

www.dlibra.wum.edu.pl

puje. Wówczas wszystkie osobniki pierwszej generacji będą przedstawiały typ ojca (pomimo mieszaniny, na którą się składają zawiązki i matki, wskutek panowania cechy ojca będą wszystkie osobniki 1-ej generacji zewnętrznie podobne do ojca), w drugiej zaś generacji 3/4 osobników będą typu ojca (jakkolwiek czysty typ wystąpi tylko w 1/4-ej przypadków), 1/4-a typu matki. A zatem stosunki liczbowe przy krzyżowaniu cechy dominującej z ustępującą w drugiej generacji przedstawiają się, jak:

$$3 : 1.$$

Oczywiście, jeżeli przy krzyżowaniu będzie wchodziła w grę większa liczba cech, wówczas zmienność krzyżujących się osobników znacznie wzrośnie.

Doświadczenia Mendla dotyczyły roślin, późniejsze innych badaczy — i zwierząt, jednakże prawa przez nie wykryte, bez wątpienia mają znaczenie i dla gatunku człowieka, choć stosunki tu będą bardziej złożone. Jednak, co sprawę nieco uprości, dla patologii będzie może nie tylko ważna całość odziedziczona przez danego osobnika konstytucji, ale i to, co ma znaczenie dla powstania pewnego rodzaju chorób, a więc: pewne cechy morfologiczne, upośledzenie w budowie niektórych narządów (ich gorszowartościowość), odmienny sposób dawania odczynu na określone bodźce i t. p.

Wszystko to dziedziczy się w sposób, określony prawami Mendla, jakkolwiek inne jeszcze zachodzące okoliczności znacznie sprawę gmatwają. Jeżeli mamy pewną cechę chorobową (lub chorobę), to, zależnie od tego, czy jest ona panująca, czy też ustępująca, dziedziczenie jej odbędzie się w inny sposób, ale zawsze zgodnie z prawami Mendla.

Rozpatrzmy najpierw dziedziczenie pewnej choroby, jeżeli jest ona cechą dominującą.

1. Dajmy na to, że mamy małżeństwo, w którym jeden z małżonków jest chorym i dominującym homozygotą, drugi zaś zdrowym i ustępującym również — homozygotą, wówczas z małżeństwa tego, zgodnie z 1-em prawem Mendla, powstana potomkowie, wszyscy jednakowi, lecz mieszańcy, a ponieważ dominuje cecha chora, więc chorzy (ale już nie czysty typ), czyli chorzy i dominujący heterozygoty:

$$DD + RR \rightarrow DR + DR + DR + DR.$$

Znaczenie liter: DD — chory dominujący homozygota,

RR — zdrowy ustępujący homozygota,

DR — chory dominujący heterozygota,

Dla uwidocznienia stosunków, panujących zgodnie z prawami Mendla, przyjmujemy liczbę potomków równą czterem lub wielokrotnie czterech.

Dalej są możliwe następujące kombinacje:

2. Z połączenia dwóch chorych dominujących heterozygotów z sobą otrzymamy, zgodnie z 2-iem prawem Mendla, potomstwo, złożone z 3-ich osobników chorych (ale w tym jeden tylko czysty typ — homozygota, dwa heterozygoty — i jednego zdrowego homozygotę:

$$DR + DR \rightarrow DD + DR + DR + RR.$$

3. Z połączenia chorego dominującego homozygoty (DD) z chorym dominującym heterozygotą (DR) otrzymamy wszystkie osobniki chore, lecz wśród nich połowa będzie homozygotami, druga zaś połowa heterozygotami:

$$DD + DR \rightarrow DD + DD + DR + DR.$$

4. Z połączenia chorego dominującego heterozygoty (DR) ze zdrowym ustępującym homozygotą otrzymamy potomstwo, złożone w połowie z osobników chorych heterozygotów panujących (DR) i w połowie ze zdrowych ustępujących homozygotów (RR):

$$DR + RR \rightarrow DR + DR + RR.$$

Wreszcie skrzyżowane czyste chore typy dominujące (DD) między sobą lub czyste zdrowe ustępujące między sobą dadzą same czyste typy rodzicielskie:

$$5. DD + DD \rightarrow DD + DD + DD + DD.$$

$$6. RR + RR \rightarrow RR + RR + RR + RR.$$

Rozpatrzmy teraz dziedziczenie pewnej cechy chorobowej, jeżeli ona ustępuje (cecha recesywna — R). Oznaczmy czysty typ chory (homozygota) ustępujący przez RR, czysty typ zdrowy (homozygota) dominujący przez DD i mieszany typ (heterozygota) zdrowy dominujący (wzgl. mieszany chory ustępujący, lecz ukryty) przez DR.

1. Jeżeli połączymy chorego ustępującego homozygotę (RR) ze zdrowym dominującym homozygotą (DD), wówczas całe potomstwo będzie się składało ze zdrowych heterozygotów (1-e prawo Mendla):

$$RR + DD \rightarrow DR + DR + DR + DR.$$

2. Jeżeli połączymy osobniki, powstałe ze skrzyżowania 1-go, między sobą, wówczas 2/3 z nich będą zdrowe (w tym 1 homozygota, 2 heterozygoty), a jeden chory (homozygota):

$$DR + DR \rightarrow RR + DR + DR + DD.$$

3. Jeżeli teraz połączymy chorego ustępującego homozygotę (RR) ze zdrowym dominującym heterozygotą (DR), wówczas otrzymamy połowę chorych homozygotów i połowę zdrowych heterozygotów:

$$RR + DR \rightarrow RR + RR + DR + DR.$$

4. Skrzyżowanie zdrowego heterozygoty (DR) ze zdrowym homozygotą (DD) da wszystkie osobniki zdrowe, z których połowa będzie heterozygotami, druga zaś połowa homozygotami:

$$DR + DD \rightarrow DR + DR + DD + DD.$$

5. Połączenie dwóch chorych homozygotów (RR) da całe potomstwo chore i homozygotyczne:

$$RR + RR \rightarrow RR + RR + RR + RR.$$

6. Połączenie dwóch zdrowych homozygotów (DD) da całe potomstwo zdrowe i homozygotyczne:

$$DD + DD \rightarrow DD + DD + DD + DD.$$

Z powyższego przeglądu dziedziczenia znamion chorobowych widzimy, że, jeżeli znamię chorobowe jest panujące (cecha dominująca), wówczas tak dominujący homozygoty, jak i heterozygoty są chorzy, natomiast, jeżeli to znamię chorobowe jest ustępujące (cecha recesywna), wówczas choroba przejawia się tylko u homozygotów, heterozygoty, będąc, jako tacy, zdrowi, zawierają zarodki choroby, które mogą przekazać swojemu potomstwu. W ostatnim przypadku możemy powiedzieć, że osobnik taki (heterozygota z ustępującą cechą chorobową), jako fenotyp jest zdrowy, jako genotyp — chory.

Przedstawione powyżej stosunki dają się sprawdzić tylko na b. dużej liczbie przypadków, pozatem u człowieka ulegają zaciemnieniu jeszcze wskutek tego, że zawsze mamy tu do czynienia ze złożonym polihybridą, i każda cecha chorobowa nie jest prostą, lecz wypadkową całego szeregu czynników i znamion.

Oddawna już spostrzeżono, że dziedziczenie niektórych chorób jest związane z płcią. Pozatem wykryto nawet pewną prawidłowość w sposobie takiego dziedziczenia. Dla przykładu wymieniam krwawiczkę (haemophilia), którą dziedziczy się w myśl t. zw. zasady L o s s e n a, t. j. przez kobiety genotypicznie chore, a fenotypicznie zdrowe na mężczyzn, przytem kobiety nie dziedziczą, znajdującą się w nich potencjalnie skłonność do krwawień nigdy od chorego ojca, tylko zawsze wyłączanie po chorej genotypicznie matce. Inna znów choroba, jak daltonizm (ślepotę na barwy) dziedziczy się również w związku z płcią, a mianowicie, zgodnie z t. zw. prawidłem H o r n e r a - N a s s e g o, od chorego dziadka przez córki z utajoną chorobą na część wnuków. Wyjaśnienie tych zjawisk, jakkolwiek niezupełne, znajdujemy w wykryciu t. zw. heterochromozomu.

Wilson niezbitnie dowiódł, że u pewnych gatunków zwierząt, pomimo stałej liczby chromosomów, właściwej temu gatunkowi, daje się zauważyć pewną różnicę między ustosunkowaniem chromosomów, zależną od płci. Mianowicie, Wilsonowi udało się zauważyć, że, podczas gdy w komórkach płciowych żeńskich (owogonia) liczba chromosomów zawsze jest parzysta, i wszystkie chromosomy morfologicznie są sobie równe, w komórkach płciowych męskich (spermatozonia), mamy o jeden chromosom mniej, przyczem nieparzysty chromosom wyróżnia się od innych parzystych kształtem. Parzyste chromosomy komórki macierzystej plemnika nazywamy auto-chromosomami (chromosomy zwykłe) i oznaczamy je, jako 2n, nieparzysty zaś — heterochromosomem (chromosom wyróżniający) i oznaczamy go przez X.

A zatem, gdybyśmy chcieli wyrazić te stosunki za pomocą formułek, wówczas dla płci męskiej (komórka macierzysta plemnika — spermatozonia), mielibyśmy:

$$\text{♂ } 2n + X,$$

dla płci zaś żeńskiej (komórka macierzysta jaja — owogonia) wzór:

$$\text{♀ } 2n + 2X.$$

Przy podziale redukcyjnym, a więc u dojrzałych komórek płciowych wystąpi znów różnica. Owogonia da dwie identyczne komórki płciowe:

$$\text{♀ } 2n + 2X \rightarrow (n + X) + (n + X),$$

podczas gdy spermatogonia różne:

$$\sigma \quad 2n+X \rightarrow n+(n+X).$$

Plemniki są dwupostaciowe. Powstanie płci zatem zależy od tego, jakim plemnikiem zostało zapłodnione jajo. Połączenie jaja ($n+X$) z plemnikiem o postaci n da osobnika $2n+X$, czyli płci męskiej, połączenie jaja ($n+X$) z plemnikiem o postaci ($n+X$) da osobnika $2n+2X$, czyli płci żeńskiej.

Każda płeć nosi w zawiązku cechy przeciwnej płci. Heterochromozomy, określające płeć (heterochromozomy — X) nie u wszystkich gatunków zwierząt dają się jasno spoznać, są one, być może, w tych przypadkach związane z chromozomami zwykłymi (autochromozomy — n). Bez wątpliwa i człowiek nie stanowi wyjątku pośród żywych stworzeń i również posiada heterochromozom, na co mamy dowody w najnowszych badaniach. Teraz staje się jasne, że czynnik chorobowy przy dziedziczeniu może być niekiedy w jakiś sposób związany z heterochromozomem (X), t. j. chromozomem, określającym płeć.

Jeżeli przypuścimy, że heterochromozom męski jest związany z chorobą, wówczas dziedziczenie odbędzie się podług wyżej rozpatrzonych schematów dla dziedziczenia cechy chorobowej ustępującej.

Istnieje jeszcze cały szereg danych, które świadczą o tem, że dziedziczenie (usposobienie do powstania pewnych chorób) występuje w związku nie tylko z płcią, ale z pewnym miejscem w ustroju (tkanką, narządem, układem), w związku z wiekiem, być może, z typem krwi. Nawiasem mówiąc, dziedziczy się właściwie nie choroby, tylko pewne właściwości budowy (odchylenia od przeciętnej normy), usposabiające do określonych chorób, anomalje, których wykrycie i zbadanie znaczenia w patologii stanowi zadanie nauki o konstytucji. W tej chwili nie będziemy się zajmowali temi nadzwyczaj ciekawymi sprawami; zapoznamy z nimi czytelnika w następnej już pracy o konstytucji w patologii, specjalnie chorób chirurgicznych i t. zw. pogranicza.

Przypatrzmy się teraz, jaki jest stosunek dziedziczności, którą się tak długo zajmowaliśmy, do konstytucji, wreszcie konstytucji do patologii. Pierwszy stosunek można krótko określić: co zostało odziedziczone, to wchodzi w skład konstytucji danego osobnika. Najważniejszym kryterjum dla odróżnienia konstytucyjnych właściwości jest dziedziczność. Nie zapominajmy jednak o tem, że pewna cecha może przejść

nieujawniona w stanie ukrytym przez szereg pokoleń, by się wreszcie w którymś z następnych wyzwolić.

Stosunek nauki o konstytucji do patologii polega na tem, że pierwsza stara się podpatrzeć i dokładnie poznać pewne cechy (stigmata) lub zbiory cech (typi), spotykane u ludzi, a będące wyrazem usposobienia do określonych chorób, zmienionych odczynów ustroju, do nadania chorobom specjalnego przebiegu. Nauka o konstytucji bada nieprawidłowości, dotyczące morfologii i czynności całego ustroju, bądź poszczególnych jego narządów. Na zasadzie istnienia pewnych wspólnych cech rozróżniamy u ludzi typy konstytucyjne, mające związek z określonymi chorobami. Sigaud i jego szkoła, przyjąwszy za cechę podziału proporcje poszczególnych części ciała, podali cztery zasadnicze typy: typus cerebialis (mózgowy), t. respiratorius (oddechowy), t. muscularis (mięśniowy) i t. digestivus (trawieny). Typy te można odnieść już nawet w najmłodszym wieku. Różnią się one między sobą kształtem i proporcjami twarzy, uwłóśnieniem głowy, formą klatki piersiowej i brzucha i stosunkami tych wielkości. Jeżeli prawidłowość ogólnej konstytucji osobnika określiliśmy mianem *eusthenia* (Günther), to, jako odchylenia od tej normy w obydwie strony, okazały się dwa stany: *habitus hyposthenicus* (równoznaczne z *morbus asthenicus Stillera*) i *habitus hypersthenicus* (równoznaczne z *h. arthriticus*). Rozmaite biochemiczne właściwości konstytucyjne dają znów powód do rozróżnienia pewnych dyskrazji i diatez i t. d. Znajomość konstytucji osobnika ma doniosłe znaczenie praktyczne. Między innymi spostrzeżono, że zewnętrzne nieprawidłowości ustroju są wyrazem nieprawidłowości wewnętrznych. Znajomość tych spraw pozwala w niektórych przypadkach przewidzieć odmowny sposób reagowania na czynniki chorobotwórcze.

Nie przeceniamy bynajmniej znaczenia konstytucji w ustroju: nie chcielibyśmy wpadać z jednej ostateczności, przyjęcia jakiejś jedynej przyczyny choroby, w drugą wyłączenie, nie dość jeszcze zbadaną, pod nazwą konstytucji. Pomimo wszystko jednak już obecnie rola tej ostatniej w powstawaniu chorób wydaje się być bardzo zniemną, a zatem warto ją badać, choć jest trudna do zbadania.

W niniejszym „Wstępie” nie byłem w stanie wyczerpać wszystkiego, co dotyczy biologicznych podstaw konstytucji, zostało tu podane zaledwie pewne minimum rzeczy najważniejszych a niezbędnych dla ogólnej orientacji w poruszonem zagadnieniu.

Wykłady kliniczne.

O zawrocie głowy pochodzenia błędnikowego.

podał

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wiedeń).

Pod mianem zawrotu głowy pojmujemy następstwo fałszywego orientowania się co do położenia naszego ciała w przestrzeni oraz co do miejsca, które ono zajmuje w stosunku do otaczających je przedmiotów, wraz z nieodłącznie z tem związanymi objawami odczynowymi. Każdy osobnik orientuje się trafnie w położeniu swego ciała w przestrzeni, dzięki zdolności poznawania prostopadłej, względnie kąta 90°. Doświadczenie z linijami, świecami w ciemni, wykazują, że człowiek normalny najłatwiej rozróżnia linię prostopadłą, gorzej kąt 45°, następnie kąt 30°; co się zaś tyczy linii poziomych, to sąd o nich najczęściej bywa mylny. Poznanie prostopadłej i prawidłowa ocena położenia naszego ciała zależy od współdziałania trzech narządów: 1) błędnika, 2) oka i 3) czucia powierzchownego i głębokiego. Na prawidłowej czynności tych narządów oparta jest równowaga naszego ciała i orientowanie się w przestrzeni. Widujemy przeto zawroty głowy w trzech postaciach. Po pierwsze, zawrót fizjologiczny.

Zawrót fizjologiczny jest zarządzeniem ochronnem, dzięki niemu ciało nasze unika szwanku, na jaki naraża je siła obca, działająca niekorzystnie na linię ciężkości ciała. Zawrót głowy, występujący u osobnika, obracanego na krążku, ostrzega go, że siła odśrodkowa naraża go na niebezpieczeństwo odrzucenia ku obwodowi i uszkodzenia jego ciała. Ostre zawroty głowy zmienia nagle koordynację muskulatury niezależnie od woli osoby, znajdujące się w ruchu obrotowym, a ta ostra zmiana koordynacji powoduje ruchy tułowia i kończyn, które mają na celu w sensie odczynu nadanie linii

ciężkości napowrót położenia korzystnego; gdy zaś to się nie uda, to osobnik stara się schwycić za przedmioty stałe (nieruchome), aby się uchronić od upadku. Zawrót głowy fizjologiczny jest przeto odczynem ochronnym naszego ciała i pod tym względem odpowiada całkowicie odczynom innych zmysłów, dzięki którym ochraniają całość naszego ciała. W braku tych odczynów ciało ludzkie byłoby wystawione na działanie sił obcych, któreby je uszkodziły i zniszczyły bardzo prędko.

Drugą postacią zawrotu głowy jest zawrót, wywołany drogą doświadczalną. Zawrót głowy pochodzenia błędnikowego wywołać możemy doświadczalnie, działając na błędnik dowolnie przez podrażnienie równoznaczne (kręcenie) lub też przez bodziec termiczny, elektryczny albo mechaniczny. Dawkując stopień bodźca dokładnie, możemy wywołać zawrót głowy określonego natężenia lub rozmaitej siły i tą drogą mamy możność studiowania dokładnego poszczególnych objawów fizjologicznych i psychicznych, towarzyszących zawrotowi i lub po nim następujących. Lekarz chorób usznych winien być dokładnie obeznany z temi szczegółami, gdyż zawrót głowy i zachwianie równowagi są to jedyne objawy świadomości, które pozwalają nam osądzić, czy błędnik znajduje się w stanie prawidłowym, czy chorobowym. Błędnik, jako narząd zmysłu, różni się zasadniczo od wszystkich innych naszych zmysłów trzema właściwościami: 1) skutkiem tego, że nerw błędnikowy nie łączy się bezpośrednio z korą mózgową, stany podrażnienia błędnika dochodzą do naszej świadomości drogą okólną przez odruch oczopląsu pochodzenia błędnikowego, który powstaje wskutek ściśłego zespolenia ośrodkowego nerwu błędnikowego z jądrami okoruchowymi; 2) narządy wszystkich innych naszych zmysłów można wprowadzić w stan podrażnienia fizjologicznego przez bodziec zewnętrzny w spokojnem ułożeniu ciała; dla

fizjologicznego podrażnienia błędnika, nieodzownym warunkiem natomiast jest ruch ciała lub głowy danego osobnika; 3) narządy wyższych zmysłów odznaczają się całkowitą odrębnością swego działania; natomiast, co się dotyczy zmysłu powonienia, smaku i czucia, to podrażnienie, działające na jeden z tych zmysłów, udziela się innym zmysłom, tak, iż nieraz trudno jest orzec, czy bodziec dotknął zmysłu powonienia, czy smaku, zmysłu smaku, czy czucia. Z błędnikiem zaś współdziała ilościowo oko i czucie ogólne, gdy wchodzi w grę bodźce, z których powstaje nasz sąd o prostopadłej w przestrzeni i zdolność utrzymania równowagi ciała. Tak więc na utrzymanie naszego ciała w równowadze składają się w sumie trzy równoważne współczynniki zmysłowe: błędnik, oko oraz czucie powierzchowne i głębokie.

Trzecią postacią zawrotu głowy pochodzenia błędnikowego jest zawrót patologiczny. Jako bodziec, działa tu nie ruch tułowia lub głowy, lecz ostra lub przewlekła zmiana chorobowa w sferze błędnika i jego nerwów. Bodziec chorobowy wywołuje zrazu ten sam skutek, co i bodziec fizjologiczny, to jest: zawrót głowy w połączeniu ze zmianą napięcia masy mięśniowej, wyrażającą się ruchami odczynowymi tułowia i kończyn w silniejszym lub słabszym stopniu. Gdy jednak w zawrocie głowy pochodzenia fizjologicznego te ruchy odczynowe mają na celu odzyskanie zachwianej równowagi ciała i uchronienie go od upadku i urazu, zawrót głowy patologiczny i wywołane przezeń ruchy odczynowe wytrącają ciało, znajdujące się w bezruchu, z równowagi i narażają je na upadek i uszkodzenie. Gdy przeto na zawrót głowy fizjologiczny pochodzenia błędnikowego zapatrywać się musimy jako na proces obronny naszego ustroju, zawrót patologiczny jest procesem, względnie stanem, zagrażającym całości naszego ciała.

Zaznaczyliśmy powyżej, że zawrót głowy fizjologiczny pochodzenia błędnikowego występuje w związku z czynnym lub biernym ruchem głowy, względnie całego ciała. Drugim warunkiem powstania takiego zawrotu jest prawidłowa pobudliwość, t. j. sprawność czynnościowa błędnika. Błędnik, którego czynności wygasły, którego zakończenia nerwowe zostały zniszczone przez proces chorobowy, nie może spowodować zawrotu głowy. Jeżeli w tych okolicznościach bodziec w jakiegokolwiek postaci dotknie nerwu, to może powstać dłużej lub krócej trwające nieokreślone uczucie zaburzenia równowagi, a nawet, w razie zaniku funkcji jednego z obydwu błędników — stałe uczucie zmniejszonej równowagi, lecz zawrotu głowy przy niepobudliwym błędniku wywołać nie można.

Objawy psychofizjologiczne zawrotu głowy dzielą się na podmiotowe i przedmiotowe, a każde z nich — jeszcze na objawy, występujące podczas i po napadzie zawrotu. W chorobowych zawrotach głowy pochodzenia błędnikowego występuje jeszcze splot objawów, które bezpośrednio poprzedzają zawroty pochodzenia błędnikowego i stanowią ich aurę.

Objawy podmiotowe napadu zawrotów głowy polegają na ruchu pozornym, który chory przypisuje zazwyczaj otaczającym go przedmiotom, rzadziej własnemu ciału. W razie lekkiego zawrotu ruchy te są nieokreślone, gdy zaś zawrót głowy jest silny, natenczas są one odczuwane, jako wirowanie, i chory może nawet ściśle określić kierunek ruchu (wprawo, wlewo, w górę, nadół). Poza to odczuwa on wyraźnie zmianę kierunku linii ciężkości ciała; występuje również uczucie nudności (nausea). Wrażenie podmiotowe po

napadzie polega na trwającym jeszcze czas jakiś ruchu pozornym oraz na przemijającym nieznacznie uczuciu zmęczenia i nudności. Po lekkim zawrocie może nie być żadnych objawów podmiotowych. Objawy, poprzedzające patologiczny zawrót głowy pochodzenia błędnikowego, polegają na przejściowym, wzmagającym się przyciępieniu słuchu, na ucisku i szumie w uchu po stronie chorego błędnika. Aura i jej związki nie są jednak zjawiskiem stałym.

Objawy przedmiotowe w czasie napadu zawrotu głowy polegają na sumie ruchów odczynowych, które mają uchronić ciało od grożącego mu upadku i uszkodzenia. Upadek grozi zawsze w kierunku przeciwnym kierunkowi pozornego krążenia otaczających przedmiotów. Dalej występują niemal kurczowe ruchy kończyn, za pomocą których chory usiłuje uchwycić się przedmiotów stałych. W paroksyzmie napadu chory leży nieruchomo, trzymając się jakiegoś przedmiotu z nadzwyczajną siłą.

Objawy przedmiotowe po silnym napadzie zawrotu głowy polegają na skurczach mięśniowych, które mogą powodować bierne rzuty ciała, oraz — na mdłościach i wymiotach. Zaburzeń świadomości niema nigdy. Zaburzenia świadomości dowodzą niezbicie, że przyczyną zawrotu głowy w danym przypadku zupełnie nie jest błędnik, lub przynajmniej nie on wyłącznie. Obok zawrotu głowy pochodzenia błędnikowego rozróżniamy wszak inne rodzaje zawrotów, jak zawrót głowy wzrokowy; zawrót pochodzenia ośrodkowego wskutek zaburzeń w dalszych ośrodkach, związanych z błędnikiem, określane także jako zawrót mózdkowy; zawrót wskutek bodźców wstrząsowych w dziedzinie sfery węchowej, smakowej i czuciowej; zawrót głowy pochodzenia sercowego w miążdżycy tętnic; zawrót pochodzenia naczynioruchowego, jelitowego, neurastenicznego i t. zw. zawrót głowy tabetyków. Oczywiście, bywają i postaci mieszane; w tych przypadkach lekarz powinien umieć rozłożyć całokształt obrazu zawrotu głowy na składniki często bardzo różne pod względem przyczynowym.

Uzupełnienie pracy mojej p. t.

Patologia układu vegetacyjnego.

podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Już po wydrukowaniu odczytu mojego p. t. „Patologia układu vegetacyjnego” doszła do rąk moich praca kol. Anasztazego Landa u a p. t.: „Studia nad cukromocem adrenaliny”. Ponieważ praca ta porusza temat, związany bezpośrednio z treścią moich rozważań, przeto uzupełniam je podaniem cennych i ważnych wyników badań kol. Land a u a, które ustaliły fakty następujące: Adrenalina, zastrzygnięta człowiekowi podskórnie, wywołuje cukromocz, jeżeli bezpośrednio przed iniekcją dostarczy organizmowi znacznych ilości cukru gronowego lub jakiegokolwiek węglowodanu, zawierającego cukier gronowy; cukromoczowi adrenaliny towarzyszy znaczne zwiększenie ilości cukru we krwi. Adrenalina nie wywołuje cukromoczu, o ile zamiast cukru gronowego podawać leowullosę. Małe dawki kokainy uczulają działanie adrenaliny, wzmagając równocześnie cukromocz i zapantopon hamuje jej działanie cukropędne.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. St. MARKUSFELD).

Dwa lata bizmutoterapii kiły.

podał

Dr. J. MERENLENDER (Warszawa), asystent oddziału.

Pierwsze poszukiwania doświadczalne nad lecznictwem działaniem bizmutu w kile rozpoczął Balzer w 1887 roku, lecz próby jego zawiodły. W 1913 roku próbował Ehrlich połączenia bizmutu z arsenobenzolem w kile doświadczalnej, ale też bez wyniku dodatniego. W 1914 roku stwierdził Sauton hamujące działanie bizmutowinianu sodowo-potasowego na hodowlę prątków gruźliczych; razem z Rober-

tem stwierdził on lecznicze działanie tego preparatu na kurzą spirillozę i spodziewał się dobrych wyników ze stosowania go w kile. Po śmierci Sautona rozpoczęli Sazerac i Levaditti badania nad lecznictwem działaniem bizmutowinianu w Trypanosomiasis i kile doświadczalnej. Oni też zdobyli sobie rozgłos przez wprowadzenie bizmutu do lecznictwa kiły.

Leczenie bizmutowe stało się najbardziej aktualną i modną kwestią syfilidologii, i od czasu wystąpienia Sazeraca i Levaditti w 1921 roku w akademii paryskiej ze sprawozdaniem o wynikach, osiągniętych przy pomocy bizmutu, nastąpił długi szereg jeszcze nie zakończonych dyskusji i publikacji, dotyczących tej kwestii. W początku zjawily się potwierdzające prace francuskich autorów, a potem także we wszystkich innych krajach. Pierwsze prace

narazie traktowały bizmut z punktu widzenia klinicznego, następnie zjawiały się badania biologiczne i serologiczne, które mogły już dać więcej pozytywnych danych co do działania tego leku na zakażenie kiłowe. Pierwsze komunikaty o leczeniu bizmutem były, z wyjątkiem francuskich lekarzy, którzy je z zapałem zaczęli stosować, naogół chłodno i pesymistycznie przyjmowane. Szczególnie zarzucano temu leczeniu nieprzyjemne uboczne działanie i brak wpływu na odczyn Bordet-Wassermanna. W ostatnim roku (1923) rezerwa ustąpiła więcej optymistycznym zapatrywaniom, i szczególnie Niemcy zaczęli publikować mnóstwo dobrych wyników po bizmutowym leczeniu, i zjawiały się prace, traktujące działanie bizmutu porównawczo z innymi przeciwkiłowymi środkami. Nie będzie przesadą twierdzenie, że w całym świecie bodaj w każdym szpitalu są obecnie wypróbowywane preparaty bizmutowe. Nowy środek podległ ożywionej dyskusji, w której bezwzględnie stwierdzono niezaprzeczalną wartość bizmutu, jako środka przeciwkiłowego.

W Polsce pierwszy zaczął stosować bizmut R. Bernhardt, wprowadzając 10% cytrynian bizmutu. Następnie pisali o wynikach leczenia bizmutowego Merenlender, Rodziejewicz, Kogutowa, Gelbfisz, Walter.

Pierwszym preparatem, który został przez Sazera i Levadittiego wprowadzony do lecznictwa, był „Trépol“ (następnymi modyfikacjami były „Nétrepol“, „Trépol indolore“) — 10% zawiesina bizmutowinianu w oliwie, zawierająca 64% czynnego bizmutu, stosowana domięśniowo. Autorzy ci próbowali jeszcze ammonocytrynianu bizmutu, mleczanu bizmutu i innych połączeń; najlepszym okazał się jednak „Trépol“, który też i poza Francją został wypróbowany, jako skuteczny preparat bizmutowy i jest wszędzie wyrabiany, tylko pod innymi nazwami. Dawka śmiertelna „Trépolu“ (dla królika na 1 kg. wagi) wynosi 0,2 w wodnym roztworze; dawka trująca — 0,1; dawka znośna — 0,05; dożylnie działa 0,005 na kg. wagi po 7 dniach trując, czyli, że bizmut, stosowany dożylnie, działa 10 razy więcej trująco, niż podskórnie (Sazera-Levaditti). Giemsa natomiast wykazał, że dosis tolerata bizmutu (u człowieka), stosowanego podskórnie, wynosi 0,007 na kilo wagi; przeliczywszy na 60 kg. przeciętnej wagi, otrzymamy 0,4 prole die.

Magazynowanie bizmutu następuje, jak to francuscy autorzy wykazali, przeważnie w wątrobie, nerce, śledzionie, mózgu i śliniankach. W mięśniach, w miejscach zastrzyków, można za pomocą promieni Roentgena stwierdzić obecność bizmutu pod postacią czarnej kresy jeszcze w 4 dni po zastosowaniu go. Wolffer znalazł w radiologicznie kontrolowanych depot bizmutowych jeszcze znaczną ilość bizmutu po 34 dniach. Dlatego też zaleca Levi-Bing częste prześwietlanie, żeby można było wcześniej spostrzec spóźnione wessanie się bizmutu.

Co się tyczy wydzielania bizmutu, to bywał on wydzielany w moczu, ślinie, kale, żółci, pocie, surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym a także w mleku położnic (Hugo Müller). W moczu pokazują się pierwsze ślady już w 8 godzin po pierwszym zastrzyku; wykazanie bizmutu udaje się jeszcze w 25 dni po skończeniu leczenia (Levaditti).

(Metoda Straussa wykazania bizmutu w moczu i oznaczona przez autora „odwrotnym odczynem Nylander’a“ polega na tem, że do 10 ccm. moczu dodaje się trochę (1—2 gr.) cukru gronowego i gotuje się krótko. Czarne zabarwienie dowodzi obecności bizmutu).

W ciągu dwóch lat (1922, 1923) dobieraliśmy z materiału oddziałowego odpowiednie przypadki, przeważnie z obfitymi objawami na skórze i śluzówkach, aby spostrzeżać działanie bizmutu na kiłę i studjować, jak reagują chorzy we wszystkich okresach na ten lek. Z 70-ciu spostrzeganych przypadków (w tem 440 kobiet, 26 mężczyzn i 4-ro dzieci *) 40 było leczonych klinicznie, a 30 — częściowo klinicznie, częściowo ambulatoryjnie. 7-miu chorych mieliśmy możność spostrzegać w ciągu całych 2-ch lat i kilkakrotnie powtarzać u nich leczenie bizmutowe; reszta chorych przechodziła przeważnie jedno leczenie i nie mogła być dłużej spostrzegana. Według okresów kiły, materiał przedstawia się, jak następuje:

Lues I seronegativa	— 5 przypadków
„ I seropositiva	— 10 „
„ II condylomatosa recens	— 20 „
„ II „ „ recidiva	— 15 „
„ II latens seropositiva	— 5 „
„ III gummosa	— 6 „
„ maligna	— 1 „
„ cerebro-spinalis	— 8 „

Posługiwaliśmy się następującymi preparatami: 1) Bismutum citricum (Gessnera), 2) Luatol (Spiessa) — winiano-bizmutan potasowo-sodowy w wodnym roztworze glukozy z dodatkiem fenolu, identyczny z francuskim trépolem, 3) Bismogenol (wyrobu niemieckiego) — połączenie bizmutu z kwasem bédwinowym, 4) Jodo-bismuto-chininum (Gessnera) — preparat analogiczny z francuskim „Quinby“. Ostatnio stosujemy z dobrym wynikiem jodo-bismuto-chininum firmy krajowej „Ocha“. Pierwsze dwa preparaty są rozpuszczalne i działają szybko, ostatnie dwa zaś — nierozpuszczalne i powoli działające. Wszystkie te preparaty zawierają 10% bizmutu i stosowane były domięśniowo.

Działanie bizmutowych preparatów na kiłę pierwszorzędową jest bardzo energiczne. Wrzód pierwotny goi się stosunkowo szybko przy stosowaniu rozpuszczalnych preparatów — po 3—4 zastrzykach w ciągu 10—14 dni; natomiast pod wpływem nierozpuszczalnych, jak np. „Quinby“, po 4—6 zastrzykach, czyli 14—20 dni. Zbliżanie się następowało u leczonych przez nas chorych powoli, zato szybko następowało wysysanie się nacieku, co szczególnie rzucało się w oczy w przypadkach oedema indurativum.

Właściwą domeną bizmutu jest kiła drugorzędowa. Wszystkie objawy, szczególnie lepsze skóry i błon śluzowych, które po 2—3 zastrzykach znikają, ew. wysysały się, ustępowały bardzo szybko; osutki drugorzędowe ustępowały często w ciągu jednego tygodnia. Wyjątek stanowiły 4 przypadki obfitej osutki grudkowokrostowej, gdzie wykwyty znikły dopiero po 8—9 zastrzykach, w ciągu aż 4-tych tygodni i pozostawiały pigmentację, która się trzymała dość długo.

Dolores osteopci (2 przypadki) wczesnego okresu znikły po 1 i 2-tych zastrzykach.

Wbrew spostrzeżeniom odmiennym innych autorów, nabrzmienie gruczołów chłonnych u naszych chorych znikło przeważnie dopiero w końcu leczenia; wyjątkowo tylko w jednym przypadku stwierdziliśmy znaczne zmniejszenie się gruczołów już po pierwszym zastrzyku „luatolu“.

Objawy u dzieci (1 przypadek kiły I i 3 przypadki kiły II) reagowały na bizmut w jednakowym stopniu, jak i u dorosłych.

Kiła trzeciorzędowa reagowała na bizmut dość szybko; kilaki wysysały się po 3—4 tygodniach. W jednym przypadku ciężkiego zajęcia podniebienia spostrzegaliśmy zatrzymanie się procesu rozpadowego już po 1 zastrzyku bismut. citr., a zupełne zbliżenie po 4 zastrzykach w ciągu 2-tych tygodni.

Co do leczenia bizmutem kiły narządów wewnętrznych, oświadczenia nie mam; natomiast Citron otrzymał dobre wyniki po stosowaniu bizmutu („Spirobismol“ analog. „Quinby“) w mesaoritis, aneurysma aortae, icterus lueticus, hepatitis gummosa; wyniki te jakoby przewyższały rezultaty leczenia salwarsanowego. 4 chore ciężarne, przez nas spostrzegane (1 lues I seronegativa i 3 z objawami lues II condylomatosa) znosiły leczenie bizmutowe bez dolegliwości; objawy ustępowały szybko, a w jednym przypadku mieliśmy możność zbadania noworodka, który był i serologicznie i klinicznie wolny od objawów kiły.

W jednym przypadku kiły złośliwej (obfita osutka ospowata, literalnie pokrywająca całe ciało u gorączkującej chorej) wykwyty ustępowały pod wpływem luatolu powoli, i po 10 zastrzykach były jeszcze wyczuwalne nacieki; silna pigmentacja utrzymała się jeszcze w miesiąc po skończonym leczeniu (15 zastrzyków).

Odczynu Herxheimera (wzmoczenie objawów, nabrzmienie gruczołów chłonnych) w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy; większość autorów też rzadko go stwierdzała. Natomiast Bernhardt spostrzegał o. Herxheimera w 75% przypadków. Jeannel i Blamutier uważają o. Herxheimera przy bizmutcie, jako dowód swoistego krętkobójczego działania tego leku. Joseph, który prawie zawsze spostrzegał o. H., uważa ten objaw za oznakę dostatecznie mocnego dawkowania i zapatruje się na „epitelurję“ (o której będzie niżej mowa) jako na miejscowy odczyn Herxheimera.

*) Ostatnie ze świeżo nabytą pozapłciowo kiłą.

Działanie bizmutu na wykwyty kiłowe wynika z jego bezwzględnej własności krętkobójczej, która jest stwierdzona przez większość autorów. Co prawda, *in vitro* krętki nie są czułe na bizmut, jak to wykazał Gieimsa, ale tak samo rzecz się ma z salwarsanem w leczniczych dawkach; natomiast Plaut i Mulzer stwierdzili doświadczalnie na zwierzętach, że bizmut jest środkiem *par excellence* krętkobójczym i, że krętki znikają w wykwitach kiłowych najpóźniej po 48 godzinach (po zastosowaniu bizmutu).

Mechanizm niszczenia krętków przez bizmut tłumaczy Levaditti w ten sposób, że w ustroju powstaje koloidalny bizmut, który zostaje odtransportowany przez leukocyty do ognisk kiłowych i w ten sposób wchodzi w kontakt z krętkami. Termin znikania z wykwitów krętków po bizmucie jest podawany przez autorów rozmaicie, przeważnie w ciągu 3—6 dni od rozpoczęcia leczenia.

Z naszych przypadków było badanych specjalnie w tym kierunku 10 chorych (2 ulcera dura i 8 condylomata lata). Badania za pomocą ultra-mikroskopu i metodą Lenartowicza były przeprowadzane codziennie, aż do wessania się wykwitów. Przy stosowaniu rozpuszczalnych preparatów (Bismut. citr. i Luatol) przeważnie po 2—3 zastrzykach i 4—6 dniach krętków nie mogłem więcej dostrzec.

Nieco powolniej krętki znikają po nierozpuszczalnych preparatach. W jednym przypadku (płaskie łepięże), leczonym bismogenolem, stwierdziłem obfitą liczbę krętków w surowicy, wydobytej z prawie już wessanych wykwitów, w 12-tym dniu leczenia i po 4-ch zastrzykach.

Na początku ery bizmutowej zupełnie nie spostrzegano były przypadki kiły odpornej na bizmut. Dopiero w miarę powiększania się materiału obserwowanego nastąpiły z rozmaitych stron, co prawda, nieliczne publikacje o bismutopornych przypadkach i szybkich nawrotach.

Poza przypadkiem, opisanym przeze mnie w mojej pierwszej pracy o bismucie, gdzie w końcu leczenia bizmutowego (po 9-ciu zastrzykach cytrynianu bizmutu) wystąpiła moknąca grudka olbrzymia (monorecydya), wymienię jeszcze 2 następujące przypadki nawrotów po leczeniu bizmitem:

1) Chory C. — krostowa osutka, leczona 12 zastrzykami cytrynianu bizmutu; o. Wassermannna po leczeniu silnie dodatni; miesiąc później o. Wasserman. ujemny, w miesiąc potem nawrót pod postacią ciężkiej iridocyklitis z silnie dodatnim o. Wassermannna.

2) Chora K. — osutka plamkowa swoista, łepięże; po 15 zastrzykach jod-bizmut-chininy (w końcu leczenia) występują wykwyty grudkowe kiłowe na szyi; o. Wassermannna — słabo dodatni; nawrót ustępuje po jednym zastrzyku neosalwarsanu — 0,3.

Hugo Müller opisał przypadek z trzeciorzędowymi owrzodzeniami na worku mosznowym; owrzodzenia te zagoiły się po 10 bizmutowych zastrzykach, lecz po zakończeniu leczenia jedno z tych zagojonych owrzodzeń znów się rozpadło. Lortat-Jacob spostrzegł u 20-letniej chorej (lues II manifesta) po 7 zastrzykach bizmutowych powiększenie objawów kiłowych. Eliasow i Sternberg opisali ostatnio przypadek, gdzie w pozostałym nacieczeniu po zmianie pierwotnej, po skończonym całkowitym leczeniu bismogenolem, znaleźli żywe krętki w znacznej liczbie; krętki znikły dopiero po zastosowaniu 0,25 salwarsanu-srebra.

Przytoczone powyżej bismutooporne przypadki są analogiczne do wyjątkowych przypadków, opisywanych, jako odporne na salwarsan. Zagadnienie oporności krętków na silne leki krętkobójcze jest dotąd nie rozwiązane. Teoria o wyjątkowej odporności niektórych szczepów nie jest już aktualna od czasu, kiedy dowiedziono, że osobniki, zakażone z tego samego źródła, rozmaicie reagują na leki przeciwikiłowe. Ostatnio wysunięto jeszcze następujące hipotezy, dotyczące tej sprawy: Lut z sądzi, że w tych przypadkach salwarsan w ustroju nie nabiera powinowactwa do krętków; Felke zaś przypuszcza, że zachodzą zaburzenia w kompleksie odczynowym komórka — arsenopochodne; Löwenfeld objaśnia — utratą zdolności ustroju do tworzenia ciał obronnych, warunkujących dodatnie wyniki swoistego leczenia.

Co się tyczy wpływu leczenia bizmutowego na odczyn Wassermannna *) we krwi, to spostrzeżenia autorów są bardzo rozbieżne. Większość autorów zaznacza, że dodatni odczyn ustępuje pod wpływem bizmutu bardzo powoli, w końcu

leczenia, a przeważnie nawet po leczeniu; ale za to jakoby ma być trwalszy i dłużej pozostawać, niż po leczeniu salwarsanem. Podczas, gdy Gussman, Pinkus, Joseph, twierdzą, że o. W. pozostaje po skończonym leczeniu bizmutowym niezmienionym, Bernhard otrzymywał 83%, Felko—60%, Schreus—35%, Deselaer—30%, Bloch—25% ujemnych odczynów po zakończeniu leczenia.

W naszych przypadkach otrzymywaliśmy początkowo złe wyniki pod względem serologicznym**), jak się potem okazało o. W. był za wcześnie próbowany, gdyż po 7—9 zastrzykach. Natomiast u serji chorych (30), gdzie krew była badana po 12—15 zastrzykach, lub w 2—4 tygodnie po zakończeniu leczenia, wyniki były nieco lepsze: o. W. w 50% zmieniał się na ujemny.

Według Citrona należy badać o. W. dopiero w 6—8 tygodni po skończonym leczeniu bizmutowym, gdyż wtedy dopiero odczyn staje się ujemnym.

Bloch podaje, że o. W. szybko zostaje osłabiony, ale trwa długo, bo do 2-ch i więcej miesięcy, póki nie zmieni się na ujemny. Badania Nathana i Martina wykazały, że: 1) w kile pierwszorzędowej pomimo stosowania bizmutu w okresie seronegatywnym w 80% następowało dodatnie wahanie o. W.; 2) w 19% pomimo energicznego stosowania bizmutu (bismogenol) nie udawało się zmienić o. W. na ujemny.

Dla porównania wpływu bizmutu i rtęci na o. W. stosowałem w jednej serji (10 przypadków) wyłącznie rtęciowe leczenie. Po 12—15 zastrzykach salicylanu rtęci o. W. zmienił się na ujemny tylko w 2-ch przypadkach, w 8-miu natomiast pozostał dodatnim.

Według badań Léri nad porównawczym działaniem arsenobenzolu i bizmutu na o. W. (311 przypadków), o. W. pozostawał dodatnim po skończonym leczeniu salwarsanem 1 raz na 5 przypadków, natomiast po bismucie 1 raz na 4 przypadki. Co do okresów kiły o. W. pozostawał dodatnim:

w kile I po salwarsanie 1 raz na 18 przypadków.

„ „ I „ bismucie 1 „ „ 6 „

„ „ II „ salwarsanie 1 „ „ 6 „

„ „ II „ bismucie 1 „ „ 4,3 „

„ „ III „ salwarsanie 2 „ „ 4 „

„ „ III „ bismucie 2 „ „ 3 „

Ciekawe jest działanie bizmutu w tych przypadkach, kiedy pomimo leczenia salwarsanem dodatni o. W. pozostaje niezmieniony, i potem zostaje zastosowany bizmut. Tu Léri otrzymywał ujemny odczyn w kile II 8 razy na 9 przypadków i w kile III 5 razy na 6 przypadków. Tak samo Simon spostrzegał w kile utajonej, że gdy dodatni o. W. utrzymywał się bez względu na stosowany salwarsan, bizmut w tych przypadkach zmieniał odczyn na ujemny.

Zaletą bizmutu jest własność jego (po zastosowaniu leczniczym) przenikania do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Stwierdzili to jeszcze z początku ery bizmutowej pierwsi Jeanselme i Hugo Müller. Okoliczność ta dawała nadzieję, że uda się energiczniej traktować swoiste schorzenia ośrodkowego układu nerwowego. Niebawem też zjawily się komunikaty różnych autorów o zmniejszeniu się napadów (crises) we władze rdzenia po bismucie; niektórzy, jak Benech, spostrzegali zniknięcie objawu Romberga i nieruchomości żrenic; spostrzegano też poprawę w chodzeniu. Niektórzy autorzy spostrzegali dodatnie działanie bizmutu w początkowych okresach porażenia postępującego, a Evrard stwierdził dłuższe remisje. Biberstein miał dobre wyniki w neurorecydwach i kile mózgu (już po 2—3 zastrzykach).

W 2-ch przypadkach lues cerebri***) stwierdziłem, że subiektywne dolegliwości znikają na dłuższy czas po 6—8 zastrzykach bismogenolu.

W 3-ch przypadkach wiađu rdzenia stwierdziłem szybkie ustąpienie bólu głowy już po kilku zastrzykach. W jednym przypadku polepszyły się dolegliwości *incontinentiae alvi et urinae*, a w 2-ch przypadkach nastąpiło osłabienie o. W.

**) t. j. o. W. pozostawał dodatnim po skończonym leczeniu.

***) w ostatniej pracy (Archiv. f. D. u. S. B. 145 S. 343) Hugo Müller komunikuje o doskonałych wynikach bi-leczenia w 2-ch przypadkach bardzo ciężkiej kiły mózgu; nastąpiło kompletne kliniczne wyleczenie, o. W. w płynie mózgo-rdzeniowym stał się ujemnym, limfocytoza zginęła.

*) w skróceniu o. W.

Według Artoma, bizmut ma niewątpliwie swoistą wartość w kile układu nerwowego i szczególnie jest wskazany przeciwko nerwowym objawom drugorzędowej kiły w wczesnym objawom t. zw. parasyfilitycznym. Podczas gdy Lortet-Jacob stwierdzał po bizmutcie znikanie pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym, jakoteż dodatniej fazy I, Artom wyraźnych zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych, leczonych bizmutem, nie stwierdził; jednakowoż zdaje mu się, że bizmut działa mocniej, niż rtęć na objawy kiły nerwowej; poleca on stosowanie bizmutu w kombinacji z salwarsanem i spodziewa się po tem dobrych wyników.

Artom badał płyn mózgowo-rdzeniowy u 18 chorych z objawami kiły skóry oraz układu nerwowego (tabes, paralysis), leczonych bizmutem. Badania były przeprowadzane systematycznie przed i po skończonem leczeniu bizmutem, otrzymał on następujące wyniki:

1) w kile skóry — o. W. w płynie mózgowo-rdzeniowym się nie zmieniał (aczkolwiek stawał się on ujemnym we krwi); natomiast znikły inne odczyny i limfocyty (tam, gdzie były przedtem powiększone);

2) w więdzie rdzenia miał bizmut trochę wpływu na skargi subiektywne i na swoiste zmiany oczu niektórych chorych; o. W. we krwi był w niektórych przypadkach słabszy, ale nigdy nie zmieniał się na ujemny. W płynie mózgowo-rdzeniowym*) następowało zmniejszenie liczby limfocytów i ilości białka; o. W. pozostawał w płynie bez zmian. W niektórych przypadkach nastąpiło pogorszenie i kliniczne i serologiczne;

3) w porażeniu postępow. leczenie bizmutowe nie miało dobrego wpływu, chociaż w niektórych przypadkach nastąpiło chwilowe subiektywne polepszenie, ale nie szło ono w parze z poprawą kompleksu serologicznego.

Artom spostrzegał następujące stopniowanie zmian płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem bizmutu: w początku zmniejszenie się liczby limfocytów, następnie — odczynu Langa, następnie — odczynów białkowych i odczynu będkwianowego, a w końcu dopiero niekiedy o. W.

Betz studiował specjalnie zmiany krwi u chorych, leczonych bizmutem. Liczba ciałek czerwonych, według niego, zmniejsza się; natomiast liczba białych ciałek w początku leczenia bizmutowego powiększa się; przeważnie — powiększenie się liczby obojętnochołnych i eozytnochołnych (8—12%), w końcu zaś leczenia zwiększała się liczba limfocytów.

Betz sądzi, że zmiany białych ciałek krwi podczas leczenia bizmutowego są uwarunkowane dwoma czynnikami, z których jeden — leukocytoza — jest objawem toksycznym, drugi zaś — limfocytoza — objawem działania alergicznego — leczniczego.

Wbrew spostrzeżeniom pojedynczych autorów, myśmy stwierdzili, że chorzy (w 90% przypadków) przybierali na wadze podczas leczenia bizmutowego. Przybytek wynosił od 1 do 4 kg., a w jednym przypadku nawet 10 kg.

Z objawów ubocznych przy stosowaniu bizmutu wymienię gorączkę, którą niektórzy autorzy upadabniają do salwarsanowej i objaśniają rozpadem krętków. Według Bernharda, ciepłota w dniu zabiegu podnosi się wieczorem do 38,8°. Felke spostrzegał u 50% chorych gorączkę, występującą w ciągu 48 godzin. Ja sporadycznie tylko spostrzegałem gorączkę (38° i to w II lub III-im dniu po zastrzyku); w jednym przypadku spostrzegałem podniesienie się ciepłoty w dniu zastrzyku do 40°; gorączka nazajutrz spadała.

Bolesności zastrzyków przy stosowaniu luatolu, jodochinin-bizmutu i bismogenolu nie spostrzegaliśmy; natomiast przy stosowaniu cytrynianu bizmutu bolesność była wielka i dawała powód do zmiany preparatu. Nacieki w miejscach zastrzyków zdarzały się bardzo rzadko i nie były powodem do zaprzestania leczenia.

Obwódka bizmutowa, jako niebiesko-bronizowane wąskie pasmo na dziąsłach dookoła zębów, przeważnie siekaczy, występowała w 70% naszych przypadków już po pierwszych zastrzykach; znikła ona spontanicznie dopiero w kilka tygodni po skończonem leczeniu. Wytwarza się ona wskutek złągów siarku bizmutu w komórkach łącznotkankowych, a przede wszystkim w śródbłonku naczyń (Bloch).

*) także rezultaty otrzymaliśmy w 2-ch przypadkach; w innych 2-ch przypadkach odczyn białkowy i liczba limfocytów pozostały bez zmiany.

Rzadziej natomiast widywałem (w 5% przypadków) bizmutowe zapalenie dziąseł i bezwzględnie w słabszym stopniu, niż to nieraz się spostrzega u chorych, leczonych rtęcią; subiektywnie jest ono daleko mniej uciążliwe, niż po rtęci; przeważnie występowało ono u chorych z zepsutymi zębami. Müller widział tylko 1 raz zapalenie dziąseł po bizmutcie i tłumaczy je wydzielaniem się bizmutu w śluzówce dookoła zębów (drogą naczyń krwionośnych).

Pinkus zwraca jeszcze uwagę na zapach czosnkowy z ust u niektórych bizmutowych chorych. Jedna z naszych chorych skarżyła mi się na stały kwaskowaty smak w ustach podczas leczenia.

Żółtaczka, jako zjawisko uboczne, była 1 raz notowana przed wybuchem różyczki (Jeanselmé-Blamoutier). Felke spostrzegał siłą żółtaczkę która pod wpływem dalszego leczenia znikła. W jednym przypadku spostrzegaliśmy żółtaczkę, która w ciągu tygodnia przy dalszym bizmutowym leczeniu (bismutum citr.) znikła.

Lekkie zaburzenia ze strony jelit spostrzegaliśmy w 15% przypadków, były to skargi na bóle brzucha i lekkie biegunki; Ducrey spostrzegał 2 razy colitis ulcerosa, a Simon-Balez spostrzegał wyjątkowy przypadek, gdzie po każdym zastrzyku bizmutu występowała obstrukcja.

Co się tyczy nerek, to podawany jest, przeważnie przez autorów francuskich, lekki przejściowy białkomocz, prawdopodobnie wskutek stosowania dużych dawek w krótkich odstępach czasu. Ja spostrzegałem w 10% przypadków lekki, szybko przechodzący białkomocz bez elementów morfologicznych. Blum spostrzegał wyjątkowy przypadek białkomoczu z nabłonkowymi wałeczkami ziarnistymi. Co prawda, były dawane wysokie dawki, i było przedtem silne zapalenie dziąseł. Według Bluma impregnacja śluzówki jamy ustnej (dziąseł) bizmutem hamuje wydzielanie bizmutu w tym narządzie i dlatego zmusza nerkę do nadmiernej i szkodliwej dla jej nabłonka eliminacji metalu, dlatego radzi on bezwzględne przerwanie leczenia bizmutowego w razie zapalenia dziąseł. Felke zwraca uwagę na objawy podrażnienia, polegające na zjawianiu się w osadzie moczu w III—IV tygodniu licznych nabłonków nerkowych (bez jednoczesnego stwierdzania białka i wałeczków). Felke nazywa to zjawisko „epithelurią“.

Niektórzy autorzy spostrzegali pollakisurię i poliurię po bizmutcie.

Zmiany skóry, jako zjawiska uboczne (z wyjątkiem jednego przypadku wzmoczonej dermatografii*), nie spostrzegaliśmy. Natomiast inni widywali osutki podobne do odrzy i płonicy, pryszczycy, lokalizowane pokrzywki, osutki pęcherzowe, wrzodziaki, świąd, erytrodermję, dermatitis exfoliativa, purpura. (Lortet-Jacob, Simon-Balez, Fournier-Guénot). Komplikacje te są, według komunikatów, nader rzadkie i nigdy tak groźne, jak po salwarsanie.

Ze strony układu nerwowego spostrzegane były bóle głowy, stan śpiączkowy (Simon-Balez), stan podniecenia, depresje hipochondryczne (Hugo Müller); ostatnie zjawisko spostrzegaliśmy też u jednego chorego.

Wspomne jeszcze o bólu zębów, który spostrzegaliśmy u 20% chorych, leczonych cytrynianem bizmutu. Bóle te powstawały każdorazowo raptownie w kilka minut po zastrzyku i trwały godzinę i więcej; ulgę przynosiło w tych przypadkach płukanie ust gorącą wodą. Przypuszczalnie dochodziło się u tych osobników o nadmierne uczulenie nerwu trójdzielnego.

Przeciwwskazania i wskazania do leczenia bizmutowego są jeszcze w toku badań. Białkomocz kiłowy nie jest przeciwwskazaniem do bizmutowego leczenia, raczej może być usunięty za pomocą ostrożnego stosowania bizmutu. Natomiast schorzenia nerek na innym podłożu są przeciwwskazaniem. Duhot nie radzi także stosowania bizmutu u gruczołowych, aby nie wytworzyć u nich w nerkach locus minoris resistentiae. Schorzenia swoiste naczyń, ciężkie tętniaki aorty, sprawy mózgowe, kiłowa i kataralna żółtaczka zezwalają na leczenie bizmutowe. Natomiast w przypadkach uporczywej, wyniszczającej biegunki, schorzeń oczu, tarczycy wzrokowej zalecają niektórzy autorzy ostrożność.

Bizmut wskazany jest szczególnie w przypadkach opornych bądź na rtęć, bądź na salwarsan, lub kiedy te leki są źle znoszone. Taki przypadek opisał Guilbert: objaw pier-

*) którą (u kiłowych) ostatnio uważają nawet jako wyraz odczynu Herxheimera.

wotny, mimo energicznego leczenia miejscowego i ogólnego rtęcią i arsenobenzolami, nie ustępował, zastosowanie zaś bizmutu spowodowało zupełne wygojenie wrzodu w ciągu 4-ch tygodni.

Niektórzy autorzy próbowali już stosowania bizmutu w celach zapobiegawczych. Wyniki badań Levadittiego i Sazeraca wykazały, że bizmut, stosowany do 3 godzin po zakażeniu, może uchronić przed kiłowym zakażeniem; stosowali oni w tym celu Bi-tartarat w postaci maści, jakoteż w postaci zapobiegawczych zastrzyków domięśniowych.

Wspomnę jeszcze o jedynym dotychczas ogłoszonym (Gougerot) przypadku reinfekcji po bizmutowym leczeniu poprzedniego zakażenia.

Niektórzy autorzy uważają bizmut za tak silny środek, że stosują go i przy leczeniu poronem. Felke spodziewa się dobrych wyników po poronem leczeniu bizmutem przy jednoczesnym stosowaniu salwarsanu. Joseph uważa za możliwe spróbowanie poronnego leczenia bizmutem samym; spostrzega on obecnie 5 przypadków, leczonych 15-ma zastrzykami spirobismolu; o. W. po 6-miesięcznej obserwacji pozostaje ujemny. Ja spostrzegam od 1½ roku przypadek, który możnaby było też zaliczyć do poronnie wyleczonych:

Kobieta lat 20-tu w III-im miesiącu ciąży zgłosiła się 1½ roku temu z twardym wrzodem na commissura lab. poster; stwierdziłem wówczas za pomocą ultramikroskopu obecność żywych krętków; o. W.—ujemny. Po 2-ch zastrzykach cytrynianu bizmutu o. W.+; w środku leczenia o. W. ujemny; tak samo w końcu leczenia (12 zastrzyków) i w pół roku później. Dziecko, urodzone przez powyższą chorą, nie okazuje żadnych objawów wrodzonej kiły i jest dobrze rozwinięte. W ciągu ostatniego roku krew dziecka była badana 2 razy—krew matki 4 razy (w odstępach kwartalnych)—zawsze z wynikiem ujemnym.

Co się tyczy techniki stosowania preparatów bizmutowych, to obecnie najbardziej rozpowszechnione są domięśniowe zastrzyki zawiesin olejnych (np. Bismogenol, Quinby) które i my najwięcej stosujemy. Rozczynny wodny (np. cytrynian bizmutu, luatol) są z powodu szybkiego wessania bardziej trujące, lecz działają szybciej, niż pierwsze. Ostatnio niektórzy (pierwszy był Lacapère) stosują dożylnie zastrzyki koloidalnych rozczywno bizmutowych. Benech, który zrobił 1000 dożylnych zastrzyków, mógł nawet bez przeszkody stosować je w ciągu 10 dni z rzędu; stwierdził on przytem bardzo szybkie działanie na wykwyty kiłowe.

Myśmy stosowali na początku rozpuszczalne preparaty, jak cytrynian bizmutu i luatol, następnie przeszliśmy do bismogenolu i Quinby (=jod.-bismut.-chinin.) [obecnie stosujemy bizmut wyłącznie w kombinacji z salwarsanem].

Zastrzyki robiliśmy (domięśniowo) 2 razy tygodniowo po 1 gr. (=0,1 bizmutu);—Quinby po 2 gr.; u dzieci, które doskonale znosiły leczenie bizmutowe, stosowaliśmy 1/3 — 1/2 dawki.

Przedtem leczenie składało się z 8—10 zastrzyków; obecnie stosujemy przeciętnie 15 zastrzyków, gdyż przekonaliśmy się, że dopiero po 15 zastrzykach dodatni odczyn Wassermann'a może się ew. zmienić na ujemny.

Felke przeprowadza leczenie bizmutowe t. zw. „bizmutowemi uderzeniami“; po każdych 4—5 zastrzykach robi on pauzę 14-to dniową z powodu „epithelurji“, ew. występującej w IV tygodniu; takich seryj stosuje on 3—4.

Jednakowoż większość autorów ostatnio przeprowadza leczenie przeciwiłowe, kombinując bizmut z innymi środkami przeciwiłowymi, jak rtęć, jodek potasu, a przedewszystkiem z arsenobenzolami. Aczkolwiek Rodziewicz nie widział, żeby podawanie arsenobenzolów podczas stosowania bizmutu skracało okres „wybielania“ w kile drugorzędowej, i nie stwierdzał zbytniego wpływu na szybkie zabliznianie się owrzodzeń trzeciorzędowych, a Felke, kombinując bizmut z salwarsanem, nie miał pod względem serologicznym lepszych wyników, niż po samym bizmutcie, myśmy w niektórych przypadkach widywali znacznie energiczniejsze działanie przy jednoczesnym stosowaniu tych najsilniejszych leków swoistych.

Bloch stosuje przeważnie kombinowane leczenie bizmutowo-salwarsanowe, a Sézary i Pomaret stosują, jako forsowne leczenie kiły, kombinację z Eparseno t. j. aminoarseno-fenolu z luatolem, przez zmieszanie obu tych leków w strzykawkę; takie połączenie bizmutu z arsenobenzolem

podobno zapobiega powstawaniu zapalenia dziąseł i ma oddziaływać energiczniej na zmiany skórne drugorzędowe. Huené próbował z dobrymi wynikami preparatu, składającego się z rtęci i bizmutu (Bi-amalgam) w oleistej zawieszynie i używanego, podobnie jak o. cinereum. Gussman kombinuje natomiast bizmut z wcierkami rtęciowymi.

Grenet stosuje przy pierwszym leczeniu jednocześnie bizmut i salwarsan, w kile trzeciorzędowej—serie jodkali i bizmutu na przemian, w kile układu nerwowego—serie bizmutu i salwarsanu.

Joseph przeprowadza kombinowane przeciwiłowe leczenie w ten sposób, że daje 8 rtęciowych, 8 bizmutowych i 8 salwarsanowych zastrzyków.

Biberstein (klinika Jadassohna) stosuje w kile I seronegatywnej—kombinację z bizmutem i salwarsanem [na samym bizmutcie nie polega]; w kile I seropoztywnej i kile II—w początku sam bizmut (bismogenol) do zniknięcia objawów, a następnie w kombinacji z salwarsanem; natomiast sam bizmut był stosowany w tych przypadkach, gdzie salwarsan lub rtęć nie działały dostatecznie. Felke proponuje, żeby w trakcie zwykłego przestankowego leczenia przeprowadzać zawsze jedno leczenie bizmutowe.

Ciekawe jest porównawcze określenie Miliana środków przeciwiłowych. Otóż oznacza on siłę leczniczą rtęci liczbą 4,—bizmutu liczbą 7, a salwarsanu liczbą 10.

Zbliżył do powyższego jest pogląd Blocha, który uważa, że pod względem efektu krętkobójczego działanie bizmutu zbliża się do działania salwarsanu, aczkolwiek nie dorównywa mu; jest natomiast rzeczą pewną, że bizmut pod tym względem wyżej stoi od rtęci.

Reasumując własne spostrzeżenia oraz wyniki, otrzymane przez innych autorów, dochodzimy do wniosków następujących:

1) bizmut w obecnie używanych dawkach jest nieszkodliwym energicznym i szybko działającym lekiem przeciwiłowym,

2) działanie krętkobójcze jest niezaprzeczalne.

3) w 50% przypadków zmienia się odczyn Wassermann'a na ujemny, natomiast słabo oddziaływa na zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego,

4) lecznicze działanie jego na schorzenia kiłowe układu nerwowego jest słabe,

5) sam przez się stosowany, nie wyłącza nawrotów i jest niewystarczający do wyleczenia kiły; natomiast w kombinacji z innymi środkami przeciwiłowymi, a przedewszystkiem z arsenobenzolami bizmut stwarza w obecnym stanie nauki najsilniejszą metodę leczniczą przeciwiłową.

Piśmiennictwo.

- Bernhardt. — Gaz. lek. Nr. 23. 1922. Betz. — Münch. med. Woch. Nr. 28. 1923. Benech. — Centralblatt f. Haut. u. Geschl. Kr. B. IX. Biberstein. — Deutsch. med. Woch. Nr. 50. 1923. Bloch. — Klin. Woch. Nr. 38. 1922. Blum. — Centralblatt. B. VI S. 394. Citron. — Med. Klinik Nr. 38. 1923. Deselaer. — Derm. Woch. Nr. 38. 1922. Eliasow-Sternberg. — Klin. Woch. Nr. 50. 1923. Ehlers. — Presse med. Nr. 54. 1922. Felke. — Münch. med. Woch. Nr. 39, 52. 1922; Nr. 20. 1923. Gelbfisz. — Kwartalnik szpitala starozakonných w Warszawie. T. II. 1923. Giemsa. — Münch. med. Woch. Nr. 41. 1922. Guilbert. — Annales d. Derm. et Syph. III. 1922. Gougerot. — Bull. de la soc. franç. de dermatol. Nr. 5. 1923. Grenet. — Progr. med. Nr. 54. 1922. Gussman. — Derm. Woch. Nr. 6. 1923. Jeanselme et Blamutier. — Bul. med. Nr. 17. 1922. Joseph Max. — Deutsch. med. Woch. Nr. 46. 1923. Léri, André, Trzaneke et Péron. — Presse med. Nr. 67. 1923. Levaditti. — Presse med. Nr. 59. 1922. Lortat Jacob. — Centralblatt B. VII. (Refer. Müller). Merenlender. — Gazeta lekarska Nr. 29, 30. 1922. Milian. — Paris medical. Nr. 9. 1922. Müller Hugo. — Münch. med. Woch. Nr. 15, 48. 1922. Müller Hugo. — Centrabl. B. VII. Müller Hugo. — Archiv. f. Derm. u. Syphilis. B. 145—1924. Nathan-Martin. — Klin. Woch. Nr. 22. 1923. Nicolaublumenthal. — Archiv. f. Dermatol. B. 143. Pautrier. — Bull. de la soc. franç. d. dermatol. Nr. 3. 1923. Pinkus. — Med. Klinik Nr. 13. 1922. Plaut-Mulzer. — Münch. med. Woch. Nr. 16. 1923. Richter. — Deutsche med. Woch. Nr. 28. 1923. Rodziewicz. — Przegląd dermatolog. Nr. 4. 1922. Sézary-Pomaret. — Progrés

med. Nr. 25. II. 1922. Schreus. — Deutsch. med. Woch. Nr. 15. 1923. Strauss Herman. — Dermat. Woch. Nr. 19. 1923. Walter. — Nowiny lekarskie Nr. 8. 1923.

Z oddziału psychiatrycznego szpitala na Czystem w Warsz.
(Ordynator: Dr. A. WIZEL).

O leczeniu bezwładu postępującego szczepieniem zimnicy na mocy własnych doświadczeń.

podali

Dr. A. WIZEL (Warszawa) i Dr. L. PRUSSAK (Warszawa).

Jakkolwiek od dawien dawna wiadomem było, iż choroby zakaźne wpływają niekiedy pomyślnie na przebieg psychich wogóle, a bezwładu postępującego w szczególności, i jakkolwiek już dawno czyniono tu i owdzie nieśmiałe próby szczepienia paralitykom różnych chorób zakaźnych (róża, zimnica, ospa, dur powrotny), to jednak sprawa leczenia bezwładu za pomocą infekcji weszła na prawdziwie naukowe tory i stała się poważnym klinicznym problemem dopiero w dobie współczesnej.

Prawdziwym twórcą tej metody leczniczej jest prof. Wagner von Jauregg, który jeszcze na początku bieżącego stulecia zastrzykiwał w celach leczniczych rozmaitym chorem psychicznym hodowle prątków ropy błękitnej i tuberkulinę Kocha. Doświadczenia te, robione przez szereg lat przez samego Wagnera, jak i jego uczniów, i to głównie na paralitykach, dawały dość zachęcające wyniki, jednakże próby, czynione gdzieindziej, nie potwierdziły wyników, osiągniętych przez szkołę wiedeńską, i sprawa szczepienia paralitykom jadów pochodzenia bakteryjnego utknęła na pewien czas na martwym punkcie. I dopiero w 1917 r. Wagner podjął ją na nowo w innej wszakże postaci. Uczony ten postanowił szczepić paralitykom wprost chorobę zakaźną i w tym celu obrał on zimnicę, jako chorobę względnie łagodną i dającą się z łatwością opanować. Wyniki pierwszych jego doświadczeń były doskonałe: zaszczepiwszy 9 chorym zimnicę, u 4 otrzymał zupełne, a u 2 częściowe zwolnienie.

Wagner znalazł wkrótce naśladowców. W rozmaitych klinikach i szpitalach rozpoczęto próby szczepienia zimnicy, i tym razem wszyscy badacze osiągają jaknajlepsze rezultaty. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

Weichbrodt w roku 1919 podaje, iż z czterech chorych, leczonych w ten sposób, miał poprawę w dwóch przypadkach. Mühlens, Weygandt i Kirschbaum ogłaszają w 1920 r., iż, szczepiąc paralitykom zimnicę i dur powrotny, otrzymali w 17 przypadkach na ogólną liczbę 21 — mniejsze albo większe zwolnienie.

Gerstmann w 1922 r. podaje, iż z pośród 9 chorych na par. post., leczonych w r. 1917 zimnicą, 3 znajduje się w zupełnym zwolnieniu (1921 r.), z 25, leczonych we wrześniu 1919, 9 w zupełnym, 5 w niezupełnym zwolnieniu wyższego stopnia i 3 w niezupełnym zwolnieniu niższego stopnia. Ze 116 przypadków, świeżo leczonych, 42 w zupełnym, 36 w niezupełnym zwolnieniu, razem 78 zwolnień. Z pozostałych 38 bez poprawy i wymagających pobytu w zakładzie zmarło 12. W roku 1923 materiał Gerstmanna sięgał już liczby 394 przypadków, z których w 50% nastąpiło zwolnienie.

Niektóre zwolnienia trwają już około 5 lat, i w żadnym z tych przypadków nie wystąpiły nawroty.

Kirschbaum w tym samym roku z kliniki hamburskiej podaje statystyczne zestawienie, dotyczące się tylko 51 chorych, leczonych zimnicą i durem powrotnym. W 14 przypadkach osiągnął on całkowite zwolnienie, w 16 — częściowe, z możliwością wykonywania pracy zawodowej, w 7 — odzyskanie możliwości pracy przy pewnym otępieniu, w 7 — stan nie uległ zmianie, 7 chorych zmarło. Ogółem, w 72,5% przypadków — zwolnienia.

W roku 1923 materiał Kirschbauma powiększył się do 196 przypadków, z których w przeszło 50% nastąpiło znaczne polepszenie.

Nonne otrzymał poprawę w 30%, — Trömmner również spostrzegł często dobre wyniki, a w niektórych przypadkach nawet znakomite, — Jossmani i Steenarts na 74 przypadki, leczone zimnicą, uzyskali zwolnienie w 50%,

przyczem w 21 była doskonała remisja, — Schulze w 44% otrzymał całkowite zwolnienie, tak, iż chorzy ci odzyskali zupełną zdolność do pracy, — Plehn w 1/3 przypadków widział zupełną remisję, w 1/3 wyraźną poprawę i tylko w 1/4 brak wszelkiej poprawy. Również dobre wyniki otrzymali Bratz i Kafka. Kafka na zasadzie swego doświadczenia utrzymuje, że, jeżeli leczenie bezwładu zimnicą nie jest zupełnym rozwiązaniem problemu, to w każdym razie stanowi ono najlepszą z dotychczasowych metod leczniczych. Nadmienimy wreszcie, iż Artwiński z Krakowa, szczepiąc w klinice Piltza paralitykom dur powrotny, uzyskał zwolnienie w 60%.

Jak widzimy z powyższego przeglądu, w leczeniu bezwładu szczepieniem chorób zakaźnych uderza nas przede wszystkim niezwykle częstość poprawy. Z badań statystycznych wiadomo, iż poprawa w paraliżu dawniej zdarzała się względnie rzadko.

Hoppe spostrzegał ją w 16,8% u mężczyzn i w 14,9% u kobiet. Gaupp — zaledwie w 10%. Kirschbaum, podawszy badaniu statystycznemu olbrzymi materiał 902 paralityków, przyszedł do wniosku, iż dawniej poprawę spostrzegano zaledwie w 11,4%, przyczem zaznacza, że wśród tych chorych przeważa liczba była leczona swoiście.

Jeżeli więc porównamy dawniej spostrzegane zwolnienia z obecnymi, zawdzięczającymi swoje pochodzenie leczeniu chorobami zakaźnymi, to przyjdziemy do wniosku, iż obecnie otrzymujemy je co najmniej 4 razy częściej, niż dawniej.

Oczywiście, jest to już wielkie zwycięstwo.

Ale nie koniec na tem. Nie tylko otrzymuje się częściej zwolnienia, ale nadto bywają one często doskonałe. Na ogólną liczbę 51 chorych, szczepionych chorobami zakaźnymi, Kirschbaum osiągnął zwolnienie w 37 przypadkach, a z tych 37 przypadków 14 dały znakomite poprawy, to jest takie, dzięki którym chorzy mogli wrócić do dawnych swych zajęć i pracować zupełnie samodzielnie. Oczywiście, są to wyniki nadzwyczajne, a, jeżeli dodamy do tego, że osiągnięte przez zaszczepienie choroby zakaźnej zwolnienia trwają niekiedy 4—5 lat, to w całej pełni będziemy musieli uznać niezwykle doniosłość tego rodzaju leczenia.

Po uwagach powyższych przejdziemy do przedstawienia naszych własnych prób doświadczalnych, któreśmy rozpoczęli w marcu 1920 r., nie znając jeszcze zupełnie prac zagranicznych autorów, a które musieliśmy na razie przerwać z przyczyn, od nas niezależnych. Próby te podjęliśmy na nowo w 1922 r.

Metodę szczepienia zimnicą stosowaliśmy w sposób następujący: 2 cm³. krwi, wziętej z żyły chorego na zimnicę, po uprzednim stwierdzeniu w niej pasorzytów, zastrzyknęliśmy natychmiast naszemu pierwszemu paralitykowi pod skórę w okolicy mięśnia piersiowego. Żeby jaknajwiększą liczbą pasorzytów dostała się do krwioobiegu, staraliśmy się według Gerstmanna igłą tak manipulować pod skórą, aby możliwie dużo naczyń krwionośnych uszkodzić. W miejscu ułucia, jak w tym, tak i w następnych przypadkach nie mieliśmy miejscowego odczynu. Następnie już przeszczepialiśmy krew z jednego paralityka na drugiego, biorąc ją podczas napadu lub nawet niekiedy w okresach wolnych od napadów. Okres wylęgania trwał od tygodnia do trzech, przeważnie jednak około 10 dni. Pomimo parokrotnego przeszczepiania pasorzytów z jednego chorego na drugiego, nie zauważyliśmy nigdy ani wzmoczonej, ani osłabionej jadowitości. W trzech przypadkach szczepienie się nie przyjęło za pierwszym razem, — nie należy tu mówić o odporności, gdyż za drugim razem szczepienie wypadło dodatnio. Wynik ujemny za pierwszym razem trzeba raczej położyć na karb niedokładności technicznej.

Szczepiliśmy pasorzyty zimnicy trzeciaczkowej, gdyż taką tylko mieliśmy pod ręką. Zagraniczni autorzy szczepili i inne typy zimnicy, ostatnio doszli jednak do przekonania, że najodpowiedniejsza jest trzeciaczka. Przebiegała ona u naszych chorych na ogół łagodnie. Skarg podmiotowych szczególniejszych, być może, już ze względu na psychikę nie było. Sledzona często była wyraźnie powiększona już podczas pierwszych napadów zimnicy, skóra niekiedy słabo żółtaczkowo zabarwiona, wymioty wystąpiły w jednym tylko przypadku. W tym ostatnim nastąpiła zapasć, chory otrzymał kilka zastrzyków kamfory, po chininie stan się poprawił. Liczba napadów u naszych chorych wynosiła od 8 do 12, w jednych przypadkach wcześniej, w innych później rozpo-

czynaliśmy leczenie chininą, czyniąc to zależnym od stanu fizycznego chorych. Leczyliśmy nasze przypadki chininą, podając w ciągu trzech dni po dwa proszki po 0,5 dziennie, w ciągu zaś następnych czterech dni po jednym proszku po 0,5 dziennie. Przeważnie po tym czasie więcej na preparatach krwi nie stwierdzaliśmy obecności pasorzytów, jednakże czasem mieliśmy nawroty zimnicy w odstępach mniej więcej tygodniowych, napady te jednak bardzo łatwo ustępowały po kilku proszkach chininy.

Nasz materiał dotyczy 22 chorych. Były to przeważnie przypadki świeże, trwające od kilku do kilkunastu miesięcy. Jeden z chorych miał lat 16, 3 w wieku od 24 do 29, 11 od 30—40, 6 od 40—45, najstarszy miał lat 55. Większość przechodziła poprzednio leczenie swoiste, jednakże tylko u sześciu leczenie przeprowadzone było systematycznie. Stan somatyczny chorych był przeważnie zadawalający, i tylko u czterech stwierdzić można było objawy charłactwa, wskutek czego ci czterej mniej nadawali się do omawianego sposobu leczenia.

Z 22 przypadków, leczonych przez nas zimnicą, w 11 otrzymaliśmy zwolnienie. Wszystkie te przypadki z remisją nadają się do szczegółowego opisu, ze względu jednak na brak miejsca ograniczamy się do podania pięciu.

Przypadek pierwszy. Chory lat 30, kamasznik. Przybył na oddział 12.VI 1921 r. Zaraził się kiłą w 1915, w tym-że roku leczenie swoiste rtęcią. Zaburzenia psychiczne od kilku miesięcy, w 6 lat po zarażeniu się kiłą.

Stan psychiczny: Na pytania niechętnie odpowiada, orientacja co do czasu i miejsca wadliwa, w rachunkach myli się, pamięć upośledzona. Podniecenie, urojenia wielkości.

Stan nerwowy: Zrenice równe, dobrze oddziaływują na światło i zbieżność. Drżenie języka i palców rąk. Odruchy ścięgnowe wzmoczone. Mowa wyraźnych zmian nie wykazuje, natomiast pismo wysoce nieprawidłowe. 22. VI. 1921 r. P. L. płyn przezroczysty, Nonne-Apelt ++, limfocytów 38 w 1 mm³. Odczyn Wassermann'a z krwi i pł. mżgrdz. dodatni.

W półtora miesiąca po przybyciu do szpitala zostało rozpoczęte leczenie swoiste (Hg. i salvars.). Ogółem otrzymał 11 zastrzyków rtęci i 6 zastrzyków dożylnych neosalv. w ogólnej ilości 2,4 gr. Stan psychiczny nie tylko się nie poprawił, ale uległ pogorszeniu. Chory jeszcze bardziej niespokojny, staje się mocno agresywnym, drze na sobie ubranie, zanieczyszcza się, mowa niepowiązana. Objawy nerwowe także ulegają pogorszeniu: zjawia się nierówność źrenic, lewa szersza od prawej, obie jednak w dalszym ciągu dobrze oddziaływują.

17.III. 1922 r. P. L. Nonne-Apelt ++, limfocytów 37 w 1 mm³.

Odczyn Wassermann'a z krwi ++++, z pł. mżgrdz. (1,0; 0,6; 0,2) +++++

18.IV 1922 r. zaszczepiono pod skórę 1,4 ccm³ krwi.

28.IV pierwszy typowy napad zimnicy, 25.V dziesiąty napad.

Napady przerwano przez podawanie chininy.

W ciągu następnych dziesięciu dni stan bezgorączkowy, potem jednak znów wystąpiły dwa słabe napady zimnicy, które po kilku proszkach chininy więcej się nie powtórzyły. Podczas pierwszego napadu, zarówno jak i podczas następnych z wyjątkiem jednego, chory spokojny, dość rozsądnie odpowiada, nie zanieczyszcza się, natomiast w dnie, wolne od napadów, stale podniecony, mówi bez związku.

18.V 1922 r. P. L. przy ciepłocie 38,6 Nonne-Apelt ++, limfocytów 7 w 1 mm³.

24.V 1922 r. P. L. przy ciepłocie 37,6 Nonne-Apelt ++, limfocytów 21 w 1 mm³.

17.VI 1922 r. Od 2 tygodni spokojny, zachowuje się poprawnie, orientacja co do miejsca i otoczenia zupełnie dobra, pamięć poprawiła się, rachuje lepiej, chciałby pójść do domu i wziąć się do pracy, urojeń żadnych nie wypowiada, zaczyna zdawać sobie sprawę z przebytej choroby, pisze zupełnie dobrze.

14.VII 1922 r. Chory zdaje sobie dokładnie sprawę z przebytej psychozy, wie, kiedy zaraził się kiłą i u kogo się leczył. Zachowuje się zupełnie poprawnie, mówi rozsądnie, chciałby koniecznie wziąć się do dawnej pracy.

Zrenice znowu są równe. Nieznaczne drżenie języka i palców rąk. Nonne-Apelt ++, limfocytów 10 w 1 mm³. Odczyn Wassermann'a z krwi ujemny, z pł. mżgrdz.

	aktywny	inaktyw. przy 56° i 66°
pł. mżgrdz. 0,25	+	—
w dawkach 0,15	—	—
0,05	—	—

Tegoż dnia chory został wypisany.

Od czasu wypisania mamy chorego stale w obserwacji i mogliśmy stwierdzić, że stan jego psychiczny coraz bardziej się poprawia. Chory od kilku miesięcy pracuje u kamasznika i zarabia na swoje utrzymanie. Żadnych defektów psychicznych w tej chwili niema. Rodzina uważa go za zupełnie zdrowego.

8.XII 1922. Nonne-Apelt —, Pandey —, pleocytozy brak. Odczyn Wassermann'a z krwi ujemny, z pł. mżgrdz. w dawce 0,25 ujemny, natomiast w dawce 1,0 ++.

30.III 1923. Zrenice równe, dobrze oddziaływują na światło.

Lekkie drżenie języka. Nieco zaczyna się przy trudnych wyrazach. P. R. wzmoczone. Stan psychiczny dobry. Krew i pł. mżgrdz. jak poprzednio. Badany w lutym r. b., wykazał stan psychiczny zupełnie dobry. Chory ożenił się, prowadzi samodzielnie warsztat (przedtem był czeladnikiem), zarabia b. dobrze.

Przypadek drugi. Chory lat 38, subjekt. Przybył na oddział 21.V 1922 r.

Z wywiadów, wiadomo tylko tyle, że przechodził przed 20 laty jakąś weneryczną chorobę, że od dwóch miesięcy jest przygnębiony, źle śpi, miewa bóle głowy, od tygodnia niespokojny, wypowiada urojenia prześladowcze.

St. pr. Na oddziale chorób nerwowych, gdzie był przedtem, stwierdzono 23.III: Zrenice: lewa szersza od prawej, prawa nierówna, na światło obiedwie nie oddziaływują. Drżenie języka, palców rąk i mięśni mimicznych twarzy.

P. R. i A. R. = O. brzuszne, cremast. = norm,

Mowa nieco zatarta, drżąca. Chodzi chory na szerokiej podstawie, zataczając się głównie w lewo.

Stan psychiczny: chory podniecony, orientuje się źle, nie rozumie dobrze pytań, rachuje nieźle, ale wolno, przyczem niekiedy się myli, wypowiada urojenia prześladowcze: mówi, że go skazano na śmierć, często zrywa się z łóżka, chce tłuc szyby.

Odczyn Wassermann'a z krwi +++.

Po kilku dniach uspokaja się, z nikim nie rozmawia, pokarmów i lekarstw nie przyjmuje, staje się coraz bardziej apatycznym, całymi godzinami siedzi na miejscu.

6 kwietnia rozpoczęto kurację rtęciową, w ciągu dwunastu tygodni otrzymał 8 dożylnych zastrzyków Hydr. cyanat., a w kilka dni (25.IV) po ostatnim zastrzyku zaszczepiono mu zimnicę.

8.V. Pierwszy stwierdzony napad zimnicy.

W czasie zimnicy wystąpiło obostrzenie objawów psychotycznych, chory stawał się coraz bardziej podnieconym, rzucił się na pielęgniarkę, chciał wyskoczyć oknem, i z tego powodu 21.V przepisano go na oddział psychiatryczny. Na naszym oddziale stan bezgorączkowy trwa w ciągu trzech tygodni, poczem znów następują dwa napady. Po leczeniu chininą chory więcej nie gorączkuje. Po pierwszych trzech dniach pobytu u nas na oddziale chory zupełnie uspokaja się.

25.V. Zupełnie rzeczowo odpowiada na pytania, wie, że był umysłowo chory i dużo „głupstw“ mówił, obecnie uważa się za zupełnie zdrowego i niechętnie mówi o tem, co było, złości się nawet, gdy go lekarz wypytuje o szczegóły przebytej psychozy. Pamięć na ogół zachowana, rachuje dobrze. Mowa wyraźniejsza. Zrenice nierówne, lewa szersza, prawa niezupełnie okrągła, obiedwie słabo reagują na światło, nieco lepiej na zbieżność. Lewa szpara oczna nieco węższa. Drżenie języka i mięśni mimicznych twarzy.

P. R.) obustr. = O. Podeszwowa fleksja. Brzuszne, mosznowe — A. R.)

żywe. Próba palec—nos, pięta—kolano wykazuje ataksję nieco wyraźniejszą po stronie prawej. Romberg — słabo zaznaczone chwianie się. Czucie i zmysł mięśniowy zachowany. Chód zlekka ataktyczny, zwłaszcza przy zamkniętych oczach.

16.VI. Wypisuje się z poprawą.

30.VI. Przekłucie łądźwiowe, dokonane w czasie remisji, wykazało: Nonne-Apelt —, Pandey —, brak pleocytozy. Odczyn Wassermann'a z krwi słabo dodatni (+), z pł. mżgrdz.

	aktywny	inaktyw. przy 56°	inaktyw. przy 66°
0,25	++++	+++	—
w dawkach 0,15	+++	++	—
0,05	—	—	—

Katamneza. Chory w domu zachowuje się poprawnie, interesuje się wszystkim i zajmuje się handlem.

Badanie przedmiotowe chorego, dokonane na oddziale w 5 miesięcy po wypisaniu, wykazało, iż poprawa pod względem psychicznym nie tylko się utrzymała, lecz nawet potęgowała się, natomiast zaburzenia ze strony układu nerwowego nie uległy wyraźnej zmianie. Przekucie łędwów, dokonane wówczas, wykazało, co następuje: Nonne-Apelt—, brak pleocytozy. Odczyn Wassermann'a z krwi dodatni (++), z pł. mżgrdz.:

	aktywny	inaktyw. przy 56°	inaktyw przy 09°
0,15	++++	++++	+-
w dawkach 0,25	++++	++++	+
0,05	+++	+++	—

Z tego zestawienia widać, iż mimo poprawy pod względem psychicznym, płyn mózgowordzeniowy i krew wykazują nieznaczne pogorszenie.

Chory aż do obecnej chwili, t. j. do 1-go marca 1924 r. ma się zupełnie dobrze; stan psychiczny nie wykazuje żadnych defektów, chory pracuje i zarabia na utrzymanie rodziny. Co się tyczy objawów neurologicznych, to: żrenice nierówne, lewa nieco szersza od prawej, okrągłe, oddziaływanie na światło leniwe, lekkie drżenie języka, brak drżenia mięśni mimicznych twarzy i palców rąk. Mowa niezła, jednakże przy trudnych wyrazach zaczyna się.

P. R. i A. R. = O. Ataksji nie ma wcale, ani Romberg'a. Chód zupełnie dobry.

Przypadek trzeci. Chory lat 36, handlujący. Zaraził się kiłą podobno przed 15 laty, leczyl się niedbale. Od kilkunastu lat bóle głowy. Przed 5 miesiącami ukradł w aptece, z którą był w stosunkach handlowych, kokainę i roztrwonil ukradzione pieniądze. W tymże czasie począł zdradzać wyraźnie zaburzenia psychiczne.

7 kwietnia 1921 r. chory przybył do szpitala.

Badanie wykazało: chory zorjentowany, na pytania chętnie odpowiada, zdolność zapamiętywania zachowana. Chory ma wybitną skłonność do konfabulacji: opowiada o swoich wielkich podróżach, był jakoby trzy lata w Ameryce i dwa lata w Paryżu i utrzymuje, że zna dobrze francuski i angielski, jakkolwiek ani jednego słowa po francusku i angielsku powiedzieć nie może. Prócz tego ma skłonność do urojeń wielkości: utrzymuje, że kupił sobie aptekę (jest zupełnie niezamożny). Zmysł moralny upośledzony: chory kradnie na oddziale, cokolwiek wpadnie mu w ręce, i żadnej z tego powodu nie okazuje skruchy. Na oddziale zachowuje się zupełnie apatycznie, niczem się nie interesuje, na odwiedziny żony całkiem nie reaguje, od czasu do czasu zanieczyszcza się.

Rachuje kiepsko, nie może pomnożyć 17×16 ani 6×85 .

Stan somatyczny: Z początku pobytu na oddziale objawy nerwowe bardzo nieznaczne, ale już po kilku tygodniach można było stwierdzić drżenie włókienkowe języka, drżenie palców rąk, wzmocnienie odruchów kolanowych, dyzartrię oraz zaburzenie pisma. Co do żrenic, to od początku pobytu chorego na oddziale aż do samego końca oddziaływały na światło i zbieżność prawidłowo.

Dodać należy, że chory w styczniu 1922 r. miał w nocy napad drgawek ogólnych, poczem następnego dnia był zlekka zamroczony.

Badanie krwi i płynu mózgowordzeniowego: na oddz. chorób nerwowych Nonne-Apelt+, limfocytów 40 w 1 mm.³, odczyn Wassermann'a z krwi i pł. mózgowordz. dodatni; u nas 17.III 1922 r. Nonne-Apelt++, brak pleocytozy, odczyn Wassermann'a z krwi +++, z pł. mżgrdz. (1,0; 0,6; 0,2) ++++.

W czasie rocznego pobytu chorego w szpitalu otepienie jego zwolna coraz bardziej potęgowało się.

W marcu 1922 r. rozpoczęliśmy leczenie zimnicą.

20.III zaszczepiono pod skórę 2 cm³ krwi. Chory nie dostał napadów zimnicy, ciepłota raz tylko doszła do 37,5, jednakowoż we krwi pasorzytów zimnicy nie znaleziono.

26.IV. Szczepienie powtórne, zastrzyknięto 1,25 cm³.

9.V. Pierwszy typowy napad zimnicy. 11.IV. Ostatni napad.

Chory miał 7 stwierdzonych napadów, z których dwa źle zniósł, poczem dano choremu chininę, napady więcej się nie powtórzyły.

30.VI. Od tygodnia niespokojny, wielomówny, czasem agresywny, wypowiada urojenia wielkości.

8.VII. Spokojny, świadomy swej choroby, nazywa siebie „przytomnym warjatem“, pozatem stan bez zmiany.

18.IX. Chory od kilku dni zachowuje się zupełnie poprawnie, nie zanieczyszcza się i nie kradnie, zaczyna interesować się swoją rodziną i swoim losem, chciały wrócić do domu i wziąć się do dawnej pracy.

11.X. Chory pamięta, że był leczony szczepieniem zimnicy, która, jak przypuszcza, postawiła go na nogi; usiłuje wyłomaczyć w sposób logiczny, dlaczego dopuścił się kradzieży w aptece, był to z jego strony odwet za to, że mu poprzednio urwano z rachunku 200 rb. Opowiada rzeczowo o swoich dawnych operacjach handlowych, wykazując znajomość cen rozmaitych artykułów aptecznych, chciały koniecznie wrócić do pracy, twierdząc, iż uda mu się nawiązać stosunek z temi firmami, z którymi przedtem handlował, i liczy na to, że będzie miał w dalszym ciągu kredyt. Mówi z ożywieniem, zupełnie logicznie. Mowa wyraźna. Pismo dobre.

22.IX. Nonne-Apelt—, brak pleocytozy. Odczyn Wassermann'a z krwi +++, z pł. mżgrdz. w dawce (0,25) +++.

17.X 1922 r. wypisuje się z znaczną poprawą.

Katamneza. Chorego od czasu wypisania stale obserwujemy. Stan psychiczny w domu coraz bardziej się poprawiał i od dłuższego czasu nie przedstawia żadnych defektów. Chory pracuje i zarabia na utrzymanie rodziny, co trwa aż do obecnej chwili, t. j. do marca 1924 r. Co do objawów neurologicznych, to mogliśmy stwierdzić zmniejszenie drżenia języka i palców rąk oraz doskonałą poprawę mowy i pisma.

Przypadek czwarty. Chory lat 40, krawiec. Przybył na oddział 7.VIII. 1922 r. Zaraził się kiłą przed 15 laty, wtedy przechodził swoiste leczenie. Na dwa miesiące przed przybyciem do szpitala wystąpiły zaburzenia psychiczne, chory stał się podnieconym, począł wypowiadać urojenia wielkości, kłócił się z żoną i klientami, biegał ciągle po mieście, psuł robotę.

Stan psychiczny. Chory podniecony, gadatliwy, z siebie i ze wszystkiego zadowolony (euforia), ma skłonność do urojeń wielkości, uważa siebie za najlepszego krawca, obiecuje wszystkim, że uszyje im ubrania, chciałby ciągle robić jakieś interesy i proponuje nieustannie służbie i chorym rozmaite tranzakcje handlowe. Zdolność zapamiętywania upośledzona, serji z 6 cyfr powtórzyć nie może. Krytycyzm i zdolności kombinacyjne osłabione. Często oddaje moc pod siebie.

Stan somatyczny. Żrenice nierówne, lewa szersza od prawej i wcale nie reaguje na światło, prawa oddziaływa leniwie. Nieznaczne drżenie palców rąk. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Mowa wyraźna, jednakże trudne wyrazy wymawia nie dość płynnie. Pismo z opuszczeniami.

Odczyn Wassermann'a z krwi + (śląd dodatniej reakcji), z płynu mżgrdz. +++.

14.VIII. Chory ciągle w stanie euforii. Ta sama ruchliwość i skłonność do urojeń wielkości. Ten sam brak krytycyzmu. Lekarzowi proponuje, aby przyjął go wraz z żoną do szpitala w charakterze pielęgniarzy, a syna jego, by wzięł na wychowanie i wykształcił na doktora.

19.VIII. zaszczepiono choremu zimnicę (wstrzyknięto 2 cm³ krwi).

3.IX. pierwszy napad zimnicy. Do 19.IX chory miał 8 typowych napadów. 20.IX. zaczął dawać mu chininę.

Stan psychiczny narazie bez szczególnej zmiany, chory w dalszym ciągu ożywiony, ruchliwy, gadatliwy, proponuje otoczeniu najrozmaitsze interesy, ze wszystkiego zadowolony. Ale powoli stan jego psychiczny zaczyna się poprawiać, chory staje się bardziej krytycznym, przestaje mówić o interesach, zachowuje się poprawnie, nie zanieczyszcza się.

23.X. już jest bardzo wybitna poprawa, euforia znikła, krytycyzm wzmógł się jeszcze bardziej, chory uświadamia sobie, że przeszedł chorobę psychiczną, wyrzeka się dawnych swych uroszczeń, aby zostać pielęgniarzem w szpitalu, chce powrócić do swego rzemiosła, pisze list rozsądny do żony.

6.XI na oddziale zachowuje się zupełnie poprawnie i marzy tylko o powrocie do domu i wzięciu się do pracy.

Powtórnie dokonane w ostatnich dniach badanie krwi i płynu mżgrdz. wykazało: odczyn Wassermann'a we krwi —, w płynie aktywnym: w dawce 0,25 +, w dawkach: 0,15 i 0,05 ujemny, w płynie inaktywowanym przy 56° i 66°

we wszystkich trzech dawkach ujemny. Nonne-Apelt +, brak pleocytozy.

7.XI. przyjechała żona i wypisała chorego ze szpitala.

Katamneza. W miesiąc po wypisaniu chorego otrzymaliśmy list od żony, w którym donosi nam, że mąż jej jest zdrowy i pracuje.

W grudniu 1923 r. chory przybył do Warszawy; badając go, mogliśmy stwierdzić, iż stan psychiczny — doskonały, chory nie wykazywał najmniejszych defektów psychicznych. Co się dotyczy objawów neurologicznych, to stwierdziliśmy powrót oddziaływania na światło źrenicy, — a co do 4 reakcyj, to poprawa jeszcze większa, niż w ostatnich dniach pobytu w szpitalu, gdyż odczyn Wassermann'a w płynie aktywnym przy dawce 0, 25 obecnie wypadł ujemny, jak również i odczyn Nonne-Apelt także dał wynik ujemny.

Przypadek piąty. Chory lat 42, kupiec. Przybył na oddział 19.VIII. 1922 r. Zaraził się kiłą przed 20 laty. Leczono go w pierwszym roku iniekcjami rtęci, a następnie wcieraniami szaruchy i salvarsanem. Od roku zmiana w charakterze: stał się niedobrym dla żony, awanturował się w domu, czasem bił żonę. Od tygodnia wybitne zaburzenia psychiczne: stał się podnieconym, zaczął wypowiadać urojenia wielkości, mówił, że ma miliony, trwonił pieniądze na głupstwa, mówił, że kupi sobie powóz i konie.

St. pr. Źrenice nierówne, prawa nieco szersza od lewej, obidwie dobrze oddziałują na światło i zbieżność. Nieznaczne drżenie języka i palców rąk. P. R. wzmożone. Przy wymawianiu trudnych wyrazów nieznaczna dyzartria. W narządach wewnętrznych brak zmian.

St. psych. Samopoczucie wzmożone, wybitne urojenia wielkości. Wszystko potrafi, posiada niepospolite siły, posiada ogromne stosunki, zna się na sztuce, na obrazach. Opowiada dużo o swych przygodach miłosnych. Chce zdeponować w banku 300 milionów marek.

P. L. Nonne-Apelt ++, limfocytów 11 w 1 mm.³ Odczyn Wassermann'a z krwi ujemny, z pł. mzgdrz. (1,0; 0,6; 0,2) +++

Wasser'm. z krwi ujemny, z pł. mzgdrz. (1,0; 0,6; 0,2) +++ +

	(inaktyw. przy 56)	(inaktyw. przy 66)
w dawkach	(0,25 +++ (0,15 ++ (0,15 —	— — —

W przeciągu czasu od 27.VIII. do 14.IX. zrobiono choremu zastrzyków Hg. oxycyanati. Stan psychiczny bez zmiany. 15.IX zastrzyknięto pod skórę 2 ccm.³ krwi 29.IX chory dostał pierwszego napadu zimnicy. Napady powtarzały się co wieczór. Najwyższa t. była 40,3. Po 8 napadach zaczęto dawać chininę, poczem chory miał jeszcze 2 napady. Napady zimnicy wysoce chorego osłabiały i wyczerpywały, lecz, gdy zaczęto leczyć go chininą, samopoczucie fizyczne szybko się poprawiło. Już 10.X, a zatem w 2 dni po ostatnim napadzie stwierdzić można było wybitną poprawę psychiczną: znikły zupełnie urojenia wielkości, i chory począł krytycznie odnosić się do tego wszystkiego, co mówił poprzednio. Był świadom tego, że przeszedł psychozę, i okazywał lekarzom wdzięczność za wyleczenie.

Objawy nerwowe pozostały bez zmiany. Badanie zaś krwi i pł. mzgdrz. wykazało, co następuje: Nonne-Apelt +limfocytów 5 w 1 mm.³ Odczyn Wassermann'a z krwi ujemny, z płynu

	aktywny	inaktyw. przy 56 ⁰	inaktyw. przy 66 ⁰
dawkach	0,25 +++ 0,15 +++ 0,05 +	+++ ++ —	— — —

Katamneza. Chory 10.X 1922 r. został przez żonę wypisany ze szpitala, jednakże od chwili wypisania ciągle mamy go w obserwacji. Stan jego psychiczny stale się poprawiał i w parę miesięcy po wypisaniu ze szpitala nie pozostawał nic do życzenia. Żona utrzymywała, że mąż jej pod względem psychicznym jest zupełnie tym samym człowiekiem, jakim był kiedyś, zanim jeszcze wystąpiły pierwsze zwiastujące objawy paraliżu.

15.III 1923 r. P. L. Nonne-Apelt+, limfocytów 3 w 1 mm.³, Pandy +. Odczyn Wassermann'a z krwi

—ujemny, z płynu [w dawkach (0,25; 0,15; 0,05)] aktywnego, jak inaktywowanego — ujemny.

30.III. 1923 r. Źrenice okrągłe, równe, żywo oddziałują na światło, brak wszelkich drżeń. P. R. obustr. wzmożone. Mowa i pismo bez zarzutu. Stan psychiczny doskonały.

Chory ten, do obecnej chwili, t. j. do 1 marca 1924 r., ma się bardzo dobrze, pracuje intensywnie, pełniąc służbę niezmiernie ciężką i odpowiedzialną, wymagającą wysiłku zarówno fizycznego, jak i umysłowego.

Pomijamy inne przypadki, które również zakończyły się doskonałą remisją, i przechodzimy do analizy naszych spostrzeżeń.

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że na ogólną liczbę 22 przypadków otrzymaliśmy remisję w 11, czyli w 50%, przyczem w 9 przypadkach osiągnęliśmy remisję bardzo dobrą, a w 2 względnie dobrą. Siedmiu naszych chorych wróciło do dawnych zajęć, zarabiają oni na utrzymanie rodzin i uważani są przez otoczenie za zupełnie zdrowych. Ósmy nie pracuje z powodu ślepoty, a u 9-go po 3 miesiącach nastąpiło pogorszenie. To jest pierwszy, wielce doniosły, fakt. Jeżeli przypomnimy sobie, jak rozpaczliwa i beznadziejna była dawniej statystyka popraw w bezwładzie postępującym, to fakt ten nabiera dla nas niesłychanej wagi. Jeżeli wziąć dawną statystykę naszego oddziału tylko za 3 ubiegłe lata (od 1920 do 1922), to się okaże, iż na ogólną liczbę 20 przypadków, nie leczonych zimnicą, mieliśmy zwolnienie ledwie w 1 przypadku, czyli w 5%, przyczem zaznaczyć musimy, iż z spośród owych 20 chorych 12 było leczonych swoiście, bądź u nas, bądź na oddziale chorób skórnych lub nerwowych. Natomiast, niesłychanie wielka była dawniej u nas śmiertelność. Wszyscy ci paralitycy, z wyjątkiem owego chorego z remisją, powymierali bądź na naszym oddziale, bądź w domu, i to w bardzo krótkim czasie.

Co prawda i wśród paralityków, leczonych szczepieniem chorób zakaźnych, zdarzają się przypadki śmierci, ale o ileż są one rzadsze. Na 51 paralityków Kirschbauma, szczepionych chorobami zakaźnymi, zmarło zaledwie 7, przyczem ani jeden chory, jak twierdzi Kirschbaum, nie zmarł z powodu choroby zakaźnej.

Myśmy mieli o wiele więcej zgonów, bo na 22 szczepionych zmarło nam 10. Trzej zmarli jeszcze przed wybuchem zimnicy, (a zatem niezależnie od zaszczepienia zimnicy) dwaj podczas przebiegu zimnicy na skutek niedomogi serca, dwaj bezpośrednio po przebyciu zimnicy: jeden na skutek hydremji, drugi po ropowicy z następczą posocznicą (a zatem z przyczyny zupełnie przypadkowej), trzej zmarli już w parę miesięcy po przebyciu zimnicy: jeden po napadzie paralitycznym, dwaj wskutek charłactwa.

Po stwierdzeniu tego najważniejszego faktu możemy przejść do dalszej analizy naszych spostrzeżeń.

Wpływ zakażenia na przebieg bezwładu ujawniał się rozmaicie. U jednych chorych następowała poprawa już w czasie napadów zimnicy, u innych zaś poprawa występowała dopiero później, w czasie zaś choroby gorączkowej widoczne było nawet obojętne zaburzeń psychicznych. Tak, jeden z chorych, stale podniecony, podczas napadu był uderzająco spokojny, dostępny, dwaj inni chorzy natomiast zazwyczaj spokojni, wykazywali podczas napadu ogromne podniecenie. Jeden z nich począł wypowiadać urojenia przesładowcze, miewał omamy wzrokowe, rzadziej słuchowe. W dniach wolnych od napadów był spokojny, jednak omamy utrzymywały się niezależnie od napadu przez bardzo długi czas.

Gerstmann również badał na dużym materiale zmiany psychiczne, które już podczas przebiegu zimnicy występowały. Chorych z takimi zmianami podzielił na cztery grupy: do pierwszej zaliczył takich chorych, u których zmiany psychiczne w postaci omamów wzrokowych i słuchowych, stanów lękowych i podniecenia występowały tylko podczas samego napadu zimnicy i wraz z nim ustępowały. druga grupa obejmowała takich chorych, u których zaburzenia psychiczne przetrwały napad i w dniach, wolnych od napadów, występowały, tylko w słabszym stopniu, zniknęły zaś zupełnie po wyleczeniu zimnicy; do trzeciej grupy zalicza chorych, którzy jeszcze parę tygodni lub miesięcy po wyleczeniu się z zimnicy wykazywali zmiany psychiczne, i wreszcie czwarta grupa obejmuje chorych, u których zaburzenia psychiczne w postaci omamów słuchowych lub objawów katatonicznych pozostały na zawsze. Gerstmann

uważa nasilenie wyżej wymienionych objawów chorobowych nie za „signum mali ominis“, lecz za zapowiedź całkowitego lub częściowego zwolnienia. Z pośród naszych chorych u dwóch, którzy w czasie przebiegu, a trzeci zaraz bezpośrednio po przebiegu zimnicy, wykazywali nasilenie objawów psychopatycznych, wystąpiły zwolnienia, w dwóch przypadkach całkowite, w jednym — niepełne, pozwalające jednak choremu pracować zawodowo. U innych chorych, u których również osiągnęliśmy zwolnienie, nie zauważyliśmy w czasie przebiegu zimnicy nasilenia objawów chorobowych, u jednego nawet poprawę o tyle, że, zwykle podniecony, podczas samego napadu stawał się spokojnym. Zwolnienia w pięciu przypadkach wystąpiły prawie bezpośrednio po przebiegu zimnicy, w sześciu w parę miesięcy później. Dwaj z pośród tych wypisali się z oddziału jeszcze bez wyraźnej poprawy, ale z listów otrzymanych od rodzin, dowiedzieliśmy się, iż chorzy w kilka miesięcy po wypisaniu zaczęli się poprawiać, obecnie są czynni w swych zawodach i mają się bardzo dobrze. Najdłuższe zwolnienie, jakie osiągnęliśmy u naszych chorych, trwa już 20 miesięcy.

Badanie paralityków ze zwolnieniem po przebiegu choroby zakaźnej wykazuje, że równoległe z poprawą psychiczną następuje i pewne złagodzenie zaburzeń nerwowych. W przypadkach Kirschbauma u chorych poprawiły się mowa, pismo, nawet oddziaływanie źrenicy na światło.

U naszych chorych zauważyliśmy w kilku przypadkach zmniejszenie się lub zupełne wyrównanie zaburzeń dyzartycznych, ustąpienie drżenia mięśni mimicznych i palców rąk, oraz poprawę pisma, w jednym przypadku — odzyskanie oddziaływania źrenicy na światło, w jednym — ustąpienie bezwładu.

Pozostaje jeszcze jedna bardzo ważna kwestja, mianowicie, jak się zachowują odczyn serologiczne we krwi i płyn mózgoworodzeniowy w czasie zwolnienia. Pod tym względem zdania autorów są rozmaite. Gerstmann nie widział żadnej równoległości pomiędzy zwolnieniem a poprawą serologiczną, utrzymuje jednak, iż Wagner von Jauregg w przypadkach swoich, leczonych tuberkuliną, spostrzegł, że w czasie zwolnienia odczyn Wassermann'a we krwi i płynie staje się powoli zupełnie lub prawie zupełnie ujemnym.

Weygandt w zwolnieniu niezmiernie rzadko spostrzegł poprawę serologiczną, najrzadziej widywał ją we krwi.

Co do Kirschbauma, to autor ten tylko w kilku przypadkach widział, że odczyn Wassermann'a we krwi z silnie dodatniego stawał się ujemnym lub słabo dodatnim, w płynie zaś mózgoworodzeniowym pozostawał zawsze prawie bez zmiany.

Ostatnio Kirschbaum i Kaltenbach podają, iż z 27 przypadków w 20 — płyn mózgoworodzeniowy wykazywał wyraźne osłabienie wszystkich 3 odczynów. Co do naszych spostrzeżeń, to stwierdzić musimy, że myśmy o wiele częściej otrzymywali poprawę odczynu serologicznego, a prócz tego widywaliśmy nierzadko osłabienie odczynu Nonne-Apelta, jak również zmniejszenie się limfocytozy. Niekiedy nawet poprawę pod względem psychicznym poprzedzała poprawa pod względem serologicznym. Prawda, że myśmy do tej pory operowali na niewielkim materiale, sądźmy jednak, że i te nasze dotychczasowe wyniki nie pozbawione są znaczenia. Poprawa odczynu serologicznego we krwi, jak również zmiana na lepsze wzoru biologicznego płynu mózgoworodzeniowego dowodziłyby, iż w czasie zwolnienia w następstwie choroby zakaźnej zachodzą w ustroju jakieś głębsze, bliżej nieuchwytnie procesy życiowe.

Z 11 przypadków, w których nastąpiła poprawa, limfocytoza znikła w trzech, w trzech zaś znacznie się zmniejszyła. Odczyn Nonne-Apelta faza I z silnie dodatniego zamienił się w czterech przypadkach na ujemny. Dodać należy, iż płyn mózgoworodzeniowy, brany u niektórych chorych podczas napadu, pod względem cytologicznym i ilości globuliny nie różnił się zasadniczo od płynów, branych w dniach, wolnych od napadów.

Co do odczynu Wassermann'a we krwi, to w dwóch — nie uległ on żadnej zmianie, w pięciu — nastąpiła pewna poprawa, a w czterech innych — z dodatniego zamienił się na ujemny; z płynu zaś w czterech — nie uległ żadnej zmianie, w jednym — nieznaczenie, w czterech — zaś innych znaczne osłabienie reakcji.

Autorzy niemieccy przypisują postaci klinicznej paraliżu postępującego znaczenie ze względu na prognozę. Tak, Gerstmann utrzymuje, iż przypadki z objawami demencyjnymi i z wiodoparalizem wykazywały stosunkowo większą liczbę zwolnień, niż inne postacie, natomiast podług Kirschbauma u chorych z mianikalnem podnieceniem dawali lepsze rokowanie, niż chorzy z depresją lub czysto demencyjną, zaś w przypadkach wiodoparaliżu nie miał nic szczególnego do zaznaczenia.

Według Weygandta najbardziej odporne są i najgorsze rokowanie dają postaci dziecięce i młodzieńcze.

Nasz materiał, zbyt mały, nie pozwala nam wypowiedzieć się kategorycznie w tej sprawie.

Na zakończenie musimy wspomnieć o jeszcze jednej korzyści leczenia bezwładu infekcją.

Leczenie zimnicą ma tę jeszcze dodatnią stronę, że może być bez krzywdy dla chorego dwukrotnie powtórzone.

W dwóch przypadkach Kirschbauma, gdy zwolnienie po upływie pewnego czasu skończyło się, zaszczepiono powtórnie zimnicę. W jednym z nich nastąpiła ponownie pewna poprawa.

Myśmy również u jednego chorego, u którego zwolnienie trwało 3 miesiące, po powtórnej zaszczepieniu zimnicy, otrzymali znowu pewną poprawę.

Reasumując wszystko, cośmy powyżej rzekli, możemy postawić kilka ogólnych tez klinicznych.

Po-pierwsze, nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż zimnica częstokroć wpływa pomyślnie na przebieg bezwładu. Jeżeli zważymy, jak fatalna była statystyka zwolnień u nas na oddziale wówczas, gdy nie szczepiliśmy zimnicy, i porównamy ją z obecną, to różnica na korzyść leczenia zimnicą rzuca się odrazu w oczy. A zatem jest to fakt bezsporny. Ale może ktoś zarzucić nam, że w tych przypadkach, w których otrzymaliśmy remisję, istniało błędne rozpoznanie, że to nie były przypadki istotnego bezwładu, lecz bezwład rzekomy. Odpowiadamy na to: trudno przypuścić, abyśmy akurat teraz, kiedy stosujemy szczepienie zimnicy, zaczęli się odrazu tak mylić, i byłoby rzeczą nadzwyczaj dziwną, gdyby teraz pojawiło się naraz na oddziale tyle przypadków kiły mózgowej, tak doskonale symulujących bezwład. Nasze przypadki były jaknajdokładniej badane, i zarówno obraz psychiczny, jak i objawy neurologiczne, jak i formuła biologiczna płynów — wszystko za bezwładem postępującym przemawiało.

Po-wtóre, leczenie bezwładu zimnicą działa o wiele skuteczniej, aniżeli leczenie swoiste. Jakkolwiek głosy najwybitniejszych współczesnych psychiatrów niemieckich, że dla przykładu wspomniemy Kraepelina, Bleulera, Bunskego, Fürstnera, Obersteina, Weygandta, Reichardta, Plauta, brzmią wysoce pesymistycznie (niektórzy nawet, jak Kraepelin, Reichardt, Fürstner i Obersteiner są zdania, iż leczenie specyficzne wywołuje pogorszenie), jakkolwiek pesymistycznie wyrażali się o leczeniu swoistem dawniejsi francuscy uczeni (Ballet, Déjérine, Raymond), to jednak inni autorzy, zwłaszcza współczesna szkoła francuska (jak Sicard, Milian, Tinel, Crocq), a także Marinesco, Swift i Ellis, którzy stosowali endolumbalnie salwarsanizowaną surowicę, widywali zwolnienia po leczeniu specyficznym. I dlatego my dopuszczamy możliwość poprawy po stosowaniu kuracji swoistej. Mamy jednak prawo sądzić wraz z autorami, którzy leczyli bezwład infekcją, że leczenie nieswoiste działa bez porównania skuteczniej, aniżeli swoiste.

Do tych dwóch też zasadniczych dodać winniśmy jeszcze dwie inne, mianowicie: 1) po leczeniu nieswoistem otrzymujemy niekiedy zwolnienie nie tylko psychiczne, ale i humoralne, t. j. częściową sterylizację płynów; 2) otrzymujemy niekiedy również i remisję neurologiczną.

To są najgłówniejsze tezy kliniczne, a teraz przejdziemy do niektórych rozważań natury teoretycznej.

Jak się należy zapatrywać na istotę zwolnienia? Chorzy, u których otrzymaliśmy zwolnienie, są pod względem klinicznym mniej lub więcej zdrowi. Ale czy zostali oni wyleczeni? Bynajmniej. Jakkolwiek objawy psychiczne ustąpiły, to jednak zmiany anatomiczne w mózgu, które były przedtem, pozostały i nadal, tak, iż anatomopatologicznie są oni w dalszym ciągu chorzy, i dlatego każdej chwili można się u nich spodziewać nawrotu objawów klinicznych. Ale zachodzi kwestja, czy są oni anatomicznie tak samo chorzy, jak przedtem, czy niema u nich żadnej poprawy anatomopatologicznej? Jest to bardzo ciekawy problemat.

Powszechnie niemal w nauce panuje pogląd, iż raz powstałe zniszczenie miąższu mózgowego żadną miarą wyrównać się nie może, i że wsteczny rozwój sprawy destrukcyjnej w mózgu jest nie do pomyślenia. Jednakże w ostatnich latach zjawily się prace, które nieco odmienne światło na tę sprawę rzucają.

Już w 1913 r. Spielmeier w pracy swej p. tyt.: „O leczeniu bezwładu“ mówi o nierzadkich przypadkach paraliżu, w których proces anatomiczny zatrzymuje się w rozwoju, a nawet cofa się. Ten sam pogląd wypowiada Spielmeier w odczycie, wygłoszonym w roku ubiegłym wspólnie z Plautem na posiedzeniu Instytutu psychiatrycznego w Monachjum. Spielmeier i Plaut spostzegali przypadek paraliżu, który po 9 letnim zwolnieniu zakończył się śmiercią, i w którym przy badaniu mózgu znaleźli tylko „residua“ procesu paralitycznego. W tymże odczycie autorzy ci powołują się na przypadek Schultze, w którym remisja trwała 14 lat i w którym Alzheimer, badając mózg znalazł również tylko „residua“ sprawy paralitycznej. Ten sam pogląd na możliwość poprawy anatomopatologicznej znajdujemy i w ostatniej pracy Gerstmanna, drukowanej w r. ub. w „Zeitschr. f. die Ges. Neur. u. Psych.“. Mówiąc w niej o swoich nowych próbach leczenia paraliżu zimnicy, Gerstmann zastanawia się nad kwestją, czy i o ile zwolnienia w paraliżu mają swój odpowiednik jakościowy i ilościowy w zmianach histologicznych mózgu. Dla rozstrzygnięcia kwestji powołuje się on na badania Sträusslera, robione na mózgach paralityków, leczonych przezeń zimnicą. Sträussler badał mózgi trzech paralityków, którzy dzięki zimnicy uzyskali zwolnienie i którzy zmarli w okresie remisji z powodu innej przypadkowej choroby, oraz mózg jednego paralityka, który pomimo leczenia zimnicą nie osiągnął remisji. Otóż w tych 3-ch przypadkach obraz histologiczny był tak słabo rozwinięty, iż na zasadzie tylko tego obrazu niepodobna byłoby, jak mówi Gerstmann, rozpoznać bezwładu. Obraz histologiczny w tych przypadkach wielce przypomina owe zmiany, jakie znajdujemy w przypadkach t. zw. paraliżu stacjonarnego, a jakie zostały opisane przez Alzheimera i Jakoba.

Z badań powyższych Spielmeyera, Plauta, Alzheimera i Sträusslera należałoby wyprowadzić wniosek, że zmiany anatomiczne w mózgu paralityków nie są tak bezwzględnie irreparables, jak to się zazwyczaj przypuszcza, i że remisji klinicznej towarzyszy prawdopodobnie i remisja anatomopatologiczna. Czy tak jest istotnie, pokażą to jeszcze przyszłe badania.

Na zakończenie poruszymy jeszcze jedną kwestję natury teoretycznej. Jak należy tłumaczyć sobie działanie zimnicy na przebieg bezwładu? Czemu należy przypisać wpływ pomyslny: podwyższonej ciepłocie, leukocytozie, czy też innym jakim czynnikiem?

Weichbrodt i Jahnel przypisują działanie lecznicze wysokiej ciepłocie, opierając się na swych doświadczeniach, które polegały na tem, iż króliki z zaszczepioną kiłą, poddawane były przez nich działaniu wysokiej temperatury: w tych warunkach krętki ginęły i szankry się goiły. Prócz tego Jahnel podaje, że w mózgach paralityków, którzy na 2—3 dni przed śmiercią mieli wysoką temperaturę, prawie nigdy nie znajdował krętków. Gdyby jednakże skuteczne działanie choroby zakaźnej zależało od wysokiej ciepłoty, to nie rozumieliśmy, dlaczego nukleonian sodu i inne preparaty nie działają tak skutecznie, jak infekcja.

Inni autorzy tłumaczą pomyslnie działanie choroby zakaźnej wzmoczoną leukocytozą. Przeciwnie jednak tej hipotezie występują Weichbrodt i Jahnel: pierwszy z nich powołuje się na fakt, iż w przebiegu tyfusu brzuszego, gdzie występuje leukopenia, widywano remisje u paralityków, drugi zaś podaje przypadek bezwładu, do którego przyczyniło się ropne zapalenie mózgu, a w którym mimo to znaleziono po śmierci liczne krętki w mózgu.

Najprawdopodobniejsza jest hipoteza Kirschbauma, Plauta i wielu innych autorów, według których leczenie chorobami zakaźnymi polega na działaniu ciał odpornościowych: szczepiąc infekcję, albo pobudzamy do życia niweczniki, które działają zabójczo jednocześnie na krętki blade, albo, być może, wraz z ciałami obronnymi przeciw danemu zakażeniu uruchomiamy na nowo ciała obronne przeciwko jadom syfilitycznym.

Z Zakładu Histologiczno-Embryologicznego Uniw. Warszaw.
(Dyrektor: Prof. dr. M. KONOPACKI).

W sprawie nowych płynów immersyjnych.

podał

Dr. P. SŁONIMSKI (Warszawa).

Okres wielkiej wojny europejskiej i powstała przezeń przerwa w normalnych stosunkach handlowych spowodowały brak w wielu krajach olejku cedrowego, tego powszechnie używanego płynu immersyjnego. Wprawdzie dziś jest on prawie wszędzie do nabycia, jednak z powodów, poniżej omówionych, wciąż spotykamy w piśmiennictwie głosy, dotyczące sprawy nowych płynów immersyjnych.

W naszym piśmiennictwie sprawę tę poruszył dr. W. Arnold w Polskiej Gazecie Lekarskiej z 22 Października 1922 (Nr. 43), omawiając możliwość zastąpienia olejku cedrowego olejkiem sandałowym. W związku z tą notatką nadmienić należy, iż dzięki wielkim zapasom olejku sandałowego w Gł. Składnicy Sanit. w Wiedniu olejek ten był dostarczany armii austriacko-węgierskiej w czasie ostatniej wojny zamiast olejku cedrowego.

Zwróćmy przedewszystkiem uwagę na te właściwości, jakie charakteryzować winny płyn immersyjny, aby mógł on całkowicie odpowiadać swemu celowi:

- 1) Winien posiadać odpowiedni współczynnik załamania światła (wynoszący w idealnym przypadku dla olejku cedrowego zgęszcz. 1,5163),
- 2) winien być możliwie bezbarwny,
- 3) nie powinien działać szkodliwie ani na substancję spajającą soczewki, ani na części optyczne lub mechaniczne mikroskopu,
- 4) powinien być łatwo usuwalny po użyciu,
- 5) winien posiadać odpowiednią lepkość.

W zakresie jednak tej ostatniej cechy musimy uwzględnić środowisko, w którym nasz preparat oglądamy. A więc przy oglądaniu zwykłych preparatów (zamkniętych w balsamie kanadyjskim) wysoka lepkość płynu będzie cechą pożądaną, gdyż umożliwi skośne ustawienie mikroskopu. Jeżeli jednak chcemy obejrzeć obiekt nasz, znajdujący się w ośrodku o niewielkiej lepkości (woda, płyn fizjologiczny, mocz)—to płyn o takiej lepkości, jaką obdarzony jest olejek cedrowy przy podnoszeniu obiektywu odrywa szkiełko przykrywkowe od podstawowego i powoduje niepotrzebną stratę czasu. To też w ostatnich czasach H. Hartridge (1920) zaproponował używanie w takich przypadkach prawie nasyconego roztworu jodu potasu w 50% wodnym roztworze gliceryny, jako płynu o współczynniku załamania światła, zbliżonym do olejku cedrowego, a nie powodującego tych komplikacji.

50% wodny roztwór gliceryny posiada $n_D=1,397$, dodając stopniowo KJ odpowiednio zwiększony współczynnik załamania światła, o czem łatwo przekonać się można, wprowadzając do przygotowanego płynu pałeczkę szklaną, której kontury stawać się będą coraz mniej wyraźne, aż znikną poczną przy odpowiedniej koncentracji.

Płyn ten posiada tę jeszcze zaletę, iż, jako rozpuszczalny w wodzie, nie zmusza nas do stosowania po jego użyciu płynów, szkodliwie działających na substancję spajającą soczewki obiektywu, jakimi są benzyna lub ksylol.

Drugim płynem, również rozpuszczalnym w wodzie, ale o większej lepkości, jest prawie nasycony roztwór cukru z KJ. Oba te płyny mogą być bardzo łatwo zrobione, a są bardzo tanie, przyczem, jak nas Hartridge zapewnia, nie oddziałują szkodliwie ani na części mechaniczne, ani optyczne mikroskopu.

Obok tych płynów, różniących się od olejku cedrowego przedewszystkiem swą rozpuszczalnością w wodzie, znamy obecnie szereg innych, mogących nam oddać w tym kierunku usługi. A więc z poszukiwań Wasickiego (1920) wynika, iż olejek sandałowy całkowicie może zastąpić olejek cedrowy, przyczem jego współczynnik załamania światła waha się w granicach 1,505—1,51, a lepkość jest nieco wyższa od lepkości olejku cedrowego. Posiada jednak wspólną z olejkiem cedrowym wadę, a mianowicie, jest bardzo drogi,

przyczem znajdująca się w handlu odmiana jego „wschodnia“ jest droższa od olejku cedrowego *).

Z płynów łatwo dostępnych i tanich użyte mogą być do naszych celów: 1) olejek rycynowy, jak wiadomo, obdarzony bardzo wysoką lepkością i posiadający $n_D=1,477$. Znajdujące się w handlu różne jego rodzaje pod tym względem wykazują tylko niewielkie wahania, 2) oleje parafinowe (Rowntree, Wasicky, Jensen) o współczynniku załamania światła, wahającym się w dość szerokich granicach i mogącym osiągać w odmianach mniej oczyszczonych 1,520. Niższy nieco współczynnik załamania światła, jak również ciemniejsza barwa są, pod względem praktycznym, prawie bez znaczenia. Zbyt niski współczynnik załamania światła może być łatwo skorygowany przez dodanie odpowiedniej ilości estru metylowego kwasu salicylowego ($n_D=1,5352$) (Wasicky), lub α -monobromonaftaliny (Jensen 1921) o $n_D=1,656$. Pierwszy z tych płynów miesza się doskonale zarówno z olejami parafinowymi, jak i z olekiem rycynowym. Z tym ostatnim olekiem miesza się również olejek cynamonowy ($n_D=1,567$) oraz aldehyd kwasu cynamonowego ($n_D=1,6111$). Jak się okazało z moich prób, aldehyd ten miesza się również z Bals. copaivae, przyczem odpowiednio sporządzona mieszanina okazała się zupełnie dobrym płynem immersyjnym, wypróbowanym w Zakładzie Bakteriologii (prof. Nitscha) oraz Hist. i Embriol. Uniwersytetu w Warszawie.

Bals. copaivae otrzymuje się z różnych drzew południowo-ameryk. z rodziny Copaifera i posiada, według Behrensa, współcz. zał. św.=1,517. Otrzymany z jednej z aptek warszawskich **), Bals. copaivae (Moracaibo) posiadał współczynnik zał. światła (oznaczony refrakt. Abbego w Zakł. fiz. Uniw.) nieco niższy i równy 1,5016. Mieszając 6% części Bals. copaivae (Maracaibo) z 1 cz. aldehyd.

*) Zdanie dr. W. Arnolda, iż „olejek sandałowy zawsze o wiele łatwiej i taniej otrzymać można, niż cedrowy“, o tyle jest nieścisłe, iż właśnie wysoka jego cena uniemożliwiła szerokie zastosowanie tego płynu w technice mikroskopowej (Neelsen i Schiefferdeker, Peterfi), Autor miał zapewne na myśli gatunek t. zw. zachodni, o czym jednak nie wspomina.

**) P. apt. A. Wierzbicie składam podziękowanie za udzielenie mi szeregu płynów dla moich celów.

cynamonowego otrzymujemy płyn immersyjny o współczynniku zał. światła=1,5162, a więc bardzo zbliżonym do najlepszego olejku cedrowego. Mieszając zaś 7 cz. Bals. copaivae (Maracaibo) z 1 cz. Ald. cynam., otrzymujemy płyn o współcz. zał. światła=1,515, a więc zawartym w środku skali wahań ol. cedrowego.

W ten sposób otrzymany płyn immersyjny okazał się całkowicie rozpuszczalny w alkoholu, eterze, benzolu i chloroformie w odróżnieniu od olejku cedrowego, którego rozpuszczalność w alkoholu jest bardzo słaba (1 cz. olejku na 32 cz. alk. 80%). Pozwala nam to stosować po jego użyciu alkohol, mniej szkodliwie działający na substancję spajającą soczewki obiektywu, aniżeli płyny, zwykle używane do czyszczenia soczewek po oleju (benzyna, ksylol).

Kończąc tę notatkę, chciałbym nadmienić, iż istnieją sposoby, udowodnione przez Köhlera (których z powodu szczupłości miejsca podać nie mogę), pozwalające nam (bez użycia refraktometru Abbego) dokładnie określić, czy badany płyn posiada niższy, czy też wyższy współcz. zał. światła od odpowiedniego szkielea przykrywkowego.

Do ogólnego zorientowania się służyć może porównawcze oglądanie okrzemek (których preparaty stałe są dołączane do mikroskopów) lub ziarenek skrobi, jak również obserwowanie zanikania konturów soczewki po zanurzeniu w płynie immersyjnym o odpowiednim współczynniku zał. światła.

Z danych, przytoczonych powyżej wynika, iż olejku cedrowego nie należy uważać za jedyny płyn immersyjny dla soczewek jednorodnych, i że dokładniejsza analiza mikroskopowa jest możliwa przy użyciu szeregu innych płynów.

Piśmiennictwo.

1) Behrens W. Tabellen zum Gebrauch b. mikroskop. Arb. her. v. E. Küster. Lipsk 1908. 2) Jensen V. Un nouveau liquide d'immersion. Compt. rend. d. Seanc. d. l. Société de Biologie (T. 84, Nr. 8) 1921. 3) Hartridge H. A water soluble immersion fluid. The Journ. of. Physiol. (T. 53 z. 6) 1920. 4) Köhler A. Methoden zur Prüfung der Lichtbrechung von Flüssigkeiten für homogene Immersion etc. Z. f. wiss. Mikrosk. (T. 37) 1920. 5) Rowntree. Journal of Pathol. and Bacteriol T. XIII str. 48. (cytowane według Jensa). 6) Wasicky R. Der Ersatz von Zedernöl durch andere Immersionsflüssigkeiten. Z. f. wiss. Mikr. (T. 37), 1920.

Z praktyki prywatnej.

Znaczenie rozpoznawcze bólów w letargicznym zapaleniu mózgu.

Wygłosił w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim dnia 18.X. 1923

Dr. med. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Epidemia letargicznego zapalenia mózgu, która grasowała na Wileńszczyźnie od jesieni r. ubiegłego, narazie ucihła, chociaż zupełnie nie wygasła: pojedyncze przypadki spotykamy jeszcze i do dziś dnia.

Przeglądając materiał własny za cały rok, licząc od października r. 1922 do października r. 1923, materiał, obejmujący 75 przypadków, pragnąłbym w obecnym krótkim komunikacie zwrócić uwagę na jeden objaw w różnorodnym ześpolu objawów, cechujących to cierpienie, mianowicie na bóle.

Pobudkę do zwrócenia specjalnej uwagi na ten temat stanowił wybitny przypadek z praktyki dni ostatnich.

Niedawno zostałam wezwany przez jednego z kolegów do chorego 64 letniego z powodu dręczących go bólów, które trwały już od dni 15, i które, jak mi opowiadali domowi, uważano początkowo za reumatyzm.

Bóle, które występowały w rozmaitych miejscach ciała, przeważnie w krzyżu, bynajmniej nie miały cech bólów reumatycznych; również nie miały one charakterystycznych cech zapalenia wielonerwowego.

Uderzający natomiast był stan ogólny, który, mimo ciepłoty zlekka podgorączkowej (maximum 37,3), sprawiał wrażenie niedomagania ciężkiego.

Sądźmy, że na bóle te należy się zapatrywać jako na wynik przyczyny ogólnej, przypuszczalnie jako na okres wstępny letargicznego zapalenia mózgu.

Po 2 dniach wystąpiła sztywność karku i mięśni rozginaczy w lewej nodze, na podstawie czego ustaliłem z całą stanowczością rozpoznanie letargicznego zapalenia mózgu. Po 3 dniach pacjent zmarł.

Powyższy przypadek, nie stanowiący bynajmniej wyjątku, dowodzi, że nie należy lekceważyć bólów, jako jednego z objawów encephalitis lethargicae.

Drugi podobny przypadek obserwowałem w marcu r. b. Dotyczył kobiety 32-letniej dobrej budowy, która przybyła z prowincji do Wilna z powodu bólów; udała się do lekarza, który przystąpił do leczenia domniemanej neuralgii prądem elektrycznym. W 5-tym dniu leczenia chora poczuła się niedobrze i zmuszona była pojechać dorożką do domu. Podniosła się ciepłota, i wystąpiły wymioty. Wezwany do niej najbliższy lekarz podejrzewał cierpienie mózgowe i nazajutrz wezwał mnie na poradę. Wykryliśmy nierówność źrenic, senność i bez wahania rozpoznaliśmy letargiczne zapalenie mózgu. Na drugi dzień chora zmarła.

Nie chcąc męczyć uwagi słuchaczy wyliczaniem szczegółów moich osobistych spostrzeżeń, nakreślę w ogólnych rysach stosunek bólów, jako objawu dominującego, w szeregu przypadków letargicznego zapalenia mózgu.

Silne bóle w rozmaitych częściach ciała występują często w okresie wstępnym letargicznego zapalenia mózgu: występują one już wtedy, kiedy inne objawy, właściwe omawianemu cierpieniu, jeszcze jaskrawo się nie zarysowują. Bóle te pojmować należy nie jako zaburzenie miejscowe; lecz jako wynik zmian ogólnych, do których należą np. wzmożone wydzielanie płynu, nacieki lub przekrwienie opon i t. d., więc są to bóle pochodzenia ośrodkowego. Owe bóle ośrodkowe dotyczą ponieważ ściśle ograniczonych miejsc, przybierając charakter bólów bar-

dzo silnych, rwących, dręczących, uporczywych, przyczem, — co zasługuje na uwagę, — uciskanie lub opukiwanie miejsc bolących czasami nie tylko nie potęguje bólu, jak to bywa np. w zapaleniu nerwów, lecz, przeciwnie, go łagodzi.

Nawiązując do tych ośrodkowych bólów, zaznaczam, że szlaki czuciowe, przebiegając w kierunku dośrodkowym, występują, jako do ośrodka pośredniczącego, do wzgórza wzrokowego, a więc sprawa chorobowa tego odcinka, — co opisał jeszcze w roku 1891 Edinger, — może również spowodować na obwodzie bóle t. zw. ośrodkowe.

Bechterew przypisuje pod tym względem szczególną rolę tylnej części wzgórza wzrokowego, a więc tym odcinkom, które tak często są objęte przez sprawę chorobową w encephalitis lethargica.

W parze z bólami ośrodkowymi spotykają się również bóle obwodowe, występujące wskutek zapalenia korzonków (radiculitis), niekiedy nerwobóle w ścisłym tego wyrazu znaczeniu.

Nareszcie anatomiczne podłoże bólów stanowi niekiedy leptomeningitis spinalis (Mingazzini).

Widać stąd, że podstawę anatomiczną bólów w zapaleniu mózgu śpiączkowym stanowią mogą sprawy następujące: proces zapalny istoty mózgowej, wzmożone ciśnienie płynu, zapalenie opon mózgowych, zapalenie obwodowe korzonków czuciowych, leptomeningitis spinalis i nareszcie ogólna intoksykacja, dzięki której pierwiastki trujące, krążące w ustroju wskutek zakażenia, wywierają, prawdopodobnie drogą chemiczną, wpływ na nerwy obwodowe.

Odróżnić klinicznie genenezę bólów tej lub owej grupy jest zadaniem niełatwym.

Osobliwości cech omawianych bólów przy braku obiektywnych oznak porażenia nerwów mogłyby wzbudzać podejrzenie sprawy czynnościowej, gdyby nie objawy ciężkiego ogólnego niedomagania. W niektórych przypadkach jednoznacznie z bólami lub w ślad za nimi zjawiają się zaburzenia hyperkinetyczne (choreatyczne, myokloniczne), przyczem jest godne zaznaczenia, że z chwilą, kiedy te ostatnie mocno się zarysowują, zaburzenia czuciowe (bóle) zwykle znikają. W innym znowu szeregu przypadków bóle owe trwają bez przerwy w ciągu tygodni i miesięcy, przyczem nie towarzyszą im objawy ruchowe. O uporczywości tych bólów

świadczy przypadek Sterna, dotyczący chorego, który, trapiący bólami w ciągu kilku miesięcy, pozabawił się życia.

Ze względu na to, że omawiane powyżej bóle występują niekiedy jako jedyny objaw cierpienia, wprowadzają one w błąd lekarza i utrudniają bardzo rozpoznanie t. zw. śpiączki.

W jednym przypadku, obserwowanym przeze mnie, rozpoznano na początku mylnie dusznicę bolesną na zasadzie bólów w okolicy serca, które były jednak objawem zapalenia śpiączkowego mózgu.

Przypominam sobie szereg przypadków, w których chorzy leczyli się w ciągu kilku dni u specjalistów chorób usznych wobec tego, że ból umiejscawiał się w okolicy ucha, przyczem mylnie wykonano przekłucie błony bębenkowej, a nawet przystąpiono do wykonania operacji na wyrostku sutkowym. Stern opisał przypadek, w którym u chorej na encephalitis amyostatica błędnie rozpoznano zapalenie stawu biodrowego i leczono w ciągu kilku miesięcy (ze względu na bóle biodra). Również są znane w piśmiennictwie przypadki, w których rozpoznawano zapalenie wyrostka robaczkowego lub dur brzuszny przy istnieniu początkowych bólów brzucha, jak objawów wstępnych encephalitis lethargicae.

O podobnych błędnych rozpoznaniach, w których dokonywano operacji na skutek mylnie tłumaczonych bólów, powstałych na tle śpiączki, ogłosił pracę Massari (Wiener Klinische Woch. 1920 r., Nr. 10). Z autorów, którzy zwrócili specjalną uwagę na znaczenie rozpoznawcze bólów, występujących w przebiegu śpiączkowego zapalenia mózgu, wymienić należy: Sterna, C. Massarięgo, Sica, Lérięgo, zwłaszcza zaś Stertza: ten ostatni uważał za właściwe wyodrębnić specjalną odmianę śpiączki (Schmerz-Encephalitis — Klinische Woch. 1923, Nr. 23).

Na podstawie spostrzeżeń osobistych i zaczerpniętych z piśmiennictwa ośmieliłbym się zaproponować, aby obok znacznych odmian encephalitis lethargicae, jako to: płasawiczej, myoklonicznej, amyostatycznej, mogła być również mowa o postaci newralgicznej, w której objawy bólowe wysuwają się na plan pierwszy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Ważniejsze zdobycze chemii fizjologicznej w r. 1923.

Gruczoły dokrewne. W tej dziedzinie największą zdobyczą jest odkrycie insuliny i jej techniczne otrzymywanie. Praca Dudleya (Bioch. Journ. 17, 376, 1923), podesunęła bardzo naprzód badania. Otrzymał on insulinę w formie pikrynianu i stąd za pomocą kwasu solnego wyprodukował insulinę w proszku, jako chlorowodorek, który nadaje się doskonale do użytku klinicznego, jest bowiem bardzo trwały i po rozpuszczeniu w wodzie może być chorym wstrzykiwany bez dodawania środków przeciwniejących. Nie mniejsze znaczenie miała praca Besta i Scotta (Journ. Biol. Chem. 57, 709, 1923), którzy uproszcili metodę otrzymywania insuliny i znacznie zwiększyli jej wydajność.

Wyczerpujące dane, kiedy i jak należy stosować insulinę w przypadkach cukrzycy u dorosłych i dzieci, znajdujemy w zeszycie Journ. of Metab. Res. 2, str. 547—986, 1923, poświęconym specjalnie kwestji, w pracach Bantinga i jego współpracowników, Joslina, Wildera, jakoteż Geyelina, Woodyatta i Allana.

Odkrycie insuliny zmieniło bardzo nasze poglądy na przemianę węglowodanów. Stwierdzono, że insulina nie działa przy podawaniu per os: Winter (Journ. of Physiol. 58, 18, 1923), jednak twierdzi, że podawana w roztworze alkoholowym wchłania się z żołądka i przechodzi do krwi. Natomiast po zastrzyknięciu insuliny pod skórę cukier we krwi prawie znika, tworzy się t. zw. „próżnia cukrowa“, Pomimo wielu badań, prowadzonych w tym kierunku, dotąd niewiadomo, co się z tym cukrem dzieje. Najprościej byłoby przypuścić, że cukier ten zamienia się na glikogen — jednak co do tego są podzielone

zdania, i raczej istnieją dane, obalające to przypuszczenie. Forrest, Devereux, Smith i Winter (J. Physiol. 57, 224, 1923) wysunęli bardzo ciekawą hipotezę, że glukoza we krwi normalnych zwierząt i ludzi różni się od glukozy we krwi diabetyków, mianowicie we krwi normalnej znajduje się γ — glukoza, a u diabetyków α . β . — glukoza. Funkcją insuliny byłaby przemiana α . β . — glukozy na γ — glukozę i w ten sposób umożliwienie dalszego żywienia cukrów. Hipoteza ta jednak nie została ostatecznie przyjęta.

Najprawdopodobniej działanie fizjologiczne insuliny jest analogiczne do rozpadu glukozy pod wpływem fermentacji alkoholowej. W tym wypadku tworzyłyby się pierwotnie kwas cukrowo-fosforowy i istotnie Wigleworth, Woodrow, Smith i Winter (J. Physiol. 57, 447, 1923) stwierdzili, że insulina ma bardzo wyraźny wpływ na przemianę fosforu, mianowicie zmniejsza się ilość fosforu nieorganicznego, a zwiększa ilość fosforu organicznego. Badania te są dopiero zapoczątkowane i będą miały doniosłe znaczenie przy wyjaśnieniu istoty przemiany węglowodanowej.

Odkrycie insuliny ma nie tylko znaczenie chemiczno-fizjologiczne, ale i kliniczne, gdyż pogłębia nasze badania nad istotą cukrzycy. Badanie cukrzycy wykłada to, że doświadczalnie można ją wywołać za pomocą różnych sposobów, tymczasem insulina wykazała nam, że cukrzyca kliniczna powstaje tylko wskutek niedomogi wydzielniczej trzustki.

Gruczoł tarczowy. Gdy w substancji czynnej gruczołu tarczowego Kendall wyodrębnił tyroksynę, pochodną tryptofanu — przypuszczano, że ostatecznie wyjaśniona została istota tego hormonu. Tymczasem Reid Hunt (Amer. J. Physiol. 63, 257, 1923), opierając się na zawartości jodu wykazał, że własności farmakologiczne gruczołu są silniejsze, niż tyroksyny. Tyroksyna pomimo swych cech ciekawych nie

wyjaśnia istoty funkcji tarczycy; być może, że przy otrzymywaniu częściowo inaktywuje się, lub też oprócz tyroksyny gruczoł zawiera jeszcze składnik, dotąd nieznan.

Przysadka mózgowa. Długo trwający spór, czy substancją czynną tylnej części przysadki jest histamina, został zdaje się ostatecznie rozstrzygnięty. Mianowicie Abel wydzielił substancję w stanie prawie chemicznie czystym, znacznie czynniejszą od histaminy.

Jajniki. Odkrycie insuliny pobudziło do badań nad hormonem jajników. Allen i Doisy (Journ. Amer. Med. Ass. 81, 819, 1923), badali działanie tego hormonu, opierając się na zupełnie nowych przesłankach. Dotąd robiono wyciągi albo z całego jajnika, albo z *corpus luteum* — natomiast powyżsi autorzy użyli płynu folikularnego z dojrzających pęcherzyków. Po strąceniu białka alkoholem i po oddzieleniu substancji lipidowych, produkt czynny rozpuścili w tłuszczu i wstrzykiwali zwierzętom. Na skutek tych zastrzyków budziły się u kastrowanych szczurów samice normalny popęd płciowy, a niedojrzałe młode samice szybko dojrzewały. Zupełnie te same wyniki otrzymano, stosując płyn folikularny innego zwierzęcia. Odkrycie to będzie miało doniosłe znaczenie w terapii. Preparaty jajnikowe, które obecnie są w handlu, tej substancji nie zawierają.

Witaminy. W roku ubiegłym zajęto się praktycznym zastosowaniem wyników badań nad witaminą antyrachityczną w celu zwalczania krzywic. Badania te zreferował Park Physiol. Rev. Vol. 3, 1923). Poza tem Evans i Bishop (J. Metab. Res. 3, 201 — 233, 1923), stwierdzili bardzo ważny fakt, że szczury, karmione sztucznym pokarmem który nawet w okresie powitaminowym był uważany za fizjologicznie zrównoważony, rosły i rozwijały się normalnie, ale się nie rozmnażają. Natomiast po dodaniu małej ilości jarzyn, sałaty i t. d., ta nienormalna cecha znika. Podobne zjawisko obserwowała Hartwell (Biochem. J. 16, 78, 1922) z wydzieliną gruczołów mlecznych. W tym wypadku zwierzęta też rozwijały się normalnie, ale gruczoły mleczne nie funkcjonowały. Świadczyłoby to, że rozmnażanie i produkcja mleka zależne są od jednej i tej samej witaminy. Poza tem Takahashi (J.

Chem. Soc. Jap. 43, 828, 1922), wydzielił podobno witaminę A, czyli antokseroftalmiczną w postaci chemicznie czystej; praca ta wymaga jednak jeszcze potwierdzenia. Takahashi zmodyfikował tran ługiem i z czynnej frakcji oddzielił witaminę A od cholesterolu. Stwierdzono, że w ten sposób otrzymana witamina pochłania tlen z powietrza, zyskuje na wadze i staje się fizjologicznie nieczynna, co już zresztą oddawna było znane. Aczkolwiek dotychczas rozporządzamy tylko streszczeniem tej pracy, jednak i z niego można wyciągnąć cenny wniosek, a mianowicie, że przy pracach z witaminą A, należy się wystrzegać tlenu.

W związku z tem należy zaznaczyć, że Mc. Collum, Simmonds, Becker i Shipley (Johns Hopkins. Hosp. Bull. 33, 229, 1922) stwierdzili, że w tranie znajdują się dwie witaminy antyokseroftalmiczne i antykrzywicy, które łatwo odróżnić się dają. Jeżeli tran zostaje nagrzewany i utleniany, to pierwszą witaminę niszczymy, druga zaś pozostaje nienaruszona. Fakt ten stwierdzili i inni badacze.

Chemoterapia. Jacobs i Heidelberger, poszukując nowych związków arsenu w celu leczenia kiły, syntetyzowali cały szereg ciał chemicznych, które jednak okazały się bezskuteczne. Jeden z tych preparatów, nazwany tryparsenem, bezskuteczny przeciwko kile, okazał się podług Lorenza, Loevenharta i innych (Journ. Amer. Med. Ass. 80, 1497, 1923) wybitnie czynnym przeciwko zjawiskom parasyfiliacznym. Jeżeli spostrzeżenie to zostanie należycie sprawdzone i potwierdzone, będzie to miało znaczenie nie tylko praktyczne, ale i teoretyczne. Mianowicie, ponieważ zarazek kiły pierwotnej poddaje się działaniu zwyczajnych związków arsenu i rtęci, a zarazek parasyfiliacznym ginąłby tylko od tryparsenu, przeto te dwie postacie zarazka dałyby się rozróżnić na drodze chemoterapeutycznej.

Jednocześnie przeczyłoby to mniemaniu Ehrlicha, że czynne są tylko związki bardziej zredukowane, a więc arsen pięciowartościowy, a natomiast arsen mniej zredukowany, trójwartościowy, jak w tryparsenie, musiałby być nieczynny w stosunku do krętka bladego.

F.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Anatomja patologiczna.

P. DELBET. Co wiemy o przyczynach powstawania nowotworów złośliwych. (Bull. du cancer. T. XII Nr. 8, 1923).

Po rozpatrzeniu szczegółowym rozmaitych czynników chemicznych, fizycznych, mechanicznych i pasorzytniczych, za pomocą których wywoływano doświadczalnie nowotwory złośliwe; po odparciu zarzutów, które czyniono przeciwko uznaniu ich za przyczyny powstawania nowotworów, autor przychodzi do przekonania, że zmiany zasadnicze w nowotworze polegają na zmianach w samej komórce. Pod wpływem pewnych czynników komórka nabiera siły rozrostowej, traci zdolność różniczkowania się, nie liczy się z potrzebami ustroju i rośnie pasorzytniczo, egoistycznie.

Opierając się na doświadczeniach Loeba (sztuczne zapłodnienie) autor przedstawia sobie nowotwór, jako wynik zmian w komórce natury fizyczno-chemicznej, zmian w stanie kolloidów jądra i zarodki.

Dalej autor omawia t. zw. usposobienie do nowotworów, pokreślając, że wiek tu roli nie odgrywa, dziedziczność może być przyjmowana pod uwagę tylko jako zaburzenia rozwojowe (znamiona macierzyste, zablakane resztki narządów lub tkanek z okresu rozwoju rodzajowego lub osobniczego, grupy komórek odsznurowanych i t. d.).

Teorię zakaźną nowotworów autor zupełnie odrzuca i przychodzi do następujących wniosków:

1) W walce z rakiem największą rolę odgrywa profilaktyka;

2) trzeba unikać zewnętrznych czynników, podrażnień, uszkodzeń (znamiona macierzyste, leukoplakja, plamy);

3) zalecać używanie sztucznych nawozów pod warzywa, które jada się na surowo (doświadczenia Fibigera ze *spiroptera*, *taenia*).

J. Dąbrowska.

ROUSSY i LEROUX. O rako-mięsakach. (Bull. de l'Assoc. franc. pour l'étude du cancer. Zeszyt 5. 1921).

Poglądy autorów na histogenezę rako-mięsaków nie są zgodne.

1) Ehrlich i Apolant, badając nowotwory szczepione u myszy, doszli do wniosku, iż są to raki o słabym wzroście, w których podścielisko łączno-tkankowe przyjmuje charakter mięsaka.

2) Hanselman i Schlagenhauser uważają, iż są to nowotwory złożone, w których jeden z elementów, nabłonkowy lub łączno-tkankowy, biorą przewagę nad drugim.

3) Peyron i Masson uznają, że drogą anaplazji komórki nabłonkowe mogą się przeistaczać w komórki łączno-tkankowe i odwrotnie.

4) Roussy i Leroux sądzą, że należy wyodrębnić z grupy rako-mięsaków część nowotworów, które, pochodząc z jednej tylko tkanki — nabłonkowej przyjmują kształt wrzcionowaty swych elementów komórkowych z zachowaniem cech tkanki nabłonkowej.

Opierają oni swe twierdzenie na następujących spostrzeżeniach:

1) Komórki raka eksperymentalnego u myszy mogą przybierać wygląd wrzcionowaty, zachowując jednak zdolność wytwarzania pereł.

2) Nieraz spotyka się przerzuty rakowe, podczas gdy guz na miejscu szczepienia ma wygląd mięsaka, chociaż szczepiony był rak.

3) W przypadku podobnego nowotworu u człowieka, opisanym przez autorów, wykazać można stopniowe przekształcanie się komórek rakowych w komórki wrzcionowate, które nie są jednak zdolne do wytwarzania włókien klejodajnych, a więc nie są to komórki łączno-tkankowe.

Wszystkie te nowotwory autorowie zaliczają do grupy raków wrzcionowatomórkowych.

W dyskusji Masson odrzuca dawną doktrynę o listkach zarodkowych. Tkanki mezenchymy nie pochodzą z pierwotnej mezodermy, dopełniają je elementy pochodzenia nabłonkowego. Stąd wynika, że tylko zróżniczkowanie histologiczne komórek decyduje o jej charakterze, nie zaś pochodzenie.

Masson spostrzegał raki znamienia macierzystego, podobne do przypadku autorów, w których produkcja istoty podstawowej była wyraźna, więc to nie jest niemożliwością.

W nowotworach gruczołów ślinowych komórki nabłonkowe wykazują zdolność anaplazji w kierunku mezenchymy. Komórki rakowe zmieniają swój kształt i naturę, wywołując zjawianie się włókien klejodajnych w istocie bezpostaciowej, która je otacza.

Dlatego Masson uważa nazwę „raki wrzecionowato-komórkowe” za niewłaściwą. Rozróżnia on rako-mięsaki, mięsako-raki i mięsaki niezależnie od punktu wyjścia, jeżeli tylko wykazują one cechy histofizjologiczne elementów mezenchymalnych.

Studując raki gruczołów ślinowych, Leroux przyszedł do wręcz odmiennych wniosków. Niema tu miejsca wytwarzanie się kleju, lecz zanik włókien podścieliska w otoczeniu komórek nowotworowych, który występuje jako swoista obrona ze strony tkanki, doprowadza do zwyrodnienia komórek nowotworowych, i tem samem wstrzymuje szybki wzrost guza.

J. Połtorzycka.

M. ASKANAZY. Amyloid sutki i zależność powstawania tegoż od czynności narządu. (Ziegl. Beit. T. 71. Z. 3. str. 583. 1923).

Autor przeprowadził badanie gruczołu sutkowego w 41 przypadkach sekcyjnych skrobajacy ogólnej. Wśród tych 41 przypadków było 23 mężczyzn i 18 kobiet. Mniej lub więcej wybitne zmiany skrobiowate stwierdzono w 12 przypadkach (7 mężczyzn i 5 kobiet).

Mikroskopowo stwierdzono: 1-o Największe zmiany skrobiowate tuż pod nabłonkiem przewodów mlecznych, między nim a pochewką elastyczną. 2-o Rzadziej i mniej rozległe zmiany można było wykazać w błonie właściwej kanalików i pęcherzyków gruczołowych. Występowały one głównie przy niedorozwoju tych ostatnich. 3-o Zmiany te mogą się również umiejscawiać w brodawce i otocze sutkowej oraz w tkance tłuszczowej sutki. 4-o Naczynika włosowate około-przewodnikowe również mogą ulegać zmianom skrobiowatym. Są to jednak zmiany wtórne. 5-o Bardzo rzadko zmiany te występowały w tkance łącznej, w nerwach obwodowych (ciałka Paciniego). 6-o Sposób umiejscawiania się tych zmian jest analogiczny do obrazów, spostrzeganych przez Schildera w gruczołach łojowych i potowych w skrobawicy skóry. Na zasadzie własnych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Tkanka elastyczna nie wywiera wybitnego wpływu na odkładanie się amyloidu.

2) Umiejscowienie się zmian amyloidowych tuż pod nabłonkiem w gruczołach mlecznych, potowych i łojowych; tuż pod śródbłonkiem — w naczyniach włosowatych; w otocze komórek tłuszczowych i w „istocie kitowej” mięśni prze-mawia, zdaniem autora, że komórki wogóle, a nabłonkowe w szczególności nie są w stanie zatrzymać ciała skrobiowatego. Zostaje ono zatrzymane w miejscach wyżej wyszczególnionych. Częściom tym należy przypisać rolę ochronną.

3) Odkładanie się amyloidu jest bądź sprawą chemiczną, bądź też chodzi tutaj o sprawę adsorbcyjną.

4) Nie ulega wątpliwości, że odkładanie się amyloidu stoi w związku z rodzajem czynności pewnych narządów. Bliżej jednak tego związku nie możemy określić, ponieważ nie mamy danych dokładnych o istocie chemicznej sprawy skrobiowatej.

5) Nasilenie czynności narządu najwidoczniej nie wywiera żadnego wpływu na zwiększone odkładanie się amyloidu.

W.Czarnocki.

DELBET, CHAMPY i LEROUX. Sposoby szybkiego przygotowania preparatów histologicznych dla umożliwienia rozpoznania podczas operacji. (Bull. du cancer T. XII Nr. 8. 1923).

Na posiedzeniu komisji do opracowania „techniki szybkiego przygotowania preparatów histologicznych w celach rozpoznawczych” Delbet wypowiedział się, że używany dotąd sposób badania skrawków mrożonych daje wyniki niepewne w trudnych przypadkach.

Champy wprowadza swój sposób badania, wypróbowany przez chirurga J. L. Faure'a na 51 przypadkach.

1) Brać wycinki z rozmaitych miejsc guza grubości około ½ cm., o ile możności, najcieńsze,

2) gotować w próbówce z roztworem: alkoholu absolutnego i formaliny 40% w stosunku 3:1 w ciągu 2 minut,

3) robić skrawki brzytwą ręcznie (po przez rdzeń z dzikiego bzu),

4) barwić w odczynnikach, przygotowanych na szkiełkach zegarkowych:

a) hematoksylina Ehrlicha stężona — ½ minuty,

b) nasycony roztwór alkoholu pikrynowego — kilka sekund,

c) alkohol 95°,

d) alkohol absolutny — czas trzymania zależnie od grubości skrawków,

e) ksylol,

f) kropla olejku goździkowego.

Jądra barwią się na czerwono — amarantowo, inne składowe części na żółto — ceglasto.

Autor podkreśla, że uprzednio trzeba nauczyć się odczytywać obrazy w podobnych skrawkach, porównując je z preparatami, utrwalanymi w formalinie i zatapianymi w parafinie, dlatego, że cały szereg szczegółów ma zupełnie inny wygląd. Badanie zabiera 4—8 minut i daje wyniki zupełnie dostateczne.

Leroux krytykuje ten sposób, uważając go za ulepszony nieco sposób starych autorów; obcuje za badaniem skrawków mrożonych, nie utrwalanych i barwionych w roztwach wodnych, a nie alkoholowych, i za rozpatrywaniem ich w kropli roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

Dąbrowska.

Chemja fizjologiczna.

L. MARCHLEWSKI i Z. WIERZCHOWSKI. Studja nad witaminami. Część I. (Pamiętnik Państw. Inst. Naukow. Gospodarstwa Wiejskiego w Puławach. Tom. 2. Część II. Zeszyt I i II. 1922 r.).

Wychodząc z założenia, że witaminy odgrywają ważną rolę w żywieniu ludzi i zwierząt, twierdzą autorzy na wstępie pracy, zgodnie z poglądami K. Funka, że dalecy jeszcze jesteśmy od chwili rozwiązania problemu sztucznego wytwarzania środków spożywczych, nie znając istoty chemicznej witamin. Praca, posiadając wiele cech oryginalności, od-kłada klasyfikację witamin (Mc. Collum i Davis) do czasu ich chemicznego zbadania, wysuwa natomiast na pierwszy plan stwierdzenie natury chemicznej tej bodaj najważniejszej części składowej pokarmów. Poczyniono w tym kierunku wiele prób. Ustanowiono że witaminy znajdujące się w ziarnkach zbóż, poddane ogrzewaniu (ponad 130° C w ciągu 51 godz.) tracą swe własności odżywcze. Do doświadczeń używano gołębi. Beri-beri występowało przy takim żywieniu najwcześniej po 11 dniach, zaś śmierć po 20 dniach. Ponieważ gołębie, w miarę postępowania choroby, traciły apetyt, przeto w celu uniknięcia zarzutu, że przyczyną ich śmierci był głód, dokarmiano ptaki w drugiej serii badań, z chwilą wystąpienia objawu utraty łaknienia, ogrzaną, jak powiedziano wyżej, pszenicą. Pokazało się, że sztuczne dokarmianie przedłużyło tylko na pewien czas okres życia, nie chroniąc od śmierci. Większość pokarmu znajdowano w wolu, niestrawione. Innemu gołębiowi w tej samej serii do pokarmu dodano wodnego wyciągu witamin z otrąb, od chwili okazania się pierwszych objawów chorobowych (puszenie się upierzenia); po 4 dniach gołąb fruwał; po 53 dniach odzyskał początkowy ciężar ciała. Na drodze wyosobnienia witamin używali autorzy otrąb pszenicznych, które ekstrahowano 6 krotną ilością wody, zakwaszonej 0,1% HCl w ciągu 6 godz. w temp. 45—50°, przy stałym mieszananiu otrąb. Działanie ekstraktu, w ten sposób otrzymanego, okazało się skuteczniejsze od ekstraktu alkoholowego autorów japońskich. Z wyciągu wodnego starano się wyosobnić samą witaminę. W tym celu po odstawieniu się otrąb, odpuszczano płyn lewarem, a otręby wyciskano na prasie; wyciąg wodny neutralizowano amonjakiem. Osad otrzymany przy zubożeniu zbierano na sączkach, przemawano i suszono w temperaturze zwykłej; nie zawierał on wcale witamin. Przesącz zadano amonjakalnym roztworem azotanu srebrowego; otrzymuje się osad delikatny barwy brązowo-zielonej. Rozcieńczony kwas solny rozpuszcza i rozkłada część tej substancji. Płyn odsączony, odparowano w próżni (temp. 40°) do suchości i rozpuszczono w małej ilości wody. Skutek leczniczy, powodowany

przez ten roztwór, był nadzwyczajny. Gołąb typowo chory w 3 godz. po dawce 3 cm. sz. płynu ma wygląd zdrowego ptaka. Były czynione dalsze próby w celu związania witaminy z kwasem pikrynowym. Otrzymano istotnie krystaliczny pikrynian witaminy w formie żółtej masy, której skutek leczniczy był szybki i niezwykle silny. Z 1 kg. otrąb pszennych otrzymywano 0,022% pikrynianu witamin. Próby z kurami, żywionymi pszenicą, ogrzewaną do 130°, dawały wyniki analogiczne z wynikami u gołębi. Obraz chorobowy różnił się tylko w tym sensie, że, o ile u gołębi występowało na plan pierwszy skrócenie głowy, kury doświadczały porażenia nóg. Pikrynian witaminy wpływa korzystnie na wzrost i wagę młodych gołębi. Przypuszczają autorowie, że witamina, chroniąca od beri-beri, jest również tą substancją, która powoduje wzrost młodych organizmów. Celem zbadania ilości kwasu moczowego, z którego, zdaniem Funka, u zwierząt ssących, prócz człowieka, pod wpływem pewnego eozynu urytolitycznego, wytwarza się allantoina, stojąca w związku z witaminą beri-beri, wobec czego, zwierzęta te, rzekomo, na ten rodzaj awitaminozy nie chorują, zbierano ilościowo kał i mocę gołębi chorych. Wyniki oznaczeń kwasu moczowego w odchodach powyższych gołębi przedstawiają się niezwykle ciekawie. Przeciętna zawartość procentowa tego kwasu maleje w miarę postępu choroby, by zniknąć zupełnie w najgwałtowniejszym ataku choroby. W miarę postępu leczenia zawartość kwasu moczowego wzrasta. Wskazuje to na odmienny przebieg przemiany materii u gołębi zdrowych i chorych, a zarazem rzuca pewne światło na istotę choroby awitaminozowej i na rolę witamin w organizmie.

A. Czarniecki (Wilno).

E. POULSSON. O witaminie A i tranie. (La presse méd. Nr. 14, 1924).

Tran należy do rzędu tych leków, których użycie oparte jest wyłącznie na podstawach empirycznych. Pierwotnie, jako środek domowy, był on ogromnie rozpowszechniony wśród norweskiej ludności rybaczkiej; od lat prawie stu tran został przyjęty także przez świat naukowo-lekarski. Sposób otrzymywania tranu przez rybaków był niezwykle prosty: wątroby ryb, bez należytego oczyszczenia, składano do otwartych beczek, gdzie z jednej strony pod wpływem ciśnienia, z drugiej zaś wskutek autolizy i gnicia trwającego tygodniami a nawet miesiącami, wydzielal się tłuszcz, który następnie rozlewano do flaszek. Własności lecznicze tranu przypisywano w początkach obecności związków organicznych fosforu, kwasów tłuszczowych i t. d. Odstąpiono jednak w ciągu ostatnich 60—70 lat od tego poglądu i zaczęto uważać tran, jako środek pokarmowy wysokowartościowy. I ten punkt widzenia nie mógł się długo utrzymać, gdyż, jak wykazały badania kliniczne, tran posiada pewne właściwości, których nie posiadają inne tłuszcze, np. roślinne. Czynniki ten, stanowiący o leczniczej własności tego środka, wielu autorów upatruje w rozpuszczającej się, w tłuszczach witaminie A. Brak tej witaminy powodował u młodych doświadczalnych szczurów zatrzymanie się wzrostu, zanik i zmiękczenie rogówki. Śmierć następowała w ciągu kilku tygodni wobec ogólnego wycieńczenia. Zwierzęta były bardzo usposobione do chorób zakaźnych (biegunki, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc odoskrzelowe, czyraki). Powstało pytanie, czy podobne stosunki mogą zachodzić u ludzi. Odpowiedź brzmi twierdząco. Oto przykład: wielkie znaczenie w Japonii miała do pewnego czasu choroba dziecięca zwana Hikan, której przebieg odpowiadał objawom chorobowym u doświadczalnych zwierząt, pociągając za sobą liczne zgony i kalectwo (ślepotę) u dzieci. Pokazało się, że dzieci, po odjęciu od piersi, były karmione mącznymi potrawami wobec braku mleka. Po zastosowaniu tłuszczów z ryby *Petromyzon marinus*, a głównie tranu, bojowy chorobowy zaczęły ustępować już po 12 godzinach.

Autor na podstawie doświadczeń stwierdza, że organizm zwierzęcy, nie produkuje witamin; synteza ich następuje w roślinach, skąd z pożywieniem przechodzą do zwierząt trawożernych, a dalej mięsożernych. Witamina A jest obecną we wszystkich zielonych liściach, ziarnkach zbóż, tłuszczach zwierzęcych, z wyjątkiem słoniny, jest w małych ilościach w mięsie, w nieco większej ilości w różnych narządach gruczołowych, takich, jak wątroba i nerki, lecz wcale albo prawie wcale niema jej w tłuszczach roślinnych. Najbogatszymi źródłami tej witaminy są: mleko, masło i tran.

Hopkins stwierdził, że tran, co do zawartości witaminy A jest 200—300 razy czynniejszy od masła. Stwierdzono również, że witamina nie jest enzymem. Dzieci z mlekiem matki otrzymują potrzebną ilość witamin. W okresie pierwszych lat życia dzieci powinny otrzymywać: mleko, masło, jarzyny, jaja umiarkowanie i tran. Mleko jest doskonałym pokarmem, — posiada bowiem prócz pierwiastków odżywczych, inne znane nam witaminy. Zalety tranu, jako środka odżywczego i leczniczego, polegają na łatwym wchłanianiu go przez organizm, tran wnosi, przy względnie małych ilościach, dużo materiału palnego (łyżka tranu daje około 130 kalorii).

Przechodząc kolejno do sprawy krzywicy, zgadza się autor, że awitaminoza jest jedną, lecz nie jedyną przyczyną powstawania tej jednostki chorobowej. Tran stanowi niezmiernie ważny środek antyrachityczny, nie jest jednak środkiem niezawodnym. Posiada tran również znaczenie zapobiegawcze.

Przy leczeniu osób dorosłych, których organizm jest rozwinięty, wpływ witaminy A jest mniej wydatna witamina ta ma większe znaczenie kiedy chodzi o odnawianie się tkanek (wychudnięcie, rekonwalescencja).

E. Czarniecki (Wilno).

R. HAUSKNECHT. Badania nad antagonizmem pomiędzy solami sodu i potasu w fenomenach hydratacji. (An. de méd. T. XIV Nr. 6, 1923, str. 451);

Widali i jego szkoła dowiedli, iż zatrzymanie wody w ustroju jest uzależnione od chlorku sodu. Badanie stosunków pomiędzy bilansem chlorowym, a wagą chorych wykazało, że zatrzymaniu wody towarzyszyło zatrzymanie chloru, i, odwrotnie, wyzbywanie się wody było połączone z nadmiernym wydalaniem chloru. Na podstawie tego wnioskowano o wodochłonnych własnościach chloru w ustroju. Badania nad znaczeniem chloru i sodu w tych sprawach przechodziły rozmaite sprzeczne ze sobą okresy. Dopiero późniejsze, bardziej wszechstronne doświadczenia, dowiodły, że zatrzymywanie wody w organizmie jest zawsze połączone z zatrzymaniem sodu, a odwadnianie zależy od jego wydalania. W przeciwieństwie potas i wapień posiadają działanie odwadniające; mianowicie zastępują one sód we krwi i sokach, przez co potęgują wydalanie jego połączone z diurezą.

Autor wykonał cały szereg badań, aby tezę powyższą poprzeć. Badania te można podzielić na 3 grupy:

- 1) Stosunek chorych z obrzękami i ludzi zdrowych do chlorku sodu i potasu, wprowadzanych *per os*.
- 2) Jakie jest działanie soli innych, niż chlorowe (dwuwęglan sodu i potasu) w przypadkach zapalenia nerek z obrzękami, w moczówce cukrowej i miażdżycy.
- 3) Czy fosforan sodu posiada działanie analogiczne do innych soli sodu.

Doświadczenia H. polegały na tem, że odpowiednich chorych poddawał djeście bezsolnej i podawał im od 10,0 — 30,0 gr. odpowiedniej soli. Obserwował jednocześnie wagę chorych, ilość dobową moczu i bilans chlorowy.

Doświadczenia te (w liczbie 7) pozwoliły autorowi wyprowadzić wnioski następujące:

- 1) Chlor w sprawie zatrzymania wody w ustroju roli żadnej nie odgrywa, za tem przemawia:
 - a) że po wprowadzeniu węglanów i fosforanów sodowych występowało zatrzymanie wody połączone z eliminacją chloru;
 - b) natomiast zaś podawanie chlorku potasu wywiera moczące działanie.
- 2) W chlorku sodowym — soli najbardziej wodę chłonną — sód jest częścią czynną.
- 3) To działanie sodu uwidacznia się i przy podawaniu innych, niż chlorowe, soli sodu, jako to dwuwęglanu i fosforanu sodu. Sole te również wywołują zatrzymanie wody.
- 4) Jednak chlorek sodu posiada najsilniej wyrażoną własność wodochłonną.
- 5) Więc anion chloru obok katjonu sodu ważną odgrywa rolę.
- 6) Potas jest środkiem antagonistycznym w stosunku do sodu, mianowicie odwadniającym.
- 7) Takie odwadniające działanie wywiera w równej mierze chlorek, jak i dwuwęglan potasu.
- 8) Działają one za pośrednictwem sodu.

A. Siedlecka.

E. SIGNAC. Hematoidyna i jej stosunek do barwnika krwi i żółci. (Virchows Archiv. B. 243. s. 273):

Na zasadzie badań własnych i danych z piśmiennictwa, autor wyciąga wnioski następujące:

1) Hematoidyna występuje w tkankach w rozmaitych stanach skupienia: bezpostaciowym, krystalicznym lub też przepaja równomiernie elementy tkankowe:

- a) w krwiakach — hematoidyna występuje we wszystkich postaciach;
- b) na obwodzie zawałów białych — występuje ona w postaci t. zw. krystalitów: globulitów, trichitów lub sferoidów. W jednym przypadku autor spostrzegł kryształ w postaci słupków romboidalnych.

2) Hematoidyna jest ciałem rozpuszczalnym w sokach ustrojowych. Nie wytwarza się tam, gdzie ją wykazujemy mikroskopowo. Do wypadnięcia jej, względnie do wykrystalizowania są potrzebne pewne warunki fizyczno-chemiczne.

3) Między wykrystalizowaniem hematoidyny i solami Ca musi zachodzić jakiś bliższy związek. Za tem przemawia wykrycie przez autora w globulitach t. zw. kompleksu białkowo-wapniowego.

4) Kwestja budowy chemicznej hematoidyny nie jest rozstrzygnięta ostatecznie. Należy ona bądź do hematorfiryn, bądź jest równoznaczna bilirubinie.

5) Co się tyczy powstawania hematoidyny, to mamy tylko hipotezy. Powstawanie jej w otoczeniu ognisk zawałowych polegać winno na utlenianiu. Przy tem procesie brać należy również pod uwagę obecność glikogenu.

6) Należy odrzucić pogląd W. H. Browna, który twierdzi, że hematoidyna stanowi część barwną hemosyderyny. W. Czarnocki.

N. SSOKOLOFF. Badania doświadczalne nad hypercholesterynemją. Virch. Arch. B. 245. 1923, str. 203):

Badania lat ostatnich wykazały, że hypercholesterynemja odgrywa ogromną rolę w powstawaniu rozmaitych spraw patologicznych. Celem pracy autora jest wyjaśnienie pewnych momentów w powstawaniu hypercholesterynemji i jej dalszego przebiegu. Praca składa się z 2-ch części: 1-szą stanowią badania nad cholesterynemją pokarmową; w 2-jej zebrane są badania nad wahaniami ch. we krwi w zatruciach i nad rolą wątroby w przemianie cholesterynowej. Do swych badań doświadczalnych S. używał psów i królików. Zwierzęta te o odmiennym typie odżywiania inaczej oddziałują na wprowadzanie cholesteryny dojelitowej.

I część. Po wprowadzeniu królikom dojelitowo (w przeciągu 3-ch dni) cholesteryny ilość tej ostatniej we krwi wzrastała się dość znacznie, u psów zaś bardzo niewiele. U psów spostrzegano naogół duże wahania w zawartości ch. we krwi i w oddziaływaniu na pokarmową ch.

U zdrowych młodych ludzi wprowadzanie ch. (3,0 gr. dziennie) nie wywoływało zwiększania się jej ilości we krwi.

II część. W piśmiennictwie autor znalazł tylko kilka wskazówek, co do zawartości ch. we krwi w zatruciach i o stosunku zatrutego organizmu do pokarmowej ch. (Bang, Feigl przy zatruciu królików otrzymywali hypocholesterynemję). W swoich doświadczeniach autor zatrącał psy i króliki Ph., As., kollargolem, toksyną błoniczą. Otrzymał następujące wyniki: u zatrutych zwierząt spostrzegł niewielką hypercholesterynemję, która bardzo się wzrastała przy dojelitowym podawaniu ch. U królików to zjawisko występowało daleko wyraźniej, niżli u psów.

Aby rzucić pewne światło na rolę wątroby w przemianie cholesterynowej, autor badał również cholesterynemję u psów i królików z częściowo usuniętą operacyjnie wątrobą lub z przeważającym przewodem żółciowym. Przy częściowym wycięciu wątroby—wyniki były nie wyraźne, przeważanie zaś przewodu i podawanie ch. przez usta wywoływało hypercholesterynemję.

Badania były przeprowadzane i na ludziach ze schorzeniami wątroby. U niektórych chorych (marskość przerostowa, zanikowa, dwużylna) podawanie cholesteryny wywoływało znaczną cholesterynemję.

Autor wykonał zbyt mało doświadczeń, aby wyprowadzać wnioski o roli wątroby w przemianie cholesterynowej, lecz jego doświadczenia pozwalają przypuszczać, że hypercholesterynemja przy podawaniu ch. u tych chorych zależała od niesprawnej czynności wątroby.

A. Siedlecka

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

M. GROSSMANN i J. SANDOR. Farmakologia kliniczna nitrogliceryny. (Klin. Wochenschr. Nr. 40, 1923):

Autorzy usiłują dać odpowiedź w pracy niniejszej na 2 pytania:

1) Czy działanie nitrogliceryny napewno można uważać za działanie nitritów?

2) Na czym polega niejednokrotnie podnoszona różnica w działaniu nitrogliceryny, podanej pod postacią tabletek, czy też — kropeł?

Co do pytania 1: nieproporcjonalnie małe dozy nitrogliceryny w stosunku do innych nitrytów (wyjąwszy amylum nitrosum) wywołują to samo działanie. H. a. y. znajdował przyczynę tego zjawiska w rozkładaniu nitrytów przez kwas solny soku żołądkowego, gdy tymczasem nitrogliceryna miała być rozszczepiana na składniki, działające dopiero poniżej żołądka. Autorzy nie zgadzają się z twierdzeniem H. a. y., gdyż parenteralne podawanie nitrytów dla osiągnięcia efektu wymaga tych samych dawek, co i stosowanie przez usta. Chcąc odpowiedzieć na pytanie 2:, autorzy podawali szeregowi chorych i zdrowych ludzi nitroglicerynę pod postacią 1% alkoholowego roztworu (8 kropeł na dawkę) w następujący sposób: 1) przez sondę do żołądka; 2) przez sondę do dwunastnicy; 3) płukanie ust (8 kropeł leku + 15 ccm. wody); 4) na język (parlingualnie); 5) w zwykły sposób przez usta (8 kropeł + 15 ccm. wody).

Efekt działania badano za pomocą mierzenia ciśnienia krwi i wykresu tętna. Wyniki otrzymano naogół zgodne, a mianowicie okazało się, że najsilniejsze działanie, wyrażone przez znaczny spadek ciśnienia krwi i dwubitność tętna, wywiera nitrogliceryna podana parlingualnie, albo też w pewnej ilości wody do płukania jamy ustnej. Zwykle podawanie Ng. per os wywiera działanie słabsze i później występujące, a natomiast Ng., podana przez sondę do żołądka lub dwunastnicy, nie wywiera żadnego działania.

Jeżeli tabletki, zawierające Ng., rozpułwiają się w ustach, to działają one bardzo dobrze, jeżeli zaś są połykane w stanie niezmienionym, to nie wywierają prawie żadnego działania.

A więc niema zasadniczej różnicy w podawaniu Ng. pod postacią tabletek, czy też kropeł: efekt działania zależy tylko od długości pozostawania Ng. w jamie ustnej.

Szybkie i silne działanie Ng. autorzy przypisują głównie jej wielkiej rozpuszczalności w lipidach.

Jan Trzebiński.

Znieczulanie.

LOUDARD, JEAN et SOLCARD. W sprawie znieczulania lędźwiowego. (Journ. de Chir. T. XXII, Nr. 2. 1923).

Spostrzeżenia autorów dotyczą 1038 przypadków znieczulenia lędźwiowego. Na osobnych kartkach notowane były w czasie operacji: ciśnienie krwi, ciśnienie płynu rdzeniowego, powikłania bezpośrednie i późniejsze. 3 zejścia śmiertelne autorzy tłumaczą nieprawidłowym zastosowaniem znieczulenia w 1 przypadku wstrząsu urazowego, a w 2 — bakterjemji, która spowodowała zapalenie opon. Zawodu całkowitego nie mieli ani razu, częściowe zaś — w 2% przyp. Zjawiska, często występujące bezpośrednio po zastrzyknięciu, związane są z zakłóceniem równowagi ciśnienia płynu, są przejściowe i łatwo dają się opanować. Zaburzenie oddychania na początku jest objawem b. groźnym, świadczącym o zatruciu osrodków w rdzeniu przedłużonym, i tu wchodzi w grę sztuczny oddech, wstrzyknięcie kofeiny do worka rdzeniowego i t. p. Następce bóle głowy, spostrzegane w 5%, mogą stać w związku tak ze wzmocnieniem, jak z obniżeniem ciśnienia płynu; w pierwszym przypadku dają dobre wyniki kilkakrotne nakłucia lędźwiowe, w drugim — podskórne wstrzyknięcia surowicy. Autorzy są przeciwnikami t. zw. wysokiego znieczulania, chętnie stosując znieczulanie lędźwiowe dla okolic, położonych niżej przepony (kończyny dolne, krocie, jama brzuszna). Przeciwwskazania są następujące: 1) stany wstrząsu, 2) silna niedokrewność, obniżone silnie ciśnienie krwi, łatwa pobudliwość nerwowa, 3) ropne schorzenia, szczególnie związane z bakterjemją, wreszcie 4) gruźlica i kiła.

Kohán.

COTTE. Miejscowe znieczulanie macicy. (Presse méd. Nr. 4. 1923).

C. stosuje miejscowe znieczulanie macicy przy drobnych zabiegach, jak naprz. wyskrobaniach, wycinaniu polipów. Technika: 30—40 ccm. 1% nowokainy wstrzykuje się ze sklepień bocznych do szerokich wiązań, które leżą na odległości pół ctm. od szyi macicy i na głębokości 1 ctm., następnie ze sklepienia przedniego do przestrzeni między macicą i pęcherzem, ze sklepienia tylnego do wiązań krzyżowo-maciczych.

A. Floksztumpf.

Lecznictwo.

H. HAUTCHER. Drenowanie w chirurgji. (La Presse Méd. Nr. 3, 9 janvier 1924).

Obecne sposoby drenowania ran nie dają chirurgom pełnego zadowolenia. Tampony z gazy, knoty, zwinięte pasy z gumy, rurki gumowe zakładane do ran nie wypełniają swego zadania należycie, a nieraz wręcz przynoszą szkodę. Pasy gazy mogą odprowadzać z rany tylko płyny o małej gęstości, gęstej ropy nie tylko nie wchłaniają, ale naodwrot — stanowią korek, który zamyka ujście. Knoty, które mają działać na mocy praw włosowatości, także często nie dają oczekiwanych rezultatów, ponieważ, aby fenomen włosowatości powstał, musi płyn układać się w nitki włosowate, a nie materiał drenujący. Lepsze już rezultaty dają zwoje gumowe, ale te trudno wprowadzić do rany, a po wprowadzeniu w krótkim czasie zlepiają się i deformują. Dreny w postaci rur gumowych pozbawione są plusów, jakie daje włosowatość.

Dla każdego rodzaju płynu, w zależności od jego gęstości, lepkości, zawartych w nim zawiesin, musimy stosować inny sposób drenowania. Ideałem będzie dren, który nadawałby się do wszystkich rodzajów płynu — taki dren istnieje. Jest on zrobiony z kauczuku i składa się, na przekroju, z szeregu ostrych kątów skierowanych wierzchołkami ku środkowi, w środku może być otwór. Dren taki działa na mocy praw włosowatości i może być zastosowany do różnej gęstości płynów. Odprowadza znacznie więcej wydzieliny, niż dren w postaci rury, i robi to szybciej, a jeżeli zważymy, że każda rana nie tylko wydziela, ale i wchłania wydzielinę, nieraz bardzo nawet jadowitą, to zrozumiemy, że dużo zależy od szybkości odprowadzania. Dren wspomniany, będąc sztywniejszym, łatwiej daje się wprowadzić do rany, a ponieważ nie ma bocznych otworów, więc nie może być zatykany przez wrastającą w nie ziarninę.

Mierczyński.

Choroby zakaźne.

GERBAS. Stosunek własności biologicznych szczepów Löfflerowskich do ciężkości przebiegu błonicy. (La pédiatrie styczni 1924 r.).

Przedmiotem badań autora były: a) stosunek pomiędzy zjadliwością i jadowitością szczepów wyosobnionych u różnych pacjentów w rozmaitych okresach choroby; b) zależność form klinicznych od zjadliwości szczepów; c) stosunek jadów błonicych do przeciwciał znajdujących się w handlu. Na przebieg kliniczny składają się 2 czynniki: jadowitość szczepu, który wywołał zakażenie, i konstytucja chorego. U osobników nieobciążonych szczepu zjadliwe wywołują przebieg kliniczny ciężki, szczepu niejadowite dają przebieg lekki. Natomiast u osobników obciążonych wszelki szczep jadowity lub niejadowity wywołuje objawy ciężkie. Największy wpływ na przebieg choroby ma podawanie przeciwciał, które powinno nastąpić w dużych dawkach w ciągu pierwszej doby.

H. Hirsfeldowa.

CH. SARRONY, V. GILLOT i A. MOSCA. Ukryte i złagodzone postacie duru wysypkowego u dzieci. (Arch. de Méd. des Enfants T. XXVII Nr. 1).

Podczas epidemii duru wysypkowego w Algierze w 1921 r. poczyniono szereg spostrzeżeń nad osobliwościami tej choroby u dzieci. Odsetek chorych dzieci dochodził do 30. Podobnie, jak w czasie epidemii w Rosji, Rumunii i Macedonji stwierdzono, że im młodsze jest dziecko — tem większa jest jego odporność na dur wysypkowy: przypadki zachorowania w 2-im okresie dzieciństwa były bardzo rzadkie, a w wieku do 2-cho lat nie napotymano ich wcale. Lecz co najważniejsze, spostrzegano cały szereg przypadków, w których dur u dzieci przebiegał w postaci utajonej lub

bardzo łagodnej. Rozpoznanie opierało się tutaj głównie na dodatnim odczynie Weil-Féliksa z odmianem X¹⁹, gdyż objawy chorobowe były nietypowe i lekkie, a w postaciach ukrytych przebiegały bez wysypki. Nasuwa się myśl, czy nie pozostaje nierozpoznaną pewna liczba przypadków duru u dzieci, co może sprzyjać szerzeniu się tej choroby, gdyż przy braku rozpoznania nie przeprowadza się natychmiastowego odwzienia, kąpeli i t. d. Przebiecy duru o formie nietypowej w dzieciństwie tłumaczyłoby lekkość jego przebiegu u pewnej liczby krajowców wtenczas, kiedy europejczycy świeżo przybyli do Algieru chorowali ciężko. Jednym słowem, należałoby sądzić, że mały odsetek duru wysypkowego u dzieci mógłby znacznie powiększyć się, gdyby wszystkie przypadki ukryte i nietypowe były rozpoznane.

A. Skarko.

Choroby płuc.

H. OSKE. O znaczeniu szybkości opadania krwinek i odczynu urochromogenowego dla rokowania w gruźlicy płuc. (Beitr. z. Klin. d. Tub. 1924, T. 57 z. 3). Aczkolwiek sam objaw opadania krwinek nie jest swoisty dla gruźlicy, i szybsze opadanie spostrzegamy w całym szeregu cierpień, to jednak autor stwierdził, że łagodne postacie gruźlicy odznaczają się powolnym opadaniem, złośliwe — bardzo szybkim opadaniem krwinek. Utajone postacie gruźlicy posiadają prawie normalne liczby.

Co się tyczy odczynu urochromogenowego, to każdy przypadek gruźlicy z odczynem dodatnim należy uważać za znajdujący się w stanie czynnym. Postacie początkowe lub zdążające do bliznowacenia dają odczyn ujemny. Stałość odczynu dodatniego przemawia za beznadziejnością przypadku.

M. G.

K. VÖLCKERS. O praktycznym użytkowaniu szybkości opadania czerwonych krwinek dla rozpoznawania i rokowania gruźlicy w wieku dziecięcym. (Beitr. z. Klin. d. Tub. 1924, t. 57 z. 3). Nie należy zapominać, że wszelki proces zapalny w ustroju może wywołać przyspieszenie opadania krwinek. Autor badał wartość tego objawu w gruźlicy chirurgicznej i wypowiada się w tym względzie na ogół ujemnie. Podobnie niepewna jest ta metoda badania i pod względem rokowania, skoro nierzadko nawet w ciężkich postępujących przypadkach szybkość opadania stale trzyma się w granicach normalnych.

M. G.

O. ZÖCKLER. Wartość opadania krwinek czerwonych dla rozpoznawania i rokowania w gruźlicy płuc w przedstawieniu graficznym. (Beitr. z. Klin. d. Tub. 1924, t. 57 z. 3).

Opadanie krwinek czerwonych może być użyte tylko z zastrzeżeniami do rozpoznawania sprawy gruźliczej i nie daje żadnych wskazań co do okresu (według Turban-Gerhardta), w jakim sprawa chorobowa się znajduje. Natomiast szybkość opadania odpowiada intensywności procesu chorobowego. Wreszcie odczyn powyższy może rzucić pewne światło w czasie obserwowania chorego na rokowanie (zbliżanie się lub oddalanie od liczb normalnych).

M. G.

H. FORTWÄNGLER. Gruźlica przed, w czasie i po wojnie. (Beitr. z. Klin. der Tub. t. 56 z. 3).

Spostrzeżenia oparte są na materiale kliniki prof. JAKSCHA w Pradze i doprowadziły do znanych już obecnie wniosków, że: 1) pod wpływem wojny liczba absolutna przypadków śmierci z gruźlicy wzrosła podobnie, jak i odsetek śmiertelności; 2) wraz z poprawą odżywiania i zmniejszenia się innych wpływów szkodliwych wojny śmiertelność z gruźlicy spadła do i poniżej normy; 3) śmiertelność wzmożona szczególnie stwierdzono w wieku młodzieńczym.

M. G.

R. NIEMEYER. Stan sprawy Friedmanna i wyniki stosowania jego środka leczniczego w gruźlicy płuc. (Beitr. z. Klin. d. Tub. t. 56 z. 3).

Autor stosował w 40 przypadkach przewlekłej gruźlicy płuc jednokrotne zastrzyknięcie środka Friedmanna, ściśle stosując się do przepisów wynalazcy. Wynik po 1—1½ roku był taki sam, jaki bywa i po nieswoistym leczeniu. Wpływu szkodliwego nie mógł stwierdzić.

M. G.

HARMS. O samowyleczeniu gruźlicy. (Beitr. z. Klin. d. Tub., t. 56 z. 4).

Autor ilustruje na przykładach, że samowyleczenie gruźlicy w pierwszym okresie jest prawidłem i że wiek niemowlę-

cy nie jest w tym względzie wyjątkiem. Nacieki zapalne — dość częsta postać okresu pierwszego i drugiego — mają również wielką skłonność do znikania. Ta znaczna tendencja do samostnego gojenia się zakażenia pierwotnego utrudnia, zdaniem autora, obiektywną ocenę leczenia swoistego. Autor jest zwolennikiem korzystania z określania szybkości opadania krwinek czerwonych dla celów leczniczych: jest np. przeciwny stosowaniu tuberkuliny, o ile występuje dłużej trwające przyspieszenie opadania krwinek. Wypowiada się również przeciwko masowemu stosowaniu ambulatoryjnemu tuberkuliny u dzieci, nawet w formie wcierań, gdyż i tu niezbędne jest indywidualizowanie i dokładna obserwacja.

M. G.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

I. A. FERRATA (Napoli). *Le Emopatie*. Vol. I. Societa Editrice Libreria Milano, 1922 str. 482 i 21 tablic wielobarwnych.

II. J. JOLLY. *Traité technique d'Hématologie*. Maloine et Fils, Paris 1923, str. 1131 z 699 rysunkami i 1 tablicą wielobarwną.

III. Otto NAEGELI. *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik*. IV vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. Springer. 1923, str. 587, 37 rysunków i 25 tablic wielobarwnych.

I. Książka Ferraty stanowi 1-ą część szeroko zakrojonego dzieła, jest poświęcona wyłącznie morfologii krwi; druga część ma być poświęcona seminologii i schorzeniom krwi oraz narządów krwiotwórczych. Najważniejszą część książki zajmuje opis morfologii i morfogenezy krwi, bardzo szczegółowy, uwzględniający nie tylko całe piśmiennictwo przedmiotu, ale i badania własne autora, oddawna chlubnie znanego na polu hematologii. Z pośród wielu kwestyj, na nowo opracowanych, przez F., zaznaczymy tu tylko niektóre.

Według F. wszystkie komórki krwi, zarówno ciała czerwone, jak i białe, pochodzą od jądrowej wspólnej komórki macierzystej t. zw. *hemocytoblastu*, który jest morfologicznie identyczny z *myeloblastem* Naegelięgo. Komórce tej w tkance łącznej odpowiada *hemohistioblast*, należący do grupy komórek t. zw. *chromofilowych* (komórki wędrujące *Maksimowa*, *klasmatocyty* *Ranviera*, komórki adwentyjne *Marchanda* i *śródbłonek naczyń*) — słowem typy pochodzenia *mezenchymatycznego*. Z tej komórki macierzystej pochodzą następujące serie rozwojowe komórek:

1. Grupa *megaloblastów*, z nich najmniej dojrzały *promegaloblast*, dojrzewający w *megaloblast bazofilowy*, następnie w *chromatofilowy* i *ortochromatyczny*, a w końcu w *megalcyt*. Komórki te normalnie zjawiają się czasowo w pierwszym okresie życia zarodkowego, w stanach zaś patologicznych jedynie w niedokrwistości złośliwej i w ciężkiej białaczce, w szpiku normalnym ich niema.

2. Grupa *normoblastów* z następnym cyklem rozwoju: *proerytroblast*, *erytroblast bazofilowy*, *polichromatofilowy*, *ortochromatyczny*, *erytrocyt krwi normalnej*. Ten rozwój odbywa się normalnie w szpiku kostnym, patologicznie zdarza się w niedokrwistości złośliwej i w białaczce, najczęściej zaś w zwykłej anemii.

3. Grupa *monocytów*: *monoblast* (Ferraty), *monocyt*.

4. Grupa *leukocytów*: *myeloblast*—*promyelocyt*—*metamyelocyt* — *granulocyt*.

5. Grupa *limfocytów*: *limfoblast*—*prolimfocyt* — *limfocyt*.

6. Grupa *megakarjocytów*: *megakarjocytoblast*—*megakarjocyt limfoidalny* (Ferraty), *megakarjocyt ziarnisty*—*piastrinoblast* (Ferraty) — *płytki* (*piastri*).

F. nie znajduje żadnego związku genetycznego między grupą *megaloblastów* a *normoblastów*: komórki te wybitnie różnią się pomiędzy sobą nie tylko wielkością, ale i budową jądra. Co się tyczy stosunku *myeloblastu* do *hemocytoblastu*, to według F. ten ostatni nie zawiera nigdy ziaren *azurofilowych*, tam zaś gdzie one są, mamy już do czynienia z *myeloblastem* albo *proneutrofilowym*, albo *proerytrofilowym* albo też *probazofilowym*. Ziarna te według F. we wszystkich tych pierwotnych *granulocytach* wyraźnie się pomiędzy sobą różnią i co do wielkości i co do chromofilii.

Wszystkie opisane powyżej postacie komórkowe opisuje F. jaknajdokładniej, wyjaśnia ich pochodzenie, rozwój i miej-

sce powstawania. Bardzo szeroko uwzględnia przytem piśmiennictwo wszechświatowe, nie pomijając autorów polskich. Niestety, badania ref. nad *myologonią* nie zostały przez autora uwzględnione (podręcznik był pisany podczas wojny), poglądy jednak innych autorów uwzględnia jaknajszczegółowiej, przyczem stara się być jaknajbardziej obiektywnym.

Oprócz części morfologicznej książka zawiera szczegółowy opis metod badania i barwienia krwi.

Największą zaletą i ozdobą książki stanowią jednak tablice wielobarwne, w liczbie 21 sztuk, technicznie wspaniale wykonane i nadzwyczaj wiernie oddające obrazy mikroskopowe najrozmaitszych komórek krwi. Bez przesady można powiedzieć, że żaden z dotychczasowych podręczników hematologicznych, nie wyłączając nawet atlasu *Peppenhaima* i jego przeróbek, nie obfituje w takie bogactwo form komórkowych krwi, ułożonych pedagogicznie w pewien określony system i nie przeładowanych mnóstwem szczegółów często dla czytelnika zupełnie zbędnych. Najwięcej miejsca (11 tablic) poświęcił F. rozwojowi *erytroblastów*, o których już dawniej ogłosił cały szereg badań niezmiernie cennych. Jestto, zdaniem mojem, jedyne źródło dokładnego poznania postaci i rozwoju tych komórek, o których dotychczas wybitni nawet hematolodzy bardzo mętne mają pojęcie. Tablice te są, zresztą, same przez się tak pouczające, że pozwalają na korzystanie z książki nawet nie władającemu językiem autora. Pozazdrościć należy włochom tego pięknego podręcznika — nie znając na nim wcale piętna niedoli powojennej, tak trapiącej nasze piśmiennictwo. Z niecierpliwością oczekiwać będziemy ukazania się 2-jej części dzieła, tak pięknie rozpoczętego.

II. Książka Jollyego stanowi będzie epokę w hematologii. Autor, dyrektor pracowni histologicznej w *École des Hautes Études au Collège de France*, podaje nam pod powyższym skromnym nagłówkiem nader bogatą treść. Książka obejmuje bowiem nie tylko technikę hematologiczną i embriologiczną, lecz bardzo szczegółowo opracowaną, morfologię i morfogenezę krwi, zarówno w życiu zarodkowym, jak i pozazarodkowym, i, co najważniejsze, nie tylko u człowieka, ale i u zwierząt, poczynsz od najniższych aż do najwyższych. Co się tyczy techniki, to znajdujemy tu nie tylko bardzo szczegółowo opracowane metody badania krwi i narządów krwiotwórczych u ludzi i zwierząt, lecz nadzwyczaj dokładnie opisane metody badania rozwoju krwi u zarodków, pozwalające i mniej obeznanemu z przedmiotem, samemu zająć się tą niezmiernie ciekawą i dotychczas niezupełnie wyjaśnioną sprawą. Poza tem znajdujemy w książce bardzo szczegółowe uwzględnienie morfologii normalnej i patologicznej krwi i narządów krwiotwórczych, uzupełnione całym szeregiem badań doświadczalnych, stanowiących niezbędne dopełnienie i wyjaśnienie sprawy histogenezy krwi.

Autor w zakresie bardzo szerokim posiłkuje się piśmiennictwem, na każdym jednak kroku widać wybitny udział jego w rozwoju hematologii. Najobszerniejszy jednak dział, traktujący hematogenezę, stanowi całkowicie płód własnych poszukiwań autora, nieraz nawet nieopublikowanych i tu dla czytelnika w sposób dydaktyczny opracowanych. Jestto zarazem najciekawsza i najlepiej opracowana część książki, którą z pożytkiem przeczyta nie tylko lekarz, ale zarówno histolog, jak i embriolog i fizjolog.

Z mnóstwa poruszonych w książce kwestyj zatrzymamy się tu tylko nad niektórymi, głównie dla porównania poglądów w tej mierze autora z poglądami Ferraty i Naegelięgo (p. III). Autor zgodnie z Maksimowem i Ferratą, a wbrew Naegeliem uważy za macierz wszystkich komórek krwi komórkę, mającą wszelkie cechy leukocyty i identyczną z *myeloblastem*. Z niej powstają i leukocyty i limfocyty i erytrocyty. J. nazywa pierwsze erytroblasty, zjawiające się u zarodka, komórkami pierwotnymi (*primordial*), są one duże, nie zawierają jąderka (wbrew Ferracie) i szybko znikają, ustępując miejsca nowemu pokoleniu erytroblastów mniejszych od poprzednich — *krwinkom wtórnym*. Z tej grupy komórki, nieobfitujące w hemoglobinę, nazywa J. *megaloblastami*, obfitujące zaś — *normoblastami*. Subtelnych różnic, opisywanych przez Ferratę i Naegelięgo w budowie jądra *normoblastów* i *megaloblastów* J. nie widzi i twierdzi, że *megaloblasty* przechodzą w *normoblasty*. To samo mniej więcej dotyczy *myeloblastów* i dużych *limfocytów*, które promiscue nazywa często *leukoblastami*, określenie używane dotychczas w innym zupełnie sensie.

Wogóle autor mało uwzględnia różniczkowanie komórek

krwi na zasadzie budowy jądra. Jako histolog pur sang, operuje on przeważnie metodami utrwalania i barwienia czysto histologicznymi, które wprawdzie w jego ręku dają bardzo cenne wyniki, ale nie nadają się do uwydatnienia tych subtelnych różnic w budowie jądra, jakie dają metody czysto hematologiczne i które tak dużą rolę odegrały w hematologii. Jest to może jedyny brak książki, który konieczne wymaga uzupełnienia. Pod tym względem autor dzieli los innych skądinąd wybitnych histologów, jak Maksimow i Weidenreich, których poglądy, wskutek okoliczności wyżej wspomnianych, trudno bardzo porównać i pogodzić z poglądami hematologów.

Książka jest pisana nadzwyczaj przystępnie, jasno, to też czyta się ją z prawdziwą przyjemnością. Ogromna obfitość bardzo subtelnych i eleganckich, przeważnie przez samego autora, wykonanych rysunków nadzwyczaj ułatwia zrozumienie tekstu, a jedna bardzo piękna tablica barwna, zawierająca nie mniej, a może więcej, niż 45 komórek, uzupełnia po części opisane braki.

Nie mogę pominąć milczeniem nadzwyczajnej skromności autora, który nigdzie w wykładzie swoim nie wysuwa się na pierwszy plan, chociażby do tego miał niejednokrotnie najzupełniejsze po temu prawo.

Wogóle książka przedstawia niewyczerpaną skarbnicę bardzo cennych wskazówek, zarówno technicznych jak i morfologicznych. Aczkolwiek napisana dla biologów wogóle, może ona z pożytkiem być czytana przez szeroki nawet ogół nie tylko lekarzy ale i studentów. To też wydanie jej w przekładzie polskim uważałbym za przysługę, okazaną naszemu skąpemu w podręczniki dorobkowi pedagogicznemu. W każdym jednak razie żadna pracownia naukowa, mająca choćby tylko styczność z biologią, bez tej książki nie będzie mogła się obejść.

(D. n.).

St. Klejn.

BITTORF. Niedożywianie i choroby ze specjalnem uwzględnieniem nietypowych postaci niedokrwistości złośliwej. (Münch. Med. Woch. 1923, 14).

Już podczas wojny stwierdzono zwiększenie liczby limfocytów i komórek eozynoficznych we krwi oraz zubożenie erytrocytów w cholesterynę, nierzadko spostrzegano też nie normalny odczyn szpiku kostnego na bodziec zakaźny, np. występowanie limfocytozy, zamiast leukocytozy. Nie ulega wątpliwości, iż częstsze występowanie anemii wtórnej, skazy krwotocznej oraz gnilca zależy od wadliwego odżywiania, powodującego przede wszystkim uszkodzenie ścianek naczyń włosowatych. Wreszcie autor opisuje szczegółowo postać głodową niedokrwistości złośliwej Biermera, którą obserwował 5 razy. Postać ta różni się dłuższym przebiegiem. Skóra jest blada, ale żółto-woskowy odcień jest b. słabo zaznaczony; urobilinogen wzgl. urobilina brakuje w moczu stale albo przez dłuższy czas, bilirubinaemia jest b. nieznaczna. Obraz krwi też wykazuje odchylenia od postaci typowej: Wskaźnik krwink jest często mniejszy od 1, makrocyty i megaloblasty, często też normoblasty brakują stale albo przez dłuższy czas. Niebacząc na powyższe odchylenia od normy, autor zalicza obserwowane przez siebie przypadki do niedokrwistości złośliwej Biermera, a to na tej zasadzie, iż w jednym z wypadków, który przebiegał początkowo jako typowa niedokrwistość złośliwa, w okresie nietypowego przebiegu wyłuszczone śledzionę i stwierdzono w niej zmiany charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej; w innym znowu wypadku wystąpiły typowe objawy rdzeniowe, a przy drażnieniu szpiku kostnego przez stosowanie neosalvarsanu, caseosanu oraz przy wyłuszczeniu złedziony zwiększała się urobilinuria oraz występowały makrocyty we krwi; w trzecim wypadku, w którym po 5 latach nastąpiła śmierć wskutek ciężkiej niedokrwistości (Hgb 10%), nie stwierdzono ani megaloblastów ani makrocytów, wskaźnik przed śmiercią wahał się około 1, we krwi stwierdzono tylko pojedyncze normoblasty i mikrocyty. Autor przypuszcza, iż przyczyną niedokrwistości złośliwej są jady, wytwarzające się w jelitach najprawdopodobniej z mięsa i tłuszczów pokarmowych. Na potwierdzenie tego przypuszczenia autor przytacza również spostrzeżenie, iż wśród chorych na niedokrwistość złośliwą stwierdza się ludzi b. wrażliwych na mięso i tłuszcze. Przy niedożywianiu na skutek ograniczonego spożywania mięsa i tłuszczów zmniejsza się produkcja jadów w kanale pokarmowym, dlatego też działanie toksyczne na szpik kostny i krew jest znacznie słabsze i przebieg choro-

by jest bardziej łagodny. Na podstawie powyższego dochodzi autor do wniosku, iż u chorych na niedokrwistość złośliwą należy zwracać na dietę większą uwagę niż dotychczas. Węglowodany zdają się być nieszkodliwymi, natomiast ilość mięsa i tłuszczów pokarmowych należy ograniczyć i sprzyjać ich rozszczepieniu przez podawanie pankreatonu.

D. Redel.

E. MEULENGRACHT. 5 przypadków niedokrwistości złośliwej w jednym rodzie. (Fol. Haem., t. XXVIII, zes. 3).

Autor opisuje 5 przypadków niedokrwistości złośliwej, które miały miejsce w jednym i tym samym rodzie, i, zestawiając je ze spostrzeżeniami innych badaczy, podziela pogląd Schumann'a o dziedzicznym podłożu niedokrwistości złośliwej, zarówno t. zw. kryptogenetycznej jak i wywołanej przez botriocephalus. Niedokrwistość złośliwa występuje u osobników dziedzicznie usposobionych, gdy przyłącza się czynnik, ujawniający chorobę. W Finlandji, gdzie nosiciele botriocephalus jest bardzo dużo, tylko u 1% tych nosicieli występuje an. pern., u tych mianowicie, którzy są dziedzicznie usposobieni. Niedokrwistość złośliwa „kryptogenetyczna“ idzie stale w parze z achylią. Być może, czynnikiem ujawniającym jest tu właśnie schorzenie przewodu pokarmowego, dzięki któremu wchłaniają się do ustroju z jelit substancje hemotoksyczne. Jednak tylko u nieznacznej części achylików występuje an. pern. u tych mianowicie, którzy są dziedzicznie usposobieni. Martius uważa również achylię za chorobę, wywołaną przez czynnik endogeny, dziedziczny. Są spostrzeżenia o występowaniu w jednym i tym samym rodzie niedokrwistości złośliwej naprzemian z achylią.

A. Lapidus.

BARKAN. W sprawie leczenia niedokrwistości dużemi dawkami żelaza. (Klinische Wochenschr. 37/38, 1923).

Jak wykazał Lindberg żelazo podawane w stanach niedokrwistości lub blednicy działa daleko skuteczniej, kiedy jest podawane w dawkach 10-krotnie przewyższających zwykłe dawki lecznicze. Opierając się na doświadczeniu Lindberga podawał Barkan (w klinice Morawitz'a) ferrum reduetum w proszku w opłatkach w ilości 0,5 do sześciu razy dziennie, tak że dawka dzienna wynosiła 3 g.

Podczas takiego leczenia ilość hemoglobiny już po 10 dniach wzrastała o 30%. Żadnych objawów nietolerancji żelaza, tak częstych przy stosowaniu małych dawek, nie stwierdzano. Podczas podawania wysokich dawek żelaza należy starać się utrzymać w czystości jamę ustną. Autor wskazuje, że kilka przypadków niedokrwistości, które nie poprawiały się pod wpływem zwykłego leczenia żelazowego, po zastowaniu wysokich dawek żelaza szybko powróciło do zdrowia.

L.

H. OPITZ. Leczenie małokrwistości u dzieci za pomocą przelewania krwi. (Klinische Wochenschrift Nr. 9, 1923).

Autor stosuje transfuzję krwi u dzieci niedokrwistych na tle zaburzeń pokarmowych, wychodząc z tego założenia, że czas potrzebny dla wyrównania deficytu we krwi po zastowaniu wszelkich środków leczniczych u dzieci tego rodzaju jest bardzo długi, a pozątem w okresie tym dzieci są mniej odporne i narażone są na możliwe choroby zakaźne. Oprócz tego system krwiotwórczy u dzieci normalnych jest i tak zbyt obciążony, aby utrzymać krew w równowadze. W tym celu zostały wykonane w przeciągu ostatnich 3 lat u 22 dzieci transfuzje krwi cytrynianowej (50 razy dożylnie, a 20 do żołądka). Wyniki były nadzwyczaj pomyślne. Obecne czerwone ciała pozostały w krwiobiegu zdolne czynnościowo i życiowo. Ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek stopniowo wzrosła i utrzymała się na tym poziomie przez kilkanaście obserwacji. Jednocześnie znikły objawy rozpadu i zwyrodnienia. Również liczba białych ciałek i płytek wzrosła, słowem krew przyjęła cechy normalne. Celem przyspieszenia poprawy u dzieci transfuzję wykonywano z początku co 3 tygodnie, a w końcu co 5 dni i przytem wybierano najcięższe przypadki, u których liczba czerwonych ciałek wynosiła 1 milion. Ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego nie było. U dzieci po transfuzji zmieniło się usposobienie, rozwijały się one bardzo dobrze, również odporność dzieci wzrosła. Znaczenie też transfuzji polega na tym, że odbarcza system krwiotwórczy i wzmacnia siłę i odporność organizmu.

Goldinberg.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnętrznydzielnicych.

L. ASHER. Wydziałanie wewnętrzne a fagocytoza. (Klin. Woch. Nr. 8, 1924).

Wychodząc z założenia, że hormony narządów o wydziałaniu wewnętrznym wzmagają ogólną odporność ustroju, A. określił zdolność pochłaniania cząsteczek węgla przez białe ciała krwi u zwierząt zdrowych, oraz pozbawionych tarczycy lub jajników. Okazuje się, że po usunięciu jajników zdolność fagocytywa leukocytów zmniejsza się dosyć wydatnie, najwyższy jednak stopień upadku owej zdolności stwierdza się u zwierząt, pozbawionych tarczycy.

Według A. spostrzeżenie to może być użytkowane jako wskaźnik hypotyreoidyzmu.

Erik Joh. KRAUS. Przyczynę do patogenezy moczówki cukrowej na podstawie badań morfologicznych gruczołów wewnętrznydzielnicych. (Wirschows Archiv. B. 247, H. I. J. 1923):

Autor na zasadzie badań drobnowidowych gruczołów wewnętrznydzielnicych w 22 przypadkach moczówki cukrowej stwierdza w nich zmiany następujące:

I. Przysadka. We wszystkich przypadkach zmniejszenie wagi, zwłaszcza u osobników w wieku młodym i średnim.

Zmniejszenie ilościowe i jakościowe komórek eozynochłonnych w 14 przypadkach. Liczba komórek zasadochłonnych przeważnie normalna — u osobników starszych nieco nawet ponad normę. W 1/3 części przypadków jądra były ciemne, pokurczone. W 3 przypadkach w komórkach zmiany wodniczkowe. Zdaniem autora, są one analogiczne do zmian, spostrzeganych w komórkach wysepek Langerhansa w cukrzycy. Liczba komórek głównych ulegała przeważnie zwiększeniu.

Komórki płodowe (opisane przez autora w pracy dawniejszej), w 7 przypadkach uległy nadmiernemu bujaniu.

Prócz tego w płacie przednim zwiększenie się podścieliska łącznotkankowego, podobnie jak to widuje się w starości.

II. Szyszynka nie przedstawiała jakichś szczególnych zmian patologicznych, jedynie u osobników młodych w jądrach komórkowych znacznie mniejsza liczba drobnych okrągłych ciałek jednorodnych.

III. Tarczycza. Obrazy anatomiczne są zmienne. W 12 przypadkach struma colloidales diffusa, względnie adenomatosa; w 4 przypadkach przewlekłe stany zapalne lub zanik i bliznowacenie; w 2 przyp. — struma parenchymatosa; w 2 przyp. — zmian w tarczycy wogóle nie było.

IV. Przytarczyczki. U osobników młodych i w wieku średnim przytarczyczki były wybitnie małe; drobnowidowo: komórki główne są bardzo małe i przypominają limfocyty; komórki Welsha — albo brak, albo wybitnie mało.

U osobników starych waga przytarczyczek niemal dwukrotnie większa, niż u osobników młodych. Drobnowidowo: komórki główne małe, lecz nie tak wybitnie, jak u młodych. Komórki Welsha — w 3 przypadkach bardzo dużo, w jednym — niezbyt dużo. Dość wyraźne wrastanie tk. tłuszczowej w obręb miąższu przytarczyczek.

V. Grasica. Objawy zaniku fizjologicznego lub przypadkowego.

VI. Trzustka. Ciężar jej u osobników od 14 lat do 41 l. wahał się między 19 i 81 gr., a u osobników w wieku od 49 — 70 lat między 45 — 115 gr.

Zmiany mikroskopowe, spostrzegane w pierwszej grupie przypadków, są następujące:

1) Zmiany wodniczkowe wysepek (schorzenie wybiorecze Weichselbauma) z zanikiem ich następowym.

2) Zanik samoistny wysepek i cewek gruczołowych.

3) Zmiany śródmiaższowe o charakterze zapalnym z zanikiem miąższu.

Zmiany mikroskopowe, spostrzegane w drugiej grupie przypadków, są następujące:

1) marskość, 2) otłuszczenie, 3) zanik cewek gruczołowych, zmiany szkliste wysepek, częściowo wodniczkowe z zanikiem następującym.

VII. Nadnercze. U osobników młodych autor spostrzegł:

1) Zmniejszenie wagi nadnerczy, 2) zmiany zanikowe i wsteczne w korze, 3) w 1/3 części przypadków występowało wybitne, chociaż częściowe, zwięźlenie kory nadnerczy (w dwu

przypadkach, prawdopodobnie chodziło o zaburzenia rozwojowe).

U osobników starych zmiany były odmienne:

1) Zwiększenie wagi nadnerczy; 2) niewyraźne oddzielenie się komórek w korze nadnerczy; pycnosis jąder; zanik komórek. Znaczne wahania w zawartości tłuszczów jedno- i dwuatomowych.

VIII. Gruczoły płciowe. W jądrach — nie wykazywał autor jakichś zmian wybitniejszych. W jajnikach spostrzegł zanik pęcherzyków pierwotnych i w związku z tem brak pęcherzyków dojrzewających i brak ciałek żółtych. Bardzo znaczne zmniejszenie wagi jajników.

Z wyżej przytoczonych danych morfologicznych autor wyciąga wnioski następujące:

1) Zmiany w przysadce muszą być uznane za wtórne, ponieważ:

- a) Zmniejszenie liczby i wielkości komórek eozynochłonnych w przysadce — spostrzegano po usunięciu doświadczałnym całej trzustki;
- b) Nie spostrzegano cukromoczu — po zniszczeniu płatu przedniego przysadki, o ile nie zostało uszkodzone śródmózgowie;
- c) Cukromocz i cukrowkę moczową spostrzegamy często, jako powikłanie akromegalii, t. j. w razie nadczynności komórek eozynochłonnych;
- d) Zmiany przysadki analogiczne do opisanych w pracy obecnej spostrzegano autor w innych schorzeniach trzustki, którym nie towarzyszyła cukrzyca;
- e) Zmniejszenie wagi przysadki, częściowy zanik ilościowy i jakościowy komórek eozynochłonnych spostrzegano również w innych chorobach (Basedowa, Addisona).

2) Narządy płciowe kobiece. Zmiany, tutaj spostrzegane, muszą być uznane za wtórne, ponieważ występują one w akromegalii, chorobie Basedowa i Addisona i w innych chorobach wyniszczających.

3) Przytarczyczki — zanik tych gruczołów, spostrzegany u osobników młodych, chorych na cukrzycę, musi być uważany za objaw wtórny — ponieważ zmiany te zjawiają się dopiero w przebiegu tego schorzenia.

4) Tarczycza. Zmiany muszą być uznane za całkiem niezależne od schorzenia, gdyż tylko w dwu przypadkach można było wykazać nadczynność gruczołu — w pozostałych były zmiany niezmiennie pospolite i często spostrzegane u ludzi, nie chorujących na cukrzycę.

5) Nadnercza i szyszynka. Zmiany, spostrzegane w tych gruczołach były tak nieznaczne, że nie można ich uważać za przyczynę, a tylko za skutek cukrzycy.

6) Zmiany, spostrzegane w trzustce, zwłaszcza w układzie wysepek Langerhansa, są tak znaczne, że w olbrzymiej liczbie przypadków wystarczą do wytłomaczenia schorzenia.

W dalszym ciągu autor analizuje sposób powstawania zmian we wszystkich gruczołach dokrewnych i dochodzi do wniosku, że cukrzyca nie jest schorzeniem szeregu gruczołów dokrewnych.

W końcu swej pracy autor zbija możliwość moczówki cukrowej, jako schorzenia czy to pochodzenia przysadkowego, czy to tarczycowego, czy też nadnerczowego i twierdzi, że w olbrzymiej większości przypadków narządem, będącym wyłącznie przyczyną cukrzycy jest tylko trzustka, mianowicie, niedomoga układu wysepek Langerhansa. W przypadkach nielicznych — z nieznacznie zmianami w tym układzie, autor dopatruje się przyczyny tego schorzenia w stanach patologicznych układu nerwowego — w nienormalnej pobudliwości ośrodków i dróg nerwowych.

Z tego też względu, autor stwierdza, że cukrzyca rzeczywista jest, jak to twierdzi Weichselbaum, tylko pochodzenia trzustkowego (wbrew twierdzeniom v. Noordena). Przy jej powstawaniu mogą również wchodzić w grę inne momenty współdziałające.

W. Czarnocki.

GABRIELLE et MONOD. W sprawie przewlekłego drzewiastego zapalenia tarczycy. (Journ. de Chirurgie T. XXII, Nr. 1, 1923).

Rzadka ta postać chorobowa, o dotychczas niewyświetlonej etiologii, opisana została po raz pierwszy przez Riedla w r. 1896. Klinicznie odznacza się przewlekłym, przeważnie bezgorączkowym przebiegiem, twarde, naciekowe

niem dolnej połowy szyi, przedstawiającym się przy pobieżnym badaniu, jako nowotwór tarczycy, w późniejszych okresach często występującym utrudnieniem oddychania, doprowadzającym do tracheotomii. Późniejsze spostrzeżenia mało nowego wniosły do obrazu chorobowego, nie przyczyniły się do wyświeetlenia przyczyny schorzenia. 3 przypadki, obserwowane przez autorów, dzięki szczegółowo przeprowadzonym badaniom serologicznym i histologicznym, dały możność w 2 przypadkach stwierdzić, a w jednym przypuszczać, że podłożem choroby jest kiła.

K o h a n.

M. SIMMÓND. O przewlekłym zapaleniu i włóknistym zaniku tarczycy. (Virchows. Arch. T. 246. S. 140. 1923 r.). Badania zostały przeprowadzone na materiale kobiecym.

Autor przeprowadzał dawniej badania nad zmianami w tarczycy w ostrych chorobach zakaźnych i wówczas już podkreślał, że przewlekłe zmiany zapalne w tarczycy spostrzegane są rzadko.

Z obecnej pracy autor wyprowadza wnioski następujące:

Zmiany zapalne przewlekłe spostrzegane są niezbyt rzadko u kobiet starych. Zmiany anatomiczne spostrzegane w gruczole są następujące:

1) Nacieki drobnookrągłokomórkowe — przeważnie limfo-, częściowo plazmocytarne.

2) Nacieki te mogą wywołać zniszczenie pęcherzyków gruczolowych, znikanie koloidu i zanik kom. nabłonkowych.

3) Bardzo często spostrzega się ogniska, składające się z komórek, przypominających nabłonki. Należy na nie patrzeć, jako na wyraz bujania wyrównawczego.

4) W okresach późniejszych sprawy zapalnej przychodzi do bardzo znacznego bujania tkanki łącznej.

5) Zanik bliznowatej tarczycy niema nic wspólnego ze zwłóknieniem mnogich gruczołów dokrewnych (multiple Blutdrüsenklerose).

6) Bardzo rzadko przy tych zmianach spostrzegał autor obrzęk śluzakowaty, jako wyraz wypadnięcia czynności tarczycy. Stosunkowo często sprawa ta wiązała się z otyłością.

7) Etiologia tych zmian nie jest znana. Często w związku przyczynowym stoją poprzednio przebyte choroby zakaźne.

8) Związek między zmianami zapalnymi tarczycy, opisanymi przez autora, a chorobą Basedowa nie został udowodniony.

W. C z a r n o c k i.

O. POLLAK. Próby czynnościowe wątroby w zaburzeniach tarczycy. (Monats. f. Kinderh. XXVII. 1. 1923.X).

U dwojga dzieci z wolem, jednego z obrzękiem śluzowatym i u dwojga zdrowych przeprowadził P. próbę Glaessnera w modyfikacji Kinberga, podając im 50 g. żelatyny w budyniu i stwierdził, że u dzieci z wolem azot kwasów aminowych w moczu przekroczył granicę normy 0,5 g. (0,675 wzgl. 0,708), a u dziecka z obrzękiem śl. pozostał o wiele niższy (0,205 g.). U chłopca z wolem przeprowadzona próba Bauera z galaktozą wykazała również wydzielanie jej w ilości 3,9 g. czyli o 0,9 g. ponad normę. Próba na „crise hémoclasique“ wypadła u wszystkich chorych dodatnio. P. wyciąga wniosek, że zaburzenia tarczycy pociągają za sobą zaburzenia w czynności wątroby.

C i e s z y ŋ s k i.

STRAUB i MEIER. Dusznosc mózgowa i mocznicza. (Klin. Woch. Nr. 1. 1924).

Wychodząc z założenia, że bodźcem ośrodka oddechowego jest aktualny odczyn krwi, S. i M. rozróżniają dwa typy duszności: hematogennej i mózgowej. W pierwszym przypadku wskutek „zakwaszenia“ krwi przez kwasy organiczne (uremja, kwasica cukrzycza) ustrój, aby utrzymać prawidłową reakcją aktualną krwi (koncentracja jonów), stara się usunąć przez forsowne oddychanie kwas węglowy. W tych więc przypadkach znajdujemy w surowicy krwi prawidłową koncentrację jonów i zmniejszoną pojemność jej dla zasad. Ilość CO₂ w surowicy jest znacznie zmniejszona.

W przypadkach duszności mózgowej pochodzenia (w przypadkach hipertoni) nadmierne wydzielanie CO₂ nie jest spowodowane zakwaszeniem krwi przez patologiczne

kwasy, tak, że aktualna reakcja krwi jest nawet bardziej zasadowa, aniżeli w stanach prawidłowych. Dusznosc w tych stanach jest wywołana przez nadwrażliwość ośrodków oddechowych.

14.

Położnictwo i choroby kobiet.

Hugo SELLHEIM. Przyroda, kultura i kobieta. (Deutsch. med. Woch. 1924, Nr. 2, 3 i 4).

Zastanawiający jest fakt, że, podczas gdy ciąża, poród i wogóle czynność rozrodcza u zwierząt nie obciążają zbytnio zwierząt, u człowieka połączone są z dużym, a niekiedy nadmiernym wysiłkiem. Powstaje zatem pytanie, czy poród dla naszych kobiet stanowi jeszcze akt fizjologiczny, czy też już jest chorobą. Na utrudnienie tej funkcji u kobiety wpływają dwa momenty: pionowa pozycja ciała i większy stosunkowo rozwój głowy noworodka, uwarunkowany większym rozwojem mózgu ludzkiego płodu; Oprócz tego przybywa czynnik, w świecie zwierzęcym nie spotykany, mianowicie hodowanie przez kulturę (t. j. wiedzę lekarską) organizmów pod pewnym względem zwyrodniałych, np. kobiet ze zwężoną miednicą, przekazujących ją z uszczerbkiem dla rasy następnym pokoleniom. Nietylko poród, ale i ciąża u kobiety wymaga większego nakładu pracy organicznej, wiadomo bowiem od czasu prac Rubnera, że wytworzenie 1 kilograma płodu ludzkiego wymaga więcej kalorii, niż wytworzenie 1 kilogr. płodu zwierzęcia ssącego. Dalej sposób żywienia się człowieka naszej kultury w porównaniu z pokarmami człowieka pierwotnego jest tego rodzaju, że jako rezultat przemiany materii powstają przy nim produkty toksyczne, szczególnie w ciąży występujące i znajdujące swój wyraz w wymiotach złośliwych i w rzucawce, której, według Strotza, u ludów pierwotnych wcale się nie spotyka lub nader rzadko. Badania serologiczne krwi kobiet ciężarnych wykazują zmiany takie same, jakie spotykamy we krwi osób, dotkniętych kiłą lub złośliwymi nowotworami. Ujawniająca się w sposób wybitny, a nie dość jeszcze dostatecznie wytłumaczony w zastosowaniu się powłok brzusznych do zmienionej zawartości jamy brzusznej w ciąży i po porodzie, giętkość i powolność powięzi i mięśni kobiety kulturowej w porównaniu ze sprawnością ich u kobiet ludów pierwotnych jest znacznie mniejsza wskutek braku odpowiednich ćwiczeń i rozpieszczenia organizmu przez odzież. Wpływa to ujemnie nie tylko na możność podłożenia trudnościom, stawianym naszym kobietom przez poród, ale już w ciąży się ujawnia w postaci smug białych, rozejścia się mięśni prostych brzucha, a w położu — zwiotczeniem powłok i obwisłym brzuchem. Wszystko to dowodzi, że kultura osłabiła sprawność kobiety, jako reproduktorki, i że dla niej ciąża i poród jest przeciążeniem i wkracza w dziedzinę patologii. To też poród u niej nie może się obyć bez umiejętnej pomocy, a wymagają jej szczególnie krwotok, ból i uszkodzenia części miękkich. By płód ludzki mógł się dobrze rozwinąć i czerpać najobfitsze soki odżywcze, kosmki łożyska docierają do śródbłona naczyń i, przeżerając go, kąpią się we krwi matczynej, co umożliwia wzajemną najdokładniejszą wymianę gazów między matką a dzieckiem (O i CO₂). Łożysko bowiem ludzkiego płodu przebiega w skróceniu całej filogenetyczny rozwój drabiny zwierzęcej, charakteryzujący się coraz ściślej związkami między elementami płodu i matki i dający się ująć w 4 etapy: zetknięcia się nabłonka płodu z matczynym, dojście jego do tkanki łącznej podnabłonkowej doczesnej, następnie do śródbłona jej naczyń i wreszcie wdarcie się jego w formie trofoblastów do wnętrza tych ostatnich. Z tego powodu oddzielenie się łożyska u kobiety połączone jest z daleko większą utratą krwi, niż u zwierząt i z daleko większym zranieniem śluzówki macicy, narażającym ją na niebezpieczeństwo zakażenia. Zmniejszona znów elastyczność i rozciągliwość części miękkich stwarzają przeszkodę innego rodzaju, które przewyższone być muszą męką bólów i często gwałtownym rozdarciem zamykającego kanału porodowego mięśni i powięzi.

Jeżeli słuszną jest rzeczą uśmierzanie bólów porodowych, to przesadą jest dążność do absolutnego skrócenia porodu (przez obroty na nóżkę, kleszcze), a nawet, jak niektórzy proponują le dernier cri de la mode — przez cięcia brzuszne, by w ten sposób wyeliminować zupełnie i matkę i dziecko z udziału w tym (ciężkim rzeczywiście) akcie. Ostatni wychodzi z założenia, że uraz porodowy dla dziecka (w warunkach nawet normalnych) nie małej jest wagi. Badanie anatomiczne i patologiczne wykazały w substancji mózgowej noworodków, zmarłych zupełnie zagadkowo podczas porodu, wybroczyny

krwawe, spowodowane li-tylko mechanizmem porodowym. Jeżeli wybroczyny te nie stają się przyczyną śmierci płodu, to mogą dać powód do powstania ognisk rozmiękania i następnych chorób mózgu.

Pomysł kończenia normalnych porodów cięciem cesarskim, nie znajdzie jednak wielu zwolenników, natomiast rozumna profilaktyka dużo zdziałać może. Tu należy wczesne wychodzenie za mąż i takie fizyczne wychowanie kobiety, którego rezultatem byłaby wysmukła i giętka figura ciała. Ale nie sport! Nie o to bowiem idzie, by kobieta miała mięśnie twarde, mocne, lecz podatne i rozciągliwe. Najlepszym do tego środkiem autorowi wydaje się taniec, a mianowicie ten nowoczesny, z jego harmonijnymi ruchami, przypominającymi zlekka taniec biza, uprawiany przez mieszkanki krajów południowych. Zdaniem autora, kobiecość, jako wyraz organizmu nie równo—lecz innowartościowego w porównaniu z organizmem męskim, ma wiele cech wspólnych z dzieciństwem, i, aby ją zachować, trzeba, by uległa zmianie cała struktura położenia społecznego kobiety; to tylko może ułatwić jej zadanie, jako rodzicielki i matki rodzaju ludzkiego. Powinna ona mieć prawidłową *vitam sexualem muliebrem*, by zdolność reprodukcyjna właściwych jej narządów nie wystrzeliła w złym kierunku w formie *metropathiae*, *myomatosis* i t. d. Doskoły stan zdrowia kobiety—to ideał, do którego dążyć należy, pomimo wszystkich niesprzyjających warunków, a pomóc nam w tym może tylko higiena, szeroko pojęta, rozumna i gruntowna, wolna od wszelkich przesądów i maleciałości.

J. Wertenstein.

H. SELLHEIM. Nowe poglądy na sprawę nieplodności w związku z wynalezieniem przedmuchiwanie jajowodów. (Med. Klin. 1923 Nr. 46, 47, 48).

Sellheim podaje uproszczony sposób badania drożności jajowodów przez przedmuchiwanie i używa do tego celu nie bezwodnika węglowego, jak twórca tej metody, amerykańnik Rubin, lecz zwykłego powietrza. Metodą tą z łatwością daje się stwierdzić niedrożność jajowodu i nawet ustalić, w którym miejscu przeszkoda się znajduje. Operacja (salpingostomia) może dać dobry wynik przy zamknięciu ujścia brzuszego lub części bańkowej jajowodu — niepewny zaś wynik przy niedrożności cięśni lub macicznej części jajowodu. Nieraz udaje się przezwykliczyć niedrożność bez operacji przedmuchiując jajowód pod wyższym ciśnieniem. Według Sellheima przedmuchiwanie jajowodów jest ważnym czynnikiem rozpoznawczym i leczniczym w nieplodności.

Granice, poza którymi zaczyna się niebezpieczeństwo przedmuchiwania stanowią: świeże sprawy zapalne narządów płciowych, zakażona jama maciczna i przeoczona ciąża.

A. Fryszyberg.

OTTOW, MANDELSTAMM i ENGELMANN. Sposoby przedmuchiwania i rozpoznawania drożności jajowodów. (Ztbl. für Gyn. 1923, Nr. 46 — 47).

Stwierdzenie drożności jajowodów metodą przedmuchiwania jest bardzo ważne w celach rozpoznawczych, niekiedy leczniczych. Przed każdą operacją, mającą na celu usunięcie nieplodności kobiecej, konieczne jest stwierdzenie drożności jajowodów. Do przedmuchiwania używa się powietrza. Aparat składa się z kobiecego cewnika metalowego lub rurki od strzykawki Brauna, które za pomocą rurki gumowej połączone są z manometrem Riva-Rocci. Pomiędzy cewnikiem a manometrem znajduje się szklanka Woulfa, H₂O, lub sublimatem. Powietrze pompuje się zwolna za pomocą podwójnej gruszki gumowej poprzez manometr, szklankę Woulfa i cewnik do jamy macicznej. Ilość zużytego powietrza może być minimalna (100—150 cm.³). Ciśnienie podnosi się (min. 60 mm. przy zupełnej drożności jajowodów). Nie powinno się przekraczać ciśnienia ponad 150—160 mm. O ile przy następnych pompowaniach gruszka gumowa nie rozdyma się, a ciśnienie nie podnosi się, uważać należy próbę za dodatnią, t. j. jajowody za drożne. O ile zaś ciśnienie wzrasta do 150—160 mm., a gruszka opada nie stopniowo — próba jest ujemna. W wielu przypadkach wskazówki manometru nie wystarczają. Ból w okolicy łopatek nie jest objawem stałym. Znikanie solumienia nad wątrobą możliwe jest tylko przy dużych ilościach powietrza. Podczas przechodzenia powietrza przez otwory jajowodów do jamy brzusznej wyraźnie słychać za pomocą słuchawki bulgotanie. Ottow wysłuchuje

specjalnie sporządzonym fonendoskopem, wprowadzonym do kiszeki stolcowej, również charakterystyczne szmery. Sellheim czuje palcem, wprowadzonym do odbytnicy, falowanie tylniej ściany macicy oraz stwardnienie narządu w razie niedrożności jajowodów. Przedmuchiwanie były również przeprowadzone podczas cięcia brzuszego i w wielu przypadkach potwierdziły trafność rozpoznania. Przeciwwskazania: ciąża, połów, miesiączka (krwawienia), ropne wydzieliny oraz szybkie opadanie czerwonych ciałek, co wskazuje na ukrytą sprawę zakaźną. Powikłania są rzadkie. Przedmuchiwanie może mieć znaczenie lecznicze: Rubin i Nowak obserwowali przypadki zajścia w ciążę po przedmuchiwanie jajowodów.

N. Szenker.

H. GUTHMAN. Nowy sposób próby drożności jajowodów. (Monatsschr. f. Gyn. Nr. 59—1, 2, 1922).

Autor zastosował pewne zmiany w sposobie przedmuchiwanie jajowodów, podanym przez Rubina, w celu uniknięcia wad tej metody:

1) Obecność gazu w jamie brzusznej można stwierdzić bez prześwietlania promieniami Roentgena, za pomocą wypuku, gdyż po wprowadzeniu gazu do jamy brzusznej znika solumienie wątroby;

2) ponieważ powietrze i tlen podlegają wolnemu wchłanianiu, autor zaleca stosować dwutlenek węgla, który wchłanianie się szybko i nie wywołuje przykrych objawów;

3) w celu mierzenia ilości zużytego gazu autor zastosował specjalny przyrząd.

W doświadczeniach swych autor stwierdził:

1) że gaz przedostaje się do jamy brzusznej dopiero przy ciśnieniu od 50—70 mm. rtęci, co wskazuje na biologiczne znaczenie fałd jajowodu, które służą jako kłapy;

2) po poronieniach, w położu i bezpośrednio przed lub po miesiączce przeważnie nie udało się przedmuchiwać jajowodów, prawdopodobnie wskutek obrzmienia słuźówki w najwęższej jego części (*pars isthmica*), nie pozwalającego na przedostanie się zawartości macicy do jajowodów;

3) z okresowych wahań manometru podczas równomiernego prądu gazu wnioskować można o ruchach robaczkowych jajowodów.

W 50 przypadkach ze stwierdzoną obecnością zarazków w macicy nie miał autor po przedmuchiwanie przykrych następstw, co, zdaniem jego, ma dowodzić nieszkodliwości tego zabiegu. Bóle, występujące czasami w dole brzucha i w okolicy wątroby, znikają szybko.

Przedmuchiwanie może służyć również i do celów leczniczych (stopniowe rozluźnienie zlepek fałd).

A. Ceytlin.

VOLKMAN. O możliwości przeniesienia zarazków z zakażonej macicy przez przedmuchiwanie jajowodów. (Monatsschr. f. Gyn. G. T. 65 z. 3/4).

W związku z ogłoszonymi przez Guthmana doświadczeniami w sprawie zupełnej nieszkodliwości przedmuchiwanie jajowodów nawet w przypadkach, gdzie obecność zarazków w macicy była stwierdzona (w jednym przypadku paciorkowiec hemolityczny), autor przeprowadził następujące doświadczenia.

Przy pomocy balonu gumowego przepuszczał powietrze przez flaszkę szklaną o dwóch korkach, w której rurka doprowadzająca była pogrążona w buljonie Liebiga z zaszczepionym prątkiem okrężnicy, rurka zaś odprowadzająca zaczynała się 15—20 cm. ponad powierzchnią płynu; wychodzące powietrze przeprowadzano przez 2 minuty na płytkę z endvagar. Płytki umieszczano na 24 godziny w cieplarni.

W pierwszej próbie, gdzie długość rurki odprowadzającej wynosiła 10 cm. — płytki zostały jałowe; w następnych 4 próbach (rurka odprowadzająca długości 20 cm. zgięta pod kątem prostym i nawet kilkakrotnie zgięta) stwierdzono obecność na płytkach znacznej ilości kolonii p. okrężnicy.

A. nie wątpi o możliwości przeniesienia zarazków z zakażonej macicy podczas przedmuchiwanie jajowodów, tembardziej, że wyniki te zupełnie się zgadzają ze znanymi doświadczeniami Flüggego.

Toróńczyk.

PELLER i BASS. Warunki ekonomiczne i czas trwania ciąży. (Ztbl. f. Gyn. 46 i 47. 1923).

Praca opiera się na obserwacji materiału III wiedeńskiej kliniki położniczej z lat przedwojennych (1912—13 r.).

i lat powojennych (1920—22 r.). Autorzy posługiwali się przypadkami bezwzględnie pewnymi co do podawania dat ostatniej miesiączki i we wszystkich swoich przypadkach jednakowo określali czas trwania ciąży. Ze statystyki autorów wynika, że warunki ekonomiczne mają niewątpliwie wpływ na wagę i długość noworodka. Przy jednakowym okresie trwania ciąży dzieci nieślubne i dzieci uboższych mają mniejszą wagę i długość, niż dzieci ślubne i dzieci matek, znajdujących się w dobrych warunkach. W latach powojennych rodzą się dzieci słabsze z mniejszą wagą i długością, niż w latach przedwojennych. Ciekawe jest też spostrzeżenie, że ciąża przy noworodkach męskich ma krótszy przebieg, niż przy noworodkach płci żeńskiej — aczkolwiek chłopcy przeważnie mają większą wagę i długość, niż dziewczynki.

F r y s z b e r g.

Nikolas LAUROS. Wagotonja jako objaw ciąży. (Ztbl. f. Gyn. Nr. 43, 1923).

Zagadnienie przyczyn podwyższenia ciśnienia krwi podczas ciąży i rzucawki skłoniło autora do zbadania zmian ciśnienia krwi podczas ciąży w zależności od układu nerwowego wegetacyjnego. Po zastrzyku 1 ctm. adrenaliny u 38 kobiet w różnych miesiącach ciąży autor stwierdził, że u 32 wystąpiła wybitna wagotonja w sensie Dressela i tylko 6 okazało reakcję sympatykotoniczną. Niezależnie od tego autor zbadał 22 kobiety podczas rzucawki, przyczem u 17 z nich znalazł wyraźną wagotonję ze spadkiem ciśnienia krwi o 25-40^o (podług Riva-Rocci), i tylko w 5 przypadkach było bardzo nieznaczne podwyższenie ciśnienia po zastrzyku 0,5 adrenaliny. Na zasadzie swych badań autor dochodzi do przekonania, że wagotonja, jako objaw ciąży, jest bezwarunkowo stwierdzona, z drugiej zaś strony nie daje się objaśnić podwyższenia ciśnienia krwi podczas ciąży i przy rzucawce w zależności od układu nerwowego wegetacyjnego.

F i n g e r h u t.

BERBLINGER i MUTH. Obraz histologiczny przysadki mózgowej u chorych na raka i mięsaka w porównaniu z przysadką ciężarnych. (Ztbl. f. Gyn. Nr. 45, 1923).

W roku 1920 Karlefors w Sztokholmie stwierdził na sekcji u chorych, dotkniętych rakiem lub mięsakiem, zmiany w obrazie histologicznym przysadki mózgowej, a mianowicie: w jej części gruczołowej ilościową przewagę komórek głównych, które normalnie zajmują miejsce drugorzędne. Badania te potwierdzili Berblinger i Muth już na większym materiale. Komórki główne mają charakter przejściowy; przechodzą, już to w komórki kwaso-, już też w zasadochłonne.

W przysadce kobiet ciężarnych znajdujemy te same komórki główne zasobniejsze w protoplazmę i ilościowo zwiększone. Zmiany te powodują też wzrost ciężaru przysadki. Starał się je wyjaśnić doświadczalnie Berblinger. Ponieważ wstrzykiwanie królikom wyciągu z łożyska i płodu, zarówno jak peptonów, wywoływało te same zmiany w przysadce, doszedł do wniosku, że mamy tu do czynienia z działaniem obcego białka. W przypadkach nowotworu czynnikiem, wywołującym te zmiany, są produkty rozpadu białka zwyrodniałych komórek nowotworowych, które przechodzą do krwi.

Autor nadmienia, że w przypadkach, gdzie były już przerzuty w wątrobie, odczyn ze strony przysadki był silniejszy. Opiera swoje spostrzeżenia na 37 przypadkach nowotworów rozmaitych narządów, z których 54% wykazują odczyn dodatni. Zasadniczo tedy przedstawia się obraz histologiczny przysadki u ciężarnych i chorych na raka jednako — atoli nasilenie sprawy jest u ciężarnych większe.

M o r g e n s t e r n o w.

L. KRAUL. Wyniki naświetlania raka macicy promieniami Roentgena. (Ztbl. f. Gyn. Nr. 40, 1923).

Praca statystyczna, podająca wyniki leczenia naświetlaniem raków macicy, pochwy i sromu, stosowanego w I-ej ginekologicznej klinice w Wiedniu w przeciągu ostatnich 4 lat. Stosowano głównie metodę Seitz-Wintza przy jednoczesnym zakładaniu radu (50 mg.) w tych przypadkach, gdzie można było preparat przyłożyć tuż do nowotworu. Naświetlano tylko wyjątkowo te przypadki, które uznane były, jako bezwarunkowo nie nadające się do operacji. Nie naświetlano więcej, niż w 3 serjach, wobec występującego przy

większej liczby serji charłactwa i uszkodzenia tkanek i wobec spostrzeżenia, że tam, gdzie 3 serje jaszce nie pomogły, tam i następne również dobrego wyniku nie dają.

Wyniki są według autora następujące: z naświetlanych 97 raków szyi wyleczono 12=12,5%, z nich zdmowami pozostały 2 po 4 latach, 3 po 3 latach, 2 po 2 latach i 5 po 1 roku. Z leczonych 17 raków pochwy wyzdrowiało 4=23,5%, z nich wyzdrowienie stwierdzono 1 raz po 4 latach, 1 raz po 2 latach i 2 razy po 1 roku. Z leczonych 8 raków sromu wyzdrowienie stwierdzono 1 raz=12,5% po 2 latach.

Przechodząc do omówienia chemiczno-biologicznych reakcyj na raka, szczególnie reakcji Gross-Fulda, stosowanej również przez Rosenthala, autor stwierdza, że nie są one swoiste dla raka i dają wynik dodatni w wysiękach zapalnych lub charłactwach niespecyficznych.

Jako środek leczniczy przeciwko oparzeniom i naciekom, wywołanym przez naświetlanie, autor stosuje 3/4% roztwór nowokainy, który wstrzykuje dokoła uszkodzonych tkanek jakoby z dobrym wynikiem. W końcu autor zaznacza, że, choć posiadamy w promieniach Roentgena pewien oręż w walce z rakiem, jednakowoż leczenie raków, nie nadających się do operacji, pozostaje nadal jednym z najsmutniejszych działów medycyny.

F i n g e r h u t.

Choroby dzieci.

St. HELLER. „Crise hémoclasique“ u niemowląt z zaburzeniami w odżywianiu. (Monat. f. Kinderhik. XXVII. 1 1923).

Dodatni odczyn otrzymał H. we wszystkich badanych przypadkach: 1) zatrucia pokarmowego po podaniu 20—25 g. mleka kobiecego, 2) dekompozycji po 150 g. mleka białkowego, 3) przewlekłej dyspepsji, 4) ciężkiej atrofji po 150 g. kwaśnego mleka odtłuszczonego i 5) kiły wrodzonej, w których odczyn był najwyraźniejszy. Ujemny odczyn znalazł u 10 zdrowych niemowląt, karmionych piersią i w lekkiej, krótkotrwałej dyspepsji. Różne wyniki otrzymał w Enteritis follicularis.

C i e s z y ŋ s k i.

A. F. ANDERSON i O. M. SCHLOSS. Nadwrażliwość względem mleka krowiego u dzieci z zaburzeniem w odżywianiu. (Am. J. of Dis. of Ch. 1923 Nr. 5).

Szereg autorów (Schlossman, Moro, Finkelstein, Salge i in.) uzależnia zaburzenia w odżywianiu od wchłaniania niedostatecznie zmienionych protein; teoretyczny ten pogląd nie miał dotychczas pewnych dowodów. Wiadomo, że w pewnych stanach patologicznych błona śluzowa przewodu pokarmowego dzieci staje się przepuszczalną dla obcych białek, czego następstwem jest zjawianie się swoistych przeciwciał w surowicy. Badania autorów miały na celu stwierdzenie częstotliwości zjawiania się tych przeciwciał w pewnych stanach zaburzenia w odżywianiu. W tym celu posługiwali się próbą precypitacyjną w surowicy chorych za pomocą mleka, przyczem stwierdzili na 98 dzieci w stanie ciężkiego wyniszczenia u 80 obecność strąków. Dzieci te przebywały poprzednio zaburzenia kiszki, których następstwem był ich stan wyniszczenia. Za pomocą krwi, w której stwierdzili precypityny, uczulali świnki morskie; z wykonanych 30 prób 14 wypadło dodatnio, 4 wątpliwie, 12 ujemnie. W 4 przypadkach udało się dowieść uczulenia biernej metodą Dalea (kurczenie się macicy świnki uczulonej przez zetknięcie z antygenem).

W przebiegu rozwolnień stwierdzono wchłanianie protein mleka krowiego o własnościach antygenu (czynne uczulanie świnki krwią chorego wobec mleka), później zaś zjawianie się precypityny dla mleka we krwi. Wyniki powyższych badań skłaniają autorów do przypuszczenia, iż wchłanianie obcych białek stoi w pewnym związku przyczynowym z zaburzeniami w odżywianiu u dzieci.

M. P r o k o p o w i c z.

H. F. HELMHOLTZ. Przewlekłe wrzodzące zapalenie kiszki grubej u dzieci. (Am. of Dis. of Ch. 1923 Nr. 5).

Na podstawie obserwacji 5 przypadków podaje autor cechy charakterystyczne dla tego rzadkiego w dzieciństwie schorzenia. Przyczyna powstawania cierpienia dotychczas nie znana. Owrzodzenia występują na błonie śluzowej kiszki grubej, głównie w dolnym odcinku, w ciężkich przypad-

kach cała błona śluzowa znajduje się w stanie zapalnym, z wyjątkiem małych wysepek wolnych od owrzodzeń. Stolec śluzowo-ropny ze skrzepami krwi; towarzyszą im bóle w jamie brzusznej, parcie, oraz ogólne wyniszczenie. Gorączka występuje jedynie w przypadkach powikłanych (ostre zapalenie stawów, ropnie). Czas trwania: od kilku miesięcy do szeregu lat.

Schorzenie to nie poddaje się zupełnie leczeniu lekami, to też i rokowanie przy tej terapii jest naogół złe; o ile nie następuje poprawa po dwóch miesiącach leczenia, konieczny jest zabieg operacyjny (colo-appendico—wzgl. ileostomia).

M. Prokopowicz.

POLLITZER. Przyczynę statystyczną i badania nad patogenę żółtaczki noworodków. (La pediaatria styczeń 1924 r.).

W materiale obejmującym 7.000 noworodków liczba przypadków żółtaczki wynosiła 15%. Szereg noworodków autor poddał badaniu na odporność czerwonych ciałek krwi i na istnienie autolizyn i znalazł, że odporność krwinek w przypadkach żółtaczki nie różni się znacznie od odporności u noworodków normalnych, może ona być normalna, zwiększona lub zmniejszona.

W surowicy noworodków z żółtaczką o odporności krwinek normalnej lub zwiększonej udaje się zazwyczaj wykazać obecność autolizyn o typie amboceptoru, podczas, gdy w przypadkach ze zmniejszoną odpornością nie udaje się ich wykryć. Zwiększenie odporności nie zależy od obecności soli żółciowych we krwi; jest ona własnością krwinek młodych i spostrzega się we wszystkich formach, w których ma miejsce niszczenie i odnawianie się krwinek. Wszystkie noworodki posiadają w pierwszym tygodniu życia zmniejszoną własność antyhemolityczną. W stosunku do saponiny charakteryzuje ona zarówno żółtaczkę noworodków jak i żółtaczkę hemolityczną. Wszystkie przytoczone dane, szczególnie istnienie autolizyn w surowicy wykazują, że żółtaczka noworodków jest żółtaczką hemolityczną. Zakażenia, zatrucia i zaburzenia pokarmowe wywołują powstawanie amboceptorów hemolitycznych.

H. Hirszfildowa.

G. BLECHMANN i S. DELAPLACE. O zapaleniu gruczołów poza-sutkowego i pod-potylicznego i ich znaczenie dla rozpoznania kiły dziedzicznej u niemowląt. (Le Nourrisson Nr. 6. 1923).

Autorzy opisują gruczoły, które się wyczuwa przy powierzchownym obmacywaniu bezpośrednio poza wyrostkiem sutkowym i pod potylicą na wysokości przyczepów mięśni mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowego i kapturowego. Wobec tego, że do obu ugrupowań gruczołów dopływa limfa z okolicy potylicznej, skroniowej i z narządów słuchu — obrzmienie ich może nastąpić także pod wpływem przyczyn miejscowych, aczkolwiek między temi zjawiskami stałej zależności nie ma. Obrzmienie tych gruczołów ma tylko wówczas znaczenie chorobowe, o ile dosięgają one wielkości grochu lub soczewicy. Przy obmacywaniu należy ująć głowę dwiema rękami, i, trzymając paluchy na czole dziecka, obmacywać okolice pozasutkową i podpotyliczną opuszką pozostałych palców. Wprowadzić w błąd mogą wyrostki kostne sutkowe i potyliczne, bardzo zresztą rzadkie, jak również blizny po ropnym zapaleniu skóry. Obrzmienie gruczołów może być na tle podrażnienia lub zakażenia miejscowego (pryszczeczka, świerzbiączka), gruźlicy lub kiły dziedzicznej. Nie można jednak uważać obrzmienia gruczołów za objaw swoisty kiły, spotyka się je bowiem tylko w 30% przypadków stwierdzonej lub przypuszczalnej kiły. Zwraca uwagę to, że spotyka się je często w zespole innych objawów, których znaczenie rozpoznawcze uwydatnił Marfan, jako to uporczywe wymioty, wczesna krzywica, obrzmienie śledziony, zatrzymanie rozwoju, schorzenia gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, obrzmienie licznych małych gruczołów chłonnych zewnętrznych i t. d.

Gdy się stwierdzi obrzmienie gruczołów pozasutkowego i podpotylicznego, należy szukać innych objawów kiły dziedzicznej, gdyż tylko zespół ich ma znaczenie rozpoznawcze.

Z. Rosenblum.

L. A. HOOG. Leczenie tężyczki dziecięcej promieniami poziąfiołkowymi. (Am. J. of Dis. of Ch. 1923 Nr. 2).

Leczenie 11 przypadków tężyczki dziecięcej (w tem 6 jawnej, 5 utajonej) promieniami poziąfiołkowymi dało zadowalające wyniki. Poprawa zaznaczała się w zmniejszonej pobudliwości nerwów elektrycznej i mechanicznej, oraz w zwiększonej zawartości Ca w surowicy, przyczem powrót do ilości 9,5—10% Ca uważano za wyleczenie zupełne. Stosowano naświetlanie promieniami lampy kwarcowej z odległości 50 cm., stopniując czas naświetlania, począwszy od 2 minut. Przeciętnie w przeciągu 14 dni leczenia ilość wapnia dochodziła do normy, przyczem najszybszy wzrost obserwowano w przypadkach o początkowo najmniejszej ilości Ca w surowicy. Stosowanie tranu wykazywało znacznie powolniejszy wzrost Ca, trwający szereg tygodni.

M. Prokopowicz.

Choroby oczu.

KLECZKOWSKI i KARELUS. Badania serologiczne nad jaglicą. (Ann. d'ocul. T. 160, z. 7. 1923 r.).

W pracach poprzednich autorzy stwierdzili, że surowica dotkniętych jaglicą jest bardziej jadowita dla królików przy wprowadzeniu dożylnym, niż surowica zdrowych. Zależy to, podług autorów, od obecności jadowitego ciała białkowego we krwi chorych na jaglicę. W swych nowych doświadczeniach badali oni siłę hemolityczną surowicy, zarówno normalnych królików, jak i uodpornionych czerwonymi ciałkami krwi ludzi zdrowych i chorych na jaglicę. Czerwone ciałka krwi tkniętych jaglicą zostały rozpuszczone prędzej przez surowicę normalnych i uodpornionych królików, niż ciałka krwi ludzi zdrowych. Surowica królików, uodpornionych ciałkami krwi chorych na jaglicę, posiadała większy wskaźnik hemolityczny niż surowica uodpornionych ciałkami zdrowych. Podług autorów, zmniejszona odporność czerwonych ciałek krwi chorych na jaglicę, względem surowicy hemolizującej, stanowi ważny czynnik biologiczny w rozpoznawaniu jaglicy.

Arkin.

J. WRIGHT. O naświetlaniu w jaglicy. (American Journal, April 1923).

Wychodząc z założenia, że światło, ciepło oraz suchość są jednymi z najskuteczniejszych czynników bakterjobjęczych, autor stosuje je w leczeniu jaglicy, jak twierdzi, z bezwzględnie zachęcającymi wynikami. Prócz zwykłego leczenia, wystawia spojówkę powiek, szczególnie fałdę przejściową oraz owrzodzenia rogówki na działanie zogniskowanych promieni słońca, ewentualnie światła elektrycznego. W tym celu używa soczewki o sile 10 do 12 dioptryj, przesuwa ją powoli wzdłuż całej spojówki, nie zatrzymując się na żadnym miejscu osobno. Przy naprowadzeniu ogniska soczewki na rogówkę (na owrzodzenie) radzi zachowywać wielką ostrożność w stosowaniu promieni słonecznych, aby uniknąć nadmiernego działania ciepła. Zabieg ten stosuje dwa razy tygodniowo. Trzy dni zwykle wystarczały do oczyszczenia się owrzodzenia; grudki zaś zniknęły po sześciu seansach z bardzo nieznacznym odczynem zapalnym i bez zablizniania się spojówki. Autor puszca, że ciepło słoneczne działa bakterjobjęczo, prócz tego pobudzając na gruczoły spojówki, przez co wywołuje wchłanianie się grudek.

Wanda Frenkiel-Zamenhofowa.

M. PLOG. O fizjologii i klinice odruchu oczno-sercowego Aschnera. (Klinische Monatsbl. f. Augenh. T. 71 1923 r.).

Autor opisuje znany od 1908 roku odruch Aschnera, polegający na zwolnieniu tętna przy ucisku na gałkę, i wskazuje na brak dokładnych cyfrowych pomiarów. Swoje badania autor przeprowadza za pomocą gumowej poduszeczki, połączonej z manometrem Riva-Rocci, którą przytwierdza do oka za pomocą opaski. W ten sposób można bardzo ściśle określić wielkość ucisku. Badania autora, wyrażone cyfrowo, naogół potwierdzają poprzednie.

Arkin.

R. CORDS. Zmniejszenie wymiarów tarczy nerwu wzrokowego z jednej strony. (Klinische Monatsbl. f. Augenh. T. 71, 1923 r.).

Autor obserwował 11-letnią dziewczynkę, u której w lewym oku tarcza n. wzrokowego była mniejsza, niż w prawym.

Zarysy tarczy wyraźne, naczyńia siatkówkowe normalne, kolor tarczy różowy, w płamce żółtej zmian niema. Refrakcja jednakowa z obydwóch stron, oko lewe zezuje, jest niewrażliwe na barwy i odróżnia tylko ruchy ręki. Autor przytacza przypadki, w których opisano jednostronny wrodzony brak tarczy. Przypadek powyższy różni się tem, że nerw jest dobrze rozwinięty, o czem świadczą zarysy tarczy i naczyńia.

Warunki optyczne nie wchodzą w rachubę wobec braku różnicy w refrakcji obydwóch oczu; bardziej możliwy jest zanik wstępujący z powodu niedorozwinięcia komórek zwojowych lub też zanik nerwu w części osiowej, spowodowany sprawą toksyczną w życiu płodowem.

Arkin.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

LÖWENFELD. O kile salwarsanoopornej. (Med. Klin. Nr. 35, 1923 r.).

Autor przytacza przypadki, gdzie pomimo obfitego stosowania salwarsanu powstają podczas leczenia świeże wykwity kiłowe, które ustępują dopiero po długotrwałem dalszem leczeniu salwarsanem. Tłumaczy on to opornością krętków przeciw salwarsanowi, która to oporność jednakowóz w toku leczenia podlega wahaniom, tak, że uodpornione (przeciw salwarsanowi) krętki tracą tę właściwość. Autor myśli, że w tych przypadkach ma się do czynienia z czasowem osłabieniem sił obronnych ustroju (uwarunkowaniem ew. przypadkowemi schorzeniami), które następnie jednakże zostają wzmocnione.

J. Merenlender.

FABRY. W sprawie odpornej drugorzędowej kiły (t. zw. oporności na arsenik i rtęć). (Med. Klin. Nr. 36, 1923 r.).

Bywają często przypadki kiły trudne do wyleczenia nowoczesnemi metodami i w których nawet silne dawki rtęci i arsenu zawiodą. Mówiono w tych razach o oporności, szczególnie względem arsenu. Autor natomiast na podstawie licznych spostrzeżeń przyszedł do innego wniosku. Mianowicie tłumaczy on tę oporność charakterem wykwitów, które z powodu specjalnej budowy anatomicznej źle oddziaływają na wszelkie leki przeciwikiłowe.

Klinicznie zalicza on do tych opornych następujące trzy postacie:

1) Stwardnienia włókniste (zmiany pierwotne) i lepie, kiedy to zamiast ziarniniaka nacieczonego leuko-i limfocytami, przy którym młoda tkanka łączna i włóknik odgrywają drugorzędną rolę, naodwrot bujanie tkanki łącznej jest dominujące i skłonne do bliznowacenia — wtedy stwardnienia i lepie stają się twarde. Krętki, znajdujące się w tej bliznowatej tkance, są ukryte przed salwarsanem, który ich osiągnąć nie może. Z tego wynika, że ogniska te mogą być tylko mechanicznie (kaustyka, skrobanie) zniszczone;

2) Kiła framboeryjna — późne, drugorzędne mało leczone przypadki, kiedy pozostają pojedyncze ogniska w stanie bujania (guzy kalafiorowate). Pod względem anatomiczno-patologicznym są te zmiany podobne do lepieży włóknistych i składają się przeważnie z ziarniniaków. I tu należy zastosować miejscowe mechaniczne leczenie, celem usunięcia siedlisk krętkowych (umiejscowienie: skóra twarzy i głowy);

3) Kiła drugorzędna brodawczakowa — w przypadkach, gdzie z pozostałości po wykwitach kiłowych, powstają twory podobne do brodawek (umiejscowienie: twarz i skóra dookoła paznogi).

Wyżej wspomniane kliniczne postacie są pod względem anatomiczno-patologicznym do siebie podobne. Rozchodzi się o rozwój ziarniniaka i włóknika z wtórnym udziałem skóry właściwej i naskórka; bujaniem i wstecznym przeobrażeniem są uwarunkowane kliniczne stopniowania tych objawów chorobowych.

Dalszą przyczyną zawodu ze strony leczenia przeciwikiłowego bywa kombinacja gruźlicy i kiły przy objawach skórnych (wywiady, podobieństwo objawów skórnych do gruźlicy, — obserwacja).

Autor radzi zawsze zastanawiać się w praktyce nad możliwością wyżej wspomnianych postaci klinicznych, a nie kłaść zawsze winy powolnego leczenia na karby arseno-oporności i zaleca w tych przypadkach stosowanie leczenia mechanicznego wraz z silnemi dawkami Salwarsanu albo Neosalwarsanu — srebra ew. bizmutu.

J. Merenlender.

H. BIBERSTEIN. O leczeniu przymiotu bizmutem. (D. M. W. 1923, Nr. 50).

W klinice stosowano przeważnie Bismogenol; technika, jak przy stosowaniu Hg, dawki 0,2, 0,5, 0,75, aż do 1,00 — 2 razy na tydzień — 10—15 wstrzykiwań na jedną kurację: 1) w przymiocie pierwotnym, surowiczo ujemnym (Wassermann) zawsze jednocześnie z Neosalwarsanem; 2) w przymiocie I i II z dodatnim odczynem Wassermanna — do zniknięcia krętków w wykwitach stosowano wyłącznie Bi, a potem razem z Neosalwarsanem; 3) sam Bi stosowano u pacjentów, u których Hg + Neosalwarsan niedostatecznie szybko wpływały na objawy i odczyn Wassermanna, lub też środki te źle były znoszone.

W jednym przypadku (na 227 obserwowanych) odczyn Wassermanna znikł dopiero w 6 tygodni po ukończeniu leczenia; krętki w jednym przypadku były znajdujące po 6 wstrzykiwaniach, bóle po zastrzykach były w 3 przypadkach b. silne; zmiany w jamie ustnej w zależności od Bi, były w 5 przypadkach spostrzegane; obwódki bizmutowe na dżiastach spostrzegano dość rzadko; silny ból w dolnej szczęce bezpośrednio po zastrzyku prędko zwykle przechodził, zarówno jak i smak metaliczny. Często były spostrzegane lekkie, przemijające schorzenia nerek (lekkie białkomocz, cylindry, ropa i nabłonki nerkowe), które, po zaprzestaniu stosowania Bi, prędko znikły; jednak lepiej jest w pół kuracji zarządzić dwutygodniową przerwę. Rzadko występowały objawy ze strony skóry w postaci rozlanych zapaleń, wykwitów, czyraków, i to wyłącznie o lekkim przebiegu. Prócz tego spostrzegano lekkie bóle głowy, nie zlokalizowane jednak wyłącznie w tyle głowy, jak to opisywali niektórzy autorzy, jak typowe.

St. Markusfeld.

E. HOFFMANN i O. MERGELSBERG. O nieudanem poronnem leczeniu przymiotu pierwotnego, surowiczo ujemnego. (D. M. W. 50, 1923).

W pracy tej, pochodzącej z kliniki prof. Hoffmanna z Bonn, autorzy, rozpatrując, w myśl jego postulatów, przypadki nieudanych poronnych leczenia przymiotu świeżego, przy stałym ujemnym odczynie Wassermanna, dochodzą do następujących wniosków:

Do pomyślnego przeprowadzenia leczenia poronnego nadają się wyłącznie przypadki świeże (3—5, najdłużej 6 tygodni od zarażenia), z nieznaczem powiększeniem gruczołów, ze stałym ujemnym odczynem Wassermanna. Leczenie musi polegać na jednoczesnem stosowaniu nierozpuszczalnych związków rtęci i Neosalwarsanu w ogólnej ilości dla mężczyzn 5,5—6, dla kobiet 4,5—5,00, jako pierwsza dawka dla mężczyzn 0,45, następne 0,6; nie rzadziej, niż co 4—5 dni, a nawet 2 razy na tydzień. Leczenie takie należy powtarzać 2—3 razy, w przerwach sześciotygodniowych.

St. Markusfeld.

H. HECHT. O poronnem leczeniu rzeżączki. (Med. Klin. Nr. 37, 1923 r.).

Autor podaje 2 metody poronnego leczenia rzeżączki, które mu dały dobre wyniki.

Pierwsza — własna polega na zastrzykiwaniu do cewki rano 5% Protargolu, popołudniu zaś 1—5% tegoż środka (zależnie od ew. podrażnienia); postępowanie to należy w ciągu 10 dni powtarzać. Autor miał 50% wyleczeń przy stosowaniu tej metody (wskazanie: stan ostry, świeży).

Druga metoda — Schmidta polega na kombinowaniu stosowaniu mleka i dioniny (która jest bardzo droga) i wskazana w przypadkach podostrych i przewlekłych. Technika następująca: rano domięśniowy zastrzyk 5 ccm. mleka, popołudniu na wysokości gorączki 3% roztworu Dioniny, którą należy 10 min. trzymać w cewce; nazajutrz znów 5 ccm. mleka; 6% Dionina (ostatnia zawsze podczas gorączki); na 3 dzień 5ccm. mleka i 10% Dionina.

Ważne żeby chory gorączkował. W przypadkach pomyślnych metoda Schmidta prowadzi w ciągu 3-ch dni do celu.

J. Merenlender.

ROSCHER-GOLLMER. Spostrzeżenia przy leczeniu rzeżączki szyi macy za pomocą kapsułek Pusta. (Med. Klin. Nr. 36, 1923).

Leczenie polega na zakładaniu półkulistych celluloidowych kapsułek na szyję macy. Według Pusta otwór zewnętrzny szyi zostaje przy tem leczeniu zamknięty i przez to pobudzona zostaje bakterjoliza (jak w ropniakach jajowodu).

Z drugiej strony następuje uspokojenie i przekrwienie zastoinowe szyi. Prócz tego prędzej się goją nadżerki, gdyż szyja jest chroniona przed otaczającą ją ropną wydzieliną, znadującą się w pochwie. W 89 przypadkach rzeżączki macicy autorzy stosowali powyższą metodę i otrzymali w 40% dobre wyniki. Metoda ta ma mieć szczególną wartość profilaktyczną w odosobnionej rzeżączce cewki.

J. Merenlender.

F. WESTPHALEN. Przyczynek do leczenia kryzologanem wilka rumieniowego (lupus erythematoses). (D. M. W, Nr, 50, 1923),

W 9 przypadkach leczonych wilka rumieniowego, leczonych kryzologanem nie spostrzegano innych objawów gruźlicy; miejscowo stosowano spirytus salicylowy. O toalecie jamy ustnej, badaniu moczu, oglądaniu skóry i błon śluzowych zawsze pamiętano; dawkowano b. ostrożnie; zaczynało od 0,025, zastrzykiwano co 8 dni; dopiero po 3—4 zastrzykach zwiększano dawkę do 0,05, a u mężczyzn nawet do 0,1 — nigdy więcej.

Efekt leczniczy występował po zużyciu 0,3 — 1,00; po za 1,8 w sumie nie przechodzono; w zasadzie stosowano zastrzyki tylko do zniknięcia objawów; w przypadkach przewlekłych kontynuowano zapobiegawczo zastrzyki i już po zniknięciu objawów, zdając sobie sprawę, że brak jeszcze do-

statecznych danych naukowych dla takiego zapobiegawczego postępowania.

F e l d t słusznie patrzy na kryzologan nie jako na środek, działający przyczynowo, jak salwarsan na krętki, ale jako na środek, działający na produkty chorobowe, jak Hg w przy-
mocie.

Podług L e v y e g o działanie kryzologanu ogranicza się do działania na toksyny i na tkanki, zmienione przez toksyny; pobudza on wytwarzanie przeciwciał i rozkład pod ich wpływem toksyn drogą autolityczną.

Ogniska małe, otoczone większą ilością tkanek zapalnych, mogą wrócić do normy bez większego ogniskowego zapalenia; w ogniskach większych, ze zmianami dalej posuniętymi, działanie jest powolniejsze, odczyn ogniskowy silniejszy dla rozkładu, unieszkodliwiania „specyficznych i niespecyficznych jądów białkowych“.

Objawy odczynowe polegały miejscowo na uczuciu gorąca, zaczerwienieniu, lekkim obrzęku; ogólnie — na bólach w stawach, osłabieniu; trwały one 2 — 3 dni. Gojenie idzie od środka do obwodu; nawarstwiania hyperkeratyczne stają się luźniejszymi, odpadają i z pod nich występuje ognisko nacieczone, zaczerwienione, bez łusek. Objawy zapalne ustępują, pozostawiając obwódkę barwną, która następnie wypełnia całe dawne ognisko chorobowe, jako jasno barwnikowa plama, w zależności od związanego na miejscu kryzologanu.

St. Markusfeld.

Zapiski lecznicze.

opracował doc. dr. St. KLEJN, ordynator szpitala na Czystem

Anthelmintica.

(C. d.).

Glisty (*ascaris lumbricoides*). Ze względu na niedawno ogłoszoną pracę G o e b e l a (Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 11), omawiającą leczenie glist za pomocą zalecanego przez nas ol. chenopodii i mogącą ze względu na swą treść wywołać pewien popioch (autor mówi o wypadkach śmierci po leczeniu), muszę tu jeszcze raz zaznaczyć, że środek ten przy dokładnem dawkowaniu i przepisany sposób stosowania (p. zapiski lecznicze w Nr. 2), jest absolutnie nieszkodliwy, co zresztą, już dawniej zaznaczył R i f (Presse méd. 1921, Nr. 75). Jeszcze raz muszę tu z naciskiem powtórzyć, że przy stosowaniu ol. chenop. niezbędne jest wywołanie obfitych stolców za pomocą dużej dawki rycyny, którą ew. należy po 4 godzinach powtórzyć. Co się tyczy pracy G o e b e l a, to jest ona w stanie tylko zdyskredytować ten środek, a to wskutek niepodawania dokładnych dawek (np. od 8—15 kropeł) i nie określania dokładnego wieku chorych (Spielkinder? Schulkinder?). Ten sposób stoso-

wania leku może nie wywołuje złych następstw, ale może pozostać bezskutecznym.

G o e b e l natomiast zachwala w ślad za innymi autorami, jako środek przeciw glistom. Helminał. Ma to być wyciąg z wodorostu morskiego *Digenea simplex*. Podaje się w tabletkach: dzieciom r. dz. po jednej, dorosłym zaś 3 r. dz po 2—3 tabletki. Wieczorem podaje się środek przeczyszczający. Ma on być pozbawiony własności trujących i działa podobno skutecznie od ol. chenopodii. Na zasadzie naszego doświadczenia nie możemy z tym poglądem się zgodzić—przekonał się bowiem, że działanie jego jest niepewne. Na dowód niech posłużą tylko 2 spostrzeżenia, bardzo przekonywujące. W jednym przypadku środek okazał się zupełnie bezskuteczny, w drugim, co prawda, po stosowaniu Helminału wyszła wraz ze stolcem jedna glista, w dniach następnych jednak widywaliśmy w stolcach wciąż obfite jaja glist, i dopiero zastosowanie ol. chenop. usunęło od razu 6 glist. Być może, że niepomysłny ten skutek helminału zależy od nieodpowiedniego dawkowania i, że z czasem, przy stosownych dawkach, skutki będą lepsze. Na razie jednak środka tego nie możemy zalecać i musimy pozostać przy ol. chenopodii.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich*).

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dn. 26.II.1924 r.

S. A d a m o w i c z o w a wygłosiła rzecz p. t. „Działalność organizacji higieny Ligi Narodów“.

Zgodnie z artykułem 23 paktu Ligi członkowie jej dążyć będą do zwalczania w drodze międzynarodowej chorób oraz do zapobiegania ich szerzeniu się. Stała organizacja higieny Ligi, zgodnie z uchwałą 4-go zgromadzenia Ligi z września 1923 r., składa się: 1) z rady doradczej, 2) komitetu higieny, 3) sekretariatu.

Rolę rady doradczej pełni międzynarodowy urząd do spraw higieny publicznej. Komitet higieny kieruje pracami Ligi z zakresu higieny oraz prowadzi prace przygotowawcze nad zagadnieniami, które przekazuje następnie radzie doradczej. Sekcja higieny sekretariatu Ligi Narodów jest organem wykonawczym organizacji higieny. Komisja epidemiczna, utworzona w 1920 r. dla zwalczania epidemii w Europie Zachodniej, została przyłączona do sekcji higieny sekretariatu. Z prac organizacji higieny w pierwszym rzędzie wymienić

należy wydawanie opinii co do spraw z zakresu higieny, przedłożonych radzie Ligi lub zgromadzeniu Ligi, wytwarzanie bliższej współpracy pomiędzy administracjami sanitarnymi poszczególnych państw, utworzenie i rozwinięcie działu informacji epidemiologicznych i statystycznych, prowadzenie akcji międzynarodowej zwalczania chorób zakaźnych, prowadzenie ankiet z zakresu higieny, ujednolajnienie metod miareczkowania surowic, prowadzenie prac z zakresu międzynarodowego prawodawstwa sanitarnego, badanie wspólne z biurem pracy chorób, rozpowszechnionych w przemyśle i t. d.

Po odczycie wywiązała się dyskusja, w której zabierali głos d-rzy: Dłuski, Ganz, Szenajch, Szwarz i R a j c h m a n.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 1.II.1924 r.

B i r o. Przyczynek do wyjaśnienia sprawy bólów brzucha w zapaleniu płuc. (Będzie drukowane w naszym piśmie).

W dyskusji zabierają głos: H i g i e r, K n a p p e, Grundzach, Landau, Goldflam i K n a s t e r.

A. Landau. Przypadek wczesnej kiły aorty, śród-piersia i płuc.

Przypadek, początkowo rozpoznawany, jako rozsiały przewlekły nieżyt oskrzeli. Wobec wzmożonego II tonu na aorcie, mikropoliadenji, oraz nieoddziaływania żrenic na światło, wykonano odczyn Wassermann'a, który wypadł dodatnio. Zastosowanie energicznego leczenia przeciwiłowego usunęło wszystkie objawy nieżyty oskrzeli. L. zaznacza, że kiła oskrzeli i płuc jest cierpieniem nie tak rzadkiem, jakby się zdawać mogło. Prześwietlanie promieniami X nie zawsze ujawnia swoiste cierpienie płuc.

Szokalski na zasadzie obszernej statystyki uważa kiłę płuc za cierpienie niezmiernie rzadkie.

Dłuski również zaznacza, że rzadko spotykał się z kiłą płuc.

Higier zapatruje się bardzo sceptycznie na skuteczność leczenia przeciwiłowego w „lues visceralis“.

Bregman. Przypadek choroby Raynaud i sklerodermji.

Młody lekarz, cierpiący od dłuższego czasu na „asphyxie locale“ w górnych oraz dolnych kończynach. Zaburzenia troficzne oraz zgorzel 3 palca lewej ręki. Jednocześnie rozwija się sklerodermja na twarzy i przedramionach. Po omówieniu poglądów autorów na łączność pomiędzy sklerodermją a cierpieniem Raynau'da, B. zaznacza, że badanie farmakodynamiczne za pomocą adrenaliny i pilokarpiny nie ujawniło żadnych zбоżeń. W celu przeciwdziałania dalszemu rozwojowi zgorzeli wykonano na lewej ręce zabieg Leriche'a, z doskonałym skutkiem, gdyż rana po usunięciu zmartwiałej części prędko się zagoiła, i objawy sklerodermji i bóle znacznie się zmniejszyły.

Wł. Sterling i Hirszfildowa. Przypadek konstytucjonalnej mezenchymy.

St. i H. pokazują chłopca w wieku lat 9, który wykazuje znaczne zgrubienia kości na udach i podudziach. Skóra w tym przypadku daje się ująć w fałdy i wyciąga się w sposób nadzwyczajny. Jest to „cutis laxa“. Po każdym, jaknajmniejszym urazie skóry powstają duże blizny. Zespoleńia stawów stopy są tak wiotkie, że stopa daje się zginać we dwoje. Wybitne znamiona karłowatości, „cutis laxa“, występowanie nadmiernie wybujałych blizn, objawy kostne (późna krzywica), zmiany mięśni, przypominające dystrofię, wskazują, że mamy tu do czynienia z cierpieniem kości, mięśni i skóry, t. j. tworów, powstających z mezenchymy, i dlatego stan ten należy nazywać mezenchymozą.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie z dnia 5.XII.1923 r.

R. Stankiewicz przedstawia przypadek choroby Tay-Sachsa u dziecka, mającego 1 rok 8 mies., płci żeńskiej, wyznania mojżeszowego. Cechuje go zanik wzroku, swoiste zmiany na dnie oka, zupełny brak inteligencji i bezwładny spastyczny kończyn dolnych.

Przedborski omawia przypadek choroby Rittera u 6-cio dniowego noworodka. (patrz Nr. 1 „Warsz. Czas. Lek.“).

Hirszfildowa leczyła przypadek choroby Rittera z pomyślnym wynikiem.

Anigsteinowa przedstawia przypadek choroby Leinera u 2-miesięcznego niemowlęcia.

Barański i Brokman wygłaszają odczyt p. t.: „O wartości rozpoznawczej odczynu Schicka (będzie drukowane w Pedjatrii Polskiej).“

Stankiewicz powołuje się na statystykę szpitala Karola i Marji oraz zdania autorów, z których wynika, że chłopcy chorują na błonicę częściej, niż dziewczęta.

Gantz zapytuje o wpływ na odczyn Schicka pór roku, przebytych lub przebywanych chorób oraz układu węgetacyjnego, i z jakimi mamy do czynienia zjawiskami — uczulania czy uodparniania — w przypadkach kilkakrotnego wprowadzania jadu błoniczego.

Według Sterlinga-Okuniewskiego sprawa konstytucji osobniczej w błonicy, jak i w innych chorobach, odgrywa doniosłą rolę.

Brokman w odpowiedzi wyjaśnia: dodatni odczyn Schicka (brak odporności) jest tylko jednym z czynników, które w obecności zarazki warunkują powstawanie bł-

nicy. Ażeby choroba wystąpiła, konieczny jest czynnik 3-ci, bliżej dotąd nieokreślony, zmienny, niejako aktywujący ustrój. Błonica stanowi pierwszą chorobę zakaźną, w której poraż pierwszy jeden z czynników, warunkujących zachorowanie, został naukowo określony: jest nim brak przeciwciału błoniczego we krwi. On to stanowi jeden z czynników, składających się na t. zw. dyspozycję. Cechą konstytucyjną ustroju natomiast jest zdolność do wytwarzania przeciwciału pod wpływem bodźców swoistych (zestknięcie się z lasecznikiem błonicy) lub nieswoistych. Zdolność ta stanowi cechę dziedziczną i do pewnego stopnia rodzinną. Sprawa, dlaczego błonica gardzieli, a więc bliskie zetknięcie się z zarazkiem, nie powoduje często powstawania odporności, stanowi jedno z zagadnień, na które w tej chwili nie można dać odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 30.I.1924 r.

Mikułowski przedstawia przypadek kiły dziedzicznej z zmianami w narządach wewnętrznych.

Przedborski pokazuje kilka przypadków złośliwej pęcherzycy w postaci przejściowej do choroby Rittera.

Wasilewski i Kamler wygłaszają odczyt p. t. „Badania doświadczalne i kliniczne nad neurowakią Levadittiego“ (będzie ogłoszone drukiem).

Hirszfildowa uważa, że dzieci w domu wychowawczym nie nadają się do eksperymentowania ze względu na dużą śmiertelność i brak badań sekcyjnych.

Stankiewicz z powątpiewa o wartości praktycznej neurowaki.

Michałowicz mówi o niektórych wskazaniach do stosowania neurowaki.

Według Szenajcha praca posiada dużą wartość i wymaga kontynuowania.

Wasilewski w odpowiedzi wyjaśnia, że przy rozpoznaniu pracy prelegenci kierowali się jedynie pobudkami natury praktycznej.

Wyniki praktyczne pracy są narazie małe.

Kamler mówi o nieszkodliwości szczepienia neurowaki i o możliwości uodparniania tą szczepionką.

Posiedzenia z dnia 13.II.1924 r.

Wiśniewski pokazuje wyleczony przypadek ropnia pozaotrzewnowego.

Bień przedstawia przypadek ziarnicy złośliwej u dziecka 7-letniego, uwzględniając dokładnie rozpoznanie różniczkowe.

Mikułowski bardzo szczegółowo omawia przypadek kiły wrodzonej ze zmianami w narządach wewnętrznych. (będzie ogłoszone drukiem).

Popowski przedstawia i omawia przypadek krwawiczki u chłopca 16-letniego. (będzie drukowane).

Erlichówna stwierdza, że leczenie przypadku krwią nie dało wyniku. Zauważoną poprawę możnaby uzależnić od częstych upustów krwi, jak to twierdzi Sahli. Następnie podnosi zasługę prelegenta, który stwierdził wybitne wzmoczenie się krzepliwości krwi przy dołączeniu do niej płynu tkankowego.

Szenajch wobec krótkotrwałego okresu obserwacji na obecną poprawę patrzy sceptycznie.

Według Łyskawińskiego rokowanie w krwawiczce nie jest beznadziejne. Między wpływem koagulum a płynu tkankowego daje się przeprowadzić pewną analogja.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia 3.I.1924 r.

1) M. Lubelski 3 przypadki operacyjne raka odbytnicy. W dyskusji zabierali głos: Datyner, Chorażycki, Dolkart, Higier, Szenkier, L. Endelman, Lichtenberg i Mész.

2) Z. Bychowski. Z nauki o sekrecji wewnętrznej. B. omawia główne etapy, które przechodziła endokrynologia w swym rozwoju historycznym, — koncepcje o hyperhypo- i dysfunkcji poszczególnych gruczołów i o parzystej korelacji i ich antagonizmie. Obecnie należy mówić o wzajemnej korelacji wszystkich gruczołów dokrewnych. Jednogruczowego cierpienia, w ścisłym słowa tego znaczenia niema. Nie należy tego utożsamiać z t. zw. „insuffisance pluriglandu-

laire", — oddzielną, b. rzadką jednostką nozograficzną. Gruczoły rozrodcze w całym zespole innych gruczołów dokrewnych stanowią wyższą instancję kontrolującą i uzgadniającą, czego dowodem jest ciąża, kiedy wytwarza się stan przejściowy zaburzeń czynnościowych wszystkich gruczołów dokrewnych. — Przypuszczalna budowa chemiczna hormonów jest pokrewna z witaminami. Stosunek wzajemny hormonów — „wskaźnik endokrinny” — jest prawdopodobnie inny w każdego osobnika; — tem tłumaczy się ta niezmierna obfitość postaci chorobowych endokrynologicznych. Badania doświadczalne referenta nad rozwojem kijanek i jaj żabich w środowiskach z rozmaitymi gruczołami dokrewnymi dowodzą, wbrew twierdzeniu szkoły Popielskiego, bezpośredniego wpływu hormonu na ustrój bez udziału układu współczulnego. Jako dalszy ciąg teorii Boveriego o indywidualności chromosomów, Bychowski wysuwa hipotezę o wspólnym pochodzeniu wszystkich gruczołów dokrewnych z jednego chromozomu.

W dyskusji zabierają głos: Justman, Dłuski, Fingerhut, Higier, Lichtenberg i Poncz.

Posiedzenie z dnia 17.II.1924 r.

1) J. Lichtenberg. Przypadek infantylizmu.

Chory lat 24, z oddziału dr. Lewina, robi wrażenie chłopca 14-letniego; waga 101 funtów; wzrost niski — 153 cm.; wzmożone łaknienie i pragnienie; ejaculatio seminis abest; libido sexualis jednakowa w stosunku do osób obojga płci; samogwałt, stosunki homoseksualne. Pirquet +. W okolicy chrząstek przynasadowych kości długich znaczne zgrubienia. Genua valga. Rentgenogram kości stwierdza zahamowania w rozwoju kości; nasady kości przedramienia i dłoni jeszcze niezarośnięte; niedostateczne zwapnienie wszystkich kości. Czaszka mała, siodło tureckie małe (Mesz). Brak owłosienia. Twarz bez gry mimicznej. Tarczycza niepowiększona. Narządy płciowe wybitnie niedorozwinięte; jądra wielkości grochu, prącie i moszna małe; odruch z dźwigacza jądra brak. Psychicznie niedorozwinięty. Odczyn Löwyego ++. L. rozpoznaje infantylizm dystroficzny typu Lorraina. Patogeneza przypadku — jednoczesna niedomoga gruczołów rozrodczych i przysadki mózgowej; przypadek ten stanowi przejście do postaci, nazywanej przez Wł. Sterlinga „eunuchoidyzmem karłowatym”. Chory otrzymuje w celach leczniczych zastrzykiwania hipofizyny i sperminy.

W dyskusji zabierają głos: Szour, Higier, Simchowicz i Abramowicz.

2) J. Przedborski: O t. zw. „chorobie Rittersa”. (Odczyt wydrukowany w Nr. I „Warsz. Czasop. Lek.”).

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie z dnia 12.III.1924. *).

Przewodniczący A. JANUSZKIEWICZ.

1) W. Bądzynski demonstruje chorego na gruźlicę z wielką śledzioną. Zachodzi pytanie, czy się ma do czynienia, po wyeliminowaniu zimnicy, na podstawie badań bakterjoskopowych z gruźlicą, czy też skrobiowatym zwyrodnieniem śledziony. W dyskusji głos zabierali: Z. Orłowski, K. Opoczyński, A. Januszkiewicz.

2) Z. Wasilewska demonstruje chorą na białaczkę.

3) E. Czarnecki demonstruje Oblicę olbrzymią (Eustrongylus gigas), która, jak wynika z protokółów Wil. Tow. Lek., przed laty 76 wyszła z cewki 6 letniego chłopca. Dyskusja: A. Januszkiewicz, K. Opoczyński, S. Trzebiński, M. Kozłowski.

4) Zarcyn mówi o transfuzji krwi. Po omówieniu teoretycznych przesłanek tego zabiegu, demonstruje prelegent aparat, użyty przez niego po raz pierwszy z zachęcającymi wynikami. W ożywionej dyskusji J. Szmurło, nie odrzucając zasadniczo sposobu tego, radzi nie zapominać, wobec trudności technicznych, jakie mogą wyniknąć przy jego stosowaniu, o wlewaniach fizjologicznego roztworu. S. Trzebiński ostrzega przed możliwością powstawania przy tym zabiegu w naszych warunkach aglutynacji. Nadmieniamy dalej, że w celu uniknięcia tego powikłania w państwach, gdzie rękoczyn ten jest stosowany dawniej, przy szpitalach są specjalne osoby, których krew została uprzednio zbadana i rozklasyfikowana do użycia jej w przypadkach o pokrewnym typie krwi u chorego,

któremu się robi transfuzję. A. Safarewicz przestrzega przed niebezpieczeństwem odczynu strącania. A. Januszkiewicz zachęca do stosowania transfuzji krwi, posiada bowiem ten zabieg niezawodnie wyższą leczniczą nad wlewami płynu fizjologicznego lub wstrzykiwaniami białka obcego. Przemawiali w tej sprawie jeszcze: Bujalski, Obieziński, Opoczyński, Trzeciak. E. C.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

O kilku ciekawych przypadkach nowotworów mówiono na ostatnich posiedzeniach Towarzystw Lekarskich francuskich.

W Paryskim Towarzystwie Chirurgicznym H. Judet mówił o dwóch przypadkach kostniako-mięsaka u kobiet (lat 30 i 48) i jednym u mężczyzny. Obrazy kliniczne przemawiały za zapaleniem przewlekłym stawu kolanowego.

Jedną z owych kobiet uważano za chorą na gruźlicę stawu i leczono przez unieruchomienie. Prześwietlenie, dokonane zaledwie w 3-im roku, wykazało zniekształcenie torbielowate całej części górnej piszczeli. Badanie drobnowidzowe wykryło mięsak olbrzymiokomórkowy. Odjęto chorej udo, i śmierć nastąpiła w rok potem.

U drugiej chorej rozpoznano zapalenie przewlekłe błony maziowej (synovitis chronica). Jeszcze w jedenastym miesiącu obserwacji prześwietlenie dawało obraz zwykły, który nabiera cech charakterystycznych zaledwie w półtora miesiąca później po wyprostowaniu kolana gwałtownym w uspieniu i wykazuje obecność guza, drążącego w głąb kości udowej. Odjęcie uda pozwala chorej przeżyć jeszcze dziesięć miesięcy. Mikroskop wykazuje mięsak wrzecionowato-komórkowy.

W trzecim przypadku (mężczyzna lat 40) choroba dawała obraz zapalenia stawu biodrowego. Prześwietlenie w 8-m miesiącu choroby nie wyjaśniło sprawy. W dwa miesiące potem prześwietlenie ponownie wykazało bujanie typowe w okolicy krętarza wielkiego. Przebieg choroby nadzwyczaj szybki — przerzut do płuc i śmierć w końcu dziesiątego miesiąca.

Autor w celu rozpoznania wczesnego poleca prześwietlanie powtarzane, badanie drobnowidzowe wycinków próbnych, próbę biologiczną metodą Thomas-Binetti.

W Towarzystwie Lekarskim szpitali Liońskich — Mourriguand, Bernheim i Manhès mówili o przypadku zwężenia przerostowego odźwiernika u 10-letniego chłopca z objawami typowymi: dziecko rośnie prawidłowo w ciągu 25 dni i nie wymiotuje, poczem wymioty i ruchy robaczkowate występują nagle. Stan ogólny dobry. Nie wyczuwa się guza odźwiernikowego. Stolce prawidłowe.

Dieta, czopki rtęciowe, wstrzykiwanie mleka dają poprawę znaczną. Pogorszenie gwałtowne i bardzo ciężkie spowodowało śmierć w dwa dni.

Sekcja wykazuje duży guz odźwiernika, drożnego tylko częściowo; przerost warstw mięśniowych bez nacieków zapalnych.

W Paryskim Towarzystwie Chirurgicznym — Raymond Bonneau przedstawił osobnika, któremu w 1919 roku usunięto znaczną część klatki piersiowej wraz z opłucną z nasunięciem płatu mięśniowo-skórnego dla odtworzenia ściany. Badanie drobnowidzowe wykazało mięsak. Po roku nawrót. Pomimo rozpoznania, już ustalonego, autor przeprowadza badanie ponowne tkanek zmienionych i stwierdza w nich obecność zmian zapalnych zwykłych, naśladujących mięsak. Przejrzenie powtórne preparatów z badania pierwszego dowodzi, że mięsak wrzekomy zapalny był wówczas wzięty za mięsak istotny.

W Comité Médical des Bouches-du-Rhône Chauvin i Bourdès przedstawili przypadek gruczolaka (polyadenoma) żołądka, pochodzącego od chorej 55 letniej, przybyłej na oddział z rozpoznaniem raka żołądka. Prześwietlenie wykazało zastój pokarmu w żołądku i szereg rozgałęzień cienia bismutowego w górnej trzeciej części żołądka.

Zabieg operacyjny wykazał żołądek o wyglądzie zwykłym, lecz zawierający guz na szypule, który został usunięty. Miał on 15 cm. długości przy 5 cm. średnicy. Badanie drobnowidzowe wykazało gruczolak bez śladu cech złośliwych. Przeczy to uznanemu powszechnie twierdzeniu, że guzy takie nie przekraczają nigdy rozmiarów orzecha laskowego.

*) Protokoły ze stycznia i lutego podane będą później.

W temże Towarzystwie — Bertier i J. Giraud mówili o przypadku raka pierwotnego płuca o cechach szczególnych następujących:

Klinicznie,—przebieg utajony z objawami ogólnymi, silnie zaznaczonymi: charłactwo, brak zupełny objawów czynnościowych płucnych, brak objawów ucisku na śródpiersie, ból w okolicy łopatki prawej.

Radjologicznie,—w szczycie płuca cień o granicach zlekka zatartych.

Na sekcji stwierdzono guz w części górnej i tylnej płuca, obejmujący II żebro i naciekający V-VII trzony kręgosłupa szyjnego, a pozostawiający rdzeń nienaruszony. Gruczoły oskrzelowe i pachowe niezmiennione.

Z dziedziny chorób gruczołu tarczowego zasługuje na uwagę kilka następujących odczytów i pokazów:

His mawiał w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim o zapobieganiu woli. Profilaktyka wola należy do zadań higieny publicznej. Endemiczne panowanie wola stanowi groźną klęskę. We Francji w siedemdziesiątych latach ubiegłego wieku liczone pół miliona osobników, dotkniętych wolem; w Szwajcarii 7% rekrutów corocznie zostaje zwolnionych z powodu tego cierpienia, a roczny kontyngent operowanych na skutek wola wynosi 2000—3000; w Styrii 14% mieszkańców ma wole. W miejscowościach, gdzie choroba Basedowa jest zjawiskiem częstym, wola endemicznego nie widzimy, i naodwrot. Miejscowości góryste częściej są siedliskiem wola. Tam gdzie panuje wole, spotykamy kretynizm i endemiczną głuchoniemotę. Związek kretynizmu z wolem nie jest wyjaśniony. Kretynizm nie jest identyczny z obrzękiem śluzowym (myxoedema).

Pojęcie wola jest względne, gdyż wielkość i waga tarczycy nie na całym świecie są jednakowe; w okolicach alpejskich waga tarczycy jest o wiele większa, niż w Monachium, ta zaś większa, niż w Berlinie, gdzie znowu gruczoł tarczowy waży więcej, niż w Kilonji. Rozwój tarczycy wstępnym kończy się dopiero w wieku dojrzałym, a rozpoczyna się nazewnątrż życia macicznego. W okolicach dotkniętych wolem, rozwój tarczycy jest szybszy, wcześniejszy i intensywniejszy. Wole jest chorobą rozpoczynającą się w dzieciństwie, w siedliskach endemii gruczoł już u noworodka jest chorobliwie powiększony. Rozmiary wola ulegają wahaniom perijodycznym. Wole, które powstało w dzieciństwie, może ulec wstępnemu rozwojowi w okresie dojrzałości płciowej — u chłopców jest to reguła, u dziewcząt wole pod wpływem ciąży znowu ulega powiększeniu. Stąd u kobiet wole jest zjawiskiem częstszym, niż u mężczyzn.

Z hipotez, dotyczących przyczyn powstawania wola żadna się nie utrzymała: ani rola wody lub formacji geologicznych, przez które woda przechodzi, ani znaczenie pewnych substancji organicznych lub przechodzących przez filtr nie zostały udowodnione. Od r. 1859 zwrócono uwagę na rolę jodu i bromu w powstawaniu wola: ubóstwo zawartości jodu w ustroju zostało uznane za jego przyczynę. Gdy potem wykryto jod w tarczycy, stwierdzono, że w Szwajcarii gruczoł tarczowy w 100 gr. substancji zawiera 1,2 mgr. jodu, zaś ta sama masa wola—tylko 0,9 mgr. Badania doświadczalne wykazały, że przy dowożeniu jodu tarczyca pozostaje mała, rośnie zaś, gdy zawartość w niej jodu spada poniżej 1/10 mgr. na gram gruczołu. Godne uwagi jest, że dezynfekcja kiszki czasem przyczynia się do zniknięcia wola. Pewne dane przemawiają za tem, że wole może się przenosić z jednej osoby na drugą, ale nie w znaczeniu choroby zakaźnej. Istnieją pewne analogie z malarją. W celach profilaktycznych stosuje się jod, którego jednak nie należy uważać za środek nie winny. W Szwajcarii 85%, w Getyndze 35%, w Berlinie 17% mieszkańców oddziaływa na jod przyspieszeniem tętna. Stwierdzono, że dodatek 0,02 jodu na 5 kg. soli kuchennej u wielu ludzi wywoływał zniknięcie wola, u niektórych trzeba było podnieść ilość jodu do 0,1. Na tej zasadzie dawano w Szwajcarii sól kuchenną z jodem i osiągnięto u dzieci w szkołach spadek odsetka dotkniętych wolem z 30% do 40% na 7%. O ile jod okaże się skutecznym w głuchoniemocie endemicznej na to dziś jeszcze odpowiedzi dać nie można.

(Med. Klinik. Nr. 9. 1924).

Nobel w Tow. Lek. Wiedeńskim przedstawił 6 od wielu lat znajdujących się pod obserwacją kliniki pediatrycznej przypadków obrzęku śluzowego (myxoedema).

I. 19 letnia dziewczyna, która pozostawała od urodzenia na leczeniu w klinice, a do 14 roku życia uczęszczała do szkoły, ma obecnie wzrost 11 letniego dziecka. Sutki rozwinięta. Inteligencja w ostatnich latach cofnęła się. II. 13 letnia dziewczynka ma wzrost 4½ letniego, a wagę 8 letniego dziecka. III. 13 letni chłopiec, o typowym wyglądzie myksodematycznym, ma wzrost 4 letniego dziecka. O reszcie chorych mówca nie podaje bardziej szczegółowych danych, przedstawia natomiast rentgenogramy, wykazujące wysoki stopień wstrzymania rozwoju układu kostnego. Pacjenci nie byli leczeni systematycznie, stosowane preparaty były bez wątpienia mniej wartościowe. Ten ostatni wzgląd skłania Nobla do zwrócenia uwagi na konieczność ujednolastnienia wyrobu przetworów opoterapeutycznych na drodze prawodawczej. Państwo ma obowiązek czuwania nad jakością tych przetworów, gdyż osobniki z tyreohypofizą lub tyreopłazją należą do dziedziny opieki społecznej. Postulat Nobla poparli w dyskusji Wasicky, Wagner, Meyer i Eiselsberg. Ostatni zachęca do wszczepiania gruczołu tarczowego, które zastosował w jednym przypadku z dobrym wynikiem do czasu, aż wszczepiona tkanka nie uległa wchłonięciu. (Przed laty kilkunastu polecił Brannan wszczepianie tarczycy do szpiku kostnego piszczałki w nadziei, że tu gruczoł nie tak szybko, jak pod skórą lub w worku otrzewnowym, zostanie wchłonięty — przyp. sprawozdawcy).

(Wien. Med. Woch. Nr. 13. 1924).

Pokrewny temat był w temże Towarzystwie przedmiotem odczytu Porgesa i Adlersberga, którzy mówili o leczeniu choroby Basedowa ergotaminą, t. j. substancją o działaniu ergotynowym, otrzymywaną ze sporyszu. W ginekologii środek ten używany jest zamiast ergotyny i znany w handlu pod nazwą ginergenu. Badania farmakologiczne wykazały, że ergotamina wywołuje zwężenie naczyń, osłabienie ruchów robaczkowych żołądka i kiszki i zwolnienie uderzeń serca, działa więc w pewnych narządach na nerw współczulny, w innych na nerw błędny. Ta własność ergotaminy czyni z niej antagonistę tyroksyny, substancji działającej tarczycy, która to substancja działa również na wyżej wymienione nerwy, ale w kierunku odwrotnym, wywołuje bowiem przyspieszenie bicia serca i wzmożenie ruchów robaczkowych żołądka i kiszki. Gdy tyroksyna wzmacnia wszystkie bodźce od nerwu błędnego i współczulnego, ergotamina, jak się zdaje, drażni włókna hamujące albo blokuje pobudzające. To nasunęło prelegentom myśl wyzyskania własności ergotaminy dla celów leczenia tyreotoksikozy — choroby Basedowa. Wyniki tego leczenia odpowiadały oczekiwaniom. Już po jednokrotnym zastrzyknięciu miligrama ginergenu ustaje palpitacja serca i niepokój, drżączka słabnie, bezsensowność ustępuje. Obiektywnie można zauważyć wybitne zwolnienie bicia serca. Zniknięcie szmerów sercowych i naczyniowych, zwężenie szpary ocznej, znaczne zmniejszenie wytrzeszczu, ustanie drżenia i pobudliwości. Jeszcze wybitniej i trwalej działa omawiany środek przy dłuższym użyciu. Prelegenci stosowali go w 4 przypadkach w ciągu 10—14 dni — podskórnie 2 razy dziennie po 1/4 mlgr., w dwóch zaś — wewnętrznie po 2—3 tabletek miligramowych dziennie. Stan wszystkich chorych poprawił się zaskomienie. Ginergen okazał się też skutecznym przeciwko dolegliwościom klimatycznym kobiet.

(Med. Klin. Nr. 11. 1924).

Z tej samej dziedziny sprawę poruszyli również w Wiedeńskim Towarzystwie Lekarskim Gold i Orator w odczycie o woli osobników młodocianych. Według badań Holza w wieku młodzieńczym widzimy wole bądź w związku z chorobą Basedowa, bądź obojętne, bądź o czynności obniżonej.

Śród zbadanych 555 przypadków znaleziono u osobników do 17 roku życia przewagę wola kolloidalnego, następnie rozlanego przerostowego, dalej rozlanego stacjonarnego i wreszcie guzowego. U dziewczyn gruczoł tarczowy dochodzi do maximum objętości o kilka lat wcześniej, niż u chłopców, co przemawia za czynnikiem endogennym w powstawaniu wola, za rolą okresu dojrzałości płciowej, miesiączki. Okoliczność, iż we Frankfurcie i Heidelbergu stwierdzano przeważnie wole kolloidalne, przypisują prelegenci stosowaniu jodu, przekonali się bowiem, że pod wpływem ener-

gicznego traktowania wola jodostaryną w klinice Eizelsberga liczba przypadków wola koloidalnego znacząco wzrosła. Wole wieku młodzieńczego jest to typowe rozlane wole parenchymatyczne z wyraźnym podziałem na zraziki, w których widać dobrze rozwiniętą sieć beleczkową. Badanie histologiczne serij skrawków wykazuje kanały, wysłane nabłonkiem cylindrycznym, i mało koloidu, jeżeli wole nie było leczone jodem. Zawartość jodu w badanych wolech była normalna, badanie farmakodynamiczne wykazało funkcję normalną lub subnormalną. Wole wieku młodzieńczego różni się od wola w chorobie Basedowa, które wykazuje nabłonek wielowarstwowy lub brodawki, follikule są powiększone, ale liczba ich nie jest nadmierna. Wole wieku młodocianego nie zawiera koloidu, liczba follikulów jest powiększona, brodawek brak, nabłonek nigdy nie jest wielowarstwowy, jest ono wyrazem wrodzonego usposobienia i towarzyszyć mu mogą objawy kretynizmu. W razie ustania dalszego wzrostu może przejść w gruczoł normalny. Leczenie jodem jest uzasadnione, w przypadkach hypoplazji — jodotyryna. Operacja jest wskazana tylko w razie zaburzeń pochodzenia mechanicznego.

W dyskusji Bauer referuje nowe i ciekawe poglądy Plummera i Kendala z kliniki Mayo, mianowicie: obraz kliniczny zależy od ilości tyroksyny, zawartej w tkankach; całkowita ilość tyroksyny u dorosłego ma wynosić 14 mgr.; należy rozróżniać czynną i nieczynną postać tyroksyny, pierwsza powstaje z drugiej przez oksydację; koloid nie ma nic wspólnego z tyroksyną, z powodu zawartości w nim grup SH ma on działać redukująco i przeszkadzać oksydacji postaci nieczynnej. Zniknięcie koloidu działa aktywująco, w chorobie Basedowa wytwarza się tylko postać czynna i w dodatku w stanie nieprawidłowym, bo o nienależnej skali jodu, tak, że jednocześnie powstaje dystyreoza i hypotyreoza. W celu osiągnięcia właściwej skali jodu stosuje się w klinice Mayo w każdym przypadku choroby Basedowa jod w dużych ilościach (3 razy dziennie po 10—15 kropel roztworu Lugola). Dopiero po takim przygotowaniu leczenia jodem przystępuje się do operacji. Od tego czasu stosowanie tej metody, jak utrzymuje Plummer, niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego w związku z operacją znacznie zmalało. Bauer sądzi, że wzmożona czynność skutkiem podniesienia się produkcji koloidu zostaje zahamowana, i wypowiada się także na korzyść leczenia tyrojdynowego. Dowód tyroksyny nie musi koniecznie stanowić bodźca drażniącego dla tarczycy, być może, że właśnie je usuwa.

Eizelsberg jest przeciwnikiem stosowania w cho-

robie Basedowa jodu, wobec niewątpliwie szkodliwego wpływu tego leku na przebieg cierpienia.

(Wien. Med. Woch. Nr. 9. 1924).

W leczeniu wola złośliwego zaleca Czepa stosowanie promieni Roentgena, przedstawiając w Tow. Lek. Wied. przypadek operowanego, a po operacji naświetlanego wola pozamostkowego. Nowotwór był czemś pośrednim pomiędzy rakiem i mięsakiem i odznaczał się wielce złośliwym charakterem. Usunąć go w całości drogą operacyjną było rzeczą niemożliwą.

W 4 tygodnie po naświetlaniu nie znaleziono ani śladu nowotworu. W innym przypadku wola złośliwego, również operowanego, po jednorazowym naświetleniu znikł świsł oddechowy, zależny od ucisku na tchawicę. Czepa przypisuje wywody chirurga Perthesa, który określił naświetlanie wola złośliwego jako jedynie wskazane.

W dyskusji Schwarza powołuje się na liczne swoje przypadki wola złośliwego, wyleczone przy pomocy promieni Roentgena. Dodatek wyników tego leczenia przypisuje Schwarza zawartości jodu w wolech; przypuszcza mianowicie, że pod wpływem promieni Roentgena następuje rozkład ciała białkowodowych. Tego samego zdania jest Engländer; Hajek nie podziela optymizmu innych mówców w sprawie działania leczniczego promieni X na wole złośliwe.

(Wien. Med. Woch. Nr. 8. 1924).

W każdym razie przytoczone wyżej wyniki pomyślane leczenia wola złośliwego promieniami Roentgena powinny zwrócić na siebie uwagę wobec niebezpieczeństwa, związanego z leczeniem chirurgicznym wola pozamostkowego. O przypadku śmierci skutkiem odmy śródpiersia (emphsema mediastini) po wycięciu wola pozamostkowego mówił w Stowarzyszeniu Chirurgów wiedeńskich Gold. W 18 godzin po operacji chory zmarł wśród objawów obrzęku płuc. Badanie zwłok wykryło jako przyczynę śmierci odmę śródpiersia i obustronną odmę opłucnową — bez uszkodzenia opłucny, które mogłoby być mylnie wziąć za przyczynę odmy. Na zasadzie tego i dwóch innych przypadków, jakoteż doświadczeń na zwidrzętach Gold wyraża zdanie, że odma powstaje skutkiem wciągania powietrza do otwartego śródpiersia, które działa, jak wentyl, nie pozwalający na wydalanie tegoż powietrza podczas wydechu. O takim samym powikłaniu podczas operacji wola złośliwego wspominał w dyskusji Lothweissen. I tutaj badanie zwłok stwierdziło, że worek opłucnowy nie został uszkodzony.

(Med. Klin. Nr. 10. 1924). Z. S.

Skrzynka zapytań.

Czy naparstnica jest wskazana w zaburzeniach krążenia w przebiegu chorób zakaźnych? Dr. K. z W.

Podstawą zaburzeń krążenia w przebiegu chorób zakaźnych jest zjawisko porażenia drobnych tętnic pod wpływem toksyn bakteryjnych. To, co nazywamy „sercem obwodowym”, przestaje działać, tętno miękkie coraz bardziej, ciśnienie tętnicze spada coraz niżej, II ton aorty słabnie. W tych warunkach mięsień sercowy musi wyrównać spadek ciśnienia obwodowego. Kurczy on się coraz częściej. Atoli napełnienie tętnic wieńcowych serca w tych warunkach znacznego spadku ciśnienia tętniczego staje się bardzo i coraz bardziej niedostatecznym, odżywianie pracującego ponad siły mięśnia sercowego słabnie ilościowo i pogarsza się jakościowo (zwyródnienie mięśnia na skutek działania trucizn bakteryjnych). To wszystko dotyka w głównej mierze mięsień komory lewej, który wreszcie słabnie ostatecznie: powstaje obrzęk płuc, który najczęściej jest najgłośniejszą przyczyną

zejścia śmiertelnego w chorobach zakaźnych. Racjonalną terapią w tych przypadkach byłaby terapia, przeciwdziałająca porażającemu naczynia wpływowi trucizn bakteryjnych, a więc terapia w postaci stosowania środków, tonizujących mięśnie tętnic obwodowych, owo „serce obwodowe”. Środkiem w tym rodzaju jest adrenalina, atoli nie posiadamy dotychczas sposobu racjonalnego jej stosowania. Jak widać z powyższego, naparstnica, której działanie bezpośrednio obwodowe w tych razach jest oczywiście wyłączone (o ile wogóło w dawkach leczniczych u ludzi istnieje), jest w tych przypadkach zupełnie bezużyteczna. Wogóle trzeba to zaznaczyć otwarcie, nasze dotychczasowe postępowanie lecznicze w omawianych tu przypadkach jest niesłychanie mało skuteczne i nie posiada żadnego uzasadnienia racjonalnego ze strony farmakologii doświadczalnej.

K. Rzętkowski.

MEDYCyna Społeczna

Zasady organizacji szpitali publicznych.

podał

Dr. Jerzy BUJAŁSKI (Warszawa).

W Nr. 1 „Warsz. Czasop. Lekar.” umieścił kol. Ostrómecki artykuł p. t. „Zasady organizacji szpitali publicz-

nych”, w którym szczegółowo omówił podstawy organizacji szpitalnej. Artykuł ten zasługuje na baczną uwagę już choćby z tego względu, że porusza tak ważny dla służby zdrowia temat i stara się przebić wyłom w murze bezruchu, jaki otacza od szeregu lat projekt ustawy o szpitalach. W tej sprawie opinia sfer najbardziej uprawnionych i interesowanych — lekarskich — nie jest do dziś dnia skryształizowana. Mielśmy

luźne artykuły w skąpej zresztą ilości w pismach zawodowych i prasie codziennej, i to przeważnie krakowskiej, mieliśmy uchwały zrzeszeń lekarskich małopolskich, jednak świat lekarski nie ustalił jeszcze wśród siebie poglądu na tę sprawę. A brak już nie jednolitej, a przeważającej opinii lekarskiej w sprawie szpitalnictwa jest jednym z głównych powodów, dla którego rozwiązanie tej tak ważnej i pilnej sprawy do tej pory nie nastąpiło.

Kol. Ostromęcki w swym artykule wyraźnie określił zasady, na których chciałby widzieć zorganizowane polskie szpitalnictwo. Ponieważ nie zupełnie zgadzam się z poglądami Jego w tej sprawie, przeto pozwolę sobie omówić przedstawięny przez Niego w artykule projekt organizacji szpitalnej. Lecz zanim to uczynię, pragnę choć parę słów poświęcić projektowi ustawy szpitalnej, zgłoszonej przez b. M. Zdr. P. Nie jestem autorem tego projektu i nie ja wnoszę go po raz pierwszy na Radę Ministrów. Tym nie mniej, choć widzę dokładnie nierealność jego w tej chwili, uważam za konieczne, celem uniknięcia nieporozumień bronić ściślej jego interpretacji. Nie błyszczyłem bowiem twierdzeniem kol. O., że projekt ustawy nie wkłada na nikogo bezpośredniego obowiązku zapewnienia ludziom pomocy szpitalnej, albowiem projekt w art. II wkłada ten obowiązek na Ministra Zdr. P. (dziś Ministra Spr. W.), który postanawia utworzenie szpitala, a decyduje ostatecznie Rada Ministrów. Uchwała Rady Ministrów jest konieczna ze względu na przewidziane w innych paragrafach w związku z tem finansowe obciążenie samorządów. Również nie jest wadą projektu, że nie wprowadza sieci szpitalnej, ponieważ sieć taka winna być opracowana, niezależnie od ustawy i do ustawy włączona być nie może już choćby tylko z tego powodu, że z najrozmaitszych względów może ulegać zmianom. Jak stwierdzono, b. M. Zdr. P. sieć taką już przed paru laty opracował zupełnie drobniogłowo. Również, „zupełna niemal ingerencja Państwa w życie szpitali“ nie konieczne pociąga za sobą biurokratyzację szpitala, albowiem, jak nas uczy doświadczenie już polskie, szpitale, pozostające w zarządzie państwowym, nie znają zupełnie biurokratyzmu i są zaautonomizowane, gdy przeciwnie, niejednokrotnie musiała władza państwowa występować z żądaniem zmiany systemu zbyt biurokratycznego w niektórych szpitalach samorządowych.

Zasady, na których kol. Ostromęcki chce oprzeć organizację szpitalną są dwie: 1) szpitale budują, organizują i niemi administrują samorządy i to najniższe; więc gminne, powiatowe i miejskie (prócz szpitali specjalnych, które mają budować samorządy wojewódzkie); 2) koszt leczenia ubogich chorych ponosi gmina, w której chory mieszkał ostatnio przez rok.

Przy omawianiu tych dwóch podstaw organizacji należy ustalić cel widzenia na zadania szpitalnictwa. Szpital ma obowiązek leczyć chorego, a w związku z tem w granicach możliwości uchronić go przed śmiercią czy kalectwem, skrócić czas choroby i niezdolności do pracy, zmniejszyć lub znieść cierpienia. Z tego wynika, że szpital ma do spełnienia rolę nie tylko humanitarną, ale i ściśle gospodarczą, gdyż ma oddziaływać na zmniejszenie śmiertelności i przywracać zdolność do pracy, więc pośrednio wpływać na równowagę bilansu gospodarczego. Nie od dziś przecież stan zdrowotny obywateli, ich zdolność do pracy i utrata tej zdolności wpływają na stosunki gospodarcze Państwa. I nie od dziś przeliczamy chorobę na znak pieniężny celem umieszczenia iloczynu w dziale strat. Z tego wynika, że zapewnienie pomocy szpitalnej wszystkim obywatelom, jej potrzebującym, jest konieczne, poza względami natury humanitarnej, jeszcze i ze względów czysto gospodarczych, a brak tej pomocy przynosi szkodę nie tylko jednostce czy grupie pozbawionej, ale całej zbiorowości. I zabezpieczenie tej pomocy szpitalnej musi być nie fikcyjne, a rzeczywiste i w maksymalnych rozmiarach. Jeżeli ustalimy ten cel widzenia na zadania organizacji szpitalnej, to jasnym się staje, że rozwiązywać kwestię szpitalną będzie nie ta czy inna doktryna, a rzeczywista zdolność tej czy innej organizacji zbiorowej do utworzenia najlepszej, rzeczywistej pomocy szpitalnej dla ludności. I jeżeli mamy odpowiadać na pytanie, kto ma w Polsce organizować szpitalnictwo — samorząd i jaki, czy państwo, to pytanie to równoznaczne jest z pytaniem, która z tych organizacji zbiorowych ma najwięcej warunków, potrzebnych do zorganizowania dobrego szpitalnictwa i administrowania niem.

Uważa się u nas niemal za dogmat, że opieka nad zdro-

wiem ludności należy do samorządów, i to najniższego typu. Twierdzenie to opierać się ma na tyłowiekowej wyłącznej opiece samorządów nad zdrowiem, i u nas i za granicą. Jednak dogmat ten przestał już być dogmatem, a opieka nad zdrowiem publicznym, podlega ewolucji, a w ostatnich paru dziesiątkach lat ewolucji bardzo szybkiej i radykalnej. Że za dawnych czasów samorządy samodzielnie i wyłącznie opiekowały się zdrowiem ludności, to przyczyny były proste. Przy niskim poziomie wiedzy lekarskiej zupełne lekceważenie zdrowia i zdolności do pracy warstw, nie posiadających najmniejszego wpływu na rządy, a środki komunikacyjne i odległość tworzyły z poszczególnych gmin zamknięte w sobie jednostki. Państwo przecież zupełnie nie interesowało się zdrowiem publicznym, pozostawiając to już nie samorządom, a związkom religijnym. Ale równolegle z ewolucją społeczną, w związku z wyzwaniem się mas ludowych, które w chwili uzyskania wpływu na rządy domagać się zaczęły ochrony ich największego skarbu — zdolności do pracy i życia, opiekę nad zdrowiem publicznym odebrano związkom religijnym i objęły ją najniższe organizacje samorządowe — gminy. A w dalszym rozwoju ewolucyjnym przenoszono te obowiązki na coraz wyższe jednostki samorządowe, przy coraz większej ingerencji władz państwowych. Jeżeli przyjrzymy się dokładnie prądom, nurtującym dziś w dziedzinie ochrony zdrowia, to widzimy wyraźnie, że idą one w kierunku centralizowania służby zdrowia w najwyższych organizacjach samorządowych i w rękach państwa przy coraz większym usuwaniu niższych jednostek samorządowych od spraw zdrowia. I jest to zupełnie zrozumiałe. W zachowaniu zdrowia fizycznego zainteresowani są nie tylko sami obywatele, ale i państwo ze względów gospodarczych i obrony militarnej. Ochronie zdrowia publicznego stawia się coraz większe wymagania, żąda się maximum jego zabezpieczenia przez wyzyskanie wszystkich najnowszych zdobyczy wiedzy, a podołać temu nie mogą najniższe jednostki samorządowe już choćby z tego powodu, że nie rozumieją ważności tych spraw, lekce je sobie ważą. I nawet ta Anglja, na którą powołuje się kol. Ostromęcki, ten typowy kraj samorządów, w tak specyficznych warunkach rozwijający się, potwierdza właśnie swą ewolucję niezdolność samorządów gminnych do opieki nowoczesnej nad zdrowiem. Tam właśnie coraz więcej zabiera w swoje ręce państwo i wyższe jednostki samorządowe. Odruch przeciwny sanitarnej gospodarki samorządowej powstał tam dawno *).

Równolegle z całą służbą zdrowia przechodzi ewolucję i szpitalnictwo. Dzisiejszy szpital to nie szpital z przed lat trzydziestu; to nie sale z łózkami, na których leżą chorzy, a instytucja wyposażona w najnowsze środki techniczne do leczenia chorych, zastosowująca natychmiast wszystkie zdobycze wiedzy. Szpital dzisiejszy to laboratorium, pracownia, instalacje aparatów naświetlających i prześwietlających. Szpital dzisiejszy to przeceprzony aparat, który zrozumieć i którym kierować nie każdy potrafi.

Dzisiaj, gdy mówi się, że ochroną zdrowia winny zająć się gminne samorządy, nie wystarczy stwierdzić, że przez wieki robiły to samorządy. Dziś trzeba udowodnić, że te samorządy zdolne są do zapewnienia tej ochrony ludności. Dziś nie można powiedzieć, że „szpitalnictwo, jako dziedzina najbardziej dotycząca miejscowej ludności i jaknajbardziej zależna od warunków lokalnych... winno opierać się o samorządy“. Rzecz prosta, że szpital, obsługując pewną terytorjalną grupę ludności, dotyczy przede wszystkim tej grupy. Lecz z tego nie wynika, że nie spełnia on roli ogólnopństwowej, że stan jego, jego sprawność nie obchodzi Państwa, że może on być dostosowany do poziomu kulturalnego grupy, którą obsługuje, do jej zasobów finansowych, do jej pojęć o potrzebie leczenia i samem leczeniu.

Jesteśmy w wyjątkowo szczęśliwym położeniu. Tworząc ustawodawstwo polskie musimy się liczyć z serwitutami stuleci; możemy przyspieszyć proces ewolucyjny, wykorzystawszy doświadczenie innych i własne; możemy nasze nowe życie państwowe rozpocząć od tego szczybla rozwojowego, na który wchodzić inne narody, krwawili sobie spracowane ręce.

Szpitalnictwa nie zorganizują w Polsce władze państwowe. Są one absorbowane organizacją polityczną i skarbową Rzeczypospolitej, są tak zajęte utrwalaniem naszej nie-

*) Vide: 1) sprawozdania angielskiej parlamentarnej komisji zdrowia; 2) „an outline of the practice of preventive Medicine“. Sir George Newman, Chief Medical officer of the Ministry of Health — 1919 r.

podległości i organizacją jej obrony, że na organizowanie szpitalnictwa nie starczyłoby im ani środków ani sił. Na stopniowe przejmowanie szpitali w ręce państwowe mogą sobie pozwolić bezpieczne Czechy, ale nie my. I z tych powodów nazwał projekt Ustawy szpitalnej b. M. Zdr. P. nierealnym w dniu dzisiejszym. Przyjdzie na niego czas za lat dwadzieścia.

Ale również nie zorganizują szpitalnictwa i samorządy gminne, miejskie i powiatowe. Czem jest nasza gmina wiejska, jaki jest jej poziom umysłowy, kulturalny, wiemy chyba dokładnie.

Gminy miejskie tworzą się z naszych miasteczek, z tych miasteczek, do których nie zawsze dochodzi linja kolejowa. Te gminy miejskie i wiejskie tworzą związek samorządowy powiatowy. Dalej idą gminy miejskie ponad 15000 ludności (miasta wydzielone), podlegające wprost wojewódzkiej organizacji. Wreszcie wielkie miasta o własnych statutach — Warszawa, Łódź, Kraków, Lwów, Wilno *).

Czy te gminy miejskie, wiejskie i związki powiatowe są w stanie, u nas, w Polsce, zorganizować należycie szpitalnictwo? Zapomnijmy na chwilę, że istnieje Warszawa, Kraków. One nie stanowią całej Polski, a są Jej chlubnym fragmensem.

Jaki jest stosunek tych gmin wiejskich i miejskich do spraw zdrowia wogóle, a do szpitali w szczególności? Odpowiedzią mogą być głosy naszych lekarzy w szpitalach samorządowych, głosy, które, gdyby były zorganizowane, przetworzyłyby się w jeden wielki krzyk protestu. Odmawianie najkonieczniejszych środków finansowych, lekceważenie żądań lekarzy w dziedzinie badania, leczenia i żywienia chorych, odsuwanie lekarzy od zarządu szpitalem i poddanie ich władzy delegata samorządu, najczęściej zupełnie nieodpowiedniego.

Mamy w Polsce uchwały Sejmików powiatowych, zamykające szpitale i łaźnie, jako zbyt cenne; mamy przecież wypadki wydzierżawiania szpitali na warsztaty, kina i t. p. Stusnie również podnosi kol. Ostrómecki ten niski stosunek procentowy wydatków na szpitalnictwo w budżetach naszych gmin miejskich. I za ten nieprzychylny stosunek do szpitalnictwa nie można winić naszych samorządów najniższego typu. Nie zła wola bowiem niemi kieruje, a niezrozumienie ważności leczenia, bo nawet nie brak środków finansowych. One chętnie łożą na rzeczy, których potrzebę odczuwają i rozumieją, które w zbiorowej duszy gminy są dojrzałe.

Dać chętnie pieniądze na ochronę przed ogniem, na zapewnienie bezpieczeństwa, dobrej komunikacji, ale nie trafiają im do przekonania dane statystyczne o śmiertelności. Nie stoimy kulturalnie tak wysoko, by powszechnem było zrozumienie, że śmierć matki, zakażonej przy porodzie, że śmierć przedwczesna i możliwa do uniknięcia obywatela jest zbrodnią społeczną. Jeżeli dziś niektóre samorządy rzeczywiście dobrze organizują służbę zdrowia, to zawdzięczać należy szalonej energii i poświęceniu się jednostek, narzucających wprost swą wolę zarządom gmin. Ale tych jednostek mamy niewiele, a czekać na zjawienie się ich, czekać na zrozumienie przez tych, co rządy sprawują we wsiach, czy miasteczkach, ważności dobrej organizacji lecznictwa, nie wolno w imię dobra ogółu. Ten nieprzychylny stosunek niższych samorządów do szpitali kol. Ostrómecki zresztą przewiduje i uważa, że wystarczającym będzie wtedy uprawnienie władz państwowych do zmuszenia wykonania obowiązków i wstawienia do budżetu samorządowego odpowiednich sum. Teoretycznie ma kol. Ostrómecki rację. Jednak w praktyce uprawnienia władz państwowych są tylko papierową groźbą. Technicznie trudne do przeprowadzenia, mogą być stosowane tylko w wypadkach bardzo jaskrawych. Przecież przewodniczącym sejmiku powiatowego jest starosta, przełożony lekarza powiatowego, często również i samorządowego w jednej osobie, a i wpływy polityczne mogą bardzo skutecznie paraliżować dobre chęci administracji państwowej. Na te uprawnienia liczyć nie można.

Jeżeli staniemy na stanowisku, że organizacja pomocy szpitalnej dla ludności musi być przeprowadzona w czasie najkrótszym i postawiona wysoko, niezależnie od poziomu umysłowego i kulturalnego ludności, od jej stanu finansowego, to pogodzić się musimy z tem, że przeprowadzenie tej organizacji przerasta w dniu dzisiejszym zasoby moralne i materialne naszych najniższych jednostek samorządowych.

*) Vide: projekty ustaw samorządowych, wniesione do Sejmu.

W związku z tem chciałbym zwrócić uwagę na jedną jeszcze sprawę, zdaniem mojem bardzo doniosłą. Czy leży w interesie życia szpitalnego uzależnianie go tak ściśle od miejscowych klik, koterji, grup? Czy dobrem jest uzależnienie lekarza szpitalnego, który przecież nie chciałby stracić warsztatu pracy, od najbliższego otoczenia? Czy ta zależność nie wpłynie ujemnie na jego dążenia w kierunku stałego ulepszania metod badania i leczenia, w kierunku podnoszenia poziomu życia szpitalnego, gdy będzie zmuszony stale liczyć się z opinią swego zarządu gminnego? Na te pytania już są odpowiedzi kolegów pracujących w szpitalach samorządowych. Nie możemy również zapomnieć i o tem, że w dziedzinie organizacji szpitalnej mamy doświadczenie własne bardzo bogate. Małopolska miała szpitale gminne (miejskie). Pracowały źle, personel lekarski, dobierany przez zarząd gminny był nieodpowiedni. W roku 1860 sejm galicyjski oddaje pod zwierzchni nadzór Wydziału Krajowego, który uzyskał tylko prawa kontroli i zatwierdzania budżetu. Stosunki nie uległy zmianie. Rok 1897, w którym wszystkie szpitale odjęte zostały lokalnym samorządom i przeszły w administrację Wydziału Krajowego, był przełomowym dla szpitalnictwa małopolskiego. Od roku tego następuje szybki ich rozwój i kolosalny spadek śmiertelności. Przyczyną zaś tego zjawiska było zupełne uzależnienie i szpitali i personelu od czynników lokalnych *).

Samorządy są uzupełnieniem Rządu, więc nie tylko nie należy stwarzać granic między temi dwiema organizacjami, powierzając władzy państwowej tylko nadzór, ale owszem należy dążyć do wytworzenia jaknajściślej współpracy.

Należyte rozwiązanie kwestji opłat szpitalnych za ubogich chorych będzie miało doniosły wpływ na stan zdrowotny Państwa, z tą bowiem sprawą wiąże się uprzystępnienie leczenia szpitalnego czy jego utrudnienie. Stanąć musimy na stanowisku, że szpital musi mieć pokryte koszty leczenia i żywienia chorych, albo przez samych chorych, czy ich rodziny, albo przez organizację zbiorową za ubogich chorych. W interesie zdrowia publicznego leży największe uprzystępnienie leczenia szpitalnego i pod tym kątem widzenia musimy ustalić system opłat za ubogich chorych. Kol. Ostrómecki proponuje zatrzymać zmodyfikowany trochę system opłat, obowiązujący dotychczas na ziemiach b. Kongresówki, a mianowicie za ubogiego płaci gmina, w której mieszkał ostatnio przez rok. W razie niemożności ustalenia tego warunku płaci skarb Państwa. System ten ma jednak wady duże. Technicznie bardzo skomplikowany, wywoła olbrzymią korespondencję między szpitalem a władzami gminnymi i państwowymi, oraz między temi władzami między sobą, gdyż obie będą się broniły przed opłatami; w rezultacie opóźni wpływ należytości do kasy szpitalnej. Prócz tego, jak wiemy z doświadczenia własnego, potwierdzonego doświadczeniem innych państw, gminy w wypadkach ponoszenia opłat szpitalnych, utrudniają swym mieszkańcom udawanie się do szpitala przez wywieranie na nich presji moralnej, a nawet fizycznej. W interesie więc zdrowia obywateli leży zniesienie obowiązku gmin płacenia kosztów leczenia ubogich chorych, a w interesie szpitali — odjęcie im trudów i trosk, związanych ze ściąganiem należytości za leczenie.

Zniesienie obowiązku gmin opłacania kosztów leczenia ubogich w r. 1875 dało w Małopolsce następujące rezultaty w przeciągu paru lat: z 550975 liczba dni leczenia podniosła się do 1519905, a śmiertelność spadła o 5,3%.

* * *

Opierając się na powyższych przesłankach, przedstawiłbym następującą szkic organizacji szpitalnej:

1) Za szpital publiczny uznać każdy zakład leczniczy, który czyni zadość następującym wymagom:

a) jest zakładem leczniczym w ścisłym tego słowa znaczeniu, i nie jest obliczony na zysk,

b) przyjmuje na leczenie wszystkich potrzebujących leczenia bez względu na wyznanie, przynależność państwową lub gminną,

c) należytość za leczenie pobiera podług taksy dziennej,

d) zostaje pod nadzorem państwowych władz administracyjnych w dziedzinie policji sanitarnej.

*) Vide: 1) sprawozdania Galicyjskiego Wydziału Krajowego; 2) „W sprawie organizacji służby zdrowia publicznego“ dr. J. Bujalski, 1919 r.

- 2) Szpitalom publicznym służy osobowość prawna.
- 3) Prawo publiczności przyznaje zakładowi leczniczemu Minister Spraw Wewnętrznych w drodze rozporządzenia, na wniosek Naczelnej Rady Szpitalnej.
- 4) Na czele szpitala publicznego stoi Dyrektor — lekarz, który reprezentuje szpital nazewnątr, jest zwierzchnikiem całej służby szpitalnej, odpowiedzialnym za całą działalność szpitala.

Przy każdym szpitalu czynny jest miejscowy komitet szpitalny, złożony z przedstawicieli władz samorządowych i państwowych tego terytorjum, na którym leży szpital. Komitet szpitala ma charakter opiniodawczy i doradczy i obraduje pod przewodnictwem dyrektora szpitala.

- 6) Łączy się samorządne jednostki wojewódzkie w związku celowe dla prowadzenia, utrzymania i budowy szpitali. Wzajemkom tym służy osobowość prawna.

7) Organem związku jest Okręgowy Inspektorat Szpitalny, na którego czele stoi okręgowy Inspektor Szpitali, zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

Inspektorat posiada swój budżet, wydatki Inspektoratu pokrywane są z funduszu, przekazanego mu przez Naczelną Radę Szpitalną.

Przy Inspektoracie czynna jest Okręgowa Rada Szpitalna, w której skład wchodzi delegaci samorządów wojewódzkich, wybrani przez sejmiki wojewódzkie, w liczbie 3 z każdego województwa.

Okręgowa Rada Szpitalna jest organem uchwalającym i kontrolującym, Inspektor jest organem zarządzającym i wykonawczym.

8) Do zakresu działania Okręgowej Rady Szpitalnej należy:

- a) uchwalenie budżetu i sprawdzanie zamknięcia rachunkowego Inspektoratu,
- b) nominacja personelu Inspektoratu i sprawowanie nad nim władzy dyscyplinarnej,
- c) kontrola czynności Inspektoratu,
- d) wydawanie opinii o przyznaniu szpitalowi prawa publiczności lub też o odebraniu mu tego prawa,
- e) podział obszaru związku na okręgi szpitalne,
- f) decyzja o potrzebie budowy nowego, przebudowie lub rozszerzeniu istniejącego szpitala publicznego,
- g) mianowanie personelu wyższego szpitali publicznych,
- h) zatwierdzanie budżetów i zamknięć rocznych szpitali,
- i) uchwalanie statutów i regulaminów szpitali,
- j) decyzja o urządzeniu szpitala, ustanowieniu etatu osób i płac personelu szpitali,
- k) budowa nowych i przybudowa już istniejących szpitali,

- l) zezwalanie na sprzedaż, zmianę lub obciążenie majątku nieruchomego szpitala,
- m) ustanowienie taksy dziennej w szpitalach.

9) Okręgowy Inspektor Szpitali przygotowuje wniosek na posiedzenia Rady Szpitalnej, przewodniczy na niej i jest wykonawcą jej uchwał.

Okręgowy Inspektor Szpitali wykonywa sam lub przez delegowanych urzędników Inspektoratu inspekcję lekarską i administracyjno-gospodarczą szpitali publicznych oraz sprawuje władzę dyscyplinarną nad personelem szpitali. Okręgowy Inspektor Szpitali mianuje niższy personel szpitali.

10) Posiedzenia Okręgowej Rady Szpitalnej odbywa-

ją się raz na miesiąc. Zwołuje posiedzenia Rady Okręgowej Inspektor Szpitali, który też przewodniczy.

Uchwały Rady zapadają większością głosów.

11) Przeciwko decyzjom Okręgowej Rady Szpitalnej służy interesowanym odwołanie do Państwowej Rady Szpitalnej.

12) Przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych czynna jest Naczelna Rada Szpitalna. Rada ta składa się z członków, wybieranych przez Okręgowe Rady Szpitalne, po 2 członków od każdej Rady.

Rada obraduje pod przewodnictwem Ministra Spraw Wewnętrznych, który zwołuje jej posiedzenia w miarę potrzeby, co najmniej jednak 4 razy do roku.

13) Do zakresu działania Naczelnej Rady Szpitalnej należy:

- a) rozstrzyganie odwołań od decyzji Okręgowych Rad Szpitalnych,
- b) zatwierdzanie budżetów oraz sprawdzanie zamknięć rachunkowych Okręgowych Inspektoratów Szpitalnych,
- c) przedkładanie Ministrowi Spraw Wewnętrznych wniosku o przyznanie szpitalowi prawa publiczności lub odebranie mu tego prawa,
- d) wydawanie opinii o statutach szpitalnych oraz ich regulaminach wewnętrznych, opracowanie statutów i regulaminów wzorowych,
- e) udzielanie opinii we wszystkich sprawach, dotyczących szpitalnictwa na żądanie Ministra Spraw Wewnętrznych lub Okręgowych Rad Szpitalnych,
- f) rozdział funduszy Naczelnej Rady Szpitalnej między Okręgowe Rady Szpitalne w stosunku do ich rzeczywistych potrzeb.

Koszta leczenia chorych.

Należy przyjąć zasadę, że chory płaci sam za siebie. W razie ubóstwa chorego płaci jego najbliższa rodzina, więc mąż za żonę, względnie żona za męża, rodzice za dzieci nieletnie. Koszta leczenia ubogich chorych pokrywa fundusz Naczelnej Rady Szpitalnej. Pokrywanie kosztów leczenia ubogich chorych przez fundusz Naczelnej Rady Szpitalnej znacznie uprości i skróci manipulację. Każdy szpital ma pokrywać swe zwyczajne wydatki opłatami za leczenie chorych, wnoszonemi bądź przez samych chorych, bądź przez Naczelną Radę Szpitalną.

Fundusz Naczelnej Rady Szpitalnej.

Fundusz Naczelnej Rady Szpitalnej tworzony być może w dwojaki sposób:

1) przez wprowadzenie powszechnego podatku szpitalnego w całym Państwie, czy to w postaci samoistnego podatku, czy też w postaci dodatku do podatków bezpośrednich.

2) przez wpłacanie przez poszczególne Województwa na rzecz funduszu ogólnego szpitalnego sum, zależnie od ilości mieszkańców i siły podatkowej według ustalonego klucza.

Ześrodkowanie wszystkich pieniędzy przeznaczonych na cele szpitalnictwa w Państwie w ręku Naczelnej Rady Szpitalnej da możność rozprawdzenia tych pieniędzy po Województwach w stosunku do ich rzeczywistych potrzeb, pozwoli wzmocnić albo słabsze okręgi, albo też bardziej narażone na uderzenia epidemii, jak np. obecnie Województwa Wschodnie, i umożliwi utrzymanie szpitali na jednakim poziomie w całym Państwie, obciążając jednocześnie poszczególne Województwa w dziele kosztów leczenia, utrzymania i budowy szpitali.

Z higieny pracy.

Rola terpentyny i ołowiu w patologii zawodowej malarzy.

Głośni specjaliści francuscy w dziedzinie chorób zawodowych Heim, Agasse-Lafont i Feil poddali ściśtemu sprawdzeniu zdanie kilku lekarzy angielskich, którzy twierdzili, że terpentyna, wchodząca w skład farb, jest główną przyczyną ołowicy. Wiadomem jest, że terpentyna z przyczyny swej lotności wchłania się przez skórę i płuca, wywołując mniej lub więcej silne podrażnienie wszystkich tkanek.

Doświadczenia badaczy francuskich dowiodły, że terpentyna nie odgrywała żadnej roli, i że przypadłości ołowicy wynikały jedynie z wchłonięcia związków ołowiowych.

Obserwując bowiem pewną liczbę malarzy, posługujących się terpentyną z cynkiem, zauważyli, że objawy ołowicy występowały wyłącznie u pierwszych.

Tak więc uważać można za rozstrzygniętą kwestję, że terpentyna nie wpływa na ołowicę.

[Annales d'Hygiene Publique, Industrielle et Sociale Nr. 5. Mai. 1923].

* * *

Otrucie ołowiem u niemowląt.

Holt z Baltimore podaje wypadki nie ulegające wątpliwości zatrucia niemowląt ołowiem czy to z łożyska czy też

z mleka matczynego. Jest to nowy przyczynek do sprawy śmiertelności zarówno noworodków, jak i dzieci poniżej lat 3-ich w rodzinach robotników, zajętych przy pracy nad wszelkimi związkami ołowiu, co stwierdzili już Arlidge w Anglii i Constantin Paul we Francji.

[The Lancet 7 kwietnia 1923 r.]

* * *

Działanie wyziewów gazoliny na pracowników.

Według wywiadu, przedstawionego w sprawozdaniach Urzędu Zdrowia Publicznego w Anglii, wyziewy gazoliny z ropy naftowej i benzyny wywołują zatrucia bądź ostre, bądź chroniczne. Szczególnie szkodliwe są skutki wyziewów dla pracowników, narażonych bezpośrednio na ich wdychanie, mniej szkodliwe dla zatrudnionych w dalszych pomieszczeniach, a jeszcze mniej na innym piętrze.

Kober i Hanson, Oliver, Rambousek, Thompson i Alice Hamilton opisują następujące symptomy zatrucia chronicznego: odurzenie, podrażnienie gardła, kaszel, ból głowy, zawroty, senność, utrata apetytu, wstręt do pokarmów, zatwardzenie, wymioty, nieuwaga, osłupienie, bezsenność, niedowład, spadek wagi ciała, bladeść, ból oczu, zapalenie łącznicy, kurcz mięśni, wyczerpanie ogólne. Zaburzenia te doprowadzają do zmian patologicznych w narządzie nerwowym, mięśniowym, a niekiedy i we krwi.

Przejawy zatrucia ostrego są następujące: ból głowy, mdłości, odurzenie, ociężałość, senność, szum w uszach, kaszel, podrażnienie gardła, drżenie rąk i ramion, drętwienie skóry, podniecenie. Dziewczeta stają się gadatliwe i skore do śmiechu, mężczyźni łatwo unoszą się gniewem i objawiają brak rozsądku. Objawy te dają się zauważyć albo w pierwszych godzinach pracy, albo po wyjściu z pracowni na świeże powietrze.

Wypadki ostre zdarzają się rzadziej, bywają jednak tak groźne, że chory przechodzi w stan śpiączki, skóra staje się zimna, sina, tętno słabnie i następuje śmierć.

W pewnej fabryce, gdzie zużywano 45 litrów gazoliny miesięcznie, obliczono, że każdy pracownik mógł wdychać najwyżej 36,5 kropli gazoliny na godzinę, co czyni 255,5 kropli w ciągu 7 godzin pracy.

Z chwilą zastąpienia gazoliny przez naftę rafinowaną, liczba zatruc zmniejszyła się o 1/3, a wydajność pracy zwiększyła się o 9%.

[The Nations Healthli marzec 1923].

* * *

Zapalenie skóry u piekarzy.

Częste zapalenie skóry rąk u piekarzy przypisywano pasorzytom mąki, grzybkom drożdży, wrażliwości na proteinę mąki, wreszcie różnym domieszkom produktów chemicznych, dodawanym w celu t. zw. poprawienia mąki. Nie przecząc, iż każda z tych przyczyn może mieć miejsce w poszczególnych wypadkach, dr. Oscar de Jong z Liverpoolu skonstruował, że w wielkich mechanicznych piekarniach, jak również w wielkich fabrykach drożdży, wypadków zapalenia skóry rąk nie bywa. Natomiast w małych piekarniach, gdzie ciasto jest wyrabiane rękami, a drożdże miesza się ręcznie z wodą słoną (w stosunku 3,6% soli), pracownicy od czasu do czasu opuszczają gniececie ciasta, aby czuć nad piecem, wtedy sól krystalizuje się na rękach i, gdy piekarz wraca do przerwanej roboty, przenika przez skórę. Autor wnioskując stąd, że sól jest istotną przyczyną zapalenia skóry, jakkolwiekbyś należało również uwzględnić idiosynkrazję względem soli, gdyż nie tylko piekarze podlegają takiemu zapaleniu skóry, dotyka ono również robotników, za-

trudnionych przy soleniu śledzi, wyrobie konserw, jako też w salinach.

Jako środek ochronny, autor zaleca instalację wodociągową, umożliwiającą piekarzom częste obmywanie rąk podczas wyrabiania ciasta, a zwłaszcza przed zbliżeniem się do pieca.

[The Lancet 5 maj 1923].

* * *

Zawód i gruźlica.

Znany włoski inspektor pracy prof. Giovanni Loriga, który poświęcił znaczną liczbę lat swej praktyki lekarskiej badaniu chorób zakaźnych oraz kierownictwu wydziału higieny publicznej, wydał w Rzymie ciekawą pracę p. t. „Zawód i gruźlica”, opartą na statystyce porównawczej Głównego Centralnego Urzędu Statystycznego w zestawieniu z danymi statystycznymi kilku miast włoskich, jak Florencji, Medjolanu i Wenecji.

Oto są wnioski prof. Loriga:

1) Wśród ogromnej liczby zawodów i rzemiosł jedynie zatrudnienia, związane z pielęgniowaniem chorych, przedstawiają istotne niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą. Stopień niebezpieczeństwa jest w stosunku prostym do złych warunków otaczających, a w stosunku odwrotnym do uświadomienia higienicznego pracowników oddających się temu zawodowi.

2) Wszystkie prace, wykonywane na świeżym powietrzu albo w warunkach względnej izolacji, przedstawiają najmniejsze niebezpieczeństwo gruźlicy.

3) Naodwrot zaś, niebezpieczeństwo to jest bardzo wielkie przy zatrudnieniu, wykonywanych gromadnie i w lokalach zamkniętych. Wzrasta ono w stosunku prostym do stopnia skupienia, do niestosowania przepisów higienicznych i do szkodliwości dla płuc surowców, służących do danej pracy. To też ryzyko może tu być zmniejszone znacznie, a nawet zniesione przez zastosowanie odpowiednich zaleceń higienicznych i czujnego nadzoru lekarzy inspekcyjnych pracy.

4) Wiek pomiędzy 15 a 39 rokiem życia stanowi okres najbardziej podatny dla gruźlicy, wszystkie przeto zawody, gromadzące duże zastępy młodzieży, są tem samem więcej, niż inne, narażone na niebezpieczeństwo gruźlicy.

5) Podatność organizmu do gruźlicy stwarzają zarówno warunki ekonomiczne, jak i rodzinne, w stosunku do potrzeb organizmu, stworzonych przez wydatek sił, jakich każda praca wymaga.

[Bolletino del Lavoro e della Previdenza sociale—Roma].

* * *

Nowa teoria oczopląsu górników.

Podług Robsona główną przyczyną oczopląsu nie jest brak światła, lecz wydzielanie się gazów szkodliwych z węgla, świeżo wydobytych. Oczopląs, według niego, pochodzi od anoksemii, która może być wywołana przez tlenek węgla, jeden ze składników gazowych węgla. Sprawozdanie podaje ścisły stosunek pomiędzy oczopląsem a odsetkami pierwiastków lotnych, zawartych w węglu, w miarę zwiększania się tych ostatnich rośnie liczba przypadków oczopląsu. Autor zwraca uwagę, że kopalnie, w których węgiel zawiera bardzo wiele pierwiastków lotnych, są te właśnie, w których oświetlenie jest najgorsze ze względu na niebezpieczeństwo. Pomimo jednak zaprowadzenia w nich od r. 1914 — lamp elektrycznych, liczba przypadków oczopląsu nie zmniejszyła się. Jednakowoż Robson przyznaje, że dotychczasowe oświetlenie elektryczne jest tak niedostateczne, że nie można jeszcze mówić z całą stanowczością o jego roli w oczopląsie.

[The Lancet maj 1923].

J. Z.

Prace oryginalne zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924.

POLSKA GAZETA LEKARSKA.

Nr. Nr. 5 i 6. W. REIS i J. MIKULIŃSKA: Odzyskanie wzroku w późnym wieku u dwóch ślepych z urodzenia.

J. HELD: O zawartości barwników żółciowych we krwi i odporności czerwonych krążków krwi w stanach chorobowych.

W. JAKOWICKI: Przyczynek do sprawy powstawania skrętów macicy ciężarnej.

R. HINZE: Uwaga do artykułu dr. Emila TERLECKIEGO: „Skręcenie chwytadła zamiast cięcia przełyku przy wydobywaniu ciała obcych”.

M. BLASBERG: Przypadek niezupełnej granicznej postaci (forme fruste) choroby Vaqueza.

H. ALLERHAND: Zakażenie ustne, jako pogranicze stomatologii i medycyny wewnętrznej.

OWINY LEKARSKIE.

Nr. 1. BROWICZ: O sieci.

O. KRUKOWSKI: O powtórnym zakażeniu durem plamistym.

J. NOWAK: Łożysko, zwłaszcza trophoblast, jako czynnik, wpływający na czas trwania ciąży i zapoczątkowania bóli porodnych.

S. BRONOWSKI: Zarys projektu zmiany dotychczasowej nomenklatury chorób wewnętrznych.

BROWICZ: W sprawie mianownictwa guzów chorobnych.

J. SZMURŁO: Rola i znaczenie otolaryngologii.

A. ŁAWRYNOWICZ: Śródrylna metodyka wakcynoterapii (Sprawozd. poglądowe).

Nr. 2. Wł. SZUMOWSKI: O egzaminie na stopień doktora medycyny, który się odbył w Poznaniu w r. 1786.

O. KRUKOWSKI: O obecności nephrozozeiny w moczu chorych na gruźlicę.

W. KOMOCKI: Krótki zarys obecnego stanu nauki o genezie i etiologii nowotworów.

A. CHEŁMOŃSKI: Dodatni wpływ zakażenia przymiotowego na zdolności umysłowe.

St. SKALSKI: Alastrim, nowa choroba, czy nowa nazwa (Streszcz. zbior.).

A. WIRSZUBSKI: Przyczynę do psychopatologii zydów.

J. SZMURŁO: Rola i znaczenie otolaryngologii (Dokończenie).

NOWINY PSYCHJATRYCZNE.

Nr. 1. A. PIOTROWSKI: Uwagi do terminu „otępienie” z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox”.

Nr. 2. O. BIELAWSKI: Katanoid psychorodny.

A. PIOTROWSKI: Uwagi do terminu „otępienie” z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox”. (C. d.).

PRZEGLĄD DERMATOLOGICZNY.

Nr. 1. M. GRZYBOWSKI: Przyczynę do patogenezы zaniku skóry.

Wacł. STERLING: Rola ustroju w przymiocie.

W. BOROWSKA: Przypadek Encephalitis haemorrhagica po neosalvarsanie z zejściem śmiertelnym.

PEDIATRJA POLSKA.

Zeszyt 1. A. WASILEWSKI: O neurowaskynie Levadittiego w szczepieniu ospy.

A. KAMLER: Szczepienie neurowaskyny u niemowląt.

O. KRUKOWSKI: O przebiegu płonicy we Lwowie.

M. BIEHLEROWA: Kilka słów o leczeniu astmy u dzieci enterointygenem D a n y s z a.

J. PRZEDBORSKI: O t. z. „exanthema subitum” i o jego związku z grypą.

H. FRENKŁOWA: Przyczynę do leczenia tęcza noworodków.

M. GROMSKI: Przypadek gruźlicy u dziecka z licznymi objawami skórnymi i gruzłami osierdza.

H. FRENKŁOWA: Dwa przypadki zejścia śmiertelnego u niemowląt na skutek szczepienia ospy.

P. BAUMRITTER: Wymioty okresowe z acetonemją. (Streszcz. zbiorowe).

Wiadomości bieżące.

W dniu 1 lipca 1923 r. powstał nowy wydział Magistratu m. st. Warszawy pod nazwą „wydział opieki społecznej i szpitalnictwa” przez połączenie istniejących przedtem dwóch wydziałów: „szpitalnictwa” i „opieki i pomocy społecznej”. Z ogłoszonego w Nr. 81—83 Dziennika Zarządu m. st. Warszawy z dn. 30 października 1923 r. statutu tego wydziału dowiadujemy się, że zadaniem jego, prócz walki z żebractwem i pośrednictwa pracy, będzie też zaspakajanie potrzeb ludności w zakresie szpitalnictwa i administrowanie szpitalami i przytułkami.

W tym samym numerze Dziennika ogłosił Magistrat „Tymczasowy regulamin Zarządu wewnętrznego szpitali i zakładów opiekuńczych w m. st. Warszawie”, zmieniający zasadniczo kompetencję władz szpitalnych, a przede wszystkim lekarzy naczelnych, na niekorzyść ostatnich.

Połączenie przez Magistrat w jednym wydziale szpitali z domami noclegowymi, usuwanie lekarzy, naczelnych od władzy w szpitalach ma tak zasadnicze znaczenie dla przyszłego rozwoju szpitalnictwa miejskiego, że wymaga szczegółowego omówienia, co uskutecznimy w przyszłym numerze, ograniczając się narazie do zanotowania powyższych faktów.

J.

— Kol. Józef Pawiński, starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha, ustąpił z zajmowanego stanowiska. Na wniosek Wydziału Szpitalnictwa uchwalił Magistrat m. st. Warszawy uczcić przeszło 30-letnią, pożyteczną i owocną pracę szpitalną Dr. Pawińskiego przez:

1) mianowanie go konsultantem honorowym szpitala Ś-go Ducha, gdzie, obok niesienia pomocy chorym, nadal będzie miał możność kształcenia młodych lekarzy i studentów;

2) nadanie sali, w której ostatnio ordynował, nazwy jego imienia;

3) ufundowanie na jego cześć w tejże sali tablicy marmurowej.

W celu doprowadzenia stanu letnisk podmiejskich do należytego stanu zdrowotnego Min. Spr. Wewnętrz. (Gen. Dyr. Sł. Zdrowia) wydało następujące zarządzenia:

1) zbadanie stanu sanitarnego wszystkich miejscowości letniskowych na terenie Województwa przez lekarzy powiatowych z przybraniem przedstawicieli gmin i obywateli miejscowych,

2) lekarze powiatowi w towarzystwie przedstawicieli gmin i obywateli miejscowych winni zbadać w terminie do 15 kwietnia: pensjonaty i domy, w których są odnajmowane pomieszczenia na sezon letni, restauracje, jadłodajnie, sklepy z artykułami żywności i t. d. — szczególną uwagę należy zwrócić na zdrowotność pomieszczeń, na zaopatrzenie w wodę, na stan ustępów i dołów ustępowych. Na podstawie wyników

ogledzin władza administracyjna I instancji wyda potrzebne zarządzenia, celem doprowadzenia odnośnych pomieszczeń i urządzeń do stanu odpowiadającego obowiązującym przepisom (sanitarnym, budowlanym i t. p.) z terminem wykonania do dnia 1 czerwca r. b.,

3) sprawdzenie wykonania wydanych zarządzeń w terminie od 1—15 czerwca r. b. W razie stwierdzenia niewykonania ich należy winnych pociągnąć do odpowiedzialności, a w miarę zachodzących warunków zarządzić zamknięcie pomieszczeń i urządzeń, nie odpowiadających wymogom, do czasu doprowadzenia ich do odpowiedniego stanu.

4) nadesłanie Ministerstwu (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) szczegółowych zestawień wyników dokonanych rewizji do dnia 1 lipca r. b.

Z dn. 15 marca r. b. wszedł w życie statut organizacyjny Min. Spr. Wewnętrznych zatwierdzony uchwałą Rady Ministrów z dnia 3 marca r. b., a ogłoszony w Monitorze Polskim z dnia 13. III. 1924 Nr. 61.

Po skasowaniu Min. Zdr. Publicznego sprawy, które należały do kompetencji tego Ministerstwa, są obecnie załatwiane przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia Min. Spraw wewnętrznych z wyjątkiem tych, które na mocy rozporządzenia p. Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia r. b. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdr. Publicznego zostały oddane Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej.

W myśl statutu Generalna Dyрекcja Służby Zdrowia składa się z 7-iu wydziałów, których szczegółowy zakres działania zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych jest następujący:

WYDZIAŁ INSPEKCYJNO-ORGANIZACYJNY załatwia sprawy, dotyczące organizacji oraz inspekcji państwowej i komunalnej służby zdrowia. Sprawy rejestracji i nadzoru nad uprawianiem do praktyki personelu sanitarnego; kształcenie personelu sanitarnego i służby zdrowia, sprawy izb lekarskich, innych organizacji lekarskich i higienicznych, Towarzystwa Czerwonego Krzyża; sprawy organizacyjne Państwowych Zakładów: higieny, badania surowic, badania żywności i przedmiotów użytku oraz instytutu farmaceutycznego, sprawy organizacyjne państwowych rad: lekarskiej, aptekarskiej, uzdrowiskowej i innych, sprawy pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, sprawy administracyjno-prawne Departamentu.

WYDZIAŁ HIGJENY SPOŁECZNEJ załatwia sprawy higieny społecznej (ludności, mieszkań, miejsc załudnionych, gleby, wody i powietrza, komunikacji, żywności więziennej, międzynarodowej), higieny zawodowej oraz sprawy opieki nad matką i dzieckiem, w zakresie, pozostawionym Ministerstwu Spraw Wewnętrznych przez rozporządzenie Prezydenta

Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 86), rozwoju fizycznego społeczeństwa z wyłączeniem młodzieży szkolnej, oraz nadzór sanitarno policyjny nad stanem zdrowotnym szkół, sprawy medycyny sądowej, grzebanie zmarłych, sprawy zapobiegania i zwalczania chorób społecznych (gruźlica, raka, chorób wenerycznych, alkoholizmu i innych), sprawy eugeniki oraz lecznictwa, Kas Chorych, sanitarno-lekarska walka z nierządami; w skład wydziału wchodzi biuro centralne dla walki z handlem kobietami i dziećmi.

WYDZIAŁ WALKI Z CHOROBYMI ZAKAŻNEMI załatwia sprawy chorób ostrozakażnych: jaglicy, zimnicy, chorób odzwierzęcych, sprawy szczepienia ospy, sprawy inspekcji epidemiologicznej, sprawy izolacji, dezynfekcji, dezynsekcji i detaryzacji wraz z techniką odnośnych urządzeń, sprawy fachowe Państwowego Zakładu Higieny.

WYDZIAŁ ZAKŁADÓW LECZNICZYCH I UZDROWISK załatwia sprawy zarządu zakładów leczniczych znajdujących w administracji państwowej, oraz uzdrowisk państwowych, jakoteż sprawy nadzoru nad innymi zakładami leczniczymi i uzdrowiskami, załatwia sprawy techniki budowlanej, deportacji i repatriacji osób chorych.

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY załatwia sprawy wyrobu i sprzedaży środków leczniczych, substancji odurzających, trucizn, kosmetyków, sprawy aptek, składów materiałów aptecznych i drogerji, sprawy farmakopeji, kontroli farmaceutycznej, taksy aptekarskiej, uprawnień do praktyki farmaceutycznej oraz do wykonywania zawodu drogistów i materjalistów.

WYDZIAŁ STATYSTYCZNY prowadzi statystykę zdrowotności publicznej służby zdrowia i lekarską, redakcję i administrację wydawnictw z zakresu służby zdrowia i bibliotekę Departamentu Zdrowia.

WYDZIAŁ LIKWIDACYJNY przeprowadza likwidację akcji i organów Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Zwalczania Epidemii oraz Państwowego Zakładu Apropiacji Sanitarnej.

Z dniem 1 października 1924 r. Wydział ten wchodzi jako referat do Wydziału Budżetowo-Rachunkowego.

Ponadto Generalnemu Dyrektorowi Służby Zdrowia podlega **INSPEKTOR PAŃSTWOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA** z kompetencją, określoną oddzielnym zarządzeniem Ministra.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, przystępuje do sporządzenia listy członków tejże Izby i w tym celu wzywa lekarzy, zamieszkujących na jej terenie, do zapisywania się w kancelarii Izby. Wiadomość tę czerpiemy z codziennych gazet politycznych, z których dowiadujemy się także o ukonstytuowaniu się i składzie sądu Izby, jakoteż o przygotowywanych przez Zarząd projektach.

— W szpitalach niemieckich wprowadzono na drodze ustawodawczej 60 godzinny tydzień pracy dla personelu pielęgniarskiego. Praca dzienna nie może przekraczać 10 godzin i musi być przerywana ustanowionymi przerwami. Ten sam przepis obowiązuje i prywatne zakłady lecznicze.

— W Szwajcarii odrzucono drogą plebiscytu projekt przedłużenia 8 godzinnego dnia roboczego w fabrykach. Taki sam los spotkał podobny wniosek w Belgji.

— W Davos otwarty został Instytut do badań nad fizjologią klimatu górskiego i gruźlicą. Poświęcenie Instytutu odbyło się w pierwszych dniach stycznia r. b.

— Dnia 18 lutego r. b. odbył się w Brukselli zjazd kierowników Związku międzynarodowego do zwalczania cho-

rób płciowych. Na zjeździe poruszono sprawę zakładania Towarzystw wspólnie z organizacjami Czerwonego Krzyża. Przy tej sposobności jeden z mówców przypomniał słowa Voltaire'a z r. 1768: „Istnieje tylko jeden środek (walki z kiłą), żeby wszystkie kierownicze głowy Europy spotkały się w lidze przeciwko syfilisowi. Porozumienie, mające na celu uporanie się ze wspólnym wrogiem ludzkości jest więcej warte, niż oczekiwanie chwili, nadającej się do zamienienia kraju w pustynię i pokrycia pół ciałami poległych oraz do zrabowania sąsiadowi dwóch czy trzech miast i kilku wiosek“. W czasach dzisiejszych przypomnienie bardzo trafne.

— Salmon z Instytutu Pasteura zwraca uwagę na znaczne w ostatnich czasach zmniejszenie się liczby przypadków kiły w jej okresie zaraźliwym. Fakt ten S. przypisuje rozległszemu stosowaniu leczenia, licznym przychodniom i przyczynom społeczno-politycznym.

— W Ameryce Północnej prowadzona jest energiczna kampanja przeciwko heroinie, jako narkotykowi szkodliwemu a zbędnemu. W armji i marynarce używać jej nie wolno, w szpitalach jej nie stosują. Obecnie Ameryka domaga się międzynarodowej decyzji, zabraniającej używania heroiny, a w razie, gdyby to się nie powiodło, przynajmniej zakazu wwozu.

— Nagrodę Carnegiego (dyplom honorowy oraz rentę roczną w wysokości 375 funtów sterlingów w ciągu lat 20) dla męczenników wiedzy w r. b. przyznano znów ofierze promieni Roentgena rentgenologowi Reginaldowi B. Laeknallowi ze szpitala Londyńskiego, który uległ amputacji obu rąk z powodu raka.

— Instytut ortopedyczny Rizzoli w Bolonii rozpiął konkurs z nagrodą 3500 lirów za najlepsze dzieło lub najlepszy wynalazek w dziedzinie ortopedji. Do konkursu stanąć mogą, prócz włoskich, i cudzoziemscy lekarze. Bliższych wyjaśnień udziela Instytut. Zamknięcie konkursu 31.XII.24.

— Zmarli: Alfred Marcin Sokołowski, profesor honorowy Uniwersytetu Warszawskiego, sekretarz stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, autor licznych prac lekarskich. Życiorys zmarłego podamy w numerze następnym, tu zaznaczamy tylko, że ś. p. Sokołowski zapisał Uniwersytetowi pałacyk przy ul. Śniadeckich Nr. 14, przeznaczając tę nieruchomość na muzeum gruźlicze.

Józef Łazarski, b. prof. Wszechnicy Jagiellońskiej.

August Ewald, słynny fizjolog, prof. Uniwersytetu w Heidelbergu.

L. de Beurmann, dermatolog paryski, znany ze swoich podstawowych badań nad sporotrichozą.

Lucjusz Sprenger w Davos, znany z prac nad leczeniem gruźlicy.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

J. RUTKOWSKI. Usypianie chlorkiem etylu. Odbitka z Polskiej Gazety Lekarskiej.

Tenże. W sprawie bezmoczności odruchowej. Odbitka z Polskiej Gazety Lekarskiej.

Tenże. O t. z. wybroczynach operacyjnych w wyrostku robaczkowym. Odbitka z Polskiej Gazety Lekarskiej.

Henryk HIGIER. Endemie disalimentärer Osteoarthropathie, Osteomalacie und Spätrachitis und ihre Stellung zur neuen Lehre von den Vitaminen oder Nutraminen. Odb. z Zeitschr. f. Klin. Med. B. 95, H. 4-6.

Tenże. Zur Frage der Anwendung meiner Periarteriellen Sympathektomie bei Endarteriitis obliterans mit intermittierendem Hinken und spontaner Gangrän. Odb. z Ztschr. f. die gesamte Psych. u. Neurol. B. LXXXV, H. 1-3,

O D A D M I N I S T R A C J I.

Na kwartał drugi r. b., t. j. na czas od 30 kwietnia do 31 Lipca, ogłaszamy następujące warunki prenumeraty (z zastrzeżeniem odpowiednich zmian w razie wzrostu lub spadku drożyzny):

w Warszawie	złp. 9
na prowincji.	„ 10
za granicą	„ 12

W celu ustalenia nakładu prosimy o wczesne zamawianie pisma i wpłacanie należności na nasze konto czekowe w P. K. O. № 8696.

W sprawach, dotyczących prenumeraty, wysyłki pisma, zmiany adresu, odbitek, ogłoszeń i t. p. prosimy o zwracanie się do Administracji, Szpitalna 10 m. 10. Telef. 193-95.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓŁCZESNA“ w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.

www.dlibra.wum.edu.pl