

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Siankiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 8 MAJA 1930 R.

Nr. 19

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitalu Wolskiego w Warszawie.

(Kierownik; Dr. A. Landau)

O zatruciu ostrem rtęcią, o jego leczeniu i o zaburzeniach gospodarki chlorowej, wodnej, azotowej i kwasowo-zasadowej w jego przebiegu.

Podali

A. LANDAU, Jerzy GLASS i I. BEILESS (Warszawa).

Sprawie ostrego zatrucia rtęcią poświęcony był szereg publikacji, pochodzących z naszego oddziału*). Ustalony w nich został przebieg kliniczny tego zatrucia z podziałem na 5 charakterystycznych okresów, sformułowane zostały zasady postępowania leczniczego z wprowadzeniem i wysunięciem na plan pierwszy bizmutu, wreszcie omawiano tam również zmiany chemiczne, które zachodzą we krwi w przebiegu zatrucia, przeważnie w odniesieniu do przemiany azotowej.

W doniesieniu niniejszem zajmujemy się głównie zespołem humoralnym w przebiegu ostrego zatrucia rtęcią. Zespoły te mają to do siebie, że wprawdzie jednorazowe ich oznaczenie pozwala oceniać w sposób jakby statyczny rodzaj i stopień zaburzeń wodnych, chlorowych, azotowych i kwasowo-zasadowych, — to jednak dokładna ocena mechanizmu tych zjawisk wymaga śledzenia tych zaburzeń z dnia na dzień, ujmowania ich w sposób jakby dynamiczny. W sprawach tych nieraz jedna dokładna obserwacja pozwala rzucić więcej światła na te mechanizmy, aniżeli oderwane spostrzeżenia, obejmujące nawet i więcej przypadków.

Przypadek ostrego zatrucia oksycjankiem rtęci, który tu omawiać będziemy, poza swym ciekawym przebiegiem klinicznym i wielkim efektem leczniczym, rzuca światło na zmiany humoralne w przebiegu zatrucia rtęcią i pozwala ocenić nowsze teorie, dotyczące gospodarki chlorowej i azotowej. Z tego względu zasługuje on na uwagę.

*) A. J. Lewensztajn, Polska Gaz. Lekarska, Nr. 3. 1923 — A. Landau, M. Temkin i M. Fejgin, Polska Gaz. Lekarska, Nr. 22. 1924. — A. Landau, M. Temkin i M. Fejgin, Warsz. Czas. Lek., Nr. 6/1925 i Presse médicale 1925. — A. Landau i M. Fejgin, P. Arch. Med. Wewn., T. 5, z. 4, 1927. — A. Landau et M. Fejgin, Annales de Medecine 1928. Tome XXIII. Nr. 5.

Chora K. J., lat 21, przywieziona została dnia 16/VII 1929 r. na oddział przez Pogotowie Ratunkowe z powodu zatrucia oksycjankiem rtęci. Dnia tego o g. 5-ej po poł. wypita w celach samobójczych 1/4 szklanki, a więc około 50 cm.³ roztworu oksycjanku rtęci (*hydrargyrum oxycyanatum*), który otrzymała uprzednio od lekarza celem przepłukiwania pochwy. Wezwany w 20 minut lekarz Pogotowia przepłukał chorej żołądek roztworem bizmutu i dał jej mleko z bizmutem do picia. Przywieziona na oddział skarży się na silne mdłości, ból w jamie ustnej i ból głowy. Przez całą noc i nad ranem dn. 17/VII bez przerwy prawie wymiotowała. Jednocześnie zjawily się biegunki, bardzo częste, bez domieszki krwi podobno. Mocz oddawała przy wypróżnieniach. Dawniej była naogół zdrowa. Mężatka, bezdzietna; 1 poronienie w 3-m miesiącu ciąży, przed 4-ma miesiącami. Od tego czasu ma upływ.

Badanie przedmiotowe (17/VII): Chora przytomna, bardzo podniecona. Ciepłota 36.6°. Tętno — 102 na 1' mierowe, średnio napięte. Oddechów 18 na 1'; typ oddychania mieszany. Żrenice na światło i przystosowanie oddziaływają dobrze. Skóra biała, bez obrzęków. Jama ustna: język wilgotny, nieobłożony, dziąsła przekrwione, nieco rozpułchnione; w gardzieli nieznaczne przekrwienie. Gruczoły chłonne niepowiększone. Płuca: nieco rozszianych świstów, pozatem bez zmian. Serce: granice prawidłowe, tony czyste, dość ciche, zarówno przy koniuszku, jak i u podstawy. Jama brzuszna: brzuch poniżej poziomu klatki piersiowej, pod wyrostkiem mieczykowatym nieco bolesny na ucisk; wątroba i śledziona — nicmaalne: wstrząs lędźwiowy obustronnie niebolesny. Odruchy (kolanowe, Achillesowe, brzuszne) — żywe. Ciśnienie krwi 100/65mm. Hg. Mocz z zbadać nie można, gdyż od nocy chora moczu już nie oddała.

Przebiegu klinicznego dla zaoszczędzenia miejsca nie będziemy tu dokładnie opisywali. Natomiast podajemy tu tablicę, na której uwidoczniła jest cała 43-dniowa obserwacja naszej chorej. Codziennie w odpowiednich rubrykach podane są tam wszystkie ważniejsze dane, dotyczące przebiegu klinicznego łącznie z wynikami badań laboratoryjnych*).

Ograniczymy się tu, przed przystąpieniem do rozpatrzenia zaburzeń humoralnych, do omówienia rysów najbardziej charakterystycznych przebie-

*) Niektóre z badań laboratoryjnych wykonane były przez kol. Dr. Heimana, któremu za współpracę serdecznie dziękujemy.

T A B L I

Okres chorobowy	Data	Waga	Tętno	Cisnienie tętn. krwi RR.	Odechy	Wymioty	Stolce	U W A G I o przebiegu klinicznym	D J E T A	Dowóz soli kuchen.	Po przeliczeniu na chlor.	LECZENIE							
OKRES II. (bezmoczny)	17 VII		102	100/65	18	2	8	Bóle w jamie ustnej, ból głowy. Rozpulchnienie dziąseł. Przekrwienie gardzieli. Obwódka rtęciowa na dziąsłach. Ubytki martwicze na dziąsłach i pr. migdałku. Obrzęk języka. Świeża martwica na bł. śluz. policzków. Dalszy rozwój owrzodzeń w jamie ustnej. Martwica dziąseł zaczyna się oczyszczać. Stan podgorączkowy. Ból głowy. Stan podgorączkowy. 38,8 ^o . Wieczorem ciepłota 38,8 ^o . Ciepłota 36,6 ^o . Wysypka plamistogrudkowa na całej skórze. Owrzodzenia jamy ustnej rozszerzają się Krwawienie z nosa. Wysypka się wzmaga. Krwawienie z nosa. Wysypka trwa. Owrzodzenia j. ustnej oczyszczają się stopniowo, hipothermia. Obrzęki ciastowate stóp. Samopoczucie niezłe. Hipothermia. Wysypka blednie. Krwawienie z pr. migdałku. Owrzodzenia j. ustnej goją się. Hipothermia. Obrzęki stóp ustąpiły. Samopoczucie dobre. Łaknienie się zwiększa. Wysypka się zlewa i blednie. Owrzodzenia j. ustnej prawie zagojone. Wysypka zaczyna się łuszczyć i znikać. Owrzodzenia j. ustnej zagojone całkowicie. Wysypka znikła. Skóra się łuszczy. Stan dobry. Stan podgorączkowy trwa nadal Próba fenolsulfotaleinowa: I godz. = 20 proc. II godz. = 18 proc. Stan dobry. Skóra nie łuszczy się. Swędzenie skóry kończy Stan podgorączkowy trwa. Próba na stężenie: Stęża max. do 1011 w 4 godz. Próba wodna (z 1,5 litra): w 4 godz. — 1150 cm. ³ . Rozcieńczenie max. w 3 godz. do 1001. Stan dobry, bezgorączkowy. Stała Ambarda: 0,1. Próba na stężenie: Stęża max. do 1021 w 4 godz. Wypisuje się zdrowa.	Płynna: herbata cukrzona, soki owocowe, kompoty, płynów łącznie 1 litr. na dobę										Doustnie: 9,0 Bismutu Dożylnie: 40,0—20% Glukozy 20% Podskórnie: 0,5 litra 5% Glukozy na Ringerze Doodbytniczo: 0,5 litra 5% Glukozy.
	18		102	110/75	28	2	1							Doustnie: 9,0 Bismutu Dożylnie: 40,0—20% Glukozy 30% Podskórnie: 0,5 litra 5% Glukozy na Ringerze Doodbytniczo: 1,0 litr. 5% Glukozy na soli + ziol.					
	19		108	115/80	28	2	2					4,0	2,4						
	20		96	120/85	24	6	3					4,0	2,4						
	21		84	115/85	31	4	1					4,0	2,4						
	22		84	115/80	25	2	2					4,0	2,4						
	23		84	115/80	26	2	1					12,5	7,5						
	24	47,0	84	115/75	24	2	2					17,0	10,2						
	25	48,5	90	115/75	28	—	1					17,0	10,2						
	26	48,3	84	115/80	30	—	1					17,0	10,2						
	27	48,6	78	110/75	24	—	1					17,0	10,2						
	28	49,0	78	115/80	23	—	—					17,0	10,2						
	29	49,2	78	120/70	21	—	1					—	—						
	30	48,3	78	120/75	21	—	1					—	—						
	31	47,5	78	120/75	24	—	1					—	—						
	1 VIII	45,9	72	110/60	21	1	2					—	—						
	2	45,0	66	100/60	16	1	1					—	—						
	3	43,4	60	95/60	16	1	2					—	—						
4	42,0	66	95/60	18	—	1			—	—									
5	41,2	66	95/60	16	1	1			14,0	8,4	Doustnie: 9,0 Bismutu. Podskórnie: 0,5 litra 5% Glukozy. Doodbytniczo: 1,0 litr. 5% Glukozy								
6	41,7	66	90/55	18	1	1			14,0	8,4	Doustnie: 5,0 Bismutu i 5,0 NaCl. Doodbytniczo: 1,0 litr. 5% Glukozy na fl. Ringera.								
7	41,8	60	90/55	15	1	1			14,0	8,4									
8	42,3	66	90/55	16	—	1			14,0	8,4									
9	42,0	84	90/50	21	—	1			14,0	8,4									
11	42,4	80	90/50	20	—	1			14,0	8,4									
12	42,6	72	90/50	18	—	1			14,0	8,4									
13	43,0	72	110/60	18	—	1			2,5	1,5									
14	43,7	84	100/60	20	—	1			2,5	1,5									
15	43,8	86	100/60	18	—	1			2,5	1,5									
16	44,3	96	98/60	18	—	1			2,5	1,5									
17	44,3	92	95/60	20	—	1			2,5	1,5									
18	43,9	96	95/50	18	—	1			—	—									
19	44,0	96	95/50	20	—	1			—	—									
20	43,9	96	95/50	20	—	1			—	—									
21	44,5	96	90/50	20	—	1			—	—									
22	45,4	96	90/50	20	—	1			—	—									
23	44,8	96	90/50	20	—	1			—	—									
24	45,6	72	90/50	20	—	1			—	—									
25	46,2	90		20	—	1			—	—									
27									—	—									
28	46,5								—	—									
29	46,6								—	—									
30									—	—									

C A I.

M O C Z						K R E W													
Ilość na dobę	Ciepota właściwy	Białko ‰	Chlor gr doba	Azot niebiałkowy gr/doba	Kwasota na dobę w cm. ³ N/10 NaOH.	O S A D	Białko ref. gr. 1 ‰	Hemoglobina ‰	Erytrocyty w 1 mm ³ .	Leukocyty w 1 mm ³ .	Zasób zased osocza (v. slyke)	Mocznik w osoczu gr/litr.	Azot niebiałk. w osoczu gr/litr.	Kw. moczowy mlgr/litr.	Kreatynina mlgr/litr.	C H L O R			
																Krew całko-wita gr/litr.	Osocze gr/litr.	Krwinki gr/litr.	Wskaźnik chlor. krw.
0																			
0																			
0																			
0																			
12		0.3	0.28	1.4															
85	1010	0.3	0.60	0.6	35														
260	1008	0.5	0.60	0.7	100														
375	1012	1.5	1.4	1.9	75														
460	1008	1.0	1.3		80														
490	1009	1.0	1.6	2.3	25														
600	1010	0.9	2.4	2.4	60														
1000	1009	0.5	3.6	1.4	150														
1000	1008	0.4	4.0	7.9	60														
1400	1008	0.3	5.1	8.3	140														
1700	1008	0.12	5.1	7.6	80														
2250	1006	0.12	5.2		157														
16.5	1009	0.12	2.08		80														
1600	1007	0.09	2.71	17.8	80														
2250	1008	0.09	5.7	13.6	46														
2300	1007	0.06	5.9	8.6															
2200	1009	0.06	4.3	7.6	38														
1850	1009	0.03	6.0	8.2	150														
1560	1009	0.03	5.6	4.8	220														
1200	1009	0.03	7.1	5.9															
1700	1009	0.03	7.6	5.5	130														
1500	1009	0.03																	
2100	1009	0.03	8.7	8.0															
1750	1010	ślad.	9.2	8.9															
1400	1010	ślad.																	
1600	1010	ślad.	8.9	5.6															
1625	1010	ślad.																	
1600	1016	ślad.	10.6																
1350	1017	ślad.																	
1250	1017	ślad.	9.0	11.8															
2275	1017	ślad.	8.3	5.8															
1100	1013	—																	
1375	1017	—																	
1650	1010	—																	
1600	1014	—																	
2000	1014	—																	



gu klinicznego oraz poświęcimy nieco miejsca sprawie leczenia ostrego zatrucia rtęcią.

Przebieg kliniczny zatrucia oksycjankiem rtęci jest w przypadku naszym wielce podobny do najcięższych postaci zatrucia sublimatem. Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę, że oksycjanek rtęci jest związkiem bardziej trującym, aniżeli sublimat (według Orfilla¹ dawka 0.13 gr. oksycjanku jest dawką śmiertelną). W przebiegu przypadku powyższego wyodrębnić można z łatwością poszczególne okresy zatrucia, a mianowicie te same okresy, które Landau i Fejgin²⁾ wyodrębnili w przebiegu ostrego zatrucia sublimatem.

I-y okres, t. zw. okres wstępny, trwa tu kilkanaście godzin, a mianowicie, od chwili wypicia trucizny do chwili wystąpienia bezmocz. Objawy zatrucia są w okresie tym wyrazem bezpośredniego zadziałania jadu rtęciowego na błonę śluzową jamy ustnej i żołądka i polegają na bólu i paleniu w jamie ustnej, nieznacznym przekrwieniu dziąseł, gwałtownych wymiotach i biegunkach.

II-i okres, t. zw. okres bezmocz, zjawiał się po kilkunastu godzinach od zatrucia i trwał u chorej naszej 5 dni. Na pierwszy plan wysuwają się tu objawy, związane z uszkodzeniem mięszu nerkowego: bezmocz, zwiększająca się z dnia na dzień azocica (dochodząca na 5-y dzień bezmocz do 3.6 gr. mocznika na litr, 176 mgr. kwasu moczowego i 180 mgr. kreatyniny na litr), której towarzyszył wielki spadek zasobu osocza i zawartości chloru we krwi. Poza objawami temi występuje tu dalszy i ciężki rozwój zmian w jamie ustnej (ubytki martwicze na dziąsłach i policzkach, owrzodzenia na migdałku, obrzęk języka z ubytkami nabłonka i wreszcie obwódka rtęciowa na dziąsłach).

Biegunki w okresie tym się cofają, pod wpływem leczenia bizmutowego. Ze strony płuc i serca, poza przyspieszeniem oddechu i tętna — właściwie żadnych odchyśleń od normy w okresie tym się nie stwierdza. Ciśnienie krwi w okresie tym znajduje się na poziomie około 120/85 mm. rtęci, co w porównaniu z poziomem ciśnienia w okresach następnych świadczy o jego nieznacznym podniesieniu. Skargi podmiotowe sprowadzają się wyłącznie do osłabienia ogólnego, bólów głowy i silnych bólów w jamie ustnej.

III-i okres, okres t. zw. względnej poprawy, trwa u chorej naszej dwa dni. Początek jego zaczyna się z chwilą wznowienia diurezy. Nerki podejmują tu swą czynność, lecz wydolność ich jest znikomo mała. Przez dwa dni chora wydzieliła tu ledwo 100 cm.³ moczu, o c. wł. 1010, zawartości białka 0.3% (w osadzie liczne wałki ziarniste i szkliste, 1-2 krwinki czerwone i 6-8 leukocytów w każdym polu widzenia). Stężenie maksymalne azotu niebiałkowego wynosi tu ledwo 1.4 gr. na litr, wskutek czego azocica w okresie tym nie zmniejsza się, lecz nawet narasta (poziom mocznika w osoczu dochodzi tu do 3.8 gr. na litr). Okres ten nosi nazwę względnej poprawy, albowiem diureza została tu już wznowiona, wymioty i biegunki się cofają, owrzodzenia w jamie ustnej zaczynają się goić, a nowe jeszcze się nie zjawiają, jak również nie występują jeszcze nowe powikłania. Poprawa ta jest tu iluzoryczna i jest przejściem do okresu następnego.

IV-y okres, czyli t. zw. okres późnej azocicy toksycznego rozpadu białkowego, zjawia się u chorej naszej na 9-y dzień od zatrucia. Okres ten jest zwykle najkrótniejszy w całym przebiegu zatrucia ostrego rtęcią i najcięższy, albowiem w jego przebiegu zjawiają się nowe powikłania, a w przypadkach niepomysłnych — zejście śmiertelne. Otóż okres ten zaczął się u chorej naszej od gwałtownego podskoku ciepłoty do 38.8°, poczem w kilka godzin zjawiała się wysypka plamisto-grudkowa skóry na całym ciele, przypominająca odrową. Wykwity te skórne trwały tu przez cały ten okres, cofając się dopiero po 2 ch tygodniach. W okresie tym zjawiają się nowe ubytki martwicze na policzkach, a stare owrzodzenia zaczynają się rozszerzać. Po kilku dniach — nowe powikłanie pod postacią objawów skazy krwotocznej (krwawienia z nosa, powtarzające się przez kilka dni, krwotok z prawego migdałka). Badanie na skazę krwotoczną wykazuje tu dodatni objaw opaskowy. Ze strony przewodu pokarmowego zasługuje natomiast na uwagę ustąpienie wymiotów i całkowite unormowanie stolca.

Cechą charakterystyczną okresu tego, poza powikłaniami, mimo stale polepszającej się diurezy, przekraczającej na 13-y dzień zatrucia, a na 7-y dzień od ustąpienia bezmocz litr na dobę, jest dalszy wzrost azocicy, skąd nazwa tego okresu. Na 8-y dzień od wznowienia diurezy poziom azotemji dochodzi tu swego szczytu, a mianowicie zawartość mocznika wynosi 5.0 gr. na litr, kwasu moczowego 354 mgr., a kreatyniny — 150 mgr. na litr osocza. Dzień ten jest jakby momentem szczytowym w całym przebiegu sprawy chorobowej, poczem nasilenie sprawy chorobowej załamuje się, zjawia się zwrot pomyślny, i następuje okres ostatni.

V-y okres, trwałej, ostatecznej poprawy. Zaczyna się on z początkiem 3-go tygodnia, od chwili zatrucia. Stan chorej poprawiać się zaczyna z dnia na dzień, ubytki martwicze w jamie ustnej oczyszczają się, pokrywają się ziarniną, aż ostatecznie w końcu IV-go tygodnia pokrywają się świeżą śluzówką lub zamieniają się w zaciągnięcia bliznowate. Wysypka plamisto-grudkowa blednie, zaczyna się łuszczyć, aż wreszcie w początku 4-go tygodnia znika zupełnie. Objawy krwotoczne nie powracają już więcej. Wymioty, które w 3-m tygodniu zjawiały się znowu raz na dzień, ustępują ostatecznie, a stolec przyjmuje charakter sformowany. Samopoczucie chorej poprawia się z dnia na dzień, powraca łaknienie, chora zaczyna się lepiej odżywiać i od końca 4-go tygodnia przybiera na wadze. Diureza od początku 3-go tygodnia znajduje się już na poziomie 1-2 litrów moczu na dobę; białkomocz, który w okresie największego nasilenia chorobowego doszedł do 1,5%, zmniejsza się stale, pod koniec 5-go tygodnia znikając zupełnie; w osadzie moczowym pod koniec 3-go tygodnia niema już żadnych składników patologicznych. Wydajność azotu niebiałkowego w moczu od początku 3-go tygodnia zwiększa się wybitnie. Jednocześnie zaczyna się powolny, lecz stały spadek azocicy. Poziom mocznika, który na 12-y dzień zatrucia wynosił 5.0 gr. na litr, na 24-y dzień opada już na 0.75 gr., a na 28-y dzień opada do normy. Równoległe z obniżeniem poziomu mocznika opadają i inne skład-

niki azotowe, a towarzyszy temu stały wzrost pierwotnie wybitnie obniżonej rezerwy alkalicznej i poziomu chloru we krwi. Ciśnienie krwi z liczby pierwotnej 120/85 opada do 90/50 mm. rtęci. Próby czynnościowe nerek, wykonane w okresie zdrowienia, wykazują na początku znaczne upośledzenie sprawności czynnościowej nerek: Próba fenolsulfotaleinowa, wykonana 25 go dnia choroby, stwierdziła wydajność barwnika z moczem tylko 38%, zamiast normalnych 60%, a próba na stężenie 30-go dnia choroby, za pomocą diety suchej stwierdziła maksymalny ciężar gatunkowy 1011; później jednak sprawność nerkowa szybko się odbudowuje, tak, że ta sama próba na stężenie, wykonana po upływie następnych 7-miu dni, wykazuje maksymalne stężenie moczu do 1021; stała Ambard: 0.1; próba wodna: rozcieńczenie max. do 1001, wydalanie wody — 1150 cm.³ w ciągu 4-ch godzin z 1500 cm.³ wypitych. Wreszcie na 43-y dzień po zatruciu chora wypisana zostaje z oddziału zdrowa.

Mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z jedną z najcięższych postaci ostrego zatrucia rtęcią. Daleko posunięte, rozległe zmiany martwicze w jamie ustnej, obwódka rtęciowa na dziąsłach, uporczywe i długotrwałe wymioty, dalej stałe wahania podgorączkowe do 37.4⁰—37.6^{0*} ze skokiem ciepłoty do 38.8⁰ w okresie przedwysypkowym, objawy skazy krwotocznej i wreszcie objawy skórne w postaci t. zw. *toxicodermia mercurialis****) — wszystko to łącznie świadczyło o ciężkości tego przypadku. Wreszcie wybitne uszkodzenie mięszu nerkowego, objawiające się 5-dniowym bezmoczem, azocicą, trwającą 4-y tygodnie o bardzo wysokim poziomie (do 5.0 gr. mocznika na litr), której towarzyszyła wybitna kwasica nerkowa (22.0 obj. CO₂% zasobu zasad wg. V. Slykea), łącznie z tem, że mieliśmy tu do czynienia z kobietą, a u kobiet zwykle zatrucie rtęcią przebiega ciężiej — wszystko to upoważniało bezwzględnie do rokowania niepomyślnego.

Jeżeli zatrucie powyższe zakończyło się zupełnym wyzdrowieniem, to sądzimy, że dużą rolę w tem odegrało nasze postępowanie lecznicze. Zasady wytyczne postępowania leczniczego, które stosujemy na oddziale naszym od 6-u lat w przebiegu ostrego zatrucia rtęcią, omawiane były już kilkakrotnie w doniesieniach poprzednich 6). Podamy je tu w skróceniu.

1) Podawanie codzienne dużych dawek bizmutu doustnie, które winno być prowadzone bez przerwy aż do późnej rekonwalescencji: *bismuthi carbonici*, *bismuthi subnitrici* aa. 0.75, 4—6 i więcej

*) Krzywa ciepłoty na 43-y dni pobytu chorej na oddziale tylko w jednym okresie 5-dniowym znajdowała się na poziomie normalnym. Powyższe 5 dni odpowiadało maksymalnemu natężeniu azocyci. Jest to wielce ciekawym przejawem hipotermji azotemicznej, która zdarza się tak często w przebiegu mocznicy, a na którą tak silny nacisk kładą Lemierre i jego uczniowie. 3)

**) Wysypka skórna plamista lub grudkowa, przypominająca wysypkę odrową lub płoniczą, opisana poraz pierwszy przed 100 laty przez Alleya 4), zdarza się nieczęsto. Wśród całego naszego dotychczasowego materiału oddziałowego, obejmującego przeszło 20 przypadków ostrego zatrucia rtęcią, nie notowano dotąd ani w jednym przypadku objawów skórnych. (Obarski na 43 przypadki ostrego zatrucia rtęcią widział je tylko w 3-ch przypadkach. Wykwity skórne świadczą tu o ciężkości przypadku).

proszków dziennie w okresie nasilenia choroby; dawka ta jest stopniowo zmniejszana w okresie poprawy. Powyższe leczenie bizmutowe ostrego zatrucia rtęcią wprowadzone zostało poraz pierwszy w zatruciu sublimatem przez Landaua. Stosowane jest ono na naszym oddziale od lat 6-u. Jak to wynika z publikacji poprzednich, pochodzących z naszego oddziału 2 i 6), wyniki leczenia tego są wielce pomyślne. Na materiale naszego oddziału, gdzie leczenie bizmutowe stosowane było dopiero od chwili przybycia chorego na oddział, a więc conajmniej po upływie kilku godzin od zatrucia, odsetek śmiertelności wynosił około 20%.

Pod wpływem publikacji, pochodzących z naszego oddziału, leczenie bizmutowe zatrucia rtęcią powoli zdobywało coraz liczniejszych zwolenników, między innymi stosować je zaczął ostatnio Obarski 5). Wyniki spostrzeżeń jego, oparte na materiale 43 przypadków, ogłoszone zostały przed rokiem. Nietylko że potwierdzają one w zupełności wartość leczniczą bizmutu, ale wyniki jego są jeszcze pomyślniejsze, aniżeli nasze. Mając na uwadze jaknajwcześniejsze podawanie bizmutu, wystąpił on na jednym z posiedzeń naukowych Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego z propozycją, aby w przypadkach ostrego zatrucia rtęcią lekarz, udzielający pierwszej pomocy, stosował natychmiast bizmut w postaci wprowadzenia do żołądka 5 gr. węglanu bizmutowego w mleku lub mieszance wodnej oraz następczego płukania żołądka kilkoma litrami wody, w której jest rozmieszany bizmut w ilości 5-10 gramów. Powyższe postępowanie stosowane było we wszystkich przypadkach, gdzie pierwszej pomocy udzielał lekarz Pogotowia Ratunkowego, poczem chorzy, przewiezieni na oddział szpitalny (oddz. D-ra Bełkowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie), otrzymywali stale leczenie bizmutowe (2 gr. węglanu bizmutu co 2-3 godziny).

Na 43 przypadki Obarski miał zaledwie 3 przypadki zejścia śmiertelnego, a więc niecałe 7%. Doniosłość powyższego postępowania leczniczego zyskuje na znaczeniu, o ile uwzględnić, że statystyka Obarskiego z okresu przedbizmutowego na 12 przyp. zatrucia sublimatem wykazuje 5 zgonów, czyli 41.7%. Obarski, potwierdzając w zupełności doniosłość leczenia bizmutowego, wprowadzonego i opracowanego na naszym oddziale poraz pierwszy, przychodzi do wniosku, że zastosowanie bardzo wczesne bizmutu już przez lekarza, udzielającego pierwszej pomocy, daje znacznie lepsze wyniki, aniżeli zastosowanie go dopiero po przybyciu chorego na oddział. Chora nasza już w 20 min. od zatrucia miała stosowane przez lekarza Pogotowia powyższe zabiegi (podawanie bizmutu, płukanie żołądka roztworem bizmutu), a na oddziale przez pierwsze 3 tygodnie otrzymywała po 9 gr. bizmutu doustnie dziennie. Jak to wynika z naszych spostrzeżeń sekcyjnych w przypadkach zejścia niepomyślnego, leczenie bizmutowe zapobiega wytworzeniu się wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (*colitis ulcerosa*), co przecież uważane jest za nieodstępne zjawisko w ostrem zatruciu rtęcią. Zaparcie stolca, które nieraz występuje w przebiegu naszego leczenia bizmutowego, z łatwością zwalczyć się daje zapomocą lawatyw lub podawania megnezji albo cukru mlecznego.

Drogą leczenia bizmutowego, jak to pisali poprzednio Landau i Fejgin 2), osiągamy rodzaj opatrunku ochronnego dla przewodu pokarmowego, zabezpieczamy błonę śluzową żołądka i jelit od powstania owrzodzeń i następczego ich zakażenia, co ma tak doniosły wpływ na przebieg zatrucia rtęciowego. Obarski, potwierdzając spostrzeżenia naszego oddziału i zalecając podawanie węgla bizmutu, tak pisze dosłownie o skuteczności leczenia tego: „Bardzo wczesne zastosowanie bizmutu wpływa dodatnio na przebieg otrucia preparatami rtęci w kierunku: 1) łagodzenia lub niedopuszczenia do objawów ze strony żołądka i kiszek, 2) łagodzenia bólu w jamie brzusznej lub zabezpieczenia od nich, 3) zabezpieczenia od wystąpienia zmian na błonach śluzowych i wpływania na szybkie ich gojenie się, 4) korzystnego wpływu na nerki, objawy ze strony których szybko się cofają, 5) zabezpieczenia serca i układu naczyniowego od masowego zadziałania trującego preparatów rtęci przez to, że bizmut prawdopodobnie wpływa na przejście sublimatu w mniej szkodliwe dla ustroju połączenie, jakim, być może, jest kalomel, 6) zabezpieczenia ustroju od takich powikłań, jak krwotoki, przerwanie ciąży i t. d.”

Wczesne ustanie biegunek w naszym przypadku, brak owrzodzeń w jelitach, brak wszelkich objawów ze strony krążenia, jak również niewystąpienie powikłań zakaźnych w narządach rodnych — odnieść zapewne należy w przypadku naszym do leczenia bizmutowego.

Mechanizm działania bizmutu nie jest jeszcze, zdaniem naszym, dostatecznie wysświetlony, a mianowicie, nie wiemy jeszcze, czy nie posiada on poza działaniem ochronnym jeszcze jakichś szczególnych własności odtruwających w stosunku do rtęci. Obarski wypowiada przypuszczenie, że pod wpływem bizmutu, który ma posiadać własności redukujące, następuje przejście sublimatu w związek mniej trujący, jakim być może kalomel. Jeżeli nie wiemy jeszcze dokładnie na czym polega działanie bizmutu, to zdaje się już nie ulegać wątpliwości, że wywiera on wielce dodatni wpływ, wpływ wszechstronny na przebieg ostrego zatrucia rtęcią.

2) Zastrzykiwanie dożylnie hipertonicznych roztworów cukru gronowego (2X20 cm.³ 20 lub 30% glukozy) oraz podawanie lawatyw kropelowych oraz hipodermoklizm z 5% glukozy (2 razy dziennie po 500 cm.³) w pierwszych 4-ch okresach zatrucia. Cel tego — z jednej strony uwodnienie ustroju, zubożającego w płyny wskutek wymiotów i biegunek, oraz wprowadzenie choć tą drogą pewnej ilości ciepłostek, z drugiej strony — chodzi tu o wpływ odtruwający cukru i o działanie hipertonicznego roztworu w kierunku wzmoczenia diurezy nerkowej. Leczenie powyższe stosowaliśmy w przypadku naszym przez pierwsze 2 tygodnie zatrucia.

3) Odpowiednie postępowanie djetetyczne w myśl ogólnych zasad postępowania w zapaleniu lub marskości zanikowej nerek. A więc w okresie bezmoczności powstrzymanie się od pokarmów stałych i podawanie wyłącznie około 1-go litra płynów bezbiałkowych w postaci cukrzanej herbaty (nie raz z dodaniem cukru mlecznego, który posiada własności diuretyczne) i soków owocowych (z pomarańczy i winogron). W III-m i IV-m okresie (na-

silonej azocy — djeta ściśle bezbiałkowa) herbaty, kleik z masłem, soki owocowe, kompoty, ryż, owoce. Wreszcie w okresie poprawy dodajemy stopniowo mleko, jaja i t. d.

Sprawę dozozu soli kuchennej, która dawniej była rozstrzygana *a priori* w sensie diety bezsolnej, a która w świetle nowszych poglądów straciła już nieco swe pozornie niewzruszone podstawy — omówimy w rozdziale następnym.

4) Leczenie miejscowe owrzodzeń jamy ustnej i zapobieganie tworzeniu się owrzodzeń i następczych ich zakażeń w narządach rodnych, które, jak to wynika z doświadczenia naszego, są nieraz bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Osiągamy to drogą przysypek dermatolowych oraz tuszowania jamy ustnej 5%-m roztworem błękitu metylenowego. Celem zapobieżenia zaś wytworzeniu się owrzodzeń w pochwie poraz pierwszy zaczęliśmy w tym przypadku stosować czopki pochwowe o składzie następującym: *Bismuthi subnitrici* 1.5, *Methyleni coerulei* 0.06, *Butyri cacao* 1.5. Rzeczywiście zmiany wrzodziejące w narządach rodnych w przypadku tym się nie wytworzyły, a sprawa ograniczyła się jedynie do nieznacznego obrzęku sromu. Odnieśliśmy wrażenie, że podawanie czopków powyższych działało zapobiegawczo w kierunku zabezpieczenia narządów rodnych od powstania owrzodzeń, zależnych od wydzielania się rtęci na błonie śluzowej pochwy.

5) W przypadku tym stosowano wreszcie chlorowanie chorej drogą podawania doustnego soli kuchennej oraz wlewania doodbytniczego i podskórnego soli w postaci płynu Ringera i roztworu soli fizjologicznej. Dokładne śledzenie zmian humoralnych w przypadku naszym wraz z bilansami chlorowemi pozwoliło ocenić wartość tej metody, o czem będzie mowa w rozdziale następnym.

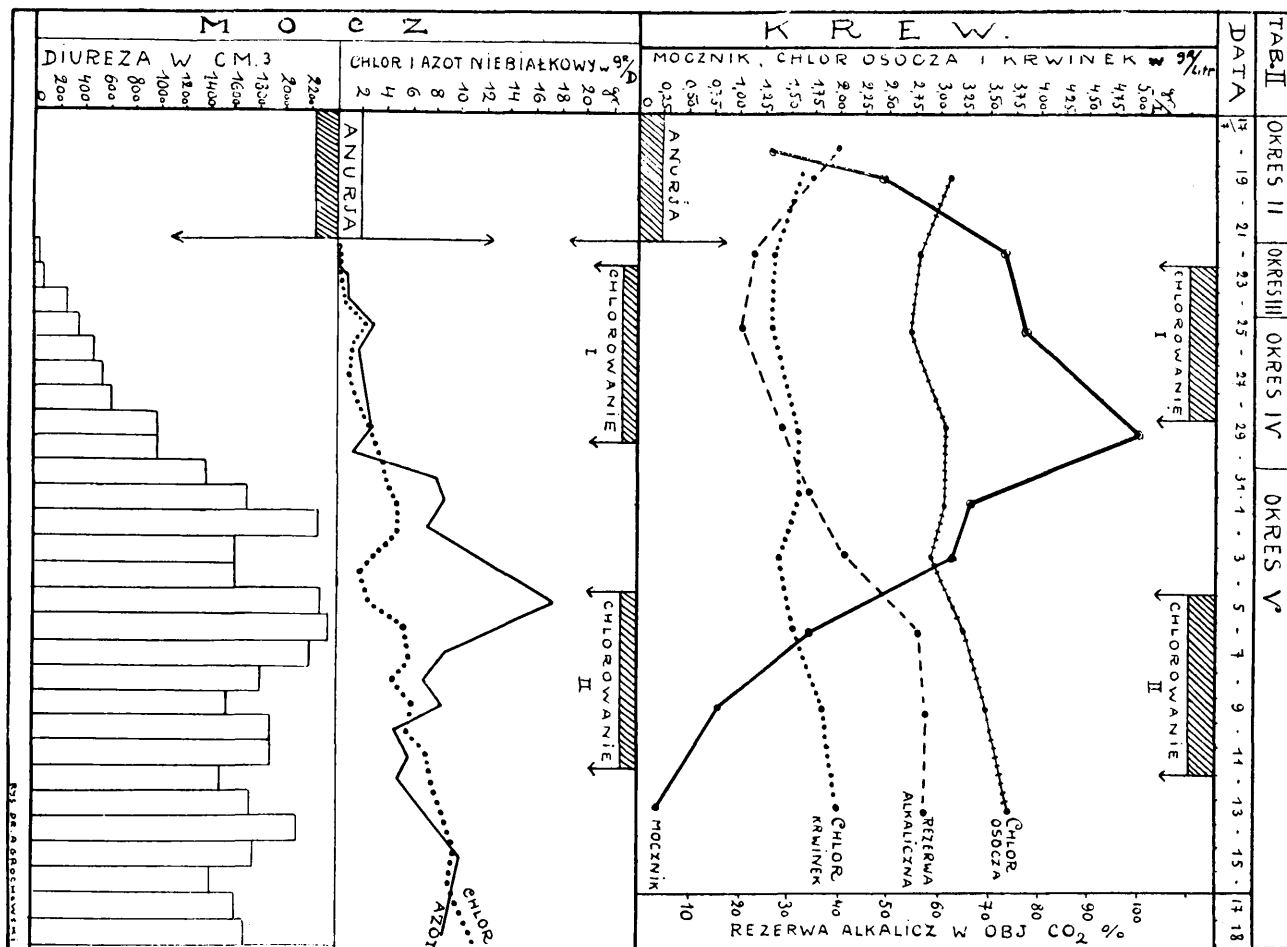
Powyższe postępowanie lecznicze przyczyniło się zapewne w dużej mierze do opanowania zatrucia rtęcią, przebiegającego tak wybitnie złowrogo.

II.

Zespół humoralny w przebiegu przypadku powyższego składał się z 4-ch składowych części. Są one następujące: 1) zaburzenia gospodarki wodnej, 2) zaburzenia równowagi chlorowej, 3) azotowej i 4) kwasowo-zasadowej. Wgląd w te złożone sprawy umożliwiony został dzięki 10-krotnym badaniom chemizmu krwi oraz dzięki codziennym bilansom chlorowym i azotowym. Dokładne dane liczbowe podane są w tablicy Nr. 1, a ważniejsze z tych danych umieszczone są w postaci krzywych w tablicy Nr. 2.

Zaburzenia gospodarki wodnej polegają w pierwszych trzech okresach zatrucia na utajonej retencji wodnej, która pod wpływem chlorowania w tych okresach przejść może w retencję jawną. Mianowicie, waga chorej, która przed okresem chlorowania wynosiła 47.0 kg., po okresie chlorowania wzrasta do 49.2 kg., a jednocześnie zjawiają się nieznaczne obrzęki ciastowate na stopach; z chwilą zaprzestania chlorowania, nasilenia diurezy i w miarę poprawy sprawności czynnościowej nerek opadła do 41.0 kg. Część ubytku wagi jest niewątpliwie pochodzenia tkankowego, skutkiem nadmiernego rozpadu białka narządów mięsz-

T A B L I C A I I



wych i mięśni; z drugiej jednak strony szybka strata 8-u kilo na wadze w przeciągu jednego tygodnia nasilonej diurezy jest wyrazem procesu retencji wodnej, która, jeśli zważyć, że przez cały okres chorobowy, z wyjątkiem okresu chlorowania, nie było obrzęków, jest naogół retencją utajoną.

Odbiciem tego jest również zachowanie się zawartości białka w surowicy (oznaczonego refraktometrycznie). W okresie bezmoczu zawartość białka w surowicy wynosiła 8.7%. W 3 dni później opadła ona do 8.2%, a w kilka dni później z chwilą ustąpienia bezmoczu i w okresie wznowienia diurezy i chlorowania opadła do 7.0% (początek okresu II). Towarzyszyło temu zwiększenie się wagi chorej, i było to oczywiście dowodem zatrzymania wody w tkankach i we krwi, wywołanego obfitym dowozem roztworów solnych. Pod koniec okresu chlorowania waga zwiększyła się o dalsze kilo, a, co najdziwniejsze, zawartość białka w surowicy, zamiast opaść dalej, zwiększyła się do 9.4% (dn. 29.VIII.).

Na pozór paradoksalne zwiększenie zawartości białka nie było tu wyrazem zagęszczenia krwi, albowiem diureza w okresie tym była jeszcze skąpa, waga wzrastała, a liczba czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny była stale ta sama. Zwiększenie temu zawartości białka w surowicy towarzyszył wybitny wzrost azocicy, która jak o tem mowa będzie niżej, jest następstwem toksycznego rozpadu komórkowego. Fakt ten, spostrzegany już,

zresztą, poprzednio przez Landaua i Fejgina, tłumaczyć można w sposób jedynie następujący: w związku ze wzmożonym rozpadem białkowym dopływają do krwi produkty tego rozpadu komórkowego, anabolity białkowe, uwolnione z tkanek. Stąd wzmożenie zawartości białka już w tym okresie. Potwierdzeniem tego jest to, że po 3-ch dniach następnym, gdy diureza nasiliła się wybitnie, a waga chorej spadła o 3 kilo, a więc gdy oczekiwać należało zagęszczenia krwi i wzmożenia zawartości białka w surowicy, przeciwnie, zawartość białka opadła do 8.2%, a towarzyszył temu wybitny spadek azocicy (dnia 1.VIII - początek okresu V-go *)

Dopiero w dalszym okresie, w miarę dalszego spadku wagi i nasilonej diurezy, zawartość białka w surowicy zwiększyła się do 9.2% (3-VIII), a było to wyrazem zagęszczenia krwi wskutek utraty wielkich ilości wody. Wreszcie z chwilą wyrównania całkowitego zaburzeń humoralnych, jak i zdrowienia klinicznego zawartość białka w surowicy opadła do liczby 8.7%, tej samej, co w okresie bezmoczu.

Zaburzenia gospodarki chlorowej

*) Powyższego poglądu na istotę hiperproteinemji w pierwszych okresach zatrucia rtercią w piśmiennictwie dotąd nie spotkaliśmy. Większość autorów tłumaczy to zwyczajnie zagęszczeniem krwi (Achar 7' Lemierree i Bernard 8' Leblanc 9'). Tłumaczenie powyższe, jak to wyżej wykazaliśmy, nie zawsze jest wystarczające.

i azotowej w okresie bezmoczności w przypadku naszym polegają na 2-ch zasadniczych objawach: 1) wybitnej chloropenji zarówno osocza, jak i krwinek (2.80 zamiast liczby normalnej 3.50 gr. chloru na litr w osoczu i 1.38 gr. zamiast 1.80 gr. chloru na litr w krwinkach), 2) stale nasilającej się azocicy, dotyczącej wszystkich składników azotowych (poziom mocznika pod koniec okresu tego doszedł do liczby 3.6 gr. na litr, kwasu moczowego — 176 mgr. na litr i kreatyniny — 180 mgr. na litr).

Zespół ten, łącznie z obniżeniem rezerwy alkalicznej, o czem mowa będzie niżej, jest typowy dla ciężkich postaci zatrucia sublimatem, ew. rtęcią.

W sprawie pierwszej składowej części zespołu tego, a mianowicie poziomu chloremji, w piśmiennictwie znajdujemy spostrzeżenia dość sprzeczne. Z jednej strony *Sraub, Gallwitz* (10) i *Meyer* oraz *Predtceński* (11) podają, że w okresie bezmoczności chlor krwi ulega zwiększeniu, dalej *Strauss* (12), a u nas *Obarski* (5) nie stwierdzali naogół większych odchyłań od normy ze strony poziomu chloremji w całym przebiegu zatrucia sublimatem. Z drugiej strony jednak istnieje długi szereg spostrzeżeń, które wykazują wręcz odmienne stosunki. A mianowicie, autor amerykański *Heim* (13) w ciężkich przypadkach zatrucia rtęcią widział wybitne obniżenie zawartości chloru we krwi; *Trusler, Fisher i Richardson* (14), wywołując doświadczenia u psów ostre zatrucie sublimatem z reguły znajdowali bardzo wybitną chloropenję

krwi. Poszczególne przypadki ostrego zatrucia rtęcią, ogłoszone przez *Lenormanda*, dalej *Turpina, Laurent i Guillaumina* (16), u nas przez *Piechowską i Puszetę* (17), wykazują również obniżenie poziomu chloremji. Są one podobne pod tym względem do naszego.

Jaka jest przyczyna powyższej chloropenji? *Heim* (13) przypuszcza, że utrata chloru w wymiocinach i w kale nie wystarcza jeszcze do wtłoczenia tej hipochloremji, i sądzi, że jad rtęciowy, uszkadzając śródbłōnki naczyń, powoduje przenikanie chloru drogą bezpośrednią ze krwi do tkanek. *Trusler* i jego współpracownicy (14) twierdzą, że spadek chloremji zależy wyłącznie od utraty chloru poprzez przewód pokarmowy. Czy nie wchodzi tu w rachubę prócz tego jeszcze wiązanie bezpośrednio chloru przez ciała toksyczne (produkty rozpadu białkowego?), nie wiadomo jeszcze dokładnie.

Sprzeczność pomiędzy poszczególnymi autorami tłómaczyć się daje zapewne rozmaita ciężkością przypadku, różnym nasileniem w poszczególnych okresach chorobowych strat chlorowych, poniesionych w wymiocinach i w kale. Tak np. spostrzegaliśmy niedawno przypadek lekkiego zatrucia sublimatem, przebiegającego prawie bez wymiotów i biegunek, w którym poziom chloremji był zupełnie prawidłowy.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chirurgicznego Szpitala na Czystem w Warszawie^z
(Ordynator: Dr. Sołowiejczyk)

i z prywatnego zakładu chir.—urologicznego *Dr. Szenkiera*

Nowy objaw kamicy nerkowej.

Podał

Dr. SZENKIER (Warszawa).

Kamica nerkowa, schorzenie, z którym urolog ma niemal codziennie do czynienia, daje się naogół łatwo rozpoznać. Jednakże są przypadki, szczeg. w okresie ostrej kolki nerkowej, które nastroczają wielkie trudności rozpoznawcze. Tyczy się to w pierwszym rzędzie różniczkowania przypadku kamicy nerkowej z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego lub kamicy żółciowej. Zespół objawów, znany pod nazwą kolki nerkowej, jest tak charakterystyczny, że zdawałoby się, iż stwierdzenie go jest równoznaczne z rozpoznaniem kamicy nerkowej. Jednakże przy rozpatrywaniu szczegółowym objawów z których się składa powyższy zespół, możemy się przekonać, że ani jeden z nich nie może być uważany za patognomiczny dla kamicy nerkowej. Kolka nerkowa rozpoczyna się od ostrego bólu o charakterze napadowym, umiejscowionego w okolicy lędźwiowej odpowiedniej strony, z promieniowaniem ku dołowi i od pewnych objawów kiszkowo-żołądkowych w postaci nudności, wymiotów, wzdęcia brzucha i zaparcia stolca. Objawy te bywają czasami tak ciężkie, że mogą symulować obraz niedrożności kiszek. W przypadkach kolki nerkowej stwierdzamy w moczu mniejszą lub większą liczbę czerwonych ciałek krwi,

poczynając od pojedynczych wylugowanych i zniekształconych, t. zw. „Blutkörperchenschatten“ *Israela*, a kończąc na prawdziwym krwimoczu. Oprócz tego stwierdzamy w osadzie mniejszą lub większą liczbę ciałek ropnych.

Ból o charakterze napadowym, umiejscowiony w okolicy lędźwiowej, nie może być w żadnym przypadku uważany za objaw patognomiczny dla kamicy nerkowej, gdyż spotykamy ból o tym samym charakterze i w przypadkach innych schorzeń nerkowych a także w przypadkach schorzeń niektórych narządów jamy brzusznej, przedewszystkiem w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Ból, umiejscowiony w okolicy lędźwiowej, obserwujemy w przebiegu gruźlicy nerki, nowotworów nerki, wodonercza lub też nerki ruchomej. Francuzi nawet, wyodrębnili rzekomo—kamiczą postać gruźlicy nerki (*tuberculose renale à forme pseudolithiatique*). I nic w tem dziwnego, gdyż ból w przebiegu kamicy nerkowej nie jest zależny od obecności kamyka, jako takiego, lecz od wywołanej przezeń niedrożności dróg moczowych, względnie od stanów zapalnych ściany miedniczki lub też tkanek okołonerkowych. Te ostatnie zaś czynniki w postaci skrzepów krwi (nowotwór nerki), przegięcia moczowodu (nerka ruchoma, wodonercze) dają się stwierdzić i w innych schorzeniach nerkowych.

W przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego stwierdzamy niejednokrotnie umiejscowienie bólu nie, jak zwykle, w punkcie *MacBurneya*, lecz w prawej okolicy lędźwiowej. Tyczy się to szczególnie przypadków, w których

wyrostek leży ku tyłowi od ślepej kiszki (*retro-coecalis*).

Objawy żółdkowo-kiszkowe, o których mowa była wyżej, nie mogą w żadnym razie przyczynić się do wyjaśnienia istoty rzeczy w przypadkach trudnego rozpoznania kamicy nerkowej. Wprost odwrotnie: symulując niedrożność jelit, zaciemniają obraz kliniczny i znacznie utrudniają rozpoznanie różniczkowe między kamicią nerkową a schorzeniami narządów jamy brzusznej (*apendicitis, cholelithiasis*).

Zdawałoby się, że taki objaw, jak obecność czerwonych ciałek krwi w moczu, możemy spotkać tylko w przebiegu kamicy nerkowej. Pomijając już to, że czerwone ciała krwi spotykamy niemal we wszystkich schorzeniach nerkowych, możemy stwierdzić ich obecność, i to wcale nie tak rzadko, w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Obserwowałem przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego z prawdziwym krwiomoczem*).

Oczywiście, ciała ropne w osadzie moczu nie mogą być w żadnym razie objawem patognomicznym dla kamicy nerkowej, gdyż spotykają się niemal we wszystkich schorzeniach nerkowych o charakterze zapalnym.

Rentgenodjagnostyka, która święci triumfy właśnie w dziedzinie rozpoznania kamicy nerkowej, nie może być, niestety, uważana za metodę absolutnie pewną. W pewnym odsetku przypadków promienie Roentgena nie wykazują złogów w drogach moczowych, podczas gdy dalszy przebieg (samoistne odejście kamienia) lub zabieg operacyjny z całą pewnością je stwierdza. Oprócz tego nie wszystkie cienie na rentgenogramie, znajdujące się w obrębie dróg moczowych, muszą być pochodzenia kamicznego. Flebolity, zwapniałe gruczoły chłonne oraz kamienie kałowe symulują na rentgenogramie kamienie dróg moczowych.

Dużą pomoc w rozpoznawaniu kamicy nerkowej okazuje nam objaw Goldflama. Objaw ten, polegający na wywołaniu bólu w odpowiedniej okolicy lędźwiowej przez wstrząs (uderzenie) tejże, ma tę ujemną stronę, że uderzamy silnie w tę okolicę, na której spokoju choremu najwięcej zależy. Poza to nie może on być uważany za objaw patognomiczny, gdyż jest on często ujemny w przypadkach absolutnie pewnej kamicy i, naodwrot, może być dodatni w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego o położeniu retrocekalnym i w różnych innych schorzeniach nerkowych (zapalenie miedniczki nerkowej, gruczoła).

Pas przeczulicy (zona hiperestezyjna Heada) w odpowiedniej okolicy lędźwiowej (nerwy X D. do I L.) spotykamy w przypadkach kamicy nerkowej wkrótce po napadzie ostrej kolki nerkowej, analogicznie do schorzeń innych narządów wewnętrznych, których przebieg połączony jest z bólami. Badając ten objaw Heada na dużym materiale nerkowym, mogłem się przekonać, że występuje on tylko w przypadkach, że tak powiem, ostrych lub podostrych, to znaczy najwyżej w krótkim cza-

sie po napadzie kolki nerkowej. Szukając go w okresie, który nazwę zimnym, to znaczy w dłuższy czas po zniknięciu zespołu objawów kolki nerkowej, mogłem się przekonać, że objaw ten, to zn. pas przeczulicy skóry okolicy lędźwiowej, po stronie chorej znika, natomiast zjawia się analogiczny pas przeczulicy skóry okolicy lędźwiowej po stronie zdrowej. Że w przypadkach tych mamy do czynienia z przeczuleniem skóry po stronie zdrowej, a nie ze zmniejszeniem czucia skóry po stronie chorej, można się przekonać, jeżeli porównać czucie skóry okolicy lędźwiowej po stronie chorej z czuciem skóry jakiegokolwiek innej okolicy. Powtarzam więc, objaw, obserwowany przeze mnie, polega na tem, że, jeżeli u chorego z kamicią nerkową uszczypnąć skórę w okolicy lędźwiowej po obu stronach z jednakową siłą, to stwierdzimy w wielu przypadkach przeczulicę skóry nie po stronie chorej, lecz po stronie zdrowej.*) Tyczy się to przypadków nie w okresie ostrej kolki nerkowej.

Objaw ten miałem możność obserwować wyłącznie w przypadkach kamicy nerkowej, nigdy zaś w innych schorzeniach nerkowych lub schorzeniach narządów jamy brzusznej (zapalenie wyrostka robaczkowego, kamica żółciowa). Wobec czego objaw ten o ile jest dodatni, jest patognomiczny dla kamicy nerkowej.

Jak możemy sobie objaw ten wytłumaczyć? W tym celu powinniśmy uprzytomnić sobie istotę fenomenu Heada i odruchu nerkowo-nerkowego (réflexe réno-rénal) Guyona. Fenomen Heada zależny jest zapewne od istnienia tak zw. „Perceptionszellen“, które swemi odnogami łączą gałązki nerwu współczulnego odpowiedniego narządu z włóknami nerwu czuciowego odpowiedniego segmentu. W ten sposób ból, idący przez gałązki nerwu współczulnego dośrodkowo, nie dochodząc do kręgosłupa, przeskakuje dzięki „Perceptionszellen“ na nerw czuciowy odpowiedniego segmentu, drażni go i wywołuje przeczulicę skóry.

Odruch nerkowo-nerkowy Guyona polega na tem, że chory, ze schorzeniem nerkowym odczuwa ból nie w nerce chorej, lecz w nerce zdrowej. Odruch ten dłuższy czas nie miał wytłumaczenia teoretycznego, opartego na badaniach anatomicznych i fizjologicznych. Próbowano przeprowadzić pewną analogję z „ophtalmie sympathique“; uważano też, że w nerce chorej wytwarzają się dzięki rozpadowi tkanki nerkowej „nefrotoksyny“, które, wydzielając się przez nerkę zdrową, drażnią ją i wywołują bóle. Dopiero odkrycie Gill Vermeta i Galart Monésa umożliwiło wejście w istotę tego zjawiska. Odkryli oni u człowieka zwój współczulny kreskowy dolny (*ganglion mesentericum inferius*). Jest to zwój pojedynczy, wspólny dla obu nerek; znajduje się w linii środkowej ciała, na przedniej powierzchni tętnicy głównej, na wysokości odgałęzienia się tętnicy kreskowej dol-

*) W dostępnej mi literaturze spotkałem tylko jeden raz następującą uwagę: „W jednym z naszych przypadków mogliśmy obserwować ból i nadwrażliwość skóry wyłącznie po stronie przeciwległej“ I. u. W. Israel. Chirurgie, d. Niere u. d. Harnleiters.

*) D. S z e n k i e r. Schorzenia dróg moczowych a przewód pokarmowy. Gastrologja Polska. Tom. II № 1.

nej. Dzięki temu odkryciu, które wykazało, że w zwoju współczulnym kreskowym dolnym łączą się nerwy współczulne, idące od obu nerek, posiadamy wyłomaczenie odruchu nerkowo-nerkowego.*)

W ten sposób w przypadku kamicy nerkowej, połączonej z bólami, możemy mieć następujące możliwości odczuwania przez chorego tych bólów. Pierwsza możliwość: jeżeli ból, powstały w nerce z kamieniem, idzie przez nerw współczulny drogą normalną, dośrodkowo—chory będzie odczuwał ból w nerce chorej. Druga możliwość: jeżeli ból powstały w nerce z kamieniem, idzie przez nerw współczulny dośrodkowo i, nie dochodząc do kręgosłupa, dzięki „Perceptionszellen”, przeskakuje na włókna nerwu czuciowego odpowiedniego segmentu — u chorego stwierdzimy pas przeczulicy skóry okolicy lędźwiowej po stronie chorej (zona hiperestetyjna Heada).

Trzecia możliwość: jeżeli ból, powstały w nerce z kamieniem, idąc przez nerw współczulny dośrodkowo, dzięki istnieniu wspólnego dla obu nerek *ganglion mesentericum inferius*, przeskakuje na nerwy współczulne drugiej nerki,— chory będzie

odczuwał ból w nerce zdrowej (réflexe réno-rénal Guyona).

Czwarta możliwość (połączenie trzeciej i drugiej możliwości): jeżeli ból, powstały w nerce z kamieniem, idąc przez nerw współczulny dośrodkowo, dzięki istnieniu wspólnego dla obu nerek *ganglion mesentericum inferius* przeskakuje na nerwy współczulne po drugiej stronie ciała i w swym biegu dośrodkowym, dzięki „Perceptionszellen”, wywołuje podrażnienie nerwu czuciowego odpowiedniego segmentu (oczywiście już po stronie zdrowej) — wtedy u chorego stwierdzamy pas przeczulicy skóry okolicy lędźwiowej po stronie zdrowej (objaw obserwowany przezemnie.)

Powyżej opisany objaw nie może być w żadnym razie uważany jako rozstrzygający, lecz, ze względu na dotychczasowy brak objawu patognomicznego dla kamicy nerkowej, może być wśród innych uważany za pomocniczy.

*) D. Szenkier. O odruchu nerkowo-nerkowym. Warsz. Czasop. Lekarskie. 1924. № 1.

D. Szenkier. Ueber den reno-renolen Reflex. Ztschr. f. Urologie. 1929. № 3.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Państwowego Zakładu Higjeny
(Kierownik: Prof. L. Hirszfeld)

Teorja zjadliwości bakterij na zasadzie prac Falka.

Podąła
R. ZAJDLÓWNA (Warszawa)

Naogół zjadliwość uważana jest za swoistą cechę bakterij, podobnie jak oporność, względnie odporność za cechę ich żywicieli. Takie rozgraniczenie pojęć wydaje się niesłuszne. Obydwie bowiem cechy pozostają w ścisłej od siebie zależności. Można powiedzieć w sposób zupełnie uzasadniony, że ten drobnoustrój jest zjadliwy, względem którego osobnik jest bardzo wrażliwy i odwrotnie: ten osobnik, dla którego drobnoustrój jest zjadliwy, jest względnie nieodporny. Zależność tych czynników da się może najlepiej wyrazić za pomocą wzoru, proponowanego przez Falka:

$$\text{zjadliwość} \propto \frac{1}{\text{oporność wzgl. odporność}}$$

Mając na uwadze zagadnienie mechanizmu zjadliwości, Falk zwraca się z obserwacjami do zmian, jakie pod tym względem często zauważyć można w hodowlach t. zw. zjadliwych bakterij. Bardzo często zmiany te są spontaniczne. W takim wypadku, nie wnikając głębiej w istotę zjawiska, tłumaczymy je niestałością genetyczną szczepów lub trudnością stworzenia i utrzymania warunków, któreby zapewniły szczepowi stałą zjadliwość. W zakresie chorób epidemicznych, jak np. grypy, płonicy, zmiany te są nadto cykliczne i dają nagłe zwroty w zjadliwości. Zjawisko to tłumaczo

czono dotąd bądź to z punktu widzenia zmian cyklicznych czynnika etjologicznego, bądź to nabytej odporności osobniczej względem zarazka. Jest mało jednak prawdopodobnem, podług Falka, żeby zmiany te zachodziły w naturze w sposób równie nagły, jak to jest notowane w statystyce.

Przy ścisłej obserwacji dostrzec można, że zmiany w zjadliwości zachodzą w sposób ciągły i równoległe do innych zmian w cechach charakterystycznych drobnoustroju oraz do zmian w pewnych cechach, warunkujących mechanizm obrony żywiciela. Przy pewnym odpowiednim podejściu do zagadnienia można stwierdzić taką zależność w sposób bardzo wyraźny i dający się mierzyć doświadczalnie oraz wyliczać za pomocą reguł matematycznych. Chodzi tu o PD (różnicę potencjału — potential difference) — cechę właściwą zarówno bakterjom, jak i ciałom obronnym ustroju. Jak z dalszej treści wynika, cechy te pozostają względem siebie w ścisłej zależności, podlegającej prawom dynamiki elektrochemicznej.

Ponieważ mechanizm zjadliwości bakterij pozostaje jeszcze w strefie tajemnicy, cały szereg cech, jak zdolność produkowania toksyn, zdolność przenikania, wiązania lub lokalizowania się na specjalnych tkankach, zdolność wywoływania martwicy, są to cechy, które warunkują pojęcie zjadliwości danego zarazka dla danego osobnika. Dla poszczególnych gatunków bakterij poszczególne spośród tych cech są dominujące, jako wyraz ich zjadliwości. Można w tym zakresie wyodrębnić 2 zasadniczo różne grupy bakterij: te, które są zjadliwe, głównie przez wydzielanie toksyn, i te, które

toksyn nie wydzielają. Prątki błonicy oraz tężcowe są w wysokim stopniu pozbawione zdolności przenikania do tkanek (inwazyjności).

Szkoda, którą wywołują w osobniku (żywieliu), sprowadza się prawie wyłącznie do działania toksyn. W takim przypadku zjadliwość można uważać za identyczną z toksycznością. Bakterje błonicy, pozbawione zdolności wytwarzania toksyn, uważane są naogół za niezjadliwe. Mamy natomiast inne bakterje, np. *clostridium behehi* lub paciorkowce szkarlatynowe, które nie tylko za pomocą jadu, lecz również przez przenikanie do tkanek, oraz zdolność tworzenia martwicy, wywołują obraz choroby. Ostatnie badania wykazały, że można z bakteryj, dotąd uważanych za nietoksyczne, w pewnych warunkach otrzymać toksynę.

Być może, uda się więc w przyszłości znaleźć toksynę i dla wielu innych bakteryj. W dzisiejszym jednak stanie wiedzy musimy jeszcze stać na stanowisku, że dla większości bakteryj chorobotwórczych zjadliwość nie jest uwarunkowana wydzielaniem do organizmu toksyny. Na podstawie badań dotychczasowych np. niewiadomo jeszcze dotąd, dlaczego pada myszka w kilka godzin po wstrzyknięciu niewielkiej ilości prątków tężcowych. Zadane dane nie wskazują na wytwarzanie się toksyny *in vivo*, nie stwierdza się również w ustroju myszki żadnych przeciwciał, które wskazywałyby na obecność jakiegokolwiek aparatu antytoksycznego. Obronne działanie ustroju objawia się tylko we wzmoczonej fagocytozie.

Korelacja pomiędzy zjadliwością a innymi cechami charakterystycznymi drobnoustroju została stwierdzona zwłaszcza w zakresie bakteryj nietoksycznych. Oddawna wiadomem było, że szczepy, posiadające otoczkę, są bardziej zjadliwe od tych, które jej nie posiadają. Jeżeli przez pasażę na zwierzętach zwiększa się zjadliwość drobnoustroju, zwiększa się wówczas również jego otoczek; jeżeli za pomocą odpowiednich środków zmniejsza się zjadliwość, redukuje się również otoczek.

Nadto stwierdzono, że zjadliwe i otoczkowe szczepy są stosunkowo źle aglutynowane za pomocą swoistych surowic odpornościowych i są słabo fagocytowane. Innymi słowy, istnieje stosunek wprost proporcjonalny pomiędzy zjadliwością i posiadaniem otoczki, i odwrotnie proporcjonalny pomiędzy zjadliwością i zdolnością do ulegania fagocytozie.

Stosunek powyższy jest bardzo powszechny choć nie stały. Zatem, bakterja nietoksyczna, której zjadliwość zależy od inwazyjności do tkanek lub płynów ustroju, jest zjadliwa, jeżeli jest odporna na fagocytozę, a opiera się fagocytozie głównie przez posiadanie otoczki. A więc zjadliwość, posiadanie otoczki, opiera się na fagocytozie — są to cechy, równolegle występujące w bakterjach nietoksycznych.

Niektórzy autorzy uważają, że zależność między wyżej wymienionymi cechami jest przypadkowa. Właściwą podstawą zjadliwości podług nich jest produkowanie przez drobnoustroje i wydzielanie endotoksyn, agresyn, wirulin i anafilatoksyn. Bliższe badania wykazały jednak, że substancje te małą odgrywają rolę w zjadliwości.

Stwierdziwszy przeto, że dla pewnej grupy nietoksycznych bakteryj, istnieje korelacja pomię-

dzy zjadliwością a niektórymi cechami morfologicznymi lub biochemicznymi, Falk zwraca specjalną uwagę na te cechy korelacyjne, których mechanizm jest najbardziej zrozumiały.

Otóż zjadliwość idzie w parze ze słabą zdolnością aglutynacyjną. Ta cecha jest punktem wyjścia, jest założeniem, na którym Falk buduje swoją teorię zjadliwości drobnoustrojów. Wiadomo, że aglutynacja określana jest przez ładunek elektryczny, względnie różnicę potencjału. W kilku słowach można tę rzecz zilustrować w sposób następujący.

Zawiesinę bakteryjną możemy traktować jako koloid zawieszinowy. Na granicy zetknięcia cząstki koloidu z płynem powstaje różnica potencjału. Zawiesina jest trwała, im większa jest jej różnica potencjału. Wszystkie czynniki, zmniejszające różnicę potencjału, będą wpływały dodatnio na wypadalność cząstek zawiesiny i odwrotnie.

Jeżeli zatem z tej strony aglutynacja jest uwarunkowana przez różnicę potencjału, z II-iej strony zjadliwość znajduje swój odpowiednik prawie zawsze w osłabieniu zjawiska aglutynacji, nasuwa się wobec tego zagadnienie, czy nie istnieje bezpośrednia korelacja pomiędzy PD bakteryj i zjadliwością.

W tym kierunku były poczynione nieliczne próby przez Northropa i de Kruifa. Znajdowali oni większe PD dla szczepów zjadliwych i stosunkowo gorzej aglutynujących się i mniejsze dla szczepów niezjadliwych i lepiej aglutynujących się.

Autorzy uważali jednak tę korelację za przypadkową. Falk w licznych swoich badaniach, przeprowadzonych przeważnie nad pneumokokami, znalazł niewątpliwą korelację pomiędzy PD a zjadliwością szczepów badanych dla myszy białej.

W jaki sposób Falk i jego współpracownicy oznaczali PD bakteryj? PD oznaczano w 48-godzinnej hodowli buljonowej poddanego obserwacji szczepu. Jeżeli taką hodowlę umieścić w polu elektrycznym, t. zn. przepuścić przez nią prąd elektryczny (o dużym napięciu), wtedy następuje wędrowka bakteryj (jako koloidu, naładowanego ujemnie) ku zasadzie, innymi słowy, następuje kateoforeza, przyczem szybkość wędrowki zależy tu od różnicy potencjału zawieszonych w płynie cząstek. Z szybkości tedy wędrowki (wyrażonej w in per sec.) obliczano wdg wzoru PD każdej hodowli.

1. Z pośród 76 szczepów o 3 typach ustalonych i typie IV z wyodrębnionych z płatowego zapalenia płuc, można było ustalić wartości dla PD, wyrażone w następującej kolejności III > I > II > IV,

W tej samej kolejności można było uszeregować zjadliwość szczepów dla myszy białej i prawdopodobnie dla człowieka.

2. W obrębie typów II, III i IV pneumokoków te szczepy, które dawały PD większe, były śmiertelne dla myszy; u myszy, zakażonych szczepami, których PD było mniejsze, następowało wyleczenie. (Doświadczenia przerobione były ze szczepami, pochodzącymi z pojedynczych komórek).

3. Dla typów morfologicznych S i R pneumokoków znaleziono również równoległość w różnicy w zjadliwości, aglutynacyjności i PD. Arkwright i de Kruij podają szereg cech, różniących obydwa typy R i S bakteryj. Zmiany w typie mor-

fologicznym kolonii występują niezmiennie równolegle do zmian w całym szeregu cech charakterystycznych. Typ „S” jest stosunkowo bardziej zjadliwy, z morfologicznego punktu widzenia przedstawia się normalnie, bakterje S są ruchliwe, posiadają otoczki; typ R, słabo lub wcale niezjadliwy, daje formy inwolucyjne, jest nieruchliwy, bezotczkowy, łatwo lub samoistnie aglutynujący się. Falk i Jacobson stwierdzili, że jeżeli „S” przechodzi w „R”, następuje zmiana w zjadliwości, zdolności do aglutynowania się, produkowania swoistych rozpuszczalnych substancji oraz w wielkości PD. Z badań nad PD w zakresie wymienionych wariantów morfologicznych wynikało, że formy „S” i „R” są to końcowe graniczne formy przemian i co zatem idzie, przemiana „S” — w „R” na charakter ciągły.

Korzyść z zastosowania pomiarów PD w zakresie wariantów „S” — „R”, ujawniła się nadto w tem, że można było znaleźć całą skalę form przejściowych od „S” do „R” i odwrotnie uszeregować je według stopnia ich zjadliwości. Tymczasem za pomocą zwykłego badania na zwierzętach nie można było dotąd ustalić zjadliwości form pośrednich, ponieważ, jako formy niestałe, uległy przemianom już podczas szczepień na zwierzętach

We wszystkich zbadanych przypadkach zmiany w zjadliwości pneumokoków dla białych myszy, występowały równolegle do zmian w PD, zdolnościach zlepnych i innych cechach charakterystycznych, przyczem zmiany te zachodziły w sposób nieprzerwany i ciągły.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Radjologia.

∞ LENK Robert. O leczeniu promieniami Roentgena. Podręcznik do użytku ogółu lekarzów. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie 1929.

Ogólnie znany skorowidz lecznictwa promieniami Roentgena wyszedł w trzecim wydaniu. Tłumaczenia na polski dokonał Dr. Stanisław Imich.

Lenk wprowadza pewne uproszczenie orientacyjne, podając schematyczne zapisywanie dawki, czasu, odległości i przerw poszczególnych naświetlań. Schemat ten zasługuje na ogólne zastosowanie, gdyż upraszcza znacznie wszelkie dotyczące tych danych zapisy i odczytywanie.

Zadaniem książki Lenka jest alfabetyczne podanie poszczególnych postaci chorobowych, w których z lepszym czy gorszym wynikiem stosuje się leczenie promieniami X. Uwzględnia on w każdej postaci chorobowej sposób działania, rokowanie, trwanie kuracji, przebieg leczenia, objawy towarzyszące i następce, leczenie pomocnicze, przeciwwskazania, wzór leczenia, dawkę ogniskową i pola.

Lenk, jako wychowanek szkoły Wiedeńskiej, stosuje promienie X bardzo szeroko, może nieco za szeroko. Jest cały szereg postaci chorobowych, gdzie nawet próba stosowania promieni X jest przeciwwskazana ze względu na stratę drogiego niekiedy czasu.

Należy też pamiętać, iż Lenk podaje tylko jeden sposób naświetlań, jest więc mocno jednostronny.

Co się tyczy tłumaczenia, to mam poważne zastrzeżenie przeciw używaniu wyrazu „sączek” jako synonimu filtru metalowego,

B. Kryński.

J. MARKL. O źródle promieniowania mikroenergetycznego. (Strahlentherapie № 32 1929).

Znakomici badacze stwierdzili działanie lecznicze radu w gościcu, nerwobólach i zaburzeniach przemiany materji, tak, że rad zdobył sobie właściwe miejsce w fizjoterapii.

Medycyna ludowa wyprzedziła naukę i w tej dziedzinie. Autor wspomina, że ludność okolicy Jachimowa (St. Joachimsthal) używała oddawna woreczków wypełnionych rudą radową, jako amuletów, przeciw dolegliwościom gościcowym.

Nowoczesne badania potwierdziły znaczenie lecznicze małych dawek radu. O paczkach z rudą uranową wspomina Krause, a w nowszych czasach autorzy francuscy wskazują wielokrotnie na przeciwrumatyczne działanie niezawodnych

ilości radu, któremi można usunąć w istocie najrozmaitsze bóle neuralgiczne i reumatyczne.

Autor wspomina też o kompresach radowych, wyrabianych w Joachimsthalu, przy których sporządzaniu wyzyskano doświadczenie praktyki jachimowskiej. Kazuistyka, przytoczona przez autora, zasługuje na uwagę.

X

E. J. LASZLO. Mikroenergetyczne promieniowanie radowe i jego zastosowanie w leczeniu cierpień mięśni, kości, stawów i nerwów. (Jubileuszowy zeszyt Monatsschr. Ung. Mediziner.)

Autor zajmuje się zagadnieniem działania małych dawek radu, odpowiednio rozmieszczonych na większej powierzchni, twierdząc, iż osiągnięto dodatnie wyniki słabem a dłuższem naświetlaniem, podkreśla przytem okoliczność, że nieznaczne ilości promieni zupełnie pozbawione są własności destruktywnych nawet przy dłuższem działaniu.

Dozowanie najsiłniejsze nazwano dawkowaniem granicznym (Grenzwertdosierung), leczenie zaś za pomocą takich doz, terapią wartości progowych (Schwelenwerttherapie).

Płaskie poduszeczki, tak zwane okłady (kompresy) radowe, sporządzone z batystu Billrotha, stale kontrolowane, o wadze 100 gr., zawierające jachimowską smołę uranową z dawkami radu od 0,0315 do 0,1 mg Ra-El., są wygodnym środkiem mikroaktywnego naświetlania. Okres półtrwania tych kompresów wynosi 1580 lat, wobec czego są one praktycznie wiecznym źródłem promieniowania o niezmiennem napięciu.

Ciekawa jest kazuistyka, stwierdzająca dobre wyniki, osiągnięte kompresami radowymi w przypadkach *lumbago*, *arthritis reum. chron.*, *ischialgia*, *osteoarthritis*.

Autor wspomina też o dobrych rezultatach leczenia poduszczkami radowymi, stwierdzonych przez Bauera (Wiedeń), Kucerę (Praga), Stejskala (Wiedeń).

X.

Lecznictwo.

E. SIMENAUER. Szybkie, czynne wypełnienie układu krwionośnego. (Med. Kl. № 11 1930)

W 3-5 minut po zastrzyknięciu dożylnem 30cm³ 40% glikozy otrzymujemy obniżenie ilości hemoglobiny o 10-15%. Po pewnym czasie ilość hemoglobiny wraca do normy.

Wskutek wprowadzenia do krwiobiegu roztworu hipertonicznego następuje dopływ znacznej ilości płynów tkankowych do układu krwionośnego drogą osmozy i dyfuzji; prowadzi

to do rozcieńczenia krwi o przeciętnie 500cm³, a skutkiem tego zmniejsza się ilość hemoglobiny. Dopyływ płynów tkankowych do układu krwionośnego drogą osmozy i dyfuzji—odbywa się w tym przypadku jako proces czynny, natomiast przy wprowadzeniu dużych ilości roztworów izotonicznych następuje tylko bierne rozcieńczenie krwi.

Metoda ma przewagę nad wprowadzaniem roztworów izotonicznych, gdyż jest szybka, nie wymaga wlewania dużych ilości płynów i zaleca się przy znacznej utracie krwi i niebezpiecznych wstrząsach.

M. Segal.

E. A. SHARP. Czynniki przeciwanemiczne w wysuszonym żołądku. (J. Am. Med. Ass. I. 93, Nr. 10. 1929).

Omawiając stosunki w niedokrewności złośliwej — a zależne od czynności wątroby i śluzówki żołądka (*achylia*) — autor dopatruje się mechanizmu następującego:

Wątroba lub jej wyciąg działają przeciwanemicznie jedynie w obecności normalnego soku żołądkowego, który uwalnia substancję czynną. Jeżeli zatem czynność żołądka jest wybitnie upośledzona — to substancja czynna z wątroby nie zostaje aktywowana.

Z drugiej strony przypuszczają, że, ponieważ wątroba i żołądek mają wspólne pochodzenie embrjonalne, mogą tedy zawierać podobne substancje krwiotwórcze. Jeżeli nadto przypuszczają, że *achylia gastrica* jest czynnikiem decydującym w powstawaniu niedokrewności złośliwej, to rola śluzówki żołądka w leczeniu tej choroby stanie się tembardziej widoczna

B. Goldstein.

LAUBER Joachim. Wydzielanie wewnętrzne, skłonność do infekcji i gojenie się ran. (Münch. med. Woch. Nr. 11. 1930).

Autor przytacza szereg rozmaitych stanów infekcyjnych i zakażonych, niegojących się ran, w których uzyskał poprawę dopiero po podaniu wyciągów z gruczołów wydzielania wewnętrznego. Jednocześnie poprawiał się stan ogólny chorych. Przypadki dotyczyły niedomogi trzustki, jajników, tarczycy. Podawano insulinę, wyciągi jajnikowe, tarczycę, wzgl. preparaty kombinowane. Leczenie to jest tylko pomocnicze, w niektórych przypadkach jednak niezbędne, działa przez podniesienie ogólnych sił odpornościowych organizmu i przez wzmożenie przemiany tkanek zakażonych.

F. Turyn.

W. KERN. O zastosowaniu lecniczem zimnego mułu. (Med. Kl. 10. 1930).

Muł, wzgl. glina, stosowany na zimno w postaci okładów, posiada własności znacznego wiązania ciepła, niskie przewodnictwo cieplne i daje b. dobre wyniki w ostrych i podostrych przypadkach zmian zapalnych tkanek. W porównaniu z okładami z płynu Bouřowa działanie jest korzystniejsze, gdyż jest bardziej długotrwałe, powolniejsze, i nie zachodzi potrzeba częstej zmiany okładów, pozatem wchodzi tu w grę czynnik mechaniczny w postaci łagodnego ucisku na tkanki. Szczególnie dobre wyniki daje stosowanie mułu, wzgl. gliny zmieszanej z wodą. Woda wyparowuje, a badanie kompresu przed użyciem i po użyciu wykazuje utratę tej wody pod wpływem ciepła tkanek, a tem samem obniżenie ciepłoty tkanek, zmienionych zapalnie.

Znaczną poprawę obiektywną i subiektywną stwierdzono w przypadkach schorzeń stawowych ostrych i podostrych pochodzenia infekcyjnego i urazowego.

M. Segal.

Choroby zakaźne.

O. WELTMANN. O małej endemji choroby papuziej w Wiedniu. (sierpień 1929) (Wien kl. Woch. Nr. 7/1930 r.)

Autor podaje dokładny opis jednego i fragmentarycz-

ny trzech przypadków choroby papuziej w których stwierdzono bezpośredni kontakt z choremi ptakami. W pierwszym przypadku choroba rozpoczęła się nagle wśród następujących objawów: silna gorączka (40 st.), kaszel, bóle w plecach i stawach. Fizykalne i rentgenologiczne badanie wykazało ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc. Ze strony układu krążenia należy zaznaczyć jedynie względną bradykardję. Śledziona była powiększona. W moczu zwiększona ilość urobilinogenu (dodatni w rozcieńczeniu 1:32), we krwi 5400 białych ciałek z tego 2 proc. kwasochłonnych. Badanie piwojny wykazało obecność paciorkowców i diplokoków. Po 23 dniach nastąpiło zupełne wyleczenie.

Z pozostałych przypadków jeden przebiegał pod obrazem grypy, drugi odoskrzelowego zapalenia płuc i zapalenia opłucny i objawów jelitowych, trzeci zapalenia płuc z silnie wyrażonymi objawami mózgowymi (zamroczenie świadomości, majaczenie). I w tych trzech przypadkach nastąpiło wyleczenie.

Henryk Landau.

J. WIDOWITZ. O trzech przypadkach choroby papuziej. (Wien. kl. Woch. Nr. 7/1930)

Opis trzech przypadków choroby papuziej w Gracu w maju 1929.

W pierwszym przypadku pacjentka, handlująca papugami, zachorowała nagle wśród lekkich dreszczów i wysokiej gorączki. W płucach stwierdzono kolejno we wszystkich płacach po obu stronach ogniska zapalne, dość szybko znikające, stan ogólny chorej przypominał dur brzuszny, choć powiew ze krwi był słaby, a próba Widala wypadła ujemnie. Jako komplikacja pochorobowa wystąpiła ischiuria, która trwała dwa miesiące.

W drugim przypadku choroba przebiegała pod obrazem ciężkiego rozlanego nieżytu oskrzeli z remitującą gorączką i przewlekającym się okresem zdrowienia.

W trzecim był obraz zapalenia płuc i rozlanego zapalenia oskrzeli z przepuszczającą gorączką; chory zmarł na czwarty dzień wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego.

I w tych dwóch przypadkach stwierdzono kontakt z papugami.

Henryk Landau.

W. KELLER i W. SCHAEFFER. Badania nad etiologią poszczepiennego schorzenia ośrodkowego układu nerwowego. (Jahrb. für Kinderh. 75 tom, 56 zeszyt)

Autorzy w większej pracy omawiają przyczyny powstawania *encephalomyelitis* po szczepieniu ospy, a zwłaszcza podają krytycznej analizie dwie teorie, tyżące etiologii powyższego cierpienia: teorię wakcynacyjną i aktywacyjną. Badanie zapalenia mózgu poszczepiennego wykazało brak swoistego obrazu zarówno klinicznego, jak i anatomo-patologicznego tego schorzenia. Autorzy odrzucają teorię wakcynacyjną, przeciwko której, między innymi, przemawia: 1) zupełna niemożliwość stwierdzenia wakcynacyjnego charakteru tego cierpienia zarówno na drodze anatomicznej, jak i bakteriologicznej, oraz 2) liczniejsze występowanie powyższych przypadków od 1925 roku. Stały okres inkubacyjny (9--12), będący dla zwolenników teorii wakcynacyjnej jednym z najważniejszych argumentów pozytywnych, starają się autorzy wyzyskać jako argument dla teorii aktywacyjnej, dowodząc, że w tym czasie właśnie następuje największe natężenie procesu szczepiennego, sprzyjające aktywacji jakiegoś zarazka. O ile stały czas inkubacyjny daje się, zdaniem autorów, ująć jako zjawisko paralogiczne, o tyle ocena obrazu histo-anatomicznego poszczepiennego *encephalomyelitis* jest z punktu widzenia etiologicznego niemożliwa.

Badania doświadczalne autorów miały wykazać, czy i jak dalece rozwijająca się po szczepieniu ospy alergja mo-

że wpłynąć na patomorfologię jakiegoś znanego procesu encefalitycznego. W tym celu zakazano drogą subduralną, rogówkową lub podskórną zarazkiem opryszczki króliki, uprzednio szczepione śródskórną krowianką ospową, w chwili największego natężenia procesu szczepiennego, oraz zwierzęta kontrolne. Badanie histo-patologiczne wykazało, że szczepienie ospy w niczem nie zmieniło obrazu, spotykanego w zapaleniu mózgu królików, wywołanego przez *herpesvirus*. W drugiej serii doświadczeń, autorowie chcieli się przekonać czy króliki, uodpornione uprzednio przez kilkakrotne, wśródskórne wprowadzenie krowianki, posiadają jakąś odporność, względnie inaczej oddziałują na *herpesvirus*, niż zwierzęta nieszczepione. I te doświadczenia wykazały brak jakiegokolwiek różnicy histologicznej między zwierzętami szczepionymi i nieszczepionymi.

Doświadczenia te wykazują, że na tle rozwijającej się walcynalnej alergii, dotychczas znany proces encefalityczny nie ulega żadnej zmianie, a co zatem idzie, żadna z dotychczas znanych postaci zapaleń mózgu, a w szczególności *encephalitis epidemica* pod względem etjologicznym nie gra roli w powstawaniu poszczepiennego zapalenia mózgu. Zdaniem autorów rozchodzić się może jedynie o aktywowanie jakiegoś nieznanego dotychczas zarazka, bądź też jakiegoś czynnika niechorobotwórczego, który na podłożu rozwijającej się poszczepiennej alergii nabiera własności chorobotwórczych.

M. Stopnicka.

G. FEDDERS. O szczepieniu ospy wietrznej. (Jahrb. für Kinderh. 75 tom, 5/6 zeszyt).

Autor szczepił ospę wietrzną 25 dzieciom, które choroby tej nie przechodziły i znajdowały się w okresie inkubacji, oraz trojgu dzieciom, które ospę wietrzną przechodziły. Technika polegała na przeniesieniu zawartości przezroczystego pęcherzyka na skaryfikowaną (jak w szczepieniu Pann d o r f a) skórę ramienia osoby szczepionej. U wszystkich 25 dzieci wystąpił po upływie 4-8 dni odczyn swoisty w postaci grudek, bądź pęcherzyków, a nawet krost. U osobników, które ospę wietrzną przeszły wystąpił jedynie odczyn traumatyczny.

W 14 przypadkach autor spostrzegł przebieg poronny, polegający na zjawieniu się pewnej liczby wykwitów na ciele, które wystąpiły między 11 a 25 dniem po szczepieniu, w 9-ciu przypadkach osiągnął zupełne uodpornienie, gdyż wysypka wcale nie wystąpiła. Po słabym odczynie miejscowym (6 przypadków) brak było wysypki, a po silniejszym (17 przypadków) nie wystąpiła wysypka w 3-ch przypadkach, pojedyncze wykwitły w 10-u przypadkach, większa liczba wykwitów (do 50-ciu) w 4 przypadkach.

Zdaniem autora, waricellizacja jest rodzajem zakażenia wietrzną ospą, przy którym po upływie mniejwięcej tygodnia zjawia się wysypka ograniczona do miejsca szczepienia, zaś w przypadkach silnego odczynu miejscowego po upływie następnego tygodnia zjawiają się przerzuty wysypki. Odporność zaczyna się rozwijać w chwili powstawania odczynu szczepiennego, zaś generalizacja wysypki zależy od stopnia osiągniętej w owym czasie odporności. Szczepienie to zatem można uważać za szczepienie ochronne, które można stosować nawet w pierwszej połowie okresu inkubacyjnego. Ujemną stroną szczepienia jest okoliczność, że osobniki szczepione mogą być źródłem zakażenia.

M. Stopnicka.

Choroby kobiet i położnictwo.

∞ Doc. U. J. Dr. Januarius ZUBRZYCKI, prymariusz oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala Ś-go Łaza-

rza w Krakowie. Niepowikłane przebiecia macicy a przerwanie ciąży we wczesnych jej miesiącach. (Wydawnictwo Okręgow. Zw. Kas Chorych w Krakowie, „Lekarz-Praktyk“. Kraków, 1930).

Wiemy bardzo dobrze, że wśród laików „skrobanka” macicy celem przerwania ciąży uchodzi za „bagatelkę”. Niestety, słyszymy b. często nawet z ust lekarzy, że dokonanie wyłyżczkowania jamy macicy jest „glupstwem”.

Broszurka doc. Zubrzyckiego, aczkolwiek nie zawiera nic specjalnie nowego, napisana jednak zwięźle i rzeczowo, przekona z pewnością zbyt pewnego siebie czytelnika, że lekceważąc zabieg usunięcia jaja z jamy macicy przy pomocy łyżeczki nie wolno.

Im więcej lekarzy mniej doświadczonych przeczyta tę pożyteczną pracę, tem mniej będzie nieszczęśliwych przypadków uszkodzeń macicy z ich groźnymi następstwami, i ewentualnie, zmniejszy się liczba niewinnych często ofiar nieszczęsnego „Piekiła Kobiet”.

Autor opiera swoje wnioski na danych anatomicznych przestudjowanych przypadków i bierze pod ścisłą uwagę warunki, w jakich nastąpiły przebiecia macicy lub szyi macicznej.

W dalszych rozdziałach omówiony jest mechanizm powstawania poszczególnych rodzajów przebiecia macicy, rozpatrzone są momenty „techniczne” samego zabiegu wyłyżczkowania i powody, dla których przebiecia macicy przedstawiają takie niebezpieczeństwo dla chorych.

Ostatnie dwa rozdziały pracy poświęcone są opisowi postępowania leczniczego w przypadkach przebiecia macicy podczas wyłyżczkowania jej we wczesnych miesiącach ciąży i rozpatrzeniu objawów, które pozwalają rozpoznać omawiane uszkodzenie macicy.

Muszę jednak zaznaczyć, że, o ile za zupełnie słuszne uważam cenne wskazówki, dotyczące stosowania „korncangi” „abortcangi”, nieużywania zbyt małego kalibru łyżeczek i zalecanie nieprzepełkiwania jamy macicy po zabiegu wyłyżczkowania, to nie mogę się zgodzić na zupełne prawie ograniczenie przez autora posiłkowania się zgłębnikiem macicznym

Sądzę, że zgłębnik winien być używany jaknajczęściej, a to w celu skontrolowania (po dokładnem zbadaniu dwuręcznem) stosunku trzonu do szyi macicy, kierunku i szerokości kanału szyi, oporu w okolicy ujścia wnętrznego różnych przeszkód w postaci guzów i t. p.

Każde, najniewinniejsze nawet narzędzie, a więc zgłębnik, w rękach niedoświadczonego lub nie dość ostrożnego lekarza zawsze może wyrządzić chorej szkodę.

Przeciwnie, w dłoni lekarza uważnego, technicznie wyrobionego zgłębnik spełni tylko z pożytkiem dla pacjentki swoje zadanie.

Należy jedynie być bardzo ostrożnym i „skrobanki”, jak to zresztą podkreśla z naciskiem autor, nie traktować lekceważąco.

Narzędzie, które uważam za bardzo szkodliwe i na którego zupełne usunięcie z walizy położnika i z instrumentarium ginekologa należałoby stanowczo, jest rozszerzacz Hegara, który winien być zastąpiony przez rozszerzacz Hauka.

Korzystając z okazji, uważam za niezbędne przypomnieć swoje żądanie, które wygłosiłem na jednym z posiedzeń W. T. G., poświęconych obradom nad poronieniem sztucznym.

Żądanie to brzmi: Zabieg przerwania ciąży drogą wyłyżczkowania jamy macicy winien być wykonywany jedynie w szpitalach i to przez jaknajbardziej wykwalifikowanych lekarzy.

Henryk Altkauffer.

J. LOUREL. Leczenie zapaleń macicy i przydatków sposobem szczepień „miedniczych”. (Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique Nr. 1 1930 r.)

Szczepienie „miednicze”, jest to szczepienie regionalne miednicy małej. Sposób ten, udoskonalony na oddziale doc. Lévy — Solal, stosowany był początkowo w przypadkach zapaleń żylnych, następnie, z dobrym skutkiem, w przypadkach zapalenia przymacic. więzadła szerokiego i tkanki łącznej. Polega on na wprowadzeniu szczepionki wprost do mięszu macicy. Dzięki specjalnemu, autonomicznemu układowi naczyń krwionośnych i chłonnych macicy i przydatków, lek wprowadzony do mięszu macicznego, przedostaje się drogą tych naczyń do narządów rodnych (co stwierdzono sposobami kolorystycznymi). Technika szczepienia jest b. prosta. Chorą układa się w pozycji ginekologicznej, wprowadza się wziernik i na część pochwową nakłada się kulociąg. Dezynfekuje się słuzówkę i zastrzykuje się szczepionkę, względnie substancję białkową na linii środkowej przedniej wargi części pochwowej. Gdy zaś zależy, aby działanie szczepionki było silniejsze po jednej stronie, wtedy zastrzykuje się do prawej lub lewej połowy części pochwowej. Po zastrzyknięciu szczepionki lub substancji białkowej (5 proc. roztwór nukleinianu sodu 2 cm³ jeżeli po linii środkowej, 1 cm³. o ile obustronnie i symetrycznie) chore doznają uczucia ciepła głęboko w trzewiach, czasami jest ono b. silne, zawsze znośne, często kojące. Uczucie ciepła ogniskuje się głównie w podbrzuszu, dochodzi czasami do okolicy pępka. Następnie występują objawy wstrząsu, które trwają krótko, nie dłużej nad trzy kwadransy. Objawy hipertermji regionalnej są bardziej uporczywe (przekrwienie) i trwają dłużej, do 10 godzin. Bóle stają się słabsze, samopoczucie się polepsza. Obiektywnie stwierdzić można znacznie mniejszą bolesność przy palpacji brzucha i badaniu przez pochwę, większą ruchomość macicy, rozluźnienie i mniejszą bolesność sklepień. Sposób ten nie nadaje się do leczenia ambulatoryjnego, chora powinna leżeć w ciągu 12 godzin po zastrzyknięciu. Przy wprowadzeniu tym sposobem szczepionki osłabionej działanie jej staje się bardziej skuteczne, przy braku objawów wstrząsu (nadaje się do leczenia ambulatoryjnego).

Dotychczas autor stosował propidon lub nukleinian sodu. Propidon zastrzykiwał z początku w dawce 1/4 cm³, następnie, zależnie od wrażliwości chorej, 1/2 cm³, a nawet 1 cm sz. (doza maksymalna). Pierwsze zastrzyknięcie nukleinianu (wyniki b. dobre, Dr. Chevrler) nie powinno przekraczać dawki 1/2 cm sz., następne zwiększa się o 1/2 cm sz., do 2 cm sz. *maximum*. Autor używa do tych zastrzykiwań specjalnej strzykawki; igła musi być cienka (mały uraz, nie wielkie krwawienie i nieznaczne wyciekanie szczepionki na zewnątrz) i krótka (*max.* 2 cm.), aby płyn nie przedostał się do trzonu macicy, gdyż zastrzyknięcie powinno być do szyjne.

Zastrzyknięcie takie może być stosowane profilaktycznie; można wprowadzić białko, ciałko żółte lub wyciąg z jajników, które mają działać na narządy rodne. Autor zauważył, że po zastrzyknięciu nukleinianu sodu występują częstsze perjody (dowód przekrwienia), ten objaw można wykorzystać w leczeniu niedomogi jajnikowej. Opisany sposób wskazuje nową drogę do wprowadzania leków do ustroju.

H. Kerner.

Choroby oczu.

∞ DOC. D-r W. H. MELANOWSKI. Jaskra i Zaćma. (Biblioteka Okręgowego Związku kas chorych w Krakowie „Lekarz Praktyk”) Kraków 1930, str. 56.

Autor wychodzi z założenia, że każdy lekarz praktyk powinien umieć odróżnić jaskrę od zaćmy, gdyż w przeciwnym razie może narazić chorego na wyczekiwanie, aż taka

„zaćma” dojrzeje do operacji, a tymczasem może się okazać że jest to jaskra, w której każda nieogłędna zwłoka w leczeniu doprowadza do nieuleczalnej ślepoty. Z drugiej strony często się, niestety, zdarza, że lekarz praktyk, mając przed sobą chorego z różnymi objawami ogólnymi, jak bóle głowy, wymioty i t. p. zapomina o tem, że objawy te mogą być również wywołane przez jaskrę, i chory przybywa na operację nieraz zbyt późno, po długim i nieskutecznym leczeniu nie wspólnego z leczeniem jaskry nie mającym.

Zwięzły i dokładny opis objawów jaskry ma ułatwić każdemu lekarzowi nie-specjaliście rozpoznanie tej choroby.

Autor przypomina, że odróżnić należy jaskrę właściwą od stanu jaskrowego, czyli t. zw. jaskry wtórnej.!

Jaskrę właściwą dzieli autor na cztery postacie: 1) ostrą, 2) podostrą wzgl. przewlekłą, 3) prostą i 4) wodocze, czyli jaskrę wieku dziecięcego. Wobec najróżnorodniejszych i sprzecznych klasyfikacji jaskry, podział ten możemy uważać za wystarczający z punktu widzenia klinicznego.

Rozdział o ogólnym badaniu jaskry poprzedza opis poszczególnych jej postaci. Krótkie wiadomości z dziedziny anatomji patologicznej oraz zwięzłe streszczenie poglądów na potogenezę tego cierpienia uzupełniają obraz kliniczny. Wreszcie autor podaje główne zasady leczenia jaskry, farmaceutycznego i operacyjnego, przyczem jest bezwzględny zwolennikiem operacji Lagrange'a w jaskrze przewlekłej i prostej. Zabieg ten radzi wykonywać z mostkiem spojówkowym, który, według autora, najlepiej zabezpiecza przyleganie płata i pokrycie otworu w twardówce. Do cyklodializy, opisanej, zresztą, nieco niedokładnie, autor nie ma wielkiego przekonania.

Drugą część książeczki poświęca autor zaćmie, opisując główne jej postacie, podając główne poglądy na jej patogenezę, z uwzględnieniem badań nowoczesnych. Po krótkim, ale wystarczającym rozdziale, poświęconym anatomji patologicznej, podaje główne sposoby badania zaćmy, od zwykłego oświetlenia ogniskowego do biomikroskopji włącznie, kładąc głównie nacisk na te sposoby, które mogą być dostępne każdemu lekarzowi praktykowi.

Co się tyczy leczenia zaćmy, autor poświęca kilka uwag profilaktyce i leczeniu farmaceutycznemu, odnosząc się do tego ostatniego zresztą dość sceptycznie.

Jako wskazanie do operacji podaje autor spadek ostrości wzroku na jednym oku poniżej 1/10 obok rozpoczynającego się lub daleko posuniętego zmętnienia soczewki drugiego oka. Słusznie uważa, że „wyczekiwanie aż zaćma dojrzeje, albo aż chory oślepie na oba oczy, jest wprost nieludzkie.”

Zabieg wydobycia zaćmy opisany jest bardzo szczegółowo. Za najlepsze zabezpieczenie przed pooperacyjnym zakażeniem oka uważa autor zabieg z płatem, wzgl. z mostkiem spojówkowym. Radzi unikać iridektomji, szczególnie u cukrzy-czych. Operuje w znieczuleniu kokainowym, zakraplając 4 razy 5% roztwór kokainy w przeciągu pięciu minut, bez akinezji i bez zastrzyknięcia pozagłazkowego. W przeddzień zabiegu rozszerza źrenicę 1% w-wym roztworem atropiny. Po zerwaniu torebki kleszczykami Foerste'ra lub Kalfa, wydobywa zaćmę zapomocą wyciskania. Po wydobyciu jądra zdejmuje rozwórkę i usuwa masy, uciskając palcem wskazującym poprzez dolną powiekę. Po zabiegu daje 1% atropinę i 3% corgol. Aby uniknąć wypadnięcia tęczówki radzi autor nakłuwać ją u podstawy nożykiem Graefego natychmiast po wydobyciu zaćmy.

Opaskę tylko na oko operowane zakłada dopiero po 2—3 dniach. Choremu pozwala się siadać od 3 dnia, chodzić od piątego. Na 10-ty dzień — okulary barwne ochronne, na 12-ty dzień wypisanie.

W razie zapalenia tęczówki pooperacyjnego stosuje autor chętnie mleko, Alival i Jatren-Kezeinę.

W końcu książeczki autor daje zestawienie jaskry i zać-

my na zasadzie wywiadu, badania przedmiotowego i podmiotowego.

Książeczka napisana jest zwięźle i ciekawie, a podane tematy doskonaleby się nadawały do podręcznika okulistyki, którego chcielibyśmy się zresztą, od autora w przyszłości spodziewać. Wydana jest starannie, zaopatrzona w 27 rysunków, z których 6 barwnych, na oddzielnej tablicy. Można ją gorąco polecić każdemu lekarzowi praktykowi, który chciałby zapoznać się nieco bliżej z jaskrą i zaćmą i uchronić się w ten sposób od tak grzecznych dla chorego skutków niewłaściwego zróżnicowania tych chorób.

A. Z a m e n h o f.

G. BURSUK. O możliwości sztucznego wywołania zapalenia rzeżączkowego spojówek u królików. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. listopad 1928)

Według zapatrywań pewnych autorów (K o r o b k o w, K a l i n i n, B o z i n i i n n i) można po uprzednim przygotowaniu błony śluzowej worka spojówkowego (świeżą steryliz. żółcią) i zakażeniu następnie hodowlą gonokoków otrzymać typową postać zapalenia rzeżączkowego ze zmianami na rogówce. W przypadkach, gdzie udało się ten stan wywołać — znaleziono gonokoki w rozmazie, jak również na pożywkach.

Przeciwnego zdania byli P a r t s c h, N a g e l l, S c h z a d e r i i n n i. Ci autorzy w żadnym przypadku nie mogli otrzymać typowego obrazu, jak również nie wykazali w wydzielinie gonokoków. Czasem tylko występowało podrażnienie z ropną wydzieliną na oku, poddanem doświadczeniu. Rozbieżność zdań skłoniła autora do podjęcia doświadczeń w tym kierunku. Technika doświadczeń nie różniła się od poprzednich. 3 młodym królikom wkroplono do oczu po 3 krople żółci 25⁰/₀, 50⁰/₀, 100⁰/₀ po 2 godzinach do każdego prawego worka spojówkowego wiano po 3 krople 24 godzinnej hodowli gonokoków. 3 godziny potem poddano oczy badaniu, wydzielinę wzięto na posiew. To samo uczyniono po 24 godzinach.

W I przypadku (przy uczuleniu 25⁰/₀ roztw. żółci) wystąpiło lekkie przekrwienie spojówek obu oczu oraz zaczerwienienie brzegów powiek. Po 24 godzinach wszystkie objawy ustąpiły. Gonokoki na pożywkach znaleziono.

W II przypadku (żółć 50⁰/₀) w obu oczach obrzęk spojówek, wydzieliną, lekkie uszkodzenie nabłonka rogówki, rogówka jakby ponakluwana. Mikroskopowo: ciała ropne, diplokokki w jednym miejscu na preparacie poza komórkami. Hodowli gonokoków otrzymać nie udało się. Po 24 godzinach na oku zakażonym obrzęk spojówek, ubytek na rogówce, nie-

znaczna wydzieliną, zaczerwienienie brzegów powiek. Objawy w oku kontrolującym słabsze.

W III przypadku (żółć 100⁰/₀). Objawy podrażnienia znacznie silniejsze. Gonokoki znaleziono. Po 6 dniach objawy podrażnienia znikły. Takich doświadczeń autor wykonywał dość dużo i zawsze udawało się mu wywołać kliniczny obraz zapalenia rzeżączkowego.

Nadmienić należy, że oczy królików, na których wykonano wyżej wymienione doświadczenia były mniej podrażnione, niż oczy królików również uczulone żółcią w innych celach doświadczalnych. Stąd wynika, że prawdopodobnie gatunek odżywianie lub inne nieznanne nam bliżej czynniki wpływają na odporność.

M. M a n t i n b a n d.

Th. ONKEN. Przypadek znamienia twarzy połączonego z obustronnym odcięciem siatkówki. (Klin. Monatsbl. für Augenh. Listopad 1928).

Pacjent zgłosił się ze skargą, że nagle zaczął gorzej widzieć lewym okiem. Przy badaniu stwierdzono w tem oku płaskie odcięcie siatkówki, w prawem — odcięcie obwodowe. U pacjenta stwierdza się *naevus flammens* lewej połowy twarzy. Na spojówkach oka lewego widoczne są wężykowato przebiegające rozszerzone naczynia. Przy patrzeniu w górę stwierdzono w oku lewym bliznę naczyńcówki, w miejscu, gdzie siatkówka przylegała do naczyńcówki — pęknięcia nie stwierdzono. Oko prawe — spojówki normalne, nieznaczne męty w ciałku szklistem, przy patrzeniu nazewnątrz i w górę ograniczone odcięcie siatkówki, na obwodzie nie znaczne pęknięcie. Żeby ustalić, czy istnieje zależność w tym przypadku między odcięciem, a płomieniem — trzeba najpierw stwierdzić, czy inne przyczyny nie wywołały odcięcia. Otóż tutaj refrakcja była normalna — a inne schorzenia wyłączone. Co się tyczy jednoczesnego występowania jaskry i płomienia, to jedni są zdania, że chodzi tu o dwa przypadkowe procesy, dla których istnieje wspólna przyczyna. S a f a r natomiast po zbadaniu gałki ocznej histologicznie nie znalazł zmian w naczyniach, ale wykrył w kącie przesącza zmiany, które były charakterystyczne dla *hydrophtalmus*. O wrodzonym odcięciu mało słyszało się. — Są jednak spostrzeżenia, które pozwalają sądzić o zależności pomiędzy gałką oczu, a płomieniem. Jak widać, istnieje, bądź co bądź, pewne uzależnienie odcięcia od płomienia, i o tem zawsze pamiętać należy. Co się tyczy opisanego przypadku — to niejasnym tu wydaje się jedynie istnienie obustronnego odcięcia przy jednostronnym płomieniu.

M. M a n t i n b a n d.

Wskazówki praktyczne.

Niedokrewność po krwotokach, zdaniem S c h u l t e n a, ulega poprawie przy pomocy żelaza w postaci *Ferrum reductum*, stosowanego w dużych dawkach — do 6 i więcej gramów dziennie w pigułkach po 0,2 gr. Dawki takie zroszone są zupełnie dobrze. W przypadkach *chloranaemiae acylicaes* stosowane były z powodzeniem dawki do 10 gr. dziennie.

(M. m. W. 1930 Nr. 9).

— o —

Zamiast adrenaliny stosuje N a t a n s e n w *astmie Ephetoninę* Mercka. Działanie efetoniny trwa dłużej, sam środek jest mniej toksyczny i może być stosowany przez usta. W wielu przypadkach czynnikiem, wywołującym astmę, są uliczne wyciechy spalalinowe.

(D. m. W. 1930 Nr. 7).

— o —

W przypadku *niedokrewności aplastycznej* u rocznego dziecka osiągnął B i r k wynik doskonały za pomocą *przetaczenia krwi* w ilości 3133 cmt.³ w ciągu 9 miesięcy, mianowicie: 29 razy drogą dożylną, 6 razy dootrzewnową i 5 razy domięśniową. Do przetaczenia dożylnego użyta była zatoka podłużna (*sinus sagittalis*).

(M. m. W. 1930 Nr. 14).

— o —

Z i m m e r otrzymał pomyslnie wyniki *leczenia choroby Basedowa za pomocą krwi zwierzęcej*.

(D. m. W. 1930 Nr. 15).

— o —

H. E r d m a n n stosuje w padaczkę krople następującego składu: *Rp. Luminal, 0,5—1,0; Trae Belladonn. 5,0; Trae Valerian. spl. 10,0; Calcii brom. 10,0; Ol. menth. lub Ol.*

cajeputi gtt. V. Ds. 3 razy dziennie po 10—20 kropel. Jednocześnie zażywać można 2—3 razy dziennie łyżeczkę: *Rp. Extr. fl. Colae* 40,0; *Coffein. natr.-salicyl.* 2,0.

(M. m. W. 1930 Nr. 10).

— o —

W przypadkach częstego *parcia na mocz* rozmaitego pochodzenia, zwłaszcza u kobiet, w *osłabieniu pęcherza moczowego i nietrzymaniu moczu* poleca H. Erdmann. *Rp. Ol. Chamomill. oather. gtt.* IV, *Ergotin.* 1,5; *Extr. fluid. Hydrast. Canad., Træ Rhois aromat. aa* 5,0; *Calcii bromat.* 10,0. Ds. 3 razy dziennie po 15 kropel w mleku.

(M. m. W. 1930 Nr. 9).

Jako bardzo skuteczny, niedrażniący i nie wywołujący bólów *środek przeczyszczający w nawykowym zaparciu stolca* poleca Kreis Artin (fabr. Dr. W. and. E. Wiedeń) w postaci drażetek następującego składu: *Aloin.* 0,01; *Phenolphthalein.* 0,03; *Extr. Belladonn.* 0,035; *Strychnin. ritr.* 0,0008; *Pulv. Ipecac.* 0,004. Zwykła dawka dzienna — 2 drażetki, w miarę poprawy także dawka co 2 lub co 3, a nawet co 4 dni. Artin zażywać można miesiącami bez obawy przyzwyczajenia się do leku.

(W. m. W. 1930 Nr. 18).

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych Warszawskiego Oddziału Towarzystwa Okulistów Polskich za r. 1929.

Przewodniczący Prof. Dr. K. Noiszewski. Ułożył sekretarz Dr. A. Wieczorek.

Posiedzenie z dnia 16-go stycznia.

Doc. Dr. W. Melanowski. *Chory po operacji stożka rogówki w/g M. Jasińskiego.*

Zabieg wykonano w dolnej części rogówki z wynikiem dodatnim. Przed operacją chory liczy palce przed okiem, a po rękoczynnie $V = \frac{1}{15}$.

Doc. Dr. W. Melanowski. *Chory po operacji zaćmy w przebiegu cukrzycy.*

Na zasadzie własnego doświadczenia prelegent wypowiedział zdanie, że u cierpiących na cukrzycę należy usuwać zaćmy nie wycinając tęczówki, gdyż ma ona skłonność do ciężkich stanów zapalnych. Dr. W. M. obserwował przypadek, u którego operacja zaćmy z iridektomią doprowadziła do straty okr., a ten sam zabieg wykonany na oku drugim bez wycięcia tęczówki nie miał powikłań.

Prof. Dr. K. Noiszewski podziela zdanie prelegenta i sądzi, że u chorych na cukrzycę masy korowe soczewki drażnią ranę tęczówki więcej, niż w zwykłych przypadkach, wywołują stany zapalne.

Dr. L. Endelman powątpiewa, aby osobnicy z cukrzycą źle znosili wycięcie tęczówki i uważa, że należy w miarę możności odcukrzyć chorych i postępować w/g zwykle przyjętych przez operatora sposobów.

Dr. Z. Wojno nie widzi specjalnych wskazań do unikania iridektomii. Dr. W. Kamocki, wykonawszy cenną pracę o zmianach tęczówki u omawianych chorych, usuwał jednak u nich zaćmy, wycinając stale tęczówkę i był zadowolony z otrzymanych wyników.

Dr. A. Wieczorek. *Rzęsa w komórce przedniej.*

Uraz ostrym kawałkiem żelaza spowodował małą, drążącą ranę rogówki oraz zaćmę urazową. Kawałek metalu skaleczywszy gałkę, nie pozostał w niej, jednak wprowadził rzęsę do komórki przedniej.

Przyjmując chorego do Inst. Oftalm., stwierdzono, że oko było nieco podrażnione, komórka przednia stała, a na tęczówce znalazło się rzęsę. Zabieg usunięcia jej przeszedł bez przypadłości.

Dr. A. Zamenhof. *O rozpoznawaniu zęza utajonego za pomocą wzornika^a.*

Poszukiwanie zęza utajonego stanowi oddzielny akt badania, który zwykle nie wykonywamy, o ile skargi chorego nie dają powodu myśleć o zaburzeniach w równowadze mięśniowej. W ten sposób bywa heteroforia często przeoczona. Tymczasem samo badanie dna oka może dać nam pewne wskazówki w tym kierunku, a mianowicie, "kiedy tarcza nerwu wzrokowego nie ukazuje się nam w środku pola widzenia oftalmoskopowego, chociaż chory patrzy drugim okiem prawidłowo. Nie jest to zależne od złego ustawienia soczewki wzornika, gdyż przesunięcie jej w nieznacznej tylko mierze zmienia widok dna, tembardziej, że obraz odwrócony przesuwają się w kierunku ruchu soczewki. Ponieważ pole widzenia wzornikowego wynosi od 15 do 20^o perymetrycznych, przeto stwierdzenie, że tarcza znajduje się np. o 14^o średnicy soczewki dalej od miejsca zwykłego, oznacza odchylenie linii wzrokowej oka o jakieś 5^o, jeżeli drugie oko patrzy we właściwym kierunku. Oprócz egzoforii, ezoforii i hyperfatorii należy

zwrócić uwagę na ewentualną cykloforję, którą rozpoznajemy gdy plamka żółta nie znajduje się na poziomie górnego brzegu arczy w obrazie odwróconym. Cykloforję można stwierdzić w wielu przypadkach oczopląsu zwłaszcza obrotowego.

Posiedzenie z dnia 20-go lutego.

Dr. W. Arkin. *Niezwykła zmiany na błonie Descemeta w przebiegu zapalenia twardówki i nadtwardówki.*

Chora z obu stron. zapaleniem twardówki i nadtwardówki ma na błonie Descemeta równoległe pofałdowania, przechodzące stopniowo w pole pokryte drobnymi, wypukłymi kropkami. Chora nie przebywała zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.

Przypuszczalnie obrzęk przybłonka tylnej powierzchni rogówki spowodował zaburzenia w krążeniu chłonki.

Dr. W. Arkin. *Plastyka powieki górnej.*

Przebyta sprawa gruźlicza spowodowała przyrośnięcie skóry powieki górnej do krawędzi oczodołu oraz całkowite odwinięcie powieki. Plastyka dała dobry wynik kosmetyczny.

Dr. J. Ruszkowski. *Wągr w ciałku szklistem.*

U 15-to letniej chorej spożywającej dużo surowego mięsa, widać pęcherz wągra w ciałku szklistem w ćwiartce dolno-zewnętrznej gałki. Głowa pasorzyta wykonuje wolne ruchy. Jaj tasiemca w kale nie stwierdzono, eozynofilia niezręcznego stopnia.

Dr. J. Neuman. *Przypadek pierwotnej gruźlicy rogówki.*

W Klin. Ocznej U. W. stwierdzono u 23-letniej chorej uderzonej w oko ręką, rozległe i mocno nacieczone owrzodzenie rogówki. $V =$ rachuje palce w odległości $\frac{1}{2}$ m. Narządy wewnętrzne bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny, Pirquet silnie dodatni. Leczenie zwykłymi środkami oraz lampą niebieską przez trzy miesiące nie spowodowało poprawy.

Pirquetyzacja co 5 dni dała pomyślne wyniki. Po 2-tygodniach (3x pirquet.) oko było spokojne, owrzodzenie zagojone, unaczynienie rogówki znikło. Stwierdzono zaćmę biegunową przednią. $V = \frac{1}{10}$. Po 6-ciu pirquetyzacjach $V = \frac{1}{5}$.

Dr. J. N. sądzi, że nastąpiło zakażenie gruźlicą owrzodzenia rogówki, Nieobecność ogniska gruźliczego w ustroju upoważnia do rozpoznania pierwotnej gruźlicy rogówki.

Dr. A. Zamenhof. *O kinematografii klinicznej.*

Fotografia znalazła oddawna szerokie zastosowanie w klinice. Obecnie rozwija się kinematografia, która dzięki uproszczeniu aparatów do zdjęć wyświetlania zdobywa sobie prawo obywatelstwa w medycynie. Omówiwszy znaczenie kinematografii dla życia klinicznego dr. A. Z. podał zarys techniki zdjęć, poczem wyświetlił następujące obrazy: zęz pionowy, objaw Bella odwrócony, oczopląs ambiopljny, studia odruchów źrenic, tic facial, oraz wrodzony brak abdukcji.

Prof. Dr. J. Szymański wyświetlił film, przedstawiający przebieg operacji „Demie-Elliot” i równocześnie udzielał wyjaśnień co do techniki zabiegu.

Posiedzenie z dnia 17-go kwietnia.

Doc. Dr. W. Melanowski. *Zapalenie współczulne połączone neosalwarsonem.* (Przypadek opisany w Klin. Oczne 1929 r. Z. II str. 83).

Doc. Dr. W. Melanowski. *Wydobycie kuli z oczodołu z zachowaniem r. chorej gałki ocznej.*

R. Z. lat 26-ciu został przed miesiącem postrzelony z rewolweru „Nagan”. Rana wejściowa pod kątem zewnętrzny prawej spary prwkiewej. Nastąpił wytrzeszcz około 1 cm. W komórce przedniej krew. Źrenica rozszerzyła się do

4-ch mm. Dno oka przeświecało słabo. Rentgenograficznie wykazano kulę w oczodole na 2 cm. od zewn. krawędzi koło zewnętrznej ściany oczodołu.

W znieczuleniu miejscowym dokonano cięcia 4 cm. wzdłuż górno-zewnętrznego kąta oczodołu. Kulę wydobyto po odwarstwieniu okostnej. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

Wskutek zapalenia rozrostowego siatkówki chory liczy palce w odległości 30 cm. Ruchy gałki zachowane.

Dr. J. Neuman *Gruźlica nerwu wzrokowego* (Przypadek opisany w Klin. Ocznej 1929 r. Z. I str. 37).

D-rzy L. Michniewiczówna i J. Roguski. *Leczenie niektórych cierpień oczu przesączem (antivirus) Besredki.*

Prelegenci stosowali przesącz gronkowcowy i paciorkowcowy w 80-ciu przypadkach (z tych 50 spostrzegali przeciętnie w ciągu mies.). Do przygotowania antiwirusu używali buljonu zwykłego lub cukrowego. Przed zastosowaniem przesącza badali każdy przypadek bakterjologicznie.

W zapaleniu brzegu powiek (31 przyp.) stosowano przesącz w postaci okładów i maści. Wyleczono 3 przyp., w 6-ciu stwierdzono polepszenie. 22 przyp. pozostały bez zmiany.

W zapaleniu worka łzowego (9 przyp.) stosowano antywirus w postaci przemywań. Tylko w jednym przyp. otrzymano dobry wynik.

W pryszczycy (4 przyp.) otrzymano w 3-ch wynik dobry, przy stosowaniu okładów i maści z antiwirusu.

W 5-ciu przyp. *panophthalmitis* zauważono łagodniejszy przebieg i mniejsze bóle.

Próba leczenia wrzodów rogówki przesączem gronkowcowym (3 przyp.) i pneumokokowym (2 przyp.) dała wynik całkowicie ujemny.

Antywirus nie wzbogaca zatem zapasu środków leczniczych stosowanych w okulistyce (Streszczenie własne. Pracę ogłoszono w Medycynie 1929 r. Nr. 1 (20) lipiec).

Dr. A. Szwarc uzależnia leczenie przesączem Besredki od zastosowania należytej techniki i odpowiedniego doboru chorych. Działanie tej metody, opartej na wywołaniu odporności miejscowej, Dr. A. S. omówił obszerniej na posiedzeniu O. W. T. O. P. dn. 16. XI. 1927 r.

Dr. J. Frankowska stosowała okłady z przesącza B. u cierpiących na jęczmyki. Wyniki były ujemne.

Dr. K. Bein obserwował w przychodni Inst. Oftalm. przebieg leczenia omawianym sposobem i stwierdził jego bezskuteczność.

Posiedzenie z dnia 15-go maja.

Dr. L. Weingott. *Nowa plastyczna operacja bliznowatego wywiniecia powiek.* (Przypadek opisany w Klin. Ocznej 1929 r. Z. II str. 81).

Dr. R. Litauerówna. *Ciężki przypadek rzeźączki spojówek z powikłaniami.* (Przyp. opisany w Klin. Ocznej 1929 r. Z. II str. 80).

Dr. R. Sieragowski. *Wągr w komórce przedniej.*

Kob. lat 21 zauważyła od 5-ciu tygodni w obrębie źrenicy mały szarawy pęcherz. Po pewnym czasie pokazała się główka pasyżna, który wykonywał wolne ruchy i wreszcie usadził się pod źrenicą na przedniej powierzchni tęczówki.

Po otworzeniu komórki przedniej wydobyto pęcherz kleśczykami. Przebieg pooperacyjny bez przypadłości. Ostrość wzroku = 1.

Dr. A. Wieczorek. *Endothelioma iridis.*

Technik 49-letni zauważył przed 2-ma miesiącami na tęczówce od strony nosowej wypuklenia oraz znaczne upośledzenie wzroku. Oko boli od 3-ch tygodni. Wassermann ze krwi ujemny.

W Inst. Oftalm. stwierdzono objawy zapalenia tęczówki i 5 wypukłych guzków tkwiących w jej utkaniu o rozmiarach i kształtach przepołowionych ziaren pieprzu. Były one brudnoszarej barwy, a miały na powierzchni grube włókienka i liczne naczynia. Tylne zręsty tęczówki powodowały zniekształcenie źrenicy i wzmożone ciśnienie gałki (+ 1). *Visus* = liczy palce w odległości 1-go m.

Badanie anat. patol. usuniętej gałki wykazało *endothelioma iridis*, sprawy nowotworowej wyjątkowo rzadkiej.

Dr. L. Endelmann. *Rak powieki leczony radem.*

Prelegent wypowiada się za curieterapię. Wobec świetnych wyników po stosowaniu radu, usuwanie nowotworów powiek sposobem krwawym, musimy uważać za błąd w postępowaniu lekarskim.

Doc. Dr. W. Melanowski niechce bynajmniej zmniejszać leczniczego znaczenia radu, nie jest jednak jego bezwzględny zwolennikiem. Wczesne operowanie nowotworów powiek daje najczęściej pomyślnie wyniki.

Dr. A. Zamenhof uważa, że leczenie operacyjne jest

obecnie przestarzałe wobec pięknych rezultatów, jakie daje rad. Obawy przed jego późniejszymi następstwami nie mają podstaw. Trzeba się liczyć z względami kosmetycznymi i słusznym prawem chorego do jaknajmniejszego cierpienia.

Dr. M. Flokstrumpf demonstrował chorych, leczonych radem z powodu nowotworów powiek, i zaznaczył, że posiadamy dwa sposoby postępowania: nóż i energię promieniotwórczą. Żaden z tych sposobów nie posiada całkowitej pewności wyleczenia. W przypadkach raka twarzy oddajemy pierwszeństwo radowi, gdyż daje on pod względem kosmetycznym najładniejsze wyniki.

Dr. M. F. sprzeciwił się stanowczo pooperacyjnemu profilaktycznemu naświetlaniu, gdyż zmniejsza ono znacznie możliwość zupełnego wyleczenia, wskutek urazu podścieliska.

Dr. J. Sobąński. *Rak powieki.*

Kob. 30-tu lat była operowana przed 2-ma tygodniami w Klin. Ocznej U. W. z powodu raka skóry powieki dolnej. Nowotwór znajdował się koło zewnętrznego kąta szpary powiekowej, przekraczał nieco na spojówkę i miał rozmiary ziarna fasoli. Wynik kosmetyczny dobry.

Dr. M. Starorypińska-Lewenstamowa. *Tuberculoma nervi optici et chorioideae.*

Kob. lat 40-tu obserwowała od 5-ciu miesięcy stopniowe obniżenie ostrości wzroku oka lewego. Stwierdzono gruclicę szczytów. Wassermann ujemny.

Na dnie oka żółtawe pole o wyraźnych granicach przykrywające tarczę, około 5—6 razy większe od niej, wyniesione znacznie ponad poziom dna. W otoczeniu tego tworu widać krwotoki oraz drobne żółtawe ogniska. *V* = liczy palce w odległości $\frac{1}{4}$ m.

Tuberkulinę stosowano naskórnice początkowo co 5 dni, następnie co tydzień, ogółem 18-cie razy. Do oka zastrzykiwano 1 proc. guajakol. Po miesiącu kuracji *V* = $\frac{1}{20}$; następnie zaczęła się zarysowywać górna granica tarczki i guz kurczył się. W dniu pokazu tarcza jest przykryta tylko do połowy.

Posiedzenie z dnia 16-go października.

Dr. L. Weingott. *Symblepharon totale leczony operacyjnie.*

Oparzenie wapnem przed 15 tu laty spowodowało *symblepharon totale* powieki górnej i s. partiale powieki dolnej. Przed 7 miesiącami przeaszczepiono śluzówkę z ust w miejsce powiekozrostu po przednim wycięciu tarczki.

Szpara powiekowa szeroka. Chory nosi protezę dobrze ruchomą. Dr. L. W. uzależnia dobry wynik zabiegu od wycięcia tarczki.

Dr. L. Weingott. *Keratitis dystrophica tuberculogenes.*

U kob. 35-ciu lat prześwietlenie klatki piersiowej wykazało zacięnienie szczytów oraz silne powiększenie gruczołów oskrzelowych wokolicy wnęki. Odczyn Wassermann ujemny. Głębokie warstwy rogówki są zmętniałe i obficie unaczynione. Zmętnienie jest niejednorodne, a składa się z pojedynczych szarawych guzków, miejscami zlewających się ze sobą oraz złogów cholesteroliny, będącej wyrazem zwyrodnienia rogówki. Choroba trwa około 10-ciu lat, od kilku miesięcy wystąpiły okresowe bóle, zmniejszające się w czasie miesiączki. Plurquet dodatni miejscowo, ogniskowo i ogólnie. Odczyn ogniskowy polega na wystąpieniu nastrzyku rzęskowego, bólach i wzmożeniu ciśnienia, które z 26-ciu mm. Hg. dochodzi do 50-ciu mm. Hg. Drugie oko jest zdrowe.

Dr. A. Szwarc mówił o rzadkości przypadku i zaznaczył, że brak odczynu Wassermann nie wyklucza etiologii syfilitycznej.

Doc. Dr. W. Melanowski przytoczył pracę Marji Rozenshtein (1923 r.) o grucliczem mięszzowym zapaleniu rogówki. Wg. Fuchsa pierwotnie zajęty jest śródbłonek, co również gładza się odnośniami poszukiwaniami Bergmeistera.

Nawiązując do dyskusji, Dr. Z. Weingott protestował, aby w przedstawionym wypadku doszukiwać się tła kilowego. Zmętnienie nie jest jednolite, również brak ścisłego odgraniczenia od tkanki zdrowej. Sprawa nie zajmuje drugiego oka, nie poddaje się leczeniu swoistemu. Somatycznie nie stwierdzono żadnych cech kiły dziedzicznej. Z drugiej zaś strony obraz kliniczny, a nade wszystko odczyn ogniskowy Pirquet'a dowodzą, że w znaczeniu okulistycznym mamy pierwotną gruclicę rogówki.

Dr. W. Arkin. *Chory z „crises oculogyres”.*

Napady bólów głowy uniemożliwiają patrzenie wprost przed siebie, a powodują zwrócenie galek ku górze. Równocześnie występuje silne zmęczenie i zanik pamięci. Zwykle sen przerywa te napady.

Badanie ogólne nie wykazało zmian. Stwierdzono prócz nieźnorności, wzmożony objaw Rosenbach'a oraz jednocześnie szybkie i drobne drżenie gałki i powiek (oczopląs

skojarzony Stranskyego). Objaw wyczerpuje się po kilku sekundach.

Rozpoznanie waha się między poronną postacią encephalitisu letargica a histerją. Prelegent ujmuje nadmierne uniesienie galek ku górze jako wzmożony objaw Bella, natomiast objaw Rosenbacha za skutek skłonności do rątrzenia ku górze.

Dr. K. Bałłaban. *Jaskra u młodego człowieka.*

U chorego lat 26-ciu w oku prawem jaskra przewlekła. T. = 56 mm. Hg. V. = 1/15. W oku lewym jaskra dokonana. T. = 62 mm. Hg. V. = 0.

Obustronna operacja Lagrange'a dała pomyślne wyniki. V. o. d. = 1/2. V. o. s. = ruchy ręki przed okiem.

Dr. M. Starorypińska-Lewenstamowa. *Ślępotę jednego oka wskutek porażenia prądem elektrycznym.*

Robotnik lat 40-tu w parę godzin po porażeniu prądem elektrowni pruszkowskiej, stwierdził ślepotę oka prawego. Trzeciego dnia po wypadku oko było spokojne, źrenica szeroka, nieruchoma. Oświetlenie boczne wykazało brunatny odblask z dna. Tylna warstwa soczewki na obwodzie zmętniała, widać tam krwinki (lampa szczelinowa). V. = 1/∞, rzutowania brak. Zastrzyki soli nie zmieniły stanu. Zmętnienie soczewki postępuje. (Przypadek będzie opisany w Klin. Ocznej).

Dr. W. Arkin. *O jednoocznym mnogowidzeniu fizjologicznym.* (Praca została wydrukowana in extenso w Klin. Ocznej 1930 r.)

Dr. A. Zamenhof zaznaczył, że omawiana sprawa oddawna interesuje okulistów. Dotychczasowe poglądy nie możemy uważać za ostateczne. Dwojenie jednooczne po porażeniu mięśni ocznych zależy prawdopodobnie od oczopląsu ukrytego.

Posiedzenie z dnia 20-go listopada.

Doc. Dr. W. Melanowski. *Rak powieki dolnej.*

Kob. 60-ciu lat operowana z powodu raka okolicy worka łzowego. Plastyka wg. Knappa dała dobry wynik kosmetyczny.

Doc. Dr. W. Melanowski. *Przypadek zęza rozbieżne go 45°.*

Trzykrotnie przykrócenie mięśnia prostego wewnętrznego w/g. Plessy dało pomyślne wyniki u kob. lat. 24-ch.

Doc. Dr. W. Melanowski. *Preparat rogówki z pierścieniem Kaiser-Flaischera.*

Badania anatomopatologiczne i mikrochemiczne potwierdzają ostatnie poszukiwania Vogta (1929 r.). (Przypadek będzie ogłoszony w Klin. Ocznej).

Dr. L. Weingott. *Przypadek choroby Coatsa w przebiegu gruźlicy siatkówki.*

Na dnie oka widać świeże krwotoki do siatkówki, zmiany zapalne wzdłuż naczyń oraz proliferację. Różnorodność obrazu, znaczna jego zmienność oraz wygląd dna jakby przysypanego płatkami waty, przy stosunkowo dobrej ostrości wzroku, przemawia za gruźlicą siatkówki II-go, III-go i IV-go okresu. Na obwodzie dna stwierdza się duże jasno-żółte pole wysiękowe, ściśle odgraniczone od otoczenia i uniesione nad powierzchnią tarczy. Dr. L. W. rozpoznaje *retinitis exsudativa externa* czyli chorobę Coatsa. Łączne wystąpienie tych chorób stanowi, zdaniem prelegenta, dowód kliniczny dość pewny, że tłem choroby Coatsa jest gruźlica.

Dr. K. Beia uważa rozpoznanie retinitis Coatsa za niepewne wobec znacznego wzniesienia ogniska (około 20 D.) i siedziby jego w okolicy *ora serrata*.

Dr. W. Arkin, nawiązując do pokazu, zaznaczył, że etiologię gruźliczą niezawsze można ustalić w nawrotowych schorzeniach siatkówki, której krwotoki ulegają niekiedy całkowitemu wessaniu. Dr. W. A. obserwował przypadek zupełnego ustąpienia plam krwotocznych po 6-ciu miesiącach.

Dr. A. Zamenhof sądzi, że dna oka nie jest typowe dla choroby Coatsa, gdyż zmiany zapalne znajdują się przed siatkówką i przypominają *retinitis proliferans*.

Dr. M. Starorypińska wyraża przypuszczenie, że jasne pole na obwodzie może być ziarninakiem gruźliczym naczyńówki (*tuberculoma chorioideae*).

Dr. M. Starorypińska-Lewenstamowa. *Sclerokeratitis parenchymatosa.*

Chora lat 25-ciu cierpi od 9-ciu lat na ostry gościec stawowy. Leczyła się salicyłem. Od pół roku cierpi na oko prawe, które jest bez podrażnienia. Głębokie warstwy rogówki na obwodzie w połowie zewnętrznej są zmętniałe i mają zabarwienie żółtawe. Zmętnienie jest niejednolite, widać oddzielne żółte nacieki. Na błonie Descemeta stwierdza się na tle nieznacznego zmętnienia rogówki żółty osad układający się w kształcie sierpa. Granicy między rogówką i twardówką nie dostrzega się, gdyż jest ona również zajęta sprawą cho-

robową. Nacieczone odcinki wspomnianych błon są rozdęte (ectasio sclerocornealis) i obficie unaczynione. Przynosowa część rogówki zachowała przezroczystość. Źrenica, dna oka i ciśnienie zmian nie wykazują. Odczyn Wassermann'a ze krwi ujemny. V = 0,5.

Drugie oko zdrowe.

Wcieranie szaruchy wywołało pogorszenie, a szczepienie tuberkuliny sprowadzało silny odczyn miejscowy.

Prelegentka wyraża przypuszczenie, że mamy do czynienia z chorobą wyodrębnioną w 1895 r. przez Dianoux, jako sclerokeratitis tuberculeux.

Dr. Z. Januszewski. *Wtórny gruczolak—rak worka łzowego.* (Przypadek opisany w Klin. Ocznej 1929 r.).

Dr. K. Bałłaban. *Przypadek keratitis dendritica* nie ustępujący podczas systematycznego stosowania zwykłych środków (*sol. Atropini sulf., sol. Dionini*, kompresy i t. d.) wyleczony naświetlaniami lampą Birch-Hirschfelda.

Dr. K. Bałłaban. *Keratitis disciformis.*

Wydatna poprawa i wyleczenie po usunięciu zepsutych zębów z szczęki górnej. Upřednie leczenie pozostawało bez dodatnich wyników.

Dr. K. B. podkreślił konieczność zwracania uwagi na stan jamy ustnej w przebiegu chorób ocznych.

Dr. L. Weingott zaznaczył, że naogół okuliści zbyt mało zwracają uwagi na próchnicę zębów, jako czynnik etiologiczny w powstawaniu chorób oczu. Szkoła amerykańska słusznie przypisuje temu zagadnieniu doniosłe znaczenie. Przypuszczalnie są trzy drogi szerzenia się infekcji z jamy ustnej: 1) *per continuitatem*, 2) droga refleksyjna i 3) droga toksyczna. Lewinsohn opisał przypadek, w którym 8-go dnia po usunięciu zaćmy nagle nastąpiło zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego z równoczesnym silnym bólem zepsutych zębów. Usunięcie ich przerwało objawy zapalne ze strony oka. Prelegent mówił o konieczności uwzględniania stanu uzębienia zwłaszcza zaś przed zabiegami na gałkach.

Posiedzenie z dnia 18-go grudnia.

Dr. L. Weingott. *Przypadek pęknięcia odwarstwionej siatkówki*

Początkowo stwierdzono pęknięcie w dolnych częściach odwarstwienia. Równocześnie z wystąpieniem większej ilości pęknięć stan oka poprawił się.

Przypadek przemawia za poglądem Deutschmanna, przecząc zapatrywaniom Gonina. Ostatni uważa pęknięcie siatkówki za zjawisko pierwotne, t. j. przyczynę odwarstwienia, gdyż ciało szkliste przedostaje się za wspomnianą błonę. Deutschmann upatruje w pęknięciu skutek odwarstwienia, będący koniecznym etapem przyklejenia się siatkówki. Zapatrywania jego dają się utrzymać w świetle badań prof. K. Noisze w skiego: przyczyną odwarstwienia siatkówki jest plastyczne jej zapalenie, powodujące zmniejszenie jej przepuszczalności. Pęknięcie siatkówki oswobadza płyn, znajdujący się za nią, który przenikając do ciała szklanego, powoduje jego zmętnienie.

Dr. L. Endelman mówił o przypadku odwarstwienia siatkówki, leczonym przez Gonina z ujemnym wynikiem, i proponuje tak zw. „pęknięcie“ siatkówki nazywać „przedziurawieniem“.

Dr. A. Zamenhof jest zwolennikiem postępowania według Gonina.

Dr. W. Arkin zaznaczył, że pęknięcie siatkówki powoduje przedostanie się ciała szklanego za siatkówkę, jednak samo wyleczenie jest możliwe. Następuje ono po przyklejeniu się brzegów pęknięcia. Przeciwnicy Gonina upatrują w jego sposobie przyczynę powstawania zrostów siatkówki z ciałkiem szklanym. Postępowanie według Deutschmanna dąży do przerwania tych zrostów.

Doc. Dr. W. Melanowski jest zdania, że w miarę spłaszczania się odwarstwienia, pęknięcia uwydatniają się. One mogą występować nie tylko w górnych, lecz również w innych częściach pęczera.

Doc. W. Melanowski. *Homoplastyka skóry powieki górnej.*

H. S. lat 28-letni w 16-tym roku życia oparzyła twarz jakimś kwasem. W następstwie tego, mimo 15-tu operacji plastycznych miała odwrócenie bliznowate obu powiek oka lewego.

Dnia 19.IX 1929 r. Dr. W. M. przeszczepił jej dwa wolne płyty skóry u biodra na obie powieki. Górny płat przyjął się, lecz okazał się zbyt małym. Płat dolny zropiał.

Dnia 11.XII 1929 r. przeszczepiono H. S. skórę z powieki innej 19-to letniej chorej z *blepharochalasis*.

Wbrew obecnie przyjętym poglądom płat przyjął się dobrze.

Prelegent sądzi, że o ostatecznym wyniku można będzie wnioskować dopiero za pół roku.

Dr. A. Wieczorek. *Torbiel wrodzona tęczówki* (Przypadek opisany w Klin. Ocznej 1930 r. Z. 1).

Dr. A. Zamenhof obserwował torbiel wrodzoną u 6-cio miesięcznego dziecka. Dwukrotne nakłucie torbieli pozostało bez skutku. (Idało się wyciąć torbiel z pozostawieniem warstwy barwnikowej tęczówki, a zatem bez uszkodzenia źrenicy.

Dr. L. Weingott mówił o trudnościach w odróżnieniu torbieli barwnikowej od czerniaka i sądzi, że lampa szczelinowa może okazać wielkie usługi.

Doc. Dr. W. Melanowski, nawiązując do pokazu, wspominał o pracy F. Poyaleasa, wygłoszonej na XIII Zjeździe Międzynar. w Amsterdamie. Autor rozpatruje torbiele surowicze tęczówki, powstające po zabiegu usunięcia zaćmy.

Dr. Z. Perzanowski. *Przypadek choroby Coatsa* (Przypadek będzie opisany w Klin. Ocznej w 1930 r.).

Dr. M. Zachert. *Sprawozdania z konferencji okulistów w Schévénique w IX. 1929 r.*

Sekcja Higjeny Ligi Narodów zebrała ankietę o rozpoznaniu jąglicy w 54-ch krajach oraz o stosowanych tam metodach zwalczania i zapobiegania tej choroby. Postawiono stworzyć Międzynarodową Ligę do zwalczania jąglicy w celu skoordynowania wysiłków poszczególnych krajów w sprawie opanowania tej choroby na gruncie Międzynarodowym. Pożądane jest również powołanie lig krajowych, aby zapewnić współpracę różnych władz i instytucji w zakresie zwalczania jąglicy.

Na zasadzie powyższego i zgodnie z propozycją prof. K. Noiszewskiej, postanowiono reaktywować komisję do spraw jąglicy, wybraną na posiedzeniu O. W. T. O. P. d. 17.XI 1926 r. Do komisji weszli: D-rzy L. Czyżewski, A. Szwarc, Z. Wojno, M. Zachert i A. Zamenhof.

Dr. M. Zachert. *Dotychczasowe wyniki zwalczania jąglicy w Polsce.*

Prelegent przedstawił rozwój akcji zwalczania jąglicy w następujących danych:

R o k	1925	1926	1927	1928
Liczba przychodni przeciwjągliczych	11	26	69	197

W roku 1928 stwierdzono 21,500 chorych na jąglicę i udzielono 260 tysięcy bezpłatnych porad.

Równocześnie zwiększono liczbę zakładów zamkniętych dla chorych na jąglicę:

R o k	1918	1925	1927
Zakładów było:	1	8	15
Liczba chorych	200	1200	2200

Odsetek jąglicy w zakładach opiekuńczych obniżył się znacznie:

R o k	1920	1925	1928
% chorych	29,0	13,0	6,1

Dep. Zdrowia M. Sp. Wewn. ogłosił 7 broszur o klinicznym przebiegu jąglicy, wydał 80 tysięcy ulotek pod tytułem: „Co to jest jąglica“ i 30 tysięcy plakatów ilustrowanych omawiających: „Jak zapobiec jąglicy“?

Zorganizowano kursy przeszkolenia dla lekarzy, w których do końca 1927 r. wzięło udział 172 osoby. Słuchaczom udzielano stypendja. Szesnastu lekarzy kształciło się przez 3 miesiące w klinikach uniwersyteckich.

Dr. L. Endelman podkreślił zasługi prelegenta w omawianej sprawie, którego wytrwała praca dała tak pomyślne wyniki.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Zapalenie szpiku kostnego, wywołane przez pałeczki Friedländera, spostrzegł Soupaull (tow. chirurg. paryskie 2 kw. 1930 — Pr. méd. Nr. 29).

W przebiegu ciężkiej posocznicy, trwającej od dłuższego czasu, z ujemnym wynikiem posiewu krwi wytworzyło się zapalenie szpiku biodrowej i goleni. Po otwarciu i stosowaniu autosczeplonki sprawa uległa zagojeniu.

O *wyleczeniu przypadku zamknięcia światła kiszek przez zastrzyknięcie soli hipertonicznej* mówił na tem samym posiedzeniu Gosset w imieniu Soupaull. 14 dni po zabiegu nagłym z powodu ropnego zapalenia wyrostka z objawami rozlanego zapalenia otrzewny wystąpiły objawy zamknięcia światła kiszek. Gdy mimo wszelkie środki lekarskie stan znacznie się pogorszył, wstrzyknięto do żyły rozczyń hipertoniczny soli: nastąpiła rychła poprawa z ustąpieniem zamknięcia światła.

O *hipochloruramji w przypadkach ostrego zamknięcia światła kiszek i o jej leczeniu* mówili również na tem posiedzeniu Courty i Paget na podstawie ośmiu obserwacji. Zawartość chloru w krwi i w surowicy, zdaniem ich, zawsze opada w przypadkach ostrego zamknięcia światła kiszek i niezawsze zależy od wymiotów. Prawdopodobnie zawartość jelit jest wówczas bardzo bogata w chlorki. Zastrzykiwania dożylnie rozczyń hipertonicznego soli zasługują na zalecenie w tego rodzaju przypadkach i winy być wykonywane jeszcze przed zabiegiem.

Zapalenie opon ostre limfocytowe, końszące się wyzdrowieniem uważa Comby (tow. lek. szpit. paryskich) za postać zapalenia przednich rogów o charakterze oponowym jak to opisywano już w r. 1929 w Belgji (Pr. méd. Nr. 29).

Lévi i Lièvre spostrzegali w ostatnich latach pięć przypadków *zapalenia limfocytowego niegruźliczego opon mózgowych*. W jednym przypadku punktem wyjścia było zapalenie ucha, i zabieg operacyjny doprowadził do wyzdrowienia. W drugim miano do czynienia z zakażeniem płatkami paradurowym B. — zakończył się zgonem; w trzech pozostałych pochodzenia niewiadomego przebieg był łagodny. W jednym z nich wystąpił *herpes genitalis* (tow. lek. szpit. parysk. = Pr. méd. Nr. 29).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Holandji.

Podał

Dr. M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 18).

Opis stanu sanitarnego i działalności na polu higjeny publicznej w Holandji nie byłby zupełny bez uwzględnienia organizacji i akcji społecznej.

Wśród instytucji społecznych, działających na

polu zdrowotności publicznej, dominującą rolę odgrywają różnobarwne krzyże (Gekleurde Kruisen), w rękach których ześrodkowuje się niemal cała akcja społeczno-sanitarna, niezmiernie owocna i szeroko rozgałęziona. Chronologicznie pierwszy powstał Czerwony Krzyż w roku 1867, a więc w trzy lata po zawarciu podstawowej Konwencji Genewskiej. Czerwony Krzyż pracuje obok i pod kierunkiem służby sanitarnej wojskowej. W czasie pokoju przejawia pewną działalność w razie więk-

szych kataklizmów w kraju, czy w wyjątkowych wypadkach zagranicą, pozatem jednak większej akcji nie prowadzi.

Biały Krzyż powstał w roku 1874 w celu współpracy z rządem i propagandy higieny, a przede wszystkim, ażeby ułatwić wprowadzenie w życie wydanego wówczas nowego prawa o chorobach zakaźnych. Stopniowo organizacja ta obejmowała coraz szersze koła działalności, zajęła się doglądaniem chorych, leczonych w domu i różnemi zagadnieniami sanitarnymi Holandji Północnej. Wówczas to duchowny protestancki F. C. Fleischer, zapożyczwszy ideę Białego Krzyża, rozszerzył tę samą działalność na pozostałe dziesięć prowincyj holenderskich, tworząc w każdej z nich organizację zupełnie podobną do Białego Krzyża pod nazwą Zielonego Krzyża.

Zielony Krzyż, o którym będzie szczegółowo mowa poniżej, powstał w r. 1900, zacząwszy pracę od pielęgnowania chorych w domu, dalej stopniowo działalność swą rozszerzał, zajął się nauczaniem higieny zdrowych, a obecnie prowadzi szeroką akcję zapobiegawczą we wszystkich dziedzinach zdrowia publicznego na wsi, pokrywając siecią swoich organizacji kraj cały.

Krzyż Pomarańczowy utworzony został w roku 1908 dzięki inicjatywie księcia Henryka Holenderskiego. Zadaniem tego Krzyża jest stworzenie organizacji, któraby była odpowiednio przygotowana do niesienia pomocy w razie większych katastrof i żywiołowych nieszczęść, jak również pomoc w nagłych wypadkach.

Krzyż Biało-Zółty powstał w roku 1917. Jest to organizacja działalnością nie różniąca się od Białego, czy też Zielonego Krzyża, ale jest instytucją katolicką. Należy dodać, że w prowincji Limburg, gdzie ludność jest przeważnie katolicka, Zielony Krzyż jest również instytucją katolicką, znajdującą się, jeśli nie w rękach, to pod opieką duchowieństwa katolickiego, ale pomimo to należy do centralnego związku Zielonego Krzyża, łączącego wszystkie 11 prowincyj.

Ze wszystkich tych organizacji najsilniejszym finansowo i moralnie, najbardziej czynny, posiadający najwięcej członków i największe wpływy jest Zielony Krzyż. Ma on 10 prowincjonalnych organizacji, a razem z Białym Krzyżem, obejmującym Holandję Północną — 11, a więc cały kraj. Tu trzeba dodać, że na skutek umowy Zielony Krzyż nie rozszerza działalności swojej na Holandję Północną, będącą terenem, objętym przez Biały Krzyż.

Pierwszem zadaniem tej organizacji jest pielęgnowanie chorych w domu, co ma tem większe znaczenie, że Zielony Krzyż, tak samo jak Biały, jak i Biało-Zółty, działają prawie wyłącznie na wsi, gdzie ta pomoc jest najpotrzebniejsza. I sama organizacja tej pomocy jest bardzo prosta i celowa, zorganizowana dla zaspokojenia potrzeb ludności na pewnym terenie, przez tę ludność utrzymywana i przez nią też rządzona. W każdej niemal wiosce lub małym miasteczku jest składzik przedmiotów potrzebnych do pielęgnowania chorych. Jest tam wszystko: łóżka, fotele, przyrządy do podtrzymywania chorego, do ułatwienia mu siedzenia w łóżku, aparaty elektryczne, szyny, termometry, poduszki z powietrzem, irygatory, baleny, materiały opa-

trunkowe, naczynia do karmienia i pojenia. W kolekcji wzorowej, zebranej w Utrechcie, znajduje się około 200 różnych przyrządów i naczyń, używanych przez Zielony Krzyż.

Przyrządy te są wypożyczane bezpłatnie członkom oraz nieczłonkom, osobom niezamożnym na okres choroby, co ma jednocześnie znaczenie propagandowe, bo nietylko ułatwia pielęgnowanie chorego, ale i uczy pielęgnować; pozatem przy składzikach tych często (nie zawsze) mieszkają pielęgniarki-wywiadowczynie, które otaczają opieką pielęgniarską każdego chorego w swoim okręgu w porozumieniu i pod kierunkiem tego lekarza, który danego chorego leczy. W ten sposób każdy lekarz z natury swej działalności musi się stykać z działalnością Zielonego Krzyża, a więc i jego akcją higieniczno-społeczną, gdyż pielęgniarka nietylko dogląda chorego, ale i uczy go pielęgnować własne zdrowie, wchodząc tą drogą jednocześnie do rodziny.

O rozwoju działalności Zielonego Krzyża w tym kierunku mówią liczby. Z 1200 pielęgniarek, pielęgnujących chorych z ramienia różnych instytucyj i prowadzących akcję zapobiegawczą (wijkverpleegsters—infirmières visiteuses du quartier), przeszło 600 należy do Zielonego Krzyża. Specjalną opieką otacza Zielony Krzyż położnice. Wobec tego, że akuszerki zawodowe nie mogą poświęcać zbyt wiele czasu swoim położnicom, Zielony Krzyż oprócz pielęgniarek utrzymuje w niektórych miejscowościach pomocnicze akuszerki, które i matkę doglądają i uczą ją pielęgnować i karmić dziecko. Niekiedy Zielony Krzyż utrzymuje nawet służące, które w czasie choroby gospodyni domu prowadzą jej gospodarstwo, które przez to nie traci, zewnętrznie nawet zyskuje, a chora matka ma możność spoczywać dotąd, dokąd tego wymaga jej zdrowie.

Od doglądania chorych przeszedł Zielony Krzyż do walki z klęskami społecznymi, jak gruźlica (prowadzi przychodnie, domy wypoczynkowe, kolonje letnie, urządza kąpieliska, nawet sanatorja), alkoholizm, choroby weneryczne, wysoka umieralność niemowląt, z czem się ściśle wiąże propaganda higieny w szerokim znaczeniu tego wyrazu, i to przejście od lecznictwa do higieny osobistej i społecznej jest może dla nas najciekawsze. Instytucje Zielonego Krzyża niezawsze luksusowe, niekiedy nawet w początkach działalności są bardzo skromnie wyposażone pod względem technicznym, mieszczą się w lokalach czasowych i nieodpowiednich, ale rozwijając się i mając oparcie w miejscowej ludności, urządzają się coraz lepiej, dochodząc wreszcie do stanu, godnego naśladownictwa. Lecznictwo, o ile jest ono w tych chorobach nieuniknione, prowadzone jest przez lekarzy specjalistów, a wywiady i cała praca społeczna znajdują się w rękach pielęgniarek, które wobec tego są jednocześnie higienistkami, mają łatwy dostęp do domu i prowadzą całokształt pracy z dziedziny higieny i medycyny zapobiegawczej.

Zajmuje się Zielony Krzyż również transportem chorych i rannych, używając w tym celu wszelkich możliwych środków lokomocji: wozów zwykłych, wózków ręcznych, ambulansów samochodowych, łódek z wiosłami, motorowych łódek, ostatnio nawet aeroplanów. Trudno też pominąć kursy nagłej pomocy, urządzone pod kierunkiem

lub przy współdziałaniu Zielonego Krzyża. Ten dział pracy jest w całej Holandji wyjątkowo kulturowany, zorganizowany wzorowo i w mieście i na wsi. Niema bodaj wioski holenderskiej, gdzieby nie było grupy wyćwiczonych osób, umiejących chorego przewieźć, nałożyć mu opatrunek, zastosować sztuczne oddychanie, okazać mu wszelką możliwą pomoc w nagłej potrzebie. Przyglądając się tym popisowym ćwiczeniom w różnych częściach kraju, wykonywanym przez laików po odbyciu kursów, naprawdę zadawałem sobie pytanie, czy każdy kończący medyk umiałby zrobić to samo i tak samo. Być może, że, biorąc dosłownie, usługi, jakie przynoszą ci wykwalifikowani ratownicy, nie odpłacają trudów włożonych w nauczanie, ale propagandowo dla zdrowia wogóle ma to duże bardzo znaczenie.

W dziedzinie propagandy higieny Zielony Krzyż robi wiele, na wsi niemal wyłącznie sam ją prowadzi. Plakaty, filmy, przezrocza, ulotki, broszury, książeczki, druki różnego rodzaju są bogato rozrzucone i rozdawane członkom, którzy korzystają z pomocy tej organizacji. O działalności Zielonego Krzyża dowiadują się też szerokie koła publiczności drogą pism codziennych, umieszczających artykuły propagandowe, popularyzacyjne, jak również informujące o życiu instytucji. W przychodniach i innych ośrodkach działalności prowadzona jest propaganda ustna, urządzone są periodyczne kursy dla matek, kursy ogólne higieny i t. d. Naturalnie, najbardziej czynnym organem propagandowym jest sama praca. Już sami członkowie miejscowych komitetów, liczący ok. 7.000 osób, tworzą dużą armję propagatorów; do tego należy dodać wszystkich pracowników, a nadewszystko pielęgniarki, uczące higieny indywidualnie i najczęściej wtedy, kiedy w rodzinie jest ktoś chory, a więc, kiedy wrażliwość na higienę jest największa i zastosowanie się do przepisów najbardziej chętne.

Wreszcie odkażanie, które należy do obowiązku władz urzędowych, jest wykonywane w znacznej części przez Zielony Krzyż, a koszty z tem związane, pokrywane są przez odpowiednie organizacje państwowe i samorządowe, wyręczające się aparatem już istniejącym organizacji społecznej, dającej gwarancję sumiennosci i wysokiej kwalifikacji fachowej.

Utrzymuje się Zielony Krzyż ze składek, które wynoszą od 0,50 do 5 guldenów rocznie, zależnie od zamożności członka. Ogólna liczba członków Zielonego Krzyża wynosi przeszło pół miliona, a suma składek od 1.000.000 — 1.500.000 guld. Przeważnie też podtrzymują akcję Zielonego Krzyża państwo i gminy miejscowe drogą subwencji doraźnych i stałych. Instytucje rządowe i samorządowe wobec wspaniałego rozwoju tej organizacji społecznej w różnych dziedzinach walki z chorobami społecznymi nie tworzą często własnych agend, a korzystają z instytucji Zielonego Krzyża, ponosząc część kosztów, związanych z jego akcją. W szczególności dotyczy to walki z gruźlicą, w której państwo pokrywa pewną określoną odsetkę wydatków, obliczając albo w stosunku do wykonanej pracy, albo do liczby mieszkańców.

Naturalnie, cała działalność na polu higieny w Holandji nie ogranicza się tylko do tych Krzyży.

Jest cały szereg innych instytucji społecznych, mających pewne określone ściśle zadania, jak np. Tow. do walki z gruźlicą, Tow. kąpeli ludowych i szkolnych, Tow. wakacyj letnich i t. d., ale żadna z nich ani rozmachem działalności, ani istotą pracy nie może współzawodniczyć z Zielonym Krzyżem.

Na wzmiankę zasługuje jeszcze Towarzystwo Odrodzenia prowincji Drenckiej. Jest to najuboższa część kraju, przeważnie rolnicza, zamieszkała przez ludność najmniej kulturalną. Tu widziałem jeszcze na torfowiskach, ciągnących się na dziesiątki kilometrów — kurną chatę. Podobno niedawno było ich jeszcze sporo, obecnie można je policzyć na palcach, gdyż społeczeństwo całe robi wielkie wysiłki, by je znieść, ale napotyka na dość znaczny bierny opór starych mieszkańców, którzy za nic nie chcą zmienić warunków bytowania, do których przywykli i z którymi, jak mówią, jest im dobrze.

W tej to ubogiej prowincji, którą wszelkimi siłami stara się rząd podnieść, utworzono tak zwane „buurthuisen“, domy społeczne, coś w rodzaju domów ludowych, ośrodków zdrowia czy poradni, zajmujących się głównie higieną dziecka a jednocześnie mających na celu kształcenie ogólne i podniesienie kultury przez urządzenie kursów ogólnooświatowych, uczenie gospodarstwa domowego i t. d.

Jest to bardzo ciekawe, że właśnie tego rodzaju pracę i to połączenie higieny z gospodarstwem domowym zastosowano w prowincji najuboższej i najmniej kulturalnej. W takich warunkach tą drogą dostęp do obywatela jest widocznie najłatwiejszy i propaganda higieny najskuteczniejsza.

* * *

Ten opisowo-krytyczny szkic daje całokształt wysiłków, zmierzających do roztoczenia opieki nad zdrowotnością całego kraju. Przytoczone materiały liczbowe, zebrane u źródła jaknajstaranniej i bez najmniejszego zamiaru udowodnienia, czy uzasadnienia koncepcji z góry powziętej, nasuwają szereg myśli, które w higienistce szczególnie takim, który czytał tylko w jednej księdze własnego kraju, winny budzić trochę niepokoju i kazać mu krytycznie rozpatrzyć, poddać analizie niektóre utarte poglądy, uznawane za niewzruszone.

Holandja — kraj niski, błonisty, wilgotny, niezdrowy, administracja sanitarna nieliczna, władza lokalna wszystko wykonywa i w większości spraw decyduje sama, władza centralna tylko daje główne wytyczne i łagodnie kontroluje, większość spraw z dziedziny higieny społecznej należy do organizacji społecznych, szereg bardzo ważnych zagadnień higienicznych znajduje się w rękach nielekarzy, pomimo to wszystkie wskaźniki zdrowotności są jaknajpomyślniejsze. Podobne zjawisko spostrzegamy, choć w innym zakresie i stopniu w innych krajach, i nad tem warto się zastanowić.

Głębsza analiza tych zjawisk wcale jednak nie mówi, że w Holandji higieny niema lub że jest niepotrzebna, nie prowadzi też do nihilizmu w higienie, ale wskazuje na konieczność

przewartościowania niektórych z naszych klasycznych poglądów szczególnie w praktyce administracyjnej.

Powtórzmy więc za psalmistą: *et nunc, reges, intelligite; erudimini qui iudicatis terram.*

Piśmiennictwo z którego korzystałem.

1. Dr. N. M. Josephus Jitta. Organisation of the Public Health Services in the Kingdom of Netherlands, 1924
2. L'organisation Sanitaire des Pays-Bas (29 wykładów dla członków wymiany person. sanit. — Liga Narodów), 1924.
3. Quelques données concernant l'hygiène rurale dans les,

Pays-Bas, Liga Narodów 1928. 4. Dr. J. A. Putto. Pays-Bas — Annuaire Sanitaire International, Année 1924. 5. Dr. J. A. Putto. Pays-Bas Annuaire Sanitaire International, Année 1925. 6. Dr. M. A. Van Dyk Pays-Bas Annuaire Sanitaire International, Année 1926. 7. Dr. M. A. Van Dyk. Pays-Bas Annuaire Sanitaire International, Année 1927. 8. Ad. ter. Cook — Wat geschiedt er in Nederland in het belang der Volksgezondheid. 9. Service provincial Nord Hollandais pour l'approvisionnement en eau potable. 10. Verslag van den Hoofinspecteur van de Volksgezondheid over het jaar 1927. 11. Office International d'Hygiène Publique, Janvier 1930 N. 1 str. 51 — 95. 12. The official vital statistics of the Kingdom of Netherlands, 1924. 13. Rapports epidemiologiques (roczniki za lata 1923 — 1927). 14. Henry Asselin — La Hollande dans le monde. 1921. 15. Różne broszury i druki rozdawane uczestnikom grupy higienistów, zwiedzających urządzenia sanitarne Holandji w roku 1929.

Wiadomości bieżące.

— Od Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego otrzymaliśmy następujący komunikat. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, na wniosek Zarządu, przyznało nagrodę z funduszu im. D-ra Henryka Dobrzyckiego, p. Docentowi D-rowskiemu med. Antoniemu Sabatowskiemu ze Lwowa, za pracę p. t. „Klimatoterapia oraz hydroterapia ogólna i zdrojowiskowa z opisem uzdrowisk polskich”.

Sekretarz stały:

Prof. Dr. B. Sawicki.

— Program II Kursu uzupełniającego dla lekarzy w Wysokich Tatrach od 8 do 15 czerwca b. organizowanego przez Stowarzyszenie lekarzy Spiskich.

7. VI. godz. 20. Zapoznanie się wzajemne w Grand Hôtel Praha, Tatra—Lomnitz. 8. VI. godz. 8.30. Otwarcie Kursu w Grand Hôtel Praha, Tatra—Lomnitz, godz. 9. Prof. Schmidt (Praga) „Angina pectoris”; godz. 10 Prof. Madejovsky (Praga) „Klimatologia lekarska”, godz. 11. Prof. Melchior (Wrocław) „O zamknięciu światła jelit”, godz. 12. Prof. Nonnenbruch (Praga) „O stanach komatycznych”. 9. VI. godz. 8. Odjazd do Tatr. Polianka — Weszterheim. godz. 9. Prof. Starckenstein (Praga) „Krytyka prostego i złożonego leczenia lekowego”, godz. 10. Prof. Schöffler (Wrocław) „Leczenie niedomogi serca”, godz. 11. Prof. Kreibich (Praga) „Zagadnienia rozpoznawcze i lecznicze w dermatologii” godz. 12. Zwiedzenie sanatorium Dr. Guhr. 10. VI. godz. 8. Odjazd do Nowego Smokowca. godz. 9. Prof. Ostrêcl (Praga) „Znaczenie rozpoznawcze histero — i salpingografji”, godz. 10 Prof. Pirásek (Praga) „Crazy miękkich części stawu kolanowego”, godz. 11. Doc. Hennheiser (Praga) „Obraz rentgenowski w ramach badania klinicznego”, godz. 12. Prof. Elschmig (Praga) „Znaczenie porażen mięśni ocznych”. 11. VI. godz. 8. Odjazd do jeziora Pleso—Tschirm. godz. 10. Prof. Starckenstein (Praga) „Wzmocnienie w teorii i praktyce”, godz. 11. Prof. Kreibich (Praga) „Leczenie wyprysku”, godz. 12. Prof. Nonnenbruch (Praga) „O wstępujących schorzeniach nerek”. 12. VI. godz. 8.30. Spacer w Tatr. Matliary — Matla renau. godz. 9. Prof. Bahrdt (Drezno) „Z techniki lekarsko-pielęgniarskiej w praktyce dziecięcej”, godz. 10 Prof. Fischl (Praga) „Zmiany w żywieniu ośesków”, godz. 11. Prof. Breindl (Praga) „Stan obecny zagadnienia płonicy”, godz. 12. Prof. Elschmig (Praga) „Schorzenia łącznicy i ich leczenie”, godz. 13. Zwiedzenie sanatorium. —

Dalsze zapytania kierować pod adresem: Dr. E. Szász Stary Smokovec.

— Wycieczka lekarzy europejskich do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej organizowana przez redakcję „Wiener Medizinische Wochenschrift” przy współudziale linii okrętowej Hamburg-Ameryka oraz agencji podróźniczej Compas Tours przy wiedeńskim stowarzyszeniu lekarzy amerykańskich w czasie od d. 23 lipca do d. 29 sierpnia 1930 r.

Marszruta: 23 i 24. VII — Zwiedzenie Hamburga; 25. VII — odjazd na okręcie „Deutschland”; 27. VII do l. VIII na morzu; 2. VIII — wylądowanie w New-Yorku; 6. VIII — Buffalo i Wodospad Niagary; 7 i 8. VIII — Cleveland, 10. VIII — Detroit; od 10 do 13. VIII — Chicago; 14. VIII — Pittsburg; 15. VIII — Waszyngton; 16. VIII — Baltimore; 17. VIII — Atlantic City; 18 i 19. VIII — Filadelfja; 20 i 21. VIII — New-York; 21. VIII — wejście na pokład okrętu „Albert Ballin”; 29. VIII przybycie do Hamburga. Cena 500 dolarów od osoby. W cenie tej zawarte są wszystkie bez wyjątku wydatki: podróż okrętem tam i z powrotem, utrzymanie, hotel, wycieczki, kolej w Stanach Zjednoczonych, miejsca sypialne w podróży nocą, napiwki i t. d. Przy zapisywaniu się 10 proc. á conto. Zapisy przyjmuje redakcja „Warsz. Czasop. Lek.”

— Wycieczka do Stockholmu dla Lekarzy i ich Rodzin na Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów i na Wystawę Narodową Sztuki dekoracyjnej i ludowej od 14 do 24 sierpnia 1930 roku. Wycieczka odbędzie się statkiem „Gdynia” P. P. „Żegluga Polska”.

Program wycieczki.

Dn. 14. VIII o godz. 15. -ej wyjazd z Gdyni do Visby, Dn. 15. VIII o godz. 12. -ej przyjazd do Visby, o godz. 20. -ej odjazd do Stockholmu. Dn. 16. VIII o godz. 10. -ej przyjazd do Stockholmu. Od 16 do 22-go pobyt w Stockholmie. Dn. 22. VIII o godz. 21. -ej odjazd do Gdyni. Dn. 23. VIII na morzu. Dn. 24. VIII o godz. 9. -ej przyjazd do Gdyni, godz. 11. -a ew. odjazd do Warszawy.

Ceny przejazdu tam i z powrotem, miejsca sypialne podczas trwania wycieczki, a więc i podczas postoju w Stockholmie wraz z całkowitem przez cały czas utrzymaniem, kosztą zbiorowego paszportu i wiz, wszystko razem:

Pokład A — kabiny po 2 osoby	Zł. 1.000.—	od osoby
„ B — „ większe po 2 osoby	„ 950.—	„ „
„ B — „ mniejsze „ 2 „	„ 860.—	„ „
„ C — „ większe „ 2 „	„ 720.—	„ „
„ C — „ mniejsze „ 2 „	„ 675.—	„ „
„ B w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby	„ 700.—	„ „
„ B — w razie zajęcia większej kabiny przez 4 osoby	„ 600.—	„ „

Pokład C — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby 550.— „ „
 Udział w wycieczce uprawnia do zniżki kolejowej 50% w drodze powrotnej od Gdyni do miejsca zamieszkania.

Blizszych szczegółów udziela Kancelarja Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu. Warszawskiego — Warszawa. ul. Litewska 16. Wobec ograniczonej liczby uczestników, — wskazane możliwie szybkie zgłoszenia. M. Michałowicz.

— Nr. 8-my „Dziecka i Matki” przynosi następujące artykuły: M. Benisławskiej „Rozmowa z dzieckiem”. J. Strzeleckiej „Kultura życia towarzyskiego wśród dzieci”, L. K. „Matka a gospodarstwo domowe”, M. B. „Dziecko a ból fizyczny”. Dr. A. Klęska „Leczenie skrzywień u dzieci”, Dr. M. Biehler „Błonica”. Dr. F. Łuniewskiej „O gruźliczym zapaleniu opon mózgowych”. Dział „ważne drobiazgi” porusza sprawę liczenia się ze słowami, przesady w karaniu, snu niemowląt, mycia rąk, zabaw z psami, smoczek, potówki, pokoju chorego dziecka, łóżeczka, wózka i dezynfekcji, W dziale „Matki między sobą” — polemika na temat stosunku ojca do niemowlęcia. Nowela Ewy Szelburg „Wronie jaja, czyli tragiczna Wielkanoc”, i wiersz J. Korczakowskiej „Cipus” uzupełniają numer.

— Nr. 4 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Tadeusz Zieliński. Rozwój kultury duchowej. Waclaw Husarski. Iluzja jedności stylistycznej. A. Kierski. Społeczeństwo a wychowanie. Jerzy Barski. Chiny pod względem społeczno-gospodarczym. F. Burdecki. Siedem cudów świata niegdyś a dziś. Przegląd ekonom-społ. Kronika. Rzeczy ciekawe. Poradnia bibliograficzna.

ZMARLI:

Marek Arnstein, senior lekarzy lubelskich, członek honorowy Towarz. Lek. Lubelskiego i Stowarzyszenia Lekarzy Warszawskich, zmarł w Warszawie, pochowany w Lublinie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

6. V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Stefan Rudzki. Walka społeczna z gruźlicą na wsi.

7. V. Polskie Towarzystwo Psychjatryczne Oddział Warszawski.

1. Higier (sen). Rzadka postać otępienia starczego.

2. Konorski i Miller. Nowe zagadnienie w teorii odruchów warunkowych. 3. Dyskusja nad kwestją „specjalisty lekarza—psychjatra”.

7. V. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. H. Brokman i M. Mayzner. Odczyn rozpoznawczy dla ospy wietrznej i odry (donies. tymczas.) 2. W. Gumiński i St. Popowski. Rozstrzeń oskrzeli u dzieci.

8. V. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne.

1. Odczytanie protok. poprz. posiedz. 2. Edward Bruner. Pokaz 2ch przyp. peritostitis ossificans u dzieci z kilką wrodzoną. 3. Jan Borowski. Przyp. do rozpoznania: lues—gruźlica, lymphogranulomatosis? 4. Jan Borowski. Chilblain lupus. 5. Hirsberg. Kilaki moszny a zmiany nerwowe 6. Trzeciński. Wetnisto-włosy osobnik pochodzenia aryjskiego. 7. Odczyt. D-ra Gustawa Bychowskiego: „Klinika i terapia niektórych postaci niemocy płciowej”.

10. V. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.

Sekcja kliniczna.

Pokazy: 1. D. Hellin. Przypadki operacji kosmetycznych nosa. 2. G. Krukowski i M. Lubelski. Przypadek uporczywej czkawki wyleczony za pomocą miejscowego znieczulenia nerwu przeponowego. 3. E. Herman i M. Lubelski. Przypadek osteomyelitis cranii. 4. J. Muszkateńblit. Dwa przypadki endarteritis obliterans juvenilis (choroby Buergera) leczone insuliną. 5. J. Typograf. Zespół dusznicy bolesnej niezwykłego pochodzenia.

Odczyt: A. Gurewicz. O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografii drogą śródżylną.

13. V. Zrzeszenie Lekarzy Rzplitej Polskiej.

Pokazy: 1. H. Higier. a) Rzadka postać sprawy uciskowej, b). Z dziedziny letargu okresowego.

Odczyty: 1. Br. Fejginówna. Bakterjofagi i ich znaczenie lecznicze w med. wewn. i chir. 2. A. Gurewicz. O nowej metodzie rentgenologicznego uwidaczniania nerek i pyelografii drogą śródżylną.

TREŚĆ: A. LANDAU, J. GLASS i I. BEILESS. O zatruciu ostrem rtęcią, o jego leczeniu i o zaburzeniach gospodark chlorowej, wodnej, azotowej i kwasowo-zasadowej w jego przebiegu. — SZENKIER. Nowy objaw kamicy nerkowej. — R. ZAJDŁÓWNA. Teoria zjadliwości bakterij na zasadzie prac Falka (str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Holandji (Dok.)—Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. LANDAU, G. GLASS et I. BEILESS. Sur l'intoxication mercurielle aiguë et son traitement. — SZENKIER. Un nouveau symptôme de la néphrolithiase. — R. ZAJDEL. La théorie de la toxicité des microbes basée sur les travaux de Falk (Rev. gén.) — M. KACPRZAK. Problèmes sanitaires des Pays-Bas.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48