

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XII

WARSZAWA, 14 MARCA 1935 R.

Nr. 10

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Skleremja z objawami nerwowymi. (Scleremia benigna).

Podali

J. MERENLENDER i N. ZANDOWA (Warszawa).

Na wstępie słów parę poświęcić należy omówieniu nazwy cierpienia: wobec braku istotnego obrzęku skóry, a zwłaszcza obrzęku plastycznego, schorzenie winno raczej nosić nazwę przyjętą ostatnio, a mianowicie „*Scleremia*” zamiast dawnej „*scleroedema adultorum*” (B u s c h k e)^{*)}.

Sellei proponuje nazwę „*Induratio progressiva benigna (subacuta)*” (cyt. według Istoka).

Epstein posługuje się dawnym terminem „*scleroedema*”, odrzucając określenie „*adultorum*”. Wychodzi on z założenia, że cierpienie dotyka nieraz i młodociane osobniki.

Audry za najwłaściwszą uważa nazwę „*scléreme aponévrotique bénin*” wobec tego, iż powięź bierze często poważny udział w cierpieniu. Wydaje się, iż nazwa, proponowana przez nas: „*scleremia benigna*” byłaby najdogodniejsza, gdyż ogarniałaby sobą wszelkie możliwości kliniczne.

Pierwszy przypadek tego schorzenia został opisany przez B u s c h k e g o w 1900 roku pod nazwą „*scleroedema adultorum*”. Niebawem zwrócono uwagę na tę jednostkę chorobową, a w 1920 r. B u s c h k e, opierając się na dalszych swoich spostrzeżeniach i przytaczając przypadki innych autorów (P i n l k u s a, B a g i n s k y e g o, R i s s o m a), mógł już podać dokładne i znamienne cechy tego rzadkiego zespołu chorobowego. W 1929 r. R u m m e r t zdołał zestawić z piśmiennictwa już 35 odnośnych spostrzeżeń.

Liczbę ogłoszonych (do 1932 r.) przypadków Epstein ocenia na 41; jeżeli doliczyć 5 przyp., ogłoszonych (w piśmiennictwie wszechświatowym) w 1932 do 1934 r., to ogólna liczba wynosi około 46 przypadków.

S. b. *) należy, jak widzimy, do niezmiernie rzadkich zjawisk chorobowych. Coprawda, B u s c h k e,

opierając się na przykładach z piśmiennictwa, twierdzi, że nieraz sprawa nie była należycie rozpoznawana, a raczej mylnie kwalifikowana; jako ostra twardzina skóry; wynikałoby z tego, że s. b. zdarza się częściej, niż się to naogół przypuszcza.

U nas ani w piśmiennictwie, ani też w podręcznikach dermatologicznych polskich żadnej wzmianki o tem schorzeniu nie znaleźliśmy.

Wobec powyższego pozwalamy sobie krótko podać dane, dotyczące kliniki i istoty s. b. (według E h r m a n n a i B r ü n a u e r a oraz piśmiennictwa ostatnich lat 3-ch).

Należy zaznaczyć, że poza pracami francuskimi Dariera, Lesne-Dreyfusa i Audryego i pojedynczemi amerykańskimi, prawie wszystkie publikacje pochodzą z Niemiec i Europy środkowej, gdzie widocznie schorzenie to częściej się spotyka.

Znamienną cechą schorzenia jest s t w a r d n i e n i e skóry, które dotyczy głębszych jej warstw i tkanki podskórnej (rzadziej ścięgien i mięśni); r o z p o c z y n a się ono na k a r k u i s z y i i w szybkim tempie rozciąga się na twarz, łopatkki, ramiona oraz okolice brzucha i klatki piersiowej; ręce i stopy przeważnie pozostają wolne. Audry i Mayr spostrzegali jeszcze inny typ, mianowicie, obejmujący pośladki, uda i podudzia, ew. rozprzestrzeniający się dalej, ale również oszczędzający ręce i stopy. Spostrzegano również skojarzenia obu wspomnianych typów. Stwardnienie jest zupełnie bezbolesne, powoduje jednak nietylko uczucie napięcia skóry, ale prowadzi do ograniczenia ruchów: poruszanie głową jest upośledzone, występuje maskowaty wyraz twarzy, żucie i mowa mogą być utrudnione, ruchy kończyn i ruchy oddechowe klatki piersiowej również mogą być upośledzone; chorzy skarżą się na przykre uczucie pancerza na ciele.

Skóra jest twarda, blada, chłodnawa, jakby przesiąknięta parafiną. Próba ujęcia jej w fałdę nie udaje się. Natomiast można zebrać powierzchowne warstwy skóry w delikatne fałdki, gdyż stwardnienie dotyczy warstw głębokich; z tego powodu przy ucisku palcem nie powstaje wgłębienie, a więc niema prawdziwego obrzęku.

*) S. b. — scleremia benigna.

Z wyjątkiem przypadku *Darier-Ferranda*, w którym po nacięciu skóry wydobywał się płyn, w pozostałych spostrzeżeniach stwierdzono zupełną spoiłość tkanek.

Co zaś dotyczy czynności gruczołów łojowych i potnych, to spostrzeżenia są rozbieżne. *Buschke* i *Dubreuille* odchylił od normy nie stwierdzali, natomiast inni (*Fund*, *E. Hoffmann*, *Mayr*) podkreślają nadmierne pocenie się.

Erich Hoffmann zwrócił uwagę na szczególną bolesność wargi dolnej oraz, w stopniu lżejszym, języka przy ich pociąganiu. Wrażliwość języka uważa *Edm. Hoffmann*, jako objaw charakterystyczny i wczesny.

Co się tyczy układu krwiotwórczego, to *Er. Hoffmann* stwierdził w swoim przypadku (poza przejściowym zwiększeniem śledziony) lekką limfocytozę (46%); tę samą cechę zanotowali również *E. Epstein* (45%), *Mayr* (43%). *Edm. Hoffmann* łączy limfocytozę z samą istotą cierpienia, gdyż liczba limfocytów zmniejsza się wraz z cofaniem się zmian skóry.

Zarówno *Er. Hoffmann*, jak i *Freund* zwrócili uwagę na zachowanie się gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Z powodu stwardnienia skóry tarczycy nie daje się wyczuć; po wyrównaniu się zmian skórnych *Freund* stwierdzał równomierne powiększenie tego gruczołu oraz pewne jego stwardnienie. *Lesne-Dreyfus*, *See-Launay*, a również *Deytjas* ustalili niedomogę czynnościową tarczycy; *Nobl* stwierdził objawy, odpowiadające chorobie *Basedowa*. Wynikałoby z tego, że istnieje dysfunkcja tarczycy (*Buschke* i *Pulvermacher*), zaś dobre wyniki po leczeniu wyciągami z tarczycy (*Buschke*, *Buschke-Ollendorff*, *Graevenitz*, *Lesne-Dreyfus*, *Mayr*, *Schonwen* i inni) potwierdzają to mniemanie.

Copravda, pamiętać należy, że cierpienie może cofać się samoistnie (*Buschke*), przy rozpatrywaniu więc wpływu tarczycy trzeba i tę okoliczność mieć na względzie. Mimo to *Darier* wypowiada następujące zdanie: „J'insiste sur l'efficacité de la médication thyroïdienne dans ce cas de scléremie et il me paraît logique de rapprocher cette maladie du myxoedème”. (Cytow. u *Ehrmann*).

O udziale jajników mówią następujące fakty: w przyp. *Nobla* i *Delbanc* o istnieniu brak miesiączki (*amenorrhoea*). U chorej nastąpiła wybitna poprawa z chwilą zjawienia się pierwszej miesiączki. Następnie stan pogorszył się, gdy nastąpiła znów przerwa w miesiączkowaniu.

Grasica stała (*Thymus persistens*) była stwierdzona w przypadku *Mayra*. *Freund* spostrzegł *s.b.* w przypadku guza przysadki ze zniszczeniem siodła tureckiego. W przypadku *Schrensa s.b.* powstała po naświetlaniu przysadki (z powodu nowotworu) promieniami *Roentgena*; przypuszczać należy, iż była łączność między *s.b.* a zaburzeniem w czynności przysadki.

Wobec zejścia pomyślnego cierpienia trzeba przypuszczać, że zmiany w gruczołach są tylko przemijające (*Audry*).

Niektóre przypadki *s.b.* (*Graevenitz*, *Kutter*) spostrzegane były w następstwie zapalenia mózgu.

Autorzy (*Er. Hoffmann*) chcą wobec tego rozpatrywać cierpienie, jako zaburzenie odżywcze, wynikające z uszkodzenia międzymózgowia.

O udziale układu roślinnego mówią przypadki, w których (*Er. Hoffmann*) występuje lekki cukromocz po zastrzyknięciu adrenaliny.

Wykazane zwiększenie ilości wapnia i zmniejszenie potasu w spostrzeżeniach *Buschke-Ollendorfa* uprawnia autorów tych do wnioskowania o wagotonji, towarzyszącej cierpieniu.

Przebieg *s.b.* jest naogół łagodny. Cierpienie rozwinąć się niekiedy może w sposób ostry w ciągu kilku tygodni. W innych przypadkach rozwój jest powolny: trzeba kilku miesięcy, zanim stwardnienie dojdzie do punktu kulminacyjnego.

Trwanie cierpienia może rozciągać się na miesiące, a nawet lata; tak np. *Mayr* widział przypadek, trwający lat 7, *Adler* — 14, *Schoenhof* — 10. Odwrotnie, może być zejście pomyślne szybkie po 5 tygodniach (*Seifert*).

Po wyzdrowieniu skóra powraca do stanu prawidłowego.

Niekiedy notowano nawroty cierpienia (*Hoffmann*, *Epstein*).

Co zaś dotyczy wieku i płci — cierpienie najczęściej przypada na okres pomiędzy 20 — 40 rokiem życia. Znane są jednak przypadki u osesków i dzieci (*Finkelstein*, *Rupilius*), a również u osób po 50 r. życia. Co się tyczy płci, to kobiety zapadają częściej, niż mężczyźni: *E. Hoffmann* widział je u 11 kobiet na 16 przypadków, *Mayr* — u 25 kobiet na 33 przypadki.

Etjologja. *Scleremia* najczęściej występuje po cierpieniach zakaźnych; tak *Hoffmann* zanotował grypę w wywiadach 8 osób (na 14 spostrzeżeń), *Mayr* — 27 osób (na 33 spostrzeżenia). Poza tem notowano, iż płonica, świnka, angina, zapalenie oskrzeli, płuc, mózgu poprzedzały powstanie cierpienia. *Bethmann* widział nasilenia skleremji w czasie nawrotu grypy. *Audry* rozważa możliwość związku cierpienia ze sprawami reumatycznymi („rapprocher ce syndrome des divers variétés de cellulites soi-disant rhumatismales”).

Epstein zanotował raz w wywiadach chorobę gorączkową niewiadomego pochodzenia. *Audry* podejrzewał kiłę jako moment etiologiczny. Raz cierpienie wystąpiło w 6 tygodni po usunięciu zęba u osobnika z próchnicą ogólną zębów i z powiększeniem migdałków. *Darier* podkreśla uraz w przypadku, spostrzeganym przez siebie.

Rupilius przypisuje dużą rolę zmianom koloidalnym tkanki podskórnej w patogenezie *s.b.*

Wreszcie spostrzegano *s.b.* w następstwie dolegliwości reumatycznych i niedokrwoności złośliwej.

Co się tyczy zmian drobnowidzowych skóry, to badania histologiczne, przeprowadzone przez wielu autorów, wykazały brak zmian w naskórku, natomiast — rozpułchnienie i spęcznienie włókien łącznotkankowych oraz luki w tkance klejorodnej; niektórzy tylko spostrzegali obrzęki, luźne przestrzenie dookoła naczyń i przydatków skóry (torebki, gruczoły i t. d.).

Inni — nie wykryli ani objawów pęcznienia, ani też luk.

Interesujące są spostrzeżenia *Freunda*, który

stwierdził śluzowatą masę, odpowiadającą obrzękowi, wzgl. wysiękowi. Podobne zmiany zanotował Epstein. Freund sądzi, że podstawą cierpienia jest właśnie ta masa śluzakowata (barwiąca się za pomocą kresylechtviolett).

Niektórzy spostrzegali nieznaczne nacieczenia dookołanaczyniowe limfocytami i periteljum, zastoinowe objawy w brodawkach, zgrubienia naczyń, wzgl. zaznaczoną *endarteriitis obliterans*.

Er. Hoffmann stwierdził pewne zmiany w nerwach skóry: pofałdowanie i spęcznienie włókien, miejscami ich zgrubienie, bujanie jąder; obfite skupienie komórek jednojądrzastych w *perineurium*; przekrwienie naczyń włosowatych.

Badania Er. Hoffmanna, dotyczące nerwów, pozwalają na wgląd w patogenezę s. b., gdyż nasywają myśl o związku pomiędzy zmianami w nerwach roślinnych, wpływających na ściany naczyń i odżywianie tkanki klejorodnej, a całym cierpieniem.

Poszukiwania zmian w nerwach, przeprowadzone przez Bruhnsa, Freunda i innych, nie dały wyniku.

Freund podkreśla fakt, iż Hoffmann badania swe przeprowadził w bardzo wczesnym okresie cierpienia.

Z drugiej strony wykazana przez Freunda obecność istoty śluzakowatej (która nie daje się identyfikować — narazie — z mucyną), tworzy pomost do obrazu histologicznego obrzęku śluzowatego. Freund sądzi, że (na podstawie jego badań) można narazie przypuszczać, iż istnieje pokrewieństwo obu schorzeń (*Myxoedema* i s. b.), w każdym bądź razie zwraca uwagę klinicystów na tarczycę.

Zdaniem Ehrmanna i Brünauera, badania Hoffmanna pozwalają przypuszczać, iż zachodzą tu zaburzenia w odżywianiu skóry, przyczem szkodliwość działa na układ nerwowy roślinny, wzgl. — na gruczoły wewnątrzwydzielnicze, ściślej z poprzednim związane.

—o—

Przypadek nasz dotyczy 23-letniej chorej, u której w wywiadach zanotowano: pierwsza miesiączka w 12-ym roku życia. Następne okresy prawidłowe, lecz bardzo obfite i wydłużone do 8 dni. W dzieciństwie — szereg chorób zakaźnych (odra, krztusiec i in.). Od wczesnych lat — bóle rozsiane, kwalifikowane jako „reumatyczne“. Około 17 roku życia straciła matkę. Stratę odczuła bardzo ciężko i wkrótce potem zapadła na poważną grype z powikłaniami usznymi. W rok później — powtórnie ciężka grypa. Około 20 r. życia wystąpiło obfite krwawienie, trwające przez szereg miesięcy naskutek polipa szyi macicznej. W czerwcu 1930 r. poddała się zabiegowi ginekologicznemu w celu usunięcia polipa. Na jesieni tegoż roku (1930) zapadła znów na grype. W następstwie jej wystąpiły długotrwałe stany podgorączkowe oraz dolegliwości ze strony serca (palpitacje, brak tchu i t. p.). W tym czasie stwierdzono jakoby u niej „zapalenie wśierdza“. Chora wspomina o napadach występujących zawrotach głowy, doprowadzających do utraty równowagi, które pod wpływem bromu ustępowały.

Obecne schorzenie wystąpiło w następujących okolicznościach: w miesiącu lipcu 1933 r. chora znów zapadła na grype. Po pierwszym tygodniu choroby zauważyła nagle, iż przed oczyma jej snują się jakieś białe pasma. Bezpośrednio

potem zaczęła sprawdzać swój wzrok i stwierdziła, że widzi tylko połowę przedmiotu. Nie może podać, która połowa znikła z pola widzenia. Pamięta natomiast, że w pewnych momentach nie dostrzegala bocznej połowy przedmiotu, w innych — górnej połowy. Napady takie powtarzały się kilkakrotnie w ciągu pewnego dnia, poczem ustąpiły zupełnie. Przez dwa następne tygodnie trwał okres zdrowienia. Poczem raz po pewnym, będąc w ogrodzie i zziębnięszy nieco poczuła, iż skóra pod uszami stężała i w postaci dwu grubych walców, zbiegających do szyi, tkwi w niej, jak ciało obce. Od tej chwili zgrubienie skóry rozwijało się coraz bardziej w ciągu całego następnego tygodnia i posuwało się w kierunku szyi, karku i klatki piersiowej. Po tygodniu znów nawiedziły ją zaburzenia wzrokowe w postaci tych samych jasnych smug przed oczyma z następczym niedowidzeniem połowiczem. I tym razem przychodziły one napadowo w ciągu jednego dnia, poczem ustąpiły całkowicie.

Naskutek cierpienia skóry, które chora określa, „jakby była zamknięta w pancierz“, zmuszona była przybyć do Warszawy na kurację. Dotąd używała bardzo dużo wyciągów jajnikowych, które zastosowała sobie sama, pragnąc zaradzić na niedostateczne miesiączki, które wystąpiły po zabiegu ginekologicznym przed 3 laty. Przez wszystkie te lata aż do chwili obecnej zażywała lekarstwo (*Ovarium*) bez przerwy.

Stanołecny. Przy badaniu w pierwszych dniach sierpnia (1933) zanotowano: kobieta wzrostu niżej średniego, o prawidłowej budowie kośćca, w dobrym stanie odżywiania i o słówkach bladych.

Twarz — o skórze grubej, bladej i napiętej, jakby odlana z masy tłuszczowej. Wyras jest maskowaty, nieruchomy. Nos i wargi niezmiernie grube, powieki obrzękłe pozostawiają wąskie szpary oczne.

Skóra — naogół lojotokowa. Tu i owdzie (na podbródku, w okolicy międzyopatkowej) stwierdza się pojedyncze wykwyty trądzika pospolitego (*acne vulgaris*). Uderzające jest stwardnienie skóry, sięgające dość głęboko, które zajmuje około 1/3 części całej powierzchni ciała. Wygląd skóry nalany, napięty; brak zmarszczek, fałd; fizjologiczne brzozy (nosowo-szczękowe, na szyi) niewidoczne, raczej uwypuklone.

Umiejscowienie stwardnienia przedstawia się, jak następuje:

Obejmuje ono całą twarz za wyjątkiem wargi górnej, wąskiego (1 cm.) pasa pod wargą dolną, powiek (które w pierwszych dniach spostrzegania były, zresztą, lekko obrzękłe; obrzęk ten samoistnie ustąpił), małżowin usznych i wąskiej (przedniej) przylegającej do nich przestrzeni. Na tyle głowy stwardnienie obejmowało okolicę potyliczną. Pokrywa górna (sklepienie) czaszki była wolna od zmian. Szyja i kark były całkowicie objęte stwardnieniem, a przez to znacznie zgrubiałe; czyniły wrażenie, jakby były przytrzymane grubą opaską, która utrudnia ruchy głowy.

Stwardnienie pozatem obejmowało: barki, górną przednią powierzchnię klatki piersiowej (mniej więcej do połowy obu sutków), tylną powierzchnię klatki piersiowej do granicy z okolicą łędziwiową, ramiona, przedramiona (skóra w obrębie stawów łokciowych — prawidłowa), pozatem dolne części klatki piersiowej (w obrębie łuków) oraz nadbrzusze (*epigastrium*). Dolna powierzchnia sutków i dłoni były całkowicie wolne od zmian. Pomiedzy skórą stwardniałą i normalną niema ostrej granicy. Skóra jest blada (lecz w ramach normalnych), zgrubiała; nigdzie nie stwierdza się rumieni, wzgl. innych podobnych zmian, np. gładkości i zabarwienia sklerodermicznego. Stwierdza się rażący kontrast między skórą schorzałą i skórą prawidłową w okolicach, choć oba nie

dotkniętych; uderza mianowicie jej spoistość deskowato twar-dawa, uniesienie skóry w fałdę nie udaje się; można ująć ją tylko w postaci grubej i szerokiej duplikatury; tkanka pod-skórna miejscami jest jakby zrosnięta ze skórą, miejscami znów udaje się unieść delikatne powierzchowne fałdki, w miej-scach tych stwierdza się wyraźne umiejscowienie sprawy w głębszych warstwach skóry, wzgl. w tkance podskórnej. Po ucisku palcem nie stwierdza się *) typowego dolka (cha-rakterystycznego dla obrzęku).

—o—

Badania dodatkowe wykazały, iż: gru-czoły chłonne są bez zmian. Ciężota (ściśle notowana w ciągu pierwszych 2 miesięcy) była naogół pod-gorączkowa ($36,8^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$) ze skłonnością do sporadycznych krótkotrwałych wzniesień (38°). Moc z (również ściśle mierzony w ciągu I miesiąca spostrzegania) w ilości (dobowej) prawidłowej (około 1500 cm.³). Ciężar gat.: 1015. Dobowa ilość chlorków — prawidłowa (10,31 gr.); pozatem — bez zmian. Krew: a) WaR — ujemny; b) chemicznie: cukier 109,8 mgr. % (norma 90—120), wapń 12,0 mgr. % (norma około 10 mgr.); c) morfologia: czerwonych ciałek 4.520.000; hemoglobiny 75%; wskaźnik 0,9; białych ciałek — 5.000. Leukocytów obojętnochłonnych 34%; leukocytów eozynochłonnych 22% (!); limfocytów 41% (!); monocytów 3%. Kał: robaków jelitowych, ani ich jaj nie wykryto. Pocienie zmniejszone. Metabolizm (10. 8. 33.). Wzrost—156 cm. Waga — 64,5. Ciężota — $36,6^{\circ}$. Tętno — 80 na mi-nutę. Liczba oddechów — 23 na minutę. Podstawowa prze-miana wynosiła 0,970 kaloryj na minutę. OdchYLENIE wynosi: — 3% (norma jest w granicy +10% i —10%). (NB: należy wziąć pod uwagę, że wyjątkowo tylko w chwili bada-nia chora miała ciężotę prawidłową, gdyż zasadniczo były u niej stany podgorączkowe; okoliczność ta mogła wpłynąć na wynik badania). Włosy i paznokcie — bez zmian. JAMA ustna: Uzębienie złe, próchnica większości zębów (R o e n t g e n). Gardziel — zaczerwieniona. Narządy wewnętrzne (dr. Fejgin — 9. VIII. 33): Brak objawów Graefego, Stellwaga i Möbiusa; brak drżenia rąk. Tętno — miarowe: 84 — w stojącej, 72 — w leżącej pozycji; ciśnienie krwi 185/100. W płu-cach — zmian wyraźniejszych niema. W sercu — lewa granica zlekka przesunięta; I ton na koniuszku dość mocny, nieczysty, II-gi ton koniuszka głośny, czasami zlekka rozdwo-jony; I ton t. płucnej ze szmerkiem skureczowym, II-gi wyraź-nie akcentowany; I-szy ton aorty z wyraźnym szmerem skur-czowym, II-gi aorty akcentowany, nieco słabszy, niż II-gi tętnicy płucnej, ale z nieznacznym odcieniem dźwiękowym; lekkie tętnienie w dolku jarzmowym. JAMA brzuszna — powłoki o grubej podściółce tłuszczowej; wątroba, ani śledziona wyczuć się nie dają. (Odruchy kolanowe i Achillesa — obecne; patologicznych — brak, czucie głębo-kie — zachowane).

Badanie neurologiczne w dniu 16 sierpnia 1933 r. wykryło silne osłabienie odruchów kolanowych. Pozostałe odruchy ścięgnowe i skórne były prawidłowe. Nerwy czaszkowe bez zmian. Pole widzenia, dno oczu — prawidłowe. Ciężota krwi, badane w dniu tym, wykazało 120/80.

—o—

Decursus morbi. 16.IX.1933. Po miesiącu stwierdzono wyraźną poprawę: stwardnienie na nosie, na podbródku, na

*) Badania histologicznego, niestety, nie udało się prze-prowadzić, gdyż chora na biopsję się nie zgodziła.

zewewnętrznych częściach policzków prawie całkowicie ustąpiło. 25.IX. Stwardnienie nieco mniejsze na szyi oraz na przedniej powierzchni klatki piersiowej. W ciągu następnych czterech miesięcy (października, listopada, grudnia 1933 r. i przez cały styczeń 1934 r.) poprawa postępowała nieznacznie, prawie nie-postrzeżenie: znikanie stwardnienia skóry odbywało się od dolnych granic ku górze, t. j. naprzód znikano z tułowia i przedramion, potem z ramion i klatki piersiowej, najpor-czywiej trzymało się ono na szyi, zwłaszcza na jej bocznych częściach: niepodobna tu ująć skóry nawet w najgrubszą fałdę, ani przesunąć jej na tkance podskórnej. Nawet w miejscach, powracających do zdrowia, skóra nie odzyskuje swej normalnej elastyczności i przez długie tygodnie zachowuje względne stwardnienie. Na policzkach, gdzie skóra tkwi luźno, i można łatwo stwierdzić jej grubość, ujmując ją od strony błony ślu-zowej i od strony zewnętrznej, wyczuwa się stwardnienie w postaci ogniska wielkości 10-złotówki, symulującego stężal-łą parafinę, zapuszczoną do tkanek. Ognisko to w czasie le-czenia zmniejszało się koncentrycznie, tak, iż w końcu stycz-nia miało rozmiary zaledwie monety dwuzłotowej w prawym policzku, nieco zaś większej w lewym.

Przed każdą miesięczką stan skóry pogarsza się nieco i do cechy trwałej, t. j. stwardnienia, dołącza się przemijający obrzęk powiek i warg.

Stan odruchów kolanowych ulegał nieustannym wahaniom. W 2 tygodnie po badaniu neurologicznym znikły one całkowicie i nie dały się wywołać nawet przy pomocy metody Jendrassika. Stan taki trwał w ciągu 3 tygodni. W początkach październi-ka powróciły znów, jakkolwiek były bardzo słabe. Od tego czasu wahania w stanie odruchów były tak duże, iż pod datą 24 stycznia 1934 r., zanotowano: odruch kolanowy prawy do-syć żywy, zaś lewy — bardzo żywy, a już w dniu następnym o b a o d r u c h y były żywe, zaś po 2 dniach znów osłabły. Niepodobna było wysledzić, od czego zależała owa zmienność w napięciu odruchów kolanowych.

20 lutego r. z. chora miała ponownie napady widzenia świetlnych punktów z niedowidzeniem; nastę-p-czem górnego odcinka pola widzenia. Napad taki powtórzył się w marcu tegoż roku. Podczas na-padu miała ból galek ocznych, zaś po napadzie — ból w po-tylicy. Na wizycie lekarskiej dnia następnego żadnych już zmian nie stwierdzono.

Dużym wahaniom ulegało również ciśnienie krwi: określone liczbą 185 (Dr. Fejgin) w dniu 9 sierpnia, spadło do 120 w dniu 16 sierpnia; nie prze-kraczało 80 w dniu 29 tego miesiąca, a 13 września wynosiło zaledwie 60 (jako *maximum*). W pierwszych dniach październi-ka podniosło się do 100 i w tym stanie trwało przez 2 mie-siące, poczem w połowie grudnia osiągnęło 130 i już bez wy-bitniejszych wahań pozostawało na tym poziomie aż do końca kuracji, t. j. do połowy marca.

W styczniu 1934 r. chora wykazywała silne wyczerpa-nie ogólne: po przejściu kilku kroków na ulicy musiała przy-stawać, gdyż nogi odmawiały posłuszeństwa i bała się, że upadnie. Przy badaniu nie stwierdzało się żadnych objawów patologicznych poza wyczerpywaniem się ruchów: po kilku-nastu zamknięciach dłoni chora ruchu nie kontynuowała, wy-mawiając się silnym zmęceniem. Przypominało to objaw my-asteniczny. Na badanie elektryczne chora nie zgodziła się, twierdząc, że wszelkie zabiegi fizyczne, najogólniej stoso-wane (np. djatermja), pogarszają jej stan skóry i powodują przeziębienie (chora nigdy nie rozbiierała się w obawie chłodu, wieczorem rozbiierała się zawsze pod kołdra).

Rozpoznanie*) ustaliliśmy już w pierwszej chwili, a to dzięki znamiennej obrazowi klinicznemu. Rozpoznanie różnicowe musiało liczyć się z następującymi jednostkami: *Scleroderma diffusa*. Nagły początek, występujący po chorobie zakaźnej, spostrzegany bywa nieraz i w zwykłej twardzinie skóry. Brak znamiennej (dla twardzin) barwy, przypominającej kość słoniową (ew. z pierścieniem fioletowym), brak przesunięć barwnikowych oraz objawów zanikowych przemawia za *s. b.* Włośnice: towarzyszy jej wysoka ciepota (do 39°), przejściowe obrzęki twarzy i powiek, obrzęki bolesne pojedynczych grup mięśniowych, sposób trzymania się chorego (kontraktry dużych stawów), dolegliwości podczas oddychania i t. d. (Epidemia ustalona). *Dermatomyositis*: stan gorączkowy, sprawa bolesna (samoistnie, wzgl. na ucisk); towarzyszące stwardnienie skóry tylko w obrębie schorzałej grupy mięśniowej. *Adipositas dolorosa* — bolesność, większe kompleksy tłuszczakowe. *Myxoedema* — może być łatwo wyłączone wobec rozwoju charakterystycznego i cech obrzęku miękkiego, gąbczastego. *Trophoedème* (Meige) albo *Pseudoelephantiasis neuroarthritique* — różni się tem, iż sprawa jest przewlekła, podobna do słoniowaciny; powstaje u dziewcząt, wzgl. kobiet na kończynach dolnych (rzadziej na górnych, albo na twarzy); skóra gładka, obrzękła, twarda, nie daje się ująć w fałdy, barwa prawidłowa. Dolegliwości: uczucie napięcia, sztywności, *paraesthesiae*, zбочenia czucia (mrowienie), bóle; niekiedy współistnienie rozszczepienia kręgosłupa. (Należy wziąć pod uwagę, że w *s. b.* niekiedy (rzadko) zdarzają się postaci ze zgrubieniem słoniowatym, które niekiedy pozostają.

Leczenie. Z piśmiennictwa wynika, iż stosowano z większym lub mniejszym powodzeniem następujące sposoby leczenia: przetwory salicylowe, spokój (łóżko), ciepło, mięsenie, fibrolizynę oraz przetwory organoterapeutyczne. Seilei poleca trzustkę; spostrzegal on pozatem dobre wyniki po stosowaniu „Olobinthiny“, wzgl. zastrzykiwań z 10% soli kuchennej.

W sprawie leczenia tarczycą Freund i Istok stwierdzili bezskuteczność tego leczenia. Natomiast Darrier uzyskał wyleczenie wyłącznie po podawaniu tego przetworu. Epslein uzyskał wyleczenie po 5-miesięcznym podawaniu 3 razy dziennie po 0,3 *Extr. thyroideae* i dokonaniu tonsilektomji, (która okazała się skuteczna i w II-im jego przypadku). Björkenheim spostrzegal całkowite ustąpienie schorzenia (w ciągu 1½ roku) po zastosowaniu tyroidy w kombinacji z lampą kwarcową i spokojem (łóżko). Loeb, który podawał w swoim przyp. tarczycę i przetwory jajnikowe, stwierdził poprawę dopiero po preparatach jajnikowych. Wreszcie należy zanotować, że Jod: — 3 gramy (jodku potasu) dziennie w ciągu dłuższego czasu — powodował szybką poprawę i wyleczenie w przyp. Audry.

U naszej chorej zastosowano zastrzykiwania tyroidy oraz wyciągów jajnikowych (glanduovina, gynoestril, menfor-

*) potwierdzone przez Doc. M. Grzybowskiego, który chorą badał w sierpniu 1933 r.

mon, hormogland). Próba z wyciągami z innych gruczołów, jak: *glandula suprarenalis*, *hypophysis*, *thymus* dała wyraźne upośledzenie samopoczucia chorej. Zatrzymano się wobec tego na dwu gruczołach: tarczycy i jajnikach, którymi chora tak przywykła się posługiwać, iż brak ich określała jako pewne uczucie głodu tych środków.

Niepomyślne wyniki dały próby z insuliną: mając na względzie wybitną wrażliwość pacjentki, przystąpiono do zastrzykiwań niezmiernie ostrożnie i rozpoczęto od 3 jednostek. Po tak małej dawce jednak pacjentka poczuła silne bicie serca (w ½ godz. po zastrzyknięciu) i osłabienie. Spożycie czekolady, a potem obiadu poprawiło na krótko stan ogólny. Po 4 godz. jednak osłabienie stało się znów bardzo wybitne.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezmierną jego rzadkość w klinice chorób skórnych oraz na wyraźne skojarzenie objawów skórnych z nerwowymi. Te ostatnie nie są częstym zjawiskiem w przebiegu skleremji. Tak Hoffmann odnotował u pacjentki swej, 7-letniej dziewczynki, zaburzenia żucia i łykania. Bliższych szczegółów co do tych zaburzeń nie podaje. Druga chora Hoffmanna, 20-letnia kobieta, na dwa tygodnie przed wystąpieniem pierwszych objawów stwardnienia skóry, miała przemijające podwójne widzenie w ciągu jakichś 3 minut. Roscher mówi o przypadku z rozszerzeniem źrenic. W opisach innych przypadków brak wszelkich wzmianek o objawach nerwowych.

W naszym przypadku mieliśmy do czynienia z napadową hemianopsją, poprzedzaną każdorazowo świetlnymi omamami wzrokowymi.

Niepodobna oprzeć się wrażeniu, że zarówno występowanie objawów nerwowych, jak i szybkie ich znikanie (mroczki, niedowidzenie połowicze) oraz wahania w przebiegu (zmiennosc odruchów kolanowych) złożyć należałoby na karb obrzęku korzonków, względnie pni nerwowych. Znane są przypadki występowania odruchów kolanowych po wypuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego tam, gdzie przed zabiegiem były one zniesione. Tłumaczy się to zjawisko odciążeniem nadmiaru płynu od korzonków rdzeniowych. Podobne odciążanie musi tu zachodzić samoistnie pod wpływem bliżej nam nieznanych czynników.

W chorobie Quinckego, cierpieniu, przypuszczalnie zbliżonem do skleremji pod względem patofizjologicznym, udaje się nieraz stwierdzić przemijające zaburzenia wzroku oraz osłabienie odruchów ścięgniowych (przypadek Zandowej). Nasz przypadek, wykazujący co pewien czas obrzęk powiek i warg, narastwiający się na cierpienie zasadnicze, każe dopatrywać się pokrewieństwa pomiędzy skleremją a chorobą Quinckego oraz tłumaczyć objawy nerwowe u naszej chorej, podobnie jak to się czyni w stosunku do tamtego cierpienia, gromadzeniem się płynów ustrojowych już to w tkance nerwowej, już wokoło korzonków nerwowych.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Wewnętrzznego Miejskiego Szpitala Żydowskiego.
(Ordynator: Naczelny Lekarz Szpitala Dr. A. W. K a p l a n).

Przypadek czerwienicy leczony skutecznie dużymi dawkami arszeniku *).

Podali

A. W. KAPLAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ (Białystok).

Zona urzędnika, lat 27, uprzednio zdrowa, od 7 lat skarży się na bóle głowy, od 4 lat miewa bóle w krzyżu i w lewym podżebrzu oraz zauważyła tam obecność jakiegoś stale powiększającego się tworu. Przed dwoma laty rozpoznano u niej białaczkę i naświetlano śledzionę promieniami R o e n t g e n a; poprawy jednak nie było. Od tego czasu widzi gorzej — mroczyki przed oczyma, szum w uszach, swędzenie skóry. Od roku częste krwawienia z dziąseł.

Dziesięć tygodni przed przybyciem na oddział stan się pogorszył. Zaczęła odczuwać bóle w prawym podżebrzu, prawie jednocześnie otoczenie chorej zauważyło u niej żółtaczkę; straciła na wadze, osłabła, poci się; apetyt upośledzony, często odbijania i zgaga. Mocz ciemny, stolce normalnie zabarwione, temperatury podwyższonej nie było. Przed 14-tu laty — dur plamisty; perjody od 16-go roku życia nieregularne, bolesne, obfite; nie rodziła, dwa poronienia, ostatnie przed trzema laty.

S t a n o b e c n y:

Budowy prawidłowej, odżywiania miernego, policzki, wargi, błony śluzowe jamy ustnej mocno ukrwione. Skóra ciała oraz białkówki zażółcone, również i podniebienie. Gruczołów powiększonych i obrzęków nie stwierdza się. Oddycha spokojnie. Tętno niemiernowe, 70 na minutę, słabo napięte. Temperatura — norma. Zrenice — norma. Klatka piersiowa — normalnie wysklepiona, kąt międzyżebrowy bardzo rozwarty. Przepony ustawione wysoko, obustronnie z tyłu 8-me żebro, z przodu 5-te żebro mało ruchome; oddech pęcherzykowy. Serce — uderzenie koniuszkowe w 5-tej przestrzeni, wymiar poprzeczny powiększony, akcja niemiernowa, tony ciche. Brzuch — nierównomiernie uwypuklony, zwłaszcza w dolnej połowie oraz po stronie lewej i tuż pod prawym podżebrzem. Powłoki brzuszne — miękkie. Wątroba powiększona, twarda o ostrym brzegu, dwa palce powyżej linii pępkowej. Po stronie lewej wyczuwa się twór, wychodzący z lewego podżebrza, owalny, dochodzący dolnym brzegiem do *spina iliaca anterior*. Twór w górnej swej trzeciej części ma wrąb, dzielący go jakby na dwa ciała. Twór ten twardy, gładki, wyraźnie balotuje i odpowiada znacznie powiększonej śledzionie. W dolnej części brzucha — chelbotanie. Obrzęków kończyn dolnych niema.

M o c z: Ilość dobową około 300 cm³. Ciężar gatunkowy — 1.024. Urobilinogen — zwiększony. Leukocyty — liczne.

K r e w: Hb. — 98%; Er. — 6.200.000; Wskaźnik — 0,8. L — 14.000; B — 1. E — 1; P — 1; S — 72; Limf. — 20; M — 1. Bilirubina — surowica zawiera 6 jednostek V a n d e r B e r g h a. Odczyn bezpośredni, początkowo dodatni, przy następnym badaniu — ujemny. Odczyn W a s s e r m a n n a i S a c h s — W i t e b s k y e g o — ujemny.

D n o o k a — wybitne rozszerzenie naczyń żylnych — częściowo słup krwi poprzerywany.

R t g. — serce typu aortalnego, o wymiarze poprzecz-

nym lewym powiększonym. Płuca bez zmian. Ciśnienie krwi 95/60.

Wykonane kilka dni później badanie krwi wykazało: Hb — 110%; E — 6.910.000; L — 14.600. Wzór normalny; umiarkowana anizocytoza; płytek — 235.000; krwawienie — 0,5 min.; krzepliwość — 5 min.

W ciągu następnych 10-ciu dni żółtaczką mniejszą i spadek bilirubiny we krwi do 2,5 jednostek V. d. B e r g h a. Urobilinogen w moczu znikł. Stan ogólny i obraz krwi bez zmian.

Mieliśmy więc do czynienia z zespołem śledzionowo-wątrobowym, wolnym płynem w jamie brzusznej, wybitnym zaczerwienieniem twarzy oraz zmianami we krwi, które można było określić jako policytemję. Należało się zastanowić, czy mamy do czynienia z policytemją przebiegającą z zespołem śledzionowo-wątrobowym, co się nieraz, aczkolwiek nie z reguły, spotyka, czy też odwrotnie, z jakąkolwiek postacią marskości wątroby lub z zespołem śledzionowo-wątrobowym swoistego pochodzenia z wtórną policytemją.

Rzecz jasna, że rozpoznawana przed dwoma laty białaczka ze względu na normalny wzór krwi nie wchodzi zupełnie w rachubę.

Młody wiek pacjentki, przeszło 4-letnie trwanie choroby przy względnie dobrym stanie ogólnym, brak stałych objawów dyspeptycznych, brak urobilinogenu w moczu i w ogóle brak objawów upośledzonej czynności wątroby oraz dalszy przebieg choroby przemawiały przeciwko jakiegokolwiek ze znanych nam postaci marskości wątroby. Ujemny odczyn W a s s e r m a n n a i ujemny wynik próby tuberkulinowej oraz brak zmian kilowych i gruźliczych w innych narządach kazaly wyłączyć swoiste podłoże cierpienia. Rozpoznaliśmy więc pierwotną policytemję z powikłaniami.

Istota cierpienia polega na stale wzmożonej liczbie ciałek krwi, zarówno białych, jak i przedewszystkiem czerwonych. Obserwujemy w tych przypadkach wzmożoną czynność szpiku kostnego jednocześnie ze wzmożonym rozpadem, będącym momentem pierwotnym. Przemawia za tem z reguły obserwowane tu wzmożenie podstawowej przemiany oraz wyższy poziom ciał azotowych, zwłaszcza kwasu moczowego, w moczu, a często i we krwi. W związku ze wzmożonym rozpadem krwinek z reguły spotykamy w czerwienicy dużą śledzionę, niekiedy i dużą wątrobę. Z ważniejszych powikłań obserwujemy zakrzepy żyłne z ich następstwami.

W leczeniu stosujemy dietę roślinno-węglowodanową, mało białkową, zwłaszcza unikając mięsa i narządów mięsowych, jako pobudzających erythropoezę. Ostatnio R o t h m a n n, S t e r n i i i n n i ¹⁾ zalecają dodatek do pożywienia codziennie 100 — 200 gr tłuszczu w postaci masła, co ma znacznie obniżyć liczbę krwinek i dawać poprawę subiektywną. Jednocześnie, jako leczenie objawowe, stosuje się upusty krwi. Z leków podawano fenylhydrazynę lub ostatnio znacznie ulepszony preparat ten w postaci acetyl-fenylhydrazyny, który, według autorów S t o n n e i H a r v i s i i n n y c h ²⁾, jest znacznie mniej toksyczny i ma dawać o wiele lepsze wyniki. Bardzo zalecane są przez szkołę V a q u e z a naświetlania długich kości promieniami R o e n t g e n a lub radem.

¹⁾ Zeitschrift f. Klin. Med. 1933. Bd. 123.

²⁾ J. amer. medic. Ass. 1933.

*) Z posiedzeń klinicznych miejskiego Szpitala Żydowskiego, 1933/4 r.

Ostatnio *Forkner, Naiv-Scott, Wuboston*³⁾ ogłosili świetne wyniki, osiągnięte w leczeniu czerwienicy przez podawanie dużych dawek, do 60-ciu kropeł dziennie, płynu *Fowlera*. Według autorów, osiągnięte wyniki miały być lepsze, niż od upustów, fenylhydrazyny i naświetlań promieniami *Röntgena*. Efekt skuteczny uzyskali autorowie przy osiągnięciu górnej granicy tolerancji dla arseniku, gdy występowały lekkie objawy toksyczne, jak mdłości, rozwolnienie i t. d., będące według nich, bez znaczenia.

W naszym przypadku próbowaliśmy początkowo leczyć chorą przez dodawanie do pożywienia 100 — 200 gr. masła dziennie. Napotkaliśmy jednak wkrótce opór ze strony pacjentki, co zmusiło nas do przerwania tej terapii. Przeszliśmy wtedy na zalecane przez wyżej wspomnianych autorów leczenie arsenikiem, nie stosując, celem lepszej obserwacji, innych środków. Zresztą, stosując poprzednio u innej pacjentki fenylhydrazynę i benzol (acetyl-fenylhydrazyny nie mogliśmy dostać), nie osiągnęliśmy pożądanego skutku. Również w drugim przypadku, stosując naświetlanie długich kości promieniami *Röntgena*, obserwowaliśmy niezwłocznie potem wzmoczenie i tak znacznej lepkości krwi i wystąpienie zakrzepów żylnych w różnych narządach, co dało nam szereg bardzo przykrych powikłań. Zastosowaliśmy więc u naszej pacjentki, począwszy od 3-ch tygodni plyn *Fowlera* 3 razy dziennie od 4 do 20 kropeł dziennie. Wyniki leczenia uwydatnione są na tablicy.

Przez pierwsze dwa tygodnie, gdy chora była na diecie mlecznej i otrzymywała leki obojętne w rodzaju *T-rae conv. majalis* i t. d., stan jej zarówno subiektywny, jak i obiektywny nieustannie się pogarszał. Ilość hemoglobiny z 98% wzrosła w drugim tygodniu do 110%, ciała czerwone z 6.200.000 do 6.910.000. Brzuch się powiększał, plyn brzuszny narastał. Po zastosowaniu w trzecim tygodniu w tych samych warunkach dużych dawek płynu *Fowlera* dochodzących do 60 kropeł dziennie, jednocześnie z wystąpieniem objawów toksycznych, jak rozwolnienia, nudności, utrata łaknienia, skłonność do wymiotów, w krótkim czasie zaznaczył się wybitny spadek zarówno ciałek białych, jak i hemoglobiny i ciałek czerwonych. Poprawie krwi początkowo nie towarzyszyła jednak poprawa subiektywna, ani popra-

wa ogólna. Przeciwnie brzuch nadal się powiększał, i wydawało się, że plyn brzuszny jeszcze więcej narastał.

Stan, ten tłumaczyliśmy wzmocnionym rozpadem krwinek, powodującym powiększenie wątroby i śledziony. Przemawiało za tem wzmoczenie w tym okresie bilirubiny we krwi i urobilinogenu w moczu. Pewne znaczenie w powstawaniu puchliny brzusznej mogły mieć poza zaburzeniami gospodarki wodnej, w związku z powiększeniem i niedomogą wątroby, również zmiany łącznotkankowe wątroby i śledziony oraz poprzednie naświetlania śledziony, mniej wskazane, w tym przypadku.

Celem ulżenia chorej w dalszym postępowaniu, nie przerywając podawania arseniku, wykonaliśmy kilkakrotnie nakłucie brzuszne (tak dn. 5.5 b. r. wypuściliśmy 8 litr. płynu przesiękowego) z następczem wprowadzaniem preparatów rtęciowych w postaci *Novurytu*. Dopiero wtedy zaznaczyła się w dalszym przebiegu poprawa subiektywna i ogólna. Co się tyczy dalszego dawkowania arseniku i ze względu na spadek białych ciałek do 3.800 i objawy toksyczne, stopniowo zmniejszyliśmy stosowane dawki, a nawet okresowo przerywaliśmy podawanie arseniku. Objawy toksyczne znikły wtedy w krótkim czasie. Wkrótce jednak, mimo względnie dobrego samopoczucia, zauważyliśmy ponowny wzrost białych ciałek z 3.800 do 10.100; wzrost Hb. z 80% na 88%. Niezwłocznie zastosowaliśmy ponownie podawanie arseniku, przyczem okazało się, że stan równowagi w obrazie krwi najlepiej daje się utrzymać przy podawaniu codziennem od 24 do 30 kropeł arseniku. Poważniejszych objawów toksycznych nie obserwowaliśmy.

Wnioski:

1) W przypadku czerwienicy udało się tylko przez odpowiednie podawanie dużych dawek arseniku uzyskać wybitną poprawę — spadek hemoglobiny i obniżenie liczby krwinek.

2) Poprawa krwi wyprzedzała poprawę stanu ogólnego.

3) W zależności od dawkowania *sol. Fowleri* udało się osiągnąć znaczny rozpad i obniżenie krwinek w szczególności ciałek białych.

4) Z chwilą zaprzestania podawania arseniku poziom ciałek białych a następnie hemoglobiny nawiązywał się powiększa, czemu narazie nie towarzyszyło jeszcze pogorszenie stanu ogólnego.

³⁾ Arch. intern. Med. 1933, 51, 4, str. 616.

Data	Hgb	Erytrocyty	Wskaźnik	Leukocyty	Wzór Schillinga	Retikul.	Leczenie	Uwagi
28.III	98%	6.200.000	0,8	14.000	B E P S Li M 1 1 5 62 18 1			
2.IV	110%	6.910.000	0,8	14.600	B E P S Li M 1 4 10 66 17 2			
12.IV	102%	6.640.000	0,76				<i>Liq. ars. Fowleri</i> 3x6 kr.	
19.IV	97%	5.960.000	0,81				(<i>Liq. ars. Fowleri</i> 3x12-20 kr. (
23.IV	100%	5.860.000	0,85	9.200	B E P S Li M — 5 7 68 20 —		(" " " 3x20-7 kr. (5/V I nakł. brzuszne 8 litrów
28.IV	100%	5.720.000	0,87	7.300	B E P S Li M			
7.V	95%	5.000.000	0,95	3.800!!	— 14 10 50 25 —			
14.V	85%	4.640.000	0,91	4.300		2,2%		
22.V	80%	4.400.000	0,91	4.600		2,4%	<i>Liq. ars. F.</i> odstawiono	
29.V	88%	4.760.000	0,92	10.100	B E P S Li M 1 4 2 69 23 7	3,2%		
7.VI	88%	4.920.000	0,9	8.000		1,1%	" " " 3x8 kr.	16/VI III nakł. brzuszne 4 litry
18.VI	80%	4.350.000	0,92	5.600	B E P S Li M — 7 5 77 16 1	1,8%		
28.VI	80%	4.400.000	0,9	9.800	B E P S Li M 1 4 14 53 26 2	2,5%	<i>Novurit</i> dożylnie	

Z oddziału neurologicznego b. p. Edwarda Flataua
w Szpitalu na Czystem w Warszawie.

Guz wzgórka wzrokowego i komory III z objawami płasawicy *)

Podali

E. HERMAN i J. MACKIEWICZ (Warszawa).

Guzy wzgórka wzrokowego i komory III nie należą do zbyt częstych, toteż poznanie korelacji anatomicznej guzów tych właśnie okolic mózgu wydaje się nam zasługującym na szczególną uwagę. Spostrzeżenie nasze dotyczy przypadku, który w swym przebiegu odznacza się brakiem objawów klinicznych, uznawanych powszechnie za swoiste dla guzów wzgórka wzrokowego i komory III, anatomicznie zaś wykazuje szereg cech odmiennych, usprawiedliwiających przebieg kliniczny.

Przechodzimy do opisu obrazu klinicznego i anatomicznego.

Chora Pal. R., lat 12, zam. w Brześciu nad Bugiem, przyjęta na oddział D-ra Flataua 22.XI. 1931 roku (N. 4737/226).

Wywiad. Matka chorej podaje, że od wielu miesięcy dziewczynka uskarża się na bardzo dotkliwe bóle głowy, zwl. w potylicy. Bóle są napadowe i trwają zazwyczaj krótko; w nocy nasilają się. Od miesiąca dołączyły się wymioty, niezależne od jedzenia, występujące kilka razy na tydzień. Częste zaciemnienia przed oczyma. Dwukrotnie na przeciąg kilku minut straciła mowę, przytomność była zachowana, rozumiała wszystko. Przed 2 tyg. napad drgawek ogólnych, trwający jakoby godzinę, również bez utraty przytomności, bez piany na ustach i bezwiednego oddania moczu. Od tygodnia utrudnienie w oddawaniu moczu. Ostatnio gorzej chodzi. W 9 r. ż. chorowała na odrę, płonicę; przed kilkoma laty na grypę. Na uszy nie chorowała. Dawniej na bóle głowy nie uskarżała się. Ma jedną siostrę. Matka 2 razy ronila, ostatnie ciężce.

Przed kilkoma miesiącami uderzona kamieniem w głowę. Niepokój ruchowy jakoby od szeregu lat. W szkole zauważono ruchy mimowolne i zwrócono na to uwagę otoczenia. Menstruowała kilka razy.

Stano b e c n y. Chora wzrostu wysokiego, silnie zbudowana, rozwinięta fizycznie ponad wiek. Odżywienie mierne, skóra o zabarwieniu prawidłowym. Gruczoły piersiowe dość znacznie rozwinięte; uwłosienie pod pachami skąpe, koło sromu obfite. Gruczoł tarczowy wyczuwalny, niepowiększony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 100 na min., miarowe, miernie napięte. T. prawidłowa.

U k ł a d n e r w ó w y. Czaszka kształtu prawidłowego, na opuk niebolesna, ruchoma we wszystkich kierunkach. Głowa nie jest utrwalona w jednej pozycji, wykonywa nieznaczne ekskursje do przodu i do tyłu. Węch zachowany. Żrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują prawidłowo. D n o o c z u: tarcze o zabarwieniu szarawym, pokryte wysiękiem, o granicach zatartych, pierzastych; średnica obrzęku duża, równa się 3 średnicom tarczy; naczynia szerokie, pokręcone, nurkują w obrzęku; szereg mniejszych i większych wyboczyń przy tarczy i w przebiegu naczyń; wyniosłość tarcz około 2.0 D. V. O. U. — 5/6; pole widzenia prawidłowe. (Dr. E s s i g m a n z oddziału Dra Z a m e n h o f a). Przy spojrzeniu wlewo kilka drgnięć oczopłosowych. W zakresie pozostałych nerwów czaszkowych zmian wyraźnych nie dostrzega się. W twarzy niepokój ruchowy.

*) Przypadek, pokazany na posiedzeniu anatomicznym Warsz. Tow. Neurol. w dniu 24.V.1934 r

W kończynach, zarówno górnych, jak i dolnych, widoczne są ruchy mimowolne charakteru płasawiczego. Ruchy te w kończynach dolnych są słabsze, aniżeli w górnych, w prawych większe. Ruchy diadochokinetyczne po stronie lewej upośledzone. Lewa k. g. mniej utrwalona w przestrzeni. Zbaczanie w lewo przy próbie palec-palec. Przy próbie palec-nos drżenie. Objaw S t e w a r t - H o l m e s a obustronnie dodatni, po lewej wybitniejszy. Ruchy czynne, siła, napięcie, czucie wszystkich rodzajów w k. k. górnych i dolnych bez zmian. Odruchy okostnowe i ścięgnowe na k. k. górnych umiarkowane, PR słabe, lewy nieco słabszy, AR umiarkowane, arefleksja stóp, B a b i Ń s k i i R o s s o l i m o nieobecne. Chód zlekka chwiejny, mało balansuje kk. górnymi. Próba B a b i Ń s k i e g o na asynergję ujemną. M o w a bez zmian. P s y c h i k a: chora opiera się badaniu, przeciwstawia się wszystkiemu, łatwo wpada w płacz, zachowuje się bardziej dziecinnie, aniżeli odpowiadałoby to jej wiekowi; w czasie, miejscu i otoczeniu zorjentowana.

B a d a n i a p o m o c n i c z e. Rentgenogram czaszki (Dr. M e s z): czaszka nieco spłaszczona i powiększona, kości sklepienia o wyciskach palczastych zaznaczonych, siodło tureckie normalne. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi ujemny. P i r q u e t ujemny. Krew: Hb. 75%, cz. c. 4.080.000, b. c. 2.600, I—0,84, N. 71%, L. 24%, M. 2%, E. 3%. Mocz: C. g. 1028. Białka i cukru niema, osad — bez zmian.

W s t r e s z c z e n i u przypadek nasz przedstawia się następująco: 12-letnia dziewczynka, uderzona przed kilkoma miesiącami w głowę kamieniem. Po pewnym czasie, nie dającym się w wywiadach ustalić, zjawiają się dotkliwe napadowe bóle głowy, do których dołączają się wymioty, zamglenia przed oczyma, przemijająca utrata mowy, napad drgawek bez utraty przytomności.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e wykazuje u nadmiernie rozwiniętej fizycznie dziewczyny ruchy płasawicze w kończynach, zwl. w górnych, bardziej intensywne w prawych, aniżeli w lewych, ruchy, obejmujące również i twarz, nadto wybitną zastoinę obustronną n. wzrokowego z krwotoczkami i wysiękami, objawy mózdkowe w k. k., bardziej wyrażone po stronie lewej, chód zlekka chwiejny.

Rozpoznanie guza nie nastęrczało większych trudności. Bóle głowy, wymioty, tarcze zastoinowe, drgawki, przemijające zaburzenia mowy dostatecznie za tem przemawiały. Brak zmian ze strony uszu, gorączki, leukocytozy we krwi wylęczał ropień z dużym prawdopodobieństwem.

Silnie wyrażone oznaki wzmózonego ciśnienia śródczaszkowego przy stosunkowo krótkim trwaniu choroby, objawy mózdkowe, zaznaczone w k. k. g., zwl. lewej, niepewny chód czyniły prawdopodobnym usadowienie guza w mózdku, możliwe w lewej jego półkuli. Atoli ruchy płasawicze mogły nasuwać umiejscowienie bardziej głębokie, bliżej węzłów podstawnych, chociaż trudno było orzec, czy nie mamy tu do czynienia z przypadkową koincydencją, a to tem bardziej, iż matka chorej podawała w wywiadach, iż niepokój ruchowy trwać miał od szeregu lat.

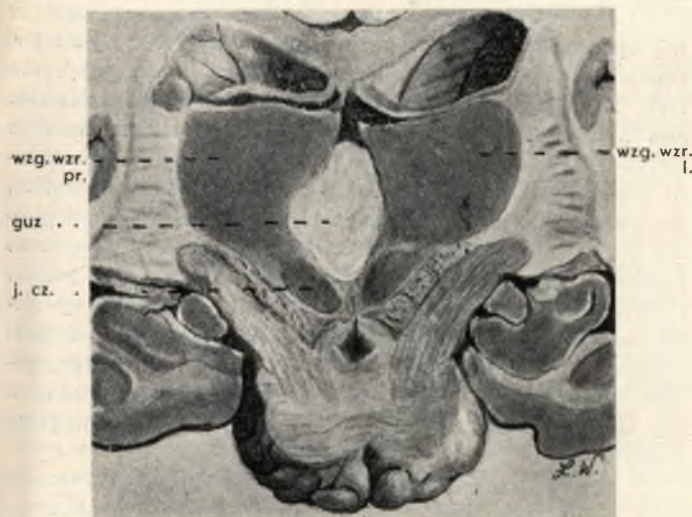
W każdym bądź razie, mimo istniejących wątpliwości lokalizacyjnych, wobec burzliwych objawów wzmózonego ciśnienia śródczaszkowego, zakwalifikowaliśmy chorą do trepanacji odciążającej tylnej.

3.XII. 1932 r. o p e r a c j a. Już w trakcie wykonywania otworów trepanacyjnych występowały okresy niepokojącego bezdechu. Chora zmarła tuż po dokonanej trepanacji (w znieczuleniu miejscowym).

S e k c j a. Mózg i mózdek nie przedstawiają u podstawy żadnych zmian uchwytnych. Otwór M a g e n d i e

drożny. Dość dużo zrostów pajęczynowych pomiędzy robakiem dolnym a okolicą otworu *M a g e n d i e*. Na wypukłości mózgu oraz mózdzku zmian nie widać. Ku przodowi od robaka górnego widać zmętniałą i zgrubiałą błonę w okolicy *isthmus cerebri*. Spoidło normalne. Na cięciu czołowym poprzez przednie rogi widać rozszerzenie komór bocznych średnich rozmiarów.

Jądro soczewkowate i ogoniaste bez zmian. Na cięciu poprzez *massa intermedia* również zmian nie widać.



Ryc. 1.

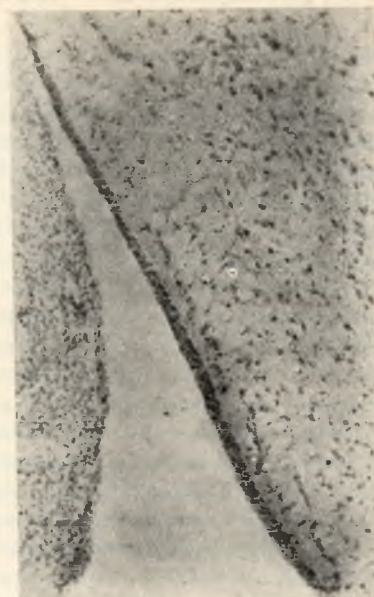
Cięcie przez spoidło tylne.

Na cięciu czołowym jeszcze bardziej ku tyłowi poprzez spoidło tylne (*commissura posterior*), wzgórki wzrokowe oraz jądra czerwone widoczny jest guz, wielkości fasoli, wychodzący z prawego wzgórka wzrokowego. Guz ten wciska się pomiędzy oba wzgórki wzrokowe, przekracza linię środkową i wypełnia w dużym stopniu komorę III. Makroskopowo odgranicza się dość ostro od otoczenia, 4/5 guza umiejscowione są po stronie prawej, 1/5 po lewej; ułożony jest skośnie, ma kształt nieregularnego trójkąta, którego podstawa umieszczona jest w przyśrodkowej części prawego wzgórka wzrokowego.

Barwa guza żółtawoszara, spistość galaretowata. Wymiar pionowy 1,5 cm., poprzeczny 1 — 2 cm.

W moście i ciałkach czworaczych zmian nie widać. Wodociąg *S y l w j u s z a* drożny. W mózdzku, rdzeniu przedłużonym brak zmian.

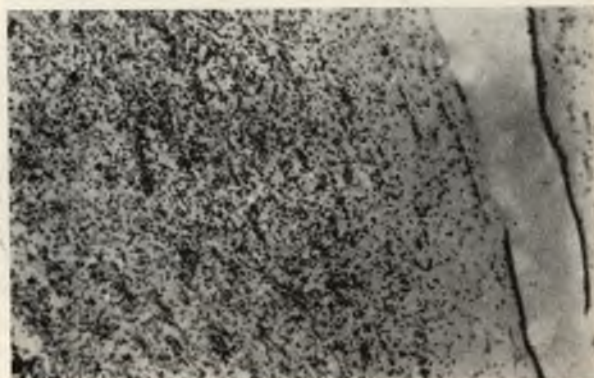
B a d a n i e d r o b n o w i d z o w e. Guz, umiejscowiony, jak to powyżej zaznaczyliśmy, w przyśrodkowej połowie prawego wzgórka wzrokowego, tuż przy linii środkowej, zbliżać się zaczyna do ściany komory III, biegnąc na nieznacznej przestrzeni w niewielkiem od niej oddaleniu (patrz Ryc. 2). W miejscu tem warstwa wyściółkowa jest jeszcze całkowicie zachowana. W miarę zbliżania się mas nowotworowych do ściany komory III warstwa wyściółkowa znika, i, poczynając od miejsca tego, guz wystaje do jamy komory sporym nierównomiernym językiem (p. ryc. 3). Tutaj na przestrzeni guza, wkraczającego do komory, brak jest warstwy wyściółkowej, którą odnaleźć można w miejscach, zbliżonych do wzgórka. Jeśli na szkiełku nakrywkowym narysować atramentem linię, odpowiadającą zachowanym częściom warstwy wyściółkowej, otaczającym guz z obu stron, to przekonąć się można, że warstwa wyściółkowa przerwana została w jednym miejscu i zniszczona przez masy nowotworowe na nieznacznej przestrzeni. Większa część warstwy wyściółkowej pozostała natomiast nietknięta.



Ryc. 2.

(Mikrografia).

Guz wnika na kształt języka do światła komory III oraz przylega do jej ścianki bocznej. — Tutaj na całej rozciągłości elementy wyściółkowe są zachowane, i guz tylko przylega do ściany komory III-ej.



Ryc. 3.

(Mikrografia).

W miarę zbliżenia się guza do ściany komory III-ej znika smuga nabłonka wyściółkowego.

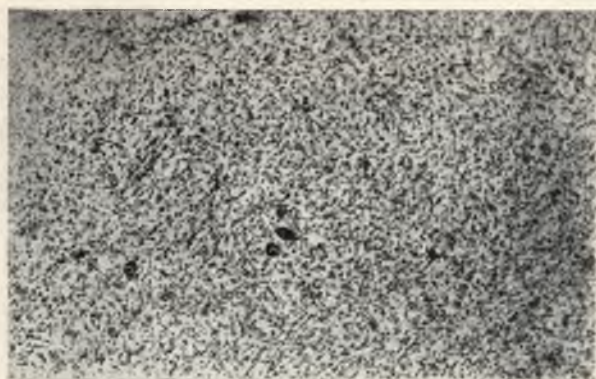
Powracając do budowy drobnowidzowej samego guza, zaznaczyć należy, iż przedewszystkiem rzucą się w oczy wyjątkowo skąpe unaczynienie guza na całej jego rozległości. Przy powiększeniu małym widać, iż guz składa się z kolosalnej liczby komórek o jądrach stosunkowo niedużych, ułożonych dość blisko obok siebie. Podścieliska wyraźnego nie stwierdzono.

Przy użyciu większych powiększeń widać, iż zasadniczo mamy do czynienia z guzem o budowie omomorficznej. Jądra komórek nowotworowych pod względem morfologicznym przedstawiają się nader jednolicie, przyczem dotyczy to zarówno wielkości samych jąder, sposobów wchłaniania barwnika, budowy błony dokolajądrowej, jakoteż wyglądu ziarnistości wewnątrzjądrowej. Same komórki są również jednakowej wielkości i przylegają dość blisko jedne do drugich. Przy barwieniach zwykłych istoty międzykomórkowej nie spostrzega

się. W preparatach, barwionych sposobem Weigerta na włókna glejowe, widoczne są włókienka glejowe pomiędzy komórkami nowotworowymi; nadto gdzieśgdzie rozrzucone typowe komórki pająkowe. W niektórych okolicach owe komórki pająkowe leżą w drobnych skupieniach, wyrostki zaś ich sięgają bardzo daleko i nieraz przeplatają się wzajemnie. Włókienka glejowe od najdelikatniejszych aż do grubych pęczków smugowatych rozmieszczone są wśród masy nowotworowej niezupełnie równomiernie, a mianowicie w części środkowej guza widzi się stosunkowo niewiele włókienek, albo też wcale ich nie widać, w miarę atoli zbliżania się ku obwodowi, liczba włókienek stale narasta. Na samym obwodzie są one najliczniejsze.

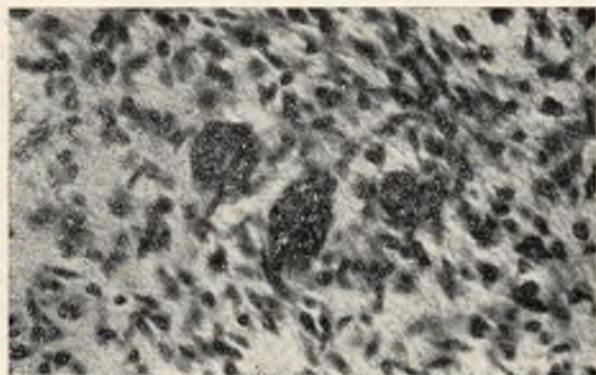
Rozpatrzyliśmy powyżej ustosunkowanie się mas nowotworowych do pasma wyściółkowego komory.

Z kolei przechodzimy do opisu zachowania się nowotworu względem otaczającej tkanki nerwowej. Przedewszystkiem podkreślić należy, iż t. zw. granicę pomiędzy guzem a tkanką normalną zaliczyć wypada w przypadku naszym do podostrej. W niektórych miejscach znajdujemy, mianowicie, tak stopniowe powolne przejście tkanki zdrowej w nowotworową, iż o jakiegokolwiek granicy wogóle mowy być nie może; w innych miejscach granica jest mniej lub więcej zaznaczona. Na uwagę szczególną zasługuje obecność pojedynczych komórek nerwowych, a nieraz i całych grup tych komórek nie tylko w częściach obwodowych guza, lecz nieraz w bardzo głębokich warstwach mas nowotworowych (p. Ryc. N. 4 i 5).



Ryc. 4.
(Mikrografia).

Dość daleko od tkanki zdrowej, w głębi masy nowotworowej, widać 4 komórki nerwowe. Jednocześnie widać budowę tkanki guzowatej, składającej się z bardzo dużej liczby elementów nowotworowych.



Ryc. 5.
(Mikrografia).

Część środkowa preparatu, uwidocznionego na ryc. 4 (powiększenie duże): komórki nerwowe naogół b. zmienione (Nissl).

Wspominaliśmy już, iż unaczynienie guza jest naogół bardzo skąpe. Naczynia nie wykazują żadnych poważniejszych zmian patologicznych. Komórki nowotworowe nie ujawniają żadnej skłonności do skupiania się dookoła naczyń. Niema też żadnych zmian zwyrodnieniowych wśród mas nowotworowych lub też ognisk martwiczych. W pasie pogranicznym pomiędzy guzem a tkanką normalną nie widać naogół żadnej poważniejszej reakcji oprócz większych skupień gleju normalnego. Streszczając przypadek nasz z punktu widzenia drobnowidzowego, widzimy, iż mamy do czynienia z guzem glejopochodnym, przemawia bowiem za tem obecność w preparatach barwionych metodą wybiórczą Weigerta, włókien glejowych oraz komórek glejowych, t. zw. pająkowych. Izomorfizm elementów glejowatych, stała skłonność mas nowotworowych do oszczędzania komórek nerwowych nietylko na samej granicy guza, lecz nawet w głębi nowotworu, nieostre odgraniczenie się guza od tkanki normalnej, oszczędzanie w znacznej mierze potężnej bariery fizjologicznej w postaci wyściółki komorowej — wszystko to przemawia przedewszystkiem za tem, iż mamy do czynienia z glejakiem t. zw. „łagodnym”. Morfologicznie i biologicznie musimy glejaka ten uznać za „*astrocytoma fibrillare*”. W obrazie drobnowidzowym znajdujemy wszystkie cechy tego łagodnego, powoli rosnącego guza glejopochodnego. Jako punkt wyjścia guza tego uważać należy warstwę gleju podwyściółkowego wzgórza wzrokowego.

Musimy zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność, która według nas mieć może niemałe znaczenie z punktu widzenia zagadnienia o korelacji anatomicznej.

Przy uważnem studjowaniu obrazów drobnowidzowych w przypadku naszym nie mógł ująć naszej uwagi fakt, iż guz ten, mający wszelkie znamiona *astrocytoma fibrillare*, pod jednym względem jednak różni się znacznie od zwykłego obrazu tego gatunku guzów, a mianowicie, swą wyjątkową obfitością komórek. Jak wynika z klasycznych prac Cushinga, guzy te cechuje przedewszystkiem utkanie nowotworowe o skąpej liczbie komórek, to, co dawniej autorzy niemieccy nazywali „*zellarme Geschwulst*”. W przypadku naszym mamy natomiast do czynienia z guzem, wyjątkowo obfitującym w elementy nowotworowe.

Wyjaśnienie tego zjawiska nie należy, niestety, do zadań łatwych lub prostych. Zgadza się to z poglądem Baileya, iż jeden glejaka nie jest podobny do drugiego. Dodamy od siebie, iż dotyczy to także glejaków jednego i tego samego gatunku. Wypada odnotować jeszcze jeden moment, jak to już wyżej wspomnieliśmy, a mianowicie, że granica pomiędzy nowotworem a tkanką normalną w niektórych odcinkach jest mniej lub więcej zaznaczona. Nie zgadza się to też z obrazem zwykłym w *astrocytoma fibrillare*, w którym granica prawie zawsze na całej rozciągłości pozostaje zupełnie niewyraźna. Dwa te momenty — obfitość komórek oraz mniej lub więcej miejscami ostre odgraniczenie guza od tkanki normalnej — świadczą stanowczo o tem, iż w danym przypadku mamy jednak do czynienia z pewnymi cechami złośliwymi, pomimo braku całego szeregu innych cech złośliwości. Nie jest wyłączone, iż tego rodzaju *astrocytoma fibrillare* rosnąć może znacznie szybciej, aniżeli to zwykle ma miejsce w typowych bardzo łagodnie rosnących astrocytomatach włóknikowych.

Najprawdopodobniej guzy glejopochodne, należące do jednej i tej samej grupy klasyfikacyjnej, pod względem wzrostu mogą się zachowywać niekiedy rozmaicie. Fakt ten jest niezmiernie ciekawy i, o ile nam wiadomo, bardzo mało zwrócono nań uwagi. W grupie tej, należącej z punktu widzenia drobnowidzowego do

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

W. BORGARD. **Analiza zmian w krążeniu, występujących pod zmniejszonym ciśnieniem atmosferycznym.** (Klin. Wschr. Nr. 46/1934).

Autor przeprowadził 32 badania zmian krążenia, które występują pod zmniejszonym ciśnieniem atmosferycznym, na rozmaitych zwierzętach (psy, króliki, koty), stosując pewne zabiegi operacyjne (usunięcie kory mózgowej, przecięcie nerwu błędnego, wyłączenie ośrodków, odbierających bodźce, podnoszące ciśnienie krwi). Wyniki dadzą się ująć w następujący sposób: Zwiększenie częstości akcji serca przy wzrastającym rozrzedzeniu powietrza stanowi funkcję logarytmiczną ciśnienia. Najwyższa osiągalna częstość odpowiada mniej więcej własnej częstości zwierzęcia, t. j. częstości akcji serca po wyłączeniu nerwów pozasercowych. Okres czasu, upływający od liczb wyjściowych do chwili osiągnięcia największej częstości, odpowiada zanikaniu odruchowego napięcia nerwu błędnego. Zwiększenie częstości należy położyć w karb tego spadku napięcia nerwu błędnego wskutek anoksemji. Wielkość napięcia odruchowego nerwu błędnego daje się oznaczyć ilościowo zapomocą wielkości zwiększenia częstości akcji serca i okresu czasu do chwili osiągnięcia największej częstości. Przy dalszym zmniejszaniu ciśnienia następuje ośrodkowe podrażnienie nerwu błędnego (bradykardja zatokowa) aż do porażenia ośrodków. Potem następuje okres bezpośredniego działania na serce (całkowity lub częściowy blok, zaburzenia w wytwarzaniu bodźców, zniekształcenia wychylenia końcowego w elektrokardjogramie). Przy obniżaniu ciśnienia stwierdza się zatem trzy fazy zmian częstości: a) faza zwiększenia częstości, b) faza ośrodkowego podrażnienia (zmniejszenie częstości), c) faza bezpośredniego działania na serce. Odruchowe napięcie nerwu błędnego i ośrodkowe podrażnienie nerwu błędnego można zatem od siebie odgraniczyć zapomocą wzrastającego zmniejszania ciśnienia. Aż do zanikania odruchowego napięcia nerwu błędnego ciśnienie krwi, pomimo lekkich wahań, pozostaje prawie bez zmiany. Jeżeli jednak wskutek wyłączenia ośrodków odbierających bodźce, podnosząc ciśnienie krwi, ujawnia się utajone napięcie nerwów zwięzających, ciśnienie krwi obniża się w miarę tego, jak wzrasta częstość akcji serca (obniżenie napięcia nerwu błędnego i nerwów zwięzających wskutek anoksemji). Z początkiem ośrodkowego podrażnienia ośrodków nerwów zwięzających podnosi się ciśnienie krwi jednocześnie z występowaniem tętna błędnego aż do chwili porażenia ośrodków. W tym momencie następuje gwałtowny spadek ciśnienia krwi aż do zera. H. L.

POLLER. **Niedostrzegalne wydalanie wody i jego stosunek do krążenia.** (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Tom. 176, zes. 6, r. 1934).

Oznaczano współczynnik wodny (stosunek ilości wody, wydalanej przez skórę, do wydalanej przez nerki) u zdrowych i sercowo chorych. Po podaniu 1 litra wody wynosi on u zdrowego 0.1 do 0.2, zaś u sercowo chorego powyżej 0.2. Metoda ta może mieć znaczenie próby czynnościowej serca. W chorobach nerek współczynnik wody także ulega zwiększeniu. Niedostrzegalne wydalanie wody po podaniu 1 litra u zdrowego prawie nie ulega zmianie, zaś u sercowo chorego wydatnie się zwiększa.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

BRUMAN. **Wpływ potasu na przemianę materji w spoczynku i w czasie pracy.** (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Tom 176, zes. 6, r. 1934).

Dwóm zdrowym osobnikom podawano w ciągu 4 tygodni 5 gr. potasu dziennie w roztworze słabo zasadowym.

Stała kontrola wydaliny wykazała: 1. ilość wydzielanego moczu pozostaje bez zmiany; 2. podany potas zostaje częściowo wydalony, częściowo zatrzymany; 3. zwiększa się ilość wydalanego sodu; 4. organizm zatrzymuje wapń; 5. ilość wydalanego chloru pozostaje bez zmiany; 6. stężenie jonów wodorowych przesuwają się nieznacznie w stronę zasadową, zasób zasad odpowiednio się zwiększa; 7. wydalanie amoniaku silnie spada; 8. ogólna ilość azotu i kreatyniny w moczu spada. Parcie krwi, liczba i jakość tętna oraz elektrokardjogram wykazały zmiany minimalne jeszcze w granicach normalnych wahań. Mimo długiego podawania potasu nie stwierdzono znamion niedomogi krążenia. Potas nie wpłynął na ciepłotę ciała, ani na wagę. Przemiana podstawowa nieco się podwyższała. Zużycie tlenu przy pracy znacznie się zmniejszyło. Zmniejszenie wytwarzania kwasu węglowego jest mniej wydatne. Zmęczenie przy pracy występuje szybciej. Liczba oddechów na minutę spada, przyczem pojemność oddechowa nie ulega zmianie. Mimo wystarczającej wentylacji sam mięsień w czasie pracy zużywa mniej tlenu. Pozostaje nierozstrzygniętem, czy chodzi o wpływ potasu tylko, czy też o współdziałanie anjonów, zawartych w podawanym zasadowym roztworze. Zwiększony zasób zasad we krwi nie świadczy o ewentualnej alkalozie tkanek. Badanie chronakcji mięśniowej wykazało zwiększoną pobudliwość mięśni wyprostnych.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

S. S. WAJNSZTAJN, A. A. SZATAŁOWA. **Znaczenie kliniczne krzywej glikogenu we krwi.** (Terap. Archiw., T. 12, Nr. 4, 1934 r.).

Autorzy badali zawartość glikogenu we krwi tętniczej i żyłnej zapomocą mikrometody; jednocześnie określali glikemję. Materiał obejmuje 39 osób zdrowych i 41 chorych na wątrobę; okazało się, że u zdrowych zawartość glikogenu we krwi waha się w dość szerokich granicach (od 4 do 30 mg%); cyfra ta określana najczęściej jest wielkością bardziej niezmienną, niż zawartość cukru we krwi. Natomiast w przebiegu cierpienia wątroby, zwłaszcza w żółtaczkach mięszożowych, poziom glikogenu we krwi najczęściej jest o wiele wyższy. W drugiej części swej pracy autorzy omawiają wyniki określania krzywej glikogenu we krwi po obciążeniu najczęściej 100 gr. glukozy; okazało się, że u osób zdrowych zawartość glikogenu we krwi przebiega równoległe do glikemji; ta równoległość obu krzywych przemawia, zdaniem autorów, za normalnym metabolizmem węglowodanów, oraz stanowi najlepszą próbę czynnościowej sprawności wątroby. Mechanizm powstawania fizjologicznej krzywej glikogenu we krwi po obciążeniu glukozą, autorzy tłumaczą następująco: komórka wątrobowa wytwarza glikogen z glukozy oraz posiada zdolność przetwarzania glikogenu w glukozę i wyrzucania jej do krwi obwodowej; po obciążeniu glukożą komórka wychwytuje z krwi glukozę i przetwarza ją w glikogen; kiedy komórka wątrobowa jest nasycona glikogenem, wyrzuca część glikogenu do krwi, stąd wznoszenie się krzywej we krwi; w miarę tego, jak cukier spożyty przestaje się wsiąkać z jelit do wątroby, a glikogen i cukier we krwi zostają zużyte w tkankach, zawartość glikogenu we krwi stopniowo obniża się. W przebiegu schorzeń wątroby, komórka wątrobowa traci zdolność fiksacji glikogenu, co powoduje wzrost stężenia glikogenu we krwi.

Jakób Pensón.

Bakterjologia i Serologia.

S. T. COWAN. **Hemolizyny pneumokokowe.** (Journal of Pathol. and Bacter. t. 38, Nr. 1, 1934).

Autor wykrył hemolizyny w młodych buljonowych hodowlach pneumokoków. W miarę starzenia się hodowli za-

wartość hemolizyn nie wzrasta. Na zasadzie opisanych doświadczeń wnioskować można, że hemolizyna oddana zostaje do otaczającego płynu przez komórki bakteryjne i nie jest zasadniczo wewnątrzpochodna. Autor przeprowadza badania porównawcze między hemolizyną pneumokokową i paciorkowcową i znajduje daleko idące podobieństwa. Oba produkty są przesączalne i ulegają szybko utlenieniu na powietrzu, mogą być reaktywowane przez redukcję kwaśnym siarczynem sodu. Obie te hemolizyny są ciepłochwienne i obie posiadają własności antygenowe. Hemolizyny pneumokokowe są prawie nietoksyczne dla zwierząt. Niema danych na to, by przypuszczać, że hemolizyna gra rolę toksyny w zakażeniach pneumokokowych. Hemolizyna nie jest swoista dla typów pneumokoków i zdolność szczepu do produkowania hemolizyn bynajmniej nie idzie w parze z jego zjadliwością. Z 28 badanych szczepów tylko 2 nie wytwarzały hemolizyn. Dodatek krwi do hodowli, w której pneumokoki są przechowywane sprzyja zdolności utrzymania własności hemolitycznych. Krwinki ludzkie są bardziej wrażliwe na hemolizyny pneumokokowe niż krwinki królika lub świnki morskiej. Hemolizyny są prawie natychmiast absorbowane przez erytrocyty i ropę i dlatego prawdopodobnie nie dają się wykryć w wysiękach zapalnych. Autor nie badał, czy hemolizyny nie są adsorbowane przez leukocyty tkanek i czy w ten sposób nie paraliżują one własności fagocytarnych. Znaczenie hemolizyn w zakażeniach pneumokokowych i stosunek miana antyhemolitycznego do własności leczniczych surowic pneumokokowych wymaga opracowania. R. A m z e l.

VIKTOROFF L. K., DOMBROWSKAJA J. F., EROFEEFF L. A.
Bakterjologia zapaleń płuc u dzieci. (Ztrbl. f. Bakteriologie t. 132, Z. 7, 8, 1934).

Stosunek pneumokoków do innych drobnoustrojów występujących jako czynnik etjologiczny w pneumonjach u dzieci przedstawia się następująco: pneumokoki występują w 72,8% przypadków, paciorkowce zieleniejące — w 16,5%, paciorkowce hemolizujące — 8,7%, gronkowce — w 2%. Zapalenie płuc u dzieci wywołane jest przeważnie przez pneumokoki grupy IV. Autorzy przeprowadzali dokładne badania serologiczne pneumokoków wyhodowanych z 75 przypadków zapalenia płuc u dzieci i stwierdzili, że zapalenia włóknikowe w 50% wywołane są przez pneumokoki grupy IV, pneumonie grypowe i wtórne (poodrowe) aż w 92% przypadków. Pneumokoki I, II, III typu, występują w pneumonjach grypowych i wtórnych niezmiernie rzadko. Podane liczby różnią się znacznie od danych, spotykanych w literaturze, odnośnie ludzi dorosłych. W badaniach na nosicielstwo pneumokoków, autorzy stwierdzili, że 43% dzieci zdrowych jest nosicielami pneumokoków grupy IV. W związku z tem nasuwa się pytanie, czy wyhodowane przez autorów z płwociny chorych pneumokoki grupy IV pochodziły istotnie z głębszych dróg oddechowych, czy też były jedynie saprofitami jamy nosogardzielowej. Autorzy sami, licząc się z tą możliwością, starali się badanie płwociny poprzeć badaniem krwi, ropy przy ropnych powikłaniach, oraz materiału sekcyjnego w przypadkach śmiertelnych. We wszystkich w ten sposób badanych przypadkach stwierdzono w posiewach z rozmaitych źródeł pneumokoki grupy IV. Oprócz tego autorzy wykonywali u dzieci chorych na pneumonję i u dzieci zdrowych odczyny skórne z antygenem pneumokokowym. Tego rodzaju próba dawała w 85% wyniki ujemne u dzieci, u których stwierdzono zakażenie pneumokokami grupy IV, podczas, gdy odczyny wykonywane u dzieci zdrowych wypadły z reguły dodatnio. Próba ta nie jest swoista dla typów, lecz dla całej grupy pneumokoków. Autorzy stwierdzili pewną współzależność między wiekiem dzieci i typami pneumokoków, wywołujących chorobę. U małych dzieci (do roku) pneumonie zarów-

no grypowe, wtórne jak i krupowe, wywołane są prawie wyłącznie przez pneumokoki grupy IV. U starszych dzieci występują i inne typy pneumokoków. Śmiertelność w przypadkach, wywołanych przez grupę IV pneumokoków jest wielka — wynosi 40%. Liczba ta zmienia się w zależności od wieku. U dzieci do jednego roku życia wynosi ona 66—70%; u starszych opada do 16—20%. Należy zaznaczyć, że śmiertelność od zapaleń grypowych i wtórnych u dzieci jest 2½ razy większa niż od zapaleń włóknikowych. W związku z anatomiczną postacią pneumonji, typem pneumokoków i wiekiem dziecka, autorzy podają co następuje: u dzieci do lat 3 występuje częściej bronchopneumonja (95,5%), prawie wyłącznie wywołana przez pneumokoki grupy IV. Śmiertelność jest wyjątkowo wysoka w tym wieku, zapalenie płuc płatowe stwierdzone niezmiernie rzadko (4,5%), wywołane jest również przez pneumokoki grupy IV. Śmiertelność jest również wysoka. U dzieci od lat 3—12 występuje zarówno bronchopneumonja, jak i zapalenie płuc płatowe. Bronchopneumonja w tym wieku wywołana jest przeważnie przez pneumokoki grupy IV, lecz przebiega o wiele pomyślniej niż u małych dzieci. Zapalenie płuc płatowe w tym wieku wywołane jest również często przez pneumokoki grupy IV, jak też i przez inne typy pneumokoków i przebiega naogół łagodnie. W 30% badanych przypadków pneumonji wykryto we krwi chorych pneumokoki. Wszystkie te dodatnie hemokultury otrzymano z przypadków bronchopneumonji, wywołanej przez grupę IV pneumokoków. U dzieci do 1 roku życia bakterjemja występuje w 50% przypadków, wraz z wiekiem występowanie pneumokoków we krwi jest coraz rzadsze. U dzieci od 3—12 lat, autorzy ani razu nie stwierdzili bakterjemji. Prognostycznie, bakterjemja jest objawem wybitnie niekorzystnym. W pewnym odsetku przypadków, autorzy obserwowali przejście w ustroju ludzkim pneumokoków w paciorkowce zieleniejące i hemolizujące. R. A m z e l.

Choroby narządów trawienia.

F. FERNANDEZ. **Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy metodą Bazzano.** (Arch. App. Mal. Digestif. T. 24, Nr. 8, 1934).

Autor leczył 9 chorych, cierpiących na chorobę wrzodową, przy pomocy dożylnych wstrzykiwań 25% wodnego roztworu będzwinianu sodu; obok tego stosował dietę zwykle przy wrzodach żołądka używaną. Zdaniem autora metoda ta nie ma przewagi nad lekami dotąd w tem cierpieniu stosowanymi. Czas leczenia nie był krótszy, niż przy zwykłym leczeniu. W 3 przypadkach po paru miesiącach wystąpił nawrót sprawy wrzodowej.

Jakób P e n s o n.

A. G. WEISS, E. ARON. **Rozważania nad leczeniem wrzodu żołądka i dwunastnicy.** (Arch. Mal. App. Digestif. T. 24, Nr. 5, 1934).

Wszyscy autorzy przyznają, że sama nadkwaśność nie wystarcza do powstania choroby wrzodowej; leczenie alkalmiami zwalcza jedynie niektóre objawy, nie stanowi leczenia przyczynowego. Sok żołądkowy może wywołać nadżarcia śluzówki żołądka jedynie w warunkach obniżenia naturalnych sił obronnych błony śluzowej. Główną więc rolę patogenetyczną odgrywa nie nadkwaśność, lecz schorzały teren, nie przeciwstawiający się zdolności peptycznej soku żołądkowego. Wynalezienie owego czynnika, zmniejszającego odporność śluzówki, jest przedmiotem badań autorów. Doświadczenia na psach, przeprowadzane przez autorów od szeregu lat, rzucają pewne światło na zagadnienie choroby wrzodowej. Wiadomo, że doświadczalnie udaje się wywołać u psów wrzody żołądka lub dwunastnicy, jeśli operacyjnie odprawić cały sok dwunastnicy do jelita krętego; tak operowane psy wykazują b. szybko postępujące charłactwo, co zależy, zdaniem autorów, od

niedostatecznego trawienia białek zawartych w pożywieniu; być może produkty trawienia białek, a więc aminokwasy, są czynnikiem chroniącym śluzówkę przed działaniem soku żołądkowego. Wychodząc z tego założenia, autorzy operowanym psom wstrzykiwali histydynę i tryptofan; okazało się, że charłactwo w tych warunkach rozwijało się b. wolno, a co ważniejsze, na śluzówce żołądka i dwunastnicy nie stwierdzono żadnych zmian. Zachęteni temi wynikami autorzy wstrzykiwali histydynę chorym z wrzodem dwunastnicy lub żołądka. Wstrzykiwania aminokwasów stosowano jedynie w pewnie rozpoznanej chorobie wrzodowej. Otrzymano b. dobre wyniki. Autorzy pozatem dowiedli, że wstrzykiwanie aminokwasów obniża nadkwaśność w przebiegu choroby wrzodowej, a nie wywiera tego wpływu na nadkwaśności bez wrzodów śluzówki. Autorzy sądzą, że przyszłość leczenia choroby wrzodowej należy do medycyny wewnętrznej; zabieg chirurgiczny nie przywraca terenu do równowagi i poprawa jest zwykle krótkotrwała; zanim zdecydujemy się namówić chorego do operacji, należy wypróbować metodę autorów, opartą na danych fizjologicznych. Jakób P e n s o n .

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

C. A. STUART, A. M. BURGESS, H. A. LAWSON i H. E. WELLMAN. **Cechy cytologiczne i serologiczne mononucleosis infectiosa.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 54, z. 2).

Poznanie zakaźnej mononukleozy jest ważne z tego względu, że postawienie rozpoznania zapewnia dobre rokowanie i usuwa w cień groźbę białaczki limfatycznej. Choroba nie należy wcale do rzadkich, epidemicznie spotyka się przede wszystkim u dzieci. Przebieg jej bywa różny, począwszy od lekkich postaci ambulatoryjnych, a kończąc na ciężkich postaciach z dużym osłabieniem i t° 39,4—40,5°. W tych ostatnich przypadkach powiększenie gruczołów chłonnych—w większości przypadków bardzo wyraźne i charakterystyczne—może być tylko bardzo nieznaczne. Zwykle występuje bolesność uciskowa gruczołów chłonnych, ból w karku przy poruszaniu głowy, ból głowy, gardła. Często występowały owrzodzenia gardzieli, niekiedy wykrywano w nich *bac. fusiformis* i *spir. Vincenti*. Wszyscy chorzy, zbadani przez B u r g e s s a, L a w s o n a i W e l l m a n n a (28) po 1—5 tygodniowej chorobie wrócili do zdrowia. Badania cytologiczne wykazały wezłki rodzaju przejścia między zwykłymi limfocytami, a t. zw. postaciami nieprawidłowymi ze zwakuolizowaną cytoplasmą i gruboziarnistą chromatyną. Autorzy przychodzą do wniosku, że są to postacie młode limfocytów. W mononukleozie zakaźnej istnieją mocne bodźce do wytwarzania postaci limfatycznych, dużo postaci młodych dostaje się do krwiobiegu. Obserwowano również — podobnie jak w białaczce limfatycznej — amitotyczny podział jąder. Za pochodzeniem limfatycznym komórek jednojądrzastych przemawiają tu również badania przyżyciowe. Ostatnio wykryto, że we krwi chorych na mononukleozę zakaźną występuje znaczne stężenie aglutynin przeciwko krwinkom baranin. Istnieją jeszcze duże rozbieżności co do występowania ich we krwi ludzi zdrowych. Badania S t u a r t a wykazały, że zlepianie krwinek baranin w temp. niższej przez surowice ludzi zdrowych jest w większości przypadków odwracalne w temp. 37,5°C. Natomiast surowica chorych na mononukleozę zakaźną zlepia krwinki baranin jednakowo dobrze w temp. 5°C i w temp. 37,5°C. Próba serologiczna bez potwierdzających ją objawów klinicznych i cech cytologicznych może prowadzić do mylnego rozpoznania. H. M a k o w e r .

M. M. STRUMIA. **Wpływ wstrzykiwań „śmietanki” z leukocytów jako środka leczniczego w neutropenjach.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, 187, Nr. 4).

Z ostatnio podanych metod leczenia neutropenij naj-

lepsze wyniki dały wstrzykiwania nukleotydów pentozowych, wprowadzone w r. 1931 przez J a c k s o n a, P a r k e r a, R i n e h a r t a i T a y l o r a. W 69 przypadkach neutropenij uzyskali J a c k s o n, P a r k e r i T a y l o r 74% wyleczeń. Przy stosowaniu innych metod leczniczych śmiertelność wynosiła 72—74%; przy leczeniu za pomocą przetaczania krwi — 64%, za pomocą promieni R o e n t g e n a — 53%. W przypadkach wogóle nieleczonych śmiertelność wynosiła 90% i więcej. Wychodząc z założenia, że domięśniowe wstrzykiwanie zawiesiny leukocytów może dostarczyć dużych ilości soli kwasu nukleinowego w formie czynnej, zastosował je autor dla leczenia neutropenij. Początkowo używał zwykłej zawiesiny, uzyskanej po odpipetowaniu białej warstwy odwirowanej krwi cytrynianowej. Później zastosował bardziej skomplikowaną technikę podwójnego wirowania i zamieszania w takim stosunku, żeby ze 100 cm³ krwi otrzymał 5—10 cm³ zawiesiny („śmietanki leukocytowej”). Ogółem leczył autor za pomocą tej „śmietanki” 10 chorych. Osiągnięte wyniki były bardzo dobre. W ciągu 1—4 dni po 1-szym wstrzyknięciu zaczęła się zjawiać poprawa. Zwykle równolegle do poprawy w obrazie krwi poprawiał się stan ogólny chorych. Dokładne historie chorób dają przykłady niekiedy wprost nadzwyczajnego działania wstrzykiwań zawiesiny leukocytów. Niestety leczenie to nie chroni od nawrotów. W niektórych przypadkach wstrzykiwano prócz zawiesiny leukocytów pentonukleotydy, stosowano przetaczanie krwi. U 3 ludzi zdrowych wstrzykiwanie „śmietanki” nie wywołało zwiększenia liczby granulocytów. Wpływ wstrzykiwań tych w neutropenjach nie daje się jeszcze całkowicie wytłumaczyć, raczej chodzi tu o wywołanie dojrzewania komórek, aniżeli o pobudzenie do wzmożonego ich rozmnażania. Metoda ta jest o tyle trudna do przeprowadzenia, że wymaga do każdego wstrzyknięcia 100—150 cm³ krwi (używa się do tego celu krwi odpowiednio skontrolowanych dawców), i że przyrządzenie zawiesiny trwa dość długo. H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. LORTAT-JACOB. **Czy kryoterapia stanowi leczenie z wyboru naczynek?** (Monde méd. Nr. 848, 1934).

Kryoterapia stanowi leczenie z wyboru naczynek, których rozmiary nie przekraczają wielkości pięciofrankówki, a wysokość ponad poziom skóry nie jest większa, niż 1 cm. Jest to metoda z wyboru, ponieważ jest ona skuteczna i wolna od niebezpieczeństw. Leczenie radem, które stanowi drugą dobrą metodę, powinno być stosowane jedynie w naczyniakach, niedostępnych dla kryoterapii. Jest rzeczą oczywistą, że przekładać należy skuteczne i wolne od wszelkiego ryzyka leczenie nowotworu łagodnego śniegiem węglowym, niż osiągnąć te same wyniki za pomocą radu, którego stosowanie związane jest wprawdzie z bardzo małym ryzykiem, lecz bądź co bądź z ryzykiem nawet w rękach specjalisty o dużym doświadczeniu. H. L.

F. HOGENAUER. **Czy nowotwory łagodne gruczołu piersiowego stanowią podłoże dla rozwoju raka?** (Wien. kl. Woch. Nr. 2/1934).

Zbite guzy gruczołu piersiowego nie odgrywają roli w powstawaniu raka. Również z tworów torbielowatych rozlane zmiany włókniste (*fibrosis diffusa*) i właściwy torbielowaty gruczoł piersiowy nie wykazują większej skłonności do przejścia w raka, aniżeli jakiegokolwiek bądź inne zmiany. Gruczołaki torbielowate natomiast w przeciwieństwie do innych zmian torbielowatych wykazują jednak wyraźny charakter nowotworowy, tak, że pod względem rokowania i przebiegu należy je inaczej oceniać.

A. N e u m a n n (Baden-Heleneenthal).

BORREY. Kilka technicznych szczegółów ułatwiających leczenie elektrycznością nadmiernego uwłosienia. (Le Concours Médical. Rok 1934, Nr. 47, str. 3274).

Epilacji przy pomocy termo-koagulacji towarzyszy ból różnego natężenia, u jednych osób słaby, u drugich tak silny, że rezygnować muszą z zabiegu. Znieczulenie miejscowe przez wstrzykiwanie jest niewspółmierne w stosunku do celu, który ma być osiągnięty. Oziębienie chlorkiem etylu nie tylko ułatwia następcze zakażenie, lecz powoduje także nerwobóle, samo zaś znieczulenie jest niepewne. Po licznych próbach mniej lub więcej nieudatnych, autor zastosował Percainal „Ciba” z zupełnym powodzeniem. Sposób postępowania jest następujący: na pół godziny przed zabiegiem dokładne wtrącenie tej maści na całej powierzchni skóry, która ma być poddana epilacji. Na początku zabiegu resztki maści zmywa się eterem i alkoholem. Od czasu stosowania maści perkainowej rzadko kiedy trzeba było zapisywać jakieś *nervinum* w rodzaju Cibalginy. W dalszym ciągu artykułu autor omawia odczyny skórne wywołane epilacją oraz sposoby zapobiegania zakażeniu.

W. K u r o w s k i.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Harold W. RIGGS. Śmiertelność i niebezpieczeństwo wentrikulografji. (Bull. of the Neurol. Inst. of New-York. Czerwiec—Lipiec 1933 r.)

Autor stawia sobie za zadanie ustalenie wskazań oraz przeciwwskazań w stosowaniu wentrikulografji na podstawie 148 przypadków guzów mózgu o niepewnym umiejscowieniu. W 43 przypadkach wystąpiły, przeważnie w 10 godzin po zabiegu, burzliwe objawy w postaci głębokiego zamroczenia oraz zaburzeń ze strony układu oddechowego i krążenia. W 12 zaś przypadkach nastąpiło zejście. Badanie pośmiertne lub zabieg operacyjny wykazały, że burzliwe objawy występują najczęściej w rozległych guzach podkorowych, uciskających III-cią komorę albo pień mózgu. Usuwanie płynu i wprowadzanie powietrza wywołują wybitne zaburzenia ciśnienia śródczaszkowego, co powoduje uszkodzenie ośrodków życiowych. W przypadkach z burzliwymi objawami po zabiegu powtórne nakłucie komór, celem usunięcia powietrza, dawało dodatnie wyniki w 78% przypadków. Według autora w przypadkach z burzliwymi objawami po zabiegu należy niezwłocznie dokonać zabiegu operacyjnego; w 83% przypadków spozstrzegał dobre wyniki przy takim postępowaniu. Zgodnie z E l s b e r g i e m autor wnioskuje, że wentrikulografja winna bezpośrednio poprzedzać zabieg operacyjny. Bezwzględnie zaś wskazaniem do tego zabiegu jest brak danych klinicznych, pozwalających na dokładne umiejscowienie guza.

H. Z e l d o w i c z.

D. G. DICKERSON. Pomoc chirurgiczna w przebiegu bólu głowy. (The Journ. of Nerv. and Ment. Dis. t. 77, Nr. 1, 1933 r.).

Autor opisuje siedem przypadków niezwykle silnych bólów głowy, rozpoznanych jako jednostronna migrena. Wobec tego, iż żadne środki nie pomagały, autor wykonał podwiązanie i przecięcie tętnicy oponowej środkowej (*arteria meningea*) z doskonałym wynikiem.

J. M e l z a k.

D. PETIT-DUTAILLIS. Leczenie chirurgiczne zapaleń surowicznych opon mózgowych. (Rev. Neur. I. 1, Nr. 6, 1933).

Autor omawia wyłącznie tylko leczenie surowiczego zapalenia opon mózgu, pomijając leczenie odcinka rdzeniowego. Jako definicję tego cierpienia przyjmuje on nadprodukcję płynu

nu mózgowo - rdzeniowego przez spłot naczyński, mimo iż koreferenci autora odmawiają spłotowi roli wydzielniczej. (O koreferentach mowa jest dlatego, iż praca niniejsza stanowiła część referatu zbiorowego na tegorocznym zebraniu Międzynarodowym Neurologicznym w Paryżu). Oprócz przyczyn tego cierpienia powszechnie znanych (a mianowicie urazu, chorób zakaźnych ogólnych, zapalenia ucha, zatok etc), autor uznaje jeszcze jedną: wraz z L e r i c h e m sądzi on, że zwykle nakłucie łądźwiowe i wypuszczenie płynu mózgowo - rdzeniowego może być powodem nadmiaru płynu. Mechanizm tego zjawiska ma być następujący: w obrębie układu nerwowego istnieje ma automatyczna regulacja ciśnienia; przy wypuszczaniu płynu następuje przekrwienie kompensacyjne mózgu oraz nadczynność spłotu. O ile to wyrównywanie przekroczy normę, następuje nadmiar ciśnienia nieraz z zastoiną na dnie oczu. Ztąd obraz kliniczny hipotensji bywa identyczny z obrazem hipertensji. Sądcę, że ta kategoria *meningitidis serosae*, wymaga jeszcze potwierdzenia doświadczalnego. Surowicze zapalenie opon dzieli się na: 1) ostre i 2) przewlekłe. — Pierwsze powodowane ma być zaburzeniami czynnościowymi i nie posiada podstaw anatomicznych. Zdarza się ono w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych, jak krztusiec, odra, grypa i in. Jeśli leczenie nakłuciami łądźwiowymi nie pomaga, należy sięgnąć do nakłuć dokomorowych, niekiedy obustronnych. Postać ostra, występująca w przebiegu zapalenia ucha lub zatok kostnych, nasuwa zawsze podejrzenie, iż pod pozorem surowiczego zapalenia opon kryją się: ropień mózgu lub ożywienie pierwotnego ogniska choroby. Postępowanie chirurga zmierzać winno do zrewidowania ogniska, następnie zaś do trepanacji czaszki w miejscu zupełnie zdrowym dla uniknięcia zakażenia mózgu. Po otwarciu opony twardej należy zbadać teren. O ile istnieje nagromadzenie płynu, wytarczy wypuścić go i na tem zakończyć zabieg. W przeciwnym razie należy nakłuć komorę boczną i skontrolować, czy nie jest poszerzona. W tym wypadku dobrze jest nakłuć i stronę przeciwną. Zapalenie surowicze opon po urazie jest rzadkie. Podejrzenie zazwyczaj idzie w kierunku krwiaka. Płyn gromadzi się pod oponą twardą. Niekiedy jednak występuje wodogłowie wewnętrzne. O ile wszelkie nakłucia zawodzą, trzeba się uciec do trepanacji tylnej jamy czaszkowej, mając na względzie możliwość nagromadzenia się krwi w obrębie otworu M a g e n d i e g o. Postacie p r z e w l e k ł e surowiczego zapalenia opon mają być niezmiernie rzadkie i stanowią zaledwie 1 do 2% w stosunku do liczby nowotworów mózgu. Najracjonalniejszą metodą postępowania ma być nakłucie dokomorowe. Wyjaśnia ono, czy jest wodogłowie jedno lub obustronne, czy płyn jest zmieniony. Następnie już można dokonać nakłucia łądźwiowego. Napełnienie komór powietrzem jest ważne przy rozpoznaniu. Leczenie przyczynowe mierza do usunięcia istoty cierpienia. W przypadkach poszerzenia pełnej komory bocznej z zamknięciem otworu M o n r o, D o t t dokonywa sztucznego połączenia komór poprzez *septum lucidum*. Cierpienie w obrębie komory IV nadaje się do wytwarzania otworu w błonie pokrywającej tę komorę. W przypadkach zapalenia pajęczynówki tylnej jamy czaszkowej zaleca się trepanację czaszki w tej okolicy oraz możliwie skrupulatne usunięcie zrostów i części zgrubiałych. Mimo wszystko przypadki te ulegają nawrotom, wobec których, jak dotąd, jesteśmy bezradni. Cierpienie, umiejscowione na sklepieniu mózgu (inaczej „wodogłowie zewnętrzne“) zdarza się rzadziej. Wymagają one przeważnie kilkakrotnie powtarzanych zabiegów. Niekiedy wystarczają nakłucia komór po trepanacji czaszki.

N. Z. Z.

guzów niemal stereotypowo jednolitych, spotkać można nieraz przypadki, różniące się wyłącznie o b f i t o ś c i ą komórek nowotworowych. I właśnie przypadki te z p. w. klinicznego wyróżniają się a t y p o w o s z y b k i m przebiegiem. To samo spostrzega się i wśród innych grup glejopochodnych. Nasz przypadek ilustruje zjawisko to w grupie *astrocytoma fibrillare*. Jeszcze słów parę o objawach klinicznych u naszej chorej, zweryfikowanych badaniem anatomicznym i drobnowidzowym.

Guzy wzgórek wzrokowych nie należą do częstych, aczkolwiek symptomatologia ich ma być bardziej opracowana od guzów innych okolic węzłów podstawnych.

Imber*) w jednym z nowszych zestawień monograficznych na ten temat zebrał z piśmiennictwa 45 przyp. guzów wzgórek wzrokowych, z tych w 18 chodziło o guzy, ograniczające się do wzgórek, w pozostałych 27 wzgórek wzrokowy stanowił jedynie punkt wyjścia guza.

Ciśnienie śródczaszkowe jest w guzach, ograniczających się do wzgórek, niezwiększone lub nieznacznie zwiększone, podczas gdy w guzach, rosnących w kierunku kory, osiąga stopień większy. W przypadku naszym objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego były dość silne, natomiast wodogłowie — bardzo miernego stopnia, mimo, iż guz wypełniał niemal całkowicie III komorę; nie doprowadził on bowiem do zamknięcia wodociągu Sylwiusza.

*) Imber, S. I tumori del talamo ottico. Morgagni 72, 1930, refer. w Zbl. f. N. u. P. Bd. 62. 1930.

Ciekawą jest rzeczą, że t. zw. objawy swoiste dla wzgórek wzrokowych w postaci napadów bólów samowolnych czy przeczulicy, w guzach wzgórek wzrokowych zdarzają się bardzo rzadko, natomiast daleko częściej występują w innych sprawach chorobowych tych okolic. Również i u naszej chorej brak było wymienionych objawów, podobnie jak i innych z zespołu wzgórkowego (hemianestezja, hemipareza, hemiataksja, zaburzenia w mimice automatycznej).

Zaburzenia urynowania u naszej chorej można byłoby łączyć z hipotetycznie umiejscowionym ośrodkiem pęcherza moczowego.

Zmiany psychiczne opisywano niejednokrotnie, poczynając od stanów schizofrenicznych, a kończąc na manjakałnych.

Co się tyczy najważniejszego objawu, a mianowicie, ruchów płasawicznych, to według wywiadów miały one na długo wyprzedzać chorobę, tak, iż trudno mówić tu z całą pewnością o związku przyczynowym. Zresztą, ruchy te były rozległe i występowały nawet w twarzy.

Oppenheim*) wspomina, że jednostronny guz wzgórek wzrokowych może dawać obustronną płasawicę. Czy ruchy te są tu zależne od bezpośredniego wpływu na jądra podstawne, czy od ucisku na drogi podobnie jak objawy mózdkowe, trudno jest orzec.

Wreszcie na podkreślenie zasługuje brak objawów ze strony III komory, co możnaby wytłumaczyć niecałkowitem wypełnieniem komory tej przez guz oraz drożnością wodociągu Sylwiusza.

*) Oppenheim a H. Podręcznik T. II, 1925, str. 1411.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Zakażenia spowodowane przez przetaczanie krwi.

Podał

H. MAKOWER (Łódź).

(Dokończenie — patrz Nr. 9).

IV. Inne zakażenia.

Teoretycznie przez przetaczanie krwi mogłaby się przenosić większość chorób zakaźnych, praktycznie jednak poza kila i zimnicą znane są tylko bardzo nieliczne przypadki przeniesienia infekcji tą drogą. W 3-ch przypadkach przez transfuzję przeniesiono odrę (Baues) (2), (Harrel) (19). 2 dni po zabiegu u dawczyni (matek) wystąpiło wysypka odrowa, zakażenie przez kontakt miało być wyłączone.

W przypadku posocznicy, opisanym przez Tzank i Martineau (67) wystąpiła „contamination de retour”: dawczyni otrzymała pewną ilość krwi odbiorczyni, chorej na gorączkę połogową i po niedługim czasie zachorowała na ciężką posocznicę. Aparat Jubégo, przy którego pomocy wykonywał transfuzję lekarz mało doświadczony, przez pewien czas działał w kierunku odwrotnym. Chora ta po 2 latach dostała krwotoku mózgowego na 2 dzień po tem,

jak ponownie dała krew do transfuzji. Użyto krwi tej dawczyni z bardzo dobrym wynikiem w 2 przypadkach posocznicy (w sensie immunotransfuzji), w innych jednakże przypadkach septycznych wyniki nie były lepsze niż przy zwykłym przetaczaniu. Przypadek ten jest bardzo pouczający jako ilustracja tych niebezpieczeństw, na jakie narażeni są dawcy przy udzielaniu krwi chorym zakaźnym.

V. Zapobieganie zakażeniom przez transfuzję.

Przeniesienie zakażenia przez transfuzję czy na dawcę czy na odbiorcę należy do najbardziej przykrych powikłań przetaczania krwi, i jest rzeczą niezmiernie wagi wypracowanie sposobów zapobiegających tym zakażeniom.

Jeżeli chodzi o ochronę odbiorców, która stanowi problem z punktu widzenia praktycznego ważniejszy, to tutaj najważniejszą rzeczą jest zorganizowanie zdrowych dawców, systematycznie badanych, prowadzących o ile możności spokojny tryb życia (dlatego np. specjalnie pożądani są ojcowie rodzin), pouczanych o ważności sprawy, której służą. Większość zakażeń kilowych przeniesiona została przez dawców przypadkowych, przeważnie członków rodziny chorych. Albo nie było czasu na badanie, albo nie wykonano tego na-

leżycie z powodu pewnego skrępowania wobec krewnych, poświęcających swą krew. Znane są zakażenia przez krew syna [Bernheim (3), Brem (5), Levy i Ginsburg (31)], zięcia (Schulmann (53)), szwagra [Albertin i Fleury (1a), Cummer (9)], brata [Post i Cooney (46), Tragant Charles (60)], siostry (Cummer) (9) i t. d. Przeciwno używaniu jako dawców osób z najbliższego otoczenia chorych występują bardzo energicznie Carnot, Caroli i Maïsson (7), Tzanck i Liège (66), Milian, Gougerot.

Organizacja dawców na zasadach stałego pogotowia, z dobrze prowadzoną kartoteką, systematycznie przeprowadzonymi badaniami, dobrze wyszkolonymi specjalistami w przetaczaniu została stworzona w Paryżu dzięki inicjatywie Tzancka, w którego książce została szczegółowo opisana (63). Organizacja ta świetnie wywiązuje się z postawionych jej zadań i stanowi wzór dla urzędów tego rodzaju w innych miastach Francji. Władze miejskie Paryża spowodu wielkiej użyteczności publicznej „Oeuvre de la Transfusion Sanguine d'Urgence” przejęły znaczną część kosztów utrzymania tej instytucji, umożliwiając coraz większy jej rozwój, co uwidacznia się w stale wzrastającej liczbie wykonywanych transfuzji. W r. 1929 wykonano 262 transfuzje, w r. 1930 — 779, 1931 — 2.038, w 1932 — 3738.

W r. 1931 należało do „Transfusion Sanguine d'Urgence” 519 dawców, z tego 360 dawców uniwersalnych; w r. 1932 jest już dawców uniwersalnych około 500 i liczba ta okazuje się niedostateczna.

W Londynie — gdzie jak w całej Anglii dawanie krwi jest oparte na humanitaryzmie dawców — jest dawców przeszło tysiąc. W Holandji również udzielanie krwi jest bezpłatne, podobnie jak we Włoszech, gdzie zorganizowano duże stowarzyszenie ochotniczych dawców.

W Ameryce natomiast organizacja dawców oparta jest na zasadach handlowych; w Nowym Jorku znajduje się ta organizacja pod kontrolą Urzędu Zdrowia. W Rosji w związku z powstałymi tam dużymi instytucjami transfuzyjnymi, organizacja dawców jest postawiona bardzo dobrze.

Jest rzeczą przykrą i zdumiewającą, że u nas — z wyjątkiem Kcia Medyków w Warszawie, nie powstały żadne instytucje dawców krwi.

Nawet strona prawodawcza nie jest zakończona. Departament Służby Zdrowia opracował już 3 lata temu rozporządzenie, regulujące zawodowe dostarczanie krwi, niestety nie zostało ono jeszcze uprawomocnione*). Na zasadzie tego rozporządzenia do zawodowego dostarczania krwiodawców uprawnione są jedynie instytucje, które otrzymają specjalne zezwolenie Ministerstwa; granice wieku krwiodawców — 20—45 lat; krwiodawcy muszą złożyć pisemne oświadczenie, że nie nadużywają alkoholu i nie są narkomanami; muszą co pół roku poddawać się badaniu komisijnemu, a co 4 tygodnie badaniu przez jednego lekarza; odczyny serologiczne muszą być wykonywane przynajmniej co 4 tygodnie; instytucje, dostarczające zawodowych

krwiodawców, muszą posiadać ich dokładną ewidencję i notować w niej dane, dotyczące się stanu zdrowia, grupy krwi, przeprowadzonych transfuzji i t. p.; krwiodawca zawodowy otrzymuje specjalną książeczkę, gdzie odnośne dane są odnotowane, i która może być odebrana w razie zmian w stanie zdrowia, nieodpowiedniego prowadzenia się, niepoddawania się badaniu komisijnemu. W przypadkach nagłych i niecierpiących zwłoki nie muszą być powyższe przepisy stosowane, koniecznym jest jednakże zbadanie krwi na aglutynację i zbadanie kliniczne dawcy.

Dokładne dane o organizacji przetaczania krwi zagranicą i u nas podał Sokółowski (56a).

Tzanck i Liège polecają następujące zasady:

1) odrzucać jako dawców wszystkich luetyków, nawet jeżeli choroba jest bardzo dawna, jeżeli chodzi o kiłę wrodzoną lub jeżeli odczyn Wassermana na jest ujemny;

2) używać przede wszystkim dawców zbadanych i śledzonych i, wyjąwszy niemożliwość materialną, nie zgadzać się na żadnego dawcę bez przeprowadzenia wszystkich badań kontrolnych;

3) przeprowadzać systematycznie badania kliniczne, nawet jeżeli odczyny serologiczne są ujemne, w celu wykrycia świeżej kiły seroujemnej.

Mysł zabezpieczenia przed kiłą (i ewentualnie przed innymi zakażeniami) za pomocą wyjąłowania krwi *in vitro* przez cjanek rtęci, zaproponowana przez Jaworskiego (25), który miał dobre wyniki doświadczalne, w praktyce nie okazała się szczęśliwa. Gougerot, Fiessinger, Bruno i Dally (18) opisali 2 przypadki zakażenia kiłowego „wyjąłowaną” w ten sposób krwią przy zastosowaniu transfuzji dla odmłodzenia metodą Jaworskiego. Metoda ta nie nadaje się również do ochrony przed zimnicą (Pinar) (43).

Zabezpieczenie dawców przed zakażeniem od odbiorców możliwe jest tylko przez stosowanie dobrej techniki. Jeżeli technika nie jest opanowana należyście, to możliwe są zakażenia dawców nawet przy zastosowaniu metod pośrednich. Wielki nacisk kładzie na to Tzanck, który wraz z Jubé ogłosił kilka odnośnych przypadków (65). Jeżeli natomiast technika jest bez zarzutu, niebezpieczeństwa zakażenia dawcy przy użyciu metod bezpośrednich niema. Wychodząc z tych założeń, Tzanck (63) odmawia w pewnych przypadkach skierowania dawców zarejestrowanych do lekarzy prywatnych — gdy niema pewności co do dostatecznego wykszolenia tych lekarzy w przetaczaniu krwi, a możliwość zakażenia istnieje (a więc zwłaszcza przy immunotransfuzji); proponuje się wtedy przeprowadzenie transfuzji przez lekarza wyspecjalizowanego w tym kierunku.

Zastanawiająca jest znaczna liczba przypadków „contamination en retour”, wywołanych przez zimnicę. W przypadkach więc, kiedy odbiorca jest chory na malarję wzgl. dawniej ją przebywał, wskazana jest specjalna ostrożność.

Przetaczanie krwi jest zbyt potężnym środkiem leczniczym, ażeby nieliczne w stosunku do wielkiej liczby przeprowadzanych transfuzji przypadki zakażenia przez krew przetaczaną mogły powstrzymać coraz szersze stosowanie tej metody. Dokładne poznanie wchodzących w grę czynników i odpowiednia organizacja

*) Cytowane według Prof. Hirszfelda „Grupy krwi w zastosowaniu do biologji, medycyny i prawa”, Warszawa, 1934, str. 150—151.

krwiodawców są w możności skutecznie zwalczać niebezpieczeństwa zakażenia.

PISMIENICTWO.

1) Apfelbaum i Gelfand. Journ. Amer. Med. Assoc. 1934, 102, 1664. — 1a) Aubertin i Fleury. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1930, 46, 69. — 2) Bauguess. Amer. Journ. Dis. Children 1924, 27, 256 (ref. Journ. Amer. Med. Assoc. 1924, 82, 1223. — 3) Bernheim, cyt. wedl. Wildegansa. — 4) Bettinger (Anonim z Palatynatu), cyt. wedl. Sézary'ego. — 5) Brem, Journ. Amer. Med. Assoc. 1923, 81, 535. — 6) Cardivola, cyt. wedl. Wildegansa. — 7) Carnot, Caroli i Maison, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1934, 50, 411. — 8) Constantinescu i Vatamanu, Ann. Mal. vén. 1929, 24, 161. — 9) Cummer, Amer. Journ. Med. Sciences 1933, 185, 787. — 10) Decourt, Soc. de Méd. et d'Hyg. trop., Pr. Méd. 1930, str. 1684. — 11) Dufour, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1929, 45, 511. — 12) Émile-Weil, tamże 1934, 50, 425. — 13) Feldman, Arch. Dermatol. and Syphilol. 1928, 18, 380 (ref. Journ. Amer. Med. Assoc. 1928, 91, 1137). — 14) Feldman, Rev. franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 1928, str. 341 (cyt. wedl. Miliana, La Syphilis sans Chancre). — 15) Flaum, Wien klin. Wschr. 1929, 42, 589. — 16) Fordyce, Amer. Journ. Med. Sciences 1915, 149, 781 (cyt. wedl. Cummera). — 17) Gougerot, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1934, 50, 421. — 18) Gougerot, Fiessinger, Bruno i Dally, Bull. Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 1930, 37, 1276. — 18a) Gubb, cyt. wedl. Tzancka. — 19) Harrel, Journ. Amer. Med. Assoc. 1924, 82, 1812. — 20) Harvier, de Brun i Lafitte, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1934, 50, 423. — 21) Hoffmann, Deutsche med. Wschr. 1906, N. 13. — 22) Horsley, cyt. wedl. Wildegansa. — 23) Hudelo, Bull. Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 1930, 37, 1276. — 24) Jankelson, Journ. Amer. Med. Assoc. 1931, 97, 177. — 25) Jaworski, Comptes rendus Soc. Biol. 1932, 111, 362. — 26) Jeanselme i Bureau, artykuł „Contagion“ w Traité de la Syphilis, Jeanselme'a, tom III, Paryż, 1932. — 27) Koenigstein, Wien. klin. Wschr. 1930, 43, 1209. — 28) Korabeinikoff, Z. f. Chir. 1927, 54, 1218 (ref. Journ. Amer. Med. Assoc. 1927, 89, 1103). — 29) De Lamer, La Syphilis par Transfusion Sanguine, Thèse de Paris 1930 (ref. Pr. Méd. 1930, N. 90, str. 1522). — 30) Le Bourdellès, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1934, 50, 427. — 31) Levy i Ginsburg, Amer. Journ. Syphiligr. 1927 (cyt. wedl. Aubertina i Fleury). — 32) Lindwurm, cyt. wedl. Sézary'ego. — 33) Mac Namara, Amer. Journ. Syphiligr. 1925,

str. 470 (cyt. wedl. Schulmanna). — 34) Marchal, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1929, 45, 514. — 35) Milian, La Syphilis latente, w Traité de la Syphilis Jeanselme'a, tom III, str. 799. — 36) Milian, La Syphilis sans Chancre, tamże, str. 813. — 37) Milian, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1934, 50, 420. — 38) Moritsch i Wittmann, Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1932, 236, 669. — 39) Netter, Soc. Pathol. Exot., Pr. Méd. 1929, str. 884. — 40) Nobecourt, Liège, Grodnitsky i Comminos, Soc. de Pédiatrie, Pr. Méd. 1932, str. 1262. — 41) Oehleker, Deutsche med. Wschr. 1920, 37. — 42) Pelizzari, cyt. wedl. Sézary'ego. — 43) Pinard, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1932, 50, 416. — 44) Pinard i Robert, tamże 1932, 48, 214. — 45) Polayes i Lederer, Amer. Journ. Syphiligr. 1931, 15, 72 (ref. Journ. Amer. Med. Assoc. 1931, 96, 1540 i 97, 106). — 46) Post i Cooney, Journ. Amer. Med. Assoc. 1933, 100, 258. — 47) Rosenthal, Soc. de Méd. de Paris, Pr. Méd. 1931, str. 21. — 48) Sainz de Aja, Ecos espanol. de Dermatol. e Syfil. 1928, str. 483 (cyt. wedl. Schulmanna). 49) Salkind, Chirurg 1933, 5, 137. — 50) Scherber, Zentr. f. Chir. 1932, N. 36. — 51) Schnitzler, tamże 1929, N. 23. — 52) Schulmann, Bull. Soc. franç. de Dermatol. et Syphiligr. 1930, 37, 1189. — 53) Schulmann, Études Cliniques de Syphiligraphie (rozd. II i III), Paryż, 1933. — 54) Sézary, La Sépticémie Syphilitique primo-sécondaire, w Traité de la Syphilis, Jeanselme'a, tom III. — 55) Sézary i Lévy, Bull. Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 1930, 37, 1188. — 56) Simon, tamże, str. 1188. — 56a) Sokolowski, Lekarz Wojsk. 1934, 23, 373. — 57) Spillmann i Morel, Bull. Soc. franç. de Dermatol. 1926 (cyt. wedl. Schulmanna). — 58) Stühmer, w „Die Haut- und Geschlechtskrankheiten“ Arzt - Zielera, Berlin — Wiedeń, 1933, tom IV. — 59) Tièche, Schweiz. med. Wschr. 1929, 69, 1097. — 60) Tragant Carles, cyt. wedl. Salkinda. — 61) Tzanck, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1929, 45, 512. — 62) Tzanck, Bull. Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 1930, 37, 1276. — 63) Tzanck, Problèmes théoriques et pratiques de la Transfusion Sanguine, Paryż, 1933. — 64) Tzanck, Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1934, 50, 426. — 65) Tzanck i Jubé, tamże str. 428. — 66) Tzanck i Liège, tamże str. 418. — 67) Tzanck i Martineau, tamże str. 430. — 68) Tzanck i Werth, tamże 1930, 46, 132. — 69) Uhlenhuth i Mulzer, cyt. wedl. Sézary'ego. — 70) Wein i Silbermann, Sow. Wiestn. Wiener. i Dermat. 1932, str. 32 (ref. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. 1933, 4, 487). — 71) Wildegans, Die Bluttransfusion in Theorie und Praxis, Berlin, 1933. — 72) Woolsey, cyt. wedl. Wildegansa.

Oceny książek

Kalendarz bezpieczeństwa i higieny pracy. 1935. Instytut spraw społecznych; sekcja wydawnicza, Warszawa. Cena 25 groszy.

Kalendarz ogólnej objętości 128 stron zawiera całkowicie nową, bogato ilustrowaną treść, przystosowaną do potrzeb tworzących się przy zakładach pracy kół bezpieczeństwa pracy oraz kierowników warsztatów i robotników poszczególnych zawodów. Jeżeli zmniejszymy liczbę wypadków przy pracy tylko o 20%, to z zaoszczędzonych sum będziemy mogli budować rocznie 10.000 izb mieszkalnych, albo 1000 szkół powszechnych albo 700 km. szosy (o ile nie użyjemy tych sum na cele nieprodukcyjne, jak np. na budowanie wielkich ambulatorjów, które po kilku latach skażemy na zamknięcie — przypisek referenta). Takie obniżenie wypadkowości może być dokonane bez specjalnych wkładów, jedynie na drodze wysiłku organizacyjnego. Higiena i bezpieczeństwo — to przedewszystkiem czystość i porządek. Kalendarz

objaśnia co pod wyrazem porządek rozumie (oświetlenie, omiatanie, wentylowanie, ogrzewanie, osłony maszyn, ułatwianie pracy), dalej omawia, w jaki sposób można uniknąć wypadku przy pracy (zatrucia, wybuchy, pożar, oparzenia, porażenia prądem etc.) i jak udzielać pierwszej pomocy (w omdleniach, krwotokach, zwichnięciach, złamaniach, utonięciach). Prócz tych ważnych wskazówek dla pracowników fabrycznych, kalendarz poucza, jak należy postępować w domu (z elektrycznością, myciem okien), jak zachowywać się na ulicy (rytm ruchu ulicznego), na drogach publicznych; jak należy donosić o wypadkach i chorobach zawodowych, jakie przysługują odszkodowania i renty i t. d. — Kalendarz, małej objętości, estetycznie wydany, ozdobiony rysunkami i tablicami, dowodzi, że Instytut Spraw Społecznych umie wynaleźć wybitnych współpracowników i tworzyć rzeczy pożyteczne i aktualne.

W. K n a p p e.

Dr. Bronisław HANDELSMAN, b. lekarz naczelny szpitala Św. Aleksandra w Łodzi. **Choroby zawodowe.** Część II.

Choroby zawodowe, podlegające zgłoszeniu do powiatowej władzy administracyjnej. Zatrucie arsenem, fosforem, chromem, gazami, nitrowami, tlenkiem węgla, dwusiarczkiem węgla, związkami cjanowemi, benzolem i pochodnymi, alkoholem metylowym, terpentyną. Schorzenia wskutek promieni rentgenowskich oraz innej energii promienistej. Uszkodzenia wskutek sadzy, smoły, parafiny, dziegciu, antracenu. Pylica płucna. Glistnica. — Część III. O chorobach zawodowych, nie podlegających zgłoszeniu. Chlorowce. Schorzenia wskutek siarkowodoru. Schorzenia wskutek związku manganu. Schorzenia kości, mięśni i stawów wskutek pracy narzędziami pneumatycznymi. Schorzenia w powietrzu sprężonym. Zawodowe przytępienie słuchu i głuchota. Schorzenia dolnych dróg oddechowych wskutek mączki T h o m a s a. Szejnberska choroba płuc. Zaćma zawodowa. Oczopląs. Choroby skórne wskutek galwanizowania, wskutek drzew egzotycznych. Nosacizna. Obie części w jednej broszurce. Łódź 1934, stron 56.

W roku zeszłym daliśmy ocenę części pierwszej tej pracy Dra H a n d e l s m a n a (patrz Nr. 27—28 W. Cz. Lek. 1934, str. 468) i podnosiliśmy jej walory, polegające na tem, że jest ona napisana przez klinicystę i przeznaczona dla lekarzy. To samo, oczywiście, stosuje się do części II i III, podnieść zaś jeszcze należy drugą jej ważną cechę, mianowicie jej zwięzłość, niemal konspektową. Każdy rozdział, obejmujący od 2 do 3 kartek, zawiera krótkie wyjaśnienie chemiczne związku, działanie związku na organizm, objawy zatrucia, rokowanie, zapobieganie i leczenie. Wykład jest dość suchy, objawy kliniczne poszczególnych zatruc są nieusystematyzowane, zasadnicze cechy nie wypukłone, wskutek czego po przestudjowaniu książki wytwarza się w umyśle chaos. Jest to jednak cechą wszystkich dotychczasowych opisów zatruc (patrz: wszystkie t. zw. kalendarze lekarskie), a pochodzi to z następujących powodów (tu przytaczam dosłownie zmienny ustęp autora na str. 42): „Istnieje mniemanie, że pewna trucizna musi wywoływać pewien jednolity obraz chorobowy. W chorobach zakaźnych dawno już wiedzieliśmy, że lasecznik gruźlicy, lasecznik duru i krętek błady kılı i t. d. zdolają spowodować licznę, zewnętrznie całkiem różnorodną objawy chorobowe. Ale w zatruciach przemysłowych musimy dopiero przyzwyczaić się do poglądu, że różne ustroje na tę samą truciznę odpowiadają bardzo rozmaitemi objawami. Poznanie tego faktu odgrywa wielką rolę przy rozpoznawaniu zatruc”. Kazyjstka zatruc najzupełniej potwierdza to spostrzeżenie. Z tego wynika trudność rozpoznawcza i lecznicza zatruc, a niemniej i trudność systematycznego ugrupowania przejawów zatruc w opracowaniu monograficznym. Praca Dra

H a n d e l s m a n a jest bodaj pierwszą z tej dziedziny w naszym piśmiennictwie; dalsze jej rozwinięcie i uzupełnienie opisami klinicznymi oraz szczegółowszemi wskazówkami leczniczymi i receptami, t. j. przerobienie broszury w obszerny podręcznik jest już tylko zależne od nakładcy. Autorowi należy się uznanie za tę mozolną i starannie wydaną pracę, która jest najzupełniej przystosowana do obecnych potrzeb kół bezpieczeństwa pracy przy zakładach przemysłowych i warsztatach.

W. K n a p p e.

Dr. M. A. SCHIRMANN. **Die physikalisch-technischen Methoden der Elektromedizin.** (Nakł. Urbana i Schwarzenberga. Wiedeń.—Berlin, 1934).

Autor w ogólnej formie zapoznaje nas z technicznymi podstawami fizjoterapii. Dzięki książce S c h i r m a n n a lekarz uczy się nie tylko obchodzenia się z danym aparatem, ale również poznaje jego wewnętrzną budowę i podstawy fizycznego działania aparatu. Nie bacząc na nieduży rozmiar książki (240 stron), autor treściwie zaznajamia nas ze wszystkimi najnowszymi zdobyczami elektroterapii, włączając rentgenologię, leczenie radem a także terapię krótkimi i ultrakrótkimi falami. Książka S c h i r m a n n a jest cennym nabytkiem nie tylko dla lekarza fizykoterapeuty, lecz również dla lekarza niespecjalisty. Ze względu na treściwe i dostępne ujęcie przedmiotu książka zasługuje na to, by znajdowała się w bibliotece każdego lekarza.

M. G r y n b a u m.

Dr. Christian BOMSKOV. **Methodik der Vitaminforschung.** (Nakładem Georg Thieme, Lipsk, str. 301).

Książka B o m s k o v a jest zbiorem metod, dotyczących badań witaminowych, bardzo systematycznie zebranych na podstawie doświadczeń własnych i innych autorów. Część ogólną autor poświęca opisowi hodowli, sposobom żywienia i warunkom przechowywania zwierząt hodowlanych. W części specjalnej podaje autor bardzo szczegółowy opis metodyki badań biologicznych oznaczania i jednostkowania witamin i dla tem dokładniejszej oceny niedoboru autor opisuje szczegółowo zmiany patologiczne, powstające podczas awitaminoz nawet wówczas, gdy nie mają związku z metodyką badań. Oprócz metod biologicznych uwzględnił autor najważniejsze dotychczasowe dane, dotyczące powstawania witamin, ich rozpowszechnienie w przyrodzie i w ustroju, zapotrzebowanie witaminowe różnych zwierząt i poza tem uwzględnił również metody chemiczne i fizyczne badania witamin. Podał w krótkim zarysie metody oczyszczania poszczególnych witamin i syntezę. Wiele doświadczeń opatrzył autor rysunkami, wykresami i tablicami, zaczerpniętymi z literatury niemieckiej i obcej. Książka odda niewątpliwie duże usługi wszystkim, którzy pragną zapoznać się z dziedziną witamin lub w dziedzinie tej pracować.

Zofja K o ł o d z i e j s k a.

Wskazówki praktyczne

Przeciwko oparzeniom drugiego i trzeciego stopnia poleca L ö h r *opatrunki tranowe*. W przypadkach oparzeń całego ciała zawija się chorego w płócienne płachty grubo posmarowane maścią tranową. Przy zmianie opatrunku, która powinna odbywać się możliwie rzadko, należy unikać uszkodzenia ziarniny. Maść tranowa może być także używana tam, gdzie nie nadaje się opatrunek garbnikowy (głowa, tułów, cyrkularne oparzenia kończyn dolnych, kiedy chory musi leżeć na poranionych częściach ciała). Również i ciężko zakażone rany goją się doskonale pod działaniem tranu. W porównaniu z taniną, leczenie tranem odznacza się brakiem bolesności. (Ther. Gegenw. 1934, N. 10).

—o—

Przeciwko poronieniu nawykowemu poleca S c h w a r z *żelazo, wapń, witaminy, jodek potasu, hormon ciążki żółtego*. W rozpaczliwych przypadkach nawet tam, gdzie nie stwierdza się kılı, *neosalwarsan* (0,3 — 0,45) w kombinacji z *bismogolem*. Zastrzykiwania w dłuższych przerwach należy robić przez cały czas ciąży. (Ztbl. Gyn. 1934, N. 36).

—o—

W *atonicznych krwawieniach macicznych*, według K i s s a, przed zastosowaniem *tamponady*, nie należy uciekać się do żadnych innych prób leczniczych. Próby takie pogarszają skuteczność tamponady i powiększają niebezpieczeństwo zakażenia. (M. m. W. 1934, N. 48).

—o—

W zapaleniu skóry (*dermatitis exfoliativa*) wywołanym przez stosowanie neosalwarsanu otrzymywał dobre wyniki Z o l e z z i od przetworów wątroby: poprawa następowała bardzo szybko. (Rif. med. 1934, N. 16).

—o—

W przypadkach bardzo uporczywych odleżyn, które nie goiły się pod działaniem zwykłych leków, otrzymał Th. C a r t y wyleczenie w ciągu najpóźniej 15 dni, za pomocą pokrywania odleżyny na krzyż elastoplastem. Plaster leżał tak

długo, aż obfita wydzielina rany zmuszała do zmiany opatrunku. (Brit. med. Journ. 1935, N. 3863).

—o—

W zapaleniu sutka (*mastitis*) dają dobre wyniki, według S i n n a, obok pęcherza z lodem i podwiązania piersi, zastrzykiwania domięśniowe własnej krwi. W przypadkach ostrych daje się 20 ctm.³, a po upływie 12 — 24 godzin znowu taką samą dawkę, w przypadkach podostrych 3 — 5 ctm.³. (M. m. W. 1935, N. 4).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 20 listopada 1934 roku.

Początek posiedzenia o godz. 20-tej.

Obecnych 51 członków i 13 gości.

1. Odczytane protokoły posiedzeń naukowych T-wa Lek. z dnia 6.11. i 23.11.1934 r. — przyjęto.

2. Kol. P r e z e s podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do Biblioteki T-wa.

3. Po zreferowaniu przez Kol. P r e z e s a zapisu 2.000 zł. (dwóch tysięcy zł.) s. p. D-ra Jana W o j c i e c h o w s k i e g o dla T-wa Lek. Warsz. — członkowie zapis przyjmują.

4. Kol. S e k r e t a r z S t a ł y wygłasza wspomnienie pośmiertne po s. p. Emilu B u r s c h e m.

5. Ks. K w i e c i ń s k i S. i Z e m b r z u s k i L. (członek T-wa), wygłosił odczyt p. t.: „*Higijena starochrześcijańskich cmentarzy w Rzymie*”. (Streszczenie własne).

W Rzymie odkryto dotychczas przeszło 30 kompleksów katakumbowych. Przy zakładaniu cmentarzy chrześcijanie musieli przestrzegać przepisów prawnych, zabraniających grzebania, palenia czy też grzebania popiołów w obrębie murów zamykających miasto. Z tego powodu wszystkie katakumby znajdują się poza murami, wzdłuż dróg konsularnych. Ponadto położenie katakumb uwarunkowane było odpowiednią wyniosłością terenu, a to dla uniknięcia zalwania cmentarzy przez wodę, oraz złożem t. zw. tufu, w którym ryto galerje i izby grzebalne. Galerje te, biegnące na różnych poziomach, głębokości 5—20 m. pod powierzchnią ziemi, mają przeciętną szerokość 70 cm., a wysokość 2 m. Krzyżują się pod kątem prostym. Gdzienigdzie odchodzi od galerji krótki korytarzyk, łączy ją z izbą grzebalną — t. zw. *cubiculum*, o rozmiarach przeważnie 2 m. sześć.

W ścianie galerji i kubikulów ryto groby, t. zw. *loculi*, wykuvano rzędami *arcosolia*, ryte nie tylko w głąb ściany, lecz i wdół.

Grób, po złożeniu ciała, szczególnie zamurowywano ceglami lub płytą marmurową, a w tyńk dość często wlepiano lampki oliwne i naczynko na wonności.

W suficie niektórych kubikulów a nieraz i galerji, wybijano otwory, prowadzące do przewodu, t. zw. *luminaria*, ukośnie przebijające się na powierzchnię ziemi.

Oświetlały one podziemia i odgrywały rolę wentylatorów.

Po zamknięciu zmarłemu powiek i ust, zwłoki myto ciepłą wodę, namaszczano wonnościami. Używano do tego celu środków pochodzenia roślinnego lub ziół aromatycznych, jak aloes i myrra. Następnie spowijano ciało w czystą białą materję i przewiązywano taśmą, wielokrotnie się krzyżującą na powierzchni ciała od głowy do stóp. Potwierdzeniem wyłuszczonego sposobu spowijania są zwłoki bezimiennego, dorosłego chrześcijanina oraz dziecka, zachowane w całości w sarkofagach pod posadzką bazyliki św. Sebastjana w Rzymie oraz malowidła ściennie i rzeźby nagrobne w katakumbach, przedstawiające wskrzeszenie Łazarza i młodzieńca z Naim.

Dno grobu było wysypane warstwą niegaszonego wapna. W sarkofagach, a nieraz i w „forma” kładziono na wapnie marmurową płytę z otworami, przez które ściekały płynne elementy rozkładu. Kiedyindziej spowijano zwłoki, przed złożeniem ich do grobu, całunem pokrytym warstwą niegaszonego wapna.

Chociaż grób szczelnie zamurowywano, to jednak istniały niekiedy urządzenia, pozwalające na wlewanie do środka wonnych olejków - balsamów.

Starożytni chrześcijanie znali przeciwnie właściwości stosowanych środków nieorganicznych i roślinnych. Konserwujące własności tych ostatnich, t. j. myrry i aloesu zależały od garbnika, który ścinał białko, zapobiegając w ten sposób gniciu. Tlenek wapnia (CaO), wiążąc wodę i płynne elementy rozkładu zwłok, zapewniał minimalną wilgotność wewnątrz grobu, a pozatem, będąc środkiem bakterjobójczym, nie dopuszczał do powstania rozkładu. Lotne elementy rozkładowe wchłaniał tuf. Szczelne zamykanie grobów uniemożliwiało wydostawanie się gazów gnilnych do powietrza korytarzy, którem oddychali żywi, odwiedzając groby swoich zmarłych, a z drugiej strony udaremniało wtargnięcie do wnętrza grobu wraz z powietrzem napływającym zzewnątrz nowych drobnoustrojów gnilnych.

Wspomniane przy opisie katakumb *luminaria*, mające ujścia w zboczu wzgórza, zapewniały stałą cyrkulację powietrza w korytarzach.

Wyszczególnione zabiegi ze zwłokami, jak również terenowe i wentylacyjne urządzenia katakumb posiadały do pewnego stopnia znaczenie higieniczne.

R o z p r a w y: Kol. Z e m b r z u s k i uzupełnił odczyt K.

6. Kol. T i t z ó w n a J. — członek T-wa, wygłosiła odczyt p. t.: „*O wpływie wysiłku fizycznego (ruchu) na kwasotę soku żołądkowego*”. (Streszczenie własne).

Referentka zbadała u 32 osób wpływ krótkotrwałego wysiłku fizycznego na ogólną kwasotę soku żołądkowego, na wolny i związany kwas solny.

Badania przeprowadzone były metodą cząsteczkową, co 15 minut przez 2 godziny, z zastosowaniem soku z kapusty metodą O r ł o w s k i e g o, przychem jednego dnia określano wpływ soku kapusty na wydzielanie żołądka w spokoju, a drugiego dnia po zastosowaniu ruchu. Jako wysiłek fizyczny—bieg szybki po schodach na wysokość pierwszego piętra, tam i z powrotem 10 razy.

W n i o s k i:

1. Powiększenie bądź to ogólnej kwasoty, bądź wolnego kwasu solnego, bądź równoległe powiększenie kwasoty ogólnej, wolnego i związanego kwasu solnego stwierdzono u mężczyzn w 58,8%, u kobiet w 73,3%.

Zadnych zmian w zakwaszeniu treści żołądkowej nie stwierdzono u mężczyzn w 35,3%, u kobiet — 26,7%.

Zmniejszenie niēznaczne kwasu solnego stwierdzono u mężczyzn w 5,9%, u kobiet w 20%.

2. U kobiet wpływ ruchu na kwasotę żołądka zaznacza się częściej, niż u mężczyzn, poza tem spostrzega się u nich znacznie większą różnicę w zakwaszaniu soku żołądkowego po ruchu w stosunku do jego kwasoty w spokoju.

3. W odniesieniu do czasu — najwyższy poziom kwasoty treści żołądkowej w tym samym czasie w spokoju i po wysiłku fizycznym, stwierdzano częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

R o z p r a w y: Kol. Goebel Fr., Kol. Reicherówna, Kol. Filiński Wl. i Kol. Titzówna.

7. Kol. H i g i e r H. (Członek T-wa), wygłosił dalszy ciąg odczytu p. t.: „*Neurologja i chirurgja, a neurochirurgja: jej istota, zasady i kierunki*”. (Było drukowane w W. Czas. Lek.).

Posiedzenie zakończono o godz. 23-ciej.

Sekretarz Doroczny: Aleksander P r u s z c z y ń s k i.

Wice-Prezes: Zdzisław S l a w i ń s k i.

Posiedzenie z dnia 4 grudnia 1934 roku.

Początek o godzinie 20 minut 10.

Obecnych 58 członków T-wa i 99 gości.

Przewodniczący Wice-Prezes.

1. Odczytanie protokołu posiedzenia naukowego z dnia 20 listopada r. 1934 przyjęto.

2. Kol. Hirszfeld L. zreferował „*Swoiste i nieswoiste odczyny odpornościowe*”. (Streszczenia nie nadesłał).
R o z p r a w y: Kol. Venulet Fr. i Kol. Hirszfeld.

3. Kol. Radliński J. i Szeñicer St. wygłosili referat p. t.: „*Doświadczenia kliniki chirurgicznej II nad uśpieniem dożylnym*”. (Streszczenia nie nadesłał).

R o z p r a w y: Kol. Szerszyński.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 5.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Wice-Prezes: Zdzisław Sławiński.

Posiedzenie z dnia 11 grudnia 1934 roku.

Początek o godz. 20.

Obecnych 41 członków oraz 36 gości.

Przewodniczący Prezes.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu posiedzenia naukowego z dnia 4 grudnia 1934 roku

2. Kol. Campioni-Mantuffel B. przedstawia „*Przypadek mnogich łagodnych nowotworów*”.

W przypadku spostrzeganym w Zakładzie Anat. Pat. U. W., dnia 14.11.34 r., L. p. 739, na zwłokach 84-letn. mężczyzny, zmarłego wskutek stłuszczenia zwyradniającego mięśnia sercowego stwierdzono mnogie hetero-homologiczne tłuszczaki oraz niezwyklej wielkości mięśniako-włókniak gruczołu krokowego. Tłuszczaki te były umiejscowione w sposób następujący: dwa z nich w tkance podskórnej, jeden wielkości pięści dorosłego człowieka w okolicy barku lewego, drugi wielkości orzecha włoskiego w okolicy pępka. Jeden mały tłuszczak wielkości lepka szpilki znajdował się w korze lewej nerki tuż pod torebką, wreszcie na bocznej krawędzi języka tuż przy koniuszku znajdował się tłuszczak wielkości śliwki, miękki, pokryty niezmienną, przeświecającą żółtawo, cienką śluzówką.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w miednicy małej guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, guz ten był zespolony ściśle z pęcherzem moczowym. Po wyluszczeniu guza okazało się, iż jest to niezwykle dużych rozmiarów gruczoł krokowy. Powiększeniu uległy równomiernie oba płaty boczne, zaś t. zw. płąt środkowy w porównaniu z bocznymi był powiększony bardzo nieznacznie i wypuklał się do światła pęcherza moczowego, tuż ponad ujściem wewnętrznym cewki moczowej. Ściana pęcherza moczowego bardzo gruba, o wyraźnych beleczkach mięśniowych. Na przedniej powierzchni widoczny mały otwór po dokonanej — *sectio alta*. Wodnacza nie stwierdzono, co dowodzi, że obrzmieniu uległy głównie płaty boczne, które nie powodowały zwężenia cewki moczowej. Spoistość tak powiększonego gruczołu krokowego była dość znaczna. Powierzchnia przekroju szarobiała, nierówna, rysunek jej wirowaty. Badanie mikroskopowe wycinków pobranych z różnych miejsc wykazało utkanie mięśniako-włókniaka.

Na szczególną uwagę w naszym przypadku zasługuje tłuszczak języka. W piśmiennictwie polskim został opisany przypadek tłuszczaka języka przez Nathana, demonstrowany poprzednio przez Pruszczyńskiego w Tw. Lek. Warsz. dn. 7.6.32. Tłuszczaki języka występują najczęściej na koniuszku lub na brzegach, najrzadziej na podstawie. Leżą one bądź pod śluzówką, bądź między mięśniami języka.

R o z p r a w y: Kol. Kryński i Kol. Niewiadomski.

3. Kol. Łukaszczyk Fr. przedstawia „*Zdjęcia fotograficzne i rentgenowskie przypadków leczonych w Instytucie Radowym im. Marji Skłodowskiej - Curie*”. (Streszczenia nie nadesłał).

R o z p r a w y: Kol. Elektorowicz A., Kol. Bronowski, Kol. Laskowski, Kol. Sławiński, Kol. Kryński i Kol. Łukaszczyk.

4. Kol. Łapiński W. (Członek T-wa), referuje „*Zaburzenia psychiczne w padaczkę*”.

Z punktu widzenia przebiegu i zejścia proponuje prelegent następujący podział zaburzeń psychicznych w padaczkę.

1) *Epilepsia benigna*: napady drgawek, omdleń, absences występują sporadycznie, trwają krótko, na psychice chorego odbijają się mało lub wcale i mogą zniknąć zupełnie. Osobnicy tacy pracują.

2) *Degeneratio epileptica levis gradus*: napady drgawek, omdleń, absences zdarzają się rozmaicie często, bywają stany zamroczeń. Rozwijają się z czasem zwyrodnienie. Chorzy tacy mogą pracować.

3) *Degeneratio epileptica psychica et physica*. Napady drgawek, omdleń, absences, zamroczeń występują często, przeważają stany zamroczeniowe. Nastawienia, urojenia mogą pozostawać na stałe. Z czasem rozwija się zniechęcenie fizyczne i psychiczne. Chorzy tacy przeważnie nie pracują.

4. Notowano kombinację padaczki z *paralysis progressiva*. Szereg autorów dopuszcza spółistnienie padaczki z schizofrenją i psychozą manjakkalno - depresyjną.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 30.

Zastępca Sekretarza Doroczny: Stanisław Hrom.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Niemieckich w Pradze, z dnia 4 grudnia 1934 r. (Muenchener medizinische Wochenschrift Nr. 5-1935) Starkenstein poruszał zagadnienie, czy podskórne wstrzykiwanie adrenaliny posiadają własność podnoszenia ciśnienia krwi. Po podskórnym wstrzyknięciu 3 mgr. adrenaliny ciśnienie krwi królika podniosło się w ciągu 10 minut z 96 mm na 128 mm, aby następnie powrócić do normy. W nowych doświadczeniach, przeprowadzanych wspólnie z Wedenem, podskórne wstrzyknięcie 3 cm³ 1% roztworu adrenaliny wywoływało wyraźne podniesienie ciśnienia krwi. W innych natomiast doświadczeniach podniesienie ciśnienia krwi nie występowało, zjawiało się ono po podskórnym wstrzyknięciu 20 cm³ roztworu adrenaliny 1:10.000. W dalszych doświadczeniach okazało się, że w przypadkach, w których podskórne wstrzyknięcie adrenaliny pozostało bez skutku, następne wśródzylne jej wstrzyknięcie wywoływało trwale podniesienie ciśnienia krwi, które było znaczniejsze, niż po bezpośrednim i wyłącznym wstrzyknięciu wśródzylnym tej samej dawki adrenaliny. Dla praktyki spostrzeżenia te posiadają o tyle znaczenie, że szybko przemijający wpływ wśródzylnego wstrzyknięcia adrenaliny udaje się wzmocnić zapomocą jednoczesnego podskórnego wstrzyknięcia większej ilości adrenaliny w roztworze 1:1000.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Niemieckich w Pradze, z dnia 4 grudnia 1934 r. (Muench. med. Wschr., Nr. 5-1935) O. Sittig mówił o *dobrotliwych zapaleniach opon mózgowych*. Podał on opis 10 przypadków z klinicznym obrazem ostrego ciężkiego zapalenia opon mózgowych; wszystkie one skończyły się wyleczeniem. Czasami nie stosowano żadnego leczenia, w dwóch przypadkach wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu surowicy przeciwmeningokokowej, kilkakrotnie po nakłuciu łądźwiowem. Przy badaniu bakterjologicznym te płyny mózgowo - rdzeniowe, które poddane były badaniu, okazały się jałowymi. Etiologia tych zapaleń opon mózgowych pomimo rozmaitych poglądów autorów jest jeszcze niejasna.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Dur plamisty w ostatnich latach *).

Podał

M. K.

(Dokończenie — patrz Nr. 9).

E u r o p a. W Europie dur plamisty w ostatnich latach wzmógł się znacznie, bardzo nieznacznie

*) Według danych Sekcji Higjenu L. N. i Office International d'Hygiène Publique.

zresztą rozszerzając się na nowe tereny, głównie zaś po-
tęgając się w miejscowościach, gdzie panuje stale, en-
demicznie. Na zachód od Polski dur plamisty jest rzad-
kością, sporadyczne przypadki i niewielkie ogniska spo-
tykają się tu i owdzie, np. w Portugalji, w Hiszpanji.
W klasycznym dawniej kraju duru plamistego, jak Ir-
landja, spotykamy po kilkanaście przypadków rocznie.
(Maksimum w roku 1930—48 zachorowań).

Poza Rosją, o której była mowa wyżej, dur pla-

misty panuje stale na Bałkanach i w krajach sąsiadujących z Polską. Po wielkiej epidemii w okresie wojny światowej, w państwach bałkańskich dur plamisty prawie że wygasł. Od paru lat widzimy wzmożenie się choroby w jej stałych ogniskach i dość duże rozpowszechnienie na dalsze tereny tychże krajów.

W Bułgarii roczna liczba zachorowań waha się ostatnio około 200 — 300 rocznie. W Grecji rejestrowano ostatnio rocznie do 100 przypadków. Jugosławia, pamiętna z niesłychanej wprost epidemii w latach 1915—16, po wojnie zupełnie opanowała sytuację. Ostatnio jednak widzimy tam duży wzrost. W roku 1932 zarejestrowano 173 zachorowania, w 1933—825, a w połowie 1934 r. — 1977. Ubiegły rok już można traktować jako naprawdę epidemiczny.

Gorzej jeszcze sytuacja przedstawia się w Rumunii, gdzie przez cały okres powojenny dur plamisty utrzymuje się na dość wysokim poziomie. W pierwszej połowie ubiegłego roku zarejestrowano tam 1981 przypadków, w odpowiednim półroczu 1933 r. — 1466 przypadków. Nawet w kraju, gdzie krzywa stale utrzymuje się na wysokim poziomie, jest to wzrost znamieny.

Rzecz godna zaznaczenia: dur plamisty w Rumunii źródkowany jest głównie w Besarabji. Tak więc w roku 1933 na ogólną liczbę 1790 zachorowań na Besarabię przypadło 1457, na dawne królestwo rumuńskie 290, na Bukowinę 28, a na Transylwanię 15.

W krajach, z nami sąsiadujących, poza Rosją i Rumunią, o których była mowa i Niemcami, które nie znają wcale duru plamistego, w grę wchodzi Litwa, Łotwa i Czechosłowacja. Na Litwie duru plamistego jest dużo, bo rocznie zgorą 300 przypadków, a w ciągu pierwszych sześciu miesięcy 1934 r. zgłoszono 226 zachorowań, widzimy więc wyraźny wzrost. Na Łotwie dur plamisty jest stosunkowo rzadką chorobą, a co najbardziej charakterystyczne, ostatnio nasilenie choroby, wszędzie niemal widoczne, wcale nie dotknęło Łotwy. Odwrotnie: z ogłoszonej statystyki wypada, że na Łotwie dur plamisty zanika zupełnie, gdyż rocznie rejestrowane jest zaledwie po kilka przypadków. Istniejące doniedawna ogniska duru plamistego na Łotwie znajdują się głównie w Letgalji.

W Czechosłowacji dur plamisty ogranicza się terenowo do dwóch krajów — Słowaczyny i Rusi Podkarpackiej. W Czechach, na Morawach i na Śląsku duru plamistego faktycznie nie ma, poza przypadkami importowanymi. Na 30 zachorowań zarejestrowanych w roku 1932 w całym państwie 29 przypadło na Ruś Podkarpacką, a 1 na Słowacznę. W roku 1933 na

127 zachorowań przypada na Ruś podkarpacką 104, na Słowacznę — 18 i 5 na Czechy i Morawy.

P o l s k a. W Polsce sytuacja pod względem duru plamistego przedstawia się niepomyślnie. Poczynając od wielkiej epidemii powojennej, która szczyt osiągnęła w roku 1919 (zgorą 219.000 zachorowań) dur plamisty zaczął spadać i doszliśmy do najniższego poziomu w roku 1930, kiedy zarejestrowano najniższą liczbę w latach powojennych—1640 zachorowań. Odtąd widzimy wzrost i to znaczny. W roku ubiegłym osiągnęliśmy liczbę 5.127 zachorowań, a więc cofnęliśmy się wstecz do roku 1925.

Ostatnie jedno wiek przedstawia się jak następuje:

w roku	zarejestrowano	7 706 zachorowań	i	666 zgonów
1924	7 706	zachorowań	i	666 zgonów
1925	4.196	„	338	„
1926	3.568	„	266	„
1927	2.950	„	265	„
1928	2.401	„	161	„
1929	1.988	„	146	„
1930	1.639	„	112	„
1931	2.154	„	144	„
1932	2.424	„	185	„
1933	3 453	„	200	„
1934	5.127	„	303	„

Dur plamisty panuje dotąd w całym kraju oprócz 3 województw zachodnich, w których nawet sporadyczne przypadki są bardzo rzadkie. Najwięcej zachorowań przypada na województwa wschodnie i południowe. Poczynając od granicy wschodniej na zachód liczba zachorowań stale się zmniejsza, chociaż mniejsze ogniska spotyka się coraz częściej w całej Małopolsce zachodniej i byłej Kongresówce. Dur plamisty posuwa się wciąż na zachód. Na pograniczu wschodnim i na południu dur plamisty nie jest skoncentrowany w jakiejś jednej czy kilku miejscowościach, a rozsiany jest szerokim pasem od granicy łotewsko - litewskiej do rumuńsko - czechosłowackiej. Takie rozsianie zachorowań utrudnia niezmiernie walkę i przemawia za tem, że choroba związana jest z bytem ludności, co nosi w sobie groźne niebezpieczeństwo na wypadek nasilenia epidemii ze względów społecznych. Niebezpieczeństwo to jest tem większe, im bardziej oddalamy się od epidemii powojennej ze względu na wciąż wzrastającą liczbę osób wrażliwych.

Wzmożenie się nasilenia epidemii w latach ostatnich pozostaje niewątpliwie w związku z przeżywanym kryzysem, masy ludności naszej w niektórych okolicach żyją stale prawie w nędzy, stąd nawet drobne pogor-

Dur plamisty w krajach europejskich.

	1929		1930		1931		1932		1933		1934 1/1—30/6	
	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.
Bułgaria	236	24	292	32	216	28	359	45	178	18	239	25
Irlandja	14	7	48	4	17	11	30	8	12	3	3	3
Grecja	57	7	63	15	118	20	64	3	60	4	23	3
Węgry	4	1	—	1	—	—	3	—	78	10	30	3
Litwa	420	151	382	137	350	72	237	16	289	20	226	15
Polska	1988	146	1640	112	2154	144	2283	179	2942	191	3535	224
Portugalja	83	17	57	15	19	14	34	15	6	6	63	4
Rumunja	1456	192	1857	278	1419	135	1788	223	1790	198	1981	212
Czechosłowacja	102	3	126	6	191	10	30	2	127	7	317	9
Jugosławja	101	11	154	18	128	12	173	15	825	59	1977	127

szczenie sytuacji prowadzi do ograniczeń w odzieży, bieliznie, mydle i odżywianiu.

Geograficzne rozmieszczenie przypadków w roku 1934 przedstawiało się, jak następuje:

	liczba przypadków	na 100.000	% ogół. liczby przyp.
woj. wschodnie	2 848	51,33	55,55
„ południowe	1.498	17,61	29,22
„ centralne	781	5,83	15,23
„ zachodnie	—	—	—

Sytuacja przedstawiała się więc, jak zwykle, najgroźniej na wschodzie, zwłaszcza w województwach nowogródzkim i wileńskim. Podobnie rzecz miała się i w roku 1934. Pocięszający jest fakt, że na jesieni roku ubiegłego, t. j. w okresie zwykłego sezonowego nasilenia liczba zachorowań zmalała. Na tej podstawie możemy przypuszczać, że fala epidemiczna, w porównaniu z rokiem 1933 doszła już do szczytu i zaczyna słabnąć. Jest to jednak tylko luźna hipoteza. W ostatecznym wniosku należy jeszcze raz podkreślić, że sytuacja pod względem duru plamistego przedstawia się wyraźnie niepomyślnie. Dlatego też akcja przeciwyfusowa na terenach zagrożonych została ostatnio bardzo wzmożona.

Memoriał

Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sprawie t. zw. „domowych lekarzy“ w Ubezpieczalni Społecznej*).

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, jako organizacja lekarzy o szerokim podłożu społeczno - lekarskim, propagująca ideę instytucji ubezpieczeniowych, poczuwa się do obowiązku zwrócenia uwagi odpowiednim czynnikom rządowym oraz pragnie wyjaśnić społeczeństwu, że ostatnie zarządzenia, dotyczące reorganizacji ubezpieczeń chorobowych, a w szczególności projekt skasowania lecznictwa ambulatoryjnego i wprowadzenia na jego miejsce instytucji t. zw. „lekarzy domowych“ jest niebezpiecznym eksperymentem nie tylko dla zdrowia ubezpieczonych, lecz i dla zdrowia publicznego, gdyż podważa zasady współczesnego lecznictwa i nie liczy się z zasadami profilaktyki medycznej.

W epoce, gdy olbrzymie zdobycze naukowe pozwalają medycynie nieść ludzkości wielkie dobrodziejstwa, gdy lecznictwo zaczyna osiągać nieznaną dotąd poziom, w stolicy Państwa, w środowisku pierwszorzędných instytucji badawczych, na wniosek laików i wbrew opinii świata lekarskiego, lekarz — ta ostoja ideologii ubezpieczeniowej — ma zejść do poziomu dawnego, małomiasteczkowego lekarza „od wszystkiego“ i przywrócić zanikający dziś typ „doktora wszech nauk lekarskich“.

Tendencją współczesnej medycyny i szeroko ujętej opieki społecznej jest udostępnienie najnowszych zdobyczy lecznictwa nawet najodleglejszym dzielnicom, tworzenie we wszystkich zakątkach poradni specjalistycznych: przeciwgruźliczych, przeciwikiłowych, przeciwrakowych, wszelkich stacyj opieki, nie zaś skupienie lecznictwa w jednym gabinecie lekarskim i w rękach jednego lekarza domowego.

Sam bezpośredni kontakt, czy zamieszkanie choćby najbardziej uspołecznionego i oddanego swej idei lekarza w rejonie jego ubezpieczonych nie zmieni niehigienicznych warunków i nie podniesie zdrowotności środowisk ubezpieczonych, o ile na tych zaniedbanych terenach nie będą wpro-

wadzone niezbędne inwestycje higieniczne, a to jest zadaniem władz sanitarnych, nie zaś lekarza Ubezpieczalni.

Jeżeliby nawet przyjąć za słuszne dążenie do rozbicia scentralizowanych poradni na liczniejsze przychodnie w celu zbliżenia ich do ubezpieczonych, to w żadnym razie nie nadaje się do tego prywatne mieszkanie lekarza. Powołujemy się tu na autorytatywną opinię pediatrycznych organizacji, które protestują i ostrzegają przed niebezpieczeństwem tworzenia ognisk zakaźnych w prywatnych mieszkaniach lekarzy domowych, gdzie, wobec braku boksów izolacyjnych i niedostatecznych urządzeń sanitarnych, skupienia chorych dzieci staną się ogniskiem szerzenia chorób zakaźnych wśród dzieci. Podobne niebezpieczeństwo stanowią choroby zakaźne i starszych ludzi, a w szczególności gruźlica, jaglica i choroby weneryczne.

Z tych względów obowiązująca w Polsce Ustawa z dnia 28 marca 1928 roku o z a k ł a d a c h l e c z n i c z y c h zabrania, żeby pomieszczenia lecznicze, przychodnie, czy ambulatorjów łączyły się bezpośrednio z lokalami prywatnymi. Wbrew tej ustawie Ubezpieczalnia chce rekwirować na publiczne ambulatorjum dwa pokoje prywatnego mieszkania lekarza i od tego uzależnia utrzymanie się jego na posadzie. Jest to zamach na wolność lekarza ze szkodą nie tylko dla jego rodziny i jego samego, ale z większą jeszcze szkodą dla ubezpieczonych i niebezpieczeństwem dla całego społeczeństwa.

Na jednego lekarza „domowego“ ma przypadać około półtora tysiąca ubezpieczonych, co wraz z rodzinami stanowi przeszło cztery tysiące osób. Wszystkich chorych z tego środowiska lekarz jest obowiązany przyjmować u siebie i stać się na każde żądanie u nich w domu bez względu na porę dnia, a może i w nocy. Tak przeciążonego pracą zawodową lekarza projekt obarcza jeszcze dodatkową pracą biurową, mianowicie: sprawdzaniem tożsamości, uprawnień, prowadzeniem kartoteki chorych, statystyki wykazów, sprawozdań, kontroli świadczeń i wydawaniem świadectw dla fabryk, szkół, sądów i t. p. W proponowanych warunkach pracy lekarza domowego nie mówi się nic o godzinach pracy. W państwie, gdzie Inspekcja Pracy z całą bezwzględnością przestrzega norm czasu pracy, jedna tylko kategoria pracowników — lekarze domowi Ubezpieczalni — ma być pozbawiona tego podstawowego przywileju.

A tymczasem, jeżeli gdzie, to właśnie z zakresie denerwującej i odpowiedzialnej pracy lekarza nadmierne, ponad wytrzymałość fizyczną i umysłową wykraczające przeciążenie może pociągnąć za sobą nieprzewidziane, a nawet wprost groźne skutki dla jego pacjentów.

Za tę niezmierną pracę, za tę wielką odpowiedzialność wobec społeczeństwa, pacjentów i swego sumienia, za swe fachowe wykształcenie i wyrobienie techniczne, zdobyte latami studjów i pracy szpitalnej, lekarz ma otrzymywać 750 zł. pensji miesięcznej plus 150 zł. na mieszkanie, z której to sumy strąca się około 100 zł. na różne świadczenia — netto 650 zł. na wyżywienie siebie i rodziny, na wychowanie dzieci, na utrzymanie się pod względem duchowym i zewnętrznym na poziomie kulturalnego obywatela — bez jakichkolwiek dochodów prywatnych i bez widoków lepszej przyszłości!

Powyżej wymienione względy, budzące niepokój cofnięcia wstecz naszego lecznictwa i szerokiej akcji profilaktycznej, która tak chlubnie się zaznaczyła w pierwszych latach odzyskania naszej niepodległości państwowej pod kierunkiem Ministerstwa Zdrowia — groźące jeszcze większym spauperyzowaniem zawodu lekarskiego oraz obniżeniem jego godności, wywołały słuszny protest całego stanu lekarskiego i Izby Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej solidaryzuje się najzupełniej z tym protestem. Z a r z á d
Warszawa, dnia 1 marca 1935 roku.

*) Zakomunikowany Władzom, Izdom Lekarskim, Związk. Lek. Państw. Polskiego oraz prasie lekarskiej i codziennej.

Wiadomości bieżące

— 1-szy Międzynarodowy Zjazd Gastro-enterologów odbędzie się w Brukselli 8 — 10 sierpnia r. b. pod przewodnictwem prof. Schoemakera i przy udziale przedstawicieli trzydziestu kilku państw. Tematami są: „Les Gastrites“ i „Les colites ulcereuses non-amibiennes“. Szczegółowe programy oraz karty uczestnictwa otrzymać można u członków Komitetu Organizacyjnego na Polskę lub u sekretarza Komitetu, Dra Józefa Nusbauma, Warszawa, Marszałkowska 81a. Członkami powyższego Komitetu są: Prezes honorowy — prof. A. Gluziński, prezes — Dr. Br. Wejnert, v.-prezes — Dr. Wilhelm Róbin, sekretarz — Dr. Józef Nusbaum, członkowie: prof. Z. Radliński, dr. I. Grundzach, dr. Fr. Niewiadomski, dr. B. Kryński, dr. S. Frank, dr. J. Czarkowski, dr. Dolkart z Warszawy, prof. Rencki (Lwów), prof. Januszkiewicz (Wilno), prof. Oszaeki (Kraków), dr. Marzyński (Łódź), dr. Klukow (Łódź), prof. Pelczar (Wilno). Koledzy, którzy zechcą wziąć udział w Zjeździe, powinni wypełnić blankiet zgłoszeniowy i przesłać go wraz z należnością na ręce Sekretarza Zjazdu, p. Dra B. Brohee, 64, rue de la Concorde, Bruxelles. Jednocześnie należy zawiadomić Sekretarjat Warszawski (Dr. J. Nusbaum, Warszawa, Marszałkowska 81a), podając imię i nazwisko swoje i osoby towarzyszącej oraz adres (paszporty, ulgi kolejowe i t. p.).

— Komitet Organizacyjny XV Zjazdu Psychjatrów Polskich. W porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego i Zarządem Związku Międzykomunalnego Budowy i Utrzymania Zakładów Psychjatrycznych w Woj. Warszawskiem zawiadamiamy, że XV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się dnia 8, 9 i 10 czerwca 1935 roku w Płocku i Gostyninie. Komitet Organizacyjny przewiduje następujący rozkład dni zjazdowych: 7.VI.1935 r. w piątek, dzień przedzjazdowy — zwiedzanie m. Płocka. 8.VI.1935 r. w sobotę I dzień Zjazdu w Płocku. Otwarcie Zjazdu o godz. 9 rano, posiedzenia przed — i popołudniowe, referaty programowe (Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego z wyłączeniem porażenia postępującego i otępienia starczego). 9.VI.1935 r. w niedzielę II dzień Zjazdu w Gostyninie. Posiedzenie przedpołudniowe — referaty programowe (Poczytalność zmniejszona w ujęciu naszego Kodeksu Karnego i w jej praktycznym zastosowaniu). Popołudniu XVI Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. 10.VI.1935 r. w poniedziałek III dzień Zjazdu w Gostyninie — referaty różne. Dotychczas zgłoszono 29 referatów. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zmuszony był ograniczyć do minut 20 czas trwania każdego referatu na temat programowy, dotyczący zaburzeń psychicznych w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego, a to ze względu na znaczną liczbę zgłoszonych referatów. Czas trwania poszczególnych referatów na temat programowy sądowo-psychjatryczny i na tematy luźne pozostaje zgodny z Regulaminem Zjazdu. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu prosimy kierować pod adresem Komitetu Organizacyjnego: Gostynin, Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych: Za Komitet Organizacyjny: Przewodniczący: Dr. E. Wilczkowski. Sekretarz: Dr. K. Mikulski.

— Zakład Ubezpieczeń Społecznych nadesłał nam z proś-

bą o wydrukowanie, następującą notatkę: **Działalność ubezpieczeń społecznych w cyfrach.** I. Liczba ubezpieczonych w Ubezpieczalniach Społecznych. Według ostatnich obliczeń dokonanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych we wszystkich Ubezpieczalniach Społecznych było w listopadzie 1934 r. — 1.733.615 ubezpieczonych w 400.544 zakładach pracy. W tem 1.451.874 robotników i 281.741 pracowników umysłowych (cyfry bez Górnego Śląska). II. Świadczenia. W ciągu 10-ciu miesięcy 1934-go roku wypłacono: 1) z tytułu świadczeń emerytalnych pracowników umysłowych (renty inwalidzkie, starcze, wdowie i sieroce) ogółem na 22.750.613 zł. W chwili obecnej ilość osób otrzymujących renty wynosi ponad 18.000, 2) z tytułu świadczeń na wypadek braku pracy pracowników umysłowych — 10.383.044 zł., wypłacone ok. 10.000 tych pracowników, 3) z tytułu świadczeń od wypadków w zatrudnieniu (renty wypadkowe, renty wdów, sierot i dalszej rodziny) 30.774.532 zł. W chwili obecnej ilość osób, które otrzymują renty z tego tytułu wynosi ponad 100.000, 4) Z. U. E. R. (bez Górnego Śląska) z tytułu świadczeń emerytalnych robotników 7.941.799 zł. Renty te (inwalidzkie, starcze, wdowie i sieroce) otrzymuje obecnie ponad 54.000 osób. III. Świadczenia na wypadek choroby. Ogólny koszt świadczeń na wypadek choroby wyniósł we wszystkich Ubezpieczalniach (bez Górnego Śląska) za pierwsze półrocze r. ub. na 49.401.231 zł. W sumie tej mieszczą się wydatki na zasiłki pieniężne (7.528.492 zł.), koszt opieki lekarskiej (18.978.904 zł.), koszt leków i środków pomocniczych (8.989.882 zł.), koszty leczenia w szpitalach i zakładach leczniczych (12.222.057 zł.) oraz przewozu chorych i lekarzy (1.681.986 zł.). IV. Wymiar i wpływy składek na ubezpieczenia społeczne. W ciągu pierwszych 10-ciu miesięcy 1934 r. ogólna suma składek ubezpieczeniowych wymierzonych na obszarze całego państwa wynosiła 226.188.460 zł. Z tego na ubezpieczenie na wypadek choroby przypada 84.770.877 zł., na ubezpieczenie emerytalne robotników 55.109.496 zł., na ubezpieczenie pracowników umysłowych 62.926.379 zł. i na ubezpieczenie od wypadków — 23.382.708 zł. W tym samym okresie wpływy zakładu ubezpieczeń społecznych wyniosły ogółem 158.435.045 zł. Z tego na ubezpieczenie na wypadek choroby 59.268.222 zł., na ubezpieczenie emerytalne robotników 38.418.868 zł., na ubezpieczenie pracowników umysłowych 44.549.173 zł. i na ubezpieczenie od wypadków 16.198.782 zł.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

12.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Flis St. i Werken th in ówna M. Przypadek przepukliny przeponowej. 2. Filiński Wl. Przypadek prosówki ostyglej. Z cyklu „Choroby trzustki“. 3. Grott J. W. Klinika ważniejszych chorób trzustki.

13.III. Polskie Towarzystwo Biologiczne.

Odczyt Pana Profesora A. Oszackiego z Krakowa: Stężenie jonów wodorowych we krwi u chorych rakowych.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Résumé des articles originaux.

Scléremie avec symptômes nerveux.

Par

J. MERENLENDER et N. ZAND.

Notre cas concerne une malade, âgée de 23 ans qui, après une grippe au mois d'août 1933, a remarqué des troubles visuels (des raies blanches devant les yeux). Bientôt après s'installa une hémianopsie passagère. Deux semaines après ces épisodes la malade constata que la peau de son cou est devenue subitement plus épaisse et dure. Depuis ce moment la maladie actuelle s'est installée. La scléremie, caractérisée par la peau dure, comme imbibée de paraffine, a envahi la figure (excepté la lèvre supérieure et une mince liseré à la lèvre inférieure), le cou, le dos jusqu'aux lombes et la poitrine jusqu'aux mamelons. Entre la peau affectée et la normale il n'y a pas une limite bien nette.

Les cas de „scléremie bénigne“ (connue aussi sous le nom de „scleroedème des adultes de Buschke“) sont bien rares.

Le nôtre est remarquable par les symptômes nerveux qui compliquaient le tableau clinique: outre les troubles visuels, notés dans la période prodromale et réapparus au cours de l'affection, on constataient l'affaiblissement des réflexes patellaires tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Comme étiologie de la scléremie on considère la grippe.

La pathogenèse semble consister en troubles de la nutrition de la peau par suite de l'affection du système végétatif ou des glandes endocrines.

La malade fut observée pendant 6 mois. Son état s'améliorait très lentement.

Le traitement consistait en opothérapie (ovaire et thyroïde). Le pronostic est en général bénin.

Un cas de polycytémie traité avec succès par l'arsenic en grandes doses.

Par

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ.

On a obtenu dans un cas de polycytémie une amélioration éminente par administration de grandes doses d'arsenic. L'amélioration du sang dévancait l'amélioration de l'état général. Suivant le dosage de la solution de Fowler on a obtenu une destruction considérable et une diminution du nombre des globules du sang, principalement des globules blancs. Au moment de cessation de l'administration de l'arsenic le nombre des globules blancs et la quantité d'hémoglobine augmentait de nouveau sans empirement momentané de l'état général.

Tumeur de la couche optique et du III ventricule avec symptômes choréatiques.

Par

E. HERMAN et J. MACKIEWICZ.

Après le traumatisme de la tête une fillette de 12 ans souffrait de céphalées, intentes avec des vomissements, et des accès des mouvements convulsifs sans perte de connaissance. La malade présentait l'oedème papillaire, les symptômes cérébelleux et les mouvements choréatiques.

L'intervention chirurgicale amena la mort de la malade.

L'examen anatomique décéla une tumeur gros comme un pois qui poussait de la couche optique droite et occupait le III ventricule.

C'était un astrocytome fibrillaire. Comme traits caractéristiques les auteurs notent une délimitation assez nette de la tumeur, le rapport qui existe entre les cellules néoplasiques et l'ependyme, une richesse en cellules néoplasiques qui contrastait avec la pauvreté habituelle des astrocytomes fibrillaires. Ce fait semble expliquer la forme aiguë de ce cas quoique d'ordinaire les néoplasmes pareils ont une évolution lente.

Le rapport qui existe entre la tumeur et les mouvements choréatiques n'est pas bien elucidé. Dans la littérature il y a des observations que le néoplasme d'une seule couche optique peut engendrer la chorée générale.

A la fin les auteurs soulignent l'absence de symptômes du côté du III ventricule.

Recrudescence du typhus exanthématique.

Par

M. K.

Pendant les dernières années le typhus devient de plus en plus fréquent, presque dans tous les pays où il existe à l'état endémique. Le même phénomène est observé en Europe, en Amérique, en Afrique, en Asie et même en Australie! Il se peut bien que cette augmentation est due partiellement au meilleur diagnostic de la maladie, et au meilleur dépistage des cas, mais ça ne peut pas être ni la cause unique ni même la principale de recrudescence. Il faut supposer que les difficultés économiques sont en grande partie responsable de cette aggravation de l'endémie typhique, ceci étant au moins le cas en Pologne où nous voyons l'augmentation de la maladie à partir de 1931. Le cours de l'épidémie en Pologne pendant les derniers mois de l'année 1934 semble indiquer qu'on peut prévoir une amélioration de la situation en 1935.

TREŚĆ: J. MERENLENDER i N. ZANDOWA. Skleremja z objawami nerwowymi. — A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ. Przypadek czerwienicy leczony skutecznie dużymi dawkami arseniku. — E. HERMAN i J. MACKIEWICZ. Guz wzgórk wzrokowego i komory III z objawami płasawicy. — H. MAKOWER. Zakażenia spowodowane przez przetaczanie krwi. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. K. Dur plamisty w ostatnich latach (Dok.). — Memoriał Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sprawie t. zw. „domowych lekarzy“ w Ubezpieczalni Społecznej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. MERENLENDER i N. ZAND. Scléremie avec symptômes nerveux. — A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ. Un cas de polycytémie traité avec succès par l'arsenic en grandes doses. — E. HERMAN i J. MACKIEWICZ. Tumeur de la couche optique et du III ventricule avec symptômes choréatiques. — H. MAKOWER. Infections causées par transfusion du sang. (Rév. gén. Fin.). — M. K. Typhus exanthématique dans les dernières années (Fin.).