 4, str. 379—410.

Autor poddaje krytyce wynik badań psychologicznych przeprowadzonych u chorych na gruźlicę. Badania te mają przeważnie tę wadę, że rzucające się w oczy objawy psychiczne u jednostki uogólnia się i w ten sposób powstają w sferach lekarskich i laików błędne pojęcia o psychicznych objawach i usposobieniu psychicznym chorych. Drugim błędem tych badań jest to, że mówią one o „psychic” i „typie” chorych na gruźlicę nie biorąc pod uwagę tego, że zachowanie się psychiczne w tej chorobie różne jest nie tylko u poszczególnych ludzi, lecz w równej mierze w poszczególnych okresach gruźlicy; z tego powodu nie można stanu psychicznego podciągnąć pod jedną formułę. Autor wychodząc z powyższego założenia, omawia zachowanie się psychiki w różnych okresach rozwojowych gruźlicy. Z uwagi na to, że ognisko pierwotne występuje u większości ludzi w wieku dziecięcym przebiega ono psychicznie bez objawów. W drugim okresie Rankego spotyka się stany szybkiego zmęczenia, osłabienie, zmniejszenie wydajności umysłowej, trudność w skupieniu myśli, zmniejszenie czynności umysłowych — niezdolność do zapamiętywania, wzmożona wrażliwość uczuciowa i dzięki temu chwielność w usposobieniu. Objawy psychiczne osób, które świeżo zachorowały na

gruźlicę są bardzo różnorodne i odmienne od tych objawów jakie się spotyka u chorych od lat i starych bywalców sanatoryjnych. Te objawy podzielić można na toksyczne, psychoreaktywne i zależne od otoczenia. U chorych z chronicznym procesem spotykamy trwałe zmiany w psychice. Danielewski

Klare-Scheidegg K. (Scheidegg-Allgäu). **W sprawie gruźliczego obciążenia.** (Zur Frage der tuberkulösen Belastung). Beitr. Klin. Tbk. 1933, t. 91, z. 5, str. 543—547.

Na przykładzie dwóch przypadków autor wskazuje na znaczenie odziedziczonej konstytucji jako momentu dysponującego wzgl. niedysponującego do powstania i przebiegu gruźlicy. Przypadki te wykazują, że dawniejsze pojęcie o „gruźliczym obciążeniu“ winno ulec rewizji w tym sensie, iż należy w przyszłości odróżnić zakażenie wewnątrz rodzinne od odziedziczonej dyspozycji do gruźlicy. Danielewski

Greb H. (Schöenberg). **Przyczynk do rozpoznania różnicowego między gruźlicą a guzem płuc.** (Beitrag zur Differenzialdiagnose zwischen Lungentuberkulose und Lungentumor). Beitr. Klin. Tbk. 1933, t. 91, z. 5, str. 515—524.

Autor opisuje trudności w rozpoznawaniu różniczkowym w 3 przypadkach raka płuc. W pierwszym przypadku przemawiał obraz kliniczny, rentgenowski i przebieg procesu chorobowego za ziarnicą złośliwą. Drugi i trzeci przypadek był skierowany do lecznicy z rozpoznaniem gruźlicy płuc, którą po dokładnym zbadaniu można było wyłączyć. Drugi przypadek przebiegał aż do chwili zgonu z objawami bronchitis fibrinosa, a w trzecim przypadku rozpoznano na podstawie obrazu tomograficznego wysięk międzypłatowy. Danielewski

POLSKIE TOWARZYSTWO BADAŃ NAUKOWYCH NAD GRUŻLICĄ

ZEBRANIE NAUKOWE W DNIU 16 STYCZNIA 1939 R.

Dr Michał Bloch (Otwock)

NIEZWYKŁY TWÓR WEWNĄTRZ JAMY W PŁUCU

U chorego I. J., lat 29, z zawodu stolarza, w 1927 roku rozpoznano na zdjęciu dużą cienkościenną jamę w górnym płacie prawego płuca z kilkoma mniejszymi jamkami w otoczeniu oraz dużą marskość prawego płuca. Wielokrotne badanie płwociny prątków Kocha nie wykazało. W ciągu 2 lat następnych wystąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego chorego, któremu przybyło ponad 10 kg na wadze, i znaczne złagodzenie objawów czynnościowych ze strony płuc, po czym w 1930 r. nastąpiło raptowne pogorszenie: silny kaszel, obfite odpluwanie okresowe cuchnącej płwociny, wreszcie płucie krwią i obfity krwotok płucny. W 1932 ponowna obserwacja chorego wykazała w obrazie rentgenowskim obecność dużego okrągłego tworu, wielkości jaja kurzego, wewnątrz istniejącej poprzednio dużej jamy w płucu. Okresowe odpluwanie cuchnącej płwociny i obraz cienia kulistego wewnątrz jamy utrzymywały się do 1937 roku, kiedy badanie radiologiczne dr M. Werkenthin wykazało ruchomość tworu wewnątrz jamy. Podczas bronchografii wykryto, że oskrzele płata górnego było dwukrotnie zwężone, zaś lipiodol przedostał się do światła jamy, zawierającej twór kulisty. Zdaniem autora trudno napewno ustalić charakter i genezę jamy oraz zawartego w niej tworu. Jama

mogła odpowiadać wrodzonemu rozszerzeniu oskrzeli, lub torbieli płucnej, za czym przemawiały: przebieg kliniczny, stała nicobecność prątków Kocha w płwocinie oraz wynik bronchografii. Nie można jednak wyłączyć wygojonej jamy gruźliczej zawartej w marskim płucu i wśród wtórnych rozszerzeń oskrzeli. Twór zaś w jamie mógł być uległym organizacji i wtórnemu zwapnieniu skrzepem krwi wylanej podczas krwotoku do jamy, bądź też był to kamień oskrzelowy, powstały z zagęszczenia zalegającej w jamie wydzieliny, o niespotykanych dotychczas rozmiarach.

W dyskusji przemawiał dr A. Biernacki, zdaniem którego rzadko spotyka się podobne twory w jamach płucnych. Twór powyższy raczej nie jest pochodzenia skrzepowego.

Z kolei dr Jan Stopczyk nadmienia, że stosunkowo nierzadko spotyka się ciała obce, mianowicie zwapnienia, w jamach gruźliczych. Zwapnienia te, ułożone początkowo na pewnej przestrzeni dokoła jamy, przedostają się do jej światła w miarę jej powiększania się. Interesującym jest, że lipjodol w danym przypadku przedostał się do światła jamy; zdarza się to rzadko podczas bronchografii — a to wskutek wąskości światła oskrzela doprowadzającego oraz prężności zawartego w jamie powietrza. W tych razach należy przyjąć istnienie paru oskrzeli doprowadzających. Powietrze wówczas może wydostawać się z jamy przez jedno oskrzele, w miarę wpływania lipjodolu przez drugie.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. P. prof. W. Orłowskiego

Dr A. Biernacki i dr E. Kodejszko

RZADKA POSTAĆ GRUŹLICY PRZEWODU POKARMOWEGO.

Chora Her. B., lat 56, przy rodzicach, przybyła do kliniki z powodu ogólnego osłabienia, owrzdzenia na języku, przetoki okołoodbytniczej i bólów stawów. Owrdzenie na języku pojawiło się przed rokiem; przetoka okołoodbytnicza przed 6-ma tygodniami. Wywiady rodzinne i co do chorób przebytych bez znaczenia.

Badaniem przedmiotowym wykryto: budowę prawidłową, wątłą, odżywienie upośledzone. Skóra i śluzówki o zabarwieniu bladym. Gorączka o torze trawiącym. Na wargach i na koniuszku języka naczylniki jamiste. Na prawym brzegu języka, bliżej podstawy, owrdzenie o dnie nierównym, pokrytym śluzowo-ropną wydzieliną, o brzegach poszarpanych, zlekka podminowanych.

W zakresie klatki piersiowej i narządów jamy brzusznej żadnych zmian nie wykryto.

W okolicy odbytu znaczny ubytek, drażący głęboko, o wymiarach około 2×3 cm, pokryty atoniczną ziarniną, sączący bardzo znaczną ilość wydzieliny ropno-śluzowej, cuchnącej. Przy zgłębnikowaniu wykryto szereg uchyłków oraz w kilku miejscach połączenie z odbytnicą. Badanie moczu bez zmian. Badania pomocnicze: skład morfologiczny krwi — krwinek czerwonych 2.980.000, Hb — 45%, wskaźnik zabarwienia 0,9, krwinek białych 6.300. Wzór: kwasochłonnych 1%, zasadochłonnych 0%, obojętnochłonnych pałeczkowatych 8%, obojętnochłonnych podzielonych 66%, limfocytów 19%, jednojądrzastych 6%.

Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej poza zaznaczeniem bruzdy międzypłatowej po stronie prawej, oraz kilkoma drobnymi plamkami po stronie lewej w szczycie, innych zmian nie wykryło.

W wycinku próbnym z przetoki okołodbytniczej stwierdzono histologicznie (dr L. Manteuffel) utkanie gruźlicze.

Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że mieliśmy tu do czynienia z gruźlicą początkowego i końcowego odcinka przewodu pokarmowego bez objawów czynnych zmian w innych narządach. Musimy więc przyjąć, że zakażenie w tym przypadku powstało na drodze krwiopochodnej u osobnika 56-letniego, co należy ze względu na wiek i umiejscowienie do spraw rzadkich.

Zmiany gruźlicze w jamie ustnej, stwierdzone u tej chorej bez czynnych zmian w płucach, przemawiają za częstością krwiopochodnego powstawania gruźlicy języka, co było niejednokrotnie podnoszone przez różnych autorów.

Co do częstości gruźliczych przetok okołodbytniczych, to różne statystyki oceniają je na ca 10—12⁰/₀ wszystkich przetok tego rodzaju. I tak Gant uważa częstość tę za nieco mniejszą niż 10⁰/₀, Buie 10—15⁰/₀, Tierny 10⁰/₀. Należy tu podnieść, że autorowie ci nie podają jakimi metodami rozpoznawano gruźlicze pochodzenie przetok. Trzeba bowiem pamiętać, że o dokładności rozpoznania w tym wypadku decyduje jedynie badanie histologiczne próbnych wycinków. Nabiera to tym większego znaczenia, że, jak zgodnie podkreślają rozmaici badacze, bardzo wielu chorych na gruźlicę jednocześnie cierpi na przetokę okołodbytniczą nieswoistą.

Przetoka okołodbytnicza gruźlicza nie powoduje zwykle znaczniejszego wyniszczenia i objawów ogólnego zatrucia. W naszym przypadku mieliśmy do czynienia właściwie z bardzo rozległym owrzodzeniem gruźliczym w obrębie dołu kulszowo-odbytniczego, do czego dołączyło się dużego stopnia zakażenie wtórne, doprowadzając do znacznego wyniszczenia i niedokrwiłości niedobarwliwej. Tak rozległe owrzodzenia gruźlicze odbytu i krocza zdarzają się rzadko.

W dyskusji dr A. Biernacki nadmienia, że w powyższym przypadku przyczyną ciężkiego stanu chorej i dużego wyniszczenia ogólnego mogła być tylko rozległa gruźlica krocza i odbytu, gdyż chora mimo owrzodzenia na języku odżywiała się dobrze.

Brak jest na ogół statystyk, dotyczących częstości występowania gruźliczych przetok odbytu bez współistnienia zmian swoistych w płucach. Zdaniem dra M. Blocha, owrzodzenie języka mogło to być równie dobrze sprawą nowotworową, nie wykonano bowiem badań histologicznych i nie stwierdzono natury schorzenia.

W odpowiedzi drowi Blochowi dr A. Biernacki sądzi, że sprawę nowotworową można z całą pewnością wykluczyć, gdyż owrzodzenia języka okresowo zjawiały się i cofały w różnych miejscach.

Z Sanatorium „Brijus“ w Otwocku

Dr Bolesław Krzypow

POKAZ APARATU DO ODMY SZTUCZNEJ MODYFIKACJI WŁASNEJ

Przedstawiając własną modyfikację aparatu do odmy sztucznej, autor zwrócił uwagę na jego zalety, którymi są przede wszystkim taniosc i latwość w użyciu.

W dyskusji zabierali głos dr dr A. Biernacki i M. Telatycki.

Z Oddziału Chirurgicznego dra M. J. Piaseckiego w Szpitalu Wolskim

Dr Marian Piasecki

PLASTYKA STAWU BIODROWEGO PRZY OBUSTRONNYM ZESZTYWNIACJĄCYM ZAPALENIU GRUŻLICZYM STAWÓW BIODROWYCH.

Zaniedbania w zakresie organizacji leczenia gruźlicy kostno-stawowej, ciągle i niestety jeszcze dość długo, będą dostarczać nam przypadków ciężkiego kalectwa. Przedstawiona chora nie miała ciągłości w leczeniu, co doprowadziło do stanu takiego: Całkowicie wygojone zapalenie gruźlicze stawu biodrowego lewego w bardzo znacznym zgięciu i przywiedzeniu.

Ustawienie to stwarza potworne warunki życia chorej, zwłaszcza że chory i zeszywniały jest również prawy staw biodrowy.

Stwarza to uniemożliwienie prawidłowego oddawania moczu, niemożliwym też jest przeprowadzenie higieny dróg płciowych u chorej, która miesiączkuje.

Ze względu na proces sztywnienia w stawie biodrowym prawym, wykonałem plastykę w stawie biodrowym lewym. Przebieg pooperacyjny gładki.

Zakres ruchów choć niewielki, jednak jest we wszystkich kierunkach uzyskany.

8 tygodni po zabiegu, to jeszcze czas zbyt krótki, by móc ocenić trwałość uzyskanego rezultatu, ale nawet gdybyśmy nie mogli utrzymać ruchów w nowo otrzymanym stawie, uzyskane dobre ustawienie nogi lewej, było w tym przypadku nagłą koniecznością i to w idealnej formie osiągnęliśmy.

Z Oddziału Wewnętrznego dr B. Jochweda i z Zakładu Anatomii Patologicznej dr M. Płońskiego w Szpitalu na Czystem

Dr Benedykt Glass

PRYPADEK ŚMIERTELNEGO KRWOTOKU PŁUCNEGO RZADKIEGO POCHODZENIA.

Do oddziału gruźliczego dr B. Jochweda w Szpitalu na Czystem przybyła 19-letnia chora, która od paru dni miała nieustające krwotoki płucne. Przed tym nie chorowała. Była bardzo blada, stale odpluwała świeżą krew i skrzepy, a co parę godzin występowało silniejsze krwawienie. Dokładne zbadanie chorej było niemożliwe. Pod prawym obojczykiem słychać było nieco rzężeń — poza tym wszędzie szmer oddechowy pęcherzykowy, a w dole po prawej stronie kl. piersiowej — osłabiony. Na tej podstawie założyłem niemal w czasie krwotoku odmę sztuczną prawostronną, wpuszczając około 500 cm³ powietrza przy dużym ciśnieniu ujemnym. Krwotok ustał, jednak w parę godzin później wystąpiło znów bardzo silne krwawienie, w czasie którego chora zmarła.

Sekcja wykonana w pracowni szpitala (kierownik dr Płoński) przez dr Lipskierównę nie wykazała czynnej gruźlicy płuc. Natomiast w dolnym płacie, który był przytwierdzony zrostami do ściany klatki piersiowej, znaleziono zwapniałe ognisko pierwotne, znajdujące się niemal na ścianie oskrzela, lecz nie wy-

kazujące żadnych objawów czynności. Wokoło tego ogniska znajdowało się duże ognisko nieswoistego zapalenia odoskrzelowego płuc z drobnymi ropniami. Oskrzela w tym ognisku były rozszerzone, a ścianki ich naczyń krwionośnych były uszkodzone i przepuszczalne dla krwinek. Wobec braku jakichkolwiek zmian chorobowych w innych odcinkach płuc, należy przypuszczać, że przyczyną krwawienia było nadżarcie naczynia krwionośnego rozszerzonego oskrzela w obrębie ogniska zapalnego. Przebieg kliniczny tej sprawy chorobowej był nietypowy, gdyż chora nie gorączkowała. Nie jest wyjaśnione, jaka infekcja była przyczyną powstania stanu zapalnego, który z rozszerzonych oskrzeli przeszedł na ściankę naczyń.

Z Sanatorium Wojskowego w Otwocku

Dr Michał Telatycki

WSPÓLPRACA WOJSKA I CZYNNIKÓW CYWILNYCH W ZWALCZANIU GRUŻLICY.

Rzecz drukowana w czasopiśmie „Lekarz Wojskowy“, w lutym 1939 roku. W dyskusji przemawiała dr W. Stankiewicz-Trybowska.

ZEBRANIE NAUKOWE W DNIU 6 LUTEGO 1939 R.

Z II Kliniki Chirurgicznej U.J.P. prof. A. Wojciechowskiego w Szpitalu Św. Ducha

Dr Józef Guterman

RUBROFEN W LECZENIU GRUŻLICY POZAPŁUCNEJ

Rzecz drukowana w całości w bieżącym numerze „Gruźlicy“.

Dyskusja. Dr Stanisław Popowski odniósł wrażenie, że pod wpływem rubrofenu sprawa goi się na ogół lepiej i szybciej. Autorzy węgierscy nie radzą stosować tego preparatu we współistniejącej gruźlicy płuc. Pesymizm wielu autorów wynika stąd, że stawiano zbyt duże wymagania od rubrofenu, gdy pomaga on tylko w ściśle określonych przypadkach. Dr Jan Roguski zastanawia się nad kwestią, czy stężenie barwnika do $10/100$ we krwi, przy podaniu rubrofenu w ilości 4 g pro die, nie wpływa na wzrost liczby hemoglobiny we krwi.

Dr E. Rahoza oznajmia, że z inicjatywy prof. A. Wojciechowskiego podjął on również próby leczenia rubrofenem w Poradni Przeciwgruźliczej II Kliniki Wewn. U. J. P. Wyniki osiągnięte w 30 przypadkach przedstawiają się na ogół podobnie do wyników prelegenta. W paru przypadkach zmuszony był przerwać leczenie wskutek powikłań nerkowych, w kilku znów — wskutek rozwoju rozległej gruźlicy płuc. Wyleczenie osiągnął w 3 przypadkach.

Prof. A. Wojciechowski zauważa, że podobnie jak w swoim czasie preparaty złota, i rubrofen przechodzi też okres ciągłych prób. Chory poza leczeniem ściśle chirurgicznym i rubrofenem powinien być leczony ogólnie. Mówca wraz ze swymi współpracownikami przeżywał kolejno okresy zwątpienia i entuzjazmu, aż okazało się, że należy stosować dawki o wiele wyższe niż sądzono początkowo.

Nie zostało ustalone, w jaki sposób rubrofen wpływa na wzrost liczby hemoglobiny, lecz ustalono, że liczba krwinek czerwonych się zwiększa.

Przedstawiając wyniki nie starano się udowodniać, że samo podawanie rubrofenu jest skuteczne we wszystkich przypadkach; duże znaczenie ma leczenie ogólne, o czym świadczy klasa więcej posiadających chorych, którzy mogą sobie pozwolić na systematyczne, długotrwałe i intensywne pod każdym względem leczenie.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych dr Jana Roguskiego w Szpitalu Wojskim

Dr Jan Stópczyk

GRUŻLICA PROSÓWKOWA PODOSTRA Z ZESPOŁEM OBJAWÓW PODOBNYM DO ZIARNICY ZŁOŚLIWEJ.

W piśmiennictwie ostatnich lat spotykamy coraz więcej przykładów świadczących, że, w przeciwieństwie do względnie niedawnych jeszcze zapatrywań, gruźlica prosówkowa nie zawsze przebiega typowo i jednolicie ostro, że w wielu przypadkach przez długi czas rozwijać się ona może w sposób mało charakterystyczny — podostro lub nawet łagodnie i skrycie. To też, szczególnie w przypadkach, w których obok prosówki w płucach istnieją zmiany swoiste lub wysiewy w różnych narządach lub układach, powstają czasem nietypowe zespoły kliniczne, naśladujące na pierwszy rzut oka choroby o zupełnie innej etiologii jak np. dur brzuszny, białaczkę ostrą lub ziarnicę złośliwą.

Wzgląd ten skłonił nas do przedstawienia następującego przypadku:

Chora P. J., lat 19 (Nr ks. gł. 2186/38), zamężna od roku, przybyła do oddziału 26.XI.38 r. z powodu powiększenia gruczołów na szyi i pod lewą pachą, wysokiej gorączki, potów, suchego kaszlu, kłucia w lewym boku oraz braku łaknienia, osłabienia i chudnięcia.

Z innych dolegliwości odczuwała chora dość silne, przemijające i niezależne od czasu i jakości spożytych pokarmów bóle w okolicy żołądka, połączone z mdłościami, oraz biegunki, dochodzące poprzednio do 8-miu, a ostatnio do 2—3 stolców na dobę, przy czym krwi w stolcach nie zauważyła. Wreszcie czasami dokuczająca chorej silny świąd skóry.

Choroba obecna rozpoczęła się nagle 4.XI.38 r. wśród objawów „przeziębienia“: zjawił się silny, suchy kaszel, kłucie w lewym boku, zadyszka, gorączka ponad 39°, utrzymująca się z przerwami, poty i świąd skóry, przy czym chora straciła sen i apetyt, osłabła i zaczęła szybko chudnąć.

W 1930 r. powiększyły się po raz pierwszy i stały się bolesne gruczoły z obu stron na szyi, czemu rzekomo towarzyszyły okresowe stany gorączkowe. Podczas 3-miesięcznego pobytu chorej w Szpitalu Przemienienia Pańskiego, w następstwie kilkudziesięciu naświetlań promieniami Roentgena gruczoły znikły. Opuściła szpital, czując się zdrową w ciągu 8 lat, tj. do marca 1938 r., kiedy to, wśród objawów „przeziębienia“ gruczoły szyjne ponownie powiększyły się, chora zaczęła gorączkować i schudła. Leżała wówczas w ciągu 2 miesięcy w oddziale dra St. Wąsowicza w Szpitalu Św. Ducha, gdzie otrzymała kilka naświetlań lampą krzemową, lecz gruczoły się nie zmniejszyły i chora opuściła szpital osłabiona, miewając od czasu do czasu stany podgorączkowe. Lato spędziła na wsi, opalając

się po kilka godzin dziennie na słońcu. Po powrocie do Warszawy we wrześniu r. ub. wśród dreszczów, gorączki i bólu gardła zjawił się duży i bolesny pakiet gruczołów pod lewą pachą, który się ostatnio powiększył. Jednocześnie pojawiły się biegunki oraz bóle brzucha, trwające dotychczas. Do tych to dolegliwości dołączyły się przed trzema tygodniami objawy wymienione na wstępie, wskutek czego skierowano chorą do szpitala. Pierwsza miesiączka w 15 r. życia, odłąd regularne, niebolesne. Wywiady rodzinne bez znaczenia, warunki mieszkaniowe średnie.

St a n o b e c n y. Budowa drobna z niedorozwojem typu dziecięcego, odżywienie mierne, skóra blada, cienka, na twarzy różowo-sinawe rumieńce. Uwłosnienia pod pachami brak, około części pęciowych — bardzo nikle.

Układ chłonnny: w obu kątach żuchwy oraz wzdłuż tylnych krawędzi mięśni mostkowo-sutkowo-obojęzycznych na szyi i w dołku nadobojęzycznym lewym widoczne są uwypuklające się pod skórą liczne, pojedyncze i ułożone w pakietach gruczoły chłonne, wielkości od ziarna fasoli do orzecha włoskiego, dość twarde, niebolesne i niezrośnięte z podścieliskiem. Pod lewą pachą wypukła się pakiet gruczołów wielkości małego jabłka, żywo bolesny, miękki, przemieszczalny w stosunku do podłoża.

W pachwinach drobne gruczoły dość twarde, niebolesne.

Podściółka tłuszczowa skąpa, mięśnie wiotkie.

Waga 34,7 kg, wzrost 152, ciepłota ciała 37,2° — 37,8°.

Gł o w a: żrenice okrągłe, odruchy żrenic prawidłowe, spojówki oraz śluzówki jamy ustnej blade, język suchy, zaczerwieniony.

Klatka piersiowa wąska, rozszerzalność oddechowa mała. Obustronnie od góry do drugich żeber od przodu i do $\frac{1}{4}$ górnych części łopatek od tyłu — skrócenie odgłosu opukowego, poniżej odgłos jawny. Dolne granice płuc o przebiegu prawidłowym. W miejscach skrócenia — szmer oddechowy pęcherzykowy zaostrzony z licznymi trzeszczeniami i drobnobańkowymi rżęczeniami po kaszlu, liczniejszymi po stronie lewej. Na pozostałej przestrzeni płuc — szmer oddechowy wciążający, w przestrzeni międzyłopatkowej lewej nieliczne trzeszczenia.

Narząd krążenia: granice serca prawidłowe, tony ciche, czynność miarowa, liczba uderzeń serca i tętna 96 na min., ciśnienie tętnicze 95/50.

Brzuch nieco wzdęty, wątroba wrażliwa, o brzegu miękkim, wystaje na 2 palce poniżej łuku żeberowego, śledziona dość twarda o brzegu ostrym, wystaje na 2 palce z pod łuku. Rozlana bolesność uciskowa w środkowej części nadbrzusza. Po stronie lewej na poziomie linii pępkowej wyczuwa się guzek dość twardy, wielkości orzecha laskowego. Kończyny dolne chude, bez obrzęków. Odruchy zachowane.

Z badań pomocniczych stwierdziliśmy: Mocz prawidłowy.

We krwi Hb 71%, krw. czerw. 3.670.000, wsk. barwny 0,9, krw. białych 9.100, we wzorze kwasochłonnych 1%, obojętnochłonnych pałeczkatych 50%, podzielonych 33%, monocytów 6%, limfocytów 9%, zasadochłonnych 0%. W zarodki obojętnochłonnych — liczne ziarnistości. Odczyn Biernackiego 53/58 mm. Odczyn naskórny Pirqueta wypadł ujemnie.

W ciągu dwóch pierwszych tygodni spostrzegania, przy względnie dobrym stanie ogólnym chora gorączkowała do 37° z kreskami, czuła się osłabiona, kaszlała sucho, nie odpływała, rozwolnień nie było. Dwukrotne badanie wydobytej zgłąbnikiem zawartości żołądkowej prątków Kocha nie stwierdziło.

Na początku spostrzegania mieliśmy więc zespół objawów, w którym można było wyodrębnić: dość ostry początek oraz przebieg z okresowymi stanami

gorączkowymi, okresowym powiększaniem się gruczołów chłonnych na szyi, ostatnio pod lewą pachą, charakter gruczołów; świąd skóry, osłabienie i chudnięcie, powiększenie śledziony i wątroby, wyczuwalny guzek w jamie brzusznej; nadto obraz krwi z niedokrwistością niedobarwliwą, leukocytozą i neutrofilozą oraz limfopenią, wreszcie odczyn Pirqueta ujemny.

Zespół ten tak dalece przypominał ziarnicę złośliwą, że z podejrzeniem o tę właśnie sprawę skierowaliśmy chorą do rentgena, tłumacząc sobie pozostałe objawy, jak objawy ze strony płuc (przytłumienie i trzeszczenia i t. p.) oraz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (ból brzucha, mdłości, biegunki) — możliwością usadowienia się zmian ziarnicznych w odnośnych narządach.

Badanie radiologiczne klatki piersiowej, wykonane w dniu 29.XI.38 r. przez dr M. Werkenthin, nie potwierdziło jednakże naszych przypuszczeń, wykazując: na szyi po stronie lewej widoczny zwapniały gruczoł. W szczycie lewym zrosty opłucne i pasmowate zmiany włókniste. W szczycie prawym i w obu polach płucnych rozsianie bardzo licznych, drobnych guzków. Po stronie lewej obok zarysu serca guzki są nieco większe, częściowo zlewające się ze sobą. Zrosty u podstawy lewego płuca z załamaniem na zarysie lewej przepony. Niewielkie przeciągnięcie śródpiersia w lewo. W prawej wnęce liczne zwapnienia w gruczołach. W śródpiersiu na prawo od tchawicy gruczoł wielkości bobu, częściowo zwapniały. Słowem obraz ten przemawiał za sprawą gruźliczą w płucach i gruczołach. Dalszy przebieg sprawy i przeobrażenie obrazu chorobowego potwierdziły słuszność rozpoznania radiologicznego, od 9.XII bowiem wśród dreszczy, potów i osłabienia chora zaczęła gorączkować do 39^o, w płucach zwiększyła się ilość trzeszczeń i rzężeń, wzmógł się kaszel i odpluwanie. Wreszcie 13.XII w płwocinie stwierdziliśmy prątki Kocha. Zjawiły się znowu biegunki, wzmogła się bolesność brzucha, w początkach zaś stycznia zjawił się ból gardła i p. dr Błęszyńska stwierdziła obecność owrzodzeń gruźliczych krtani.

Rozwinał się więc w pełni obraz uogólnionej gruźlicy prosówkowej, czemu towarzyszyły coraz wyraźniejsze objawy fizyczne ze strony płuc, odpowiadające nowym wysiewom i zlewaniu się guzków prosówkowych w płucach, co uwidoczniły następne zdjęcia kl. piersiowej.

Widzimy więc, że na początku spostrzegania chorej obraz gruźlicy prosówkowej przesłonięty był rzekomym zespołem ziarnicy złośliwej, a za sprawą gruźliczą przemawiać mogły jedynie: 1^o charakter gruczołów szyjnych, które były jak na ziarnicę zbyt twarde i ułożone przeważnie pojedynczo, a nie w większych pakietach, 2^o zwiększenie się we wzorze krwi liczby pałeczkowatych krwinek wielojądrowastych do 50%, czego nie bywa w ziarnicy, oraz 3^o zbyt długie jak na ziarnicę trwanie sprawy, bowiem po raz pierwszy gruczoły powiększyły się u naszej chorej przed 8 laty.

Obecnie, w późniejszym okresie, rozpoznanie sprawy gruźliczej nie nastęcza już najmniejszych trudności.

Z drugiej strony znane są spostrzeżenia, w których, jak np. w przypadku Porto Arrigodi (1935), dopiero na sekcji stwierdzono typowe zmiany gruźlicze i ziarnicze, współistniejące i ułożone na przemian obok siebie w tymże gruczole, a pierwsze zjawienie się pakietów gruczołowych na szyi wystąpiło na 15 lat przed końcowym rozwojem gruźlicy płuc.

Podobny przypadek ziarnicy złośliwej, trwającej przez lat 12, w którym nświetlania rentgenowskie spowodowały prawie całkowity zanik utkania ziarniczego w gruczołach, a zejście śmiertelne nastąpiło w końcu wskutek uogólnienia się

gruźlicy ze starych nieczynnych ognisk, opisał A. Nagel z Wiesbadenu w 1937 r. (Beitr. Klin. Tbk. 1937, t. 89, z. 2, str. 176—79).

Mając to na uwadze, dn. 13.I wycięto próbnie u chorej 2 gruźczoły chłonne na szyi. W jednym z nich dr S. Chodkowska stwierdziła typowe zmiany gruźlicze w postaci rozległego serowacenia, na obwodzie którego widać tkankę chłonną i nieliczne typowe i nietypowe gruzełki.

Ostatnio, dzięki uprzejmości dr S. Wąsowicza i dr Stypułkowskiego uzyskaliśmy rozpoznanie z przed roku, które brzmiało: Lymphadenitis tbc colli, mediastini et mesenterii (tabes mesaraica), oraz zdjęcie płuc z września r. ub., na którym już wówczas widać gruboguzkowe rozsianie sprawy swoistej w płucach.

Na marginesie naszego przypadku podkreślić należy odmienny przebieg gruźlicy prosówkowej. Nie był to przebieg ostry i burzliwy: stan ogólny bowiem przez długi czas był względnie dobry, sinica była nieznaczna, duszność ledwo dostrzegalna, a gorączka niestała i niewysoka. Przypadku tego nie można też zaliczyć do postaci zimnej. Byłaby to więc postać podostra, względnie „rzekomoziaźnicza“, którą to nazwę usiłował wyodrębnić Nonnenbruch (cyt. wg. A. Bierackiego) dla przypadków ze współistnieniem, podobnie jak u naszej chorej, powiększonych gruczołów i powiększonej śledziony obok wysiewu prosówki łagodnej w płucach. Za łagodnością tego wysiewu u naszej chorej przemawiałyby znaczne cofnięcie się guzków prosówkowych w górnych odcinkach płuc, co zostało stwierdzone na ostatnim zdjęciu. Wreszcie podkreślić należy rozwój sprawy u naszej chorej w następstwie intensywnego opalania się na słońcu podczas lata, co możnaby sprzyjający rozwojowi sprawy gruźliczej z nieczynnych ognisk w płucach i gruczołach (J. Stopezyk, Gruźlica, 1938 r., z. 2). Na uwagę zasługuje również zachowanie się u chorej naskórnego odczynu Pirqueta, który dwukrotnie wypadł ujemnie, podczas gdy odczyn doskórny Mantoux wypadł silnie dodatnio. Odczyny ujemne Pirqueta w gruźlicy i grę tych odczynów w różnych jej odkresach spotrząga się często. Niektórzy autorzy wiążą tę sprawę z zadziaaniem na ustrój różnych czynników szkodliwych, wśród których Paiseau i współautorzy wymieniają również naswietlenia słoneczne, a tym, jak widzieliśmy, podlegała nasza chora. To też autorzy ci podkreślają znaczenie dodatniego odczynu Mantoux w przypadkach, w których odczyn naskórny zawodzi. Miało to miejsce u naszej chorej.

ZEBRANIE NAUKOWE W DNIU 6 MARCA 1939 R.

Z Oddziału Wewnętrznego dr J. Roguskiego oraz z Pracowni Radiologicznej dr M. Werkenthin i z Pracowni Anatomii Patologicznej dr Stefania Chodkowskiej w Szpitalu Wolskim.

Dr Stefania Chodkowska, dr Maria Szule-Garmatowa i dr Maria Werkenthin.

ZMIANY DROBNOGUZKOWE W PŁUCACH, PRZYPOMINAJĄCE GRUŻLICĘ PROSÓWKOWĄ.

Rzecz ukaże się w druku w całości w „Gruźlicy“.

Dyskusja. Dr Arkadiusz Stańczyk nadmienia, że sekcyjnie w 1 przypadku tylko stwierdził duże zwapnienia i skostnienia w płucach, które trudno było krajać. W piśmiennictwie istnieje kilkanaście przypadków guzkowych tworów kostnych i wiemy, że nie zawsze kostnienie to następuje w przeciągu lat — czasem może to nastąpić w ciągu paru miesięcy. Musi tu odgrywać rolę i przekrwienie bierne płuc, ale zdaniem mówcy oprócz tego muszą istnieć i zmiany zapalne, przy czym wysięk w pęcherzykach płucnych mógłby być podstawą kostnienia. Nikt od 1880 r. nie opisał tworów kostnych w płucach, byłby to zatem pierwszy przypadek.

Dr Telatycki wylicza szereg schorzeń w płucach, mogących dać obrazy podobne do zmian w powyższym przypadku. Podobne obrazy spotykamy w postaci lymphangitis nodosa Schürmanna, w niedodmie rozsianej pokrwotocznej, w kile prosówkowej, w ziarnicy złośliwej i wielu innych. Nieznalezienie prątków Kocha zdarza się i w prosówce gruźliczej, nie jest to więc argument dostateczny dla wyłączenia natury gruźliczej.

Zdaniem dr Marii Werkenthin nie wiadomo, czy jest to okres skostnień, czy nie; ogniska są tak drobne, że ich nie widać na zdjęciu.

Dr Stefania Chodkowska nadmienia, że kiła prosówkowa płuc zdarza się wyjątkowo rzadko, zaś ziarnica płuc zwykle nie nastęrcza trudności w różnicowaniu z prosówką.

Dr Dzisiław Skibiński sądzi, że wydaje się rzeczą mało prawdopodobną, aby oba wymienione w referacie i w dyskusji czynniki, usposabiające do powstawania zmian skostnieniowych w płucu, jak przekrwienie bierne (w wadach zastawkowych serca) oraz przekrwienie czynne (wskutek toczących się równocześnie spraw zapalnych) — wzięte same, mogły wystarczyć do powstania wspomnianych zmian w płucu. Przekrwienia bowiem bierne, łącznie z zapaleniem, są zjawiskiem częstym w płucu, a zmiany skostnieniowe należą do rzadkości. Następnie, przekrwienie bierne, jak i proces zapalny oznaczają zakwaszenie soków ustrojowych, a ten stan nie sprzyja wytrącaniu się soli wapnia i w dalszym ciągu powstawaniu zmian skostnieniowych. Widać to na przykładzie układu naczyniowego. Mianowicie zmiany zwyrodnieniowe, prowadzące do uwapnienia ścian, powstają częściej w układzie tętniczym, gdzie prąd krwi jest szybki i stężenie wolnego CO₂, jak i innych rodników kwasowych jest małe, aniżeli w układzie żylnym, gdzie warunki rozpuszczalności dla soli wapniowych z powodu większego zakwaszenia krwi żyłnej są lepsze. Uwzględniając jednakowoż fakt empiryczny, że zmiany skostnieniowe łączą się z wadami zastawkowymi, musimy wyobrazić sobie, że przekrwienie bierne prowadzi do tworzenia się w płucu ośrodków wzmoczonych procesów wytwórczych i w dalszym ciągu bliznowatych. W tych ośrodkach stwardnienia nasilenie procesów życiowych musi słabnąć, stężenie kwasu węglowego wytwarzanego przez oddychające komórki musi zmniejszać się i jeżeli jeszcze przyjmujemy, że wszystkie te zmiany zachodzą u ludzi z zaburzoną czynnością gruczołów dokrewnych, kierujących przemianą wapnia (gr. przytarczyczne), to będziemy mogli wyjaśnić sobie patogenezę zmian skostnieniowych w płucu w przebiegu wad zastawkowych u pewnego rodzaju typów konstytucjonalnych.

Dr Julian Walawski

WPLYW ZMIAN GRUŻLICZYCH W PŁUCACH NA SPRAWNOŚĆ FIZJOLOGICZNĄ REGULACJI KRAŻENIA.

Rzecz drukowana w całości w „Gruźlicy“, r. 1939, z. 2, str. 89.

Dyskusja: Zdaniem dra Zdzisława Skibińskiego wyrażony przez prelegenta w jego referacie pogląd, że w czasie wdechu przepływ krwi przez miąższ płucny jest zwiększony, nie może się ostać wobec różnych doświadczeń, jakie wykonano dla wyjaśnienia tego zagadnienia. Mianowicie Parodi, postępując się swym elektrotermometrem, przy pomocy którego mierzył ciepłotę powietrza w komorze odmowej, dowiódł, że w miarę zmniejszania się ciśnienia ujemnego przy wprowadzaniu powietrza do jamy opłucnej, ciepłota w komorze odmowej podnosi się. Dowodzi to, że wówczas przepływ krwi przez pęcherzyki płucne jest przyśpieszony. W miarę dalszego dopełniania odmy ciepłota powietrza podnosi się, aż wkońcu dochodzi się do takiego zapadu płuca, przy którym zaczynają zjawiać się opory dla krążenia i ciepłota powietrza w komorze odmowej obniża się. U zdrowych tym punktem zwrotnym jest ciśnienie 0 przy wydechu, u chorych ten punkt zwrotny znajduje się przy innych ciśnieniach. Należy zatem stwierdzić, że zarówno zbyt wielkie, jak i zbyt małe ciśnienie ujemne w jamie opłucnej stwarza opory dla krążenia w pęcherzykach płucnych, skutkiem czego krążenie zwalnia się. Jeżeli ujemny wpływ ciśnienia ujemnego zaznacza się już przy małej odmie, to tym wyraźniej musi on wpływać zaburzająco na krążenie w pęcherzykach płucnych przy jeszcze większych ciśnieniach ujemnych, jakie powstają w czasie wdechu w klatce piersiowej prawidłowej, gdy nie ma odmy. Są poza tym jeszcze inne doświadczenia, które wykonywano w ten sposób, że wprowadzano do krwi ciała nieprzepuszczalne dla promieni i badano następnie ich rozmieszczenie w płucach na drodze radiologicznej. Wykazały one również, że przepływ krwi przez płuca przy słabo zaznaczonym zapadzie pęcherzyków płucnych jest wybitniejszy, aniżeli przy ich całkowitym rozprężeniu. Budelmann postawił nawet zasadę, że stopień wypełnienia krwią płuca pozostaje w odwrotnym stosunku do wypełnienia płuca powietrzem. W jego doświadczeniach pojemność życiowa płuca zwiększała się przy podwiązaniu kończyn i zmniejszeniu krwi krążącej. Chociaż więc akt wdechu wpływa anemizująco na sam miąższ płucny, to jednakowoż nie może ulegać wątpliwości, że w czasie wdechu napływ krwi do klatki piersiowej, do wielkich naczyń śródpiersia, do serca i oskrzeli jest zwiększony. W ten właśnie sposób wdech ułatwia i poprawia krążenie.

W dyskusji przemawiali ponadto dr Michał Telatycki, Jan Stopczyk i prelegent.

ZJAZD PRZECIWGRUŻLICZY FRANCUSKI

Dziewiąty Zjazd Przeciwgruźliczy Francuski odbył się w Lille, w dniach 11—14 kwietnia br.

Lille, ośrodek okręgów przemysłowych północnej Francji, ma piękne tradycje naukowe. W latach 1854—1857 pracował tam jako profesor i dziekan Uni-

wersytetu Pasteur, a Calmette spędził w Lille 25 lat swego życia, w okresie najbujniejszej twórczości naukowej. Charakter przemysłowy miasta nie pozostał bez wpływu na twórczość obu uczonych. Pasteur rozpoczął tam swe badania nad fermentacją. Calmette - bakteriolog, w zetknięciu ze środowiskiem robotniczym, zainteresował się zagadnieniami społecznymi gruźlicy i w r. 1901 założył w Lille pierwszą poradnię przeciwgruźliczą na kontynencie.

Na Zjazd przybyło około 400 lekarzy, prawie wyłącznie Francuzów, kilku Belgów i Szwajcarów. Organizacja Zjazdu była znakomita. Obrady prowadzono szybko i sprawnie, bez przeładowania częścią reprezentacyjną. Według ustalonej tradycji, tematy podzielono na biologiczny, kliniczny i społeczny. Referaty główne wydano na miesiąc przed Zjazdem w postaci książki (*Neuvième Congrès National de la Tuberculose*, str. 272. Masson, Paris. 1939) i rozesłano wszystkim uczestnikom. Na Zjeździe referatów głównych nie czytano zupełnie, a prelegenci zabierali głos dopiero po zakończeniu dyskusji. Ten sposób prowadzenia obrad dał wyniki doskonałe i powinien być stosowany wszędzie, gdzie jest spodziewana dłuższa dyskusja.

Temat biologiczny: *Cechy różnicowe i rola różnych typów prątków, poza prątkami ludzkimi, w zakażeniu gruźliczym*, referowali znani bakteriologowie z Instytutu Pasteura *Boquet i Nègre*, oraz docent Uniwersytetu w Lille, *Gernez*.

Podczas gdy bakteriologia i chorobowórczość prątka bydłowego jest dość dobrze zbadana, to zagadnienie gruźlicy ptasiej jest, jak wynika z referatów, dalekie od rozwiązania. Zarówno cechy bakteriologiczne jak i szczególne własności chorobotwórcze prątka gruźlicy ptasiej są niezwykle różnorodne i trudne do ujęcia w ścisłe reguły. *L. Nègre* podkreślał częstość jednoczesnego zakażenia gruźlicą ptasią i bydłą u ludzi (4 przypadki na 23 przypadki gruźlicy ptasiej u ludzi, zebrane z całego piśmiennictwa światowego). Stosunkowo częste współistnienie tych dwóch typów prątków jest trudne do wytłumaczenia, w każdym razie *Nègre* przeczy możliwości mutacji wzajemnej tych prątków.

Referat o gruźlicy typu bydłowego, opracowany bardzo dokładnie i szczegółowo przez *Boqueta* (część bakteriologiczna) i *Gerneza* (część kliniczna) zawierał jedyne polonica zjazdowe: *Gernez* wspomniał o pracach *Chodźki*, *Piaseckiej-Zeyland*, *Danielewskiego* i *Sznajdra*.

Temat kliniczny: *Wysięki ropne w odmie sztucznej i ich leczenie* opracowali *Bernou* (Chateaubriant), *Fruchaud* (Angers), *d'Hour* (Lille). *Kindberg* i *Monod* (Paryż).

Kindberg podał znakomite wyniki płukań opłucnej w zapaleniach ropnych gruźliczych. Na 104 przypadki było: w zapaleniach ropnych łagodnych — 97% wyleczeń, w zapaleniach ropnych złośliwych — 90% wyleczeń, a w zapaleniach septycznych — 62% wyleczeń.

Według *Monoda* nie należy nigdy drenować opłucnej bez uprzedniej próby płukania, z wyjątkiem przypadków z dużymi przetokami oskrzelowymi; trzeba jednak ustalić jak długo można czekać z otwarciem opłucnej jeśli płukanie zawiedzie: w wysiękach ropnych łagodnych — 3—4 miesiące, w zakażeniach złośliwych i w zakażeniu mieszanym — 1—2 tygodnie. *Monod* nie spostrzegał żadnej pleurotomii, w zapaleniu ropnym gruźliczym, bez trwałej przetoki. Poleca wczesną torakoplastykę, przy czym opisał własny sposób rozległego wycięcia opłucnej na dwa tempa, zbliżony do operacji *Schedego*, jednak mniej brutalny i dający o wiele lepsze rokowanie. Przeciw operacji *Schedego* w ropnych zapaleniach opłucnej występował szereg prelegentów, przede wszystkim *Maurer* z Paryża.

Bernou, Fruchaud i d'Hour podkreślali również, że samą pleurotomię można stosować tylko w wyjątkowych przypadkach. Powinno się zawsze płukać opłucną, a w razie ujemnego wyniku wykonać wczesną torakoplastykę, nie przerywając płukania. Autorowie próbowali z dobrym wynikiem leczyć ropniaki opłucnej płukaniami z pozostawianiem ujemnych ciśnień w jamie opłucnej, o wiele niższych niż autorowie włoscy (*Monaldi*), bo dochodzących do 50—60 cm słupa rtęci, co odpowiada 680—816 cm słupa wody.

Bernou, twórca otoku olejnego, omawiał wartość tej metody w leczeniu ropnych zapaleń opłucnej i przyznał, że obecnie wskazania do otoku muszą być znacznie zwężone. Nadaje się on jedynie do leczenia niektórych łagodnych ropniaków opłucnej, przebiegających bez odczynów ogólnych, oraz, w niektórych przypadkach, do zapobiegania zarastaniu jamy opłucnej.

W bardzo ożywionej dyskusji, większość prelegentów zgadzała się z tezą referatów głównych, że należy rozpoczynać leczenie od płukania opłucnej, natomiast wypowiedziano poglądy bardzo różne na ustalanie wskazań do torakoplastyki. Pogląd „chirurgiczny“ reprezentował *Maurer* z Paryża, który, podobnie jak *Monod*, zalecał wczesne torakoplastyki częściowe we wszystkich przypadkach niegających się po płukaniach lub pleurotomii, przy czym nie należy zwlekać z zabiegiem dłużej jak 3—4 miesiące. W przeciwieństwie do tego, *Dumarest* ostrzegł przed zbyt szerokim stosowaniem torakoplastyki. Twierdzi on, że zimny ropniak opłucnej, z przetoką po pleurotomii, trwający latami, nie jest tak szkodliwy dla chorych jak to się ogólnie uważa. *Dumarest* obserwował takich chorych w ciągu 10—15 lat; nie mieli oni żadnych objawów i dolegliwości, prócz niewygody stałych opatrunków w miejscu przetoki. Skrobiawica u tych chorych jest niezmierną rzadkością: *Dumarest* nie widział ani razu tego powikłania.

Wszyscy prelegenci twierdzili zgodnie, że zapalenia ropne opłucnej w czasie stosowania odmy zdarzają się coraz rzadziej. Nie jest to wcale wynikiem nowych sposobów zapobiegania czy leczenia wysięków. Zmieniły się wskazania do odmy i udoskonalila się technika leczenia odma, której nie stosujemy w tych samych przypadkach co dawniej.

Temat społeczny: *Zapobieganie gruźlicy przez systematyczne badania zbiorowe* był podzielony na referat bakteriologiczny (*Olmer, Mattei i Berthier* z Marsylii) i biologiczno-rentgenowski (*Courcoux* z Paryża, *Vaucher* ze Strassburga i *Codvelle* z Val-de-grâce).

Część bakteriologiczna, mimo że bardzo szczegółowo i wyczerpująco opracowana, nie wzbudziła większego zainteresowania, gdyż niewątpliwie systematyczne badania bakteriologiczne mają bardzo małe zastosowanie w badaniach masowych. W przeciwieństwie do tego, referat biologiczno-rentgenowski i dyskusja przedstawiają tak wielki materiał, że podanie nawet najogólniejszego skrótu przekracza ramy niniejszego sprawozdania.

W badaniach masowych we Francji stosuje się obecnie nie odczyn Mantoux, a zwykłą próbę Pirqueta, która jest prostsza technicznie. Jest rzeczą wiadomą, że pacjentów dorastających i dorosłych, z ujemnym odczynem tuberkulinowym, należy badać systematycznie, jednak szereg prelegentów, a przede wszystkim *Julien*, ostrzegali przed zbyt drammatyzowaniem „virage“ P — na P+. Należy się zajmować społecznie tylko tymi przypadkami, w których „virage“ przebiega z wyraźnymi objawami klinicznymi (zaledwie 3,3%). Inaczej, w miarę rozpowszechniania się badań biologicznych, stworzy się typ pacjentów, którzy tylko na zasadzie stwierdzonej zmiany ujemnego odczynu tuberkulinowego na dodatni będą żądali świadczeń społecznych.

Przy omawianiu badań rentgenowskich poruszano sprawę zdjęć małoobrazkowych według Abreu, które nie mają jeszcze zastosowania we Francji. *De Winter* demonstrował znakomity typ aparatu rentgenowskiego przenośnego. Zwrócono uwagę na sprawę bezpieczeństwa radiologów przy badaniach masowych.

Wielokrotnie podkreślano, że wyniki badań zbiorowych tylko wtedy mają znaczenie społeczne, jeśli ostateczna interpretacja wyników i ich ocena spoczywa w każdym przypadku w rękach doświadczonego ftizjologa, dalekiego od schematyzacji i ciasnej rutyny, którą mogą narzucić badania masowe. Poruszono możliwość działania szkodliwego badań systematycznych.

Badania zbiorowe mają zawsze działanie dodatnie na zdrowych: działają sugestywnie, potwierdzając zdrowie badanego i chronią od zaniedbania choroby. U dzieci i młodzieży do 16 lat wykrycie wczesne gruźlicy będzie tylko z korzyścią dla pacjenta, dzięki łatwej pomocy dla chorego ze strony rodziny i społeczeństwa. Inaczej jest u dorosłych, gdzie etykieta chorego na gruźlicę, pozostająca czasami nawet po wyleczeniu, może utrudnić egzystencję. W związku z tym, oddzielanie badań masowych od zagadnień społecznych: zapewnienia leczenia dla chorego wykrytego i opieki nad jego rodziną, jest sztuczne i szkodliwe. Nadmierne rozpowszechnienie badań masowych, bez jednoczesnego rozszerzenia świadczeń społecznych może wywołać odruch oburzenia społecznego. *Courcoux, Vaucher i Codvelle* podkreślają, że ludzi należy traktować jako nieuświadomionych społecznie. Każdy musi mieć gwarancję, że badanie masowe nie tylko mu nie zaszkodzi, ale nawet może dać pewne przywileje. Inaczej szersza akcja skazana jest na niepowodzenie z wyjątkiem badań w niektórych wielkich ośrodkach (wojsko), gdzie badania zbiorowe dadzą się zawsze przeprowadzić.

Na zakończenie Zjazdu rozpatrywano zagadnienie, czy należy żądać od ustawodawstwa francuskiego specjalnych rozporządzeń, umożliwiających dalsze przymusowe badanie różnych grup społecznych. Uznano, że raczej należy czekać na proces powolnego, samorodnego uspołecznienia, nie stosując metod przymusu.

Po ukończonym Zjeździe odbył się szereg wycieczek po Francji północnej i Belgii, połączonych ze zwiedzaniem szpitali, sanatoriów i poradni. Najbardziej imponującym dziełem jest ośrodek uniwersytecko-szpitalny w Lille, zakrojony na olbrzymią skalę. Część wielkiego kompleksu gmachów jest już gotowa. Od r. 1936 czynny jest szpital gruźliczy imienia A. Calmette'a na 440 łóżek, wyposażony w najbardziej nowoczesne urządzenia. W roku bieżącym otwarto Instytut do badań nad rakiem. W budowie znajduje się gmach wydziału lekarskiego, obliczony na 800 studentów, kliniki na 1600 łóżek, szpital wojskowy na 450 łóżek i przytułek dla starców na 2000 łóżek. Będzie to największy ośrodek szpitalny w Europie, godnie reprezentujący tradycje medycyny francuskiej.

Dr Andrzej Biernacki

Wiadomości bieżące

1. - W dn. 27, 28 i 29 maja 1939 odbył się w Gdyni VII *Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy*, bardzo licznie obsesany i udany pod wszelkimi względami. Szczegółowe sprawozdanie ze Zjazdu umieścimy w następnym N-rze „Gruźlicy“.

2. - *Sprawozdanie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego* z działalności Zarządu P. Z. P. za okres administracyjny 1938-39 r., złożone przez Prezesa Związku prof. W. Orłowskiego na Walnem Zebraniu Związku w dn. 16 kwietnia 1939 r., wydrukowane zostało in extenso w zeszytach 4—5 „Ruchu Przeciwgruźliczego“.

3. - W dn. 20 czerwca odbyło się pod przewodnictwem wiceprezesa P. Z. P. dra Martyszewskiego posiedzenie *Komisji Budżetowej Związku*.

4. - *Komitet Redakcyjny „Gruźlicy“* odbył posiedzenia w dn. 24 maja i 27 czerwca.

5. - Pismem z dn. 20 maja r. b. Towarzystwo Lekarskie Łódzkie zawiadomia, że Komisja Konkursowa *nagrody im. dra Seweryna Sterlinga*, za najlepszą polską oryginalną pracę o gruźlicy drukowaną w latach 1936-38, przyznała nagrodę w wysokości 750 zł. docentowi dr med. Januszowi Zeylandowi w Poznaniu za pracę „Gruźlica płuc u dzieci“.

Dr Janusz Zeyland, który w międzyczasie uzyskał tytuł *profesora*, znany jest w piśmiennictwie polskim i zagranicznym z licznych prac swych z zakresu gruźlicy o pierwszorzędnej wartości naukowej; jednocześnie jest on członkiem Komitetu Redakcyjnego naszego czasopisma, które często zasila swymi cennymi artykułami. Redakcja „Gruźlicy“ przesyła prof. Januszowi Zeylandowi najserdeczniejsze gratulacje z powodu wysokich wyróżnień, które spotkały Go w ostatnich czasach.

6. - *Polskie Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą* odbyło w dn. 5 czerwca posiedzenie, na którym odbyły się pokazy: dr J. Goniszewskiej — Samorodna odma lewostronna w okresie wytwarzania odmy sztucznej prawostronnej, dra K. Rozensztraucha — przypadek samorodnego wygojenia się olbrzymich obustronnych ropni płuc i drów A. Biernackiego i W. Mieczkowskiego — przypadek gruźlicy ośrodkowego układu nerwowego; oraz odczyty: prof. Ernesta Syma — O przemianie materii i energii prątków gruźliczych na podłożu syntetycznym i dra A. Rytla — O walce z gruźlicą na terenie Litwy.

7. - W *Klubie Lekarzy Polskich* dr Jerzy Bujalski 22 maja wygłosił odczyt p. t.: „Gruźlica w zakładach leczniczych, państwowych, komunalnych, społecznych i prywatnych na podstawie materiałów za rok 1937-38“.

8. - W *Polskim Lekarskim Tow. Radiologicznym* i *Fizjoterapeutycznym* (Koło Warszawskie) dr J. Żórawska i dr T. Wolińska (z sanatorium w Rudce) wygłosiły odczyt o znaczeniu badania radiologicznego klatki piersiowej w pozycji leżącej na boku w chorobach płucnych.

9. - Na posiedzeniu *Polskiego Tow. Szpitalnictwa* w dn. 28 czerwca inż. arch. Władysław Jastrzębski wygłosił referat p. t. „O nowych pawilonach: dla gruźliczych i zakaźnych chorych w Tworkach i dla spokojnych chorych w Gostyninie“.

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: Polski Związek Przeciwgruźliczy,
Karowa 31. Tel. 277-70

Prenumerata roczna zł. 12, cena zeszytu zł. 3.
Należność za prenumeratę wpłacać na konto czekowe P. K. O. 12 100

Drukarnia W Zajączkowski, Warszawa, Chłodna 37, tel. 6.69-46

BIOTONIN- -GĄSECKI

Nr Reg 1892



Jest to lek tonizujący w postaci syropu, zawierający BIO-PHYTOL (sól sodowa kwasu inozyto-sześciofosforowego), wyciąg z orzeszków cola, nukleinę, arsen, strychninę i mangan.

Wskazania: Anemia, blednica, rekonwalescencja, ogólne wyczerpanie, stany przemęczenia fizycznego i umysłowego, neurastenia, histeria, dzieci wzięte z upośledzonym łaknieniem i t. p.

Sposób użycia:

Dorośli: 3 × dziennie po 1 łyż. herb. w czasie jedzenia.
Dzieci: 2 — 3 lat 2 — 3 razy dziennie po 1/2 łyż. kaw. w czasie jedzenia.
3 — 6 lat 3 razy dziennie po 1 łyż. kaw. w czasie jedzenia.
6 — 12 lat 3 razy dziennie po 2 łyż. kaw. w czasie jedzenia.

Opakowanie: Flakon zawiera około 135,0.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

Adolf Gąsecki i Synowie Sp. Akc. w Warszawie, Belgijska 7

SANDOZ S. A. BAZYLEA, Szwajcaria „CALCIUM - SANDOZ”

GRANULKI, zawierające 100% czysty, (przeto nie są słodkie) organ. zw. wapnia;
tabletki musujące,
tabletki czekoladowe.

AMPULKI a 5 i 10 cc, koncent. 10% i 20%.
AMPULKI „CALCIUM-SANDOZ” do zastrzyków:
domięśniowych,
dożylnych,
doopłucnowych.

Literatura i próby: Przedstawiciel Biura Naukowego:

Inż. KAROL ANTONI SOMMER,

Warszawa, Hoża 42 m. 8, tel. 8.09.36

TABLICE POGLĄDOWE O GRUŻLICY

wielobarwne, o wymiarze 70 cm. × 100 cm.

do nabycia

W POLSKIM ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZYM

WARSZAWA, UL. KAROWA 31 TEL. 2-77-70.

1. Zarazek gruźlicy, jego postać, wykrywanie i hodowla.
2. Krowa chora na gruźlicę jest groźnym źródłem zakażenia.
3. Człowiek chory na gruźlicę jest najczęstszem źródłem zakażenia.
4. Czynniki sprzyjające szerzeniu się gruźlicy.
5. Zasady higieny osobistej życia codziennego z wierzykami Or-Ot'a.
6. Zapobieganie gruźlicy wśród dzieci.
7. Narządy i drogi oddechowe człowieka.
8. Początkowe objawy gruźlicy płuc.

Cena za tablicę niepodklejoną zł. 1,50, podklejoną, na płótnie, z wałeczkami do zwijania—jak mapy, zł. 4,00.

Pozatym są do nabycia broszurki popularne po 15 gr. za szt.

1. Zarazek gruźlicy *St. Adamowiczowa.*
2. Zasady higieny osobistej życia codziennego *Dr. M. Kacprzak.*
3. Zapobieganie gruźlicy wśród dzieci *Dr. M. Wierzbowska.*
4. Początkowe objawy gruźlicy płuc *Dr. W. Wieszeniewski.*
5. Narządy i drogi oddechowe człowieka *Dr. M. Grodecki.*

CALCIUM

CLUCONATUM KLAWE

CALCIUM

ĆALCIUM

**Lek do energicznego uwapnienia ustroju,
dostawczy domięśniowo i dożylnie**

Gruczlica

Krwotoki wszelkiego rodzaju

Skaza wystekowa

Zaburzenia układu roślinnego

Schorzenia skóry

Ampułki 10%, 10%, po 10 cm. 10 cm.

Gruczoły

MOTOFER- „MOTOR”

Najskuteczniejszy, najbardziej celowy lek w ogólnym wyczerpaniu organizmu, w stanach rekonwalescencji po ostrych chorobach zakaźnych, we wszelkich postaciach **NIEDOKRWISTOŚCI.**



Leciferrina

Nr. rej. 1520.

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy i wzmacniający

stosowany:

w osłabieniach, blednicy, anemii, neurastenii, i w rekonwalescencji.

Flakon ca. $\frac{1}{1}$ 500,0 — Zł. 4.70
" " $\frac{1}{2}$ 250,0 " 2,70

SCOTT & BOWNE, Sp. Akc. Warszawa, ul. Okopowa 21/23