

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: *Stenkiwiczka 12 m. 28.*

ADRES ADMINISTRACJI: *Zielna 47.*

Nr. 37

WARSZAWA, 12 WRZEŚNIA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z I-go Oddz. Wewn. szpitala Wolskiego
(Kierownik: A. LANDAU).

Spostrzeżenia kliniczne nad niedokrewnością złośliwą.

Podali

Anastazy LANDAU i Józef HELD (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 36).

Do II-iej grupy należy 7 przypadków zupełnego bezsoku żołądkowo - trzustkowego (54%). Zawartość zacyznów trzustkowych w treści dwunastniczej jest żadna lub prawie żadna, a m. trypsyny od 0 do 2 jednostek, diastazy od 0 do 12 jednostek i lipazy od 0,1 do 0,6.

Cztery z tych przypadków zostały już poprzednio opisane w wyżej wspomnianej pracy A. Landaua, Cygielstrejcha i Fejgina. Od tej pory spostrzegaliśmy jeszcze trzy podobne przypadki.

Jeden z nich dotyczył 45-letniego G. W., który przybył na oddział ze skargami na wybitne osłabienie, bóle głowy, wzrastającą z każdym dniem bledność i brak apetytu. Choroba trwała od 2-eh lat, przyczem przed rokiem miał okres kilkumiesięcznej poprawy. Badanie przedmiotowe: stan podgorączkowy. Wybitna bledność z odcieniem podżółtaczkowym. Białkówki zlekka żółtawe. Dość obfita podściółka tłuszczowa na brzuchu. Ze strony płuc i serca — nic szczególnego. Głośny bruit de diable nad żyłami szyjnymi. Śledziona wystaje na pół palca z pod łuku żebrowego. Krew: Hb — 32%, Er. — 1.200, lnd. 1.3. Leukopenja umiarkowana — 5.600 ze względną limfocytozą we wzorze (N — 60%, M. l. — 30%, Myeloc. 2%). W rozmazach: pojkilocytoza, (megalocytoza), polichromatofilja, ciała Jolly'ego w erytrocytach. Hiperbilirubinemia 2,4 jedn. (12 mlgr. w litrze) z odcz. bezpośr. wybitnie zwolnionym. Odporność nieco wzmożona. (H₁ — 0,43%; H₂ — 0,30%). W moczu ślad białka i wybitny urobilinogen. Kał ciemnobrunatny zawiera bardzo dużo włókien mięsnych, dużo kulek

tłuszczowych i igły kw. tłuszczowych. W treści żołądkowej: naczczo nic nie wydobyto; po próbnem śniadaniu wolnego HCl — brak, ogólna kwasota — 12; kwas mlekowy — 0; pepsyny 1 jedn. Treść dwunastnicza: ciemno żółta, gęsta (pleiochromia). Diastazy — 5 jedn., trypsyny — 0; lipazy — 0,2 jedn. Pacjent nasz, który był leczony stopniowo wzrastającymi dużymi dawkami arseniku (do 0,3 *Ac. arsenicosi pro die* pod koniec kuracji) wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą.

Drugi przypadek dotyczył chorej G. W. lat 46, która przybyła na oddział ze skargami na ogólne osłabienie, brak apetytu, pieczenie języka, bóle w okolicy serca. Objawy te, wzmagające się stale, trwają od roku

Badanie przedmiotowe: Wybitna bledność z odcieniem żółtawym, podżółtaczkowe zabarwienie spojówek; na podniebieniu drobne wybroczynki. Bolesność przy opukiwaniu mostka oraz pieszczeli. Akcent 2-go tonu nad aortą i tętnicą szyjną. Nad żyłami szyjnymi bruit de diable. Lewy Achillesowy odruch słabszy, niż prawy. Na dnie oka prawego wybroczynka o konturach nieprawidłowych. W moczu wybitna urobilinogenuria. Krew: Er. 1.430.000; Hb 33%. Wskaźnik b. = 1,5; Leuk. 6.900 ze wzorem: Neutr. — 59,5%, Limf. 38,5%, Monoc. 2%. W rozmazach krwi: pojkilocytoza, polichromatofilia, normoblasty (1 na 250 ciałek białych), megalocytoza, hiperbilirubinemia (1,6 jedn. v. d. Bergha = 8 mlgr. w litrze surowicy z odczynem bezpośrednim zwolnionym). Odporność krwinek — prawidłowa (H₁ — 0,46%, H₂ — 0,34%). Nieco zaznaczona skaza krwotoczna (płytek 74½ tys; obj. opaskowy dodatni, czas krwaw. 3'; krzepliwość 12'). Badanie kału wykazało: kał papkowaty z domieszką śluzu, niestrawione resztki pokarmowe, dużo włókien mięsnych z zachowaną prążkowatością, dużo włókien i komórek roślinnych oraz kulek tłuszczowych. Ani jaj pasożytów, ani krwawień utajonych nie stwierdzono. Treść żołądkowa: naczczo nic nie wydobyto, po próbnem śniadaniu — 25 cm³, treści. Wolnego HCl — 0; ogólna kwasota 10; kwas mlekowy — 0.

Badania na zacyzny treści dwunastniczej ciemno-żółtej wykazało: trypsyny 2 j., diastazy 12 j., lipazy 0,3 j. Chora ta, której zalecano dietę wątrobową, kwas solny z pepsyną, zastrzykiwania solarsonu — po 2 tygodniach, nie przeprowadziwszy kuracji, wypisała się na własne żądanie bez poprawy.

Jeżeli wziąć pod uwagę, że niewielkie ilości diastazy zależne są od amylazy ślinowej, która

przedostaje się przez żołądek nierozszczepiona na skutek braku w nim wolnego HCl, to i tutaj możemy mówić o kompletnym bezsoku żołądkowo-trzustkowym.

Trzeci przypadek omówić należy nieco szczegółowiej. Dotyczy on 67-letniej K. H. z zawodu służącej, która dn. 30.XII 1926 r. przybyła na nasz oddział ze skargami na wybitne osłabienie, zawroty i bóle głowy, palenie języka i przetyku, zupełny brak apetytu i obrzęki nóg. Początek tej choroby sięga na rok wstecz. Przedtem pracowała dość ciężko, zajmując się gospodarstwem domowym, nie odczuwając żadnych dolegliwości. Od roku praca ją męczy, przy chodzeniu po schodach odczuwa silną duszność. Od 2-ch miesięcy dołączyły się bóle głowy i zawroty. Od miesiąca wskutek wzrastającego osłabienia nie opuszcza łóżka. Przedtem była zdrowa. Miała 7 dzieci. Od 17 lat nie ma perjdów.

Badanie obiektywne: T^0 od 36,7 do 37,4°. Tętno 96' miarowe, słabo napięte i wypełnione. Oddechów 26', typ oddychania mieszany. Odżywienie niezłe z zachowaniem podściółki tłuszczowej. Waga 54,2 kilo przy małym wzroście. Zabarwienie skóry i błon śluzowych wybitnie blade z odcieniem woskowym. Nieznaczne podżółtaczkowe zabarwienie białówek. Nieznaczne obrzęki na stopach i krzyżu. Język wilgotny, miejscami wygładzony o brodawkach zanikłych (*glossitis*); na podniebieniu oraz na błonie śluzowej policzków punkcikowate wybroczki. Ze strony klatki piersiowej: w płucach — nic szczególnego; wymiary serca prawidłowe ($3\frac{1}{2} + 8\frac{1}{2}$ cm.), nad wszystkimi otworami serca wysłuchuje się słaby szmer skurczowy; 2-gi ton nad tętnicą główną z odcieniem dźwięcznym. Nad żyłami szyjnymi głośny bruit de diable. Brzeg wątroby gładki, wystaje na palac z pod łuku żeberowego. Śledziona nie macalna. Odruchy: kolanowe obustronnie słabe, Achillesowe nieobecne, podeszwowe — niezdecydowane. Opukiwanie mostka i obojczyków bolesne. W moczu po za wybitnie zwiększonym urobilinogendem: urobiliną — nic szczególnego. Ciśnienie R. R. 125/55. Badania morfologiczne krwi: czerw. ciałek 1,5 miliona Hb — 45%; wskaźnik — 1,5 (!); wyraźna leukopenja — 4.800 z względną limfocytozą: Neutr. 51%; małych i średnich limfocytów — 43%, dużych monoc. i przejść $3\frac{1}{2}$, eozynochł. $\frac{1}{2}$ %, myeloc. neutrochł. 1%; pod mikroskopem: wybitna pojkilocytoza i anizocytoza z przewagą megalocytów (!) pojedyncze megaloblasty. Badanie na skazę krwotoczną — poza trombopenją — 75 tys. w 1 mm³. — dało liczby naogół prawidłowe (krzepliwość — 2', czas krwawienia — 3', objaw opaskowy ujemny). We krwi Wassermann ujemny; wyraźna hiperbilirubinemia — 1,6 jedn. (= 7,4 mlgr. w litrze) przy słabo dodatniej i wybitnie zwolnionej (po 2-ch godz.) próbie bezpośredniej; odporność krwinek prawidłowa (H_1 — 0,44; H_3 — 0,34%). Badanie treści żołądkowej i dwunastniczej, kontrolowane następnie jeszcze wielokrotnie, wykazało zupełny bezsok żołądkowy i trzustkowy. Naczczo z żołądka wydobyto kilka cm³. treści mętnej z domieszką śluzu, wolnego HCl — 0; L — 0; pepsyny — 0. W godzinę po próbnym śniadaniu około 20 cm³. treści dwuwarstwowej (części płynnej $\frac{3}{4}$, półpłynnej $\frac{1}{4}$), wolnego HCl — 0; L. — 6; pepsyny — 0. Ani krwi, ani kwasu mlekowego. Pod mikroskopem: ziarna skrobi, trochę komórek drożdżowych i nabłonków. Badanie treści dwunastniczej, wydobytej zarówno przed, jak i po zastrzyknięciu siarczanu magnezu, dało wyniki analogiczne: ciecz ciemno-żółta, gęsta; białka — 0; urobilinogen +; zawartość bilirubiny w treści dwunastniczej około 85 jedn. (zamiast normalnych 40 — 60 jednostek) v. d. Bergha; brak, względnie znikome zawartości zacyznów trzustkowych: trypsyny 0; diastazy 5 jednostek, lipazy 0,6; pod mikroskopem — nic szczególnego. Rozbiór kału, kilkakrotnie kontrolowany, wykazał bardzo dużo urobilinogenu, dość dużo kulek tłuszczowych.

Badanie dna ocznego: obie tarcze blade, tętnice silnie

zwiężone; nieco na zewnątrz od lewej tarczy w kierunku skroniowym w obrazie odwrotnym — wybroczka wielkości $\frac{1}{8}$ tarczy.

Chora, u której wszystkie objawy, zarówno kliniczne (zmiany ze strony języka, bezsok żołądkowy, zmiany degeneracyjne ze strony rdzenia, wynacznienia w siatkówce oraz hematologiczne: megalocytoza, wskaźnik barwny, leukopenja, hiperbilirubinemia z pleiochromją treści dwunastniczej) składały się na rozpoznanie niedokrewności złośliwej typu Biermera — wzięta była na zwykłą kurację objawową; wzrastające dawki arseniku (4 razy dzien. *ac. arsenicosi* à 0,004 + *Calc. chlorati* 0,2), żelazo (*Ferri lactici* 2 × 0,2) i kwas solny z pepsyną. Przy tej kuracji chora nie poprawiła się zupełnie, tak że po upływie 4 $\frac{1}{2}$ miesięcy (12.V.1927) przystąpiliśmy do leczenia za pomocą djety wątrobowej: dziennie 200 gr. wątróbki cielęcej ugotowanej i przetartej wraz ze swym rosołem. Chora od tej pory zadziwiająco szybko zaczęła się poprawiać. W ciągu 2 — 3 tygodni wszelkie objawy subiektywne, jak palenie języka, trwające niemal bez przerwy od $\frac{1}{2}$ roku, duszność i osłabienie ustąpiły. Chora z dniem każdym nabierała więcej sił; po 3-ch tygodniach wstała z łóżka, a po 4-ch mogła już wykonywać większe spacery po ogrodzie. Wraz z tem nastąpiła duża poprawa przedmiotowa: obrzęki znikły całkowicie, twarz i błony śluzowe zaróżowiły się, podżółtaczkowe zabarwienie spojówek ustąpiło. Już po 7-iu dniach spożywania wątroby z moczu znikł urobilinogen, a badanie krwi po 12 dniach djety wątrobowej wykazało już tylko 0,5 jedn. bilirubiny, zamiast poprzednich 1,5 jednostek. Badania morfologiczne krwi po 6 tygodniach djety (28.VI) wykazało już znaczny wzrost Hb (63%) i czerwonych ciałek (do 4.270.900), zmniejszenie wskaźnika do 0,72; pod mikroskopem tylko nieznaczna pojkilocytoza i anizocytoza, która wkrótce znikła. Liczba leukocytów 6.400 z normalnym wzorem (N = 62, L. 26%, Mon. 5%, Eoz. 5%). Chora, mimo że straciła obrzęki, przybrała na wadze 11 kg (z 54, 2 na 65,2 kg.) i czuła się zupełnie zdrowa. Przez pół roku czuła się znakomicie, pozostawając stale na djecie wątrobowej, tak, że można było mówić nawet o wyleczeniu. Krew, stale kontrolowana, zachowywała się normalnie (Hb powyżej 80%; Er. powyżej 4 milionów); natomiast bezsok żołądkowo-trzustkowy oraz objawy rdzeniowe trwały bez zmiany. Po upływie tego czasu w połowie grudnia chora dostała ciężkiej anginy septycznej z ropnem zapaleniem prawego ucha środkowego wraz z zapaleniem wyrostka sutkowego; stan chorej pogarszał się piorunująco z dnia na dzień, tak że dokładne badanie chorej było wprost niemożliwe. Dnia 4.I chora zmarła. Ostatnie badanie krwi, dokonane na kilka dni przed śmiercią, nie wykazało żadnych objawów przebytej niedokrewności złośliwej: czerw. ciałek 4.320.000; Hb 70; Sahli = 87%, *Index* 1,0; umiarkowana leukocytoza: 10.400 z przesunięciem wzoru w stronę obojętno-chłonnych: Neutr. 80%, M. limf. 18%, D. mon. 2% (septyczna angina!); pod mikroskopem — zupełna normocytoza, żadnych zmian patologicznych.

Badanie sekcyjne, poza zmianami miejscowymi ze strony prawego ucha i wyrostka sutkowego (*mastoiditis*) oraz zmianami starczemi w tętnicy głównej, wykazało obecność niewielkiego nowotworu, zajmującego część głowy trzustki bez ucisku na wspólny przewod żółciowy i dwunastnicę, pozostała część głowy trzon i ogon — wolne od nacieczenia nowotworowego; trzon i ogon stanowią powrózek b. wąski i mały, w którym trzaski są spoisłe, drobne, ściśle do siebie przylegają (*atrophia corporis et caudae pancreatis*), pozatem drobne guzki przerzutowe w wątrobie. Szpik kości długich-żółty.

Przypadek powyższy jest bardzo pouczający z wielu względów.

Przedewszystkiem mamy tutaj przykład, zresztą niezbyt rzadki, niedokrewności złośliwej,

do której dołączył się przypuszczalnie w ostatnich tygodniach życia chorej — niewielki nowotwór złośliwy głowy trzustki, który narazie przebiegał skrycie i nie dawał żadnych objawów klinicznych. Przypuszczenie, by niedokrewność złośliwa mogła być od swego początku pochodzenia wtórnego, na skutek utajonego nowotworu, nie da się obronić. Mieliliśmy tu bowiem do czynienia z charakterystycznym zespołem niedokrewności złośliwej Biermerowskiej, na który składały się zmiany ze strony języka (*glossitis*), zmiany rdzeniowe (*myelosis funicularis*), wynacznienia siatkówkowe, bezsok żołądkowy oraz typowy obraz hematologiczny: wskaźnik barwny 1.5, leukopenja, megalocytoza (w niedokrewności wtórnej nowotworowej przeważają mikrocycy), megaloblastoza (!), wreszcie hiperbilirubinemia (1.5 jedn.) wraz ze wzmożoną zawartością barwników żółciowych w treści dwunastniczej. Następnie za niedokrewnością złośliwą pierwotną, a przeciwko wtórnej nowotworowej, przemawia przebieg choroby oraz wynik kuracji wątrobowej, którą twórcy jej (Murphy i Minot) uważają za swoistą dla niedokrewności złośliwej; jak wiadomo, kuracja wątrobowa w niedokrewności wtórnej nowotworowej daje efekt znakomity lub nie daje żadnego.

Przypadki niedokrewności złośliwej, powikłane w swym przebiegu nowotworem złośliwym, nie należą, jak już wspominaliśmy do rzadkich. O tem wspominają Brugsch-Pappenheim, Morawitz oraz Weinberg. Naegeli na sekcji zmarłych na niedokrewność złośliwą znajdował czasem małe nowotwory w żołądku, wzgl. innych narządach: uważa twory te za zupełnie przypadkowe.

W przypadku omawianym pod wpływem kuracji wątrobowej ustąpiły prawie wszystkie objawy kliniczne niedokrewności złośliwej z wyjątkiem bezsoku żołądkowo-trzustkowego i objawów rdzeniowych. Wyrównanie erytropoezy znalazło swój wyraz w zachowaniu się szpiku kości długich, który na sekcji okazał się żółty, i w rozmazach jego brak było megaloblastów. Jest to potwierdzeniem badań Zadeka i Sonnenfelda, którzy w okresie poprawy, osiągniętej przez zastosowanie diety wątrobowej, nie stwierdzali w szpiku kostnym, uzyskanym za pomocą nakłucia mostka, żadnych zmian patologicznych.

Ogółem stwierdziliśmy w 7-iu przypadkach niedokrewności złośliwej zupełny bezsok żołądkowo-trzustkowy. Na uwagę zasługuje okoliczność, iż pomimo masowego badania treści żołądkowej i dwunastniczej na naszym oddziale w różnych stanach chorobowych — zespół ten wykrywa się wyłącznie w niedokrewności złośliwej. Besok żołądkowy w większości przypadków stoi niewątpliwie w związku z zanikiem błony śluzowej żołądka i jej gruczołów; a w naszych przypadkach niedokrewności złośliwej z bezsokiem trzustkowym, w których doszło do sekcji, stałe stwierdzić się dawało przeistoczenie łączno-tkankowe trzustki.

Co się tyczy wydzielania wewnętrznego trzustki w przypadkach z bezsokiem trzustkowym, to zaznaczyć należy, iż poziom cukru we krwi w całym szeregu naszych przypadków znacznie odchylił się od normy nie wykazywał i wahał się od 1.06 do 1.18 gr. na litr. W przypadku,

przytoczonym powyżej *in extenso*, zawartość cukru we krwi, dwukrotnie badana w różnych okresach choroby, wynosiła 1.12 i 1.06 gr. na litr. Pod tym względem badania nasze nie zgadzają się z wynikami Walińskiego, który stwierdzał w swoich przypadkach niedokrewności złośliwej dość wysoki poziom cukru we krwi i na tem opierał swą metodę leczenia tej choroby za pomocą insuliny.

V.

Zmiany ze strony rdzenia po raz pierwszy opisane były przez Minnich'a z kliniki Lichtheima.

Szczegółowe badania w tym kierunku przeprowadzili Henneberg, Hurst, Rissien-Russel, Mac-Cree i inni. Zmiany te polegają na tworzeniu się w istocie białej rdzenia nieprawidłowych ognisk (*myelitis focalis*), posiadających skłonność do zlewania się ze sobą. Ulubionem ich miejscem są powrózki tylne i tylna połowa powrózków bocznych. Zmiany te w dalszym swoim okresie prowadzić mogą do zwyrodnienia całkowitego powrózków tylnych (*myelitis funicularis*).

Objawy kliniczne, zależnie od stopnia i umiejscowienia tych zmian w rdzeniu, prowadzić mogą bądź do osłabienia, wzgl. całkowitego zniesienia odruchów ścięgowych, zaburzeń czucia powierzchownego i głębokiego, ataksji i t. p., bądź też (przy przejściu sprawy na powrózki boczne) do osłabienia siły mięśniowej, wzmożonego napięcia mięśniowego wraz z odruchami patologicznymi, jak Babńskiego, Oppenheima i t. p. W jednym naszym przypadku niedokrewności złośliwej, gdzie zarówno badanie krwi, jak i płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało żadnych objawów kiłowych (Wassermann we krwi i płynie — O; w płynie mózgo-rdzeniowym: Nonne-Ap. — O; białka 0,06%; 5 ciałek białych w 1 mm³) — badanie układu nerwowego wykazało: brak lewego odruchu kolanowego, brak obu Achillesowych; lewostronny objaw Argyll-Robertsona, prawa zaś źrenica na światło reagowała słabo, na przystosowanie — nieźle; żadnych zmian czucia i ataksji. O możliwości objawu Argyll-Robertsona w niedokrewności złośliwej wspomina również Naegeli. Częstość występowania objawów rdzeniowych w niedokrewności złośliwej według statystyk różnych autorów waha się w znacznych granicach: u Bramwella — w 2%, Taylora — 12%, Mac-Cree — 25%, Grinkera — 30%, Seyfartha — 40%, Henneberga — 50% i Hursta — 70%. W naszym materiale zmiany te występowały w 14 na 30 przyp. czyli w 46%. Objawy rdzeniowe należą do bardzo uporczywych i narówni z bezsokiem żołądkowym zazwyczaj nie znikają po kuracji wątrobowej.

W znacznej części naszych przypadków niedokrewności złośliwej (w 45%) dały się stwierdzić również zmiany na dnie oka; badania te dokonywane były przez dr. Szwarca. Zmiany oczne polegały na obecności wybroczna, przeważnie pasemkowatych, na siatkówce; pozatem stwierdzaliśmy wybitną błądź dna ocznego, zwężenie i wężkowatość żył. Aubertin twierdzi, iż wynacznienia

w siatkówce są niemal stałym i b charakterystycznym objawem niedokrewności złośliwej, nie znikającym nawet w okresie poprawy i pozwalającym nawet wówczas na rozpoznanie choroby. Z drugiej strony spostrzegaliśmy szereg przypadków b. daleko posuniętej niedokrewności złośliwej, w których badanie dna ocznego, powtarzane w ciągu kilku miesięcy kilkakrotnie, nie wykazywało żadnych wybroczyn na siatkówce. Podobne przypadki — postrzegał również Naegeli.

VI.

Badanie krwi w naszych przypadkach z reguły wykazywało, oprócz znacznego zubożenia jej w hemoglobinę i krwinki ze wskaźnikiem barwnikowym powyżej 1.0, pojkilocytozę, polichromatofilję, ciała Jolly'ego w krwinkach oraz anizocytosę, a zwłaszcza makro — i megalocytosę. Makro — i megalocytosy stanowią niezmiernie charakterystyczny objaw niedokrewności złośliwej. Co do ciałek czerwonych jądrzastych, to nie mogliśmy stwierdzić tego regularnego zjawiania się i znikania ich z krwiobiegu, zależnie od stopnia niedokrewności, o jakim mówi Aubertin. Według niego, skoro liczba ciałek czerwonych zmniejsza się do 2-ch milionów w 1 mm^3 — ciałka jądrzaste mogą, gdy zmniejsza się do $1\frac{1}{2}$ miliona — muszą zjawić się we krwi. Otóż w naszych przypadkach ciałka jądrzaste zjawiały się bardzo często przy liczbie krwinek, znacznie przewyższającej granicę, podaną przez Aubertina, i odwrotnie — zdarzały się okresy w przebiegu niedokrewności złośliwej, kiedy przy liczbie krwinek poniżej $1\frac{1}{2}$ miliona w 1 mm^3 nie udało się znaleźć ciałek jądrzastych.

We wszystkich przypadkach naszych stwierdzaliśmy leukopenję (od 1.000 do 6.000 ciałek w 1 mm^3) ze zmniejszeniem odsetkowem ciałek obojętnochłonnych na korzyść limfocytów. Naturalnie, mamy tu na myśli przypadki, niepowikłane innymi chorobami.

Badanie objawów skazy krwotocznej, w odróżnieniu od rzadkich zresztą przypadków niedo-

krewności aplastycznej — wielkich zmian nie wykazywało; poza wyraźnym zmniejszeniem liczby płytek, która w naszych przypadkach niedokrewności złośliwej wahała się od 75 do 220 tys. w 1 mm^3 — inne objawy skazy krwotocznej, jak krzepliwość i czas krwawienia — rzadko wykazywały znaczne odchylenia od normy. To samo dotyczy również objawu opaskowego. Stąd też poza wynacznieniami w siatkówce i nieraz drobnymi pojedynczymi wybroczynkami, zwłaszcza na kończynach — innych objawów skazy krwotocznej nie spostrzegaliśmy. W jednym tylko przypadku niedokrewności złośliwej zespół krwotoczny występował bardzo wyraźnie, wprawdzie na kilka dni przed śmiercią.

Dotyczył on chorej P. K. w wieku lat 33, która przybyła na oddział w stanie b. ciężkim, ze skargami na wybitne osłabienie, gorączkę, zawroty i szum w głowie oraz palenie języka. Ostatni perjod był bardzo obfity (!). Choroba trwa, nasilając się, od pół roku. Stan obecny: skóra wybitnie blada z odcieniem woskowym. Podżółtaczkowe zabarwienie spojówek. Tętno 104', słabo napięte i wypełnione, co 5 — 6 skurczów skurcz dodatkowy z pauzą wyrównawczą. Granice prawidłowe. Nad tętnicą płucną szmer skurczowy. Wątroba na 3 palce macalna. Śledziona niepowiększona. Dość liczne wybroczyny w siatkówce. Krew: ciałek czerw. 690 tys., Hb. 18%, Ind. 1,3, białych ciałek ok. 2.300 ze wzorem: Neutr. 49%, małych limfocytów 45%, D. mon. 6%. Pojkilocytosy, polichromatofilja, megalocytosy, dość liczne normoblasty i megaloblasty. Skaza krwotoczna: płytek 40 tysięcy (!) Krzepliwość 8'; czas krwawienia 25' (!); objaw opaskowy ++. Bilirubina — 1,6 jedn. przy odczynie bezpośrednim wybitnie zwolnionym, słabym. Odporność nieznacznie wzmożona (H_1 — 0,42%; H_2 — 0,32%). W moczu urobilinogen i urobilina wybitnie wzmożone. Chora poza obfitymi perjodami miała nieliczne wybroczyny na kończynach dolnych i wybroczyny w siatkówce. Na kilka dni przed śmiercią dołączyły się obfite krwawienia z dziąseł. Chora przybyła na oddział w stanie b. ciężkim i po 10 dniach zmarła. Badanie sekcyjne w tym przypadku robione nie było z przyczyn pobocznych.

Jest to nasz jedyny przypadek niedokrewności złośliwej typu hemolitycznego z wyraźną skazą krwotoczną. (Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z I Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego.
(Kierownik: Dr. A. LANDAU).

O odrębnych przypadkach zapalenia płuc i odrębnym ich leczeniu¹⁾.

Doniesienie II.

5. Przypadek „Bronchopneumonia gripposa sinistra“ leczony skutecznie za pomocą wstrzykiwań alkoholu i surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Podali

A. LANDAU, Sz. LILJENFELD - KRZEWSKI
i B. JOCHWEDS (Warszawa).

Chora K. M., l. 24, zachorowała nagle 20. II. 29 r. Pierwszym objawem, który wystąpił tego dnia, było kłucie w lewym

boku, tak silne, że nie mogła zupełnie oddychać. Jednocześnie zjawily się gwałtowne dreszcze, a wkrótce również i kaszel, połączony z odpluwaniem rdzawej, skąpej płwociny, oraz duszność.

Niezależnie od tego już od dn. 13. II dolegały jej rwące bóle w okolicy prawego pośladka, promieniujące wzdłuż tylnej powierzchni uda, którym towarzyszyło utrudnienie ruchów prawej kończyny dolnej. Dotąd nigdy nie chorowała. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Chora wprawdzie przytomna, ale rozmawia z trudem, robiąc wrażenie osobnika obłożnie chorego.

Stan obecny: (22. II.) $T^0 = 39^0$. Tętno 120 na 1', drobne, o słabym napełnieniu. Znaczna duszność mieszana, oddech przyspieszony, 46 na 1'.

Wzrost średni, budowa prawidłowa. Dość znaczna sinica twarzy i warg z odcieniem szarawym. Język obłożony, suchy.

Płuc a: prawe — odgłos jawy, oddech pęcherzykowy, wdech zaostrowany, wydech wydłużony na całej przestrzeni płuca. Lewe — s tłumienie od tyłu, od kąta łopatki do samego dołu; w miejscu s tłumienia oddech i drżenie głosowe zniesione, po-

¹⁾ A. Landau i B. Jochweds: O odrębnych przypadkach zapalenia płuc, spostrzeganych w zimie 1925/26, Warsz. Czas. Lek. Nr. 8 — r. 1927.

wyżej — na przestrzeni łopatki—odgłos jawny, wdech zaostrozony, wydech oskrzelowy; od przodu odgłos jawny, oddech pęcherykowy, dolna granica na VII ż. słabo ruchoma.

Serce: wymiary prawidłowe, tony czyste, ciśnienie krwi 115/75 mm. Hg. RR.

Jama brzuszna: wątroba i śledziona niemacalne.

Układ nerwowy: źrenice reagują dobrze, odruchy ścięgnowe zachowane.

Układ ruchu: ograniczenie ruchów biernych i czynnych w stawie biodrowym prawym.

Uderzenie w prawy krętarz i prawą piętę niebolesne, natomiast żywa bolesność przy mocniejszym obmacywaniu prawego pośládka w okolicy panewki oraz zespolenia krzyżowo-biodrowego (*art. sacro-iliaca*).

W moczu nic szczególnego. Płwocina ropna, nie cuchnie, $\frac{1}{8}$ kufla na dobę (około 40 — 50 cm.³).

Laseczników Kocha i włókien sprężystych nie znaleziono. Krew — WR. —. Białych ciałek 12,800, w tem obojętnochłonnych 79% (pałeczkowatych 11%), limfocytów 12%, monocytów — 9%.

Roentgen: w środkowej części lewego płuca, dokoła wnęki i w dole nad przeponą widoczne jest zaciemnienie niezbyt intensywne, o nieostrych zarysach. Przepona lewa słabo ruchoma. Szczyt i pole płucne prawie bez zmian.

Zdjęcie miednicy i prawego stawu biodrowego wykazało stosunki prawidłowe (Dr. Werkenthin).

Nakłucie lewej opłucny, dokonane 23/II w IX mż. na linii łopatkowej wykazało obecność mętnego surowiczopnego płynu, barwy brudno-bursztynowej, zawierającego 3,7% białka i 100% ciałek obojętnochłonnych. Po wydobyciu 4 cm.³ przerwano zabieg z powodu złego samopoczucia chorej i słabnącego tętna; zresztą, więcej płynu z opłucny wydstać nie można było.

Zastosowano zwykłe leczenie w postaci zastrzykiwań podskórnych kamfory i strychniny, a zaś doustnie naparstnicę z chininą.

T⁰ wieczorem d. 23. II. 38,0, 24/II T⁰ = 38,6⁰. Tętno 96, małe. Oddechów 38 na l'. Stan b. ciężki. Sinica twarzy trwa. Płuca, jak dn, 22/II. Z uwagi na b. ciężki stan chorej, oprócz poprzedniego leczenia, zastosowano 60 cm.³ surowicy przeciw-paciorkowcowej wieloważnej w zastrzyknięciu głęboko pod skórę prawego uda.

26/II T⁰ = 38,6⁰. Tętno 98. Oddechów 42 na l'. Płwocina ropna w ilości poprzedniej. Płuco lewe: na przestrzeni łopatki odgłos jawny, oddech oskrzelowy bez rzeń; w okolicy kąta łopatki oddech ten przybiera charakter „Bruit de soufflé”. U podstawy płuca, a więc od kąta łopatki, od tyłu i od l. poprzeczno-sutkowej od przodu i na l. pachowej ku dołowi — stłumienie, zniesienie oddechu i drżenia.

Przestrzeń Traubego przysłonięta. Wyraźniejszego działania surowicy nie można było stwierdzić. Z uwagi na to oraz wciąż trwający b. ciężki stan chorej w czasie od dn. 26/II do dn. 2/III włączanie wlewano codziennie (t. zn. razem 5 zastrzyknięć) do żyły łokrowej po 50 cm.³. 33 l/3% roztworu alkoholu w soli fizjologicznej; wlewanie trwało około 15 — 20 minut.

Chwyciliśmy się tego środka, ponieważ nasze doświadczenie kliniczne nauczyło nas, iż w ropiejącej postaci grypowego zapalenia płuc — *bronchopneumonia gripposa abscedens* — wlewania dożylnie alkoholu posiadają niewątpliwe działanie lecznicze.

Pragnąc zapobiec szkodliwemu działaniu alkoholu na miąższ wątroby, jednocześnie z wlewaniem alkoholu dożylnym stosujemy ostatnio insulinę podskórnie w ilości 2 × 5 jedn. insuliny. Chora nasza dostawała 2 × 5 jedn. insuliny duńskiej L e o.

Pozatem podawano doustnie 1% kwas karbolowy 3 łyżki dziennie.

27/II. T. 38,4. Tętno 96. Oddechów 38 na l'.

Płwocina ropna: $\frac{1}{10}$ kufla na dobę. Samopoczucie chorej nieco lepsze.

Stan płuc, jak poprzednio.

28/II. T⁰ = 38,0⁰, Tętno 90. Oddechów 34 na l'.

1/III. T⁰ = 38,0. Ogólny stan lepszy. Tętno 86. Oddechów 32 na l'.

Płuco lewe: w okolicy kąta łopatki — ślad oddechu oskrzelowego o charakterze „bruit de soufflé”; *bronchophonia*. Poniżej stłumienie, wybitne osłabienie oddechu. Przestrzeń Traubego wyjaśnia się.

Staw biodrowy prawy: bolesność samoistna i uciskowa w okolicy panewki znacznie mniejsza; ruchy bierne i czynne możliwe w znacznie większym zakresie. Po zastrzyknięciu alkoholu po $\frac{1}{2}$ godz. wystąpiły silne dreszcze, w 15 minut później samopoczucie dobre.

Po poprzednich zastrzykaniach — w 15 — 20 minut po ukończeniu wlewania chora była b. senna, skarżyła się trochę na zawroty głowy. Objawy te trwały około 1 godz.

Mocz: brak składników patologicznych.

2/III. T⁰ = 37,8. Tętno 108. Stan ogólny znacznie lepszy.

Badanie ginekologiczne *Endocervicitis purulenta*. (Dr. Z. Endelman). Badanie to dokonane zostało celem rzucenia światła na sprawę w prawym stawie biodrowym.

Zaznaczone ograniczenie ruchów z bolesnością panewki, z niebolesnością uderzenia w krętarz i piętę, a zarazem ujemny wynik badania rentgenologicznego dowodziły obecności zapalenia dookołostawowego. Rozumowanie różniczkowo-rozpoznawcze wahało się między powikłaniem grypowym a sprawą rzęzączkową. Dalszy przebieg sprawy wraz z badaniem ginekologicznym przemawiał raczej za powikłaniem grypowym dookołostawowym.

4/III. T⁰ = 38,4⁰. Rozlany rumień (*erythema*) w postaci zlewających się plamek dookoła miejsca zastrzyknięcia surowicy (pr. udo). Gruczoły pachwinowe powiększone po stronie prawej. Ruchy w prawym stawie biodrowym ograniczone, przy braku bolesności. Pozostałe stawy bez zmian patologicznych.

Płuco lewe: odgłos jawny, osłuchowo: w okolicy kąta łopatki — ślad oddechu oskrzelowego, to samo aż do IX-go ż.; nad dolną granicą płuca oddech wybitnie osłabiony.

Leczenie: z uwagi na objawy posurowicze chora otrzymała: *Sol. Natr. salicylici Natr. bromati aa 8,0/200,0 — S. 3* łyżki stołowe dziennie (przerwano dn. 4/III podawanie 1% kw. karbolowego).

5/III. T⁰ = 36,8⁰. Tętno 96. Stan ogólny znacznie lepszy. Kaszle mało, odpluwa 10 — 15 cm.³ płwociny śluzowej na dobę. Zaczerwienienie skóry w obrębie pr. uda znika, swędzenie jednak utrzymuje się.

Badanie krwi: białych ciałek 8,500, w tem 53% obojętnochłonnych (2% pałeczkowatych), 44% limfocytów, 2% jednojądrzastych, 1% kwasochłonnych.

6/III. T⁰ = 37,0⁰. Tętno 90. Oddechów 28 na l'. W okolicy miejsca zastrzyknięcia pokrzywka.

Płuco lewe: odgłos jawny, w okolicy kąta łopatki oddech nieokreślony, wydech wydłużony, ślad bronchofonii, poniżej oddech osłabiony.

7/III. T⁰ = 37,5⁰ — 37,0⁰. Tętno 90. Oddechów 26 na l'. Stan chorej poprawia się szybko z dniem każdym. Na skórze żadnych zmian nie stwierdza się.

9/III. T⁰ = 37,8⁰ — 37,0⁰. Tętno 96. Oddechów 24/m. Czuje się dobrze. Kaszle b. mało. Odpluwa minimalną ilość płwociny śluzowej.

14/III. T⁰ 37,8⁰. Tętno 88; oddechów 26/m.

Płuco lewe: poza zaostrozonym oddechem u podstawy płuca, nic szczególnego.

Prawy staw biodrowy: ruchomość dostateczna; okolica prawego poślodka i panewki zupełnie niebolesna.

Roentgen: w dolnej części lewego pola płucnego nad przeponą i nazewnątrz od węzki widoczne są drobnopłamkowe ogniska cieniowe i smugi. Przepona lewa słabo ruchoma. Płuco prawe bez zmian (Dr. Werkenhain).

20/III. $T^0 = 37,5^0$. Tętno 8 $\frac{1}{2}$. Oddechów 20/m. Chora nie kaszle i nie pluje.

6/IV. $T^0 = 37,0^0$. Tętno 84. Oddechów 20/m. Chora nie kaszle, nie pluje.

Płuca: Odgłos jawny, oddech pęcherzykowy na całej przestrzeni obu płuc.

Staw biodrowy prawy bez zmian.

20/IV. Wypisuje się zdrowa.

W przypadku powyższym mieliśmy więc przede wszystkim nagły początek choroby, ciężkie objawy ogólne w postaci sinicy, duszności, szybkiego i słabo napiętego tętna oraz — od pierwszej chwili pobytu chorej w szpitalu (drugi dzień choroby) — wyraźne objawy ze strony narządu oddechowego. Te ostatnie z kolei podzielić należałoby na objawy opłucnowe i dotyczące samego mięszu płucnego. Minimalną ilość (4 cm³) płynu surowiczoroznego, otrzymanego przy nakłuciu lewej opłucny, cechy rentgenograficzne (niezbyt intensywne zaciemnienie pola płucnego), wreszcie szybkie znikanie objawów fizykalnych w dalszym przebiegu dowodzi, iż stłumienie, zniesienie oddechu i drżenia głosowego u podstawy lewego płuca, oddech oskrzelowy, czasami z wyraźnym odcieniem „bruit de soufflé” nad górną granicą stłumienia, zależne były od sprawy w samym mięszu płucnym, przyczem sprawa ta musiała być z całą pewnością punktem wyjścia dla odczynu opłucnowego.

Przeto pomimo braku rzeżeń wilgotnych rozpoznaliśmy odoskrzelowe zapalenie płuc, a wybitnie ropna płwocina (około 40 cm³ na dobę) oraz neutrofilowy wzór otrzymanego płynu opłucnowego z jego wyglądem ropiastym wskazywały, iż to zapalenie płuc miało charakter ropny (*bronchopneumonia abscedens*).

Doświadczenie ostatnich lat dziesięciu nauczyło nas, iż w tego rodzaju przypadkach mamy do czynienia najczęściej z ciężką infekcją t. zw. „grypową” narządu oddechowego; jakiemu jednak ścisłemu pojęciu bakterjologicznemu odpowiada ta nazwa, tego jeszcze dotąd nie wiemy; jest to narazie nazwa więcej kliniczna, aniżeli bakterjologiczna, bowiem zarzek grypowy nie został jeszcze wyodrębniony.

Również doświadczenia ostatnich lat nauczyły nas, iż w podobnych ciężkich zakażeniach narządu oddechowego zwykle leczenie objawowe skutku nie osiąga, toteż u naszej chorej, której stan ogólny był nadzwyczaj ciężki, chwyciliśmy się całkiem odrębnych metod leczenia.

W trzecim dniu pobytu chorej w szpitalu, t. j. na czwarty dzień choroby, chorej wstrzyknięto 60 cm³ wieloważnej surowicy przeciwpaciorkowcowej podskórnie; środek ten, jak o tem pisał jeden z nas (A. Landau — O wczesnym leczeniu grypy t. zw. „hiszpańskiej” za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej P. Gaz. Lek. Nr. 50) jeszcze w roku 1918, wywiera w wielu przypadkach działanie wybitnie dodatnie; również w przypadku, który podamy w doniesieniu III, otrzymaliśmy dobry wynik po wstrzyknięciu surowicy.

W omawianym obecnie przypadku dwie pierwsze doby po wstrzyknięciu surowicy nie przyniosły żadnej zmiany na lepsze.

Jakkolwiek w wielu przypadkach ciężkiego grypowego zapalenia płuc wyraźniejsza poprawa po zastrzyknięciu surowicy występuje dopiero wraz ze zjawieniem się objawów posurowicznych, to znaczący w 8 — 12 dni po zastrzyknięciu, to jednak w obecnym przypadku z uwagi na b. ciężki stan chorej nie mogliśmy zdecydować się na bierne czekanie, postanowiliśmy użyć jeszcze jednego środka, a mianowicie, wlewać dożylnych alkoholu, które, jak to wynika z naszych ostatnich spostrzeżeń, posiadają niewątpliwie działanie lecznicze w odoskrzelowym ropiastym zapaleniu płuc.

Wstrzykiwania dożylna alkoholu, najpierw absolutnego, a potem 33,3% (w fizjolog. roztworze soli kuchennej) zostały zastosowane po raz pierwszy przez D. Thura²⁾ (Warszawa) w leczeniu raka.

Wyniki tego leczenia nie są, jak dotąd, zbyt zachęcające, natomiast obserwowaliśmy na oddziale dobre, względnie niezłe wyniki w kilku przypadkach spraw septycznych.

Przekonaliśmy się mianowicie, że wlewania dożylna alkoholu szczególnie pomyslnie wpływają na przebieg bronchopneumonji ropnej. Wobec tego, że wstrzyknięty dożylnie alkohol musi przejść nasamprzód przez płuca, zanim dostanie się do ogólnego krwioobiegu, przyszlśmy rozumowo do wniosku, że właśnie septyczne infekcje głębokich odcinków narządu oddechowego stanowić powinny pierwsze wskazanie do jego zastosowania. W paru przypadkach ciężkiego ropnego zapalenia odoskrzelowego płuc otrzymaliśmy poprawę przemijającą; nie były to jednak przypadki zupełnie odpowiednie, gdyż objawy płucne w nich były tylko epizodem w przebiegu zakażenia ogólnego o niewiadomej etiologii.

Co się tyczy dawkowania, to doszlśmy do wniosku, że w podobnych przypadkach najlepiej jest posługiwać się małymi i częstymi dawkami alkoholu (codziennie po 30—50 cm³ roztworu 33,1/3%), jakie właśnie były stosowane w opisywanym obecnie przypadku. Raz jedyń po zastosowaniu większych dawek alkoholu w zgorzeliowym zapaleniu płuc otrzymaliśmy jako powikłanie żółtaczkę miąższową.

Od tego czasu dawkę alkoholu zmniejszyliśmy do wyżej wzmiankowanej ilości, a oprócz tego, by żółtaczkę uprzedzić, dodajemy do wlewań alkoholowych wstrzykiwania małych dawek insuliny, celem wzmocnienia odporności życiowej komórki wątrobowej; chora nasza, jak już zaznaczyliśmy, otrzymywała dwa razy dziennie po 5 jednostek insuliny Le o pod skórę. Po każdym wlewaniu alkoholu, a nieraz nawet podczas niego zauważyliśmy u chorej naszej pod względem psychicznym, podobnie jak w innych przypadkach, na początku wlewania euforję, zaś w końcu pewną skłonność do płaczu. Wymiotów nie spostrzegaliśmy nigdy.

Po przebudzeniu samopoczucie było zawsze dobre. Po zbyt szybkich, względnie obfitych wlewaniach ciepłota podnosiła się na przeciąg kilku godzin, względnie kilku dni; zaś po powolnych

²⁾ D. Thura: Ueber intravenöse Aethylalkoholinject; beim Krebs (Ztsch. f. Krebsforsch. 26 Bd. 3 Heft.).

i nie przekraczających 50 — 60 cm³ pozostawała na jednym poziomie lub też po kilkunastu godzinach nawet spadała (na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu) do normy.

Badania moczu i krwi żadnych odchyłeń od stanu poprzedniego po zakończeniu wlewania, ani też na drugi dzień nigdy nie wykazywały.

W dalszym przebiegu choroby w naszym przypadku objawy fizykalne ze strony płuc trwają nadal bez zmian podczas czterech pierwszych wstrzykiwań alkoholu (dokonywanych codziennie); jedynie stan ogólny powoli się poprawia, ilość płwociny zmniejsza się nieznacznie z 40 na 30 cm³ na dobę, przyczem jej ropny charakter nie zmienia się narazie wcale. Dopiero po piątym zastrzyknięciu (2/III) ciepłota opada poniżej 38,0, a stan ogólny poprawia się wybitnie.

Rozstrzygnięcie, czy poprawa ta nastąpiła jedynie pod wpływem alkoholu, czy też przyczyniło się do niej uprzednie zastosowanie surowicy przeciw paciorkowcowej (było to na siódmy dzień po wstrzyknięciu surowicy), jest w tym przypadku prawie niemożliwe.

Nie jest wyłączone, że poprawa u naszej chorej zależna była od obu środków leczniczych, tembardziej, iż zmiana na lepsze po surowicy występuje nieraz jaskrawiej dopiero w okresie choroby posurowiczej lub też przed nią.

Choroba posurowicza, która wystąpiła na 9 dzień po zastosowaniu surowicy, wpłynęła w sposób b. ciekawy i pouczający na przebieg cierpienia zasadniczego.

Przedewszystkiem należy podkreślić łagodny przebieg zespołu posurowiczego, który ograniczał się do zmian skóry (zaczernwienie, pokrzywka) w miejscu zastrzyknięcia, odczynu ze strony najbliższych gruczołów chłonnych (pachwinowych) i nieznacznego podniesienia ciepłoty z 38,2° na 38,6°.

Natomiast ujemny wpływ na cierpienie podstawowe w postaci pogorszenia objawów płucnych, o czem będzie mowa w doniesieniu III, w obecnie omawianym przypadku nie nastąpił.

Wręcz przeciwnie, niezależnie od wystąpienia objawów posurowicznych poprawa stanu ogólnego postępowała naprzód, a jednocześnie tego samego dnia, w którym zjawyły się objawy posurowicze, rozpoczęło się wybitne cofanie się sprawy płucnej.

Następnego dnia wraz z ustępowaniem zmian skórnych poprawa ta następuje szybciej.

W ciągu 2 dni znika zupełnie stłumienie u podstawy lewego płuca, pozostaje tylko oddech nieokreślony w okolicy kąta łopatki i osłabienie oddechu nad dolną granicą płuca.

Ciepłota na przeciąg kilku dni spada do normy. Płwocina straciła swój charakter ropny, a ilość jej zmniejszyła się do kilku cm³ na dobę. Łagodnemu natężeniu choroby posurowiczej w opisywanym przypadku odpowiadają też zmiany białego wzoru krwi o typie t. zw. odczynu limfocytowego łącznie z obrzmieniem gruczołów pachwinowych. Zmiany te dotyczyły w bardzo małej mierze komórek kwasochłonnych, które zjawyły się w ilości 1%, a w znacznie większej — limfocytów; liczba tych ostatnich wzrosła z 12 do 44% (z 1440 do 4200 w 1 cm³). Ogólna liczba białych ciałek spadła z 12.000 do 8.500.

Wobec łagodnego przebiegu objawów posurowicznych nie uważaliśmy za konieczne zastosowania leczenia dożylnego w postaci tak skutecznego w przypadku, który podamy w doniesieniu III, bromku wapnia. Ograniczyliśmy się tedy do podawania doustnego salicylanu i bromku sodu.

Spostrzeżenia nasze ze stosowaniem surowicy w grypowym odoskrzelowym zapaleniu płuc nauczyły nas, iż tutaj w przebiegu klinicznym ustalić można trzy okresy chronologiczne, obejmujące czas od chwili zastosowania surowicy do chwili całkowitego wyzdrowienia.

Są to więc:

Okres I. od chwili zastrzyknięcia surowicy do wystąpienia choroby posurowiczej.

Okres II. obejmujący cały przebieg choroby posurowiczej wraz z jej wpływem na przebieg cierpienia zasadniczego; i wreszcie

Okres III. trwający od ustąpienia zespołu posurowiczego do czasu wyleczenia.

Te trzy okresy uwypuklają się nieraz jaskrawo i wyraźnie, nieraz zaś występują w konturach b. zatartych.

Otóż w przypadku, obecnie omawianym, w ciągu pierwszych 6 dni I okresu (t. j. po zastrzyknięciu surowicy) stan chorej nie uległ żadnej zmianie na lepsze. Poprawa stanu ogólnego, nieznaczny spadek ciepłoty, niewielkie zmniejszenie liczby tętna i oddechów rozpoczęły się dopiero siódmego dnia. A przytem zastosowaliśmy w tym przypadku leczenie mieszane (surowica, alkohol); tak późna poprawa raczej dałaby się wytłomaczyć nie działaniem surowicy, lecz wpływem codziennie wstrzykiwanego alkoholu.

Pozatem wszystkim nie możemy oczywiście pominąć możliwości samoistnej poprawy, chociaż niezwykle ciężki stan, w jakim chora przybyła do szpitala, prawie wyłączał możliwość tak szybkiej samoistnej zmiany na lepsze.

W okresie II choroba posurowicza mało wpływa na przebieg cierpienia zasadniczego, co moglibyśmy z kolei wytłomaczyć słabem jej natężeniem.

Natomiast wraz z ustąpieniem objawów posurowicznych poprawa stanu ogólnego i sprawy płucnej odbywa się niezwykle szybko.

Okres III jest tu dość długi; jakkolwiek objawy fizykalne miały dość prędko, to jednak po kilkutygodniowym trwaniu stanu podgorączkowego następuje dopiero całkowite wyleczenie.

Pozostaje nam jeszcze omówienie sprawy w stawie biodrowym prawym, która poprzedziła o tydzień wystąpienie objawów ze strony narządu oddechowego i która trwała znacznie dłużej, aniżeli objawy płucne.

Co do sprawy stawowej, to zachodziła wątpliwość, czy było to powikłanie okołostawowe grypowe, czy też nie należało jej połączyć z „*endocervicitis purulenta*”, która mogłaby być pochodzenia rzeżączkowego.

Jednak sprawy stawowe rzeżączkowe są uporczywsze i przebiegają burzliwiej, tak, że względnie szybkie *restitutio ad integrum* przemawia przeciwko rzeżączkowemu zapaleniu stawu biodrowego, a na korzyść powikłania grypowego.

WNIOSKI:

I. Przypadek niniejszy ogłaszamy nie tyle ze względu na odrębny jego przebieg, ile ze względu na pewne nowe i odrębne możliwości terapeutyczne, na które pragnęlibyśmy zwrócić uwagę.

II. Wobec braku doraźnego działania surowicy zastosowano wstrzykiwania 50 cm³ 33,1% alkoholu codziennie; po 5 zastrzyknięciu stan chorej b. ciężki i, zdawałoby się, prawie beznadziejny zaczął się powoli poprawiać.

III. Jednocześnie z wstrzykiwaniami alkoholu stosowano insulinę celem ewentualnego uprzedzenia szkodliwego działania alkoholu na wątrobę.

IV. Na 9 dzień po zastosowaniu surowicy wielowaznej i po 5 wlewaniach dożylnych 33% alkoholu wystąpiła choroba posurowicza o b. łagodnym przebiegu. Wraz z ustąpieniem objawów posurowicznych objawy chorobowe zasadnicze szybko topnieją, ale rekonwalescencja ogólna odbywa się względnie wolno.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Współczesny stan organoterapii.

Podał

Dr. Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

(Ciąg dalej—p. Nr. 36).

Wskazania do stosowania preparatów tarczycy.

1) Obrzęk śluzowaty u dorosłych.

Rzadka stosunkowo postać chorobowa, występująca daleko częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Znaczna liczba kobiet choruje podczas lub po okresie klimakterycznym, również i mężczyźni zachorowują po 45 roku życia. Objawy: na pierwszym planie stoją objawy ze strony skóry, a mianowicie: postępujący, twardy obrzęk twarzy, goleń, przedramion i tułowia. Skóra jest blada szarawo żółta, również i błony śluzowe odznaczają się białością. Włosy wypadają stopniowo, ale nie siewięją.

Na pierwszym planie obrazu klinicznego zaznacza się ogólne osłabienie fizyczne oraz ośpienie umysłowe, bardzo silne zmęczenie, brak zainteresowania. Dają się stwierdzić zmiany czynnościowe we wszystkich nerwach czuciowych, osłabienie wzroku, smaku, powonienia i przedewszystkiem słuchu. Ze strony przemiany materji stałym kardynalnym objawem jest zmniejszenie podstawowej przemiany materji, która może być obniżona o 60 proc. i więcej. Wskutek tego występuje wybitna skłonność do otłuszczenia. Ze strony układu krążenia występują również zmiany typowe. Tętno jest prawie zawsze zwolnione, ciśnienie krwi przeważnie obniżone.

Jednym z objawów, który występuje w każdym przypadku, jest wybitne zaparcie stolca, jest to również symptom kardynalny tego cierpienia. Objaw ten znajduje się w związku z wybitną atonią jelit, jelita grubego, oraz hipotonją żołądka i jelita cienkiego. Czynność wydzielnicza żołądka oraz łaknienie są zmniejszone. Patogeneza tego cierpienia jest zupełnie wyraźna, wyłuszczenie gruczołu tarczowego powoduje ten sam zespół obja-

wów. Przyczyna więc cierpienia leży w zubożeniu organizmu w tyroksynę, osobiwie w wadliwym działaniu hormonu gruczołu tarczowego na układ nerwowy roślinny oraz na resztę aparatu wydzielania wewnętrznego. Rokowanie w cierpieniu tem jest ściśle związane z leczeniem, a leczenie polega wyłącznie na zastąpieniu brakującej tyroksyny.

Niezupełne postacie obrzęku śluzowatego.

Ta postać chorobowa, znana jako przewlekła, łagodna niedomoga tarczycy (*hypothyroidismus*), nie należy do zbyt rzadkich, ale wymaga ścisłego rozpoznania. Z objawów na pierwszy plan występują tutaj takie, jak znużenie, brak energii, osłabienie władz umysłowych, uczucie zimna, senność, zaparcie stolca, zaburzenia miesiączkowania, zwolnienie tętna, obniżenie ciśnienia krwi, wysypki o charakterze pryszczycy lub owrzodzenia, zmiany odżywcze w paznokciach, włosach i zębach.

Podawanie przetworów tarczycy powoduje tu nader szybko wybitną poprawę, która potwierdza trafność rozpoznania.

II. Niedomogi gruczołu tarczowego u dzieci.

Wrodzony obrzęk śluzowaty.

(*Thyreoplasia congenita*. Brak wrodzony tarczycy).

Rzadkie to cierpienie występuje częściej u dzieci płci żeńskiej, aniżeli u męskiej. Dziedziczność stwierdzić się nie daje.

Dzieci rodzą się normalne, i w ciągu pierwszych miesięcy rozwój ich, zarówno fizyczny, jak i umysłowy, jest pozornie normalny. Dopiero po upływie pierwszego półrocza i nierzadko nawet po upływie pierwszego roku występują uderzające zaburzenia; rozwój fizyczny i duchowy ulega wstrzymaniu, dziecko przestaje się podnosić, wstawać i mówić. Stopniowo występuje obraz obrzęku śluzowatego: skóra staje się gruba, gąbczasta, przeważnie blada, wargi i powieki obrzmiewają, oczy nabierają charakteru mongolowatego, policzki stają się grube, na podbródku i na karku gromadzi



Ryc. 12.

Akromegalia, szczególnie charakterystyczne: nos, wargi, ręka (w/g Grotego).

się tłuszcz; tułów i osobliwie brzuch staje się niekształtny, wzrost zostaje wstrzymany, kości przestają się rozwijać. Włosy są najeżone i rzadkie, kończyny zimne i sinawe, całkowita przemiana materji jest obniżona i zwolniona, życie umysłowe pozostaje na zupełnie niskim poziomie, ogranicza się do czynności czysto zwierzęcych.

Przyczyną cierpienia jest wrodzony i zupełny brak gruczołu tarczowego, że zaś objawy obrzęku śluzowego występują względnie późno, to objaśnia się tem, że dziecko otrzymuje pewną ilość tyreksyny z krwi matki, a później drogą pokarmu naturalnego.

Przypadki przewlekłej, względnie czy absolutnie łagodnej niedomogi tarczycy u dzieci nie należą do zbyt rzadkich, pozostają jednak często nierozpoznawane przez lekarzy. Dzieci te rozwijają się powoli, często jednak objawy niedomogi gruczołu występują dopiero około 6-go roku życia; dzieci rosą znacznie wolniej, skóra jest sucha, obrzękła, chłodna, niedokrewność mniej lub więcej wyraźna, stan psychiki bierny, bez osobliwych zaburzeń intelektu, choć nauka w szkole przychodzi z trudnością, wtórne oznaki płciowe rozwijają się późno i słabo.

Od tego obrazu łagodnej wrodzonej niedomogi gruczołu tarczowego istnieją typy przejściowe do przewlekłego łagodnego stanu niedomogi tarczycowej (*Hypothyroidismus*) u dorosłych. Są to typy, które w młodości zwracają uwagę przez takie cechy, jak względnie mały wzrost, ciastowatość, słabe uwłosienie, łatwe męczenie się, mała ruchliwość. Przypadki te stanowią bez wątpienia również lekką postać wrodzonej niedomogi tarczy-

cy. Na drugim biegunie stoją tu przypadki ciężkie wrodzonej niedomogi tego gruczołu, które już co do objawów swych mogą się zbliżyć do całkowitego braku tarczycy.

Wspomnieć należy jeszcze o przypadkach t. zw. nabytego obrzęku śluzowego u dzieci. Przypadki takie rozwijają się u dzieci dotychczas normalnych zwykle po przebyciu jakiejś choroby zakaźnej lub nawet i bez niej.

Leczenie zarówno wrodzonej, jak i nabytej niedomogi lub też całkowitego braku gruczołu tarczowego w wieku dziecięcym polega na konsekwentnym podawaniu tyreoidyny w odpowiednich dawkach. W pierwszym roku życia podawać należy od $\frac{1}{2}$ do 1 tabl. tyreoidyny. Przy stosowaniu tyreoidyny prwinna być oczywiście prowadzona ścisła kontrola lekarska. W następnych latach dawkę się podwaja, a od 10 lat może być równa dawce dla dorosłych. Wogólności dzieci znośią dobrze tyreoidynę. Baczna uwagę należy zwracać na sposób żywienia dziecka, a w szczególności na dostateczne podawanie witamin; znaczenie posiadała również jednoczesne podawanie wapnia.

Przy długotrwałem i konsekwentnem podawaniu tyreoidyny we wszelkich przypadkach wrodzonej i nabytej niedomogi gruczołu tarczowego udaje się otrzymać zupełną kompensację objawów niedomogi i uzyskać kompletną sprawność fizyczną i duchową. W przypadkach poronnych z chwilą rozpoznania i zastosowania leczenia swoistego można otrzymać wybitne wyniki. Jeżeli idzie o ciężkie przypadki wrodzonego braku gruczołu, to tutaj wyniki muszą być już, oczywiście, mniej decydujące.



Ryc. 13.

Akromegalia. Tenże przypadek, co i na ryc. 12 (w/g Grotego).

Z postaci chorobowych, w których stosowanie przetworów tarczycy może znaleźć względne zastosowanie, należy przytoczyć jeszcze t. zw. mongolizm oraz kretynizm endemiczny czyli matołectwo.

Mongolizm jest to postać niedorozwoju umysłowego, któremu towarzyszy charakterystyczny mongołowaty układ rysów i płaski nos, szerokie kości policzkowe, skośne oczy ze zmarszczką nakątną, duży język. Oprócz tego można stwierdzić często karłowaty wzrost, nadmierną giętkość stawów, nienormalnie niskie napięcie mięśni, ciastowatość i suchość skóry. Podawanie przetworów tarczycy w niektórych przypadkach może dać tutaj względną poprawę.

Kretynizm czyli matołectwo, występujące endemicznie w niektórych okolicach wraz z towarzyszącym mu wolem, stanowi sobą liczbowo najbardziej częstą postać dziecięcej niedomogi tarczycy. Tutaj jednakże stosowanie przetworów gruczołu ma tylko bardzo ograniczone pole, gdyż działanie jest niepewne, a wobec występowania objawów nadmiernego wydzielania tarczycy należy podawać je ostrożnie. Duże zastosowanie znajduje tutaj leczenie minimalnymi dawkami jodu.

Choroba Basedowa.

Aczkolwiek choroba Basedowa jest klasycznym przykładem cierpienia, wywoływanego nadmierną czynnością tarczycy, to jednak ze względu, że w cierpieniu tem stosowane bywają z powodzeniem niektóre przetwory organo terapeutyczne, przytaczamy je tutaj w krótkości.

Pod chorobą Basedowa, jak wiadomo, rozumiana jest choroba, której kardynalnymi objawami są: miękkie pulsujące wołę, przyspieszone tętno i przerost serca, wzmożona pobudliwość nerwów naczynioruchowych, wytrzeszcz, wzmożona pobudliwość całego układu nerwowego, drżenie, wzmożenie wszystkich czynności, wchodzących w zakres przemiany materji. Jeżeli wszystkie te objawy są w pełni rozwinięte, to mówimy o „pełnej chorobie Basedowa” (Kocher); jeżeli brak tych czy innych ważnych objawów — wtedy mówi się o „formes frustes” choroby Basedowa.

Leczenie choroby Basedowa obejmuje dużą skalę zabiegów, począwszy od operacji tarczycy, stosowania promieni Roentgena i elektroterapii w różnych postaciach, aż do podawania jodu, antytyreoidyny Möbiusa oraz przetworów organoterapeutycznych, jak grasicy, przysadki, przytarczycy, a nawet w niektórych przypadkach i tarczycy, a w uporczywych biegunkach — preparatów trzustki. Oczywiście, nie należy zaniedbywać ogólnego leczenia objawowego i fizykalnego.

Przysadka mózgowa. (*Hypophysis cerebri*).

Przysadka mózgowa, drobny twór wagi około pół grama, położony jest u podstawy czaszki w siodle tureckim.

Przysadka mózgowa składa się z trzech części:

- 1) płata przedniego (*lobus anterior glandularis*),
- 2) płata tylnego (*lobus posterior seu pars nervosa, seu pars infundibularis*),

3) części środkowej (*pars intermedia*).

Z płata tylnego otrzymuje się hipofizynę, substancję o silnym działaniu swoistem, znajdującą duże zastosowanie w lecznictwie, osobliwie w położnictwie. Dla jakościowego i ilościowego określenia hipofizyny posiadamy probierz fizjologiczny w postaci dziewiczej macicy gryzoniów, z których najodpowiedniejsza jest świnka morska. Albowiem wyciągi z tylnego płata przysadki powodują kurczenie się macicy, co pierwszy wykazał Dale (1906).

Metoda standaryzacyjna, oparta na tej ostatniej własności przysadki, została później dokładnie opracowana. Jako substancji porównawczej używano przez czas pewien histaminy, mającej niewiele podobne działanie na macicę.

Metoda ta jednak spotkała się z licznymi zarzutami, i zaczęto używać za punkt wyjścia zawar-



Ryc. 14.

Macroglosja przy akromegalji (w/g Grotego).

tości hormonu w możliwie jednostajnie przygotowanym, zupełnie świeżym wyciągu z przysadki (Burn i Dale 1922). Łatwiej jest korzystać z suchego proszku, otrzymywanego z potraktowanych acetonem gruczołów. Zwłaszcza przygotowany w Ameryce suchy proszek acetonowy (sposobem Voegtlina 1925) jest obecnie prawie powszechnie uznany za preparat standarowy. Wskutek tego wartość znajdujących się w handlu przetworów przysadki bywa podawana w jednostkach „Voegtlina”. Rozumiany jest pod tem mianem wyciąg z płata tylnego przysadki, który tak jest ustawiony, że w 1 cm.³ posiada to samo działanie, co 0,005 mg. odtłuszczonego, wysuszonego i sproszkowanego płata tylnego kota, który przygotowany został według pewnego określonego przepisu.

Co się tyczy płata przedniego, to w ostatnich czasach dzięki badaniom Zondeka i Asch-

heima udało się stwierdzić obecność hormonu tego w różnych organach, a przede wszystkim w moczu ciężarnych; hormon ów okazuje wybitny wpływ na narządy płciowe zwierzęce. Na tej drodze udało się wspomnianym autorom dojść do odpowiedniego probierza, wyrażającego się w jednostkach szczurzych.

Działanie fizjologiczne przysadki mózgowej.

Wyciągi, otrzymywane z płata tylnego przysadki, mają bardzo różnorodne działanie. Wyciągi te działają przy stosowaniu podskórnym i dożylnym silnie i długotrwanie w sposób zwężający naczyń i podnoszący ciśnienie krwi. Adrenalina podnosi niezwykle silnie to działanie wyciągu z przysadki mózgowej i odwrotnie.

Osobliwy jest wpływ wyciągów tych na wydzielanie się moczu. Wpływ ten stosownie do warunków może być pobudzający lub hamujący.

Najważniejsze jednak znaczenie dla kliniki posiada wspomniana już właściwość wyciągów z płata tylnego oddziaływania na mięśnie gładkie,



Ryc. 15.

Typ „akromegaloidny“ (w/g Curschmanna).

a w szczególności na macicę. Nawet u narkotyzowanego i pozbawionego mózgu kota można dżemi, doustnie podawanymi dawkami wyciągu z przysadki wywołać jeszcze kurcze macicy (Hamill 1921). Cięża wprost uczuła macicę na hormon przysadki (Anderes i Wächter 1923). Bell wykazał dobre działanie hormonu przysadkowego w przypadkach zwiotczenia i bezwładu jelit. Praktyczne zastosowanie kliniczne mogą mieć również wpływy przysadki na przemianę węglowodanową, gdyż niektóre rzadkie przypadki cukrzycy, które nie reagują na insulinę, objaśniane są dysfunkcją przysadki.

Działanie wyciągów z płata przedniego zostało zbadane dopiero w ostatnich latach, jak to już było wspomniane, dzięki stwierdzeniu wpływu tego hormonu na narządy płciowe. Nie ulega też wątpliwości, że hormon płata przedniego ma działanie

pobudzające na wzrost, a prawdopodobnie wpływa na gazową przemianę materji przez wzmaganie t. zw. swoiście dynamicznego działania białka.

Wskazania do stosowania preparatów przysadki mózgowej.

Objawy chorobowe, wywoływane przez zaburzenia w czynnościach przysadki, w ogólnych zarysach wynikają z opisanych powyżej czynności fizjologicznych tego gruczołu, jednakże bardzo często nie dają się klinicznie ściśle odgraniczyć, a przytem są często wciąż jeszcze, przedmiotem sporów.

Moczówka prosta.

(*Diabetes insipidus*).

Najwybitniejszym zaburzeniem w zakresie przemiany wodnej jest moczówka prosta. Charakterystyczną i uderzającą cechą tego cierpienia jest nadzwyczaj silne pragnienie, któremu towarzyszy również niezmiernie obfite wydzielanie moczu. Zwykła ilość dobową moczu u tych chorych wynosi 6 — 8 litrów o nader niskim ciężarze gatunkowym (zwykle 1001 — 1005). Ilość moczu może sięgać nawet 20 — 30 litrów na dobę. Stan tych chorych przez dłuższy czas może być zupełnie dobry; brak objawów ze strony układu krwionośnego, trawiennego oraz nerek; w końcu zwykle rozwija się charłactwo.

Przyczyna cierpienia polega na niedomodze nerek pochodzenia ośrodkowego. Doświadczenia kliniczne i na zwierzętach zdobyte przemawiają za tem, że punktem wyjścia moczówki prostej są schorzenia przysadki mózgowej. Leczenie przy uwzględnieniu często spotykanej tu etiologii syfilitycznej powinno zasadać się na podawaniu preparatów przysadki, przede wszystkim płata tylnego. Jednakże o zupełnym zastąpieniu w tej chorobie hormonu przysadki, jak to ma miejsce np. z insuliną, obecnie jeszcze nie może być mowy.

Akromegalja.

Rzadkie to cierpienie, polegające na powolnem rozrastaniu się obwodowych części ciała jest właściwie wynikiem nadmiernej funkcji wydzielniczej przysadki, jednakże niektórzy autorowie (Borchardt) osiągali dobre wyniki przez podawanie preparatów płata tylnego. Przypuszczają oni, że w tych przypadkach idzie o uzupełnienie czynności tylnej części przysadki, zniekształconej przez guz, powstały na płacie przednim.

Objawy akromegalji występują powoli zwykle między trzecim a piątym dziesiątkiem lat. Zaczynają się od przerostu rąk i stóp albo od twarzy, osobliwie nosa, łuków brwi, albo też języka. Jednocześnie daje się odczuwać osłabienie ogólne, zaburzenie w przemianie materji, później następują objawy ze strony mózgu: porażenie wzroku, bóle, zawroty głowy, wymioty.

Zmiany ze strony przysadki wyrażają się w powstawaniu guza przeważnie płata przedniego, najczęściej o charakterze łagodnym, co przejawia się w zmianach siodła tureckiego widocznych na obrazie rentgenograficznym. Na uwagę zasługują

niezupełne postaci akromegali, t. zw. typy „akromegaloïdne”. Patogeneza cierpienia polega, jak przypuszcza większość autorów, na nadmiernej lub nieprawidłowej czynności przysadki gruczołowej. Leczenie z jednej strony zasadza się przedewszystkiem albo na zabiegu operacyjnym, albo na stosowaniu głębokich naświetlań promieniami Roentgena; z drugiej strony czasem działają przetwory przysadki.

Otyłość pochodzenia przysadkowego (otłuszczenie).

Dość rzadkie, przez P e c h k r a n c a po polsku oraz przez Fröhlicha w r. 1901 opisane cierpienie zaczyna się zawsze w wieku dziecięcym, częściej u chłopców, aniżeli u dziewcząt; czasem występująca w określonych rodzinach, zwłaszcza dokniętych oty-



Ryc. 16.

Charakterystyczne ręce w akromegalii w porównaniu z rękami normalnymi (w/g Grotego).

łością fizjologiczną. Przebieg jest bardzo powolny, w początkach słabo zaznaczony. Otłuszczenie uwidacznia się na brzuchu, pośladkach, biodrach i piersiach; również i twarz ma typ zaokrąglony i lalkowaty. Narządy płciowe pozostają niedorozwinięte, często stwierdzić można zanik jąder i wnętrstwo. Jednocześnie występują objawy mózgowie pochodzenia przysadkowego, a mianowicie, objawy ciśnienia wewnątrzmoźgowego i zniekształcenie siódła tureckiego.

Co się tyczy leczenia, to istnieją tu takie same wskazania, jak i dla akromegalii.

Inne postaci otyłości, związane z zaburzeniami gruczołów dokrewnych.

Noorden rozróżnia dwa rodzaje otyłości: otyłość pochodzenia zewnętrznego i otyłość pochodzenia wewnętrznego.

Otyłość pochodzenia zewnętrznego polega na sztucznie wytworzonej dysproporcji między wpro-

wadzaniami i wydzielaniami z ustroju pokarmowemi czynnikami energetycznymi. Leczenie tej postaci jest czysto dietetyczne.

Co się tyczy otyłości pochodzenia wewnętrznego (endogen), to zależność jej od zaburzeń gruczołów dokrewnych nie ulega wątpliwości. Noorden rozróżnia trzy zasadnicze postaci otyłości pochodzenia wewnętrznego:

Opisaną już powyżej otyłość pochodzenia przysadkowego (*Degeneratio s. Dystrophia adiposo-genitalis*), otłuszczenie, wywołane przez niedomogę tarczycy, oraz otłuszczenie, związane z zaburzeniami w gruczołach płciowych (*Disgenitalismus*). Według Tannhausera w korrelacji przysadki i gruczołu płciowego do tarczycy posiadamy aparat regulacyjny, którego pełnia działania chroni osobniki normalne przed otłuszczeniem nawet w razach, gdy ma miejsce nadmierne odżywianie się, a to przez rozmaity stopień działania swoiście dynamicznego wpływu pokarmu.

Rozmaite zaburzenia tych trzech organów dokrewnych i ich współpracy stanowią przyczynę



Ryc. 17.

Akromegalia u 48-letniej kobiety. Guz przysadki stwierdzony rentgenologicznie (w/g Bauera).

najrozmaitszych zarówno chorobliwych jak i „jeszcze normalnych” przypadków otyłości. Prawdopodobnie dotyczy to również i przypadków t. zw. tyticia z przekarmienia, w których należy przyjąć oddziaływanie zarówno czynnika ustrojowego, jak i sposobu żywienia się oraz wrodzonego lenistwa (Curschmann).

Czysta postać otyłości pochodzenia wyłącznie tarczycznego należy do stosunkowo rzadkich; jako jeden z objawów otyłości występuje w wielu przypadkach obrzęk śluzowaty u dorosłych i dzieci. Ale również otyłość występuje niekiedy jako główny i pozornie jedyny objaw, wywołany przez niedomogę gruczołu tarczowego, jako jedna z postaci częściowego łagodnego hipotyreoidyzmu. Zdaniem Curschmanna, te tylko przypadki podpadają pod pojęcie czysto tarczycznego. Obok otłuszczenia można tu stwierdzić takie objawy, jak zaparcie stolca, zwolnienie tętna, uczucie chłodu—dowodzące niedomogi tarczycy. Ta postać otyłości nadaje się swoiście do leczenia przetworami tarczycy.

Otyłość, związana z niedomogą gruczołów płciowych, jest znacznie częstsza, aniżeli związana z tarczycą lub przysadką mózgową. Do pewnego stopnia jest ona nawet czemś fizjologicznym, jako występująca u obojga płci korpulentność okresu przekwitania. Charakterystyczne dla tej postaci otyłości jest rozmieszczenie tłuszczu na brzuchu, w okolicy miednicy, bioder i przedramion u kobiet, oraz na brzuchu i karku u mężczyzn.

Patologicznym odpowiednikiem tej postaci otłuszczenia jest obraz chorobowy, spotykany u młodych względnie osobników. Po wystąpieniu dojrzałości płciowej zjawia się nienormalnie wcześnie, często już w trzecim dziesiątku brak miesiączkowania, niepłodność oraz otłuszczenie z tą samą lokalizacją, która jest charakterystyczna dla fizjologicznego przekwitania.

W przypadkach otyłości, uwarunkowanej niedomogą narządów płciowych, i to zarówno w przypadkach występujących we właściwym okresie przekwitania, jak i przedwcześnie, bardzo często stwierdzić się dają takie objawy, jak: niedomoga mięśnia sercowego, zwapnienie naczyń (przedwczesne), wzmożone ciśnienie i przewlekłe zapalenie nerek. Również występują tu objawy naczynioruchowe a także poliglobulia (Curschmann).

Wszelkie postaci otyłości hipogenitalnej powinny być leczone preparatami gruczołów płciowych; djeta nic tu nie można osiągnąć. Obok typów otyłości dających się wyraźnie związać z niedomogą tarczycy, bądź przysadki, bądź gruczołów płciowych, spotyka się często objawy otłuszczania u jednostek zupełnie pozatem normalnych. Ten typ otyłości, właściwy przeważnie poszczególnym rodzinom lub rasom, powodowany jest również bezwątpienia zaburzeniami wydzielniczymi wspomnianych gruczołów dokrewnych; prawdopodobnie chodzi tu o zaburzenia w korrelacji przysadki gruczołu płciowego do tarczycy, tego, według Tannhausera, aparatu regulacyjnego, chroniącego przed anormalnym otłuszczeniem.

We wszystkich tych przypadkach odpowiednio dobrane leczenie organopreparatami może dać wyniki wybitnie dodatnie. Dlatego też na te ostatnio wspomniane przypadki otyłości, jako stosunkowo częściej występujące, powinna być zwrócona szczególna uwaga lekarzy.

Według Noordena podawanie przetworów tarczycy stosować należy nader szeroko we wszystkich tych przypadkach, które posiadają choć słaby odcień niedomogi tarczyczej. Dlatego też Noorden stosuje kurację przetworami tarczycy we wszelkich często spotykanych mieszanych postaciach otyłości.

O ile w przypadkach otłuszczenia pochodzenia czysto zewnętrznego wystarcza ustalenie racjonalnej diety, o tyle wszędzie tam, gdzie w grę wchodzi choć nieznaczny stopień niedomogi tarczycy, należy uciec się do terapii swoistej. Noorden trzyma się jednak tego systemu, że przy kuracji tarczycą podaje stale pożywienie mniej obfite pod względem kalorycznym, a więc możliwie usuwa tłuszcze i ogranicza nieco białko, zwiększa zato węglowodany.

Z innych, rzadziej daleko spotykanych postaci otłuszczenia wspomnieć należy o otłuszczeniu pochodzenia podwzgórzowego (*hypothalamica*) opisanej

przez Biedla i przypominającej zupełnie otłuszczenie pochodzenia przysadkowego, oraz o różnych postaciach otłuszczenia, dotyczącego pewnej określonej części ciała. H. Zondek tłumaczy również i te postaci otyłości zaburzeniami gruczołów dokrewnych.

Niewątpliwie pochodzenia gruczołowego jest rzadka postać chorobowa, opisana przez Pic-Gardare i Barraquera, w Niemczech przez Simmondsa, a w Polsce przez Sterlinga p. n. „lipodystrofji”. Zespół ten polega na zaniku postępującym tkanki tłuszczowej na twarzy i w całej



Ryc. 18.

Karłowatość pochodzenia przysadkowego wraz z dystrofią Fröhlicha u 30-letniego mężczyzny. Wysokość 144 cm., narządy płciowe słabo rozwinięte, bóle głowy, napady padaczki, pogłębienia i niejasne granice siodła tureckiego. Dwustronna hemianopsja superior; geroderma, stłumienie, pochodzące z grasicy, ledwie wyczuwalna tarczycza. Zahamowanie wzrostu i rozwoju rozpoczęło się w 14-ym roku życia (w/g J. Bauera).



Ryc. 19.

Karłowatość pochodzenia przysadkowego z dystrofią Simmondsa. Mężczyzna lat 22; wysokość 142 cm.; waga 27,5 kg. Słaby rozwój narządów płciowych. Proporcja ciała o charakterze „eunuchoidalnym”. Zmniejszone siodło tureckie, tępość w okolicy grasicy, mała tarczycza. *Imbecillitas* (w/g J. Bauera).

górną część tułowia w przeciwieństwie do wzrastającego otłuszczenia dolnej połowy ciała oraz kończyn dolnych. Jednocześnie dają się spoznać pewne neuropatyczne objawy (Curschmann). Lipodystrofja zaznacza się około 6 roku życia i przeważnie dotyka kobiet. U kobiet również spotyka się przeważnie inna postać otyłości t. zw. „*adipositas dolorosa*”, opisana przez Dercuma. Tej postaci towarzyszą zawsze zaburzenia psychiczne, ogólna adynamja oraz zaburzenia ze strony układu roślinnego. Charakterystycznym objawem jest bolesność otłuszczonych części ciała. W chorobie Dercuma podawanie przetworów tarczycy oraz

przysadki mózgowej (płata tylnego oraz całego gruczołu) okazało się bardzo skuteczne.

Wychudnięcie, pochodzące z zaburzeń gruczołów dokrewnych.

Każdemu lekarzowi znane są indywidua o silnie zaznaczonej tendencji do chudnięcia. Typy takie okazują się opornymi w stosunku do wszelkich prób kuracji tuczającej. Przypadki takie przez analogję z przypadkami otyłości należy złożyć na karb zaburzeń gruczołów dokrewnych. Do zaburzeń takich zalicza się przypadki ukrytej hipertyreozы, przypadki wychudzenia pochodzenia przysadkowego oraz t. zw. charłactwo przysadkowe, opisane przez Simonsa w r. r. 1916.

W pierwszych dwóch postaciach stosują z powodzeniem insulinę w niewielkich dawkach, oprócz, oczywiście, odpowiedniego leczenia fizykalno-dietetycznego. W charłactwie pochodzenia przysad-

kowego, cierpieniu zresztą bardzo rzadkiem, występującem przeważnie u kobiet w czwartym lub piątym dziesiątku lat, podawane są z dobrym wynikiem przetwory płata przedniego przysadki.

Karłowatość pochodzenia przysadkowego.

W razie, gdy zaburzenie, dotyczące przedniego płata przysadki, rozpoczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa, to oprócz innych objawów, osobliwie zahamowania rozwoju płciowego, dochodzi do zatrzymania wzrostu, a często do karłowatości. Fakt ten został również stwierdzony w drodze doświadczalnej na młodych zwierzętach.

W celach leczniczych, obok drogi operacyjnej i promieni Roentgena (w razie nowotworu przysadki) lub leczenia swoistego (przy podejrzeniu na kiłę) należy stosować przetwory płata przedniego, co niejednokrotnie dawało dobre wyniki.

(C. d. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

P. GLEY. O hamowaniu owulacji przez ciałko żółte (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7 — 1928).

Oddawna już istnieje hipoteza, że ciałko żółte wydziela hormon, który hamuje owulację. Głównym argumentem na korzyść tego poglądu jest utrzymywanie się ciała żółtego przez cały czas ciąży, przez który to okres owulacja ustaje całkowicie. Dla wykazania doświadczalnie słuszności tego przypuszczenia należałoby poddać samice nieciążarne wpływowi hormonu ciała żółtego i stwierdzić w tych warunkach zatrzymanie owulacji. Autorowi udało się w ostatnich czasach wyodrębnić hormon ciała żółtego w postaci, możliwie pozbawionej substancyj toksycznych, które zwykle znajdują się w tych wyciągach i uniemożliwiają ich wielokrotne stosowanie. Otrzymane związki, który autor nazwał luteo-crininą, można wstrzykiwać zwierzętom dowolnie długo bez żadnej dla nich szkody i utrzymywać je w ten sposób pod nieprzerwanym wpływem hormonu ciała żółtego.

Wiadomo, że podczas owulacji przenika do krążenia krwi follikulina, warunkująca objawy rui. U szczura polegają one na zmianie charakteru wydzieliny pochwowej, którą można z łatwością stwierdzić na odpowiednich rozmazach (zniknięcie komórek nabłonkowych i ciałek białych, swoistych dla okresu rui). Badając starannie rozmazy z treści pochwowej szczura, można z łatwością rozpoznać okresy owulacji, które w zwykłych warunkach powtarzają się co 4 dni. Wstrzykując codziennie pod skórę szczurom nieciążarnym otrzymany sposobem autora hormon ciała żółtego i kontrolując na rozmazach zachowanie się rui, udało się stwierdzić, że ruja ta uprzednio zupełnie prawidłowa zatrzymuje się pod wpływem wstrzykiwań, i następuje stały okres spoczynku, podobnie jak podczas ciąży lub po kastracji. Z chwilą zaniechania wstrzykiwań ruja zjawia się z powrotem.

Tak więc pod wpływem hormonu ciała żółtego objawy pochwowe rui, jako oznaka zewnętrzna odbywającej się owulacji, znikają zupełnie. Doświadczenia te wykazują w sposób, nie ulegający wątpliwości, hamujący wpływ hormonu ciała żółtego na okresowe wytwarzanie się follikuliny.

J. Typograf.

GUILLAUMIN i VIGNES. Zawartość cholesterolu we krwi a cykl menstruacyjny. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 25, 1928).

Autorzy badali, czy istnieje jakiś stosunek pomiędzy częstotnością perjodów a poziomem cholesterolu we krwi, i stwierdzili, że w przypadkach krótkich przerw międzyperjodowych (20 do 22 dni) stwierdza się hipercholesterynemję, w przypadkach zaś przedłużania się okresów między perjodami (30 — 31 dni) stwierdza się hipocholesterynemję.

J. Typograf.

F. RATHERY, R. KOURILSKY i S. GIBERT. O wpływie hormonu jajnikowego na poziom cukru we krwi. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 25, 1928).

Wpływ hormonu jajnikowego na poziom cukru we krwi nie był dotychczas doświadczalnie badany. Pomimo bardzo licznych prac nad fizjologją i biologją hormonu jajnikowego jedynie nieliczni autorzy zwracali uwagę na wpływ follikuliny na poziom glikemji. Tymczasem obserwacje kliniczne na chorych cukrzyczych przemawiają za istnieniem tego wpływu.

Autorzy dokonali szeregu badań na psach i sukach, u których obliczano zachowanie się cukru we krwi pod wpływem wstrzykiwań follikuliny. Okazuje się, że wpływ ten istnieje i polega na zwiększaniu się glikemji. Przejawia się on zwłaszcza wyraźnie przy wstrzykiwaniach domięśniowych wyciągów oleistych; wyciągi wodne, nawet wstrzykiwane dożylnie, działały znacznie słabiej. Hiperglikemja była stosunkowo nieznaczna u psów, wybitna natomiast u suk, i to zarówno co do swej wysokości, jak i czasu trwania.

J. Typograf.

R. COURRIER. Insulina i follikulina. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 34, 1928).

Wiadomo, że follikulina wywiera wpływ na wysokość poziomu cukru we krwi, i że insulina posiada zdolność hamowania miesiączkowania oraz zdolność przeciwdziałania dojrzewaniu pęcherzyków Graafa. Spostrzeżenia te przemawiają za istnieniem pewnej zależności wzajemnej między jajnikami i wydzielaniem wewnętrznym trzustki. Zarówno insulina, jak i niektóre wyciągi jajnikowe mogą wywoływać u samic króliczych chwilową odporność na zapłodnienie. Z doświadczeń

tych wyciągnięto nawet wnioski, że insulina i follikulina przedstawiają związki bardzo zbliżone. Autor wykazał jednak, że mechanizm działania insuliny i follikuliny na samicze narządy płciowe jest zupełnie odmienny.

Insulina nie wywiera na samice kastrowane charakterystycznego wpływu follikuliny. Wstrzyknięcie follikuliny kastrowanym świnkom morskim powoduje u nich bardzo wyraźne zmiany nabłonka pochwowego, wstrzyknięcie zaś insuliny pozostaje bez wpływu na stan błony śluzowej pochwy.

Insulina nie wywiera na działanie follikuliny ani wpływu pobudzającego, ani hamującego. Wstrzyknięcie 15 do 30 jednostek mysich follikuliny powoduje u zwierzęcia doświadczalnego odczyn pochwy, którego natężenie można zmierzyć, obliczając czas jego trwania, grubość nabłonka i stopień rogowacenia jego warstw powierzchniowych. Dodanie do tej samej ilości follikuliny pewnej ilości insuliny nie wpływa wcale na zmianę odczynu.

Wstrzykiwanie follikuliny uniemożliwia u samicy króliczej zagnieżdzenie się jaja w błonie śluzowej macicy. Stosowanie zaś insuliny nie wpływa wcale na zachowanie się jaja i ciąży rozwija się normalnie.

Insulina zawdzięcza swe działanie sterilizujące bezpośredniemu wpływowi na pęcherzyki jajnikowe, których rozwój wstrzymuje. Follikulina zaś prawdopodobnie nie działa na jajniki, nie powstrzymuje bowiem rozwoju pęcherzyka Graafa i nie wywiera żadnego wpływu hamującego na ciało żółte. Działanie sterilizujące follikuliny polega na jej wpływie bezpośrednim na macicę.

Z doświadczeń tych autor wyciąga wniosek, że hormon trzustkowy i pęcherzykowy działają na narząd płciowy samicy w sposób odmienny, a jeżeli nawet powodują sterilizację, to mechanizm działania jest zupełnie różny.

J. Typograf.

Lecznictwo.

∞ Podręcznik receptowy oligopleksów dynamicznych i preparatów. (Tłumaczenie z piątego poprawionego wydania niemieckiego. Nakładem Dra. Madaus & Co., Sp. z ogr. odp. Warszawa. Centrala: Radebeul-Drezno (Saksonja) Własne wytwórnie: Amsterdam, Bonn, Berlin, Dudweiler, Mölln/Zbg., Stuttgart. Jedynie uprawnieni wytwórcy).

Jest to podręcznik praktyczny homeoterapii, która wychodzi z założenia, że przez odpowiednie rozcieńczenie środka leczniczego osiąga się spotęgowanie jego skuteczności i jonizację materii. Kamień, rzucony w wodę, pójdzie na dno. Ten sam jednak kamień, rozarty na możliwie delikatny pyłek, nie tylko nie tonie, ale unosi się nawet w powietrzu. Pojedyncze pyłki w kropli wody poruszają się ustawnie, ruch drobinowy (molekularny) Browna, gdy kamień jest całkowicie nieruchomy. Inaczej zachowuje się pod względem chemicznym blaszka platynowa, a inaczej pyłek platynowy. Badania biologiczne stwierdziły również wysoką wartość silnie rozdrobionych leków: dr. Hiltner i prof. Kornberg ogłosili wyniki tych badań w czasopiśmie „Die Ernährung der Pflanzen”. Wszyscy zwolennicy leczenia małąmi dawkami znają jedną z najważniejszych zasad biologicznych, mianowicie t. zw. prawo Arndt-Schulza: „Słabe podniety pobudzają zdolność życiową, średnie przyspieszają ją, silne wstrzymują, a bardzo silne znoszą”. Prawo to tworzy podstawę nowoczesnej homeopatii, którą zainteresowała się medycyna urzędowa od chwili wystąpienia w jej obronie prof. Biera. W 130 lat od ogłoszenia zasad Hahnemanna homeopatia zaczęła zyskiwać zwolenników na dobre.

Wielkim błędem dotychczasowej homeopatii było stworzenie nierealnych dogmatów oraz niewolnicze trzymanie się tychże wbrew postępom farmakologii. Jednym z nich było twierdzenie, że w homeopatii należy stosować tylko leki niezło-

żone. Skoro jednak do wywołania pewnej choroby potrzebna jest suma pewnych uszkodzeń ustroju, tem samem do wyleczenia zachorzenia okazało się konieczne użycie leków złożonych czyli kompleksów leczniczych. Dewiza homeopatii „*Similia similibus*” zastąpiona została bardziej odpowiadającą nowoczesnemu poziomowi wiedzy lekarskiej zasadą: „*Complexa complexis curentur*”. Do praktyki homeopatycznej zostały przeto wprowadzone kombinacje środków w drobnych dawkach pod nazwą „oligopleksów”. W każdej chorobie stosuje się po kilka, przynajmniej po 2 lekarstwa naprzemian, przyczem w przypadkach ostrych dawkuje się mniejsze ilości w krótkich odstępach czasu (nawet co kilkanaście lub kilkadziesiąt minut), w przypadkach zaś przewlekłych ilościowo większe dawki, podawane rzadziej (trzy do sześciu razy dziennie). Doświadczenia, ogłoszone w „Muenchener Med. Woch.” 1922 Nr. 43, całkowicie uprawniają lekarza do stosowania oligopleksów dynamicznych, jako terapii nowoczesnej, zgodnej z zasadami naukowymi.

Oligopleksy dynamiczne zostały dopuszczone jako środki lecznicze do obrotu handlowego w aptekach przez Gen. Dyr. Sł. Zdrowia i znajdują się w obiegu w opakowaniach po 10,0 oraz 25,0 gr. Wszystkie leki płynne mogą być dostarczane również w postaci drażetek w opakowaniach po 5 gr., a wszystkie proszki w postaci tabletek po 0,25.

Po wstępie teoretycznym podręcznik zawiera: 1. Podział oligopleksów i preparatów specjalnych. 2. Sposób ordynowania oligopleksów. 3. Ogólne przepisy djetetyczno-higieniczne. 4. Alfabetyczny wykaz chorób z podaniem sposobów leczenia. 5. Wykaz oligopleksów dynamicznych z podaniem ich składu i potencji. 6. Wykaz preparatów specjalnych (maści, wody do włosów, wcierania, czopki). 7. Wykaz używanych ziół i chemicznych składników wraz z oznaczeniem oligopleksów i preparatów w których skład wchodzi. 8. Uwagi. 9. Alfabetyczny spis lekarstw.

Książeczka jest wydana starannie i estetycznie, tłumaczenie jest naogół dobre; w materiale można się zorientować łatwo, i warto się z nim zapoznać.

W książeczce znajduje się rozdział „Oligopleksy w praktyce Kas Chorych”. Jest to list Dr. Lindnera z Hamburga, bardzo dla sprawy znamienny.

W liście tym autor pisze: „Pacjent w Kasie Chorych żąda stanowczo wydania mu recepty (nie tylko pacjent w Kasie Chorych, to samo i pacjent prywatny — dopisek referenta). Płaci on bowiem składki i uważa, że za nie powinna mu apteka dawać leki. Przychodzi do lekarza z każdą drobnostką. Jest stale rozczarowany, gdy odchodzi z pustymi rękami. Niezadowolonia tego należy bezwarunkowo unikać, aby zachować zaufanie chorego.

„Koledzy moi stosują w takich razach hojną ręką aspirynę, piramidon i t. p. środki. Ja osobiście zawsze czułem niechęć do pisania recept *ut aliquid fiat*. Równocześnie jednak odczuwałem rozczarowanie moich pacjentów, gdy zamiast lekarstw otrzymywali odemnie jedynie wskazówki higieniczno-djetetyczne. W takich przypadkach moja znajomość homeopatii okazała się nadzwyczaj pożyteczną. Zacząłem stosować oligopleksy Madausa. Zamiast środków, zalecanych przez moich kolegów, zacząłem stosować w przeziębieniach *Eupatorium aplx*, *Nux vomica aplx*; *Arnica aplx*. Lekarz i pacjenci byli zupełnie zadowoleni. Ważną okolicznością, która wybitną musiała odegrać rolę w praktyce Kasowej, było i to, że zajęcie się pacjentami kasowymi, siłą rzeczy, nie może trwać długo. Jak wiadomo, lekarz może poszczególnemu pacjentowi w godzinach ordynacyjnych poświęcić zaledwie kilka minut czasu, ażeby nie narażać się na objawy niecierpliwości czekających. I w tym wypadku znajomość oligopleksów dynamicznych była mi wielce pomocną, gdyż po stwierdzeniu objawów chorobowych mogłem bez długich namysłów zaordynować jeden z odpowiednich le-

ków i nigdy nie zdarzyło mi się słyszeć skarg na nieskuteczność środka.

„Zaznaczam przytem, że w praktyce Kasowej szczególnie mogą polecieć stosowanie oligopleksów z powodu ich taniości, co dla zarządów Kas Chorych stanowi także przeciwieństwo do ważny moment“.

List ten, zdaje się, doskonale wyjaśnia, o co w danej sprawie chodzi.

W. K n a p p e.

STUMPKE. W sprawie wskazań do leczenia malarją. (D. m. W. N 21)

Skuteczne działanie malarji, jako środka wywołującego gorączkę, skłoniło wielu autorów do rozszerzenia wskazań do jej stosowania. Doświadczenie kliniczne nie upoważnia jednak do tego przewidywaniem wskutek śmiertelności, jaka bądź co bądź występuje w 18 — 27,5%, oraz trudności, związanych z leczeniem zakażonego organizmu. Niejednokrotnie spostrzegano także zmianę typu gorączki malarycznej, jak również i poważniejsze zaburzenia psychiczne.

Zdaniem autora, stosowanie zimnicy musi być oparte na zupełnie ścisłych wskazaniach leczniczych.

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

C. B. STRAUCH. Nowa metoda zastrzykiwań podskórnych. (J. A. M. A. t, 92, Nr, 14).

Autor podaje nowy sposób zastrzykiwań podskórnych mających zastosowanie w przypadkach, kiedy chodzi o długotrwałość działania.

Proponuje tedy sporządzić zawiesinę wodnego roztworu leku, np. adrenaliny, w oliwie, której się bierze ok. 25% objętości. Wyjaławianie należy przeprowadzić oddzielnie dla każdej części składowej. Lek, w ten sposób zastrzyknięty, działa znacznie słabiej, np. strychnina w dawce, 10-krotnie przekraczającej śmiertelną, daje tylko zwykły obraz zatrucia. Zato działanie leków jest o wiele dłuższe, zawiesina taka wysysa się o wiele wolniej. Lek, podawane więc w ten sposób, działają wprawdzie słabiej, co można skorygować podniesieniem dawki, zato działają dłużej i w sposób bardziej równomierny, co jest szczególnie ważną rzeczą w takich lekach, które mają naśladować działanie gruczołów dokrewnych, jak insulina.

B. G

J. M. STRANG. Odchylenie od zwykłych metod leczenia otyłości. (Am. J. Med. Sciences, tom 177, Nr. 3, 1929).

Zamiast zwykłej metody zmniejszenia ilości podawanych pokarmów do 15 kaloryj na kilogram wagi ciała, autor proponuje jeszcze większą redukcję, t.j. do 6—8 kaloryj na kilo wagi ciała. Ilości białka natomiast są zupełnie liberalne, wynosząc jeden gram na kilo wagi, by zachować całe działanie specyficzno-dynamiczne białka,

Ilości tłuszczu i węglowodanów utrzymane są w granicach kaloryjności wspomnianej z zachowaniem równowagi wzajemnej, by nie spowodować ketonurji.

Djeta taka, dostarczająca ustrojowi 6—8 kaloryj, zamiast 25, normalnie dostarczanych, może spowodować dzienny brak ok. 1700 kaloryj, które ustroj musi czerpać z własnych zasobów tłuszczu, co się wyraża liczbą ok. 185 gramów tłuszczu ustrojowego. W tych warunkach można w ciągu miesiąca dojść do 5—6 kilowego ubytku na wadze.

Djeta powyższa znoszona jest bardzo dobrze, nawet rozmaite dolegliwości, tak częste u tego rodzaju chorych, znikają (zawroty, bóle głowy, duże ciśnienie). Djeta daje dobre wyniki także w przypadkach t.zw. otyłości wielogruczołowej. Głodu pacjenci specjalnego nie odczuwają.

B. G o l d s t e i n.

Gruźlica.

G. SUCHAREWA i E. OSSIPOWA. O psychopatologii gruźlicy dziecięcej. (Zeitschrift für die gesammte Neurologie 119, 1929).

Obraz kliniczny zaburzeń psychoneurotycznych w gruźlicy nie reprezentuje ścisłej i jednolitej grupy nozologicznej, lecz reakcję ustroju, zwłaszcza układu nerwowego i układu vegetatywnego na wpływ toksyczny gruźlicy. Niema więc, jak większość autorów mylnie przypuszcza, specyficznych ugrupowań ani w stosunku do form semiotycznych, ani też do typów konstytucjonalnych.

H. H i g i e r.

E. LEURET i J. CAUSSIMON. O wpływie wstrzykiwań prątków B. C. G. na świnki morskie. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 17 — 1928).

Autorzy wstrzykiwali podskórnie świnkom morskim prątki B. C. G. i badali następnie zmiany miejscowe, stan ogólny zwierząt, po upływie dłuższego czasu zabijali świnki i dokonywali sekcji oraz przeszczepiali prątki z ew. ropni na następną serję świnek.

Świnka, która otrzymała zastrzyknięcie podskórne 30 mgr. prątków, wykazuje po upływie kilku dni guzek elastyczny, jako odczyn miejscowy. Guzek ten ginie po kilku tygodniach. Po 8 miesiącach zwierzę zabito. Stwierdza się znaczny wzrost wagi. Żadnych zmian w miejscu wstrzyknięcia, brak nawet odczynu gruczołowego. Żadnych również zmian w narządach wewnętrznych.

U innej świnki stwierdza się w 4 miesiące po wstrzyknięciu mały guzek w miejscu wstrzyknięcia. Doskonały stan ogólny. Guzek zawiera ropę serowatą, w której znajdują się bardzo liczne prątki kwasoodporne mocno ziarenkowane. Ropę tę wstrzykuje się podskórnie innej śwince, którą zabija się po 5 miesiącach. Wzrost wagi, żadnego odczynu miejscowego, żadnych zmian gruczołowych, ani w narządach wewnętrznych.

Podobne niepowodzenie w przeszczepianiu zawierającej prątki ropy miało miejsce i w przypadku, w którym ropa pochodziła od świnki, której wstrzykiwano prątki B. C. G. sześciokrotnie (co tydzień). Świnka, której dokonano tych 6 wstrzykiwań, poza wychudzeniem i obecnością prątków w miejscu wstrzykiwań, żadnych zmian chorobowych się wykazywała. Świnki zaś, którym z kolei przeszczepiano te prątki, zarówno podskórnie, jak i dootrzewnowo, pozostawały w doskonałym stanie zdrowia.

Doświadczenia te potwierdzają wybitną niejadowitość prątków B. C. G. i znaczną trudność, jeśli nie niemożliwość, otrzymania z tych prątków złośliwych przeszczepów.

J. T y p o g r a f.

E. LEURET i J. CAUSSIMON. O wpływie wielokrotnych dożylnych wstrzykiwań dużych dawek prątków B. C. G. na króliki. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 35 — 1928)

Autor wstrzykiwał królikom dożylnie duże dawki prątków B. C. G. (do 70 mgr.) i stwierdził, że nie tylko nie powodują one śmierci zwierząt doświadczalnych, lecz nawet nie wpływają szkodliwie na ich stan ogólny. W płucach znajdowano na sekcji zmiany w pęcherzykach i śródmiąższowe. Zmiany w pęcherzykach występują wcześniej i znacznie przeważają. Zarówno jedne, jak i drugie występują ogniskowo i nie wykazują naogół skłonności do serowacenia. Przy pomocy jednak dawek dużych udaje się osiągnąć nawet serowacenie. Zmiany płucne autor uważa za uszkodzenie, wywołane przez wydalanie z ustroju elementów kwasoodpornych podczas ich przejścia ze światła naczyń poprzez tkankę śródmiąższową do pęcherzyków płucnych. Złuszczone zapalenie pęcherzyków jest właśnie objawem ostatniego okresu wydalania prątków B. C. G.

J. T y p o g r a f.

E. LEURET i J. CAUSSIMON. O złośliwości prątków gruźliczych B. C. G. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 35—1928 r.).

Autor wykazał w doświadczeniach na królikach, że można spowodować zmiany płucne za pomocą przeszczepień prątków B. C. G., pochodzących z tkanki płucnej krowy, któremu uprzednio wstrzyknięto je dożylnie. Koniecznym jest w tym celu, aby ilość, wstrzyknięta podczas pierwszego szczepienia, była bardzo duża, i żeby przeszczepienia dokonać po upływie 10 dni.

Wstrzyknięcie podskórne prątków, pochodzących z drugiego przeszczepu, może wywołać ropień serowaty z owrzodzeniem, przez które wydzielają się prątki. Równocześnie stwierdza się serowacenie sąsiednich gruczołów chłonnych. Trzeciego przeszczepu osiągnąć się nie udaje, co dowodzi szybkiego słabnięcia jadowitości prątków.

Warunki tych doświadczeń zależą przede wszystkim od dawki i chwili przeszczepienia. Pozostaje do zbadania, czy zmieniając te warunki, nie uda się znaleźć sposobu, umożliwiającego skuteczne dokonanie dalszych pasażów.

J. T y p o g r a f.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

H. STERNBERG. Odczyny farmakologiczne ciała jamistego i podnabłonkowej sieci naczyń włosowatych śluzówki nosa. (Mon. f. Ohr. u. Rhin.—Lar., Nr. 4, 1929).

Autor oddziaływał na błonę śluzową nosa różnymi środkami farmakologicznymi, wywierającymi wpływ na stan naczyń krwionośnych. Dochodzi on do wniosku, że ciało jamiste nosa i podnabłonkowy układ naczyń włosowatych pełnią swe czynności samodzielnie.

Skurczeniu się ciała jamistego może towarzyszyć zarówno niedokrewność błony śluzowej nosa, jak też i jej przekrwienie.

Do tej pory nie posiadamy dokładnych danych o unerwianiu naczyń włosowatych śluzówki nosa.

J. T e n c e r.

Von STORM LEEUWEN. Leczenie gorączki siennej. (Therapie der Gegenwart. Z. 8, 1929).

Jak wiadomo, gorączka czyli choroba sienna jest przedstawicielką ogromnego działu cierpień alergicznych, do których należą między innymi dychawica oskrzelowa, pokrzywka, obrzęk Quinckego i t. p. Według Storm Leeuvena, jednego z lepszych znawców tej choroby, wśród dotkniętych gorączką senną najlepiej rozróżnić dwie główne grupy: chorujących tylko w maju, czerwcu, lipcu i chorujących także przed majem i po lipcu. Pierwsza, obszerniejsza grupa obejmuje osobników wrażliwych jedynie na pył traw — 20 do 30 gatunków trawy europejskiej — i zbóż, głównie żyta, mniej na pył jęczmienia, pszenicy i owsa, podczas gdy do drugiej zalicza się i nadwrażliwych na pył kwiatów. Gdzie wywiady odnośnie zawodzą, decydują często próby, odczyny, testy skórne. Metoda podskórna jest pewniejsza od śródskórnej, jako bardziej pewna i nieszkodliwa. Dla praktyki wystarczają dwie próby za pomocą mieszanek trawnej i żytniej (Sächsisches Serumwerk). Mieszanki dobrej pyłów kwiatowych dotąd nie posiadamy, gdyż odchylenia indywidualne są zbyt duże. Nieswoista desensybilizacja — za pomocą np. tuberkuliny — poprawia stan, ale do zupełnego wyleczenia konieczny jest swoisty odczyn, wywołany przez zastrzyknięcie wyciągu pyłków, przy czym podkreślić należy, że wprowadzenia do ustroju pyłków, na które ten ostatni nie reaguje, choremu nie szkodzi.

Gdzie i to nie uszuwa choroby całkowicie, radzi autor stosować dodatkowo podczas napadu efedrynę, efetoninę jako terapię symptomatyczną, tu i owdzie kofeinę z aspiryną (według referenta znakomicie działa antypiryna). Przede wszystkim jednak unikać należy zetknięcia się błon śluzowych z allerge-

mem przez unikanie spacerów pieszych i jazdy w pobliżu łąk i pól w okresie pokwitania. Dobrze też robi racjonalna ochrona oczu (przemywanie solą cynkową) i nosa (wcieranie wazeliny) w tymże okresie wiosennym i letnim. H. H i g i e r.

W. HESSE. Przyczynek do bakterjologii i kliniki ostrych zapaleń ucha środkowego i wyrostka sutkowego oraz do powikłań, związanych z temi zapaleniami. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 22, z. 4).

Przebieg zapalenia ucha środkowego zależy jest od wielu czynników. Dużą rolę odgrywa rodzaj zarazka chorobotwórczego. Szczególnie złośliwy, zwłaszcza dla osób dorosłych, okazał się paciorkowiec śluzowaty. We wszystkich przypadkach autora można było paciorkowca tego aglutynować amerykańską surowicą pneumokokową III. Wobec tego powinno się zarazek ten nazywać pneumokokiem III. Do utożsamienia bakterij z tym pneumokokiem nie wystarcza barwienie otoczek i hodowla na płytkach agarowych z krwią; należy również dokonywać próby aglutynacyjnej

Rozwój sprawy zapalnej w uchu środkowym zależy w dużej mierze od sił obronnych ustroju. Ocena ich jest rzeczą trudną, jednakże pewne dane można uzyskać dzięki różnego rodzaju badaniom (próba zjadliwości bakterijnej Ruge-Philippa, obraz hematologiczny, przyżyciowe barwienie ciałek ropnych).

Również stan pneumatyzacji wyrostka sutkowego oraz charakter śluzówki, wyściełającej układ komórek powietrznych wywierają duży wpływ na przebieg zapalenia ucha środkowego i na występowanie powikłań. Przerosta śluzówka sprzyja zakażeniom. Rozległe rozmiękczenia tkanki kostnej występują najczęściej w wyrostkach sutkowych o pneumatyzacji drobno-komórkowej, w których śluzówka jest miernie przerosta. Dzięki takiej budowie wyrostka w razie silnego obrzmienia śluzówki łatwo dochodzi do utrudnionego odpływu wydzieliny z komórek, wskutek czego powstają zmiany głębsze w przegródkach kostnych.

Wyrostki sutkowe o prawidłowej pneumatyzacji stanowią znowu odpowiedni teren dla rozwoju pneumokoka śluzakowego.

Ze względu na doniołość budowy anatomicznej wyrostka sutkowego w rokowaniu spraw zapalnych ucha środkowego należy w wątpliwych przypadkach wykonywać zdjęcie rentgenowskie.

J. T e n c e r.

A. KLINGENBERG. Wyłączne pęknięcie ślimaka w złamaniach podstawy czaszki. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 22, z. 5).

Autor przytacza 2 przypadki pęknięcia podstawy czaszki, w których obok objawów ogólnych obecny był szereg objawów miejscowych, jak: jednostronna głuchota, zawroty głowy, zachowana lecz zmniejszona pobudliwość narządu przedsionkowego po stronie chorej oraz brak krwawienia z ucha. W przypadkach tych chodziło nie o oderwanie się nerwu ślimakowego, lecz o pęknięcie wyłącznie samego ślimaka. Zostało to potwierdzone przez zdjęcia rentgenowskie. Przypadki tego rodzaju należy zaliczyć do rzędu pęknięć poprzecznych kości skalistej.

Rozpoznanie wyłącznego pęknięcia ślimaka może być ustalone na zasadzie samego obrazu klinicznego, zwłaszcza w tych razach, w których zdjęcia rentgenowskie nie dają wyniku pozytywnego. Rokowanie, dotyczące czynności słuchowej, bywa w podobnych przypadkach niepomyślne. W 15% przyp. wyłącznego pęknięcia ślimaka dochodzi do zejścia śmiertelnego na skutek zapalenia opon mózgowych. Natomiast w przypadkach oderwania się nerwu ślimakowego rokowanie *quoad vitam* jest dobre.

Autor dochodzi do wniosku, że nie należy rozpoznawać „wstrząsu błędnika“ nawet przy braku wyraźnych objawów złamania podstawy czaszki, gdyż pomimo to istnieć mogą pęknięcia błędnika.

J. T e n c e r.

Wskazówki praktyczne.

Gonovitan przeciwko uporczywej *przewlekłej rzeźączce* gorąco poleca *Kübelstein*, jako środek niezawodny i szybko działający.

(D. m. W. 1929, Nr. 28).

Jako środek *odkężający drogi moczowe* i uspakajający bóle poleca *Wossidlo Arctuan*, mieszaninę heksametylentetraminy, salicylu (*phenylum salicylicum*) oraz materij wyciągowych z *folia ursi* i *lig. santali*. (fabr. przetwor. chem. farmaceut. Otto Krause, Magdeburg).

(D. m. W. 1929, Nr. 30).

Seemen stosuje z powodzeniem *perkainę* (przetwór chinolinowy) do *znieczulania miejscowego* (fabr. Ciba, Berlin). Używa się roztworów 0,05 — 0,1% z dodatkiem suprareniny. Po 5 minutach znieczulenie zupełne, trwające do 8 godzin.

(Ztbl. f. Chir. 1929, Nr. 31).

Ritler potwierdza dobre i długotrwałe działanie *znieczulające perkainy* obok zupełnej nieszkodliwości. Do zastrzy-

kiwań podskórnych lub podśluzowych zużywa się 15 — 245 cm^3 0,05%, do znieczulenia łądźwiowego 4 cm^3 0,1%.

(Schweiz. m. Woch. 1929, N. 27).

Bommer i *Bernhardt* uważają *djetę Gersona*, *Sauerbrucha* i *Hermannsdorfeia* w połączeniu ze środkami, zwykle używanymi, za najlepszą metodę *leczenia wilka*. Żadna inna metoda nie może się równać z nią pod względem skuteczności i doskonałości wyniku kosmetycznego.

(D. m. W. 1929, N. 31).

W pryszczycy ostrej, według *Kirschmanna*, ma przyspieszać wyleczenie stosowanie *światła niebieskiego*: świedzenie ustępuje szybko, wydzielina wybitnie się zmniejsza. Należy uważać, aby działanie ograniczało się tylko do wpływu światła niebieskiego, bez współdziałania promieni cieplnych.

(D. m. W. 1929 N. 27).

Do leczenia *czyraków warg* poleca *Knoflach* *promienie Roentgena* obok stosowania ciepła. Naświetlania co 2 — 4 dni jeden do trzech razy. Dawka 50 — 150 R., filtr 3 — 5 mm. al.

(W. kl. W. 1929, N. 20).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 10.IV 1929 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło*. Obecnych członków 27, gości 17.

Po odczytaniu protokołu *Zarcyn* wnosi poprawkę do swego przemówienia. W leczeniu zapalenia okrężnicy metodą transplantacji drobnoustrojów stosuje on nie przesączać kału, jak mylnie rozumiano, lecz płyn po lawatywie, po uprzednim odaniu kału.

Hanusowicz przedstawia *przypadek ciężkiej łuszczycy, leczony z dobrym skutkiem zastrzykami dożylnymi glukozy* (10,0—12,0 0,40%) co drugi dzień. Obecnie stosują też większe dawki, mianowicie codziennie wstrzykują (w lawat.) u dorosłych 10 sz. ctm. śródżylnie glukozy 40%. Dzięki tej dawce objawy łuszczycy znikają w niektórych przypadkach prędzej, niż w ciągu trzech tygodni. Wysypka blednie, szczególnie w środku wykwit i więcej się zluszcza odśrodkowo, świerzbienie zmniejsza się dosyć prędko.

W kwestji stosowania cukru w łuszczycy umieszczano komunikaty w rozmaitych czasopismach (Działanie lecznicze sacharozy, w skórnych chorobach przez *L. Conca*, *Rinascenza Medica*). Autor stosował sacharozę śródmięśniowo od 2 do 5 sz. ctm. w roztworze w niektórych przypadkach łuszczycy i świerzbiczki i otrzymał dobre rezultaty. Działanie cukru w małych dawkach objaśnia on wpływem na gruczoły dokrewne i przywróceniem zakłóconej równowagi koloidalnej. Wielkie zaś dawki, jego zdaniem, wywoływały zwężenie naczyń.

Heden w Szwecji leczy łuszczycę pomyślnie wstrzykiwaniem śródżylnym koncentrowanej laktozy w dawce 8 sz. ctm.

Działanie cukru gronowego na łuszczycę można objaśnić tem, że zmniejsza on toksyczność jądów krążących w organizmie, lub wiąże jady, jak to robi kwas glukoronowy, który swą budową chemiczną, według *Abderhaldena*, najbardziej się zbliża do glukozy, lub też, jak mówi *Conca*, cukier restauruje zamąconą koloidalną równowagę, spowodowaną chorobą.

Przypuszczalnie cukier gronowy nie jest jakimś specyficznym środkiem przeciwko łuszczycy, lecz tylko pomaga choremu organizmowi walczyć z jadami, krążącymi w organizmie podczas nasilenia choroby, i zastępuje przykre leczenie maściami psującymi bieliznę.

Obieziński wspomina o dobrych wynikach leczenia łuszczycy przetworami tarczycy. Ciekawą rzeczą byłoby zachowanie się gruczołu tarczowego w tem cierpieniu, co możnaby zbadać interferometrycznie.

Żabko-Potopowicz wygłasza odczyt p. t. „*O mleku zakwaszonym w djetetyce dziecięcej*“ (praca przeznaczona do druku).

Dyskusja: Prof. *Jasiński* uważa spostrzeżenia prelegenta co do korzystnego działania mleka zakwaszonego za nader ciekawe i zgodne naogół z tem, co podają inni badacze.

Zauważyć jednak należy, że podstawy teoretyczne działania mieszanek zakwaszonych nie zostały jeszcze opracowane. Nawet co do działania maślanek, którą każdy pediatra uważa za mieszanek bardzo wartościową i wprost niezbędną, nie wiemy dokładnie, czemu jej korzystne działanie należy przypisać. Oprócz kwaśnego odczynu, maślanek jednak ma zmniejszoną ilość tłuszczu oraz zawartość węglowodanów i składników mineralnych, które wiążą wodę — temu zawdzięczamy jej korzystne działanie u dzieci wyniszczonych (*atrophia*).

Co do działania mleka zakwaszonego, mamy więcej jeszcze wątpliwości: wpływ odczynu kwaśnego na mniejszy rozwój drobnoustrojów w mleku nie jest wystarczający; mówimy o korzystnej korelacji składników, nie wiedząc, co tu jest korzystne. Rozwiązania tej sprawy szukać należy prawdopodobnie w ułatwieniu działania soli wapnia dzięki zwiększonej koncentracji wolnych jonów Ca — (w ten sposób wapń łatwiej spełniać może swoją rolę buforu, co tłumaczyłoby w szczególności korzystne działanie mleka zakwaszonego w tężyczce).

Za przeciwwskazanie do stosowania mieszanek zakwaszonych uważają niektórzy odwodnienie ustroju, gdyż wówczas te mieszanek łatwo wywołują objawy kwasicy, ustępujące po obfitym podaniu wody.

Pojawienie się w moczu, po podawaniu mleka zakwaszonego, wałeczków ziarnistych i szkliskich (cylindrurja) jest zjawiskiem częstym (około 60%), lecz przejściowym, na co wskazują zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak badania doświadczalne, dokonane na kociętach w klinice prof. *Ibrahima* (*Bernuth* i *Dunken*).

Co do spostrzeżeń nad działaniem mleka zakwaszonego, poczynionych w klinice dziecięcej *U. S. B.*, są one dość szczupłe — mleko z kwasem solnym, podawane dzieciom ze skazą wysiękową, dawało przejściowe zmniejszenie wykwitów skórnych i świedzenia, były jednak przypadki, gdzie działanie to zawodziło. Dłuższe podawanie mleka zakwaszonego wywołuje u niemowląt wyraźną niechęć do dalszego przyjmowania tego pokarmu.

Łukowski mówi o 2 przypadkach ekzemy u dzieci, leczonych mlekiem zakwaszonym za pomocą kw. solnego. Wyniku dobrego nie widział, zresztą, dzieciom prędko dokuczyło to mleko.

Prof. *Szmurło* zwraca uwagę na zmianę poglądów, jaka zaszła w ostatnich latach w dietetyce niemowląt. Przed laty

5-ma uważano podawanie skrobi oseskom poniżej 7-miu miesięcy za szkodliwe, ponieważ takie oseski nie wytwarzają śliny, zawierającej ptialinę, która przetwarza skrobię w cukier. Współczesna pedjatria, jak widać z odczytu prelegenta, porzuciła ów pogląd i z korzyścią dla osesków podaje im sztuczną maślankę, w której skład wchodzi mąka pszenna.

Zabko-Potopowicz nie zgadza się z tem, że mleko zakwaszone może zastępować maślankę, działanie ich nie jest identyczne. Uważa, że najchętniej piją dzieci mleko, zakwaszone kw. mlecznym lub cytryną.

Prof. Opoczyński. *Uwłosienie tułowia, jako cecha konstytucyjna i jego zależność od gruczołów wewnętrznego wydzielania.*

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia wobec spóźnionej pory.

Prezez Prof. Szmurło odczytał pismo delegacji stałej Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich w sprawie skrócenia odstępów między Zjazdami Lekarzy-Przyrodników do 3 lat

Sekretarz T. Wąsowski.

(Wedł. Pamiętn. Wileńsk. Tow. Lek.).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Zwracając uwagę na powiększenie globuliny we krwi podczas przełomu w zapaleniu płuc, Loepez, Ravier i inni wskazują (Société de Biologie 8.VI.29) na równoległość tego zjawiska

z przełomem. Towarzyszy mu powiększenie kwasów aminowych. Tłomaczy się to cytolizą wysięku. Na tem samym posiedzeniu Loepez, Tonner i inni mówili o badaniach nad stosunkiem procentowym białek w surowicy krwi chorych, dotkniętych nadczynnością tarczycy i chorobą Basedowa. Procent ogólny białka jest dosyć często podwyższony, ale w skład tego białka wchodzi 86 — 90% seryny, zamiast 60%. Tyroksyna nawet u człowieka zdrowego wywołuje podobne zmiany. Wyniki te są odwrotne do wyników, otrzymanych w obręku śluzakowym obniżonej czynności gruczołu tarczowego.

(Bull. de la Société de Biologie).

M. L.

W Towarzystwie Lekarskim miasta Bernu mówił Sobernheim o zakażeniu lasecznikiem Banga. Choroba przebiega pod postacią schorzenia durowego, lub powolnego zapalenia wsierdza, albo gruźlicy. Gorączka trwa długo: zrana 37°, wieczorem 40° i wyżej. Obrzmienie śledziony, eozynofilia. Samopoczucie pomimo to dobre. Jako powikłanie występuje zapalenie jądra. Zakażenie następuje przez usta, tak że spożycie mleka niegotowanego można uważać za źródło zakażenia. Choroba jest identyczna z gorączką maltańską. Prelegent uważa obydwa zarazki za identyczne. Poronienie sztuczne u krowy można wywołać także i przy pomocy zarazki gorączki maltańskiej. Wykazanie lasecznika Banga we krwi jest bardzo trudne. Rozpoznanie może być zrobione tylko drogą aglutynacji (Bang-Widal). Leczenie: Salwarsan, Trypaflawina. Co do wyników leczenia szczepionką i surowicą zdania są jeszcze podzielone.

(Kl. Woch. 1929, N. 36).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z oddziału higieny pracy Państwowej Szkoły Higieny.

(Kierownik: Dr. Brunon NOWAKOWSKI.)

Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich.

Podali

Dr. Brunon NOWAKOWSKI, Dr. Henryk RABINOWICZ,

Dr. Janina CZARKOWSKA. (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 36).

Ogólne wyniki naszych badań są przedstawione w tablicach 3 i 4. Jak wiadomo, w piśmiennictwie zagranicznym, szczególnie niemieckim, rozróżnia się trzy stopnie, względnie okresy oddziaływania ołowiu na ustrój (2). W okresie pierwszym, okresie wchłaniania (Bleiaufnahme), ustrój znajduje się jeszcze w równowadze fizjologicznej. Wydalając wchłonięty ołów lub unieruchamiając go szczególnie w kościach, utrzymuje stężenie „strumienia ołowiu” poniżej dawki trującej. W tem stadium możemy, choć niezawsze, stwierdzić obecność ołowiu w kale i moczu oraz rąbka ołowiczego na dziąsłach (Bleisaum, linja Burтона Anglików). Są ludzie, u których nasutek istnienia pewnej tolerancji względem ołowiu przy niezbyt wielkich jego dawkach, sprawa na tym punkcie się zatrzymuje. Przy zmianie tych warunków lub u osób bardziej wrażliwych stan ten może być okresem przejściowym, po którym następuje właściwe zatrucie ołowiem (Bleivergiftung), o znanych powszechnie obrazach klinicznych, jak kolka, porażenia, encefalopatja, ale i mniej charak-

terystycznych zmianach degeneracyjnych rozmaitych narządów. Nim jednak dojdzie do tych wybitnych objawów zatrucia, może już istnieć zakłócenie równowagi fizjologicznej, a więc również zatrucie, ale o objawach mniej znacznych, nieraz nie dochodzących do świadomości danego osobnika. Są to przede wszystkim zmiany krwi i osłabienie niektórych grup mięśniowych. I znowu u jednych działanie ołowiu ogranicza się wyłącznie do tych małoznacznych objawów — byłby to według nomenklatury niemieckiej okres zadziałania ołowiu (Bleieinwirkung)—u drugich zaś znamionują one bliskość jednego z ostrych epizodów właściwego zatrucia.

To rozróżnienie posiada wybitne znaczenie właśnie z punktu widzenia lekarza, wykonywającego badanie perjodyczne. Stwierdzenie samego wchłaniania bez zakłócenia równowagi fizjologicznej nie wymaga jeszcze przerwania pracy ze strony badanego. Należy oczywiście obserwować go dokładniej i częściej, by upewnić się, czy istotnie sprawa się zatrzymała na tym pierwszym okresie. Natomiast przypadki takie świadczą już o brakach w higienie pracy danego warsztatu i winny być wyzyskane dla poprawienia warunków pracy. Stwierdzenie drugiego lub trzeciego okresu powinno pociągać za sobą naogół wyłączenie z pracy niebezpiecznej, z tą różnicą, że przypadki drugiego stopnia, po upewnieniu się co do ich łagodności mogą w pewnych warunkach być nadal pozostawione przy pracy, szczególnie, gdy chodzi o starych, wykwalifikowanych robotników, gdy powtarzanie się okresu trzeciego jest wskazaniem do trwałego wyłączenia z pracy z ołowiem (3).

Przy opracowaniu naszego materiału mieliśmy

TABLICA Nr. 3. OŁOWICA ZAWODOWA.

Zestawienie ogólne według rodzaju pracy i grup klinicznych.

RODZAJ PRACY	L I C Z B Y B E Z W Z G L Ę D N E																	
	G R U P Y K L I N I C Z N E																	
	Grupa I			Grupa II			Grupa III			Grupa IV			Grupa V			Zbadano ogółem		
	A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
1. Składacze ręczni	121	41	162	40	12	52	18	2	20	3	3	6	6	0	6	188	58	246
2. Składacze maszynowi	35	2	37	24	2	26	5	0	5	3	0	3	1	0	1	68	4	72
3. Odlewacze	11	2	13	4	0	4	2	0	2	1	0	1	0	0	0	18	2	20
1—3 Razem	167	45	212	68	14	82	25	2	27	7	3	10	7	0	7	274	64	338
4. Maszyniści	34	12	46	16	2	18	4	0	4	3	1	4	0	0	0	57	15	72
5. Nakładacze	10	2	12	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	2	17
4—5 Razem	44	14	58	21	2	23	4	0	4	3	1	4	0	0	0	72	17	89
1—5 Razem	211	59	270	89	16	105	29	2	31	10	4	14	7	0	7	346	81	427
L I C Z B Y W Z G L Ę D N E																		
1. Składacze ręczni	64.4	70.7	65.8	21.3	20.7	21.2	9.6	3.4	8.1	1.6	5.2	2.4	3.2	0	2.4	Objaśnienie znaków: Grupa I: niepodjejrani o wchłanianie ołowiu. Grupa II: podejrzani o wchłanianie ołowiu. Grupa III: wchłanianie stwierdzone. Grupa IV: podejrzani o działanie ołowiu. Grupa V: podejrzani o zatrucie ołowiem. A: stale zatrudnieni. B: bezrobotni, niestale zatrudnieni.		
2. Składacze maszynowi	51.4	50.0	51.3	35.4	50.0	36.1	7.4	0	7.0	4.4	0	4.2	1.5	0	1.4			
3. Odlewacze	61.0	100.0	65.0	22.2	0	20.0	11.1	0	10.0	5.6	0	5.0	0	0	0			
1—3 Razem	60.9	70.3	62.7	24.8	21.9	24.3	9.1	3.1	8.0	2.6	4.7	3.0	2.6	0	2.1			
4. Maszyniści	59.7	80.0	63.9	28.1	13.3	25.0	7.0	0	5.6	5.3	6.7	5.6	0	0	0			
5. Nakładacze	66.7	100.0	70.5	33.3	0	29.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
4—5 Razem	61.1	82.3	65.2	29.2	11.8	25.8	5.6	0	4.5	4.2	5.9	4.5	0	0	0			
1—5 Razem	60.9	72.8	63.2	25.7	19.8	24.5	8.4	2.5	7.3	2.9	4.9	3.3	2.0	0	1.6			

na uwadze taki właśnie podział otrzymanych wyników. Coprawda, badanie masowe, a przede wszystkim jednorazowe, jak nasze, nie dostarczyło nam wszystkich danych, potrzebnych do ostatecznego zaliczenia do jednej z powyższych grup. Atoli biorąc jako podstawę klasyfikacji najbardziej typowe dla ołowicy objawy obiektywne, przy należytej ocenie wyników anamnezy, uzyskaliśmy kilka grup klinicznych, które mogą być z tamtymi porównane. Pozwalają one również na zorientowanie się w przybliżeniu co do stopnia narażenia na ołowicę zawodową drukarzy warszawskich.

Do grupy klinicznej I zaliczyliśmy osoby bez charakterystycznych objawów obiektywnych. Za takie objawy charakterystyczne przyjęliśmy: a) cerę ołowiczą, (Bleikolorit), b) rąbek, c) nakropienie zasadochłonne czerwonych ciałek krwi, — te trzy objawy razem z hematorfiryną, której nie badaliśmy, tworzą tak zwane objawy kardynalne ołowicy (P. Schmidt (3)), — oraz d) osłabienie prostowników palców i ręki (4). Obecność choćby jednego z tych czterech objawów powodowała zaliczenie do jednej z następnych grup (patrz tablica 3). Grupę I uważamy za niepodjejrzaną w danej chwili o żadne działanie ołowiu. By-

wają, coprawda, przypadki ołowicy, w których niema żadnego z przytoczonych objawów obiektywnych, należą one jednak do wyjątków (P. Schmidt (3)). Zdarza się to zresztą głównie w encefalopatji, z tą zaś postacią zatrucia u drukarzy liczyć się zazwyczaj nie potrzeba. Bardziej wątpliwa wydawała nam się grupa 24 osób, u których stwierdziliśmy, przy pomocy dynamometru, osłabienie siły chwytu ręki bardziej używanej w stosunku do mniej używanej. Na objaw ten zwracają uwagę angielscy lekarze inspekcji pracy przy badaniu perjodycznym (5). Nie jest on jednakże dostatecznie charakterystyczny, by można było się oprzeć na nim, o ile występuje jako jedyny objaw obiektywny, jak to było w tej grupie. Zaliczamy wobec tego te 24 osoby do grupy I. Wydaje się to tem bardziej wskazane, że znacznie charakterystyczniejsze osłabienie prostowników, zaliczane przez Telekyego niejako do objawów kardynalnych, a conajmniej wysoce specyficznych ołowicy, o ile występuje bez innych objawów, niewielkie zdaje się posiadać znaczenie. Na drugim krańcu, w grupie V, umieściliśmy te przypadki, w których nawet jednorazowe badanie dostarczyło dostatecznych danych, by uważać je za zagrożone zatruciem w sensie powyższej

klasyfikacji. Za podstawę do zaliczenia do tej grupy uważaliśmy obecność conajmniej jednego z objawów kardynalnych, wybitnie wyrażonego, przy istnieniu charakterystycznych objawów subiektywnych ze strony przewodu pokarmowego. Nie chodzi tu, oczywiście, jeszcze o przypadki kolki, gdyż takie osoby nie pracowałyby i nie trafiłyby do nas. Prawdopodobnie są to raczej przypadki drugiego stopnia o zaburzeniach tak znacznych, że stały się świadome i wywołały poczucie choroby. Zaatakowanie przewodu pokarmowego wskazuje jednak na możliwość przejścia w okres trzeci, dlatego traktujemy tę grupę, jako podejrzaną o zatrucie ołowiem. Zdziałanie ołowiu uważamy za stwierdzone już na podstawie objawów obiektywnych. Na ogólną liczbę 7 osób tej grupy 5 miało wyraźny rąbek. U szóstego brak rąbka niczego nie dowodzi, bo nie miał prawie zupełnie zębów. W takich przypadkach rąbka niema (2). Ostatni przyszedł do nas już z rozpoznaniem ołowicy, postawionem przez lekarza kasy chorych na podstawie badania klinicznego. Badanie nasze wykazało u niego na 700 milion nakropionych czerwonych ciałek krwi. Miał on wyjątkowo dobre uzębienie, czysto utrzymane. W takich warunkach rąbek bywa rzadko (Telek y (3)). Z 5 osób, mających rąbek, 4 miało ponadto nakropienia zasadochłonne czerwonych ciałek krwi, a piąty miał bardzo typową cerę ołowicza i był już raz zatruty.

Pozostały materiał składał się z osób, które wykazywały conajmniej jeden z czterech charakterystycznych objawów obiektywnych. Z objawami subiektywnymi w chorobach zawodowych należy, co prawda, być bardzo ostrożnym, gdyż prawie nigdzie niema tyle symulacji, — ale i dyssymulacji, — jak w tej dziedzinie (Telek y) (3). W naszym przypadku symulacja odpada, gdyż ma ona sens wtedy, gdy po niej spodziewać się można jakiegoś korzyści, a więc głównie, jeżeli istnieje ubezpieczenie od chorób zawodowych. U nas niema go jeszcze. Liczyliśmy się zresztą z tem zastrzeżeniem, nie zaliczając nikogo do grupy II — V bez choćby jednego charakterystycznego objawu obiektywnego. Z drugiej strony brak objawów subiektywnych świadczy o tem, że proces chorobowy, o ile istnieje, nie mógł przekroczyć drugiego stadium. Trzecie stadium bez objawów subiektywnych jest niedopomyslenia. Tylko w tym sensie zużytkowaliśmy obecność, czy nieobecność podejrzaných objawów subiektywnych. Mogła istnieć i napewno istniała w pewnej liczbie przypadków — dyssymulacja. Wynika z tego tylko tyle, że w ocenie byliśmy raczej za ostrożni, prawdopodobnie grupa V winna być liczniejsza. Dla doświadczonego w tej dziedzinie lekarza wielce pomocna jest wtedy cera ołowicza, która pozwala mu nieraz postawić rozpoznanie na odległość. Jest to objaw specyficzny, świadczący z całą pewnością o tem, że zachodzi conajmniej drugie stadium działania ołowiu. Woleliśmy jednakże w przypadkach wątpliwych oprzeć się na pozostałych trzech objawach obiektywnych, dających się łatwiej stwierdzić.

Za podstawę podziału dalszego przyjęliśmy obecność, względnie nieobecność rąbka. Świadczy on, co prawda, tylko o wchłanianiu ołowiu, — chyba że powstaje bardzo szybko po podjęciu pracy z ołowiem, czego my, oczywiście, stwierdzić nie-

mogliśmy, — ale w danych warunkach może być uważany za objaw specyficzny. Podobne rąbki obserwowano, choć rzadko również w zatruciach innymi metalami ciężkimi, w drukarstwie jednak praktycznie nie wchodzi one w rachubę. W ten sposób dało się wydzielić trzy grupy. Pierwsza z nich, grupa II w tablicy 3, zawiera przypadki wykazujące objawy, charakteryzujące już pewne zachwianie równowagi fizjologicznej ustroju, jak nakropienie zasadochłonne czerwonych ciałek krwi i osłabienie prostowników ręki. Wobec tego, że specyficzność tych objawów jest sporna, a brak było rąbka, nie mamy pewności, czy zmiany te zapisać na karb ołowiu. Grupa ta jest natomiast podejrzana conajmniej o wchłanianie ołowiu. Po dokładniejszym zbadaniu i dłuższej obserwacji część tych przypadków okazałaby się niepodejrzana o działanie ołowiu i powiększyłaby grupę I, druga część, po stwierdzeniu swoistości tych zmian, przeszłaby do grupy IV lub V. Następna grupa III łączy przypadki, w których stwierdzono tylko rąbek. Z pewnością o nich powiedzieć można, że znajdują się w pierwszym okresie wchłaniania. Brak właściwych objawów uszkodzenia tkanek nie pozwala bez dalszej obserwacji określić, ilu z nich znajduje się w stanie równowagi mniej lub więcej trwałej, a ilu jest zagrożonych dalszemi następstwami wchłaniania ołowiu. Wreszcie do grupy IV zaliczyliśmy przypadki nakropień zasadochłonnych i osłabienia prostowników, jak w grupie II, w obecności rąbka, który dla tej grupy ustala z pewnością fakt wchłaniania. Mamy tutaj zespół conajmniej dwóch charakterystycznych objawów, z których jeden jest swoisty, a drugi świadczy o zmianach patologicznych. Grupę tę należy więc uznać za podejrzaną silnie o działywanie ołowiu. Osoby wolne od działania ołowiu znajdują się więc w grupie I i po części w II, osoby, będące pod działaniem ołowiu, znajdują się w grupach III — V, a po części również w grupie II.

Jaki więc jest wynik liczbowy naszych badań wśród drukarzy? Jak wynika z tablicy 3, tylko niecałe $\frac{2}{3}$ ogółu badanych mogliśmy uznać za niepodejrzaných o działanie ołowiu, przeszło trzecia część miała choćby jeden z charakterystycznych objawów obiektywnych, spotykanych w ołowicy. Conajmniej 12,2% — grupy III — V, — było z pewnością w okresie wchłaniania ołowiu i powinno być pod dłuższą obserwacją lekarską. Conajmniej 1,6% grupy V, — winno było przerwać pracę z ołowiem choćby czasowo. Jest to wynik wysoce niepomysłny, świadczący niepocholebnie o higienie pracy w drukarniach warszawskich. Drukarnstwo jest bowiem jednym z najmniej niebezpiecznych zawodów ołowiwych. Zbadaliśmy, co prawda, tylko około $\frac{1}{5}$ wszystkich drukarzy narażonych na zatrucie, i to na zasadzie dobrowolnego zgłoszenia. Możliwy więc zarzuteć, że na skutek selekcji wynik ogólny wypadł gorzej, aniżeli rzeczywistość. Jeżeli działał taki czynnik, który mógł wpłynąć w tym sensie na nasze wyniki, to z całą pewnością działały również czynniki w przeciwnym kierunku. Wspomnieliśmy już o tej nieufności do poddania się badaniu, która spowodowała, mimo nacisku władz związków zawodowych, znaczną abstynencję członków. Otóż działała ona z pewnością silniej u osób niezdrowych, aniżeli u zdrowych. Następnie

należy wziąć pod uwagę, że nie stawili się do badania niestowarzyszeni. Są to przeważnie osoby, zatrudnione w małych i najmniejszych drukarniach, szczególnie owi chałupnicy. Z pewnością pracują oni w warunkach gorszych, aniżeli przeciętnie biorąc, badani przez nas. Należy przypuścić, że włączenie ich dałoby obraz ogólny gorszy. Podobnie i wśród badanych był większy odsetek pracujących w drukarniach większych, lepiej urządzonych, aniżeli wśród niebadanych. Łatwiej było zarządom związków zawodowych zainteresować i sprowadzić do badania zespoły większe, niż poszczególnych drukarzy, rozproszonych po mniejszych warsztatach. Istniało więc dosyć sił przeciwdziałających wpływowi selekcji. Odchylenia od powyższych liczb są możliwe w obydwu kierunkach, prawdopodobnie jednak niepoprawiłyby one w sposób istotny wyniku ogólnego.

Przeciwstawiliśmy grupy zawodowe o typowym narażeniu, składające się ze składaczy ręcznych, maszynowych, oraz z odlewaczy, grupie maszynistów i nakładaczek, stykających się z ołowiem tylko okazjnie, o ile weźmiemy pod uwagę istotę wykonywanej pracy (patrz tablica 3). Oczekiwaliśmy znacznych różnic. Tymczasem znaleźliśmy tylko drobną, nieistotną różnicę 2.5% na korzyść grupy mniej narażonych wśród niepodejrzanych o wchłanianie ołowiu (grupa I). Wynika stąd, że odpowiedzialny za zaobserwowane zmiany ołowicze jest przede wszystkim pył ołowiowy, który „zakaza” widocznie wszystkie te pomieszczenia drukarni, do kąd wogóle dostać się może. Wysokoprocentowy wynik ogólny staje się wówczas bardziej zrozumiały. Wynik ten jest również w zgodzie z poglądem, iż bezpośrednie dotykanie ołowiu nie jest tak szkodliwe, jak wchłanianie głównie przez drogi oddechowe. Stwierdzenie poważnych braków w higienie naszych drukarni można więc sprecyzować w tym sensie, że niedostateczna jest ochrona przed rozpylaniem ołowiu, a czystość naszych drukarni szwankuje widocznie poważnie. Prognoza natomiast wypada korzystnie, albowiem najprostszymi środkami powinno się udać zredukować ryzyko ołowicy do *minimum*.

W związku z tym poglądem na sposób „szerezenia” się zmian ołowicznych wśród naszych drukarzy należy zgóry przypuścić, iż będą to przeważnie zmiany lżejszego stopnia, przeważnie o ty-

pie powolnej, ale prawdopodobnie długotrwałej impregnacji ołowiem. Ze są one istotnie przeważnie lekkie, wynika z porównania grupy klinicznej I z V, lub nawet IV i V. Olbrzymia większość zaobserwowanych przypadków znajduje się poniżej drugiego stopnia zmian ołowicznych. Ze zmiany te na ogół są dość trwałe, że nie chodzi tu, w znacznej liczbie przypadków, o jakąś pierwszą przemijającą reakcję ustroju na niespotykany poprzednio ołów, lecz o rodzaj impregnacji, wynika z zestawienia rezultatów wśród stale zatrudnionych, a bezrobotnych drukarzy. Nie wszyscy bezrobotni byli nimi w całym tego słowa znaczeniu. Dość znaczna część zastępowała kolegów urlopowanych, inni pracowali niepełny tydzień. Jednakże narażenie ich, obliczone w stosunku miesięcznym i rocznym, było znacznie mniejsze od narażenia stale zatrudnionych. W większości przypadków zmiany, spotykane u nich, nie mogły być świeżej daty. Znowu mimo tych znacznych różnic wielkości narażenia, różnica w grupie klinicznej I na korzyść bezrobotnych jest nadspodziewanie mała, wynosi bowiem 12% dla ogółu badanych. Zmniejsza się ona do niecałych 10% w grupach zawodowych o narażeniu typowym, a zwiększa się do przeszło 20% w grupach zawodowych o narażeniu zmniejszonym. Choć liczba bezwzględna bezrobotnych jest zbyt mała, by przywiązywać wielką wagę do tych liczb względnych, to jednak brak znaczniejszej różnicy pomiędzy stale zatrudnionymi a bezrobotnymi jest widoczny i znamieny. Świadczy on z dużym prawdopodobieństwem o tem, że zmiany, przez nas zaobserwowane również wśród stale zatrudnionych w dość znacznym stopniu, są wyrazem długoletniego wchłaniania drobnych ilości ołowiu, które wywołało mniej lub więcej trwałą akumulację ołowiu w ustroju. Wskazują one w ten sposób nie na jeden jakiś poszczególny warsztat pracy o złych warunkach higienicznych, a świadczą o niskim stanie higieny w całym tym przemyśle, z którego pochodzi nasz materiał. Dopiero w grupach III-V zaznacza się wpływ większego narażenia pierwszych trzech grup zawodowych, związanego z istotą wykonywanej przez nich pracy: razem 12.1% wobec 9% dla pozostałych grup. Zato w grupie V mamy wyłącznie przedstawicieli grup zawodowych, bardziej narażonych.

(C. d. n.)

Ż y c i o r y s y.

Jan Jarkowski

Wspomnienie pośmiertne.

Zły los wziął się na neurologję Polską. Coraz to nowy pracownik z jej niwy odchodzi w zaświaty w pełni sił życiowych. Niedawno pochowaliśmy kolegów Jareckiego, Gepnera, a oto smutna wiadomość o śmierci ś. p. d-ra Jana Jarkowskiego okrywa naukę żałobą.

Niepodobna pisać o Nim, nie wspominając o Jego zasługach społecznych. Dwa ukochał On ideały: naukę i służbę dla dobra bliźniego. Dzielił się pomiędzy oba z rzadką naprawdę wytrwałością, a z krzywdą dla swego zdrowia.

Nieraz skarżył się przyjaciółom, że nie może poświęcać tyle czasu nauce, ileby pragnął, a jednak nie umiał sprzeniewierzyć się obowiązkom obywatelskim, pojętym niezmiernie wysoko.

Do końca życia na obu placówkach pełnił służbę ofiarną bez granic. Śmierć zastała Go na stanowisku; krótko walczył z chorobą, organizm, nadwyrężony pracą ponad siły, został szybko powalony; przecięta nić pracowitego żywota. Rozwiął się Jego bogate plany na przyszłość.

J. Jarkowski, urodzony w Rosji w 1880 r. ukończył studia uniwersyteckie w Petersburgu.

Dążąc jednak zawsze ku ziemi ojczystej, przyjechał do kraju zaraz po ukończeniu medycyny.

Skompromitowany w oczach władz rosyjskich przez czynny udział w rewolucji 1905 r., musiał kraj opuścić i szukać schronienia po zajętych granicach.

W poszukiwaniu najodpowiedniejszej dla siebie placówki pracy oparł się o Paryż, gdzie znalazł świetnego mistrza w osobie prof. Babińskiego i pole do działalności zarówno naukowej, jak i społecznej.

Wkrótce po przybyciu do Paryża ogłasza szereg cennych spostrzeżeń klinicznych. Zwyczajem francuskim są one przeważnie opatrzone nazwiskami dwu lub kilku autorów, w tem zawsze nazwiskiem szefa oddziału — prof. Babińskiego. Kto jednak przypatrywał się pracy Jarkowskiego na oddziale szpitalnym, wie, jak wielką była Jego zasługa osobista w rozwiązywaniu dociekań, ile wkładał pomysłowości, talentu i cierpliwości, jak do zagadnienia podchodził z rozmaitych stron i rozstrzygał je możliwie kategorycznie.

Z najważniejszych zdobyczy klinicznych, które zawdzięczamy Jarkowskiemu, wymienić należy opracowanie topodjagnostyki chorób rdzenia.

Stwierdzenie faktu, że dolna granica spraw uciskowych określać się daje przez górną granicę pasa, z którego wywołać można odruchy obronne, pozwoliło niejako zajrzeć w głąb kanału kręgowego i określić zarówno wielkość nowotworów, jak i ich położenie już to zewnątrz, już wewnątrzoponowe.

Szczegółowe, z niesłychaną dokładnością przeprowadzone studia kliniczne nad zaburzeniami czucia w sprawach uciskowych były dalszym etapem w rozwoju nauki o umiejscowieniach nowotworów rdzenia.

Niezmiernie ważne są prace J. dotyczące prawa o mięśniach przeciwniczych, o ich roli w powstawaniu sztywności parkinsonowskiej. Znaczenie prac tych nie jest jeszcze zużytkowane w całej rozciągłości, i przyszli badacze dużo zawdzięczać będą przenikliwości i intuicji Jarkowskiego.

Na podstawie badań nad mięśniami przeciwniczymi Jarkowski wyodrębnił zjawisko „odwrócenia ruchów dowolnych” (*inversion de la motilité volontaire*), polegające na tem, iż w pewnych cierpieniach (np. *choreoathetosis*) zamiast ruchu zamierzonego chorey wykonywa ruch przeciwniczy.

Spostrzeżenia Jarkowskiego, poczynione (razem z prof. Babińskim) początkowo nad osobnikami z zespołem Brown-Séquarda, później zaś i nad niektórymi przypadkami porażenia połowiczego, wykazały, że może istnieć wzmożenie odruchów bólowych (*surreflectibilité hyperalgésique*) oparte na nadmiernej pobudliwości ośrodków mózgowych, nieobjętych bezpośrednio przez sprawę chorobową.

Zagłębienie się w dziedzinę niemoty pozwoliło Jarkowskiemu podkreślić niezmiernie trafnie fakt, że aleksja i agrafja dlatego mogą towarzyszyć niemocie czysto ruchowej, iż umiejętności te zdubywają się przy wybitnym udziale mowy artykulo-

wanej, zniszczenie zatem głównego źródła umiejętności u osobników, mało wyćwiczonych, pociągając za sobą może zanik i pisanie i czytania.

Podkreślić również należy i podchwycić w celu dalszych badań klinicznych spostrzeżenia Jarkowskiego, dotyczące zachowania się hiperkinezy i hipertoni w śnie: różne rodzaje tych zaburzeń zachowują się różnie podczas snu. Cecha ta winna posłużyć za różniczkową przy podziale objawów na poszczególne kategorie.

Duża i cenna praca z r. 1925 p. t. „*Kinésie paradoxale*” poświęcona jest sumiennemu rozbirowi zjawisk ruchowych w parkinsonizmie. W końcowym jej wyniku Jarkowski przenosi punkt ciężkości funkcji ruchowej z kory mózgowej na jądra podstawne, uważając je za źródło tak zw. protoenergji, to jest odczynów uczuciowo-ruchowych.

Ostatnie miesięczniki „*Rev. Neurologique*” przynoszą liczny szereg najnowszych prac Jarkowskiego. Życie, które miało niebawem zagasnąć, zajaśniało spotęgowanym płomieniem.

Znajdujemy tu pierwsze próby leczenia stwardnienia rozsianego zastrzykowaniami soli osmu. Wyniki ich były pomyślne, być może, iż w dalszych spostrzeżenia okażą się zbawienne; niestety, autor nie zbierze należnych Mu plonów.

Znajdujemy również komunikat o odruchu kręgowym, otrzymywanym przy uderzaniu w kręgosłup. Jest to pierwszy odruch z linii środkowej dla powierzchni grzbietowej ciała.

Znajdujemy wreszcie powrót do tematu najdoskonalej opanowanego, do zagadnienia napięcia mięśniowego; w obrębie jednego i tego samego mięśnia Jarkowski stwierdza hipertonię, ustępującą w pewnym momencie miejsca hipotonji. Ta ostatnia ma wynikać z wadliwego, niedostatecznego napięcia plastycznego, które J. uzależnia od układu piramidowego, wbrew utartemu pojęciu.

Jak widać z powyższego, dorobek naukowy jest duży, nacechowany oryginalnością myślenia, a zatem twórczy. Mimo to jest on mniejszy, niż być mógłby przy talencie badawczym Zmarłego. Ale przy wyliczaniu Jego prac pominięty został dorobek obywatelsko-społeczny, nie wymienione zasługi, położone na polu rewolucyjnym, nie wyliczone trudy wojenne, które Jarkowski ponosił nie w ośrodkach neurologicznych, lecz zgodnie ze swą lojalnością na froncie bojowym francuskim.

Nie wspomniano tu również jeszcze i o tem, że Jarkowski musiał zdobywać dyplom lekarski francuski i roztrwonić dużo cennych sił na odbycie szeregu zbędnych egzaminów, oraz że, pragnąc służyć nauce ojczystej, objął w r. 1927 r. docenturę przy katedrze neurologji w Uniwersytecie Warszawskim, co zmusiło Go do pracy podwójnej na dwu oddalonych od siebie placówkach.

Wszystko to stwarza obraz wysiłku niezmiernego, nazbyt wielkiego, który niewątpliwie przy-



czynił się do przedwczesnego zgonu Jarkowskiego.

Jeśli do wielkich zalet uczonego dodamy przedziwny czar dobroci i uprzejmości, jaki szedł od Niego, to zrozumiemy, czemu Jarkowski wszędzie, gdzie Go los rzucił, zyskiwał oddanych Mu przyjaciół. W krótkiej, a pożytecznej działalności na terenie Uniwersytetu Warszawskiego, zdołał już wzbudzić sympatję i uznanie wśród studentów.

I teraz, kiedy nad świeżą mogiłą smutek ogarnia pozostałych, że ubył utalentowany i sumienny pracownik na niwie neurologji, pociechą im musi być świadomość, że obcować im było dane z kolegą o nieskazitelnym charakterze, na którym wzorować się winno młode pokolenie lekarzy.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

Zandowa (Warszawa),

Wiadomości bieżące.

— Polski Komitet do Zwalczenia Raka. W tych dniach odbyło się pod przewodnictwem Ks. Franciszka Radziwiłła posiedzenie Rady Polskiego Komitetu do zwalczenia raka. Ze sprawozdania Sekretarza widać, iż w okresie sprawozdawczym za ostatnie półrocze Komitet wykazał dużą ruchliwość. Dokonano poważnego dzieła przez ufundowanie i otwarcie pierwszego w Polsce przytułku dla nieuleczalnych rakowatych (w Szpitalu św. Łazarza). Zwołano II Polski Zjazd Przeciwrakowy, który dzięki wysokiemu poziomowi naukowemu zainteresował sfery lekarskie, oraz działaczy społecznych, ściągając z różnych stron Polski licznych uczestników. (Doniesie uchwały tego Zjazdu były drukowane na tem miejscu w swoim czasie). Przychodnię dla chorych na raka (Karowa 31) prowadzono w okresie sprawozdawczym w jeszcze większych ramach niż poprzednio. Roczna frekwencja jej dorównywała najbardziej ożywionym ośrodkom przeciwrakowym Francji (Lyon, Bordeaux i inn.). Z osórn wszystkich zgłaszających się specjalnym badaniom podlegało 30% (cystosk., rectosk. rentgen. analizy i t. p.), około 20% otrzymało leczenie Rentgenem, 18% zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego, 10% leczono radem.

Dalej w okresie sprawozdawczym Komitet zorganizował II wystawę nowotworową w Poznaniu, w czem przyjęło też udział „Koło Pań” Polskiego Komitetu do zwalczenia raka. „Koło” to w ubiegłym półroczu pracowało bardzo sprężysto w swoim zakresie (statystyka, propaganda, dochody miast, zapomogi i t. p.). Dzięki niemu Komitet też otrzymał hojną ofiarę od Pani Ambasadorowej Laroche w wysokości 6000 zł.

Nakoniec w dalszym ciągu rozwijała się działalność wydawnicza Komitetu. Wydano 2 numery „Nowotworów i Biule-

tynu P. K. do zw. r.”, pracę Dra Miklaszewskiego p. t. „Rak, jako choroba społeczna”; duże dzieło Beim-Bridgea jest na ukończeniu.

— Kursy Przeszkolenia Higjenicznego dla Nauczycielstwa Szkół Powszechnych.

Z inicjatywy Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w Państwowej Szkole Higjeny odbyły się w miesiącu lipcu i sierpniu r. b. dwa wakacyjne kursy dokształcające z zakresu higjeny dla nauczycieli szkół powszechnych.

Na kursa uczęszczało 118 słuchaczy — kie owników szkół i nauczycieli ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej.

— Z Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.

Powstały na Warszawskim Zjeździe projekt skrócenia dotychczasowych 4 letnich odstępów między Zjazdami lekarzy i przyrodników polskich Delegacja Stała Zjazdów przesłała do opinji wszystkim polskim Towarzystwom lekarskim i przyrodniczym. Przeciwno projektowi oświadczyła się tak poważna ich część, że Delegacja uznała skrócenie odstępów między Zjazdami za przedwczesne i postanowiła takiego wniosku tegorocznemu Zjazdowi w Wilnie nie przedkładać.

W Krakowie, dnia 31 sierpnia 1929.

Sekretarz:
(Janiszewski).

Prezes:
(Ciechanowski).

TREŚĆ: A. LANDAU i J. HELD. Spostrzeżenia kliniczne nad niedokrewnością złośliwą (C. d.) — A. LANDAU, SZ. LILJENFELD-KRZEWSKI i B. JOCHWEDS. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc i odrębnem ich leczeniu. Doniesienie II. 5. Przypadek „Bronchopneumonia gripposa sinistra” leczony skutecznie za pomocą wstrzykiwań alkoholu i surowicy przeciwpaciorkowcowej. — St. KRAMSZTYK. Współczesny stan organoterapii (Str. zbior., c. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. NOWAKOWSKI, H. RABINOWICZ i J. CZARKOWSKA. Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich. (C. d.) — ZANDOWA. Jan Jarkowski. Wspomnienie pośmiertne. — Wiadomości bieżące.

A. LANDAU et J. HELD. Observations cliniques sur l'anémie pernicieuse (suite). — A. LANDAU, SZ. LILJENFELD-KRZEWSKI et H. JOCHWEDS. Cas spéciaux de pneumonie et leur traitement spécial. — St. KRAMSZTYK. L'état contemporain de l'organothérapie (Rev. gén. suite). — B. NOWAKOWSKI, H. RABINOWICZ et J. CZARKOWSKA. Le saturnisme professionnel parmi les imprimeurs à Varsovie (suite). — ZANDOWA. Feu Jean Jarkowski.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł. kwartalnie.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47 Telefon 19-57.